

第1章 こころの健康を取り巻く環境とその現状

第1節では、生まれてから老いに至るまでのライフステージ全般におけるストレス要因を概観する。ライフステージごとのライフイベントや日常生活のなかで経験しうる出来事とこころの健康の関係について整理し、また、現代社会の特徴的な側面であるデジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化などについても、こころの健康の観点から取り上げる。

第2節では、代表的な精神疾患の現状を、また、第3節では、こころの健康が損なわれた影響が社会のなかに現れる姿を整理し、第4節では、こころの健康に対する人々の意識について、アンケート調査の結果から分析していく。

第1節 こころの健康を取り巻く社会環境とその変化

1 ライフステージにおけるストレス

(ライフイベントや些細な日常の出来事も、時にこころの不調の要因となりうる)

一般に、家族との死別など、大きなライフイベントは大きなストレスとなり、こころの不調の要因となると考えられているが、些細な日常の出来事でも、それらが重なったり続いたりすると、同様のメカニズムで体調に影響を及ぼすと考えられている。また、一見するとよいことのように思えるライフイベント^{*1}も、受け止める人によりストレスの性質が異なり、その影響も個々人により異なることがある。

また、同じライフステージにあっても、好ましくない環境や状況に置かれてしまう人ほどこころの不調をきたしやすいといわれており、そのようなリスクはライフステージの全般にわたって存在している。

MEMO ストレスとは何か

ストレスとは、外部からの刺激など（ストレッサー）によって、心身に生じる反応（ストレス反応）のことをいう。ストレッサーとストレス反応を合わせてストレスと呼ぶこともある。

もともとは物理学の言葉で、物体の外側からかけられた圧力によって歪みが生じた状態をいう。ストレスを風船に例えると、風船で指を押さえる力をストレッサーといい、ストレッサーにより風船が歪んだ状態をストレス

反応という。

アメリカの生物学者が生理学に応用し、カナダの医学者のハンス・セリエ（Hans Selye）がさらに研究を進めて「ストレス学説」を唱えたのが、今の「ストレス」の始まりといわれている。

ストレッサーには、暑さや寒さや有害物質などの物理的・化学的なもの、病気や飢え、睡眠不足などの生理的なもの、職場や家庭における不安・緊張・恐怖・怒りなどの心理

*1 米国の心理学者のHolmesらによるライフイベントのストレス度を点数化した「社会的再適応評価尺度」では、「結婚」を50点とした場合に「配偶者の死」が100点である一方で、たとえば「退職」が45点、「妊娠」が40点などとなっている。

的・社会的なものなどがある。普段、私たちが「ストレス」というものの多くは、この心理的・社会的なものである。

ストレスが生じると、体内ではそれを解消しようとする防御反応が働く。同じストレスでも受け止める人によって「よいストレス」になるか「悪いストレス」になるかが大きく異なる。ストレスを制御できた場合

は適応できるが、うまく制御ができなかった場合には、不適応を起こして心身にさまざまな影響が現れる。

(参考) 厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」、厚生労働省「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」

(1) 幼年期・少年期・青年期

(幼年期には、養育者との安定した関係が情緒の形成に不可欠である)

出生から幼年期(0~4歳)にかけては、父母等の養育者に対して遠慮のない甘えを通じて、信頼感や安心感を獲得していく時期にあたる。乳幼児にとって、養育者との安定した関係性が情緒の形成に不可欠であるが、それが不十分な場合には、満たされないストレスが、腹痛や嘔吐など、様々な症状や行動として現れるといわれる^{*2}。養育者の置かれた状況に応じ、乳幼児と養育者の安定した関係性を支え、乳幼児の安心や経験が保障される環境づくりを支える仕組みを、地域や社会において整えていくことも重要である。

(思春期は仲間集団の役割が大きく、その中で人間関係がこころの健康にも影響を及ぼす)

少年期(5~14歳)は、社会参加への準備の意義がある時期であり、多くの時間を学校で過ごすことから、入学、進学、卒業、受験など、学校や教育に関するライフイベントが多く存在する。そうしたなかで、友人関係のトラブルやいじめなど、学校という「場」をめぐる様々な問題に直面する可能性もある。また、10歳代から20歳代にかけては、精神疾患にかかりやすい時期としても知られている^{*3}。

青年期(15~24歳)は、身体的に成熟し、社会的にもこどもから大人へ移行する時期にあたり、ライフイベントも学校や教育に関するものから、就職や転職、結婚、出産・子育てなど、仕事や家庭に関するものが次第に増加していく。

