

督者だけでなく一般従業員の学ぶ機会を増やす必要があるなどの声が聞かれた。また78.6%が産業医や産業保健管理スタッフによる相談の促進、相談がしやすい事業場内環境の整備の支援と答えている。

産業医に期待することとしては、復職判定の実施、不調者との面接の実施、上司や人事部と本人の仲介、復職に際して労働者本人と上司、人事担当者、産業保健スタッフ等による合同面接の実施が70%以上であった。インタビューからは産業医がもう関わらなくて良いと言う場合、それ以上積極的に関われない、産業医と意見の相違があると従わざるを得ないなどがあつた。

メンタルヘルス推進で困っていることとしては、自分に知識がない61.5%、取り組みの効果がはっきりしない46.2%、プライバシーの問題が絡んでいる38.5%の順に多かつた。インタビューからは、人事や現場との連携がとれておらず、従業員が休んでいることさえ情報が伝わってこない、復職面談になって初めて休職していたことが明らかになる場合があり、それまでに何もできない、職場が不調の人に対してうまく対応できない、教育が職場に繋がっていない、管理者になったらどうしなければいけないか、教育されていないなどがあつた。

メンタルヘルス不調を判断するきっかけとしては全員が上司からの報告を挙げており、次いで本人からの訴え、遅刻・早退の増加、同僚からの報告であつた。

5. メンタルヘルスに関する偏見

偏見の有無に関しては、71.4%があると答えており、28.6%がどちらとも言えないと答えている。インタビューからは、身体疾患とは理解のされかたが異なる、身体疾

患とは受けるイメージが違う、うつ病の人は弱いというイメージがある、精神科への受診を嫌がる、誰にも言わないで欲しい言動がある、メンタルヘルス不調を隠そうとする、甘えているという見方がある、メンタルヘルスの不調者と同じ給料をもらっていると点で不満があるなどがあつた。

6. 早期支援によって効果が得られたと感じられたケースについて

インタビューからは、リハビリ出勤を行って復職できたケースがある、人間関係がうまくできていた場合には、早期に相談ができ、不調の発見につながった、メールのやりとりから受診に結びついた、検診時の問診の結果で早くに対応した方が良いと感じたケースで早く対応しうまくいったなどのケースがあげられた。

平成21年度：(1) 産業看護職のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に関するニーズ調査

1. 回答者の属性

対象とした産業看護職120名のうち、68名(56.7%)から回答が得られた。回答者は、保健師49名、看護師19名であり、平均年齢41.5歳であつた。所属する事業場は、本社・本部機構が28名(42.4%)、工場等の出先機関が15名(22.7%)であり、事業場の主要事業は製造業が最も多く31名であつた。また、所属する事業場の従業員数は、3000人以上が27名(40.3%)、1000人以上3000人未満では17名(25.4%)となつていた。

2. 一般労働者に必要なメンタルヘルス教育

産業看護職からみた一般労働者に必要なメンタルヘルス教育の内容として、「コミュニケーション」「ストレスとストレス対処法」「セルフケアに関する教育」「自己理解」「人間関係」「社内での相談システムの理解」の順となっており、「うつ病などの精神疾患の理解」や「うつ病などの人への対応の仕方」はやや低いことが示された。

3. 管理監督者に必要なメンタルヘルス教育

産業看護職からみた管理監督者に必要なメンタルヘルス教育の内容として、「コミュニケーション」「傾聴の技術」「うつ病などの人への対応の仕方」「社内での相談システムの理解」「人間関係」「うつ病などの精神疾患の理解」の順となっており、「ストレスとストレス対処法」や「セルフケアに関する教育」はやや低いことが示された。

4. 産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要な知識やスキル

産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要な知識やスキルについては、「傾聴の技術・訓練法」「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」「コミュニケーション」「うつ病などの精神疾患の理解」「メンタルヘルス不調者に専門医の受診を促す方法」の順となっており、「認知行動療法」「リラクゼーション法」「自律訓練法」「交流分析」はやや低いことが示された。

