

第6回野田ゼミ

日本の生産者人口の自殺について

～研究計画書「労働者における抑うつ症状とその関連要因」の前段階として～

修士論文の研究計画における主題

修士論文の研究計画における主題は「労働者における抑うつ症状とその関連要因」である。つまり、抑うつ傾向である人は、その傾向でない人と、どのような要因で差がみられるかを調査し、探索的解析を行うことによって、予防策となる考察を導くことが目標となる。

また、調査方法として質問紙とは別に Web 調査システム構築を独自に行い、倫理規定に基づいた上での回答率増加や、調査方法の信頼性を確保することも研究課題とする。なお、具体的な研究方法については次回発表予定とする。

今回のテーマをあげた理由

修士論文におけるテーマの前段階として、日本の生産者人口の自殺について考察する。

臨床心理士指定大学院修士生においては、卒業後、心理職であれば、直面するクライアントまたはその親、教育界であれば、児童・生徒の保護者の世代に関わる、避けて通れないことだからである。

生産年齢人口、32年ぶり8000万人割れ 総務省推計

総務省が15日発表した2013年10月時点の推計人口によると、数値を公表し始めた1950年以降、15～64歳の生産年齢人口が32年ぶりに8千万人を割り込んだ。一方で65歳以上の高齢者（老年人口）は過去最高の25.1%に達した。

推計人口は国勢調査をもとに、毎月の人口移動などを加味して算出するもので、毎年4月に前年10月時点の数値を公表している。総人口には定住外国人を含めている。

15～64歳の生産年齢人口は前年より116万5千人減って7901万人。総人口に占める割合は62.1%。

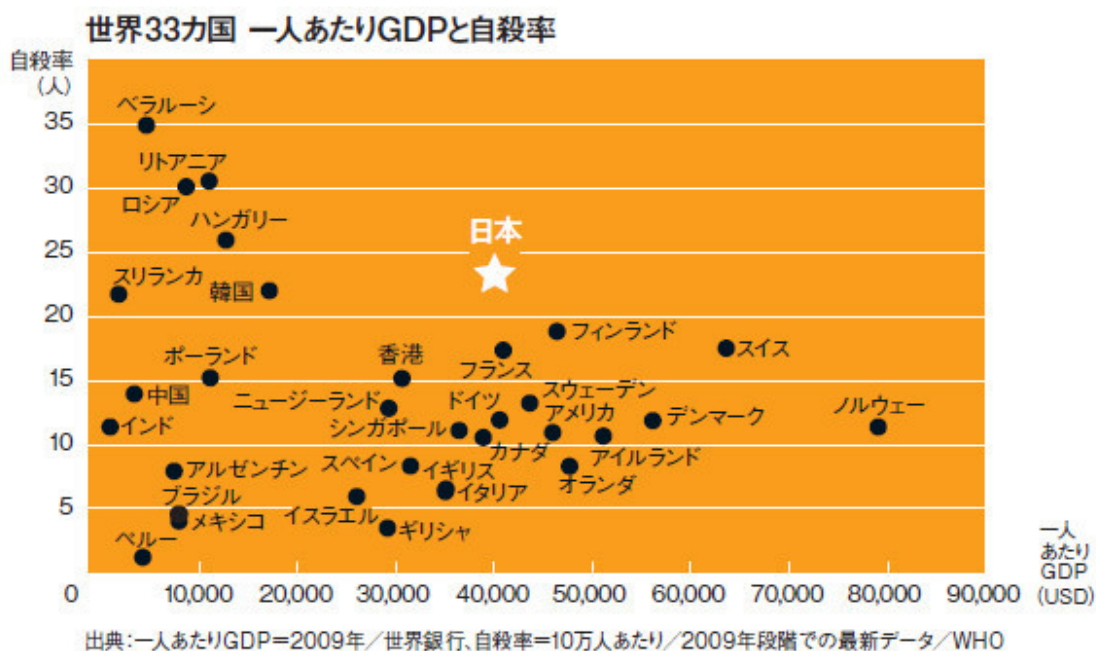
65歳以上の高齢者は前年より110万5千人増えて3189万8千人。総人口に占める割合は25.1%と過去最高を更新した。

