

# 米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組み

## 目 次

I. はじめに	V. まとめ
II. 沿革	
III. 現状	<付録 1> K6 の質問内容および SPD の判断基準点
IV. 課題	<付録 2> 頭字語一覧表（アルファベット順）

主任研究員 矢倉 尚典      研究員 川端 勇樹

## 要 約

### I. はじめに

精神疾患は生産性への影響が格段に大きいことが特徴である。本稿では、患者の自己管理サポートの取り組みに加え、発症予防、職場復帰・再発予防の取り組みにも視野を拡げ、米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組みを取り上げる。

### II. 沿革

1940年代初頭、従業員のアルコール問題と生産性に焦点を当てて、Employee Assistance Programが登場した。1980年代以降、医療費の高騰を受け、マネージド・ケア型の取り組みが Managed Behavioral Healthcare Organization により展開された。こうした動きの一方、メンタルヘルスケア・サービス・システムの問題点やギャップも認識され、それらを改善するため、2005年、連邦政府はサービス・システム変革に向けた工程表を明らかにし、変革を進めている。

### III. 現状

米国成人のうち、1年間に1回以上大うつ病エピソードを経験するものは1,580万人、成人人口の7.2%と推計されている。職場における就業障害の発生に関し、うつ病は腰痛に続く第2位の原因となっており、医療費・薬剤費に比べ生産性低下のコストが格段に大きいことが研究で示されている。精神疾患の治療手順は確立されているが、治療やカウンセリングのニーズが満たされていない人が1,000万人以上存在すると推計されている。また、抑うつ障害が慢性疾患の発症を促進したり、慢性疾患がうつ病の症状を悪化させる相互関連に関して多くの研究がなされている。

### IV. 課題

米国企業（雇用主）の60%が従業員に健康保険給付を提供しており、そのうち97%がメンタルヘルスケアを給付の対象としている。しかし、メンタルヘルスケアの給付に対しては、身体に関する給付よりも制限が課されているため、適切な治療へのアクセスや提供されるケアの質が懸念されている。多くの企業（雇用主）がこうした課題を解決すべく各種の取り組みを行っている。事例として、米国の企業（雇用主）団体が2007年に表彰した取り組みを5例取り上げる。この5例には、ディジーズ・マネジメント、EAP、職場復帰支援、健康調査問診による早期介入、ストレス教育の取り組みが含まれる。

### V. まとめ

職域におけるメンタルヘルス分野の取り組みでは、生産性の問題が強く意識されている。その結果、治療中の患者の自己管理サポートに加えて、発症を予防する（一次予防）の取り組み、発症して休職が発生した後の職場復帰・再発予防（三次予防）の取り組みにも注力されている。発症予防から職場復帰・再発予防に至る取り組みは相互に関連するものである。各取り組みを有効に機能させるために、一連の取り組みを有機的に結びつけた一貫性のあるものとして着実に実施する努力が払われている。

## I. はじめに

### 1. デルーズ・マネジメントと精神疾患

これまで当研究所では米国におけるデルーズ・マネジメント（以下、「DM」とする。）に焦点を当てて調査研究を継続してきた。DMは慢性疾患を対象とするが、心臓疾患、糖尿病、喘息などの慢性疾患のみならず、代表的な精神疾患であるうつ病も対象疾患としている。米国の18歳以上の成人における1年間の発症率（prevalence）は不安障害が18.1%、気分障害（うつ病を含む）9.5%、衝動調節障害8.9%、薬物依存3.8%、また、これらいずれかの障害を発症する率は26.2%と推計されている<sup>1</sup>。うつ病や不安障害といった精神疾患は医療費もさることながら、欠勤や休職、仕事のパフォーマンスの低下といった生産性への影響が格段に大きいという特徴がある。そこで、本稿では、うつ病を対象としたDM、すなわち、慢性疾患に罹患した患者の自己管理をサポートする取り組みに加え、発症を予防する（一次予防）の取り組み、発症して休職が発生した後の職場復帰・再発予防（三次予防）の取り組みにも視野を拡げ、メンタルヘルス分野におけるヘルスサポートの取り組みを広く取り上げることとした。また、生産性への影響が大きいという特徴から、事例としては職域を中心とした取り組みを取り上げる。

### 2. 本稿の構成

第II章では、沿革として、1940年代に始まったEmployee Assistance Program（従業員支援プログラム。以下、「EAP」とする。）の発祥から、1980年代以降のマネージド・ケア型の取り組みを展開したManaged Behavioral Healthcare Organization（マネージド型メンタルヘル

スケア組織。以下、「MBHO」とする。）への流れ、および、2000年代に入ってから連邦政府の精神保健分野における動きについて述べる。第III章では、精神疾患の発症率、就業障害等の発生による職場における影響、精神疾患の治療等の現状を各種の公表資料を基に整理する。併せて、近年注目されているメンタルヘルスと他の慢性疾患との相互関連についても取り上げる。第IV章では、企業（雇用主）の提供するメンタルヘルスケアの課題を述べた上で、企業（雇用主）の取り組みを5例取り上げる。この5例にはDM、健康調査問診に基づく早期介入、EAP、ストレス教育、職場復帰支援の取り組みが含まれる。最後に、第V章で、これらの取り組みを取りまとめる。

なお、本稿では記述の簡便さから、原英語の頭文字で略称とした頭字語を多用することとなった。使用した頭字語について、アルファベット順の一覧表を〈付録2〉として巻末に掲載したので、適宜、参照されたい。

### 3. 用法

「メンタルヘルス」という言葉の本稿での使い方については次の通りとしたこととお断りしておく。米国の文献等では、“behavioral health”という用語が使われることが多い。本稿では、参考文献等で“behavioral health”という用語が使われている場合には「メンタルヘルス」と訳出することとした。本編中でも引用する米国の企業（雇用主）団体であるNational Business Group on Health（以下、「NBGH」とする。）の発行した“AN EMPLOYER'S GUIDE TO BEHAVIORAL HEALTH SERVICES – A roadmap and recommendations for evaluating, designing and implementing

<sup>1</sup> Ronald C. Kessler, et al., “Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, Arch Gen Psychiatry, 2005, p.62, pp.617-627.

behavioral services”（以下、「EGBHS」とする。）では、”behavioral health”という用語に関し、以下のように解説している<sup>2</sup>。

What is Behavioral Healthcare?

Behavioral healthcare is an umbrella term and refers to a continuum of services for individuals at risk of, or suffering from, mental, behavioral, or addictive disorders. Behavioral health, as a discipline, refers to mental health, psychiatric, marriage and family counseling, and addictions treatment, and includes services provided by social workers, counselors, psychiatrist, psychologists, neurologists, and physicians.

この解説によれば、“behavioral healthcare”とは、包括的な用語で、精神障害、行動障害、あるいは嗜癖障害のリスクのある者または既に発症している者に対する一連のサービスを指すものであり、専門分野としては、精神保健、精神科領域、結婚や家族に関するカウンセリング、および依存症治療を指し、ソーシャル・ワーカー、カウンセラー、精神科医、精神分析医、神経科医、および一般の医師により提供されるサービスを包括するとされている。この定義に過不足なく適切に対応する日本語の定訳は見当たらないので、本稿では、広義に解釈する前提で、「メンタルヘルス」と訳出することとした。また、これと見分けるため、原語で”mental health”という用語が使われている場合は適宜「精神保健」と訳出して本稿を進めることとする。

## II. 沿革

本章では、1940年代に始まったEAPの発祥と発展から、1980年代以降のマネージド・ケア型の取り組みの流れを概観する。さらに、2000年代に入ってから連邦政府の精神保健分野における動きについても簡単に触れる。

### 1. EAPの発祥と展開

1940年代の初頭、従業員のアルコール問題と生産性に焦点を当てて、EAPが登場した<sup>3</sup>。

その最も初期の形態がOccupational Alcohol Programである<sup>4</sup>。これらの取り組みは、Alcoholics Anonymous（無名断酒会）の助けを得て、個人生活や職業生活に重大な影響を与える飲酒問題を克服したアルコール依存症からの回復者によって始められた。1940年代の後半までには、アルコール問題を持った従業員は治療可能で、飲酒を止めたときに労働の生産性と一般的な生活機能の両面において大きな変化が現れ、職場復帰も可能であることが多くの組織で認識されるようになった。1940年代初頭のEastman Kodak、du PontにおけるEAP、その後のNorth American Aviation、Consolidated Edison、New England Electric、Caterpillarのプログラム、それらはアルコール依存症とアルコール関連問題に主として焦点を当てており、ほとんどが非公式なものという特徴を持っていた。取り組みの主体は仕事のパフォーマンスの悪化を理由として解雇することが必要となる前にアルコールの問題のある従業員を特定することで、職場の管理者や労働組合のある種の代表がアル

<sup>2</sup> Finch RA, Phillips K. Center for Prevention and Health Services, “An Employer’s Guide to Behavioral Health Services: A Roadmap and Recommendations for Evaluating, Designing, and Implementing Behavioral Health Services”, National Business Group on Health, 2005, 2<sup>nd</sup> Page, (visited Dec. 4, 2007) <[http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/fullreport\\_behavioralhealthservices.pdf](http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/fullreport_behavioralhealthservices.pdf)>.

<sup>3</sup> 同上 p.55

<sup>4</sup> 以下に述べるEAPの経緯については、CONSAD Research Corporation, “EAP Handbook”, Chapter 2 Historical Overview and Evolution of Employee Assistance Programs, 1999, (visited Nov. 6, 2007) <[http://www.consad.com/eap/eap\\_toc.htm](http://www.consad.com/eap/eap_toc.htm)>.を参考とした。

コール乱用や依存の兆候および症状の判断に関する最低限の訓練を受け、この任にあたった。

様々な試行錯誤の過程で、上記のような職場におけるアルコール問題に管理監督視点から行うアプローチの短所も明らかになった。第一に、職場の管理者にアルコール問題を持つ従業員を特定し EAP に誘導する責任を課すことにより、大部分の管理者そのものが未診断のまま放置されることとなってしまったこと。第二に、このような当初のプログラムは魔女狩りであるという印象を従業員の間にはしばしば醸成してしまい、建設的で協力的な取り組みの実施をますます困難にしたこと。第三に、職場の管理者はアルコール問題や飲酒習慣に関する自分自身の知識を判断の基にしがちであるので、管理者自身に飲酒問題がある場合には、彼らは同様の問題を持つ他人を正当に判断できないこと。さらに、初期の管理者訓練は、通常は短時間の基礎的な内容のもので、繰り返し行われはしなかったため、飲酒に関する個人的なバイアスや思い込みに陥る傾向が長期間にわたり強く残った。第四に、第一線現場の管理者には、アルコールの問題はあるにしても製造現場での数年間の経験を持った従業員に代わるものがないという意識があり、疾患の経過に対する理解不足と相俟って、管理者が無意識のうちにアルコール依存症者の過ちを取り繕ってアルコール依存症者を庇ってしまうことがしばしば発生した。第五に、アルコール依存症に対する強い不名誉感の故に、職場の管理者は懸念される問題が完全に確認されるまで EAP への誘導を延期する傾向もあり、助けを求めて EAP へ誘導された人々のほとんどが、既に疾患の経過の最終段階に到達しており、回復のチャンスの大変薄い状態であったことが挙げられる。

こうした状況を受けて、1960 年代までには、

焦点をアルコール依存症の症状のある人を特定しようとするところから、仕事のパフォーマンスに障害が現れている人を特定しようとするところへのシフトが職場で起こった。このシフトを容易にしたいいくつかの要因は次の通りである。第一に、仕事のパフォーマンスの問題という表現はアルコール依存症というよりは職場での聞こえが悪くなく、指摘しやすいこと。第二に、具体的な行動（反応が遅い、他人とうまく付き合うことが困難である、行き過ぎた常習的欠勤）を指し示すことにより、職場の管理者はアルコール依存なのかどうかという議論を避けることができ、したがって、アルコール依存症者の拒絶を回避することができること。第三に、ほとんどの職場の管理者にとって、アルコール依存かどうかを判断することより、仕事のパフォーマンスを尺度に判断することの方が馴染み易いことが挙げられる。

しかしながら、判断基準を仕事のパフォーマンスへシフトさせたことによって、EAP はその対象範囲をアルコール問題のみから、仕事のパフォーマンスに悪い影響を与える他の問題をも対象とするよう拡大することが必要となった。現在の EAP では、今もアルコール問題と薬物乱用を扱っているが、通常は、個人的な心理上の問題、結婚や家族・子供に関する問題、仕事上のストレス、金銭的または法律的な心配事も取り扱う。また、職場の管理者を支援する EAP の機能も重要となった。これには、従業員問題に関する管理者へのコンサルテーション、問題個人に対処する戦略の立案、EAP 利用に関する管理者教育等が含まれる。

1980 年代の中頃より、EAP と職場におけるウェルネスの取り組みの統合が試みられるようになった。EAP が仕事のパフォーマンスへの影響が既に生じている薬物乱用や精神保健の問題

を扱うのに対して、ウェルネス・プログラムは障害が発生する前にメンタルヘルス上のリスクを予防しコントロールしようとするものである。企業（雇用主）はヘルスケア・コストの抑制に腐心しており、ウェルネス・プログラムおよびEAPの両方の採用を含め、健康改善のあらゆる機会を模索している。

## 2. MBHO の出現

1980年代、1990年代において、企業（雇用主）は、毎年の総ヘルスケア・コストの高騰に直面した。この支えきれないほどの増加に対する改善措置として、マネージド・ケア型の健康保険プラン運営が注目され、多くの企業（雇用主）はマネージド・ケア型のプランを採用した。メンタルヘルスケアの分野でも同様の動きが見られる。当時、メンタルヘルスのコストは一般の医療のコストの増加を超える勢いで増加した。それに対応するため、企業（雇用主）は従業員が年間に受けることのできるサービスの回数の制限やメンタルヘルスに関する給付の年間支払限度額または生涯通算支払限度額を設けるなど、メンタルヘルスに関する給付内容の変更も実施したが、一般の医療の分野と同様、メンタルヘルスケアの分野でも資源利用管理（utilization management）等の手法を用いてケアの質とコストを管理しようとするマネージド・ケア型の取り組みがMBHOにより展開された。

現在、MBHOの大手となっている事業者の多くはこの頃に設立されている。ちなみに、2002-2003年のデータであるが、マネージド型

のメンタルヘルスケア・サービスとEAPの加入者の合計規模で見た上位5社は、Magellan Behavioral Health Services（6,875万人）、ValueOptions（2,473万人）、United Behavioral Health（2,131万人）、CIGNA Behavioral Health（1,408万人）、APS Healthcare, Inc.（982万人）である<sup>5</sup>。Magellan Behavioral Health Servicesはその前身であるCharter Medical Corporationが1969年に設立されているが、1992年にはメンタルヘルスケア分野に特化することを政策決定し、一般医療を提供する病院は売却している<sup>6</sup>。ValueOptionsは1986年に設立されている<sup>7</sup>。United Behavioral HealthはUnitedHealthcare社のメンタルヘルスケア部門であるが、UnitedHealthcare社は1987年にメンタルヘルスケア・サービスおよびその給付設計と管理、コスト抑制・資源利用管理プログラムの導入を決定している<sup>8</sup>。UnitedHealthcare社は現在、同一の専門的ケア・サービスの分野で複数のブランド名・会社がある場合の組織統合を2008年完了予定で進めており、United Behavioral HealthはOptumHealth Behavioral Solutionsに名称変更される。CIGNA Behavioral HealthはCIGNA Corporationのメンタルヘルスケア部門であるが、CIGNA社は1989年にMCC社（1974年設立のメンタルヘルスケアの専門会社）を買収し、1999年に現在のCIGNA Behavioral Healthにブランド名を変更している<sup>9</sup>。APS Healthcare, Inc.は1992年に設立されている<sup>10</sup>。

<sup>5</sup> “OPEN MINDS Yearbook of Managed Behavioral Health & Employee Assistance Program Market Share in the United States, 2002-2003”に関するOpen Minds社のプレスリリース（visited Nov. 5, 2007）<<http://www.openminds.com/pressroom/103002mbhoyearbook02.htm>>.

<sup>6</sup> 同社のホームページ（visited Nov. 2, 2007）<<http://www.magellanhealth.com/news/presskit/company/history.asp?leftmenu=2&sub=his>>.

<sup>7</sup> 同社のホームページ（visited Nov. 5, 2007）<<http://www.valueoptions.com/company/History.htm>>.

<sup>8</sup> 同社のホームページ（visited Dec. 14, 2007）<<http://www.uhc.com/aboutus/history.htm>>.

<sup>9</sup> 同社のホームページ（visited Oct. 29, 2007）<[http://www.cigna.com/about\\_us/company\\_history.html](http://www.cigna.com/about_us/company_history.html)>.

