

生活保護現業員のメンタルヘルスとその関連要因

アカマ ユミ^{*、2*} モリカギ ユウコ^{3*} オオタケ コ^{3*} スズキ イクコ^{4*}
 赤間 由美^{*、2*} 森鍵 祐子^{3*} 大竹まり子^{3*} 鈴木 育子^{4*}
 カノヤ ユカ^{5*} ホソヤ コ^{3*} コバヤシ アツコ^{3*}
 叶谷 由佳^{5*} 細谷たき子^{3*} 小林 淳子^{3*}

目的 生活保護現業員のメンタルヘルスの実態を把握し、メンタルヘルスと関連が予測される労働状況、研修講習会の参加状況、生活習慣、疾病の有無、ソーシャルサポート、自己効力感との関連を明らかにする。

方法 全国の福祉事務所（1,230か所）を、設置主体、地域別に降順に並び替え、等間隔抽出法により20%、246施設を抽出し、各施設5人ずつ計1,230人の生活保護現業員を調査対象とする無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は、基本属性、労働状況、ソーシャルサポート（家族・友人、上司、同僚）、研修会・講習会への参加、疾病の有無、生活習慣、生活保護現業員としての自己効力感、生活保護現業員のメンタルヘルス（GHQ28）とした。GHQ28得点を従属変数とし、区分点でGHQ5点以下をGHQ低群、GHQ6点以上をGHQ高群として2群に分け、独立変数との関連をt検定、 χ^2 検定またはFisherの直接確率法により確認した。

単変量分析の結果、性差が認められたことから、男女別にGHQ28得点の高群、低群の2群を従属変数とし、有意性が認められた変数を独立変数とする、多重ロジスティック回帰分析（変数増加法ステップワイズ尤度比）を行った。

結果 有効回答数は506人、男性410人、女性96人で、GHQ高群は66.0%、低群は34.0%とメンタルヘルス不調の者の割合が高かった。

分析の結果、生活保護現業員男女ともに、10時間以上の労働時間の者は9時間以下の者に比べて、また自己効力感の低い者は高い者に比べてメンタルヘルスが有意に不調であった。男性生活保護現業員では、適度な睡眠時間が取れている者、同僚および、家族・友人のサポートが得られている者、社会福祉士資格を有する者のメンタルヘルスが良好であった。女性生活保護現業員では、年齢が高くなるほどメンタルヘルスが悪化していた。また家庭訪問を最多業務としている者のメンタルヘルスが良好であった。

結論 以上のことから、残業時間への配慮、サポート的なコミュニケーションや自己効力感を育む環境づくりが求められる。男性では、適度な睡眠時間の確保、女性ではワークライフバランスを意識した働き方等、性差を考慮したメンタルヘルス対策が示唆された。

Key words : 生活保護現業員, メンタルヘルス, 日本語版精神健康度調査28項目版 (GHQ28), 自己効力感, ソーシャルサポート

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(7): 342-353. doi:10.11236/jph.61.7_342

I 緒 言

生活保護受給者数は平成7年の88万人を最低に年々増加し、平成20年の世界金融危機以降急速に増加

し、平成24年6月の生活保護受給者は211万人に上っている¹⁾。

生活保護受給者に直接携わる職員は社会福祉法第15条で「現業員」と呼ばれ(以下、生活保護現業員)、社会福祉法第15条第6項で社会福祉主事資格が必須要件となっている。しかし、社会福祉主事資格所持者は75%程度²⁾で、また資格取得課程では、社会福祉専門科目の履修は必須でないため、ソーシャルワークの基礎的な理論の獲得や訓練の機会を与えられないまま現業に就いている状況や³⁾、2~3年サイ

* 宮城大学看護学部看護学科

2* 山形大学大学院医学系研究科博士後期課程

3* 山形大学医学部看護学科

4* 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科

5* 横浜市立大学医学部看護学科

連絡先: 〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1-1
 宮城大学看護学部看護学科 赤間由美

クルの異動により、現場での専門性の集積が難しいことが指摘されている^{3~6)}。

現業員の標準数は社会福祉法第16条で定められているが、生活保護受給者の急増に生活保護現業員の増員が追いつかず、また最近では、受給者の自立に向けたきめ細かな支援が要求され⁴⁾、役割や負担が過大となり、生活保護現業員のメンタルヘルスの悪化が危惧されている。

また、厚生労働省は業務による心理的負荷を原因とした精神障害の労災申請や認定件数、自殺の増加に伴い、平成18年に「労働者のこころの健康の保持増進のための指針⁷⁾」を公表し、職場におけるメンタルヘルスケアの充実を図っており、メンタルヘルスケアに対する重要性の認識は社会全体として高くなっている。

生活保護現業員を対象としたメンタルヘルスの研究としては、燃え尽きや、抑うつ、負担感を調査したもの^{8~10)}や、インタビュー調査^{3,5)}が散見され、燃え尽きや抑うつ状態の者が多いことが報告されている。そして生活保護現業員のメンタルヘルスの関連要因として、業務中の家庭訪問時間⁸⁾や、業務量、担当世帯数との関連¹⁰⁾が示されている。メンタルヘルスの関連要因としては、生活保護現業員の専門性を補う項目として、研修・講習会への参加が考えられたが、先行研究では見当たらなかった。また、生活保護現業員の健康状況の悪化が危惧されたが、先行研究では健康状況や疾病との関連も明らかにされていなかった。メンタルヘルス不調者が多いと推測される生活保護現業員の中にも、メンタルヘルスを良好に保ちながら働いている者もいる。メンタルヘルス不調に至らない者の特徴として先行研究からソーシャルサポートとの関連が示され⁸⁾、急性ストレス反応の緩和や疾病、健康問題の発生子防の働きが報告されている¹¹⁾。また、一般成人を対象とした調査では、メンタルヘルス不調を防ぐ要因として生活習慣や自己効力感との関連が示されている^{7,11,12)}。これらのメンタルヘルス不調の予防要因を把握することはメンタルヘルス対策の基礎資料を得るのに有用と考えられる。

生活保護現業員のメンタルヘルスは、彼らの直接的な支援対象である生活保護受給者への支援の質に影響すると推測され、生活保護現業員が心身両面の健康を維持することは重要である。しかし、生活保護現業員のメンタルヘルスを良好から不調の範囲まで、包括的な精神の健康度で評価した研究は見当たらない。そこで、本研究では生活保護現業員のメンタルヘルス対策の基礎資料を得るために、包括的な精神健康度を測定できるGHQ28を用いて生活保護

現業員のメンタルヘルスの状態を把握し、メンタルヘルスと関連が予測される労働状況、研修講習会の参加状況、生活習慣、疾病の有無、ソーシャルサポート、自己効力感との関連を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 対象

厚生労働省のホームページにて公表されている平成18年10月時点の全国の福祉事務所1,230箇所を都道府県、政令市・特別区、市町村の設置主体別に分け、さらに設置主体ごとに保護率で降順に並び替えたリストを作成した。等間隔抽出法により、20%、246施設を抽出した。各施設5人ずつ計1,230人を調査対象とし、回答する生活保護現業員の選択は所属長に委ねた。

