

者に対する早期支援の取り組みについて検討を行ってきた¹⁾。

一方では近年精神疾患の社会コストが重視されるようになってきた。わが国のうつ病による経済損失は最近の研究によれば、年間1兆2900億円であり、その内、約9割弱は自殺や労働生産性の低下である²⁾。また、我々が行った平成22年度障害者総合福祉推進事業³⁾によれば、わが国の精神疾患の社会的コストは年間11兆円にのぼり、その半分以上は生産性の低下によると推定された。

メンタルヘルス対策に関する費用対効果を明らかにしていくことは重要であるが、職域におけるメンタルヘルス対策への取り組みの効果に関しては具体的には明らかにされたものは少ない。そこで、初年度である今回は四日市市の事業場を対象にメンタルヘルスの取り組みとその効果について実態調査を行ったので報告する。

B. 方法

1. 調査対象

三重県四日市市にあるあらかじめ調査同意の得られた221事業場を対象とした。

2. 調査期間

平成23年11月～12月

3. 調査方法・項目（資料1）

事業場の基本的な属性（業種、事業場規模、従業員の平均年齢）、メンタルヘルスへの取り組みの内容と効果、メンタルヘルス不調者の現状、メンタルヘルス対策推進への課題等について調査を行った。

4. 倫理的配慮

実施に当たって調査は研究の趣旨、概要、回答は自由意志であること、プライバシーの保護等を文書に示し、調査用紙に同封した。事前に順天堂大学医学部倫理委員会の審査を受け承認を得た上で行った。

C. 結果

1. 回答事業場の属性

対象とした221事業場のうち、最終的には96事業場（43.4%）の回答が得られた。回答企業は製造業、建設・土木が最も多くそれぞれ26.0%、次に卸売・小売が20.8%、運輸・倉庫6.3%、飲食・サービス6.3%であった（表1）。

表1 業種 (N=96)

| | N (%) |
|-----------|-----------|
| 製造 | 25 (26.0) |
| 金融・保険 | 2 (2.1) |
| ソフトウェア・情報 | 2 (2.1) |
| 建設・土木 | 25 (26.0) |
| 運輸・倉庫 | 6 (6.3) |
| 卸売・小売 | 20 (20.8) |
| 飲食・サービス | 6 (6.3) |
| その他 | 9 (9.4) |
| 無回答 | 1 (1.0) |

従業員規模は10～29人が最も多く33.3%、30～49人17.7%、5～9人15.6%で300人未満の中小規模事業場が約9割を占めていた（表2）。

表2 従業員規模 (N=96)

| | N (%) |
|----------|-----------|
| 4人以下 | 4 (4.2) |
| 5～9人 | 15 (15.6) |
| 10～29人 | 32 (33.3) |
| 30～49人 | 17 (17.7) |
| 50～99人 | 10 (10.4) |
| 100～299人 | 6 (6.3) |
| 300人以上 | 11 (11.5) |
| 無回答 | 1 (1.0) |

従業員の平均年齢は全体では42.4±6.2歳であった（表3）。最も多い従業員の年代は30代が最も多く37.5%、次に40代が35.4%であった（表4）。

表3 平均年齢 (N=79)

| | N | 平均±SD |
|----------|----|-----------|
| 4人以下 | 3 | 57.7±10.0 |
| 5～9人 | 12 | 41.1±6.5 |
| 10～29人 | 27 | 42.4±5.8 |
| 30～49人 | 13 | 42.5±5.1 |
| 50～99人 | 9 | 44.3±4.1 |
| 100～299人 | 5 | 39.4±1.9 |
| 300人以上 | 10 | 39.3±3.2 |
| 全体 | 79 | 42.4±6.2 |

表4 従業員の最も多い年代 (N=96)

| | N (%) |
|-------|-----------|
| 20代 | 7 (7.3) |
| 30代 | 36 (37.5) |
| 40代 | 34 (35.4) |
| 50代 | 10 (10.4) |
| 60代以上 | 3 (3.1) |
| 無回答 | 6 (6.3) |

2. メンタルヘルスの取り組み状況

1) 取り組みの位置づけ

健康づくりで力を入れているものとしては、定期検診の完全実施が最も多く、95.7%、次に定期検診の事後措置46.7%、職場の禁煙対策31.5%、メンタルヘルス対策12.0%の順であった(表5)。

表5 健康づくりで力を入れているもの (上位3つまで回答)N=92

| | N (%) |
|---------------|-----------|
| 定期健診の完全実施 | 88 (95.7) |
| 定期健診の事後措置 | 43 (46.7) |
| 職場の禁煙対策 | 29 (31.5) |
| メンタルヘルス対策 | 11 (12.0) |
| 健康教育や相談指導 | 10 (10.9) |
| 人間ドッグの実施や充実 | 9 (9.8) |
| メタボ対策 | 8 (8.7) |
| がん検診の実施 | 3 (3.3) |
| その他 | 3 (3.3) |
| 健康指導担当者の採用や育成 | 2 (2.2) |

2) 取り組みの必要性

メンタルヘルス対策に対する必要性の考え方は、疾病予防や健康の保持増進のためが55.1%で最も多く、次に企業の責任47.

2%、労災や事故発生予防のため44.9%、生産性向上のため33.7%の順であった(表6)。

表6 メンタルヘルス対策の考え方 (複数回答)N=89

| | N | % |
|-------------------|----|--------|
| 疾病予防や健康の保持増進のため | 49 | (55.1) |
| 企業の責任 | 42 | (47.2) |
| 労災や事故発生の予防のため | 40 | (44.9) |
| 生産性向上のため | 30 | (33.7) |
| 必要だが何をすればよいかかわらない | 17 | (19.1) |
| 取り組みの必要はない | 2 | (2.2) |

3) 取り組みの内容

取り組みの内容としては管理者向けの教育30.0%、健康診断時の問診27.8%、長時間労働者への面接指導21.1%、社内相談室の設置20.0%、一般社員向けの教育16.7%の順であった(表7)。

表7 メンタルヘルス対策の取り組みの内容 (複数回答)N=90

| | N (%) |
|------------------|-----------|
| 管理者むけの教育 | 27 (30.0) |
| 健康診断時の問診 | 25 (27.8) |
| 特になし | 24 (26.7) |
| 長時間労働者への面接指導 | 19 (21.1) |
| 社内相談室の設置 | 18 (20.0) |
| 一般社員向けの教育 | 15 (16.7) |
| 休職者への復帰支援 | 13 (14.4) |
| 心の健康診断の実施 | 13 (14.4) |
| 社内報や小冊子によるPR | 10 (11.1) |
| 健康度を高めるための職場づくり | 10 (11.1) |
| 社外の相談機関への委嘱 | 7 (7.8) |
| 産業保健スタッフへの委嘱 | 7 (7.8) |
| 家族向けの教育や啓発 | 4 (4.4) |
| その他 | 3 (3.3) |
| 社内カウンセラーやリスナーの養成 | 2 (2.2) |

