

日本労働年鑑 第73集 2003年版
The Labour Year Book of Japan 2003

特集 メンタルヘルス問題と職場の健康—その現状と対策

第一章 メンタルヘルス問題の現状

一 世界と日本の状況

職場におけるメンタルヘルスは世界的に悪化している状況にある。ILOの報告によると、アメリカでは年間二億労働日の損失があり、治療に関連した国民支出は三〇〇～四四〇億ドルにも達している。イギリスでは毎年労働者の一〇人中約三人がなんらかの精神的な不調を感じ、およそ六〇〇万労働日の喪失が推定されている。フィンランドでは労働者の半分以上が睡眠障害などストレスによる何らかの症状を示しており、ドイツでは精神的な不調による欠勤で生じる喪失は年間五〇億マルクを超すとみられている。うつ病の有病率はWHOの推定によれば全人口の三～五%を占め、ILOによれば近い将来、うつ病を患う人は最大三億四〇〇〇万人にもものぼると予測されている。

最近では、韓国でも労働者のメンタルヘルスの悪化が観察されている。二月一日の『Korea Herald』によれば、韓国保健福祉部は一八歳から六四歳までの六一一四人を九ヵ月間にわたって調査し、三一%がニコチンやアルコールへの依存、メンタルヘルスの不調に悩んでいることを明らかにした。ニコチンやアルコールへの依存者を除いても、一〇人中一人がうつ病やパニック障害、統合失調症などの精神疾患に悩んでいる。これらの精神疾患のうち、女性は男性の二・七倍である。またアルコール依存は一六・三%にみられた(ちなみに米国では一三・七%)。

同部は〇一年だけで、ニコチンやアルコールへの依存者を除いても国民の約二八〇万人が精神疾患に罹患していると推定している。しかし罹患者のわずか八・七%が専門的な対応を受けているに過ぎず、その理由として精神疾患の治療に対する抵抗が大きいことをあげている。また、アルコール依存は四〇歳代の男性に多く、離婚や別居により増加するとしている。半面、うつ病は女性に多い。

韓国の産業医学雑誌の英文抄録によると、ビデオテープ製造業における消化器系の心身症の研究、交代勤務者における不安、抑うつ、免疫機能の研究(交代勤務者では抑うつ反応が有意に増大する)、テレビ製造業におけるストレス反応の職種差の検討などが論じられている。これらの研究は、韓国の現状が基本的にはわが国と変わらないことを示唆する(韓国の資料は、財団法人源進職業病管理財団の朴賢緒理事長の御厚意により入手した)。

それでは、わが国はどのような状況にあるのか。先に示した韓国保健福祉部のような公的調査は必ずしも十分には行われていない。また、心の病の頻度がどのように推移しているのかを判断するのは、意外に困難である。ここでは、入手可能な公的資料として、厚生労働省が三年に一度実施している患者調査にもとづいて検討する。ある疾患において、調査日に病院および診療所で受療した患者の推計数を推計患者数といい、推計患者数を人口で除して人口一〇万対で表した数を受療率という。巻頭色刷り図1は、八一年の外来受療率を一〇〇とした場合の、精神疾患(メンタル)、糖尿病、循環器疾患、呼吸器疾患の受療率の変化割合(%)の推移を示したものである。九六年から疾

病の分類法がICD-10に変わり、それまでの単純な比較ができないという制約はあるものの、心の病の増加率は、糖尿病のそれをも超えており、客観的な事実といえよう。

また社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所が〇二年に上場企業人事担当者を対象に行ったアンケート調査によれば、二八二の企業のうち約半数の企業が、最近三年間の企業における「心の病」は「増加傾向」であるとし、八割を超える企業が今後は社会全体でも増加すると回答した。従業員の「心の病」で最も多い疾患として「うつ病」を挙げた企業は七二・三%で、そのうち従業員数が三〇〇〇人以上の企業では八四・六%にのぼった。心の病による「一ヵ月以上の休業者」がいたとする企業も、五八・五%にのぼっている。ある上場企業の事例では、心の病として治療を受けた年間あたりの従業員数は一〇年間で五倍に増加した。

以上のように、民間企業の場合、メンタルヘルスはどの業種・職種でも悪化している。公務員の場合も、筆者が講演会やセミナーなどで実際に訪問した、県庁、市役所、裁判所、病院、福祉施設、保育所、学校、研究機関などで、いずれも公式、非公式にメンタルヘルスの悪化が報告された。

二 精神疾患と労働能力との関係

職場のメンタルヘルス問題といえば、うつ病のことを指すといっても過言ではない。軽症であれ、重症であれ最悪の場合自殺をもたらす、長期の休業を余儀なくされる。そのうえ、従来考えられていた以上に再発する率が高く、家族や職場にもたらす影響が極めて大きい。

