

精神疾患に起因する離職・休職予防について

リワークプログラムの導入を通じた職場改善

一橋大学 佐藤主光研究会 労働・雇用②分科会

細田和希・澤健人・斉藤鷹平・尾高宏明・高橋尚人

2015年11月

本稿は、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2015」のために執筆された。執筆に際し、佐藤主光教授(一橋大学)、庄野嘉恒さん(一橋大学大学院経済学研究科)及びゼミの先輩方その他多くの方々から多くの有益なアドバイスをいただいたことを、ここで感謝したい。

要約

職場での多様なストレスを原因として、うつ病などの精神疾患を患う労働者が現在の日本において急増している。この問題は現在の少子高齢社会において労働人口が減少している日本において早急に対処しなければならないものである。

また、精神疾患による休職の場合、休職をした労働者が復職をした後にも継続的に労働をすることが困難なことなどにより、他の身体的な疾患に比べても社会復帰がしづらいという問題もある。的確な診断が出来ずに復職許可を出す主治医が存在することや職場の環境改善がなされていないこと、休職期間中に労働から離れていたために労働者の生産性が落ちてしまうこと、またそれに伴い同じ職場内の労働者の生産性をも下げてしまうということなどが、復職後の継続的な労働を困難にしている一因として考えられる。労働者が復職した後に再び休職・離職をしてしまうとそれは事業主にとってとても大きなコストとなってしまう。また、改正労働安全衛生法に基づき平成二十七年十二月一日に新ストレスチェック制度が導入される。これまでもストレスチェック制度は利用されていたが、今回の新たなストレスチェック制度では定期的に労働者のストレス状況を検査して、結果を本人に通知させることで自らのストレス状況を把握させて、メンタルヘルス不調に陥るリスクを軽減させる。そして、結果から発見できる職場のストレス要因を特定して職場環境改善を促すものである。メンタルヘルス不調のリスクの高い労働者には医師による面接指導を促しうつ病などの精神疾患を未然に防ぐ取り組みである。これは第一次予防にあたるが、現在日本で行われている研究の多くが一次予防に関するものである。

そこで本稿では、国内において研究がほとんど行われていない第三次予防にあたるリワークプログラムの実施が、企業の業績に与える影響を分析することでリワークプログラムの導入にあたってどのような方針が考えられるかをみる。分析に関してはリワークプログラムを行っている18社と無作為に選んだ18社に対して売上高利益率を被説明変数、リワークダミーを説明変数としてパネルデータ分析を行った。これはリワークプログラムを導入することにより従業員のメンタルヘルスが改善し、休職者数が減ることで企業の業績が上がるという仮説を検証する為に行った。

社会的に見てかなりの効果が見込まれる以上、リワークプログラムを広く導入すべきである。しかしこれを円滑に進めていくためには産業医や医療機関との連携などの環境の整備が不可欠であり、たとえ企業にとって良い結果が見込めたとしてもそれを実施するハードルは高く、その傾向はとりわけ日本の企業の9割ほどを占める中小企業において顕著である。真にリワークプログラムの普及を目指すのであれば中小企業が広くこれを導入する必要がある。そこで私たちは、中小企業をグループ化して、そのそれぞれのグループを担当する産業医を常勤させるということを政策として提言していく。そして担当の産業医とそれぞれの企業で独自のメンタルヘルスキアの形を整えていく。

キーワード

「職場環境」「リワークプログラム」「メンタルヘルス」

目次

はじめに

第1章 現状分析と課題提言

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

第1節(1.1)MHEENによる研究

第2節(1.2)matrixによる研究

第3節(1.3)国内の研究

第3章 分析

第1節(1.1)使用データ

第2節(1.2)変数の定義と設定理由

第3節(1.3)回帰分析のモデル

第4節(1.4)回帰分析の結果

第4章 政策の提言

メンタルヘルスケアのグループ化

第5章 おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

日本の労働環境における問題は、ブラック企業などというような言葉で広く知られている。しかし、このような言葉が先行しつつも、それにより労働者が抱えうる健康被害などはあまり知られていない。このような被害の主要な一つに精神疾患の罹患がある。

次章でより詳しく触れるが、精神疾患の罹患は日本において増加傾向にある。これは個人の、「健康で文化的な最低限度の生活」という文言で知られるような生存権を脅かしている。さらに、個人だけでなく、罹患者の求職・離職による労働人口の減少や同じ職場の人間に対する負の外部性などというような問題を起こす。これは、高齢化率が今後さらに伸び、2060年には約40%(国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推定人口』H24より)が高齢者となり、生産人口が約1:1で老年人口を支えなければならないと推測される日本において、直ちに対処しなければならない問題である。

そこで本稿は企業が精神疾患ケアにより関心を持ち、具体的な取り組みを実施していく上での一助となることを目指す。

現状分析と課題提言

近年、職場における労働者のメンタルヘルス対策が喫緊の課題となっている。平成 24 年の厚生労働省『労働者健康状況調査』によると職場におけるストレスの度合いは年々高まっており、約 60%の労働者が仕事及び職業生活に関して強い不安や悩み、ストレスを感じていることが報告された。それに伴って職場で精神障害にかかる労働者が増えており、今年 5 月に発表された平成 26 年度の精神障害に関する事案の労災補償請求件数は 1456 件、支給決定件数は 497 件とともに過去最高を記録した(図1)。

