

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

高年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「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756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（本人とそのご家族が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

厚生労働省はメンタルヘルスに関連した事業を平成23年度は25事業実施し、執行金額は合計114億33百万円であった。平成24年度は23事業実施し、執行金額は合計109億23.5百万円であり、4.5%減少した。

この中で、メンタルヘルスやストレスに限定した事業は、メンタルヘルス対策支援センター事業、職域対象のメンタルヘルス対策についてのポータルサイト事業、ストレス症状を有する者に対する面接指導等に関する研修事業、外部専門機関の整備・育成等事業の4事業であり、平成23年度は合計14億44.3百万円であった。平成24年度はストレス症状を有する者に対する面接指導等に関する研修事業以外の3事業を実施し、合計13億17百万円であり、8.8%減少した。

精神障害者や発達障害者に限定した事業は、精神障害者等ステップアップ雇用奨励金、精神障害者雇用安定奨励金、精神障害者に対する雇用管理ノウハウの蓄積と普及、医療機関等との連携による精神障害者等の就労支援の実施、発達障害者雇用開発助成金、発達障害者の特性に応じた支援策の充実・強化の6事業を実施し、平成23年度は合計3億32.7百万円であった。平成24年度は合計3億60.5百万円であり、8.4%増加した。

残りの15事業は、メンタルヘルスや精神書障害者等に限定したものではないが、メ

ンタルヘルスに関連した事業が含まれていた。平成23年度の東日本大震災の被災労働者に対する緊急健康診断事業を除いた14事業は、平成23年度は合計86億48百万円であった。平成24年度は合計92億46百万円であり、6.9%増加した。

メンタルヘルスに関連した補助金や運営費は、産業医学助成費補助金、労働災害防止対策費補助金、独立行政法人労働者健康福祉機構運営費交付金に必要な経費、独立行政法人労働安全衛生総合研究所運営費交付金、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構運営費交付金、独立行政法人労働政策研究・研修機構運営費の7件あり、平成23年度は合計337億12百万円であった。平成24年度は合計310億96百万円であり、7.8%減少した。

これらのメンタルヘルスに関連した事業と補助金・運営費の合計金額は、平成23年度は451億45百万円であった。平成24年度は420億19.5百万円であり、6.9%減少した。

このような費用は、事業や運営費等の直接的費用であり、これらに含まれない施設設備や人件費等を加えるとさらに費用は高くなる。コストの計算では、1件、1回、1人当たりの金額を算出している。分母の数があればコストは低くなるが、安くても効果があまりなければ無駄なコストとなる。コストに対応した効果があるか、短期的な効果とともに長期的効果を検証することが望まれる。

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。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のメ

ンタルヘルス対策の推進に貢献することが期待できる。

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。

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。

厚生労働省はメンタルヘルスに関連した事業を平成23年度は25事業実施し、執行金額は合計114億33百万円であった。平成24年度は23事業実施し、執行金額は合計109億23.5百万円であり、4.5%減少した。この中で、メンタルヘルスやストレスに限定した事業は、平成23年度は4事業14億44.3百万円、平成24年度は3事業13億17百万円であり、8.8%減少した。精神障害者や発達障害者に限定した6事業は、平成23年度は3億32.7百万円であり、平成24年度は3億60.5百万円であり、8.4%増加した。残りの15事業から東日本大震災の被災労働者に対する緊急健康診断事業を除いた14事業を比較すると、平成23年度は86億48百万円、平成24年度は92億46百万円であり、6.9%増加した。メンタルヘルスに関連した補助金や運営費は7件あり、平成23年度は337億

12百万円、平成24年度は合計310億96百万円であり、7.8%減少した。これらのメンタルヘルスに関連した事業と補助金・運営費の合計金額は、平成23年度は451億45百万円、平成24年度は420億19.5百万円であり、6.9%減少した。

このような費用は、事業や運営費等の直接的費用であり、これらに含まれない施設設備や人件費等を加えるとさらに費用は高くなる。コストの計算では、分母の数が増えればコストは低くなるが、安くても効果があまりなければ無駄なコストとなる。コストに対応した効果があるか、短期的な効果とともに長期的効果を検証することが望まれる。

厚生労働省の平成24年労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）によると、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所は47.2%であり、平成19年の33.6%より増加していた。事業所規模別にみると、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、30～49人では56.0%、10～29人では38.9%であった。メンタルヘルスケアの取組内容は、労働者への教育研修・情報提供46.7%、管理監督者への教育研修・情報提供44.7%、社内のメンタルヘルスケア窓口の設置41.0%が多かった。

日本経済団体連合会の福利厚生費調査によると、2012年度の従業員1人1ヵ月当たりの法定福利費78,948円、法定外福利費25,296円であった。法定外福利費の中で、医療・健康は3,060円であり、内訳は医療・保健衛生施設運営2,115円、ヘルスケアサポート945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

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) 厚生労働省：行政事業レビュー（平成24年度）
(http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwa_ke/h24_gyousei_review.html)
- 5) 厚生労働省：行政事業レビュー（平成25年度）
(http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwa_ke/h25_gyousei_review.html)
- 6) 厚生労働省：平成24労働者健康状況調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>)
- 7) 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』
- 8) 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
- 9) (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
- 10) (一社)日本経済団体連合会：第57回福利厚生費調査結果報告 2012年度（2012年4月～2012年3月）、2014年1月 (<http://www.keidanren.or.jp/policy/2014/005.html>)

