

平成 22 年度調査研究報告

北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況と

その対策に関する研究

【縮約・解説版】

北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島産業保健推進センター共同調査研究

主任研究者	北海道産業保健推進センター	所長	三宅 浩次
共同研究者	北海道産業保健推進センター	相談員	西 基
	青森産業保健推進センター	相談員	中路 重之
	岩手産業保健推進センター	相談員	小野田敏行
	宮城産業保健推進センター	相談員	菊池 武剋
		相談員	佐藤 祥子
		相談員	千葉 健
	秋田産業保健推進センター	相談員	伏見 雅人
	山形産業保健推進センター	相談員	東谷 慶昭
	福島産業保健推進センター	相談員	五十嵐 敦

平成 23 年 3 月

目次

1	平成22年度調査研究の概要	1
1.1	対象と方法	1
1.2	事業場調査の結果	1
1.2.1	心を病んで休んでいる人	1
1.2.2	実施しているメンタルヘルス対策	2
1.2.3	メンタルヘルス対策支援センター	2
1.3	従業員調査の結果	7
1.3.1	従業員調査対象の概略	7
1.3.2	「うつ症状」調査としてのCES-D	7
1.4	まとめ	22
2	調査研究報告会抄録	28

コラム欄

メンタルヘルス対策のレベル	3
変わらない休職率と退職率	4
メンタルヘルスの効きは遅いー関心は高いが、現実は厳しい	5
管理職のメンタルヘルスー女性管理職のつらさ	9
生活習慣とメンタルヘルス	11
酒とタバコと女性	13
夜型人間は不健康	18
自殺のことを考えている人たち	23
自分は「うつ病」だと思っている人たち	25
正職員と非正規従業員の違い	27

1 平成 22 年度調査研究の概要

1.1 対象と方法

この調査研究は、北海道と東北6県の全地域で働いている人たちのメンタルヘルスの状況を調べ、その問題点を探し、対応策を考えようとして計画されたものである。

各産業保健推進センターで保有している事業場名簿から対象とする事業場を選び出し、事業場調査票を郵送して回答してもらった。最終的に事業場からは、1614 所が回答し、そのうち協力を得られた 103 の事業場の従業員から従業員調査票を回収した。従業員調査票は、無記名で個人情報を集計する担当者以外には知られることのないように配慮した。その回収状況は表 1.1 のとおりである。

表 1.1 回収状況

	事業場調査票 発送数	未到達数	回収数	集計数	有効回収率	全従業員数 (参考)
事業場調査	3886	93	1614	1614	42.6%	299363

	従業員調査票 発送所数	調査票配布数	回収数	集計数	有効回収率	全従業員数 (参考)
従業員調査	103	8825	8281	8246	93.4%	16080

1.2 事業場調査の結果

1.2.1 心を病んで休んでいる人

この調査の質問で「貴事業場では本日現在、心の健康問題を生じたため休職休業中の方はおられますか」ときいた。13.9%の事業場では「いる」と答えている。「いる」場合は何人いるかをきいている。別に従業員数を正職員なら何人かなどをきいているので、率を求めることができる。正職員千人あたり休職者は、1.8であった。つまり、約 550 人に 1 人が心を病んで休んでいる。また、別の質問で「最近3年間で、心の健康に問題を生じて退職された方は？」ときいている。22.3%の事業場で「いる」と答えている。退職者の率は、千人あたり 2.94 であった。つまり、約 350 人に 1 人が、この3年間に辞めている。1年あたりにすると約 1000 人に 1 人という割合になる。この休職率と退職率は、従業員数の規模別でみると、小さい所は休職者より退職者のほうが多く、大きい所では逆に休職者のほうが多い。小さい所ではメンタル

ヘルス問題を起こすと休ませてくれるより辞めることになりやすい。大きい所では休ませて復職させたほうが結局有利であるという判断があるのであろう。

休職休業者の増減について「最近3年間で、心の健康に問題を生じて、1か月以上仕事を休んでいる方の数は？」ときいて、「大変増えた」、「やや増えた」、「変わらない」、「やや減った」、「大変減った」のいずれかに答えてもらった。増えたが17.8%、変わらないが71.6%、減ったが10.5%であった。この「増えた」と「減った」の比を従業員規模でみると（表1.2）、100人未満の所では、「減った」所のほうが少し多いくらいであるが、100人以上500人未満くらいの中規模の所では、「増えた」所のほうが「減った」所の約2倍あるいはそれ以上多い。500人以上になると、この比が1.5倍程度で少し下がる。小さい所では仲間意識が強く、互いの精神状況が見えやすく、対応しやすいのかもしれない。大きい所では、組織としてメンタルヘルス対策に力を入れている所が多いのかもしれない。それに比べ、中規模の所が中途半端になっていることが疑われる。

表 1.2 従業員規模別休職者増減比（減ったという事業場数に対する増えた事業場数）

従業員規模	～ 49	50 ～ 99	100 ～ 199	200 ～ 299	300 ～ 499	500 ～	総計
増／減	0.8	1.0	1.9	2.8	2.7	1.5	1.7

1.2.2 実施しているメンタルヘルス対策

12項目のメンタルヘルスについての項目を、現在と3年前について実施しているかどうかをきいた。3年前に比べると、どの項目も実施している率が上がっている。各企業がメンタルヘルス対策に力を入れて来たと思われる。しかし、どの項目も個々に取り上げて、休職者の増減などの関連を調べるとはっきりしない。12項目のうち何項目を実施しているかという数で調べると、休職者が減ったと答えた所では、3年前も現在もそうでない所に比べ実施数が多い。つまり、いろいろなメンタルヘルス対策を数多く試みることが大事なようである。

1.2.3 メンタルヘルス対策支援センター

各産業保健推進センターにメンタルヘルス対策支援センターが設置されて動きだしてから2年くらいであるが、設置を「知っている」と答えた所が48%と約半数が周知していた。訪問まで受けたのは、そのうちの四分の一程度であるが、前述のメンタルヘルス対策数では、「知らない」、「知っている」、「訪問を受けた」の順に対策数が3年前より向上している。これからの成果が期待される。

コラム

メンタルヘルス対策のレベル

個人への対応から政策まで

産業保健推進センターからたくさんのパンフレット類が紹介されている。4つのメンタルヘルスケアと称して、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、「事業場外資源によるケア」というのがある。これは、厚生労働省から出された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月31日公示）に記載されている職場で取り組むべきメンタルヘルス対策の基本となっているものである。

	個人のレベル	企業のレベル	国・自治体のレベル
セルフケア	素因、資質、成長、成熟、達成感	社是、企業風土、新任教育、福利厚生	国・地域等の文化、教育、時代的背景
ラインによるケア	協働、連絡網、援助、評価	人事労務管理、管理者研修、管理者人格	労働法制の整備・実行
事業場内産業保健スタッフによるケア	窓口対応・整備	専門職の採用・水準向上、衛生委員会	職能養成・援助
事業場外資源によるケア	接近性、経費	地域内関連機関との連携、外部EAP	関連機関の整備、ネットワーク形成

この図表が示すように、4つのケアに対して労働者個人はどのように受け止め、対応できるのか、企業としてはどのように具体化し組み立てるのか、そして、これらの方針を円滑に進めるための政策としてはどのようにバックアップできるのか、という総合的な視野が必要である。図表の着色の濃さは関連の深さを示している。影響の直接的なものから、間接的なものまでを包括的に展開して戦略を立てるべきであろう。メンタルヘルスというと、個人的な問題と捉えられやすいが、ミクロの視点だけでなく、マクロな視野も必要なのである。当調査の目的にはマクロな疫学的観点も含まれている。

今回の報告書に記載のとおり、メンタルヘルス対策の個々の項目では実効性が薄い、あれもこれもと、できるものを多数動員することで、成果を挙げることが可能であろう。

また、従業員数の規模でメンタルヘルスの対応が異なるようである。100人くらいまでの小さな職場では問題が少ないという結果が出た。小規模職場では人間関係が親密に保たれているところが多いのであろう。500人以上の大きな職場も比較的良好であるが、心の健康づくり指針に従って着実に対策を進めることができるのかもしれない。それに対し中規模職場では苦勞をしているところが多いようである。中途半端な対応になりやすいのかもしれない。種々の好事例を参考にして今後のメンタルヘルス対策に活かしてもらいたい。

コラム

変わらない休職率と退職率

今回の事業場調査で休職者と退職者の数を質問している。休職については「貴事業場では本日現在、心の健康に問題を生じたため休職休業中の方はおられますか？」で、「いる」と答えた場合、何人かを書いてもらった。同様に退職者については「最近3年間で、心の健康に問題を生じて、退職された方は？」で、「いる」と答えた場合、何人かを書いてもらった。

別の項目で従業員数を正職員とその他を分けて答えてもらっているので、その従業員数を分母に休職率と退職率を計算した。疫学用語では、この休職率は有病率に相当し、退職率は3年間の罹患率に相当する。

その結果、休職率は正職の従業員千人あたり1.8人、退職率は従業員千人あたり2.9人であった。平成18年度にも同様の調査で同じ質問をしているが、休職率が1.8人、退職率が2.6人であった。つまり、4年前とほとんど変わらない。調査対象となった事業場では、平均して正職員の約550人に1人が心の健康を病んで休んでいる。約3年間で350人に1人くらいが、職場から去って行ったということになる。

この休職と退職について事業場の規模別で図にしてみると、小規模のところは退職率が高く、規模が大きくなると休職率が高くなり、休職者の数と3年間の退職者の数が近似してくる。

