

795人の労働者が含まれた。ほとんどの研究がコストに関するアウトカムとして間接的なコスト指標である労働生産性を用いていた。労働生産性以外の経済指標を用いていた研究は2件あり、それぞれ、ヘルスセンターの利用率[18]、医療費の請求額[19]を用いていた。また、介入のコストを考慮していた研究は2件[18,20]のみであった。

17件の研究のうち、13件が大企業においてホワイトカラーの労働者に対して行われたものであった。[17-19,21-30]。他の研究は、公務員(州政府職員[31]、郵便局員[32])、医療従事者[20]、ブルーカラーの労働者[33]を対象としていた。

研究が行われた国は、アメリカが10件 [18-22,24,29-31,33]、オランダが4件 [17,23,26,28]、残りはフィンランド [25]、ノルウェー[32]、日本[27]が1件ずつであった。

介入の場所

介入が行われた場所に関しては、職場外で行われた介入(表1のタイプA)が7件 [21,22,24,25,28-30]、職場内で行われた介入(同タイプ B)が10件 [17-20,23,26,27,31-33] であった。

介入戦略の種類

介入戦略の種類に関しては、全体に対して行われたUniversalタイプは5件であった [18,19,24,29,32]。また、ある性質によって特定される対象に行われたSelectiveタイプは4件あり [17,20,23,30]、スクリーニングなど特定の指標で閾値以上の者を対象とした Indicatedタイプが8件であった [21,22,25-28,31,33]。

Universal タイプの介入では、従業員全般の身体的および精神的健康を促進し、職場ストレスを軽減するための介入が行われた。多くの研究では、参加者はニュースレ

ターや、職場からの招待状によって募集されていた。

Selectiveタイプの介入の中には、メンタルヘルスの不調により休職中の従業員を対象に行われているもの[30]、適応障害の診断を受けている者を対象にしたもの[23]などがあった。さらに、妊娠中の従業員や中高年の看護師を対象に行われた研究もあった [17,20]。

Indicated タイプのうち、3件の介入は、中度から重度のうつ症状を呈している従業員(未診断の者)をスクリーニングして行っていた[26,31,34]。他の研究は、閾値下のうつ症状[25,27,28]、職場におけるストレスをターゲットとしていた[21]。

介入の種類

介入の種類は多様であった。CBTとその変形技法は、最も多く用いられており、10の研究で使用されていた [21-23,26,27,29-31,33]。次に多く用いられていた介入は、心理教育であり、6つの研究で用いられていた [18,19,31-33]。ヨガや太極拳などの運動を用いた介入も5件あった [19-21,28,32]。それらのうちの2つは、主に身体的・全般的健康の増進を目的として行われたが、同時に、精神的健康や生活の質も改善した。他に用いられていたのは、ケア・マネジメント/コーディネート(3件) [17,22,31]、専門家によるコーチングやコンサルテーション(2件)などであった[24,25]。また、2種類以上の介入を組み合わせた研究が7件あった[19,21,22,24,31-33]。このうち5件がCBTと他の技法を組み合わせたものであり、運動を組み合わせたものが1件[21]、ストレス・マネジメント・プログラムと組み合わせたものが2件[29,33]、また、ケア・マネジメントと組合せたものが2件であった [22,31]。他の2つの研究では、運動に、心理

教育, およびストレス・マネジメント・プログラムを組み合わせていた [19,32]。

経済的損失とメンタルヘルスへの効果

順列表示の結果(表2), 5件の介入は, メンタルヘルス指標と経済的損失指標の双方において改善しており, これらの介入は経済効率的である可能性が高いことが示唆された[19,22,26,29,31]。メンタルヘルス指標のみが改善された介入は4件[21,27,28,33], また, コスト指標のみが改善された介入は5件あり[17,18,20,23-25,30,32], これら9件の介入も経済効率的である可能性がある。メンタルヘルス指標も経済的損失も, 共に有意な改善がみられなかった研究は3件であった。

介入が行われた場所別にみると, 職場外で行われた7件の介入うちの6件(85.7%)が, 職場内で行われた10件の介入うちの8件(80.0%)が経済効率的である可能性を示しており, 介入が行われる場所による経済効率的の可能性に違いはみられなかった。

介入戦略別にみると, Universalタイプの介入では5件のうち3件において(60.0%), Selectiveタイプの介入では4件のうち3件において(75.0%), Indicatedタイプの介入では全8件が(100.0%), 経済効率的である可能性が示唆された。

介入の種類別にみると, CBTでは全9件で(100.0%), 心理教育では6件のうち4件で(66.7%), 運動では5件のうち4件で(80.0%), 経済効率的である可能性が示唆された。

D. 考察

本研究は, 労働者に対して職場主導により行われた介入がメンタルヘルスと経済的損失に与える影響を検討したランダム化比較試験を系統的にレビューしたものである。レビュー

に含まれた研究の質は全般的に高かったが, 介入のコストを算出していた研究はわずかであった。また, ほとんどの研究が労働生産性を経済指標として用いており, 直接コストを測定していなかった。介入の行われる場所は, メンタルヘルスや経済的損失に与える効果に影響しないことが示唆された。予防戦略に関しては, 対象となる労働者を絞り込んだ介入の方が経済効率的である可能性が高い傾向がみられた。CBTは経済効率的である可能性が高かった。

本研究の結果から, 介入の行われる場所が職場内かどうかということは, 経済効率性とは関連しないことが示唆された。このことは, プライマリケアなど職場外で行われる復職プログラムは経済効果が低いとしたReenenらの先行研究[13]と一致しない。これは, 本レビューに含まれた参加者には, 復職プログラムの対象となるような長期休職中の労働者がほとんど存在せず, 対象者の性質が同先行研究と異なっていたことによる可能性がある。また, 本研究に含まれた職場外の介入が, ケア・マネジメントや問題解決型セラピーなど個人の事情に合わせた効果的な介入を含んでいたことによるかもしれない。本研究に含まれた個人の事情に合わせた介入を用いていたものは一つの例外を除いて全て経済効率的である可能性があった。唯一の例外は, 一回しかケア・マネージャーによる接触が行われなかったものであり, 介入が不十分であったため結果に影響したかもしれない。

