

# 「メンタルヘルスと労働環境要因に関する調査研究 ～労働者の自殺予防に向けて～」

研究代表者	岩手産業保健総合支援センター	所長	角田 文男
主任研究者	同	相談員	鈴木 満
共同研究者	同	相談員	齋藤 恵子
	同	相談員	佐々木 盛光
	同	相談員	中屋 重直
	岩手医科大学医学部神経精神科学講座		渡辺 温知

## I. はじめに

近年、長引く経済不況による失業率の悪化などを背景に、職場のメンタルヘルス対策として特に中高年男性勤労者の自殺予防の重要性が指摘されている。ここ数年、岩手県の人口 10 万人当たりの自殺者数は、都道府県別にはワースト 3 に入り、自殺予防対策は岩手県の産業保健においても緊急の課題として認識されている。しかしながら、これまで勤労者の抑うつ徴候や希死念慮のスクリーニングを目的とした調査は少なく、また、その調査の多くが職場のストレス要因に焦点をあてたものであった。本研究では、標準化された心理検査法を用いて勤労者の精神健康度、特に希死念慮を含む抑うつ徴候について調査し、職場のみならず地域・家庭におけるストレス要因との関連について検討した。

## II. 研究対象および方法

地方中規模都市で操業する 3 カ所の大規模事業場の勤労者 3,861 名を対象に 2001 年 10 月に無記名自記法によるアンケート調査を施行した。(回答率 73.5%)。調査用紙は、質問紙(107 項目)とマークシートによる回答用紙から構成された。質問紙には、標準化された心理検査法である GHQ (The General Health Questionnaire) 30 項目日本語版(得点が高いほど精神健康度が低い)および WHO-QOL (Quality of Life) 26 項目日本語版(得点が高いほど生活満足度が高い)に加え、独自の質問項目として、職場のストレス要因、家庭・地域のストレス要因、属性などを盛り込んだ。また、セルフケアの支援を目的として自己採点法を併用した。調査結果は、SPSS 10.0J for Windows を用いて統計学的に解析した。

## III. 結果と考察

GHQ 総得点の平均は  $9.24 \pm 6.80$  であり、回答者全体の 58.9% が区分点である 7 点以上を示し、埼玉県での調査結果(46.9%)、石川県での調査結果(56.9%)を上回った。これらの結果の違いは、地域差、対象者の年齢、事業場規模の差による可能性を有するが、調査施行時期についてみると、埼玉県が 1998 年、石川県が 2000 年、本調査が 2001 年であり、この間、企業の人員整理が急速に進んでいることから、雇用不安に代表される職場のストレス要因の増悪を反映したとも考えられる。なお GHQ「高値群(7 点以上)」は「低値群(6 点以下)」に比べ、女性、30 代に有意に多いという結果が得られた。WHO-QOL 合計点の平均値は  $3.01 \pm 0.47$  点であり、全般的な生活満足度については中等度と評価されるものの、心理的領域および環境領域では男女とも満足度が低い傾向を示した。

自殺者統計から予測された中高年男性の精神健康度の低さは、今回の調査では検証されず、GHQ 総得点の平均は男女間においては女性群が有意に高く、年代間においては 50 代が有意に低かった。2000 年に施行された前述の石川県での調査および首都圏での調査(GHQ 12 項目版使用)でも、50 代の GHQ 総得点が比較的低く、本調査の結果を支持するものである。しかし、本調査における対象者は 30 代を中心としており、50 代以上の男性対象者は 165 名に過ぎない。また、非雇用者の高自殺率が指摘されていることから、今後は調査範囲を中途退職者や自営業者に広げた中高年者の継続的調査が必要であると考えられる。

職場および家庭・地域のストレス要因と GHQ 総得点の間にはそれぞれ正の相関を認めた。職場のストレス要因の因子分析では、厚生労働省の指針の「セルフケア」に相当する「直接携わる仕事に関するストレス要因」(第 T 因子)と「ラインによるケア」に相当する「自分では変更不可能な職場のストレス要因」(第 U 因子)が抽出された。女性群では、職場のストレス要因が第 T 因子、第 U 因子とも男性群

に比し低得点であったのに対し、地域・家庭におけるストレス要因が高得点を示し、中でも 30 代・40 代で得点が有意に高値であった。これは 3 事業場とも地域密着型の雇用体制であるため、既婚女性勤労者の多くが妻、母、嫁としての役割を期待されていることに関連すると考えられる。

3 事業場間の比較では、人員削減の渦中にあったA社男性の GHQ 総得点が高社に比べ有意に高く、女性では事業場間で有意差を認めなかった。一方、家庭のストレス要因、地域のストレス要因については男女ともA社で有意に高かった。これは職場におけるストレス要因の相対的強さに男女差があることを示唆するものである。WHO-QOLでは、男女とも 3 事業場間に有意差を認め、A社における得点最も低かった。GHQの希死念慮に関する問いに「自殺しようと考えたことがたびたびあった」と回答した 65 名の内訳は、A社 60 名(A社全回答者の 3.0 %)B社 3 名(B社全回答者の 0.7 %)、C社 2 名(C社全回答者の 0.5 %)とA社で顕著に高かった。

GHQの「希死念慮・うつ傾向」の有所見者は全体の 31.3 %にのぼり、有所見者群は 20 代、現場作業者に多く、2 群間比較では有所見者群で職場ならびに家庭・地域のストレス要因が有意に高かった。「希死念慮・うつ傾向」に関する下位項目の得点が 5 点満点の回答者は本調査では 5.9 %であったが、埼玉県の調査(1998年)では 2.9 %、石川県の調査(2000年)では 4.1 %であり、本調査での「希死念慮・うつ傾向」の高さが示された。ただし、A社の回答者を除いたデータを検討すると、5 点満点が 2.9%と埼玉県での調査に近い数字を示した。

以上の調査結果より、職場・家庭・地域の複合的ストレス要因は雇用不安によって連鎖的かつ相乗的に増悪し、これらが勤労者の「抑うつ・希死念慮」を含む精神健康度に影響を与えていることが示唆された。職場のメンタルヘルス 1 次、2 次予防事業においては、個々の多彩な複合的ストレス要因に対応したきめ細かい精神保健対策が必要である。そして、事業外資源である精神保健専門家との連携のためには、治療導入を効果的に支援できる評価方法が求められる。この評価方法は事業場内産業保健担当者にも容易に理解でき、精神保健専門家との「共通言語」となることが望まれ、かつ標準化され他事業場との比較ができれば、精神保健対策の改善点を策定しやすくなる。その意味で今回採用した調査方法は、受療支援を行う上で客観的な指標となりうる。

産業精神保健の現場に求められる自殺予防活動には2つの側面がある。第一が勤労者自身の自殺予防を目的とした啓発教育事業としての側面である。自らの抱えるストレス要因のみならず、抑うつ症状を中心とする心身の変調への「気づき」を促すことが早期発見、早期治療につながる。そして第二の側面は、啓発教育事業を通じた職場、家庭、地域における支援者の育成である。支援者たりうる人的資源を増やすことは、産業精神保健にとどまらず、地域精神保健の観点からも、自殺予防にとって極めて重要な戦略である。今回導入した無記名自記式かつ自己評価可能という調査が啓発教育につながることを期待される。