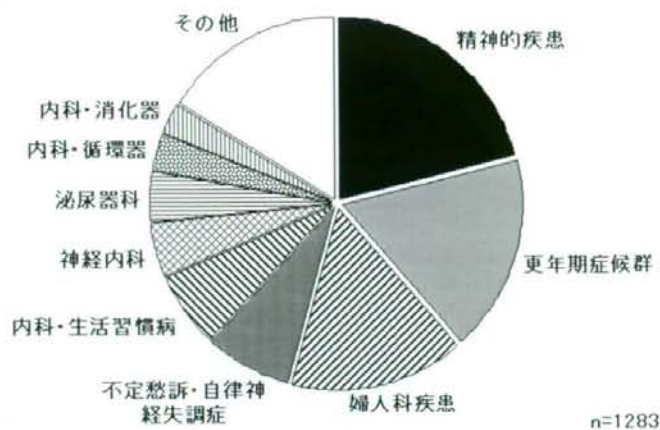
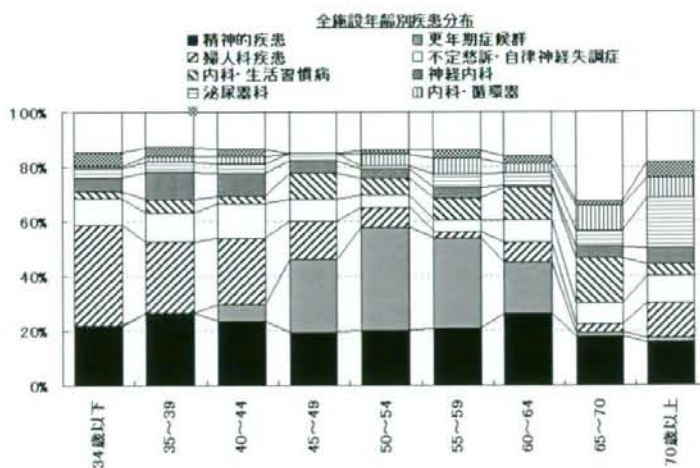


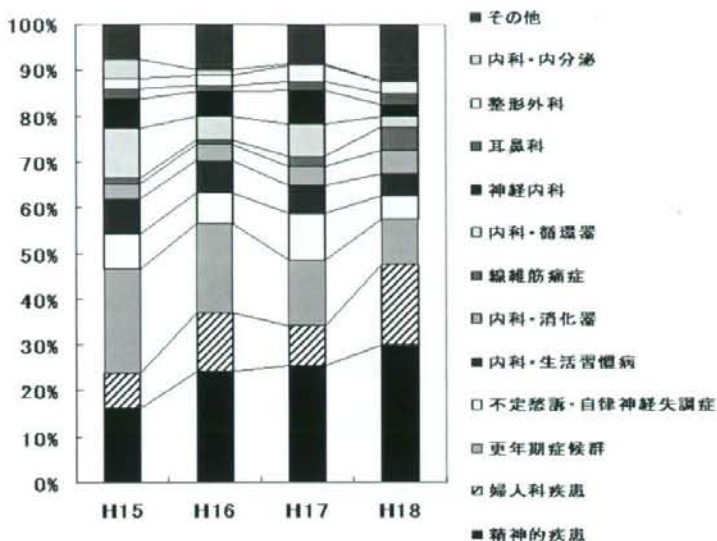
【図-5】 全国の女性外来受診者の疾患分類



【図-6】 女性外来受診者の年齢別疾患分類

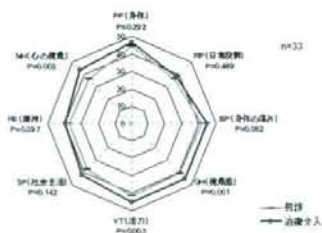


【図-7】 年度ごとの女性外来受診者の疾患分類の推移

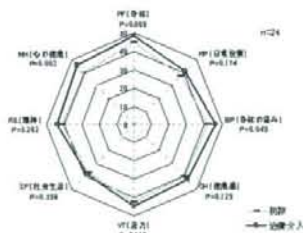


【図-8】 自己記入式問診票を用いて解析した疾患分類ごとの治療効果

- A 精神科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- B 精神科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI
- C 更年期症候群の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- D 更年期症候群の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI
- E 婦人科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- F 婦人科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI



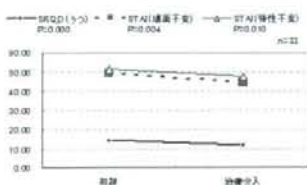
A



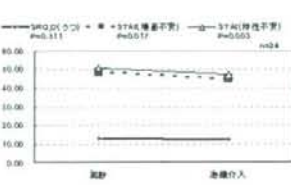
C



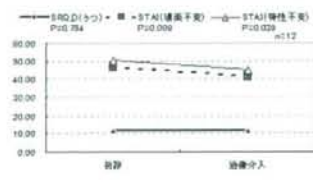
E



B



D

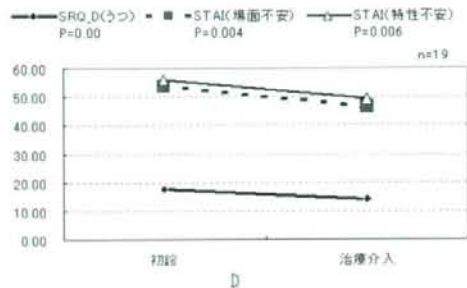
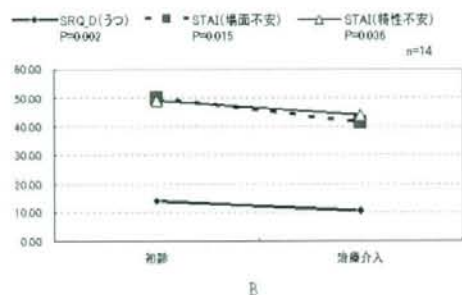
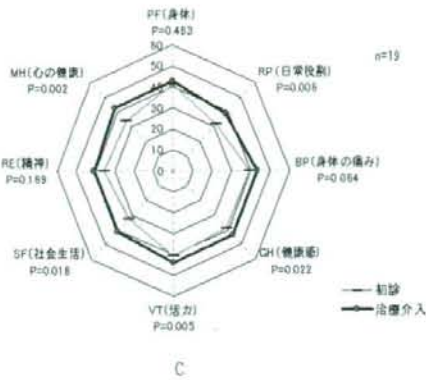
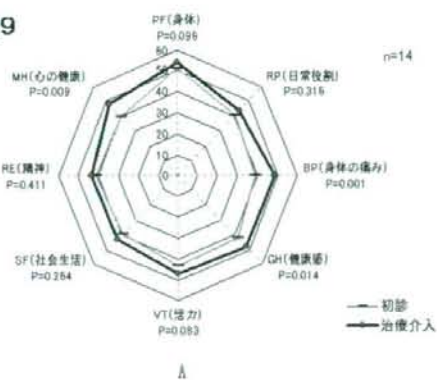