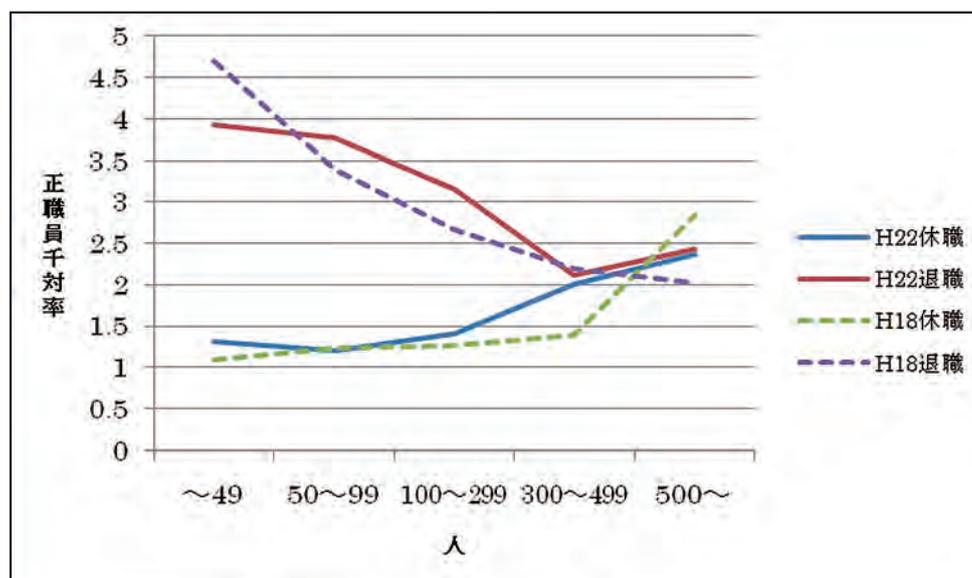


図 従業員規模別正職員千対休職率と退職率

コラム

メンタルヘルスの効きは遅い

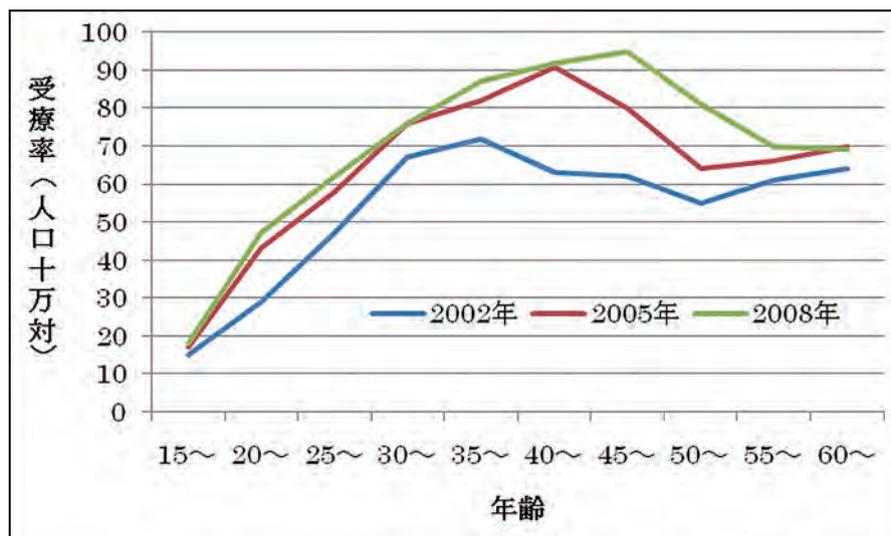
関心は高いが、現実は厳しい

今回の調査で、事業場で行っているメンタルヘルス関係の対策は、3年前に比べその対策項目を実施しているという数が増えている。調査に回答してくれた担当者（大半が人事労務担当）の意見もメンタルヘルスに対し前向きであり、3年前に設置されたばかりのメンタルヘルス対策支援センターを知っていると答えたものが約半数もいる。

今回の調査の結果から現在休職している労働者の率は、従業員1000人あたり1.8人と推測された。この値は、4年前に同様の調査を行ったときの1.8人と変わらない。

「最近3年間で、心の健康に問題を生じて、1カ月以上仕事を休んでいる方の数は？」という質問で、4年前の調査と比べ、「増えた」という回答の割合は変わらなかった。ただし、「変わらない」が減り、「減った」が少し増えている。

全国的なデータでは、3年に1回の調査であるが、厚生労働省の患者調査というのがある。平成20年（2008年）の患者調査では、10月中旬の1日に人口1000人に0.63人が気分障害（大部分がうつ病）で外来受診している。その前の調査（2005年）では、0.60、さらに前の調査（2002年）では、0.51であった。この3回分の調査を年齢別に図で示す。



どの年齢でも受療率が上昇している。特に若い年齢層が年齢とともに急上昇し、2002年の30歳代の山が2008年に40歳代に移っている。この人たちは、1960年代に生まれた世代である。少年期、青年期に好景気でバブル以前の裕福な時代を過ごした人たちである。

この患者調査から、もし仮に患者が平均2週間に1回受診していたら、調査当日に治療を受けてはいないが、その陰に14倍の患者がいることになる。すると人口1000対8.8人の有病率となる。

職場での休職者には、外来通院と入院がいる。また、外来通院していても通常の勤務をしているものもいる。

今回のわれわれの調査で、1000人あたり1.8人が休職ということは、患者調査と比べると数倍の患者が勤務を続けているのか、あるいは、失業しているのかもしれない。

年齢が40歳代までは受療率が高くなって行く。今回のわれわれの調査では、年齢が上がるとうつ症状（CES-D）が下がる。一見、矛盾しているように見えるが、これは健康労働者バイアスといわれるもので、うつ症状が高いものは職場から去って行き、残った健康な労働者が調査対象になったので、年齢の高いものではうつ症状が少なくなると説明できる。このようなことから、働き盛りの相当数がうつ病のため失業している可能性が示唆される。

これらのデータからも、労働者のメンタルヘルスが改善されているとは言い難い。とはいえ、職場でのメンタルヘルスに対する関心は高まっていて、種々な対策が講じられている。人間のふだんの思考や、行動を簡単に変えることは困難である。メンタルヘルス対策は、時間を掛けてじっくりと取り組まなければならない。

1.3 従業員調査の結果

1.3.1 従業員調査対象の概略

従業員調査では、103 事業場、8246 人の有効回答が集められた。その性別・年齢別分布および職種別の分布は、表 1.3 および表 1.4 に示すとおりである。なお、雇用形態別では、正職員が 80.3%、パート・アルバイト 9.1%、派遣 0.4%、嘱託 5.0%、その他 5.2%であった。

表 1.3 性別・年齢（歳代）別調査対象者数

	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳以上	無記入	総計
男	50	951	1335	1166	1101	278	13	4894
女	35	708	828	802	707	91	8	3179
無記入	1	3	5	10	8	0	146	173
総計	86	1662	2168	1978	1816	369	167	8246

表 1.4 職種別調査対象者数

	事務職	専門職	営業販売 サービス職	技能職	現業職 (現場作業)	無記入	重複	総計
男	830	737	1027	1045	1145	58	52	4894
女	930	870	297	367	608	79	28	3179
無記入	28	21	16	23	42	42	1	173
総計	1788	1628	1340	1435	1795	179	81	8246

1.3.2 「うつ症状」調査としての CES-D

最近、うつ病の患者が増加を続けている。この調査では、職場や職場外での多様なストレスの結果として生じる「うつ症状」を測定する手段として、アメリカ国立精神保健研究所が開発した質問（CES-D）を使用した。20 問からなり、各質問でこの 1 週間「ほとんどなかった」から「たいていそうだった」までの 4 段階のどれかを選んでもらい、採点する。最小 0 点から最大 60 点までで、16 点以上は問題ありと判断し、26 点以上では相当に問題があると判断するスケールである。うつ病の診断基準を網羅した質問で構成されている。実際の質問は、報告書（完全版）の従業員調査票 問 21a. から t. の 20 問である。

この調査の全体での平均値は 16.4 点と高い。16 点未満が 54.7%、16 点以上が 45.3%と相当な数の問題者がある。さらに 26 点以上となると 16.2%と放ってはおけない人たちが多数いることが分かった。この数値は、これまでの同じような調査で年とともに増えている。最初に日本語版が発表されたころは（1985 年）、正常者が平均 8.9 点（16 点以上 15.2%）、感情障害（主にうつ病）で 30.0 点（16 点以上 88.2%）と報告されている。

1.3.2.1 性別・年齢などの個人要因と CES-D

性別では、男性 15.9 点、女性 17.2 点と女性で高い。男女とも年齢とともに低下し、高齢になると男女差がなくなる（図 1.1）。

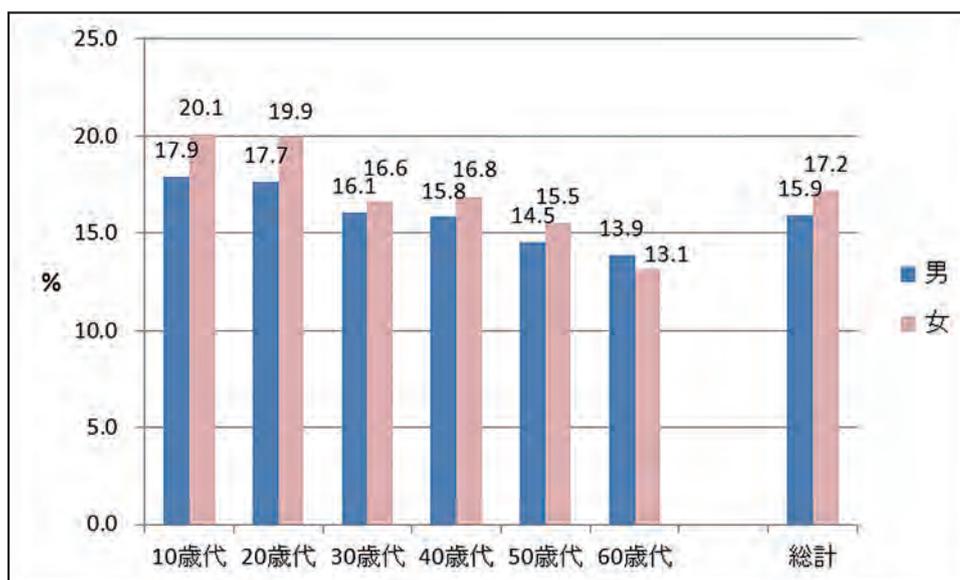


図 1.1 CES-D による「うつ症状」の性別・年齢別平均値

学歴別では大きな差はない。家族の形（独身、夫婦、親子2世代など）でも、大きな差はないが、「夫婦のみ」か「親子2世代」がもっとも低い。ただし、年齢の影響も考えなければならない。職種間にも多少の差はあるが、大きな違いはない。雇用の形でも派遣が高く、嘱託が低い。嘱託は年齢が高いため、その影響も考えなければならない。女性の正職員はパート・アルバイトより高い。職場での地位としての管理職（本人の回答による自称なので、いわゆる名ばかり管理職も含まれている）では、男性では管理職のほうが、非管理職より低いが、女性では管理職のほうが非管理職よりやや高い。この場合も高年齢ほど「うつ症状」が低くなることを考慮しなければならない。また、業種や職種による違いもあり、単純ではない。

コラム

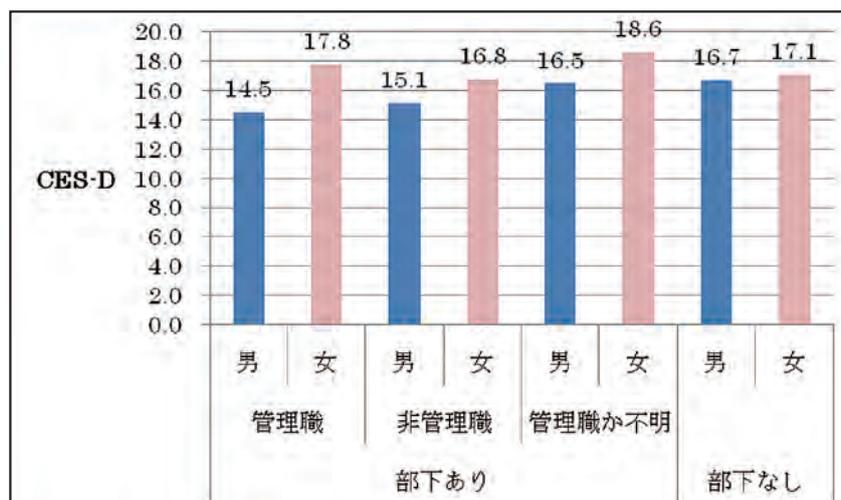
管理職のメンタルヘルス

女性管理職のつらさ

今回の調査で職場での地位をきいている。「あなたの職場での位置づけについてお聞きします。指示を出したりする部下がいますか？」で「いる」、「いない」というのと、「管理職である」、「管理職ではない」の2問である。自己記入であるから、いわゆる「名ばかり管理職」も含まれていると思われるが詳しくは分からない。