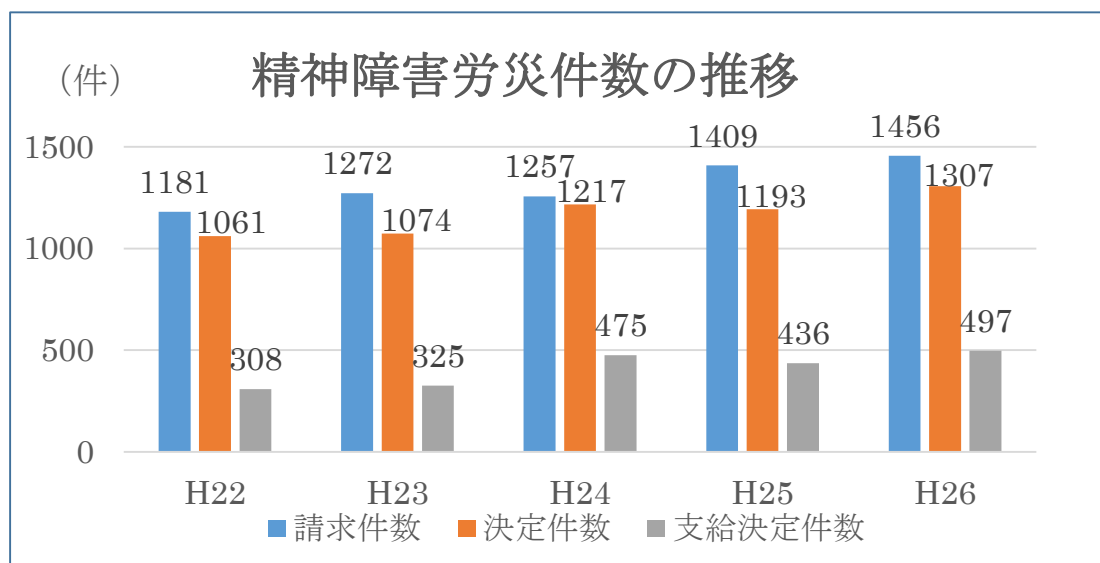


図 1

また労働政策研究・研修機構による企業アンケートからは精神障害により長期休業する労働者の数が増加傾向にあることが報告されている。このような状況は、近年の国際化・競争激化する社会情勢と、経済の停滞により長時間労働や高負荷労働等の過重労働を課す企業が増えたことが要因だと考えられる。加えて同アンケートによれば、情報通信業や医療・福祉業といった第三次産業でメンタルヘルス不調者の割合が多くなっていることから、高度な論理的思考と緻密な作

業を要するプログラマーや、一般人に馴染みの少ない金融商品を厳しいノルマの中で消費者に売り込まなければならない証券・保険営業担当者等の、高度な知識技能を要する仕事従事者に対してかかる過剰なストレスも精神疾患患者数増加の一因であると考えられる。これらの職種は高収入が期待できる分激しい競争がある。そして知識労働は就業時間内だけではなく帰宅後も自宅で仕事が可能であることが多いため結果として労働時間が長くなり、よりストレスに晒される環境下で仕事をしなければならない。

長時間労働によるストレスと労働者の精神障害の発症との正の相関関係については既に多くの論文で研究され、支持を得ている。また、精神疾患がほかの多くの疾患と比べ特異であり大きな問題となる特徴に、疾患の再発リスクの大きさがあげられる。また疾患は再発した場合、重病化する傾向にあるため、再休職・離職のリスクは高まる。現状としては、平成24年における厚生労働省の精神・障害保険課の調査結果によると、平成14年度の約13%から平成20年度の約17%に至るまで緩やかな増加傾向にある。この再休職増加の要因としては、休職したままでは自分のポストや今後の昇進に悪影響を及ぼしかねないと考えて復帰を焦る罹患者、そして必要以上にコスト削減を求めて従業員ケアを疎かにする会社の両者が早期復職を推し進めていることや、そもそもどのようなケアの支援を行うべきかを企業が把握していないことが多い点、そして職場の状況を主治医が正確に把握できていないことで、自宅での薬物療法など職場復帰への移行がスムーズに行われられないような治療が施されることなどが考えられる。このように労働者自身・主治医・会社・保険スタッフ等が協力して労働者をサポートする環境が整っておらず労働者のメンタルヘルスがしっかりと理解・配慮されていない現状は早急に対処しなければならない。

本稿では、こうした労働者のメンタルヘルス問題に対して企業がどのような取り組みをおこなうべきかを検討する。

現状への対抗策として、第一には、労働者が過重労働から解放され健康で働き続けられるように、労働基準法が労働者の就業時間や残業時間について規定している。第32条では、原則として労働者を一日8時間、週40時間(法定労働時間)を超えて働かせることを禁止している。しかしながら、実際には法定労働時間を超えて働く労働者は多い。第36条は、労働組合と、使用者が協定で定めれば、労働時間の延長・休日労働を認めている。俗に36協定といわれる協定だ。平成25年度『労働時間等総合実態調査』によれば、この協定を結び休日労働及び時間外労働を

認められている事業所は調査対象の半数以上にのぼる。以下に、毎月勤労統計調査から作成した図を示す(図 2)。

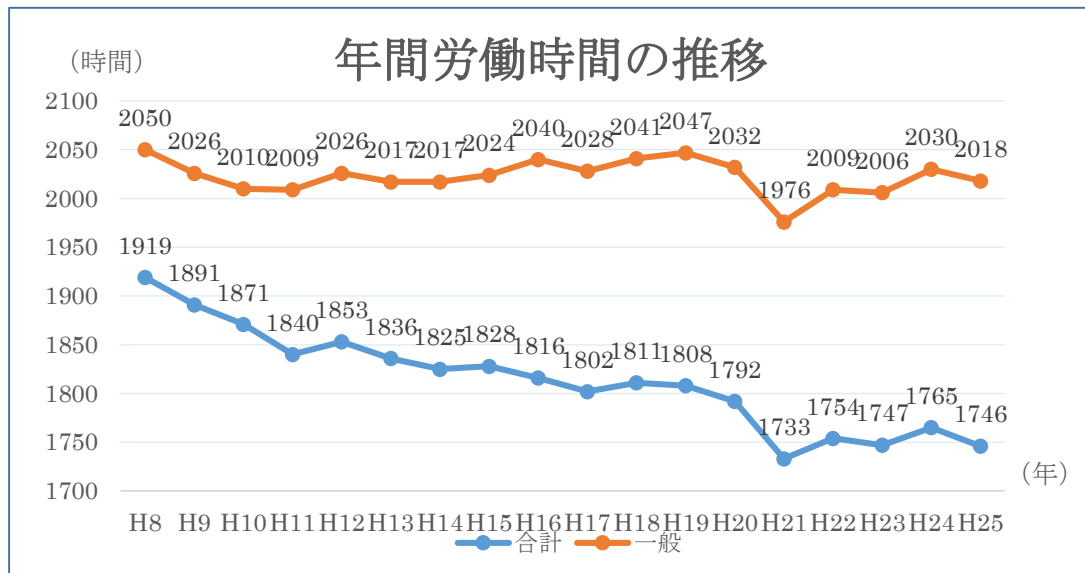


図 2

また、国はさまざまな情報を提供、法律を作成し対抗している。例えば患者の職場復帰支援の手引きや、IT 従事者や中小企業に焦点あてたストレス対処法などの情報が提供されている。さらに、労働安全衛生法の改正により、企業は、長時間労働に従事する労働者が要求した場合面談を受けさせなければならなくなっている。また、今冬には職場におけるストレスチェック制度が義務化され、50 人以上の事業所では実施が必須となり、企業に対して労働者の安全衛生管理をより一層求めている。