2. 調査期間

平成23年2月1日から3月15日

3. 調査方法

各施設に生活保護現業員あての依頼状と質問紙を同封した封筒5部を、生活保護担当課長あての調査協力依頼書とともに送付した。調査は無記名自記式回答で行い、個別の返信用封筒で密封し研究者宛、直接郵送にて回収した。

4. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、公務員歴、生活保護現業員歴、同居家族の状況、職位、勤務形態、最終学歴、保有資格について尋ねた。

2) 労働状況

最近1か月の残業時間、調査時点の担当生活保護受給世帯数および受給者数、平成22年10月1日現在の所属福祉事務所の保護率を尋ねた。業務については、最近2~3週間で、「事務」、「家庭訪問」、「面接」、「認定業務」、「関係機関訪問」、「ケース会議」、「病状調査」、「その他」の選択肢の中から最も時間を費やした業務（以下、最多業務）を尋ねた。

3) 研修・講習会への参加

1年以内の生活保護業務関連の研修、および、その他の研修について、参加の有無と参加回数を尋ねた。

4) 疾病の有無

疾病の有無を尋ねた。

5) 生活習慣

8項目からなる森本¹²⁾の健康習慣指数（Health Practice Index）のうち健康行動をとりあげ、自覚ストレス量を除く①喫煙歴、②飲酒、③朝食、④睡眠時間、⑤労働時間、⑥身体運動、⑦栄養バランス

の7項目を使用し望ましい習慣に1点、そうでない習慣に0点を配点し、二者択一で回答を求めた。

6) ソーシャルサポート

(1) 職場のソーシャルサポート

下光ら¹³⁾によって開発された職業性ストレス簡易調査票の下位尺度の中から「上司のサポート」、「同僚のサポート」を使用した。職業性ストレス簡易調査表は、信頼性、妥当性も高く、簡便に測定でき、広く使われている。上司、同僚それぞれについて「どのくらい気軽に話せますか?」、「あなたが困ったとき、次の人たちはどのくらい頼りになりますか?」、「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?」を尋ね、「非常に」に4点、「かなり」3点、「多少」2点、「全くない」に1点を与え、上司、同僚別に合計を算出した。得点は3~12点の範囲となり、得点が高いほどサポートが得られていると判断する。なお、本研究の α 係数は上司のサポート0.83、同僚のサポート0.82であった。

(2) 家族・友人のサポート

岩佐ら¹⁴⁾の作成した日本語版ソーシャルサポート尺度短縮版を使用した。日本語版ソーシャルサポート尺度¹⁴⁾はZimet GDらが開発した12項目からなる「ソーシャルサポート尺度」(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)を邦訳したもので、比較的どの対象にも使用しやすく¹⁵⁾、信頼性、妥当性を有していることが示されている。本研究では12項目同様に、信頼性と妥当性が示されている7項目からなる短縮版¹⁴⁾を使用した。

質問項目は、「私には困った時そばにいてくれる人がある」、「私は喜びと悲しみを分かち合える人がある」、「私の家族は本当に私を助けてくれる」、「必要な時に家族は私の心の支えとなるよう手を差し伸べてくれる」、「私の友人たちは本当に私を助けてくれようとする」、「私にはよろこびと悲しみを分かち合える友人がいる」、「私は自分の問題について友人たちと話すことができる」の7項目からなる。それぞれについて「全くそう思わない」、「から非常にそう思う」の7段階評定を求め、1~7点を配点して、平均点を求めた。得点が高いほどサポートが得られていると判断する。本研究における α 係数は0.90であった。

7) 生活保護現業員としての自己効力感

「生活保護現業員としてうまくやれているか」の問いに対して、「そう思う」を100、「そう思わない」を0としてVisual Analogue Scaleで回答を求めた。

8) 生活保護現業員のメンタルヘルス

生活保護現業員のメンタルヘルスは日本版精神健康度調査 (General Health Questionnaire, 以下

GHQ)¹⁶⁾で測定した。

GHQは、Goldberg (1978) によって開発された自記式質問紙調査法による検査法で、日本語版は中川と大坊¹⁶⁾によって開発された。GHQは神経症症状および不安や社会的な機能の不全さをも反映するもので、メンタルヘルスを包括的かつ定量的に評価する尺度といわれている¹²⁾。本研究ではスクリーニング性からメンタルヘルス指標として数多く用いられている短縮版の28項目版 (GHQ28) を使用した。採点は四肢択一でメンタルヘルスに問題があることを意味する選択肢に1点を与え、その合計を求める。GHQ28の得点は0~28点に分布し、区分点は5/6点で、全神経症者の90%以上が6点以上、健常者の86%は5点以下となり、高い値になるほどメンタルヘルスになんらかの問題があると解釈される。

5. プレテスト

質問紙の修正を行うために、生活保護現業員5人にプレテストを行い、設問内容を修正した。

6. 分析方法

各変数の一次集計の後、GHQ28の得点を従属変数とし、区分点に従って、GHQ5点以下をGHQ低群、GHQ6点以上をGHQ高群として2群に分け、独立変数との関連をt検定、 χ^2 検定またはFisherの直接確率法により確認した。

単変量分析の結果、性差が認められたことから、男女別にGHQ28得点の高群、低群の2群を従属変数とし、再度単変量分析を実施した。この分析は、多重ロジスティック回帰分析における独立変数の選択を目的とし、有意水準25%未満を選択基準とした。そして、単変量分析で選択された変数を独立変数として多重ロジスティック回帰分析 (変数増加法ステップワイズ尤度比) を行った。

すべての統計学的検定はIBM SPSS Statistics version 19を使用し、有意水準は5%未満とした。

7. 倫理的配慮

対象の福祉事務所の所属長および生活保護現業員には書面により、研究目的、方法、研究協力は自由意志によること、無記名調査であり結果公表の際に福祉事務所や個人が特定されることはないことを説明し、調査票の返送を持って対象からの同意を得られたと判断した。

調査に先立ち、研究計画は山形大学医学部倫理委員会の承認を得た。(平成23年1月17日承認)

III 研究結果

回収数は524通 (回収率42.6%) であった。そのうちGHQ28に欠損値のあるものを除外し、男性410人、女性96人、計506人 (有効回答率41.1%) を