4) メンタルヘルス取り組みの実際

メンタルヘルス不調時の対応については57.3%がまず本人から話をきく、次に受診をすすめる21.9%、仕事を休むように言う8.3%の順であった(表8)。

表8 対処 (N=96)

| | N(%) | |
|----------------|------|--------|
| 本人から話をきく | 55 | (57.3) |
| 受診をすすめる | 21 | (21.9) |
| 仕事を休むようにすすめる | 8 | (8.3) |
| 電話相談や病院など公共の相談 | 5 | (5.2) |
| 家族から話をきく | 4 | (4.2) |
| 何もしないで様子を見る | 2 | (2.1) |
| 無回答 | 1 | (1.0) |

メンタルヘルスに取り組んでいる部署に関しては、特にないが最も多く34.4%、総務31.3%、人事・厚生13.5%、健康管理室7.3%であった(表9)。

表9 メンタルヘルスの取り組みを主管している部署 (N=96)

| | N(%) | |
|--------|------|--------|
| 特にない | 33 | (34.4) |
| 総務 | 30 | (31.3) |
| 人事・厚生 | 13 | (13.5) |
| 健康管理室 | 7 | (7.3) |
| その他 | 6 | (6.3) |
| 安全衛生 | 3 | (3.1) |
| 健康保険組合 | 3 | (3.1) |
| 無回答 | 1 | (1.0) |

メンタルヘルスの中心的役割としては管理職が31.3%と最も多く、次に経営者・会社の役員30.2%、人事・厚生等の担当者15.6%の順であった(表10)。

表10 中心的役割(N=96)

| | N(%) | |
|------------|------|--------|
| 管理職 | 30 | (31.3) |
| 経営者・会社の役員 | 29 | (30.2) |
| 人事・厚生等の担当者 | 15 | (15.6) |
| 保健師・看護師 | 7 | (7.3) |
| 産業医 | 3 | (3.1) |
| その他 | 3 | (3.1) |
| カウンセラー | 2 | (2.1) |
| 健康保険組合の担当者 | 2 | (2.1) |
| 衛生管理者 | 2 | (2.1) |
| 無回答 | 3 | (3.1) |

メンタルヘルスに関する社内相談制度については「あり」が24%であった。その中で相談制度に対する専門スタッフについては72.7%が配置していると回答している(表11、12)。

表11 社内相談制度 (N=96)

| | N(%) | |
|----|------|--------|
| あり | 23 | (24.0) |
| なし | 73 | (76.0) |

表12 社内相談制度への専門のスタッフの配置 (N=22)

| | N(%) | |
|----|------|--------|
| あり | 16 | (72.7) |
| なし | 6 | (27.3) |

産業医の有無は常勤であるとの回答は7.3%、非常勤は25.0%で残りの67.7%はいないと回答している(表13)。非常勤では精神専門の産業医はなく、常勤産業医のうちでは14.3%が精神専門医であった(表14)。

表13 従業員規模と産業医の有無(N=96)

| | 常勤である | | 非常勤である | | いない N(%) |
|----------|-------|--------|--------|---------|-------------|
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) | |
| 4人以下 | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | 4 (100.0) |
| 5~9人 | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | 15 (100.0) |
| 10~29人 | 1 | (3.1) | 2 | (6.3) | 29 (90.6) |
| 30~49人 | 0 | (0.0) | 5 | (29.4) | 12 (90.6) |
| 50~99人 | 0 | (0.0) | 6 | (60.0) | 4 (40.0) |
| 100~299人 | 1 | (16.7) | 4 | (66.7) | 1 (16.7) |
| 300人以上 | 5 | (45.5) | 6 | (54.5) | 0 (0.0) |
| 不明 | 0 | (0.0) | 1 | (100.0) | 0 (0.0) |
| 全体 | 7 | (7.3) | 24 | (25.0) | 65 (67.7) |

表14 産業医の専門領域 (N=30)

| | 常勤産業医 | | 非常勤産業医 | |
|-------|-------|--------|--------|---------|
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| 精神科専門 | 1 | (14.3) | 0 | (0.0) |
| 精神科以外 | 6 | (85.7) | 23 | (100.0) |

3. 心の病に関する状況

心の病の従業員の存在に関しては24%がいると回答している(表15)。心の病の人数は全体の平均が3.6人で、従業員規模別では5人から9人では2.7人、10人から29人では1.1人、30人から49人までは1.7人、50人から99人では2.0人、100人から299人では7.5人であった(表16)。心の病の多い年代は40代15.6%、30代13.5%であった(表17)。心の病の多い役職は一般クラスが54.8%で最も多く、次に主任、係長、補

佐クラス29.0%であった（表18）。

表15 心の病の従業員の存在 (N=96)

| | N (%) |
|-------|-----------|
| いる | 23 (24.0) |
| いない | 54 (56.3) |
| わからない | 17 (17.7) |
| 無回答 | 2 (2.1) |

表16 心の病の従業員数と従業員規模 (N=24)

| 従業員規模 | N | 平均人数±SD(最少—最大) |
|----------|----|-----------------|
| 5~9人 | 3 | 2.7 ±2.1 (1-5) |
| 10~29人 | 7 | 1.1 ±0.4 (1-2) |
| 30~49人 | 3 | 1.7 ±1.2 (1-3) |
| 50~99人 | 1 | 2.0 |
| 100~299人 | 2 | 1.5 ±0.7 (1-2) |
| 300人以上 | 8 | 7.5 ±4.8 (3-17) |
| 全体 | 24 | 3.6 ±4.0 (1-17) |

表17 心の病の多い年代 (N=96)

| | N (%) |
|----------|-----------|
| 10~20代前半 | 3 (3.1) |
| 30代 | 13 (13.5) |
| 40代 | 15 (15.6) |
| 50代以上 | 2 (2.1) |
| いない | 38 (39.6) |
| 無回答 | 25 (26.0) |

表18 心の病の多い役職 (N=31)

| | N (%) |
|-------------|-----------|
| 一般クラス | 17 (54.8) |
| 主任、係長、補佐クラス | 9 (29.0) |
| 課長クラス | 3 (9.7) |
| 部長クラス | 1 (3.2) |
| 役員クラス | 1 (3.2) |

心の病の増減傾向に関しては56.3%がわからないと回答しており、横ばい27.1%、減少傾向7.3%、増加傾向3.1%であった（表19）。今後の心の病の傾向としては、わからないが47.9%で最も多く。次に増加する25.0%、ほぼ横ばい21.9%、減少する2.1%であった（表20）。

