

究は帝京大学医学部倫理委員会で承認後に実施された。

## 2. 治療プロトコール

治療は用法・用量：各抗うつ薬の最新の添付文書に従い用法・用量を守ることにした。薬剤による重篤な副作用が出現した場合は、ただちに服薬を中止し、データ解析からはその旨を記載した上で除外した。

SSRI, SNRI, NaSSAは単剤で十分量・十分期間の服薬を治療の原則とするので、クロスオーバー使用などはしないこととした。その他の薬剤を併用した場合には使用状況を調査票に記載した。

心理療法に関しては、患者には支持的に接しながら一般的な心理療法のみ行い、認知行動療法など専門的な心理療法は行わなかった。

評価時期は、治療開始時（休職開始時）、治療2・4・8・12週間後、復職時、復職2・4・8・12週間後を原則とした。ただし治療開始時、治療4週間後、治療8週間後、復職時は、質問紙評価のため必ず受診することにした。

復職の条件としては、1)勤務できるまでの状態に回復していると臨床像と質問紙結果から判断できること、2)本人に復職の自信があること、3)復職先の受け入れ態勢が整っていること、の3条件を必要とした。1番目の条件にある「勤務できるまでの状態」とは、100%の生産力を意味するのではなく、多少は生産力が落ちていたとしても規定の時間に出社して会社に滞在し、翌日に疲れを残さない状態までの回復を目安とした。必要があれば適宜、復職先の産業医と文書か電話で情報交換を行った。

## 3. 評価項目

上記評価時期に、17項目版ハミルトンうつ

病評価尺度（HAM-D）とSelf-rated Depression Scale (SDS)によりうつ病の重症度を調べた。

また脳卒中後うつの意欲低下などの評価によく用いられる「やる気スコア」と社会適応状態の評価に用いられているSocial Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)日本語版を併せて実施した。やる気スコアは42点満点で得点が低いほどやる気があることを意味し、SASSは60点満点で得点が高いほど社会適応度が良いことを意味した。どちらの質問紙も信頼性・妥当性が確認されている。

## 4. データ解析

すべてのデータ解析は統計解析プログラムSASを用いて行われた。今年度は症例の質問紙得点の単純集計のみを行い（代表値：平均値と標準偏差）、治療前後の質問紙得点の比較は対応のあるt検定をした。有意水準は $p < 0.05$ （両側）とした。

## C. 結果

研究対象者12人の平均年齢（標準偏差）は37.7 (8.3)歳で、レンジ（最小値-最大値）は28-55歳であった。性別は、男性9人で女性3人であった。診断名は、「大うつ病性障害」（ $n = 7$ ）と「その他のうつ病性障害」（ $n = 5$ ）であった（表1）。

職業は会社員8人、SE関連2人、運送業1人、公務員1人であった。外来受診となった職場ストレスを問診聞き取り調査したところ（複数回答可）、職場の対人関係（ $n = 6$ ）、仕事の量の問題（ $n = 4$ ）、仕事の質の問題（ $n = 3$ ）、特に思い当たる職版の問題なし（ $n = 2$ ）となった。

初診時（休職開始時）の質問紙の平均得点（標準偏差）[レンジ]は、ハミルトンうつ病評価尺度 21.2 (6.1) [14-39]、SDS

56.5 (8.1) [46-74]、やる気スコア 24.2 (7.6) [16-42]、SASS 28.1 (4.0) [18-32]であった。

平成24年1月31日現在で復職を果たした者が8人で、休職中の者は4人であった。復職者の平均休職期間（標準偏差）[レンジ]は3.3 (1.8) [2-7]ヶ月で、再休職となった者はいなかった。復職者の復職時の質問紙平均得点（標準偏差）[レンジ]は、ハミルトンうつ病評価尺度 8.1 (5.3) [0-15]、SDS 35.8 (9.0) [21-47]、やる気スコア 11.0 (5.2) [2-17]、SASS 39.8 (6.2) [35-53]であった。復職者の休職時と復職時との得点変化は、4質問紙とも有意 (all  $p < 0.001$ ) であった。

#### D. 考察

本研究ではうつ病（「大うつ病性障害」または「その他のうつ病性障害」）のため職場休職となった症例に対して、プロトコールにしたがった抗うつ薬による薬物療法を実施した。初年度の研究期間内に復職できた者は8人であったが、復職時には治療開始時と比べて、HAM-D、SDS、やる気スコア、SASSの有意な改善を認めた。HAM-D、SDS、やる気スケールは意欲を含む精神症状そのものを質問しているのに対し、SASSは対人関係に対する価値観や積極性など社会適応に関連する行動面の症状を質問している。SASSは、「周りの人たちはどのくらい頻繁にコミュニケーションを求めているか」、「周囲から受け入れられていない、疎外されていると感じるか」、「周りの環境を思うままに調整できるか」など、周囲の環境要因を評価する質問項目があるため、これらの情報は職場復帰にあたって重要な指標となる可能性がある。今回の職場復帰者の平均SSAS得点40点は、研究分担者らの先行研究<sup>2)</sup>の平均値

34点と比べて高めである（図1から4）。SSAS上では十分な社会適応度を回復した今回の復職者が、どのような経過をたどっていくのか次年度以降も継続して調べていきたい。

個別の症例を検討すると、例えば最短2ヶ月で復職した症例がいる一方、半年以上治療しても休職が続く症例もいる。前述の先行研究では、治療開始時に自殺念慮があり（HAM-D自殺項目2点）、復職まで1年間要しても、その後再発なく順調に仕事を続けた症例を経験している。したがって自殺念慮や治療期間の長さなどが円滑な復職を妨げるのか否か今後の研究で明らかにしていきたい。

本研究の難しさとして、復職可能な判断基準が一定の数値に変換できるような明確なものではなく、最終的には臨床評価に寄らざるを得ない部分が大きかった点が挙げられる。したがって復職開始時と治療開始時の比較は、本論文で示した質問紙得点の変化量だけで評価するのは危険であり、慎重な解釈が必要とされる。しかしながら、職場におけるメンタルヘルス対策の費用対効果分析をするためには、臨床データを何らかの形で定量的に示さなくてはならない。今後の課題として、復職先と連携した共同研究を実施し、その臨床的な知見を共有しながら、さらなる診療データを蓄積していきたい。

#### E. 結語

初年度の症例を収集中であるが、こうした症例検討研究だけでなく、次年度以降は某企業で導入した2年間のEmployee Assistance Program (EAP)プログラムの介入研究の追跡データ<sup>3)</sup>や公表されている国民統計データなども合わせて、職場でのうつ病や不安障害対策の費用対効果分析などを次年度以降も進めていきたい。

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

なし。

I. 文献

1) Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine.

