

- depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. *Industrial Health* 51, 482-489, 2013.
- 2) Iijima S, Yokoyama K, Kitamura F, Fukuda T, Inaba R: Cost-benefit analysis of Comprehensive Mental Health prevention programs in Japanese workplaces: A pilot study. *Industrial Health* 51, 627-633, 2013.
- 3) 安藤俊太郎、瀧本里香、井上直美、西田淳志、松長麻美、横山和仁：職場主導で行われる介入が労働者のメンタルヘルスおよび生産性を含むコストに与える影響：系統的文献レビュー．産業医学レビュー 26、157-176、2013。（総説）
2. 学会発表
- 1) Sachiko Iijima, Kazuhito Yokoyama, Fumihiko Kitamura and Takashi Fukuda : A Cost-Benefit Analysis of Comprehensive Prevention Mental Health Programs in the Japanese Workplace, the 9th World Congress of the International Health Economics Association. Sydney, Australia, July, 2013.
- 2) 萩典子、益子友恵、山崎喜比古、横山和仁、北村文彦、伊藤弘明、大西信行、東川薫：メンタルヘルス不調時における労働者の生産性の予測と精神科受診の意向に 関連する要因、第20回日本産業精神保健学会、2013年8月、東京。
- 3) 飯島佐知子、北村文彦、横山和仁：事業所のメンタルヘルス対策の費用便益分析の予備的研究、第 20 回日本産業精神保健学会、東京、2013 年 8 月。
- 4) 萩典子、益子友恵、山崎喜比古、横山和仁、北村文彦、大西信行：東海地方健康職場づくり研究(1) 精神科看護師の精神健康と不調時の精神科受診の意向、第72回日本公衆衛生学会総会、三重、2013年10月。
- 5) 益子友恵、萩典子、山崎喜比古、横山和仁、北村文彦、大西信行：東海健康職場づくり研究(2) ストレス対処力SOC、職場風土、精神健康度の関連性、第72回日本公衆衛生学会総会、三重、2013年10月。
- 6) 萩典子、大西信行、東川薫：精神科看護師の精神健康とそれに関連する要因、第 20 回日本精神科看護学術集会専門Ⅱ、山形、2013 年 11 月。
- F. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
  2. 実用新案登録
  3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

## Ⅱ. 分担研究報告書

職場環境と精神科受診の意向および精神健康度の関連  
～職場におけるメンタルヘルス対策への有効な示唆の提言～

研究分担者 横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

**研究要旨**

臨床精神医学領域において、早期介入・支援に関しては、重要性の認識は広がり、取り組みも進んでいる。同様に職域のメンタルヘルスに関しても予防活動及び早期介入・支援が重要であり、その対策は進みつつあるがその効果についての研究は進んでいない。精神疾患の発症から受診までの未治療期間については、多くの研究がされており、未治療期間がその後の経過や社会生活に影響することがわかっている。また、早期から治療や支援を開始することでその経済的恩恵が大きいことが予想され、メンタルヘルス不調を予防し早期に支援や治療を開始することは、メンタルヘルスに関連する経済的損失を軽減するためにも重要であると考えられる。本研究では、メンタルヘルス対策に関する具体的な効果と労働者の健康度を高める職場づくりについて検討することを目的として、平成24年11月～25年1月に行われた労働者の職場環境とメンタルヘルスについてのアンケート調査の結果をもとに、労働者のメンタルヘルスと職場環境の関連について分析し考察した。メンタルヘルス不調時の精神科受診の意向は過半数が受診しないと回答し、受診すると回答した者は10%を下回る結果となり、早期介入・治療のためにこころの不調を感じたときの精神科受診率を向上させるための対策が必要であることが示唆された。しかし、本研究では精神科受診の意向と職場環境には関連が見られず、職場環境についてのより詳しい調査項目を増やしたアンケート調査や今回とは異なる視点でのさらなる調査とともに、具体的な対策の検討が必要であると考えられる。一方、精神健康度、ストレス対処能力と職場環境については有意な関連が見られ、労働環境が良好であることと仕事や家庭生活への満足度が高いことが精神健康度やストレス対処能力が高いことと関連があることが明らかとなった。また、精神健康度とストレス対処能力どちらにおいても、労働環境特性の中でも特に心理的報酬や信頼と協力などと関連が見られ、ソーシャルサポートとの関連は見られなかった。これらの分析結果から、労働者のメンタルヘルスの維持増進には労働者一人ひとりの能力や努力が評価され、互いに信頼し合い協力しながら労働できる職場づくりを目指すことが有効であると考えられた。今後の展望として、メンタルヘルス対策の効果をさらに検証し考察を深め、よりよい職場環境づくりを進めていくとともに、プレゼンティズム（出勤しているが心身の不調により頭や体が働かず、生産性が低下してしまう状況）の問題や、メンタルヘルス不調を悪化させず早期治療・支援を可能にするための早期受診に結び付くような具体的な取り組みを検討していくことが重要である。

また、加えて本年度は昨年度までの調査結果をもとに東海地方にある2企業を対象に調査結果のフィードバックを行った。それによって各事業場が労働者の現状を明らかにし、評価を行うことで具体的な目標を設定し有効な取り組みを実効することができ、その評価のサイクルをつくることも対策の効果が示され活用されることにつながることを確認できた。

<研究協力者>

萩 典子

四日市看護医療大学

益子 友恵

東京大学医学部附属病院

山崎 喜比古

日本福祉大学社会福祉学部

北村 文彦  
順天堂大学医学部

伊藤 弘明  
順天堂大学医学部

細川 まゆ子  
順天堂大学医学部

大西 信行  
四日市看護医療大学

東川 薫  
四日市看護医療大学

北村 麻裕子  
京都大学大学院医学研究科

廣島 麻揚  
京都大学大学院医学研究科

和田 耕治  
国立国際医療研究センター

浦川 加代子  
順天堂大学保健看護学部

伊藤 弘人  
国立精神・神経医療研究センター

奥村 泰之  
医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

#### A. 研究背景および目的

臨床精神医学領域において、早期介入・支援に関しては、重要性の認識は広がり、取り組みも進んでいる。精神疾患の発症から受診までの未治療期間については、多くの研究がなされており、未

治療期間が、その後の経過や社会生活に影響することが分かっている<sup>1~3)</sup>。また、早期から治療や支援を開始することでその経済的恩恵が大きいことも明らかとなっている<sup>4、5)</sup>。同様に職域のメンタルヘルスに関しても予防活動及び早期介入・支援が重要であり、メンタルヘルス不調を予防し早期に支援や治療を開始することは、メンタルヘルスに関連する経済的損失を軽減するためにも重要であると考えられる。労働者のメンタルヘルスに関しての取り組みも始まっており、対策は進みつつある。しかし、その取り組みの効果についての検証は進んでいない。