また、少年期から青年期にかけては、周囲の影響を受けながら一人の大人として自我を確立する思春期と呼ばれる時期を経験するが、この時期における仲間集団の役割は大きく、仲間関係のトラブルは思春期の若者のこころに大きな影響を及ぼす。これまでの研究によれば、思春期の若者の多くは、こころの不調に対する自身や周囲の知識不足などにより、精神的ストレスについて他者に援助を求めにくいとされている^{*4}。

*2 乳幼児のストレスについては、1999(平成11)年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)分担研究報告書「乳幼児の情緒形成不全の早期発見方法の研究」を参考に記述した。

*3 厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」掲載の「精神疾患の早期発見・治療の重要性」参照。

*4 小塩靖崇他「学校・地域におけるメンタルヘルス教育のあり方」(予防精神医学vol.4(1)2019年)

(2) 壮年期・中年期

(仕事や家庭など社会における自らの役割を発見し、充実させていく時期にあたる)

25歳前後以降の壮年期・中年期においては、社会的には、仕事や子育てなどに活動的となる時期である。それぞれが選択したライフスタイルのなかで、仕事や家庭などにおける自らの役割を発見し、充実させていく時期にあたる。一方で、そうしたなかでこころの健康を脅かすような出来事に遭遇する場合もあり、たとえば、仕事では、就職や転職といったライフイベントに加え、長時間労働や職場におけるハラスメントなどの出来事がこころの不調の要因となりうる。

また、この時期は、妊娠や出産といった身体に影響を与えうるライフイベントと向き合う時期でもある。身体的な疾患への罹患を経験することも多くなり、たとえば、我が国の死亡者数の約6割を占める生活習慣病は、壮年期・中年期以降に患う場合が多いとされる。

さらに、仕事や子育てに加え、親の介護も、この時期に経験する主要なライフイベントのひとつであろう。自分ひとりで介護を抱えてしまうことにより、不安感や疲れやすさなどの症状が現れるともいわれる。

以下では、妊娠・出産とこころの健康に関し、産後うつと周産期喪失に着目し、続いて、子育てと介護についてもこころの健康の観点から詳しく取り上げる。また、身体的な疾患への罹患とこころの健康の関係についても考察する。

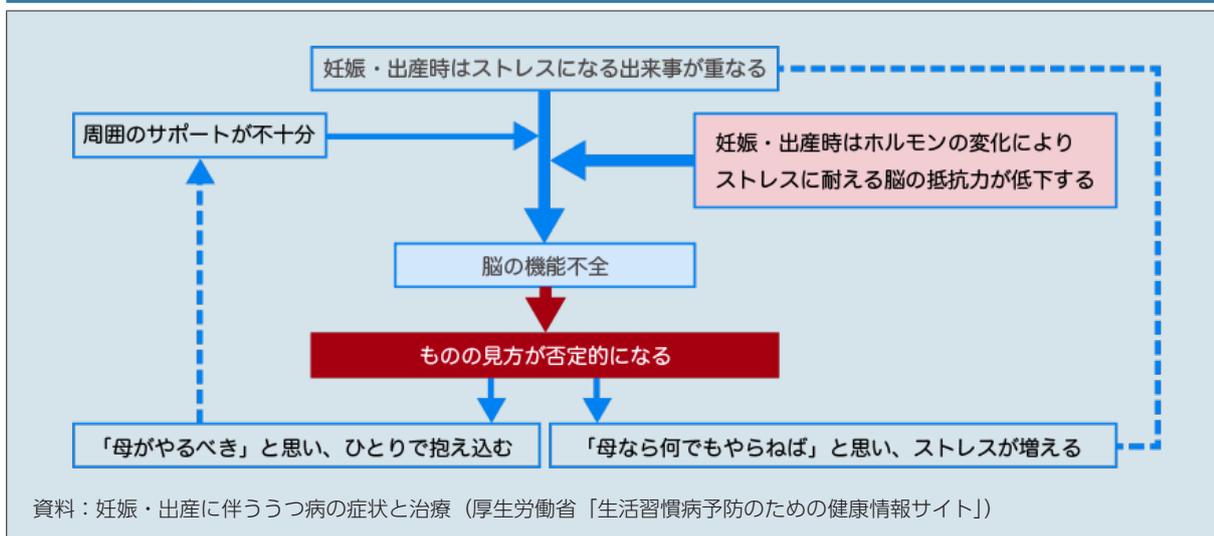
なお、壮年期・中年期の主要なライフイベントである就業については、次項「働く環境」でまとめて取り上げる。

