

中年男性の仕事とメンタルヘルスの構造

—働き方の見直しを迫る心の病—

社会研究部門 副主任研究員 天野 馨南子

amano@nli-research.co.jp

<要旨>

1. 日本はWHO（世界保健機構）「世界自殺地図」において「高自殺率国」に指定されている国である。特にバブル崩壊後、景気低迷が本格化した98年には対前年40.2%、人数にして2万人台から3万人台へ自殺者数が大幅に増加し、その後、減少に向かう兆しは一向に見られない。わが国において、最も自殺者が多いのは50代男性である。警察庁資料によれば、50代男性が総自殺者数の実に20%を占めている。OECD諸国においては自殺者数の8割前後が男性であり、男性が自殺者の主流であることは珍しいわけではない。しかしながら、経済先進国では75歳以上の高齢者、もしくは生活環境の変化に晒される20代から30代の若者の自殺が主流となっている。このような世界の潮流の中において、日本の自殺の年齢層の状況は極めて特異であると言える。50代男性の遺言書に残された自殺理由の実に53%を占めるのは「経済問題」である。高齢者自殺の多い先進諸国ならびに、わが国の女性の自殺理由として主流である「健康問題」と、自殺理由においても大きな違いをみせている。
2. 近年、経済問題と深く関わる仕事・職場を理由とした、30代男性の心の病が増加しており、男性の仕事に関わる心の病気の低年齢化が進んでいる。社会経済生産性本部の平成17年度調査によれば、労働組合の実に69%が「組合員の心の病が増加している」と回答している。同調査において「心の病」の原因として単一選択回答でトップの理由に挙げたのは「職場の人間関係」（30.4%）であり、その次が「仕事の問題」（18.6%）であった。個人や家庭を問題とする回答はわずかであり、家庭生活よりも職業生活に関わる問題が男性の心に大きな影を落としている様子が窺える。このことから筆者は、50代で自殺にいたるまでの人生における心の経緯を考える時、男性にとって特に仕事が必要な影響を与えているのではないかと仮定した。中年男性を調査対象とした中年パネル調査の結果を用いて、特にメンタルヘルスと仕事の関係について分析を行った。
3. 分析手法として、①1999年、2001年、2003年の3回の回答結果の比較による傾向分析、ならびに、②仕事に関わる項目の前回調査からの変化とメンタルヘルスの変化の関連性をみる影響分析、の2つを用いた。
4. メンタルヘルスに影響が見られない要素として、保有資格・仕事の有無・転勤や転職、退職などの就業変動による環境変化・通勤時間・有給取得日数・配偶者の収入、が見出された。

5. メンタルヘルスに影響を及ぼす要素として、最終学歴・就業形態（自営業、サラリーマン、派遣など）・業種・職務（事務職、技術職など）・労働時間・退職年齢・労働日数・本人収入が見出された。
6. 3回の調査の傾向分析では、月200時間以上の労働時間がメンタルヘルスに悪影響をもたらしていることが見出された。また、パネル調査期間中（1997年－2003年）、調査対象者の平均水準よりも長時間労働（平均150時間程度）に晒されていた回答者はメンタルヘルスが悪化しており、月間200時間に達していなくても、平均150時間以上の長時間労働が長期間継続されると、メンタルヘルスが悪化することがわかった。
7. 傾向分析から時給は3000円、年収は500万円あたりにメンタルヘルスを悪化させる分岐点があることが見出された。収入が上がれば上がるほどメンタルヘルスによい影響をもたらすといった単純な関係ではなく、分岐点に達するか達しないかで、症状の有無が左右される。変化分析から、年収変化だけでは症状に影響しないことが見出され、変化の結果年収水準がいくらになるか、がメンタルヘルスには問題であることが見出された。
8. 得られた結論の詳細は最終章に示したが、今回の分析によってメンタルヘルスに良好な、もしくは危険な仕事にかかわる要素が多く発見され、仕事がメンタルにもたらす影響は看過できないことが判明した。重要な示唆として、収入も時間も一定の「基準値」が守られることがメンタルヘルスの安定につながるのであって、例えば勤務時間が短いほど、収入は多いほどよい、という比例的なものでは決してない点が発見された。
9. 各調査間の相関分析によって、一旦悪化したメンタルヘルスを再び改善させることはなかなか難しいことが見出された。心の病もガンや成人病、公害病に同じく、予防が重要であることが分析を通して明らかになった。
10. 誤解がないように確認するならば、仕事そのものがメンタルヘルスに悪いわけでもよいわけでもない。しかしある一定の条件がそろると、仕事は明確な悪影響を人の心に及ぼし始める。
11. 今回の分析の副産物として男性にかかる大きな経済的責任や、男性の滅私奉公的自己犠牲価値観のメンタルヘルスへの悪影響が明らかとなっている。であるにもかかわらず、依然として働き方の見直しは、現在の労働市場の主軸ではない「女性や高齢者」といった人々のための救済的な施策である、といった感覚が社会に根強い。しかし果たして、働き方の見直しは本当に「女性や高齢者のために考えてあげなければならないもの」なのだろうか。
12. 今や働き方の見直しは「女性の社会進出」「機会均等」などといったポジティブな言葉を理由に行われるだけでなく、労働市場において多数派である男性の心の問題を救済するために、行なわれなければならない段階に達している。

<目次>

はじめに	122
(1) 世界からみたわが国の状況	122
(2) 分析の背景となるわが国の状況	123
(3) 男性の経済負担構造	125
1. 中高年男性パネル調査におけるメンタルヘルス結果 —全体動向—	127
(1) メンタルヘルス症状保有者の測定	127
(2) 症状保有者の3年間の推移	127
(3) 基本属性（地域・世帯状況・年齢）とメンタルヘルス（2003年度）	129
(4) 分析のまとめ	131
2. 仕事とメンタルヘルス	132
(1) 能力とメンタルヘルス	132
(2) 就業形態とメンタルヘルス	134
(3) 労働時間とメンタルヘルス	141
(4) 収入とメンタルヘルス	150
(5) 分析のまとめ	155
(6) 男性を苦しめる価値観問題 —「仕事と家庭」に関する価値観とメンタルヘルス—	156
4. おわりに	158
(1) 予防の重要性	158
(2) 分析のまとめと提言	159

はじめに

(1) 世界からみたわが国の状況

世界保健機構（以下、WHO）の自殺率地図によれば、日本は世界の中でも「高自殺率国」に指定されている（対 10 万人につき 13 人以上の自殺率を有する国が高自殺率国に指定）。政情不安と経済的困窮から、旧ソビエト連邦諸国が日本とともに自殺率上位国に名を連ねているが、これらの諸国はわが国と格段の経済格差がある。そこで経済的に近い経済協力開発機構（以下、OECD）の中で自殺率の比較を行ってみたところ、わが国はハンガリーに次いで 2 番目に自殺率が高い状況となっていた。わが国の自殺者数はいまだ増加傾向にあり、98 年の 40.7% の大幅な自殺者増加以降も減少に転じる傾向は見られていない。国内年間交通事故者数の約 3 倍、アメリカの自殺者数の約 2 倍に達するわが国の自殺のメイン層となっているのは、実は中高年男性である（次章参照）。近年では仕事のストレスからくる男性のメンタルヘルスの悪化が 30 代から深刻化しつつあり、将来的な自殺につながる要因として、その動向が懸念されている。

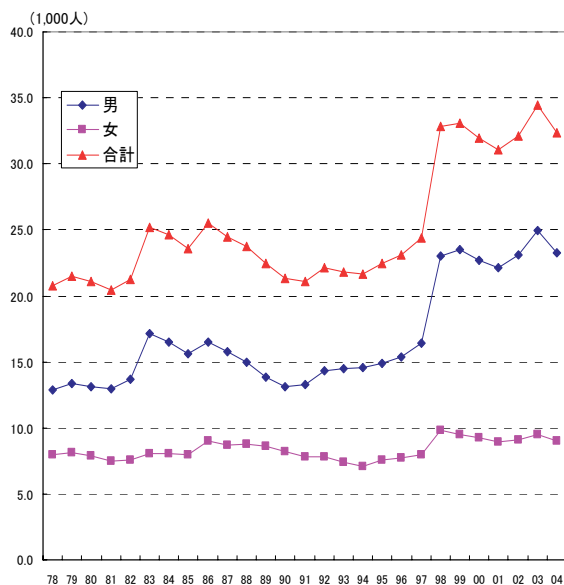
図表-1 OECD 自殺率順位（上段左：全体、右：男性、下段：女性）

順位	国名	自殺率	順位	国名	自殺率
1	ハンガリー	32.6	16	アイルランド	13.4
2	日本	24.8	17	オーストラリア	13.1
3	フィンランド	23.4	18	ノルウェー	12.4
4	ベルギー	21.3	19	カナダ	12.3
5	スイス	20.2	20	アイスランド	12.2
6	オーストリア	19.6	21	米国	11.3
7	フランス	18.0	22	オランダ	9.6
8	チェコ	16.1	23	スペイン	8.3
9	ニュージーランド	15.1	24	イタリア	7.8
10	ポーランド	15.0	25	英国	7.5
11	ルクセンブルグ	14.5	26	ポルトガル	5.2
12	デンマーク	14.4	27	ギリシャ	3.8
13	スウェーデン	13.9	28	メキシコ	3.5
14	韓国	13.7			
15	ドイツ	13.6			

順位	国名	自殺率	順位	国名	自殺率
1	ハンガリー	45.5	16	ニュージーランド	19.8
2	日本	35.2	17	スウェーデン	18.9
3	フィンランド	32.3	18	ノルウェー	18.4
4	ベルギー	31.2	19	カナダ	18.4
5	オーストリア	30.5	20	アイスランド	17.3
6	ルクセンブルグ	28.6	21	米国	17.1
7	スイス	27.8	22	スペイン	13.1
8	ポーランド	26.7	23	オランダ	12.7
9	フランス	26.1	24	英国	11.8
10	チェコ	26.0	25	イタリア	10.9
11	デンマーク	21.4	26	ポルトガル	8.5
12	ドイツ	20.4	27	ギリシャ	5.7
13	韓国	20.3	28	メキシコ	5.4
14	アイルランド	20.3			
15	オーストラリア	20.1			

順位	国名	自殺率	順位	国名	自殺率
1	日本	13.4	16	オーストラリア	5.3
2	ハンガリー	12.2	17	カナダ	5.2
3	ベルギー	11.4	18	アイスランド	5.1
4	スイス	10.8	19	ポーランド	4.3
5	フィンランド	10.2	20	アイルランド	4.3
6	ルクセンブルグ	10.2	21	ニュージーランド	4.2
7	フランス	9.4	22	米国	4.0
8	オーストリア	8.7	23	スペイン	4.0
9	韓国	8.6	24	イタリア	3.5
10	スウェーデン	8.1	25	英国	3.3
11	デンマーク	7.4	26	ポルトガル	2.0
12	ドイツ	7.0	27	ギリシャ	1.6
13	チェコ	6.3	28	メキシコ	1.0
14	オランダ	6.2			
15	ノルウェー	6.0			

図表-2 わが国における自殺者の推移



(資料) 総務省統計局「世界の統計 2003」、WHO“Suicide Rates(Per 100,000), by country, year, and sex. Most recent year available. As of 2004.” 警察庁「平成 15 年中における自殺の概要」より作成。自殺率は 10 万人あたりの自殺者数。統計データの欠如しているトルコとスロヴァキアを除く。

(2) 分析の背景となるわが国の状況

中高年男性の仕事とメンタルヘルスの関係进行分析する前に、分析のバックグラウンドとなるわが国の状況について、いくつかデータを示したい。

まず、精神病院における患者を性別・年代別に見ると、最も多いのが50代男性であり、全体の18.3%を占めている。次に40代男性の17.2%、60代男性の15.3%が続いている。仕事人生の後半にある40代～60代の中高年男性だけで、精神病院における患者のうち実に44.1%を占めている。仕事人生後半にあるわが国の男性の心の不安定さがうかがえる。

図表－3 精神病院患者数

	10代		20代		30代		40代	
総数	2	0.8%	13.4	5.6%	27.5	11.5%	41.2	17.2%
男	1.1	0.5%	7.6	3.2%	16.4	6.9%	25.2	10.5%
女	0.9	0.4%	5.6	2.3%	11.1	4.6%	16.1	6.7%
	50代		60代		70代		80以上	
総数	74.1	31.0%	67	28.0%	43	18.0%	24.9	10.4%
男	43.8	18.3%	36.6	15.3%	18.6	7.8%	6.6	2.8%
女	30.2	12.6%	30.2	12.6%	24.3	10.2%	18.3	7.6%

(資料) 厚生労働省「平成14年患者調査」より作成

図表－4 年代別・性別自殺者の占有率

	19歳以下	20代	30代	40代
男	1.1%	6.8%	9.8%	12.7%
女	0.7%	2.9%	3.6%	3.0%
	50代	60歳以上	年齢不詳	
男	20.0%	21.2%	0.9%	
女	5.0%	12.2%	0.8%	

(資料) 警察庁「平成15年中における自殺の概要」より作成

また、自殺者数においても、中高年男性の割合が際立っており、50代男性が全体の20.0%、40代男性が12.7%を占めている。なお、警察庁の統計では、60歳以上が1グループとされているため、その詳細はわからないが、60歳以上男性は21.2%である。以上から、50代男性の自殺者数の多さが際立っていることがわかる。うつ的な症状から自殺にいたるケースも多いことに鑑みると、精神病院の患者数が同世代男性について最も多い、という結果と整合的な結果といえる。

OECD諸国においても、各国とも男性の自殺者が8割前後を占めているが、わが国においても女性よりも男性が自殺する傾向が高い(04年男性比率72.0%)。警察庁「平成15年中における自殺の概要」では78年からの男女比率が公表されているが、男性は78年の61.9%からその比率を上げ続けており、98年の大幅増加以降、常に自殺者の7割を超える状況が続いている。

男女の間には自殺者数において大きな格差があるが、その自殺理由にも大きな格差が見られる。

平成15年中の自殺において遺言書の残されている7,812件について、その理由別に遺書を分類すると、女性については19歳以下から60歳以上にいたるまで自殺理由のトップは健康問題となっている。19歳以下の女性の33.8%を除いて、20歳以上の女性の各世代において5割以上が健康問題を理由に自殺している。

一方、男性についてみると、女性と同じ健康問題が最も多い自殺理由に挙がるのは60歳以上のグループのみであり、20歳以上各世代男性の自殺理由のトップに挙がるのは仕事、借金などにまつわる生活苦等を理由とする経済問題である。精神病院患者、自殺者が最も多くなる50代男性、第2位の40代男性では、その5割以上が経済問題を自殺理由として遺書に残している。

一方、女性についてみると経済問題理由は 50 代の 19.6% 以外は各世代とも 1 割をきる程度の自殺理由に過ぎず、女性にとって経済問題は自殺にいたる大きな理由となっていない事がわかる。

このことからだけでも、わが国においては女性よりも男性の方がはるかに重い経済的重圧を感じながら生活をしている様子が伺える。

精神病院に通院・入院する、自殺をする、といった行動は必ずしも 50 代になって突発的に現れる事象というわけではない。これまで見てきたとおり、男性の患者数も自殺者数も 30 代から 40 代、そして 50 代へと急増する傾向がある。つまり、わが国の中高年男性を精神的に追い詰める原因は、すでに 30 代あたりから始まっている可能性がある。

図表-5 自殺理由の年代間・男女間格差

		19歳以下	20-29	30-39	40-49	50-59	60歳以上	合計
男	遺言あり	109	702	1025	1404	2322	2250	7812
	うち経済問題	6	195	382	702	1235	605	3125
	%	5.5%	27.8%	37.3%	50.0%	53.2%	26.9%	40.0%
	うち勤務問題	3	69	134	163	179	35	583
	%	2.8%	9.8%	13.1%	11.6%	7.7%	1.6%	7.5%
うち健康問題	27	159	238	300	560	1199	2483	
%	24.8%	22.6%	23.2%	21.4%	24.1%	53.3%	31.8%	
女	遺言あり	68	291	285	280	542	1155	2621
	うち経済問題	1	9	31	56	106	108	311
	%	1.5%	3.1%	10.9%	20.0%	19.6%	9.4%	11.9%
	うち勤務問題	1	21	6	8	5	4	45
	%	1.5%	7.2%	2.1%	2.9%	0.9%	0.3%	1.7%
うち健康問題	23	155	149	147	318	811	1603	
%	33.8%	53.3%	52.3%	52.5%	58.7%	70.2%	61.2%	
合計		589	3,247	4,333	5,102	7,772	10,994	10,995