5. メンタルヘルスカを推進していくために、産業看護職が求めているサポートや資源

産業看護職がメンタルヘルスカを推進していく上で必要としている援助は、「研修等参加への会社の理解」「早期支援をすすめていくために必要な研修会」「事例検討の場」「自主勉強会」「スーパービジョン」の順となっていた。

6. 産業看護職が研修に参加できる頻度

産業看護職が研修に参加できる頻度として、「ほとんどいけない」32名(48.5%)が最も多く、「年に1回」23名(34.8%)、「6ヶ月に1回」8名(12.1%)の順となっていた。

7. メンタルヘルスに関するプライバシーの問題

産業看護職からみたメンタルヘルスに関するプライバシーの問題では、「十分に守られている」2名(3.0%)、「守られている」6名(9.1%)と少なく、「不十分だが守られている」27名(40.9%)、「守られていない」27名(40.9%)であった。

また、メンタルヘルスに関するプライバシーの保護の遵守で必要な対策として、「メンタルヘルスに関する啓発」「プライバシーに対する教育・研修」「個人情報保護法に基づく遵守についての教育・研修」「外部への相談の奨励(EAPの活用)」「外部相談員の配置」の順となっている。

平成21年度：(2) 中小規模事業場における労働者のメンタルヘルスカに関する状況とニーズ調査

1. 回答者の属性について

回答者の属性は、男性982名、平均年齢45.9歳、女性433名、平均年齢42.7歳であった。

所属する事業場の職種は全体では事務職が最も多く 338 名 (24.4%)、次に技術職 237 名 (17.1%)、技能職 234 名 (16.9%) の順で、男性では技術職、技能職、営業職の順に多く、女性では事務職、サービス職、技術職の順であった。

職階については、一般クラスが 852 名 (60.9%) で最も多く、管理監督者の中では主任・係長・補佐クラスが 259 名 (18.5%) と最も多く、ついで課長クラス 133 名 (9.5%)、役員クラス 86 名 (6.1%)、部長クラス 69 名 (4.9%) の順であった。

2. 対象者の特徴

配偶者の有無は、既婚で配偶者と同居している人が最も多く、811 名 (57.5%) で、次に独身で家族と同居している人が 259 名 (25.4%)、独身で一人暮らしが 142 名 (10.1%) 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 1144 名 (81.2%) で、交代勤務をしている人が 155 名 (11.0%)、深夜勤務がある人は 110 名 (7.8%) で男女ともに、従業員 50 人未満と 50 人以上 300 人以下の間（以後事業場規模別と示す）では差が認められた ($p < 0.01$)。

残業時間は職階別では課長クラスが 28.1 時間と最も多く、ついで部長クラス 23.2 時間、主任・係長、補佐クラス 22.3 時間で職階別の差は認められなかった。職種別の残業時間では営業職が 31.4 時間と最も多く、営業職は技術職、事務職、販売職、サービス職、技能職に比べて残業時間が長く、技術職は事務職に比べて残業時間が多いことが明らかとなった。

3. 悩みや不安に関する状況

悩みや不安の有無に関しては全体では 921 名 (65.4%) の人が悩みや不安があると回答しており、女性では事業場規模別で差があり、50 人以上 300 人以下の事業場に所属するの方が 50 人未満の事業場よりも悩みや不安を抱えている人が多く、事業場規模別の差が認められ ($p < 0.01$) た。また、職階別でも差が認められ、主任・係長、補佐クラスの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 ($p < 0.05$)。職種別では差が認められなかったが、販売職、研究職、情報処理職、営業職、サービス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 割を超えている。

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 602 名 (44.2%) でついで知人・友人 418 名 (30.7%)、会社の同僚 (13.9%) の順であった。

4. 精神科への受診行動

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 436 名 (31.5%)、受診しない・わからないが 947 名 (68.5%) 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 ($p < 0.01$)。

職階による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た ($p < 0.05$)。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 319 名 (34.0%) と最も多く、ついで「どこに行けばいいかわからないから」157 名 (16.8%)、「仕事が忙しくて行く暇がないから」109 名 (11.6%)、「身体の病気かもしれないから」

