

精神疾患の流行に関する社会学的研究（3）

Sociological Studies on the Epidemic of Mental Disorders (Part3)

佐藤 雅浩*

SATO Masahiro

本稿の目的は、医療機関において「うつ病」と診断される人々の増加に対する医療専門職（精神科医）の認識を分析することで、精神疾患の流行に対して医療専門職が果たし得る社会的な役割を考察することにある。本稿に先行する2つの論文（佐藤 2019, 2021）においては、主として「うつ病」に罹患経験のある人々を対象とした調査データを分析することで、精神疾患に関する医学的知識の普及過程や、当該の知識が当事者によって受容される具体的なプロセスについて、その実態を明らかにしてきた。これに対して本稿では、「うつ病」の診断を下す制度的な資格を有する専門職に従事する人々の認識に焦点をあて、彼らが同病の「流行」に対して、どのような解釈枠組みを有しているのかについて分析する。この作業を通じて、彼らの認識やそれに基づいた実践が、精神疾患の流行という現象の総体的プロセスにおいて、今後どのような効果をもたらす可能性があるのかについて考察する。

キーワード：精神疾患、うつ病、流行、医療化、精神科医

1. 問題意識と先行研究

本稿は、1990年代後半から日本で生じた「うつ病」と診断される人々の増加現象（以下「うつ病の流行」と呼ぶ）に対する医療専門職（精神科医）の認識を分析することで、上記のような人々が増加する現象に関するメカニズムの一端を明らかにしようと試みるものである。

本稿に先行する2つの論文（佐藤 2019, 2021）でも指摘したとおり、1990年代後半から日本社会においては、いわゆる「うつ病」に分類される精神疾患の患者数が増加傾向にある。現時点で詳細が確認できる最新版の患者調査（2017年）によれば、日本の医療機関における「うつ病」を含む「気分障害」の患者数は推計で120万人を超えており、1999年の時点と比べると、今世紀に入ってから約3倍に増加している。また、同統計において「うつ病¹」に分類される疾患で医療機関にかかって

* さとう・まさひろ、埼玉大学大学院人文社会科学部研究科准教授、社会学

¹ 2017年の患者調査において「うつ病」として集計されているのは、ICD10（WHOによる「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」）における精神及び行動の障害のうち、F32（うつ病エピソード）とF33（反復性うつ病性障害）である。なお本稿で言う「うつ病」は、佐藤（2019）の脚注4で定義した「うつ」概念と同一である。

いる患者数も、2017年には100万人に近い数字に達している²。こうした「うつ病の流行³」については、これまで多くの論者がその要因について言及してきた。論者によってその強調点は異なるが、既存研究が「うつ病の流行」をもたらした要因と見なしている出来事は、大別して2つある。

1つ目は、グローバルな製薬企業の活動、就中、抗うつ薬マーケティングと呼ばれる企業活動である。佐藤(2019)でも要約した通り、先行研究においては、新世代の抗うつ薬とされたSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)の市場導入に際して、製薬企業が医学界や公的機関等と連携する形で「うつ病」に対する疾患啓発を行ったことが、受診する患者層の拡大につながった可能性が指摘されている⁴(富高 2009, Watters 2010=2013, Healy 2004=2005)。また2つ目の要因としては、精神疾患に関する診断体系の変更が挙げられる。3-2でも後述するが、こうした議論ではアメリカ精神医学会の診断マニュアルであるDSM(『精神疾患の診断・統計マニュアル』Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の影響が指摘される。とくに原因論を排した「症状にもとづく診断アプローチ」(Horwitz & Wakefield 2007=2011: 141)を採用した同マニュアル第3版(DSM-III: 1980年出版)においては、さまざまな原因で生じる「うつ」症状を一括した「大うつ病(major depression)」概念が成立すると同時に、それまでは生物学的基盤をもつとされた「うつ病」概念の限定性が失われ(北中 2014: 2)、「うつ病」の概念に含まれる人々の数が増加した。そこに1つ目の要因である製薬企業のプロモーション活動が引き金を引く形で、日本では1990年代後半以降の「うつ病の流行」が作られたというのが、こうした議論の要諦である⁵。

以上のような「うつ病の流行」についての解釈は、その指摘が実体主義的なもの(=「うつ病」に罹患した人が医学的事実として増えているという考え方)というよりも、診断される患者数が増加する背景にある政治経済的、あるいは社会的な諸変数を考察しようとしている点で、ある意味では社会科学的なものといえる。より特定化していえば、このような視角は、社会問題に対する構築主義的な研究プログラム(中河 1999)とも親和性が高く、社会問題の構築主義的な研究の分野でいわゆる「暴露(デバンキング)派」的な言説に近い⁶。よって、「うつ病の流行」あるいは本稿の表題ともなっている「精神疾患の流行」という現象については、既存研究においても、ある一定の分析視角が提示されてきたといえる。

しかし、これまでの研究においては、深く追求されていない事実がある。それは、上記のような「暴露(デバンキング)派」的な言説を構成している主体(論者)の多くが、少なくとも日本国内に

² 厚生労働省「平成29年患者調査の概況」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>; 2022年6月アクセス)

³ 本稿において「うつ病の流行」という概念は、大前(2012)が「抑うつ(depression)」という言葉の用法として指摘した3つの精神状態(「悲しみ」「デプレッション」「うつ病)」を経験した個人が、社会の中で精神科医やカウンセラー等の医療専門職あるいは心理専門職に援助を求め、精神医学的な治療もしくは診断を受ける事態が漸増する現象を指す。

⁴ 1980年代以前の欧米における抗うつ薬開発と製薬企業の活動をめぐる経緯については、Healy(1997=2004)が詳しい。

⁵ ただし、ここで挙げた2つの要因は互いに独立なものではなく、相互に関連しあっている。なぜならば「製薬会社の利害関心に応じて、あるいはそれへの反応としてDSMは形成される」(Cooper 2014=2015: 48)からである。

⁶ 「デバンキング(debunking)」という用語は、一般的に誤った情報を否定する、その正体を暴くといった意味で使われるが、社会問題の構築主義的な研究の文脈では、より限定的な意味で使われる。中河伸俊の紹介によれば、この文脈では社会問題の構築主義的な研究で高名なアメリカの社会学者J. Bestが、いわゆる「構築主義的論争」の中で、「『問題』についての社会のメンバーのクレームが『社会的に構築された』ものであることを自らがもつと信じる客観的現実についての知識に依拠して指摘しようとする」立場を指す用語として使ったものである(中河 1999: 315)。この立場は、「社会の状態」についての客観的な想定をやめ、人々の「社会問題」についてのクレーム申し立て活動の分析に専念することを訴えた「厳格派」の立場の対極に位置づけられる。

においては、精神科医をはじめとする医療専門職に従事する人々であるという点である。かつて拙著（佐藤 2013）でも歴史的な検討に基づいて論じたように、精神疾患の流行という現象に際しては、精神医学という専門領域に職域を有する専門家自身が、自らの実践を反省的に捉え返し、当の現象について懐疑的な見解を表明するという事態がしばしば観察される。1990年代後半から始まった日本における「うつ病の流行」についても、同様の事態が生起しているということができよう。こうした事実を踏まえるならば、社会学者としては上記のような専門家の言説を支持（または同意・追認）して屋上屋を架すのではなく、精神疾患の流行という現象総体のなかで、このような懐疑的な専門家言説自体が果たしている、固有の社会的意味を考察する必要があるように思われる。

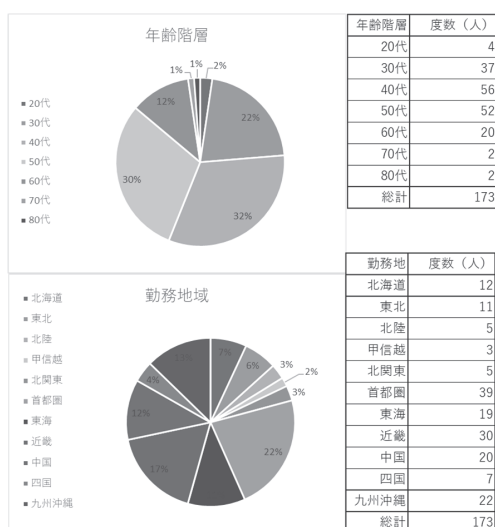
ここで分析上の補助線として必要になるのが、これまでの一連の論文でも参照してきた科学哲学者 I. ハッキングの議論である。ハッキングは、多重人格、遁走、うつなど精神医学に関連する疾病概念の歴史を事例に、医学的知識の構成・普及過程と、当該の知識によって分類される当事者の実践、またその実践によって当初の医学的知識が変容する過程を考察してきた（Hacking 1995a=1998, 1998=2017）。彼の考察が興味深いのは、当事者（ここでは特定の疾病概念によって分類された人々）が選択する様々な実践によって、当初の知識が現実（例えば当事者の症状や自己認識）と適合的ではなくなり、結果として精神疾患の流行が終息する局面に言及している点である⁷。ただし彼の分析においては、流行の終息局面において、医師（一般の臨床医）が果たす役割については考察が少なく、現代日本における「うつ病」の増加についての実証的な考察もない。つまり本稿に至る一連の論文が目指してきた問題意識からすれば、精神疾患の流行において、その「先導と抑制」（佐藤 2013: 45）を担うアクターとしての医療専門職＝精神科医の役割を、実証的なデータから解明するという課題が残されている。