① 産後うつ

(核家族化により産後の家族のサポートが得にくいといった社会的要因もある)

出産した女性の約3～5割が経験する「マタニティブルー」は、ホルモンバランスの変化に伴う一過性のものと考えられているが、症状が長引くことで「産後うつ」に移行することがある。産後の身体的な疲れや慢性的な睡眠不足などの生理的な要因に加え、核家族化により産後の家族のサポートが得にくいといった社会的要因にも留意する必要がある(図表1-1-1)。

図表1-1-1 妊娠・出産時のうつ病で生じる悪循環



(父親の産後うつ割合は、母親とほぼ同程度であった)

産後うつは、女性に限ったものではなく、父親である男性にも起こりうる。2020（令和2）年に国立成育医療研究センターが公表した研究結果^{*5}によると、父親が産後1年間に「メンタルヘルスの不調のリスクあり」と判定される割合は11.0%で、母親の10.8%とほぼ同程度であった。また、夫婦が同時期に「メンタルヘルスの不調のリスクあり」と判定された世帯は3.4%に達した。これは、年間約3万組の夫婦が、1歳未満のこどもを抱えながら夫婦ともにメンタルヘルスの不調に苦しんでいる可能性を示唆している^{*6}。

② 周産期喪失

(流産や死産の辛さは、1年経って以降でも続く場合もある)

自然流産は全妊娠の約10～15%に起こり、女性の年齢が高くなるほど多い。妊娠満12週以後の死児の出産数は、経年的には減少傾向で推移しているものの、厚生労働省「人口動態統計」によると、2022（令和4）年は1万5,179胎にのぼった。また、妊娠出産が高齢化していることに伴い、流産を繰り返す不育症の人も増加していると考えられる。

流産または死産を経験した後の、時期ごとの辛さの程度を尋ねた調査では、「流産もしくは死産がわかった直後」は、「非常に辛かった」の割合が8割近くに達しており、この割合は時間の経過とともに徐々に減少し、「流産もしくは死産から1年経って以降～現在」では約1割となっている（図表1-1-2）。

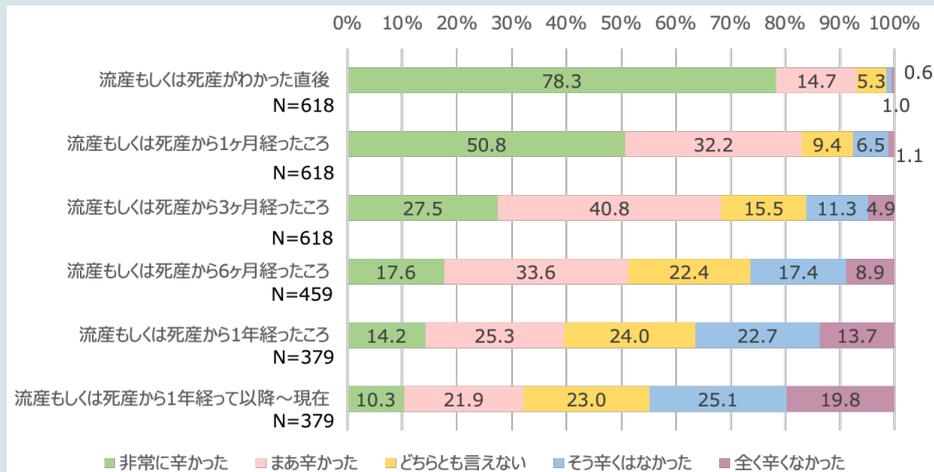
何らかの精神的な支援を必要としながらも、流産や死産による経験の辛さを相談するという発想に至らないことも多い。2020（令和2）年度に厚生労働省が行った「流産や死産等を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」によると、流産や死産が分かった直後に感じた辛さについて、誰かに相談した人は61.1%で、相談していなかった人は30.3%であった。相談しなかった理由は、「相談しても変化が期待できない（仕方がない）と思った」（41.5%）、「流産や死産について、人に話すことに抵抗があった」（39.3%）といった心理的な面が多い。一方、「身近に相談する先がなかった」（34.4%）、「誰に相談できるのかわからなかった」（29.5%）といった相談先へのアクセスの課題も挙げられていることから、本調査研究の結果等を踏まえ、こども家庭庁のウェブサイトにおいて、相談窓口^{*7}を開設し、周知を行っている。