BioPsychoSocial Medicine 2010 May 26;4(1):4 (e-Pub).

2) 中尾睦宏, 竹内武昭, 天野雄一, 伊藤克人. 抗うつ薬ミルナシプランによるうつ病治療と職場復帰: 再休職になった者とそうでない者との比較. 日本心療内科学会誌 14:129-135, 2010.

3) Nakao M, Nishikitani M, Shima S, Yano E. A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. International Archives of Occupational and Environmental Health 81:151-157, 2007.

表1. 本研究の症例の治療経過

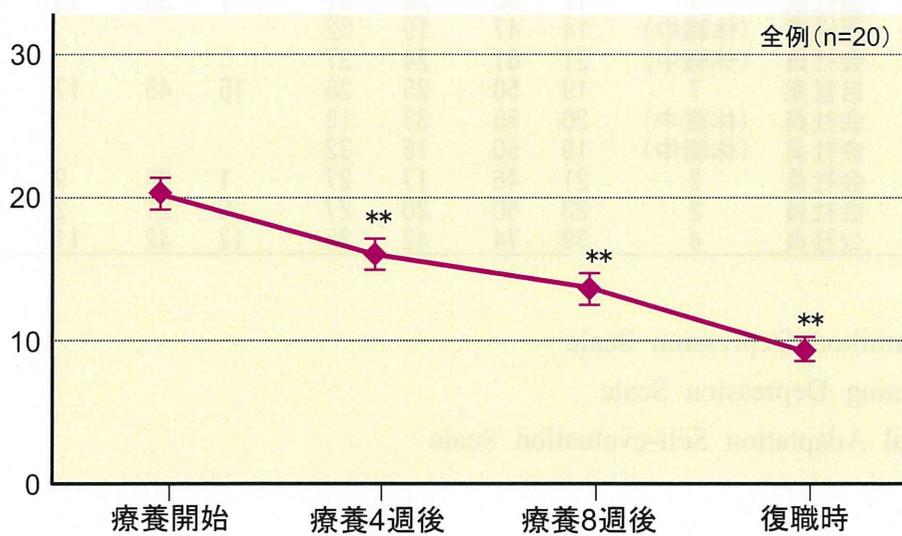
症例	年齢	性別	職業	治療開始時				復職後				
				休職期間	HAM-D	SDS	無気力 SASS	HAM-D	SDS	無気力 SASS		
1	28	男	会社員	3	22	59	27	28	9	47	16	33
2	29	男	会社員	3	19	53	18	32	12	35	12	38
3	32	男	SE関連	2	20	58	21	30	9	35	6	42
4	33	女	会社員	3	17	55	28	31	7	35	15	35
5	33	男	運送業	(休職中)	14	47	19	32				
6	33	女	会社員	(休職中)	21	61	24	27				
7	38	女	自営業	7	19	50	25	28	15	45	17	36
8	38	男	会社員	(休職中)	20	65	33	18				
9	40	男	会社員	(休職中)	19	50	16	32				
10	43	男	会社員	2	21	46	17	27	1	26	9	40
11	50	男	会社員	2	23	60	20	27	0	21	2	53
12	55	男	公務員	4	39	74	42	25	12	42	11	41

HAM-D: Hamilton Depression Scale

SDS: Self-rating Depression Scale

SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale

図1. 先行研究<sup>2)</sup>における長期休職うつ病患者のHAM-D得点変化  
(平均±標準誤差)



\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  (治療開始時とWilcoxon signed rank sum testで比較)

図2. 先行研究<sup>2)</sup>における長期休職うつ病患者のSDS得点変化  
(平均±標準誤差)

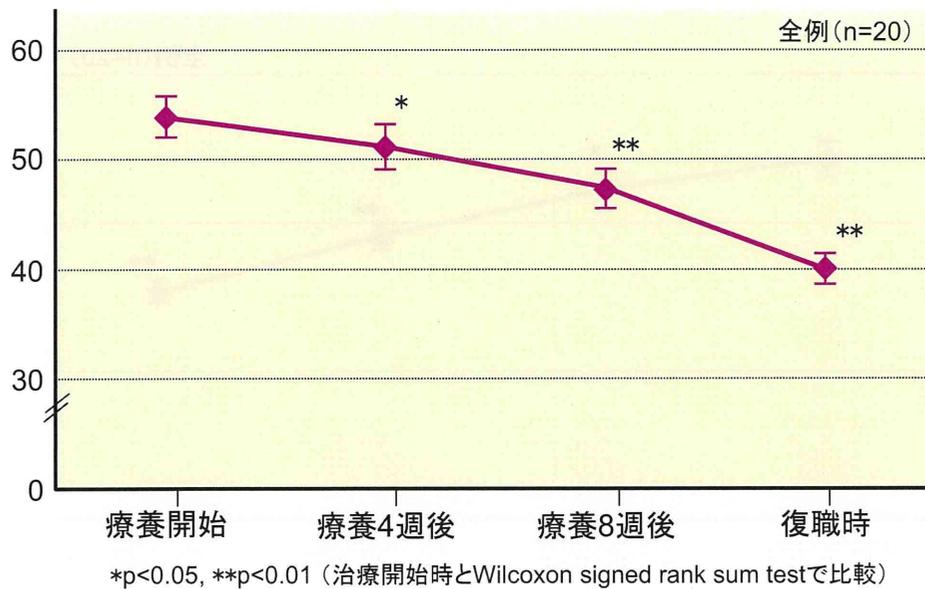


図3. 先行研究<sup>2)</sup>における長期休職うつ病患者のやる気スコア得点変化  
(平均±標準誤差)