表1 対象の概要

		全体 N=506		男 n=410		女 n=96	
		n	平均±SD	n	平均±SD	n	平均±SD
年齢 (歳)		501	36.7±8.8	407	37.0±8.4	94	35.3±10.1
公務員歴 (年)		506	13.8±9.1	410	14.0±8.8	96	13.1±10.3
生活保護現業員歴 (年)		502	3.0±2.7	406	3.0±2.5	96	3.2±3.3
		n (%)		n (%)		n (%)	
同居家族の有無	あり	423	(83.6)	346	(84.4)	77	(80.2)
	なし	81	(16.0)	63	(15.4)	18	(18.8)
	不明・無回答	2	(0.4)	1	(0.2)	1	(1.0)
最終学歴	高校	83	(16.4)	65	(15.9)	18	(18.8)
	専門学校	21	(4.2)	19	(4.6)	2	(2.1)
	短期大学	27	(5.3)	15	(3.7)	12	(12.5)
	大学	365	(72.1)	303	(73.9)	62	(64.6)
	大学院	10	(2.0)	8	(2.0)	2	(2.1)
資格	あり	327	(64.6)	267	(65.8)	60	(62.5)
	なし	178	(35.2)	142	(35.0)	36	(37.5)
	不明・無回答	1	(0.2)	1	(0.2)	0	(0.0)
保有資格 (複数回答)	社会福祉主事	311	(61.5)	253	(61.7)	58	(60.4)
	社会福祉士	39	(7.7)	24	(5.9)	15	(15.6)
	精神保健福祉士	12	(2.4)	6	(1.5)	6	(6.3)
	その他	16	(3.2)	6	(1.5)	10	(10.4)
残業時間(時間/月)		485	20.3±9.7	399	20.4±20.9	86	19.6±18.3
最多業務 (最近2~3週間の状況)	事務	197	(37.4)	166	(40.5)	31	(32.3)
	家庭訪問	138	(27.3)	111	(27.1)	27	(28.1)
	認定業務	78	(15.0)	60	(14.6)	18	(18.8)
	面接	37	(6.9)	31	(7.6)	6	(6.3)
	その他	17	(2.4)	13	(3.2)	4	(4.2)
	不明・無回答	39	(11.0)	29	(7.1)	10	(10.4)
生活習慣							
喫煙歴	あり	180	(35.6)	172	(42.0)	8	(8.3)
	なし	321	(63.4)	234	(57.1)	87	(90.6)
	不明・無回答	5	(1.0)	4	(0.9)	1	(1.1)
飲酒	時々 or 飲酒しない	373	(73.7)	290	(70.7)	83	(86.5)
	毎日	130	(25.7)	118	(28.8)	12	(12.5)
	不明・無回答	3	(0.6)	2	(0.5)	1	(1.0)
朝食	時々 or ほぼ毎日食べる	411	(81.2)	329	(80.2)	82	(85.4)
	食べない	93	(18.4)	79	(19.3)	14	(14.6)
	不明・無回答	2	(0.4)	2	(0.5)	0	(0.0)
睡眠時間	7~8時間	240	(47.4)	196	(47.8)	44	(45.8)
	6時間以下 or 9時間以上	263	(52.0)	211	(51.5)	52	(54.2)
	不明・無回答	3	(0.6)	3	(0.7)	0	(0.0)
労働時間	9時間以下	302	(59.7)	348	(60.5)	54	(56.3)
	10時間以上	198	(39.1)	157	(38.3)	41	(42.7)
	不明・無回答	6	(1.2)	5	(1.2)	1	(1.0)
身体運動	週1回以上	205	(40.5)	179	(43.7)	26	(27.1)
	月1回以下	292	(57.7)	223	(54.4)	69	(71.9)
	不明・無回答	9	(1.8)	8	(1.9)	1	(1.0)
栄養バランス	考えている	357	(70.6)	278	(67.8)	79	(82.3)
	偏食	145	(28.7)	128	(31.2)	17	(17.7)
	不明・無回答	4	(0.7)	4	(1.0)	0	(0.0)
ソーシャルサポート	家族・友人のサポート	506	5.4±1.2	410	5.4±1.2	96	5.6±1.0
	上司のサポート	500	8.2±2.2	405	8.3±2.2	95	7.8±2.1
	同僚のサポート	500	9.0±1.9	405	9.1±1.9	95	8.5±1.9
自己効力感		500	45.1±24.3	405	46.4±23.8	95	39.8±26.1

ソーシャルサポート

家族・友人のサポート：1-7点の範囲，得点が高いほどサポートが得られている。

上司のサポート：3-12点の範囲，得点が高いほどサポートが得られている。

同僚のサポート：3-12点の範囲，得点が高いほどサポートが得られている。

自己効力感：0-100点の範囲，Visual Analogue Scaleで100に近いほど自己効力感が高い。

分析対象とした。

1. 対象の概要 (表1)

対象者の平均年齢は36.7 (±8.8) 歳で、最年少20歳、最年長65歳、男性は平均年齢37.0 (±8.4) 歳、最年少20歳、最年長65歳、女性は平均年齢35.3 (±10.1) 歳、最年少21歳、最年長60歳であった。公務員歴は13.8 (±9.1) 年、生活保護現業員歴は、3.0 (±2.7) 年であった。同居家族がいる者は全体で423人 (83.6%) であった。学歴では、大学卒の者が365人 (72.1%)、資格保有者は327人 (64.6%) で、そのうち社会福祉主事資格は311人 (61.5%)、社会福祉士資格は39人 (7.7%) が所持していた。

残業時間は1か月平均20.3 (±9.7) 時間、最長で127時間であった。最近2~3週間の最多業務では、「事務」197人 (37.4%)、「家庭訪問」138人 (27.3%) で、「家庭訪問」を最多業務とした者は男性111人 (27.1%)、女性27人 (28.1%) であった。

生活習慣では、睡眠時間は「6時間以下あるいは9時間以上」の者が全体263人 (52.0%) で、男女別では男性211人 (51.5%)、女性52人 (54.2%) であった。労働時間は「10時間以上」の者が全体198人 (39.1%)、男性157人 (38.3%)、女性41人 (42.7%) であった。

ソーシャルサポートのうち「家族・友人のサポート」得点平均は全体5.4 (±1.2)、男性5.4 (±1.2)、女性5.6 (±1.0) であった。「上司のサポート」得点平均は、全体8.2 (±2.2)、男性8.3 (±2.2)、女性7.8 (±2.1)、「同僚のサポート」得点の平均は、全体9.0 (±1.9)、男性9.1 (±1.9)、女性8.5 (±1.9) であった。

生活保護現業員としての自己効力感の平均は全体45.1 (±24.3)、男性46.4 (±23.8)、女性39.8 (±26.1) であった。

2. 生活保護現業員のメンタルヘルス

GHQ28の平均は全体で9.5 (±6.9)、男性9.2 (±7.0)、女性10.9 (±16.3) であった。区分点に従い、6点以上を高群、5点以下を低群で区分したところ、全体でGHQ高群334人 (66.0%)、GHQ低群172人 (34.0%) であった。男女別では、男性で、GHQ高群256人 (62.4%)、GHQ低群154人 (37.6%)、女性はGHQ高群78人 (81.3%)、GHQ低群18人 (18.8%) であった (表2)。

3. 生活保護現業員のメンタルヘルスに関連する要因

単変量分析の結果、GHQ28と関連がみられた変数を表2に示す。このうち有意水準25%未満の変数を候補変数とし男女別にロジスティック回帰分析を実施した。(表3, 4)