単純に考えれば、もし精神疾患を治療するすべての専門家が、特定の疾病概念について懐疑的な見解を有しているのだとすれば、その疾病概念は科学的な信頼性を失い、ゆくゆくは消失するか別の概念に置換される可能性が考えられる。しかし「うつ病」概念をめぐる現状を見る限り、そのような事態は、いまのところ起きていない。だとすれば、少なくとも臨床現場で「うつ病」の患者と向き合っている医療者の中には、メディアで注目されるような「懐疑派」の精神科医とは異なる、より多様で複層的な「うつ病」の解釈が共有されている可能性がある。しかしそれと同時に、メディアで発言するような「懐疑派」の精神科医たちと同様の認識を有している専門家もいるに違いない。「うつ病」概念や「うつ病の流行」の今後を見通すためには、このような専門家の認識の構造を、丁寧に検討していく必要がある。よって本稿の分析では、実際に臨床の現場で患者と向き合う精神科医を対象とし、彼らの「うつ病」の原因論に対する認識や、同病と診断される人々が増加しているという事実に対する解釈枠組みを明らかにしたい。

⁷ ハッキングはこのメカニズムについて、「多重人格」を例に次のように述べている。「時とともに人は変わる。困難を抱えた人々は、他の人々よりも変化しやすい。しかし、多重人格者の生活様式の変化には、時の流れ以上のものがあつた。われわれは他人、特に権威ある人々——たとえば医者——から寄せられる期待通りに行動しようとする傾向がある。……1840年代の医者……がとらえたこの障害の像は、1990年代においてよく見られるものとは大きく違っていた。医者の見解が違っているのは、患者が違っているからだ。しかし、患者が違っているのは、医者が期待するものが違っていたからでもある。……ある方法で分類された人々は、自分たちが分類された通りに変化してゆく傾向にある。しかし同時に、彼らに変化していくにつれて、分類と記述は絶えず改訂されねばならない」（Hacking 1995a=1998: 29-30）。

2. 対象と方法

本稿で分析対象とするデータは、筆者が2017年に調査会社を通じて実施した精神科医に対するアンケート調査（調査名：「うつ」の増加に関するリサーチ）によって得られた定性的データである。この調査では、調査会社が保有する「医師モニター」のうち、精神科医として診療活動に従事している医療従事者を対象として、「うつ病の流行」に関する7項目の質問（後述）に対して、自由回答式で回答を求めた。結果として、当初の計画を上回る173名の精神科医から回答を得ることができた。回答者の性別は男性153名、女性20名であり、開業医と勤務医の人数はそれぞれ27名と146名であった。また性別・勤務形態以外の属性は、下記の図表に示したとおりである。全体としては30代から50代の男性勤務医からの回答が多いが、比較的広い年齢層の、多様な勤務地域の医師から回答を得ることができた。



今回の調査においては、論文末尾に記載した「うつ病の流行」に関する7つの質問項目（Q1～Q7）を設けて、同現象に関連するさまざまな問題について、精神科医としての認識を自由記述で回答してもらった。本研究においては、これらの質問項目に対して寄せられた精神科医からの回答を帰納的に分類し、考察を加えている。その際、1人の調査対象者による回答の中に、複数の異なる趣旨の回答が含まれている場合は、それぞれの回答を複数回答と見なし、別個に分析した。

以下の分析において本稿では、紙幅の関係上、最初の質問項目（Q1）である「うつ病」の増加原因についての認識に関する回答結果を分析する。

その理由は、上述した本稿の問題意識に照らした場合、こうした「増加要因」に関する精神科医の認識を分析することが、今後の「うつ病」概念、あるいは「うつ病」流行の行く末を見極めるうえで、もっとも重要と考えられるからである。

3. 「うつ病」の増加原因についての認識の分析

本節では、上述したとおり「うつ病」の増加原因についての認識に対する回答内容を分析する。今回の分析では、精神科医らが回答した「うつ病」の増加原因についての認識を考察するにあたり、自由回答の内容を帰納的に以下の6項目に分類することで、整理しつつ考察した。なお、下記の各項目内にあるNの値は、回答者の記述において、当該の要因論についての言及が含まれていた回答数（度数）である⁸。

⁸ 前述したとおり、1人の回答者による回答の中に複数の要因が併記されていた場合は、それぞれの内容を別の回答とみなして集計している。そのため、ここでの各回答における度数の総和は有効回答者数（173人）を超えている。

(1)社会的要因論 N=99

労働、家族、文化などの社会変容を要因とみなす意見

(2)医療／医学的要因論 N=90

診断体系、診療体制、医療技術の問題を要因とみなす意見

(3)啓蒙／メディア要因論 N=84

精神疾患に対する啓蒙活動や知識の広まりを要因とみなす意見

(4)製薬業界要因論 N=40

抗うつ薬マーケティングの影響を要因とみなす意見

(5)個人的要因論 N=26

個人の性格やストレス耐性の低下を要因とみなす意見

(6)その他 N=40

他疾患の増加に伴う見せかけの増加を要因とみなす意見 等

以下、それぞれの回答分類に沿って、今回の調査における回答者（精神科医）たちが、「うつ病」患者の増加した要因を何に求めているのか、考察していくことにしたい⁹。

3-1. 社会的要因論

まず、上記の分類および集計結果をみると、もっとも言及の多い回答は、(1)の「社会的要因論⁹」(N=99)である。すなわち半数以上の回答者が、労働環境や家族の問題、あるいはマクロな文化変容など、何らかの「社会」の状態に関する変化を「うつ病」増加の要因とみなしていることがわかる。前述した本稿の用語法でいえば、これは「うつ病」の増加を、何らかの実体的な社会の変化とむすびつけて解釈しようとする思考法であり、実体主義的な要因論といえることができる。またこれらの「社会的要因論」は、さらに細かく分類すれば、(A) 経済状況・労働環境の変化要因説、(B) マクロ社会文化変容要因説、(C) 第1次集団の変容要因説、(D) 「ストレス社会」要因説、以上4グループに分類することができる。以下、それぞれの要因説において、具体的にどのような回答が寄せられていたのかを確認しつつ、考察を加えていくことにしたい。

(A) 経済状況・労働環境の変化要因説 (N=31)

「社会的要因論」の中でも最も回答者の比率が高かったのは、患者となった人々の経済状況や労働環境の変化（悪化）を原因とみなす考え方である。これらの回答に分類される内容を記載した精神科医は31名おり、全体の約18%の回答者が、こうした労働者を取り巻く社会経済的な環境の悪化により「うつ病」が増加したと認識していることがわかる。具体的な回答内容としては「労働環

⁹ 6番目の「その他」の回答群には多様な要素が含まれるため、紙幅の都合上、本稿では考察を割愛する。

¹⁰ なおここで言う「社会的要因」とは、狭義の社会学的要因という意味ではなく、政治的あるいは経済的要因等を含んだ、広義の「社会」を原因とみなした思考法という意味である。

境の変化が1つあるように思います。従来に比べ、時間外労働に追われる一方で、対価として収入面で満足なものになっていない傾向があるように感じています¹¹⁾ (40代 群馬県 男) といった回答や、「社会的に余裕がなくなってきて、職場でも生産効率性が重視されるようになり、労働条件が厳しくなっていることが一番大きいと思う」(40代 福岡県 男) などの回答が該当する。また、よりマクロな観点からの指摘としては「バブル崩壊後景気の回復が遅れ、厳しい職場環境が増えてきた。また最近はやや景気回復しているが、人材不足が徐々に深刻化しており、一般的には労働者には過酷な状況が持続、ストレス社会が改善していない」(60代 鳥取県 男) といった回答や、「構造的な人口減少で相対的に仕事量が増え、生産年齢の精神的負担が大きくなったから」(30代 東京都 男) などの回答もある。さらに具体的な職場環境の問題に着目した回答としては、「経済活動の低下、リストラ、成果主義の導入など社会背景の変化」(40代 岩手県 男)、「社会のあり方の変化……特に、新自由主義的、弱肉強食的な競争が〔うつ病を〕生み出している」(50代 東京都 男)、「勤務者においては能力主義の導入により、日本固有の終身雇用形態が崩壊したため」(60代 大阪府 男) などの回答があった。

こうした回答を見てまず気づかされるのは、回答者らの記述している「うつ病」増加の要因論が、きわめて社会科学視点を意識したものであるという点である¹²⁾。人口減少、新自由主義、バブル崩壊、能力主義、成果主義…といったキーワードを拾ってみても、回答者らが、自然科学というよりも、社会科学の視点に立脚した精神疾患の原因論に依拠していることが確認できる。かつて拙著(佐藤 2013)で指摘したように、例えば20世紀前半の「神経衰弱」言説においても、マクロな社会変動を精神疾患の原因とみなす言説が、専門家も含めて広く支持されていたという事実がある。なぜ精神医学がこうした社会的要因論と親和性が高いのかという問題については稿を改めて検討すべき課題であるが、少なくとも現代社会においても、「精神」の病を「社会」の変動から説明する言説には、(今回の調査対象者である専門家も含めて)一定の説得力があることが指摘できる。

