

就労者における抑うつ状態の関連要因

—若年層および中高年層の比較—

イワタ ユカ アリモト アズサ タダカ エツコ
岩田 由香*1 有本 梓*2 田高 悦子*3

目的 就労者における抑うつは、就労者個人はもとより社会全体における喫緊の課題であるが、その影響および方策は若年層および中高年層では異なる可能性がある。しかしながら若年層および中高年層の層別にまた同時に検討したものはまだ十分とは言えない。就労者の抑うつに対する公衆衛生による介入をより適切にするためには、対象に応じた方策を検討する必要がある。そこで本研究では、若年層および中高年層の層別に抑うつ状態とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

方法 対象は、首都圏A大規模製造事業場に勤務する20～59歳の従業員543名（全数）であり、無記名自記式質問紙調査（留め置き法）を実施した。調査時期は、2016年9～11月である。抑うつ状態はK6を用いて評価し、関連要因として、基本属性、BMI、主観的健康感、生活習慣（Breslow）、ヘルスリテラシー（伝達の・批判的ヘルスリテラシー）等を把握した。分析は、20～39歳の若年層と40～59歳の中高年層別に抑うつ群および非抑うつ群における関連要因の群間比較をCochran-Mantel-Haenszel検定および一元配置分散分析にて検討した。

結果 回答者数は417名（回答率76.8%）であり、K6、生活習慣、ヘルスリテラシーの項目に欠損のない有効回答者数387名（有効回答率71.3%）を分析対象とした。対象者の平均年齢は38.0±10.6歳、男性87.1%であった。抑うつ群は、全体では32.3%、若年層では33.9%、中高年層では30.2%であった。抑うつ状態の関連要因は、全体では、BMI、主観的健康感、Breslowの健康習慣得点、睡眠、軽度の身体活動、ヘルスリテラシー得点であり、若年層では、BMI、主観的健康感、間食習慣、睡眠、ヘルスリテラシー得点、中高年層では、主観的健康感、喫煙習慣、睡眠、軽度の身体活動であった。

結論 就労者の抑うつ状態の関連要因は若年層および中高年層の年齢階級別に異なることが明らかとなった。抑うつ状態の影響の緩和および予防の方策に向けては、就労者の年齢階級別の特性を考慮し、若年層ではヘルスリテラシーを勘案した組織レベルでの健康増進の取り組みや、中高年層では主観的健康感を勘案した個人・組織レベルでの生活習慣の変容に向けた取り組みなどの重要性が示唆された。

キーワード 抑うつ状態、就労者、若年、中高年、生活習慣、ヘルスリテラシー

I 緒 言

自殺は、日本を含む先進国における重要な健

康課題の一つである。日本における自殺は、全年齢では死因の第7位、成人期若年層（20～39歳）では死因の第1位であるが、この成人期若

*1 横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学分野助教 *2 同准教授

*3 北海道大学大学院保健科学研究所創成看護学分野教授

年層の死因のトップが自殺であるのは先進国にはみられない日本特有の状況である¹⁾。成人期の自殺対策として抑うつ状態へ着目することの重要性は自明であり、抑うつ状態の好発時期が成人期若年層であることはすでに知られているが²⁾、最新の報告によれば、成人期若年層の自殺者数における抑うつ状態にある者の割合は46.3%にも上る³⁾。

成人期の抑うつの背景には、そのライフステージの特性の一つである就労が挙げられる。成人期就労者は、公私ともにその責任を担うライフステージである一方、就労もしくは職場という心理社会的ストレスを常に受けやすい⁴⁾。また成人期の抑うつの発生は、その後の就労者の中長期的な生産年齢期間はもとより、高齢期以降も含め生涯にわたる健康や生活への影響が大きい。よって成人期の就労者における抑うつ状態の発症と進行の予防に向けての取り組みは、就労者個人はもとより社会全体における喫緊の課題である。

先行研究によると、抑うつ状態と健康や生活との関連については一定の蓄積がある。例えば、地域住民では、抑うつにある者は食習慣や運動習慣を含む生活習慣に問題が生じやすいこと⁶⁾、うつ病患者では、ヘルスリテラシーの低さや、適切な健康情報や治療への結びつきにくさが、うつ病発症のリスクを高めていること⁷⁾等であるが、成人期就労者における抑うつ状態の関連要因について、特に一次予防の観点から重要な生活習慣およびヘルスリテラシーとの関連をみたものは十分とは言えない。