106名(11.3%)の順であった。

5. 心の健康に関する関心

職階別の心の健康に関する関心は差が認められた($p<0.01$)。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が高いことが示された ($p<0.01$)。

精神科への受診行動の有無別の心の健康に関する関心にも差があり、受診行動有りの方が心の健康に関する関心が高いことが明らかとなった(男: $p<0.01$ 、女: $p<0.05$)。

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、やや利用したいという人が最も多いのは医師による心の相談で、次にカウンセリング、メール相談、電話相談の順であった。

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、やや学びたいという人が最も多いのはストレスの対処法、ついで心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーション、心の健康のチェック法の順であった。

平成 22 年度：(1) 大規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズ調査

1. 回答者の属性について

回答者の属性は、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、深夜勤務共にならない人が 821 名(97.4%)であった。

残業時間は、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。職種別の残業時間では差は認められなかった。

3. 悩みや不安に関する状況

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。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

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

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

平成 20 年度：産業看護職からみた労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する調査

現場の看護職は、メンタルヘルス不調者の増加傾向を認識しその早期支援を意識し対応にかかわるが、実際にはその効果について消極的な評価をしていることがわかった。こうした状況にはいくつかの要因が考えられるが、アンケート及びインタビューから早期支援を推進してゆくための産業看護職の視点から見た以下の5点の課題が明らかになった。

1. 産業看護教育

本調査では早期の支援の方法がはっきり分からないという看護職側の戸惑い不安が示された。教育課程にメンタルヘルスの教育がなかった、一人職場、看護職をサポートするシステムがない、治療につなげるためのアセスメントができない、面接技術に自信がない等の戸惑いには、産業看護職の育成教育の問題がうかがわれた。産業看護職の教育課程は教育施設ごとにカリキュラムに違いがあり、また産業看護の専門性を系統的に構築されておらず、卒業時点での知識技術の到達点に差があるという現実がある。卒業後の継続教育により専門性の確立をめざした研修のプログラムがあるがメ

ンタルヘルスに重点をおいた具体的な面接技法等の研修がさらに必要と考えられる。

2. 管理監督者、一般社員の教育

指針に基づく管理職研修は実施しているが、現場で上手く活用できていない、効果がはっきりしないことがあげられた。管理職研修のみではなく一般社員教育の普及の必要性が指摘された。多くの職場で管理職教育はすでに実施されてはいるが職場の実態に合わせたメニューをどう構築しているか洗練させてゆくかの課題が示された。

3. 連携

他職種間の連携の必要性は多くの専門家が指摘しているところだが、産業看護職は連携できているという実感をもっていないことが今回のインタビューで語られた。専門職間に情報の差が存在していて円滑な支援に支障があることが指摘された。専門職、職場の管理監督者、人事労務との関係にも情報の差が存在し円滑な支援活動を阻害しているという。連携ということを再検討する必要がある。

4. 労働者への支援

メンタルヘルスの問題は個別性が大きいですが、労働者のメンタルヘルス不調者への直接的な接近が困難であるという状況が現場にある。どこの現場も忙しくなり不調者への関心が薄くなっており、産業看護職に情報が届くのは後手になっている。その結果、支援を実際に行うのは、相談時のみとなったり、いきなり職場復帰の段階の支援になるなど、現場を把握し個人に密着した活動が困難となり早期支援、フォロー等による労働者の支援に支障を感じていた。現場や個人を大切にするという産業看護職の本来

の活動姿勢が機能不全の状態である。職場にはメンタルヘルスに気をくばる余裕がない状況にあり、産業看護職が労働者のメンタルヘルスを支援している姿勢をどう回復してゆくかが課題として見えた。

5. プライバシー・偏見の存在

相談をうけても上司には言わないで欲しいというなど、ほとんどの人が会社に知られたくないことを願っている。産業看護職はメンタルヘルスの最前線にあるこの問題の対応に難渋している。早期に医療につなげる対応が課題である。職場ではプライバシーが守られないことがあり、逆にプライバシーだからといって情報がこないこともある。プライバシーと偏見の裏表関係を解放してゆくための教育研修が必要である。

