

師による面接指導において実施することが推奨されている手法でもある⁵⁾。

C. 研究結果

A 事業場:

CES-D の回収数は 202 名(回収率 96.7%)であった。このうち、昨年実施者は 164 名であった。CES-D の 16 点以上は 71 名(陽性率 35.0%)で、その全員に対して M.I.N.I.による構造化面接を実施した。その結果、7 名(9.9%、全体の 3.4%)が大うつ病エピソードありと判定された。うち 2 名は治療中であった。また、この 7 名は全員 1 回目調査対象者であり、全て CES-D が 16 点以上で構造化面接の対象となっていた。うち 3 名が大うつ病エピソードありと判定されていた(このうちの 1 名は、治療を継続中)。今回 M.I.N.I.で大うつ病エピソードが確認されなかった 64 名では、2 名が治療中であった。

第 1 回目および第 2 回目の両方の調査対象者 164 名の結果を表 1 にまとめた。

B 事業場:

対象者 138 名のうち、CES-D の 16 点以上が 40 名(陽性率 29.0%)であり、30 名に対して M.I.N.I.による構造化面接を実施した(10 名については、諸事情で調査期間内の面接はできなかった)。その結果、3 名(10.0%、全体の 2.2%)が大うつ病エピソードありと判定されたが、すでに 2 名は専門医による治療中であった。また、1 名は第 1 回目調査では CES-D が 13 点で構造化面接の対象外、他の 2 名は第 1 回目調査の対象者ではなかった。

第 1 回目および第 2 回目の両方の調査対象者 107 名の結果を表 2 にまとめた。(このうち、構造化面接を行なったのは 26 名であった。)

C 事業場:

労働者 38 名に対して、質問票によるスクリーニングを行わず、保健師が直接 BSID による構造化面接を実施。その結果、大うつ病エピソードありと判定された者はいなかった。昨年と同結果であり、2 回とも大うつ病エピソードに該当する例はなかったことになる。

D. 考 察

A 事業場では、2 回連続調査対象となった労働者に限定した場合、大うつ病エピソードありと判定された人数は 11 名から 7 名に減少した。第 1 回目における該当者 11 名のうち 2 回目でも大うつ病エピソードに該当したのは 3 名で、4 名は第 2 回目で新たに判定を受けた者だった。この結果は、うつ病の発症防止対策に関する問題を切り離してみると、質問紙によるスクリーニングと構造化面接の組み合わせによるうつ病の評価とその事後措置が一定の効果をおいていると解釈することができよう。

B 事業場は、有病率が低く、評価した対象者数が少なかったため、大うつ病エピソードの減少を認めることができなかったが、第一回目で CES-D 陰性の群から第 2 回目でうつ病エピソードを有する者を指摘したことは、A 事業場において同様の例が 3 名あったことと合わせると、検査の継続的な実施の重要性を示唆するものと考えられる。

また、C 事業場では、前回に引き続き、構造化面接において、1 名も大うつ病エピソードが指摘されなかった。A、B 事業場での大うつ病エピソードありと判定された割合が 2~3%台であったことから、事業場規模の小さい職場では、こうした結果となることも少なくないと考えられる。

一方で、2 事業場間で、構造化面接法を外

的基準とした CES-D の陽性的中率に差がみられることは、構造化面接法の技術的な側面や場の設定についての差異を反映している可能性がある。面接にあたった看護職は、3 名とも産業保健活動の経験が豊富であり、事前に構造化面接法に関する簡単な解説を受けているが、今後多くの職場にこの手法を広げるにあたっては、その技術を高めるための研修のあり方について検討を行なう余地があると言えよう。

E. 結論

昨年の調査検討に引き続き、質問紙によるスクリーニングと簡便な構造化面接の併用により、小～中規模事業場においても、うつ病の評価（見立て）が効率的に行えることが示めされた。さらにそうした取り組みを継続的に実施することの重要性が確認できた。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記事項なし

H. 引用文献

- 1) 廣尚典, 田中克俊, 森見爾: 職場における構造化面接法を用いたうつ病の早期介入に関する検討. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書, 183-219, 2005.
- 2) 島悟: NIMH/CES-D Scale. 千葉テストセンター, 1998.
- 3) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利訳: M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0(2003), 星和書店, 東京, 2003.
- 4) 廣尚典: 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究 平成 15 年度総括・分担研究報告書, 75-117, 2004.
- 5) 和田攻他編: 職場のメンタルヘルスケア対策. 産業医学振興財団, 東京, 2006.

表 1. A 事業場において 2 回連続の対象者となった労働者の CES-D, 構造化面接結果

			2007 年			
			CES-D 陽性		CES-D 陰性	計
			大うつ病エピソードあり	大うつ病エピソードなし		
2008 年	CES-D 陽性	大うつ病エピソードあり	3	4	0	7
		大うつ病エピソードなし	8	25	31	64
	CES-D 陰性		0	22	71	93
	計		11	51	102	164

表 2. B 事業場において 2 回連続の対象者となった労働者の CES-D, 構造化面接結果

			2007 年			
			CES-D 陽性		CES-D 陰性	計
			大うつ病エピソードあり	大うつ病エピソードなし		
2008 年	CES-D 陽性	大うつ病エピソードあり	0	0	1	1
		大うつ病エピソードなし	0	14	11	25
	CES-D 陰性		1	10	70	81
	計		1	24	82	107