定住外国人を含む総人口は1億2729万8千人で3年続けての減少。前年比で21万7千人減り、減少幅は3年連続で20万人を超えた。（日本経済新聞電子版,2014/4/15 15:09）

研究計画に先立って、「抑うつ」に着目した理由は、労働者の自殺の主要因としてあげら

れる「うつ病」が、生産労働人口における病理として避けられない課題だからである。また、厚生労働省の調査では2012年（平成24年）より、全人口における年間自殺率が3万人をきったものの、その減少傾向には団塊の世代が生産労働人口から引退したことで、少子化傾向を差し引いて考えねばならず、生産労働人口における自殺率はむしろ増加していると考えられる。

OECDは、日本はうつ病関連自殺により25.4億ドルの経済的損失をまねいていると推定している。

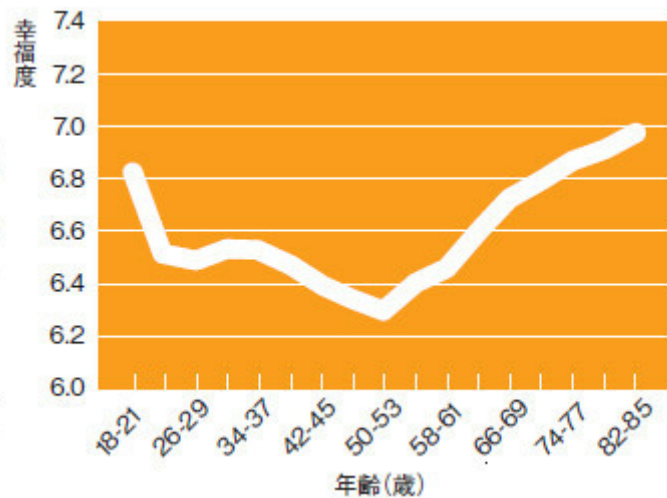


自殺率の世代差

20代から30代にかけては自殺が死因のトップとなっており、2003年（平成15年）の場合、死亡者のうち15.8%(20代前半)、20.9%(20代後半)、22.8%(30代前半)、25.0%(30代後半)が自殺している。

人の幸福度は 50歳以降 また上昇する？

イギリスの経済誌「The Economist」で紹介された「The U-bend of life」。出典は、アメリカのサイエンス誌「PNAS」。グラフは幸福度 = psychological well-being を 1 から 10 で自己申告したもの。



人間の幸福度は年齢に相関する。あるアメリカでの調査で自分の幸福度を自己評価してもらったところ、平均で 46 歳のときが一番不幸だと感じるという結果が出た。（「The Economist」 in U.K. , 2016）

20 代、30 代と年齢を重ねるにつれ幸福感は薄れ、40 代半ばで底を打ち、その後は緩やかに回復する。これはアメリカだけではなく、世界的に共通する傾向のようである。

なぜ 46 歳がいちばん不幸に感じるのか

この年代はいろんな大変な現実直面する時期なのかもしれない。家庭内でのトラブルがあったり、健康面でも生活習慣病や老眼といった不安が出てくる。家庭や健康面だけではない。仕事では先が見えてきて、取締役昇進していく人と子会社に出向する人、転職でキャリアアップを図れる人とそうでない人の二極化が始まる時期でもある。

二極化は、終身雇用制や年功序列が完全に崩壊してからますます顕著になった

高度経済成長期はどんな人でも上昇のトレンドに乗ることができたので、最初は給料が低くても、年齢が上がれば給料も上がることを期待して、さまざまなことを我慢しつつ働いてきたものである。しかし、90 年代以降に日本の GDP の成長が止まってからは、誰かの収入が上がれば他の誰かの収入は下がることは必然で、皆が横並びの状態ではいられなくなった。これまでの滅私奉公の元を取ろうと思った矢先に、はしごを外されたと感じるのも無理はない。（内藤,2011）

ここで問題

諸外国では 46 歳を境に幸福感が増していくのに、日本ではそのような U 字回復が見られないことである。こうした日本独特の傾向は、経済的豊かさと自殺率の関係においても見られる。一人あたりの GDP が高いほど自殺率が低下するのが世界的な傾向であるが、日本で