日本における精神疾患の社会的コストの推計

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、2002, 2005, 2008, 2011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、精神疾患全体では、2002年の約6.9兆円から2005年度7.7兆円、2008年度8.0兆円と増加し、2011年度で7.6兆円と減少に転じており、罹病による生産性低下の影響が大きかった。特に気分障害（躁うつ病を含む）に関しては、同様の傾向であった。社会的コストには罹病による労働損失が大きく影響しており、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

また、罹病による労働損失の推計値が就業率や生産力の仮定によりどのように変化するかを検討した。実際の就業率や生産力は今後の研究により設定する必要があるが、推計のベースとこれらの値により推計値がどの程度変化するかを検討できたため、今後活用できるものと期待される。

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。

平成 23～25 年度研究において¹⁾²⁾、2002, 2005, 2008, 2011 年度の4年度について、精神疾患の医療費と、受診および罹病による労働損

失の推計を行った。2011 年度データを用いた推計については、主として用いている厚生労働省患者調査が東日本大震災の影響により宮城県の一部および福島県での調査が実施されなかったため、2012 年に実施された福島県調査を反映した。

また、精神疾患の罹病による労働損失は、疾病であることによる就業率の低下と、就業していても仕事の能率が下がる労働生産性の低下の2つの要因が考えられる。前者は一般に absenteeism、後者は presenteeism と称されるが、これらの大きさは必ずしも明らかでない。そこで、本研究ではこれらの値が変化した場合の労働損失の影響を感度分析の形で検討した。

B. 研究方法

2002, 2005, 2008, 2011年度のデータを用いて社会的費用の推計を行った。2011年度推計については、

2012年の福島県の調査データを反映した場合の影響を推計した。

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」³⁾と「患者調査」⁴⁾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回の実施であるが、最新の2011(平成23)年度データでは、東日本大震災の影響により、宮城県石巻医療圏(石巻市、東松島市、女川町)、気仙沼医療圏(気仙沼市、南三陸町)、及び福島県の医療施設では調査されていなかった。そのため2011年度の調査データを用いた推計は過小評価である可能性が高い。その後、2012年に福島県内の医療施設については追加調査がされたため、このデータの追加による影響について検討した。

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各年度のデータを用いた。

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、疾患分類別に、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(長寿医療制度)における診療分(以下、長寿)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「長寿」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。

$$(\text{患者1人あたり医療費}) = (\text{年間総医療費}) / (\text{総患者数})$$
$$(\text{年間総医療費}) = (\text{入院総医療費}) + (\text{外来総医療費})$$
$$(\text{入院総医療費}) = (\text{一般} \cdot 1 \text{日あたり医療費}) \times (75 \text{才未満} \cdot \text{延入院日数})$$
$$+ (\text{長寿} \cdot 1 \text{日あたり医療費}) \times (75 \text{才以上} \cdot \text{延入院日数})$$
$$(\text{外来総医療費}) = (\text{一般} \cdot 1 \text{日あたり医療費}) \times (75 \text{才未満} \cdot \text{延外来日数})$$
$$+ (\text{長寿} \cdot 1 \text{日あたり医療費}) \times (75 \text{才以上} \cdot \text{延外来日数})$$

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

直接費用と同じ各年度の推計を以下の方法で行い、2011年度については福島県の調査データを反映させた。

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、罹患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⁵⁾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」⁹⁾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23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・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低下するものと仮定し、一般の者に対する比を就業率係数と名付けた。さらに就業していても生産力低下する可能性があるため、これも一般の者に対する比を生産力係数と名付けた。ベースラインとして、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。

また、就業率係数および生産力係数が変化した場合の推計値への影響を検討した。

（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2011年度を例として示す（表3、4、5）。

医療費に関しては、20,455億円（入院15,462億円、入院外4,993億円）となった。疾患別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が10,795億円、「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」が3,174億円となっていた。

労働損失として、受診による生産性低下は15,106億円、受診日以外が生産性低下は41,333億円と推計された。

これらをあわせると全体としての社会的コストは76,394億円と推計された。東日本大震災により調査できなかった宮城県の一部及び福島県を除くと75,357億円であるため、1537億円（約2%）少ない推計であった。

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）、2011年度は20,455億円（入院15,462億円、入院外4,993億円）となった。となった。厚生労働省による国民医療費では、2002, 2005, 2008, 2011年度の医療費がそれぞれ17,675億円、18,863億円、17,978億円、19,050億円となっているため、今回の推計では若干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、2011年度にまた若干増加している。この傾向は入院と入院外で異なり、入院医療費は2005年度以降減少しているが、入院外の医療費は一貫して増加している。

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69,938億円、2005年度は77,371

億円、2008年度は80,654億円、2011年度は76,894億円となった。2008年度まで増加していたが、2011年度は減少に転じていた。特に受診や罹患していることによる生産性低下の変化の影響が大きい。

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、医療費は横ばいである。社会的コストは2002年度32,934億円、2005年度33,035億円、2008年度34,020億円、2011年度30,757億円と2008年度までは増加していたが2011年度には減少している。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4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、2011年度3,174億円と増加している。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16,257億円、2005年度21,018億円、2008年度24,150億円、2011年度22,913億円となっており、こちらも2008年度までは増加していたが、2011年度に減少に転じている。特に罹病による生産性低下のコストの減少が大きい。

就業率係数および生産力係数のそれぞれの変化に対して、積は大きく変わるため、例えばこの積を0とした場合、即ち全く労働ができないと仮定した場合には総額で約5.5兆円、就業率係数と生産力係数の積が0.5の場合には約2.7兆円と推計され、この設定により推計値が大きく変化することが示された。

