

メンタルヘルスセンター利用者の精神的健康度と 生活習慣要因との関連性

伊藤 桜子¹⁾, 津田 彰²⁾, 山本 晴義³⁾, 石川 利江⁴⁾

要 旨

目的 精神的健康増進を目的としたメンタルヘルスセンターの利用者の生活習慣と精神的健康度の実態を調査し、精神的健康度と生活習慣要因の関連性を検討した。

仮説 精神的健康増進を目的とした施設の利用者には、精神的健康度の低い不健康状態、ストレス状態にある者が多く、精神的健康度には、生活習慣が関連している。

方法 横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター (YMHC) 利用者2361名 (男性830, 女性1531) を対象に調査を行った。調査票の内容は、基本的属性、一般精神健康調査票 GHQ-12, 生活習慣12項目とした。精神的健康度は、GHQ 採点法 (1-12点) による総得点の2/3点間にカットオフ値を設定し、2点以下を精神的健康度の高い「健康状態」、3点以上を精神的健康度の低い「不健康状態」と定義し、各生活習慣により不健康状態が出現するオッズを、ロジスティック回帰分析を用いて検討した。

結果 生活や食事が規則正しい、栄養バランスに気をつける、睡眠時間6～8時間など、一般的により生活習慣とされる習慣を実行している者が多かった。精神的健康度が低いストレス状態にあると考えられる者は65.2%であった。一方、GHQ-12の得点分布における最頻値は0点 (14.8%) であり、YMHC 入会時に精神的健康度の高い者も利用していたことが示された。ロジスティック回帰分析の結果、性、年齢、通院治療、未治療自覚症状を調整した不健康状態出現のオッズ比は、趣味がない、運動が月2回以下、生活が不規則、朝食を毎日食べない、という生活習慣であるほど有意に高いことが示された。すなわち、こうした生活習慣は、精神的健康度低下のリスクを高めることが示唆された。また、相談相手がいることは、不健康状態出現のオッズ比を有意に低下させることが示された。

結論 趣味がある、運動が週1日以上、生活が規則正しい、朝食をほぼ毎日食べる、相談相手がいるという生活習慣の実行が、精神的健康度の向上に貢献できる可能性が示された。こうした生活習慣の形成支援を行うことにより、精神的健康増進に寄与できる可能性が示唆された。

キーワード：生活習慣、精神的健康、健康支援、健康増進、メンタルヘルスセンター、ストレス

はじめに

現代はストレスの時代とも言われている。全国の満

12歳以上の世帯員を対象に行われた平成12年の保健福祉動向調査 (厚生労働省大臣官房統計情報部, 2001) によれば、「最近1か月間の日常生活における不満、

1) 久留米大学大学院心理学研究科

2) 久留米大学文学部

3) 横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター

4) 桜美林大学大学院

本論文の執筆は、平成16年度 (財) 喫煙科学研究財団からの助成による。

悩み、苦勞、ストレスなどの程度」を「大いにある」または「多少ある」と回答した者は、併せて54.2%であった。また、全国の満20歳以上の世帯員を対象とした平成15年の国民生活に関する世論調査（内閣府大臣官房政府広報室，2003）によれば、「日常生活の中で悩みや不安を抱えている」と回答した者の割合は67.2%で、前年の同調査（内閣府大臣官房政府広報室，2002）の63.3%より上昇していた。

労働者も仕事によるストレスや心身の疲れを感じている。平成9年の労働者健康状況調査（労働省労働大臣官房政策調査部，1998）によれば、約3/4にあたる74.5%の労働者が神経の疲れを、72%が身体の疲れを感じ、62.8%が仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じていた。平成14年の同調査（厚生労働省大臣官房統計情報部，2003b）では、72.2%が身体の疲れを、61.5%が強い不安、悩み、ストレスを感じていた。

ストレスによる健康障害としては、多量飲酒などの行動の偏り、過敏性大腸などの心身症、不安神経症などの神経症、うつ病などの精神病があげられる。ストレス関連疾患による心療内科の受診件数は、年々上昇しており、例えば、横浜労災病院心療内科の新患患者数は、1993年には年間1,539人であったのが、1999年までに2,120人へと急増した（山本，2001；山本・衛藤，2003）。また、自殺者数の急増も問題となっている。警察庁の統計によれば、1998年以来、自殺者数は6年連続3万人を超えており、平成15年の自殺者は、前年より2,284人（7.1%）増加して34,427人で、その58.5%を50歳以上の中高年者が占めていた（警察庁生活安全局地域課，2004）。

こうした状況のもと、精神疾患の予防や、精神的健康増進の重要性が増し、ストレス問題への対策が必要となってきた。

ストレス状態を測定する尺度の1つとして、保健・健康科学・産業医学の分野では、一般精神健康調査票（General Health Questionnaire：以下GHQ）が幅広く活用されている（Kawada, Shinmyo & Suzuki, 1994；Ezoe & Morimoto, 1994b；三島・加藤・河野・沢渡・永田，1995；馬場園，2000）。1972年にGorlbergらが開発したGHQは、非器質性、非精神病性の精神障害のスクリーニングテストとして開発され、神経症状の発見や把握を主たる目的とするほか、うつや緊張を伴った疾患性など、精神的健康度を測る質問紙として用いられている（中川・大坊，1985）。産業ストレス研究の分野では、健康診断や業務の合間

を利用して健康調査を実施することが多いため、最も簡便で、精神心理的調査への抵抗感や試行時間の負担の低減に寄与するGHQ-12とGHQ-28が特に頻用されている（岩田，1994；岩田，1997；新納・森，2001）。GHQ-12は、GHQの最少項目数の短縮版であり、60項目版と同程度の判別能力を有していること（福西，1990）、「不安・抑うつ」と「活動障害」の2因子構造で高い信頼性と妥当性を有していること（新納・森，2001）、ストレス指標としての妥当性を有していることが確認されている（三島ら，1995）。GHQ-12の回答法は4件法であり、高得点であるほど健康度が低い。評価方法としては、4つの選択肢を0/1データに置換し、合計点がカットオフ値を越えるか否かによりcasenessの判定をする（GHQ法）。日本人の一般健康者と精神神経疾患患者との比較研究（福西，1990）によると、2/3点間にカットオフ値を設定する時、全誤認率をもっとも低値であるとされている。

