

日本の会社員はうつ病症状について 誰に相談したいと思うのか

——援助要請意図とその規定因の検討——

檜原 潤¹⁾・村中 昌紀
山川 樹・坂本 真士

1. 問題と目的

日本生産性本部が実施した企業アンケート調査においては、2012から2014年にかけて「心の病」が「増加傾向(29.2%)」もしくは「横ばい(58.0%)」にあるとした企業が大半を占めるという結果が得られている(公益財団法人日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所, 2014)。この調査を受けて川上(2015)が指摘したように、日本の企業ではメンタルヘルスの不調が増加したままで推移していると考えられ、有効な対策が必要とされている。特に、辞職や長期欠勤のリスクが高く、経済にもたらす悪影響が最も大きいとみなされている(斉藤, 2011)うつ病への対策は、重要性の高い課題といえるだろう。

会社員のうつ病への対策を進める上で近年重視されている観点のひとつとして、各種の専門家・非専門家もつゲートキーパー機能を強化するというものが挙げられる。ゲートキーパー機能とは、各種の専門家・非専門家が、身近にいる者のうつ病発症や自殺企図の兆候に気づき、その者の相談に乗って、最終的には精神科医・臨床心理士などの心理的問題の援助に特化した支援者につなぐという機能を指す(厚生労働省, 2010a)。近年では、総合診療を行う専門家がゲートキーパー機能を果たすことへの期待が高まっている。たとえば、産業医が企業内で早期のうつ病対策を進めるべきだとする指摘がなされている(斉藤, 2011)。また、会社員を含め誰もが気軽に利用できるであろうかかりつけ医をこれから地域で普及させ、精神科医との連携体制を今後築いていくべきだとする指針が打ち出されている(内閣府, 2013)。さらに、産業医の機能強化やかかりつけ医の普及を進めるのみならず、企業や家庭に対する教育を推進し、非専門家のゲートキーパー機能を強化するという指針もこれまでに提示されている(厚生労働省, 2010a)。

しかし、各種の専門家・非専門家もつゲートキーパー機能の強化が図られる一方で、相談を行う主体である会社員もつ、うつ病の援助要請(援助希求)意図の実態はこれまで明らかにされていない。うつ病の援助要請意図とは、「自身がもしうつ病になったら、この専

門家・非専門家に相談して援助を求めるつもりだ」という考えのことを指す。こうしたうつ病の援助要請意図が会社員の間で十分に形成されているかどうかの実態を把握せず、ゲートキーパー機能の強化ばかりを推し進めたとすれば、援助を受ける側と提供する側との間で認識の齟齬が生じかねないだろう。たとえば、うつ病について相談できる専門家の選択肢をいくら増やしても、会社員の側に援助要請意図が形成されていなければ、実際の援助要請行動にはつながりにくいと懸念される。また、うつ病の症状を呈した会社員に対して周囲の非専門家が相談に乗ってあげようとしても、当事者である会社員の側に「相談しよう」という意図が形成されていない場合には、周囲からの働きかけを当事者の側が拒む事態が起こってしまうかもしれない。

そこで本研究では、日本の会社員を対象として実施したアンケート調査のデータを活用し、各種の専門家・非専門家に対してうつ病の援助要請意図がどの程度強く抱かれているのか、実態を探索的に検討することとした。具体的には、精神科医・臨床心理士といった心理的問題の援助に特化した専門家に対してのみならず、総合診療を行う専門家や周囲の非専門家など、ゲートキーパーの役割を期待されている者に対しても援助要請意図が抱かれているのか、現状を明らかにすることとした。さらに、うつ病罹患者に対する偏見、うつ病の知識、回答者自身の抑うつ傾向といった複数種類の要因によって、各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さをどの程度予測できるか、量的に検討することとした。

これらの検討を行うことで、うつ病になった場合に相談する対象としての認識が進んでいない専門家・非専門家はどのようなものか、援助要請意図を強めるための働きかけを今後進める上でどのような要因に着目するべきかという点に関して、基礎的な知見を示すことが可能になるだろう。会社員におけるうつ病の援助要請意図に着目した調査を行うことで、ゲートキーパー機能の強化を軸としたうつ病対策の有効性を高める上での一助となる資料を示すことが本研究の目的である。

