

表2 計測時点別回答状況

区分	計測者人数	
	第1回計測	第2回計測
第1回目のみ参加	82	
計算可能	73	
計算不能	5	
ID不明(計算可能)	4	
両回とも参加	411	411
両回とも計算可能	401	401
1回目計算不能	4	4
2回目計算不能	5	5
両回とも計算不能	1	1
第2回目のみ参加		97
計算可能		94
計算不能		2
ID不明(計算可能)		1
計測者合計人数	493	508
計算可能	483	500
計算不能	10	8
在籍職員数	545	591
参加率	90.5%	86.0%

表3 生産性低下割合推計結果 (WLQ PLS)

	第1回目	第2回目
標本数	483	500
平均	0.0554	0.0577
標準偏差	0.0410	0.0437
最小値	0	0
最大値	0.1887	0.2257

第1回目計測および第2回目計測それぞれのWLQ PLSのヒストグラムは図2、図3の通りである。両グラフとも横軸は0.01（1%）幅で作図した。WLQ PLS 1%未満の人数割合が15%内外で最も多く、WLQ PLS 1%以上8%未満までは人数割合5～10%程度で分布し、WLQ PLS 8%以上では人数割合は5%を下回るといった分布の特徴は、第1回目計測、第2回目計測とも共通した。なお、統計処理には Stata/SE 11.0 for Windows を用いた。

(4) 生産性低下割合の推計結果

WLQ 調査票の回答選択肢に付与された点数を4つの下位尺度（時間管理、身体活動、集中力・対人関係、仕事の結果）別に集計し、WLQ 所定の換算式に適用することにより、生産性の低下割合を推計することができる（生産性低下割合の推計値を以下、「WLQ PLS」という）。WLQ PLS= 0.05 は生産性低下割合の推計値が5%であることを意味するとされている。換算式の構造上、WLQ PLSは最小値0、最大値0.2487（24.87%）となることが知られている。

①フィールド A 全体での推計結果

第1回目計測で計算可能であった483名のWLQ PLSの平均は5.54%。第2回目計測で計算可能であった500名のWLQ PLSの平均は5.77%であった（表3）。

図2 第1回目計測WLQ PLSヒストグラム

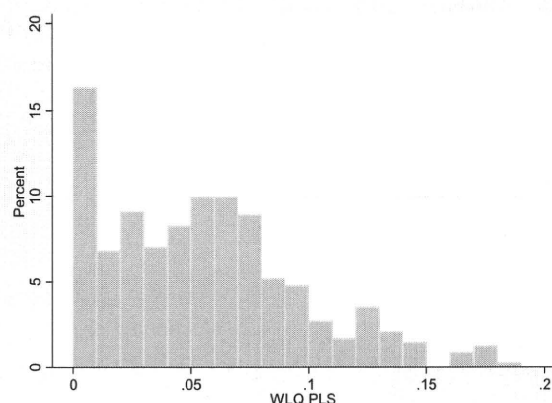
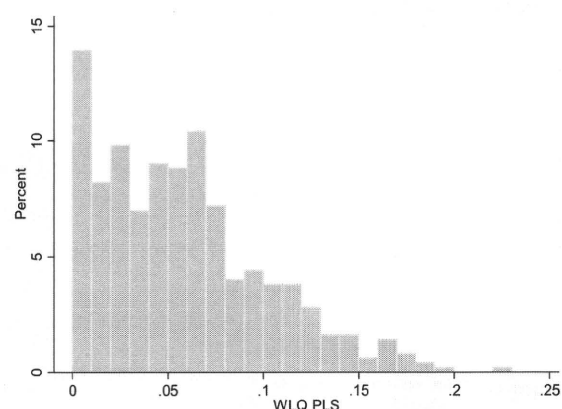


図3 第2回目計測WLQ PLSヒストグラム



②事業部ごとの推計結果

職業性ストレス簡易調査による総合健康リスクとWLQ PLSの事業部ごとの集計結果は表4の通りである。2回の計測が可能であった7事業部について見ると、総合健康リスク、WLQ PLSとも改善した事業部が2つ（E、F）、総合健康リスクは改善したがWLQ PLSは上昇した事業部が3つ（A、C、G）、総合健康リスク、WLQ PLSとも上昇した事業部が2つ（B、D）であった。

表4 事業部ごとの集計

		第1回目計測		第2回目計測	
		人数	指数	人数	指数
A事業部	総合健康リスク	56	110	50	103
	WLQ PLS	70	0.0617	68	0.0635
B事業部	総合健康リスク	68	99	45	117
	WLQ PLS	80	0.0487	75	0.0547
C事業部	総合健康リスク	31	103	65	92
	WLQ PLS	43	0.0359	75	0.0480
D事業部	総合健康リスク	68	100	50	107
	WLQ PLS	85	0.0536	77	0.0575
E事業部	総合健康リスク	94	121	50	118
	WLQ PLS	114	0.0624	65	0.0594
F事業部	総合健康リスク	23	107	14	101
	WLQ PLS	37	0.0609	20	0.0571
G事業部	総合健康リスク	31	120	58	117
	WLQ PLS	40	0.0576	70	0.0631
H事業部	総合健康リスク	7	111	-	-
	WLQ PLS	8	0.0511	-	-
I事業部	総合健康リスク	-	-	13	92
	WLQ PLS	-	-	15	0.0570
J事業部	総合健康リスク	-	-	18	106
	WLQ PLS	-	-	30	0.0639