介入戦略としては, 対象を絞った介入の方が経済効率的な可能性が高い傾向がみられたが, これは, 本レビューに含まれた研究が, 介入の効果を個人別に評価し, 集団への効果を評価していないことによるかもしれない。したがって, 個人の経済的損失を合計すれば, Universalタイプの介入の経済的損失への影響の評価も変わり, 経済効率的といえる可能

性が高まるかもしれない。

介入のタイプとしては、CBTが経済効率的である可能性が高かった。しかし、CBTをベースとした介入は、閾値下のうつ[27]、ストレスの自覚[21]に対しては改善が認められなかった。このことは、Driessenらのメタ解析[35]によって、CBTの軽症うつに対するエビデンスは不十分であるとされたことと一致する。さらに、本研究において、経済的損失とメンタルヘルスの両方に効果的であった介入の多くは、CBTに加えて、ケア・マネジメントなどを用いていた。したがって、CBTが単独で経済効率的であるかどうかを結論づけるには、さらなる研究の追加が必要である。

本研究に含まれたほとんどの研究が、勤続率や傷病休暇日数などの労働生産性をアウトカムとして測定していた[17,20,22-33]。その中でも、最も多くアウトカム指標として用いられていたのは、傷病休暇などを含むAbsenteeismであり、Presenteeismを測定した研究はわずかであった。しかし、例えばうつ病におけるPresenteeismは、Absenteeismよりも数倍経済損失が大きいことが知られている[14]。米国の調査によれば、PresenteeismはAbsenteeismよりも、企業側にとって数倍の損失になると言われており[40]、Kesslerらの研究[14]によると、大うつ病によるPresenteeismはAbsenteeismの約2倍の有効労働日数の損失になることが示されている。したがって、今後の研究においては、Absenteeismのみならず、Presenteeismも測定することが期待される。また、直接コストを測定した研究は乏しかったが、これは、労働生産性を測定するための質問紙が標準化されているのに対し、直接コストを測定する標準化された尺度が普及していないことによるかもしれない。

本研究にはいくつかの限界がある。本レビューでは、介入後最短時点での評価をアウトカムとして用いたため、介入の長期的

な効果を考慮していない。また、ほとんどの研究において介入コストが算出されていなかったため、介入の経済効率性について正確に評価できなかった。

今後の研究としては、介入のコストは、その経済効率性を評価する上で重要な要素であるため、介入のコストを評価した研究が求められる。また、アウトカムとして直接コストやPresenteeismも評価した研究が求められる。さらに、発展途上国や中小企業などにおける職域のメンタルヘルス向上プログラムの効果に関する研究も求められる。

E. 結語

労働者に対して職場主導で行われた介入のメンタルヘルスと経済的損失への影響を評価した研究を系統的にレビューした。介入のコストを評価した研究は乏しく、介入の経済効率性についての評価は限定的なものであるが、介入の行われる場所は、介入の経済効率性に影響を与えていないことが示唆された。また、CBTは特に他の介入と組み合わせた場合に経済効率性が高い可能性が示唆された。今後、介入のコスト、アウトカムとして直接コスト、Presenteeismを評価する研究が求められる。

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 (2008) the global burden of disease: 2004 update.
2. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS (2008) The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. *J Occup Environ Med* 50: 381-390.
3. Stewart WFR, J. A.; Chee, E.; Hahn, S. R. ; Morganstein, D. (2003) Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *JAMA* 289: 3135-3144.
4. Ministry of health Labor and Welfare (2011) overview of comprehensive measures to prevent suicide
5. American Psychological Association (2009) Stress in America 2009. American Psychological Association.
6. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, et al. (2003) The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 64: 1465-1475.
7. McCrone P, Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M., Lawton-Smith, S. (2008) Paying the Price: The cost of mental health care in England to 2026. UK: The Kings Fund. 165 p.
8. Lo Sasso AT, Rost K, Beck A (2006) Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: a cost-benefit approach. *Med Care* 44: 352-358.
9. Rost K, Smith JL, Dickinson M (2004) The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* 42: 1202-1210.
10. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P (2007) Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 37: 351-362.
11. Simon GE, Khandker RK, Ichikawa L, Operskalski BH (2006) Recovery from depression predicts lower health services costs. *Journal of Clinical Psychiatry* 67: 1226-1231.
12. Hamberg-van Reenen HH, Proper KI, van den Berg M (2012) Workplace mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. *Occup Environ Med* 69: 837-845.
13. Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM (2006) Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 28: 223-229.
14. The Cochrane Collaboration (September 2009) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.
15. Drummond MF, Jefferson TO (1996)

- Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. The BMJ Economic Evaluation Working Party. *BMJ* 313: 275-283.
16. Higgins JP, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, et al. (2011) The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 343: d5928.
 17. Uegaki K, Stomp-van den Berg SG, de Bruijne MC, van Poppel MN, Heymans MW, et al. (2011) Cost-utility analysis of a one-time supervisor telephone contact at 6 weeks post-partum to prevent extended sick leave following maternity leave in The Netherlands: results of an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 11: 57.
 18. Rahe RH, Taylor CB, Tolles RL, Newhall LM, Veach TL, et al. (2002) A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosom Med* 64: 278-286.
 19. Milani RV, Lavie CJ (2009) Impact of worksite wellness intervention on cardiac risk factors and one-year health care costs. *Am J Cardiol* 104: 1389-1392.
 20. Palumbo MV, Wu G, Shaner-McRae H, Rambur B, McIntosh B (2012) Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study. *Applied Nursing Research* 25: 54-59.
 21. Wolever RQ, Bobinet KJ, McCabe K, Mackenzie ER, Fekete E, et al. (2012) Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *J Occup Health Psychol.*
 22. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, et al. (2007) Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA* 298: 1401-1411.
 23. van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH (2003) Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design. *Occup Environ Med* 60: 429-437.
 24. Terry PE, Fowles JB, Xi M, Harvey L (2011) The ACTIVATE study: results from a group-randomized controlled trial comparing a traditional worksite health promotion program with an activated consumer program. *Am J Health Promot* 26: e64-73.
 25. Taimela S, Aronen P, Malmivaara A, Sintonen H, Tiekso J, et al. (2010) Effectiveness of a targeted occupational health intervention in workers with high risk of sickness absence: baseline characteristics and adherence as effect modifying factors in a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 20: 14-20.
 26. Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A,