今日のわが国の労働者のメンタルヘルス対策は平成18年に出された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」<sup>7)</sup>に基づいて実施されてきた。この指針の中では、事業者が講ずるように努める「4つのメンタルヘルスケア」について、その実施と推進方法が具体的に示され（メンタルヘルスケアの具体的な進め方として、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供、職場環境等の把握と改善、メンタルヘルス不調への気付きと対応、職場復帰における支援が述べられている）、セルフケアや組織の環境整備についても重要性が述べられている。労働者のこころの健康づくりを推進するためには、事業者によるメンタルヘルス対策の実施は大きな役割を果たすものと考えられ、今後その取り組みが強化されるためには、対策の効果が示され、活用されることが重要である。

事業者によるメンタルヘルス対策の中でも職場環境の把握と改善は、事業者が専門家の介入なしに行うこともできることも多いため、取り組みやすいもののひとつである。職場環境と労働者のメンタルヘルスとの関連を明らかにすることは、事業者が職場環境の把握と改善を行ううえで、具体的な指針を示すのに有効であると考えられる。

本研究ではメンタルヘルス対策に関する具体的な効果と労働者の健康度を高める職場づくりについて検討することを目的として、労働者のメンタルヘルス不調時の生産性の予測や精神科受診の意

向を調査した。そして、早期治療や支援を可能にするためのメンタルヘルス不調時の精神科受診の意向と属性や職場環境と労働者のメンタルヘルスの関連を検討した。

## B. 研究方法

### 1. 対象者

平成24年11月～25年1月に行われた労働者の職場環境とメンタルヘルスについてのアンケート調査の結果を分析した。東海地方の運輸業の労働者に自記式アンケートを配布し、運輸業2企業370名のうち185部を回収（回収率50.0%）したものである。

### 2. 調査項目

#### 1) 基本属性・職業の特性に関する項目

基本属性として、年齢、性別、配偶者と子供の有無、慢性疾患の有無、最終学歴について尋ねた。職業に関する項目としては、職種、職位、勤続年数、月間残業時間、月間休日数について尋ねた。

#### 2) 労働職場環境特性

職場環境については、人間関係及び職場内の上司を含めたメンバーの相互作用の関係を評価する22項目の職場風土尺度（を用いた。「全く当てはまらない」～「当てはまる」の4件法で尋ね、1～4点で得点化し単純加算した（得点が高いほど職場風土が良好であることを示す）。また、去年に比べてその特徴がどう変化したか、「とても強まった」～「とても弱まった」の4件法で尋ねた。

#### 3) 精神健康度

Goldbergによって開発された一般健康調査（General Health Questionnaire:GHQ）<sup>8）</sup>の短縮版である12項目版<sup>9）</sup>を4件法で尋ね、0—0—1—1点で得点化し単純加算した（合計得点が高いほど、精神健康度が悪いことを示し、0～12点の値をとる）。

#### 4) メンタルヘルス不調時の精神科受診の意向と生産性

メンタルヘルス不調時の精神科受診の意向について、受診しようとするか、「思う」、「思わない」、「わからない」、「既に受診したことがある」の4つの選択肢で尋ねた。メンタルヘルス不調時生産性については、普段の健康状態の時の労働を100とし、メンタルヘルス不調時（こころの不調を抱えたとき）はどのくらいの労働ができると思うかを0～100の数値で尋ねた。

#### 5) ソーシャルサポート

上司、職場の同僚、配偶者・家族・友人等について、気軽に話ができるか、困った時にどのくらい頼りになるか、個人的な問題を相談したらどのくらいきいてくれるかなどについて、非常に「かなり—多少—全くない」の4件法で尋ね1～4点で得点化した（得点が高いほどソーシャルサポートが不足していることを示す）。

#### 6) 満足度

満足度については、仕事と家庭生活の2つについて、満足—まあ満足—やや不満足—不満足 の4件法で尋ね、1～4点で得点化した（得点が高いほど満足度が高いことを示す）。

#### 7) ストレス対処能力（Sense of Coherence : SOC）

13項目版SOCスケールを使用し、7件法で尋ねた。得点が高いほどストレス対処能力が高いことを示す。

### 3. 分析方法

労働環境特性、ソーシャルサポート、仕事や家庭生活への満足度をまとめて「職場環境」として、精神科受診の意向、精神健康度GHQ、ストレス対処能力SOCとの関連について、統計解析ソフトウェアIBM SPSS 2.0を使用し、分析を行った。

### 4. 昨年度までの結果に基づくフォロー

平成25年度6月と26年1月に東海地方にある2事業所（A社：運輸業、B社：サービス業）を対象に、有効なメンタルヘルス対策について話し合い、改善策を立案してもらった。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の特性

全対象者の基本属性を表1に示す。全対象者の平均年齢±SDは38.7±10.7歳、性別は男性が84.7%、女性が15.3%であり、男性が8割以上を占めていた。

20.8%の人が何らかの慢性疾患を有すると回答した。残業時間については、月平均25.5時間、勤続年数の平均は14.8年であった。

メンタルヘルス不調時の生産性の予測では平均±SDは54.2±24.3となっており、労働者にメンタルヘルス不調時には生産性が低下するとの認識があることがわかった。

### 2. 職場環境と精神科受診の意向の関連

精神科受診の意向についての集計結果は、「思う」と答えた人が9.6%、「思わない」が59.9%、「わからない」が25.1%、「既に受診したことがある」が3.7%、無効回答が0.5%であり、過半数がメンタルヘルスの不調を感じても受診しようと思わないことが分かった。

職場環境と精神科受診の意向との関連を見るために、まず無効回答を除いた183の回答を「思うまたは既に受診したことがある」群、「思わない」群、「わからない」群の3群に分けた。3群の基本属性については、表2に示す通りである。基本属性やGHQ、ヘルス不調時の生産性の予測についてpearsonの $\chi^2$ 検定または一元配置分散分析を行い、それぞれの項目の群ごとの差を調べた結果、配偶者の有無、子どもの有無以外に有意な偏りは見られなかった(有意水準は5%未満とした)。偏りが見られた配偶者の有無、子どもの有無については、「思わない」群においてのみ、配偶者がいない人よりいる人の方が、子どもがいない人よりいる人の方が、占める割合が高いという結果が得られた。

次に、上記の精神科受診の意向の3群と、労働環境特性についての質問22項目の総合得点、ソーシャルサポートに関する質問9項目の総合得点と職場のみに限った得点、仕事や家庭生活の満足度との関連を、Kruskal Wallis 検定、Mann-Whitney