1) 男性のメンタルヘルスに関連する要因

男性では単変量分析の結果、家族・友人のサポート ($P<0.001$)、上司のサポート ($P<0.001$)、同僚のサポート ($P<0.001$)、自己効力感 ($P<0.001$) が有意となり、サポート得点、自己効力感が低い方がGHQ高群の割合が高かった。また生活保護研修受講 ($P<0.001$)、疾病の有無 ($P=0.049$)、生活習慣では、睡眠時間 ($P<0.001$)、労働時間 ($P<0.001$)、身体運動 ($P<0.001$)、栄養バランス ($P=0.001$) でも有意となり、生活保護研修を受講していない者、疾病のある者、望ましくない生活習慣の者の方がGHQ高群の割合が高かった。

男性のロジスティック回帰分析候補変数として年齢、自己効力感、家族・友人のサポート、上司のサポート、同僚の支援、生活保護関連研修受講の有無、疾病の有無、睡眠時間、労働時間、運動、栄養、生活保護現業員歴、社会福祉士資格の有無、職位があげられた。

多重ロジスティック回帰分析では労働時間 (OR: 2.85, 95% CI: 1.68-4.83)、睡眠時間 (OR: 2.04, 95% CI: 1.25-3.33)、自己効力感 (OR: 0.97, 95% CI: 0.96-0.98)、同僚のサポート (OR: 0.85, 95% CI: 0.73-0.98)、家族・友人のサポート (OR: 0.72, 95% CI: 0.54-0.95)、社会福祉士資格の有無 (OR: 0.32, 95% CI: 0.12-0.89) が有意となった (表3)。具体的には、労働時間が10時間以上の者の方が9時間以下の者より、6時間以下あるいは9時間以上の睡眠時間の者の方が、7~8時間の睡眠時間の者より、GHQ高群になる確率が高かった。また自己効力感が高い者、家族友人のサポート、同僚のサポートが得られている者、社会福祉資格を持っている者の方がGHQ高群になる確率は低かった。

2) 女性のメンタルヘルスに関連する要因

女性の単変量分析でGHQ28との関連が有意となったのは、年齢 ($P=0.037$)、家族・友人のサポート ($P=0.049$)、同僚のサポート ($P<0.001$)、自己効力感 ($P=0.011$) で、年齢が高い方が、また家族・友人のサポート得点、同僚のサポート得点、自己効力感が低い方がGHQ高群の割合が高かった。また社会福祉士資格の有無 ($P=0.033$)、その他の資格の有無 ($P=0.019$) で関連がみられ、社会福祉士資格、その他の資格を持つ者の方がGHQ高群の割合が低かった。労働状況との関連では、最多業務での家庭訪問 ($P=0.008$) で有意となり、家庭訪問が最多業務となっている者の方がそうでない者に比べてGHQ高群の割合が低かった。生活習慣との関連では、労働時間 ($P=0.029$) で有意となり、労働時間

表2 生活保護現業員のメンタルヘルス (GHQ28) と関連要因

生活保護現業員のメンタルヘルス (GHQ28)	男 n=410					女 n=96				
	GHQ 低群		GHQ 高群		P	GHQ 低群		GHQ 高群		P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)						
	154(37.6)	256(62.4)				18(18.8)	78(81.3)			
	n	平均±SD	n	平均±SD	P	n	平均±SD	n	平均±SD	P
関連要因										
年齢 (歳)	152	37.4±8.4	255	36.7±8.4	0.416 ^{a)}	18	30.9±7.7	76	36.4±10.3	0.037 ^{a)}
生活保護現業員歴 (年)	153	3.2±2.7	253	2.8±2.4	0.137 ^{a)}	18	2.8±2.5	78	3.3±3.5	0.537 ^{a)}
ソーシャルサポート										
家族・友人のサポート	154	5.7±1.0	256	5.1±1.3	<0.001 ^{a)}	18	6.0±0.8	78	5.5±1.1	0.049 ^{a)}
上司のサポート	152	9.0±2.1	253	7.9±2.2	<0.001 ^{a)}	17	8.5±1.7	78	7.7±2.2	0.169 ^{a)}
同僚のサポート	152	9.7±1.8	253	8.7±1.9	<0.001 ^{a)}	17	8.9±1.4	78	8.4±2.0	<0.001 ^{a)}
生活保護現業員としての自己効力感	153	57.5±20.8	252	39.6±22.9	<0.001 ^{a)}	18	53.7±27.1	77	36.5±25.0	0.011 ^{a)}
	n (%)	n (%)			P	n (%)	n (%)			P
職位										
係員	127(82.5)		225(88.6)		0.096 ^{c)}	17(94.4)		74(96.1)		0.575 ^{c)}
係長・課長補佐級	24(15.6)		22(8.7)			1(5.6)		3(3.9)		
その他	3(1.9)		7(2.8)			0(0.0)		0(0.0)		
保有資格数	153	0.7±0.6	256	0.7±0.5	0.496 ^{a)}	18	1.3±1.4	78	0.8±0.8	0.143 ^{a)}
社会福祉士										
あり	13(8.5)		11(4.3)		0.086 ^{b)}	6(33.3)		9(11.5)		0.033 ^{c)}
なし	140(91.5)		245(95.7)			12(66.7)		69(88.5)		
精神保健福祉士										
あり	2(1.3)		4(1.6)		1.000 ^{b)}	3(16.7)		3(3.8)		0.078 ^{c)}
なし	151(98.7)		252(98.4)			15(83.3)		75(96.2)		
生活保護関連研修										
受講した	102(66.7)		162(64.0)		<0.001 ^{b)}	12(70.6)		54(69.2)		1.000 ^{b)}
受講しない	51(33.3)		91(36.0)			5(29.4)		24(30.8)		
受講回数	124	1.6±1.3	210	1.6±1.6	0.886 ^{a)}	14	2.4±2.1	63	1.7±1.6	0.217 ^{a)}
最多業務										
家庭訪問	44(28.6)		67(26.2)		0.646 ^{b)}	10(55.6)		17(21.8)		0.008 ^{b)}
家庭訪問以外	110(71.4)		189(73.8)			8(44.4)		61(78.2)		
生活習慣										
飲酒										
毎日	50(32.5)		68(26.8)		0.260 ^{b)}	0(0.0)		12(15.6)		0.114 ^{c)}
時々 or 飲酒しない	104(67.5)		186(73.2)			18(100.0)		65(84.4)		
睡眠時間										
7~8時間	95(61.7)		101(39.9)		<0.001 ^{b)}	12(7.8)		32(12.6)		0.067 ^{b)}
6時間以下 or 9時間以上	59(38.3)		152(60.1)			6(3.9)		46(18.2)		
労働時間										
9時間以下	114(74.5)		134(53.2)		<0.001 ^{b)}	14(82.4)		40(51.3)		0.029 ^{c)}
10時間以上	39(25.5)		118(46.8)			3(17.6)		38(48.7)		
身体運動										
週1回以上	84(54.9)		95(38.2)		<0.001 ^{b)}	9(52.9)		60(76.9)		0.069 ^{c)}
月1回以下	69(45.1)		154(61.8)			8(47.1)		18(23.1)		
栄養バランス										
考えている	122(79.7)		156(61.7)		0.001 ^{b)}	4(22.2)		13(16.7)		0.732 ^{c)}
偏食	31(20.3)		97(38.3)			14(77.8)		65(83.3)		
疾病の有無										
あり	17(11.0)		47(18.7)		0.049 ^{b)}	2(11.1)		15(19.2)		0.515 ^{c)}
なし	137(89.0)		205(81.3)			16(88.9)		63(80.8)		

