

表2 変数間のスピアマンの相関係数

	メンタル不調 者率	休職者率	対象従業員 1人あたり 平均欠勤日数	1人あたり 費用 円	1人あたり 休業者 の出勤に よる便益	1人あたり 不調者 の出勤に よる便益	1人あたり 便益	便益合計	純便益	ROI
一次予防対策実施割合	.633	.661	.330	.152	.099	.610	.268	.675	.236	.413
	.000	.000	.075	.416	.594	.000	.144	.000	.202	.026
二次予防対策実施割合	.498	.378	.260	.171	.190	.362	.190	.694	.103	.177
	.004	.036	.164	.358	.306	.045	.307	.000	.580	.358
三次予防対策実施割合	.785	.631	.376	.407	.391	.673	.573	.646	.516	.328
	.000	.000	.041	.023	.030	.000	.001	.000	.003	.082
休職前対策実施割合	.525	.553	.351	.329	.236	.611	.361	.592	.308	.205
	.002	.001	.057	.071	.202	.000	.046	.000	.092	.286
休職中対策実施割合	.716	.633	.344	.414	.396	.629	.648	.379	.593	.490
	.000	.000	.063	.021	.027	.000	.000	.036	.000	.007
復職前対策実施割合	.697	.591	.358	.234	.315	.587	.482	.547	.506	.405
	.000	.000	.052	.204	.084	.001	.006	.001	.004	.029
復職後対策実施割合	.626	.366	.156	.403	.374	.430	.510	.525	.376	.105
	.000	.043	.409	.025	.038	.016	.003	.002	.037	.587
対策平均実施割合	.752	.647	.320	.345	.313	.662	.432	.795	.353	.304
	.000	.000	.084	.058	.087	.000	.015	.000	.051	.109
外部委託対策数	.244	.322	.219	.199	.196	.329	.146	.408	-.126	.155
	.202	.089	.263	.300	.309	.082	.451	.028	.513	.440
産業医従事時間年	.135	.069	.149	.539	.027	.133	-.041	.544	-.350	-.226
	.492	.729	.458	.003	.890	.500	.835	.003	.068	.256
保健師看護師従事時間年	.417	.395	-.024	.343	.170	.493	.232	.659	.256	.115
	.048	.062	.915	.109	.437	.017	.286	.001	.238	.611
その他職種従事時間年	-.288	-.077	-.009	-.061	-.216	-.184	-.348	-.157	-.312	.062
	.163	.713	.965	.770	.300	.380	.088	.453	.128	.772
衛生委員会活動時間年	.237	.102	.245	.481	.055	.156	.048	.174	-.180	-.177
委員数	.216	.598	.210	.008	.779	.418	.805	.367	.350	.368
審議会活動時間年委員数	.284	.378	.022	.358	.144	.375	.154	.492	.111	.015
	.144	.047	.914	.061	.465	.049	.433	.008	.574	.940
管理職による面談時間年	.290	.196	.223	.157	.060	.105	.115	-.008	.113	.252
	.159	.347	.295	.453	.777	.616	.585	.969	.592	.235
労務人事担当者による面談時間年	.092	.049	.113	-.100	-.193	-.033	-.149	-.032	.057	.272
	.661	.816	.600	.636	.354	.874	.478	.880	.787	.198
労務費円	.225	.208	-.057	.675	.476	.242	.253	.667	-.054	-.265
	.249	.289	.776	.000	.011	.214	.194	.000	.784	.172
外部委託費円	.118	.047	.207	.400	.126	.182	.094	.354	-.270	-.156
	.541	.808	.291	.031	.516	.344	.628	.059	.156	.420
材料費経費円	.246	.274	.203	.420	.290	.350	.295	.447	-.006	-.025
	.198	.150	.301	.023	.127	.063	.120	.015	.976	.898
合計費用円	.282	.224	.164	.844	.164	.334	.112	.602	-.312	-.390
	.124	.225	.386	.000	.379	.066	.549	.000	.088	.037

N=31

表3 ROIが1以上と1未満の事業所の対策実施の平均の差の検定

		平均値	標準偏差	t 値	有意確率 (両側)	平均値の差	差の 95% 信頼区間	
							下限	上限
総従業員数	ROI>=1	3,229	7,802	.258	.799	1,026	-7,216	9,269
	ROI<1	2,202	1,771	.535				
回答者のメンタルヘル ス対策対象従業員数	ROI>=1	899	949	-1.204	.241	-743	-2,019	534
	ROI<1	1,642	1,949	-.745				
一次予防対策実施割合	ROI>=1	62	21	.639	.529	7	-15	29
	ROI<1	55	10	1.021				
二次予防対策実施割合	ROI>=1	41	27	.401	.692	6	-24	36
	ROI<1	36	18	.526				
三次予防対策実施割合	ROI>=1	57	17	1.904	.069	18	-2	38
	ROI<1	39	20	1.673				
休職前対策実施割合	ROI>=1	60	23	1.484	.151	19	-7	45
	ROI<1	42	22	1.568				
休職中対策実施割合	ROI>=1	63	20	1.604	.122	19	-6	44
	ROI<1	44	31	1.184				
復職前対策実施割合	ROI>=1	52	21	2.421	.024	27	4	51
	ROI<1	25	20	2.452				
復職後対策実施割合	ROI>=1	54	23	.324	.749	4	-21	29
	ROI<1	50	19	.366				
対策平均実施割合	ROI>=1	54	18	1.136	.267	11	-9	31
	ROI<1	43	16	1.251				
一次予防のべ実施職員 数	ROI>=1	251	512	.389	.701	102	-443	648
	ROI<1	149	174	.712				
二次予防のべ実施職員 数	ROI>=1	302	571	-.223	.826	-65	-671	541
	ROI<1	367	137	-.450				
三次予防のべ実施職員 数	ROI>=1	96	99	-1.321	.202	-130	-337	76
	ROI<1	226	384	-.674				
休職前対策のべ実施職 員数	ROI>=1	24	36	-2.331	.029	-185	-349	-21
	ROI<1	209	392	-.943				
休職中対策のべ実施職 員数	ROI>=1	15	17	1.136	.268	10	-8	28
	ROI<1	5	4	2.351				
復職前対策のべ実施職 員数	ROI>=1	23	29	1.047	.306	16	-15	46
	ROI<1	7	4	2.300				
復職後対策のべ実施職 員数	ROI>=1	20	28	1.040	.310	15	-15	44
	ROI<1	5	3	2.320				
対象者のべ合計数	ROI>=1	607	746	-.338	.739	-135	-966	695
	ROI<1	742	661	-.367				
外部委託対策数	ROI>=1	2	3	-.723	.478	-1	-4	2
	ROI<1	3	1	-1.287				
産業医従事時間年	ROI>=1	62	121	-3.869	.001	-390	-599	-180
	ROI<1	452	383	-2.012				
保健師看護師従事時間 年	ROI>=1	711	1,167	1.032	.316	711	-737	2,158
	ROI<1	0	0	2.511				
その他職種従事時間年	ROI>=1	161	287	-.894	.383	-148	-496	200
	ROI<1	309	339	-.803				
衛生委員会活動時間年 委員数	ROI>=1	29	61	-.238	.814	-8	-74	59
	ROI<1	36	43	-.302				
審議会活動時間年委員 数	ROI>=1	32	84	.660	.516	28	-61	118
	ROI<1	4	5	1.455				
管理職による面談時間 年	ROI>=1	7	11	.818	.424	5	-9	20
	ROI<1	1	2	1.889				
労務人事担当者による 面談時間年	ROI>=1	6	8	1.036	.314	5	-5	15
	ROI<1	1	2	2.281				

