

C. これまで次のようなことがありましたか。

- ・飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか。 <①はい ②いいえ>
- ・他人があなたの飲酒を批判するので気にさわったことがありますか。 <①はい ②いいえ>
- ・自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。 <①はい ②いいえ>
- ・神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために「迎え酒」をしたことがありますか。 <①はい ②いいえ>

D. 1日の平均的な就寝時間、起床時間、睡眠時間を教えてください。

就寝時間 ( ) 時, 起床時間 ( ) 時, 睡眠時間 ( ) 時間

E. 睡眠時間が不足していると感じますか。

<①非常に感じる ②やや感じる ③あまり感じない ④全く感じない>

F. 1日の食事回数を教えてください。

<①1回 ②2回 ③3回 ④その他>

G. 夜食をとりますか。

<①とる ②とらない ③決まっていない>

H. 運動習慣はありますか。

<①ある⇒ ( ) 回/週 内容は ( ) ( ) ( ) ②ない>

J. 悩みなどの相談相手はいますか。

<①いる⇒人数は約 ( ) 人。具体的には ( ) ( ) ( ) ②いない>

\* (例: 配偶者 親子 会社の同僚 上司 友人等)

K. ストレス解消法がありますか。

<①ある⇒具体的には ( ) ( ) ( ) ②ない>

L. 現在、心の病気(うつ病など)でクリニックや病院にかかっていますか。 <①かかっている ②かかっていない>

M. 過去1年以内に、心の病気(うつ病など)でクリニックや病院にかかったことがありますか。

<①かかったことがある ②かかったことがない>

N. 過去1年以内に、死にたいと思ったことはありますか。

<①頻繁に思った ②ときどき思った ③あまり思わなかった ④全く思わなかった>

O. 過去1年以内に、実際に自殺をしようとしたことがありますか。

<①あった ②なかった>

ご協力、ありがとうございました。

平成18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）  
分担研究報告書

職域における認知療法的アプローチによる介入研究

研究代表者 小島 玲子 北里大学大学院医療系研究科・大学院生  
分担研究者 田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科・助教授  
研究協力者 藤澤 大介 慶応大学医学部 ストレスマネジメント教室・医師  
田島 美幸 慶応大学医学部 ストレスマネジメント教室・研究員  
高田 未里 北里大学大学院医療系研究科・リサーチレジデント  
柴岡 三智 北里大学大学院医療系研究科・大学院生  
柿沼 充 北里大学大学院医療系研究科・大学院生

研究要旨

職場のメンタルヘルス対策において、最も対策を求められる病態の一つがうつ病である。企業で働く労働者の精神疾患では、うつ病の占める割合が高いことが報告されている。うつ病をはじめ、様々な精神疾患の治療に対して有効性が確認されている手法に認知療法がある。最近では、職域での活用の可能性も言及されているが、実際の産業保健現場における活用と有用性に関する研究報告は少ない。そこで今回、認知療法の要素を取り込んだ集団教育及び個人フォローによるプログラムを構成し、某企業において介入研究を実施する予定である。本研究により、職域における認知療法的アプローチの有効性を検証したい。また、マンパワーの限られた産業保健現場における、より有効な認知療法的アプローチの実践方法についても考察したい。

## A. 研究背景・目的

職場におけるメンタルヘルスケアは、単にメンタルヘルス不全状態にある労働者を対象とした活動とのみ捉えるのではなく、健康領域あるいはそれに近い状態にある人々の健康の保持増進に軸足が置かれるべきものである。

近年、職場でのメンタルヘルス問題は、企業経営に様々な側面で影響を及ぼす大きな経営課題と捉える向きが広がっている。企業社員の精神疾患では、うつ病の占める割合が高く<sup>1)</sup>、職域では特に予防すべき疾患と捉えられている。

うつ病をはじめ、様々な精神疾患に対する治療的効果が確認されている手法に、認知療法がある。認知療法は、ペンシルバニア大学精神科の Aaron T Beck により考案された。Beck は、人間の感情そのものを精神病の原因説とするそれまでの考え方に対して、ものごとに対する歪んだ見方（認知）が心の病気を引き起こすと提唱した。認知療法とは、認知のあり方—ものの見方や考え方—を変えることによって、抑うつ感や不安感を和らげることを目的とした短期の精神療法である<sup>2)</sup>。アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、軽度から中等度のうつ病の第一治療選択の一つとされている。うつ病の認知療法は個人精神療法で行われることが多いが、欧米では集団療法としての効果も報告されている<sup>3) - 5)</sup>。最近のメタアナリシスでは、職域における各種のストレス軽減対策について、特に認知療法的手法が有効であったと報告されている<sup>6)</sup>。わが国では最近、職場復帰支援としても認知療法的手法が用いられるようになり効果を上げていく<sup>7)</sup>。しかし、精神的に健常域

にある労働者も含む広い意味での職域における認知療法の有効性に関する報告は、未だ少ない。

よって、本研究の目的の1つは、職域において健常者も含めたメンタルヘルス対策として認知療法的なアプローチを行い、その有効性を検証することである。

企業内のメンタルヘルス対策において、実務面で主導的な役割を果たすのが、産業医や産業看護師などの産業保健職である。医療機関等で臨床的に実施される認知療法は一般に、セラピストとクライアントの1対1で、十数回のセッションをもって行う。また、職場復帰支援等の目的で医療機関にて行われる集団によるセッションにおいても、数名程度のグループで7~8回のセッションを行う場合が多い<sup>7)</sup>。しかし企業内においては、勤務時間中に何度も従業員を集めてセッションを重ねることは難しい。また、企業では限られた人員で産業保健業務を行っているのが一般的であり、実際には対象者を少人数に分けて頻回のセッションを実施するのは困難な場合も多い。