F

【図-9】 自己記入式問診票を用いた薬剤介入による効果

- A 加味逍遙散による治療効果 SF-36
- B 加味逍遙散による治療効果 SRQ-D, STAI
- C SSRI による治療効果 SF-36
- D SSRI による治療効果 SRQ-D, STAI

図9



めまい集団リハビリテーションによる患者のQOL改善と

不安・抑うつに関する研究

研究協力者：新井 基洋（横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科部長）

【研究要旨】

はじめに：サイコオンコロジーの領域でも、グループ療法があり、このテーマは関心を集めてきた。めまいの治療分野にもめまいのリハビリテーション（以下リハ）があり、これを集団（グループ）で施行しているのが、横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科である。めまいが軽快していく上で欠かすことができない機序が小脳の中樞代償である。このめまいを軽快させる小脳の中樞代償は“平衡訓練”によってもたらされる。平衡訓練は前庭系、眼運動系、深部知覚系の三つを有効に刺激することで小脳の中樞代償が促進されることを目的とする。しかし、実際の臨床の場で、めまい、ふらつきがある患者に平衡訓練を勧めても、“ふらついて怖いからできない”、“一人ではできない”という言葉が返ってくる。めまい患者は、めまいに伴う精神的不安を伴い、ときに難治化して、めまいが遷延するうつ病にまで至る。そこで、当院では入院して、めまいの平衡訓練を集団で教育している。すると、一人では怖がっていた患者も集団の中に身を置き、同じめまいに悩んでいる患者達がリハを積極的に施行している姿を目の当たりにすると、自然に自分もその集団に入っていく。しかも、リハを施行していくうちに自分および仲間の平衡機能が改善する様子を確認できる。当初、受身の姿勢だった患者が集団の中で積極的にリハを取り組む姿勢に自然に変化していく。

さらに当院での一週間の入院加療はめまいに伴う不安も改善されていくのである。しかし、リハ施行後、全症例の不安が完全に消失することない。中には不安が十分軽快しない症例も認める。そこで、当院のめまい集団リハによる治療前後の患者の精神的、肉体的QOL改善と不安、抑うつとの関係を調べる目的で本研究を施行した。一方、当科ではうつ病の軽～中等度症例の治療をできるだけ精神科や心療内科に頼らず、我々身体科を診る医師で行う努力を施行している。しかし、自殺企図など精神科に受診を勧めた方がよい症例を認めるのも事実である。本研究は精神的QOLの改善及びうつ病の診断加療目的に精神科受診を勧める指標を検討した。

対象と方法：2008年9月より同年12月までの4ヶ月間に当院に入院しためまい患者のうち、平衡機能検査、聴力検査以外にSTAI、SDS、QOL検査を施行した患者

161例(24~95歳, 平均58.1±13.9歳, 男性38例, 女性123例)を対象とした。QOL検査はSF8を用いて施行し, 肉体的QOL検査であるPCSと精神的QOL検査のMCSを求めた。検討項目は①男女間における症例数, 平均年齢, STAI, SDS, QOL検査結果と日本人国民平均QOL値PCS:49.84, MCS:50.09との比較を施行した。②SDS値を(イ)SDS≥50, (ロ)50>SDS≥40, (ハ)40>SDS, (ニ)SDS未実施群, (ホ)40>SDS+SDS未実施群の5群に分けて, 症例数, 年齢, STAI検査結果, QOL検査結果を比較検討し, 従来から言われているうつ病は身体科疾患の1割に認められることを併せて確認した。③また, 治療後1ヶ月後のQOL検査を施行し, 治療前後のPCS, MCSを比較検討した。

結果:①めまい患者QOL値はPCS:43.1±9.3, MCS:43.1±8.9で, 日本人国民平均QOL値(PCS:49.84, MCS:50.09)よりとともに低値を認めた。めまい患者の男女間における状態不安, 特性不安のSTAI検査結果, SDS値及びQOL結果に差を認めなかった。②(イ)SDS≥50は16例, (ロ)50>SDS≥40は37例, (ハ)40>SDSは45例, (ニ)SDS未実施群は63例, (ホ)108例であった。うつ状態と判定する(イ)SDS≥50は, 全体の約1割に認められ, 状態不安, 特性不安ともに高値であった。PCS, MCSはともに4群で最も低値であった。この群は, 特性不安が高値で, MCSが最低値であった。(イ)群~(ハ)群のすべての群で状態不安は高値で差を認めなかった。それに対して, 特性不安は(イ)群から(ホ)群に移るにつれ, 低値となりSDSと比例した結果を認めた。PCSは(イ)群~(ハ)群まですべての群で高値で, 群間に差を認めなかった。それに対して, MCSは(イ)群から(ホ)群に移るにつれ, 高値となりSDS結果と反比例した。③(イ)群のPCS結果は改善を認めた(Student's t-test)が, 前後の比較で統計学的に有意な回復を認めなかった。その他の群間は治療後のPCS, MCS結果は回復を認めた。(治療後の症例数は115症例)

考察:従来, うつ病は精神科以外の身体科疾患の1割に認められるといわれている。そこで, 今回, 入院めまい患者を対象にSDS値でうつ状態の割合結果をみると約1割であった。しかし, SDS≥50とは, うつ状態の判定を意味し, うつ病ではない。うつ病の診断は, 基本的に精神科医が診断を行うもので, 他科の我々は, うつ状態, またはうつ病疑いという診断にとどまるが, 検査上では従来言われている身体科疾患の1割にうつ病が認められることの可能性を示唆した。うつ病が世間で認知されてきた傾向ではあるが, めまいの治療で入院してきた患者に「あなたは, うつ病の可能性がありますので, 精神科を受診する事をおすすめします。」と, 検査結果だけで勧めることは難しい。それは, 未だに精神科受診には, 大きな壁があることを意味する。そこで, 我々身体科を診る医師が, SSRIなどの治療薬を使いこなすためのうつ病診断を習得する必要がある。うつ病を臨床的に疑うのであれば, STAIとQOLは不十分であり, SDS検査が最も重要であるのは言うまでもない。しかし, 前述したように, 耳鼻科医の診療現場では, 患者にたやすくうつ病という言葉を使いにくい。ましてや精神科受診は勧めにくい。そこで, 我々耳鼻科医が普段使うことが比較的多いSTAI検査及びQOL検査とSDS検査結果との相関について検討した。結果は特性不安が最もSDS検査結果と相関することを認め, さらに特性不安とMCS結果が低下している場合はSDS値の低下, うつ状態診断の指標となることが認められた。