心の病の原因として考えられるものとしては職場の人間関係が55.1%と最も多く、次に本人の資質37.1%、家庭の問題37.1%、業務上のトラブルや困難27.0%の順であっ

た（表21）。

表19 心の病の傾向 (N=96)

| | N (%) |
|-------|-----------|
| わからない | 54 (56.3) |
| 横ばい | 26 (27.1) |
| 減少傾向 | 7 (7.3) |
| 増加傾向 | 6 (6.3) |
| 無回答 | 3 (3.1) |

表20 今後の心の病の傾向 (N=96)

| | N (%) |
|-------|-----------|
| わからない | 46 (47.9) |
| 増加する | 24 (25.0) |
| ほぼ横ばい | 21 (21.9) |
| 減少する | 2 (2.1) |
| その他 | 1 (1.0) |
| 無回答 | 2 (2.1) |

表21 心の病の原因（複数回答）N=89

| | N (%) |
|-------------|-----------|
| 職場の人間関係 | 49 (55.1) |
| 本人の資質 | 33 (37.1) |
| 家庭の問題 | 33 (37.1) |
| 業務上のトラブルや困難 | 24 (27.0) |
| わからない | 21 (23.6) |
| 本人の成育歴 | 16 (18.0) |
| 重すぎる仕事の責任 | 13 (14.6) |
| パワハラ | 10 (11.2) |
| 長時間労働 | 6 (6.7) |
| 昇進や配置転換 | 2 (2.2) |

4. メンタルヘルスの課題と対策

1) メンタルヘルス対策の課題

メンタルヘルス対策推進上の問題としては、プライバシーの問題が絡んでいるが47.3%で最も多く、次に具体的な取り組み方法がわからない24.2%、取り組みの予算がとれない19.8%、取り組みの効果がはっきりしない18.7%の順であった（表22）。

2) メンタルヘルスの対策

メンタルヘルス対策の費用に関しては、47.9%が会社で最も多く、次に会社と健康保険組合10.4%、健康保険組合9.4%の順であり、わからないも17.7%いた（表23）。

表22 メンタルヘルス対策推進上の問題
(複数回答)N=91

| | N(%) | |
|------------------|------|--------|
| プライバシーの問題が絡んでいる | 43 | (47.3) |
| 具体的な取り組み方法がわからない | 22 | (24.2) |
| 取り組みの予算がとれない | 18 | (19.8) |
| 取り組みの効果がはっきりしない | 17 | (18.7) |
| 各個人が取り組むべき問題 | 14 | (15.4) |
| 問題はない | 13 | (14.3) |
| 精神科専門医との連携がはかれない | 11 | (12.1) |
| 産業医との連携がはかれない | 10 | (11.0) |
| 企業の役割と離れている | 8 | (8.8) |
| その他 | 5 | (5.5) |

表23 メンタルヘルス対策の費用(N=96)

| | N(%) | |
|-------------|------|--------|
| 会社 | 46 | (47.9) |
| 会社と健康保険組合 | 10 | (10.4) |
| 健康保険組合 | 9 | (9.4) |
| 会社と労働組合 | 1 | (1.0) |
| 労働組合と健康保険組合 | 1 | (1.0) |
| わからない | 17 | (17.7) |
| その他 | 4 | (4.2) |
| 無回答 | 8 | (8.3) |

5. メンタルヘルス対策の効果

取り組みの効果についてはどちらともいえないが53.1%で最も多く、まずまず効果がでている14.6%、あまり効果がでていない8.3%、全く効果がでていない3.1%の順であった(表24)。

表24 取り組みの効果(N=96)

| | N(%) | |
|-------------|------|--------|
| どちらともいえない | 51 | (53.1) |
| まずまず効果が出ている | 14 | (14.6) |
| あまり効果が出ていない | 8 | (8.3) |
| 全く効果が出ていない | 3 | (3.1) |
| 十分効果が出ている | 2 | (2.1) |
| 無回答 | 18 | (18.8) |

D. 考察

メンタルヘルスの取り組みの中で、健康づくりで力を入れているものとして、メンタルヘルスと回答した事業場は12%という状況であった。メンタルヘルス取り組みの必要性の考え方としては、疾病予防や健康の保持増進のために必要であると5割以上、企業の責任であると考えている企業も約5

割あることが明らかとなった。国は第11次労働災害防止計画の中で平成20年度から24年度までの5年間に実施すべき主な取り組みを示しており、その8つの重点対策の中にメンタルヘルス対策の推進が挙げられ、メンタルヘルスに取り組んでいる事業場の割合を50%以上とすることが具体的に目標としている。しかし、結果からは取り組みの重要性が認知されつつはあるが、実際の取り組みとしては後回しになってしまうという現実が考えられる。

メンタルヘルスの取り組みの部署としては約3割が特にその部署がないとしており、中心的役割を担っているのは管理職、経営者・役員が6割以上であることがわかった。メンタルヘルス対策を推進していく上では、それらを専門とする産業保健スタッフの存在が大きいが、今回の対象事業場は約9割が中小規模事業場であり、十分な人材がない中で、管理職がその役割を担っていることが明らかとなった。規模の小さな事業場においては、メンタルヘルスケアの「4つのケア」⁴⁾の中でも事業場内産業保健スタッフ等によるケアは難しく、セルフケア、ラインによるケア、事業場外資源によるケアの機能をさらに高めていくことも重要であるが経営者や管理者がその役割を担わざるを得ないと推測される。

メンタルヘルスに関する社内相談制度は約7割の事業場が持っていないことがわかり、産業医に関しては約7割の事業場がないことがわかった。また産業医がいる事業場のうち精神専門医がいるのは1事業場のみであった。平成21年度の我々が実施した中小規模事業場を対象とした労働者の調査結果⁵⁾からは利用したいサービスとして医師による心の相談やカウンセリングが挙がっており、専門スタッフの配置は重要であるが、現状では実施率は低く、それらを

実施するためには、そのコストと効果について明らかにしていくことが必要とされる。

心の病に関する状況としては、24%の事業場が、心の病と思われる従業員が存在すると述べており、平成20年度の四日市市で実施した調査結果⁶⁾の22.6%から増加していることが明らかとなった。メンタルヘルス不調者が多い年代は40代、30代が最も多く、事業場内で戦力となる年代に多く発生していることが明らかとなった。

心の病の増加傾向については約5割がわからないと回答しており、現場の管理監督者にとってはメンタルヘルス対策の見通しについては難しい問題であると考えられる。

心の病の原因としては職場の人間関係が一番関係していると考えられており、次には本人の資質の問題であると約4割が考えていることがわかった。心の健康問題に関しては様々な要因が影響していることは理解されつつはあるが、職場環境の把握だけでなく、個人の持つストレス対処能力等の視点⁷⁾も加えて考えていくことも必要であろう。