フィールドAでは、第1回目計測と第2回目計測との間で、大幅な人員拡充（退職22名、新入職68名）に加え、次の組織変更が実施されており、職場環境の変化が大きかったことが伺える。

- E事業部の一部がJ事業部へ編成替え
- E事業部の一部とH事業部の一部がI事業部へ編成替え
- F事業部の一部がG事業部へ編成替え

2. フィールドBでの計測

(1) フィールドBの概要

フィールドBは国立大学医学部附属病院の看護部で、職員の主たる職種は看護師である。対象者数は第1回目計測時点（平成21年3月）809名、第2回目計測時点（平成21年11月）710名であった（表5）。フィールドBでは、第1回目計測以降に約130名が新たに入職したが、フィールド側の意向により第1回目計測時点での在職者を調査対象とし、第1回目計測以降の入職者については第2回目計測の調査対象から除外した。

(2) 計測方法

計測方法は1. (2)に同じ。

表5 計測時点別従業員数

所属	所属職員数		所属	所属職員数	
	時点1	時点2		時点1	時点2
A部門	53	48	N部門	28	22
B部門	50	49	O部門	28	22
C部門	39	48	P部門	28	22
D部門	34	27	Q部門	26	21
E部門	31	22	R部門	25	19
F部門	31	24	S部門	24	20
G部門	31	23	T部門	22	19
H部門	30	24	U部門	21	15
I部門	29	22	V部門	21	20
J部門	29	23	W部門	20	20
K部門	29	26	X部門	20	15
L部門	29	24	Y部門	20	13
M部門	28	24	総計	809	710

(3) WLQ 調査票回答状況

第1回目計測における回答数は645名で、その時点の対象者809名に対する参加率は79.7%であった。回答不完全記入のものが11件あり、WLQ PLSが計算可能であったものは634名であった。

第2回目計測における回答数は643名で、その時点の対象者710名に対する参加率は90.6%であった。WLQ PLSが計算不能だったものが15件あり、計算可能であったものは628名であった。

なお、在籍者数・回答者の動きは図4のとおり

りである。第1回目計測時点の在籍者809名のうち99名が第2回目計測時点までの間に退職し、第2回目計測時点の継続在籍者数が710名となっている。退職した99名の第1回目計測への参加は63名(63.6%)であった。継続在籍者710名の第1回目計測への参加は582名(82.0%)、第2回目計測への参加は643名(90.6%)で、両回とも参加したものは554名であった。このうち、両回ともWLQ PLSが計算可能であったものは534名であった。計測時点別の回答状況は表6のとおりであった。

図4 在職者・回答者の動き

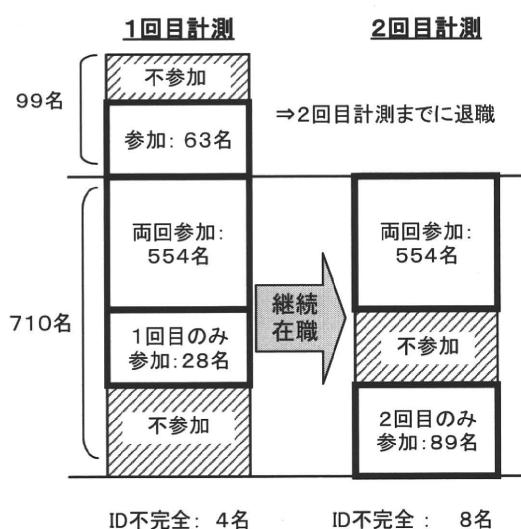


表6 計測時点別回答状況

区分	計測者人数	
	第1回計測	第2回計測
第1回目のみ参加	91	
計算可能	89	
計算不能	2	
両回とも参加	554	554
両回とも計算可能	534	534
1回目のみ計算不能	8	8
2回目のみ計算不能	11	11
両回とも計算不能	1	1
第2回目のみ参加		89
計算可能		86
計算不能		3
計測者合計人数	645	643
計算可能	634	628
計算不能	11	15
在籍職員数	809	710
参加率	79.7%	90.6%

(4) 生産性低下割合の推計結果

①フィールドB全体での推計結果

第1回目計測で計算可能であった634名のWLQ PLSの平均値は7.70%、第2回目計測で計算可能であった628名のWLQ PLSの平均値は8.66%であった(表7)。

表7 生産性低下割合推計結果(WLQ PLS)

	第1回目	第2回目
標本数	634	628
平均	0.0770	0.0866
標準偏差	0.0408	0.0474
最小値	0	0
最大値	0.2487	0.2433

第1回目計測および第2回目計測それぞれのWLQ PLSのヒストグラムは図5、図6の通りである。

第1回目計測では、WLQ PLS 1%未満の人数割合は4%未満で、WLQ PLS 0%から9%にかけて人数割合が上昇し、WLQ PLS 8-9%で人数割合が12%に達し、WLQ PLSが9%を超えると人数割合が低下する傾向がみられた。

第2回目計測では、WLQ PLS 0%以上5%未満の人数割合は5%未満で、WLQ PLS 5%以上9%未満が人数割合7-10%に達し、9%以上では人数割合が低下する傾向がみられた。第1回目計測、第2回目計測ともに、特に飛び離れたデータは存在せず、データの分布の裾が高値の方に伸びた非対称をなした。