平成 21 年度：(1) 産業看護職のメンタルヘルス不調の予防と早期支援に関するニーズ調査

1. メンタルヘルスに関する労働者への教育

産業看護職からみた労働者に必要なメンタルヘルスの教育内容として、一般労働者、管理監督者ともに「コミュニケーション」が一番であった。これは産業看護職から見て一般労働者、あるいは管理監督者を含めた職場内でのコミュニケーション不足を感じていることがうかがえる。その要因として世代間のコミュニケーション不足だけでなく、近年の大規模な不況により職場では大きなリストラがなされ、少ない人数での仕事量の増加もコミュニケーション不足の一因と考えられる。錦戸は、産業看護職の精神保健活動について、個人の対応だけでなく職場全体への働きかけが必要であり、

職場としての労務管理や内部のコミュニケーションあり方を再検討する価値があると述べている¹⁾。

産業看護職は、一般労働者については、「コミュニケーション」のほかに「ストレスとストレス対処法」や「セルフケアに関する教育」が必要と認識しており、一般労働者自身によるセルフケアの支援が必要であると認識していることがうかがえた。

また、管理監督者については、「コミュニケーション」のほかに「傾聴の技術」や「うつ病などの人への対応の仕方」など、知識・スキルを身につけることは、部下の悩みやメンタルヘルス不調者の早期発見、またはメンタルヘルス不調者の対応などで必要であると、産業看護職は認識していることがうかがえた。「傾聴の技術」については、池上らは、管理監督者が身につけることで、職場の人間関係を深め、職場環境全般の改善に有効であると報告している²⁾。

産業看護職は、一般労働者と管理監督者では、それぞれに必要なメンタルヘルス教育はあるが、「コミュニケーション」、「社内での相談システムの理解」、「人間関係」についての教育は両者に必要であるとあげていた。

「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書³⁾によると、一般労働者、管理監督者教育の研修内容があげられているが、本調査であげられた「コミュニケーション」、「人間関係」については該当する項目がなく、これらは事業場にに応じて研修項目に加えることが求められる。このような研修項目が明確になったことは、労働者が受けるメンタルヘルス教育が充実し、共通認識が高まり、結果としてメンタルヘルスの向上に寄与すると考

えられる。

2. 産業看護職自身に必要なメンタルヘルスケアに関する専門的知識・スキルの習得

産業看護職は、職場のメンタルヘルス推進のために保健面接だけでなく、労働者に対するメンタルヘルス教育やメンタルヘルス不調者に対する早期支援が必要であり、そのためにも産業看護職自身がメンタルヘルスケアに関する知識・スキルを身につけなければならないと認識している。

第一に、メンタルヘルスケア教育に関する知識・スキルとしては、一般労働者や管理監督者に必要としている「コミュニケーション」や「ストレスとストレス対処法」、「傾聴の技術・訓練法」、「うつ病などの精神疾患の理解」などであり、知識・スキルを身につけるだけでなく、職場の状況をよく理解している産業看護職は、その事業場に合った内容や教育方法で教育が展開できることが必要であると思われる。

第二に、メンタルヘルス不調者に介入する知識・スキルとしては、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」や「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」など早期発見や早期支援のために必要な知識・スキルとしてとらえているのがわかる。

しかし、これらの知識やスキルの習得はトレーニングが必要であり、時間を要する。産業看護職が必要としている支援として、研修等参加への会社の理解をあげている。今回の調査でも、研修に参加できる頻度として、「ほとんどいけない」と「年に1回」を合わせると80%を超えており、産業看護職が研修、トレーニング等に参加できるようにするための時間配慮も今後の課題とな

ってくる。

産業看護職が受けたサポートとして、「研修等参加への会社の理解」「早期支援をすすめていくために必要な研修会」「事例検討の場」「自主勉強会」「スーパービジョン」をあげている。産業現場の変化に対応して産業看護職の知識・スキルも更新されてゆくべきものであり、それを保証する能力向上のための研修は欠かせない。関連学会、産業保健推進センターなどその役割を担っている機関の役割は大きいといえる。