以前は、統合失調症(精神分裂病)、躁鬱病、てんかんが三大精神病といわれてきた。統合失調症は一〇～二〇歳代の青年期に発病し、三五歳以降の発病は少ない。高学歴社会の日本では就職の前後に発病し療養する事例が多い。てんかんは、ほとんどの場合、薬物療法が進歩して薬を内服することで発作が予防できるため、患者が獲得した労働能力はさして失われない。

うつ病のほかに増加している病気は、アルコール依存症とパニック障害である。重症のアルコール依存症の患者は就労できないため、労働能力が喪失する。それほど重症でない患者でも事故やミスを起こすため、道路交通法が改正されたほどである。アルコール依存者の死因は、肝臓病にくわえて、自殺、がん、心臓病なども多く、交通事故や溺死、焼死などの悲惨な場合も多い。一〇年以上前までは、内科に入院する患者が多かったが、アルコール依存症は精神科で治療する疾患である。入院、通院によって断酒した後は定期的に種々の断酒会に通う必要があり、二〇年以上も断酒していたのに、わずか一回の飲酒で元の木阿弥というように、治癒が困難な疾患である。

パニック障害は、晴天の霹靂のように呼吸が苦しくなって死の恐怖に襲われる病気である。発作は長くても一時間程度で命に別状はない。しかし、「またあの発作が起こるのではないか？」と思うだけで不快になる予期不安で苦しみ、日常生活が妨げられる。うつ病とは異なり、患者は種々の身体症状や感覚が重大な病気の現れであるという誤った認識を持ち、自分は病気だという意識、すなわち病識が強い。

したがって、うつ病に比べ、医療機関を受診し治療を受けるケースが多い。適切な薬物療法と精神療法(認知行動療法)で発作は抑えられ、病は克服される。もちろん正しい診断や治療がされないと慢性化してうつ病を合併するが、正しい診断や治療を受けた患者の労働能力が失われる度合いは少ない。患者は内科医を受診するケースが多いため、適切な診断と治療の普及が職場におけるパニック障害対策の中心的課題となる。

三 自殺とうつ病

1 自殺の現状

ILOによれば、毎年世界で八〇万人もの命が自殺によって失われている。わが国では、〇一年までに自殺者が四年連続三万人を超え、交通事故死者の三倍強となっている。人口一〇万人あたりの自殺者数(自殺率)をみると、九七年までは二〇前後で欧米並みであったが、九八年以降急増した(第1表)。

第1表 自殺率(人口10万対)の国際比較
(カッコ内は西暦)

	日(01)	米(94)	英(95)	仏(95)	独(95)	伊(93)
総数	24.4	12.0	7.4	20.8	15.8	8.2
男性	35.6	19.8	11.7	31.5	23.2	12.7
女性	13.7	4.5	3.2	10.7	8.7	4.0

〔備考〕厚生労働省「人口動態統計」国民衛生の動向2000年
および警察庁「平成13年度における自殺の概要資料」
から作成。

警察庁の発表では、〇一年の自殺者総数は三万一〇四二人で、前年に比べ九一五人減少した。年齢別では六〇歳以上が一万八九一人(三五・一%)、次いで五〇歳代が七八八三人(二五・四%)、四〇歳代が四六四三人(一五%)、三〇歳代が三六二二人(一一・七%)、二〇歳代が三〇九五(一〇%)、二〇歳未満が五八六(一・九%)の順となっている。残る三二二人の年齢は不詳である。

自殺を原因・動機別で見ると、健康問題が四〇・一%、次いで経済・生活問題が三一・五%、家庭問題が九・四%、勤務問題が六・六%の順になっている。職業別では、無職者が全体の四六・五%を占め、次いで被雇用者二三・五%、自営者一三・四%、主婦・主夫八・七%の順になっている。性別では、男性の七一・三%に対して女性は二八・七%で男性に多い。

巻頭色刷り図2は、完全失業率と自殺率の推移をみたものである。この種の図は種々の文献で見られるが、失業率増加が自殺の増加の原因になっているとは、必ずしもいえない。〇一年の失業者の自殺率を計算すると三六・六で、男性全体の自殺率三五・六とさして変わらない。自殺率の変動は、景気をはじめとした経済情勢と関連することを示しているにすぎない。自殺の背景は複雑で、本人をとりまく環境のみならず、性格、年齢、疾患、職業などの個人の要因、家族との関係などさまざまな要素が関係している。

