

に精神保健福祉士等の養成課程を履修させた場合：履修に要した費用の2/3（上限50万円）。

社内で精神障害に関する講習を実施した場合又は従業員に外部機関が実施する精神障害者雇用に資する講習を受講させた場合：講習に要した費用の1/2（1回5万円を上限、年5回を上限）。

在職精神障害者を他の精神障害者に対する相談等を行う担当者として配置した場合：配置した在職精神障害者1人当たり25万円。

予算金額は、H22年度1億76百万円、H23年度3億21百万円、H24年度要求97百万円である。

3. 職場のメンタルヘルス対策の実態

1) 厚生労働省平成19年労働者健康状況調査

厚生労働省では労働者の健康状況、健康管理の推進状況等を把握し、労働者の健康確保対策、自主的な健康管理の推進等労働衛生行政運営の推進に資することを目的として5年ごとに全国調査を実施している。調査は事業所調査と労働者調査がある。事業所調査は、平成16年事業所・企業統計調査を母集団として、常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約14,000事業所を対象とした。労働者調査は、事業所調査に抽出した事業所に雇用されている労働者から抽出した約18,000人を対象とした。調査の対象期間は原則として平成19年10月31日現在である。事業所調査の調査対象数13,609、有効回答数9,634、有効回答率70.8%であり、労働者調査の調査対象数17,785、有効回答数11,440、有効回答率64.3%であった。

心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいる事業所は33.6%であり、H1

4年の23.5%より増加していた。事業所規模別にみると、5,000人以上100%、1,000～4,999人95.5%、300～999人83.0%、100～299人64.1%、50～99人45.2%、30～49人36.8%、10～29人29.2%と大規模事業所は割合が高いが、小規模になると割合が減少した。

心の健康対策（メンタルヘルスケア）の取組内容別事業所の割合は、メンタルヘルス対策について衛生委員会等での調査審議17.6%、メンタルヘルスケアに関する問題点を解決するための計画の策定と実施13.8%、メンタルヘルスケアの実務を行う担当者の選任19.4%、労働者への教育研修・情報提供49.3%、管理監督者への教育研修・情報提供34.5%、事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供12.1%、職場環境等の評価及び改善20.5%、労働者からの相談対応の体制整備59.3%、職場復帰における支援（職場復帰支援プログラムの策定を含む。）18.0%、地域産業保健センターを活用した対策の実施4.2%、都道府県産業保健推進センターを活用した対策の実施1.7%、医療機関を活用した対策の実施15.8%、他の外部機関を活用した対策の実施20.4%、その他7.5%であった。

2) 日本生産性本部第5回「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

公益財団法人日本生産性本部は、全国の上場企業2,243社と新興市場1,209社、合計3,452社を対象に2010年4月から5月にかけて「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を実施した。一般市場2,243社の有効回答数251社（回収率11.1%）、新興市場1,209社の有効回答数72社（回答率6.0%）、合計3,452社の有効回答数323社（回収率9.4%）であった。

新興市場を含む上場企業での具体的な取

り組み内容は、上位から順に、管理職向けの教育70.0%、長時間労働者への面接相談63.8%、休職者の職場復帰に向けた支援体制の整備49.5%、一般社員向けの教育48.6%、社外の相談機関への委嘱48.0%、社内相談室の設置47.7%、心の健康診断（ストレスチェックなど含む）の実施43.0%、社内報・小冊子などによるPR40.6%、健康診断時の問診34.4%、産業保健スタッフへの委嘱32.5%、個人と組織の健康度を高める職場づくり18.6%、社員カウンセラーやリスナーの養成10.8%、特になし5.0%、社員の家族向けの啓発・教育3.7%、その他4.0%であった。

上場企業では、最近3年間の心の病の増減傾向は、増加傾向44.6%、横ばい45.4%、減少傾向6.4%、わからない2.8%であった。日本生産性本部は2002年から2年ごとに5回の上場企業の調査を行っている。心の病の増加傾向は2006年の61.5%をピークに、2008年56.1%、2010年44.6%と減少している。

3) 労務行政研究所の企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査

財団法人労務行政研究所は、全国証券市場の上場企業(新興市場の上場企業も含む)3589社と上場企業に匹敵する非上場企業(資本金5億円以上かつ従業員500人以上)328社の合計3917社を対象として2010年4月6日から5月17日に企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査を実施し、回答のあった252社の調査結果を集計した。

メンタルヘルス対策を実施状況では、実施している企業は86.5%であった。実施している企業の実施内容(複数回答)の割合は、ストレスチェックなど、心の健康に関するアンケート41.3%、心の健康対策を目的とするカウンセリング(相談制度)70.

2%、電話やEメールによる相談窓口の設置67.0%、管理職に対するメンタルヘルス教育59.6%、一般社員に対するメンタルヘルス教育44.5%、社内報、パンフレットなどによるPR41.3%、メンタルヘルス不調者の勤務や処遇、職場復帰支援に関する内規・マニュアル等の設定33.9%、精神科・心療内科を専門とする産業医の配備36.2%、家族向けの啓発を実施5.5%、その他41%であった。

最近3年間におけるメンタルヘルス不調者の増減傾向では、増加している44.4%、横ばい33.7%、減少している9.5%、その他1.6%、分からない10.7%であった。

メンタルヘルス不調のため1カ月以上欠勤・休職している社員の全従業員に対する割合は0%超0.5%未満62.6%、0.5%~1%未満29.3%、1%台6.8%、2%台1.4%であり、平均0.45%であった。

4) 日本経済団体連合会の福利厚生費調査 附帯調査

(社)日本経済団体連合会は、第51回福利厚生費調査結果(2006年度)の附帯調査で「メンタルヘルス対策」の取り組み状況を調べた。2006年4月~2007年3月に日本経団連加盟業種団体所属企業および日本経団連会員企業1682社を対象に第51回福利厚生費調査を実施した。回答企業数637社であり、製造業49.9%、非製造業50.1%、1000人未満38.8%、1000人以上61.2%であり、回答企業の1社当たり平均従業員数4,134人、平均年齢40.7歳であった。通常調査回答企業637社のうち附帯調査の有効回答623社分を集計した。

メンタルヘルス対策への取り組み状況について、以下の11項目の実施状況を尋ねた。

- ①管理職向けのメンタルヘルス教育
- ②非管理職向けのメンタルヘルス教育

- ③家族向けのメンタルヘルス教育
- ④ストレス診断の実施
- ⑤パンフレット・小冊子等による情報提供
- ⑥常設の自社相談室の設置・運用（電話・Eメール相談を含む）
- ⑦特定日に実施する自社相談室の設置・運用（電話・Eメール相談を含む）
- ⑧社外相談機関との直接契約による社外相談サービスの提供
- ⑨福利厚生代行サービス会社との契約に基づく社外相談サービスの提供
- ⑩社内カウンセラーの育成
- ⑪その他（医師の面接指導制度の拡充等）

現在実施中、実施を検討中の割合は、以下の通りであった。なお、①～⑤については、「現在実施中」には過去5年間で1度でも実績のある場合を含む。

- ①63.1%、11.6%
- ②45.3%、16.2%
- ③ 2.1%、 8.7%
- ④40.9%、10.3%
- ⑤46.5%、 7.7%
- ⑥38.5%、 4.7%
- ⑦25.5%、 3.5%
- ⑧36.4%、 6.7%
- ⑨13.3%、 5.1%
- ⑩14.4%、 6.6%
- ⑪34.8%、 9.0%

現在実施率の高い項目は、上位から順番に①管理職向け教育63.1%、⑤パンフレット・小冊子等による情報提供46.5%、②非管理職向けのメンタルヘルス教育45.3%、④ストレス診断の実施40.9%、⑥常設の自社相談室の設置・運用（電話・Eメール相談を含む）38.5%、⑧社外相談機関との直接契約による社外相談サービスの提供36.4%、⑪その他（医師の面接指導制度の拡充等）34.8%であった。