マネージド・ケアの導入と共に、EAPの対象領域と機能には根本的な変化が生まれた。多くのEAP民間事業者が設立された。彼らは従来のサービスに加え、職場の管理者に対するコンサルテーションと訓練からカウンセリング・サービスまでの一連の総合的なサービスを提供した。加えて、多くのMBHOはEAPプログラムを開発し、企業の福利厚生担当者に対するメンタルヘルス・サービス購入のone-stop shopを目指した。メンタルヘルスに関する給付にEAPを組み込み、従業員とその家族に対して無料のカウンセリングを提供するという形での給付の拡大も図られた<sup>11</sup>。また、MBHOにとっては、EAPの機能がゲートキーパーの役割を果たすという捉え方もある<sup>12</sup>。

### 3. 政策の動向

本稿では主として職域におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組みを取り上げるが、ここで、連邦政府の精神保健分野における動きについて少し触れておくこととする。ブッシュ大統領は2002年4月、大統領令第13263号(Executive Order 13263)を発令した。この大統領命令はThe New Freedom Commission on Mental Healthを設置し、その委員会で、メンタルヘルス・サービス・システムの問題点やギャップの総合的な研究を行い、公的および民間のケア提供者のみならず連邦政府、州政府、地方公共団体が実施しうる当面の改善策に関する具体的な提案を立案することを求めたものである。委員会は、2005年7月、  
“Transforming Mental Health Care in

America. The Federal Action Agenda: First Steps”と題する報告書を取りまとめ、公表した<sup>13</sup>。

#### (1) 大統領令で示された5原則

大統領令では次の5つの原則が示された。委員会はこの5原則に従って検討を進め、行動指針を取りまとめた。

##### ①メンタルヘルスケアの成果を改善する

メンタルヘルスケアの望ましい諸成果、すなわち、雇用、セルフケア、対人関係および地域社会への参画における各個人の状況に合わせた最大限レベルを達成することに焦点を当てる。

##### ②地域社会レベルでの連携のとれたケア・モデルを促進する

メンタルヘルスの治療およびサービス提供を担う複数の健康関連・福祉関連サービス提供者、公的・私的給付金支払者を効果的に連携させる地域社会レベルのケア・モデルに焦点を当てる。

##### ③既存の資源を最大限活用し、規制上の障害を縮小する

費用対効果を高め、不必要で煩わしい規制上の障害を縮小することによって、既存の資源を最大限に活用する政策に焦点を当てる。

##### ④サービス提供に影響のあるメンタルヘルス分野の研究成果を活用する

メンタルヘルス分野の研究成果がサービスの提供に最も効果的に影響を与えるように活用するにはどうすればよいかを検討する。

##### ⑤連邦、州、地域の各レベルでの革新性、柔軟性、説明責任を促進する

連邦主義の原則に従い、すべてのレベルの政

<sup>10</sup> 同社のホームページ (visited Nov. 5, 2007) <<http://www.apshealthcare.com/about/CompanyHistory.htm>>.

<sup>11</sup> 前掲注2, Finch RA, Phillips K. Center for Prevention and Health Services, p.55

<sup>12</sup> 前掲注4, CONSAD Research Corporation, Chapter 4 The Relationship Between Employee Assistance Programs and Managed Care

<sup>13</sup> Substance Abuse and Mental Health Service Administration, U.S. Department of Health and Human Services, “Transforming Mental Health Care in America. The Federal Action Agenda: First Steps”, DHHS Pub No. SMA-05-4060, 2005 (visited Nov. 21, 2007) <[http://www.samhsa.gov/Federalactionagenda/NFC\\_TOC.aspx](http://www.samhsa.gov/Federalactionagenda/NFC_TOC.aspx)>.

府の革新性、柔軟性、説明責任を促進し、かつ、各州とインディアン部族の憲法上の役割を尊重した提案とする。

## (2) 変革後のメンタルヘルス・サービスのビジョン

委員会では、メンタルヘルス・サービス提供システムが人々にとって唯一の最も重要なゴール、すなわち、回復というゴールに正しく向かっていない現状が認識された。それとは対照的に、委員会が描いた将来のあるべき姿は、精神疾患が予防可能で治療可能となり、精神疾患が早期に見つけられ、精神疾患を持った人がみんな、どのようなライフ・ステージにいても、効果的な治療やサポートにアクセスできるようになることである。メンタルヘルスは全般的な健康に絶対不可欠なものであることを国民が理解し、メンタルヘルスカケアを消費者およびその家族が主導し、メンタルヘルス・サービスにおける格差が排除され、適切で早期のメンタルヘルスのスクリーニング、アセスメントおよび必要なサービスへの誘導が実施され、優れたメンタルヘルスカケアが提供され、研究が促進され、メンタルヘルスカケアや情報へのアクセスに技術が活用されるという姿で、委員会は変革後のシステムのビジョンを描いている。

## (3) 回復を目指したメンタルヘルス・システムへの挑戦

この報告書は、先行研究等で積み重ねられた根拠に基づき、回復に焦点を当て、消費者とその家族が主導するシステムの確立を強調した点において画期的であるとされている。この報告書により、精神疾患と情緒障害は治療可能であり、回復が期待できるものであることを国民に広く伝えることも期待された。変革されたメン

タルヘルス・システムにおいては、治療のオプションとサービス提供者に関する現実的で意味ある選択を消費者とその家族が行えるようにサービスと治療が連動され、ケアは生活上の課題にうまく対処できるように個人の能力を向上させ、立ち直る力を生み出して回復を手助けすることに焦点を当てたものでなければならないとされている。メンタルヘルス・サービス提供システムを変革するために、連邦政府、州政府、地方公共団体、公的および民間のヘルスカケア提供者に対して委員会が要求した事項は次の通りである。

- ①新しい研究成果が精神疾患を持った人に対する日々のサービスの一部となるまでにかかる15年から20年という期間を短縮すること
- ②精神疾患を持った人に対するケアの質を改善し、サービスへのアクセスを改善し、消費者、その家族、サービス提供者、運営管理者および政策立案者の理にかなった意思決定を促進するために健康情報に関する技術を活用すること
- ③メンタル障害またはそのリスクを持って生活している子供、成人、高齢者のために、人的・経済的資源を活用すべく、連邦、州、地域の各レベルにおいて協働するよりよい方法を明らかにすること
- ④人種的・民族的少数派や農村部に住む人々のニーズに応える質の高いメンタルヘルスカケアへのアクセスを拡大すること
- ⑤精神疾患を持った人に対する質の高い雇用機会を促進すること

## (4) transformation という言葉に込められた意味

「変革 (transformation)」という言葉は、現行のメンタルヘルスシステムをただ単に改良

(reform) することでは不十分であるという信念を反映して委員会が慎重に選んだものである。変革という言葉は、態度や信念のみならず、政策、財源および実務に関する意味合いも含んだ強い言葉であり、変革は周辺の変更だけでは達成されず、その質においても程度においても完全な(profound)変更を通じて達成されるものであると説明されている。

### (5) 広汎なコミットメント

この行動指針の作成には、U.S. Department of Health and Human Services (米国保健福祉省。以下、「HHS」とする。)に加え、教育省、住宅・都市開発省、法務省、労働省、退役軍人省、および社会保障庁が参加した。この行動指針に合わせて、これら連邦政府各機関は、重篤な精神疾患の成人と重篤な情緒障害の子供のために、下記のような前例のない連携を実施することとなっている。

- ①精神疾患と情緒障害は治療可能で、回復しうるものであるというメッセージを発信する。
- ②自殺予防の国家戦略 (the National Strategy of Suicide Prevention) の全面実施を通じて、自殺者数の減少に向けた行動を直ちに実施する。
- ③立ち直る力と回復を促進する個人個人に合わせたケア・プランを作成する能力を含め、各州の総合的なメンタルヘルス・プランを策定し実施するために必要なインフラ整備を州が行うことを援助する。
- ④根拠ある実践に基づき多様な文化にも対応したメンタルヘルスケアを実施できるよりよい能力を備えたメンタルヘルス人材を育成する計画を立案する。
- ⑤プライマリー・ケアとメンタルヘルス・サービスとの間のインターフェースを改善する。

⑥子供のメンタルヘルスのニーズに焦点を当て、メンタル障害のリスクがあると認められた子供に対する早期介入を促進する国家的な取り組みを開始する。予防と早期介入は、疾病と障害 (disability) を未然に防ぐことに役立つ。

⑦新しい科学的研究成果がサービスの一部となるまでに要している長期の期間を短縮するため、「科学からサービス実務へ (Science-to-Service)」の行動予定を拡大し、根拠に基づいた新しい実務のツールキットを開発する。

⑧精神科領域の障害を持った人の雇用を増加させる。

⑨消費者の健康情報におけるプライバシーを守り、秘密保持を確保しつつも、サービス提供者と消費者がメンタルヘルスケアをよりよく管理することに役立つ電子的健康情報記録の情報システムをデザインし、運用を開始する。

## Ⅲ. 現状

本章では、各種の公表資料、論文等に基づき、精神疾患の発症率、就業障害等の発生による職場における影響、精神疾患の治療等の現状を整理する。併せて、近年注目されているメンタルヘルスと他の慢性疾患との相互関連についても取り上げる。

### 1. 発症率等の現状

HHSに属する Substance Abuse and Mental Health Service Administration (薬物乱用・精神保健管理庁。以下、「SAMHSA」とする。)の Office of Applied Studies (応用研究室) が、National Survey on Drug Use and Health (薬物使用と健康に関する全国調査。以下、

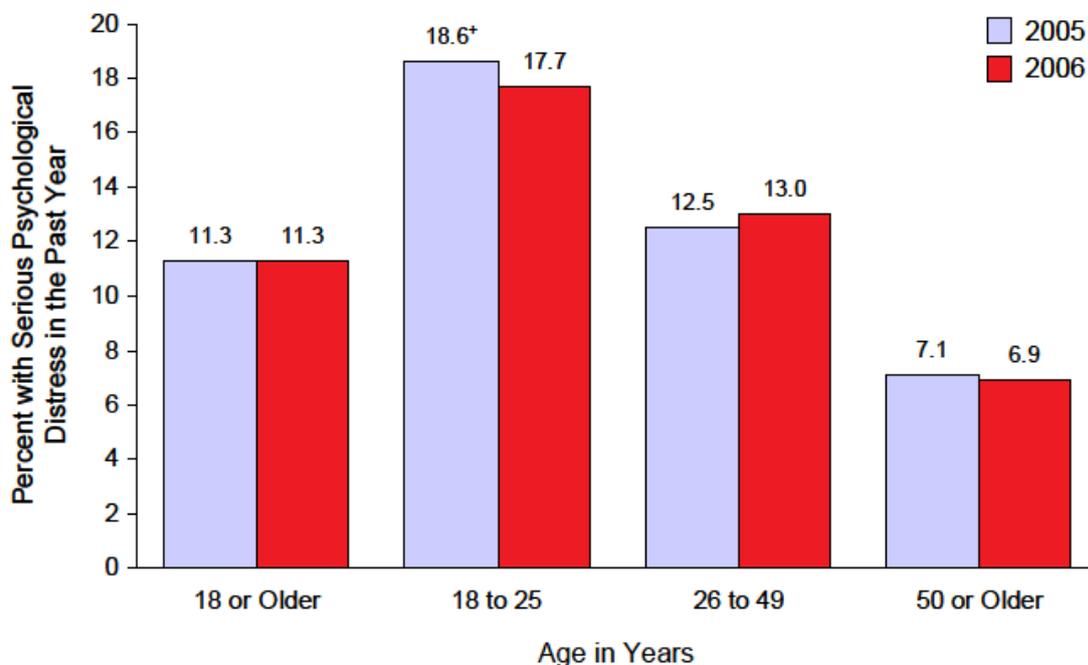
「NSDUH」とする。)を毎年実施している。NSDUHは毎年約67,500名の一般市民を対象に実施されるインタビュー調査で、調査結果に基づいた全国ベースの推計値も算出されている。ここでは2007年9月に公表された最新版である2006年度調査結果<sup>14</sup>を基に、米国における精神疾患等の発症率 (prevalence) 等について述べる。

(1) Serious Psychological Distress (深刻な心理的苦悩。以下、「SPD」とする。)の発症率

NSDUHでは、18歳以上の調査対象者に対して“K6”と呼ばれる心理的苦悩に関する6つの質問を行い、その回答結果の点数によりSPDを判断している<sup>15</sup>。18歳以上の成人に関するSPDの発症率は以下の通りである。

- 18歳以上の米国成人のうち、過去1年間にSPDの症状を示したものは2,490万人、すなわち、18歳以上の全人口の11.3%と推計され、この割合は2005年と同等である。
- 年齢層別に見ると、18-25歳の成人での発症率が17.7%と最も高く、50歳以上の成人が6.9%で最も低かった(《図表1》参照)。
- 男女別に見ると、18歳以上の男性での発症率が8.7%であるのに対して、女性は13.7%と著しく高かった。
- 人種的に見ると、アジア人が7.8%と最も低く、黒人が10.5%、中南米出身者・ハワイ出身者およびその他の太平洋の島民が10.8%、白人が11.4%、2つ以上の人種 (races) を申告した人が25.3%、アメリカインディアン・アラスカ出身者が25.9%であった。

《図表1》年齢階層別のSPDの発症率：2005-2006年



(注) “+”記号は、その推計値と2006年の推計値が有意水準5%で統計的に有意な差があることを示す。

(出典) 脚注14の資料、pp.85、Figure 8.1.

<sup>14</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings”, (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293), 2007 (visited Nov. 27, 2007) <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>>.

<sup>15</sup> K6の質問内容およびSPDの判断基準点については<付録1>を参照。

## (2) 薬物依存・乱用の発症率

NSDUH の質問には、過去 12 ヶ月間における薬物使用障害（薬物依存または薬物乱用）の発生を評価するための一連の質問が含まれている。ここで言う薬物 (substances) は、アルコール (alcohol) および非合法ドラッグ (illicit drug) を指す。この一連の質問に対する回答を使って、米国精神医学会の *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (以下、「DSM-IV」とする。) に定められた基準に基づき、上記の薬物への依存または乱用の発生を分類している。

○12 歳以上の人口のうち、過去 1 年間に薬物依存または乱用があったと分類される人は 2,260 万人、12 歳以上の全人口の 9.2% と推計される (《図表 2》参照)。このうち、アルコールと非合法ドラッグの両方への依存または乱用に分類される人が 320 万人、非合法ドラッグのみへの依存または乱用に分類される人が 380 万人、アルコールのみへの依存または乱用に分類される人が 1,560 万人であ

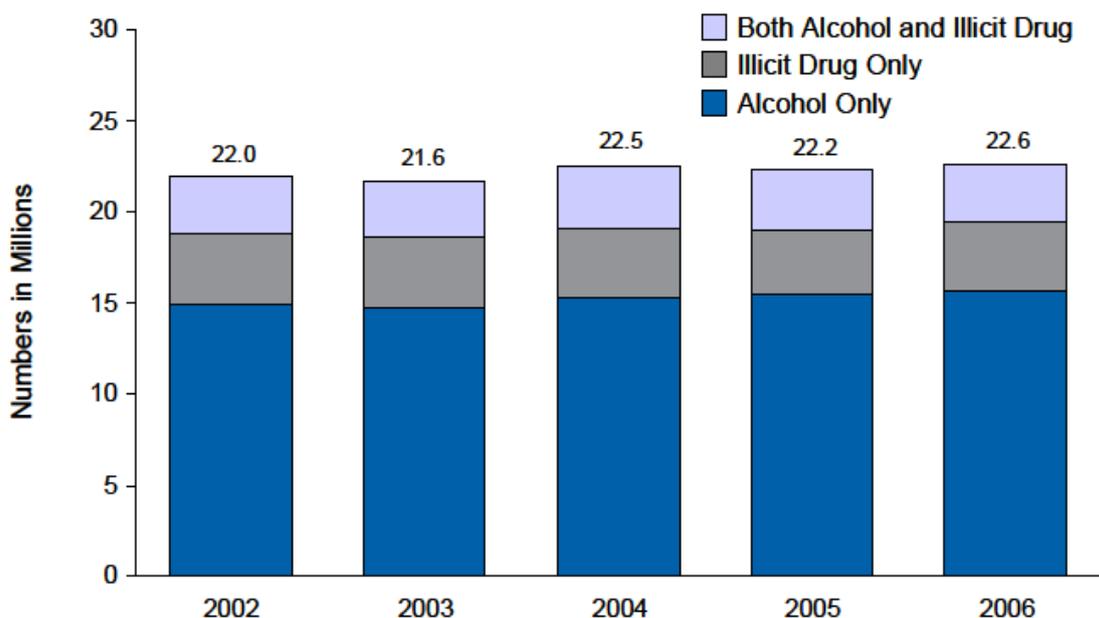
る。

○薬物依存または乱用が見られる人の数は 2002 年から 2006 年までの期間では大きな変化はない (2002 年 2,200 万人、2003 年 2,160 万人、2004 年 2,250 万人、2005 年 2,220 万人、2006 年 2,260 万人)。

○アルコールへの依存または乱用と非合法ドラッグへの依存または乱用に分けて、2002 年から 2006 年への推移を見ても、それぞれ大きな変化はない。アルコールへの依存または乱用の見られる人の人口に占める割合は、2002 年 7.7%、2003 年 7.5%、2004 年 7.8%、2005 年 7.7%、2006 年 7.6% であり、非合法ドラッグへの依存または乱用の見られる人は、2002 年 3.0%、2003 年 2.9%、2004 年 3.0%、2005 年 2.8%、2006 年 2.9% であった。

○過去 1 年間の SPD の状況と薬物依存または乱用との間には関連が見られる。18 歳以上で SPD の症状のあった人の内では 22.3% の人に薬物依存または乱用が見られたのに対し

《図表 2》 12 歳以上人口における薬物依存および乱用者数：2002-2006 年



(出典) 脚注 14 の資料、pp.70、Figure 7.1.