平成 20 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

京都市・京都府下の事業場における こころの健康の実態に関する調査研究

研究協力者 齋藤 啓利 京都文教大学大学院

柘植 薫

玉木 文子

中村 聡美

藤原 淳二 京都文教大学産業メンタルヘルス研究所副所長

名塩 匡 京都文教大学総務部長

主任研究者 島 悟 京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科・教授

研究要旨

労働者の自殺予防対策を進めていく際には、対象(個人および事業場)の特性に応じて適切なモデルを選択すべきである。適切なモデル選択における知見として、事業場の規模別(大規模事業場・中小零細事業場)、地域特性別(大都市圏・地方の中小都市)に応じた自殺予防対策モデルの検証が必要である。そこで本分担研究では、大都市圏における事業場を対象としたこころの健康の実態に関する調査を実施した。対象地域は、京都市・京都府下である。

調査の結果、85.4%の事業場がメンタルヘルス対策の必要性を感じており、実施率は 50.0%であった。この結果は、労働者健康状況調査のメンタルヘルスケア対策に取り組んでいる事業場の割合(33.6%)、さらに事業場規模別の 1,000~4,999 人(95.5%)、300~999 人(83.5%)、100~299 人(64.1%)を大きく下回っている。しかし、心の健康問題による相談・問題事例がある事業場において、メンタルヘルス対策の実施率が高く、問題が発生したことが契機となり、メンタルヘルス対策を導入していることが伺われる。

メンタルヘルス対策未実施の理由としては、今まで必要がなかったとの回答が上位に挙げられており、問題が発生していなければ積極的に導入せずともよいと捉えているのかもしれない。また、適当な担当者がいないとの回答も上位に挙げられているにもかかわらず、メンタルヘルスの相談受付機関の認知および利用の度合いが低いことから、メンタルヘルス対策への関心の低さが伺える。しかしながら、過去 1 年間に於いて、自殺者・自殺未遂者があった事業場は 2.3%であり、労働者のメンタルヘルスの問題は深刻である。

現在、心の健康問題による休業者がいる事業場は 30.9%、復職に関する問題があった事業場は 23.6%であった。そのため、心の健康問題に対する予防対策として、問題事例への対応や休業・復職に関する情報提供も有用であり、結果的に、自殺予防対策に繋がると考えられる。

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。さらに、世界的な経済状況の悪化が加わっている。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、精神障害及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。

自殺対策を進めていく上では画一的なプログラムでは十分に効果が得られない可能性が高く、可及的に、対象(個人および事業場)の特性に応じて適切なモデルを選択すべきである。適切なモデル選択における知見として、事業場の規模別(大規模事業場・中小零細事業場)、地域特性別(大都市圏・地方の中小都市)に応じた自殺予防対策モデルの検証が必要である。

そこで本分担研究においては、大都市圏における事業場を対象としたところの健康の実態に関する調査を実施した。対象市域は、京都府京都市である。

B. 研究方法

1. 調査対象

京都産業保健推進センターに登録されている事業場のうち、1,158 事業場を対象とした。

尚、亀岡市及び京丹後市は本調査から除かれている。

2. 調査方法

調査対象の各事業場に調査票を配布し、郵送によって回収した。調査票は、回答者及びその所属が特定できない方式をとった。

3. 調査票

調査票の主な内容は、以下の通りである。

- ①事業場の業種・従業員数
- ②回答者の所属部署・職種
- ③事業場におけるメンタルヘルス対策の実施状況
- ④事業場におけるメンタルヘルス問題の現状
- ⑤メンタルヘルスに関連する法改正や指針の利用および周知
- ⑥メンタルヘルスの相談受付機関の利用の有無

C. 結果

1. 回収率

調査票 178 部を回収した。回収率は、15.4%であった。

2. 調査結果

①事業場の業種・従業員数(表 1・3)

主に製造業(42 事業場;23.6%)、医療・福祉(28 事業場;15.7%)、卸売・小売業(25 事業場;14.0%)であった(表 1)。

約 5 割の事業場が、従業員数 100 名以上であった。従業員数 50~99 名が 59 事業場(33.1%)と最も多く、次いで 100~299 名が 54 事業場(30.3%)、300~499 名が 19 事業場(10.7%)、500~999 名が 11 事業場(6.2%)であった(表 2)。

約 7 割の事業場が、会社全体の正社員数 100 名以上であった。会社全体の正社員数 100~299 名が 57 事業場(32.0%)と最も多く、次いで 1,000 名以上が 41 事業場(23.0%)、59~99 名が 37 事業場(20.8%)、300~499 名が 17 事業場(9.6%)であった(表 3)。

②回答者の所属部署・職種（表 4-5）

総務が 109 名(61.2%)、健康管理部署が 17 名(9.6%)であった（表 4）。

管理的職業が 79 名(44.4%)、事務的職業が 69 名(38.8%)であった（表 5）。

③事業場におけるメンタルヘルス対策の実施状況（表 6-7）

152 事業場(85.4%)がメンタルヘルス対策の必要性を感じていた（表 6）。

89 事業場(50.0%)はメンタルヘルス対策を実施していたが、55 事業場(30.9%)はメンタルヘルス対策を実施していなかった。また、32 事業場(18.0%)が実施を検討中であった。未実施の理由としては、適当な担当者がいない(28 事業場;15.7%)、今まで必要がなかった(23 事業場;12.9%)が多かった（表 7）。