4. 職場のメンタルヘルス対策に関連する費用

1) 日本経済団体連合会の福利厚生費調査
 (社)日本経済団体連合会は、我が国の企業における福利厚生費の実態を把握し、今後の福利厚生を含む人事・労務管理の運営に資することを目的として、1955年度から毎年福利厚生費調査を実施している。第55回福利厚生費調査は、2010年4月～2011年3月の1年間（2010年度）を対象期間とした。法定福利費、法定外福利費の各項目について、企業の年間負担総額を年間延べ従業員数で除した「従業員1人1ヵ月当たり」の平均値（加重平均）を算出した。調査対象は①日本経済団体連合会 団体会員等（調査協力団体のみ）への加盟企業、②日本経済団体連合会 企業会員（①との重複を除く）である。調査対象1,652社のうち回答企業は710社で有効回答率43.0%であった。製造業は350社（49.3%）、1社当たり平均従業員数4,266人、平均年齢40.7歳であった。

2010年度の全産業平均、従業員1人1ヵ月当たりの金額は、現金給与総額541,866円、福利厚生費100,076円（法定福利費74,493円、法定外福利費25,583円）、退職金70,183円、福利厚生費+退職金170,259円であった。法定福利費の内訳は、健康保険・介護保険25,611円、厚生年金保険41,073円、雇用保険・労災保険7,091円、児童手当拠出金665円、その他54円であった。法定外福利費の中で、医療・健康は2,882円であり、内訳は医療・保健衛生施設運営2,031円、ヘルスケアサポート851円であった。

法定福利費、法定外福利費の推移を見ると、1970年代から増加し、1970年度は法定福利費5,604円、法定外福利費5,555円であったが、2010年度は法定福利費74,493

円、法定外福利費25,583円となった。法定外福利費は、1996年度の29,765円をピークに減少傾向にある。福利費の対現金給与総額の比率は、1970年度は法定福利費5.8%、法定外福利費5.8%と同率であったが、2010年度は法定福利費13.7%、法定外福利費4.7%と大きく異なる。

2) 中災防メンタルヘルス対策セミナー

中央労働災害防止協会ではメンタルヘルス対策に関連する研修・セミナーを開催している。賛助会員と一般では料金が異なり、中小規模事業場（常時使用する労働者の数が300人未満の労災保険の適用事業場）は割引サービスを利用できる。研修会名、賛助会員正規料金、賛助会員割引料金、一般正規料金、一般割引料金は以下の通りである。一般正規料金で7,000円～34,000円、賛助会員割引料金で3,000円～18,000円である。

事業場内メンタルヘルス推進担当者養成研修、30,000円、18,000円、34,000円、20,000円

心の健康づくり推進計画の立て方セミナー、18,000円、11,000円、20,000円、12,000円

職場ストレス調査の進め方セミナー、21,000円、13,000円、23,000円、14,000円

メンタルヘルスのための職場改善セミナー、21,000円、13,000円、23,000円、14,000円

職場復帰支援セミナー、29,000円、17,000円、32,000円、19,000円

管理監督者・職場リーダーのためのラインケアセミナー、15,000円、9,000円、17,000円、10,000円

コミュニケーション力向上セミナー、15,000円、9,000円、17,000円、10,000円

自律訓練法セミナー、15,000円、9,000円、17,000円、10,000円

交流分析活用セミナー、15,000円、9,000

円、17,000円、10,000円

高齢労働者に配慮した健康・安全セミナー、10,000円、6,000円、12,000円、7,000円

事例に学ぶメンタルヘルスセミナー（半日）、9,000円、5,000円、10,000円、6,000円

職場復帰セミナー（事例検討コース）、5,000円、3,000円、7,000円、4,000円

職場復帰セミナー（人事・労務管理コース）、5,000円、3,000円、7,000円、4,000円

メンタルヘルスのための快適職場調査（ソフト面）活用セミナー、5,000円、3,000円、7,000円、4,000円

職場のメンタルヘルス基礎研修会、9,000円、5,000円、10,000円、6,000円

メンタルヘルス・プランニング・セミナー、18,000円、11,000円、20,000円、12,000円

管理監督者向けメンタルヘルス技法研修、15,000円、9,000円、17,000円、10,000円

気持ちを楽にするストレス対処法セミナー「ものの見方、考え方練習法」、7,000円、4,000円、8,000円、5,000円

2) 中災防の講師派遣

中央労働災害防止協会では、以下のようなメンタルヘルス研修・セミナー等の講師の派遣を行っている。

管理監督者・一般従業員向け

(1) 管理監督者向けラインケアセミナー（ベーシックコース）

(2) 管理監督者向けラインケアセミナー（ステップアップコース）

(3) 管理監督者向けストレス対策に活かす職場環境改善セミナー

ストレス調査（中災防ヘルスアドバイスサービス）の結果解説を含む

- (4) 一般従業員向けセルフケアセミナー
(ベーシックコース)
- (5) 一般従業員向けセルフケアセミナー
(ステップアップコース)
- (6) 一般従業員向けセルフケアセミナー
ストレス調査(中災防ヘルスアドバイス
サービス)の結果解説を含む
- (7) リラクゼーションセミナー
- (8) コミュニケーション力向上セミナー
- (9) ストレスを軽くする「ものの見方・考
え方」セミナー(認知の歪みへの気づきと
修正)
- (10) 海外赴任者のためのメンタルヘルス
セミナー

事業場内メンタルヘルス推進担当者・産業
保健スタッフ向け

- (11) 心の健康づくり計画の立て方セミ
ナー

講師派遣の料金は、講義実習1科目(90
分まで)で、賛助会員正規料金78,750円、
一般正規料金94,500円、賛助会員割引料金
47,300円、一般割引料金56,700円、90分
を超え30分ごと賛助会員正規料金26,250円、
一般正規料金31,500円、賛助会員割引料金
15,800円、一般割引料金18,900円である。
1回の実施人数は50人を目安とし、多数の
場合は割り増し料金となる。交通費、宿泊
代は別である。企画調整料、資料代が必要
な場合もある。時間外(9時00分~17時00
分以外の時間)の派遣は25%加算、休日
(土・日・祝日)の派遣は50%加算となる。
補助要員が必要な場合は、補助要員1名に
つき派遣料金の50%及び交通費・宿泊費が
加算となる。

- 3) 中災防ヘルスアドバイスサービス
中央労働災害防止協会のヘルスアドバイ

スサービスは、簡単なアンケート形式の
「ウェルネスチェックシート」で日ごろの
健康状況や生活状況、仕事のストレス度な
どについて回答し、生活習慣改善やメンタ
ルヘルスケアへの気づきを促すアドバイス
「ウェルネスレポート」を一人ひとりに提
供するとともに、健康づくりスタッフが事
業場の健康づくり活動やメンタルヘルス対
策に活用できるさまざまな集計評価データ
集団「集計レポート」を提供する。総合版
とメンタルヘルス版があり、総合版はスト
レス・食生活・運動習慣・VDT・生活リズム
・喫煙・飲酒・口腔保健の91項目、メン
タルヘルス版はストレスの58項目である。

総合ヘルスアドバイスサービス(総合
版)は、事業場全体を対象とした集団集計
5種(①回答結果の集団集計、②ストレス
プロフィール評価、③仕事のストレス判定
図、④各生活習慣別評価、⑤喫煙習慣集
計)を含み、基本サービス料金(1名あた
り、消費税込み)は、一般10~999名945
円、一般1,000名以上850円、賛助会員10
~999名850円、賛助会員1,000名以上75
6円である。メンタルヘルスアドバイス
サービス(メンタル版)は、事業場全体を
対象とした集団集計3種(①回答結果の集
団集計、②ストレスプロフィール評価、③
仕事のストレス判定図)を含み、基本サー
ビス料金は、一般10~999名630円、一般
1,000名以上567円、賛助会員10~999名
567円、賛助会員1,000名以上504円であ
る。

オプションサービスの料金は以下の通り
である。

1. 産業保健スタッフ用個人レポート(1
枚あたり)一般63円、賛助会員52円
2. メンタルヘルス要配慮者リスト一般6,
300円、賛助会員5,250円
3. 回答データファイル(Excel形式)一