は一人あたりの GDP が高いにもかかわらず、自殺率も高くなっているのである。内藤によれば、諸外国で U 字回復が見られるのは、40 代半ばでさまざまな現実と直面した後、柔軟な思考によってその現実を受け入れられるようになるからと考察している。つまり、自分の夢に現実が追いつかない 20 代、30 代は幸福度が下がっていくものの、ある時点で目標に変化が生じ、現実と理想のギャップを埋めていくことができる。この価値観の転換点が 40 代半ばなのではないかと言うのである。

日本では価値観の転換がうまくなされていない理由

40 代半ばといえばバブル世代であるが、いまだに右肩上がりの感覚や生活習慣を忘れられない人は多い。「自分はこのままでいいのだろうか」という漠然とした不安を感じながらも、何をどう変えればいいのかわからないから問題を先送りする。これが、年齢とともに幸福度が下がり続ける理由であるとしている。(内藤,2011)

幸福とは「自分が好きなことができる選択肢があること」

一度も転職せずに安泰な会社勤めをしてきた人と、転職した人とはどちらが幸せだろうか。

転職組には波瀾万丈な人生を生きている人もいるが、自分で行動を起こして挑戦したという点においては、何となく同じ会社で 20 年を過ごして現在に至った人よりも幸せな人が多いのではないか、という結論に達した。(内藤,2011)

自殺率の性差

世界的には、男性は女性の3倍の自殺をしていると WHO は報告している。日本でも自殺者の70%以上が男性であり、人口10万あたりの年齢調整自殺率は男性26.9、女性10.1、男女では18.5となり（2012年）、日本における自殺の男女比は平均的なものである。

自殺者数および自殺率の動向(警察庁発表)

	自殺者数			自殺率		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性
2003年(平成15年)	34,427	24,963	9,464	27.0	40.1	14.5
2004年(平成16年)	32,325	23,272	9,053	25.3	37.4	13.8
2005年(平成17年)	32,552	23,540	9,012	25.5	37.8	13.8
2006年(平成18年)	32,155	22,813	9,342	25.2	36.6	14.3
2007年(平成19年)	33,093	23,478	9,615	25.9	37.7	14.7
2008年(平成20年)	32,249	22,831	9,418	25.3	36.7	14.4
2009年(平成21年)	32,845	23,472	9,373	25.8	37.8	14.3
2010年(平成22年)	31,690	22,283	9,407	24.9	35.9	14.4
2011年(平成23年)	30,651	20,955	9,696	24.0	33.7	14.8
2012年(平成24年)	27,858	19,273	8,585	21.8	31.1	13.1
2013年(平成25年)	27,283	18,787	8,496	21.4	30.3	13.0
2014年(平成26年)	25,427	17,386	8,041	20.0	28.1	12.3
2015年(平成27年)	24,025	16,681	7,344	18.9	27.0	11.3

うつ病とは？

1. 落ち込みや気力低下などのうつ状態が続くようになる 病気。
2. うつ状態の重篤さと持続期間に注意が必要。
3. 大うつ病、気分変調性障害、適応障害の3つに区別されるが、大うつ病は有病率が高く、症状も重篤であり、治療の必要性も大きい。
4. 気分変調性障害では、思考パターン・行動パターンに問題があり症状も年余に亘ることが多く、薬物療法に加えてカウンセリングなどが必要になる（≡「性格」）。
5. 適応障害は、ストレスに対する一過性の反応であるため、状況が変われば回復する（≡「状況」）。

(熊野,2011)

うつ病の特徴

1. 長い間の過労やストレスで、「神経」をすり減らして起こってくることが多い。
2. しかし、むしろ重症例ではストレスなどとの関連がはっきりしないこともあり、注意を要する。
3. いったん病気が起こると、多かれ少なかれ脳の機能障害が生じていると考えられる。
4. 心の病気というより、脳の病気と考えた方がよい（≡「身体」）。
5. 正しい診断に基づいた適切な薬物療法と十分な休養によって、通常、時間はかかっても100%回復する。
6. 予後を左右する最大要因は正しい診断がつくかどうか。

(熊野,2011)

うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害 Major Depression Disorder

A.以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは(1)抑うつ気分,または(2)興味または喜びの喪失である。

注：明らかに他の医学的疾患に起因する症状は含まれない。

1. その人自身の言葉(例：悲しみ、空虚感,または絶望を感じる)か、他者の観察(例：涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

