

増え続ける在外邦人、求められる精神保健対策

1980年に年間約400万人だった海外渡航邦人数はここ数年約1700万人を推移しており、海外に3ヵ月以上滞在する在留邦人は1980年の約42万人から増加を続け、113万人を超えた(図1、2)。

外務省は世界に合計200以上の在外公館(主として大使館、総領事館)を配置しており、その役割の一つに邦人援護がある。外交や文化広報といった表舞台の仕事と比較すると目立たないが、現地情報の提供やパスポートの再発行など、在外邦人(海外渡航邦人と在留邦人をあわせて在外邦人と呼ぶことにする)にとって時には生命線となる重要な業務であり、事件、事故、災害に巻き込まれたり病気になるって助けが見つからなかったりしたときには在外公館が頼みの綱となる。在外邦人の増加に伴い援護される邦人も増えており、2010年の邦人援護総件数は17,515件に上った。このうち5,251件が強盗、窃盗、詐欺、2,776件が遺失によるもの、その他が9,488件と報告されている。援護件数の多い在外公館は在フィリピン日本

図1 海外渡航邦人数の推移

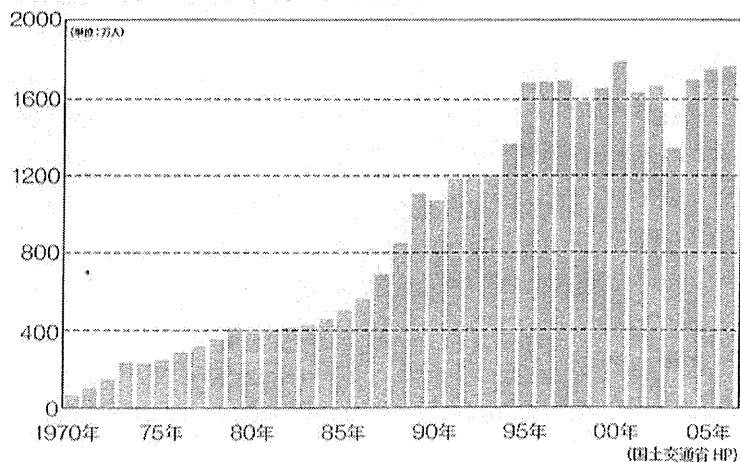
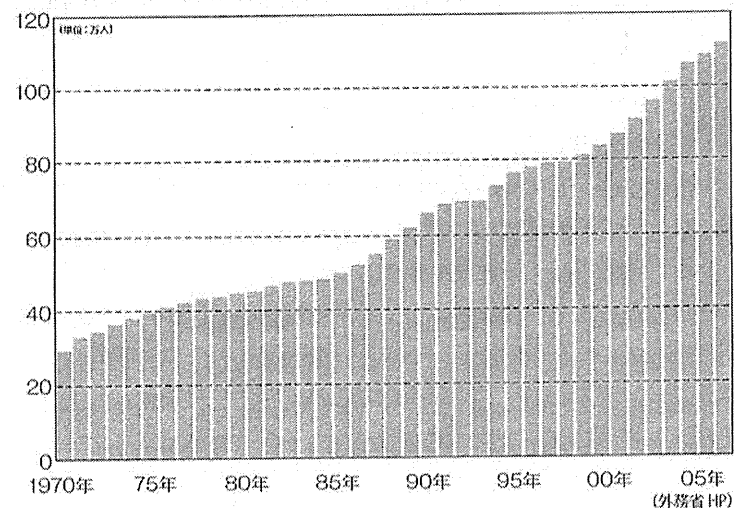


図2 海外在留邦人数の推移



国大使館、在上海日本国総領事館、在タイ日本国大使館、在フランス日本国大使館、在ロサンゼルス日本国総領事館と続く。

上記援護内訳の「その他」の中には294名の精神障害事例が含まれている。援護された地域は、北米地域、アジア地域、欧州地域の順に多く、男女比はほぼ1:1。全体の約4割が在留邦人であった。援護例の大半は重症で緊急度が高い事例である。筆者らの現地聞き取り調査によると、実際には家族、会社の上司・同僚、旅行会社、保険会社などが介入して帰国した例や現地医療機関受診となった例はこれをはるかに超えると推測され、援護統計の示す数字は氷山の一角と捉えた方がよい。さらに、統計には反映されずとも人知れず苦悩する事例も多く、在外邦人の増加とともに精神保健対策はますます重要となっている。また、文化のみならず社会病理も人の移動とともにある。年間3万人が自殺し、OECD諸国でトップクラスの高自殺率を記録し続ける日本社会の危機的状況は、在外邦人の精神保健とも無縁とはいえない。

援護を行うのは在外公館に配置された邦人援護担当領事である。外務省生え抜きの領事もいるし、警察庁から出向の領事もいる。ともに人助けのプロではあるが、医療については非専門家である彼らの業務の一つに、「精神保健に関連する相談への対応」がある。彼らは、時に不穏な相談者を24時間体制で見守るなど、援護という名のもとに多大な労力を費やして医療につなげる努力を続けている。筆者の外務省専門官としての業務の一つは、彼らに精神保健の基本を伝授し、後方支援をすることと心得ている。領事の赴任前研修を担当しているほか、Eメールや電話で援護事例についての専門的助言を行っている。

海外生活ストレスとは環境変化の総和

松尾芭蕉が奥の細道 2,400 km を歩き切るには 156 日かかった。200 年ほど前の日本人の移動距離はこんなものだった。一日一日の環境変化を味わい、同時に季節の移ろいを体感しながら彼は多くの句を詠んだのだろう。それが今や、飛行機に半日乗ればパリ、ニューヨークに降り立つことができるようになった。そして、移動に伴う環境変化がその人の許容量を超えるといろいろな心身の不調が生ずる。

一般的な生活ストレスを理解する図式は次の3要素からなる。「ストレス要因」「ストレス反応」という因果関係、そしてこれらをつなぐ「個人」である。海外生活ストレスを示す場合はこの図が少し変わる。「ストレス要因」の前に「多彩な」という言葉を追加し、「ストレス反応」の前に「複雑な」という言葉を追加する(図3)。両者を結ぶ「個人」は、その人の持って生まれた素因である。素因には個人差があり、適応力あるいはストレス耐性も人によって大きく異なる。

ストレス要因としての環境変化には、離別、降格、病気といった

図3 海外生活ストレス



海外生活ストレスとは?

すべての環境変化はストレス要因
ストレス要因は複合的かつ連鎖的

喪失体験が思い浮かぶが、意外なことに結婚や出産といったおめでたい出来事もストレス要因になりうる。「いつもの生活からの変化」が、ストレス要因を理解する鍵である。海外生活とは、環境変化の総和が大きく、なおかつそれが短い時間にはほぼ同時に起きる複合的な体験である。

ストレス要因の色合いは赴任地によって異なる

「いつもの生活からの変化」を、英国の学者 Munford DB はカルチュラル・ディスタンス(cultural distance)と表現した。情動的な反応を引き起こしうる自国文化との隔たりを意味する。彼は英国人青年が渡航先での生活で感じた自文化との隔たりを、渡航先別に数値化することで示した。この隔たりとは、気候、服装、言語、教育、食物、宗教、物質的満足度、余暇の楽しみ、家族関係、婚姻形態などにおいて顕著に認められる。カルチュラル・ディスタンスが大きい場合、短期旅行者は自文化との違いを楽しむことができる。しかし、長期生活者となるとより多くの苦惱感が伴いやすくなる。

筆者らは在留邦人への聞き取り調査から 17 項目の「日本にいた時と比べて困ること」を抽出し、バンコク、ホーチミン、デュッセルドルフの3都市に駐在する邦人男性を対象にカルチュラル・ディスタンスについてアンケート調査を行った。対象者の平均年齢は

