

中高年におけるうつ病の現状

坪田 信孝

(広島産業保健推進センター)

1. はじめに

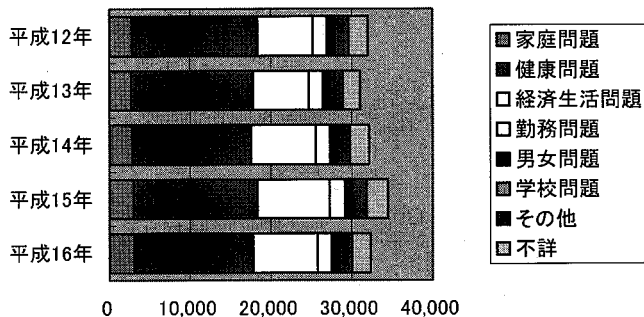
新聞等の報道によると、毎年のように自殺者が増加していると言われている。さらに、そのうち50歳代の自殺者が多い、また、自殺者の60%はうつ病であるとも言われている。ここでは、自殺統計などからこの現状を見直し、「中高年におけるうつ病の現状」に代える。あわせて、この現状を打開するための政策として平成18年4月1日から施行される労働安全衛生法の改訂について概要を説明する。

2. 現状

1) 自殺の動機

まず自殺者が自殺するに至った動機についてみる。これは自殺者が残した遺書から知ることができ、遺書を残す自殺者は3割に満たない。図1は遺書以外の材料からの類推を含めたものである。これによれば、健康問題が半数近くを占め、ついで経済生活問題、家庭問題となっている。疾病を持つ者および経済的困難のある者に対するメンタル面での支援が自殺予防対策となりうることを示している。

図1. 原因・動機別自殺死亡者数

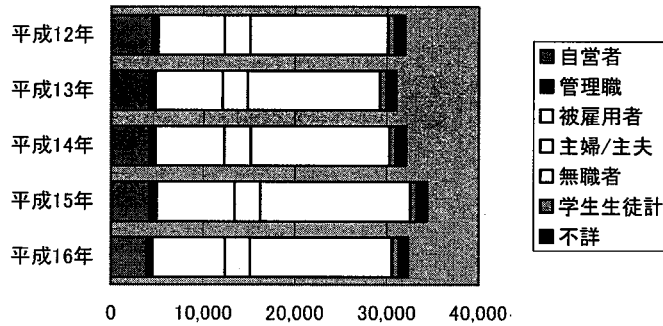


2) 職と支援体制

図2は自殺者の職業を見たものである。無職者が50~60%を占めている。次いで多いのは被雇用者である。被雇用者と管理職を含めた労働者が26%程度を占めている。勤労者として自営業者も含めてみると40%近くになる。このことから、勤労者に対するメンタル支援は国民全体としての自殺予防対策として効果が期待できる。また、労働者に対する健康管理体制は法的規制も含め整備され

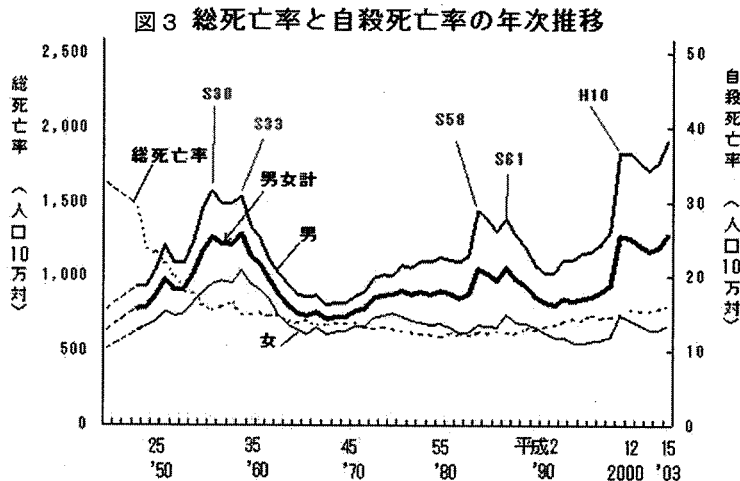
ており、この仕組みを利用すると自殺予防対策を実施しやすい。住民向け健康診断受診率が 20～25%であることと比較し労働者の定期健康診断受診率は 90～100%であり、労働者に対する健康管理は格段にシステマティックな実施体制となっている。うつ病予防対策でもこの体制を利用することが効果的である。また、現在ではほとんど対策は採られていないが、離職者・退職者などの職がなくなってからの 1～2 年を集中的にフォローする支援体制をつくることできれば大きな効果が期待できる。

