

# メンタルヘルス不調者の休業・退職・再発・復職と企業の健康管理対策との関連：横断的分析†

土屋 政雄\*1 秋山 剛\*2

**目的** 職場において精神疾患による休業の増加が問題となっている。それぞれの企業でメンタルヘルスへの対策が整備されつつあるが、こうした対策が従業員の休業、退職、再発、復職などの就労予後とどのように関連しているかについては明らかになっていない。本研究では、企業の健康管理対策の整備状況と就労予後指標の関連について検討した。

**方法** 全国から無作為に抽出された 10,000 社の企業を対象に質問票を郵送し、1,361 社から回答があった(回答率 13.6%)。このうち、私傷病に関する病気等休暇・休業制度があり、欠損のない 171 社を解析の対象とした。正社員数、各企業の健康管理対策の実施、就労予後(休業、退職、再発、復職)の人数についてたずね、ロジスティック回帰分析を行ないこれらの関連を検討した。

**結果** すべての就労予後指標において、それぞれ 6-12 個の企業対策実施との有意な正の関連が見られ、企業規模を調整したあとも 3-5 個の企業施策が有意な関連として残った。

**考察** メンタルヘルスへの健康管理対策を行なっている企業は、休業、退職、再発の割合も多かったが、対策の実施が事例の発生を高めているとは考えにくい。これらの対策の影響は、該当事例の発生を適正に把握できている段階にとどまっているとの解釈が妥当である。復職の割合が多く見られた対策の実施とも合わせて、本研究により今後企業が行なうべき健康管理対策について示唆が得られた。

**キーワード:** 疾病休業, 職場復帰, メンタルヘルス対策, リハビリ入社, EAP

## 1 はじめに

近年、職場において精神疾患による休業が増えている<sup>1)</sup>。長期休業の原因として精神疾患が占める割合は高く<sup>2,3)</sup>、また、精神疾患に起因する疾病休業は、身体疾患に起因する場合と比べ休業期間が長い傾向がある<sup>4,5)</sup>。わが国においても、疾病休業者の平均休業期間は精神疾患によらないものが 47.3 日なのに対し、精神疾患によるものが 119.5 日で 2 倍以上も異なるという報告があり<sup>6)</sup>、精神疾患による休業は重大な問題となっている。

このような状況に対して、政府の指導などもあり、企業は対策の整備を進めている。これらの対策が、現在どの程度労働者の就労予後に影響を及ぼしているのかを分析することができれば、現状の把握、今後の対策展開の必要性の予測を進める上で大きな意義がある。本研究では、この課題に対し、横断的にではあるが初期的な分析を行なった。

この分析については、考慮すべきいくつかの検討課題がある。

### 1) 精神疾患発症後の就労予後指標

精神疾患発症後の就労予後としては、休業および休業後の復職については報告があるが、休業後の退職や再発

についての報告は、わずかしみられない<sup>7-9)</sup>。産業メンタルヘルスにおいて適正な対策を進めるためには、休業、退職、再発、復職に関する指標全体について包括的に検討する必要がある。

### 2) 企業による健康管理対策の影響

企業が行なうべき対策については、すでに厚生労働省から指針が発表されている<sup>10)</sup>。これまで、各企業における対策施行の実態調査は行なわれているが、対策の実施状況と労働者の疾病休業や退職、再発、復職などの就労予後との関連についてはほとんど検討されていない<sup>11, 12)</sup>。

### 3) 企業規模の影響

一般に企業の規模は、様々なメンタルヘルス対策を行なうための資源ばかりでなく、他の労働者が業務を肩代わりするなどの職場の余力といった要因を通して、就労予後に影響を与えていると考えられるが、企業規模の影響を調整した上での対策の影響については、まだ、ほとんど報告がみられない<sup>11, 13, 14)</sup>。本研究においては、対策の独立した影響を検討するために、企業規模の影響を調整した上で分析を行なった。個々の対策の影響を明らかにすることによって、対策を幅広く展開する余裕がない企業において、どういった対策を優先すべきかについての手がかりが得られる可能性がある。