この2問で分類すると、この2問に無記入の27人と性別無記入のものを除いて、「部下がいる」ものは男性の44.2%、女性の28.3%、「部下はいない」ものは男性の48.0%、女性の65.5%、この「部下がいる、いない」の質問には無記入で管理職かどうかの質問に答えているものが男性7.8%、女性6.2%もいる。「管理職である」に印をつけたものは男性の22.2%、女性の7.4%である。「部下はいない」か「部下がいる、いない」に無記入のもので、「管理職である」に印をつけたものが男性の5.2%、女性の1.3%もいる。これらの数字は、管理職の定義の難しさを物語っている。中間管理職という言葉があるが、「部下はいる」が「管理職ではない」に印をつけたものとする、男性の16.8%、女性の14.2%となるが、「部下はいる」が「管理職か」の質問では無記入というものが男性の10.5%、女性の8.0%もいるので、この人たちも中間管理職に該当するのかもしれない。

これらの分類で、「うつ症状」の重さを示すCES-Dの平均点数をみると、男性では地位が下がるほどCES-Dが高くなる。しかし、女性ではそのようにはならない、特に管理職（あるいは管理職かもしれないと思っているもの）ではCES-Dが高い。職種によっても同じ管理職でありながら、違いがみられる。営業・販売・サービス職では男女差がないが、女性管理職では、技能職21.2点、現業職20.6点ときわめて高い。



1.3.2.2 生活習慣と CES-D

カリフォルニア州のアラメダ郡で行われた調査研究がある。その研究では、健康に好ましい7つの生活習慣を聞き取り、9年後まで調査を続け、生活上の習慣による生存者と死亡者の違いを明らかにした。その調査項目にほぼ近い7つの生活習慣を質問した。①朝食を毎日摂る人は、CES-D 15.7点で、他の人たちはいずれも16点を超えている。②食事で栄養バランスに気をつけている人は、14.5点と低い。③ふだんの睡眠に満足している人は、12.4点と低い。平日の睡眠時間では、7時間あるいは8時間と答えた人がもっとも低く、それより短時間または長時間の睡眠では高くなる（図1.2）。④運動やスポーツをしている人は、14.4点と低い。⑤喫煙習慣では、以前習慣的に吸っていたが今はやめている人が、15.5点と低い。⑥飲酒習慣では、週6～7日、つまりほぼ毎日飲んでいる人が、15.5点と低い。なお、喫煙と飲酒については、男女の相違や酔い方など複雑でコラム欄「酒とタバコと女性」を参考にしていきたい。⑦習い事や趣味などの活動を行っている人は、15.2点と低い。いずれの生活習慣も好ましい習慣は「うつ症状」についても良好な状態を保っているといえよう。

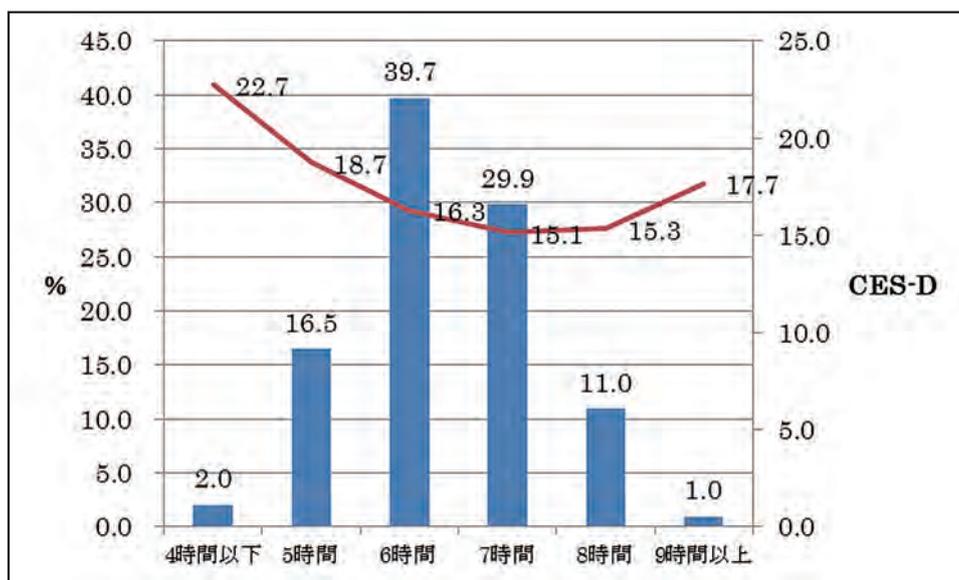


図 1.2 平日の睡眠時間と CES-D

コラム

生活習慣とメンタルヘルス

好ましい生活習慣を守ることが寿命を延ばすことにつながるということが証明された有名な調査研究がある。カリフォルニア州アラメダ郡で行われたプレスローらによる研究である。このチームは約 7000 人近い住民を対象者として約 9 年間観察し、約 6000 人の生存者と 682 人の死亡者のデータから好ましい生活習慣が寿命に関係することを発見したのである。

その習慣についての質問では、①夜いつも何時間くらい眠りますか、②たいいてい朝食はたべますか、③よく間食をとりますか、④よくワインやビール、ウイスキーなどをのみますか、⑤喫煙の習慣がありますか、または今喫煙をしていますか、⑥以下に示したような事柄を自由な時間によくやりますか、激しいスポーツ、水泳、長距離歩行、猟や狩り、体操、庭仕事、⑦身長は、体重はということ聞き取り、① 7～8 時間の睡眠、②ほとんど毎日朝食をとる、③間食は一度か、ほとんどとらないか、あるいは全くとらない、④アルコールは一度に 4 杯以下、⑤タバコは吸わない、⑥激しいスポーツや水泳ならびに長距離歩行、庭仕事、体操などを頻繁にする、⑦男性では標準体重の 20%超過や 5%不足でない、女性では 10%超過以上ではない。以上の 7 つの生活習慣である。

わが国でも大阪大学の森本教授らがほぼ同じような項目で調査研究を行って、好ましい健康習慣が健康状態と関係することを発表している。

当調査では、①朝食を毎日たべる、②毎日の食事について栄養バランスに気をつけている、③ふだんの睡眠に満足している、④運動やスポーツなどでからだを動かすようにしている、⑤タバコは吸ったことがないか、以前習慣的に吸っていたが今は吸っていない、⑥酒類（アルコール飲料）は全くあるいはほとんど飲まないか、飲んでもほろ酔い程度である、⑦仕事以外で習い事、趣味などの活動をしている、という 7 つの生活習慣について、各 1 点として合計し、生活習慣尺度として点数化した。0 点から 7 点の 8 段階になり、男性では 2 点、女性では 3 点、全体で 3 点がもっとも多く、平均値は 2.89 点であった。性別年齢別にその平均値をみると、図 1 のように女性のほうが高い点数で、年齢別では男性で 20 歳代から 40 歳代に低く、女性では 20 歳代が低く、年齢が上昇すると生活習慣点が高くなる。

また、うつ症状（CES-D）の平均値でみると（図 2）、生活習慣点が高くなるほど、CES-D の値が下がる。つまり、好ましい生活習慣はメンタルヘルスのためにも役立つことが分かる。個々の生活習慣と CES-D の関係は報告書に記載してあるので参考にされたい。

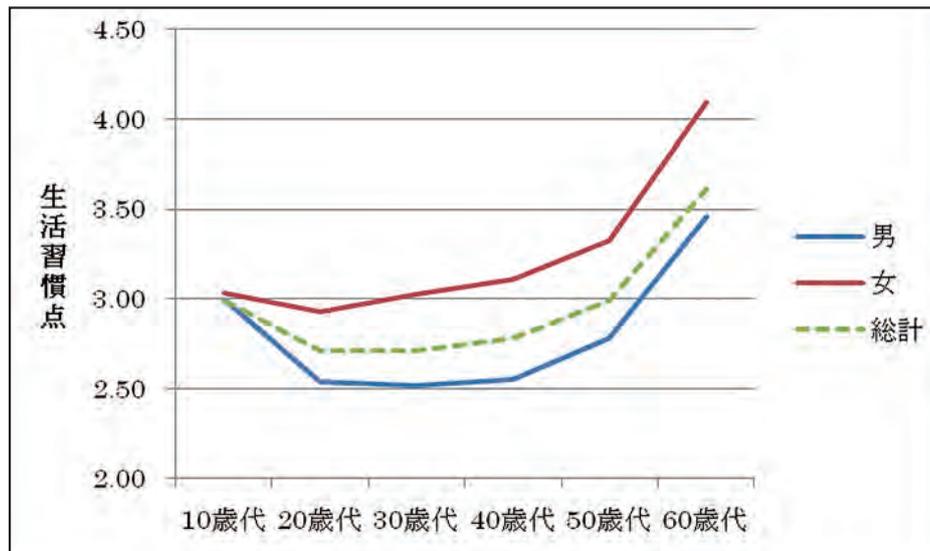


図1 性別年齢別生活習慣点

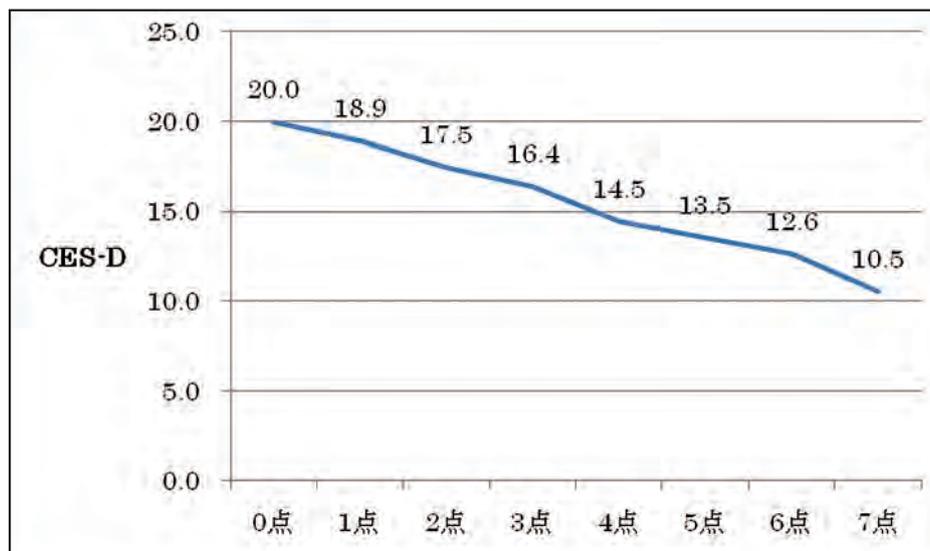


図2 生活習慣点とうつ症状

参考文献

バークマン、LF、プレスロー、L (森本兼曩監訳):生活習慣と健康、ライフスタイルの科学、HBJ 出版局、1989年

森本兼曩:ストレス危機の予防医学、ライフスタイルの視点から、NHK ブックス、1997年

コラム

酒とタバコと女性

生活習慣の中で、健康にもっとも大きな影響があるのは、タバコである。「毎日タバコを吸う」人の率（喫煙率）は、男性 45.8%、女性 15.0%であった。タバコの害は、いろいろながんや肺疾患などの体への影響だけではなく、メンタルヘルスにも影響があるかもしれない。調査の結果で喫煙習慣と「うつ症状」を表す CES-D との関係を見てみると、図 1 のように「時々吸う」人で男女とも高い平均値を示している。「吸わない」人に比べ統計学的にも有意の高さである。この統計学的な検定では、男性の「吸わない」と「毎日吸う」人の CES-D 平均値の差（0.4 点）には有意差があるとは認められないが、女性では 1.7 点と差があるということになる。つまり、女性の喫煙者はメンタルヘルスが良くない。