注：子どもや青年では易怒的な気分もありうる。

2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退(その人の説明,または他者の観察によって示される)
3. 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加(例：1か月で体重の5%以上の変化)。またはほとんど毎日の食欲の減退または増加。

注：子どもの場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ。

4. ほとんど毎日の不眠または過眠。
5. ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)
6. ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退。
7. ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪悪感(妄想的であることもある。単に自分をとがめること、または病気になったことに対する罪悪感ではない)
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められている(その人自身の説明による、または他者によって観察される)。
9. 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮。または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B.その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

C.そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。

注：基準A～Cにより抑うつエピソードが構成される。

注：重大な喪失(例：親しい者との死別、経済的破綻、災害による損失、重篤な医学的疾患・障害)への反応は、基準Aに記載したような強い悲しみ、喪失の反芻、不眠、食欲不振、体重減少を含むことがあり、抑うつエピソードに類似している場合がある。これらの症状は、喪失に際し生じることは理解可能で、適切であるかもしれないが、重大な喪失に対する正常の反応に加えて、抑うつエピソードの存在も入念に検討すべきである。その決定には、喪失についてどのように苦痛を表現するかという点に関して、各個人の生活しや文化的規範に基づいて、臨床的な判断を実行することが不可欠である。

D.抑うつエピソードは、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または他の特定および特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群によってはうまく説明されない。

E.躁病エピソード、または軽躁病エピソードのすべてが存在したことがない。

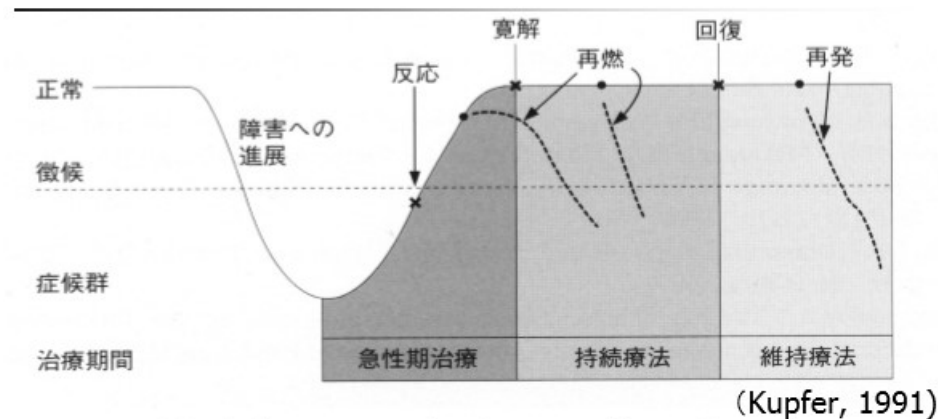
注：躁病様または軽躁病様のエピソードのすべてが物質誘発性のものである場合、または他の医学的疾患の生理学的作用に起因するものである場合は、この除外は適応されない。

うつ病ではないかと思ったら

1. 「最近、年中おっくうで仕方ない」と気づく。
2. 上記の2項目を確認して、大うつ病の診断がつくかどうかを確認する。
3. ポイントは、「毎日のように1日中」続いているかどうか。
4. 2項目とも当てはまれば、罪悪感の項目も確認し、重症度を推定する。
5. 大うつ病の診断がつくようなら、なるべく早めに精神科や心療内科を受診し、中等症以上であれば、月単位の休養のための手筈を整える。
6. 罪悪感や死にたいという思いが繰り返し浮かぶ場合には、「自分を責めないこと」に留意する。

(熊野,2011)

大うつ病は再燃、再発が多い



大うつ病性障害 →60%が 2度目のエピソードあり。
2回のエピソード →70%が 3度目のエピソードあり。
3回のエピソード →90%が 4度目のエピソードあり。

うつ病にならないために

- 1.日頃の自分の疲れ具合に気をつける。
- 2.無理をした後は休んで、心身ともに回復させる。
- 3.うつ状態の様々なサインを見逃さないようにする。
 - ① 気力が出ない、面倒くさい、新聞を読む気がしなくなった
 - ② 頭が回らない、記憶力が落ちた、仕事が進まない
 - ③ 気分がしずむ、気が重い、いらいらする
 - ④ 疲れやすい、身体のあちこちが具合悪い
 - ⑤ 食事がおいしくない、味がしなくなった、体重が落ちた
 - ⑥ よく眠れない、夢が多い、朝早く目が覚める
- 4.ストレスマネジメントに心がける。