④事業場におけるメンタルヘルス問題の現状（表 8-12）

91 事業場(51.1%)において、過去 1 年間における心の健康問題による相談・問題事例があり、件数は 5 件未満が多かった。20 事業場(11.2%)が問題を把握していなかった（表 8）。

また、55 事業場(30.9%)において、現在心の健康問題による休業者がおり、人数は 5 名未満が多かった。18 事業場(10.1%)が問題を把握していなかった（表 9）。

過去 1 年間に、1 事業場(0.6%)において自殺者が、3 事業場(1.7%)において自殺未遂者がいた（表 10）。

社内における復職ガイドラインが制定されていたのは 36 事業場(20.2%)であり、38 事業場(21.3%)では慣例として相当するものがあるとのことであった（表 11）。また、42 事業場

(23.6%)が復職に関する問題を抱えていた（表 12）。

⑤メンタルヘルスに関連する法改正や指針の利用および周知（表 13）

事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について「知っている」との回答が 60 事業場(33.7%)であった。職場における自殺の予防と対応について「知っている」との回答が 44 事業場(24.7%)であった。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について「知っている」との回答が 60 事業場(33.7%)であった。労働者の心の健康の保持増進のための指針について「知っている」との回答が 91 事業場(51.1%)であった。過重労働に対する労働安全衛生法改正について「知っている」との回答が 110 事業場(61.8%)であった。

⑥メンタルヘルスの相談受付機関の利用の有無（表 14）

京都府下地域産業保健センター、京都府産業保健推進センターについて「知っている」との回答は、順に 69 事業場(38.8%)、75 事業場(42.1%)であった。実際に利用したり、利用を予定したりしている事業場は非常に少なかった。

⑦心の健康問題による相談・問題事例の有無とメンタルヘルス対策の実施の関連（表 15）

心の健康問題による相談・問題事例のない事業場と比較して、心の健康問題による相談・問題事例のある事業場はメンタルヘルス対策の実施率が有意に高く、未実施率が有意に低かった。

D. 考 察

大都市圏における事業場を対象として調査を実施した結果、85.4%の事業場がメンタルヘルス対策の必要性を感じていたが、実際に実施していたのは50.0%であった。過去1年間では、51.1%の事業場において心の健康問題による相談・問題事例があり、2.3%の事業場において自殺者・自殺未遂者が発生していた。

労働者健康状況調査¹⁾では、従業員100名以上の事業場におけるメンタルヘルス対策の実施率は64.1~100.0%であり、本調査結果における50.0%はそれを大きく下回る結果である。また、労働安全衛生基本調査²⁾では、従業員100名以上の事業場においてこころの健康問題により休業した労働者がいる事業場は16.3~82.0%であり、本調査における30.9%は同様の割合である。

ほとんどの事業場において、メンタルヘルス対策の必要性は認識しているものの、適当な担当者がいない、今まで必要がなかった等の理由から50.0%の事業場では実施していなかった。心の健康問題による相談・問題事例の有無とメンタルヘルス対策の実施の関連を検討した結果により、問題事例の発生によりメンタルヘルス対策が導入されている様子が伺える。メンタルヘルス対策の未実施理由として「今まで必要がなかった」が上位に入っていることから、メンタルヘルスに関する話題が多く挙がるようになり、世間一般的に必要性を感じるようにはなっていない、実際に身近に事例が発生しないと、対策の導入には繋がらないと思われる。しかし、事例発生がない事業場においても、その可能性がないとは言いきれず、これまで事例が発生していない事業場においても、メンタルヘルス対策の導入を検討する必要

がある。

また、現在30.9%の事業場では心の健康問題による休業者がおり、23.6%の事業場が復職に関する問題を抱えていることが明らかとなった。その一方で、産業保健推進センター等の事業場外資源の活用度は低かった。しかし、これらの事業場外資源が休業・復職に関する情報を提供し、それを事業場が適切に活用することも有用である。

E. 結 論

大都市圏における大規模事業場においては、実際に身近に事例が発生しないと、対策の導入には繋がらないことが明らかになった。しかし、心の健康問題の相談・問題事例がある事業場の割合は高く、何らかのメンタルヘルス対策が導入されるべきである。また、心の健康問題による休業者やその復職に関する問題を抱える事業場も少なくはなかった。心の健康問題に対する予防対策として、問題事例への対応や休業・復職に関する情報を提供し、それを事業場がうまく活用することが有益となるし、結果的に、自殺予防対策に繋がるものと思われる。

F. 研究発表

該当せず。

G. 知的財産権の出願・登録状況

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。

H. 引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成 19 年労働者健康状況調査. 2008.
- 2) 厚生労働省. 平成 17 年労働安全衛生基本調査. 2006.

表1 事業場の業種

	度	(%)
農業	0	(0.0)
林業	0	(0.0)
漁業	0	(0.0)
鉱業	0	(0.0)
建設業	2	(1.1)
製造業	42	(23.6)
電気・ガス・熱共有・水道業	3	(1.7)
情報通信業	1	(0.6)
運輸業	13	(7.3)
卸売・小売業	25	(14.0)
金融・保険業	11	(6.2)
不動産業	0	(0.0)
飲食店・宿泊業	5	(2.8)
医療・福祉	28	(15.7)
教育・学習支援業	14	(7.9)
複合サービス業	2	(1.1)
サービス業(他に分類されない)	21	(11.8)
公務(他に分類されないもの)	5	(2.8)
分類不能の産業	2	(1.1)

