

調査期間は平成22年4月から平成22年7月に三重県のA市にあるあらかじめ同意の得られた従業員数1000名以上の事業場3カ所、1572名を対象に無記名自記式調査を実施した。852部（回収率54.2%）が返送された。

調査票の内容は資料に示すとおりで、対象者の属性、メンタルヘルスの状況や不調時の相談先や精神科受診に関する認識、心の健康に関する関心、利用したいサポートや心の健康に関して学びたい内容やニーズなどを調査した。分析には、SPSS Statistics17.0 for Windows を使用し、各調査項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。有意差検定は、t検定、または χ^2 検定を用いて行い、 $P<0.05$ で有意差ありと判定した。

倫理的配慮として研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を口頭と文章で説明し同意を得た。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 回答者の属性について

回答者の属性は表1-1~5に示した。男性632、女性216名であった。平均年齢は、男性が年齢42.5±9.8歳であり、女性35.3±9.6歳よりも有意に高かった($p<0.01$)。

所属する事業場の職種は全体では事務職が最も多く444名(52.7%)、次に技術職178名(21.1%)、技能職100名(11.9%)の順で、男性では事務職、技術職、技能職の順に多く、女性では事務職、技能職の順であった。

職階については、一般労働者が438名(51.8%)で最も多く、管理監督者の中では課長クラスが156名(18.4%)と最も多く、ついで主任・係長補佐クラス138名(16.3%)、部長クラス110名(13.0%)の順であった。

2. 対象者の特徴

配偶者の有無は、既婚で家族と同居が最も多く54.2%で次に独身で家族と同居が25.4%、独身で一人暮らし11.2%であった。

交代勤務、深夜勤務の状況については、全体では交代勤務、深夜勤務共にない人が821名(97.4%)であった(表1-6)。

残業時間は表1-7に示すように職階別では役員クラスが31.0時間と最も多く、ついで課長クラスが28.7時間、部長クラス21.8時間、主任・係長、補佐クラス22.3時間で職階別の差が認められた($p<0.01$)。職種別の残業時間では差は認められなかった(表1-8)。

3. 悩みや不安に関する状況(表1-9-1~5)

悩みや不安の有無に関しては全体では511名(60.8%)の人が悩みや不安があると回答していた(表1-9-1)。また、職階別では一般クラスで285名(65.7%)の人が悩みや不安があると回答しており、一般クラスと管理監督者で有意な差が認められ、一般クラスで悩みや不安がある人の割合が多いことが明らかとなった($p<0.01$)。職種別でも有意な差が認められ($p<0.05$)、研究職、情報処理職、技能職に就いている労働者の悩みや不安があると回答している割合が7割を超えていた。

残業時間と悩みや不安の有無との間には関連が認められなかった。

悩みや不安がある時に相談したい人や機関に関しては、家族・親類が最も多く609名(73.2%)でついで知人・友人453名(54.4%)、会社の同僚160名(19.2%)の順であった。産業医への相談は96名(11.5%)、産業保健スタッフへは92名(11.1%)、医療機関へ相談に関しては、精神科・クリニック167名(20.1%)、一般科病院・クリニック96名(11.5%)であった。一般労働者は管理監督者よりも知人・友人に相談することが多く($p<0.01$)、管理監督者は一般労働者よりも、会社の上司($p<0.05$)、職場の産業医($p<0.01$)、職場の産業保健スタッフ($p<0.01$)、精神科病院・クリニック($p<0.01$)に相談することが多いことが明らかとなった。

4. 精神科への通院、受診行動(表1-10~1-14)

心の問題に関する受診・通院状況は受診したことがない565名(66.6%)、通院中43名(5.1%)、過去に受診したことがある42名(5.0%)であった。受診・通院時の病名はうつ病・うつ状態が45名(51.1%)、自立神経失調症10名(11.4%)、適応障害7名(8.0%)、不安神経症6名(6.8%)であった。

心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動に関しては、受診するが281名(34.6%)、受診しない・わからないが531名(65.4%)で、受診すると回答している人が有意に少ないことが明らかとなった($p<0.01$)。

一般労働者と管理監督者の悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には差が認められ管理監督者の方が受診する割合が有意に高率であった($p<0.01$)。

不安の程度と精神科への受診行動には関連がなかった。

また、精神科を受診したくない理由としては、「自分で対処できると思うから」が242名(46.4%)と最も多く、ついで「精神科受診に抵抗があるから」194名(37.2%)、「どこに行けばいいかわからないから」174名(33.4%)、「身体の病気かもしれないから」104名(20.0%)の順であった。また、一般労働者の方が管理

監督者に比べて「治療しても治らないと思うから」という理由が有意に高率であることがわかった ($p<0.01$)。

5. 心の健康に関する関心(表 1-15-1~4)

心の健康に関する関心は77.8%の人が関心をもっていることがわかった。一般労働者と管理監督者の心の健康に関する関心は差が認められなかった。また不安や悩みの有無別の心の健康に関する関心は、差があり男女ともに悩みや不安を持っている人の方が心の健康に関する関心ありが有意に高率であった ($P<0.01$)。

心の健康に関する関心と心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には有意差があり、心の健康に関心がある人の方が精神科に受診するが高率であった ($p<0.01$)。

6. 利用したいサービス

心の健康に関して今後利用したいサービスについては、利用したいという人が最も多いのはメール相談で、次にカウンセリング、研修会、電話相談、医師による心の相談の順であった。

7. 心の健康に関して学びたい内容

心の健康に関して学びたい内容としては学びたいという人が最も多いのはストレスとその対処法、ついで人間関係やコミュニケーション、こころの健康のチェック法、こころの不調者への対応、うつ病とその予防の順であった。

D. 考察

1. 悩みや不安に関する状況

今回の調査でA市における大規模事業場の労働者の60.8%の労働者が心の健康に関する悩みや不安を抱えている状況が明らかとなった。平成19年労働者健康状況調査³⁾の結果では自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスが「ある」とする労働者の割合は58.0% [前回61.5%] となっている。昨年度の本研究班の⁴⁾より中小規模事業場における労働者に対する調査結果と同様メンタルヘルス不調に対する早期支援の重要性は高い状況であるといえる。

