

A大学における職場のメンタルヘルス調査報告2012

西村 由貴* 久根木康子* 田中由紀子*
藤井 香* 高山 昌子*

はじめに

わが国でも、職場におけるメンタルヘルスに対して、個人が健康問題として対応することに任せるのではなく事業場が労働環境に監督責任を有しているという見方がなされるようになってきた。平成12年8月の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定された当時は、過労死や過重労働による自殺への対応が急務とされていた¹⁾。しかし『近年労働者のうけるストレスは拡大する傾向にあり、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が6割を超える状況にある』とし²⁾、米国の全国罹病率調査（National Comorbidity Survey; NCS）が調査した結果によると労働者の18%が調査時の前月に精神障害の症状を体験したと報告していたという³⁾。労働者の病欠は、事業主にとって大きな社会経済的損失をもたらす³⁻⁴⁾。特定の職務における質的改善を目指すには、労働損失のリスク縮小の公衆衛生的アプローチを必要としている⁴⁾。日本でも、精神健康調査票を用いてメンタルヘルス・チェックを行うと、精神健康調査票 GHQ を作成した Goldberg らが提唱したカットオフ値で

は「問題あり」に該当する人々の割合が、調査対象にもよるが、多い報告で6割に達してしまうため⁵⁻¹⁰⁾、各調査で独自のカットオフ値を提唱している。事業場が、より積極的な労働者の心の健康の保持増進を図ることが非常に重要な課題であるとして、平成18年3月31日の厚生労働省の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を公示した²⁾。メンタルヘルス対策の義務化の法案化は、政治的影響を受け現場も混乱しているが、厚生労働省は、8割の事業主がメンタルヘルス・チェックを実施することを求める方針を平成25年度に打ち出しており¹¹⁾、急務の一つであることに変わりはない。

A大学の保健管理センターは、平成24年度は3地区の教職員全員にメンタルヘルス・セルフチェックへの参加を呼び掛けた。このうち、調査データの提供を得た教職員のストレスの高さに関連要因について若干の考察を行ったのでここに報告する。

方 法

A大学で2012年度の教職員定期生活習慣病健康診断（教職員健診）を実施した際（9 - 10月）、全4地区中3地区で受診する者全員を

* 慶應義塾大学保健管理センター

対象に「精神健康調査票」を実施した。これは2008年度より実施しているものと同じである。調査票は、他の健康診断関係書類と共に予め配布され、あらかじめ各人で実施するよう求められていた。教職員健診期間中を回収期間とした。また、データ提供を拒否する場合は提出不要であることを明記した。

調査票

精神健康調査票：GoldbergによるGHQ精神健康調査票(The General Health Questionnaire-28; GHQ28)を自己採点用に項目を並べ替えて用いたものである。すなわち、本来ランダムに配列されている28項目を、「身体的症状(7項目)」、「不安と不眠(7項目)」、「社会的活動障害(7項目)」、「うつ傾向(7項目)」の4つの尺度ごとに項目を配列して使用した。各質問に対して受診者は、4件尺度法(1=全くあてはまらない, 2=あまりあてはまらない, 3=あてはまる, 4=非常にあてはまる)で回答し、「1」と「2」は症状なしとして0と採点し、「3」と「4」を有症状として「1」と採点した。よって全問有症状の場合、28点満点となるように作られている。詳細は他の論文に記したのでご参照頂きたい¹²⁾。

A大学における要面接者判定の区分(臨界点)は10点以上とし(K判定)、10以上の者は通知の上、希望者は内科医の面接を勧めた。また、うつ傾向が7項目中3項目以上該当した場合も、要面接対象者とした。A大学では、内科医が必要と認めた場合、保健管理センター精神科の診察を紹介するシステム作りを行っていた。情報提供に同意する対象者は、調査票を健診会場の回収箱に提出するよう求める形をとった。