a) t検定 b) χ^2 検定 c) Fisherの直接確率法

GHQ28: 0-28点, 高得点ほどメンタルヘルスが悪化していると評価。区分点は5/6点

ソーシャルサポート

 家族・友人のサポート: 1-7点の範囲, 得点が高いほどサポートが得られている。

 上司のサポート: 3-12点の範囲, 得点が高いほどサポートが得られている。

 同僚のサポート: 3-12点の範囲, 得点が高いほどサポートが得られている。

自己効力感: 0-100点の範囲, Visual Analogue Scaleで100に近いほど自己効力感が高い。

最多業務: 最近2~3週間の状況を尋ねた。

表3 男性のメンタルヘルス不調 (GHQ高群) に関連する要因

	男 n=373	
	オッズ比 (95%信頼区間)	P
労働時間		
9時間以下	1.00	<0.001
10時間以上	2.85(1.68-4.83)	
睡眠時間		
7~8時間	1.00	0.004
6時間以下 or 9時間以上	2.04(1.25-3.33)	
生活保護現業員としての自己効力感	0.97(0.96-0.98)	<0.001
同僚のサポート	0.85(0.73-0.98)	0.026
家族・友人のサポート	0.72(0.54-0.95)	0.019
社会福祉士資格		
なし	1.00	
あり	0.32(0.12-0.89)	0.029

モデル χ^2 検定 $P<0.001$

Hosmer と Lemeshow の検定 $P=0.065$

判別率 74.0%

投入変数:

年齢, 自己効力感, 家族・友人のサポート, 上司のサポート, 同僚のサポート, 生活保護関連研修受講の有無, 疾病の有無, 睡眠時間, 労働時間, 運動, 栄養, 現業員歴, 社会福祉士資格の有無, 職位

が10時間以上の者の方が9時間以下の者よりGHQ高群の割合が高かった。

女性では, 年齢, 自己効力感, 家族友人のサポート, 上司のサポート, 同僚のサポート, 社会福祉士資格の有無, 精神保健福祉士資格の有無, 生活保護関連研修受講回数, 最多業務 (家庭訪問), 飲酒, 労働時間, 睡眠時間, 運動が候補変数としてあげられた (表2)。

多重ロジスティック回帰分析では, 労働時間 (OR: 7.41, 95%CI: 1.14-48.27), 年齢 (OR: 1.22, 95%CI: 1.06-1.41), 自己効力感 (OR: 0.95, 95%CI: 0.92-0.99), 最多業務が家庭訪問 (OR: 0.09, 95%CI: 0.01-0.57) が有意となった。具体的には, 労働時間が10時間以上の者の方が9時間以下の者より, 年齢が高い者ほどGHQ高群になる確率が高かった。また自己効力感が高い者ほど, 最多業務が家庭訪問の者の方がそうでない者に比べてGHQ高群になる確率が低かった (表4)。

IV 考 察

1. 対象者の概要

本研究の有効回答率は41.1%で, 森川らの全国の

表4 女性のメンタルヘルス不調 (GHQ高群) に関連する要因

	女 n=73	
	オッズ比 (95%信頼区間)	P
労働時間		
9時間以下	1.00	0.036
10時間以上	7.41(1.14-48.27)	
年齢 (歳)	1.22(1.06-1.41)	0.007
生活保護現業員としての自己効力感	0.95(0.92-0.99)	0.014
最多業務		
家庭訪問以外	1.00	
家庭訪問	0.09(0.01-0.57)	0.011

モデル χ^2 検定 $P<0.001$

Hosmer と Lemeshow の検定 $P=0.050$

判別率 87.7%

投入変数:

年齢, 自己効力感, 家族・友人のサポート, 上司のサポート, 同僚のサポート, 社会福祉士資格の有無, 精神保健福祉士資格の有無, 生活保護関連研修受講回数, 最多業務 (家庭訪問), 飲酒, 労働時間, 睡眠時間, 運動

生活保護現業員を対象とした調査¹⁰⁾の57.5%と比較して低かった。生活保護現業員を対象としたメンタルヘルスに関する全国規模の調査は森川らの調査¹⁰⁾のみで, 森川らの調査¹⁰⁾では全福祉事務所の各1人を対象としていた。本研究では対象施設を抽出し1施設5人とした。社会福祉事務所の規模や地域特性, 保護率により生活保護現業員の業務, メンタルヘルスへの影響も一様でないと思われたが, 地域別, 保護率, 設置主体別でGHQ28との有意な関連は認められなかった。

本調査対象の80%は男性で, 先行研究^{5,8~10)}でも男性割合は70~80%で, 生活保護現場は男性が多い職場といえる。

本調査対象の平均年齢は36.7 (±8.8) 歳, 公務員歴平均13.8 (±9.1) 年, 生活保護現業員歴平均3.0 (±2.7) 年であった。先行研究^{5,10)}では, 25~30歳代が多く, 平成21年度福祉事務所現況調査²⁾での生活保護現業員歴は, 1年以上3年未満37.9%, 3年以上5年未満20.8%となっており, 本調査対象も先行研究^{5,8~10)}と同様の20~30代の若手が多く, 2~5年の異動サイクルになっており専門性の蓄積が難しい体制が窺えた。

2. 生活保護現業員のメンタルヘルス

GHQの区分点は5/6点で, 本調査対象のGHQ28平均得点は9.5点と, メンタルヘルスは不調であった。生活保護現業員のGHQ28を報告した先

行研究は見当たらないが、業務内容が近い福祉系の職種で、地域包括支援センター専門職スタッフのGHQ28の平均値6.8点¹⁷⁾、障害福祉現場職員の9.3点¹⁸⁾と比べると、本研究対象者の調査結果は相対的に高く、メンタルヘルスにおいてリスクの高い職場であることが示唆された。

対人援助職は一般に多くの職種のなかでもワークストレスが大きいといわれている¹¹⁾。とくに生活保護業務は、不安定な社会状況等を背景とした複雑困難な事例が多く、生活保護受給者に対するきめ細やかな支援が求められ⁴⁾、メンタルヘルス不調の背景には、生活保護現業員個人の問題だけでなく、生活保護受給者側の問題、制度・組織の問題、社会経済状態など複雑で多様な問題が推察された。

