

18.ゲストモード：最終画面

あなたの答え：

あなたの選んだ「職場の良い点」3点

- **
- **
- **

修正する

選択一覧リスト（いいえ）を3つに絞る画面 <

あなたの選んだ「職場の改善すべき点」3点

- **
- **
- **

修正する

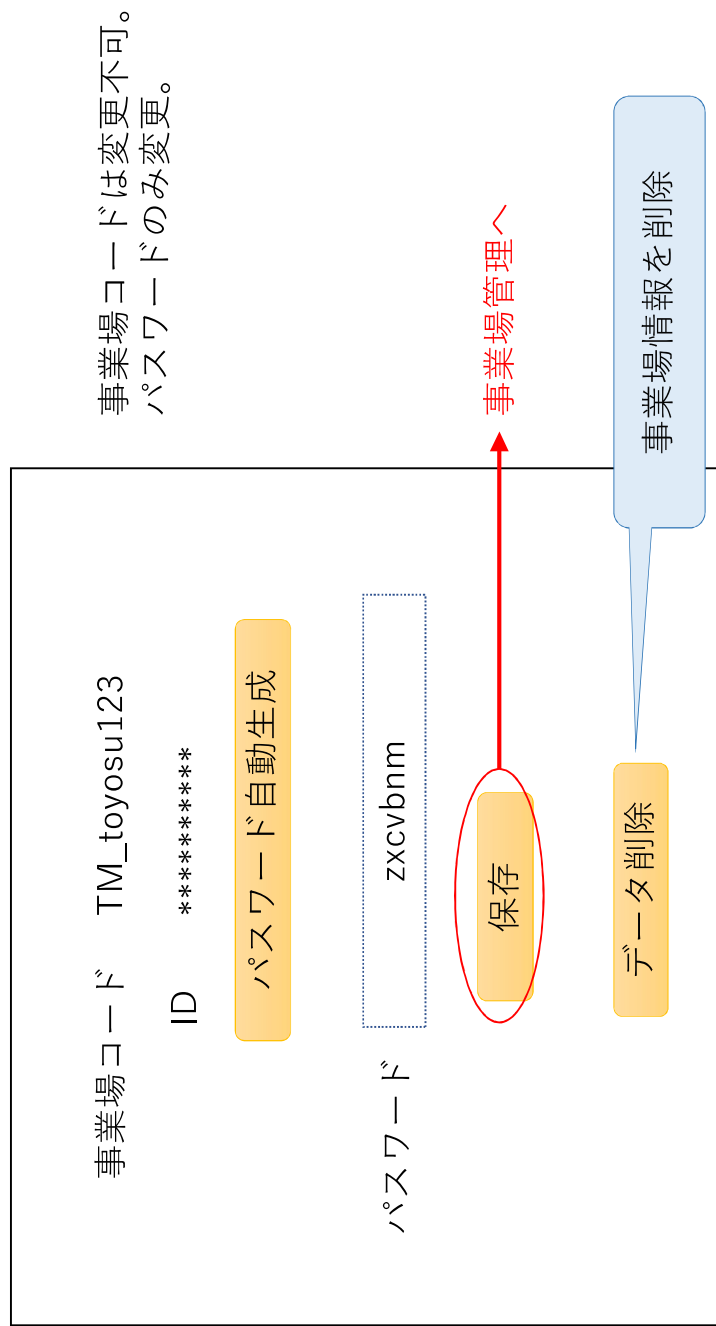
選択一覧リスト（はい）を3つに絞る画面 <

最初からやり直す

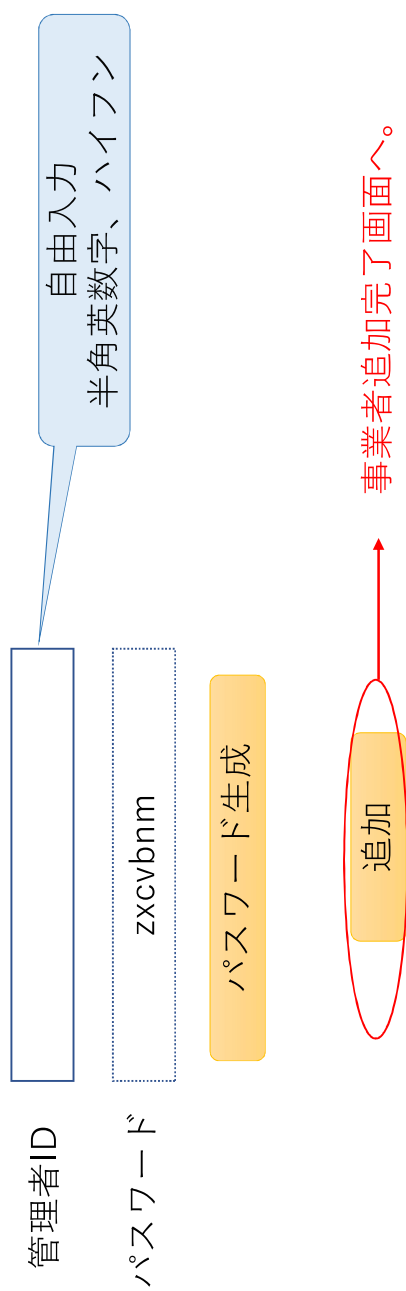
24項目チェックリスト <

印刷する（ファイル保存）

19. 事業場情報編集



20. 管理者追加



21. 管理者追加完了画面

以下の内容で登録しました。

管理者

ID * * * * *

パスワード zxcvbnm

戻る

管理者管理へ戻る。

22. 管理者情報編集

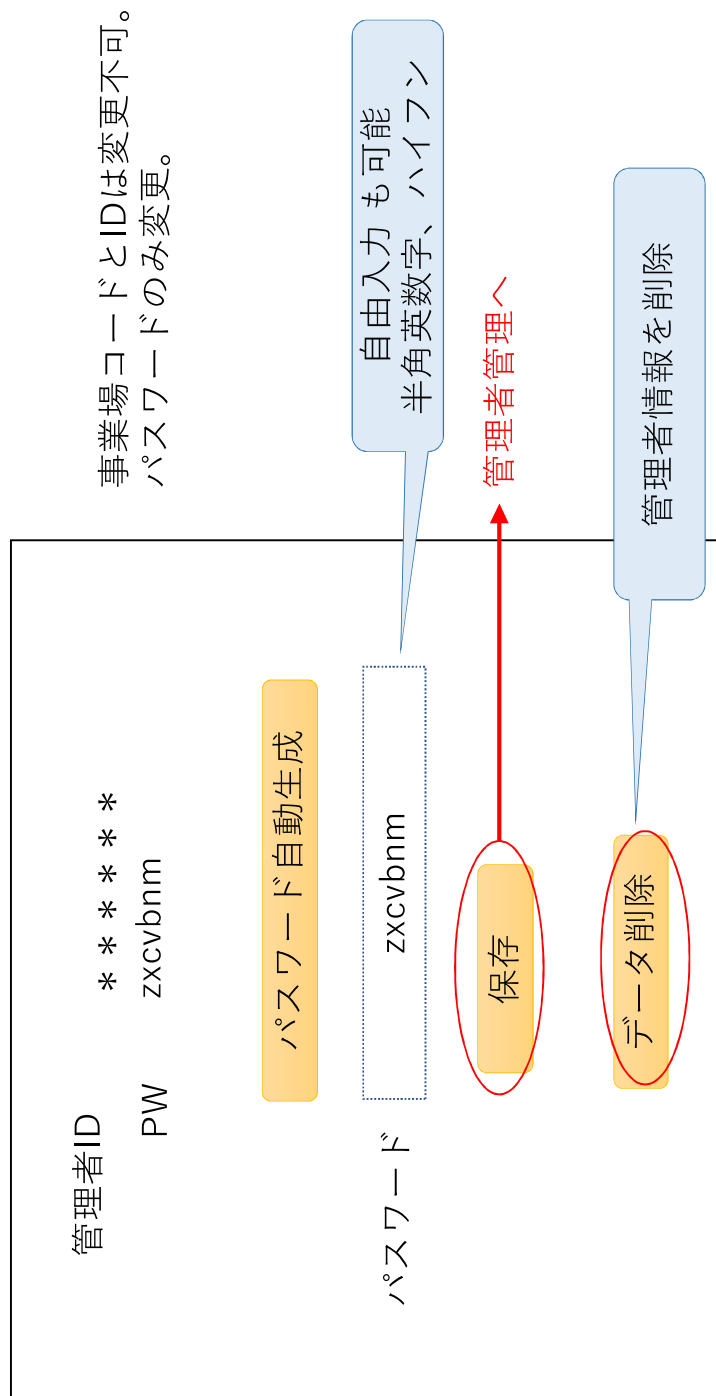
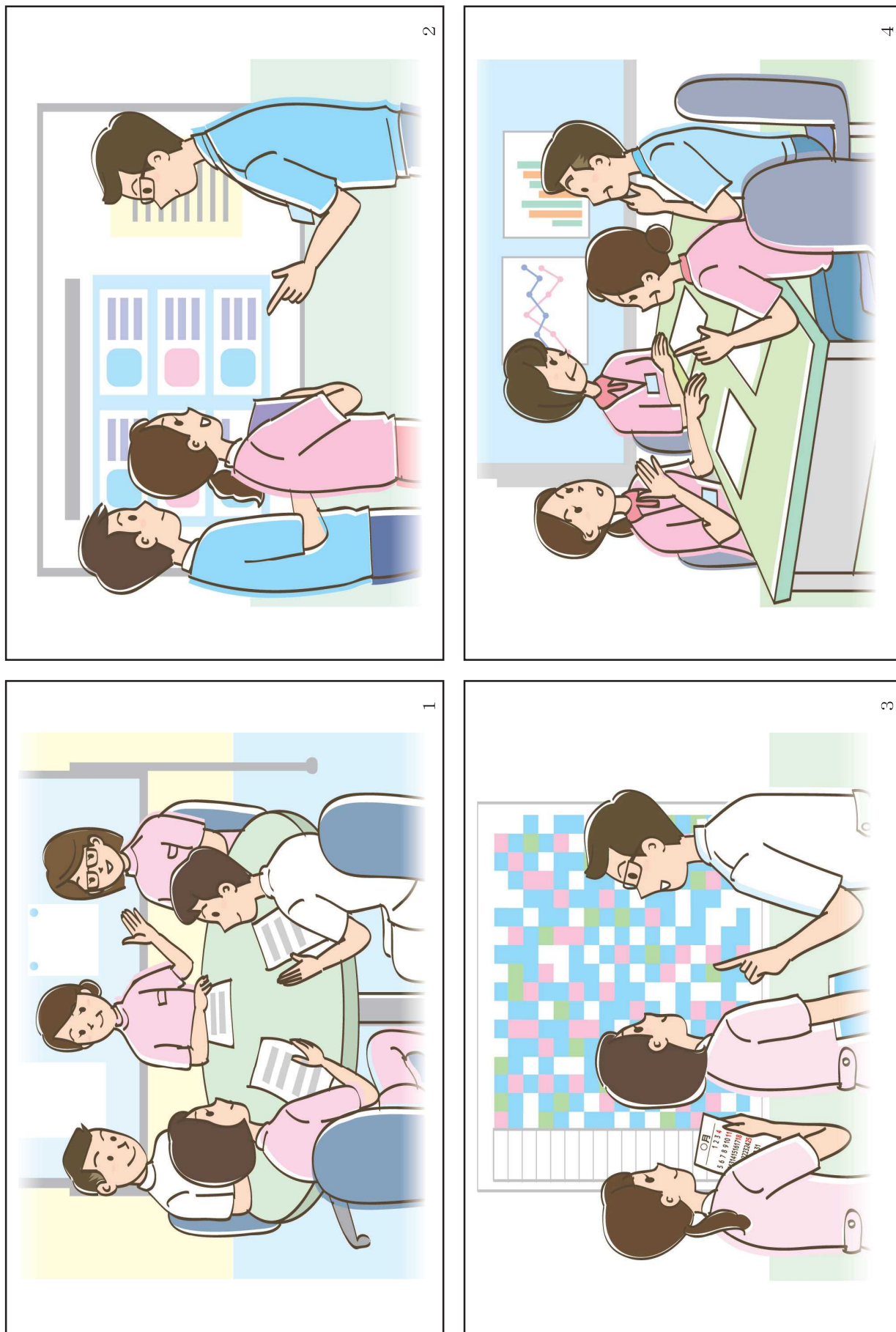
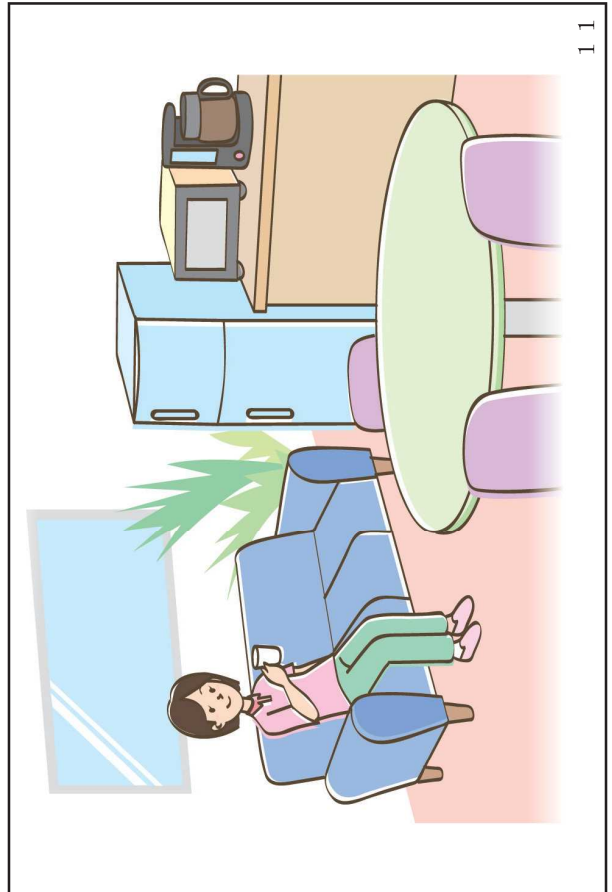
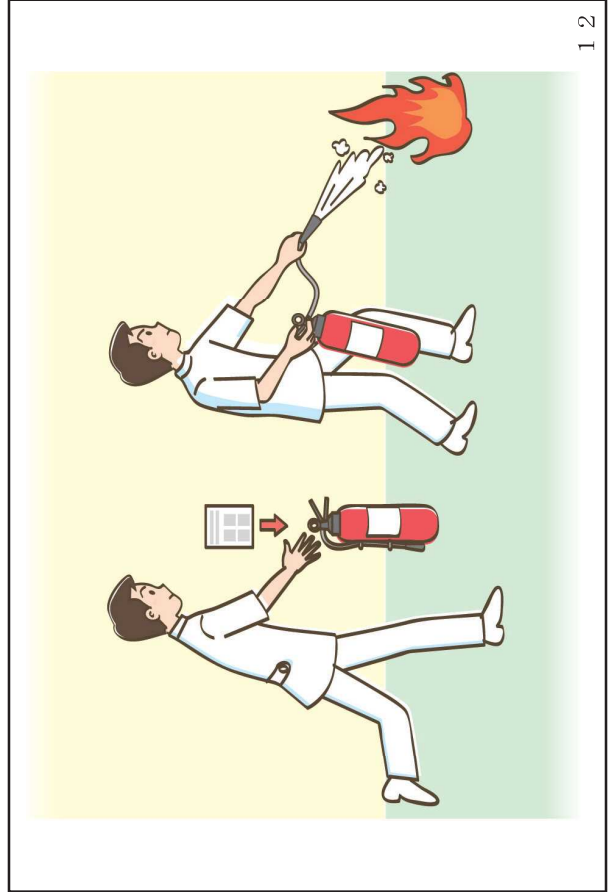
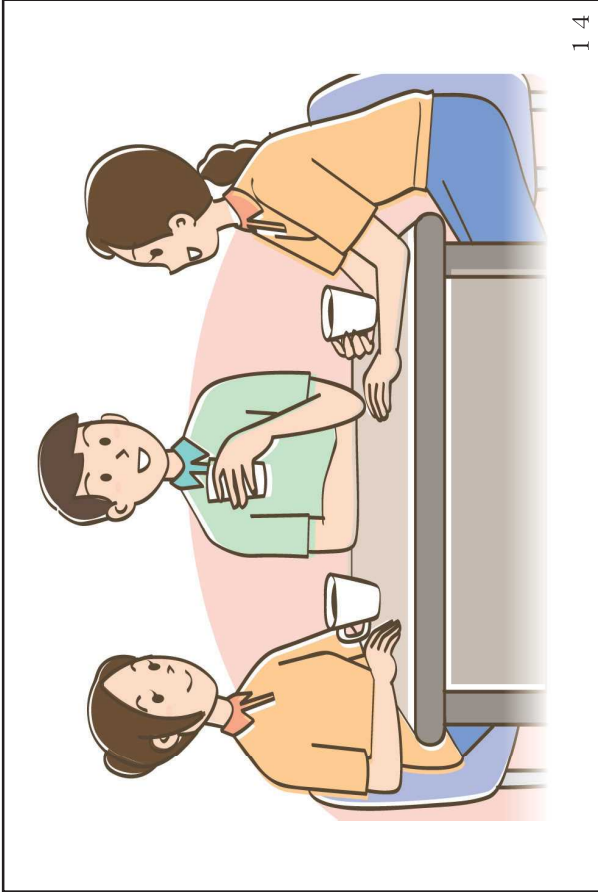


