

# うつ病から労働者を救え<sup>1</sup>

---

JMI 健康調査の完全導入による自殺予防

京都産業大学 岑研究会

南山和磨 佐野良明 本城慎也 樋口翔太  
中村亮太 坂井直樹 岐保創太 田中亮輔  
金久和大 三好智哉 西川太祥 大野哲  
2008年12月

---

<sup>1</sup>本稿は、2008年12月20日、21日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、岑智偉准教授（京都産業大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

## 要約

自殺者は今年も 3 万人を超え、10 年連続で毎年 3 万人以上の自殺者を出す結果となった。経済学的な視点から見れば、この 10 年間で毎年 3 万人以上の消費税や所得税等の税金や GDP が失われ続けている。当研究会は自殺問題を労働面と経済面から研究・分析を行い、この現状を改善する政策の提言を行い、自殺者を救済することが本稿の目的である。

「現状整理」では、昭和 53 年から平成 19 年までの年度別自殺者推移、自殺動機の内訳、年代別自殺者数などのデータを使用して自殺問題の現状把握と問題点の整理などを行った。その結果、健康問題を理由とする自殺が自殺者全体の約 50%を占めていることが判明し、健康問題に焦点を絞りさらに詳しく自殺理由を調べた結果、うつ病等の精神疾患が全体の約 50%、身体の病気が約 35%であることが判明した。また、年齢別・年代別自殺者数のデータから、30～50 歳代の人々の自殺が多いことと、同年代では 10・20 歳代に比べ、身体の病気やうつ病等の様々な健康問題を患うリスクが飛躍的に上昇していることが分かった。さらに、職業別自殺者数のデータでは有職者と無職者という括りで自殺人数を比較した結果、有職者よりも無職者の方が自殺者が多いことが分かった。しかし、先述したように当研究会は自殺問題を労働面から分析・研究を行う。故に、本稿の分析・研究・政策提言は被雇用者・勤め人等の労働者に焦点を当て行う。

また、労働者が自殺することは GDP 等が自殺者の分だけ失われているということと同義である。そこで、自殺者が 30,000 人を超えた 10 年前から今年までのデータを使用して、この 10 年で失われた GDP や租税の額を算出し、経済面からどれほどの損害を出しているのか分析を行う。

これらの現状整理から判明した問題をもとに、次項の「問題意識」でこれらの問題の原因の追究、解決の現実性などについての考察を進めていく。

「問題意識」では、「現状整理」で発見した問題点の根本的な原因の考察を行う。

自殺者の多くは 30～50 歳代の人々であり、うつ病及び身体の病気を苦にした自殺件数などの資料から、うつ病という病と、うつ病と最も関係が深い問題であることが推察されている「過労」に焦点を当て、過労の具体的な原因の解明に向け研究を進める。

まず、うつ病と過労に焦点を絞り根本的な問題の考察を行った結果、

- ①長時間の労働
- ②労働に伴う過剰なストレス
- ③体に変調をきたしても病院に行かない

という 3 つの問題点が見つかった。さらに、現実の経済状態を考慮した結果、この 3 つの問題のうち長時間労働の問題は解決が困難であることが判明した。それに伴い、労働時間の短縮・仕事の負担軽減によるストレス軽減も実現が困難であることが判明した。また、③の「体に変調をきたしても病院に行かない」という問題では「患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」によって 2004 年に行われた「医療に関する勤労者の意識調査」の結果、医療費の負担が通院を妨げる最大の阻害要因となっていることが判明した。

これらの現状・問題を考慮し、当研究会は自殺に至るプロセスとして「過労→うつ病(精神疾患)→自殺」という仮説を立てた。また、当研究会が立てた仮説が証明された際、このプロセスを解決する政策の中心となる JMI 健康調査の説明とその問題点を説明する。

「分析」の項では過労・うつ病・自殺の相関関係について、国立大学法人京都大学が平成18年3月に発表した「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」を先行研究として、階層別時系列データ(重回帰分析)・パネルデータ(パネル分析)を用いて自殺との関係を計量的に分析した。分析結果として、重回帰分析では男性については20～24歳・55～59歳、女性については20～24歳において過労と自殺の間に正の相関があることが有意に検出された。パネル分析においても過労と自殺の関係は有意に検出された。

「政策提言」の項では「分析」の項で検出された結果を元に、「問題意識」の項で導き出した「うつ病患者の増加」「体に変調をきたしても病院に行かない」という問題の解決に重点を置いた政策提言を行い自殺者の救済を目指す。

## 目次

### はじめに

## 第1章 現状整理

- 1.1 平成19年の自殺者と年別推移
- 1.2 自殺原因・動機の内訳
  - 1.2.1 健康問題の細分化
- 1.3 年代別自殺者数
- 1.4 職業別自殺者数
- 1.5 失われ続けたGDPと租税

## 第2章 問題意識

- 2.1 精神疾患—うつという病
  - 2.1.1 うつ病の発病要因
- 2.2 過労問題
  - 2.2.1 過労自殺(労働者側)
  - 2.2.2 過労自殺(企業側)
  - 2.2.3 過労問題解決の現実性
  - 2.2.4 病院に行かない理由
- 2.3 仮説
- 2.4 JMI(Japan Mental health Inventory)とは
  - 2.4.1 JMI健康調査
  - 2.4.2 JMI健康調査を実施することの効果
  - 2.4.3 JMI健康調査の問題点
- 2.5 海外におけるメンタルヘルスの事例
  - 2.5.1 アメリカの場合

## 第3章 分析

- 3.1 先行研究
- 3.2 使用するモデル
- 3.3 使用するデータ
- 3.4 分析結果A(重回帰分析)
- 3.5 分析結果B(パネルデータ分析)
- 3.6 分析の観察

## 第4章 政策提言

- 4.1 政策の目的
- 4.2 うつ病のイメージ改善のための広報活動

- 4.3 JMI 健康調査の完全導入
  - 4.3.1 二次健康診断等給付とは
  - 4.3.2 現在の二次健康診断等給付の給付要件
- 4.4 二次健康診断等給付の給付要件の新設
- 4.5 全ての病院を労災指定病院とする
- 4.6 メリットとデメリット

## 第5章 まとめ

## 参考文献・データ出典

# はじめに

今日、日本の自殺者は10年連続で30,000人を越え増加の一途を辿り減少の兆しを見せない。日本政府は平成18年に「自殺対策基本法」を制定し、自殺問題を国家が取り組むべき社会問題であるという姿勢を打ち出したが、「自殺対策基本法」が制定された翌年の自殺者数は前年のそれよりも数にしてわずかではあるが増加しており、「自殺対策基本法」が自殺者を減少させる、或いは自殺者をこれ以上増加させないといった目的の法案であるのならば、この政策は現時点では、その効力を発揮していないと言える。制定されて間もない法案に結果を求めることは酷ではあるが、この問題に取り組む姿勢を打ち出した以上、効力のある政策を講じなくては意味がない。

自殺問題は命の尊さ、倫理観等の精神面やモラル面の議論をよく耳にするが、実際の被害はそれだけに留まらない。我々日本国民は日本政府に対して税金を納めている。しかし、自殺者が増加すればそれと同数の納税者が減少し、納税される税金総額は減少する。また、自殺者の増加は、現在日本で進行している少子高齢化に伴う労働者減少に自殺による労働者の減少数が上乗せされ、労働者の減少に更なる拍車がかかることが予想される。さらに、労働者が自殺することで、その人々が本来生み出すはずであったGDPも失われる。GDPの低下は将来的に日本経済の縮小に繋がる恐れがあり、現在のままGDPが低下し続けると、日本経済はさらなる不況に陥ることが推察される。つまり、自殺問題とは、精神面だけではなく、今後の我々の生活に実害を与える経済問題、或いは労働問題という側面も有していると言える。

よって当研究会は、自殺問題を経済・労働面から研究・分析を行い、自殺者の救済、特に労働者の救済に焦点を当てた政策提言を行うことにした。

第1章では自殺者に関する様々なデータを用いて自殺者の特徴の把握を行う。また、労働者が自殺することで失われるGDPや消費税・所得税等の損失額についても自殺者が3万人を超えた10年前から今年までのデータを使用して分析を行う。

第2章では第1章で行った現状整理を元に、さらに踏み込んだ分析・考察を行う。この章では、自殺問題の最大の原因である健康問題の主要原因がうつ病等の精神疾患であることが判明したため、うつ病の現状と、その発病要因の一つである過労問題に焦点を当て、これらの問題の解決すべき点を考察する。また、現在、日本の企業において導入されているJMI健康調査というメンタルヘルス検査についての説明とJMI健康調査が多くの問題点を抱えていること等についても言及する。

第3章では先行研究を元に計量的分析を行い、第2章で導き出した仮説を様々な説明変数を用いて立証する。

第4章ではこれまでの本稿での研究・分析から導き出された政策について述べる。

# 第1章 現状整理

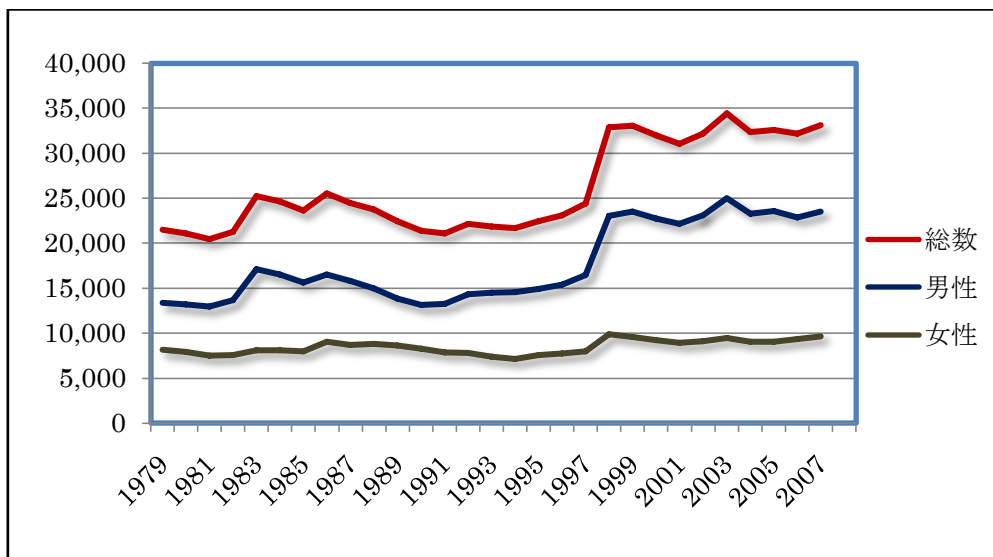
本項では平成 19 年の自殺者を昭和 53 年から平成 19 年までの年別自殺者推移、自殺動機・原因の内訳とその細分化、年代別自殺者、職業別自殺者数の各データを用いて自殺者の現状整理を行う。

## 1.1 平成 19 年の自殺者と年別推移

平成 19 年中の総自殺者数は 33,093 人で、前年の平成 18 年に比べ 938 人(前年比 2.9%増)増加した。自殺者のピークであった平成 15 年と比較すれば自殺問題は改善されているかのように思えるが、依然として 30,000 人を越える人々が自ら命を絶っている。また、平成 17 年から平成 18 年にかけて一度自殺者が減少したにも関わらず、平成 19 年になると再び増加した点は憂慮すべき点である。

