

分なインセンティブにはなっていないものと思われる。

その理由として、わが国の単科精神科病院の多くは民間によって経営されており、人的配置は他科に比較して脆弱であり、現在の制度では人材を振り向けるのがなかなか困難であること、5年以上の長期入院患者の5%を毎年退院ないし、社会復帰させることは、残った患者の退院を阻害する要因が解決しがたほど重大になり、最終的に退院させることが不可能になるというおそれがあるからだという論点もある。

今後、長期入院患者の社会復帰及び精神科病床の削減、専門機能を持つ病棟への移行を目指すのであれば、それを可能にする制度を作る必要があり、その制度は、経済的にも現在よりも効率がよく、専門性に根ざした病院運営が可能となるようなものでなければならない。

平成21年度の研究から、長期入院患者の地域移住の促進のためには、患者や家族の抱えている問題や地域社会における偏見の問題や、施設間の連携の問題、精神科病院が抱えている問題、制度や行政の問題など様々な問題が浮き彫りとなった。

これらの問題点を要約すると以下6つのポイントに絞られる。

- (1) 患者のモチベーションを高める
- (2) 家族の協力を得られる工夫をする
- (3) 精神科病院、グループホーム、作業所、地域支援センターのさらなる連携・交流が必要である
- (4) 精神科病院はさらに変わっていかなければならない
- (5) そのためには行政の支援が不可欠である
- (6) 精神障がいおよび精神障がい者に対する偏見の軽減・解消のためには地域社会における住民へのさらなる啓発活動が必要であると共に、施設間の理解のためにそれぞれの施設へ向けた啓発活動も合わせて必要である。

平成20年度研究結果にもとづき、患者本人の要因、患者の家族の要因、患者や家族をとりまく社会的な要因、精神科病院の要因、グループホームなど受け入れ機関側の要因、医療制度上（保険点数上）の要因などの要因についてアンケート調査を行った。

特に注目されるのは、精神科病院側の要因で、長期入院患者の退院阻害因子として

- 1) 入院も退院もさせるため、マンパワー不足
- 2) スタッフが多忙、患者を退院させようとするチームでの取り組みが少ない
- 3) 退院支援の不足、地域との連携の不足など

これらがA群、B群、C群で共通した意見であった。

1：精神科病院の職員を中心としたA群では、

- 1) 受け入れ先の調整が難しい
- 2) 退院に積極的な病院とそうでない病院の落差が大きい
- 3) 社会復帰に向けた明確な治療縁者がチームで統一されていない
- 4) 退院に全く興味のない医師の存在
- 5) ベッドの数や入院数を減少させると赤字になるので退院させない
- 6) 精神症状の強い人を優先的にケアするので退院促進は後回しになる
- 7) スタッフの退院支援に関する知識・技術が不足

といった多くの意見が出された。

2：グループホームの職員を中心としたB群では

- 1) 患者の意思を尊重せず、病院側の都合で退院させない
- 2) 病院の職員のかかわりが保護的になりすぎ、地域の力を病院の職員は知らない

- 3) 入院しているほうが患者のためだという発想を病院職員はしがち
- 4) いずれ退院だという当たり前のことを病院は考えてこなかった
- 5) 病院が不便な場所にあることが多く、入院医療から通院医療に進みにくい
- 6) 精神科救急の体制が全く不十分である

など精神科病院にとって厳しい意見が多く寄せられた。

3：作業所や地域活動支援センターなどの職員を中心としたC群では、

- 1) 病状が悪化し、入院が必要なときに、満床で入院できない
- 2) 退院へ向けたリハビリへスタッフを振り向ける余裕がない
- 3) 何よりも安全・事なかれ主義が最優先となってチャレンジの機会が減っている
- 4) 地域生活は不可能だろうという一方的な決め付け

などこれまた精神科病院にとっては厳しい指摘が相次いで寄せられた。

長期入院患者の退院を促進する工夫。精神科病院への改善提案として

1：A群の病院の職員からは、

- 1) 地域移行支援プロジェクトを立ち上げる
- 2) 退院支援専門の部署の設置
- 3) 心理・社会的療法の必要性（リハビリの強化）
- 4) 退院促進のマニュアル化
- 5) 病棟勤務者に地域医療への教育を行う
- 6) 社会復帰施設の見学
- 7) 地域支援者との交流会や勉強会などに参加し、病院スタッフの意識改革を行うこと
- 8) 病床数を減少させても生き残れる経

営体質にシフトする

- 9) 医師の受け持ち患者数を減らす
- 10) 精神保健福祉士の病院への必置（例えば50人に1人のような）

などを提案していた。

2：グループホームの職員を中心としたB群からは、

- 1) 精神科救急体制の確立
- 2) 24時間連絡体制の確立
- 3) 患者本人を尊重するような働きかけや入院期間の設定
- 4) 全ての入院患者の退院計画の作成
- 5) 患者本人のやる気を損なわないような働きかけ・しくみを作る
- 6) 精神保健福祉士をもっと貴重な存在にする（雑用係にしない）
- 7) 月に一回程度の頻度でピアサポーターと患者との懇談会を行う
- 8) 入院患者が自尊心を取り戻せる病棟運営（例えば、大部屋でのベッド周りのカーテンの設置、病棟スタッフの言葉遣いの改善など）
- 9) デイケアや作業療法のプログラム参加だけでなく居場所として利用できるようにする

などが指摘された。

3：作業所や地域活動支援センターなどの職員を中心としたC群からは、

- 1) 病状が不安定なときの入院受け入れが医師によって違うのではなく、状態不安定なときは早めに入院を検討する
- 2) 地域で元気暮らしている当事者達との交流の機会を多く作る
- 3) 退院させることで病院側にメリットを与える
- 4) 多剤大量投薬をやめても経営できる仕組み
- 5) 病院が閉鎖的と受け止められないような工夫をする
- 6) 患者本人の不安を除去する努力、ア