めまい患者のQOLはPCS, MCSともに日本人国民平均値より低値を認めた。この結果は当科の高橋が報告しているSF36を用いためまい患者QOL結果と同様であ

った。PCS 低下が SF8, SF36 ともに目立ち、その低下分は前者で 1.5SD, 後者で 1SD に相当する値であった。当科に入院するめまい患者の中には慢性的な浮動性めまい、ふらつきを合併し、日々の生活に不自由を来している。これが PCS を低値とし、その結果は SDS の値で分けた 5 群すべてで低下を認めた。つまり、すべてのめまい患者は肉体的 QOL が低下している。さらにめまいがなかなか改善しないことが状態不安高値を認め、SDS の値で分けた 5 群すべてで高値を認めた。つまり、めまい患者はめまいに伴う不安が高いことを意味する。一方、特性不安高値は性格特性と普段からつづくめまいや、いつめまいが再発するかを常に恐れていることから認めていると考えた。さらにめまい患者の状態不安高値と特性不安高値は MCS 低値を生んでいると考えられる。我々めまいを診療する医師は肉体的 QOL (PCS) 低下と精神的 QOL (MCS) 改善の両方を治療で行わないと、本当のめまいの改善には至らないことが改めて認められた。

入院治療前後の肉体的 QOL が改善を認めたことは、めまいのリハによると考えられる。さらに集団療法という精神療法を取り入れてた加療形態が MCS や状態不安の改善につながっていることも確認できた。しかし、一方、退院後、めまいが完治しなく、不安が改善しない症例が存在する。それらの症例は、とくに SDS 値が高い (イ) 群や (ロ) 群であることも本研究で確認することができた。中でも (イ) 群の MCS 低値は、集団療法という精神療法を取り入れているにもかかわらず、十分な改善を認めない症例である。よって、心理療法のみならず薬物療法が必要であると考ええる。さらに精神科受診や心理療法士の介入を勧める必要があると考えた。

まとめ：1) 入院めまい患者 161 例に STAI, SDS, QOL 検査を施行し、精神的不安を検討した。2) STAI 検査結果, SDS 値及び QOL 結果は、めまい患者の男女差は認めなかった。3) SDS \geq 50 は全症例の約 1 割に認められ、SDS 結果と最も相関するのは特性不安で、次いで MCS 結果であった。4) めまい加療を目的にした入院患者に SDS \geq 50 群は加療後も不安の改善が十分に認められないので、薬物治療及び精神科受診を勧めることが必要であることが推測された。(ただし、未だに精神科受診には大きな壁があり、受診を勧めることは容易ではない。) 5) めまい患者の治療は肉体的 QOL 改善に医師は目が行きがちだが、精神的 QOL 改善をともに施行しないとめまい改善には至らないことを認めた。6) 当科の加療は入院してのめまいの集団リハビリテーションを施行し、結果は大多数のめまい患者の肉体的、精神的 QOL の改善結果を得た。

A. 研究目的

はじめに：サイコオンコロジの領域でも、グループ療法があり、このテーマは関心を集めてきた。めまいの治療分野にもめまいのリハビリテーション (以下リハ) があり、これを集団 (グループ) で施行しているのが、横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科である。めまいが軽快していく上で欠かすことができない機序が小脳の中樞代償である。こ

のめまいを軽快させる小脳の中樞代償は“平衡訓練 (1)”によってもたらされる。平衡訓練は前庭系、眼運動系、深部知覚系の三つを有効に刺激することで小脳の中樞代償が促進されることを目的とする。しかし、実際の臨床の場で、めまい、ふらつきがある患者に平衡訓練を勧めても、“ふらつきについて怖いからできない”、“一人ではできない”という言葉が帰ってくる。めまい患者は、めまいに伴う精神的不安を伴い、とき

に難治化して、めまいが遷延するうつ病にまで至る。そこで、当院では入院して、めまいの平衡訓練を集団で教育している(2)。すると、一人では怖がっていた患者も集団の中に身を置き、同じめまいに悩んでいる患者達がリハを積極的に施行している姿を目の当たりにすると、自然に自分もその集団に入っていく。しかも、リハを施行していくうちに自分および中間の平衡機能が改善する様子を確かめられる。当初、受身の姿勢だった患者が集団の中で積極的にリハを取り組む姿勢に自然に変化していく。

さらに当院での一週間の入院加療はめまいに伴う不安も改善されていくのである(2)。しかし、リハ施行後、全症例の不安が完全に消失することない。中には不安が十分軽快しない症例も認められる。そこで、当院のめまい集団リハによる治療前後の患者の精神的、肉体的QOL改善と不安、抑うつとの関係を調べる目的で本研究を施行した。一方、当科ではうつ病の軽～中等症例の治療をできるだけ精神科や心療内科に頼らず、我々身体科を診る医師で行う努力を施行している。しかし、自殺企図など精神科に受診を勧めた方がよい症例を認めるのも事実である。本研究は精神的QOLの改善及びうつ病の診断加療目的に精神科受診を勧める指標を検討した。

B. 研究方法

対象と方法：2008年9月より同年12月までの4ヶ月間に当院に入院しためまい患者のうち、平衡機能検査、聴力検査以外にSTAI, SDS, QOL検査を施行した患者161例(24～95歳、平均58.1±13.9歳、男性38例、女性123例)を対象とした。

めまい疾患の内訳はBPPV(疑い例を

含む)93例、メニエール病(疑い例を含む)19例、前庭神経炎11例、内耳炎7例、突発性難聴に伴うめまい5例、反復性平衡障害17例、持続性平衡障害3例、外傷性めまい3例、Ramsay-Hunt症候群に伴うめまい2例、中枢性めまい疑い1例であった。QOL検査はSF8を用いて施行し、肉体的QOL検査であるPCSと精神的QOL検査のMCSを求めた。検討項目は①男女間における症例数、平均年齢、STAI, SDS, QOL検査結果と日本人国民平均QOL値PCS:49.84, MCS:50.09との比較を施行した。②SDS値を(イ)SDS≥50, (ロ)50>SDS≥40, (ハ)40>SDS, (ニ)SDS未実施群, (ホ)40>SDS+SDS未実施群の5群に分けて、症例数、年齢、STAI検査結果、QOL検査結果を比較検討し、従来から言われているうつ病は身体科疾患の一割に認められる(3, 4)ことを併せて確認した。③また、治療後1ヶ月後のQOL検査を施行し、治療前後のPCS, MCSを比較検討した。