(資料) 警察庁「平成 15 年中における自殺の概要」より作成

今年の 7 月に財団法人社会経済生産性本部が労働組合に対して行った調査によれば、この 3 年間で組合員の「心の病」が増加している、と回答した組合は回答した 543 組合中、実に 68.7% にのぼった。「心の病」が原因で 1 カ月以上休業している組合員が存在する組合も 68.1% にのぼる。「心の病」の原因として、単一選択回答でトップの理由に挙げたのは「職場の人間関係」(30.4%) であり、その次が「仕事の問題」(18.6%) である。個人や家庭の問題よりも職業生活に関わる問題が、労働者の心に大きな影を落としている様子が窺える。

またこのような心の病を抱えた組合員が最も多い年代層を尋ねた質問には、49.9% の組合が 30 代、と回答した。同財団の前回調査では 40 代が最も多かったことから、職業生活の労働者への精神的圧力の低年齢化が進んでいることがわかる。

以上のわが国を取り巻く現状と中高年男性のみならず 30 代男性の自殺者が増加している昨今の動向に鑑み、本稿では中高年パネル調査の結果を用いて、特に仕事と男性のメンタルヘルスとの関係性について検証することとした。

(3) 男性の経済負担構造

① 配偶者の収入状況 — 約5割が無収入

男性ばかりが経済問題を苦に自らの命を絶つ、本稿のテーマを分析する背景となった大きな課題である。男性が女性よりも経済問題を心の悩みとして非常に大きく感じている問題について、そもそもの男女の経済負担の差について、パネル調査の結果を検証した。

2003年度調査では、回答者814名のうち95%に配偶者がいる。

調査対象には定年退職後の者も含まれているが、無回答2名を除く回答者812名のうち66.5%、

図表-6 配偶者の有無

	人数	割合
いる	773	95.0%
いない	41	5.0%
合計	814	100.0%

図表-7 本人の収入を伴う仕事の有無

	人数	割合
している	540	66.5%
していない	272	33.5%
合計	812	100.0%

図表-8 配偶者の収入を伴う仕事の有無

	人数	割合
している	305	39.6%
していない	466	60.4%
合計	771	100.0%

約3分の2が収入を伴う仕事に従事している。ところが、配偶者のいる回答者773名のうち無回答2名を除く771名について、その配偶者が仕事をしているかについて見ると、配偶者の60.4%は収入のある仕事をしていない。本人と配偶者の仕事の有無をマトリクスにすると図表-9の通りとなる。

男性のみが就業している世帯は265(34.4%)と一番多く、次に、共に収入がある仕事を持つ共働き世帯249(32.3%)、夫婦共に仕事を有さないリタイア世帯200(26.0%)、配偶者のみ就業している56(7.3%)となった。ここで、年金生活等03年調査時点で夫婦共に仕事をしていない200名については、リタイア前に共働きであったか、そうではなかったか03年時点では不明のため、この200名を除いた、配偶者のいる570名(無回答除き)をみると、男性のみ勤務が46.5%と最も多く、共働きは43.7%、配偶者のみ勤務は9.8%となった。

図表-9 本人と配偶者の仕事の有無マトリクス

	配偶者 仕事あり	配偶者 仕事なし	合計
仕事あり	249	265	514
	32.3%	34.4%	66.8%
仕事なし	56	200	256
	7.3%	26.0%	33.2%
合計	305	465	770
	39.6%	60.4%	100.0%

(夫婦とも無業除き%)

	配偶者 仕事あり	配偶者 仕事なし	合計
仕事あり	249	265	514
	43.7%	46.5%	90.2%
仕事なし	56		56
	9.8%		9.8%
合計	305	265	570
	53.5%	46.5%	100.0%

以上より2003年時点におけるリタイア前家庭においては、およそ5割の回答者が一家の家計を配偶者に頼らずに支えている。

② 夫婦間収入格差

先の結果は一家の家計を約5割の男性が単独で支えていることを示している。しかし、4割の家庭では妻も共に働き、また1割の家庭では妻のみが収入を得ている。では、約半分の男性は比較的楽な経済責任で済まされているかということ、実態はそうはいかないようである。

夫婦どちらかの年収無回答を除く204名について、夫婦の収入をマトリクスにまとめると、妻の収入については200万円以下のグループが実に77.9%に達するのに対し、夫の方は25.0%に過ぎなかった。

国税庁の「民間給与実態統計調査」によれば、サラリーマンの平均給与は447万8千円（平成14年分）となっているが、この給与を単身で賄える500万以上のグループに入る「経済力のある妻」は204名のうちわずかに10人（4.9%）に過ぎない。一方、夫の方は400万以上グループに45.6%が含まれている。夫婦間の稼ぐ額の差は圧倒的なものがある。

図表－10 夫婦の収入マトリクス（横軸：妻、縦軸：夫）

	50万円未満	100万円未満	200万円未満	300万円未満	400万円未満	500万円未満	600万円未満	700万円以上	合計
200万円未満	9 17.6%	19 37.3%	15 29.4%	2 3.9%	3 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.9%	51 100.0%
400万円未満	7 11.7%	19 31.7%	23 38.3%	6 10.0%	0 0.0%	4 6.7%	0 0.0%	1 1.7%	60 100.0%
600万円未満	2 5.4%	11 29.7%	14 37.8%	5 13.5%	2 5.4%	2 5.4%	0 0.0%	1 2.7%	37 100.0%
800万円未満	3 10.3%	9 31.0%	8 27.6%	3 10.3%	4 13.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.9%	29 100.0%
1000万円未満	2 14.3%	3 21.4%	4 28.6%	0 0.0%	2 14.3%	1 7.1%	0 0.0%	2 14.3%	14 100.0%
1200万円未満	0 0.0%	3 37.5%	3 37.5%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	8 100.0%
1200万円以上	0 0.0%	4 80.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
合計	23 11.3%	68 33.3%	68 33.3%	17 8.3%	11 5.4%	7 3.4%	1 0.5%	9 4.4%	204 100.0%

図表－11 夫婦の平均年収計算置換表

夫		妻	
200万円未満	100万	50万円未満	25万
400万円未満	300万	100万円未満	75万
600万円未満	500万	200万円未満	150万
800万円未満	700万	300万円未満	250万
1000万円未満	900万	400万円未満	350万
1200万円未満	1100万	500万円未満	450万
1200万円以上	1300万	600万円未満	550万
		700万円以上	750万

各収入グループを図表－11の計算表の値にそれぞれ置き換えて夫と妻の平均年収を計算すると、夫は428.9万、妻は168.8万であった。実に男女間に2.54倍の格差が生じている。妻の収入状況では、夫に何かあれば一家の収入は大きく（最低限の生活も営めないレベルに）落ち込むことになり、また、共働きであったとしても、妻の収入によって夫の負担感が軽減されるほどには妻の収入はないため、共に家計を支える、という状況ではない。以上から、男性はその大半がたった一人で家計の経済責任を負っており、残りの共働き世帯についても、男性の経済負担が非常に大きい、そんな現状が浮き彫りとなった。

後に示すメンタルヘルスと妻の収入分析において、男性のメンタルヘルスは妻の収入に左右されていないことが明らかとなっているが、そもそも妻の収入に期待することは困難であり、重い経済責任を担っている男性の姿が浮き彫りとなっている。

1. 中高年男性パネル調査におけるメンタルヘルス結果 —全体動向—

(1) メンタルヘルス症状保有者の測定

分析対象は1933年から47年にかけて出生した男性である。調査対象者のメンタルヘルス症状の有無の判別には、以下のQ77の質問への回答結果を用いた。

**Q77. 現在、あなたは以下のような症状がありますか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。
あてはまるものがない人は、18に○をつけて下さい。(いくつでも)**

1 よくめまいがする	10 よく胃腸の具合がわるくなる
2 頭痛や頭が重い感じがする	11 全身がだるく疲れやすい
3 血圧が高い	12 朝起きたとき気分がすぐれないことが多い
4 坂道や階段を上ると息切れがする	13 夜、気が立って眠れないことが多い
5 胸痛や胸をしめつけられる感じがする	14 憂鬱な気分がする
6 腰痛を起こしやすい	15 なんとなくイライラする
7 肩こりが激しい	16 生活にハリを感じない
8 よく下痢をする	17 すぐ気力がなくなる
9 風邪をひきやすい	18 あてはまるものはない

上記回答項目のうち特定の肉体部位の不調を示す選択肢を除いた11番から17番

(全身がだるく疲れやすい・朝起きたとき気分がすぐれないことが多い・夜、気が立って眠れないことが多い・憂鬱な気分がする・なんとなくイライラする・生活にハリを感じない・すぐ気力がなくなる)

の7項目うち、1つ以上にチェックした者を「メンタルヘルス症状保有者」(症状あり)と定義することとした。

1997年に実施された第1回調査ではQ77の質問項目がなかったため、以下の分析は1999年度調査以降、3回の調査結果を用いて分析している。99年調査では、調査対象は52歳から66歳、01年調査では54歳から68歳、2003年では56歳から70歳である。

(2) 症状保有者の3年間の推移

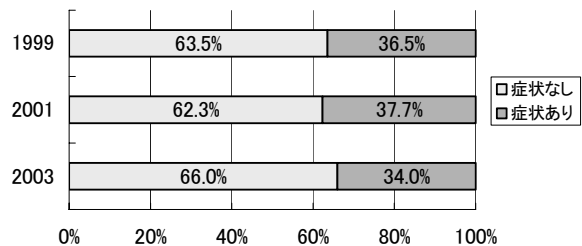
1999年から2003年にかけての症状保有者の割合は3割から4割台で推移していることが判明した。

次に、先に挙げたQ77のメンタルヘルス症状のうち、いくつの症状を選択したかによって回答者をメンタルヘルス症状保有度0から7に7分類した。この保有度が大きい者ほど症状がより深刻な者と考えられる。

3回の調査の結果、平均的に保有度1が常に2割程度、保有度2が1割程度存在する。また、保有度3も4～5%存在する(図表-13)。

各調査年度における全回答者の保有症状数の累積数を回答者数で割った「メンタルヘルス症状平均保有度」は図表-14の通りである。図表の「全体平均」とは、症状がないと回答した者も含

図表-12 症状保有者の割合と人数



	症状なし	症状あり
1999	537	277
2001	507	307
2003	517	297

めた全回答者の平均を示し、「保有者平均」とは症状があると回答した症状保有者の平均値を示している。

図表－13 メンタルヘルス症状保有者の保有度の推移

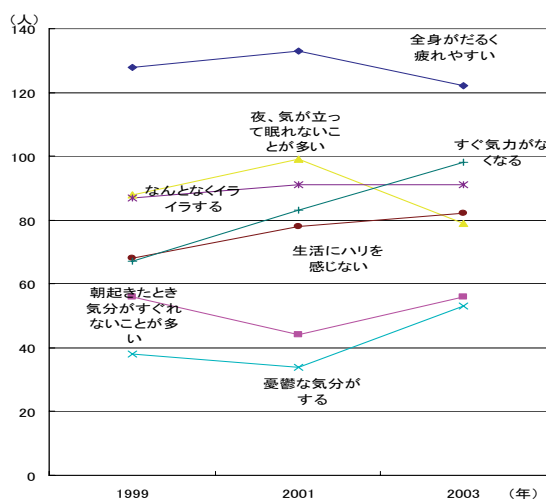
症状数	1999			2001			2003		
	人数	占率	累積占率	人数	占率	累積占率	人数	占率	累積占率
0	537	66.0%	66.0%	507	62.3%	62.3%	517	63.5%	63.5%
1	138	17.0%	82.9%	171	21.0%	83.3%	153	18.8%	82.3%
2	76	9.3%	92.3%	66	8.1%	91.4%	71	8.7%	91.0%
3	36	4.4%	96.7%	41	5.0%	96.4%	35	4.3%	95.3%
4	10	1.2%	97.9%	17	2.1%	98.5%	22	2.7%	98.0%
5	12	1.5%	99.4%	7	0.9%	99.4%	7	0.9%	98.9%
6	1	0.1%	99.5%	2	0.2%	99.6%	5	0.6%	99.5%
7	4	0.5%	100.0%	3	0.4%	100.0%	4	0.5%	100.0%
合計	814	100.0%		814	100.0%		814	100.0%	

図表－14 平均保有度の推移

	1999	2001	2003
全体平均	0.654	0.690	0.714
保有者平均	1.921	1.831	1.956

図表－15 症状の推移全体数は毎年814、複数回答

	1999		2001		2003		平均	
全身がだるく疲れやすい	128	15.7%	133	16.3%	122	15.0%	127.7	15.7%
朝起きたとき気分がすぐれないことが多い	56	6.9%	44	5.4%	56	6.9%	52.0	6.4%
夜、気が立って眠れないことが多い	88	10.8%	99	12.2%	79	9.7%	88.7	10.9%
憂鬱な気分がする	38	4.7%	34	4.2%	53	6.5%	41.7	5.1%
なんとなくイライラする	87	10.7%	91	11.2%	91	11.2%	89.7	11.0%
生活にハリを感じない	68	8.4%	78	9.6%	82	10.1%	76.0	9.3%
すぐ気力がなくなる	67	8.2%	83	10.2%	98	12.0%	82.7	10.2%



全体平均値は初回調査の99年から増加傾向にある。症状保有者のみでみた平均保有度も2001年に一旦減少したものの、2003年には再び上昇している。症状あり回答者数は99年から減少しているものの、症状の軽減（保有度の低下）は見られない。調査対象の年齢の中央値が54歳から58歳へと変化するとともに、症状がなくなる者もわずかにでてきている一方で、症状を保有する者は症状がやや強くなる傾向にあるとみられる。各調査年度を通して、症状保有者は平均して2つの症状を訴えている。

最も訴えが多い症状は全身倦怠感で、16%程度で推移している。次にイライラ、気が立って眠れないなどの興奮系の症状、ならびに、すぐ気力がなくなる、が1割程度の推移で訴えられている。ただ、調査年度ごとに確実に割合が上昇しているのは、全身の疲れや興奮系症状ではなく、「すぐ気力がなくなる」「生活にハリを感じない」の2項目で、ともに無気力感を伴う症状であることが注目される。1999年から2003年への増加率をみても、増加率が大きい順に、すぐ気力がなくなる46.3%、憂鬱な気分がする39.5%、生活にハリを感じない20.6%、なんとなくイライラする4.6%、全身がだるく疲れやすい-4.7%、朝起きたとき気分がすぐれないことが多い0.0%、夜、気が立って眠れないことが多い-10.2%、であり、興奮系の症状が調査年度と共に減少する一方で、脱力系の症状が大きく増加してきている。

以上から、全体の症状保有率は3回の調査であまり変化が見られないが、症状の内容において変化があることがわかった。

(3) 基本属性（地域・世帯状況・年齢）とメンタルヘルス（2003年度）

仕事とメンタルヘルスの関係を分析する前に、回答者の仕事以外の基本属性とメンタルヘルスについて重要な関連性がないか、関連性が考えられる属性についての分析を、2003年度調査により試みた。

①メンタルヘルスと居住地

図表-16 メンタルヘルスと居住地

	北海道 東北	関東 甲信越	北陸 東海	近畿	中四 九州 沖縄	合計
症状なし	66 12.8%	157 30.4%	85 16.4%	80 15.5%	129 25.0%	517 100.0%
症状あり	34 11.4%	63 21.2%	58 19.5%	75 25.3%	67 22.6%	297 100.0%
合計	100 12.3%	220 27.0%	143 17.6%	155 19.0%	196 24.1%	814 100.0%

図表-17 メンタルヘルスと居住地（詳細）
(症状なし%) - (症状あり%)

北海道	東北	東京	首都圏	関東	北陸	中京	中部
-0.2	1.5	3.7	4.3	0.2	-3.4	-1.4	2.6
大阪	大阪除 京阪神	京阪神 以外 近畿	中国	四国	北九州	南九州	合計
-3.9	-4.8	-1.1	0.4	-0.7	2.4	0.3	0.0

メンタルヘルスと居住地の間には、WHOの国際的な自殺率の比較からは何かしらの関係性が認められているが、本調査においてもメンタルヘルスと居住地の間に高い関連性が見られた。

症状あり群となし群、それぞれに占める回答者の居住地の割合を比較すると、近畿では症状ありが症状なしを10ポイント近くも上回った（あり25.3%、なし15.5%）。北陸・東北も若干、症状保有者が多い。一方、関東甲信越では症状なし群の方が9ポイント上回り、近畿地域とは対照的に症状保有者の割合が低い。