さらに、このような経済状況や労働環境の変化を要因とみなす回答において注目すべきなのは、こうした回答における因果関係の想定が、2000年以降の日本社会で語られた一般的な(制度化された)「うつ病」言説と近似的なものであるという点である。前述した「うつ病」増加説に懐疑的な見方をとる精神科医らは、このような経済的要因(主に不況)を「うつ病」増加の原因とみなす言説を批判的に捉え返すことで、自らの議論を組み立ててきた¹³⁾。しかし今回の調査結果からは、こうした懐疑的な見解を支持する専門家が圧倒的多数というわけではなく、一定数の臨床医にとっては、むしろ実体主義的な社会経済的要因論のほうが、いまだに説得力を有していることがわかる。この点は、先に述べた「うつ病」概念の行く末を考察するうえでも重要な論点になってくるので、本稿の結論部で、改めてその意義を考察することにしたい。

¹¹⁾ 回答内容の引用に際しては、各分類に関連が深いと思われる箇所に引用者が下線を引いた。また明らかな誤植と思われる箇所は適宜修正し、読みやすさを考慮して句読点などを補った箇所がある。引用者が語句を補った箇所は〔 〕で示してある。なお各回答の引用後の()内に記載してある情報は、前から順に「回答者の年齢階層(10歳刻み)」「勤務先の都道府県名」「性別」である。

¹²⁾ ただし、今回の調査では、調査主体が筆者(社会学者)であることを明示しているため、回答者らがその点を意識して、とくに「社会」にかかわる要因を挙げたという可能性も考えられる。

¹³⁾ 例えば、富高(2009)の議論が典型的である。

(B) マクロ社会文化変容要因説 (N=22)

つぎに、今回の調査で回答が寄せられた社会的要因論のうち、2 番目に回答数が多かった考え方を検討していきたい。これは「社会」の変化を要因とみなすという意味では (A) の「経済状況・労働環境の変化要因説」と共通するが、より長期的な社会変動や文化の変容を視野に入れた、文明批評的とも呼び得る要因論である。暫定的に、ここでは「マクロ社会文化変容要因説」と名付けた。この「マクロ社会文化変容要因説」は、さらに内容によって、①平和や低成長社会を問題視するもの、②画一化／自己責任化／価値観の多様化などの文化変容を問題視するもの、③一般的な社会の変化や混乱を問題視するもの、という3つの類型に分けられる。

このうち①の平和や低成長社会を問題視する回答として典型的なのは、たとえば「日本が戦後の復興をとげ、経済的な成長を成し遂げている最中は……うつが少なかった。戦争、貧困はうつと反比例し、平和と安定はうつと比例すると言った感じは精神科医として強く感じます」(40代 千葉県 男) といった回答が該当する。また「[うつ病増加の原因は] 社会的には、先進国の慣れの果て (低成長) で目標・希望が持ちにくくなった [こと]」(40代 静岡県 男) というように、いわゆる低成長社会の問題を指摘するような回答もある。これらは第二次世界大戦後の経済成長等を経て現代にいたる、長期的な日本社会の経済的・文化的変容を視野に入れた「うつ病」論であり、より短期的な「不況」や「労働環境の悪化」を問題視する (A) の言説とは区別される。ただし、このような文明批評的な精神疾患の原因論は、例えば1960年代の「ノイローゼ」言説にもみられるものであり(佐藤 2013: 348-54)、流行する精神疾患の要因論として目新しいものではない。

また②の画一化／自己責任化／価値観の多様化を問題視する見解としては、「個人の在り方の多様性が一見認められているようであるが、実質的には画一化の方向に社会が移行しつつあるため」(60代 大阪府 男)、「広く見れば、社会の『自己責任』への傾斜など」(50代 東京都 男)、「価値観の多様化、これと相反する他人と比較してランキング形式で自分を評価する風潮 (勝ち組、負け組など) といった時代背景もあると思う」(40代 福岡県 女) などの回答が該当する。こうした回答も①と同様に、マクロな視点から何らかの社会文化的変容を原因と見なしている点で、文明批評的な言説と捉えることができる。さらに③の一般的な社会の変化や混乱を問題視するものとしては、「リーマンショック・東日本大震災・福島第一原子力発電所事故などの影響もあって、日本が漂流して、どこに向かっているのか分からない状況にある [こと]」(50代 富山県 男)、「この30年の社会文化的環境の変化も大いに関連していると考えられる」(60代 東京都 男) などの回答があった。これらの回答は、列挙されている出来事や時間軸は比較的新しいものが多いが、やはり日本社会の漠然とした社会変容の感覚を「うつ病」増加の原因と捉えている点で、「マクロ社会文化変容要因説」の一部と捉えられる。

(C) 第1次集団の変容要因説 (N=11)

ここからは、「社会的要因論」における3つ目の回答類型といえる、「第1次集団の変容要因説」について検討していきたい。ここで言う「第1次集団」とは、C.H.クーリーの言う primary group のことであり、直接的な接触による親密な結合を特徴とし、成員間に連帯感や一体感をもちやすくと考

えられてきた人間集団のことである（濱嶋他編 2005: 401）。これは具体的にいえば家族・近隣集団などを指すことが多いが、こうした社会にとっての原型的とされてきた集団の衰退や、それと関連する性別役割分業規範の変容などを問題視するのが、この「第1次集団の変容要因説」である。具体的に言えば、家族関係の変化や地域社会の変容、女性の働き方の変化、社会におけるケア労働の担い手の変化などを要因とみなす考え方が、ここには含まれる。この要因論も、より細分化すれば、①女性の社会進出や晩婚化を要因と見なす議論、②家族関係／夫婦関係の変化を要因と見なす議論、③高齢化／介護問題／地域社会の衰退などを要因と見なす議論、に大別できる。

まず①の女性の社会進出や晩婚化を要因と見なす意見としては、「女性は、専業主婦が少なくなり、育児、家事、仕事、介護など負担が多すぎ、やはりうつになりやすい」（40代 福岡県 男）という回答や、「女性の就労率の増加など社会構造の変化」（50代 熊本県 女）、「社会の複雑化、晩婚化」（30代 愛知県 男）などの回答が該当する。このうち最後の回答は趣旨が判然としないが、前2者の回答は明確に女性労働力率の増加を原因と見なしており、一見すると「古き良き」近代家族を理想とする保守的な言説のようにみえる。ただ「育児、家事、仕事、介護など負担が多すぎ…」といった記述からは、「女性の社会進出」が称揚される一方で、相変わらず家事やケア労働が女性に押し付けられている現状により、女性の「うつ病」が増加しているという趣旨の回答のようにもみえる。いずれにせよ、この回答群も、女性労働力率の増加や家族関係の変化を要因とみなしている点で、きわめて社会科学的な視点に基づいた原因論であるといえるだろう。

このような第1次集団の構造的変容を要因とみなす考え方は、次の回答類型（②の家族関係／夫婦関係の変化を要因と見なす議論）にも共通している。この類型に含まれる回答としては、「柔軟性を得られる機会が核家族化などで減少している」（30代 愛知県 男）、「家族関係の希薄化もある」（70代 福岡県 男）、「核家族の増加」（30代 石川県 男）、「世の中の夫婦間、親子間……の多様性の変化」（50代 大阪府 男）などがある。ここで語られている認識は、主として核家族化に象徴されるような現代家族の構造変容を問題視したものといえる。それぞれ短い回答なので、回答者の真意を推し量ることは難しいが、おそらくかつての拡大家族に存在した（と回答者は想定している）構成員の精神的安寧をもたらす家族機能の低下が、ここでは問題視されていると言えよう。さらに③の高齢化／介護問題／地域社会の衰退などを要因と見なす議論も、こうした過去の第1次集団にみられた社会的紐帯の衰退を問題視する認識の延長線上にある。具体的には、「高齢化によって、親世代は介護の負担が増加している」（50代 香川県 女）や「地域での対人交流やサポートの減少に伴い、その部分を会社が担ってきたが、そのサポートも破綻しつつあるため、些細な状況変化でもうつ状態を呈してしまうようになったと考えます」（40代 広島県 男）といった回答がそれにあたる。これらの回答に含まれる認識も、都市への人口集中や少子高齢化といったマクロな社会変動に伴って生じた日本社会の構造的変容によって、精神的あるいは実質的な社会の紐帯が弱まっていることを原因と見なす議論である点において、きわめて社会科学的な要因論であるといえるだろう。

(D) 「ストレス社会」要因説 (N=13)