メンタルヘルス対策の推進上の課題としてはプライバシーの問題が絡んでいると約5割の事業場が考えており、この結果は平成19年の労働者健康状況調査結果と類似した結果であった。また、具体的な取り組みの方法が分からないが約25%、取り組みの予算が取れない、取り組みの効果がはっきりしないが約20%あった。それらを具体的に示していくことの必要性が示された。

メンタルヘルスの取り組みの効果に関してはどちらとも言えないが半数以上であった。まずまず効果がでてい、十分効果がでていと回答したのは合わせて約1割にすぎなかった。今後は、その効果の指標や、効果の判定についても具体的に示していく必要があると言える。

E. 結語

初年度である今年度は四日市市をフィールドとしてメンタルヘルスへの取り組みについての現状の把握を行った。現状からはメンタルヘルス不調者がいる事業場が24%存在することが明らかになった。また半分の事業場は今後の見通しが見つからないとしている。メンタルヘルス推進上の問題としては20%の事業場が取り組みの効果がはっきりしないことを挙げている。また実際の効果についても半数以上の事業場が効果はあるともないともどちらともいえないと回答しており、対策の効果や見通しがもてないという状況が明らかとなった。これら多くの検討すべき点が明らかとなり、事業場に合った取り組みとその結果を評価する指標や費用、具体的な実効可能な方法の検討が必要である。今後は細かな取り組みの内容、費用と効果について調査を行う必要性があると考えられる。

一方、Presenteeism（出勤できているが作業効率の低下やミス増加）の評価尺度についても文献的な検討を行ったところ、Stanford Presenteeism Scale⁷⁾によるVisual Analogue Scaleの信頼性には課題が残されるため、25項目からなるWork Limitation Questionnaire⁸⁾を併用するなど使用にあたってはさらなる検討が必要であることがわかった。

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。

成 20 年度厚生労働科学研究費補助金
(障害保健福祉総合研究事業) 障害者お
よび精神障害者に関する普及啓発に関
する研究、92-102、 2009.

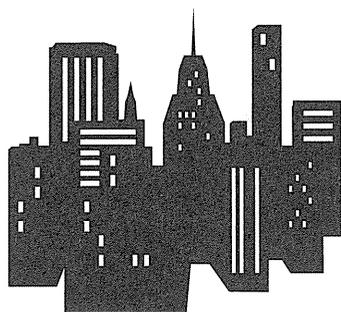
H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

I. 文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究, 平成 20 年 - 平成 22 年度 総合研究報告書 (研究代表者: 横山和仁)
- 2) Okumura Y, Higuchi T: Cost of depression among adults in Japan, The Primary Care Companion for CNS Disorders, 13(3):e1-e9, (2011)
- 3) 学校法人順天堂:平成 22 年度障害者総合福祉福祉推進事業 (精神疾患の社会的コストの推計), 東京, 学校法人順天堂, 2011 年 3 月.
- 4) 厚生労働省:労働者の心の健康の保持増進のための指針 (2006)
- 5) 近藤信子, 萩典子, 大西信行他:労働者のメンタルヘルスケアに関するニーズ, 厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期支援・介入のあり方に関する研究,」 113-131, 平成 21 年度総括・分担研究報告書
- 6) 大西信行, 萩典子, 近藤信子, 東川薫: 四日市市内における中小規模事業所のメンタルヘルスの現状と対策, 四日市産業看護研究センター報告書 (2009).
- 7) 和田耕治, 森山美緒, 奈良井理恵他: 関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響. 産業衛生学雑誌、 49、 103-109、 2007.
- 8) 矢倉尚典: 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. 平

「健康職場づくりプロジェクト」

メンタルヘルスの取り組みと効果に関するアンケート調査 (2011.12)



◆貴社についてお伺いします。

1. 貴社の主要事業は？該当するもの1つに〇をつけて下さい。

1. 製造
2. 金融・保険
3. 不動産
4. ソフトウェア・情報
5. 建設・土木
6. 運輸・倉庫
7. 卸売・小売
8. 飲食・サービス
9. その他 ()

2. 貴社の従業員数は？該当するもの1つに〇をつけて下さい。

1. 4人以下
2. 5～9人
3. 10～29人
4. 30～49人
5. 50～99人
6. 100～299人
7. その他 ()人

3. 貴社の平均年齢と従業員の最も人数が多い年代は？該当するもの1つに〇をつけて下さい。

■平均年齢 () 歳

1. 10代
2. 20代
3. 30代
4. 40代
5. 50代

6. 60代以上

4. 貴社における従業員の健康づくりで力を入れているものについて、次の中から該当するものに3つまで○をつけて下さい。

1. 定期健康診断の完全実施
2. 定期健康診断の事後措置
3. がん検診の実施、充実
4. 人間ドックの実施、充実
5. メタボリック症候群対策
6. メンタルヘルス施策の実施、充実
7. 健康指導担当者の採用・育成
8. 健康教育、相談指導
9. 職場の禁煙対策

10.

その他 ()

5. 現在、貴社には「心の病」と思われる従業員は存在しますか？該当するもの1つに○をつけて下さい。

1. いる (人)
2. いない
3. わからない

6. 「心の病」はどの年齢層で最も多いですか。該当するもの1つに○をつけて下さい。(人数割合でお考えください)

1. 10～20代前半
2. 30代
3. 40代
4. 50代以上
5. いない

7. 「心の病」はどの役職において最も多いですか。該当するもの1つに○をつけて下さい。(人数割合でお考えください)

1. 一般クラス
2. 主任、係長、補佐クラス
3. 課長クラス
4. 部長クラス
5. 役員クラス
6. いない

8. 「心の病」の主要な原因は何だと思えますか。該当するもの3つに○をつけて下さい。

1. 本人の資質の問題
2. 本人の生育歴
3. 家庭の問題
4. 長時間労働
5. 業務遂行に伴うトラブルや困難
6. 重過ぎる仕事の責任
7. 職場の人間関係
8. 職場のパワーハラスメント
9. 昇進や配置転換
10. わからない
11. その他 ()

9. 貴社の従業員のメンタルヘルス不調を判断するきっかけは主にどのようなことですか。該当するものに3つまで○をつけて下さい。

1. 無断欠勤
2. 遅刻・早退の増加
3. 仕事のパフォーマンスの低下
4. ミスや事故の頻発
5. 周囲からの孤立
6. 奇異な言動
7. 仕事の遅れ
8. 職場での人間関係のトラブル
9. 取引先や顧客とのトラブル
10. 長時間労働に伴う面接相談
11. 家庭からの連絡
12. その他 ()