2. 方法

2-1. 調査概要・分析対象者

株式会社マクロミルが保有するオンラインアンケートモニターのうち、東京都、千葉県、神奈川県、埼玉県在住の会社員のサンプルを対象として2時点のインターネット調査を実施した。1時点目の調査（2015年11月）では、未成年や定年退職済みの者が含まれないよう、20歳から59歳の男女を対象にアンケートへの回答を依頼し、524名の回答を得た。2時点目の調査（2016年2月）では、1時点目の調査の回答者を対象にアンケートへの回答を依頼し、451名の回答を得た。

上記2時点の調査全体の目的は、一般会社員を対象に、うつ病関連の諸変数に着目した実態把握を行うことであった。まず、1時点目の調査の目的は、Muranaka, Yamakawa, & Sakamoto (2016) において詳述されているように、いわゆる新型うつを発症しやすい個人特

性であるとされる(坂本・村中・山川, 2014) 対人過敏傾向と自己優先志向を有する者が一般会社員の中にどの程度いるのかを把握することであった。また同時に、職業性ストレスの大きさや業種、職務内容といった諸変数が、対人過敏傾向と自己優先志向の強さとどのように相関するかの検討を行った。

2時点目の調査では、「1時点目で対人過敏傾向や自己優先志向が強かった者は、ストレスイベントを経験しやすく、抑うつ傾向を悪化させやすい」という仮説をまず検証した。さらに、まとまった人数の一般の会社員を対象にうつ病関連の調査を実施できる機会を有効活用するため、本論文の問題意識に照らし、アンケート項目数の上限が許す限り援助要請関連の変数についても検討を行った。

本論文では、うつ病の援助要請意図などの質問項目を含む、2時点目の調査のデータを分析した²⁾。2時点目の回答者451名のうち、現職正社員435名(男性229名, 女性206名)のデータのみを分析対象とし、休職中の正社員11名, 無職2名, 現職契約社員1名, 自営業1名, パート・アルバイト1名のデータは除外した。分析対象者435名の平均年齢は39.07歳($SD = 11.00$)であった。

アンケートの冒頭では、調査の概要と目的を提示し、回答が任意であることを明記した。なお、調査の実施については、著者らの所属機関の研究倫理委員会による事前の承認を受けていた(承認No. 27-36)。

2-2. 質問項目

各種の専門家・非専門家に対する、うつ病の援助要請意図 まず、「あなた自身がうつ病になったら、以下に挙げたものに相談することはどの程度ありそうですか」という質問文を提示した。その上で、「精神科医」「臨床心理士³⁾」「産業医・健康管理部門⁴⁾」「近所のかかりつけ医」という4種類の専門家と「家族・友人」「上司」「同僚」という3種類の非専門家に相談することがどの程度ありそうか、それぞれ7件法(1:まったくしない—4:どちらともいえない—7:非常にする)の単項目で評定するように求めた。

上記の設問においてどのような専門家・非専門家を取り上げるかは、著者らの合議に基づいて決定した。具体的には、うつ病の援助要請意図を扱った国外の先行研究(Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006)を参照しつつ、日本の会社員からみて相談が可能であると思われる者を挙げていく手続きを取った。「近所のかかりつけ医」については、かかりつけ医が日本において普及途上である中で、現時点でどの程度「うつ病について相談できる相手である」という認識が抱かれているのか、実態を把握する目的で項目に含めた。

うつ病患者に対する偏見 一般大学生を対象としたVogel, Wade, & Hackler (2007)の調査では、カウンセリング利用者の人間性に関する否定的評価(偏見)が、セルフ・スティグマ(「もし自分がカウンセリングを利用することになれば、自尊心が下がるだろう」という考え)を強化し、最終的に援助要請意図を弱めるというプロセスが示されている。本研究では、

