

研究事業) 「地域特性に応じた地域・職域連携推進事業の効果的な展開のための研究」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000962559.pdf>

表1 参加自治体と協力者概要

		FGI1回目					FGI2回目				
自治体名		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
区分	政令市		政令市	中核市	中核市	政令市	中核市	保健所 (二次医療圏)	中核市	保健所 (二次医療圏)	市
	人数	1	2	1	1	1	1	1	2	3	2
	(部署)	健康増進課	健康増進課	健康づくり課	健康政策課	健康増進課	保健政策課	地域保健課	健康増進課	健康障害課 (健康増進グループ)	健康企画課
	協力者 (職種)	保健師	保健師	保健師	保健師	保健師	管理栄養士	保健師	保健師	課長/保健師 /健康増進 チーム	事務職 /保健師

表2 自治体が実施している職域への支援内容

カテゴリ	サブカテゴリ
地域・職域連携推進の体制づくり	連携方針を決定するための協議会の設立（職域とのパイプを持つ部署や機関を組み入れる）
	管内の保健所、市区町村、保険者、商工会議所、支援候補企業、医師会等によるネットワークを構築
	支援候補企業や支援希望企業の登録システムの構築
	地域の健康増進計画に「働く世代」を対象とした保健事業を含める
	企業向けの保健事業の具体策について企画立案・実施する作業部会を設置し、担当者レベルで顔の見える関係を作る
管内企業の実態把握	管内企業全社を対象に、健康づくりへの取組みに関するアンケート調査を企画・実施
	ネットワーク登録企業を対象としたアンケートやヒアリングにて企業の健康課題やニーズ調査
事業主に対する自治体からの健康支援の啓発	商工会議所等と連携した「健康経営セミナー」の開催
	協会けんぽと連携した「健康経営」セミナーを開催
	中小企業の経営者が集まる研修会等に自治体の保健専門職が出向き、健康経営や健康出前講座に関する相談ブースを設置
	自治体独自の「健康経営」推進事業を構築（健康経営優良企業の認定、優良法人申請支援、健康づくり費用補助）
自治体から企業の従業員への保健サービス提供	自治体の保健職が事前に企業を訪問し、健康課題をアセスメント
	企業のニーズに合わせた保健サービスの提案と企画
	サービスの内容に合わせて講師（保健師、栄養士、歯科衛生士、運動療法士、pswなど）や教育ツールを準備
	健康教育プログラムの開発（住民対象の健康講座メニューに、働く世代向けのテーマを追加）
	健康出前講座の実施（単発、または一定期間継続的）
	体組成測定、骨密度測定、血管年齢測定、肺年齢測定などの実体験を伴う健康チェックツールを用いた出前講座の実施
	修了後の事業評価（社内の健康推進担当者や参加者の満足度など）
「働く人」向けの健康情報を広く	自治体のホームページに 定期的に働く世代むけの健康情報を掲載
	健康チラシ、リーフレットの作成（働く世代に特化したもの、または包含したもの）
労働者も対象とした健康ソールの	健康アプリの開発（ウォーキングの距離に応じた地域の店舗利用ポイント付与など）
PDCAを回して事業を継続する	保健サービスを提供した成果評価を次年度の企画につなげる
	保健所、市区町村との情報共有、役割分担を明確にする
	事業評価について、地域・職域連携推進協議会で審議し、長期的な計画を立案

表3. 自治体が企業に提供しているメンタルヘルス関連の教育介入・サービス

テーマ	レベル	企画担当	講師担当
アルコール依存症の 予防・適正飲酒	実施済み	保健所・健康増進課 (保健師)	保健所・精神保健課/精神保 健福祉センター (PSWまたは精神科医師)
自殺予防 (ゲートキーパー養成)	実施済み	保健師	医師・臨床心理士
リラクゼーション	実施済み	保健師	民間の講師(ヨガなどに 委託)
コミュニケーションの 改善	未実施(ニーズは認識)	保健師	臨床心理士
社内のストレス対策	未実施(ニーズは認識)		
ストレスチェック制度の 事後措置	未実施(ニーズは認識)		
うつ病の社員・休職者 への対応	事例対応	医療機関(精神科)にオフア―	
統合失調症疑いの社員 への対応	事例対応	医療機関(精神科)にオフア―	

表4 自治体担当者による評価(実現可能性に向けた課題)

カテゴリ	コード
事業所の特性から必要なメンタルヘルス課題を聴きだすスキルの獲得	事前訪問で分散事業所、従業員に薬剤師・管理栄養士が多いこと等を尋ねる目的が最初は分かりにくかった。
	産業医、衛生管理者、事業場における担当者の位置づけ、経営者との関係性などが健康講座の実施や自主的・継続的な取り組み提案に向けて重要であることが認識できた。
	事業場の担当者に講座内容を選択させるのではなく、メンタルヘルス不調で休職した具体的な事例を聴きだしながら、講座内容や継続的な取り組みを提案する話の持っていく方が参考になった。
自治体の側 の課題 講座内容を提案するベースとなる知識不足	「ラインケア」として、受講者本人ではなく管理職として部下のメンタルヘルス支援を行う対策をテーマにすること自体が、行政保健における健康講座と違って新鮮であった。
	自殺予防や飲酒教育は、自治体の他部署(精神保健福祉センター)が担っており、メンタルヘルスをテーマとした健康講座の実施に必要な知識が地区担当者には十分でない。
	ストレスチェック制度に関する知識(10人未満の部署単位での集団分析結果は提示されない、通常の健診とは異なる専用の実施担当者が必要等)は、産業保健的な内容で、地域保健事業の中で学ぶ機会ほとんどない。
	自主的なメンタルヘルス対策として複数の提案をしていたが、これができるためには自治体の担当者に多くの引き出しが必要である。
データベースにおける職場のメンタルヘルス関連の教材不足	健康講座の教材は、過去に実施したデータベースを利用するが、職場のメンタルヘルスに関する蓄積は乏しい。
	今回の講座用に作成された教材を提供されたとしても、地区担当の保健専門職が直ちにそれを理解して講師をできるかという難しい部分がある。
	今回、紹介された「心の耳」や「研究プロジェクトで開発された小規模事業場向けの健康講座ツール」を参考に、まず自治体の保健専門職が学修して教材を準備することが必要。
メンタルヘルスに関する講座希望は少ない	運動体験などリフレッシュになる講座やヘルシーな食事など労働者の誰もが身近に感じる内容の講座に人気があり、疾病の勉強的な講座への希望は少ない。
事業場の側 の課題 労働者が参加しやすい条件と自治体が提供できる設定のギャップ	昼休みの30分や就業時間外(週末や夕方)など、短時間で、かつ自治体の担当者にとっても就業時間外での実施希望が多い。
	提示された時間内で、成果のあがる講座内容を構築するのは困難である。
	事業場の特性からあがってきた健康課題というより、健康経営優良法人認定に必要な項目という理由による講座実施希望が多い。
担当者の権限と役割が限定されている	今回の健康講座の事業場担当者は、会社の方針を理解して社長にも講座参加を促していたが、このような担当者ばかりではない。
	市の健康講座利用を申請するように指示されたから相談に来た、会社の健康経営方針に関する情報を持たない担当者の場合、客観的な指標を含むこの事前訪問調査票を用いたヒアリングは難しいと感じる。

表5 参加企業担当者による評価(健康講座実施に対する成果評価、今後の自主的・継続的取り組みへの示唆)

カテゴリー		コード
講 座 利 用 の メ	自治体における健康講座利用の有効性	メンタルヘルス教育講座は、多くの民間企業が提供しており費用や内容もまちまちで違いが分からない。
		自治体が提供する講座なら、内容の質も担保されており費用がかからないと考えて相談した。結果的に満足 of いく内容であった。
講 座 の 内 容 、 実 施 方 法 に 対 す る 評 価	自治体における健康講座利用の有効性	市が開催する健康経営セミナーに参加することでメンタルヘルス以外の健康講座の利用や健康経営優良認定申請ができた他、A市のウェルネス登録企業ネットワークにも入るきっかけとなり、非常によかった。
		職場のメンタルヘルスに関する基礎知識があるわけではないので、具体的に提案してもらった内容で満足している。
		平日の時間外(19～20時)と希望した時間帯にオンラインで実施できたため、店長と役員が全員参加可能となり、大変ありがたかった。
		直ちにメンタルヘルスへの成果が出たわけではないが、会社が従業員のメンタルヘルス支援を重要視しているというメッセージを出せた。
		グループワークで、実際にありそうな事例について具体的に考えることができ、店長間に「業務上、起こりうること」という意識が高まった。
		昨年度に休職したメンタルヘルス不調者はすべて復職した。今年度、新たに休職入りしたメンタルヘルス不調者はいない。
		健康講座実施後に行われた店舗間異動の人事について、後に人間関係の問題によるメンタルヘルス不調者への配慮だったことを知った。過去と比較して、店長の気づきと対策が迅速であった。
		講座実施後に、初めてストレスチェックを実施したが、各店舗の店長は講座で聴いていたことから実施への理解や部下への指示がスムーズであり、回答率は100%であった。
		昨年度に健康経営優良法人に認定されたため、今年度はブライト500を目指している。本講座の活用やストレスチェック制度の導入により、基準を満たす項目数を申請することができた。
		ストレスチェックの結果は、実施した医療機関から労働者個々にフィードバックされた他、前者の集団分析結果を社長が把握している。担当者は詳細を知らないが、大きな問題はなかったと聞いている。
今 後 の メ ン タ ル ヘ ル ス 対 策	今後のメンタルヘルス対策の推進方法への手がかりが得られた	ストレスチェック制度を実施して、新しい特別な結果が得られたわけでも何か社内に大きな変革が起きたわけではない。年次比較や社員・管理職に対する会社の姿勢を明確にするため、来年度も実施予定である。
		フォローアップのインタビュー調査依頼が来たことをきっかけに、社長と改めて定期的にメンタルヘルスに関する情報提供や事業実施を計画的に推進することを検討した。
		今回の健康講座で紹介された「心の耳」の動画を労働安全衛生週間内に視聴するよう呼びかけるなどの方策を考えている。