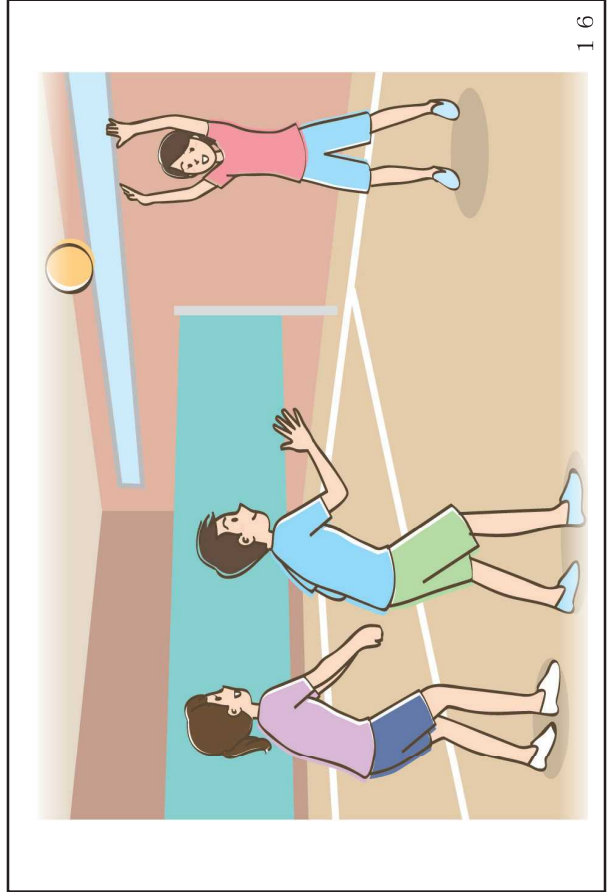
図8 作成した医療介護版イラスト24枚の一覧







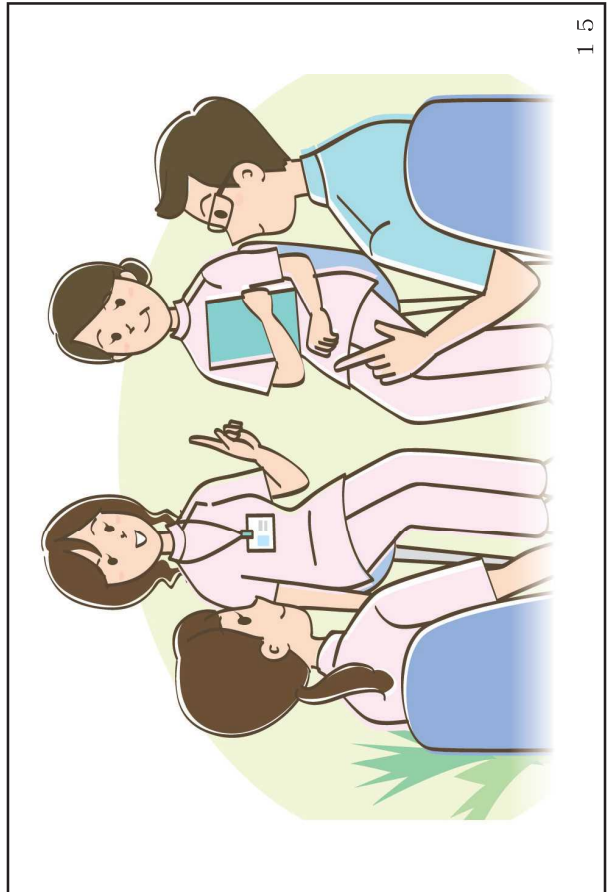
14



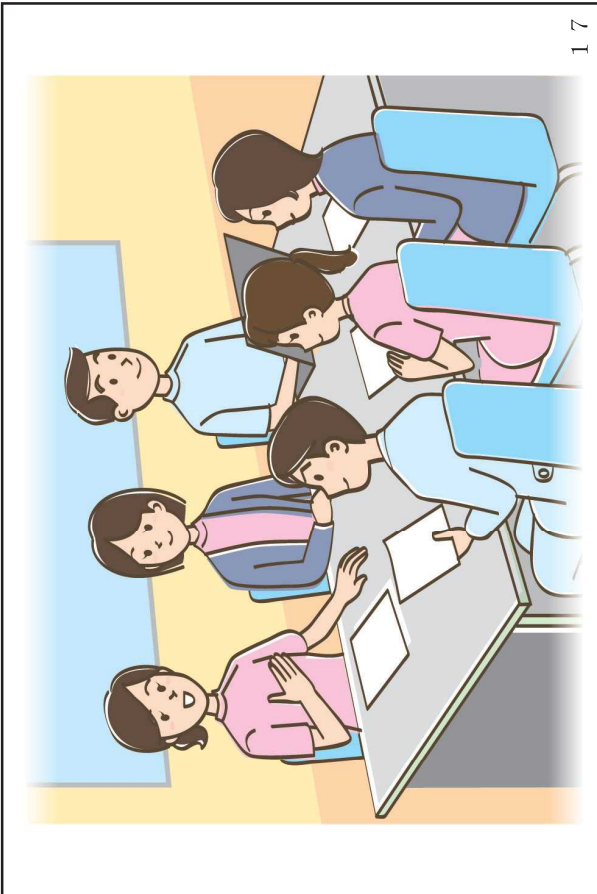
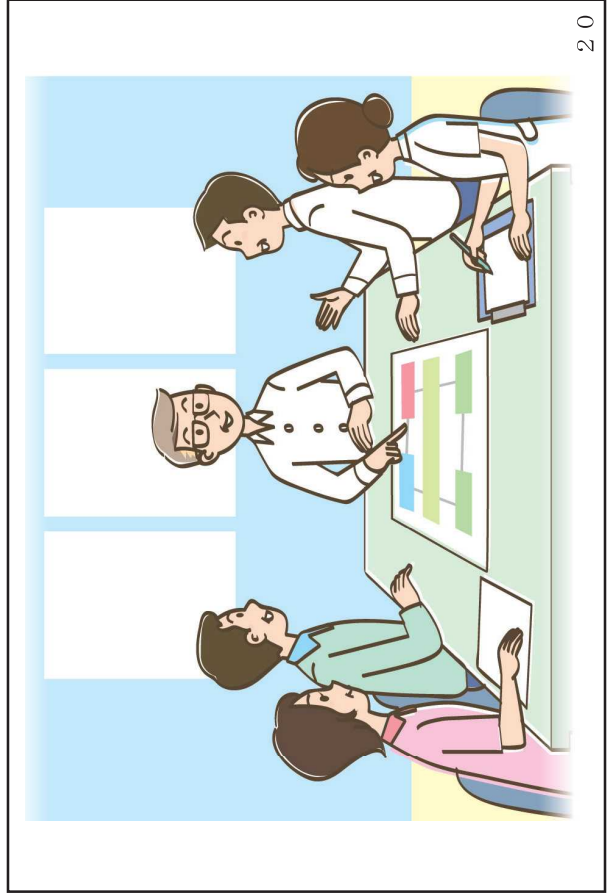
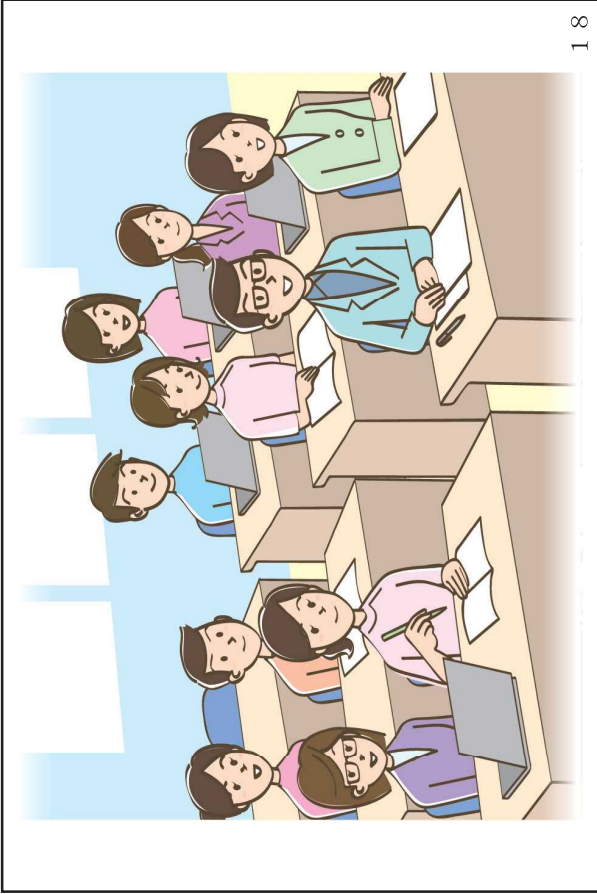
16



13



15



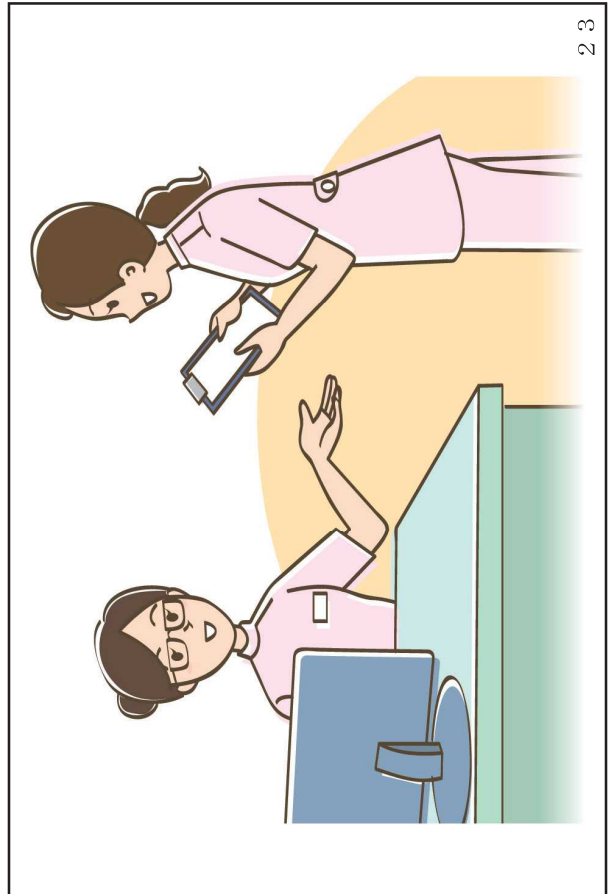
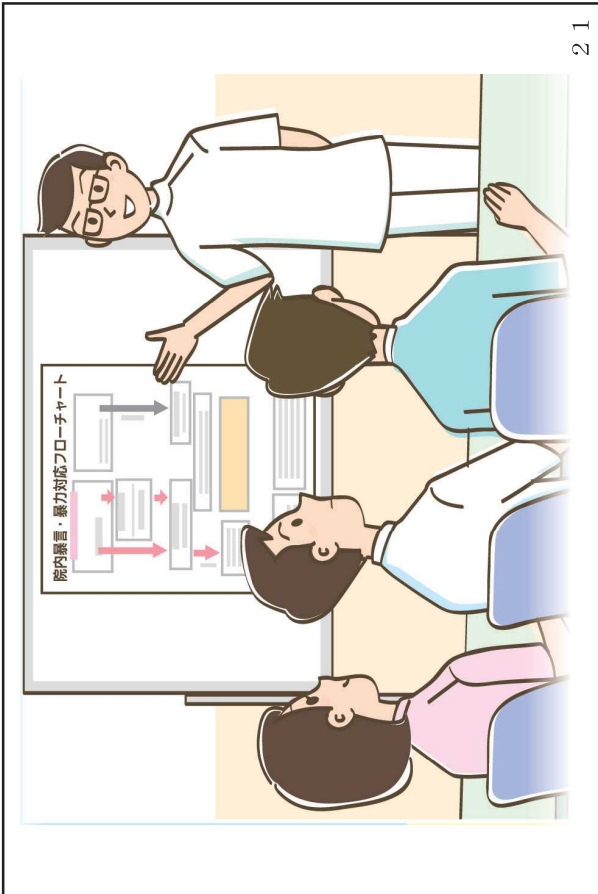
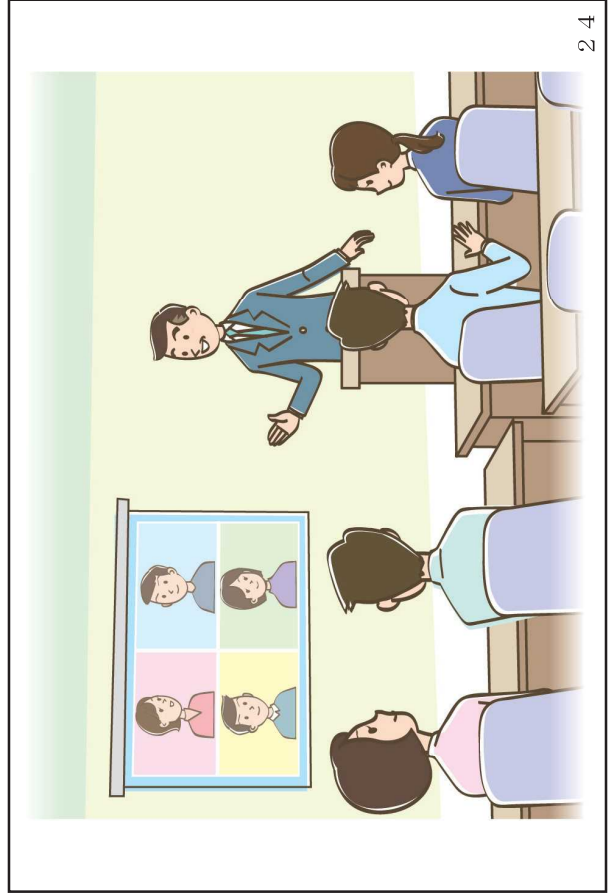
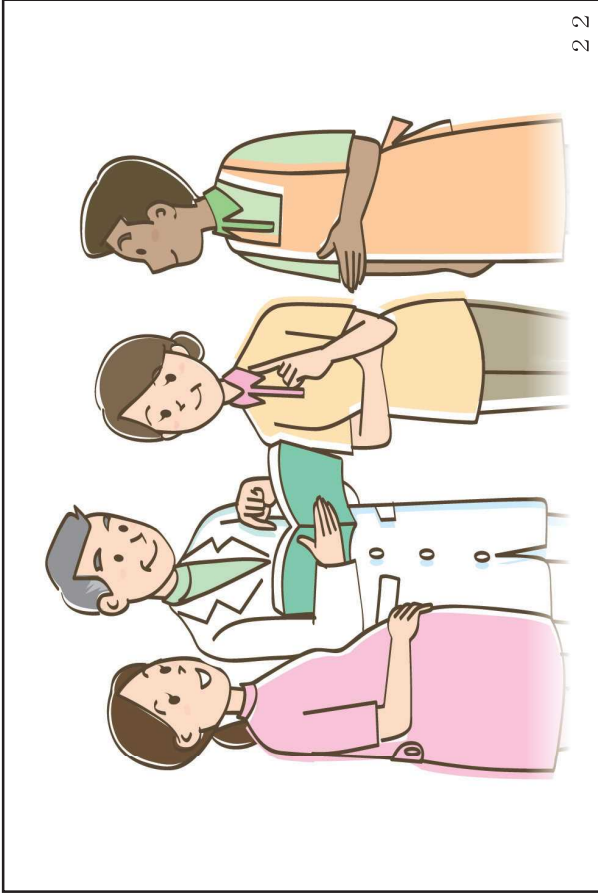
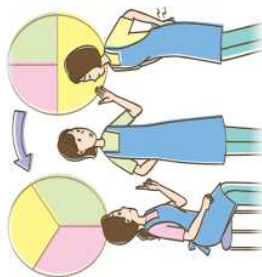


図 9 医療介護版アクションチェックリストに用いるイラストの一例

5. チーム内の分担、ローテーションを工夫して、負担の大きい反復作業、過密作業、単調作業を減らします
10. 職場のレイアウトを工夫し、また、個人ごとの作業をしやすくします



現業版イラスト
腰痛の原因となるような負担
の大きい作業時間を調整して
いる様子



医療介護版イラスト
入浴当番をローテーションで
行っている様子



良好事例写真からイラストを作成



令和2年度 厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金

小規模零細事業場の構成員に必要な支援を効率的に提供するツールと仕組みを通して
メンタルヘルス対策を浸透させることを目指す実装研究（200401-01）

分担研究報告書

小規模事業場の有効な支援方法に関する研究

研究分担者 渡井 いずみ 浜松医科大学医学部看護学科 教授

研究協力者 影山淳（浜松医科大学医学部看護学科 助教）

研究要旨

ものづくりに関する中小の製造業企業が集積する産業都市 浜松市において、小規模事業場に対するメンタルヘルス支援を行える外部機関とその支援内容を明らかにすることを目的に、地域産業保健センター、労働衛生機関、全国健康保険協会しずおか支部の担当者にインタビュー調査を実施した。

その結果、労働衛生機関はメンタルヘルスケア契約という形で、経験や知識のある保健師が事業場のニーズやストレスチェックの結果に基づき、職場環境改善を含む支援を実施していた。また、全国健康保険協会では行政と連携して健康経営優良法人取得推進という切り口で、ストレスチェック制度の実施を含むメンタルヘルス施策導入のきっかけを担っていることが明らかとなった。一方で、労働衛生機関の支援はコスト面で、全国健康保険協会の支援は、職場に健康介入する保健職における職場のメンタルヘルスの知識や支援スキルの面で課題が示唆された。

A. 研究目的

静岡県西部には、高度な技術を要する自動車や楽器のグローバルメーカーが存在する。特に浜松市では、国の採択を受

けた「創業支援計画」に基づき、浜松地域イノベーション推進機構が設立され、積極的に起業支援や中小企業の経営・製品開発・事業展開を推進しているため、

国内有数の産業集積都市となっている。これらの企業で働く労働者の確保のために、外国人材の受入れにも積極的であり人口の3%が外国人である。

一方で、ベンチャー企業を中心とした製造業の大半は、従業員300人未満の中小企業である。産業医や衛生管理者を配備して歴史的に安全衛生管理体制を構築してきた大企業と比較して、労働者の健康面に配慮した産業保健サービスについては未だ発展途上なのが実情である。これらの社会情勢から、静岡県や浜松市では行政が主導して労働者を含めた住民全員の健康増進計画を推進し、行政サービス、保険者、企業(商工会議所等)、医療機関の連携体制を進めている。

浜松市に多い製造業・建設業等は機械への巻き込まれ等の安全に関する労働災害の発生率が高く、労働基準監督署より注意喚起がされている。一方で、労働安全衛生法における事業者の義務として、従業員への健康診断は認識されているものの、特に企業内に専任の産業医や産業看護職が不在の中小企業では安全衛生管理

体制が極めて脆弱である。仕組みとして、健康診断の委託先(医療機関または労働衛生機関)や地域医師会(地域産業保健センター)に、事業者が従業員の健康に関して相談できるようになっているが、実際の利用率は明らかではない。また、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策について、ストレスチェックの実施率は5割程度、集団分析の実施率は3割程度にとどまり、せっかく実施したストレスチェックの結果が十分に活用されていないことが課題となっている。