図5 第1回目計測WLQ PLSヒストグラム

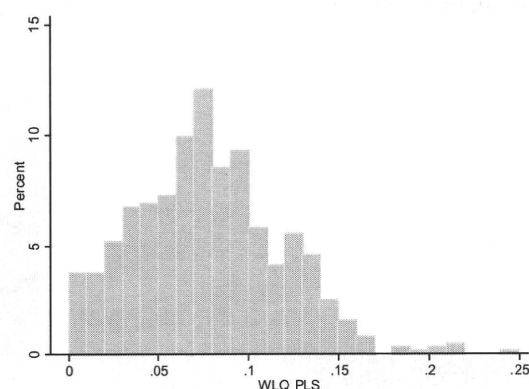


図6 第2回目計測WLQ PLSヒストグラム

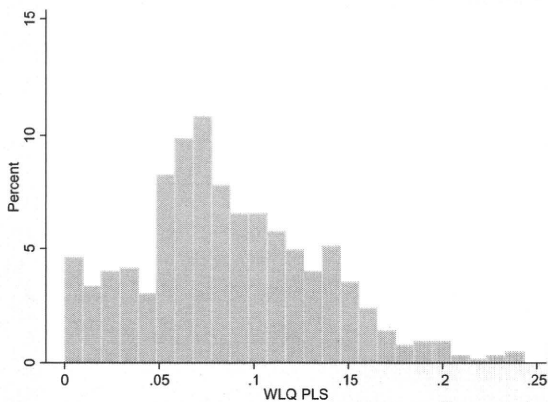


表8 部署ごとの集計

		第1回目計測		第2回目計測	
		人数	指数	人数	指数
A部門	総合健康リスク	46	100	37	102
	WLQ PLS	47	0.0673	46	0.0725
B部門	総合健康リスク	48	89	47	110
	WLQ PLS	42	0.0842	43	0.0963
C部門	総合健康リスク	32	94	39	91
	WLQ PLS	32	0.0591	43	0.0769
D部門	総合健康リスク	30	108	16	89
	WLQ PLS	32	0.0877	26	0.1150
E部門	総合健康リスク	16	102	21	91
	WLQ PLS	26	0.0725	19	0.0780
F部門	総合健康リスク	30	80	21	88
	WLQ PLS	27	0.0938	24	0.1036
G部門	総合健康リスク	27	86	23	88
	WLQ PLS	30	0.0616	22	0.0783
H部門	総合健康リスク	29	85	24	94
	WLQ PLS	30	0.0894	22	0.0970
I部門	総合健康リスク	14	104	18	114
	WLQ PLS	26	0.0712	22	0.1052
J部門	総合健康リスク	27	98	20	89
	WLQ PLS	17	0.0839	21	0.0927
K部門	総合健康リスク	15	91	22	102
	WLQ PLS	20	0.0807	26	0.0899
L部門	総合健康リスク	26	95	21	103
	WLQ PLS	27	0.0794	24	0.0789
M部門	総合健康リスク	26	88	24	83
	WLQ PLS	27	0.0798	23	0.0946
N部門	総合健康リスク	18	118	17	107
	WLQ PLS	21	0.0900	22	0.0693
O部門	総合健康リスク	28	72	21	86
	WLQ PLS	26	0.0758	22	0.0721
P部門	総合健康リスク	17	94	21	92
	WLQ PLS	21	0.0797	22	0.1134
Q部門	総合健康リスク	25	97	14	99
	WLQ PLS	17	0.0889	18	0.0830
R部門	総合健康リスク	21	98	12	119
	WLQ PLS	18	0.0652	15	0.1058
S部門	総合健康リスク	22	97	16	103
	WLQ PLS	20	0.0712	19	0.0663
T部門	総合健康リスク	17	119	13	134
	WLQ PLS	10	0.0692	16	0.0635
U部門	総合健康リスク	17	88	14	79
	WLQ PLS	19	0.0867	15	0.0808
V部門	総合健康リスク	19	82	15	78
	WLQ PLS	12	0.0707	15	0.0291
W部門	総合健康リスク	18	93	19	108
	WLQ PLS	16	0.0675	19	0.0869
X部門	総合健康リスク	16	77	13	131
	WLQ PLS	20	0.0788	14	0.0853
Y部門	総合健康リスク	14	69	11	99
	WLQ PLS	17	0.0595	13	0.0224

②事業部ごとの推計結果

職業性ストレス簡易調査による総合健康リスク値とWLQ PLSの部門ごとの集計結果は表8の通りである。2回の計測が可能であった25部門について見ると、総合健康リスク、WLQ PLSとも改善した部門が3つ（N, U, V）、総合健康リスクは改善したがWLQ PLSは上昇した部門が6つ（C, D, E, J, M, P）、総合健康リスクは上昇したがWLQ PLSは改善した部門が6つ（L, O, Q, S, T, Y）、総合健康リスク、WLQ PLSともに上昇した部門が10（A, B, F, G, H, I, K, R, W, X）であった。

D. 考察

本研究では、メンタルヘルス対策導入前後のWLQ指標を総合健康リスク値と併せて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た。2フィールドでの調査の概要を以下に記す。