令和 2～4 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
総合研究報告書

小規模事業場に ICT メンタルヘルスツールを実装させるための実装戦略

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、メンタルヘルス対策が十分に浸透していないことが課題の 1 つとなっている。このため、令和 2 年度分担研究では、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に、小規模事業場や中小企業支援組織を対象に、質問票およびインタビュー調査を行った。その結果を踏まえ、自己学習型の ICT メンタルヘルスツールを、中小企業支援組織と連携しながら小規模企業に普及させることで、対策の具体的なイメージを持つ小規模企業の経営者・担当者を増やすことが重要であると考え、実装戦略を令和 3 年度分担研究において検討した。そして、令和 4 年度分担研究において、令和 4 年 9 月上旬に開設した研究班ホームページ上の 5 つの対策ツールへのアクセス件数やアクセス者への質問票調査等を通じて、実装戦略の評価を行った。

令和 2 年度に実施した質問票調査では、「具体的な取り組み方が分からない」「身近に相談できる専門家がない」「どこに相談してよいか分からない」ということが対策の困難点として多くあげられた。また、インタビュー調査からは支援組織と連携することで、小規模事業場に必要な支援を届けやすくなる可能性が示唆された。令和 4 年度に実施した実装戦略の評価からは、支援組織からの配信直後に一過性にアクセスが増加するものの、アクセス数に比べてツールのダウンロード件数が極めて少ないことが分かった。

小規模事業場・支援組織を対象とした質問票・インタビュー調査結果から、対策に関心のある事業場が自ら専門職のリソースにアクセスしていくことの困難さや、メンタルヘルス対策を導入していない小規模事業場の動機付け、および導入済みの事業場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。また、実装戦略の評価結果から、小規模事業場にとって身近な支援組織からの定期的な配信を継続すること、様々な支援機関と連携すること、およびホームページへのアクセスからツールのダウンロードに至るプロセスを改善することが、目的達成のためには重要であると考えられた。

A. 研究目的

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いておらず、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 割程度にとどまるなど、十分に普及が進んでいないこと

が課題となっている。

令和 2 年度分担研究では、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。

令和 2 年度研究結果も踏まえ、具体的な取り組み方が分からず、身近に相談できる専門職もいない小規模事業場に対して、科学的根拠の確立している自己学習型の ICT メンタルヘルスツールを小規模事業場に普及させることで、「組織として取り組むべきメンタルヘルス対策の具体的なイメージを持つ小規模事業場の経営者・人事総務担当者を増やしたい」と考えた。そこで、令和 3 年度分担研究では、実装科学のフレームワークを用いて、小規模事業場に ICT メンタルヘルスツールを実装するための実装戦略を検討した。

令和 3 年度に実装戦略を検討した結果、中小企業支援組織のアプローチを通じて、小規模事業場経営者・担当者らを研究班のホームページに誘導し、そこからツールを利用してもらうことを考えた。このため、令和 4 年度分担研究では、研究班のホームページへのアクセス件数やアクセス者への質問票調査を通じて、小規模事業場に ICT メンタルヘルスツールを普及するための実装戦略を評価することを目的とした。

B. 研究方法

令和 2 年 8～9 月に 864 社の中小事業場経営者・人事総務担当者を対象に、メンタルヘルス対策の実施状況・対策の困難点・今後求められる支援等に関する、無記名式の質問票調査を行った。また、同年 10 月に小規模事業場 6 社と中小企業支援団体 7 団体を対象に、メンタルヘル

ルス対策（支援）の実施状況・対策（支援）の困難点・今後求められる支援（支援にあたり国や他組織に望むこと）等に関するインタビュー調査を行った。

令和 3 年度分担研究において、「がん対策実践家のためのガイド」に沿って、Assess（事前に確認する）、Prepare（準備する）、Implement（実施する）、Evaluate（評価する）の各項目につき、実装戦略を検討した。このうち Implement においては、さらに「実装研究のための統合フレームワーク

（Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR）」に沿って、阻害因子と促進因子の整理、および計画策定を行った。

令和 4 年 9 月上旬に研究班のホームページを開設、「職場と健康に関する自己評価チェック」、「健康と生産性向上のトレーニング」、「こころのセルフメンテ」、「職場環境改善のためのアクションチェック」、「メンタルヘルス対応マニュアル」の 5 つの対策ツールをダウンロード、ないし概要版を閲覧できるようにした。また、同年 9～10 月にかけて、社会保険労務士会、東京商工会議所、全日本トラック協会など、計 44 の中小企業支援組織・個人に小規模事業場へのアナウンス等の協力依頼を行った。実装戦略の評価のため、ホームページ上のカウントやツール使用前後のアクセス者への質問票調査を通じて得られた以下の項目につき、単純集計を行った。

1. ホームページ・各ツールへのアクセス、アクセス者の属性 [Reach]
2. 伝達を行った支援組織の数 [Adoption]

3. 意図したとおりに伝達を行ったか、アクセスしたきっかけ **[Implementation]**
- 4 ツール使用により対策の具体的イメージが持てたか **[Effectiveness]**
5. ツールで学んだ内容を実際に活かせるうか **[Maintenance]**

C. 研究結果

1. 令和2年度分担研究

1) 質問票調査

質問票調査では51社から回答が得られた。多くの事業場で体制整備・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。

2) インタビュー調査

① 企業調査

小規模事業場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。

② 支援組織調査

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。

2. 令和3年度分担研究

「実装研究のための統合フレームワーク (Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR)」の枠組みに沿った検討からは、阻害要因としては「経営層の知識と関心の不足」が課題と考えられた。このような経営層に対して、日頃から身近な相談先となっている各種支援組織（例：商工会議所、社会保険労務士）からアプローチする方法が実装戦略として適していると考えられた。抽出された課題に対して、The Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) の実装戦略の体系からは、「ステークホルダーの訓練と教育に関する戦略」が推奨されることがわかった。

支援組織の訓練と教育においては、組織の活動レベル（①情報拡散機能、②情報伝達機能、③コンサルティング機能）に合わせた配信内容を研究班側で準備していくことが重要であると考えられた。

特に、支援組織がもつ媒体も様々であり、情報の受け手である小規模企業がアクセスしやすい媒体も業種等によって異なる。このため、研究班としても複数の媒体を想定した資料を準備しておく必要がある。

実装戦略では、支援組織のアプローチを通じて、小規模企業経営者・担当者らを研究班のホームページに誘導し、そこからツールを利用してもらうことを想定している。RE-AIM の枠組みに沿った評価の中で、Reach が最も重要な指標であると考えられた。

3. 令和 4 年度分担研究

1) Reach

小規模事業場担当者にとって身近な存在である支援組織を通じて対策ツールの情報配信をすることで、配信直後には一過性にホームページへのアクセス件数が増加することが確認できた。しかしながら、アクセス件数と比べて、実際に対策ツールをダウンロードした件数は極めて少なかった。

2) Adoption

48 の中小企業支援組織・個人に協力を依頼し、実際に 30 の組織・個人が小規模事業場に伝達を行ってくれた。メールマガジン、広報誌への掲載など、それぞれの伝達方法は様々であった。

3) Implementation

回答者がホームページを知ったきっかけとして、その他（40.0%）、社会保険労務士（19.5%）、業界団体（14.1%）、産業医（10.3%）の順であった。

4) Effectiveness

ツールのダウンロードから 1 カ月時点

でアンケートを配信、7 名からの回答が得られた。「ツール使用により対策の具体的なイメージが持てたか？」という問いに対して、全員が「思う」に回答していた。

5) Maintenance

「ツールで学んだ内容を実際に活かせるのか？」という問いに対して、7 名中 5 名が「思う」と回答していた。

D. 考察

1. 令和 2 年度分担研究

メンタルヘルス対策を導入していない小規模事業場の動機付け、および導入済みの事業場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事業場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。

2. 令和 3 年度分担研究

中小企業を支援する各種組織のエンゲージングを高めるための事前準備を行い、これらと連携して広く自己学習型のメンタルヘルス対策ツールを小規模事業場に提供するための実装戦略を、実装科学のフレームワークを用いて検討した。

CFIR の枠組みに沿った検討からは、阻

害要因としては「経営層の知識と関心の不足」が課題と考えられ、このような経営層に対して周辺組織からアプローチする方法が実装戦略として適していると考えられた。特に、「ステークホルダーの訓練と教育に関する戦略」が重要であり、支援組織の3つの異なる機能に合わせた配信内容を事務局側で準備していくことが重要であると考えられた。

3. 令和4年度分担研究

中小企業を支援する各種組織と連携して広く自己学習型のメンタルヘルス対策ツールを小規模事業場に提供するための実装戦略を、研究班のホームページへのアクセス件数やアクセス者への質問票調査を通じて評価した。

支援組織からの配信直後に一過性にアクセスが増加するものの、アクセス数に比べてツールのダウンロード件数が極めて少なかった。小規模事業場にとって身近な支援組織からの定期的な配信を継続すること、様々な支援機関と連携すること、およびホームページへのアクセスからツールのダウンロードに至るプロセスを改善することが、実装戦略の目的達成のためには重要であると考えられた。

E. 結論

小規模事業場・支援組織を対象とした質問票・インタビュー調査結果から、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。

科学的根拠の確立している自己学習型

のICTメンタルヘルスツールを支援組織と連携しながら小規模事業場に普及させることで、対策の具体的イメージを持つ小規模事業場の経営者・担当者を増やすことを目的に実装戦略を検討、研究班のホームページへのアクセス件数やアクセス者への質問票調査を通じてその評価を行った。小規模事業場にとって身近な支援組織からの定期的な配信を継続すること、様々な支援機関と連携すること、およびホームページへのアクセスからツールのダウンロードに至るプロセスを改善することが、実装戦略の目的達成のためには重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 学会発表

今井鉄平. 小規模事業場へのメンタルヘルス対策の浸透に関する阻害・促進因子と、実装の方法. 第30回日本産業ストレス学会、シンポジウム、東京、2022年12月

Ⅲ. 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.	3	ohp.2020-0020-OP.	2021
Tsutsumi A.	Work-Life Balance in the Current Japanese Context.	International Journal of Person Centered Medicine.	9(4)	57-64	2021
堤 明純.	【特集 精神科が近くにない地域における総合医のための精神科診療】 医師・医療者のメンタルヘルス.	月刊地域医学	35(5)	440-444	2021
堤 明純.	ストレスチェックの現状と今後の課題.	産業ストレス研究	28(4)	413-416	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.	日本公衛誌	68(5)	311-319	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
Hidaka Y, Imamura K, Watanabe K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Asai Y, Yoshikawa T,	Associations between work-related stressors and QALY in a general working population in Japan: a cross-sectional study.	Int Arch Occup Environ Health.	94(6)	1375-1383	2021