50人未満の小規模事業場は2015年12月に制度化された「ストレスチェック制度」においても実施義務は免除されている。そのため、健診等を外部委託している小規模事業場であっても、メンタルヘルスに関する、たとえば事業場内のメンタルヘルス不調者に関する助言を求めたりストレスチェック制度の事後面接を含めて外部委託しているか、その実態は明らかではない。

そこで、本研究では、浜松市内で小規模事業場を対象とした健康支援活動を実施

している組織・団体が、事業場外からどのように事業場内のメンタルヘルスに関する支援を実施しているか、その実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

浜松市医師会(地域産業保健センター)、社会福祉法人 A 事業団保健事業部、全国健康保険協会(協会けんぽ)しずおか支部、の担当者を対象に、電話インタビュー、または zoom 等の Web 会議システムを用いた遠隔インタビューを実施した。

インタビューの内容は、①団体の概要、②小規模事業場のメンタルヘルス対策に関する実際の支援内容、③支援の効果や反応、④今後、小規模事業場に対して支援可能な内容、⑤小規模事業場向けのメンタルヘルス対策のツールに関するニーズ、である。

C. 研究結果

1. 浜松市医師会(地域産業保健センター)

浜松市医師会は、静岡県内で最も会員

数が多く 1,000 人を超えている。認定産業医取得・継続のための研修会(産業医研修会)を年に 2~3 回開催している。県医師会とも連携しており、市外からの参加者もいる。企業から産業医契約について相談があった場合に、認定産業医を紹介する。地域産業保健センターの業務として、従業員 50 人未満の企業からの相談は無料で受け付ける。実際の相談内容としては定期健康診断の有所見者の取り扱い(医療機関への紹介)が多い。企業への訪問指導は、センターとしては実施していない。メンタルヘルスに関する相談は少なく、年に 1 件あるかないかである。大企業はともかく中小企業はメンタルヘルス対策まで実施する余裕はないのではないかと。また、メンタルヘルス関連の相談としては精神科疾患が疑われる社員への対応などであり、ストレスチェック制度など予防的な施策に関する相談を受けたことはない。

2. 社会福祉法人 A 事業団保健事業部(労働衛生機関)

A 事業団は、浜松市を中心として静岡県内に複数の医療機関や介護・福祉施設を展開している。また、地域の公衆衛生の向上を目的とした予防保健事業を展開する「保健事業部」を設置し、静岡市と浜松市に 5 ケ所の健診センター・健診クリニック、健康サポートセンター等を保有する。歴史的に学校・行政・企業等より健康診断の委託を受けて、巡回検診や施設検診(人間ドック)を実施してきたが、近年では企業の労働衛生管理を包括的に担う産業医・保健師契約、定期的な作業環境測定と環境改善への助言、単発の健康教室や訪問(オンライン)健康相談など多様な産業保健サービスメニューを準備して、企業のニーズに合わせて導入を提案している。

2020 年末時点に置ける保健事業部の職員として、医師(産業医)16 名、看護職 69 名のほか、環境測定士、管理栄養士、運動トレーナー、労働衛生コンサルタント等、充実した産業保健従事者を保有している。事業場との契約方式として、健診のみ、健診+フォローアップ(再検査・精

密検査)、労働衛生管理(産業医契約、保健師による訪問や相談契約)、メンタルヘルスケアがある。顧客となる企業が、産業保健スタッフを保有している場合は健診のみ、あるいは健康教室など限定的な委託が多い。産業医契約や健診後のフォローアップ、保健師訪問指導なども含めた契約は 1,000 人以上の規模の企業が多くなる。50 人未満の小規模事業場の場合は健診のみの契約が多い。従業員数が少ない企業の健診は、巡回検診ではなく施設検診としているため、保健師が事業場に行く機会はなかなかない。しかし、フォローアップやメンタルヘルスケアなど充実した健康支援の契約をするのは、必ずしも大規模の企業というわけではなく経営者の意識や企業風土による。

小規模事業場のメンタルヘルスケア契約事例として、90 人規模の事業場があった。当初はストレスチェック実施の契約だったが、集団分析の結果、健康リスクが全国平均より高かったため、メンタルヘルスケアサービスの契約を提案した。離職者が続いたという企業の状況もあり、

経営者が契約を決断した。メンタルヘルスケア契約を結んだ企業には、産業保健推進課所属の管理職経験のある保健師が担当する。契約だけは無料だが、保健師の訪問相談料は半日 3 万円である。この企業の事例では、集団分析の結果を元に経営者と相談して管理職を対象としたラインケア研修会を実施した。厚労省の「心の健康の保持増進のための指針」を軸として、担当保健師が独自の資料を作成して用いた。研修会実施後のアンケートからは、管理職が部下の接し方や職場環境改善の具体的事例について理解が深まったという手応えが得られた。研修後、事業場の中で職場内のコミュニケーションを改善する自主的取組みが開始され、社内で成果発表会を実施するところまで発展した。客観的な評価として、事業場全体の健康リスク値の変化があった。次年度のストレスチェックの集団分析では、仕事の負担リスク値がマイナス 3、職場のサポートのリスク値がマイナス 9 となり、総合健康リスク値はマイナス 12 の大幅改善となった。その後もリバウンドはし

ていない。

事業場外からの支援としては、事業場の実情のヒアリングとアセスメントを丁寧に行い、専門職としての知識や技術を駆使して事業場の特性に則した支援を提供することが大切である。小規模事業場の担当者や衛生管理者は、どのように対策を進めるかが分からず困っている。外部の専門職としては、最終的に事業場が自立して取り組めるように支援していくことを支える。管理職向けのストレスチェックの見方説明会や集団分析の見方説明会を実施すると、次に管理職から自分の部署の結果に関する相談の依頼がある。個別の具体的な相談内容に合わせて対策を考える等、ヒアリングを中心に実施していくのが良いと考えている。

一方で、事業場の訪問日が限定されていることや利用を促すことがメンタルヘルス不調の発生部署というラベリングになっている可能性がある。予防的に気軽に利用できる仕組みや風土を整えることが課題である。

労働衛生機関の強みとして、健康診断

を実施しているため、各事業場の健康診断結果を把握できる。事業場全体の健診結果が良くない場合、経営者が受診する際に事業場全体の健診結果を示して事後支援の必要性を提案したり、労災二次健診の対象者が多い企業に対して健康支援の介入を提案することができる。身体的な健康状況の把握から介入へ、身体面の健康介入からメンタルヘルスの介入へと発展して包括的に健康支援サービスを提供することができる。

地域産業保健センターや行政保健と「糖尿病重症化予防事業」では連携しているが、メンタルヘルスに関してはほとんどない。また、必要性があるがコストをかけたくない企業からの相談をこれらの機関に紹介したことはない。逆に以前、医師会から、自殺未遂者が発生した企業におけるポストプリベンションの依頼を受けたことはある。

3. 全国健康保険協会(協会けんぽ)しずおか支部

協会けんぽは、全国 47 都道府県ごとに

支部が設置され、中小企業や船員を対象とした保険者である。現在、協会けんぽでは、全国的に、健康経営優良法人認定企業の推進に注力している。特に静岡支部では、静岡県における働く世代の健康増進施策を包含した「ふじのくに健康増進計画」に参画しており、県内企業の健康宣言事業所(NPO 法人 健康経営研究会認定)の増加、健康経営優良法人(中小規模法人部門)の増加に向けて積極的に関与してきた。令和 2 年 12 月における静岡県の健康宣言事業所数は 5,340 と全国トップであり、静岡県内では浜松市内の事業所が 1,511 社と最多である。今後は次のステップとして健康経営優良法人認定企業数の増加を目標として掲げている。具体的な取り組みとして、協会けんぽ 静岡支部では県内の一部の各市町村の健康づくり担当部署と連携して、経営者を対象とした健康経営セミナーの実施、健康経営優良法人申請書の書き方指導、認定取得のための健康施策への助言を実施している。令和 2 年度には浜松市とも連携し、市内の認定企業増加のための取り組みを

計画している。

健康経営優良法人(中小規模法人部門)の認定申請書における「制度・施策実行」の4つの選択項目の中に、「ストレスチェックの実施」がある。また、「健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント」の3つの選択項目の中に「コミュニケーションの促進に向けた取り組み」がある。さらに「従業員の心と体の健康づくりに向けた具体的対策」の7つの選択項目の中に、「メンタルヘルス不調者への対応に関する取り組み」がある。どの項目を選択するかは各事業場の経営者が考え決定するが、メンタルヘルス関連項目の選択率は高いとは言えない。この申請書を作成する過程で、事業場からストレスチェック制度の内容や導入方法について解説を求められることも多く、協会けんぽ担当者が自身の知識や導入企業の事例を元に助言している。また、これらの過程の中で事業場内にて問題となっているメンタルヘルス事例(依存症や精神疾患疑いなど含む)への対応について相談を受けることもあり、精神科

医療機関を紹介するなどの情報提供を行っている。

また、協会けんぽは浜松ウェルネスプロジェクトに参画している。健康経営優良法人の取得推進計画もこのプロジェクトの一環と位置づけられており、協会けんぽは健康経営に関する研修会の講義と各事業場における申請書作成にあたり個別支援を担当する。そして、小規模事業場が自社内で健康づくり活動の実施を希望する場合には、浜松ウェルネスプロジェクトへの協力企業や行政に出張健康講座を申し込むことができる。メンタルヘルス関連の出張講座はヨガ教室などを経営する民間企業、または行政の保健職(保健師、栄養士、歯科衛生士等)が企業からの依頼に応じて担当する制度になっている²⁾。

D. 考察

1. 小規模事業場に対するメンタルヘルス支援が可能な団体
インタビュー調査により、地域産業保健センター、労働衛生機関、全国保険協

会の3団体を対象に、小規模事業場に対する支援の実情が明らかになった。その結果、もっとも事業場のニーズに合わせて具体的かつ専門的なメンタルヘルス支援活動を実施している団体は、労働衛生機関であると考えられた。また、全国保健協会は、小規模事業場が新たにメンタルヘルス活動に取り組むきっかけを与える機関となっていた。地域産業保健センターは、地域における小規模事業場に対して専門的な助言をする機関との位置づけではあるが、本調査で対象としたセンターからはメンタルヘルス支援に関する具体的な支援情報は得られなかった。

2. 外部団体による支援の可能性と課題

インタビューで対象としたA事業団(労働衛生機関)は、健診の実施にとどまらず包括的な労働衛生活動を活発に展開していることで全国でもモデル的な企業である。浜松市内では中堅から大規模の事業場であっても常勤の産業医や看護職を雇用していないところが目立つが、この理由としてA事業団に健診とそれに付随

する業務やメンタルヘルス支援まで委託できることが影響しているかもしれない。事業場へのメンタルヘルス支援の担当者は保健師であり、自身の管理職・保健師としての経験や学会・研修会等で学んだ知識を用いて、個別支援を実施している。A事業団では事業場向けにストレスチェックの集団分析結果もビジュアル的にも分かりやすく作成している。担当保健師は、これらの資料を用いて事業場のニーズに合わせて丁寧な支援を展開しており、メンタルヘルスケア契約をすれば十分な活動がされると思われる。一方で、メンタルヘルスケア契約費用は、保健師の人員費に相当する。半日3万円という価格設定は小規模事業場にとっては厳しく、なかなか導入が進まない要因であると考えられる。

健康経営推進という視点で関わる全国保健協会は、小規模事業場が新たにメンタルヘルス施策に取り組むきっかけを与える団体として有効である。県内や市内の動向から、健康経営優良法人認定取得への支援は小規模事業場にとっても支援

を受けいれやすいと思われる。最初の認定申請では、メンタルヘルス関連項目を選択しなかった事業場に対しても、継続申請の際に今度はメンタルヘルスにもチャレンジしようと助言することが可能である。行政と連携した活動であることから、費用面や継続性からも小規模事業場にとってメリットが大きい。一方で、実際に健康介入を担当する行政の保健職は、職員厚生課での経験を持つ保健師などごく一部を除けば、産業ストレスや労働者のメンタルヘルスの実情、対策について十分な知識や経験を持つとは言えない。そのため、企業への出前健康講座の内容がメンタルヘルスではなく、生活習慣病支援に偏ってしまうのではないかという懸念がある。全国保険協会の取り組みを小規模事業場のメンタルヘルス支援活動の発展につなげるためには、職場のメンタルヘルスに詳しい学識者か産業保健職が、行政の保健職向けに職場のメンタルヘルスに関する教育を実施するなどの施策を併用していくことが必要と考えられる。

E. 結論

小規模事業場におけるメンタルヘルス施策を支援する事業場外の資源として、労働衛生機関はメンタルヘルスケア契約という形で、経験や知識のある保健師が事業場のニーズやストレスチェックの結果に基づき、職場環境改善を含む支援を実施していた。また、全国健康保険協会では行政と連携して健康経営優良法人取得推進という切り口で、ストレスチェック制度の実施を含むメンタルヘルス施策導入のきっかけを担っていることが明らかとなった。一方で、労働衛生機関の支援はコスト面で、全国健康保険協会の支援は、職場に健康介入する保健職における職場のメンタルヘルスの知識や支援スキルの面で課題が示唆された。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表
なし
康宣言事業所
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/shizuoka/cat070/2015dhp/>
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし
2) 出張！はままつ健幸講座(企業対象):
<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/welhamamatsu/kenkozukuri/wellness/documents/kigyuu.pdf>
- I. 引用文献
1) 協会けんぽ静岡支部「ふじのくに健

令和2年度 厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金
小規模零細事業場の構成員に必要な支援を効率的に提供するツールと仕組みを通して
メンタルヘルス対策を浸透させることを目指す実装研究（200401-01）
分担研究報告書

小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の普及促進に関する実態調査

分担研究者 今井鉄平 （OH サポート株式会社・代表）
森本英樹 （森本産業医事務所・代表）

研究要旨

労働者 50 人未満の小規模事業場では、産業保健サービスが十分に行き届かず、何らかのメンタルヘルス対策を行っている事業場は 5～6 割程度にとどまり、十分に普及が進んでいないことが課題となっている。そこで、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の現状や実施を困難にしている課題、対策を実施するための支援の在り方を調査するため、2020 年 8～9 月に質問票調査を、10 月に小規模企業 6 社と中小企業支援団体 7 団体を対象にインタビュー調査を行った。

質問票調査では 51 社から回答が得られた。多くの企業で体制整備・教育研修を中心にメンタルヘルス対策を導入しており、そのきっかけとしては健康経営・担当者がセミナーに参加したなど、ポジティブな動機が多くみられた。連携する支援組織として健康保険組合・社労士が多くあがっていたが、対策の困難点として「取り組み方がわからない」「身近な専門家がない」といった声も多く、産業保健専門職による専門的支援へのアクセスが課題であると考えられた。

小規模企業におけるインタビュー調査では、産業医との連携の下で「労働者への情報提供」や「休業者の復職支援」など一定の取り組みを行っているものの、「心の健康づくり計画策定」など組織的・継続的な取り組みまでを行っている企業は少なく、今後の課題と考えられた。いずれの企業もケース対応に困った経験があり、社労士や産業保健総合支援センター等の窓口を通じて、産業医との連携にいたった経緯がある。ケース発生時など、経営者のメンタルヘルス対策への感度があがった際に適切な窓口につながる仕組みが求められる。

中小企業支援組織におけるインタビュー調査では、社労士・税理士・中小企業診断士・商工会議所・業界団体・EAP 機関・保健師の7団体を調査対象とした。いずれも中小企業と密接な関係をもっており、団体によってはカバーする範囲も非常に大きいことが分かった。これらの支援団体と専門職が連携することで、メンタルヘルス対策の支援とする中小企業に必要な支援を届けやすくなることが考えられる。

支援組織側の課題として必ずしも産業保健活動の優先度は高いものではないこと、産業保健専門職側の課題として十分なリソースがないことがあげられる。小規模企業におけるメンタルヘルス対策の普及促進のためには、これらの課題の解決が求められる。

A. 研究目的

メンタルヘルス対策に関しては、労働者100人以上の事業場ではほぼすべてで何らかの取り組みを実施しているのに対し、50人未満の小規模事業場では5~6割程度に留まっている(文献1)。また、ストレスチェックを実施する事業場は5割を超えるもの

の、集団分析の実施も3割程度にとどまり、十分に活用されていない(文献1)。さらに、小規模事業場においてはメンタルヘルス不調者の退職率も高いこともわかっている(文献2)。このように取り組みの遅れが目立つ小規模事業場において、産業保健サービスが十分に行き届いていないことも要因

の一つと考えられ、効果的な支援の在り方が課題となっている。

本研究では、①小規模事業場の経営者・人事総務担当者を対象にした質問票調査、および②経営者・人事総務担当者、中小企業支援組織の担当者を対象にしたインタビュー調査を行い、メンタルヘルス対策への取り組みを困難にしている課題や効果的な支援の在り方を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 質問票調査

①分担研究者が産業医契約をしている中小企業（100社）、および②神奈川県中小企業家同友会に会員企業（764社）の経営者・人事総務担当者を対象に、2020年8月に電子メールで無記名式の質問票調査への参加協力企業を募った。電子メールに Google Form のリンクを記載し、調査への回答をもって承諾が得られたものとした。103社から回答が得られ、そのうち労働者50名未満の企業51社を解析対象とした。対象企業の所在地と業種の内訳は、約7割を東京

都・神奈川県、約5割をサービス業・情報通信業が占めていた。

調査内容は、以下の項目とした(資料1)。

- ①メンタルヘルス対策の実施状況
- ②対策導入のきっかけ
- ③対策推進の困難点
- ④支援組織との連携
- ⑤今後求められる支援

項目はいずれも複数回答可としており、項目別に単純集計を行った。

2) インタビュー調査

分担研究者のネットワークによる機縁法にて対象企業・支援組織を募り、承諾の得られた6社・7団体を対象に、2020年10月にインタビュー調査をそれぞれ行なった。対象企業はいずれも労働者50人以上の事業場を持たない小規模企業で、業種は介護・教育研修・広告・食品製造・給食受託・土木建築と多岐にわたる。支援組織は、組織レベルとして活動している2団体（商工会議所・業界団体）と個人レベルに近い活動をしている5団体（社労士・税理士・中小企業診断士・EAP機関・保健師）に分け