本研究のもう1つの目的は、企業内活動により適応した形での、認知療法的アプローチの実践方法を探ることである。

## B. 研究方法

### (1) 対象者

某製造業に勤務する、30~35歳の従業員約300名を対象とする。男女比は9:1、間接スタッフと直接スタッフの割合は7:3。対象年齢設定の理由は以下の通りである。一般に、労働者のメンタルヘルス不全者は年代別に見ると30歳代が比較的増えていると言われている。当該企業においても同

様の傾向があったため、メンタルヘルス対策活動として 30～35 歳の従業員に対し何らかの教育施策を行うこととなっており、その一連の活動の中で認知療法的な集団教育を実施することになったものである。対象者は、無作為に介入群と非介入群に振り分ける。活動の位置づけ及び倫理的観点から、非介入群に対しても、介入群のプログラム終了後に同様のプログラムを実施する予定である。

## (2) 集団教育とフォローの方法

介入群には、3時間の集団教育を1回と、その後1週間毎にメールによるフォローを3回行う。

集団教育の講師は、認知療法に詳しい精神科医師1名が担当し、集団教育後のメールフォローは、事業所内に常駐する専属産業医1名及び産業保健師1名が担当する。

集団教育は、講義とグループワークによって構成される。講義では、職業生活上ストレスマネジメントを行うことの重要性等、ストレスに関する一般知識を導入として、「認知」について主に講義する。後半のグループワークでは、工作上よくあるストレス状況について例示し、コラム法と呼ばれる手法を利用しながら<sup>8)</sup>、その時に浮かんだ各人の考え（自動思考）などについてお互いに話し合う。最後に、各自が日頃仕事でストレスがあると感じる問題を1つ挙げ、その時に起こる気分を記入し提出してもらう。

集団教育実施後、産業保健職から参加者に1週間毎にメールフォローを行う。1回目は、集団教育内で実施したコラム法を使いながら、集団教育時に提出された問題点

に対して、その時浮かんだ考え（自動思考）について出来るだけ多く挙げてみるよう指導する。2回目は、その考え方について振り返りながら、他のバランスの良い考え形ができないかを考えてもらう。3回目は、その回答に対するフォロー及び今後に向けてのアドバイスを発信することを考えている。

評価については、質問票を用いて行う。集団教育実施前、プログラム実施2週間後、プログラム実施3ヵ月後のタイミングで調査を行う。質問票は、CES-D、DAS（認知の歪み尺度）を中心に用いる予定である。

## C. 予想される結果

認知療法的要素を取り入れた過去の研究を見ると、これまでの欧米の研究に加え、わが国でも職域における集団セッション実施にて抑うつ気分の改善など、一定の効果が得られたとする研究が報告されている<sup>9)</sup>。本研究においても、介入群にて抑うつ気分の軽減等の効果が得られることを期待している。但し、以下のような限界も考えられる。

今回の研究では、前述にあるような教育の趣旨から、対象者は抑うつ気分の高い者だけに限らず、年齢で区切った労働者全員を対象としていることが一つの特徴である。欧米の研究に、これと同様に、特に高いストレスを感じていない者も含めてプログラムを実施したものがあがるが、開始の時点で高ストレス状態にあった者にものみ介入効果が認められ、認知療法的アプローチはストレス予防というよりもストレス軽減の手法として捉えることを示唆する報告もある<sup>10)</sup>。従って本研究においても同様の結果となる

可能性は否定できない。また、産業保健職のマンパワーの問題から、事後のフォローが個人面談によらず全てメールによるやり取りとなることも、有効性が出にくくなる要因になるかもしれない。しかしそうであったとしても、様々な産業現場における限られた人的資源を使って、現実的には今後どのようなプログラムを設定出来るのかを考える際の参考として、役立つものとなるだろう。

#### D. 考察

近年の産業現場は、雇用形態の多様化に伴う人員構成の急激な変化や業務負荷の増加、グループ企業化が進むことによる部門の統廃合、経済のグローバル化など、急激な変化の只中にある。

このように変化の激しい職場環境において、労働者が自己の置かれた状況や物事を柔軟に捉え日々の仕事に向かうことは、健康を損なうことなく、環境により良く適応する上で益々欠くことの出来ない能力になっている。職域における認知療法的なアプローチは、労働者がこうした能力を伸ばす助けとなる可能性を持っている。本研究が、職域に広く認知療法が広まる一助となることを期待している。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず。

2. 学会発表  
該当せず。

#### F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当せず。

2. 実用新案登録  
該当せず。

3. その他  
該当せず。

#### G. 謝辞

本研究実施にあたっては、慶応大学ストレスマネジメント教室 大野裕教授に多大なご協力を頂きました。この場を借りて感謝の意を表します。

#### H. 引用文献

- 1) 島悟, 佐藤恵美. 精神障害による疾病休業に関する調査 産業精神保健, 2004 ; 12(1) : 51-4.
- 2) Beck AT. Cognitive Therapy and Emotional Disorders. International Universities Press, 1976 (大野裕訳: 認知療法-新しい精神療法の発展. 東京: 岩崎学術出版, 1990)
- 3) Rush AJ, Watkins JT. Group versus individual cognitive therapy: pilot study. Cognitive Therapy Research, 1981 ; 5 : 95-103.
- 4) Kavanaugh DJ, Wilson PH. Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. Behavior Research and Therapy, 1989;27:333-43.
- 5) Seok-Man K, Tian PS. Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. J of Behavior Therapy and Experimental