社会的要因論の最後の類型は、精神的な「ストレス」の多さや「ストレス社会」の到来を「うつ

病」増加の原因とみなす議論である。ここではこうした回答の類型を、『ストレス社会』要因説と名付ける。現代においては心理的な負荷を意味することが多い「ストレス」概念を精神疾患の原因とみなす議論は、日本においても20世紀後半から連綿と存在し、かつては各種の神経症や「ノイローゼ」の原因として語られることも多かった（佐藤 2013:354-7）。現代のメンタルヘルス言説においても、一般的に「ストレス」を精神疾患の原因とみなす言説は数多くみられるが、「うつ病」言説においてもそれは例外ではない（富高 2011）。そして今回の調査結果からは、一般人だけではなく精神科医のなかでも、こうした「ストレスの増加」説が、「うつ病」増加の要因として強く認識されていることがわかる。具体的にいえば、「社会にストレスが増えており、不適応となる人も増えている（30代 兵庫県 男）、「社会変遷に伴うストレス社会の到来」（30代 埼玉県 男）、「ストレス社会を背景とした〔うつ病の〕増加」（40代 京都府 男）、「社会の高ストレス化」（40代 福島県 男）、「色々なストレスが多くなっている」（40代 大阪府 女）、「メンタルストレスがおおくなった」（50代 大阪府 男）、「ストレス反応としてうつになる人の実数も多少は増えているのであろう」（50代 秋田県 男）、「社会自体がストレスの多いものに変化しているため 20代、30代の若い世代の受診が増加している」（50代 愛知県 男）、「ストレス社会や個人の育った環境など様々な要因でストレスを受けやすく、逃がしにくい生活を強いられる人が増えた」（30代 宮城県 男）、「生物学的要因による発生率は変わらないと思われるが、環境因として学校、社会、家庭のストレス増 [がある]」（40代 大分県 男）などの回答がそれにあたる。これらの回答も、「社会」において人々が受ける「ストレス」の総量が増加しているという認識¹⁴を前提としている点で、「社会」の変化を「うつ病」増加の原因とみなす社会的要因論の典型例ということができる。

3-2. 医療／医学的要因論

ここまで「社会」の変化を「うつ病」増加の原因とみなす社会的要因論について検討してきた。次に本節では、漠然とした「社会」の変化ではなく、「うつ病」が診断・治療される場である医療の現状や、それを下支えする知識としての医学的問題を原因とみなす議論を紹介する。これらは1節で言及したような、実体としての「うつ病の流行」に対して懐疑的な視点を投げかける論者の議論と認識を共有したものが多い。ここでは便宜的に「医療／医学的要因論」と名付けておくことにしたい。こうした医療／医学的要因論については、90人の回答者が言及しており、上述した「社会的要因論」（N=99）とほぼ同等の説得力をもって、精神科医たちに認識されていることがわかる。この医療／医学的要因論も、内容ごとに細分化すれば、(A) DSMの普及もしくは診断カテゴリーの変更を要因とみなす説（N=47）、(B) 精神科クリニックの増加を要因とみなす説（N=18）、(C) 他診療科での処方の影響を問題視する説（N=13）、(D) 医師を含めた専門職の技量の低さを原因とみなす説（N=12）、以上4類型に分けられる。以下(A)～(D)の順に、その概要を回答例とともに検討してみたい。

¹⁴ 精神科医の富高辰一郎は、こうした「ストレス増加」を原因とみなす言説に対して、各種のデータから反駁を試みている（富高 2011）。

(A) DSMの普及／診断カテゴリーの変更要因説 (N=47)

まず「医療／医学的要因論」のうち、約半数の回答者(47名)が言及していたのが、<「うつ病」の診断カテゴリーの変化が、「うつ病」患者の見かけ上の「増加」に結びついている>という論点である。より特定化していえば、ここには「精神医学のバイブル」とも呼ばれるアメリカ精神医学会の診断マニュアル(DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の臨床現場への普及、もしくは「うつ病」に関する診断カテゴリーの変更を「うつ病」患者増大の要因とみなす考え方がある。この類型に含まれる回答としては、「DSMによる操作的診断」(30代 千葉県 男)、「操作的診断のためうつに代表される患者が増えた」(60代 熊本県 男)といったシンプルな回答も多かったが、以下のように、詳細にそのロジックを説明する回答も多くみられた。

精神科では、従来の伝統的診断から DSM など操作的診断に移行した為、ライフイベントに逐一病名を付けざるをえず、結果的に過剰診断に至ったから(30代 東京都 男)

「うつ病」診断の閾値が下がった。以前は「神経症性うつ」と「内因性うつ」を分けて考えていたが、今はいっしょくた【にされた】(40代 静岡県 女)

1 つには疾患概念の拡散がある。操作的診断基準が広く用いられるようになり、従来は抑うつ性の心因反応と考えられたものまでうつ病と診断されるようになった(50代 三重県 男)

内因性の鬱病だけでなく、操作型診断基準では気分障害に分類されるが、実際は適応ないしは資質による抑鬱状態が多くなっているため(50代 北海道 男)

こうした回答からわかるように、精神科医たちは DSM に代表される「操作的診断基準」の浸透や、「疾患概念の拡散」を、「うつ病」患者増加の大きな要因と見なしていることが理解できる。これまでの「精神疾患の流行」をめぐる議論においても、DSM に代表される精神疾患の診断カテゴリーの変化が、精神疾患と診断される人々の増加に結びついたのでないかという指摘が数多くなされてきた(Kutchins & Kirk 1997=2002)。とくに1980年に刊行された DSM の第3版(DSM-III)は精神疾患の「操作的診断基準」を取り入れたものとして有名だが、同時に精神医療の現場における「うつ病」概念に対しても大きな変更を迫るものであった。すなわち DSM-III では「大うつ病(major depression)」概念が成立し、それ以前の生物学的基盤を持つとされた古典的な「内因性うつ病」と、その他の従来は神経症カテゴリーに括られてきた抑うつ症状が、同一の疾患カテゴリーに統合された¹⁵(北中 2014:2)。これにより、精神科診断領域における「うつ病」の範疇が拡大し、結果として「うつ病」と診断される人々の数の増大に結びついたのでないかというのが、こうした回答の見立てであると思われる。こうした認識は、冒頭で紹介した「うつ病の流行」に懐疑的な視点を投げかける論者の議論において定型的にみられるものだが、現場の精神科医たちのなかでも、比較的多くの回答者が同様の認識を共有していることが確認できる。

¹⁵ 「大うつ病」概念(DSM-IV以降の呼称としては「大うつ病性障害(major depressive disorder)」)の成立過程については、大前(2012)もしくは Horwitz & Wakefield (2007=2011) が詳しい。

(B) 精神科クリニック増加要因説 (N=18)

次に、「医療／医学的要因論」の2つ目の類型を検討したい。これは「精神科クリニック増加要因説」と呼び得る考え方で、その名の通り、いわゆる外来診療を中心とした精神科等のクリニック（一般診療所）が増加したことを要因と捉える考え方である。福岡市医師会によれば、「一般診療所の数はほぼ横ばい状態にあるが、精神科を標榜する診療所（メンタルクリニックなど）の数は急増し…平成8年時点で3,198施設であった精神科診療所は、平成23年には5,739施設にまで増えており、15年間で79%増加している」という（福岡市医師会医療情報室 2014）。こうした動向を受け、近年の精神疾患の流行をめぐる議論では、特に都市部における精神科クリニックの増加や、精神科等を標榜して新規開業する医師の増加が、精神疾患の診断を受ける患者数の上昇につながっているという議論がある。今回の調査でも、以下のように、こうしたクリニック増加を「うつ病」増加の要因とする声が聞かれた。

ただし、同じ「クリニックの増加」を要因とみなす考え方のなかにも、こうした現象をニュートラルあるいは肯定的に捉える回答と、どちらかといえば否定的に表現する回答があった点には注意が必要である。前者のような回答とは、たとえば「クリニックの増加により、精神科受診の閾値が下がり受診し易くなった」（60代 愛知県 男）、「精神病院から心療内科のクリニックへ、プライマリケアの担当施設が変わり、患者が受診しやすくなったから」（30代 東京都 男）、「クリニックが増えて精神科の敷居が下がった分、受診患者が増え[た]」（50代 岩手県 男）、「メンタルクリニックの増加とともに心療内科クリニックもあわせて気軽に受診可能に[なったこと]」（70代 北海道 男）、「クリニックの増加など、受診の敷居が低くなった」（40代 東京都 男）などの回答が該当する。これらの回答には、患者の視点からみて、それまで受診の敷居が高いといわれてきた「精神科」へのアクセスが容易になったことを評価するニュアンスが含まれる。これにたいして、後者のどちらかといえば否定的な回答としては「金儲けクリニックの台頭による過剰診断」（30代 東京都 男）、「メンタルクリニックの増加による市場経済的な要因でうつ病が増えた」（50代 東京都 男）などの回答があった。こちらの回答は、いわゆる営利主義的な志向の強い精神科クリニックが増加することによって、かつては「うつ病」と診断されなかった人々に対しても（場合によっては過剰な）診断が下されるようになったという趣旨であるように思われる。

(C) 他診療科での診断・処方の影響要因説 (N=13)

そして、上記のような「うつ病」診断の現場に関する要因を指摘する見解と近いものとして、第3の「他診療科での診断・処方の影響要因説」が挙げられる。これは精神科医以外の医師（内科、心療内科、プライマリケア医等）による「うつ病」の診断や処方が増えていることを指摘する回答といえる。具体的には、「心療内科クリニックが増加し診断が容易につきやすくなったことが一番の要因と考える」（50代 兵庫県 男）、「一般内科医やプライマリ・ケア医などいわゆる精神科の非専門医が診断を幅広くできるようになったため」（40代 兵庫県 男）、「プロパーの精神科医以外の医師の、心療内科クリニック等、診断の曖昧な医師によるうつ診断増もあると思います」（50代 岩手県 男）などの回答がそれにあたる。上記の「診断の曖昧な医師によるうつ診断増」という表現にみられ