下の図 1 は昭和 53 年から平成 19 年にかけての自殺者の推移である。図 1 によると、平成 10 年から平成 19 年にかけて 10 年連続で自殺者は 30,000 人を越え続けている。少子高齢化の影響を受けて労働力人口が減少している現状や、人口が減少することで徴収される税金の総額が減少するという面からも、現在の日本において、可及的速やかに自殺対策を行う必要があるかを示していると言える。

図 1 男女別自殺者数の推移(1978-2007)



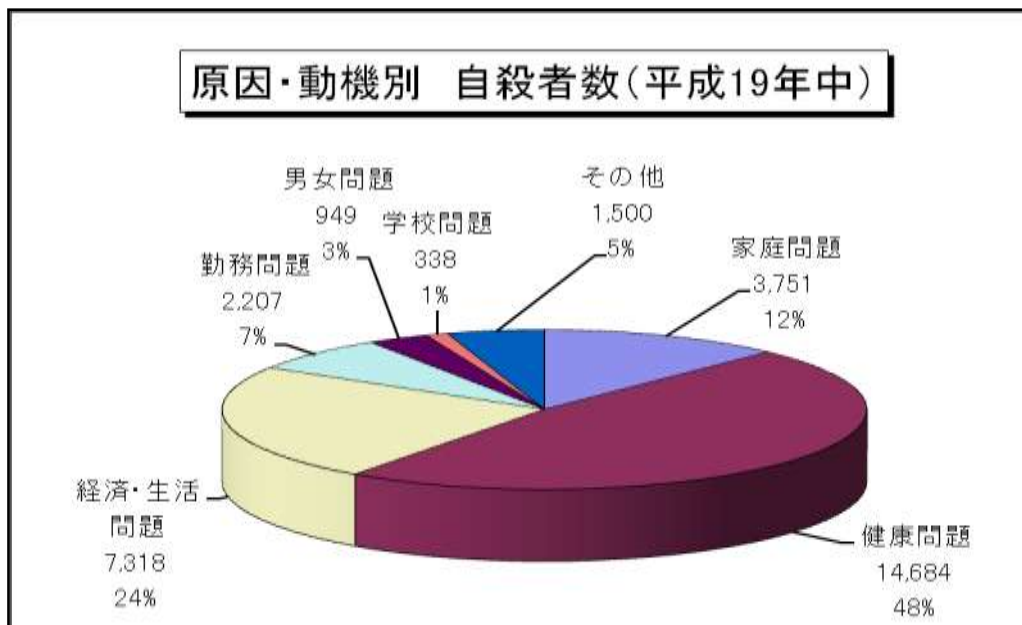
(データ 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」)

## 1.2 自殺原因・動機の内訳

33,093 件の案件のうち、遺書が残されていたり、警察の捜査により自殺の原因・動機が解明されている案件は 30,757 件である。これは自殺者数の約 92.9%に当たり、自殺の原因・動機の解明はかなり進んでおり、提示されているデータから信頼性の高い分析が可能であることが推察できる。

下の図 2 は平成 19 年中の自殺原因・動機をグラフ化したものである。このグラフによれば、平成 19 年の自殺原因・動機において、その主な内訳は「健康問題」(14,684 人 48%)「経済・生活問題」(7,318 人 24%)「家庭問題」(3,751 人 12%)「勤務問題」(2,207 人 7%)となっており、この 4 つの理由だけでも自殺理由の 91%を占めている<sup>2</sup>。つまり、自殺問題解決にはこの 4 つの問題の解決を中心に対策を考えなければならない。しかし、一度にこれら 4 つの問題を解決することは困難である。故に当研究会は、4 つの問題のうち最も自殺者が多い「健康問題」に焦点を絞り、この問題の分析及び政策提言を行う。

図 2 原因・動機別 自殺者数(平成 19 年中)



(データ 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」)

<sup>2</sup> 警察庁生活安全局地域課 「平成 19 年度中における自殺の概要資料」より



### 1.2.1 健康問題の細分化

自殺原因・理由で最も多い理由は表 1 から分かるように「健康問題」である。しかし、一口に健康問題と言っても理由は様々である。よって「健康問題」に焦点を当て、具体的な原因・理由について考察する。

細分化された「健康問題」として、「身体の病気」・「うつ病」・「統合失調症」・「アルコール依存症」・「薬物乱用」・「その他の精神疾患」・「身体障害の悩み」・「その他」が挙げられる<sup>3</sup>。その内訳は以下の通りである(%の小数点は第 3 位からは切り捨て、各年代別の人数は図 3 を参照)。「身体の病気」5,240 人(35.68%)・「うつ病」6,060 人(41.26%)・「統合失調症」1,273 人(8.66%)・「アルコール依存症」295 人(2.00%)・「薬物乱用」49 人(0.33%)・「その他の精神疾患」1,197 人(8.15%)・「身体障害の悩み」309 人(2.10%)・「その他」261 人(1.77%)

細分化された「健康問題」の原因において「うつ病」が最も多い理由として挙げられており、精神疾患という括りで見れば人数は 8,530 人、全体の 58.1%、半数以上を占めていることになる。このことから、「健康問題」の解決にはうつ病をはじめとする精神疾患の治療及び事前防止のための対策を講じる必要があると言える。

また、30 歳代に入ってからうつ病を理由とした自殺が急激に増加しており、50 歳代でそのピークをむかえている。さらに、うつ病ほどの増加数ではないが、身体の病気・アルコール依存症の増加傾向にも類似点が見られる。以上のことから、年齢を重ねるごとに各種健康問題のリスクは高まると言える。つまり、若年層よりも中・高齢層に対する健康問題対策を講ずる必要がある。

表 1 健康問題の細分化

年代別		～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60 歳 ～	不詳	合計
健康問題	計	153	1,277	1,850	1,829	2,836	6,735	4	14,684
	病気の悩み (身体の病気)	11	107	180	330	964	3,644	4	5,240
	病気の悩み・影響 (うつ病)	85	698	996	940	1,271	2,070		6,060
	病気の悩み・影響 (統合失調症)	17	232	346	257	229	192		1,273
	病気の悩み・影響 (アルコール依存症)		9	45	60	96	85		295
	病気の悩み・影響 (薬物乱用)	1	10	19	10	1	8		49
	病気の悩み・影響 (その他の 精神疾患)	36	186	217	185	175	398		1,197
	身体障害の悩み	1	11	24	25	66	182		309
	その他	2	24	23	22	34	156		261

(データ 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」)

<sup>3</sup> 警察庁生活安全局地域課 「平成 19 年度中における自殺の概要資料」より

### 1.3 年代別自殺者数

次に、年代別自殺者について考察を行う。

下の表 2 から分かるように、自殺者の年齢は 30～59 歳の年代、特に 50 歳代の自殺者が多い(60 歳の部類は 60 歳以降すべての自殺者を集計しているため人数が多くなっている。各年代の正確なデータが得られないため、今回の分析では考慮していない)。下の表 2 から「健康問題の細分化」の項で見受けられた傾向と多くの類似点が見受けられる。とりわけ、「うつ病」を理由とした自殺者の増加傾向と自殺者の増加傾向は酷似していると言える。また、1.2.1 で言及した「身体の病気」・「アルコール依存症」の増加傾向とも類似点が見受けられる。先述したように、30 歳代を過ぎると各種健康問題を理由とした自殺が急激に増加する。特に 30 歳代と 50 歳代の「うつ病」、50 歳代の「身体の病気」の患者増加は顕著であり、同年代の自殺者の増加傾向と酷似している。故に、「健康問題の増加」＝「自殺者の増加」という図式がこの増加傾向から推察される。

表 2 年代別自殺者数

年代	～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60 歳～	不詳	全体
自殺者数 (単位:人)	548	3,309	4,767	5,096	7,046	12,107	220	33,093
人口 (単位:千人)	23,574	15,033	18,789	15,953	18,484	35,937		127,771
自殺率(%)	2.3	22	25.4	31.9	38.1	33.7		25.9

(データ 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」)

注) 自殺率は、人口 10 万人当たりの自殺者数を示す(自殺者数÷人口×100,000 人)。

人口は、総務省統計局の人口推計月報(毎年 10 月 1 日)の総人口に基づく。

## 1.4 職業別自殺者数

次に職業別自殺者数についてである。

下の表 3 のように無職者(学生等を除く)は自殺者全体の 57.4%を占めている。無職者(学生等を除く)は被雇用者・勤め人に比べ約 2 倍の自殺者が存在しており、また、自営業者等を含めた「有職者」という括りの人数と比較しても約 1.5 倍の自殺者が存在している。つまり、人数が多い問題を最大の問題と捉えるならば、無職者(学生等を除く)の救済が自殺問題解決の優先すべき課題であると言える。しかし、この問題の解決に当たり、社会保障制度や景気対策等全ての面において検討が必要な問題であり、当研究会の分析範囲を超えている。機会があればこの問題を改めて検討したいが、本稿の「はじめに」の項において述べたように、当研究会は自殺問題を労働面から分析・研究を行う。故に、これ以降の分析・研究・政策提言は被雇用者・勤め人等の労働者に焦点を当て行う。

表 3 職業別自殺者数

	計	自営業者 家族従事者	被雇用者 ・勤め人	無職		不詳
				学生・生徒 等	無職者	
平成 19 年	33,093	3,278	9,154	873	18,990	798
構成比	100.0%	9.9%	27.7%	2.6%	57.4%	2.4%

(データ 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」)

## 1.5 失われ続けた GDP と租税

労働者が自殺することで、本来その労働者たちが生み出すはずであった GDP が失われている。また、本来得られるはずであった所得税・消費税も同じように失われている。この現状を考慮した上で、過去 10 年間で労働者が自殺することで失われた損失額について考察する。

まず被雇用者及び勤め人の GDP の損失額(被雇用者一人当たり GDP×被雇用者及び勤め人の自殺者数)についてだが、平成 19 年度で見るとその額は約 804 億円(対象人数 9,154 人)<sup>4</sup>にもなり、過去 10 年間(平成 10~19 年度)の合計損失額で考えてみるとその総額は約 7,016 億円と莫大な金額となる。

次に、所得税額と消費税額(被雇用者一人当たり税額×被雇用者及び勤め人の自殺者数)についてだが、平成 19 年度での各損失額は所得税額が約 185 億円、消費税額が約 7 億円である<sup>5</sup>。過去 10 年間(平成 10~19 年度)をみると所得税額は合計で約 1,614 億円、消費税額は約 68 億円になる。