3. 生活保護現業員のメンタルヘルスに関連する要因

1) 労働状況との関連

生活保護現業員男女ともに、10時間以上の労働時間の者は9時間以下の労働時間の者に比べてメンタルヘルスが有意に不調であった。好ましくない生活習慣とされている10時間以上の労働時間の者は男性38.3%、女性42.7%で、地方公務員を対象とした調査¹⁹⁾の男性30.5%、女性41.9%と比べて大きな差はなかった。しかし本調査での労働時間のオッズ比は男性2.85、女性7.41とメンタルヘルスに対する影響が他の関連要因の中で最も大きく、とくに女性への影響が強かった。長時間労働は余暇や休息の時間を圧迫し、疲労の蓄積が慢性的なストレスを引き起こし、飲酒や欠勤の増加、やる気の喪失、自尊心の低下といったストレス反応を高めるといわれており¹¹⁾、適正な労働時間となるような取り組みが求められる。また、女性は男性に比べて家事労働に費やす時間が多く、余暇や休息時間を圧迫しているといわれ¹¹⁾、労働時間の管理は女性にとって重要な対策であり、ワークライフバランスを意識した女性が働きやすい環境づくりが求められる。

業務内容では、女性で、家庭訪問を最多業務としている者ではそうでない者に比べオッズ比0.09と、メンタルヘルス不調のリスクが低下していた。生活保護現場では、事務や認定業務に追われ訪問時間の確保が難しい状況があり、家庭訪問を多くしている者は、比較的仕事がコントロールでき、訪問に出向く余裕があることが考えられた。またTakedaら⁸⁾の調査では、家庭訪問をしている者の方が燃え尽き得点が高く、受給者との直接的サービスに時間が増えるほど燃え尽きがみられており、本調査結果はTakedaら⁸⁾の調査とは相反する結果となった。Takedaらはまた、男性生活保護現業員の方が女性

生活保護現業員に比べて燃え尽きになる可能性が高く、その理由として男性生活保護現業員はアルコール依存症や精神病、暴力的傾向など、より不安定で複雑な問題を抱える受給者に関わっている実態を挙げている⁹⁾。Takedaら⁹⁾の考察や現場の実態から、女性現業員の家庭訪問では、比較的状态の安定した受給者に計画的に訪ねることができ、来所面接のように背景がわからない突発的な相談対応に比べストレスが少ないなどの理由からメンタルヘルスが良好となった可能性が考えられた。メンタルヘルスと家庭訪問の関連については、家庭訪問対象者の特性や、家庭訪問以外の業務との関連、男女の業務の違い、メンタルヘルスの評価方法などを踏まえ更なる調査が必要と考えられた。

2) 専門性との関連（保有資格、研修講習会の参加状況）

保有資格では生活保護現業員の必須要件である社会福祉主事資格所持者は311人（61.5%）であった。過去の調査²⁾でも生活保護現業員の社会福祉主事資格所持者は75%前後で推移してきている。また、男女ともに社会福祉士資格の有無がロジスティック回帰分析の候補変数となり、ロジスティック回帰分析では男性でのみメンタルヘルスとの関連がみられ、男性の社会福祉士資格のオッズ比は0.32とメンタルヘルス不調の最大の予防要因となっていた。社会福祉士資格所持者は教育課程でケースワークの専門的知識と技術を身に付け、対人援助業務に就くことを想定しており、仕事への具体的なイメージができ、専門的な対処行動がとれることなどが背景として考えられた。本調査の社会福祉士資格所持者は全体で7.7%と、厚生労働省の過去の調査²⁾の3~4%と比較して相対的に高かった。男性のみで有意となった点については、生活保護現場は男性中心の職場であり、男性社会福祉士の方が働きやすいことなどが考えられたが、母数の影響、資格所持者に求められる業務や役割も考慮してとらえる必要がある。

またロジスティック回帰分析では有意とならなかったが、単変量分析では男性で生活保護関連研修の受講の有無も有意であった。生活保護現業員の資質向上に関する提言²⁰⁾では、経験年数や専門性の不足、経験が蓄積されない業務サイクルが指摘されている。社会福祉士資格が有意になったことから、生活保護現業員としての専門性を身につけられる研修等の機会は業務上の対処行動を広げることで不安を軽減し、自己効力感を高めることにもつながり、メンタルヘルス悪化予防にも影響するのではないかと考えられた。

3) 生活習慣、疾病の有無との関連

ロジスティック回帰分析では、男性で、適度な睡眠時間が取れていない者は適度な睡眠時間の者に比べてオッズ比が2.04倍と労働時間に次いで2番目に大きなリスク因子となっていた。森本¹²⁾によれば、平均睡眠時間が6時間をきる場合は顕著にGHQ28得点が増加し、何らかのメンタルヘルスの問題が示唆されると報告している。また単変量分析で有意な変数として男女ともに身体運動との関連がみられていた。運動は一般的にストレス軽減に有効といわれ、質の良い睡眠を得る方法としても有効であると考えられた。睡眠時間からメンタルヘルスの不調を早期に把握し対策を講じるとともに、適度な睡眠が取れるような支援が必要と考えられる。

疾病の有無との有意な関連は単変量分析で男性でのみ有意となっていた。疾病については病名等の傾向や療養状況の詳細が把握できなかったが、病気をもち者は本研究に回答しなかった可能性が考えられた。

4) ソーシャルサポートとの関連

ソーシャルサポートはストレス反応を軽減し、健康問題発生の予防要因として挙げられている¹¹⁾。本研究でも男性で家族・友人のサポート (OR = 0.72)、同僚のサポート (OR = 0.85) でメンタルヘルス不調の予防要因として示された。

家族・友人のサポート得点は、GHQ高群5.1 (±1.3)、GHQ低群5.7 (±1.0) でありGHQ低群の方がよりサポートを受けていたがその差は0.6点と僅かであった。本調査対象は、岩佐ら¹⁴⁾の中年男性を対象とした調査の5.5 (±1.1) と比較してもGHQ高群、低群とも僅かな差であり、80%に同居者がいた本調査対象においては、GHQ高群・低群ともに家族・友人から一定のサポートを受けていたことが影響していると推察される。家族・友人のサポートの有り様は、対象者の関係性や生活背景、価値観に依るところも大きく、また継時的に変化するものである。いつも当たり前にある家族や友人などのサポートは、僅かな変化でもメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性が考えられた。

また、男性では上司のサポート得点でGHQ高群7.9 (±2.2)、低群9.0 (±2.1)、同僚のサポートでGHQ高群8.7 (±1.9)、低群9.7 (±1.8) と両群の差は1点程度とわずかであったが、GHQ低群の方がサポートを受けていた。下光ら¹³⁾の先行調査では上司のサポート8.0 (±2.1)、同僚のサポート6.8 (±2.0) と報告されている。下光ら¹³⁾の調査と比較し、上司のサポートではサポートが少ないGHQ高群においても下光ら¹³⁾の調査と同等のサポートが得

られていた。また、本調査対象はGHQ高群、低群ともに同僚のサポートの方が上司のサポートより相対的に得点が高いことが特徴的であった。このことから、生活保護現場では上司同僚の一定のサポートに加えて、上司より同僚のサポートを多く受けており、メンタルヘルス不調予防の重要な要因であることが示唆された。すでに生活保護現場にサポート的な同僚関係の素地があることは、今後の生活保護現業員のメンタルヘルス対策を考える上での強みである。この強みを活かし、生活保護現業員同士の普段のコミュニケーションから、職場内の風通しを良くし、生活保護現業員の変化を早期に把握できるような雰囲気づくりや、必要とされるサポートを有機的に繋ぎ、問題解決の糸口を見つけるようなメンタルヘルス対策の方向性も考えられた。