るように、精神科医の立場から見れば、専門性が低い医師による安易な診断が、「うつ病」増加の原因となっているというニュアンスがこうした回答からは感じられる。また「精神科以外の内科等でもうつ病の治療を積極的に行うよう、国が誘導していること（かかりつけ医うつ病研修のたぐい）」（50代 東京都 男）というように、他診療科の医師による「うつ病」診断を、国などが推奨している点を問題視する回答もある¹⁶。これらの回答からは、総じて精神科医療のプロフェッショナルである精神科医たちが、他科の医師による安易な診断に対して懐疑的なまなざしを投げかけているように感じられる。さらにこうした他科の医師による診断の問題は、以下のように、抗うつ薬の安易な処方をめぐる問題と結びついて、回答者らに認識されている。すなわち「内科医からの処方が増えたことなどが挙げられる」（40代 山口県 男）、「製薬会社が専門でない内科医などに処方を依頼するようになり、そういった専門外の医師による診断がうつ病を増やしていると考えられる」（50代 栃木県 男）、「一つには抗うつ薬が身近になり、内科の先生方もうつ病の診断・治療を行っていること」（50代 広島県 男）など、「専門外の医師」によるうつ病診断/抗うつ薬処方が、統計上の「うつ病」増加をもたらしていると認識する回答者が、一定数存在することがわかる。この点は、後述する「製薬業界要因」論と深くかかわる論点なので、その箇所ですべてに検討することにした。

(D) 専門職の技量不足要因説 (N=12)

「医療/医学的要因」論の最後の類型は、患者を診察する専門職（特に医師）の技量不足を要因と捉える認識である。これは、前述した内因性のうつ病と、その他の疾患の区別がつかない専門家がも多く、安易に「うつ病」という診断を下してしまうので、患者の総数が増えたという趣旨の回答である。たとえば「精神科医の質の均てん化が図れておらず、神経症圏やパーソナリティ障害圏、その他なんでも『うつ』と安易に診断してしまう医師が少なくないこと」（30代 宮城県 男）という回答や、「内因性うつ病と適応障害やストレス性障害の区別がはっきりできない医師、マスコミ、厚生省の影響。過剰診断」（50代 北海道 男）、「診断診察する医師の質の問題にも差が出て、安易にうつ病と診断する者が多いと思われる」（30代 埼玉県 男）、「安易なうつ病の診断など、複数の要因が関わっていると思う」（40代 岩手県 男）などの回答が該当する。ここで批判されている「医師」や「医師」が精神科医に限られるのかどうかは不明だが、こうした回答は、少なくとも同業者をふくめた医療専門職の診断技術の不足を念頭においた、自己批判的な言説と捉えることができる。またこうした回答では、先に述べた DSM に代表される「操作的診断」の問題点も付随的に指摘される傾向があり、「診断する医師の技能（安易に操作的診断基準に当てはめて「うつ病」と診断する）によるところが大きいと感じる」（30代 鳥取県 女）などの回答がある。さらに、そもそも「操作的診断」

¹⁶ この回答者が指摘している内容は、厚生労働省が2008年度から実施している「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」のことだと思われる。この事業は、「かかりつけ医等が適切にうつ病を判断し、速やかに専門医療につなげられるように」、精神科を専門としない医師（内科医等）に対して「うつ」に関する基礎知識、診断方法、治療方法などを伝達する事業であり、各地の医師会等を通じてこの研修を受講した医師数は2013年度までで25,000人を超えている（厚生労働省2016:110）。また2008年4月の診療報酬改定では「精神科医連携加算」（精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、精神科を標榜する別の保険医療機関に患者の紹介を行った場合に加算される点数）が新設されたことにより、精神科以外の医師と精神科領域の連携が、政策的にも強められてきた（厚生労働省「第18回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」資料 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/s0604-7.html> : 2022年6月アクセス）。

を含めた診断基準を的確に使えていない医者を批判するような見解、たとえば「まずきちんとした診断が必要だが、診断基準を使っていない医者が多い。安易にうつ病と診断する医者が多いのも原因」(50代 神奈川県 男)という回答もある。いずれにせよ、これらの見解は精神科医を含めた医療専門職の診断技術の不足を原因とみなす考え方であり、そこから「安易な診断」が下されることにより「うつ病」の過剰診断が起きているという認識であると考えられる。

3-3. 啓蒙／メディア要因論

ここまで、「うつ病」を診断する知識や実践である医学／医療の問題点を指摘する要因論を見てきたが、つぎに「うつ病」に関する知識の普及に焦点をあてた要因論を検討していきたい。これは「啓蒙／メディア要因論」と呼び得る考え方であり、公的機関やマスメディアなどによって「うつ病」の啓蒙活動が進展したことにより、受診に対する各種の障壁が下がったことを原因とみなす議論である。この「啓蒙／メディア要因」論に分類される回答を寄せた精神科医は84名おり、ここまで見てきた「社会的要因論」ならびに「医療／医学的要因論」と同程度の支持者がいることがわかる。なお、本節で検討する「啓蒙／メディア要因論」も、その論旨によって、(A) 啓蒙活動に進展による精神疾患への偏見の低下を要因とみなす説と、(B) インターネットやマスメディアによる知識の普及を要因とみなす説、に大別できる。以下順に、その概要を検討していきたい。

(A) 啓蒙活動による精神疾患への偏見低下要因説

第1の類型は、主として啓蒙活動の進展と、それに伴う精神疾患に対する偏見の低減により、精神科を受診する各種の障壁が低下し、それまで精神科を受診しなかった軽症の患者や、いわゆる「新型うつ」の患者が受診する機会が増加したと指摘する回答群である。このうち、受診に対する障壁の低下を指摘する回答としては、「時代が精神科にかかることの敷居を低くさせたこと」(40代 神奈川県 男)、「一般の方の意識の変化が大きいと思います。うつ病への偏見も強かった時代から、啓もう活動により、受診しやすくなったこともあると思います」(50代 徳島県 男)といったシンプルな回答もあったが、その他多くの回答は、いわゆる「暗数の顕在化」説を支持している内容のように思われる。これは、啓蒙により潜在的患者の受診行動に変化が生じ、疫学的に言えば「うつ病」に関する「暗数の顕在化」が生じたという因果論を前提にした回答といえる。たとえば「疾患啓蒙活動により、見逃されていた真のうつ病患者が受療するようになった」(40代 愛知県 男)、「啓蒙などで受診する人が増えるなど、潜在的な患者が顕在化してきたことなどが考えられると思っています」(30代 宮城県 男)などの回答が典型的である。また、さらに詳細に「社会に啓蒙され認知が広がったため、受診者が増加した。患者自体が増えているわけではないと考える」(40代 京都府 男)、「もともとこれくらいの患者がいたが、精神科や心療内科にかかることがなく内科とかでみていたり、我慢して病院にいかなかったため、うつ病という診断がなされなかったのだと思う」(50代 愛知県 男)といった回答において、潜在的な患者も含めれば、実態としての患者数に変化はないとい

う認識を明記している回答も見られた¹⁷。このように、啓蒙活動の進展や精神疾患への偏見低下といった要因を支持している回答は、実数として「うつ病」の患者が増加しているわけではないという「暗数の顕在化」説に立脚することで、過剰診断論とは異なる観点から、構築主義的な視点を共有しているといえるだろう。

(B) インターネット／マスメディア要因説

「啓蒙／メディア要因論」に分類される回答のうち、2つ目の類型は、後者の「メディア」要因に重点を置いた回答である。ここでは便宜的に「インターネット／マスメディア要因説」と名付ける。言うまでもなく、精神疾患や「うつ病」に関する啓蒙的な知識が社会に普及するためには、何らかのメディアが必要となる。このうち、今回の調査における回答者らが注目していたのは、旧来型のマスメディアと、「うつ病の流行」と軌を一にして日本で普及したインターネットの影響であった。「テレビやネットなどによる疾病の啓蒙活動のため」(40代 富山県 男)といった回答が、この類型に該当する典型的な回答である。また前者のマスメディアの影響を指摘する回答としては「マスメディアによって精神疾患についての認知が広がり、精神科受診へのハードルが低くなっているため、軽症でも受診する患者数が増えた」(50代 香川県 女)といった回答があるが、それ以上に指摘が多かったのは、やはりインターネットの影響であった。すなわち「ネットなど情報媒体の普及により、うつと診断されるための手法やそのメリットなどが流布されてしまい、誰でも簡単にうつと診断してもらえるようになった」(20代 福島県 男)、「製薬メーカーのインターネット上の広告などによりうつ病などの気分障害に関心が高まったため」(50代 東京都 男)などの回答にみられるように、インターネットを通じて「うつ病」についての知識が普及することにより、同病に対する人々の関心が高まったことを要因と指摘した回答が目につく。また「各種メディアの過剰な報道により、軽微な自覚症状で医療機関を受診する患者が増えたことが一因ではないでしょうか」(30代 北海道 男)、「従来は個人的問題とされていた『うつ』がメディアの影響もあって病気として認知され、精神科受診が増えたから」(30代 東京都 男)といった回答にみられるように、メディアによる情報拡散の結果、前述したような受診への障壁が低下し、患者が増加したことを指摘する回答もある。いずれにしても、「うつと診断されるための手法やそのメリットなどが流布されてしまい」という記述や、「メディアの過剰な報道」といった記述からは、回答者ら(の少なくとも一部)が、こうした各種メディアによる「うつ病」情報の広範な普及が、何らかのネガティブな影響を精神科領域の医療現場にもたらしたと考えていることがうかがえる。この点は、次節で検討する製薬業界要因論とも関連の深い論点といえよう。