C. 結果

結果：①めまい患者QOL値はPCS:43.1±9.3, MCS:43.1±8.9で、日本人国民平均QOL値(PCS:49.84, MCS:50.09)よりとともに低値を認めた。めまい患者の男女間における状態不安、特性不安のSTAI検査結果、SDS値及びQOL結果に差を認めなかった【表-1】。治療前後のQOL結果ではめまい患者全体、男女すべてにおいて有意に(P<0.05)改善を認めた(Student's t-test)【表-2】。②(イ)SDS≥50は16例、(ロ)50>SDS≥40は37例、(ハ)40>SDSは45例、(ニ)SDS未実施群は63例、(ホ)108例であった【表-3】。うつ状態と判定する(イ)SDS≥50は、全

体の約1割に認められ、状態不安、特性不安ともに高値であった。特性不安は他群と比べて有意 ($P < 0.01$) に高値であった

(Student's *t*-test)【図-1】。PCS, MCSはともに4群で最も低値で、この群は、MCSは最低値であった【図-2】。(イ)群~(ハ)群のすべての群で状態不安は高値で差を認めなかった。それに対して、特性不安は(イ)群から(ホ)群に移るにつれ、低値となりSDSと比例した結果を認めた【図-1, 3】。PCSは(イ)群~(ハ)群まですべての群で高値で、群間に差を認めなかった【図-2】。それに対して、MCSは(イ)群から(ホ)群に移るにつれ、高値となりSDS結果と反比例した【図-2】。③(イ)群のPCS結果は改善を認めた(Student's *t*-test)が、前後の比較で統計学的に有意な回復を認めなかった。その他の群間は治療後のPCS, MCS結果は回復を認めた【表-4】【図-4.5】(治療後の症例数は115症例)。

D. 考察

従来、うつ病は精神科以外の身体科疾患の1割に認められるといわれている(3, 4)。そこで、今回、入院めまい患者を対象にSDS値でうつ状態の割合結果をみると約1割であった。しかし、 $SDS \geq 50$ とは、うつ状態の判定を意味し、うつ病ではない。うつ病の診断は、基本的に精神科医が診断を行うもので、他科の我々は、うつ状態、またはうつ病疑いという診断にとどまるが、検査上では従来言われている身体科疾患の1割にうつ病が認められることの可能性を示唆した。うつ病が世間で認知されてきた傾向ではあるが、めまいの治療で入院してきた患者に「あなたは、うつ病の可能性があるので、精神科に受診する事をおすすめします。」と、検査結果だけで勧めることは難しい。それは、未

だに精神科受診には、大きな壁があることを意味する。そこで、我々身体科を診る医師が、SSRIなどの治療薬を使いこなすためのうつ病診断を習得する必要がある。うつ病を臨床的に疑うのであれば、STAIとQOLは不十分であり、SDS検査が最も重要であるの言うまでもない(5)。しかし、前述したように、耳鼻科医の診療現場では、患者にたやすくうつ病という言葉を使いにくい。ましてや精神科受診は勧めにくい。そこで、我々耳鼻科医が普段使うことが比較的多いSTAI検査及びQOL検査とSDS検査結果との相関について検討した。結果は特性不安が最もSDS検査結果と相関することを認め、さらに特性不安とMCS結果が低下している場合はSDS値の低下、うつ状態診断の指標となることが認められた。

めまい患者のQOLはPCS, MCSともに日本人国民平均値より低値を認めた。この結果は当科の高橋(6)が報告しているSF36を用いためまい患者QOL結果と同様であった。PCS低下がSF8, SF36ともに目立ち、その低下分は前者で1.5SD, 後者で1SDに相当する値であった。当科に入院するめまい患者の中には慢性的な浮動性めまい、ふらつきを合併し、日々の生活に不自由を来している。これがPCSを低値とし、その結果はSDSの値で分けた5群すべてで低下を認めた。つまり、すべてのめまい患者は肉体的QOLが低下している。さらにめまいがなかなか改善しないことが状態不安高値を認め、SDSの値で分けた5群すべてで高値を認めた。つまり、めまい患者はめまいに伴う不安が高いことを意味する。一方、特性不安高値は性格特性と普段からつづくめまいや、いつめまいが再発するかを常に恐れていることから認めていると考えた(6)。さらにめまい患者の状態不安高値と特性不安高値はMCS低値を生んでいると考えられる。我々めまいを診療する医師は肉体的QOL

(PCS)低下と精神的QOL(MCS)改善の両方を治療で行わないと、本当のめまいの改善には至らないことが改めて認められた。

入院治療前後の肉体的QOLが改善を認めたことは、めまいのリハによると考えられる。さらに集団療法という精神療法(8)を取り入れてた加療形態がMCSや状態不安の改善につながっていることも確認できた。しかし、一方、退院後、めまいが完治しなく、不安が改善しない症例が存在する。それらの症例は、とくにSDS値が高い(イ)群や(ロ)群であることも本研究で確認することができた。中でも(イ)群のMCS低値は、集団療法という精神療法を取り入れているにもかかわらず、十分な改善を認めない症例である。よって、心理療法のみならず薬物療法が必要であると考えられる。さらに精神科受診や心理療法士の介入を勧める必要があると考えた。

E. 結論

まとめ:1)入院めまい患者161例にSTAI, SDS, QOL 検査を施行し、精神的不安を検討した。2) STAI 検査結果, SDS 値及び QOL 結果は、めまい患者の男女差は認めなかった。

3) SDS \geq 50は全症例の約1割に認められ、SDS 結果と最も相関するのは特性不安で、次いでMCS結果であった。4)めまい加療を目的とした入院患者に SDS \geq 50 群は加療後も不安の改善が十分に認められないので、薬物治療及び精神科受診を勧めることが必要であることが推測された。(ただし、未だに精神科受診には大きな壁があり、受診を勧めることは容易ではない。)5)めまい患者の治療は肉体的QOL改善に医師は目が行きがちだが、精神的QOL改善をともに施行しないとめまい改善には至らないことを認めた。6)当科の加療は入院してのめまいの集団リ

ハビリテーションを施行し、結果は大多数のめまい患者の肉体的、精神的QOLの改善結果を得た。

【謝辞】

研究に貴重なご意見を賜りました日野市立病院耳鼻咽喉科部長五島史行先生にこの場をお借りして深謝いたします

【論文発表】

なし

【学会発表】

(一般演題)

- ① 新井基洋, 保坂 隆:めまい集団リハビリテーションによる患者のQOL改善と不安、抑うつとの関係。第195回神奈川県耳鼻咽喉科地方部会。横浜、2009年3月14日
- ② 新井基洋, 保坂 隆:めまい入院患者における不安とうつとの検討—STAI, SDS, SF8を用いて—。第1回日本心身医学学術総会、2009年6月6—7日