企業自身も、問題が顕在化するにしたがって、対策に取り組み始めていることがわかっている。労働政策研究・研修機構の調査によれば、労働者のメンタルヘルスと企業のパフォーマンスの関係を認める企業は 9 割近くに上っており、実際に対策に取り組む企業も 6 割以上存在する。今後取り組むと考えている企業も多く、問題の認知が進んでいることがうかがえる。

このように、国も企業もメンタルヘルス問題に対して行動を起こし始めているが、患者数の増加には歯止めがかかっていないのが現状である。実際の対策で重要なのは、まず保健スタッフ、管

理職、社外の専門家、労働者の4者がそれぞれ労働者のメンタルヘルスに注意を払う4つのケアである。それぞれが役割を全うし協力することが大切だ。加えて、病気の段階で区分した1次から3次までの予防も重要である。発症予防のための教育や職場環境の改善を行う第1次予防、発症の早期発見・治療を促す第2次予防、発症後の円滑な職場復帰を実現する第3次の予防が存在する。

第3次予防にあたる復職支援をプログラムとして導入している企業は少ないことが分かっている。労働政策研究・研修機構が平成25年に発表した調査結果によると、プログラムを用意している企業は、1000人以上の大規模事業所でも56%ほどであり従業員数が少ない事業所ほど用意されておらず全体での平均値が11.5%と非常に低くなっている。こうした中で問題となるのは、労働者の実情がうまく把握されず、復職が可能か否かの判断が適当でなかったり復職後に前と同じ高負荷な仕事を与えられたりして労働者が精神障害を再発して再休職もしくは退職してしまうケースが多いことだ。同調査によると、復帰後の精神障害の再発が半数程度以上であると答えた企業は、32.4%にのぼる。企業としては病気に配慮しつつも成果は上げてもらわなければならないため、与える仕事量をどう調整すべきかが難しい課題になっているだろう。休職及び再発の増加は労働者自身及び、企業、社会にとっても大きな損失となっていると考えられる。

本稿では、職場における企業の第1次から3次予防についての先行研究を概観し、第3次予防について、実施企業の事例を検討し、それが休職者数や業績に与える効果を分析する。第3次予防は、厚生労働省から復職支援の手引きが出されているものの、いまだ標準的な予防対策というものではできあがっておらず企業の対抗措置もまちまちで、研究の事例も少ないため、その重要性について周知を図り、今後の研究進展に寄与したいと考える。

第3次予防を含むメンタルヘルス対策を充実させ、精神障害が発症してしまったとしても適切な処置を受ける余地が与えられる職場、罹患者をケアしよりよく労働環境を改善していける職場の実現が我々の理想である。今後我が国は少子高齢化に伴って労働人口が減少し、障害者や外国人など多様な人材を働き手として確保していくことが必要となるだろうが、精神障害を発症した労働者についても幅広く受け入れる職場・社会を作る必要があると考えている。

先行研究および本稿の位置づけ

精神疾患が労働環境に与える影響に関する研究自体が、特に国内において比較的新しいものであるため、先行研究においても現在進行中のものなどが多かった。そのためここでは、まず精神疾患に関する経済学が日本に比べ進んでいるヨーロッパの研究を参照し、精神疾患の発生要因といった現状とその対策を見る。その後、国内における一次予防及び三次予防に関する職場の取り組みが与える影響に関する費用便益分析に焦点を当て、その結果を検討し、それに関連した本稿の立ち位置を明確にすることを目的とする。

MHEEN による研究

はじめにヨーロッパにおける研究を MHEEN というヨーロッパの精神疾患に関する研究機関の報告から見る。

精神疾患による損失の例としては、Leal et al.(2006)によればうつ病の生産ロスは心血管系の疾患の倍以上になる(図3)

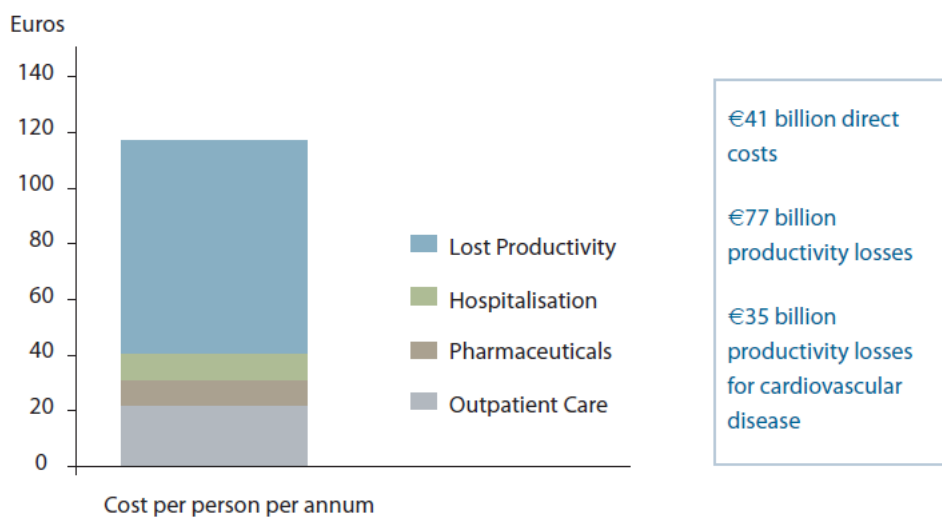


図 3

この、生産性の損失に関しては、職場におけるメンタルヘルスの問題がもたらす労働生産性の減少において、absenteeism(休業している状態)及び presenteeism(出勤しているが労働そのものをこなす能力が低下している状態)があげられ、これらのうち、特に後者での労働損失が大きいため、焦点を当てるべきだという意見がかなりの研究で見られた。

また精神疾患の社会への負担に関しては、フランスでは、25%の疾患に関連した社会支出がストレスに関するもので(Bejean and Sultan-Taieb,2005)、フィンランドでの精神疾患に関する病気への給付は 93%にのぼり、そののちのすべての障害手当の 42%を占めるに至った(Jarvisalo et al.,2005)。さらにスペインの一般労働者の組合は労働者の、病気による休職や不調の訴えの 50~60%が精神的ストレスによるものだとしている。

こうした問題に対する対策も行われている。イギリスでは、ロンドン地下鉄が 13000 人の従業員を対象にストレス軽減プログラムを実施し、初めの二年間で 705,000 ユーロのコスト削減に成功したとしている。これは初期投入額の 8 倍以上であった。また、このプログラムは生産性の向上と生活習慣の改善を促した(Business in the Community,2005)。同様に、ベルギーの製薬会社の研究ではストレスの兆候の早期発見策とリスクに関する教育を行い、この教育に使った時間の absenteeism が見込まれる額の 1%程度だったのに比べ、この教育により回避した absenteeism は 600,000 ユーロになった(Polemans et al.,1999)。