図2. 職業別自殺死亡者数

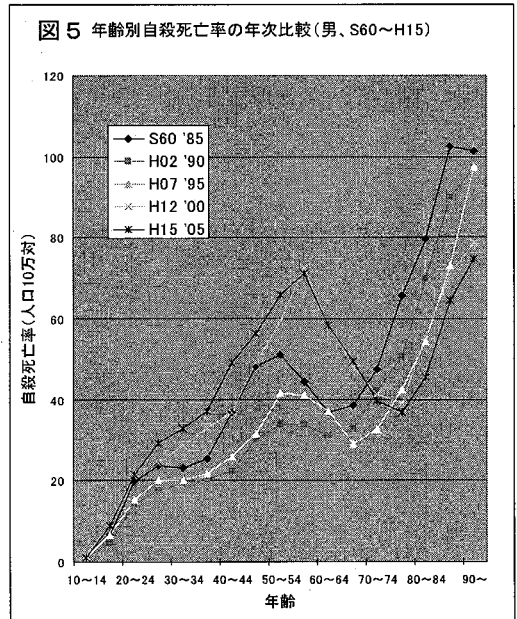
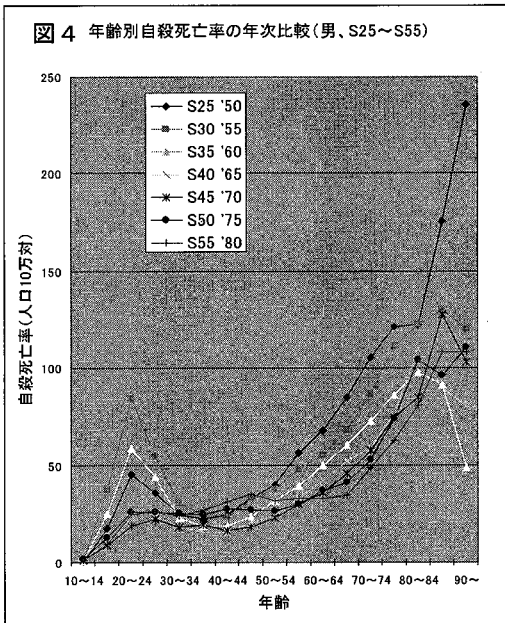


3) 自殺死亡率のピークと年齢構成

図3は戦後まもなくからの自殺者の推移を見たものである。一般には自殺者は漸増してきたようにも言われているが、これまでに3回のピークが発生しており、時代とともに均一な増加であったのではない。最初のピークは昭和 30～33 年を頂点とするもので男女ともにピークを呈している。



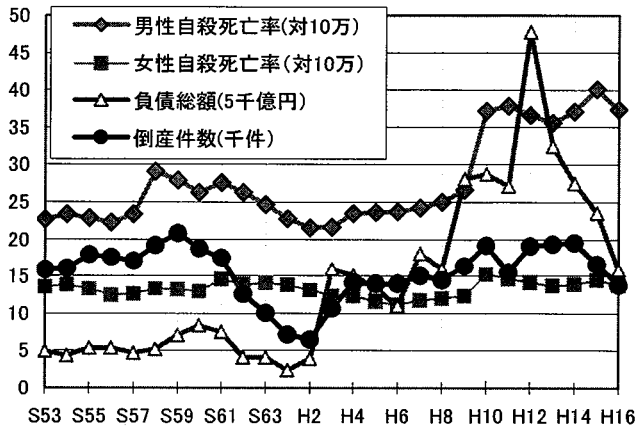
「年齢別自殺死亡率の年次比較（男）」の図4から第1のピークは15～25歳で構成されていたことが分かる。図3の第2のピークは昭和58～61年を頂点とし、第3のピークは平成10年から現在までを頂点としている。図5から図3の第2のピークは45～55歳、第3のピークは45～60歳で、第2・第3のピークはともに中高年男性が構成している。同様の女性のデータでは女性はこの2つのピークにはほとんど関与していない。



4) 高自殺死亡率と経済

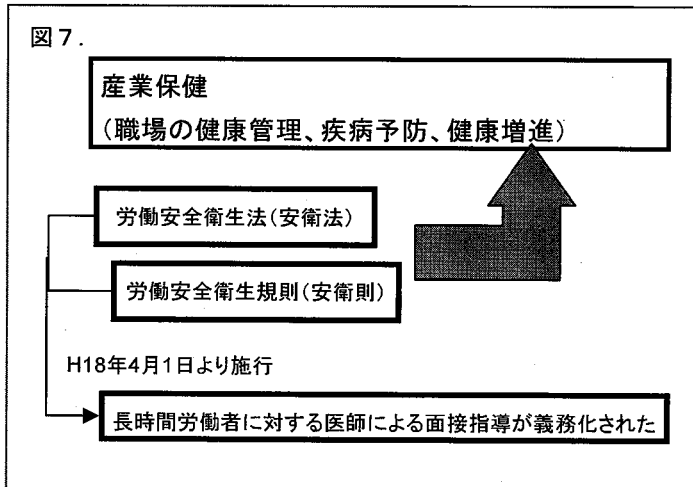
図6は性別自殺死亡率の年次推移に倒産件数と負債総額の推移を重ねたものである。自殺死亡率の昭和58～61年のピーク(図3の第2のピーク)は倒産件数のピークと倒産件数のピークの合成ピークを想定すると一致している。図3の第3のピークに相当する平成10年以降のピークは負債総額の極めて高いピークと重なっている。倒産件数のピークに比べ負債総額のピークが極めて高く、大企業型倒産が作るピークであることが分かる。平成15～16年には倒産件数、負債総額のピークは下がっているが自殺死亡率のピークは低下していない。大型倒産の強い影響が残存しているとみることができる。これらから、医学・医療面での対策だけでなく、社会経済的施策に影響されていることにも留意しておく必要がある。