ストレス問題に関しては、6～7つの悪い健康習慣を持つ者の抑うつ発症率が高く、健康習慣が抑うつ状態に独立して寄与する、すなわち、生活習慣が身体的健康同様、精神的健康にも影響する（Frederick, Frerichs, & Clark, 1988）という結果が得られており、医学・医療の場では、生活習慣が深く関わる生活習慣病やストレス病への対策が求められている（丸山・森本，2002）。

精神的健康に関連する生活習慣の研究からは、運動（Camacho, Roberts, Lazarus, Kaplan, & Cohen, 1991；Farmer, Locke, Moscicki, Dannenberg, Larson, & Radloff, 1988）、喫煙（Patton, Carlin, Koffey, Wolfe, Hibbert, & Bowes, 1998）、飲酒（Parker, Parker, Harford, & Farmer, 1987）、ソーシャルサポート（Allgower, Wardle & Steptoe, 2001）などと精神的健康度（ストレス状態）との関連が指摘されてきた。

日本でも、生活が不規則、趣味がない、多忙、定期的な運動をしない、睡眠時間が適正でない、長時間労働、飲酒する、食事が不規則、朝食を摂取しない、栄養バランスを考慮しないなどの生活習慣が、主観的なストレス量やうつ度の上昇に影響を及ぼす事が複数の研究で明らかにされている（星・森本，1986；川上・原谷・金子・小泉，1987；安喰・森本，1991；入江・宮田・永田・三島・池田・平山，1997；上岡・佐藤・斎藤・武藤，1998など）。一方で、1週間の飲酒頻度が多いほど、抑うつ症状の出現率が低かった（川上・原谷，1991）という報告や、喫煙や7～8時間の睡眠

については、精神的健康度との関連が見られなかった (Ezoe & Morimoto, 1994a) との報告も見られる。

このように、どのような生活習慣が精神的健康度を高めているかについては、一致した結果の得られていない部分もあり、生活の規則性、趣味、忙しさ、運動習慣、飲酒、喫煙、睡眠時間、食事の規則性、栄養バランスの考慮、朝食の摂取、コーヒー・紅茶・緑茶等の摂取、相談相手の有無といった生活習慣と精神的健康度との関連性についての更なる検討が必要とされている。

目 的

厚生労働省の労働行政を展開する上での政策病院の役割を担う横浜労災病院は、勤労者医療の一環として、通常の心療内科での臨床とは別に、予防医学的活動として、勤労者のメンタルヘルス対策を支援するため、1999年5月に横浜労災病院9階に勤労者メンタルヘルスセンター (以下YMHC) を開設した (山本, 2001; 山本・衛藤, 2003)。以来、YMHCは、公的機関で個人利用が主体の企業外支援システムとして、勤労者とその家族に対する個人を対象としたサポートと、企業の管理者に対する研修・教育サポートの両面から精神的健康増進の支援を行っている (山本・衛藤, 2003)。

病院内に設置された施設ではあるが、YMHCは医療保険診療機関ではない (山本・衛藤, 2003)。このため、YMHCでは会員登録制 (有料) をとっている。YMHCの継続利用には、6ヵ月ごとの登録更新が必要である。病気の治療を目的とする病院の診療科とは異なり、YMHCの目的は、勤労者とその家族の健康増進、ストレス病の予防、ストレス病の早期発見・早期対策の支援である (横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター, 1999)。

これまで生活習慣と精神的健康度の関連性については、勤労者 (川上・原谷, 1991; 入江ら, 1997; Ezoe & Morimoto, 1994a) や特定地域住民 (星・森本, 1986; 安喰・森本, 1991; 森本, 1994), 学生 (上岡ら, 1998; 飯島・山田・森本, 1991), スポーツ愛好者 (鳥居, 1991; 善福・川田, 1997) 等を対象とした研究により、特定の生活習慣を実行している者の精神的健康度が良好であることが示されてきた。

しかしながら、生活習慣と身体的健康との関連についての研究に比べ、生活習慣と精神的健康との関連についての検討やその背景に関する研究は、まだ十分に行われておらず、今後も検討が必要であることが指摘され続けている (川上・原谷・金子・小泉, 1987; 森

本, 1994; 入江ら, 1997; 潤野ら, 2003)。また、メンタルヘルスセンター等のEAPや精神的健康増進支援施設の利用者に焦点を絞った研究は、まだあまり行われておらず、健康増進支援施設利用者の生活習慣と精神的健康度との関連についての研究報告は、ほとんどみられない。そこで、精神的健康増進支援施設を利用する者の生活習慣および精神的健康度の特徴と、精神的健康度と生活習慣の関連性について検討することを目的として研究を行った。

仮 説

精神的健康増進を目的とした施設の利用者には、精神的健康度の低い、ストレス状態にある者が多く、精神的健康度には、生活の規則性、運動習慣や趣味の有無などの生活習慣要因が関連している。

方 法

対象者：

対象者はYMHCに1999年5月から2002年12月までに入会した20歳以上の会員2361名 (男性830, 女性1531), 平均年齢42.4 (13.4) 歳 (男性41.6 (13.2) 歳, 女性42.8 (13.5)) であった。調査は、YMHC入会時に調査票によるアンケートを実施した。調査票に回答してもらう際、口頭にて、研究を目的とした利用に同意の得られたもののみを、分析対象とした。データは、住所、氏名などを除き、本人を特定できない形で処理した。

調査票：

①基本的属性

調査対象の基本的属性として、性、年齢、職業、YMHCを知った経路、利用を希望するプログラム、治療中の病気の有無、未治療の自覚症状の有無を調査項目とした。

②精神的健康度

GHQ-12を用い、精神的健康度 (ストレス状態・ストレス反応性) を測定した。評価方法としては、4つの選択肢を0/1データに置換し、合計点がカットオフ値を越えるか否かにより caseness の判定をする GHQ法を用い、その合計 (0~12点) を精神的健康度の指標とした。その上で、今回は、日本人の一般健常者と精神神経疾患患者との比較研究 (福西, 1990) で、全誤認率がもっとも低値であるとされた2/3点間にカットオフ値を設定し、2点以下を精神的健康度の高い「健康状態」、3点以上を精神的健康度の低い「不健康状態」と定義して検討を行った。