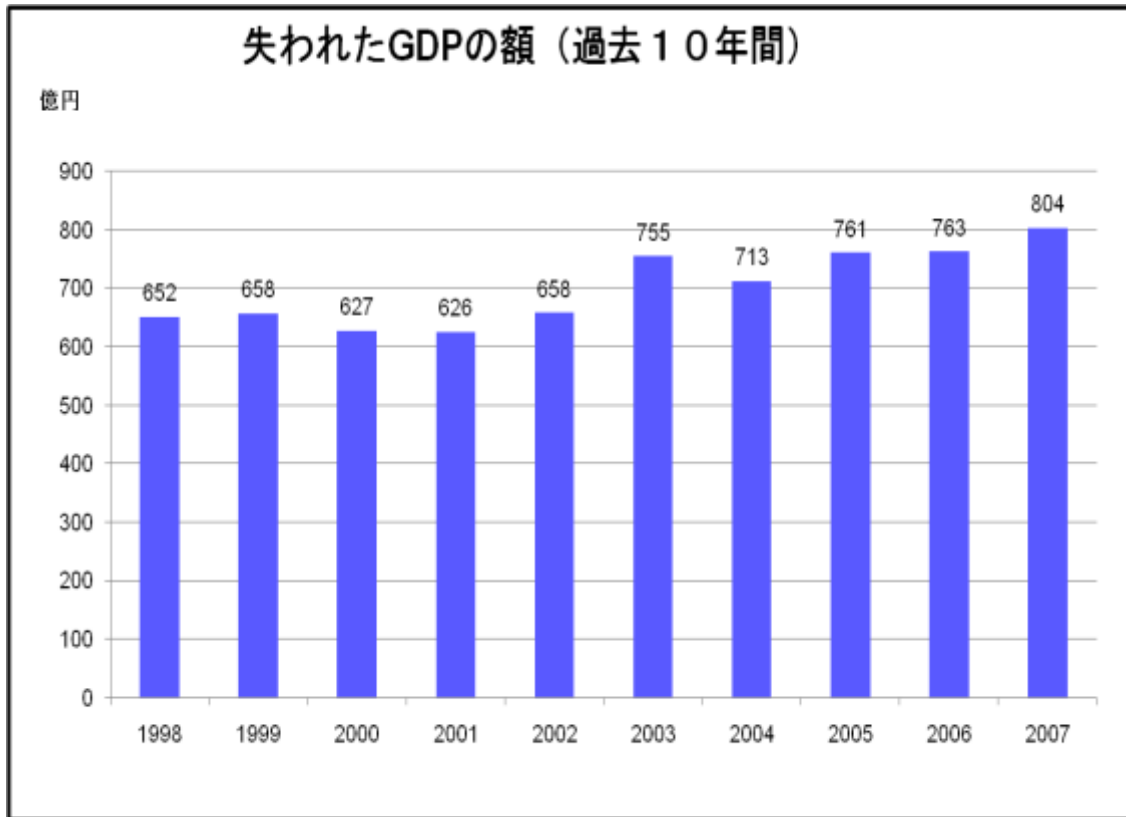
過去 10 年間(平成 10~19 年度)での GDP・所得税額・消費税額の損失額の合計は約 7016 億円となる。下の図 3 は過去 10 年間における各年の損失総額をグラフ化したものである。図 3 によると、労働者が自殺することで失われる損失額は年々増加傾向にあり、将来、労働者が自殺することで失われる損失額はさらに拡大するのではないかと推察される。

以上により、過去 10 年間(平成 10~19 年度)で合計は約 8,697 億円の経済的損失を出し続けた自殺問題は、経済面から見ても早急な解決が望まれる問題であると言える。

<sup>4</sup> 総務省統計局・政策統括官(統計基準担当)・統計研修所より算出

<sup>5</sup> 内閣府「平成 12 暦年連鎖価格 GDP 需要項目別時系列表」より算出

図 3 過去 10 年間の損失額



(データ) GDP : 内閣府「平成 18 年度国民経済計算」

平均所得税額・平均消費税額 : 財務省

自殺者数 : 警察庁(2008)「平成 19 年中における自殺の概要資料」

## 第2章 問題意識

### 2.1 精神疾患—うつという病

健康問題の約半数を占めている精神疾患、うつ病について考察を進める。

1.2.1 の健康問題の細分化の項でも言及したが、うつ病・統合失調症・その他の精神疾患という「精神疾患を理由とした自殺」というカテゴリーでは健康問題の 58.1% を占めている。国立大学法人京都大学が平成 18 年 3 月に発表した京都大学 (2006) によれば、国や時期により異なるが、自殺者の 30~70% は生前うつ病を患っていた、という報告がされている<sup>6</sup>。本稿で使用している平成 19 年のデータではうつ病(精神疾患)の割合は全体の約 28% となっているが、これは自殺に至った要因の数であり、生前うつ病を患っていた自殺者の人数ではない。つまり、数値としてデータには表れていないが、自殺者の多くはうつ病、若しくはそれに準じる精神疾患を患っている可能性がある。故に、自殺対策を行う際にはうつ病の対策も講じる必要があると言える。

また、うつ病は早期に適切な治療を行えば完治する病気である。しかし、治療を受けずに放置しておく症状が慢性化・再発の可能性が高まるという特徴がある。うつ病の治療方法は、抗うつ薬等の薬によるもので、うつ病の多くは抗うつ薬の服用による治療が可能であり、同時に原因となるストレスを受ける状態を改善するために十分な休養をとる事が必要である。治療については抗うつ薬の効果が出るまでには約 1 ヶ月程度の時間が必要で、症状が回復するためにもある程度の時間が必要となる<sup>7</sup>。医師の適切な治療の下で順調に回復すれば 3 ヶ月程度で完治するが、6 ヶ月~1 年と症状や病状の進行の程度、治療環境によって回復期間は異なる<sup>8</sup>。

#### 2.1.1 うつ病の発病要因

うつ病の発病要因としては、労働などに伴う過剰なストレスを溜め込むこと、過労などに代表される過酷な労働等が発病要因として挙げられている。また、ストレスを溜めやすいタイプとして以下のようなタイプがある。

- ① まじめで仕事熱心
- ② 完全主義で几帳面
- ③ 人任せにできない
- ④ 人の目が気になる

つまり、①や②に代表されるように、企業が求めるタイプと思われる人(例：責任感が強い・まじめ等)ほどストレスを溜めやすく、うつ病にかかりやすい傾向があると言える。

<sup>6</sup> 国立大学法人京都大学「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」p8 より

<sup>7</sup> 「患者さん向けのやさしい医療情報」より

<sup>8</sup> 「患者さん向けのやさしい医療情報」より

## 2.2 過労問題

次に、身体面の問題に言及する。身体面の疾病は、うつ病の発病要因の1つにも挙げられており、また当研究会が本稿の研究において主眼を置いている労働面からの自殺問題分析を考慮し「過労問題」について考察を進める。

### 2.2.1 過労自殺(労働者側)

近年、過労は単なる労働問題ではなく、過労を理由とした自殺者を出すなど、労働者の生命に関わる深刻な社会問題となっている。過労問題は前述したように、労働に伴う過剰なストレスがうつ病の発病要因と繋がっている。また、ストレス等の精神面だけではなく、長時間におよぶ過酷な労働による疲労の蓄積により体調を崩す労働者が多数存在する。つまり、過労は身体面・精神面の両面で、労働者に多大な負担を強いていると言える。

過労は上記のように労働者に多くの負担を強いるものだが、当研究会は過労問題そのものよりも、過労に対するケア体制が十分に整備されていないことこそが問題であると考える。

当研究会は過労問題の大きな問題点として

- ①長時間の労働
- ②労働に伴う過剰なストレス
- ③体に変調をきたしても病院に行かない

という3点を問題点として挙げる。①は身体面、②は精神面の健康問題と結びついていることが推察され、③は早期発見・治療を困難なものとし、その結果、症状の進行・悪化を促進していることが推察される。過労問題の解決にはこの3点を解決することが必要不可欠であるが、実際には解決は極めて困難である。

### 2.2.2 過労自殺(企業側)

2.2.1において労働者側から見た過労自殺問題について言及したが、過労問題は労働者側のみに限った問題ではない。過労問題の金銭的損失という面では、企業側も多額の損失を被っている。以下の2例はその判例である。

①平成12年3月24日に最高裁判所において判決が下された「電通事件」では、過労により自殺した従業員の遺族に対して損害賠償として168,575,071円の支払いを命じた<sup>9</sup>。

②大手光学機器メーカー「ニコン」(東京都千代田区)に派遣されて働いていた男性が自殺した判例では、同社と男性の雇用先である「ネクスター」の両社に対して合計約24,900,000円の支払いを命じた。

これらの判例のように、従業員が自殺することで企業は多額の賠償金を支払うことになる。つまり、過労問題とは労働者側だけの問題ではなく、企業側にとっても解決しなければならぬ問題であると言える。

### 2.2.3 過労問題解決の現実性

2.2.1で過労の問題点の1つに「長時間におよぶ過酷な労働」を挙げたが、この問題の解決は現実的に極めて困難であると言える。

長時間労働の解決には「労働者の増加」により労働者1人当たりの業務負担を軽減する、或いは「労働時間の短縮」を行い長時間の労働を改善する等の方法が考えられるが、どちら

<sup>9</sup> 「電通自殺過労死事件」より

の方法も現実性に欠けており、これらの方法を実行することは極めて困難であると言わざるを得ない。

現在、日本経済は海外の金融危機の煽りを受け不況下にある。不況ゆえにものが売れない現状において、企業が生産を増加させる要因が無いにも関わらず、雇用者を増加させることは考えにくい。つまり、「労働者の増加」という解決方法は現実の経済状態を考慮すると、実現の可能性はきわめて低いと言える。

また、労働時間の短縮を行うには、まず技術革新等により現在の労働者数のまま生産効率を上昇させるか、雇用者を増やす必要がある。しかし、雇用者の増加は前述したように事実上不可能であり、技術革新もすぐにできることではない。仮に、現状の労働者数と生産技術のまま労働時間の削減を行った場合、必要とされているだけの生産量を生産することが出来なくなる可能性があり、日本経済が縮小する恐れがある。つまり、企業は経済規模を維持するためにも、生産量を維持する必要があるため、現在の労働者数のまま労働時間の短縮を行うことは極めて困難である。この問題の解決には労働者を増やす必要があるが、先述したとおり現在の日本の経済状態では労働者を増加させることは困難である。つまり、長時間労働を解決することは現状では極めて困難であると言える。

また、長時間労働の解決が困難であるということは、その長時間労働に伴う過剰なストレスの解決も困難であるということである。つまり、現状では長時間労働の解決、それに伴う過剰なストレスの解決は極めて困難であると言える。よって過労問題の根本的解決は現状では不可能であると言える。故に、当研究会は過労問題そのものの解決よりも、過労に対するケア体制を整備・充実させることの方が現実性があるため、後者により力を入れるべきであると考えている。