*欠損 4

表2 事業場の従業員数

	度	(%)
10名未満	0	(0.0)
10～19名	8	(4.5)
20～29名	6	(3.4)
30～39名	4	(2.2)
40～49名	8	(4.5)
50～99名	59	(33.1)
100～299名	54	(30.3)
300～499名	19	(10.7)
500～999名	11	(6.2)
1,000名以上	8	(4.5)

*欠損 1

表3 事業場の会社全体の正社員数

	度数	(%)
10名未満	1	(0.6)
10～19名	1	(0.6)
20～29名	3	(1.7)
30～39名	0	(0.0)
40～49名	5	(2.8)
50～99名	37	(20.8)
100～299名	57	(32.0)
300～499名	17	(9.6)
500～999名	11	(6.2)
1,000名以上	41	(23.0)

*欠損 5

表4 回答者の所属部署

	度数	(%)
健康管理部	17	(9.6)
総務	109	(61.2)
その他	47	(26.4)

*欠損 5

表5 回答者の職種

	度数	(%)
専門的・技術的職業	13	(7.3)
管理的職業	79	(44.4)
事務的職業	69	(38.8)
販売の職業	1	(0.6)
サービスの職業	2	(1.1)
保安の職業	1	(0.6)
農林漁業の職業	0	(0.0)
運輸・通信の職業	5	(2.8)
生産工程・労務の職業	2	(1.1)
分類不能の職業	2	(1.1)

*欠損 4

表6 メンタルヘルス対策の必要性

	度	(%)
必要だと思う	152	(85.4)
必要とは思わない	9	(5.1)
わからない	14	(7.9)
*欠損 3		

表7 メンタルヘルス対策の実施状況

	度	(%)
実施状況		
実施	89	(50.0)
未実施	55	(30.9)
検討(準備)中	32	(18.0)
未実施・検討中の理由(複数回答)		
取り組み方がわからない	16	(9.0)
経済的理由	9	(5.1)
今まで必要がなかった	23	(12.9)
適当な担当者がいない	28	(15.7)
時間的余裕がない	21	(11.8)
事業主に関心がない	7	(3.9)
従業員に関心がない	5	(2.8)
その他	2	(1.1)
*欠損 2		

表8 過去1年における心の健康問題の相談・問

	度	(%)
有無		
あった	91	(51.1)
なかった	65	(36.5)
把握できていない	20	(11.2)
件数		
5件未満	60	(33.7)
5件～ 9件	10	(5.6)
10件～ 49件	10	(5.6)
50件～ 99件	1	(0.6)
100件以上	0	(0.0)
*欠損 2		

表9 現在の心の健康問題による休業者

	度数	(%)
有無		
いる	55	(30.9)
いない	103	(57.9)
把握できていない	18	(10.1)
件数		
5名未満	43	(24.2)
5名～ 9名	6	(3.4)
10名～ 49名	3	(1.7)
50名～ 99名	0	(0.0)
100名以上	0	(0.0)
*欠損 2		

表10 過去1年における自殺・自殺未遂者

	度数	(%)
有無		
自殺者あり	1	(0.6)
自殺未遂者あり	3	(1.7)
いない	167	(93.8)
把握できていない	4	(2.2)
自殺者の人数		
1名	1	
2名	0	
自殺未遂者の人数		
1名	1	
2名	1	
*欠損 3		

表11 社内における復職ガイドラインの有無

	度数	(%)
ある	36	(20.2)
慣例として相当するものが	38	(21.3)
ない	76	(42.7)
検討中	24	(13.5)
*欠損 4		

表 12 復職に関する問題の有無

	度	(%)
ある	42	(23.6)
ない	114	(64.0)
	*欠損 22	

表 13 法改正や指針について

	知っている		利用している	
	度数	(%)	度数	(%)
事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 (平成 12 年 8 月 厚生労働省)	60	(33.7)	27	(15.2)
職場における自殺の予防と対応 (平成 13 年 12 月 厚生労働省)	44	(24.7)	11	(6.2)
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 (平成 16 年 10 月 厚生労働省)	60	(33.7)	34	(19.1)
労働者の心の健康の保持増進のための指針 (平成 18 年 3 月 厚生労働省)	91	(51.1)	50	(28.1)
過重労働に対する労働安全衛生法改正 (平成 18 年 4 月 厚生労働省)	110	(61.8)	-	-

表 14 資源について

	知っている		利用した		利用予定		知らない	
	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
京都府下地域産業保健センター	69	(38.8)	4	(2.2)	1	(0.6)	98	(55.1)
京都府産業保健推進センター	75	(42.1)	5	(2.8)	1	(0.6)	92	(51.7)

*欠損(地域産業保健センター) 6

*欠損(産業保健推進センター) 5

表 15 心の健康問題による相談・問題事例の有無とメンタルヘルス対策の実施の関連

	メンタルヘルス対策の実施							
	実施		未実施		検討中		合計	
	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
事例 あり	54	(30.9)	19	(10.9)	17	(9.7)	90	(51.4)
事例 なし	26	(14.9)	26	(14.9)	13	(7.4)	65	(37.1)
事例 把握できていない	8	(4.6)	10	(5.7)	2	(1.1)	20	(11.4)
合計	88	(50.3)	55	(31.4)	32	(18.3)	175	(100.0)