検定、一元配置分散分析によって解析した。それぞれの結果を、表3、表4、表5に示す。

表3に示した通り、精神科受診の意向と労働環境特性との関連に有意な差は見られなかった。また、労働環境特性を「役割と目的」「心理的報酬」「信頼と協力」「本音が言い合えるか」の4つのカテゴリーに分けたのち精神科受診の意向の3群を比較し解析を行ったが、有意な差は見られなかった。ソーシャルサポートと精神科受診の意向の関連については、表4にあるように、全体のソーシャルサポートにおいても職場のみに限ったソーシャルサポートにおいても、有意な差は見られなかった。また、表5にあるように、満足度と精神科受診の意向についても、3群に有意な差は見られなかった。

### 3. 職場環境と精神健康度GHQ、ストレス対処能力SOCの関連

労働環境特性についての質問22項目の総合得点、ソーシャルサポートに関する質問9項目の総合得点と職場のみに限った得点、家庭生活と仕事への満足度と、精神健康度GHQ値・ストレス対処能力SOC値の相関関係を解析し、Pearsonの相関係数を算出した。また、精神科受診の意向との分析と同様、労働環境特性に関する質問の得点を「役割と目的」「心理的報酬」「信頼と協力」「本音が言い合えるか」の4つのカテゴリーに分け、それぞれのカテゴリーとGHQ、SOCの関連を分析した。結果を表6に示す。

労働環境特性とGHQ、SOCとの関連については、GHQとSOC双方に労働環境との相関が見られた。労働環境特性とGHQにおいては、3つのカテゴリーかつ労働環境特性の総合得点とGHQに負の相関が見られた。つまり、労働環境が良好であるほど精神健康度は良い傾向があることが分かった。労働環境特性とSOCの関連については、3つのカテゴリーかつ労働環境特性の総合得点とSOCに正の相関が見られた。つまり、労働環境が良好であるほどストレス対処能力が高い傾向にあることが分かった。満足度については、GHQと正の相関、SOC

と負の相関が見られ、満足度が高いほど精神健康度は高く、ストレス対処能力が高いことが分かった。ソーシャルサポートについて、家庭と職場の合計得点ではSOCと負の相関が見られたが、職場のみに絞った場合では相関は見られなかった。また、ソーシャルサポートとGHQにおいても相関は見られなかった。

#### 4. 2事業所のフィードバックの内容

昨年度までの調査結果をもとに、結果のフィードバックを行うとともに、有効なメンタルヘルス対策について話し合い、改善策の検討をすすめた。その結果A社では、労働安全大会において全労働者を対象として、労働者の精神健康について調査結果を明らかにし、各課・各部門で今後の対策や取り組みについて検討し、今後の1年間でメンタルヘルス対策の取り組みを行うこととなった。B社では、詳しく事業場の現状を把握することで、メンタルヘルス対策を現状に合ったものを立案する材料にし、新たな目標設定とそれに向かっての対策を立案し、現在実施している。

#### D. 考察

本研究の目的は、職場環境と労働者のメンタルヘルスの関連を見ることによって、労働者のメンタルヘルス不調につながる可能性のある職場環境因子や、メンタルヘルス不調時における早期精神科受診につながる要因を明らかにし、より効果的なメンタルヘルス対策や労働者の健康度を高める職場づくりについて検討することであった。

##### 1. 精神科受診の意向と職場環境との関連

精神科受診の意向については、配偶者の有無や子どもの有無などによって精神科を受診しようと思う群と思わない群の差は見られたものの、職場環境と受診の意向の関連は見られなかった。

精神科受診の意向に関連する要因として、配偶者がいない人、子どもがいない人の方が受診すると考えていることが明らかとなった。これは、職場環境よりも精神科や精神疾患に対する社会的な

偏見やネガティブイメージが大きく作用している可能性が考えられる。歴史的に精神科や精神疾患は偏見や差別、閉鎖的なイメージなどと関連している場合も多く、こころの不調に気づいても、専門医に受診することを拒否してしまったり、身近な親しい人にさえ不調を隠そうとしてしまうことがある。このことが、配偶者や子どもの有無が精神科受診の意向にマイナスに影響している原因となっている可能性がある。また、受診の意向についての質問において、「“精神科や心療内科”を受診しようと思うか」と尋ねたことから、精神科へのマイナスイメージが回答に影響している可能性がある。このことについては、精神科に対するイメージ調査なども行った後、対策としてメンタルヘルスケア、セルフケアの重要性や精神科に対する誤解について情報提供することや、職場内に気軽に赴くことのできる相談所などを設けることも必要になってくると考えられる。

また、今回は受診の意向と職場環境とでは有意な関連は見られなかったが、メンタルヘルス不調時の精神科受診率の向上は、労働者の精神健康を良好に保つためには不可欠であり、また精神科を受診しようと思わないと答えた人、わからないと答えた人へはそれぞれの特性に合ったアプローチ法を見出し実施していくことが必要である。職場環境のなかに精神科受診の意向に影響を及ぼすものがないか、精神科受診の意向の違いによってある特性が見られないかなど引き続き調査を行い、労働者のメンタルヘルス不調時にはどんなニーズがあるのか、労働者が不調を感じた時気軽に受診できるようにするためにはどのような環境が必要であるかなど、継続して検討していく必要がある。

##### 2. 職場環境と精神健康度、ストレス対処能力の関連

職場環境とGHQ、SOCとの関連については、労働環境特性、仕事や家庭生活の満足度で有意な関連が見られ、ソーシャルサポートの有無との関連についてはSOCとのみ関連が見られたが、職場内のソーシャルサポートに限った場合では有意な関連

は見られなかった。カテゴリー分けした労働環境特性とGHQ・SOCについては、「役割と目標」においては有意な関連が見られなかったが、「心理的報酬」、「信頼と協力」、「本音が言い合える」について有意な関連が見られた。このことより、仕事内容や労働者自身の役割の明確化よりも、職場内の人間関係や精神的なつながりがGHQやSOCに影響していると推測できる。しかし、ソーシャルサポートにおいてはGHQ・SOCとの関連が見られなかったことを考えると、職場内の人間関係や精神的なつながりと言っても、個人的な付き合いが深い職場というよりは、互いに評価し合い協力し合いながら気持ちよく労働ができる環境であることが、労働者の精神健康度の向上やストレス対処能力の向上と関連があると考えられることができる。このことより、労働者のメンタルヘルスの保持増進のための職場づくりとして、同僚や上司との個人的な付き合いを深めることよりも、職場全体として労働者それぞれが互いに認め合い協力し合って、一人ひとりが気持ちよく労働できる環境づくりを進めていく方が有効であると考えられる。

### 3. 研究の限界

本研究で使用したアンケート調査結果のデータは、回答者の8割以上が男性であることなど運輸業という職種柄が影響していることも多いと考えられるため、得られた結果や考えられる対策案を全ての企業へ安易に一般化することは難しい。