表3 ROIが1以上と1未満の事業所の対策実施の平均の差の検定(つづき)

		差の 95% 信頼区間						
		平均値	標準偏差	t 値	有意確率 (両側)	平均値の差	下限	上限
メンタルヘルス対策担	ROI>=1	821	1,299	.027	.979	18	-1,376	1,412
当事者合計従事時間	ROI<1	803	669	.042				
労務費円	ROI>=1	2,220,919	3,267,886	-4.016	.001	-9,825,820	-14,899,328	-4,752,313
	ROI<1	12,046,739	8,869,151	-2.186				
外部委託費円	ROI>=1	318,126	870,932	-1.960	.062	-1,112,224	-2,286,292	61,844
	ROI<1	1,430,350	1,800,231	-1.209				
材料費経費円	ROI>=1	441,906	1,621,932	-1.006	.325	-983,094	-3,003,827	1,037,639
	ROI<1	1,425,000	2,653,771	-.716				
合計費用円	ROI>=1	2,875,192	4,245,388	-5.013	.000	-12,026,897	-16,989,789	-7,064,004
	ROI<1	14,902,089	5,301,830	-4.283				
対象従業員1人あたり費用円	ROI>=1	4,916	5,752	-3.652	.001	-13,151	-20,601	-5,701
	ROI<1	18,067	10,652	-2.403				
休職者数人	ROI>=1	6	7	-.673	.508	-3	-12	6
	ROI<1	9	11	-.498				
メンタル不調のある出勤者数	ROI>=1	8	10	-.165	.870	-1	-12	10
	ROI<1	9	8	-.204				
メンタル不調者率	ROI>=1	0.019	0.026	.720	.479	0.009	-0.018	0.037
	ROI<1	0.009	0.010	1.241				
休職者率	ROI>=1	0.011	0.021	.594	.559	0.006	-0.016	0.029
	ROI<1	0.005	0.002	1.351				
1人あたり平均欠勤日数1	ROI>=1	110	85	-.702	.490	-33	-129	64
	ROI<1	143	89	-.677				
1人あたり休業者の出勤による便益	ROI>=1	5,512	8,536	.869	.394	3,805	-5,249	12,858
	ROI<1	1,707	2,767	1.640				
1人あたり不調者の出勤による便益	ROI>=1	13,927	20,381	.619	.542	6,503	-15,233	28,239
	ROI<1	7,424	8,658	1.048				
1人あたり便益	ROI>=1	19,439	23,274	.864	.397	10,308	-14,385	35,000
	ROI<1	9,131	7,694	1.618				
純便益	ROI>=1	14,522	20,736	2.191	.039	23,459	1,315	45,603
	ROI<1	-8,937	9,224	3.631				

資料 事業所におけるメンタルヘルス対策の実施項目の内容一覧

一次予防(発生の防止)

- 1) 衛生委員会活動でメンタルヘルス対策について調査や審議
- 2) 新入社員研修、管理職研修、健康講話
- 3) リーフレット、冊子の配布
- 4) 職場診断(生産性本部による JMI など)
- 5) 管理職や人事担当者による面談が受けられる体制の整備

二次予防(早期発見・治療)

- 6) 定期健康診断時のメンタルヘルスチェック
- 7) 過重労働者に対する面談
- 8) 社員を対象としたストレスチェックの実施
- 9) 産業医によるストレスチェック後の面談
- 10) 保健師(看護師)によるストレスチェック後の面談
- 11) 医療機関への紹介
- 12) 管理職による面談

三次予防(休職していない社員への症状の悪化の防止)

- 13) 産業医による社員との定期的な面談、産業医と主治医との情報交換
- 14) 保健師(看護師)による社員との定期的な面談、保健師(看護師)と主治医との情報交換
- 15) 就業制限(職務軽減、時間外制限、時短勤務)の実施
- 16) 管理者による面談と勤怠管理の実施
- 17) 労務担当者による管理職への支援
- 18) 労務担当者による配置転換時の調整

三次予防(休職者への悪化の防止と復職支援)

1. 休職中

- 19) 産業医による社員との定期的な面談、産業医と主治医との情報交換
- 20) 保健師(看護師)による社員との定期的な面談、保健師(看護師)と主治医との情報交換
- 21) 管理職による定期的な連絡と面談
- 22) 労務担当者による管理職への支援

2. 復職前

- 23) 産業医と主治医との情報交換
- 24) 保健師(看護師)と主治医との情報交換
- 25) 産業医による休職者との面談、復職可否判定
- 26) 保健師(看護師)による休職者との面談、復職可否判定
- 27) 管理職による休職者との面談、受け入れ態勢の整備(人、仕事などの用意)
- 28) 管理職と主治医との面談
- 29) 労務担当者による管理職への支援
- 30) 労務担当者による面談、主治医との面談、復職可否協議

3. 復職後

- 31) 産業医による病状確認と職務継続可否判定
- 32) 産業医による社員との定期的な面談、産業医と主治医との情報交換
- 33) 保健師(看護師)による社員との定期的な面談、保健師(看護師)と主治医との情報交換
- 34) 就業制限(職務軽減、時間外制限、時短勤務)の実施
- 35) 管理職による勤怠状況管理
- 36) 労務担当者による職務継続可否協議、人事・労務管理

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する国際文献研究および情報関係事業場におけるメンタルヘルス改善意識調査

研究分担者 井奈波 良一 岐阜大学大学院医学系研究科 准教授

研究要旨

職場のメンタルヘルスの有効性を明らかにする目的で、Pubmedを用いて、職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する文献検索を実施した。Pubmedによる文献検索では、「work」、「mental health」、「cost-minimization（費用最小化）」の3語を用いて検索した結果、1件のみが抽出され、論文名および抄録から文献研究上有用と考えた。「work」、「mental health」、「cost-effectiveness（費用効果）」の3語を用いて検索した結果、合計214件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、12件を有用と考えた。「work」、「mental health」、「cost-utility（費用効用）」の3語を用いて検索した結果、合計3件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、2件を有用と考えた。「work」、「mental health」、「cost-benefit（費用便益）」の3語を用いて検索した結果、合計180件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、8件を有用と考えた。以上の結果から、職場のメンタルヘルス対策の経済評価は、諸外国ではすでに精力的に取り組まれていることがわかった。さらに、メンタルヘルス対策の有効性を検討する目的で、情報関係の1事業場で、メンタルヘルス改善意識調査を行った。調査した情報関係事業場の6部署間（研究所、A課、B課、C課、D課、事務所）で有意差のあった職業性ストレス項目をみてみると、6部署の中では特にD課がメンタルヘルス上で問題があることがわかった。また、メンタルヘルス改善意識調査で、6部署間で有意差のあった改善項目をみてみると、職業ストレス調査結果を反映していた。この調査結果開示後、各部署で話し合いを行い、改善策を立案し、実行に移した。