そこで、地域をより細かく分類した指標を用いて地域性とメンタルヘルスの傾向を見ることとした。症状あり群となし群、それぞれの総人数に占める地域（細分）の割合を算出し、さらに、各地域の症状なし群とあり群ポイント差（症状なし）-（症状あり）を算出した（図表-17）。差

がマイナスに振れるほどその地域と症状保有に高い関係性があることを示している。

症状あり群に占める割合が症状なし群に占める割合より高くなる地域は、最も高かったのが大阪を除く京阪神（神戸・京都・奈良）の-4.8%、次に大阪-3.9%、北陸（新潟・富山・石川・福井）-3.4%であった。逆に症状なしがありを上回る度合いが高いのは、順に首都圏（千葉・埼玉・神奈川・茨城）3.7%、東京3.7%、中部2.6%、北九州2.4%であった。以上より、近畿地域一帯に症状の保有傾向が強い。

また地域に関わらず都市規模との関係を見ると、10万人以上・政令都市未満の中規模地域のみ症状あり群に占める割合がなし群に占める割合より高い傾向が見られた（表略）。

②メンタルヘルスと同居者

次に、回答者の身近な精神環境として少なからず影響を及ぼすと考えられる同居者の状況とメンタルヘルスについて分析を行った。

回答者には既に定年退職後等、仕事を持たない者も存在するため、筆者としては仕事以上の影響を懸念していたが、結果は全く異なるものとなった。

まず、最も身近な存在と考えられる配偶者についてであるが、配偶者のいない者は全回答者の5%の41名であった。症状あり群となし群における配偶者の有無の状況を見ると、ほとんど有意な差が生じなかった（カイ2乗検定で有意確率0.868）ため、配偶者の有無は調査時点においては症状に大きな影響を及ぼしていないと見られる⁽¹⁾。次に、高齢化社会の進展とともに社会問題となっている介護問題との関連を見ることとした。回答者のうち、現在介護が必要な人を抱えている、と回答した割合は7.2%、57名である。症状あり群となし群の間では、若干、症状あり群に介護者がいる割合が高いが、大きな差は見られない（カイ2乗検定で有意確率0.600）⁽²⁾。最後に、同居者は自らを含めて2人とする回答者が最も多く35.1%にのぼった。次に3人の24.4%が続き、2～3人世帯が全体の約6割を占めている。同居者の人数によって症状に影響があるかについては、5人についてやや症状あり群がなし群より高いという差が見られたが、6人では逆の関係となっており、人数との関係において特に大きな差は見られなかった。一般的に言われる「核家族」「二世帯家族」の悩みは調査結果には特に現れなかった。

(1) ただし、調査対象の年齢層を考えると、今後調査対象の高齢化が進めば、配偶者なしの割合の増加、配偶者を失って一人となっている期間の長期化等が予想され、配偶者の有無が及ぼす影響が変わる可能性も考えられる。

(2) ただし、介護を必要とする者を抱える回答者の少なさから見て、大きな介護問題を抱える調査対象者はアンケートに回答するゆとりもないなどの理由から回答をしてこなかった可能性も否めないため、介護問題が影響を及ぼしていないという結果であるとはいえない。

③メンタルヘルスと年齢

各調査年度における対象者の年齢を 55 歳未満、55 歳以上 60 歳未満、60 歳以上 65 歳未満、65 歳以上で区分し、症状と年齢の関連について 3 回の調査分、クロス集計ならびに独立検定で関連をみたが、特に有意な結果は得られなかった。

図表－18 年齢とメンタルヘルス（2003）

	56-59歳	60-64歳	65-70歳	合計
症状なし	115	151	251	517
	22.2%	29.2%	48.5%	100.0%
症状あり	69	91	137	297
	23.2%	30.6%	46.1%	100.0%
合計	184	242	388	814
	22.6%	29.7%	47.7%	100.0%

(4) 分析のまとめ

本パネル調査対象（1933 年-47 年生まれ男性）において、症状保有者は 4 割弱存在する。回答者全体の平均症状保有度（症状の強さ）は、年齢とともに増加する傾向にある。症状があるとする者は平均的に 2 症状を抱えている。回答者の仕事以外の基本的属性として居住地と同居状況をみると、居住地とメンタルヘルスに特に強い関連が見られた。近畿地域の回答者について症状あり群に占める割合がなし群に占める割合より高くなる傾向が強い。一方、関東甲信越地域の回答者は症状なし群における割合があり群に占める割合より高い傾向がはっきりと見られている。

同居家族との関係では、配偶者の存在する回答者、要介護者のいない回答者の割合が共に 9 割を超え、自らを含めた同居人数は 2 人から 3 人という回答者が約 6 割を占めた。このような状況から、回答者の世帯は過度に大きな経済・介護負担や孤独を感じない、恵まれた世帯状況である可能性も否めないが、配偶者・要介護者の有無、世帯人数、また年齢とメンタルヘルスとの間に目立った関連は見られなかった。

2. 仕事とメンタルヘルス

本章では、当論文の本題となる仕事とメンタルヘルスの関係についての分析を行う。メンタルヘルスに影響を及ぼす要因をより詳細にとらえるために、仕事と回答者の関係を「能力」「就業形態」「収入」「労働時間」の4要素に分解し、この4要素とメンタルヘルスの関係について分析を行った。

分析方法としては、2003年単年度分析によってなんらかの関係性が現れたものにつき、過去3回分の調査を用いた経年分析をも行うこととした。

(1) 能力とメンタルヘルス

①最終学歴

最初に、回答者の一般的な就業能力を予想させる項目とメンタルヘルスについて分析を行った。ここでは最終学歴と資格についてとりあげる。

図表-19 最終学歴とメンタルヘルス

2003年

	中学	高校	専修専門 門学校	短大・ 高専	4年制 大学	大学院	合計
症状なし	135	238	25	13	96	6	513
	26.3%	46.4%	4.9%	2.5%	18.7%	1.2%	100.0%
症状あり	87	130	18	9	50	1	295
	29.5%	44.1%	6.1%	3.1%	16.9%	0.3%	100.0%
合計	222	368	43	22	146	7	808
	27.5%	45.5%	5.3%	2.7%	18.1%	0.9%	100.0%

2001年

	中学	高校	専修専門 門学校	短大・ 高専	4年制 大学	大学院	合計
症状なし	135	238	22	12	89	7	503
	26.8%	47.3%	4.4%	2.4%	17.7%	1.4%	100.0%
症状あり	87	131	21	10	58	0	307
	28.3%	42.7%	6.8%	3.3%	18.9%	0.0%	100.0%
合計	222	369	43	22	147	7	810
	27.4%	45.6%	5.3%	2.7%	18.1%	0.9%	100.0%

1999年

	中学	高校	専修専門 門学校	短大・ 高専	4年制 大学	大学院	合計
症状なし	146	245	24	17	96	7	535
	27.3%	45.8%	4.5%	3.2%	17.9%	1.3%	100.0%
症状あり	76	125	19	5	51	0	276
	27.5%	45.3%	6.9%	1.8%	18.5%	0.0%	100.0%
合計	222	370	43	22	147	7	811
	27.4%	45.6%	5.3%	2.7%	18.1%	0.9%	100.0%

最終学歴は安定的な就職ルートと関連することから、就職（仕事）とメンタルヘルスに関係があるならば、症状に影響を及ぼすのではないかと予想した。

症状保有ありグループとなしグループにおける学歴割合を見ると、3回の調査を通じて「あり」と「なし」の大小関係が不変（メンタルヘルスとの関係性が考えられる）であったのは、「中卒」「高卒」「専門学校卒」「大学院卒」であった。このうち「中卒」「専門学校卒」は常に「症状あり」群に占める割合が「なし」群に占める割合を上回った。逆に「高卒」「院卒」は症状なし群に占める割合が高くなっている。

学歴と就職との関係で見ると、わが国の中高年世代における「高卒」は一般的（多数派）であり、また「院卒」は極めて専門性が高く、両者とも就職に関してある程度安定したルートがまわっていた。これに対して「中卒」「専門学校卒」は安定した人材需要・安定した就業ルートに乏しい。後者のようなルートを選択してきた者は「仕事」という観点からは、メンタルヘルスの若干不安定な立場におかれている可能性が高く、分析結果は仕事（就業力）のメンタルヘルスへの長期的な影響を示している結果ともとらえられる。独立検定の結果では99年、01年調査において、院卒における症状なし群に占める割合の高さ（症状あり群での低さ）について、90%以上の水準で有意であるとの検定結果が出ており、院卒のメンタルヘルスの安定性が検証された。

②資格

次に仕事と関係している資格について、メンタルヘルスとの関係を見た。ただし「資格あり」グループから、運転免許、簿記、英検、また内容のわからない「その他保有資格」の保有者を除いている。これらは非常に大衆化している資格であり、取得者も非常に多かったため、就業能力とメンタルヘルス、という観点の分析からは除外した方がよいと考えた。分析結果からは、資格の有無とメンタルヘルスの間にはほとんど影響が見られなかった（カイ2乗検定の $P=0.851$ ）。但し、母数は少数ながら医療関係（介護関連を除く医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・歯科技師の計10名）には全く症状保有者がいなかった点は特徴的である。

図表-20 保有資格とメンタルヘルス（2003）

	症状なし	症状あり	合計
資格あり	208	120	328
	63.4%	36.6%	100.0%
資格なし	309	177	486
	63.6%	36.4%	100.0%
合計	517	297	814
	63.5%	36.5%	100.0%

(2) 就業形態とメンタルヘルス

① 仕事の有無・就業の変動とメンタルヘルス

次に、就業先の業種や職種、規模、役職とメンタルヘルスの関係について見ていきたい。まず、調査対象が定年退職後の世代を含むため、就業先を見る前に、そもそも収入のある仕事をしているかどうかについて見ると、全体の3分の1の33.4%が収入のある仕事をしておらず、既にリタイア生活を送っている。

図表-21 仕事の有無とメンタルヘルス

メンタルヘルス症状2003とQ12収入のある仕事をしているか(2003)のクロス表

		Q12 収入のある仕事をしているか(2003)		合計
		している	していない	
メンタルヘルス症状2003	なし	340	176	516
	あり	200	96	296
合計		540	272	812

では、収入のある仕事をしている回答者としていない回答者でメンタルヘルスの状況が異なるのだろうか。

結果は、2003年度単年度では、仕事をしていない回答者の方がやや症状あり群に占める率が高い傾向にあるものの、大きな差は見られなかった(カイ2乗検定の $P=0.626$)。

次にパネル調査過去3回分の比較によって、回答者のメンタルヘルス症状保有度の変化(症状保有度が0から7の間でどのように動いたか)と就業の変動状況の関連性をも比較を行った。

3回の調査において、前回の調査よりメンタルヘルス症状保有度が減少した者を「改善」、変わらない者を「不変」、症状が増加した者を「悪化」とした。また、就業変動は前回調査と比較して、職場の変化がなかった者を「継続就業」、前回調査以降に転職した者を「転職」、仕事を辞めた者を「離職」、継続して仕事についていない者を「無業」とした。

単年度調査では仕事の有無はメンタルヘルスに影響しない、との結果であったが、1999年から2001年、2001年から2003年までの症状保有度の変化と就業の変動の関係を見る限り、これも強い関連性は得られなかった。ただ、2回(99-01、01-03)ともメンタルヘルスの悪化群での占率が改善群での占率を上回る傾向が見られたのは、転職を伴わない同じ職場で就業を続けるグループであり(99-01年 悪化-改善差3.4ポイント、01-03年悪化-改善差5.5ポイント)、中高年男性が同じ職場で仕事を続けることはメンタルヘルスの何らかのマイナス影響があることが考えられる⁽³⁾。一方、転職や仕事を辞めるといったことでのメンタルヘルス的な影響は4年間の比較ではばらつきがあり、関連性は認められていない。さらに、前回調査からの就業変動だけではなく、97年からの03年の6年間にかけての長期的就業変動の推移によって回答者をグループ分けし、各グループのメンタルヘルスの変化についても分析を行った。独立検定により有意性が認められた「6年間の就業変動」と「前回調査からの症状変化」の組み合わせはあるものの、99年か

⁽³⁾ 但し独立検定では90%以上の水準での有意性は見られなかったため、更なる検証を要する。

ら01年、01年から03年の症状変化双方に共通する強い関連はみられなかった⁽⁴⁾。

但し、97年から同一職場で就業を続けているグループのメンタルヘルスは99年から01年には改善傾向、01年から03年には悪化傾向が明確に見られる。中期的（4年以上程度）な就業継続はメンタルヘルスにマイナスに転じる可能性が考えられる。

以上から、単年度における仕事の有無、長期的な就業変動（転職・離職・無就業）とメンタルヘルスの変化の間には特に強い関係性はみられないが、転職・離職なく仕事を続けることがメンタルヘルスの悪化に中期的（4年程度）には何らかの関与をもたらしていることが判明した。中期的な悪化は不満のある職場から異動できないなど、職場内異動の周期との関係性が絡んでいる可能性が考えられる。

図表-22 前回調査からの就業変動とメンタルヘルスの変化の推移

調査間のメンタルヘルスの変化と就業変化

1999年から2001年

	継続就業	転職	離職	再就業	無業	合計
改善	94	11	10	1	32	148
	63.5%	7.4%	6.8%	0.7%	21.6%	100.0%
不変	315	24	38	13	81	471
	66.9%	5.1%	8.1%	2.8%	17.2%	100.0%
悪化	117	5	19	4	30	175
	66.9%	2.9%	10.9%	2.3%	17.1%	100.0%
合計	526	40	67	18	143	794
	66.2%	5.0%	8.4%	2.3%	18.0%	100.0%

2001年から2003年

	継続就業	転職	離職	再就業	無業	合計
改善	79	8	17	8	39	151
	52.3%	5.3%	11.3%	5.3%	25.8%	100.0%
不変	284	27	49	17	114	491
	57.8%	5.5%	10.0%	3.5%	23.2%	100.0%
悪化	96	13	18	4	35	166
	57.8%	7.8%	10.8%	2.4%	21.1%	100.0%
合計	459	48	84	29	188	808
	56.8%	5.9%	10.4%	3.6%	23.3%	100.0%

⁽⁴⁾ 独立検定の結果、以下の数値に有意性が確認された。

【99年から01年のメンタル変化と6年間の就業変動】

- ・ 97年から99年に離職して99年から01年は無就業、その後再就職したグループの改善（2.1%）が5%水準で有意に高い
- ・ 97年から03年まで同一職場で勤務を続けるグループの悪化（53.9%）が10%水準で有意に低い
- ・ 99年から01年に離職後無就業を続けているグループの「改善」（2.8%）と「悪化」（7.9%）の差が5%水準で有意である

【01年から03年のメンタル変化と6年間の就業変動】

- ・ 97年から03年まで同一職場で勤務を続けるグループの改善（52.5%）が5%水準で有意に低い
- ・ 97年から99年に転職したグループの改善（5.0%）が5%水準で有意に高い
- ・ 97年から99年まで無就業、99年から01年に就職後、01年から03年に再び離職グループの改善（1.4%）が5%水準で有意に高い
- ・ 97年から03年まで同一職場で勤務を続けるグループの「改善」（52.5%）と「悪化」（63.9%）の差が5%水準で有意である
- ・ 97年から99年に転職、01年から03年に離職したグループの「改善」（3.6%）と「悪化」（0.6%）の差が10%水準で有意である

図表-23 97年から03年にかけての就業変動とメンタルヘルスの変化の推移と独立検定結果

99年から01年のメンタル変化 ↓	合計	97-03 ずっと 継続	01-03 離職後 無就業	99-01 転職	99-01 離職後 無就業	97-99 転職	97-99 転職 01-03 離職	97-99 離職 99-01 無業 01-03 再就職	97-99 離職 後、無 就業	97-99 無就業 99-01 就職後 継続	97-99 無就業 99-01 就職後 01-03 離職	97-03 ずっと 無就業
合計	762	60.2	8.0	2.8	5.6	2.5	2.0	0.7	6.4	0.7	0.4	10.8
1改善	145	59.3	8.3	4.1	2.8	1.4	0.7	2.1+	5.5	1.4	0.0	14.5
2不変	452	62.8+	7.1	2.2	5.8	2.4	2.0	0.2-	6.9	0.7	0.4	9.5
3悪化	165	53.9-	10.3	3.0	7.9	3.6	3.0	0.6	6.1	0.0	0.6	10.9
部分有意	1-2							*				*
	1-3				*							
	2-3	*										