般6,300円、賛助会員5,250円

4. 集団集計（1 集団毎）

- ・ 回答結果の集団集計
- ・ ストレスプロフィール評価
- ・ 仕事のストレス判定図
- ・ 各生活習慣別評価（集計）（総合版のみ）

- ・ 喫煙習慣集計（総合版のみ）

一般各2,520円、賛助会員各2,100円

5. 結果説明（集団集計データの見方説明等、交通費、宿泊費別）

1 時間一般63,000円、賛助会員52,500円

中小規模事業場安全衛生活動支援事業を利用すると割引料金が適用になり、4割程度の割引で通常の6割程度の料金となる。継続利用割引で2回目5%、3回目以降10%の割引となる。3回セット利用契約を締結すると1回目から10%の割引となる。

4) JMI健康調査

公益財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所のJMI（Japan Mental Health Inventory）健康調査は、1980年に開発された心の定期健康診断システムである。職場領域、身体領域、精神領域、性格領域の4領域からなり、質問項目は400項目に及ぶ。JMI健康調査では、以下のサービスが提供される。

- ・ JMIの実施説明会、及び組織診断結果報告（いずれも各1回）
- ・ 個人結果の送付（親展郵便にて）
- ・ 組織分析（全体＋5種類の分析）：プロフィールシートとコメントシートによるご報告
- ・ フリーダイヤルによる電話相談の利用（本人とご家族が2年間無料）
- ・ 全国の面接相談室の利用（同上）
- ・ 独自質問集計（単純集計）

JMI健康調査の実施費用は、一人あたりの単価は、一般企業・団体3,045円、生産

性本部賛助会員2,730円、メンタルヘルス利用会員2,520円である。メンタルヘルス利用会員は、所定の手続きで入会金を支払った場合に適用され、初回2,520円、2回目2,467円、3回目2,415円、4回目以降2,362円となる。

D. 考察

職場のメンタルヘルス対策は、大規模な事業所では実施率が高いが、小規模になると実施率が減少した。小規模事業所では、スタッフや費用の問題があるので、簡単、低コストで有効な対策が求められている。ポータルサイト事業のようにインターネットを活用した情報提供や相談サービス等は比較的lowコストで全国の多くの事業所にメンタルヘルス対策を推進に貢献することが期待できる。

職場のメンタルヘルス対策の内容は、教育・研修、相談、職場復帰が多く、ストレスチェック・心の健康診断も比較的多かった。一次予防から三次予防まで幅広い対策が実施されていた。今後、それぞれのメンタルヘルス対策の内容、費用、有効性等を調査して費用対効果を検討することが必要である。

E. 結語

職場のメンタルヘルス対策は、労働安全衛生の重要課題となり、心の健康の保持増進から職場復帰支援まで多様なメンタルヘルス対策が推進されている。最近では、一般定期健康診断時にストレスに関連する労働者の症状・不調を医師が確認し、必要な労働者に産業医等が面接を行う新たな枠組みの導入が提言されている。

職場のメンタルヘルス対策に関連する厚生労働省の事業として、ポータルサイト事業「心の耳」、メンタルヘルス対策支援セ

ンター事業により、情報提供や相談、支援等のサービスを実施し、職場のメンタルヘルス対策を促進している。また、精神障害者の雇用を促進・安定するために、精神障害者等ステップアップ奨励金、精神障害者雇用安定奨励金が支給されている。

職場のメンタルヘルス対策は、大規模な事業所では実施率が高いが、小規模になると実施率が減少した。対策の内容は、教育・研修、相談、職場復帰が多く、ストレスチェック・心の健康診断も比較的多かった。一次予防から三次予防まで幅広い対策が実施されていた。

日本経済団体連合会の福利厚生費調査によると、2010年度の従業員1人1ヵ月当たりの法定福利費74,493円、法定外福利費25,583円で、法定外福利費の中で医療・健康は2,882円（内訳は医療・保健衛生施設運営2,031円、ヘルスケアサポート851円）であった。福利費は1970年代から増加し、法定福利費の負担が増えているが、法定外福利費は1996年度の29,765円をピークに減少傾向にあり、メンタルヘルスへの支出は限定される。

従業員の福利厚生としてのメンタルヘルス対策には限界がある。費用対効果の優れたメンタルヘルス対策であれば、従業員の福利厚生ではなく企業の投資となり、投資金額以上のリターンが期待できる。労働者のメンタルヘルス対策は、労働者の健康への投資になり、経済的損失の削減だけではなく、業績向上への貢献も期待することが可能である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 文献

- 1) 厚生労働省労働基準局：職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書、平成22年9月7日
- 2) 独立行政法人労働安全衛生総合研究所：ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究報告書、平成22年10月
- 3) 独立行政法人労働安全衛生総合研究所：行政要請研究報告書「ストレに関連する症状不調の確認項目の試行的実施」（研究期間：平成23年度）、平成23年10月
- 4) 公益財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所：2010年版『産業人メンタルヘルス白書』
- 5) 財団法人労務行政研究所：企業におけるメンタルヘルスの実態と対策、2010年8月31日
- 6) (社)日本経済団体連合会：「第51回福利厚生費調査結果（2006年度）」の概要、2008年1月31日
- 7) (社)日本経済団体連合会：第55回福利厚生費調査結果報告2010年度（2010年4月～2011年3月）、2012年1月

日本における精神疾患の社会的コストの推移

研究分担者 福田 敬 国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官

研究要旨

精神疾患にかかる社会的な費用は医療費だけではない。精神疾患であることにより労働ができないことも、社会的には重要な影響として挙げられる。このような社会的費用全体を推計する方法として疾病コスト（Cost of Illness: 以下 COI）研究が行われている。本研究では、精神疾患の診療に要する費用と、罹病費用として受診および生産性低下による労働損失を 2002 年度、2005 年度、2008 年度のデータを用いて推計し、その経時的变化を分析することを目的とした。

精神疾患全体での社会的コストでは、2002 年の約 7.2 兆円から 2005 年度 7.9 兆円、2008 年度 8.2 兆円と増加しており、罹病による生産性低下の影響が大きかった。特にうつ病ではこの傾向が顕著であり、2002 年度 1.8 兆円、2005 年度 2.3 兆円、2008 年度 2.6 兆円と増加していた。

これは潜在的な患者の受診が促進したことが影響している可能性もあり、社会的なコストは従来より大きかった可能性もある。うつ病の対策により、早期発見や適切な治療を行い、社会での活動が行えるようにすることは、社会的なコストを抑制する観点からも重要であることが示唆された。

A. 研究目的

精神疾患にかかる社会的な費用は医療費だけではない。精神疾患であることにより労働ができないことも、社会的には重要な影響として挙げられる。このような社会的費用全体を推計する方法として疾病コスト（Cost of Illness: 以下 COI）研究が行われている。COI 研究においては、費用を大きく直接費用（direct Cost）と間接費用（indirect Cost）に分け、さらに間接費用を死亡費用（mortality cost）と罹病費用（morbidity cost）に分けるのが一般的である。直接費用は疾患の治療にかかる費用であり、死亡費用はその疾患で早期に死亡したことによって喪失した将来所得、罹病費用は受診をするためにあるいは病気の状態であるために生じる労働損失である。

わが国でもうつ病に関する社会的費用の推計が行われており、Sado ら¹⁾は 2005 年の推計として、直接費用が 1800 億円、罹病費用が 9200 億円、死亡費用が 8800 億円と推計し、全体では、約 2 兆円の費用がかかっており、うつ病に対する適切

な介入は社会的な費用を減らすためにも重要であるとしている。また、Okumura ら²⁾は、2008 年データを用いて成人のうつ病に関する同様の推計を行い、直接費用が 1830 億円、死亡費用が 2970 億円、職域での罹病費用が 8080 億円であり、全体では、約 1.2 兆円の費用と推計している。Sado らの研究と比較し、特に死亡費用が減少しているのは、Okumura らの推計では、死亡費用が保守的に推計されているが、この要因としては、年間の自殺件数のうちうつ病による者の割合を小さく見積もっていることや死亡者の生涯獲得賃金を現在価値に換算する際の割引率の設定によると思われる。