- et al. (2011) Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 68: 400-407.
27. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, et al. (2012) Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One* 7: e35330.
 28. de Zeeuw ELEJ, Tak ECPM, Dusseldorp E, Hendriksen IJM (2010) Workplace exercise intervention to prevent depression: A pilot randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity* 3: 72-77.
 29. Billings DW, Cook RF, Hendrickson A, Dove DC (2008) A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *J Occup Environ Med* 50: 960-968.
 30. Bee PE, Bower P, Gilbody S, Lovell K (2010) Improving health and productivity of depressed workers: A pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General Hospital Psychiatry* 32: 337-340.
 31. Lerner D, Adler D, Hermann RC, Chang H, Ludman EJ, et al. (2012) Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *J Occup Environ Med* 54: 128-135.
 32. Eriksen HR (2002) Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine-Oxford* 52: 383-391.
 33. Peters KK, Carlson JG (1999) Worksite Stress Management with High-Risk Maintenance Workers: A Controlled Study. *International Journal of Stress Management* 6: 21-44.
 34. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, et al. (2007) Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 298: 1401-1411.
 35. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JJ (2010) Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 78: 668-680.

図1 文献選出のフローチャート

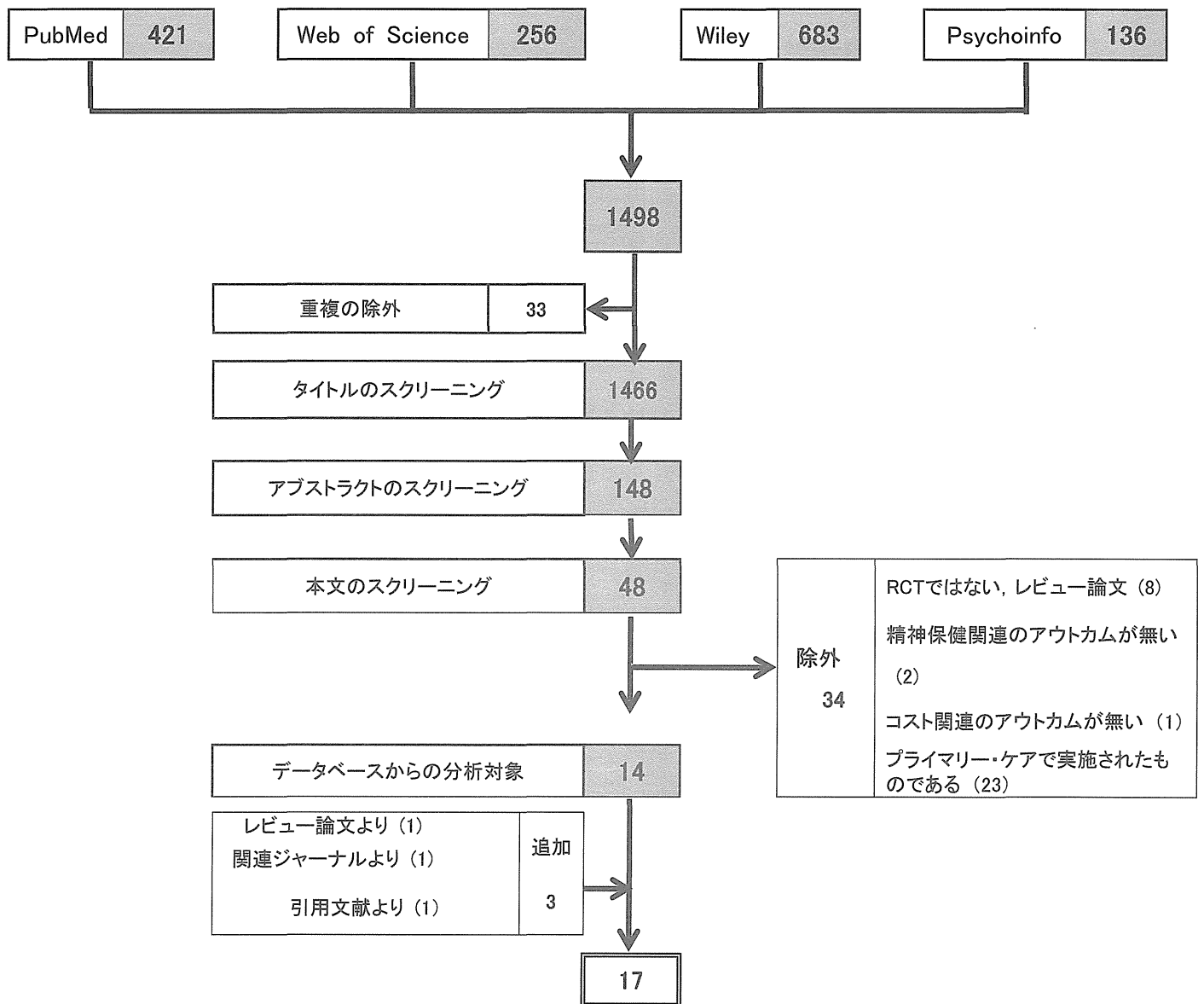


表1. レビューに含まれた研究の特徴

Study	Setting ¹⁾	Population(N)	Type of health promotion ²⁾	Intervention/Control	Intervention			Follow-up	Outcomes	
					period	frequency	cost		Mental health	Cost
Bee, et al. (2010) USA	A	employees of large communications companies absent from work with mental health problems. (53)	S	Telephone CBT (26) / Usual care (27)	12W (3M)	1~ 4.5(M)× 28.32min.	NA	3M	CORE-OM, HADS, WSAS	HPQ
Palumbo, et al, (2012) USA	B	Female nurses at academic medical center (11)	S	Tai-Chi(6) / waiting(5)	15w	by class:13, by own:4 / 1w	instructor fee	15w	SF-36 NSS	WLQ
Van der Klink, J. J. L.(2003) Netherland	B	employees of postal and telecom services who were two weeks on sick leave (192)	S	Graded activity approach(109) / Care as usual (83)	12w (3M)	90min / 3 times during 6w company management.	NA	52w (12M)	DSQ, SCL-90, Mastery	absenteeism
Uegaki.K et al (2011) Netherland	B	pregnant workers (541)	S	Supervisor telephone contact(265) / common practice (276)	at 6 weeks post-partum	1	NA	12M	EuroQOL-5D	Sick leave HPQ
Milani.et al, (2009) USA	B	Employees and their spouses of a single company (339)	U	Worksite health programs(185) / Usual care (154)	6M	weekly	"relatively low"	12M	SF-36 Kellner Symptom Questionnaire	medical clame
Billings D. W., et al (2008)	A	major technology company (309)	U	web based multimedia health promotion program(na) / waiting list (na)	3M	their own pace	NA	3M	a 8-item scale : self-efficacy and manage feeling, Symptoms of Depress Scale, PANAS, CES-D, BAI, Stress Relief Strategies questionnaire	WLQ Unscheduled time off
Rahe et al. (2002) USA	B	employee of computer equipment company and local city government (503)	U	personalized feedback, Wellness seminar, small-group educational sessions (171) / non-personalized feedback(166) / waiting list(164)	3M	1 session / 2w	instructor fee	12M	Stress and Coping Inventory, STAI, QHRQ	Health Center utilization
Eriksen, H. R. (2002) Norway	B	employee of 29 post offices and 2 postal terminals (1059)	U	Stress managing program(162) / Physical exercise(189) / integrated health program(165) / Control (344)	12W	2h / 1w	NA	1Y	Cooper Job Stress Questionnaire., Subjective Health Complaint Inventory	Sick leave frequency and duration
Terry, et al. (2011) USA	A	employees of a large health care system and a national airline (320)	U	Traditional health improvement program (136) / Activated Consumer Program :Coaching(85) /Information on personal development(99)	18M	face to face: 1 session telephone : 6 times	NA	24M	PWP	HPQ, Patient Activated Measure?

Study	Setting ¹⁾	Population (N)	Type of health promotion ²⁾	Intervention(N)/Control(N)	Intervention			Follow-up	Outcomes	