生命的危険性の高い手段により自殺をはかったものの、幸い救命された者について検討すると、うつ病、統合失調症(精神分裂病)および近縁疾患、アルコールや薬物依存などの精神疾患を有する者の割合が七五%であった。なかでも、うつ病の割合が高いと報告されており、自殺はうつ病と強い相関関係があることが示されている。しばしば経済問題や家庭問題などの原因・動機に目が向きがちであるが、自殺の多くは心の病によって正常な判断力が損なわれたためにとる行為と解釈することが重要である。遺言の有無は正常な判断力の根拠にはならない。

また、一度でも自殺未遂を起こした人は、手段や程度にかかわらず、その後の人生で自殺するリスクが、そうでない人の数百倍もある。「死ぬ、死ぬという人ほど死なない」とか「未遂を繰り返す人は周囲の気を引いている」という俗説があるが、これはまったくの誤りで、精神科的な介入が求められる緊急事態である。

うつ病などを予防し、治療することによって少なくない自殺が防げる可能性がある。

2 うつ病の症状と病前性格

いわゆるうつ病は「大うつ病」といわれ、気分は抑うつと正常の間を推移し、躁と鬱を繰り返す躁鬱病(双極性障害)とは異なる。うつ病は気分が障害される病気で、文字通り憂鬱になる、わけもなく悲しくなる、意欲、気力、興味、関心が減退する病気である。労働者のうつ病の症状は、日本では、欧米に比べて意欲の低下が中心になり、「仕事に行きたくない」と感じる人が多いとされている。

うつ病患者の発病前の性格的な特徴として、「周囲に楽をさせる、がんばり者の優等生」という、いわゆるメランコリー親和性が古くから指摘されており、変化に弱い、ルールに忠実、物事に優先順位をつけるのが苦手、などという特徴もある。この性格が健康な状態で発揮されている場合を心理学的に「前うつ」と呼ぶ。

社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所の調査では、「前うつ」を示す労働者の頻度は若年者を中心に年々減少しているとされる。しかし、メランコリー親和性がうつ病の病前性格であることは、わが国の労働者にも基本的にあてはまる。最近、山本晴義は『メンタルヘルス マネジメント』において、「うつ病に限らず心身の健康状態が悪い人ほど、会社に従順で、しかも競争心が旺盛」という知見を提示している。また発病年齢は若年化し、二〇～三〇歳代で発病する人が増えていることも指摘している。

残念ながら、うつ病の有病率の時代的な推移をみていくのは国難である。その理由として、(1)調査の土台となる病気の分類や診断基準が時代によって異なる、(2)プライバシーの関係から疾病統計は必ずしも正確ではない、(3)身体症状も多彩で内科を受診する人も少なくないことなどが挙げられる。

(3)についてさらに触れると、うつ病は不眠や食欲不振、倦怠感、頭痛などの多彩な身体症状を引き起こす。とくに、職場におけるうつ病では、発病初期には精神症状よりも身体症状が優位に現れる。さらに問題なのは、うつ病には病気になったという自覚(病識)が伴いにくいことである。だれしも腰が痛くなれば、整形外科か内科を受診するだろう。しかし、うつ病患者は疲労感や仕事がうまく回らないことをまず自覚し、このような不調を気のせいや多忙さ、せいぜいが「ストレス」のためと考える程度である。そのため、日本に限らず外国でも、少なくない患者が精神科以外の一般科を受診する。

わが国では、一般科を受診する患者の六%以上がうつ病であると推定されている(正しく診断されていない人も含めて)。このような現象を古くから「氷山の一角論」と呼ぶ。事実、九〇年代以降の欧米の報告でも、精神科や内科を含めて、うつ病患者全体の三分の一から半数が医療機関を受診しているにすぎない。俗に精神科の敷居が低くなったとか、逆に精神疾患への偏見はまだ多いなどと言われるが、大事なことは、この病気は精神科だけの病気とは限らないことである。身体症状の多彩さと病識の乏しさはメンタルヘルス対策を考えるうえでのポイントとなる。

3 うつ病の疫学

統計的研究が困難とはいっても、わが国におけるうつ病の歴史的な推移を大雑把に推定すると、六〇年までの調査では躁鬱病として分類されており、その生涯有病率(一生のうちで一度でも罹患する割合)は〇・五%で、精神分裂病より低かった。ところが、九三年の報告によると、大うつ病の生涯有病率は一五%(男性一〇%、女性二五%)にも達している。古い時代の調査では重症例だけが報告されていた可能性があることと、実際にうつ病が増えていることのいずれか、あるいは両方が考えられる。

しかし、近年の精神医学の報告では、軽症のうつ病が実際に増加しているとの報告が多い。前述したように自殺の多くはうつ病を土台にしているため、九八年以降の自殺の増加から判断してもうつ病の増加は明らかである。ちなみに九四年の米国での生涯有病率は一二・七で、アジア諸国は、台湾〇・九～一・七%(八九年)、香港一・三～二・四%(九三年)、韓国三・四%(九〇年)である。