A. 本研究の目的

今日の保健医療サービスは科学的根拠に基づいた活動であることが求められている。職場のメンタルヘルス対策においてもこれは例外ではない¹⁾。しかし、職場のメンタルヘルス対策の有効性に関する評価、特に経済評価は十分行われていない現状にある^{1,2,3)}。

平成23年度は、医学中央雑誌Web版（第5版）で、「労働」または「職場」に加えて、「メンタルヘルス」および「費用」の

2語（合計3語）を用いて検索した結果、抽出された日本発の文献は23件（うち会議録5件）と少数であり、関連雑誌を閲覧中、新たに発見した1件を加えても24件にすぎなかった。また、経済学的分析の特殊型の文献のみに注目し、論文名および抄録から文献研究上有用と考えた職場のメンタルヘルス対策の費用最小化分析および費用効用分析に関する文献はなかった。さらに有用と考えられる費用効果分析文献および費用便益分析文献も、それぞれ2件、5件あつ

たにすぎなかったことから、わが国では、職場のメンタルヘルス対策の経済評価は緒についたばかりであることがわかった⁴⁾。

そこで平成24年度は、平成23年度に引き続いて職場のメンタルヘルスの有効性を明らかにする目的で、Pubmedを用いて、職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する国際文献検索を実施した。

今年度は、さらに、メンタルヘルス対策の有効性を検討する目的で、情報関係の1事業場で、メンタルヘルス改善意識調査を行った。

B. 方法

1. 職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する国際文献調査

文献検索には、Pubmedを用いた。

職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する文献検索のキーワードとして、「work」、「mental health」の2語に加えて、「cost-minimization」、「cost-effective」、「cost-utility」、「cost-benefit」のうちから1語を追加した3語を用いた。

2. メンタルヘルス改善意識調査

1 研究所、4 課および2 事務所から成る情報関係の1 事業場の労働者101名を対象に永田ら⁵⁾の開発した「メンタルヘルス改善意識調査票(MIRROR)」および旧労働省で開発された職業性ストレス簡易調査票(ストレスの原因と考えられる因子17項目、ストレスによっておこる心身の反応29項目、ストレス反応に影響を与える他の因子(ストレス緩和因子)11項目、計57項目)⁶⁾を用いて自記式アンケート調査を行った。

対象者のストレスプロフィールを作成するために、調査した職業性ストレス57項目を、判定基準⁶⁾に従って、ストレスの原因と考えられる因子を「心理的な仕事の負担(量)」、「同(質)」、「自覚的な身体

的負担度」、「職場の対人関係でのストレス」等に9分類し、ストレスによっておこる心身の反応を「活気」、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」等に6分類し、さらにストレス緩和因子を「上司からのサポート」、「同僚からのサポート」、「家族や友人からのサポート」および「仕事の満足度」および「生活の満足度」に5分類し、分類した項目それぞれについて素点を算出した。

77 名から回答を得た。各アンケート項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。また、2 事務所はともに少人数のため一つとして解析した。

有意差検定は、一元配置分散分析、t検定、 χ^2 検定またはFisherの直接確率計算法を用いて行い、 $p < 0.05$ で有意差ありと判定した。

結果は、平均値±標準偏差(最小-最大)で示した。

調査に先立ち、岐阜大学大学院医学系研究科の医学研究等倫理審査委員会の承認を得た。

C. 結果

1. 諸外国における職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する文献検討

「work」、「mental health」、「cost-minimization(費用最小化)」の3語を用いて検索した結果、1 件のみが抽出され、論文名および抄録から文献研究上有用と考えた。

「work」、「mental health」、「cost-effectiveness(費用効果)」の3語を用いて検索した結果、合計214件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、12 件を有用と考えた。

「work」、「mental health」、「cost-utility(費用効用)」の3語を用いて検索

した結果、合計3件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、2件を有用と考えた。

「work」、「mental health」、「cost-benefit（費用便益）」の3語を用いて検索した結果、合計180件が抽出されたが、論文名および抄録から文献研究上、8件を有用と考えた。

2. メンタルヘルス改善意識調査結果

1) 職業性ストレス調査結果

調査した事業場の6部署間（研究所、A課、B課、C課、D課、事務所）で有意差のあった職業性ストレス項目をみると、「ストレスの原因と考えられる因子」（全6項目）では、「心理的な仕事の負担（量）」得点、「自覚的な身体負担度」得点、「職場の対人関係でのストレス」得点および「職場環境によるストレス」得点はD課が最も高かった。「心理的な仕事の負担（質）」得点はB課が最も高かった。

「仕事のコントロール度」得点はA課およびD課が最も低かった。「働きがい」得点はC課が最も低かった。

「ストレスによっておこる心身の反応」（全1項目）では、「活気」得点はD課が最も低かった。

「ストレス緩和因子」（全3項目）では、「上司からのサポート」得点はC課が最も低かった。「同僚からのサポート」得点は研究所およびD課が最も低かった。「仕事の満足度」得点はD課が最も低かった。

2) メンタルヘルス改善意識調査結果

メンタルヘルス改善意識調査で、6部署間で有意差のあった改善項目をみると、「職場の組織運営・教育」（全2項目）では、「顧客からの意見が製品開発やシステム作りに反映されている」の改善要求率はC課が最も高かった。「能力や経験に見合った訓練や能力開発のための研修が行わ

れている」の改善要求率はD課が最も高かった。

「職場の作業・業務の改善」（全1項目）では、「仕事を受けたときや納入する際の作業による負荷は多すぎない」の改善要求率はD課が最も高かった。

「職場の対人関係」（全1項目）では、「職場の中で、取り残されたり孤立したりする者はいない」の改善要求率はD課が最も高かった。

「職場環境」（全3項目）では、「職場の分煙が適切に行われている」の改善要求率は事務所が最も高かった。「作業環境調整（空調、照明等）に作業者の希望が反映されている」および「自分の業務に必要な作業空間は十分に確保されている」の改善要求率はD課が最も高かった。

「職場の勤務時間・休憩」（全10項目）では、「残業や休日出勤が多くなりすぎないよう配慮されている」、「休憩時間中は確実に休める」、「仕事の区切りが付いたら他の人に気がねなく帰れる」、「年休は取りやすい」、「時間が不規則な勤務でも、健康面に配慮した勤務体系になっている」、「休日出勤はないか、あっても連日にならない」および「休日出勤の後には代休を取りやすい」の改善要求率はD課が最も高かった。「休憩中の電話や来客対応は、特定の人に偏っていない」および「混雑する時間、経路を避けて通勤できる」の改善要求率はB課が最も高かった。「ノー残業デーが設定され、活用されている」の改善要求率は研究所が最も高かった。

「職場の裁量・権限」（全2項目）では、「職場の担当者には、円滑に仕事を進めるために十分な権限がある」および「その日の業務量を、自らの裁量で調節できる」の改善要求率はD課が最も高かった。