このVogel et al. (2007) の報告を踏まえ、うつ病の援助要請意図に影響しうる要因のひとつとして、うつ病罹患に対する偏見を測定することとした。

うつ病罹患に対する偏見の測定には、邦訳版Depression Stigma Scale (中根・吉岡・中根, 2006) を用いた。回答者には、「うつ病は個人的な弱さのあらわれだ」などの9項目について、5件法(1:強く反対-5:強く賛成)で評定するように求めた。9項目の単純加算平均値は2.82 ($SD = 0.62$, $\alpha = .83$)であった。

うつ病の知識 小池・伊藤(2012)は、一般大学生を対象とした教育を実施し、うつ病の症状や原因などに関する知識を増やす介入を実施した。そして、うつ病に関する知識量の増加が病識の向上につながり、結果として精神科医に対する援助要請意図の向上につながることを示している。本研究では、この小池・伊藤(2012)の報告を踏まえ、うつ病の援助要請意図に影響しうる要因のひとつとして、回答者がもつうつ病の知識量を測定することとした。

回答者には、うつ病の知識を問う正誤問題(山川他, 2012)9項目(Table 1)への回答を求めた。この正誤問題は、うつ病の知識を多側面(原因, 症状, 治療・対処, 疫学)にわたっ

Table 1 うつ病の知識を問う正誤問題9項目(山川他, 2012)の正答率と困難度・識別力

	正答	正答率 (%)	困難度	識別力
1. うつ病患者の50%以上において、睡眠障害の症状が現れる	○	82.5	-1.23	1.97
2. うつ病では、めまいや倦怠感など身体症状だけが現れることもある	○	81.4	-1.22	1.82
3. うつ病では、たいてい、朝方よりも夕方の方が症状は重い	×	64.8	1.15	-0.57
4. 友達がうつ病になったら励ました方がよい	×	88.1	5.66	-0.36
5. 抗うつ薬の効果は服用後すぐにあらわれる	×	80.5	2.24	-0.69
6. 女性のほうが男性よりもうつ病になりやすいといわれている	○	48.7	0.11	0.51
7. 他の病気やその治療薬が引き金となって、うつ病になることがある	○	79.3	-1.27	1.42
8. 精神症状や身体症状がほぼ毎日、1日中現れ、1週間以上続く場合に、うつ病と診断される	×	40.9	-0.39	-1.20
9. 厚生労働省によると日本人の15人に1人が、一生のあいだに一度はうつ病を経験するといわれている	○	71.5	-0.70	2.20

注) 項目の困難度は、「うつ病の知識量を表す潜在得点が何点であれば、その項目への正答確率が50%となるのか」を表す。潜在得点は、正誤問題の回答のパターンをもとに、平均が0、標準偏差が1.0となるように算出された値である。識別力は、「その項目に正答できるだけの知識量を回答者が持っていたか否かを、正確に見分けられる度合い」を表す。識別力が正の大きい値になるほど、識別の正確性が高いことを意味する。識別力の負の値は、「うつ病の知識量が少ない方が、その項目にかえって正答しやすくなってしまう」ということを表す。

て問うものであり、著者らの把握する限りでは国内で唯一の、うつ病に関する知識の多寡を量的に評定できる尺度である。一般大学生を対象とした先行研究(山川他, 2012)において、この尺度の α 係数は.68という値を示していた。

しかし、本研究においては、うつ病の知識を問う正誤問題9項目に関して、 α 係数が.14と極めて小さな値を示した。このことから、本研究においては正誤問題の正答数をその回答者の知識量とみなすことが不適切であると判断し、後述する代替策を用いた上でうつ病の知識量の得点化を行うこととした。

抑うつ傾向 アルバイト等を含む職業人を対象に質問紙調査を実施した宮仕(2010)は、職業人がもつ悩みの深刻度が高いほど、セルフ・スティグマが強化され、最終的にカウンセラーに対する援助要請意図が弱まるというプロセスを示した。本研究では、この宮仕(2010)の報告を踏まえ、うつ病の援助要請意図に影響しうる要因のひとつとして、うつ病罹患患者自身の抑うつ傾向の強さを測定することとした。