て、過去 1 年間に SPD の症状のなかった人で薬物依存または乱用が見られた人は 7.7% であった。

(3) Major Depressive Episode (大うつ病エピソード。以下、「MDE」とする。)の発症率

MDE は躁うつ病において日常活動への興味の消失、不眠、食欲不振、集中力の減退、自殺衝動などがみられる状態である<sup>16</sup>。USDUH では、DSM-IV における MDE の基準で対象としている 9 つの症状を聞き取るための質問を行い、DSM-IV の基準に従い MDE を判断している。

○18 歳以上の成人のうち、過去 1 年間に 1 回以上 MDE があった人は 1,580 万人で、18 歳以上人口の 7.2% と推計される。2004 年の 8.0% から 2005 年の 7.3% へ統計的な有意差の認められる減少が見られたが、2005 年から 2006 年にかけては大きな変化はなかった。

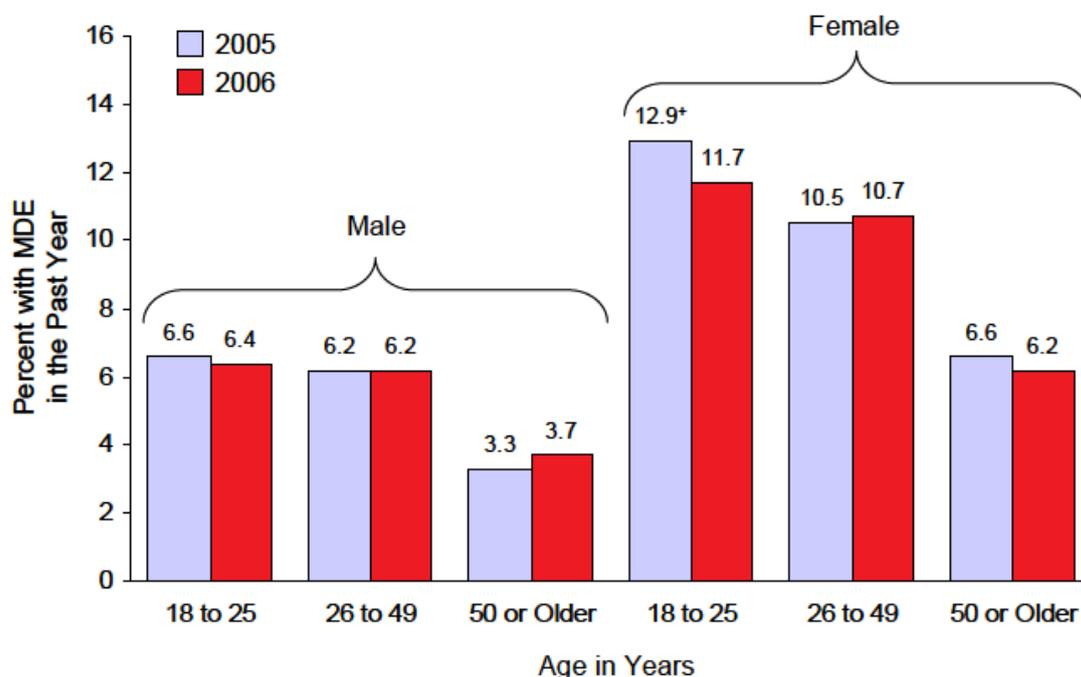
○この過去 1 年間の MDE 発症率を年齢層別に見ると、50 歳以上が 5.1% で最も低く、18-25 歳と 26-49 歳ではそれぞれ 9.0%、8.5% と同水準である。

○男女別に見ると、男性の 5.3% に対して、女性は 9.0% と高い。また、女性の中では、18-25 歳において、2005 年の 12.9% から 2006 年の 11.7% へ統計的に有意な減少が見られる(《図表 3》参照)。

○人種的に見ると、アジア人が 3.0% と最も低いのにに対して、2 つ以上の人種 (races) を申告した人は 14.3%、アメリカインディアン・アラスカ出身者は 12.1%、白人は 7.8%、黒人は 6.3%、ハワイ出身者およびその他の太平洋の島民は 5.8%、中南人米出身者は 5.4% であった。

○18 歳以上の成人について雇用形態別に見ると、非雇用者 (unemployed) が 11.6% と高

《図表 3》男女別・年齢階層別の過去 1 年間の MDE 発症率：2005-2006 年



(注) “+” 記号は、その推計値と 2006 年の推計値が有意水準 5% で統計的に有意な差があることを示す。

(出典) 脚注 14 の資料、pp.87、Figure 8.3.

<sup>16</sup> 石田名香雄監修「研究社 医学英和辞典」(株式会社 研究社、1999 年)

いのに対して、常勤雇用の者は 6.6%、パートタイム雇用の者は 7.6%、労働力人口に該当しない者では 7.8%である。

○18 歳以上の人で、過去 1 年間の MDE の発生と薬物依存または乱用との間には関連が見られる。18 歳以上で過去 1 年間に MDE のあった人の中では 24.3%の人に薬物依存または乱用が見られたのに対して、過去 1 年間に MDE のなかった人で薬物依存または乱用が見られた人は 8.1%であった。

なお、生涯発症率 (lifetime prevalence) を推計した Kessler らの研究もある<sup>17</sup>。この研究によれば、平均的な米国成人が一生のうちいずれかの時期において 1 つ以上の精神疾患または薬物乱用障害に罹患する率は 46.4%と推計されている。疾患別では、不安障害が 28.8%、気分障害 (うつ病) が 20.8%、衝動調節障害が 24.8%、薬物乱用障害が 14.6%と推計されている。

## 2. 就業障害等の発生による職場における影響

健康を害すると仕事に影響する。従業員個人の仕事に生じた支障は企業・職場に影響を与える。うつ病を例にとると、「うつ病は職業的・社会的機能への影響が大きく、職場では、欠勤や休職、離職となって表れる。また、出勤できている場合でも、集中力や意欲が十分でなく、作業能率の低下や見落としなどのミスを増加を呈する」と言われている<sup>18</sup>。すなわち、離職率が高まったり、休職が発生したり、通院・体調不良等による偶発的欠勤が増えたり、出勤していても仕事の能率が低下するといった様々な影響

が職場に及ぶ。

以下、米国の文献等を引用するにあたって、用語を整理しておく。米国では傷病により勤務ができず給与等が支払われない場合に給与の一定割合を補償する民間保険が普及している。この民間保険の名称が Disability Insurance であることから、休職の発生について disability の発生という表現が使われることが多い。補償される期間が長期のもの (Long-Term Disability Insurance) と短期のもの (Short-Term Disability Insurance) があるので、long-term disability, short-term disability と区別して使われることもあるが、本稿ではそれぞれ「長期の就業障害」「短期の就業障害」と訳出することとする。また、通院・体調不良等による偶発的欠勤の傾向について absenteeism と表現し、これと対の表現として、出勤していても仕事の能率が低下している傾向を表すときに presenteeism という用語が用いられることが多い。本稿ではいずれも「アブセンティーズム」「プレゼンティーズム」とカタカナで用いることとする。

Lerner らによる研究で、うつ病に罹患した従業員の離職率が高いことが示されている<sup>19</sup>。この研究では、うつ病に罹患している従業員グループをリュウマチに罹患している従業員グループおよび健康な従業員グループと比較している。6 か月後の就業状態で比較すると、リュウマチ従業員グループおよび健康従業員グループでは離職率がそれぞれ 3%、2%であったのに対して、うつ病従業員グループでは、気分変調 (dysthymia) 患者群で 14%、大うつ病患者群

<sup>17</sup> Ronald C. Kessler, et al., "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", Arch Gen Psychiatry 62(6),2005, pp.593-602

<sup>18</sup> 最新医学別冊「新しい診断と治療の ABC 9/精神1/躁うつ病」(株式会社最新医学社、2003年) p.239

<sup>19</sup> Debra Lerner, et al., "Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees with Depression", Psychiatric Services 55, 2004, pp.1371-1378

で12%、気分変調・うつ病の両方の症状を持つ群で15%と統計的に有意に高い離職率であったことが示されている。

米国において就業障害補償保険を販売している大手保険会社の一つであるMetLife社は、同社の契約データ・保険金支払データの分析結果として、就業障害補償保険金請求の原因となっている慢性疾患の上位5位を公表している<sup>20</sup>。うつ病は腰痛に続く第2位の原因であることが示されている（《図表4》参照）。

Loeppkeらによる研究では、4企業57,666名の従業員を対象とした調査で、主要な慢性疾患毎の医療費、薬剤費、アブセンティーズム、プレゼンティーズムの大きさを比較してい

る<sup>21</sup>。医療費と薬剤費は調査時点前12か月間の健康保険に対する保険金請求データから集計し、各従業員の健康状態（慢性疾患）、アブセンティーズム、プレゼンティーズムの把握には、“Health and Work Performance Questionnaire”と呼ばれる自記式の質問票（以下、「HPQ」とする。）を使用した。4企業57,666名の従業員のうち、HPQに回答した15,380名を分析対象としている。

医療費、薬剤費、生産性低下（アブセンティーズムとプレゼンティーズムの合計）の区分ごとに金額の大きな上位10位の慢性疾患は《図表5》の通りである。医療費、薬剤費、生産性低下のそれぞれで上位10位にランクされる疾患が大きく異なることが見て取れる。生産性低

《図表4》就業障害原因の上位5位（百万人あたりの推計発生件数）

原因疾患	短期の就業障害	長期の就業障害
腰痛	腰痛：5,470件 椎間板：2,883件	550件
うつ病	3,374件	222件
冠状動脈心臓病	1,833件	104件
関節炎	1,715件	170件
肺疾患	1,467件	74件

（出典）脚注20の資料より損保ジャパン総合研究所作成

《図表5》区分ごとの上位10疾患

医療費 順	薬剤費 順	医療費+薬剤費 順	生産性低下 順	総コスト 順
1 その他のがん Other cancer	高コレステロール血症 High cholesterol	その他のがん Other cancer	慢性疲労症候群 Fatigue	腰痛・頸痛 Back/neck pain
2 腰痛・頸痛 Back/neck pain	胃食道逆流性疾患 GERD	腰痛・頸痛 Back/neck pain	うつ病 Depression	うつ病 Depression
3 その他の慢性疼痛 Other chronic pain	関節炎 Arthritis	冠状動脈性心臓病 Coronary heart disease	腰痛・頸痛 Back/neck pain	慢性疲労症候群 Fatigue
4 冠状動脈性心臓病 Coronary heart disease	糖尿病 Doabetes	その他の慢性疼痛 Other chronic pain	睡眠障害 Sleeping problem	その他の慢性疼痛 Other chronic pain
5 睡眠障害 Sleeping problem	うつ病 Depression	高コレステロール血症 High cholesterol	その他の慢性疼痛 Other chronic pain	睡眠障害 Sleeping problem
6 高コレステロール血症 High cholesterol	高血圧 Hypertension	胃食道逆流性疾患 GERD	関節炎 Arthritis	高コレステロール血症 High cholesterol
7 高血圧 Hypertension	喘息 Asthma	糖尿病 Doabetes	高血圧 Hypertension	関節炎 Arthritis
8 糖尿病 Doabetes	アレルギー Allegy	睡眠障害 Sleeping problem	肥満 Obesity	高血圧 Hypertension
9 頭痛 Headache	不安障害 Anxiety	高血圧 Hypertension	高コレステロール血症 High cholesterol	肥満 Obesity
10 うつ病 Depression	冠状動脈性心臓病 Coronary heart disease	関節炎 Arthritis	不安障害 Anxiety	不安障害 Anxiety

（出典）脚注21の資料のTABLE3より損保ジャパン総合研究所作成

<sup>20</sup> MetLife, “National Disability Month: MetLife Research Highlights Top Five Workplace Disability; Lower Back Disorders Top The List”, News Release dated on Oct. 16, 2003. (visited Nov. 29, 2007) < <http://www.bollinger.com/all-pages/new3/11.05.02/pdf/10.27.03metlifeTop%20Workplace%20Disabilities%2010-16.pdf>>.

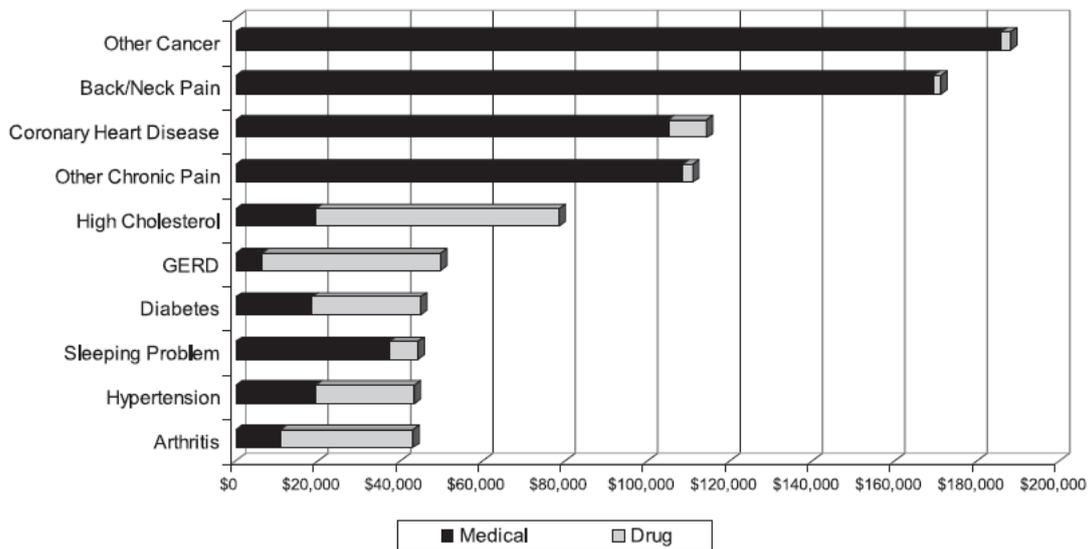
<sup>21</sup> Ronald Loeppke, et al., “Health and Productivity as a Business Strategy”, J Occup Environ Med. 49, 2007, pp.712-721

下で見た場合あるいは生産性低下を含めた総コストで見た場合には、うつ病、睡眠障害、不安障害といったメンタル疾患が上位に来ることが注目される。

《図表 5》では順位のみでの表示であるが、金額の大きさも視覚的にわかりやすく表現するために棒グラフ化したものが、下図である。《図表 6》は医療費と薬剤費の合計金額順に積上げ棒グラフで、《図表 7》は医療費、薬剤費、アブゼンティーイズム、プレゼンティーイズムの合計

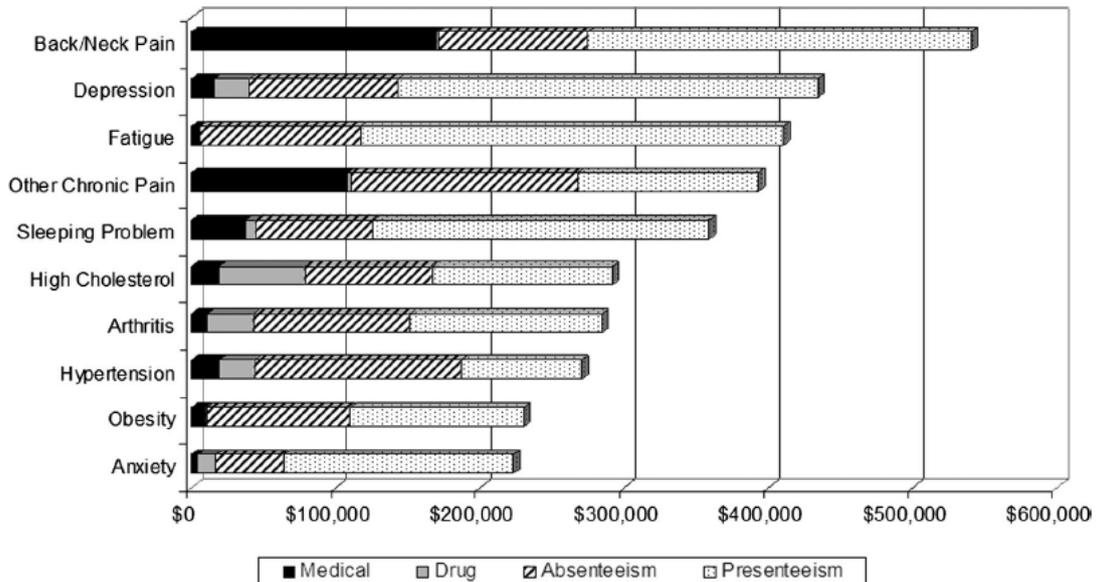
金額順に積上げ棒グラフで示されている。いずれも横軸は常勤従業員 1,000 人当たりのコストである。疾患の並び順は《図表 5》で示したものと同一であるが、《図表 6》では、それぞれの疾患につき医療費と薬剤費の構成の違いが見て取れる。また、《図表 7》では、医療費・薬剤費に比べ、生産性低下（アブゼンティーイズム・プレゼンティーイズム）のコストが格段に大きいことが示されている。特に、うつ病、睡眠障害、不安障害といったメンタルヘルス疾患では

《図表 6》 常勤従業員 1 千人当たり医療費・薬剤費合計金額の上位 10 疾患



(出典) 脚注 21 の資料、Fig.1.