D. 考察

本研究では精神疾患について社会的コストの推計を行い、年次推移を分析した。精神疾患全体では、2002年の約6.9兆円から2005年度7.7兆円、2008年度8.0兆円と増加し、2011年度で7.6兆円と減少に転じており、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、2011年度は2.4兆円と減少していた。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5）、気分障害（躁うつ病を含む）の患者数は2008年度までは増加しているが、2011年度は減少に転じている。2011年度の減少は東日本大震災により患者調査が実施されなかった地域がある影響が考えられたが、2012年に行われた福島県調査の値を加味してもこの結果であった。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、要因として受診日数の設定が考えられる。また、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。

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。そこで今回は、罹病による労働損失の推計の不確実性を検討するため、推計に用いた就業率係数と生産力係数を変化させた場合の推計結果に与える影響を検討した。本方法による推計では、（就業率係数×生産力係数）の積によって推計を行っているため、この値が変化することにより結果が変わっていた。精神疾患罹患者の実際の就業率や就業中の労働力低下がどの程度かはさらに今後の研究が必要であるが、推計のベースを確立したことにより、今後の活用が期待できる。

また、本研究では、疾患ごとにこれらの係数を変えた推計は行っていないが、疾患ごとに異なることは考えられるため、これにも対応が可能である。

今回は2002, 2005, 2008, 2011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。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。結果の解釈にあたってはこのあたりの影響についても留意が必要である。

E. 結論

本研究では、2002, 2005, 2008, 2011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、精神疾患全体では、2002年の約6.9兆円から2005年度7.7兆円、2008年度8.0兆円と増加し、2011年度で7.6兆円と減少に転じており、罹病による生産性低下の影響が大きかった。特に気分障害（躁うつ病を含む）に関しては、同様の傾向であった。社会的コストには罹病による労働損失が大きく影響しており、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

また、罹病による労働損失の推計値が就業率や生産力の仮定によりどのように変化するかを検討した。実際の就業率や生産力は今後の研究により設定する必要があるが、推計のベースとこれらの値により推計値がどの程度変化するかを検討できたため、今後活用できるものと期待される。

<参考文献>

- 1) 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合事業) 「職場におけるメンタルヘルス対策の有効性、費用対効果等に関する調査研究」 (研究代表者: 横山和仁) 報告書. 2012
- 2) 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合事業) 「職場におけるメンタルヘルス対策の有効性、費用対効果等に関する調査研究」 (研究代表者: 横山和仁) 報告書. 2013
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 23 年度社会医療診療行為別調査.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 23 年度患者調査.
- 5) 総務省. 平成 23 年度労働力調査.
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報. 平成 23 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

特に記載するべきものなし

表1 1日あたり医療費の推計 (2011)

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	14,811	15,089	11,201	8,883
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	16,118	14,557	7,331	9,260
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	14,143	13,788	8,636	7,992
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	16,369	15,574	5,937	6,635
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	17,510	16,424	5,972	6,577
知的障害<精神遅滞>	15,751	13,589	6,387	4,727
その他の精神及び行動の障害	17,082	16,924	7,409	8,853

表2 年間受療日数の推計 (2011) (福島含む)

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	1,679	3,468	188	813
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3,504	657	1,846	63
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	29,930	3,066	10,043	313
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	3,212	657	8,666	751
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	511	146	5,037	532
知的障害<精神遅滞>	1,424	110	563	31
その他の精神及び行動の障害	2,117	657	2,659	125
女性				
精神及び行動の障害				
血管性及び詳細不明の認知症	1,132	8,140	219	2,659
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	475	73	626	0
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	25,806	5,913	8,447	657
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	4,234	2,701	11,920	2,409
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	876	511	8,228	1,439
知的障害<精神遅滞>	1,022	146	501	31
その他の精神及び行動の障害	1,460	1,132	1,689	219

表3 年間医療費の推計（2011）（福島含む）

	(百万円)		
疾患中分類名	入院	入院外	医療費計
精神及び行動の障害	1,546,216	499,254	2,045,469
血管性及び詳細不明の認知症	216,764	35,403	252,166
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	74,752	18,697	93,449
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	912,082	167,434	1,079,516
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	174,182	143,178	317,360
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	35,076	92,186	127,262
知的障害<精神遅滞>	41,990	7,090	49,080
その他の精神及び行動の障害	91,370	35,266	126,636
男性			
			(百万円)
疾患中分類名	入院	入院外	医療費計
V 精神及び行動の障害	754,156	227,236	981,392
血管性及び詳細不明の認知症	77,189	9,328	86,517
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	66,041	14,111	80,152
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	465,581	89,232	554,813
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	62,810	56,430	119,240
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	11,345	33,580	44,925
知的障害<精神遅滞>	23,909	3,745	27,654
その他の精神及び行動の障害	47,281	20,810	68,091
女性			
			(百万円)
疾患中分類名	入院	入院外	医療費計
V 精神及び行動の障害	792,060	272,018	1,064,078
血管性及び詳細不明の認知症	139,575	26,074	165,650
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	8,711	4,587	13,297
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	446,501	78,203	524,703
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	111,372	86,748	198,120
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	23,731	58,606	82,337
知的障害<精神遅滞>	18,081	3,345	21,426
その他の精神及び行動の障害	44,089	14,456	58,544