Matrix による研究

matrix share our insight-Economic Analysis of Workplace Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Programmes Matrix-という調査報告を次に見ていく。

まず、精神疾患を招く要因として、労働者への過剰な要求、仕事への裁量の小ささ、関心のない業務の強制、同僚との関係の悪さ、上からのサポートの薄さなどがあげられる(WHO, 2005; OECD, 2008; Rugulies et al., 2006)。

このうち、人間関係やサポートに関する研究としては、デンマークでは女性の労働者が、職場での責任が小さかったり監督者からのサポートが十分でない場合に男性の2倍程度鬱になりやすく、男性は職的に不安定なときに2倍程度鬱になりやすかった(Rugulies et al., 2006)というものの例として挙げられる。

また、精神疾患にかかりやすい層として、女性(OECD, 2011; Søgaard & Bach, 2009; Veronese et al., 2012)、若年労働者(OECD, 2011; Veronese et al., 2012)、低賃金労働者(WHO, 2003)、教育をあまり受けてこなかった労働者(WHO, 2003; OECD, 2011; Søgaard & Bach, 2009; Veronese et al., 2012)などがあげられ、また職種別の例として、事務職および管理職(Stansfeld et al., 2011; Hussey et al., 2008)、販売職(Stansfeld et al., 2011)、教育者(Roelen et al., 2009; Hussey et al., 2008)、医療従事者(Roelen et al., 2009; Hussey et al., 2008)があげられる。

こうした疾患の直接的な労働環境への影響としては、精神疾患によって失われる労働日数は平均 30.9 日である(Mental Health Foundation, 2007)というものや、週に 40 時間以上働く人は労働者の 36%であり、10%がストレスから離職し、20%が気分・精神障害を起こす(Richmond Foundation, 2011)などがあった。さらに、不安障害の総費用は 660 億ユーロ、そして気分障害は 1130 億ユーロになると試算されており(Gustavsson et al., 2011)、また、間接費用に関しては、鬱による休職と生産性の損失のコストが 760 億ユーロに及んだ(OECD, 2008)。

精神疾患罹患者と非罹患者の欠勤に関する研究としては、OECD(2011)が以下のような図を作成している(図4)。

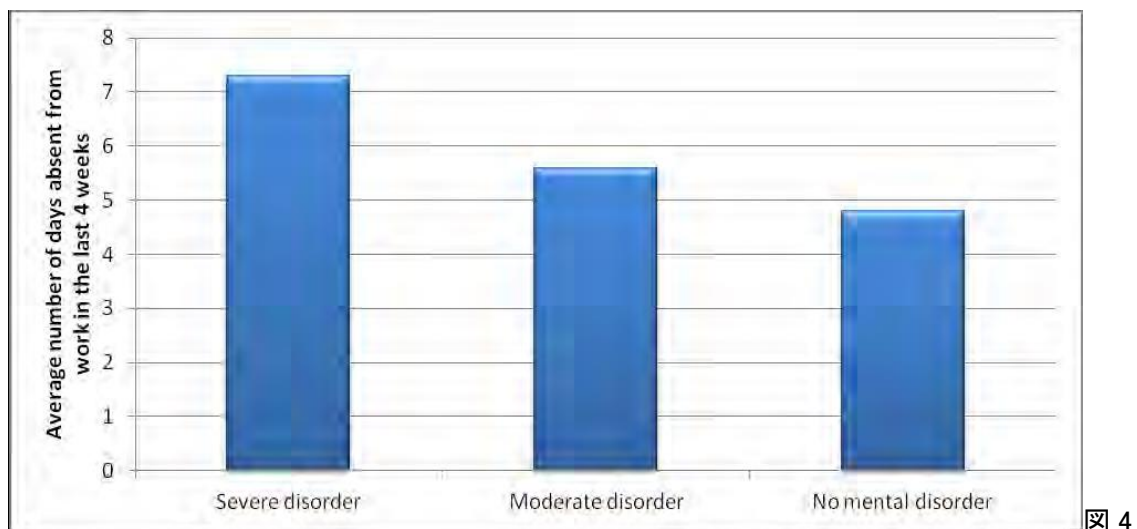


図 4

精神疾患の内容に関しては、EU 圏で最も多いのは大うつ病(約 6.9%、図 5)であり(Wittchen et al.,2011; Mladovsky et al.,2009)、精神疾患の罹患に対し国間・文化間の要因は無関係だった(Wittchen et al.,2011)。

