

経営リスクとしてのメンタルヘルス

～個人の健康課題から企業の経営課題へ～

Mental Health Issues as a Management Risk

– From an individual's health issue to a corporate management issue

国内の年間自殺者は約3.2万人と、交通事故の約4倍に達し、自殺率は先進国中最も高い（2004年度は10万人中24人、世界9位）。また、米国などでは自殺者に高齢者が多いのに対し、日本の自殺者の中心層は40～50代の働き盛りの男性である。その背景としては、バブル崩壊と長引いた経済不況がもたらした格差と困窮、失業問題など構造的要因が挙げられる。

翻って、企業にとっても、近年、長時間労働や成果主義の導入、IT化、単身社員の増加、それらにともなう人間関係の希薄化等によって、メンタルヘルス不全者の増加など問題が顕在化してきた。メンタルヘルスは、その患者数こそ生活習慣病の数分の1に過ぎないが、メンタルヘルス不全が企業に与える損失は大きく、メタボリック・シンドロームとともに、今や企業の二大健康課題のひとつとして、急速に存在感を増している。

このような状況を受け、国では、2000年頃から職域のメンタルヘルス対策を重視し、2006年度には、「労働安全衛生法等の一部を改正する法律について」で、長時間労働者の医師による面接指導実施を義務付けた。その結果、企業での対策にはずみがつき、啓発等を中心に、徐々に浸透しつつある。

しかしながら、メンタルヘルスは比較的新しい健康課題であり、その取り組みは緒についたばかりで、依然として質・量ともに不十分なのが現状である。メンタルヘルスは個人の自助努力だけで改善させることは難しく、組織として根本的な解決を図る必要があり、さらには、経営と結びつけた投資として扱われるべき性質のものである。

本稿では、組織の構成員という最も重要な経営資源を最大限に活かすためのメンタルヘルス対策を検討する。

The number of suicides in a year in Japan has reached approximately 32,000, a level that is 4 times the number of traffic accidents, and the suicide rate is the highest among the advanced countries (in fiscal 2004, 24 out of 100,000 ranking 9th in the world). In countries such as the United States, the majority of suicides are among the elderly population, whereas in Japan the bulk of suicides are concentrated among males in their 40–50's who are in the prime of their careers. As a background for this, structural factors including the gap between the rich and the poor, destitution, unemployment brought about by the bursting of the bubble economy, and the ensuing protracted period of recession have been cited.

Consequently, for companies, long working hours, the introduction of results-oriented principles, the progress of information technology, an increase in the number of employees working away from their families, and the resultant breakdown in human relationships have resulted in the appearance of issues such as the increase in those afflicted with mental health issues. The number of people suffering mental health issues is far fewer than those suffering from lifestyle-related illnesses, but the losses due to mental health issues are significant, and along with metabolic syndrome, it is quickly increasing its presence as one of two major health issues for enterprises.

Based on such conditions, the country has placed emphasis on measures for workplace mental health since about 2000, and has mandated the implementation of interview sessions by physicians for workers working long hours through the “Law Relating to Partial Revisions to the Industrial Safety and Health Law”. As a result, such measures in companies have gained momentum and are gradually spreading, centering on edification and the like.

However, mental health is a relatively new health issue and measures dealing with this have just been initiated, and the current state is inadequate both in quality and quantity. Mental health is an issue that is difficult for individuals to improve on their own, and it is necessary to deal with this and reach a fundamental solution as an organization, and it is of a nature that should be treated as an investment tied into management.

In this paper, an examination will be made of mental health measures to utilize to the fullest extent the constituent members of an organization, the greatest management resource.



1 | はじめに

わが国における精神疾患患者数（うつ病、躁うつ病など気分（感情）障害）は2000年前後を境に急増しており、2005年には1996年の倍以上で、人口の0.7%にあたる924,000人¹に達している。

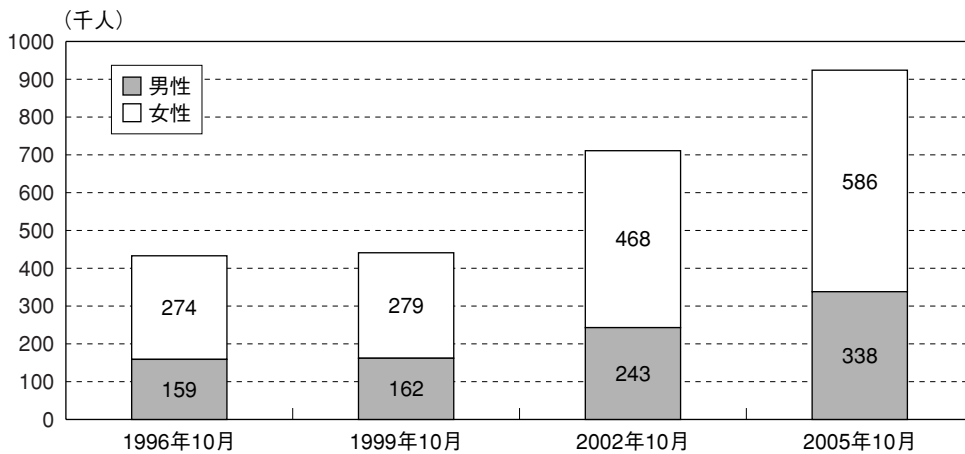
基本的には、うつ病等は、環境要因（ストレス量）に対する本人の耐性のバランスが崩れると発生するとされ、その直接的原因には、人間関係の悪化から、離婚、家族との死別、転勤、慢性疲労、睡眠の悪化、慢性疾患、金銭問題など、つまり本人にとってのストレス（スト

レスを与える刺激、要因）すべてと考えられ、至る所にリスクが存在する。日本人が一生のうちうつ病等にかかる確率は男性では、10人に1人、女性では6人に1人といわれる。

患者数が年々増加している背景としては、社会システムの高度化、IT化、人事制度（成果主義の導入）など、ストレスを増大する環境要因が挙げられている。

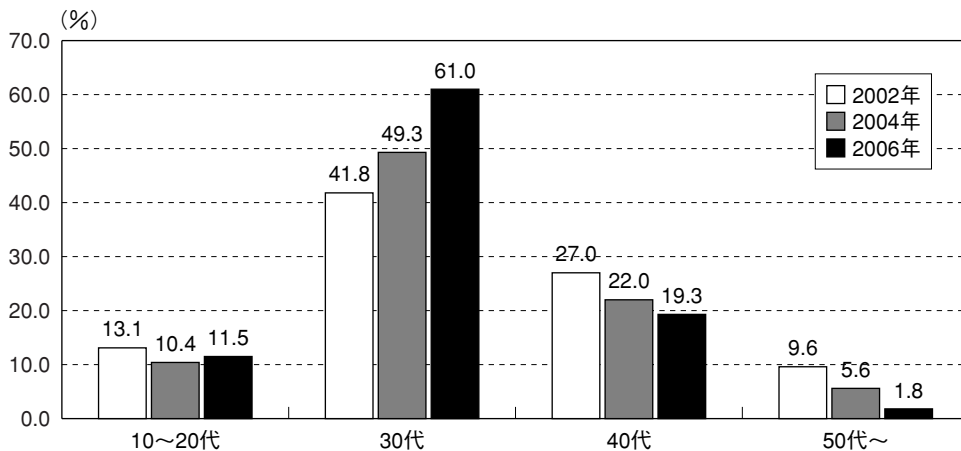
なお、生活水準が同程度の諸外国と比較して、日本人の発症率が高い要因としては、国民性の違いや人種による差異²など付与の条件の他、地域や職域での予防・支援体制の有無や質も重要な要素と考えられる。

図表1 うつ病・躁うつ病の総患者数



資料：厚生労働省「患者調査」より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表2 心の病の最も多い年齢層と時系列変化



資料：社会経済生産性本部「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」より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

企業においても、「心の病により1ヵ月以上休職している者」が「いる」割合が、2002年の58.5%から2006年には74.8%に増加したとする調査結果もあり³、職域におけるメンタルヘルス不全の広がりが窺える。また、心の病が最も多い年齢層として30代が最も多い61.0%に達し、その割合は年々増加している。従来から中間管理職の業務量の多さや心理的負担は指摘されていたところであるが、近年の不況から、新卒採用を控えていたしわ寄せ（業務量の増加）や、リストラや団塊世代の大量退職にともなう役割の変化（管理業務の増加）などの負担が30代に集中した結果と考えられる。

さらには、過去1年間に1ヵ月以上の精神障害による疾病休業があった企業で、疾病休業者数は1企業あたり平均6.3人⁴、疾病休業期間は2.2～8.6ヵ月が最多となっており、企業規模別の疾病休業者率では、300人未満の事業場では0.79%、300～999人の事業場では0.54%、1000人以上の事業場では0.37%と、中小企業ほど悪化している傾向が窺える。

職場・仕事のストレスの主な原因は、調査によって、若干順位が異なるが、大抵、「職場の人間関係」や「仕事

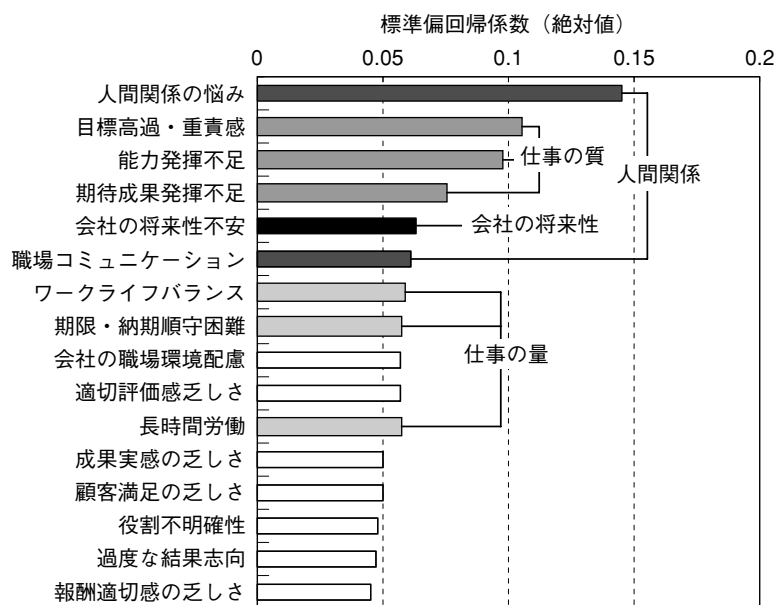
の量・質」などが上位となっている。

「NIOSH（米国労働安全衛生研究所）による職業性ストレスモデル」を参考に、職場のメンタルヘルス問題が発生する構造を考える。同じ状況下でも発病する人とそうでない人がいることで分かるように、職場のストレスサー（作業、作業環境、人間関係等）が生じて、個人的要因（年齢、性別、性格等）や、緩衝要因（家族や職場などによる社会的支援）の有無や種類によって、ストレス反応の方向性や程度が変わり、さらにその状態が改善されず継続すると、発病となる。

