

2013年度 博士学位請求論文

うつ病女性・健常女性における
家事労働・賃金労働上のストレス要因

愛知淑徳大学大学院
医療福祉研究科

星野 藍子

課程博士（医療福祉研究科）

2013年10月申請

2013年度 博士学位請求論文

うつ病女性・健常女性における
家事労働・賃金労働上のストレス要因

愛知淑徳大学大学院

医療福祉研究科

星野藍子

目次

I 序論	1
1. 研究の背景	1
1.1 うつ病と職場復帰支援	1
1.2 女性のうつ病と労働	7
1.3 先行研究内で使用されている抑うつ・うつ病に関する尺度	12
2. 先行研究の課題と本研究に至った着想	13
II. 研究の概要	16
III. 研究内容	17
3.1 研究 1 家事労働版 NIOSH 調査票の作成と予備調査	17
3.1.1 背景	17
3.1.2 目的	18
3.1.3 方法	18
3.2 研究 2 就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因の特徴	26
3.2.1 背景	26
3.2.2 目的	27
3.2.3 方法	28

3.2.4	結果.....	34
3.2.5	考察.....	36
3.2.6	まとめ.....	42
3.3	研究3 家事労働のストレス要因の特徴.....	43
3.3.1	背景.....	43
3.3.2	目的.....	43
3.3.3	方法.....	44
3.3.4	結果.....	47
3.3.5	考察.....	49
3.3.6	まとめ.....	56
3.4	研究4 就労うつ病女性におけるうつ病に関連する労働上の ストレス要因.....	57
3.4.1	背景.....	57
3.4.2	目的.....	58
3.4.3	方法.....	59
3.4.4	結果.....	62
3.4.5	考察.....	63
3.4.6	まとめ.....	66

IV. 全体考察.....	66
V. 本研究の限界と課題.....	73
引用文献.....	75
要旨.....	83
資料.....	90
資料 1. 本研究で作成・使用した家事労働版 NIOSH 調査票	
資料 2. NIOSH 職業性ストレス調査票の対象尺度の全項目	
資料 3. DSM-IV 「大うつ病エピソードの診断基準」	
資料 4. CES-D	
謝辞.....	103

I. 序論

1. 研究の背景

1.1 うつ病と職場復帰支援

1.1.1 職場復帰支援の現状

厚生労働省の報告では、うつ病の生涯有病率は 3～16%であり、その患者数は 2002 年 71.7 万人、2005 年 92.4 万人、2008 年 104.1 万人と増加している¹⁾。

その流れの中で、2000 年代前半からうつ病による休職に対する労働復帰支援、すなわち復職支援に注目が集まり、2000 年に当時の労働省により、「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。この指針では事業主に対して、心の問題を抱えた社員への基本的な措置（メンタルヘルスケア）を行えるよう、ケアの指針や相談窓口の設定、メンタルヘルスの教育研修、労働環境の改善の必要性が示されている²⁾。

また 2004 年には厚生労働省から「こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が出され、2009 年の改定では、復職前に短時間の労働を実施させる試し出勤等の復帰支援プログラムの内容が追加された³⁾。

リハビリテーションの領域では、休職中のうつ病患者に対する復職支援の取り組みが本格化し、リワークプログラムと呼ばれる復職支援プログラムや職場環境の評価方法、

介入方法の妥当性が検討されている。リワークプログラムでは、休職中の自宅での生活と復帰後の職場での生活とのギャップを埋めるため、決まった時間にプログラムに参加する、調子の変動に左右されず一定の時間何らかの作業活動を実施するなど、具体的な職場復帰をイメージした支援が行われる。また職場での人間関係の問題や行動上の問題に対し、問題解決技法のトレーニングとして、認知行動療法が実施される⁴⁵⁾。

1.1.2 賃金労働におけるストレスモデル

これらのプログラム実施の背景には、職場での労働における問題点の解明と、患者のストレス状況の把握を目的とした多くの基礎的研究がある⁶⁾。またその背景理論として、賃金労働とストレスの関連については二つの大きなモデルがある。

第一のモデルはKaresekらの「Job Demands-Control-Support model(JDC-Sモデル)⁷⁾」である。これは労働状況とストレスの関係に着眼したモデルである。仕事の要求量と裁量権、サポートを三つの軸として考え、そのバランスによって労働のストレス度や特性を把握する。裁量権が低い状況、要求量が多い状況、サポートが少ない状況が高ストレスとなり、この3つの状況を満たす労働が最もストレスの高い労働としている。このKaresekのモデルに基づき、評価表JCQ(Job contents questionnaire)⁸⁾が作成され、多くの研究で利用されている⁹⁾。

またこのモデルを含み、多面的な要素を持つ評価表として、米国の国立労働安全研究所によって作成されたNational Institute for Occupational Safety and Health 職業性

ストレス調査票（以下 NIOSH 職業性ストレス調査票）がある。この調査票では、労働環境や作業において必要とされる認知的能力、対人関係など複数の要素が含まれているため、より総合的な視点からストレス状況の評価が可能である¹⁰⁾。この第一のモデルは労働の中のストレス要因を調査し、問題点を改善するという視点から成り立っている。すなわち実際の支援場面では、これらの調査票を利用し、労働内の課題をスクリーニングし、介入するという手法がとられる。

第二のモデルは Siegrist らの「Model of Effort-Reward Imbalance（以下 ERI）（努力－報酬不均衡モデル）¹¹⁾」である。このモデルでは労働（努力）と報酬のバランスという観点からその職場のストレス、本人の捉え方を評価することが可能である。このモデルに基づき「努力－報酬不均衡モデル職業性ストレス調査票（以下 ERI 調査票）」が作成され、利用されている。この調査票では努力の程度と、経済的な報酬・雇用や昇進についての安定性などの報酬を測定し、努力と報酬の比率を計算する。また対象者個人の要因で努力を促進する性格傾向、「オーバーコミットメント特性」についても測定し、そのとらえ方からストレスに対する反応性を測定する。この評価表は日本語版が作成され、標準化されている¹²⁾。この第二のモデルは、労働内の問題点を調べるのではなく、むしろ労働内で発揮されている努力と報酬のバランスを見て、そこからストレス状況を把握するという特徴をもつ。第一のモデルと比較すると、報酬という労働内のメリットにも着眼し、バランスを検討するという違いを持つ。

現在、多くの実践が行われている労働への復職支援プログラムでは、これらのモデルに基づいて作成された JCQ、NIOSH 職業性ストレス調査票、ERI 評価表などの標準化された評価表を用い、支援の妥当性と効果を検討している⁴⁾⁵⁾。これらの評価表はいずれも賃金労働に対しては高い再現性と妥当性を有しており、海外で作成されたのち日本語に翻訳されている。また労働復帰支援の場面では第一のモデルに基づき、労働内のストレス要因を発見し、改善するという報告が圧倒的に多い。

1.1.3 NIOSH 職業性ストレス調査票について

NIOSH 職業性ストレス調査票は第一のモデルに依拠し、NIOSH 職業性ストレスモデルに基づいた賃金労働における自記式調査票である。先に挙げた調査票の中でも最も項目数が多く、詳細な調査が可能である。NIOSH 職業性ストレスモデルでは仕事上のストレッサー、個人要因、仕事外の原因、緩衝要因の4つの要因がストレス反応を引き起こすとされている。調査票ではその4つの要因にストレス反応を加えた5つの要因について、下位尺度がそれぞれ設けられている。内容を図1に示す。

この調査票は1998年に米国国立職業安全保健研究所(National Institute for occupational Safety and Health)によって作成された。この調査票を使用した賃金労働における調査は海外、日本ともに多く実施されている。内容は職種別に労働内でのストレス要因を調査するもの¹³⁾¹⁴⁾や、歯ぎしりや睡眠等の身体状況と労働内ストレスとの関連を調査するもの¹⁵⁾など多岐にわたっている。

尺度数は 20 尺度であり、尺度すべての設問を合わせると、全 142 設問からなる。その内訳は、仕事上のストレッサー(13 尺度 89 設問)、仕事外の要因(1 尺度 7 設問)、個人要因(1 尺度 1 設問)、緩衝要因(3 尺度 12 設問)、ストレス反応(2 尺度 24 設問)である。またこの調査票は調査目的に応じて、一部分の尺度を使用することが可能であり、得点は尺度別に算出ができる。また本調査票は原谷らによって翻訳され、その信頼性・妥当性が確認されている¹⁶⁾。詳細を表 1 に示す。

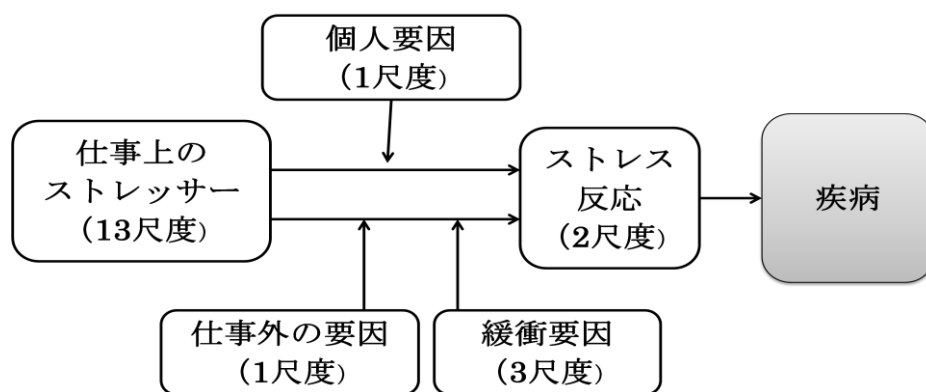


図 1) NIOSH 職業性ストレスモデル(括弧内はその要因の持つ尺度数を示す)

表 1) NIOSH 職業性ストレス調査票

モデル内分類	尺度（設問数）
仕事上のストレッサー	物理的環境（10）
	役割葛藤（8）
	役割曖昧さ（6）
	対人葛藤（グループ内）（8）
	対人葛藤（グループ間）（8）
	仕事の将来の曖昧さ（4）
	労働の裁量権（16）
	雇用機会（3）
	量的労働負荷（11）
	労働負荷の変動（3）
仕事外の要因	人々への責任（4）
	技能の低活用（3）
個人要因	認知的要求（5）
緩衝要因	仕事外の要因（7）
	自尊心（10）
	社会的支援－上司（4）
ストレス反応	社会的支援－同僚（4）
	社会的支援－家族・友人（4）
	身体的自覚症状（17）
	職務満足感（4）
	抑うつ（20）

1.2 女性のうつ病と労働

前述のように、うつ病の領域では、現在、多くの労働復帰支援が展開され、その報告がなされている。一方で、うつ病の罹患率は、厚生労働省の報告では女性は男性の約二倍であり、出産や更年期障害などホルモンバランスの変化や、労働条件格差などの社会的要因などうつ病のリスクとなる要因が多いとされている¹⁷⁾。これらから、労働の復帰支援を必要とする女性のうつ病患者は多いと考えられる。しかし田村らの文献調査によると、復職支援に関連する報告の中心は主に男性の復職支援や薬物療法に関連するものであり、女性の職場復帰に関するものは少ない¹⁸⁾。

またうつ病女性の労働復帰支援を考えた場合、女性は男性と異なり、家事労働、賃金労働の二つの側面を持つ。2011年度の総務省の生活基本調査では共働き世帯で男性が一週間に42分間の家事を実施しているのに対し、女性は3時間35分となっている¹⁹⁾。これらから、家事労働の主な担い手は女性であり、家事労働の要素が女性の労働には大きいことが予測される。この点から、女性の労働復帰支援には家事労働の支援を含むことが必要であると考えられる。これまで抑うつやうつ病に関して、家事労働の視点を持つ調査は、社会的背景因子、役割ストレス、家事労働の分担、家事要求量、家事労働での報酬という観点等から実施されている。以下にその詳細を示す。

1.2.1 社会的背景因子と抑うつとの関連性

社会的背景因子と抑うつとの関連を検討した調査は、主に国勢調査を利用したものが
多い。Walters らのカナダにおける調査²⁰⁾では、国勢調査(NPHS)の結果を利用して、
賃金労働、家事労働の状況や職場内での地位、労働環境、経済状況、婚姻状況、扶養家
族の数や子供の年齢などの要因と精神面（ストレス状況）、身体面の健康(リウマチ)と
の関連を性の違いによる観点から検討している。その結果、女性の場合は仕事の身体的
負担やサポート等の賃金労働状況、婚姻の有無が精神的健康に関連し、子供の年齢と自
身の年齢が身体的健康に影響を及ぼすことが明らかになった。

また Soares らの研究²¹⁾では、バーンアウトの得点調査票である Shiron-Melamed
Burnout Questionnaire (SMBQ)を用いて high burnout 群、low burnout 群の二群を
設定し、労働条件や婚姻状況、家事労働時間などを検討した。この 2 群では婚姻状況、
一週間の賃金労働時間数、労働要求量、仕事の裁量権、サポートの有無、教育年数、自
身の出身地が他国であるかどうかという点において差が見られた。

1.2.2 役割ストレス・多重役割と抑うつとの関連性の検討

女性がライフサイクルの中で求められる主婦、職業人、母親といった多様な役割とう
つ病との関連性は多くの先行研究で示唆されている。例えば Glynn らの研究²²⁾では、
役割遂行の中でも、その役割が過剰であり、自身の処理量を超えていると感じている状
況、role overload に着目し、社会的背景因子と、role overload、仕事や婚姻状況への

満足度とメンタルヘルスの状況について、電話での質問調査を用いて検討した。その結果、メンタルヘルスに最も影響を及ぼすのは **role overload** であることが明らかとなった。

また **Simon** らの研究²³⁾では親役割の視点から調査を行った。その結果、女性の方が親役割のアイデンティティが男性よりも強く、またそのアイデンティティがストレスに最も強く関係がしていることが示唆された。この研究では女性の役割ストレスに対する脆弱性についても検討が行われており、女性の方が役割ストレスを感じやすく、またそれに対して弱いということが報告された。

1.2.3 家事労働の分担と抑うつとの関連性の検討

家事労働を同居している家族とどのように分担するかという観点から、抑うつとの関連性を検討した研究もいくつか見られる。例えば、**Chloe** らの研究²⁴⁾では、夫婦に対して家事労働の分担割合を聴取し、同時にその分担に対する満足感、賃金労働実施の有無、精神的健康度を調査した。その結果、メンタルヘルスに最も影響を及ぼしているのは分担に対する満足感であり、分担は妻の賃金労働時間に依存していることが明らかとなった。

また **Glass**²⁵⁾らも同様の調査を実施しており、分担に関する満足度がメンタルヘルスに影響を及ぼしていることを示唆するとともに、男性は賃金労働の公平的な分担、女性は家事労働の公平的な分担に強く影響を受けることを明らかにしている。

1.2.4 家事労働の要求量と抑うつとの関連性の検討

賃金労働の労働量とメンタルヘルスの関係についてはすでに治療的効果の検証が行われており、復帰支援プログラムにおいても労働量の調整は重要な支援である。一方、家事労働における労働量は計測しにくいという側面があるものの、要求量という視点から検討を行っている報告もある。例えば、Karen らの研究²⁶⁾では、賃金労働内のストレス調査とともに、家事労働時間や子供の年齢、経済状況など社会的因子を調査しその関連を検討した。その結果 18 歳以下の子供がいるという因子がうつ病に対してリスク因子であることが明らかとなった。すなわち家事労働の影響の大きさとともに、子供がいることによる家事労働量の増加の可能性を報告している。

同様に Melchior らの研究²⁷⁾では賃金労働上のストレスおよび扶養家族の数と、精神疾患による休職との関連性を調査した。その結果、扶養家族の数が影響を及ぼしており、特に女性においてその関連性が強いことが示唆されている。

賃金労働の調査と比較すると、家事労働の調査は圧倒的に少ないという現状がある。しかし前述したように、社会的な背景因子との関連、役割ストレス、家庭内の労働分担、家事労働の要求量など、部分的ではあるものの、家事労働におけるストレス要因の調査は実施されている。これらの結果からも、家事労働におけるストレス要因が抑うつやうつ病に影響を及ぼすことが示唆されており、より詳細で網羅された調査が必要であることが考えられる。またこれらの調査の形態は、賃金労働でいえば、家事労働内のストレ

ス要因を調査するという第一のモデルに依拠する。

1.2.5 報酬と家事労働との関係

努力と報酬のバランスに着眼する賃金労働での第二のモデルに依拠する家事労働での調査について述べる。この第二のモデルは1.1で前述した Siegsist らによる ERI¹⁾である。このモデルは労働者が提供している努力とその対価として得られる報酬とのバランスの不均衡がうつ病等のメンタルヘルスの問題を引き起こすとされている。またこのモデルに基づき、ERI 調査票が作成され、Tsutsumi ら¹⁰⁾により日本語版に翻訳されている。

一方家事労働における報酬に関しては Sperlich ら²⁹⁾が賃金労働のモデルである ERI を家事労働に応用し、家事労働における報酬を検討したのちに、その評価表を作成している。この評価表の中では、家事労働の報酬は子供に対する母親役割とその成果に対する喜び、パートナーを情緒的にサポートできるという喜びであるとされている。この家事労働版の評価表は現在も改訂が続けられており、日本語への翻訳も行われていない状況である。ゆえに、日本においてはこの第二のモデルに基づいた家事労働の調査は、筆者の調べた限りでは実施されていない。

1.3 先行研究内で使用されている抑うつ・うつ病に関する尺度

前述した先行研究では、ストレス、そのストレスに影響を及ぼす労働内の各要因の調査が実施されている。また一方で抑うつやうつ病に対しては複数の尺度が使用されている。うつ病における重症度の評価尺度では面接形式で測定する Hamilton Rating Scale for Depression(HAM-D)や Beck Depression Inventory(BDI)、Montgomery Asberg Depression Rating Scale(MADRS-J)が多く用いられている。また抑うつの評価尺度では自記式の尺度である The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)が最も多くの研究で使用されている。CES-D では、対象者は最近一週間の心や体の状況について、「普段はなんでもないことが煩わしい」、「なかなか眠れない」、「皆がよそよそしいと思う」等が一週間でどのくらいあるかを、「一週間で全くない、あっても1日続かない」～「週のうち5日以上」まで四件法で回答する。全20問で構成され、合計得点が16点以上の場合、うつ病の可能性が高い。