素因と環境要因との組み合わせで起こる精神不調

図3で示した因果関係は、数ある精神障害を理解する上でも重要である。残念ながら大半の精神障害の病因は解明されておらず、多くの研究者のコンセンサスを得ているのが、「精神障害の病態は素因と環境因との組み合わせによって説明できる」という考えである。「素因」について脳画像や分子遺伝学の手法などを用いて研究を進めているのが生物学的精神医学という領域であり、こころの機能を脳科学の言葉で語る時代の到来が待たれている。一方、「環境因」の重要性に着目したのが、社会精神医学や多文化間精神医学という領域である。渡航者や移住者など国境・文化を跨ぐ人々の精神保健を対象として、異文化への適応過程や特定の文化に依存する精神症候について活発に研究が行われている。

統合失調症に関する生物学的研究によると、脳の発達過程における何らかの障害を示唆する報告がなされており、新しい病態仮説にもとづく薬物療法による治療効果の向上が期待されている。一方、在留邦人によくみられる適応障害は、「主観的な苦悩と情緒障害の状態であり、通常社会的な機能と行為を妨げ、重大な生活の変化に対して、あるいはストレス性の生活上の出来事の結果に対して順応が生ずる時期に発生する。個人的素質あるいは脆弱性は症状の形成に大きな役割を演じている」と定義されている(国際疾病分類第10版)。また、PTSD(心的外傷後ストレス障害)は、心的外傷という「環境因」なしには発症しない精神障害である。とはいえ、同じ心的外傷を受けながら発症する人とそうでない人がいるということは、PTSDの発症にも「素因」が関与しているのかもしれない。第2章で紹介する16事例についての見立ての基本は、生物学的研究と多文化間精神医学の立場をともに尊重したものである。素因と適応に関する神経科学的理解については、第5章で私見を述べる。

海外で精神不調をきたす事例の大半は上述の適応障害と診断され

るが、緊急介入を要する事例はその一部に過ぎず、外務省在外公館の援護事例として報告されるものの大半は統合失調症の重篤例である。すなわち、大多数の精神保健需要は適応障害事例にあり、最も緊急性の高い精神保健需要は統合失調症事例にある。それぞれが求める精神保健サービスの内容は異なり、通常後者にはより多くの人的資源を要する。

在外邦人は災害弱者になりやすい

大規模災害、事故、犯罪、新型感染症などに巻き込まれた場合、自らの身を守るために必要なのは、最新かつ正確な情報と移動の自由である。高齢者、子ども、障害者、外国人は、情報収集に遅れ、自らの意志で移動することにも制限を受ける場合が多いため、災害弱者と呼ばれる。東日本大震災被災地の在日外国人の多くが、国内外の報道情報の違いのために不安を感じたという。同様に在外邦人も災害弱者となりやすく、情報不足はときに集団としての不安を高め、無用の混乱を引き起こす。筆者は米国で同時多発テロが勃発した時、南フランス出張中であつた。ラジオ放送を聞いて慌てるフランス人運転手から片言の英語で「世界戦争が始まった」と説明を受け、ひどく動揺したことを憶えている。その後も移動する先々で予想外のトラブルに遭遇し、何とか帰国できたが、海外ではリスク管理能力が著しく低下することを実感した。

海外は広大な精神科医療過疎地

海外で虫垂炎を発症したり骨折したりした場合、大抵の先進国大都市であれば、現地で質の高い医療サービスが期待できる。身体科医療の場合には、言葉が通じなくともX線検査や血液検査データなどが診断と治療の大きな助けとなるからだ。これに対して、“こ

動性にまとまりがなく成果に結びついていない。また、通常の彼の行動パターンとは全く異なり、周囲への迷惑をものともせず自己中心的な態度を省みることができない。病識はなく、放置するとさまざまな逸脱行動を起こし、社会的なダメージが大きくなる恐れが高い。薬物療法による効果は期待できるが、本人に治療の意志がなければ自ら服用しないし、服用開始してすぐ効果が発現するわけではないので、緊急の保護と治療導入が必要である。躁状態事例への対応は国内にあっても難しく、在外で発生したときの対処は一筋縄ではいかない。覚悟を決めて現地で得られる最大級の医療資源と人的資源を集めることである。その際に全体を統括するのは入院先となる医療機関の専門医が望ましい。人権については十分な配慮が必要であるが、病識を欠如した重症の躁状態事例は非自発的入院となることが多い。

事例 8

酒さえ飲まなければ……

アルコール離脱せん妄状態 a

欧州某国。50代管理職。20歳から飲酒を始め、年々飲む量が増した。海外赴任後は接待の機会が増えたこともあり、連日飲酒するようになった。43歳でアルコール性肝障害を指摘され、2回の内科入院歴がある。普段は穏やかな人柄であるが、酔うと人が変わり妻に暴力をふるう。管理職であるため、妻は噂になることを恐れて誰にも相談できず、長袖の服を着たり、化粧を厚くしたりして痣を隠している。それでも昼間から酒臭いことや、仕事の能率が落ちてミスが目立ってきたこともあり、職場でも薄々気づかれているようである。某日、大量の血を吐き、救急車で地元病院に運ばれた。入院3日目より著しい発汗と全身の振るえを認め、落ち着きなくおびえる様子をみせる。夕方になると目つきが変わり、何も無い布団の上でしきりに何かをつまむ仕草を繰り返す。虫が動いていると言う。病院にいることも分からないようだ。

見立てと対応：アルコール依存症からアルコール性精神障害を発症した典型的なパターンである。毎晩の習慣的飲酒が日中の飲酒に発展し、心身ともにアルコールにむしばまれた事例といえる。肝硬変に食道静脈瘤を合併し、ある日静脈瘤が破裂して大出血を引き起こした。運よく救命されたが、入院による断酒がいわゆる禁断症状(アルコール離脱症状)を招いた。本人にとっては悪夢を見ているようなもので、現実感に乏しく小動物や虫がうごめいているような幻視を体験することが多い。これをせん妄状態と呼び、本人が追想できないことが多い。だいたい1~2週間で落ち着くが、家族は「もう治らないのではないか」と不安になりやすい。また、ただでさえ酒で苦勞している家族にとって、夜中に大暴れした本人が何も覚えていないことは愉快的なことではない。基本的には身体的治療を優先するが、離脱症状には精神科医による治療が必要である。離脱症状が治まれば精神症状は消える場合が多いが、幻覚や妄想(嫉妬妄想など)が残ることもある。アルコール依存症は、本人や家族がしっかりと「病氣」であることを認めてその治療に入らない限り、いくら病院に入っても結局「酒を飲める体になって戻る」ことになる。家族が勇気をもって専門医のもとを訪れ、本人をアルコール治療プログラムに導入することが何より必要である。とくに管理職という立場にある駐在員には、赴任前の管理職研修にアルコール関連障害を盛り込むことを強く勧める。

事例 9

添乗員はもうできません

抑うつ不安状態 c

欧州某国。爆破テロに巻き込まれた邦人ツアー客のために現場に向かった30代女性添乗員。爆破による瓦礫の中で血を流す被害者やひどく損傷した死体を見た。それから、ちょっとした音や光でびくびくし始め、眠れなくなり、悪夢にうなされる。肉が食べられなくなり、大きな建物には入りたくなくなった。忘れようと思っても

事件の光景が時々目に浮かんでくる。自分の人生に現実感がもてなくなり、なぜ自分だけ生きているのかと感じるようになった。テレビでテロ関係のニュースを見るとその場に戻ってしまったかのような緊張感がよみがえってくる。趣味の楽器演奏にもあまり打ち込みなくなり、仕事を辞めようかと考えている。