単純化すると前文のようになるが、実際には、メンタルヘルス不全自体の発生要因があまりに多様かつ複雑なため、原因の究明も困難で、必要な対策も広範にわたる場合もあり、根本的解決は非常に難しい傾向がある。

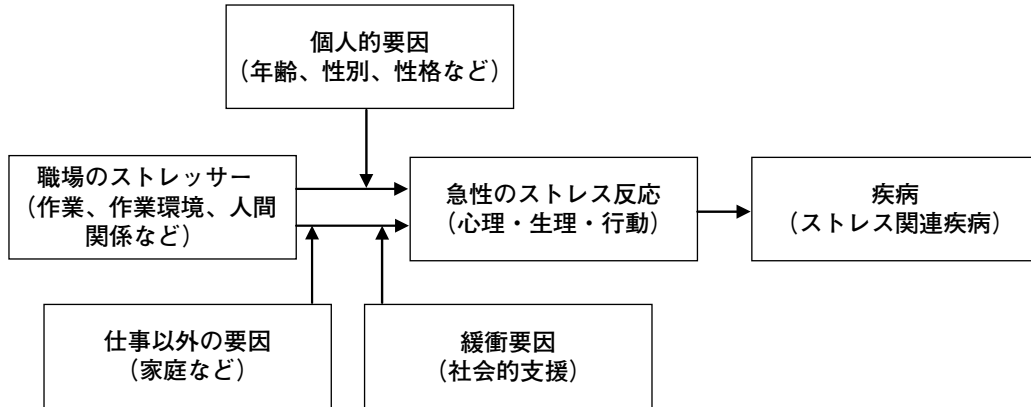
なお、臨床的見地からすると、死別や離婚など、直接的原因が特定できるうつ状態は、予防や対処が比較的容易なものの、職域で発生しがちな、緩やかに慢性的に進行する、人間関係の悪化や疲労の蓄積などは、健康とそうでない状態の線引きが曖昧で、比較的対処しにくいとも言われる。

図表3 影響度の強さ別、ストレスの原因



資料：マネジメントベース「メンタルヘルスに関する正社員5049人の意識調査結果」より
三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表4 NIOSH（米国労働安全衛生研究所）による職業性ストレスモデル



資料：原谷隆史、川上憲人：労働のストレスの現状、産業医学ジャーナル1999；22：23-28より
三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

この他、メンタルヘルス固有の問題として、「復職の判定が難しい」「家族などとの連携が困難」などが指摘されている。

メンタルヘルスに関連する対策を、①健康な人、または、比較的軽度の人を対象としたストレス・マネジメント等、②メンタルヘルス不全該当者および予備軍に対するメンタルヘルス対策（一部①と重複）、③心の病を含む慢性疾患患者や経済的困窮者等の自殺防止対策、に大別すると、本稿では、③の自殺防止対策以外の①②を検討するものとする。

2 企業におけるメンタルヘルス不全による損害とメンタルヘルス対策の必要性

ここでは、企業における、メンタルヘルス不全が引き起こす具体的な損害を検討する。

メンタルヘルス不全者の発生は、本人のみにとどまらず、周囲へのモチベーションの低下や連鎖的な発生、負荷の増加など組織活力や生産性の低下につながる上、長期の休職によるコスト負担など、生活習慣病等と比較して、企業経営における損害が大きい。

一方、ストレス反応の強さは、疾病だけではなく、従業員満足度や離職意向等にも、強い相関関係がある。発症または発病しなくても、ストレスが増大すること自体で、すでに企業活力の低下やコスト増につながる危険性は高い。

(1) 生産性の低下

メンタルヘルス不全が引き起こす損害として、まずは、社員の生産性の低下が挙げられる。

産業保健分野における研究結果から、メンタルヘルス不全予備軍の段階でも、注意力や意欲の低下、さらには、ヒューマンエラーの増加による不良率や事故発生などのリスクが高まることが指摘されている⁵。

また、上記の様な本人の生産性の低下だけでなく、実際には、周囲の意欲や生産性の低下、人事担当部門の負荷の増大、退職者の個人的技能の組織への蓄積がなされないこと、などの損害が発生する。発病による休職中も、スムーズな欠員補充が困難な場合、周囲の業務負担が増加し、連鎖的に新たなメンタルヘルス不全者が現れる危険性もある。

(2) コスト負担

企業等におけるメンタルヘルス不全による主なコストアップ要因としては、1) 体調不良の出勤者における生産性の低下 (Presenteeism) や、2) 医療費、長期休職者への傷病手当金⁶、3) 精神障害等の労災補償の支給、4) 訴訟における訴訟費用や賠償費用、5) 欠員補充費用 (リクルート、面談、トレーニング等)、6) その他職域における対策費用などが挙げられる。

厚生労働省の調査⁷では、うつ病などの精神疾患による休職率は0.5%であり中小企業ほど多く、休業によって

企業が受ける損失は年間1兆円⁸で、と推計されている。

しかし、これは、休職期間の給与および傷病手当金のみの換算であり、英国の調査⁹では、より広範に体調不良による生産性低下などを含む費用を推計し、1人あたりでおよそ£1,035（約218,602円¹⁰）、英国全体で£25.9billion（5.47兆円）に達するとしている。また、興味深い点としては、Absenteeism（常習欠勤）よりもPresenteeism（体調不良で出勤することによる生産性低下）による損害の方が大きく、Turnover（欠員補充）

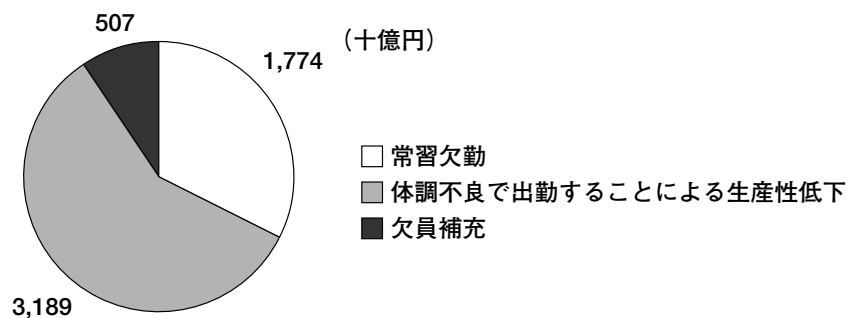
まであわせた全コストの過半数を占める、という結果がある。これらの傾向は、同調査のみに限ったことではなく、米国等の調査でも同様な結果が出ている。英国と日本では、社会背景や前提となる賃金や手当等水準が異なり、本調査結果をわが国にそのまま当てはめることは難しいが、企業における、生産性の低下に対する取り組みの優先順位を考え直す材料として、注目すべき結果である。

図表5 英国におけるOverall costs to employersと内訳

| | Cost per average employee £ (YEN) | Total cost to UK employers £ billion (billion YEN) | Percent of total % |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|
| Absenteeism (常習欠勤) | 335 (70,755) | 8.4 (1,774) | 32.4 |
| Presenteeism (体調不良で出勤することによる生産性低下) | 605 (127,782) | 15.1 (3,189) | 58.4 |
| Turnover (欠員補充) | 95 (20,065) | 2.4 (507) | 9.2 |
| Total | 1,035 (218,602) | 25.9 (5,470) | 100.0 |

注：円換算は、2008年1月14日現在の値（1£=211.21円）で計算
資料：The Sainsbury Centre for Mental Health “Mental Health at Work: developing the business case”
より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表6 英国全体の職場におけるメンタルヘルス不全による費用負担



注：休職コストを含まない労働の効率性
資料：The Sainsbury Centre for Mental Health “Mental Health at Work: developing the business case”
より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表7 (事例) 長期休職増え傷病手当金の支給が5割増

京都府や府内各市町村職員でつくる職員共済組合や健康保険組合が、長期休職で無給になった場合、職員に一定期間支給する「傷病手当金」が、2005年度は約1億5000万円に上り、前年度と比べ5割も増えていることが、28日まで分かった。うつ病などを理由に長期病休を取る職員の増加が原因とみられている。(京都新聞2006年12月29日)

(3) イメージ・ダウン

上記(1)(2)のような事態の発生が外部に漏洩した場合、当然、企業やブランドのイメージ低下は免れない。

また、企業には社員の心の健康を守る「安全配慮義務」があるが、それが不十分とみなされた場合、当事者や家族に対して損害賠償をする必要が生じる。訴訟発生などによる社会的イメージ・ダウンや損害賠償費用の負担は桁違いに大きく、特に、中小企業にとっては、重すぎる負担であり、社員ひとりの訴訟で経営危機に陥ったり、企業の存続自体を左右しかねない。

今後は、社員のロイヤリティの低下などと相まって、訴訟、または、社員の健康問題が原因となった企業のイメージ・ダウンの事例は、増加はしても減ることは考えにくいと思われる。

これまでは当事者や家族の言い分が通るケースは非常に少なかったが、特に2003年の「電通裁判」以降は、企業が持つ、自殺は社員が心身の健康管理を怠った等の個人的要因による、という認識を変えざるを得なくなった。

3 | メンタルヘルス施策の現状

(1) 行政におけるメンタルヘルス関連施策

うつ病等の対策は、大きくは、労災補償等による救済とメンタルヘルス改善の支援（予防・治療・社会復帰等）の2種類である。

従来より、国（旧労働省）では、労働福祉の観点から、

職場におけるメンタルヘルス関連施策の検討を進めていたが、平成10～14年の第9次労働災害防止計画作成の頃より、それまでの肉体的健康や安全が大半を占める内容から、心の健康もより重視されるようになった（近年のわが国における主なメンタルヘルス関連施策は【わが国における近年のメンタルヘルス関連施策】参照）。