### 4) 企業による健康管理対策の影響の経時的変化

企業による健康管理対策の就労予後指標への影響については、経時的な変化があると考えられ、例えば職場環境改善の取り組みを行った際に、一時的に仕事量や離職の増加が見られたという報告がある<sup>15)</sup>。このように、職場のメンタルヘルス対策を実施してから、予期された影

† 原稿受付 2010年05月12日

† 原稿受理 2010年10月14日

\*1(独)労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ

\*2 NTT 東日本関東病院精神神経科

連絡先: 〒214-8585 神奈川県川崎市多摩区長尾 6-21-1

(独)労働安全衛生総合研究所 土屋政雄\*1

E-mail: tsuchiya@h.jniosh.go.jp, m-tsuchi@umin.ac.jp

表1 解析対象企業と解析の対象にならなかった企業における企業規模の分布

企業規模	解析対象企業(n=171)	解析の対象外企業(n=1182)	計 (n=1353)
1～99名	27 (15.8%)	500 (42.3%)	527 (39.0%)
100～299名	44 (25.7%)	345 (29.2%)	389 (28.8%)
300～999名	51 (29.8%)	223 (18.9%)	274 (20.3%)
1000名～	49 (28.7%)	114 (9.6%)	163 (12.0%)

$\chi^2=81.3, df=3, p<.001$

響が現れるまでには時間の経過を要すると考えられる。つまり、企業がメンタルヘルス対策を行った場合、メンタルヘルスへの注意が喚起されることから、当初は、事例の把握が高まることによって、みかけ上発生率が高まる可能性が考えられる。一方、対策の進行が進めば、事例の発生が予防されメンタルヘルスに関する指標が改善し、発生率が実際に低まってくるものと考えられる。

以上の課題に対応するために、本研究では次のデータを用いて検討を行なった。平成19年度に、厚生労働省の委託研究として、様々な規模の企業を対象にして、「病気等のブランクを克服できる人事制度のための調査研究事業」が行われた。各企業におけるメンタルヘルスに対するそれぞれの対策について、精神疾患を有する従業員の就労予後指標との関連を検討した。

## 2 方法

### 1) 調査対象

「病気等のブランクを克服できる人事制度のための調査研究事業」では、株式会社企業帝国データバンクのデータベースを利用し、全国の企業を「業種10カテゴリー×企業規模4カテゴリー=計40カテゴリー」に分類した。これを基に10,000件を比例配分し、無作為抽出を行った。なお、企業規模4カテゴリーそれぞれで人数が等しくなるように抽出が行なわれておりそれぞれ約25%のサンプルで構成された。したがって、抽出対象リストにある企業からの実際の抽出確率は、50～99人規模において6.4%、100～299人規模において9.1%、300～999人規模において30.4%、1000人以上規模においては100%であった。抽出された10,000件の第一次サンプル企業に対し、2008年1月に質問票を郵送にて配布し、無記名で郵送による返送を求めた。この調査における病気とは、「私傷病」、すなわち労働災害に起因する傷病以外を指している。回答があった1,361社（第二次サンプル；回答率13.61%）のなかには、私傷病に関する病気等休暇・休業制度があると答えた企業が797社（第三次サンプル；回答率7.97%）あり、その中で、分析に含まれているすべての項目に欠損値なく回答した171社（第四次サンプル；回答率1.71%）を、分析の対象とした。

### 2) 調査内容

また、正社員数の報告を求め、これを元に企業規模の変数（1-99名、100-299名、300-999名、1000名以上）を作成した。次に、企業のメンタルヘルス施策として、人事管理の基本方針、労働者に対する健康管理、リハビ

リ出社の有無、短時間勤務の有無、産業医・保健師・看護師の有無、長時間労働者に対する産業医などの面接、メンタルヘルスに関する研修（以後、MH研修と略）の有無（管理職・非管理職）、労働時間管理に関する研修の有無（管理職・非管理職）、労働者支援プログラム（以後、EAPと略）の認知度についてたずねた。なお、本研究における「リハビリ会社」は、「傷病手当金」や「共済からの手当金」等を支給されている「私傷病に関する病気等休暇・休業」取得者が「仕事や職場に慣れるため」出社することのみを意味しており、厚生労働省（2009）の「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の中の「試し出勤」と同様の制度を指すと考えられるが、厳密な定義はしておらず、回答者の判断に任せられている。