					period	frequency	cost		Mental health	Cost
Peters, K. K. et al. (1999) USA	B	employee from building and ground department at the University of Hawaii (50)	I	Worksite stress management health promotion program (24) / waiting list (26)	10w	16 Educational workshops	NA	10w	state-trait personality inventory	absenteeism
Furukawa, T. A., et al (2012) Japan	B	employees with sub threshold depression at 13 factories and offices of a large manufacturing company (118)	I	Telephone CBT (58) / Treatment as usual (60)	4M	8 session	NA	4M	BDI-II, K6, CIDI	HPQ
Lerner, D. (2012) USA	B	employee of State government in Maine (79)	I	multi-component work-focused care program = Work and Health Initiative (52) / Usual care (27)	8W	1h / 2w	NA	4M	PHQ-9	WLQ, Absence days/2 weeks
de Zeeuw, et al. (2010) Netherlands	A	employees of a large department of major insurance company, sub-threshold depression (30)	I	exercise (15) / waiting (15)	10w	1 / 1w	NA	10w	PHQ-9	Sickness absence
Taimela, et al.(2008) Finland	A	Employees at risk of the construction industry (272)	I	consultation and feedback (134) / consultation on request (138)	12M		NA	12M	sleep-disturbances,	Taimela, et al.(2008) Finland
Lexis et al (2011) Netherland	B	employee at risk of sickness absence at large banking company (139)	I	CBT (69) / Care as usual (70)	6M	7.5 session (45 min.)	NA	18M	HADS, SF36, BDI	Sickness absence duration
Wang, et al. (2007) USA	A	Depressive workers from 16 large companies (604)	I	Telephonic outreach and care management (304) / Usual care (300)	6M	CBT 8 session	Wang, et al. (2007) USA	A	Depressive workers from 16 large companies (604)	I
Wolever, et al. (2012) USA	A	employees of a national insurance carrier and stress score 16 or high, Perceived Stress Scale (PSS) ≥ 16 (239)	I	Viniyoga stress reduction program using DVD (90) / Mindfulness at Work (96) / Control :given a list of resources(53)	12w	1h / w	NA	12M	Perceives Stress Scale, The Pittsburgh Sleep Quality Index, CES-D, CAMS-R	WLQ

¹⁾ A: Intervention at worksite B: Intervention outside of worksite , ²⁾ U: Universal S: Selective I: Indicated ,

BDI: Beck Depression Inventory BAI: Beck Anxiety Inventory CAMS-R: the Cognitive and Affective Mindfulness scale-Revised CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CIDI: Composite International Diagnostic Interview CORE-OM: the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure DSQ: Depression Screening Questionnaire DASS-42: Depression Anxiety Stress Scale HPQ: WHO The Health and Work Performance Questionnaire HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale NSS: Nursing Stress Scale PANAS: Positive and Negative Affect Schedule PHQ-9: the 9 item Depression Scale of the Patient Health Questionnaire PWP: Personal Wellness Profile QHRQ: The Quarterly Health Report Questionnaire QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology SCL-90: the Symptom Checklist-90 SF-36: 36-item Short Form Health Survey STAI: State-Trait Anxiety Inventory WLQ: Work limitation Questionnaire WSAS: the Work and Social Adjustment Scale

表2. 精神保健と経済的損失に関する順列表示

全て		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	5	4	0
	→	5	3	0
	↓	0	0	0

17

Key:

	精神保健	コスト関連アウトカム
↑	改善	労働生産性: 増加 直接コスト: 減少
→	同じ	同じ
↓	悪化	労働生産性: 減少 直接コスト: 増加

a) 介入の実施場所

A		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	2	0
	→	2	1	0
	↓	0	0	0

A: 職場外で実施

B		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	3	2	0
	→	3	2	0
	↓	0	0	0

B: 職場内で実施

b) 介入戦略の種類

Universal		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	0	0
	→	1	2	0
	↓	0	0	0

5

Selective		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	0	0	0
	→	3	1	0
	↓	0	0	0

4

Indicated		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	3	4	0
	→	1	0	0
	↓	0	0	0

8

c) 介入の種類

CBT		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	4	3	0
	→	2	0	0
	↓	0	0	0

9

Education		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	1	0
	→	1	2	0
	↓	0	0	0

6

Exercise		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	1	2	0
	→	1	1	0
	↓	0	0	0

5

Stress management program		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	1	0
	→	0	1	0
	↓	0	0	0

4

Care Management		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	0	0
	→	0	1	0
	↓	0	0	0