横山ら³⁾は 2008 年度のデータを用いて、精神疾患全体での社会的な費用を推計している。結果として、診療に要する費用が約 2 兆円、社会的なサービスが約 2.2 兆円、インフォーマルケアが 2980 億円、生産性費用が約 6.6 兆円であり、全体では約 11 兆円の社会的費用がかかっていると推計されている。

このように精神疾患にかかる社会的な費用を検

討し、その重要性を把握することは必要であるが、特に死亡に関する損失は推計が難しいことが課題である。一方、単年度の推計だけではなく経時的に推移をみることで精神疾患にかかる社会的費用の動向を把握することが可能となる。

そこで本研究では、横山らの方法を踏襲して、精神疾患の診療に要する費用と、罹病費用として受診および生産性低下による労働損失を2002年度、2005年度、2008年度のデータを用いて推計し、その経時的変化を分析することを目的とする。

B. 研究方法

2002, 2005, 2008年度のデータを用いて社会的費用の推計を行った。

1. 直接費用の推計

推計には厚生労働省の調査である「社会医療診療行為別調査」⁴⁾と「患者調査」⁵⁾の公表データを用いた。社会医療診療行為別調査は、毎年5月診療分の診療報酬請求明細書(レセプト)から抽出して集計されているもので、組合健保、協会けんぽ、国民健康保険、さらに後期高齢者医療制度のデータを含んでいる。患者調査は3年に1回実施されている調査で、全国の病院、診療所からサンプル抽出された医療機関を対象とし、調査日として指定された10月中の1日について、その日に入院あるいは外来で診療を受けた患者について、患者の性別・年齢・疾患等の情報を収集している。患者調査は、3年に1回の実施であるため、2002(平成14)、2005(平成17)、2008(平成20)年度のデータを用いて推計を行った。これと時点をあわせるために、社会医療診療行為別調査についても2002, 2005, 2008年度のデータを用いることとした。

推計は疾患分類別に行ったが、その際の分類は厚生労働省の疾患中分類によった。患者調査では、さらに詳細な疾患小分類単位での患者数の把握が可能であったが、社会医療診療行為別調査の公表データでは、疾患中分類が最も詳細な分類であったため、これにあわせることとした。

推計は、疾患分類別、社会医療診療行為別調査から推計した1日当たり診療単価と患者調査から

推計した年間延受療日数をもとに以下の式で行った。

$$\begin{aligned} \text{疾患分類別年間医療費} &= \Sigma (\text{1日当たり診療単価}) \times (\text{年間延受療日数}) \\ &= \Sigma (\text{1日当たり診療単価}) \times (\text{推計患者数}) \\ &\quad \times (\text{診療日数}) \end{aligned}$$

医療費については、年齢により違いがある可能性がある。患者調査からは5才きざみの患者数の推計値が把握できるが、社会医療診療行為別調査では年齢別の集計はなく、後期高齢者医療制度(2008年以前は老人保健制度)における診療分(以下、老人)とそれ以外の一般診療分(以下、一般)に分けて医療費が集計されているため、診療単価を「一般」と「老人」の2つの区分について算出し、患者調査における75才未満の受療日数と75才以上の受療日数とを用いて推計した。

具体的な推計手順は以下の通りである。

1) 1日あたり診療単価(表1)

「社会医療診療行為別調査」から、精神疾患の疾患中分類別に総点数および診療実日数を抽出し、1日あたり診療単価を算出する。

2) 推計患者数

「患者調査」から推計患者数(調査日1日に病院、一般診療所で受療した患者の推計数)について、以下の区分で把握した。

入院・外来別/男女別/年齢階級別(75才未満、75才以上)

3) 診療日数(表2)

入院については、患者調査の調査時点での入院患者数が年間を通じて入院しているものと仮定し、診療日数を365日とした。ただし、この仮定は必ずしも同じ患者が1年中入院しているということではなく、退院する患者および新たに入院する患者が発生したとしても毎日の患者数は変化がないという仮定である。外来についても、毎日ほぼ同数の外来患者が受診していると仮定をしたが、医療機関の休診日の影響を考慮するため、患者調査における総患

者数の推計の際に用いられている調整係数を用い、313日（＝365×6/7）とした。

具体的な算出式は以下の通りである。

患者1人あたり年間医療費を疾患中分類ごとに推計する。

(患者1人あたり医療費)＝(年間総医療費)／(総患者数)

(年間総医療費)＝(入院総医療費)＋(外来総医療費)

(入院総医療費)＝(一般・1日あたり医療費)×(75才未満・延入院日数)
＋(長寿・1日あたり医療費)×(75才以上・延入院日数)

(外来総医療費)＝(一般・1日あたり医療費)×(75才未満・延外来日数)
＋(長寿・1日あたり医療費)×(75才以上・延外来日数)

社会医療診療行為別調査より入院・外来別、一般・長寿別に算出

(1日あたり医療費)＝(総点数)／(診療実日数)

患者調査より、75才未満および75才以上で算出

(延入院日数)＝(推計入院患者数)×365日

(延外来日数)＝(推計外来患者数)×365日×(6/7)

(総患者数)は患者調査の推計値をそのまま使用。

2. 受診および生産性低下による費用について、直接費用と同じ年度(2002,2005,2008年度)の推計を以下の方法で行った。

1)受診による労働生産性の費用の推計

精神疾患に罹病し、治療を行っている場合には、そのために医療費が発生するだけでなく、罹病していることによって労働に影響があることが考えられる。そこで、罹病による生産性損失を、受診のための時間により労働の機会を失うことと、受診日以外で生産性が低下することの2つの点から推計を行った。

まず、受診により労働の機会を失う場合についての損失を推計した。

推計には、精神疾患の医療費推計に用いた社会医療診療行為別調査および患者調査の公表データ、さらに総務省の労働力調査⁶⁾の公表データを用いた。生産活動に参加する年齢は20才～69才までとした。20才未満あるいは70才以上でも労働に参加することはあり得るが、患者調査の公表データの年齢区分が5才刻みであり15～19才の患者数がまとまっていることや、労働力調査の就業率が70才以上は年齢区分がないことから、20才～69才とした。

また、入院日、入院外受診日ともにその日は労働に参加できないと仮定して推計した。

具体的な推計手順は以下の通りである。

精神疾患の疾患中分類別に患者1日当たりの逸失所得を算出し、年間で累積したものを罹病による生産性損失として推計した。

推計式は以下のとおり。

罹病による生産性損失＝(1日当たり所得)×(延受療日数)×(就業率)

(1)1日当たり所得

厚生労働省による「賃金構造基本統計調査」⁷⁾から、性別、年齢階級別の1日当たり平均賃金を把握した。

(2)受療日数

「患者調査」から推計患者数(調査日1日に病院、一般診療所で受療した患者の推計数)を算出し、入院は365日、外来は患者調査における総患者数の推計の際に用いられている調整係数を用い313日(＝365×6/7)を掛けて年間の延受療日数とした。

(3)就業率

「労働力調査」から、平成20年の性・年齢階級別平均就業率を用いた。

2)受診日以外での生産性低下による費用の推計

次に、受診日以外で生産性が低下することによる損失を推計した。推計には、受診日の費用の推計と同様に、精神疾患の医療費推計に用いた社会医療診療行為別調査および患者調査の公表データ、さらに総務省の労働力調査の公表データを用いた。生産活動に参加する年齢は20才～69才までとした。

具体的な推計手順は以下の通りである。

精神疾患の疾患中分類別に患者1日当たりの逸失所得を算出し、年間で累積したものを罹病による生産性損失として推計した。

推計式は以下のとおり。

罹病による生産性損失＝(1日当たり所得)×(総

患者日数－受療日数) × (就業率) × (就業率低下) × (生産力係数)