られる。

インタビュー対象者は、企業調査に関しては各社において中心的に関わっている人事総務責任者もしくは経営者、支援組織調査に関しては各団体で中心的に関わっている担当者とした。なお、個人レベルに近い活動をしている5団体については、各個人が行っている活動を中心に聴き取りを行っており、必ずしも各所属団体の意見を代弁するものではない。インタビューは研究者の今井が実施、方法はオンラインもしくは対面で約60分かけて行った。

調査内容は、以下の項目とした(資料1)。

(1) 企業調査

①メンタルヘルス対策の実施状況

②対策導入のきっかけ

③対策推進の困難点

④支援組織から得られた支援

⑤今後求められる支援

(2) 支援組織調査

①メンタルヘルス対策支援の実施状況

②今後支援が可能な内容

③支援における課題

④支援を行う上で国や他組織に望むこと

⑤組織の概要

調査結果は対象企業・団体名が特定されない形で記録・保存し、項目ごとに結果の概要を整理した。

C. 研究結果

1) 質問票調査結果の概要

①メンタルヘルス対策の実施状況

概要を資料2(図1)に示す。「何も取り組んでいない」とした7社を除く、すべての企業で何らかの取り組みを行っていた。

「担当者の選任」「外部専門家との連携」など体制づくりに関すること、「労働者・管理職への教育研修」に関することへの取り組みが比較的多かった。一方で、「心の健康づくり計画」「集団分析結果に基づく職場環境改善」など、継続的・組織的な取り組みについては実施企業が少ない傾向にあった。

②対策導入のきっかけ

概要を資料2(図2)に示す。「職場のメンタルヘルス不調者への対応」がきっかけになったのは14社であり、むしろ「健康経営に取り組み始めた(28社)」「担当者がセミナー・研修等を受講した(19社)」など

ポジティブな動機が目立った。なお、「媒体を通じての情報」がきっかけになったのは7社と比較的少数であった。

③対策推進の困難点

概要を資料2(図3)に示す。「取り組み方が分からない(17社)」を困難点にあげる企業が最も多く、「身近に相談できる専門家がない(13社)」「どこに相談してよいか分からない(9社)」と専門職のリソースに結び付きにくい実態もうかがえる。「労働者の関心がない(14社)」ことも困難点としてあげる企業は多い。また、「従業員に配慮する余裕がない(8社)」「対策に必要な経費がかかりすぎる(8社)」などキャパシティの問題を困難点にあげる企業もみられた。

④支援組織から得られた支援

概要を資料2(図4)に示す。「協会けんぽ(20社)」と「健康保険組合(6社)」を合わせ、健康保険組合を連携する支援組織としてあげる企業が最も多かった。次いで「社労士(24社)」も連携する支援組織としては多かった。「商工会議所(18社)」「生命保険会社(14社)」との連携も比較的多

くみられた。なお、「産業保健総合支援センター(8社)」「地域産業保健センター(8社)」との連携を行っている小規模企業は比較的少数であった。

⑤今後求められる支援

概要を資料2(図5)に示す。「担当者や労働者向けの情報提供(16社:事例4社、セルフケア4社、不調者対応3社、その他5社)」と、最も多かった。不調者対応に関して何をどうしたらよいかが具体的にわかる「担当者向けマニュアル(7社)」、「専門家による相談対応(7社)」を求める声も比較的多くみられた。「メンタルヘルスに関する資格認定」「無料のストレスチェック」など、既にあるサービスをあげる企業も少数ながらみられた。

2) インタビュー調査結果の概要

(1) 小規模企業の調査

①メンタルヘルス対策の実施状況

概要を資料3(表1)に示す。「労働者への情報提供」「産業医・社労士等との連携」「職場復帰支援の実施」については概ね実施されていた。一方で、「心の健康づくり計

画策定」「職場環境改善」については実施している企業は一つも無かった。

②対策導入のきっかけ

「メンタルヘルス不調者が実際に出たこと」がきっかけとなった企業もあるが、「人材育成や定着のため」「ストレスチェックに経営者が関心をもったこと」「健康経営に取り組むため」など、ポジティブな動機で取り組みを始めた企業も複数みられた。また、社労士・健康経営アドバイザー派遣制度（東京商工会議所）・EAP 機関・産業保健総合支援センターなど、「身近な支援組織から勧められて」産業医との連携を始めるにいたった企業も複数みられた。

③対策推進の困難点

「担当者自身が何をどう進めたらよいかわからない」「経営者自身が対策の重要性を認識していない（不調者が出て初めて慌てる）」「管理職がラインケアのスキルに乏しい」など、それぞれの立場での困難点があげられた。また、以前から積極的に取り組みを進めている企業では、「担当者のマンパワー不足」なども困難点としてあげられた。

④支援組織から得られた支援

概要を資料3（表2、表3）に示す。具体的な支援としては「情報提供や相談対応」になるが、産業医・保健師を中心に、社労士・産業保健総合支援センターなどが主な支援の担い手となっている。少数ではあるが、EAP 機関、健保組合、業界団体からの支援を受けている企業もみられた。

⑤今後求められる支援

「ストレスチェックの好事例（企業にとってのメリット）」「困った時に相談する先のリスト」「メンタルヘルス対策の進め方チェックリスト」「従業員向けの啓発ツール」「複数の相談窓口」などが、今後求められる支援としてあがった。

（2）中小企業支援組織の調査

①メンタルヘルス対策支援の実施状況

概要を資料4（表1）に示す。組織的な支援（健康経営アドバイザー制度）を提供している商工会議所を除き、いずれも個人レベルの支援となっている。支援内容としては、「情報提供・相談」が中心となっている。また、支援組織同士で連携しているケースもみられた。

②今後支援が可能な内容

概要を資料4（表2）に示す。現在の取り組みを基本に、対象範囲を拡大していきたいという内容が複数みられた。

③支援における課題

概要を資料4（表3）に示す。支援者側の問題として、「メンタルヘルス対策支援に関心がある社労士・中小企業診断士が少ないこと」「保健師の数自体が少ないこと」などがあげられた。また、「小規模企業経営者の対策への意識・関心をいかに高めていくか」も課題としてあげられた。

④支援を行う上で国や他組織に望むこと

概要を資料4（表4）に示す。国に対して、「本当に困っている小規模企業や真面目に支援に取り組んでいる支援団体に助成金が回る仕組み」を要望する声があがった。また、「既存の仕組み（地域産業保健センター）には限界があり、民間組織の活用をもっと進めるべきでは」との意見も複数の団体からあがった。

⑤組織の概要

概要を資料4（表5）に示す。広範囲をカバーしている団体（商工会議所・業界団

体）、一つ一つの組織（個人）のカバーする範囲は小さいものの組織数は非常に多い団体（社労士・税理士・中小企業診断士）の存在がわかった。

D. 考察

1) 企業における質問票調査

対象企業が行っていた取り組みは体制整備・教育研修に関するものが多く、心の健康づくり計画・集団分析結果に基づく環境改善など組織的・継続的な対策を行っている企業は少なかった。後者については企業内担当者のみで対策を進めることは難しいことが想像されるが、産業保健専門職と連携している対象企業は少なかった。小規模企業がアクセス可能な専門職のリソース充実が、今後の課題の一つとなるであろう。

対象企業が対策に取り組み始めたきっかけとしては、健康経営や（担当者の）セミナー参加など、ポジティブな動機が多かった。本研究では産業医契約をしている、または中小企業家同友会の会員である小規模企業を対象としているので、従業員の健康管理に元々関心が高い企業が多く選択され

てしまった可能性も否定できない。これらの企業に対しては、「健康経営」「従業員の定着」などのポジティブな動機付けをしていくことが有効であろう。しかしながら、情報媒体のみがきっかけになったとする回答は少なく、従業員の健康管理に関心のある経営者へのアプローチ方法はよく検討する必要がある。

中小企業支援組織については、健保組合・社労士・商工会議所・生命保険会社との連携は比較的多くみられた。これら非専門職との連携は、メンタルヘルス対策の動機づけや導入などにおいて、大きな意味を持つことが考えられる。しかしながら、困難事例への対応や継続的・計画的な対策など、一歩進めた対策を行う上で産業保健専門職との連携は欠かせない。対象企業において、既存のリソースの一つである地域産業保健センターとの連携は少なく、専門職との連携は今後の課題の一つと言える。

対象企業の多くは既に何らかのメンタルヘルス対策に取り組み始めた小規模企業であるが、今後の支援として「担当者や労働者向けの情報提供」を求める声が多かった。

また、「メンタルヘルス不調者が出た場合の対応マニュアル」「対応する担当者への相談対応」など、より具体的な支援を求める声も多くみられた。対策の導入が済んでいるこれらの企業に対して、今後の困りごとの解決につながるような具体的な情報・相談に関する支援が求められる。

2) 企業におけるインタビュー調査

本研究では機縁法により対象企業を選定したため、ある程度産業医との連携ができていた小規模企業についての調査となった。企業規模が小さくても、産業保健専門職の支援の下であれば、「労働者への情報提供」や「休業者の復職支援」など、一定の取り組みは実施できることが考えられる。ただし、「心の健康づくり計画」「職場環境改善」「管理職への教育研修」など、継続的・組織的な取り組みができていた小規模企業は少なく、専門職等の支援に結び付いた企業における今後の課題と考えられる。

対象企業と違って、専門職のリソースに辿りつけない小規模企業の方がむしろ多いことが想像される。インタビューの中でも、

「不調者が出てはじめて慌てた」「どこに相談したらよいかわからなかった」という経営者の声があった。また、「ふだんは健康管理の優先度は低く、情報があっても気に留めない」との声もあった。対象企業の場合は、不調者対応に困った際に、社労士や産業保健総合支援センター等の窓口を通じて、産業医との連携にいたった経緯がある。困難事例の発生時など、経営者のメンタルヘルス対策への感度があがった際に適切な窓口につながる仕組みが求められる。

3) 支援組織におけるインタビュー調査

中小企業支援組織は、いずれも中小企業と密接な関係をもっており、団体によってはカバーする範囲も非常に大きいことが分かった。各団体の専門職のリソースは決して大きくないが、商工会議所の「健康経営アドバイザー制度」など、様々な職種による非常に大きなリソースを活用して、小規模企業にメンタルヘルス対策への気づきを促すきっかけとなっている活動もみられる。これらの支援団体と専門職が連携することで、小規模企業に必要な専門的支援を届け

やすくなることが考えられる。しかしながら、社労士・税理士・中小企業診断士など、団体にとっては産業保健活動の優先度は必ずしも高いものではなく、団体としての規模は非常に大きいものの、産業保健支援に関心をもつマンパワーは限定的となっている。これらの団体への働きかけも今後の課題となるであろう。

専門的支援を必要とする小規模企業への支援のリソースも課題の一つである。公的には地域産業保健センターが小規模企業の支援リソースとなっているが、今回の調査でも同機関との連携の機会は乏しく、また全国の小規模企業 330 万社をカバーするにはマンパワーが不足することが考えられる。インタビューの中でも、複数の支援組織から民間組織の活用を求める声があがった。民間の専門的支援のリソースとして、産業医・産業看護職等の産業保健専門職がまず考えられるが、保健師の数自体が少ないという問題もある。このように小規模企業に専門的支援を提供できる産業保健専門職のリソース確保も今後の大きな課題の一つであろう。

E. 結論

メンタルヘルス対策を導入していない小規模企業の動機付け、および導入済みの企業が専門的支援を求める場合の窓口機能として、中小企業支援組織は重要な役割を果たしうる可能性が示唆された。これらの組織と産業保健専門職が連携することで、メンタルヘルス対策に必要な専門的支援を小規模企業に届けやすくなることであろう。

支援組織側の課題として必ずしも産業保健活動の優先度は高いものではないこと、産業保健専門職側の課題として十分なリソースがないことがあげられる。小規模企業におけるメンタルヘルス対策の普及促進のためには、これらの課題の解決が求められる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

H. 引用文献

1. 厚生労働省：平成 30 年労働安全衛生調査（実態調査）結果の概況
2. 森口次郎他：産業医学振興財団委託研究 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発 平成 24 年度研究報告書，産業医学振興財団，2012.

1) 質問票調査質問項目

0. 基本情報（従業員数、産業区分（業種）、事業場所在地（都道府県）など）

（いずれも単一選択：回答選択肢は以下の通り）

・従業員数：「5人以下」、「6～10人」、「11～20人」、「21～30人」、「31～49人」、「50～99

人」、「100～299人」、「300人以上」

・産業区分：「農業・林業（林業に限る）」、「鉱業・採石業・砂利採取業」、「建設業」、「製

造業」、「電気・ガス・熱供給・水道業」、「情報通信業」、「運輸業・郵便業」、

「卸売業・小売業」、「金融業・保険業」、「不動産業・物品賃貸業」、「学術研究・

専門・技術サービス業」、「宿泊業・飲食サービス業」、「生活関連サービス業・

娯楽業」、「教育・学習支援業」、「医療・福祉」、「複合サービス事業」、「サービ

ス業（他に分類されないもの）」

・事業場所在地：47都道府県の選択肢から1つを選択

1. 貴社で実施しているメンタルヘルス対策についてお答えください。（m以外複数回答可）

- a) 心の健康づくり計画の策定
- b) 対策の実務を担う担当者の選任
- c) 労働者への教育研修・情報提供
- d) 管理職への教育研修・情報提供
- e) 産業保健スタッフ（産業医、産業看護職、安全衛生推進者、安全管理者、衛星管理者等）との連携
- f) 社会保険労務士との連携
- g) ストレスチェックの実施
- h) ストレスチェック集団分析の実施

- i) ストレスチェック集団分析結果をもとにした職場環境改善
- j) 職場復帰支援の実施
- k) 健康相談窓口の設置
- l) その他
- m) 特に何も対策をしていない (a~l のいずれも実施していない)

2. 現在とっていない対策 (1で回答しなかった対策) で、今後とっていきたい対策をお答えください。(複数回答可)

- a) 心の健康づくり計画の策定
- b) 対策の実務を担う担当者の選任
- c) 労働者への教育研修・情報提供
- d) 管理職への教育研修・情報提供
- e) 産業保健スタッフ（産業医、産業看護職、安全衛生推進者、安全管理者、衛星管理者等）との連携
- f) 社会保険労務士との連携
- g) ストレスチェックの実施
- h) ストレスチェック集団分析の実施
- i) ストレスチェック集団分析結果をもとにした職場環境改善
- j) 職場復帰支援の実施
- k) 健康相談窓口の設置
- l) その他

3. 1で回答した対策をとるようになったきっかけについてお答えください。(複数回答可)

- a) メンタル不調者への対応が必要となった

- b) 事業場外資源から勧められた（具体名）
- c) セミナー・研修等を受講した
- d) 媒体を通じて情報を得た
- e) 経営者自身の健康上の気づきがあった
- f) 健康経営に取り組み始めた
- g) ISO45001（労働安全衛生マネジメントシステム）の認証取得のため
- h) 労働基準監督署からの勧告や指導があったため
- i) その他

4. 1で特に対策を取られてなかった（1でm「特に何も対策をしていない」と回答した）
場合、その理由をお答えください。（複数回答可）

- a) 該当する労働者がいない
- b) 取り組み方がわからない
- c) 必要性を感じない
- d) どこに相談してよいのかわからない
- e) 労働者の関心がない
- f) 対策に必要な経費がかかりすぎる
- g) 社内の人材不足
- h) その他

5. メンタルヘルス対策を推進していくのに、どのような困難があります（ました）か？

（複数回答可）

- a) 取り組み方がわからない
- b) どこに相談してよいのかわからない

- c) 過去に外部機関に相談してもうまくいかなかった
- d) 身近に相談できる専門家がない
- e) 労働者の関心がない
- f) 従業員に配慮する余裕がない
- g) 復帰するかどうかわからぬことによる人材配置上の困難
- h) 非正規雇用者が多い
- i) 対策に必要な経費がかかりすぎる
- j) 事業場が分散している
- k) サプライチェーン等との関係性
- l) その他

6. 小規模事業場のメンタルヘルス対策を支援可能と考えられる次の組織との関係は日頃からありますか？ (複数回答可)

業界団体、商工会議所、協会けんぽ、健康保険組合、労働基準協会、社会保険労務士、税理士、中小企業診断士、産業保健総合支援センター・地域産業保健センター、サプライチェーン（大企業）、経営者団体、ストレスチェックサービス提供会社（EAP）、生命保険会社、労働衛生機関、その他

7. 6. で回答した組織からどのような支援が得られましたか？ (複数回答可)

- a) 取り組み方の相談対応
- b) 情報・ツール等の提供
- c) 対策に必要な金銭的補助
- d) メンタルヘルス対策に関する情報提供
- e) その他

8. 今後、メンタルヘルス対策を進めるうえで、どこから、どのような支援（情報）があるとよいと思われますか？（自由回答）

9. 当研究班では小規模事業場向けのメンタルヘルス対策支援として、以下のツールの開発と無償提供を予定しております。提供が開始されたら利用してみたいですか？（複数回答可）

①事業者向けセルフアセスメントツール

職場のメンタルヘルス対策推進のための現状・課題の把握ができるセルフチェックシートです

②管理職・労働者向けセルフトレーニング教材

アプリやLINEを利用した部下のメンタルヘルス対応や自身のストレスマネジメントに役立つセルフトレーニング教材（漫画・動画等）です

③メンタルヘルス不調者発生時の対応マニュアル

メンタル不調者が発生した際にどこに相談すればよいかを盛り込んだ実践的な対応マニュアルです

④小規模事業場向け職場環境改善マニュアル

小規模事業場での好事例を盛り込んだ働きやすい職場づくりのための実践的な職場環境改善マニュアルです

10. 9. のツールの普及に関して、予想される課題があれば教えてください。（自由回答）

2) インタビュー調査質問項目

(1) 企業調査

0. 基本情報（従業員数、事業内容、産業区分（業種）、事業所所在地（都道府県）など）

1. 貴社で実施しているメンタルヘルス対策についてお答えください。

インタビュー側 チェック項目

- a) 心の健康づくり計画の策定
- b) 対策の実務を担う担当者の選任
- c) 労働者への教育研修・情報提供
- d) 管理職への教育研修・情報提供
- e) 産業医等との連携
- f) 社会保険労務士との連携
- g) ストレスチェックの実施
- h) ストレスチェック集団分析の実施
- i) ストレスチェック集団分析結果をもとにした職場環境改善
- j) 職場復帰支援の実施
- k) 健康相談窓口の設置
- l) その他