フターケアの充実化

7) 再発・再入院を単に失敗とのみ捉えない

といったことなどが挙げられました。

アンケートでは精神科病院へ厳しい指摘が相次いだ。今回回答を寄せたのは病院の職員、地域の施設の職員で患者の退院に積極的で、それぞれが精神科病院と何らかの連携をしており、また精神科病院の職員とかわりがあり、そしてなにより退院患者と直接向き合っている人々の率直な意見が、精神科病院にとって厳しいものであったことは重大だと言える。

精神科病院側がこれまでどのような連携の仕方をしてきたのか？どんな関係づくりをしてきたのか、精神科病院の実情をどのように伝えてきたのかという多くの問題が不十分なまま放置されているのではないかという危惧を抱くに十分なものであると考えられた。

したがって長期入院患者の地域への退院を促進するためには、精神科病院、グループホーム、作業所、地域活動支援センターのさらなる連携・交流が極めて重要になると思われる。

精神科病院はさらにかわっていかねばならないというのが今回のアンケートを通して強く実感されたのである。

平成22年度の研究からは、

研究1の症例検討からは、特別養護老人ホームへの移行に成功した3症例の過程をみるとキーワードとなるのは、「コミュニケーション」であり、これが非常に重要であることがわかる。3症例とも精神科病院側が長期入院患者ないし社会的入院患者の解消について強い問題意識を持ち続け、患者本人、患者の家族、老人施設、福祉事務所とのコミュニケーションを積極的にとる過程の中で特別養護老人ホームへの移行への機会に恵まれている。

受け入れ側の施設は、精神科病院に長期入院している入居希望者に対しては、恐怖

や不安、対応への自信のなさなどが強く、過去に受け入れ者がいることや適切な情報を伝えつつ、施設側とコミュニケーションをとり続けることが非常に重要であった。

経済的な問題や家族の不安などをひとつひとつ解決していくためには、福祉事務所をはじめとした様々な役所や家族との密接なコミュニケーションが必要であることがわかる。

研究2のアンケートからは、患者を病院から退院させて地域へ移動するためには、関係機関との連携が欠かせない。そこで、スムーズな連携を築くために施設から精神科単科病院への要望について教えていただけますか？という問いかけに対しては、大きく3つの要望が出ていた。

一つは、精神科病院と施設の間で行われる患者の情報のやり取りである。施設側は、精神科の患者に対して恐れや不安を強く持っている。また精神科の知識も必ずしも精神科病院と共有しているわけではない。この点を踏まえて施設側に正しい患者の情報を理解してもらうためには様々な注意と工夫が必要である。相手の不安や希望にうまく沿った情報を提供するためにはなんといってもコミュニケーション能力がもっとも重要であろう。施設の職員にも積極的な人が少なくないのだから、日頃からいかにスムーズなコミュニケーションをとり、相手の信頼を勝ち得るかが大事である。

二つ目には、患者の対応法であり、これも施設側の職員が精神科の患者と接した経験が少ないために起きる問題であり、これはお願いする精神科病院の側が積極的に指導や教育に当たる必要があると思われる。何例か患者さんが入所して職員がなれてくれば大きな問題が起きる可能性は少なくなるものと思われる。施設の職員の不安や恐怖を減らすための努力を病院側が怠っては、患者の地域移行はなかなか前には進まないと思われる。

三つ目には、病院の対応そのものである。特に患者の病状が悪化したときの速やかな精神科病院の適切な対応は必須に近い条件と思われるが、いわば精神科救急という問題に、個々の精神科単科病院は十分に対応できていない側面がある。また例えば川崎市内の精神科救急の体制は脆弱であるといわざるを得ない。しかしこのことは、こと川崎市に限ったことではなく全国的な問題であると思われる。スーパー救急や精神科急性期治療病棟、認知症治療病棟など診療報酬制度上優遇されているのは、周知のとおりである。しかし現状では、精神科単科病院と老人保健施設などとの精神科の救急時対応などは、まだまだ未整備・未熟な状態であるといわざるを得ない。これは、単に一精神科病院の問題ではなく社会全体で取り組まなければならない問題ではないかと思われる。

E. 結論

3年間の研究を通していえることは、項目としてあげるなら以下のとおりである。

(1) 長期入院患者には

- 1) 患者本人の要因
- 2) 家族の要因
- 3) 社会的要因

の主として3つの要因によって退院が阻害されている。

(2) 長期入院患者の退院促進運動を推進していくためには、以下の6点について特に考慮する必要がある。

- 1) 患者のモチベーションを高める
- 2) 家族の協力を得られる工夫をする
- 3) 精神科病院、グループホーム、作業所、地域支援センターのさらなる連携・交流が必要である
- 4) 精神科病院はさらに変わっていかなければならない
- 5) そのためには行政の支援が不可欠である
- 6) 精神障がいおよび精神障がい者に

対する偏見の軽減・解消のためには地域社会における住民へのさらなる啓発活動が必要であると共に、施設間の理解のためにそれぞれの施設へ向けた啓発活動も合わせて必要である。

(2) 平成22年度の2つの研究からは
1: 研究1 (症例報告から) から

- 1) 高齢でかつ家族がいないか家族の協力得られない精神科病院への長期入院患者の特別養護老人ホームへの移行は必ずしも不可能ではない。
- 2) そのためには精神科病院側が患者の地域社会への移行に対して強い意志を持つことが必要である。
- 3) その上で、患者、患者の家族、特別養護老人ホームなどの受け入れ予定施設、福祉関係者及び行政とのたゆまぬコミュニケーションの継続が非常に重要である。