01年から03年のメンタル変化 ↓	合計	97-03 ずっと 継続	01-03 離職後 無就業	99-01 転職	99-01 離職後 無就業	97-99 転職	97-99 転職 01-03 離職	97-99 離職 99-01 無業 01-03 再就職	97-99 離職 後、無 就業	97-99 無就業 99-01 就職後 継続	97-99 無就業 99-01 就職後 01-03 離職	97-03 ずっと 無就業
合計	762	60.2	8.0	2.8	5.6	2.5	2.0	0.7	6.4	0.7	0.4	10.8
1改善	139	52.5-	7.9	2.9	5.0	5.0+	3.6	0.7	5.8	0.7	1.4+	14.4
2不変	465	61.3	7.7	3.0	6.0	1.9	1.9	0.6	6.0	0.9	0.2	10.3
3悪化	158	63.9	8.9	1.9	5.1	1.9	0.6	0.6	8.2	0.0	0.0	8.9
部分有意	1-2	*				*						*
	1-3	*					*					
	2-3											

② 就業形態とメンタルヘルス

次に、自営業者であるか、サラリーマンであるかなど、就業形態との関係について分析を行った。これに関しては、就業形態によってはっきりとした差が現れた。

2003年度調査では、商店・工場・農業などの自営業主において、症状あり群に占める割合が症状なし群に占める割合よりも12.5%も高いという結果となった。一方、パート・アルバイトでは、症状なし群における割合の方があり群割合においてよりも7.2ポイント高く、自営業主と対照的な結果となった。いわゆるサラリーマンである正規従業員は、両者の中間的な結果、症状なし群占率があり群占率よりも4.4%高くなった。

2001年度、1999年度についても同様の分析を行った結果、症状あり群に占める自営業主の割合はなし群占率に比べて非常に高く、パート・アルバイトは症状なし群に占める割合が高いことが同様に現れた。独立検定の結果、自営業主の症状ありの割合の高さについては03年度、01年度、パート・アルバイトの症状なしの割合の高さについては03年度、99年度調査で10%水準で有意性が確認された。

自営業主は事業の成功・失敗に関わる個人にかかる責任が非常に重い。パート・アルバイトのメンタルヘルスの結果と対照的なことから、仕事の責任の重さがメンタルヘルスにマイナスに大きく影響していることを示した結果と見る事ができ、「仕事への責任」がメンタルヘルスに与える

影響の大きさを看過することはできないと考える⁽⁵⁾。

図表-24 就業形態とメンタルヘルス

【2003年】

	商店工場農業 など自営業種	家族従業	自由業	会社団体 などの役員	正規従業員	パート・アルバイト	嘱託	派遣 (登録型)	その他	合計
症状なし	107 31.5%	2 0.6%	8 2.4%	53 15.6%	71 20.9%	55 16.2%	19 5.6%	5 1.5%	20 5.9%	340 100.0%
症状あり	88 44.0%	3 1.5%	0 0.0%	28 14.0%	33 16.5%	18 9.0%	15 7.5%	3 1.5%	12 6.0%	200 100.0%
合計	195 36.1%	5 0.9%	8 1.5%	81 15.0%	104 19.3%	73 13.5%	34 6.3%	8 1.5%	32 5.9%	540 100.0%

【2001年】

	商店工場農業 など自営業種	家族従業	自由業	会社団体 などの役員	正規従業員	パート・アルバイト	嘱託	派遣 (登録型)	その他	合計
症状なし	120 32.3%	3 0.8%	8 2.2%	67 18.1%	94 25.3%	36 9.7%	18 4.9%	3 0.8%	22 5.9%	371 100.0%
症状あり	83 39.7%	6 2.9%	1 0.5%	30 14.4%	52 24.9%	13 6.2%	11 5.3%	1 0.5%	12 5.7%	209 100.0%
合計	203 35.0%	9 1.6%	9 1.6%	97 16.7%	146 25.2%	49 8.4%	29 5.0%	4 0.7%	34 5.9%	580 100.0%

【1999年】

	商店工場農業 など自営業種	家族従業	自由業	会社団体 などの役員	正規従業員	パート・アルバイト	嘱託	派遣 (登録型)	その他	合計
症状なし	129 31.0%	5 1.2%	9 2.2%	64 15.4%	135 32.5%	35 8.4%	23 5.5%	4 1.0%	12 2.9%	416 100.0%
症状あり	70 35.5%	4 2.0%	5 2.5%	31 15.7%	65 33.0%	9 4.6%	7 3.6%	2 1.0%	4 2.0%	197 100.0%
合計	199 32.5%	9 1.5%	14 2.3%	95 15.5%	200 32.6%	44 7.2%	30 4.9%	6 1.0%	16 2.6%	613 100.0%

次に、業種とメンタルヘルスの関係について分析を行った。これについても比較的是っきりとした結果が現れた。

まず、調査票で選択項目とした13業種の2003年における症状あり群占率となし群占率との関係と業種を見ると、図表-25の通りである。

⁽⁵⁾ ここで、先の分析においてメンタルヘルスとの高い関連性を示した「居住地」と「就業形態」との間に何らかの関係があるのではないかと(関西地域に自営業主が多いなど)と考えた。クロス分析ならびに独立検定の結果、メンタルヘルス症状保有率の高い関西地域ならびに北陸と就業形態の間に、明らかな関係性は見る事ができなかった。分析表はここでは省略する。

図表－25 症状保有と業種の関係（2003）（1）

症状あり>なし（5業種）	建設業、製造業、運輸・通信業、金融・保険業、不動産業
症状あり<なし（7業種）	農林・漁業、鉱業、電気・ガス・水道・熱供給、小売業・飲食店、卸売業、サービス業、その他
症状あり=なし（1業種）	公務

2003年において症状あり群（における：以下略）占率がなし群占率を上回った5業種のうち、建設業は、症状あり群占率が症状なし群占率を11.7ポイントも大きく上回る結果となった。製造業、運輸・通信業も、症状あり群占率が症状なし群占率をそれぞれ、4.1ポイント、3.1ポイント上回り、保有率がやや高い業種と言える。独立検定でも建設業における症状あり群占率の高さ、ならびに症状なし群占率の低さが10%水準で有意であった。一方、症状なしがありを上回った中では、サービス業の5.3ポイントが最も良好な結果となった。

では、この業種傾向は3回の調査で変動しているのだろうか。2001年、1999年の調査についても分析を行うこととした。

図表－26 症状保有と業種の関係（2）

【2003年】

	農林漁業	鉱業	建設業	製造業	電気・ガス水道・熱供給業	運輸・通信業	卸売業	小売業、飲食店	金融・保険業	不動産業	サービス業	公務	その他	無回答	合計
症状なし	6 3.0%	2 1.0%	21 10.6%	34 17.2%	8 4.0%	17 8.6%	8 4.0%	6 3.0%	3 1.5%	3 1.5%	40 20.2%	21 10.6%	21 10.6%	8 4.0%	198 100.0%
症状あり	1 1.1%	0 0.0%	21 22.3%	20 21.3%	3 3.2%	11 11.7%	2 2.1%	2 2.1%	2 2.1%	2 2.1%	14 14.9%	10 10.6%	5 5.3%	1 1.1%	94 100.0%
合計	7 2.4%	2 0.7%	42 14.4%	54 18.5%	11 3.8%	28 9.6%	10 3.4%	8 2.7%	5 1.7%	5 1.7%	54 18.5%	31 10.6%	26 8.9%	9 3.1%	292 100.0%

【2001年】

	農林漁業	建設業	製造業	電気・ガス水道・熱供給業	運輸・通信業	卸売業	小売業、飲食店	金融・保険業	不動産業	サービス業	公務	その他	合計
症状なし	4 1.9%	26 12.3%	40 18.9%	6 2.8%	23 10.8%	9 4.2%	8 3.8%	3 1.4%	5 2.4%	31 14.6%	27 12.7%	30 14.2%	212 100.0%
症状あり	0 0.0%	16 16.0%	25 25.0%	6 6.0%	11 11.0%	1 1.0%	2 2.0%	3 3.0%	0 0.0%	19 19.0%	10 10.0%	7 7.0%	100 100.0%
合計	4 1.3%	42 13.5%	65 20.8%	12 3.8%	34 10.9%	10 3.2%	10 3.2%	6 1.9%	5 1.6%	50 16.0%	37 11.9%	37 11.9%	312 100.0%

【1999年】

	農林漁業	鉱業	建設業	製造業	電気・ガス水道・熱供給業	運輸・通信業	卸売業	小売業、飲食店	金融・保険業	不動産業	サービス業	公務	その他	合計
症状なし	10 3.9%	0 0.0%	38 14.8%	61 23.7%	6 2.3%	28 10.9%	17 6.6%	10 3.9%	4 1.6%	3 1.2%	27 10.5%	35 13.6%	18 7.0%	257 100.0%
症状あり	2 1.8%	2 1.8%	19 17.0%	31 27.7%	5 4.5%	12 10.7%	4 3.6%	0 0.0%	6 5.4%	1 0.9%	12 10.7%	15 13.4%	3 2.7%	112 100.0%
合計	12 3.3%	2 0.5%	57 15.4%	92 24.9%	11 3.0%	40 10.8%	21 5.7%	10 2.7%	10 2.7%	4 1.1%	39 10.6%	50 13.6%	21 5.7%	369 100.0%

図表-27 症状保有と業種の関係

(3回の調査結果で常に同じ結果が出たもののみ)

メンタルヘルス 症状あり>なし業種 (3業種)	建設業、製造業 金融・保険業
メンタルヘルス 症状あり<なし業種 (2業種)	農林・漁業、卸売業

3回の調査で改めて確認したところ、メンタルヘルス症状あり群占率となし群占率の大小関係が常に同じとなった業種は図表-27の通りである。

図表-27の5業種は3回の調査で同様の関係性が見られた。結果から、「建設業」「製造業」「金融・保険業」は「メンタルヘルス発症関連度高め業種」、と考えられる。03年度独立検定結果にお

ける建設業の症状あり群占率の高さの有意性以外にも、99年度調査の独立検定で金融・保険業において、10%水準で有意に症状あり群占率が高いことが判明している。メンタルヘルス症状あり群占率の高さ度合いはありなし両群占率の乖離具合からみると「建設業」>「製造業」>「金融・保険業」である。同様に「農林・漁業」「卸売業」は「メンタルヘルス発症関連度低め業種」と考えられる。

また、サービス業は99年調査、01年調査ではメンタルヘルス状況があまりよくなかったが、2003年になって大きく改善した業種であることが判明した。

③ 職務とメンタルヘルス

職場での職務(配属ライン)、地位(役職)とメンタルヘルスの関係についても分析を行った。

職務では、2003年単年度では課長相当以上の管理職において症状あり群占率がなし群占率を上回る度合いが5.1%と高い結果となった。技術職・技術者・SE、運輸・通信職についても、ややあり群占率がなし群占率よりも高い。一方、症状なし群占率が症状あり群占率を最も大きく上回ったのは、定型的・補佐的な事務職であった。2001年調査、1999年調査についても分析を行ったところ、「技術職・技術者・SE等」の職種は必ず症状あり群占率がなし群占率を超える「メンタルヘルス関連度高め職種」であることが判明した⁽⁶⁾。

技術職・技術者・SE等は24時間ノンストップの情報化社会において長時間労働が問題となっている職務であり、後述する長時間労働とメンタルヘルスの問題が深く関係していると考えられる。

⁽⁶⁾ ただし独立検定においてはこの職種の症状あり、なしグループに占める割合について有意性が10%以上の有意水準では認められなかったため、更なる検証を要する。

図表-28 職務（配属ライン）とメンタルヘルス

【2003年】

	課長相当職以上の管理職	専門職・勤務医師等	技術職・技術者・SE等	基幹的な事務職	定型的補佐的な事務職	販売・サービス職	技能職	保安職	運輸・通信職	その他の職業	無回答	合計
症状なし	51	10	14	10	8	12	29	5	15	31	13	198
	27.6%	5.4%	7.6%	5.4%	4.3%	6.5%	15.7%	2.7%	8.1%	16.8%	6.6%	100.0%
症状あり	29	3	9	7	1	7	13	1	9	12	3	94
	31.9%	3.3%	9.9%	7.7%	1.1%	7.7%	14.3%	1.1%	9.9%	13.2%	3.2%	100.0%
合計	80	13	23	17	9	19	42	6	24	43	16	292
	29.0%	4.7%	8.3%	6.2%	3.3%	6.9%	15.2%	2.2%	8.7%	15.6%	5.5%	100.0%

【2001年】

	課長相当職以上の管理職	専門職・勤務医師等	技術職・技術者・SE等	基幹的な事務職	定型的補佐的な事務職	販売・サービス職	技能職	保安職	運輸・通信職	その他の職業	合計
症状なし	81	9	16	7	7	7	32	8	19	26	212
	38.2%	4.2%	7.5%	3.3%	3.3%	3.3%	15.1%	3.8%	9.0%	12.3%	100.0%
症状あり	33	4	11	5	4	10	16	1	9	9	102
	32.4%	3.9%	10.8%	4.9%	3.9%	9.8%	15.7%	1.0%	8.8%	8.8%	100.0%
合計	114	13	27	12	11	17	48	9	28	35	314
	36.3%	4.1%	8.6%	3.8%	3.5%	5.4%	15.3%	2.9%	8.9%	11.1%	100.0%

【1999年】

	課長相当職以上の管理職	専門職・勤務医師等	技術職・技術者・SE等	基幹的な事務職	定型的補佐的な事務職	販売・サービス職	技能職	保安職	運輸・通信職	その他の職業	合計
症状なし	77	13	25	11	4	13	41	4	25	25	238
	32.4%	5.5%	10.5%	4.6%	1.7%	5.5%	17.2%	1.7%	10.5%	10.5%	100.0%
症状あり	36	4	15	5	2	8	16	2	10	7	105
	34.3%	3.8%	14.3%	4.8%	1.9%	7.6%	15.2%	1.9%	9.5%	6.7%	100.0%
合計	113	17	40	16	6	21	57	6	35	32	343
	32.9%	5.0%	11.7%	4.7%	1.7%	6.1%	16.6%	1.7%	10.2%	9.3%	100.0%

次に役職との関係については、単年度分析結果からは部下などの成果についてなど幅広い責任を問われる課長以上職についてメンタルヘルス症状あり群占率がなし群占率を超える度合いが高くなるという結果が出た。部長相当職以上では5.8ポイント、課長相当職では5.7ポイント、症状あり群占率がなし群占率を上回っており、それ以下の地位と明らかな差を見せている。また、役職なしも3.3ポイント、あり群占率がなし群占率を上回る結果となっており、若干保有度が高い。そこで、3回の調査を通しての結果を改めて分析してみると、ある特定の役職においてメンタルヘルスの状況が悪化することが判明した。

全調査においてメンタルヘルス症状あり群占率がなし群占率を上回った役職は、「課長相当職」と「役職なし」であった。6年間にわたっての調査において、回答者の役職は当然変動があるはずの中で特定役職に一定の結果が現れるということは、役職そのものにメンタル的な負荷要因があるのではないかと考えられる。

図表-29 役職とメンタルヘルス

【2003年】

	部長相当職以上	課長相当職	課長補佐 課長代理相当職	係長・主任相当職	役職無し	その他	合計
症状なし	37 20.4%	14 7.7%	4 2.2%	20 11.0%	82 45.3%	24 13.3%	198 100.0%
症状あり	23 25.6%	12 13.3%	1 1.1%	7 7.8%	42 46.7%	5 5.6%	94 100.0%
合計	60 22.1%	26 9.6%	5 1.8%	27 10.0%	124 45.8%	29 10.7%	292 100.0%

【2001年】

	部長相当職以上	課長相当職	課長補佐 課長代理相当職	係長・主任相当職	役職無し	その他	合計
症状なし	63 29.9%	20 9.5%	6 2.8%	21 10.0%	72 34.1%	29 13.7%	211 100.0%
症状あり	21 20.6%	16 15.7%	5 4.9%	13 12.7%	45 44.1%	2 2.0%	102 100.0%
合計	84 26.8%	36 11.5%	11 3.5%	34 10.9%	117 37.4%	31 9.9%	313 100.0%