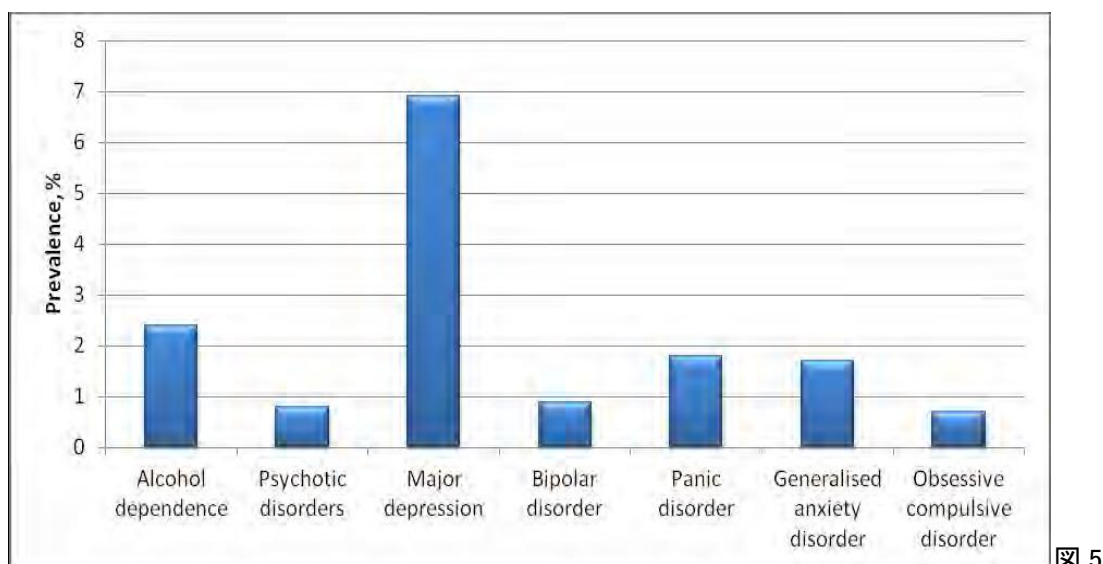


図 5

国内の研究

次に第1次予防と第3次予防に関する日本国内での研究を見ていく

一次予防、つまり精神疾患発症への予防策を実施することでどの程度の効果が見込まれるかに
関する研究をみていく。

『日本における職場でのメンタルヘルスの第一次予防に関する費用便益分析』(吉村 et al, 2013)¹は、国内の職場のメンタルヘルスに対する取り組みを調べたもので、事業者にとって自身の企業でメンタルヘルス対策を行うことの経済的利点を示すものである。この論文は、研究手法としては既存の研究のうち、国内における職場環境改善、個人向けストレスマネジメント教育、そして上司への職場ストレスに関する教育研修の三つの介入を行ったものの介入前後の結果を比較し、二次分析を行うものである。ここでは介入前後の変化を表すスコアとして、HPQ(WHO Health and Work Performance Questionnaire) Short Form の日本語版を用いて、その介入前後におけるHPQの変化を Δ HPQとし、このスコアをもとに便益を算出した。

その結果、まず職場環境改善に関しては、介入により生じる投入費用に対する便益比は、効果が半年間の介入で十分に現れる場合と、1年間で現れる場合とに分けて分析したところ、半年間では投入費用の2.98倍であり、1年間では投入費用の1.98倍であった。

また、個人向けストレスマネジメント教育及び上司の教育研修では、介入後半年で効果が最大となるとし、その後半年間の介入効果の減少を、(1)減少しない、(2)33%減、(3)66%減、(4)100%減として算出した。個人向けストレスマネジメント教育においては、(1)から(4)のすべてにおいて便益は費用を上回った一方で、上司の教育研修では費用と便益はほぼ同等であり、効果はあまり見られなかった。

上記のような一次予防に関する費用便益分析は、まだまだ数自体は多いとは言えないが社会総体の費用便益にとどまらず企業の視点からもおこなわれている。しかしその一方で三次予防に

関する費用便益分析はほとんど行われておらず、確認できるものであっても社会的コストの推定であった。以降ではまずその研究について述べていく。

『リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済学的研究～復職後の再休職・失職により生じた社会的コストの推計～』(山内 et al,2014)²では、大うつ病性障害(一般的なうつ病)によって長期休職を余儀なくされた人々を対象に、復職後の一年間の間に差異求職・失職することで生じる社会的コストを推定したものである。この場合のコストにおいては、リワークプログラムを、従来の休職者及び復職後通院者の利用する医療に対し、追加的に行う治療として扱い、追加的な診療報酬を必要とするものとして社会サービスの利用料を求め、そこに前述の absenteeism 及び presenteeism のうち、測定の難しい後者を除外した、absenteeism のみを罹病費用とした。

結果としてはまず、リワークプログラムによる治療を行った群は通常の治療群に比べて、有意に就労継続性は良好であり、就労継続日数は通常治療群が 66.5-177.5 日が 95%CI に含まれるのに対し、リワークプログラム利用群は 464.9-907.1 日が 95%CI に含まれた。

次に、社会的コストの推計結果を求めた表が以下の表である。

	リワーク群 (n=25)		対照群 (n=25)	
	n	¥	n	¥
復職1年以内の 再休職者	3	¥2,482,080 【直接費用】社会サービス費用(傷病手当金) ¥4,751,960 【間接費用】罹病費用(absenteeism)	13	¥12,302,100 ¥29,719,670
非復職者 (復職せず失職と仮定)	7	¥4,469,434 【直接費用】社会サービス費用(求職者給付基本手当) ¥23,391,633 【間接費用】罹病費用(非就業費用)	5	¥3,417,335 ¥19,501,950
就労継続者	15	¥0	7	¥0
計		¥35,095,107		¥64,941,055

表 1

上表からわかる通り、リワークプログラム利用群とその対照群の社会的コストの差は 29,845,948 円であり、これからリワークプログラムの利用による追加的な医療費(診療報酬 823 点×利用日数)を利用人数、すなわちこの場合は 25 で乗じたものを引いたところ、16,534,070 円がリワークプ

プログラムの導入により削減できる社会的コストであることが見込まれた。これは一人当たり、復職後 1 年ごとに 532,475 円になる。また、これは日本国内のデータではないため目安にとどまるが、presenteeism が absenteeism に比べ 1.8 倍程度のコストになるという研究や(Goetzal et al, 2004)、presenteeism による損失は absenteeism や医療費の会社負担などによる損失の合計の2倍以上となるという研究(Hemp,2004)、そしてアメリカの研究では、presenteeism のコストは absenteeism の 5 倍である(Knapp et al.,2007)というものがある。また、OECD(2011)によれば、以下のような結果が出ている(図 6)

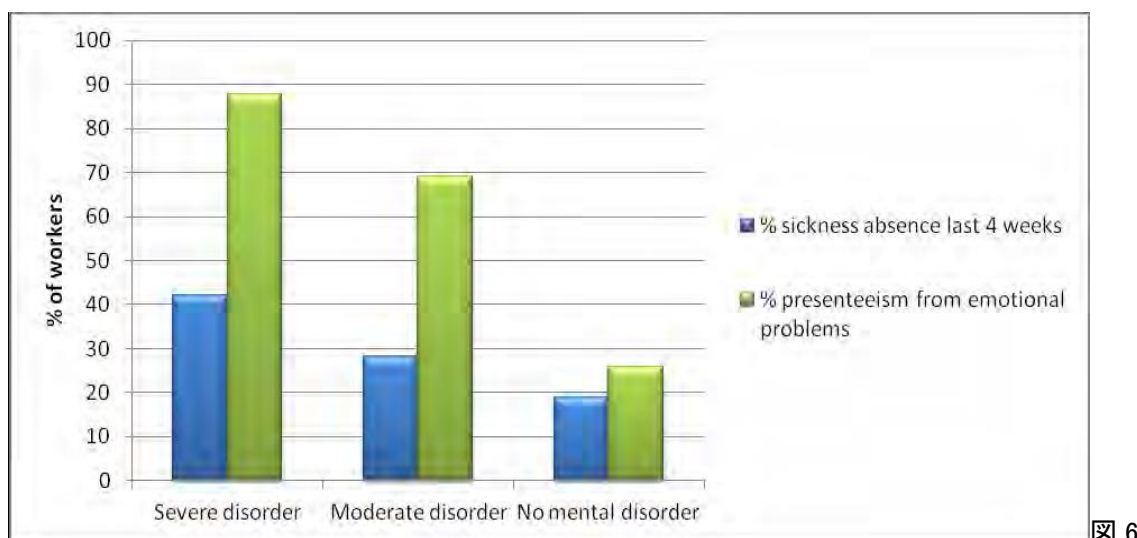


図 6

よって、今回は除外した presenteeism を加えて推定すると、そのコストはより大きくなり、リワークの効果も大きくなるだろう。

これまで見てきたように、職場におけるメンタルヘルス改善に関する研究では一次予防を実施することで生産性が向上し、それにより社会だけでなく一企業においても業績の向上が見込まれること、そして三次予防においてはリワークプログラムの実施が社会的コストを抑制しうることがわかった。しかし、三次予防、とりわけリワークプログラムに関しては、その実施による企業における業績への影響に関する研究が見られなかった。