見立てと対応: PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) 事例である。例外的に著しく脅威的な、あるいは破局的な出来事による心的外傷(トラウマ)によって、その出来事が意図せず回想されたり、夢において反復的・侵入的回想あるいは再現が起き、無感覚、情動鈍化、回想を呼び起こす刺激からの回避、恐怖、パニック、攻撃性、抑うつ、不安、不眠などをきたす病態である。昼間に何かをしていても、事件や事故の状況が思い出されてしまう。思い出したくないのに強烈な体験がよみがえる。繰り返す悪夢で眠れない。心的外傷を受けた後、数週間から数ヶ月の潜伏期間を経て発症する。ただし同じ事件に遭遇しても発症する人としない人がある。治療は PTSD の専門家に紹介することが望ましい。東日本大震災を契機にわが国ではトラウマケアの普及と専門家育成が急速に進んでいる。

事例 10

世界どこでも仕事人間

抑うつ状態、心気状態 c

欧州某国。36歳男性。時差8時間の日本との電話連絡のため就業時間が長く、休日出勤は当然という労働環境をものともせず業績をあげてきた。しかし、邦人上司と現地人同僚との間で板挟みの立場にあり、どちらを向いても気が抜けない。心機一転と思いつ結婚するが、残業と過労という悪循環を繰り返すだけで、気分は沈み悲観的な考えしか浮かんでこない。いらいら感がつり集中力がなく、目覚めが悪く朝になると会社に出たくなくなる。肩こりがひどく、

食欲もない。がんではないかと心配になる。このまま仕事を辞めてしまいたい。できれば消えてしまいたい。

見立てと対応: 知らぬ間に自分がいないと仕事が進まない状況を作り上げてしまい、仕事から逃れられなくなり、抑うつ状態を呈した事例である。当初は本人も周りも困っておらず、むしろ彼の仕事を歓迎していた。そのうち本人が困ってくるが周りは困らない。業務が滞ってきて初めて周りも困り出す。かといって彼の抱え込んできた仕事を担当する人材は育てていない。もともと仕事熱心で、真面目、努力家である。このように、自分に強い負荷をかけ続けて燃え尽きてしまうのを「燃え尽き症候群」「過剰適応症候群」と呼ぶ。その結果、抑うつ的となったり身体のさまざまな不調が誘発されたりする。重い病気ではないかと過度の心配にとらわれてしまう状態を心気状態という。海外生活経験のない女性を妻として呼び寄せたことも新たなストレス要因となった。本事例では、体の問題よりこころの問題であることを自覚させ、そのままの状態を続けるべきではないことを助言。いったん本社に戻り、職場環境をリセットすることで元気を取り戻した。この事例のように異動による解決か、あるいは休暇か、カウンセリングを勧めるかなど、いくつかのオプションを提示しながら、自己流の働き方が招く症候群であることを気づかせることが大事である。「できれば消えてしまいたい」という気持ちは、切迫度の低い自殺念慮ではあるが、飲酒やストレス要因の付加により自傷行為につながることもあるので慎重に観察する必要がある。

事例 11A

セクハラ & パワハラで訴えられた中年男性

欧州某国、52歳男性。7名体制の小さな出張所の代表。海外駐在員として数多くの修羅場をくぐってきた。子どもたちの国内進学のため

を配るべきである。

章末に示すのは日本で開発されたスクリーニングテストである。男性版と女性版がある(p. 202、表 4)。

大規模緊急事態における精神保健対策

近年世界中で多発している大地震、洪水、テロといった大規模緊急事態に遭遇したとき、在外邦人は災害弱者となりやすいということはすでに述べた。圧倒されるような精神的衝撃で、強い恐怖や不安を伴い、個人がその対処に困難を感じるような外的出来事の体験を心的外傷(トラウマ)と呼ぶ。トラウマを受けると心身にさまざまな反応が生じうるが、これは「異常事態に対する正常な反応」であり特別なことではない。トラウマによる症状には主として急性ストレス反応と心的外傷後ストレス障害(PTSD)があり、前者は数時間か数日以内で治まる一過性の障害であるのに対して、後者はトラウマを受けた後数週間から数ヵ月にわたる潜伏期間をもって発症し、出来事が去っても症状が長引いてしまう。

出来事インパクト尺度(p. 203、表 5)は PTSD による症状を判定するために広く使われている。専門家への相談の目安は、トラウマとなる事件から1ヵ月以上たってもチェック項目の合計が25点を超えてなかなか改善しない場合である。

支援者のセルフケア

また、大規模緊急事態においては、支援者も被災者である場合が少なくない。支援業務は以下に示す過重労働因子を複数含む非日常的な業務となりやすい。支援者のセルフケアの原則は、業務量が無限となりうることを前提にして、業務の優先順位を明確にし、必ず休憩をとって体調管理することである。

- ・長時間労働
- ・深夜勤務
- ・不規則な勤務
- ・作業環境(温度環境・騒音・時差)
- ・拘束時間の長い勤務
- ・精神的緊張を伴う業務
- ・出張の多い勤務
- ・仮眠所での睡眠
- ・交代制勤務

こういった過重労働の結果として支援者に起こりやすい精神保健上の問題には以下のものがある。

- ①支援チーム内部の対人葛藤……上司と部下との葛藤は永遠の課題である。
- ②過剰適応……「自分にしかできない」という万能感のため休みなく働き、疲弊してしまう。
- ③燃え尽き症候群……極度の疲弊状態のため、任務に支障をきたす。
- ④トラウマ関連障害……支援者に起こる急性ストレス反応や心的外傷後ストレス障害。
- ⑤被災者離れ困難症……被災者が自立し、援助の必要性が減じると自己評価が下がる。
- ⑥「元に戻れない」状態……通常業務に復帰しても疎外感を感じ、自分の任務が評価されないことに失望や怒りを感じる。

近年は、支援者である自衛隊員、警察官、被災地の医療看護専門職、行政担当者などを対象とした精神不調のスクリーニングや精神科医による支援が行われるようになった。その際の支援者自身の疲労度、不安、抑うつを自己評価する方法としてK10が用いられている。合計が25点以上の場合には専門家への相談が勧められる(p. 204、表 6)。

一次予防から三次予防までの包括的ケアを

在外では専門家による精神医学的介入の遅延、言語・文化の違いによる不適切な診断と治療、出国時・帰国時双方で起こりうる国境

報 告

海外在留邦人100万人時代のメンタルヘルス対策

—第2報：東南アジア・南アジア地域における
邦人メンタルヘルス専門家の連携—

鈴木 満 井村倫子 山中浩嗣
久津沢りか 松下静枝 嶋崎恵子



報 告

海外在留邦人100万人時代のメンタルヘルス対策

—第2報：東南アジア・南アジア地域における邦人メンタルヘルス専門家の連携—

鈴木 満^{*1} 井村倫子^{*2} 山中浩嗣^{*3}
久津沢りか^{*4} 松下静枝^{*5} 嶋崎恵子^{*6}

抄録

米国北東部における邦人メンタルヘルスケアについて報告した第1報に続き、東南アジア・南アジア（バンコク、ジャカルタ、シンガポール、コロンボ）における在留邦人を対象としたメンタルヘルスサービスの現況と邦人精神保健専門家の継続的連携に関する課題について報告した。東南アジア・南アジアにおいても、在留邦人の増加とともに日本語によるメンタルヘルスサービスの需要が増えているが、日本語を含む多言語医療サービスが提供されているのはバンコク、シンガポールといった一部の大都市に限られている。米国北東部と比べると東南アジア・南アジア在住の邦人精神保健専門家は少なく、そのほとんどは数年間で入れ替わる駐在員の帯同家族である。東南アジア・南アジアにおける邦人メンタルヘルスケアの最大の課題は、第1報で報告した米国北東部と同じく「継続性」であり、各都市におけるメンタルヘルスサービスの継続には、邦人専門家による地域内および地域間ネットワークが不可欠である。