表4 受診による生産性低下の推計（2011）（福島含む）

	(百万円)		
疾患中分類名	男性	女性	計
精神及び行動の障害	1,049,986	460,661	1,510,647
血管性及び詳細不明の認知症	9,237	2,538	11,775
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	73,465	8,956	82,421
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	621,354	232,068	853,422
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	196,829	121,399	318,229
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	83,290	69,904	153,194
知的障害<精神遅滞>	28,096	9,919	38,015
その他の精神及び行動の障害	37,716	15,877	53,592

表5 罹病による生産性低下の推計（2011）（福島含む）

疾患中分類名			(百万円)
	男性	女性	計
精神及び行動の障害	2,601,356	1,531,939	4,133,295
血管性及び詳細不明の認知症	2,496	980	3,476
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	128,919	28,003	156,923
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	788,499	354,285	1,142,784
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	1,013,532	642,221	1,655,754
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	540,075	441,344	981,419
知的障害<精神遅滞>	41,309	17,740	59,049
その他の精神及び行動の障害	86,526	47,365	133,890

図1 精神疾患の医療費の推移

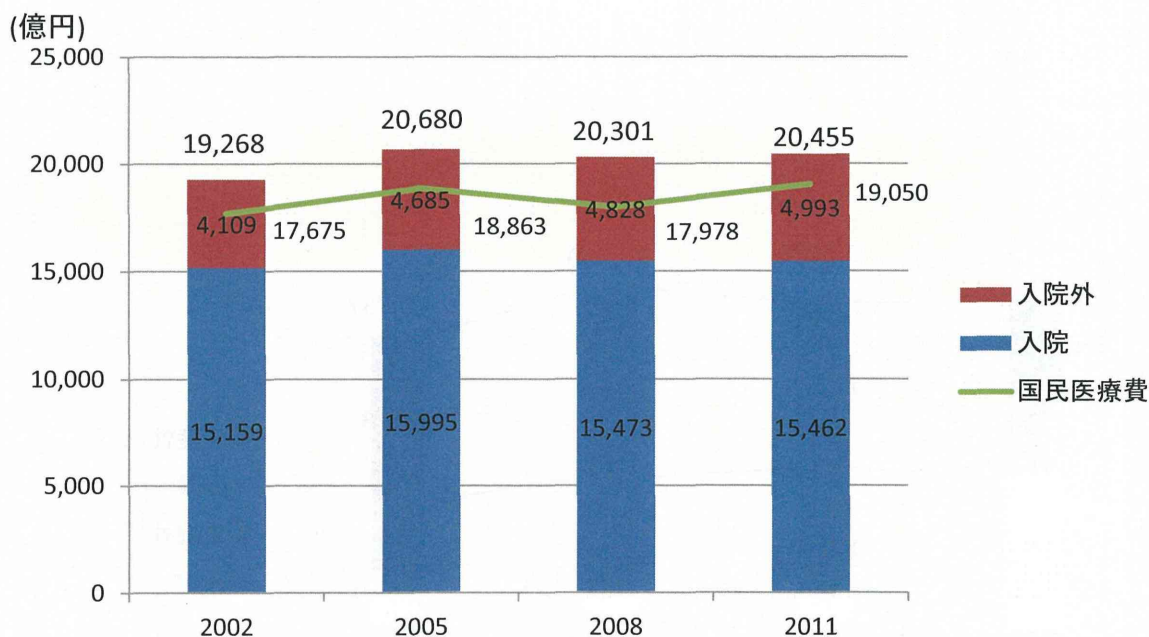


図2 精神疾患の社会的コストの推移

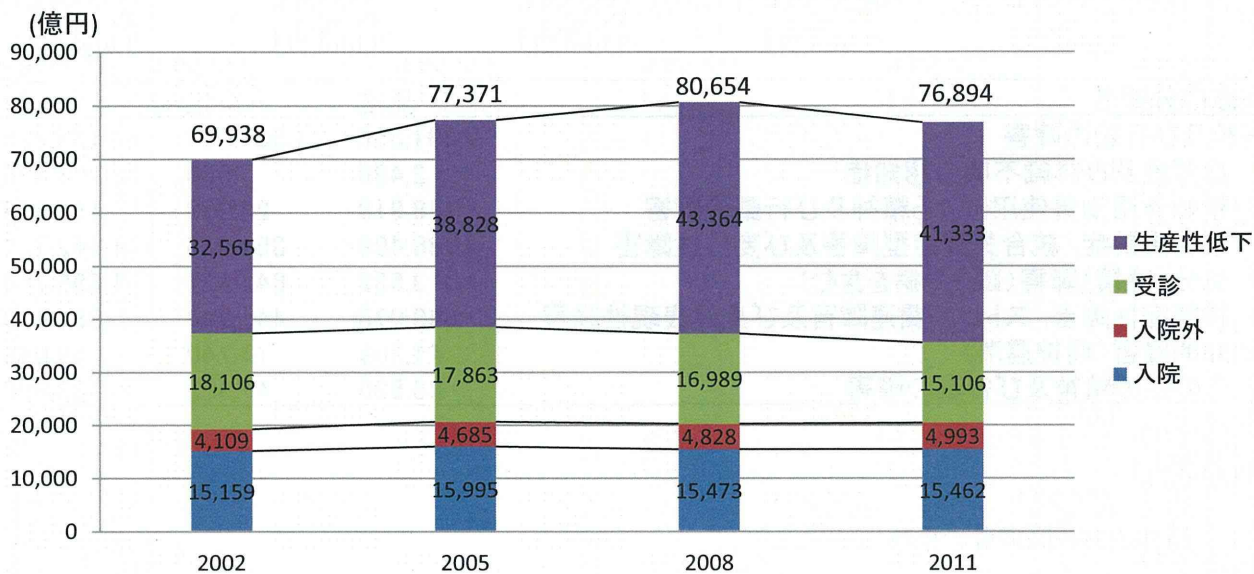


図3 統合失調症の社会的コストの推移

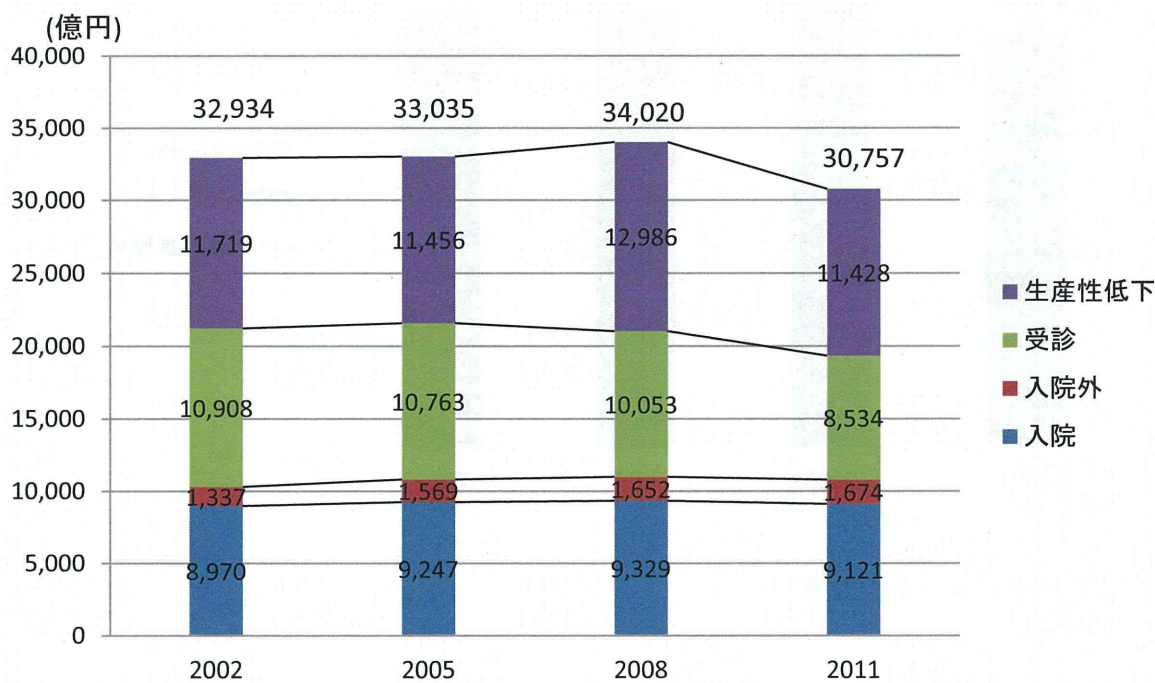


図4 気分障害（躁うつ病を含む）の社会的コストの推移

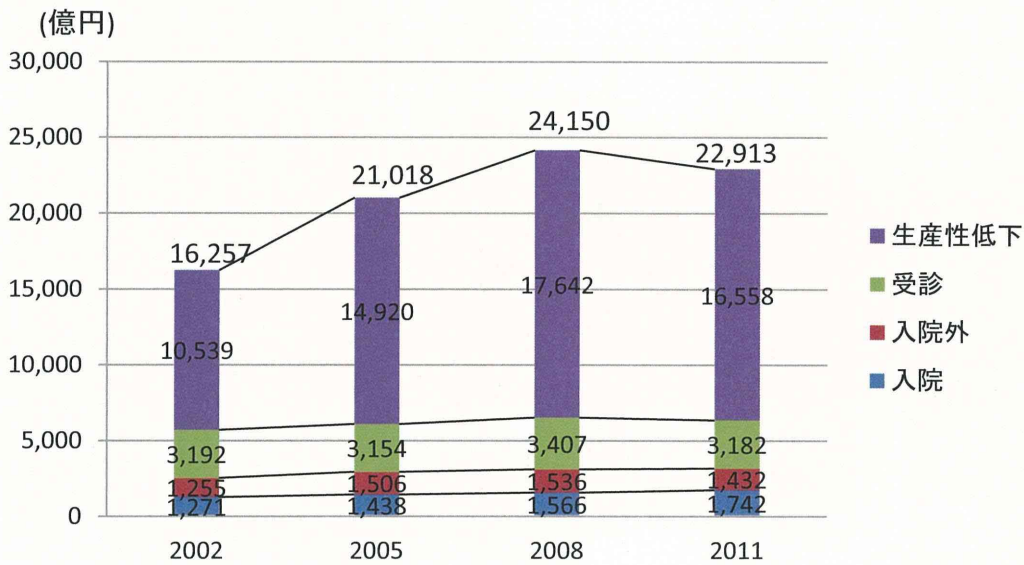
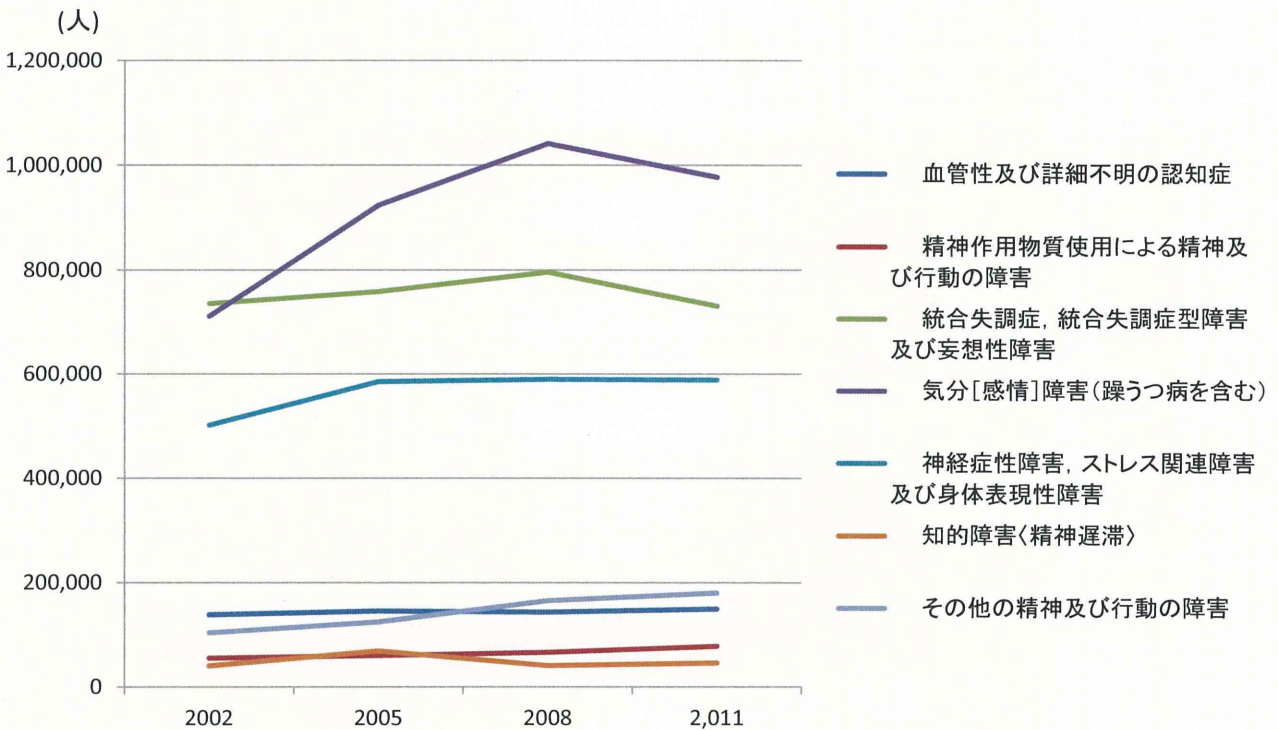


図5 「患者調査」による総患者数の推移



精神健康とストレス対処力 SOC を高める労働職場環境特性の探索的研究
及び SOC の高い人の困難な出来事に対する対処の工夫について

研究分担者 山崎 喜比古

日本福祉大学社会学部 教授

研究要旨

平成 23 年度より取り組んできた「健康職場づくりプロジェクト」では、健康的な職場/組織の概念に加え、ストレス対処力 SOC (Sense of Coherence) の概念に着目してきた。SOC は人々の人生に存在するあらゆるストレスラーに対するストレス対処力として概念化された。

本調査は東海地方の運輸業に従事する労働者を対象に 1 年間の追跡調査を行った。今回報告するのは、労働者の精神健康と労働職場特とストレス対処力概念の SOC との関連性を検討した結果と SOC が高い者の困難の乗り越え方に関する報告である。