(1) 1日当たり所得

厚生労働省による「賃金構造基本統計調査」から、性別、年齢階級別の1日当たり平均賃金を把握した。

(2) 総患者日数

患者調査において調査当日の受診の有無を問わない総患者数が疾患分類別に推計されている。そこで総患者数が毎日存在すると仮定し、これに365日をかけて年間の総患者日数を推計した。

(3) 受療日数

「患者調査」から推計患者数(調査日1日に病院、一般診療所で受療した患者の推計数)を算出し、入院は365日、外来は患者調査における総患者数の推計の際に用いられている調整係数を用い313日(=365×6/7)を掛けて年間の延受療日数とした。

(4) 就業率

「労働力調査」から、各年度の性・年齢階級別平均就業率を用いた。

(5) 就業率低下・生産力係数

精神疾患に罹患している者は一般の者と比べて就業率が半分(0.5)に低下するものと仮定し、さらに就業していても生産力が半分(0.5)に低下するものと仮定して、係数をかけた。

(倫理面への配慮)

本研究は、公表されたデータを基に医療費および労働損失の費用を推計するものであり、倫理的な問題はないものと考えられる。

C. 研究結果

推計された精神疾患の医療費、受診による生産性低下の推計、罹病による生産性低下の推計結果を2008年度を例として示す(表3, 4, 5)。

また同様に推計した結果から得られた医療費の推移を図1に示す。2002年度は19,268億円(入院15,159億円、入院外4,109億円)、2005年度は20,680

億円(入院15,995億円、入院外4,685億円)、2008年度は20,301億円(入院15,473億円、入院外4,828億円)となった。厚生労働省による国民医療費では、2002, 2005, 2008年度の医療費がそれぞれ17,675億円、18,863億円、17,978億円となっているため、今回の推計では10%程度過大に見積もっている可能性がある。しかし、年次推移の傾向としては、どちらも一致しており、2002年度から2005年度に増加し、2008年度には若干減少している。この傾向は入院医療費に見られるもので、入院外の医療費は2008年度にも増加している。

精神疾患全体での社会的コストの推移を図2に示す。2002年度は71,940億円、2005年度は79,376億円、2008年度は82,662億円となった。これは一貫して増加を続けている。受診による生産性低下のコストは入院日数が減少していることにより、減少傾向であるが、罹病による生産性低下の影響が大きい。

精神疾患の中でも医療費の割合が大きい統合失調症について取り上げると図3, 4の通りである。医療費としては入院部分が大きな割合を占め、この疾患に関しては、入院医療費、入院外医療費とも増加を続けている。社会的コストも2002年度34,936億円、2005年度35,040億円、2008年度36,028億円と増加しており、受診による生産性低下の割合が大きいことが特徴である。

次に気分障害(躁うつ病を含む)の医療費と社会的コストの推移について図5, 6に示す。医療費としては、2002年度2,526億円、2005年度2,944億円、2008年度3,101億円と増加している。入院、入院外ともに医療費は増加しているが、統合失調症の場合と異なり、入院外の医療費の割合が約半分と大きいことが特徴である。社会的コストの推移をみると、2002年度18,259億円、2005年度23,023億円、2008年度26,158億円と増加が著しく、特に罹病による生産性低下のコストが大きく増加している。

D. 考察

今回、精神疾患全体と特に関心があるうつ病(気分障害(躁うつ病を含む))に関する社会的コストの年

次推移を分析した。精神疾患全体では、2002年の約7.2兆円から2005年度7.9兆円、2008年度8.2兆円と社会的コストは増加しており、罹病による生産性低下の影響が大きかった。特にうつ病ではこの傾向が顕著であり、2002年度1.8兆円、2005年度2.3兆円、2008年度2.6兆円と増加していた。医療費としては入院外医療費が約半分となっており、また、罹病による生産性低下の影響が大きかった。厚生労働省「患者調査」による総患者数の推移をみても(図7)、気分障害(躁うつ病を含む)の患者数の増加が顕著である。これは、患者数自体が増加していることも考えられるが、それと同時に、うつ病の重要性が指摘され受診が促進したことによる影響もあると思われる。後者の場合には、そもそもうつ病による生産性低下の影響は従来からもっと大きかった可能性もある。いずれにせようつ病に関しては、医療費による負担よりも労働生産性低下による社会的な影響が大きいことが示唆される。

本研究での推計方法として、医療費が過大に推計されている点が課題として挙げられる。ここには受療日数の設定の影響があると考えられる。入院に関しては、患者調査時点での患者数が年間を通じて受療していると仮定しており、外来患者については年間の受診可能日を365日×(6/7)で推計している。6/7という調整係数は患者調査の総患者数推計の際に用いられている値であり、医療機関の開院日を考慮したものである。一般に日曜日は休診である医療機関が多いが、それ以外でも1日あるいは半日等で休診にしている医療機関も多い。患者調査では、調査日が火・水・木のいずれかであり、月曜日は一般に患者数が多いことから、6/7を調整係数として推計しているが、精神疾患の場合には特段に月曜日が多いことはない可能性もあり、調整係数を小さくする必要があるかもしれない。また、患者調査が10月であることから、季節性が影響するような疾患の場合で、10月に患者数が多い場合には、影響がある可能性もある。2008年度の病院報告による月別病床利用率の推移では、精神病床に関しては特に10月が高い傾向はみられない。一方、精神科病院の外来患者数は月ごとの変動が大きく、2008年度は10月が多くなっているものの、他の年度で一貫して10月が多いわけではない。年間の受療日数を推計する際に受診可

能日をどう設定するかについてはさらに検討が必要である。

受診による労働損失の推計に際しては、入院・外来ともに受診日は労働ができないと仮定している。しかしうつ病などの場合には、外来受診日が1日労働できないとは限らない。近年では夕方以降に受診が可能なような設定になっていたり、勤務先での受診が可能である場合などもある。これらの場合には受診日であっても労働損失が少ない可能性がある。

また、罹病による労働損失についても、就業率および就業していても効率が落ちる部分について仮定をおいている。これらの absenteeism および presenteeism に関しては、どの程度の労働損失になるかが定かでない。本研究事業全体でも職域でのうつ病による absenteeism および presenteeism の把握を課題としており、このような研究が進むことによって、より適切な推計が可能になると考えられる。

今回は2002, 2005, 2008年度の推計を行った。主としてデータソースとしている患者調査が3年に1回であるため、調査が行われているこれらの年に限定している。この間に診療報酬の改定があり、医療費にはその影響も考えられる。2004年改定では診療報酬の改定は±0であったが、2006年改定では平均で-1.6%、2008年改定では+0.38%であった。薬価に関しては2004, 2006, 2008年度でそれぞれ-0.9%、-1.6%、-1.1%(いずれも医療費ベース)であり、特に2006年の診療報酬改定が大きくマイナスであったことから2005年度に比べて2008年度の医療費が減少していることも考えられる。さらに、この間の社会情勢の変化から、一般的な就業率や1日あたり給与が変化している可能性もある(表6)。このあたりの影響についても今後の検討が必要である。

E. 結論

本研究では、2002, 2005, 2008年度の公表データを用いて、精神疾患の社会的コストの推移を分析した。その結果、医療費は2008年度に若干減少しているものの、社会的コスト全体は増加しており、特に気分障害(躁うつ病を含む)に関しては、患者数の増加から医療費および罹病による労働損失

が大きく増加していた。これは潜在的な患者の受診が促進したことが影響している可能性もあり、社会的なコストは従来より大きかった可能性もある。うつ病の対策により、予防や早期発見および適切な治療を行い、社会での活動が行えるようにすることは、社会的なコストを抑制する観点からも重要であることが示唆された。

<参考文献>

- 1) Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, Ono Y, Furukawa T, Tsuchiya M, Tajima M, Kashima H. Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2011; 65: 442-450.
- 2) Okumura Y, Higuchi T. Cost of depression among adults in Japan. *Primary Care Comparison for CNS Disorders* 2011; 13(3): e1-9.
- 3) 平成 22 年度障害者総合福祉推進事業「精神疾患の社会的コストの推計」（事業責任者：横山和仁）報告書. 2011
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 14, 17, 20 年度社会医療診療行為別調査.
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 14, 17, 20 年度患者調査.
- 6) 総務省. 平成 14, 17, 20 年度労働力調査.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報. 平成 14, 17, 20 年賃金構造基本統計調査.