そこで本稿では、リワークプログラムの実施が企業の業績に与える影響を分析することで、社会全体だけでなく、企業単位でのワークプログラムの導入がもたらす効果を分析し、どのような導入支援が必要かを提言することを目的とする。

分析

第 1 節 使用データ

本分析では、厚生労働省のウェブサイト『心の耳』に紹介されている復職支援実施企業のうち 18 社と、無作為に抽出した上場企業 18 社の計 36 社に対して、2010 年から 2014 年までの売上高利益率を被説明変数、リワークプログラムの有無をダミー変数であらわし、売上高、純利益を説明変数として重回帰分析を行った。加えて、ウェブサイトで紹介されていた復職支援の手法について分類し、種類別にダミー変数を設定した重回帰分析も行った。復職支援実施企業のうち、比較対照にメンタルヘルス対策が進んでいる企業が多いと考えられる病院と大手企業は排除した。上場企業 18 社については、全上場企業のうち従業員数が 1 から 1000 人までの企業をナンバリングして無作為に抽出した。統計ソフトは R を使用した。

・復職支援実施企業

1 株式会社ヒカリ

2 アヴァシス株式会社

3 株式会社日立ケーイーシステムズ

4 株式会社ワールド

5 株式会社ダイキアクス

6 株式会社フジミインコーポレイテッド

7 KYB 株式会社

8株式会社構造計画研究所

9株式会社エアー沖縄

10エプソン販売株式会社

11株式会社テクノプロホールディングス

12株式会社フレスタ

13参天製薬株式会社

14株式会社高知大丸

15株式会社日立国際電気

16岡山放送株式会社

17沖電気工業株式会社

18株式会社小学館集英社プロダクション

・比較対照企業

1金下建設株式会社

2株式会社イナリサーチ

3株式会社 NJS

4株式会社アイレップ

5株式会社テラスカイ

6株式会社キューブシステム

7東洋ビジネスエンジニアリング株式会社

8株式会社エクストリーム

9鈴茂器工株式会社

10株式会社加藤製作所

11株式会社アクモス

12株式会社アドヴァン

13日新商事株式会社

14株式会社日本アクア

15高島株式会社

16株式会社ブロードリーフ

17株式会社リコーリース

18株式会社インテリックス

また、次の表 2 は私たちが作成した、産業医・カウンセラーの有無を pro、従業員のセルフケアを self、管理者講習を line、ストレスチェックを st、明文化マニュアルを manu、ためし出社を trial、時間の制限を lim、始業時間の統一を start、外部プログラムを ET とし、厚生労働省のホームページ『こころの耳』において実査に企業が実施している取り組みを表にまとめたものである。

<http://kokoro.nhlw.go.jp/case/hukki/>

実施企業	開始時期	pro	self	line	st	manu	trial	lim	start	ET
株式会社竹中工務店 九州支社	1992	○	○	○	○	○	○	○	○	○
エフソン販売株式会社	2000	○	○	○	○	○	○	○	○	○
沖電気工業株式会社	2001	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社ヒカリ	2002	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社日立ケーイーシステムズ	2003	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社ワールド	2003	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参天製薬株式会社	2003	○	○	○	○	○	○	○	○	○
中外製薬株式会社	2003	○	○	○	○	○	○	○	○	○
日産自動車株式会社	2004	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社日立国際電気	2006	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社日立国際電気	2006	○	○	○	○	○	○	○	○	○
四日市社会保険病院	2007	○	○	○	○	○	○	○	○	○
KYB株式会社	2007	○	○	○	○	○	○	○	○	○
西鉄人事サービス	2007	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社ツリスタ	2007	○	○	○	○	○	○	○	○	○
岡山放送株式会社	2008	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社タイキアグニス	2010	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社タケキアグニス	2011	○	○	○	○	○	○	○	○	○
テクノプロ・ホールディングス	2011	○	○	○	○	○	○	○	○	○
三菱ふそうトラック・バス株式会社	2011	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社エアー沖繩	2013	○	○	○	○	○	○	○	○	○
アグテックス株式会社	1990半ば	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社構造計画研究所	2003~2007	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社小学館集英社プロダクション	2005頃	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社フジミニコンピュータシステム	2006, 7頃	○	○	○	○	○	○	○	○	○
社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院	2011頃	○	○	○	○	○	○	○	○	○
株式会社高知大丸	不明	○	○	○	○	○	○	○	○	○

表 2

変数の定義と設定理由

(1) 変数の定義

売上高利益率(%) : $\text{純利益} \div \text{売上高} \times 100$

リワークプログラムダミー : ウェブサイト掲載企業 19 社 = 1、それ以外 = 0

産業医ダミー : 19 社のうち産業医が利用可能な企業 = 1、それ以外 = 0

従業員のセルフケアダミー : 19 社のうちセルフケアを促す企業 = 1、それ以外 = 0

管理者講習ダミー : 19 社のうち管理者講習を行っている企業 = 1、それ以外 = 0

ストレスチェックダミー : 19 社のうちストレスチェックを行っている企業 = 1、それ以外 = 0

傷病休職制度の明文化ダミー : 19 社のうち傷病休職制度を明文化している企業 = 1、それ以外 = 0

試し入社制度ダミー : 19 社のうち試し入社制度を用意している企業 = 1、それ以外 = 0

時間制限ダミー : 19 社のうち復職者に対する労働時間制限制度を用意している企業 = 1、それ以外 = 0

始業時間の統一ダミー : 19 社のうち始業時間を統一している企業 = 1、それ以外 = 0

外部プログラムの利用ダミー : 19 社のうち外部プログラムを利用している企業 = 1、それ以外 = 0

(2) 変数の記述統計量(ダミー変数は除く)

