

よるストレスの増減には両群で明らかな差はなかった。

希死念慮および自殺未遂の既往は、それぞれ13例(有効回答の19.7%)、3例(4.5%)にみられた。希死念慮がみられたのは、7例が就業制限のなされる前、6例が就業制限後であった。自殺未遂については、就業制限のなされる前が1例、就業制限後が2例であった。

D. 考察

身体面の傷病によって就業制限を受けている労働者に対しては、大半の事業場でフォローアップの面接が行われていた。これは、就業制限の解除や変更を検討するために行われている側面もあると思われるが、それらの9割以上でメンタルヘルス面の評価も実施されていた。今回の調査の対象は、比較的規模が大きく、かつ産業保健活動が活発に行なわれている事業場が多くを占めていると考えられるため、全国の事業場の現状を反映しているものとみなすべきではないが、逆にこうした取り組みの重要性がうかがわれる結果と解釈できよう。

メンタルヘルス面の評価方法としては、構造化面接の類は少なく、大半が自由な形式の聞き取り調査であった。現在、長時間労働者に対する面接指導においては、うつ病に関する簡便な構造化面接法の導入が推奨されており、よりの確な評価を行なうためには、そうした手法をこの場にも適用する余地があると思われる。

回答事業場の約3割で、就業制限を受けている労働者にメンタルヘルス不調がみられたことを経験していた点には、大いに注目すべきであろう。また、その多くで、メンタルヘルス不調に至る過程で、仕事上のストレスが関与していた可能性が高かった。本調査は、産業医あ

るいは看護職の見立てによるものであり、定型的な尺度やチェックリストを使用しているわけではないため、妥当性は確認できない。しかしながら、身体面も含めた何らかの健康問題によって就業制限を受けている労働者に対するメンタルヘルス面の評価と支援を十分に行なう必要性は示唆されたといえよう。

また今回は、就業制限の原因となっている傷病について、業務上のものであるか否かなど、詳細な調査は行わなかった。業務上傷病といわれる私傷病とでは、就業制限下のストレスも異なる面があるかもしれない。今後の検討課題であろう。

労働者の調査においては、気分障害あるいは不安障害が疑われる者の割合は13.0%と先行の地域調査と比較して高値とは言えなかったが、アルコール依存症が疑われる者は31.8%と高率であった。気分障害あるいは不安障害が疑われる者、アルコール依存症が疑われる者では、社会的支援、仕事や生活面の満足度が低いという結果もみられた。アルコール依存症では、社会的支援の中で家族・友人の支援だけが高値であったが、これは問題飲酒の後押し(enabling)を反映していないかについての検証が必要であろう。

また、希死念慮を経験したことがある者は20%近くに及んでおり、その約半数は就業制限後にみられている。こうしたことから、就業制限を受けている労働者に対しては、たとえそれが身体面の傷病によるものであっても、メンタルヘルス面の評価および支援を行なう仕組みづくりが望まれるといえよう。

さらに、その際には、今回の調査で明らかになったように、就業制限が当該労働者にとってストレスの緩和になる可能性と、逆にストレスの増大を招く可能性があり、それらはどちらかが

特に高率であると言えないことにも留意すべきであろう。

E. 結論

今回の2つの調査において、身体面の傷病により何らかの就業制限がつけられている労働者への対応について、身体面のみならず、メンタルヘルス面の評価や支援も重要であることが示唆された。就業制限には、ストレスの緩和と増大の2つの面があることには注意が必要である。これらは、自殺予防にも結びつく可能性がある。今後さらに詳細な調査研究により、その具体的な方法論を開発していくことが望まれる。

(4) 嘱託産業医およびかかりつけ医による自殺予防対策の実態に関する調査研究

分担研究者:北條 稔

A. 研究目的

わが国において自殺者数が3万人台を超える状態で推移しており、その減少に向けて行政等によるさまざまな社会的介入が開始されつつある。平成19年には内閣府より自殺総合対策大綱が公布されているが、そのうちの「自殺対策の基本的考え方」において、「うつ病の早期発見、早期治療」の一部として「自殺の危険性の高い人を発見する機会の多いかかりつけ医等をゲートキーパーとして養成する」との方策が示されている。しかし、かかりつけ医機能における自殺予防としての実態に関する研究は、わが国ではまだ多いとはいえない。