精神疾患の予後に関して、精神疾患による私傷病の休業人数のほか、2006年1月1日～2007年12月31日までの間における、私傷病に関する休業労働者のうち、復職、退職、再発した人数について尋ねた。

### 3) 統計解析

まず4つの企業規模それぞれにおける欠損の分布と調査対象企業全体での企業規模の分布を比較するため、解析対象企業のデータセットにおける企業規模についてカイ二乗検定による適合度検定を行なった。また、質問紙を返送したが解析に含まれなかった企業と解析対象企業での分布を比較するために、カイ二乗検定による独立性の検定を行なった。

休業、復職、退職、再発した人数は正社員数によって影響を受けるため、各社の正社員人数で除した値を休業、復職、退職、再発に関する指標とした。精神疾患の予後の各指標は分布が正規分布から偏倚していたため、それぞれ中央値で折半し、2値変数とした。

次に、包括的にデータが得られている、第四次サンプルを対象に、企業規模の影響について、休業、復職、退職、再発指標を目的変数として、単変量ロジスティック回帰分析を行った。次に企業規模の影響を調整して、企業規模について、休業、復職、退職、再発指標を目的変数とした、ロジスティック回帰分析を行った。最後に、企業規模を共変量として投入しそれぞれの説明変数についてロジスティック回帰分析を行なった。解析にはSPSS11.0を用いた。

## 3 結果

表2 私傷病に関する病気等休暇・休業制度があると答えた企業 (N=797) の各変数における欠損ケース数

欠損ケース数	
アウトカム	
休業	337
退職	441
再発	410
復職	505
説明変数	
正社員数	4
平均年齢	23
人事管理の基本方針	11
従業員に対する健康管理	13
リハビリ入社	49
短時間勤務	30
産業医の有無	36
保健師の有無	71
看護師の有無	81
長時間労働者に対する産業医などの面接	75
メンタルヘルスに関する研修(管理職)	32
メンタルヘルスに関する研修(非管理職)	43
労働時間管理に関する研修(管理職)	36
労働時間管理に関する研修(非管理職)	52
EAPの認知度	23

実施状況に関する検討の対象になった第二次サンプル1361社の企業規模の分布については、第一次サンプルの企業と比べて1~99人の企業が多く(39.0%),1000人以上の企業(12.0%)が少ない傾向が見られている<sup>16)</sup>。今回、新たに行われた解析の対象としている171社の企業規模の分布については、第一次サンプルの企業と比べて1~99人の企業がやや少なく(15.8%),300~999人の企業(29.8%),1000人以上の企業(28.7%)がやや多い傾向が見られた( $\chi^2=8.35$ ,  $df=3$ ,  $p=0.039$ )。

また171社の企業規模の分布と、第二次サンプル社内の私傷病に関する病気等休暇・休業制度がない、及びデータに欠損値がみられた1,182社の企業規模の割合については有意な差が見られ( $\chi^2=81.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ; 表1)欠損値がみられた企業は、小規模の企業が多いという結果であった。

また、第三次サンプル797社の中でも、項目ごとに回答の欠損がみられた(表2)。企業規模と欠損パターンには関連がみられ( $\chi^2=35.7$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )、1~99人の企業では88.4%が欠損であったのに対し、1000人以上の企業では、欠損は64.7%にとどまっていた。ここでも小規模の企業では欠損となる割合が多いという傾向が見

られたため、本研究での結果の解釈においては、企業規模によるサンプルの代表性の違いについて注意する必要がある。

171社における業種の内訳は、製造業(24.6%)、情報サービス業(9.4%)、運輸・通信業(6.4%)、卸売・小売業(15.2%)、金融・保険業(5.8%)、建設・不動産業(2.9%)、医療・福祉・教育業(15.2%)、電気・ガス・熱供給・水道業(1.8%)、飲食サービス業(0.6%)、その他サービス業(18.1%)であった。