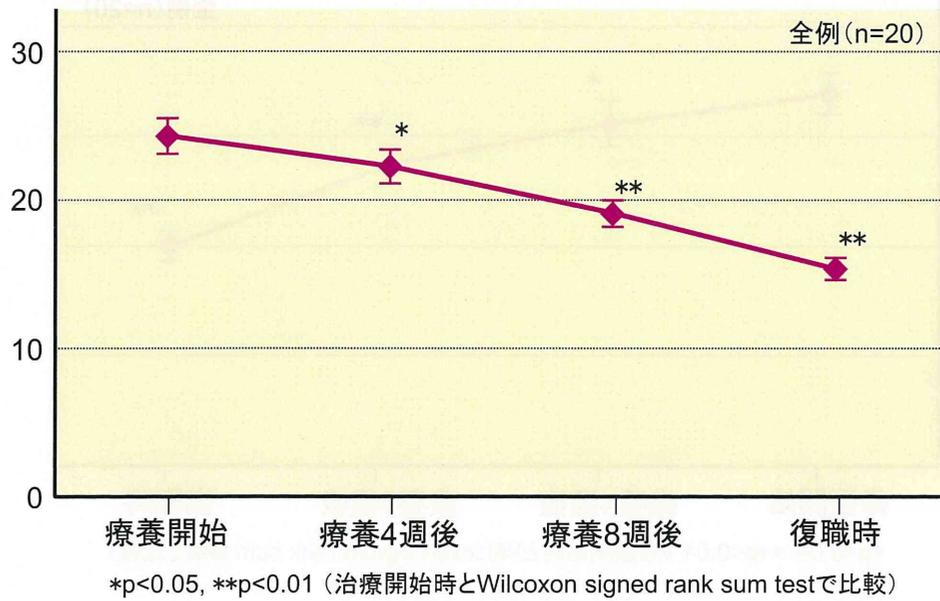
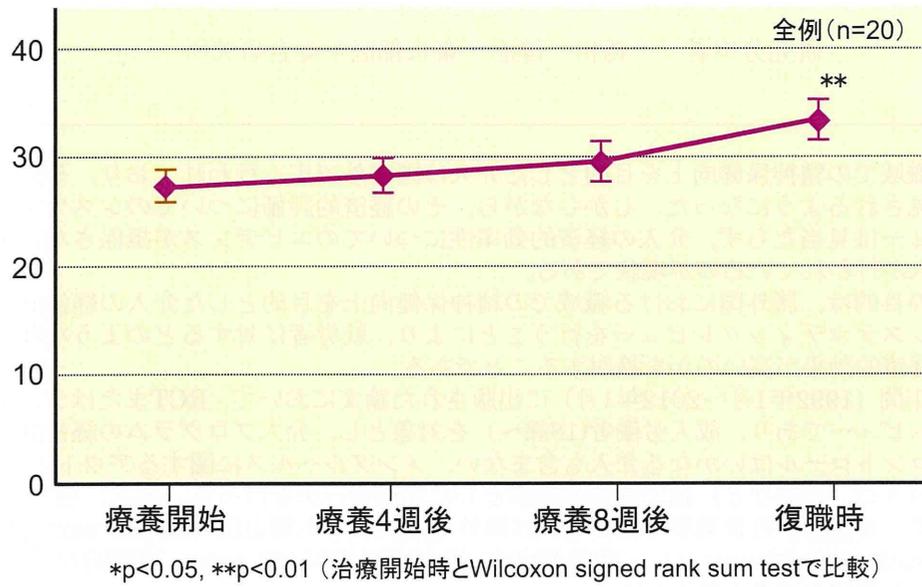


図4. 先行研究<sup>2)</sup>における長期休職うつ病患者のSASS得点変化  
(平均±標準誤差)



## 諸外国における職域精神保健対策の 効果とコストの分析

研究分担者 西田 淳志 東京都医学総合研究所

### 研究要旨

近年、職域での精神保健向上を目的とした介入は国内外で広く行われており、そのレビューも散見されるようになった。しかしながら、その経済的評価についてのシステマティックレビューは見当たらず、介入の経済的効率性についてのエビデンスが担保されないまま様々な介入が行われているのが現状である。

本研究の目的は、諸外国における職域での精神保健向上を目的とした介入の経済的評価についてシステマティックレビューを行うことにより、就労者に対するどのような種類の介入が、経済的効果が高いのかを検討することである。

最近20年間（1992年1月～2012年1月）に出版された論文において、RCTまたはシステマティックレビューであり、成人労働者（18歳～）を対象とし、介入プログラムの経済的評価を含み、コントロールはいかなる介入も含まない、メンタルヘルスに関するアウトカム評価を含む（うつ、不安など）論文を包含基準とした文献サーチを行った。また、包含基準を満たさず、対象者が自営業者であるものは除外した。コスト測定法（health care perspective, social perspectiveなど）、効果測定法（QALYs, SCL-90 score, HRSDなど）、および経済的評価の結果を抽出した。