「職場での技能活用・やりがい」（全1

項目)では、「職場では、各人の能力や工夫を生かすことができる」の改善要求率は研究所が最も高かった。

「職場での上司の支援」(全6項目)では、「上司が忙しすぎないので、部下からの相談を受ける余裕がある」、「上司はみんなの仕事が円滑に運ぶよう取りはかっている」、「上司と部下の定期的な面接の際、部下の心身の健康状態を確認している」および「上から部下へは、何事についてもきちんとした説明がなされている」の改善要求率はD課が最も高かった。「上司は部下からの報告・相談を受け、適切な業務調整を行っている」および「上司が多忙な職場では、代理を務める物が設定されている」の改善要求率は研究所が最も高かった。

「職場での同僚の支援」(全1項目)では、「同じ所属または係のメンバー同士で、お互いに協力できている」の改善要求率はD課が最も高かった。

D. 考察

1. 職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する国際文献検討

保健医療の経済評価には、効果があるものとして費用のみに注目する費用分析、その特殊型として費用最小化分析、成果を病気や事故の件数、損失日数などで評価する費用効果分析、成果を健康であることの快適さなどをトータルに評価する質調整生存率などの指標で測定する費用効用分析、投資の費用もその成果も金額で評価する費用便益分析があるとされている⁶⁾。費用分析は、どの方法でも効果が一定と仮定できれば費用最小化分析が適用できる⁶⁾。

職場のメンタルヘルス対策の経済評価に関する国際動向に関して、今回のPubmedによる経済学的分析の特殊型の文献検索結果

では、論文名および抄録から文献研究上有用と考えた「cost-minimization (費用最小化)」文献は、1件のみがあった。有用な「cost-effectiveness (費用効果)」文献は、214件中、12件であった。また、有用な「cost-utility (費用効用)」文献は、3件中、2件であった。さらに、有用な「cost-benefit (費用便益)」は、180件中、8件見出された。

1) メンタルヘルス対策の費用最小化分析
Singhら⁸⁾は、経済評価の基本原理解によって評価で使用される方法を理解し評価者と心地よく仕事できるようにするという期待の下に、精神科医に対して、その基本原理について念を押そうとした。経済評価の背後にある基本原理を事例研究に関して例証しながら、(i) 病気や治療の負担の費用およびその費用の測定法、(ii) 治療の健康状態の変化および保持された資源のような成果の測定、(iii) 費用最小化、費用効果、費用効用および費用便益分析を含む種々の経済評価法、について記述している。精神科医に評価者と綿密に仕事するために必要な背景と、論じられるべき批判的な質問に関する照合表によって経済評価を始めるための指針を提供する。仮に精神科医が経済評価の基礎的原理を学び、それを利用する気があれば、評価の挑戦に応ずることができるとしている。

2) メンタルヘルス対策の費用効果分析
Burtonら⁹⁾によれば、メンタルヘルス事業のためのシカゴ第1国立銀行の包括計画は、メンタルヘルスケアの需要と費用の増加に対して効果的な応答であることが示されている。効果がある計画を不規則に中断するより独断的に管理することによって、雇用者は良質なケアを与えられる。一方、法人は時間・金・労量をかける価値がある便益の費用を扱うことができる。この計画

は、一次予防と早期介入に関する便益のある計画管理と研究の哲学をもたらす便益と医療部署の共同を提供した。雇用者は、教育と早期の介入を与えられる。一方、労働現場と銀行外の費用効果のよい提供者に適切に照会される。雇用者は、職場から治療のために離れる時間が必要であるはずで、これが、職場への復帰に協力して、また復帰成功の確率を上昇するよううまく処理する。ケアの継続がこの方法であれば再入院など障害の再発が減るように推測される。この計画の4年間の追跡研究によって、メンタルヘルスケアの費用全体の管理、精神科病院への入院患者の費用の減少、雇用者に関する精神医学的な短期障害発作の長さの平均の減少が示されるとしている。

Singhらの報告⁷⁾は、すでに1)で、記述した。

島ら¹⁰⁾によれば、最近日本において注目されているEAPはもともとアルコール依存症から回復した従業員がアルコール依存者の仲間を助ける活動から始まったが、徐々にビジネスとなり、80代以降は、嗜癖に加えて、家庭の問題、法律的問題、経済問題なども包括するようになってきた。日本では、EAPは当初外部で秘密裡に相談できるシステムとして関心を持たれた。最近EAPが注目されているのは、リスクマネジメントとメンタルヘルスの外注化の観点であり、精神障害のケースが職場で増加してきたからである。さらに社会的動向としてEAPに影響を与えたのは、労働省（現厚生労働省）が作成した「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」と「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」である。EAPシステムには、内部EAP、外部EAP、混合型EAP、コンソーシアムEAPがある。大企業では内部EAPや混合型EAPが、中小企業では外部EAPやコン

ソーシアムEAPが適している。EAPの核となる技術には、(1)問題のアセスメントと必要に応じた専門機関への紹介、(2)危険介入、(3)短期問題解決法、(4)モニタリングおよびフォローアップ・サービス、(5)組織のリーダーに対するトレーニング、(6)組織のリーダーへのコンサルテーション、(7)組織に関するコンサルティング、(8)プログラムの推進と教育がある。EAPの費用対効果に関する研究は限られているが、現存するデータは効果の高いことを示唆している。今後、統計学的に質の高い効果評価研究が必要である。日本において今後EAPが普及することに最も関係するのはEAPサービスの標準化と品質保証である。この意味ではEAP専門職に対する教育システムの開発が非常に重要であるとしている。

Brouwersら¹¹⁾は、感情障害や数のまれな精神障害のために欠勤した患者の欠勤期間を減らすようもくろまれたソーシャルワーカーによって為された介入の費用効果を評価するために、無作為化対照試験を実施した。患者は、総合医によって募集された。介入群(98名)は、ソーシャルワーカーによる活性化、構造化治療を受けた。対照群(96名)は、総合医による通常の治療を受けた。欠勤期間、臨床症状および医療消費(医療スタッフの時間の消費および薬剤の消費)は、3か月後、6か月後、18か月後に測定された。その結果、欠勤期間、臨床上の改善共に、両群間で差がなかった。さらに、関連する費用は、介入群で有意に低くはなかった。総合医の通常ケアと比較して、活性化ソーシャルワークの介入は、欠勤期間の減少、臨床症状の改善および医療消費減少という点では、勝っていなかった。さらに、まれな精神障害の治療においても、総合医の通常ケアと比較して、費