また、精神科受診の意向と職場環境については、本研究では関連が見られなかったため、関連性を明らかにできなかった原因の推測しかできておらず、今後さらなる調査が必要である。

### E. 結論

本研究の結果、労働者のメンタルヘルスと職場環境の関連について、精神科受診の意向と職場環境には関連は見られなかったが、職場環境は労働者の精神健康度やストレス対処能力に影響を及ぼしている可能性があることがわかった。

メンタルヘルス不調時の精神科受診の意向は過

半数が受診しないと回答し、受診すると回答した者は10%を下回っており、労働者は不調に気付いても簡単には受診行動につながらないことが明らかとなった。また、精神科受診の意向と職場環境には関連が見られなかったため、メンタルヘルス不調時の早期受診・治療につながる具体的な対策の検討は難しい結果となった。しかし、今後精神科や精神疾患に対するイメージの調査やメンタルヘルス不調時の労働者のニーズの調査などを併せて行っていくことで、事業者が実施可能かつ効果的な、具体的なメンタルヘルス対策を検討していくことは可能であると考えられる。

精神健康度、ストレス対処能力については、労働環境特性の中でも「心理的報酬」「信頼と協力」「本音が言い合える」のカテゴリーにおいて関連が見られた。さらに、仕事と家庭生活の満足度とも関連が見られたが、ソーシャルサポートとの関連は見られなかった。このことより、労働環境が良好であったり仕事や家庭生活の満足度が高いと、精神健康度やストレス対処能力が高い傾向にあることがわかった。これらの結果より、労働者のメンタルヘルスの保持増進のためには、労働者一人ひとりの能力や努力が評価され、互いに信頼し合って協力しながら労働できる職場づくりを目指すことが有効であると考えられる。

今後メンタルヘルス対策の効果を検証、考察し、メンタルヘルス不調を悪化させず、早期治療・支援を可能にするために早期受診に結び付くような具体的な取り組みも検討していくことが重要である。

また、事業場が労働者の現状を明らかにし、評価を行うことで具体的な目標を設定し有効な取り組みを実効することができ、その評価のサイクルをつくることも対策の効果が示され活用されることにつながると考えられた。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 健康危険情報

なし

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

現時点ではないが、予定されている。

### 2. 学会発表

1) 萩典子, 益子友恵, 山崎喜比古, 横山和仁, 北村文彦, 伊藤弘明, 大西信行, 東川薫: メンタルヘルス不調時における労働者の生産性の予測と精神科受診の意向に 関連する要因, 第20回日本産業精神保健学会, 東京

2) 萩典子, 益子友恵, 山崎喜比古, 横山和仁, 北村文彦, 大西信行: 東海地方健康職場づくり研究 (1) 精神科看護師の精神健康と不調時の精神科受診の意向, 第72回日本公衆衛生学会総会, 三重

## I. 知的財産権の出願・登録

特に記載すべきものなし

## J. 参考文献

1. Helgason L. Twenty year' s follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? Acta Psychiatr Scand. 1990 ; 81(3) : 231-5

2. Tait L, Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Wilson S, Design of the Birmingham Early Detection In untreated psychosis Trial (REDIRECT) : cluster randomised controlled trial of general practitioner education in detection of first episode psychosis[ISRCRIN87898421]. BMC Health Serv Res. 2005 ; 5(1)19.

3. Joseph R, Birchwood M, The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. J Psychiatry Neurosci. 2005 ; 30(5) : 362-5.

4. Okumura Y, Higuchi T : Cost of depression among adults in Japan, The Primary Care Companion for CNS Disorders, 13(3) : e1-e9,

(2011)

5. 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.

6. 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)

7. 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 2008 ; <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html>, accessed 12.12.2013.

8. Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫日本版著. 精神健康調査票手引:日本版GHQ 東京:日本文化科学社;1985.

9. 新納美美, 森俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康調査票12項目版(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討. 精神医学. 2001. 04 2001 ; 43(4) : 431-436.

10. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成19年労働者健康状況調査結果の概要. 厚生労働省, 東京. 2008 ; <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/Index.html>. accessed 1.31, 2013.

11. Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y : ``Evaluating stigma against mental disorder and related factors.`` Psychiatry and Chincial Neurosciences 58・5. 558-566(2004)

12. Steinberg H, Torem M, Saravay SM. An analysis of physician resistance to psychiatric consultations. Arch Gen Psychiatry. 1980 ; 37(9) : 1007-12

13. de Haan L, Peters B, Dingemans P, Wouters L, Linszen D. Attitudes of patients toward the first psychotic episode and the start of treatment. Schizophr Bull. 2002 ; 28(3) : 431-42

14. O' Callaghan E, Turner N, Renwick L,

Jacson D, Sutton M, Foley SD, et al. First episode psychosis and the trail to secondary care : help-seeking and health-system delays. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 ; 45(3) : 381-91.

15. Noriko Hagi, Mitsuyuki Takemura and Kazuhito Yokoyama. Factors affecting early psychiatric intervention for patients with first-episode psychosis in Japan. Early

Intervention in Psychiatry published online : 22 JUL 2012, DOI : 10.1111/j.1751-7893.2012.00385.x

表1 対象者の基本属性・特性

	n=183
年齢	38.7±10.7
性別	
男性	155(84.7)
女性	28(15.3)
配偶者の有無	
あり	116(63.4)
なし	67(36.6)
子どもの有無	
あり	102(55.7)
なし	80(43.7)
慢性疾患	
あり	37(20.8)
なし	141(79.2)
職位	
課長	19(10.4)
係長・主任	78(42.9)
一般・その他	85(46.7)
勤続年数	14.8±10.2
月間残業時間	25.5±25.0
メンタルヘルス不調時の生産性の予測	54.2±24.3

表中の数字は平均±SD または、n(%)を表す

表2 精神科受診の意向

				n=183
	「思うまたは既に 受診したことが ある」群	「思わない」群	「わからない」群	p
性別				
男	20(80.0)	97(87.4)	38(80.9)	N.S
女	5(20.0)	14(12.6)	9(19.1)	
全体	25	111	47	
年齢	36.32±10.59	38.44±11.03	40.60±9.89	N.S
勤続年数	12.52±10.26	14.85±10.34	16.00±9.68	N.S
雇用形態				
正社員	22(88.0)	107(96.4)	47(100)	N.S
嘱託	1(4.0)	2(1.8)	0(0)	
契約	2(8.0)	2(1.8)	0(0)	
配偶者				
有	11(44.0)	68(61.3)	37(78.7)	p=0.01
無	14(56.0)	43(38.7)	10(21.3)	
子ども				
有	9(36.0)	60(54.5)	33(70.2)	p=0.18
無	16(64.0)	50(45.5)	14(29.8)	
慢性疾患				
有	22(88.0)	87(81.3)	32(69.6)	N.S
無	3(12.0)	20(18.7)	14(30.4)	
職位				
課長	0(0)	15(13.5)	4(8.7)	N.S
係長・主任	10(40.0)	44(39.6)	24(52.2)	
一般・その他	15(60.0)	52(46.8)	18(39.1)	
月間平均休日	7.91±2.98	7.21±2.08	7.54±2.55	N.S
月間残業時間	23.65±20.0	25.94±23.98	25.59±29.55	N.S
精神健康 GHQ	4.88±3.90	3.16±3.04	3.51±3.42	N.S
生産性の予測	48.20±26.92	53.69±25.40	56.39±21.65	N.S