- ・フィールドAでは、第1回目計測と第2回目計測の間に、大幅な人員拡充や組織改変があった。フィールドBでは、第1回目計測と第2回目計測の間に、100名程度の職員の入退職があった。
- ・WLQ調査は、職業性ストレス簡易調査と併せて、第1回目計測のおおよそ6か月後に第2回目計測を実施した。WLQ調査は紙ベースで実施、職業性ストレス簡易調査はWebベースで実施した。なお、WLQ調査は、同意書を取得した上で実施した。
- ・フィールドAの計測への参加率は、在職者・退職者・入職者すべて8割以上だった。
- ・フィールドBの計測への参加率は、第1回目79.7%、第2回目90.6%であり、第1回目計測と第2回目計測の間に10.9%の開きがあった。継続在職者の参加率は両回

とも8割を越えていたが、退職者の参加率は63.6%であった。

- ・ フィールドA全体のWLQ PLS 平均値は、第1回目5.54%、第2回目5.77%であり、WLQ PLSの増加が見られた。また、フィールドB全体のWLQ PLS 平均値は、第1回目7.70%、第2回目8.66%であり、WLQ PLSの増加が見られた。

上記の結果から、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) 比較問題

介入の効果を純粋に科学的に論証する目的の場合には、無作為割付等の方法を用いて、介入の有無以外の状況の同等性を確率的に確保した比較のための対照群を設定することができる。しかし、企業のメンタルヘルス対策導入では、産業保健活動の一環として、企業が各種の施策を導入することとなるので、介入の有無による2グループに従業員を無作為に割り付けるといった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、施策導入の前後における評価を比較する、あるいは一定の時間間隔において定期的・継続的に評価を反復することである。しかし、この場合、介入施策以外の状況の同等性は不安定で、企業を取り巻く経済環境等の変化、企業内の制度や人事方針、組織変更等の影響も受けることになる。これら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、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。

(2) 実務的継続評価問題

純粋に科学的な論証を目的とした臨床試験等の場合、評価だけを目的とした計測の実施が可能である。しかし、企業における施策の効果を

評価しようとする場合、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ので、効果の評価目的に加え、多目的に活用可能な計測が実施されることが、費用対効果の面からも望まれる。WLQの場合、25問の質問に対する回答結果を用いてWLQ PLSの推計も可能であるが、健康問題による仕事への支障(制約)がどの分野にどのように生じているかを把握することにも寄与するので、計測結果を多目的に活用することができる点が企業での活用に適していると考えられる。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

企業のメンタルヘルス導入の経済的効果として評価すべき項目のうち、メンタル不調者の発生率、メンタル不調による休職者の休業日数、離職率等は、それぞれのケースの発生をその都度記録しておき、1年間等の単位期間を設定して、事後的に集計することになる。つまり、メンタル不調者発生率は、その単位期間内に発生したメンタル不調者の数をその単位期間中の平均従業員数で除して求める。休業日数は、その単位期間内に発生したメンタル不調者による休職者の休業日数を集計すればよい。ただし、休職が終了しないと休業日数が確定しないので、単位期間内に発生した休職者全員の休業日数を把握完了するには時間がかかる。また、離職率も、その単位期間内に離職した者の数を同期間中の平均従業員数で除して求めることができる。しかし、生産性については、大きく状況が異なる。上記の3例はいずれもイベントの発生を把握するものであるが、生産性は状態の評価であ

り、1年を通してみた場合でも、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（制約）の程度も変化し、その結果、生産性低下割合の推計値も変化する。したがって、ある時点での推計値を基に、その推計値が1年間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。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施策として各種のものが考えられるが、施策により、導入効果が現れるまでに要する期間が比較的短いと想定されるものもあれば、長い期間を要すると想定されるものもあろう。一般的には、ケース管理のようなハイ・リスク・ストラテジーは導入効果が比較的短期間で現れると期待できる。ストレスマネジメント教育や職場環境改善活動などのポピュレーション・ストラテジーは施策が浸透し、効果が現れるまでには一定の期間が必要と想定される。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

フィールドAもフィールドBも、事業主側から計測参加を呼びかけたこともあり、任意参加のアンケート調査としては、比較的高い参加率となったが、フィールドBでは退職者の参加率が低く、また、両フィールドともに事業部別では参加率にバラツキがあった。参加率が高い場合は、計測の網羅性、計測結果の代表性に懸念はないと考えられる。しかし、参加率にバラツキがある場合には、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、WLQ 調査と職業性ストレス簡易調査を併せて実施したが、前者は調査票（紙ベース）で、後者はWebベースで実施された。表4、表8における人数集計に見られるように、二種類の調査への参加率を比較すると、WLQ 調査（紙ベース）の方が、職業性ストレス簡易調査（Webベース）より参加率が高く、フィールドAで特にその傾向が見られた。フィールドAではIT関連事業という業種であることから、コンピュータ操作に慣れた従業員が大半であるので、Webベースの調査方法に対する不慣れの懸念は極めて少ない。したがって、計測導入当初は紙ベースの運用の方が、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。

E. 結論

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、比較の問題、実務的継続評価問題、計測頻度問題、施策導入効果が現れるまでの時間、計測の網羅性に留意する必要があることが示唆された。

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
- 3) Lerner D, Rogers WH, Chang H. Scoring the Work Limitations Questionnaire (WLQ©) Scales and the WLQ Index© for Estimating Work Productivity Loss: Technical document report, Boston, MA: The Health Institute, Tufts-New England Medical Center; April 22, 2003:1-9.