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録

特に記載すべきものなし

表1 1日あたり医療費の推計 (2008)

疾患中分類名	(円)			
	入院		入院外	
	一般	長寿	一般	長寿
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	15,038	14,950	9,354	7,568
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	14,622	11,986	7,338	7,931
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	13,690	13,231	7,995	6,975
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	14,870	15,125	6,064	6,610
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	14,791	14,758	5,574	5,640
知的障害<精神遅滞>	14,454	12,219	5,880	2,382
その他の精神及び行動の障害	14,083	15,557	5,911	7,304

表2 年間受療日数の推計 (2008)

疾患中分類名	(千日)			
	入院		入院外	
	75才未満	75才以上	75才未満	75才以上
男性				
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	1,789	3,650	250	688
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3,833	584	1,377	94
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	33,252	2,701	10,575	282
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	3,139	621	8,948	751
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	438	110	4,943	594
知的障害<精神遅滞>	1,643	110	532	0
その他の精神及び行動の障害	2,154	511	2,565	94
女性				
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	1,387	9,381	250	2,816
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	475	37	375	31
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	27,485	4,964	9,292	626
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	4,198	2,519	13,171	2,190
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	840	402	8,572	1,408
知的障害<精神遅滞>	1,278	146	407	0
その他の精神及び行動の障害	1,424	949	1,596	219

表3 年間医療費の推計 (2008)

疾患中分類名	入院		入院外	
	75才未満	75才以上	75才未満	75才以上
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	1,789	3,650	250	688
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3,833	584	1,377	94
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	33,252	2,701	10,575	282
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	3,139	621	8,948	751
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	438	110	4,943	594
知的障害(精神遅滞)	1,643	110	532	0
その他の精神及び行動の障害	2,154	511	2,565	94

疾患中分類名	入院		入院外	
	75才未満	75才以上	75才未満	75才以上
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	1,387	9,381	250	2,816
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	475	37	375	31
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	27,485	4,964	9,292	626
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	4,198	2,519	13,171	2,190
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	840	402	8,572	1,408
知的障害(精神遅滞)	1,278	146	407	0
その他の精神及び行動の障害	1,424	949	1,596	219

表4 受診による生産性低下の推計 (2008)

疾患中分類名			(百万円)
	男性	女性	計
精神及び行動の障害	1,218,561	480,320	1,698,882
血管性及び詳細不明の認知症	11,575	2,634	14,208
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	75,832	5,596	81,428
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	753,523	251,777	1,005,300
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	215,758	124,941	340,699
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	85,375	66,891	152,267
知的障害(精神遅滞)	33,132	10,858	43,990
その他の精神及び行動の障害	43,367	17,622	60,989

表5 罹病による生産性低下の推計

疾患中分類名			(百万円)
	男性	女性	計
精神及び行動の障害	2,713,446	1,622,974	4,336,420
血管性及び詳細不明の認知症	2,498	1,520	4,018
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	96,394	13,584	109,978
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	889,523	409,116	1,298,639
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	1,062,682	701,499	1,764,181
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	546,926	431,093	978,019
知的障害(精神遅滞)	24,813	13,950	38,763
その他の精神及び行動の障害	90,610	52,213	142,823