統計処理にはSPSSver.20.0を用いた。尺度変数の差の分析にはカイ二乗検定を実施した。本研究では、有意水準1%は**を、有意水準5%の場合は*を付して記載した。

結 果

2012年9月時点でA大学の教職員定期生活習慣病健康診断受診対象者は健保加入者が6,051名、未加入者が377名であり、健保加入者の受診率は95.6%であった。今回対象の3地区の対象者は2,682名であり、これはA大学教職員全体の44.3%であった。このうち実際に受診したのは2,545名であった(受診率94.9%)。回答を得た調査票は2,110票(受診者における回答率82.9%)であった。これは2008年度の報告時79%より約3%上昇している。性別は、男性846名(63.1%)、女性495名(36.9%)、769名(36.4%)が無回答で、男女比は1.7対1であった。平均勤続年数は、13.8年(SD=11.2; min.=0; max.=46)であった。専任は49.1%で、その他10.0%、残り40.8%が不明であった。職種は19.1%が事務職、39.2%が技術職、3.0%が教員で、0.6%がその他、38.2%が不明であった。GHQ得点は平均3.96(SD=4.28; min.=0; max.=23/28)であった。A大学判定として10点以上を要面接群としたところ、10.3%が該当した。従来の6点以上をカット値とすると、27.9%が問題あり群に該当した。うつ状態(D)は、従来2以上を有所見(5.8%)とするが、A大学は3以上(うつ判定)を要面接判定とした(3.0%)。GHQの平均得点や有所見者の割合は、2地区で調査を実施していた時の結果より、低くなっていた。

1) GHQの得点K判定要面接群および従来の問題あり群との関連変数

- a) 健診地区(表1): 要面接者も従来の問題群も地区による有意差はなかった。
- b) 年代(表2): 要面接者の割合に有意差はなかった。問題あり群は5%水準で有意差が見られ、20歳代と60歳代ではあり群の割合が低い、40歳代で高くなっていた。

c) 性別（表 3）：要面接者の割合が，男性中 9.1%，女性中 14.8%と女性の方が 5%水準で高くなっていた。問題あり群の割合は，女性の 37.6%と 1%水準で高くなっていた。

d) 雇用形態（表 4）：要面接者の割合に有意差はなかった。問題あり群は，専任の 27.7%に対し非専任職員の 35.0%と 10%水準ではあるが高くなっていた。

e) 職種（表 5）：要面接者の割合に有意

差はなかった。問題あり群は，事務以外の 26.2%に対し事務の 34.4%と高く（5%水準），技術以外の 33.0%に対し技術の 26.5%と低くなっていた（5%水準）。

f) 管理職（表 6）：要面接者および問題あり群の割合に有意差はなかった。

2) うつ判定と関連変数（表 5）

全ての変数において，うつ判定と有意に関連する変数はなかった。

表 1 年代による K 判定および従来判定による分布の比較

年 代	K 判定		従来判定*	
	要面接	不 要	問題あり	な し
< 30歳	6 (11.5%)	46 (88.5%)	14 (26.9%)	38 (73.1%)
30代	19 (10.6%)	161 (89.4%)	57 (31.7%)	123 (68.3%)
40代	28 (13.3%)	182 (86.7%)	71 (33.8%)	139 (66.2%)
50代	24 (12.2%)	173 (87.8%)	59 (29.9%)	138 (70.1%)
≥ 60歳	7 (8.6%)	74 (91.4%)	12 (14.8%)	69 (85.2%)
合 計	84 (11.7%)	636 (88.3%)	213 (29.6%)	507 (70.4%)

表 2 性別による K 判定および従来判定による分布の比較

性 別	性 別*		従来判定**	
	要面接群	不 要	問題あり	な し
男 性	38 (9.1%)	378 (90.9%)	99 (23.8%)	317 (76.2%)
女 性	44 (14.8%)	254 (85.2%)	112 (37.6%)	186 (62.4%)
合 計	82 (11.5%)	632 (88.5%)	211 (29.6%)	503 (70.4%)