男女比は一对二で、国内外を問わず女性に多い。にもかかわらず女性に自殺が少ない理由として、女性はアンビバレントな心理をもつため決行前に迷いに迷っていろんな人に相談する、致死性の低い手段をとることが多いことなどが指摘されている。多くの人は死にたい気持ちを何らかの形で表現するが、知識の普及がなされていないこともあり、周囲はそのようには認知しない。日本人の男性労働者は、うつ病になって死にたい気持ちを抱くようになる時期には、「仕事をやめたい」と表現することが多い。

4 うつ病の発病のなりたち

この病気は糖尿病や高血圧症などと同様、多数の遺伝子と環境要因が関与している。第三章一で触れるように、個人の要因(メランコリー親和性など)に加えて、過労を土台として、仕事や仕事外のストレス因子が加わって起こる。

治療のポイントは休養と薬の内服に尽きるが、日本人労働者は精神科の薬を服用することに大きな抵抗がある。病気を早く治そうとして焦る患者も多い。予後は個人の要因、性格傾向に加えて職場や家庭の要因も関係する。また、うつ病では再発も多く、高血圧症や糖尿病のような生活習慣病と類似した面がある。例えていうなら、職場のうつ病は生活習慣に加えて労働習慣に大きく影響される慢性病といえよう。したがって、症状が消えたからといって内服薬を中断するのは危険で、再発を防ぐためには最低五年は服用すべきだという見解が主流である。

再発・難治例における職場の要因は検証されていないが、個人的な要因として、休業することに対する家族(配偶者、親)の無理解があげられる。病気の治療には月単位の休養が必要になるため、身体疾患以上に労働能力が失われる。ポイントは薬物療法と十分な休養で、きちんと治せば後遺症なしに治る。しかし、うつ病患者は「職場に迷惑はかけられない、自分がいなければ仕事が回らない」と考えがちのため、十分な療養指導が不可欠である。

5 発病にかかわる遺伝子と社会経済的環境要因

メランコリー親和性は、企業による労働者の管理とは独立して存在する。最近の医学研究では、これらの性格傾向は遺伝子のレベルで研究され、生育の段階で環境との相互作用により、種々の程度で発現するとみなされている。防衛医大精神科教授の野村総一郎は、「几帳面性の遺伝子」を想定

し、「この遺伝子がもつとも強さを発揮するのは安定期の世界」との仮説をたてている。また「物事の重み付けが苦手」「環境の変化に対して弱い」という性格傾向も注目されている。

うつ病は成人以降に発病することがほとんどであり、患者の五～七%が自殺を企図するが、少ない人は未遂に終わる。これらの年齢層では配偶者がいて既に子孫を残している場合も多いので、「几帳面性の遺伝子」はあまり淘汰されないと考えられる。この性格は決して不利なものではなく、逆に企業社会に適応しやすく成功に結びつく可能性もある。つまり、職場や家庭などの環境(状況)によって有利にも不利にも作用し得ると考えられる。

以下はあくまでも筆者の仮説であるが、高度経済成長の時代にうつ病が少なかったのは、年功序列・終身雇用制度のもとで、メランコリー親和性の労働者は発病にはいたらず、それなりに成功していたことにより説明できる。医学的に高度経済成長時代の労働現場を解釈すると、メランコリー親和性をもつ労働者が適応できる安定した時代であったと考えられる。

それに対して、九〇年代以降の厳しさを増す経営環境、それに伴う成果主義など新たな労務管理手法の導入は、このような労働者に不利に作用する可能性がある。すなわち、メランコリー親和性性格の労働者にとっては変化が急激であったといえる。労働者のメンタルヘルスが悪化した時点を、自殺率の急増が観察された九八年とすれば、「平成不況」が厳しさを増した九〇年代半ば以降は、メランコリー親和性の労働者に相当の心理的影響を及ぼしたと考えてよい。

うつ病は他の大多数の病気と同様に、多数の個人の要因と環境要因とが複雑にからみあって生じるのであり、さまざまな中間項がある。第三章「メンタルヘルス悪化の背景」で述べるように、以上のことを検証するには多くの調査研究の蓄積が求められるが、医学や心理学だけでは手に負えず、人文科学も含めた学際的な研究が不可欠であろう。

日本労働年鑑 第73集

発行 2003年6月25日

編著 法政大学大原社会問題研究所

発行所 旬報社

2006年8月4日公開開始

■ ←前のページ 日本労働年鑑第73集【目次】 次のページ → ■
日本労働年鑑【総合案内】

法政大学大原社会問題研究所(<http://oisr.org>)