*5 [Parental psychological distress in the postnatal period in Japan: a population-based analysis of a national cross-sectional survey] (Scientific Reports 2020 10 (1) . doi : 10.1038/s41598-020-70727-2)。厚生労働省が実施している国民生活基礎調査の2016年のデータから、生後1歳未満の子のいるふたり親家庭 3,514 世帯を抽出して実施。

*6 同研究によれば、夫婦が同時期に精神的な不調となるリスク要因として、父親の長時間労働（週55時間以上）、母親の睡眠不足（6時間未満）といったことが示唆されている。

*7 こども家庭庁ウェブサイト「流産・死産等を経験された方へ」（<https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/ryuuzan/>）。

図表 1-1-2 流産または死産を経験した後、時期ごとの辛さ



資料：令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産等を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」事業報告書

③ 子育て

子どもを育てるという経験は、養育者となる自らのこころの健康にとっても大切なライフイベントである。

子育てをされていてよかったと感じる時について、子どもが喜んだ顔を見る時や、子どもの成長を感じる時を挙げる子育て世代の人は多く^{*8}、日常生活のなかでその存在に感謝したり、思わぬ成長ぶりに感動するといった経験や、自分自身の成長を通じて人生の大きな喜びや生きがいを実感する人も多い。

他方で、子育てをめぐる社会環境や職場環境は、時代とともに変化しており、そうしたなかで、子育てがこころの健康に影響を与えるストレス要因として顕在化する場面も生じている。ここでは、我が国の世帯構成や就業構造の変化から、共働き世帯の子育てに関するストレスを取り上げ、さらに、ひとり親世帯や片働き世帯にも目を向けながら、子育てをめぐるストレスの状況を様々な角度からみていく。

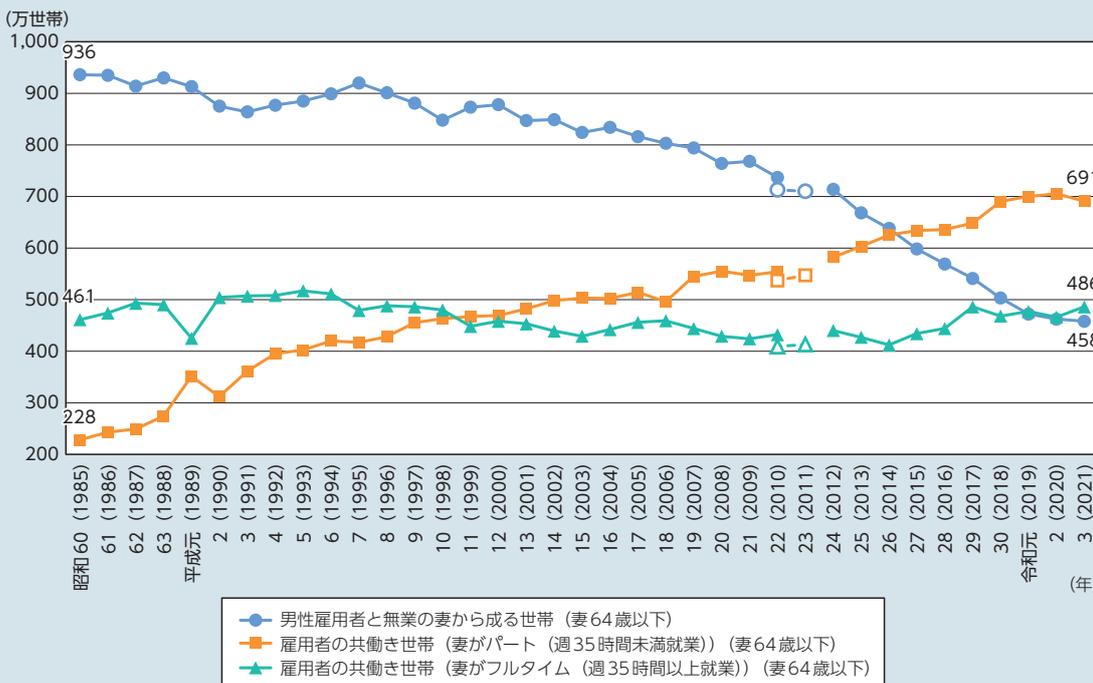
(我が国の雇用者の世帯構成は、共働き世帯が増加している)