3-4. 製薬業界要因論

4点目の「うつ病」増加の要因論は、製薬業界要因論と呼び得るものである。これまで「うつ病」

¹⁷ ただし、ここでの類型に含まれるすべての回答が「暗数の顕在化」説を支持しているわけではなく、たとえば「いわゆる「うつ病」が一般的に広く(時に過度に)認知され、(自発的に)受診する患者層が増えた」(30代 兵庫県 男)といった回答は、啓蒙活動の進展により、前述した「過剰診断」が起きたという説を支持しているようにも読める。

患者の急増を批判的に検討する研究においては、必ずと言っていいほど製薬企業による抗うつ薬の開発過程やマーケティング活動が検討対象になってきた(Watters 2010=2013, 富高 2009, Healy 2004=2005)。要約すれば、新世代の抗うつ薬(SSRI)の売り上げ拡大を目論む巨大製薬企業が、日本を含む世界の市場で「うつ」に関する疾患啓発広告を含む販売戦略を展開したことにより、人々の「うつ病」に対する認知度が高まると同時に、受診者=患者の数も増大したという説明である。今回の調査では、全体の約2割強にあたる40名の回答者が、こうした製薬企業による抗うつ薬の開発・販売戦略に関する影響を指摘していた。ただし、40名すべての回答者が製薬マーケティングによる情報の普及を要因として指摘しているわけではなく、SSRIという薬剤の開発や普及そのものにより、抗うつ薬の適応範囲が拡大したことを要因として指摘する回答者も存在する。以下順に、これらの回答を検討していくことにしよう。

(A) 製薬マーケティングによる情報の普及要因説

第1の回答類型は、上述した製薬企業によるマーケティング戦略に伴う「うつ病」に関する情報の普及を要因とみなす見解である。典型的には、「新薬の開発、発売による製薬会社のプロモーションが大きいと思います。テレビとかで、CMバンバン放送していましたし、今もしてますよね。実数としては〔うつ病患者数〕変わらないのでは、と思います。今まで表に出ていなかっただけかなと思いますね」(40代 山口県 男)というような回答が該当する。これは、製薬企業による疾患啓発広告の影響で、「暗数の顕在化」が起きたという説明様式である。そのほかにも類似した回答としては、「向精神薬の値段が高くなって製薬会社と広告代理店の攻勢があった」(50代 山口県 男)、「SSRI処方増加に伴う保険病名数の増加が主原因」(40代 香川県 男)、「SSRI等服用しやすい薬が増え製薬メーカーが高価な薬価の抗うつ剤を宣伝したのも大きいでしょう」(60代 高知県 男)、「製薬会社の宣伝効果のため、一般市民にうつ病の概念が広く浸透したため、軽度なうつ病患者の受診が増えたためと考えられる」(40代 香川県 男)などの回答があった。これらの回答はいずれも、製薬企業による疾患啓発広告やマーケティング戦略の影響を重視している点で、共通した認識を背景としている。さらに「薬が効かないうつ病の方が多いことを隠して、うつ病には抗うつ薬が効くという広告を製薬会社がキャンペーンしたから」(50代 山口県 男)という回答や、「SSRIやSNRIの発売に伴い、製薬会社が一般市民や精神科以外の医師にうつ病の情報を広く流すことで、自称うつ病が増え過ぎたから」(60代 広島県 男)といった回答からは、営利主義的な製薬企業の体質や、その活動に翻弄される消費者に対する端的な批判意識が感じられる。

(B) SSRIによる適応範囲の拡大説

以上のような製薬企業のプロモーション活動を要因とみなす見解は、「うつ病」の実数としての増加に対して懐疑的な議論を展開している精神科医等の主張と、同様の認識を有しているといえるだろう。しかし「製薬企業」に関する諸活動を要因とみなす議論のなかには、企業の啓発活動を問題視するというよりも、適応範囲の広い新世代の抗うつ薬(SSRI等)が開発されたこと、それ自体を要因とみなす考え方もある。具体的には、「SSRIの開発も軽症の患者に対する治療手段を作ったため、

医療側でも対応できる範囲が増えたと思います」(40代 神奈川県 男)、「SSRIの普及により、それまで服薬していなかった患者さんが医療機関を受診するようになりました」(50代 栃木県 女)、「SSRIの普及により、軽症例に対しても処方しやすくなったことも大きな要因と思います」(30代 奈良県 男)などの回答がこれに該当する。また「SSRIなど、ストレス反応(不安など)に一定の効果があり副作用が比較的少ない薬剤を処方する際に、うつ病・うつ状態の病名が付きやすいことなど」(50代 愛知県 男)という回答や、「SSRI・SNRIの上市により、うつ病は精神科医だけでなく内科・外科医でも治療されるようになった」(60代 山口県 男)、「SSRIのために薬が出しやすくなったのも大きい」(40代 静岡県 女)といった回答にみられるように、副作用が少ない(とされる)などの理由で、かつての抗うつ薬よりもSSRIは処方しやすいことから、その処方量とともに「うつ病」の診断も増加したという趣旨の回答も見られた。これらは(A)で見た製薬企業のマーケティング活動による情報の普及を要因と捉える見解と比べると、企業活動の影響を批判的に捉えるニュアンスは薄いように感じられる。しかし、処方しやすい新薬の開発や市場導入という企業活動それ自体が、「うつ病」と括られる患者の範囲を拡張させたという点を指摘していることから、やはり回答者が製薬企業と「うつ病」増加の浅からぬ関係を強く意識していることがうかがえる。

3-5. 個人的要因論

つぎに、最後の「個人的要因論」について、簡単にみておくことにしたい。このタイプの回答を寄せた精神科医は26名おり、その内容を簡単にまとめれば、患者個人の性格や、患者のストレス耐性の低さを要因とみなす意見といえる。これは一見すると、個人のパーソナリティに要因をもとめる心理主義的、あるいは個人帰責論的な原因論のように思えるが、回答をよく見ていくと、その中には集合的な社会の変化から個人のパーソナリティの変化を論じる心理-社会的(psycho-social)な見解が含まれているものもある。こうした個人的要因論を以下、(A) ストレス耐性の低下説、(B) 若者のパーソナリティ変容説、(C) 未熟な人格の増加説、(D) 権利意識の向上/疾病利得説、の4つにわけて、それぞれ検討していきたい。

(A) ストレス耐性の低下説

個人的要因論の第一のタイプは、「ストレス耐性の低下」説である。この説は、その名のとおり、社会のなかで精神的なストレスに対する耐性が低い人間が増えたことを要因とみなす考え方である。具体的には、「ストレスに耐性が低い人が増えていること」(50代 愛媛県 男)、「個人のストレス耐性の低下」(40代 岩手県 男)、「各個人のストレス耐性も低くなっている」(40代 山口県 男)、「個人のストレス耐性の低さ」(30代 三重県 男)、「ストレスへの脆弱性などによりうつ状態を呈する人が増えているのだと感じます」(40代 千葉県 男)といった回答が該当する。これらはいずれも短い記述なので、記述内容から回答者の真意を推し量ることは難しい。しかし「過去には我慢して病院にいかなかったため、うつ病という診断がなされなかったのだと思う」(50代 愛知県 男)といった回答をみると、単にストレス耐性の低い患者のパーソナリティを問題視しているというよりも、社会文化的な変容を背景に、社会全体において、成員のストレス耐性が低下していることを指摘し

ている回答のように思われる。もしそうだとすれば、こうした回答は本節の冒頭でみた「社会的要因論」とも関連の深い、心理-社会的な要因論であると考えることができる。

(B) 若者のパーソナリティ変容説

第2の類型は、若者のパーソナリティ変容説である。この要因論は、「若者」に焦点をあてていることが特徴的であるが、論旨としては(A)と類似しており、社会文化的な変容を背景に、集合的な社会成員の性格変容が起きているという認識をベースにした回答といえる。その典型的な回答例としては、「若者の性格的な変化が問題かと思われる」(80代 福岡県 男)といった回答のほか、いわゆる「ゆとり教育」を受けてきた若者の世代を問題視する回答が多いことが目に付く。すなわち、「ゆとりに代表される、ストレス耐性の低さ、でしょうか」(50代 佐賀県 男)、「ゆとり世代の人が大人になってきたのも原因の一つと思う」(40代 大阪府 女)、「ゆとり教育による打たれ弱い若者の増加」(30代 鳥取県 女)などの回答が見られた。社会学や教育学の領域では、いわゆる「ゆとり教育批判」に対する冷静な再検討が進みつつあるが(佐藤・岡本 2014)、ある種の「若者論」「若者バッシング」の典型である「ゆとり教育」批判が、こうした回答者においては違和感なく受け入れられていることがうかがえる¹⁸。また「ゆとりに代表される、ストレス耐性の低さ」「ゆとり教育による打たれ弱い若者の増加」といった記述からは、こうした「若者バッシング」的な認識が、上述した「ストレス耐性の低下」説と結びついて回答者らの認識を形成していることがわかる。