10. 貴社において、ここ 3 年間の「心の病」の増減傾向はいかがですか。該当するもの1つに○をつけて下さい。

1. 増加傾向
2. 横ばい
3. 減少傾向
4. わからない

11. 貴社で「心の病」が疑われる従業員が出た場合、どのような対処をしますか。該当するもの1つに○をつけて下さい。

1. 本人から話を聞く
2. 家族から話を聞く
3. 仕事を休むようにすすめる
4. 病院に行くようにすすめる

5. 電話相談・病院など公共の相談窓口を利用する
 6. 何もしないで様子を見る
12. 貴社では今後、心の不健康者の増減傾向はどのようになると予想されますか。該当するもの1つに○をつけて下さい。
1. 増加する
 2. ほぼ横ばいで推移する
 3. 減少する
 4. わからない
 5. その他 ()

13. 貴社のメンタルヘルスに対する考え方に近いものに○をつけてください。該当するもの全てに○をつけて下さい。
1. 従業員・組織の生産性向上のために取り組む必要がある
 2. 労災・事故等の発生予防のために取り組む必要がある
 3. 従業員の疾病予防・健康の保持増進のために取り組む必要がある
 4. 従業員の健康管理は企業の責任であるため、メンタル面のケアにも取り組む必要がある
 5. 何らかの対策が必要だと感じるが具体的に何をすればよいかわからない
 6. 従業員のメンタル面については企業が取り組む必要はない

14. 現在、貴社が取り組んでいるメンタルヘルスの施策はどのようなものですか。該当するもの全てに○をつけて下さい。
1. 管理職向けの教育
 2. 長時間労働者への面接相談
 3. 退職者の職場復帰に向けた支援体制の整備
 4. 一般社員向けの教育
 5. 社外の相談機関への委嘱
 6. 社内相談室の設置
 7. 心の健康診断（ストレスチェックなど含む）の実施
 8. 社内報・小冊子などによるPR
 9. 健康診断時の問診
 10. 産業保健スタッフへの委嘱
 11. 個人と組織の健康度を高める職場づくり
 12. 社員カウンセラーやリスナーの養成
 13. 社員の家族向けの啓発・教育
 14. 特にない
 15. その他 ⇒ 具体的に教えてください。

()

15. 貴社においてメンタルヘルスの取り組みを主管しているのはどの部署ですか。該当する1つに○をつけて下さい。

1. 人事・厚生
2. 安全衛生
3. 総務
4. 健康管理室
5. 健康保険組合
6. 特にない
- 7.
- その他 ()

16. 貴社のメンタルヘルスの取り組みにおいて、中心的な役割を担っているのはどなたですか。該当するもの1つに○をつけて下さい。

1. 産業医
2. 産業医以外の医師
3. 保健師・看護師
4. カウンセラー
5. 人事・厚生等会社のスタッフ
6. 健康保険組合のスタッフ
7. 衛生管理者
8. 管理職
9. 労働組合の幹部
10. 経営者・会社の役員
- 11.
- その他 ()

17. 健康相談の社内相談室制度についてうかがいます。社内相談制度はありますか？該当する1つに○をつけて下さい。

1. ある ・ 2. ない

↓

①産業医や保健師・看護師などの専門の産業スタッフがいる

②いない

(担当者部署 :)

18. 貴社には、産業医はいますか。該当する1つに○をつけて下さい。

1. 常勤でいる ・ 2. 非常勤でいる ・ 3. いない

常勤または非常勤で産業医がいる場合、産業医は精神科医ですか？

- ①精神医学が専門の産業医
- ②精神医学が専門でない産業医

19. 現在、貴社においてメンタルヘルス推進上の問題と考えられるものは何ですか。該当するもの全てに○をつけて下さい。

- 1. 企業の役割と離れた領域のため
- 2. 精神科専門医との連携が図れない
- 3. 産業医との連携が図れない
- 4. 取り組みのための予算が取れない
- 5. 取り組みの効果がはっきりしない
- 6. プライバシーの問題が絡んでいる
- 7. 各個人が取り組むべき問題であるため
- 8. 具体的な取り組み方法が分からない
- 9. 問題はない
- 10. その他 ()

20. メンタルヘルスの取り組みに関する費用は主としてどこが負担していますか。該当するもの1つに○をつけて下さい。

- 1. 会社
- 2. 労働組合
- 3. 健康保険組合
- 4. 会社と労働組合
- 5. 会社と健康保険組合
- 6. 労働組合と健康保険組合
- 7. 会社と労働組合と健康保険組合
- 8. わからない
- 9. その他 ()

21. メンタルヘルスの取り組みの効果について伺います。該当するもの1つに○をつけて下さい。

- 1. 十分効果が出ている
- 2. まずまず効果が出ている
- 3. どちらともいえない
- 4. あまり効果が出ていない
- 5. 全く効果が出ていない

上記でお答えになった「効果」とは具体的にはどの様な形で効果としてあらわれましたか？

()

22. 現在、メンタルヘルス対策でお困りのことがありましたら、教えてください。

その他、ご意見をお聞かせください。

※今後、メンタルヘルス調査にご協力していただける事業所様は、恐れ入りますが住所・氏名等をご記入してください。調査への参加は、自由意志ですので、記載されなくてもいかなる不利益も受けません。「個人情報保護方針」に基づき安全かつ厳正に管理し、調査時にのみ使用いたします。

| | |
|---------|-----|
| 貴社名 | |
| ご住所 | 〒 |
| 担当者ご氏名 | |
| 所属・役職 | |
| 電話番号 | () |
| ファックス番号 | () |
| メールアドレス | |

◆◆◆お忙しい中、ご協力頂き誠にありがとうございました。◆◆◆

「職場におけるメンタルヘルス対策の有効性と費用対効果等に関する調査研究」 事業所のメンタルヘルス対策の実情と費用の予備的調査

研究分担者 飯島 佐知子 順天堂大学医療看護学部 教授

研究要旨

本研究では、事業所のメンタルヘルス対策の実施状況と事業費用およびその効果について明らかにするために、金融危機やリストラやグローバル化による労働環境の悪化の要因に配慮した調査票の原案を作成し、予備的な調査を行うことを目的とした。

調査対象は、三重県および東京都の3事業所のメンタルヘルスを担当する職員とした。2011年12月に調査票に基づき、約1時間のインタビュー調査を実施した。調査項目は、メンタルヘルス対策の効果の指標として、メンタルヘルス関連の自殺数の削減、欠勤者数の削減、のべ欠勤日数の削減、離職者数の削減、受診者数の削減、訴訟件数の削減、不良品量の削減とし、メンタルヘルス対策開始前と2010年の数値を記載し、その差を求めた。