【1999年】

	部長相当職以上	課長相当職	課長補佐 課長代理相当職	係長・主任相当職	役職無し	その他	合計
症状なし	61 25.3%	27 11.2%	9 3.7%	28 11.6%	103 42.7%	13 5.4%	241 100.0%
症状あり	22 21.0%	18 17.1%	1 1.0%	15 14.3%	46 43.8%	3 2.9%	105 100.0%
合計	83 24.0%	45 13.0%	10 2.9%	43 12.4%	149 43.1%	16 4.6%	346 100.0%

また、そういった負荷構造を持つわが国の企業の役職システムのあり方を示しているとも考えられる。尚、独立検定によっても、01年度調査において「部長相当職以上」の症状なし群占率の高さ、「役職なし」の症状あり群占率が10%有意水準で確かめられた。これらのことから、メンタルヘルス関連度高め役職（症状あり>なし）は課長相当職、役職なしの2つの役職と考える。

以上の職務と役割の分析から、

- ① 職場においては部下に日々直接的に接し、人事権を持つなど、高度なマネジメント能力を問われると思われる課長相当の管理職
- ② 仕事柄長時間労働にさらされやすいと思われる技術関連職種
- ③ 立场上仕事のしわ寄せを受けやすいと思われる役職なし者⁽⁷⁾

と見られる職務・役職にメンタルヘルス的に大きな負荷がかかっている様子が明らかとなった。

このほか就業形態について、転勤を伴う転職、従業員規模との関係についても分析を行ったが、10%以上の水準では特に有意な関係性は検証されなかった。

(3) 労働時間とメンタルヘルス

平成16年8月に厚生労働省の審議会「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」によって発表された「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書」によれば、精神障害による自殺として平成14年度以前に労災認定された51件の事案のうち、27件において月100時間以上の時間外労働時間が認められ、長時間労働が心の健康にも大きく関与していると考えられる、とされている。

また「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」（平成13年11月）によれば、「発症前1カ月間ないし6カ月間にわたって、1カ月あたりおおむね45時間を超える時間外労働時間が長くなればなるほど、脳・心臓疾患の発症と業務との関連性が徐々に強まる」「発症前1カ月間におおむね100時間または2カ月間ないし6カ月間にわたって、1カ月あたりおおむね100時間

⁽⁷⁾ 20代から40代のいわゆる年功序列にもとづく役職なし者を調査対象に含まないため、年齢層を拡大した更なる検討を要する。

を超える時間外労働が認められる場合には、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強い」とされている。

図表-30 1ヶ月の労働時間とメンタルヘルス

【2003年】

	50時間未満	50-99時間	100時間	150時間	200時間	250時間以上	合計
症状なし	25	44	42	98	52	8	269
	9.3%	16.4%	15.6%	36.4%	19.3%	3.0%	100.0%
症状あり	10	10	30	53	33	12	148
	6.8%	6.8%	20.3%	35.8%	22.3%	8.1%	100.0%
合計	35	54	72	151	85	20	417
	8.4%	12.9%	17.3%	36.2%	20.4%	4.8%	100.0%

【2001年】

	50時間未満	50-99時間	100時間	150時間	200時間	250時間以上	合計
症状なし	27	31	41	111	63	30	303
	8.9%	10.2%	13.5%	36.6%	20.8%	9.9%	100.0%
症状あり	11	12	18	69	37	17	164
	6.7%	7.3%	11.0%	42.1%	22.6%	10.4%	100.0%
合計	38	43	59	180	100	47	467
	8.1%	9.2%	12.6%	38.5%	21.4%	10.1%	100.0%

【1999年】

	50時間未満	50-99時間	100時間	150時間	200時間	250時間以上	合計
症状なし	27	26	40	133	68	26	320
	8.4%	8.1%	12.5%	41.6%	21.3%	8.1%	100.0%
症状あり	18	8	14	59	38	24	161
	11.2%	5.0%	8.7%	36.6%	23.6%	14.9%	100.0%
合計	45	34	54	192	106	50	481
	9.4%	7.1%	11.2%	39.9%	22.0%	10.4%	100.0%

このように長時間労働はメンタルヘルス等人間の健康に大きな影響を与えることが指摘されているため、パネル調査の結果を用いて長時間労働とメンタルヘルスの関係性についても検証を行うこととする。

調査票を記入する月の前月1ヶ月の労働時間をたずねた質問に対する回答とメンタルヘルスの状況を3回分析した結果、月間労働時間200時間以上でコンスタントに症状あり群占率が症状なし群占率を上回る結果となった。

この200時間という数値は「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」報告で指摘されている「時間外労働時間」基準とは異なり、あくまでも月間の「総労働時間」である。

250時間以上労働では1999年度を除き、200時間労働よりも症状あり群占

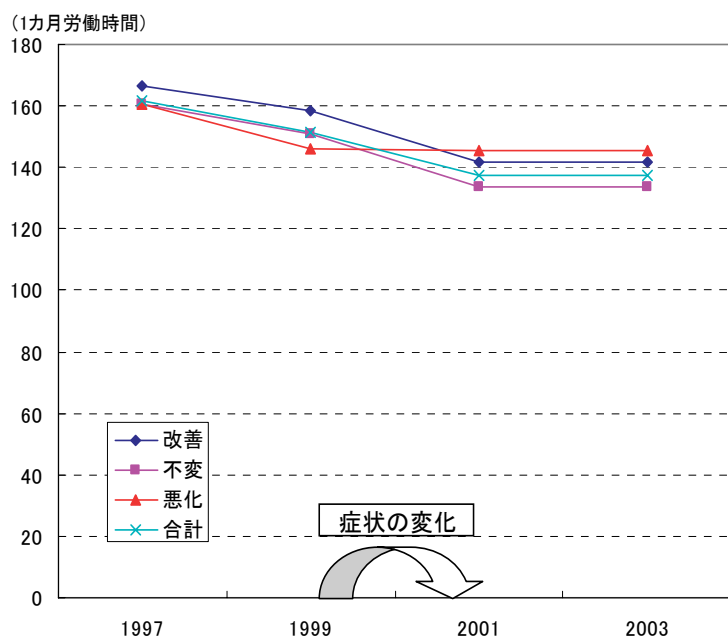
率が症状なし群占率を上回る度合いが顕著となる。独立検定の結果においても、03年調査・99年調査で5%の有意性で全体数値に対して250時間以上回答者の症状あり群占率が高く、症状なし群占率が低い、という結果が検出された。また症状ありグループとなしグループの有意な差を確かめる独立検定では250時間以上回答者の有意性は実に1%水準という高水準であった(03年調査・99年調査)。総労働時間250時間は1日8時間勤務1カ月20日相当のフルタイム勤務であれば、時間外(所定外)勤務時間が90時間に相当する。100時間以上の時間外労働と心の健康の強いマイナス関係を指摘する政府審議会報告とほぼ一致する結果となっている。ただ、中・高年齢男性だけを調査対象とした当調査では、審議会報告よりもはるかに短時間の総労働時間200時間(フルタイム勤務想定であれば、残業は月40時間)から心の健康にマイナスの影響がみられ、1日2時間程度の残業が心の健康に対しては既に「長時間労働」である可能性が指摘された。

また、平均的なトレンドから外れた、ないし、長期にわたる長時間労働がメンタルヘルスの症状の悪化に強く影響していることが、以下の分析から明らかになった。

メンタルヘルスに関する質問が行われた99年調査から2回目の調査である01年調査にかけて、

メンタルヘルス症状保有度（0 から 7）が増加した回答者を悪化グループ、変わらない回答者を不変グループ、保有度が減少した回答者を改善グループとして、この 3 グループそれぞれの 97 年⁽⁸⁾から 2003 年までの平均労働時間を比較したグラフが次のグラフである。

図表-31 99 年調査から 01 年調査における症状変化別労働時間推移



症状不変グループ、改善グループ、ならびに回答者全体の平均労働時間は、症状変化のあった 99 年から 01 年にかけて大きく短縮しているのに対し、症状が悪化したグループの労働時間は 99 年以降高止まり傾向にあり、悪化グループは全体の労働時間短縮の流れから外れた

(参考) 99 年から 01 年の症状変化と変化グループ別平均労働時間推移

	1997	1999	2001	2003
改善	166.8	158.4	141.6	141.6
不変	160.4	151.0	133.5	133.5
悪化	160.7	146.3	145.3	145.3
合計	161.6	151.4	137.4	137.4

労働時間を続けているグループとなっている。99 年から 01 年にかけて症状が悪化したグループは、97 年、99 年においては平均並みの労働時間であったにもかかわらず、99 年以降 01 年調査までの間に何らかの原因で労働時間が回答者全体のトレンドに反して短縮されなかったグループであり、まさにその労働時間高止まり期間において症状悪化を起こしている。

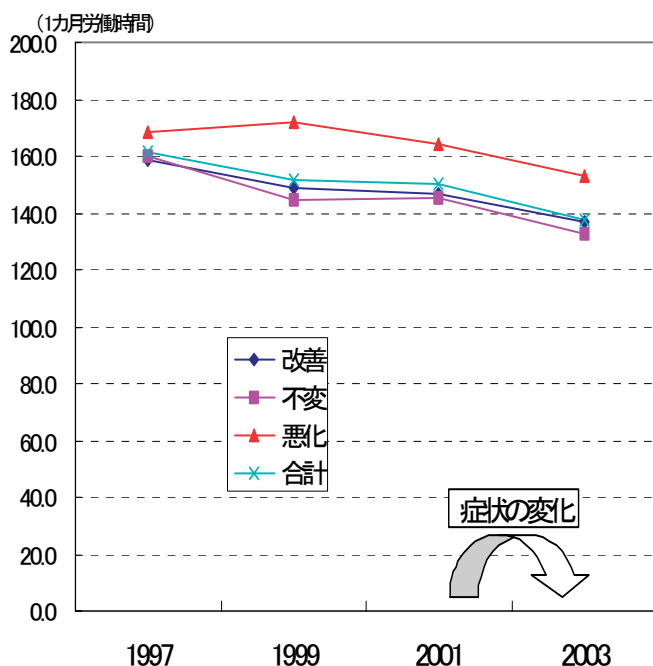
一方、97 年、99 年は全体の労働時間動向よりも長時間働いていたが、99 年調査から 2001 年調査の間に全体の傾向に沿って労働時間の短縮化が生じ全体平均に労働時間が近づいた回答者は、症状の改善が生じている。

次に、2001 年から 2003 年調査にかけてのメンタルヘルスの変化と労働時間の推移についても分析を行った。

01 年から 03 年にかけてメンタルヘルスの症状が悪化したグループは明らかに 97 年度以降継続して全体平均、改善グループ、不変グループよりも長時間労働を続けているグループである。長期（直近 6 年間）にわたる平均を上回る長時間労働がメンタルヘルスに悪影響をもたらしている様子が見えてくる。

⁽⁸⁾ メンタルヘルス質問の実施されなかった 97 年から労働時間については把握できるので、その影響をも見たいと考えた。

図表-32 01年調査から03年調査における症状変化別労働時間推移



(参考) 01年から03年の症状変化と変化グループ別平均労働時間推移

	1997	1999	2001	2003
改善	158.2	148.8	146.6	137.0
不変	160.3	144.9	145.4	132.3
悪化	168.7	171.7	164.3	153.3
合計	161.6	151.4	149.9	137.4

以上から、

- ① 一般的な水準から外れた労働の長期にわたる負荷 (01-03 のケース)
 - ② 世の流れに反して長時間労働の改善が行われない (99-01 のケース)
- の2つの状態に置かれた労働者はメンタルヘルスに悪化が生じやすいことが経年分析の結果から導かれた。

ちなみに、対前回調査からの1カ月労働時間の単純増減とメンタルヘルスの変化を見た変化間分析ではクロスにおいても、相関においても目立った関係がみられなかった(図表-33、34)。先の分析とあわせて考えると、労働時間が減少しても、基準を超える長時間労働が続く状態が変わらなければメンタルヘルスは改善されず、また、労働時間が大幅に増加したとしても、一定基準内に労働時間が収まっていれば、増加自体はメンタルヘルスに影響しないということを示していると言えよう。

図表-33 1ヶ月の労働時間変化とメンタルヘルス変化

99年から01年までの時間変動 →		50時間以上減少	50時間未満20時間以上減少	20時間未満減少	不変もしくは20時間未満増加	20時間以上40時間未満増加	40時間以上増加	合計
		1999 ↓ 2001 のメンタル症状保有度変化	改善	26 30.6%	5 5.9%	13 15.3%	21 24.7%	5 5.9%
不変	56 20.7%	33 12.2%	29 10.7%	71 26.3%	13 4.8%	68 25.2%	270 100.0%	
悪化	20 22.5%	12 13.5%	7 7.9%	17 19.1%	7 7.9%	26 29.2%	89 100.0%	
合計	102 23.0%	50 11.3%	49 11.0%	109 24.5%	25 5.6%	109 24.5%	444 100.0%	

01年から03年までの時間変動 →		50時間以上減少	50時間未満20時間以上減少	20時間未満減少	不変もしくは20時間未満増加	20時間以上40時間未満増加	40時間以上増加	合計
		2001 ↓ 2003 のメンタル症状保有度変化	改善	15 24.2%	7 11.3%	7 11.3%	13 21.0%	3 4.8%
不変	38 17.1%	38 17.1%	33 14.9%	40 18.0%	21 9.5%	52 23.4%	222 100.0%	
悪化	15 21.1%	14 19.7%	13 18.3%	8 11.3%	5 7.0%	16 22.5%	71 100.0%	
合計	68 19.2%	59 16.6%	53 14.9%	61 17.2%	29 8.2%	85 23.9%	355 100.0%	

図表－34 前回調査からの労働時間変化とメンタルヘルス変化の
 相関

	1カ月労働時間変化 1999-2001	1カ月労働時間変化 2001-2003
メンタルヘルス変化 1999-2001	0.061 0.199	-0.006 0.916
メンタルヘルス変化 2001-2003	-0.009 0.857	-0.012 0.820

上段:相関係数/下段:有意確率 有意性はみられない

メンタルヘルスに影響を及ぼすのは時間変化そのものよりも、その変化の結果として、労働時間の絶対値がどこにおさまるかであり、メンタルヘルスを安定させる観点からは、労働時間がある一定基準を超

えないように、配慮がなされなければならないということになる。

当パネル調査はリタイア後の調査対象も回答者に含むため、その利点を生かし、3回の調査から判明した回答者が仕事をやめた年齢と、それが03年時点のメンタルヘルスに与えている影響についても分析を行った。

03年度単年度調査の結果、一般的な定年年齢の60歳を下回る年齢で仕事を辞めた回答者の方が症状あり群占率がなし群占率より高くなることがわかった。仕事を一般的な定年年齢より早い年齢で辞めることとメンタルヘルスの悪化に関連があると考えられる。特に55歳から59歳で辞めたグループがあり群占率がなし群占率よりも5.3ポイント(29.0%-23.7%)と最も高い。

図表－35 仕事を辞めた年齢とメンタルヘルス

【2003年】

【2001年】

【1999年】

	54歳まで	55歳から59歳	60歳から65歳	66歳以上	合計		54歳まで	55歳から59歳	60歳から65歳	66歳以上	合計		54歳まで	55歳から59歳	60歳から65歳	66歳以上	合計
症状なし	11	45	105	29	190	症状なし	7	36	82	8	133	症状なし	8	26	62	0	96
	5.8%	23.7%	55.3%	15.3%	100.0%		5.3%	27.1%	61.7%	6.0%	100.0%		8.3%	27.1%	64.6%	0.0%	100.0%
症状あり	8	31	51	17	107	症状あり	13	28	52	5	98	症状あり	9	28	31	0	68
	7.5%	29.0%	47.7%	15.9%	100.0%		13.3%	28.6%	53.1%	5.1%	100.0%		13.2%	41.2%	45.6%	0.0%	100.0%
合計	19	76	156	46	297	合計	20	64	134	13	231	合計	17	54	93	0	164
	6.4%	25.6%	52.5%	15.5%	100.0%		8.7%	27.7%	58.0%	5.6%	100.0%		10.4%	32.9%	56.7%	0.0%	100.0%

01年度、99年度も同様の分析を行ったところ同様の結果が得られた。独立検定の結果でも、01年調査において54歳までグループの全体値に対する症状あり群占率の高さ(症状なし群占率の低さ)ならびに同グループの症状あり、症状なしに有意な差が存在することが確認された(5%水準)。また、99年調査では、55歳から59歳グループの症状あり群占率の高さ(症状なし群占率の低さ)が10%水準で、60歳から65歳グループの症状なし群占率の高さ(症状あり群占率の低さ)が5%水準で有意であること、症状あり群となし群の間にも有意な差があることが検証(55-59歳10%、60-65歳5%)された。60歳以前、しかも定年を間近⁽⁹⁾にわざわざ退職しているグループの特徴としては、他のグループに比べ早期定年退職制度などバブル崩壊後の不景気の中で会社が提供する早期退職制度を利用した可能性が高い、ことが挙げられる。つまり60歳以上で仕事を辞めるグ