2: 研究2 (アンケート調査) から

- 1) 特別養護老人ホームの職員の構成は精神科病院の職員の構成とは大きく異なる当たり前の事実をもう一度確認する必要がある。
- 2) 特別養護老人ホームの職員は精神障害を抱える患者と接する機会が少なく、精神科の患者に対して、恐怖や不安・緊張を感じている。
- 3) 職員の不安を十分に理解・汲みながら、患者の適切な情報の開示と、対応法の指導、精神症状増悪時の精神科病院側の速やかで適切な対応が求められている。

*いずれにせよコミュニケーション能力の向上が必須である。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究業績

1. 論文発表

- (1)天保英明：精神科から見た心療内科における医療心理士の特異性. 心療内科 12(3):152-157, 2008
- (2)天保英明、大久保百恵：ストレスと精神疾患. 心療内科 13(1), 2009
- (3)玄東亜、天保英明：うつ病診療最前線：特殊な治療法 電気痙攣療法・光療法・経頭蓋磁気刺激療法. 治療 91(8) 2073-2077 2009

2. 学会発表

- (1)天保英明：緩和医療における心身医学的アプローチ. 日本心療内科学会 認定医療心理士講習会 2008.9.21 京都
- (2)天保英明：精神障害及び精神障害者に関する普及啓発活動に関する研究「新設 精神科地域移行実施加算5点(1日につき)」の制度についてのアンケート調査. 第1回川崎市病院精神科連絡会. 川崎市 2008.11.14
- (3)板井貴宏、松井健夫、諸井振吾、天保英明：精神科長期入院患者の退院及び、社会復帰に関連する問題点の検討. 第21回日本総合病院精神医学会総会. 2008/11/28-29 千葉
- (4) 諸井振吾、板井貴宏、松井健夫、天保英明、張賢徳：当院外来における自殺既遂患者3症例の検討. 第21回日本総合病院精神医学会総会. 2008/11/28-29 千葉
- (5)中野明日香、坂本直子、福原由美、仙道由香、天保英明：後期高齢者のうつ病に対する

心理学的アプローチ. 第13回日本心療内科学会学術大会 2008.11.29-30 弘前

- (6) 天保英明：精神科病院長期入院患者の退院に向けた精神科地域移行実施加算の有効性. 第22回日本総合病院精神医学会総会 大阪 2009年11月28日
- (7)大久保百恵、板井貴宏、諸井振吾、天保英明：当院における自殺予防専門家養成に向けた教育の試み. 第22回日本総合病院精神医学会総会 大阪 2009年11月28日
- (8)天保英明：教育講演.「プライマリケア医への精神科心療-10のポイント-」 第25回横浜心療内科研究会 2010.2.2 横浜
- (9)天保英明：うつ病の1次予防・2次予防からメンタルヘルス不調の予防を考えるシンポジウム6 第51回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 仙台 2010年6月27日
- (10)天保英明・板井貴宏：アンケートから見た精神科単科病院における長期入院患者の退院を阻害する要因 第23回日本総合病院精神医学会総会 東京 2010年11月26日

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

企業における精神障害者の受け入れの実態調査と普及啓発

分担研究者：松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 准教授

研究協力者：河野裕子 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野

研究要旨

企業における精神障害および精神障害者の普及啓発は、平成12年に労働省（当時）から、事業場における労働者の心の健康づくりのための指針により、「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防」という手法で、事業場において取り組まれてきた。この分野の研究においては、本研究と同時に進められている厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」（主任研究者 川上憲人東京大学大学院教授）によって明らかにされつつある。

そこで、本研究では、精神障害の普及啓発に関する日本企業の現状とその効果に関する国内の文献ならびに調査報告書のレビューを行い、企業における普及啓発はどこまで進んでいるのかを検証し、未解決の課題について整理した。企業における精神障害に関する普及啓発は、管理監督者教育を重点に実施され、職場のストレス対策と精神疾患での退職後の復職に、一定の効果をあげてきていることが明らかになった。今後は一般の労働者への教育や、精神障害者の就職なども検討されるべきと考えられる。

はじめに

精神障害の普及啓発の目的は、①精神疾患の正しい知識、②心の健康保持増進のための気づきと予防、③家族や地域、職場における正しい対応と共生社会の形成であり、それらの基盤となるのは、④精神疾患における誤解とスティグマ（偏見）の解消であると考えられる。

我が国では、平成16年に厚生労働省より「このころのバリアフリー宣言」～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～が発表され、精神疾患に対する国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を3本柱として本格的な普及啓発がスタートした。その翌年、日本学術会議 精神医学研究会連絡委員会のこのころのバリアフリーを目指して～精神疾

患・精神障害の正しい知識の普及のために～の報告書のなかでは、①精神疾患は誰でもかかりうるものであることの認識の普及、②学校教育での精神疾患に関する正しい知識の普及啓発、③一般医療と精神科医療との交流、④当事者のエンパワメント、⑤関係者の連携の促進、⑥人材養成と確保が提言されているが、このなかで職場における精神障害の普及啓発には触れられてはいない。

しかし、我が国の企業における精神障害の普及啓発は、「このころのバリアフリー宣言」の4年前、平成12年に労働省（当時）から「事業場における心の健康づくりのための指針」が発表され、過労うつ自殺ならびに精神障害による労働災害の防止や労働ストレス対策として、企業のメンタルヘルス教育という名の下に急速に

広がっていった。「事業場における心の健康づくりのための指針」は、その後、平成18年「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と改正され、その第一次予防として、メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修と情報提供が盛り込まれた。また、同年に精神障害者の雇用促進に関する法律（以下「障害者雇用促進法」という）が施行され、従来の知的障害者と身体障害者に加え、精神障害者も算定対象とすることとされた。我が国の企業は、この「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と法整備に従って、普及啓発を実施してきたわけだが、最初の指針が公布されてから10年が経過することから、一昨年より、厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業において「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」（主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科教授）により、科学的根拠に基づく新たなガイドラインの作成が進められている。

