

待することについて自由記述形式で回答を求めた。

vi) 産業医（産業保健スタッフ等）－主治医間の連絡票への意見

産業医（産業保健スタッフ等）と主治医との間で労働者（患者）の健康情報提供を行うための定型書式として開発した「連絡票」を提示し、下記の点について意見を求めた。また、その他の意見について自由記述形式で回答を求めた。なお、下記①・②の産業医（産業保健スタッフ等）と主治医との情報交換の内容は、廣（2000）、および昨年度の調査結果を参考にして作成した。

- ①産業医（産業保健スタッフ等）から主治医への情報提供：産業医（産業保健スタッフ等）が労働者（患者）に関する職場の情報を主治医に提供することについて、本人（労働者・患者）の同意の有無と提供自体の可否という観点から、選択式で回答を求めた。さらに、提供自体は可とした人に対して、5種の情報について、主治医に提供することの必要性の程度を、「必要である」、「どちらでもかまわない」、「必要ない」の3段階で回答を求めた。
- ②産業医（産業保健スタッフ等）の、主治医からの治療情報入手：産業医（産業保健スタッフ等）が労働者（患者）に関する治療情報を臨床主治医に提供してもらうことについて、本人（労働者・患者）の同意の有無と提供自体の可否という観点から、選択式で回答を求めた。さらに、提供自体は可とした人に対して、5種の情報について、その情報を主治医から提供してもらうことの必要性の程度を、「必要である」、「どちらでもかまわない」、「必要ない」の3段階で回答を求

めた。

- ③家族による代諾：本人の同意が取れない場合の、家族による代諾への可否について回答を求めた。
- ④正確な病名の請求：正確な病名の記入を主治医に求めることへの賛否について回答を求めた。
- ⑤主治医への問い合わせ：産業保健スタッフ等から主治医への問い合わせ欄の必要性、および必要と判断した場合にはその具体的内容について回答を求めた。

### C. 研究結果

#### (1) 回答者および回答者勤務事業所の属性

基本的に本研究の回答者は、産業医、産業保健師、産業看護師のいずれかであり（表1）、約8割が常勤職であった（表2）。ただし、産業医の常勤率は58.3%、産業保健師、産業看護師ではそれぞれ92.0%、95.8%であった。回答者の年齢、性別、職歴の集計を表3～表5に示す。

また、回答者の勤務する事業所は日本国内各地にわたっており（表6）、約半数が製造業であった（表7）。回答者の勤務する事業所の労働者数を表8、労働者数別での産業保健スタッフ等の人数集計を表9に示す。常勤の産業保健スタッフ等が全くいない事業所が、労働者500人未満の事業所で6箇所あった。

#### (2) 職場のストレス

##### ① ストレス性疾患

職場のストレス性疾患患者の集計を表10～表12に示す。全体としてはうつ、パニック障害、自律神経失調症、統合失調症などの疾患を抱えている労働者がいる事業所が多かった。特にうつについては、9割近くの事業所で1名以上の患者がいること

が示された。なお、ストレス性疾患患者が事業所の労働者に占める割合は、平均2.16%であった。

また、ストレス性疾患による長期休業者の集計を表13～表15に示す。特にうつや自律神経失調症、統合失調症の患者が長期休業に至る場合が多いようであった。

## ②ストレス要因

産業保健スタッフ等からみた一般社員、管理職の職場の各種ストレス要因の問題程度の集計を表16・表17に示す。一般社員については、「仕事の量的な負担の多さ」、「労働時間・残業時間の多さ」、「上司・同僚との情報の伝達・意見交換の不十分さ」、「要求される仕事の質の高さ」、「職場の人間関係」、「適切に評価されていないこと」、「仕事に関する情報伝達（目標、スケジュールなど）の不十分さ」、「自由裁量権の少なさ」などがより大きな問題と認識されていた。管理職については、「仕事の量的な負担の多さ」、「労働時間・残業時間の多さ」、「要求される仕事の質の高さ」、「上司・同僚との情報の伝達・意見交換の不十分さ」、「職場の人間関係」、「所定の休日・休暇の取得困難」などがより大きな問題と認識されていた。すなわち、仕事の質的・量的負担や、職場の対人関係・コミュニケーションに関しては、一般社員・管理職ともにある程度以上の強いストレス要因であると産業保健スタッフ等は認識していた。また、産業保健スタッフ等が認識する各種ストレス要因の問題程度を一般社員と管理職で比較した場合、多くの項目で有意差が示された（表17）。そのうち、「所定の休日・休暇の取得困難」、「要求される仕事の質の高さ」に関しては、管理職においてより大きなス

トレス要因であるとして認識されていた。それに対して、「自由裁量権の少なさ」、「勤務調整のしにくさ」などの仕事の裁量度の側面、「仕事に関する情報伝達（目標、スケジュールなど）の不十分さ」、「上司・同僚との情報の伝達・意見交換の不十分さ」、「職場の人間関係」などの職場の人間関係・コミュニケーションの側面、「自分の能力・技術を活用する機会のなさ」、「仕事に関する能力・技術向上の機会の不十分さ」などの能力・技術の活用・向上の機会の側面、「雇用の安定性への不安」、「適切に評価されていないこと」、「賃金・待遇」など待遇・評価の側面、「職場の物理的な環境（冷暖房、照明、騒音など）」、「衛生設備・休養設備（トイレ、更衣室、休憩場所、食堂など）」などの職場の設備・環境の側面に関しては、一般社員においてより大きなストレス要因であるとして認識されていた。なお、一般社員と管理職それぞれについてストレス要因全項目の平均値を算出し、対応のある  $t$  検定を行ったところ、産業保健スタッフ等は一般社員に関してより強いストレス要因を認識していた（ $t=-4.51$ ,  $p<.001$ ）。また、ストレス要因に関しては一般社員/管理職という区分による差異以外にも、事務職/工場勤務、あるいは部課による差異などが大きいことが自由記述欄にコメントされていた。

さらに、回答者がストレス要因としての問題の程度について「わからない」と回答した項目数は平均して一般社員については0.88項目（ $SD=2.36$ ）であったのに対し、管理職については1.58項目（ $SD=3.36$ ）であった。この数値を検定したところ、管理職の場合について「わからない」と回答す

ることが有意に多いことが示された ( $t = 4.57, p < .001$ )。

また、質問項目以外でのストレス要因としては、外部（取引先や顧客等）への対応、分煙体制の問題（分煙が徹底していない、あるいは喫煙者用の休憩場所はあるが非喫煙者用の休憩場所がない）などが挙げられていた。

### (3) 職場のメンタルヘルスケア

#### ① 実施状況

職場のメンタルヘルスケアの実施状況の集計を表 18 に示す。実施内容としては、ラインによるケアや事業所内の産業保健スタッフ等によるケア、および制度としての教育研修や検診等が多いのに対して、「事業者（あるいは事業所）によるメンタルヘルスケアに関する方針の明示」は半数程度しか実施されていないかった。

また、質問項目以外に実施しているメンタルヘルスケアとしては、労働者に対してはパンフレット・ポスター・社内報などによるメンタルヘルス情報の発信やサポート体制の整備（メールやインターネットを利用した相談窓口、カウンセリングルームなどを含む）等が挙げられていた。管理職や産業保健スタッフ等に対してはメンタル事例に関する報告会・会議・研修会が挙げられていた。しかし、質問項目として挙げた内容も含めて、「サポート体制の整備に向けた活動を進めている途中」というコメントや、「実施しているが、とても実効性があるとは思えないものがある」という旨のコメントも書かれていた。