【文献】

- 1) 新井基洋:めまいのリハビリテーションの実施と継続のこつ、めまい診療のコツと落とし穴、初版、p184-185 中山書店、2005
- 2) 新井基洋:めまいの集団リハビリテーションとストレスマネジメント、日常診療に役立つストレスケア入門、初版、p65-73 永井書店、2001
- 3) 保坂 隆:悪性腫瘍と軽症うつ病。成人病と生活習慣病32:1469-1472、2002
- 4) 保坂 隆(監修):在院日数短縮化を目指して—QOL向上のために。星和書店、東京、2002
- 5) 河野友信 他:心理測定、医学的心理診断27-39、心身医学のための心理テスト、朝倉書店、1990
- 6) 高橋直一, 新井基洋:めまいリハビリテーション入院前後のQOLの変化についての検討 Equilibrium Research Vol66 No5:301,

2007

7) 高橋直一, 新井基洋: めまい患者における不安についての検討—STAI 検査を用いて
933-936, 耳喉頭頸 78(12), 2006

8) 中山明峰: 心因性要素の強いめまい疾患への対応, めまい診療のコツと落とし穴, 初版, P174-175 中山書店, 2005

【図・表】の説明

【表一1】: 本研究の治療前の症例数および症例背景(年齢, STAI 検査結果, SDS 検査結果, QOL 検査結果の平均および標準偏差)

【表1】全体、男女の結果

	症例数	年齢(歳)	状態	特性	SDS(症例数)	PCS	MCS
全体	161	58.1±13.9	45.2±10.5	45.9±10.2	40.6±7.9 (98症例)	43.1±9.3	43.1±8.9
男性	39	56.1±14.4	45.9±10.5	44.8±10.6	39.0±5.9 (22例)	43.7±9.8	43.8±9.1
女性	122	58.8±13.7	45.3±10.4	46.4±9.9	41.0±8.5 (76例)	42.8±9.4	42.9±8.8

【表一2】: 本研究の治療前後の症例数および症例背景(QOL 検査の平均および標準偏差)すべての症例において治療前後でQOLは改善を認めた。

【表2】治療前後の全体、男女

	症例数	PCS	MCS
全体(1回目)	161	43.1±9.3	43.1±8.9
全体(2回目)	115	48.1±6.8	48.9±7.5
男性(1回目)	39	43.7±9.8	43.8±9.1
男性(2回目)	30	50.4±4.5	49.3±7.0
女性(1回目)	122	42.8±9.4	42.9±8.8
女性(2回目)	85	47.2±7.3	48.7±7.6

※P<0.05 ※※ P<0.01

【表一3】：SDS値で分けた5群の治療前検査結果（年齢，STAI検査結果，SDS検査結果，QOL検査結果の平均および標準偏差）

【表3】SDS5群治療前の結果

SDS値 (平均±SD)	症例数	年齢(歳)	状態	特性	PCS	MCS
SDS≥50 (53.6±3.7)	16 (男女比4:12)	61.2±13.0	51.3±10.9	58.9±9.1	40.9±12.6	35.7±9.2
50>SDS≥40 (43.2±2.6)	37 (男女比13:24)	54.2±14.6	50.2±10.1	51.0±8.2	41.2±9.1	39.8±7.0
40>SDS (33.6±3.7)	45 (男女比9:36)	58.7±19.3	47.3±10.1	45.5±8.1	42.3±9.1	42.5±7.0
SDS未実施	63 (男女比13:50)	59.2±13.8	39.3±8.5	39.6±7.0	45.3±8.2	47.7±8.1
40>SDS+未実施	108 (男女比29:79)	59.0±13.6	42.9±9.4	42.3±8.4	44.0±8.7	45.5±8.5

【表一4】：SDS値で分けた5群の治療後検査結果（年齢，STAI検査結果，SDS検査結果，QOL検査結果の平均および標準偏差）

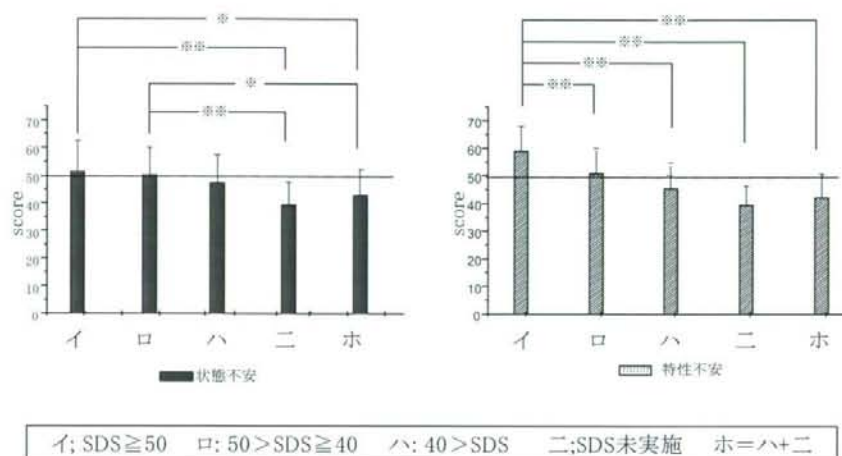
【表4】SDS5群の治療後の結果

SDS値 (平均±SD)	症例数	年齢(歳)	状態	特性	PCS	MCS
SDS≥50 (53.6±3.7)	10 (男女比4:6)	61.2±13.0	51.3±10.9	58.9±9.1	47.9±12.7	43.5±7.4
50>SDS≥40 (43.2±2.6)	26 (男女比13:13)	54.2±14.6	50.2±10.1	51.0±8.2	46.4±7.5	47.3±9.5
40>SDS (33.6±3.7)	23 (男女比9:14)	58.7±19.3	47.3±10.1	45.5±8.1	48.3±7.5	48.9±9.5
SDS未実施	55 (男女比13:42)	59.2±13.8	39.3±8.5	39.6±7.0	48.8±5.8	50.7±6.3
40>SDS+未実施	78 (男女比22:56)	59.0±13.6	42.9±9.4	42.3±8.4	48.7±5.5	50.0±6.4