メンタルヘルス対策実施状況は、一次予防、二次予防、三次予防の段階により36項目を設定した。メンタルヘルス対策の費用は労務費、材料費、経費を求めた。合理化プロセスへの参加は、海外赴任の可否の話し合い、海外赴任への職員の選択権利、リストラプロセスへの職員の参加、リストラ効果の職員への説明を5段階で質問した。悪化要因として、経常利益前年度比±%、平均賃金前年度比金額、超過勤務時間、超過勤務のべ人数、解雇職員数、海外赴任者、帰国者数、リストラ人数について、2010年から過去5年間について記載してもらった。

その結果、メンタルヘルス対策実施費用の合計金額や従業員1人あたりの費用が多いほど、メンタルヘルス対策の実施種類や対策者数が多く、欠勤日数が導入前と導入後の増加日数が少ない傾向が示唆された。平均賃金前年度比金額、超過勤務時間、超過勤務のべ人数は、一定の傾向はみられていない。また、解雇、海外赴任、リストラがあったのは1社のみであった。一方で、調査項目については、調査対象者が把握していない項目の削除などの検討すべき課題が指摘された。今後これらの点と本研究班の他の調査とも調整連携しながら調査票の改訂を行い、対象数を増やして調査する必要があると考えられる。

A. 本研究の目的

近年、精神疾患の社会コストが重視され、2008年に英国King's Fundが詳細な推計（Paying the Price）を発表した。わが国でも、横山らが平成22年度障害者総合福祉推進事業「精神疾患の社会的コストの推計」を実施し、わが国の精神疾患による経済損失（2008年）は年間約11兆円に達し、その6割は労働生産性低下（Presenteeism）と自殺によると報告した（横山、飯島、2011）。また、Goetzel RZ et al（2004）は、米国の労働者の精神疾患による経済損失は年間1人あたり348USドルと報告した（JOEM, 2004）。一方、保健医療活動の評価では費用-効果分析等の経済的評価が行われ、労働衛生領域でも不安やうつへの適

切なケアは大きな経済効果があるとされる（Langlieb AM, Kahn JP: JOEM, 2005）。

調査にあたり、事業所におけるメンタルヘルス対策の効果に影響に関する概念枠組みを検討した。職業性ストレスの研究では、1970年代より、上司、同僚、家族からのソーシャルサポートがストレス反応に対する緩衝要因としてポジティブな効果を持つことが報告されている。米国国立職業安全保健研究所（National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH）の職業ストレスモデル（Hurrell&McLaney, 1988）には、ソーシャルサポートが緩衝要因として含まれている。House(1981)は仕事のストレスに対するソーシャルサポートの機能を産業精神衛生の立場から4

種に分類している。第一に情緒的サポートであり、情緒的交流、同感、共感、配慮、信頼などの支援である。第二に、道具サポートであり、仕事を手伝う、お金を貸す、などの支援である。第三に情報サポートであり、専門知識や有益な情報の提供などの支援である。第四に評価サポートであり、意見に賛成、仕事の承認、相手の考えを好意的に評価などの支援である。社会生産性本部の調査(2008)によると、「職場での助け合いが減少した企業においては心の病が増加していると感じる割合が72%」と報告している。また、近年、所得など個人の社会経済的要因とうつ状態の関連も報告されている(近藤、2005)。職場環境要因としては、超過勤務時間(藤野、2006)、参加型管理、目標の明示、パフォーマンスのフィードバックなどの組織文化(Arnetz, et. al., 2011)、企業業績(Bruner, 1991)などの関連が報告されている。また、Westgaard & Winkel (2011)は、162文献のsystematic reviewにより、企業の合理化の種類とメンタルヘルスの関連を検討した。これによると、メンタルヘルスの悪化因子として、解雇や一時的解雇により従業員を減らすこと(downsizing)によりメンタルヘルスが悪化したと報告した文献が36論文中で26件であった。企業が不採算部門を切り捨て、将来有望な部門へ進出するなど、事業内容を変更したり、従来の仕事がなくなり、新しい仕事の手法や新技術が導入されること(restructuring)により、メンタルヘルスが悪化したと報告した文献が67論文中で45件であった。トヨタのジャストインタイム生産システムに代表されるムダを徹底的に排除した生産方式(lean practices)メンタルヘルスが悪化したと報告した文献が34論文中で16件であった。leanと人的資源管理を組み合わせた方法(High Performance Work Systems: HPWS)や、ライン本線から平行的に存在する作業現場・ドッグ領域へと引き込ま

れて組み立てが行われるパラレル(並列)なラインを設けた生産方式(Parallel vs serial)により、メンタルヘルスが悪化したと報告した文献が10論文中で2件であった。

一方、これらの緩衝要因として、労働者を合理化のプロセスに参加させることはメンタルヘルスの向上に関連しているという報告は13論文中で13件であった。合理化の過程や期待される結果の情報を与えることはメンタルヘルスの向上に関連するという報告は9論文中8件であった。他に、包括的な管理スタイル(13論文中12件)、組織的支援(8論文中8件)、仕事に関する同僚からのインフォーマルな支援(14論文中11件)、集団の自律性(3論文中3件)仕事での公平性(4論文中3件)がメンタルヘルスの向上に関連すると報告されていた。

さらに、Bhavser & Bhuger (2008)は、グローバリゼーションと社会経済的要因とメンタルヘルスの関連を検討した。これによると、地域の収入が不平等、低賃金、同意契約がないこと、労働状況が一定でないこと、社会サービスのアクセスが悪いこと、労働組合の参加率が低いこと、移住に家族の選択がないこと、コミュニケーションの問題はメンタルヘルスと負の関連にあったと報告している。

このような社会経済状況において、横山らの平成16~18年度労働安全衛生総合研究事業「労働者のメンタルヘルス対策における地域保健・医療との連携のあり方に関する研究」では、多くの事業所がメンタルヘルス不調例を抱え労働者の2-3%が有病者であった。同じく、事業所の対策が必ずしも有病率や休業率を低下させないことが示された(産業衛生学雑誌, 2007)。

以上の先行研究を踏まえ、本研究では、事業所のメンタルヘルス対策の実施状況と事業費用およびその効果について明らかにするために、金融危機やリストラやグローバル化に

よる労働環境の悪化の要因に配慮した調査票の原案を作成し、予備的な調査を行うことを目的とした。

B. 方法

1) 調査対象・期間

調査対象は、三重県および東京都の3事業所のメンタルヘルスを担当する職員とした。2011年12月に調査票に基づき、約1時間のインタビュー調査を実施した。

2) 調査内容

(1) 質問紙の構成

本調査は先行研究を踏まえて図1に示した概念枠組みと調査項目を設定した。

メンタルヘルス対策の効果の指標として、メンタルヘルス関連の自殺数の削減、欠勤者数の削減、のべ欠勤日数の削減、離職者数の削減、受診者数の削減、訴訟件数の削減とし、メンタルヘルス対策開始前と2010年の数値を記載し、その差を求めた。また、現在のメンタルヘルス対策を実施する前の年度の1年間と2010年の事業所の生産量（物品であれば台数など、病院であればのべ患者数を記載してください。）と不良品を（病院であれば事故件数など）記載する欄を作成した。