- Psychiatry, 2003 ; 34 : 73-85.
- 6) JacJL Vandell Klink, Roland WB Bronk.  
The Benefits of Interventions for  
Work-related Stress. A J of Public  
Health, 2001 ; 91(2) ; 270-6.
- 7) 田島美幸, 秋山剛. うつ病休職者を対象  
とした職場復帰援助のための集団認知療  
法. 産業精神保健 2006;14(3):160-66.
- 8) 大野裕. こころが晴れるノート. 大阪:  
創元社, 2003.38-58,126
- 9) Akihito S, Rino U. Effect of a brief  
worksite stress management program  
on coping skills, psychological distress  
and physical complaints: a controlled  
trial. Int Arch Occup Environ Health,  
2006 ; 80 : 60-9.
- 10) Brenda G, Joan R. Cognitive therapy  
and Behavioral coping in the  
management of work-related stress: An  
intervention study . Work & Stress,  
2005 ; 19(2) : 137-1.

## 職域における睡眠教育による介入研究

研究代表者 加藤 憲忠 北里大学大学院医療系研究科・大学院生  
柿沼 充 北里大学大学院医療系研究科・大学院生  
分担研究者 田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科・助教授  
研究協力者 高橋 正也 労働安全総合研究所・主任研究官  
高田 未里 北里大学大学院医療系研究科・リサーチレジデント  
荒武 優 北里大学大学院医療系研究科・大学院生

### 研究要旨

不眠による心身の疲労の蓄積は、うつ病等の精神疾患および自殺のリスクファクターである。そのため自殺予防のためには、不眠に対する早期の介入が重要となる。しかし従来の睡眠対策は既に睡眠関連疾患に罹患した一部の労働者の医療的な対応が中心であり、何らかの睡眠問題を抱えた多くの労働者に対しては有効な介入がされていなかった。そこで、今回、睡眠衛生を中心とする睡眠教育プログラムを開発し、企業において介入研究を実施する予定である。本研究により職域における睡眠教育が眠気や疲労度、抑うつ度等に及ぼす影響を検討したい。さらに限られた時間や不規則な勤務等の環境で働く労働者に対する、現実的な睡眠教育プログラムについても考察し、自殺予防に寄与する可能性について検討したい。

## A. 研究背景・目的

現在、日本ではグローバル・スタンダードの時代を迎え、激しい競争社会、24時間社会の中で活動することを余儀なくされている。そのような中で犠牲にされがちなものの代表が睡眠であり、日本人の睡眠時間は年々減少している<sup>1)</sup>ことが指摘されている。また競争社会等によるストレスや長時間労働、深夜労働・交代勤務等の不規則な勤務等により、不眠も増加しており、成人の21.4%が不眠の訴えを持つ<sup>2)</sup>と報告されている。

不眠や睡眠不足は作業能力低下<sup>3)</sup>や仕事上のミス<sup>4)</sup>等、生産上や安全上の問題を引き起こすだけでなく、様々な健康障害につながる事が知られている。特に慢性的な不眠症は、うつ病発症のリスクを高める<sup>5)</sup>ことが知られており、不眠症を放置することはメンタルヘルス疾患の大きなリスクである。

一方、日本では1998年以来、年間の自殺者数が3万人を超える状態が続いており、大きな社会問題となっている。WHOの調査によれば、自殺者の約9割は自殺前に何らかの精神疾患に罹患していたと報告されている。日本の働き盛りの世代では、特にうつ病と自殺の間に密接な関連があり、過労自殺例の分析結果<sup>6)</sup>でも、全例がうつ病に罹患していた。また不眠のあるうつ病では希死念慮が強く、眠れない患者ほど自殺の危険が高いと言われている。

以上のことより、睡眠の質と量の悪化が、日本人の自殺者数増加の一因となることが推察される。従って、睡眠教育を行うことにより、対象者の睡眠と質を改善することができれば、うつ病や自殺のリスク

を下げる事が期待できる。

しかし従来の職域での対応は、既に睡眠関連疾患を有する労働者の早期発見と薬物・医療器具による治療が中心であった。しかし睡眠関連疾患には該当しないものの、何らかの睡眠問題を抱えている多くの労働者に対しては有効な介入がされていないのが現状であった。

本研究の目的は、職域における睡眠教育が眠気や疲労度、抑うつ度等に及ぼす影響を検討することである。

## B. 研究方法

### 1. 対象者

某IT関連企業に勤務する20代～50代の従業員約400名を対象とする。男女比は約8:2、正社員のみを対象とした。一部夜間勤務をするものもあるが、9割以上が日勤勤務である。

