

平成23年度 労働者健康福祉機構 調査研究

メンタルヘルス活動の啓発に関する調査研究

主任研究者 三宅 浩次（北海道産業保健推進センター所長）
共同研究者 西 基（北海道産業保健推進センター特別相談員）
福田 勝洋（北海道産業保健推進センター特別相談員）
小林 幸太（北海道産業保健推進センター基幹相談員）
久村 正也（北海道産業保健推進センター基幹相談員）

北海道産業保健推進センター

平成24年3月

目 次

はじめに	1
序章 問題の提起	3
1 異常に多い「うつ症状」	3
2 精神状況悪化の背景	3
3 うつ病がもたらす損失	4
4 企業のためのメンタルヘルス	4
第1章 労働形態の変化とメンタルヘルスの関連	6
1 身体労働から精神労働への変化はメンタルヘルスに影響を与えたか	6
2 労働負担と裁量度、そして人間関係	7
2.1 労働負担	7
2.2 仕事裁量度	8
2.3 人間関係	9
3 仕事以外の要因、仕事の意義	10
3.1 ワーク・ライフ・バランス	10
3.2 役立つ仕事と自己実現	11
4 組織としてのメンタルヘルス	13
5 仕事の多様化	15
5.1 時間的不規則性	15
5.2 正規職員と非正規従業員	15
6 個人側の問題	18
6.1 生活習慣	19
6.2 ストレス解消法	19
6.3 大きな生活上の出来事	20
6.4 LOC-内的・外的統制	20
6.5 健康状態	20
6.6 医療機関への受診	21
第2章 健康保険組合の資料より推定したメンタル不調従業員に関わる企業の経済的負担	23
1 緒言	23
2 対象と方法	23
3 結果	24
4 考察	29
第3章 平成18年度と22年度調査の比較から	30
3.1 両年度回答事業場で一対一結合できた40所について	30
3.2 両年度とも従業員調査に参加した8事業場について	32
第4章 調査標本の代表性、尺度の信頼性・妥当性について	34
1 使用したデータベースの代表性	34
1.1 業種・職種	34
1.2 性別・年齢別構成	35
1.3 正規・非正規	35
1.4 地域特性	35
1.5 従業員調査に参加した事業場の偏り	36
2 各種尺度の信頼性と妥当性	36
2.1 合成尺度の作成とその信頼性	36
2.2 合成尺度の妥当性	40
3 調査の限界	41
3.1 横断調査としての限界	41
3.2 多様な質問群のもつ限界	42
3.3 集団としての測定による限界	42
3.4 欠測値の扱い	42
3.5 回答上の矛盾や過誤	44
第5章 NOCS-MHデータベースを使用した報告・論文および関連発表	45
文献（著者名順、英字はアルファベット順、和名は五十音順）	46
索引	49
付録	
A 事業場調査票	
B 従業員調査票	
おわりに	

はじめに

平成22年度の調査研究において、北海道と東北6県の産業保健推進センター共同調査研究が実施され、事業場1,614所、従業員8,246人の膨大な調査データをデータベースとして利用できるようになった。なお、平成18年度の調査研究では、すでに1,695所、9,079人のデータベースが作成されていた。その後、これらのデータベースの分析をさらに進めたところ、新たにいくつかの知見が得られた。すでに両年度とも報告書として公表しているが、メンタルヘルスの啓発活動としてさらなる利用を進めるために今回の平成23年度調査研究が企画された。なお、以下の記述では、特に断らない限り、「今回の調査」というところは、平成22年度調査のデータベースの分析結果についての説明である。

第1章では平成22年度調査を中心にメンタルヘルスの現状を分析、記述した。

第2章では健康保険組合のデータを活用してメンタルヘルス不調者が企業に与える経済的負担を推計した。産業を支える基盤として従業員の健康状態は、従業員個人はもとより経営側にとっても経済的に重要課題である。

第3章ではコーホート調査に近似した解析を行った。平成18年度と22年度の両年度の調査項目の大多数が同一形式であり、比較可能である。しかし、事業場も個人も無記名のため、両年度が一对一に対応したデータとはならない。形式上は横断調査の2点での比較になっているが、一部事業場については整合可能であった。

第4章では、行動計量学的あるいは疫学的観点から本調査関係の科学的基礎を論じている。本報告では大量データの強みを生かし、数値としての証拠を提示する形式を重んじた。メンタルヘルス啓発書の多くが個人の心理面に比重が置かれ、個人的相談の事例を中心にした解説が主になっている。その多くは一般従業員個人を対象としたものである。本報告では、一般従業員と専門家の中間段階にあり、その懸け橋的な役割を担う産業保健職や人事労務職を目標として、記載するように心がけた。

この調査では、調査票は無記名式で回答を依頼している。特に従業員調査の場合は、各人に産業保健推進センターの封筒を渡し、封をして回収するように事業場に確約してもらった上で実施された。その結果、従業員からの苦情は一切報告されていない。第2章の健康保険組合データについては、個人名を伏せたデータを使用して、全体の統計として集計した。なお、この調査は、独立行政法人労働者健康福祉機構産業保健調査研究倫理審査委員会の承認を得ている。

次ページに本報告書作成に当たって、ご協力をいただいた方々の名を記して謝意とする。

研究代表者 三宅浩次

コラム欄執筆協力者（共同研究者以外）

井上 蓉子（北海道産業保健推進センター基幹相談員）

志渡 晃一（北海道医療大学教授）

豊島 眞（北海道産業保健推進センター基幹相談員）

中野 倫仁（北海道医療大学教授）

以下は、本調査研究のデータベース作成に当たっての研究協力者名である。

平成22年度調査研究共同研究者（括弧内は所属産業保健推進センター）

三宅 浩次、西 基（北海道）

中路 重之（青森）

小野田敏行（岩手）

菊池 武剋、佐藤 祥子、千葉 健（宮城）

伏見 雅人（秋田）

東谷 慶昭（山形）

五十嵐 敦（福島）

上記以外の平成18年度 共同研究者

山村晃太郎、後藤 啓一、小林 幸太（北海道）

渡邊 直樹、大山 博史（青森）

鈴木 満、立身 政信、中屋 重信、大澤 正樹（岩手）

安田 恒人、三塚 浩三（宮城）

齊藤 征司、本橋 豊、清水 徹男、関 雅幸（秋田）

須藤 俊亮、堀野 隆弘（山形）

序章 問題の提起

1 異常に多い「うつ症状」

平成18年度の北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形産業保健推進センターの共同調査研究でCES-D(用語解説参照)という「うつ症状」尺度(Radloff 1977)で「うつ病」を疑うカットオフ・ポイントの16点を超える労働者が4割を超えたことに驚きを感じたが、それから4年後の平成22年度の共同調査研究(前記産業保健推進センターに福島が加わった)で、再び4割もの労働者がカットオフ・ポイントを超えるという異常事態が観測された。アメリカ国立精神保健研究所がCES-Dを発表した当時(1970年代)は、16点を超えるものは一般集団で15~19%であった。また、その日本語版(島ほか 1985)が発表された頃(1980年代)は、15%と報告された。その後、厚生省が公表した2000年に行った保健福祉動向調査の全国データの中に「うつ症状」が含まれていたため、それから計算すると、16点以上の割合は33%であった。全国調査には12歳以上の全年齢が含まれているので、労働者年齢を考慮すると(24歳以下が高率であることを除くと)約3割ということになる。なお、この調査で地域別のデータにおいて北日本が特に高いということとはなかった。いずれにしても、この10あるいは20年の間に日本では「うつ症状」を有するものが急増したと考えられる。

2 精神状況悪化の背景

このような労働者の精神的状況が悪化した背景には、複雑で多様な要因が関係していると考えられる。当初、メンタルヘルスの問題が個人的なレベルの事象、つまり多くの身体疾患が個人の素因を原因として発病するように、精神的問題も性格や育ちという個人的な問題であるという立場があった。最近では、職場環境、特に大きな労働負担、労働意欲を阻害する雇用関係、上司や同僚との組織・人間関係など、企業の責任が大きいとする立場が強調されるようになった。実際、現在の経済的状況を反映して業務環境が複雑、高度になり、個人の能力との間にミスマッチが生じ、多数の個人にとっては、急速な変化に対応不能の厳しい状況になった。本調査においても事業場調査の回答担当者に個人の意見として「心の健康は個人的問題か」を質問したが、過半数がメンタルヘルスを個人的問題とは考えていない。

メンタルヘルスについては、様々な要因が存在する。個人レベルを超えて、政治・社会・経済・文化的な巨大な底流も重視しなければならない。これらすべての要因を検討することは容易ではないが、できるだけ共同調査研究から収集された膨大なデータベースを分析することにより、個人のレベルと職場環境のレベル、さらにその両者の複合要因を中心にメンタルヘルス問題への対応策のヒントとなる証拠を掘り出し、考察を試みる。

3 うつ病がもたらす損失

いったん、うつ病に罹患すると、本人にとっては日常生活が大きく制限され、社会的行動、特に労働への参加が不可能になることもある。世界銀行とWHOは、寿命の概念に健康状態を加味した障害調整生存年（DALY）を計算している。1単位のDALYとは健康な状態での1年間に相当する。このときの障害としてもっとも大きな影響を与えたのが単極性うつ病であった。この計算の根拠として、健康な活動に対して、うつ病による活動の低下は、50%にもなると報告している（WHO 2001）。また、うつ病により労働が不可能になって生じた経済的損失は、今回の調査研究でも示すとおり、企業にとってはうつ病患者数人の発病につき、年1,000万円以上の損失が生じると推測される（第2章）。

うつ症状の発現は、うつ病だけではなく、様々な疾患と併存して、企業の生産性に多大の影響を与えている（Moussavi et al. 2007, Kirsten 2010）。

また、心身の健康が阻害されることで、職場では作業上の安全が脅かされる可能性が高まる。例えば、睡眠不足と事故、心身の異常が原因の不注意による危険行為など、日常業務の中では経験的によく知られていることである。いったん安全を脅かされると、即座に恐怖の対象となりやすいが、健康を損なうようなことは、直ぐには理解しづらく、結果が出るまで長時間かかることも多いので、安全に対する対応については、早く具体的に取り組みやすい反面、健康予防への対応は後回しにされやすく、遅れがちである。危険行為までには至らなくても、心身の健康が仕事への意欲を低下させ、あるいは効率を低下させ、生産性に影響するが、医学側からの研究はまだ数少ない。本調査研究では、医学、心理学、経済学、社会学などの学際的立場から、メンタルヘルス問題を多角的包括的に取り上げようと意図している。

4 企業のためのメンタルヘルス

うつ病のような精神的変調は、本人がその変調に気づいて診療を受ける場合と、その変調を病的であるとは自覚できずに日常生活を送っている場合がある。後者のことを病識欠如という。うつ病であるという病識の有無にかかわらず、うつ病という疾患を有していることを疾病性という。また、本人が気づかない場合でも周りのものが不審に思っ問題とする場合もある。このようなことを事例性という。職場で問題になるのは、この事例性のほうであるが、疾病性についても管理担当者の理解が重要で、何らかの問題が発生したとき、管理者が把握していなかったとして済まされず、安全配慮義務の責任を問われる場合があることを知っておかなければならない。

厚生労働省の「労働者の心の健康の保持増進のための指針（2006）」では、このような精神的変調に本人自身が自ら気づくこと（セルフケア）の次の段階として、ラインによるケアを挙げている。この段階は、事例性として問題が発生することを避けるため、あるいは問題が発生したとき、職場として最初の対応が重要であることを強調したものである。これらのセルフケアやラインによるケアの啓発については、出版物やパンフレット、

また自己診断または職場診断用のチェックリストなどが多数販売あるいは配布されている。

本報告では、それらとの重複をあえて避け、その先の対処法についての記述に比重を掛けている。その理由の一つは、事業場への調査でメンタルヘルス対策について困難があるかときいた項目の中で「心の健康を専門とするスタッフがいらない」が46.1%、「具体的な取り組み方がわからない」が33.6%と、この2項目がもっとも多かったことにある。心の健康問題が発生したときの職場での担当者については、直接の上司や人事労務担当者が挙げられている。また、産業看護職がいる場合は産業看護職が、産業医がいる場合は産業医が担当することもあるが、その企業内スタッフの多くが精神科や心療内科のような専門的知識に習熟していないという問題が指摘されている。このようなことを考慮して、この報告では、従業員個人の問題だけではなく、人事担当者や産業看護職・衛生管理者・衛生推進者への啓発活動に役立つことを目標として記述したつもりである。もちろん、報告内容には経営に携わる幹部職員にも関連ある記述が多く盛り込まれている。このように現実のデータを基にした証拠によって、産業保健の立場から提言することの意義を感じていただければ幸いである。

用語解説：CES-Dについて

うつ病の診断基準（DSM-IV-TR）に基づいて、「憂うつだ」「何をするのもめんどうだ」というような20項目の質問で、4段階「ほとんどなかった」「少しはあった」「時々あった」「たいていそうだった」を答えてもらう方法で、アメリカ国立精神保健研究所が提案した尺度です。一般集団での抑うつ状態を疫学的に調べることを目的としています。点数で0点から60点まであり、うつ病患者との区別をする点数（カットオフ・ポイント）は16点とされています。16点以上のものは「うつ病」が疑われるということです。本当に「うつ病」という方は、その一部です。

第1章 労働形態の変化とメンタルヘルスの関連

1 身体労働から精神労働への変化はメンタルヘルスに影響を与えたか

前述のような日本における「うつ症状」尺度が高い値を示すようになった背景には、最近数十年にわたる労働形態の変化が考えられる。

一つは、身体労働から精神労働への変化である。今回の調査に「どちらかというと身体を動かす仕事である」という質問がある。49.9%が「そうだ」または「まあそうだ」と答え、49.6%が「ちがう」または「ややちがう」と答えている（残り0.5%は無回答）。つまり、自分の労働形態が身体労働か精神労働かという主観的判断では、それぞれ半数であるとの回答である。ちなみに平成18年度調査で同じ質問をしているが、55.0%が「そうだ」または「まあそうだ」と答え、44.1%が「ちがう」または「ややちがう」と答えている（残り0.9%は無回答）。なお、身体労働の有無と「うつ症状」尺度の高低との間には明確な関連は見られなかった。単純に精神労働がメンタルヘルスを悪化させるとはいえない。

表 どちらかというとからだを動かす仕事であるの回答（%）と「うつ症状」得点

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
%	26.1	23.8	20.9	28.7
CES-D平均値	16.6	16.9	16.0	16.2

注：無回答が0.5%ある。

身体労働に替わって、多くの労働者がコンピュータを相手に作業をする状況になっている。コンピュータ作業について「あり」という回答が60.1%であった。ちなみに平成18年度調査では57.8%であった。特に事務職では92.5%がコンピュータと向き合っている状態である。ただし、作業のIT化がメンタルヘルス悪化の原因かという点、そう単純ではない。コンピュータ作業の有無と「うつ症状」尺度の高低との間に今回は関連が見られなかった。ただし、コンピュータ作業に関わる要因は多様であり、メンタルヘルスとの関連については、まだ解明しなければならない課題が多い。IT産業におけるメンタルヘルスについては、今後の調査研究（平成24年度調査研究「IT関連企業従業員のメンタルヘルスを中心とする健康状態に関する調査」）を参考にしていきたい。