またうつ病の診断には「精神障害の診断と統計の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder(DSM))」や「疾病及び関連保険問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(ICD))」の使用が多く、現在では DSM の使用が最も一般的である。DSM は精神科医が患者を診断する際の指針を示すためにアメリカ精神医学会が定めた。現在では、第4版 (DSM-4-TR)が使用されており、「大うつ病エピソード」の診断基準は9

つの症状のうち、必須症状である 2 つを含む 5 つ以上の症状が 2 週間以上続いた場合にうつ病と診断される²⁹⁾。

2. 先行研究の課題と本研究に至った着想

先行研究からうつ病の支援の多くは男性の賃金労働復帰に対するものが多く、女性に対する支援は少ないことが分かった。またそれゆえに、女性に偏りがちな家事労働における支援の報告はほとんど見られない。また支援の実施に先立って必要とされるストレスに関する調査については、特定の要素と抑うつを調査した報告に限られており、家事労働の支援方法の確立には調査が不足していることも明らかとなった。しかしうつ病の罹患率には性差があり、実際には女性は男性の二倍の罹患率である。ゆえに支援対象となりうる患者数は多く、根拠に基づく効果的な支援方法の確立は必要であると考えられる。そのためには、支援の介入標的となるストレス要因の把握が必要である。その観点から、前述のように先行研究を調査すると、賃金労働、家事労働におけるストレス要因の調査に関する先行研究ではいくつかの問題点が示唆される。

第一の問題点は家事労働のストレス評価に使用できる尺度が少ない点である。賃金労働では、複数の標準化された評価表があり、労働を捉えるモデルも構築されている。しかし家事労働では、疫学的な社会的因子からの調査、もしくは家事の分担状況や要求量など限られた一側面からの検討にとどまっており、家事労働を全体から捉え、ストレス要因を抽出できる評価表は存在していない。また家事労働の全体の要因を網羅的にとら

える調査も実施されていない。

第二の問題は、うつ病患者の家事労働におけるストレス要因が把握されていない点である。これは前述の使用できる尺度がないということにも起因する。しかし賃金労働と比較すると、家事労働のストレス要因の調査は圧倒的に少ない。またその調査の大半が、健常女性もしくはうつ病女性のいずれかを対象とし、ある特定の要因と抑うつ、もしくはうつとの関連性検討している。健常者とうつ病者を比較する研究は少ないため、家事労働におけるうつ病患者の特徴的ストレス要因の把握できず、その解明に至っていない。

第三の問題点は、うつ病との関連性が大きいストレス因子が明らかになっていない点である。うつ病患者に特異的なストレス因子は環境因子、賃金労働上の因子、家事労働上の因子などが先行研究から報告されている。しかし、支援を考える際には、その中でも特にうつ病との関連性が大きい因子を明らかにすることが重要である。現在までの研究では、うつ病の判別に影響するうつ病そのものと関連性の高い労働上の因子については明らかになっていない。

そこで、本研究は最終目標としてうつ病女性の支援の介入標的となるストレス要因の把握を目指す。そこで3つの下位目的を持って、ストレス要因の研究を実施した。

第一目的は、家事労働におけるストレス評価を可能とする評価票の作成である。労働の持つストレス要因に着眼して、賃金労働・家事労働を全体から捉えられる評価票を作成し、信頼性を確認する調査を行う。本研究では研究1として実施した。

また第二の視点は、うつ病女性の労働上のストレス要因特徴を明らかにすることである。健常者との比較を実施することで、うつ病女性に特異的なストレス要因特徴を解明する。その特徴は賃金労働にとどまらず、家事労働までを網羅できるものとする。本研究では研究 2・3 として実施した。

第三の目的は賃金労働及び家事労働けるストレス要因の中からうつ病との関連性の高い要因を明らかにする。本研究では研究 4 として実施した。

以上の 3 点の下位目的から構成された 4 つの研究を実施し、今後の支援で介入標的となる要因の解明を目指す。また支援の際のポイントや配慮すべき点についても、考察する。

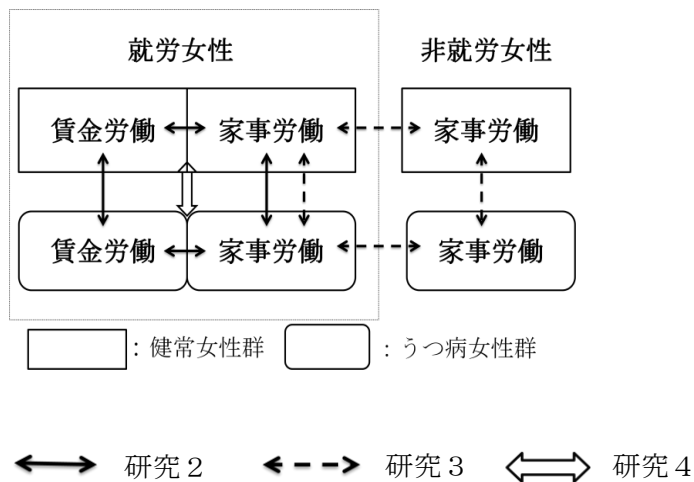
II. 研究の概要

本研究ではうつ病患者群、健常群の二群を設定し、さらに就労あり条件、なし条件の2群を設定した。それらを組み合わせた計4群の対象者を設定した。また賃金労働と家事労働の条件を追加し、各群間で比較を行う（図2）。本論文では以下の4つを実施する（表2）。

表2) 本研究の実施内容

研究1	家事労働版 NIOSH 調査票の作成と予備調査
研究2	就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因の特徴
研究3	家事労働のストレス要因の特徴
研究4	就労うつ病女性におけるうつ病に関連する労働上のストレス要因

図2) 研究概要 （各矢印部分が各研究の比較検討箇所を示す）



Ⅲ. 研究内容

3.1 研究 1 家事労働版 NIOSH 調査票の作成と予備調査 ^{*1}

3.1.1 背景

1.2 で述べたように、家事労働に関連する調査票は少なく、精神産業分野で用いられているような労働内容に着眼した調査票は見られない。うつ病女性の家事労働・賃金労働に対する支援を検討する際には、支援の対象となる介入標的の把握が必須である。またその介入標的は根拠をもって調査される必要がある。そのためには、家事労働におけるストレス要因を量的に抽出することが可能となる調査票が必要である。

また家事労働の領域では、研究数が少ないことから抑うつと労働との関連を検討する際には、より経験の多い賃金労働で今まで実施されてきた先行研究、理論を利用することが有用であると考えられる。中でも労働量や裁量権、支援等といった複数の視点を持つ NIOSH 職業性ストレス調査票は、家事労働への応用が行いやすい調査票である。またこの調査票は賃金労働場面において多くの先行研究が報告されており、その調査票を応用することで賃金労働と家事労働との比較が可能になる。ただし、比較を可能とするためには、家事労働版へ修正する際には、NIOSH 職業性ストレス調査票と比較が可能になるような構造をとることが重要である。

*1 研究 1 は第 44 回日本作業療法学会一般演題にて発表を行い、雑誌「作業療法」にて報告した。

3.1.2 目的

うつ病患者、健常者の賃金労働、家事労働のストレス要因を比較することを念頭に置き、以下の2点を目的とした。

- ・賃金労働で使用されている NIOSH 職業性ストレス調査票を修正し、家事労働版 NIOSH 調査票を作成する。
- ・作成した調査票の信頼性を検討する。

3.1.3 方法

3.1.3.1 NIOSH 職業性ストレス調査票について

1.3 で述べたようにこの調査票は NIOSH 職業性ストレスモデルに基づいた賃金労働に対するストレス調査票である。NIOSH 職業性ストレスモデル内に対応して、仕事上のストレッサー、個人要因、仕事外の原因、緩衝要因、ストレス反応の5つの要因に対して下位尺度がそれぞれ設けられている。尺度数は20尺度であり、尺度すべての設問を合わせると、全142設問からなる。その内訳は、仕事上のストレッサー(13尺度89設問)、仕事外の原因(1尺度7設問)、個人要因(1尺度1設問)、緩衝要因(3尺度12設問)、ストレス反応(2尺度24設問)である。またこの調査票は調査目的に応じて、一部分の尺度を使用することが可能であり、得点は尺度別に算出ができる。また本調査票は原谷らによって翻訳され、その信頼性・妥当性が確認されている¹⁶⁾。詳細を表3に示す。

3.1.3.2 作成対象とした尺度の抽出

本研究では、賃金労働上のストレス要因と家事労働上のストレス要因の比較を可能とすることを目的としているため、賃金労働と家事労働、両方で比較が可能である尺度のみを抽出し、作成対象とした。すなわち趣味や家族の状況と関連する「仕事外の要因」や身体状況を問う「ストレス反応」、性格特性を聞く「個人要因」の3要因では賃金労働、家事労働にかかわらず同じ結果になることが予想されるため、対象となる尺度から除外した。本調査では「仕事上のストレッサー」、「緩衝要因」の二つを対象とした。さらに同様の視点から、「仕事上のストレッサー」13尺度の中の家事労働との比較が可能となる7尺度50設問（対人葛藤、裁量権、量的労働負荷、労働負荷の変動、技能の低活用、認知的要求、人々への責任）を抽出した。また「緩衝要因」についてはそのすべてである3尺度12設問を抽出した。本調査で家事労働版 NIOSH 調査票への修正対象とした項目は表3の網かけ部分で示す

表 3) NIOSH 職業性ストレス調査票の詳細と修正対象とした尺度

モデル内分類	尺度（設問数）
仕事上のストレッサー	物理的環境（10）
	役割葛藤（8）
	役割曖昧さ（6）
	対人葛藤（グループ内）（8）
	対人葛藤（グループ間）（8）
	仕事の将来の曖昧さ（4）
	労働の裁量権（16）
	雇用機会（3）
	量的労働負荷（11）
	労働負荷の変動（3）
人々への責任（4）	
技能の低活用（3）	
認知的要求（5）	
仕事外の要因	仕事外の要因（7）
個人要因	自尊心（10）
緩衝要因	社会的支援－上司（4）
	社会的支援－同僚（4）
	社会的支援－家族・友人（4）
ストレス反応	身体的自覚症状（17）
	職務満足感（4）
	抑うつ（20）

*網かけ部分：今回の調査で利用した部分

3.1.3.2 尺度の修正

前述したように本研究で使用する NIOSH 職業性ストレス調査票は仕事上のストレッサー要因に関する 7 尺度 50 設問、緩衝要因（社会的支援）3 尺度 12 設問である。こ

れに対応するように、設問内容を修正し、家事労働版の調査票を作成する。また NIOSH 職業性ストレス調査票の緩衝要因の設問については異なった設問数とすることとした。NIOSH 職業性ストレス調査票においては支援に関係する 3 人物（上司・同僚・友人と配偶者）各々について、同 4 設問を設けているため 12 設問の構成となっている。しかし家事労働では関係人物が異なるため、配偶者・実両親・義両親・その他親族・友人の 5 人物の 5 尺度構成とし、設問数を 20 項目とした。そのため、NIOSH 職業性ストレス調査票の得点と比較することはできない。そこで、それぞれで算出された人物別の緩衝要因の得点を平均することで NIOSH 職業性ストレス調査票との比較を行うこととし、比較可能な構造とした。その結果、家事労働版 NIOSH 調査票は家事労働上のストレス要因 50 項目と緩衝要因 20 項目の計 70 項目の構成とした。詳細を表 3 に示す。

このように抽出した NIOSH 職業性ストレス調査票の内容を家事労働に適したものとなるよう、筆者が設問内の用語を家事労働に適するように修正し、3 名の女性に内容を確認してもらった。対象者は賃金労働と家事労働を実施している女性で、1 名以上のパートナーもしくは家族と同居している 30 代・40 代・50 代各 1 名である。その際に内容が分かりにくい設問を挙げてもらい、その理由を確認した上で、さらに修正を行った。

3.1.3.3 家事労働版 NIOSH 調査票の信頼性に関する予備調査

家事労働版 NIOSH 調査票について、信頼性の確認のため、以下の予備調査を行った。予備調査の目的は、質問の内容が適切であるか、NIOSH 職業性ストレス調査票と比較可能な構造を維持できているかの 2 点を検討することである。

3.1.3.3-1 対象と方法

予備調査として、以下の 2 点に関する評価実験として、無記名アンケートを実施した。

【参加者】

参加者の取り込み基準は以下のとおりである。

- ・名古屋市およびその近郊に在住する 30～60 歳の健常女性
- ・現在何らかの賃金労働を実施している
- ・1 名以上の家族もしくはパートナーと同居し、家事労働を行っている。

【方法】

〈内容の適切性について〉

前述の 3 名での内容の確認と修正を実施した後、家事労働版 NIOSH 調査票の設問内容が家事労働の設問として適切かどうか、アンケートを実施した。対象者は各設問に対して、家事労働に関する設問として適切かどうか、すなわち設問の意味が分かり、適切に答えられるかどうか、を答えた。適切なものである場合は○を、ない場合は×をつけてもらった。同 2 割以上の対象者が不適切とした設問は除外した。

〈NIOSH 職業性ストレス調査票との観点の一致〉

適切性の調査において、不適切となった項目を除外し、観点の一致に関するアンケート調査を同一の参加者に実施した。参加者はすべての設問について家事労働の設問が NIOSH 職業性ストレス調査票の同一の設問と比較して、同じ観点となっているかどうかを答える。対象者は、まず NIOSH 職業性ストレス調査票、家事労働版 NIOSH 調査票それぞれの設問に対して回答した。その後その二つの設問の観点が同じであったかを、○か×で回答した。同一の 30 名にて実施し、2 割以上が不一致とする設問は除外した。

3.1.2.3-2 結果

5 設問が内容適切性を確保できず、6 設問が NIOSH 職業性ストレス調査票との観点の一致性を確保できなかった。そのため、11 設問を除いた 59 設問（労働上のストレス要因 39 設問・緩衝要因 20 設問）を、家事労働版 NIOSH 調査票とした。ただし「緩衝要因(社会的支援)」の設問については二つの調査票で支援を提供する相手が異なっているため、観点の一致についての調査は実施していない。使用した尺度とそれに対応する NIOSH 職業性ストレス調査票の設問を表 4 に示す。また使用しなかった設問の詳細を表 5 に示す。信頼性の得られた家事労働版 NIOSH ストレス調査票表は参考資料として、論文末に資料 1 として示す。またこの調査票を研究 2 以降に使用した。

表 4) NIOSH 職業性ストレス調査票と作成した家事労働版 NIOSH ストレス調査票の対応する尺度構成と設問数

要因	尺度 (項目数)	
	NIOSH	家事労働版
	職業性ストレス調査票 全 51 項目	NIOSH ストレス調査票 全 59 項目
仕事上のストレスサー	対人葛藤 (5)	対人葛藤 (5)
	労働の裁量権 (16)	労働の裁量権 (16)
	量的労働負荷 (9)	量的労働負荷 (9)
	労働負荷の変動 (2)	労働負荷の変動 (2)
	技能の低活用 (2)	技能の低活用 (2)
	認知的要求 (5)	認知的要求 (5)
	緩衝要因	社会的支援－上司 (4)
社会的支援－同僚 (4)		社会的支援－実両親 (4)
社会的支援－家族・友人 (4)		社会的支援－義両親 (4)
		社会的支援－その他親族 (4)
		社会的支援－友人 (4)

表 5) ①質問の適切性・②NIOSH との一致性において削除された項目と人数

①質問の適切性において削除された項目

分類	家事労働版 NIOSH 調査票における設問	不適切と答えた人数 (%)
対人葛藤 (グループ内)	私の家では少人数にわかれて対立している	15(50.0%)
	私の家族の間には仲間意識がある	7(23.3%)
	私の家族には友好的雰囲気がある	10(33.3%)
労働負荷の変動	ものごとを考えるスピードが著しく速くなることがどの程度ありますか	8(26.7%)
量的労働負荷	家事の負荷がどの程度ゆるやかになることがありますか	7(23.3%)

②NIOSH との一致性において削除された項目

分類	NIOSH ストレス調査票における設問	家事労働版 NIOSH 調査票における設問	不一致と回答した人数 (%)
量的労働負荷	きつい仕事をしている合間に一時的に仕事がなくなることはどのくらいありますか	きつい家事をしている合間に一時的に家事を減らすことができることはどのくらいありますか	8(26.6%)
技能の低活用	学校で学んだ技能や知識を仕事で使うことがどの程度ありますか	学校で学んだ技能や知識を家事で使うことがどの程度ありますか	7(23.3%)
人々への責任	他の人の将来に対してどのくらい責任がありますか	家事を通して、家族の将来に対してどのくらい責任がありますか	11(36.7%)
	他の人の労働意欲（モラル）に対してどのくらい責任がありますか	他の人の家事労働を促す責任がどのくらいありますか	10(33.3%)
	他の人の仕事上の安全に対してどのくらい責任がありますか	家事を通して家族の生活上の安全に対してどのくらい責任がありますか	9(30%)
	他の人の福祉や生活に対してどのくらい責任がありますか	健康的で幸福な家族の生活に対してどのくらい責任がありますか	6(20%)

3.2 研究 2 就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因 の特徴^{*2}

3.2.1 背景

序論でも述べたように、家事労働におけるうつ病や抑うつ状況に関連するストレス要因の検討は先行研究でも、多く実施されている。しかし、一点目としてその調査はある一部のストレス要因に着眼する者が多く、家事労働全体を捉え、家事労働の持つストレス要因を報告したものは、調査した限り見つからない。また二点目として家事労働において健常者とうつ病患者の比較が行われている研究は少なく、その特徴がうつ病女性に特異的なものであるかどうかという検討は十分ではない。