③生活習慣（12項目）

星・森本（1986；森本，1991）の生活習慣調査票を参考に，生活の規則性，趣味，忙しさ，運動習慣，飲酒，喫煙，睡眠時間，食事の規則性，栄養バランスの考慮，朝食の摂取，コーヒー・紅茶・緑茶等の摂取，相談相手の有無の12項目について尋ねた。

分析方法：

はじめに，精神的健康増進支援施設を利用する者の入会時の状態を捉えるため，調査対象者の基本的属性を分析し，生活習慣および精神的健康度について出現頻度を算出した。次に，精神的健康度がどのような生活習慣によって影響を受けるかを検討するため，「健康状態」と「不健康状態」にカテゴライズした精神的健康度を目的変数，生活習慣項目を説明変数，性，年齢，通院治療，未治療の自覚症状を共変量としてロジスティック回帰分析を行い，不健康状態が出現するオッズ比を算出した。各質問項目に対して無回答の場合は，その項目の解析から除外した。解析には，SPSS version 11.0J for Windowsを使用した。

結 果

1. 調査対象者の基本的属性

対象の基本的属性を表1に示す。性別では男性830

名，女性1531名で，女性が多数を占めていた。対象者の年齢は，20歳～88歳，平均年齢（標準偏差）42.4（13.4）歳であった。男女共に30歳代と40歳代の利用者が目立った。職業では勤労者（パートタイムおよび自営業含む，60.2%）と主婦（18.2%）が利用者の大部分を占めており，「勤労者とその家族に対する個人を対象としたサポートを行う」というYMHCの機能が果たされていることが示された。

YMHCを知った経路（多重回答）では，全回答数を100とした場合，病院内掲示（26.6%）が一番多く，次いで，医師の紹介（21.1%），その他（17.8%），知人や家族の紹介（12.2%）であった（図1）。「その他」と答えた者は，女性が多く，自由記述によると，講演やテレビ番組などを通して知ったという者が多かった。この自由記述を含めると，新聞・雑誌・テレビ・インターネット・講演など、YMHCの教育活動を通してYMHCを知ったという人も多かった。

利用を希望するプログラム（多重回答）は，全回答数を100とした場合，リラクゼーション体験（46.3%）が最も多く，次いで心身健康セミナー（15.9%），心理テスト（13.9%），ストレスドック（11.2%）の順であった（図2）。

表1 対象者の基本的属性

		人数(%)			人数(%)		
性	男性	830 (35.2)	年 20 歳代	男性	160	計	450(19.1)
	女性	1531 (64.8)		女性	290		
職業	勤労者	1422(60.2)	別 30 歳代	男性	250	計	636(26.9)
	求職中	47(2.0)		女性	386		
	退職後	72(3.0)	40 歳代	男性	182	計	559(23.7)
	専業主婦	429(18.2)	女性	377			
	学生	118(5.0)	50 歳代	男性	153	計	445(18.8)
	休職中	115(4.9)	女性	292			
	その他	100(4.2)	60 歳代	男性	60	計	193(8.2)
	無回答	58(2.5)	女性	133			
		平均年齢(SD)	70 歳	男性	25	計	78(3.3)
平均 (標準偏差)	男性	41.6(13.2)歳	以上	女性	53		
	年齢	女性	42.8(13.5)歳				

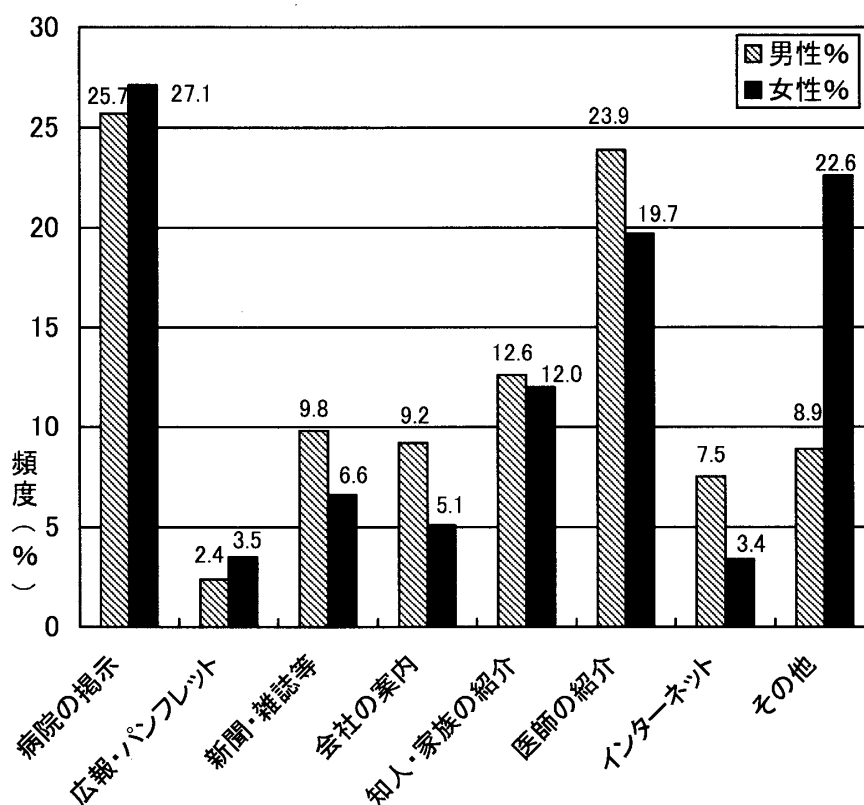


図1 YMHCを知った経路 (多重回答)