また、職域集団における自殺予防対策を担う役割として産業医・産業保健スタッフの存在が欠かせないが、中小規模事業所のかかりつけ医機能ともいえる嘱託産業医における自殺

予防対策に関する知見も多いとはいえない。本研究では、地域の開業医を中心としたかかりつけ医および嘱託産業医における自殺の実態を調査し、上記地域・職域かかりつけ医機能による今後の自殺対策の可能性について検討することを目的とした。

B. 対象と方法

1. 対象

東京都医師会の管轄下にある地域産業保健センターのうち、東京都医師会産業保健委員会への出席歴のある13箇所の地域産業保健センターに自記式調査票を送付し、管轄する地域医師会の会員に配布・回収を依頼した。調査期間は平成20年11月1日から12月24日までとした。

2. 調査内容

平成20年度東京都医師会産業保健委員会に本調査のための小委員会を設置し、調査内容についての検討が行われた。その結果、嘱託産業医の実施歴、嘱託産業医先の事業所属性(従業員数、業種)、各事業所で嘱託産業医が経験した自殺未遂者数および既遂者数、嘱託産業医先におけるメンタルヘルス対策の実施内容について調査した。また、地域のかかりつけ医としての立場から外来受診における過去1年および10年間の自殺未遂者数・既遂者数、日常診療における精神科・心療内科専門医との連携状況、かかりつけ医として有効と考えられる自殺予防対策、過去の「うつ病」に関する研修・トレーニング歴について調査した。

また、嘱託産業医および外来における自殺未遂・既遂の自験例について、自殺未遂・既遂者のプロフィール(属性、治療中の疾患の有無、精神科・心療内科受診歴、自殺未遂歴の

有無およびその回数、自殺の理由、自殺時の職業の有無およびその内容)についての調査を行った。

なお、本調査は産業精神保健学会の倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 結果

調査票の配布枚数 1869 件のうち回収されたのは 466 件(回収率 24.9%)であった。診療科による分類では 70%以上が内科の医師によるもので、精神神経科・心療内科の医師による回答は 2.9%であった。

1. 嘱託産業医先における自殺の実態およびメンタルヘルス対策の実態に関する調査

1) 嘱託産業医先における自殺未遂・既遂の発生頻度

嘱託産業医契約をしている医師は 273 名(61.2%)であった。嘱託産業医の全契約数 535 事業所のうち、自殺未遂経験事業所数は 24 事業所(4.5%)であり、自殺既遂経験事業所数は 20 事業所(3.7%)であった。嘱託産業医として自殺未遂・既遂症例に遭遇する頻度は、全事業所数に対して 15.8%(59 症例)であった。未遂症例においては「情報技術関連」および「製造業」において、それぞれ 34.4%および 11.0%と他の業種に比して高い発生率を示した。

2) 嘱託産業医先におけるメンタルヘルス対策の実施状況

全 120 事業所においてメンタルヘルス対策を実施しているのは 68 事業所(58.1%)であった。実施内容は、教育(従業員教育 71.4%、管理職教育 67.3%)が最も多く、健康診断でのスクリーニング、社内相談窓口の開設と続いた。

3) 外部機関との連携について

「現在」および「今後」共に精神科・心療内科専門医療機関との連携を重要視する意見が多かったが、地域産業保健センターや精神保健福祉センター等、医療機関以外の外部の機関において「現在」よりも「今後」の人数が増加する傾向が認められた。