#### ② 現状に対する評価

職場のメンタルヘルスケアの現状に対する評価の集計を表 19 に示す。「メンタルヘルスケアが効果的に実施されている」と

認識している事業所は全体の約 1/4 にとどまった。また、「部課によりメンタルヘルスケアへの意識に差がある」と認識している事業所が全体の 6 割以上にのぼった。全体的に、事業所のメンタルヘルスケアの現状を積極的に評価する回答者は、あまり多くないようであった。

また、質問項目以外で職場のメンタルヘルスケアについて気付いた点として、各管理職職員による差異を指摘するコメントが複数の回答者から挙げられていた。すなわち、メンタルヘルスに関する教育研修を実施していても、メンタル事例に対する認識や実際の対応には個人差が大きいことが指摘されていた。その他、メンタル事例による差異や事業所あるいは部課による対応の差異への言及や、労働者個人の未熟さ、社会の問題に言及するコメントなども挙げられていた。

さらに、メンタルヘルスケア実施の効果に関する判断理由を自由記述形式で回答させたところ、主に表 20 のような理由が挙げられた。まず消極的評価をした回答者からは、メンタル不全者は退職するという現状やメンタル不全者の増加という現状の指摘や、組織内でのメンタルヘルスケアの体制および評価方法の未確立、あるいは体制自体が整備されていてもその効果の問題や実施状況の問題などが挙げられていた。また、事業者、管理職、現場、労働者自身のメンタルヘルスに関する認識の不足や、メンタルヘルス上の問題に対する抵抗感や偏見なども指摘されていた。さらに、産業保健スタッフ同士のコミュニケーション不足や、事業所内での産業保健スタッフ、人事労務担当、管理職などの連携の不十分さも指摘されていた。

他方、積極的評価をした回答者からは、メンタル不全者の減少や復職社員のパフォーマンスの向上、予防的相談や自発的相談の増加などの指摘や、組織内でのメンタルヘルスキアの体制が適切に整備・実行されていること、それが労働者に明示されていることなどが挙げられていた。さらに、メンタルヘルスキア体制の中でのそれぞれの役割が明確化されていることや、産業保健スタッフ内、産業保健スタッフと管理職や人事労務担当、あるいは事業場外資源の間での連携が上手くいっていることなどが挙げられていた。

### ③メンタルヘルスキアとストレス性疾患の実態の関連について

メンタルヘルスキアの実施状況とメンタルヘルスキアの現状に対する評価、ストレス性疾患患者率、長期休業者率の相関を算出した。その結果、メンタルヘルスキアの実施状況とケアの現状に対する評価との相関は  $r=.54$  ( $p<.001$ ) であり、ケアの実施数が多い事業所ほどケアの現状に対する評価が高いことが示された。しかしメンタルヘルスキアの実施状況とストレス性疾患患者率、長期休業者率の相関は順に  $r=-.02$  ( $n.s.$ )、 $r=.09$  ( $n.s.$ ) とともに無相関であり、各種メンタルヘルスキアの実施はストレス性疾患の実態と関連を持つとはいえなかった。

次にメンタルヘルスキアの現状に対する評価とストレス性疾患患者率、長期休業者率の相関を算出したが、これも  $r=-.09$  ( $n.s.$ )、 $r=-.07$  ( $n.s.$ ) とともに無相関であった。すなわち、事業所内でのメンタルヘルスキアに関する産業保健スタッフ等による主観的な評価は、ストレス性疾患の実態と関連を持つとはいえなかった。

### ④事業所の規模による差異

勤務する労働者数により事業所の規模を群分けした。そして事業所規模別に職場のストレス性疾患患者数および患者率、ストレス性疾患による長期休業者数および長期休業者率、メンタルヘルスキアの実施状況の平均を算出し、群間での分散分析を行った(表21)。その結果、事業所の規模が大きいほど患者数や長期休業者数は多いものの、患者率については逆に小規模の事業所の方が高いことが示された。長期休業者率については事業所規模の有意な効果は示されたが、下位検定では有意な群間の差は示されなかった。また、ケアの実施状況について有意な効果が示され、労働者が50人未満の小規模な事業所において実施されているケア数が少ないことが示された。さらに、事業所の規模別に集計した各メンタルヘルスキアを実施している事業所数を表22に示す。労働者数が50人未満の小規模な事業所では、ラインによるケアに関する項目の一部で、規模の大きな事業所を超える実施率のものが見られたが、その他のケアに関しては概ね実施率が低かった。

### (4)地域の精神科医・精神科医療機関等との連携

#### ①利用状況

全体の8割以上の事業所では、職場での地域の精神科医・精神科医療機関の利用経験があった(表23)。そのうち約7割が利用時の感想としては満足とされていたが、約3割が不満を持っていた(表24)。満足の理由としては、まず産業保健スタッフ等に対する、患者(労働者)の病状や予後の見通し、治療の方針や治療経過、就労や復職にまつわる問題点やアドバイスなどの重要な情報の提供が挙げられた。また、そ

れに関連して各事業所のメンタルヘルスケアに関する体制、勤務体制や職場の実態などのシステムを理解・考慮した対応が挙げられていた。不満足の原因としては、症状や治療内容に関する説明などの重要な情報が提供されなかったことや、実際とは異なる病名を記載した診断書が提出されたこと、問い合わせに対する返答がなかったこと、具体的な対応策が提案されないことなどが挙げられた。また、長期休業者に対する精神科医の「復職可」の診断と職場での復職可能性とのギャップや、リハビリ出勤の制度がないにもかかわらず診断書にその旨を記載される、あるいは逆に、治療を勤務と並行して行うことを認めないなどの、事業所のシステムや実情を理解・考慮しない対応が挙げられていた。その他に、患者（労働者）の要求に応じて休業や復職の診断を下す場合があるという指摘もあった。さらに、精神科医師の多忙さに由来することであると思われるが、直接連絡を取るのが困難であったり、連絡への返答が遅かったりすることや、初診の予約をとるのが困難というコメントも挙げられていた。

## ②職場との連携に関する期待

地域の精神科医・精神科医療機関が職場のメンタルヘルスに関与することへの期待についての集計を表 25 に示す。直接的に労働者のメンタルヘルスケアにあたることよりはむしろ、産業保健スタッフ等に対する相談や情報交換などの形でのサポート、あるいは教育研修等を行うことが期待されていた。

また、質問項目以外の事柄としては、「産業の領域やその事業所の状況に関する知識を持つこと」、その上で「産業医とは違う立場から、現場の状況を理解・考慮し

た対応や情報提供（具体的な病状や治療経過に関する情報、それに関するアドバイス・指導）を行うこと」が期待されていた。また、「患者（労働者）本人だけではなく、その上司や産業保健スタッフへのアプローチを行うこと」や、「予防面での介入を行うこと」なども挙げられていた。

## (5)産業医（産業保健スタッフ等）－主治医間の連絡票への意見

### ①産業医（産業保健スタッフ等）から主治医への情報提供

産業医（産業保健スタッフ等）が労働者（患者）に関する職場の情報を主治医に提供することに関しては、ほぼ全員が賛成であったが、約 9 割は本人の同意を必要と考えていた（表 26）。提供する情報の内容としては、今回挙げた内容に関してはどれも必要であると判断する人が多かったが、特に事業所側の実施している業務上の配慮（92.3%）や事業所の関連規則（86.8%）、あるいは本人の職務内容（93.6%）について情報提供の必要性を認識する人が多かった（表 27）。