包含基準を満たす文献は9件であり、介入後の評価にはN = 2,685名の労働者が含まれた。選出された論文の内、1件はレビュー論文であった。介入のタイプは、職場の関与の度合いと介入場所によって大別すると、A：職場からの主体的な働きかけがなく、職場外で行われる介入、B：職場からの主体的な働きかけにより、職場外で行われる介入、C：職場からの主体的な働きかけにより、職場で行われる介入の3タイプに分類された。このうち、最も多く行われているものはAタイプの「職場からの主体的な働きかけがなく、職場外で行われる介入」（4件）であり、精神保健を促進する効果が高いのはBタイプ「職場からの主体的な働きかけにより、職場外で行われる介入」（1件）、およびCタイプ（3件）「職場からの主体的な働きかけにより、職場で行われる介入」であることが示唆された。コストに関しては、精神保健サービス利用を含むものと含まないもの、職場における生産性を含むものと含まないもの、など研究によって測定法が異なるため、研究の特性に配慮した結果の統合が求められる。

### <研究協力者>

安藤 俊太郎

東京都医学総合研究所

井上 直美

東京都医学総合研究所

瀧本 里香

東京都医学総合研究所

### A. 本研究の目的

精神疾患は生活に大きな影響を与える疾患であることが知られている。特に勤労者の多い15～44歳のグループにおいては、うつ病による生活への負担は全疾患中最も大きく、躁うつ病や統合失調症など計4つの精神疾患が、負担原因となる上位10疾患の中に入っている。

うつ病による影響は心理的・身体的なものにとどまらず、就労不能日数へも大きな影響を与える。米国では、うつ病は年間20

00万日分の就労短縮, 4万日分の就労不能を  
起こすと推定されており, その影響は年間1  
70億ドル分の就労喪失であり, 全体では43  
7億ドルのコストがかかると言われている。

こうした背景のもと, 近年, 就労能力と  
うつ病との関係が注目されるようになって  
きた。勤労者の精神的健康の向上を目的と  
した介入研究が国内外で行われ, そのレビ  
ューも散見されるようになった。しかし,  
それらの介入の経済的効果についてのシス  
テマティックレビューは見当たらず, 介入  
の経済的効率性についてのエビデンスが担  
保されていない状況で, 様々な介入が手探  
りで行われているのが現状である。

そこで, 本研究の目的は, 勤労者を対象  
に精神的健康改善をアウトカム指標として  
用いている介入の経済的評価研究を系統的  
にレビューすることにより, 勤労者に対す  
るどのような介入が経済的効果が高いのか  
を検討することである。

## B. 方法

### 研究デザイン

学術誌に出版されている先行研究の系統  
的レビュー。

### 電子データベースを用いた文献検索

電子データベースは, PubMed, PsycIN  
FO, Web of Scienceの3つを用いた。

検索には, MeSH (Medical Subject  
Headings) とテキストワードの両方を用い  
て行った。検索に用いたキーワードは以下  
のものである (\* : truncation)。

①アウトカム (精神的健康) : Depress\*,  
Anxi\*, Psych\*, Health, Symptom\*, Well\*,  
Emotion\*, Distress\*

②対象者 : Organi\*ation\*, Employ\*,  
Business\*, Work\*, Job, Labor/Labour,

Corporat\*, Occupation\*, Manage\*

③介入 : Effect, Control, Eval\*, Program,  
Occup\*, Prevent\*, Protect\*, intervention

④研究デザイン : Experimental, Quasi,  
Randomized Controlled Trial (RCT),  
Controlled clinical trial, Random\*trial

⑤アウトカム (コスト) : cost-effectiveness,  
cost-utility, cost-benefit, Economic  
Evaluation\*

### 手作業による関連雑誌からの文献検索

電子データベース検索に加え, 本研究に  
関連が深いと思われる以下の雑誌から, 文  
献を手作業で検索した。

①Journal of Occupational Health Psych  
ology

②Journal of Occupational & Environm  
ental Medicine

③Journal of Occupational and Organiz  
ational Psychology

④Occupational Medicine

⑤Scandinavian Journal of Work, Envir  
onment & Health

⑥Work & Stress

### 包含基準と除外基準

包含基準は以下の通りとした。

①最近20年間 (1992年1月~2012年1月) に  
出版された論文である

②RCTまたはシステマティックレビューで  
ある

③成人労働者を対象としている (18才~)

④介入プログラムの経済的評価を含む

⑤メンタルヘルスに関するアウトカム評価  
(うつ, 不安など) を含む。

除外基準は以下の通りとした。

①対象者が自営業者である

②勤労者に対する直接の介入を伴わない

③介入方法が薬物療法のみであるもの

なお、文献に使用されている言語による除外基準は設けず、全ての言語による文献を対象とした。

#### 文献の選定手順

1人の研究者(NI)が、全文献タイトルの中から、本研究の包含基準に合致する可能性のある研究を選定した。別の研究者(RT)が全文献タイトルのうち10%のランダムサンプルを独立にスクリーニングし、選定の合致率を検定した。

次に、タイトルによって選定された文献の抄録を1人の研究者(NI)がスクリーニングし、本研究に合致する可能性のある文献を選定し、それらについては本文全文を取り寄せた。

本文が取り寄せられた文献については、2人の研究者(NIとRT)が独立して本研究の包含基準、除外基準への合致を判定した。不一致の場合はディスカッションを行い、必要な場合には第3の研究者(SA)を交えて適否を決定した。

選定によって含まれた論文から、データ抽出を2人の研究者(NI and RT)が独立して行った。不一致の場合はディスカッションを行い、必要な場合には第3の研究者(SA)を交えて抽出データを決定した。

#### 研究の質の評価

各研究のデザインの質を、チェックリスト(Cochrane checklist)を用いて評価した。また、各研究の経済的評価研究の質を、チェックリスト(19-item CHEC-list)を用いて評価した。2人のレビューアー間の選定と評価の不一致を確認し解決した。

### C. 結果

#### 文献の検索、選定

文献検索は、2012年2月1日に行われた。文献選定のフローチャートを図1に示す。

電子データベースを用いた検索により、PubMedから163件、PsycINFOから49件、Web of Scienceから74件の文献が得られた。そして、手作業による関連雑誌からの検索により、18件の文献が得られた。ここから重複している文献を除くと274件の文献が残った。