対象者は当該企業で働く社員全員とした。メンタルヘルス不全者は年々増加傾向にあり、当該企業でもメンタルヘルスに重点をおいた講習（管理者講習・新入社員研修）を実施してきた。一連の対策の中で今回、うつ病の発症要因のひとつである睡眠に焦点を絞り、行動療法的な集団教育を実施することになった。対象者は無作為に介入群と非介入群に振り分ける。活動の位置づけ及び倫理的観点から、非介入群に対しても、介入群のプログラム終了後に同様のプログラムを実施する予定である。

### 2. 集団教育とフォローの方法

まず、うつ、疲労、一般的な生活習慣の質問票を介入群、対象群に記入していただく。

介入群には、1時間の集団教育を1回と、

その後 2 週間毎にアンケートによるフォローを 3 回行う。2 ヶ月後に初回同様の質問票を記入していただき、睡眠教育の終了となる。

集団教育の講師は、当該企業の産業医 1 名が担当し、集団教育後のフォローについても産業医、保健師が担当する。また、初回の質問票にてあきらかなうつ状態、疲労状態のみられる物については産業医が面談を実施する。

集団教育は、講義と質疑応答、目標設定によって構成される。講義では、睡眠の役割とレム睡眠・ノンレム睡眠など睡眠の基礎について説明。また、睡眠衛生の説明として良好な睡眠がとれるよう光・音・温度などの睡眠環境についての説明や睡眠行動として入浴方法や運動習慣などを説明する。後半の質疑応答では、講義について不明点を質問していただき、各自が快適な睡眠をとるにあたって取り組んでいる事を発表してもらい、睡眠についての共通認識を高めてもらう。最後に、快適な睡眠をとるために可能なことを各々目標設定としてあげていただく。

集団教育実施後、産業保健職から参加者に 2 週間毎に目標設定の確認を行う。2 ヶ月後に初回同様のアンケートを記入していただく。

評価については、質問票を用いて行う。集団教育実施前、プログラム実施 2 ヶ月後のタイミングで調査を行う。質問票は、CES-D、KSS を中心に用いる予定である。

#### C. 予想される結果

職域における睡眠教育については、睡眠に関する習慣を改善することで、睡眠時間

そのものや、熟睡感、実際に寝入るまでの時間の改善などの報告がある。今回の研究においても、介入群にて睡眠時間の改善等の効果が得られることを期待している。

#### D. 考察

多くの産業が IT 化される中で、こうした業種で働く労働者は超過勤務の増加、慢性的な睡眠不足となっているのが現状である。

睡眠問題に関しては国家的な取り組みや経営者層の意識改革が重要である。一方で誤った睡眠衛生により、睡眠の質と量を一層悪化させている労働者も多いと思われる。正しい睡眠衛生の知識を得ることができれば、限られた時間の中で良質な睡眠をとることができ、今後メンタルヘルス不全に陥るリスクも減少すると考えられる。今回の睡眠教育が労働者にとって有効な介入法となり、労働者のメンタルヘルス不全及び自殺予防の一途となれば幸いである。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず。

2. 学会発表  
該当せず。

#### F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当せず。

2. 実用新案登録  
該当せず。

3. その他

該当せず。

G. 参考文献

- 1)高橋正也. 固有の診療科を離れた立場から－勤務者. 診断と治療. 2004 ; 92 : 1213－18.
- 2)Liu X, et al. Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan : the national epidemiological survey. Psychiatry Res. 2000 ; 93 : 1－11.
- 3)Dawson D. et al. Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature. 1997 ; 388 : 235.
- 4)大井田隆, 他. 病院看護婦の睡眠問題と夜勤およびライフスタイルとの関連性. 日本公衆衛生雑誌. 2001 ; 48 : 595－603.
- 5)Ford DE, et al. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. JAMA. 1989 ; 262 : 1479－84.
- 6)天笠崇. 過労自殺の実態と疫学研究をもとに. 産業ストレス研究. 2003 ; 10 : 257－264.

平成18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）  
分担研究報告書

## 派遣労働者のメンタルヘルスの現状に関する検討

### －調査票の作成－

分担研究者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室・助教授  
田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科・助教授  
飯島美世子 職域保健・産業看護塾  
研究協力者 高野 知樹 神田東クリニック

#### 研究要旨

派遣労働者は近年増加の一途を辿っており、今後もその傾向は続くと推測される。しかしながら、派遣労働者の心身の健康状況、健康に関する意識、健康に影響を及ぼす生活習慣等に関する実態はほとんど明らかになっていない。派遣労働者の中には、心身の健康問題により派遣労働という労働形態を選択せざるを得ない者、生活基盤の不安定さから必要な受療ができていない者をはじめとして、自殺のリスクが高い労働者がある程度の割合で含まれている可能性がある。

本研究では、派遣労働者を対象とした大規模な質問紙調査により、現在派遣労働者として就業している労働者の心身の健康状態（特にメンタルヘルス）、それに関連する職場環境、生活習慣、自殺未遂の既往、希死念慮等の現状を明らかにすることをねらいとした。

派遣労働者の健康管理業務に従事している3名の班員の合議によって質問票の草案を作成し、他の研究班班員からの意見をもとにそれを修正して、完成版とした。

しかし、調査の実施にあたり、協力の得られる組織体の確保が難航し、研究期間内に結果の解析を終えることができなかった。

## A. 調査の目的

近年、派遣労働者の数が急増している。2004年には常用雇用換算でおよそ89万人（一般派遣の登録者も加えた派遣労働者数は約227万人）にのぼっており、派遣先件数は約50万件である。派遣元企業の社員および派遣労働者が加入する人材派遣健康保険組合は、健康保険組合としては、わが国で最大規模となっている。2004年施行となった「労働者派遣業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備に関する法律」（労働者派遣法）の改正による派遣受け入れ期間の延長および撤廃、製造業への派遣解禁などの影響もあり、今後もこの傾向は続いていくものと推測される。派遣労働者は、今後ますますわが国の労働力として重要な存在となり、産業保健においても、彼らの健康の保持増進に対する支援活動が求められていくと考えられる。