	総数	平均	最小値	最大値	標準偏差
売上高利益率 2010年	36	2.56765	-12.03	41.4607	8.804
2011年	36	2.31852	-13.547	22.87	6.43782
2012年	36	-0.0306	-95.638	15.9903	16.8531
2013年	36	2.18489	-12.02	16.59869	10.21113
2014年	36	2.440589	-14.2009	15.42985	9.460776
売上高 2010年	36	55192.23	528	276268	78100.63
2011年	36	50818.29	831	295861	72970.21
2012年	36	53612.39	596	300891	76118.92
2013年	36	54061.34	1093	281555	76152.84
2014年	36	52611.08	1609	268077	74198.19
純利益 2010年	36	1496.868	-5198	17947	4604.56
2011年	36	1380.088	-25729	18534	4461.742
2012年	36	1264.415	-819	16502	4251.689
2013年	36	1382.847	-1576	20763	4408.838
2014年	36	1267.688	-3159	19861	4158.73

(3) 変数設定の理由と仮説

復職支援対策により、精神病患者が減り先の先行研究で述べられていたように企業の生産性が向上すると仮説を立て、被説明には企業の売上高利益率を設定した。

復職支援プログラムの存在は精神病患者を抑制し、企業の売上高利益率の増加をもたらすと考えられる。その他のダミー変数について、産業医ダミー、従業員のセルフケアダミー、管理者講習ダミーなどもおおむね正の効果を与えると考え。しかし、試し出社ダミーはその期間の巧拙によって効果が正負どちらにもなりうるだろうし、外部プログラムについても効率的な運用ができていのかによって効果が変化すると考えられるため、効果はそれほど有効には出ないとも考え得る。コントロール変数として、売上高と純利益を設定した。

第3節 回帰分析のモデル

分析における主要な変数はリワークプログラムダミー及び、その他リワークプログラムに関するダミー変数群である。その他の売上高と純利益をコントロール変数として扱った。回帰分析のモデルは次の二通りである

$$(1) Y = a + b_1(\text{リワークプログラムダミー}) + b_2(\text{売上高}) + b_3(\text{純利益}) + u$$

$$(2) Y = a + b_1(\text{リワークプログラムダミー}) + b_2(\text{産業医ダミー}) + b_3(\text{セルフケアダミー}) + b_4(\text{管理者講習ダミー}) + b_5(\text{ストレスチェックダミー}) + b_6(\text{傷病休職制度の明文化ダミー}) + b_7(\text{試し入社ダミー}) + b_8(\text{時間制限ダミー}) + b_9(\text{始業時間の統一ダミー}) + b_{10}(\text{外部プログラムの利用ダミー}) + b_{11}(\text{売上高}) + b_{12}(\text{純利益}) + u$$

(1)式は、リワークプログラムの有無の効果測定、(2)式はそれに加え、リワークプログラムの種類別の効果を測定するのに用いる。

第4節 回帰分析の結果

この節では回帰分析の結果について順に述べていく

(1)式の結果

まず、(1)式にF検定を実施したところ、p値が 7.181e-09t と大きくなり、Hausman 検定では p 値が 0.1852 と小さい値になったため、random 統計モデルの方が適切となる。Random 変数効果を含む(1)式の推定結果は、リワークプログラムのみダミーはp値が 0.20298 と統計的に優位とは言えなかった。

(2)式の結果

被説明変数:売上高利益率	係数	t 値	p 値
売上高	-4.0838e-06	-0.2762	0.7827618
純利益	7.2024e-04	3.8178	0.0001902***
リワークプログラムダミー	-1.9277e+00	-0.3901	0.6969885
産業医ダミー	-1.9682e+00	-0.5185	0.6047742
従業員のセルフケアダミー	-2.8828e-01	-0.0581	0.9537695
管理者講習ダミー	-4.9961e+00	-0.8554	0.3935544
ストレスチェックダミー	5.1306e+00	1.6803	0.0947906
傷病休職制度の明文化ダミー	7.7271e+00	2.4120	0.0169629*
—			
試し入社ダミー	-3.0843e+00	-0.9903	0.3234540
時間制限ダミー	-1.8205e+00	-0.5715	0.5684269
始業時間の統一ダミー	2.5717e+00	0.7338	0.4641125
外部プログラムの利用ダミー	-6.9802e-01	-0.2368	0.8130804

企業が行う介入のうち 95%CIに入ったのは、傷病休職制度の明文化ダミーである。また、ストレスチェックの実施も 90%CIに入り、これは今冬実施されるストレスチェック制度が企業の業績向上にもつながりうることを示唆している。

今回のリワークプログラム導入群として取り上げたものは、そもそもがリワークプログラムの導入に成功した企業であるため、リワークを導入したものの改善には至らなかった企業が実施していたリワークプログラムの内容などのデータがあればより良い分析が行われたと思われる。こうしたバイアスは本稿における分析の問題点であるが、それでもなおリワークプログラムを導入し、成功した企業の多くがリワークプログラムを実施する際のマニュアルを作成し、またこれに基づいて運営することで成果を上げているのは紛れもない事実であり、このプログラムの存在が企業に対し利益になりうるという統計的な示唆があることは注目すべき点である。

政策の提言

メンタルヘルスケアのグループ化

これまで見てきたように、現在の少子高齢社会の日本において職場におけるメンタルヘルスの悪化からなる生産性の低下は早急に解決すべき課題であり、精神疾患といったメンタルヘルスに関する諸問題に対する予防は、個人の生活はもちろん、社会的コストを考えれば不可欠である。とりわけ、第三次予防に当たるリワークプログラムはこれに対して有効な手段になりうるという先行研究もある。また、すでに一次予防が企業単位の業績の向上にもつながりうるという推算がなされているように、リワークプログラムもまた、単なる企業の社会貢献以上の結果をもたらさう。

しかし、リワークプログラムを導入し、円滑に進めていくためには産業医や医療機関との連携などの環境の整備が不可欠であり、たとえ企業にとって良い結果が見込めたとしてもそれを実施するハードルは高く、その傾向はとりわけ日本の企業の大多数を占める中小企業において顕著である。真にリワークプログラムの普及を目指すのであれば中小企業が広くこれを導入する必要がある、そのためには政府機関などの公的介入による制度の整備が必要である。

そこで私たちが本稿で提言することは、同系統業種の零細中小企業をグループ化して、そのそれぞれのグループを担当する産業医やカウンセラーといった専門家を外部のEAP(Employee Assistance Program)を行う機関に委託しグループに配置するということである。EAPとは労働者の職場での生産性を支えるために企業の制度設計や従業員のカウンセリングなどの包括的な支援を行う取り組みである。ここで同系統にまとめた理由としては、一社ごとに設置をするとコストが高くなるため非現実的であり、また異業種の企業を同グループにするとメンタルヘルス不調の要因も様々に異なってしまうため治療が非効率的になってしまうことや、同業種企業同士の情報共有のしやすさといった点による。