【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 だ ま あ	ち が や う	ち が う
1. 非常にたくさんの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こと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 つ た	ほ ど ん ど	と き ど き あ つ た	し ば し ば あ つ た	ほ ど ん ど 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. 落ち着かない	1	2	3	4	
13. ゆううつだ	1	2	3	4	
14. 何をするのも面倒だ	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	

	な か つ た	ほ と ん ど	と き ど き あ つ た	し ば し ば あ つ た	ほ と ん ど い つ も あ つ た
19. めまいがする	1	2	3	4	
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4	
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4	
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4	
23. 腰が痛い	1	2	3	4	
24. 目が疲れる	1	2	3	4	
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4	
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4	
27. 食欲がない	1	2	3	4	
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4	
29. よく眠れない	1	2	3	4	

C あなたの周りの方々に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。

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

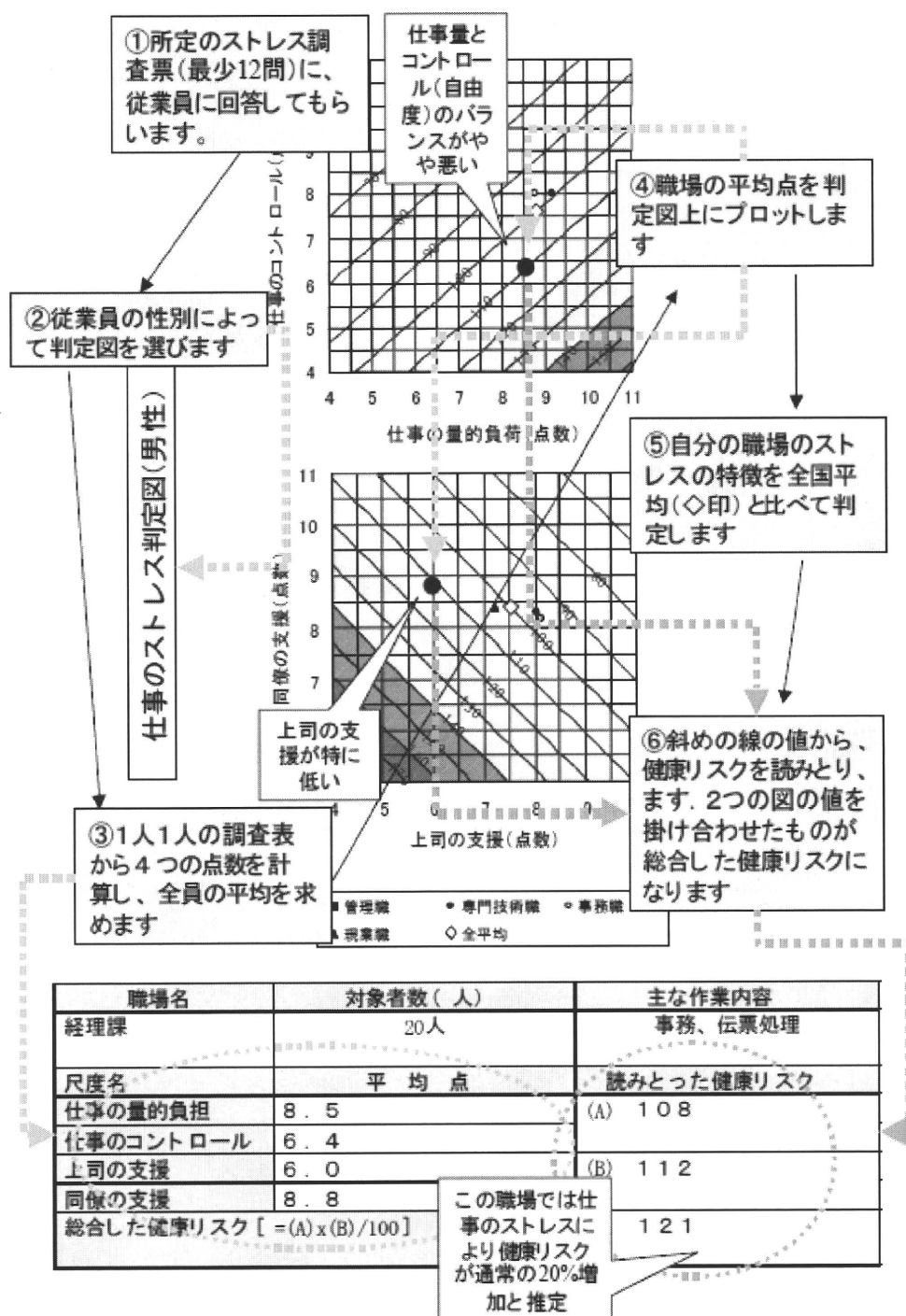
D 満足度について

	満 足	満 ま あ 足	不 や あ 満 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

(出典) 東京医科大学公衆衛生学講座

<http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/questionnairePDF.pdf>

【参考2】仕事のストレス判定図



(出典) 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル

—より効果的な職場環境等の改善対策のために—

平成14年～16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究

【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】

主任研究者：東京医科大学衛生学公衆衛生学 下光輝一

<http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/manual2.pdf>

【参考3】 Work Limitations Questionnaire (WLQ) の質問の例

In the past 2 weeks, how much of the time did your physical health or emotional problems make it difficult for you to do the following?