その後、1999年（平成11年）になると、国（旧労働省）では、「精神障害による自殺の取扱いについて」を発し、その中で、業務上の精神障害に起因する自殺は故意ではなく労災と認定する方針への変更を、続いて「心理的負荷による精神障害にかかわる業務上外の判断指針」を示した。この影響で、職場のストレスによる過労自殺（精神障害に起因する自殺）に対する労災認定請求件数（および認定数）が急増を始め、2006年度は819件（支給決定件数¹¹205件）と前年度比163件（24.8%）増（同78件（61.4%）増）になっている。

2006年度には、「労働安全衛生法等の一部を改正する法律について」が実施され、企業に対して、長時間労働者の医師による面接指導実施が義務付けられた。さらに、「労働者の心の健康の保持増進のための指針について」が出され、1. 労働者自身によるセルフケアの必要性認識・事業者による心の健康づくり計画の策定、2. 心の健康づくり計画による組織的な対策、3. メンタルヘルス対策における4つのケア（「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、「事業場外資源によるケア」）の推進、4. 個人情報保護への

図表 8 過労自殺による労災認定代表例

| 事件名 | 時期 | 賠償額・和解額 | 概要 |
|------------------------------|--------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 電通過労自殺事件 | 2000.3 | 1億6,800万円 | 電通社員の家族が過労死で電通を訴え、和解が成立し、会社側が賠償金と遅延損害金を支払い、謝罪した。最高裁は職場のストレスでうつ病になった社員の自殺に対して初めて企業に損害賠償責任を認める判決を出した。 |
| オタフクソース・イシモト事件 | 2000.5 | 1億1,111万円 | オタフクソース社員がうつ病で自殺。広島高裁は、会社側に安全配慮義務違反による損害賠償金支払いを命じる。 |
| 派遣労働者過労自殺事件 (ニコン・ネクスター裁判) | 控訴中 | 2,490万円 | 業務請負の形を取りながらもその実態は派遣である、いわゆる「偽装請負」による過労自殺事件として注目を集める。2005年3月に損害賠償金支払いを命じる判決が下されたが、被告は控訴中。 |

資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

配慮、の方針が示された。これによって、個人での対策だけではなく組織的な職場環境の改善、外部資源との有機的活用などの観点が盛り込まれた。

このように、心の健康に関する施策は、この10年余で着実に前進している印象を受けるが、現時点でも課題は山積しており、今後の一層積極的な施策等の実施が期待される。

ここで、厚生労働省の施策全体におけるメンタルヘルスの比重についてもふれる。金額の多寡だけで判断すると、たとえば、2008年度予算の概算要求にいて、「うつ病対策の一層の推進」は12億円に過ぎず、「介護予防(852億円)」や4月から新たに開始される「メタボリック・シンドローム対策(110億円)」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施(571億円)」などには全く及

ばない。むしろ、「食育の推進(10億円)」等と同程度となっている。施策の内容も、普及・啓発や専門職の研修、研究開発が中心であり、実施はあくまで企業に任せ、それについての助成もほとんど無い¹²⁾。

ただし、うつ病を中心とした気分障害の患者数は92万4000人(「厚生労働省平成17年度患者調査」と、メタボリック・シンドローム該当者および予備軍(1,900万人)と比較すれば少数であり、患者の規模に応じた予算規模とも考えられる。

行政におけるメンタルヘルスの窓口は、職域が対象のものとしては各都道府県に設置される産業保健推進センター(産業医をはじめとする産業保健活動への従事者が対象)と地域産業保健センター(従業員50人未満で産業医の選任義務のない職場の事業主や従業員が対象)があ

図表9 わが国における近年のメンタルヘルス関連施策

- 「労働者の心の健康の保持増進のための指針について」2006年3月
 1. 労働者自身によるセルフケアの必要性認識・事業者による心の健康づくり計画の策定
 2. 心の健康づくり計画による組織的な対策
 3. メンタルヘルス対策における4つのケア(「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、「事業場外資源によるケア」)の推進
 4. 個人情報保護への配慮
- 「労働安全衛生法等の一部を改正する法律について」2005年11月公布(06年4月実施)
 - 長時間労働者の医師による面接指導実施を義務付け
- その他過去の指針等
 - 04年10月 「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」
 - 04年9月 「労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書のポイント」
 - 04年8月 「過重労働・メンタルヘルス対策のあり方に係る検討会報告書」
 - 04年3月 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」
 - 04年1月 「うつ対策推進方策マニュアル」
 - 03年8月 「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級の認定基準について」
 - 03年3月 「第10次 労働災害防止計画」
 - 02年12月 「自殺防止対策有識者懇談会報告」
 - 02年2月 「過重労働による健康障害防止のための総合対策」
 - 01年12月 「脳・心臓疾患の認定基準の改正について」
 - 00年8月 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」
 - 00年3月 「健康日本21 各論3. 休養・心の健康づくり」
 - 99年9月 「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」
 - 「精神障害による自殺の取扱いについて」

る。前者には医師や臨床心理士等により構成される産業保健相談員が常駐し、窓口相談の開設や研修、情報提供などの業務を担当している。後者には産業医が常駐し、窓口相談の開設や個別訪問による産業保健指導、情報提供などの業務を担当している。

なお、精神科医などを除くと、該当する公的な専門資格は特にないが、民間による専門資格として、臨床心理士（財団法人日本臨床心理士資格認定協会）や産業カウンセラー（社団法人日本産業カウンセラー協会）が存在し、企業等と契約して助言を行っている。ただし、数が十分でない、設置する企業が少ないなどの課題がある。

ここで、メンタルヘルス対策の先進国である米国の状況を参考に整理すると、20世紀前半から、従業員を対象にしたカウンセリング・サービスが存在し、その後、アルコール依存症へのカウンセリングなどが主流となっていた。しかし、ベトナム戦争（1959～1975年）の際、心の問題を抱え、依存症や精神疾患に陥る帰還兵が大量に発生し、対策が急務となった。その結果、さまざまなセラピー¹³（芸術療法、園芸療法等）とともに心理療法や各種心理技法などが急速に発達することとなった。そして、心の領域における科学的な治療法やシステムは、次第に社会的に認知され、より多様性を増しながら普及していった。

2003年には、ブッシュ大統領が2002年に設立した「メンタルヘルス委員会（Presidents' New Freedom Commission on Mental Health）」が発表した報告書の中で、①利用者中心のメンタルヘルスサービスの実現、②会社や社会への復帰の重視などが掲げられた。これをきっかけに政府機関と医師、心理療法士、ソーシャルワーカー、EAPプロバイダーなどの活動が活発化している。

なお、米国にも、日本の労災のような保険；Workman compensation（worker compensation）が存在し、各州で運営されている。連邦職員向けの労災に関する解説書‘Injury compensation for federal employees’では、ストレスや過労も含むtraumatic injuryも補償の対象となることが記載されている。

（2）企業におけるメンタルヘルス対策の現状と課題

ここで、企業における労働者のメンタルヘルス対策のフレームを整理する（図表10参照）。

一般的に、一次子防、とりわけ個人よりも組織への対策であるほど費用対効果が高く、効果の持続も長い一方、個人向けの対策であればあるほど、効果は一時的で費用もかかる傾向がある。

1）日本のメンタルヘルス対策はまだまだ不十分、特に中小企業で遅れ

さまざまな既存調査によると、近年のメンタルヘルス問題の増加をふまえ、現段階では国内の大半の企業でメンタルヘルス対策を講じており、特に大手では9割以上が実施している。この事実のみに着目すると、すでにわが国の対策は充足しているように聞こえるが、実はそうではない。

対策の内容は、専門家によるカウンセリングや相談窓口の設置、管理者教育、情報提供（社内報への掲載、パンフレット配布）などである。外部の専門家・専門機関に管理を委託したり、単発的な社員研修を行っているに過ぎず、実際には、現場における属人的管理に重点が置かれており、根本的にシステムティックな解決方法を導入しているわけではない。横並びで最低限のことをしている印象を受ける。

また、メンタルヘルス対策といっても、対象者（経営者、管理職、一般社員）、重症度（健康、予備軍、病気）、段階（予防、療養・回復期、社会復帰）等の違いによって、方策が異なってくるが、わが国では、一律的な要注者の発見や治療等に重点が置かれる場合が多く、予防や社会復帰のための方策は不十分といわざるを得ない。

さらには、企業規模による対策の格差は著しく、メンタルヘルス対策の取り組みを行っていない割合は、従業員数1000人以上では約1割に対して、同30人未満では約8割という調査結果¹⁴もある。専門スタッフの設置、組方法の探索、経費、必要性の認識等が障害となっている場合が多い。前述のように、企業規模が小さいほど、精神疾患による休職者の割合が多いが、一方で、規模が

図表10 うつ病の予防と組織における対策と課題

| 予防の種類 | 対策 | 課題 |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一次予防 (疾病発生 防止(保健)) | <ul style="list-style-type: none"> ・労働条件の改善 (労働時間の短縮、配置転換への配慮) ・教育(講演やセミナー、啓発・広報活動) ・産業保健担当者や管理職による兆候管理、 危機介入(ストレスが大きくなっている人への介入、 受診勧告) ・各種相談の充実 (心の電話相談/メール) | <ul style="list-style-type: none"> ・費用の係る研修等は管理職に限定される傾向がある (一般社員は広報誌やネット等による情報提供のみ)。 ・医療の専門家ではない管理職が部下の兆候を発見する ことは限界がある ・性格的にうつ発症の確率が高い真面目で几帳面な社 員の職場からの排除の危険性 ・メンタルヘルスへの偏見が強く人事考課が厳しい場合、 相談や受診が不利になるため、相談室を利用しにくい。 |
| 二次予防 (早期発見、早期 治療(医療)) | <ul style="list-style-type: none"> ・悪化(自殺)防止 ・質問紙法を用いた健康診断 ・自殺防止プログラムの実施 | |
| 三次予防 (再発/後遺症 防止(福祉)) | <ul style="list-style-type: none"> ・復職支援制度の確立(欠勤・休職制度の規定、復職 手続き、復職判定スタッフ(産業医、産業保健師の チームが、人事部門と上司の間との連携を保ちなが ら職場復帰の判定と支援を行う)、適性配置の基準、 訓練的就労措置(業務の質や労働時間への配慮など 段階的な職場復帰)等) ・投薬治療の継続 ・適正配置(必要に応じた適切な配置転換) ※<職場復帰に関係する因子> 労働者側：病気の予後、復帰意欲、家族の協力等 職場側：職場の人間関係、 産業保健担当者による支援の有無等 | <ul style="list-style-type: none"> ・企業の知識不足。復帰を前提とした支援策、復職支 援制度の普及の低さ。 ・上司(および同僚)の疾病への偏見(「復職イコ ール服薬不要」「治癒すなわち職場適応」等) ・訓練的就労措置の間の賃金、労災や通勤災害の扱い。 ・主治医の参加がない(場合が多い)ため、職場内の 産業保健スタッフが治療の経過を把握できない。 ・職場(上司、人事、同僚)における情報共有の際の プライバシー管理 |