派遣労働には、次のような形がある。

### ①一般労働者派遣

派遣労働の希望者は派遣元企業に登録をし、派遣先が決まった時点で、派遣元企業と雇用契約を結ぶ。登録した段階では雇用契約は存在しない。その派遣先での就業が終了したら、派遣労働者と派遣元との雇用契約も一旦解除となる。ひとりの派遣労働希望者が登録する派遣元企業の数、複数であることが多い。この登録型が、労働者派遣の大多数を占める。

### ②特定労働者派遣

派遣元企業の常用雇用労働者が派遣労働者として派遣されるものをいう。

### ③紹介予定派遣

派遣労働者が、派遣先に職業紹介（雇用関係の成立のあっせん）され、あるいはさ

れることを前提として派遣される形をいう。派遣期間は6か月以内に限られる。

登録型派遣労働者は20歳代および30歳代の若い世代が中心で、9割以上が女性、うち過半数が未婚である。契約期間が終了すると別の派遣契約（派遣元を変える場合もある）を結んで派遣先を変える移動型と契約を更新しながら固定した派遣先で就業する定着型があるが、定着型でも短期の派遣契約を繰り返して継続的あるいは断続的に就労している例が多い。

労働基準法および労働安全衛生法が規定する派遣労働者に対する義務、責任は、原則として雇用関係のある派遣元事業主が負うことになっているが、派遣先に課せられる事項もある。

健診後の配置転換などの措置に関しては、派遣元、派遣先の双方に実施責任がある。派遣元事業場の産業医が健診結果を評価するとともに、各派遣スタッフの職場環境や就労状況に関する情報を得て、担当者を通じて、派遣先に対して実施すべき措置に関する必要な情報を提供する。

派遣スタッフが心身の健康問題により通常の業務遂行が困難となった例や、それを継続すると健康状態が悪化することが明らかかな例への対処についても、当該派遣スタッフと雇用契約のある派遣元と指揮命令関係のある派遣先が、連携をとる必要がある。どちらかの対応が遅れると、全体として適切な対応が困難となり、問題が重大化する恐れがある。

派遣労働者に対する健康教育も、派遣元、派遣先の双方が実施することになっている。しかし、派遣元が就業時間内あるいはその直後の（比較的派遣労働者の参加が得られ

やすい) 時間帯に実施することは、実務上困難である。また、派遣先事業場で、健康保険組合が補助をする健康教育などの健康保持増進活動が行われる際に、派遣スタッフについては所属する組合が異なることを理由に、その活動に参加できないことがある。

作業において取り扱う有害物質による健康影響を確認する特殊健康診断については、派遣先に実施責任がある。その結果に基づく事後措置に関しても同様であり、作業環境管理および作業管理に関しても、派遣先事業場は、その正社員に対するのと同様に実施する義務を負っている。

ひとつの企業に正社員として長く就労する労働者に比べて、派遣元企業が各々の派遣労働者の健康管理を継続的に実施することは極めて困難な状況にある。派遣労働者の継続的健康管理は、セルフケアに委ねられているのが現状であるといえる。

一般に、派遣労働者は、一般派遣(登録)型の場合、雇用が不安定であり、賃金も正社員に比べ低い傾向にあることなどから、正社員が中心であった従来の労働者とは異なったストレス要因を持っているといわれている。

数か月にわたる休業が必要となった例では、休業中に派遣契約が満了となったり、それを免れても次の継続契約ができなかったりすることが多い。契約が途切れると、健康保険の継続もできなくなるため、医療費の支払いに困難をきたし、精神疾患をはじめとする長期の治療(服薬の継続など)を要していても、通院治療の中断をしてしまう例がみられる。

このように、派遣労働者の健康管理は、

正社員と様々な面で異なっているが、現時点では、派遣労働者の健康状況に関する情報はあまり得られていない。派遣労働者の健康を支援するための施策を検討するうえでは、その収集は不可欠である。

自殺予防に関しても、派遣労働者の中には、自殺の高リスク者が少なからず含まれていると考えられる。上述したように、経済的な理由から適切な医療を受けていない者や、心身の健康問題によって長期の安定した就業ができない者がいることを考慮すると、派遣労働者の集団は正社員のそれに比べて、自殺の高リスク者が高率である可能性も否定できない。

したがって、派遣労働者の詳細な健康状況を知ることは、わが国の労働者の自殺予防対策をさらに検討していく上で、非常に重要な資料となるはずである。

こうしたことから、本研究では、派遣労働者を対象とした大規模調査を行い、彼らの健康に関する現況の一端を明らかにすることを試みた。

## B. 研究の方法

派遣労働者の健康管理に従事している3名の本研究分担研究者の合議によって、質問票のパイロット版を作成した。次に、パイロット版を研究班会議で班員および研究協力者に配布して意見を求め、完成版を作成した。