悩みや不安の有無に関連する要因としては、一般労働者と管理監督者間で有意な差が認められ ($P<0.01$)、一般労働者の悩みや不安を抱えている割合が高いことから、一般労働者への支援がさらに必要であるといえよう。

悩みや不安を自覚したときに相談したい人や機関に関しては、平成21年度の本研究班の中小規模事業場労働者の結果と同様に最も多かったのが非専

門家である家族・親類(73.2%)であり次いで、知人・友人(54.4%)であった。一般労働者は管理監督者に比べて家族・親類に相談する割合が有意に高く ($p<0.01$)、職場内の産業医、産業保健スタッフへの相談では管理監督者の方が相談する割合が高かったことより、一般労働者に対しての産業保健スタッフへの相談の促進に対する働きかけがさらに必要であることが示された。精神科病院・精神科クリニックに相談したいと回答した人は20.1%であり、管理監督者の方が相談する割合が有意に高いことが明らかとなった ($p<0.01$)。

以上の結果より、大規模事業場の労働者の心の健康に関する悩みや不安に対しては、早期支援を促進していくことが重要であり、特に一般労働者への積極的な支援が必要であるといえよう。また、心の不調時の相談相手としては、2006年の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」⁵⁾において事業場内の産業看護職は、事業場内におけるメンタルヘルスケアシステムの確立と推進において実質的な中心的役割を担うことが明示されているように、相談者としての存在を労働者全体に認識してもらえような研修システムや内容の検討、相談できる環境の整備や改善が必要である。

2. 精神科への通院、受診行動

心の問題に関する受診・通院状況は現在通院中が約5%、過去に受診したことがある約5%で過去現在を含めると約1割の人が精神科への受診経験があることが明らかとなった。日本生産性本部の「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査の結果からは⁶⁾上場企業では最近3年間の「心の病」は増加傾向(44.6%)、横ばい(45.4%)で横ばいが増加傾向を上回る結果がでていいる。しかし労働者自身に調査したデータはほとんどなく、今後も引き続き調査を実施し、メンタルヘルスケアの効果については検討していくことが重要であるといえる。

不調自覚時の精神科への受診行動に関しては約35%が受診すると回答しており、受診しない・わからないと回答している人よりも有意に低率であることが明らかとなった。この結果は昨年度の中小規模事業場の労働者への調査結果⁷⁾とも一致しており、労働者は不調を自覚しても、精神科へのアクセスに簡単には結びつかないことが明らかとなった。一般労働者と管理監督者では、管理監督者の方が受診すると回答している人が有意に高率であることがわかり、一般労働者へのメンタルヘルス不調の正しい理解が得られるような教育・研修が必要である。また、不安や悩みの程度と精神科への受診行動には関連がなく、労働者の認識を十分に把握し、本人の意志を尊重しながら、必要時には専門医へつなげることが

必要となる。

精神科を受診したくないという理由では「自分で対処できるから」という理由が46.4%で最も多く、次いで「精神科受診に抵抗があるから」「どこにいけばよいかわからないから」が3割を超えていた。これらの理由に対しては、産業保健スタッフはメンタルヘルス不調に対する偏見やスティグマなどの存在に関しても、十分に認識しておくことが重要であるとともに、労働者に正しい理解が得られるような支援を行うことが重要である。また、一般労働者の方が管理監督者よりも「治療しても治らない」と有意に高率に回答しており、メンタルヘルス不調に関する治療や支援方法等も管理監督者だけでなく一般労働者へも教育していくことが必要である。

以上の結果より、メンタルヘルス不調を労働者が自覚しても精神科専門医の受診には結びつかないため、周囲の気づきや支援が重要である。また、メンタルヘルス不調に対する正しい理解が得られるような教育・研修を行い、必要なときに受診や相談ができる職場の環境を整えることが重要である。さらに労働者の認識を十分に受け止めた上での支援が必要とされる。

3. 心の健康に関する関心

心の健康に関する関心として、約8割の人が関心があると回答しており、一般労働者と管理監督者の間には有意な差は認められなかった。また不安や悩みの有無別の心の健康に関する関心は、悩みや不安を持っている人の方が心の健康に関する関心ありが有意に高率であった ($P<0.01$)。しかし、メンタルヘルス不調の問題は誰にでも生じる可能性があることから、すべての労働者にメンタルヘルスクエアに対する取り組みの重要性が認識できるように職場環境を整えていくことが重要であろう。

心の健康に関する関心と心の健康に関する悩みや不安自覚時の精神科への受診行動には有意差があり、心の健康に関心がある人の方が精神科に受診するが高率であった ($p<0.01$)。

以上の結果より、日常的に心の健康に関する関心を高めるような教育や研修、支援のあり方を工夫することが重要である。

4. 利用したいサービス、心の健康に関して学びたい内容

利用したいサービスについては、利用したいという人が最も多いのはメール相談で、次にカウンセリング、研修会、電話相談、医師による心の相談の順であった。

心の健康に関して学びたい内容としては学びたいという人が最も多いのはストレスとその対処法、つ

いで人間関係やコミュニケーション、こころの健康のチェック法、こころの不調者への対応、うつ病とその予防の順であった。

以上の結果よりサービスとしてはそれぞれのニーズに合うように様々な利用可能な資源を準備しておくこととその利用方法に関するインフォメーションが必要であろう。

研修会の内容としては、メンタルヘルス不調に直接かかわるような、ストレスの対処法、心の不調者への対応、うつ病とその予防、心の健康のチェック法だけでなく、職場文化を創っていくような人間関係・コミュニケーションなど労働者が職場環境の向上や調整を望んでいることがうかがえる。