抑うつ傾向の測定には、インターネット調査に含めることのできる項目数に上限があることを考慮して、抑うつ傾向の簡便な測定尺度である邦訳版K10尺度(Furukawa et al., 2008)を用いた。回答者には、過去30日間の精神的健康の状態について想起させ、「理由もなく疲れ切ったように感じましたか」などの10項目について、5件法(1:全くない, 2:少しだけ, 3:ときどき, 4:たいてい, 5:いつも)で評定するように求めた。10項目の単純加算平均値は2.02($SD = 0.92$, $\alpha = .95$)であった。

2-3. 分析方針

まず、各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の評定の平均値を求め、それらの平均値が4点(どちらともいえない)と比べて大きかったのか小さかったのか、 t 検定を実施して検討した。

次に、うつ病の知識を問う正誤問題9項目に対して、項目反応理論に基づくモデルの一種である2パラメタロジスティックモデルを適用した。このモデルを適用した分析を実施することで、正誤問題各項目が持つ困難度(難易度)と識別力(その項目に正答できるだけの知識量を回答者が持っていたか否かを、正確に見分けられる度合い)を推定することが可能となる。その推定結果を踏まえ、「回答者が基礎的な知識を有しているか否か」を適切に判別できる項目を特定し、うつ病の知識量をどのように得点化するかを決定した。

最後に、各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さを、うつ病罹患患者に対する偏見、うつ病の知識、抑うつ傾向、年齢という諸変数で予測する重回帰分析を実施した。

3. 結果

3-1. 各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さの検討

各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の評定に関して、平均値と標準偏差を

Table 2にまとめた。 t 検定を実施した結果、「精神科医」「臨床心理士」「家族・友人」に関しては、評定の平均値が4点（どちらともいえない）を有意に上回ったこと、つまり「相談する」と評定される傾向にあったことが示された ($ts \geq 6.13$, $ps < .001$, $ds \geq 0.59$)。一方、「産業医・健康管理部門」「近所のかかりつけ医」「上司」「同僚」に関しては、評定の平均値が4点を有意に下回っていたこと、つまり「相談しない」と評定される傾向にあったことが示された ($ts \leq -3.08$, $ps \leq .002$, $ds \leq -0.30$)。

3-2. うつ病の知識を問う正誤問題9項目の困難度と識別力の検討

うつ病の知識を問う正誤問題9項目について、2パラメタロジスティックモデルを適用し、各項目の困難度と識別力を推定した (Table 1)。「回答者が基礎的な知識を有しているか否か」、つまり、「簡単に正答できる問題について、実際に正答できていたか」に着目するべく、Table 1に示した9項目のうち、困難度が負の値となり、かつ識別力が正の値となった4項目 (項目1, 2, 7, 9) をもとに各回答者の知識量を得点化することとした⁵⁾。具体的には、上記4項目の正答数 ($M = 3.15$, $SD = 1.15$, $\alpha = .66$) をその回答者の知識量とみなして以降の分析を実施することとした。

3-3. 各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さを予測する要因の検討

各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さを、うつ病罹患者に対する偏見、うつ病の知識、抑うつ傾向、年齢という諸変数で予測する重回帰分析⁶⁾を実施した (Table 3)。

Table 2 各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の評定の平均値・標準偏差

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	95% CI
4種類の専門家に対する援助要請意図					
精神科医	4.91	1.47	12.87	1.24	[1.03, 1.44]
臨床心理士	4.42	1.43	6.13	0.59	[0.40, 0.78]
産業医・健康管理部門	3.77	1.54	-3.08	-0.30	[-0.49, -0.11]
近所のかかりつけ医	3.53	1.46	-6.76	-0.65	[-0.84, -0.46]
3種類の非専門家に対する援助要請意図					
家族・友人	4.53	1.58	6.98	0.67	[0.48, 0.86]
上司	3.28	1.57	-9.60	-0.92	[-1.12, -0.72]
同僚	3.27	1.6	-9.45	-0.91	[-1.10, -0.71]