2 労働負担と裁量度、そして人間関係

2.1 労働負担

このような身体労働か精神労働かという相違とは別の次元で多様なストレスが精神を蝕んでいるのであろう。それでは、労働の負担についてはどうか、これを調査の回答から伺うことができる。「仕事の量がとても多い」「次の日まで疲れが残る」「勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない」「ノルマや納期に追われる仕事が多い」の各質問とも4肢選択の「そうだ」と「まあそうだ」を合わせた割合と「ややちがう」と「ちがう」を合わせた割合で、負担の大きいほうの割合が過半数を超える。表では無回答があるため横計が100%にならない。また、この4段階の順序とおり「うつ症状」尺度が高から低へと傾斜する。つまり、労働負担が増えるほど「うつ症状」は高まる。

表 労働負担に関する質問への回答（%では無回答があり、合計が100%にならない）

%	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
仕事の量がとても多い	24.0	43.5	24.4	7.3
次の日まで疲れが残る	23.7	39.3	25.4	10.6
勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	28.6	42.3	22.5	5.9
ノルマや納期に追われる仕事が多い	29.1	33.7	22.3	14.0

CES-D平均値	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
仕事の量がとても多い	18.3	16.2	15.3	15.2
次の日まで疲れが残る	21.4	16.7	13.3	11.4
勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	18.6	16.2	14.7	14.2
ノルマや納期に追われる仕事が多い	18.6	16.0	15.4	14.5

2.2 仕事裁量度

しかし、仕事の負荷以外についても「うつ症状」と強い関連のある質問がある。その一つが仕事の裁量についての質問「自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる」「今の仕事の方針や目標ははっきりしている」で、「そうだ」と答えたものの「うつ症状」は低く、「ちがう」と答えたものでは高くなっている。

表 仕事裁量度に関する質問への回答（%では無回答があり、合計が100%にならない）

%	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる	7.8	39.5	34.0	17.7
今の仕事の方針や目標ははっきりしている	18.2	50.3	22.1	8.4

CES-D平均値	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる	13.5	15.0	17.2	19.4
今の仕事の方針や目標ははっきりしている	13.7	15.6	18.5	21.6

この仕事裁量度については、仕事要求量（前述の労働負担と同義）と組み合わせたKarasekのモデルが知られている（Karasek 2002）。今回の調査でも「うつ症状」が高要求で低裁量においてもっとも高く、低要求で高裁量においてもっとも低いという結果になった。なお、高低の区分は両者がほぼ半数になる値で2分した。

表 仕事要求量と仕事裁量度による「うつ症状」得点

	仕事要求量 低	仕事要求量 高
仕事裁量度 低	16.6	19.9
仕事裁量度 高	12.3	15.4

2.3 人間関係

厚生労働省が5年ごとに公表している労働者健康状況調査によれば、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じているものは、平成19年調査では58%で、その不安、悩み、ストレスの内容11項目中でもっとも多かったのは、職場の人間関係であった。次いで仕事の量、仕事の質、会社の将来性、仕事への適性、と続くが、いかに人間関係が重視されているかがわかる。

今回の調査でも人間関係の質問を数項目きいているが、その中の「つぎの人たちとの付き合いに対する“満足度”についてお聞きします」という質問の選択肢ごとの回答の割合とCES-Dで測定した「うつ症状」尺度は、表のとおりであった。もっとも満足度が高いのは職場外の友人で、もっとも不満の割合が多いのは上司であった。いずれの項目についても満足度の低下とともに「うつ症状」が悪化する。特に家族・親戚との関係に不満があると「うつ症状」尺度がもっとも高い。

表 付き合いの満足度の質問への回答（%では無回答があり、合計が100%にならない）

%	満足	やや満足	やや不満	不満
上司	13.6	44.4	27.4	13.6
同僚	20.2	53.2	20.1	5.2
職場外の友人	39.8	49.1	8.3	1.7
家族・親戚	36.0	49.1	11.4	2.5

CES-D平均値	満足	やや満足	やや不満	不満
上司	12.5	15.1	18.3	21.1
同僚	13.2	15.5	19.7	25.1
職場外の友人	14.8	16.6	20.6	26.1
家族・親戚	14.1	16.5	21.1	27.0

3 仕事以外の要因、仕事の意義

3.1 ワーク・ライフ・バランス

今回の調査で仕事負担や裁量度などを含め仕事内容について21項目4肢選択の質問をしている。その中で「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」、つまりワーク・ライフ・バランスの項目に注目したい。この質問に「そうだ」で11.9%、「まあそうだ」で56.2%、「ややちがう」で24.3%、「ちがう」で6.9%、無回答0.7%で、肯定的回答が三分の二であった。この選択肢の両端「そうだ」と「ちがう」の間で「うつ症状」の平均値が「そうだ」で11.6点、「ちがう」で27.1点とその差が21項目中もっとも大きかった。

これまでの先行研究は、仕事と家庭の両立に限っての分析をしているが、今回の質問では、わずか1問ではあるが、家庭に限らず、より広く仕事以外の生活（家庭を持たないものも含め）との対比で回答を求めている。家庭だけでなく仕事以外という広い範囲にした場合、例えば、今回の調査で「一人暮らし」が10.5%もいるが、ワーク・ライフ・バランスの質問で「そうだ」と答えた81人のCES-Dは12.1点で、「ちがう」と答えた86人のそれは30.4点と大きな差を示している。

表 「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」の回答
(%では無回答があり、合計が100%にならない)

%	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
総数	11.9	56.2	24.3	6.9
(再掲) 一人暮らし	9.4	51.4	28.4	10.0

CES-D平均値	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
総数	11.6	14.4	20.5	27.1
(再掲) 一人暮らし	12.1	15.5	21.5	30.4

ワーク・ライフ・バランスの重要性が最近急に取り上げられているが（山口 2009）、働く理由が経済的動機（欠乏欲求）だけではなく、自分の生活時間の配分について、人生の意義を重視する（成長欲求）という新たな時代を迎えているといえることができる。

3.2 役立つ仕事と自己実現

仕事をする理由、あるいは仕事にどのような意義をみつけているか、という視点から労働とメンタルヘルスの関連を考えることは重要と考える。鷺田によれば、仕事の意義を二つ挙げている（鷺田 2011）。一つは、人のために役立つかということ、もう一つは、自己実現できるかということである。今回の調査で「自分の仕事はおおいに社会に役立っていると思う」という質問がある。「そうだ」で14.9%、「まあそうだ」で51.9%、「ややちがう」で25.3%、「ちがう」で7.0%、無回答0.8%と肯定的回答が三分の二を占めている。CES-D平均値の差を「そうだ」と「ちがう」の間で大きい順にみると、ワーク・ライフ・バランスの1位に対し6位にある。なお、3位は「職場の人間関係は全体的に見てよいほうだ」であった。これらの項目が周囲の人間との協調関係を示していると考ええると、人のために役立つという内容が含まれているとみなせよう。また、自己実現の概念に近い「現在の仕事は自分に適していると思う」が2位で、「やりがいのある仕事である」が7位であった。このように仕事内容の21項目中で「うつ症状」と関連が深い上位7項目中5項目が、いずれも「人のために役立つ」と「自己実現」に関連する項目であったことは、仕事の意味がメンタルヘルスと強い関わりのあることを再認識させた。なお、4位は「現在の勤めをやめたい」、5位は「次の日まで疲れが残る」であった。この2項目は、職場要因の結果を示しているもので、上述の5項目とは別次元とみなせる。

上記の7項目での選択肢の両極におけるCES-D平均値の差がいずれも9点以上の開きであったのと比較して、労働時間や残業時間の選択肢の両極でのCES-D平均値の差が3点以内であった。長労働時間や時間外労働が心身への多大な影響を与えることについては、これまでいくつもの証拠が挙げられている。現行の法的規制を順守することは当然であるが、労働の過酷さを監視するためには分かりやすい、あるいは表面的に見えやすい労働時間とか所定外時間に注目するだけでは、メンタルヘルスの解決のためには片手落ちの観を免れない。職場環境におけるメンタルヘルスを論じる場合、上述のようなワーク・ライフ・バランスのような仕事の意義に関連するキーワードを、さらに重視されなければならないものと考えられる。

なお、過重労働として長時間労働を指標にすることは間違っていないが、その内容について十分な検討が必要である。残業時間が月80時間を超えると回答したものは1.6%、129人で、その内訳は、男性が88%、40歳代が34%、管理職（自称であるが）が36%、大学卒が35%、残業理由で「自分の仕事が片付かないので」が54%、ストレス解消法で「ひたすら耐え続ける」が31%、という人物像が浮かび上がる。全体の1.6%というのは約60人に1人ということで、特定の人に業務が集中していることを配慮しなければならない。

表 1 日労働時間についての回答（％）と「うつ症状」得点

	6時間以下	7～8時間	9～10時間	11～12時間	それ以上
％	3.4	48.5	36.1	9.9	2.1
CES-D平均値	15.4	16.0	16.6	17.9	17.3

表 月あたり所定外労働時間（残業時間）についての回答（％）と「うつ症状」得点

	ほとんどない	45時間以内	80時間以内	80時間超える
％	44.4	47.7	6.3	1.6
CES-D平均値	15.7	16.9	17.5	18.0

4 組織としてのメンタルヘルス

今回の調査では、原則として50人以上の事業場を対象としたが、実際には50人未満の事業場が16.0%含まれている。理由は二つ考えられる。一つは、調査対象事業場を選ぶための事業場名簿が必ずしも最新のものではなく、名簿作成時から調査時まで縮小された企業が含まれていること、また一つには、産業保健推進センターが対象とする事業で一部50人未満の職場にも指導や助言に関わったために名簿に記載されている場合があることである。したがって、今回の研究では50人未満の職場も含めて分析している。

この従業員数による事業場の規模について、いくつかの所見が得られている。メンタルヘルスの問題で休職している人数を「貴事業場では本日現在、心の健康に問題を生じたため休職休業中の方はおられますか」ときいて、「いる」場合は何人かを正職員とその他従業員を分けて記入してもらった。その他従業員での休職者はまれであり、正職員での休職者数を正職員数で割って休職率を求めた。疫学的には有病率に相当する。この率は全体で正職員千人あたり1.80となった。これを従業員数の規模別でみると50人未満で1.31、500人以上では2.40となり、小規模で低く、大規模で高くなっている。

別の質問で「最近3年間で、心の健康に問題を生じて、退職された方は？」ときいて、その数を記入してもらった。この数を正職員数で割って退職率を求めた。疫学的には3年間の罹患率に相当する。この率は全体で2.93、1年間に換算すると0.98となる。従業員数の規模別でみると50人未満が3.93、1年間換算で1.31、500人以上では2.40、1年換算で0.80となり、休職率とは逆に小規模で高く、大規模で低い。

平成18年度にも同様の質問をして休職率と退職率を求めているが、両年度とも比較的近い値であった。

表 従業員数規模別休職率と3年間退職率、平成18年度、22年度比較（正職員千対）

従業員数規模	休職率		3年間退職率	
	平成18年	平成22年	平成18年	平成22年
～49	1.09	1.31	4.71	3.93
50～	1.23	1.20	3.39	3.75
100～	1.27	1.41	2.67	3.15
300～	1.39	2.00	2.20	2.11
500～	2.84	2.40	2.02	2.40
総計	1.83	1.80	2.66	2.93

従業員数の規模別で休職率と退職率が逆向きになった理由を考えると、小規模事業場では休職や休業の多い従業員がいと周りの従業員への負担が増し、退職への圧力が外部あるいは本人自身からも生じて勤務を続け難くなることが多いと考えられる。それに対

し、規模の大きいところでは、配置換えや業務分担の変更などをしやすく、欠員への対応が比較的容易であると考えられる。また、休職者が退職することによって生じる欠員補充より、従来の業務に復職させたほうが経済的あるいは人事的にも有利であるという判断があるものと推測される。実際、復職させるほうが費用効果上で企業に有利になるという報告もある（西 2009）。

今回の事業場調査で「最近3年間で、心の健康に問題を生じて、1か月以上仕事を休んでいる方の数は？」ときいて、「大変増えた」「やや増えた」「変わらない」「やや減った」「大変減った」と5肢選択で回答を求めた。この「やや減った」と「大変減った」の合計事業場数に対する「大変増えた」と「やや増えた」の合計事業場数の比を規模別に計算した。その結果、100人未満の事業場では1.0以下、つまり「減った」ほうが多く、100から500人未満の事業場では「増えた」ほうが2～3倍の比で多かった。なお、500人以上では、その中間の1.5倍であった。

表 従業員数規模別休職者増減比（減ったという事業場数に対する増えた事業場数）

従業員数	～49	50～99	100～199	200～299	300～499	500～	総計
増／減	0.8	1.0	1.9	2.8	2.7	1.5	1.7

この理由は、小規模の事業場では事業主のような管理監督者が従業員一人ひとりに目が届き、メンタルヘルスの問題に気づきやすく、企業の業績に影響がわずかでも出ることを恐れて、早めに対応を行うためと考えられる。100人を超える職場になると管理監督者が直接個人を見るのではなく、中間的な管理責任者に個人問題が任されることになり、その中間管理職が役割として企業の業績と部下の個人問題の両者を同時に管理することになる。業績を上げるために部下を叱咤激励することが、必ずしも思惑通りに機能するとは限らない。また、部下に不調者が出た場合の責任を考慮して穏便に済ませたいと表面化させない、あるいは無意識に、時には意識して気づかないようにする機制が働く可能性が大きい。

この中間的な規模では、メンタルヘルスの対策を組織として構築するには困難が多いのかもしれない。「心の健康づくり対策につき困難を覚えることは？」という質問で、「具体的取り組みがわからない」「心の健康を専門とするスタッフがいらない」で200～299人規模の事業場が、それぞれ39%、56%がチェックをつけ、規模別6段階で最高の値であった。ちなみに500人以上では26%、39%と低い。500人以上の規模になると組織として衛生委員会などのメンタルヘルス対策のシステムを構築していることが貢献していると考えられる。実際、メンタルヘルス対策12項目の実施数では、その実施数の平均値は、100人未満では4.0、100～499人では4.9、500人以上では6.3と規模が大きいほど実施数が多い。また、「心の健康づくり実施計画の策定」の実施率は、100人未満では8.6%、

100～499人では12.2%、500人以上では31.3%で、規模の大きいところでは組織としての取り組みが始まっている。

日本における比較的大きな標本でのK6尺度（うつ症状）による調査研究で、小規模より中規模でメンタルヘルスの問題が大きかったという報告もある（Inoue et al. 2010）。

5 仕事の多様化

5.1 時間的不規則性

企業が経済的効率を求め、仕事の分業化が進んだ。すでに200年以上前に、スミスが「国富論」の冒頭で分業についてピン製造所の分業の様子を例示し労働生産力を増進させる最大の原因としている（スミス 1776、堂目 2008）。