各企業施策の影響について、各施策と指標の2変数および企業規模調整後の分析結果を表3に示す。企業規模を調整した後は、

- ① リハビリ入社を実施している
- ② 看護師がいる
- ③ 管理職にメンタルヘルス研修を行っている
- ④ EAPについてある程度以上知っている

といった企業で、休業指標が高いという関連がみられた。

また、

- ① リハビリ入社を実施している
- ② 短時間勤務制度がある
- ③ 看護師がいる
- ④ 非管理職へのメンタルヘルス研修を実施している

といった企業で、有意に退職指標が高いという関連がみられた。

また、

- ① リハビリ入社を実施している
- ② 看護師がいる
- ③ 産業医などの面接を法定以上に実施している
- ④ 管理職にメンタルヘルス研修を実施している

といった企業で、有意に再発指標が高いという関連がみられた。

また、

- ① 管理職にメンタルヘルス研修を実施している
- ② 非管理職にメンタルヘルス研修を実施している
- ③ EAPについてある程度以上に知っている

といった企業において、有意に復職指標が高いという関連が見られた。

#### 4 考察

本研究では、企業におけるメンタルヘルスに対する健康管理対策と精神疾患を有する従業員の就労予後指標との関連について横断的に検討を行なった。

企業規模の影響とは独立して、多くの企業施策が従業員の就労予後指標と関連を示し、本研究では、企業施策と従業員の就労予後との関連について、横断的にはあるが、現時点ではもっとも正確な分析を示すことができたと考えられる。

##### 1) 企業による健康管理対策の実施状況

本調査は、無記名で、企業の自発的な意思に基づいて行われ、第二次サンプルの回答率は、13.6%にとどま

表3 企業の健康管理対策と予後指標の関連

	休暇・休業						退職						再発						復職					
	モデル1		モデル2		モデル1		モデル2		モデル1		モデル2		モデル1		モデル2		モデル1		モデル2					
	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値			
正社員数																								
1~99名	1.0			-	-		1.0			-	-		1.0			-	-		1.0			-		
100~299名	3.7	1.0-14.5	.06	-	-	.01	5.5	1.5-21.1	.01	-	-	.59	1.6	0.3-8.9	.59	-	-	1.1	0.4-3.1	.80	-			
300~999名	11.4	3.0-42.9	.00	-	-	.00	21.1	5.5-81.1	.00	-	-	.01	7.4	1.6-34.9	.01	-	-	1.9	0.7-5.1	.19	-			
1000名~	31.2	7.8-124.9	.00	-	-	.00	10.6	2.8-40.1	.00	-	-	.00	43.2	8.8-211.5	.00	-	-	5.5	2.0-15.4	.00	-			
人事管理の基本方針																								
年功主義	0.7	0.4-1.2	.20	0.9	0.4-1.8	.71	0.6	0.3-1.1	.11	0.6	0.3-1.3	.20	0.6	0.3-1.2	.16	0.9	0.4-2.0	.83	0.8	0.4-1.5	.49	1.0	0.5-1.9	.99
能力・成果主義	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
従業員に対する健康管理																								
法定通りの「健康管理」及び未実施	0.7	0.4-1.4	.35	1.5	0.9-3.2	.33	0.9	0.5-1.7	.78	1.2	0.6-2.6	.57	0.4	0.2-0.7	.00	0.7	0.3-1.5	.30	0.7	0.3-1.3	.21	1.0	0.5-2.0	.95
法定以上の「健康管理」	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
リハビリ会社																								
実施している	2.8	1.5-5.3	.00	2.4	1.1-4.9	.02	2.8	1.5-5.3	.00	2.3	1.2-4.7	.02	3.6	1.9-6.9	.00	4.1	1.8-9.3	.00	2.0	1.1-3.8	.03	1.8	0.9-3.5	.09
実施していない	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
短時間勤務																								
ある	2.0	1.1-3.7	.03	1.6	0.8-3.3	.17	3.0	1.6-5.6	.00	3.7	1.8-7.7	.00	2.2	1.2-4.2	.01	1.7	0.8-3.7	.19	2.0	1.1-3.7	.03	1.7	0.9-3.2	.13
ない	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
産業医の有無																								
なし	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
1人以上	1.2	0.7-2.2	.58	1.0	0.5-2.0	.95	0.8	0.4-1.5	.49	0.8	0.4-1.5	.41	1.9	1.0-3.5	.05	1.6	0.8-3.5	.22	0.8	0.4-1.5	.81	0.7	0.3-1.3	.20
保健師の有無																								
なし	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
1人以上	2.0	0.9-4.3	.09	0.8	0.3-2.2	.72	1.1	0.5-2.3	.88	0.8	0.3-1.9	.59	2.8	1.3-6.1	.01	1.0	0.4-2.6	.95	2.3	1.0-5.1	.04	1.4	0.6-3.3	.50
看護師の有無																								
なし	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
1人以上	4.7	2.1-10.3	.00	4.3	1.7-10.8	.00	3.0	1.4-6.2	.00	3.4	1.5-7.8	.01	3.6	1.8-7.4	.00	2.6	1.1-6.4	.03	2.0	0.97-4.0	.06	1.4	0.7-3.1	.34