資料：法政大学大原社会問題研究所「日本労働年鑑 第73集 2003年版 特集 メンタルヘルス問題と職場の健康—その現状と対策」を参考に
三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表11 国内の企業におけるメンタルヘルス対策の現状

- メンタルヘルス対策の実施
 - ・何らかの対策を行っている企業は7割。
 - ・従業員1,000人以上の企業では9割強とほとんどが実施。
 - ・内容は、「心の健康対策を目的とするカウンセリング」「電話やEメールによる相談窓口の設置」が各42.4%と最も多い。次いで「管理職に対するメンタルヘルス教育」(39.1%)、「社内報、パンフレットなどによるPR」(37.7%)
- 外部専門機関等の費用対効果
 - ・外部専門機関等を利用した場合、社員1人あたりの年間費用は「1000~3000円未満」(35.5%)と「500円未満」(34.4%)が各3割台と多い。
 - ・製造業では4割弱の企業が「500円未満」に、非製造業では「1000~3000円未満」に5割近くが集中。
 - ・取り組み費用に見合う(または上回る)効果を認める企業は全体の3分の1にとどまる。
- 過半数の企業が自社の対策に“課題あり”
 - ・メンタルヘルス不全による休職者や相談件数の増加
 - ・長時間・過重労働への取り組み
 - ・復職の見極めと復職後の支援体制
 - ・職場での心の健康管理ケア(職場環境の整備などの予防策、管理職のメンタルヘルス教育)
- 「職場復帰プログラム」を設定している企業は4社に1社

出典：財団法人 労務行政研究所調査(2005年1~2月、上場企業および店頭登録企業3592社、非上場企業(資本金5億円以上かつ従業員500人以上)360社の合計3952社
対象、有効回答276社)

図表12 EAP (Employee Assistance Program) の定義と概要

○概要

米国で当初は職場のアルコール依存者への対策として導入された。現在では、メンタルヘルスに加え、経済的問題、家族問題、法律問題まで広がり、カウンセラーやソーシャルワーカーなど専門家による支援、医療機関や自助グループの紹介、24時間電話相談などのサービスを提供する。

わが国の大半のEAPは、質問票で各個人の健康度のチェックをして、個人に対するアドバイス（診断結果報知、カウンセリングや相談機関への勧め）を行い、ストレス解消法（主としてリラクゼーション法）を教育したり、上司に対して傾聴法の訓練を行うものである。

<国際EAP学会 (EAPA) “EAP Core Technology” * >

1. 組織のリーダー（管理職、組合員、人事）等への問題を抱える社員の管理、職場環境の向上、社員のパフォーマンスの向上に関するコンサルテーション、トレーニング、援助。および社員とその家族へのEAPサービスに関する啓蒙活動。
2. 個人的な問題によって社員のパフォーマンスが落ちないように、社員への秘密厳守で迅速な問題発見/アセスメント・サービスの提供。
3. パフォーマンスに影響を与えている個人的な問題を持つ社員へ建設的コンフロンテーション、動機づけ、短期介入的アプローチを通して、個人的な問題とパフォーマンス問題の関係に気付かせること。
4. 社員を医学的診断、治療、援助のための内部または外部機関にリファーし、ケースをモニターし、フォローアップを行うこと。
5. 治療等のサービスのプロバイダーとの効果的な関係を確立、維持するための組織へのコンサルテーション、およびプロバイダー契約の管理および運営。
6. 組織にコンサルテーションを行って、アルコール問題、物質乱用、精神的、心理的障害などの医学的、行動的問題に対する治療を医療保険の中に含み、社員が利用するように働きかけること。
7. 組織や個人のパフォーマンスへのEAPの効果を確認すること。

○導入上の課題

- ・導入企業の認識（EAPは、単なる健康管理ツールではなく、生産性のマネジメントツール）
- ・EAPの専門家の確保（例：臨床心理士等にEAPのトレーニング実施）
- ・管理職や組織全体に対するEAP教育の徹底
- ・外部専門機関とのネットワーク構築

／等

資料：日本EAP協会HPを参考に三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

小さいほどメンタルヘルス対策の有効性に対する認識が低い傾向にあり、中小企業では意識改革が急務となっている。

2) 包括的な米国企業の取り組み、EAP導入が進む

ここで、今度は米国企業の取り組み状況を整理する。米国はメンタルヘルスの社会的土壌自体がわが国とは異なり、アルコールや薬物の依存症が多く、逆に、過労自殺は社会問題化していないため、行政も企業も本稿で焦点をあてている精神疾患やうつ状態よりも依存症等にも

しる重点を置いている。

ただし、米国において医療保険制度は大統領選の争点のひとつともなっており、企業においても、従業員の医療保険料の負担が経営問題となっている¹⁵。肥満や依存症などの深刻な問題の存在に加え、国民皆保険ではなくマネジドケア（民間保険会社による管理型プログラムの提供）の医療システムが普及していることから、各種健康プログラム¹⁶や疾病管理プログラム（disease management program）¹⁷などが従来から開発・導入

されている。その一環あるいは延長線上として、EAP (employee assistance program、従業員支援プログラム) はほぼすべての企業に導入されている¹⁸。メンタルヘルス対策の内容も、わが国と比較して、包括的で多様性に富み、先進的な取り組みを実施しているところも多い。

米国のEAPについてより詳細にみると、現在EAPを導入している企業の従業員1人あたりコストは、従業員数やサービスの量と種類等によって異なるが、社内に対応する場合は年間\$12~18程度、外部委託では同\$125~150程度ともいわれる¹⁹ (この値から判断すると、前述の日本のケースとほぼ同水準となっている)。また、大半の企業は、社内に専門家や専門部署を設置するのではなく、外部の専門会社に委託している (実際には、外部の専門家の利用を社員に勧める程度になっている)。予防的なケアとしてのEAPの活用が多く、職場環境の調整やストレス予防、ストレス対処法等のメンタルヘルス教育を行っている会社は多い。それらのアウトソーシング先の大手としてUnited Health Care、Magellanなどがあ

3) 日本のEAP導入はこれから

一般的な日本のメンタルヘルス対策の傾向としては、後述のように、現段階では質・量ともに不十分であり、多様性、経営との連動等の面で、米国に遅れをとっている。近年ようやく、わが国でも、個人の自助努力の段階から、企業における (一律的で最低限の) 取り組みの段階までは進展しつつある。先進的な取り組みが増え、EAPを導入している企業も増えつつあるが、その割合は全体の約8%、従業員1000人以上の企業でも14.8%に留まっており、米国と比較して非常に低い²⁰。EAP (特に日本におけるもの) は万全ではないが、従来の手法と比較して、より包括的で評価も容易なことから、その概念の導入は参考にすべきである。特に、予防・社会復帰段階の対策の充実や、専門家へのアクセシビリティ、生産性管理への連動などは、ぜひ取り入れたい点である。

いずれにしても、先行する米国の各種取り組みはわが

国の参考にはなるものの、医療システムの違いや、受療行動の相違 (米国では、個人的に精神科医等によるカウンセリングを受けるなど、個人的な問題を他人に話すことに抵抗がない等) が存在する。それらを勘案しながら、日本の実情にあった、対症療法的ではない、統合された体系的な予防対策が必要とされている。

4) 一層の情報提供の充実、スクリーニングの強化

国内企業の取り組みでは、チェックシステムを利用するきっかけ作りや、診断から治療への一貫したケアが弱い傾向がある。特に、表面的に問題がないように見えても、リスクが顕在化していない人のスクリーニングや、心身の状況の悪化を自覚している人が放置することがないようにするために、社内報、社内システム、メール等における情報提供やストレスチェック機能の付加、相談受付の徹底は最低限必要である。また、それらをはじめとする社内制度が十分機能するように、より積極的な利用のきっかけ作り (グリーティング・メールにカウンセリング・サービスの案内を掲載等)、定期的チェックによるきっかけづくり (定期的なストレスチェック、メンタルヘルスチェックの実施) なども取り入れるべきである。

さらに、次項 (専門職間の連携) にも関連するが、該当者やその予備軍が相談窓口や心療内科等に自発的にアクセスしてくるとは限らない (むしろ来院経路としては少ない) ので、①内科、かかりつけ医 などメンタルヘルスと関係の深い、心療内科・精神科以外の診療科、②子育て、教育など人間関係が大きな要素を占める他分野のテーマでの相談、などから該当者をスクリーニングすることが必要である。そのためには、これらを担当する専門職への啓発も不可欠となる。

5) シームレスで包括的なサービスの提供

① 予防から社会復帰

わが国は、メンタルヘルス不全となつてからの治療が重視されており、予防と社会復帰の段階は比較的手薄となっている。しかしながら、コストの点でも、従業員のQOLの点でも、予防が最優先されるべきことは明白である。また、社会復帰は企業 (特に、人事担当者) にとつ

て、メンタルヘルスにおける最も悩ましい問題の1つである。最近では、わが国においても、それに対応するさまざまな外部サポート先が出ており、個々人の状況にあった、復帰（時期）の見極め、復帰方法、活用すべき制度などの方向性を、事前に組織として検討しておくことが望ましい。

②専門職間の連携

次に、専門性の観点からメンタルヘルス対策を見る。産業医は内科専門の医師が多く、メンタルヘルスまでを含む全身管理は困難な場合が予想される。産業医に精神分野を専門としている医師が配置されていない企業も多く、外部の専門医や臨床心理士との連携も進んでいない。中小企業では産業医自体が配置されていない場合もある。