この274の文献についてタイトルのスクリーニングを行った。10%のランダムサンプルを用いて2人の研究者の選定の一致率を調べたところ、29件/30件中(96.7%)であった。タイトル、抄録による選定の結果、40の本研究に関連可能性のある文献が残った。

選定された40の文献について、本文を検討した結果、9つの文献が残った。

この9つの文献のうち、1つは介入方法が薬物療法のみであったため、除外した。含まれていた研究の参考文献リストから、1つの研究がさらに合致する研究として含まれ、システマティックレビュー1つを含む合計9つの研究が最終的に選定された。

#### 選定された研究の概要

表1に、システマティックレビュー以外の選定された文献の概要を示す。8つのRCTのうち、6つは米国で、2つはオランダで施行されたものであった。

介入の種類は、大きく3つに分類することができた。

A：職場からの主体的な働きかけがなく、職場外で行われる介入

B：職場からの主体的な働きかけにより、職場外で行われる介入

C：職場からの主体的な働きかけにより、職場で行われる介入

それぞれのタイプの介入について、1つ

ずつ研究を紹介する。

①Aの例 (Brouwers et al., 2006) :

オランダの一般医でリクルートされた傷病手当を受給中の感情障害、または、軽度精神障害を抱える患者の休職期間を減らすために、ソーシャルワーカーが構造的介入(10週間の行動活性化プログラムと個人セッション)を行った群(N = 98)と、通常治療群(N = 96)との経済的効果を比較した。18カ月後における医療費、休職期間、精神的健康の改善度に関して、両群間に有意差は認められなかった。また、通常治療に比べ、コスト・エフェクティブでもなかった。効果に有意差が出なかったことから、おそらく、軽症の精神疾患を抱える患者の休職期間を減らすためのプログラムは、一般医よりも、職場に近いところで(例えば、産業医など)実施されるべきであると考察されている。

②Bの例 (Wang et al. 2007) :

アメリカの大企業において重度うつ病の勤労者に対し、電話とケアマネジメント・プログラムによって外来治療(心理療法ならびに/または抗うつ剤による治療、外来治療に消極的な者に対しては電話による認知行動療法)を促進した群(N = 304)と、コントロール群(N = 300)との雇用者に与える経済的効果を検討した。12カ月後時点において、介入群では精神的健康が改善するだけでなく、職場における生産性が顕著に向上することが明らかになった。このことから、うつ病の勤労者に対するアウトリーチ・プログラムへの投資は、復職、復職訓練、賃金等のコストを鑑みた場合、雇用者にとって投資するだけのリターンがあることが示唆された。

③Cの例 (Rahe et al. 2002) :

コンピュータ部品製造会社と市役所職員(N = 501)に対し、質問紙の回答への個

別フィードバックを小グループの教育的セッション(2週間に1回、互いにレビューし意見を交わす等)によって3カ月間行った『フル介入群』と、質問紙の回答への個別フィードバックをメールで返送した『部分介入群』、および『待機群』との間で経済的効果を比較した。12カ月後には全ての群において、ストレス、不安、コーピング能力の改善がみられた。フル介入群では、他の2つの群よりもストレスに対するコーピング能力の改善が早く認められ、ヘルスケアセンターの利用が34%減少した。これらのことより、職場内でストレスや不安に対する介入、および小グループによる教育的セッションを行うことは、疾病やヘルスケアサービスの利用を減少させることが示唆された。

#### 選定された研究の質

選定された研究のRCT研究としての質にはばらつきが目立った。半数の研究が6割以上の基準を満たしていたが、2つの研究は、基準の3分の1しか満たしていなかった。

選定された研究の経済評価研究としての質は概ね高かった。1つの研究(Rahe et al. 2002)を除き、殆どの研究が6割以上の基準を満たしていた。

#### 介入が精神的健康に与える効果

1つの研究(Brouwers et al. 2007)を除く全ての研究において、少なくとも subgroup における精神的健康への改善効果がみとめられた。

#### 介入の経済的効果

6つの研究において、介入はコストも減少させるという結果が得られた。コストの測定法は一定しておらず、ヘルスケア利用コストを測定に含む研究と、仕事における生

産性のみを測定している研究に分かれていた。

#### D. 考察

本研究では、システマティックレビューにより、勤労者に対する介入の精神的健康に与える影響および経済的効率性を検討しているRCT研究を網羅した。その結果、近年でもそのようなRCT研究は非常に少なく、またごく一部の限られた国でのみ行われていることが分かった。

本レビューに含まれた研究の中で、最も多くみられた介入のタイプは「職場からの主体的な働きかけがなく、職場外で行われる介入」(4件)であった。次によくみられたのは、「職場からの主体的な働きかけにより、職場で行われる介入」(3件)であり、「職場からの主体的な働きかけにより、職場外で行われる介入」はわずかに1件のみであった。

介入によるコストへの影響は、研究ごとに測定法が一定しておらず、解釈に注意が必要である。しかし、仕事の生産性を測定した研究においては、介入によってコストが増えたとする研究は見当たらなかった。しかし、ヘルスケア利用のコストを測定に含む研究に関しては、介入によるコストへの影響は一定しておらず、今後その理由についての詳細な検討が必要である。

本研究では、レビューに含まれた研究数が少なかった。そのため、以下の作業を追加して行い、未発表の研究や検索から漏れた研究を網羅する必要があると考える。

- ①検索データベースの追加
- ②先行のレビュー論文、および先行研究のreference listsのチェック
- ③選出された文献が引用されている文献のチェック
- ④選出された文献の第一著者、介入プロデ

ューサー、その他専門家へのコンタクト

これらの作業を経て、最終的にデータの統合を行う予定である。データの統合には、順列表示(permutation matrix)を用いるが、その際、介入のタイプ、コスト測定法によって結果別々に統合する必要がある可能性がある。

#### E. 結語

うつ病等に罹患した勤労者への介入の経済的評価研究は乏しく、限られた国でしか施行されていない。より網羅的な研究の収集のため、データベースの追加等の手法が必要である。