2. かかりつけ医における自殺の実態および予防対策の実態に関する調査

1) かかりつけ医における自殺未遂・既遂の発生頻度

446 名の回答者のうち、過去 1 年間に自殺未遂症例を経験した医師数は 40 名(9.0%)、自殺既遂症例を経験した医師数は 32 名(7.2%)であり、全体として 65 名(14.6%)の医師が、かかりつけ医として 1 年間に自殺未遂・既遂症例を経験した、と回答した。また、過去 10 年間においては、85 名(19.1%)の医師が未遂症例を、86 名の医師が既遂症例を、全体として 143 名(32.1%)の医師が自殺未遂・既遂症例を経験した、と回答した。

2) 精神科・心療内科専門医療機関との連携状況

446 名の回答者のうち 196 名(43.9%)が頻繁に紹介を行っているとの回答であった。また、52.5%が積極的には紹介していないと回答し、その理由として、「患者さんが行きたがらない(36.3%)」と回答した。

3) 自殺予防対策の内容について

上位より「精神科・心療内科との連携(79.8%)」「職場のメンタルヘルス対策の推進(58.3%)」「かかりつけ医のうつ病診断・スクリーニング技術の向上(57.2%)」と続いたが、「患者・家族への啓発」や「地域住民への啓発」はそれぞれ 40.4%、22.2%に留まった。

4) 「うつ病」に関する研修歴

446 名中 298 名(66.8%)が研修・トレーニン

グの受講歴があると回答した。受講歴がない理由としては「時間がない(7.0%)」よりも寧ろ「機会がない(15.0%)」との回答が上回った。

5)「精神科医連携加算」について

378名の回答者のうち293名(77.5%)が制度の利用をすると回答した。

3. 自殺未遂・既遂症例のプロファイル

本調査で記載された自殺未遂・既遂全症例数は267症例(産業医先59症例、かかりつけ医先208症例)であったが、そのうちプロフィールシートに登録されたのは163症例であり、自殺未遂33症例(産業医先3症例、かかりつけ医30症例)、自殺既遂症例127症例(産業医先21例、かかりつけ医106症例)であった、未遂既遂不明3症例であった。

4. 統計解析

「情報技術関連」において有意な関連が認められた。講習会の受講歴がある医師と専門医への紹介頻度の多さとの間に有意な関連が認められた。受講歴のある医師と「うつ病のスクリーニング技術の向上」「地域住民への啓発」「職場のメンタルヘルス対策」の項目の必要性との間に有意な関連が認められたが、「患者家族への啓発」については有意な関連は認められなかった。

D. 考察

本研究は、労働者の自殺予防対策のあり方に関する研究として実施した。この研究では、職域及び地域のかかりつけ医における自殺の頻度およびその予防対策の実態に関する調査を行った。

1. 職域での自殺の実態と予防対策

嘱託産業医契約を実施している医師は全体の61.2%であり、地域のかかりつけ医が中小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の担

い手として十分に機能する可能性が示された。また、職域において産業医が従業員の自殺未遂または既遂症例に遭遇する頻度は15.8%であり、かかりつけ医での外来診療における遭遇頻度(14.6%)と概ね変わらない結果であった。このことから、嘱託産業医業務に対する自殺予防に関する知識の啓発が重要であると考えられた。しかし、実際に職域においてメンタルヘルス対策が実施されている頻度は全体の60%弱であり、従業員規模が少ない事業所ほど実施率が低い状況が認められたことより、嘱託産業医を交えた中小規模事業所へのメンタルヘルス対策の導入が必要であると考えられた。

また、業種別の解析では「情報技術関連」における自殺未遂症例が多く、既遂症例と併せて統計的に有意な結果となった。このことから、製造業や不動産業等の他の職種にも共通する経済不況に基づく要因等に加え、IT関連産業におけるメンタルヘルスの現状に関する原因や対策の整理が必要と考えられた。

また、職域での自殺予防対策において連携が必要な機関として、地域産業保健センターや都道府県産業保健センター、精神保健福祉センターをはじめとした外部機関への連携に対する今後の期待が高いことが伺われた。地域産業保健センターの運営における負荷の増大が懸念さ