### ②産業医（産業保健スタッフ等）の、主治医からの治療情報入手

産業医（産業保健スタッフ等）が労働者に関する治療情報を主治医から提供してもらうことに関しても、ほぼ全員が賛成しており、9 割以上が本人の同意を必要と考えていた（表 28）。提供してもらう情報の内容についても、今回挙げた内容に関してはどれも必要であると判断する人が多かったが、特に治療の進行状況（96.6%）や予後の見通し（89.5%）、必要な配慮や留意点（97.1%）、本人や家族への説明内容（83.2%）についての情報の必要性を認識する人が多かった（表 29）。

### ③連絡票について

本人の同意が取れない場合の家族による代諾については、64.7%が認めるにとどまった（表30）。主治医に対する正確な病名の記載を求めることについても、55.6%が賛成したにとどまった（表31）。

また、産業保健スタッフ等からの主治医への問い合わせに関しては、61.2%が賛成していた（表32）。その内容としては、前項で質問項目として挙げた内容を含む、病状、治療、事業所側で必要な配慮などに関する記述が多かった。具体的には、正確な診断名、治療方針、予後の見通し、本人・家族への説明内容、受療状況、治療内容（内服薬の情報を含む）、復職の見通し、再発の可能性、職場・産業保健スタッフへの要望、復職後の通院加療の必要性（間隔、期間など）、復職に向けたリハビリ（試し出勤）の必要性、就労に関する具体的なアドバイス・制限・注意点（残業、仕事内容などに関する可否、本人への接し方、担当業務や役職変更の必要性などを含む）等が挙げられていた。なお、休業・復職の開始検討段階だけでなく、治療期間中は随時治療状況や治療の進行度を把握できることを望むコメントがあった。また、問い合わせたい内容はケースにより異なるため「主治医への問い合わせ」の自由記述欄も設けるという提案や、緊急時の連絡や相談、あるいは直接問い合わせ（診断書で不明瞭な点に関する確認事項、本人のために会社の人事や上司には伏せておく内容などについて）をすることの可否についての回答欄があるとより望ましいとのコメントもあった。さらに、産業保健スタッフ等からの主治医に対する問い合わせという方向だけでなく、逆方向での情報発信が可能となる体裁を求

めるコメントがあった。すなわち、受診者本人が主治医に対して的確に症状や状態（日常・職場）を伝えていない場合が多いため、それらを説明する産業保健スタッフ等からの情報提供欄や、事業所の就業規則上の休業可能年数や配慮項目などを精神科医に通知し、それに対する同意を得るためのやりとりができる体裁を希望するコメントがあった。

### (6)その他の意見等

調査票に関するその他の意見等の自由記述欄に書かれたコメントの概要をまとめたものを表33に示す。

#### ①産業医（産業保健スタッフ等）－主治医間の連絡票について

前掲の産業医（産業保健スタッフ等）－主治医間での連絡票について、主に連絡票に関する人物の範囲などのフォーマットに関する意見や、実際の運用面での規定に関する意見などが挙げられた。

#### ②地域精神科医師・精神科医療機関について

他の箇所に記載された内容と重複するが、地域の精神科医師・精神科医療機関に対して、事業所側の状況を考慮した対処を望む意見や、診断書への正確な病名記載を望む意見などが挙げられた。また、精神科医療機関自体に関する情報を求めるコメントも挙げられていた。

#### ③事業所におけるメンタルヘルスケアについて

事業所のメンタルヘルスケアに関して法的な介入を望む意見や、現状としては多様な問題を抱えているという意見、今後のメンタルヘルスケアのあり方に関する意見などが挙げられた。

#### D. 考察

今年度は日本各地の事業所に勤務する産業保健スタッフ等を対象に調査を行い、様々な規模の、様々な職域におけるメンタルヘルスケアに関するデータを得た。これをもとに、以下に考察を行う。

##### (1) 職場のストレス

まずストレス性疾患の実態については、今回の調査ではうつ（うつ状態を含む）、パニック障害、自律神経失調症、統合失調症などの患者が多く（表 10）、中でもうつの患者は 9 割近くの事業所で 1 名以上いることが明らかとなった。そしてうつ、自律神経失調症、統合失調症による長期休業者が多く（表 13）、6 割以上の事業所で 1 名以上の長期休業者を抱えていることが示された。特に、うつの場合は休業期間が長期にわたるケースが多いことが明らかとなった。そのため、荒武・廣・島(2003)に述べられているように、「適切な対策を講じることにより、予防、早期発見、早期治療を行える、逆に適切に対処しなければ自殺に至る危険性が高いこと」を考慮すると、労働者のうつに関する対策を重点的に行うことが重要といえよう。なお、今回の調査については回答率がかなり低かったこと

（メンタルヘルスケアに強い関心を持っている事業所の方が、調査に対しては協力的であったと推測される）や、回答の中でも企業の方針としてストレス性疾患の実態については部分的に回答拒否をするケースがあったこと、また自由記述への回答からメンタル不全に陥った場合に退職に追い込まれているケースも存在することが示唆されたことから、実際のストレス性疾患は今回の結果以上に多いものと推測される。

次にストレス要因については、産業保健

スタッフ等の認識としては仕事の質的・量的負担、職場の対人関係・コミュニケーションに関しては職階を問わず、ある程度以上の強いストレス要因と考えられていることが示された。しかし産業保健スタッフ等は、各種ストレス要因の問題程度や側面が、一般社員と管理職では異なるものとしてとらえていることが示唆された。またストレス要因は事業所や業種により異なることが予想されるのに加えて、本研究の自由記述欄へのコメントでストレス要因は同一企業内でも職種や部課による差異があることも指摘されている。そのため、事業所におけるメンタルヘルス対策としては、各個人の抱えているストレス度に応じた対処だけではなく、職種や部課、あるいは職階ごとにストレス度を分析しこれに対処することにより、より綿密にメンタルヘルスの維持増進を図ることが可能になると期待される。なお、本研究において産業保健スタッフ等が管理職のストレス要因の程度について「わからない」と回答した項目が一般社員の場合よりも有意に多かった。井奈波(2005)によると課長以上の方が課長未満よりも職業性ストレスにおいて部分的に強いストレスを抱えていることが示されている。そのため、管理職の職員が一般社員と同程度、あるいはそれ以上のストレスを感じているにもかかわらず産業保健スタッフ等に相談することができないという状況が発生していることが疑われる。

##### (2) 職場のメンタルヘルスケア

本研究の結果から、現在のところ事業所内では様々なメンタルヘルスケアが実施されていることが示された（表 18）。しかしながら、産業保健スタッフ等のコメントやメンタルヘルスケアの現状に対する評価

(表 19) からは、現在実施しているケアの効果について疑問視する向きもあることが明らかとなった。例えば「7. 職場環境などの問題点の改善、およびその効果の定期的な評価」を実施している事業所が半数程度にとどまったことに示されているように、ケアを実施していたとしてもその効果を検討したり、問題点やケアの実施方法を改善したりするという部分までは行う余裕がないというのが現状であるのかもしれない。