表中の数字は平均±SD または、n(%)を表す

N.Sはp>0.05を表す

表中の( )内の数字は各群ごとの割合を表す

表3 労働環境特性と精神科受診の意向の関連

	「思うまたは 既に受診した ことがある」群	「思わない」群	「わからない」群	p
役割と目標の明確性	23.60±8.46	22.94±7.88	21.77±8.14	N.S
心理的報酬	16.56±8.66	16.13±7.41	14.79±7.11	N.S
信頼と協力	17.40±7.16	17.43±7.30	16.55±6.77	N.S
本音が言い合える	8.72±4.25	8.04±3.77	7.74±3.68	N.S
労働環境特性全体	59.42±8.96	58.50±12.40	55.15±12.82	N.S

表中の数字は平均±SDを表す

N.Sはp>0.05を表す

表4 ソーシャルサポートと精神科受診の意向

	「思うまたは 既に受診した ことがある」群	「思わない」群	「わからない」群	p
家庭と職場	19.72±4.85	21.75±9.56	20.00±4.65	N.S
職場のみ	14.40±3.40	15.76±6.69	15.02±3.69	N.S

表中の数字は平均±SDを表す

N.Sはp>0.05を表す

表5 満足度と精神科受診の意向

	「思うまたは 既に受診した ことがある」群	「思わない」群	「わからない」群	p
家庭生活の満足度	2.12±0.83	2.02±0.80	1.96±0.76	N.S
仕事の満足度	2.52±0.91	2.37±0.91	2.68±0.73	N.S

表中の数字は平均±SDを表す

N.Sはp>0.05を表す

表6 職場環境と GHQ、SOC の相関係数

	精神健康度 GHQ	ストレス対処能力 SOC
ソーシャルサポート (家庭と職場)	N. S	-0.156*
ソーシャルサポート (職場のみ)	N. S	N. S
労働環境特性 (役割と目標)	N. S	N. S
労働環境特性 (心理的報酬)	-0.173*	0.178*
労働環境特性 (信頼と協力)	-0.171*	0.149*
労働環境特性 (本音が言い合える)	-0.173*	0.160*
労働環境特性全体	-0.203**	0.245**
仕事の満足度	0.364**	-0.298**
家庭生活の満足度	0.331**	-0.284**

表中の数字は pearson の相関係数を表す

\*は  $p < 0.05$ 、\*\*は  $p < 0.01$ 、N. S は  $p > 0.05$  を表す

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

事業所のメンタルヘルス対策の費用便益分析および実施状況と効果の関連の検討

研究分担者 飯島佐知子 順天堂大学大学院医療看護学研究科 教授

**研究要旨**

本研究の目的は、事業所のメンタルヘルス対策の費用便益分析および実施状況と効果の関連の検討することである。対象は全国の一部上場企業、従業員 1000 人以上事業所、および全国の病院から無作為抽出した 6000 事業所に調査依頼書を発送し、2011 年 12 月から 2012 年 2 月に質問紙による郵送式調査を行った。調査項目は、メンタルヘルス対策について 36 項目の実施の有無を質問した。労務費、材料費、外部委託費、経費を質問し、事業所の直接費用を算出した。予防実施者数、休業者数と休業日数を質問した。便益のうち、復職者と休業者の出勤によって節約できた休業補償金は（平均月収/年間勤務日数）×休業補償給付の割合×出勤日数×休業者・復職者数で計算した。休業していないメンタル不調者の出勤による便益は受診や就業制限のある職員数×1 日あたり所得×（勤務日数－受診日数）×生産力係数で計算し、純便益および return on investment:ROI を計算した。回答の得られた 85 社（有効回答率 1.4%）の対策の平均実施割合は 22.3%で、対策の 1 人あたり費用は、4095 円、便益は 35326 円であった。純便益は 31231 円で ROI は 7.63 であった。休業者率が高いと、休業前対策実施割合と有意に高かった。メンタル不調者率は、メンタル労務時間合が長いほど高く、人間関係が良好で、休業中対策実施職員割合が高いほど有意に低かった。純便益は休業中対策実施職員割合が高いと有意に低かった。

A.研究目的

厚生労働省は 2006 年に事業所を対象に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（以下、ガイドラインと記す）を策定した<sup>1)</sup>。これにより、一次予防の職場診断や職場改善、二次予防の健診や健康相談、三次予防の疾病管理や復職支援までの包括的予防プログラムの実施を推進している。労働政策研究・研修機構は 2010 年に全国の 5,250 事業所の 50.4%がメンタルヘルス対策に取り組んでいた<sup>2)</sup>。また、実施率が高かった対策は相談窓口の整備(55.7%)、管理監督者への教育研修・情報提供(51.0%)などの一次予防対策であった。欧米の労働者に対するメンタルヘルス対策として、運動<sup>3)</sup>、心理教育<sup>4,5)</sup>、電話によるうつスクリーニングとケアマネージャーによるアウトリーチ<sup>6)</sup>は、精神健康度を高め、対象群よりも費用効果が

高いことを報告された。また、メンタルヘルス対策による生産性の向上や休業の減少を貨幣価値で測定した費用便益分析は 7 件報告されていた。Rost,ら<sup>7)</sup>や Sasso,<sup>8)</sup>らは 12 地域で、うつ病の患者に医師とケアマネージャーが薬物療法を継続するための教育を提供した。Dewa らは一次予防に心理療法士によるアセスメントと短期間の管理、三次予防に医師による精神療法の支援を行った<sup>9)</sup>。これらの研究は職場復帰率を高め、休業日数を減らし費用便益が高いと報告した。Clark らは地域のメンタルヘルスセンターに通所している患者に、職業の選択や就職の方法やその仕事を継続する方法などの復職訓練を評価した<sup>10)</sup>。しかし、3 つの研究はいずれも職場内での取り組みではなかった。企業単位の横断研究では、企業の保険の免責金額が高く 障害補償金の支払い期間が短く、