したがって単なる知識だけの付与でなく、現場で活用でき、自らがストレス対処能力を高めていけるような力⁸⁾を身につけられるような取り組みも重要である。

E. 結論

1. 労働者のメンタルヘルスの状況は、6割以上が不安や悩みを抱えていることが明らかとなり、今後もメンタルヘルス不調の予防や早期支援が重要である。
2. メンタルヘルス不調の自覚時には労働者は家族・親類、友人・知人に相談したいと考えていることが明らかとなり、産業保健スタッフが効果的な相談者として活用されるような環境を整えていくことが必要である。
3. メンタルヘルス不調自覚時の精神科への受診行動に関しては、不調を自覚しても精神科受診に結びつかないこと明らかとなり、医療への早期アクセスを促進させるためには、周囲の気づき及び労働者の認識を十分理解した上での支援が重要である。
4. 労働者の約8割が心の健康への関心をもっており、関心をもつことは受診行動を促進することにつながりやすい。
5. 利用したいサービスは多様であり、個人のニーズに合うサービスの実施が必要である。教育、研修内容ではコミュニケーションや人間関係など職場環境の改善につながるような内容の研修も求められていることが示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 萩 典子, 近藤信子, 大西信行: 産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調者に対する早期介入・支援の実態とそのあり方, 日本精神科看護学会学会誌, 52 (2): 302 - 306, 2009.
- 2) 大西信行, 萩 典子, 福田弘子, 近藤信子, 東川 薫: 中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割, 日本精神科看護学会学会誌,

2. 学会発表

- 1) 萩典子、大西信行、近藤信子、福田弘子：産業看護職から見た労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援の実態とそのあり方，日本精神科看護学会，熊本，2009. 11
- 2) 萩典子、大西信行、近藤信子、東川薫、福田弘子：中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズ，日本産業精神保健学会，石川，2010. 7
- 3) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子：メンタルヘルス不調の早期介入・支援に対する産業看護職のニーズ，日本産業精神保健学会，石川，2010. 7
- 4) 大西信行、萩典子、近藤信子、東川薫、福田弘子：中小規模事業場のメンタルヘルス対策と求められる看護の役割，日本精神科看護学会，山口，2010.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

H. 参考文献

- 1) 近藤信子、萩典子、大西信行：労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）平成 20 年度総括・分担研究報告書 産業看護職から見た労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する調査（2009）.
- 2) 近藤信子、萩典子、大西信行他：労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（労

働安全衛生総合研究事業）平成 21 年度総括・分担研究報告書 産業看護職から見た労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する調査（2010）.

- 3) 厚生労働省：平成 19 年労働者健康状況調査（2008）
- 4) 前掲書 2)
- 5) 厚生労働省：労働者の心の健康の保持増進のための指針（2006）
- 6) 日本生産性本部：第5回「メンタルヘルスの取り組み」に対する企業アンケート調査（2010）
- 7) 前掲書 2)
- 8) 山崎善比古、坂野純子、戸ヶ里泰典編：ストレス対処能力 SOC，有信堂高文社，東京，2008.

II. 産業看護職のための早期介入支援テキスト

平成 20 年から平成 22 年の 3 年間の研究結果から、産業看護職自身のニーズと労働者のニーズを基に産業看護職がメンタルヘルス不調に対する早期支援を効果的に推進できることを目的として II. 産業看護職向けのメンタルヘルス不調への早期支援に関する教育支援プログラムの開発を行った。①総論として社会環境の変化とメンタルヘルス、プライバシーの問題、②心の健康の考え方として、コミュニケーション、人間関係、③メンタルヘルス不調の理解としてストレス、うつ病のアセスメント、メンタルヘルス不調のアセスメント、連携の方法、④メンタルヘルス教育としてセルフケア、コミュニケーション、傾聴の技術と訓練、メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理、⑤技術・理論として面接、リラクゼーション、認知行動療法、⑥産業看護職へのサポートとしてスーパービジョン等による課題の理解、産業保健推進センターの活用等を盛り込んだものとした。（別添参照）

表1-1 対象者の性別内訳

男性	632 (74.5)
女性	216 (25.5)
合計	848 (100.0)

人数(%)

表1-2 対象者の年齢

男性(N=628)	42.5 ± 9.8 (19 - 63)	p p<0.01
女性(N=210)	35.3 ± 9.6 (20 - 59)	

平均±標準偏差(最小-最大)

表1-3 配偶者の有無

	男	女	全体
独身：家族と同居	118 (18.7)	136 (63.0)	254 (25.4)
独身：一人暮らし	77 (12.2)	18 (8.3)	95 (11.2)
既婚：同居	401 (63.5)	58 (26.9)	459 (54.2)
既婚：死別・離別	5 (0.8)	2 (0.9)	7 (0.8)
既婚：単身赴任	30 (4.8)	2 (0.9)	32 (3.8)
合計	631 (100.0)	216 (100.0)	847 (100.0)

人数(%)

表1-4 対象者の職種

	男	女	全体
研究職	33 (5.2)	2 (0.9)	35 (4.2)
技術職 (情報処理職除く)	169 (26.9)	9 (4.2)	178 (21.1)
情報処理職	33 (5.2)	4 (1.9)	37 (4.4)
事務職	281 (44.7)	163 (76.5)	444 (52.7)
営業職	24 (3.8)	1 (0.5)	25 (3.0)
サービス職	9 (1.4)	1 (0.5)	10 (1.2)
技能職	68 (10.8)	32 (15.0)	100 (11.9)
その他	12 (1.9)	1 (0.5)	13 (1.5)
合計	629 (100.0)	213 (100.0)	842 (100.0)

人数(%)

表1-5 対象者の職階

	男	女	全体
一般クラス	256 (40.6)	182 (84.7)	438 (51.8)
主任・係長・補佐クラス	113 (17.9)	25 (11.6)	138 (16.3)
課長クラス	150 (23.8)	6 (2.8)	156 (18.4)
部長クラス	108 (17.1)	2 (0.9)	110 (13.0)
役員クラス	4 (0.6)	0 (3.5)	4 (0.5)
合計	631 (100.0)	215 (100.0)	846 (100.0)

人数(%)