2. 現在とっていない対策で今後とっていきたい対策をお答えください。

3. 1でお聞きした対策をとるようになったきっかけ・動機についてお答えください。

4. 1で特に対策を取られてなかった場合、その理由をお答えください。
5. メンタルヘルス対策を推進していくのに、どのような困難があります（ました）か？
6. 小規模事業場のメンタルヘルス対策を支援可能と考えられる次の組織との関係は日頃からありますか？

業界団体、商工会議所、協会けんぽ、健康保険組合、労働基準協会、産業医、産業看護職、社会保険労務士、税理士、中小企業診断士、産業保健総合支援センター・地域産業保健センター、サプライチェーン（大企業）、経営者団体、ストレスチェックサービス提供会社（EAP）、生命保険会社、労働衛生機関、その他

7. 6. で回答した組織から次のような支援が得られましたか？得られた支援があれば、その内容を具体的に教えてください。

- a) 取り組み方の相談対応
- b) 情報・ツール等の提供
- c) 対策に必要な金銭的補助
- d) メンタルヘルス対策に関する情報提供
- e) その他

7. 今後、メンタルヘルス対策を進めるうえで、どこから、どのような支援（情報）があるとよいと思われますか？

8. 当研究班では小規模事業場向けのメンタルヘルス対策支援として、以下のツールの開

発と無償提供を予定しております。これらの普及に関して、予想される課題があれば教えてください。

①事業者向けセルフアセスメントツール

職場のメンタルヘルス対策推進のための現状・課題の把握ができるセルフチェックシートです

②管理職・労働者向けセルフトレーニング教材

アプリやLINEを利用した部下のメンタルヘルス対応や自身のストレスマネジメントに役立つセルフトレーニング教材（漫画・動画等）です

③メンタルヘルス不調者発生時の対応マニュアル

メンタル不調者が発生した際にどこに相談すればよいかを盛り込んだ実践的な対応マニュアルです

④小規模事業場向け職場環境改善マニュアル

小規模事業場での好事例を盛り込んだ働きやすい職場づくりのための実践的な職場環境改善マニュアルです

2) インタビュー調査質問項目

(2) 支援組織調査

小規模事業場においてメンタルヘルス対策を推進するに際して十分な専門的資源がなく、正しい情報が得られていない場合も少なくありません。現在、そのような支援を行える可能性がある団体について、調査を行っております。

そこで、貴団体においてどのような援助が支援かお聞きします。

1. 団体の概要

1) 業務内容、使命（役割）、位置づけ

2) 職員数

そのうち、メンタルヘルスの問題を担当できる職員数および専門性

3) カバーする小規模事業場数・分布

4) 現在の小規模事業場側への係わりの程度・手段

2. これまで小規模事業場のメンタルヘルス対策に役立つような援助を何かされましたか。

1) 内容、タイミング、対象（誰向けの情報か？）

2) (情報発信の場合) 情報は誰がどのように収集し、発信できる形にまとめたか？どれくらいのマンパワーがあるのか？

3) 相談できる専門家に関する情報も発信したか？

4) 援助実施における課題や改善点

5) 小規模事業場側の反応やリクエスト

3. 支援を実施してよかったこと、手応えがあったことを教えてください。

4. 今後、小規模事業場に対して支援可能またはお考えの内容があれば教えてください。

- 1) 内容、タイミング、対象
- 2) 貴団体が考える小規模事業場における対策の理想的な状態
- 3) 支援を行う上で、小規模事業場に望むこと
- 4) 支援を行う上で、国や他の団体等に望むこと
- 5) 今後の課題

5. 当研究班では小規模事業場向けのメンタルヘルス対策支援として、以下のツールの開発と無償提供を予定しております。これらの普及に関して、予想される課題があれば教えてください。

①事業者向けセルフアセスメントツール

職場のメンタルヘルス対策推進のための現状・課題の把握ができるセルフチェックシートです

②管理職・労働者向けセルフトレーニング教材

アプリやLINEを利用した部下のメンタルヘルス対応や自身のストレスマネジメントに役立つセルフトレーニング教材（漫画・動画等）です

③メンタルヘルス不調者発生時の対応マニュアル

メンタル不調者が発生した際にどこに相談すればよいかを盛り込んだ実践的な対応マニュアルです

④小規模事業場向け職場環境改善マニュアル

小規模事業場での好事例を盛り込んだ働きやすい職場づくりのための実践的な職場環境改善マニュアルです

質問票調査結果概要

図 1. メンタルヘルス対策への取り組み状況

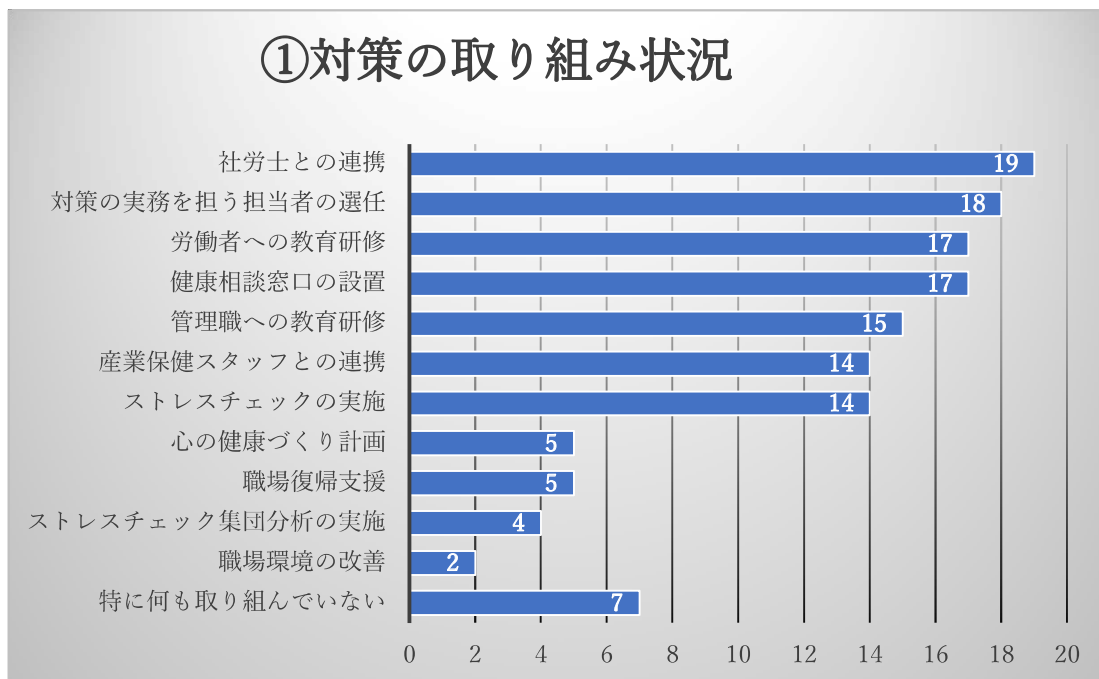


図 2. メンタルヘルス対策導入のきっかけ

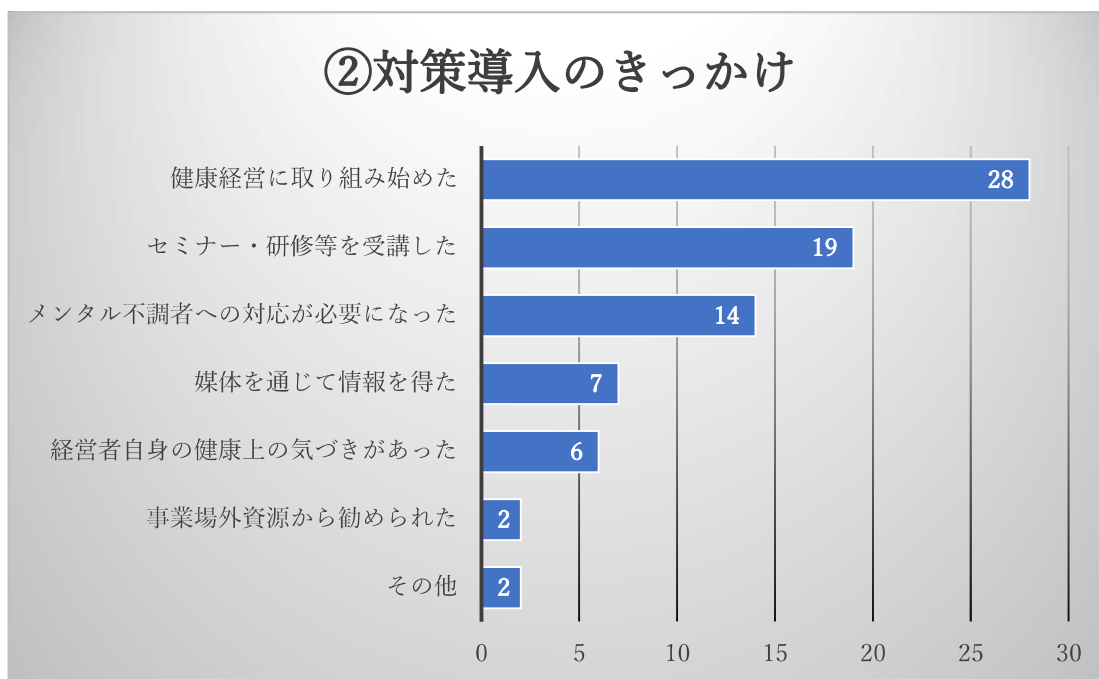


図 3. メンタルヘルス対策推進における困難点

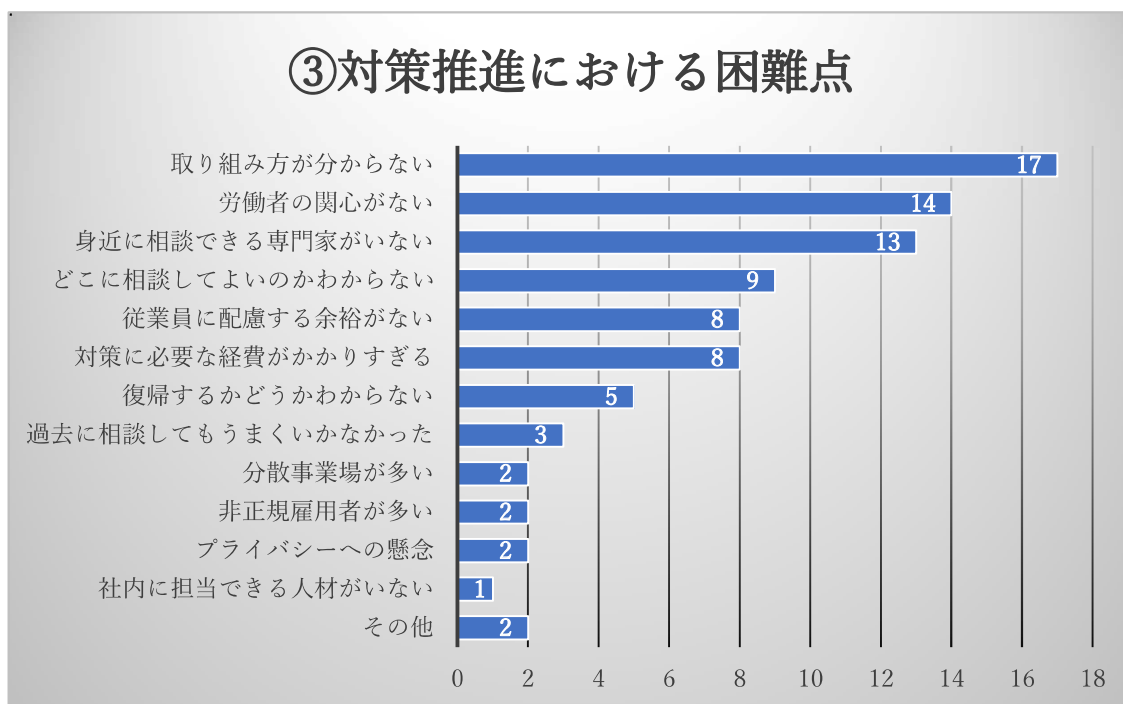


図 4. 中小企業支援組織との連携

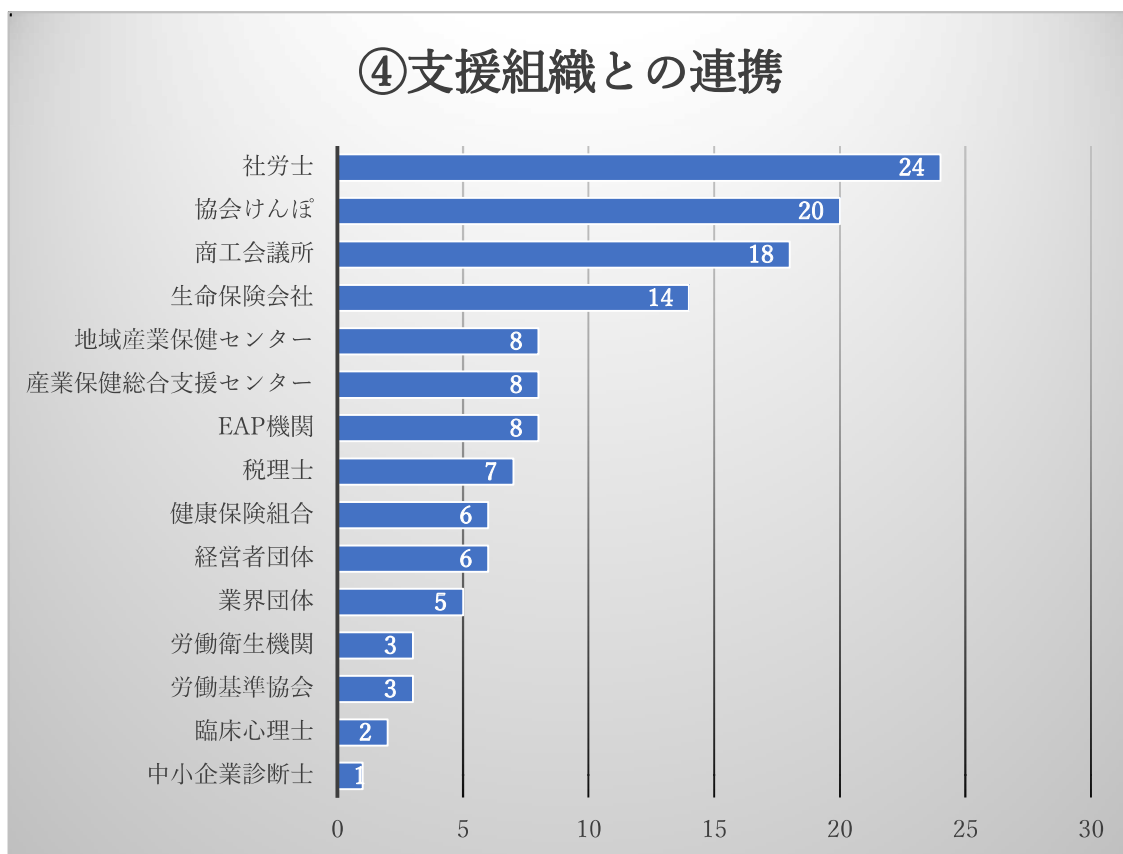
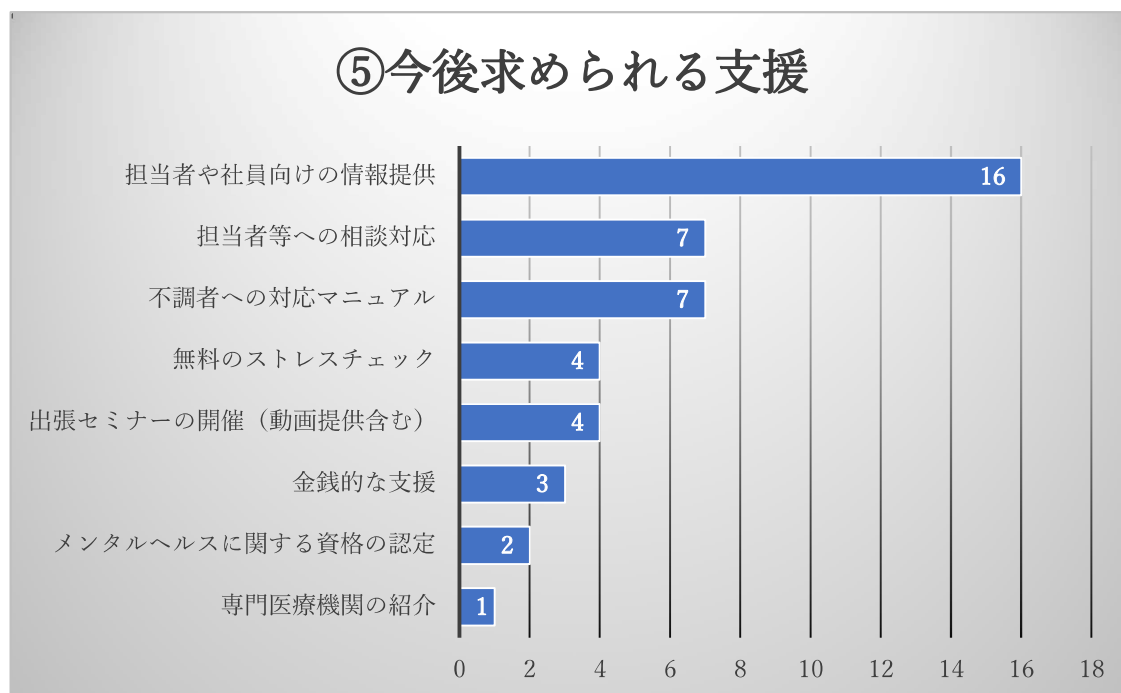


図5. 小規模企業で今後求められる支援



インタビュー調査 (①企業調査) 結果概要

表1. メンタルヘルス対策への取り組み状況

	介護業	教育研修	広告	食品製造	給食受託	土木建設
a) 心の健康づくり計画の策定	×	×	×	×	×	×
b) 対策の実務を担う担当者の選任	○	×	×	×	○	○
c) 労働者への教育研修・情報提供	×	○	○	○	○	○
d) 管理職への教育研修・情報提供	○	×	×	×	○	○
e) 産業医等との連携	○	○	○	○	○	○
f) 社会保険労務士との連携	○	△	×	×	○	○
g) ストレスチェックの実施	×	×	○	×	×	○
h) ストレスチェック集団分析の実施	×	×	○	×	×	○
i) 集団分析結果に基づく職場環境改善	×	×	×	×	×	×
j) 職場復帰支援の実施	○	○	×	○	○	○
k) 健康相談窓口の設置	○	×	△	○	×	×
e) その他						
独自アンケートに基づく就労環境改善	○					
シングルマザー手当、時短勤務精度など						
キャリアコンサルタント研修（メンタルも一部あり）の受講推奨		○				
安全衛生委員会にて議題にとりあげ、計画的に対策を進めてきた						○
女性従業員も増える中、レイアウト変更・女子トイレの増設など、快適環境の整備にも注力してきた						○