そこで、本研究では、精神障害の普及啓発に関する日本企業の現状とその効果に関する国内外の文献ならびに調査報告書等のレビューを行い、普及啓発とそれによる企業の受け入れはどこまで進んでいるのかを検証し、未解決の課題について整理した。

A. 研究方法

医学中央雑誌において、（メンタルヘルスor精神障害、産業or企業、教育or研修）のkeywordで、2006年1月から2011年1月までに掲載されている文献から原著論文を抽出した。また、民間の調査研究機関が公表している調査報告書を取り寄せた。

B. 研究結果

医学中央雑誌において、2005年1月から2010年12月までに掲載されている37の文献を抽出した。この中から、企業における普及啓発に関連すると考えられた①管理監督者研修の効果に関する研究（7文献）、②睡眠教育プログラムの効果に関する研究（1文献）③過労うつ自殺の事例研究（1文献）④精神科医療機関と企業の連携に関する研究（1文献）の原著論文10編を抽出した。（表1）

1. 管理監督者研修の効果に関する研究（表1）

企業の精神的健康の保持増進を目的に、日本のホワイトカラー労働者に対して、Webベースのストレスプログラムのプロセス評価を行ったところ、参加者が楽しいと感じるなど、感情に働きかけた場合や、ストレスに対処するための意思と自己効力感を増加させた場合には、プログラムは有効だった。（Kawaiら、2010）。

製造事業場において、管理監督者にメンタルヘルス研修を行う際に、積極的傾聴技法のプログラムを導入した場合、事業場全従業員のストレス反応と精神疾患での退職者が有意に減少していた。（Ikegamiら、2010）。

積極的傾聴法のプログラム前後で、受講者へ積極的傾聴態度評価尺度(ALAS)と、従業員には職業性ストレス調査(BJSQ)を実施したところ、管理職は「傾聴の態度」「聴き方」に平均値の上昇を認め、「聴き方」は有意に上昇した。従業員は「仕事の量的負担」「上司の支援」「同僚の支援」が有意に上昇した。管理職監督職による相談対応の充実を図ることで「上司の支援」が強化されたことが示唆された。（Ikegamiら、2008）

管理監督者研修に積極的傾聴技法のプログラムを導入した際、研修時間を2時間30分とした場合の効果を、6ヶ月後にアンケート調査したところ、研修内容を覚えているとしたものは81.4%、研修内容を実践していると答えたものは、49.7%だった。（Tatumiら、2010）

管理監督者にストレス低減を目的とした教育プログラムを実施した結果、ストレスマネジメントに関する管理監督者の知識、態度及び挙動にどのような影響を及ぼすかについて検討したところ、管理職の知識に好ましい影響が認められ、挙動は僅かに有為な効果が認められた。しかし、態度には有効な効果は認められなかった。(Nishiuchiら, 2007)

管理監督者に精神衛生教育を実施後、従業員の心理的苦悩と職務遂行能力における影響について、1/3以上の管理職が教育に参加した部署の所見と1/3以下の管理職が教育に参加した部署とを比較。

1/3以上の管理職が参加した部署の従業員は、1/3以下だった部署の従業員と比べて、幾分改善した。教育を受けた管理職では、精神衛生実践における知識、態度、行動に変化が見られた。また、企業の問題による医療関係機関への相談が減少した。(Tsutsumiら, 2005)

管理職に対して精神科医1人によるメンタルヘルス教育を目的とした個別面談を実施。実施の前後に日本版GHQ-12とアンケート実施管理職自身の精神的健康度とメンタルヘルスの重要性についての認識度を比較検討。GHQ-12の得点により精神的健康度が低いとされた上司は、精神科医の個別面談後においてもメンタルヘルスの重要性についての認識が低かった。(Soedaら, 2006)

2. 睡眠教育プログラムの効果に関する研究

IT企業の従業員391人に対し、睡眠教育プログラムの前後で、睡眠の質、日中の眠気などについて、質問票を使った調査を実施した。教育後教育後4週間目には、睡眠の質 (SPQI) が介入後、有意に改善。午後2時の眠気(KSS14)でも、介入後に有意に改善した。ただし、10時の眠気についてはむしろ悪化した。

(Kakinuma, 2005)

3. 過労うつ自殺の事例検討

1993年から2003年までに、我が国で発生した過労自殺とその経過と関連因子について、遺族の同意を得て、2名の認定精神科医が22例の過剰労働に関連した自殺例に関する保険会社および法医学報告書を検討した。その結果、女性は1例であり、男女の差が認められた。事故発生前、10例は非特異的な身体症状のため一般開業医を受診していたが、自殺防止に関しては有用な手段が取られていなかった。精神科医を訪れた症例はなく、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかった。(Amagasaら, 2005)

4. 精神科医療機関と企業の連携における課題についての研究

三重県の精神科医療機関を対象に、事業場との連携も含めた産業メンタルヘルスに対する取り組みの現状を調査した。医療機関対象に自記式アンケート調査を実施。事業場からの協力が得にくいなど連携に困難を感じていた。精神障害に対する偏見が依然根強いことが明らかになった。(Usuiら, 2007)

5. 研究機関による調査報告書の要約

財団法人労務行政研究所と公益財団法人日本生産性本部は、全国証券市場の上場企業を対象に普及啓発ならびに、職場復帰に関する内容で大規模なアンケート調査を実施している。

①労働者とその家族に向けた普及啓発

財団法人労務行政研究所が、2010年4月に上場企業3589社を対象に実施された調査では、管理監督者教育は全体の59.6%、管理職以外については44.5%の企業が実施しており、半数以上の企業が、メンタルヘルス教育を実施していることが明らかになった。社内報やパンフレットによるPR活動が41.3%、家族向けの啓発は5.5%であった。また、精神疾患に対する偏見があるかとの質問には、「やや当てはまる」とした企業が30.8%、「どちらともいえない」が39.3%、「あまり当てはまらない」が24.7%。