レビューに含まれた研究の介入のタイプやコストの測定法は様々であり、その経済的効率性を結論づけるためには、研究の特性に配慮した慎重なエビデンスの統合が求められる。

#### 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

なし。

#### I. 文献

1. WHO, The Global burden of disease 2004 update, 2004.
2. Rost, K., J.L. Smith, and M. Dick

- inson, *The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity: A Randomized Trial*. Medical Care, 2004. 42(12): p. 1202-1210.
3. Brouwers, E.P.M., et al., *Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial*. European Journal of Public Health, 2007. 17(2): p. 214-220.
  4. McDaid, D. and A.L. Park, *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*. Health Promotion International, 2011. 26: p. I108-I139.
  5. Milani, R.V. and C.J. Lavie, *Impact of worksite wellness intervention on cardiac risk factors and one-year health care costs*. Am J Cardiol, 2009. 104(10): p. 1389-92.
  6. Palumbo, M.V., et al., *Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study*. Appl Nurs Res, 2010.
  7. Rahe, R.H., et al., *A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization*. Psychosom Med, 2002. 64(2): p. 278-86.
  8. Schene, A.H., et al., *Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation*. Psychol Med, 2007. 37(3): p. 351-62.
  9. Wang, P.S., 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): p. 1401-11.
  10. Wells, K.B., et al., *Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder*. Psychiatr Serv, 2007. 58(10): p. 1269-78.

図1 文献選定のフローチャート

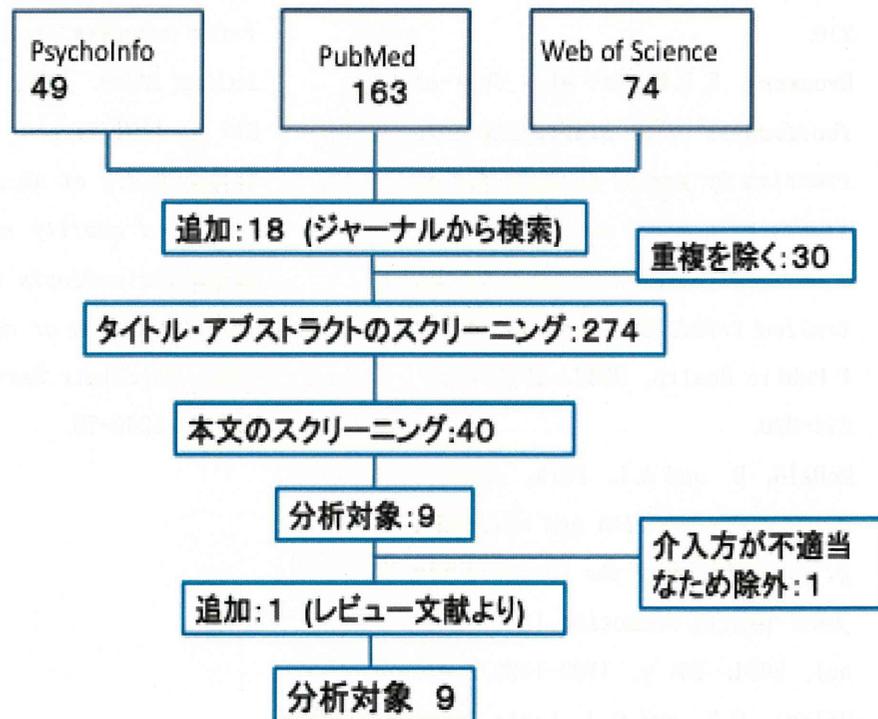


表1. 選定された文献の概要

reference 国名	対象(N)	介入の タイプ*	介入場所	介入方法	介入者	アウトカム指標 (精神的健康)	アウトカム指標 (コスト)
Palumbo, et al. 2012 USA	40才以上の看護師 (11) 介入群 (6) vs 対照群(5)	C	職場内(大学病院)	Tai-Chi(太極拳)	Tai-Chi インストラクター	SF36 NSS (nursing stress scaale)	作業効率・生産性 予定外の欠勤日数
Milani, et. al. 2009 USA	企業労働者とその配偶者 (339) 介入群 (185) vs 通常治療群 (154)	C	職場内	CRET(心疾患リハビリ・エクササイズ・トレーニング)による包括的なケア(心理教育, 栄養指導, 禁煙, カウンセリング, 運動など)	CRETスタッフ	SF-36 Kellner symptom Questionnaire	医療費請求額
Brouwers, et al. 2007 オランダ	軽症の精神疾患のため休職中の一般医 受診患者 (194) 介入群 (98) vs 通常治療群 (96)	A	一般医	ソーシャルワーカーによる行動活性化、問題解決アプローチ、10週間で5回の個人セッション	ソーシャルワーカー	SF-36中のMCS (Mental Component Summary score)	ヘルスケアコスト Fiction Cost Method
Schene, et al. 2007 オランダ	うつ病の成人 (62) 介入群 (30) vs 通常治療群 (32)	A	大学院精神科	通常治療に加え、アセスメント(4週)・治療(24週)・フォローアップ(24週)から成る作業療法プログラム	作業療法士(過去5年間のパイロットで開発されたマニュアル有)	BDI (Beck Depression Inventory) QOS (Questionnaire Organization stress)	仕事再開までの期間、 働いた時間、2日(または週16時間)働けた人数の比率、メンタルヘルスケア・コスト
Wang, et al. 2007 USA	多業種の勤労者 (604) 介入群 (304) vs 通常治療群 (300)	B	職場内(大規模企業)	電話によるうつのスクリーニング+ケアマネージャーのアウトリーチ支援	ケアマネージャー	QIDS(簡易うつ症状インベントリー)	HPQ (Health and Productivity Questionnaire/WHO)
Wells K,B et al. 2007 USA	一般医を受診しているうつ病患者(746: 就労=477)、閾値下うつ病患者(502: 就労=325)	A	46か所の一般医	うつ病マネジメントの教育、薬物療法マネジメントを援助する資料	一般医のスタッフ	うつによる精神的負担の あった日数	就労日数 QALY-SF、QALY-DB
Rost, et al. 2004 USA	勤労者であるうつ病患者 (326) 介入群(158) vs 通常治療 (168)	A	一般医	24ヶ月間の重点ケア(充実した/重点的なケア・ガイドラインに基づく薬物療法または心理療法)	重点ケア治療者、ケアマネージャー	CES-D, SF-36	作業効率・生産性 傷病休暇 フルタイムの1日あたりの賃金
Rahe, et al. 2002 USA	コンピュータ部品製造会社社員と市役所 職員 (501) 介入・部分介入・介入なし、の3群比較	C	職場内(コンピュータ部品製造会社2か所+市役所の3ヶ所)	小グループによる教育的なセッション1回/2週間 3ヶ月間	精神科医と看護師	SCI (Stress and Coping Inventory) STAI(Anxi), QHRQ(Health Report Q)	ヘルスケアセンター利用率 インストラクター料金