我が国の雇用者の世帯構成をみると、1985（昭和60）年以降、男性雇用者と無業の妻からなる世帯数は減少傾向となっており、妻がパートタイム労働者（週35時間未満就業）の世帯数は、約200万世帯から約700万世帯に増加している。また、妻がフルタイム労働者（週35時間以上就業）の世帯数は、400万～500万世帯と横ばいで推移している（[図表 1-1-3](#)）。

また、この間の育児休業制度の充実などにより、2015（平成27）年から2019（令和元）年までに第1子を出産した女性のうち妊娠が分かった時に就業していた女性では、出産後も就業継続する割合が約7割まで増加している（[図表 1-1-3](#)）。

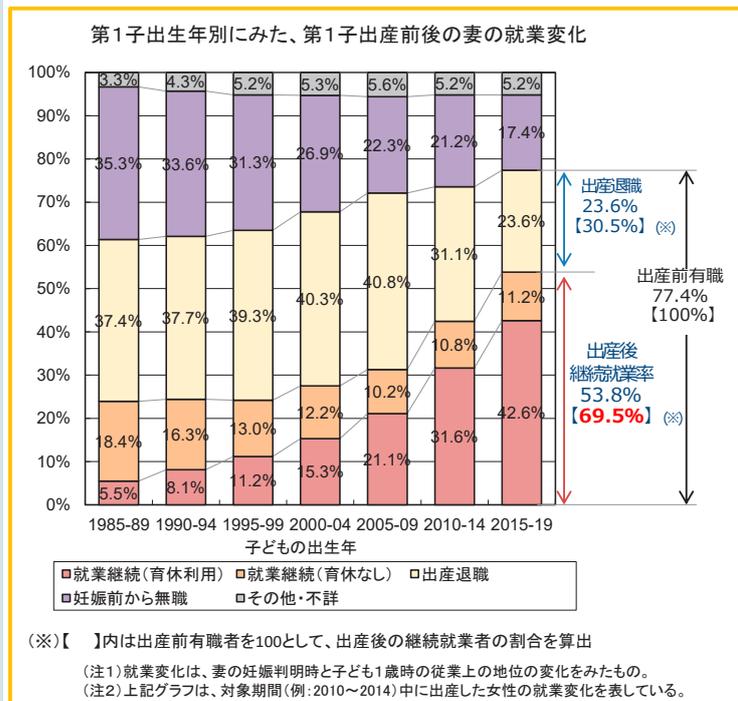
^{*8} 令和2年度「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」(文部科学省委託調査)によると、0～18歳の子を持つ20～54歳の父母3,421人を対象に行ったアンケート調査で、「あなたは、今、子育てをしていて、主にどのようなときに良かったと感じますか」(回答は2つまで)との質問に対し、「子供が喜んだ顔を見るととき」が74.3%で最も高く、「子供の成長を感じる時」が67.5%、「子供と話したり、遊ぶとき」が25.6%となっている。また、「良かったと感じたことはない」は1.7%であった。

図表 1-1-3 共働き等世帯数の推移と第一子出産前後の妻の就業変化



- (備考) 1. 昭和60年から平成13年までは総務庁「労働力調査特別調査」(各年2月)、平成14年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」より作成。「労働力調査特別調査」と「労働力調査(詳細集計)」とでは、調査方法、調査月等が相違することから、時系列比較には注意を要する。
2. 「男性雇用者と無業の妻から成る世帯」とは、平成29年までは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)かつ妻が64歳以下の世帯。平成30年以降は、就業状態の分類区分の変更に伴い、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者(非労働力人口及び失業者)かつ妻が64歳以下の世帯。
3. 「雇用者の共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者(非正規の職員・従業員を含む)かつ妻が64歳以下の世帯。
4. 平成22年及び23年の値(白抜き表示)は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

政府目標: 第1子出産前後の女性の継続就業率 70%(令和7年)