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yoshikawa E, Kawakami N.					
Eguchi H, Inoue A, Kachi Y, Tsutsumi A.	Association between adaptation of management philosophy and mission statement, and work engagement among Japanese workers: a 1-year prospective cohort study in a Japanese company.	J Occup Environ Med.	63(9)	e601-e604	2021
Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A.	Organizational justice and cognitive failures in Japanese employees: a cross-sectional study.	J Occup Environ Med.	63(10)	901-906	2021
Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, McLinton SS, Dollard MF, Tsutsumi A.	Reliability and validity of the Japanese version of the 12-item psychosocial safety climate scale (PSC-12J).	Int J Environ Res Public Health.	18(24)	12954	2021
Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A.	Role ambiguity as an amplifier of the association between job stressors and workers' psychological ill-being: evidence from an occupational survey in Japan.	J Occup Health.	63(1)	e12310	2021
江口尚, 井上彰臣.	小規模事業場におけるストレスチェック制度の実施を促進するうえでの課題.	産業医学ジャーナル	45(1)	4-8	2022
Tsuno K, Shimazu A, Osatuke K, Shimada K, Ando E, Inoue A, Kurioka S, Kawakami N.	Assessing workplace civility: validity and one-year test-retest reliability of a Japanese version of the CREW Civility Scale.	J Occup Health.	64(1)	e12332	2022

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Watanabe K, Inoue A, Eguchi H, Iwata N, Odagiri Y, Tsutsumi A.	Suggestions for new organizational-level item pools for the national Stress Check Program from management philosophy and mission statement: a qualitative study using unsupervised learning.	J Occup Health.	64(1)	e12335	2022
井上彰臣.	データの分析と活用のポイント.	産業保健と看護	14(4)	298-303	2022
Sasaki N, Inoue A, Asaoka H, Sekiya Y, Nishi D, Tsutsumi A, Imamura K.	The survey measure of psychological safety and its association with mental health and job performance: a validation study and cross-sectional analysis.	Int J Environ Res Public Health.	19(16)	9879	2022
Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, Shimomitsu T.	Victimization and witnessing of workplace bullying and physician-diagnosed physical and mental health and organizational outcomes: a cross-sectional study.	PLOS ONE.	17(10)	e0265863	2022
Inoue R, Hikichi H, Inoue A, Kachi Y, Eguchi H, Watanabe K, Arai Y, Iwata N, Tsutsumi A.	Workplace social support and reduced psychological distress: a 1-year occupational cohort study.	J Occup Environ Med.	64(11)	e700-e704	2022
Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A.	Low adaptation to management philosophy and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective study.	J Occup Environ Med.	64(12)	1007-1012	2022

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Watanabe K, Imamura K, Eguchi H, Hidaka Y, Komase Y, Sakuraya A, Inoue A, Kobayashi Y, Sasaki N, Tsuno K, Ando E, Arima H, Asaoka H, Hino A, Iida M, Iwanaga M, Inoue R, Otsuka Y, Shimazu A, Kawakami N, Tsutsumi A.	Usage of the Brief Job Stress Questionnaire: a systematic review of a comprehensive job stress questionnaire in Japan from 2003 to 2021.	Int J Environ Res Public Health.	20(3)	1814	2023
Sakuraya A, Iida M, Imamura K, Ando E, Arima H, Asaoka H, Eguchi H, Hidaka Y, Hino A, Inoue A, Inoue R, Iwanaga M, Kobayashi Y, Komase Y, Otsuka Y, Sasaki N, Shimazu A, Tsuno K, Watanabe K, Kawakami N, Tsutsumi A.	A proposed definition of participatory organizational interventions.	J Occup Health	65(1)	e12386	2023
渡井いずみ.	小規模事業場へのメンタルヘルス支援	産業ストレス	29(4)	357-364	2022

IV. 研究成果の刊行物・別刷

WORK–LIFE BALANCE IN THE CURRENT JAPANESE CONTEXT

Akizumi Tsutsumi, MD^a

ABSTRACT

Background: Work style reform in Japan is under way in response to a predicted shortfall in the workforce owing to the country's low birth rate and high longevity, health problems due to excessive working hours, and the need for diversification of employment. A legal limit for physicians' overtime work will be introduced in 2024.

Objectives: This study examines the work–life balance among Japan's doctors in the context of ongoing work style reform.

Methodology: The study applied included selective reviews of demographic shifts, legislation against long working hours, and trends in doctors' participation in the labor force.

Results: Japan's doctors work long hours, which creates a conflict between their working and private lives. The proportion of female doctors in Japan is the lowest among the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. Employment trends among women doctors by age group show an M-curve: many quit their jobs upon marriage or childbirth. Gender role stereotyping has led male Japanese doctors to devote themselves entirely to their professions and working excessively long hours: they leave all family work to their female partners. This stereotyping obliges female doctors to undertake household chores in addition to their career tasks, which makes it difficult for them to re-enter their careers. Because of the harsh working conditions (including long working hours), there has been a decline in newly graduated doctors in some medical specialties.

Conclusions: For sustainable, effective health care in Japan, it is necessary to improve the work conditions for Japan's doctors towards achieving work–life harmony.

Keywords: burnout, gender role stereotyping, *karoshi*, long working hours, work-related mental disorders

Correspondence address: Professor Akizumi Tsutsumi, Department of Public

a Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine

Health, Kitasato University School of Medicine, 1-15-1 Kitasato, Minami, Sagamihara, Kanagawa 272-0374, Japan

E-mail: akizumi@kitasato-u.ac.jp

INTRODUCTION

Work-life balance is defined as “the lack of opposition between work and other life roles. It is the state of equilibrium in which demands of personal life, professional life, and family life are equal. . . . Areas of life other than work-life can include personal interests, family and social or leisure activities” [1]. The definition of work-life balance in Japan is the same as elsewhere in the world. However, the term has recently received attention in Japan in the context of work style reform.

OBJECTIVES

In this paper, I describe the current situation regarding the work-life balance among Japan's doctors. The main areas of my focus are long working hours and work-life balance. I cover the following areas: (1) Japanese work style reform, its background, and regulations on working hours; (2) the situation for Japanese doctors with respect to their long working hours and work-life balance from the perspectives of gender and age. I begin with the situation for Japan's general working population before considering doctors.

METHODOLOGY

This study conducted selective reviews about the recent demographic shift in Japan and amendments to work-related legislation there. Using relevant articles and official statistics, it considers trends in doctors' participation in the workforce.

RESULTS

Japanese Work Style Reform

Work style reform in Japan has been under way in response to such factors as the demographic shift in its working population, the country's long working hours, and the need for diversification in types of employment. In the 10 years from 2015 to 2025, Japan's population will have decreased by 4.6 million. The number of people aged 65 years or older will have increased by 2.9 million; the productive

age population will have decreased by 5.6 million. Japan's low birth rate and high longevity will lead to a shortfall in the country's workforce. The social insurance system in Japan depends on the transfer of money from the working to the retired generation; thus, its demographics have considerable influence on medical service delivery systems [2].

Overall, the actual working hours of Japanese workers are declining. However, those figures include part-time workers, who account for 30% of the total workforce. General Japanese workers work longer hours than their counterparts in the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries. In 2008–2018, 11.6%–15.0% of general Japanese workers worked 60 or more hours per week [3]. Working long hours is conspicuous among middle-aged men. That characteristic is (at least partly) attributable to gender role stereotyping and the current employment structure in Japan (detailed below). Treatment discrimination between regular and precarious employees is another motivation for work style reform. The dual structure of regular employees and lower-paid precarious employees has evidently led to a health disparity among Japanese workers; the precarious group includes many women [4]. To maintain an effective workforce in Japan, it is clearly necessary to remove all employment barriers for older and female workers.

Figure 1 presents the details of claims submitted for worker compensation and the decisions on cases for work-related mental disorders and suicide in Japan from 1999 to 2018. In 2018, 1,820 claims were submitted requesting compensation for work-related mental disorders; of those, 465 claims for mental disorders were

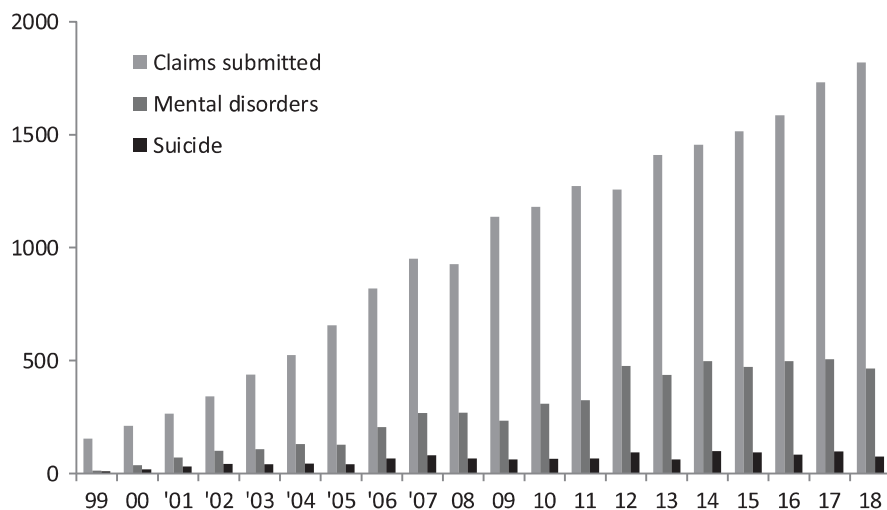


Figure 1. Claims submitted requesting worker compensation and the decided cases for work-related mental disorders and suicide in Japan

approved for compensation as were 76 suicide cases. The number of claims for mental disorders increased over 10-fold over that two-decade period. Long working hours and overwork are believed to underlie that phenomenon. It is notable that five claims from exempt employees were approved for worker compensation for work-related mental disorders.