#### 2.2.4 病院に行かない理由

過労問題の3つ目の問題として取り上げた「体に変調をきたしても病院に行かない」という問題についての考察を行う。

「患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」によって2004年に行われた「医療に関する勤労者の意識調査」の結果、表4より勤労者のおよそ8割弱が医療費を負担に感じており、とりわけ40代の男性で負担感が高いと回答している。また、表5の医療費の自己負担増による医療や健康についての行動の変化では6割弱が行動に変化があったと回答しており、とくに40代の4割が早期受診を敬遠していることがわかった。6割弱が医療費の自己負担増によって、医療や健康についての行動に何らかの変化があり、40代の4割が「少々体調が悪くなってもしばらく様子を見るようになった」など医療費の自己負担増が早期受診を阻害していると言える<sup>10</sup>。つまり、この問題を解決しなければ「体に変調をきたしても病院に行かない」という問題を解決することは困難である。この調査は首都圏・関西圏に居住する20～50代の民間企業に勤める雇用者を調査対象としており、その規模及び「平成14年就業構造基本調査」の雇用者の性別・年齢階層・雇用形態別の分別の分布を考慮した上でサンプル割付基準を作成した。この基準に基づいて(株)インテージのモニター(全国約16万人)の中から、首都圏・関西圏居住者900名を抽出した。そのうち有効回答数は806、有効回収率は89.6%である<sup>11</sup>。

<sup>10</sup> 連合総研「現代福祉国家の再構築シリーズⅡ 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」より

<sup>11</sup> 連合総研「現代福祉国家の再構築シリーズⅡ 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」より

表 4 医療費負担の意識

&lt;&lt;調査結果の概要&gt;&gt;

調査時期

2004年4月1日(木)～14日(水)

(株)インテージに調査を委託

医療費の負担を感じているかどうか							
	負担である	負担ではない	どちらでもない	わからない	無回答	合計	回答数
合計	77.0	12.9	6.1	3.8	0.1	100.0	806
20代	70.7	12.6	9.6	7.1	0.0	100.0	198
30代	78.2	12.0	6.2	3.6	0.0	100.0	225
40代	85.4	7.8	3.9	2.2	0.6	100.0	179
50代	74.5	18.6	4.4	2.5	0.0	100.0	204
男性計	75.8	14.5	6.0	3.7	0.0	100.0	484
20代	68.2	14.9	11.2	5.6	0.0	100.0	107
30代	79.2	11.1	5.6	4.2	0.0	100.0	144
40代	87.1	9.3	1.9	1.9	0.0	100.0	108
50代	68.8	22.4	5.6	3.2	0.0	100.0	125
女性計	78.9	10.6	6.2	4.0	0.3	100.0	322
20代	73.7	9.9	7.7	8.8	0.0	100.0	91
30代	76.5	13.5	7.4	2.5	0.0	100.0	81
40代	83.1	5.6	7.0	2.8	1.4	100.0	71
50代	83.5	12.7	2.5	1.3	0.0	100.0	79

(データ) 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会 (2004) 「医療に関する勤労者の意識調査」



表 5 医療費の負担増に関して医療や健康についての行動の変化

医療費の負担増に関して医療や健康についての行動の変化（複数回答可）

(%・人)

	病院や診療所へ行く回数を減らした	なるべく費用のかからない病院を探すようになった	病気に力がかからないよう健康・体力保持に努めるようになった	少々体調が悪くてもしばらく様子を見るようになった	風邪など軽い症状とおもふときには市販薬で済ませるようになった	その他	特に変わらない	わからない	無回答	回答数
合計	22.8	4.7	32.6	31.8	31.3	0.6	41.3	1.0	0.0	806
20代	21.7	4.0	23.7	29.8	29.3	0.5	49.5	2.5	0.0	198
30代	20.9	2.7	29.8	33.3	29.8	0.4	43.1	0.9	0.0	225
40代	27.4	7.3	35.2	39.7	36.9	0.6	31.3	0.0	0.0	179
50代	22.1	5.4	42.2	25.0	29.9	1.0	40.2	0.5	0.0	204
男性計	21.7	3.3	29.8	28.3	28.5	0.0	46.5	0.2	0.0	484
20代	17.8	2.8	22.4	28.0	23.4	0.0	54.2	0.9	0.0	107
30代	19.4	2.1	25.7	27.8	30.6	0.0	47.9	0.0	0.0	144
40代	29.6	4.6	32.4	35.2	32.4	0.0	38.9	0.0	0.0	108
50代	20.8	4.0	38.4	23.2	27.2	0.0	44.8	0.0	0.0	125
女性計	24.5	6.8	37.0	37.0	35.4	1.6	33.5	2.2	0.0	322
20代	26.4	5.5	25.3	31.9	36.3	1.1	44.0	4.4	0.0	91
30代	23.5	3.7	37.0	43.2	28.4	1.2	34.6	2.5	0.0	81
40代	23.9	11.3	39.4	46.5	43.7	1.4	19.7	0.0	0.0	71
50代	24.1	7.6	48.1	27.8	34.2	2.5	32.9	1.3	0.0	79

(データ) 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会 (2004) 「医療に関する勤労者の意識調査」

### 2.3 仮説

うつ病と自殺の関係性については、うつ病単体で健康問題の約 40%、精神疾患というカテゴリーでは同問題の約 60%を占めていること、自殺者全体では約 20~30%を占めていることが前章の 1.2 と 1.2.1 のデータから判明した。これらのデータから、うつ病が自殺と関係していることは明白である。

先述したように、うつ病は自殺と直接的な関係性を持っている。そして、自殺と関係しているうつ病の発病要因の 1 つは過労である。これらの関係性から当研究会は自殺に至るまでのプロセスとして、「過労状態になる→うつ病等の精神疾患を発症する→自殺に至る(以下「過労→うつ病(精神疾患)→自殺」と表記)」という仮説を立てた。次章の第 3 章において数量的分析を行いこの仮説を証明する。

しかし過労とうつ病の関係性についてだが、前章に記載されているデータから双方の関係性を立証することは困難である。2.1.1 と 2.2.2 において言及したように、過労はそれに伴う過剰なストレスがうつ病の発病要因の 1 つであることを考慮すると、仮に過労と自殺の関

係性があると立証できるならば、当研究会が立てた自殺に至るプロセスに関する仮説が立証されると考える。

また、下記 2.4 では当研究会が立てた仮説が証明された際、このプロセスを解決する政策の中心となる JMI 健康調査の説明とその問題点を説明する。

## **2.4 JMI(Japan Mental health Inventory)とは**

現在、日本の企業においてメンタルヘルスの充実を図るために導入されている JMI 健康調査について説明を行う。

JMI 健康調査とは、旧日本生産性本部(現社会経済生産性本部)が開発した企業でのメンタルヘルス測定のための調査票式インベントリー(質問紙法)であり、職場領域、精神領域、性格領域、身体領域の 4 領域をカバーする全 596 項目からなっている<sup>12</sup>。

### **2.4.1 JMI 健康調査**

次に心の定期健康診断として財団法人社会経済生産性本部のメンタルヘルス研究所が行っている JMI 健康調査について説明する。

JMI 健康調査は、1980 年に開発された心の定期健康診断システムであり、これまでに延べ 2,500 社、250 万人の人々に利用されている。その内容は先ほども述べたが職場領域、身体領域、精神領域、性格領域の 4 領域からなり、メンタルヘルス研究所が行う質問項目は 400 項目である<sup>13</sup>。

この調査の目的は、個人と組織の健康をともに調査し、個人の幸福と組織の活性化を同時に達成することにある。個人に対しては、心の健康状態を測定し、その結果を研究所から直接個人の指定した宛先に親展郵便にて送付する。組織に対しては、改善のために 10 名以上の集団データを集計・分析し、組織のメンタルヘルス状況のアセスメントを行う。また、個人のプライバシー保護のため、調査票は自宅で記入し、密閉して回収される。

実施するにあたっての流れとしては、まず企業と研究所との間で実施対象人数、日程、分析内容、活用方法等について事前に打ち合わせを行い、実施内容を決定した後、研究所から企業に一括して調査票が送付される。次に、企業から個人に調査票が配布され、各々の自宅で記入し、企業がまとめて研究所に提出する。最後に結果は個人の自宅に送られるという流れである<sup>14</sup>。

### **2.4.2 JMI 検査を実施することの効果**

JMI 健康調査は個人の幸福と組織の活性化を目的としているため、結果は個人と組織の双方に送付される。

個人に対しては心身の健康、性格傾向、職場環境のそれぞれの領域についてグラフとコメントが示され、自分の心の健康状態や性格を確認することが可能となり、セルフケアに役立てることができる。また、専門家のサポートが必要と判断される人には専門家との相談を薦めるアドバイスが提供され、2 年間無料で電話相談、面接相談することができる<sup>15</sup>。

組織に対しては診断結果の分析によって組織(職場)の問題と対応策が示される。それを把握し、改善に向けた継続的な取組みを進めていくことができる。JMI 健康調査をすることによって、個々人の心の健康状態を把握して心の病を予防することが可能となり、さらに組織

<sup>12</sup> 「産業カウンセリング事典」より

<sup>13</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所より

<sup>14</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所より

<sup>15</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所より

の健康状態を把握し不調者を生まない活力ある職場づくりを実現していくことが可能となる<sup>16</sup>。

### **2.4.3 JMI 健康調査の問題点**

JMI 健康調査の問題点は3つある。

1つ目は、個人結果の内容に関して、専門家のサポートが必要と判断される場合に、本人の受け止め方に配慮した文章表現がされているので、調査を受けた人自身ではどんな病気にかかっているかわからない。つまり、どのような病気を患っているかという判断は一切行われられないということである<sup>17</sup>。

2つ目は、サポートが必要と判断された全ての受診者が、電話相談または面接相談を活用しているわけではないということが問題点として挙げられる。

3つ目の問題は JMI 健康調査に必要な検査費用の問題である。JMI 健康調査を実施するには、従業員1人につき1回3,000円の検査費用が必要となる。仮に従業員1,000人の企業が JMI 健康調査を実施する場合、検査費用を企業が全額負担すると1度の検査で300万円という多額の検査費用が必要となる。また、2.4.1において約2,500社が JMI 健康調査を導入していると述べたが、2003年の時点で日本国内の企業総数は4,703,039社である<sup>18</sup>。つまり、JMI 健康調査を導入している企業は全体の0.005%であり、ほぼ全ての企業がこの検査を導入していないといっても過言ではない。しかしながら、JMI 健康調査は企業にとっては自社のメンタルヘルスの充実具合を測定する指標、労働者にとっては自身の心身の健康、性格傾向、職場環境を把握する指標となり、企業・労働者双方に利益をもたらす検査である。この検査を阻害する3つの要因を解決し、より多くの企業と労働者に JMI 健康調査を受けることができる環境を整える必要がある。

## **2.5. 海外におけるメンタルヘルスの事例**

次に海外で行われている自殺対策についての説明を行う。海外、特にアメリカではメンタルヘルスの重要性が50年以上前から提唱されており、昨今、メンタルヘルスの重要性が唱えられ始めた日本にとって、アメリカをはじめとする海外のメンタルヘルス対策から学ぶべき点は多い。

### **2.5.1 アメリカの場合**

アメリカ国立精神保健研究所によれば、アメリカでは年間で成人の9.5%がうつ病等を患う。アメリカメンタルヘルス協会が発表した試算では、アメリカ企業におけるうつ病に関わるコストは年間440億ドルである。これは、直接的な医療費の他に従業員の欠勤—Absenteeism—、出勤してはいるが通常的成果を出せない状況—Presenteeism—による損失(機会費用)も計算に入れている。別の試算では企業が従業員のメンタルヘルス問題に支払っている総コストは見た目の4倍である<sup>19</sup>。また、不景気の影響を受け雇用不安や過労が問題になってきている。IBMでは、世界中の従業員にオンラインでストレス測定テスト(エール大学設計、約15分)を実施。回答後、結果とアクションプランを提供される。アクシ