《図表 7》 常勤従業員 1 千人当たり医療費・薬剤費・生産性コスト合計金額の上位 10 疾患



(出典) 脚注 21 の資料、Fig.2.

生産性低下のコストが総コストの大半を占める点が注目される。

なお、この研究では、アブセンティーズム、プレゼンティーズムの把握および金額への換算は次の通り行われたと説明されている。

- アブセンティーズム、プレゼンティーズムとも HPQ の自己申告で把握した。
- アブセンティーズムは、病気等で勤務を休んだ日について、勤務しなかった時間数を申告させた。
- プレゼンティーズムは、勤務した日において、健康状態のために失われた生産的な労働時間数を申告させた。
- それぞれに時間数合計を 8 で除して日数に換算した。
- この日数に 1 日あたりの平均給与を乗じて金額に換算した。
- 疾患別の喪失時間数の把握に当たっては、そうした健康上の問題を持たない従業員に生じた喪失時間数（ベースラインとなるアブセンティーズム・プレゼンティーズム）を上回る部分を計算対象とした。

### 3. 治療等の現状

精神保健と薬物乱用障害の治療に要した国民医療費は 1993 年の 700 億ドルから 2003 年は 1,210 億ドルへと増加した<sup>22</sup>。この期間の年間増加率は 5.6% で、総医療費の 6.5% より少し低い率であった。この結果、総医療費に占める割

合は 1993 年の 8.2% から 2003 年の 7.5% へと低下した。ちなみに、2003 年に総医療費は 1 兆 6,000 億ドルであった。なお、この 10 年間の年間増加率を前半 5 年(1993 年～1998 年)、後半 5 年(1998 年～2003 年)に分けて見ると、前半 5 年は 3.4% (総医療費は 5.4%)、後半 5 年は 7.9% (同 7.7%) であった。精神保健・薬物乱用障害別に見ると、2003 年の精神保健関連の支出は 1,000 億ドル、薬物依存障害関連の支出は 210 億ドルで、総医療費支出に占める割合はそれぞれ、6.2%、1.3% であった。精神保健関連の支出で最も急速に増加している項目は薬剤費で、1993 年から 2003 年までの年間増加率は 18.8% であり、この間の精神保健関連支出の増加の 42% がこれで占められる。

精神疾患と薬物乱用障害の治療手順は確立されており、ほとんどすべての障害に有効性の証明された一連の治療方法が存在するとされている<sup>23</sup>。ほとんどの治療方法は次の二つのカテゴリーのいずれかに該当する。すなわち、薬理的方法(例、精神薬剤療法)および心理社会的方法(例、心理療法、薬物乱用に対する集中的な外来治療等)である。最近の研究では、精神疾患の最も効果的な治療は適切な薬理的方法と心理社会的方法を統合していることを示唆している<sup>24</sup>。精神疾患と薬物乱用障害、特に、うつ病およびその他の一般的な問題症状は治療可能であり、適切な治療によりうつ病の大半は改善すると認識されている<sup>25</sup>。

前出の 2006 年版 NSDUH によれば、18 歳

<sup>22</sup> Tami L. Mark, et al., “National Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse Treatment, 1993–2003”, SAMHSA Publication No. SMA 07-4227, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007, pp.iv (visited Dec.3, 2007) <<http://www.samhsa.gov/spendingestimates/SAMHSAFINAL9303.pdf>>.

<sup>23</sup> U.S. Department of Health and Human Services, “Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary”, US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999 (visited November 12, 2007) <<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>>.

<sup>24</sup> 同上

<sup>25</sup> National Institute of Mental Health. “Depression: A treatable illness”, NIH Publication No. 03-5299, 2004, (visited November 13, 2007) <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-a-treatable-illness.shtml>>.

以上の米国成人のうちの 12.9%にあたる 2,830 万人が過去 12 か月間に精神保健関連の治療を受けており、この率は 2005 年 (13.0%) から大きな変化はない。《図表 8》に見る通り、最も多く申告された治療のタイプは薬物療法 (10.9%) で、続いて、外来治療 (6.7%) である (複数回答あり)。いずれも、2005 年から大きな変化はない。入院治療を受けているのは 0.7%、160 万人であるが、これは 2005 年の 1.0%、210 万人から大きく減少している。

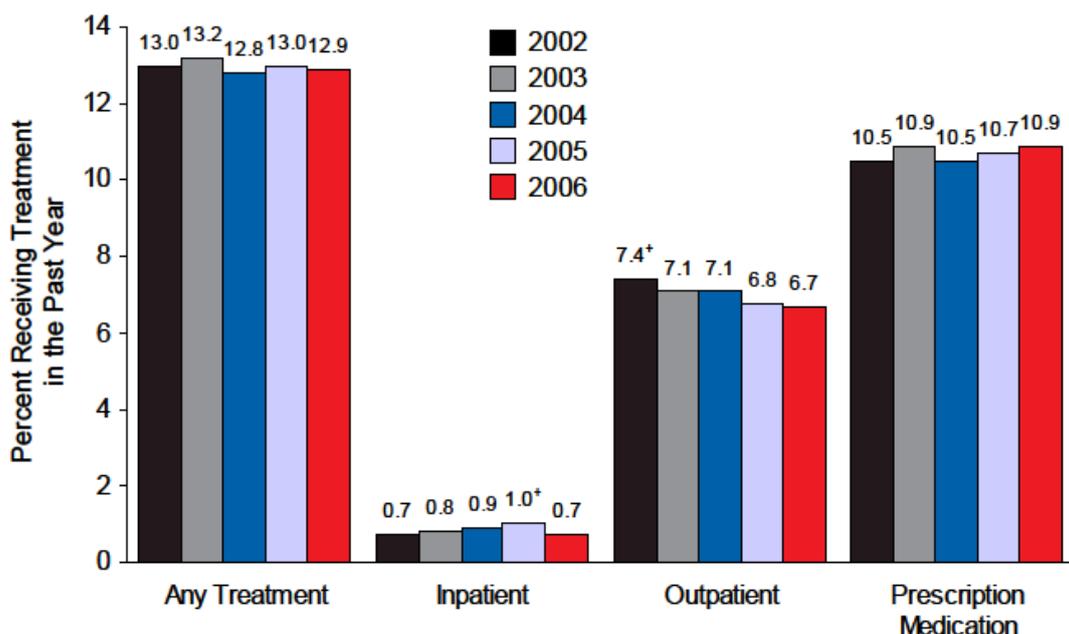
この受療率について個人属性ごとに見ると次の特徴がある。第一に、年齢層によって受療率が異なる (18-25 歳 10.8%、26-49 歳 14.0%、50 歳以上 12.4%)。第二に、男女で比較すると、外来治療の率 (男性 4.8%、女性 8.4%) と薬物療法の率 (男性 7.2%、女性 14.2%) は男性が女性に比して低いが、入院治療の率は大きな差はない (男性 0.8%、女性 0.7%)。第三に、人種・民族的に見ると、2 つ以上の人種 (races) を申告した人では 21.6%、白人では 15.2%、アメリカインディアン・アラスカ出身者では

11.9%、黒人では 7.4%、ハワイ出身者およびその他の太平洋の島民では 7.0%、中南米出身者でも 7.0%、アジア人では 5.6%であった。

また、同報告書では、18 歳以上の米国成人の 4.8%、1,050 万人が精神保健関連の治療またはカウンセリングのニーズが満たされていないと推計されている。内訳は、治療を受けていない人が 480 万人、何らかの治療またはカウンセリングを受けたがニーズが満たされていない人が 560 万人 (治療を受けた人 2,830 万人の 19.9%) である。何らかの治療またはカウンセリングを受けたがニーズが満たされていないとは、治療の遅滞または治療が不十分であると感じていることが反映されているのではないかと述べられている。治療を受けていない人にとって受療の障害となっている事由は、金銭的に賄えないが 41.5%、その時点では治療せずとも問題に対処できると考えたが 34.0%、治療に行く時間がないが 17.1%、どこへ行けばサービスが受けられるかを知らないが 16.0%となっている。

18歳以上の9,282名を対象とした面談インタ

《図表 8》 18 歳以上人口に対する精神保健関連治療の受療者の割合：2002-2006 年



(出典) 脚注 14 の資料、p.91、Figure 8.6.

ビューによる全国家計調査（2001年2月から2003年4月にかけて実施）である the National Comorbidity Survey Replication（以下「NCS-R」とする。）のデータを基づく Wang らの研究では、誰の治療を受けたのか（ケアの提供者）について報告されている<sup>26</sup>。この調査では、障害の種類としては DSM-IV に従った気分障害・不安障害・衝動調節障害・薬物（乱用・依存）障害を対象とし、ケアの提供者について次の5類型で聞き取っている（複数回答あり）。

- ①精神科医
- ②精神科医以外の精神保健の専門家（精神分析医またはその他の精神保健の専門家、精神保健が専門のソーシャル・ワーカーまたはカウンセラー、精神保健に関するホットラインの利用）
- ③一般医療の提供者（Primary Care Physician（プライマリー・ケア医。以下、「PCP」とする。）、その他の一般臨床医、看護師、または上記以外のその他のヘルスケアの専門家）
- ④福祉サービスの専門家（牧師等の聖職者、精神保健が専門ではないソーシャル・ワーカーまたはカウンセラー）
- ⑤代替医療の専門家（カイロプラクター等のその他の治療者、インターネット上の支援グループへの参加、自助グループへの参加）

上記のいずれかの障害のある人で、上記5類型のいずれかのケア提供を受けた人の割合は41.1%であった。類型別では、精神科医12.3%、精神科医以外の精神保健の専門家16.0%、一般医療の提供者22.8%、福祉サービスの専門家8.1%、代替医療の専門家6.8%であり、PCP等

一般医療の提供の場でメンタルヘルスのケアが提供されていることが明らかにされた。上記の障害を持った人以外へのケアの提供を含めて考えると、ケアの提供された人の割合は17.9%であり、10年前の13.3%から大きく増加している。この研究では、この拡大の最も大きな部分は一般医療の提供の場において発生しているとし、いくつかの先行研究を引用して、一般臨床医が治療の開始および専門ケアへのゲートキーパーの役割を果たしていることが多いこと、PCPの精神障害に対する認識が高まったことが直接的に消費者に向けた広告宣伝が消費者需要を刺激したことと相俟ってこの増加に結びついたのでないかと考察している。

#### 4. メンタルヘルスと他の慢性疾患との相互関連

抑うつ障害が慢性疾患の発症を促進したり、慢性疾患がうつ病の症状を悪化させる傾向が観察されることから、精神疾患とその他の慢性疾患との相互関連についても多くの研究がなされている。Chapmanらは抑うつ障害と慢性疾患との相互関連に関する広汎な論文レビューを行っている<sup>27</sup>。この論文から特徴的な相互関連を抜粋して、以下に述べる。ここに取り上げた各知見の根拠論文は、Chapmanらの論文に参考文献として掲載されている。

<喘息>

- 喘息患者の約50%が臨床的に重篤な抑うつ症状を呈している。
- 呼吸困難、夜間覚醒といった重い症状の喘息患者では、大うつ病のリスクが高まる。
- 抑うつ症状が重くなると喘息の治療成果が低下する。

<sup>26</sup> Philip S. Wang, et al., "Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States", Arch Gen Psychiatry, 62, 2005, pp.629-640

<sup>27</sup> Daniel P. Chapman, et al., "The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders", Prev Chronic Dis [serial online] 2005, (visited Nov. 22, 2007) <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04\\_0066.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm)>.

- 抑うつ障害に対する早期のアセスメントと介入が、治療へのアドヒアランスと治療成果を改善する。
- 認知行動療法により喘息とうつ病の症状を大幅に改善させる。
- <循環器疾患>
- 抑うつ障害は、喫煙や運動不足といった循環器疾患のリスクファクターに関連する。
- 精神疾患は、一般的に、循環器疾患による死亡率を増加させる。
- 一般的に、抑うつ状態にある人は冠動脈疾患となる傾向が強くなっている。
- うつ病に罹患しているまたは抑うつ症状のある人が心臓病に罹患するリスクは抑うつ症状のない人の約 1.6 倍である。
- うつ病あるいは抑うつ症状は脳梗塞の予測因子である。
- 重篤な抑うつ症状のある人が 10 年間に脳梗塞を発症する率は、抑うつ症状のほとんどない人の約 2 倍である。
- うつ病は脳梗塞の発症および脳梗塞による死亡のリスクを増加させる。
- 脳梗塞後、特に左脳に影響を与えた脳梗塞後にうつ病を発症することは通例である。
- 脳梗塞患者の半分以上の人が、脳梗塞後 18 か月以内に抑うつ症状を報告している。
- 脳梗塞後のうつ病はリハビリテーションへの反応を害し、脳梗塞後 2 年以内の死亡率を高める。
- 大うつ病の既往のある人はうつ病の既往のない人に比べて、心筋梗塞の発症が 4 倍以上である。
- 心筋梗塞の既往のある人の 6 人に 1 人が大うつ病を発症する。重い抑うつ症状を経験する

人は少なくともその 2 倍である。

#### <糖尿病>

- 糖尿病患者がうつ病を発症する率は、糖尿病でない人の 2 倍である。
- 抑うつ障害と、空腹時インスリンレベルおよび運動不足とは正の相関がある。
- うつ病の診断を受けている糖尿病患者はうつ病でない糖尿病患者と比して、甘いものや高脂肪食品の食べすぎとなることが多く、自宅外で糖尿病のダイエットを守る自分の能力に不満足を感じている。
- うつ病の治療により血糖コントロールが改善する。
- 糖尿病とうつ病を併発している人の総医療費支出 (2 兆 4,700 億ドル) は、うつ病でない糖尿病患者 (5,500 億ドル) の 4.5 倍である。
- 認知行動療法と抗うつ薬治療は、糖尿病患者のうつ病の重症度を軽くするとともに、血糖コントロールを改善する。

このような抑うつ障害と慢性疾患との相互関連を検討した研究成果を受け、この論文では、精神科領域の障害に関するタイムリーな診断と治療が慢性疾患に大きな影響を与えると結論している。

## IV. 課題

### 1. 企業（雇用主）の提供するメンタルヘルスケアの課題

米国企業（雇用主）の 60%が従業員に健康保険給付を提供している<sup>28</sup>。従業員規模別に見ると、従業員数 200 名以上の企業（雇用主）では 99%が従業員に健康保険給付を提供している

<sup>28</sup> Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, "Employer Health Benefits 2007 Summary of Findings", Publication No. 7672, 2007, (visited Dec. 10, 2007) <<http://www.kff.org/insurance/7672/upload/Summary-of-Findings-EHBS-2007.pdf>>.