表 3 続き

	休暇・休業						退職						再発						復職					
	モデル 1		モデル 2		モデル 1		モデル 2		モデル 1		モデル 2		モデル 1		モデル 2		モデル 1		モデル 2		モデル 1		モデル 2	
	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値	OR	95%CI	p 値
長時間労働者への 産業医などの面接	4.1	1.7-10.1	.00	1.3	0.4-4.0	.63	1.8	0.9-4.3	.17	1.1	0.4-3.1	.89	15.8	5.3-47.0	.00	5.7	1.6-20.3	.01	2.9	1.2-7.0	.02	1.3	0.5-3.8	.58
法定以上	2.1	1.0-4.4	.05	1.2	0.5-2.7	.73	1.7	0.9-3.5	.16	1.0	0.4-2.3	.95	4.2	1.6-11.2	.00	2.8	0.9-8.2	.07	2.3	1.0-4.9	.03	1.9	0.8-4.1	.13
法定通り	0.3	0.0-2.7	.29	0.3	0.0-3.8	.36	0.6	0.1-3.2	.51	0.9	0.1-6.0	.91	2.8	0.4-17.8	.28	5.6	0.6-50.9	.13	0.7	0.1-4.2	.72	0.7	0.1-4.5	.74
法定以下	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
実施していない																								
MHに関する研修 (管理職)	4.3	2.2-8.1	.00	2.9	1.4-5.9	.00	2.1	1.1-3.9	.02	1.6	0.8-3.2	.20	6.3	3.1-13.0	.00	4.2	1.9-9.8	.00	3.1	1.7-5.8	.00	2.3	1.2-4.5	.01
実施した	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
実施していない																								
MHに関する研修 (非管理職)	2.0	1.1-3.9	.03	1.2	0.6-2.5	.69	2.8	1.5-5.5	.00	2.2	1.1-4.6	.03	2.8	1.5-5.4	.00	1.8	0.9-3.6	.20	2.8	1.5-5.5	.00	2.2	1.1-4.4	.03
実施した	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
実施していない																								
労働時間管理研修 (管理職)	2.4	1.3-4.5	.01	1.8	0.9-3.6	.12	1.8	1.0-3.3	.06	1.9	0.9-3.8	.08	2.5	1.3-4.7	.01	1.5	0.7-3.3	.32	1.6	0.9-3.0	.11	1.2	0.6-2.3	.63
実施した	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
実施していない																								
労働時間管理研修 (非管理職)	1.4	0.7-2.9	.31	1.3	0.6-2.8	.59	1.6	0.8-3.3	.17	1.7	0.8-3.7	.17	2.3	1.1-4.6	.02	2.4	1.0-5.8	.06	1.0	0.5-2.0	.97	0.8	0.4-1.7	.62
実施した	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		
実施していない																								
EAPの認知度	19.2	4.7-78.9	.00	7.3	1.6-33.9	.01	4.5	1.4-14.0	.01	3.7	1.0-14.1	.06	16.0	4.4-58.2	.00	4.1	0.9-17.8	.06	7.1	2.2-23.7	.00	4.7	1.3-17.7	.02
詳細まで詳しく知 っている																								
ある程度の内容は 知っている	8.7	3.2-23.5	.00	3.8	1.3-11.6	.02	3.9	1.6-9.7	.00	3.0	1.0-8.9	.05	8.7	3.1-24.3	.00	2.7	0.8-8.8	.10	9.2	3.3-25.3	.00	6.7	2.2-20.2	.00
名称は聞いたこと がある	2.3	1.0-5.4	.06	1.8	0.7-4.6	.21	1.3	0.6-2.9	.53	1.2	0.5-3.0	.68	1.4	0.5-3.9	.47	0.8	0.3-2.5	.75	1.2	0.6-2.8	.60	1.1	0.5-2.6	.80
聞いたことがない	1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0			1.0		