分業が進み仕事が多様化したことで人間本来の生理的機能に影響する問題が種々発生した。一つは労働の時間配分が変わった。進化論的には人間は夜行性動物ではない。しかし、夜間労働さらには深夜労働、それが昼間労働と混在する労働形態、つまり交替制労働が広がっている。今回の調査でも11.8%が深夜（午前0時以降）の労働を「している」と答えている。「時々している」まで含めると20.6%にも及ぶ。別の質問で交替制の勤務を20.4%が「している」と答えている。深夜勤務者や交替制勤務者の「うつ症状」はCES-Dで17.7（16以上が50.1%）といずれも「していない」ものの16.0（16以上が43.5%）と比べて高い。しかし、さらに問題なのは、深夜勤務も交替制もしていない正職員でありながら「1日の中で調子が良いときと悪いときがあると感じますか」という質問で感じると答え、その調子が良い時間帯が18時過ぎと答えたものが4,499人中15%もいて、その人たちではCES-Dで20.1（16以上が61.9%）と深夜・交替制勤務者より不調な状態になっていた。このことは労働による要因以外の日常生活のあり方にも問題があることを示唆している。

5.2 正規職員と非正規従業員

同一労働同一賃金という非正規労働者への平等な待遇が要求されているにもかかわらず、現状では大きな差別が存在している。正規職員の給与のうち仕事そのものの評価とは無関係の年齢給や家族手当のように企業が職員の生活保障をしている部分が多い。それに比べ非正規従業員の賃金には、そのような保障が通常含まれていない。近年のわが国の雇用形態の変化については多くの議論がある（清水正徳 1982、濱口桂一郎 2009、ドーア.R 2005、中野麻美 2006、海老原嗣生 2011）。

ところが、そのような格差の存在がありながら、今回の調査の中で正規職員と非正規従業員を比べてみると、メンタルヘルスとしては話が簡単ではない。表に主な項目の比較を示した。正規と非正規の基本的な相違がある。まず性別で、男性では正規85.7%、非正規10.5%、女性では正規64.8%、非正規31.8%と、女性の非正規従業員の割合が大きい（正規か非正規か無記入があるため合計が100%にはならない）。年齢では正規より非正

規が年長である。男性の非正規では嘱託が多く、女性の非正規ではパートが多い。

労働の仕方も違い、非正規では身体労働が多く、その代り仕事量や質では比較的楽なものが多く、労働時間や残業時間が短めである。仕事の裁量度が低い、すなわち言われたままの仕事で自分から意見を言うような立場ではないと思っている。また、努力に報われる状況だとは思っていない。その代わり、ワーク・ライフ・バランスは正規職員よりは恵まれていて、現在の勤務を辞めたいと思うものが少ない（正職員のほうが辞めたいというものが多）という状況である。

同じ項目でも男性と女性で多少の相違があり、男性のほうが女性より正規も非正規も労働時間や残業時間は長めで、交替制勤務に従事するものが比較的多い。女性の「うつ症状」では正職員が高く（CES-D平均値17.5）、非正規従業員では低めである（CES-D平均値16.5）。しかも、全年齢層で女性正職員のほうが高い。なお、男性全体では大きな差がない。

表 性別正規非正規労働者の相違（有意差のある主な項目）

	男		女	
	正規	非正規	正規	非正規
人数（人）	4194	515	2061	1101
最多年齢層	30歳代	60歳代	30歳代	50歳代
多い家族形態	2世代	両親一緒	2世代	2世代
多い職種	技能、現業	現業、技能 嘱託、その他	事務、専門	現業、事務 パート、その他
交替制あり	19.5%	29.9%	22.8%	17.1%
労働時間				
1回8時間超	57.9%	30.8%	44.5%	19.5%
残業時間				
月80時間超	11.6%	4.1%	4.1%	1.0%
残業理由				
上司命令	13.2%	9.2%	14.0%	11.0%
自分の仕事で	53.3%	20.8%	48.5%	20.5%
手当魅力	6.1%	6.2%	2.3%	4.8%
1) 身体を動かす仕事	48.4%	63.5%	46.8%	54.9%
2) 仕事量とても多い	70.5%	53.0%	69.3%	58.1%
3) ノルマ・納期に追われる	70.7%	44.4%	60.2%	44.5%
4) 仕事方針決め意見できる	55.3%	42.9%	41.0%	29.1%
5) 努力に見合った評価	46.8%	42.9%	46.8%	40.0%
6) 企業将来明るい	32.3%	47.2%	32.3%	41.4%
7) 仕事と仕事以外の生活両立	67.7%	74.2%	65.2%	75.6%
8) やめたい	53.1%	40.8%	62.6%	45.8%
注：「身体を動かす仕事」以下の8問では4肢選択の「そうだ」と「まあそうだ」を合わせた回答率。分母には無回答を含めていることがある				
CES-D 平均値	15.9	15.3	17.5	16.5
16点以上割合	43.5%	39.3%	49.7%	45.8%

「うつ症状」には年齢差があり、全体では若年ほど「うつ症状」が高く、女性の若年者が男性より高めである。非正規従業員について男性の20歳代と30歳代をみると、正規職員より高いが、40歳代と50歳代になると正規職員のほうが高い。現在の20歳代、30歳代の世代は、就職難で非正規従業員の道を選ぶしかなかったというものが比較的多く、非正規従業員として働かなければならない若年世代では正規職員に比べ、大きな不安を抱

え、「うつ症状」が重いことが理解される（CES-Dで異常とされる16以上が男性正規職員で46.2%、非正規従業員で55.9%）。玄田の指摘のとおり若い非正規労働者は、正職員への変更を願っているのである（玄田 2005）。

ただし、女性の20歳代と30歳代の「うつ症状」では正規と非正規の間に差はない。女性の家族形態は、正規も非正規も夫婦と子供の二世帯がもっとも多かったが、男性では正規は二世帯、非正規では両親と一緒に暮らすものが多く、男性の非正規のものが、親から独立して正職について働かなければならないと考え、焦っているものが多いと思われる。

結局、非正規労働者が正規雇用された労働者より経済的に恵まれていないことは、確かであるが、時間の余裕や責任の重さから解放されて、精神的にはむしろ正規の労働者のほうがつらい状況なのかもしれない。

正規雇用者と非正規雇用者の健康状態を比較した先行研究の総説では、英文引用文献68編の多くが、非正規雇用者の精神的健康に悪影響があることを指摘している。しかし、その文献のほとんどが日本と雇用環境が異なる欧米の結果であり、日本の文献2編も限られた集団の結果に過ぎず、正規・非正規雇用問題の研究の浅さが気がかりである（井上まり子 2011）。

6 個人側の問題

メンタルヘルスについて古くからある議論が、個人の素因と環境とどちらが重要かという問題である。今回の事業場調査で回答担当者に個人的な意見を23問聴取している。その中で「心の健康問題は個人的な問題である」とかときいて、選択肢の回答は「全くその通り」が2.4%、「どちらかといえばその通り」が32.0%、「どちらかといえば違う」が50.5%、「全く違う」が12.5%、無回答2.6%であった。「その通り」と「違う」は35対65と個人的問題ではないという回答が過半数であった。この率は回答者の立場によって異なっていて、回答者が事業主と役員の回答で46対54、人事労務担当者（役員を除く）で35対65、衛生管理者（人事労務担当者を除く）と看護職で27対73と、従業員に近い立場にいるものほど心の健康問題を個人的とは受け取っていない。

心の健康問題への対応の難しさが、このような立場の違いで異なることを理解する必要がある。事業主や役員の多くは、その地位に昇るまで種々の困難を乗り越えてきたと推測できる。したがって、多少の精神的苦悩で落ち込むことは許されないと感じるであろう。衛生管理者や看護職は従業員の立場に立って、従業員の周りの状況に注目しやすいであろう。人事労務担当者は、その中間の立場で事務処理をこなさなければならない。

事業主と役員の賛否は、マクネマー検定で半々という帰無仮説を否定できない。すなわち個人的か否かは真二つに割れている。全体では労働者の心の健康問題は、個人的とはいえないと考えているものが多いが、約三分の一程度の個人的という意見が残っている。

そこで心の健康問題に関わる個人的要因をいくつか取り上げて説明する。

6.1 生活習慣

カリフォルニア大学のブレスロウらがアラメダ郡で行った生活習慣と健康に関する研究は、多くの示唆を与えてくれた。その研究では、約7,000人の住民を対象にして1965年に身体的・心理的・社会的健康状態と生活習慣を調べ、それから1975年まで追跡調査を行い、その間に約10%の死亡者を確認して、生活習慣との関係を証明した（Berkman & Breslow[星訳]1989）。そのとき調べた生活習慣が7項目で、運動、喫煙、飲酒、適正体重、睡眠時間、毎日の朝食摂取、間食である。間食と朝食以外の各項目について死亡との関係が明らかにされたが、好ましい生活習慣を多項目行っていることが望ましいという結果になった。今回の調査では、ほぼこれらの項目になぞらえて質問している。間食と適正体重の代わりに栄養バランスと趣味活動を加えた。また、睡眠時間についてはアラメダ調査の7または8時間という指標より、睡眠満足度のほうがより「うつ症状」と関連が強いことから、睡眠満足度とした。以上7項目として、その望ましい選択肢の数で0点から7点の尺度を作成した。

各生活習慣と「うつ症状」との関連については、平成22年度報告書に記載されているとおり、いずれの項目も明らかな関連がみられ、身体的健康と精神的健康との密接な関連が示唆された。

6.2 ストレス解消法

同じ程度の精神的苦悩が生じて、巧みに解決できる人と、いつまでも苦悩から抜け出せない人がいる。そのようなストレス解消のメカニズムあるいは様式をラザラスは、ストレス自体の解決を志向する問題焦点型、情動的混乱の解消を志向する情動焦点型と分類したが、その他、回避・逃避型など種々な考え方がある（Lazalus[林訳]1990）。ストレス解消法は、それが失敗に終わると、心身の異常に連鎖するので、個人にとっては重要な人生での対処法である。

これらのメカニズムからの分類とは別に実際の行動としてどのようなことをしているかと質問する方式を採用した。「あなたは、不満、悩み、ストレスなどがあつたとき、どのようにしていますか？」ときき、18項目の行動にチェックさせた。CES-Dが低い人たちが行った解消法は、低い方から「散歩やハイキング」「スポーツ」「旅行」「周囲の人に相談する」「積極的に休暇をとる」であつた。逆に高い人たちが行った解消法は、高い方から「睡眠薬や精神安定剤」「ひたすら耐える」「八つ当たりする」「ギャンブルや勝負事」「インターネット」「知り合いにグチをこぼす」「アルコール飲料」であつた。男女での違いが大きかったのは「周囲の人に相談する」で男性の21%、女性の44%がチェックし、CES-Dでは男性14.0、女性15.8と、男性は実施しないものが多いが、いったん実施すると効果が高いという結果であつた。中間的な項目は、「寝る」「動物（ペット）」「音楽（カラオケを含む）」「テレビやビデオ」「外出や買い物」「好きなものを食べる」であつた。

6.3 大きな生活上の出来事

家庭や仕事で大きな出来事があると、そのストレスのために心身の異常が生じやすいことを半世紀前にホームズらが指摘して、ライフ・イベントの尺度としてメンタルヘルスの研究に応用されている (Holmes & Rahe 1967、夏目誠 2002)。今回の調査では、家庭での大きな問題と仕事上での大きな問題の2分野について、「過去1年間にあなたが経験したことではまるものは？」ときいて、それぞれ数項目にチェックさせた。家庭問題でCES-D平均値がもっとも高かったのは「妻または夫と離婚（または別居）した」の20.0であった。仕事上では「その他」の20.5が最大で次いで「業務内容の大きな変更」の19.8であった。大きな問題がなかった場合は、家庭の分野では15.4、仕事上の分野では14.9と全体のCES-D平均値16.4を大きく下回っている。

6.4 LOC－内的・外的統制

調査で個人の性格特性（パーソナリティ）を測定することは容易ではないが、今回の調査の中にロッターの提唱したLOC (Locus of control) を採用した。これは個人が周りの人や環境状況からの刺激に対してどのように判断し、行動するかという傾向をみるものである。人によっては、自分に起こった出来事や困難に対し、何とか自分自身で解決しようと努力する人と、単に外からの影響に受け身になって、運が悪かったと済ませる人がいる。前者は内的統制、後者を外的統制とロッターは名づけた (Rotter 1966)。この傾向は一種の性格特性と考えられている。今回は鎌原らが考案した質問紙 (鎌原 2001) を平成16年度の調査で応用して、その結果から主成分分析で主要な4問に縮約して質問として組み入れた。内的統制と外的統制は裏腹の関係にあると理解されるので、本調査では内的統制の高さを尺度として使用した。

その結果、CES-Dとは相関係数で -0.291 の有意な相関を示した。すなわち、内的統制度の高いものは「うつ症状」が低いという関連がみられた。その他、仕事志気度とも中程度の相関 (0.332) を示し、興味ある指標と考えられる。

6.5 健康状態

身体健康と精神健康は、切り離せない。からだが病むと精神に影響を与え、心が病むと身体に影響を与え、両者は双方向的に関与し合う。これを心身相関といっている。

今回の調査においては心の健康問題だけに限らず、身体の状態とそれに関連する要因をきき出している。すなわち、①この1年間での入院や定期的な通院、②その診療科、③健康診断などで指摘された検査結果、④健康満足度（主観的健康観）、⑤この1年間の本人の大きなけがや病気、⑥CES-Dの中での食欲不振・睡眠不足、⑦頭重・頭痛、⑧腹痛・めまい・肩こりなどの体の不調等の質問が組み込まれている。

いずれの項目でも身体不調があればCES-Dの値が高くなっている。

健康項目	入通院あり	本人のけが・病気	食欲なし	不眠あり	頭重・頭痛	体不調
CES-D	17.1	18.8	34.8	30.9	29.1	23.8

入通院では全体で17.1であるが、受診診療科で精神科が24.9、心療内科が24.6と高い。

なお、健康診断などで指摘された項目数とCES-Dは無関連であった（指摘なしが16.2、3項目以上でも16.5）。主観的健康観では「満足」11.9、「やや満足」14.7、「やや不満」18.9、「不満」23.6とCES-Dへの影響が大きい。客観的な指標である健康診断での指摘項目数より主観的健康観のほうが「うつ症状」の大きさと関連していることに注目したい。

6.6 医療機関への受診

医療機関の利用について「ここ1年間で医療機関に入院や定期的に通院をしたことがありますか」ときいて、「ある」と回答した者は、全体の40.7%であった。その受診率には性別・年齢別の相違がある。50歳代以上では入通院者が半数を超える。女性では、妊娠・出産・更年期をめぐる時期（40歳代以下）での入通院率が高い。