Key words：海外在留邦人、海外渡航邦人、メンタルヘルス、文化適応

こころと文化 10(2)：167-174, 2011

はじめに

海外在留邦人数は増加を続けており、2009年には113万人を超えた¹⁾。それに伴い世界各地の邦人コミュニティでメンタルヘルスケアの活動が自然発生的に始動している²⁾。本報告第1報³⁾では、2008年5月23日に、ニューヨーク日系人高齢者問題協議会・Japanese Medical Support Network (JAMSNET) と在留邦人支援委員会とが共同企

画したパネル討論会「海外邦人メンタルヘルス・コミュニティ間のネットワーク構築にむけて」での発表から、北米東海岸地域における邦人メンタルヘルス専門家の地域間連携について報告した。本稿では、第2報として東南アジア地域における邦人メンタルヘルス専門家の活動について報告する。

前報でも強調した通り、海外邦人コミュニティのメンタルヘルス対策における最大の共通課題は「継続性」であり、継続性を共に考えていくために必要なのは4つの「連携」、すなわち、コミュニティ内連携、コミュニティ間連携、在留先メンタルヘルス資源との連携、日本国内メンタルヘルス資源との連携である。以下の報告は、2009年3月に開催された多文化間精神医学会（川崎）におけ

^{*1} Mitsuru Suzuki：外務省・岩手医科大学精神神経科学講座
^{*2} Tomoko Imura：埼玉大学国際交流センター
^{*3} Hiroshi Yamanaka：千葉県精神科医療センター
^{*4} Rika Kuzusawa：ジャカルタ日本人医療相談室
^{*5} Shizue Matsushita：早稲田渋谷シンガポール校・シンガポール日本人学校
^{*6} Keiko Shimazaki：ヘルス・サポート・ネット・イン・コロンボ

るシンポジウム「海外邦人コミュニティのメンタルヘルス支援と地域間連携」と、同じく2010年3月福島学会におけるシンポジウム「海外邦人メンタルヘルスケアにおける国内外専門家の協働」、さらには同年9月26日に東京で開催された第1回海外在留邦人メンタルヘルス連絡協議会での発表原稿を下敷きに、バンコク、ジャカルタ、シンガポール、コロンボにおける邦人メンタルヘルス対策の歴史、現況、課題に焦点を絞り、大幅に加筆修正したものを収録した。それぞれの報告は臨床心理士（バンコク、シンガポール、コロンボ）、精神科医（バンコク）、看護師（ジャカルタ）といった多職種の視点が反映されている。また、バンコクからの報告は頻回の来訪による定点観察、他3都市からの報告は在住者によるものであり、短期滞在調査とは趣が異なり、居住者としての問題意識も伝わってくる。

I. バンコクにおける在留邦人のためのメンタルヘルスサポート

外務省の海外在留邦人数統計によると、タイにおける在留邦人数は、2009年10月現在4万5千人を超える。そのうち首都バンコクは、都市別邦人数で世界第4位となる3万3千人以上の在留邦人を抱える。短期滞在者や在留届を提出していない者を加えると、この数字はさらに増すと考えられている。バンコク在留者は、企業駐在員とその家族、現地雇用による企業従事者、国際結婚家族、長期旅行者、退職後のロングステイシニアなど多様である。

邦人人口の増加に伴い、バンコクでは10年以上前から個人・団体によって在留邦人を対象としたメンタルヘルスに関連するサービスの提供が自発的になされてきた。日本人の来院が多い国際病院の一つでは、日本で精神科勤務経験のある看護師がコーディネーターという名目で活躍してきた。また、2001年にはNPOとしてバンコクこころの電話相談が設立され、現在もその活動は続いている。さらに2004年4月には、日本人学校としては

世界最大規模の泰日協会学校に児童生徒のための相談室が設置され、教員免許を持った相談員が派遣された。こうしたサービスの提供者は個人ベースで連携を取り始め、バンコクのメンタルヘルスサポートが少しずつ拡張していった。その後サポート資源はさらに拡充し、メンタルヘルスの専門家が活動を開始する。2004年12月には在タイ日本国大使館医務官として精神科医師が着任した。また2008年4月には泰日協会学校に児童生徒の心理・発達相談に詳しい教頭が派遣され、同年夏には心理士が同校に配置された。

こうした情勢の中、2007年には専門家の連携を第一の目的に「バンコク日本人メンタルヘルス支援グループ（Japanese Mental Health Assistance Group in Bangkok：以下JMAG）」の立ち上げが検討され始めた。JMAGの設立趣旨として1)情報交換の場の提供、2)個人や一組織では対応できない事態へのスムーズな取り組み、3)メンタルヘルス専門家の新たな発掘、4)メンタルヘルスに関する啓発活動、などがある。JMAGの大きな特徴としては、専門家だけで成り立つ集団ではないということがある。設立検討当初、参加者は医療従事者や心理士など有資格の専門家ばかりではなく、病院勤務者、教育関係者、保険関係者など、メンタルヘルスサービス周辺領域に関わる個人・団体も構成員となっていた。2007年10月に設立が検討され始め、その後参加者の顔合わせや名簿の作成、設立に向けた定期的な勉強会などが行われてきたが、実際の立ち上げには至らず、専門家連携組織として具体的な活動は行われてこなかった。その背景には、リーダーの不在、活動場所の不備、参加者の利害関係などが挙げられよう。

JMAGの活動休止の中、現在、新たなサポート資源が出現してきている。タイ国の医師免許を取得した邦人医師らの存在は、バンコクにおける邦人メンタルヘルスにとって今後大きなサポート資源となることが期待される。また、英語対応可能な医療スタッフの充実している、タイ国初の私立単科精神科病院が設立された。筆者らは2009年8月にこの病院を訪問し聞き取り調査を行ってきた

が、その時点で日本人の来院歴も確認できている。これまで国際病院で対応しきれなかった緊急案件等は、精神専科の国立病院で対処されてきた。しかしここではタイ語での対応になるため、利用に大きな制限があった。英語対応可能な私立病院の出現により、今後日本人のメンタルヘルスサービスの選択肢の幅も広がるものと考えられる。

バンコクでの邦人メンタルヘルスサポートの今後の課題としては、専門家連携の確固と活動の継続が挙げられよう。専門家の確保という点で、タイはアメリカやヨーロッパと違って、研究や研修目的で現地に滞在している医師、心理士などの有資格者の確保が難しい。また有資格者がいても人材の流動が激しいため継続した活動につなげられない。しかしメンタルヘルスサポート資源となり得る周辺領域には、国際結婚や現地採用での企業従事者など、今後もタイに長期滞在する者も多く存在する。そういった人たちの存在をいかに活かしていくかが、専門家の連携や活動の継続という課題解決に結びつくのではないかと考えられる。

(井村倫子, 山中浩嗣)

II. ジャカルタにおける在留邦人メンタルヘルス対策

海外邦人医療を語る際、在留邦人数、日本への物理的な距離、当地のインフラや文化背景などがモザイクのように組み合わせられ、同じ東南アジア域内でも各都市で様相は全く異なる。海外邦人医療を一言で括ることはできず、日本国内ひいては他国の対策案をそのまま適応できない難しさがある。以下に、インドネシアの首都であるジャカルタに在留する邦人のメンタルヘルス事情について概観する。

ジャカルタの在留邦人数は約8,000人、ほとんどは企業派遣による数年の滞在である。経済発展目ざましいジャカルタでは、ここ数年で最新設備を備えた富裕層向け大規模病院がいくつも立ち上がっており、複雑な疾患でなければ外国人もこう