注) 回答者には、自身がうつ病になった場合に各種の専門家・非専門家に相談することがどの程度ありそうか、7件法 (1:まったくしない—4:どちらともいえない—7:非常にする) で評定するように求めた。

[t] の列には、評定の平均値が4点より大きいのか小さいのかを検討する t 検定 ($df=434$) で得られた t 値を示した。「産業医・健康管理部門」に関する t 検定では $p = .002$ となり、その他の t 検定では $p < .001$ となった。[d] の列には t 検定に関する効果量を、「95% CI」の列には効果量の95%信頼区間の下限と上限をそれぞれ示した。

なお、いずれの重回帰分析においても多重共線性の問題は確認されなかった ($VIFs < 0.13$)。

援助要請意図の評定の平均値が4点を有意に上回っていた「精神科医」「臨床心理士」「家族・友人」を従属変数とした重回帰分析においては、①うつ病の知識が多いほど「精神科医」に対する援助要請意図が強くなる ($\beta = 0.13, p = .009$)、②うつ病罹患者に対する偏見が強いほど「臨床心理士」に対する援助要請意図が弱くなる ($\beta = -0.11, p = .023$)、回答者自身の抑うつ傾向が強いほど「家族・友人」に対する援助要請意図が弱くなる ($\beta = -0.13, p = .008$)、という3点が確認された。

一方、援助要請意図の評定の平均値が4点を有意に下回っていた「産業医・健康管理部門」「近所のかかりつけ医」「上司」「同僚」を従属変数とした重回帰分析においては、①年齢が低くなるほど「産業医・健康管理部門」に対する援助要請意図が弱くなる ($\beta = 0.10, p = .041$)、②「近所のかかりつけ医」「上司」「同僚」に対する援助要請意図の強さについては、いずれの独立変数も有意な予測力を持たなかった、という2点が示された。

4. 考察

4-1. 日本の会社員における、うつ病の援助要請意図の現状に関する考察

本研究の第1の目的は、日本の会社員が、各種の専門家・非専門家に対して、どの程度強いうつ病の援助要請意図を抱いているのかを検討することであった。分析の結果、「精神科医」「臨床心理士」「家族・友人」は「相談する」と評定される傾向にあり、「産業医・健康管

Table 3 各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図を従属変数とした重回帰分析の結果

	精神科医		臨床心理士		産業医・ 健康管理部門		近所の かかりつけ医	
	β	p	β	p	β	p	β	p
うつ病罹患者に対する偏見	-0.09	.068	-0.11	.023	-0.06	.232	0.00	.951
うつ病の知識	0.13	.009	0.09	.073	-0.01	.901	0.03	.493
抑うつ傾向	-0.07	.160	-0.04	.424	0.01	.876	0.02	.631
年齢	-0.02	.686	0.02	.640	0.10	.041	0.09	.070
adj- R^2	.02		.01		.00		.00	
	家族・友人		上司		同僚			
	β	p	β	p	β	p		
うつ病罹患者に対する偏見	-0.06	.235	-0.08	.110	-0.08	.113		
うつ病の知識	0.01	.856	-0.03	.474	-0.06	.196		
抑うつ傾向	-0.13	.008	-0.08	.093	-0.06	.208		
年齢	-0.02	.737	0.06	.189	0.03	.539		
adj- R^2	.01		.01		.00			

注) 標準化偏回帰係数 β が5%水準で有意となった箇所を太字で示した。

理部門」「近所のかかりつけ医」「上司」「同僚」は「相談しない」と評定される傾向にあったということが示された。

上記の結果の中では、まず、専門家の間でも種別によって援助要請意図の強さが異なってくる点に着目すべきだろう。会社員のうつ病対策の上で、ゲートキーパー機能の拡充という観点のもと、産業医の機能強化(斉藤, 2011)やかかりつけ医の普及(内閣府, 2013)が近年目指されていることは既述の通りだが、これらの専門家に対する援助要請意図は日本の会社員の間で十分に形成されていないことがうかがえる。特に、日本ではまだ人々にとって身近な存在とはなっていないと考えられるかかりつけ医のみならず、多くの会社員の身近にいるはずの産業医までもが「相談しない」と評定されていた点は、ゲートキーパー機能の拡充を図る上で憂慮すべき調査結果だといえるだろう。うつ病の問題解決に役立つ専門家は、心理的問題の援助に特化した「精神科医」や「臨床心理士」に限られる、といった認識が日本の会社員の間で根強いことを上記の結果は示している可能性がある。