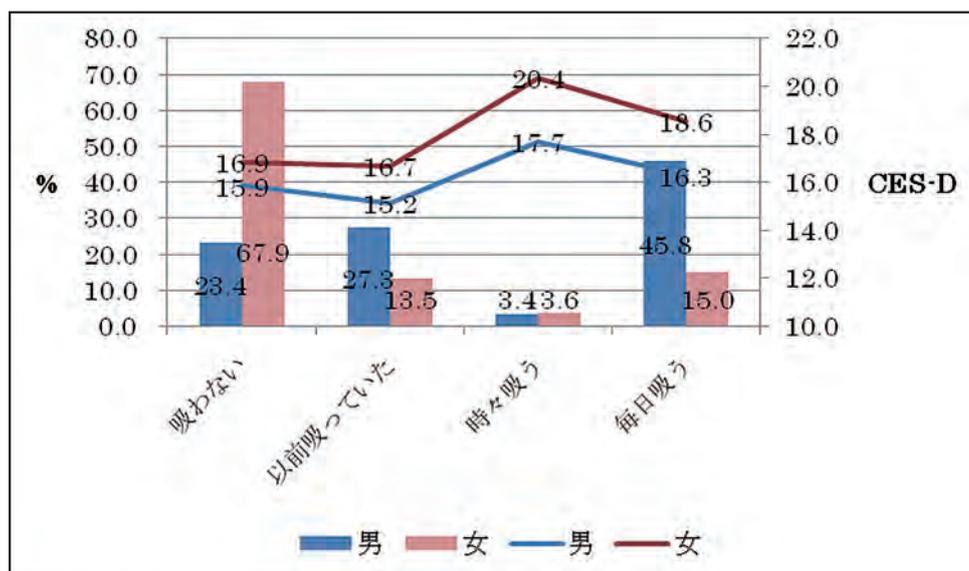


図 1 性別喫煙習慣と CES-D

アルコール摂取習慣ではどうだろうか。「週に 6～7 日飲む」、つまり、ほぼ毎日飲んでる人は、男性で 33.5%、女性で 10.0%であった。アルコールの健康への影響は、実は単純ではない。肝臓、膵臓、胃など消化器系の疾患や妊婦や小児への影響が問題であるが、多くの疫学研究で心臓疾患では適量の飲酒がむしろ疾患予防になることが分かっている。メンタルヘルスへの影響もアルコール依存症のような極端な状態は例外として、適量の飲酒が否定されているわけではない。図 2 に示すように、むしろ飲酒している人のほうが、「うつ症状」を表す CES-D の点数が低い。ただし、女性では統計学的に差が認められない。

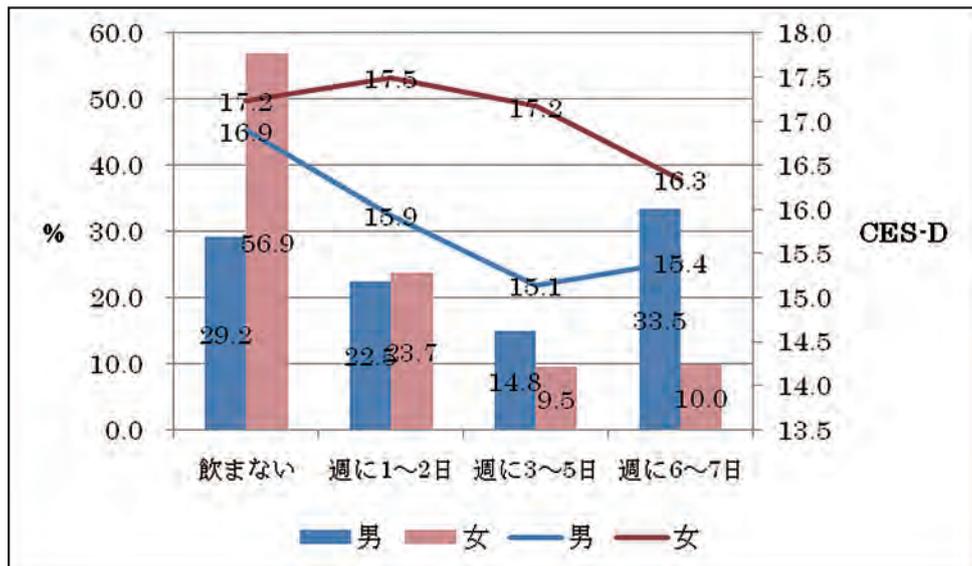


図2 アルコール摂取習慣と CES-D

適量の飲酒といっても、その程度を表すことは難しい。アルコールに強い人と弱い人がいる。そこで、この調査では酔い方の程度を質問している。男女とも「ほろ酔い」程度という人が大多数である。「相当に酔う」人が男性で6.4%、女性で2.5%で、この少数の人たちのCES-Dは、男性で18.6、女性で21.1と「ほろ酔い」の人より高く、男性に比べ女性のほうが明らかに高い。

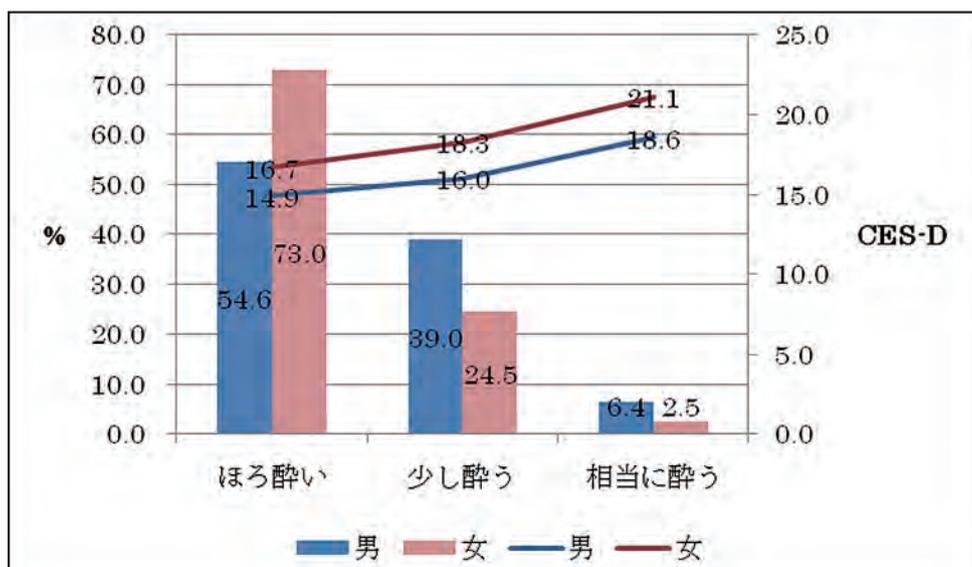


図3 酔い方の程度と CES-D

酒とタバコの嗜みは、女性では特に気をつけて欲しいものである。

1.3.2.3 労働時間と CES-D

長時間労働が心身の健康を損ねることは周知のとおりである。この調査でも労働時間に関する項目で CES-D との関連をみている。図 1.3 に示すとおり、1 日の労働時間が 9 時間を超えると 16 点という基準を上回ってしまう。12 時間を超えるところで、図では折れ曲がっているが、該当者が 2.1% と少ないための誤差範囲である（統計学的には、この 17.9 と 17.3 の間に差はない）。

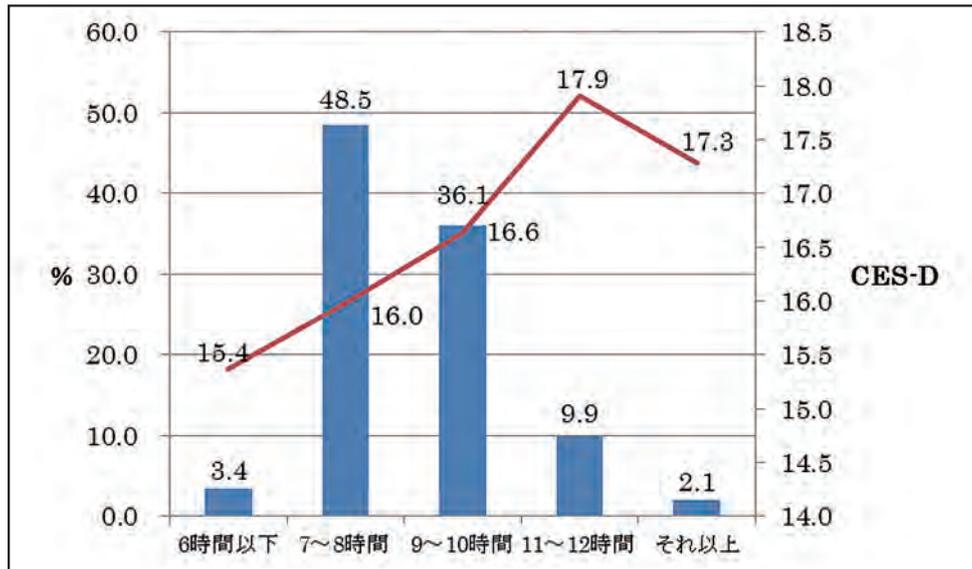


図 1.3 労働時間と CES-D

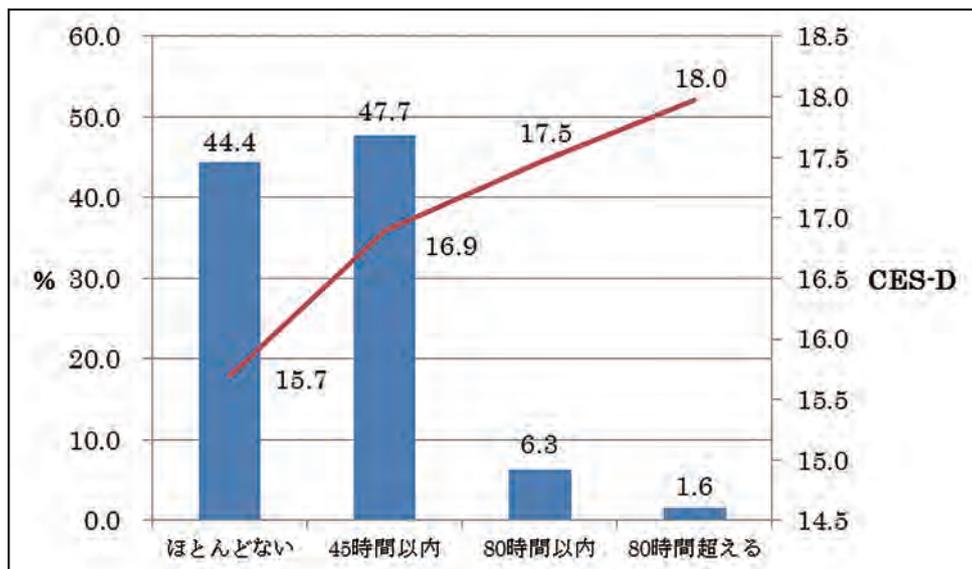


図 1.4 残業時間（月あたり）と CES-D

残業時間についても図 1.4 に示すとおり、残業があると月 45 時間以内であっても 16 点の基準を超えてしまう。なお、残業時間が月 80 時間を超えると回答したものが約 8%いるが、平成 18 年度に行った同様の調査では約 11%であった。長時間労働者の割合が多少減っているが、政府が示した「過重労働による健康障害防止のための総合対策（平成 18 年度、改正平成 20 年度）」による指導のせい、あるいは景気の落ち込みにより残業そのものが減ったのか、詳細は不明である。