「全く当てはまらない」とした企業は4.5%であった。(有効回答247社)

②精神障害で休職した社員の復職

公益財団法人日本生産性本部が2009年に、上場企業2,237社を対象に実施した調査では、精神疾患からの復職できた社員がいると答えた企業は74.3%であり、そのうちの49.2%の企業が、復職プロセス問題が多いと回答している。また、逆に、復職プロセスに問題がないと答えた企業は、過去3年間で精神疾患に休職する社員が減少傾向にあると答えている割合が多く、復職プロセスなど制度的な枠組みが、精神疾患の増加傾向を抑えることに、なんらかの関係性をもっている可能性があることを報告書のなかで示唆している。(有効回答242社)

財団法人労務行政研究所が2010年に上場企業3,589社を対象に実施された調査では、過去に精神疾患で休職した社員がいると答えた企業は、92.7%であった。そのうち、完全復帰しているが20.3%、7~8割が22.0%、半分程度が25.1%であった。また、職場復帰のためのプログラムを設定している企業は58%であり、1,000人以上の規模では77%に上っていた。こちらの調査機関でも職場復帰プログラムと復職率をみており、半分以上復帰できたとする企業は、復職プログラム「あり」では80.0%、「なし」では67.8%。職場復帰が2割に満たない企業では、職場復帰プログラム「あり」が20.0%であったことから、やはり、復職には職場復帰プログラムが、ある程度効果があると述べている。(有効回答245社)また、今回の2機関の調査報告では、雇用した労働者が精神疾患に罹患した場合に復職できているか、との質問はあるが、障害者雇用促進法によって、精神障害者を雇用しているかという問題やその実態については質問がなされていない。また、精神疾患の分類についても触れられてはなし。

C. 考察

本研究では、精神障害の普及啓発に関する日本企業の現状とその効果に関する実態調査ならびに、文献レビューを行い、普及啓発と企業の受け入れはどこまで進んでいるのかを検証し、未解決の課題について整理することを目的とした。3年目となる22年度については、国内外の文献と2つの調査機関が実施した調査報告書を取り寄せて検討を行った。

その結果、企業における精神障害に関する普及啓発は、平成12年の労働省(当時)から示された「事業場における心の健康づくりのための指針」により、過労うつ自殺ならびに精神障害による労働災害の防止や労働ストレス対策として、メンタルヘルス教育という名の下に積極的に普及・推進されていく。「事業場における心の健康づくりのための指針」は、その後、平成18年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と改正され、その第一次予防として、メンタルヘルスクアの推進を目的とした教育研修と情報提供が盛り込まれたことから、さらに教育を強化する動きが広がっていったと考えられる。

企業における普及啓発の実際は、「労働者の心の健康保持増進のための指針」のなかの「ラインケアの推進」、つまりは、組織体制を活用し、組織を指揮する管理監督者への教育に重点が置かれていることがわかってきた。現在、実施されている管理監督者向け研修のカリキュラムは、精神衛生に関する基礎知識による部下の精神的問題の早期発見と、職場のストレス軽減に管理職の精神的支援が寄与することを説明した米国国立労働安全衛生研究所(NIOSH)職業性ストレスモデルによる、管理職による部下への精神的支援のあり方が中心であり、それらの教育プログラムにおける有効性に関する研究がいくつか報告されている。

そのうち、管理監督者に積極傾聴法(Active Listening)を習得させ、職場で実践することで、職場のストレスが軽減することが複数の研

究から明らかになっている。(Ikegamiら, 2010) また、管理職自身の精神的健康度が低いと、メンタルヘルス教育の重要性の認識が低いという結果は、(Soedaら, 2006)、管理監督者への教育は、単に部下への対応方法を教えることに留まらず、管理監督者自身の精神的健康への洞察力を鍛える内容が重要であることが示されている。

また、1993年から2003年までに、我が国で発生した過労自殺22例の経過と関連因子についての研究で、22例のうち、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかったという報告から、企業における普及啓発の重要性が示されている。(Amagasaら, 2005)

次に、企業における精神障害の普及啓発の目的として重要な精神障害者の就労に関しては、研究機関における精神障害での休職と復職の実態によって明らかになってきている。そのなかで、精神障害の発症に特化した復職支援体制が徐々にではあるが整いつつある現状がある。財団法人労務行政研究所が2010年に上場企業3,589社を対象に実施された調査では、過去に精神疾患で休職した社員がいると答えた企業は、92.7%であり、そのうち、完全復帰しているが20.3%、7～8割が22.0%、半分程度が25.1%であったとしている。精神障害の疾患別内訳などは公表されていないが、休職者のすべてが完全復帰していると答えた企業が20.3%であるとすると、企業においては、精神障害についての一定の理解がされつつあることを示唆している。

ただし、この結果はあくまで、企業に正社員として就労していた労働者が、精神疾患を発症した場合の復職率であり、すでに精神障害を発症した人の就職や受け入れに関するものではない。精神障害に関する普及啓発の目的は、①精神疾患の正しい知識、②心の健康保持増進のための気づきと予防、③家族や地域、職場における正しい対応と共生社会の形成、④精神疾患における誤解とスティグマ(偏見)の解消と考え

るならば、今後は、管理監督者だけでなく、一般の労働者へのメンタルヘルス教育と精神障害者の就職や医療機関との連携のあり方が課題となってくるのではないかと考えられる。

まとめ

企業における精神障害に関する普及啓発は、平成12年の「事業場における心の健康づくりのための指針」からはじまり、この10年間で多くの企業が労働ストレス対策を中心とした精神衛生教育を実施している。現在は、「ラインケア」つまりは、管理監督者に重点を置いた教育が中心となっているが、職場のストレス対策や精神疾患に罹患した労働者の復職率の向上などに、一定の効果をあげていると考えられた。