5) 自己効力感との関連

自己効力感とは、ある行動が「うまくできる」という信念で、自己効力感が高い者ほどその行動を遂行でき、ストレスフルな状況に遭遇しても、身体的・精神的健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決行動ができるといわれている^{21,22)}。本調査における生活保護現業員の自己効力感は男女ともに有意であったが、そのメンタルヘルスに対する影響の大きさは男性でオッズ比0.97、女性で0.95と他の独立変数と比べて予防要因としての影響は小さかった。男性のGHQ高群39.6 (±22.9) は低群57.5 (±20.8) に比し有意に自己効力感が低く、また女性のGHQ高群36.5 (±25.0) も低群53.7 (±27.1) に比し有意に自己効力感が低く、男女ともにGHQ高群・低群の得点差が大きかった。メンタルヘルスが良好とされるGHQ低群でも自己効力感得点は100点満点中50点台であり、先行研究^{9,10)}の報告にあるよう生活保護現業員が抱える仕事への負担感や困難さが窺えた。しかし、課題の多い生活保護現場で、業務内容や職場環境に働きかけることは難しいが、状況のストレス評価を変えることは取り組みやすいと考えられる。Bandura²³⁾は、自己効力感が、自己の成功体験、代理的体験、言語的説得、生理的・情動の状態によって育まれ、個人だけでなく集団にも作用していると述べている。先に記したソーシャルサポートのうち、生活保護現場ではメンタルヘルス不調に対して上司のサポートより同僚のサポートが得られているという特徴がみられた。このことから、生活保護現業員同士、日々の実践から成功体験を蓄積するほか、他の生活保護現業員と共有し代理的体験を得て、個人および職場全体の自己効力感も高めることで、メンタルヘルス不調を予防することが期待できると考えられる。

6) その他の関連要因

女性では年齢が高くなるほどメンタルヘルス不調の者が多い結果となった (OR=1.22)。女性は家事や育児、介護などの家族的責任は大きく、昇進や昇格の点では、男性労働者との差があるといわれている¹¹⁾。年齢とGHQ28の関連については、障害福祉現場職員を対象とした大岡ら¹⁸⁾の報告で、女性の方がメンタルヘルスが不調で、その背景として、20~30代で職務の責任が重くなり、さらに私生活でも結婚、出産、育児等が重なることが多い可能性を挙げている。本研究の女性対象者では、GHQ高群の平均年齢36.4 (±10.3) 歳、GHQ低群30.9 (±7.7) 歳で6歳の差があったが、両群とも30代で家庭生活の負担も大きい世代と推測された。また一般的には年齢が高くなるにつれて経験や専門性も蓄積され、仕事のコントロールがしやすくなると思われるが、女性の生活保護現業員においては、年齢が高くなるにつれて仕事の責任や負担、要求度が増すが、2~5年の異動サイクルが専門性の不足等をもたらし、要求に対応する困難さがメンタルヘルス悪化に影響した可能性が推察された。しかし、年齢とメンタルヘルス悪化を関連付けるには、更に詳細な調査が求められる。

4. 生活保護現場におけるメンタルヘルス対策

本調査結果から、生活保護現業員はメンタルヘルスにおいてハイリスクな職場であることがわかった。このことを生活保護現業員個人および組織レベルで認識し、メンタルヘルス対策を講じる努力をすることが必要である。

生活保護現業員は2~5年サイクルの異動により、経験や専門性の蓄積、職場風土の継承は、短期間で行われる必要がある。

有意となった男女共通の変数は、悪化要因として労働時間、予防要因として自己効力感があげられ、これらの要因に現場で取り組みやすい形で働きかけることが有効なメンタルヘルス対策と考えられた。

労働時間への対策として業務量や労働環境を変えることは難しいが、適正な労働時間を維持することの重要性を広く周知し、残業時間減少の雰囲気醸成することなどが考えられた。

自己効力感に着目したメンタルヘルス対策としては、生活保護現業員の実践をポジティブな視点で評価し、サポート的なコミュニケーションを育む機会を設けるなど、組織での仕組みづくりを行うことが考えられた。そのような機会が、専門性の集積、職場のソーシャルサポートの醸成など二次的効果も期待できる。

また広域的な取り組みとして生活保護関連研修の

開催は、専門性を高め、生活保護現業員同士のサポートネットワークを広げることに有効と考えられた。

生活保護現業員のメンタルヘルスで性差がみられたが、男性が多い職場であることや、また男女による業務の違いも推察された。

男性では、睡眠時間がメンタルヘルスを反映するサインとなることから、健康管理の指標として取り入れるなどし、早期に、適度な睡眠をとれるような支援をすることが対策として考えられる。

女性では、ワークライフバランスを意識した働き方が対策の方向性として示唆された。

5. 本研究の限界と課題

本研究の研究対象者の選択は福祉事務所に委ねており、メンタルヘルス不調者は休職等により回答できなかった可能性や、メンタルヘルスに関心のある対象者が回答した可能性といったバイアスがあり、限界があると考えられる。また、女性では分析対象者が73人と少なく、独立変数の個数が多いため、分析結果が不安定になった可能性も考えられた。

V 結 語

生活保護現業員のメンタルヘルス対策の基礎資料を得るために生活保護現業員のメンタルヘルスの状況を把握し、その関連要因を明らかにすることを目的に調査した結果、以下の知見が得られた。

1. 生活保護現業員のGHQ28得点は、区分点である6点以上の者が66.0%、5点以下の者が34.0%でメンタルヘルスが不調の者の割合が高かった。
2. 生活保護現業員男女ともに、「10時間以上の労働時間」の者は「9時間以下の労働時間」の者に比べてメンタルヘルスが有意に不調であり、自己効力感の高い者の方が、メンタルヘルスが良好であった。
3. 男性生活保護現業員では、適度な睡眠時間が取れている者、同僚のサポート、家族・友人のサポートが得られている者、社会福祉士資格を有する者の方が、そうでない者に比べてメンタルヘルスが良好であった。
4. 女性生活保護現業員では、年齢が高くなるほどメンタルヘルスが悪化しており、家庭訪問を最多業務としている者の方が、そうでない者に比べてメンタルヘルスが良好であった。

以上のことから、残業時間への配慮、サポート的なコミュニケーションや自己効力感を育む環境づくりが求められる。男性では、適度な睡眠時間を確保、女性ではワークライフバランスを意識した働き

方等, 性差を考慮したメンタルヘルス対策が示唆された。

本研究は山形大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部である。本研究を行うにあたりご協力くださいました全国の福祉事務所の皆様, 生活保護現業員の皆様に心より感謝申し上げます。また, 本研究を進めるにあたり, ご助言いただきました塩竈市社会福祉事務所の皆様に深く感謝いたします。

(受付 2013. 8. 5)
(採用 2014. 4.18)