用効果はなかった。したがって、介入のさらなる実施は、正当化されない。潜在的には、産業医等による職場付近で実施されるまれな精神障害をもつ患者の欠勤期間の減少を目的にしたプログラムは、1次ケアのプログラムよりうまくいくとしている。

van der Feltz-Cornelisら¹²⁾によれば、すべての精神障害の中で最も頻度が高いものであるが、欠勤と医療機関の利用という意味で最も高い負荷がある。根拠に基づいた治療が利用できるが、認識と治療が、特に労働衛生環境で、進歩するであろう。最近のオランダでは、この環境での状況は、新しい法律のために変化した。すなわち結果として病気による欠勤が減った。いくつかの精神障害は、現在、仕事の欠勤の主要な原因のひとつになった。産業医は、診断と治療において積極的な役割を期待され、より複雑な先進障害の事例を扱う新しい接近のための支援が必要であると思われる。精神科的相談は、これを実現するための協同的な治療のひな型であるはずである。これは、産業医における無作為化を持つ2つの腕がある群無作為化臨床試験である。多くの会社のために医学的ケアを提供する2つの大企業における40名の産業医を、無作為に介入群、訓練プログラムが埋め込まれた精神科的相談群および通常ケアを提供される対照群に割り当て、6～52週間欠勤している60名の患者を対象にした。患者は、MINI診察後に、DSM-IV基準に基づきうつ病、不安障害、心身症と診断された。開始時点の測定と3か月、6か月追跡後の測定は、質問紙と聞き取りで評価した。最初の成果測定は、SF-20による全体的な機能水準である。2回目の測定は、PHQとSCL-90による精神障害の重症度、生活の質、復職の測定およびTiC-Pで評価される治療の費用効果である。過程評価は、治療計画に対する固守

および両群において精神科専門医による提供される治療の評価である。この研究で、すでに初期治療環境で効果的であることが証明され、欠勤中のよく知られた精神障害患者のための根拠に基づく治療を促進することを目論んだ精神科的相談のひな型は、産業保健環境で、その有効性と費用効果に関して評価されよう。

精神問題を持つ患者への従来の対応法は、休養をとり、すべての愁訴がなくなる前には職場復帰しないように助言することであった。愁訴が有るとき、患者は、しばしば初期治療や専門化した二次治療から心理士のもとへ足を運ぶ。Rebergenら¹³⁾は、2000年初期にオランダの産業医協会は、産業医によるメンタルヘルス問題を持つ従業員の管理に関するガイドラインを出版した。このガイドラインは、従業員、雇用主およびオランダの産業医から肯定的な反応を得た。従来のケアと比較して、このガイドラインの効果を評価することを目的とする研究のデザインを記述した。無作為化対照試験では、介入群の対象者は、ガイドラインにそって治療された。対照群は、産業医の最小限の参加および心理士の容易な利用といった従来のケアを受けた。対象者は、2カ所のオランダ警察署から募集した。この研究の最初の成果は、職場復帰と従業員、雇用主およびの産業医による治療に対する満足である。第2の成果は、介入の従来のケアと比較しての費用効果である。さらに、予後の対策は潜在的な錯乱因子として考慮される。評価過程は、ガイドラインに基づく遂行指標によって実施した。この実践的な試験では、有効性のかわりに効果を研究した。理想的な環境よりむしろ実際の臨床実地において何が可能であるかを評価する。質の高い試験のために多くの必要な物に出くわす。この研究の結果は、メンタルヘル

ス問題によって欠勤する従業員のための産業保健活動における治療の選択に貢献するだろう。加えて、結果は、新しい、より良いガイドラインと前進したケアに貢献するだろう。結果は、2007年中の利用できるようになった。

雇用者の病気休業の高額な費用とその結果を考える時、精神障害を持つ雇用者の早期復職は非常に重要である。したがって、職場介入は、腰痛のある労働者の復職介入がうまくいったことに基づいて展開される。Oostromら¹⁴⁾は、職場介入の費用効果を通常精神障害を持つ名簿に載せられた雇用者に対する通常のケアと比較して評価する無作為対照試験の企画を提示することを目的に、通常精神障害で2～8週間病気休職している者を1年間追跡した。職場介入は、通常のケアと比較し、また名簿に載せられた病気の雇用者およびその上司の積極的な参加と強い責任による復職計画に関する統一見解に達することを意図した段階的な取り組みを行った。成果は、起点、3、6、9および12か月時点で評価した。この研究の第1の成果は、追跡後、会社の継続的な登録装置から入手される復職を継続することである。第2の成果は、追跡中の全休職日数、通常精神障害の重症度、対処様式、仕事量、態度、社会影響および自己効用決定要素である。費用効果は、社会的観点から評価した。復職は、名簿に載せられた病気の雇用者およびその上司の職場で議論することは困難である。したがって、この介入は、名簿に載せられた病気の雇用者およびその上司が復職に関する障害を議論するための類のない機会を低供する。この研究の結果は、名簿に載せられた通常精神障害を持つ雇用者の障害管理の改善に貢献する可能性があるとしている。

Wangら¹⁵⁾は、うつ病の強化ケアのための

事業例の探索と事業主購買者によって増加する組織的な参加のための投資の理論的根拠に関する収益を確立するために、仕事の成果研究と費用効果研究による出資を受ける国立精神衛生研究所に焦点をあて文献審査を行った。この無作為対照試験では、電話福祉、ケア管理および選択心理療法を全国的な大法人のうつ病労働者における通常のケアと比較した。12か月間の介入は、うつ病の結果として生じた事態、仕事の停滞および雇用者の労働時間を改善した。仕事の成果研究、費用効果研究試験およびその他の研究の結果は、うつ病の強化ケア計画が事業主の人情味のある資本投資機会を提供することを示唆しているとしている。

Vlasveldら¹⁶⁾は、米国で効果があることをはっきり示した共同ケアモデルを適応することによって、復職に焦点をあて、それに伴う障害と渡り合った。社会的観点から、この共同ケア処理が、壁を越えたケアのやり方として、産業衛生環境における休職中のうつ患者において評価した。産業衛生環境における大うつ病の治療に関する無作為対照化試験をオランダで評価する。問題解決処理（PST）、職場介入、抗うつ薬治療および手引き書指導による自助を含む壁を越えた共同ケアモデルを通常のケアと比較した。4週間から12週間病休した126名の大うつ病患者を研究対象とした。介入群のケアは訓練された産業医であるケアマネージャーと顧問精神科医の多訓練組によって提供される。治療は、病気の証明から区別される。資料は、起点と起点から3、6、9および12か月後に質問紙法で収集される。一次的な成果測定はうつ症状の減少であり、二次的な成果測定は復職までの時間であり、三時的な測定は費用効果である。大うつ病患者における大うつ病の高度負担と休職はこの研究の実際的な価値に貢献する。

介入は、大うつ病治療におけるケアマネージャーとしての新しい役割における訓練された産業医による革新的な接近法である。もしこの介入が費用効果あることをはっきり示せば、介入実施は患者個人のみならず社会にとっても実際的な価値をもつであろう。