しかし、管理職自身の精神的健康度が教育効果に影響を及ぼすなど、教育方法やカリキュラムにはいくつかの課題も残されていることが明らかになった。

また、過労うつ自殺の事例からは、メンタルヘルス教育を受けた症例は、22事例の中で、1例もなかったとする報告を考えると、やはり、企業における精神障害の普及啓発は、管理監督者教育に留まらず、一般の労働者に向けて幅広く実施されることが求められる。

今後は、精神障害に関する誤解と偏見の解消のため、精神障害者の就職と医療機関との連携にも課題が残されている。

文献

- 1) 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」厚生労働省 2004
- 2) 「精神医学研究連絡会報告 こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のためにー」日本学術会議 精神医学研究連絡委員会 2005
- 3) 「事業場における心の健康づくりのための指針」厚生労働省 2000
- 4) 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」厚生労働省 2006
- 5) 川上憲人 他, 厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」2010
- 6) Kawai Kaoru, Yamazaki Yoshihiko, Nakayama Kazuhiro. 職場の健康増進 日本のホワイトカラー労働者サンプルにおける心理的健康を促進するためのWebベースのストレス対策プログラムのプロセス評価 Industrial Health 2010; 48 (3): 265-274 2010
- 7) 巽あさみ,住吉健一,川口仁美,佐野雪子.短時間でを行う積極的傾聴研修の効果 2時間30分で実施する管理監督者研修の検討 産業衛生学雑誌 2010;52(2):81-91
- 8) 池上和範,田原裕之,山田達治,真船浩介,廣尚典,永田頌史.製造事業場における管理監督者メンタルヘルス研修の効果 産業医科大学雑誌 2010;32(2):141-153
- 9) 池上和範, 田川宜昌, 真船浩介, 廣尚典, 永田頌史. 積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果. 産業衛生学雑誌 2008;50(4):120-127
- 10) Nishiuchi Kyoko, Tsutsumi Akizumi, Takao Soshi, Mineyama Sachiko, Kawakami Norito. Journal of Occupational Health 2007;49(3): 190-198
- 11) Tsutsumi Akizumi, Takao Soshi, Mineyama Sachiko, Nishiuchi Kyoko, Komatsu Hirokazu, Kawakami Norito. 職場における精神衛生向上のための管理者教育の影響 準実験的研究 Journal of Occupational Health 2005; 47(3): 226-235
- 12) 副田秀二, 坂田由美, 新開隆弘, 中村純. 管理監督者自身の精神健康度とメンタルヘルス教育に対する重要性の認識 2006:産業精神保健: 14(3):167-171
- 13) 柿沼充. 職域における睡眠教育の介入研究とその実践例 交通医学 2008; 62(5-6):145-151
- 14) Amagasa Takashi, Nakayama Takeo, Takahashi Toshitomo. 日本における過労自殺 労働関連自殺の22例の特徴 Journal of Occupational Health 2005;47(2): 157-164
- 15) 臼井卓士, 崎山忍. 産業メンタルヘルスに対する精神科医療機関の取り組みの現状と今後の課題 公衆衛生 2007; 71(2):177-181
- 16) 財団法人労務行政研究所 労政時報別冊『新版 実践メンタルヘルス・マネジメント』
- 17) 公益財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所『産業人におけるメンタルヘルス白書』2010

表 1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005 年～2010 年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Kawai et al. 2010	職場の健康増進 日本のホワイトカラー労働者サンプルにおける心理的健康を促進するための Web ベースのストレス対策プログラムのプロセス評価	Web ベースのストレス対策プログラムのプロセス評価	168 人の従業員	2006 年	参加者が楽しみを感じ、ストレスに対処するための意思と自己効力感を増加させる場合、プログラムは有効だった。
Ikegami et al. 2010	製造事業場における管理監督者メンタルヘルス研修の効果	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修プログラムの評価。従業員の職業性ストレス簡易調査票による調査と経年的な休職者数の変動を調査。	250 人の管理職と * * 人の従業員	2005 年～ 2007 年	全従業員のストレス反応と精神疾患での休職者が有意に減少した。
Tatami et al. 2010	短時間で行う積極的傾聴研修の効果 2 時間 30 分で実施する管理監督者研修の検討	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修を 2 時間 30 分で実施した場合の効果を検証	299 人の管理職	2007 年～ 2008 年	6 カ月後のアンケート(145 人)で研修内容を覚えていたものは 81.4%、研修内容を実践しているものは 49.7% だった。
Ikegami et al. 2008	積極的傾聴法を取り入れた管理監督者研修による効果	積極的傾聴を取り入れたメンタルヘルス研修プログラムの評価。研修 1 ヶ月後、受講者に積極的傾聴態度評価尺度 (ALAS)、意識行動変更に関する質問票、従業員には職業性ストレス調査 (BJSQ) を実施し、効果を検証。	124 人の管理職と 908 人の従業員	2006 年～ 2007 年	管理職は「傾聴の態度」「聴き方」に平均値の上昇を認め、「聴き方」は有意に上昇した。従業員は、「仕事の量的負担」「上司の支援」「同僚の支援」が有意に上昇した。