\* = A: 職場からの主体的な働きかけがなく、職場外で行われる介入 B: 職場からの主体的な働きかけにより、職場外で行われる介入 C: 職場からの主体的な働きかけにより、職場で行われる介入

表2. RCT研究の結果と研究の質

Reference 国名	結果 (精神的健康)	結果 (コスト)	RCT quality	CHEC
Palumbo, et al. 2012 USA	+	-	2/6	15/19
Milani, et. al. 2009 USA	+	-	5/6	14/19
Brouwers, et al. 2007 オランダ	ns*	ns	5/6	16/19
Schene, et al. 2007 オランダ	+	-	4/6	14/19
Wang, et al. 2007 USA	+	-	4/(5)	12/19
Wells K,B et al. 2007 USA	ns subgroupでのみ +	-	3/6	14/19
Rost, et al. 2004 USA	+	-	2/6	15/19
Rahe, et al. 2002 USA	+	+	3/6	8/19

\*non significance (有意差なし)

+: 精神的健康の改善、コストの増加    -: 精神的健康の悪化、コストの減少

## 職場のメンタルヘルス対策の実情と費用

研究分担者 原谷 隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ 部長

### 研究要旨

職場のメンタルヘルス対策の実情と費用を明らかにすることを目的として、関連する文献、資料等を収集し、内容を検討した。今年度は職場のメンタルヘルス対策に関連する厚生労働省の動向、事業、企業の実態調査、対策の費用を調査した。

職場のメンタルヘルス対策は、労働安全衛生の重要課題となり、心の健康の保持増進から職場復帰支援まで多様なメンタルヘルス対策が推進されている。最近は、一般定期健康診断時にストレスに関連する労働者の症状・不調を医師が確認し、必要な労働者に産業医等が面接を行う新たな枠組みの導入が提言されている。

職場のメンタルヘルス対策に関連する厚生労働省の事業として、ポータルサイト事業「心の耳」、メンタルヘルス対策支援センター事業により、情報提供や相談、支援等のサービスを実施し、職場のメンタルヘルス対策を促進している。また、精神障害者の雇用を促進・安定するために、精神障害者等ステップアップ奨励金、精神障害者雇用安定奨励金が支給されている。

職場のメンタルヘルス対策は、大規模な事業所では実施率が高いが、小規模になると実施率が減少した。対策の内容は、教育・研修、相談、職場復帰が多く、ストレスチェック・心の健康診断も比較的多かった。一次予防から三次予防まで幅広い対策が実施されていた。

日本経済団体連合会の福利厚生費調査によると、2010年度の従業員1人1ヵ月当たりの法定福利費74,493円、法定外福利費25,583円であった。法定外福利費の中で医療・健康は2,882円であり、内訳は医療・保健衛生施設運営2,031円、ヘルスケアサポート851円であった。福利費は1970年代から増加し、法定福利費の負担が増えているが、法定外福利費は1996年度の29,765円をピークに減少傾向にある。中災防のメンタルヘルス対策セミナーは、一般正規料金で7,000円～34,000円、賛助会員割引料金で3,000円～18,000円である。中災防の講師派遣は、講義実習1科目90分までで、賛助会員割引料金（中小規模事業場）47,300円～一般正規料金94,500円である。中災防のヘルスアドバイスサービスは、総合版91項目で賛助会員1,000名以上756円/名～一般10～999名945円/名、メンタルヘルス版58項目で賛助会員1,000名以上504円/名～一般10～999名630円/名である。JMI健康調査は400項目に及ぶ調査であり、一人あたりの単価は、一般企業・団体3,045円、生産性本部賛助会員2,730円、メンタルヘルス利用会員2,520円であり、メンタルヘルス利用会員の4回目以降は2,362円となる。

従業員の福利厚生としてのメンタルヘルス対策には限界がある。費用対効果の優れたメンタルヘルス対策であれば、従業員の福利厚生ではなく企業の投資となり、投資金額以上のリターンが期待できる。労働者のメンタルヘルス対策は、労働者の健康への投資になり、経済的損失の削減だけではなく、業績向上への貢献も期待することが可能である。

### A. 本研究の目的

本研究の目的は、職場のメンタルヘルス対策に関する国や企業の実情と費用を明らかにすることである。

に関連する文献、資料等を収集し、内容を

検討した。今年度は厚生労働省の動向、事業、職場のメンタルヘルス対策の実態調査、メンタルヘルス対策の費用を調査した。

### B. 方法

職場のメンタルヘルス対策の実情と費用

### C. 結果

1. の職場のメンタルヘルス対策に関する

## 厚生労働省の動向

職場のメンタルヘルス対策は、労働安全衛生の重要課題となっている。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針の策定について」（平成12年8月9日付け基発第522号の2）に基づき職場のメンタルヘルス対策を推進してきたが、事業場におけるメンタルヘルス対策の適切かつ有効な実施をさらに推進するために見直しを行い、新たに「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月31日付け健康保持増進のための指針公示第3号）を策定し、旧指針を廃止した。職場のメンタルヘルス対策に関連する通達として、「労働者の心の健康の保持増進のための指針について」（平成18年3月31日付け基発第0331001号）、「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」（平成21年3月26日付け基発第0326002号）、「改訂版『心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き』の送付について」（平成21年3月23日付け基安労発第0323001号）がある。