⁽⁹⁾ 99年度、03年度においては特に55歳から59歳退職グループの症状あり群占率の高さが目立つ。

グループより、「仕事を辞めることに関わる主体性」が低い可能性が高い。会社の都合で定年を待つことが自分にとって有利に働かなくなり、経済的な面からやむなく退職を選んだことが精神面になんらかの影響を及ぼしている可能性も考えられる。

以上から、労働時間、退社時期、など時間が極端にコントロールできない状況に追い込まれると人はメンタルの健康を失いやすい、という結果と考える。

残業時間と同じく過重労働の問題として挙げられるのが、有給休暇取得の問題である。そこで、03年調査前年度における有給休暇取得日数とメンタルヘルスについて分析を行った。

03年単年度では、有給休暇取得日数が10日未満のグループでメンタルヘルス症状あり群占率がなし群占率より高い。症状なし群占率に比べ、あり群占率が6.6ポイント上回っている。症状あり群占率となし群占率の差は有給取得日数が増加するにつれて反比例的に減少し、有給取得が15日以上ではなし群占率があり群占率を4.9ポイント上回る。このように単年度調査では有給取得がメンタルヘルスに影響を及ぼしていることがはっきりと現れる結果となった。しかしながら、99年度、01年度については10日未満について全く逆の結果が現れた。独立検定の結果とあわせ、取得日数との関係は特に有意ではないと考える⁽¹⁰⁾。

図表－36 有給休暇取得とメンタルヘルス

【2003年】					【2001年】					【1999年】				
	10日未満	10-14日	15日以上	合計		10日未満	10-14日	15日以上	合計		10日未満	10-14日	15日以上	合計
症状なし	270	32	34	336	症状なし	284	43	32	359	症状なし	305	34	45	384
	80.4%	9.5%	10.1%	100.0%		79.1%	12.0%	8.9%	100.0%		79.4%	8.9%	11.7%	100.0%
症状あり	167	15	10	192	症状あり	156	23	24	203	症状あり	141	19	28	188
	87.0%	7.8%	5.2%	100.0%		76.8%	11.3%	11.8%	100.0%		75.0%	10.1%	14.9%	100.0%
合計	437	47	44	528	合計	440	66	56	562	合計	446	53	73	572
	82.8%	8.9%	8.3%	100.0%		78.3%	11.7%	10.0%	100.0%		78.0%	9.3%	12.8%	100.0%

次に、労働時間には直接的に関係しないが、通勤時間も労働者にとっては仕事にかかわる時間として負担となっている。通勤時間とメンタルヘルスに関しては、興味深い結果が現れた。

⁽¹⁰⁾ 独立検定においても03年度調査以外90%以上の有意性は認められなかった。

図表-37 通勤時間とメンタルヘルス

【2003年】

	0分	1-10分	11-30分	31-45分	45-60分	61分以上	合計
症状なし	84	66	104	24	30	21	329
	25.5%	20.1%	31.6%	7.3%	9.1%	6.4%	100.0%
症状あり	65	36	56	12	21	4	194
	33.5%	18.6%	28.9%	6.2%	10.8%	2.1%	100.0%
合計	149	102	160	36	51	25	523
	28.5%	19.5%	30.6%	6.9%	9.8%	4.8%	100.0%

【2001年】

	0分	1-10分	11-30分	31-45分	45-60分	61分以上	合計
症状なし	95	71	111	30	32	21	360
	26.4%	19.7%	30.8%	8.3%	8.9%	5.8%	100.0%
症状あり	65	43	47	19	18	13	205
	31.7%	21.0%	22.9%	9.3%	8.8%	6.3%	100.0%
合計	160	114	158	49	50	34	565
	28.3%	20.2%	28.0%	8.7%	8.8%	6.0%	100.0%

【1999年】

	0分	1-10分	11-30分	31-45分	45-60分	61分以上	合計
症状なし	96	96	115	32	37	25	401
	23.9%	23.9%	28.7%	8.0%	9.2%	6.2%	100.0%
症状あり	48	47	53	11	22	10	191
	25.1%	24.6%	27.7%	5.8%	11.5%	5.2%	100.0%
合計	144	143	168	43	59	35	592
	24.3%	24.2%	28.4%	7.3%	10.0%	5.9%	100.0%

通勤時間を要しない者（0分グループ）を除いては、明確な関係性が現れなかったが、通勤時間を要しない者（0分グループ）についてはメンタルヘルス症状あり群占率がなし群占率より非常に高い、という結果がでた。03年度では症状あり群占率がなし群占率を7.8ポイント上回り、他のグループには見られない症状ありーなしの乖離が生じている。この結果は2001年度、1999年度の調査も同様となった⁽¹¹⁾。

通勤時間を要しない者（0分グループ）は、サラリーマンなどとは異なり、家内で事業を行っている可能性が高い。そこで、通勤時間0分グループについて03年度調査における仕事の内容を見ると自営業主が84.6%と圧倒的な割合を占めた⁽¹²⁾。

(11) 独立検定結果：03年度 0分グループ症状あり群占率の高さ、なし群占率の低さが10%水準で有意、但し、01年・99年は10%有意水準に未達。

(12) 先の仕事の内容とメンタルヘルス分析結果とあわせ、改めて自営業主のメンタルヘルス問題の強さが伺える結果となった。

図表-38 1カ月の所定労働日数とメンタルヘルス

【2003年】

	20日以下	21日	22日	23日	24日	25日以上	合計
症状なし	128	17	40	14	19	90	308
	41.6%	5.5%	13.0%	4.5%	6.2%	29.2%	100.0%
症状あり	65	9	27	8	16	59	184
	35.3%	4.9%	14.7%	4.3%	8.7%	32.1%	100.0%
合計	193	26	67	22	35	149	492
	39.2%	5.3%	13.6%	4.5%	7.1%	30.3%	100.0%

【2001年】

	20日以下	21日	22日	23日	24日	25日以上	合計
症状なし	94	18	54	28	29	118	341
	27.6%	5.3%	15.8%	8.2%	8.5%	34.6%	100.0%
症状あり	43	9	30	16	14	55	167
	25.7%	5.4%	18.0%	9.6%	8.4%	32.9%	100.0%
合計	137	27	84	44	43	173	508
	27.0%	5.3%	16.5%	8.7%	8.5%	34.1%	100.0%

【1999年】

	20日以下	21日	22日	23日	24日	25日以上	合計
症状なし	101	15	51	19	28	92	306
	33.0%	4.9%	16.7%	6.2%	9.2%	30.1%	100.0%
症状あり	45	10	39	11	17	53	175
	25.7%	5.7%	22.3%	6.3%	9.7%	30.3%	100.0%
合計	146	25	90	30	45	145	481
	30.4%	5.2%	18.7%	6.2%	9.4%	30.1%	100.0%

先に、1カ月の実労働時間とメンタルヘルスの関係を見たが、そもそも会社が定めた所定労働日数、すなわち調査月によって変則的ではない（影響されない）労働時間とメンタルヘルスの関係についても分析を行った。

03年において1カ月の所定の労働日数が20日以下のグループでは、はっきりと症状あり群占率がなし群占率よりも低く（差、6.3ポイント）なる。21日から23日では大きな差が見られないが、24日以上では症状あり群占率がなし群占率を上回り、25日以上ではその差が広がる傾向が見られる。01年、99年についても分析を行ったところ、やはり所定内労働日数が20日以下のグループでは症状なし群占率が症状あり群占率を大きく上回っている。差はわずかであるが、25日以上は症状あり群占率がなし群占率を上回っている。

独立検定では90%水準で01年調査の20日以下「症状あり」25.7%が有意に低いこと、症状なし群とあり群に占める割合の差が20日以下グループに関して有意であるとの結果が出た。

以上から、少なくとも中高年男性にとって現行の大企業に一般的な週休2日制（月22日に祝祭日が加わると20日程度となる）がメンタルヘルスにプラスの影響を与えるギリギリのラインであることがわかる。

さらに、1週間の所定労働時間とメンタルヘルスについても分析を行った。その結果、所定労働時間と「メンタルヘルス症状あり群占率ーなし群占率」の差は正の比例関係にあり、所定労働時間が40時間を超えるグループでは、症状あり群占率がなし群占率を上回ることがわかった。ちなみに40時間とは、週休2日勤務では1日8時間勤務となる。

過去2回分についても分析を行ったところ、常に40時間以上勤務は症状あり群占率がなし群占率を上回ることがわかった。

図表-39 1週間の所定労働時間とメンタルヘルス

【2003年】					【2001年】					【1999年】				
	20時間未	20-40時間	40時間以	合計		20時間未	20-40時間	40時間以	合計		20時間未	20-40時間	40時間以	合計
症状なし	23 7.7%	69 23.2%	206 69.1%	298 100.0%	症状なし	16 5.4%	55 18.5%	226 76.1%	297 100.0%	症状なし	8 2.4%	66 19.6%	263 78.0%	337 100.0%
症状あり	9 5.3%	38 22.4%	123 72.4%	170 100.0%	症状あり	5 3.0%	23 13.9%	138 83.1%	166 100.0%	症状あり	5 3.1%	27 16.7%	130 80.2%	162 100.0%
合計	32 6.8%	107 22.9%	329 70.3%	468 100.0%	合計	21 4.5%	78 16.8%	364 78.6%	463 100.0%	合計	13 2.6%	93 18.6%	393 78.8%	499 100.0%

独立検定では01年調査について40時間以上グループの症状あり群占率83.1%が有意に高く、症状なし群占率76.1%は有意に低いという結果が出た(10%水準)。所定内労働時間が40時間以下は一般的なフルタイム勤務ではない勤務体系を含む勤務である可能性が高いため、先の職務分

図表-40 同居者の中で最も収入が高い者とメンタルヘルス

【2003年】							
	本人	配偶者	本人の親	同居の子供	別居の子供	その他	合計
症状なし	429 83.5%	25 4.9%	2 0.4%	56 10.9%	0 0.0%	2 0.4%	514 100.0%
症状あり	238 81.0%	21 7.1%	4 1.4%	30 10.2%	1 0.3%	0 0.0%	294 100.0%
合計	667 82.5%	46 5.7%	6 0.7%	86 10.6%	1 0.1%	2 0.2%	808 100.0%

【2001年】					
	本人	配偶者	本人の親	同居の子供	合計
症状なし	435 87.2%	16 3.2%	0 0.0%	48 9.6%	499 100.0%
症状あり	243 81.8%	24 8.1%	4 1.3%	26 8.8%	297 100.0%
合計	678 85.2%	40 5.0%	4 0.5%	74 9.3%	796 100.0%

【1999年】							
	本人	配偶者	本人の親	同居の子供	別居の子供	その他	合計
症状なし	462 87.0%	24 4.5%	3 0.6%	37 7.0%	1 0.2%	4 0.8%	531 100.0%
症状あり	234 85.1%	16 5.8%	2 0.7%	23 8.4%	0 0.0%	0 0.0%	275 100.0%
合計	696 86.4%	40 5.0%	5 0.6%	60 7.4%	1 0.1%	4 0.5%	806 100.0%

析で見たパート・アルバイト職種はメンタルヘルスの良好である、という結果と適合的である。一方、所定内労働時間40時間を超えるフルタイム勤務は1日2時間程度の残業を行うと、先の勤務時間が1カ月労働時間分析の結果「メンタルヘルスの問題がある」と考えられる月間労働時間200時間に達してしまう。1カ月労働時間分析の結果と適合性が高い結果と考える。

以上、労働時間とメンタルヘルスの分析から、サラリーマンでは一般的とされるフルタイム勤務制度がメンタルヘルスを悪化させないためにはギリギリのラインである可能性を強く示唆する結果が得られた。

(4) 収入とメンタルヘルス

能力、就業形態、労働時間に続いて、収入もメンタルヘルスに少なからず影響を及ぼすと仮定し、収入とメンタルヘルスについて分析を行った。

家計を経済的に支える責任の大きさとメンタルヘルスの関係を見るために、家計を一とする家族の中で最も収入が高い者（家計を支える者）が誰であるか、ということと、症状保有の関係を分析した。最も収入が高いのは回答者本人であると回答した割合が3回の調査とも8割を超え、その次が同居の子供で1割程度となっており、現在わが国においていかに（中高年）男性が家計を背負って立っているかが伺える。

興味深い結果として、3回の調査とも多数派である「本人」「同居の子供」が家計を支えているグループではメンタルヘルス症状なし群占率があり群占率を上回ったのに対し、少数派である「妻」「本人の親」「別居の子供」が最も収入が高いと回答したグループについては、症状あり群占率がなし群占率を上回る結果となった。症状あり群占率がなし群占率を上回るグループの中で最も上回る度合いが大きかったのは「妻」と回答したグループであった。独立検定では01年において1%の高水準で「症状あり」8.1%の高さが有意と判定された。

図表-41 時給とメンタルヘルス

【2003年】

	-1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-	合計
症状なし	39	65	37	17	4	11	173
	22.5%	37.6%	21.4%	9.8%	2.3%	6.4%	100.0%
症状あり	30	46	13	6	4	3	102
	29.4%	45.1%	12.7%	5.9%	3.9%	2.9%	100.0%
合計	69	111	50	23	8	14	275
	25.1%	40.4%	18.2%	8.4%	2.9%	5.1%	100.0%

【2001年】

	-1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-	合計
症状なし	11	37	20	13	5	3	89
	12.4%	41.6%	22.5%	14.6%	5.6%	3.4%	100.0%
症状あり	10	28	11	2	0	1	52
	19.2%	53.8%	21.2%	3.8%	0.0%	1.9%	100.0%
合計	21	65	31	15	5	4	141
	14.9%	46.1%	22.0%	10.6%	3.5%	2.8%	100.0%

【1999年】

	-1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-	合計
症状なし	22	15	38	14	6	4	99
	24.7%	16.9%	42.7%	15.7%	6.7%	4.5%	111.2%
症状あり	11	11	26	2	1	0	51
	21.2%	21.2%	50.0%	3.8%	1.9%	0.0%	98.1%
合計	33	26	64	16	7	4	150
	23.4%	18.4%	45.4%	11.3%	5.0%	2.8%	106.4%

先に示したとおり、わが国においては女性は男性よりも圧倒的に経済力が低い立場に置かれており、その女性が「家計の中心」であることは男性にとって収入面においての大きな不安材料であるといえよう。このような社会背景の中で、女性である妻に稼いでもらうことに対して、男性である回答者の不安感がよくうかがえる結果である。

次に時間当たりの賃金とメンタルヘルスについて分析を行った。比較的是っきりとした関係が見られ、時給が3000円以上のグループについては03年の4000円から5000円グループを除き、3回の調査を通してメンタルヘルス症状なし群占率があり群占率を上回った。一方、3000円未満のグループでは、

あり群占率となし群占率の大小関係が年度によってばらついていることから、およそ時給 2000 円から 3000 円の間メンタルヘルスを良好に安定させる分岐点が存在すると見られる。ただし、症状有無の割合の差、ならびに独立検定結果⁽¹³⁾から、給与が上がれば上がるほどメンタルヘルスがより良好というわけではない。特に時給 3000-4000 円のグループがそれ以上・以下の時給グループよりメンタルヘルスが良好（症状なし群占率があり群占率より有意に高い）であることが判明している。あくまでも、メンタルヘルスの安定にはある一定の賃金は必要である、という結果であると考えられる。

年収についても、時給同様の結果が見られた。

図表-42 年収とメンタルヘルス

【2003 年】

	300万未満	500万未満	700万未満	1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	64	182	81	61	74	462
	13.9%	39.4%	17.5%	13.2%	16.0%	100.0%
症状あり	48	111	41	25	39	264
	18.2%	42.0%	15.5%	9.5%	14.8%	100.0%
合計	112	293	122	86	113	726
	15.4%	40.4%	16.8%	11.8%	15.6%	100.0%

【2001 年】

	300万未満	500万未満	700万未満	1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	45	104	56	51	46	302
	16.1%	37.3%	20.1%	18.3%	16.5%	108.2%
症状あり	40	67	28	25	11	171
	26.5%	44.4%	18.5%	16.6%	7.3%	113.2%
合計	85	171	84	76	57	473
	19.8%	39.8%	19.5%	17.7%	13.3%	110.0%