表 ここ1年間で医療機関への入院や定期的通院の率

%	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	総数
総数	22.1	29.8	32.0	40.9	57.3	62.3	40.7
男	10.0	24.1	26.6	39.3	58.1	61.9	38.2
女	37.1	37.6	40.6	43.1	56.0	63.7	44.6

入通院の受診科目では内科が18.6%、精神科が1.0%、心療内科が1.4%であった。入通院「あり」と答えたものの全体のCES-Dは17.1で、「なし」と答えたものの16.0と比べわずかに高い。ただし、前述のように精神科受診者では24.9、心療内科受診者では24.6と高い。

CES-Dの質問文には自殺念慮の項目が含まれていないので、別個に「気分が落ち込んで自殺について考えることがある」という質問が組み込まれている。この質問に「たいていそうだった」と答えた148人のうち、何らかの診療科に入通院していたものは53.4%であった。しかし、精神科には10人（6.8%）、心療内科には9人（6.1%）、両科への入通院が3人（2.0%）いるので、精神科または心療内科のいずれかへの入通院者は16人（10.8%）と小数である。この質問で「なかった」と答えたものの入通院率が40.0%なので、53.4%との差から推測すると、他の診療科での入通院が相当数あるものと考えられる。例えば、精神科も心療内科も受診していないで内科だけの受診者が23人（15.5%）

もいる。

CES-Dで26点以上の1,211人は、相当に重いうつ状態であることが疑われるが、それにもかかわらず精神科または心療内科のいずれかへの入通院者が6.5%に過ぎない。ここでも精神科も心療内科も受診しないで内科だけの受診者が17.6%もいる。メンタルヘルスに関連する患者が一般内科をはじめ本来の専門でない科目を多数訪れていることを認識しなければならない。

精神科や心療内科での入通院率が低いことに関しては2次予防の観点から一層の啓発活動が重要である。患者側に対してはセルフケアやラインケアでの啓発活動において精神的問題への偏見を矯正するための教育や環境整備、あるいは職場風土の形成が必要である。また、一方で医療側としての受け入れ態勢が課題となる。専門科医師（全国で精神科医約13,000人、心療内科医約800人）が少数で都市偏在である問題を解決するには時間がかかる。今後、医師だけでなく心理職（公的資格未定）、精神保健福祉士（平成9年法制化、約4,000人）、保健師（約4,000人）などの関連職種の活用を広げることも政策課題として取り上げる時期に来ていると考えられる。

第2章 健康保険組合の資料より推定したメンタル不調従業員に関わる企業の経済的負担

1 緒言

うつ病によって、企業・個人の生産性・生活の質に大きな影響が及ぶことは以前から知られている（和田 2007、Moussavi 2007、稲垣 2009）。ところが、従業員がうつ病などのメンタル不調に陥った場合に企業が被る経済的負担を、具体的な数字を使って報告した例は、これまでほとんどなされていない。今回我々は、北海道内の7つの健康保険組合が有する、うつ病などに罹患した従業員が費消した医療費や、健康保険組合が支出した傷病手当金などの資料を元に、企業の被る直接的な経済的影響を推定した。

2 対象と方法

北海道内の7つの健康保険組合が有する、2009年度と2010年度、つまり2009年4月1日から2011年3月31日までに社会保険表章用傷病分類表（平成7年1月）のコード0504（うつ病など）および／または0505（神経症など）を主たる傷病として医療機関を受診した男性1,022例、女性453例の標準報酬月額、毎月要した「医科」の費用と「調剤」の費用、治療開始年月、2009年度または2010年度の初診時における年齢、傷病手当金受給期間に関する資料を用いた。表1に「精神及び行動の障害」に含まれているコードを示す。資料には個人もしくは企業を特定できる情報はなかった。このため、同一人物が2009年と2010年に渡って治療を受けていたとしても、その同定は不可能であった。また、今回の資料は、それぞれの組合におけるうつ病などに罹患した従業員全員の記録ではなかったため、罹患率・有病率などは算出できなかった。

表1. 社会保険表章用傷病分類表（平成7年1月）における「精神及び行動の障害」の傷病コード

コード	内容
0501	血管性及び詳細不明の痴呆
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0503	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0504	気分〔感情〕障害（躁鬱病を含む）
0505	神経症性障害、ストレス関連性障害及び身体表現性障害
0506	精神遅滞
0507	その他の精神及び行動の障害

3 結果

1) 標準報酬月額

年齢を10歳階級別とし、男女別に標準報酬月額の平均を求めた。年齢の記載のない例が数例あるため、全体の例数と年齢階級別の合計例数とは一致しない（表2）。標準報酬月額は男女とも、50代までは年齢とほぼ比例して上昇した。

表2. 男女別・年齢階級別の標準報酬月額（円：平均）

	男性		女性	
	例数	標準報酬月額	例数	標準報酬月額
10代	5	184,000	13	166,769
20代	174	250,690	181	213,449
30代	273	380,352	135	231,776
40代	360	492,744	78	264,987
50代	184	607,126	39	280,308
60代	25	424,960	5	165,200
全体	1,022	438,417	453	231,746

2) 年齢階級別にみた医療費

2009年度または2010年度の1年間に要した医療費（医科および調剤）を男女別・年齢階級別に求めた（表3）。当該年齢層が2009年度または2010年度に要した医療費の総額を求め、これを例数で割って求めた。男性においては50代までは医科・調剤いずれの費用も年齢とほぼ比例して上昇したが、女性においてはこれと異なり、医科と医療費合計は30代にピークがあった。また、10代以外のどの年齢層においても、男性が女性より医療費合計は高く、特に50代では男性（約23万円）は女性（約6.6万円）の約3倍であった。

表3. 男女別・年齢階級別の1人当たり年間医療費（円：平均）

	例数	医科	調剤	合計	医科（%）	調剤（%）
男性						
10代	5	47,930	20,158	68,088	70.4	29.6
20代	174	83,094	44,604	127,698	65.1	34.9
30代	273	99,543	65,250	164,793	60.4	39.6
40代	360	95,356	70,801	166,157	57.4	42.6
50代	184	152,232	78,618	230,850	65.9	34.1
60代	25	50,906	40,151	91,057	55.9	44.1
全体	1,022	103,351	65,374	168,725	61.3	38.7
女性						
10代	13	42,320	42,826	85,146	49.7	50.3
20代	181	49,747	45,296	95,043	52.3	47.7
30代	135	60,498	43,125	103,623	58.4	41.6
40代	78	47,838	40,025	87,863	54.4	45.6
50代	39	27,552	38,511	66,063	41.7	58.3
60代	5	25,332	31,856	57,188	44.3	55.7
全体	453	50,048	42,748	92,796	53.9	46.1

3) 治療開始年月別にみた医療費

全体の67.4%に当たる994例が2008年4月以降に治療を開始していた。それぞれの群が2009年度または2010年度に要した医療費の総額を求め、これを例数で割って求めた。男性においては、2009年3月以前の治療開始年が古い群にあっては、それ以後の群に比べ、医療費が高く（それぞれ約20万円、約10万円）、かつ2008年3月以前の群では調剤費用の占める割合も、それ以後の群に比べ高い傾向がみられた（それぞれ40－50%、20－30%）。女性では、しかし、この傾向は判然としなかった（表4）。

表4. 男女別・治療開始年月別の1人当たり年間医療費（円：平均）

治療開始年月	例数	医科	調剤	合計	医科 (%)	調剤 (%)
男性						
－03年3月	77	126,824	99,195	226,018	56.1	43.9
2003年4月－07年3月	175	95,507	95,832	191,339	49.9	50.1
2007年4月－08年3月	108	97,008	94,983	191,991	50.5	49.5
2008年4月－09年3月	212	148,179	76,387	224,566	66.0	34.0
2009年4月－10年3月	363	84,134	38,013	122,147	68.9	31.1
2010年4月－11年3月	87	77,169	24,745	101,915	75.7	24.3
全体	1,022	103,351	65,374	168,725	61.3	38.7
女性						
－03年3月	23	53,800	44,005	97,805	55.0	45.0
2003年4月－07年3月	58	81,711	78,792	160,503	50.9	49.1
2007年4月－08年3月	40	82,160	77,905	160,065	51.3	48.7
2008年4月－09年3月	93	51,239	46,430	97,669	52.5	47.5
2009年4月－10年3月	177	33,787	22,083	55,870	60.5	39.5
2010年4月－11年3月	62	42,953	39,351	82,304	52.2	47.8
全体	453	50,048	42,748	92,796	53.9	46.1

4) 傷病手当金の支給月数

傷病手当金の支給月数の記載があり、かつ治療開始年月にその支給月数を加えたものが2011年3月より前である例、つまり今回の観察期間内に、支給が終了している例は103例（男性79例、女性24例）存在した。支給月数の平均は男性6.3か月、女性6.5か月であった（表5）。

表5. 男女別・年齢階級別の傷病手当金の支給月数（平均）

	男性		女性	
	例数	傷病手当金支給月数	例数	傷病手当金支給月数
10代	2	2.0	1	9.0
20代	19	7.1	14	5.8
30代	39	6.1	4	11.3
40代	15	6.7	4	5.3
50代	4	5.8	0	—
60代	0	—	1	1.0
全体	79	6.3	24	6.5

5) 男性従業員がメンタル不調に陥った場合の企業の負担額

傷病手当金の月額が標準報酬月額の3分の2である。また、医療費の7割は保険組合から支出される。健康保険の保険料は従業員と企業の折半であるから、傷病手当金の50%と医療費の35%は企業の負担である。例数が検討に耐えうる20代から50代の男性従業員について、うつ病などのメンタル不調に陥り、傷病手当金を平均の期間支給した場合の企業の負担額を、標準報酬月額（表2）、年間医療費（表3）、および傷病手当金支給月数（表5）から推定した（表6）。傷病手当金支給月数即ち休職期間であると考え（約6か月）、それを含めた場合の1年間の企業負担額は、100万円前後で、当該従業員の標準報酬月額の2－3倍であると推定された。また、従業員の年齢が上昇するにつれ企業負担額は増加した。

表6. 男性従業員がメンタル不調に陥った場合の1年間の企業負担額（円）の推定

	医療費 合計 A	医療費の 35% B (=0.35 A)	標準報酬 月額 C	傷病手当金 支給期間 D	傷病手当金 推定額 E (= C D/3)	企業の 負担額 F (= B + E)	F/C
20代	127,698	44,694	250,690	7.1	593,299	637,993	2.54
30代	164,793	57,678	380,352	6.1	773,382	831,059	2.18
40代	166,157	58,155	492,744	6.7	1,100,403	1,158,618	2.35
50代	230,850	83,797	607,126	5.8	1,173,778	1,254,575	2.07

4 考察

先にモデルを作って、従業員がメンタル不調に陥った場合の企業の経済的負担を計算したが（西 2009）、その際、例えば本人が退職して新規に別な者を雇用する場合の教育に必要な費用など、間接的な経済的負担までも推定した。今回は、しかし、間接的な負担の推定を可能ならしめる資料が得られなかったため、直接的な負担のみを推定したのである。

標準報酬月額は男女とも、50代までは年齢とほぼ比例して上昇した。一方で年齢別にみた年間医療費は、男性においては50代までは年齢とほぼ比例して上昇したが、女性では30代がピークだった。また、男女間における医療費の額の差は大きかった。さらに、治療開始年別にみると、男性においては「古い」群で医療費が高く、かつ調剤費用の占める割合が高い傾向がみられたが、女性においては必ずしもそうではなかった。今回は女性の例数が少なかったことも関係するかも知れないが、男性と女性は、医療費については、互いにかなり異質であると考えられた。中高年の男性の医療費が高くなる理由は明確ではないが、重要な役職についている場合も多いことから、重症化しても退職できない結果、医療費が嵩むのかもしれない。また、一般に、40・50代では、高血圧の者が20－30％程度、糖尿病が強く疑われる者が10％程度、それぞれ存在することから（厚生労働統計協会 2011）、これらに対する治療費が加算されることも考えられる。さらに、市川は、1990年代後半から2000年にかけて、企業の健康管理室で診察するうつ病の患者が明らかに変わった、と述べており（市川 2008）、時代の変化に、従って年齢の相違に伴う、うつ病の質の変化も関与しているのかも知れない。「古い」群で調剤費用の割合が高かったのは、メンタル不調が長期化して、薬剤の種類や量が増えた結果であるのかも知れないし、またメンタル不調が身体的疾患を誘発して、それに対する薬剤が追加処方された結果であるのかも知れない。

今回の傷病手当金の支給平均月数は約6か月であって、これはうつ病などによる実際の休職期間と大きな差異はないと考えられる。今回推定したのは20－50代男性従業員がメンタル不調に陥った場合の企業の1年間の負担額であったが、この中には約6か月の傷病手当金の支給を含めた。メンタル不調のため男性従業員が半年休職した場合、企業の1年間の負担額は、当該従業員の基本給の2－3倍と推定されたが、これに有給での休暇や、傷病手当金支給開始前に多少減額された給与の支払いなどが加わる場合もあることから、年間にメンタル不調で休職する男性従業員が数人いると、企業負担額は1千万円の単位となると考えられた。一方で、予防にこれだけの予算をかけると、かなりの効果が得られるであろう。職場のストレス対策に関する介入的アプローチでは、メンタルヘルスの1次予防策を実施することによって、休職事例が減少したという報告もなされている（永田 2009）。今回の結果から考えても、予防に力を入れることが企業にとっては得策であると考えられた。

第3章 平成18年度と22年度調査の比較から

平成18年度に今回22年度調査と比較可能な調査が行われている。18年度調査では産業医、事業場、従業員と3種の調査票を使用した。22年度は事業場調査と従業員調査の2種で調査を実施した。調査対象地域として22年度に福島が加わった。調査票の項目に若干の変更があるが、大部分は比較可能な質問群である。単純集計での比較は、22年度の調査報告書に記載した。

表 平成18年度と22年度調査の概要比較

	平成18年度調査	平成22年度調査
対象地域	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
調査時期	事業場18年10、11月 従業員19年1、2月	事業場22年8、9月 従業員22年11、12月
事業場集計数	1,695所（回収率40.4%）	1,614所（回収率42.6%）
従業員集計数	9,079人（回収率90.5%）	8,246人（回収率93.4%）
従業員調査参加事業場数	84所	103所
両年度回答事業場数（注）	54所（回答率64.3%）、両年度一致40所	
両年度従業員調査事業場数	8所、1,090人 （回収率91.1%）	8所、1,024人 （回収率93.7%）

注：両年度回答事業場とは、18年度に従業員調査に参加した事業場に22年度にも事業場調査表を配布し、回答を求めたもので、回答率とは、 $54/84=0.643$ のことである。事業場調査は原則無記名の回答であるが、両年度回答事業場のうち、社名記入がある、または地域・業種などで特定でき、一対一に結合できた事業場が40所あった。