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. do your work without stopping to take breaks or rests.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
b. stick to a routine or schedule.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
c. keep your mind on your work.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
d. speak with people in person, in meetings or on the phone.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
e. handle the workload.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

Note: Items a. and b. are from the Time Management scale. Items c. and d. are from the Mental-Interpersonal Demands scale. Item e. is from the Output Demands scale.

In the past 2 weeks, how much of the time were you **ABLE TO DO** the following without difficulty caused by physical health or emotional problems?

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. walk or move around different work locations (for example, go to meetings).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
b. use hand-held tools or equipment (for example, a phone, pen, keyboard, computer mouse, drill, hairdryer, or sander).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

Note: Items a. and b. are from the Physical Demands scale.

Work Limitations Questionnaire, © 1998, The Health Institute; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and GlaxoWellcome, Inc. All Rights Reserved.

(出典) Lerner D. Rogers WH. Chang H. The Work Limitations Questionnaire. Quality of Life Newsletter. 2002;28:9-10

上掲の質問項目の日本語訳

この2週間に、健康状態もしくは感情的な問題が原因で、下記に掲げる事を行うことについて、どのくらい支障がありましたか？

	支常 障に が、 あ っ た (100%)	支ほ 障と が ん あ ど っ た 間 、	支と 障 が ど あ き っ た (約 50%)	支わ 障 が か あ に っ た	支ま 障 は た な く か っ た (0%)	あ私 て は 仕 事 ら は い
a. 休憩で業務を中断することなく、仕事をする事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. 日常業務やスケジュールを厳守すること	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
c. 気をそらさずに仕事を続けること	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
d. 対面で、会議で、または、電話で人と話すこと	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
e. 期待される量の仕事をこなすこと	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

注釈：質問aとbは時間管理、cとdは集中力・対人関係、eは仕事の結果の質問項目である。

この2週間に、健康状態もしくは感情的な問題を感じることなく、仕事の中に、以下に掲げることが出来た時間はどのくらいありましたか？

	常 に (100%)	ほ と ん ど の 間	と き ど き (約 50%)	わ ず か に	な ま か っ た た く (0%)	あ私 て は 仕 事 ら は い
a. 職場内の移動(例えば、会議室まで歩くことなど)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. 手で持ち上げて使用する道具や機器(例：電話、ペン、キーボード、パソコンのマウス、ドリル、ヘッドライヤー、研磨機など)を使用すること	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

注釈：質問aとbは身体活動の質問項目である。

Work Limitations Questionnaire, ©1988, The Health Institute; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and GlaxoWellcome, Inc. 著作権所有

日本版メディア・ドクターの試み

研究協力者：石川 隆（東京大学保健センター）

【研究要旨】

本研究は、2004 年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座の参加者の協力で日本版メディア・ドクターの可能性について検討したものである。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は主に新聞記事などである。EBM（エビデンス・ベースト・メディスン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後カナダや米国でスタートしている。

日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということメッセージとして送ることで、双方がともに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

現在、海外で行われているメディア・ドクターは 10 個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。原則的にまずカテゴリーで記事を分類後（「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など）、カテゴリーごとで評価軸を変更し、これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかしようとした。

- ① 評価対象をどうするか？
- ② 評価方法をどうするか？（評価軸）
- ③ 評価者をどうするか？

④ 目的をどうするか？

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には、さまざまな切り口や性質があり、内容も健康・予防、疾病・治療、研究・開発、医療制度・保険制度などさまざまだった。

さらに、報道にはそれぞれ異なる目的があり、第一報の速報性を持った記事、詳細を伝える続報記事、検証記事、暮らし面や生活面の特集記事など、目的によってさまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

また対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダのメディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最も参考になる可能性が高いことが判明してきた。本研究では、これまでの研究会の流れなどを掲載したHPも掲載した。

A. 研究目的

2004年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座は、「医療を動かす」を活動の指針に5年間に5期生約250人が参加してきた。英語では、「Healthcare and Social Policy Leadership Program」と表記しており、HSPを略称としている。HSPでは「医療にかかわる者（提供者、従事者）」、「ジャーナリスト」、「政策提言者」、「患者関係者」——4つの立場の人たちでコミュニケーションを深めて力を合わせ、ひとりや、ひとつの立場の力だけでは達成できないことに、ともに、これまで取り組んでいこうとしてきた。

この過程で医療者とジャーナリストが共に取り組んだプロジェクトの一つとして「日本版メディア・ドクター実証実験」がある。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は新聞記事、テレビ番組などである。EBM（エビデンス・ベースト・

メディスン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後カナダや米国でスタートしている。

HSPがメディア・ドクターの実証実験を考えた理由としては、以前から医療事故などの報道に関して報道される側からのクレームがあり、日常的な医療報道の中には明らかな誤報や、単視眼的視点、読む者に誤解を与える内容などが目につくからである。日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということメッセージとして送ることで、双方がと

もに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると思われる。

本研究の目的は定期的な研究会を開催することにより、諸外国で用いられている方法を検証し日本の実情にあった「日本版メディア・ドクター」を確立していくことである。

B. 研究方法

2007年2月開催されたHSP第3期メディスン&メディアフォーラム講演会「医療を良くするために：医療者と報道者ができること」で、定期的に日本版メディア・ドクターを開催することが決定された。

現在、海外で行われているメディア・ドクターは10個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

米国のメディア・ドクターでは、発行部数上位50の新聞、主要テレビ局3局、記事配信サービス(AP)、3種類の週刊誌(タイム、ニューズウィーク、USニュース・ワールド・レポート)の報道から、治療、手技、検査に関する報道、ヒトに使われる介入について議論している報道、治療、手技、検査を直接的、あるいは

間接的に批評している報道などをピックアップし、評価対象としている。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。

原則的にまずカテゴリーで記事を分類後(「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など)、カテゴリーごとで評価軸を変更し、

これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかにしようとした。

- ①評価対象をどうするか?
- ②評価方法をどうするか?(評価軸)
- ③評価者をどうするか?
- ④目的をどうするか?