また、「産業医・健康管理部門」「上司」「同僚」という職場にいる者に対しては、専門家・非専門家の別に関係なく「相談しない」と評定される傾向にあった点も着目に値するだろう。会社員のうつ病に対し、勤務形態や労働環境の見直しといった具体的な対応を講じるためには、その職場個別の事情を把握している者が問題解決に協力することが欠かせない。だからこそ、産業医の機能強化(斉藤, 2011)や企業に対する教育の実施(厚生労働省, 2010a)といった方針が掲げられてきたといえる。しかし、現状では、それらの方針に会社員の側での援助要請意図の形成が追いついておらず、「自身のうつ病の問題を、職場では公にできない」といった認識が根強く抱かれていることが懸念される。

4-2. 援助要請意図の規定因に関する考察

本研究の第2の目的は、各種の専門家・非専門家に対する援助要請意図の強さをどのような要因が予測するのか、探索的に検討することであった。重回帰分析によってまず示されたのは、うつ病の知識が多いほど「精神科医」に対する援助要請意図が強くなる、うつ病患者に対する偏見が強いほど「臨床心理士」に対する援助要請意図が弱くなる、回答者自身の抑うつ傾向が強いほど「家族・友人」に対する援助要請意図が弱くなる、という関係性であった。援助要請意図が強く評定された「精神科医」「臨床心理士」「家族・友人」の規定因として働いていたこれらの要因は、国内外の先行研究のうち、援助要請を行う対象を精神科医(小池・伊藤, 2012)やカウンセラー(宮仕, 2010; Vogel et al., 2007)に限定した研究においても、援助要請意図の規定因であることが示されてきたものであった。

一方で、援助要請意図が弱く評定された専門家・非専門家の場合には、①若年の会社員であるほど「産業医・健康管理部門」への援助要請意図が弱くなる、②「近所のかかりつけ医」「上司」「同僚」に対する援助要請意図については、いずれの独立変数も有意な予測力をもたない、という先行研究とは大きく食い違う結果が得られた。上記4種類の専門家・非専門家

に対する援助要請意図に関しては、うつ病の知識など従来着目されていたものとは異なる要因が影響を及ぼしていた可能性があるだろう。本研究の結果からは、若年の会社員ほど産業医に相談しようと思わなくなるのはなぜか、かかりつけ医や上司、同僚に対する援助要請意図を弱める要因は何かといった点について、実証的に論じることが困難である。そのため、上記4種類の専門家・非専門家に対する援助要請意図の規定因は、会社員へのインタビューデータを用いた質的研究など、ボトムアップ的な研究を積み重ねて明らかにしていく必要があると考えられる。

4-3. 本研究の限界

本研究の結果を解釈する上では、大きく分けて3点の限界に留意する必要がある。第1に、本研究の分析対象は、オンラインアンケートモニターの登録者に限られている。そのため、本研究の知見が日本の会社員全体にどこまで一般化できるかは、今後の検討を踏まえて慎重に議論する必要がある。

第2に、本研究のようなオンラインアンケート調査においては、*satisfice*と呼ばれる回答行動（質問内容にあまり注意を払わず、最小限の努力で回答を終えようとする）が頻発する可能性が指摘されている（三浦・小林, 2015）。本研究では、質問文を精読しない限り正しい回答ができないトラップ項目を設ける等の工夫を講じていなかったため、*satisfice*の発生を検知して分析から除外することができなかった。重回帰分析において adj-R^2 の値が小さかったことなど、本研究の分析において見受けられた問題のうちいくつかも、この*satisfice*によって項目間や変数間の相関が希薄化したために生じていた可能性がある。