表1-6 交代勤務・深夜勤務

	男	女	全体
交代勤務、深夜勤務ともない	609 (96.8)	212 (99.1)	821 (97.4)
深夜勤務あり	14 (2.2)	2 (0.9)	16 (1.9)
交代勤務をしている	6 (1.0)	0 (0.0)	6 (0.7)
合計	629 (100.0)	214 (100.0)	843 (100.0)

人数(%)

表1-7 職階別残業時間(月平均)

				p
一般クラス	17.8 ±	14.8	(0-60)	p<0.01
主任・係長・補佐クラス	21.8 ±	14.7	(0-60)	
課長クラス	31.1 ±	28.7	(0-300)	
部長クラス	26.2 ±	21.8	(0-100)	
役員クラス	42.5 ±	31.0	(0-70)	
合計	22.1 ±	19.8	(0-300)	

時間±SD (最小-最大)

表1-8 職種別残業時間

職種				p
研究職	16.6 ±	13.2	(0-50)	NS
技術職 (情報処理職除く)	25.7 ±	17.5	(0-80)	
情報処理職	21.5 ±	12.5	(0-40)	
事務職	20.5 ±	22.2	(0-300)	
営業職	24.0 ±	13.1	(2-50)	
サービス職	19.4 ±	13.8	(0-40)	
技能職	24.4 ±	17.5	(0-60)	

時間±SD (最小-最大) NS:p>0.05

表1-9-1 男女別悩みや不安の有無

	男	女	全体	p
あり	379 (60.5)	132 (61.7)	511 (60.8)	NS
なし	247 (39.5)	82 (38.3)	329 (39.2)	
合計	626 (100.0)	214 (100.0)	840 (100.0)	

人数(%)NS:p>0.05

表1-9-2 職階別悩みや不安の有無

	一般	管理監督者	p
あり	285 (65.7)	225 (55.7)	p<0.01
なし	149 (34.3)	179 (44.3)	
合計	434 (100.0)	404 (100.0)	

表1-9-3 職種別悩みや不安の有無

悩み・不安	研究職	技術職(情報処理職を除く)	情報処理職	事務職	営業職	p
あり	26 (74.3)	116 (65.2)	27 (73.0)	242 (55.3)	8 (25.0)	p<0.05
なし	9 (25.7)	62 (34.8)	10 (27.0)	196 (44.7)	24 (75.0)	
合計	35 (100.0)	178 (100.0)	37 (100.0)	438 (100.0)	32 (100.0)	
	サービス業	技能職	その他	全体		
あり	6 (66.7)	76 (76.0)	7 (53.8)	507 (60.7)		
なし	3 (33.3)	24 (24.0)	6 (46.2)	328 (39.3)		
合計	9 (100.0)	100 (100.0)	13 (100.0)	835 (100.0)		

人数(%)

表1-9-4 残業時間と悩みや不安の有無

	残業時間 (N=832)		P
あり(N=510)	23.3 ± 21.5	(0 - 300)	NS
なし(N=322)	16.8 ± 16.8	(0 - 80)	
平均±標準偏差(最小-最大)	NS;p>0.05		

表1-9-5 交代勤務深夜勤務と悩みや不安の有無

	なし	深夜勤務	交代勤務	P
あり	489 (60.1)	13 (81.3)	5 (83.3)	
なし	324 (39.9)	3 (18.8)	1 (16.7)	NS
合計	813 (100.0)	16 (100.0)	6 (100.0)	
人数(%)	NS;p>0.05			

表1-10 悩みや不安がある時に相談したい人や機関(複数回答)

	一般労働者 (N=428)	管理監督者 (N=404)	(N=832)	p
家族・親類	318 (74.3)	291 (72.0)	609 (73.2)	
知人・友人	267 (62.4)	186 (46.0)	453 (54.4)	p<0.01
会社の同僚	127 (29.7)	118 (29.2)	245 (29.4)	NS
会社の上司	69 (16.1)	91 (22.5)	160 (19.2)	p<0.05
職場の産業医	33 (7.7)	63 (15.6)	96 (11.5)	p<0.01
職場の産業保健スタッフ	36 (8.4)	56 (13.9)	92 (11.1)	p<0.01
一般科病院・クリニック	46 (10.7)	50 (12.4)	96 (11.5)	NS
精神科病院・クリニック	71 (16.6)	96 (23.8)	167 (20.1)	p<0.01
職場以外の相談窓口	35 (8.2)	37 (9.2)	72 (8.7)	NS
保健所・保健センター	5 (1.2)	1 (0.2)	6 (0.7)	NS
精神保健センター	9 (2.1)	12 (3.0)	21 (2.5)	NS
人数(%)	NS;p>0.05			

表1-11 こころの問題に関する受診・通院状況

受診したことはない	565 (66.6)
通院中	43 (5.1)
過去に受診したことがある	42 (5.0)
人数(%)	

表1-12 こころの問題に関する受診・通院時の病名

うつ病・うつ状態	45 (51.1)
自律神経失調症	10 (11.4)
適応障害	7 (8.0)
不安神経症	6 (6.8)
その他	20 (22.7)
人数(%)	

表1-13-1 悩みや不安自覚時の精神科受診行動の有無

	p	
受診する	281 (34.6)	
受診しない、わからない	531 (65.4)	p<0.01
合計	812 (100.0)	
人数(%)		

表1-13-2 職階によるこころの不調自覚時の精神科受診行動

	一般労働者	管理監督者	p
受診する	125 (30.0)	155 (39.4)	
受診しない、わからない	292 (70.0)	238 (60.6)	p<0.01
合計	417 (100.0)	393 (100.0)	

人数(%)

表1-13-3 不安の程度と精神科受診行動

	非常に不安	不安	少し不安	不安はない	全体	P
受診する	17 (40.5)	28 (28.9)	126 (37.1)	107 (32.9)	278 (34.6)	
受診しない、わからない	25 (59.5)	69 (71.1)	214 (62.9)	218 (67.1)	526 (65.4)	NS
合計	42 (100.0)	97 (100.0)	340 (100.0)	325 (100.0)	804 (100.0)	