加えて成人期就労者のうち、若年層および中高年層では、抑うつ状態と生活習慣およびヘルスリテラシーの関連が異なる可能性がある。生活習慣においては、若年層では、非定型うつが高頻度にみられ、症状として過食や過眠等が生じると考えられるのに対して、中高年層では従来型うつが多く、症状として食欲の減退や入眠障害等が生じると考えられる点で異なる。またヘルスリテラシーにおいては、若年層では抑うつ症状を呈しても専門家等には必ずしも相談せず個人レベルで解決しようとする傾向があり⁸⁾、

またヘルスリテラシーは他の世代に比して一定に高いものの行動変容には直結しにくい⁹⁾のに対して、中高年層では体調の変化に対し早期に専門家に相談するなど対処行動がとれるものの⁸⁾、ヘルスリテラシーは他の世代に比してばらつきが大きいことが報告されている⁹⁾。以上のことから、成人期就労者の抑うつ状態と生活習慣およびヘルスリテラシー等との関連については、若年層と中高年層で異なる可能性が示唆される。しかしながら若年層および中高年層の層別にまた同時に抑うつ状態と生活習慣およびヘルスリテラシーとの関連を検討したものはまだ十分とは言えない。就労者の抑うつに対する公衆衛生による介入をより適切にするためには、対象に応じた方策を検討する必要がある。

以上のことから、本研究では、若年層および中高年層の就労者における抑うつ状態と、生活習慣ならびにヘルスリテラシーとの関連を層別に明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 対象

首都圏に所在するA大規模製造事業場に勤務する20～59歳の従業員543名（全数）である。

(2) 調査方法

無記名自記式質問紙調査（留め置き法）を2016年9～11月に行った。調査票は、調査依頼状とともに対象者へ個別に配布され、本研究の主旨に同意が得られた場合のみ無記名にて回収された。

(3) 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、世帯構成、雇用形態、Body Mass Index (BMI)、治療中の疾患の有無、主観的健康感について尋ねた。主観的健康感は「とても健康である」「まあ健康である」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4件法を用いた。

2) 抑うつ状態

抑うつ状態の評価は、うつ病・不安障害のス

クリーニン グ尺度であるK6¹⁰⁾を用いた。K6は6項目5件法、得点範囲0～24点の尺度であり、合計得点が高いほど抑うつであることを示す。K6のカットオフ値は先行研究¹¹⁾を参考に5点とし、0～4点を「非抑うつ群」、5～24点を「抑うつ群」とした。

3) 生活習慣

健康習慣の評価には、Breslowの7つの生活習慣¹²⁾を用いた。すなわち①喫煙習慣がない、②飲酒をほとんどしないまたは適正な飲酒（週2～4日の休肝日がある）、③週5日以上朝食を食べる、④週2日以上かつ1日30分以上の運動習慣がある、⑤間食の習慣がない、⑥7時間以上の睡眠をとる、⑦適正体重BMI 25kg/m²未満、であるかどうかについて尋ね、「健康習慣」に該当する場合を得点「1」とし、合計得点を算出した（得点範囲0～7点）。

また食嗜好習慣の評価として、主食・主菜・副菜が揃う頻度および、食行動・食態度の積極性尺度の下位尺度“総括的評価”¹³⁾を用いた。食行動・食態度の積極性尺度の下位尺度“総括的評価”は5項目4件法の尺度であり、合計得点が高いほど食事に対する全体的な満足度が高いことを示す（得点範囲0～15点）。

また運動習慣の評価として、International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) 日本語版短縮版¹⁴⁾¹⁵⁾を用いた。3種類の身体活動、すなわち①歩行、②中等度の身体活動、③強い身体活動の時間（分）と頻度（日）について尋ね、総身体活動のメッツ値を算出し、IPAQカテゴリ1「低レベル」、2「中等度レベル」、3「高レベル」に分類した。

4) ヘルスリテラシー

ヘルスリテラシーの評価には、一般市民向け伝達の・批判的ヘルスリテラシー尺度¹⁶⁾¹⁷⁾を用いた。5項目5件法、得点範囲5～25点の尺度であり、合計得点が高いほどヘルスリテラシーが高いことを示す。