Noordikら¹⁷⁾は、一般的精神障害による病気休職期間や生産性の損失を減少するために、産業医による生体曝露の原理に基づく職場復帰(PTW-E)プログラムを開発し、このプログラムの有効性と費用効果を、通常の世話と比較することで評価した。ここでは、以下の3つの研究上の論点がある。①PTW-Eプログラムは一般的精神障害を持つ労働者の病気休職を減らすのにより効果的であるか、②PTW-Eプログラムが、不安障害以外の一般的精神障害を持つ労働者と比較して、不安障害を持つ労働者の病気休職を減らすのにより効果的であるか、③社会的観点から、PTW-Eプログラムは通常の世話と比較して費用効果があるか。本研究は、1年の追跡と産業医段階での無作為化といった実践的なクラスター無作為対照試験として企画された。200名の患者を含むために60名の産業医を目指した。介入群の患者はPTW-Eプログラムを受けた。対照群の患者は通常の世話(ケア)を受けた。適格患者は、一般的精神障害によって少なくとも2週間、8週間を超えない期間、休職していた。一次的な成果測定に関して、完全職場までの時間と休職期間を算出した。二次的な成果の測定は、部分的な職場復帰までの時間、3か月、6か月、9か月および12か月時点の休職率、苦痛、不安、抑うつ、身体症状、疲労の各得点、労働能力、自覚的労働状況、職場復帰に関する自己有効性、対処行動、回避行動、患者の満足度、および仕事適合度である。経過測定として、

介入群における介入に従う指標および両群における労働者と上司の意思疎通指標を用いた。経済的費用は、社会的観点から計算した。全体の費用は、健康保護(ヘルスケア)で消費する費用、病気休暇および生産性の低下による生産損失、および患者が産業医のところに行くための所持金外の費用から成っている。結果は、2009年に公表される予定であり、研究計画の効力と弱点が考察されるとしている。

Dewaら¹⁸⁾は、精神障害で短期間に障害による休職をした人たちのための共同メンタルヘルスケア(CMHC)予備計画の費用、効果および費用効果を調べるために、疑似実験的企画を用いて、精神障害で短期間の障害給付を受けた2群の対象者を用いて分析を行った。1群(75名)が障害発作中CMHC計画で治療された。比較群(51名)は前年に精神障害に関する障害給付を受けたが、障害発作中CMHC計画は受けなかった。両群ともCMHC計画のスクリーニング尺度を経験した。費用効果分析には、最終的な給付の回帰構造を用いた。結果は、CMHC計画でもって、精神障害による短期間の障害休職中の100名ごとに、復職するより多くの者(23名)、長期間の休職に推移するより少ない者(24名)および1600日以上労働日に加えて障害給付に関する蓄えは5万ドルであるはずであることを示唆する。カナダ人の資料に基づく障害管理のCMHC型は、適切な治療を受けるために精神障害のための障害給付を受けている人々を助ける際に投資する価値があるかもしれない。

Uegakiら¹⁹⁾は、ストレス関連の病気によって辞職した労働者に対する一般開業医による最小限の介入(MISS)が通例の世話に比べて費用効果があるかどうかを判断することを目的に、社会的な観点から経済評価を実施した。質調整生存年(QALYs)と資金

の使用が、それぞれヨーロッパ人のQOL、出納簿によって測定された。95%信頼区間、費用効果程度および受容性曲線によって不確実であるが評価された。あらかじめ計画された下位群の感受性分析と補助分析が実施された。費用やQALYsに統計学的有意差はみられなかった。QALYごとに増加した費用の平均は、7356ユーロであり、費用効果の水準の南東部象限に位置していた。したがって介入は少しであるがより効果的であり、費用が低かった。0ユーロから10万ユーロを支払いたくない閾値に関して、MISSは費用効果があるとする確率は0.58から0.90であった。あらかじめ計画されたストレス関連精神障害の診断を受けた下位患者に関して、増加割合は南東部象限で再び、28,278ユーロであった。一致確率は0.92以上であった。結論的には、最小限の介入は、異質の患者集団のための通例の世話に比べて費用効果はなかった。したがって広範囲に実施は推奨しない。しかし、介入は下位のストレス関連精神障害に関して費用効果があるかもしれない。

3) メンタルヘルス対策の費用効用分析

Singhらの報告⁸⁾は、すでに1)で、記述した。

Uegakiら²⁰⁾は、上司が、出産後の休職中に電話連絡(STC)することが、通常の方策(CP)と比較して、病休を減らしたり、質で調整した生活年(QALYs)を改善するのに、社会的観点から費用効果であるか否かを評価した。無作為対照試験と平行して経済評価を実施した。不確かさは、95%信頼区間、費用効用平面と曲線、および感度分析によって評価した。その結果、5企業の541名の女性労働者が参加し、回答率は、それぞれの測定点で、約85%であった。追跡の最終点で、QALYs、平均病休または病気で勤務している時間、および費用は、2群間で

統計学的有意差は観られなかった。STCは、CPより効果がなく、費用が多かった。0ユーロから50,000ユーロ払う気があるとして、STCが、CPと比べて、費用効果がある確率は0.2であった。概して資源の使用が低かった。全費用の平均は、3678ユーロ(95%信頼区間は、3386~3951ユーロ)であった。生産損失費用は、全費用の37%を示し、これらの費用の48%は、病休に、52%は病気で勤務していることに帰すことができた。企業の観点からの費用分析は、このSTC介入に関係する最終的な費用であることを示した。STCは、CPに比べて、健全な働く母親集団では、費用効果はなかった。したがって、実施は、必要とされない。しかし、出産後にもっと健康問題がある働く母親に関するSTCの費用効用は、研究する必要がある。病気での勤務は、生産損失全体の半分であったことから、今後の研究への注目を保証するとしている。

4) メンタルヘルス対策の費用便益分析

経営者、消費者および政策立案者は、重症の精神病者を助ける方法が競争的な仕事を得て、それを継続するので、支持雇用にますます関心を深めているが、遂行能力のための期待が高まり、公衆の投資が減っている環境下で、経営者は、まれな取り扱いや更正的な富を再配分する前に、異なった接近の費用と便益を知りたがっている。そこで、Clarkら²¹⁾は、無作為化試験で比較される支持雇用への2つの接近(個別配置と支持(I P S)と集団技能訓練(G S T))の最終的な便益を考察した。社会的、行政および消費者の観点から費用と便益を解析した。以前の解析は、I P S参加者は有意に仕事を見つけ、多くの時間働き、稼ぎも高いことを示したが、2つのプログラムの最終的な便益には有意差はなかった。さらにメンタルヘルスケアにおける費用便

益分析の強さや弱さについて考察し、政策や研究に関する将来の方向性を示唆している。

社会の支援プログラムは、消費者のために独占的に計画されたサービス場所がますます常設的に与えられる。Mowbrayら²²⁾は、WINS計画（仕事の刺激と必要性研究）、すなわち重症の精神障害者のための事例管理と職業上のプログラムの混成が、専門職の役割を補うために同じ専門分野の支持専門家（PSSs）として消費者を使った。半構造化面接がPSSsとともに雇用が終了した後、12か月位実施した。半構造化面接は、消費者・計画された役割（例えば、収容能力のある安全雇用環境）に特異的な実質的な個人的な便益と雇用からの一般的便益をを同定した。記載される問題は、正確に多数の割り当てられた同じ分野の専門家に対する姿勢と彼ら自身の安寧に対する費用を包含する。批評力のある論評は、メンタルヘルス体制における計画の施行（構造、監督および訓練の必要性）と問題点に焦点をあてる。サービス提供者の役割は、消費者のために創造できる変化した自己感について考察し、メンタルヘルス行政官は、新しい役割における消費者のための機関と進行中の支援を通して、このサービスの刷新のための予備の社会化を提供することを示唆するとしている。