\*p<.05, \*\*p<.01; モデル 1:各項目とアウトカムの 2 変量, モデル 2:企業規模を調整, MH:メンタルヘルス; EAP: employee assistant program

っていた。この調査の各項目の単純集計に関しては、すでに報告書が発表されており<sup>16)</sup>、第二次サンプル1361社、及び第三次サンプル797社において、それぞれの程度各対策をとっているかの割合が示されている。企業規模によって差がみられたが、リハビリ入社や短時間勤務の仕組みは約3-4割、産業医の常在は約4割、保健師や看護師の常在は約1-2割、法定通り以上の長時間労働者への面接では約4割、管理職へのメンタルヘルス・労働時間管理の研修は約4割、非管理職へは約2割の企業で施行されていた。特に、第二次サンプルのうち、約6割の797社にしか、私傷病に関する病気等休暇・休業制度がなかった。第四次サンプルである171社については、概ね同様の割合で対策が取られていたが、1割から2割増しで対策をよく行っている傾向が見られた。第一次サンプルの中で、今回の調査に回答していない企業では、メンタルヘルスに関する制度の整備が進んでいない可能性があり、現時点ではわが国において、私傷病に関する病気等休暇・休業制度をもたない企業が、かなり多く存在する可能性がある。これは重大な懸念をもたざるをえない事態であると言える。

この797社からの回答で、表1に示したように、メンタルヘルス施策に関する回答の欠損がみられた。回答の欠損がみられた企業では、これらの施策を施行していない可能性があると考え、企業における施策についても現状では整備が進んでいない可能性が、さらに強く推測される。回答に欠損があった企業に、規模が小さいものが多く見られたことは、この推測を間接的に支持するとも考えられる。

各施策の執行状況と企業規模の関連については、多くの項目で大企業の方が執行している割合が高い傾向にあったが、特に保健師、看護師の常駐、長時間労働者への面接、メンタルヘルスや労働時間に関する研修、EAPの認知度といった項目で企業規模による割合の違いが大きかった。

## 2) 企業規模の影響

企業規模調整前の分析で、休業、復職、退職、再発すべての指標において、企業規模が有意な関連を示し、規模が大きい企業において指標が高いという結果がみられた。規模の大きい企業において精神疾患の発生に関する報告値が高いという結果は、厚生労働省<sup>17, 18)</sup>による調査の結果と一致している。

企業規模の調整前後で、有意な影響を示した要因の数は、休業で9→4、退職で7→4、再発で12→5、復職で6→3と減少を示していた。これは、企業規模を調整した分析を行わないと、非常に多くの施策が、就労前後指標と見かけ上有意な関連を示すことを示唆している。今後、施策の影響について、より正確な分析を進めるためには、企業規模の調整を行なうことが重要であると考えられる。