【1999 年】

	300万未満	500万未満	700万未満	1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	45	72	52	53	57	279
	16.1%	25.8%	18.6%	19.0%	20.4%	100.0%
症状あり	31	47	27	28	18	151
	20.5%	31.1%	17.9%	18.5%	11.9%	100.0%
合計	76	119	79	81	75	430
	17.7%	27.7%	18.4%	18.8%	17.4%	100.0%

調査時点における昨年一年間の本人の収入によってメンタルヘルスの違いが生じるかを分析したところ、3回の調査を通じて年収 500 万未満を分岐点として、500 万未満は「症状あり群占率>なし群占率」、500 万以上は「症状あり群占率<なし群占率」となっており、およそ年収 500 万程度を確保することがメンタルヘルスを良好に保つ条件とデータからは考えられる。また 03 年度を除いて年収 1000 万以上では症状なし群占率が有意に高い。収入が多いほうがメンタルにプラスである傾向が認められるが、ありとなしの占率差ならびに検定結果から、必ずしも収入が低ければ低いほど悪く、高ければ高いほどよい、というほどの結果ではない⁽¹⁴⁾。500 万程度のラインを年収が超えればメンタルは安定方向に傾くという結果である。

次に年収の固定値ではなく、年収の変動がメンタルヘルスの改善や悪化に関係があるかどうかについても分析を行った。クロス表では 2 年前の調査に比較して 200 万円以上収入が減少した回答者は多少症状が悪化する傾向が見られ

⁽¹³⁾ 検定結果では 03 年度 2000-3000 円、01 年度・99 年度 3000-4000 円において症状あり群占率が有意に低く、症状なし群占率が有意に高い、という結果が出ている。4000 円以上においては特に症状なし群占率が有意に高いという結果は出ていない。

⁽¹⁴⁾ 独立検定では 03 年度は有意な高低がどのグループにも見られなかった（10%水準）。01 年度は 300 万未満において症状あり群占率が有意に高く、なし群占率が低い。また、1000 万以上において症状あり群占率が有意に低く、なし群占率が高い。99 年度は 1000 万以上において 01 年度と同じ結果となった（5%水準）。

るが、それ以外について、特に収入増減と症状変化の関係は表れていない。また年収とメンタルヘルス症状の両変動について相関を見ても、特に関連性は認められなかった。独立検定においては、01年から03年にかけて収入が100万以上アップした者は症状が改善した者の割合が有意に高いが、100万未満アップした者は悪化割合が有意に高く、また、99年から01年にかけて収入低下が50万未満の者は症状悪化割合が有意に低い、という結果が現れた。このことから、収入が上がればメンタルヘルスが改善し下がれば悪化する、という単純な関係ではないことが判明した。

これに関連する興味深い結果として、99年から01年年収変動、01年から03年年収変動の相関係数が-0.668とかなり高いマイナスの相関を示していることが挙げられる。つまり、99年から01年に年収が下がったものは続く01年から03年までの間に年収が逆に上がり、上がったものは逆に下がる、という「年収水準維持」の傾向が見られている。回答者には、ある一定の年収をキープすればよい（少なければ増加させ、多ければ減少しても構わないと考える）動きが見られていることから、クロス分析の結果とあわせて、年収の変動よりも、一定の年収キープの可否が回答者のメンタルヘルスに大きく影響していると考えられる。

- ① 収入はある一定基準あれば、メンタルに安定をもたらすが、多ければ多いほどよくなるというわけではない（時給2000-3000円、年収500万円がメンタル分岐点）
- ② 収入の減少増加とメンタルヘルスの変化には目立った関係性は見られない（前回調査より200万以上減少した者には悪化傾向あり）
- ③ 収入の変化よりも、結果としてある一定の年収をキープすることが重要

図表-43 年収変動とメンタルヘルス変化

01年から03年 まで年収変動 ⇒		-200万 未満	-200万 以上- 50万未 満	-50万 以上0 未満	0以上 100万 未満	100万 以上	合計
2001 ↓ 2003 のメンタル 症状保有度変 化	改善	11	18	12	12	21	74
		14.9%	24.3%	16.2%	16.2%	28.4%	100.0%
	不変	58	62	37	67	44	268
		21.6%	23.1%	13.8%	25.0%	16.4%	100.0%
	悪化	16	19	14	27	18	94
17.0%		20.2%	14.9%	28.7%	19.1%	100.0%	
合計	85	99	63	106	83	436	
		19.5%	22.7%	14.4%	24.3%	19.0%	100.0%

99年から01年 までの年収変 動⇒		-200万 未満	-200万 以上- 50万未 満	-50万 以上0 未満	0以上 100万 未満	100万 以上	合計
1999 ↓ 2001 のメンタル 症状保有度変 化	改善	9	10	9	18	12	58
		15.5%	17.2%	15.5%	31.0%	20.7%	100.0%
	不変	27	42	26	43	42	180
		15.0%	23.3%	14.4%	23.9%	23.3%	100.0%
	悪化	9	13	0	15	12	49
18.4%		26.5%	0.0%	30.6%	24.5%	100.0%	
合計	45	65	35	76	66	287	
		15.7%	22.6%	12.2%	26.5%	23.0%	100.0%

図表-44 前回調査からの年収変化とメンタルヘルス変化の相関

	年収変化 1999-2001	年収変化 2001-2003
メンタルヘルス変化 1999-2001	-0.014	0.019
メンタルヘルス変化 2001-2003	0.814	0.700
	0.002	0.005
	0.972	0.920

上段:相関係数/下段:有意確率 有意性はみられない

収入の変化について、時給についても変動とメンタルの変化について分析を試みた。

01年の調査と03年の調査、ならびに99年調査と01年調査における、メ

ンタルヘルスの改善・悪化度合いと時給変動状況とを比較したものが図表-45である。

01年から03年への回答者の時給変化とメンタルヘルス変化の関係性を見ると、1000円以上の時給減少はメンタルヘルス悪化、1000円以上の時給増加はメンタルヘルス改善に寄与しているかに見えるが、99年から01年への時給変化とメンタルヘルス変化の関係性は1000円以上時給が減少した者は改善傾向、1000円以上時給が増加したものはメンタルヘルス不変、という01-03の変化と符合しない結果となった。独立検定の結果でも両結果の間に整合性がなく、単純な時給の変化だけではメンタルヘルスに影響を及ぼさない（給与変化によって改善も悪化もできない）ことが判明した。

図表-45 時給の変化とメンタルヘルスの変化

【2001年から2003年】

		01年から03年までの時給変動 ⇒	1000円以上の減少	1000円未満の減少	不変	1000円未満の増加	1000円以上の増加	合計
2001 ↓ 2003 のメンタル 症状保有度 変化	改善		2 4.9%	17 41.5%	2 4.9%	15 36.6%	5 12.2%	41 100.0%
	不変		20 11.8%	70 41.2%	15 8.8%	58 34.1%	7 4.1%	170 100.0%
	悪化		11 17.5%	26 41.3%	6 9.5%	16 25.4%	4 6.3%	63 100.0%
	合計		33 12.0%	113 41.2%	23 8.4%	89 32.5%	16 5.8%	274 100.0%

【1999年から2001年】

		99年から01年までの時給変動 ⇒	1000円以上の減少	1000円未満の減少	不変	1000円未満の増加	1000円以上の増加	合計
1999 ↓ 2001 のメンタル 症状保有度 変化	改善		3 7.3%	5 12.2%	2 4.9%	9 22.0%	0 0.0%	19 46.3%
	不変		7 4.1%	30 17.6%	10 5.9%	38 22.4%	10 5.9%	95 55.9%
	悪化		3 4.8%	10 15.9%	2 3.2%	12 19.0%	0 0.0%	27 42.9%
	合計		13 4.7%	252 92.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	265 96.7%

以上、ここまでは回答者本人の収入金額に着目してきたが、家計の不安はかならずしも本人収入のみに左右されるとは限らない。念のため、共に家計を支える配偶者の収入と回答者のメンタルヘルスの関係に何らかの有意性がないかについても確認する。

図表-46 配偶者の年収とメンタルヘルス

【2003年】

	60万未満	90万未満	120万未満	200万未満	200万以上	合計
症状なし	41	55	35	61	51	243
	16.9%	22.6%	14.4%	25.1%	21.0%	100.0%
症状あり	33	34	23	36	32	158
	20.9%	21.5%	14.6%	22.8%	20.3%	100.0%
合計	74	89	58	97	83	401
	18.5%	22.2%	14.5%	24.2%	20.7%	100.0%

【2001年】

	60万未満	90万未満	120万未満	200万未満	200万以上	合計
症状なし	29	24	28	45	54	180
	16.1%	13.3%	15.6%	25.0%	30.0%	100.0%
症状あり	19	15	11	34	24	103
	18.4%	14.6%	10.7%	33.0%	23.3%	100.0%
合計	48	39	39	79	78	283
	17.0%	13.8%	13.8%	27.9%	27.6%	100.0%

【1999年】

	60万未満	90万未満	120万未満	200万未満	200万以上	合計
症状なし	13	26	27	29	44	139
	9.4%	18.7%	19.4%	20.9%	31.7%	100.0%
症状あり	8	12	13	16	32	81
	9.9%	14.8%	16.0%	19.8%	39.5%	100.0%
合計	21	38	40	45	76	220
	9.5%	17.3%	18.2%	20.5%	34.5%	100.0%

3回のクロス分析結果ならびに独立性検定結果から、配偶者の収入とメンタルヘルスの間に有意な関係性は全く見られなかった。

先の本人年収の分析結果とメンタルヘルス関係表と比べても明らかなように、配偶者の収入ランクは回答者に比べて非常に少ない金額となっている。このことから、回答者は妻の収入にはそもそもあまり期待していないため、メンタルな影響に配偶者の収入は影響しないのではないかと考えられる。

では、夫婦年収はメンタルヘルスに何らかの影響を及ぼすであろうか。

3回の調査に共通して夫婦年収400万円未満では回答者のメンタルヘルスにマイナスの影響が見られている。また、夫婦年収800万以上グループはメンタルヘルス症状なし群占率が症状あり群占率を常に超えており、夫婦年収400万未満がメンタルヘルスに悪影響、800万以上がメンタルヘルスに好影響と考えられる。ただし、より多くなるほど良好になるという結果ではない⁽¹⁵⁾。

以上、収入は中高年男性のメンタルヘルスにある一定金額に達するまではマイナスの影響を及ぼしている。しかし、その基準値を超えればメンタルヘルスは安定的となる。

収入に関する分析の結果の示唆として重要なのは、例えばメンタルヘルスを改善するために、ある一定以上の収入にすでに達している者に、さらなる給与増加インセンティブを与えたとしても、あまり有効ではないだろう、ということである。

⁽¹⁵⁾ 独立検定の結果でも300万未満は99年・03年調査で症状あり群占率が有意に高く、なし群占率が低い、との結果が出たが、残りの収入グループでは400万以上で3回の調査のうち1回のみ症状なし群占率が有意に高くなるグループがある程度となった。

図表-47 夫婦年収とメンタルヘルス

【2003年】

	300万未満	300万以上 400万未満	400万以上 500万未満	500万以上 800万未満	800万以上 1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	53 17.7%	61 20.3%	52 17.3%	72 24.0%	23 7.7%	39 13.0%	300 100.0%
症状あり	43 26.1%	37 22.4%	23 13.9%	35 21.2%	7 4.2%	20 12.1%	165 100.0%
合計	96 20.6%	98 21.1%	75 16.1%	107 23.0%	30 6.5%	59 12.7%	465 100.0%

【2001年】

	300万未満	300万以上 400万未満	400万以上 500万未満	500万以上 800万未満	800万以上 1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	35 12.1%	42 14.5%	49 16.9%	77 26.6%	34 11.7%	53 18.3%	290 100.0%
症状あり	25 15.4%	32 19.8%	22 13.6%	53 32.7%	14 8.6%	16 9.9%	162 100.0%
合計	60 13.3%	74 16.4%	71 15.7%	130 28.8%	48 10.6%	69 15.3%	452 100.0%

【1999年】

	300万未満	300万以上 400万未満	400万以上 500万未満	500万以上 800万未満	800万以上 1000万未満	1000万以上	合計
症状なし	21 9.7%	29 13.4%	20 9.2%	58 26.7%	37 17.1%	52 24.0%	217 100.0%
症状あり	22 17.6%	18 14.4%	20 16.0%	32 25.6%	12 9.6%	21 16.8%	125 100.0%
合計	43 12.6%	47 13.7%	40 11.7%	90 26.3%	49 14.3%	73 21.3%	342 100.0%

(5) 分析のまとめ

本章で見出された事項は以下の通りである。

- ・ メンタルヘルス関連度高め役職（症状あり>なし）は課長相当職、役職なしの2役職
- ・ 労働時間はある一定基準を超えるとメンタルに不安定をもたらす。労働時間の変化よりも、基準値を超えるか超えないかがメンタルには大切
- ・ 60歳未満の早期退職はメンタルヘルスにマイナスの影響が見られる
- ・ 月20日以下の所定労働日数者はメンタルヘルスが良好な傾向が見られる
- ・ 中高年男性にとってはフルタイム勤務、週休2日制がメンタルヘルス維持のギリギリのラインである可能性が高い
- ・ メンタルヘルス危険発生労働時間
 - ①月200時間をこえる労働
 - また、200時間未満でも
 - ②一般的な水準から外れた労働時間の長期にわたる負荷（01-03のケース）
 - ③世の流れに反して長時間労働の改善が行われない（99-01のケース）
- ・ 収入との関係
 - ①収入はある一定基準あれば、メンタルに安定をもたらすが、多ければ多いほどよくなるというわけではない（時給2000-3000円、年収500万円がメンタル分岐点）

②収入の減少増加とメンタルヘルスの変化には目立った関係性は見られない（前回調査より 200 万以上減少した者には悪化傾向あり）

③収入の変化よりも、結果としてある一定の年収をキープすることが重要

本稿の最初に述べたように、わが国の中高年男性の表面に現れる（遺書の残っている）自殺理由は「経済問題」である。今回の分析結果から、収入がある一定の基準額を下回った時にメンタルヘルスへの悪影響が生じることが判明しており、ある一定基準までの収入がメンタルヘルスに及ぼす影響、収入基準値の維持によるメンタルヘルスの安定は看過できない。

しかし、収入を得るために長時間労働を行えば、一定時間以上の労働時間はメンタルに悪影響を及ぼし始める。収入が良くなればなるほどメンタルヘルスが良好になるというわけではないため、収入が一定基準に達している場合、それ以上の労働時間は労働者のメンタルヘルスの圧迫要因としてのみ作用することとなる。

また収入を得るための仕事の中には、その就業形態・職務・役職・業種がもつ仕事固有のメンタルヘルス危険要素が潜んでいる。収入を得るためにそれらの危険に晒されざるを得ない人々が心の傷を受け、その固有の危険要素をもつ仕事から逃れようとする時、収入の道は絶たれ、まさに「経済問題」として彼らにのしかかってくることとなる。

収入や労働時間と密接にリンクする仕事固有のメンタルヘルスリスクが本章では明らかになっているが、それら仕事固有のリスク問題を軽減する方向で社会や企業が仕事、職務の見直しに取り組まなければ、いくら収入維持、労働時間削減といっても「この仕事、この職務では時間削減できないのだ」といった既存システムの壁に阻まれて、根本的な解決はできないだろう。

しかしながら、仕事そのものだけをいくら検討しても、経済問題に悩み死にいたるのは主に男性であって、同じく家計を支える女性のほうは、自殺理由を見る限り、男性に比べれば全くといっていいほど経済問題に悩んでいない、それはなぜか、という問題がまだ残る。

「世代を通じて健康問題に悩まされる」女性とは対照的に、「20 代以降、常に経済問題に対する恐怖感に苛まれる」男性像が精神病院患者や自殺者の姿からうかがえるが、この差は一体、何から生じるのであろうか。

(6) 男性を苦しめる価値観問題 — 「仕事と家庭」に関する価値観とメンタルヘルス—

わが国には、男女間にかかなりの経済負担格差があることを本稿の最初に示したが、男性の心を

【結果 1】

夫も家事や育児を分担すべきだ (2003)

	肯定派	中立派	否定派	合計
症状なし	349	32	33	414
	84.3%	7.7%	8.0%	100.0%
症状あり	207	23	14	244
	84.8%	9.4%	5.7%	100.0%
合計	556	55	47	658
	84.5%	8.4%	7.1%	100.0%