3.1 両年度回答事業場で一対一結合できた40所について

両年度回答事業場のうち一対一に結合できた40事業場の比較は、3年10か月の間隔を空けたコーホート調査とみなせる。ただし、この2点間に調査票の回答担当者が替わっている所が多かった。質問で「前回この調査を記入したことがあるか」をきいたところ、11名だけが「ある」と答え、28名が「ない」、1名が「不明」であった。従業員数に多少の変化がみられたが、両年度の従業員数間の相関係数は0.83と高い。12項目のメンタルヘルス対策数の平均実施数は、18年度が5.1で、22年度が6.3と増えている。ちなみに、18年度の全事業場1,695所のそれは4.1、22年度の全事業場1,614所のそれは5.3であり、18年度の従業員調査に参加した84所のそれは4.7、22年度の従業員調査に参加した103所のそれは6.1であった。いずれも約4年前と比べ、22年度のメンタルヘルス対策実施数は増えている。

なお、このメンタルヘルス対策実施数の両年度間の相関係数は、0.51（ $P < 0.01$ ）であった。この数値は一種の再現性信頼度に相当する。回答担当者の大部分が替わり、4年間もの間隔があつての信頼度としては悪くはないものと考えられる。

この40所について、「最近3年間で、心の健康問題を生じて、1か月以上仕事を休んでいる方の数は？」ときく質問で、両年度の比較をした。18年度では、増加11所、不変27所、減少2所であったが、22年度には、増加9所、不変22所、減少9所となった。対角セルの右上が13所、左下が6所で、マクネマー検定で $P = 0.1$ 程度となり、有意差があるとはいえないが、差がないという（第2種の過誤）には標本数が少な過ぎる。また、減少数が両年度で同数という帰無仮説のもとでは、 $P = 0.05$ 程度となり、差があるともいえる微妙なところである。差があると認めるならば、18年度の参加事業場に調査結果を成績表にして返送したことで、何らかのメンタルヘルスへの改善が進められたのかもしれない。

		平成22年度			
		増加	不変	減少	計
平成18年度	増加	4	5	2	11
	不変	5	16	6	27
	減少	0	1	1	2
	計	9	22	9	40

18年度の84参加事業場に通知した成績表の項目は、CES-D（平均値と高値を示したものの割合）、生活習慣点、生活問題習慣点、健康度、仕事・職場満足度、上司関係満足度、同僚満足度、家族・友人満足度、仕事量質負担度、仕事裁量度、仕事志気度、自己評価（LOC）、ストレス解消問題度の13項目の平均値である。これらについて、ABCDEの5段階評価と講評を各事業場に返送した。なお、これら合成尺度の信頼性（ α 係数）は、生活習慣と健康度以外が0.63から0.84であった。

この評価によって各事業場がメンタルヘルス対策に有効に活用したか否かについては、今回の40事業場において検証したい。上述の22年度の休職休業者数増減の回答を基準に各成績項目の評価とのクロス集計を検討した。いずれの項目もCDEの低い評価を受けた事業場は、休職休業者が減少した傾向を示したが、ABの高い評価を受けた事業場が一部増加の傾向がみられ、必ずしも効果があったとは証明できなかった。ただ、上司関係満足度では評価段階と休業休職者増減の間に有意な正の相関係数（0.35）が得られ、CD評価を受けた34所中9所が減少したと回答している。上司関係に問題があると指摘されたことで、事業場側が何らかの対応をしたため休業休職者が減ったものと推察する。

しかし、全体としてメンタルヘルス対策が一度きりの講評くらいでは簡単に改善できな

い困難な課題であることを再認識させられた。

3.2 両年度とも従業員調査に参加した8事業場について

両年度とも従業員調査に参加した事業場は結局8所にとどまった。最初から従業員調査は無記名のため、個人を一对一に結合したコーホート調査は不可能である。しかし、この8所それぞれの平均値を比較することは、ある程度可能である。18年度は1,090人、22年度は1,024人の調査票が集計できた。男女別の年齢階級（10歳代区分）の分布をみると、18年度の人員が22年度には年齢で1階級上に約4割が繰り込まれているとみなせそうである。このことから相当数の従業員が同一人であった可能性が推測される。10歳代や20歳代は新人が入ること、60歳代は退職者が出るので比較できない。なお、男の40歳代がやや減少し、女の50歳代がやや増加しているという例外がある。また、この8所の両年度の参加人数を比較すると、全く別な参加者になったと思われる事業場が1所あった。ほとんど同一と思われる事業場が4所あり、2所が大幅に減少し、1所がやや増加した。

表 8事業場の性別・年齢階級別分布（人）

	男		女	
	平成18年度	平成22年度	平成18年度	平成22年度
10歳代	9	9	8	7
20歳代	153	127	74	77
30歳代	143	154	108	84
40歳代	167	125	148	104
50歳代	118	138	104	132
60歳代	11	29	7	12

注：性別年齢別の不明者（18年度40人、22年度26人）がいるため合計が総数と合わない。

この8所のうち、全く別人の参加者になったと思われる1所を除いて、各合成尺度の両年度の比較を行った。

表 各合成尺度の両年度間相関係数

	CES-D	生活習慣点	仕事職場満足度	上司関係満足度	同僚関係満足度	家庭・友人満足度	仕事量質非負担度	仕事裁量度	仕事志気度	LOC
R	0.34	0.85	0.07	0.85	0.74	0.63	0.91	0.82	0.44	0.84
	NS	*	NS	*		NS	**	*	NS	*

注：相関係数0.0の帰無仮説に対し、*は $P < 0.05$ 、**は $P < 0.01$ を示す。NSは有意差なし、無記入の同僚関係満足度は片側検定なら $P < 0.05$ となる。この変数がマイナス、つまり逆転することは考えられないので片側検定も可能であろう。

有意の相関と認められたのは、生活習慣点、上司関係満足度、仕事量質非負担度、仕事裁量度だけであった。生活習慣は時間が経っても個人として変わりにくい。上司関係、仕事負担、裁量度などは、事業場として4年くらいの期間では変化しにくいのであろう。それに比べ、仕事職場満足度や仕事志気度で相関が認められなかったのは、職場の環境変化で左右されやすい項目なのかもしれない。

CES-D平均値間に有意差が認められなかったが、この4年間で上昇（悪化）した事業場が3所、減少（改善）した事業場が2所、変わらなかった事業場が2所であった。CES-Dは諸要因の結果変数で、4年間での諸要因の変化が単純ではなく、解釈することが難しいのかも知れない。ただ、1時点という横断的見方では、同じ22年度内（括弧内は18年度内）でCES-Dと仕事職場満足度の間に -0.80 （ -0.77 ）の強い相関が認められた。この仕事職場満足度は仕事志気度と 0.96 （ 0.93 ）の強い相関関係（括弧内に示した18年度も同様で）を示している。これらの関係は、1時点としては仕事職場満足度が「うつ症状」や仕事志気度に強い影響を与えているものと考えられる。しかし、仕事職場満足度が4年間の間に大きく変化したため「うつ症状」も仕事志気度も両年度の間では相関が低くなったものと考えられる。

LOC（内的統制）尺度では両年度間の相関が 0.84 と高く、LOCが性格特性の一種と考えられていることから、各事業場の人員が大きく変わらないために事業場の平均値として安定した状況を映しているものと考えられる。

8所の企業にそれぞれの個性があり、事例的な解説が可能であるが、調査協力依頼時に調査データは、全体の集計結果を公表し、個々の事業場には事業場ごとの平均成績を返すことを約束しているので、本報告書には記載しない。

第4章 調査標本の代表性、尺度の信頼性・妥当性について

精神的不調の原因を探索するとき、多方面からの接近法が存在する。最近の脳科学においては急速な進歩があり、うつ病患者の脳画像や神経伝達物質の研究に大きな期待が寄せられている。期待される大きな理由は、物質的根拠による説明が明快である点にある。また、これまでの精神医学がICDやDSMのような症状の記載と分類に流れ過ぎて、その反省の声も上がっている点などがある（大東祥孝 2012）。

その一方で、実際にうつ病になった患者の社会的背景については、脳科学の側からは、社会脳などの概念が提唱されてはいるが、まだ実際に役立つ段階には至っていない（マルコ・イアコポーニ 2009）。現段階では、現実のメンタルヘルス問題を解決する方策に物質的レベルから社会的レベルまでの総合的共同作業が要求されている。その一つとして、集団の観察から切り込む社会心理学的手法や疫学的方法が登場することになる。社会心理学的調査も疫学的調査も、その果たす役割は、社会的現象や健康異常を対象として、その原因の究明にあたって、社会や生体の複雑な仕組みの絡み合いから、本質を見出そうとするところに共通点がある。

今回の調査研究は、このような集団観察法を用いての分析である。この場合、調査という限られた手段から得られた分析結果の普遍性について、いくつかの問題点を明らかにしておかなければならない。次の節から調査標本が、わが国の一般的労働者集団を代表できるか、その限界はどうか。また、調査に使用した質問や、それから作成された尺度の確かさを示す信頼性や妥当性などについて検証する。

1 使用したデータベースの代表性

1.1 業種・職種

業種については、完全な比較はできないが、全国事業所統計（2011年6月公表）の非農林漁業（公務を除く）の50人以上の事業所173,073所から産業中分類における業種の割合を求めたのが次表の右側である。両者を比べ、22年度調査では製造業が多く、卸・小売業、飲食・接客・娯楽業、教育・研究業が少ないなどで相違が必ずしも小さくないが、全体として全業種が網羅されているものと推測される。

従業員調査の職種については、比較する適切なデータが見当たらないが、例えば、雇用動向調査（平成22年度）によると専門・技術的職業従事者が24.2%、事務従事者が15.8%、販売従事者が14.5%、これに対し、今回調査での専門職が19.7%、事務職が21.7%、営業・販売・サービス職が16.3%と大きな相違はないと考えられる。

平成22年度調査		全国事業所統計	
調査票の分類	%	産業中分類	%
建設業	8.4	建設業	4.0
製造業	33.8	製造業	19.2
通信・報道業	1.8	情報通信業	3.6
運輸・交通・貨物取扱業	9.6	運輸業、郵便業	9.6
卸・小売業	9.8	卸売業、小売業	17.4
金融・広告業	2.7	金融業、保険業	2.6
飲食・接客・娯楽業	2.2	宿泊業、飲食サービス業	5.6
教育・研究業	1.7	教育、学習支援業	6.1
医療・福祉業	13.1	医療、福祉業	13.3
その他	16.4	その他	18.8

1.2 性別・年齢別構成

総務省の労働力調査（平成22年）によると労働力人口は、6,590万人、男3,822万人、女2,768万人であった。今回の調査では、8,246人中、男4,894人、女3,179人、性別無記入者173人であった。全国の男58.0%、女42.0%に対し、今回の調査では、性別無記入者を除いて、男60.6%、女39.4%とその相違はきわめて小さい。

年齢構成も詳述はしないが、きわめて相似していて、今回調査の性別・年齢別構成は、全国の労働者とはほぼ同じと考えられる。

1.3 正規・非正規

厚生労働省のパート労働者総合実態調査（平成23年、前回は平成18年）によると正社員は男79.7%、女45.6%で、パートが男13.8%、女45.9%、その他が男6.5%、女8.5%であった。今回の調査では正職員が男85.7%、女が64.8%で、パート・アルバイトが男2.6%、女18.3%、その他が男7.9%、女13.5%、無記入が男3.7%、女3.4%であった。今回の調査では正規の社員の割合がやや多かった。これは休職者がほとんど正規職員から発生し、メンタルヘルス問題への関心が正規職員に限られやすく、調査への参加ということになると、非正規労働者より正規の職員を調べてほしいという意図が事業場担当者に働いた可能性があったと考えられる。

1.4 地域特性

北海道と東北地方という今回の調査地域が全国と同様なメンタルヘルスの状況にあるとは考えにくい。自殺死亡率をみても、これらの地方は全国平均値と比べ、やや高めである。しかし、2000年の健康福祉動向調査における「うつ症状」の地域別データ（12地域）

では、全国平均値13.5、16点以上割合32.9％に対し、北海道13.8、34.3％、東北14.1、35.3％で最高の近畿Ⅱの14.1、35.5％より低く、今回の調査地域のメンタルヘルス状況が悪いとは単純に決めることはできない。

1.5 従業員調査に参加した事業場の偏り

事業場調査は無作為標本抽出に従ったが、従業員調査では希望した事業場に限ったために偏りが生じた可能性は否定できない。従業員調査を実施した103事業場のうち31所（30.1％）は「心の健康問題で困難な事態を招いた」と答え、それ以外の事業場の19.3％に比べ、やや困難事態の経験が多かった。また、「最近3年間の心の問題での休職者の増減」については、103所では増加が21.4％、減少が11.7％、変わらない（無記入を含め）が67.0％に対し、それ以外の事業場1,743所では、それぞれ14.3％、9.2％、76.5％と従業員調査を実施した事業場では増加群のほうがやや多い。しかし、減少群には差がほとんどない。他の項目でも従業員調査実施事業場とその他の事業場との間に大きな差がみられなかった。

以上の諸項目の比較から、今回の調査標本からの結果を全国の労働者に敷衍することについては、大きな偏りは存在しないと考えられるが、いくつかの項目（地域、非正規労働等）においては多少の配慮が必要と思われる。

用語解説：ここでいう代表性とは、調査標本の結果を普遍化するための条件の一つで、統計学でいう集団の平均値や中央値を代表値と称するように、調査結果を普遍化しようとする集団の代表としての可能性を本調査集団がどの程度有しているかを示すものです。ことさら代表性のチェックを行ったのは、事業場調査で回収率が半数に達しなかった点、従業員調査で希望した事業場だけの従業員に限られている点等を考慮して、本調査の結果を活用するときの参考とするためです。

2 各種尺度の信頼性と妥当性

2.1 合成尺度の作成とその信頼性

本調査研究では広範囲における多数の質問項目を使用し、その質問ごとの単純な集計・分析を行った。それと合わせ、複数の質問から求めた既存の尺度（CES-D等）や新たに作成した尺度（以下、両者をまとめて合成尺度と称する）について、同様に分析を行った。これらの合成尺度については内的整合性を示す信頼度（クロンバックの α 係数）を求めた。

表 合成尺度の統計と信頼性

	説明	最小値 最大値	平均値	中央値	信頼度 (α)	尺度の計算法
メンタルヘルス対策 実施数(現在)	事業場調査でメンタルヘルス対策実施数を現在についてチェックしたもの。	0~12	5.26	5	0.769	「していない」を0点、「している」を1点として12項目を加算したもの。
メンタルヘルス対策 実施数(3年前)	事業場調査でメンタルヘルス対策実施数を3年前についてチェックしたもの。	0~12	4.38	5	0.790	「していない」を0点、「している」を1点として12項目を加算したもの。
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale アメリカ国立精神保健研究所の開発した疫学的利用を目的とした「うつ状態」尺度。日本語版は島悟らによる。	0~60	16.4	14	0.876	問21のa.からt.の20問の選択肢順で0,1,2,3点として加算する。ただし、d.,h.,l.,p.の4問は逆転項目である。
LOC	Locus of Control J.B.Rotterの提案した人格特性の一つ、自分の行動の結果を自分の内部の力でコントロールできるか、それとも外的な力によって支配されているかという認知様式。日本語版は鎌原雅彦らの原案から主成分分析で4問抽出して作成した。尺度は内的制御の方向である。	0~12	6.4	6	0.737	問20のa.からd.の4問の選択肢順に1,2,3,4点として加算して16から減じる。