## C. 研究の結果

調査票の完成版を付表として示した。

回収率および回答の信憑性を高めるため、調査票の分量を最小限に抑えて、A4用紙2枚分とした。そのため、うつ病、アルコー

ル依存症のスクリーニングテストは、過去の報告で信頼性、妥当性が確認されているもののうち、最も項目数が少なく、簡便なツールを盛り込むことになった。

自殺に関する事項も、全体の分量の制限、回答しづらさを極力回避することから、あまり多くの項目を入れられなかった。

既往歴、現病歴は、メンタルヘルスおよび自殺リスクの評価に極めて重要な情報であるため、省略はしなかった。

生活習慣も、全体の分量の制限から、最小限の質問にとどめた。

仕事および生活の満足度は、それぞれのストレスおよびストレス緩衝因子の程度を推定するために重要であるため、visual analogue scale を導入した。

#### D. 考察

2007年3月の時点で、調査の実施までは終了した。2008年度は、その結果を分析して、派遣労働者の健康状況について、詳細な検討を行う予定である。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず。

2. 学会発表  
該当せず。

#### F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当せず。

2. 実用新案登録  
該当せず。

3. その他  
該当せず。

#### G. 参考文献

- 1) 廣尚典：派遣労働者の健康管理. 産業保健 21 47, 18-21, 2007.
- 2) (社)日本人材派遣協会編：新版労働者派遣法. 財形福祉協会, 東京, 2004.
- 3) 北村俊則：精神症状測定の理論と実際(第2版). 海鳴社, 1995.
- 4) 川上憲人：厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 心の健康問題と対策基盤に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003.

付表. 派遣労働者の健康状況に関する質問票

1. 性, 年齢, 生活のことなど

1-1. 性別を教えてください (①男性 ②女性)

1-2. 年齢を教えてください ( ) 歳

1-3. 現在、同居者はいますか? (①いる ②いない)

\* 「同居者がいる」と回答した場合にのみ、お答えください。

1-3-1. 配偶者(夫または妻)はいますか? (①いる ②いない)

1-3-2. 子供はいますか? (①いる ②いない)

2. 仕事のことなど

2-1. 現在の職務内容は?

(①営業・販売 ②事務 ③技能 ④研究補助 ⑤その他(具体的に ) )

2-2. 派遣スタッフとしての勤務期間は?

(現在の勤務場所だけでなく、過去の勤務場所での期間も含めてお答えください。)

約 ( 年 か月)

2-3. 1日(勤務日)の勤務時間は?

(日によって異なる場合は、一番頻度の多い時間をお答えください。)

約 ( 時間)

2-4. 夜勤勤務は?

(①あり ②なし)

2-5. シフト勤務は?

(①あり ②なし)

3. 現在タバコを吸いますか? (①吸う→ ( ) 本/日 ②吸わない)

4. 飲酒について

4-1. 飲酒習慣(週1日以上の飲酒)はありますか?

(①ある→ ( ) 日/週 飲む日の平均飲酒量 ( ) 単位 ②ない)

500ml缶ビールなら1本, 日本酒なら1合を1単位とします。

4-2. これまでに次のようなことがありましたか?

4-2-1. 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか? (①はい ②いいえ)

4-2-2. 他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか? (①はい ②いいえ)

4-2-3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか? (①はい ②いいえ)

4-2-4. 神経を落ち着かせたり, 二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか?

(①はい ②いいえ)

5. 睡眠について

5-1. 1日の平均睡眠時間は? ( 時間)

5-2. 睡眠時間が不足していると感じますか? (①感じる ②感じない)

6. 現在何らかの病気でクリニックや病院にかかっていますか?

(心の病気またはストレス性の病気→①かかっている ②かかっていない)

(上記以外の体の病気→①かかっている ②かかっていない)

7. この3年間に、何らかの病気で、1か月以上クリニックや病院に入院または定期通院したことがありますか?

(心の病気またはストレス性の病気→①あった ②なかった)

(上記以外の体の病気→①あった ②なかった)

8. 食事について

8-1. 1日の食事回数は？ (①1回 ②2回 ③3回 ④その他)

8-2. 夜食をとりますか？ (①とる ②とらない ③決まっていない)

9. 運動習慣はありますか？

(①ある→( )回/週 内容は( ) ( ) ( ) ②ない)

10. 悩みなどの相談相手はいますか？

(①いる→およその人数は( )人, 具体的には( ) ( ) ( ) ②いない)

11. ストレス解消法はありますか？

(①ある→具体的には( ) ( ) ( ) ②ない)

12. 仕事上のストレスとを感じる項目に○をつけてください。

- ①派遣先職場の上司 ②派遣先職場の同僚 ③仕事の量 ④仕事の内容 ⑤報酬 ⑥労働時間
- ⑦責任の重さ ⑧職場の温度・湿度 ⑨危険度 ⑩裁量権 ⑪仕事のあいまいさ

13. 過去30日間の間に、どのくらいの頻度で、次のことがありましたか？

13-1. 神経過敏に感じましたか？ (①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

13-2. 絶望的だと感じましたか？ (①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

13-3. そわそわ落ち着かなく感じましたか？

(①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

13-4. 気分が沈み込んで、何が起ころても気分が晴れないように感じましたか？

(①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

13-5. 何をするのも骨折りだと感じましたか？

(①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

13-6. 自分は価値がない人間だと感じましたか？

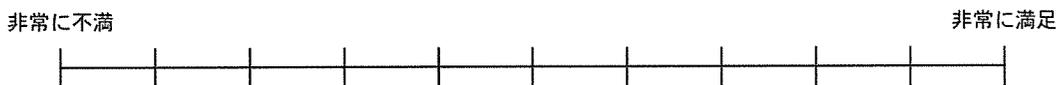
(①全くない ②少しだけ ③ときどき ④たいてい ⑤いつも)