3. メンタルヘルスに関するプライバシーの問題

メンタルヘルスに関するプライバシーの問題では、「十分に守られている」と「守られている」を合わせても12%と少数であり、守られていても不十分であると答えた者は40.9%であった。また、「守られていない」も40.9%と多く、メンタルヘルスに関するプライバシーや偏見の問題は今後の大きな課題と思われる。その中でメンタルヘルスに関するプライバシーの保護の遵守に有効な手段として、「メンタルヘルスに関する啓発」や「プライバシーに対する教育・研修」、「個人情報保護法に基づく遵守についての教育・研修」があがっている。小林らは、従業員が特にメンタル面で問題を抱えている場合、産業医や保健師などの産業保健専門職が個別の状況を把握しながら、慎重に取り扱う必要がある⁴⁾とお述べている。したがって、メンタルヘルス不調者のプライバシー保護が遵守されるように、組織や上司に対して理解を深める働きかけが必要であると思われる。

平成21年度：(2) 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関する状況とニーズ調査

本調査において労働者のメンタルヘルスに関する状況としては65.4%の労働者が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⁵⁾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%] となっており、本調査では6割以上が悩みや不安を抱えていることから、早期支援の重要性が高いといえる状況である。

悩みや不安の有無は事業場規模や職階や業種によって有意差が認められたことより、それらの違いを考慮した教育、研修を含めた支援が重要である。また残業時間による悩みや不安の差は認められなかった。本調査では1ヶ月間の残業時間の平均は最も多い営業職でも31.4時間である。しかし、2002年2月に厚生労働省は「過重労働による健康障害防止のための総合対策」⁶⁾を策定し、この総合対策をいっそう推進するために2006年4月から労働安全衛生法の改正がなされ、事業場において長時間労働者の面接が義務化されたことや、残業時間と長時間労働、過重労働とは密接な関係性があり⁷⁾残業時間には十分に注意を払うことが必要である。

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、最も多かったのが非専門家である家族・親類(44.2%)であり、専門家では精神科病院・精神科クリニックに相談したいと回答した人は7.6%のみであり、職場内では同僚が13.9%、上司9.6%、職場の産業医1.8%、職場の産業保健スタッフ0.6%であった。労働者が身近な家族・親

類に相談しやすいということが明らかとなり、相談先である家族にも、メンタルヘルスについての正しい知識の啓発が必要である。また、本研究では職場の産業医や産業保健スタッフへ相談したい人が低率であった。この結果は平成19年労働者健康状況調査⁸⁾の不安、悩み、ストレスについて相談できる人として産業医、カウンセラー、看護師・保健師、衛生管理者または衛生推進者等との回答が0.8%~3.3%という結果と類似しており、プライバシーの問題が関係していることや産業保健スタッフが相談相手として労働者に認識されていない状況が示された。2006年の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」⁹⁾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おり、相談者としての存在を労働者全体に十分にインフォメーションすることや、相談できる環境を整えることが重要である。

悩みや不安などの不調自覚時の精神科への受診行動に関しては約7割が受診しない、わからないと回答しており、労働者は不調を自覚しても、精神科を受診しないことが明らかとなった。横山らの精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究(横山ら、2009)¹⁰⁾でも、家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでに1年8ヶ月かかっていることが報告されており、また岡田らの研究でも労働者は不調感を自覚しても自発的に相談を希望することは少ない¹¹⁾こととも一致し、不調を自覚しても、医療機関へのアクセスには簡単には結びつかないことが明らかとなった。また、不安や悩みの程度と精神科への受診行動とも関

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も、産業看護職としては必要時に医療へのアクセスを促すことができるだけの、十分なアセスメント能力を養う必要がある。受診行動には部長クラスで他のクラスに比べて受診すると回答した人の割合が5割以上と多いが、その他の職階では受診しない・わからないという回答の比率が高く、医療へのアクセスを勧める上でのスキルが要求される。また、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3割以上で最も多い。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」¹²⁾では「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び「事業場外資源によるケア」を推進していくことが必要とされ、心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要とされているが、この意味することを正しく理解し、セルフケアの具体的な方法や、助けを求めることの効用についても教育を行っていくことが必要であろう。また「どこに行けばいいかわからない」「仕事が忙しくて行く暇がないから」の理由に関しては、労働者がすぐに手の届くところに、必要な情報がすぐに得られるように準備しておくことや、必要なときに受診や相談に行けるような職場の環境を整えることが重要である。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。