メンタルヘルスの悪化は、食欲不振や頭痛などさまざまな身体症状が先行して現れる場合もあるが、臨床心理士など心理分野の臨床家は、身体よりも心の分野の知識の習得に重点が置かれており、また、治療目的で身体にふれることができないため、産業保健で予防を担当する保健師等との連携も不可欠である。逆に保健師は心理面の専門知識が乏しいため、兆候について教育する必要がある。

特に、睡眠は、メンタルヘルス不全の兆候として現れやすい一方、睡眠が阻害されてもメンタルヘルスが悪化するなど、メンタルヘルスと密接な関係がある。近年、診療科横断（精神科、耳鼻咽喉科、内科等）の睡眠専門外来も相次いで登場しており、対象者のQOL向上のためには、連携が必要な場合が予想される。

なお、ストレスは、うつだけでなく、適正体重の維持においても重要な要因であり、ストレス・コントロールができないと生活習慣病の発症につながるリスクも高まる。メンタルヘルスの改善は、メタボリック・シンドロームをはじめとする生活習慣病対策の一環としても不可欠な要素である。ただし、同じ産業保健分野でも、一方は心療内科領域であり、他方は内科的領域であることから、各現場での問題意識の共有も、対応の連携もされておらず、その観点からも、今後は診療科を横断しての連携が望まれる。

さらには、「メンタルヘルス」という観点のみでは、解決方法が限定されるので、「抗疲労」や「リラクゼーション」まで拡大して、広範な中から最適な方法を専門家がコーディネートすることが可能となれば理想的である。

③職域と家庭の連携

また、社員本人はともかく、家族まではなかなか各種支援の対象となり難い。しかしながら、本人の不調を真っ先に発見する可能性が最も高いのが家族であり、また、不調になった際のサポート方法は重要であるにもかかわらず、誤った方法で本人を追い詰める危険性もある。ポピュレーション・アプローチ（相談窓口の利用、情報提供等）の対象を家族まで拡大することは、予防・治療、さらには、社会復帰の上でも有効である。

6) 費用対効果の検証

わが国における企業のメンタルヘルス対策が進みにくい要因として、費用対効果の把握が必ずしもなされておらず、また、一般的な福利厚生等と同様にコストと捉え

図表13 一般的な日米企業のメンタルヘルス対策の比較

| | 日本 | 米国 |
|---------------|---------------------------------|------------------|
| 対策の目的 | 健康管理 | 健康管理、生産性管理 |
| サービス対象者 | 従業員のみ | 従業員、家族 |
| 事業所内のスタッフの専門性 | 専門性の高いスタッフの不足 産業医は内科領域の専門が多い | 高い（専門トレーニング認定者等） |
| 対策の評価基準 | 法の遵守 | 費用対効果、従業員満足度 |

注：同分野に関する専門性が最も高い臨床心理士の契約も少ない（産業領域への就労者の割合は4.8%）。
資料：日本労働研究機構「メンタルヘルス対策に関する研究」、日本臨床心理士会「第4回「臨床心理士の動向ならびに意識調査」報告書」等を基に、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

られている点が挙げられる。有効な評価指標自体が確立されていない段階でもあり、直接的な利益や主観的効果も感じにくいとなると、組織としては優先順位が低く、導入のインセンティブも高まりにくい。さらには、業績の悪化に際しては、真っ先に削減される確率も高い。EAPには費用対効果の概念が盛り込まれているが、その他の対策、特に、イベントなど単発的な対策などはその検証が行われない場合も多い。

7) 国内では製造業が健闘、海外は個性豊かな取り組み

次に、国内外の企業における先進的と思われる取り組みを、対象者別（ポピュレーション・アプローチ、ハイリスク・アプローチ）、主体別に整理した²¹。

社内ホームページ等による基本情報の提供や、管理職研修をはじめ、表中の対策は大半の企業等で一通りは実

施されていると思われる。しかし、大半の企業がハイリスク・アプローチとして採用している、定期健診後の全員面談や、定期健診へのストレス診断の導入などの方法を、対象を拡大してポピュレーション・アプローチとして実施するなど、より徹底している場合がある。

図表14以外の取り組みで、さらに特徴的な事例を図表15に整理した。サービス業よりも製造業でこのような先進的取組が目立つ。図表15の様な規模の大きな企業は、先進的取り組みをする余裕があるということもあるが、グローバル化が進んだ大手製造業では、海外の安い人件費に頼らざるを得ず、国内従業員がそれらとの競争にさらされた結果という分析もある。なお、IT企業などは、過重労働、コミュニケーション不足、技術革新のスピードの加速化、派遣先・職場の人間関係、などの

図表14 (御参考) 日本企業の取り組み事例

| 主体 | 《ポピュレーション・アプローチ》 健康な人を含む全体に対する「予防」 | 《ハイリスク・アプローチ》 メンタルヘルス不全予備軍および該当者に対する 「治療/社会復帰支援」 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. セルフケア 支援 | <ul style="list-style-type: none"> ○イントラネットによる情報提供、ストレスチェックシステム ○メンタル情報誌の毎月発行 例) アイシン精機 ○有給休暇の取得促進 ・事前に指定する五日間を原則有給休暇に充てる制度を導入することで有給休暇の取得を促進 例) コスモ石油 | |
| B. 管理職による ケア | <ul style="list-style-type: none"> ○管理職に対するメンタルヘルス教育・研修 ・職場マネジメントに関するマニュアルを作成して管理職研修を実施 例) 損保ジャパン ○管理職によるメンタルヘルス・チェック、管理 ・毎朝すべての現場でミーティングを行うことで個々人の状態をチェック ・部下の仕事の負荷をチェックする「職場環境コーディネーター」制度を導入 例) 電通 ・職場のリーダー格以上の従業員に、身近な部下の悩みを聴くための「リスナー教育 例) アイシン精機 | |
| C. 社内の専門 スタッフによる ケア | <ul style="list-style-type: none"> ○定期健診後に全員面談 例) 富士ゼロックス ○定期健診へのストレス診断の導入 例) 国分 ○心の健康診断 | <ul style="list-style-type: none"> ○電話・メール、面談による相談ホットライン ○産業医による健康相談会 ○複数の相談窓口によるトータルな支援体制 例) ファイザー |
| D. 連携している 外部の医療機関等 によるケア | <ul style="list-style-type: none"> ○心の健康診断 ○グリーティングメールによる相談のきっかけ作り | <ul style="list-style-type: none"> ○電話・メール相談、面談による相談ホットライン ○外部医療機関により問題が発見された場合、企業へフィードバックする仕組み ○専門医による診療から治療の一貫したケア |

資料：各種公開資料等より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表15 (御参考) 日本企業における先進的メンタルヘルス取り組み例

| 企業と対策例 | 概要 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日本ユニシス | ・より深く実用的なメンタルヘルス教育をかねて人事部員本人がカウンセラー資格を取得。産業カウンセラー資格取得には1人20万円程度を受講費用が掛かるが、全額会社負担する。ただし産業カウンセラー資格を取得しても、社員を直接カウンセリングすることは禁止しており、あくまでも、社員のカウンセリングを担当するのは専門カウンセラーの役目としている。 |
| 日本IBM | ・ストレスを管理するグループ教育の導入。産業医らが同じ悩みを持つ5、6人の社員を集め、ストレス管理のやり方を教えると同時に、社員同士が悩みやノウハウを共有する場を作る |
| Panasonic 「健康松下21」 | ・(1)階層別の教育研修の実施、(2)相談体制整備、(3)職場ストレス調査と職場改善による快適職場づくり、(4)健康管理センターメンタルヘルス科によるメンタルヘルス対策及び復職判定、およびカウンセリング室設置などを推進 |
| MAZDA | ・「メンタルヘルス対策の強化」を重点目標 ・管理監督者セミナーと社員セミナー(自律訓練法など)を継続実施 ・精神疾患で休業した場合、スムーズな復帰を支援するために「試し入社制度」や「復職時短時間勤務制度」を制定 |
| 日産自動車 | ・全社員を対象に、半年ごとにメンタル状況をチェック ・心の健康診断(80問~250問程度)を実施し、メンタル面での対応が必要だと判明した社員に対しメンタルヘルス専門医が直接本人にアプローチし、カウンセリングや医学治療を促す、診断からフォロー・相談まで一貫したケア |
| 大日本印刷 | ・eラーニングによるセルフケア学習 ・一般の従業員が自分でできる予防策や発病した場合の症例学習 |
| 富士ゼロックス | ・メンタルヘルスを全社的に統括する専門医が存在し、社員の健康管理に問題があれば、経営陣に改善策を提案する。 ・9人の産業医が分担して1万人の社員全員と面談を行う。 |

資料：各種公開資料等より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表16 (御参考) 米国企業の取り組み事例

| 主体 | 《ポピュレーション・アプローチ》 健康な人を含む全体に対する「予防」 | 《ハイリスク・アプローチ》 メンタルヘルス不全予備軍および該当者に対する 「治療/社会復帰支援」 |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. セルフケア支援 | ○社員各自の健康目標設定の義務づけ 例) オウウェンス コーニング | |
| B. 管理職によるケア | ○管理職を対象としたメンタルヘルスの教育、支援サービス 例) フォード ○EAPへの紹介法の教育 例) JPMorgan Chase | ○ストレスの原因を突き止めるための質問紙調査実施 例) Corning, N.Y |
| C. 社内の専門スタッフによるケア | | ○社員とその扶養家族の精神科入院や処方必要性について相談を受け付ける相談精神科医の設置 例) シカゴ・ファースト・ナショナル・バンク |
| D. 連携している外部の医療機関等によるケア | ○健康リスクアセスメント、高血圧・コレステロールスクリーニング、栄養学や禁煙、エクササイズ、ストレス管理の講座 例) フォード ○EAPへの繋ぎとなる無料のアセスメント、短期カウンセリング、地域資源への紹介等 例) シカゴ・ファースト・ナショナル・バンク | ○365日24時間受診可能な、社員とその扶養家族へのカウンセリング 例) フォード ○精神科利用レビュー 例) シカゴ・ファースト・ナショナル・バンク ○情動障害やストレス等の個人的問題へのカウンセリングを含んだ女性向けの付加プログラム 例) ジョンソン&ジョンソン ○マッサージ・セラピー 例) アプライド・マテリアルズ ○職務に関するトラウマの振り返り 例) Coors Brewing |
| その他 | ○オープンドアポリシー(役職の差にとらわれず社員同士が意見を交換できる仕組み、ドアを開放)の採用による社員相互のチェック 例) モトローラ | ○部分入院、午後外来の薬剤依存プログラム、その他の外来治療等への給付 例) シカゴ・ファースト・ナショナル・バンク |