<sup>16</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所より

<sup>17</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所より

<sup>18</sup> 「中小企業数及び全企業数に占める割合」より

<sup>19</sup> The Unmedicated Mind - WSJ.com (ウォールストリートジャーナル 2007年7月13日)より

コンプラの内容は、「小さな、達成可能な目標を持ちましょう」「ストレスの多い状況の中にもユーモアを見つけましょう」等である。うつの前段階での予防策と言える<sup>20</sup>。

アメリカで実施されているメンタルヘルスの検査に CMI 検査がある。CMI 健康調査票 (Cornell Medical Index) とは 1949 年にアメリカコーネル大学のブロードマン (Brodman) やウルフ (Wolf) らにより作成されたテストである。医学的面接の補助手段のため、心身症傾向の患者に向けたものだった。心身の自覚症状の調査手段だけではなく、情緒障害の評価にも有効な手がかりとなることが特徴である。適用年齢は 14 歳から成人までで、神経症の判断が可能である。質問項目はチェックリスト形式(「はい」「いいえ」)で、身体的自覚症状 144 項目、精神的自覚症状 51 項目(これに男性は 16 項目、女性は 18 項目が追加される)から構成される。病院などの初診時にスクリーニングとして実施されることが多い<sup>21</sup>。

日本では、1965 年前後に九州大学心療内科の深町建が CMI テストをアレンジしたことから職場の定期健康診断に多用された時期もあったが、プライバシーの問題や判定が不確実であること、質問項目が多く煩雑であることから最近ではあまり適用されていない。これに代わって導入されている検査が日本人向け、職場向けに改良され、1980 年から導入されている日本生産性本部の JMI 健康調査表である<sup>22</sup>。

<sup>20</sup> アメリカ企業の成果主義は変わるのか? —企業のメンタルヘルス対策 その 2— 専門家や海外ジャーナリストのブログネットワーク (メディアサポール 2007 年 8 月 24 日) より

<sup>21</sup> 臨床心理学にいる: 心理アセスメント 028 CMI 健康調査票より

<sup>22</sup> 健康度を測るテスト(CMI など) | 病院・薬・サプリメントの情報満載! health クリックより

## 第3章 分析

### 3.1 先行研究

自殺に関する研究について、現在まで様々な学問分野から研究が行われてきた。代表的な先行研究として、Hamermesh and Soss(1974)が挙げられる。Hamermesh and Soss(1974)は、現在から将来にかけての期待効用の現在価値と、自殺による苦難からの解放の両方を参照して「合理的」に自殺を行うという理論モデルを提示し、自殺の要因を、「経済的な要因」、「社会的な要因」と「複合的な要因」の3つに分類している。Hamermesh and Soss(1974)が行った実証分析による主な結果として、経済的な要因である（アメリカ男性の）「一人当たり実質所得」の上昇が自殺率を減少させ、社会的な要因である「年齢階層」でみると、年齢が高くなるほど自殺リスクが上昇していることが示された。そして、複合的な要因の「失業率」は自殺率に有意に影響を与えていることが示されている。

これに対し、日本でも自殺に関する研究が行われている。平成18年に京都大学が内閣府経済社会総合研究所から委託を受けて「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」（以下では京都大学（2006）と略す）を作成した。この論文では社会・経済・複合的な要因によってもたらされる自殺の要因を実証的に分析している。この分析では、日本の男女別年齢階層別データと男女別都道府県別年齢階層別データを用いて、階層別時系列分析とパネルデータ分析を行っている。特に年齢階層別男女別データによる時系列分析では、自殺率の経済的要因として、実質賃金（25歳から49歳までの男性）は正の相関、破産件数（20代後半の男性）は負の相関が有意に検出された。また、自殺率の社会的要因としての離婚率（40代の男性）と平均世帯人員数（20代後半の男性）は自殺率とは正の相関であることが統計に有意に検出された。この分析では自殺率の経済的要因として、失業率が使用されているが、20歳から39歳までの男性、20代前半の女性について、自殺率と失業率が正の相関が有意に検出された。パネル分析では、自殺率に最も影響をしているのは失業率であるという結果を得ている。この分析の主な実証結果として、1998年以降の30歳代から60歳代前半の男性自殺率の急増に最も影響があった要因は、失業数の増加あるいは失業率の増加などの雇用・経済環境の悪化である可能性が高いことが分かった。

当研究会はこれらの先行研究を踏まえた上、2.3で述べた「過労→うつ病（精神疾患）→自殺」の仮説を立証するため、以下の推計モデルとデータを用いて、特に過労と自殺率の関係を計量的に調べる。

### 3.2 推計モデル

3.1の先行研究の京都大学（2006）において多くの研究者によって自殺の要因（経済的要因の所得や破産、社会的要因の離婚や結婚、複合的要因の失業など）が実証された。そこで、当研究会はその先行研究を元に、過労の代理変数として、超過労働時間対総実労働時間の割合を加えた。分析方法としては、1997年から2003年を対象とし、男女別年齢階層別データを用いて、重回帰分析とパネルデータ分析を行う。多重回帰分析では、多重共線性問題を考慮し、VIF値（分散拡大要因）が10以下である変数を使う。なお、京都大学（2006）と同

様に単位根 (ADF 検定) を行い、どの変数も一階の階差をとれば定常的となることが判明された。したがって全ての変数で一階階差をとって回帰分析を行った。

先行研究の京都大学 (2006) を参照して、推計式は式 (1) と式 (2) を使用し、変数は次の通りになる。すなわち被説明変数に男女別年齢階級別自殺率を使用し、説明変数には経済的要因の (TOTW) と (BRNO)、社会的要因の (DVR) と (HSHOV) と (DIFF) 複合的要因の (OVERT) と (UNPR) を使用する。変数の説明については以下の通りである。

変数リスト

被説明変数	自殺率
説明変数	経済的要因： TOTW=現金給与総額 BRNO=新規破産件数
	社会的要因： DVR=離婚率 HSHOV=一世帯あたりの平均人員 DIFF=所得格差の代理変数
	複合的要因： OVERT=過労働の代理変数 UNPR=失業率

推計式

$$\text{モデル 1 } y_{it} = a + b_1 OVERT_{it} + b_2 OVERT_{it}^2 + b_3 UNPR_{it} + b_4 DVR_{it} + b_5 DIFF_{it} + e_{it} \quad (1)$$

$$\text{モデル 2 } y_{it} = a + b_1 OVERT_{it} + b_2 OVERT_{it}^2 + b_3 DVR_{it} + b_4 TOTW_{it} + e_{it} \quad (2)$$

### 3.3 使用データ

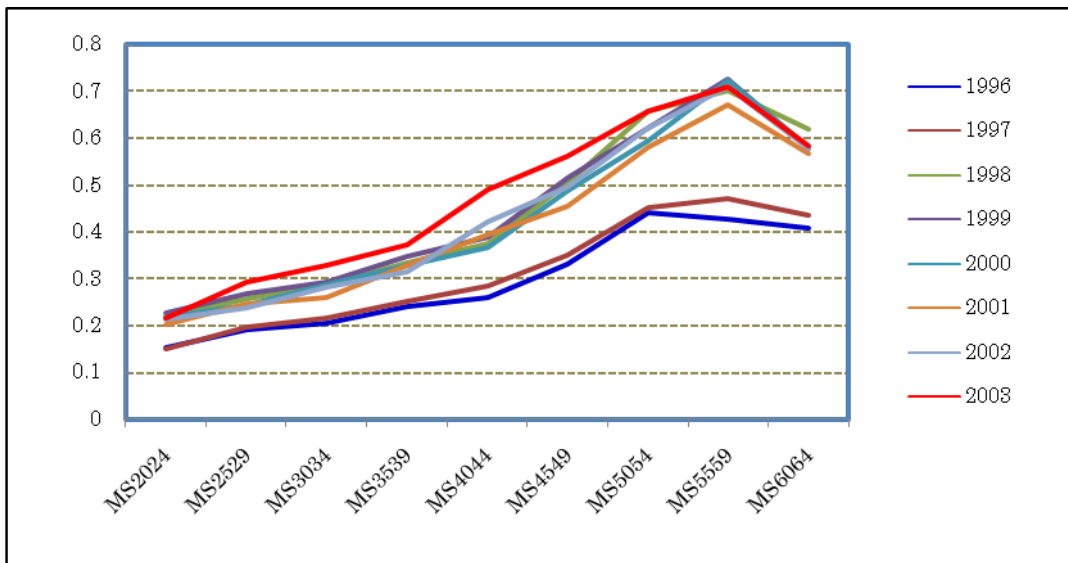
使用するデータ (期間: 1996 年から 2003 年) は以下の通りである。ただし、19 歳以下と 65 歳以上は分析対象から除いた。

変数	データ (出所)
自殺率	男女別年齢階級別自殺率 (対 10 万人) (厚生労働省「人口動態統計」)
OVERT	総実労働時間に対する超過労働時間の割合 (労働政策研究・研修機構「賃金構造基本統計調査」)
UNPR	男女別年齢階級別失業率 (総務省「労働力調査」)
DVR	男女別年齢階級別離婚率 (厚生労働省「人口動態統計」)
TOTW	男女別年齢階級別決まった現金給与総額 (労働政策研究・研修機構「賃金構造基本統計調査」)
BRNO	新規破産件数 (法務省「司法統計年報」)
HSHOV	一世帯あたりの平均人員 (厚生労働省「人口動態統計」)
DIFF	一人当たり GDP (対数値) の標準偏差 (内閣府総合研究所「18 年度国民経済計算」)

その中で、特に男女別年齢階級別自殺率について見てみると、図4は男性の年齢階級別自殺率であるが、1996年から2003年で、全ての年齢階級で大きく上昇しているのが観察できる。また年齢階級別にみると、20～24歳の年齢層が最も低く、年齢が上がるに連れて、自殺率も上がっており、55～59歳の年齢層でピークに達し、その後は低くなっている。