3

Others		コスト関連アウトカム		
		↑	→	↓
精神保健関連アウトカム	↑	2	1	0
	→	1	2	0
	↓	0	0	0

6

職場のメンタルヘルス対策に関する国の事業と費用

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 作業条件的総研究グループ部長

研究要旨

職場のメンタルヘルス対策に関する国の事業の実施状況とその費用を明らかにすることを目的として、平成24年行政レビューシートから厚生労働省のメンタルヘルス、ストレス、精神障害、発達障害に関する平成23年度の事業を検索し、事業の目的、事業概要、平成23年度執行額、活動実績、単位当たりコストと算出根拠を調べた。

厚生労働省はメンタルヘルスに関連した事業を平成23年度は25事業実施し、執行金額は合計114億33百万円であった。この中で、メンタルヘルスやストレスに限定した事業は、4事業で合計14億44.3百万円であった。精神障害者や発達障害者に限定した事業は、6事業で合計3億32.7百万円であった。残りの10事業は、メンタルヘルスや精神書障害者等に限定したものではないが、メンタルヘルスに関連した事業が含まれていた。この他に補助金や運営費は7件で合計337億12百万円であり、25事業と合わせると総額451億45百万円であった。メンタルヘルス等に特定していない事業・補助金・運営費の中のメンタルヘルス対策の割合を仮に1割として金額を推定すると職場のメンタルヘルス対策に関する国の費用は総額61億円となった。

A. 本研究の目的

職場のメンタルヘルス対策に関する国の事業の実施状況とその費用を明らかにする。

B. 方法

平成24年行政レビューシートから厚生労働省のメンタルヘルス、ストレス、精神障害、発達障害に関する事業を検索し、事業の目的、事業概要、平成23年度執行額、活動実績、単位当たりコストと算出根拠を調べた。

C. 結果

1. メンタルヘルスに関する行政事業

1) メンタルヘルス対策支援センター事業

昨今の職場のメンタルヘルスに関する状況を見ると、精神障害等に係る労災決定件数は増加傾向にある。また、日本で自殺者数は14年連続で3万人を突破し、このうち

約3割が「被雇用者・勤め人」となっている。一方、事業場での心の健康対策の取組みに対する状況を見ると、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場は約5割にとどまっている。このため、メンタルヘルス対策の専門家による相談対応、個別の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、専門家による個別の事業場への訪問支援（メンタルヘルス対策に関する助言、管理監督者に対する教育、職場復帰支援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。

平成23年度執行額：1,270百万円
活動実績：事業者等からの相談件数 24,813件、事業場に対する訪問支援件数 25,779件

コスト：23,475円/件

算出根拠：相談及び訪問支援経費1,187,657千円/相談及び訪問支援件数50,592件

2) 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

昨今の職場のメンタルヘルスに関する状況を見ると、精神障害等に係る労災決定件数は増加傾向にある一方、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場は約5割にとどまっており、その理由として「取り組み方が分からない」としている事業場が多いため、これら事業者のニーズに対応できるよう、職場の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、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」を開設し、事業者、産業医等の産業保健スタッフ、労働者やその家族等に対して、職場のメンタルヘルスに関する最新の情報、メンタルヘルス対策に関する基礎知識、事業場の取組み事例等、職場のメンタルヘルスに関する様々な情報提供を行うとともに、メンタルヘルスに関するメール相談を行う。

平成23年度執行額：68百万円

活動実績：メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」に対する延べアクセス件数 642,956件

コスト：105円/件

算出根拠：執行額67,773,818円/アクセス件数642,956件

3) ストレス症状を有する者に対する面接

指導等に関する研修事業（産業医等医師等を対象とした研修事業より変更）

本事業では、ストレスチェックと面接指導等が適切に実施されるよう、医師等を対象にストレスチェックと面接指導の具体的実施方法等のメンタルヘルス対策に関する研修を実施し、職場のメンタルヘルス対策に資することを目的とする。

医師等を対象に改正労働安全衛生法に対応したストレスチェックと面接指導の具体的実施方法等のメンタルヘルス対策に関する研修を実施する。

平成23年度執行額：104百万円

活動実績：研修の実施回数 71回

コスト：147万円/回

算出根拠：執行額104,492,574円/研修実施回数71回

4) 外部専門機関の整備・育成等事業

メンタルヘルスの問題等、産業医の扱う分野が多様化してきた中にあることは、産業医の個人的な知識や能力に依存した従来の産業保健活動から、多様な分野の専門職で構成される事業場外組織（外部専門機関）による産業保健活動に転換していくことが必要である。本事業では、外部専門機関創設に向けた支援を行う。

外部専門機関創設に向けた支援として、調査事業及び研修事業を実施。研修事業においては、必要な人員等、医療機関等が外部専門機関として業務を開始する際及び運営に当たり必要な事項についてのマニュアル作成を含む。

平成23年度執行額：2.3百万円

活動実績：外部専門機関の養成のための研修会 1回

コスト：363,085円/回

算出根拠：研修会に係る支出予定額/研修会の実施回数

5) 被災労働者に対する緊急健康診断事業

東日本大震災によって職場で受けた心身の負担により。脳・心臓疾患のリスクの増加や、メンタルヘルスに関連する症状・不調等が生じていることが想定されるとともに、今後職場復帰の際にも、人員の不足等による業務量増加に伴い、過重労働による健康障害が増加することが懸念されるが、地域の医療資源の不足等により、被災地域の中小事業場においては、事業者が十分な健康管理を行うことが困難であることから、被災地域において、自らの健康に不安を感じる中小事業場の労働者に対し、緊急健康診断を実施し、労働者の健康確保に資する。300人未満の被災事業場の労働者に対し、緊急に健康診断を実施する。

平成23年度執行額：1,008百万円

活動実績：健康診断の実施 2,352回、116,072人

コスト：8,648円/人

算出根拠：＝支出額1,003,758,420円/健診実施数116,072人

6) 長時間労働・過重労働の解消・抑制等経費

労働時間が週60時間以上の労働者の割合が高い水準で推移し、また脳・心臓疾患、精神障害に係る労災認定件数が高水準で推移する中、長時間労働・過重労働を解消・抑制することにより健康障害防止を図る。