図1 精神疾患の医療費の推移

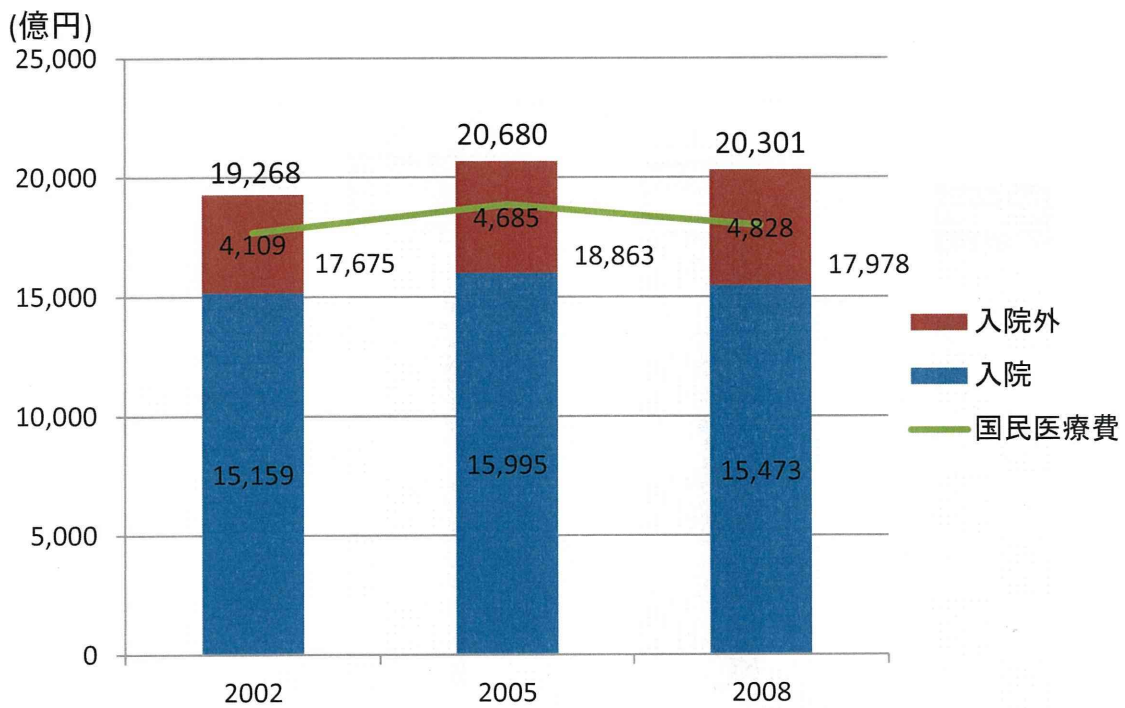


図2 精神疾患の社会的コストの推移

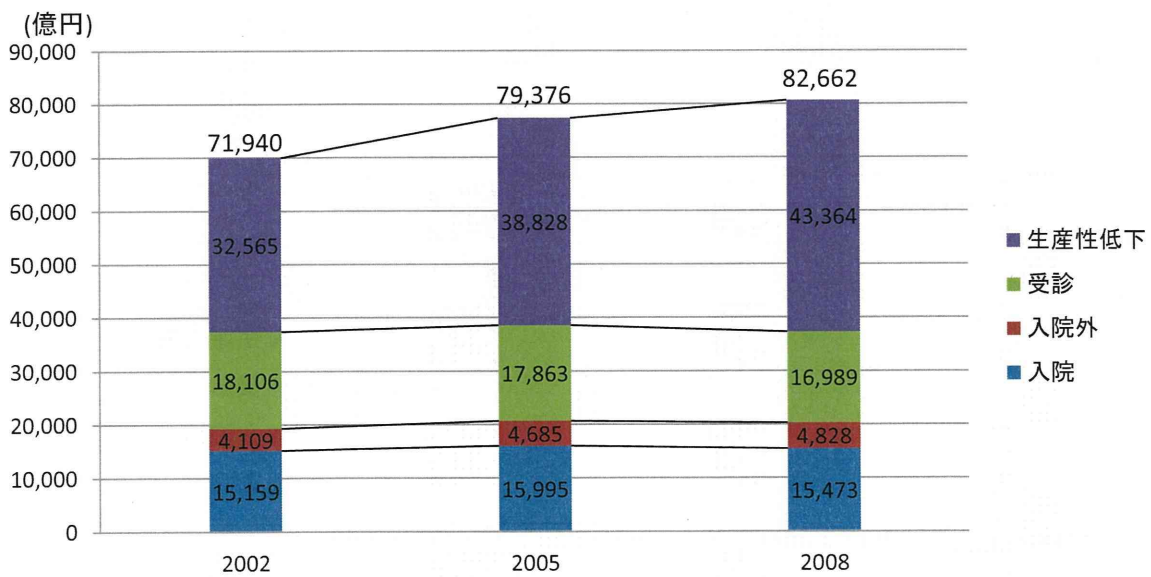


図3 統合失調症の医療費の推移

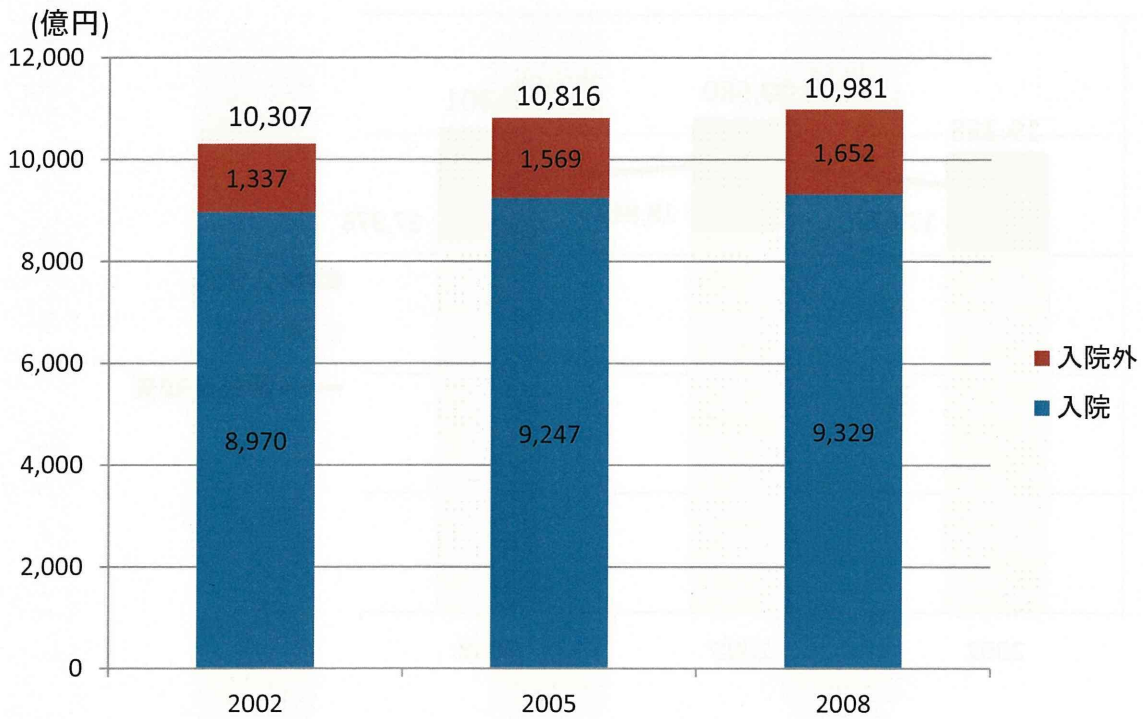


図4 統合失調症の社会的コストの推移

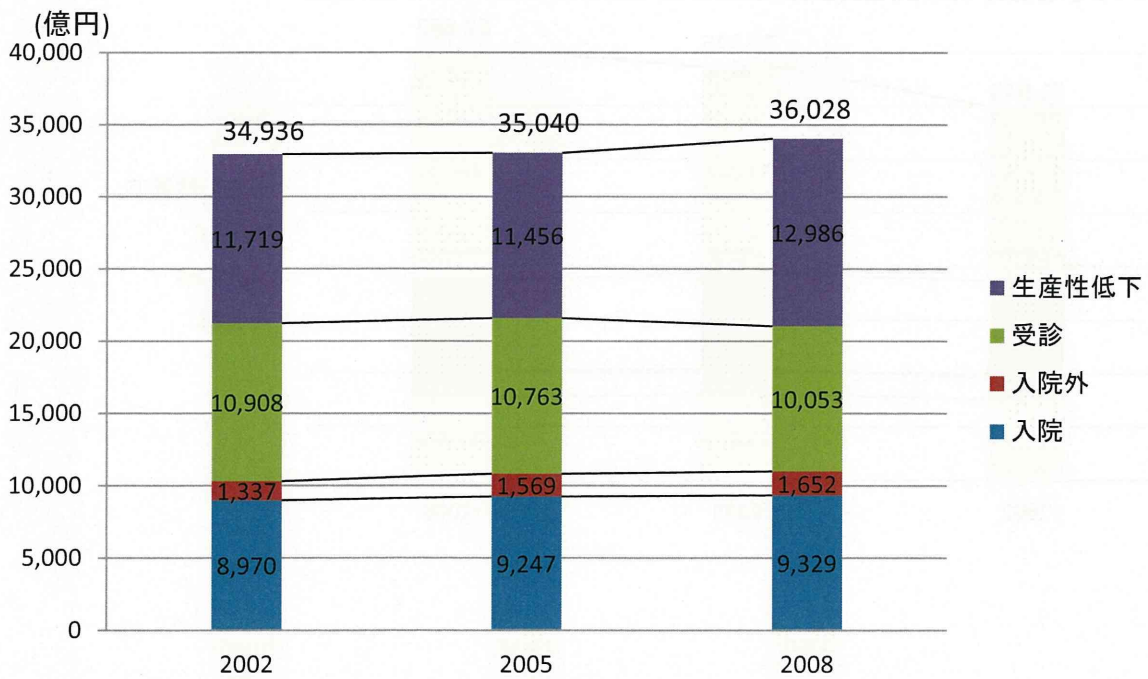


図5 気分障害（躁うつ病を含む）の医療費の推移

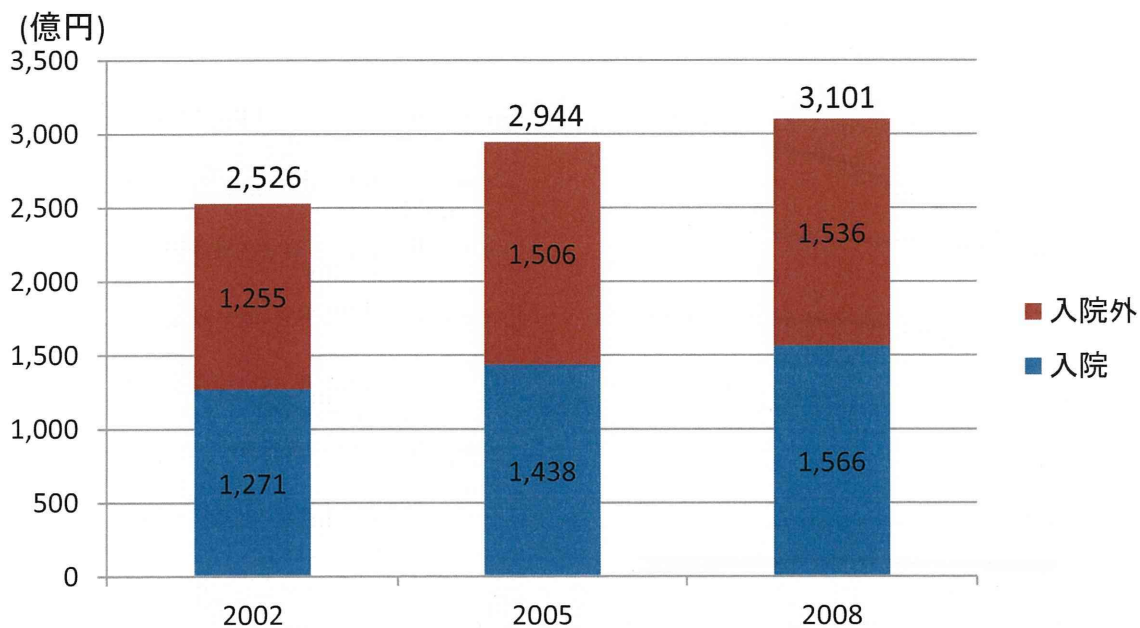


図6 気分障害（躁うつ病を含む）の社会的コストの推移

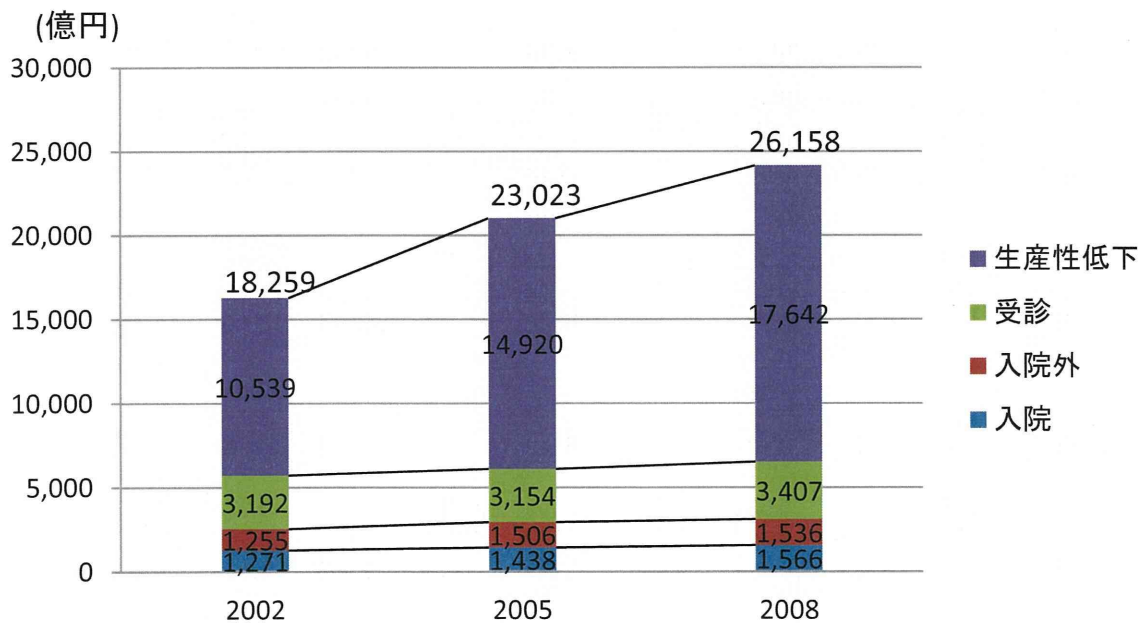


図7 「患者調査」による総患者数の推移

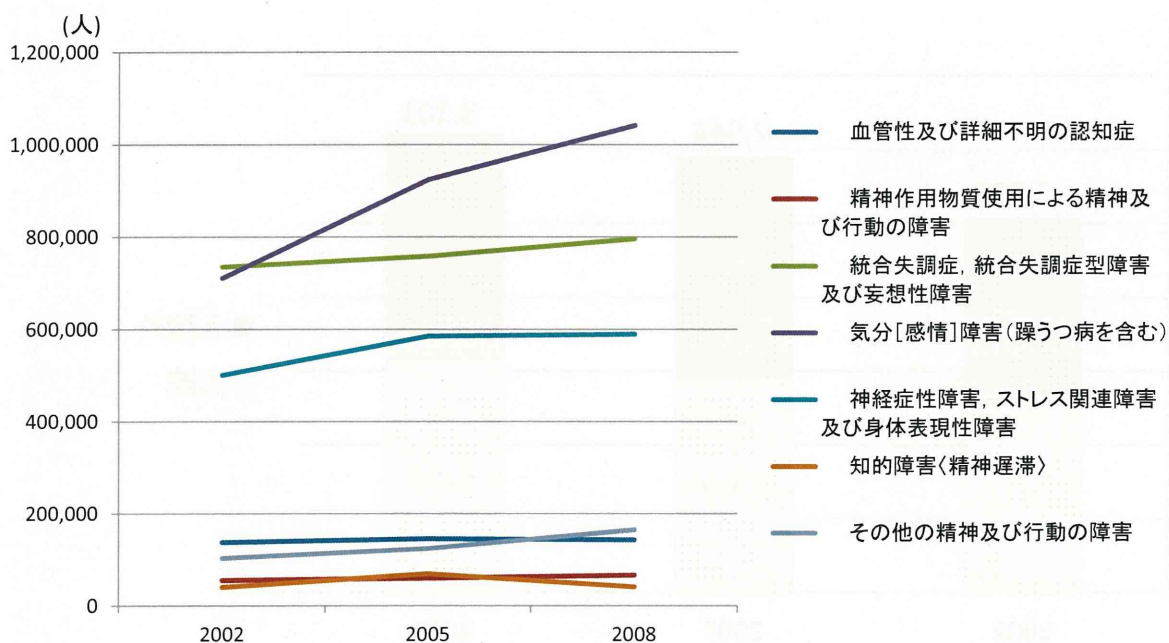


表6 就業率と賃金率の推移

男		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
就業率											
	2002	0.641	0.882	0.921	0.934	0.939	0.932	0.919	0.888	0.640	0.461
	2005	0.622	0.876	0.921	0.934	0.938	0.938	0.923	0.896	0.659	0.450
	2008	0.636	0.882	0.921	0.932	0.939	0.938	0.923	0.890	0.726	0.478
1日当たり給与											
	2002	12,442	16,253	20,099	23,759	26,105	27,374	27,576	26,081	18,014	16,264
	2005	12,132	15,830	19,361	23,281	26,231	27,176	27,220	25,629	17,180	15,048
	2008	12,788	16,180	19,411	22,777	26,150	27,686	27,731	25,631	17,484	14,413
女		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
就業率											
	2002	0.645	0.662	0.560	0.586	0.676	0.698	0.654	0.562	0.375	0.237