その結果、横断的データでは、SOC が大きく影響すること、さらに労働職場特性は SOC を介して精神健康に影響を及ぼすことが明らかになった。縦断的データによる変化量を用いて検討した結果では労働者の精神健康には SOC が大きく関わる事が明らかになった。しかし、相関係数では説明できない一貫性のない結果も見られたため、今後さらなる検討が必要である。

また、SOC の高い者が日頃の困難を乗り越える際に行う工夫について自由記述をまとめた結果、労働者が職場において様々な困難を乗り越えてきた工夫や知恵は様々であり、ひとり一人が自分に合った方法で対処していることがうかがえた。

<研究協力者>

益子 友恵

東京大学医学部附属病院

萩 典子

大西信行

四日市看護医療大学

A. 研究目的

背景

近年、各企業では様々なこころの健康を守る対策が行われている。厚生労働省による労働者健康状況調査¹⁾によると、心の健康対策に取り組んでいる事業所の割合は47.2%であり、従業員300人以上の企業ではメンタルヘルス対策を行っている企業は9割を超えており、企業での実施割合は増加している。現在の仕事や職業生活に関する事で強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がある労働者の割合は60.9%となっている。また、強い不安、悩み、ストレスを感じる事柄の内容では「職場の人間関係の問題」(41.3%)が最も多く、次いで「仕事の質の問題」(33.1%)、「仕事の量の問題」(30.3%)となっている。

今日のわが国の労働者のメンタルヘルスケアは、平成12年に厚生労働省から出された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」その後、平成18年に出された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づいて実施されてきた。これらの指針では、事業場のメンタルヘルスケアを効果的に推進するために、事業者がメンタルヘルスを重要と考え、これに積極的に取り組むという方針を表明することが効果的としており、セルフケアに加えて組織の環境整備についても言及されている。