(4) 分析方法

対象を20～39歳の若年層と40～59歳の中老年層に分類し、それぞれの年齢階級別に、K6の

表1 基本属性 (n=387)

	(単位 名)	
	n	%
性別		
男性	337	87.1
女性	50	12.9
年齢 (歳)		
平均値±標準偏差	38.0±10.6	
20～39歳	218	56.3
40～59	169	43.7
世帯構成		
未婚の子と同居	138	35.7
ひとり暮らし	107	27.6
夫婦ふたり暮らし	60	15.5
親と同居	52	13.4
夫婦、親と同居	16	4.1
配偶者なし、子と同居	5	1.3
雇用形態		
正規	383	99.0
非正規	4	1.0
BMI (kg/m ²)		
平均値±標準偏差	23.5±3.7	
治療中の疾患		
あり	95	24.5
なし	291	75.2
主観的健康感		
とても健康である	32	8.3
まあ健康である	274	70.8
あまり健康ではない	68	17.6
健康ではない	10	2.6

注 BMI: Body Mass Index, 欠損値を除く。

カットオフ値を用いた抑うつ群および非抑うつ群における生活習慣ならびにヘルスリテラシーの群間比較を、Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) 検定、および一元配置分散分析 (ANOVA) にて検討した。統計ソフトはSPSS Statistics23.0を使用し、有意水準は5%とした。

(5) 倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学医学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した（受付番号：A15 0122012, 2015年2月6日承認）。

Ⅲ 結 果

(1) 分析対象者の概要 (表1)

回答者数は417名（回答率76.8%）であり、K6、生活習慣、ヘルスリテラシーの項目に欠損のない有効回答者数387名（有効回答率71.3%）を分析対象とした。表1に分析対象者の基本属性を示す。平均年齢は38.0±10.6歳、男性が87.1%を占めていた。世帯構成は未婚の子と同居が35.7%と最も多く、次いでひとり暮らしが27.6%、夫婦ふたり暮らしが15.5%であった。

表2 K6スコア2群と基本属性、生活習慣ならびにヘルスリテラシーとの関連

(単位 名)