疾病の発生に対する緩衝要因を、メンタルヘルスの実施状況、メンタルヘルス対策実施費用、合理化プロセスへの従業員の参加とした。悪化要因として、経常利益の悪化、賃金引き下げ、超過勤務、解雇、海外赴任、リストラ人数とした。

メンタルヘルス対策の種類は、一次予防（発生の防止）、二次予防（早期発見・治療）、三次予防（休職していない社員への症状の悪化の防止、休職者への休職中、復職前、復職後）の段階ごとに、ガイドラインに基づいて、職場診断、管理職・人事担当者による面談、メンタルヘルスチェックなどのメンタルヘルス対策を36項目設定し、実施の有無と

実施開始時間を記載する様式とした。また、それらの対策のべ対象者数と開始年と月を記載してもらった。

メンタルヘルス対策実施費用は、外部委託業務の種類を15種類から選択する様式とし、外部委託費用を記載してもらった。メンタルヘルス担当者の人数と職種、時間およびメンタルヘルスに携わる時間の割合からメンタルヘルス担当者の労務費を算出した。

衛生委員会の労務費は、年間開催回数、1回当たり時間、職種、人数、メンタルヘルス関連の議題の割合と時給から算出した。就業・復職審査会、管理職の面談、労務人事担当者面談の労務費も同様に算出した。また、労務費以外の経費については、事業所の労務費、材料費、経費、減価償却費の割合を回答してもらい、労務費に対する経費、減価償却費の割合を乗じて求めた。その他、メンタルヘルスに特定した費用を記載してもらった。

合理化プロセスへの参加は、海外赴任の可否の話し合い、海外赴任への職員の選択権利、リストラプロセスへの職員の参加、リストラ効果の職員への説明を5段階で質問した。

悪化要因として、経常利益前年度比±%、平均賃金前年度比金額、超過勤務時間、超過勤務のべ人数、解雇職員数、海外赴任者、帰国者数、リストラ人数について、2010年から過去5年間について記載してもらった。

(2) インタビュー内容

質問紙の記載のしやすさと記載時間、記載のできない質問項目、メンタルヘルス対策の実施の経緯や実施に困難を感じていること、効果などについてインタビューした。

C. 結果

1) 対象企業の概要

A社：従業員数589名の卸業社。人事担当者がメンタルヘルスについて関わっている事業所は2か所の130名である。メンタルヘルス対

策の取り組み始めたのは2006年からである。それ以前は年1～2名のメンタルによる欠勤者であったが、2010年は4名が欠勤している。取り組み始めたきっかけは10年位前にうつで自殺した社員がいたため、人事担当者が個人的に勉強はじめるようになり、現在では、メンタルヘルス対策に詳しい産業医と契約して対策を充実させている。新入社員や管理者のメンタルヘルス研修にはEラーニングを利用しており、社員が個人の空いた時間でEラーニングを用いてメンタルヘルスの自己学習を必ずしてもらおうようにしている。費用は20万円要している。同業他社の人事担当者やメンタルヘルスについて情報交換しており、研修などは合同で行うなど、費用のかからない方法を検討している。企業の経営状態は安定しており、リストラや海外出張はない。メンタルヘルス対策を充実させた効果としては、社員一人一人に細やかに対応できるようになったことである。

B社：総従業員数36000人の全国に支店のある運送業の130名の事業所である。メンタルヘルス対策の取り組み始めたのは2008年からである。それ以前にメンタルヘルス対策による欠勤者がいたかどうかは把握していない。2010年は1名が欠勤している。取り組み始めたきっかけは2006年「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が策定されたことである。2008年以前は超過勤務やサービス残業が非常に多く、メンタルではなく心筋梗塞のため職場で突然死した職員がいたため、職場の保健に真剣に取り組むようになった。以後、常勤保健師が独自にメンタルヘルスチェックの質問紙の評価を行うなど積極的に対応している。メンタルヘルスチェックを外委託すると結果の評価の返送時期が遅くてタイムリーに面談できないので、保健師が行っている。企業の経営状態は悪化しており賃金は5年間据え置きだが引き下げが内だけ良い。リストラとし

て宅急便事業を廃止したので、その担当者20名が郵便局へ出向したが特に心身に変調した社員はいなかった。海外出張は3年前から毎年中国へ3～10名が1週間から3カ月出張しているが、心身に変調を訴えた社員はいなかった。定年退職者のあとに、新入社員の補充を数年間おこなっていないので、一般社員よりも管理職の負担が増えており、欠勤には至っていないが精神の不調を訴える管理職が多い。

C社：従業員280名の運輸業。メンタルヘルス対策は2009年から取り組んでいる。それ以前のことは不明。2009年の欠勤者は1名で2010年は3名である。メンタルヘルス対策は人事担当者と産業保健推進センターの無料相談や講師を派遣してもらい研修を利用して実施している。費用は30000円程度である。産業医と契約しているが内科医なので、過重労働者に対しては身体的問題について面談を行うが精神的な問題については対応してもらっていない。メンタルに問題のある社員には人事担当者から精神科を受診するようにいっている。メンタルヘルス関連での離職者もいたが、個人的な問題での発症で仕事がつづけられないと自ら退職された。企業全体の経営状態は一社員には知らされていないので知らないし、そのようなことは社員のメンタルには関係ないのではないかと。むしろ賃金の変動には社員は敏感でこちらは毎年3000円程度引き上げられている。解雇は2008年に8名あったがこちらは事業の廃止のためであった。海外赴任や配置転換は行われていない。

2) メンタルヘルス対策の効果

メンタルヘルス対策の効果は、メンタルヘルス対策実施前後の不調者人数の差によって示した。C社の離職者以外は、実施後の方が不調者数は増えている。受診については、個人的に受診している社員については人事課に報告されないため不明であった。

表1 メンタルヘルス対策実施前後の人数の差

| | A社 | B社 | C社 |
|-------------------|-----|----|-----|
| メンタルヘルス対策実施期間(年間) | 4 | 3 | 1 |
| メンタルヘルス関連の自殺者数の差 | 0 | 0 | 0 |
| メンタルヘルス関連の欠勤者数の差 | 2.5 | 1 | 2 |
| メンタルヘルス関連のべ欠勤日数の差 | 78 | 92 | 385 |
| メンタルヘルス関連の離職者の差 | 0 | 0 | -1 |
| メンタルヘルス関連の受診者数の差 | - | - | 2 |
| メンタルヘルス関連の訴訟件数の差 | 0 | 0 | 0 |