この様な各企業の対策に加えて、今後は労働者個人の人々のストレス対処力、職場および組織のストレス対処力を高めていく必要があるのではないかと考えている。職業性ストレス(仕事の質的・量的要求度や人間関係の不調和、いじめ、ハラスメント、不規則勤務等)が心身の健康へ影響を与えるという研究結果は多く報告され^{2)~4)}、現在各企業では残業時間を減らすといった職業性ストレスを軽減する対策が行われてきている。しかし職場に存在する職業性ストレスは、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあるため、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者によるメンタルヘルスケアの組織的かつ計画的な対策の実施は、大きな役割を果たすものと考えられる。

我々が平成23年度より取り組んできた「健康職場づくりプロジェクト」では、健康的な職場/組織の概念に加え、ストレス対処力SOC (Sense of Coherence)

の概念に着目してきた。SOCは人々の人生に存在するあらゆるストレスに対するストレス対処力として概念化された。SOCは様々なストレスや危機から自分を守るだけでなく、それらを自らの成長や発達の糧、豊かな人生の糧にしていくストレス対処力・健康保持概念であると考えられている⁵⁾。SOCの実証研究は年々増加しており、SOCの心身の健康における予測力を明らかにした研究は蓄積されてきており⁶⁾⁷⁾、我々の調査結果からも、労働者の精神健康とストレス対処力SOCとの関連が大きいことが明らかとなっている。

しかし、ストレスを全て跳ね返すことが良いとは考えておらず、うまくストレスと向き合う力が大切だと考える。このストレスとうまく向き合う力が健康で元気に働き続けられる職場づくりの鍵を握っていると考え、「健康で元気に働き続けられる職場づくり」をテーマとして調査を行ってきた。

今回の報告では、量的な分析により労働者の精神健康と労働職場特性とSOCとの関連性を明らかにすること、仕事が大変でも頑張れる職場と働く人、すなわちストレス対処に長けた職場と働く人、健康で元気に明るく働き続けられる職場と働く人たちの工夫・秘伝(秘訣)・知恵を解明し、普及を図るために、労働者が職場において様々な困難を乗り越えてきた方法の中から工夫や知恵を解明することを目的として分析を行った。分析結果はリーフレットとしてまとめ、労働者が利用できるようにする。

目的

本調査では、仕事が大変でも頑張る働く人、すなわちストレス対処に長けている労働者が、職場において様々な困難を乗り越えてきた方法の中から工夫や知恵を解明することを目的とした。

まず1つめは、労働者の精神健康と労働職場特性とSOCの関連性を明らかにすることである。2つめは、ストレス対処力SOCが高い人たちが職場の困難な状況にどの様に乗り越えてきたのか工夫や知恵を解明することである。

B. 研究方法

1. 対象者

2011年と2012年に東海地方の運輸業2企業の労働

者に自記式アンケートを配布した。2011年の調査をTime1(T1)とし、2012年の調査をTime2(T2)とした。

T1、T2のデータが結合可能であり、2時点ともに結合IDがユニークであり、年齢、性別について不整合がないデータのみ解析対象とした。運輸業は370部配布し263部回収、解析対象は192部であった。

2. 調査項目

1) 基本属性・職業の特性に関する項目

基本属性として、年齢、性別、配偶者の有無、慢性疾患の有無、最終学歴についてたずねた。職業に関する項目としては、職位、勤続年数、月間残業時間についてたずねた。

2) 労働職場環境特性

労働職場環境特性の一つとして、職業性ストレス簡易調査票¹⁾の仕事の量的負担、質的負担、身体的負担の7項目を仕事要求度、コントロールの3項目を仕事裁量度として10項目を抜粋し、「そうだ」～「ちがう」の4件法で尋ね、0～3点で得点化し単純加算した。仕事要求度は合計得点が高いほど、要求度が高いことを示す。仕事裁量度は合計得点が高いほど、裁量度が高いことを示す。仕事要求度は、0～21点、仕事裁量度は、0～9点の値をとる。

職場環境については、人間関係及び職場内の上司を含めたメンバーの相互作用の関係を評価する22項目の職場風土尺度を用いた。「全く当てはまらない」～「当てはまる」の4件法で尋ね、1～4点で得点化し単純加算した。22点～88点の値をとり、得点が高いほど職場風土が良好であることを示す。

3) 精神健康度

Goldbergによって開発された一般健康調査(General Health Questionnaire: GHQ)^{2, 3)}の短縮版である12項目版⁴⁾を4件法で尋ね、0～3点で得点化し単純加算した。合計得点が高いほど、精神健康度が悪いことを示す。0～36点の値をとる。

5) ストレス対処力SOC

Antonovskyにより開発されたSOCスケールをもとに山崎らが作成した日本語短縮版SOC尺度⁵⁾は13項目から構成される7段階のSD法で、SOC得点が高いほどストレス対処能力が高いことを示す。13点～91点の値をとる。

6) 職場における困難をどのように乗り越えてきたか (i 上司や同僚との関係でもめそうになったり、実際にもめた時、ii 仕事が自分に合っていない、向いていないと悩んだとき、iii 仕事が期限までに間に合わない、もしくは仕事の量が多くてこなせなくて周りに迷惑をかけそうになったり、かけてしまった時、iv その他、仕事で困ったことや悩んだとき) をたずねた。

3. 分析方法

各変数のT2時点からT1時点の得点の差分を各変数の「変化量」として扱った。

またT2時点のみT1時点と比較して労働職場特性が主観的にどの様に変化したかを去年と比べてその特徴はととても強まった～去年と比べてその特徴はととても弱まったを、0～4点とし「主観的変化量」として扱った。