給付に制約ある場合に職場復帰率が低いと報告されている<sup>11)</sup>。日本では Employee Assistance Program (EAP)<sup>12)</sup>、職場環境改善<sup>13,14,15)</sup> など同じ一次対策を複数の事業所で導入したところ、企業によって費用便益が大きく異なることが報告されている。しかし、これらの先行研究は少数の事業所の職員を対象に、特定の対策について評価したものであった。一次から三次まで包括的なメンタルヘルスカケアについて、丹下らは実施項目数とストレス関連患者率と長期休業者率について関連は見られなかったと報告した<sup>16)</sup>。また、土屋らは休業率を減らす関係のある対策はなかったと報告した<sup>17)</sup>。一方、Kono は非常勤心理療法士と常勤産業を増やし包括的な活動を行ったところ、メンタル不調者の数が増え費用も増えたと報告した<sup>18)</sup>。

したがって、全国の複数の事業所で一次予防、二次予防、三次予防の分類ごとに対策の実施状況を把握し、休業者や休業日数およびメンタル不調者を減らし、職場復帰率を高める効果を示した対策は報告されていない。それゆえ、ガイドラインに示されたどのような対策を充実させれば、効果的で効率的なのかは明らかになっていない。

以上の先行研究を踏まえ、本研究の目的は、事業所のメンタルヘルス対策の費用便益分析を行うことである。また、メンタルヘルス対策の実施状況と効果との関連を検討する。これにより、どのような対策を実施している企業が、メンタル不調者、休業者、休業日数が少ないのかを明らかにする。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象・期間

2012年8月時点の東証1部上場の1675社 東証2部上場の420社 地方上場の351社 JSDQ上場の928社 マザーズ上場の177社の合計3,511社、全国の従業員1000人以上事業所から無作為抽出した1584社、全国の病院から無作為抽出した1000社の合計6000事業所の人事担当者を対象に調査依頼書を発送し、2011年12月から

2012年2月の期間に質問紙による郵送式調査を行った。

調査票は以下の項目から構成された。1) 事業所の属性として、業種と総従業員数を質問した。また、回答者が企業全体ではなく一部の事業所の職員を対象にしている場合があるためメンタルヘルス実施対象者数を質問した。また、従業員のメンタルヘルスには職場環境や人間関係も関連しているといわれている<sup>19)</sup>。このため、従業員の組織風土に関して、職場の人間関係は良好かを質問し、「①非常に良い」から「⑤とても悪い」の5段階で回答を得た。同様に、職員は自分のやり方や意見を仕事に反映できるか、決定プロセスに従業員を参加させているか、メンタルヘルスの悪化の原因は、個人の特性によると思うかについて、「①非常にそう思う」から「⑤全くそう思わない」の5段階で回答を得た。さらに、超過勤務時間、海外赴任者、帰国者数についても質問した。

2)メンタルヘルス対策の実施状況は、ガイドライン<sup>2)</sup>に基づき、以下の40項目を設定した。一次予防対策は、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、新入社員研修、管理職研修、健康講話、リーフレットの配布、職場診断など9項目であった。二次予防は、メンタルヘルスチェック、過重労働者に対する面談、医療機関への紹介など7項目であった。三次予防のうち、休業していない社員への症状の悪化の防止対策は、産業医、保健師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、労務担当者による配置転換時の調整など6項目であった。休業中の職員への対策は、産業医、保健師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、労務担当者による管理職への支援など4項目であった。復職前の対策は、産業医または保健師による休業者との面談、復職可否判定、管理職による休業者との面談、受け入れ態勢の整備など8項目であった。復職後の対策は、産業医による病状確認と職務継続可否判定、就業制限などで6項目であった。そして、項目ごとに実施の有無と実施した職員数を質問した。外部委託業務の種類は、研修、職場

診断、メンタルヘルスチェックなど 15 種類について実施の有無を質問した。

3)メンタルヘルス対策の費用について、担当者の労務費は、メンタルヘルス担当者の職種と人数、勤務時間およびメンタルヘルスに携わる勤務時間の割合と年間給与を質問した。衛生委員会、就業・復職審査会の労務費は、年間開催回数、1 回当たり会議時間、職種、人数、メンタルヘルス関連の時間の割合と時給を質問した。管理職と労務人事担当者による面談の労務費も同様に計算した。また、外部委託費の費用を記載してもらった。その他の材料費および経費は、パンフレットやアンケート用紙の作成などメンタルヘルスに特定した費用を質問した。

4)メンタルヘルス対策の評価の指標として、メンタルヘルス関連の休業者数、休業日数を質問した。また、メンタル不調者の数を把握するため、一次予防でメンタル関連の問題で医療機関を紹介された職員数、二次予防で就業制限のある職員数、三次予防で復職後に就業制限のある職員数を質問した。また、復職後に就業制限のない職員数を把握した。

### 3. 分析方法

1)メンタルヘルス対策の実施状況は、一次予防、二次予防、三時予防の項目別に対策の実施数を合計し、分類ごとの質問項目数で除して、実施率(%)を計算した。メンタルヘルス担当者の労務費は、年間給与×メンタルヘルスに携わる時間の割合で計算した。衛生委員会等の労務費は職種別時給×人数×会議時間×年間開催回数×メンタルヘルス関連の時間の割合で計算した。経費は労務費に対する経費、減価償却費の割合を乗じて計算した。メンタルヘルス関連の休職率は休職者数/メンタルヘルス対策対象者数で計算した。メンタル不調者率は、(一次予防で医療機関を紹介された職員数+二次予防で就業制限のある職員数+三次予防で復職後に就業制限のある職員数)/メンタルヘルス対策対象者数を計算した。職場復帰率は三次予防で復職後に就業制限のない職員数/メンタルヘルス対策対象者数を計算した。

2)費用便益分析は事業所の立場で実施した。

Pauly らの労働市場の理論によると、企業の労働日の損失は、1 日当たり勤務日の福利厚生を含む賃金と等しい<sup>20)</sup>。このため、休業による損失は、労働時間損失や労働日の損失で計算される。

これを参考に、メンタル関連の休業など absenteeism による事業所の便益は以下の要領で計算した。便益として、就業制限のない復職者および休業者の出勤によって節約できた休業補償金を求めた。Leon を参考に(平均月収/年間勤務日数)×休業補償給付の割合×休業日数×休業者数によって計算した<sup>21)</sup>。年収は 2011 年「賃金構造基本統計調査」から大企業男性の平均賃金 386.1 千円を転記した<sup>22)</sup>。休業給付の割合は健康保険法に従い、3分の2と設定した。勤務日数は、2011 年厚生労働省就労条件総合調査より日本の年間休日日数 113.0 日と年次休暇利用状況 8.6 日を用いて  $365-113.0-8.6=243.0$  日と算定した<sup>23)</sup>。休業者数は各事業所の休業者数を用いた。