人数(%) NS:p>0.05

表1-13-4 心の健康に関する関心と精神科受診行動

	関心あり	関心なし	p
受診する	247 (69.0)	31 (29.2)	
受診しない	111 (31.0)	75 (70.8)	p<0.01
合計	358 (100.0)	106 (100.0)	

人数(%)

表1-14 精神科を受診したくない理由(複数回答)

	一般労働者 (N=284)	管理監督者 (N=237)	全体 (N=521)	p
身体の病気かもしれないから	49 (17.3)	55 (23.2)	104 (20.0)	NS
自分で問題に対処できると思うから	130 (45.8)	112 (47.3)	242 (46.4)	NS
治療しても治らないと思うから	57 (20.1)	28 (11.8)	85 (16.3)	p<0.01
仕事が忙しくて行く暇がないから	32 (11.3)	35 (14.8)	67 (12.9)	NS
職場での昇進などに影響があると思うから	17 (6.0)	10 (4.2)	27 (5.2)	NS
精神科受診に抵抗があるから	104 (36.6)	90 (38.0)	194 (37.2)	NS
精神科を受診したことを人や職場に知られるのが嫌だから	58 (20.4)	41 (17.3)	99 (19.0)	NS
精神科の病気に対して偏見があるから	17 (6.0)	21 (8.9)	38 (7.3)	NS
どこに行けばよいかわからないから	101 (35.6)	73 (30.8)	174 (33.4)	NS
その他	18 (6.3)	26 (11.0)	44 (8.4)	NS

人数(%) NS:p>0.05

表1-15-1 男女別による心の健康に関する関心

関心	男	女	全体	p
あり	480 (77.5)	161 (75.9)	641 (77.1)	
なし	139 (22.5)	51 (24.1)	190 (22.9)	NS
合計	619 (100.0)	212 (100.0)	831 (100.0)	

人数(%) NS:p>0.05

表1-15-2 職階による心の健康に関する関心の有無

	一般クラス	管理監督者	p
あり	529 (66.9)	174 (71.3)	
なし	262 (33.1)	70 (28.7)	NS
合計	791 (100.0)	244 (100.0)	

人数(%) NS:p>0.05

表1-15-3 悩みや不安の有無と心の健康に関する関心の有無

心の健康に関する関心	こころの健康に関する不安や悩み				P
	男		女		
	あり	なし	あり	なし	
あり	306 (82.9)	171 (69.8)	110 (85.9)	49 (59.8)	p<0.01
なし	63 (17.1)	74 (30.2)	18 (14.1)	33 (40.2)	
合計	369 (100.0)	245 (100.0)	128 (100.0)	82 (100.0)	

人数(%)

表1-15-3 悩みや不安の有無と心の健康に関する関心の有無

心の健康に関する関心	こころの健康に関する不安や悩み		P
	あり	なし	
あり	416 (65.4)	81 (43.1)	p<0.01
なし	220 (34.6)	107 (56.9)	
合計	636 (100.0)	188 (100.0)	

表1-15-4 悩みや不安の有無と心の健康に関する関心の有無

精神科受診行動	こころの健康に関する関心		P
	あり	なし	
受診する	247 (40.6)	31 (16.5)	p<0.01
わからない、受診しない	362 (59.4)	157 (83.5)	
合計	609 (100.0)	188 (100.0)	

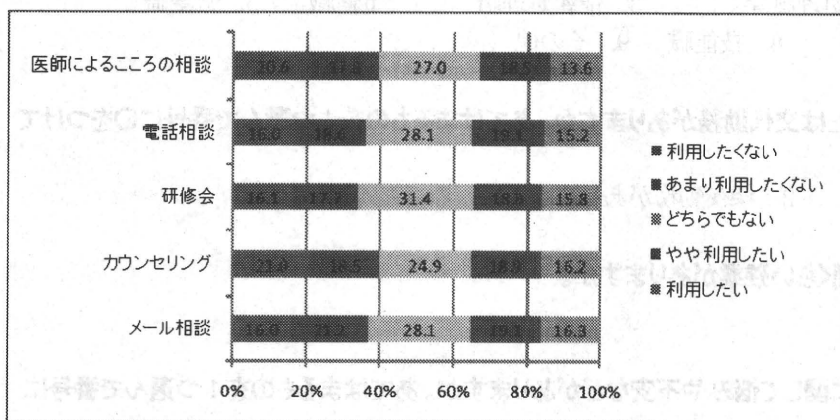


図1-1 利用したいサービス

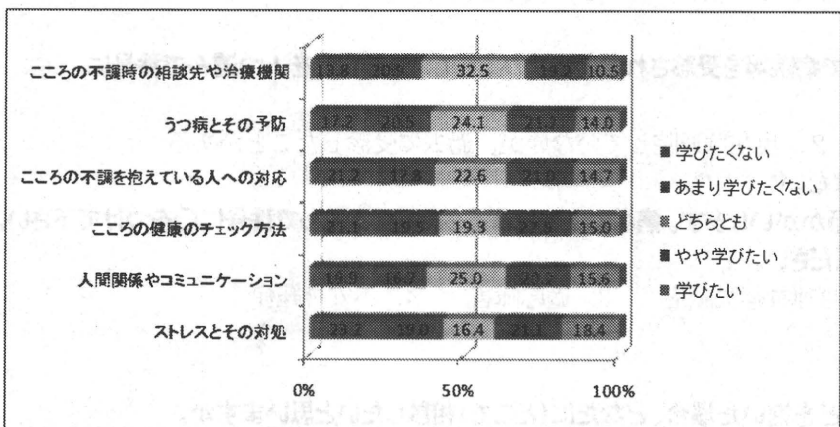


図1-2 心の健康に関して学びたい内容

2. 受診しようと思わない→問12へお進み下さい
3. わからない→問12へお進み下さい
4. 現在精神科に通院中である→問13へお進み下さい

問12 問11で「2. 受診しようと思わない 3. わからない」と回答された方におうかがいします。精神科を受診したくない理由はどれですか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 身体の病気かもしれないから
2. 自分で問題に対処できると思うから
3. 治療しても治らないと思うから
4. 仕事が忙しくて行く暇がないから
5. 職場での昇進などに影響があると思うから
6. 精神科受診に抵抗があるから
7. 精神科を受診したことを人や職場に知られるのが嫌だから
8. 精神科の病気に対して偏見があるから
9. どこに行けば良いかわからないから
10. その他 ()