資料：各種公開資料等より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

要因が他業種と比較して際立っているため、メンタルヘルス不全の問題がより深刻な傾向がある。

ところで、米国企業となると、サービスの多様性が増し、具体的な個人の目標設定から、職務上のトラウマの振り返り、さらには、マッサージ・セラピーまで取り入れられている。社員本人だけでなく、家族までサービスの対象を広げている点は、わが国の対策との大きな相違のひとつである。

4 | 経営リスク管理ツールとしてのメンタル・マネジメント

ここまで、日本のメンタルヘルス対策の現状と課題を整理し、それらをふまえた今後の方向性を述べてきた。

要約すると、わが国のメンタルヘルス問題は、近年、急速に顕在化したものであり、その対策は問題の深刻さに十分対応し切れているとは言えず、現在はメンタルヘルス黎明期ともいべき状態である。したがって、今後、米国のシステムティックな対策を参考に、わが国の実情に合わせて発展させていくことが必要となっている、ということになる。

しかしながら、前述のように、メンタルヘルス不全は、発生要因が多様かつ複雑で、現時点では「決定打」とな

る解決策が不在であり、また、対症療法ではなく、課題の根本的な解決の必要性を考えると、現状の取り組みの徹底・充実だけでは対応しきれない場合が多いと思われる。今後は、より根本的かつ包括的な対策やプログラムの開発や、経営まで視野に入れた対策まで進むべき段階に来ている。

以下では、それらの点に下記の観点から焦点を当てて検討を試みる。

- ①対症療法から根治療法への転換
- ②経営とメンタルヘルス対策の融合
- ③個人のセルフ・プロデュース

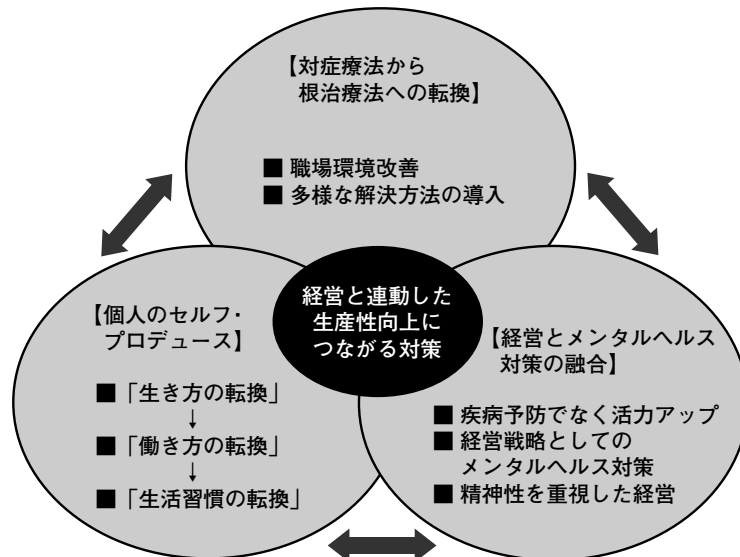
(1) 対症療法から根治療法への転換

1) 職場環境の改善

以上では、現状をふまえて、治療よりも予防や社会復帰の重要性を訴えてきたが、より長期的に見た場合の優先順位を検討する。

うつ病は発症すると長期間の療養が必要となり、その後の三次予防（再発防止や社会復帰）も職場環境の改善と長期による家族や職場の支援が必要となる。しかし、これが現実に職域で実行されるのは困難であり、また、専門医との連携等によるメンタルヘルス不全者への個別

図表17 経営リスク管理としてのメンタル・マネジメント概念



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

支援など二次予防（早期発見・早期治療）も重要ではあるが、社員個人の病気を診断し治療するという方法は効率的でない上、根本的な対策にはなりえない。したがって、企業にとっては一次予防（疾病発生防止）、具体的には、労働条件の改善や啓発・教育等のポピュレーション・アプローチ等がより重要になってくる。

そのためには、EAPの導入やそれによる個人のメンタルヘルス耐性の向上などメンタルヘルス対策の範囲にとどまらず、長時間労働の解消や人間関係の改善、ワークライフバランスの重視など原因となる要因の改善に、全社で構造的に取り組まねば、根本的な解決とはならない。職場・会社・仕事に関する状態をきちんと把握し、環境（目標設定、評価、業務量、労働時間）、および人材マネジメントの適切な改善が重要である。

2) 多様なソリューションの導入 ～浮上するCAM（相補・代替医療）による対策～

これまでは近代西洋医学に基づく治療（以下、医療）が、労災補償とともに、わが国のメンタルヘルス不全者の救済の中心を占めていた。しかし、医療は、救急医療や急性期、外科的処置が必要な場合などはもちろん不可欠であるが、予防や慢性疾患、特に、個体差が大きく原因を特定しにくいメンタルヘルス不全の治療は、比較的不得意な分野となっている。

また、診療報酬上の問題もある。一般的に、心療内科²²では、内科等のように、検査で収益をあげることは困難なこともあり、薬剤費（投薬）で収益を上げて、逆に、診療報酬点数の低いカウンセリング（心身医学療法、精神療法）などは必要最低限とならざるを得ない。この状況は医師個人の責任というより、制度上の要因が大きいので仕方がない側面もあるが、投薬中心の治療だけで寛解（病状が好転または消失）するとは限らず、罹患期間の長期化や、症状が深刻化するケースも出ている。医師を中心に治療デザインがなされるのは大前提であるが、投薬治療だけへの依存は禁物である。

また、患者サイドでも、睡眠導入剤や精神安定剤などケミカルな医薬品の長期にわたる服用に対する抵抗感が

強い人も増えてきており、より自然で副作用の少ない方法を求める傾向が高まっている。

一方、欧米では、CAM（相補・代替医療）を解決方法の手段として多く活用されている。その背景としては、わが国の医療制度のように、近代西洋医学のみに限定せず、昔からの伝統的医療を共存させ、制度にも適用されている他、化学的な薬に対する抵抗感が日本よりはるかに強い²³こと、セルフケアとして日常的に用いられていること等が挙げられる。

ストレス・マネジメントへの対処方法として適しているとされる療法には、アロマセラピー（イランイラン、ラベンダー等）、漢方（開気丸等）、ハーブ（St. John's wort等）があり、これらは比較的エビデンスが揃ったものも多く、ストレス緩和等に有効といわれる²⁴。他にも、鍼灸やマッサージ、リフレクソロジー、最近急増しているスパ等も、身体への直接的な快刺激によるリラクゼーション効果は高いとされる。また、ヨガ、気功、太極拳など呼吸法をとともなう軽い運動法も、心身のリラックスに有効で、身につけて習慣化すれば、ストレス耐性を高める有効なセルフケア手段になりえる。

ところで、昨今、ストレス・マネジメント分野で注目を集めているのが、森林療法である。森林の健康増進分野での活用はわが国では始まったばかりであるが、ヨーロッパでは古くから保養地医療の一環として取り組まれ、医師による処方となされ、保険も適用されている。わが国でも、林野庁の施策もあって、この数年の間に、森林浴によるエビデンスが各地で積極的に取られ始めている。

先進事例として、㈱ライフバランスマネジメントの例を挙げる。同社は、赤坂溜池クリニック（内科・精神科・心療内科、降矢 英成院長）等と連携して、管理職を対象とする森林養生プログラムを提供している。森林を活用した、運動・レクチャー・各種セラピーや身体にやさしい食事などにより、ストレス緩和・癒しを得るためのプログラムで自身のストレスを緩和しつつ、管理職に必要なメンタルヘルスの知識・スキル（傾聴法など）を1泊2日で習得できるという。

図表18 管理職向けメンタルヘルス合宿プログラム「メンタルヘルス研修+森林養生プログラム」研修スケジュール

| 1 日目 | | 2 日目 | |
|-------|----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|
| 12:30 | 集合、オリエンテーション、各種検査 (自律神経テスト、生活習慣テスト、ストレスチェック) | 7:00 | 養生功 ～森林の中で気功を行います～ |
| 14:00 | 森林療法(1) 清里の森を散策 ～富士山とせせらぎの小径へ～ ※散策後再度自律神経テストを実施し、森林効果を測定 | 8:00 | 朝食 |
| 18:00 | 夕食 | 9:00 | レクチャー(2) 「メンタル医療を知る ～ホリスティック医療とは?～」 講師：赤坂溜池クリニック院長 降矢先生 |
| 19:30 | レクチャー(1) 「森林療法概論」 講師：赤坂溜池クリニック院長 降矢先生 | 10:00 | 森林療法(2) 森林にじっくり浸る |
| 20:30 | 降矢 英成先生による面談 (一人5分程) | 12:00 | 昼食 自由行動 ※近場に濃厚な味で有名なジャージー牛 アイスクリームの販売あり |
| 21:30 | 解散 | 13:30 | 「管理職に必要なメンタルヘルスの知識と傾聴 スキル」 講師：㈱ライフバランスマネジメント 代表取締役 渡部 卓氏 |
| | | 16:30 | 解散 |

資料：㈱ライフバランスマネジメント社プレスリリース資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

他にも、同社では、オフィスで実践できるヨガ（ロハスインターナショナルとの共同事業）、オフィスにボディケアをデリバリー（「癒し工房」と提携し、EAPに従業員向けにマッサージ・整体・リフレクソロジー（足裏）等のボディケアを提供するサービスを組み入れる）などの自然療法を提供している。

CAM（相補・代替医療）の分野は、米国ではNIH（国立衛生研究所）が中心に国策としてエビデンスの構築を推し進め、一方のヨーロッパでは医療保険や公費負担などの制度が適用されるなど、わが国とは基礎的条件が大きく異なるが、ストレス緩和やリラクゼーションなどメンタルヘルス不全の予防や症状の緩和などQOLの向上、セルフ・コントロールに活用できる余地は大きく、わが国でもまずは体系的な情報提供等から推進すべきであろう。