休業していないメンタル不調(presenteeism)による労働生産性の損失は Friction cost method を参考にして以下の計算式で求めた<sup>24)</sup>。(一次予防でメンタル関連の問題で医療機関の受診を紹介された職員数+二次予防で就業制限のある職員数+三次予防で復職後に就業制限のある職員数)×1 日あたり所得×(243.0 日-受診日数)×生産力係数で計算した。1 日あたり所得は大企業男性の平均賃金 386.1 万円/(20.6 日)とした。受診日数は平成 20 年患者調査の精神科病院の再来患者の気分[感情]障害(躁うつ病を含む)平均診療間隔 13.6 日を用い、 $365/13.6=26.8$  日とした<sup>25)</sup>。生産力係数は Hutubessy ら<sup>24)</sup>と Uegaki ら<sup>26)</sup>の研究に基づき健康な状態での生産性を 1 とした場合にメンタル不調者の出勤時の生産性を 0.8 とし、0.2 を失われた生産とした。

純便益および Return on investment (以下、ROI:投資利益率)は以下の式で求めた。

純便益=1 人あたりメンタルヘルス対策の費-  
1 人あたり便益

ROI= 純便益/対象者一人あたり費用

3) メンタルヘルス対策の実施状況と効果との関連について、各変数間の相関係数を求めた。次に、従属変数は休業者率、メンタル不調者率、1人あたり休業日数、職場復帰率、純便益およびROIとした。独立変数は各種メンタルヘルス対策の実施率、面談または会議の時間、職場風土、とした。各変数の相関係数を求め、ステップワイズ重回帰分析を行った。尚、分析にはIBM SPSS STATISTICS Ver.20を用いた。

## C. 研究結果

### 1. 対象事業所の属性

質問紙の返送数は96件で、回収率1.6%であった。このうち、休業者数やサービス提供等に記載があったもの85件を分析とした(有効回答率1.4%)。85社の業種は医療業が24件(29%)、製造業15件(18%)、卸売業、小売業12件(14%)サービス業10件(12%)を占めていた(図1)。

平均総従業員数は1689.2人(最少8~最大14000人)であった。このうち従業員数100未満は9事業所(10.6%)、100以上1000未満は34事業所(40.0%)1000以上3000未満は28事業所(32.9%)、3000以上が10事業所(11.8%)であった。メンタル対策の平均対象従業員数は1532.7人であった。超過勤務時間の平均は89時間であった(表1)。職場の人間関係が良好と回答した事業所は36件(42.3%)、自分の意見が反映できると回答した事業所は53件(61.7%)、意思決定に従業員が参加していると回答した事業所は19件(22.1%)であった(図2)。

また、産業医は、従業員50人以上の67事業所のうち63事業所(90.0%)が1~7人を配置され、従業員3000名以上の10事業所のうち8事業所(80.0%)が3~32名以上を配置されていた。常勤保健師または常勤看護師は31の事業所(36.5%)に1人から6人が配置されていた。1000人以上の38事業所の15事業所(39.5%)に保健師が配置されていた。産業医がメンタルヘルス対策の従事した年間平均時間は、74.2時間であった。同様に、

保健師・看護師従事時間は20.2時間、心理療法士その他職種従事時間は、1.4時間であった。

### 2. メンタルヘルス対策の実施状況

回答した85事業所のうち83事業所(98.3%)が何等かのメンタルヘルス対策を実施していた。一次予防対策実施割合の平均は18.8%であり、二次予防は23.5%、三次予防は24.7%であった。一次、二次、三次の実施割合は事業所によって異なっていた(表2)。外部委託した対策は平均3.0種類で内容は職員や管理者へのメンタルヘルスの研修を委託が22事業所、社員面談が12事業所、休業者面談、復職可否が11事業所であった。衛生委員会活動をメンタルヘルスにあてている年間平均時間は、5.0時間、休業や復職の審議会の年間平均活動時間は2.0時間であった。管理職によるメンタル不調者への面談の年間平均時間は20.6時間、労務・人事担当者による面談時間の年間平均面談時間は23.5時間であった。これらを合計した、産業医、保健師、心理療法士、人事課職員等のメンタルヘルス対策担当職員の年間平均従事時間は、861時間であった(表2)。

### 3. メンタル関連の休業者、対策の費用と損失

休業者のいる事業者は61件(71.8%)、休業者を含むメンタル不調者のいる事業所は65件(76.5%)、休業者を除いたメンタル不調者のいる事業所は42件(49.4%)であった。年間平均休業者数は7.2人(最少0人~最大100人)であり、のべ休業日数は191.2日(0~984日)で、1人あたり平均休職日数は78.9日(0~243日)であった。メンタル不調のある出勤者数は、3.1人(0~16人)であった。休業者の平均割合は0.53%であり、メンタル不調のある出勤者の平均割合は0.88%であった(表3)。

メンタルヘルス対策の年間平均労務費は約251万円、外部会議費は15万円、委託費は11万円、材料費・経費は12万円であった。メンタルヘルス対策の年間平均費用は292万円で対象従業員1人あたり費用4095円であった(表4)。

便益の合計は、2880万円、対象従業員1人あたり便益は35326円であった。純便益は31231円でROIは7.63であった(表4)。

#### 4. メンタルヘルス対策と損失の関連

休業者率は、超過勤務時間と有意な正の相関があった(表5)。1人あたり休業日数、1人あたり費用は、休業中対策実施職員割合、復職前対策実施職員割合と有意な負の相関があった。職場復帰率は、職場の意志決定に従業員を参加させているほど、高かった。純便益は超過勤務時間と有意な正の相関があった。ROIは超過勤務時間、労務・人事担当者による面談時間が長いほど高く、人間関係が悪いほど低かった。1人あたり便益と有意な相関のある変数はなかった。

重回帰分析の結果、休業者率は休業前対策実施割合が高い有意に高かった(表6)。メンタル不調者率が高いと委員会労務費が高いが、人間関係が良好であることと、復職前対策実施職員割合が高いとメンタル不調者率は有意に低かった(表7)。1人あたり休業日数は、超過勤務時間が長いと長い傾向にあるが、職場の意志決定プロセスに従業員が参加できる職場であると短かった(表8)。復職者率は、メンタル労務時間割合が高いほど高く、休業前対策実施職員割合が高いほど有意に低かった(表9)。純便益は休業中対策実施職員割合が高いと有意に低かった(表10)。

#### D. 考察

##### 1. 対象事業所の属性

本研究の回答した事業所は1000人以上の大企業の割合が高かった。本研究の回答事業所の業種は、医療・福祉業、製造業、卸売業・小売業が多かった。全国の事業所数409万6578のうち医療・福祉業6.6%、製造業10.7%、卸売業、小売業卸売業は22.7%、であったため、医療・福祉業が全国平均よりも多い標本となっている<sup>28)</sup>。