問13 あなたは下記のようなサービスがあったら利用したいと思いますか。それぞれあてはまる選択肢に○をつけて下さい。

	利用 したい	やや 利用 したい	どちら とも いえ ない	あまり 利用 した くない	利用 した く ない
① メール相談	5	4	3	2	1
② 電話相談	5	4	3	2	1
③ カウンセリング (こころの相談)	5	4	3	2	1
④ 医師によるこころの健康相談	5	4	3	2	1
⑤ こころの健康に関する研修会	5	4	3	2	1

その他利用したいサービス(自由にご記入下さい): _____

問14 あなたはこころの健康に関心がありますか。あてはまるものを1つ選んで番号に○をつけて下さい。

1. 関心がある
2. 関心がない

問15 あなたはこころの健康に関してどのようなことを学びたいと思いますか。それぞれあてはまる選択肢に○をつけて下さい。

	学 び た い	やや 学 び た い	も い え な い	ど ち ら と も た く な い	あ ま り 学 び た い	学 び た く な い
① 人間関係やコミュニケーション	5	4	3	2	1	
② こころの健康のチェック方法	5	4	3	2	1	
③ ストレスとその対処	5	4	3	2	1	
④ うつ病とその予防	5	4	3	2	1	
⑤ こころの不調時の相談先や治療機関	5	4	3	2	1	
⑥ こころの不調を抱えている人への対応	5	4	3	2	1	

その他: 自由にご記入下さい : _____

勤労者の主観的健康観と首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)および精神的健康、生活習慣との関連

研究分担者 浦川加代子

三重大学大学院医学系研究科環境社会医学講座ストレス科学分野 教授

研究要旨

本研究では、健康な勤労者の主観的健康観とストレス対処能力としての首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)¹⁾²⁾ および精神的健康(GHQ-12)、生活習慣との関連を検討した。ストレス対処能力としての首尾一貫感覚を測定するため、信頼性妥当性が確認されているSOC29項目を用い³⁾、精神的健康はGHQ-12を使用した。主観的健康観は、「あなたは普段ご自分で健康だと思いますか」という質問文に対し、「非常に健康」「まあまあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の4段階評価で回答を求めた。

また、Breslowの7つの健康習慣(1965)は、免疫力を保持して健康破綻を遅らせ、寿命をのばすと考えられていることから、睡眠時間、喫煙、適正な体重、飲酒、運動、朝食、間食の7項目について回答を求めた。対象は、A県内の製造業従事者740名で、研究同意書と自記式質問紙を配布し、研究に参加の同意を得られた対象者466名（回収率62.8%）から回答を郵送で回収した。

結果は、主観的健康観には性別、年齢、生活習慣による違いはみられなかった。主観的健康観の違いと、SOC平均得点およびGHQ-12平均値には有意な差がみられた($p < 0.001$)。また、SOCおよびGHQ-12は生活習慣の中では、運動習慣との関連があった($p < 0.01$)。これらの結果から、主観的健康観が良い人は、ストレス対処能力が高く精神的に健康であることが明らかになり、運動を取り入れた健康な生活習慣を確立することは、ストレス対処能力と精神的健康を向上させる可能性が示唆された。

A. 本研究の目的

職場におけるメンタルヘルス対策として身体的、精神的健康の保持増進のために、勤労者自身がストレスに対するセルフケアを実施できることが必要とされている。ストレス対処に関する知識や技術を知り、早期に自分のストレス反応を認識し、適切なストレス対処ができる能力を高めることが重要であることから、個人のもつストレス対処能力としてのSense of Coherence (SOC)に着目した。アメリカの医療社会学者であるアントノフスキーは、第二次世界大戦中のユダヤ人強制収容所を生きのびた人々を対象に、彼らがどのような特性を持っているのかを調査し、首尾一貫感覚をもつ人はストレス負荷要因を減少させることがで

きると報告した。つまり、首尾一貫感覚とは、1) 将来おこるであろう出来事のある程度予測できる能力、2) どんな困難な出来事でも自分で切り抜ける感覚、3) 自分の人生に対して人生には意義があると同時に価値観を持ち合わせている感覚をいう。SOC得点が高いほどストレスに対応する能力（ストレス対処能力）が高く、ストレスに直面しても健康でいられる特性があるため、生活習慣、仕事ストレスとの間に密接な関連が指摘されている。昨年度の研究結果では、SOCとGHQ-12には負の相関関係、職業性ストレスとの関連があることを報告した⁴⁾。個人がもつストレス対処能力を把握することは、ストレスに対するセルフケアを実践する上で有効であり、うつ病、

適応障害などのメンタルヘルスの一次予防につながると考えられる。SOCを高める健康プログラムの実践が、高齢労働者の精神的健康の改善に有効であった報告から、一次予防対策において何らかの介入を実践するためにSOCを把握することは意義があると考えられている⁵⁾。

従来、主観的健康観は (Self-Rated (Rating) Health, Self-Assessed Health, Perceived Health)、高齢者を対象とした研究で用いられることが多かったが、死亡を予測する指標としてだけでなく、労働衛生上の健康指標としてもその有用性が検討されるようになってきた⁶⁾。主観的健康観とSOCとの関連では、60歳以上の高齢者を対象として全体的な健康の自己評価が高い人で、「精神的成長」「対人関係」などの健康推進ライフスタイルが身につけているほどSOCが高いと報告されていることから⁷⁾、主観的健康観が良ければSOCも高いと予測される。