	全体 (n = 387)			若年層 (n = 218)			中年層 (n = 169)		
	K6スコア		群間比較 有意確率	K6スコア		群間比較 有意確率	K6スコア		群間比較 有意確率
	0-4点 (n = 262) n (%)	5点以上 (n = 125) n (%)		0-4点 (n = 144) n (%)	5点以上 (n = 74) n (%)		0-4点 (n = 118) n (%)	5点以上 (n = 51) n (%)	
基本属性									
性別 ^{a)}									
男性	234(89.3)	103(82.4)	0.083	132(91.7)	63(85.1)	0.211	102(86.4)	40(78.4)	0.083
女性	28(10.7)	22(17.6)		12(8.3)	11(14.9)		16(13.6)	11(21.6)	
年齢(歳) ^{b)c)}	38.3±10.7	37.3±10.5	0.397	29.9±5.3	30.0±5.7	0.832	48.6±5.0	47.9±5.6	0.427
世帯構成 ^{b)}									
未婚の子と同居	95(37.4)	43(34.7)		37(25.7)	16(21.6)		58(49.2)	27(52.9)	
ひとり暮らし	71(28.0)	36(29.0)		54(37.5)	32(43.2)		17(14.4)	4(7.8)	
夫婦ふたり暮らし	42(16.5)	18(14.5)		26(18.1)	9(12.2)		16(13.6)	9(17.6)	
親と同居	31(12.2)	21(16.9)	0.744	21(14.6)	15(20.3)	0.869	10(8.5)	6(11.8)	0.571
夫婦、親と同居	12(4.7)	4(3.2)		4(2.8)	1(1.4)		8(6.8)	3(5.9)	
配偶者なし、子と同居	3(1.2)	2(1.6)		0(0.0)	1(1.4)		3(2.5)	1(2.0)	
雇用形態 ^{a)}									
正規	259(98.9)	124(99.2)	0.823	144(100.0)	74(100.0)	-	115(97.5)	50(98.0)	0.748
非正規	3(1.1)	1(0.8)		0(0.0)	0(0.0)		3(2.5)	1(2.0)	
BMI(kg/m ²) ^{2)b)c)}	23.2±3.4	24.0±4.1	0.044*	23.2±3.4	24.0±4.1	0.012*	23.6±3.4	23.7±3.7	0.902
治療中の疾患 ^{a)}									
あり	70(26.8)	25(20.0)	0.184	23(16.0)	8(10.8)	0.398	47(39.8)	17(33.3)	0.532
なし	191(73.2)	100(80.0)		120(83.3)	66(89.2)		71(60.2)	34(66.7)	
主観的健康感 ^{b)}									
とても健康である	25(9.6)	7(5.7)		17(11.8)	6(8.1)		8(6.8)	1(2.0)	
まあ健康である	198(75.9)	76(61.8)	<0.001**	103(71.5)	42(56.8)	0.002**	95(80.5)	34(66.7)	0.006**
あまり健康ではない	35(13.4)	33(26.8)		21(14.6)	21(28.4)		14(11.9)	12(23.5)	
健康ではない	3(1.1)	7(5.7)		2(1.4)	5(6.8)		1(0.8)	2(3.9)	
Breslowの健康習慣 ³⁾									
合計得点 ^{b)c)}	4.6±1.2	4.4±1.2	0.032*	4.6±1.2	4.3±1.3	0.068	4.6±1.2	4.4±1.0	0.272
喫煙 ^{a)}									
吸っていない	197(75.2)	102(81.6)	0.202	108(75.0)	56(75.7)	0.955	89(75.4)	46(90.2)	0.047*
吸っている	65(24.8)	23(18.4)		36(25.0)	18(24.3)		29(24.6)	5(9.8)	
飲酒 ^{a)}									
毎日は飲まない	206(78.6)	97(77.6)	0.923	124(86.1)	65(87.8)	0.885	82(69.5)	32(62.7)	0.498
毎日飲む	56(21.4)	28(22.4)		20(13.9)	9(12.2)		36(30.5)	19(37.3)	
朝食 ^{a)}									
週2回以上抜かない	204(77.9)	104(83.2)	0.279	100(69.4)	58(78.4)	0.217	104(88.1)	46(90.2)	0.902
週2回以上抜く	58(22.1)	21(16.8)		44(30.6)	16(21.6)		14(11.9)	5(9.8)	
運動 ^{a)}									
実施している	58(22.1)	29(23.2)	0.917	27(18.8)	13(17.6)	0.977	31(26.3)	16(31.4)	0.623
しない	204(77.9)	96(76.8)		117(81.3)	61(82.4)		87(73.7)	35(68.6)	
間食 ^{a)}									
週に3回未満	194(74.0)	82(65.6)	0.111	111(77.1)	28(37.8)	0.031*	83(70.3)	36(70.6)	0.880
週に3回以上する	68(26.0)	43(34.4)		33(22.9)	46(62.2)		35(29.7)	15(29.4)	
睡眠 ^{a)}									
とれている	163(62.2)	47(37.6)	<0.001**	85(59.0)	31(41.9)	0.024*	78(66.1)	16(31.4)	<0.001**
とれていない	99(37.8)	78(62.4)		59(41.0)	43(58.1)		40(33.9)	35(68.6)	
適正体重 ^{a)}									
BMI 25kg/m ² 未満	191(72.9)	83(66.4)	0.232	110(76.4)	49(66.2)	0.151	81(68.6)	34(66.7)	0.942
BMI 25kg/m ² 以上	71(27.1)	42(33.6)		34(23.6)	25(33.8)		37(31.4)	17(33.3)	
食嗜好習慣									
主食・主菜・									
ほとんど毎日	76(29.0)	32(25.6)		28(19.4)	13(17.6)		48(40.7)	19(37.3)	
副菜が揃う									
週に4〜5日	67(25.6)	26(20.8)	0.174	38(26.4)	13(17.6)	0.176	29(24.6)	13(25.5)	0.793
食事の頻度 ^{b)}									
週に2〜3日	83(31.7)	45(36.0)		53(36.8)	30(40.5)		30(25.4)	15(29.4)	
ほとんどない	36(13.7)	22(17.6)		25(17.4)	18(24.3)		11(9.3)	4(7.8)	
食への総合的評価 ^{d)b)c)}	4.2±2.1	4.7±2.2	0.071	4.0±2.2	4.6±2.1	0.064	4.5±1.9	4.8±2.4	0.492