14. 死にたい気持ちについて

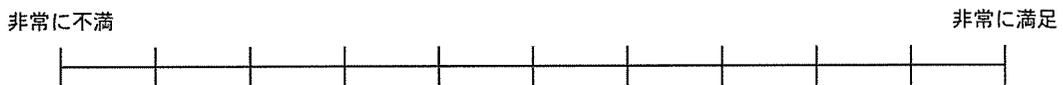
10-1. 死にたいと思ったことはありますか？ (①ある ②ない)

10-2. 実際に自殺未遂をしたことがありますか？ (①ある ②ない)

15-1. 仕事の満足度はどのくらいですか？線上の該当するところに○をつけてください。



16-1. 生活面の満足度はどのくらいですか？線上の該当するところに○をつけてください。



17-1. 正社員になりたいという希望はありますか？

(①強くある ②少しある ③あまりない ④まったくない)

18-1. 現在のおよその年収を教えてください。

(①300万未満 ②300万以上500万未満 ③500万以上700万未満 ④700万以上)

平成18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）  
分担研究報告書

## 大都市圏の中小零細企業における メンタルヘルス対策に関する調査研究

研究代表者 高田 未里 北里大学大学院医療系研究科・リサーチレジデント  
分担研究者 島 悟 京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授

### 研究要旨

労働者の自殺例の7割はうつ病が原因であると推測されていること、自殺予防だけを目的とした活動を推進することは多くの職場で受け入れられにくく、メンタルヘルス対策に盛り込む形で推進されることが妥当であることなどから企業におけるメンタルヘルス対策の実施が自殺予防対策を兼ねることとなる。

平成12年から平成17年にかけて、いずれの規模の企業においてもメンタルヘルス対策を実施している企業は増えているものの、中小零細企業ではメンタルヘルス対策の実施が非常に少ないのが現状である。また、未実施の中小零細企業では、54.8%が実施の予定がない。そのため、特に中小零細企業においては、メンタルヘルス対策の導入を促進させるような働きかけが必要であると思われる。そこで本分担研究では、中小零細企業におけるメンタルヘルス対策の現状と問題について調査を行う。

148企業から回答が得られ、そのほとんどがメンタルヘルスに関心を持っているものの、実施している企業は4割未満にとどまっていた。メンタルヘルス問題の増加や困窮が実際に起きることにより、メンタルヘルス対策の導入が行われている現状が伺われた。今後、中小零細企業においてメンタルヘルス対策の実施を促進させるためには、メンタルヘルスへの関心を持ちつつある企業へ積極的に働きかけることが重要であると思われる。

## A. 研究目的

わが国においては、平成10年に労働者の自殺が急増して以来、一向に減少する傾向が見えない。このため労働者の自殺予防対策の確立は緊急の行政課題であると考えられる。また精神障害および自殺の労災事案は顕著に増加しており補償行政においても、自殺予防対策は非常に重要な課題であると考えられる。

労働者の自殺例の7割はうつ病が原因であると推測されていること<sup>1)</sup>、自殺予防だけを目的とした活動を推進することは多くの職場で受け入れられにくく、メンタルヘルス対策に盛り込む形で推進されることが妥当であること<sup>2)</sup>などから企業におけるメンタルヘルス対策の実施が自殺予防対策を兼ねることとなる。

厚生労働省が平成14年に実施した調査では、メンタルヘルス対策を実施している企業は、従業員数5000名以上の企業で54.1%、従業員数1000～4999名の企業で43.1%、従業員数300～999名の企業で25.9%、従業員数100～299名の企業で22.4%、従業員数50～99名の企業で23.0%、従業員数30～49名の企業で18.6%、従業員数10～29名の企業で12.9%であり、従業員規模が小さくなると、メンタルヘルス実施率も下がっていた<sup>3)</sup>。

また、産労総合研究所による平成12年の調査では、メンタルヘルス対策を実施している企業は従業員数1000名以上の企業で64.4%、従業員数300～999名の企業で32.1%、従業員数299名以下の企業で22.4%であった<sup>4)</sup>。同様の調査を平成17年に実施した際には、メンタルヘルス対策を実施している企業は従業員数1000名以上の企業で

82.4%、従業員数300～999名の企業で54.2%、従業員数299名以下の企業で38.2%であった<sup>5)</sup>。平成12年から平成17年にかけて、いずれの規模の企業においてもメンタルヘルス対策を実施している企業は増えているものの、中小零細企業ではメンタルヘルス対策の実施が非常に少ないのが現状である。また、未実施の中小零細企業に対して今後3年間の実施予定の有無を尋ねたところ、54.8%が実施の予定なしと答えている<sup>5)</sup>。

このような現状から、特に中小零細企業においては、メンタルヘルス対策の導入を促進させるような働きかけが必要であると思われる。そこで本分担研究では、中小零細企業におけるメンタルヘルス対策の現状と問題について調査を行う。