れるが、過重労働対策などの実施と合わせて、今後事業所が外部機関との連携を円滑に行うための支援が必要であると考えられた。

2. かかりつけ医での自殺の実態と予防対策

地域医療での外来診療において自殺未遂・既遂症例に遭遇する確率は、過去1年間において65症例(14.6%)、過去10年間においては143例(32.1%)であった。リコールバイアス

の可能性も考慮する必要があるが、近年において自殺未遂・既遂症例が増加している傾向を反映している可能性が示唆され、地域外来診療における自殺予防対策の必要性が示唆される結果であった。なお、日常診療における一般診療科から精神科・心療内科専門医への連携の頻度は45%弱であり、今後更に向上を図る必要があると考えられるが、連携を妨げる要因として「患者が行きたがらない」が主要因として挙げられており、先行研究²⁾と同様の傾向を示していた。今後、啓発・情報提供により受診への理解を得られやすくするための取り組みが必要であることが示唆された。しかしながら、「かかりつけ医として有効と考えられる対策」の設問では患者家族への啓発や地域住民への啓発はそれぞれ40%、22%であり、多忙な外来診療の狭間においての啓発活動には限界があることが示唆され、地域や職域などの集団に対する啓発による理解の向上が求められると考えられた。

3. うつ病に関する研修受講歴との関連

うつ病に関する研修会やトレーニング歴については、全体の66%が受講しており、2004年度の他の地域での研究³⁾における受講歴17%に比して高い結果であった。このことは、地域的に研修会の頻度が多いことや、上記研究以降約5年が経過していること、本調査が地域産業保健センター経由で行われたことで、メンタルヘルスのテーマが多い産業医研修会等の機会が多い回答者集団であること等が理由と考えられた。

研修会等の受講の有無で比較すると、精神科・心療内科専門医との連携において、受講歴が有ることと連携頻度が多いこととの間に関連が認められ($P<0.01$)、また自殺予防対策に対する意識においても、受講歴がある医師と

各対策への意識との間に概ね関連が認められた。この結果より、かかりつけ医機能を有する医師に対して研修を行うことは医師の意識の向上に対して有効であることが確認されたが、専門医療機関への連携を図るうえでの鍵となる「患者およびその家族の理解」についての効果は充分とは言えず、今後の医師を対象とした研修会の内容や、患者・地域・職域への啓発活動の実施が、専門医療機関への連携を前提とする自殺予防対策には重要な位置づけとなる可能性が示唆された。

4. 自殺未遂・既遂患者のプロファイル

収集された自殺既遂・未遂症例の解析では、治療中の身体疾患・精神疾患の有無、精神科受診歴、頻度の違いは明らかではなかったが、自殺既遂症例において、自殺未遂歴がある者よりもない者のほうが頻度が多い結果であった。自殺の予防対策の一環として、未遂歴は重要なプロファイル要因と考えられているが、他県での先行研究においても自殺企図のない症例のほうが多い傾向があり、未遂歴以外の要因によるスクリーニング技術の確保が重要であることが示された。

E. 結論

自殺予防のゲートキーパー機能を期待されている地域及び職域のかかりつけ医機能に関する実態調査を行った。職域及び地域における自殺への遭遇頻度に大きな差は無く、双方において自殺予防対策としてのかかりつけ医機能を確立することは重要と考えられた。特に中小規模事業所および情報技術関連業種への取り組みが急務であると考えられた。

かかりつけ医機能における自殺予防対策として、医師の研修会への参加促進は意義があると考えられたが、連携を適切に実施するため

には患者及びその家族への啓発を促すことが重要であり、職域・地域のかかりつけ医による啓発以外に、外部機関等による啓発の実施が重要であると考えられた。

(5) 大都市圏の中小零細企業におけるメンタルヘルス対策に関する調査研究

研究代表者：高田 未里

A. 研究目的

厚生労働省が平成14年に実施した調査では、メンタルヘルス対策を実施している企業は、従業員数5000名以上の企業で54.1%、従業員数1000～4999名の企業で43.1%、従業員数300～999名の企業で25.9%、従業員数100～299名の企業で22.4%、従業員数50～99名の企業で23.0%、従業員数30～49名の企業で18.6%、従業員数10～29名の企業で12.9%であり、従業員規模が小さくなると、メンタルヘルス実施率も下がっていた。