時間外及び休日労働協定の適正化について、時間外及び休日労働協定点検指導員を労働基準監督署に配置し、窓口指導の徹底を図るとともに、過重労働解消用パンフレット等を活用した集団指導や自主点検を実施することにより、長時間労働・過重労働の解消・抑制等対策を推進する。

平成23年度執行額：226百万円

活動実績：①好事例集 13万部、②過重労働解消用パンフレット 16万部

コスト：①好事例集一部作成あたり 130.8（円/部）、②過重労働解消用パンフレット一部作成あたり17.9（円/件）

算出根拠：①事業委託費16,999,500円/好事例集作成部数130,000部、②過重労働解消用パンフレット印刷費及び委託発送経費2,870,598円/印刷部数160,000部

7) 仕事と生活の調和の推進に必要な経費

①労働時間等設定改善推進助成金、②職場意識改善助成金及び③特に配慮を必要とする労働者に対する休暇制度の普及事業：労働時間等設定改善法に基づき、企業等に対する支援事業を実施し、企業や事業場における労使の自主的取組を推進することにより、長時間労働の抑制、年次有給休暇の取得促進、特に配慮を必要とする労働者に対する休暇の普及等、労働時間等の設定の改善の促進を図る。

④テレワーク相談センター事業、⑤テレワーク・セミナー実施事業：高齢者や障がい者などの社会参加の促進や子育て・介護のために休職を余儀なくされている女性など様々な働き方を希望する者の就業機会の創出及び地域活性化等に資するテレワークの一層の普及拡大に向け、環境整備、普及啓発等を推進する。

①労働時間等設定改善推進助成金 労働時間等の設定の改善のために、参加事業場の現状把握や意識調査等を行い好事例集等の周知や傘下事業場への巡回指導等を行う中小企業団体に対し、その経費を助成（上限6,000千円）する。

②職場意識改善助成金 労働時間等の設定の改善を通じた職場意識の改善を促進するため、労働時間等設定改善委員会の設置や年次有給休暇の取得促進のための措置、

所定外労働時間削減のための措置等を盛り込んだ職場意識改善に係る計画を作成し、この計画に基づく措置を効果的に実施した中小企業事業主に対し助成（上限1,000千円）する。

③特に配慮を必要とする労働者に対する休暇制度の普及事業 地域活動やボランティア活動への参加、犯罪等の被害に遭った労働者の被害の回復、または裁判員制度における裁判員としての活動に必要な休暇等、特に配慮を必要とする労働者に対する休暇制度について、事業主を対象とするセミナーの開催、休暇導入事例集の作成、導入等状況・意識のあり方等に関する調査を行う。

④テレワーク相談センター事業 テレワーク相談センターに専門相談員を配置し、直接訪問や電子メール、電話によるテレワーク導入・実施時の労務管理上の課題等についての相談・助言等を行う。

⑤テレワーク・セミナー実施事業 東京及び大阪におけるセミナーの実施により、テレワーク実施時の労務管理上の留意点について周知を図るとともに、テレワーク導入事業場による成功事例の紹介を行う。

平成23年度執行額：1,005百万円

活動実績：①労働時間等設定改善推進助成金の支給団体数 14件、②職場意識改善助成金の支給件数 378件、③30代男性の週労働時間60時間以上の就業者の割合 18.4%、④特別な休暇制度普及率 51.0%、⑤テレワーク相談センターに対する相談件数 770件

コスト：25,909円/件

算出根拠：テレワーク相談センター事業経費19,950,000円/テレワーク相談センターに対する相談件数770件

8) 働きやすい職場環境形成事業

職場のいじめ・嫌がらせ、いわゆるパワーハラスメントについては、近年、都道府県労働局や労働基準監督署等への相談が急速に増加するなど、社会的な問題として顕在化してきている。このため、平成24年3月15日に、この問題の予防・解決に向けて、労使や職場の一人ひとりに取り組む呼びかける「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」を取りまとめた。この提言の内容について、労使や国民各層に向けて周知を図り、問題に取り組む社会的気運を醸成する。

「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」の趣旨や内容を基に、①問題に取り組む社会的な気運の醸成を図るための周知・広報（ポータルサイトの構築など）を行うとともに、②企業アンケート等により職場のパワーハラスメント問題の実態把握を行い、予防・解決のための課題の検討等を実施。

平成23年度執行額：1百万円

活動実績：「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」を取りまとめ（平成24年3月15日）

9) 特殊疾病アフターケア実施費

わが国が批准したILO第121号条約上の義務として、法律に定める保険給付の補完を目的として実施している。業務災害又は通勤災害により被災された方に対し、症状固定後、必要に応じて後遺障害に付随する疾病の予防その他の保健上の措置として診察や薬剤を支給することで当該労働者の労働能力を維持させることにより、円滑な社会復帰の促進を図る。

症状固定後においても後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれのあるせき髄損傷、精神障害等の20傷病を対象として、医療機関にお

いて診察、保健指導、薬剤の支給及び検査等の必要な措置を行うもの。また、アフターケアのための通院に要する費用を支給するもの。

平成23年度執行額：3,337百万円

活動実績：申請のあったものについて迅速・適正に処理する。

10) 治療と職業生活の両立等の支援手法の開発

対象労働者の疾患の種類に応じ、医療機関側と事業主側との連携体制の下、当該労働者の職場復帰及びその後の治療と職業生活の両立を図るための具体的取組を行うとともに、取組における事例蓄積とその検証を行い、その成果を取りまとめることにより、被災労働者の社会復帰の促進を図ることを目的とする。

①脳・心臓疾患、②精神疾患その他のストレス性疾患、③腰痛その他の筋骨格系疾患、④職業性がんその他の悪性新生物の4疾患について、総合評価落札方式による一般競争入札により、各疾患毎に委託先を選定。当該事業を委託し、疾患の種類に応じた事例の蓄積（1疾患あたり15件程度）を行うとともに、対象疾患が職務遂行能力等に与える影響や効果的な治療方法、労務管理上の課題や必要となる配慮等について外部委員等の参画による委員会等で整理、検証し、対象疾患に係る取組成果を報告書に取りまとめ、提出してもらう。