文 献

- 1) 厚生労働省. 被保護者調査 (月別概要:平成24年6月分概数). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2012/06.html> (2013年7月13日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省. 平成21年福祉事務所現況調査の概要. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/75-16a.pdf> (2013年7月13日アクセス可能)
- 3) 小村由香. 対人サービス労働者をめぐる諸相:生活保護ケースワーカーを手がかりとして. 早稲田大学大学院文学研究科紀要 (第1分冊, 哲学東洋哲学心理学社会学教育学) 2006; 51: 55-64.
- 4) 厚生労働省. 生活保護制度に関する国と地方の協議に係る中間とりまとめ. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xvq6-att/2r9852000001xvrm.pdf> (2013年7月13日アクセス可能)
- 5) 内田充範. 生活保護ケースワーカーの専門性修得のプロセス:生活保護実践からの考察. 山口県立大学社会福祉学部紀要 2007; 13: 23-36.
- 6) 植田公雄, 清水浩一. 生活保護ケースワーカーの業務と意識:福島県内福祉事務所の意識調査結果から. 日本社会事業大学社会事業研究所年報 1995; 31: 119-154.
- 7) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針 (概要). 2006. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1c.pdf> (2013年7月13日アクセス可能)
- 8) Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, et al. The relationship of job type to burnout in social workers at social welfare offices. *J Occup Health* 2005; 47(2): 119-125.
- 9) Takeda F, Yokoyama E, Miyake T, et al. Mental health and job factors in social workers at social welfare offices. *J Occup Health* 2002; 44(6): 385-390.
- 10) 森川美絵, 増田雅暢, 栗田仁子, 他. 生活保護現業員の困難経験とその改善に関する研究:負担感・自立支援の自己評価を中心に. 厚生 の 指 標 2006; 53(5): 15-22.
- 11) 岩永 誠. ワークストレスの臨床社会心理学的問題. 横山博司, 岩永 誠, 編. ワークストレスの行動科学. 京都:北大路書房, 2003; 106-149.
- 12) 森本兼曩. ストレス危機の予防医学:ライフスタイルの視点から. 東京:日本放送協会, 1997: 129-161.
- 13) 下光輝一, 原谷隆史, 中村 賢, 他. 「ストレス測定」研究グループ報告 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成. 平成11年度労働省委託「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書 (班長 加藤正明) 2000; 126-164. <http://www.tmu-ph.ac/pdf/H11report.pdf> (2014年5月19日アクセス可能)
- 14) 岩佐 一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性:中高年者を対象とした検討. 厚生 の 指 標 2007; 54(6): 26-33.
- 15) 高橋尚也. ソーシャルサポートと社会的スキル. 堀洋道, 監修, 松井 豊, 宮本聡介, 編. 心理測定尺度集Ⅵ:現実社会とかかわる (集団・組織・適応). 東京:サイエンス社, 2011; 162-173.
- 16) 中川泰彬, 大坊郁夫. 精神健康調査票手引:日本版GHQ. 東京:日本文化科学社, 1985.
- 17) 牧田 潔, 酒井佐枝子, 加藤 寛. 地域包括支援センター専門職スタッフのワークストレスに関する研究. 心的トラウマ研究 2008; 4 49-60.
- 18) 大岡由佳, 山本耕平, 峰島 厚, 他. 障害者福祉現場の職員が遭遇する出来事とメンタルヘルス. 心的トラウマ研究 2010; 6: 41-52.
- 19) 松平志保, 関根道和, 胡 莉珍, 他. 地方公務員における社会経済的要因と健康リスク行動に関する研究. 富山大学医学会誌 2008; 19(1): 41-46.
- 20) 生活保護担当職員の資質向上検討委員会. 生活保護担当職員の資質向上に関する提言. 2003; 4-11. http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/homeless-leagal-support/0303_sisitu-kojo.pdf (2013年7月13日アクセス可能)
- 21) 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎:生活習慣病を中心に. 東京:医歯薬出版, 2002; 15-28.
- 22) 近藤克則. 健康格差社会:何が心と健康を蝕むのか. 東京:医学書院, 2005; 104-119.
- 23) アルバート・バンデューラ. 激動社会における個人と集団の効力の発揮. アルバート・バンデューラ, 編. 激動社会の中の自己効力 [Self-efficacy in Changing Societies] (本明 寛, 野口京子, 監訳). 東京:金子書房, 1997; 1-41.

Correlates of mental health in Japanese caseworkers employed at social welfare offices

Yumi AKAMA^{*, 2*} Yuko MORIKAGI^{3*}, Mariko OHTAKE^{3*}, Ikuko SUZUKI^{4*},
Yuka KANOYA^{5*}, Takiko HOSOYA^{3*} and Atsuko KOBAYASHI^{3*}

Key words : Caseworkers, welfare office, mental health, General Health Questionnaire (GHQ)-28 Japanese version, self-efficacy, social support

Objectives The aim of this study was to evaluate the correlation between the mental health status of caseworkers at welfare offices and factors affecting mental health (i.e., working conditions, participation in training courses and workshops, lifestyle habits, presence of illness, social support, and self-efficacy).

Methods The welfare offices in Japan (1,230 locations) were arranged in descending order according to their establishment and region. Systematic sampling was then conducted to select 20% (n = 246) of the welfare institutions for this study. A total of 1,230 caseworkers on welfare (five from each institution) were administered anonymous self-completed questionnaires. The questionnaires involved the General Health Questionnaire (GHQ)-28 Japanese version and questions regarding basic attributes, working conditions, social support (i.e., family, friends, superiors, and colleagues), participation in training courses and workshops, presence of illness, lifestyle habits, mental health, and self-efficacy. Subjects were divided into the following 2 groups: low-score group (GHQ-28 score ≤ 5) and high-score group (GHQ-28 score ≥ 6).

Data were analyzed using a t-test, χ^2 test, and Fisher's exact test. The GHQ-28 high- and low-score groups were considered gender-specific dependent variables due to the sex differences observed in the univariate analysis. Significant variables in the univariate analysis were considered independent variables in the multiple logistic regression analysis (forward stepwise selection).

Results Five hundred and six people (410 male and 96 female) provided valid responses. Most respondents had poor mental health (66%, high-score group; 34%, low-score group). Both men and women who worked ≥ 10 hours/day had significantly poorer mental health than individuals who worked ≤ 9 hours/day. Individuals with low self-efficacy had significantly poorer mental health compared to people with high self-efficacy. Men who were able to maintain moderate hours of sleep and received support from colleagues, friends, and family had good mental health. Among women, mental health deteriorated with age. Furthermore, women who devoted most work time to home visit had good mental health.

Conclusion The mental health of caseworkers at welfare offices can be improved by reducing overtime work hours, ensuring sufficient hours of sleep for each worker, and fostering supportive communication and self-efficacy in the workplace. Furthermore, sex differences should be considered when assessing the mental health of workers at welfare offices in Japan.

* School of Nursing, Miyagi University

^{2*} Graduate School of Medical Science, Yamagata University

^{3*} Department of Nursing, Yamagata University School of Medicine

^{4*} Department of Nursing, Yamagata Prefectural University of Health Science

^{5*} Nursing Course, School of Medicine, Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University