第3に、うつ病の援助要請意図について評定を求める際に、本研究では「あなた自身がうつ病になったら」という、場面を特に限定しない形の想起を求めるにとどまっていた。そのため、うつ病であるかどうかの確信を本人が抱けていない場合や、職場の環境からくる負担が大きく、社内の関係者に相談しない限り問題をどうにも解決できそうにない、といった場合にも本研究の知見が一般化できるのかは不明である。

4-4. 本研究の意義

上記のような限界を抱えつつも、本論文は、うつ病の援助要請意図やその規定因について国内では貴重な資料となる知見を提供していると考えられる。国内の先行研究は、精神科医に対する援助要請意図に着目した小池・伊藤（2012）や、カウンセラーに対する援助要請意図に着目した宮仕（2010）のように、単一の専門家に対する援助要請意図を検討するにとどまっていた。国外には援助要請を行う対象の差異を考慮した研究も存在していたが（Barney et al., 2006）、制度として確立された総合診療医（*general practitioner*）に対する援助要請意図が最も強く評定されているなど、日本に知見をそのまま適用できるとは考え難い側面があった。

これらの先行研究に対し、本研究では、ゲートキーパー機能の充実化を柱とする日本のうつ病対策の状況を踏まえ、日本人の会社員にとって身近と考えられる専門家・非専門家を複数想定して調査を実施した。こうした工夫を用いたことで、総合的な診療を行う専門家（産業医・健康管理部門、近所のかかりつけ医）や職場の者に対する援助要請意図が会社員の間で十分に形成されていない日本の現状を示すことができたといえるだろう。また、重回帰分析に基づく検討を行ったことで、うつ病の知識など従来着目されてきた要因に着目しても、総合的な診療を行う専門家や職場の者に対する援助要請意図の予測には役立たないことを初めて示すことができた。このことによって、総合的な診療を行う専門家や職場の非専門家に対する援助要請意図の規定因をボトムアップ的に明らかにする、という今後の新たな研究課題を得ることができたと考えられる。

今後は、上述した限界の解消に取り組むとともに、本研究から見出された、援助要請意図の規定因に関する新たな研究課題に着手することが必要になるだろう。本研究の知見を土台とした検討を積み重ねることで、会社員のうつ病の対策を講じる上でより役立つ知見を得ることが可能になると期待される。

付記

本研究は日本学術振興会科学研究費補助金（研究課題番号 25380854, 15J10159, 16H03741）の助成を受けた。また、本研究の内容の一部は日本教育心理学会第 58 回総会（2016 年）において発表された。

本研究で分析を実施するにあたり、亀山晶子先生（日本大学文理学部）から貴重なご助言をいただきました。御礼申し上げます。

注

- 1) 日本学術振興会特別研究員 PD
- 2) 調査に 2 時点とも回答した会社員と、1 時点目の調査のみでドロップアウトした会社員との比較を実施したところ、年齢・性別や対人過敏傾向・自己優先志向といった諸変数について、両者の間に顕著な差は見られなかった。調査 2 の時点でも 451 名というまとまった人数の回答者がおり、かつ属性の偏りもなかったことから、調査 2 のデータだけでも「一般会社員の実態を示す資料」として活用できると判断し、以降の分析を実施した。
- 3) 一般の会社員の間では、「臨床心理士」よりも「カウンセラー」などの呼称の方がなじみ深いという可能性が考えられる。一方で、現実社会では特に資格もなく「カウンセラー」を名乗る者も存在するため、「カウンセラー」という用語は学術的な正確性を欠くと懸念される。本調査では、学術的な正確性を重視する立場から「カウンセラー」の呼称を用いることを避け、資格の要件や定義が明確化されている「臨床心理士」の呼称を用いることとした。
- 4) 法令上、産業医の選任義務が生じるのは、労働者数が 50 名以上の事業場に限られる（厚生労働省、2010b）。このことを踏まえ、労働者数が 49 名以下の事業場で働く回答者 131 名と、50 名以上の事業場で働く回答者 304 名の間で「産業医・健康管理部門」に対する援助要請意