平成23年度執行額：86百万円

活動実績：本調査研究において、治療と職業生活の両立等に資した事例数①17事例、②15事例、③15事例、④13事例

コスト：1,400,000円／事例数

算出根拠：86百万円／60事例（執行額／事例数）

11) 精神障害者等ステップアップ雇用奨励金

精神障害者及び発達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。

精神障害者及び発達障害者は就業が可能であっても、直ちには雇用保険の被保険者の適用となる週20時間以上働くことが困難な者が多く、また事業主側にとっても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。このため、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ことを目的に、週20時間未満の短時間就業を実施する事業主に対して、当該期間中、対象障害者1人当たり月2万5千円を支給する。

平成23年度執行額：58百万円

活動実績：ステップアップ雇用を開始した者 326人

コスト：177,914円／人

算出根拠：執行額58百万円／実績326人

12) 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、以下の①～④のとおり、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

①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

②社内の専門人材を養成するため、従業員に精神保健福祉士等の養成課程を履修させ

た場合：履修に要した費用の2/3（上限50万円）

③社内で精神障害に関する講習を実施した場合又は従業員に外部機関が実施する精神障害者雇用に資する講習を受講させた場合：講習に要した費用の1/2（1回5万円を上限、年5回を上限）

④在職精神障害者を他の精神障害者に対する相談等を行う担当者として配置した場合：配置した在職精神障害者1人当たり25万円

平成23年度執行額：1.7百万円

活動実績：助成金の利用届提出件数 9件
コスト：425,000（円/事業主）

算出根拠：執行額1.7百万円/支給件数4件

13) 精神障害者に対する雇用管理ノウハウの蓄積と普及

全国6ブロックにおいて精神障害者の雇用管理ノウハウに関するセミナーを開催し、事業主等の理解を深め、その普及を図る。

全国6ブロックにおいて精神障害者を雇用している企業の担当者等を招いたセミナーを開催し、精神障害者に対する雇用管理ノウハウの普及を図る。

平成23年度執行額：5百万円

活動実績：セミナー参加者 1,364人
コスト：1,501円/人

算出根拠：執行額2百万円/セミナーの参加者1,364人

14) 医療機関等との連携による精神障害者等の就労支援の実施

医療機関等を利用している精神障害者等の雇用への移行を促進するため、治療・社会復帰支援段階から精神障害者等の職業準備性や職業意識を高め、就職に向けた取組を的確に行えるようにする。

医療機関等を利用している精神障害者及び発達障害者を対象に、ハローワークの職員が医療機関等を訪問して、就職活動に関する知識や方法についてガイダンスを行うことにより、職業準備性や就職意欲を高め、就職に向けた取組を的確に行えるよう援助する。また、医療機関等の職員等に対しても、障害者の雇用支援策に関する理解等を促進するためのガイダンスを行うことで、医療機関等とハローワークとの連携を強化し、円滑な職業紹介業務等への移行を目指す。

平成23年度執行額：5百万円

活動実績：ジョブガイダンスの受講者 1,779人

コスト：2,811円/人

算出根拠：執行額5百万円/ジョブガイダンスの受講者1,779人

15) 発達障害者雇用開発助成金

発達障害者を新たに雇い入れ、雇用管理上の課題、配慮事項等を把握・報告する事業主に対し助成を行うことにより、発達障害者の雇用機会を増大するとともに雇用管理に関するノウハウを蓄積し、もって発達障害者の雇用の促進及び職業の安定を図る。

発達障害者を新たに雇い入れ、雇用管理に関する事項を把握し報告する事業主に対する助成を行う。支給対象者1人当たり大企業の場合50万円（短時間労働者は30万円）、中小企業の場合135万円（短時間労働者の場合90万円）を支給する。

平成23年度執行額：22百万円

活動実績：対象労働者の雇入れ件数 41件

コスト：0.53百万円/雇入れ件数

算出根拠：支給実績額22（百万円）/雇入れ件数41（件）

16) 発達障害者の特性に応じた支援策の充実・強化

発達障害者の求職者が増加し、就労支援について体系的な支援の実施が必要になることが見込まれる中で、全国的な体制の整備に向けて、ハローワークにおける発達障害者の支援体制を拡充・強化するとともに、支援機関や事業主等への啓発事業を実施し、発達障害者の雇用の促進と安定を図る。

①若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラムについては、ハローワークに就職支援ナビゲーター（発達障害者等支援分）を配置し、発達障害などによりコミュニケーション能力や対人関係に困難を抱えている者について、希望や特性に応じて専門支援機関に誘導するとともに、障害者向けの専門支援を希望しない者については、個別の相談・支援を実施する。②発達障害者就労支援者育成事業については、発達障害者に対して就労支援などを行う者等に対して就労支援ノウハウの付与のための講習会及び体験交流会を実施するほか、事業所において発達障害者を対象とした職場実習を行い、雇用のきっかけ作りを行う体験型啓発事業を実施する。

平成23年度執行額：241百万円

活動実績：①就職支援ナビゲーター（発達障害者等支援分）が実施する個別支援の対象者数 2,627人、②セミナー参加者数 1,781人

コスト：①87,933円／個別支援対象者、②4,491円／セミナー参加者

算出根拠：①執行額231百万円／個別支援対象者数2,627人、②委託額8百万円／セミナー参加者1,781人

17) 障害者試行雇用奨励金

短期間の障害者の試行雇用を通じ、障害者の雇用に対する理解を促進するとともに、

障害者の業務遂行の可能性を見極め、試行雇用終了後に常用雇用への移行を進め、就業機会の確保を図る。

実際の職場に障害者を短期の試行雇用の形で受け入れてもらい、事業主の障害者雇用に対する理解を積極的に推進するとともに、障害者の業務遂行の可能性を見極めることにより、一般雇用への移行を促進する。試行雇用は3か月間とし、事業主と対象障害者との間で有期雇用契約を締結する。ハローワークの紹介により、試行雇用を実施する事業主に対して、対象障害者1人当たり1か月4万円の奨励金を支給する。

平成23年度執行額：981百万円

活動実績：試行雇用開始者数 11,378人

コスト：86,219円／人

算出根拠：執行額981百万円／トライアル雇用開始者数11,378人

18) 障害者等の職業相談経費

障害者の求職者に対するきめ細かな相談、職業紹介等を実施することを通じて障害者の就職促進を図ること、精神障害者の求職者に対して専門的なカウンセリング等を実施し、精神障害者の雇用促進、職場定着を図る。