Singhらの報告⁸⁾は、すでに1)で、記述した。

英国におけるうつ病に掛かる費用は、過去ほぼ10年間で35億ポンドと見積もられている。ThomasとMorris²³⁾は、もっと正確なデータが利用できることと一緒に、地域に基礎が置かれたうつ病の管理への移行は、これらのお見積もりが妥当であることを認めた。2000年の英国成人におけるうつ病の全費用を計算することを目的に、うつ病患者

による健康サービス使用に関する記録データを、分析し、治療中の患者の費用を計算した。労働生活損失の費用を、うつ病患者の病気給付金の請求と死亡登録数から見積もった。成人うつ病の全費用は、90億ポンド以上と見積もった。そのうち3億7千万ポンドは、直接の治療費である。2000年にはうつ病によって1億970万労働日が失われ、2615名が死亡した。意識運動と有効な治療の利用にもかかわらず、うつ病は、特に仕事に対する不適正という観点から、あいかわらず社会と個人の両方にかかなりの負担となっているとしている。

Salkeverら²⁴⁾は、116名の雇用主によって提供された職場復帰のためのメンタルヘルスの便益と精神障害のために長期の障害によって欠勤している407名の雇用者の障害給付金請求期間との関係を検討した。メンタルヘルス便益のデータは、雇用主によって提供された計画の要約記述小冊子からコード化した。雇用主の調査から他の周辺便益と雇用主の障害管理活動の情報を得た。メンタルヘルス便益の特徴、他の周辺便益と障害管理要因、および著者らの成果の関係は、ロジスチック回帰と生存分析を介して見積もった。結果は、3つのメンタルヘルス計画の特徴は、職場復帰の確率と逆相関していることを示した。(1)高い免責条項（600ドル以上）、(2)長期に存在する状態の除外期間、(3)努力して得る。接近制限によって保護される費用は、障害を持つ雇用者に関する高い離職費用によって一部相殺されるかもしれない。努力して得た物もまた、短期の請求期間の予想になったとしている。

Lo Sassoら²⁵⁾は、雇用の姿をよりよく反映している異なる労働場所の想定下でうつ病治療の費用便益分析を組み立てることを目的に、無作為に強化治療介入または通

常の治療に割り当てられた雇用されたうつ病の初期診療患者が実地で治療される無作為対照試験からのデータを、雇用に関する異なる想定の下で事業主の総体的な見方からくる費用便益モデルを組み立てるために使用した。会社ごとに様々な地位で雇用された198名の労働者の全国標本を研究した。便益には、本人の報告による生産性と欠勤による損失を含めた。費用には、介入費と治療費を含めた。全体の便益は、異なる筋書の下で計算し、投資による利益(ROI)が引き出される。強化されたうつ病治療は、結果的に、事業主に対する平均の総便益は参加した労働者ごとに介入1年目で30ドル、2年目で257ドルになり、2年間の推定ROIは302%であった。ROIは組織生産に頼り、より多くの費用がかかる代用労働者を雇う、あるいは結果の不足に関する罰を理解する会社で増加した。ROIは、依存する保険を持つ雇用者が多く、高い離職率を経験する会社で減少した。結果は、さらに、対象者が報告する生産性の値に敏感である。雇用主の多くは、欠勤による損失と仕事の生産性を改善するうつ病治療モデルからの潜在的に有意なROIを受領するだろうとしている。

De Maatら²⁶⁾は、長期の精神分析治療(LPT)の成人外来患者における医療の使用と労働損失に対する便益に関する体系的な審査を目的とし、1970年から2005年の間に発表された研究に関して体系的な検索を行った。治療前と治療終了時の間および治療前と追跡後の間の重み付けした平均変化を計算した。知見は、金融用語に翻訳され、治療費は、財政上の利益と釣り合わされた。861研究のうち7研究は、すべて算入基準を満たし、除外基準を満たした研究はなかった。患者ごとのLPTの平均費用は、20,900ユーロであった。治療終了時の

前年中、および平均追跡期間(2.9年)の前年中の平均的低下は、入院日数でそれぞれ85%、59%、医学的相談数でそれぞれ54%、26%、薬物の使用数でそれぞれ61%、67%、欠勤日数でそれぞれ61%、67%であった。医療の使用と欠勤費用は、精神両方開始前年と治療終了前年の間で、平均5,584ユーロ、66%減じた。追跡前年で、減少が5,372ユーロ、64%であったので、平均的な追跡(2.9年)で、これらの費用の減少は、あいかわらず明白であった。便益と治療費に関する損益平衡は、おおよそ治療終了3年後であった。労働損失の減少は、これらの肯定的な結果において主要な要因(65%から75%)のように見える。以上のデータは、LPTが実質的に医療の使用と欠勤を減少させることを示唆している。便益は、終了後何年間、続き、治療終了後約3年で、治療費と平衡する点に到達するように思われるとしている。

長期の精神分析的な治療は、精神病の高価な一時的な治療として認知されている。しかし、精神分析的な治療は、長期的には費用を節約する結果となる指摘がある。Berghoutら²⁷⁾は、長期の精神分析的な治療の医療の利用と労働の損失に及ぼす影響を検討し、それに関する社会的な費用を計算した。患者の医療の利用と労働の損失を長期の精神分析的な治療前、中、後に評価した(231名)結果は、治療前後の医療の利用と労働の損失に関する全費用の差は、1年1名あたり2444ユーロ(2006年の平均交換レートで3070ドル)であった。治療終了2年後の医療の費用の節約は、1年1名あたり3632ユーロ(4563ドル)に増加した。この結果は、精神分析的な治療後の医療費の低下と高い労働生産性相を期待できるが、また長期の精神分析的な治療は長期の方向として経済的便益を生むことができることも示

している。しかし、投資費用すべてをゆくゆくはかせぐとは結論できない。精神分析的な治療の費用便益に関しては更なる研究が必要とされるところとしている。

以上の結果から、諸外国では、職場のメンタルヘルス対策の経済評価はすでに精力的に取り組まれていることがわかった。

2. メンタルヘルス改善意識調査

調査した情報関係事業場の6部署間（研究所、A課、B課、C課、D課、事務所）で有意差のあった職業性ストレス項目をみると、「ストレスの原因と考えられる因子」では、6項目のうち4項目、すなわち「心理的な仕事の負担（量）」得点、「自覚的な身体負担度」得点、「職場の対人関係でのストレス」得点および「職場環境によるストレス」得点がD課で最も高く、さらに、「仕事のコントロール度」得点もD課で最も低かった。「ストレスによっておこる心身の反応」では、1項目のうち1項目、「活気」得点がD課で最も低かった。また、「ストレス緩和因子」では、3項目のうち2項目、「同僚からのサポート」得点および「仕事の満足度」得点がD課で最も低かった。これらの結果からこの事業所の6部署の中では特にD課がメンタルヘルス上で問題があることがわかった。

メンタルヘルス改善意識調査で、6部署間で有意差のあった改善項目をみると、職業性ストレス調査結果を反映していた。すなわち「職場の組織運営・教育」では、2項目のうち1項目、「能力や経験に見合った訓練や能力開発のための研修が行われている」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。「職場の作業・業務の改善」では、1項目のうち1項目、「仕事を受けたときや納入する際の作業による負荷は多すぎない」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。「職場の対人関係」では、1