この、グループでの取り組みの具体的な形としては、疾患による休職時のマニュアル作成、セルフケア、ラインケア、相談室の設置、試し出勤制度などがあげられる。

疾患時の対応マニュアルに関しては、リワークを導入している企業の多くが導入しており、その効果は分析でも示されている。また、今回はグループという利点を活かして、複数の同業種の企業が産業医やカウンセラーのような専門家の指導の下で、マニュアルの内容をある程度共通のものにして作成することで対処における情報を一般化するとともに、その地域での産業医やより専門的な医師その他医療従事者などが情報を把握し、治療を適正化しやすくなるようなマニュアルが作成可能である。

セルフケアは、個々人が自分の健康は自分自身で守るものと理解してそのために必要な知識や技能を身につけるというもので、この中にはマニュアルを理解し、利用する方法を知ることなども含まれる。ラインケアは、企業の管理者側が部下のメンタルヘルス不調にいち早く気づき、メンタルヘルス不調を起こした部下への対応や職場復帰支援を行うための知識、技能を身につけるというものであり、こう言った対処等もマニュアルに含める企業が多かった。上記のセルフケア・ラインケアにおいても、同業種グループで行うことにより実施コストを抑えることが可能である。

また相談室の設置によって担当の産業医が労働者の相談を直接受けることで、すぐに適切な対応をとることが出来るだけでなく、相談の内容を情報として蓄積・シェアすることで、今後の同業種グループの企業のメンタルヘルス不調を予防する上での助けにすることが可能である。

試し出勤制度は、メンタルヘルス不調が原因で会社を休職していた労働者が、職場復帰をスムーズに行うために時間をかけ段階的に出勤時間や出勤日数を増やしていき、業務や規則正しい生活のリズムに慣れていくというものである。ここにおいてひとつ提案したいのが、同業種の精神疾患罹患者同士の交流会をこれに組み込むことだ。一般に精神疾患ケアの一つとして、罹患者が他の罹患者と話し、自身を再認識するという治療がある。これは他者の共感を得られればより効果が高く、今回我々が想定しているような同業種内での交流であれば、その効果はさらに高いものとなるだろう。

これらのケアは、疾患の第一次から第三次予防において費用抑制的であるだけでなく、医学的に見ても全体としてのより良いアウトプットを見込めるものである。もちろんこのケアにおいて、グループごとに配置する外部機関の産業医などの専門家などは設置に費用を要するが、グループごとの担当にすることで各企業の負担を分散させることが可能である。また、政府が費用を一部

負担するような形をとっても、リワークによるリターンの大きさはこれまでの研究で明らかになっており、十分介入に値するものであるといえよう。

おわりに

本稿は現在日本において問題となりながらもいまだに研究が進んでいない職場でのメンタルヘルスへの取り組みの、とりわけ第三次予防に関して研究し、その対策を検討するものであった。

分析を行うにあたっての問題としては利用可能なデータの不足が特に大きかった。この、データの不足に関しては日本のみならず世界における問題であり、精神疾患に関する経済学において進んでいるヨーロッパであっても問題となっていることが、Eamon O' Shea and Brendan Kennelly(2008)などからも見て取れる。

このような現状に関して、今冬導入される新しいストレスチェック制度と、そこから得られるデータは同テーマの研究をより推し進めるうえでの強力な助けになるだろう。

また、平成 28 年に改正される障害者雇用促進法は、精神障害者への差別をなくし合理的な配慮を企業に求めるものであり、これにより精神疾患罹患者が参加しやすい社会へと進んでいくとともに、平成 30 年からを予定している算定基礎対象への精神疾患罹患者の追加などにより企業の精神疾患罹患者の雇用がますます積極化していくであろうことが予想される。

このような展望を踏まえ、本稿は精神疾患罹患者を企業がどのように雇用・活用していくか、そして罹患者自身が職場でどのようなケアを受けうるのかに関し、マニュアルの作成を軸にしたアイデアの一例を提示することで、精神疾患罹患者が、病院や自宅などの閉じたコミュニティから出て、社会と主体的にかかわるうえでの一助を担うものになることを期待する。

先行研究・参考文献・データ出典

先行研究

・吉村健佑, 川上憲人, 堤 明純, 井上彰臣, 小林由佳, 竹内文乃, 福田 敬(2013)
「日本における職場でのメンタルヘルスの第一次予防対策に関する費用便益分析」『産業衛生学雑誌』55(1) 11-24

・ Cary cooper, Philip Dewe(2008) “Well-being—absenteeism, presenteeism, costs and challenges” Oxford University Press on behalf of the Society of Occupational Medicine

参考文献

・ THE ECONOMICS OF MENTAL HEALTH CARE IN IRELAND

Eamon O'Shea and Brendan Kennelly(2008)

・ 中村純(2009) 『専門医のための精神科臨床リュミエール 18 職場復帰のノウハウとスキル』

・ 五十嵐良雄(2015) 厚生労働省障害者対策総合研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」分担研究報告書より
『リワークプログラム利用者の復職後2年間の予後調査』

・ 山内慶太(2014) 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神障害者の就労移行を促進するための研究分担研究報告書より
『リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済学的研究～復職後の再休職・失職により生じた社会的コストの推計～』

・ the Health Programme of the European Union(2013) 『matrix share our insight
Executive Agency for Health and Consumers』

- ・ the MHEEN group(2007) 『Economics, mental health and policy: An overview』
- ・ 厚生労働省(2015) 『労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル』
- ・ 厚生労働省 H24『労働者健康状況調査』
- ・ 厚生労働省 HP 『こころの耳 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト～心の健康確保と自殺や過労死などの予防～』より 職場復帰の取り組み事例
<http://kokoro.mhlw.go.jp/sp/case/hukki/>
- ・ 中央労働政策研究・研修機構 『職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査結果 (H23) 』
- ・ 中央労働政策研究・研修機構 『メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査結果 (H25) 』
- ・ 公共財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所 『メンタルヘルスの取り組みに関する企業アンケート調査結果 (H24) 』
- ・ 中井久夫・山口直彦 『看護のための精神医学 第2版』

データ出典

- ・ 日経テレコン
- ・ 帝国データバンク会社年鑑
- ・ 厚生労働省 『毎月勤労統計調査』
- ・ 厚生労働省 平成 26 年度 「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」