休日についても、2 連休が月に 4～5 回で CES-D が 15.7 点で、それより少ない休日では 16 点の基準を超えてしまう。この連休の取得割合も平成 18 年度に行った調査よりは増えている。

月にのんびりと休める日数は 4 日以上で、ようやく 16 点の基準を下回ることができる（図 1.5）。これらのことから、2 連休は 4 回以上、のんびりできる休日は 4 日以上が必要といえよう。

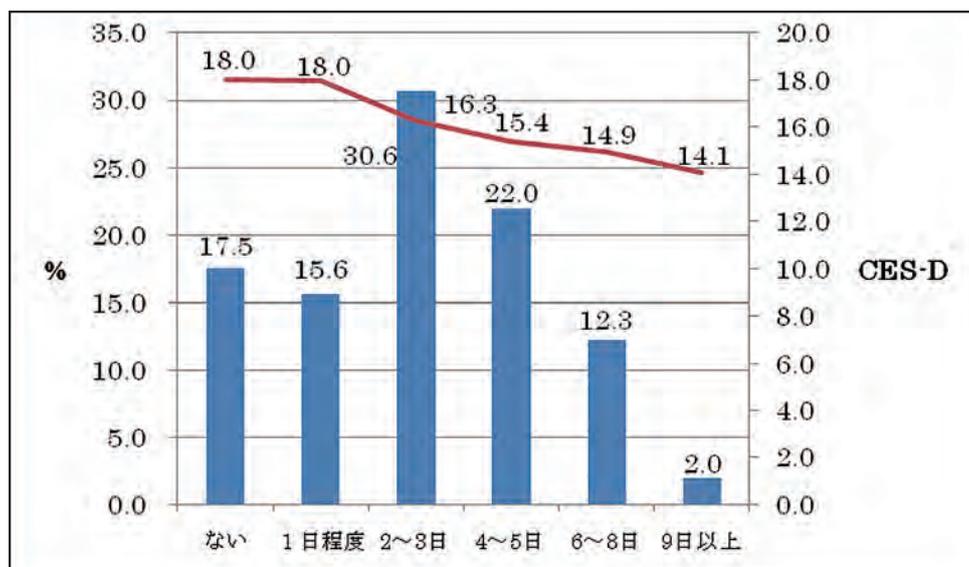


図 1.5 月にのんびり休める日数と CES-D

労働過重の限界を決める目安として、このような「うつ症状」の測定は分かりやすい結果を示してくれた。

1.3.2.4 調子の良い時間と悪い時間

この調査では、「ふだん 1 日の中で調子が良いときと悪いときがあると感じますか？」という質問をしている。「あまり感じない」ものが 41.9%、CES-D が 12.5 点、「多少感じる」ものは 46.9%、CES-D が 17.7 点、「強く感じる」ものは 10.8%、CES-D が 26.3 点であった。

うつ病の患者では朝の不調を訴えるものが多い。そこで調子が良い時間と悪い時間を記入してもらったが、午前中が良いという朝型と17時前の午後の時間帯は調子が良いという昼型と17時以後のアフターファイブが良い時間と答えた夜型に3分類した。夜型がもっとも問題が多かった。コラム欄「夜型人間は不健康」を参照されたい。

朝は調子が良い♪



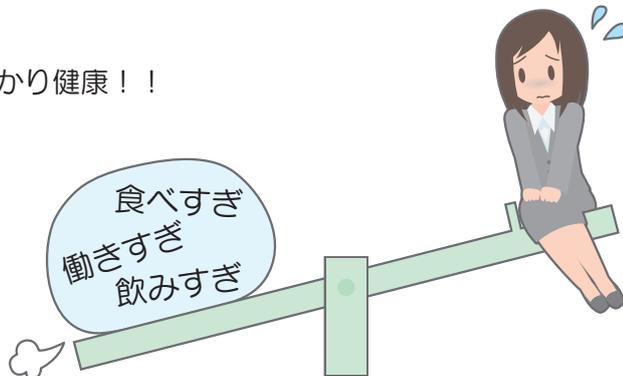
1日の調子の波を強く感じる人ほど
「うつ」の症状に要注意！

お昼過ぎると
どうも調子が…



何事も度を超すのはよくありません。
働きすぎや飲みすぎなどに注意し、
バランスの良いワークライフでしっかり健康！！

食べすぎ
働きすぎ
飲みすぎ



コラム

夜型人間は不健康

今のように夜間も明るい環境の中で生活できるようになったのは、われわれとしては、まだ1世紀も経験していない。その短い期間に生活様式がだいぶ変わってしまった。働く人びとにとっても、昼夜の区別がはっきりしなくなったことで、心身に何らかの影響があるのではないかと疑われる。

今回の調査で「ふだん1日の中で調子が良いときと悪いときがありますか」、もし感じるというのであれば、「もっとも調子の良い時間、悪い時間は何時ですか」という質問をしている。全体の中には交替性の勤務をしていて、深夜まで働いている人もいるので、正規の職員で交替性のない日勤者 4910 人に絞って以下に分析した結果を説明する。

「あまり感じない」という人が42.7%、「多少感じる」という人が46.7%、「強く感じる」という人が10.3%であった（報告書では全体の結果が記されているので、わずかな違いがある）。そして、調子の良い時間、悪い時間は、図1に示すように、どちらも山が2つある。

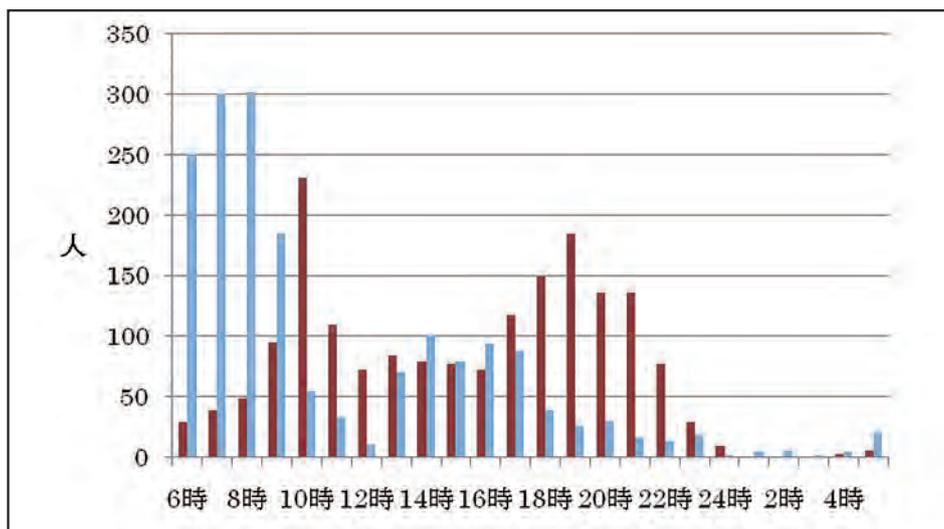


図1 調子の良い時間（左側の赤）、悪い時間（右側の青）

良い時間は、10時と19時で、悪い時間は、7時と14時である。つまり、朝の起きがけは悪く、勤務に入って少し経ったところに調子が出て来て、昼休み後、しばらくして悪くなり、勤務が終わると元気になる、というリズムが見て取れる。

この調子が良い時間を3区分して、12時までに調子が良い時間と答えた人を朝型、13時から17時までを良いと答えた人を昼型、18時過ぎが良いと答えた人を夜型として分類する。この3つの型に「あまり感じない」というタイプを入れると、朝型は16.2%、昼型

は11.1%、夜型は18.7%、それに感じない54.0%となる。ここでは日勤者に限ったのであるが、それでもアフター・ファイブ派のほうが朝型より多いのである。

この現代社会に登場した夜型人間の特徴を見てみよう。性別では差がない。年齢別では若い人、特に20歳代で26.5%と多い。60歳代（74人）になると昼型も夜型も例外的な人たちできわめて少ない（昼型0人、夜型5人）。

コラム「生活習慣とメンタルヘルス」で説明したように好ましい生活習慣を0から7点で点数化しているが、低得点の人たちに夜型が多く、高得点の人たちには夜型がきわめて少ない（図2）。夜型人間は、健康に影響を与えるふだんの習慣が良くないのである。

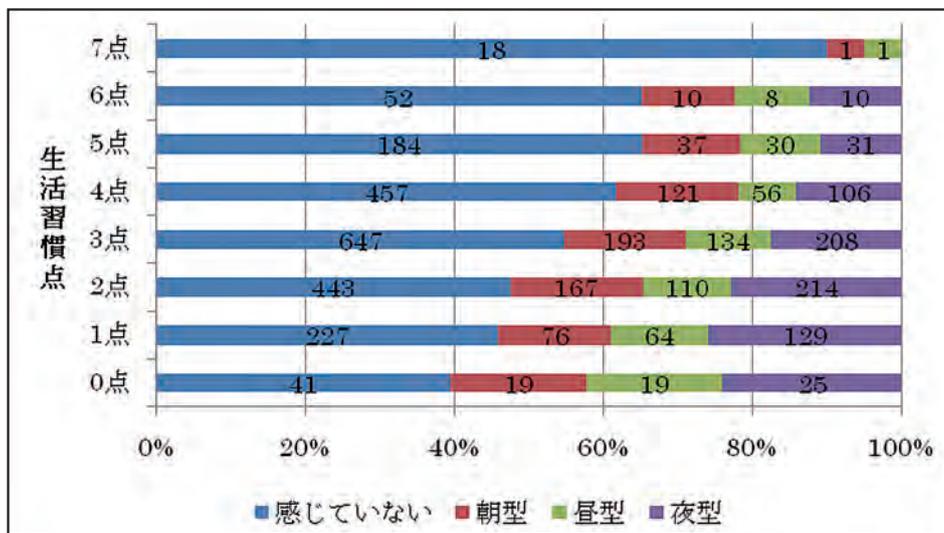


図2 朝、昼、夜型と生活習慣点

夜型の人たちは「うつ症状」を示すCES-Dの値も高い。カットオフポイント（うつ病の疑いを持たれる基準）の16点を超える割合は、「感じない」人たちでは25.3%なのに、夜型の人たちでは64.2%もいる。うつ病の患者が、朝方に調子が悪いということは、よく知られているとおりである。