うつ病女性の家事労働におけるリハビリテーション実施の際には、そのリハビリテーション介入の標的となる因子が解明されることが必要である。そのためには、まず家事労働そのものの持つ労働特性、ストレス要因特性が明らかになることが必要である。作業療法をはじめとするリハビリテーションでは、対象者自身の問題だけではなく、その対象者が実施する活動や労働自体の影響を考慮し、介入を実施する。ゆえに今回の場合では、家事労働そのものの持つストレス特性を解明することが求められる。

またそれに加え、ストレス要因特性の中でうつ病患者に特異的な点が明らかになり、抱えている課題や利用可能な点が解明される必要がある。

家事労働において前述の目的を持つ調査が実施されていない背景に、それらを可能と

^{*2} 研究 2 は第 45 回日本作業療法学会一般演題にて発表を行い、雑誌「作業療法」にて報告した。

する評価表の不足がある。そこで研究 1 ではその調査が可能となる評価表を作成した。
また研究 1 で作成した評価表は家事労働全体の中からストレス要因を抽出し、賃金労働
と比較できる。

そこで研究 2 では、その評価表を用いて賃金労働と家事労働を比較することで、家事
労働そのものの持つストレス要因特徴を明らかにすること、またその結果を健常女性・
うつ病女性で比較することでうつ病女性のストレス要因特徴を明らかにすることとす
る。

3.2.2 目的

うつ病の女性が賃金労働、家事労働において、それぞれどのようなストレス要因を抱
えているか、また家事労働は賃金労働と比較するとどのようなストレス要因特徴がある
かという点について明らかにする (図 3)。

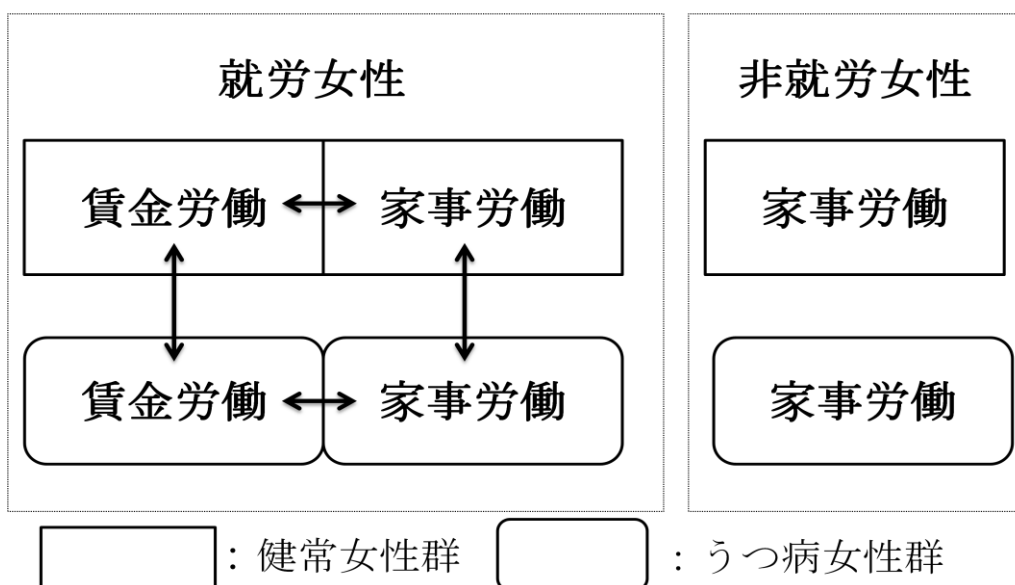


図 3) 研究 2 の概要 矢印部分が研究 2 の対象部分である

3.2.3 方法

平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の期間、研究内容、倫理的配慮について書面を用いて説明を行い、同意が得られた対象者に無記名アンケート調査を実施した。また対象者らのアンケート用紙の提出を持って、同意とみなした。なお本研究は名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理委員会の承認を得た（承認番号 2012-0007）。

3.2.3.1 対象者

3.2.3.1-1 うつ病群

【リクルート方法】

名古屋市内およびその近郊の精神科クリニック 15 か所を対象施設とし、院長である医師に口頭で研究内容を説明し、研究実施の同意を得た。その、条件を満たす対象者を主治医が選定し、診察時に研究内容を説明した。同意の得られた対象者に詳細な研究内容、倫理的配慮について書面にて説明し、アンケートを実施した。

【対象者の詳細】

うつ病群の対象者は、次の条件を満たす者とした。

- ・ A 市内の精神科クリニックに現在通院中である。
- ・ 主治医によって診断基準 DSM-IV - TR にて、うつ病と診断されている。
- ・ これまでにうつ病により休職もしくは軽減勤務の経験がある。
- ・ 年齢 30 歳～60 歳の女性である。

- ・現在何らかの賃金労働、家事労働に従事している。

- ・1名以上の同居者がいる。

うつ病の診断基準や重症度評価は多数存在する。それらから現在臨床場面で最も日常的に使用されていることから、取り込み基準に使用する診断基準は DSM-IVを使用した。

また DSM-IVにおけるうつ病の診断基準は資料 3 として末尾に添付した³⁰⁾。

賃金労働は労働の対価として賃金が発生する活動全てとし、パートやアルバイトなどの短時間勤務、自宅での自営業もそれに含んだ。また家事労働は炊事、掃除、洗濯、買い物など基本的な家庭生活の維持のために行われる労働とし、その中には介護や育児も含むこととした。この定義をアンケートの冒頭で示した。

家事労働は自分の生活維持のために行う場合と他者の生活を支えるために行う場合では、意味合いや負担が大きく異なるため、今回の研究では 1 名以上の家族、もしくはパートナーと同居している女性を対象とした。つまり、他者のために家事労働を実施しているという条件を設けた。

また除外条件として下記の条件を設けた。

- ・平日の賃金労働時間が 16 時間未満/週である。

- ・家事労働時間が 5 時間未満/週である。

平成 23 年度の総務省の生活時間調査¹²⁾によると、25 歳～64 歳の女性有業者の賃金労働時間は平均 5.02 時間 / 日 (±31.3 分)、家事労働 2.51 時間/日 (±52.9 分) である。

そのため、平均値より明らかに少ない値に該当する対象者の基準として上記基準を設け、除外し、ある一定の労働量を確保した。

本調査では同意の得られた 56 名の対象者にまず基礎的な情報を聴取し、上記の条件に該当するものを除外した。その結果、45 名が対象者となった。対象者の選択手続きの詳細を図 4 に示す。

また対象者の基本的属性を表 6 に示す。

3.2.3.1-2 健常対象群

【リクルート方法】

名古屋市内およびその近郊の企業や店舗、教育機関などに勤務する健常女性に書面を用いて研究内容、倫理的配慮を説明し、同意を得た。またうつ病女性との年齢、労働時間の調整のため、16 名については調査会社 IR-ALT に調査を依頼し、東京都に在住し、条件に合致する女性からアンケートを収集した。

【対象者の詳細】

労働条件、家族条件の取り込み基準はうつ病群と同条件とし、各労働時間に関する除外条件も同一とした。また健常群には下記の除外条件を追加した。

- ・精神疾患の既往のある者。
- ・抑うつの尺度である The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (以下 CES-D) にてうつ病の可能性を示す 16 点以上の成績となった者。

CES-Dとは過去一週間の抑うつに対する自記式評価尺度であり、20項目から構成される。1～4の段階で答え、得点が高いほど抑うつの程度が高く、16点以上の場合うつ病である可能性が高いとされる。米国の国立研究所で作成され、英語版、日本語版ともに十分な信頼性、妥当性が確認されている³⁰⁾。抑うつの評価は序論でも述べたように多数存在するが、健常者に対しても使用が可能であること、うつ病のカットオフ値を持つこと、疫学的調査において多く用いられていることからCES-Dを使用した。

CES-Dの項目については、巻末に資料4として添付した。

本調査では同意の得られた58名の対象者にまず基礎情報の調査とCES-Dを実施し、条件に該当するものを除外した。その結果、45名が対象となった。対象者の選択手続きの詳細を図4に示す。また対象者の基本的属性を表5にて示す。またうつ病群・健常群にて独立した2群間のt検定を実施したところ、危険率5%にて、平均年齢、各平均労働時間には有意差は見られなかった。

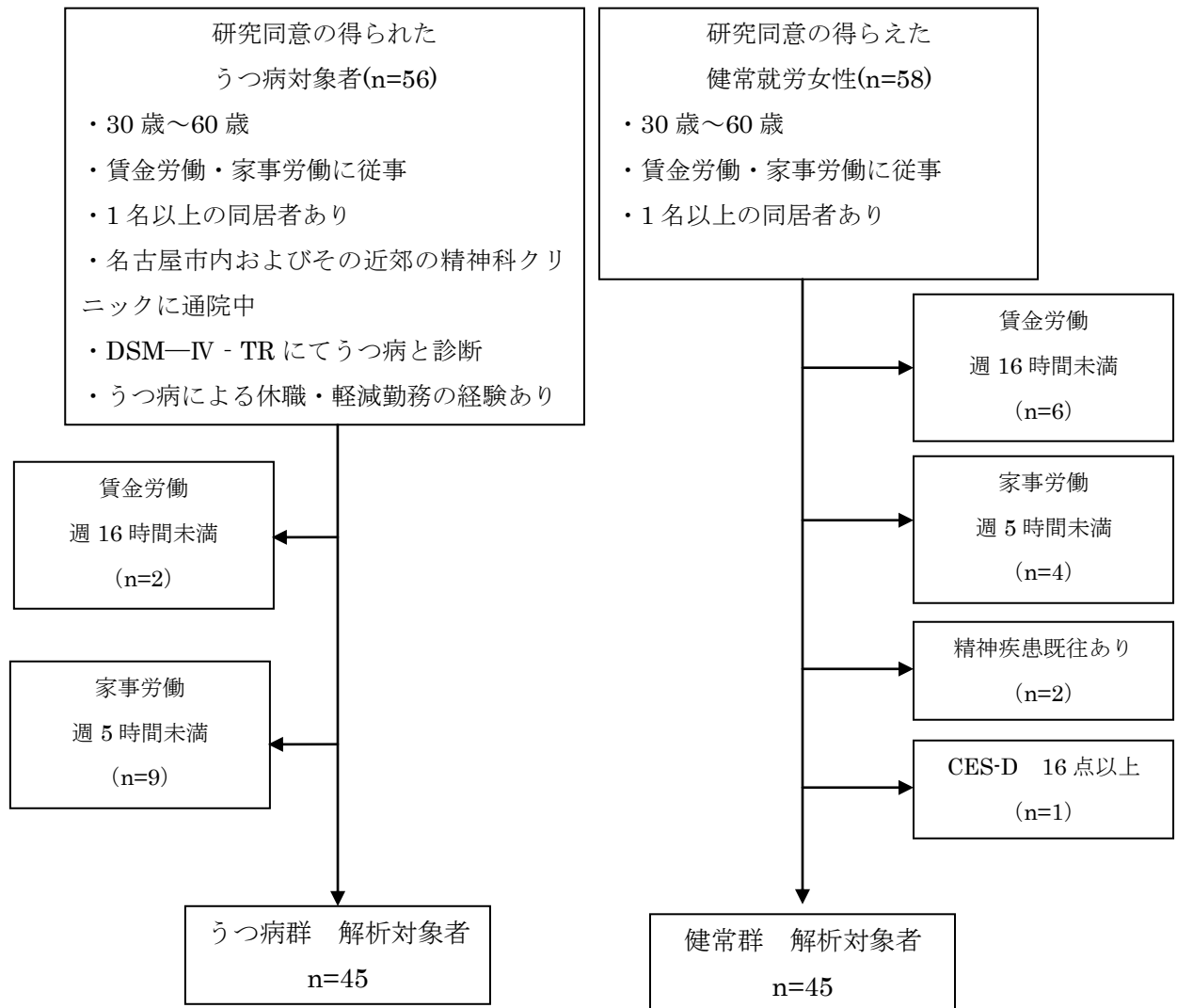


図 3) 対象者の選択手続きの流れ

表 6) 対象者の属性の平均値 (括弧内は標準偏差、最小値、最大値を表す)

	うつ病群 (n=45)	健常群 (n=45)
年齢(歳)	43.2(SD6.9) (min-max 32-58)	42.7(SD6.5) (min-max 31-53)
賃金労働時間 (時間/週)	37.5(SD8.5) (min-max 21-54)	31.9(SD11.3) (min-max 18-56)
家事労働時間 (時間/週)	19.7 (SD13.2) (min-max 7-60)	24.1(SD14.3) (min-max 7 -56)

3.2.3.2 調査に用いた調査票

次の 1)、2)の調査票を用いた。

1) NIOSH 職業性ストレス調査票

賃金労働における自記式の調査票である。研究 2 ではそのすべてを使用せず、研究 1 で作成した家事労働版 NIOSH 調査票に対応する尺度のみを使用した。すなわち仕事上のストレッサー中の 6 尺度 39 設問 (対人葛藤、裁量権、量的労働負荷、労働負荷の変動、技能の低活用、認知的要求)、緩衝要因については 3 尺度 12 設問を使用した。本調査で使用した NIOSH 職業性ストレス調査票の 9 尺度についてその詳細を表 3 に示す。また用いた尺度の全項目を末尾に資料 2 として示した。

2) 家事労働版 NIOSH 調査票

研究 1 で作成した家事労働版 NIOSH 調査票である。調査票は末尾に資料 1 として示し

た。

3.2.3.3. 分析方法

NIOSH 職業性ストレス調査票、家事労働版 NIOSH 調査票の尺度別得点を算出した。健常群、うつ群それぞれの賃金労働、家事労働の尺度ごとに、労働の種類（賃金労働・家事労働）を被験者内因子、群（健常・うつ）を被験者間因子として、二元配置分散分析を実施した。

社会的支援は尺度数が異なることから、NIOSH 職業性ストレス調査票 3 尺度、家事労働版 NIOSH 調査票 5 尺度でそれぞれ平均点を算出し、1 尺度得点とした。また解析には IBM SPSS Statistics 20 を使用した。

3.2.4 結果

結果を表 7 に示す。

まず交互作用の見られた尺度から述べる。交互作用は「量的労働負荷」のみにみられた($F(1,88)=6.35$ $p<.05$)。Turkey の下位検定を実施すると、うつ病群における賃金労働と家事労働の間、賃金労働におけるうつ病群と健常群間において、危険率 5%にて有意な差が見られた。すなわちうつ病群の賃金労働において、有意に高い得点を示した。

次に交互作用の得られなかった要因について別に述べる。

まず労働条件の主効果、うつ病の有無による主効果の両方が見られた尺度について述べる。該当する尺度は「労働の裁量権」($F(1,86)=109.43$, $p<.01$, $F(1,86)=13.81$, $p<.01$)、

「労働負荷の変動」($F(1,88)=20.52, p<.01, F(1,88)=5.70, p<.05$)、「社会的支援」($F(1,88)=90.00, p<.01, F(1,88)=16.01, p<.01$)である。「労働の裁量権」、「社会的支援」においては低得点ほど、高ストレス状況を示唆する。ゆえに「労働の裁量権」「労働負荷の変動」では賃金労働条件で、うつ病有条件において高ストレスと解釈できる結果であった。また「社会的支援」では家事労働条件で有意に高ストレス、うつ病有条件において高ストレスと解釈できる。

労働条件の主効果のみが見られた尺度について述べる。この尺度では労働条件によりストレス要因の高さに違いがあり、うつ病の有無においては差がないという結果である。該当する尺度は「認知的要求」($F(1,87)=64.46, p<.01$)であり、賃金労働条件において有意に高い得点であった。

最後にうつ病の有無による主効果のみが見られた尺度について述べる。これらの尺度では労働条件の違いによるストレス要因の高さに違いはなく、うつ病の有無による違いがあるという結果である。該当する尺度は「対人葛藤」($F(1, 87)=11.26, p<.01$)、「技能の低活用」($F(1, 88)=17.69, p<.01$)であった。この二つの尺度ではいずれもうつ病有条件において有意に高い得点であった。

表 7) 群別の尺度得点平均値 (標準偏差) 及び労働条件×うつ病の有無の分散分析結果

尺度名	うつ病群(n=45)		健常群(n=45)		F 値		
	賃金労働	家事労働	賃金労働	家事労働	労働の 種類 (自由度)	うつ病 の有無 (自由度)	交互 作用
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			
対人葛藤	11.3 (3.41)	9.78 (3.62)	9.20 (2.42)	8.82 (2.92)	3.73 (1,87)	11.26** (1,87)	1.27
労働の 裁量権	38.18 (13.26)	59.60 (12.45)	47.69 (11.88)	64.43 (11.93)	109.4** (1,86)	13.81** (1,86)	1.54
量的労働 負荷	31.62 (8.08)	28.24 (7.12)	27.11 (5.84)	27.44 (6.28)	4.27* (1,88)	4.50* (1,88)	6.35*
労働負荷 の変動	6.86 (2.43)	5.07 (2.43)	5.40 (2.23)	4.60 (2.31)	20.52** (1,88)	5.70* (1,88)	3.04
技能の 低活用	7.12 (2.97)	7.53 (2.04)	5.26 (2.71)	6.02 (2.18)	2.89 (1,88)	17.69** (1,88)	0.24
認知的 要求	16.04 (3.21)	12.39 (2.79)	14.80 (2.54)	11.31 (3.12)	64.46** (1,87)	8.07 (1,87)	0.84
社会的 支援	3.46 (0.66)	2.81 (0.63)	4.00 (0.58)	3.13 (0.67)	90.00** (1,88)	16.01** (1,88)	2.05

・ 二元配置分散分析を実施 **: $p<0.01$ 、*: $p<0.05$

・ 被験者内因子：労働の種類・被験者間因子：うつ病の有無

・ 「労働の裁量権」・「社会的支援」の2尺度は得点が低いほど高ストレスであることを示す。
その他の尺度は得点が高いほど高ストレスであることを示す。

3.2.5 考察

二要因分散分析の結果から、交互作用が見られ健常者とうつ病対象者でストレス傾向の違いのみられた尺度（量的労働負荷）、家事労働での高いストレスが示唆された尺度（社会的支援）、うつ病対象者の得点の解釈に検討が必要と考えられる尺度（裁量権）の3つについて考察する。