した病院で治療可能である。医療機関の日本語対応はシンガポールやバンコクからだいぶ遅れをとっているため、受診は日本語対応可能な数件の医療機関に集中しているのが現状である。こと精神科医療に関しては「日本人の精神科医がいないから治療できない」「現地の精神科医では意思の疎通ができない」と勝手に思い込んで受診せず、重症化してから露見する事例が目立つ。

ジャカルタでも十数年前より、ボランティア団体がいくつか活動しているが、そのほとんどがメンバーの流動性により存続が危ぶまれる状況にある。インターネットに頼れなかった時代ではグループ内での情報交換を目的とした集まりが有用であったが、今や簡便に情報が得られる時代となり、「同じ日本人同士なのに」齟齬が生じる、狭い邦人社会の人間関係のとり方に躊躇し、苦勞してまでボランティア活動に関わる気風は薄れている。また、有資格者、経験者といった「やる気のあるメンバー」に頼りすぎる結果、その帰任により活動は継続性がとたんに難しくなる。

活動の継続性を考えた場合、ある意味で公的な日本人会のような団体が担うことが望ましいが、ジャカルタ日本人会では、かねてよりメンタルヘルスにどう対応すべきか、会員企業430社対象にアンケートを2007年に実施し、医療委員会により検討を繰り返してきた。その対策として日本国内なら専門家によるメンタルヘルス講習会の実施をと考えるが、海外では経費が嵩み、費用対効果から踏み切れないでいた。仮に高名な専門家を招聘できたとしても、年一度その日限りの講習会にどれだけ参加者が集まることのできるかも問題である。

そこで苦肉の策ながら、ジャカルタ日本人会医療委員会で、ささやかな予防活動になればとメンタルヘルスマネジメント検定試験Ⅲ種⁴⁾に準じた自主勉強会を実施した。これは企業活動において組織における従業員自らのメンタルヘルス対策の推進を目的とし、セルフケアができることを目標とした大阪商工会議所の検定である。特に海外では、メンタル不調を起こした際、すぐに専門家に

相談できる状況ではないので、医療パラダイムでの講習会より、産業パラダイムでのメンタルヘルスに対する基本的理解が求められる。勉強会実施による日本人会会員企業に対する広報効果も見逃せない。

海外邦人医療基金を通じて多文化間精神医学会の在留邦人支援委員会代表の鈴木満先生にオブザーバーをお願いし、1カ月おきに3回にわたって2時間の勉強会を実施、延参加者数は51名だった。そこで明らかになったのは、メンタルヘルスに対する基本的理解の欠如である。メンタルヘルスに関心のある参加者であっても「うつ病とは治るのか」といった質問内容であり、医療者と非医療者との乖離をすり合わせしないままに、在留邦人のメンタルヘルス対策を考えることは難しい。このような試行錯誤を経て啓発活動を軌道に乗せ、かつ各機関との連携を強化させたいと考えている。

(久津沢りか)

Ⅲ. シンガポール在留邦人に対するメンタルヘルスサービスと専門家ネットワーク形成

シンガポールは、赤道直下に位置する東南アジアの小さな島国である。面積は東京都23区とほぼ同じ大きさで、中国系、マレー系、インド系の人種が住む多民族国家の国である。平成22年度の外務省統計¹⁾によると、シンガポール在留邦人総数は23,297人であり、海外で生活する在留邦人数としては、世界で比較した場合に11番目に多い。著者は教育分野でスクールカウンセラーとしてメンタルヘルスサービスに携わっている。シンガポールにおける日本人学校は、世界でも有数の規模であり、小学部が2校、中学部1校がある。また、日本人高校生を対象としたアジア地区唯一の私立在外教育施設がある。

シンガポールにおいて2001年以降、在留邦人を対象とした日本人によるメンタルヘルス支援サービスが始まった。具体的には、2001年から日本人

会クリニックに心療内科医、2005年に言語聴覚士、2006年から在外教育施設に臨床心理士が着任している。

このような中2006年10月に心療内科医の呼びかけにより、今まで孤立していた専門家同士が一堂に会する機会がもたれ、「シンガポールメンタルヘルスの会」が発足した。そこには、心療内科医1名、臨床心理士1名、言語聴覚士1名、心理士2名、療育・医療関係者3名の合計8名が集まり、個々に散在していた専門家が一つの集団となった。これには、専門家自身も在留邦人の当事者であることと、援助職という職種の要因からも支援が必要であったと考えられる。会の発足により、専門家同士の面識ができ、①専門家間での情報共有、②クライアントのリファー先の確保、③専門家自身の孤立の消失という3点の成果があった。このようにメンタルヘルス専門家のネットワークは形成され、ファーストステップはクリアされた。例えば、先述のように著者はスクールカウンセラーをしているが、クライアントが薬物療法を必要とする際には、面識のある医師にクライアントを紹介でき、連携も取れるネットワークができた。クライアントにとってより安心のできる環境が形成された。

2007年9月にはシンガポールにおいて第13回多文化間精神医学ワークショップ、2008年1月、海外メンタルヘルス懇話会、2008年4月第2回シンガポールメンタルヘルスの会が開かれ、メンタルヘルス対策の気運が高まった。第2回目の会合では、ネットワークのコンセプトや方針を確認した。それらは、①「営利目的ではない」ネットワーク、②連絡交換が容易にできるようメンバーリスト、および活動状況のリスト作成、③特別支援教育対応についての意見交換であった。また2008年6月には、これらの状況を在タイ日本大使館にてバンコク、ジャカルタ、シンガポール3都市の専門家が集結した「在東南アジア邦人精神保健専門家連絡会議」において現状報告、意見交換を行った。しかしながら現状としては、2回目の会合で留まっており本格的な始動は見送られ、現

時点でのメンバーの正確な把握も困難な状況である。「継続性」が課題となっている。

その継続を阻む要因としての「内的要因」と「外的要因」について考察する。

「内的要因」としては、目的・モチベーションの曖昧さがあげられる。参加メンバーの多くが駐在員であり本帰国や他国への移動に関して先が読めない状況になっていることが要因となっていると考えられる。つまり「将来に関する曖昧さ」ということが大きく関与している。

「外的要因」として、主に3つの要因が考えられる。①確固たるリーダーの不在、②メンバーの流動性、③活動場所確保の困難さである。これらは、先述した「将来に関する曖昧さ」が関与している。また守秘義務を考慮した活動場所を確保することも重要な要素であるが、ボランティアとして活動しているためメンバーの負担、労力を最小限に抑えながら活動を行うことが難しい状況である。

これらの要因をクリアするためには、現地に根ざしている組織、現地公的機関による支援が必要だと考える。この点が今後の課題であり、かつ他国とのより一層の連携にも期待したい。

(松下静枝)

IV. コロンボにおける在留邦人のためのメンタルヘルスサービス

スリランカは、インドの南端の東に浮かぶ島国で、面積は北海道の約0.8倍、人口は2,045万人ほどである。紅茶の産地として有名で、インド、中国、ケニアに次いで世界第4位を占めている。小さな島であるが、反政府武装勢力「タミル・イーラム解放の虎 (LTTE)」が、国内少数民族タミル人の多く住む北部・東部の分離独立を目指し、2009年5月まで26年の間、政府軍との間で内戦状態にあった。戦闘は北部・東部地域に限定されていたが、内戦中は、邦人の多く住むコロンボ市内でも、LTTEによる自爆テロがしばしばあり、空爆もあった。内戦終結後は、テロ事件は起きてお

らず、一般市民も安心して外出できるようになり、旅行者の数も戻りつつある。

在留届を出している邦人の数は、スリランカ全土で877名(2009年10月)。その過半数が、最大の都市コロンボとその周辺に在住している。長期滞在者では、JICA(国際協力機構)の関係者やその家族が約200名と最大のグループを占めるほか、民間企業関係者もODA(政府開発援助)関係の事業に携わっている割合が大きい。永住者では、国際結婚による永住が大半を占め、そのうち女性が70%である。コロンボには日本人学校があり、児童生徒数20名前後である。