生活習慣尺度	Alameda郡研究の7つの生活習慣を原案として、朝食、栄養バランス、睡眠、運動、喫煙、飲酒、趣味活動の7項目により健康に望ましい選択肢で尺度化した。	0～7	2.83	3	0.372	問1、2、4、5、9の最初の選択肢を1点とし、問6については選択肢の1「吸ったことがない」か、2「以前、習慣的に吸っていた」のいずれかを選択したら1点、問7では選択肢の1「全くまたはほとんど飲まない」か、問8の1「ほろ酔い程度」のいずれかを選択したら1点とする。
仕事職場満足度	仕事と職場の満足度の2項目で尺度化した。	0～6	3.04	3	0.846	問13の仕事と職場の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、8から減じる。
上司関係満足度	上司との関係をきく2項目で尺度化した。	0～6	3.13	3	0.744	問14の上司との付き合い満足と問19のs.「上司の助け」の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、8から減じる。
同僚関係満足度	職場の同僚との関係をきく2項目で尺度化した。	0～6	3.59	4	0.645	問14の職場の同僚との付き合い満足と問19のt.「同僚の助け」の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、8から減じる。
家族友人満足度	家庭の満足度と家族・親戚との付き合い満足度と職場外の友人の付き合い満足度の3項目で尺度化した。	0～9	6.58	6	0.719	問13の家庭満足度と問14の家族・親戚との付き合い満足度と職場外の友人との付き合い満足度について選択肢順に1,2,3,4点として加算し、12から減じる。

仕事量質非負担度	仕事の量質に関わる3項目で尺度化した。	0～9	6.42	6	0.657	問19のb.「仕事の量が多い」、d.「いつも仕事のことを考えている」、e.「ノルマや納期に追われる」の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、12から減じる。
仕事裁量度	仕事の個人での裁量度に関する2項目で尺度化した。	0～6	3.17	3	0.586	問19のf.「自身で仕事の方針を決める」、g.「仕事の方針や目標ははっきりしている」の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、8から減じる。
仕事志気度	仕事に対する志気に関する4項目で尺度化した。	0～12	5.86	6	0.739	問19のk.「やりがいのある仕事」、l.「努力に見合った評価を受けている」、m.「現在勤めている企業の将来は明るい」、o.「現在の仕事は自分に適している」の選択肢順に1,2,3,4点として加算し、16から減じる。

各合成尺度については、生活習慣以外では内的整合性としての信頼性は確保されたといえよう。生活習慣については各習慣で個人差が大きいため内的整合性では満足していないが、再現性でのテストを別集団の大学生102名について2週間後に施行して $R=0.720$ を得ている。また、第3章に記載したとおり、平成18年度調査と同一事業場7所の平均値で4年の間隔があっても、生活習慣は集団として $R=0.838$ と高い再現性が確保されている。なお、比較的低かった仕事裁量度についても平成18年度調査との比較で $R=0.820$ が得られている。これは4年経っても事業場として従業員に対する裁量の度合いがほとんど変わっていないためと考えられ、わずか2問の質問でも適切な指標として測定可能であることを示しているものと考えられる。

用語解説：測定した値には誤差がつきものです。その誤差は当然ながら小さいほうが望ましい。その望ましさを表現する値として信頼性係数が提案されています。合成尺度での信頼性では、各質問が同じ内容を調べていることを示す内的整合性という信頼性があります。係数としてはクロンバックの α が多用されています。これは質問間の相関係数の平均値と質問数の関数であり、そっくりの質問を多数並べて作成すると高い係数になるという特徴があり、係数の高低だけで信頼性があると判断することには注意が必要です。また、同じ質問を再度実施しても安定しているかという再現性の信頼性も重要です。これは同じ人の最初の測定値と2度目の測定値の相関係数で示されます。この場合、最初と2度目の期間の長短が影響することに注意が必要です。短いと以前の記憶が影響し、長いと測定する実態そのものが変化している可能性が出てきます。

信頼性係数が高いということは、望ましい一条件ですが、合成尺度の正確さを評価するためには妥当性という物差しも必要です。妥当性とは、その質問が目標としている概念（例えば、うつ症状の重さ）を正しく示しているのかを表す用語です。妥当性のほうは、信頼性係数のように数量化することは簡単ではありません。ただし、基準関連妥当性では、基準となる別の物差しとの間の相関係数で数値として示すことができます。基準関連妥当性は、基準となる物差しがない場合、別の方法が必要です。一つは質問内容が本当に目標としている概念を表しているかを専門家などの意見で検討する内容的妥当性です。例えば、今回使用したCES-Dは、精神疾患の分類として多く使われているDSM-IVの大うつ病エピソードの基準に準拠しています。また一つは、各質問間の相関関係から因子分析等によって、合成尺度の構成内容が目標の概念を表しているかを検討する構成概念妥当性が提案されています。本調査では、因子分析により合成尺度の構成概念妥当性を検証しています。

2.2 合成尺度の妥当性

妥当性については探索的因子分析により、質問群の構成が適切か否かを検証した。これらの計算にはSPSS 17.0を使用した。

CES-Dの因子分析を最尤法、Varimax回転で求めた。4因子で寄与率43.6%が得られた。次表の太字は因子負荷量0.4以上を示す。原著者のRadloffのsomatic and retarded activityは第1因子に、depressed affectは第2因子に、interpersonalは第3因子に、positive affectは第4因子に符合する。国、年代を超えてCES-D尺度は妥当性が高いと考えられる。

表 CES-D 20問の因子負荷量

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
a. ふだんは何でもないことがわずらわしい	0.652	0.162	0.134	-0.057
b. 食べたくない 食欲が落ちた	0.440	0.210	0.127	-0.012
c. 家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない	0.613	0.270	0.162	-0.099
d. 他の人と同じ程度には、能力があると思う	0.099	-0.040	-0.024	0.411
e. 物事に集中できない	0.676	0.142	0.095	-0.038
f. 憂うつだ（気分がしずんでいる）	0.749	0.278	0.116	-0.155
g. 何をするのもめんどうだ	0.725	0.181	0.102	-0.120
h. これから先のことについて積極的に考えることができる	-0.054	0.033	0.004	0.574
i. 過去のことにについてくよくよ考える	0.423	0.368	0.147	0.019
j. 何か恐ろしい気持ちがする	0.442	0.458	0.206	-0.061
k. なかなか眠れない	0.413	0.269	0.155	-0.024
l. 生活について不満なく過ごすことができる	-0.095	-0.058	-0.014	0.500
m. ふだんより口数が少ない 口が重い	0.485	0.229	0.303	-0.054
n. 一人ぼっちでさみしい	0.313	0.449	0.292	-0.052
o. 皆がよそよそしいと思う	0.305	0.254	0.820	-0.072
p. 毎日が楽しい	-0.307	-0.075	-0.122	0.538
q. 急に泣き出すことがある	0.193	0.529	0.088	-0.033
r. 悲しいと感じる	0.347	0.742	0.149	-0.103
s. 皆が自分を嫌っていると感じる	0.323	0.379	0.472	-0.118
t. 仕事が手につかない	0.519	0.296	0.198	-0.053
寄与率	20.8%	10.4%	6.7%	5.7%

用語解説：因子分析とは多変量解析の一つの手法です。合成尺度を作成したときの質問群が一つの概念としてまとまっているとは限りません。2個以上の因子から構成されていると解釈した方が適切かもしれません。そのような場合、質問変数間の相関係数（あるいは共分散）から因子を抽出する方法です。

3 調査の限界

3.1 横断調査としての限界

本調査は平成22年の限られた時点での調査である。その時点での状況は把握できるが、時間経過で変化する状況は把握できない。事業場の質問の中に問7と8で「最近3年間で」というきき方をしている。また問11のメンタルヘルス対策の質問で「現在してい

る」と「3年前している」に回答を求めている。記入した担当者が3年前からの状況を把握していたかは疑問である。

従業員調査でも現状をきいているだけで、因果関係としての前後関係が不明である。例えば、過去1年間に経験した大きな問題（ライフイベント）をきいているが、その結果として精神状況が変わったのか、その前からすでに存在していた精神状況なのかはわからない。あくまでも1時点での状況を測定しているに過ぎない。

これらの問題を解決するには、コーホート調査のような時系列での調査を行う必要がある。しかし、本調査の方式は無記名を原則にしているので、個々の事業場や個人について時間経過を追って比較することはできない。

これらの問題を抱えながらも、平成18年度調査と質問を可能な限り一致させるように工夫したので、第3章のように比較できた部分もある。

3.2 多様な質問群のもつ限界

メンタルヘルスに関連する要因は、きわめて多岐にわたり、これまで提案されているモデルを網羅することは不可能である。大学のような研究専門とするものが、研究論文として作成するのであれば、ごく限られたモデルの一部分に関する質問群で検証することで初期の目的は達せられるかもしれない。しかし、本調査の目的がメンタルヘルスの関連要因の全貌を把握するところにあつたので、質問数が多くならざるをえなかった。したがって、既成の質問群を採用したのは、CES-Dだけで、残りは多くのモデルから少数の質問を選び出すことで対応することになった。つまり、広いが浅い質問群になったという問題がある。ただし、メンタルヘルスに関する質問調査の多くが、個人を対象として、その個人の状況を判定するという目的で行われるのに対し、本調査では特定の個人に焦点を当てるのではなく、職場全体とか労働者一般としてのメンタルヘルス状況やその関連要因を検討するところに目的があつたので、広く少ない質問群であっても多くの関連を発見することができたと考えている。

3.3 集団としての測定による限界

前述のように本調査の目的が個人の判定ではなく、集団としての状況を把握するところにあつたので、表現された数値の大部分は、平均値や比率であり、集団の代表値を示しているに過ぎないということを理解してもらいたい。ただし、多数のクロス表やグラフ表現で例外的な少数例に着目して、その関連要因を検討したところもあるが、その組み合わせは膨大で、このデータベースを利用して、今後メンタルヘルスと関連要因に関する多数の検証が進むことを期待したい。

3.4 欠測値の扱い

無記入の扱いについてであるが、従業員調査票では封筒に封をして回答してもらったの

で、開封して見ると白紙であったり、質問にほとんど答えていなかったりした例があった。最終的には半数以上の無回答があった35人分は破棄した。その上で、各質問の無回答数を検討すると、いくつかの理由が見出された。

質問順を最初に生活習慣（問1～11）からきいたので、答えやすかったためか、無回答が少なかった。例えば、朝食の取り方（問1）については、8,246人中、無回答が2人だけであった。ここ1年間での入通院の有無（問12）についても無回答は10人に過ぎなかった。続く受診した診療科（問11）と健診などで指摘を受けた項目（問12）については、該当項目にチェックを付けるだけなので、無記入分は該当なしと判断したが、大きな誤差はないものとする。次の各種の満足度（問13、14）では、無回答が最少の健康満足度の17人から最多の家庭満足度の108人まで広がりがあった。主観的健康観については比較的率直に回答できても、家庭の状況については戸惑いが見られたのかもしれない。1日の中での調子の良い時間と悪い時間の有無（問17）では、無記入が31人と比較的少数であった。

仕事内容（問19）について21項目をきいたが、無記入数が最多であったのは「男女差別」の92人、次いで「企業の将来」の86人、「伝統や習慣の強制」と「上司の援助」の82人であった。逆に最少であったのは「体を動かす仕事」の33人であった。

LOC（問20）についての4項目では、無記入が44人から57人とほとんど質問間での差は見られなかった。LOCの尺度は全4項目に完全回答したものだけを採点したため、分析に利用できた人数は8,161人であった。

CES-D（問21のa.からt.）についての20項目では、無記入が「食欲が落ちた」の71人が最少で、ほぼ100人前後の項目が多いが、「他の人と同じ程度には、能力があると思う」だけが突出して321人が無記入であった。この項目は20項目中の選択肢が逆向きになっている4項目の一つで、質問の流れの中で思考法を切り替えなければならなかったことも影響があったのかもしれない。他の逆向きの項目では、無記入が158、137、135といずれも多い。上記問21d.の原文“I felt that I was just as good as other people.”でも無回答が多かったと記述されている。CES-Dの尺度は全20項目に完全回答したものだけを採点したため、分析に利用できた人数は7,472人であった。

その他の各種合成尺度では無記入回答を除いて尺度化しているので、それぞれ分析に利用できた人数は異なっている。

従業員調査票はマーク式により片面5枚をホチキスで閉じた形で渡した。この最終ページが白紙のものが106人いた。このページは問26の深夜業からのフェースシートの一部に相当し、プライベートな質問と受け取って回答しなかった可能性と、4枚目と5枚目が強く接触していてまくり難くページの終わりと思ったものがいた可能性が考えられる。今回の性別無記入の173人（2.1%）、年齢無記入の167人（2.0%）のうち106人は、この最終ページ白紙回答者に相当する。なお、平成18年度調査では、性別無記入が1.7%、年齢無記入が2.1%であった。このことから、5枚目を見なかったものは少数であったと考

えられる。

3.5 回答上の矛盾や過誤

膨大な標本であるため、記入上での矛盾や過誤が少数であるがみつけれられている。これまでに気づいた例を以下に記述する。

30歳代で勤務年数が30年など、勤務年数の記入が合わないものが4人、10歳代で学歴が大学という1人、産婦人科受診で男が3人（夫婦で不妊外来受診かもしれない）。睡眠満足度とCES-Dの「なかなか眠れない」とのクロス表で、「睡眠は満足」なのに眠れないが17人いた（「睡眠は満足」の中の1%）。ただし、この2変数の間の相関係数は0.29で関連は認められるが、2種の質問の意味に違いがあるのかもしれない。

このように単純なミスもあれば、一見矛盾に見えても意味があるものもあると思われるので、今後の検討課題としたい。

第5章 NOCS-MHデータベースを使用した報告・論文および 関連発表

北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形産業保健推進センター．産業医のメンタルヘルスとの関わりを中心とした調査研究（独立行政法人労働者健康福祉機構産業保健推進センター平成18年度調査研究）．2007

三宅浩次、西基．ワーク・ライフ・バランスと関連する諸要因―北日本産業保健推進センター共同調査研究（NOCS-MH）から―．北方産業衛生 2009:47:27-35

三宅浩次．労働者のワーク・ライフ・バランスと働く意欲―NOCS-MHデータベースから構造方程式モデルによる分析―．北海道公衆衛生学雑誌 2010:23:103-110

大久保愉一、松坂方士、高橋一平、檀上和真、中路重之、梅田孝．東北・北海道の労働者の抑うつ度に及ぼす社会労働環境因子の検討．弘前医学 2011:61:104-113

北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島産業保健推進センター．北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況とその対策に関する調査研究（独立行政法人労働者健康福祉機構産業保健推進センター平成22年度調査研究）．2011