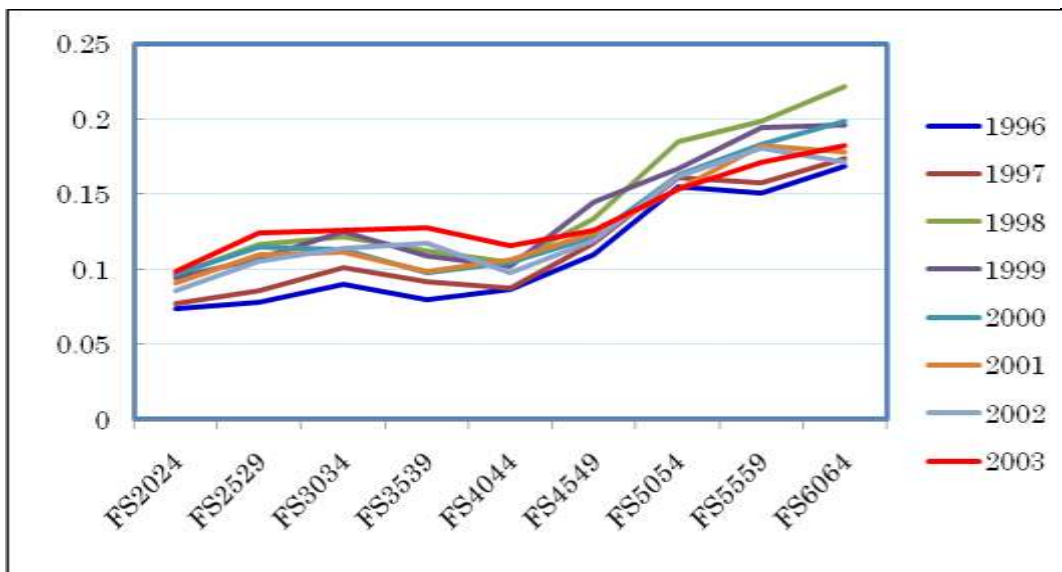
次に図5の女性の年齢階級別自殺率は、年齢別でみると、20歳～49歳までは、ほぼ横ばいでその後自殺率が上がっている。年代別では、20歳～49歳までは2003年に最も自殺率が上がっており、50歳以上では1998年が最も上がっている。

図4 男性の年齢階級別自殺率(1996年～2003年)



(データ 厚生労働省「人口動態統計」)

図5 女性の年齢階級別自殺率(1996年～2003年)



(データ 厚生労働省「人口動態統計」)

### 3.4 分析結果 A (重回帰)

表 6 と表 7 は重回帰分析結果をまとめている。モデル 1 による分析では、20～24 歳の男性は超過労働時間増加と自殺率増加に正の相関が見られた (表 6)。また 55～59 歳にも正の相関があった (表 6)。この年齢では他にも離婚率も有意であった。しかし、表 7 の女性は全て有意ではなかった。

モデル 2 では、表 6 では 20～24 歳と 55～59 歳はともに超過労働時間が自殺率増加に正の相関が見られた。55～59 歳では給与の増加と自殺率増加には負の相関があり、離婚率にも相関があった。表 7 では 20～24 歳の女性についても超過労働時間と給与は有意であった。ただ 55～59 歳では相関が見られない結果となった。

表 6 男性の重回帰分析結果

説明変数	モデル1		モデル2	
	20-24	55-59	20-24	55-59
Const	<b>-0.02</b> (-2.00)	<b>-0.09</b> *** (-9.67)	<b>-0.01</b> (-1.36)	<b>-0.06</b> ** (-5.94)
OVERMT <sub>it</sub>	<b>-0.92</b> (-2.49)	<b>-0.52</b> (-3.91)	<b>-0.98</b> (-2.07)	<b>-0.09</b> (-0.43)
OVERMT <sub>it</sub> <sup>2</sup>	<b>42.02</b> *** (-6.53)	<b>60.68</b> *** (-10.70)	<b>45.06</b> ** (5.26)	<b>37.96</b> ** (6.85)
MUNPR <sub>it</sub>	<b>0.29</b> (-1.36)	<b>0.29</b> (-3.74)		
MDVR <sub>it</sub>	<b>-2.00</b> (-4.01)	<b>1.15</b> *** (-9.32)	<b>-1.55</b> (-3.79)	<b>1.25</b> ** (6.58)
MTOTW <sub>it</sub>			<b>0.60</b> (0.28)	<b>-3.17</b> *** (-3.49)
DIFF <sub>t</sub>	<b>-0.88</b> (-0.89)	<b>2.43</b> (-5.52)		
Adjusted R-squared	0.96	0.99	0.92	0.97
F-statistic	30.29	84.33	18.32	43.06
Prob(F-statistic)	0.14	0.08	0.05	0.02
Durbin-Watson stat	1.86	2.30	1.46	1.71

(注)太字は係数、括弧内は t 値、\*\*\*10%有意水準、\*\*5%有意水準、\*1%有意水準を表す。



表 7 女性の重回帰分析結果

説明変数	モデル1		モデル2	
	20-24	55-59	20-24	55-59
Const	<b>-0.02</b> (-0.53)	<b>-0.02</b> (-2.69)	<b>-0.01</b> ** (-0.55)	<b>-0.02</b> (-1.79)
OVERFT <sub>it</sub>	<b>-0.38</b> (-0.36)	<b>-0.29</b> (-1.38)	<b>-0.48</b> (-2.91)	<b>-0.28</b> (-0.59)
OVERFT <sub>it</sub> <sup>2</sup>	<b>33.88</b> (2.40)	<b>4.78</b> (2.01)	<b>33.99</b> ** (6.82)	<b>7.04</b> (2.61)
FUNPR <sub>it</sub>	<b>-0.48</b> (-0.71)	<b>-0.14</b> (-1.28)		
FDVR <sub>it</sub>	<b>-0.84</b> (-0.52)	<b>0.65</b> (3.24)	<b>-0.84</b> (-2.65)	<b>0.71</b> (1.70)
FTOTW <sub>it</sub>			<b>-7.23</b> *** (-3.18)	<b>-2.14</b> (-0.70)
DIFF <sub>t</sub>	<b>0.28</b> (0.10)	<b>-0.92</b> (-2.01)		
Adjusted R-squared	0.24	0.95	0.90	0.90
F-statistic	1.39	23.95	14.71	14.34
Prob(F-statistic)	0.57	0.15	0.06	0.07
Durbin-Watson stat	1.79	2.33	1.92	1.35

(注)太字は係数、括弧内は t 値、\*\*\*10%有意水準、\*\*5%有意水準、\*1%有意水準を表す。

### 3.5 分析結果 B (パネルデータ分析)

男女別年齢階級別自殺率に前節で挙げた説明変数を使用する以外に、年齢階級別のダミー変数を加えたことで、固定効果のある場合のパネルデータ分析を観察した。その結果が表 8 である。

まず、男性の分析結果についてだが、新規破産件数、一世帯当たりの平均人員、超過労働時間の増加が自殺率の増加に正の相関があることがわかった。しかし、所得格差や失業率が上がると自殺率が下がるという問題と、給与が上がると自殺率も上がるという問題も生じた。次に女性の分析結果についてだが、男性の結果とは違い、失業率の増加は自殺率の増加に有意に働いていた。また給与の増加により自殺率が下がる負の相関がみられた。超過労働時間については男性同様の相関が観察された。

表 8 パネル分析結果

説明変数	男性		女性	
Const	<b>0.01</b> (1.83)	<b>***</b>	<b>0.00</b> (0.23)	
OVERT <sub>it</sub>	<b>0.35</b> (5.73)	<b>*</b>	<b>0.15</b> (2.50)	<b>**</b>
UNPR <sub>it</sub>	<b>-0.14</b> (-3.95)	<b>*</b>	<b>0.10</b> (2.31)	<b>**</b>
DVR <sub>it</sub>	<b>0.02</b> (0.67)		<b>0.08</b> (2.40)	<b>**</b>
TOTW <sub>it</sub>	<b>0.71</b> (3.28)	<b>*</b>	<b>-1.86</b> (-7.38)	<b>*</b>
BRNO <sub>t</sub>	<b>0.52</b> (24.19)	<b>*</b>	<b>0.20</b> (9.70)	<b>*</b>
DIFF <sub>t</sub>	<b>-1.08</b> (-8.02)	<b>*</b>	<b>-0.90</b> (-5.10)	<b>*</b>
HSHOV <sub>t</sub>	<b>8.31</b> (18.81)	<b>*</b>	<b>4.54</b> (7.82)	<b>*</b>
D2024	<b>-0.01</b> (-1.99)	<b>**</b>	<b>0.01</b> (1.14)	
D2529	<b>-0.01</b> (-2.11)	<b>**</b>	<b>0.02</b> (2.03)	<b>**</b>
D3034	<b>0.00</b> (0.84)		<b>0.02</b> (1.94)	<b>***</b>
D3539	<b>-0.01</b> (-1.34)		<b>0.00</b> (0.37)	
D4044	<b>0.00</b> (0.59)		<b>0.00</b> (0.18)	
D4549	<b>0.00</b> (0.83)		<b>0.02</b> (2.02)	<b>**</b>
D5054	<b>0.00</b> (0.18)		<b>0.02</b> (2.55)	<b>**</b>
D5559	<b>0.00</b> (-0.80)		<b>-0.01</b> (-1.39)	
Adjusted R-squared	0.82		0.49	
F-statistic	113.20		24.28	
Prob(F-statistic)	0.00		0.00	
Durbin-Watson stat	1.86		2.06	

(注)太字は係数、括弧内は t 値、\*\*\*10%有意水準、\*\*5%有意水準、\*1%有意水準を表す。

### 3.6 分析結果の考察

以上、重回帰分析とパネルデータ分析を行った結果、男性の失業率と自殺率の関係を示す推計パラメーターの符号は問題であるが、男女とも超過労働時間が自殺率に有意に影響を与えていることが観察された。よって、当研究会が前節で立てていた「過労→うつ病（精神疾患）→自殺」の仮説を立証することができた。

## 第4章 政策提言

---

### 4.1 政策の目的

本政策は、分析の項で証明した「過労→うつ病(精神疾患)→自殺」という自殺に至るプロセスのうち、過労からうつ病への移行期及びうつ病患者の救済を目的としたものである。尚、次項の図6は4.2のうつ病のイメージ改善のための広報活動の後に当研究会が提言する政策の流れである。