スリランカの邦人コミュニティは、規模が小さい分、邦人同士の交流は比較的盛んで、ソーシャルサポート的な機能を果たしていると言えるだろう。長期滞在の駐在員と家族だけでなく、永住者も入会する日本人会(会員数約300名)が組織されていて、年間を通じ、盆踊り大会、運動会、墓参会、ミュージックフェア(忘年会)など、多くの行事がある。このほか、就学前の子どもを持つ母親たちの子育てサポートグループ「てらこや」や、スリランカ人と結婚している邦人女性の会「なでしこ会」など、共通のニーズを持つ邦人のセルフサポート的なグループがある。

他方、邦人専門家によるメンタルヘルスサービスの提供は皆無に近い。2010年春に、医療、保健、心理関係の邦人専門職者が「ヘルス・サポート・ネット・イン・コロンボ」というボランティア・グループを立ち上げた。筆者も含め、「駐在員の妻」という立場のメンバーがほとんどである。勉強会や見学会などを通じ、スリランカの医療、保健事情を学び、情報を共有しようというのが活動のねらいである。邦人サポートを主な目的として立ち上がった組織ではないが、途上国での医療機関受診の不安を軽減するために、在留邦人向けの医療情報冊子を準備中である。この冊子はなんとか完成に漕ぎ着けそうだが、ボランティア・グループ自体は、立ち上げたメンバーが帰国や転勤の後、自然消滅の可能性が否めない。

メンバーの中に、メンタルヘルス関係の専門職

は3名いる。臨床心理士が筆者を含め2名、当地でカウンセリングを学んだ心理カウンセラーが1名である。筆者以外の2名は、現在のところ、邦人向けの相談活動は行っていない、非常に小さい邦人コミュニティで、匿名性を保って活動することが難しいこと、活動場所（面接室）を確保することが難しいこと、個人で活動する場合、困難な事例を抱えることへの不安、スーパーバイズを頼める人が身近にいない、などが主な理由である。

筆者自身も相談活動をするのは難しいと考えていたが、数は少ないものの個別の相談を受けたことがある。きっかけは、海外在留邦人の子ども、保護者、教職員を対象にメール相談のボランティア活動を行っている With Kids（海外に住む子どもの心の健康をサポートする臨床心理士の会）⁵⁾ についての広報活動を行ったことであった。子育てグループや日本人学校に出向いて With Kids の活動を紹介し、メール相談の連絡先と並んで、筆者自身の連絡先も掲載したところ、問い合わせが来て、継続的に相談を受けた事例が2年間で3例ほどある。臨床心理士としての一個人のボランティア活動はしにくいのが、グループに所属することで活動内容を知らせやすくなるし、相談者側もアクセスしやすくなったのではないかと考えられる事例であった。

しかし、当地のように邦人コミュニティが極めて小さいところでは、邦人メンタルヘルス専門家の活動は、自らが個別の相談活動を行うというよりは、匿名性が保たれるメール相談窓口を紹介したり、相談機関・医療機関の情報を提供するなど、他の専門家につなげていく活動を主な活動とすることが現実的であると考えられる。そのためには、日本国内の医療・相談機関との連携や、在外各国で活動する邦人専門家との連携が欠かせず、今後の課題であろう。

（嶋崎恵子）

まとめ

以上東南アジアおよび南アジア4都市における

邦人メンタルヘルス専門家ネットワーク連携の歴史、現況、課題について報告した。アジア地域における在留邦人数は今後も増加することが予想され、観光、経済活動にとどまらずロングステイを目的とする渡航者も増加しつつある。これとともに日本語によるメンタルヘルスケアの需要も増大すると思われるが、邦人精神科医師の常駐型サービスの定着は期待できない状況である。しかし明るい兆しもある。バンコク、シンガポールなど医療ツーリズムを推進する都市では外国人医療サービスの一環として邦人スタッフを配置しており、その中に日本の看護師、臨床心理士、医師資格を有する邦人を散見するようになった。バンコクでは現地医療資格を取得した邦人医師がすでに誕生し、また身体科が専門ながら日本で臨床研修を積んだタイ人医師の存在も心強い。シンガポールでは条件つきながら日本の医師免許による診療行為の道が広がっており、いまだ邦人精神科医は常駐せぬものの急速に邦人医師が増えている。また、国際結婚や留学などの人的交流により日本語と日本文化を共有できる人的医療資源は欧米地域のそれに及ばずとも増加傾向にあると感じている。なお、海外邦人医療基金では、シンガポール、マニラ、ジャカルタに邦人医師を派遣している。第1報で報告したニューヨークでは、現地で資格を取得した長期滞在のメンタルヘルス専門家の存在と、日本国総領事館との相互協力という画期的取り組みが見られたが、バンコクで一時立ち上がった同様の取り組みは停滞しており、再興が期待される。筆者は2011年2月に在シンガポール日本国大使館において第2回在東南アジア邦人精神保健専門家連携会議を開催し、本邦、シンガポール、タイ、スリランカからの参加者による協議を行った。以下に示す通り、これまで日本学術振興会科学研究費助成による連携会議を開催してきたが、今回のシンガポールでの会議は、2008年のバンコクでの会議に続くものである。

2007年2月 在ニューヨーク邦人精神保健専門家連携会議（ニューヨーク）

2007年10月 在バリ邦人精神保健専門家連携会

- 議 (パリ)
- 2007年11月 在バンコク邦人精神保健専門家連携会議 (バンコク)
- 2008年5月 在北米東海岸地区邦人精神保健専門家連携会議 (ニューヨーク)
- 2008年6月 在東南アジア邦人精神保健専門家連携会議 (バンコク)
- 2008年11月 在英国邦人精神保健専門家連携会議 (ロンドン)

なお、本邦からは海外邦人精神障害者帰国搬送事例の受け入れ実績のある千葉県精神科医療センターより5名が参加した。このところ海外で多発している大規模災害、事故、政変などへのリスクマネジメントとして在留邦人へのメンタルヘルス・ケアを担う人材の確保はますます重要であり、現地生活情報に精通した現地在留邦人医療関係者と国内精神科専門医との連携を強化する必要がある。今後は海外在留邦人メンタルヘルス連絡協議会を拠点として、上述した4つの連携をさら

に強化していく予定である。第3報では欧州での邦人メンタルヘルス専門家の連携について報告する。

【文献】

- 1) 外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/index.html>
- 2) 鈴木 満：邦人海外渡航者の精神保健対策の歴史；邦人海外渡航者の精神保健対策欧州地域を中心とした活動の記録。信山出版，東京（1997）。
- 3) 鈴木 満，仲本光一，吾妻 壮 他，計8名：海外在留邦人100万人時代のメンタルヘルス対策；第一報 米国北東部地域における邦人メンタルヘルス専門家の連携。こころと文化，8：69-76（2009）。
- 4) 見波利幸：メンタルヘルスマネジメント検定試験Ⅲ種・重要ポイント&問題集。初版，日本能率協会マネジメントセンター（2009）。
- 5) 竹田希美子，嶋崎恵子，鈴木美代子，工藤公子：海外の教育現場における発達障害の子どもたち；With Kidsへの相談事例から。こころと文化，9(1)：23-28（2010）。

Mental health support for a million of Japanese expatriates

—Report two: On the coordination among the Japanese mental health professionals in Southeast and South Asian cities—

Mitsuru Suzuki*¹, Tomoko Imura*², Hiroshi Yamanaka*³, Rika Kuzusawa*⁴, Shizue Matsushita*⁵, Keiko Shimazaki*⁶