表1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005年～2010年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Nishiuchi et al.2007	職場における管理者の知識、態度及び挙動に関するストレス低減のための教育プログラムの効果	ストレス低減のための教育プログラムは、ストレス管理に関する管理者の知識、態度及び挙動にどの程度の影響を及ぼすかを検討	46名の管理職	2002年	教育は管理者の知識に好ましい影響を与えることがわかった。挙動に関しては、治療効果は僅かに統計的に有意であった。一方、態度スコアに関しては、有益な効果は認められなかった。
Tsutsumi et al.2005	職場における精神衛生向上のための管理者教育の影響 準実験的研究	管理監督者に精神衛生教育を実施後、従業員の心理的苦悩と職務遂行能力における影響について、1/3以上の管理職が教育に参加した部署の所見と1/3以下の管理職が教育に参加した部署とを比較	267人の管理職と864人の従業員	2003年	1/3以上の管理職が参加した部署の従業員は、1/3以下だった部署の従業員と比べて、幾分改善した。教育を受けた管理職では、精神衛生実践における知識、態度、行動に変化が見られた。また、職場の問題による医療関係機関への相談が減少した。
Soeda.et.al 2006	管理監督者自身の精神健康度とメンタルヘルス教育に対する重要性の認識	管理職に対して精神科医1人によるメンタルヘルス教育を目的とした個別面談を実施。実施の前後に日本版GHQ-12とアンケート実施 管理職自身の精神的健康度とメンタルヘルスの重要性についての認識度を比較検討。	76人の管理職	2001年～ 2005年	GHQ-12の得点により精神的健康度が低いとされた上司は、精神科医の個別面談後においてもメンタルヘルスの重要性についての認識が低かった。

表1. 企業における精神疾患の普及啓発教育に関連する文献 (2005年～2010年)

著者・発表年	文献	内容	対象者	実施年	結果
Kakinuma, 2005	職場における睡眠教育の介入研究とその実践例	睡眠教育プログラム（集団教育と質問票を2回記入）の効果	391人の従業員	不明	教育後4週間目には、睡眠の質（SPQI）が介入前6.10(SE0.17)に対して、介入後には5.72(0.18)と有意に改善。午後2時の眠気(KSS14)では、介入前4.89(SE0.16)から4.89(SE0.16)に有意に改善。ただし、10時の眠気については悪化した。
Amagasa et al.2005	日本における過労自殺 労働関連自殺の22例の特徴	過労自殺とその経過と関連因子を検討。遺族の同意を得て、2名の認定精神科医が22例の過剰労働に関連した自殺例に関する保険会社および法医学報告書を検討	労働関連自殺の22例	1993年～ 2003年	女性は1例。10例は非特異的な身体症状のため一般開業医を受診していたが、自殺防止に関しては有用な手段が取られていなかった。精神科医を訪れた症例はなく、労働ストレスに対処するためのメンタルヘルス教育を受けた症例は一例もなかった。
Usui.et.al 2007	産業メンタルヘルスに対する精神科医療機関の取り組みの現状と今後の課題	三重県の精神科医療機関を対象に、事業場との連携も含めた産業メンタルヘルスに対する取り組みの現状を調査した。医療機関対象に自記式アンケート調査を実施	42の医療機関		事業場からの協力が得にくいなど連携に困難を感じていた。精神障害に対する偏見が依然根強いことが明らかになった。

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）

研究協力者： 石川 清子（損保ジャパン総合研究所）

【研究要旨】

社会情勢や労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレスや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や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、厚生労働省からは各種の対策、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な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対策の普及・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は、従業員の欠勤・休職といった側面と、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低下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、生産性低下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。

海外では生産性低下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週間に業務の遂行にどのような支障が生じていたかを、時間管理、身体活動、集中力・対人関係、仕事の結果の4つの下位尺度・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、国内の2つの企業でメンタルヘルス対策の導入の前後にWLQ調査を実施し、生産性低下の割合を示す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対策導入の経済的効果の把握を実証的に試みることとした。導入対象のメンタルヘルス対策は、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指標の両時点間の変化を把握した。研究フィールドは、民間金融機関の子会社であるIT関連企業（フィールド

A：従業員約550名)および国立大学医学部付属病院看護部(フィールドB: 看護師約800名)の2フィールドとし、第1回目計測は平成20年度下半期に、第2回目計測は平成21年度上半期に実施した。

本研究の結果、企業におけるメンタルヘルス対策導入の経済的効果の評価においては、以下の点に留意する必要があることが示唆された。

(1) 比較の問題：企業では、メンタルヘルス対策の導入効果を検証するために評価目的のための対照群を設定することは実務上困難である。実務上可能な方法は、施策導入の前後の評価を比較する、あるいは一定の時間間隔をおいて定期的・継続的に評価を反復することである。しかし、介入施策以外の状況の同等性は不安定で、環境変化や人事異動等の諸要因の影響の大きさは、ケースにより様々であることが想定されるため、評価時点間の状況の変化を出来る限り把握し、その影響の大きさを検討する必要があると考えられる。

(2) 実務的継続評価問題：企業において施策の効果を評価する場合、本来の経済活動を目的とした企業活動の中で実施されるため、効果の評価目的に加え、多目的に活用可能な計測の実施が望まれる。また、評価のみを目的とした計測の場合、問診項目に対する自記式回答では、計測目的を意識したバイアスが入ることも懸念される。しかし、多目的であり、かつ、回答結果が職場の状況の把握・改善等にも活かされることが明確にされた上で実施されるのであれば、偏りの少ない計測・より参加率の高い計測に繋げていくことも期待できる。

(3) 計測頻度問題：生産性は状態の評価であり、1年を通して一定しているものではなく、時期により変化していると考えられる。例えば、WLQ 調査票では「過去2週間」における状況を訊いているが、健康状態が変化すれば、仕事への支障の程度も変化し、生産性低下割合の推計値も変化する。生産性低下割合の推計値が年間を通じて不変であると仮定して集計することには無理があると考えられるため、出来る限り労力・費用を要しないで計測する仕組みを定着させ、年間複数回反復して計測するルーティンを確立することが望まれる。

(4) 施策導入効果が現れるまでの時間：メンタルヘルス対策の種類により、導入効果が現れるまでに要する期間の長さは異なることが想定される。また、各企業の置かれている状況が異なれば、同種の施策を導入しても効果が現れるまでに要する期間も異なると考えられる。施策を導入する時点で、同種の施策に関する研究等の過去の知見を参考に、どの程度の期間で効果が現れると期待するのかをある程度明確に想定しておくことも重要であろう。また、効果を上げるためには、一定期間、取り組みを継続することが必要と考えられ、中間的に評価し取り組みを修正していくといったPDCAのサイクルも重要であろう。その意味でも、継続的な反復計測の簡便な手法の確立が望まれる。