また、事業者（あるいは事業所）によるメンタルヘルスケアに関する方針の明示は半数程度しか実施されていなかった。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（労働省、2000）では「事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に実施することを表明することが効果的である」としているが、実際にはこの部分が実行されていない場合も多いといえる。メンタルヘルスケアの現状に対する評価として「部課による意識の差」を認識している人が多かったことや、各管理職員による差異を指摘するコメントが複数の回答者から挙げられたことから、まず事業者が事業場におけるメンタルヘルスケアの実施を明示した上で、（形式だけではなく）管理職員の教育を徹底することが必要といえよう。

次に、メンタルヘルスケアとストレス性疾患の実態の関連について分析したところ、ケアの実施数が多い事業所ほどケアの現状に対する自己評価が高いものの、これらの事柄はストレス性疾患患者率や長期休業者率とは関連しているとはいえなかった。ケアの実施数と患者・長期休業者率の無相関のみであれば回答者からのコメントにあっ

たように、メンタルヘルスケアが単なる形式的な実施にとどまっていると解釈される。しかしながら自己評価と患者・長期休業者率も無相関であったことから、事業所内でメンタルヘルスケアが効果的に行われていない場合にストレス性疾患患者および長期休業者が増加するという方向性と、事業所内でメンタルヘルスケアが（ある程度適切に）実施されている場合にはストレス性疾患を隠さずに積極的に対処するため数値的には患者および長期休業者が増加するという方向性が入り交じっているものと推測される。

さらに、事業所の規模別にストレス性疾患およびメンタルヘルスケアの実態について検討したところ、小規模事業所ではストレス性疾患患者率が高く、実施されているケアが少ないことが示唆された。しかしながら、小規模事業所は患者率が高いのに対して長期休業者率は低い（表 21）。一般的に全体の労働者数が少ないほど、長期休業者が出た場合に他の労働者が被る業務負担のしわ寄せが相対的に大きくなる。そのため、小規模事業所の場合には長期休業を要する程の疾患患者は必然的に退職せざるを得ない状況に追い込まれているのではないだろうか。また、労働省（当時）の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」では、特に 50 人未満の小規模事業場が事業場内の産業保健スタッフ等の人材を十分に確保することが難しい場合が多いことを挙げて、事業場外資源の活用を推奨している。しかし表 22 に示されたように、実際には小規模事業所はメンタルヘルスケア全般だけでなく、事業場外資源の活用に関しても規模の大きな事業所に比較するとケアが十分行われていないことが明



らかになった。そのため、今後は特に小規模事業所を対象とした対策を打ち出すことが重要といえる。

### (3) 地域の精神科医・精神科医療機関との連携

職場での地域の精神科医・精神科医療機関の利用経験は多かった(表 23)。利用時の対応に関しては、概ね情報提供のあり方と、事業所のシステムや実情をふまえての対応の有無が産業保健スタッフ側の満足/不満足をもたらすようであった。産業保健スタッフ等は労働者(患者)に適切に対応するために必要な情報を、事業所の実情に見合った形で提供してもらうことを望んでいる。しかしながら現状として一部の精神科医が事業所の実情を考慮せずに長期休業者の復職を認める診断書を書いたり、実際とは異なる病名を診断書に記載したり、患者(労働者)の求めに応じて長期休業や復職を認める診断書を書いたりするといったケースが存在しているようである。表 25 にも現れているように、産業保健スタッフ等としては、精神科医師には産業保健スタッフとは違う立場として存在しつつも、相談や情報交換、あるいは教育研修などの形でのサポートや連携を期待しているのである。多くの事業所はこれまでも地域の精神科医等を利用し必要な情報の提供を受けることができたようであるが、よりよい形での連携を行うための積極的な提案が必要な部分もあるといえよう。

### (4) 事業所内産業保健スタッフ等—主治医間の連携

本研究では、事業所内産業保健スタッフ等と主治医との間で労働者(患者)の健康情報提供を行うための定型書式として開発した「連絡票」を提示し、両者間の連携の

あり方に対する産業保健スタッフ等の考えを調査した。まず、労働者(患者)に関する必要な情報については、基本的には本人の同意を得たうえで産業保健スタッフ等と主治医の間で相互に情報提供し合うことに賛同していた(表 26、表 28)。そして、表 27、表 29、および自由記述のコメントに示されているように、産業保健スタッフ等が労働者の状態を把握し、適切な処遇を検討する際に必要となる情報、およびそのために主治医に考慮してほしい事業所側の情報が今回の調査結果から明らかにされた。連絡票には本研究で明らかにされたような、一般的に必要とされる情報、および主治医側に伝えたい情報については予め所定の記入欄を設け、その他自由に記述できる欄も設けることがより円滑に情報提供を行うために必要といえよう。ただし、その運用に関しては適切な利用の仕方、料金の規定、書類の管理等の問題が発生するため、各事業所(および主治医)が事前にこれらを検討することが重要であろう。

なお表 33 に示したように今回提示した連絡票については、あくまでも産業保健スタッフ等と主治医間のやりとりに限定すべきであり、人事・所属長の関与を避けるべきだという意見が複数の回答者から挙げられた。これは、個人情報保護の観点や、依然として存在している心的疾患に対する誤解や偏見などから労働者が不利益を被ることを回避するための意見のようであった。またそれとは逆に、主治医に対して正確な病名の記載を求めるコメントや、連絡票に関する労働者本人の関与を(単なる情報提供に関する同意のみではなく)より積極的なものとするを提案するコメントも挙げられた。どちらの意見も労働者にとって

のより大きな利益を念頭に置いたものと解釈できるが、いずれの立場に立つにしろ、適切な形での連携が必要とされている点では意見が一致しているといえよう。その意味では、事業所の産業保健スタッフ等と地域の精神科医・精神科医療機関との円滑な連携を実現させるためには、今回の連絡票のような定型書式や、あるいは連携の方法を定式化したマニュアルなどを開発することは、非常に効果的であると考えられる。

#### (5)メンタルヘルスに関する産業保健ス

##### タッフ等の意見

本調査への自由記述に対する回答として、事業所内でのメンタルヘルスケアに関しては、現在でも効果的に実施されていると自己評価する事業所もある一方で、ケア体制の未整備やケアの効果に対する疑問、事業所内での連携・協力体制などの問題を抱えている事業所も少なからず存在している。しかしながら現状としては産業保健スタッフ等が対応可能な範囲および権限が限定されているためか、心的健康の維持・促進に関する事業所の責任を「指針」レベルではなく、法令・規制といった形で指導・強制することを求めるコメントも挙げられていた。また、先行研究（古海・村上・舟谷，2004）に示されているように、特に中小企業においては、労働衛生管理を推進させるために行政による経済的な支援を望む声は高い。さらに事業所外資源に関連しては、事業所内産業保健スタッフ等との連携への前段階として、身体疾患を扱う病院に関する情報が各種機関から公開されているように、各精神科医療機関の持つ特徴や治療成績等の情報公開が行われることを希望するコメントも挙げられていた。厚生労働省の提示した心の健康づくりの指針に基づき事