In tackling health problems due to long working hours, Japan's government has introduced several measures. In 2006, the government amended the Industrial Safety and Health Law, and it introduced the system of an interview by a doctor for overworked workers. A law addressing preventive measures for *karoshi* (death due to overwork) was promulgated in 2014 [5].

In 2018, Japan's government produced a set of measures to promote work style reform. They included an amendment of the Labor Standard Act. Since April 2019, various restrictions have been imposed on the upper limit of overtime hours: the maximum number of overtime hours during normal periods is 45 hours a month and 360 hours a year. The upper limit on working hours during busy periods may increase to 100 hours a month for a total of 6 months in 1 year. In this way, it is possible to work overtime for up to 720 hours a year.

Situation for Doctors

The regulation to restrict long working hours will become effective in Japan in 2024 in occupations where immediately introducing the regulation might be difficult. Medical doctors fall into that category. For doctors in general, the total number of overtime hours has been set at 960 hours a year and up to 100 hours a month. To sustain crucial medical services to the local community or secure sufficient time for basic residency training and training in specialized knowledge and skills, the regulation permits an extension of up to 1,860 hours a year and 100 hours a month.

Over 40% of Japan's hospital doctors work 60 or more hours a week [6]. The proportion of long working hours among doctors is much higher than among general workers [3]. The working hours of Japan's doctors are also some of the longest internationally [6, 7]. There are several reasons for this situation, including a shortage of doctors, uneven distribution of doctors among regions and specialties, and a lack of task sharing [8, 9].

Because of their heavy workload, doctors in Japan have to choose between their careers and their personal lives. As a result, male doctors tend to devote themselves to medical practice regardless of the impact on their families. However, this also has had the effect of stymying the advance of female doctors in their careers. Traditional gender role stereotyping with the male breadwinner model in

Japanese society may have exacerbated the overall situation. Household chores and care giving are considered women's work. Many female doctors quit work temporarily upon marriage or childbirth, which results in an M-shaped curve in their workforce participation rate by age group [10]. The proportion of women doctors in Japan is the lowest among OECD countries.

Unequal distribution of doctors among medical specialties reflects the preferences of young doctors. For example, over the past 20 years, the number of surgeons and obstetricians or gynecologists has remained almost unchanged or slightly decreased despite the overall increase in the number of physicians [11]. The number of newly graduated obstetricians and gynecologists has continued to decline [12]. Growing numbers of physicians have withdrawn from pediatrics; younger pediatricians appear to leave the specialty earlier than older ones [13]. Some authors have argued that the observed trends reflect harsh working conditions and job dissatisfaction [12, 13]. According to a survey of the Japan Surgical Society, the reasons for the decrease in the number of surgeons include severe working conditions: long working hours (72%), excessive overtime (72%), higher risk of medical accidents (68%), higher risk of lawsuits (67%), and low wages (67%) [14].

DISCUSSION

The demographic population shift, long working hours, and need to respond to diversification of employment have driven Japan's work style reform. Among those factors, the demographic population shift (low birth rate and high longevity) is a concern for medical professionals. Japan's older population aged 65 or over will be 36 million by 2020 [15]. Medical professions will have to treat a society with a high mortality rate using a lean workforce.

One important measure in promoting work style reform is provisions that cap legal overtime. Long working hours, which erode a doctor's time for personal or family life, are a major risk factor for burnout [16]. There is also the known health risk of overwork (*karoshi*) [17] and the issue of patient safety [8]. The bills related to work style reform put a limit on overtime work; however, the upper limit for some doctors is greatly above the "line of *karoshi*" (where worker compensation for work-related medical disorders is approved: over 80 hours of overtime a month).

Several studies have shown that the work-life balance is important for doctors' health. A poor work-life balance is associated with mental illness, including burnout or fatigue, among physicians [18, 19]. However, ensuring a good work-life balance is also key to sustaining Japan's medical community. Gender role

stereotyping means it is difficult for many female doctors to demonstrate their professional ability. Female doctors leaving work – even temporally – further reduces an insufficient workforce and also obliges male doctors to fill the void created by their female colleagues. The shortage of doctors in some departments is a serious concern: there is a grave risk of hospitals becoming overwhelmed by demand. Unless there is improvement in the current harsh working conditions for doctors in Japan, it is to be expected that young people will avoid entering medicine. In addition to the specialties mentioned in the previous section, it will be necessary to effect marked improvements in working conditions to retain a viable medical workforce.

CONCLUSIONS

Work style reform in Japan has been undertaken in response to a predicted shortfall in the country's workforce owing to low birth rate and high longevity, health problems resulting from long working hours, and the need to create diversification of employment. Gender role stereotyping in Japan has led to excessively long working hours and the need to make family life sacrifices – mainly among male doctors. It has also produced career breaks among female doctors. Evidently, the harsh working conditions for doctors deter young people from entering the profession. For the sustainable provision of effective health care in Japan, it is imperative to improve working conditions for doctors so that they can achieve harmony in their working and private lives.

ACKNOWLEDGMENTS AND DISCLOSURES

This work was supported by a Work-related Diseases Clinical Research Grant 2017 (170401-02) and 2020 (200401-01), the Health, Labour and Welfare Sciences Research Grants (H30-meneki-ippan-001) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. A summary of this article was presented on November 2, 2019 at the 7th International Congress of Person-Centered Medicine – Promotion of Well-being: Challenges and Solutions. I thank Edanz Group (<https://en-author-services.edanzgroup.com/ac>) for editing a draft of this manuscript.

The author reports no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Wikipedia. [July 27, 2020]. Work–Life Balance. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Work%E2%80%93life_balance

2. Matsuda S. 2019. Health Policy in Japan: Current Situation and Future Challenges. *JMA Journal* 2 (1): 1–10.
3. Ministry of Health Labour and Welfare. 2020. 2019 White Paper on Prevention of Overwork Death Prevention Measures.
4. Tsutsumi A. 2021. Japan's Miracle Decades: Harmony, Hard Work, and Health. In *Health in Japan: Social Epidemiology of Japan since the 1964 Tokyo Olympics*. Brunner E, Cable N, Iso H (Eds). Oxford University Press, Oxford, UK. pp.85-100.
5. Tsutsumi A. 2016. Work Stress and Health: The Case of Japan. In *Work Stress and Health in a Globalized Economy Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*. Siegrist J, Wahrendorf M (Eds). Springer, Cham. pp.173-188.
6. The Japanese Medical Science Federation Work Environment Exploratory Committee. 2018. [Recommendation] Workstyle Reform in Japanese Doctors Based on Scientific Evidence: For “Provision of High-Quality and Safety Medical Care” and “Securing Health for Hospital Doctors.”
7. Simoens S, Hurst J. 2006. The Supply of Physician Services in OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 21. OECD Publishing, Paris.
8. Ehara A. 2008. Are Long Physician Working Hours Harmful to Patient Safety? *Pediatrics International* 50 (2): 175–178.
9. Kirino T. 2018. Shortage or Surplus of Doctors: The Number of Physicians and the Origins of Health Care Disparity. University of Tokyo Press, Tokyo.
10. Kaneto C, Toyokawa S, Inoue K, Kobayashi Y. 2009. Gender Difference in Physician Workforce Participation in Japan. *Health Policy* 89 (1): 115–123.
11. Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare. [cited 2020 13 July]. Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists 2018. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html> (In Japanese).
12. Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Koike S, Taketani Y, Imamura T. 2009. The Dynamics of Obstetricians and Gynecologists in Japan: A Retrospective Cohort Model Using the Nationwide Survey of Physicians Data. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 35 (4): 761–766.
13. Ide H, Yasunaga H, Koike S, Kodama T, Igarashi T, Imamura T. 2009. Shortage of Pediatricians in Japan: A Longitudinal Analysis Using Physicians' Survey Data. *Pediatrics International* 51 (5): 645–649.
14. Mori M, Baba H. [cited 2020 July 13]. Agenda and Necessary Counter Measurements Related Work Style Reform of Surgeon. Material for Investigative Commission on Work Style Reform of Doctors 2018. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349216.pdf>

15. Ministry of Internal Affairs and Communications Statistics Bureau of Japan. [cited 2020 Jul 29]. Elderly Population. Available from: <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html>
16. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D et al. 2009. Burnout and Career Satisfaction among American Surgeons. *Annals of Surgery* 250 (3): 463–471.
17. Descatha A, Sembajwe G, Pega F, Ujita Y, Baer M, Boccuni F et al. 2020. The Effect of Exposure to Long Working Hours on Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-Related Burden of Disease and Injury. *Environment International* 142: 105746.
18. Gander P, Briar C, Garden A, Purnell H, Woodward A. 2010. A Gender-Based Analysis of Work Patterns, Fatigue, and Work/Life Balance among Physicians in Postgraduate Training. *Academic Medicine* 85 (9): 1526–1536.
19. Oskrochi Y, Maruthappu M, Henriksson M, Davies AH, Shalhoub J. 2016. Beyond the Body: A Systematic Review of the Nonphysical Effects of a Surgical Career. *Surgery* 159 (2): 650–664.