*¹ Ministry of Foreign Affairs of Japan / Iwate Medical University

*² Center for International Exchange, Saitama University

*³ Chiba Psychiatric Medical Center

*⁴ The Jakarta Japan Club Medical Consultation Room

*⁵ Waseda Shibuya Senior High School / The Japanese School, Singapore

*⁶ Health Support Net in Colombo

Abstract

This is the second report on coordination among the Japanese mental health professionals living abroad following the first report in the Northeast U.S. In this paper, Japanese community-based mental health activities in Southeast/South Asian cities (Bangkok, Singapore, Jakarta, and Colombo) were reviewed and the necessity of continuous professional networking was discussed. An increase of the number of Japanese expatriates causes need for culture-related mental health care in Southeast/South Asian areas. Medical tourism in a few big cities such as Bangkok and Singapore leads to multilingual medical services including Japanese, but availability of Japanese-speaking mental health specialists in Southeast/South Asian areas is quite limited compared with the Northeast U.S. Voluntary mental health services and networks among Japanese communities have been established in the four cities, but their base of management are still unstable because Japanese human resources of mental health which consist mainly of partners of overseas representative have been replaced. Sustainable intra- and inter-networking among Japanese mental health specialists living in Southeast/South Asian areas is the most crucial issue for the continuation of the services as described in the first report.

Key words : Japanese expatriate, Japanese overseas travelers, mental health, cultural adaptation

Mental Health, Suicidal Ideation, and Related Factors among Workers from Medium-sized Business Establishments in Northern Japan: Comparative Study of Sex Differences

Eri TAKUSARI¹, Mitsuru SUZUKI^{1*}, Hikaru NAKAMURA¹ and Kotaro OTSUKA¹

¹Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University, 19-1 Uchimaru, Morioka, Iwate 020-8505, Japan

Received October 30, 2010 and accepted January 19, 2011

Published online in J-STAGE June 21, 2011

Abstract: A questionnaire survey was conducted among 3,233 workers (2,442 males and 791 females) from 17 medium-sized business establishments in northern Japan with respect to GHQ-12 score, suicidal ideation, sociodemographic characteristics, work-associated factors, and attitude toward mental health resources. Sex differences were assessed for each questionnaire item, and logistic regression analyses were performed separately for males and females. Significant correlations between common mental disorder (CMD: GHQ-12 score \geq 3) and the following factors were found for both sexes: short sleep, irregular working schedule, working in specific businesses, and attitude toward mental health resources. Associations between CMD and excess workload were significant only in male workers. While correlations between suicidal ideation and demand for mental health resources were observed in both sexes, significant correlations were observed between suicidal ideation and use of mental health resources for female workers alone. These results suggest that screening of a high-risk population and provision of mental health resources contribute to suicide prevention as a part of mental health promotion measures in medium-sized business establishments. They also suggest the need for identification of business/job type-specific stressors while considering sex differences in lifestyle factors, working environment, and help-seeking behavior.

Key words: GHQ-12, Common mental disorder, Suicidal ideation, Occupational mental health, Medium-sized business establishments, Work-associated factors, Sex differences, Help-seeking behavior

Introduction

Japan's high suicide rate is internationally recognized¹⁾, with an annual number of suicide deaths exceeding 30,000 since 1998²⁾, and the rate of suicide in northern Japan is higher than in other regions in Japan²⁾. Multiple factors have been reported as reasons for this regional difference, such as depopulation, insufficient medical resources, and economic disadvantage³⁾. Working people accounted for about one-third of suicide

death²⁾, and about two-thirds of suicide deaths are male not only in Japan²⁾ but in nearly all countries¹⁾. In contrast, other suicide-related behaviors such as suicidal ideation⁴⁾ and suicide attempts^{5, 6)} are more common in females. This discrepancy may be related to behavioral differences between males and females⁶⁻⁸⁾, and investigations focusing on sex differences could contribute to measures against mental health problems.

There is concern over worsening of the working environment due to the recent deterioration in economic conditions⁹⁾, and approximately 60% of the working population has strong anxiety or stress related to their work¹⁰⁾. New guidelines for mental health promotion

*To whom correspondence should be addressed.
E-mail: msuzuki-psy@umin.org

measures for working people have been published as part of the Revised Industrial Safety and Health Act in Japan¹¹), and have been strenuously implemented in large business establishments with 1,000 or more permanent employees¹²). Employees of these large-sized business establishments account for less than 5% of the entire working population¹³). Although medium-sized business establishments with 50–999 permanent employees account for about 30% of the entire working population¹³), adequate mental health promotion measures have not been implemented in them¹²). Previous studies regarding occupational mental health and suicide-related behaviors conducted in Japan have exclusively involved workers from large-sized business establishments¹⁴), a single business type^{8, 15, 16}), civil servants^{17–19}), or depressed population-specific surveys^{8, 16, 20–22}).

The present study aimed to clarify the general mental health status, suicidal ideation, and related factors of workers from 17 medium-sized business establishments in northern Japan, and compared findings between male and female workers.

Subjects and Methods

Subjects and procedure

Eighteen business establishments operating in northern Japan were included in this study. Excluding one small-sized business establishment with fewer than 50 permanent employees, the other 17 business establishments were medium-sized, with 50–999 permanent employees. The types of business included construction, information and communication, manufacturing, combined services, retail trade, and medical welfare. A total of 4,804 employees from the 18 business establishments were included in the study population, and an anonymous self-administered questionnaire survey of them was conducted in January 2008.

Questionnaire forms were mailed to the general affairs department of each business establishment, which distributed a letter explaining the purpose of the survey and the questionnaire form to each employee via managers of each section. For ethical reasons, a document describing the purpose of the study, including the statement that participation in the survey is voluntary, and privacy protection-related issues, such as anonymity, was distributed along with the questionnaire form, and consent to participate in the survey was determined by return of a completed questionnaire form in an individual sealed envelope.

Responses were obtained from 3,944 workers (2,888 males and 1,018 females), yielding a response rate of 82.1%. From them, 711 respondents (446 males and 227 females), including those who were working

at small-sized business establishments and those who failed to complete all questionnaire items, were excluded, and the resulting 3,233 respondents (2,442 males, mean age 40.47 ± 11.42 yr; and 795 females, mean age 38.71 ± 10.53 yr; accounting for 67.3% of the entire population) from medium-sized business establishments were included in the analysis.

Questionnaire

Survey items included sociodemographic characteristics, including sex, age, marital status, living condition, frequency of alcohol use, alcohol consumption per occasion, and sleep duration, as well as work-associated factors, including type of business, type of job, employment status, years of continuous employment, working hours distribution, days taken off work, overtime work, working schedule irregularity, and shift work. Short sleepers were defined as those with a sleep duration of less than 6 h, as described previously²³). The Japanese 12-item version of the General Health Questionnaire (GHQ-12)^{24–26} was used as a mental health scale. The GHQ method (0-0-1-1 point allocation) was used for the GHQ-12. According to a previous study in which those with a GHQ-12 score of 3 points or more were defined as having a common mental disorder (CMD)^{26, 27}), those with a GHQ-12 score of 3 points or more were defined as the CMD group, while those with a score of 2 points or less comprised the good GHQ group. With regard to suicidal ideation, a subscale item adopted from the Zung Self-rating Depression Scale (SDS)²⁸) asking if subjects had ever had the thought, "I feel that others would be better off if I were dead", was used and respondents who selected "Good part of the time" or "Most of the time" were defined as having suicidal ideation, while those who selected "A little of the time" or "Some of the time" were considered not to have suicidal ideation.

Regarding the demand for mental health resources, respondents were asked to answer the question, "Are you in need of consultation with a mental health specialist?" by selecting from among four options. Those answering "Yes, to some extent" or "Definitely yes" were included in the "necessary" group, while those answering "Not at all" or "For the most part no" were considered the "unnecessary" group. With regard to experience of mental health resources use, respondents were given examples of internal or outside mental health resources and asked whether they had used any of them. Answers of "Having used at least one of them" were defined as "yes", while those of "Having used none of them" were defined as "no".