業場内での対策を進めるためには、公的機関や外部機関からの援助や介入が必要とされている部分も少なからず残されているといえよう。

#### E. 結論

事業所内の産業保健スタッフ等を対象として、種々の職域におけるメンタルヘルス事例の実態（各種疾患の頻度、関連する要因）ならびに具体的なメンタルヘルスケアの実情、産業保健スタッフが期待する事業場外資源との連携のあり方についての質問紙調査を実施した。多くの事業所がうつなどのストレス性疾患患者を抱えており、様々なメンタルヘルスケアを実施しているもののその有効性を積極的に評価する事業所は全体の1/4程度であった。そして特に小規模事業所におけるメンタルヘルス対策を重点的に行うことの必要性が示唆された。

地域の精神科医・医療機関との連携に関しては、産業保健スタッフ等の側としては労働者（患者）に関する必要な情報を双方向的に開示しあうことを望む声が強い。しかし一部に不適切な対応をとる精神科医等が存在していたり、あるいは事業所側が求める情報が開示されなかったりする場合がある。そのため、両者間での連携を円滑に進めるために、予め一般的に必要な情報を記入する欄を設けた連絡票を用意したり、連携に際しての手順を定めたマニュアルなどを開発したりすることが重要と考えられる。

#### <謝辞>

本研究の調査の実施に際して、日本産業衛生学会産業医部会ならびに産業看護学会

の会員名簿を利用させていただきました。  
両会の幹事会ならびに会員の皆様のご協力  
に深く感謝いたします。

#### F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表
- 1・2ともに該当事項なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

#### H. 引用文献

荒武 優・廣 尚典・島 悟：職場のメンタル  
ヘルスの現状と課題 日本労働研究雑  
誌，2003，45，48-57.

廣 尚典：産業医の役割 日本産業精神保  
健学会（編） 精神障害等の労災認定  
「判定指針」対応 職場におけるメンタル  
ヘルス対策 労働調査会，2000，  
Pp. 143-149.

古海勝彦・村上吉博・舟谷文男：中小企業  
事業者の産業保健サービスに関する意識  
調査と今後の産業保健サービスのあり方  
の検討 産業医学ジャーナル，2004，  
27(5)，43-50.

井奈波良一：労働者の職場のメンタルヘル  
ス対策における地域の精神科・医療機関  
に対する重視度と満足度に関する調査  
平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金  
(労働安全衛生総合研究事業)総括・分担

研究報告書 労働者のメンタルヘルス対  
策における地域保健・医療との連携のあ  
り方に関する研究，2005，86-101.

小嶋秀幹：事業場における高ストレス職場  
改善の試み 中央労働災害防止協会 事  
業場における精神科医の産業医としての  
活用に関する調査研究報告書（厚生労働  
省 職場におけるメンタルヘルス対策の  
事業者等支援事業 調査研究報告書），  
2002，Pp. 75-110.

厚生労働省：厚生労働省統計表データベー  
スシステム 統計調査別公表データ 労  
働安全衛生特別調査 平成 14 年「労働  
者健康状況調査」  
[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr\\_13\\_6.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_13_6.html) (2006. 2. 1)

三重県こころの健康センター：労働衛生担  
当者のアンケート調査結果 中壮年期メ  
ンタルヘルス対策調査結果報告書，2002.  
労働省：事業場における労働者の心の健康  
づくりのための指針，2000.

渡邊美寿津：総説 産業・経済変革期の職  
場のストレス対策の進め方 各論 4. 事  
業所や職種に応じたストレス対策のポイ  
ント 製造業におけるストレスとその対  
策 産業衛生雑誌，2003，45，1-6.

横山和仁：種々の職域におけるメンタルヘル  
ス事例の実態ならびに対応の実情に関  
する研究 平成 16 年度厚生労働科学研  
究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)  
総括・分担研究報告書 労働者のメンタル  
ヘルス対策における地域保健・医療と  
の連携のあり方に関する研究，2005，  
17-40.

表1 回答者の職種

職種	人	%
a. 産業医	88	(36.8)
b. 産業保健師	75	(31.4)
c. 産業看護師	73	(30.5)
d. 精神科医	3	(1.3)
f. 心理相談担当	9	(3.8)
g. カウンセラー	11	(4.6)
h. 衛生管理者	33	(13.8)
i. 人事労務担当	1	(0.4)
j. 安全衛生担当	2	(0.8)
k. その他	12	(5.0)

注：重複あり、欠損4

表2 回答者就業形態

	人	%
常勤	193	(81.4)
非常勤	44	(18.6)
(内訳)		
（～1日	30	12.7)
（～3日	11	4.6)
（～5日	3	1.3)

注：欠損6、「内訳」は非常勤の場合の週あたりの勤務日数

表3 回答者年齢

年齢	人	%
20歳代	7	(2.9)
30歳代	58	(24.3)
40歳代	89	(37.2)
50歳代	59	(24.7)
60歳代	16	(6.7)
70歳代	10	(4.2)

注：欠損4

平均46.79 SD=11.3

表4 回答者性別

性別	人	%
男性	75	(31.1)
女性	166	(68.9)

注：欠損2

表5 回答者職歴

年数	人	%
5年未満	53	(22.2)
5年以上10年未満	49	(20.5)
10年以上15年未満	48	(20.1)
15年以上20年未満	30	(12.6)
20年以上	59	(24.7)

注：欠損4

平均13.80 SD=10.22

表6 本社/回答者勤務事業所所在地

	本社		勤務地	
	数	%	数	%
北海道	7	(2.9)	14	(5.9)
東北	12	(5.0)	17	(7.1)
関東信越	127	(52.7)	94	(39.3)
東海北陸	22	(9.1)	37	(15.5)
近畿	48	(19.9)	42	(17.6)
中国四国	16	(6.6)	22	(9.2)
九州	9	(3.7)	13	(5.4)

注：事業所数、本社欠損2、勤務地欠損4

表7 事業所の業種

業種	数	%
a. 農業・林業・水産業・畜産業	1	(0.4)
b. 鉱業	3	(1.3)
c. 建設業	6	(2.5)
d. 製造業	136	(57.4)
e. 電気・ガス・熱供給・水道業	11	(4.6)
f. 運輸・通信業	21	(8.9)
g. 卸・小売業	10	(4.2)
h. 飲食店	1	(0.4)
i. 金融・保険業	6	(2.5)
k. サービス業	17	(7.2)
l. その他	42	(17.7)

注：事業所数、重複あり、欠損6

表8 事業所労働者数

人数	数	%
～ 49	12	(5.3)
50～ 499	88	(38.6)
500～ 999	55	(24.1)
1000～4999	64	(28.1)
5000～	9	(3.9)

注：事業所数、欠損15

平均1425.6 SD=4571.4

表9 事業所労働者数別での産業保健スタッフ等人数

人数	産業医						産業保健師					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	6 (2.7)	5 (2.2)	0 (0.0)	9 (4.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	7 (3.1)	0 (0.0)	4 (1.8)	10 (4.5)	1 (0.4)	0 (0.0)
50～ 499	75 (33.2)	9 (4.0)	3 (1.3)	13 (5.8)	66 (29.2)	7 (3.1)	59 (26.1)	20 (8.8)	8 (3.5)	77 (34.4)	8 (3.6)	1 (0.4)
500～ 999	42 (18.6)	11 (4.9)	2 (0.9)	16 (7.1)	31 (13.7)	8 (3.5)	29 (12.8)	20 (8.8)	6 (2.7)	54 (24.1)	0 (0.0)	1 (0.4)
1000～4999	15 (6.6)	42 (18.6)	7 (3.1)	39 (17.3)	15 (6.6)	10 (4.4)	13 (5.8)	28 (12.4)	23 (10.2)	58 (25.9)	2 (0.9)	3 (1.3)
5000～	1 (0.4)	3 (1.3)	5 (2.2)	6 (2.7)	0 (0.0)	3 (1.3)	2 (0.9)	1 (0.4)	6 (2.7)	7 (3.1)	1 (0.4)	1 (0.4)