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 lost 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. Inamura 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>

医師・医療者のメンタルヘルス

北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

POINT

- ① 医師・医療者のメンタルヘルスのセルフケアの第一歩として、医師、医療者は、自身も精神障害に罹患しうることを、しかも、そのリスクは決して低くはないという認識を持つ
- ② 医師・医療者のメンタルヘルス不調は医療事故と関連性があり、自身の健康問題のみならず、医療の受益者である患者のアウトカムにも影響する。良好なコンディションで診療することを、プロフェッショナリズムの一環と捉える
- ③ 医療者のメンタルヘルスを悪化させる環境要因と医療者自身の特性(完璧主義)を知っておく
- ④ 自身のストレス反応をモニターし、必要に応じて休養をとり、休日には、身体活動や趣味、家族との団らんを楽しむ
- ⑤ 上記の注意点にかかわらず、自己管理のみで対処することは困難なので、日ごろから、家族や信頼できる仲間に、いつでも援助を乞える関係性を構築しておく

はじめに

本稿では、医師および医療者のメンタルヘルスに関するセルフケアについて述べる。医師・医療者は、種々のストレス要因に曝されながら診療を行っている。ストレス要因を認識しその低減を図ること、自らのストレス反応をモニターし早期に対処することについてのヒントを述べたい。限られたリソースと多忙な診療業務の中で、必ずしも全てのタスクをこなすことは

できないことを認識しておくことは大切である。周囲との間で、日頃からヘルプを求めやすい環境を作っておくことが求められる。

医師・医療者におけるメンタルヘルスの問題とその影響

あたりまえだが、医師も人間なので、罹病する。少し古いデータではあるが、医師におけるうつ病の生涯罹患率は、男性、女性ともに一般

の上限、自殺率は男女とも一般人口より高いことが示されていた^{1)~3)}。わが国では、2016年に勤務医1万人を対象として日本医師会が実施した調査(有効回答率は31.7%)で、勤務医の6.5%に中等度のうつ状態があり、3.6%が自殺もしくは死について、毎日もしくは毎週考えていることが報告されている⁴⁾。

医師以外の医療者の情報は十分ではないが、医師の自殺率は高いことが指摘されている⁵⁾。最近のメタアナリシスで、医師の自殺企図率は8.6%(95%信頼区間:5.6~13.0%)と推計されている⁶⁾。男性医師の自殺率低下傾向が示されているものの、女性医師の自殺率は依然高い^{5), 7)}。医師の自殺のリスクファクターは、一般人口とは異なり家族問題のリスクは低く、仕事上の問題や健康問題によるリスクが高い⁸⁾。

さて、これらの数字は、2019年までに出版されたデータに基づくものである。新型コロナウイルス感染症のパンデミック下で状況は大きく変わっており、医師および医療者の精神的ストレスについて、多くの研究が矢継ぎ早にまとめられている。医療者を対象とした117研究のメタアナリシスでは、高レベルの不安、バーンアウト、抑うつ有病率は、それぞれ、30%、28%、24%と推定されている⁹⁾。ストレスフルな就業環境の中で、医師、医療者のメンタルヘルス増悪がみられていることが分かる。

医師の健康障害は、自身の問題のみで帰結しない。その職務として、彼らが救おうとしている患者のアウトカムに影響する^{10), 11)}。感染症流行時の医療者のメンタルヘルスのリスクは、彼らの注意力や意思決定能力に影響し、医療過誤のリスクを高めることも指摘されている¹²⁾。医師・医療者自身が、良好な職務能力を有しつつ診療していくことが、患者のベネフィットにつながることを、認識しておく必要がある。

医師・医療者自身のストレス要因

表1に、医師および医療者のストレス要因を挙げた。大病院やへき地診療で程度の差はあれ、内容に大きな違いはない。文献レビューおよび

表1 医療職のストレス要因(カッコ内はレビュー文献中職種別にとりあげられたもの)

<p>要求度</p> <ul style="list-style-type: none"> 量的・質的負荷 時間的切迫 中断の多さ(看護職) マンパワー不足(看護職) 重責 長時間労働、拘束時間の長い勤務(医師) 不規則な勤務(急な予定変更とその程度;緊急手術、患者急変など) 身体的就業環境(看護職・一部医師) 患者の移動 人間工学的要素 役割のあいまいさ 看護業務としない仕事(クラーク業務など:看護職) 仕事のコントロール サポート・人間関係 看護師との関係(医師・医師との関係(看護職)) 上司サポート ハラスメント・いじめ(看護職) 低報酬(努力と報酬のインバランス) 新しいテクノロジー(電子カルテ)への対応(医師・看護職) 仕事と家庭のバランス(研修医・看護職) 夜間当直(医師)・深夜勤務・交差勤務(看護職)
<p>組織・管理に関わるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> 職場風土・雰囲気 リーダーシップ・マネジメントの不備 不適切なフィードバック 業務への意見の反映 チームワーク・協力
<p>比較的職業特異的と思われる因子</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の死 訴訟のおそれ 患者の過度な期待 暴力のおそれ(看護職) 質の高い看護提供をできないこと(看護職) 自殺企図者など特定の患者のケア(看護職)
<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 不十分な能力/経験/スキル・トレーニング不足 自信のなさ・失敗の致(研修医・看護職) 勉強の機会(研修医・看護職) 将来の見通し(研修医) 緊急入院(研修医)

出典:堤 明純. 医療・福祉従事者のストレスと蓄積疲労対策. 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)職業性ストレス簡易調査票および労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究(研究代表者:下光輝一). 平成17-19年度分担研究報告書を追補.

医療者を対象としたヒアリング結果から、(しばしば人員不足等が影響する)過大な量的負荷、責任と努力に見合わない報酬・評価、低いコントロール、上司・組織によるサポートの不足、役割のあいまいさといったストレス要因が医療者にもあてはまることが確認されている。そのほか、マネジメントの不備など組織レベルの要因、人間工学的要因、同僚・上司との関係、医師との関係(看護師)のほか患者との関係の中で生じる感情的負担、家庭生活との葛藤、休暇不足や勤務体制の不備、暴力の危険性といったス

ストレス要因の重要性も認められている^{11), 13), 14)}。

質的・量的な仕事の負荷をコントロールできない状況、頑張っているのに報われ感が得られない状況は、うつ病を含む精神疾患の発症、および自殺死亡を予測する頑健な知見がある^{15), 16)}。対人サービスに関する職業性ストレス要因(感情労働)も、医療・福祉従事者の重要な健康指標との関連が認められている¹³⁾。好ましくないワークライフのバランスがレジデントのバーンアウトのリスクファクターとなるエビデンスがある¹⁷⁾。日本人勤務医の調査では、休日日数、睡眠時間、当直およびオンコールの回数、患者のクレームが、バーンアウトと関連していた⁴⁾。さらに、新型コロナウイルス感染症流行下では、過重労働、終わりのない患者対応、差別や偏見、病院(診療所)収入の落ち込みによる経済的打撃が加わっており、いずれもメンタルヘルスの増悪要因である¹⁸⁾。

環境要因とは異なるが、多くの医師が有する完璧主義は、不安やバーンアウト、自殺に陥りやすくなる、医師に比較的特有な脆弱因子として指摘されている¹⁹⁾。リソースの少ない中で診療を行っている場合、留意しておくべきポイントとして特記しておきたい。

メンタルヘルスの問題への気づき

繰り返すが、医師も罹病するリスクがあることをまず認識しておく必要がある。その上で、自身のストレス反応をモニターできることは、セルフケアに有用である。幸い、医師・医療者は、ヘルスリテラシーが高いので、冷静に自覚症状を把握することができる。自身に起こりやすいストレス反応を認識しておき、日頃から、自身にストレスがかかっている時の状態を観察し、セルフケアに移せるようにしておくといふ。例えば、早期覚醒や、飲酒量や食行動の変化(ファストフードなど機能としての食事が多くなる)などは、よいメルクマールになるかもしれない。また、家族や身近な人間に当たるなど、本来の自分とは違う調子に気が付けるようにする。

医師は、自身のメンタルヘルスの問題を否認

する傾向があり、支援希求行動を遅らせる可能性があることに注意しなければならない¹⁹⁾。ストレス反応の自覚の段階から、意識的に休養をとる(仕事から離れる、ペースを落とす)等、ストレス要因の把握と対処ができることが望ましい。

ストレスコーピング

普段、患者に指導している通りの行動を心がける。好ましい保健行動はストレス耐性を高めるエビデンスがある。例えば、メンタルヘル스에好影響を及ぼすフルーツおよび野菜類の摂取や身体活動^{20)~22)}を励行する。自己の体調を整えることをプロとしての心構えと自覚し、良質の睡眠をとるように心掛け、疲労が強い時は十分に休息をとる。

身体活動は、抑うつおよび不安に対して、治療のみならず、予防についても有効であるとする一定のエビデンスがある。一般住民では、身体活動水準が高い群で、うつ病発症リスクは17%減弱し²¹⁾、週に150分未満のウォーキングでも抑うつの予防効果があると評価されている²³⁾。労働者を対象とした研究でも、抑うつおよび不安の減少に一定のエビデンスがあり、メタレビューでは、主要な精神障害(うつ病・不安障害)の一次予防に対する対策として、身体活動促進はもっともエビデンスがある職場介入のひとつとされる²⁴⁾。

自身の経験で、過去に有用であったストレス対処法は、状況が変わっても有用なことが多い。物理的に職場から離れるだけでなく、心理的にも、完全に仕事から離れる時間を持つことが、仕事のストレスや疲労の回復に望ましいことが示されていて、感情労働を伴う医療者には、よい適用があると思われる²⁵⁾。具体的には、(身体活動や趣味等で)頭を空っぽにする、といったコーピング方策になる。仕事から切り離される状況の設定としては、オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮も望まれる。近年、マインドフルネスに基づく介入が医師および医療者のバーンアウト軽減に有効とする知見が出

てきている^{26), 27)}。

医師自身が支援を 求めるときの(適切な)方法

表2に、就業制限や専門医相談の必要性を警告する自・他覚症状を示した。医師のバーンアウトのリスクは高く、その帰結がもたらすインパクトも大きい²⁸⁾。うつ状態や睡眠の障害、自殺念慮の発現などは留意して把握するように努める。何より、自分の仕事に支障が出ているのであれば、専門家への相談のタイミングと考える。自身で認識できない状態にあるかもしれないので、日常的に、周囲と状態のシェアができるようにしておけるとよい。

ワークライフバランスの回復は、うつ病やバーンアウトの予防に重要である¹⁷⁾。助けを求めるという行動は、その時になっても、急にできるものではない。日常生活の中で、毎晩パートナーと話し合うことを習慣にする、仲間に援助を求める練習をするといったことが勧められている¹⁹⁾。

孤立は、メンタルヘルス不調の重要なリスクファクターで、ウィズ・コロナ、ポスト・コロナ時代の重要なキーワードになると思われる²⁹⁾。孤立しない、孤立させないことは、大切な予防方策である。近年、医師の働き方改革の文脈でタスクシェアが進みつつあるが、メンタルヘルスの観点からも、可能な場合は、グループ診療は有用な診療スタイルと思われる。内科と外科といった異なる診療科間で仕事を共有している事例も見られる。

おわりに

本稿は、おもに、通常のメンタルヘルス対策のセルフケアの文脈で記述してきた。今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、医療者のメンタルヘルスの課題を異次元のレベルに押し上げている。WHOが加盟している国連の機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee)は、医療者に対して、今般の新型コ