また、産労総合研究所による平成12年の調査では、メンタルヘルス対策を実施している企業は従業員数1000名以上の企業で64.4%、従業員数300～999名の企業で32.1%、従業員数299名以下の企業で22.4%であった。同様の調査を平成17年に実施した際には、メンタルヘルス対策を実施している企業は従業員数1000名以上の企業で82.4%、従業員数300～999名の企業で54.2%、従業員数299名以下の企業で38.2%であった。平成12年から平成17年にかけて、いずれの規模の企業においてもメンタルヘルス対策を実施している企業は増えているものの、中小零細企業ではメンタルヘルス対策の実施が非常に少ないのが現状である。また、未実施の中小零細企業に対して今後3年間の実施予定の有無を尋ねた

ところ、54.8%が実施の予定なしと答えている。

このような現状から、特に中小零細企業においては、メンタルヘルス対策の導入を促進させるような働きかけが必要であると思われる。そこで本分担研究では、中小零細企業におけるメンタルヘルス対策の現状と問題について調査を行う。

B. 研究方法

(1) 調査対象および調査方法

① 東京商工会議所の会員企業のうち、千代田支部に所属する従業員数が30名以上299名以下の企業1560社に対して、東京商工会議所千代田支部からの定期刊行物や案内を郵送する際に、調査票を同封した。調査票への回答は、企業の健康管理担当者に依頼し、FAXにて回収を行った。

② 東京都中小企業団体中央会主催による管理監督者向け講演会の参加者40名に調査票を配布した。調査票への回答は、企業の健康管理担当者に依頼し、FAXにて回収を行った。

(2) 調査票

調査票の主な内容は、以下の通りである。

- ① 企業の従業員数
- ② メンタルヘルスへの関心の有無
- ③ メンタルヘルス問題による困窮度
- ④ 過去1年間におけるメンタルヘルス問題の増加
- ⑤ メンタルヘルス対策の実施状況
- ⑥ 法改正や指針に関する周知

C. 研究結果

(1) 企業の従業員数

148企業から回答が得られた。そのうち、

41 企業(27.7%)が従業員数 100~299 名、29 企業(19.6%)が従業員数 50~99 名であった。

(2)メンタルヘルス対策の実施状況

メンタルヘルス対策を実施しているとの回答は 58 企業(39.2%)であった。

(3)メンタルヘルスへの関心の有無

全体では、「かなりある」との回答が 62 企業(41.9%)と最も多く、次いで「多少ある」との回答が 53 企業(35.8%)であった。「非常にある」との回答は 24 企業(16.2%)であった。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の関連性を検討した結果、「非常にある」「かなりある」では相違はみられなかったが、「多少ある」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。また、「ない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

(4)メンタルヘルス問題による困窮度

全体では、「困っていない」との回答が 76 企業(51.4%)と最も多く、次いで「多少困っている」との回答が 63 企業(42.6%)であった。メンタルヘルス対策の実施状況とメンタルヘルス問題による困窮度の関連性を検討した結果、「かなり困っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「困っていない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

(5)過去 1 年間におけるメンタルヘルス問題の増加

全体では、「増えていない」との回答が 79 企業(53.4%)と最も多く、次いで「多少増えている」との回答が 59 企業(39.9%)であった。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の関連性を検討した結果、「かなり増えている」「多少増えて

いる」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「増えていない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

(6)法改正や指針に関する周知

①平成 18 年 4 月の労働安全衛生法改正による一部過重労働面接の義務化

全体では、「知っている」との回答が 88 企業(59.5%)、「知らない」との回答が 59 企業(39.9%)であった。メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

②平成 18 年 4 月の労働者の心の健康の保持増進のための指針改訂

全体では、「知っている」との回答が 68 企業(45.9%)、「知らない」との回答が 79 企業(53.4%)であった。メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