## 3) 企業による健康管理対策の影響

今回の分析では、「リハビリ入社を実施している」「看護師がいる」企業では休業、退職、再発、「管理職へのメンタルヘルス研修を実施している」企業では休業、再発、復職の指標が高かった。また、「非管理職へのメンタルヘルス研修を実施している」企業では、退職、復職、「(回答者が)EAPについてある程度以上知っている」企業では、休業、復職についての指標が高かった。

そのほか、「短時間勤務制度がある」企業では休業、「長時間労働者に対する産業医などの面接を法定以上に実施している」「非管理職への労働時間管理に関する研修を実施している」企業では、再発の指標が高いという結果であった。

因果関係として、これらの施策を行うことによって、各指標が示している事例の発生そのものが高まると考えることはほとんど不可能である。つまり、今回の結果から、これらの施策を行っている企業でも、それぞれの施策の影響は、該当事例の発生を適正に把握するという段階に留まっている可能性が高い。

また、「リハビリ入社の実施」「看護師の雇用」「管理職へのメンタルヘルス研修」「非管理職へのメンタルヘルス研修」「EAPについての知識」は、複数の指標への関連を示した。行える施策の数が限定されている際には、これらの施策を優先することに意義がある可能性が示された。

## 4) 有意な影響を示さなかった対策

今回の分析では、「人事管理の基本方針」「産業医の有無」は、指標への有意な関連を示さなかった。本調査の結果だけで結論を導くことはできないが、これらの施策は、他の施策を介した間接的な影響をおよぼしている可能性がある。

## 5) 企業施策の現状

企業施策に影響に関する今回の解析の対象は、当初調査票が配布された企業の1.71%に過ぎず、現在の日本における企業の中では、かなり先進的にメンタルヘルス施策を行っている企業が回答している可能性が考えられる。この解析対象について、なお、メンタルヘルス施策を行うことによって発生が防止されるというよりは、事例の適正な把握が促進されている段階にあり、施策の実施によって事例の発生そのものを予防する段階には到っていないことが示唆されている。この結果を考えると、企業におけるメンタルヘルス施策の推進については、なお相当の改善を要すると言える。

## 6) 調査の限界

今回の調査には、いくつかの限界がある。第一に、回答率は、第一次サンプルでも13.6%と低いものであった。第二に、無記名の調査であるため、欠損値を補うことができず、当初質問紙を発送した10,000社のうち、1.71%しか、施策の影響に関する解析の対象になっていない。また、回答者の属性について情報がなく、回答結果の信頼性は低くなると考えられる。第三に、理論的には、

各種の施策によって、就労予後指標が実際に高まっている可能性を排除することはできない。

## 7) 調査の意義

上記の限界はあるが、今回の解析対象の171社には、さまざまな規模の企業が含まれており、企業規模および企業施策の就労予後への影響について、詳細な検討を行うことができた。今後、前向的な研究を含めて、さらに包括的な検討を行うための重要な初期的知見が得られたと考えている。

## 8) 結論

- ① 現状では、企業においてメンタルヘルス施策の整備が十分に進んでいない可能性が高い。
- ② メンタルヘルス施策を実施している企業においても、施策によって事例の適正な把握が促進される段階にとどまっており、事例の発生を予防する段階に到っていない可能性がある。
- ③ 施策の影響を正確に分析するためには、企業規模の影響を調整する必要がある。
- ④ 「リハビリ出社の実施」「看護師の雇用」「管理職へのメンタルヘルス研修」「非管理職へのメンタルヘルス研修」「EAPについての知識」は、企業規模と独立した影響を示しやすい可能性がある。

## 謝 辞

本研究は厚生労働省平成19年度委託事業「病気等のブランクを克服できる人事制度のための調査研究」

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other23/index.html>)で得られたデータを利用して解析したものである。調査に協力して下さった企業の皆様に謝意を表す。

当該研究事業のために設置された研究会の座長である今野浩一郎氏(学習院大学経済学部教授)、また委員である手計将美氏(社団法人情報サービス産業協会調査企画部次長)、西脇徹氏(味の素労働組合中央執行委員長)、藤村博之氏(法政大学ビジネススクールイノベーション・マネジメント研究科教授)、諸星裕美氏(オフィスモロホシ社会保険労務士)にはこの場を借りて謝意を表明したい。