$\chi^2(4) = 11.113, p < .05$

地方都市(京都府京丹後市)の事業場における こころの健康の実態に関する調査研究

研究協力者 齋藤 啓利 京都文教大学大学院

柘植 薫

玉木 文子

中村 聡美

藤原 淳二 京都文教大学産業メンタルヘルス研究所副所長

名塩 匡 京都文教大学総務部長

主任研究者 島 悟 京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科・教授

研究要旨

労働者の自殺予防対策を進めていく際には、対象(個人および事業場)の特性に応じて適切なモデルを選択すべきである。適切なモデル選択における知見として、事業場の規模別(大規模事業場・中小零細事業場)、地域特性別(大都市圏・地方の中小都市)に応じた自殺予防対策モデルの検証が必要である。そこで本分担研究では、地方中小都市における小規模事業場を対象としたこころの健康の実態に関する調査を実施した。対象地域は、京都府京丹後市である。

調査の結果、44.4%の事業場がメンタルヘルス対策の必要性を感じているものの、その実施率は 12.3%であった。この結果は、労働者健康状況調査のメンタルヘルスケア対策に取り組んでいる事業場の割合(33.6%)、さらに事業場規模別の 50~99 人(45.2%)、30~49 人(36.8%)、10~29 人(29.2%)を大きく下回っている。しかし、心の健康問題による相談・問題事例がある事業場において、メンタルヘルス対策の実施率が高く、問題が発生したことが契機となり、メンタルヘルス対策を導入していることが窺われる。

メンタルヘルス対策未実施の理由としては、「今まで必要がなかった」との回答が上位に挙げられており、問題が発生していなければ積極的に導入せずともよいと捉えているのかもしれない。また、メンタルヘルスに関連する法改正や指針の利用および周知の度合いの低さ、メンタルヘルスの相談受付機関の認知および利用の度合いの低さから、メンタルヘルス対策への関心の低さが伺える。しかしながら、過去 1 年間において、希死念慮があった者は 12.7%、自殺企図歴のあった者は 2.3%であり、労働者のメンタルヘルス不調の問題は深刻である。

現在、心の健康問題による休業者がいる事業場は 1.8%、復職に関する問題があった事業場は 2.5%であった。しかしながら、最近の世界的な経済状況の悪化を鑑みると、その影響は小規模事業場への波及が高いと予想されるので、心の健康問題に対する予防対策として、問題事例への対応や休業・復職に関する情報提供は有用であると考えられる。

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。さらに、世界的な経済状況の悪化が加わっている。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、精神障害及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。

自殺対策を進めていく上では画一的なプログラムでは十分に効果が得られない可能性が高く、可及的に、対象（個人および事業場）の特性に応じて適切なモデルを選択すべきである。適切なモデル選択における知見として、事業場の規模別（大規模事業場・中小零細事業場）、地域特性別（大都市圏・地方の中小都市）に応じた自殺予防対策モデルの検証が必要である。

そこで本分担研究においては、地方中小都市における主として小規模事業場を対象としたところの健康の実態に関する調査を実施した。対象市域は、京都府京丹後市である。

B. 研究方法

1. 調査対象

京丹後市商工会に登録されている事業場のうち、約3,000事業場を対象とした。

2. 調査方法

調査対象の各事業場に事業場用調査票と、労働者用調査票を配布し、郵送によって回収した。調査票は、回答者及びその所属が特定できない方式をとった。

3. 調査票

事業場用調査票の主な内容は、以下の

通りである。

- ①事業場の業種・従業員数
- ②回答者の所属部署・職種
- ③事業場におけるメンタルヘルス対策の実施状況
- ④事業場におけるメンタルヘルス問題の現状
- ⑤メンタルヘルスに関連する法改正や指針の利用および周知
- ⑥メンタルヘルスの相談受付機関の利用の有無

労働者用調査票の主な内容は、以下の通りである。

- ①性別・年齢・同居者
- ②事業場の業種・従業員数
- ③職種・職位・勤務状況・勤続年数・採用形態
- ④職場ストレス・ソーシャルサポート・満足度（職業性ストレス簡易調査票²⁾）
- ⑤ストレス反応（CES-D³⁾）
- ⑥喫煙習慣・飲酒習慣・睡眠・食事・運動習慣
- ⑦飲酒による問題の有無（CAGE⁴⁾）
- ⑧悩みの相談相手
- ⑨ストレス解消法
- ⑩心の病気による受診歴（現在・過去1年間）
- ⑪希死念慮・自殺企図歴（過去1年間）

C. 結果

1. 回収率

事業場用調査票 284 部、労働者用調査票 652 部を回収した。回収率は、順に 9.5%、4.3%であった。

2. 事業場に対する調査結果

①事業場の業種・従業員数(表1～3)

主に製造業(89 事業場;31.3%), 卸売・小売業(57 事業場;20.1%), サービス業(37 事業場;13.0%)であった(表1)。

ほとんどの事業場が、従業員数100名未満であった。従業員数10名未満が215事業場(75.7%)と最も多く、次いで10～19名が29事業場(10.2%), 20～29名が13事業場(4.6%), 50～99名が10事業場(3.5%)であった(表2)。