基本属性と各変数の基礎集計を行った。次に、主要な各変数のピアソンの相関係数を算出した。

精神健康度をあらかずGHQの変化量を従属変数とした重回帰分析を行った。モデル1では、基本属性を独立変数とした。モデル2、3にはモデル1に加えて職場特性、仕事要求度の変化量、仕事裁量度の変化量、モデル4には職場風土の変化量、モデル5ではSOCの変化量を加えた。

その後SOCを従属変数とした重回帰分析を行った。モデル1では、基本属性を独立変数とした。モデル2、3にはモデル1に加えて職場特性、仕事要求度の変化量、仕事裁量度の変化量、モデル4には職場風土の変化量を加えた。

調査は研究の趣旨、概要、回答は自由意志であること、プライバシーの保護等を文書に示し、調査用紙に同封した。

C. 研究結果

1. 対象者の特性 (表1)

平均年齢は約38.7歳で18歳から60歳までの幅があった。男性が約7割であった。慢性疾患の有無は8割の者がなしと回答した。

残業時間についてはT1に比べてT2で増えていた。また、0時間から100時間を超える回答をしている者がおり、残業時間には個人差があった。

2. 対象者の各変数(表 2)

T1 と T2 の差分をとった各変数の変化量は小さく、平均するとほとんど変化が見られなかった。

しかし、最小値最大値は、精神健康度で-17~21 点、仕事要求度で-15~16 点、仕事裁量度は-6~7 点、職場風土は-36~50 点、SOC は-45~38 点と幅があった。

3. 各変数の相関係数(表 3)

各変数のピアソンの相関係数を表に示した。T1SOC と T2SOC、さらに SOC 変化量は T2 の精神健康と負の相関がみられた。他にも T2 の精神健康は T2 仕事裁量度、T2 職場風土、職場風土の変化量とも負の相関がみられた。しかし、T2 精神健康は主観的変化とは正の相関が見られていた。

4. 労働職場特性の集計(表 4)

仕事要求度、仕事裁量度、職場風土の主観的変化量を集計したところ、「去年と比べてその特徴はとても強まった」または「去年に比べてその特徴はとても弱まった」と回答した者は各項目で少なかった。

5. 精神健康度の変化量に関連する要因(表 5)

精神健康度 GHQ の変化量を従属変数にした重回帰モデルでは、モデル 3 では仕事裁量度の変化量が有意に負の関連を有していた。モデル 5 では、仕事裁量度の変化量に加えて、SOC の変化量が有意に負の関連を有していた。

6. SOC の変化量に関連する要因(表 6)

SOC の変化量を従属変数とした重回帰分析では、性別と仕事要求度、仕事裁量度が有意な関連を有していた。モデル 4 では、仕事要求度の変化量と仕事裁量度の変化量が有意な関連を有していた。

7. 困難を乗り越えてきた工夫や知恵(表 7~10)

i. 上司や同僚との関係でもめそうになったり、実際にもめた時

多い回答順に「第三者に相談」58 名、次に「話し合う」46 名、「我慢・あきらめ」24 名、「話をきいてもらう」23 名、「もめた相手と距離を置く」19 名であった。

ii. 仕事が自分に合っていない、向いていないと悩ん

だ時

多い回答順に「相談する」40 名、「話をきいてもらう」29 名、「我慢・あきらめ・開き直り」14 名、「初心に戻る」13 名、「休職・退職・転職」13 名、「趣味・気分転換」13 名であった。

iii. 仕事が期限までに間に合わない、もしくは仕事の量が多くてこなせなくて周りに迷惑をかけそうになったり、かけてしまった時

一番多い回答は「相談した」36 名、「助けを求め協力してもらう」36 名、次に「手伝ってもらう」18 名、「出来なかったら謝る」14 名、「助けてもらう」14 名、「感謝の気持ちを相手に伝える」8 名の順であった。

iv. その他、仕事で困ったことや悩んだとき

一番多い回答は「相談した」28 名。次に「家族や友人に話をきいてもらう」8 名、「学習する・スキルをみがく」6 名、「あまり先を見ないで進む、1 つずつ・1 つ 1 つこなす」5 名の順であった。

D. 考察

今回の対象者の残業時間は T1 から T2 にかけて平均 6 時間程増加していたが、仕事要求度、精神健康は低下していた。企業の担当者によるとこの追跡期間の 1 年間は従業員へ大きな負担があったとのことだったが、大きな精神的、身体的な負担の変化はなかったと考えられ、残業時間と仕事要求度がまったくの正の相関ではないことが推測される。

各変数の関係性に関しては、各時点の変数、変化量、主観的変化量によって符号の異なる関連性がみられた。また重回帰分析の結果についても初年度に報告した横断的データを用いた結果では、精神健康には SOC が強く関連し、仕事要求度、裁量度、職場風土は SOC を介して精神健康に影響を与えることが窺えたが、今回の縦断的データを用いた結果では、横断的データと同様の結果は得られなかった。

これらの理由として、各変数の変化量は平均すると極めて小さい値となっていたことが考えられた。今回は 1 年の追跡調査だったため、変化がほとんどなかった。しかし、各変数の変化量には個人差があるため、どのような人が安定しどのような人が変化しやすいか今後さらなる検討をすることが望まれる。同様に SOC がもともと高い人、低い人によって関連性が異なることも考えられる。今回は、変化量を算出することで考慮