## B. 研究方法

### (1) 調査対象および調査方法

①東京商工会議所の会員企業のうち、千代田支部に所属する従業員数が30名以上299名以下の企業1560社に対して、東京商工会議所千代田支部からの定期刊行物や案内を郵送する際に、調査票を同封した。調査票への回答は、企業の健康管理担当者に依頼し、FAXにて回収を行った。

②東京都中小企業団体中央会主催による管理監督者向け講演会の参加者40名に調査票を配布した。調査票への回答は、企業の健康管理担当者に依頼し、FAXにて回収を行った。

### (2) 調査票（別添資料1）

調査票の主な内容は、以下の通りである。

#### ①企業の従業員数

- ②メンタルヘルスへの関心の有無
- ③メンタルヘルス問題による困窮度
- ④過去 1 年間におけるメンタルヘルス問題の増加
- ⑤メンタルヘルス対策の実施状況
- ⑥法改正や指針に関する周知

## C. 研究結果

### (1) 企業の従業員数 (表 1)

148 企業から回答が得られた。そのうち、41 企業 (27.7%) が従業員数 100~299 名、29 企業 (19.6%) が従業員数 50~99 名であった。

### (2) メンタルヘルス対策の実施状況 (表 2)

メンタルヘルス対策を実施しているとの回答は 58 企業 (39.2%) であった。

### (3) メンタルヘルスへの関心の有無 (表 3)

全体では、「かなりある」との回答が 62 企業 (41.9%) と最も多く、次いで「多少ある」との回答が 53 企業 (35.8%) であった。「非常にある」との回答は 24 企業 (16.2%) であった。

メンタルヘルス対策の実施状況とメンタルヘルスへの関心の関連性を検討した結果、「非常にある」「かなりある」では相違はみられなかったが、「多少ある」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。また、「ない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

### (4) メンタルヘルス問題による困窮度 (表 4)

全体では、「困っていない」との回答が

76 企業 (51.4%) と最も多く、次いで「多少困っている」との回答が 63 企業 (42.6%) であった。

メンタルヘルス対策の実施状況とメンタルヘルス問題による困窮度の関連性を検討した結果、「かなり困っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「困っていない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

### (5) 過去 1 年間におけるメンタルヘルス問題の増加 (表 5)

全体では、「増えていない」との回答が 79 企業 (53.4%) と最も多く、次いで「多少増えている」との回答が 59 企業 (39.9%) であった。

メンタルヘルス対策の実施状況と過去 1 年間におけるメンタルヘルス問題の増加の関連性を検討した結果、「かなり増えている」「多少増えている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「増えていない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

### (6) 法改正や指針に関する周知

#### ①平成 18 年 4 月の労働安全衛生法改正による一部過重労働面接の義務化 (表 6)

全体では、「知っている」との回答が 88 企業 (59.5%)、「知らない」との回答が 59 企業 (39.9%) であった。

メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らな

い」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

②平成18年4月の労働者の心の健康の保持増進のための指針改訂（表7）

全体では、「知っている」との回答が68企業（45.9%）、「知らない」との回答が79企業（53.4%）であった。

メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

③平成16年発表の心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（表8）

全体では、「知っている」との回答が56企業（37.8%）、「知らない」との回答が90企業（60.8%）であった。

メンタルヘルス対策の実施状況と周知の関連性を検討した結果、「知っている」との回答はメンタルヘルス対策を実施している企業に有意に多かった。また、「知らない」との回答はメンタルヘルス対策未実施の企業に有意に多かった。

(7) 実施しているメンタルヘルス対策の内容（表9）

メンタルヘルス対策を実施している企業に対して、その内容を尋ねた結果、最も多かったのは精神科医等の委嘱（16企業；10.8%）であり、次いで社内での管理監督者教育（15企業；10.1%）であった。その他には、社内での一般社員教育（8企業；5.4%）、外部相談機関との契約（6企業；4.1%）、社外の教育研修（6企業；4.1%）

などもあげられた。

また、個人面談の実施（5企業；3.4%）やコミュニケーションの促進（4企業；2.7%）、上司によるケア（2企業；1.4%）など、従業員との接触を増やそうとする試みがあげられた。

ストレスチェックの実施（3企業；2.0%）や健康診断でのメンタルチェック（3企業；2.0%）など、質問紙や問診によりメンタル面のチェックを実施している企業も見られた。

#### D. 考察

中小零細企業を対象に調査を実施した結果、94.6%の企業がメンタルヘルスに関心を持っていた。しかし、実際にメンタルヘルス対策を実施している企業は39.2%であった。メンタルヘルスに「多少」関心のある企業においては、メンタルヘルス対策を実施していない企業が多かったものの、「非常に」または「かなり」関心があると答えた企業においては、メンタルヘルス対策の実施状況はほぼ二分された。これより、メンタルヘルスへの関心を持ちつつある企業への働きかけがメンタルヘルス対策の実施を促進させる鍵であると思われた。

メンタルヘルス問題で困っている企業や過去1年間にメンタルヘルス問題が増加した企業は約4割であり、そのほとんどは「多少困っている」「多少増えている」との回答であった。これより、深刻なメンタルヘルス問題に直面している企業は非常に少ないことが示された。メンタルヘルス問題で「かなり困っている」企業やメンタルヘルス問題が「かなり増えている」企業は、メンタルヘルス対策を実施していた。一方、