3.2.5.1 量的労働負荷

この尺度では健常者は賃金労働と家事労働において同等なストレスを感じているの

に対して、うつ病対象者は家事労働よりも賃金労働において有意にストレスを高く感じており、そのストレス量は健常者よりも有意に高いという結果であった。すなわち賃金労働の量という要因はうつ病対象者に特に負担となる可能性が示唆された。ゆえに、うつ病の賃金労働に対する復職支援では、その量を減らすことが必須であると考えられる。

「量的労働負荷」の項目の詳細は「非常に速く働かなくてはいけない」、「時間的余裕がない」、「早く考えなくてはいけない」であり、処理速度や注意力、遂行機能などの認知的な能力が労働量の処理に関係していることが予測される。うつ病患者の認知能力は、処理速度、遂行機能、記憶の面で低下することが先行研究で報告されている³²⁻³⁴⁾。ゆえに対象者にとって適切な労働量を調整するためには本人の認知能力の評価と職場で必要とされる認知能力の評価が適切に実施され、その検討が行われることが望まれる。現在賃金労働においては作業能力の遂行のレベルや注意力、集中力などの評価を含む「標準化リワークプログラムシート」³⁵⁾などが開発されており、今後その展開が期待される。

3.2.5.2 社会的支援

「社会的支援」は家事労働の方が賃金労働よりストレスが高く、うつ病対象者の方が高ストレスという結果であった。

3.2.5.2-1 家事労働の特徴

社会的支援の尺度は、該当する人物が「配慮や手助けをしてくれるか」「どのくらい

頼りになるか」という実際的な物理的な支援から、「気軽に話せるか」「相談したらどの程度聞いてくれるか」という情緒的な内容までを含む4項目で構成されている。また各項目は「そういう人はいない」という回答が用意されており、支援を提供してくれる人物や状況が全くないという状況も点数化される。この項目に関しては支援の提供者である人物が、賃金労働と家事労働で異なるため、単純に比較することはできない。また一般的に、賃金労働と比較すると家事労働に関与する人物は親や配偶者、子供など人数として限られるため、社会的支援が乏しいという結果になることは予測される。

ソーシャルサポートはそのサポートの形から「構造的サポート」と「機能的サポート」の二つの捉え方が可能である。構造的サポートとは個人が関係する社会的関係の広さ、幅や結びつきを示しており、すなわちサポートをすることが可能な人数が周りにどれくらいいるか、ネットワークがあるかということを示す。また機能的サポートは具体的な支援の内容がどのような支援であるかを示している³⁶⁾。NIOSH 職業性ストレス調査票・家事労働版 NIOSH 調査票では、支援の内容ではなく、支援提供者となりえる人物の有無と情緒的内容を含むつながりの強さを測定している。ゆえに、主に構造的サポートを測定していると考えられる。本調査の結果から家事労働では構造的なサポートが少ないこと、すなわち家事労働ではサポートとなりえる人物やネットワークが少ないことが示唆された。

3.2.5.2-2 うつ病患者の特徴と支援

社会的支援の有無によるうつ病の回復の違いは、多く報告されており³⁷⁾³⁸⁾、支援の提供は安定した職場復帰・家庭復帰に必須の条件である。現在、賃金労働においてはうつ病患者に対する支援が多く行われている。しかし、現状ではうつ病対象者は賃金労働においても不足を感じていることが示された。今後より一層、その充実が望まれるであろう。

一方家事労働について考えると、その社会的支援について具体的な指針がない現状である。賃金労働よりも高ストレスである家事労働での支援についての検討は、うつ病女性の治療プログラムにおいて大きな課題であろう。家事労働についての先行研究には女性特有の支援の受け方について言及した報告があり、男女での違い³⁹⁾⁴⁰⁾や家事労働において支援を多く受けることによる役割喪失感⁴²⁾などの報告がある。これらから、家事労働に関する社会的支援を考える場合、労働に関係する人数が少ない労働現場であることや、家に外部の人間が入ることを嫌う日本の文化的背景なども踏まえ、まず詳細なニーズ調査と実践報告などの検討が行われる必要があると考えられる。

3.2.5.3 労働の裁量権について

仕事に対してどの程度自分が裁量を持っているかという「労働の裁量権」の尺度では、賃金労働の方が家事労働よりストレスが高いという結果であった。また健常者とうつ病対象者を比較すると、すでにうつ病を発症している状況であるうつ病対象者は裁量権が

少ないことが示唆された。

3.2.5.3-1 家事労働の特徴

この尺度は労働を進めていく時の裁量権に関する尺度で、この尺度の点数が高いことは、仕事のやり方や時間配分、内容の選別などを自分で決定できることを示している。本調査では家事労働において有意に裁量権が高いという結果が得られている。賃金労働の裁量権とストレスについての研究は多く行われており、裁量権が低い状況下ではストレスが大きく、抑うつや気分障害を引き起こしやすいことが明らかになっている⁴³⁾。また Takahashi らの研究⁴⁴⁾によると労働の裁量権が高いと、疲労回復や不眠に良い影響を及ぼすことが明らかになっている。この点では家事労働ではストレスが低いため、実施者がこの利点を活かし、働き方や時間配分をより自発的に決めることでよりストレスの少ない家事労働を展開していくことが可能ではないかと思われる。

Karasek らがしめした賃金労働の労働状況のモデルである Job Demands-Control-support Model は、NIOSH 作成時にそのモデルとなった理論の一つである⁶⁾。このモデルでは仕事の量的負荷と裁量権、サポートの三軸からその仕事の持つ特性やストレスの強さを示すことができる(図 4)。量的負荷と裁量権の側面では、量的負荷が多く裁量権が低い仕事ほど、ストレスが強いと評価される。また裁量権とサポートの側面では、裁量権が低く、サポートが低い仕事がストレスの高い仕事とされている。またこのモデルは 3 次元構造である。しかしサポートと量的負荷の側面ではその

職業分類が論じられていない。

このモデルから家事労働をみると、家事労働は賃金労働と同様に量的負荷が高く、裁量権が高く、サポートが低い労働である。このモデルではこういった労働は高い活動性を要求される労働（Active）であり、単独で多くの判断を求められる労働(Cowboy hero)と分類される（図5 網かけ部分）。

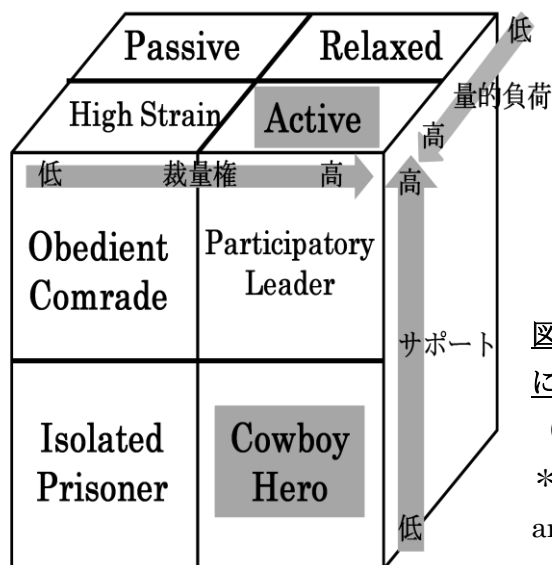


図5) Job Control Demand-Support model
による分類

（網かけ部分が家事労働に該当）

* Healthy work –stress ,productivity,
and the reconstruction of working life
（Karasek ら）より抜粋（一部改変）

このモデルは賃金労働上のモデルであるが、家事労働の位置づけを考える上でも有用であると思われる。家事労働は家庭内で行われ、経済性を伴わないことから比較的容易で取り組みやすい労働と捉えられがちであるが、上記の分類を参照すると、高い活動性や判断を求められる責任の大きい仕事であると分類される。こういった分類にある家事労働は、対象者の身体的、精神的な健康が維持されている状況においては、やりがいの

ある仕事であることが予測される。しかし一方で、今回の調査のようにうつ病などその状況が不安定となる疾患を発症している場合には大きな負担となることが予測される。

3.2.5.3-2 うつ病患者の特徴と支援

裁量権という側面からみると家事労働はストレスが低い労働と考えられる。しかしうつ病に罹患している対象者では、家事労働は前述の通り、判断や高い遂行機能が求められるという点で、負荷が高い可能性も十分予測される。Lombardi によると、うつ病患者が裁量権の高い仕事を継続して実施することで自己有能感を低下させるという報告³⁹⁾も見られている。これらから、うつ病患者にとっての「裁量権」がどのように働くのかという点はより詳細な調査が必要であると思われる。

3.2.6 まとめ

研究 2 では就労しているうつ病女性、健常女性の賃金労働・家事労働におけるストレス状況を NIOSH 職業性ストレス調査票、家事労働版 NIOSH 調査票を用いて測定した。その結果、賃金労働の量的負荷においてうつ病対象者が有意に高いストレスを感じていること、認知的要求を除く 6 尺度でうつ病対象者が高いストレスを感じていることが明らかとなった。また家事労働の特徴として裁量権が高くストレスが低い労働であるというメリットが示された。

3.3 研究3 家事労働のストレス要因の特徴

3.3.1 背景

研究2では、賃金労働との比較からうつ病女性の家事労働上のストレス要因について調査票を用いて、比較・検討を行った。この結果から、賃金労働と比較した場合の家事労働そのものの持つストレス要因特徴と、健常者と比較した場合のうつ病患者のストレス要因特徴が明らかになった。

研究2において家事労働そのもののストレス要因特徴が明らかになったため、研究3では比較対象に賃金労働を用いず、家事労働のみでの比較を実施することとした。すなわち条件に違いのある状況での家事労働上のストレス状況の違いを、家事労働間で比較する。

そこで研究3では家事労働に影響が大きいことが予測される就労を条件とし、就労している条件での家事労働と非就労の場合の家事労働におけるストレス要因の違いを解明する。またそれぞれの条件におけるうつ病患者のストレス要因特徴を、健常群との比較から、解明する。

3.3.2 目的

うつ病女性が家事労働においてどのようなストレス要因を抱えているか、またそれが就労の有無によってどのような特徴を持つかという点について明らかにする（図6）。

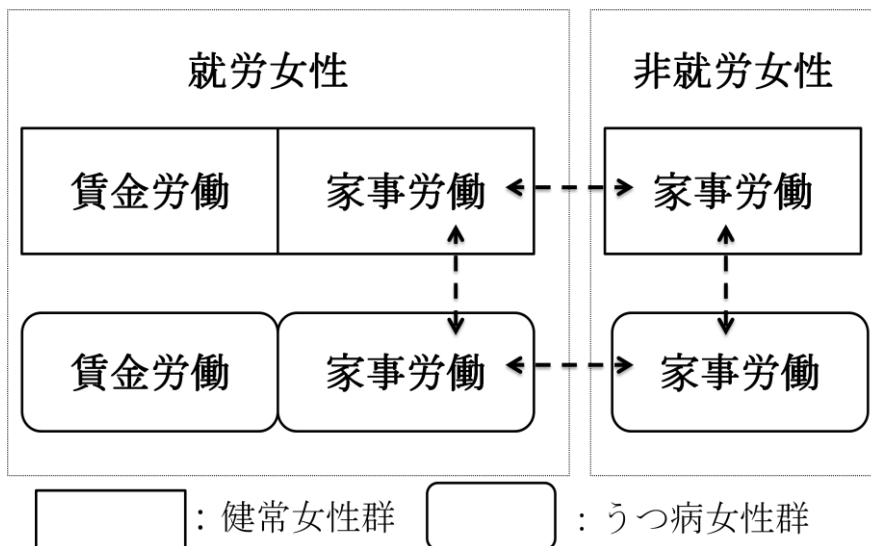


図 6) 研究 3 の概要 矢印部分が研究 3 に該当する

3.3.3 方法

研究 2 と同様、平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の期間において、研究内容、倫理的配慮について書面を用いて説明を行い、同意が得られた対象者に対し、無記名アンケート調査を実施した。また対象者からのアンケート用紙の提出を持って、同意とみなした。なお本研究は名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理委員会の承認を得た（承認番号 2012-0007）。

3.3.3.1 対象

3.3.3.1-1 うつ病群

【リクルート方法】

研究 2 と同様とした。

【対象者の詳細】

研究 2 で対象となったうつ病就労女性 45 名（以下うつ病就労群）に加え、家族条件、疾病条件は同条件とし、かつ賃金労働に現在全く従事していない対象者をうつ病非就労群とし、対象者とした。またうつ病非就労群の除外条件は、家事労働時間が 5 時間未満/週とした。

研究 2 と同様うつ病非就労群の対象者についてもまず 42 名に基礎的な情報を聴取し、除外条件に該当する対象者を除外した。除外結果 35 名が対象者となった。詳細を図 7 に示す。また対象者の基本的属性を表 8 に示す。

3.3.3.1-2 健常対象群

【リクルート方法】

就労している対象者は研究 2 と同様である。また就労していない対象者は名古屋市在住者 11 名、27 名は調査会社 IR-ALT に調査を依頼し、条件を満たす東京都在住者からアンケートを収集した。

【対象者の詳細】

研究 2 で対象となった健常就労女性 45 名（以下健常就労群）を対象とした。また研究 3 ではこれに加えて、家族条件は同条件とし、かつ賃金労働に現在全く従事していない対象者を健常非就労群とした。また健常非就労条件の除外基準は、家事労働時間が 5 時間未満/週であること、精神疾患の既往歴がある、抑うつ尺度である CES-D においてうつ病の可能性を示す 16 点以上とした。

健常非就労群も同様に基礎情報について 38 名に基礎的な情報を聴取し、除外条件に該当する対象者を除外したところ、35 名が対象者となった。詳細は図 7 に示す。また対象者の基本的属性の平均値については表 8 に示す。

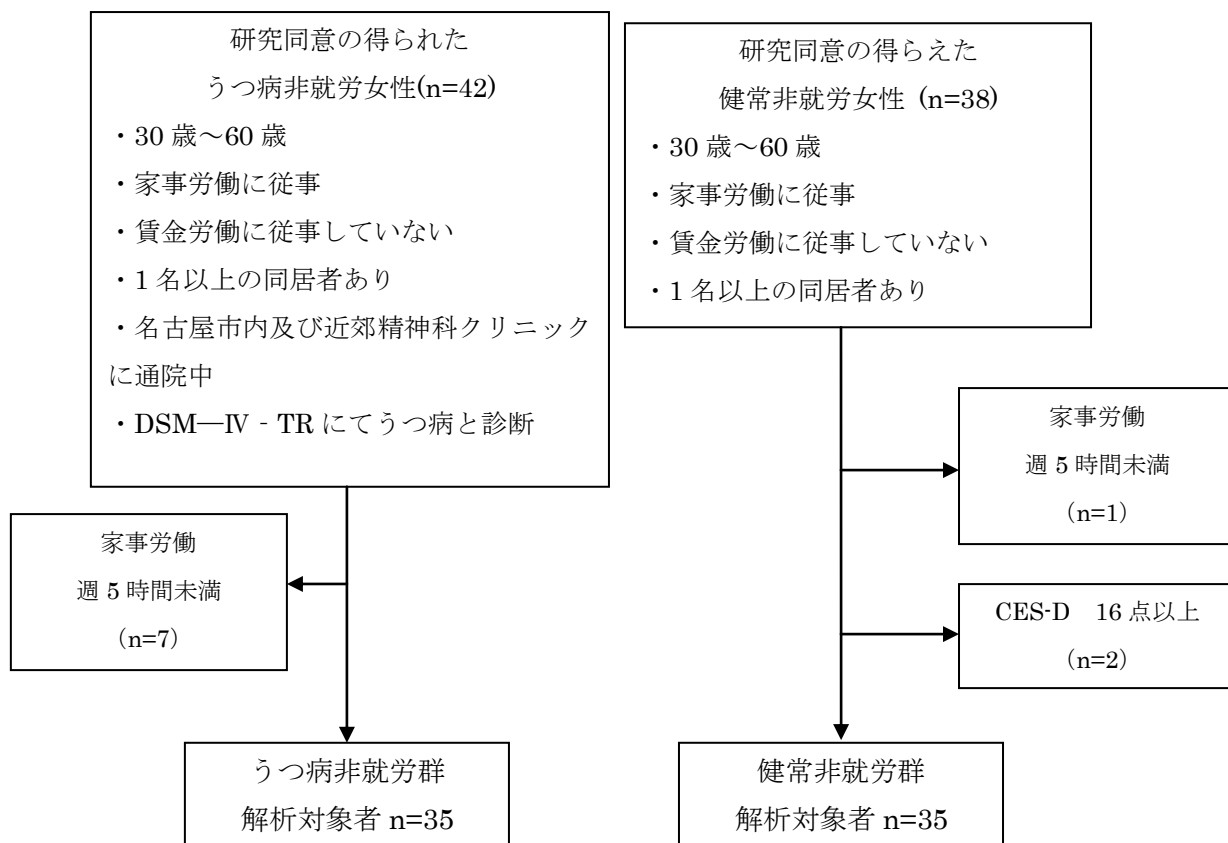


図 7) 非就労群の解析対象者の選択手続きの流れ

表 8) 対象者の属性の平均値 (括弧内は標準偏差、最小値、最大値を表す)

	うつ病就労群 (n=45)	うつ病非就労群 (n=35)	健常群就労群 (n=45)	健常非就労群 (n=35)
年齢 (歳)	43.2(SD6.9) (min-max 32-58)	48.3(SD9.3) (min-max 32-59)	42.7(SD6.5) (min-max 31-53)	46.8(SD8.7) (min-max 30-59)
家事労働時間 (時間/週)	19.6 (SD13.2) (min-max 7-60)	36.1(SD22.6) (min-max 7-105)	24.0(SD14.2) (min-max 7-56)	46.0(SD5.8) (min-max 10-112)