三宅浩次、西基、中路重之、小野田敏行、菊池武剋、佐藤祥子、千葉健、伏見雅人、東谷慶昭、五十嵐敦．北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況とその対策に関する研究―独立行政法人労働者健康福祉機構平成22年度調査研究（概要）．北海道公衆衛生学雑誌 2012:62:175-178

上原尚紘、佐藤厳光、志渡晃一、西基、三宅浩次．男性正規労働者の抑うつ症状とその関連因子―北海道と東北6県の事業場調査データベースによる検討―．北海道公衆衛生学雑誌 2012:62:153-159

文献（著者名順、英字はアルファベット順、和名は五十音順）

Berkman.LF and Breslow.L. 星旦二編訳. 生活習慣と健康. HBJ出版局（1989、原著は1983）

Dore.RP. 石塚雅彦訳. 働くということ、グローバル化と労働の新しい意味. 中公新書（2005）

Holmes,TH and Rahe,RH. The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosom. Reseach 11: 213-218(1967)

Iacoboni M. 塩原通緒訳. ミラーニューロンの発見, 早川書房（2009）

Inoue,A, Kawakami,N, Tsuchiya,M, Sakurai,K and Hashimoto,H. Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan. J.Occup.Health 52: 227-240(2010)

Karasek,R. 労働科学研究所監訳. 要求-制御モデル – ストレスリスクに対する社会的、情動的、生理的アプローチと積極的な行動開発（ILO産業安全保健エンサイクロペディア、第4版,II、p 34-6～34-15. 労働科学研究所（2002）

Kirsten,W. Making the link between health and productivity at workplace – A global perspective. Industrial Health 48:251-255(2010)

Lazalus,RS and Folkman,S 本明寛他訳. ストレスの心理学 [認知的評価と対処の研究]. 実務教育出版（1991、原著は1984）

Lazarus,RS 林峻一郎編訳. ストレスとコーピング. 星和書店（1990）

Moussavi, S, Chatterji, S, Verdes, E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health; results from the World Health Surveys. Lancet 370:851-858(2007)

Radloff,LF. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement. 1:385-401 (1977)

Rotter.JB. Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. Psychological Monograph. 80:1-28 (1966)

WHO. Mental Health: New Understanding. New Hope. The World Health Report 2001 (2001)

市川光洋. 仕事の変化と企業内うつ病. 日外臨精神医学 6:32-42 (2008)

稲垣中. 労働生産性とうつ病. 精神科 15:339-343 (2009)

井上まり子、綿谷まりこ、鶴ヶ野しのぶ、矢野栄二. 非正規雇用者の健康に関する文献調査. 産業衛生学雑誌53: 117-139 (2011)

海老原嗣生. 名著で読み解く 日本人はどのように仕事をしてきたか. 中公新書ラクレ (2011)

大東祥孝. 精神医学再考―神経心理学の立場から. 医学書院、(2012)

鎌原雅彦. Locus of Control 尺度. 堀洋道監修. 心理測定尺度集 I. サイエンス社 (2001)

玄田有史. 仕事のなかの曖昧な不安. 中公文庫 (2005)

厚生労働統計協会. 生活習慣病. 国民衛生の動向2011/2012 58(9):81-86 (2011)

島悟、他. 新しい抑うつ性自己尺度について. 精神医学、27:717-723 (1985)

清水正徳. 働くことの意味. 岩波新書pp88 (1982)

堂目卓生. アダム・スミス―「道徳感情論」と「国富論」の世界. 中公新書 (2008)

永田頌史, 廣尚典, 真船浩介. 職場のストレス対策の取り組みとその有効性. 心身医学、49:109-121 (2009)

中野麻美．労働ダンピング—雇用の多様化の果てに．岩波新書（2006）

夏目誠．職場のメンタルヘルス．鎌田武信監修．産業医ハンドブック [改定第3版]．南江堂 2002)

西 基，三宅浩次．従業員のうち病罹患が企業に与える経済的損失．北方産業衛生 47:1-4 (2009)

濱口桂一郎．新しい労働社会—雇用システムの再構築へ．岩波新書（2009）

山口一男．ワークライフバランス—実証と政策提言．日本経済新聞出版社（2009）

鷺田清一．だれのための仕事．講談社学術文庫pp167-170 (2011)

和田耕治，森山美緒，奈良井理恵，他．関東地区の事業所における慢性疾患による仕事の生産性への影響．産衛誌 49:103-109 2007)

索引

あ

ICD 34
 アメリカ国立精神保健研究所 3・5
 安全 4
 安全配慮義務 4

い

1次予防 29
 医療機関 21・23
 医療費 23・25・26・28・29
 因子分析 40・41

う

うつ病 3・4・5・23・28・29・34・40

え

衛生委員会 14
 衛生管理者 5・18
 衛生推進者 5
 疫学 5・13・34・37
 LOC 20・31・32・33・37・43

か

外的統制 20
 学際的 4
 過重労働 11
 家族 9・17・18・31・38
 家族形態 17・18
 カットオフ・ポイント 3・5
 家庭 10・20・32・38・43
 家庭問題 20
 Karasekのモデル 8
 看護職 18
 管理監督者 14
 管理職 11

き

規模 13・14
 ギャンブル 19
 休職者 13・14・35・36
 休職者増減 14・31
 休職率 13

く

クロンバックの α 36・40

け

経営に携わる幹部 5
 経済的損失 4・48
 経済的負担 1・23・29
 欠測値 42
 欠乏欲求 10
 健康福祉動向調査 35

こ

合成尺度 31・32・36・37・39・40・41・43
 交替制 15・16・17
 コーホート調査 1・30・32・42
 個人の素因 3・18
 雇用関係 3
 雇用形態 15
 雇用動向調査 34
 コンピュータ作業 6

さ

再現性 31・39・40
 裁量 7・8・10・16・31・32・33・39
 産業医 5・30
 産業看護職 5
 残業時間 11・12・16・17
 産業保健職 1

し

志気…………… 20・31・32・33・39
事業主…………… 14・18
自己実現…………… 11
仕事以外の生活…………… 10・17
仕事要求量…………… 8
自殺死亡率…………… 35
自殺念慮…………… 21
実施計画の策定…………… 14
疾病性…………… 4
社会脳…………… 34
就職難…………… 17
主観的健康観…………… 20・21・43
障害調整生存年…………… 4
上司…………… 3・5・9・17・31・32・33・38・43
傷病手当金…………… 23・27・28・29
嘱託…………… 16・17
職場外の友人…………… 9・38
事例性…………… 4
神経伝達物質…………… 34
人事労務職…………… 1
人事労務担当者…………… 5・18
心身相関…………… 20
身体労働…………… 6・7・16
深夜労働…………… 15
信頼性…………… 31・34・36・37・39・40
心理職…………… 22
心療内科…………… 5・21・22
心療内科医…………… 22

す

ストレス…………… 7・9・19・20
ストレス解消…………… 11・19・31

せ

生活習慣…………… 19・31・32・38・39・43
生産性…………… 4・23

正職員…………… 13・15・16・18・35
精神科…………… 5・21・22
精神科医…………… 22
精神保健福祉士…………… 22
精神労働…………… 6・7
成長欲求…………… 10
CES-D …………… 5
セルフケア…………… 4・22
全国事業所統計…………… 34・35

そ

相談…………… 19

た

退職率…………… 13
代表性…………… 34・36
妥当性…………… 34・36・40

ち

中間管理職…………… 14
調子が良い時間帯…………… 15
長時間労働…………… 11

つ

通院…………… 20・21・22・43

て

DSM …………… 5・34・40
データベース…………… 1・3・34・42・45

と

同僚…………… 3・9・31・32・38

な

内的統制…………… 20・33

に

2次予防…………… 22

入院…………… 20・21
人間関係…………… 3・7・9・11

の

脳科学…………… 34
脳画像…………… 34
納期…………… 7・17・39
ノルマ…………… 7・17・39

は

パート…………… 16・17・35
パート労働者総合実態調査…………… 35

ひ

非正規従業員…………… 15・16・18
ひたすら耐え…………… 11・19
人のために役立つ…………… 11
一人暮らし…………… 10
標準報酬…………… 23・24・28・29

ふ

復職…………… 14

へ

偏見…………… 22

ほ

保健師…………… 22
保健福祉動向調査…………… 3

ま

満足度…………… 9・19・20・31・32・33・38・43・44

み

ミスマッチ…………… 3

む

無回答…………… 6・7・8・9・10・11・17・18・43

無記入…………… 15・32・35・36・42・43

め

メンタルヘルス対策…………… 5・14・30・31・37・41

ゆ

有病率…………… 13・23

ら

ライフ・イベント…………… 20・42
ラインによるケア…………… 4

り

罹患率…………… 13・23
離婚…………… 20
倫理審査委員会…………… 1

ろ

労働意欲…………… 3
労働形態の変化…………… 6
労働時間…………… 11・12・16・17
労働者健康状況調査…………… 9
労働負担…………… 3・7・8
労働力調査…………… 35

わ

ワーク・ライフ・バランス…………… 10・11・16

付録A 職場での心の健康づくりに関する質問票(事業場調査票)

該当の番号を○で囲んでください。

A 貴事業場についてお伺いします。

問1 業種はいずれですか？(主たるものひとつだけ)

1. 製造業	2. 建設業	3. 運輸・交通・貨物取扱業	4. 卸・小売業
5. 金融・広告業	6. 通信・報道業	7. 教育・研究業	8. 医療・福祉業
9. 飲食・接客・娯楽業	10. その他 ()		

問2 貴事業場は？

1. 本社	2. 支社・支店・営業所・工場など本社の一部門	9. その他 ()
-------	-------------------------	------------

問3 本日現在の従業員の職種として、最も多いものはどれですか？(ひとつだけ)

1. 事務職	2. 技術職・専門職	3. 営業・販売職(対人サービス)
4. 現業職(現場での作業)	9. その他 ()	

問4 本日現在の従業員数は何人ですか？

正職員 () 人	[うち男性 () 人]
正職員以外：パート・アルバイト () 人	[うち男性 () 人]
派遣 () 人	[うち男性 () 人]
その他 () 人	[うち男性 () 人]

問5 従業員の年齢では、どの年代がもっとも多いですか？

10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
------	------	------	------	------	------

問6 貴事業場では本日現在、心の健康に問題を生じたため休職休業中の方はおられますか？

正職員	0. いない	1. いる () 人
その他従業員	0. いない	1. いる () 人

問7 最近3年間で、心の健康に問題を生じて、1か月以上仕事を休んでいる方は何人？

1. 大変増えた	2. やや増えた	3. 変わらない	4. やや減った	5. 大変減った
----------	----------	----------	----------	----------

問8 最近3年間で、心の健康に問題を生じて、退職された方は？

0. いない	1. いる () 人
--------	-------------

問9 従業員が心の健康に問題を生じたことが、貴事業場での業務遂行に際して困難な事態を招いたことはありましたか？

1. 困難な事態となったことがある	→ 質問※へ
2. 困難な事態となったことはほとんどない	
3. 心の健康問題を生じた従業員はいない	

※その心の健康問題とは次のどの病状(状況)ですか？(いくつでも)

1. うつ病(あるいは抑うつ状態)	2. 統合失調症(精神分裂病)	
3. アルコール依存症	4. パニック障害	5. 1～4. 以外の精神的疾患
6. 自傷行為	7. 自殺	9. その他 ()

問10 貴事業場では、心の健康づくりを重要と考えていらっしゃいますか？

1. 重要である	2. やや重要である	3.それほど重要でない	4. 重要でない
----------	------------	-------------	----------

問11 貴事業場で、心の健康づくりとして実施なさっているものを現在と3年前のそれぞれについて、お答えください。

	現在	3年前
	していない	している
a. 相談・カウンセリングの窓口設置	0	1
b. 一般従業員への心の健康づくり関係の教育・研修	0	1
c. 管理・監督者への心の健康づくり関係の教育・研修	0	1
d. 職場環境の最適化(照明、防音、換気、机配置等)	0	1
e. 職場としてスポーツ(職場体操、職場運動会、運動祭活動等)の奨励	0	1
f. 職場として文化活動(華道、茶道、音楽鑑賞等)の奨励	0	1
g. 職場コミュニケーション(報告・連絡・相談)の重視	0	1
h. 年次休暇取得の奨励	0	1
i. 労働時間への配慮(時間外労働削減、残業なし等)	0	1
j. 自宅勤務、フレックスタイム制等の勤務時間柔軟化	0	1
k. トータル・ヘルス・プロモーションプラン(THP)による心と体の健康づくりの実践	0	1
l. 心の健康づくり実施計画の策定	0	1

問12 心の健康づくり対策につき、困難を覚えることは(いくつでも)？

0. 特に困難はない		
1. 具体的な取り組み方がわからない	2. 心の健康を専門とするスタッフがいない	
3. 予算がない	4. 一般の従業員の関心が低い	5. 幹部職員の関心が低い
9. その他 ()		

問13 従業員が心の健康に問題を生じた場合、外部の機関（病院・保健所・産業保健推進センター・地域産業保健センター等）と連携できますか？

1. 普段から連携している	2. 問題が生じた場合には連携できる	3. 連携は難しい
9. 連携ができないか否か、わからない		

問14 貴事業場では、産業医を選任されていますか？

O. いらない
1. いる → その産業医から「心の健康問題」に関わってもらっていますか、
1. 普段から関わってもらっている
2. 問題が生じた場合には関わってもらえる
3. 関わってもらうことは難しい
9. 関わってもらえるか否か、わからない

問15 貴事業場では、産業医以外に、心の健康問題に関係するスタッフ（嘱托を含む）がいらっしやいますか？（いくつでも）

1. 精神科医・心療内科医	2. 臨床心理士	3. 産業カウンセラー
4. 保健師・看護師	9. その他（ ）	

問16 産業保健推進センターにメンタルヘルス対策支援センターが置かれていることをご存知ですか？

O. 知らない		
1. 知っている → 支援センター職員の訪問を	2. 受けた	3. 受けていない

B 今、回答を記入していらっしゃる方の個人的なご意見をお伺いします。

問 1 以下の項目に対し、どうお考えですか？難しく考えず直感的にお答えください。

	全くその通り えはその通り どちらかとい えはどちらかとい えはどちらかとい				全く違う
a. 心の健康問題に職場はよく取り組んでいる	1	2	3	4	4
b. 心の健康問題では上司に相談しやすい	1	2	3	4	4
c. 従業員のストレスは少ないほうだ	1	2	3	4	4
d. 従業員の仕事の負担は小さいほうだ	1	2	3	4	4
e. 仕事熱心な人が多い	1	2	3	4	4
f. 業務能特定部署に偏って多い	1	2	3	4	4
g. 業務・役割の分担があいまいである	1	2	3	4	4
h. 従業員同士は仲がよい	1	2	3	4	4
i. 従業員の意見が幹部によく伝わる	1	2	3	4	4
j. 従業員の意欲が尊重されている	1	2	3	4	4
k. 給与は年功序列を基本としている	1	2	3	4	4
l. 仕事の成果に応じた給与の割合が大きい	1	2	3	4	4
m. 給与や昇進に関する不公平感が強い	1	2	3	4	4
n. 人材確保の配置をしている	1	2	3	4	4
o. 人材不足である	1	2	3	4	4
p. 各人の能力が発揮しやすい	1	2	3	4	4
q. 将来の人材育成に力を入れている	1	2	3	4	4

r. 将来の雇用状況に不安がある	1	2	3	4
s. 当企業の将来は明るい	1	2	3	4
t. 当企業の業績（業績）は良好である	1	2	3	4
u. 心の健康問題は個人的な問題である	1	2	3	4
v. 心の健康問題は管理監督者の責任が大きい	1	2	3	4
w. 心の健康問題は事業主の責任が大きい	1	2	3	4