平成22年9月7日に厚生労働省労働基準局は「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」を公表した。報告書では、労働者のプライバシーが保護されること、労働者が健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇等で不利益を被らないこと等を基本的な方針として、労働者のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげるために以下のような新たな枠組を導入することが適当との結論を示した。

1. 一般定期健康診断に併せ、ストレスに関連する労働者の症状・不調を医師が確認する。
2. 面接が必要とされた労働者は産業医等と面接を行う。その際は、上記ストレスに関連する症状や不調の状況、面接が必要かについて事業者には知らせない。

3. 産業医等は労働者との面接の結果、必要と判断した場合は労働者の同意を得て、事業者に時間外労働の制限や作業の転換などについて意見を述べる。

4. 事業者は、労働時間の短縮等を行う場合には、産業医等の意見を労働者に明示し、了解を得るための話し合いを行う。

独立行政法人労働安全衛生総合研究所は、厚生労働省からの要請を受け、労働者のストレスに関する症状・不調を適切かつ簡便に確認するための標準的な項目を検討し、平成22年10月に「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究報告書」を公表した。職業性ストレス簡易調査票のストレス反応29項目の中から、「抑うつ」、「不安」、「疲労」を各3項目、合計9項目を選び、標準的な確認項目（質問）とした。

独立行政法人労働安全衛生総合研究所は、平成23年10月に行政要請研究報告書「ストレスに関連する症状不調の確認項目の試行的実施」を公表した。「ストレスに関連する症状・不調の9項目」を含む質問票調査を実施し、妥当性等を検討した。平成23年6月に調査会社のモニターから抽出した4,000名の労働者を対象に、自記式質問票を用いた郵送による横断調査を行い、2,605名の有効回答を分析した。高ストレス者を判定するための尺度別カットオフ基準（疲労12点、不安11点以上、抑うつ10点以上）に該当する者は、疲労で3.1%、不安で4.0%、抑うつで8.5%であり、いずれか1尺度でも該当する「高ストレス者」は全体で10.6%、男性11.0%、女性10.2%であった。

2. 職場のメンタルヘルス対策に関連する厚生労働省の事業

1) 職域対象のメンタルヘルス対策についてのポータルサイト事業「心の耳」

メンタルヘルスに関する様々な情報を提供し、職場のメンタルヘルス対策の促進を行うことを目的とする。本事業の目的を達成するため、厚生労働省のホームページ上に、職場におけるメンタルヘルス対策に係るポータルサイトを設置し、事業者、産業医、衛生管理者等の産業保健スタッフ、労働者やその家族に対して職場のメンタルヘルスに関する様々な情報をインターネットを通じて提供する。「新着情報」、「各種リーフレット」、「メンタルヘルス対策の基礎知識」、「悩みを乗り越えた方の体験談」、「各種研修の案内」等の総合的な情報提供やメール相談サービス等を実施している。東日本大震災により被災された方への「こころのケア」等の情報も提供している。

予算金額は、H21年度74百万円、H22年度65百万円、H23年度61百万円、H24年度要求61百万円である。

## 2) メンタルヘルス対策支援センター事業

メンタルヘルス対策の専門家による相談対応、個別事業場に対する訪問支援を実施し、職場のメンタルヘルス対策の促進を行うことを目的とする。本事業の目標を達成するため、事業者、産業医、衛生管理者等の産業保健スタッフからの相談への対応、専門家による個別事業場への訪問支援、管理監督者に対する教育、職場復帰プログラムの作成支援等、メンタルヘルス不調の予防から、不調者の早期発見と適切な対応、休業者の職場復帰に至るまで事業者の取り組むメンタルヘルス対策を総合的に支援する。地域における職場のメンタルヘルス対策の中核的機関として全国47都道府県に設置している。電話相談、訪問支援等、メンタルヘルス不調の予防から復職支援まで、事業者の取り組む職場のメンタルヘルス対

策を無料で総合的に支援している。

予算金額は、H20年度1億25百万円、H21年度4億70百万円、H22年度4億94百万円、H23年度12億93百万円、H24年度要求12億63百万円である。

## 3) 精神障害者等ステップアップ奨励金

精神障害者の特性を踏まえ一定の期間をかけて段階的に就業時間を延長しながら、常用雇用への移行を促進する。精神障害者は就業が可能であっても、直ちには一般被保険者の適用となる20時間以上働くことが困難な者が多いこと、事業主側にとっては一定程度の期間をかけて精神障害者の特性を理解する必要があることから、精神障害者の障害特性に応じた支援策として、1週間の就業時間10時間以上20時間未満の短時間就業から始め、1年間程度かけて20時間以上の就業を目指す。奨励金は短時間就業を実施している期間中、対象障害者1人当たり月2万5千円を支給する。

予算金額は、H20年度71百万円、H21年度2億03百万円、H22年度2億12百万円、H23年度1億99百万円、H24年度要求1億23百万円である。

## 4) 精神障害者雇用安定奨励金

企業内における精神障害者について理解する体制作りを促進し、精神障害者の一層の雇用促進、さらには職場定着を図る。精神障害者の雇用の促進・安定を図るため、カウンセリング体制の整備等、精神障害者が働きやすい職場づくりに努めた企業に対する奨励金である。

精神障害者に対するカウンセリング等を行う精神保健福祉士等を新たに雇用又は委嘱した場合：雇用1人当たり年180万円を上限、委嘱1人当たり1回1万円。

社内の専門人材を養成するため、従業員