心の健康に関する関心として、約7割が関心があると回答しており、職階別では有意差が認められ、管理監督者が一般クラスに比べて関心が高いことは、「ラインによるケア」を推進していく上や、事業場内で

メンタルヘルス不調の早期支援を進めていく上では重要な要素である。また不安や悩みの有無と心の健康に関する関心とは関連があり、関心を高めるための研修内容や研修方法も検討する必要がある。

一方、心の健康に関する関心が高い人の方が、精神科に受診すると回答していることから、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。

利用したいサービスについては、医師による心の相談、カウンセリング、メール相談、電話相談、心の健康に関する研修会の順であったが、様々な利用可能な資源を準備することや、利用できる資源に関して十分な情報提供を行うことが必要であろう。

心の健康に関して学びたい内容としては、ストレスの対処法、心の不調者への対応、人間関係・コミュニケーション、心の健康のチェック法の順であり、労働者は自分自身のストレスの対処法だけでなく、現場で実際に遭遇しているであろう、不調者への対応についても学びたいと感じている。また、人間関係やコミュニケーションについては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、現場で活用できるような研修プログラムを立案することが必要である。

平成22年度：(1) 大規模事業場における労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズ調査

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¹³⁾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¹⁴⁾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を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」¹⁵⁾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¹⁶⁾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¹⁷⁾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ケ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

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¹⁸⁾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. 産業看護職がメンタルヘルスの早期支援に必要な知識・スキルについて、「メンタルヘルス不調者を早期の段階でアセスメントする方法」や「メンタルヘルス不調者への対応の仕方」などの知識・スキルを必要としていることがわかり、これらを補強していくためのトレーニング、スーパーバイズなどのサポートシステムを必要としていることが明らかとなった。また、産業看護職が一般労働者、管理監督者に対して必要であると認識している研修内容は、人間関係、コミュニケーション、傾聴の技術、メンタルヘルスに関する個人情報保護などであった。

2. 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、メンタルヘルス不調を抱えても精神科受診を望んでいないこと、心の健康への関心は受診行動を促進することが明らかとなった。また、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。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。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。労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズは多様であり、医師による面接、カウンセリング、メール相談など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。

平成22年度：(2) 産業看護職のための早期介入支援テキスト

上記の3年間の調査結果より産業看護職が、今後なメンタルヘルス不調への早期支援がより効果的で実効可能となるための研修テキストの作成を行った。テキストの内容には、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、うつ病の診断とアセスメント、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。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 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, 53 (3) : 27 - 31, 2010.

2. 学会発表

1) 萩典子、大西信行、近藤信子、福田弘子 : 産業看護職からみ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. 10

H. 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

I. 参考文献

1) 錦戸典子 : 産業看護職による精神保健活動の流れ, 保健の科学 41 (9),

670 - 676, 1999.

2) 池上和範, 田川宜昌, 真船浩介, 廣 尚典, 永田頌史 : 積極的傾聴を取り入れた管理監督者研修による効果, 産衛誌 50, 120 - 127, 2008.

3) 日本産業衛生学会, 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」検討ワーキンググループ : 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職」に関する報告書 (2006)

4) 小林敏生, 中尾久子 : うつ病が疑われる従業員のプライバシーへの配慮, 看護学雑誌 69 (12), 1267 - 1271, 2005.

5) 厚生労働省 : 平成 19 年労働者健康状況調査 (2008)

6) 厚生労働省 : 過重労働による健康障害防止のための総合対策 (2002)

7) 島 悟 : 過重労働とメンタルヘルス—特に長時間労働とメンタルヘルス、産業医学レビュー20(4), 161-173, 2008.