仕事についても夜型人間では問題が多い。仕事への満足度で夜型では「満足」が3.4%（全体では8.9%）、「やや満足」まで加えても36.4%（全体では51.9%）と満足度は低い。また、「次の日まで疲れが残る」では夜型では「そうだ」が35.6%（全体では21.2%）、「まあそうだ」まで加えると75.9%（全体では62.8%）と強い疲労感を訴えるものが多い。ワーク・ライフ・バランスの質問でも「ちがう」が11.6%（全体では6.8%）、「ややちがう」まで加えると44.2%（全体では32.2%）と生活の仕方に問題が多そうである。職場の側からの対応策として考えられるのは、裁量度についての質問「自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる」で「そうだ」が14.1%（全体では18.8%）、「まあそうだ」まで加えると59.8%（全体では70.9%）とやる気を起こさせる仕組みが足りないのかもしれない。

1.3.2.5 仕事内容と CES-D

仕事の内容について 21 項目の質問をした。例えば、「仕事の量がとても多い」の質問に「そうだ」、「まあそうだ」、「ややちがう」、「ちがう」の 4 段階から 1 つを選んでもらう。

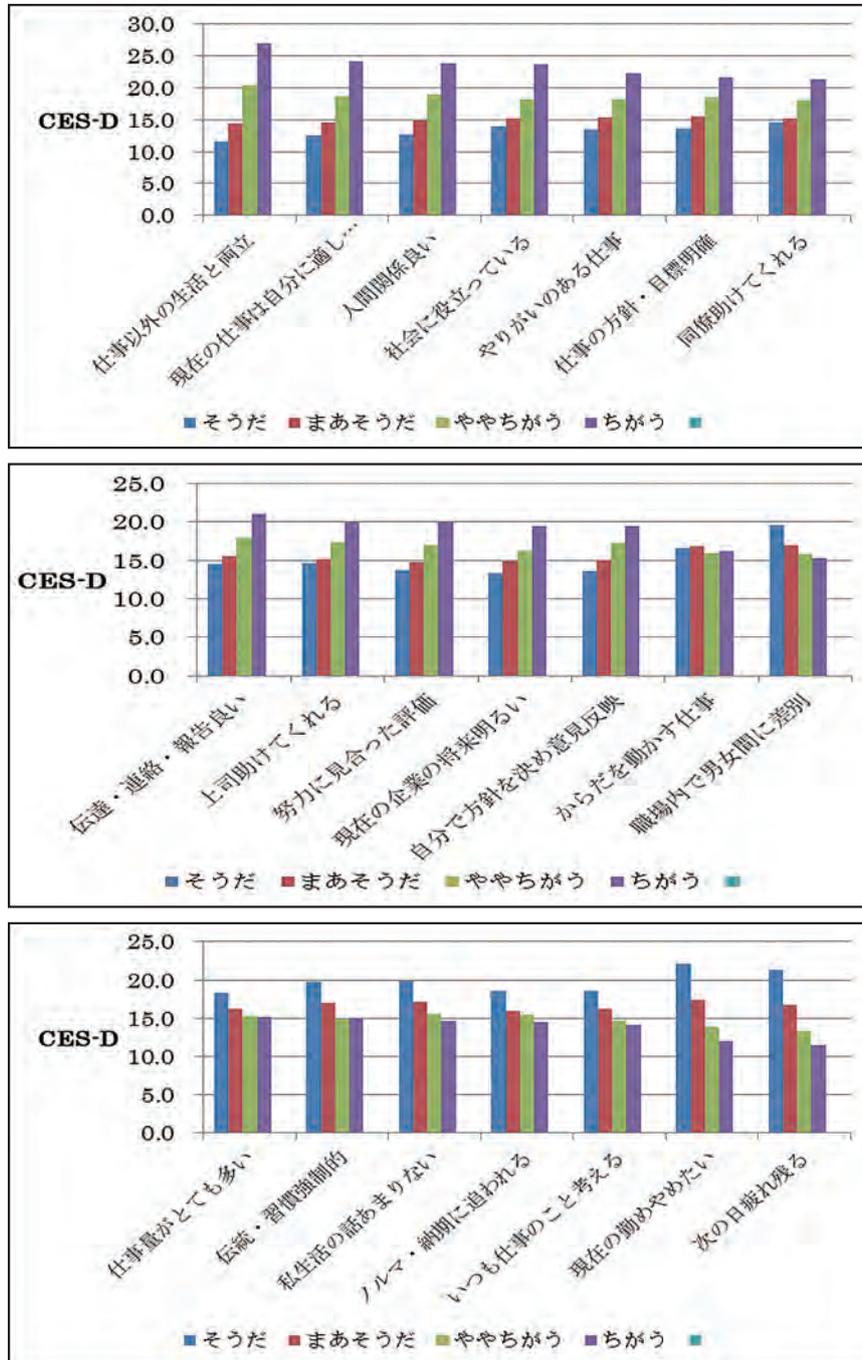


図 1.6 仕事内容と CES-D

その回答ごとに CES-D の平均値を図 1.6 に示した。「そうだ」で低く、「ちがう」で高い項目で差が大きい項目を左から順に並べたのが上の図で、逆に「そうだ」で高く、「ちがう」で低

い項目で差が大きい項目を右から順に並べたのが下の図である。「そうだ」から「ちがう」までもっとも差が大きかったのは「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」で、いわゆるワーク・ライフ・バランスについての項目であった。小さかったのは「どちらかというとからだを動かす仕事である」で、肉体労働の割合は CES-D に無関係であった。

1.3.2.6 ストレス対処法と CES-D

「不満、悩み、ストレスなどがあつたとき、どのようにしていますか」と 18 項目を挙げてあてはまるものに印をつけてもらった。CES-D が 16 点より低かつたのは、男女とも「周囲の人に相談する」、「スポーツ」、「散歩やハイキング」、「旅行」の 4 つであった。

表 1.5 ストレス対処法

	%		CES-D	
	男	女	男	女
積極的に休暇をとる	11.9	8.9	15.5	16.3
周囲の人に相談する	20.9	44.2	14.0	15.8
スポーツ	22.1	7.5	14.2	15.1
散歩やハイキング	7.8	5.9	13.7	14.8
旅行	9.4	12.1	13.9	15.8
寝る	42.4	45.9	16.3	17.8
動物（ペット）	6.8	12.2	16.3	18.3
音楽（カラオケを含む）	16.8	20.2	16.0	18.1
テレビやビデオ	26.2	26.5	15.6	17.4
外出や買い物	24.3	49.9	15.5	16.7
好きなものを食べる	18.1	40.9	15.8	16.8
インターネット	12.3	8.3	17.2	18.3
ギャンブルや勝負事	17.5	2.9	17.3	19.5
知り合いにグチをこぼす	20.2	48.0	16.7	17.3
八つ当たりする	4.0	8.4	22.1	21.5
アルコール飲料	34.6	18.4	16.5	18.6
睡眠薬や精神安定剤	1.6	3.2	26.6	26.4
ひたすら耐え続ける	17.1	16.2	20.9	23.2

「周囲の人に相談する」では女性が 44.2%であったのに対し、男性が 20.9%と少ない。男女の違いでストレス対処法が大きく異なり、「外出や買い物」、「知り合いにグチをこぼす」は女性で、「スポーツ」、「アルコール飲料」は男性で多かつた。男女とも選ぶのが多かつたのは「寝

る」であるが、「うつ症状」が低くはない。対処法というよりは疲れた結果を示しているであろう。CES-D で高い値を示したのは「睡眠薬や精神安定剤」で、次に「ひたすら耐え続ける」であった。「ひたすら耐え続ける」ということは、感情を出さずに抑え込むことでストレスは一層高まるばかりであろう。

1.4 まとめ

本調査研究は、北海道・東北地方の7道県全域の労働者のメンタルヘルスの状況を把握し、関連要因を探り、対策を提案するために計画された。調査は、事業場のメンタルヘルス担当者への調査票と従業員調査を希望した職場の従業員個人の2本立てで行った。事業場調査では系統無作為抽出法で郵送法により1614所（回収率42.6%）から回答を得た。従業員調査希望事業場と協議の上、最終的に103事業場に従業員調査票と封筒を配布し、記入後封をして回収し、各センターで開封した。記載不備等の調査票を除き、調査分析に使用できたのは8246人分で有効回収率は93.4%であった。

休職者数（調査日現在）および退職者数（最近3年間）について、正職員数で除し、休職有病率、退職罹患率（3年間）を求めた。従業員数の規模別で、小規模事業場では休職者率に対し退職者率が高い。規模が大きいと逆に休職者率が高くなる。

メンタルヘルス対策12項目を現在と3年前について実施有無を訊いた。12項目中の実施数と最近3年間で心の健康に問題を生じて1か月以上仕事を休んでいる人の数の増減の間には関連が認められた。休職休業者の減った事業場では、3年前も現在も実施数が多かった。増加したという事業場では3年前は少なく、現在は減ったという所とほぼ同じ数になった。変化のなかった所は実施数がいずれも少なかった。

従業員調査では、CES-Dで測定した「うつ症状」は、平均値16.4点と高く、カットオフポイントとされている16点を超えるものは45.3%とこれまでの調査に比べ高い値であった。性別年齢別では、若い女性で高く、年齢とともに降下し、男女差がなくなる。地域別では、北海道が低く、福島が高い。良好な生活習慣、すなわち朝食毎日、栄養バランス考慮、運動実施、現在喫煙していない、飲酒でほろ酔い程度などでは低いCES-Dであった。調子の良い時間と悪い時間では、2峰性が見られ、夜型人間は種々の項目で不健康であった。1日の中で調子の良悪の時間について「強く感じる」ものは、26.3点と高かった。

ストレス対処法を18項目訊いた。CES-Dが低い好ましいストレス対処法は、周囲の人に相談する（ただし、女性では44.2%実施で男性が20.9%と差が大きい）。スポーツ、散歩やハイキング、旅行であった。CES-Dが高い値であった対処法は、睡眠薬や精神安定剤、ひたすら耐えるであった。

コラム

自殺のことを考えている人たち

メンタルヘルスの様ざまな課題の中で、最悪の結末が自殺である。今回の調査の中に自殺についての質問が一つ入っている。「気分が落ち込んで自殺について考えることがある」に「ほとんどなかった（なし）」、「少しはあった（1～2日/週）」、「時々あった（3～4日/週）」、「たいていそうだった（5日以上/週）」の4つの回答から選択する質問である。