Breslow の7つの健康習慣(1965)は、適正な睡眠時間(7~8時間)、喫煙をしない、適性体重の維持、過度の飲酒をしない、定期的に運動する、朝食を毎日食べる、間食をしないの7項目である。森本(大阪大学)は「労働時間」「ストレスをためない」ことを加えて、健康のための8つの生活習慣をなるべく多く守るようすすめ、不健康な生活習慣の20歳の人と、非常に健康的な生活をしている40歳の人が同じ健康度であることを報告している(1989)。遺伝、環境的要因だけでなく、個人の生活習慣が日本人の3大死因であるがん・脳卒中、心臓病を含めさまざまな疾患の発症に深く関わる要因であることから、健康を保持増進し発病を予防する一次予防対策としては、適正な生活習慣を自分で確立することが基本となる。本研究では、健康のため

の生活習慣がどの程度確立されているかを把握し、主観的健康観とストレス対処能力および精神的健康との関連を検討する。

B. 方法

対象は、A県内の製造業従事者740名で、研究同意書と自記式質問紙を配布し、研究に参加の同意を得られた対象者466名(回収率62.8%)から回答を郵送で回収した。日本語版SOC29項目は³⁾、把握可能感(Co-mprehensibility)、処理可能感(Manageability)、有意味感(Meaningfulness)の3つの下位概念である29項目の質問から構成されている尺度であり、1から7点までの7段階で回答を求め合計得点をSOC得点とした。General health questionnaire-12 (GHQ-12)は、質問に対して1. できた、2. いつもと変わらなかった、3. いつもよりできなかった、4. まったくできなかったの4つの選択肢で回答を求め、採点法は、0-0-1-1点法を用い、カットオフポイントは2/3点とした⁸⁾。

主観的健康観は、「あなたは普段ご自分で健康だと思いますか」という質問文に対し、「非常に良い」「良い」「悪い」「非常に悪い」の4段階評価で回答を求めた。また、生活習慣については、睡眠時間、喫煙、適正な体重、飲酒、運動、朝食、間食の7項目について回答を求めた。

分析は、主観的健康観4段階とSOC得点、GHQ-12得点、BMI、睡眠時間との一元配置分析、生活習慣とSOC得点、GHQ-12得点との一元配置分析、さらに、主観的健康観と性別、年齢、生活習慣7項目との χ^2 検定をおこなった。

C. 結果

図1、図2に示すように、主観的健康観と有意な関連があったのは、SOC得点、GHQ-1

2得点であった。主観的健康観とBMIおよび睡眠時間との関連はなかった。また、生活習慣の中でも、運動習慣によってSOC得点(図3)およびGHQ-12得点(図4)には違いがあったが、他の項目との関連はなかった。

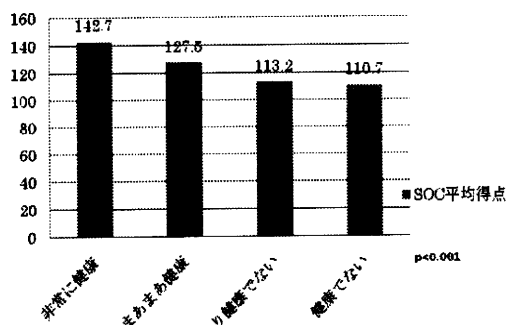


図1. 主観的健康観とSOC平均得点

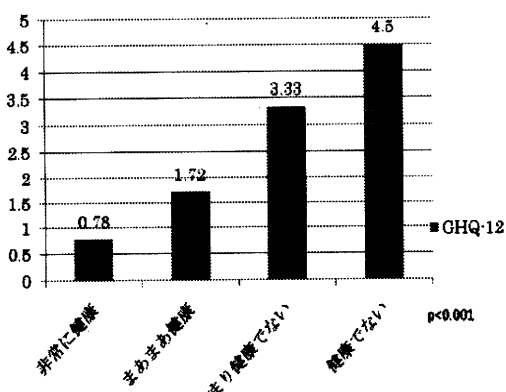


図2. 主観的健康観とGHQ-12

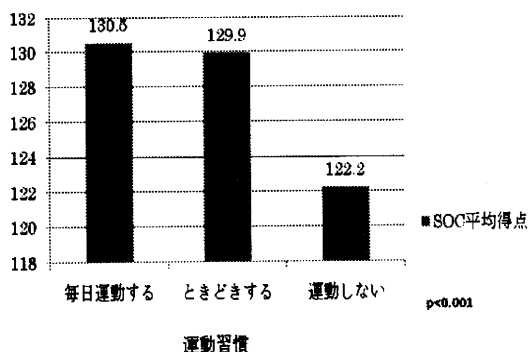


図3. 運動習慣とSOC平均得点

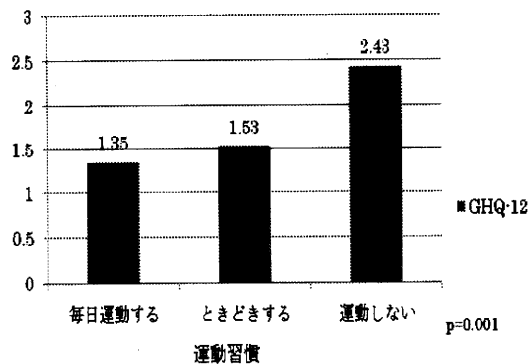


図4. 運動習慣とGHQ-12

表1. 運動習慣と飲酒習慣

運動習慣	飲酒習慣				合計
	毎日	ときどき	ほとんど飲まない	まったく飲まない	
毎日する	15	18	20	9	62
ときどき	63	60	47	22	192
まったくしない	65	38	73	31	211
合計	143	116	140	66	465

$p<0.05$

D. 考察

本研究では、主観的に健康度が高いと感じている人はそうでない人より、ストレス対処能力が高く、精神的にも健康であったことから、主観的健康観はひとつの質問文で個人の健康状況を簡単に把握でき、日常生活の中でも活用しやすいスケールであると思われる。

しかし、主観的健康観には喫煙、運動、食事、睡眠などの生活習慣との関連がなく、主観的に健康を感じているからといって、意識して健康的な生活習慣を維持しているかどうかは見いだせなかった。生活習慣との関連では、ストレス対処能力および精神的健康が、運動習慣と関連していることが明らかになった。運動をしない人の特徴には、飲酒習慣で「毎日飲む」割合が高い傾向にあったが、その他の喫煙などの生活習