3.3.3.2 調査で用いた調査票

無記名アンケート調査にて家事労働版 NIOSH 調査票を実施した。調査票は末尾の資料 2 で示した。

3.3.3.3 分析方法

家事労働版 NIOSH 調査票の尺度別得点を算出した。「社会的支援」については研究 2 と同様に平均値を算出し、1 尺度得点とした。4 群の尺度別得点について、就労の有無、うつ病の有無をともに被験者間因子として、2 要因の分散分析を実施した。解析には IBM SPSS Statistics 20 を使用した。

3.3.4 結果

3.3.4.1 家事労働のストレス要因の各群比較

結果を表 9 に示す。

表 9) 群別の尺度得点平均値 (標準偏差) 及び就労の有無×うつ病の有無の分散分析結果

尺度名	うつ病群		健常群(n=45)		F 値		
	就労群 (n=45)	非就労群 (n=35)	就労群 (n=45)	非就労群 (n=35)	就労の 有無 (自由度)	うつ病 の有無 (自由度)	交互 作用
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)			
対人葛藤	9.70 (±3.50)	9.80 (±3.34)	8.65 (±3.02)	8.62 (±3.17)	0.036 (1,156)	4.27* (1,156)	0.054
労働の裁 量権	57.87 (±14.12)	56.91 (±14.63)	64.40 (±11.67)	62.27 (±13.68)	1.41 (1,156)	5.49** (1,156)	0.005
量的労働 負荷	27.03 (±7.08)	26.11 (±6.85)	26.24 (±6.24)	25.26 (±5.76)	4.17** (1,156)	0.58 (1,156)	0.15
労働負荷 の変動	4.61 (±2.43)	4.11 (±2.07)	4.26 (±2.03)	3.88 (±1.57)	5.65** (1,156)	0.93 (1,156)	0.008
技能の 低活用	7.22 (±2.04)	6.97 (±2.58)	6.49 (±2.20)	7.21 (±2.04)	0.76 (1,160)	3.29 (1,160)	6.06**
認知的 要求	12.39 (±2.79)	12.91 (±2.09)	11.47 (±3.01)	11.88 (±2.60)	1.70 (1,160)	5.71 (1,160)	0.84
社会的 支援	2.80 (±0.63)	2.85 (±0.63)	3.67 (±0.67)	4.33 (±5.83)	1.98 (1,160)	3.98** (1,160)	1.64

・二元配置分散分析を実施 **: $p<0.01$ 、*: $p<0.05$ *

・被験者間因子：就労の有無・うつ病の有無

・「労働の裁量権」・「社会的支援」の2尺度は得点が高いほど高ストレスであることを示す。
その他の尺度は得点が高いほど高ストレスであることを示す。

まず交互作用の見られた尺度から述べる。「技能の低活用」の尺度のみ交互作用が見られた ($F(1,160)=6.06$ $p<.05$)。Turkey の単純主効果の検定を行うと、健常就労群とうつ病就労群の比較、健常就労群と健常非就労群の比較においていずれも 5%の危険率で有意な差が見られた。すなわち健常就労群において、「技能の低活用」の得点が有意に低い得点を示した。

次に交互作用の得られなかった尺度について傾向別に述べる。

就労の有無の主効果のみが得られたものは「労働負荷の変動」($F(1,160)=5.65$ $p<.01$)、「量的労働負荷」($F(1,160)=4.17$ $p<.01$) の 2 尺度であった。この 2 尺度はいずれも就労あり群が有意に高い得点を示した。

また群の主効果のみが得られたのは「裁量権」($F(1,160)=5.49$ $p<.01$)、「対人葛藤」($F(1,160)=4.27$ $p<.05$)、「社会的支援」($F(1,160)=3.98$ $p<.01$) の 3 尺度であった。「裁量権」、「社会的支援」に関しては低得点が高ストレスを示唆し、「対人葛藤」は高得点が高ストレスを示唆する。ゆえに「裁量権」・「社会的支援」・「対人葛藤」ではうつ病群が高ストレス状態であることが示唆された。

3.3.5 考察

うつ病群の家事労働に特徴的な尺度である「社会的支援」・「裁量権」・「対人葛藤」、また就労の有無が影響を及ぼす尺度である「技能の低活用」・「労働負荷の変動」・「量的労働負荷」について考察する。

3.3.5.1 社会的支援

「社会的支援」は研究 2 において、賃金労働より家事労働の方が、支援が少なくストレス状況であること、うつ病群と健常群ではうつ病群の方が、支援が少ない状況であることが示された。研究 3 では家事労働に限定して調査を実施したところ、やはりうつ病群の方が健常群よりも有意に支援が少なく高ストレス状態であることが示された。支援の有無は回復に関連する因子の一つであることが先行研究でも示唆されているため、家

事労働においても、いかにうつ病患者が支援を獲得するかという点は重要な点であると
考えられる。

家事労働版 NIOSH 調査票では社会的支援の中でも、対象者が受けられるようなネット
ワークを持っているか、それが機能しているかということ进行调查している。家事労働
では支援を提供してくれる人物は、家族や親族など限られた人数になりがちであり、か
つその人物から支援が提供されない場合には代わりがないという状況である。

研究 3 では、「実の両親のいずれか、もしくは義両親と同居している」と回答した者
は、うつ病群就労群・うつ病非就労群併せて 80 名中 5 名、健常就労群・健常非就労群
併せて 80 名中 2 名であった。また「同居以外の家族で家事労働を支援してくれる人は
いるか」という質問では、うつ病 2 群 80 名中 20 名、健常 2 群 80 名中 13 名、「援助者
がいる」と答えている。「援助者がいる」と答えた 33 名中 29 名がその支援者を「実母」
「義母」と回答し、「その他：外部の清掃業者」と答えた者は健常者 1 名であった。ま
た家庭内の支援者では「夫」を挙げた対象者がうつ病 2 群 80 名中で 39 名、健常群 2
群 80 名中で 36 名であった。これらから今回の調査の対象者においては、家族の形態
としては拡大家族が 10%未満であり、夫からの支援が重要なポイントになること、家
庭外から支援を提供してくれる支援者は同じ家事労働に従事経験のある女性という状
況がわかる。すなわち家事労働では多い場合でも 2~3 名程度の支援者しかおらず、そ
の支援者の状況や理解度によってはさらに少ない支援状況であることが予測される。ま

た Chloe らの研究²³⁾では夫の支援に満足しているかどうか抑うつと関連を示すという結果が出ており、夫からの支援の充実が望まれる。2010年の厚生労働省大臣官房統計情報部による国民生活基礎調査⁴⁶⁾では、現在の核家族世帯の割合は78.8%であり、本調査よりは低い値である。しかしその割合は上昇傾向であり、上記のような状況は今後十分に考えられる。

また一方では家庭内の限られた支援に限らず、ヘルパーや清掃業者などの外部支援を取り入れていくことも重要な点と考えられる。しかし現状ではそういった支援を利用している者は非常に少なく、導入には何らかの阻害因子があることが予測される。自宅内に他社が入ることを嫌う日本文化や、女性の役割意識などの関連が予測され、今後十分な検討が必要であり、阻害因子を踏まえた上での適切な外部支援の導入が望まれる。

3.3.5.2 裁量権

研究3において、家事労働ではうつ病患者群の方が、有意に裁量権が低く高ストレス状況であることが示唆された(表9)。研究2で賃金労働と家事労働を比較した場合、家事労働は賃金労働と比較すると、裁量権が高く、その点は低ストレスであることが示唆された。しかし家事労働内での健常・うつ病群での比較ではやはりうつ病群において、裁量権が低くストレスの高い状況であった。本調査における裁量権とは、家事労働の労働量ややり方、方法等をどの程度自分で決めることができるかということを指す。

NIOSH 職業性ストレス調査票の理論では裁量権が低いほど、自由度が低く他者の指示

に従わなければならないため、高ストレスであると解釈される。今回の結果では、家事労働においてはうつ病対象者は健常群と比べ、自分で家事の内容や方法などを決めていないということが明らかになった。

今回の調査では、横断的にうつ病対象者の家事労働の状況を調査したため、現在うつ病であるという現状がうつ病対象者の裁量権を下げているという可能性が考えられる。うつ病であるため、対象者自身が家事を実施することができず、他者に裁量権をゆだねざるを得ない状況等である。

うつ病では、判断力の低下や、家事労働をどのように一日の中で段取りよく組み立てていくかという遂行機能等に障害がみられる²⁶⁾。すなわち裁量権を機能させて、取り組むことそのものにも困難があり、ストレスを伴うことも予測される。Lombardi らによると、うつ病患者が裁量権の高い仕事を継続して実施することで自己有能感を低下させるという報告³⁹⁾もある。これらからも裁量権をうまく発揮できないという可能性も考えられる。

研究2で示したように、本来であれば家事労働のメリットとなる裁量権の高さをうつ病対象者がどのように活用していくかという点は支援において重要であると考えられる。またうつ病対象者の家事労働において裁量権が低いということが、どのような意味を持つのかという点について、より詳細な調査が必要であると考えられる。

3.3.5.3 対人葛藤

対人葛藤は先行研究からもうつ病女性の賃金労働において特異的な問題であるとされている。Ogiwara らは、女性の健常者とうつ病対象者において NIOSH 職業性ストレス調査票を用い調査を実施し、「対人葛藤」に有意な差があると報告している⁴⁷⁾。本研究においても、家事労働についてうつ病対象群で有意に高ストレスであることが示された。また家事労働では家族という代わりのきかない、限られた人の中で労働が遂行される。そのため労働環境の中で「対人葛藤」を抱えることは、得られる「社会的支援」にも関連していることが予測される。うつ病が長期化すると、家族も本人もその状況を「怠けている」と捉えがちであり、病気である認識も低下してしまう。また意欲の減退や人と気軽に話せないといった症状によって、本人から現状をうまく伝えられないことも多い。家族のなかでうつ病による症状や生活障害について、正確な理解を促すことが重要な点であると考えられる。

3.3.5.4 技能の低活用

交互作用から、健常の就労女性では家事労働について「技能の低活用」のストレス状況が低いことが示唆された。すなわち、家事労働において、自分が本来持っている能力を適切に発揮していないというストレスは健常就労女性において特異的に少ない。

平成 23 年度の総務省の生活時間調査によると、女性の家事労働時間は共働き世帯の場合は一日当たり 4.53 時間であるのに対して、妻が無職の場合は 7.43 時間である。す

なわち賃金労働の有無によって、家事労働にかける時間数には大きな差があることがわかる。またこれらから、賃金労働の有無により、目標とする家事労働のレベルにも差があるのではないかと考えられる。この尺度に対しては背景因子として、家事労働をどのように捉えているのかということが影響していることが予測され、賃金労働を実施していない非就労女性はより高い家事労働のレベルを求めているため、自身の技能を發揮できていないと感じるのではないかとと思われる。

またうつ病就労女性との比較においても、就労健全女性は技能の低活用でのストレスが低い状況であった。これはうつ病の症状による自己評価の低下との関連性も考えられる。健全女性、うつ病女性のいずれの場合においても、家事に対するとらえ方や自己への評価が関連する項目であることが予測される。

Glass らの研究によると、労働量が適切である条件下では賃金労働を持つことがうつ病の因子を減らすという結果も得られている²⁵⁾。また Lennon⁴⁸⁾らは、非就労女性と就労女性いずれもストレスの状況は同等であるという報告をしている。その中では、非就労女性の労働は自律性があり、時間的制約はないもののルーティンの業務になりやすいという特徴を持つとされている。また就労女性の労働では時間的なプレッシャーはあるものの変化に富み、対外的な責任を負いやすい労働をしていると述べている。

また家事労働では賃金労働のように明確な報酬が少なく、自己評価を高める機会の少なさがあることが予測される。Sperlich らは賃金労働で使用される「努力と報酬のバラ

ンス」を評価する ERI モデルを家事労働に応用した²⁸⁾。賃金労働での報酬は「賃金」や「昇進」、「上からの評価」などが挙げられるのに対して、無賃の家事労働での報酬について調査をした。その結果「子供の成長」と「夫を情緒的にサポートできること」という 2 種類を特異的な点として報告している。しかし前述のような対人葛藤を家族内で多く抱えている状況では、この報酬が機能することも少ないことが予測される。これらからも自己評価を高める機会が家事労働内には少ないと考えられる。

3.3.5.5 労働負荷の変動・量的労働負荷

就労群では「労働負荷の変動」、「量的労働負荷」において高ストレス状況が示された。Melchior らの研究によると家事の量や種類は扶養家族の数により、増加しやすく、これらの家事量は抑うつなど心理的なストレス要因になることが明らかになっている²⁷⁾。また長谷川らの研究によると、子供を持つ就労女性は「時間的切迫感」を持っていることが示されている⁴⁹⁾。これらから、仕事を持つ女性にとっての家事労働は、高い認知的要求はなく、特別な技能を求められないものの、量や種類が多く、時間的な余裕のない状況下で実施するという特徴を持つ可能性があると考えられる。

研究 2 においては賃金労働の量的な負担の大きさが示されたが、家事労働でも就労条件下ではその量的な負担が大きいことが示唆された。就労女性の支援を考える際には、賃金労働の量的な負担だけでなく、家事労働の量的負担、その変動についても着眼することが必要であると考えられる。

3.3.6. まとめ

研究 3 では就労しているうつ病女性・健常女性、非就労のうつ病女性・健常女性の 4 群を対象に家事労働におけるストレス要因を家事労働版 NIOSH 調査票を用いて調査し、就労条件・うつ病の有無との関連を調査した。

その結果、裁量権と対人葛藤ではうつ病群が有意に高いストレスを感じていることが明らかとなった。また就労をしている場合、量的な負荷・労働負荷の変動においてストレスが高いことがわかった。また健常の就労群では技能を活用していないと感じるストレスが低いことが示唆された。

3.4 研究 4 就労うつ病女性におけるうつ病に関連する労働上のストレス要因^{*3}

3.4.1 背景

研究 1 においては家事労働でのストレス要因を、労働全体から抽出することが可能となる評価表を作成し、その検証を行った。研究 2 においては、その評価表を使用して、家事労働そのものが持つストレス要因特徴を、賃金労働と比較することで明らかとした。またその結果を健常者とうつ病患者で比較することで、うつ病患者のストレス要因の特徴を明らかとした。また研究 3 では、研究 2 において家事労働そのもののストレス要因特徴が明らかになっているという前提を受け、賃金労働との比較ではなく、就労の有無という条件内で、家事労働のストレス要因の特徴を検討した。またその結果を健常者とうつ病患者で比較し、うつ病患者の特徴を明らかにした。またこれらの方法は 1 で作成した評価表の平均得点の比較を用いた。

研究 2・3 の結果はこれまでの研究では報告されていない家事労働のストレス要因特徴の量的な抽出、健常者との比較から見たうつ病患者の特徴という新奇性を持つ。またこの結果はうつ病患者の家事労働上の支援を計画する際には必須の内容である。

しかし一方では、研究 2・3 の結果から抽出されたストレス要因特徴はうつ病との関連性がどの程度あるのかという点について明らかになっていない。ゆえにうつ病群で特徴的なストレス要因でも、うつ病との関係性が低い要因であれば介入した際に、改善に

つながりにくいという可能性も考えられる。より効果的なリハビリテーションの実施には、うつ病との関連の高い要因を解明し、その要因に介入する必要がある。

そこで、研究 2・3 の研究結果と併せて、研究 4 では支援におけるより効果的な介入標的の抽出に向け、うつ病との各要因についての関連性について検討し、関連の大きいストレス要因を解明する。

3.4.2 目的

うつ病との関連性が大きいことが予測される、うつ病群と健常群を判別する賃金労働、家事労働上のストレス要因について、多重ロジスティック解析を用いて明らかにする

(図 8)。

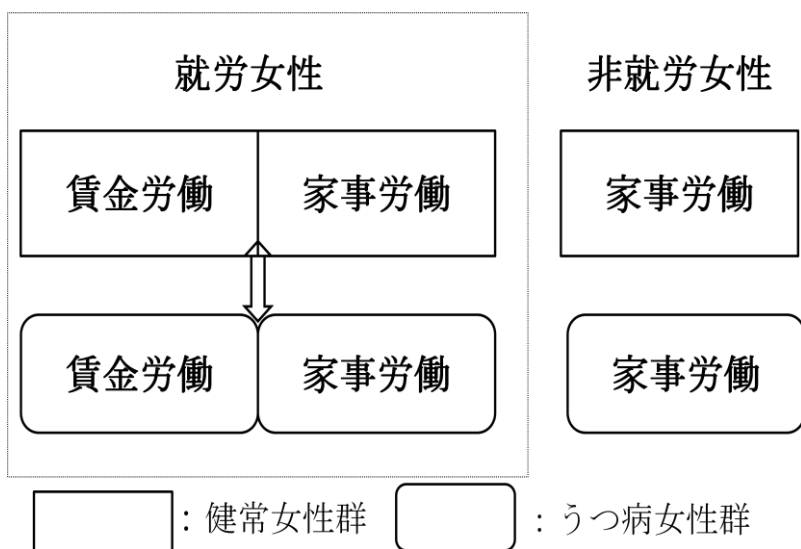


図 8) 研究 4 の概要 (矢印部分が研究 4 に該当する)

*3 研究 4 は平成 26 年 6 月 18 日開催の第 16 回世界作業療法士連盟大会にて報告を予定 (査読終了)

3.4.3 方法

研究 2 で得られたデータを利用し、解析を行う。

3.4.3.1 対象者

3.4.3.1.1 うつ病群

研究 2 で対象としたうつ病就労女性 45 名に除外条件を追加する。除外条件として抑うつの尺度である CES-D が 16 点未満である者とした。16 点未満の者は最近一週間の抑うつ状況が改善に向かっている可能性があるため除外した。10 名を除外し、対象者は 35 名となった。対象者の基本的属性を表 9 に示す。

3.4.3.1.2 健常群

研究 2 で対象とした健常女性 45 名からランダムに 35 名を抽出し、対象者とした。対象者の基本的属性を表 10 に示す。

表 10) 対象者の基本的属性の平均値 (括弧内は標準偏差、最小値、最大値を表す)