【図-1】：SDS値で分けた5群のSTAIの状態・特性不安検査結果の比較
 状態不安はすべての群で高値を認めた。特性不安はSDSと比例した。

【図1】STAIの状態・特性不安の比較

※ P<0.05 ※※ P<0.01



【図-2】：SDS値で分けた5群のQOL（PCS, MCS）検査結果の比較
 PCSはすべての群で低値を認めた。MCSはSDSの値に反比例した。

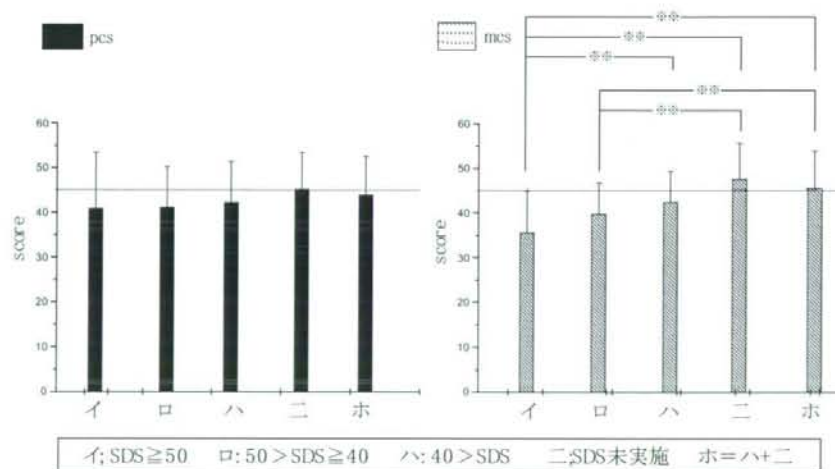
【図2】QOL尺度

MCS, PCSでPCSがイ群で高値

PCS(Physical Component Summary; PCS-8)

MCS(Mental Component Summary; MCS-8)

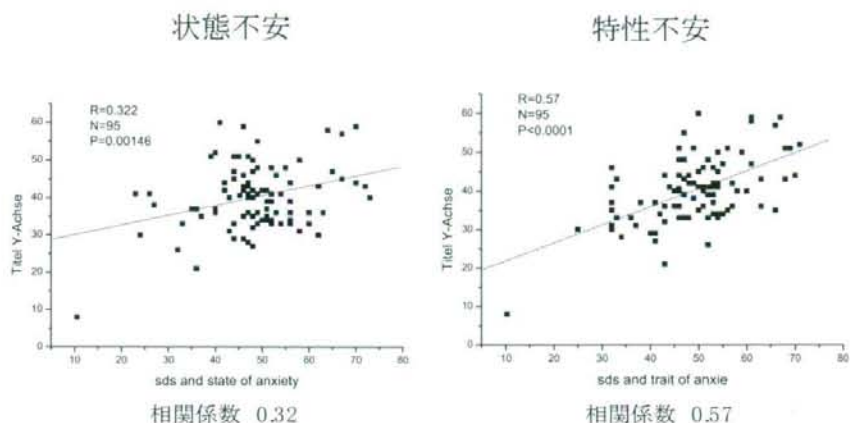
※ P<0.05 ※※ P<0.01



【図-3】：SDSとSTAIの相関係数について

SDSと状態不安の相関係数は0.32で、特性不安との相関係数は0.57であった。

【図3】SDSとSTAI(状態・特性)



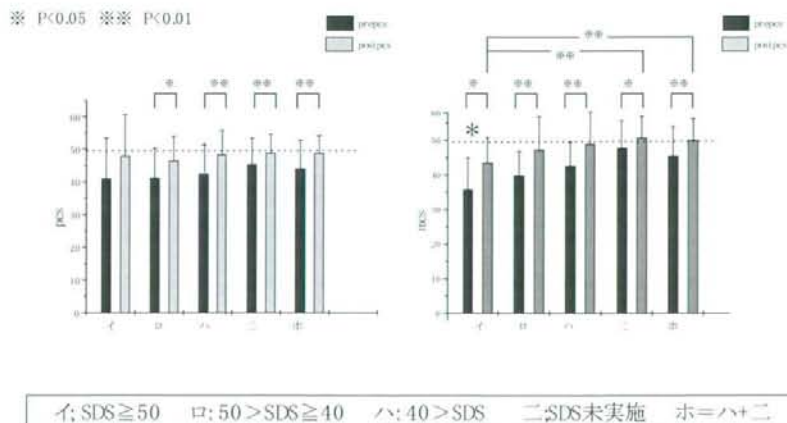
【図-4】：SDS値で分けた5群の治療前後におけるQOL（PCS, MCS）検査結果の比較

PCS, MCSともに、いずれのグループも改善を認めた。
MCSは（イ）群では十分な改善は認めなかった。

【図4】治療前後のMCS, PCS

PCSはいずれのグループも改善した。

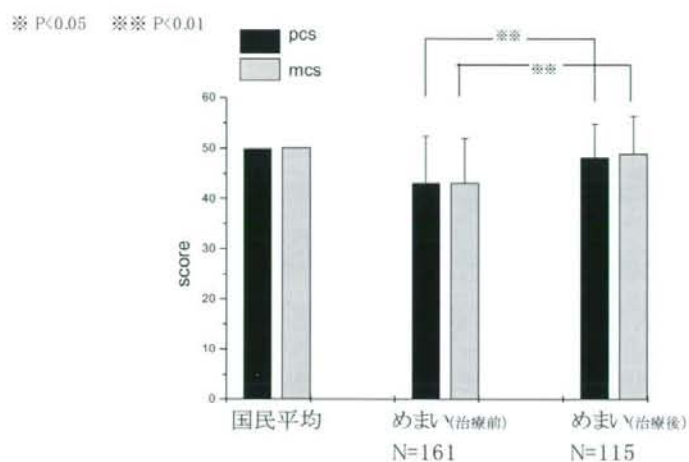
* MCSはSDS高値群では十分な改善を認めなかった



【図-5】：QOL尺度

めまい患者全体のPCS,MCS検査結果はともに低値を認めた。
治療後はPCS,MCS検査結果はともに改善を認めた。

めまい患者全体でPCS、MCS低値
治療後はQOLともに改善した



企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果に関する研究

分担研究者：矢倉 尚典（損保ジャパン総合研究所）

【研究要旨】

社会情勢、労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレス、心の健康問題が深刻化しており、企業においてメンタルヘルス対策に取り組む必要性、重要性が高まっている。こうした心の健康問題に関する社会的ニーズの拡大と精力的な研究の成果に基づいて、厚生労働者からは各種の対策、指針が公表されてきた。

企業におけるメンタルヘルス対策の具体的実施方法等の指針は示されているところであるが、企業におけるメンタルヘルス導入の普及・啓発をさらに進めるためには、労働災害防止、安全配慮義務の的確な履行という側面のみならず、メンタルヘルス対策の導入が経済的効果を持つことを示すことが重要であると考えられる。そのためには、メンタルヘルス対策導入の経済的効果を示しうる方法論を確立し、各種のメンタルヘルス対策の経済的効果の実証結果を広く明らかにする必要がある。