表2. 中小企業支援組織との連携

	介護業	教育研修	広告	食品製造	給食受託	土木建設
業界団体					○	
商工会議所						
協会けんぽ						○
健康保険組合				○		
労働基準協会						
産業医	○	○	○	○	○	○
産業看護職		○		○	○	○
社会保険労務士	○	○			○	○
税理士						
中小企業診断士						
産業保健総合支援センター	○	○				○
地域産業保健センター						
サプライチェーン						
経営者団体						
EAP機関			○			○
生命保険会社						
労働衛生機関						
その他						
アンガーマネジメント協会		○				

表3. 中小企業支援組織からの支援内容

	介護業	教育研修	広告	食品製造	給食受託	土木建設サービス
a) 取り組み方の相談対応	産業医 社労士	産業医 産保支援センター	産業医 EAP機関	産業医	産業医 社労士	産業医 保健師 社労士 産保支援センター
b) 情報・ツール等の提供	産業医	産業医	産業医 EAP機関	産業医	産業医	産業医 協会けんぽ
c) 対策に必要な金銭的補助						
d) メンタルヘルス対策に関する情報提供	産業医 産保支援センター	産業医	産業医 EAP機関	産業医	産業医 社労士	産業医 協会けんぽ
e) その他						
メンタルヘルス対応の相談		アンガーマネジメント 協会				
相談窓口（社員向け）				生命保険会社		
セルフケア教育				健保組合		

インタビュー調査（②支援組織調査）結果概要

表 1. メンタルヘルス対策支援への取り組み状況

①社労士	<ul style="list-style-type: none"> ・社労士・弁護士・企業向けの情報誌配信：月1回、読者約1,000名 ・社労士・弁護士からの相談対応（SNS、メール、電話・ビデオ） <p>※3～4月に社労士・弁護士の顧問契約先（経営者）のメンタル不調が顕在化したようで、対応への相談がどっと増えた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応で多かった質問をまとめ、HP上に公開した（6月）
②税理士	<ul style="list-style-type: none"> ・セミナー：税理士向け、年2回。業務効率化に関することが中心だが、ストレスチェックや在宅勤務のメンタルヘルスに関するテーマも取り上げた。 ・ストレスチェック：会計事務所から顧客企業（従業員数≥50名）に対して、ストレスチェックサービスの紹介をしている
③中小企業診断士	<ul style="list-style-type: none"> ・顧客企業に対して、健康経営アドバイザー派遣制度（東京都）の紹介をした。 ・経営相談の中で、実際にメンタル不調者が出て困っているという経営者もあり、有用な情報サイトや地域産業保健センターなどの情報提供をした。 ・健康ビジネス研究会における支援対策の検討等
④商工会議所	<ul style="list-style-type: none"> ・健康経営アドバイザー制度の運営 アドバイザーが約20,000人：普及促進（生命保険会社、銀行など） エキスパートが約1,000人：派遣事業（社労士、中小企業診断士、保健師など） ※健康経営支援の中にメンタルヘルスに関する項目もあり ※メンタル不調者が出た職場に社労士・産業医が関わり、環境改善にまで至ったケースもあり ・国への要望提言、各種分科会などにも委員を派遣
⑤業界団体	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタルヘルス対策としては関わりができていない。 ・過労死（脳心疾患）対策は計画を立てて組織全体で推進中。過労死申請の割合が業種別で1位、大きな課題と考えている。 ・過労死対策：各種啓発ツールの配信、各地区でのセミナー開催、血圧計購入の助成（半額補助）、集団健診の運営などを行った。内容には、疲労対策、睡眠のことなども盛り込んでいる。主に経営者向け。
⑥EAP機関	<ul style="list-style-type: none"> ・経営者への相談対応、外部専門家の紹介 ・マネージャーへのコーチング、ラインケア研修 ・ストレスチェック業務委託、集団分析結果の説明・改善に向けたアドバイス ・動画配信（セルフケア、ラインケア、ハラスメント）
⑦保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・全体向けに、ニュースレターを毎月発行（メンタルヘルスに関する情報も含む） ・全員面談を実施。企業とは10年ほどの関わりがあり、全員が顔見知り。変化には気づきやすい。これまでのところ不調者の発生なし。

表 2. 今後支援が可能な内容

①社労士	・ 弁護士・心理職など職種を問わずにネットワークを構築し、困った小規模企業へのサポートができる体制をつくりたい。誰が困った小規模企業と接点を持つかわからず、そのような場合に相談につながる、相談を受けた職種が適切に対応できるようになるとよい。
②税理士	・ 会計事務所向けにも無料でストレスチェックを体験してもらえよう声掛けをしていきたい。まずは体験してみて、関心をもった税理士から顧問先に声掛けしてもらえる可能性はある。
③中小企業診断士	・ 中小企業診断士は、各士業との連携により、支援を行っていくことも多い。経営面のご相談から、労務管理に関わるご相談につながることも多く、総合支援の窓口として気軽にご相談いただきたい。
④商工会議所	・ まずは経営者に向けた正しい知識（最低限）の普及が必要だろう ・ ころの耳も充実しているが、情報であふれすぎている。ころの耳の活用の仕方などもレクチャーが必要かもしれない。 ・ 小規模企業へのストレスチェックの普及も大事だと考えている。ストレスチェック自体は無償でも、実施者の問題やその後のフォローなどが問題。助成金だけで解決するものでもない。
⑤業界団体	・ まずは実態調査をしてから検討したい。
⑥EAP機関	・ パイを広げていきたい。取り組み自体は変わらない。 ※使い勝手がよいサービス、リーズナブル、フォローがしっかりしていることなど。必要に応じて専門家につなげていく。
⑦保健師	・ 全員面談を基本とする関わりを継続していきたい。また、家族も支援と対象としていきたい。

表 3. 小規模企業支援における課題

①社労士	<ul style="list-style-type: none"> ・たまたまつながった企業担当者や弁護士などから、「こんな相談先があったなんて、もっと早く知っておけばよかった」ということをよく言われる。周知はしているつもりだが、なかなか困っている経営者などにいきつかない。 ・相談者側が何を相談してよいか分かっていない。社労士・心理職の役割が伝わっていない。「こんなことまで相談してよかったんだ」という言葉をよく耳にする。
②税理士	<ul style="list-style-type: none"> ・そもそも税理士にメンタルヘルス関連の相談はあがらないし、税理士自身も関心がないのが普通。ストレスチェックも自身が受けたこともないので、どんなものかもイメージができていない。 ・ストレスチェックを実施して、その後どのような改善につながるのか？、具体的なアプローチ方法が見えないとなかなか税理士の腑におちないだろう。 ・実施義務のない小規模企業だと、なおさら導入するモチベーションはないだろう。
③中小企業診断士	<ul style="list-style-type: none"> ・企業からの相談の中では、診断士がコーディネーターとして他土業連携により、課題解決にあたることがある。 ・経営相談の中で、メンタルヘルスに係わる相談を受けることがある。内容的に、高い専門性が求められる場合、医療や労務問題に詳しい専門家を紹介する。 ・研究会等での研鑽により専門性を高めていくことも課題であると認識している。 ・企業への支援では、経営視点からの支援を行うことが多い。中小企業が取れる対策には限界があるが、会社と個人（従業員）に向けたバランス配慮の対応が重要。労使の双方が守られるような事前の対策対応が大切と考えている（BCP等）。
④商工会議所	<ul style="list-style-type: none"> ・実際のところ、メンタルヘルスや労務管理に関する相談は多くない。 -東京商工会議所に期待するものと違うのかもしれない -小規模企業側もどこに相談してよいか見えてない -メンタルヘルスの課題・不安を感じる企業は多い（東商アンケートでも6割を超えていた）が、規模が小さいために実際にケースが発生した企業は非常に少ない ・地域産業保健センターを紹介してもなかなか対応してもらえない
⑤業界団体	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の労災申請も決して少ない訳ではなく、課題と感じている。だれがどのような状況で不調に陥るのかをまずは調査したい。ほぼ一人の空間で作業しているドライバーなのか、ドライバーと経営の間に挟まれている管理者（運行管理者等）なのか？
⑥EAP機関	<ul style="list-style-type: none"> ・社長がストレスチェックの趣旨を誤解していることが多い。ストレスチェック結果をどう使うかを含めて、丁寧に説明・助言・サポートを行っていくことで理解してもらえることが多い。 ・サービスが単発で終わってしまうことも少なくない。意志決定者（社長）にサービスを活用するメリットを感じてもらうことが重要。また、提供側が定期的な人を替えて対応するなどの工夫も必要と感じている。 ・職場改善につなげるのに、担当者の時間の制約が大きい。うまくスケジュールができなくて改善につながらないことも少なくない。 ・動画配信は個人利用を想定して15分の単位で作成しているが、現場では人を集めて観てもらっているところがほとんど。個人で閲覧してもらうのもう少し短く、5分単位などにもしている。
⑦保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者とは良好な関係が築けているが、現場と担当者間に温度差があり、こちらが重要と考えていることが進めづらいこともある。 ・協会けんぽ時代との接し方の違い。あまり先方の負担になることは言いづらい。法的な縛りもない中での活動でもあり。

表 4. 支援を行う上で国や他組織に望むこと

①社労士	・本当に困っているところ、ちゃんと支援ができる団体にお金が流れるようにしてほしい。審査がきちんとされていないように感じる。
②税理士	・助成金のことがもう少し分かりやすく見える化されるとよい。
③中小企業診断士	・中小・小規模事業者にとって、取組みやすい施策の制度設計が望まれる。 ・関係各社に情報が行き渡るようにすることが望まれる。 ・他組織とは、これまで以上に連携を図っていきたいので、ご協力をお願いしたい。
④商工会議所	・支援の仕組みの拡充：地域産業保健センターでまかないきれぬのか？ ・国の施策（ストレスチェック等）の推進 ・民間サービス（産業医等）の活用
⑤業界団体	
⑥EAP機関	・地域産業保健センターもあるが、国で中小企業向け事業をやるには限界がある。民間にもっと任せる仕組みがあるとよい。特に中小企業向けEAP機関は少なく、これらが継続して支援ができるように助成金がつくとありがたい。
⑦保健師	・保健師選任の義務化。制度面の支援があると助かる。

表 5. 支援組織の概要

①社労士	<ul style="list-style-type: none"> ・社労士によるメンタルヘルス支援のサポート ・商工会議所と連携した企業の労務・メンタルヘルス支援（スポット相談） ・外国人労働者支援
②税理士	<p>目的が異なる2つの法人を運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会計事務所：中小企業の税務関係処理の支援 ・会計事務所支援法人：会計事務所（全国に2.5万施設）のIT化・業務効率化の支援 <p>※税理士事務所は特にIT化が遅れている業界の一つ</p>
③中小企業診断士	<ul style="list-style-type: none"> ・コンサルタントの国家資格 ・国や都道府県、市区町村が行う中小企業施策の推進等 ・コンサルタント（顧問）契約で、企業の事業計画、財務・製造・営業・労務等の運営をサポート（各分野を得意とするコンサルタントが係わる）
④商工会議所	<ul style="list-style-type: none"> ・商工会議所法に基づき設置された非営利の経済団体（全国に515拠点） ・東京23区が管轄、各区に支部がある ・会員制で、中小企業を中心に約8万社が加入している ・役割： <ul style="list-style-type: none"> -小規模企業の経営支援 -会員向けサービスとして、研修・マッチング・販路開拓支援など -政府や東京都に対する政策提言
⑤業界団体	<ul style="list-style-type: none"> ・トラック運送業界における経営課題の克服と事業の育成 ・各都道府県単位でトラック協会があり、それらの都道府県トラック協会が全日本トラック協会の会員となっている。 ・役割： <ul style="list-style-type: none"> -トラック事業者の経営支援 -運送事業における指導・調査・研究・統計・出版など -国会・国交省に対する政策提言
⑥EAP機関	<ul style="list-style-type: none"> ・システム開発会社が母体、同社のEAP事業部として相談・研修・ストレスチェックなどの事業を行っている。
⑦保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・独立系保健師（株式会社を設立） ・保健指導、衛生委員会、産業医との連携、従業員教育、健康経営支援、メンタルヘルス支援

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Tsutsumi A	Suicide prevention for workers in the era of with- and after-Corona.	Environ Occup Health Practice	doi:10.1539/eohp.2020-0020-OP		2021
Tsutsumi A	Work-Life Balance in the Current Japanese Context.	International Journal of Person Centered Medicine	In press		2021
廣川空美, 森口次郎, 脊尾大雅, 野村洋子, 野村恭子, 大平哲也, 伊藤弘人, 井上彰臣, 堤 明純	メンタルヘルス対策: 職域と地域の連携のギャップを埋めるために	日公衛誌	印刷中		2021
吉川 悦子, 仲尾 豊樹, 吉川 徹.	【業種・職種と産業ストレス対策】介護サービス業のストレスとメンタルヘルス一次予防策	産業ストレス研究	27(3)	327 - 332	2020

IV. 研究成果の刊行物・別冊

Opinion

Suicide prevention for workers in the era of with- and after-Corona

Akizumi Tsutsumi 

Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Kanagawa, Japan

Abstract

In Japan, over 6,000 workers commit suicide every year, and the Japanese government has taken several counter-measures to prevent *Karoshi* (death due to overwork) and mental health disorders among workers. Risk factors for suicide among workers include long working hours, adverse psychosocial job characteristics, economic recession or financial crisis, job insecurity, and workplace harassment. Depressive symptoms are supposed to play a vital role in mediating mechanisms. Owing to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, economic crises continue and seemingly deepen, and the risk of unemployment increases. Workers with low socioeconomic status and who do not enjoy occupational health services are considered vulnerable, and essential workers (including health care workers) require special attention. Little evidence prevails with respect to workplace suicide prevention measures in a population approach, and hence, suicide prevention should be integrated into the existing workplace mental health activities. Although evidence of secondary prevention, such as screening for depression, is scarce for workplace mental health, such measures, including regular psychological counseling, should be applicable during this crisis. Research is thus crucial for preventing suicide in the workplace using surrogate outcomes, such as suicidality, help-seeking, stigma, access to means, and improving workplace support. Prevention of suicide among temporary workers, freelancers, foreign workers, and self-employed individuals who lack support from regional and occupational healthcare domains remains an untackled issue.

Keywords: COVID-19, depression, long working hours, occupational stress, small-sized enterprises, regional/workplace co-operation

(Received October 27, 2020; Accepted January 14, 2021; Published online in J-STAGE February 25, 2021)

Suicide and mental health at workplace in Japan

Japan has a large number of suicides, and the number of workers' suicides soared to approximately 9,000 in 1998. This level remained until 2009 and then gradually decreased. During this period, infrastructure against suicide was developed. Based on the Basic Act on Suicide Prevention, which was issued and enforced in 2006, the Suicide Comprehensive Measures Charter was formulated in 2007, and the overall review was conducted

in 2012 to realize a society where no one is forced to commit suicide. Additionally, several important acts and systems, such as the support system for people in need of living and the Basic Act on Measures Against Alcohol-related Harm, were formulated. It is considered that the amendment to the Money Lending Business Act in 2006 was attributable to the reduction of the suicide rate of middle-aged and older men by protecting the debtors and preventing heavy debts. Even so, over 6,000 workers commit suicide every year.

Almost 60% of the employees in Japan report strong worry, anxiety, or stress at work or in their working lives. A total of 1,820 claims were submitted requesting worker compensation for work-related mental disorders in 2018. In all, 465 claims for mental disorders were approved for compensation, with 76 cases for suicide¹⁾. The number

Correspondence

Akizumi Tsutsumi: Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Kanagawa, Japan
E-mail: akizumi@kitasato-u.ac.jp



This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes. © 2021 The Authors.

of claims submitted requesting worker compensation for mental disorders has increased almost 10-fold during the past 2 decades²⁾.

As a countermeasure, the Japanese government released several remedies, including the promotion of law on preventive measures against *Karoshi* (death due to overwork) (enforced in 2014)³⁾ and the Stress Check Program (enforced in 2015)⁴⁾. A series of remedies to promote Japanese work style reform have been enforced since 2019. Among them, an amendment to the Labor Standard Act includes new regulations on working hours (upper limit on overtime work) and the introduction of the work-interval system (minimum daily rest period)⁵⁾. In 2020, the legalization of measures against power harassment at workplaces has made it mandatory for employers to take necessary measures for employment management to prevent such harassment.

Risk factors for suicide among workers

Most studies on the risk factors of worker suicide use an observational study design. However, a few systematic reviews and meta-analyses exist, and such works reveal the following plausible risk factors (Table 1).

Long working hours

A recent study conducted in Korea (7,797 men and 6,687 women) has revealed that long working hours, even a moderate level of 45–52 working hours per week, were associated with suicide risk⁶⁾. The observed associations were statistically significant, but the confidence intervals were wide. Compared with working 35–44 h per week, the hazard ratio was 3.89 (95% confidence interval [CI], 1.06–14.29) for working 45–52 h per week and 3.74 (95% CI, 1.03–13.64) for working >52 h per week. A United Kingdom census-based longitudinal study (270,011 men and 144,938 women) showed an elevated risk of completed suicide among male professionals/managers and routine occupations although the association did not reach statistical significance (hazard ratios were 1.23; 95% CI, 0.63–2.39 and 1.24; 95% CI, 0.67–2.31,

respectively). Depressive symptoms⁷⁾ and/or suicidal ideation⁸⁾ induced by long working hours were observed to play a role in mechanisms.

Psychosocial job characteristics

A meta-analysis has affirmed that the lack of support from supervisors and colleagues and low job control are risk factors for suicide⁹⁾. Although research is still ongoing^{8,10)}, job insecurity is evaluated as a risk factor for suicide ideation⁹⁾. Moreover, robust evidence prevails on the occupational stress that predicts the incidence of mental health disorders. Underlying mechanisms through which occupational stress leads to suicide may include clinical depression caused by stress^{11,12)}.