	うつ病就労群 (n=35)	健常就労群 (n=35)
年齢(歳)	43.5(SD6.8) (min-max 32-55)	43.1(SD6.4) (min-max 32-53)
賃金労働時間 (時間/週)	37.9 (SD7.1) (min-max 22-54)	36.7(SD9.5) (min-max 18-56)
家事労働時間 (時間/週)	19.6 (SD14.0) (min-max 7-60)	23.1(SD13.7) (min-max 7-53)

3.4.3.2 解析内容

うつ病の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施し、うつ病の判別に影響を及ぼす変数を抽出した。その手順について以下に述べる。

3.4.3.2.1 解析対象とした独立変数

研究 2 で収集したデータ内の NIOSH 職業性ストレス調査票、家事労働版 NIOSH 調査票の各尺度得点、基礎情報（年齢、賃金労働時間、家事労働時間）を独立変数とした。

3.4.3.2.2 t 検定による独立変数の絞り込み

対象変数となる NIOSH 職業性ストレス調査票の 7 尺度別得点と家事労働版 NIOSH 調査票の 7 尺度別得点について、うつ病群と健常群の 2 群間において、対応のない両側の t 検定を実施した。解析には IBM SPSS Statistics 20 を使用した。

危険率 5% で尺度得点に有意差が見られた尺度は NIOSH 職業性ストレス調査票における「対人葛藤」、「裁量権」、「量的労働負荷」、「認知的要求」、「社会的支援」と家事労働版 NIOSH 調査票における「技能の低活用」、「認知的要求」、「社会的支援」であった。

詳細を表 11 に示す。

表 11) うつ病群・健常群の 2 群間における対応のない t 検定による尺度得点比較

評価表	尺度名	うつ病群	健常群	t 値(自由度)
		Mean(SD)	Mean(SD)	
NIOSH 職業性 ストレス 調査票	対人葛藤	11.7(3.2)	9.1(2.3)	3.87(66)**
	裁量権	35.0(11.0)	48.1(11.0)	-4.93(66)**
	量的労働負荷	31.5(8.0)	28.0(6.1)	2.03(67)*
	労働負荷の変動	6.8(2.6)	5.7(2.3)	1.768(67)
	技能の低活用	7.2(2.8)	4.7(2.7)	3.76(67)**
	認知的要求	16.0(3.5)	15.2(2.4)	1.78(67)
	社会的支援	3.3(0.6)	4.1(0.5)	-5.47(67)**
	家事労働版 NIOSH 調査票	対人葛藤	9.5(3.2)	8.1(2.9)
裁量権		59.5(12.2)	63.6(12.4)	-1.46(66)
量的労働負荷		27.5(7.1)	26.8(6.6)	0.43(67)
労働負荷の変動		5.0(2.4)	4.4(2.2)	1.05(67)
技能の低活用		7.9(1.7)	6.1(2.0)	4.10(67)**
認知的要求		12.9(2.8)	11.4(3.1)	2.08(66)*
	社会的支援	2.7(0.6)	3.2(0.7)	-3.50(67)*

・ 対応のない t 検定を実施 **: $p<.01$ 、*: $p<.05$

3.4.3.2.3 多重ロジスティック回帰分析による独立変数の絞り込み

t 検定の結果、うつ病群と健常群間に有意な差があった 8 尺度の尺度得点と基礎情報 (年齢・賃金労働時間・家事労働時間) を独立変数とし、従属変数をうつ病の有無とし、強制投入法による多重ロジスティック回帰分析を実施した。その結果、NIOSH 職業性ストレス調査票における「裁量権」、「社会的支援」、「量的労働負荷」の尺度得点と家事労働版 NIOSH 調査票における「社会的支援」の尺度得点、基礎情報における「家事労働

働時間」の5変数のみが危険率10%にて有意な変数であった。

3.4.3.2.4 多重ロジスティック回帰分析の実施

前述の二つの検定の結果、有意となった5変数(NIOSH 職業性ストレス調査票の「裁量権」・「社会的支援」・「量的労働負荷」の尺度得点、家事労働版 NIOSH 調査票の「社会的支援」の尺度得点、基礎情報における「家事労働時間」)を独立変数、うつ病の有無を従属変数として、強制投入法による多重ロジスティック回帰分析を実施した。

3.4.4 結果

多重ロジスティック回帰分析の結果、モデル χ^2 検定の結果は危険率1%有意であり、Hosmer-Lemeshowの検定の結果は $p=0.995$ で良好であり、判別率92.3%の有意な回帰式を得た。また変数はいずれも危険率1%で有意となった。

各群となる確率を p とすると $p = \frac{1}{1 + e^{-\text{score}}}$ となり、 $\text{score} = 22.039 + (-0.182) \times$ 「裁量権」尺度得点(NIOSH 職業性ストレス調査票) $+ (-3.569) \times$ 「社会的支援」尺度得点(NIOSH 職業性ストレス調査票) $+ (0.250) \times$ 「量的労働負荷」尺度得点(NIOSH 職業性ストレス調査票) $+ (-2.229) \times$ 「社会的支援」尺度得点(家事労働版 NIOSH 調査票) $+ (-0.092) \times$ 家事労働時間となった。各変数のオッズ比については表12にて示す。また実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ を超えるような外れ値は存在しなかった。

以上から賃金労働・家事労働における社会的支援、賃金労働における量的な負荷と裁量権、家事労働時間がうつ病の有無に関連を示した。

表 12) うつ病の有無に関連する変数についての二項ロジスティック回帰分析の結果

変数名	偏回帰係数	オッズ比	95%信頼区間
家事労働時間	-0.092**	0.921	0.840-0.990
裁量権(NIOSH 職業性ストレス調査票)	-0.182**	0.833	0.742-0.936
社会的支援(NIOSH 職業性ストレス調査票)	-3.569**	0.028	0.003-0.284
量的労働負荷(NIOSH 職業性ストレス調査票)	0.250**	1.283	1.063-1.549
社会的支援(家事労働版 NIOSH 調査票)	-2.229**	0.108	0.013-0.882
定数	22.039**		

・モデル χ^2 検定 **: $p<.01$

・ Hosmer-Lemeshow の検定 $p=0.995$ 、判別的中率 92.3%

3.4.5 考察

判別に関連の高い尺度について、回帰式の意義について、以下に述べる。

3.4.5.1 賃金労働・家事労働における社会的支援

うつ病と賃金労働・家事労働、両者における社会的支援が関連があることが示唆された。うつ病の回復と社会的支援の有無についての関連は先行研究でも報告されている³⁶⁾³⁷⁾ことと併せて、うつ病のストレス要因の理解、今後の支援や介入の標的として非常に重要な要因と考えられる。

また研究 2・3 においても、健常者と比較して、うつ病対象者の社会的支援の少なさは明らかになっている。これらから構造的な支援をうつ病患者が有しにくい状況となっていることが予測される。その背景因子についても今後検討が必要であろう。

また賃金労働においては先行研究においても支援の重要が多く述べられており、国の

取り組みとしても、労働現場に支援を取り入れようとしてきた。しかし今回の調査で、うつ病女性の賃金労働での社会的支援が有意に高いストレス状況であったことから、実際には支援の不足を感じていることが示唆された。今後は支援の提供だけではなく、対象者が実際にその支援をどのように感じているか、また受け取りやすい支援とは何かという点にまで踏み込んだ調査が必要であると考えられる。

また家事労働については、どのような支援が適切な支援となるかという点についての報告は少なく、実際に必要とされる支援の形態や内容についても明らかになっていない部分が多い。前述したように、男女での支援の受け取り方に差があること³⁹⁻⁴¹⁾や、家事労働で支援を多く受けることによる役割喪失感が発生するという報告⁴²⁾もある。また研究4の結果から、家事労働における社会的支援の不足とうつ病との関係性の高さが明らかになり、支援の提供が有用である可能性が示唆された。しかし家庭内の見えない労働であり、独特の文化背景や性役割意識に関連の大きい家事労働にどのように支援を提供していくかという点については、より踏み込んだ調査とそれに基づく介入が必要であると考えられる。

3.4.5.2 賃金労働における量的労働負荷

この変数は、オッズ比が1.283と低い値を示しており、うつ病と関連性の高い要因ではない。しかし研究2の結果とも合致する部分であり、重要な要因であることが予測される。前述したように、賃金労働の量的な労働負荷の軽減については多くの支援が開始

されている。また調査対象となったうつ病対象者の中には、現在も量的な労働軽減の支援を受けている者もいる。しかし、実際にはその量的な負荷について負担を大きく感じていることが分かる。それには対象者の能力とともに、対象者の量的な負荷に対する捉え方が影響を及ぼしている可能性も考えられる。

対象者にとってどの程度の量的負荷が適切であるかという客観的な評価とともに、その仕事の提供の方法や適性などについても評価と話し合いが行われ、職場の関係者と対象者双方がストレスを感じにくい量的な軽減の支援策が必要であると思われる。

3.4.5.3 得られた回帰式の意義

研究3では、うつ病に関連の大きいストレス要因を抽出するため、多重ロジスティック回帰分析を解析として利用した。そのオッズ比の高低からうつ病と関連の大きいストレス要因を解明した。その過程において、有意な回帰式を得た。この回帰式を利用すると、回帰式内に含まれる尺度の尺度別得点と基礎情報が分かっている場合、うつ病・健常の判別が可能となる。すなわちこの回帰式を利用すれば、労働現場で簡単にうつ病のスクリーニングを実施することが出来、早期の発見や医療的介入を可能とすると考えられる。うつ病の診断では、さまざまなスクリーニング用の尺度があり、利用されている。しかし家事労働を含むものはこれまで存在しておらず、回帰式の確立には意義があると考えられる。

3.4.6 まとめ

研究4では就労うつ病女性・就労健全女性を対象に、賃金労働・家事労働上のストレス要因の中でどの要因がうつ病と関連性が高いかという点を調査した。その結果、賃金労働・家事労働の両方における社会的支援が関連性が高いことが明らかとなった。うつ病女性がどの労働においても、社会的支援の不足を感じており、支援の提供が有用である可能性が示唆された。

IV. 全体考察

本研究では、うつ病女性の賃金労働・家事労働の支援方法の確立を目指し、その支援における介入標的の抽出を最終的な目的とした。

第一の目的とした家事労働におけるストレス評価を可能とする評価表の作成は研究 1 として、家事労働版 NIOSH 調査票を作成した。また第二の目的である賃金労働、家事労働におけるうつ病女性のストレス要因特徴解明は研究 2・3 において、研究 1 で作成した評価表をうつ病患者・健常者で実施し、その比較を行うことで解明した。研究 2 では、うつ病就労女性・健常就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因の比較から、家事労働そのものの持つストレス要因特徴とうつ病女性に特徴的なそれぞれの労働におけるストレス要因を解明した。また研究 3 では、うつ病就労女性・うつ病非就労女性・健常就労女性・健常非就労女性の 4 群において家事労働におけるストレス要因の比較を行い、就労条件の有無によるストレス要因特徴とうつ病女性の家事労働におけるストレス要因特徴を明らかとした。また第三の目的である賃金労働及び家事労働のストレス要因の中からうつ病と関連性の高いものを解明する点については、研究 4 として実施し、研究 1 で作成した評価用紙とうつ病の有無の相関関係から関連性の高い要因を検討した。

この章では各々の研究での結果を総括し、特筆すべき要因別にうつ病女性の賃金労働

働・家事労働上のストレス要因特徴を述べるとともに、支援における着眼点について述べる。

4.1 量的労働負荷

一点目は、量的労働負荷についてである。研究 2 において、うつ病患者と健常者においてストレス傾向の違いが見られたのは賃金労働時の量的負荷であった。研究 3 においては就労女性の場合は家事労働の労働量も負担となりやすいことが示唆された。また研究 4 においてもうつ病に関連する因子が、賃金労働時の労働負荷であることが示唆された。これらからまずうつ病女性の支援を考える際には、賃金労働の量的な負担を軽減することが有用であると考えられる。この点は現在の支援でも有用とされており、労働時間の短縮や役職の免除なども多く実施されている。またさらに就労している場合、家事労働においての量的な負担を軽減することの有用性が本研究で明らかになった。この点については今後の介入で重要なポイントとなると考えられる。

一方、就労する女性の労働については、小泉らの研究⁵⁰⁾で、賃金労働のストレスが家庭での活動に影響する「negative spillover」が報告されている。これは賃金労働で高いストレスを感じていることで家庭生活でも高いストレスを感じ、活動性が低下するという各労働間でのストレスの相互影響である。こういった点も考慮すると、就労している場合は、その特異的なストレス要因である賃金労働の量的な負担の免除と負担の変動を減らすことが、家事労働を含む女性の生活全体の向上に有用となる可能性も示唆さ

れた。

4.2 社会的支援

二点目は社会的支援についてである。研究 2 では家事労働、賃金労働の両者におけるうつ病女性の社会的支援の不足が示唆され、研究 3 においても家事労働時の支援量の不足が明らかとなった。特に研究 2 では健常者においても、賃金労働と比較した家事労働での支援の少なさが明らかとなった。また研究 4 では賃金労働・家事労働時の支援の不足がうつ病に関連性の高い要因として明らかとなった。

支援がうつ病の回復で重要であることは多くの先行研究で述べられて³⁷⁾³⁸⁾おり、その重要性についても報告されている。特に賃金労働では先に述べた国の施策である「事業場におけるこころの健康づくりのための指針」においても、相談窓口の設置が促されており、支援システムの整備も行われつつある。しかし本調査の結果では、現時点でうつ病患者は賃金労働、家事労働いずれにおいても支援の不足を感じていることが示唆された。賃金労働においては現在の状況の不足点や問題点について、家事労働については支援の現状について、より詳細な調査が必要であると考えられる。

そのひとつの背景要因として、対人葛藤は賃金労働、家事労働ともに社会的な支援を減少させる因子であると考えられる。本調査の結果では、研究 2・3 ともうつ病群で対人葛藤のストレスが高いという結果となった。

特に家事労働においては、家庭内という限られた人物と労働を実施し、その人物の交

替も少ない。ゆえに家事労働で対人葛藤を抱えることは、支援の大きな減少を意味すると考えられる。しかし家事労働という実態が見えにくい労働で、うつ病という分かりにくい疾病による生活障害について理解し、家族が支援していくことは多くの困難があり、怠慢であるという印象を与えることも多い。各労働に共通することであるが、疾患に対する誤解をとき、正しい理解のもとで支援者、支援量を増やしていくことが大切である。

この点において賃金労働では前述のとおり、国の指針の中で、管理職に対するメンタルヘルスの講習会などが実施され、管理職に対して疾患の説明や生活障害について学習の機会を提供している³⁾。うつ病男性への支援の中ではその配偶者の妻に対する心理教育も開始されており、家族に対する心理教育による回復効果も報告されている⁵¹⁾。家事労働では前述したように配偶者の支援が非常に重要となるため、これと同様に夫に対する疾患教育等も有用であると考えられる。

また家事労働に対しては、より幅広い支援者の確保という観点から、家族以外の外部からの支援についても検討が必要である。自宅内に他者が入ることを嫌う日本文化や、前述した支援に伴って起こりやすい役割喪失感などのデメリットについても十分に考慮したうえで、幅広い支援の形態を検討し、展開していく必要があると考えられる。現在の精神障害者居宅生活支援事業におけるホームヘルパーサービスは利用可能な一つの資源であることも考えられる。しかし現在の利用形態は主に申請者自身の家事や身の回りの世話を目的に支援されることがほとんどである。うつ病女性の場合、本人に対す

る支援ではなく、むしろその本人が世話をしていた家族の支援が必要となっており、新しい形の支援形態が求められると考える。

4.3 裁量権

三点目は裁量権についてである。研究 2 においては賃金労働と比較して、家事労働時の裁量権の高さが労働内での有利な点として明らかになった。研究 3 では健常群と比較するとうつ病患者が家事労働の際に裁量権が低く高ストレスであると結果が示唆された。また研究 4 では賃金労働における裁量権がうつ病と健常の判別に関連することが示唆された。前述したとおり、これらから裁量の高低がすでにうつ病を発症している患者にとってどのような意味を持つのかという点については今後検討が必要であると思われる。つまり判断力や認知機能の低下した状況であるうつ病患者にとっては、裁量権の高い労働がストレスであるという可能性が示唆される。より踏み込んだ調査が必要と思われる。

また本来有利な点として作用する家事労働における裁量権の高さをうつ病患者がうまく活用できるような体制を作ることが必要であろう。他者に依頼する、労働量そのものを減らす、体調にあったスケジュール作りといった調整をしながら家事労働を円滑に進めていけるような支援を提供することが有用と思われる。実際の家事内容を聞き、客観的な視点からアドバイスすることも重要であろう。また遂行能力や基礎的な処理能力を評価しその改善に向けたトレーニング等の介入を行い、裁量権を活用するための能

力の向上を行うことも必要であると考えられる。

4.4 支援に向けて

上記から、支援のポイントとして、賃金労働・家事労働両者においては、各労働量を客観的に評価し、マネジメントすること・適切な支援システムの構築が重要であると考えられる。支援システムの構築には、その支援提供者である職場、家庭内の疾病教育も重要である。

また家事労働については、そのメリットである裁量権を活かすために、ある時期には裁量権を支援者が代替し、労働量を調整する・行うべき家事を選択すること等も重要であろう。また一方では認知的な機能を改善するようアプローチし、そのメリットを活かせるように支援していくことも重要な点と考える。

うつ病はその時期によって多様な形態をとり、必要となる支援や課題も様々である。今回の調査では、病期に合わせた検討は行っていない。今後、それらについて検討を行い、上記のような支援ポイントについて、介入方法を検討していく必要があると考える。

V. 本研究の限界と課題

本研究では家事労働の評価に関して、NIOSH 職業性ストレス調査票を修正し、家事労働版 NIOSH 調査票を作成した。そのため、NIOSH 職業性ストレス調査票内に含まれない家事労働のストレス要因については評価を実施することが出来ていない。たとえば賃金労働では職場の同僚は限定した期間内での付き合いとなることが多いが、家事労働と一緒に労働を行う家族は無期限に交替することが出来ない人物である。このように家族成因による要因は家事労働特有である。また今回の調査では、比較の難しさから除外した職場環境についても、家事労働では家族構成や家庭の収入など複数の因子が関連していること²²⁾²³⁾が多くの先行研究で明らかになっており、重要な要因であることが予測される。以上から本研究の中で家事労働のストレス要因として取りだした因子は、多面的要素を持つものの、全てを網羅していないため、今後さらなる検証が必要であると思われる。

また NIOSH 職業性ストレス調査票は賃金労働における先行研究で得られた理論や根拠に基づき、実際にストレスとなることが分かっている要因を抽出し作成されたものである。そのためその背景理論は、家事労働では異なる結果となる可能性があり、それらの要因の解釈も異なる可能性もある。本研究では今まで家事労働のストレス要因を測定する尺度がつくられていない中で、NIOSH 職業性ストレス調査票という一つの理

論背景を持つ調査票に則り、家事労働の評価を行った。すなわちある一つの側面からの特徴抽出が出来たということに意義を持つ。ストレス因子が妥当なものかが明らかとなるためには、今回抽出できた特徴をもとに、その要因が実際に抑うつとどのような関連を持つのかという個々の調査が必要であると思われる。

また本研究ではうつ病の病期によって対象者を分けず、発症からの時期や症状の重症度は考慮されていない。うつ病の回復は段階的な経過を追い、治療内容や支援内容も形態が変化する。今後、病期に分けたより詳細な調査が必要であり、支援についてもその段階に応じた効果的支援を検討する必要がある。

また本研究では対象者の家族状況や、経済状況など基礎的な情報による分類を行っていない。家事労働は家族の状況や経済状況によって大きな影響を受ける労働であり、その負荷も変化する。今回の調査では家事労働の調査が少ないという先行研究の状況を受け、横断的に対象者を検討した。今後、より効果的な支援を検討するためにも、家族状況、経済状況によって対象者を分け、そのストレス状況を調査することが必要であると考えられる。

引用文献

- 1) 知ることから始めようみんなのメンタルヘルス（厚生労働省ホームページ）。（オンライン）, 入手先 〈http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_depressive.html〉,（参照 2013.10.3）.
- 2) 事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針（厚生労働省ホームページ）。（オンライン）, 入手先 〈http://www2.mhlw.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k.html〉,（参照 2013.10.3）.
- 3) こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（厚生労働省ホームページ）。（オンライン）, 入手先 〈<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/101004-1.html>〉,（参照 2013.10.3）.
- 4) 五十嵐良雄：リワークプログラムの広がりにもみる現代的な意義. 臨床精神医学 41:1503-1508,2012.
- 5) 林俊秀,五十嵐良雄：リワークプログラムの標準化.臨床精神医学 41:1509-1519,2012.
- 6) Tennant C：Work-related stress and depressive disorders.J Psychosom Res. 51:697-704,2001.