C. 研究結果

2007年には全5回、2008年にも全5回の研究会と企画会議が開催され、2008年12月に幹事会を行い医療者6名およびメディア7名(HSP1期生3名、2期生3名、3期生7名)のメンバーで今後の定期的な研究会を行っていくことが確認された(約2か月に1回の開催)。

①評価対象をどうするか?

これまで取り上げた記事の分類は以下のようなものである

- ・ 科学技術系の記事
 - リタリン, iPS細胞, インフルエンザなど
- ・ 医療政策系の記事
 - 診療報酬, 医療事故調, 混合診療など
- ・ 医療事故系の記事
 - 女子医大病院事件, 全盲患者置き去り,
- ・ その他
 - 埼玉医大救急, 薬害肝炎和解, 香織被告の精神鑑定, 後期高齢者の記事など

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には、さまざまな切り口や性質があり、内容も健康・予防、疾病・治療、研究・開発、医療制度・保険制度などさまざまだった。ところが、既存のメディア・ドクターで用いられている評価指標は、疾病・治療をメインの対象に設定されていて、場合によっては予防・健康まで評価できるかもしれないが、研究・開発や医療制度・保険制度の評価には適さないことが判明してきた。

②評価方法をどうするか？（評価軸）

たとえば、「医療技術記事」→①治療の新規性②治療アクセス③代替性④あおりなし⑤エビデンスの質⑥治療効果の定量化⑦治療の弊害⑧治療コスト⑨情報源の独立性⑩プレスリリース依存なし

「病院などの責任問う記事」→①事実認識の正確性②制度への言及③責任追及のターゲットが妥当④事情の個別性の描写⑤医療への過大な期待⑥事件への複眼的評価⑦事件の背景言及⑧問題追及の継続性⑨官庁発表への依存度⑩人権への配慮

③評価者をどうするか？

医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが、今後市民・患者などの他のステークホルダーの参加も考慮すべきとの意見があったり、実際に厚生労働省所属の政策立案者の参加もあつたりで、議論を深めるには多くのステークホルダーの参加を積極的に行うことも討議された。原則医師がMediaを評価(Mediaとしては自分たちを評価することになるので立場上困難)するのが基本との意見が多く、毎回の議論にその時のトピックにあった専門家のコメントがあれば両者の理解が増えることが明らかとなった。またディスカッションを通じてあらためて気づいたのは、医学情報の検証をする際には、その分野の専門家の意見を聞いて参考にするのはとても重要だということがわかり、定期的な研究会で

はそれぞれの話題にあった専門家を招くように試みようということになった。

④目的をどうするか？

一般的に、メディア・ドクターは良い報道を奨励し、悪い報道を改善、あるいは減少させるのが目的のひとつとされているが、2008年12月の幹事会でメディア・ドクター研究会の目的として「医療者、ジャーナリスト、政策立案者、患者および市民の連携により、医療・保健のメディア情報の評価を通じて、より適切な情報提供のあり方を考える」とした。

D. 考察

メディア・ドクターの対象を考慮する際、報道にはそれぞれ異なる目的があり、第一報の速報性を持った記事、詳細を伝える続報記事、検証記事、暮らし面や生活面の特集記事など、目的によってさまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

メディア・ドクターで使われてきた評価軸に関して、これまで対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダのメディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最

も参考になる可能性が高いことが判明してきた。

評価者は医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが、医学情報の検証をする際には、その分野の専門家の意見が極めて重要だということがわかった。

また海外のメディア・ドクターのように継続するためには、運営体制を決める必要があり、定期的に評価できるには人数や専門分野の領域をカバーするためにある程度の層の厚さが必要と考えられた。また今後ホームページでの活動の発表など社会へ成果を還元する方法を構築すべきだと考えられる。

E. 結論

今回の日本版メディア・ドクターの研究会の活動を通して、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いがあることが明らかになった。また同時に双方の意見を出して同じ記事を素材にディスカッションすることにより力を合わせて医療報道を検証していくことが双方にとって有意義であることがわかった。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると考えられる。

また本研究の流れを開示するために、HPを作成した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- *保坂 隆（編集）精神科リスクマネジメント。中外医学社，東京，2007
- *保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235，2007
- *保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705，医学書院，東京，2007
- *保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q&A。152-154，ぎょうせい，東京，2007
- *保坂 隆：SSRIと患者へのサイコエデュケーション。小山司（編集）SSRIのすべて。280-283，先端医学社，東京，2007
- *保坂 隆：保険薬局とコミュニケーション。真野俊樹（編集）保険薬局経営読本。93-117，薬事日報社，東京，2007
- *保坂 隆：「頭がいい人」は脳のコリを上手にほぐす。中公新書ラクレ，東京，2007
- *保坂 隆：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008
- *保坂 隆：平常心。中公新書ラクレ，東京，2008
- *保坂 隆：おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社，東京，2008
- *保坂 隆，寺田佐代子：がんの心の悩み処方箋。三省堂，東京，2008