のに対して、従業員規模 3～199 名の企業（雇用主）では 59%である。健康保険給付を提供しているこれらの企業（雇用主）では、98%が処方箋薬剤を、97%がメンタルヘルスケアを給付の対象としている<sup>29</sup>。

給付の普及率は上記のとおりであるが、給付内容には違いがあり、メンタルヘルスケア関連の給付は、身体へのヘルスケアに関する給付より常に制限的であり続けてきた。その経緯について、前掲注 23 の The Surgeon General's Report on Mental Health（米国公衆衛生局長官の精神保健に関する報告書）では次のように説明されている<sup>30</sup>。

「民間の健康保険は一般的に、身体への疾患に関する給付に比べ、精神疾患に関する給付はより制限的であった。これにはいくつかの背景がある。保険会社は、メンタルヘルス・サービスの給付が、長期にわたる集中的な心理療法と長期化した入院に関連して高コストとなることを懸念した。精神疾患による入院は長期にわたり養護的であっても公的な精神保健システムでは給付されたが、保険会社は、長期の（しばしば養護的である）入院に対する支払いを渋った。これらの要素は民間の保険会社がメンタルヘルス・サービスの給付を制限することを促した。

いくつかの民間保険会社は、精神疾患の治療を支払い対象とすることを断った。

他の保険会社は、単純に、急性期のケア・サービスに支払いを限定することとした。支払い対象とした場合でも、保険会社は、種々の金銭上の制約を課すことを選んだ。例えば、

ケアの費用に関する自己負担額を身体疾患の場合とは別途高く設定するとか、各人ごとおよび 1 発症ごとの年間支払限度額や生涯通算支払限度額を身体疾患の場合とは別途低く設定することが行われた。その結果として、個人は、メンタルヘルス・サービスに関して、一般のヘルス・サービスより高い割合の自己負担を支払うこととなり、ケアの費用が限度額を超過した場合には壊滅的な金銭上の損失に直面し、場合によっては公的セクターに移行することとなった。」

このように給付を制限したにもかかわらず、1980 年代から 1990 年代初頭にかけて、企業（雇用主）はメンタルヘルスケアに関する給付の年間コストの未曾有の増加を経験した。例えば、NBGH（当時は Fortune400 社のうちの 200 社が加盟する企業（雇用主）団体であった）の会員会社のメンタルヘルスケア給付の経費は 1988 年には 27%、1989 年には 47%上昇した<sup>31</sup>。増加するコストに対応するため、企業（雇用主）は、入院をさらに制限し、部分入院のような代替的な方法が取れるように給付デザインを変更する、あるいは、メンタルヘルスケア・サービスを管理するため MBHO と契約してサービス管理を任せるなどの対策を採った。これらの変化は外来治療および病院に代わる場での治療の拡大に繋がり、入院ケアの利用を大幅に減少させ、メンタルヘルス関連の給付に対する総支出を大幅に低下させた。しかし、ケアを強力に管理しサービスを制限する戦略によりコストは低下したが、予期せぬ問題も生じた。アクセス、ケアの質、給付の不均衡である。

<sup>29</sup> Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, "Employer Health Benefits 2006 Annual Survey", Section 9 Prescription Drug and Mental Health Benefits, Publication No. 7527, 2006, (visited Dec. 10, 2007) <<http://www.kff.org/insurance/7527/upload/7527.pdf>>. 最新の 2007 年度版よりはメンタルヘルスに関連する給付の調査結果が掲載されていないので、2006 年版より引用した。

<sup>30</sup> 前掲注 23、U.S. Department of Health and Human Services, p.418

<sup>31</sup> 前掲注 2、Finch RA. Phillips K. Center for Prevention and Health Services, pp.43-52

## (1) アクセス

大半の企業（雇用主）は、彼らの負担するメンタルヘルスケアのコストを削減するために、外来受診回数の限度、入院に対する支払いの日額限度、外来受診時の自己負担額の引き上げを通じサービスの利用を制限してきた。これらの制限は一般のヘルスケアまたは処方薬剤（向精神薬、一般ヘルスケアの薬剤とも）には適用されなかったものである。したがって、通常は、向精神薬に対する自己負担額として従業員等が支払わなければならない金額は、どの医療機関で処方されたかにかかわらず、その他の健康問題に対する処方薬剤の場合と比べて差はない。向精神薬療法に対する自己負担額が他の薬剤療法と同じであり、受診に要する自己負担額がメンタルヘルス専門家の場合に比して大幅に低いPCPでもこうした薬剤は処方できるので、患者は次のような行動を取りがちであった。

[患者行動特徴1] 一般の医療現場の医師（例えばPCP）からのケアを求める。

メンタルヘルス関連の給付は、一般の医療に関する給付に比べて制限的で、患者に高いコスト負担を課していたので、メンタルヘルスの問題を持った多くの個人は、その症状の重症度や複雑さに拘らず、追加の自己負担を避けるために、一般の医療現場のPCPによるケアを求めた。

[患者行動特徴2] 単独の治療形態として薬剤を使う。

投薬と（PCPによる）投薬管理に対する患者自己負担額を合算したコストは、心理療法またはメンタルヘルス専門家による投薬管理に要する患者自己負担額よりも通常安いので、その症状の重症度や複雑さに拘らず、薬物療法を単独の治療形態として頼りにする傾向が

患者にある。さらに、PCPは一般的に心理社会的介入（例えば、心理療法）を提供しないので、PCPによる治療を選択した患者は、薬物療法以外の治療方法を受ける機会は少ないものと考えられる。

このような意図しない患者行動は、次の2点が懸念される。第一に、後述するように、プライマリーケアの場で提供されるメンタルヘルスケアの質は、専門的メンタルヘルスケア・システムで提供されるケアほど均質でないこと。第二に、うつ病やその他の一般的な精神疾患に対しては、薬物療法と心理療法のような心理社会的介入を組み合わせた治療が、いずれか単独の治療に比べて効果的であることが数多くの研究で示されているにもかかわらず、組み合わせられず単独での治療となってしまっていることである。

## (2) ケアの質

ケアの質には従業員と企業（雇用主）とも懸念を持っている。不幸にして、米国で提供されているメンタルヘルスケアの質はひどく不均質であり、多くの米国人が不適切なケアを受けていることを示す研究結果が多く公表されている。

前出のNCS-Rの調査結果では、精神疾患または薬物乱用障害の治療を受けた患者のうち、適切な治療を受けたものは32.7%しかいないことが示された<sup>32</sup>。この研究で定義している最小限の適切な治療（後述）を受けた患者の割合を医療提供者別に見ると、一般医療のセクターで治療を受けた患者では12.7%であり、精神保健の専門家（例えば、精神科医、精神分析医、ソーシャル・ワーカー等）の治療を受けた患者でも48.3%であった。一般医療のセクターでは最小限の適切な治療を受けた患者の割合が低い理由

<sup>32</sup> 前掲注26、Philip S. Wang, et al.

は明確でないとしているが、この論文の著者らは、医療提供者側の要因（競争的需要、精神障害治療に対する医療費償還額の不適切さ、精神障害治療に関する訓練・経験の不足等）と患者側の要因（精神保健の専門家を受診した場合より治療に対するコンプライアンスが悪い等）が考えられるとコメントしている。

なお、この研究でいう最小限の適切な治療とは、最新の根拠に基づいたガイドラインに基づいて定義されたもので、患者は次のサービスのどちらか一方または両方を受けるものである。

投薬管理：主たる障害に対する適切な投薬が2か月以上で、かつ、フォローアップのために医師（医師のタイプは問わない）を5回以上受診していること

心理療法：1回30分以上の精神保健または福祉サービス専門家（種類は問わない）による心理療法を8回以上受診していること

また別の研究では、うつ病の治療を受けた患者のうち、彼らの症状に合った推奨されるケアを受けたものは57.7%しかおらず、薬物乱用のひとつのタイプであるアルコール依存の治療を受けた患者のうち、彼らの症状に合った推奨されるケアを受けたものは10.5%しかいないとする調査結果が報告されている<sup>33</sup>。25種類の急性および慢性症状を検討したこの研究でインタビューされたすべての患者のうちでは、症状に合った推奨されるケアを受けた患者の割合が最も大きかったのは老人性白内障の78.7%で、上記のアルコール依存が最も少ない疾患であった。

### （3）給付の不均衡

身体の健康に関する給付と同等でないメンタルヘルスに関する給付の構造が、治療へのアク

セスを制限し、逆選択を助長し、恥ずかしい気持ちを醸成し、ケアの質を低下させ、自己負担額のために生じる金銭上の損失のリスクが大きくなり不十分な保険しか持たない個人を放置することとなったことは長く懸念されてきたことである。この懸念に対する一つの部分的な対応が1996年9月26日に署名され発効したMental Health Parity Act<sup>34</sup>（以下、「MHPA」とする。）である。この法律では、労働者とその家族に提供するメンタルヘルスに関する給付の範囲（コスト負担、受診回数または支払対象日数の制限、医学的な必要性に関する条件を含む）に関する裁量権を企業（雇用主）に認めつつも、50人以上の従業員を雇用している企業（雇用主）でメンタルヘルスに関連する給付を提供するものに対して、メンタルヘルス・サービスの支払いに関して設定する年間の支払限度額または生涯通算の支払限度額は、一般の医療や手術給付における支払限度額を下回ってはならないことを要請している。MHPAはメンタルヘルスと一般の医療の給付の均一化に向けた第一歩であった。この法律は発効以来今日まで猶予期間を6回延長してきているが、国内最大の雇用主である米国政府は2001年に公務員の給付の均一化を行い、Eli Lilly, Northeast Utilities, CNF Transportationを含む数多くの民間企業が給付構造の均一化に取り組み始めている。

給付均一化の流れについては多くの研究がある。均一化に関する多くの研究を引用して、専門的メンタルヘルスに関する給付と一般の医療の給付の構造を均一化しても、ヘルスケアの総経費をほとんど増加させず、ヘルスケア総保険料の1~2%以下といったささやかな額の増加にすぎないことがAmerican Psychological

<sup>33</sup> Elizabeth A. McGlynn, et al., "The quality of healthcare delivered to adults in the United States", The New England Journal of Medicine, 348(26), 2003, pp.2635-2645

<sup>34</sup> Mental Health Parity Act, (visited Nov. 15, 2007) <<http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/fsmhparity.html>>.

Association(米国心理学会)のサイトで紹介されている<sup>35</sup>。均一化に関する現在までの最も大規模な研究は、the Federal Employees Health Benefits Program (米国連邦職員健康保険給付プログラム)における4か年にわたる研究である<sup>36</sup>。この研究では、2001年の給付均質化導入の前後の期間を比較し、メンタルヘルスと薬物乱用の治療へのアクセスを少し増加させつつも総支払はほとんど増加させないで給付の均質化が実施可能であったことが示されたとしている。

## 2. 企業(雇用主)の取り組み事例

本節では、質の高いメンタルヘルスに関する給付・プログラムおよび政策を実現した企業(雇用主)としてNBGHが2007年10月に表彰・公表した事例を基に、米国における企業(雇用主)のメンタルヘルス分野における取り組み事例を取り上げる<sup>37</sup>。NBGH(前身はWashington Business Group on Healthと呼ばれた)は、国の最重要課題であるヘルスケアの諸課題に対する革新的で先進的な解決策の模索に腐心している大企業の全国組織である。この組織は200社を超える会員会社で構成されているが、その主体はFortune 500に名を連ねる民間企業(雇用主)および公的セクターの大規模雇用主である。会員各組織が健康関連給付を提供している米国の労働者・退職者・家族が約5,000万人に及ぶ。

NBGHは2005年、前出のEGBHSを公表したが、この報告書では、第一部でメンタルヘルスの発症率等の疫学的項目、治療、コストに関する米国における主要なトレンドを述べた後、

第二部で米国の企業(雇用主)が提供しているメンタルヘルスケア・サービスの現状をつぶさに検討し、第三部でこれらを改善するための提言を行っている。NBGHでは、この報告書の公表以降、多くの大規模企業(雇用主)が報告書に示した諸提案の一つ以上を実施に移してきたとし、革新的・先進的な取り組みを実施している企業(雇用主)を明らかにすることで、こうした他の範となる企業(雇用主)の経験から各社が学べるようにするため、Behavioral Health Awards(以下、「BHA」とする。)と称する表彰を実施することとした。第1回の表彰はSAMHSAの一部門であるthe Center for Mental Health Servicesの後援を受け2007年10月に実施され、5社6プログラムが選ばれた。本章では、このうち、自閉症の子供を対象としたプログラムを除く5プログラムについて取り上げる。

### (1) Aetna/エトナ社

表彰対象：一般医療の場におけるメンタルヘルスケア・サービス

本部：コネチカット州ハートフォード市

産業分類(industry)：ヘルスケア

産業部門(sector)：健康保険プラン(Healthcare Plans)

従業員数：米国内に31,130名

#### ①経緯

米国ではメンタルヘルスの問題をもつ人の大半は一般の医療の場でのみ治療を受けている。

<sup>35</sup> American Psychological Association. Government Relations Practice Organization, "The cost of full parity: One to two percent, or less. period", (visited Nov. 15, 2007) <[http://www.apa.org/practice/cost\\_parity.html](http://www.apa.org/practice/cost_parity.html)>.

<sup>36</sup> U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. "Evaluation of Parity in the Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program: Final Report". U.S. Department of Health and Human Services, 2004, p.8

<sup>37</sup> Slavitt W, et al., Center for Prevention and Health Services, "Behavioral Health Awards: Employer Implementation & Best-Practices", National Business Group on Health, 2007, (visited Dec. 13, 2007) <[http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/issuebrief\\_awardsoct2007.pdf](http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/issuebrief_awardsoct2007.pdf)>.

PCP およびその他の一般の医療の提供者が米国におけるメンタルヘルスの不可分の一部となっており、今後もそうであり続けるだろうと考えられている。EGBHS では、医療提供者が慢性症状を持っている人に対してうつ病およびその他のメンタルヘルス症状のスクリーニングを実施すること、企業（雇用主）がスクリーニングとモニタリングの給付を提供することを提言している。さらに、企業（雇用主）は、慢性の健康問題とメンタルヘルス症状の両方を持つ人に対する一般の医療のシステムと専門的なメンタルヘルスカ・システムのよりよい連携を促進する必要があるとも提言している。エトナ社は、プライマリー・ケアの提供者が、うつ病のスクリーニングを行い、慢性的な医学的問題を持つ人に同時に発生しているうつ病を管理し、うつ病患者の症状の改善をモニターすることを促すプログラムを実施することで、従業員の健康を改善した。

エトナ社は、同社の引き受ける健康保険プラン事業の加入者集団において主傷病あるいは副傷病としてうつ病が過去 10 年間にわたり増加してきていることに気づいていた。エトナ社のマネージド・ケア型のメンタルヘルスカ部門である Aetna Behavioral Health 社（以下、「ABH」とする。）は、エトナ社の全医療費請求事案のほぼ 12%で抗うつ薬が使用されており、女性対男性の比率は 3 対 1 であることを見出した。抗うつ薬を服用している全患者のうち、44%の人が、一般の医療的な健康問題とメンタルヘルスの問題を併発し、介入の必要があるためメンタルヘルスに関する給付の請求をしていた。ABH は同様に、うつ病の加入者はうつ病でない加入者に対して平均的なヘルスカ・コストが高いことも見出した。うつ病の診断を受けた全加入者のうち、ほぼ 2%が大うつ病によ

り就業不能が発生し、平均的なコストは 18,168 ドルであった。これに加え、アブセンティーズムの増加と生産性の低下に関連する間接的なコストは莫大な金額となる。

このような給付金請求情報の検討に加えて、エトナ社はうつ病の影響に関する論文検索と抗うつ薬に関する研究を実施した。この研究において、大うつ病と新たに診断を受け抗うつ薬療法を受けている加入者で、抗うつ薬を処方した精神科医から継続ケアを受けているかまたは 6 か月間抗うつ薬療法を遵守している人とそうでない人とを比較した。結果として、投薬計画を遵守した人または継続ケアを受けた人は、そうでない人に比べ、総体的な医療コストが低いことが示された。

これを受け、エトナ社は、事前対策としてのアセスメントと早期介入を、体系的なケア・コーディネーションと組み合わせれば、最適な治療成果をもたらす得ると考えた。ABH の the National Medical Director である Dr. Hyong Un によれば、エトナ社はよいメンタルヘルスカへのアクセスを容易にすることで生産的で健康な従業員を増加させたいと考えた。ABH は、従業員のニーズをいち早く汲み取り、総合的な治療のアプローチを提供する全面的に統合化されたプログラムを開発し実施する必要があると結論した。

## ②プログラムの特徴

エトナ社は組織をあげての検討を経てプログラムを決定した。うつ病に纏わるコストを上級経営陣が検討し、プログラムのスポンサーとなる CEO および CMO (chief medical officer) の支持を取り付けた。CEO、CMO の支持が取り付けられたことにより、さらなる制度的なサポートと統合化に必要な調整が促進された。エ

トナ社は統合化を主要な会社政策として掲げ、メンタルヘルスのデータと身体的な健康のデータを一つのプラットフォームに統合することとした。こうした取り組みの結果として、ABHはうつ病を患う従業員を支援するための3つのプログラムを開発し実施した。

#### 《図表 9》 エトナ社のうつ病へのアプローチ

先んじたアセスメント

- PCP イニシアティブ
- デিজーズ・マネジメント・プログラム
- 精神科ハイリスク管理 (Med-Psych)
- うつ病デিজーズ・マネジメント (DDM)

(出典) 脚注 37 の資料、pp.9 より損保ジャパン総合研究所作成

##### a. PCP イニシアティブ

PCP イニシアティブは全国展開で実施されたプログラムで、すべてのPCPを対象とした。PCPには the Patient Health Questionnaire (PHQ-9<sup>®</sup>)という質問票を用いたスクリーニングに対して費用が償還される。PHQ-9<sup>®</sup>は、症状および機能障害の評価、うつ病の診断、重症度の決定、治療効果のモニターに使われる業界標準の質問票である。PCPによるスクリーニングの結果、本件プログラムに紹介された従業員のフォローアップはケア・プランナー(以下、「CP」とする。)が担当する。CPは、定められた期間ごとにPHQ-9<sup>®</sup>を繰り返し実施し、従業員をサポートする。また、必要に応じて、CPは従業員にうつ病治療のためのメンタルヘルス提供者を紹介する。