表2つづき

	全体 (n = 387)			若年層 (n = 218)			中高年層 (n = 169)		
	K6スコア		群間比較 有意確率	K6スコア		群間比較 有意確率	K6スコア		群間比較 有意確率
	0-4点 (n = 262) n (%)	5点以上 (n = 125) n (%)		0-4点 (n = 144) n (%)	5点以上 (n = 74) n (%)		0-4点 (n = 118) n (%)	5点以上 (n = 51) n (%)	
運動習慣									
強度の身体活動 ^{a)}									
あり	76(29.0)	29(23.2)	0.281	49(34.0)	19(25.7)	0.270	27(22.9)	10(19.6)	0.788
なし	186(71.0)	96(76.8)		95(66.0)	55(74.3)		91(77.1)	41(80.4)	
中度の身体活動 ^{a)}									
あり	76(29.0)	35(28.0)	0.934	44(30.6)	23(31.1)	0.914	32(27.1)	12(23.5)	0.797
なし	184(70.2)	89(71.2)		99(68.8)	51(68.9)		85(72.0)	38(74.5)	
軽度の身体活動 ^{a)}									
あり	218(83.2)	91(72.8)	0.025*	118(81.9)	56(75.7)	0.362	100(84.7)	35(68.6)	0.029*
なし	44(16.8)	34(27.2)		26(18.1)	18(24.3)		18(15.3)	16(31.4)	
IPAQカテゴリ ^{5)b)}									
1:低レベル	216(82.4)	109(87.2)	0.452	112(77.8)	62(83.8)	0.436	104(88.1)	47(92.2)	0.715
2:中等レベル	46(17.6)	14(11.2)		32(22.2)	11(14.9)		14(11.9)	3(5.9)	
3:高レベル	0(0.0)	2(1.6)		0(0.0)	1(1.4)		0(0.0)	1(2.0)	
安静時間(分) ^{b)c)}	437.5±303.4	437.6±316.2	0.998	475.4±305.3	487.7±316.1	0.781	391.9±296.1	361.9±304.2	0.555
歩行速度 ^{a)}									
速い	178(67.9)	76(60.8)	0.205	97(67.4)	46(62.2)	0.540	81(68.6)	30(58.8)	0.292
速くない	84(32.1)	49(39.2)		47(32.6)	28(37.8)		37(31.4)	21(41.2)	
ヘルスリテラシー 合計得点 ^{6)b)c)}	17.3±3.5	16.3±3.4	0.006**	17.3±3.5	15.9±3.5	0.006**	17.4±3.5	16.8±3.2	0.336

注 1) *p<0.05, **p<0.01, a) Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) 検定, b) 一元配置分散分析, c) 平均値±標準偏差
 2) BMI: Body Mass Index
 3) Breslowの健康習慣: Breslowの7つの生活習慣に基づく健康指数¹²⁾, 7項目, 得点範囲0-7点
 4) 食への総括的評価: 食行動・食態度の積極性尺度総括的評価¹³⁾, 5項目, 得点範囲0-15点
 5) IPAQカテゴリ: International Physical Activity Questionnaire日本語版短縮版^{14,15)}
 6) ヘルスリテラシー: 一般市民向け伝達的・批判的ヘルスリテラシー尺度¹⁶⁾¹⁷⁾, 5項目, 得点範囲5-25点
 7) 欠損値は分析ごとに除外した

正規雇用を受けている者が99.0%であった。治療中の疾患はない者が75.2%であった。主観的健康感については、「とても健康である」「まあ健康である」者が合わせて79.1%であった。

(2) 全体におけるK6スコアと関連要因 (表2左列)

全体の非抑うつ群は262名 (67.7%), 抑うつ群は125名 (32.3%) であった。基本属性については, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, BMIが有意に高く (p = 0.044), 主観的健康感が有意に低かった (p = <0.001)。生活習慣については, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, Breslowの健康習慣得点が有意に低く (p = 0.032), 睡眠が有意に不足しており (p = <0.001), 軽度の身体活動が有意に不足していた (p = 0.025)。ヘルスリテラシーについては, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, ヘルスリテラシー得点が有意に低かった (p = 0.006)。

(3) 20~39歳の若年層におけるK6スコアと関連要因 (表2中列)

若年層の平均年齢は29.9±5.3歳であり, 男性が89.4%を占めていた。非抑うつ群は144名 (66.1%), 抑うつ群は74名 (33.9%) であった。基本属性については, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, BMIが有意に高く (p = 0.012), 主観的健康感が有意に低かった (p = 0.002)。生活習慣については, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, 間食をする習慣 (週に3回以上する) が有意にあり (p = 0.031), 睡眠が有意に不足していた (p = 0.024)。ヘルスリテラシーについては, 非抑うつ群と比較して抑うつ群では, ヘルスリテラシー得点が有意に低かった (p = 0.006)。