ほとんどの事業場が、会社全体の正社員数100名未満であった。会社全体の正社員数10名未満が214事業場(75.4%)と最も多く、次いで10～19名が22事業場(7.7%), 20～29名が10事業場(3.5%), 50～99名が9事業場(3.2%)であった(表3)。

②回答者の所属部署・職種(表4, 5)

総務が73名(25.7%), 健康管理部が2名(0.7%)であった(表4)。

専門的・技術的職業が83名(29.2%), 管理的職業が57名(20.1%)であった(表5)。

③事業場におけるメンタルヘルス対策の実施状況(表6, 7)

125事業場(44.4%)がメンタルヘルス対策の必要性を感じていた(表6)。

35事業場(12.3%)はメンタルヘルス対策を実施していたが、215事業場(75.7%)はメンタルヘルス対策を実施していなかった。また、24事業場(8.5%)が実施を検討中であった。未実施の理由としては、今まで必要がなかった(106事業場;37.3%), 取り組み方がわからない(63事業場;22.2%)が多か

った(表7)。

④事業場におけるメンタルヘルス問題の現状(表8～12)

18事業場(6.3%)において、過去1年間における心の健康問題による相談・問題事例があり、件数は5件未満が多かった。25事業場(8.8%)が問題を把握していなかった(表8)。

また、5事業場(1.8%)において、現在心の健康問題による休業者がおり、人数は5名未満が多かった。13事業場(4.6%)が問題を把握していなかった(表9)。

過去1年間に、2事業場(0.7%)において自殺者が、1事業場(0.4%)において自殺未遂者がいた(表10)。

社内における復職ガイドラインが制定されていたのは8事業場(2.8%)であり、9事業場(3.2%)では慣例として相当するものがあるとのことであった(表11)。また、7事業場(2.5%)が復職に関する問題を抱えていた(表12)。

⑤メンタルヘルスに関連する法改正や指針の利用および周知(表13)

事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について「知っている」との回答が17事業場(6.0%)であった。職場における自殺の予防と対応について「知っている」との回答が7事業場(2.5%)であった。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について「知っている」との回答が7事業場(2.5%)であった。労働者の心の健康の保持増進のための指針について「知っている」との回答が19事業場(6.7%)であった。過重労働に対する労働安全衛生法改正について「知っている」との

回答が 59 事業場(20.8%)であった。

⑥メンタルヘルスの相談受付機関の有無(表 14)

京都府下地域産業保健センター、京都府産業保健推進センターについて「知っている」との回答は、順に 37 事業場(13.0%)、23 事業場(8.1%)であった。実際に利用したり、利用を予定したりしている事業場はほとんどなかった。

⑦心の健康問題による相談・問題事例の有無とメンタルヘルス対策の実施の関連(表 15)

心の健康問題による相談・問題事例のない事業場と比較して、心の健康問題による相談・問題事例のある事業場はメンタルヘルス対策の実施率が有意に高く、未実施率が有意に低かった。

3. 労働者に対する調査結果

①属性(表 16)

男性が 348 名(53.4%)、女性が 269 名(41.3%)、であった。30 代が 160 名(24.5%)と最も多く、次いで 40 代が 155 名(23.8%)、50 代が 139 名(21.3%)、60 代以上が 83 名(12.7%)であった。

配偶者と同居している者が 411 名(63.0%)と最も多く、次いで子どもが 352 名(54.0%)、両親が 272 名(41.7%)であった。子どもの人数は、2 名が 143 名(40.6%)と最も多かった。

最終学歴は高校が 355 名(54.4%)と最も多く、次いで短大・専門学校が 114 名(17.5%)、大学が 81 名(12.4%)、中学が 69 名(10.6%)であった。

採用形態は、中途採用が 347 名

(53.2%)と最も多く、次いで新卒採用が 102 名(15.6%)であった。

②事業場の業種・従業員数(表 17～19)

製造業が 187 名(28.7%)と最も多く、次いでサービス業が 115 名(17.6%)、建設業が 86 名(13.2%)であった(表 17)。

従業員数 10 名未満の事業場に勤務する者が 389 名(59.7%)と最も多く、次いで従業員数 10～19 名の事業場に勤務する者が 101 名(15.5%)であった(表 18)。

正社員数 10 名未満の会社に勤務する者が 332 名(50.9%)と最も多く、次いで正社員数 10～19 名の会社に勤務する者が 80 名(12.3%)であった(表 19)。

③職種・職位・勤務状況・勤続年数(表 20～27)

専門的・技術的職業が 169 名(25.9%)と最も多く、次いで事務的職業が 139 名(21.3%)、販売の職業が 82 名(12.6%)であった(表 20)。

一般職が 440 名(67.5%)と最も多く、次いで係長級・主任が 56 名(8.6%)、課長級が 35 名(5.4%)であった(表 21)。

1 日あたりの勤務時間は、7～8 時間が 307 名(47.1%)と最も多く、次いで 9～10 時間が 81 名(12.4%)、8～9 時間が 70 名(10.7%)、5～6 時間が 32 名(4.9%)であった(表 22)。

勤続年数は、6 年未満が 173 名(26.5%)と最も多く、次いで 6～10 年が 128 名(19.6%)、11～15 年が 69 名(10.6%)、16～20 年が 68 名(10.4%)であった(表 23)。