8246人中、無記入の89人を除いて、86.8%の7083人が「なし」と答えた。「少し」が8.7%で709人、「時々」が2.7%で217人、そして「たいてい」が1.8%で148人いる。男女の差は比較的小さいが、年齢では高年ほど自殺の考えは少なくなる。当調査では、性別年齢別で自殺の考え方にねじれがみられた。自殺を考えるものが30歳未満では女性に多く、30、40歳代では男性に多く、50歳以上では男女差がみられない。

実際の自殺統計の死亡率では、男性が高く、年齢が高年ほど高くなる。自殺を考えることと実行に移すことには違いがある。しかし、自殺についての専門書が指摘しているとおおり、自殺をほのめかすものが実際に自殺する率は高く、自殺を考えている段階で早く対応してあげる必要がある。

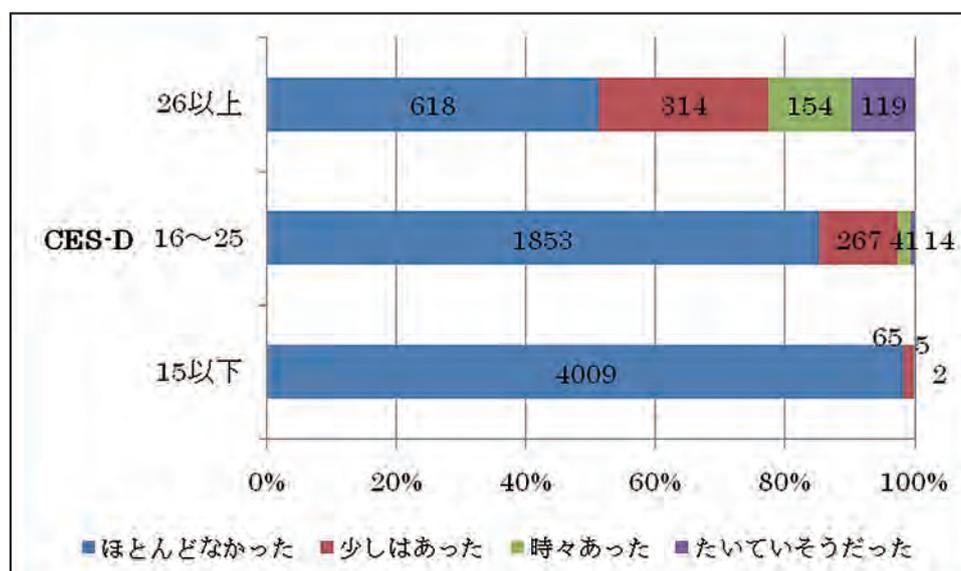


図 「うつ症状」の軽重区分と「自殺について考えることがある」の回答人数

「うつ症状」の測定に使用した CES-D は、15 点以下が正常、16 点以上では問題ありと判定し、26 点以上では重い状態と考えられている。この区分で自殺の考えとの関係を図にしてみると、15 点以下では、自殺を考えるものがほとんどいない。しかし、26 点を超え

ると急激に自殺を考えるものが増える。特にいつも考えているものの約9割が26点以上に区分される（CES-Dの無記入者が13人いるので、合計は一致しない）。このように「うつ症状」を調べることは、自殺予防の一手段として役立つことになる。

この148人中で精神科を受診したものの7人、心療内科を受診したものの6人、両方の科を受診したものの3人で、合計16人、つまり、専門科を受診したのは10.8%に過ぎない。しかし、「ここ1年間で医療機関に入院や定期的に通院したことがありますか？」という質問で、自殺を考えたことがないものは、40.1%が入通院したと答えたのに対し、いつも考えているものは、53.7%が入通院していたという。半数以上はどこかの科を受診していたことになる。精神科や心療内科だけではなく、全ての診療科で自殺への配慮が大切である。

参考文献

本橋豊、渡邊直樹：自殺は予防できる－ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動、スピカ書房、2005年

本橋豊他：STOP！自殺－世界と日本の取り組み、海鳴社、2006年

本橋豊：自殺が減ったまち－秋田県の挑戦、岩波書店、2006年

高橋祥友：自殺の危険 [新訂増補]、金剛出版、2006年

高橋祥友：自殺予防、岩波新書、2006年

大野正和：過労死・過労自殺の心理と職場、青弓社、2003年

コラム

自分は「うつ病」だと思っている人たち

最近のうつ病については、以前から言われていたようなメランコリー親和型（神経質、几帳面、完璧主義、生真面目、執着気質、他人への配慮などの性格を基盤とした）とは症状が異なる新型（ディスティミア親和型、軽症、擬態とか種々呼ばれ、無気力、逃避的、他罰的、それでいて仕事以外では元気といわれている）が問題になっている。

今回の調査で、「自分は、うつ病だと思うことがある？」という質問があり、「なし」というものが79.2%と圧倒的に多く、「少し」13.9%、「時々」4.5%であった。そして「たいていそうだった」と答えたのは2.4%で195人と少数であるが、自殺のことをどう考えていたかをみると、下図のように両極に分かれている。自殺についていつも考えている人は85人、考えていない人は68人である。以前言われていたうつ病では、自責の念が強く、自殺の危険性が高いことが指摘されている。ところが「自分は、うつ病」と思い込んでいるが、自殺とは縁がない一群の人がいるということは、今後の新型うつ病を考える場合の何らかのヒントにならないだろうか。なお、自殺をいつも考えている85人のCES-D平均値は39.5点で、考えていない68人の30.2点より高い（ $P < 0.01$ ）。

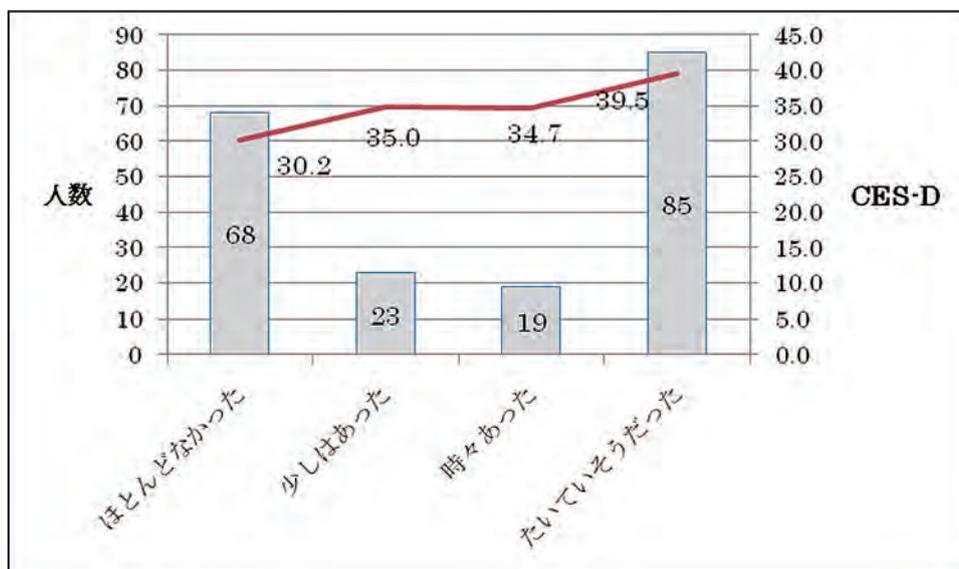


図 自分は「うつ病」だといつも思っている人たちが、自殺についてどう考えているか（人数とCES-D）

この自殺をいつも考えている85人の人たちは、考えていない68人の人たちと比べ、性別、年齢、学齢、職種、地位、労働時間、休日などの個人要因や精神科・心療内科の受診率

に差はない。自殺をいつも考えている 85 人のほうが多かった項目は、ストレス対処で「周囲の人に相談しない」、「散歩などしない」、仕事上で「自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映してもらえない」、また、うつ症状で相違の大きいものから順に「過去のことをくよくよ考える」、「悲しいと感じる」、「何か恐ろしい気持ちがある」、「励まされても気分が晴れない」、「仕事が手につかない」、「急に泣き出すことがある」、「なかなか眠れない」、「皆がよそよそしいと思う」、「怒りっぽくなっている」、「皆が自分を嫌っていると感じる」など深刻さを推測させる項目で差がある。しかし、不眠以外の身体症状には差がほとんどない。また、逆向き質問の 4 項目（楽天的な気分を示している）、「毎日が楽しい」、「他の人と同じ程度には能力があると思う」、「生活に不満ない」、「これから先のことについて積極的に考えることができる」では差がない。

なお、「自分はうつ病だと思う」の 4 つの選択肢について、種々の項目と比較してみたが、性別では女性が「少し」、「時々」の曖昧な回答が多く。「うつ病と思うことがほとんどなかった」と「うつ病とたいていそう思っていた」という確信的な項目では男女差がない。また、年齢が上ほど「たいていそう思っていた」が減って行く（自殺を考えるものも年齢とともに減って行くが、前述のように「うつ病と思っている」群内では年齢差がない）。

ただし、今回の調査は、一時点の横断調査であり、時間経過については分からないので、さらに検討する必要があると思う。

参考文献

- テレンバッハ、H. (木村敏訳)：メランコリー、みすず書房、1985 年
- 樽味伸：臨床精神医学、34 (5)、2005 年
- 傳田健三：若者の「うつ」、「新型うつ病」とは何か、ちくまプリマー新書、2009 年
- 笠原嘉：軽症うつ病、「ゆううつ」の精神病理、講談社現代新書、1996 年
- 内海健：うつ病新時代、双極 II 型障害という病、勉誠出版、2006 年
- 斎藤環：「社会的うつ病」の治し方、人間関係をどう見直すか、新潮選書、2011 年
- 林公一：擬態うつ病、宝島社新書、2001 年
- 傳田健三：子どものうつ病、金剛出版、2002 年

コラム

正職員と非正規従業員の違い

わが国の雇用の形は、長い間、一つの企業に永年勤めるというのが普通であった。ところが、最近の経済状況の急変の中で、その形も変わってきた。今回の調査では、71.1%の従業員が正職員と答えている。男性では85.7%、女性では64.8%と大きな差がある。年齢別では、正職員の最多年齢層は男女とも30歳代、正職員以外では男性で60歳代、女性で50歳代であった。平成18年度の調査と比べ、正職員以外での男性の60歳代が、この4年間で17.8%から27.4%へと急増した。その6割が嘱託である。