(4) 40~59歳の中高年層におけるK6スコアと関連要因 (表2右列)

中高年層の平均年齢は48.6±5.0歳であり, 男性が84.0%を占めていた。非抑うつ群は118名 (69.8%), 抑うつ群は51名 (30.2%) で

あった。基本属性については、非抑うつ群と比較して抑うつ群では、主観的健康感が有意に低かった ($p = 0.006$)。生活習慣については、非抑うつ群と比較して抑うつ群では、喫煙習慣が有意にあり ($p = 0.047$)、睡眠が有意に不足しており ($p = < 0.001$)、軽度の身体活動が有意に不足していた ($p = 0.029$)。

Ⅳ 考 察

本研究は、就労者の抑うつ状態にみられる生活習慣ならびにヘルスリテラシーとの関連が年齢階級ごとに異なることを明らかにしたものである。本研究の対象者の特徴として、「抑うつ群」の割合は32.3%であり、先行研究での報告¹¹⁾¹⁸⁾と同様であった。

若年層ではBMIが高いこと、主観的健康感が低いこと、間食習慣があること、睡眠が不足していること、ヘルスリテラシー得点が低いことが抑うつ状態の関連要因として示された。この知見は、食行動異常による体重増加は若年層に高頻度で見られる非定型うつの主症状であるという報告¹⁹⁾²⁰⁾に符合し、若年層における抑うつ状態では、BMIおよび間食習慣に着眼する必要性があることを示唆している。特にBMIは、これまで伝統的にメタボリックシンドロームやロコモティブシンドロームの指標として注目されてきたが²¹⁾、本研究では若年層就労者の抑うつ対策の観点からも注目すべき指標のひとつとなり得ることを示している。またヘルスリテラシーについては、対人関係やストレスにかかわるマネジメントを適切に行ったり、自ら考えて対処したりする、抑うつ予防行動変容に関わる能力である²²⁾。今日の若年層はインターネットがあって当然の時代に生まれたいわゆるデジタルネイティブ世代であり、デジタル機器の扱い方やインターネットに明るいと考えられる一方、それらを活用して自身の健康にかかわる情報を適切に収集したり、活用するスキルや、周囲の人々に適切に相談したり、援助を要請するスキルについては必ずしも十分ではない²³⁾可能性が示唆される。よって若年層就労者の抑うつ対策

としては、若年層就労者のヘルスリテラシーをより高められるような組織レベルでの健康増進の取り組みが重要である。

中高年層では、主観的健康感が低いこと、喫煙習慣があること、睡眠が不足していること、軽度な身体活動の不足が抑うつ状態の関連要因として示された。これらの知見では、喫煙習慣は、その依存性とうつ病の易発症性とは重積しやすいこと⁶⁾²⁴⁾、運動習慣は、職業性ストレスにより妨げられやすいこと²⁵⁾、余暇における身体活動が抑うつの発生を低下させること²⁶⁾等の知見と符合する。一方、抑うつ状態への緩衝効果を期待できるのは、単なる身体的活動ではなく、主観的健康感につらなる活気や満足感を得られる活動であるとの指摘がある²⁷⁾。中高年層では、家庭や社会で多様な役割を担うために生活が多忙となり、不規則な食生活や運動不足などになりやすい。またそのような生活習慣は自身が健康かどうかについての確信が持てなくなる悪循環にもつながると考えられる。このような中高年層の主観的健康感と生活習慣を個人の努力や熱意のみによって変容するのは困難である。よって中高年就労者の抑うつ対策としては、公私ともに重責を担いやすい中高年就労者がより主観的健康感を高め、より容易に生活習慣を変容できるような個人・組織レベルでの取り組みを推進することが必要である。

本研究は横断的研究デザインであり、因果関係の検証はできない。したがって因果関係を検討するためには縦断的研究デザインでの検討が必要である。また対象は首都圏に所在する1事業所からのみ選択されたものであることから代表性に限界がある。今後はより広範な地域ならびに業種の就労者を対象とする必要がある。