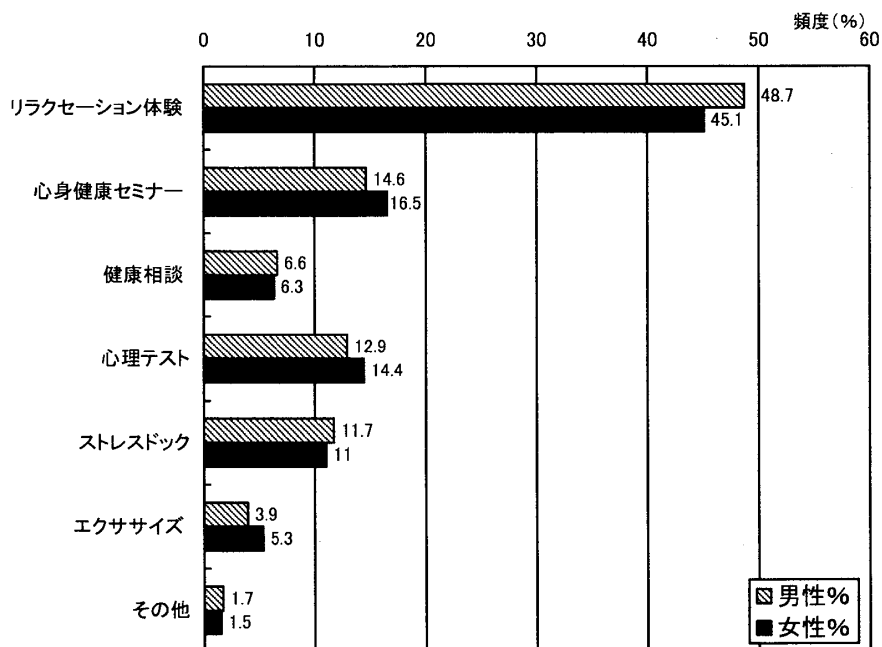


図2 利用を希望するプログラム (多重回答)

2. 生活習慣の概要

生活習慣の実行状況は表2に示す通りであった。趣味がある、喫煙しない、適正な睡眠時間、朝食をほぼ

毎日食べる等の生活習慣を実行している者が過半数を占めている。その反面、運動習慣については、月2回以下の者が多く、入会の段階で運動習慣の少ない

表2 生活習慣と精神的健康度の状況 (%)

項 目	n	GHQ Scores	
		Low	High
生活の規則性	2218	$\chi^2(1)=55.6, p<.001$	
0 規則正しい	1393	40.7	59.3
1 不規則	825	25.1	74.9
趣味	2194	$\chi^2(1)=80.6, p<.001$	
0 ある	1833	39.1	60.9
1 ない	361	14.4	85.6
忙しさ	2221	$\chi^2(1)=3.8 p<.05$	
0 忙しい方	1148	36.8	63.2
1 忙しくない方	1073	32.8	67.2
運動	2152	$\chi^2(1)=25.4 p<.001$	
0 週1日以上	887	40.7	59.3
1 月2回以下	1265	30.2	69.8
酒	2224	$\chi^2(1)=4.7 p<.05$	
0 飲む	1323	36.7	63.3
1 飲まない	901	32.2	67.8
タバコ	2223	$\chi^2(1)=21.4 p<.001$	
0 吸う	531	26.6	73.4
1 吸わない	1692	37.5	62.5
睡眠時間	2207	$\chi^2(1)=33.8 p<.001$	
0 6時間～8時間	1809	37.7	62.3
1 5時間以下または9時間以上	398	22.4	77.6
食事の規則性	2194	$\chi^2(1)=42.0 p<.001$	
0 規則正しい	1340	40.2	59.8
1 不規則	854	26.7	73.3
栄養バランスの考慮	2215	$\chi^2(1)=18.2 p<.001$	
0 考える	2016	36.2	63.8
1 考えない	199	21.1	78.9
朝食	2216	$\chi^2(1)=39.9 p<.001$	
0 ほぼ毎日食べる	1697	38.4	61.6
1 時々以下	519	23.3	76.7
コーヒー・紅茶・日本茶など	794	n. s.	
0 1日4杯まで	1422	34.7	65.3
1 1日5杯以上	2216	35.3	64.7
相談相手	2215	$\chi^2(1)=14.1 p<.001$	
0 いない	153	20.9	79.1
1 いる	2062	35.9	64.1

YMHC 利用者が多いことが示された。

3. 精神的健康度の概要

GHQ-12の全体平均は4.8 (3.7) 点であった。2/3点間にカットオフ値を設定し、精神的健康度の高い群と低い群の分布の割合を見ると、本調査対象者では65.2%がカットオフ値を上回り、YMHC 入会時にストレス状態、不健康状態にあったと判断された (図3)。その一方で、得点分布における最頻値は0点 (14.8%) であり、YMHC 入会時に精神的健康度の高い者も多く利用していたことが示された。

4. 精神的健康度と生活習慣項目との関連

精神的健康度がどのような生活習慣によって影響を受けるかを検討するため、GHQ-12を目的変数、生活習慣項目を説明変数、性、年齢、通院治療、未治療自覚症状を共変数としてロジスティック回帰分析を行った (表3)。その結果、趣味 (オッズ比2.97:2.05~4.30)、運動 (1.36:1.09~1.70)、生活の規則性 (1.34:1.01~1.80)、朝食 (1.47:1.09~2.00)、相談相手 (0.57:0.34~0.95) で有意な関連 ($p<.05$) を認めた (図4)。趣味がない、運動頻度が月2回以下、生活が不規則、朝食を毎日食べていないことが、不健康状態の出現オッズ比の上昇に、相談相手のいることが、