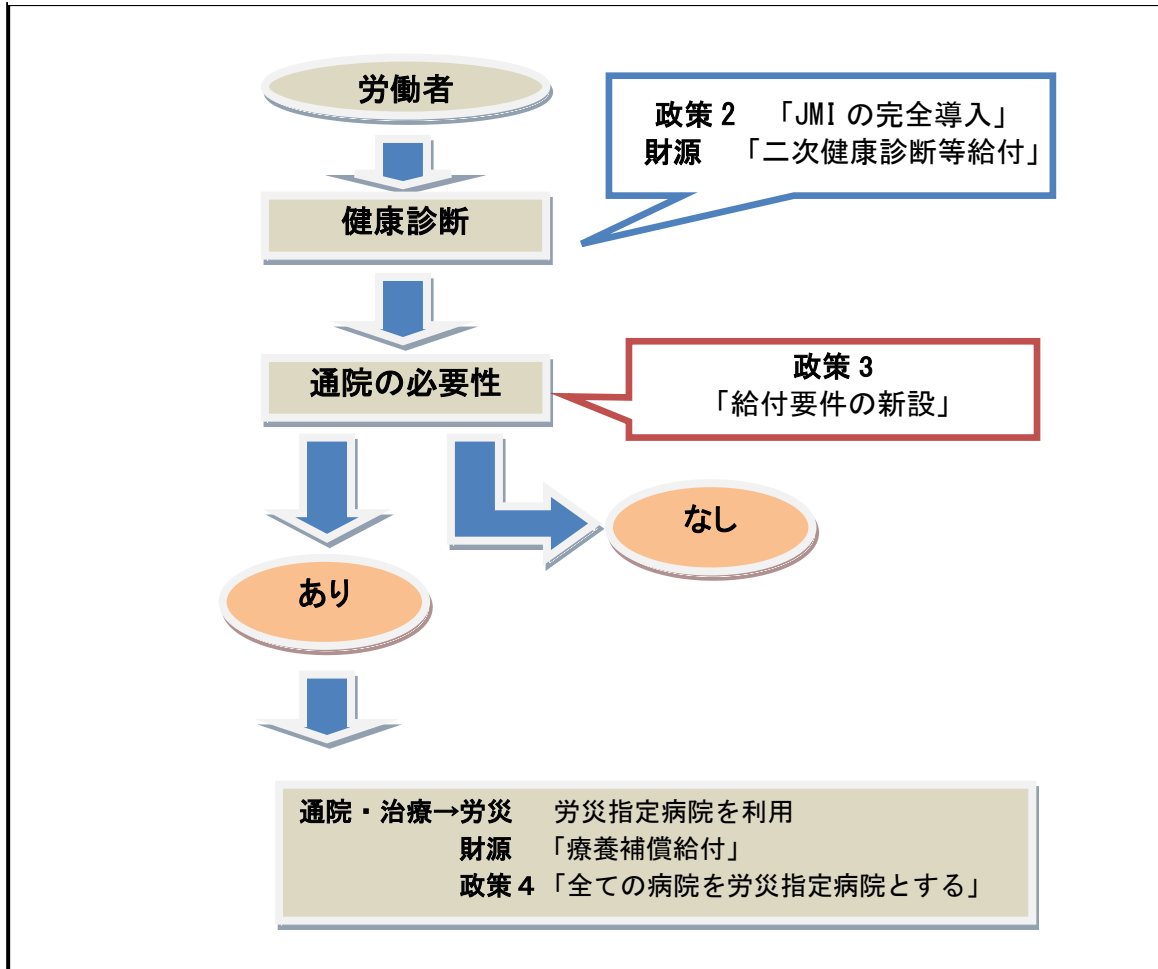
### 4.2 うつ病のイメージ改善のための広報活動

まず行わなければならないことは、うつ病のイメージ改善である。

現在、うつ病に対するイメージは決して良いものではない。そのマイナスイメージ故にうつ病であることを他人に口外しづらい、通院していることを知られたくない等の理由で早期発見が行いにくい、治療が行いにくいといった弊害が発生している。本来、うつ病は治療を行うことで完治する病気である。これらのマイナスイメージ故に適切な治療を受けにくい、或いは受けることが出来ないのならば、これらのイメージを払拭しなければならない。また、これらのマイナスイメージを払拭しなければどのような政策を講じても効果が十分に発揮されないことが容易に推察される。故に、政府はうつ病のイメージ改善のために、新聞広告、CM、ポスターなどによるマイナスイメージ払拭を目的とした啓発活動を行う必要がある。

広報活動はAC(公共広告機構)の下で行う。利用する媒体は先述したようにCM、ラジオ、雑誌、インターネット、社内広告、交通広告などにより、うつ病に関する正しい情報を世間に認識してもらうための啓発活動を行う。

図 6 政策の流れ



### 4.3 JMI 健康調査の完全導入

イメージの改善を図った後、次に行うべきは、より多くの労働者がうつ病等の精神疾患の予防・早期発見を行うことが出来る環境を作り出すことである。具体的には、JMI 健康調査を健康診断の際に同時実施することを企業に義務化させることで、健康診断を受診する全ての労働者に JMI 健康調査を受診させる。これにより、労働者は1年に1度自分がうつ病等の精神疾患を患っている可能性を有しているのか確認することが可能となる。また、企業も自身の経営におけるメンタルヘルスの改善点を見出すことが可能となるため、労働者・企業ともに JMI 健康調査の導入によって恩恵を享受することが可能となる。

先述したように JMI 健康調査とは、企業のメンタルヘルス測定を目的としたアンケート形式の検査方法で、労働者の精神状態の把握と企業の経営改善点を見つけ出し、改善のアドバイスを行うことを目的とした検査である。しかし、2.4.3において言及したように、この検査を実施している企業はほとんど存在していないのが現状である。その理由は、2.4.3において言及した、具体的な病名が分からない、アフターケアが利用されていない、JMI 健康調

査を実施する費用が高額という3つの問題点であると推察されるが、最大の問題は JMI 検査の実施に必要な費用面の問題である。先述したように、JMI 健康調査は1回の検査費として1人3,000円が必要となる。JMI 健康調査を実施するそもそもの目的は、企業においてメンタルヘルスの充実を図ることである。つまり、企業が従業員の健康状態を含めた職場環境の現状を把握したいのであるから、検査費用は企業が負担してしかるべきである。しかし、従業員数が多い企業ほど多額の検査費用が必要となり、それが JMI 健康調査を実施する阻害要因となっている。

そこで、費用面の解決策として、JMI 健康調査の費用を労働者災害補償保険の一つである「二次健康診断等給付」によって賄う（「二次健康診断等給付」については後述の4.3.1、4.3.2で説明を行う）。「二次健康診断等給付」によって労働者自身は検査費用を負担することなく JMI 健康調査を受診することが可能となり、また、日本政府としても JMI 健康調査の実施に際し、新たな補助金・助成金等を給付する必要がなくなるため、新たな支出を増加させる必要がなくなる。

また、2.4.3で言及したように、現在の JMI 健康調査は具体的な病名が判明するのではなく、あくまでうつ病等の精神疾患を患っている可能性があるのかどうかを判別するものであるため、病院で検査や治療を行うかは個人に任せている。現制度のままでは仮に JMI 健康調査の実施率を100%としても、病院で治療する人が増加しなければ具体的な効果が計りにくい。

そこで、JMI 健康調査の結果、「うつ病等の精神疾患を患っている可能性がある」と診断された労働者に対し、直ちに病院に通院し検査・治療を行うことを法律化し、当該労働者の治療を優先することを企業の義務とする。また、通院・治療の際に必要な治療費は労働者災害補償保険の一つである「療養補償給付」を使用して治療を行う（「療養補償給付」と通院・治療については後述の4.5において説明を行う）。これにより、病院へ行かない理由の最たる理由であった医療費の負担を解決する。つまり、医療費の自己負担増が早期受診を阻害しているという現状を改善し、労働者は治療に必要な医療費の心配をすることなく通院・治療を行うことが可能となる。

JMI 健康調査は労働者・企業双方にとって多くの利益をもたらすものである。よって、当研究会は、健康診断を行う際、同時に JMI 健康調査の完全導入を行うという政策を提言する。

### 4.3.1 二次健康診断等給付とは

4.3で言及した「二次健康診断等給付」についての説明を行う。

「二次健康診断等給付」とは業務によるストレスや過重な負担、つまり過労により脳血管疾患・心臓疾患を発症し「過労死」・「過労自殺」等重大な労働問題に発展することを未然に防ぐための労働者災害補償保険である。

ここで注目すべきは「二次健康診断等給付」が予防のための労働者災害補償保険であるということである。4.3で言及した JMI 健康調査の実施は、労働者にとってはうつ病等の精神疾患の予防のための検査として機能する。また、第3章で証明した「過労→うつ病→自殺」というプロセスを考慮するならば、うつ病等の精神疾患の予防は、その前段階である過労の予防に繋がっている。つまり、JMI 健康調査の実施は「二次健康診断等給付」の給付目的と合致する。よって、JMI 健康調査を給付対象とすることに問題は無い。

また、「二次健康診断等給付」は1年度(当年4月1日～翌年3月31日)に1度しか給付を受けることはできない<sup>23</sup>が、多くの企業において健康診断は1年に1回実施されていることと重ねて考えれば問題にはならない。

<sup>23</sup> 「二次健康診断等給付のしくみ」より

上記のように「二次健康診断等給付」の給付目的・条件・制限等を考慮した結果、JMI 健康調査の費用を賄うに相応しい労働災害補償保険であることが判明した。よって当研究会は、JMI 健康調査の費用を「二次健康診断等給付」によって賄うという新制度を提言する。

#### 4.3.2 現在の二次健康診断等給付の給付要件

現在「二次健康診断等給付」は一次健康診断(通常健康診断)において

- ① 血圧検査
- ② 血中脂肪検査
- ③ 血糖検査
- ④ BMI 検査

の全ての検査について異常の所見があると診断された場合に給付される<sup>24</sup>。しかし、昨今、メンタルヘルスの重要性が提唱されているにも関わらず、メンタル面の異常については何一つとして対象検査が設定されていない。つまり、現在の給付要件のままでは JMI 健康調査に必要な検査費用を賄うことが出来ないのである。よって、「二次健康診断等給付」で JMI 健康調査の費用を賄うには、給付要件を新設する必要がある。

#### 4.4 二次健康診断等給付の給付要件の新設

4.3.1・4.3.2 において述べたように、「二次健康診断等給付」は JMI 健康調査に必要な費用を賄うに相応しい労働者災害補償保険ではあるが、現在の給付要件では適用が困難であるため、現在の給付要件にメンタル面の対象検査として JMI 健康調査の項を新設し、身体面の4項目とは独立した項目とし法案化する。つまり、身体面の異常は4項目全ての検査について異常の所見があると診断された場合に給付されるが、JMI 健康調査に関しては、異常の所見があると診断された際ではなく、実施すること自体を給付条件とする。JMI 健康調査の実施自体を給付条件とすることは、4.3.2 で言及したように、二次健康診断等給付が予防のための労働者災害補償保険であること、JMI 健康調査が労働者にとってはうつ病等の精神疾患の予防・早期発見に繋がる検査として機能することを考慮すれば、給付要件を十分に満たしていると言える。

よって、当研究会は「二次健康診断等給付」の給付要件に JMI 健康調査の項を新設するという提言を行う。

#### 4.5 全ての病院を労災指定病院とする

4.3 で言及した「療養補償給付」、通院・治療についての説明を行う。

うつ病等の精神疾患は個人の症状に合わせて治療が行われるため一概には言えないが、例えばうつ病の診療の場合、初診の際にかかる費用は診療費と薬代を合わせて10,000円前後というのが平均的な治療費である<sup>25</sup>。また、平均的な通院ペースは2週間おきに通院し、薬も2週間分処方されることが多い。2回目以降の診察は初診料がかからないため、診療費は8,000円前後となる<sup>26</sup>。健康保険等の保険を利用する場合は診療費は3割負担となり、初診が3,000円前後、2回目以降が2,500円前後の医療費負担となる。うつ病等の精神疾患が完治するまでこの医療費を支払い続けるとなると、医療費負担の総額は高額なものとなることが推察され、4.3 で言及した制度により病院に通院することが出来る環境を整備したと