- *保坂 隆：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008
- *保坂 隆：平常心。中公新書ラクレ，東京，2008
- *保坂 隆：おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社，東京，2008
- *保坂 隆，寺田佐代子：がんの心の悩み処方箋。三省堂，東京，2008
- *松島英介，保坂 隆（監訳）：医師が患者になるとき。メディカル・サイエンス・インターナショナル，2009（原作：Myers MF & Gabbard GO: The Physician as patient・A clinical handbook for mental health professionals. American Psychiatric Publishing, 2008）
- *保坂 隆：「ひとり老後」の楽しみ方。リュウブックス，東京，2009
- *保坂 隆：平常心の鍛え方。ベースボールマガジン社新書，東京，2009
- *保坂 隆（編著）：医師のストレス。中外医学社，東京，2009
- *保坂 隆：ひとり老後はこんなに楽しい。ベスト新書，東京，2009
- *保坂 隆：脳を鍛える1分間トレーニング。実業之日本社，東京，2010
- *保坂 隆：親で決まる！キレない子ども・できる子どもの育て方。ソフトバンク親書，東京，2010
- *保坂 隆：毎日が笑顔になる「ひとり老後」の始め方。リュウブックス，東京，2010

- *保坂 隆：静座不能症。平田豊明・八田耕太郎（編集）精神科救急ケースファイル。77-79，中外医学社，東京，2009
- *保坂 隆：サイコオンコロジー。宮川清，中川恵一（編集）がん治療・ケア実践ガイド。114-136，照林社，東京，2009
- *保坂 隆：悲哀・悲嘆。黒田裕子（監修）よくわかる中範囲理論。188-195，学研，東

- 京, 2009
- *保坂 隆：PTSD。黒田裕子（監修）よくわかる中範囲理論。242-245, 学研, 東京, 2009
 - *保坂 隆：タイプ A 行動パターン。日本心身医学会（編集）心身医学用語事典第2版。173-174, 三輪書店, 東京, 2009
 - *保坂 隆：スポーツ精神医学の歴史と定義。保坂 隆（他編集）：スポーツ精神医学。2, 診断と治療社, 東京, 2009
 - *保坂 隆：不穏。小川聡（総編集）内科学書1。289-290, 中山書店, 東京, 2009
 - *保坂 隆：周囲の人はどう対応すればよいのか。福西勇夫（編著）「非定型うつ病」がわかる本。151-172, 法研, 東京, 2010

 - *保坂 隆：脳を鍛える1分間トレーニング。実業之日本社, 東京, 2010
 - *保坂 隆：親で決まる！キレない子ども・デキる子どもの育て方。ソフトバンク親書, 東京, 2010
 - *保坂 隆：毎日が笑顔になる「ひとり老後」の始め方。リュウブックス, 東京, 2010
 - *保坂 隆：目の前の人の名前が思い出せない。アニモ出版, 東京, 2010
 - *保坂 隆：老いを愉しむ言葉。朝日新書, 東京, 2010
 - *保坂 隆：心の疲れがたまったときに読む本。大和書房, 東京, 2010
 - *保坂 隆：ひとり老後は「友活」で決まる。KK ベストセラーズ, 東京, 2010
 - *保坂 隆：ストレスづきあいの上手な人, 下手な人。角川新書, 東京, 2010
 - *保坂 隆：打たれ強い人になる。中公新書ラクレ, 東京, 2010
 - *保坂 隆：人間関係のストレスがゼロになる本。アニモ出版, 東京, 2011
 - *保坂 隆：周囲の人はどう対応すればよいのか。福西勇夫（編著）「非定型うつ病」がわかる本。151-172, 法研, 東京, 2010
 - *保坂 隆：精神腫瘍学から見た乳がん患者の病態。園尾博司（監修）これからの乳癌診療 2010-2011, 金原出版, 東京, 154-158
 - *保坂 隆：身体の病気にともなうこころの障害。樋口輝彦, 野村総一郎（編集）こころの医学事典 266-273, 2010
 - *保坂 隆：リエゾン精神医学。日本医療・病院管理学会学術情報委員会（編集）日本医療・病院管理用語事典 188, 2011

 - *土田英人, 福居顯二。「神経細胞, シナプス, 受容体の構造と機能」。統合失調症の治療 -臨床と基礎-（佐藤光源, 丹羽真一, 井上新平 編）243-249 朝倉書店(東京), 2008.
 - *正木大貴, 福居顯二。「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不安, 更年期医療ガイドブック。(日本更年期医学会編) 113-116 金原出版(東京), 2008
 - *西澤 晋, 福居顯二。「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不眠, 更年期医療ガイドブック(日本更年期医学会編) 116-119 金原出版(東京), 2008

 - *福居顯二：16. 精神疾患. 薬剤による精神障害. 山口 徹, 北原光夫, 福井次矢編. 今日の治療指針 2009 年版. 東京: 医学書院, 723-724, 2009.