項目のうち1項目、「職場の中で、取り残されたり孤立したりする者はいない」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。

「職場環境」では、3項目のうち2項目、「作業環境調整（空調、照明等）に作業者の希望が反映されている」および「自分の業務に必要な作業空間は十分に確保されている」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。

「職場の勤務時間・休憩」では、10項目のうち7項目、「残業や休日出勤が多くなりすぎないように配慮されている」、「休憩時間中は確実に休める」、「仕事の区切りが付いたら他の人に気がねなく帰れる」、「年休は取りやすい」、「時間が不規則な勤務でも、健康面に配慮した勤務体系になっている」、「休日出勤はないか、あっても連日にならない」および「休日出勤の後には代休を取りやすい」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。「職場の裁量・権限」では、2項目のうち2項目、「職場の担当者には、円滑に仕事を進めるために十分な権限がある」および「その日の業務量を、自らの裁量で調節できる」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。

「職場での上司の支援」では、6項目のうち4項目、「上司が忙しすぎないので、部下からの相談を受ける余裕がある」、「上司はみんなの仕事が円滑に運ぶよう取りはからっている」、「上司と部下の定期的な面接の際、部下の心身の健康状態を確認している」および「上から部下へは、何事についてもきちんとした説明がなされている」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。「職場での同僚の支援」では、1項目のうち1項目、「同じ所属または系のメンバー同士で、お互いに協力できている」の改善要求率がD課で最も高くなっていた。

この調査結果開示後、各部署で話し合い

を行い、改善策を立案し、実行に移した。
今後、対策の効果を評価するために再調査
を実施する予定である。

E. 結論

1. 諸外国では、職場のメンタルヘルス
対策の経済評価はすでに精力的に取り組ま
れていることがわかった。

2. メンタルヘルス改善意識調査結果は、
職業性ストレス調査結果を反映していた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

井奈波良一：わが国の職場のメンタルヘル
ス対策の経済評価に関する文献研究. 日
本職業・災害医学会会誌 60(5): 278-281,
2012.

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) 川上憲人：実践メンタルヘルス対策
第 17 回 締めくくり. 産業医学
ジャーナル 29(2):26-32, 2006.
- 2) 川上憲人、島津明人、土屋政雄、堤明
純：産業ストレスの第一次予防対策：
科学的根拠の現状とその応用. 産業医
学レビュー 20(4): 175-196, 2008.
- 3) 武藤孝司：産業保健活動の費用効果.
労働の科学 59(1): 9-12, 2004.
- 4) 今井保次、根本忠一：職場メンタルヘル
ス制度の経済評価をめぐる問題. 労

働の科学 59(1): 13-16, 2004.

- 5) 永田頌史, 廣尚典, 真船浩介：職場の
メンタルヘルス最前線 職場のストレス
対策の取り組みとその有効性. 心身医
学 49(2): 109-121, 2009.
- 6) 「作業関連疾患の予防に関する研究」
研究班：労働省平成 11 年度労働の場
におけるストレス及びその健康影響に
関する研究報告書. 東京, 東京医科大学
衛生学公衆衛生学教室, 2000.
- 7) 井奈波良一：職場のメンタルヘルス対
策の有効性および経済評価に関する文
献研究. 平成23年度厚生労働省科学研
究費補助金労働安全衛生総合研究事業
「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研究」
総括・分担研究報告書 2012, 51-60.
- 8) Singh B, Hawthome G, Vos T: The
role of economic evaluation in mental
health care. Aust N Z J Psychiatry
35(1): 104-117, 2001.
- 9) Burton WN, Conti DJ: Value-
managed mental health benefits. J
Occup Med 33(3): 311-313, 1991.
- 10) Shima S, Tanaka K, Ohba S:
Employee assistance program.
産業衛生学雑誌 44(2): 50-55,
2002 (in Japanese with English
abstract).
- 11) Brouwers EP, de Beruijne MC,
Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF:
Cost-effectiveness of an activating
intervention by social workers for
patients with minor mental disorders
on sick leave: a randomized control
trial. Eur J Public Health 17(2): 214-
220, 2007.
- 12) van der Feltz-Cornelis CM,
Meeuwissen JA, de Jong FJ,

- Hoedeman R, Elfeddali I: Randomized controlled trial of a psychiatric consultation model for treatment of common mental disorder in the occupational health. *BMC Health Serv Res* 7: 29, 2007.
- 13) Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ, van Mechelen W: Design of a randomized controlled trial on the effects of Counseling of mental health problems by Occupational Physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC Public Health* 7: 183, 2007.
- 14) Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, et al: Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized control trial. *BMC Public health* 8: 12, 2008.
- 15) Wang PS, Simon GE, Kessler RC: Making the business case for enhanced depression care: the National Institute of Mental Health-harvard Work Outcomes Research and Cost-effectiveness Study. *J Occup Environ Med* 50(4): 468-475, 2008.
- 16) Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, et al: Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting; design of a randomized controlled trial. And cost-effectiveness study. *BMC Health Ser Res* 8: 99, 2008.
- 17) Noordik E, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K, van der Klink JJ: Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized control trial. *BMC Public Health* 9: 140, 2009.
- 18) Dewa CS, Hoch JS, Carmen G, Guscott R, Anderson C: Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 54(6): 379-388, 2009.
- 19) Uegaki K, Bakker I, de Bruijne M, et al: Cost-effectiveness of a minimal intervention for stress-related sick leave in general practice: results of an economic evaluation alongside a pragmatic randomized control trial. *J Affect Disord* 120(1-3): 177-187, 2010.
- 20) Uegaki K, Bakker I, de Bruijne M, et al: Cost-effectiveness of a minimal intervention for stress-related sick leave in general practice: results of an economic evaluation alongside a pragmatic randomized control trial. *J Affect Disord* 120(1-3): 177-187, 2010.
- 21) Clark RE, Xie H, Becker DR, Drake RE: Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *J Behav Health Serv Res* 25(1): 22-34, 1998.
- 22) Mowbray CT, Moxley DP, Collins ME: Consumers as mental health providers: first person accounts of benefits and limitations. *J Behav Health Serv Res* 25(4): 397-411, 1998.
- 23) Thomas CM, Morris S: Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry* 183: 514-519,

- 2003.
- 24) Salkever DS, Shinogle JA, Goldman H: Return to work and claim duration for workers with long-term mental disabilities: impacts of mental health coverage, fringe benefits, and disability management. *Ment Health Serv Res* 5(3): 173-186, 2003.
- 25) Lo Sasso AT, Rost K, Beck A: Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: a cost-benefit approach. *Med Care* 44(4): 352-358, 2006.
- 26) de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, Dekker J, De Jonghe F: Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry* 15(6): 289-300, 2007.
- 27) Berghout CC, Zevalkink J, Hakkaart-Van Roijen L: The effects of long-term psychoanalytic treatment on healthcare utilization and work impairment and their associated costs. *J Psychiatr Pract* 16(4): 209-216, 2010.