表2 就業制限や専門医相談の必要性を警告する自・他覚症状

めまい、ふらつき、嘔気、冷感、微熱などの自律神経症状や倦怠感が強い
慢性疲労感など自覚症状が強く、労働意欲の喪失傾向(バーンアウト)がある
うつ状態や不安、睡眠障害が強く、日常業務の遂行に支障をきたしている
自殺念慮がある

ロナウイルス感染症パンデミック下、ストレスを感じることは当たり前のことであるとして、医療者自身のセルフケアを勧めている³⁰⁾。医師・医療者は、自らのメンタルヘルスが侵されやすい環境にいることを認識し、自身および周囲の医療者がお互いにケアしあって診療にあたるスタイルをつくっていくべきだと思う。

ある県医師会のご協力で会員のストレスについて調査を行った際、「同僚の自殺を経験して、働き方に関する考え方が変わった」というご意見をいただいたことが、とても印象に残っている。がんばって診療するのだけど、自分が倒れたら、救える患者も救えなくなる。多くの医師がプライベートライフを犠牲にして診療にあたっている。しかし、ワークライフバランスの確保と好ましい保健行動はストレス耐性を高めることが分かっている。自分のための時間を確保することは、決して悪いことではない。

謝辞

本稿の一部は、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)」の補助を得て執筆した。

文献

- 1) Ford DE, Mead LA, Chang PP, et al: Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. Arch Intern Med 1998; 158(13): 1422-1426.
- 2) Frank E, Dingle AD: Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry 1999; 156(12): 1887-1894.
- 3) Lindeman S, Läärä E, Hakko H, et al: A systematic review on

- gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168(3): 274-279.
- 4) 日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告 2016. <https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien28.pdf>(accessed 2021 Mar 5)
 - 5) Duteil F, Aubert C, Pereira B, et al: Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14(12): e0226361.
 - 6) Dong M, Zhou FC, Xu SW, et al: Prevalence of suicide-related behaviors among physicians: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav* 2020; 50(6): 1264-1275.
 - 7) Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, et al: Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(6): 587-597.
 - 8) Ji YD, Robertson FC, Patel NA, et al: Assessment of Risk Factors for Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA Surg* 2020; 155(8): 713-721.
 - 9) Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, et al: Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020; 277: 347-357.
 - 10) Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al: Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178(10): 1317-1330.
 - 11) Tsutsumi A: Workstyle reform for Japanese doctors. *Environ Occup Health Practice* 2020; 2: 2.
 - 12) Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, et al: Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020; 8(6): 1781-1790 e3.
 - 13) 堤 明純:「医療・福祉従事者のストレスと蓄積疲労対策」厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)職業性ストレス簡易調査票及び労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究(研究代表者:下光輝一). 平成17~19年度分担研究報告書. 2008.
 - 14) Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, et al: Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3(8): e2013761.
 - 15) Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, et al: 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.
 - 16) Milner A, Witt K, LaMontagne AD, et al: Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med* 2018; 75(4): 245-253.
 - 17) Thomas NK: Resident burnout. *JAMA* 2004; 292(23): 2880-2889.
 - 18) Tsutsumi A: Suicide prevention for workers in the era of with- and after-Corona. *Environ Occup Health Practice*. 2021.
 - 19) Myers MF, Gabbard GO: The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing; 2008. p252.
 - 20) Glabska D, Guzek D, Groele B, et al: Fruit and vegetable intake and mental health in adults: a systematic review. *Nutrients*. 2020; 12(1): 115.
 - 21) Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, et al: Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry* 2018; 175(7): 631-648.
 - 22) Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, et al: Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety* 2019; 36(9): 846-858.
 - 23) Mammen G, Faulkner G: Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013; 45(5): 649-657.
 - 24) Chu AH, Koh D, Moy FM, et al: Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occup Med (Lond)* 2014; 64(4): 235-245.
 - 25) Sonnentag S: Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between nonwork and work. *J Appl Psychol* 2003; 88(3): 518-528.
 - 26) Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS: Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med* 2021.
 - 27) Zhang XJ, Song Y, Jiang T, et al: Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(26): e20992.
 - 28) Rothenberger DA: Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* 2017; 60(6): 567-576.
 - 29) Fancourt D, Steptoe A, Bu F: Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry* 2021; 8(2): 141-149.
 - 30) Inter-Agency Standing Committee: Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak: Developed by the IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>(accessed 2021 Mar 5)

【シンポジウム】

ストレスチェック制度の現状と今後の展望

堤 明 純

北里大学医学部公衆衛生学単位

1. はじめに

労働者のメンタルヘルス対策の一次予防として、職場環境改善が有効であるという科学的根拠が蓄積されている¹⁾。わが国では、ストレスチェック制度が義務化されて5年が経過し、努力義務である集団分析の結果を活用した事業場の割合は51.7%（平成29年10月末時点）と報告されているが、第13次労働災害防止計画では、ストレスチェックの集団分析結果を活用した職場環境改善の更なる普及が求められている。集団分析結果の返却ツールとして「仕事のストレス判定図」が開発されている²⁾が、その内容は「仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援」といった限定的な内容であり、十分に活用されていないのが現状である。また、「職業性ストレス簡易調査票」の57項目³⁾（職場におけるストレス要因および緩衝要因に限定した場合は23項目）だけでは、多様な事業場の課題を包含しきれているとは言い難い。集団分析結果を活用した職場環境改善をさらに普及させるためには、多様な事業場の課題に対応できるよう、大量の項目プールを作成し、その中から各事業場が必要な項目を容易に選定できるような活用方法論の開発が必要である。

ストレスチェックを実施する際に、各事業場が測定したい（職場環境改善を行いたい）概念を自律的に選

定し、労働者のストレス状況を簡便かつ効率的に測定できるようになることを目指し、労災疾病臨床研究事業が行われている。第28回日本産業ストレス学会のシンポジウムで、当該研究事業を中心とした研究成果が披露され、活発な議論が行われた。

2. 50人未満の事業場におけるストレスチェック制度の実施状況—神奈川県内の事業場を対象とした質問紙調査の結果から—

昨今の職場のメンタルヘルス対策は、疾病対策（ディジーズ・マネジメント）から、より予防に視点を移したリスクマネジメントを中心とする考え方で講じられており、将来的には、産業の生産性寄与にも資するような、よりポジティブな意味合いを持った活動が目指されている。心理社会的要因への対策についても、リスクの程度を評価（リスクアセスメント）して、予防的な対策を講じることが国際水準になろうとしており、これまで専門職にまかされていた対策から、労働者が自律的に関与する職場のストレス対策が実施されようとしている⁴⁾。

わが国でも、第12次労働災害防止計画において、メンタルヘルス不調予防のための職場改善の取り組みとして、ストレスのリスクを特定し、評価するリスクアセスメントのような新たな手法の検討が盛り込まれた。一方で、メンタルヘルス対策の取り組みは、事業

著者連絡先：堤 明純 〒252-0374 相模原市南区北里 1-15-1
北里大学医学部公衆衛生学単位
TEL：042-778-9352 FAX：042-778-9257

場規模が小さくなるほど遅れている⁵⁾。小規模事業場のメンタルヘルス対策実施割合は、経年的に低ト傾向にあり、従業員数50人以上の事業場との間で「格差」が広がっているように思われる^{6, 7)}。小規模の事業場を含めたフィールドスタディも、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の遅れを示している。中小規模事業場でも、ストレス評価や対策が推進可能となるようなパッケージを提供していくことはわが国全体のメンタルヘルス対策を底上げしていくためにも急務である⁸⁾。

江口尚氏（産業医科大学）と井上彰臣氏（北里大学）は、50人未満の事業場でのストレスチェック制度の実施状況と課題を、神奈川県内の事業場6,000社を対象とした自記式調査によって検討した。1,379社からの回答があり、そのうち77.2%が従業員50人未満の事業場であった。ストレスチェック制度を実施している事業場は8.9%で、そのうち65.3%で集団分析が実施されていた。集団分析結果の活用方法は、経営層への報告と説明（61.3%）がもっとも多く、職場環境改善は22.6%で実施されていた。職場環境改善の具体的な内容は、「作業環境や職場環境の見直し（50.0%）」「勤務時間や職場体制・態勢の見直し（35.7%）」「コミュニケーション・プログラムの実践を含む社内でのコミュニケーションのあり方を見直し（28.6%）」であった。

集団分析結果を職場環境改善に活用しなかった理由は、「分析結果から職場・部署毎のリスク・課題の洗い出しが困難」「職場環境改善の必要性を感じなかった」が27.1%で最頻であった。58.6%の事業場が集団分析を実施していなかったが、その理由は「事業場が小規模で、プライバシーの保護を考慮して集団分析の実施を控えた」であった。

努力義務事項ではあるが、一定数の小規模事業場で、集団分析、および、それに引き続く職場環境改善が行われていることが判明した。職場・部署毎のリスク・課題の洗い出しの困難は、集団分析を職場環境改善に活用する障害の一つと考えられ、調査結果からリスク評価を行うよりも、自らの問題意識をもって調査を行うことを支持する所見と考えられた。労働者の満足度や働き活き働くことを目標にできると活用性が向上することが示唆され、経営者のニーズとも合致する集団分析の方向性と考えられた。

3. 「高ストレス」と「職務不満足」の組合せが長期疾病休業に及ぼす影響—「高ストレス」の予測力を高めるために

井上彰臣氏（北里大学）は、ストレスチェックで高ストレスと判定された労働者、加えて、職務不満足を訴える労働者の長期疾病休業リスクが高まることから^{9, 10)}、ストレスチェック制度で活用されている職業性ストレス簡易調査票で評価される高ストレス状態と職務不満足状態を組合せることで、長期疾病休業予測を高めることができるのかを検証した¹¹⁾。

一部上場金融業の労働者14,687人（男性7,343人、女性7,344人）を対象に、職業性ストレス簡易調査票を実施し、その後1年間、1ヶ月以上の長期疾病休業の発生を追跡した。ストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省）の基準で、高ストレス者のグループ（高ストレス群）とそうでないグループ（非高ストレス群）を把握した。さらに、職務不満足への回答内容から対象者を満足群と不満足群を分類し、これらの組合せで4群のグループを作成した。「非高ストレス＋満足」群を基準とした、他の3群の長期疾病休業の相対危険をCox比例ハザードモデルで検証した。