企業におけるメンタルヘルス不調の影響について、欠勤・休職・離職といった側面と出勤できていても作業能率の低下やミスの増加といった生産性の側面があることが広く指摘されており、前者をアブセンティーズム、後者をプレゼンティーズムと呼んで、分析の概念としている研究が多い。このうち、生産性の側面に関しては概念的には提示されているものの、具体的な測定方法を取り上げた研究は少ない。

海外では生産性の側面を計測するツールとして、WHOの Health and Productivity Questionnaire、米国スタンフォード大学の開発した Stanford Presenteeism Scale、米国タフツ・メディカル・センターの Dr. Lerner らが開発した Work Limitations Questionnaire (WLQ) 等が開発されている。このうち、WLQは、過去2週間において仕事上どのような支障が生じていたかを、メンタル・対人関係、時間管理、仕事の成果、身体活動能力の4分野計25問で問い、その回答結果を用いて、生産性が低下している割合を推計する換算式が開発されている。

本研究では、わが国における複数の企業をフィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策の導入に際して、その導入の前後において、WLQ 調査を実施し、生産性低下の状況を示す WLQ 指標を比較することによって、企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果の把握を実証的に試みることとした。具体的導入対象のメンタルヘルス対策としては、平成 14 年以降の厚生労働科学研究において明らかにされた、職業性ストレス簡易調査票による仕事のストレス判定図に基づく職場環境等改善の取り組みとし、導入前後の2時点におい

て WLQ 調査を実施し、WLQ 調査より推計される生産性指標の両時点間の変化を把握する。

研究フィールドとしては、民間金融機関の子会社である IT 関連企業（従業員約 550 名）および国立大学医学部付属病院看護部（看護師 820 名）の 2 フィールドを予定し、平成 21 年 1 月以降、順次実施の予定である。したがって、第 2 回目の計測は平成 21 年度の後半に実施し、平成 22 年度に結果の解析・考察を行う予定である。

A. 研究目的

社会情勢、労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレス、心の健康問題が深刻化しており、企業においてメンタルヘルス対策に取り組む必要性、重要性が高まっている。職場のメンタルヘルスは、CSR（企業の社会的責任）の推進、安全配慮義務の的確な履行、人事労務管理の視点から、人的資源の活性化、労働生産性の向上のためにも重要である。1984年2月に、長時間労働を伴い困難な内容の仕事に従事した設計技師が反応性うつ病に罹って自殺未遂を起こした事例が労災認定され、過労自殺が初めて労災認定された。その後、過労自殺の業務との因果関係を認める数々の判決が注目を集めるとともに、1999年9月には労災認定基準に当たる「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」（9月14日付基発第544号）が示された。

こうした心の健康問題に関する社会的ニーズの拡大と精力的な研究の成果に基づいて、厚生労働者からは各種の対策、指針が公表されてきた。1995年度から1999年度までの5年間、旧労働省は、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健康影響に関する研究—（研究班長：加藤正明東京医科大学精神医学名誉教授）を実施し、こうした研究成果を踏まえ、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（8月9日付基発第5

22号：旧指針）が示され、2002年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（旧総合対策）が公表された。これらに基づいて労働者の過重労働・メンタルヘルス対策の普及・定着が進められてきたが、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとして労災認定される件数が増加するなど、労働者の心身の負担はなお一層拡大している。その後、厚生労働省において、学識研究者の参集を求め、2004年4月より「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」が重ねられ、その結果を踏まえて労働政策審議会により2004年12月に建議「今後の労働安全衛生対策について」が取りまとめられた。建議では、労働者の健康確保、とりわけ過重労働による健康障害防止対策やメンタルヘルス対策をさらに進めていくことの必要性が指摘された。この建議に沿って、2005年11月には「労働安全衛生法等の一部を改正する法律」が公布された。これにより、過重労働による健康障害防止対策の一環として、長時間労働者等に対しメンタルヘルス面のチェックと必要な指導を行わなければならないこととなった。2006年1月には「労働安全衛生規則等の一部を改正する省令」が公布され、面接指導を要する対象者の基準が明示されている。さらに、2006年3月には改正労働安全衛生法における過重労働・メンタルヘルス対策の具体的実施の指針となる「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（新

総合対策)、「労働者の心の健康の増進のための指針」(新指針)が公示された。

このように、企業におけるメンタルヘルス対策の具体的実施方法等の指針は示されているところであるが、企業におけるメンタルヘルス導入の普及・啓発をさらに進めるためには、労働災害防止、安全配慮義務の的確な履行という側面のみならず、メンタルヘル対策の導入が経済的効果を持つことを示すことが重要であると考えられる。そのためには、メンタルヘルス対策導入の経済的効果を示しうる方法論を確立し、各種のメンタルヘルス対策の経済的効果の実証結果を広く明らかにする必要がある。

企業におけるメンタルヘルス不調の影響について、例えばうつ病を例にすれば、「うつ病は職業的・社会的機能への影響が大きく、職場では、欠勤や休職、離職となって現れる。また、出勤できている場合でも、集中力や意欲が十分でなく、作業能率の低下や見落としなどのミスの増加を呈する」(1)ことが広く指摘されている。この二つの側面について、前者の欠勤・休職・離職といった側面をアブゼンティーズム、後者の出勤できていても作業能率の低下やミスの増加といった生産性の側面をプレゼンティーズムと呼んで、分析の概念としている研究が多い。このうち、生産性の側面に関しては概念的には提示されているものの、具体的な測定方法を取り上げた研究は少ない。

例えば、米国におけるうつ病に罹患した労働者に対する電話によるケア・マネジメントの労働生産性への影響を取り上げた研究(2)では、成果の指標として、Effective weekly hours worked(休業者は0時間換算とした週間有効労働時間)、Job retention(雇用継続率=1-離職率)、Actual weekly hours worked among the employed(勤務継続者の週間実労働時間)、On-the-job performance among

the employed(就業中のパフォーマンス[仕事ぶり])、Critical workplace incidents(職場における重大事故)が取り上げられている。この研究では、WHOのHealth and Productivity Questionnaire(HPQ)を用いて、過去4週間の仕事のパフォーマンスに対する自己評価を0~10の尺度で申告させ、その自己評価の10に対する割合(自己評価が8なら80%)を実労働時間に乗じて有効労働時間を算出する方式を採っている。