Statistical analysis

Each survey item was first compared between males and females. Categorized variables were analyzed using the χ^2 test and continuous variables were analyzed using the *t*-test. To identify factors contributing to development of CMD and suicidal ideation separately in males and females, univariate analysis was performed for each factor with CMD (CMD (1) and non-CMD (0)) and suicidal ideation (suicidal ideation (1) and no suicidal ideation (0)) as dependent variables and each survey item as an explanatory variable (CMD: sociodemographic characteristics, work-associated factors, demand for mental health resources, and use of mental health resources; suicidal ideation: above-mentioned factors and CMD). Factors found to be associated with a significant difference ($p < 0.05$) in univariate analysis were then subjected to multivariate stepwise logistic analysis. All analyses were performed using SPSS version 16.0J for Windows, with a significance level of 5% for all tests. Significance probabilities were expressed as numerical values.

Results

Sociodemographic characteristics and work-associated factors (Table 1)

The mean age of female respondents was significantly lower than that of male respondents. A significant sex difference was found in the distribution of marital status and living condition. There was significantly more frequent use and more consumption of alcohol per occasion by males than by females. We found no significant sex difference in the percentage of short sleepers.

Respondents were engaged in various types of business, including construction, information and communication, manufacturing, combined services, retail trade, and medical welfare, with a significant sex difference in the distribution. The percentages of those in administrative positions and the percentages of full-time employees were significantly higher for males than for females. A significant sex difference was also found in the distribution of years of continuous employment, though no significant sex difference was observed with respect to distribution of working hours. Percentages of those taking few days off of work, doing overtime work, and working irregular schedules were significantly higher for male than for female respondents, while the percentage of individuals performing shift work was significantly higher for female than for male respondents.

GHQ-12 score, attitude toward mental health resources, and suicidal ideation (Table 2)

The mean GHQ-12 score was 2.28 ± 3.12 for all

respondents. The CMD group included 31.4% of all males and 33.5% of all females. Both mean GHQ-12 score and CMD prevalence were slightly higher in females than in males, though not significantly so.

There was no significant sex difference in demand for mental health resources, while the percentage of those who had used them was significantly lower for male respondents.

A total of 114 (3.5%) respondents, including 82 (3.4%) males and 32 (4.0%) females, were found to have suicidal ideation. No significant sex difference was found in the distribution of responses to the question about suicidal ideation.

Logistic regression analysis (Tables 3–6)

The following ten factors were selected as significantly contributing to the development of CMD in male respondents (Table 3): consuming alcohol once per week (OR=0.626); short sleep duration (OR=1.971); working in manufacturing (OR=1.722), combined services (OR=2.404), or retail trade business (OR=1.828); taking 4 or fewer days off work per month (OR=1.431); having 45 h or more of overtime work per month (OR=1.731); working irregular schedules (OR=1.612); need for mental health resources (OR=3.793); and having used mental health resources (OR=1.438). For female respondents, the following eight factors significantly contributing to the development of CMD were selected (Table 4): short sleep duration (OR=1.748); working in manufacturing (OR=1.849), combined services (OR=2.157), or retail trade business (OR=3.355); having worked for 10–19 yr continuously (OR=0.625); working irregular schedules (OR=2.218); need for mental health resources (OR=5.023); and having used mental health resources (OR=1.929).

The following four factors were selected as significantly contributing to the development of suicidal ideation in male respondents (Table 5): being single (OR=2.982), working in combined services business (OR=3.107), need for mental health resources (OR=2.516), and CMD (OR=6.091). For female respondents, the following three factors were selected as significantly contributing to the development of suicidal ideation (Table 6): need for mental health resources (OR=3.658), having used mental health resources (OR=3.141), and CMD (OR=6.980).

Discussion

The present study revealed differences between males and females in both socio-demographic characteristics and work-associated factors among workers, particularly excess workload and alcohol drinking. This probably

Table 1. Sociodemographic characteristics and work-associated factors

	Male (n=2,442) n (%)	Female (n=791) n (%)	p value
Age (yr)			<0.001
18-29	414 (17.0)	178 (22.5)	
30-39	843 (34.5)	267 (33.8)	
40-49	499 (20.4)	195 (24.7)	
≥50	686 (28.1)	151 (19.1)	
Mean ± SD	40.47 ± 11.42	38.71 ± 10.53	<0.001*
Marital status			<0.001
Married	1,674 (68.6)	454 (57.4)	
Single	699 (28.6)	244 (30.8)	
Divorced/widowed	69 (2.8)	93 (11.8)	
Living condition			<0.001
Living with own family	1,895 (77.6)	677 (85.6)	
Living alone	336 (13.8)	90 (11.4)	
Other	211 (8.6)	24 (3.0)	
Frequency of alcohol use			<0.001
Never drink	308 (12.6)	239 (30.2)	
Drank before, but now don't	91 (3.7)	76 (9.6)	
Once or twice per month	383 (15.7)	169 (21.4)	
Once per week	279 (11.4)	110 (13.9)	
2-4 times per week	449 (18.4)	93 (11.8)	
5 times or more per week	932 (38.2)	104 (13.1)	
Alcohol consumption per occasion** : 1 gou (rice wine) = 22.8 g			<0.001
<45.6	1,238 (50.7)	382 (48.3)	
45.6-68.4	572 (23.4)	57 (7.2)	
≥68.4	207 (8.5)	23 (2.9)	
Sleep duration (hours:minutes per day)			0.161
≥6:00	2,029 (83.1)	640 (80.9)	
<6:00	413 (16.9)	151 (19.1)	
Mean ± SD	6.31 ± 1:00	6:26 ± 1:02	0.097*
Type of business			<0.001
Construction	1,193 (48.9)	97 (12.3)	
Information and communication	117 (4.8)	46 (5.8)	
Manufacturing	723 (29.6)	340 (43.0)	
Combined services	278 (11.4)	159 (20.1)	
Retail trade	121 (5.0)	26 (3.3)	
Medical welfare	10 (0.4)	123 (15.5)	
Type of job			<0.001
General workers	1,407 (57.6)	762 (96.3)	
Field managers	624 (25.6)	16 (2.0)	
Office managers	411 (16.8)	13 (1.6)	
Employment status			<0.001
Full-time	2,206 (90.3)	441 (55.8)	
Others (part-time, temporary, etc.)	236 (9.7)	350 (44.2)	
Years of continuous employment			<0.001
<2 yr	258 (10.6)	129 (16.3)	
2-9 yr	458 (18.8)	269 (34.0)	
10-19 yr	898 (36.8)	241 (30.5)	
20-29 yr	328 (13.4)	100 (12.6)	
≥30 yr	500 (20.5)	52 (6.6)	
Working hour distribution			0.417
Day-dominant	1,855 (76.0)	617 (78.0)	
Day/night mixed-shift pattern	569 (23.3)	167 (21.1)	
Night-dominant	18 (0.7)	7 (0.9)	
Days off work taken (days per month)			<0.001
≥5	1,976 (80.9)	722 (91.3)	
≤4	466 (19.1)	69 (8.7)	
Overtime work (hours per month)			<0.001
<45	1,696 (69.5)	734 (92.8)	
≥45	746 (30.5)	57 (7.2)	
Working schedule irregularity			0.003
regular	2,101 (86.0)	712 (90.0)	
irregular	341 (14.0)	79 (10.0)	
Shift work			<0.001
No	2,096 (85.8)	628 (79.4)	
Yes	346 (14.2)	163 (20.6)	

*t-test (others are χ^2 -test).

**Most employees who replied to the question drink alcohol more than once a month.