③平成 16 年発表の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

全体では、「知っている」との回答が 56 企業(37.8%)、「知らない」との回答が 90 企業(60.8%)であった。メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

(7)実施しているメンタルヘルス対策の内容
メンタルヘルス対策を実施している企業に対して、その内容を尋ねた結果、最も多かったのは精神科医等の委嘱(16企業;10.8%)であり、次いで社内での管理監督者教育(15企業;10.1%)であった。その他には、社内での一般社員教育(8企業;5.4%)、外部相談機関との契約(6企業;4.1%)、社外の教育研修(6企業;4.1%)などもあげられた。

また、個人面談の実施(5企業;3.4%)やコミュニケーションの促進(4企業;2.7%)、上司によるケア(2企業;1.4%)など、従業員との接触を増やそうとする試みがあげられた。ストレスチェックの実施(3企業;2.0%)や健康診断でのメンタルチェック(3企業;2.0%)など、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。

D. 考察

中小零細企業を対象に調査を実施した結果、94.6%の企業がメンタルヘルスに関心を持っていた。しかし、実際にメンタルヘルス対策を実施している企業は39.2%であった。メンタルヘルスに「多少」関心のある企業においては、メンタルヘルス対策を実施していない企業が多かったものの、「非常に」または「かなり」関心があると答えた企業においては、メンタルヘルス対策の実施状況はほぼ二分された。これより、メンタルヘルスへの関心を持ちつつある企業への働きかけがメンタルヘルス対策の実施を促進させる鍵であると思われた。

メンタルヘルス問題で困っている企業や過去1年間にメンタルヘルス問題が増加した企業は約4割であり、そのほとんどは「多少困っている」「多少増えている」との回答であった。これより、深刻なメンタルヘルス問題に直面し

ている企業は非常に少ないことが示された。メンタルヘルス問題で「かなり困っている」企業やメンタルヘルス問題が「かなり増えている」企業は、メンタルヘルス対策を実施していた。一方、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、さまざまな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。

(6) 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

分担研究者:井上幸紀

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。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。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。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。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により職業性ストレスモデルが提唱されている。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されている。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。

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 24 名(患者群)に加え、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。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で、客観的な抑うつ
気分を 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、

SSRI や 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(復
職後 3 ヶ月を目処)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
討した。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、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、患者群と公務員群の比較などには
等分散を仮定しない T-test を用い、5%を有
意水準とした。また、同一患者の治療前後の
比較には対応のある T-test を用い、5%を有
意水準とした。

C. 研究結果

1. 平成18年度の結果

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 38.5 ± 7.8 、
HAM-D は 20.6 ± 3.9 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
体の SDS は 19.9 ± 9.5 であったが、74 名
(19.1%)が SDS28 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 16.5 ± 6.6)と、
公務員抑うつ群 74 名(SDS 34.1 ± 6.2)に区
別した。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。

職業性ストレスの多くのもので有意な差異を認められたが、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。

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。

2. 平成19年度の結果

前述のような治療を行い、復職し、その後再度職業性ストレスに関する質問紙に回答したものは10名であり、その全ては大うつ病性障害であった。その平均年齢は初診時 40.5±10.9才であり、1名のみが女性であった。8名が既婚で2名は未婚であった。今回解析した10名の患者群の初診時 SDS (60点法) は 40.4±6.2, HAM-D は 23.0±4.2 であり、治療後のそれらは 24.0±11.6, HAM-D は 4.5±1.3 であった。職業性ストレスのうち役割葛藤、グループ間対人葛藤、仕事量、仕事量の変動、自尊心、身体的愁訴で有意な変化を認めた。

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働い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。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、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、自尊心での有為差が、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のか、これは単に対象集団の特徴を示しているののか、などを今後検討する必要がある。

患者群の治療前後の職業性ストレス、仕事外要因、個人要因、緩衝要因、心理・身体的反応の変化についても縦断的に検討を加えた。多くの職業性ストレス、仕事外要因、個人要因、緩衝要因、心理・身体的反応で望ましいと考えられる(ストレスを軽減する方向での)変化を認