- 7) Robert Karasek, Tores Theorell: Healthy work –stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York, 1990, pp2-81
- 8) Norito Kawakami, Yuko Fujigaki: Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. Ind Health. 34.295-306.1996
- 9) Szerencsi K, van Amelsvoort LG, Viechtbauer W, Mohren DC, Prins MH, Kant I.: The association between study characteristics and outcome in the relation between job stress and cardiovascular disease - a multilevel meta-regression analysis. Scand J Work Environ Health. 2012 38.489-502.2012.
- 10) 原谷隆史 : 多様な職業性ストレス調査票の効果と限界. 精神科治療学 26(1) : 55-59, 2011
- 11) Siegrist J, Klein D, Voigt KH : Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. Acta Physiol Scand Suppl. 640.1112-6.1997
- 12) Akizumi Tsutsumia, Makiko Nagamib, Kanehisa Morimotob, Tsunetaka Matobaa: Responsiveness of measures in the effort–reward imbalance questionnaire to organizational changes A validation study. Journal of Psychosomatic Research 52 .249–256.2002
- 13) 武田則昭, 川田久美, 芝本英博, 高德修一, 合田恵子 : NIOSHによる職業性ストレス

状況の喫煙経験別の検討. 川崎医療福祉学会誌.13 ; 2003. 217-232

14)中島朱美 : 社会福祉従事者の職場ストレスとコーピングの職種間比較.名古屋女子大学紀要52 : 2006. 71-78

15) Nakata A ,Takahashi M, Honjou M, Araki S : Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers. Community Dent Oral Epidemiol .36:2008.201-209

16) 原谷隆史,川上憲人,荒記俊一 : 日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票職業性ストレス調査票の信頼性及び妥当性. 産業医学 35 : 214-215,1993.

17)上島国利,平島奈津子 : 治療者のための女性のうつ病ガイドブック. 金剛出版. 2012

18)田村幸子,多田敏子 : 日本におけるうつ病患者の職場復帰に関連する文献検討. 地域保健 41 : 72-77,2011

19) 平成 23 年度生活基本調査 調査の結果 (統計局ホームページ) . (オンライン) , 入手先 〈<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/gaiyou.htm>〉 ,(参照 2013-04-15)

20) Vivienne Waltersa, Peggy McDonoughb, Lisa Strohscheina: The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey . Social Science a Medicine 54. 677-692.2002

21) Soares: Burnout among women associations with demographic socio-economic,

work, life-style and health factors. Arch Womens Ment Health 10:61–71.2007

22) Keva Glynn, Heather Maclean, Tonia Forte, Marsha Cohen: The Association between Role Overload and Women's Mental Health. JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH 18.2009

23) Robin W. Simon Source : Parental Role Strains, Salience of Parental Identity and Gender Differences in Psychological Distress. Journal of Health and Social Behavior 33. 25-35.1992

24) Chloe E. Bird Source : Gender, Household Labor, and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. Journal of Health and Social Behavior 40. 32-45.1992

25) Jennifer Glass, Tetsushi Fujimoto: Housework, Paid Work, and Depression Among Husbands and Wives. Journal of Health and Social Behavior 35.179-191.1994

26) Karen A. Ertel, Karestan C. Koenen, Lisa F. Berkman: Incorporating Home Demands Into Models of Job Strain: Findings From the Work, Family, and Health Network. J Occup Environ Med. 50.1244-52.2008

27) Maria Melchior A Lisa F. Berkman A Isabelle Niedhammer A Marie Zins A Marcel Goldberg: The mental health effects of multiple work and family demands A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. Soc

Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42:573–582.2007

28) Stefanie Sperlich, Sonja Arnholt-Kerri, Johannes Siegrist, Siegfried Geyer: The mismatch between high effort and low reward in household and family work predicts impaired health among mothers. *European Journal of Public Health* 23:893–898.2013

29) ハロルド・I.カプラン (著・編集), ベンジャミン・J.サドック (編集) : カプラン臨床精神医学テキストDSM-4 診断基準の臨床への展開 .メディカル・サイエンス・インターナショナル.1997

30) American Psychiatric Association (訳 高橋三郎, 大野裕, 染矢信幸) : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院. 2003

31) Radloff LS: The CES-D scale, a self-report depression scale for research in the general population .*Applied Psychological Measurement* 1 :385-401,1997

32) Naismith, I.B. Hickie, K. Turner, C.L. Little, V. Winter, P.B. Ward, K. Wilhelm, P. Mitchell, G. Parker: Neuropsychological performance in patients with depression is associated with clinical, etiological and genetic risk factors. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 25:866–877,2003.

33) Naismith, I.B. Hickie, P.B. Ward, E. Scott, C. Little: Impaired implicit sequence learning in depression: a probe for frontostriatal dysfunction?. *Psychol. Med* 36 :313–323,2006.

- 34) Naismith, W.A. Longley, E.M. Scott, I.B. Hickie: Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study. *Biomed. Central Psychiatry* 7 :32,2007.
- 35) 有馬秀晃：リワークプログラムにおける評価とその利用法. *臨床精神医学* 41 : 1527-1534,2012.
- 36) 小杉正太郎：朝倉心理学講座 19 ストレスと健康の心理学. 朝倉書店, 東京, 2006
- 37) Skärsäter I, gren H, Dencker K: The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression—a pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing* 13:89–96,1999.
- 38) Umberson D, Chen, House, Hopkins, Slaten: The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? . *American Sociological Review* 61:837–857,1996.
- 39) Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L, Fridlund B: Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues Ment Health Nurs* 24:419-39,2003.
- 40) Skärsäter I, Langius A, Agren H, Häggström L, Dencker K: Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs*. *Int J Ment Health Nurs*

14:258-64,2005.

41) Skärsäter I, gren H, Dencker K: Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterise patients suffering from treatment refractory depression compared to healthy volunteers. *The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8:107–114,2001.

42) Sarah Rosenfield: The Effects of Women's Employment: Personal Control and Sex Differences in Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* 30: 77-91,1989.

43) Joan M. Griffin, Rebecca Fuhrer, Stephen A. Stansfeld, Michael Marmot.:The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?. *Social Science a Medicine* 54:783–798.2002

44) Masaya Takahashi, Kenji Iwasaki, Takeshi Sasaki, Tomohide Kubo, Ippei Mori et al.: Worktime control-dependent reductions in fatigue, sleep problems, and depression. *Ergonomics* 42: 244-250, 2011

45) Emilio L.Lombardi, Patricia M.Ulbrich: Work conditions, Mastery and psychological distress: Are housework and Paid work context conceptually similar? . *Woman and health* 26:17-39,199

46) グラフで見る世帯の状況 国民生活基礎調査（平成 22 年）の結果から（厚生労働大臣官房統計事務局）.（オンライン）,入手先〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl20-21-01.pdf>〉,

(参照 2013.10.3).

47) Ogiwara C, Tsuda H, Akiyama T, Sakai Y.: Gender-related stress among Japanese working women. *Transcult Psychiatry* 45: 470-88.2008

48) Mary Clare Lennon :Women, Work, and Well-Being: The Importance of Work Conditions. *Journal of Health and Social Behavior* 35. 1994.235-247

49) 長谷川有香:働く母親への移行期における時間配分の調整過程と日々の感情経験の変化.
*心理学研究*81 : 123-131,2010

50)小泉智恵,菅原ますみ,前川暁子,北村俊則 :働く母親における仕事から家庭へのネガティブ・スピルオーバーが抑うつ傾向に及ぼす影響. *発達心理学研究*14(3) : 272-283,2003

51) Henken HT, Huibers MJ, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. : Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*.18 : 2007.1-26

要旨

I. 序論

現在、精神科リハビリテーションの分野においては、うつ病により賃金労働を休職した男性に対する復職支援が多く行われている。一方で女性に特化した支援はほとんど行われていない。女性のうつ病罹患率は男性の 2 倍であり、支援を必要とする対象者は多い。加えて女性の労働には家事労働という要素が含まれており、新たな支援方法の開発が必要であると考えられる。また支援方法の開発には介入の標的となる対象者の抱える問題点、すなわち労働上のストレス要因の解明が必要である。家事労働の領域では複数の先行研究が実施されているが、その数は賃金労働と比較すると圧倒的に少なく、またいくつかの問題点を有している。そこで本研究は、それらを踏まえ、3つの視点から調査を実施する。

一点目として、労働の持つストレス要因に着眼して、賃金労働・家事労働を全体から捉えられるような評価表を作成し、信頼性を確認する。また二点目として、その調査表を用いて調査を実施し、うつ病女性の労働上のストレス要因特徴を、健常者と比較することで明らかにする。三点目として賃金労働及び家事労働におけるストレス要因の中からうつ病に影響を及ぼすと考えられる要因について検討を行う。

II. 研究の概要

評価表の作成後、うつ病患者群、健常群の二群を設定し、さらに就労あり条件、なし条件の 2 条件で計 4 群の対象者を設けた。研究は以下のように 4 つに分けて実施し、賃金労働

働と家事労働、うつ病と健常、就労の有無という条件間で比較を行った（図 1）。

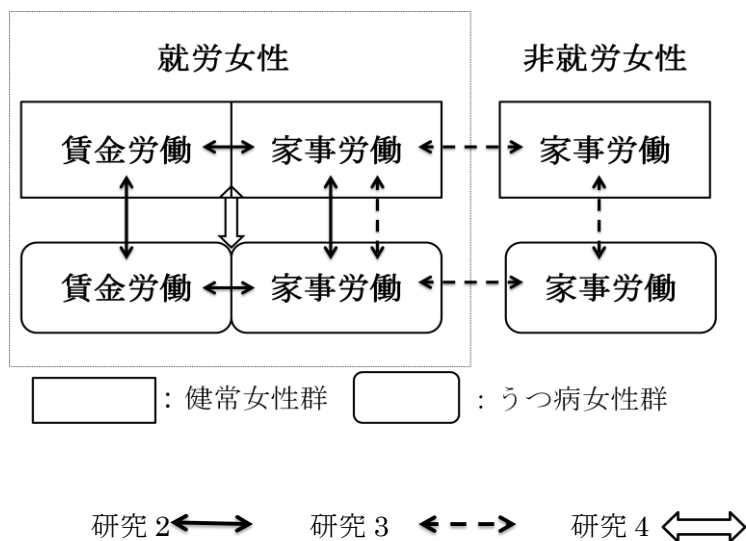
研究 1 家事労働版 NIOSH 調査票の作成と予備調査

研究 2 就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因の特徴

研究 3 家事労働のストレス要因の特徴

研究 4 就労うつ病女性におけるうつ病に関連する労働上のストレス要因

図 1) 研究概要 （各矢印部分が各研究時の比較検討箇所に該当する）



III 研究内容

3.1 研究 1 家事労働版 NIOSH 調査票の作成と予備調査

目的: 賃金労働上のストレス要因を調査する NIOSH 職業性ストレス調査票を家事労働版に

改定し、その信頼性について検討する。

方法: NIOSH 職業性ストレス調査票の中で家事労働と賃金労働、同一の視点を持って比較

検討できる尺度部分を抽出し、家事労働版 NIOSH 調査票（70 項目）を作成した。

またその信頼性の調査として、30名の健常女性に設問の適切性とNIOSH職業性ストレス調査票との観点の一致について調査を実施した。その結果2割以上の対象者が不適切、観点の不一致を答えた設問については削除した。

結果：5設問が内容の適切性を確保できず、6設問が観点の一致性を確保できなかった。11

項目を除いた59設問を家事労働版NIOSH調査票として研究2以降で使用した。

3.2 研究2 就労女性の賃金労働・家事労働におけるストレス要因の特徴

目的：うつ病の女性が賃金労働、家事労働において、それぞれどのようなストレス要因を抱えているか、また家事労働は賃金労働と比較するとどのようなストレス要因特徴があるかという点について明らかにする

方法：うつ病就労女性45名、健常就労女性45名を対象とし、無記名アンケート調査を実施した。調査内容は賃金労働上のストレス要因を調査するNIOSH職業性ストレス調査票、家事労働版NIOSH調査票、基礎情報とした。NIOSH職業性ストレス調査票、家事労働版NIOSH調査票は同一の7尺度（裁量権、技能の低活用、認知的要求、対人葛藤、社会的支援、労働負荷の変動、量的労働負荷）から構成されており、要因別の得点算出が可能である。それぞれの調査票の要因別得点について、被験者内因子を賃金労働・家事労働、被験者間因子を健常群・うつ病群として二要因混合計画の分散分析を実施した。

結果：「量的労働負荷」において交互作用が見られ、うつ病群の賃金労働において有意に高

い値となった。また「裁量権」、「認知的要求」、「労働負荷の変動」において賃金労働の主効果が見られ、「社会的支援」においては家事労働の主効果が見られた。また「認知的要求」を除く 6 要因においてうつ病群の主効果が見られた。

考察：賃金労働の量的な負荷について、うつ病女性が特異的に負担を感じていることが明らかになり、その負担の軽減については客観的な評価が必要であると考えられる。また賃金労働と比較すると家事労働は社会的な支援が不足しやすく、特にうつ病女性は支援が不足していることが示唆された。支援提供者の人数が少ないことが予測される家事労働内でどのように支援者を確保するかという点が課題である。また裁量権は家事労働で低ストレスであると解釈される。しかし裁量権の高い労働がうつ病女性にとってストレスの低い労働であるという点については、うつ病患者の認知能力の低さや判断力の低下などにより、必ずしも該当しない可能性があり、今後より詳細な調査が必要であると考えられる。

3.3 研究 3 家事労働のストレス要因の特徴

目的：うつ病女性が家事労働においてどのようなストレス要因を抱えているか、またそれが就労の有無によってどのような特徴を持つかという点について明らかにする。

方法：うつ病就労女性 45 名、うつ病非就労女性 35 名、健常就労女性 45 名、健常非就労女性 35 名に無記名アンケート調査を実施した。調査内容は NIOSH 職業性ストレス調査票、家事労働版 NIOSH ストレス調査票、基礎情報とした。各評価表の要因別得点

について 2 元配置分散分析を実施した。

結果：「技能の低活用」において交互作用が見られ、健常就労女性において有意に低いストレスであることが示された。また「労働負荷の変動」、「量的労働負荷」で賃金労働の主効果が見られ、「裁量権」、「対人葛藤」、「社会的支援」においてうつ病群の主効果が見られた。

考察：うつ病患者における家事労働上の社会的支援の少なさが示唆された。家事労働での支援確保の困難さが予測される。またその少ない支援提供者にうつ病をいかに理解してもらおうかという点も重要であると考えられる。うつ病群では対人葛藤のストレスも高い状況を示し、このような背景が社会的支援を減少させる可能性も考えられる。また就労している状況では家事労働量もストレスになることも示唆され、研究 2 の結果を踏まえると、就労女性の場合は両方の労働の量的負担軽減が必要であると考えられる。また裁量権については、うつ病患者で高ストレスが示され、研究 2 と同様に、ストレスとの関係性について検討が必要であると考えられた。

3.4 研究 4 就労うつ病女性におけるうつ病に関連する労働上の要因

目的：うつ病との関連性が大きいことが予測される、うつ病群と健常群を判別する賃金労働、家事労働上の因子について明らかにする

方法：研究 2 で得られたデータを利用し、解析を行う。研究 2 のうつ病群の対象者に除外条件（抑うつ尺度 CES-D16 点以下の者を除外）を追加し、35 名の対象者とし