表 3 雇用形態による K 判定および従来判定による分布の比較

雇用形態	K 判定		従来判定*	
	要面接	不 要	問題あり	な し
専 任	61 (10.8%)	503 (89.2%)	156 (27.7%)	408 (72.3%)
嘱 託	13 (12.6%)	90 (87.4%)	36 (35.0%)	67 (65.0%)
合 計	74 (11.1%)	593 (88.9%)	192 (28.8%)	475 (71.2%)

表 4 雇用形態による K 判定および従来判定による分布の比較

職 種	K 判定		従来判定	
	要面接	不 要	問題あり	な し
事務職	29 (11.5%)	224 (88.5%)	87 (34.4%)	166 (65.6%)
技術職	46 (11.5%)	354 (88.5%)	106 (26.5%)	294 (73.5%)
教 員	2 (7.4%)	25 (92.6%)	6 (22.2%)	21 (77.8%)
その他	0 (0.0%)	8 (100.0%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)
合 計	77 (11.2%)	611 (88.8%)	201 (29.2%)	487 (70.8%)

表 5 役職の有無による K 判定および従来判定による分布の比較

役 職	K 判定		従来判定	
	要面接	不 要	問題あり	な し
管 理 職	8 (11.8%)	60 (88.2%)	18 (26.5%)	50 (73.5%)
非管理職	7 (8.8%)	73 (91.2%)	30 (37.5%)	50 (62.5%)
合 計	15 (10.1%)	133 (89.9%)	48 (32.4%)	100 (67.6%)

考 察

事業主が、労働者の健康管理の一環として精神面にも責任を求められるようになった。昭和63年より、労働省（現厚生労働省）により始められた働く人の健康保持増進に資することを目的としたTotal Health Promotion Plan（THP）活動は行われていた。A大学保健管理センターでは、2008年度より教職員に対するメンタルヘルスの評価を実施してきた¹²⁾。厚生労働省では、事業場の参考用に職場のメンタルヘルスのセルフチェック質問紙「例」を開発する際、約1割が該当するよう項目を検討したとされる。GHQのカット値をそのまま健診現場に適用すると、きわめて高い有所見者率となり、現実的ではないことが指摘されてきた¹¹⁾。このため、A大学では、これまでの健診結果を受けて、GHQ28合計得点が10以上、D得点が3以上を要面接対象とした。この結果、要面接となる対象者に、特定の変数の関連は見られなかった。これら高得点者に面接指導を助言しても、実際に面接に訪れた例は、10名に至らなかった。

従来のカット値6以上を適用すると、事務職、女性、40歳代で割合が高くなったことから、これらの特定変数の人々は6から9の問題あり群の中でも比較的低得点の層に分布していることがわかった。これを、ストレスの高い要因とみなすか、ストレスに脆弱な要因とみなすかは、今回の分析から解釈することはできないが、軽度ストレスを感じている人々への対処を検討する上で、変数の解釈は今後の課題である。

総 括

今回 A 大学全 4 地区中 3 地区で 2012 年度教職員健診を受診した者に GHQ-28 を行い、その結果を分析した。A 大学では、カット値を合計得点で 10/9 または抑うつ得点で 3/2 を、要面接者とした。要面接者の該当者は、合計得点でみて 10.3%、抑うつ得点で 3.0% 存在し、特定変数との関連はみられなかった。GHQ-28 の従来判定のカット値では問題あり（6 以上）だが要面接に至らない群（10 未満）は、事務職、女性、40 歳代といった人々に多い傾向が見られた。セルフチェックが義務化されるに伴い、一定の特性がみられなくなったのは、職員側の採点姿勢に変化が生じたのか、データ提供者の偏りが是正されたのかは今回の結果のみから解釈はできないが、今後この分析を継続し、経過を見ていく必要があるといえよう。