めたが、統計学的有意差を認めたものは役割葛藤、グループ間対人葛藤、仕事量、仕事量の変動、自尊心、身体的愁訴であった(このうち身体的愁訴はうつ病による身体的反応と考えられる)。対象患者数が少なかったことが有意差の検出精度を鈍化させていたことは否めないが、薬物療法を中心とした治療のみでこれら変化を認めたこととなる。薬物療法を中心とした治療により患者の抑うつ気分が軽減し、様々な職業性ストレスなどに対する認知的側面が自己修正された可能性、また、休職し治療を受けている間に休職により隠れていた問題が表面化し対人関係や仕事量、仕事量の変動等の職場の体制が改善されたなど職場に変化が生じそれがこれら差異に関連している可能性、その双方が生じている可能性などが考えられる。これらを明らかにするためには職場に介入し患者休職時と復職時の職場環境を客観的に評価する必要があると思われる。今回検討した患者 10 名は無事に復職でき勤務継続できている者であるが、症例数を増やすことができその中から復職後再休職する事例などを集積できれば、復職成功群と復職後再休職に至った群に於ける職業性ストレスの差から更に詳細な検討が加えられると考えられる。今回の結果からは、多くの職業性ストレス、仕事外要因、個人要因、緩衝要因、心理・身体的反応の中から、役割葛藤、グループ間対人葛藤、仕事量、仕事量の変動、自尊心、身体的愁訴に有意な変化を認めており、これが復職できたことに結びついている可能性が示唆された。これらストレス因子を事前に軽減することがうつ病発症の抑止に、発症後はこれら職業性ストレスを念頭に認知療法的対応や職場介入を行うことで抑うつ気分の改善や復職可能性の増加に関連する可能性があると思

われる。

今回の報告に関して、患者数が24例と少ないこと、縦断的検討を行えた症例数が10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ず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ことに注意が必要である。

労働者の自殺対策として労働者の抑うつ気分の軽減を図ることは重要である。特に休職や復職という社会的に大きな出来事において適切に介入し抑うつ気分の軽減を図ることは特に重要であると考えられるが、今回の検討からは役割葛藤、グループ間対人葛藤、仕事量、仕事量の変動、など特定の職業性ストレス対策が重要である可能性が示された。

(7) 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

A. 研究背景・目的

産業保健における重要課題の一つは労働者のメンタルヘルス対策であるが、特に労働者の自殺予防対策が焦眉の課題としてある。この自殺予防対策の中でも、とりわけうつ対策が重要である。この理由としては、労働者の自殺企図例の約7割がうつ病であるという報告があり、さらに他の精神障害が自殺企図の背景にある場合にも、その多くは抑うつ状態にあると考えられるからである。抑うつ状態にある労働者が適切な受療行動をとることができるように支援することが大切である。

うつ病対策を講じる上では、労働者のうつ病に関する受療状況の把握が必要である。国が3年に1回行っている患者調査では、平成11

年に比べて平成17年では外来受療率は約2倍になっている。もちろん、この調査では労働者・非労働者という区分がなされているわけではないが、うつ病の受療率が上昇していることが示されている。わが国における地域調査では、DSM-IVの大うつ病の12ヵ月有病率は、男性1.5%、女性2.7%と報告されている。世界保健機関の国際共同研究の一環として行われた長崎の調査では、プライマリケアにおける有病率は2.6%である。神田東クリニックを受診する労働者の約1/3は気分障害であることから、気分障害は非常に重要な精神障害であると考えられる。今回、厚生労働科学研究「労働者の自殺予防に関する介入研究」の一環として労働者のうつ病治療の現状についてレセプトの情報による調査を行った。