謝辞

本研究に御協力いただいたA社の関係者の皆様、対象者の皆様に厚く御礼申し上げます。また横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学分野の教室員ならびに研究協力者の皆様方にも御礼申し上げます。本研究は、平成28年度文部科学省「地（知）の拠点整備事業」（研究代表

者：田高悦子）の一部である。

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和2年版自殺対策白書. 2018 ;
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2020.html) 2021.2.19.
- 2) Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health* 2013 ; 34 : 119-38.
- 3) 厚生労働省. 令和元年中における自殺の状況. 2019 ; (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html) 2021.2.19.
- 4) Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015 ; 15(1) : 1-14.
- 5) 厚生労働省. 平成30年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況. 2019 ; (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h30-46-50_gaikyo.pdf) 2021.2.19.
- 6) 原田亜紀子, 浜崎伸夫, 今津芳恵. 地域住民の抑うつ状態と生活習慣の検討. *ストレス科学研究* 2011 ; 26 : 68-71.
- 7) Thompson A, Hunt C. Delay to Seek Treatment for Anxiety and Mood Disorders in an Australian Clinical Sample. 2008 ; 25(2) : 71-84.
- 8) 中村菜々子, 久田満. 企業の従業員におけるメンタルヘルス・リテラシーうつ症状に関する知識と対処行動の実行可能性を中心に-. *コミュニティ心理学研究* 2008 ; 12 : 23-34.
- 9) Berens EM, Vogt D, Messer M, et al. Health literacy among different age groups in Germany : results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2016 ; 16(1) : 1-8.
- 10) Furukawa T, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008 ; 17(3) : 152-8.
- 11) 寺内千絵, 田口理恵, 田高悦子, 他. 壮年期就労者の抑うつ状態に影響を与える職場・家庭・地域要因の検討. *厚生指標* 2014 ; 61(8) : 1-7.
- 12) Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine* 1980 ; 9(4) : 469-83.
- 13) 武見ゆかり. 高齢者における食からみたQOL指標としての食行動・食態度の積極性尺度の開発. *民族衛生* 2001 ; 67(1) : 3-27.
- 14) Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire : 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2003 ; 35(8) : 1381-95.
- 15) 村瀬訓生, 勝村俊仁, 上田千穂子, 他. 身体活動量の国際標準化 : IPAQ日本語版の信頼性, 妥当性の評価. *厚生指標* 2002 ; 49(11) : 1-9.
- 16) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. Developing a measure of communicative and critical health literacy : A pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International* 2008 ; 23(3) : 269-74.
- 17) 石川ひろの. ヘルスコミュニケーションとヘルシリテラシー. *保健医療社会学論集* 2006 ; 22(2) : 16-21.
- 18) 横田京子, 山村礎. 企業労働者の抑うつ状態と関連要因についての研究 - SDS (自己評価式抑うつ性尺度) と定期健康診断情報を用いて -. *日保学誌* 2007 ; 9(4) : 217-24.
- 19) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. 2013.
- 20) Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, et al. Depression with atypical features in the national comorbidity survey classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry* 2003 ; 60(8) : 817-26.
- 21) 伊藤絵梨子, 田高悦子, 白谷佳恵, 他. 都市部地域在住の壮年期住民におけるロコモティブシンドロームの実態とリスク要因の検討. *日本地域看護学会誌* 2017 ; 20(2) : 4-11.
- 22) Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, et al. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry* 2012 ; 12.
- 23) 前川由未子, 金井篤子. 職場におけるメンタルヘルス風土と労働者の援助要請およびメンタルヘルスの実態. *名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要心理発達科学* 2015 ; 62 : 27-37.
- 24) Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, et al. Major depression and stages of smoking : A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry* 1998 ; 55(2) : 161-6.
- 25) Kouvonen A, Kivimäki M, Elovainio M, et al. Job strain and leisure-time physical activity in female and male public sector employees. *Preventive Medicine* 2005 ; 41(2) : 532-9.
- 26) 甲斐裕子, 永松俊哉, 志和志忠, 他. 職業性ストレスに着目した余暇身体活動と抑うつとの関連性についての検討. *体力医学* 2009 ; 107 : 1-10.
- 27) 甲斐裕子, 永松俊哉, 山口幸生, 他. 余暇身体活動および通勤時の歩行が勤労者の抑うつに及ぼす影響. *体力研究* 2011 ; (109) : 1-8.