Economic recession

Economic recession or financial crisis is associated with an increase in the number of suicides, particularly among men, and poor mental health is closely associated with this factor^{13,14)}. A considerable surge in the number of suicides in the late 1990s in Japan was characterized by an increase in the number of suicides among male, middle-aged, and older employees and supervisors in metropolitan areas. The economic recession and deterioration of employment situations were associated with this phenomenon. Recession does not necessarily shorten the working hours. Economists observed the increase in the working hours of regular male employees in Japan during the severe recession in the early 2000s and speculated that the work load of the employees who were retained after downsizing increased¹⁵⁾. The increased number of suicides among Japanese managers and professionals around the year 2000 was explained by the similar mechanisms¹⁶⁾.

Workplace harassment and bullying

A recent relatively increasing trend of younger workers committing suicide has suggested the change of risk factors for suicide among workers. Associations between workplace harassment and suicidality have been studied among specific occupations, such as medical professionals¹⁷⁾ and (female) firefighters¹⁸⁾, whereas studies among general working populations are scarce¹⁹⁾. The systematic review results validated that a positive association prevails between workplace bullying and suicidal ideation, but the absence of high-quality epidemiological studies precludes a definite conclusion. A recent Swedish prospective study of 85,205 men and women has corroborated that workplace sexual harassment was associated with suicides and suicide attempts. After adjustment for potential confounding factors, the increased risks of suicide were 2.8-fold for suicides (hazard ratio 2.82; 95% CI, 1.49–5.34) and 1.6-fold for suicide attempts (hazard ratio 1.59; 95% CI, 1.21–2.08)²⁰⁾. Bullying has a significant impact on the development of depressive symptoms²¹⁾.

Table 1. Work-related risk factors for suicide

Long working hours (overtime work)
Psychosocial job characteristics
Lack of support from supervisors/colleagues
Low job control
Job insecurity
Downsizing (economic recession, financial crisis)
Harassment and bullying at workplace
Shift work; night work; physically challenging or dangerous work
Adverse chrono-biological and/or physical working conditions
Occupation-based access to lethal means of suicide

Sources: ^{9,15,19,44)}

Mounting stressors during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic

Working populations that require special care include essential and healthcare workers. The fear of infection, prejudice (or lack of respect), and overtime work are large stressors for essential workers. Healthcare workers, particularly those who are frontline care providers, also experience the fear of infection, high job demands while providing care to patients, discrimination, stigma, and violence. In some circumstances, medical professionals are compelled to make difficult decisions related to life or death²². Thus, these stressors would become strong risk factors for mental health disorders that may lead to suicide.

The COVID-19 pandemic has tremendously impacted the global economy. From February through early September 2020, over 500 bankruptcies have been recorded within Japan. Between January and August 2020, over 50,000 employees have been forced to leave their jobs. The number of dispatched workers decreased by 160,000 in July 2020 as a result of COVID-19, and this is the largest drop since the comparable year of 2014. Many workers are under the threat of job or income loss. By the end of August 2020, the number of cancellations of informal appointments of new graduates reached approximately 5-fold that of the previous year. Lost revenue and job insecurity have increased uncertainty for the future, and it is expected that economic recovery will decelerate. The cumulative number of suicides is estimated to increase by 140,000–270,000 resulting from the economic downturn caused by COVID-19²³. Those most vulnerable to this situation are female workers, temporary workers (owing to their being laid off), freelancers, foreign workers, and self-employed individuals. Furthermore, depression is reported to have increased due to the COVID-19 pandemic among vulnerable populations, such as those who have lost their jobs, with lower resources and increased exposure to stress²⁴.

The COVID-19 pandemic has forced many workers to alter their working styles and patterns — for example, by switching to telecommuting. Moreover, the altered working styles and patterns have ushered in several benefits for workers, such as increased job control and decreased commuting hours. Previous analyses have concluded that telecommuting has small but beneficial effects on the mental health of workers^{25,26}. Conversely, telecommuting has some negative impacts, such as decreased professional and personal support²⁷ and deteriorating health, including the risk of being vulnerable to alcohol and substance abuse. It is unforeseeable how large and far reaching the impact of reduced professional and private support will be on Japanese employees who are used to working in a collectivity culture²⁸. Blurred boundaries between work and home are likely to increase overtime

work and decrease recovery hours²⁷. Owing to the abrupt shutdown of school and childcare facilities, working from home while caring for children at the same time is expected to become an enormous burden, particularly for female workers. As a further concern, domestic violence has been reported to be increasing since the COVID-19 outbreak²⁹.

Workplace suicide prevention countermeasures

Little evidence exists on a population approach for workplace prevention³⁰. The consensus is that workplace suicide prevention should be integrated into ordinal occupational health practices along with the guidelines for the promotion and maintenance of the mental health of workers^{31,32}.

The effect of promoting law on preventive measures against *Karoshi* appears to have a positive impact on the reduction in working hours and overtime-related cerebrovascular and cardiovascular diseases³³. Because evidence is lacking on mental health problems and *Karojisatsu* (suicide from overwork), further studies are necessary to confirm the effectiveness of the implementation of the health management and programs. However, conducting countermeasures against overtime work in a proper fashion is indispensable. Psychosocial job characteristics are modifiable risk factors for mental health disorders. Occupational health practitioners can improve their workplace environment using group analyses based on the Stress Check Program. Although there is no evidence since the Stress Check Program started, the improvement of work environments based on stress surveillance has been shown to be effective against deterioration in workers' mental health³⁴. A recent study suggests a combination of a stress checks and improvements in the work environment reduces workers' psychological stress responses³⁵.

Special attention to medical professionals and healthcare workers should be considered during the COVID-19 pandemic. In an ordinary period, screening for mental health cases, such as depression, is less common and recommended only with a rigorous after-screening follow-up³⁶. Frontline healthcare workers facing COVID-19-related challenges may be an exceptional target population. Occupational healthcare staff members should consider regular screening for depression and suicidality of frontline healthcare workers and provide timely treatments for those with severe mental health problems. Safe communication channels are crucial to reduce the isolation of healthcare workers, and employee assistance program (EAP) services (such as psychological counseling) would be helpful. Clear communication with regular and accurate updates about COVID-19 is essential to mitigate the fears of workers^{37,38} (Table 2).

Table 2. Suicide prevention components in the workplace**Primary level**

Countermeasures against long working hours
 Resilience training (for individual workers)
 Leadership training (for supervisors)
 Training for occupational health staffs
 Workplace improvement (based on the Stress Check Program)
 Communication with accurate information (on COVID-19 crisis)

Secondary level

Awareness training
 Gatekeeper training/Peer support programs
 Mental health/suicide surveillance procedures
 Employee wellbeing training
 Addiction training (vs treatment programs incl. consultation support for alcohol/drug abuse, etc.)
 Mental health “check-ups” (the Stress Check Program) or, screening for depression

Tertiary level

Crisis telephone hotline (EAP service)
 Grief care of the people involved in the victims

The abovementioned components are not necessarily specific for suicide but for general mental health.

Sources: ^{31,37,38,44)}

Untackled issues

To date, more than half of *Karoshi* cases in Japan have occurred in small-sized enterprises³⁾. According to the scale of enterprises, small-sized enterprises do the least work on mental health measures, while being the most likely to not conduct or to not have decided how to conduct medical interviews for those workers with overtime work. The reasons include the difficulty of securing doctors who are in charge of interviews and the considerable associated costs³⁹⁾. The medical interview for those workers who accumulated 100 or more hours of overtime work per month (80 or more hours since 2019) and complained of fatigue began after the amendment of the Industrial Safety and Health Law issued in 2006. This obligation was applied to the employers of small-sized enterprises in 2008, but it was not thoroughly implemented.

It is difficult for occupational healthcare staff members for small-sized enterprises, such as retail and wholesale — the very enterprises most affected by the COVID-19 pandemic — to take countermeasures. Prefectural and regional occupational health centers should function to support such enterprises⁴⁰⁾. Collaborations between regional and occupational health fields in mental health care have long been in the planning stage. Workers often do not gain appropriate support owing to the gap between the regional and occupational support systems in the healthcare domains⁴¹⁾. For instance, employees on sick leave are easily lost to follow-up with when they fail to apply invalidity benefits because occupational health

staff members and/or those who in charge of personnel labor management often do not involve them. In such a case, health outreach workers (public health nurses) may become key supporters. Promoting “regional/workplace co-operation” for seamless support for those workers at risk of loss is vital.

Milner et al. argued that workplace suicide prevention programs require multi-faceted, comprehensive, and community-based approaches³²⁾. As they noted, worker suicide cannot fully be prevented unless preventive approaches extend beyond workplaces. Workers who have not enjoyed occupational health services, such as temporary workers, freelancers, foreign workers, and self-employed individuals, must be supported. In the current Japanese occupational health service system, most of them cannot be reached in ordinal occupational health practice activities. The United Nations proposes to support community actions that strengthen social cohesion, solidarity, and healthy coping; reduce loneliness; and promote psychosocial well-being, especially among people who have lost their livelihoods⁴²⁾. Outreach, both online and by phone, is necessary for seamless support.

Ensuring labor power is a key to prevent overwork, enabling the building of societies in which those who want to work can do so, and in a decent manner. Enterprises are required to offer flexible jobs in which every worker — including the elderly and women — can work according to their personal situations. Balancing work and long-term care is important to prevent long-term care leave. The male breadwinner model, which has deeply

permeated Japanese society, leads to long working hours among men (at least in part) while reduces working opportunities among women. Thus, rigid gender role stereotyping should also be corrected⁴³⁾.

Future research for occupational health practices

High-quality longitudinal studies on the associations between harassment at work/workplace bullying and suicide/suicidal behavior/suicidal ideation are scarce. The effectiveness of workplace suicide prevention has been understudied. Therefore, controlled trials using outcomes of suicide death and other proximal outcomes (such as suicidality [suicide ideation and attempts/self-harm], help-seeking, stigma, and access to means) are needed³²⁾. Future research should include discussions on the practices that should be incorporated to maintain or enhance workplace support during the COVID-19 pandemic.

Self-employers and/or small-scale enterprises appear to not well understand mental health issues; hence, they should receive proper information. How to deliver the necessary and useful information to them is an important research question. Methodologies using patient and public involvement can be applied.

Conclusion

We must be vigilant in mitigating the increase in the number of worker suicides as the COVID-19 pandemic brings about short- and long-term or sustained psychological impacts. Within the scope of society, social security should be timely, considered, and adequately delivered to vulnerable workers. Regional/workplace co-operation should be strengthened to provide seamless support to the needy, thus building resilient communities. In occupational healthcare practices, in addition to the ordinal mental healthcare at workplace, specific care should be considered for essential and healthcare workers. The effects of new normal working styles, including telecommuting, on the mental health of workers are to be observed and examined^{31,37,38,44)}.

Sources of Funding

This study received funding from the Work-related Diseases Clinical Research Grant 2020 (200401-01) and the Health, Labour and Welfare Sciences Research Grants (20CA2044) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

COI statement

The authors declare that there are no conflicts of interest.

ORCID

Akizumi Tsutsumi  <https://orcid.org/0000-0003-0966-4869>

References

1. Ministry of Health, Labour and Welfare. Workers' accident compensation status for cases related to mental disorders 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/000644251.pdf>. Accessed September 17, 2020.
2. Ministry of Health, Labour and Welfare. White paper on measures to prevent death from overwork (Reiwa 2nd year edition) 2020. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/20/index.html>. Accessed January 10, 2021.
3. Takahashi M. Sociomedical problems of overwork-related deaths and disorders in Japan. *J Occup Health*. 2019; 61(4): 269-277. [Medline] [CrossRef]
4. Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. *J Occup Health*. 2016; 58(1): 1-6. [Medline] [CrossRef]
5. Tsutsumi A. Workstyle reform for Japanese doctors. *Environ Occup Health Practice*. 2020; 2(1): 2. [CrossRef]
6. Lee HE, Kim I, Kim HR, Kawachi I. Association of long working hours with accidents and suicide mortality in Korea. *Scand J Work Environ Health*. 2020; 46(5): 480-487. [Medline] [CrossRef]
7. Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, Magnusson Hanson LL, Lallukka T, Nyberg ST, et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Health*. 2018;44(3):239-250. [CrossRef]
8. Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: a longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018; 91(7): 865-875. [Medline] [CrossRef]
9. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018; 75(4): 245-253. [Medline] [CrossRef]
10. Kim MS, Hong YC, Yook JH, Kang MY. Effects of perceived job insecurity on depression, suicide ideation, and decline in self-rated health in Korea: a population-based panel study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017; 90(7): 663-671. [Medline] [CrossRef]
11. Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, et al; IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*. 2017; 47(8): 1342-1356. [Medline] [CrossRef]
12. Zhuo LB, Yao W, Yan Z, Giron MST, Pei JJ, Wang HX. Impact of effort reward imbalance at work on suicidal ideation in ten European countries: the role of depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2020; 260: 214-221. [Medline] [CrossRef]
13. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012; 345(aug13 2):

- e5142. [Medline] [CrossRef]
14. Frاسquilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2016; 16(1): 115. [Medline] [CrossRef]
 15. Genda Y, Kuroda S, Ohta S. Does downsizing take a toll on retained staff? An analysis of increased working hours in the early 2000s in Japan. *J Jpn Int Econ*. 2015; 36: 1-24. [CrossRef]
 16. Wada K, Kondo N, Gilmour S, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ*. 2012; 344(mar06 3): e1191. [Medline] [CrossRef]
 17. Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. *Br J Surg*. 2018; 105(11): 1390-1397. [Medline] [CrossRef]
 18. Hom MA, Stanley IH, Spencer-Thomas S, Joiner TE. Women Firefighters and Workplace Harassment: Associated Suicidality and Mental Health Sequelae. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205(12): 910-917. [Medline] [CrossRef]
 19. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2017; 74(1): 72-79. [Medline] [CrossRef]
 20. Magnusson Hanson LL, Nyberg A, Mittendorfer-Rutz E, Bondestam F, Madsen IEH. Work related sexual harassment and risk of suicide and suicide attempts: prospective cohort study. *BMJ*. 2020; 370: m2984. [Medline] [CrossRef]
 21. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015; 15(1): 738. [Medline] [CrossRef]
 22. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): 1973-1975. [Medline] [CrossRef]
 23. Due to the economic downturn caused by the new coronavirus infection cumulative number of suicides increased by 140,000-270,000 [press release]. Kyoto University Resilience Practice Unit, April 30 2020.
 24. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(9): e2019686. [Medline] [CrossRef]
 25. Gajendran RS, Harrison DA. The good, the bad, and the unknown about telecommuting: meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. *J Appl Psychol*. 2007; 92(6): 1524-1541. [Medline] [CrossRef]
 26. Tavares AI. Telework and health effects review. *Int J Healthc*. 2017; 3(2): 30-36. [CrossRef]
 27. Zimmerman MD, Faghri P. *Blurred Boundaries: Work-Life Balance in the Time of COVID19*. Healthy Work Now; 2020.
 28. Tsutsumi A. Japan's miracle decades: harmony, hard work, and health. In: Brunner E, Cable N, Iso H, eds. *Health in Japan: Social Epidemiology of Japan since the 1964 Tokyo Olympics*. London: Oxford University Press; 2020: 85-101. [CrossRef]
 29. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 April 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--3-april-2020>. Accessed September 28, 2020.
 30. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020; 382(3): 266-274. [Medline] [CrossRef]
 31. Kawakami N, Tsutsumi A, Kobayashi Y, Shimazu A. Planning and Evaluation of Suicide Prevention at Work. *Job Stress Res*. 2004; 11: 141-147.
 32. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, Lamotagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*. 2015; 30(1): 29-37. [Medline] [CrossRef]
 33. Lin RT, Liang YW, Takahashi M, Eguchi H, Tsutsumi A, Lin SH. Effect of implementing an overwork-prevention act on working hours and overwork-related disease: A mediation analysis. *J Occup Health*. 2020; 62(1): e12148. [Medline] [CrossRef]
 34. Tsutsumi A, Sasaki N, Komase Y, et al. Implementation and effectiveness of the Stress Check Program, a national program to monitor and control workplace psychosocial factors in Japan: a systematic review. Translated secondary publication. *Int J Workplace Health Manag*. 2020; 13(6): 649-670. [CrossRef]
 35. Imamura K, Asai Y, Watanabe K, et al. Effect of the National Stress Check Program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study. *J Occup Health*. 2018; 60(4): 298-306. [Medline] [CrossRef]
 36. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002; 136(10): 760-764. [Medline] [CrossRef]
 37. Koh D, Goh HP. Occupational health responses to COVID-19: what lessons can we learn from SARS? *J Occup Health*. 2020; 62(1): e12128. [Medline] [CrossRef]
 38. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3): 228-229. [Medline] [CrossRef]
 39. Ministry of Health, Labour and Welfare. Overview of the results of the 2018 Occupational Safety and Health Survey (Fact-finding Survey). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h30-46-50b.html>. Accessed September 17, 2020.
 40. Sasaki N, Kuroda R, Tsuno K, Kawakami N. Workplace responses to COVID-19 and their association with company size and industry in an early stage of the epidemic in Japan. *Environ Occup Health Practice*. 2020; 2(1).
 41. Hirokawa K, Moriguchi J, Seo T, et al. Mental health measures: Filling gaps in support systems of regional and occupational health fields. *Jpn. J Public Health*. in press.
 42. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health 2020. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>. Accessed October 21, 2020.
 43. Tsutsumi A. Work-life balance in the current Japanese context.

Int J Pers Cent Med. in press.