人数	精神科医						産業看護師					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	10 (4.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
50～ 499	85 (37.8)	1 (0.4)	1 (0.4)	77 (34.2)	9 (4.0)	0 (0.0)	47 (20.8)	38 (16.8)	2 (0.9)	79 (35.3)	6 (2.7)	1 (0.4)
500～ 999	54 (24.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	50 (22.2)	5 (2.2)	0 (0.0)	27 (11.9)	21 (9.3)	7 (3.1)	51 (22.8)	4 (1.8)	0 (0.0)
1000～4999	63 (28.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	46 (20.4)	12 (5.3)	6 (2.7)	31 (13.7)	17 (7.5)	16 (7.1)	59 (26.3)	3 (1.3)	1 (0.4)
5000～	8 (3.6)	1 (0.4)	0 (0.0)	8 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.9)	2 (0.9)	5 (2.2)	7 (3.1)	0 (0.0)	2 (0.9)

人数	臨床心理士						心理相談担当					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
50～ 499	84 (37.2)	2 (0.9)	1 (0.4)	84 (37.2)	3 (1.3)	0 (0.0)	75 (33.5)	11 (4.9)	1 (0.4)	83 (36.9)	4 (1.8)	0 (0.0)
500～ 999	54 (23.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	51 (22.6)	4 (1.8)	0 (0.0)	52 (23.2)	2 (0.9)	0 (0.0)	55 (24.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000～4999	62 (27.4)	2 (0.9)	0 (0.0)	60 (26.5)	4 (1.8)	0 (0.0)	58 (25.9)	2 (0.9)	3 (1.3)	61 (27.1)	1 (0.4)	1 (0.4)
5000～	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(続く)

表9 事業所労働者数別での産業保健スタッフ等人数(続き)

人数	カウンセラー						衛生管理者					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	11 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	10 (4.5)	1 (0.4)	0 (0.0)	11 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
50～ 499	84 (37.2)	3 (1.3)	0 (0.0)	81 (36.0)	5 (2.2)	0 (0.0)	37 (16.5)	26 (11.6)	24 (10.7)	83 (37.4)	3 (1.4)	0 (0.0)
500～ 999	54 (23.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	48 (21.3)	7 (3.1)	0 (0.0)	24 (10.7)	5 (2.2)	26 (11.6)	55 (24.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000～4999	62 (27.4)	2 (0.9)	0 (0.0)	57 (25.3)	4 (1.8)	3 (1.3)	25 (11.2)	4 (1.8)	34 (15.2)	61 (27.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
5000～	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.2)	0 (0.0)	3 (1.3)	9 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)

人数	人事労務担当						安全衛生担当					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	7 (3.2)	2 (0.9)	1 (0.5)	10 (4.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (4.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	11 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
50～ 499	47 (21.2)	15 (6.8)	24 (10.8)	82 (37.6)	1 (0.5)	1 (0.5)	42 (18.8)	32 (14.3)	12 (5.4)	83 (37.4)	2 (0.9)	0 (0.0)
500～ 999	31 (14.0)	6 (2.7)	17 (7.7)	52 (23.9)	0 (0.0)	1 (0.5)	31 (13.8)	10 (4.5)	14 (6.3)	53 (23.9)	0 (0.0)	1 (0.5)
1000～4999	33 (14.9)	5 (2.3)	26 (11.7)	63 (28.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (12.1)	9 (4.0)	27 (12.1)	61 (27.5)	1 (0.5)	1 (0.5)
5000～	4 (1.8)	1 (0.5)	3 (1.4)	7 (3.2)	1 (0.5)	0 (0.0)	5 (2.2)	0 (0.0)	4 (1.8)	9 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)

人数	その他						合計					
	常勤			非常勤			常勤			非常勤		
	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～	0	1	2～
～ 49	8 (3.6)	0 (0.0)	2 (0.9)	11 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.4)	6 (2.8)	8 (3.7)	1 (0.5)	1 (0.5)
50～ 499	80 (36.2)	4 (1.8)	1 (0.5)	84 (38.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	6 (2.8)	21 (9.8)	57 (26.6)	9 (4.2)	47 (21.9)	28 (13.0)
500～ 999	50 (22.6)	1 (0.5)	4 (1.8)	52 (23.5)	3 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (5.1)	42 (19.6)	10 (4.7)	26 (12.1)	17 (7.9)
1000～4999	53 (24.0)	4 (1.8)	5 (2.3)	58 (26.2)	1 (0.5)	2 (0.9)	0 (0.0)	4 (1.9)	56 (26.2)	22 (10.2)	15 (7.0)	23 (10.7)
5000～	7 (3.2)	2 (0.9)	0 (0.0)	9 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (3.7)	5 (2.3)	1 (0.5)	2 (0.9)

注：上段は事業所数、下段は%、産業保健スタッフは重複あり、欠損17～29

表10 職場のストレス性疾患患者数

疾患名	0名	1～4名	5～9名	10名以上
統合失調症	129 (62.6)	69 (33.5)	5 (2.4)	3 (1.5)
躁うつ病(双極性感情障害)	152 (73.8)	52 (25.2)	1 (0.5)	1 (0.5)
うつ(うつ状態を含む)	24 (11.8)	98 (48.0)	35 (17.2)	47 (23.0)
不安障害	148 (73.3)	44 (21.8)	6 (3.0)	4 (2.0)
パニック障害(恐慌性障害)	123 (60.3)	72 (35.3)	6 (2.9)	3 (1.5)
強迫神経症(強迫性障害)	178 (88.1)	19 (9.4)	3 (1.5)	2 (1.0)
適応障害	147 (72.8)	45 (22.3)	6 (3.0)	4 (2.0)
摂食障害(拒食症、過食症)	189 (94.5)	10 (5.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
アルコール依存症	151 (74.0)	50 (24.5)	1 (0.5)	2 (1.0)
人格障害(ボーダーライン)	156 (77.6)	41 (20.4)	2 (1.0)	2 (1.0)
自律神経失調症	124 (61.7)	59 (29.4)	11 (5.5)	7 (3.5)
心身症	150 (75.0)	42 (21.0)	5 (2.5)	3 (1.5)
その他	189 (92.6)	11 (5.4)	1 (0.5)	3 (1.5)

注：上段は事業所数、下段は%、重複あり、欠損37～43

ストレス性疾患患者数の総数平均18.92 SD=63.06

患者率(患者が従業員数に占める%)の平均2.16 SD=2.86

表11 ストレス性疾患患者数

患者数	数	%
0～4人	65	(33.2)
5～9人	55	(28.1)
10～14人	26	(13.3)
15～19人	17	(8.7)
20～49人	24	(12.2)
50人以上	9	(4.6)

注：事業所数、欠損47

表12 ストレス性疾患患者率

患者率	数	%
0.5%未満	27	(14.3)
0.5～1.0%未満	38	(20.1)
1.0～1.5%未満	38	(20.1)
1.5～2.0%未満	19	(10.1)
2.0～2.5%未満	20	(10.6)
2.5～3.0%未満	15	(8.0)
3.0～5.0%未満	19	(10.1)
5.0%以上	13	(6.9)