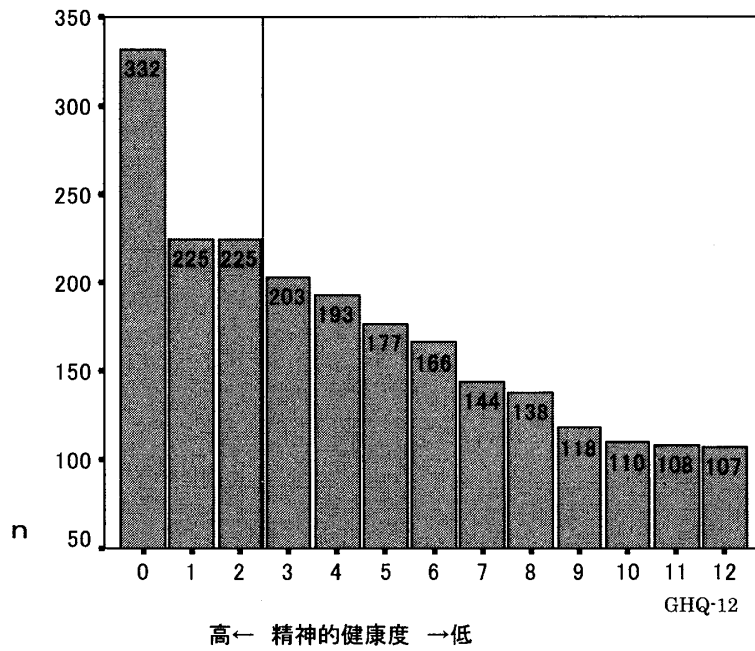


図3 YMHC利用者の精神的健康度

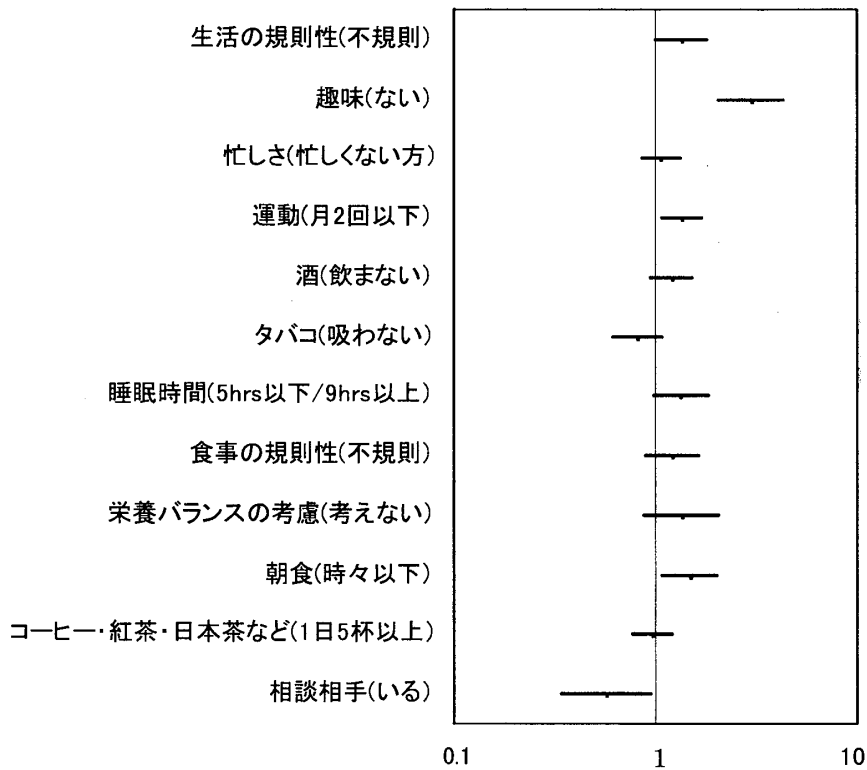


図4 精神的健康度に対する生活習慣項目のオッズ比の95%信頼区間

不健康状態の出現オッズ比の低下に関連していた (表3)。すなわち、趣味があること、運動を週1回以上していること、生活が規則正しいこと、朝食をほぼ毎日

食べること、相談相手のいることが、精神的健康度を高めている可能性が示された。

表3 精神的健康度（不健康状態）と生活習慣要因との関連（オッズ比）

予測要因	自由度	Wald値	p	β	オッズ比		
					オッズ比	オッズ比の95%信頼区間 下限	上限
生活の規則性	1	4.02	0.045 *				
規則正しい					1		
不規則				0.30	1.34	1.01	1.80
趣味	1	33.46	0.000 ***				
ある					1		
ない				1.09	2.97	2.05	4.30
忙しさ	1	0.33	0.564				
忙しい方					1		
忙しくない方				0.07	1.07	0.85	1.34
運動	1	7.24	0.007 **				
週1日以上					1		
月2回以下				0.31	1.36	1.09	1.70
酒	1	2.30	0.129				
飲む					1		
飲まない				0.18	1.20	0.95	1.52
タバコ	1	2.13	0.145				
吸う					1		
吸わない				-0.21	0.81	0.61	1.08
睡眠時間	1	3.28	0.070				
6時間～8時間					1		
5時間以下または9時間以上				0.29	1.33	0.98	1.82
食事の規則性	1	1.37	0.242				
規則正しい					1		
不規則				0.18	1.20	0.89	1.62
栄養バランスの考慮	1	1.78	0.182				
考える					1		
考えない				0.29	1.34	0.87	2.06
朝食	1	6.28	0.012 *				
ほぼ毎日食べる					1		
時々以下				0.39	1.47	1.09	2.00
コーヒー・紅茶・日本茶など	1	0.08	0.774				
1日4杯まで					1		
1日5杯以上				-0.03	0.97	0.77	1.22
相談相手	1	4.71	0.030 *				
いない					1		
いる				-0.56	0.57	0.34	0.95

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

性別、年齢、通院治療の有無、未治療の自覚症状の有無で調整したオッズ比

考 察

1. 調査対象者の特徴

本研究では、精神的健康増進支援施設の利用者を対象に、その特徴と、精神的健康度と生活習慣との関連を明らかにすることを目的に検討を行った。その結果、YMHC 入会者の職業は、勤労者と主婦が大部分を占めており、勤労者とその家族に対するサポートを行うという YMHC の機能（山本，2001；山本・衛藤，2003）が果たされていることが示された。

年齢別では、20～40歳代の入会者が多く、多くの者がリラクゼーション体験や心身健康セミナーの利用を希望しており、リラックスしたり心身の健康についての知識を深めたりすることを希望して YMHC に入会する様子が見られた。平成8年保健福祉動向調査（厚生省大臣官房統計情報部，1996）では、自由時間を過ごす目的を「疲れをとるため」とする人は20歳代から40歳代に多いということが示されている。本研究対象者にも20～40歳代の利用者が多いため、「疲れをとる」方法の1つとして YMHC の利用が選択された可能性が考えられた。

YMHC を知った経路については、病院内の掲示と医師の紹介で知ったとする者が多かった。平成14年保健福祉動向調査（厚生労働省大臣官房統計情報部，2003）によると、健康に関する知識や情報の収集先は、テレビ・ラジオ、新聞等のマスメディアが一番多く、次いで医師等の指導、友人などの順であった。本調査対象者において、病院内掲示や医師の紹介で YMHC についての情報を得た者が多いというのは、YMHC が病院内に設置されていることによる特徴であると考えられる。また、「その他」を選択した者で、テレビを通して知ったと自由記述していた者と、新聞・雑誌、インターネットを選択した者とを合わせると、マスメディアを通して YMHC を知った者も多いといえる。YMHC では、これまで新聞・雑誌・テレビの取材や、企業や地域での心身の健康に関する相談や講演、ホームページでの情報提供などを通して YMHC のサービスについての案内を行ってきた。マスメディアを通して YMHC を知ったという回答も多かったという結果からは、こうした活動が精神的健康増進支援施設としての YMHC の存在を一般に知らせ、サービスの提供に役立っていることが推測された。