た。健常群については研究 2 のデータからランダムに 35 名を抽出した。

解析：うつ病の判別に関連する要因を抽出するため、うつ病の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。独立変数は NIOSH 職業性ストレス調査票の 7 尺度別得点と家事労働版 NIOSH 調査票の 7 尺度別得点、基礎情報(年齢・各労働時間)とし、変数の絞り込みを実施した。その結果得られた有意な 5 変数 (NIOSH 職業性ストレス調査票の「裁量権」・「社会的支援」・「量的労働負荷」の尺度得点、家事労働版 NIOSH 調査票の「社会的支援」の尺度得点、基礎情報における「家事労働時間」) を独立変数、うつ病の有無を従属変数とし、強制投入法による二項ロジスティック回帰分析を実施した。

結果：Hosmer-Lemeshow の検定 $p=0.995$ 、判別的中率 92.3%、危険率 1% で有意な回帰式を得た。オッズ比より、賃金労働、家事労働両者における社会的支援が大きな影響を及ぼしていることが示唆された。

考察：賃金労働・家事労働の両方における社会的支援の不足がうつ病に大きな影響を及ぼしていることが示唆された。賃金労働では支援が提供されつつあるが、実際にはうつ病女性はその不足を感じていることがわかった。家事労働については、どのような支援が適切な支援となるかという点についての報告は少なく、実際に必要とされる支援の形態や内容についても明らかになっていない部分が多い。両者についてより踏み込んだ調査とそれに基づく介入が必要であると考えられる。

IV. 全体考察

研究 1～4 を踏まえ、全体考察では支援において着眼すべき点について述べる。賃金労働を中心とする量的な労働負荷、賃金労働・家事労働両方における社会的支援の不足が重要な点として挙げられた。また家事労働における裁量権の発揮については本来利点である労働特性を認知機能の問題等からうつ病患者がうまく利用できず高ストレスとなっている可能性が示唆された。これらから各労働量のマネジメント、適切な支援システムの構築、家事労働の持つ利点を活かすための認知的機能の改善が支援のポイントとして挙げられる。これらを活かし、今後は介入プログラムを作成し、その妥当性について検討していきたい。

V. 本研究の限界と課題

本研究では賃金労働で使用される評価表の NIOSH 職業性ストレス調査票を改編したため、家事労働についての要因を網羅できていない可能性が考えられる。また NIOSH 職業性ストレス調査票での背景理論が家事労働では異なっている可能性もある。しかし本調査では今まで家事労働のストレス要因を測定する尺度が作られていない中で、一つの理論背景をもった調査票に則り比較を行ったことに意義を持つ。今後より多面的に踏み込んだ調査を展開していく必要が考えられる。

資料

1. 家事労働版NIOSH調査票
2. NIOSH職業性ストレス調査票(本研究での対象尺度)
3. DSM-IV 「大うつ病エピソード診断基準」
4. CES-D

1.家事労働版NIOSH調査票

あなたの家事労働についてお聞きします。

家事労働とは、炊事、掃除、洗濯、買い物などの基本的な家庭生活維持のための労働を示し、介護や育児に関連するものも含まれます。

下記の質問項目を読み、あてはまる番号に○をつけてください。

1) あなたの家庭の状況について次の質問にお答えください。

①全く違う ②少し違う ③どちらとも言えない ④だいたいあてはまる ⑤大いにあてはまる

1. 私の家庭では調和がとれている	①	②	③	④	⑤
2. 私の家庭ではだれが何をすべきかでよく口論になる	①	②	③	④	⑤
3. 私の家族の間で意見の食い違いがある	①	②	③	④	⑤
4. 私の家庭では意見の衝突がある	①	②	③	④	⑤
5. 私の家族はお互いの意見を理解・尊重している	①	②	③	④	⑤
6. 私の家族の間には友好的な雰囲気がある	①	②	③	④	⑤

2) 現在あなたが家事の上で影響力(裁量権)があるかをお尋ねします。

影響力とは他の人に指示する権限や、自分の家事内容を決める自由がどの程度あるかを意味します。次の各項目に対してどのくらい影響力があるかお答えください。

①ほとんどない ②あまりない ③まあまあある ④たくさんある ⑤非常にたくさんある

1. 自分の家事の種類への影響力	①	②	③	④	⑤
2. 自分の家事に必要な消耗品や備品を手に入れることへの影響力	①	②	③	④	⑤
3. 自分の家事の順序への影響力	①	②	③	④	⑤
4. 自分の家事の量への影響力	①	②	③	④	⑤
5. 自分の家事のペース(どれくらい速くあるいはゆっくり働くか)への影響力	①	②	③	④	⑤
6. 自分の家事の質への影響力	①	②	③	④	⑤

7. 自分の家事の作業場での物の配置や飾り付けへの影響力	①	②	③	④	⑤
8. あなたの家庭でだれがどの作業をするかの決定への影響力	①	②	③	④	⑤
9. 自分の家事労働時間または家事労働スケジュールへの影響力	①	②	③	④	⑤
10. あなたのいつまでに家事をするかの決定への影響力	①	②	③	④	⑤
11. あなたの家庭での家事の方針、手順への影響力	①	②	③	④	⑤
12. 自分の家事に必要な材料を手に入れることへの影響力	①	②	③	④	⑤
13. あなたの家族の家事に関する教育や訓練への影響力	①	②	③	④	⑤
14. あなたの家庭の机・椅子や調度品やその他の機器を置く場所への影響力	①	②	③	④	⑤
15. 家事を先に進めて休憩が取れる	①	②	③	④	⑤
16. 全体として家事や家事に関連することへの影響力	①	②	③	④	⑤

3) 次の人たちはあなたの家事が楽になるように、どのくらい配慮や手助けをしてくれますか

1. 配偶者	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
2. 義理の両親	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
3. 自分の両親	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
4. その他の親族	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
5. 友人	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない

次の人たちと普段からどれくらい気軽に話ができますか

1. 配偶者	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
2. 義理の両親	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
3. 自分の両親	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
4. その他の親族	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない

5. 友人	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
-------	-------------------------------------

家事で困ったことができた場合、次の人たちはどのくらい頼りになりますか

1. 配偶者	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
2. 義理の両親	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
3. 自分の両親	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
4. その他の親族	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
5. 友人	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない

次の人たちはあなたの個人的な問題を相談したら、どのくらい聞いてくれますか

1. 配偶者	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
2. 義理の両親	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
3. 自分の両親	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
4. その他の親族	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
5. 友人	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない

4) 次のようなことがあなたの家事でどのくらいの頻度で起きるかお答えください。

①めったにない ②ごくたまにある ③時々ある ④しばしばある ⑤よくある

1. 非常に速く働かなければならないこと	①	②	③	④	⑤
2. とても一生懸命働かなければならないこと	①	②	③	④	⑤
3. 時間がなくて家事を処理しきれないこと	①	②	③	④	⑤
4. 非常にたくさんの家事をしなければならぬこと	①	②	③	④	⑤
5. 家事の負荷が著しく増えること	①	②	③	④	⑤
6. 家事に必要な集中度が著しく増えること	①	②	③	④	⑤
7. ものごとを考えるスピードを著しく速くしなければならぬこと	①	②	③	④	⑤
8. 自分の得意なことをする機会	①	②	③	④	⑤
9. 以前の経験や教育・訓練で得た技能を使えること	①	②	③	④	⑤

5) 次の項目はあなたの家事のいろいろな側面に関するものです。
 あなたの家事ではそれぞれがどの程度あるか数字でお答えください。

①ほとんどない ②少しある ③いくらかある ④かなりある ⑤非常にある

1. 家事の負荷がゆるやかになることがありますか	①	②	③	④	⑤
2. 集中して考える余裕はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
3. 家事の量はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
4. あなたはどのくらいの量の家事をすることを期待されていますか	①	②	③	④	⑤
5. 家事をする時間的余裕はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
6. いくつくらいの家事を抱えていますか	①	②	③	④	⑤
7. きつい家事をしている合間に、一時的に家事を減らすことができることはどれくらいありますか	①	②	③	④	⑤
8. 家事を通して、家族の将来に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤
9. 家事を通して家族の生活上の安全に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤
10. 他の人の家事労働を促す責任がどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
11. 健康で幸福な家族の生活に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤

6) 次の文章はあなたの家事にどの程度当てはまるかお示してください

①大いに当てはまる ②どちらかといえば当てはまる ③どちらかといえば違う ④全く違う

1. かなり注意を集中する必要がある	①	②	③	④
2. たくさんの異なった事柄・状況を覚えておく必要がある	①	②	③	④
3. いつも家事のことを考えていなければならない	①	②	③	④
4. 気楽にしても家事を続けることができる	①	②	③	④
5. 他のことを考えながらも家事を続けることができる	①	②	③	④

2.NIOSH 職業性ストレス調査票

(本研究での対象尺度)

あなたの賃金労働についてお聞きします。

下記の質問項目を読み、あてはまる番号に○をつけてください。

1)あなたの職場(仕事または業務のグループ)の状況について次の質問にお答えください。

①全く違う ②少し違う ③どちらとも言えない ④だいたいあてはまる ⑤大いにあてはまる

1. 私のグループでは調和がとれている	①	②	③	④	⑤
2. 私のグループではだれが何をすべきかでよく口論になる	①	②	③	④	⑤
3. 私のグループのメンバーの間で意見の食い違いがある	①	②	③	④	⑤
4. 私のグループでは意見の衝突がある	①	②	③	④	⑤
5. 私のグループのメンバーはお互いの意見を支持している	①	②	③	④	⑤
6. 私のグループでは小グループ同士が衝突している	①	②	③	④	⑤
7. 私のグループのメンバーの間には友好的雰囲気がある	①	②	③	④	⑤
8. 私のグループのメンバーの間には仲間意識がある	①	②	③	④	⑤

2)現在あなたが仕事の上で影響力(裁量権)があるかをお尋ねします。

影響力とは他の人の仕事を指示する権限や、自分の仕事を決める自由がどの程度あるかを意味します。次の各項目に対してどのくらい影響力があるかお答えください。

①ほとんどない ②あまりない ③まあまあある ④たくさんある ⑤非常にたくさんある

1. 自分の仕事の種類への影響力	①	②	③	④	⑤
2. 自分の仕事に必要な消耗品や備品を手に入れることへの影響力	①	②	③	④	⑤
3. 自分の仕事の順序への影響力	①	②	③	④	⑤
4. 自分の仕事の量への影響力	①	②	③	④	⑤
5. 自分の仕事のペース(どれくらい速くあるいはゆっくり働くか)への影響力	①	②	③	④	⑤
6. 自分の仕事の質への影響力	①	②	③	④	⑤
7. 自分の作業場所での物の配置や飾り付けへの影響力	①	②	③	④	⑤

8. あなたの職場でだれがどの作業をするかの決定への影響力	①	②	③	④	⑤
9. 自分の勤務時間または勤務スケジュールへの影響力	①	②	③	④	⑤
10. あなたの職場としていつまでに仕事をするかの決定への影響力	①	②	③	④	⑤
11. あなたの職場での仕事の方針、手順、出来高への影響力	①	②	③	④	⑤
12. 自分の仕事に必要な材料を手に入れることへの影響力	①	②	③	④	⑤
13. あなたの職場の従業員の教育・訓練への影響力	①	②	③	④	⑤
14. あなたの職場の机・椅子や調度品やその他の機器を置く場所への影響力	①	②	③	④	⑤
15. 仕事を先に進めて勤務時間中に短い休憩が取れる	①	②	③	④	⑤
16. 全体として仕事や仕事に関連することへの影響力	①	②	③	④	⑤

3) 次の人たちはあなたの仕事が楽になるように、どのくらい配慮や手伝いをしてくれますか？

1. 直属の上司	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
2. 職場の同僚	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
3. 配偶者、友人、親族	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない

次の人たちとどれくらい気軽に話ができますか

1. 直属の上司	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
2. 職場の同僚	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
3. 配偶者、友人、親族	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない

仕事で困ったことができた場合次の人たちはどのくらい頼りになりますか

1. 直属の上司	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
2. 職場の同僚	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない
3. 配偶者、友人、親族	①非常に	②ある程度ある	③少し	④まったくない	⑤そういう人はいない

次の人たちはあなたの個人的な問題を相談したら、どれくらい聞いてくれますか

1. 直属の上司	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
2. 職場の同僚	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない
3. 配偶者、友人、親族	①非常に ②ある程度ある ③少し ④まったくない ⑤そういう人はいない

4) 次のようなことがあなたの仕事でどのくらいの頻度で起きるかお答えください。

①めったにない ②ごくたまにある ③時々ある ④しばしばある ⑤よくある

1. 非常に速く働かなければならないこと	①	②	③	④	⑤
2. とても一生懸命働かなければならないこと	①	②	③	④	⑤
3. 時間がなくて仕事を処理しきれないこと	①	②	③	④	⑤
4. 非常にたくさんの仕事をしなければならぬこと	①	②	③	④	⑤
5. 仕事の負荷が著しく増えること	①	②	③	④	⑤
6. 仕事に必要な集中度が著しく増えること	①	②	③	④	⑤
7. ものごとを考えるスピードが著しく速くなること	①	②	③	④	⑤
8. 学校で学んだ技能や知識を仕事で使うこと	①	②	③	④	⑤
9. 自分の得意なことをする機会	①	②	③	④	⑤
10. 以前の経験や教育・訓練で得た技能を使えること	①	②	③	④	⑤

5) 次の項目はあなたの仕事のいろいろな側面に関するものです。あなたの仕事ではそれぞれがどの程度あるか数字でお答えください。

①ほとんどない ②少しある ③いくらかある ④かなりある ⑤非常にある

1. 仕事の負荷がどのくらいゆるやかになることがありますか？	①	②	③	④	⑤
2. 集中して考える余裕はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
3. 仕事の量はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
4. あなたはどのくらいの量の仕事をするを期待されていますか	①	②	③	④	⑤
5. 仕事をする時間的余裕はどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤

6. いくつくらいの仕事(プロジェクト・割り当て・作業)を抱えていますか	①	②	③	④	⑤
7. きつい仕事をしている合間に一時的に仕事なくなることはどのくらいありますか	①	②	③	④	⑤
8. 他の人の将来に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤
9. 他の人の仕事上の安全に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤
10. 他の人の労働意欲(モラル)に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤
11. 他の人の福祉や生活に対してどのくらい責任がありますか	①	②	③	④	⑤

6) 次の文章はあなたの仕事にどの程度当てはまるかお示ください

①大いにあてはまる ②どちらかといえばあてはまる ③どちらかといえば違う ④全く違う

1. かなり注意を集中する必要がある	①	②	③	④
2. たくさんの異なった事柄を覚えておく必要がある	①	②	③	④
3. いつも仕事のことを考えていなければならない	①	②	③	④
4. 気楽にしても仕事を続けることができる	①	②	③	④
5. 他のことを考えながらも仕事を続けることができる	①	②	③	④

3.DSM-IV「大うつ病エピソードの診断基準」

DSM-IV「大うつ病エピソードの診断基準」

A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。

注) 明らかに、一般身体疾患、または気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。

(1) その人自身の言明(例：悲しみまたは空虚感を感じる)か、他者の観察(例：涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

注：小児や青年ではいらだたしい気分もありうる

(2) ほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（その人の言明、または他者の観察によって示される）

(3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例：一ヶ月で体重の5%以上の変化）、またはほとんどの毎日の食欲の減退、または増加

(4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多

(5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または静止（他者によって観察可能で、ただだんに落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感觉でないもの）

(6) ほとんど毎日の疲労感または気力の減退

(7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめたり病気になったことに対する罪の意識ではない）

(8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる。（その人自身の言明による、または他者によって観察される）

(9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C. 症状は臨床的に著しい、苦痛、または社会的、職業的または他の縦横な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（甲状腺機能低下症）によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2カ月を超えて続くか、または著名な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動静止があることで特徴づけられる。

4.CES-D

この一週間のあなたの心や体の状況についてお聞きいたします。

下の 20 の質問を読んでください。各々の事柄について

もしこの 1 週間でまったくないか、あっても 1 日も続かない場合は【A】

週のうち 1~2 日なら【B】、週のうち 3~4 日なら【C】、週のうち 5 日以上なら【D】 のところを○で囲んでください

1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3. 家族や友人に励ましてもらっても元気が出ない。	A	B	C	D
4. 私は他の人と同じくらい能力があると思う	A	B	C	D
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D
6. ゆううつだ	A	B	C	D
7. 何をするのもめんどうだ。	A	B	C	D
8. これから先のことについて積極的にかんがえることができる。	A	B	C	D
9. 過去のことについてくよくよ考える	A	B	C	D
10. 何か恐ろしい気持ちがある	A	B	C	D
11. なかなか眠れない	A	B	C	D
12. 生活について不満なく過ごせる	A	B	C	D
13. 普段より口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19. 皆が自分を嫌っていると感じる。	A	B	C	D
20. 仕事が手に付かない	A	B	C	D

謝辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様、ならびに対象施設の院長をはじめとする職員の皆様方に深く感謝する。指導教員の愛知淑徳大学諏訪真美教授には研究案の作成から対象者のリクルート、論文作成、学会発表まで、非常に丁寧にご指導いただき、多くの面でサポートいただいた。愛知淑徳大学の天野成昭教授には、統計処理、基本的な論文作成の技術、プレゼンテーションの技術、研究費関連の書類作成など研究者としての基本的な技能について、多くの時間、ご指導いただいた。

また博士論文の最終的な審査として、愛知淑徳大学の佐々木政人教授、独立行政法人国立病院機構東尾張病院の院長である舟橋龍秀先生にご指導をいただいた。

名古屋大学の鈴木國文教授には、研究計画から論文作成まで、広い視点からご指導いただいた。また学会発表や論文投稿、中間発表会時には愛知淑徳大学、名古屋大学を中心とする多くの先生方にご指導をいただいた。

なお、本研究は日本作業療法士協会日本作業療法士協会平成 24 年度課題研究助成制度の助成をいただき、実施することができた。

本論文は多くの方々のご指導なしでは作成することができず、そのご指導に深く感謝の意を記す。