うつ病に陽性(すなわち、PHQ-9<sup>®</sup>の最初の二つの質問のいずれかに陽性の回答をする)かどうかのスクリーニングを実施することに対してPCPへ費用償還することは、金銭的視点か

らも実務の視点からも妥当なものとABHは考えている。標準化されたPHQ-9<sup>®</sup>を使用することで実施されるうつ病のスクリーニングの費用を償還することは、このイニシアティブの特色であり、医師によるスクリーニングの実施を促進すると考えた。ABHは、うつ病におけるパフォーマンスに基づき費用支払の指標(pay for performance measures)の明確化とフィールドテストの実施を協働して行うことをNCQA(National Committee for Quality Assurance 米国の非営利の認証機関)に打診している。

##### b. 精神科ハイリスク管理 (Med-Psych)

Med-Psychは、一般の医療の症状とメンタルヘルスの症状を同時に持っている従業員で、二つの専門分野におけるケア間の連携が重要である人を支援するプログラムである。SF-12<sup>®</sup>と呼ばれる健康調査票を用いたうつ病のスクリーニングで陽性であった従業員がこのプログラムに紹介される。SF-12<sup>®</sup>健康調査票は健康状態評価のための簡便な質問票で業界標準となっているものである。メンタル面での健康状態および身体面での健康状態に関する回答者の認識を問うもので、回答結果データを用いて、Mental Component Summary (MCS)およびPhysical Component Summary (PCS)のサブスコアが算出される。

Med-Psychプログラムの参加者にはケア・マネージャー(以下、「CM」とする。)がつく。CMの役割は、プログラム参加者のニーズを評価し、症状がもっと重篤になる前にできる介入の機会を探り出すことである。CMは、各プログラム参加者がそのニーズに最も適した回復のためのプランの策定を助け、メンタルヘルスの提供者による治療を手配することを支援し、メンタルヘルスと身体的なケアの連携の取れたア

アプローチが実施されることを確実にする。

2006年のSF-12®健康調査の結果では、Med-Psychプログラム参加者のPCSサブスコアは平均して45%増加し、MCSサブスコアは8%増加したことが示された。プログラム参加者はプログラムに参加中、平均して3.5日分就労できない日を回避できた。記録されたデータによれば、このプログラムに参加した従業員については1名1月当たり13%の費用節約となり、投資収益率(ROI)は3対1であったとのことである。

加えて、エトナ社はMed-Psychプログラムが医療費、薬剤費およびサービスの利用に与えた影響を評価した。大うつ病の兆候があり、Med-Psychプログラムに参加した人は重篤な健康状態にあるがこのプログラムに参加しなかった人に比べて、医療費およびサービスの利用とも低かったとしている。

#### c. うつ病ディジーズマネジメント(DDM)

DDMは、うつ病のメンタルヘルス・サービスを既に利用している従業員を対象とし、プログラム参加者がうつ病を理解し、よりよく自己管理することを支援するようにデザインされている。DDMでは、適切なアセスメント、治療計画とゴール設定、およびうつ病の慢性症状のある参加者のニーズに対処するためのケア・マネジメント・サービスが活用される。

2006年のSF-12®健康調査の結果では、DDMプログラム参加者のPCMサブスコアは平均30%増加したことが示された。DDMプログラム参加者はプログラム参加中、平均して2.5日分就労できない日を回避できた。加えて、ABHは抗うつ薬利用調査を実施し、その結果、抗うつ薬療法を6か月間継続した参加者については1名1月当たり57ドルの節約となったとしてい

る。

#### d. コミュニケーション戦略

プログラムの運営にあたっては、次のコミュニケーション戦略が取られた。プログラム参加者とのコミュニケーションはもちろんのこと、PCP等サービス提供者側とのコミュニケーションにも重点が置かれている。

- サービス提供者向け Welcome Kit (プログラムの概要と運用上の詳細が記載されている。)
- 情報提供とトレーニングのための専用公開ウェブサイト
- CEU2単位分の医師継続教育を無料で提供
- サービス提供者向け両面刷りフライヤー (表はプログラムの概要、裏はサマリーシート)
- 参加しているPCP宛のはがきの郵送
- セミナー、会議等におけるサービス提供者、プラン・スポンサーへのプレゼンテーション
- プログラム参加者向けブローチャーの郵送 (うつ病の治療に関する情報を掲載されている。)

#### e. 重要な成功要因

プログラムを成功に導いた重要な要因として、次の5つが挙げられている。確実に実施し、結果を把握し、改善に結びつけることの重要性が改めて理解できる。

##### ア. 参加登録

スクリーニングでうつ病陽性となった人は時期を逸せずプログラムに参加登録し、必要なアセスメントをすべて完了した。

##### イ. 完了率

全員というわけではなかったが、ほとんどの参加者がプログラムを完了し、成果を出した。(プログラムの完了とは、PHQ-9®の完了、ケー

ス・マネジメントための必要情報の収集完了、治療プログラムおよび退院計画の完了等を指す。)

#### ウ. SF-12®の実施

治療の前後で SF-12®によるアセスメントを実施した。

#### エ. 症状の重症度

プログラム参加時点、および、必要に応じて治療期間中も、さらに治療プロセスの最後に、参加者の症状の重症度をレビューした。

#### オ. 参加者の満足度調査

参加者の満足度調査を実施し、調査結果に基づきプログラムの強化を実施した。

### ③将来の方向性

エトナ社はこれらのプログラムの拡大を継続している。将来のプログラムでは、アルコール乱用や不安障害、双極性障害といったうつ病と同時に存在することの多いメンタルヘルス障害を扱う予定とのことである。

## (2) Cisco Systems/シスコシステムズ社

表彰対象：早期介入

本部：カリフォルニア州サンホセ市

業種 (industry)：ネットワークングおよび通信機器

産業部門 (sector)：テクノロジー

従業員数：米国内に 16,835 名、国外を合わせて 61,535 名

### ①経緯

EGBHS では、企業 (雇用主) が、心理社会的な問題により引き起こされる生産性およびアブセンティーズムの問題を評価し、適切に対処すべきことを提言している。従業員の健康と生産性に大きな影響を与えることが期待されるヘルス・プロモーションおよびヘルスケア教育

ツールの提供にあたっては、体系的なプログラムがデザイン・開発される必要がある。また、これらのプログラムは、健康保険プランや就業不能管理プログラムといった他の健康関連サービスと連携させる必要があること、さらには、職場組織が従業員の健康や生産性、仕事の満足度に与える影響を評価するために、定期的な組織評価の実施が必要であることも提言している。

シスコシステムズ社は、健康リスク評価を活用して、従業員が自身のメンタルヘルス問題を認識すること、特定の集団または特定の障害に合わせたプログラムを開発すること、また、それらのプログラムを評価することに役立っている。具体的には、毎年秋に、同社従業員はオンラインで健康評価に回答する。この評価では従業員のアブセンティーズム、プレゼンティーズム、身体的な慢性症状およびメンタルヘルスの症状を測定する。同社の 2005 年度健康評価データを分析した結果では、同社従業員のおよそ 9%が不安およびうつ病のどちらか一方または両方の問題ありと回答していることが示され、これらの労働者は、同時に睡眠の問題も持っている人が多く、同社の慢性疾患による生産性を喪失した従業員全体の 40%を占めていたことが示された。同社は、United Behavioral Health 社(UBH)、Harvard Medical School (HMS)および WebMD 社と協働して、ストレス、不安、うつ病および不眠症によって生産性とウェルネスに負の影響を受けている従業員を特定し、評価し、援助の手を差し伸べるプログラムを開発した。

2006 年、シスコシステムズ社は、2005 年の健康評価で特定された問題を扱うための援助のパイロットプログラムをデザインした。2006 年の秋に実施された改訂版の健康評価では、2005 年に使われた質問群とともに双極性障害

に関する質問が加えられた。また、2006年の健康評価では、アブセンティーズム、生産性、慢性症状およびメンタルヘルスの症状に関する質問で構成された the Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)が取り入れられた。HPQはHMSとWHOで開発された質問票である。

シスコシステムズ社のパイロットプログラムは、UBHの標準的ケアの援助プログラムとの比較を行う無作為化試験である。うつ病、不安、不眠症および双極性障害に関する2006年の健康評価の回答内容に基づき、HMSとUBHが参加対象者をスクリーニングした。このような広汎な症状を調査対象としたのは、うつ病がこれらの他の症状によって隠れていることが往々にしてあるからである。HMSとUBHは、UBHの健康保険プランに加入し、健康評価に回答し、健康援助プログラムの一環として後にコンタクトを受けることに同意したシスコシステムズ社の従業員のうち、うつ病および双極性障害のどちらか一方または両方に関してある程度のリスクを持った人210名を特定した。参加候補者に関する情報はUBHのみが保有するという形で、すべてのデータは安全に秘密が守られた。従業員は新しい援助プログラム（「援助群」）と標準的なUBHケア（「標準群」）のいずれかに無作為に割り付けられた。援助群、標準群の属性は《図表10》の通りである。

《図表10》パイロットプログラムにおける  
援助群、標準群の属性

	援助群	標準群
割付人数	99人	111人
参加同意者数	92人	106人
うつ病リスク者割合	60%	58%
双極性障害リスク者割合	40%	42%

(出典) 脚注37の資料、p.16より損保ジャパン総合研究所作成

## ②プログラムの特徴

援助プログラムの開発にはおおよそ6か月を要した。プログラム開発のコストの主要なものは、シスコシステムズ社、UBHおよびHMSのスタッフが開発期間中2週間に1回会って、1時間の打合せを行った人件費である。追加的にかかったコストとしては、2005年の健康評価データの最初の分析、WebMDで実施された2006年の健康評価のために質問を追加したり編集したりしたコスト、研究計画に関し第三者の倫理審査機関の承認を得るために要したコストがある。

パイロット援助プログラムは2007年初めに開始され、UBHのCare Advocateと呼ばれる修士レベルのセラピスト（以下、「CA」とする。）から、援助群に割り振られたシスコシステムズ社従業員への電話による援助が基本である。援助期間中、CAはシスコシステムズ社従業員との間に協力的な関係を構築し、うつ病および双極性症状の初回のアセスメントを実施し、必要に応じて対面によるメンタルヘルス・サービスの利用を促進する。加えて、CAは従業員がケアを受けることに対する個人的・社会的障害を克服することを支援するとともに、うつ病に関する一般的な質問に答え、うつ病を認識し治療を受けるにあたっての助言を含む各種の情報を従業員宛にメールで提供する。対面での治療を受けることとなった従業員に対しては、CAは治療への反応を評価し、ケアをコーディネートし、従業員が治療計画を遵守することを支援する。治療を受けない従業員に対しては、CAは動機付けインタビュー技法を用いて従業員に対応し、症状が改善するよう働きかけることとした。

援助プログラムの追加的な部品として、The Brain Resource Company, Ltd.が開発したオ

ンラインのツールキットが使われた。WebNuro と呼ばれるこのツールキットは、記憶、運動機能、集中力、感情およびその他の脳の機能をテストする一連のオンライン上のやりとりで構成されている。結果を CA が検討し、従業員と話し合う。結果が更なる評価の必要性を示唆する場合には、CA が適切なサービスの利用を促すこととしている。

援助プログラムに参加した従業員からの反応は非常に肯定的であった。初回の健康評価時に比べ症状が和らいでいるかあるいは消散している場合であっても、参加従業員は援助のための電話コールをありがたいと評価した。プログラム参加への辞退率は低く、当初の 210 名の参加者のうち、参加を辞退した人または途中でプログラムから離脱した人は 12 名に過ぎなかった。これは、従業員が支援を受け入れる準備ができており、喜んで受け入れることを示唆しているとシスコシステムズ社では評価している。

### ③将来の方向性

シスコシステムズ社は従業員のデータの収集を継続中で、パイロット援助プログラムの評価は完了していない。2007 年の秋に、シスコシステムズ社従業員は再度健康評価を行う。これにより、新しい援助プログラムの結果と標準的 UBH サービスを受けた従業員の結果と比較し、2007 年と 2006 年の健康評価の回答の差を評価することで、HMS は援助プログラムの効果を測定することができるとしている。うつ病、不安、慢性睡眠障害、双極性障害、アブセンティーズムおよび生産性の 2006 年から 2007 年への変化が評価される。健康評価のデータに加えて、HMS の研究者は、2006 年においてどの従業員がメンタルヘルスのサービス、一般の医療のサービス、薬剤を利用したかのデータもあるの

で、サービス利用および発生したコストの群間の差を分析することもできるとしている。援助プログラムに参加している従業員の方が標準的な UBH サービスを受けた従業員に比して、うつ病および双極性の症状が少なく、職場における生産性が高く、ヘルスケアサービスの利用コストが低いという結果がでることが期待されている。現在の援助プログラムはうつ病と双極性の症状に焦点を当てているが、将来的には、シスコシステムズ社の従業員集団に見られる他のメンタルヘルス問題も扱うように援助プログラムを拡大する余地があると考えられている。

### (3) Delta Air Line / デルタ社

表彰対象：EAP

本部：ジョージア州アトランタ市

96 カ国に 461 拠点

業種 (industry)：主要航空会社

産業部門 (sector)：サービス

従業員数：46,000 名

#### ①経緯

EGBHS では、EAP を再構築して EAP と健康保険プランとで重複した余計な部分を削減するよう提言している。基幹的な EAP サービスは、他の給付が改変される中でも保持される必要があること、職場環境が従業員の健康状態、生産性、仕事の満足度に与える影響を評価するために、定期的な組織評価を実施する必要があることも提言している。さらに、EAP は、健康保険プラン、就業障害管理およびヘルス・プロモーションを含んだ他のヘルス・サービスとの連携を促進する必要があるとされている。

デルタ社は、EAP を再構築し、他のヘルス・サービスと連携の取れたものとし、結果として、同社従業員独自のニーズに従来以上に合わせた

ものとするにより、コストの削減と EAP 利用率の向上を実現させた。デルタ社は従業員に提供するサービスに高い重要性を置いており、そのコミットメントは同社がサービスを提供する顧客に対するコミットメントを遥かに超えるところにまで拡大している。デルタ社は、経営破綻中であった 2005 年および 2006 年において、多くの厳しい決断に迫られていた。もちろん、無駄を省き、医療費支出を低減させ、戦略に合わせて健康関連の給付を再編成するために、報酬と給付の多くの面を再調整することを決定したが、EAP についてもその質と包括性を改善するために改革が実施された。

デルタ社は 15 年間、内部 EAP を運営してきた。コストを削減し、従業員の地理的な散らばりに合わせてよりよく資源を調整する取り組みとして、同社は EAP を再設計した。同社は、サービス内容を拡張し、同社の健康保険プランおよび管理職層に対するコンサルテーション・サービスと統合されたものとするために、外部 EAP を選択した。EAP のサービス提供者として United Behavioral Health 社(UBH)をパートナーに選んだ。よく練られた計画に従った統制の取れた取り組みにより、デルタ社は、内部モデルから外部モデルへの移行を数ヶ月で完了した。デルタ社の文化と内部 EAP が社内が高い価値を持っていたことを考えれば、この取り組みは並々ならぬものであった。デルタ社は、社内の制度変更を容易にし、外部 EAP との契約実務を管理し、新モデルに対する戦略的な管理監督を行う業務に、内部 EAP のマネージャー経験者 1 名をあてた。

## ②プログラムの特徴

組織の移行はしばしば従業員にとってはストレスの多いものである。デルタ社は組織移行を

実施するに当たって、できる限り新しい外部 EAP の担当者の顔が見えるようにすることにプライオリティを置いた。新 EAP プログラムに対する従業員の抵抗を減らすことに加えて、同社は移行期間中も従業員を支援した。デルタ社は従業員中心の企業文化に価値を置いていたので、外部 EAP を使うことへのシフトは慎重に行われた。デルタ社がプログラムを改革するに際しては、うまく確立されていた内部 EAP から外部プログラムへ移行することに関しての財務上の必要条件、企業文化において意味するところ、サービスの組み立て、実施方法、戦略といったすべてが考慮された。新しい UBH プログラムに対する従業員の懸念を軽減する取り組みとして、デルタ社はパイロットの労働組合や客室乗務員のような EAP のヘビーユーザーを対象としたワークショップを開催した。こうしたワークショップは、新プログラムがどのようなもので、サービスはどのように運用されるのかといった従業員の懸念に対処するのに役立った。

UBH のコンサルタントは、国中を飛び回り、現場の管理監督者と会い、アトランタ、ソルトレイクシティ、シンシナティ、ボストン、ロサンゼルス の 5 箇所の米国内の主要なハブ拠点における信頼関係を構築した。デルタ社は、コンサルタントに対して同社の組織文化と従業員について深く理解することを求めた。デルタ社は、同社特有の言い回しや人員構成、従業員の期待していることを UBH のコンサルタントに教え込み、外部サービスであるが、デルタ社の他の内部プログラムと同様の親しみのある姿勢で彼らがサービス提供できるようにした。