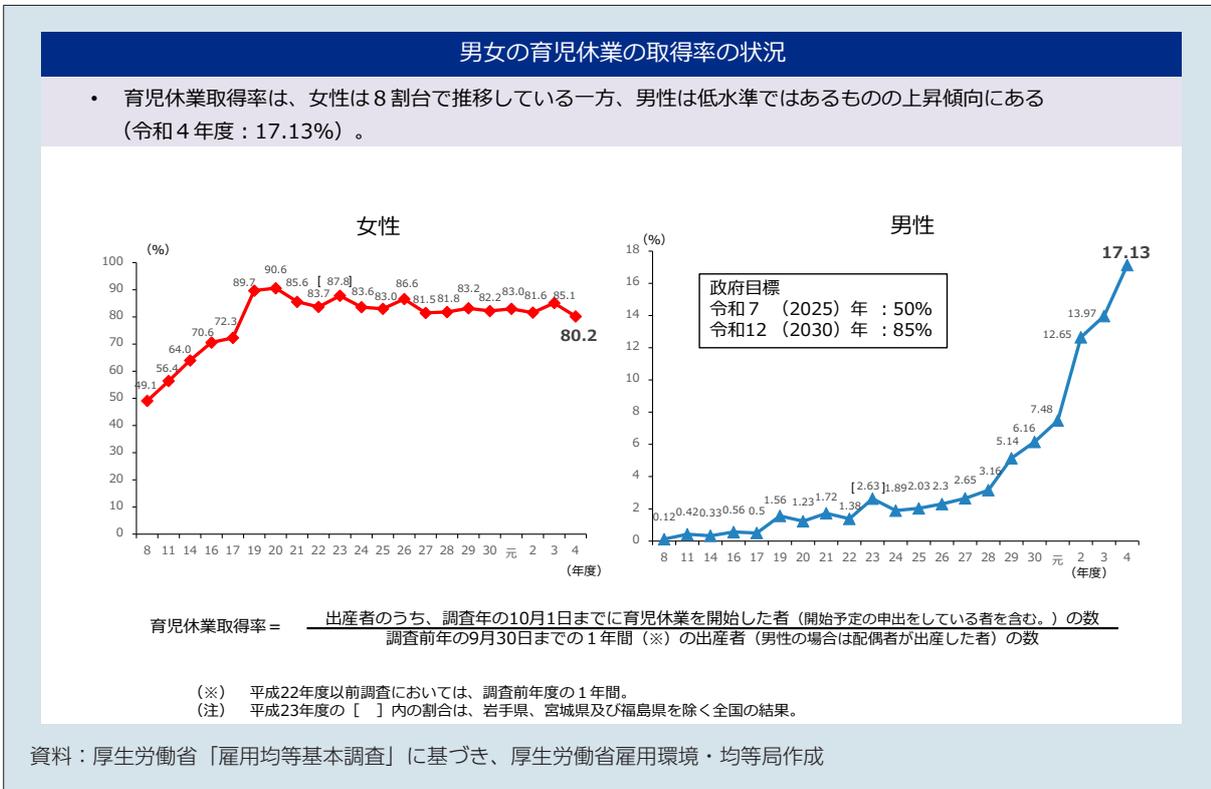


資料(上): 内閣府「令和4年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成
 資料(下): 国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査(夫婦調査)」(2021年)に基づき、厚生労働省雇用環境・均等局作成

(我が国の育児休業取得率は、男性は女性と比べて依然低いが、近年上昇傾向)

こうしたなかで、我が国の育児休業取得率をみると、女性は過去10年以上にわたり8割台で推移している一方で、男性は直近の2022（令和4）年度実績^{*9}でも17%程度と低水準ではあるものの、近年上昇傾向にある（**図表 1-1-4**）。

図表 1-1-4 育児休業取得率の推移



(仕事をしている女性では、仕事がある日の育児時間が長いほどストレス（抑うつ・不安）が高い層が多く、共働き世帯の夫婦では妻が夫よりも多くの時間を育児に充てている)

次に、子育て世帯のストレス（抑うつ・不安）の状況を育児時間の長さ別にみると、仕事をしている女性の「仕事のある日」においては、概ね育児時間が長いほどストレスの高得点層の割合が高いという傾向が認められる。また、仕事をしている人の「仕事のある日」において最も育児時間が長い区分の者（「6時間超」の区分）は、男女ともに、ストレスの高得点層（「38点以上」）が最も高い（**図表 1-1-5**）。

他方で、総務省「社会生活基本調査」によると、我が国の共働き世帯（6歳未満のこどもを持つ夫婦とこどもの世帯）の育児時間は、夫婦ともに経年的に増加しているものの、妻のほうが夫よりも長く、2021（令和3）年においては、妻が3時間24分に対し、夫が1時間3分であった^{*10}。