注：事業所数、欠損54

表13 各ストレス性疾患について1名以上の長期休業者を持つ事業所数

疾患名	休業期間				
	1ヶ月未満	1ヶ月～ 3ヶ月未満	3ヶ月～ 6ヶ月未満	6ヶ月～ 1年未満	1年以上
統合失調症	1 (0.4)	2 (0.9)	3 (1.3)	4 (1.8)	11 (4.8)
躁うつ病(双極性感情障害)	2 (0.9)	3 (1.3)	1 (0.4)	3 (1.3)	3 (1.3)
うつ(うつ状態を含む)	36 (15.9)	63 (27.8)	47 (20.7)	36 (15.9)	57 (25.1)
不安障害	1 (0.4)	2 (0.9)	4 (1.8)	3 (1.3)	1 (0.4)
パニック障害(恐慌性障害)	2 (0.9)	5 (2.2)	2 (0.9)	1 (0.4)	4 (1.8)
強迫神経症(強迫性障害)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)
適応障害	4 (1.8)	1 (0.4)	3 (1.3)	1 (0.4)	4 (1.8)
摂食障害(拒食症、過食症)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)
アルコール依存症	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
人格障害(ボーダーライン)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	4 (1.8)	0 (0.0)
自律神経失調症	6 (2.6)	4 (1.8)	10 (4.4)	7 (3.1)	7 (3.1)
心身症	0 (0.0)	2 (0.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	5 (2.2)
その他	3 (1.3)	8 (3.5)	3 (1.3)	6 (2.6)	5 (2.2)

注：上段は事業所数、下段は%、欠損16

表14 長期休業者数

休業者数	数	%
0人	80	(35.6)
1人	47	(20.9)
2～4人	60	(26.7)
5～9人	25	(11.1)
10人以上	13	(5.8)

注：事業所数、欠損18

表15 長期休業者率

休業者率	数	%
0%	76	(35.4)
～0.5%未満	90	(42.2)
～1%未満	33	(15.4)
1%以上	16	(7.5)

注：事業所数、欠損28



表16 職場のストレス要因：一般職員のみでの集計

	全 問 題 は な い	あ ま り 問 題 は な い	や や 問 題 が あ る	非 常 に 問 題 が あ る	わ か ら な い	平均	SD
1. 仕事の量的な負担の多さ	2 (0.9)	39 (17.1)	106 (46.5)	75 (32.9)	6 (2.6)	3.16	0.73
2. 労働時間・残業時間の多さ	6 (2.6)	51 (22.1)	100 (43.3)	72 (31.2)	2 (0.9)	3.06	0.78
3. 所定の休日・休暇の取得困難	20 (8.7)	93 (40.6)	76 (33.2)	34 (14.9)	6 (2.6)	2.57	0.85
4. 要求される仕事の質の高さ	2 (0.9)	62 (27.1)	103 (45.0)	49 (21.4)	13 (5.7)	2.93	0.74
5. 自由裁量権の少なさ	8 (3.5)	81 (35.4)	85 (37.1)	39 (17.0)	16 (7.0)	2.73	0.80
6. 勤務調整のしにくさ	12 (5.2)	76 (33.2)	101 (44.1)	32 (14.0)	8 (3.5)	2.69	0.79
7. 仕事に関する情報伝達（目標、スケジュールなど）の不十分さ	7 (3.0)	85 (36.8)	90 (39.0)	36 (15.6)	13 (5.6)	2.73	0.78
8. 自分の能力・技術を活用する 機会のなさ	8 (3.5)	87 (38.0)	91 (39.7)	28 (12.2)	15 (6.6)	2.65	0.75
9. 仕事に関する能力・技術向上の 機会の不十分さ	12 (5.2)	87 (37.7)	85 (36.8)	31 (13.4)	16 (6.9)	2.63	0.80
10. 上司・同僚との情報の伝達・ 意見交換の不十分さ	6 (2.6)	53 (22.9)	115 (49.8)	52 (22.5)	5 (2.2)	2.95	0.76
11. 職場の人間関係	1 (0.4)	75 (32.6)	101 (43.9)	48 (20.9)	5 (2.2)	2.87	0.74
12. 雇用の安定性への不安	43 (18.7)	104 (45.2)	49 (21.3)	30 (13.0)	4 (1.7)	2.29	0.95
13. 配置転換	18 (7.8)	86 (37.4)	93 (40.4)	24 (10.4)	9 (3.9)	2.55	0.79
14. 適切に評価されていないこと	5 (2.2)	68 (29.6)	101 (43.9)	35 (15.2)	21 (9.1)	2.80	0.74
15. 賃金・待遇	12 (5.2)	94 (40.9)	82 (35.7)	23 (10.0)	19 (8.3)	2.57	0.76
16. 会社の経営状態	36 (15.5)	91 (39.2)	67 (28.9)	32 (13.8)	6 (2.6)	2.43	0.94
17. 設備・機械・オフィス機器 などの老朽化・整備不足	45 (19.4)	99 (42.7)	61 (26.3)	22 (9.5)	5 (2.2)	2.29	0.89
18. 新しい設備・機械・オフィス 機器などへの変化の早さ	33 (14.2)	105 (45.3)	71 (30.6)	15 (6.5)	8 (3.5)	2.31	0.81
19. 職場の物理的な環境（冷暖房、 照明、騒音など）	38 (16.4)	96 (41.4)	80 (34.5)	17 (7.3)	1 (0.4)	2.35	0.84
20. 衛生設備・休養設備（トイレ、 更衣室、休憩場所、食堂など）	43 (18.5)	108 (46.6)	65 (28.0)	15 (6.5)	1 (0.4)	2.24	0.83