最近 1 ヶ月の残業時間は、「残業なし」が 224 名(34.4%)と最も多く、次いで 10 時間以下が 96 名(14.7%)、10～20 時間が 53

名(8.1%), 20~30時間が34名(5.2%), 30~40時間が24名(3.7%)であった。80時間以上の者は8名(1.2%)であり、中でも100時間以上の者は2名(0.3%)であった(表24)。

最近1ヵ月の休日出勤数は、「なし」が290名(44.5%)と最も多く、次いで1日が57名(8.7%), 2日が35名(5.4%)であった(表25)。

夜勤のある者は23名(3.5%), シフト勤務のある者は82名(12.6%)であった(表26,27)。

④ストレス関連要因(表28)

職業性ストレス簡易調査票におけるストレスサー・サポート・満足度を標準化得点と比較した結果、いずれも大きな相違はなく、標準的な得点であった。

CES-Dのカットオフポイントである16点以上であった者は148名(22.7%)であった。

⑤喫煙習慣・飲酒習慣・睡眠・食事・運動習慣(表29~37)

喫煙習慣のある者は、190名(29.1%)であった。1日の喫煙本数では、20~29本が90名(47.4%)と最も多く、次いで10~19本が36名(18.9%)であった(表29)。

飲酒習慣のある者は、300名(46.0%)であった。週あたりの飲酒量では、7~8単位が38名(12.7%)と最も多く、次いで14~15単位が32名(10.7%), 21単位以上が29名(9.7%)であった(表30)。CAGEに対して2個以上に「はい」と回答した者は、78名(11.9%)であった(表31)。

平均睡眠時間は、6~7時間が235名(36.0%)と最も多く、次いで5~6時間が

149名(22.9%), 7~8時間が102名(15.6%)であった(表32)。睡眠不足感に関しては、やや感じる者が248名(38.0%)と最も多く、次いであまり感じない者が200名(30.7%), 非常に感じる者が60名(9.2%), 全く感じない者が56名(8.6%)であった(表33)。

1日の食事回数は、3回が484名(74.2%)と最も多く、次いで2回が80名(12.3%), 1回が4名(0.6%)であった(表34)。夜食を決まるとる者は43名(6.6%)であり、とらない者は391名(60.0%), 決まっていない者は136名(21.0%)であった(表35)。

運動習慣のある者は、132名(20.2%)であった。週あたりの運動回数では、1回が42名(31.8%)と最も多く、次いで2回が31名(23.5%)であった(表36)。運動内容では、ウォーキング・散歩が43名(32.6%)と最も多く、次いで野球・ソフトボールが12名(9.1%), ジョギング・ランニング、バレーボールが共に11名(8.3%)であった(表37)。

⑥ストレス解消法(表38, 39)

ストレス解消法がある者は、327名(50.2%)であった(表38)。ストレス解消法の内容では、運動が70名(21.4%)と最も多く、次いで会話が42名(12.8%), 飲酒が36名(11.0%), 買い物物が29名(8.9%), 歌う・カラオケが28名(8.6%)であった(表39)。

⑦悩みの相談相手(表40)

悩みの相談相手がいる者は、437名(67.0%)であった。相談相手の人数では、2名が117名(26.8%)と最も多く、次いで3名が95名(21.7%), 1名が87名(19.9%), 5名が47名(10.8%)であった。

相談相手としては、友人が 222 名 (50.8%)と最も多く、次いで配偶者が 151 名 (34.6%)、親が 77 名 (17.6%)、家族が 46 名 (10.5%)であった。

⑧心の病気による受診歴(表 41, 42)

現在、心の病気により受診している者は、7名 (1.1%)であった(表 41)。過去1年間における受診歴がある者は、11 名 (1.7%)であった(表 42)。

⑨過去1年間における希死念慮・自殺企図歴(表 43, 44)

過去1年間における希死念慮が頻繁にあった者は、17 名 (2.6%)、時々あった者は、66 名 (10.1%)であった(表 43)。過去1年間における自殺企図歴があった者は、15 名 (2.3%)であった(表 44)。

4. 自殺企図歴の有無と他項目との関連 (表 45～48)

以下の項目において、関連が認められた。

①現在の心の病気における受診歴(表 45)

自殺企図歴がある者と比較して、自殺企図歴がない者では、現在受診している者が有意に少なかった。

②過去1年間における心の病気による受診歴(表 46)

自殺企図歴がある者と比較して、自殺企図歴がない者では、受診歴のない者が有意に少なかった。

③希死念慮の頻度(表 47)

自殺企図歴がある者と比較して、自殺企図歴がない者では、希死念慮が頻繁にあった者が有意に少なく、希死念慮があまりな

かったおよび全くなかった者が有意に多かった。

④仕事の適性(表 48)

自殺企図歴がない者と比較して、自殺企図歴がある者では、有意に得点が高く、仕事の内容が自分にあっていないと強く感じていた。

D. 考察

地方都市における小規模事業場を対象として調査を実施した結果、44.4%の事業場がメンタルヘルス対策の必要性を感じていたが、実際に実施していたのは 12.3%であった。過去1年間では、6.3%の事業場において心の健康問題による相談・問題事例があり、1.1%の事業場において自殺者・自殺未遂者が発生していた。また、過去1年間において希死念慮があった者が 12.7%、自殺企図歴のあった者は 2.3%、心の病気による受診歴のある者は 1.7%であった。