(熊野,2011)

うつ病に対する私見

あくまでも CBT は対処療法であるが、自助努力ができないと凌げない世情である以上、知っておくにこしたことはない。なぜなら、今は「望みがなくても光はある(by 河合隼雄)」から。また CBT については第 3 の認知行動療法と言われるマインドフルネスや ACT(アクセプタンス&コミットメント・セラピー)については講義での説明以上に資格試験の必須知識となるため、薄手の本でいいから、実際に何を意味するのかは知っておいた方がいい。

しかし、「うつ」に潜む根源的な人間観を研究せず、安直に DSM や現段階で流行っている心理療法を信じ込むのは危険である。DSM に潜む第 3 の因子はある程度知っておく必要があるし、単体の効果研究の結果というものは、すぐに効果が期待されるものほど、すぐに効果がなくなるものが常だから。

「すぐに役立つものは、すぐに役立たなくなる(by U 先生)」の言い換え。

臨床心理士指定大学院を卒業するまでには、ストレートマスターのほとんどがうつ病になるというのが業界の定説である。

うつ病というものは、人生の転換点においての通過儀礼のようなものである。この移行期においては、死にたいくらい辛い孤独感を味わわないと嘘である。アイデンティティの確立とは一人で食っていくための職業選択をすることであり、それ以外の選択肢を断ち切ることを意味する。

とりわけ心理職や教育職は人の命や子供の人生を預かるものであるのだから、卒業してからでは遅すぎるため、これらの経験は早いに越したことはない。でなければ就職できたとしても、サービスを受ける対象者の迷惑になり、罪悪感で一生後悔するか、本当に自殺する可能性があるから。

でも、ここにいるメンバーは大丈夫。なはず。根拠はないけど直感的に。

個性化と社会化

心理学では個性化はよく社会化との対立概念で用いられる。

現在、発達過程において臨床心理学や精神医学の現場で問題視されるのは社会化の欠如であり個性化はスルーされる事が多い。

これは一人の人間という存在が家族を最小単位とし、広くは地球規模に至るまでコミュニティの中で初めて成り立つものになっているからである。つまり、社会に適応することこそが正常と解釈されてきた所以である。とりわけ日本においては、戦後高度成長期に規格大量生産を成功モデルとしてきた時代精神が人間においても当てはめられ、偏差値教育をあげるまでもなく、平均値から外れない事が異常とみなされない大前提になってきた。しかし、近年の社会病理を考察する場合、この「社会化」並びに「適応」という概念自体の普遍性が疑わしくなっているのではないだろうか。

昨年まで東京で四半世紀暮らして来て、これを痛切に感じたのは 2011 年の東日本大震災以降である。株価だけを見ると一見この 5 年でリーマンショックから経済が回復しているように見られるが、実体経済は格差が広がり正規非正規雇用の比率はこの 25 年で倍増している。それに伴う可処分所得の減少と社会保障費の圧迫などで、将来不安を抱かない方が常識はずれになってしまった。また、東京の通勤ラッシュの時間帯では、毎日どこかの駅で人身事故があり、電車遅延が日常茶飯事になっており、報道にも乗らない異常が日常になっている。この現象と自殺率との因果関係を裏付けるデータは未だ存在しないが、会社勤めの立場だった時を考えると、明らかにこの時間帯が一番「死んでしまいたい」と思う時だというのは合点がいく。実際に 1 年半前のプロジェクト現場で発生した同僚の自殺も早朝だったが、会社という組織においては、これに対処できる柔軟性など失っており、外部機関においても現実的な予防対策をとれるようなシステムがない。

社会というものは個人を生存させるために意義がある概念であり、それ自体に「余裕」、即ち、車のハンドルで言うところの「遊び」がなくては、容易に個人を殺す存在に転換してしまう。要するに個人よりも社会のほうが病んでいる訳で、適応すべきなのは個人ではなく社会のほうである時代に到達してしまったと思われる場面が多々ある。