追跡期間中、62人（男性32人、女性30人）の長期疾病休業が発生した。長期疾病休業の発症リスクは、「高ストレス＋不満足」群でハザード比6.49（95%信頼区間3.42-12.3）でもっとも高かった。「高ストレス＋満足」群、「非高ストレス＋不満足」群でも、それぞれ、5.01（1.91-13.1）、2.16（1.11-4.21）とリスクの上昇が見られた。

同一集団で、非高ストレス群に対する高ストレス群の相対危険（ハザード比）は約4と見積もられており¹²⁾、高ストレスと職務不満足を組み合わせることで、長期疾病休業の予測力が高まることが窺われた。ストレスチェック制度では、高ストレス者の面接指導の実施率が上がらずに推移しているが、面接指導の対象者を絞り込んで効果的な対処を行う等の目的で、ストレスチェック制度実施マニュアルで進められている高ストレス者の把握とともに、職務満足度を組み合わせ使用することも可能になると思われる。また、職務の満足度に関わりなく、高ストレス群の長期疾病休業リスクは有意に高いことも確認された。ストレスチェック制度では、利用されていないが、有用な項目

はまだまだあり、職場で検討される価値があると思われる。

4. 集団分析に基づく職場改善の促進を目的とした新しい調査項目の提案—テキストマイニングの結果から—

ストレスチェックおよびその後の集団分析に基づく職場環境改善の実施を促進するためには、事業場の課題や目標に即した測定を可能にする必要がある。渡辺和広氏（東京大学大学院）と小田切優子氏（東京医科大学）は、既存の尺度にはない事業場の課題や目標の測定が可能となる項目プールの作成を目的として、これらの情報を含む大量のテキストデータを機械学習の手法を用いて収集し、分析した。

情報ソースとして、労働災害に関する裁判事例、企業のホームページに掲載されている経営層のメッセージを用いた。前者は、第一法規情報総合データベース（D1-Law.com）¹³⁾ で検索された判例要旨を、後者は東京証券取引市場に上場している企業のホームページに掲載されているトップメッセージ、もしくは、企業理念に該当するページのテキストを抽出した。裁判事例、経営層メッセージそれぞれに対して潜在ディリクレ配分法¹⁴⁾ を使用して、10のトピックからなる名詞のトピックモデルを構築した。485件の裁判事例から4,753単語、3,575企業の経営層のメッセージから22,524の単語を抽出した。

抽出した単語を、テキストマイニングを用いて質的に要約したところ、仕事をする上で関わる社外の労働者との関係、外国人労働者のメンタルヘルスを支援する仕組み等に関する事業場の課題、人々の幸せや生きる意味の重視、持続可能な社会への貢献の重視、人々の健康の重視といった事業場の目標が、既存の調査票で扱われていない内容として認識され、新しい項目群の候補となることが考えられた。経営者が自ら目標とする項目群を選択し、職場環境改善の指標となる。

5. ストレスチェックのマンネリ化を防ぐために—コンピュータ版適応型テストの活用可能性—

職業性ストレス簡易調査票の57項目だけでは、多様な事業場の課題を網羅することは不可能で、対象となる労働態様の評価ニーズと適合しない項目もある。さ

らに、多くの事業場で、毎年同じ体裁の調査票が用いられているため、繰り返し使用によるマンネリ化の問題も指摘されている。岩田昇氏（桐生大学）と菊地賢一氏（東邦大学）は、渡辺・小田切氏の問題意識を共有して、多様な規模や業種の職場環境改善に対応し、柔軟に運用できるストレスチェックのためのシステムの一環として、コンピュータ版適応型テスト（Computerized-Adaptive Testing: CAT）の適用を検討している。

従来、古典的テスト理論に基づく項目固定型テストが行われていて、この調査法では、測定尺度を基の項目構成のまま用いなければならない、繰り返し施行した場合の信頼性や妥当性の低下や、（項目を変えたり、追加したりするなど）別尺度との得点の互換性が確保されないなどの制約があった。このような制約を受けない項目反応理論（Item Response Theory: IRT）では、測定しようとする潜在特性に対する種々の項目の反応特性を明らかにし、同時にその潜在特性上での各回答者のレベル（ θ ）を推定できる¹⁵⁾。

IRTのメリットを活用し、少数の項目でも測定評価を可能にするのがCATで、TOFEL等で応用されている（受験者にあった項目で、最小限の検査がなされ、得点結果は、他の受験者の得点一別項目で測定されている—と比較することができる。すなわち、その個人の英語の能力が推計される）。

岩田氏らは、渡辺・小田切氏らが抽出した項目群にIRTを適用して、各項目の反応特性を明らかにし、労働者のストレスチェックに使用できるCATの開発を目指している。

6. おわりに

フロアからは、新しい項目群とともに、それらを用いたCATの実用化に関する期待や、職業性ストレス簡易調査票の活用については、働き甲斐が労働者のメンタルヘルスを予測する可能性等のアイディアが出された。また、小規模事業場でストレスチェックを行う場合の実施者に関わる課題なども提起された。

当該事業場にカスタマイズした項目の選択や集計の工夫などのコメントがあり、本シンポジウムが、ストレスチェックを事業場で自律的に進めていくヒントとして受け止められ、企画者の意図が伝わっていることが窺われた。

倫理的事項について

江口・井上研究は、調査の実施に際し、北里大学医学部・病院倫理委員会に申請を行った結果、個人の健康情報を収集することを目的とした調査ではなく、「人を対象とする医学系研究」には該当しないため、審査対象外と判定された（申請番号：B19-169）。

井上研究は、北里大学医学部・病院倫理委員会の承認を得て実施されている（「科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定」）（承認番号：B15-113）。

渡辺研究は、労働災害に関する裁判事例および企業のホームページに掲載されている経営層のメッセージを対象とした調査であり、人を対象とした研究ではないため、倫理面への配慮を要しない。

岩田研究は、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター人を対象とする研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施されている（承認番号：20F0001）。

謝辞

本稿は、令和2年度 労災疾病臨床研究事業費補助金「ストレスチェックの集団分析結果に基づく職場環境改善の促進を目的とした調査項目及びその活用方法論の開発（190501-01）」（主任：井上彰臣）および「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）」（主任：堤明純）の研究成果の一部である。

引用文献

- 1) Tsutsumi A, Shimazu A, Yoshikawa T. Proposed guidelines for primary prevention for mental health at work: an update, *Environ. Occup. Health Practice*. 2019; 1: 2-12.
- 2) 川上憲人, 宮崎彰吾, 田中美由紀, 廣 尚典, 長見まき子, 井奈波良一, 赤地和範. 「仕事のストレス判定図」の完成と現場での活用に関する研究. In: 加藤正明 (班長). 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 労働省; 2000: 12-26.
- 3) 下光輝一, 原谷隆史, 中村 賢, 川上憲人, 林 剛司, 廣尚典, 荒井 稔, 宮崎彰吾, 古木勝也, 大谷由美子, 小田切優子. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成. In: 加藤正明 (班長). 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 労働省; 2000: 126-64.
- 4) 堤 明純. WHOによる世界の職場のメンタルヘルスガイドライン. 産業ストレス研究. 2009; 16: 211-6.
- 5) 厚生労働省: 労働安全衛生調査 (実態調査) 結果の概要 (平成30年) [2021年 2月18日 閲覧]; Available from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h30-46-50_kekka-gaiyo01.pdf
- 6) 厚生労働省: 平成29年版過労死等防止対策白書 [2021年 2月18日 閲覧]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html>
- 7) 厚生労働省: 令和2年版過労死等防止対策白書 [2021年 2月18日 閲覧]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html>
- 8) 堤 明純. 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー. 2009; 21(4): 271-91.
- 9) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts employee long-term sickness absence: a prospective study. *J Occup Health*. 2018; 60: 55-63.
- 10) Roelen CA, Heymans MW, Twisk JW, van Rhenen W, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, Mageroy N. Updating and prospective validation of a prognostic model for high sickness absence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015; 88: 113-22.
- 11) Inoue A, Kachi Y, Eguchi H, Shimazu A, Kawakami N, Tsutsumi A. Combined effect of high stress and job dissatisfaction on long-term sickness absence: a 1-year prospective study of Japanese employees. *Environmental and Occupational Health Practice*. 2020; 2: eohip.2020-0002-OA.
- 12) 堤 明純. ストレスチェックプログラムで推奨されている高ストレス者判定の妥当性. 医学のあゆみ. 2017; 263: 234-40.
- 13) 第一法規株式会社: D1-Law.com第一法規情報総合データベース [2021年 2月13日 閲覧]; Available from: <https://dtp-cm.d1-law.com/>
- 14) Blei DM, Ng AY, Jordan MI. Latent Dirichlet Allocation. *J Mach Learn Res*. 2003; 3: 993-1022.
- 15) 堤 明純. 心理社会的要因の測定 (6) 「まとめ」. 日本公衛誌. 2009; 56: 688-91.