ハローワークにおいて、就職支援ナビゲーター（障害者支援分）等を配置し、求職者一人ひとりの障害特性に十分配慮しつつ、その適性に応じた専門的支援を行う。また、精神障害者については、カウンセリングスキルの高い専門的資格を有する者等を精神障害者雇用トータルサポーターとして配置を行うことなどにより、障害者の就職促進、職場定着を図る。

平成23年度執行額：2,343百万円

活動実績：就職支援ナビゲーター（障害者支援分）1人あたりの活動件数 1,441件

コスト：①2,653円／件、②23,611円／

人

算出根拠：①就職支援ナビゲーター（障害者支援分）の執行額1,465百万円／就職支援ナビゲーター（障害者支援分）の活動件数552,010件、②精神障害者雇用トータルサポーターの執行額349百万円／精神障害者雇用トータルサポーターのカウンセリング対象者14,781人

19) 働く障害者からのメッセージ発信事業

障害者、その家族等に対して就労への理解を深めるため、民間団体に委託し、障害者本人及び家族等を対象とした講習会などを実施し、働く障害者を支援するネットワークを構築、強化するとともに、関係者等の障害者雇用の意識を改革し、もって障害者の職業的自立を促進する。

障害者本人、家族等を対象とした講習会や職業的自立に向けた講習会、経験交流会の開催、メッセージ集の作成・配布、ピアカウンセラーによる相談等を行うことにより、障害者又はその家族、支援関係者の「働く」ことへの理解を深め、障害者の職業的自立を促進する。

平成23年度執行額：18百万円（働く精神障害者からのメッセージ発信事業 11百万円）

活動実績：セミナー開催 12件、1,811人

コスト：1.5百万円／セミナー1件

算出根拠：執行額18百万円／セミナー開催件数12件

20) 労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会

障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図るために、障害者雇用促進法制においてどのような措置を講ずべきかについて、考え方の整理を行

う。

企業関係者、労働組合、障害者関係団体等の有識者からなる研究会において、障害者権利条約の締結に向けた環境整備等を図るため、「障害者」の範囲や精神障害者の義務化その他の対応の在り方について、すでに障害者権利条約を批准している諸外国の制度に関する調査も含め、検討を行う。

平成23年度執行額：0.5百万円

活動実績：研究会の開催回数 4回

コスト：233,912円／研究会1回

算出根拠：執行額／研究会の開催回数

21) 職場支援従事者配置助成金

重度知的障害者または精神障害者を雇入れ、かつ、その雇用管理を行うために必要な業務遂行上の支援を行う者を配置する事業主に対し助成を行い、障害者雇用の一層の推進を図る。

重度知的障害者または精神障害者を雇入れ、かつ、その雇用管理を行うために必要な業務遂行上の支援を行う者を配置する事業主に対し、助成を行う。助成額は、1カ月につき職場支援従事者1人当たり3人を上限とする対象労働者の数に、大企業の場合3万円（短時間労働者は1.5万円）、中小企業の場合4万円（短時間労働者の場合2万円）を乗じた額を支給する。

平成23年度執行額：22百万円

活動実績：対象労働者の新規雇用者数 309人

コスト：0.07百万円／新規雇用者数

算出根拠：支給実績額22百万円/新規雇用者数309件

22) 失業給付受給者等就職援助対策費

失業給付受給者等に対する早期再就職の促進を図るため、①求人確保体制の強化（個別求人開拓の実施）、②失業等給付受

給者に対する就職支援セミナーの集中的実施、③求職者のストレスチェック及びメール相談の実施、④職務経歴書の書き方の説明書等作成による長期失業防止策、を実施する。

失業等給付受給者は長年雇用され、求職活動の経験がない者が多いことから、民間事業者へ委託して、求職活動の実施に当たって必要な知識の付与、雇用失業情勢等に対する理解の促進等を図るための就職支援セミナー等を実施する。

平成23年度執行額：562百万円

活動実績：①就職支援セミナー開催回数 17,014回、②メール相談事業相談件数 5,876件

コスト：①就職支援セミナー 30,967円／回、②メール相談事業 2,868円／件

算出根拠：①就職支援セミナーに係る委託費526,877千円／開催回数17,014回、②メール相談事業に係る委託費16,854千円／年間相談件数5,876件

23) 長期失業者等総合支援事業費

長期失業者及び長期失業に至る可能性の高い求職者に対して、公共職業安定所が実施する職業紹介を基軸に、民間職業紹介事業者への委託による総合的な就職支援を実施することによって、長期失業者等の早期再就職を促進する。

厳しい雇用失業情勢において、1年以上の長期にわたり失業している者（長期失業者）は増加を続け、平成23年末の長期失業者は121万人と高水準にあり、失業者の失業期間の更なる長期化も懸念される。このため、長期失業者及び長期失業に至る可能性の高い求職者に対して、再就職支援の充実・強化を図るため、公共職業安定所が実施する職業紹介を基軸に、民間職業紹介事業者への委託によるキャリアコンサルティ

ング、就職セミナー、グループワーク、メンタルヘルス相談、職場定着支援などの就職支援を総合的に実施する。

平成23年度執行額：37百万円

活動実績：支援開始者数 834人

コスト：平成23年度事業は支援実施中のため未算定（支援期間は平成24年2月から11月末まで）

算出根拠：委託費（執行額）／支援開始者数

24) 就職活動準備事業

就職に対する準備不足等から、すぐには求職者支援制度による職業訓練による職業訓練による効果が得にくい者に対し、個別カウンセリングや生活指導等による意欲・能力の向上支援や職業紹介を民間事業者へ委託して実施することにより、求職者支援制度等の他の就職支援への円滑な移行や就職促進を図ることを目的とするもの。

民間事業者を活用し、以下の支援を実施。

①適性テストや性格診断等を通じた基本的な生活習慣、求職活動に関する意欲・知識等の改善支援

②ジョブ・カードを用いたキャリア・コンサルティング、メンタルヘルスケア支援

③履歴書、職務経歴書の作成方法、面接の受け方等についての講義、グループ討議等による支援

④求人情報の提供、職業紹介等による就職の実現

平成23年度執行額：1.5百万円

活動実績：支援開始者数 665人

コスト：平成23年度支援開始者に対する支援を実施中のため未算定

算出根拠：委託費（執行額）／支援開始者数

25) 技能実習生に対する事故・疾病防止対