(C) 未熟な人格の増加説

個人的要因論のうち三点目の回答類型は、「未熟な人格の増加」説と名付けることができる。これもある種の俗流的な世代論を背景としたものであり、少子化等の影響により、自己愛が傷つきやすい、未熟な人格が増加したと述べる回答群である。たとえば「ストレス耐性の低い未熟なパーソナリティ人口の増加」(40代 香川県 男)、「人格の未熟、少子化による親の過保護など様々な要因が関係していると思います」(40代 東京都 男)、「自己愛が傷つきやすい方も増えている」(50代 大阪府 男)、「少子化によって、若い世代は兄弟にもまれず苦労が少なく軟弱に育っている」(50代 香川県 女)などの回答がそれにあたる。かつての日本では、1980年前後から精神分析や自己心理学の理論を背景とした「ナルシシズム」論が注目を集めた時代があったが、こうした回答も、基本的にはその延長上の思想に影響を受けた要因論であるといえるだろう。ただし、問題の背景に「少子化」という人口学的要因を配置している点において、これらの回答は(A)と同様の心理-社会的な要因論であるとも考えられる。またここでも、上述した「ストレス耐性の低下」説と結びついた回答が散見される点には注目しておいてよいだろう。

(D) 権利意識の向上/疾病利得説

ここまで個人的要因論の3つの類型を見てきたが、最後の類型は、現代社会に生きる人々の「権

¹⁸ 精神科医の大野裕は、いわゆる「新型うつ病」概念を検証する文脈で、こうした新しいタイプの「うつ病」概念が「現代若者論」として安易に使用される風潮に警鐘を鳴らしている(大野 2018: 363)。

利意識の向上」あるいは「疾病利得」に着目した考え方である。先行研究においては、日本社会において「うつ病」をはじめとするメンタルヘルス問題が社会的に認知されるようになった契機として、企業における過労自殺裁判が言及されることが多い（元森 2016）。とくに 2000 年に最高裁判決が出た「電通裁判」においては、社員が自殺した原因は「過重な労働が原因のうつ病によりもの」という原告側の主張が認められ、「1990 年代後半以降、次々と労働者が受けた心理的負荷に対する企業……の責任が問われるようになった」（北中 2014: 174）。ここで「権利意識の向上」あるいは「疾病利得」説と類型化した回答者らの考え方も、こうした労働者の就労と、メンタルヘルスにかかわる問題系に着目した見解といえる。ただしその論旨は、「社会的要因」論の箇所でも見たような労働者に同情的なものというよりも、むしろ批判的なニュアンスを含むものが多い。具体的に言えば、前者の「権利意識の向上」説としては、「国民全体の権利意識が高まり……勤労者も病休を取ることに抵抗がなくなった事」（40 代 沖縄県 男）、「患者意識の向上も患者数増加に寄与していると思われる」（30 代 熊本県 女）、「権利意識の肥大、男子の草食化……など忍耐力低下」（40 代 東京都 男）といった回答が該当する。ここには、かつての社会であれば抑制されていたであろう「病気への逃避」という振る舞い方が、現代では許容されるようになったという懐古主義的な認識が見え隠れする。そしてこのような認識は、かつて S. フロイトが論じた「疾病利得」概念¹⁹に対する言及とも結びつく。すなわち「[うつ病患者には] 疾病利得を享受しようという回避性も目立つ」（40 代 山口県 男）、「そしてうつ病であることを望む者も増えているように思われる」（30 代 埼玉県 男）、「現実逃避的に医療機関に救いを求める者も増えた」（40 代 愛知県 男）などの回答がそれである²⁰。かつて 1930 年代の日本では、労働者の「権利意識の向上」により、神経症的な患者の好訴的な性質が刺激されることを危惧した精神医学者の言説がみられたが（佐藤 2013: 291）、それから一世紀近くたってもなお、同様の解釈枠組みから「うつ病」の増加を説明しようとする論理が精神科医の中に存在している点は興味深い。こうした認識も、マクロな社会文化的変容から現代人の集団的パーソナリティの変化を指摘している点において、(A) ～ (C) とは異なる視点から構成された心理-社会的な要因論といえるだろう。

4. 考察と結論

本稿ではここまで、「うつ病の流行」に対する精神科医の認識のうち、「うつ病」と診断される人々の増加に対する彼らの考え方（「うつ病」増加の要因論）について、類型化を試みつつ考察を加えてきた。その結果、「うつ病」と診断される人々が増加した理由としては、残余カテゴリーである(6)を除くと、(1)社会的要因論、(2)医療/医学的要因論、(3)啓蒙/メディア要因論、(4)製薬業界要因論、(5)個人的要因論、という 5 つの要因論の類型が存在していることが明らかになった。

ここで、本稿冒頭でも言及した I. ハッキングの議論に立ち戻って、これらの要因論が、現代社会

¹⁹ 疾病利得とは、患者が疾病 (illness) から様々な形式で引き出す満足のことである。S. フロイトは神経症患者における疾病利得を一次利得 (primary gain) と二次利得 (secondary gain) に分け、前者の内的部分 (症状の形成により心的葛藤から逃れられること) を疾病への逃避と呼び、後者は症状の形成後に生じる予測できない利得だとした (池田 2016)。

²⁰ こうした問題系における「うつ病」概念の扱われ方について、精神科医の立場から考察した興味深い論考として村松 (2014) がある。

における「うつ病の流行」に対して及ぼし得る効果について、検討してみたい。ハッキングによれば、精神疾患が流行する過程においては、分類それ自体と、分類される対象との相互作用である「ループ効果 (looping effect)」が生じ得るとされる (Hacking 1995a=1998, 1995b, 1999=2006)。佐藤 (2019) でも紹介したように、この過程を筆者なりに整理すれば、①疾患に関する精神医学的なカテゴリーの創出と関連知識の生産や流通、②それらの人々への受容、③受容による人々の自己理解や行動の変化、④当該の変化によるカテゴリーそれ自体の改変、という一連のプロセスとして把握し得る。このプロセスにおいて、医療専門家はどのような役割を果たす可能性があるのだろうか。

今回の調査対象である医療の専門家 (精神科医) が、上記プロセスにおいて特に重要な影響を及ぼす可能性があるのは、②の過程 (分類に関する知識が人々に受容される過程) であると思われる。もし、医療専門家の多くが既存の分類カテゴリーに大きな疑問を抱かず、患者に対して支配的なカテゴリーを付与することを厭わないのであれば、上記①～④の一連のプロセスは、滞りなく進展する蓋然性が高まる。しかし反対に、もし医療専門家が既存の分類体系や関連概念に疑いを抱き、患者をそうしたカテゴリーに分類することを回避する傾向が生まれるのであれば、上記のプロセスは②の段階で停滞を余儀なくされる可能性もある。すなわち、本稿で検討してきた「うつ病の流行」に対する精神科医の認識は、②のプロセスを左右する重要な要素であると考えられる²¹。

そのように考えた場合、既存の「うつ病」概念と特に親和的であるのは、上記 5 つの要因論のうち、(1)の社会的要因論であるように思われる。3-1 で見たとおり、この考え方は経済状況や労働環境の悪化、「ストレス」の増大、第 1 次集団の衰退といった実体的な社会の変化によって、実際に「うつ病」に陥る人々が増えているという認識を前提として構成されていた。こうした認識は、いわゆる制度化された「うつ病」の原因論 (例えば「ストレス」要因説) とも前提を共有したものであり、もし医療者の大半がこうした認識を共有しているのだとしたら、「うつ病」概念は今後も正当なものとして、社会に定着していくことが予想される。

しかし今回の分析で抽出された残りの(2)～(5)の要因論は、何らかの形で、「うつ病の流行」に対して抑制的な効果をもたらすと考えられる思考法であった。すなわち、(2)～(4)に該当する「医療/医学的要因論」「啓蒙/メディア要因論」「製薬業界要因論」は、いわゆる「うつ病の増加」に対して懐疑的な見解を提示している「暴露派」の言説と認識を共有している点が多く、「うつ病の流行」は「作られた」(社会的に構築された)ものであるという考え方や親和的な認識といえる。また(5)の個人的要因論は、うつ病の増加説に対して否定的な見解を前提とするものではないが、個人のパーソナリティに関する問題点を指摘する内容を含むことから、「うつ病」の患者に対して同情的な言説とは言い難い。こうした考え方の特性から、(2)～(5)の要因を指摘する回答者においては、「うつ病」概念や