(受付 2021年5月6日, 受理 2021年8月12日)

【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その人らしく、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置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

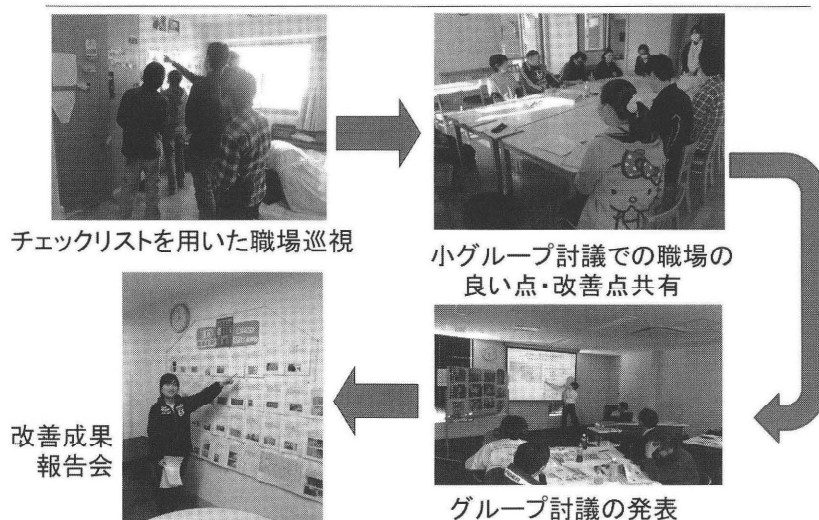
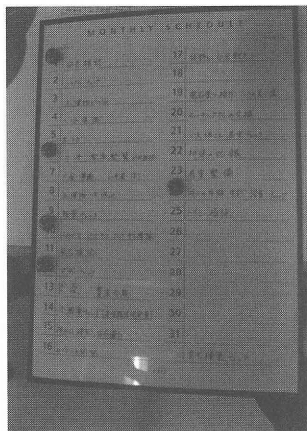
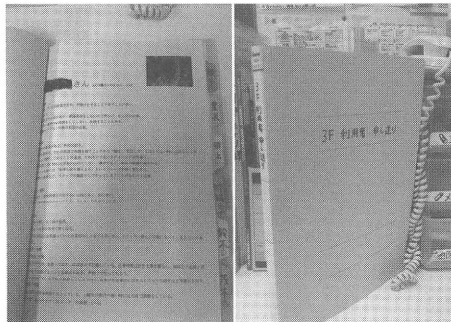


図1 職場環境改善の進め方

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く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例 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現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)

特別論文

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

ヒロカワ 廣川	クウミ 空美 ^{*,2*}	モリグチ 森口	ジロウ 次郎 ^{3*}	セオ 脊尾	タイガ 大雅 ^{4*}	ノムラ 野村	ヨウコ 洋子 ^{5*}
ノムラ 野村	キョウコ 恭子 ^{6*,10*}	オオヒラ 大平	テツヤ 哲也 ^{7*,10*}	イトウ 伊藤	ヒロト 弘人 ^{8*,10*}	イノウエ 井上	アキオミ 彰臣 ^{9*}
ツツミ 堤	アキズミ 明純 ^{9*,10*}						

メンタルヘルス不調者のサポートのために、地域職域連携が謳われているが、実行性のある取り組みは少ない。とくに小規模事業場は課題が多く、地域と職域との密接な連携による対策が求められる。地域で実践されている好事例や認識されている課題を挙げ、メンタルヘルス対策の連携の阻害要因を整理し、実行性のある連携方法を提案することを目指したシンポジウムを開催した。

産業保健総合支援センターを核にした地域専門医療機関との連携による事例では、地域の専門医療機関の情報提供とその有効活用の工夫が示された。地域における産業保健を支援する医療リソースの把握と事業場への情報提供は産業保健総合支援センターが貢献できる領域である。

京都府では、医師会や行政が、地域の産業医、精神科医、人事労務担当者等関係者間で、連携目的に応じた定期的な会合や研究会を開催しており、多様な「顔の見える」多職種連携が展開され、関係者間で発生する課題や不満も含めて議論されている。

社会保険労務士として企業のネットワークを、障害者雇用を活用している事例では、地元の事業活動の核となる金融機関や就労移行支援事業所等と連携して、有病者や障害者のインターンを中小企業で受け入れるプロジェクトが展開されている。フルタイムの雇用にこだわらず、事業場のニーズと有病者の就業可能性をすり合わせる仕組みは、メンタルヘルス不調者の復職などに応用できる可能性がある。

相模原市では、評価指標を設定しPDCAを回しながら零細企業を対象とする支援を行っている。具体的には、市の地域・職域連携推進連絡会において、中小事業所のメンタルヘルス対策を含めた健康づくりの推進を目的に、事業所を訪問し、健康経営グッドプラクティスを収集して、他の中小事業所の事業主へ周知する取り組みを行っている。

連携の阻害要因には、職場から労働者の家族等に連絡が取りにくい点、メンタルヘルス不調者が産業保健のケアの対象から漏れたときの支援の維持方法、保健師等専門職がいない職場でメンタルヘルスを進める工夫、サービスを展開するマンパワーの不足が挙げられた。職域と地域の連携のギャップを埋めるためには、保健師や臨床医を含む関係者による、それぞれのメリットを求めた連絡会や勉強会等の顔の見える関係づくりは有用で、小規模事業場へのアプローチは健康問題全般の支援にメンタルヘルスを組み込む形で行うことが受け入れやすいと考えられた。

Key words：医師会、産業保健総合支援センター、小規模事業場、地域職域連携、保健師

日本公衆衛生雑誌 2021; 68(5): 311-319. doi:10.11236/jph.20-135

I 緒 言

わが国の産業構造の中で、事業所数、従業者数ともに大きな割合を占める小規模事業場では、過労死事例の半数以上が発生するなど¹⁾、メンタルヘルスにかかわる健康課題のインパクトが大きい。しかし、人的・資金的・時間的な制約が大きく、産業保健サービスが十分に行き届いていない²⁾。メンタルヘルス対策の取り組みの事業所規模別集計では、メンタルヘルス対策として挙げられているすべての取

* 梅花女子大学

2* 大阪産業保健総合支援センター

3* 京都工場保健会

4* 秋葉原社会保険労務士事務所

5* 相模原市健康福祉局保健衛生部健康増進課

6* 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

7* 福島県立医科大学医学部疫学講座

8* 独立行政法人労働者健康安全機構

9* 北里大学医学部公衆衛生単位

10* 日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会
責任著者連絡先：〒252-0374 相模原市南区北里
1-15-1 北里大学医学部公衆衛生単位 堤 明純

り組みが、事業場規模が小さくなるほど遅れている³⁾。しかも、経年的にみると、小規模事業場ではメンタルヘルス対策実施割合は低下傾向にあり、従業員数50人以上の企業との間で「格差」が広がっているように思われ^{4,5)}、支援が必要であるはずの小規模事業者で事業場外機関の活用も最低率で推移している³⁾。ストレスチェックは5割を超える小規模事業場で実施されているが、担当者が選任できていないこと、プライバシーの配慮等の実務上の煩雑さや費用負担が課題として挙げられている⁶⁾。集団分析の実施も高々3割程度にとどまり、配置転換等の就業上の措置が取りにくいという大きな限界を有している。

地域・職域連携の在り方については、厚生労働省において、平成11年度から検討が重ねられ、「地域・職域連携推進事業ガイドライン」の平成16年度策定、平成18年度改訂を経て、ほとんどの都道府県および二次医療圏で地域・職域連携推進協議会が設置、運営されるようになった。しかし、その活動状況には大きな差があり、具体的な取り組みの実施にまでつなげていくことが重要な課題とされていた⁷⁾。この問題意識の下、令和元年に、地域・職域連携推進協議会の開催等に留まることなく、関係者が連携した具体的な取組の実施にまでつなげていくために必要な事項を整理することをポイントとして、地域・職域連携推進ガイドラインが再改訂された。改訂ガイドラインでは、地域保健サービスへのアクセスが不良で、支援が行き届かない層（退職者、被扶養者、小規模事業場）への対応促進が必要とされ、具体的な取組実施のために必要な工夫として、「実行」を重視した、柔軟なPDCAサイクルに基づいた事業展開の促進が挙げられている。

本稿の主題である小規模事業場のメンタルヘルス対策については、事業場から行政（地域保健）に対するニーズとして、「相談窓口、教育講演などの情報提供（24%）」、「職場のメンタルヘルス対策が促進されるような施策（産業医や医師の派遣などを含む費用的な支援）（19%）」など、対策のインフラとなるような支援に対するニーズが上位を占めていた。その他、「退職後のフォロー（14%）」、「家族への支援、福祉的な支援、訪問支援など含むその他の支援（33%）」等、事業場に専従する産業保健スタッフでは対応が難しい支援へのニーズが挙がっていた⁸⁾。このような企業内で完結できない支援を含めて、産業保健スタッフは企業として行うメンタルヘルス対策に限界を感じている。産業保健スタッフが在職していない小規模の事業場においては、産業現場でのニーズを含む情報が、地域保健と

の連携で活かされなければ、課題の解決が進まないと考察されている。小規模事業所に対する多機関が連携したメンタルヘルス対策促進のための支援が、職域と地域の連携のギャップを埋めるうえでも重要になる。

日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会は、第78回日本公衆衛生学会総会(2019年、高知)において、「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」をテーマとしたシンポジウムを企画した。主に地域で実際のメンタルヘルス・自殺対策に関わっている実務者が、彼らの取り組みや事例とともに現状における課題を報告した。現場における経験は、今後、地域の小規模事業場のメンタルヘルス対策を進めるにあたって示唆に富むものであり、発表内容を日本公衆衛生雑誌上でまとめることにより、公衆衛生活動に携わる方々に広く役立てることができると考える。

Ⅱ 産業保健総合支援センターを核にした地域専門医療機関との連携

中小規模事業場のメンタルヘルス対策の推進のためには、地域における専門医療機関との連携が求められる。地域における専門医療機関の協力体制について事業場への情報提供を行うことで、専門医療機関と事業場の連携促進が期待される。そこで、大阪産業保健総合支援センターが実施している取り組みを紹介した。

1. 大阪府下の精神科医療専門機関における事業場のメンタルヘルス対策についての調査

大阪産業保健総合支援センターでは、大阪府下の精神科専門医療機関における事業場のメンタルヘルス対策への取り組みと、職場復帰支援のサービス提供について調査を行い、その結果を事業場に提供している。大阪府下の精神科専門医療機関470件を対象に郵送調査が行われた。産業医資格を有する医師の在籍状況や、医師以外の医療従事者の存在、カウンセリング等の相談対応サービスや職場復帰支援のサービス提供についての実態が調査された⁹⁾。回答が得られた215件のうち181件の医療機関が「大阪版事業場のメンタルヘルスこころの健康専門家ガイド」に掲載されている（その後、掲載同意の得られた医療機関の追加が3件あり、大阪府版事業場のメンタルヘルスこころの健康専門家ガイドは徐々に拡充されている）。掲載情報は、「情報提供依頼への可否」「産業医資格の有無」「職場復帰支援（リワーク支援）サービス提供の有無」等で、利用者が受診に関する希望や地区別に条件の入力することで、求めるサービスを提供している医療機関が検索されるよ