8) 前掲書 5)

9) 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)

10) 横山和仁、萩典子、高村光行 : 思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究、厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学事業) 平成 20 年度総括・分担研究報告書、精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究 (2009)

11) 岡田、川上、吉川他編 : メンタルヘルス問題者の早期発見と早期対策の実際, メンタルヘルス実践ガイド. 東京, 産業医学振興財団 ; p134-143, 2002.

12) 前掲書 9)

13) 厚生労働省 : 平成 19 年労働者健康状況調査 (2008)

- 14) 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）
- 15) 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）
- 16) 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）
- 17) 前掲書 14)
- 18) 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.

「勤労者のストレス対処能力としての首尾一貫感覚Sense of Coherence (SOC)と職業性ストレス、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

平成21年度は、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚¹⁾²⁾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⁾、職業性ストレスを測定するJCQ⁴⁾、および精神健康尺度であるGHQ12項目との関連を検討した。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、男女ともに精神的健康にはSOCの影響があり(男性<0.001、女性<0.01)、職業性ストレスの仕事負担(男性<0.01、女性<0.05)が有意であった。他に男性では管理職(<0.001)、また、女性では同僚のサポート(<0.05)が影響していた。年齢が高くなり経験を積むことでSOCは高くなり、睡眠や運動を考慮した健康な生活習慣を確立すること、仕事負担を考慮すること、家族や上司・同僚などのサポートが精神的健康の保持に影響していることが明らかになった¹³⁾。

平成22年度は、主観的健康観に着目し、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。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。

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¹⁾²⁾、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(Comprehensibility)、2) どんな困難な出来事でも自分で切り抜けられる感覚(Manageability)、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(Meaningfulness)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¹⁴⁾。SOCと職場ストレスとの関連では、SOCが高いと職場のストレスから守られる⁵⁾、強いSOCをもつソーシャルワーカーは弱い人よりバーンアウトしにくいと報告されている⁶⁾。

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¹⁵⁾。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¹⁶⁾、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。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。

以上のことから、ストレス対処能力としての首尾一貫感覚 Sense of Coherence (SOC)¹⁷⁾²⁾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⁾、

職業性ストレスを測定するJCQ⁴⁾、および精神健康度尺度であるGHQ12項目との関連を検討した。また、平成22年度は、主観的健康観とSOCおよび精神的健康(GHQ-12)、生活習慣との関連を検討した。

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(Comprehensibility)、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。

JCQ日本語版22項目(Job Content Questionnaire)は⁴⁾、職業性ストレスを仕事の量や負担、裁量度(自由度)、上司のサポート、同僚のサポートといった4要因から評価する。質問に対して、1. 全く違う、2. 違う、3. そうである、4. 全くそうである、の4つの選択肢で回答を求め、採点は1~4点を配点する。

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⁷⁾。

分析は、本邦におけるSOCの働きには性別による違いが認められていることから⁸⁾⁹⁾、結果は男女別にt-testをおこなった。また、全体の精神的健康への影響をみるために、GHQ得点を従属変数として、回帰分析をおこなった。

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

男性は、GHQ-12の2点以下を精神的健康(282名)、3点以上を不健康(105名)として、SOCの平均値を比較すると健康 133.2 ± 19.3 、不健康 110.3 ± 20.1 で、精神的に健康な人の方がSOCが高い($p < 0.001$)。JCQでは、精神的健康な群が不健康群に比べて、仕事負担(< 0.05)が低く、裁量度(< 0.001)が高く、上司のサポート(< 0.05)が高い。 χ^2 検定では、精神的健康と職位(< 0.05)、睡眠時間(< 0.01)、運動(< 0.01)に関連がみられた。

女性は、GHQ-12の2点以下を精神的健康(55名)、3点以上を不健康(24名)として、SOCの平均値を比較すると健康 131.6 ± 19.2 、不健康 108.9 ± 21.6 で、精神的に健康な人の方がSOCが高い($p < 0.001$)。JCQでは、精神的健康な群が不健康群に比べて、仕事負担(< 0.01)が低く、上司のサポート(< 0.01)が高く、同僚のサポート(< 0.05)が高い。 χ^2 検定では、精神的健康と生活形態(独居・同居)に関連がみられた($p < 0.05$)