²¹ ただし、現実的にはこの過程において、複雑な諸要因の関連が事態の行く末を左右することが予見される。すなわち、医療専門家らがこのような認識を、いつ、誰に対して、どのような場面あるいはメディアを通じて公言するのか (しないのか) という点が、重要な分岐点となる。例えば、ある医師が「本音」としては現代の「うつ病」概念に懐疑的な見解を有していたとしても、それをすべての場面で公言するとは限らない。例えば同業者間ではそうした「本音」に基づいた議論を行うかもしれないが、非専門家を相手に診療や鑑定が求められる場面においては、治療上あるいは制度的な理由によって、便宜的に DSM に基づいた診断を下すかもしれない。こうした精神科医の個人あるいは集合体レベルでの操作を、「精神医学体制の二重基準」と呼ぶことができる。こうした専門家のミクロな社会的場面における選択や実践についての研究は、今後の研究課題としなければならない。

それが適用された患者に対して、抑制的（非同情的）な態度で診察を行う可能性が指摘できる。また場合によっては、一般社会に対してこうした「うつ病」概念の問題点について、広く啓蒙的な言説を構成する専門家も増えてくるかもしれない。もしそうだとすれば、こうした「うつ病の流行」に対して懐疑的な視点を有する医療者の認識が、社会の様々な場面で前景化することによって、マクロな水準においては上述した②の過程（分類に関する知識が人々に受容される過程）が阻害される可能性がある。なぜならば、分類を受け入れる側の主体にとって、専門家による信憑が薄い概念を自らの状態を説明する言語として適用する行為は、様々な意味においてリスクの高い選択だからである。この趨勢が勢いを増していけば、「うつ病」という概念は、専門家によっても、また「患者」とされる人々によっても、使用するインセンティブが長期的には低減していく可能性が考えられる。

「うつ病の流行」をめぐっては、20世紀前半に流行した「神経衰弱」との比較において、「うつ病は神経衰弱の轍を踏むのか」という問いが投げかけられてきた（神庭 2008, 北中 2014: 104）。かつての「神経衰弱」概念がそうであったように、「うつ病」も適用範囲が広すぎる、あるいは臨床的に役立たない概念として廃棄される運命にあるのではないかと、という問いかけである。将来を占うことは社会学者の責ではないが、本稿の考察からすれば、やはり「うつ病は神経衰弱の轍を踏む可能性が高い」と言うことができそうである。2010年代からみられるようになった「うつ病」以外の精神医学的概念（例えば「発達障害」）への関心の高まりを考えれば、「うつ病」概念が他の「流行りの」疾病概念にその座を譲る日も近いのかもしれない。ただし拙速な判断を下す前に、今回は分析できなかった残りの回答項目（新しい「うつ病」概念に関する精神科医の認識など）の検討が必要であろう。これらの点についての分析は、別稿に期す課題としたい。

謝辞

本論文で用いた調査にご協力下さいました皆様に心より御礼申し上げます。

本研究は科研費（19K02037, 19K21718, 22H00902）の助成を受けたものである。

参考文献

- Cooper, Rachel, 2014, *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Routledge. (2015, 植野仙経・村井俊哉訳『DSM-5を診断する』日本評論社.)
- 福岡市医師会医療情報室, 2014, 「特集：メンタルクリニックに期待されるこれからの役割」『医療情報室レポート』192. (<https://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report192.html> : 2022年6月アクセス)
- 濱嶋朗・竹内郁郎・石川晃弘編, 2005, 『社会学小辞典 新版増補版』有斐閣.
- Hacking, I., 1995a, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Science of Memory*, New Jersey: Princeton University Press. (1998, 北沢格訳『記憶を書きかえる』早川書房.)
- , 1995b, “The Looping Effects of Human Kinds,” D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack eds., *Causal Cognition: A Multi-disciplinary Debate*, Oxford: Clarendon Press, 351-83.
- , 1998, *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Virginia: University

- of Virginia Press. (2017, 江口重幸他訳『マッド・トラベラーズ』岩波書店.)
- , 1999, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (2006, 出口康夫・久米暁訳『何が社会的に構成されるのか』岩波書店.)
- Healy, David, 1997, *The Antidepressant Era*, Harvard University Press. (2004, 林建郎・田島治訳『抗うつ薬の時代——うつ病治療薬の光と影』星和書店.)
- , 2004, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press. (2005, 谷垣暁美訳『抗うつ薬の功罪——SSRI 論争と訴訟』みすず書房.)
- Horwitz, Allan V. & Jerome C. Wakefield, 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press. (2011, 伊藤和子訳『それは「うつ」ではない』阪急コミュニケーションズ.)
- 池田暁史, 2016, 「疾病利得」加藤敏他編『縮刷版 現代精神医学事典』弘文堂, 431.
- 神庭重信, 2008, 「うつ病は神経衰弱の轍を踏むのか」『臨床精神医学』37(9): 1089-90.
- 北中淳子, 2014, 『うつの医療人類学』日本評論社.
- 厚生労働省, 2016, 『平成 28 年版 自殺対策白書』日経印刷.
- Kutchins, Herb & Stuart A. Kirk, 1997, *Making Us Crazy: DSM—The Psychiatric Bible and Creation of Mental Disorders*, The Free Press. (2002, 高木俊介・塚本千秋訳『精神疾患はつくられる——DSM 診断の罠』日本評論社.)
- 村松太郎, 2014, 『「うつ」は病気が甘えか。——今どきの「うつ」を読み解くミステリ』幻冬舎.
- 元森絵里子, 2016, 「自殺を補償する——21 世紀転換期の過労自殺訴訟」貞包英之・元森絵里子・野上元『自殺の歴史社会学——「意志」のゆくえ』青弓社, 144-78.
- 中河伸俊, 1999, 『社会問題の社会学——構築主義アプローチの新展開』世界思想社.
- 大前晋, 2012, 『「大うつ病性障害」ができるまで——DSM-III 以前の『うつ病』（内因性抑うつ）と現代の『うつ病』（大うつ病性障害）の関係』『精神神経学雑誌』114(8): 886-905.
- 大野裕, 2018, 「うつ病の新しい考え方」『総合健診』45(2): 359-65.
- 佐藤博志・岡本智周, 2014, 『「ゆとり」批判はどうつくられたのか——世代論を解きほぐす』太郎次郎社.
- 佐藤雅浩, 2013, 『精神疾患言説の歴史社会学——「心の病」はなぜ流行するのか』新曜社.
- , 2019, 「精神疾患の流行に関する社会学的研究（1）」『埼玉大学紀要（教養学部）』55(1): 51-70.
- , 2021, 「精神疾患の流行に関する社会学的研究（2）」『埼玉大学紀要（教養学部）』56(2): 53-74.
- 富高辰一郎, 2009, 『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎ルネッサンス.
- , 2011, 『うつ病の常識はほんとうか』日本評論社.
- Watters, Ethan, 2010, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, Free Press. (2013, 阿部宏美訳『クレイジー・ライク・アメリカ』紀伊国屋書店.)

資料：「うつ」の増加についてのリサーチ 調査票

日本では、1990年代後半から「うつ」に代表される気分障害の患者数が増加していることが指摘されております。今回のリサーチでは、先生方がこの現象をどのように捉えておられるか、また患者さんに対する治療方針等について、教えていただければ幸いです。

Q1：厚生労働省の患者調査によれば、気分障害に分類される患者の総数は、1999年には44.1万人、2002年には71.1万人、2005年には92.4万人、2008年には104.1万人と年々増え続けています。なぜこのような患者数の増加が生じる（生じた）のか、先生の見解をお聞かせください。

Q2：うつ病治療の研究においては、近年、古典的な「メランコリー親和型うつ病」だけではなく、「ディスチミア親和型うつ病」「境界性うつ病」「現代型うつ病」「新型うつ」などの新しい概念が提唱されています。(1)先生の臨床経験のなかで、こうした新しい「うつ」概念が適合的な患者さんが増加しているという印象をお持ちでしょうか？(2)また、病像の変化をふくめ、こうした新しい「うつ」概念の有効性について、見解をお聞かせください。

Q3：気分障害の治療において、投薬以外にとられたことのある治療法（方針）があれば、その実例をお聞かせください（例：日常生活の改善指導、職場・家庭との連携等）。またそうした方針の効果（実績）について、印象に残っている事例があれば、お聞かせください。

Q4：初診の際に、「自分は〇〇病である」という認識をもって受診される患者さんは、どれくらいいらっしゃいますか。また、そうした患者さんへの接し方で気をつけておられることや、そうした患者さんの考えに影響を与えていると思われる要因（例えばマスメディアにおける病気の情報など）について、お考えのことがあればお聞かせください。

Q5：「うつ」に関しては、自殺予防の観点等から世間の関心も高く、マスメディアで取り上げられる機会も多くなっております。マスメディアにおける「うつ」に関する情報（紹介のされ方）について、ご批判等もふくめ、ご意見をお聞かせください。

Q6：最初にお尋ねした「うつ」の増加に関して、近年では製薬企業のプロモーションや啓発活動の影響を指摘される先生もいらっしゃいます。製薬企業と精神医療の関係性について、現状に対するご批判等もふくめ、ご意見をお聞かせください。

Q7：最後に、日頃診療をされているなかで困難を感じておられることや、現代日本の精神医療・精神保健行政のあり方について、改善が必要と思われることがあれば、お聞かせください。