レセプトは、医療機関から健康保険組合に提出される請求書であり、医療機関において医療を受ける殆どの労働者が健康保険制度を用いて、医療保険給付を受けているため、医療を受けている労働者の実態把握の方法としては有用であると考えられる。健康保険組合に知られることを危惧して健康保険を使わないで医療機関において医療を受ける者もいるが、ごく少数である。また医療機関でなく、他の施設において代替医療を受けている労働者もいる。さらに調子の悪いことを自覚しても病院に行こうとしない労働者もいる。躁状態のように、そもそも調子が悪いと感じていない労働者もいる。したがって、レセプト調査の対象となる労働者は、心の健康障害のある労働者の一部ということになる。こうした限界性があるにせよ、医療機関において治療を受けている労働者という集団におけるうつ病の実態は、一般化し得る部分もあると考えている。

B. 研究方法

(株)日本医療データセンターでは、レセプトデータをデジタル化してデータベースを作成し、種々の統計的分析を行って、有用な健保施策あるいは事業場の保健施策の立案・実施に寄与しえる調査結果を提供する会社である。今回は、研究事業の一環として、データベースの利用および分析を依頼した。

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。レセプトでは、個人情報保護法に抵触する個人を特定しえる情報がないデータベースを用いて解析を行った。対象者は労働者に限定するため、健康保険本人のみを調査対象とした。さらに対象病名として、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の患者でその後の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。開始日は処方年月日で判定する開始日を第1日目として計算した。睡眠薬処方開始日を基準として、抗うつ薬の処方を判定した。すなわち①抗うつ薬処方無し、②睡眠薬以前に抗うつ薬処方あり、③同時に抗うつ薬処方あり、④睡眠薬処方以降に抗うつ薬処方あり、の4種類である。このようにして、④では、何日後に抗うつ薬が処方されたのかを計算した。

C. 結果

(1)受療率

この期間中に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2人(0.08%)、20歳代273人(0.74%)、30歳代892人

(1.7%)、40歳代861人(2.3%)、50歳代463人(1.6%)、60歳代126人(1.7%)などであった。性別では、男性2,337人(1.6%)、女性442人(1.9%)であった。

(2)標榜科目とうつ病

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。

(3)睡眠薬で治療開始後に抗うつ薬を追加する割合と、追加投与までの期間

睡眠薬で治療開始を受けた組合員の0.092%が、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。

D. 考察

本研究における受療率に関する調査結果より、レセプトで把握できる範囲における受療状況からみる限りではあるが、うつ病は40歳代が最も多く、ついで30歳代、50歳代となっていた。40歳代がうつ病有病率が高いのか、受療行動をとりやすいのかについては、今後の検討が必要である。また一般的に男性より女性の方がうつ病の有病率が2倍程度高く、受療行動をとりやすいとされているものの、今回の調査結果は必ずしもこうした従前の報告を支持するものではなかった。

うつ病の労働者の多くが専門医療機関において治療を受けていることが確認されたが、これも従前の報告とは異なるものであり、社会教育の進展にとまなうものであるとも考えられる。

睡眠薬を服用している患者は約10%の確率で平均約3カ月後に抗うつ薬を服用している。つまり不眠症はうつ病発症の前駆症状であり、平均3カ月程度でうつ病の診断を満たす病態に進展することになる。

結論として、本研究により健康保険組合員の約2%が気分障害の病名により受療行動をとり、その約2/3は精神科医により治療を受けていることが明らかになった。さらに睡眠薬を服用している患者は約10%の確率で平均約3カ月

後に抗うつ薬を服用していることが示された。さらに詳細な分析を行うとともに、今回得られた知見をもとにして、労働者のうつ病対策、ひいては自殺対策を検討する必要がある。

Ⅲ. 派遣労働者のこころの健康に関する実態調査

(1) 派遣労働者のメンタルヘルスに関する調査研究

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。

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。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。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。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。

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。

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。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。

<男女別による検討>

分担研究者: 廣 尚典, 田中克俊, 飯島美世子

本研究では、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visualanaloguescale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。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。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。K6日本語版では、

先行研究を参考にして、cutoffpoint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。

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。

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(χ^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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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 *healthyworkereffect* 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、収入によっ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有意な関係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、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

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、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や努力・報酬不均衡モデル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