(2) 経営とメンタルヘルス対策の融合

従来の現場の上司による従業員の兆候管理は、必須ではあるが限界がある。人事考課等に直結しない努力義務程度の位置づけでは、多忙な中で真剣に取り組まれない。また、自己流で誤った方法で部下を指導する危険性も高い。研修会等のイベントは一時的な効果はあっても継続性の点からそれだけでは不十分である。人事や経営陣が関与する組織的な対応が求められる。

そこで提案したいのが、「メンタルヘルスを重視した経営」、「満足度重視の経営」である。言葉としては両者と

もそれほど新しい点はないが、①メンタルヘルスを経営的視点まで拡張すること、②予備軍や発病者を探して治療するのではなく、日頃から健康な社員を賦活することで、メンタルヘルス不全にならないようにする、という点で従来のメンタルヘルス対策の概念とは全く異なる。

1) 疾病予防より活力のアップ（賦活）

“ストレス”または“メンタルヘルス”という事態の深刻さとは裏腹に、重苦しく気が進まないのが一般的傾向と思われ、一方で“夢の実現”“社会貢献の実践”（のための取り組み）というと全く印象が異なる。実際の作業は、「業務分析」であったり、「経営理念の徹底、実践」であったりと、両者の内容は変わらないが、前者がマイナスを標準レベルまで引き上げるのに対して、後者は標準レベルをさらにプラスに押し上げるイメージである。

「攻撃は最大の防御」ともいうが、病気にならないように予防するのではなく、理想や目標の達成に向かって努力することで、結果的にメンタルヘルスを予防する考え方である。原因を分析して、ストレスサーに注意を向けるのではなく、理想的な状態に目を向けて、それを実現するための方策を考えるのである。たとえば、「心配しないようにする」と「安心する」では、ほぼ同様な状況を表すにもかかわらず、明らかに印象が異なり、後者の方が人を惹きつける力が強い。

また、企業は、「疾病の治療（コスト）」には消極的でも、「生産性向上のための研修費（投資）」なら、費用対

効果のパフォーマンスさえ高ければ投入しやすいと思われる。

2) 経営戦略としてのメンタルヘルス対策

上記1)の実践方針としては、経営理念の徹底、社会的意義の確認、働く意義の醸成などが挙げられる。たとえば、ベンチャー企業は仕事量も膨大でストレスも多く、メンタル不調の兆候があるにもかかわらず、(職務満足度が高いため)メンタルヘルス不全が少ない傾向がある。つまり、この事実は、メンタルヘルス対策が、ストレス・マネジメントだけではないことを示唆している。

例として、配置にしても、通常は、メンタルヘルス不全者の負荷を軽減するために転換されることが多いが、そうなる以前に、本人の希望する職種へ配置しておく方法も考えられる。具体例として、ヤフーバリューインサイト社では、統合前の旧インフォプラント社の時代から、人事部とは別に、社員のキャリア・カウンセリングやメンタルケアを専門に行う「キャリアセンター」という悩み相談所を設置している。直属の上司や同じ部署の人には相談し難い傾向があるため、組織とは関係なく悩み事を相談できるようにしている。異動についても、本人の目的意識が明確で前向きな場合、キャリアセンターが仲介して、社員名を伏せながら部門長や人事部に調整をする。その結果、実際に異動した人が多数でいるという。

また、評価にしても、評価過程のフィードバックなど透明性に配慮し、プロセス(経営方針と行動の一致)を重視することが考えられる。

さらには、リラクゼーションを心がけた雰囲気作りにも、積極的に取り組んでいる例も出ている。労働集約型ではなく、特に創造性が重視されるような職場の場合、リラックスしやすい内装・設備などによる雰囲気作りも、従業員の緊張を解き、間接的にメンタルヘルスの改善に資すると思われる。また、経営からの「クリエイティビティの重視、チャレンジングな姿勢の奨励」という方針を直接的に伝えるのに有効である。図表19にそれらに配慮した企業例を挙げる。

3) 精神性を重視した経営

上記2)の段階が実践できれば、メンタルヘルス関連の多くの課題が解消されると期待されるが、それでも、まだ課題が残ると予想され、個人の働き方や生き方等まで踏み込んだ、より根本的な方法が必要となる。ここでは、これまでの記述内容と矛盾を生じる可能性や批判を覚悟の上で、メンタルヘルス対策のさらに進んだステージを提案したい。

昨今、欧米流マネジメントや成果主義の失敗や、それらによるメンタルヘルスへの悪影響が論点になることも多くなった。筆者はそれらを全否定するものではなく、

図表19 リラクゼーションを心がけた職場環境の例

- ヤフーバリューインサイト社では、旧インフォプラント社の時代より、「社員に一番生産性の高まる環境を与える」ために社内にリラクゼーションルームを設けている。リラクゼーションルームでは、緑が生い茂る空間に2脚の大きなマッサージチェアが窓に向かって設置され、チェアをツタのカーテンがすっぽり包んでいる。天井部には鏡が設置され、実際の緑の量を倍増させ、空間を一層広く感じさせている。ここで、社員は美しい眺望を眺めながらマッサージが受けられるようになっている。社員が日頃の疲れを溜め込まないように、というのが設置の目的。社員には大好評で、稼働率100%のときもあるという。
- 米国のGoogle本社では、職場を「キャンパス」と称し、自由な大学のような雰囲気を作り出すことにより働きやすい職場環境を実現している。社内にはランドリー、育児室、美容室、洗車設備といった生活環境、無料ドリンク、カフェテリア、マッサージチェアやビリヤード台、トレーニングジム、ビーチバレー場といった息抜きや娯楽のための環境が整備されており、また同僚の承認を得れば各人が自由に職場環境をアレンジできているので、社員によるペット(猫以外)の同伴も可能である。

資料：公開資料、電話インタビュー等により、三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

また、組織／人事戦略が専門でもないので、その部分の詳細は他誌に譲るが、人間という、そもそも非合理的な存在の行動を数値化、体系化することは非常に困難であり、そのような環境がストレスを増大させる点は、特に説明は不要と思われる。特に、個人主義や自己責任の概念が浸透する米国等でなく、わが国ではなおさらだろう。

しかし、逆に、人間の不合理な行動を前提にして、経営に反映させていくしくみ（精神性を重視した経営等）を検討することは、ストレス軽減や生産性向上のための何らかのヒントになりえるのではないか。たとえば、SONYのAIBOの開発部隊では、責任者であった土井利忠氏によると、同氏の言う「長老型マネジメント²⁵」によって、「アイデアが次々と湧いて沸騰し、どんな困難な事態に遭遇しても誰も音を上げずにそれを打破していった」状態の結果、同品が生まれたという。他にも、若干近い例として、サウスウエスト航空のように、従業員第一主義に基づく現場への権限委譲や福利厚生充実によって、躍進を続けている例もある。

そのような、目標を達成する活力や良好な人間関係と信頼関係に基礎をおいた業務の遂行方法であれば、メンタルヘルス上の好影響は言うまでもない。ただし、その実現には、物質的要因だけではなく、精神性（社員相互の尊重、信頼、寛容、平等等）を重視した経営方針が、重要な要素となっている。

前述の土井氏による提案をさらに具体的に紹介すると、限定的管理（方向性の提示、進捗・結果の大よその把握、外部折衝、責任をとる等のみ）、具体的指示より感覚等の問いかけ・傾聴・共感等が管理職に求められ、個人（経営陣、社員）には、外発的動機（金銭、名誉）よりも内発的動機（興味・楽しさ）、理性、思考、能動的態度よりも感性、無意識・無心・集中、本能、受動的態度を信頼する態度が示されている。

ただ、すべての経済活動においてその考え方が有効か否かは疑問の残るところであり、従来のシステムティックな経営テクニックと、感性重視で手法のみ提供し結果は問わないメンタルヘルス経営（モチベーション向上、

創造性の重視）の両輪が望ましい。

（3）“セルフマネジメント”から“セルフプロデュース”への転換

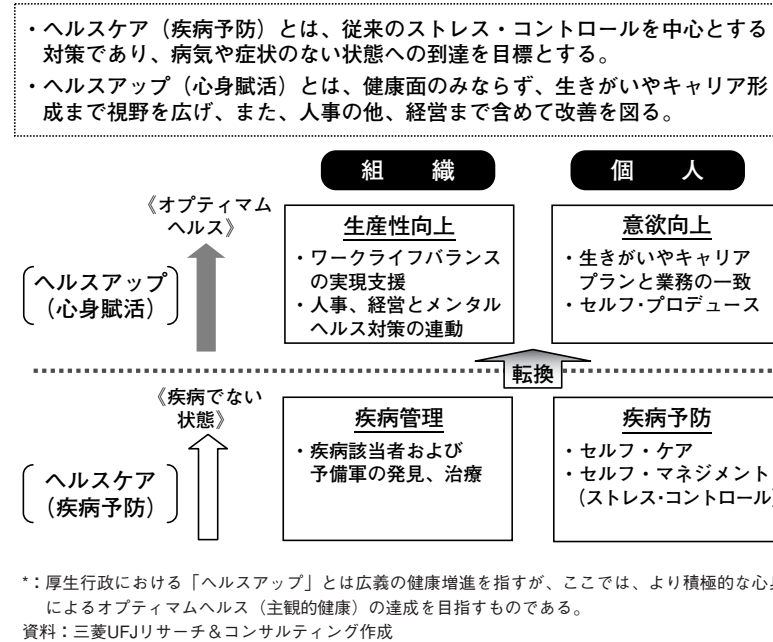
メンタルヘルスを取り巻く危機的状況は短期的には解消しない。ワークライフバランスなど個人では解決不可能な、社会や企業の構造的要因も多く、個人を取り巻くメンタル環境の悪化は、むしろ一層進行する可能性が高い。たとえば、家族は、ストレス（ストレスの原因）ともなりえる反面、ストレスモデルでは緩衝要因と挙げられることが多い。しかし、近年、単身世帯が増加しており、今後も核家族化は加速する確率が高く、家族が担えるストレス緩和機能は減少していく。