現在、1.8%の事業場では心の健康問題による休業者がおり、2.5%の事業場が復職による問題を抱えていた。CES-D からみる限り、抑うつ状態の可能性のある者は 22.7%であった。

労働者健康状況調査¹⁾では、従業員 100 名未満の事業場におけるメンタルヘルス対策の実施率は 29.2～45.2%であり、本調査結果における 12.3%はそれを大きく下回る結果である。また、労働安全衛生基本調査²⁾では、従業員 100 名未満の事業場においてこころの健康問題により休業した労働者がいる事業場は 1.5～6.5%であり、本調査における 1.8%は同様の割合である。

約半数の事業場において、メンタルヘルス対策の必要性は認識しているものの、今ま

で必要がなかった、取り組み方がわからない等の理由から84.2%の事業場では実施していなかった。心の健康問題による相談・問題事例の有無とメンタルヘルス対策の実施の関連を検討した結果により、問題事例の発生によりメンタルヘルス対策が導入されている様子が伺える。メンタルヘルス対策の未実施理由として「今まで必要がなかった」が上位に入っていることから、メンタルヘルスに関する話題が多く挙がるようになり、世間一般的に必要なと感じるようにはなっていない、実際に身近に事例が発生しないと、対策の導入には繋がらないと思われる。しかし、約4分の1の労働者に抑うつ状態がみられていることから、事例発生の可能性がないとは言いきれず、これまで事例が発生していない事業場においても、メンタルヘルス対策が導入されるべきである。

また、心の健康問題による休業者が1.8%の事業場におり、2.5%の事業場において復職に関する問題があることが明らかとなった。しかし産業保健推進センター等の事業場外資源の活用度は低かった。しかし、これらの事業場外資源が休業・復職に関する情報を提供し、それを事業場が適切に活用することも必要であると考えられる。

E. 結論

地方都市における小規模事業場においては、実際に身近に事例が発生しないと、対策の導入には繋がらないことが明らかになった。しかし、抑うつ状態がみられる者の割合は高く、メンタルヘルス対策の導入が必要であると考えられる。また、心の健康問題による休業者やその復職に関する問題を抱える事

業場は少なかったものの、最近の世界的な経済状況の悪化を鑑みると、その影響は小規模事業場への波及が高いと予想される。心の健康問題に対する予防対策として、問題事例への対応や休業・復職に関する情報を提供し、それを事業場が適切に活用することが必要である。そのことが、結果的に自殺予防対策に繋がるものであると考えられる。

F. 研究発表

該当せず。

G. 知的財産権の出願・登録状況

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。

H. 引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成 19 年労働者健康状況調査. 2008.
- 2) 下光輝一. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易票の完成 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書 2000; 126-164.
- 3) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘. 新しい抑うつ性自己評価尺度について 精神医学, 1985;27(6): 717-723.
- 4) 北村俊則. 精神症状測定の理論と実際. 東京: 海鳴社, 1988
- 5) 厚生労働省. 平成 17 年労働安全衛生基本調査. 2006.

表1 事業場の業種

	度数	(%)
農業	5	(1.8)
林業	0	(0.0)
漁業	3	(1.1)
鉱業	2	(0.7)
建設業	34	(12.0)
製造業	89	(31.3)
電気・ガス・熱共有・水道業	9	(3.2)
情報通信業	1	(0.4)
運輸業	4	(1.4)
卸売・小売業	57	(20.1)
金融・保険業	7	(2.5)
不動産業	0	(0.0)
飲食店・宿泊業	23	(8.1)
医療・福祉	3	(1.1)
教育・学習支援業	0	(0.0)
複合サービス業	3	(1.1)
サービス業(他に分類されないもの)	37	(13.0)
公務(他に分類されないもの)	0	(0.0)
分類不能の産業	4	(1.4)

*欠損 3

表2 事業場の従業員数

	度数	(%)
10名未満	215	(75.7)
10～19名	29	(10.2)
20～29名	13	(4.6)
30～39名	1	(0.4)
40～49名	2	(0.7)
50～99名	10	(3.5)
100～299名	3	(1.1)
300～499名	0	(0.0)
500～999名	1	(0.4)
1,000名以上	0	(0.0)

*欠損 10

表3 事業場の会社全体の正社員数

	度数	(%)
10名未満	214	(75.4)
10～19名	22	(7.7)
20～29名	10	(3.5)
30～39名	2	(0.7)
40～49名	3	(1.1)
50～99名	9	(3.2)
100～299名	6	(2.1)
300～499名	3	(1.1)
500～999名	4	(1.4)
1,000名以上	2	(0.7)

*欠損 9

表4 回答者の所属部署

	度数	(%)
健康管理部	2	(0.7)
総務	73	(25.7)
その他	145	(51.1)

*欠損 64

表5 回答者の職種

	度数	(%)
専門的・技術的職業	83	(29.2)
管理的職業	57	(20.1)
事務的職業	30	(10.6)
販売の職業	35	(12.3)
サービスの職業	31	(10.9)
保安の職業	0	(0.0)
農林漁業の職業	4	(1.4)
運輸・通信の職業	3	(1.1)
生産工程・労務の職業	19	(6.7)
分類不能の職業	9	(3.2)

*欠損 13