【結果 2】

女性は結婚したら家庭を守ることに専念するのがよい (2003)

	肯定派	中立派	否定派	合計
症状なし	156	162	193	511
	30.5%	31.7%	37.8%	100.0%
症状あり	83	114	96	293
	28.3%	38.9%	32.8%	100.0%
合計	239	276	289	804
	29.7%	34.3%	35.9%	100.0%

悩まず経済負担の重さから男性が解放されるためには、このような経済構造のみならず、その構造を下支えする価値観の壁も大きいことが今回の分析から示唆された。そもそも男性は何故、女性にあまり頼らず一人で経済責任を背負い込むわが国の構造を受け入れ続けているのか、そんな疑問からパネル調査の価値観に関する質問 24 項目のうち、仕事と家庭に関する項目の回答結果に着眼した。

調査票では 24 項目の生活意識や価値観について、5 段階評価（そう思う・ややそう思う・どちらともいえない・あまりそう思わない・そう思わない）で回答を求めている。この中で、「女性は結婚したら家庭を守ることに専念するのがよい」「夫も家事や育児を分担すべきだ」「仕事のためには家庭生活が犠牲になることもやむをえない」「会社は従業員の生活を守るべきだ」「従業員は会社の発展に貢献すべきである」「退職した後も勤め先との関係を保ち続けたい」「たとえどんな仕事でも上司の命令にはしたがうべきだ」という 7 つの仕事と家庭に関する価値観に対して「そう思う」「ややそう思う」という回答を肯定派、「どちらともいえない」を中立派、「あまりそう思わない」「そう思わない」を否定派に分類した。

各価値観におけるメンタルヘルス症状保有者あり群、なし群、それぞれの合計数を 100% として、双方に肯定派が占める割合を比べる。

例えば、「夫も家事や育児を分担すべきだ」という価値観において、メンタルヘルス症状なし群において肯定派が占める割合は 82.4%、あり群に占める割合は 81.7% である。

この肯定派についての「症状あり群」－「症状なし群」の差を見る。この差の値が大きいほど、その価値観を肯定する者のメンタルヘルス症状保有が高いことがわかる。つまり、「夫も家事や育児を分担すべきだ」、という価値観においては、差が -0.6 ポイントで、メンタル的に良好な価値観（症状なし群に肯定派が占める割合の方が高い）であると考えられる。

以上の方法によって 7 項目について 3 回分の調査のこの差の平均値を比較したデータが、次に示す「仕事と家庭」価値観とメンタルヘルスの表である。

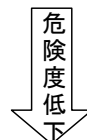
3 回分の調査の平均として、メンタルヘルス症状にマイナスの影響があると見られる（差がプラス）価値観に、「仕事のためには家庭生活が犠牲になることもやむをえない」「女性は結婚したら家庭を守ることに専念するのがよい」があがっている。

これら考え方の根底には、男性

図表-48 「仕事と家庭」価値観とメンタルヘルス
【2003 年】

順位	2003 価値観	肯定派の症状保有あり-なしポイント差
1	仕事のためには家庭生活が犠牲になることもやむをえない	3.9%
2	女性は結婚したら家庭を守ることに専念するのがよい	3.9%
3	会社は従業員の生活を守るべきだ	-1.3%
4	夫も家事や育児を分担すべきだ	-3.4%
5	たとえどんな仕事でも上司の命令にはしたがうべきだ	-3.6%
6	退職した後も勤め先との関係を保ち続けたい	-3.8%
7	従業員は会社の発展に貢献すべきである	-4.0%

順位	価値観	ポイント差平均	2003	2001	1999
1	仕事のためには家庭生活が犠牲になることもやむをえない	1.5%	3.9%	-1.0%	1.5%
2	女性は結婚したら家庭を守ることに専念するのがよい	1.0%	3.9%	3.8%	-4.8%
3	会社は従業員の生活を守るべきだ	-0.4%	-1.3%	0.4%	-0.2%
4	夫も家事や育児を分担すべきだ	-0.4%	-3.4%	-0.6%	2.7%
5	従業員は会社の発展に貢献すべきである	-1.5%	-4.0%	2.2%	-2.6%
6	たとえどんな仕事でも上司の命令にはしたがうべきだ	-3.7%	-3.6%	-0.4%	-7.1%
7	退職した後も勤め先との関係を保ち続けたい	-4.7%	-3.8%	-6.6%	-3.8%



は仕事を何よりも優先して家族に貢献する、という伝統的な分業概念がある。先に示したわが国の給与構造から見ても、男性は稼がなければならない状況におかれているが、これを当然とする（下支えする）価値観そのものも、メンタルヘルス的にはマイナスに影響していることが伺える。男性が家庭を犠牲にして（または家庭に関わらず）仕事にまい進する姿勢が、本人のメンタルヘルスに悪影響を及ぼしている可能性があるといえよう。

一方、「夫も家事や育児を分担するべきだ」という新しい男性家庭参加型価値観はメンタルヘルスにプラス（差がマイナス）の影響を及ぼしていることが見出された。

メンタルヘルスに良好な価値観として、「退職した後も勤め先との関係を保ちたい」、「たとえどんな仕事でも上司の命令には従うべきだ」など、一般的にメンタルヘルスを害する要因と医学的にいわれる、周囲にあわせようとする気遣い性格・周囲を気にする親和的性格を表す価値観が、メンタルヘルスを良好を保つ価値観であるとする、一般論とは逆の結果が今回の分析では出ている。「妻の親も、夫の親も分け隔て無く面倒をみるべきだ」、「いろいろな考えの人と広くつき合いたい」などの、ここには掲載していない価値観もメンタルヘルスにはプラス影響であることが見出されている。この結果から、（自己犠牲的ではなく）会社（社会）との良好な関係を保とうとする価値観はメンタルヘルス的には良好であると考えられる。

以上から、仕事への忠誠心・仕事における人間関係で協調性を重んじる価値観は中高年男性のメンタルヘルスにとってむしろプラスであるが、滅私奉公的な（家庭を犠牲とした）概念がそこに加わるとメンタルヘルスにマイナスの価値観に転じると見ることができるだろう。

4. おわりに

(1) 予防の重要性

本稿は中高年男性のパネル調査の結果をもとに、特に仕事とメンタルヘルスに焦点を当てて分析を行った。メンタルヘルスを良好に保つためには、多すぎず少なすぎず一定の収入と一定の労働時間が保たれることが肝要である。

図表－49 調査年度間の症状保有度の相関

	メンタルヘルス保有度 1999	メンタルヘルス保有度 2001	メンタルヘルス保有度 2003
メンタルヘルス保有度 1999	-	**0.420 0.000	**0.393 0.000
メンタルヘルス保有度 2001	**0.420 0.000	-	**0.601 0.000
メンタルヘルス保有度 2003	**0.393 0.000	**0.601 0.000	-

**相関係数は1%水準で有意

但し、一旦悪化したメンタルヘルスを元に戻すことは難しい。図表－49のデータは3回の調査における回答者のメンタルヘルス症状保有度の相関を算出した結果である。99年と01年の保有度の間に0.42と比較的強い相関が見られ、また、01年と03年の保有度の間にも0.601と強い相関が見られている。99年と03年をみても、0.393と相関がはっきりしている。

この結果が示すものは、一度症状保有度が上がると、下がることはなかなかない、つまり心の傷の改善は難しいということである。これは、男性に強い経済負担を強いる社会構造や一旦醸成された自己犠牲的価値観が変化することは難しいこと、すなわち前章で述べた社会構造や価値観のあり方にも起因するのであろう。

改善が困難であるからといって放置するのではなく、まずわれわれは予防に努めなければならないだろう。心の傷を深める制度を変えぬままで、悪化した心の改善に躍起になるのでは意味がない。それぞれの仕事を持つ固有のメンタルヘルスリスクを軽減し、ほどほどの収入とほどほどの労働時間をキープする仕組みを作り上げることによって、より「心安らかな」社会を築き上げていかねばならない。まずはその根底に横たわる、男女間の経済格差や男性の滅私奉公的「家庭と仕事」のバランス感の是正が早急に望まれる。

(2) 分析のまとめと提言

最後に、仕事に関するメンタルヘルス影響要因と、簡単ではあるが提言をまとめることとする。

①まとめ

- メンタルヘルスに影響が見られない要素として、保有資格・仕事の有無・転勤や転職、退職などの就業変動による環境変化・通勤時間・有給取得日数・配偶者の収入、が見出された。
- メンタルヘルスに影響を及ぼす要素として、最終学歴・就業形態（自営業、サラリーマン、派遣など）・業種・職務（事務職、技術職など）・労働時間・退職年齢・労働日数・本人収入が見出された。
- 3回の調査の傾向分析では、月200時間以上の労働時間がメンタルヘルスに悪影響をもたらしていることが見出された。また、パネル調査期間（1997年－2003年）、調査対象者の平均水準よりも長時間労働（平均150時間程度）に晒されていた回答者はメンタルヘルスが悪化しており、200時間に達していなくても平均150時間以上の長時間労働が継続されるとメンタルヘルスを悪化させることがわかった。
- 傾向分析から時給は3000円、年収は500万あたりにメンタルヘルスを悪化させる分岐点があることが見出された。収入が上がれば上がるほどメンタルヘルスに良い影響をもたらすといった単純な関係にはなく、分岐点に達するか達しないかで、症状の有無が左右される。変化分析から、年収変化だけでは症状に影響しないことが見出され、変化の結果としての年収水準がどこにあるか、がメンタルヘルスには問題であることが見出された。
- 仕事とメンタルヘルスの関係一覧（図表－50）

図表-50 仕事とメンタルヘルスの関係

「仕事の有無の中立性」	就業・無就業とメンタルヘルスには関連性が見られない。
「同じ仕事を続けることによる悪化」	同じ職場で働き続けることによる中期的（2年）メンタルヘルスの悪化傾向が見られた。転職、退職・再就職などによる就業変動と、短期的（1年内）・長期的（6年）メンタルヘルスの変化に関係性は見られない。中期的（2年）には異動しにくい職場体制などとの関係性が疑われる。
「自営業主の問題」	他の仕事に比べ、自営業主にメンタルヘルス症状ありの割合が高い。仕事への責任の重さがメンタルヘルスにマイナスに働く影響は看過できない。
「メンタルヘルス症状高め業種」 「メンタルヘルス症状低め業種」	症状高め業種 - 建設業、製造業、金融・保険業 症状低め業種 - 農林・漁業、卸売業
「役職の影響」	他の役職に比べ明確に、「課長相当管理職」と「役職なし」の者にメンタルヘルス的な負荷が常にかかっている。他の役職（部長・主任等）との仕事の負荷の平均化が望まれる。
「職務の影響」	技術職・SEは他の職務に比べメンタルヘルスの症状が高い職種である。
「長時間労働の弊害」	月間200時間以上の労働時間はメンタルヘルスに悪影響をもたらす。
「長時間労働持続の弊害」	労働者の平均を上回る長時間労働の長期にわたる継続（4-6年）、世間のトレンドを外れた長時間労働の継続は月間200時間以内の勤務であってもメンタルヘルスを明確に悪化させる。短時間化はメンタルヘルス症状の不変もしくは改善をもたらす。
「メンタルヘルス良好勤務ライン」	月20日勤務の週休2日、1日8時間勤務以下ではメンタルヘルスが明らかに良好となる。
「早期退職の影響」	早期退職制度利用（会社のリストラによる退職）等、60歳未満で仕事を辞めた者においてメンタルヘルスの状況がよくない。労働時間、退職時期など極端に時間に対する主体性を奪われると、人は心の健康を失いやすい。
「一定収入維持の原則」	収入（時給・年収・夫婦年収）がある一定基準（年収500万、時給2000-3000円）を下回るとメンタルヘルスに問題が生じるが、一定水準を越えればメンタルヘルスの悪化・改善に収入の変動が大きく作用することはない。収入に関しては、あくまでもメンタルヘルスを安定させる最低ラインがキープできればよい。
「妻に頼ってはならない価値観の問題」	配偶者が最も収入の高い家計、妻の収入にある程度頼らねばならない家庭においてメンタルヘルスが悪化する傾向が見られる。
「滅私奉公的価値観の問題」	家庭を犠牲にしても仕事をする、妻は家事に専念せよ、といった男性の滅私奉公的な価値観（男性偏重的経済責任感）はメンタルヘルスにマイナスの影響を及ぼす。

②提言

不況下において自営業者は過酷な経営活況にたたされておられ、今回の調査では他の仕事内容に比べ明らかにメンタル面で大きな問題を抱えるグループであることが判明した。彼らが抱える悩みをサポートするためのさらなる調査分析は急務であると考えられる。

また、課長相当管理職・役職なし者におけるメンタルヘルス状況の悪化（役職メンタルヘルス）も顕著であった。課長は部下に対峙する実質的な管理職ともいえる。幅広い管理責任を強いることが心の健康を害する傾向があるとすれば、わが国における一般的な現行の総合職体系は問題が多い。管理職も会社を経営する上での一つのスキル、と考えれば、一企業にそんなに多くの人数を管理職として養成する必要はない。

総合職全員が一律に管理職を目指して出世争いを繰り広げる、大企業などで一般的な「ゼネラリスト・管理職輩出型総合職体系」は、心の健康の立場からは、今後何らかの見直しを考えなければならないと考えている。総合職（高度な能力を有する職務）＝管理職、という見方を廃し、総合職のあり方の多様化、それに伴う働き方の多様化を推進することが心の健康を伴った会社作

りのキーとなるのではないだろうか。

また、少子高齢化の中で管理職が肥大化し、企業内の年齢構造が逆三角形となり「役職なし者」に仕事の負担が過度にかかっている可能性があり、中高年に限らず、企業の若手層の長時間労働化を排除することも必要であろう。これは、近年、30代のメンタルヘルス疾患が急増していることから大切な観点である。

労働時間はある一定時間を越えない事がメンタルヘルスには大切であることが示唆されたが、特に注目すべきは、サラリーマンに一般的とされる1日8時間、月20日程度といったフルタイム「所定内」労働時間さえも、既にメンタルヘルス的には中高年男性のメンタルにとってはギリギリのゾーンにある、ということ指摘しておかねばならない。日本人男性の働きすぎは国際的にも有名であるが、だからといって「日本人は大丈夫」ということは決してないことを世界に稀な中高年男性の高自殺率構造から、改めて指摘しておきたい。

現行の「男性がフルタイムで働く」働き方は、既に高齢者、女性にとって様々な問題が指摘されているが、この結果から、男性自身にとってもメンタル面から無理のある制度である可能性が高く、筆者は今後の見直しを要求したい。

はじめにフルタイムありき、を前提とした短時間勤務導入・在宅勤務を検討する働き方の見直しではなく、フルタイムのあり方そのものを問うのであれば、わが国の自殺・メンタルヘルス問題は真に解決されることは難しいのではないだろうか。業種や職務内容、役職が持つ固有のメンタルヘルス危険性はそれぞれにおいて慣習化している「働き方」、がもたらすリスクに等しいことはいままでもないだろう。

現段階で行われている様々な働き方の見直しでは、男性はフルタイム勤務が大前提とされ、「高齢者のため、女性のため」という切り口で、仕方なく行われているという色合いが依然強い。しかしながら、日本において現行の労働体系に苦しんでいるのは、自殺やメンタルヘルスの状況から見ても、間違いなく男性である。

現行の働き方を強固に下支えする『女性が男性と比して家計を十分に維持できる程度稼ぐことは許されにくい社会（子育てを考えればさらに条件は悪くなる）』、すなわち「男性過重責任社会」がもたらす「男性の」悲劇、これこそが世界に稀な中高年男性の高自殺率構造の回答なのではないかと筆者は考えている。

参考文献

- [1] 厚生労働省（2002）「患者調査」
- [2] 財団法人社会経済生産性本部（2005）「『労働組合のメンタルヘルスの取り組み』に関するアンケート調査結果」
- [3] 厚生労働省 過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係る検討会（2005）「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書」
- [4] 厚生労働省 脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会（2001）「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」
- [5] 警察庁生活安全局地域課（2005）「平成 16 年中における自殺の概要資料」
- [6] 内閣府（2004）「平成 15 年度版 国民生活白書」
- [7] 厚生労働省（2005）「平成 16 年版労働経済の分析」
- [8] 天野 馨南子（2005）「世界最高水準の自殺率の構造を探る」（㈱ニッセイ基礎研究所 基礎研 REPORT 8 月号掲載）