デルタ社のゴールの一つは、EAP とメンタルヘルス・サービスのとぎれのない統合を実現することであった。この統合により、従業員に提

供されるサービスが拡張されるとともに、サービスを受けるためのプロセスも簡素化された。デルタ社はこの二つの変更により利用が増加することを期待した。再設計された EAP は下記の 4 点が強化された。

- 国内外を問わず 24 時間・週 7 日、電話による支援が受けられる
- 従業員および家族は 3 回の対面のカウンセリングが無料で受けられる
- EAP のサービスに対して従業員の費用拠出はない
- EAP からメンタルヘルスに関する給付に移行しても主治医変更の必要がない  
(両方のプログラムのサービス提供者がネットワークに入っているから)

デルタ社は、こうした強化により、従業員が受けるケアの連続性が増加し、従業員がより早くサービスを求めることが促進されることを期待した。デルタ社は、EAP プログラムの強化と他の既存のプログラムおよびサービスとを効果的に統合した。例えば、デルタ社の就業障害給付の引受保険会社は EAP と連携をとることとされており、すべてのメンタルヘルスに係る就業障害給付請求事案は UBH に照会され、追加的な管理およびうつ病のスクリーニングを受ける。3 者（就業障害給付、EAP およびメンタルヘルスに関する給付）間の連携は、同社の禁煙プログラム、DM プログラム等の普及促進に重要であると考えられている。

デルタ社が直面したもう一つの難問は、新 EAP 実施までに 3 か月という短い期間しかなかったという点であった。経営破綻状態であったので、従業員のニーズに合わせ、かつ内部 EAP スタッフの数を削減して、費用対効果の高いプログラムを早急に構築する必要があった。再設計されたプログラムの最初のテストは成功

だった。新 EAP の公式立ち上げから 5 日後、ケンタッキー州レキシントンにおける 5191 便の墜落事故が発生し、UBH の危機対処チームは予期したよりも早く緊急サービスを提供することが必要となったが、乗務員および乗客の家族に対するサービス提供を直ちに開始することができた。

柔軟性、明瞭なコミュニケーション、継続的な質の向上がデルタ社の EAP プログラム改革の基本である。サービスのギャップにタイムリーに対処し、問題を最小限にとどめるためには柔軟性が必要であるし、デルタ社は、UBH と他の給付に関するサービス提供者との間の明瞭でオープンなコミュニケーションをサポートすることにプライオリティを置いている。また、デルタ社と UBH は常にプログラムを改善する方法を模索している。実施途上の検討で明らかとなった問題点に対応するために、プログラムの中身や組み立てに対する微調整が継続的に行われてきた。

新 EAP サービスに対する従業員の満足度はデルタ社によって極めて重要であったので、UBH は同意した参加者すべてに電話または電子メールでフォローアップ・レビューを実施している。プログラムを実施した最初の 4 か月間の結果は次の通りである。

- EAP に対する全般的満足度は 95%
- 電話の受け答えの瞬時性 (timeliness) に対する満足度は 97.7%
- EAP スタッフが助けになったかどうかの満足度は 97.7%
- 臨床医の予約を取るための待ち時間に対する満足度は 97%

コストを削減し、質を維持することは経営破綻後の重要なゴールである。EAP プログラムの再設計前には、デルタ社は EAP サービスに年

間 120 万ドル超を投入していた。外部プログラムに移行し、上記のような強化を追加することでプログラムのコストは 30%削減され年間 875,000 ドルとなった。

### ③将来の方向性

UBH は、また、1 ページもののウェルネス・アセスメント用紙を記入してもらうよう、治療期間中定期的に参加者に依頼しており、その結果は、UBH が臨床上の成果をモニターし報告するのに役立てている。2006 年評価のデータによれば、メンタルヘルス・プログラムを利用したデルタ社の従業員は全般的な悩みが 26%減少したことが示された従業員の生産性を含め、この種のケアに関連する成果を把握するために、EAP から収集されたデータおよびメンタルヘルス・プログラムから収集されたデータを合わせて蓄積し分析することが予定されている。

### (4) GlaxoSmithKline/GSK

表彰対象：健康的な職場環境

本部：英国 116 カ国に拠点

業種 (industry)：製薬

産業部門 (sector)：健康

従業員数：全世界で 100,000 名超、米国内では  
24,000 名

### ①経緯

EGBHS では、企業 (雇用主) は、生産性の低下およびアブセンティーズムの増加の問題に繋がり得る心理社会的問題を先んじて特定し対処することが必要であると提言している。従業員の健康と生産性に大きな影響を与えるヘルスプロモーションおよびヘルスケア教育のためのツールを提供する体系的なプログラムが設計され開発されることが必要であること、職場組

織が従業員の健康状態、生産性および仕事の満足度に与える影響を評価するために定期的な組織評価を実施することにより、職場組織の結果でもあるストレス関連の問題は対処しうることも提言している。GSK 社の予防プログラムは、ストレスをマネージし、コミュニケーションを改善し、メンタル的に健康な状態であるための対人スキルを従業員と管理者に教えるものである。

GSK 社は、「人々がもっと多くのことを行い、よりよく感じ、長く生きることを可能とすることによって人生の質を向上させること」にコミットしている。この価値観の表明は、同社が従業員に提供するプログラムとサービスの方向性にも表れている。従業員のウェル・ビーイングを支援し強化する一連のプログラムとしては、健康保険プラン (禁煙のための総合的な給付を含む)、ヘルス・プロモーション (ヘルス/フィットネス・センター施設、筋骨格系・人間工学的改善プログラム、ウォーキング・プログラム、体重管理プログラム、血圧等のスクリーニング・プログラムを含む)、業務上の健康サポート (柔軟な労働時間調整を含む)、EAP (家族支援サービスを含む) 等がある。また、同社は従業員に、現在の健康状態と将来の疾病リスクを評価するためのライフスタイルおよびワーク/ライフバランス健康リスク評価 (HRA) を受ける機会を提供している。これにより、従業員は自らのライフスタイル行動を検討し、望むならば適切な変容を起こすことができる。HRA の集計データは同社がプログラムによる介入のターゲット・エリアを設定するためにも活用されている。

プレッシャーが大き過ぎると、従業員はストレスを経験する。ストレスは、メンタル面・身体面両方の様々な疾病に関連する。GSK 社は過去からストレス・マネジメント・プログラムを

提供してきたが、研修コースが終了し従業員が職場に戻ると、極めて強いプレッシャーが戻ってくるのをすぐに感じるようになることに気づき、チーム・アプローチでプレッシャーがどこから来たのかを評価し、プレッシャーをなくすために共に力を合わせることを模索した。そこで、GSK社は、家庭および仕事のいずれであれストレスの持つ負の影響に対抗するために必要となるスキルを身につけることに役立つツールを従業員とマネージャーに提供したいと考え、労働条件、プライオリティの競合、厳しいスケジュール、マネジメントまたはチーム運営、質に関する標準、ワーク・ライフバランスに関連した精神的なプレッシャーに対処するプログラムを構築した。

## ②プログラムの特色

GSK社のストレス予防の戦略は、マネージャーと従業員の回復力(resilience)の向上に全社をあげてコミットすることに表れている。同社によれば、同社のいう回復力とは、職場における健康とウェル・ビーイングにスタッフの焦点を再び向けることであり、「プレッシャーが高く、急速で常に変化している環境下で、個人としても職業人としても成功する状態にいる

(be successful)能力」と定義している。同社の回復力という考え方では、良好な健康状態を維持することに個人が責任を持つことの重要性を周知させつつも、競争的なビジネス環境下でのパフォーマンスの向上を目指した組織のイニシアティブが強調されている。

GSK社は、個人の回復力、チームの回復力、指導者層の回復力という3つの異なるレベルの回復力支援のためのプログラムを開発した。導入の取り組み経過は《図表11》の通りである。

### a. 個人の回復力

個人の回復力プログラムは2001年に開始された。2001年から2006年にかけて、GSK社は2,300回の個人の回復力に関するセッションを実施した。個人の回復力とは、個人がプレッシャーをマネージすることができる身体的・心理的・情緒的コンピテンシーの証明である。GSK社のプログラムでは、従業員に、いかにしてより順応的で、活力に満ち、集中し、統制がとれ(organized)、自信にあふれ、前向きな姿勢でいるかを教えている。

2006年から2007年にかけての個人の回復力プログラム実施前後の評価によると、次の通りである。

《図表11》導入の取り組み経過

2001年	<ul style="list-style-type: none"> <li>Employee Health Management はメンタルヘルスに焦点を当てることを決定</li> <li>個人の回復力プログラムが開始された</li> </ul>
2003年	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームの回復力プログラムが英国と米国で開始された</li> <li>チームの回復力プログラムにオンラインのチーム評価が導入された</li> </ul>
2005年	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームの回復力プログラムが全世界で開始された</li> </ul>
2006年	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人の回復力プログラムの英国での結果で、その有効性と便益をトレーニングの実施前後で評価した</li> <li>チームの回復力の評価ツールおよび報告書作成が13か国語に対応した</li> </ul>
2007年	<ul style="list-style-type: none"> <li>指導者層の回復力プログラムが開始された</li> <li>個人の回復力プログラムを再設計した</li> </ul>

(出典) 脚注37の資料、p.24より損保ジャパン総合研究所作成

- ・ 倦怠感は 10%低下
- ・ フラストレーションは 16%低下
- ・ リラックスした感じという感覚は 12%増加
- ・ 知的な明晰さは 7%向上
- ・ 自負心は 14%向上
- ・ 満足度は 15%向上

さらに、従業員はストレスの大幅な低減を報告している。回復力プログラムの実施時点では、参加者の 54%が「ストレスは感じていない」と答えていたが、プログラムの終了後は、回答者の 72%が「ストレスを感じていない」と答えた。

プログラムにより従業員が身につけるスキルは職場環境に関連したものであるが、家庭生活・個人生活にも適用可能なものである。2001年から 2005 年の回復力プログラムの結果として、従業員が転用可能なスキルを獲得していることが示されている。すなわち、従業員の 72%がワーク／ライフ・バランスをより効果的にマネージできると考え、従業員の 25%がワーク／ライフ・バランスの軋轢が減少したと考えた。加えて、2001 年から 2005 年にかけて、GSK 社は仕事関連のメンタルヘルス不調事案が 60%減少し、新規に報告される事案の件数が 66%減少し、仕事関連のメンタルヘルスの問題によって発生した労働日の喪失が 29%減少したと報告した。メンタルヘルス問題が、2002 年においては職業疾病の三番目の原因であったが、2004 年には 5 番目の原因に低下した。

#### b. チームの回復力

チームの回復力プログラムは 2003 年に英国と米国で開始し、2005 年には世界中の全ユニットで導入された。これまでに世界中で約 18,000 名の従業員 (GSK 社従業員全体の 17%) がチームの回復力プログラムに参加した。GSK 社の目標は 2009 年末までに全従業員がこのプログラ

ムに参加することである。

チームの回復力プログラムの一つの部品としてオンラインによるアセスメントがある。このアセスメントは、プレッシャーを生じさせパフォーマンスに影響を与える諸問題、すなわち、仕事のきつさ・大変さ (work demand)、チームの関係、マネジメントのやり方、キャリア成長に関する懸念、および職場の文化を概観するものである。オンラインのアセスメントにより、仕事関連のストレスの源および影響についての標準的な報告書が管理者と従業員宛に作成される。管理者とそのチームはこの報告書をレビューし、プレッシャーの原因を話し合い、解決策を明らかにすることができる。最後に、チームは全員で個別具体的なアクション・プランを立案することができる。

GSK 社は、従業員のパフォーマンス、コミットメント、エンゲイジメントを評価して回復力が生産性に与える影響を測定している。2006 年のチームの回復力の分析によると、従業員の 50%が committed または highly committed で、75%は退職することを全く考えなかったかまたは極たまにしか考えなかったことが明らかとなった。データはまた、GSK 社に属していることを誇りに思う (エンゲイジメントの代用物) 従業員が 7%増加し、GSK 社を雇い主として推薦する (コミットメントの代用物) 従業員が 9%増加し、従業員の会社への満足度が 21%増加し、新しい仕事のやり方を試みることを心よしとする程度が 14%増加した。加えて、仕事関連のメンタルヘルスの不調が 60%減少し、ワーク／ライフの軋轢で感じるプレッシャーが 25%減少したと GSK 社は報告している。

重要な成功要因として次の 3つが挙げられている。プログラムを全社的に普及させるための努力が払われている。

#### ア. トレーナーの養成

チームの回復力プログラム実施のプロセスにおいて管理者がチームをリードすることを支援するトレーナーを多く養成した。従業員健康管理部門の専門家（Employee Health Specialists）が、人事部の職員や安全部門の専門職を訓練してトレーナーとした。

#### イ. 同僚が牽引するアプローチ

従業員健康管理部門（Employee Health Management）、各職場のチーム・リーダー達、衛生安全部門、および人事部の専門職が牽引して、全世界各地で回復力プログラムを展開した。

#### ウ. 異文化環境での適用

チームの回復力プログラムは 13 か国語で利用可能とした。ただし、文化の違いによる調整はほとんど必要がなかった。

#### c. 指導者層の回復力

2007 年、GSK 社は組織の指導者層に対して回復力プログラムを活用することを決めた。指導者層の回復力プログラムは「GSK 社の事業と従業員の持続可能性のための人的資源モデル」であるとされており、この新しい枠組みでは、自分を制御するスキル（個人の回復力）のみならず、他者をリードするスキル（チームの回復力のアセスメントと介入のツール）の重要性が強調されている。自分自身の身体的および心理的ウェル・ビーイングを継続的に発展させることをコミットしたリーダー達は、強さ、スタミナ、判断および持てる能力の自己ベストを発揮することができる考え、リーダーたちが役割モデルの手本となることの重要性が指導者層の回復力の訓練に不可欠な構成要素であるとしている。

#### ③将来の方向性

GSK 社は、毎年の CSR レポートで回復力の情報を開示しており、今後とも回復力プログラムの拡張を継続する。将来的には評価の分野を、個人の回復力プログラムが健康的なライフスタイルの継続につながるか、および、リーダーシップの回復力プログラムの成果の予備的な検証に拡大したいとしている。

#### （5）Pitney Bowes/PB 社

表彰対象：メンタルヘルス障害による就業障害管理

本部：コネチカット州スタンフォード市

業種（industry）：郵送物発送処理技術およびサービス

産業部門（sector）：郵送物発送処理ソフトウェア、ハードウェア、サービスおよびソリューション

従業員数：米国内に 23,000 名

#### ①経緯

EGBHS では、企業（雇用主）は就業障害管理プログラムをレビューし、すべてのメンタルヘルスによる就業障害給付請求事案を積極的に管理するよう保険会社に指示することを提言している。精神科系の症状により就業障害を蒙った従業員は、職場復帰支援のために EAP を活用する必要があること、精神科系の原因による就業障害のすべての認定および治療計画の検討にメンタルヘルスの専門家を関与させる必要があることも提言している。PB 社は、メンタルヘルス問題で就業障害の発生した従業員ができる限り早期にかつ効率的に職場復帰ができるようにする、個人に合わせた従業員中心のプログラムを開発した。

PB 社は社内に就業障害所管部門を設置して

おり、その部門が 23,000 名の米国従業員のために、短期就業障害、長期就業障害、家族・医療休業法 (Family and Medical Leave Act) による休業、労災補償の補完の管理を行っている。世界的な郵送物発送処理ソリューション会社である PB 社は ValueOption 社と協働して、メンタルヘルスを原因とする短期就業障害の積極的な管理モデルを導入した。

## ②プログラムの特色

プログラムの当初のゴールは、短期就業障害の給付金請求期間を短縮する効率的なモデルを導入することであった。このプログラムでは、臨床上の根拠に基づいた首尾一貫したアプローチを用いて、精神科系の症状による就業障害を管理する。プログラムの理念となっている信念 (仮説) は次の三つである。

- a. 働くこと自体には、もともと治療上の価値がある
- b. 仕事の中で適切な機能が発揮できなくなることになると、個人は非常に大きな悩み (苦悩) を持つことになる
- c. 必要以上に長く仕事を休むことは益がないだけでなく、潜在的に害になり得る

プログラムの主要な構成要素は、就業障害ケア・マネージャー (disability care manager、以下、「DCM」とする。) のチームである。このチームが、統合的なチームの視点から専門的なケア・マネジメントを実施する。加えて、精神科医である medical director がプログラム全体を監督する。

個々の就業障害給付請求事案は最初に、総合的なメンタルヘルス就業障害アセスメントを受ける。これらのアセスメントは、一般的なメンタルヘルスの診断のための評価より突っ込んだものである。この初回アセスメントにおいて、

請求者の適格性の確認、就業障害の要因の評価、機能的な能力の判断を行うので、積極的な管理プロセスにおける決定的に重要な一部分である。このアセスメントにより、DCM チームは、就業障害に陥った従業員にとって時機を得た職場復帰に繋がる最も効果的な治療のコースを決めることができる。ここでは、職場に復帰することは回復プロセスの一部であり、職場復帰に向けた諸目標が治療に組み込まれるべきと考えられている。また、家族や社会のサポートも期待されており、治療プロセスの重要な一部と彼らは考えている。