ここにおいて臨床心理学や精神医学に求められることは、これまでの「社会化」並びに「適応」に対する解釈の転換ではないだろうか。

例えば、[発達障害](#)や[愛着障害](#)といった診断分類はそれまで解明できない症例に対し細分化ができるようになり、少なくとも親の養育態度などが単一原因ではないレベルまで説明できるようになったことは画期的である。しかし、ここにも **disorder(障害)**という表現が [DSM](#)に残されているし、日本の特別支援教育においては都道府県などが行う行政機関として適応指導教室という表現が残されている。つまり厳然として「社会に適応すべきなのは個人である」が常識のまま残り続けている訳である。

右脳と左脳の相補性に対する解明はとてつもない速さで進んでいる。例えば、交通事故

などで言語機能が損傷された部位(左脳)に対する補償部位(右脳)機能の存在が検証できるようになってきた。しかし、脳科学で解明されているものの上位概念として心の理論などがあげられるが、これら社会生活に必要と言われている発達水準の概念に対して明確に説明できている訳ではない。もし、これらの概念を説明できる科学技術があるとすれば MRI などの脳の診断画像だけでは不十分で、シミュレーション技術との相関関係を分析していかなければ知見の積み重ねにはならないだろう。ここに心理学研究法を投入する意義が残されている。

今後の日本を支える産業を考えてみると、情報処理産業の具体的派生及び応用産業として、農業や文化コンテンツ産業などがあげられるが、それぞれの場において求められる人間の能力は想像力や創造力であり、その源泉は個性である。ここに「みんなと一緒」の能力はむしろ邪魔となってくる場合さえある。勿論、秩序の維持を形成することは重要であるが、既存の概念や社会システムの転換期においては、これまでの常識を覆す理論の構築や実践活動が不可欠なはずである。

知性と科学を基盤にする現在において論理の飛躍は許されないが、常識を疑う事から始めなければ現状打開の原点にはならないことは明らかであり、その芽を摘むことのない社会教育や心理教育が求められている時代になっていると痛切に感じる。(原,2015)

参考文献

1. 上原尚紘、蒲原龍、志渡晃一、西基、三宅浩次. 北海道・東北の男性労働者における抑うつ症状とその関連要因―雇用形態別における検討―. 社会医学研究. 第 31 卷 1 号. **Bulletin of Social Medicine, Vol.31 (1) 2014.**
2. もしも「死にたい」と言われたら 自殺リスクの評価と対応,2015, 松本俊彦(著), 中外医学社
3. 日本経済新聞電子版,2014/4/15 15:09
http://www.nikkei.com/article/DGXNASFK15012_V10C14A4000000/
4. Making Mental Health Count - The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care(Report). OECD. (2014-07)
5. 検証！なぜ人は 46 歳が一番不幸なのか 日本人の自殺率は先進国の中では最高…… : PRESIDENT Online - プレジデント
<http://president.jp/articles/-/3116>
6. 早稲田大学臨床心理学講義, (2011 年度後期), 熊野宏招, Last updated on 8/27/2014
http://hikumano.umin.ac.jp/cp_kougi.html
7. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き, 2014/10/23, American Psychiatric Association(著), 医学書院
8. 非定型うつ病のことがよくわかる本 (健康ライブラリーイラスト版),2008,貝谷久宣(監修,監修),講談社
9. 笠原嘉: うつ病の臨床精神病理学: 「笠原嘉臨床論集」を読む, 臨床精神医学, 39 : 3, 2010.
http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi0noX4m5vNAhWMjpQKHcMHCuwQFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.med.kyushu-u.ac.jp%2Fpsychiatry%2F_userdata%2Fdepression.pdf&usq=AFQjCNGt_uLcALKrrSuewd1QUcN-uT5aOZA&sig2=qJNfYC2wmds5Jq-F2o2sBA&bvm=bv.124088155,bs.1,d.dGY
10. 臨床家のための DSM-5 虎の巻,2014/2/24,森則夫(著,編集),杉山登志郎(著,編集),岩田泰秀(著,編集),日本評論社
11. 子午線の通る場所 -個性化と社会化-,2015,原淳,ブログ
<http://junhara.exblog.jp/m2015-12-01/>