3) メンタルヘルス対策実施状況

表1と表2をみるとメンタルヘルス対策実施種類数が多いと欠勤者の増加が少なく、メンタルヘルス対策の対象者数(研修などのべ参加者数)が多い事業所は欠勤日数の増加が少ない傾向がみられる。

表2 メンタルヘルス対策実施状況

| | A社 | B社 | C社 |
|----------------------|-----|-----|----|
| メンタルヘルス対策の実施期間(月数) | 25~ | 38~ | NA |
| | 68 | 44 | |
| メンタルヘルス対策の種類数(36種類中) | 22 | 29 | 17 |
| メンタルヘルス対策の対象者数(年間のべ) | 709 | 200 | 82 |
| 外部委託種類(最大15種類) | 9 | 1 | 2 |

4) メンタルヘルス対策実施費用

表3のメンタルヘルス対策実施費用の合計金額が多い事業所ほど、表2のメンタルヘルス対策の実施種類や対策者数が多い傾向がみられた。また、事業所従業員1人あたりでは、A社2,923円、B社21,722円、C社1,514円に対して、表1の欠勤日数A社92日、B社78日、C社385日であり、従業員1人あたりメンタルヘルス対策実施費用合計が多いと欠勤日数の増加が少ない傾向がみられた。対策費用のうち労務費の割合は、A社、79%、B社44%、C社33%であり、事業所の経費割合によって大きく異なっていた。

表3 メンタルヘルス対策実施費用(単位:千円)

| | A社 | B社 | C社 |
|----------------|-------|-------|-----|
| メンタルヘルス担当者 労務費 | 1,200 | 1,335 | 100 |
| 衛生委員会 労務費 | 0 | 10 | 1 |
| 就業・復職審査会 労務費 | 1 | 23 | 0 |
| 管理職の面談 労務費) | 0 | 0 | 26 |
| 労務人事担当者面談 労務費 | 47 | 0 | 17 |
| 労務費合計 | 1,247 | 1,368 | 143 |
| 材料費 | 200 | 12 | 30 |
| 経費 | 702 | 342 | 251 |
| 外部委託費用 | 675 | 0 | 0 |
| メンタルヘルス実施費用合計 | 2,824 | 1,722 | 424 |

5) 合理化プロセスへの参加

海外赴任やリストラのあったのは、B社のみであった。

表4 合理化プロセスへの参加(5段階)

| | A社 | B社 | C社 |
|-----------------|----|----|----|
| 海外赴任の可否の話し合い | - | 2 | - |
| 海外赴任への職員の選択権利 | - | 3 | - |
| リストラプロセスへの職員の参加 | - | 1 | - |
| リストラ効果の職員への説明 | - | 5 | - |

6) 企業環境の悪化要因

表1と表5をみると、不調者の数の差と企業環境の関連はみられない。

表5 企業環境の悪化要因

| | A社 | B社 | C社 |
|-------------|-------|-------|------|
| 経常利益前年度比±% | 8.6 | -32.4 | NA |
| 平均賃金前年度比金額 | 5737 | 0 | 3000 |
| 超過勤務時間 | 15993 | 260 | 5261 |
| 超過勤務のべ人数 | 1989 | 130 | 2148 |
| 解雇職員数(5年間) | 0 | 1 | 8 |
| 海外赴任者、帰国者数 | 0 | 21 | 0 |
| リストラ人数(5年間) | 0 | 15 | 0 |

7) 調査票の記載について

調査票の各項目の内容、記述について以下のような意見が得られた。

(1) 従業員数は、総従業員数、事業所数、

記載する人事担当者のかかわる事業所の数や職員数が異なるので区別できるようにした方がよい。職員数は期末や期首など記述する時期を特定したほうがよい。

(2) 「2.」は費用と効果に関係ないので必要ないのではないかな。

(3) 「3.」は現在実施しているか、いないかを○×で回答する様式にしてほしい。

対策の項目ごとにいつからは始めているのか記録が残っていない。

(4) 「14.」担当者がかわっていると対策をはじめる前の患者数など情報がない。

(5) 「15.」回答者である人事課職員は生産量や不良品の量の情報を得られない。

(6) 「16.」当社で一般社員は経営状態を知らないのではメンタルヘルスには関係はないのではないかな。よけいなお世話という感じがする。

(7) 「18」職員1人あたり平均2時間という書きの方が書きやすい。5年間も情報必要かな

(8) 「19」「20」「21」「22」「23」はメンタルヘルスに関係ないと思うのでないでもよいのではないかな。業務や会社の運営とはあまり関係ない、職員間の人間関係でメンタルになる人が多い気がする。

(9) 調査依頼の方法として、同じ研究班で実施している職員個人を対象としたアンケート調査との関連が分かりにくく、何故このような調査協力しなければならぬのか事情が理解できなかつたのでわかりやすい調査間の関係がわかる説明書がほしかった。

(10) 企業としてはあまり聞かれない事柄なので、正直に協力をしにくい。

D. 考察

1) 対象企業の概要

本研究の対象企業は、企業全体では従業員数約600名、36000名、280名で中規模以上であったが、担当者からメンタルヘルス事業は

各事業所によって取り組みは異なるので、事業所単位の人数を把握してほしいとの意見があった。メンタルヘルスクエアへの取り組みの開始は2008年を初年度とする労働災害防止計画により「メンタルヘルスクエアに取り組んでいる事業場の割合を50%以上とすること」という計画目標が掲げられた年度以後に職員に問題が生じたことを契機として取り組み始めていた。

2) メンタルヘルス対策の効果

本研究では、メンタルヘルス対策の効果指標として、自殺者数、欠勤者数、欠勤日数、離職者数、受診者数、訴訟件数の対策開始前後の差を用いた。その結果、欠勤者数、欠勤日数については前後比較が可能な数値が得られたが、自殺者数、離職者数、訴訟件数については発生そのものが稀な数値であるため、前後の比較が困難であった。受診者数や医療費に関しては、受診者数は、人事担当者へ必ずしも報告されないため、把握が困難であった。日本生産性本部の2010年のメンタルヘルスの取り組みに関する企業へのアンケート調査では、メンタルヘルス施策の効果評価指標として、休職者の数の減少、再発率の低下、復職成功率の上昇、社内外の相談件数、従業員満足度の上昇、欠勤率の低下、離職率の低下、ミスや事故の減少、医療費の現象、顧客満足度の上昇などを指標のいずれかで評価したいかを尋ねている。それによると、休職者の数の減少94.4%、再発率の低下47.8%、復職成功率の上昇47.0%の企業が効果の評価指標として用いる意向を示していた。

ミスや事故の減少については、本調査でも回答欄を作成したが、「回答者である人事課職員は生産量や不良品の量の情報を得られない。」ため記載困難であるとのことであった。以上のことから、効果の指標として確実な数値が得られる指標は欠勤者数、欠勤日数である可能性が示された。これらの値は、実施前