慣や、性別、年齢、肥満度、職位、生活形態（独居か同居）などとは関連がなかった。

中村ら（2003）によると、170名の男性事務職員では喫煙者はストレス指標得点が高く、SOCが低いことが報告されている⁹⁾。本研究では、対象が男女混合であり、職種も製造業であることから、性別や職業によって喫煙習慣に違いがみられることが影響して、喫煙習慣とSOCとの関連がなかったと考えられる。

本研究の結果では、運動習慣がストレス対処能力と精神的健康に単独で関連があり、運動の促進がストレス対処能力と精神的健康の向上に有効である可能性が示唆された。先行研究では、高齢労働者（男性）の精神的健康に影響する要因として、低いSOC、低い運動頻度、高い喫煙頻度、高いBMIが報告されているが(Matsuzaki I., et al., 2007)、本研究でも運動しない人は、毎日運動する人よりGHQ-12平均値が高い傾向がみられたが、精神的健康と喫煙、BMIとの関連はみられず、背景には、性別による生活習慣の特徴があると考えられた。今後の課題としては、運動をすることでSOCおよびGHQ-12に変化があるかどうかの介入を検証する必要がある。

E. 結語

本研究では、主観的健康観とストレス対処能力および精神的健康、生活習慣との関連から、主観的健康観の把握はその個人のストレス対処能力と精神的健康の度合いを予測するスケールとして有効であることが示唆された。また、運動習慣とストレス対処能力および精神的健康との関連から、運動を促進させる指導が身体的効果だけでなく、ストレスに対処できる精神的な健康度を高める可能性があることが示唆された。

F. 健康危険情報
なし。

G. 研究発表
なし)

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

1. 文献

- 1) Aaron Antonovsky, *Health, stress, and coping: New perspective on mental and physical well-being*. San Francisco CA: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- 2) Aaron Antonovsky : *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco CA: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- 3) Yamazaki Y. SOC, a theory on salutogenesis and health promoting ability from newly developed view points for health. [Article in Japanese]. *Quality Nursing. (Qual nurs.)* 1999; 5: 824-832.
- 4) Urakawa K., Yokoyama K. Sense of coherence(SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers. *Industrial Health* 2009; 47, 503-508.
- 5) 中村裕之、相良多喜子、荻野景規、長瀬博文他：高齢労働者における精神的健康度の向上のためのSOCを用いた健康プログラムの開発、*産業医学ジャーナル*、29（4）：93-98（2006）
- 6) 豊川智之、小林廉毅：産業保健におけ

- る主観的健康観に関する最近の知見、
産業医学ジャーナル、29 (5) : 85-87
(2006)
- 7) 本江朝美、山田牧、平吹登代子、熊倉
美穂子：我が国における60歳以上の
活動的高齢者の Sense of Coherence の
実態と関連要因の探索、日本看護研究
学会雑誌、26 (1) : 123-136
(2003)
- 8) Doi Y. & Minowa M. Factor structure
of the 12-item General Health
Questionnaire in the Japanese
general adult population. *Psychiatry
Clin. Neurosci.* 2003;17,379-383.
- 9) 中村裕之、小川幸恵、長瀬博文、大下
喜子他：喫煙行動に関連するストレス
と Sense of Coherence(SOC)生活習慣
と心理的要因を用いた正準判別解析、
*Journal of Physical Fitness, Nutrition
and Immunology*,2003;13(1):23-30.
- 10) Matsuzaki I., et al.: Psychological
factors including Sense of Coherence
and some lifestyles are related to
General Health Questionnaire-
12(GHQ-12) in elderly workers in
Japan, *Environmental Health and
Preventive Medicine*, 2007;12(2):71-
77.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

報告書

発表者氏名	報告書名	巻号	出版地	出版年	ページ
横山 和仁 岡田 元宏 竹村 洋典 原谷 隆史 堤 明純 井奈波 良一 近藤 信子 浦川 加代子	労働者のメンタルヘルス不調の 予防と早期支援・介入のあり方 に関する研究 厚生労働科学 研究費補助金 労働安全衛生 総合研究事業 平成22年度総 括・分担研究報告書（本冊子）	平成22年度	東京	2011年	1-184

雑誌

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
萩 典子、大西 信行、 近藤 信子、東川 薫、 福田 弘子	産業看護職からみた労働者の メンタルヘルス不調者に対す る早期介入・支援の実態とそ のあり方	日本精神 科看護学 会学会誌	52	302-6	2009
大西 信行、萩 典子、 福田 弘子、近藤 信 子、東川 薫	中小規模事業場のメンタルヘ ルス対策と求められる看護の 役割	日本精神 科看護学 会学会誌	53	27 - 31	2010
鈴木 麻揚・谷 伊 織・大久保 豪・池田 若葉・北村 文彦・横 山 和仁	労働者のメンタルヘルス不調 事例にみられた最初の徴候 と、当事者があればよかった と思った早期支援の内容	精神科治 療学			(印刷 中)

IV. 研究成果の刊行物・別刷

表題: 労働者のメンタルヘルス不調事例にみられた最初の徴候と、当事者があればよかつたと思った早期支援の内容

Title: Early Symptoms of Mental Health Problems in Employees and their Support Needs

著者名 所属機関名:

Authors and affiliations:

鈴木麻揚 西武文理大学, 順天堂大学医学部

Mayo Suzuki Bunri University of Hospitality, Juntendo University Faculty of Medicine

〒350-1336 埼玉県狭山市柏原新田311-1 西武文理大学

311-1 Kashiwabara-Shinden, Sayama-shi, Saitama-ken 350-1336 Japan

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1 順天堂大学

2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421 Japan

谷伊織 浜松医科大学

Iori Tani Hamamatsu University School of Medicine

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

1-20-1 Handayama, Higashi-ku, Hamamatsu-City, Shizuoka Prefecture 431-3192 Japan

大久保豪 東京大学大学院医学系研究科, 順天堂大学医学部

Suguru Okubo Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Juntendo University Faculty of Medicine

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学

7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033 Japan

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1 順天堂大学

2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421 Japan