## 文 献

- 1) 労政業務研究所. 社員の健康管理に関する総合実態調査. 労政時報 2008 ; 3725.
- 2) Shiels C, Gabbay MB. Patient, clinician, and general practice factors in long-term certified sickness. *Scand J Public Health* 2007 ; 35 : 250-256.
- 3) Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. *Soc. Sci. Med.* 1995 ; 40 : 189-197.
- 4) Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health* 2004 ; 14 : 398-405.
- 5) Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *Br. J. Psychiatry* 1998 ; 172 : 250-256.
- 6) Muto T, Sumiyoshi Y, Sawada S, Momotani H, Itoh I, Fukuda H et al. Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. *Ind. Health* 1999 ; 37 : 243-252.
- 7) Dewa CS, Goering P, Lin E, Paterson M. Depression-related short-term disability in an employed population. *J. Occup. Environ. Med.* 2002 ; 44 : 628-633.
- 8) Dewa CS, Hoch JS, Lin E, Paterson M, Goering P. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *Br. J. Psychiatry* 2003 ; 183 : 507-513.
- 9) 菅原誠, 福田達矢, 野津眞, 川関和俊. 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. *精神医学* 2007 ; 49 : 787-796.
- 10) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 2006.
- 11) 井上彰臣, 川上憲人, 廣尚典, 宮本俊明, 堤明純. 新指針に基づいた事業場におけるメンタルヘルス対策の状況、および改正労働安全衛生法に基づいた長時間労働者への医師面接の実施状況 事業場規模別による比較検討. *産業ストレス研究* 2008 ; 15 : 151-161.
- 12) 丹下智香子, 横山和仁. 事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況. *産業衛生学雑誌* 2007 ; 49 : 59-66.
- 13) Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand. J. Work. Environ. Health* 2006 ; 32 : 67-74.
- 14) 島悟, 佐藤恵美. 精神障害による疾病休業に関する調査. *産業精神保健* 2004 ; 12 : 46-53.
- 15) Semmer NK. Job stress interventions and the organization of work. *Scand. J. Work. Environ. Health* 2006 ; 32 : 515-527.
- 16) 厚生労働省. 平成19年度委託事業 病気等のブランクを克服できる人事制度のための調査研究. 2008.
- 17) 厚生労働省. 平成17年労働安全衛生基本調査. 2006.
- 18) 厚生労働省. 平成19年労働者健康状況調査. 2008.

# Associations between corporate health management and sickness absence, employee attrition, relapse, and return to work of employees with mental health problems: A cross-sectional analysis

by

Masao TSUCHIYA<sup>\*1</sup> and Tsuyoshi AKIYAMA<sup>\*2</sup>

**Objective:** Although numerous corporations have mental health management, there is no clear association between those mental health management and the work outcomes of sick-listed employees. The present study investigated the association between implementation of corporate management and work outcomes.

**Methods:** A questionnaire was sent to 10,000 randomly selected corporations, and 1,361 (13.6%) responses were received. After excluding invalid responses, 171 of these were subjected to analysis. The number of full-time workers, implementation of corporate management, and the number of incidences of each work outcome (sickness absence, employee attrition, relapse, and return to work) were collected and analyzed using logistic regression.

**Results:** There were six to 12 significant positive associations observed between corporate management and each work outcome, and three to five of these remained after adjusting for company size.

**Discussion:** Relatively higher proportions of sickness absence, employee attrition, and relapse were observed in corporations which implemented mental health management. This does not necessarily mean, however, that implementation of mental health management leads to the occurrence of mental health problems. Rather, it is appropriate to interpret these associations as reflecting the reality that employees in each work outcome category tend to be identified more readily in corporations which implement mental health management.

**Key words:** sickness absence, return to work, mental health management, workplace rehabilitation, EAP

---

\*1 Health Administration and Psychosocial Factor Research Group, National Institute of Occupational Safety and Health

\*2 Department of Neuropsychiatry, NTT Medical Center Tokyo