ここまで本稿では組織としてのメンタルヘルス対策について検討してきたが、企業における対応を強化しても、全社員のすべての問題を網羅することは不可能である。たとえば、職域でカウンセリング等を受けても、受容方法を変えるなど、個人がそれを実践することが求められ、結局は本人の自助努力に依る部分は残る。また、実際には、生き方や考え方を転換しないと、小手先の技術だけでは解決が難しい場合も多い。

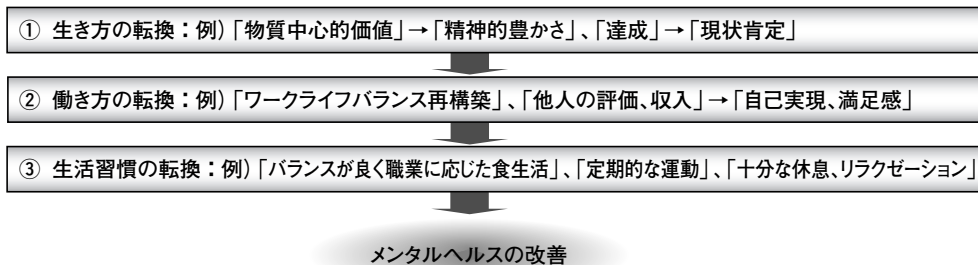
ところで、前述の「疾病予防よりモチベーションの向上や社内活性化によって結果的にメンタルヘルスを向上する」発想の転換の有用性は個人のレベルでも同様である。つまり、ヘルスケア的発想による“セルフ・ケア”や“セルフ・マネジメント（ストレス・コントロール）”から、生きがいや意欲を創出・向上する“セルフ・プロデュース”への転換である。この場合、個人の心地よい人生を自ら構築していくことを目的とし、企業は、そのためのツールの提供等の支援を行う。

従来の個人での自衛策としては、組織や家庭の環境を個人の方力で変革するのは容易ではないため、受容の仕方を変える、積極的にリラクゼーションを心がけ副交感神経優位の状態を作り出す等程度しかなかった。現状でも認知や行動の変容はまだ不十分であり、コーピング（話せる人を職場につくる、外部サービスを利用する、認知の方法を変える）は引き続き推進する必要はあるが、さ

図表20 メンタルヘルス対策におけるヘルスアップ*とヘルスケアの比較



図表21 精神性を重視する生き方によるメンタルヘルスの改善



らには、個人の人生やキャリアのゴールを設定し、それらと職場や家庭で期待される役割との両立もふまえて、実現に必要な要素（情報、スキル、ネットワーク）や前向きな考え方（最近の自己啓発本では「常にワクワクするような楽しいことを考える習慣が幸運を招く」という考え方が流行っている）を身につけ実践していく。

このような分野は、従来、自己啓発等の分野が担ってきたが、キャリア・カウンセリングなど組織の対応も連動させる点が、メンタル対策としての取り組みの大きな特徴である（組織としての支援策は前項「2）経営戦略としてのメンタルヘルス対策」に記載した内容とほぼ同一）。

ただし、このような発想の転換も、前提として、本人

が物質重視の価値観（他人からの評価、物質的豊かさ等）では難しいだろう。前項「精神性を重視した経営」のように、個人でも「精神性を重視した生き方（自分の満足度）」を取り入れる必要がある。順序としては、まず、そのような生き方を選択し、それが働き方にも反映され、その結果として、生活習慣やメンタルヘルスの改善がなされるというものである。

5 | 終わりに

個人での自助努力によるメンタルヘルス対策を第1世代とすると、第2世代は企業による基本的なメンタルヘルス対策（専門機関との連携や相談窓口の設置等、法令順守を目標とする水準）、第3世代がより進んだ企業によ

るメンタルヘルス対策（EAP導入や対象層の拡大等による費用対効果や従業員満足度の改善）、そして、第4世代として経営と連動したメンタルヘルス対策（精神性を重視した経営等）と考えられる。

本稿では、第4世代の経営課題としてのメンタルヘルス対策、各論として、モチベーションの維持・向上のための方策等を到達点にすえて論じてきた。その中で実感されたのは、メンタルヘルスは、他の健康課題と比較して、非常に要因が複雑であり、個体差の大きさの影響も大きく、たとえば、適正体重の維持（ダイエット等）が体重や栄養素等の加法・減法と例えられると、メンタルヘルスは多次元プログラムのような印象である。だからこそ、複雑な原因の分析と改善に労力を要するのではなく、理想や目標の追求にエネルギーを注ぐことで結果的に解決する視点が有効と考えた。

今後も、IT化による職場のコミュニケーションの希薄

化（偏在化）、単身世帯の増加による家族間のコミュニケーションの減少など、人間関係の希薄化は一層進行するだろう。低成長下では、一般に企業活力も生み出し難い。現行の社会システムを前提にすると、これ以上の問題の深刻化を防止するには、現在の企業や個人レベルでのメンタルヘルス対策の根本的な見直しが必要なのは言うまでもない。短期的には、従来の対策を充実しつつ、長期的には、組織の人員としての、または、個人としての幸福論を確立することが必要である。

今年4月から特定健診、特定保健指導も開始され、国をあげての疾病管理プログラムが実施された。その結果、医療保険者や組織、個人の健康意識は、程度の差はあれ、高まることは確実である。これを機に、メンタルヘルスも含めた包括的な健康増進対策への関心が高まることが期待される。

【注】

¹ 厚生労働省「平成17年度患者調査」

² 日本人は、リラックスに有効な脳内物質セロトニンの関連遺伝子について、うつを発症しやすいとされる（Avshalom et al, 2003）s/sとl/s型遺伝子をもつ率が合わせて95%に達するといわれる。

³ 社会経済生産性本部「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」（2006年4月、上場企業2150社対象、有効回答数218社）

⁴ 厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成14～16年度、同文中の数値はすべて同調査結果。

⁵ しかしながら、特にストレスやメンタルヘルス不全による生産性の低下に関する定量的評価は、有効な指標やツールが確立されておらず、より精緻な値の算出には、今後の研究成果を待たねばならない。

⁶ 私傷病で欠勤し給料が支給されない場合、健康保険組合から支給される現金給付。金額は、標準報酬月額3分の2で、支給期間は、支給日から最長1年6ヵ月と規定されている（健康保険法第99条の2）。

⁷ 厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」。

⁸ 「同調査による中小規模事業場における精神障害による疾病休業率0.79%」×「総労働者数6000万人」×「同調査による平均休業月数5.2ヵ月」×「平均年収461万円」＝「推定逸失利益（賃金ベース）9468億9400万円」

※医療費、周囲のケアにともなう労務費、より軽症の精神障害による損失等を加えると、損失はより膨大であると考えられている。さらに、調査回答企業は、復職システムの比較的整った事業所に偏っていると推察され、実際の損失額はさらに深刻となる可能性があると考えられている。

⁹ The Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH) “Mental Health at Work: developing the business case” (SCMHとは、メンタルヘルス問題解決による生活の質の向上を目的とする慈善団体。ロンドンのKing's College精神科と提携している)

¹⁰ 2008年1月14日現在の値（1£＝211.21円）で換算。

¹¹ 支給決定件数は、業種別では「その他の事業」を除くと「製造業」が、職種別では「専門技術職」が、年齢別では30～39歳が、それぞれ最も多い。

¹² 中央労働災害防止協会が、厚生労働省からの委託により、メンタルヘルス対策に意欲のある事業所を対象に、メンタルヘルスケアの具体的な取り組みを指導・支援するモデル事業を行っているが、あくまで調査研究等の一環としての取組である。

¹³ 米国で『セラピー（therapy）』は精神病のようなより重篤なものに対して用いられ、『カウンセリング（counseling）』とは使い分けられている。また、メンタルヘルスは、精神病をさすことが多い。

¹⁴ 厚生労働省「平成14年労働者健康状況調査」

¹⁵ 低価格で躍進する小売業世界最大手ウォルマートの事例が代表的。同社の、組合の結成を認めず低賃金・低給付の方針に対して、従業員からの批判が噴出し、メリーランド州議会下院では2006年1月、従業員1万人以上の事業所に対して給与総額の8%以上を健康保険料ないし州の低所得者健康保険事業に充てる（同州の事業所のうち従業員数1万人以上でかつ健康保険料を給与総額の8%未満に抑えているのはウォルマートのみ）ものとする「健康保険公平負担法案」を可決した（ただしこの法案は同年7月連邦地裁で、翌2007年1月に連邦高裁で無効とされている）。これに対し、ウォルマートは自己負担額\$11/月の格安の医療保険を自社従業員向けに提供したり、米サービス従業員労組（SEIU）と共同で医療保険改革のキャンペーンを張るなどの取り組みを行っている。

他、クライスラーが従業員のストライキを受けて医療基金に約1兆円を拠出した例もある。

¹⁶ 日本の集団健診に該当する福利厚生は米国ではあまり行われていない。代わりに、フィットネスプログラム（体力測定、フィットネスプログラム作成等）を社員に提供している会社もある。

¹⁷ PDCAサイクルで疾病管理を行うプログラム。実際には、専門職がメールや電話等で個別利用者に介入する。

¹⁸ フォーチュン誌が選ぶ上位500社のうち95%、上位100社では100%がEAPを導入しているといわれる。

¹⁹ 日本労働研究機構「メンタルヘルス対策に関する研究」

²⁰ 現時点では、日本におけるEAPの長期的な導入効果について十分な検証がなされていない。

²¹ 表中が空欄でも、例が存在しないということではない

²² 大学病院など一部の、収支を気にする必要のない医療機関を除く。

²³ ヨーロッパでは、抗生物質の処方の際に、同意書を必要とする場合が多い。抗生物質の副作用の他、耐性菌の発生の危険性などが敬遠されている主な理由である。家畜の飼料中の成長促進剤として用いられている抗生物質の使用も2006年1月1日より禁止されている。

²⁴ ただし、これらも専門家に相談して処方を受け、経過を見ることが重要である。自己流でのセルフケアとでは有効性や安全性が異なる。また、特に、漢方は症をたてる（体質を見極める）ことが重要であり、体質に合わないものを服用すると副作用の危険性もある。

²⁵ 企業を中心課題は「感動」であり、企業存続の目的は、利益の拡大ではなく、個人の意識の成長・進化であるという考え方から、権限委譲、CSO（chief spiritual officer）設置、傾聴し、宇宙の法則を説き続ける（天下伺朗（土井利忠氏のペンネーム）「マネジメント革命」）。