2. 調査対象者の生活習慣の特徴

生活習慣と精神的健康との関連については、これま

で、規則的な生活、趣味を持つ事、定期的な運動、適正な睡眠時間、規則正しい食事、栄養バランスの留意、朝食をとるといった生活習慣が、精神的健康度のよい状態と関連性があること（星・森本，1986；安喰・森本，1991）が報告されている。反対に、不規則な日常生活、無趣味、多忙な生活、運動不足、飲酒、不規則な食事、長時間労働が、主観的なストレス量の上昇に影響を及ぼす事も認められている（森本，1994）。

勤労者を対象とした研究では、睡眠時間が7時間以上、毎日3食食べる、1週間の飲酒頻度が高いといった者の抑うつ症状の出現率が低いことや（川上・原谷，1991）、毎日朝食を食べる者、運動をよくする者、標準体重より-10%以下の低体重者の抑うつ得点が高いことが報告されている（川上ら，1987）。また、週平均の飲酒回数が多い者、現在喫煙している者、定期的な運動をしていない者や不定期な者において、精神的健康度の低い者の割合の増加が見られたという報告や（入江ら，1997）、7～8時間の睡眠や喫煙については、精神的健康度との関連が見られなかったとの報告もある（Ezoe & Morimoto, 1994a）。

本研究対象者の生活習慣については、食事や生活が規則正しい、趣味がある、喫煙しない、6～8時間睡眠、栄養バランスを考慮する、朝食をほぼ毎日食べるなど、先行研究において精神的健康度の高さとの関連が認められた生活習慣を実行している者が多く、健康的な生活を送っている者が多いことが示された。ただし、運動習慣については、月2回以下と少ない者が過半数を占めていた。YMHC 入会者は大半がリラクゼーション体験の利用を希望しており、運動以外の方法によるストレス解消を好む傾向にある者がメンタルヘルスセンターの利用を希望している可能性が考えられた。運動を好む傾向にあるものは、日常生活の中で運動したり、ジムなどを利用したりするという方法でストレス解消を行っているのではないとも考えられた。

3. 調査対象者の精神的健康度

本調査対象者の精神的健康度を、GHQ-12を用いて検討した結果、65.2%が入会時においてストレス状態にあった。平成12年の保健福祉動向調査（厚生労働大臣官房統計情報部，2001）での、国民の54.2%がストレスを感じていたという結果と比較すると、YMHC 入会者では、ストレス状態の者の割合がやや多い傾向にあった。入会者の大半がリラクゼーション体験や心身健康セミナーの利用を希望していたことと考え合わせると、YMHC は、自分が感じているストレス状態

を、リラクゼーション機器の利用によって解消したり、心身健康セミナーを通して情報収集することによってストレス対策を講じたりしたいと希望する人々に多く利用されている可能性が推測された。また反対に、GHQ-12の得点分布では、精神的健康度の一番高い0点の者が一番多かったことから、ストレス状態にはなく健康だが、ストレス解消やストレス病の予防、精神的健康の増進に対する関心の高い者もYMHCを利用していると考えられた。

4. 生活習慣の精神的健康度との関連

精神的健康度と生活習慣との関連性を、性、年齢、治療中の病気、未治療の自覚症状で調整したロジスティック回帰分析によって検討した。その結果、本研究対象者においては、生活が不規則、趣味がない、定期的な運動習慣がない、朝食を毎日食べない、相談相手がないという生活習慣の者の不健康状態になるオッズ比が、そうした生活習慣でないものに比べ高かった。これは、生活が規則正しい、朝食をほぼ毎日摂取する、趣味がある、定期的に運動を行う、相談相手がいるといった良好な生活習慣を持つことが、よい精神的健康状態と有意に関連しているとする先行研究の結果と一致していた(星・森本, 1986; Frederick et al, 1988; 安喰・森本, 1991; Kawada et al, 1994など)。

生活習慣項目の中では、特に、「趣味がない」ことが、「趣味がある」ことに対し、不健康状態出現のオッズ比を2.97に高めることが示された。すなわち、趣味がないことは、趣味があることに比べ、精神的健康度低下のリスクを3倍近く高めることが示唆された。

「趣味がある」ということから、日々の生活を楽しんでいる様子や、趣味を通じた人とのつながり、好奇心、何かに熱中する時間を持つなど充実した生活を送っている様子が想像される。また、趣味に時間を費やすことは、気分転換として、ストレス対処の一環として役立つ可能性も考えられる。チクセントミハイ(Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002)は、人が楽しむ、幸せを感じる構造を説明する概念として、フロー(Flow)を提唱している。フローとは、生活に意味と楽しさを与える没入経験を表現する概念に基づく最適経験であり、芸術創作活動、スポーツ、ゲームなど、一定の枠組みの中で目的に向かって作業に集中するときなどに見られる現象である(チクセントミハイ, 1979)。簡単に言えば何か好きなことに熱中している状態のことであり、この状態になると人は他のことは問題にならなくなり、喜びを感じる(チクセン

トミハイ, 1979)。

「趣味がある」者は、日々の生活の中で、それぞれがしばしば他のことを忘れて熱中できるこのフロー状態を経験している可能性も推測され、それによって気分転換をしたり楽しい時間をすごしたりすることが、精神的健康度の高さに関連している可能性が考えられる。本調査からは、「趣味がある」人が趣味を行う際にフロー状態を経験している程度や、趣味に伴う生活への満足感などについては不明であるが、「趣味がある」ということが、その人の生活においてどのような意味を持っているかについては、大変興味深い。精神的健康度の高さに関連する「趣味がある」ことの意味について、今後、詳しく検討することにより、精神的健康度を高く保つ要因を探り当てることができる可能性があるのではないかと考えられる。

運動習慣については、ロジスティック分析の結果、月2回以下しか運動しない者は、週1回以上運動する者に対して不健康状態のオッズ比が1.36で有意となった。すなわち、定期的な運動をしていないことは、精神的健康度低下のリスクを高めることが示された。この結果は、身体運動をしないことが主観的ストレス度の上昇やうつ傾向の要因であるとする先行研究の結果と一致していた(Frederick et al, 1988; 安喰・森本, 1991)。