図6. 性別自殺死亡率と企業倒産の年次推移



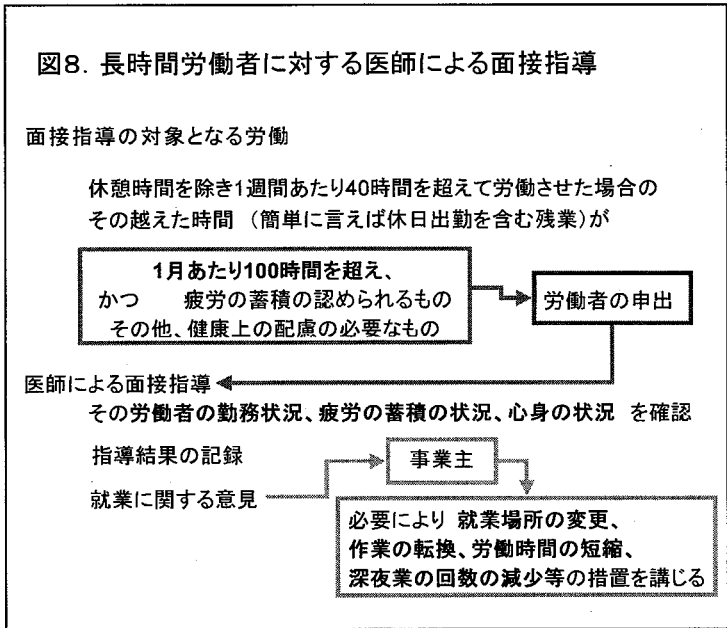
3. 勤労者の健康管理の基盤と改正労働安全衛生法

さて、勤労者の健康管理の施策はシステムティックにできていると述べたがその法的基盤を図7に示した。職場において勤労者の健康管理をし、疾病を予防し、また健康増進を図るシステムを総合して産業保健と呼んでいる。労働安全衛生法はこの仕組みを職場に作ることを労働者を雇入れている者、即ち事業者に義務付けている。実際に行うべき細部を労働安全衛生規則で定めている。この法と規則がわが国の産業保健を構築し維持している。



平成17年にこの法の一部が改正され、改正された法と規則が平成18年4月1日より施行される。改正の重要なポイントの1つは「長時間残業を行った労働者に対する医師による面接指導が義務付けられた」ことにある。この改正では長時間の労働による健康への悪影響として脳血管障害、心臓病の発症ならびに心の健康への障害を上げている。職場起因性のうつ病とその結果としての自殺への対策はこの法改正の狙いの一つである。

図8で面接指導の基本的流れを示した。1月に100時間以上の残業をした者を一応の目安として労働者の申し出があれば医師による面接指導を行わなければならないこととなった。面接指導の中で医師は当該労働者の勤務状況、疲労の状況、心身の状況を把握しこれらの要点をまとめ指導結果の記録とする。これに就業上の変更等が必要な場合その旨を意見として追加し事業主に提出する。事業者はこれを5年以上保管しなければならない。また、医師の意見にもとづいて図に示したような就業上の措置を講じなければならない。



4. セミナーの導入として

自殺死亡統計から戦後3回のピークがあったこと、現在はその第3のピークの中にあり3万人を超す死亡数となっていることがわかる。その背景として社会経済的要因とくに職を失う企業倒産の影響が考えられ、社会経済的要因の中で適切な予防と医療の体制整備が必要である。

その1つとして法による規制がある。法規制による脳血管障害・心臓病の予防対策に加えて心の健康障害予防対策がこれからスタートする。法規制の中には実施義務が明記されたもの他、努力しなければならないと記載された「努力義務」もあるが、後者を「しなくてもよい」と軽視しそのことを起因とする自殺死亡などが発生すれば労働災害と認定され、事業者は安全配慮義務違反として厳しく責任を問われることになる。

極めて高い自殺死亡のピークの中にいる現状とそれに対するスタートしたばかりの法規制を示しセミナーの導入とする。