(5) 計測の網羅性：参加率にバラツキがある場合は、計測の網羅性、計測結果の代表性に留意する必要がある。また、アンケートの手法としては、計測導入当初は紙ベースの運用の方がWebベースの運用と比較して、目に付く、回答行為に入るまでに準備時間・手間が少ない等の要素もあり、高い回答率を期待できることが示唆された。しかし、紙ベースの運用では、調査票(紙)の配布・回収、集計のために入力といったコストが、Webベースの運用以上にかかることから、企業における継続・反復した計測を設計する場合には、計測目的の浸透、定着等の状況を考慮しながら、適切な時期に低コストな運用方法へ移行することが望まれる。

A. 研究目的

社会情勢や労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレスや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や重要性が高まっている。職場のメンタルヘルス対策は、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、長時間労働を伴う困難な業務に従事した設計技師が反応性うつ病に罹って自殺未遂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、過労自殺と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月には精神障害の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、厚生労働省からは各種の対策、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522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、学識経験者等の参集を求

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。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、2009年4月には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の「職場における心理的負荷評価表」に新たな出来事の追加などの見直しが行われた。

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対策導入の普及・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。

企業における従業員のメンタルヘルス不調の影響について、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、前者の従業員の欠勤・休職といった側面をアブセンティーズム、後者の出勤できている作業能率の低下やミスの増加といった生産性低下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、生産性低下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。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か月間の業務遂

行に関する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つの選択肢から自己申告させる。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。

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）は、過去2週間に業務の遂行にどのような支障が生じていたかを、時間管理、身体活動、集中力・対人関係、仕事の結果の4つの下位尺度・計25問で問うものである。例えば、「この2週間に、健康状態や感情的な問題が原因で、正規の勤務時間どおりに仕事をする」が困難であったかどうかを問い、「常に支障があった、ほとんどの間支障があった、ときどき支障があった、わずかに支障があった、まったく支障はなかった」の5つの選択肢と「私の仕事にはあてはまらない」から自己申告させる。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³⁾。

そこで、本研究では、国内の複数の企業を研究フィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策導入の前後において、WLQ調査を実施し、生産性低下割合を示す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対策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対策導入前後の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した。

導入対象のメンタルヘルス対策は、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「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では、職業性ストレスの主要な要素（仕事の量的負担、仕事のコントロール、職場支援）について、職場の平均点が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対しては、「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、職業性ストレス簡易調査と併せてWLQ調査を実施した。また、第1回目計測後およそ6か月後の時点で、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た。

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、原文は英文である（参考3）。分担研究者らは、開発者の指定する所定の手順（日本語への順翻訳、英語への逆翻訳、等）を踏んで日本語版を作成し、日本語版の使用許可を開発者から取得して使用した。なお、本研究での使用は、研究で収集したWLQ調査結果の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を、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。

研究フィールドは、民間金融機関の子会社であるIT関連企業（フィールドA：従業員約550名）および国立大学医学部附属病院看護部（フィールドB：看護師約800名）の2フィールドとし、第1回目計測は平成20年度下半期に、第2回目計測は平成21年度上半期に実施した。

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、実施した。

C. 研究結果

1. フィールドAでの計測

(1) フィールドAの概要

フィールドAは民間金融機関の子会社であるIT関連企業で、従業員数は第1回目計測時点（平成20年11月）545名、第2回目計測時点（平成21年6月）591名であった（表1）。従業員の主たる職種は、システムエンジニア、プログラマーである。平成21年4月に大幅に人員拡充し、組織改変も行われた。

表1 計測時点別従業員数

所属	所属職員数	
	時点1	時点2
A事業部	74	80
B事業部	87	82
C事業部	54	89
D事業部	103	104
E事業部	125	77
F事業部	50	25
G事業部	43	81
H事業部	9	
I事業部		19
J事業部		34
総計	545	591

(2) 計測方法

各回の計測時点で在籍する全従業員に対してWLQ 調査票を配布し、調査への同意書とともに回収した。回収期間は約3週間を設定した。なお、WLQ 調査期間中に職業性ストレス簡易調査（Web ベース）も併せて実施した。

(3) WLQ 調査票回答状況

第1回目計測における回答総数は493名で、その時点の従業員数545名に対する参加率は90.5%であった。ただし、調査票の質問に対する回答記入が不完全で、WLQ 所定の換算式による生産性低下割合が推計不能であったものが10件あり、推計可能であったものは483名であった。

第2回目計測における回答総数は508名で、その時点の従業員数591名に対する参加率は86.0%であった。回答不完全記入のものが8件あり、推計可能であったものは500名であった。

なお、在籍者数・回答者の動きは図1の通りである。第1回目計測時点の在職者545名のうち22名が第2回目計測時点までの間に退職し、523名は継続して在籍、新たに68名が入職して、第2回目計測時点の在籍者数591名となっている。退職した22名の第1回目計

測への参加は20名（90.9%）であった。継続在籍523名の第1回目計測への参加は467名（89.3%），第2回目計測への参加は444名（84.9%）で、両回とも参加したものは411名であった。このうち、両回とも回答が完全記入で、生産性低下割合の推計が可能であったものは401名であった。第1回目計測時点以降新たに入職した68名の第2回目計測への参加は59名（86.8%）であった。

なお、WLQ調査票には従業員番号の記入欄を設けており、従業員番号の記入が不完全だった回答者はID不完全者として対象から除外をした。

また、各回計測における回答が不完全であると、WLQ所定の換算式による生産性低下割合の推計ができない。

計測時点別の回答状況は表2の通りであった。

図1 在籍者・回答者の動き