	2005	0.650	0.703	0.588	0.600	0.683	0.718	0.670	0.584	0.390	0.237
	2008	0.645	0.717	0.627	0.621	0.686	0.729	0.699	0.608	0.425	0.260
1日当たり給与											
	2002	11,450	14,070	15,668	16,620	16,079	15,507	14,997	14,426	11,754	12,571
	2005	11,008	13,589	14,855	16,073	15,782	15,256	14,359	13,918	11,358	11,419
	2008	11,375	13,872	14,887	15,948	16,453	15,721	15,265	14,310	11,674	11,029

精神健康度とストレス対処力SOCを高める労働職場環境要因の探索的研究

研究分担者 山崎 喜比古

(財)パブリックヘルスリサーチセンター ストレス科学研究所 特別研究員

研究要旨

今回、精神健康度およびストレス対処力SOC(Sense of Coherence)の向上に向けた職場要因を探索する縦断研究を計画した。今年度実施したベースライン調査では、対象者の特徴の把握と労働者の健康度を高める職場づくりの示唆を得ることを目的とした。特に、職場づくりに関しては精神健康度のみならずストレス対処力SOCをも高める職場を探索的に検討し、今後の健康職場づくり支援の示唆を得ようと試みた。

対象者は、東海地方の運輸業の労働者、病院に所属する看護師に自記式アンケートを合計1929部配布し、1346部回収（回収率69.8%）した。精神健康度およびストレス対処力SOCを従属変数とした重回帰分析を行った。

その結果、精神健康度に関連する労働職場環境要因は、仕事要求度、仕事裁量度、職場風土、ストレス対処力SOCであることが示された。とくに職場風土と仕事裁量度についてはSOCを介して影響する可能性が示された。また、SOCに関連する労働職場環境要因は、仕事要求度、仕事裁量度、職場風土であることが明らかになった。以上のことより、仕事要求度・裁量度の適正化および職場風土の改善によりSOCが向上し、精神健康度も向上する可能性が示された。しかし、この可能性については横断研究であり因果関係の特定はできないため、今後の追跡調査によって明らかにする必要性が示された。

<研究協力者>

東川薫

益子 友恵

四日市看護医療大学

東京大学大学院医学系研究科

萩 典子

四日市看護医療大学

宮崎徳子

四日市看護医療大学

大西信行

四日市看護医療大学