問2 今、回答を記入していらっしゃる方は（重複回答可）

1. 事業主	2. 役員	3. 人事または労務担当者	4. 衛生管理者
5. 産業看護職	6. その他（ ）		

問3 この調査を前回記入したことが（ 1. ある 2. ない ）

（最後に）

今回の調査にあたり、当産業保健推進センターでは「心の健康に関する職場診断」を無料で実施することとしました。これは、無記名にて従業員のストレス状況を調査・分析した上、職場に応じたきめ細かな解決方法を提案させていただくというものです。ご関心がありましたら、調査の詳細について説明資料を差し上げますのでご連絡先をお知らせ下さい。

1. 希望しない	2. 説明を希望する（2と回答された方は以下にご連絡先のご記入をお願いします。）
ご連絡先事業所名	
ご連絡先電話番号（ ）	—
ご連絡先ご住所〒	—
ご担当者名	

心の健康問題についてご意見がございましたら、以下にご記入ください。

長時間にわたりご回答いただきまして、誠にありがとうございました。

付録B 健康についての調査票（従業員調査）

以下の質問について、当てはまる個所の○を塗りつぶしてください。

- 問1 あなたは、ふだん朝食をたべますか？
- ☐ 毎日たべる
- ☐ 時々たべる
- ☐ ほとんどたべない
- ☐ 全くたべない
- 問2 あなたは毎日の食事について、栄養バランスに気をつけるなどしていますか？
- ☐ 気をつけている
- ☐ 少し気をつけている
- ☐ あまり気をつけていない
- ☐ 気をつけていない
- 問3 あなたの睡眠（すいみん）についてお聞きします。
- 平日は約何時間
- ☐ 9時間以上
- ☐ 8時間
- ☐ 7時間
- ☐ 6時間
- ☐ 5時間
- ☐ 4時間以下
- 休日（日）は約何時間
- ☐ 9時間以上
- ☐ 8時間
- ☐ 7時間
- ☐ 6時間
- ☐ 5時間
- ☐ 4時間以下
- 問4 ふだんの睡眠には満足していますか？
- ☐ 満足
- ☐ やや満足
- ☐ やや不満
- ☐ 不満
- 問5 あなたは健康のために、運動やスポーツなどからだを動かすようにしていますか？
- ☐ している
- ☐ まあしている
- ☐ あまりしていない
- ☐ していない
- 問6 あなたはタバコを吸いますか？
- ☐ 吸ったことがない
- ☐ 以前、習慣的に吸っていた
- ☐ 時々吸う
- ☐ 毎日吸う（1日約 本）

- 問7 あなたはお酒類（アルコール飲料）を飲みますか？
- ☐ 全くまじはほとんど飲まない
- ☐ 週に1～2日飲む
- ☐ 週に3～5日飲む
- ☐ 週に6～7日飲む
- 問8 問7で週に「1～2日飲む」、「3～5日飲む」、「6～7日飲む」に●をつけた方にお聞きします。
- 飲酒したときの酔いの程度は、だいたいどのくらいですか？
- ☐ ぼろ酔い程度
- ☐ 少し酔う
- ☐ 相当に酔う
- 問9 あなたは、仕事以外で習い事、趣味などの活動をしていますか？
- ☐ はい（内容 ）
- ☐ いいえ
- 問10 ここ1年間で医療機関に入院や定期的に通院をしたことがありますか？
- ☐ ない
- ☐ ある
- 問11 問10で「ある」に●をつけた方にお聞きします。入院又は通院していたのは何科ですか？あてはまるもの全てに●をつけてください。
- ☐ 内科
- ☐ 心療内科
- ☐ 精神科
- ☐ 外科・整形外科
- ☐ 産婦人科
- ☐ 耳鼻咽喉科
- ☐ 眼科
- ☐ 歯科
- ☐ その他

- 問12 健康診断などで、次のようなことを指摘されたことがありますか？あてはまるもの全てに●をつけてください。
- ☐ 高血圧
- ☐ 肥満
- ☐ やせすぎ
- ☐ 糖尿病あるいはその疑い
- ☐ 胃腸の病気
- ☐ 歯周病（歯そうのうろう）
- ☐ コレステロール値や中性脂肪値が高い
- ☐ 肝臓の検査結果が異常
- ☐ その他（ ）
- 問13 ご自分の健康や仕事などの「満足度」についてお聞きします。
- 満足 やや満足 やや不満 不満
- ・健康状態 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・仕事 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・職場 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・家庭 ☐ ☐ ☐ ☐
- 問14 次の人たちのお付き合いに対する「満足度」をお聞きします。
- 満足 やや満足 やや不満 不満
- ・上司 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・職場の同僚 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・職場外の友人 ☐ ☐ ☐ ☐
- ・家族・親戚 ☐ ☐ ☐ ☐
- 問15 過去1年間にあなたが経験したことで、あてはまるものすべてに●をつけてください。
- 家庭での大きな問題
- ☐ なかった
- ☐ 肉親が亡くなった
- ☐ 家族が大病をわずらった
- ☐ あなたが大きなけがや病気をした
- ☐ 妻または夫と離婚（または別居）した
- ☐ その他

- 仕事上での大きな問題
- ☐ なかった
- ☐ 転職
- ☐ 降格
- ☐ 昇格
- ☐ 転勤
- ☐ 職場内異動
- ☐ 業務内容の大きな変更
- ☐ 給与問題
- ☐ その他
- 問16 あなたは、不満、悩み、ストレスなどがあったとき、どのようにしていますか？あてはまるもの全てに●をつけてください。
- ☐ 積極的に休暇をとる
- ☐ 周囲の人に相談する
- ☐ スポーツ
- ☐ 散歩やハイキング
- ☐ 旅行
- ☐ 寝る
- ☐ 動物（ペット）
- ☐ 音楽（カラオケを含む）
- ☐ テレビやビデオ
- ☐ 外出や買い物
- ☐ 好きなものを食べる
- ☐ インターネット
- ☐ キャンブルや勝負事
- ☐ 知り合いにグチをこぼす
- ☐ 八つ当たりする
- ☐ アルコール飲料
- ☐ 睡眠薬や精神安定剤
- ☐ ひたすら耐え続ける
- 問17 ふだん1日の中で調子が良いときと悪いときがあると感じますか？
- ☐ あまり感じない
- ☐ 多少感じる
- ☐ 強く感じる

問18 問17で感じると答えた方は、調子がかもとも良い時間ともとも悪い時間とはどれですか？

(時刻)	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5
もともとも良い	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
もともとも悪い	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

問19 仕事の内容についてお聞きします。

	そうだ	まあそうだ	ややちかう	ちかう
a. どちらかというところからだを動かす仕事である	○	○	○	○
b. 仕事の量がとても多い	○	○	○	○
c. 次の日まで疲れが残る	○	○	○	○
d. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	○	○	○	○
e. ノルマや納期に追われる仕事が多い	○	○	○	○
f. 自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できる	○	○	○	○
g. 今の仕事の方針や目標ははっきりしている	○	○	○	○
h. 職場の人間関係は全体的に見てよいほうだ	○	○	○	○
i. 職場での伝統や習慣がかなり強制的な感じがする	○	○	○	○
j. 仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	○	○	○	○
k. やりがいのある仕事である	○	○	○	○
l. 努力に見合った評価を受けている	○	○	○	○
m. 現在動めている企業の将来は明るい	○	○	○	○
n. 仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている	○	○	○	○
o. 現在の仕事は自分に適していると思う	○	○	○	○
p. 現在の勤めをやめたいと思うことがある	○	○	○	○
q. 職場内で男女間に差別があると思う	○	○	○	○
r. 職場内で私生活の話はあまりしない	○	○	○	○
s. 困ったときには上司がしっかり助けてくれる	○	○	○	○
t. 困ったときには同僚がしっかり助けてくれる	○	○	○	○
u. 自分の仕事はおおいに社会に役立っていると思う	○	○	○	○

問20 以下の文章を読んで、あなたはそれらの意見についてどのように思いますか？

	そう思う	ややそう 思う	あまりそう 思わない	そう思 わない
a. あなたが努力すれば、あなたはよりつばな人間になれると思う	○	○	○	○
b. あなたはいいしょうけんめい語せばだれにでも、わかってもらえる	○	○	○	○
c. あなたは、努力すれば、どんなことでも自分の力できる	○	○	○	○
d. あなたが幸福になるか不幸になるかは、あなたの努力しだいだ	○	○	○	○

問21 この約1週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きします。

	ほとんど なかった (なし)	少しは あった (1~2日/週)	時々 あった (3~4日/週)	たいてい あった (5日以上/週)
a. ふだんは何でもないことがわらずらわしい	○	○	○	○
b. 食べたくない 食欲が落ちた	○	○	○	○
c. 家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない	○	○	○	○
d. 他の人と同じ程度には、能力があると思う	○	○	○	○
e. 物事に集中できない	○	○	○	○
f. 憂うつだ (気分がしずんでいる)	○	○	○	○
g. 何をしてもめんどろだ	○	○	○	○
h. これから先のことについて積極的に考えることができる	○	○	○	○
i. 過去のことについてよくよく考える	○	○	○	○
j. 何か恐ろしい気持ちがある	○	○	○	○
k. なかなか眠れない	○	○	○	○
l. 生活について不満なく過ごすことができる	○	○	○	○
m. ふだんより口数が少ない 口が重い	○	○	○	○
n. 一人ぼっちでさみしい	○	○	○	○
o. 皆がよそよそしいと思う	○	○	○	○
p. 毎日が楽しい	○	○	○	○
q. 急に泣き出すことがある	○	○	○	○
r. 悲しいと感じる	○	○	○	○
s. 皆が自分を嫌っていると感じる	○	○	○	○
t. 仕事に手につかない	○	○	○	○
u. 頭が重い 頭痛がする	○	○	○	○
v. 腹痛 めまい 肩こりなど、体の不調がある	○	○	○	○
w. 怒りっぽくなっている	○	○	○	○
x. 気分が落ち込んで自殺について考えることがある	○	○	○	○
y. 自分は「うつ病」だと思うことがある	○	○	○	○

問22 現在の職種は何ですか？

☐ 事務職
☐ 専門職
☐ 営業・販売・サービス職
☐ 技能職
☐ 現業職 (現場作業)

問24 正職員ですか？

☐ 正職員
☐ パート・アルバイト
☐ 派遣
☐ 嘱託
☐ その他

問23 あなたの職場での位置づけについてお聞き
します。指示を出したりする部下がいますか？

☐ いる ☐ 管理職である
☐ いない ☐ 管理職ではない

問25 現在の会社 (または団体) での勤務年数
(通算して) は？

() 年

問26 勤務形態をお聞きます。

深夜（午前0時以降）の勤務は

- ☐ していない
☐ している
☐ 時々している
☐ その他

交替性の勤務を

- ☐ していない
☐ している
☐ その他

現在単身赴任を

- ☐ していない
☐ している

コンピュータ作業は

- ☐ していない
☐ している → 1日平均（約 ）時間

車の運転業務は

- ☐ していない
☐ 主業務である
☐ 時々している
☐ その他

問27 通常、1回の労働時間（途中の休憩を含めて）について

約何時間ですか

- ☐ 6時間以下
☐ 7～8時間
☐ 9～10時間
☐ 11～12時間
☐ それ以上 → （ ）時間

所定時間外勤務（残業）はどのくらいありますか？

- ☐ ほとんどない
☐ 月に45時間以内
☐ 月に80時間以内
☐ 月80時間を超えることがある

残業が“ある”という方にお聞きます。残業の理由は（いくつでも）

- ☐ 上司の命令でやむをえず
☐ 自分の仕事が付かないので
☐ 仕事が好きだから
☐ 手当てが魅力

通常、2連休（3連休を含む）は、月に何回ありますか？

- ☐ ない
☐ 1～3回
☐ 4～5回
☐ 6回以上

通常、まる1日のんびりと休める日は、月に何回ありますか？

- ☐ ない
☐ 1日程度
☐ 2～3日
☐ 4～5日
☐ 6～8日
☐ 9日以上

問28 最後にいくつかお聞きます。

あなたの性別は

- ☐ 男
☐ 女

年齢は

- ☐ 10歳代
☐ 20歳代
☐ 30歳代
☐ 40歳代
☐ 50歳代
☐ 60歳以上

学歴は

- ☐ 中学・高校
☐ 専門・専修学校・短大
☐ 大学・大学院

家族形態は

- ☐ 一人暮らし
☐ 親と一緒に
☐ 夫婦のみ
☐ 親子2世代
☐ 親子3世代
☐ その他

ご協力ありがとうございました。

職場の心の健康づくりに対して何かご意見がありましたら、以下にご記入ください。

おわりに

北海道産業保健推進センターでは、平成13年度以来、数度にわたって事業場のメンタルヘルスを調査研究の課題として取り上げてきました。平成18年度と22年度には、東北地方の各産業保健推進センターのご協力により、広範で多項目のメンタルヘルス調査を実施することができました。各センターの相談員、副所長をはじめ事務職の方々、調査に協力いただいた関係者の皆さんに心より感謝申し上げます。

なお、この報告書の印刷物以外に、下記のファイルや資料がホームページから入れるようになっています。職場や学校などでの学習会や研修会の教材として活用していただければ本望であります。

また、両年度に集められた膨大なデータは、データベースとして共同研究者らにより活用されています。それらの報告書や、その結果から得られたコメントなどの一部は、産業保健推進センターのホームページから閲覧することができます。（三宅）

北海道産業保健推進センターのホームページに掲載のファイルおよび資料

コラム欄（約10人の専門家によるメンタルヘルスに関する短い解説）
パワーポイント（ノートの解説つきで本報告書の内容を図表化）
各変数間の相関係数等の集計結果
平成18年度、22年度調査研究報告書
北の産業保健

NOCS-MH

このメンタルヘルスに関する大規模な調査は、「北日本産業保健推進センターメンタルヘルス共同調査研究」と称し、英語での呼称はNorthern Japan Occupational Health Promotion Centers Collaboration Study for Mental Healthで、これを略してNOCS-MHと呼んでいます。

独立行政法人 労働者健康福祉機構 北海道産業保健推進センター

〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目 プレスト1・7ビル 2階

TEL 011-242-7701

E-mail sanpo01@mtg.biglobe.ne.jp

URL <http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo01/>