身体活動の低下は、うつ症状の原因であり結果でもあるため運動習慣の問題は複雑であるが(Allgower et al, 2001)、これまで、横断研究および縦断研究により、身体活動の少ないことがうつ症状のリスクファクターである可能性や精神的健康に影響を及ぼすこと、運動習慣の増加が気分の良い効果を及ぼすことが示唆されてきた(Farmer et al, 1988; Allgower et al, 2001)。たとえばCamacho, et al. (1991)は、9年間の身体活動の変化を、その9年後の抑うつ度の予測因とした場合、身体活動が低いままだった者や低下した者は、身体活動が高いままだった者に比べ、抑うつ発症リスクが大幅に高まったことを報告している。運動をどれくらいしているかと、全般的な健康、うつや不安が低い状態とに有意な関連があるという報告もされている(Stephens, 1988)。また、運動頻度が高く継続年数の長いスポーツ愛好者では、抑うつ度が低く、不定愁訴が少なく、健康への自信が高いことを明らかにした研究では、生活習慣に取り入れられた運動が疲労軽減、ストレス解消や精神的な安定状態を作り出すことに貢献している可能性が指摘されている(鳥居, 1991)。

したがって、YMHCにおいても、運動習慣の少ない利用者に対し、身体活動を高めるための援助を提供していくことにより、精神的健康増進を支援できる可能性が考えられた。

相談相手については、相談相手のいる者は、相談相手のいないものに対し、不健康状態のオッズ比が0.57で有意であった。すなわち、相談相手がいることは、精神的健康度低下のリスクを低下させることが示唆された。相談相手については、友人の数や婚姻状況などのソーシャルサポートの有無が死亡率の予測因となる(Berkman & Syme, 1979)ことが明らかにされている。ソーシャルサポートは、不安や抑うつ、ストレス、心身疾患、幸福感やQOLなどに対し、直接的または間接的に好ましい影響を与え、ソーシャルサポートが低い者は、あまり健康的でない行動をとっていた(Allgower, 2001)という報告もある。すなわち、相談相手のいることが、様々な健康的な生活行動の実行を促進する役割を持っている可能性が考えられる。YMHCでは、心身の健康相談を提供しているが、それに限らず、精神的健康増進支援施設として、リラクゼーションや心身の健康増進を求めて訪れる利用者に対し、ソーシャルサポートを提供する機関として位置づけられれば、利用者の精神的健康増進に更に貢献していいのではないかと考えられた。

結 論

YMHC利用者には精神的健康度の低い者が多いこと、趣味がある、運動が週1日以上、生活が規則正しい、朝食をほぼ毎日食べる、相談相手がいるという生活習慣が、精神的健康度の高さとは有意に関連していることが明らかになった。こうした生活習慣を実行することが、精神的健康の増進につながる可能性が示されたことから、これらの生活習慣の形成支援を行うことにより、精神的健康増進に寄与できる可能性が示唆された。

おわりに

本研究では、YMHC利用者の入会時の期待、生活習慣、精神的健康度の状態と、生活習慣と精神的健康度との関連についての検討を行い、その関連を明らかにした。YMHCでは、入会時に生活習慣やストレス状態のチェックを行い、健康的な生活習慣がストレス対策に必要であるとしてアドバイスに取り入れている。今後は、今回明らかになった、趣味、定期的な運動、相談相手、食事に配慮した規則正しい生活などと精神

的健康との関連に基づき、生活習慣を整えることを支援するようなプログラムを提供していくことにより、利用者の精神的健康を更に高めることができる可能性があるのではないかと考えられる。

引用文献

- Allgower, A., Wardle, J., & Steptoe, A. 2001 Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, **20**, 223-227.
- 安喰恒輔・森本兼曩 1991 地域集団のライフスタイルと精神的健康度 森本兼曩(編著) ライフスタイルと健康：健康理論と実証研究 医学書院 172-178.
- 馬場園明 2000 仕事と職場のストレス—第7回ストレスを測る b) ストレス反応の測定 産業衛生学雑誌, **42**, A17-18.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. 1979 Social networks, host residence and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, **109**, 186-204.
- Camacho, T.C., Roberts, R.E., Lazarus, N.B., Kaplan, G.A., & Cohen, R.D. 1991 Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, **134**, 220-231.
- チクセントミハイ, M. 1979 楽しみの社会学 今村浩明訳 思索社
- Ezoe, S. & Morimoto, K. 1994a Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. *Preventive Medicine*, **23**, 98-105.
- Ezoe, S. & Morimoto, K. 1994b Quantitative assessment of stressors and stress reaction: a review. *Japanese Journal of Industrial Health*, **36**, 397-405.
- Farmer, M.E., Locke, B.Z., Moscicki, E.K., Dannenberg, A.L., Larson, D.B., & Radloff, L.S. 1988 Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study. *American Journal of Epidemiology*, **128**, 1340-1351.
- Frederick, T., Frerichs, R.R., & Clark, V.A. 1988 Personal health habits and symptoms of depression at the community level. *Preventive*