44. Witt K, Milner A, Allisey A, Davenport L, LaMontagne AD. Effectiveness of suicide prevention programs for emergency and protective services employees: A systematic review and meta-analysis. *Am J Ind Med.* 2017; 60(4): 394-407. [Medline] [CrossRef]

How to cite this article: Tsutsumi A. Suicide prevention for workers in the era of with- and after-Corona. *Environ Occup Health Practice.* 2021; 3: eohp.2020-0020-OP.
<https://doi.org/10.1539/eohp.2020-0020-OP>

【特集 業種・職種と産業ストレス対策】

介護サービス業のストレスとメンタルヘルス一次予防策

吉川悦子¹⁾, 仲尾豊樹²⁾, 吉川 徹³⁾

¹⁾ 日本赤十字看護大学

²⁾ 東京労働安全衛生センター

³⁾ 労働安全衛生総合研究所

抄録：国内の少子高齢化の進展により、介護職の人手不足が続いている。介護職者が安全で健康的な職場で働き続けることができる実効的な方策が喫緊の課題である。介護職者は、介護施設、利用者の自宅、通所施設など、さまざまな職場環境でさまざまな仕事関連のリスクに直面している。職場での安全と健康に対する介護職者の幅広い影響は、多面的な対策の実施を促進することによって対処される必要がある。職場環境改善の取り組みは、科学的根拠が担保されているメンタルヘルス一次予防策の中でも効果的な手法である。本稿では、介護作業のタイプに起因するストレスの特徴を紹介し、介護職者のための効果的なストレス対策について紹介する。

Key words: Care worker (介護職者), Human care work (ヒューマンケアワーク), Primary stress prevention (ストレス一次予防), Comprehensive approach (包括的アプローチ)

1. はじめに (介護職の現状)

介護サービス業に従事する介護職者数は、介護保険制度創設以降、増加の一途をたどっている。介護職者数は、要介護・要支援認定者数の増加に伴い大幅に増加し、2017年には186.8万人と介護保険制度が実施された2000年と比べ約3.4倍となっている¹⁾。少子高齢化、核家族・単身世帯の増加等もあわせて、今後、益々介護職者の需要は高まってくることが予想されている。一方で、介護職者の有効求人倍率(3.90倍, 2018年)は、全職業の有効求人倍率(1.45倍, 2018年)に比べ高水準を保っており¹⁾、依然として介護職に携わる労働者の不足感は解消されていない。そのため、介護人材を

量と質の両面から確保することを目指し、国と地域が二人三脚で「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」を進めるための対策を総合的・計画的に進めている²⁾。「平成30年度介護労働実態調査」によると、介護職者の賃金は年々増加しており、介護職者の離職率は15.4%と徐々に減少傾向を示していた³⁾。このことから、国を挙げての雇用管理改善の取り組みが介護人材の確保に向けての一定の効果を果たしていることが示唆されている。

しかし、介護サービス業に従事する働く人々の労働条件や労働環境は、年々その過密性・過酷さを増している。介護職の約半数が介護の仕事を選んだ理由を「働きがいのある仕事と思ったから」と回答し、仕

代表著者連絡先：吉川悦子 〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3

日本赤十字看護大学看護学部

TEL：03-3409-0875 E-mail：e-yoshikawa@redcross.ac.jp

事の内容・やりがいについて満足と感じて働いている者が多い一方で、人手不足、賃金の低さ、有給休暇の取りにくさ、身体的負担の大きさ（腰痛や体力に不安がある）などが労働条件等における問題として挙げられていた⁴⁾。精神障害および自殺による労災請求件数は、全業種の中で医療・福祉業が最も多く⁵⁾、なかでも労災支給決定（認定）された医療・福祉業における精神障害事案233件のうち約3割が介護職であった⁶⁾。これらのことから、介護職者におけるストレス対策は喫緊の課題である。

介護ニーズをもつ高齢者や障害者がある人らしく、質の高い生活を実現するためには、サービス提供者である介護職者が心身ともに健康で、いきいきと働き続けることのできる労働条件や労働環境を整えていくことが重要である。そこで、本稿では介護労働の特徴から見るストレス要因を概観したうえで、介護労働現場で実践されているストレス対策事例を紹介し、介護職者に応じたストレス対策のあり方について考察したい。

2. 介護サービス業における労働者のストレスの背景と特徴

介護サービス業といっても、サービス提供内容や形態は幅広い。介護保険法において給付対象となるサービスは表1のように大別される。

表1の①のいわゆる訪問系は利用者の自宅に介護職者が赴き介護サービスの提供を行う、②の通所系は利用者が介護施設に通って受ける送迎付きの介護サービス、③の施設・居住系は自宅ではなく住まいの場所を施設に移して介護サービスを提供する。このように、介護職者の労働環境は、利用者の自宅や介護施設

など、提供する介護サービス形態によって異なってくる。多様な労働環境があることを前提に、介護労働の特徴とストレス要因について述べる。

介護労働に共通する安全・健康リスクとしては、(1)生物学的要因による感染リスク、(2)移乗・移動介助や日常生活の援助に伴う作業姿勢など人間工学的要因による筋骨格系障害リスク、(3)対人サービス業、責任の重さ、チーム作業による人間関係のこじれなどを代表とした心理社会的要因リスクがあげられる⁷⁾。介護職場における感染のリスクとしては、結核、肝炎、疥癬さらにインフルエンザなどがあげられる⁷⁾。介護職者は、介護の提供を通して利用者との接触の機会が多く、利用者に感染性の持病があると職業性感染の危険性が高まる。昨年末から世界的なパンデミックを引き起こした新型コロナウイルス関連感染症(COVID-19)では介護施設でもクラスターが発生していることは記憶に新しい。筋骨格系障害のリスクとしては、移乗介助や日常生活の援助に伴って、重量の負荷、姿勢の固定、前屈等の不自然な姿勢で行う作業等の繰り返しにより腰痛をはじめとした健康障害の発生可能性が高まることである⁷⁾。また、介護職はヒューマンケアワーク（人によるケア作業）であり、人と人との接触を前提とした労働であるがゆえ、暴言・暴力やハラスメントなどメンタルヘルス不調につながるような心理的負荷の高い、様々な心理社会的要因のリスクが発生しやすい環境である。例えば、夜間帯や自宅訪問時など、ケア提供者に利用者が暴力を受けたり、性的嫌がらせ、過剰なクレーム等の言葉の暴力を受けやすい。またそのような暴力・ハラスメントを受けたとしても「相手は高齢者だから」「認知症だから」と受け止めざるを得ない介護職者ならではのストレスも既

表1 介護保険法で給付の対象となる介護サービス

サービスの種類	具体的な介護サービス
①居宅サービス (訪問系)	訪問介護 通所介護 短期入所生活介護（ショートステイ）など
②地域密着型サービス (通所系)	地域密着型通所介護 認知症対応型共同生活介護など
③介護保険施設 (施設・居住系)	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設など

存の研究では指摘されている⁸⁻¹⁰⁾。

これらの安全・健康リスクは、訪問系と施設・居住系における介護サービスとは異なる。訪問系では介護職者は利用者の自宅を訪問し、利用者の家の中で介護サービスを提供するため、労働環境が一律ではない。施設・居住系と異なり、手すりやスロープ、広い通路や介護するためのスペースが確保されていない場合もあり、作業姿勢や物理的作業環境の違いから筋骨格系障害のリスクがより高まる。また、訪問系では緊急時の対応なども一人で判断せざるを得ない状況も想定され、心的負荷が心理的ストレスを増大させる可能性がある。また、利用者宅への移動の際の道路での交通事故も訪問系ならではの安全・健康リスクのひとつである⁷⁾。

介護職者は、ヒューマンケアワークを共通の特徴として、多様な労働環境の中で、複合的な要因によって健康障害のリスクにさらされていることも特徴のひとつといえる。例えば、介護職者の深刻な職業性疾病の一つである腰痛を例にとりあげてみる。介護職者における腰痛は、移乗・移動介護の際の腰部への物理的な負担（重量物の持ち上げ）、利用者の体格に合わせて不自然な動作での介護になるなど動作的要因に加えて、限られたスペース、滑りやすい床、不十分な照明など不良作業姿勢が生じやすい物理的環境、人員不足

や一人作業によるSOSが出せないなど相互支援を含めた環境要因、そしてこれらの要因に年齢や性別、筋力、体格などの個人的要因が複合的に絡み合って発生する¹¹⁾。そのため、筋骨格系健康障害リスク以外の要因、生物学的健康障害リスクや、心理社会的要因によるストレスについても、一要因に対する一対策ではなく、包括的視点からの安全、健康に働き続けることのできる職場づくりに力点をおいた対応が求められる。

3. 介護・福祉職場におけるストレス一次予防対策事例

ストレス一次予防策では、上司教育、セルフケア、職場環境改善の3つのアプローチがある¹²⁾。ここでは、介護・福祉職場で行われた職場環境改善に注目したストレス一次予防対策事例を紹介する。前述したように、介護職場はサービス提供形態にあわせて仕事の特徴や労働環境が異なり、健康・安全リスクが異なる。また、多くの場合が交代勤務を行っているため、一堂に会した講義形式の集合研修の設定が難しい。さらに、介護職場が多職種でチームを組みながら利用者の介護にあたっているという特徴も加味すると、ストレス一次予防対策の中で相互支援やチーム力の強化の効果が期待できる参加型職場環境改善の手法^{13,14)}について検討したい。

介護職場での職員参加型職場環境改善の手順

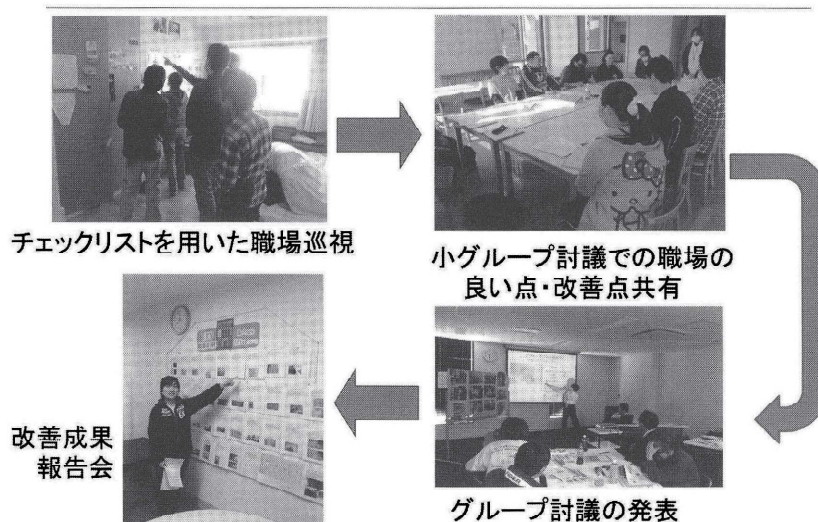
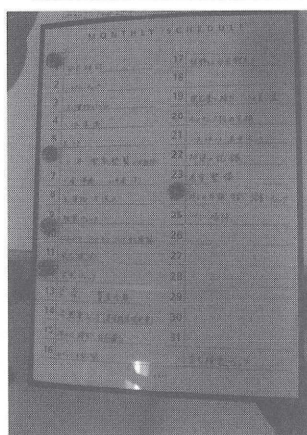
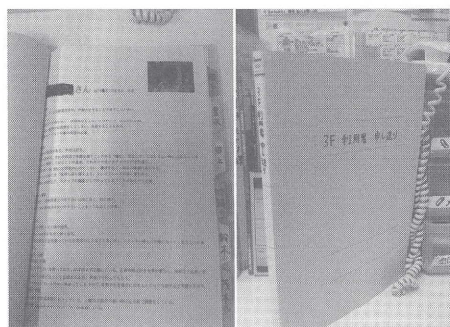


図1 職場環境改善の進め方

安全で健康に働きやすくするための良好事例



スケジュールボード
の活用で見える化



利用者申し送りノートで情報共有

図2 参加型職場環境改善によって取り組まれた改善事例

参加型職場環境改善では、職場で働く労働者が小集団での検討を行い、アクションチェックリストといった対策志向型のツールを用いて自分たちが働く職場の良い点と改善すべき点を振り返りながら、すぐに取り組める低コスト改善に自分たち自身で取り組む。実際に約50人の介護職が働く知的障害者施設での参加型職場環境改善の取り組みを図に示しているが、アクションチェックリストを用いながら皆で職場を巡視して、実際に働きやすい職場づくりのための工夫点や、安全で健康に働くための改善すべき箇所を皆で検討していった(図1)。小集団で話し合った結果は全体で共有され、およそ3か月程度の期間で実際に職場環境改善に取り組み、改善した職場環境改善の結果は改善発表会などで職場全体に共有される(図2)。特に介護職場では、利用者の利便性や安全性、自立を高める環境改善(例:掃除用具をわかりやすいフックにかけて利用者自身が掃除に取り組む。掃除用具の片づけを実施できるようにする改善事例)が多く取り組まれていた。介護職者と利用者とは職場環境、ケア環境を共有する介護職場ならではの職場環境改善の傾向であると考えられる。これらの職場環境改善に取り組むことで、介護職者の働きやすさが改善されるだけでなく、利用者の快適性や利便性が向上する二重の効果が期待できる。安全・安心で質の高い介護サービスの提供を実

現するためには、介護現場で働く介護職者が、いきいきと働き続けることのできる職場環境づくりを支援することが重要であり、これらの視点に立った対策が進むことが期待される。

4. おわりに

2019年12月に中国武漢で発生したCOVID-19は瞬く間に世界中に広がり、日本の介護サービス業も大きな影響を受けている。2020年3月11日に世界保健機関はCOVID-19の世界的な感染拡大について「パンデミック」を宣言し¹⁵⁾、世界の主要国/都市では都市封鎖や出入国制限が実施され、経済への影響も深刻である。日本でも2020年4月8日に政府から緊急事態宣言が出され、5月下旬に同宣言は解除された¹⁶⁾が、大流行の懸念は残り、国民に不安が広がっている。厚生労働省は、様々な事業形態に合わせたCOVID-19予防策を公開し、介護事業所等においても施設内の感染拡大、職員確保等の様々な対策が講じられていたが¹⁷⁾、この間、全国的に高齢者通所施設、高齢者福祉施設、児童福祉施設、障害者福祉施設など様々な介護・福祉施設においてクラスターが発生した¹⁸⁾。介護・福祉施設で働く介護職者は、施設利用者の生活援助(食事や排泄介助等)や介護を通して接触機会が多く、今回のCOVID-19では感染予防策を講じていたとして

も、ひとたび感染がおこると瞬間に拡大してしまうリスクが高いことが改めて認識された。同時に、介護職者に対する差別なども深刻な問題となった¹⁹⁾。未知なるウイルスへの不安、誤解、偏見など心理社会的ストレスにされされながら²⁰⁾、使命感を支えに職務に取り組む働き方が浮き彫りとなり、エッセンシャルワーカーとしての介護職者の重要性が改めて認識された。COVID-19を教訓として、介護職者のストレス対策の中に感染症対策をも包括した安心・安全な働き方の改善事例が積みあがっていると思われ、良好事例の報告と共有される場面の設定が期待される。

引用文献

- 1) 内閣府：令和元年版高齢社会白書（全体版）。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html>.
- 2) 厚生労働省：総合的な介護人材確保対策（主な取り組み）。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/0000207321.pdf>.
- 3) 公益財団法人介護労働安定センター：平成30年度介護労働実態調査 事業所調査「事業所における介護労働実態調査結果報告書」。[2020年6月16日閲覧]；Available from: http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2019_chousa_jigyousho_chousahyou.pdf.
- 4) 公益財団法人介護労働安定センター：平成30年度介護労働実態調査 労働者調査「介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」。[2020年6月16日閲覧]；Available from: http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2019_chousa_roudousha_chousahyou.pdf.
- 5) 厚生労働省：令和元年版過労死等防止対策白書（全体版）。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/19/dl/19-1.pdf>.
- 6) 厚生労働省：平成30年版過労死等防止対策白書（全体版）。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/18/dl/18-1.pdf>.
- 7) 酒井一博。ヒューマンケアサービスにおける安全・健康課題と対策の実際 介護。In: 小木和孝（編）。産業安全保健ハンドブック。川崎：労働科学研究所；1026-7.
- 8) 関本睦。訪問介護員に対するケア・ハラスメントの実態。四国大学紀要。A（人文・社会科学編）。2019；52：17-30.
- 9) 吉田輝美。介護労働者の労働環境支援についての一考察 施設ケアハラスメントの現状を踏まえて。仙台白百合女子大学紀要。2009；13：91-106.
- 10) 古市孝義。介護現場におけるハラスメントの整理 関連領域を含む先行研究レビュー。人間関係学研究。2019；20：81-8.
- 11) 吉川悦子。【介護労働と腰痛予防】人間工学チェックポイントと介護職場における参加型職場環境改善。労働の科学。2013；68：398-401.
- 12) 川上憲人。島津明人。土屋政雄。堤明純。産業ストレスの第一次予防対策 科学的根拠の現状とその応用。産業医レビュー。2008；20：175-96.
- 13) 吉川悦子。参加型アプローチを用いた職場環境改善が職場・労働者にもたらすアウトカムに関する記述的研究。労働科学。2013；89：40-55.
- 14) 吉川徹。吉川悦子。土屋政雄。小林由佳。島津明人。堤明純。川上憲人。【これからの職場のメンタルヘルスの第一次予防】科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン 職場のメンタルヘルスのための職場環境改善の評価と改善に関するガイドライン。産業ストレス研究。2013；20：135-45.
- 15) World Health Organization：Coronavirus disease（COVID-19）pandemic。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 16) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症について。[2020年6月16日閲覧]；Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html
- 17) 厚生労働省：医療機関・福祉施設でのクラスターの発生状況について。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000619809.pdf>
- 18) 厚生労働省：介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について。[2020年6月16日閲覧]；Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html
- 19) 法務省：新型コロナウイルス感染症に関連して - 不当な差別や偏見をなくしましょう -。[2020年6月16日閲覧]；Available from: http://www.moj.go.jp/JINKEN/jinken02_00022.html
- 20) 日本赤十字社：新型コロナウイルスの3つの顔を知ろう！～負のスパイラルを断ち切るために～。[2020年6月16日閲覧]；Available from: <http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/pdf/211841aef10ec4c3614a0f659d2f1e2037c5268c.pdf>

（受付 2020年4月17日，受理 2020年6月15日）

Stress and primary prevention for mental health in care services work

Etsuko YOSHIKAWA¹⁾, Toyoki NAKAO²⁾, Toru YOSHIKAWA³⁾

¹⁾ *Japanese Red Cross Collage of Nursing, Tokyo, Japan*

²⁾ *Tokyo Occupational Safety and Health Center, Tokyo, Japan*

³⁾ *National Institute of Occupational Safety and Health, Japan, Kawasaki, Japan.*

Abstract The Japanese society has been discussing the challenge on a declining birth rate and aging population. The shortage of care workers is still growing. Thus, ensuring safety and healthy workplace for care workers is essential, especially when promoting stress at work. Care workers are confronted with various work-related risks in different work settings, such as nursing home, a client's house, or day-care facilities. The wide-ranging impacts of their work on their health and safety need to be addressed by facilitating the implementation of multifaceted measures. Improving the workplace environment is an effective method for the primary prevention of mental health based on proven scientific evidence. This paper enhanced the characteristics of stress according to the type of care work and discussed effective stress measures for care workers.

Job Stress Res., 27 (3), 327-332 (2020)