産業医の配置は、労働安全衛生規則により、常時50人以上の事業所に1名、3000人以上の事業所では2名を選任することが定められている<sup>29)</sup>。また、2001年の労働安全衛生基本調査によると、非常勤産業医の年間勤務時間は平均36.6時間で

あった<sup>30)</sup>。また、2007年の労働健康状況調査によると、メンタルヘルスケアに取り組んでいる従業員1000以上の事業所の71%に保健師が配置されていた<sup>31)</sup>。以上のことから、本研究の回答事業所は9割以上の事業所が規定以上の産業医数を配置し、産業医がメンタルヘルス対策の従事した年間平均時間も多いが、保健師の配置数が少ない事業所であった。

#### 2. メンタルヘルス対策の実施状況

メンタルヘルス対策を実施状況については、回答した事業所の98%が実施していた。労働政策研究・研修機構による2010年の調査によると、従業員300人以上の事業所の52.7%、1000以上の事業所では72.6%が実施していた<sup>2)</sup>。同調査では、一次予防対策の実施率が高かった。丹下らの調査でも、教育研修、事業場の方針の明示、相談体制の整備など一次予防の実施率が高かった<sup>16)</sup>。しかし、一次予防から三次予防まで対策の全体の実施状況について明らかにした報告は見られなかった。本研究の回答事業所では、一次予防対策は9項目中の18.0%が実施されており、二次予防は7項目の23.5%、三次予防は34項目の24.7%が実施されていた。

#### 3. メンタル関連の休業者、対策の費用と損失

メンタル不調者のいる企業の割合は全国調査では全体56.7%、1000人以上の企業では72.6%で、メンタルヘルスによる休業者のいる企業は25.8%であったと報告されている<sup>2)</sup>。本研究では、休業者のいる事業者は71.8%、休業者を含むメンタル不調者のいる事業所は76.5%で全国平均より高い傾向にあった。横山らは、事業所職員の2-3%がメンタルヘルス不調の有病者であったと報告している<sup>32)</sup>。本研究では、メンタル不調のある出勤者の平均割合は0.011で先行研究より低かった。

メンタルヘルス対策の実施に要した費用の調査のうち、Konoらによる従業員2400人の1企業のメンタルヘルス対策の費用の調査では2つのプログラムの費用を比較した<sup>18)</sup>。1999年から2002年は、保健師による研修とパンフレットの配布に

よる二次対策と保健師と産業医による診断治療の三次対策の費用は年 2580 万円で 1 人あたり 3583 円であった。2002 年から 2005 年は管理者の研修による一次予防から精神科医による診断治療と職場復帰を重視した精神科医や多職種によるリハビリテーションを行った。その費用は年間 36975 万円で 1 人あたり 5135 円であった<sup>18)</sup>。永田らの 5 事業所の調査では、1 事業で 1 人当たり 64 円から 13,903 円でまばらつきがあり、平均では 2963 円であった<sup>14)</sup>。Lo sasso らは 12 の地域でおこなわれた一次予防ケアの費用を 1 人当たり 1 年目は 735USD、2 年目は 353USD と報告した<sup>8)</sup>。本研究の回答事業所の 1 人あたり平均費用の 4095 円を 2014 年 1 月のレートで 1USD = 103.5JPY として換算すると 39.6USD であった。本研究のメンタルヘルス対策の 1 人あたり費用は、国内の先行研究の報告に近い費用であり、米国の地域での実施費用より低かった。

本研究のメンタル関連の便益は、対象従業員 1 人あたり便益は 35326 円であった。永田によると、一次予防対策により 5 事業所のうち 4 社で疾病休業が減少しており、便益は、最大 1355 円、最少 -17363 円であり 5 社の平均は -4303 円であった<sup>14)</sup>。吉村らは 4 つの文献の値を用いて便益を推計したところ、最低 4400 円から最高 2290 円までの幅があることが報告されている。95%信頼区間では -10800 円から 56400 円までの幅が報告されている<sup>33)</sup>。同様に純便益の 95%信頼区間は -20508 円から 4669 円、ROI は -1.11 から 5.81 の幅を報告していた。

本研究の便益、純便益、ROI は先行研究よりも高い値になった理由として、第一に単年度の横断研究であるためである。企業会計では様々な ROI の算定方法があり、単年度の ROI の計算も行われている。また、生産力係数は 0.8 を用いており、メンタル対策担当者の介入による勤務中の労働生産性の向上は反映できていない。労働生産性の指標として、WHO **Health and Work Performance Questionnaire** などを用いて介入前後の値の変化を用いて計算することによってより厳密な値を算定することが必要である。<sup>33)ま</sup>

また、休業者数、メンタル不調者数、復職者数および休業日数は前年度の比較による差を求めたものではないので、便益を過大に見積もっている。また、企業の得られた便益は、従業員の生産性の基準を年収ではなく、賞与で計算した報告や企業の業績の増加を測定すべきという考えかたもあり今後さらに検討が必要である。

#### 4. メンタルヘルス対策と便益の関連

休業者率は休業前対策実施割合が高い有意に高かった。上条らは、39 事業所の調査により休業以前に産業医、産業看護職による面談・相談を実施している場合はしていない場合よりも復職しやすいことを報告しており、同様の結果であった<sup>34)</sup>。

メンタル不調者率は受診し、休業前や休業後に就業制限がありながらも休業しないで働きつづけている従業員の割合である。そのような働き方を可能にするためには、職場の理解が必要であり、人間関係が良好であることが前提になると思われる。また、復職前対策は、産業医や保健師が復職可否判定を行い、管理職等と休業者が面談し、職場での受け入れ態勢を整備することである。そのためには複数の関係者が対応策を明確にし、役割分担をするのに話し合う時間が必要であるため、委員会労務費が高くなったものと考えられる。

田原らは 6 事業所を対象に一次予防対策である **MIRROR** 導入の費用効果分析を行ったが、純便益が正の値になったのは 2 事業所のみであった<sup>13)</sup>。また、土屋らの横断研究で 171 社の回答にロジスティック回帰分析により休業率は看護師がおり、管理職研修とリハビリ出社を実施しており、EPA の知識のあることと有意な正の関係が見られた<sup>17)</sup>。しかし、休業、退職、復職と有意な負の関係にある対策は見られなかった<sup>17)</sup>。また、Kono は、一次対策から三次対策まで非常勤心理療法士と常勤産業を同時に増やし包括的な活動を行ったところ、メンタル不調者の数が増え費用も増えたと報告した<sup>18)</sup>。

本研究では、一次予防によりある程度環境が良好であることが人事担当者に認識されているような職場において、三次予防を追加した場合に、メ