- Medicine*, 17, 173-182.
- 淵野由夏・溝上哲也・徳井教孝・井出玲子・藤野善久・吉村健清 2003 地域住民のライフスタイルと精神的健康度との関連 日本公衛誌, 50, 303-313.
- 福西勇夫 1990 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point 心理臨床, 3, 228-234.
- 星旦二・森本兼曩 1986 日常生活習慣と身体的健康度との関連性 日本公衆衛生誌, 33 (第45回日本公衆衛生学会抄録集), 72.
- 飯島久美子・山田一朗・森本兼曩 1991 大学生におけるライフスタイルと身体的ならびに精神的健康度 森本兼曩 (編著) ライフスタイルと健康: 健康理論と実証研究 医学書院 117-125.
- 入江正洋・宮田正和・永田頌史・三島徳雄・池田正人・平山志津子 1997 健康に関する認識およびライフスタイルとメンタルヘルス 産業衛生学雑誌, 39, 107-115.
- 岩田昇 1994 定期健診におけるストレス性健康障害把握のための問診表について 産業ストレス研究, 1, 84-87.
- 岩田昇 1997 GHQ 一般健康調査 産業衛生学雑誌, 39, A35-36.
- 上岡洋晴・佐藤陽治・斎藤滋雄・武藤芳照 1998 精神的健康度とライフスタイルとの関連 学校保健研究, 40, 425-438.
- Kawada, T., Shinmyo, R.R., & Suzuki, S. 1994 Effects of regular health practices on subjective evaluation of health. *Japanese Journal of Industrial Health*, 36, 57-63.
- 川上憲人・原谷隆史 1991 企業従業員におけるライフスタイルと抑うつ症状: 1年間の追跡調査 森本兼曩 (編) ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究— 医学書院, 188-196.
- 川上憲人・原谷隆史・金子哲也・小泉明 1987 企業従業員における健康習慣と抑うつ症状の関連性 産業医学, 29, 55-63.
- 警察庁生活安全局地域課 2004 平成15年中における自殺の概要資料 警察庁統計 <http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki4/jisatu.pdf>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 2001 平成12年保健福祉動向調査の概況: 心身の健康 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hftyosa/hftyosa00/index.html>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 2003a 平成14年保健福祉動向調査の概況: 運動習慣と健康意識 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hftyosa/hftyosa02/index.html>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 2003b 平成14年労働者健康状況調査の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anken/kenkou02/>
- 厚生省大臣官房統計情報部 1996 平成8年保健福祉動向調査の概況: 健康 <http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0906/h0601-1m.html>
- 丸山総一郎・森本兼曩 2002 職場における生活習慣病予防 (その3) —ストレスと心身の健康— 産業医学プラザ 産業医学振興財団, 30-38.
- 三島徳雄・加藤登紀子・河野啓子・沢渡美智代・永田頌史 1995 ストレス反応指標としての GHQ の検討—国家試験前後の変動から— 産業ストレス研究, 3, 59.
- 森本兼曩 1991 ライフスタイル研究の意義と展望 森本兼曩 (編著) ライフスタイルと健康: 健康理論と実証研究 医学書院, 2-32.
- 森本兼曩 1994 ストレス科学研究のめざすもの—平均値の医学から個体差の保健学へ— 産業ストレス研究, 1, 49-63.
- 内閣府大臣官房政府広報室 2002 世論調査報告概要 国民生活に関する世論調査 (平成14年6月調査) <http://www8.cao.go.jp/survey/h14/h14-life/>
- 内閣府大臣官房政府広報室 2003 世論調査報告概要 国民生活に関する世論調査 (平成15年6月調査) <http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-life/>
- 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票<手引き> 日本文化科学社
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. 2002 The Concept of Flow. In C.R. Snyder & S.H. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*, 89-105, New York: Oxford University Press.
- 新納美美・森俊夫 2001 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票12項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討 精神医学, 43, 431-436.
- Parker, D.A., Parker, E.S., Harford, T.C., & Farmer, G.C. 1987 Alcohol use and depression symptoms among employed men and women. *American Journal of Public Health*, 13, 253-268.
- Patton, C.G., Carlin, J.B., Koffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. 1998 Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective

- study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522.
- 労働省労働大臣官房政策調査部 1998 平成9年労働者健康状況調査報告 厚生労働省統計表データベースシステム http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_13_4.html
- Stephens, T. 1988 Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17, 35-47.
- 鳥居俊 1991 ライフスタイルとしてのスポーツと健康 森本兼曩(編著) ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究— 医学書院, 179-187.
- 山本晴義 2001 横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター 産業精神保健, 9, 41-45.
- 山本晴義・衛藤真子 2003 労災病院における産業保健活動—横浜労災病院・勤労者メンタルヘルスセンターの活動から— 産業ストレス研究, 10, 99-101.
- 横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター 1999 働く人のメンタルヘルス(利用案内) 横浜労災病院
- 善福正夫・川田智恵子 1997 学生における健康習慣と主観的健康状態の関連性に関する研究 学校保健研究, 39, 325-332.

注

- 1) 本研究は、平成15年度に修士論文として桜美林大学大学院国際学研究科人間科学専攻(健康心理学)に提出したものの一部を分析し直したものである。

The Relationship between Mental Health Status and Lifestyle Factors of Users of Mental Health Promotion Center

SAKURAKO ITO (*Graduate School of Psychology, Kurume University*)

AKIRA TSUDA (*Faculty of Psychology, Kurume University*)

HARUYOSHI YAMAMOTO (*Mental Health Center for Workers, Yokohama Rosai Hospital*)

RIE ISHIKAWA (*Graduate School of Human Science, Obirin University*)

Abstract

Aim: This study investigated the health-related lifestyle and mental health status of users of the mental health center which aims to promote workers' and their family's mental health. This study also examined the relationship between mental health status and health-related lifestyle factors of the users.

Hypothesis: The mental health status of many users of the mental health center is poor and stressed, and the lifestyle factors are related to the mental health status.

Methods: The data used were obtained from 2,361 (men 830, women 1,531) users of Yokohama Rosai Hospital Mental Health Center for Workers (YMHC) through a questionnaire survey conducted upon the enrollment as a member of the YMHC. The survey included the 12-item version of the General Health Questionnaire (GHQ-12) and a questionnaire concerning 12 health-related lifestyle items. GHQ-12 was used as an indicator of mental health. The cut-off point was set at 2/3 that 3 points or higher was concerned as "poor mental health" and 2 points and lower as "good mental health". Logistic regression analysis was used to determine the relationship between health-related lifestyle factors and poor mental health.

Results: Many subjects had generally concerned "healthy" lifestyle such as having well-regulated life, eating regularly, concerning nutritional balance, and sleeping 6-8 hours. The 65.2% of the subjects were considered to be in poor mental health and stressed. However, the mode value of GHQ-12 score distribution was at 0 (14.8%), and that people with good mental health were also using YMHC was indicated. Logistic regression analysis indicated that the odds ratio for having poor mental health was significantly higher among those who have no hobby, exercise less than twice a month, have irregular life, and do not have breakfast everyday. In other words, it was suggested that these lifestyle factors increase the risk of poor mental health. The odds ratio for having poor mental health was significantly lower among those who have someone to go to for advice.

Conclusions: Having lifestyle such as having hobby, exercising more than once a week, having well-regulated life, eating breakfast regularly, and having someone to go to for advice might contribute to promote mental health. It is suggested that providing support for developing these lifestyle may promote mental health.

Key words: health-related lifestyle, mental health, EAP, health promotion, stress