短期の就業障害に陥っている従業員は、総合的な一連のケアを受ける。そのために、DCM は、スケジュールに基づいて頻繁かつ綿密に、ケアの提供者とのレビューを実施する。従業員とセラピストの間で合意されたフォローアップのスケジュールに基づいて、各人それぞれの職場復帰の基準が検討される。DCM は、短期・長期の目標とともにレビューの日時、その時々期待される水準を考慮しつつ、治療のコーディネートを行う。医療サービス提供者との緊密な連携のもと、必要に応じて認知行動療法が用いられる。

連携する EAP の職場復帰支援における役割は次の通りである。EAP は、従業員が職場復帰に関して見込まれる諸問題に前もって対処することを支援する。また、従業員の職場の管理者とその従業員の職場復帰に関する打合せを実施し、オンラインのリソースを利用したコンサルテーションを通じて、職場復帰のプロセスに入った職場の管理者を支援する。

DCM の役割は、就業障害の発生している従業員本人を含む就業障害管理チームのメンバーと治療を提供するチームのメンバーとの間のリエゾンとして行動することである。従業員が職

場とコンタクトを取ることは、就業障害管理の全プロセスを通して奨励されている。ケア提供者および従業員とのレビューは予定された期日に実施される。すべてのチームメンバーは、設定されたゴールと進捗についての最新の状態が情報共有される。職場復帰プランは個人別に作成され、職場復帰上の障害が発見されればその都度対処する。PB社は従業員の復職のための職場側の準備を整える主要な役割を担う。職場復帰プロセスの一部として、必要に応じて、一時的に業務の制限や調整が行われる。こうした連携によって個々の従業員のスムーズな職場復帰が促進される。

メンタルヘルスによる就業障害を管理するこの積極的なモデルは、導入の当初6か月間で費用対効果を示した。プログラムは、短期就業障害給付期間の40%短縮に繋がった。従業員は早期に職場復帰することにより、個人とチームの生産性は回復し、その面でもコストの節減が計られる。

### ③将来の方向性

PB社はこの短期就業障害管理プログラムのレビューと評価を継続するとしている。就業障害担当部門は、うつ病スクリーニングのための質問を最初の総合的作業障害アセスメントの一部とするパイロット試行を実施する予定である。この質問で陽性を示した人には追加的なアセスメントを実施し、EAPまたはメンタルヘルスに関する給付プランに繋げていく予定である。

### 3. 介入プログラムの有効性の検証事例

Wangらが、抑うつ症状のある従業員に対する介入プログラムの有効性を無作為化比較試験で検証した研究結果を2007年9月に公表して

いる<sup>38</sup>。本節では、この論文の概要を取り上げる。

#### (1) 対象者の選定

研究の母集団は、16社(航空会社、保険会社、銀行、公益企業、州政府、製造業企業)の従業員26万人強で、職種は多様である。この母集団に対して、2段階のスクリーニングを実施し、研究の被験者として適格な604名を選定し、これを介入群304名、対照群300名に無作為割付した。

まず、質問票(慢性症状チェックリスト、K6、職種、職務遂行能力、年齢・性別等の個人属性)と研究への同意書を全員に郵送または電子メールで送付した。第1段階のスクリーニングとして、同意が取得され、かつ、K6の得点が9点以上の7,978名を抽出した。第2段階のスクリーニングとして、この7,978名に研究参加の案内書を郵送するとともに、電話にて適格性の確認を行った。電話による適格性確認はQuick Inventory of Depression Symptoms Self-Report (QIDS-SR)により行い、QIDS-SRの得点が8点以上の人を適格とした。なお、電話連絡が取れなかった人、既に専門治療を開始している人、最近自殺傾向のあった人、躁病や薬物依存の人等は研究対象から除外した。その結果、適格な被験者は604名となった。

#### (2) 介入方法

被験者には、質問の回答によるとうつ病の可能性のあることを伝え、臨床医に一度相談するよう助言した。対照群の被験者はその後通常のケアを受けることになるが、介入群の被験者に対してはそれに加えて、体系的に構成された電話による介入が実施された。

<sup>38</sup> Philip S. Wang, et al., "Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes", JAMA, 298(12), 2007, pp.1401-1411

電話による介入の概要は次の通りである。初回の電話で、被験者に治療が必要かどうか評価を行い、治療への動機付けを行う。抑うつ症状の顕著な被験者すべてに対して対面での治療（心理療法や服薬の要否の評価を含む）を受けようように助言した。以降は、治療への遵守状況をモニターし、被験者をサポートした。初回の電話終了後、すべての被験者に心理教育のためのワークブックが郵送された。対面での治療を拒否する被験者に対しては簡単な動機付け介入を行うとともに、継続的に電話でコンタクトを取ることに同意を求めた。対面での治療を拒否した被験者で、2か月後も顕著な抑うつ症状を残しているものに対しては、上記のワークブックに基づいた体系的な認知行動療法介入を電話で実施した。

介入担当者は、修士レベルの資格を持ったメンタルヘルスの臨床家で、この研究のために12時間のトレーニングが実施された。ケースロードは担当者1人当たり被験者50～70名であった。また、介入期間中には、介入担当者は毎週60分間の指導をスーパーバイザーから受けることとされた。

### （3）主たる成果指標

うつ病の重症度の評価には QIDS-SR を、仕事のパフォーマンスの評価には HPQ を用いている。この評価はプログラム開始時（第2段階のスクリーニング実施時）および、6か月後、12か月後に実施された。評価のための被験者からの聞き取りは介入担当者が実施したのではなく、対象者選定時の第2段階のスクリーニングにおける電話による適格性確認を実施した調査会社のサーベイ担当者が実施した。盲検化のため、被験者には、介入状況に関する情報は答えないように指示された上で、この聞き取りは実

施された。

### （4）結果

うつ病の重症度を示す QIDS-SR の得点の平均値は、介入群において有意に大きく改善した。ちなみに平均値の推移は、対照群プログラム開始時には介入群、対照群とも 13.5 点であったものが、6か月後は介入群 10.2 点、対照群 11.2 点、12か月後は介入群 8.9 点、対照群 10.0 点であった。

これを症状が顕著に改善した者の割合（QIDS-SR の得点が 50%以上改善した者の割合）で見ると、介入群で有意に高くなった。すなわち、12か月後の顕著に改善した者の割合は、介入群 30.9%、対照群 21.6%であった。

また、回復者の割合（QIDS-SR の得点が 5 以下となった人の割合）で見ると、介入群で有意に高くなった。すなわち、12か月後の回復者割合は、介入群 26.2%、対照群 17.7%であった。

次に、仕事のパフォーマンス関連の指標を見る。雇用継続率では、対照群が6か月後 90.1%、12か月後 88.0%であったのに対して、介入群は6か月後 96.1%、12か月後 92.6%であり、通算では有意に高い水準であった。

1週間の労働時間では、対照群が6か月後 40.1時間、12か月後 39.5時間であったのに対して、介入群は6か月後 42.0時間、12か月後 42.3時間であり、通算では有意に高い水準であった。6か月後、12か月後を合わせて見た場合の1週間の労働時間は介入群が2時間長いと推計されるが、これを1年間に換算するとまるまる2週間分の労働時間となる。

この結果を受け、著者らは、抑うつ症状のある従業員を早期に把握し、有効な治療の受診を勧奨する介入プログラムは、臨床的な成果だけではなく、職場における成果も大きく改善する

と結論付けている。

なお、この研究は、the National Institute of Mental Health、the Robert Wood Johnson Foundation および the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation からの助成を受けて実施されたものである。製薬会社からの助成を受けていないことが論文に明記されている。

## V. まとめ

糖尿病、心臓疾患、喘息等のディジーズ・マネジメントでは、医療の質の確保とともに医療費の高騰抑制が強く意識されている。これに対して、特に職域におけるメンタルヘルス分野のセルフサポートでは、医療費の問題もさることながら、職場における生産性の問題が過去から強く意識されてきた経緯がある。その結果、治療中の患者の自己管理サポートに加えて、発症予防（一次予防）の取り組み、発症して休職が発生した後の職場復帰・再発予防（三次予防）の取り組みにも注力されている。

米国では、ケアに対する給付の不均衡から、メンタルの不調に際しても PCP で受診する傾向を生み、それによってケアの質の問題も生まれてきた。これを改善する取り組みも着実に実施されている。また、抑うつ症状と他の慢性疾患との相互関連については、多くの研究成果が発表されている。それを受けて、うつ病単体に対する管理・サポートだけではなく、慢性疾患患者のサポートに際して抑うつ症状の有無を考慮した取り組みが始まっている。

第4章第2節の事例において見られるように、発症予防から休職後の職場復帰・再発予防に至る様々な取り組みは、相互の関連や連携に留意して設計されている。併せて、各取り組みを有効に機能させるために、一連の取り組みを、有機的に結びついた一貫性のあるものとして着実

に実施する努力が払われている。

疾病による生産性への影響を定量的に把握する研究も精力的に進められている。また、介入の効果を臨床的な側面（重症度の改善度合い等）のみならず、生産性の改善面でも定量的に把握することが研究ベースで試行されている。

## <参考文献>

### 第I章

- ・ Finch RA, Phillips K. Center for Prevention and Health Services, *“An Employer's Guide to Behavioral Health Services: A Roadmap and Recommendations for Evaluating, Designing, and Implementing Behavioral Health Services”*, National Business Group on Health, 2005, (visited Dec. 4, 2007)  
<[http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/fullreport\\_behavioralhealthservices.pdf](http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/fullreport_behavioralhealthservices.pdf)>.
- ・ Ronald C. Kessler, et al., *“Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”*, Arch Gen Psychiatry, 62, 2005, pp.617-627

### 第II章

- ・ 高橋三郎他訳 「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」(株式会社 医学書院、1996年)
- ・ 最新医学別冊「新しい診断と治療のABC 9 / 精神1 / 躁うつ病」(株式会社最新医学社、2003年)
- ・ CONSAD Research Corporation, *“EAP Handbook”*, Chapter 2 Historical Overview and Evolution of Employee Assistance Programs, 1999, (visited Nov. 6, 2007)

<[http://www.consad.com/eap/eap\\_toc.htm](http://www.consad.com/eap/eap_toc.htm)>.

- Substance Abuse and Mental Health Service Administration, U.S. Department of Health and Human Services, *“Transforming Mental Health Care in America. The Federal Action Agenda: First Steps”*, DHHS Pub No. SMA-05-4060, 2005 (visited Nov. 21,2007)

<[http://www.samhsa.gov/Federalactionagenda/NFC\\_TOC.aspx](http://www.samhsa.gov/Federalactionagenda/NFC_TOC.aspx)>.

### 第三章

- Debra Lerner, et al., *“Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees with Depression”*, *Psychiatric Services* 55, 2004, pp.1371-1378
- Daniel P. Chapman, et al., *“The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders”*, *Prev Chronic Dis* [serial online] 2005, (visited Nov. 22, 2007)  
<[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04\\_0066.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm)>.
- National Institute of Mental Health. *“Depression: A treatable illness”*, NIH Publication No. 03-5299, 2004, (visited November 13, 2007)  
<<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-a-treatable-illness.shtml>>.
- Philip S. Wang, et al., *“Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States”*, *Arch Gen Psychiatry*, 62, 2005, pp.629-640
- Ronald C. Kessler, et al., *“Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”*, *Arch Gen Psy-*

chiatry 62(6),2005, pp.593-602

- Ronald Loeppke, et al., *“Health and Productivity as a Business Strategy”*, *J Occup Environ Med.* 49, 2007, pp.712-721
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *“Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings”*, (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293), 2007 (visited Nov. 27,2007)  
<<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>>.
- Tami L. Mark, et al., *“National Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse Treatment, 1993–2003”*, SAMHSA Publication No. SMA 07-4227, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007, pp.iv (visited Dec.3, 2007)  
<<http://www.samhsa.gov/spendingestimate/SAMHSAFINAL9303.pdf>>.
- U.S. Department of Health and Human Services, *“Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary”*, US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999 (visited November 12, 2007)  
<<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>>.

## 第IV章

- Elizabeth A. McGlynn, et al., *“The quality of healthcare delivered to adults in the United States”*, The New England Journal of Medicine, 348(26), 2003, pp.2635-2645
- Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, *“Employer Health Benefits 2007 Summary of Findings”*, Publication No. 7672, 2007, (visited Dec. 10, 2007)  
<<http://www.kff.org/insurance/7672/upload/Summary-of-Findings-EHBS-2007.pdf>>.
- Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, *“Employer Health Benefits 2006 Annual Survey”*, Section 9 Prescription Drug and Mental Health Benefits, Publication No. 7527, 2006, (visited Dec. 10, 2007)  
<<http://www.kff.org/insurance/7527/upload/7527.pdf>>.
- Philip S. Wang, et al., *“Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes”*, JAMA, 298(12), 2007, pp.1401-1411
- Slavit W, et al., Center for Prevention and Health Services, *“Behavioral Health Awards: Employer Implementation & Best Practices”*, National Business Group on Health, 2007, (visited Dec. 13, 2007)  
<[http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/issuebrief\\_awardsoct2007.pdf](http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/issuebrief_awardsoct2007.pdf)>.
- U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. *“Evaluation of Parity in the Federal Employees Health*

*Benefits (FEHB) Program: Final Report”*.  
U.S. Department of Health and Human Services, 2004

## <付録 1> K6 の質問内容および SPD の判断基準点

### 1. K6 の質問内容

K6 の 6 つの質問は以下の通りである。

(1) ほとんどの人には、情緒的にベストではない時期・期間があるものです。過去 12 か月間のうちで、あなたが最も精神的に落ち込んだり、不安になったり、または情緒的にストレスを感じた 1 か月を想像してください。もしこのような月がない場合には、標準的な 1 か月を想像してください。

そうした 1 か月間において、あなたがナーバスに感じた頻度はどれ位ですか？

- 1 いつも (All of the time)
- 2 ほとんどの時間 (Most of the time)
- 3 時々 (Some of the time)
- 4 たまには (A little of the time)
- 5 全く感じなかった (None of the time)

(2) あなたが情緒的に最も状態の悪かったその同じ 1 か月間において、あなたが無力に感じた頻度はどれ位ですか？

[回答の選択肢は同上]

(3) あなたが情緒的に最も状態の悪かったその同じ 1 か月間において、あなたが落ち着かなく感じた頻度はどれ位ですか？

[回答の選択肢は同上]

(4) あなたが情緒的に最も状態の悪かったその同じ 1 か月間において、あなたが何事もあなたを元気付けることができないほど悲しく感じたり、落ち込んだ頻度はどれ位ですか？

[回答の選択肢は同上]

(5) あなたが情緒的に最も状態の悪かったその同じ 1 か月間において、あなたが何をするのも大儀だと感じた頻度はどれ位です

か？

[回答の選択肢は同上]

(6) あなたが情緒的に最も状態の悪かったその同じ 1 か月間において、あなたが何の価値もないと感じた頻度はどれ位ですか？

[回答の選択肢は同上]

### 2. スコアリングの方法

各質問に対する回答内容に対して下記の点数を付与し、6 問分の合計点数を算出する。合計点数は 0 点から 24 点の間の点数となる。

- 1 いつも → 4 点
- 2 ほとんどの時間 → 3 点
- 3 時々 → 2 点
- 4 たまには → 1 点
- 5 全く感じなかった → 0 点

なお、「わからない」という回答であった場合および無回答の場合は 0 点とする。

### 3. SPD 判断基準点

合計点数が 13 点以上の場合に SPD と分類することとする。

(出典) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings”, (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293), 2007, pp.127-129 (visited Nov. 27,2007) <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>>.

## <付録 2> 頭字語一覧表（アルファベット順）

頭字語	説明	初出頁
BHA	Behavioral Health Awards	27
CM	ケア・マネージャー	30
CMO	Chief Medical Officer	29
DCM	Disability Care Manager	42
DM	Disease Management	3
DMS-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 <sup>th</sup> edition	12
EAP	Employee Assistance Program	3
EGBHS	“AN EMPLOYERS GUIDE TO BEHAVIORAL HEALTH SERVICE – A roadmap and recommendations for evaluation, designing and implementing behavioral services”	4
HHS	U.S. Department of Health and Human Services	10
HMS	Harvard Medical School	32
HPQ	Health and Work Performance Questionnaire	16
MCS	Mental Component Summary	30
MDE	Major Depressive Episode	13
MHPA	Mental Health Parity Act	26
NBGH	National Business Group on Health	4
NCQA	National Committee for Quality Assurance	29
NCS-R	The National Comorbidity Survey Replication	21
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health	11
PCP	Primary Care Physician	21
PCS	Physical Component Summary	30
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire	29
QIDS-SR	Quick Inventory of Depression Symptoms Delf-Report	44
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	10
SPD	Serious Psychological Distress	11
UBH	United Behavioral Health	32