<sup>24</sup> 「二次健康診断等給付について」より

<sup>25</sup> UTU-NET「うつ」生活お役立ち情報より

<sup>26</sup> UTU-NET「うつ」生活お役立ち情報より

しても、当該労働者の医療費負担額が増えてしまい、高額な医療費負担を労働者に強いてしまう。

そこで、JMI 健康調査において「うつ病等の精神疾患を患っている可能性がある」と診断された場合、当該労働者は「療養補償給付」という労働者災害補償保険を使用し無料で通院・治療を行う。「療養補償給付」とは被災労働者が無料で必要な治療を受けることができる現物給付の労働者災害補償保険である。この労働者災害補償保険は労災病院か労災指定病院で診療・治療を行った場合に給付されるため、労働者は労災病院か労災指定病院で診療・治療を行う必要がある<sup>27</sup>。しかし、現在全ての病院が労災指定病院の指定を受けているわけではなく、労働者災害補償保険が使用できない病院も存在する。つまり、治療を行う病院を選択する際に必然的に選択肢が限定されてしまい、治療の弊害となる可能性がある。

その弊害を除去するため、当研究会は全ての病院に労災指定病院登録を義務化するという政策を提言する。この政策により全ての病院において労働者災害補償保険が使用できるため、かかりつけの病院が労働者災害補償保険を使用できるのか確認する、労働者災害補償保険が使用できない場合に新たに労働者災害補償保険が使用できる病院を探す等を行う必要が無くなるため、治療を受けたい病院で治療費の心配をすることなく治療を受けることができるようになる。

#### 4.6 メリットとデメリット

当研究会が提言する政策のメリットは、

- ① JMI 健康調査によりうつ病等の精神疾患を患っている可能性があるかチェックできる。
- ② 「二次健康診断等給付」を利用することで労働者の費用の負担を無料とする。
- ③ 全ての病院において労働者災害補償保険が使用可能になる。

という3点である。

デメリットとしては、

- ① 財源が労働者災害補償保険であるため、検査・治療を行う労働者が増加すると、企業が支払っている労働者災害補償保険料の保険率が引き上げられ、企業の金銭的負担が増加する。

という点が挙げられる。

このデメリットの解決策としては「二次健康診断等給付」と「療養補償給付」の削減が有効である。しかし、「二次健康診断等給付」は JMI 健康調査の導入を義務化していることから削減は困難である。それに対し、「療養補償給付」の給付は検査・治療を行った場合であるから、検査・治療が行われなければ給付する必要はない。つまり、うつ病等の精神疾患を患わない、或いは患いにくい労働環境を整備すれば、合法的に「療養補償給付」の削減が可能となり、労働者にとっても労働環境が改善することはうつ病等の精神疾患を予防することにも繋がり、労働者・企業共に非常に有益である。

<sup>27</sup> 「労働者災害補償給付 療養補償給付」より



## 第5章 まとめ

当研究会は自殺問題を最大の問題として、労働面と経済面から自殺問題の研究・分析を行った。その結果、当研究会が仮説として立てた「過労→うつ病(精神疾患)→自殺」という自殺に至るプロセスは、階層別時系列データ(重回帰分析)・パネルデータ(パネル分析)を用いて自殺と関係などの関係を計量的に分析した結果、重回帰分析では男性については20～24歳・55～59歳、女性については20～24歳において過労と自殺の関係が有意であり、パネル分析においても過労と自殺の関係は有意に検出された。つまり、当研究会の仮説は計量的にも立証された。

この結果を元に当研究会は、「過労→うつ病(精神疾患)→自殺」という自殺に至るプロセスを改善するために JMI 健康検査の完全導入を行い、自殺の前段階であるうつ病等の早期発見を行う。その財源には労働者災害補償保険の「二次健康診断等給付」を使用し、労働者に負担のかからない制度を構築する。しかし、現在の「二次健康診断等給付」の給付要件にはメンタル面の給付要件が設定されていないため、JMI 健康調査の費用を賄うことが困難である。よって、新たに JMI 健康調査の実施という給付要件を新設して JMI 健康調査の費用を賄う。

検査・治療を行う際には労働者災害補償保険の「療養補償給付」を適用し、労働者が医療費の負担を心配することなく治療を行うことができる環境を整える。検査・治療を行う際には労働者災害補償保険を使用するために労災病院又は労災指定病院を利用する必要があるが、現在全ての病院がその指定を受けているわけではない。よって、日本の全ての病院を労災指定病院として登録することを義務化し、どの病院においても労働者災害補償保険の使用することができるようにする。

これまで述べてきたように、自殺問題とは、我々の生活に実害を与える労働・経済問題という面も有している。当研究会が提言した政策が、日本の自殺問題の改善・解決の一助となれば幸いである。

## ・参考文献・データ出典

### 《先行論文》

- ・ 国立大学法人京都大学(2006年)「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」(内閣府委託研究)
- ・ Hamermesh, D. S, and Soss, N. M. (1974) “ An economic theory of suicide ” . *Journal of Political Economy*, 82, 83-98.

### 《参考文献》

- ・ 川人 博 (1998年) 「過労自殺」 岩波新書
- ・ 川人 博 (2006年) 「過労自殺と企業の責任」 岩波新書
- ・ 内山 喜久雄・中澤 次郎 (1999年) 「産業カウンセリング事典」 川島書店
- ・ 上里 一朗・末松 弘行・田畑 治・西村 良治・丹羽 真一 (2005年) 「メンタルヘルス事典」 同胞舎目メディアプラン
- ・ 松浦 克己 コリン・マッケンジー (2005年) 「EViewsによる計量経済学入門」 東洋経済新報社

### 《データ出典》

- ・ 警察庁統計 警察庁生活安全局地域課 「平成19年度中における自殺の概要資料」  
[http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19\\_zisatsu.pdf](http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf)  
2008年11月17日閲覧
- ・ 二次健康診断等給付のしくみ  
<http://www.roudoukyoku.go.jp/seido/rousai/rousai-2jib.htm#1>  
2008年11月17日閲覧
- ・ 二次健康診断等給付について  
<http://www.roudoukyoku.go.jp/seido/rousai/rousai-2ji.htm>  
2008年11月17日閲覧
- ・ 労働者災害補償保険 療養補償給付  
<http://www.page.sannet.ne.jp/e-furu/taisyoku/rousaihoken.htm>  
2008年11月17日閲覧
- ・ メンタルヘルス対策・EAP - 世界の職場メンタルヘルス最新事情  
<http://counseling.st/hr/news/2006/1.php>  
2008年11月17日閲覧
- ・ 約束を達成するために アメリカにおけるメンタルヘルスケアの変革(要旨)  
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/ld/mental/index.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・ The Unmedicated Mind - WSJ\_com (ウォールストリートジャーナル 2007年7月13日)  
[http://online.wsj.com/article/SB118428285736265304.html?mod=googlenews\\_wsj](http://online.wsj.com/article/SB118428285736265304.html?mod=googlenews_wsj)  
2008年11月17日閲覧
- ・ CDC Antidepressants most prescribed drugs in U\_S\_ - CNN\_com (CNN 2007年7月9日)  
<http://www.cnn.com/2007/HEALTH/07/09/antidepressants/index.html>  
2008年11月17日閲覧

- ・アメリカの成人 9.5%がうつ病（鬱病）などの感情障害 —企業のメンタルヘルス対策—  
専門家や海外ジャーナリストのブログネットワーク（メディアサボール 2007年7月31日）  
<http://mediasabor.jp/2007/07/95.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・アメリカ企業の成果主義は変わるのか？ —企業のメンタルヘルス対策 その2— 専門家や海外ジャーナリストのブログネットワーク（メディアサボール 2007年8月24日）  
<http://mediasabor.jp/2007/08/2.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・財団法人社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所  
<http://www.js-mental.org/jmi.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・公共広告機構  
<http://www.ad-c.or.jp/>  
2008年11月17日閲覧
- ・患者さん向けのやさしい医療情報  
<http://senjukaihomepage.web.fc2.com/f-utu6.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・連合総研「現代福祉国家の再構築シリーズⅡ 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」  
<http://www.rengo-soken.or.jp/>  
2008年11月17日閲覧
- ・総務省統計局・政策統括官（統計基準担当）・統計研修所  
<http://www.stat.go.jp/>  
2008年11月17日閲覧
- ・内閣府 平成12暦年連鎖価格 GDP 需要項目別時系列表  
<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/qe082-2/gaku-jfy0822.csv>  
2008年11月17日閲覧
- ・厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/>  
2008年11月17日閲覧
- ・財務省  
<http://www.mof.go.jp/>  
2008年11月17日閲覧
- ・警察庁統計  
<http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>  
2008年11月17日閲覧
- ・中小企業数及び全企業数に占める割合  
<http://www.pref.osaka.jp/aid/naniwa/naniwa2003/n2003misspoint.pdf>  
2008年11月17日閲覧
- ・臨床心理学にいる：心理アセスメント 028 CMI 健康調査票  
<http://www.nutshell.jp/mind/2004/09/28cmi.html>  
2008年11月17日閲覧

- ・健康度を測るテスト(CMI など) | 病院・薬・サプリメントの情報満載! health クリック  
<http://www.health.ne.jp/library/0100/w0100015.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・UTU-NET「うつ」生活お役立ち情報  
<http://www.utu-net.com/utuinfo/01/01.html>  
2008年11月17日閲覧
- ・電通自殺過労死事件  
<http://homepage1.nifty.com/rouben/saiban/000324dentsu.htm>  
2008年11月17日閲覧
- ・大阪過労死連絡会  
<http://homepage2.nifty.com/karousirenrakukai/>  
2008年11月17日閲覧
- ・自殺率：厚生労働省 自殺死亡統計の概況 人口動態統計特殊統計  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/suicide04/>  
2008年11月18日閲覧
- ・失業率：総務省 統計局ホームページ 労働力調査 長期時系列データ  
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/03roudou.htm>  
2008年11月18日閲覧
- ・離婚率：厚生労働省「人口動態統計」  
[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2006/toukeihyou/0006067/t0134671/MH060000\\_001.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2006/toukeihyou/0006067/t0134671/MH060000_001.html)  
2008年11月18日閲覧
- ・現金給与総額：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」 JILPT 労働統計 DB/分類事項等選択  
[http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P\\_TYOUSU=R1&P\\_HYOUJI=C0050&P\\_KITYOU=0](http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P_TYOUSU=R1&P_HYOUJI=C0050&P_KITYOU=0)  
2008年11月18日閲覧
- ・新規破産件数：法務省「司法統計年報」  
<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/530AA2ABEA9B8889492570590018981D.pdf>  
2008年11月18日閲覧
- ・平均人員：平成20年版 厚生労働白書<br>資料編 PDF・バックデータ  
[http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/08-2/kousei-data/pdfNFhtml/sh08010100.html#1\\_1\\_0\\_1](http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/08-2/kousei-data/pdfNFhtml/sh08010100.html#1_1_0_1)  
2008年11月18日閲覧
- ・超過労働時間：JILPT 労働統計 DB/分類事項等選択  
[http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P\\_TYOUSU=R1&P\\_HYOUJI=C0040&P\\_KITYOU=0](http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P_TYOUSU=R1&P_HYOUJI=C0040&P_KITYOU=0)  
2008年11月18日閲覧
- ・所得格差：内閣府 平成18年度国民経済計算確報  
<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/h18-kaku/20annual-report-j.html>  
2008年11月18日閲覧