HPQの特徴は、仕事のパフォーマンスを割合で直接的に自己申告させることにあるが、プレゼンティーズムを計測する調査票は、上記のHPQ以外にも開発されている。例えば、米国スタンフォード大学の開発したStanford Presenteeism Scaleでは、「この1か月間の仕事上のストレスは、対処することが大変なほど大きかった」といった過去1か月間における仕事の遂行に関する状況に関する6つの記述に対して、「全くその通り、ややその通り、どちらでもない、ややそうではない、全くそうではない」の5つの選択肢で自己申告させる。合計点数によりプレゼンティーズムの大きさ(程度)を把握することができる。

また、米国タフツ・メディカル・センターのDr. Lernerらが開発したWork Limitations Questionnaire(WLQ)と呼ばれる調査票もある。この調査票では、過去2週間において仕事上どのような支障が生じていたかを、メンタル・対人関係、時間管理、仕事の成果、身体活動能力の4分野計25問で問うものである。例えば、「この2週間の間、身体的な健康状態や心の問題によって、(就業規則等で)決められた時間、仕事をすること」が困難であったかどうかを問い、「全ての時間困難だった、ほとんどの時間困難だった、ある程度の時間困難だった、わずかな時間困難だった、困難な時間はなかった」の5つの選択肢で自己申告させる。さらに、こ

の25問の質問に対する回答結果を用いて、生産性が低下している割合を推計する換算式が開発されている。

そこで、本研究では、わが国における複数の企業をフィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策の導入に際して、その導入の前後において、WLQ 調査を実施し、生産性低下の状況を示すWLQ 指標を比較することによって、企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果の把握を実証的に試みることにした。

B. 研究方法

企業におけるメンタルヘルス導入前後の2時点においてWLQ 調査を実施し、WLQ 調査より推計される生産性指標の両時点間の変化を把握する。

導入対象のメンタルヘルス対策としては、平成14年以降の厚生労働科学研究において明らかにされた、職業性ストレス簡易調査票による仕事のストレス判定図に基づく職場環境等改善の取り組みとした。この取り組みでは、まず、対象となる企業の全従業員に対して職業性ストレス簡易調査票(参考1)を用いてストレス調査を実施する。回答者各人に対して「あなたのストレスプロフィール」をフィードバックするとともに、回答結果を職場ごとに集計し、仕事のストレス判定図(参考2)を作成し、職場へフィードバックする。仕事のストレス判定図は、職業性ストレスの主要な要素(仕事の量的負担、仕事の自由度、職場の支援)について、職場の平均点を計算して、全国平均と比較して示されるとともに、職業性ストレスによる健康リスクの高さについても示される。仕事のストレス判定図を用いて、職場の管理監督者に対して、職場環境改善を含めた部下管理の一環として、ラインによるケアを目的として、職場のストレスの

特徴を報告する。高ストレスの職場に関しては、「職場環境等の改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリスト」(職場環境改善のためのヒント集)を用いて職場全員で職場環境改善について討議を行うグループセッションを実施し、職場討議で集約された改善提案を実行する。

本研究では、上記の職業性ストレス簡易調査実施時に併せてWLQ 調査も実施する。また、改善提案実行後およそ6か月の時点で、再度職業性ストレス簡易調査およびWLQ 調査を実施し、2時点間の調査結果を比較し、上記のメンタルヘルス対策の導入の効果の把握を試みる。

WLQ は前記の通り、米国タフツ・メディカル・センターのDr. Lernerらが開発した調査票で、その一部を掲載した参考3の通り、原文は英文である。分担研究者らは、英文調査票の和文化的な試み、英文へのバック・トランスレーション等開発者の指定する所定の手順を踏んで、和文調査票の使用許可を開発者から取得して、本研究に使用した。なお、本研究での使用については、研究で収集したWLQ調査結果の非匿名データを開発者に提出することを条件として、無料の使用許諾となっている。

また、WLQ 調査結果から生産性の低下割合を推計する換算式は、開発者が米国におけるデータを基に開発した換算式をそのまま使用することとした。わが国におけるデータに基づいて検証された換算式ではないので、換算式を用いた計算結果の絶対値水準そのものが、わが国においても妥当な水準となっているかについては、将来的な課題と考えられる。しかし、同一の計測方法を2時点で使用し、比較することにより、改善が見られたのかどうかの方向性について、職業性ストレス簡易調査の総合健康リスク値と併せて、生産性の低下を評価した指標値によって確認することの意義は大きいと考えられる。特に、企業の

経営陣に対するメンタルヘルス対策導入効果の説明に力を発揮することが期待される。

研究フィールドとしては、民間金融機関の子会社であるIT関連企業（従業員約550名）および国立大学医学部附属病院看護部（看護師820名）の2フィールドを予定し、平成21年1月以降、順次実施の予定である。したがって、第2回目の計測は平成21年度の後半に実施し、平成22年度に結果の解析・考察を行う予定である。

なお、本研究におけるWLQ調査は、分担研究者の所属組織における所定の手続きにより、倫理審査委員会の承認を得た上で、実施される。

C. 研究結果

省略

D. 考察

省略

E. 結論

省略

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

特記すべきことなし

【文献】

- 1) 上島国利編 集最新医学別冊「新しい診断と治療のABC 9/精神1/躁うつ病」(株式会社最新医学社, 2003年)
- 2) P. S. Wang, et al, "Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes: A Randomized Controlled Trial", JAMA. 2007;298(12):1401-1411

【参考1】職業性ストレス簡易調査票

職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ う あ だ	ち が う や や	ち が う
1. 非常にたくさん仕事をしなければならない-----	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない-----	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない-----	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある-----	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ-----	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事の事を考えていなければならない-----	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ-----	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる-----	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる-----	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる-----	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない-----	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある-----	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない-----	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である-----	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない-----	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている-----	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ-----	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か ん ど	ほ ど ん ど	あ つ た	し ば し ば	ほ ど ん ど い つ も あ つ た
1. 活気がわいてくる -----	1	2	3	4	
2. 元気がいっぱいだ -----	1	2	3	4	
3. 生き生きする -----	1	2	3	4	
4. 怒りを感じる -----	1	2	3	4	
5. 内心腹立たしい -----	1	2	3	4	
6. イライラしている -----	1	2	3	4	
7. ひどく疲れた -----	1	2	3	4	
8. へとへとだ -----	1	2	3	4	
9. だるい -----	1	2	3	4	
10. 気がはりつめている -----	1	2	3	4	
11. 不安だ -----	1	2	3	4	
12. 落着かない -----	1	2	3	4	
13. ゆううつだ -----	1	2	3	4	
14. 何をしても面倒だ -----	1	2	3	4	
15. 物事に集中できない -----	1	2	3	4	
16. 気分が晴れない -----	1	2	3	4	
17. 仕事が手につかない -----	1	2	3	4	
18. 悲しいと感じる -----	1	2	3	4	