回帰分析の結果は、以下の表1のとおりである。

Table 1. Effects of SOC and JCQ scores and demographic characteristics on mental illness assessed by GHQ-12^a for 387 males and 79 females: multiple logistic regression analysis (odd's ratio with 95% confidence interval)^b

	男性	女性
年齢	0.971 (0.945-0.997)	-
管理職	4.722 (2.241-7.711)	-
SOC	0.927 (0.909-0.945)	0.952 (0.919-0.986)
JCQ:		
仕事負担	1.087 (1.025-1.152)	1.138 (1.031-1.255)
同僚のサポート	-	0.565 (0.370-0.864)

^a Dependent variable = 0 (low GHQ group) or 1 (high GHQ group).

^b Variables significantly different between high and low GHQ groups (Tables 1 and 2) as well as the interaction between SOC and each of the remaining variables were used for the analysis (stepwise method, variables were entered and removed at $p < 0.05$).

- = Not included in the analysis.

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-12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($p < 0.001$)、他の項目との関連はなかった。表2に示すように、運動習慣と関連があったのは飲酒習慣である($p < 0.05$)。

表2. 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

年齢が低いよりも高い方、未婚者より既婚者、一般職より管理職の方がSOCが高い

結果が得られた。これは、年齢が高くなるほど管理職に登用される機会が増えること、管理職に昇進した人は、経験を積んでストレス耐性が強くなる¹⁰⁾、管理職はもともと精神的に健康でストレス対処ができる人が選ばれるなどが考えられる。年齢区分では、60歳以上の人は39歳以下の若い人よりもSOCが高く、先行研究と同様に年齢の高い人の方が若い人よりストレス対処能力が高いといえる¹¹⁾。SOCは先天的、素質的なものではなく、様々な人生経験を通して後天的に獲得され、人格の一部を形成するほど深く根付いていく学習性の感覚¹²⁾であることから、年齢との相関がみられたと考えられる。

日常生活の影響では、男性の精神的健康は、職位、睡眠時間、運動に関連がみられ、女性は生活形態（独居か同居）との関連があった。男性で精神的に健康な人は、不健康な人に比べて睡眠を6時間－8時間とっている人の割合が多く、運動を全くしない人の割合が少なく、精神的な不調が睡眠障害に現れやすいことを考えると、適度な運動と十分な睡眠を確保する生活習慣が精神的健康の保持には効果的といえる。

男女ともに精神的健康にはSOCの影響があり(男性<0.001、女性<0.01)、職業性ストレスの仕事負担(男性<0.01、女性<0.05)が有意であった。他に男性では管理職(<0.001)、また、女性では同僚のサポート(<0.05)が有意であった。女性はほとんどが一般職であることから、仕事の裁量度との関連がみられなかったのではないかとと思われる。

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名の男性事務職員を対象に、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¹⁷⁾。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。

また、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¹⁸⁾、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。しかし、精神的健康と喫煙、BMIとの関連はみられず、背景には、男性の喫煙率が高いことなど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. 結論

SOCと年齢、職業性ストレス、生活習慣との関連から、年齢が高くなり経験を積むことでSOCは高くなり、睡眠や運動を考慮した健康な生活習慣を確立すること、仕事負担を考慮すること、家族や上司・同僚などのサポートなどが精神的な健康の保持に影響していることが明らかになった。

また、主観的健康観の把握は、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。生活習慣の中で、運動習慣がストレス対処能力および精神的健康と関連していた結果から、運動を促進する健康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

・論文発表：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.

・学会発表：Urakawa K, Yokoyama K. "Effects of Sense of Coherence (SOC) on psychological responses to job stressors and perceived health among Japanese factory workers" 11th International Congress of Behavioral Medicine, 4-7 August 2010, Washington, D.C. United States

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

I. 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) Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands-control Model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1995; 2:358-375.

5) Feldt T. The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, 1997; 11: 134-147.

6) Gilbar Ora. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*. 1998; 26(3):39-49.

7) 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.

8) Takayama T, et al. Sense of coherence, stressful life events and psycholog