図の強さを比較した。 t 検定の結果、両者の間で援助要請意図の強さに有意差が存在しなかったことが示された ($t(433) = 0.69, p = .490, d = 0.05, 95\% \text{ CI} [-0.09, 0.18]$)。この結果を踏まえ、本研究では、回答者が働く事業場の規模の大きさを区別せずに以降の分析を実施した。

- 5) 上記4項目の内訳は、うつ病の症状に関するもの(項目1, 2), 原因に関するもの(項目7), 生涯有病率に関するもの(項目9)となっていた。これらの知識を多く持つことは、病識の向上につながる可能性があり(たとえば、生涯有病率の高さを知ることで、「自分もうつ病かもしれない」と気付きやすくなる, など), 最終的には援助要請意図の向上をもたらし得るだろう。これらのことを考慮し、上記4項目の合計得点が援助要請意図の強さに何らかの影響を及ぼす可能性があるとして、以降の分析を実施した。
- 6) この分析の他にも、性別、子どもの有無、配偶者の有無といった、回答者の属性を表す変数を独立変数に追加した重回帰分析を複数種類実施した。しかしながら、独立変数を増やしたことでモデルの複雑性が増したにも関わらず、モデル全体の説明力を示す自由度調整済み重決定係数 (adj-R^2) の値はほとんどのモデルで顕著な上昇を見せず、中には adj-R^2 の値が低下してしまう場合も見受けられた。このことを踏まえ、本研究では独立変数の個数を極力抑えたシンプルなモデル (Table 3) での分析結果のみを報告することとした。

引用文献

- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 51–54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., . . . Kikkawa, T. (2008). 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, 17*, 152–158. doi: 10.1002/mpr.257
- 川上 憲人 (2015). 諸外国における職場のメンタルヘルス対策と提言 精神医学, 57, 49–54.
- 小池 春妙・伊藤 義美 (2012). メンタルヘルス・リテラシーに関する情報提供が精神科受診意図に与える影響 カウンセリング研究, 45, 155–164.
- 公益財団法人日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所 (2014). 第7回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果 Retrieved from <http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity001425/attached.ppd> (2016年11月22日)
- 厚生労働省 (2010a). 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html> (2016年11月23日)
- 厚生労働省 (2010b). 産業医について——その役割を知ってもらうために—— Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000103897.pdf> (2016年11月16日)
- 三浦 麻子・小林 哲郎 (2015). オンライン調査モニタの Satisfice に関する実験的研究 社会心理学研究, 31, 1–12.
- 宮仕 聖子 (2010). 心理的援助要請態度を抑制する要因についての検討——悩みの深刻度, 自己スティグマとの関連から—— 日本女子大学大学院人間社会研究科紀要, 16, 153–172.

- Muranaka, M., Yamakawa, I., & Sakamoto, S. (2016). Interpersonal sensitivity and privileged self as risk factor for depression (1): Re-examination of the factor structure of the Interpersonal Sensitivity/Privileged Self Scale. *Poster presented at the 31st International Congress of Psychology* (Yokohama, Japan).
- 内閣府 (2013). 「かかりつけ医」に関する制度の現状 Retrieved from http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/131009/item3_5.pdf (2016年11月22日)
- 中根 允文・吉岡 久美子・中根 秀之 (2006). 精神疾患に対する日本人のイメージ——Mental Health Literacyに関する日豪比較調査から—— 日本社会精神医学会雑誌, 15, 25-38.
- 斉藤 政彦 (2011). 現場で産業医として活動するために——メンタルヘルス対策を中心に—— 日本保険医学会誌, 109, 269-281.
- 坂本 真士・村中 昌紀・山川 樹 (2014). 臨床社会心理学における“自己”——「新型うつ」への考察を通して—— 心理学評論, 57, 405-429.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40-50. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40
- 山川 樹・広引俊之・本田朝美・町野 徹・岡村奈美・秋山 舞…坂本真士 (2012). うつ病の知識と刺激情動価がうつ病罹患不安に及ぼす影響 日本大学心理学研究, 33, 49-57.