注：上段は事業所数、下段は%、欠損11

平均・SDは「全く問題はない」から「非常に問題がある」に順に1～4点を  
与え、算出した（『わからない』は除外）。全項目の平均2.63 SD=0.44。

表17 職場のストレス要因：管理職のみでの集計、および一般職員と管理職の  $t$  検定結果

	全く問題はない	あまり問題はない	やや問題がある	非常に問題がある	わからない	平均	$SD$
1. 仕事の量的な負担の多さ	2 (0.9)	38 (17.2)	98 (44.3)	73 (33.0)	10 (4.5)	3.14	0.74
2. 労働時間・残業時間の多さ	9 (4.1)	41 (18.6)	84 (38.0)	76 (34.4)	11 (5.0)	3.09	0.84
3. 所定の休日・休暇の取得困難	12 (5.5)	65 (29.8)	92 (42.2)	42 (19.3)	7 (3.2)	2.78	0.83
4. 要求される仕事の質の高さ	2 (0.9)	48 (22.2)	88 (40.7)	61 (28.2)	17 (7.9)	3.05	0.77
5. 自由裁量権の少なさ	14 (6.3)	98 (44.1)	67 (30.2)	21 (9.5)	22 (9.9)	2.48	0.78
6. 勤務調整のしにくさ	14 (6.4)	98 (44.6)	65 (29.6)	28 (12.7)	15 (6.8)	2.52	0.82
7. 仕事に関する情報伝達（目標、スケジュールなど）の不十分さ	14 (6.4)	91 (41.6)	74 (33.8)	24 (11.0)	16 (7.3)	2.53	0.79
8. 自分の能力・技術を活用する機会のなさ	11 (5.0)	105 (47.5)	65 (29.4)	14 (6.3)	26 (11.8)	2.43	0.70
9. 仕事に関する能力・技術向上の機会の不十分さ	13 (5.9)	93 (42.5)	62 (28.3)	20 (9.1)	31 (14.2)	2.47	0.78
10. 上司・同僚との情報の伝達・意見交換の不十分さ	11 (5.0)	60 (27.4)	91 (41.6)	44 (20.1)	13 (5.9)	2.81	0.83
11. 職場の人間関係	7 (3.2)	70 (31.7)	90 (40.7)	37 (16.7)	17 (7.7)	2.78	0.78
12. 雇用の安定性への不安	49 (22.5)	93 (42.7)	46 (21.1)	20 (9.2)	10 (4.6)	2.19	0.90
13. 配置転換	23 (10.5)	84 (38.4)	74 (33.8)	20 (9.1)	18 (8.2)	2.47	0.82
14. 適切に評価されていないこと	10 (4.6)	79 (36.1)	77 (35.2)	17 (7.8)	36 (16.4)	2.56	0.73
15. 賃金・待遇	25 (11.4)	97 (44.1)	54 (24.6)	13 (5.9)	31 (14.1)	2.29	0.78
16. 会社の経営状態	38 (17.3)	68 (30.9)	63 (28.6)	36 (16.4)	15 (6.8)	2.48	0.99
17. 設備・機械・オフィス機器などの老朽化・整備不足	40 (18.1)	99 (44.8)	55 (24.9)	18 (8.1)	9 (4.1)	2.24	0.85
18. 新しい設備・機械・オフィス機器などへの変化の早さ	29 (13.1)	108 (48.9)	59 (26.7)	14 (6.3)	11 (5.0)	2.27	0.78
19. 職場の物理的な環境（冷暖房、照明、騒音など）	44 (19.9)	106 (48.0)	56 (25.3)	10 (4.5)	5 (2.3)	2.15	0.79
20. 衛生設備・休養設備（トイレ、更衣室、休憩場所、食堂など）	41 (18.6)	118 (53.4)	47 (21.3)	11 (5.0)	4 (1.8)	2.13	0.77

注：上段は事業所数、下段は%、欠損22～27

平均・ $SD$ は「全く問題はない」から「非常に問題がある」に順に1～4点を与え、算出した（『わからない』は除外）。全項目の平均2.54  $SD$ =0.48。平均欄下段は一般職員と管理職の平均値の対応のある  $t$  検定結果。

表18 事業所のメンタルヘルスキュアの実施状況

	実施している	実施していない
1. 労働者に対する、ストレスやメンタルヘルスキュアに関する教育研修	187 (79.2)	49 (20.8)
2. 労働者に対する、メンタルヘルスキュアに関する事業場の方針の明示	130 (55.3)	105 (44.7)
3. 上司や専門家に対して労働者が相談することができる体制の整備	195 (84.4)	36 (15.6)
4. 労働者に対する、ストレスに関する調査票や問診	164 (69.5)	72 (30.5)
5. 労働者がストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供	160 (68.1)	75 (31.9)
6. 職場の管理監督者による、職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	152 (66.4)	77 (33.6)
7. 職場環境などの問題点の改善、およびその効果の定期的な評価	126 (54.1)	107 (45.9)
8. 職場の管理監督者による、労働者からの相談への対応	187 (81.7)	42 (18.3)
9. 職場の管理監督者に対する、メンタルヘルスキュアにおける管理監督者の役割や対応方法などに関する教育研修	170 (73.0)	63 (27.0)
10. 事業者による、職場の管理監督者に対する、心の健康問題を持つ労働者への対応の方針の明示	117 (50.7)	114 (49.4)
11. 事業場内産業保健スタッフ等による、職場環境、仕事の質や量、職場の人間関係などに関する問題点の把握	172 (74.5)	59 (25.5)
12. 事業場内産業保健スタッフ等による、職場環境などの問題点に関する管理監督者への改善の助言	190 (81.9)	42 (18.1)
13. 事業場内産業保健スタッフ等による、労働者の健康相談	221 (94.0)	14 (6.0)
14. 事業場内産業保健スタッフ等による、心の健康問題を持つ労働者の職場適応、治療、退職後の職場復帰への支援	207 (88.8)	26 (11.2)
15. 事業者による、事業場内産業保健スタッフ等に対する、心の健康の保持・増進に関する方針の明示	111 (47.8)	121 (52.2)
16. 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源の活用	142 (60.9)	91 (39.1)
17. 労働者のかかりつけ医との情報のやり取り	176 (75.9)	56 (24.1)
18. 労働者を事業場外の医療機関や地域保健機関に紹介するためのネットワークの形成	130 (56.0)	102 (44.0)
19. 企業内の、心の健康づくり専門スタッフの確保	99 (42.9)	132 (57.1)

注：上段は事業所数、下段は%、欠損7～14

メンタルヘルスキュアの実施数（19項目中）の総数平均13.14 SD=4.33

表19 事業所のメンタルヘルスケアの現状に対する評価

	全	あ	ど	か	非	平均	SD
	当	ま	ち	な	非		
	て	り	ら	り	常		
	は	は	と	当	に		
	ま	ま	も	て	よ		
	ら	ら	い	は	く		
	な	な	え	ま	当		
	い	い	な	る	て		
					は		
					ま		
					る		
1. メンタルヘルスケアが効果的に実施されている	10 (4.2)	50 (21.2)	116 (49.2)	54 (22.9)	6 (2.5)	2.98	0.85
2. 心の病気に対する偏見がある	11 (4.6)	67 (28.3)	85 (35.9)	69 (29.1)	5 (2.1)	2.96	0.92
3. メンタルヘルスに関する必要な知識がもたれている	4 (1.7)	57 (24.3)	108 (46.0)	66 (28.1)	0 (0.0)	3.00	0.77
4. 部課によりメンタルヘルスケアへの意識に差がある	2 (0.9)	28 (11.9)	61 (26.0)	128 (54.5)	16 (6.8)	3.54	0.82
5. 労働者のメンタルヘルスに十分な配慮がなされていない	12 (5.1)	81 (34.2)	89 (37.6)	49 (20.7)	6 (2.5)	2.81	0.91
6. メンタルヘルスケアに関するマニュアルやプランがある	37 (15.7)	69 (29.2)	43 (18.2)	60 (25.4)	27 (11.4)	2.88	1.27
7. メンタルヘルスケアが効果的に実施されている	14 (6.1)	58 (25.3)	98 (42.8)	54 (23.6)	5 (2.2)	2.90	0.90
8. 労働者自身の心の問題への気付きが足りない	3 (1.3)	53 (22.5)	101 (42.8)	69 (29.2)	10 (4.2)	3.13	0.85
9. 心の病気を早期に発見できている	8 (3.4)	47 (19.9)	110 (46.6)	68 (28.8)	3 (1.3)	3.05	0.82
10. 問題は発見できても、事業所内で実施できる対応策がない	24 (10.3)	121 (51.7)	52 (22.2)	28 (12.0)	9 (3.9)	2.47	0.96

注：上段は事業所数、下段は%、欠損6～14

平均・SDは「全く当てはまらない」から「非常によく当てはまる」に順に1～5点を与え、算出した。

項目2、4、5、8、10を逆転項目として算出した合計点平均29.83 SD=5.64