正職員に比べ非正規従業員の賃金が安いことでのメンタルヘルスへの影響は、どうであろうか。

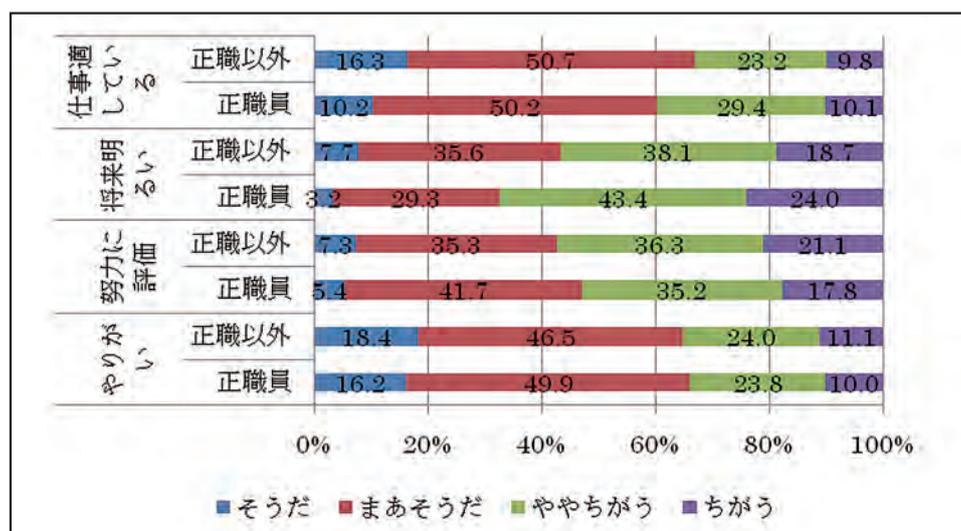


図 正職員と正職員以外の従業員の仕事への態度

仕事への志気を調べた4問では、正職員以外の従業員のほうが「現在の仕事は自分に適している」、「現在勤めている企業の将来は明るい」と肯定的に捉えている。ただし、「努力に見合った評価」は受けていないと思っている。「やりがいのある仕事」では正職員と変わらない。このほか、「現在の勤めをやめたいと思う」では正職員よりやめたくないという。一方、「自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる」では、「ちがう」と答え、仕事の裁量では脇役でしかない。労働時間では短いし、残業はほとんどないし、2連休を取る回数が多いというように時間の使い方では有利である。ワークライフバランスも悪くない。「うつ症状」の平均値も正職員と変わらない。賃金と自分の生活を守ることとのジレンマの中で雇用の形が変わって行く過程なのだろうか。

北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況と その対策に関する研究

主任研究者	北海道産業保健推進センター	所長	三宅 浩次
共同研究者	北海道産業保健推進センター	相談員	西 基
	青森産業保健推進センター	相談員	中路 重之
	岩手産業保健推進センター	相談員	小野田敏行
	宮城産業保健推進センター	相談員	菊池 武剋
		相談員	佐藤 祥子
		相談員	千葉 健
	秋田産業保健推進センター	相談員	伏見 雅人
	山形産業保健推進センター	相談員	東谷 慶昭
	福島産業保健推進センター	相談員	五十嵐 敦

1 はじめに

本調査研究は、北海道・東北地方の7道県全域の労働者のメンタルヘルスの状況を把握し、その関連要因を探り、その対策を提案するために計画された。調査は、事業所のメンタルヘルス担当者（大半は人事労務担当者）への調査票と従業員調査を希望した職場の従業員個人の2本立てで行った。

2 調査対象と方法

事業場調査は、7産業保健推進センターで保有する事業場名簿（作成当時は従業員50人以上）により各センターが回収率等を予測（各センター160所以上を目途と）して、系統無作為抽出法で3886所を選出した。調査票は郵送法により回収した。未到達の93所を除き、1614所（回収率42.6%）から回答を得た。事業場調査票に従業員調査希望の有無を記入してもらい、希望事業場と協議の上、最終的に103事業場の従業員8825人に従業員調査票を配布し、同時に産業保健推進センター名の封筒を渡し、記入後封をして回収し、各センターで開封した。記載不備等の調査票を除き、調査分析に使用できたのは8246人分で有効回収率は93.4%であった。

調査票の項目は、事業場では業種、従業員数、

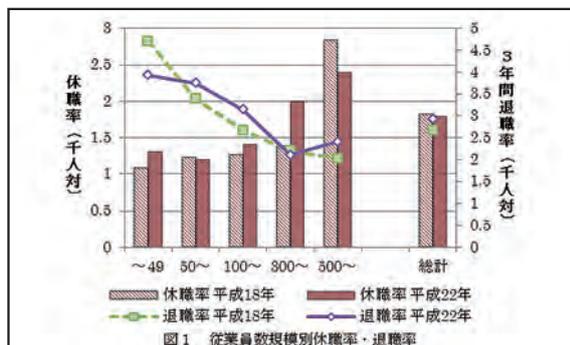
休職者、メンタルヘルス対策項目の実施、産業医等との関わり、記入担当者の個人意見等を、従業員調査では健康関連生活習慣、入通院・検診、人間関係、仕事への態度、うつ症状（CES-D）、ストレス対処法、1日内の調子の良悪時間、勤務条件、性・年齢、学歴、家族形態等である。なお、従業員調査票はマーク式で行った。調査期日は、事業場調査では2010年8～9月、従業員調査では2010年11～12月に行った。

3 事業場調査の結果と考察

回収された調査票の業種別では、製造業33.8%、医療・福祉業13.1%、卸・小売業9.8%、運輸・交通業9.6%、建設業8.4%等、各種業種に大きな偏りはないものと考えられる。従業員数で規模別にみると、50～99人31.0%、100～199人26.9%、200～299人10.5%、300～499人6.8%、500人以上6.1%であった。なお、50人未満も16.0%あり、分析に加えている。

休職者（調査日現在）および退職者（最近3年間）について訊いた。正職員数で休職、退職者数を除し、休職有病率、退職罹患率（3年間）を求めた。従業員数の規模別では、小規模事業場では休職者率に対し退職者率が高い。規模が大きいと

逆になる。4年前に行った同種の調査に比べ、両率ともほとんど変わらない（図1）。



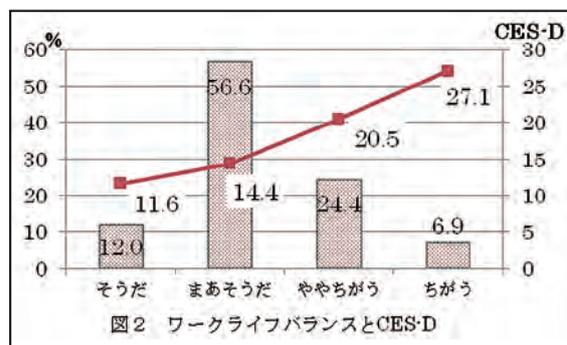
メンタルヘルス対策12項目を現在と3年前について実施有無を訊いた。別の質問で、最近3年間で心の健康に問題を生じて、1か月以上仕事を休んでいる人の数の増減を訊いた。その質問での増減とメンタルヘルス対策の項目ごとでの影響はほとんど見られなかったが、12項目中の実施数との間には関連が認められた。休職休業者の減った事業場では、3年前も現在も実施数が多かった。増加したという事業場では3年前は少なく、現在は減ったという所とほぼ同じ数になった。変化のなかった所は実施数がいずれも少なかった。

4 従業員調査の結果と考察

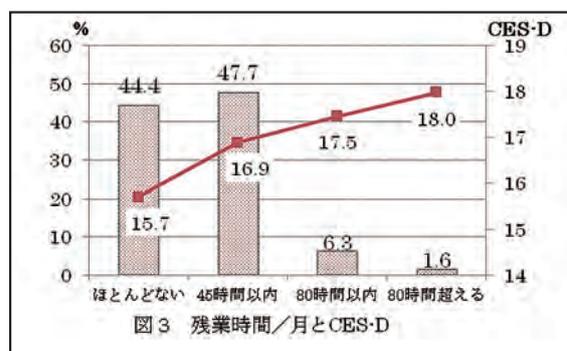
CES-Dで測定した「うつ症状」は、平均値16.4点と高く、カットオフポイントとされている16点を超えるものは45.3%とこれまでの調査に比べ高い値であった。性別年齢別では、若い女性で高く、年齢とともに低下し、男女差がなくなる。地域別では、北海道が低く、福島が高い。生活習慣とCES-Dの間には、特徴のある関連が見られた。良好な生活習慣は、朝食毎日、栄養バランス考慮、運動実施、現在喫煙していない、飲酒でほろ酔い程度などであった。調子の良い時間と悪い時間では、2峰性が見られ、夜型人間は種々の項目で不健康であった。1日の中で調子の良悪の時間について訊いた。そのようなことを「あまり感じない」ものは、CES-Dが低く12.5点で、「多少感じる」ものは、17.7点で、「強く感じる」ものは、26.3点であった。

仕事への態度では、ワークライフバランスの

質問「仕事と仕事以外の生活をうまく両立」でCES-Dと最も大きな関連が見られた（図2）。



労働時間との関係では、1日9時間を超えるとカットオフポイントの16点を超える。残業時間では、残業があるとカットオフポイントを超える（図3）。



ストレス対処法を18項目訊いた。CES-Dが低い好ましいストレス対処法は、周囲の人に相談する（ただし、女性では44.2%実施で男性が20.9%と差が大きい）。スポーツ、散歩やハイキング、旅行であった。CES-Dが高い値であった対処法は、睡眠薬や精神安定剤、ひたすら耐えるであった。

5 まとめ

集計した1614事業所の正職員の心の健康問題での休職率は千人あたり1.8であった。従業員調査では8246人（有効回収率93.4%）の回答を得た。CES-Dによる「うつ症状」では16点以上が45.3%と多い。仕事への取り組みではワークライフバランスがCES-Dと高い関連が見られ、労働時間・残業時間等多くの項目でもCES-Dとの関連が見られた。

NOCS-MH

このメンタルヘルスに関する大規模な調査は、「北日本産業保健推進センター・メンタルヘルス共同調査研究」と称し、英語での呼称はNorthern Japan Occupational Health Promotion Centers Collaboration Study for Mental Healthで、これを略してNOCS-MHと呼んでいます。

北海道産業保健推進センター

〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目プレスト1・7ビル2F

TEL.011-242-7701 FAX.011-242-7702

URL <http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo01/>

E-mail sanpo01@mtg.biglobe.ne.jp

岩手産業保健推進センター

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2-9-1 マリオス14F

TEL.019-621-5366 FAX.019-621-5367

URL <http://www.sanpo03.jp/>

E-mail iwate@sanpo03.jp

秋田産業保健推進センター

〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町6-6 秋田県総合保健センター4F

TEL.018-884-7771 FAX.018-884-7781

URL <http://akitasanpo.jp/>

E-mail info@akitasanpo.jp

福島産業保健推進センター

〒960-8031 福島県福島市栄町6-6 ユニックスビル10F

TEL.024-526-0526 FAX.024-526-0528

URL <http://www.sanpo07.jp>

E-mail fukushima@sanpo07.jp

青森産業保健推進センター

〒030-0862 青森県青森市古川2-20-3 朝日生命青森ビル8F

TEL.017-731-3661 FAX.017-731-3660

URL <http://www.sanpo02.jp/>

E-mail aomori@sanpo02.jp

宮城産業保健推進センター

〒980-6015 宮城県仙台市青葉区中央4-6-1 住友生命仙台中央ビル15F

TEL.022-267-4229 FAX.022-267-4283

URL <http://miyagisanpo.jp/>

E-mail kenkou@miyagisanpo.jp

山形産業保健推進センター

〒990-0047 山形県山形市旅籠町3-1-4 食糧会館4F

TEL.023-624-5188 FAX.023-624-5250

URL <http://sanpo06.jp/>

E-mail yamagata@sanpo06.jp