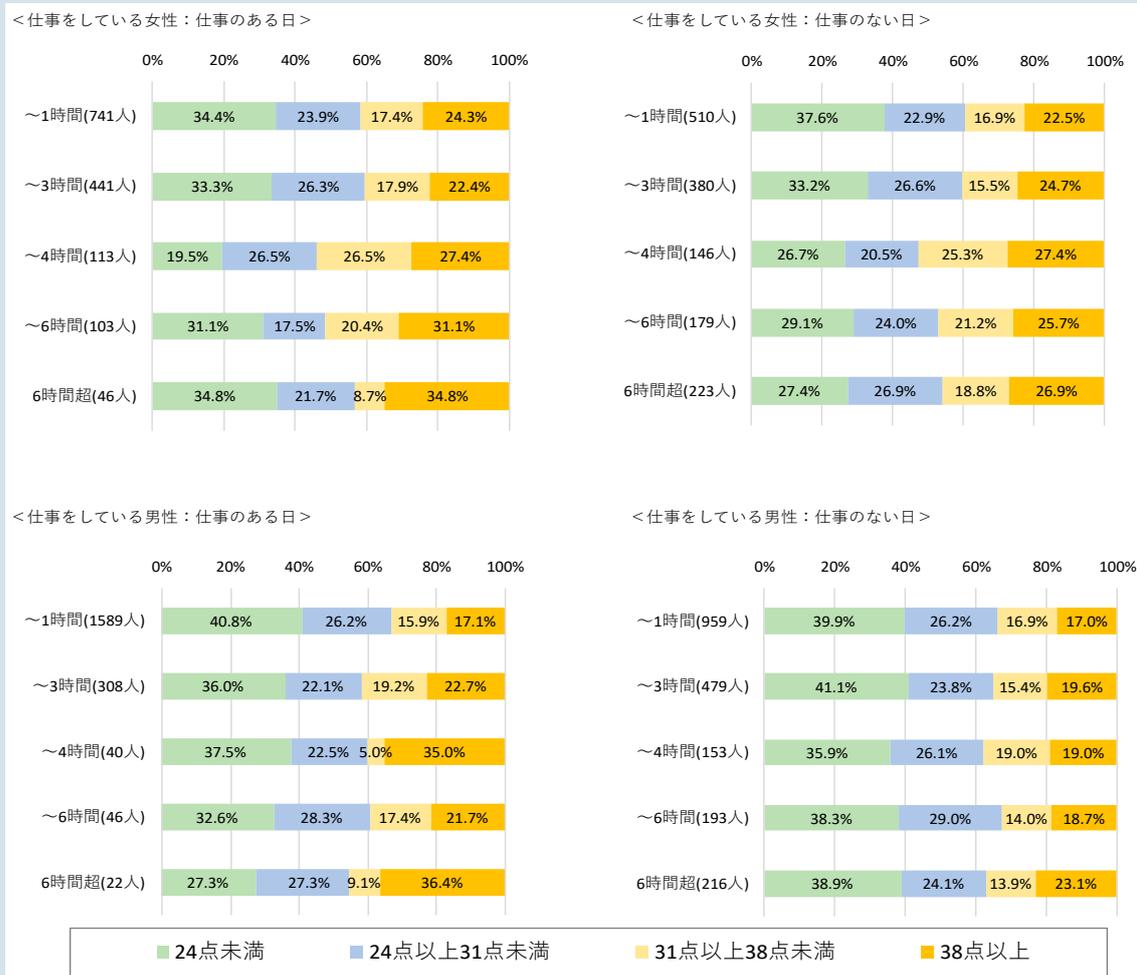
共働き世帯においても、依然女性の方がより多くの時間を育児に充てており、また、仕事をしている女性の「仕事のある日」の育児時間が長くなることで、生活の質を下げること

^{*9} 令和2年10月1日から令和3年9月30日までの1年間に配偶者が出産した男性のうち、令和4年10月1日までに育児休業を開始した者。

^{*10} 総務省「我が国における家事関連時間の男女の差～生活時間からみたジェンダーギャップ～」(統計 Today No.190)。

とつながっている可能性があると考えられる。

図表 1-1-5 育児時間の長さでディストレス（抑うつ・不安）の関係



(備考) 1. 「家事等と仕事のバランスに関する調査」(令和元年度内閣府委託調査・株式会社リベルタス・コンサルティング)より作成。
 2. 以下の条件を満たす人を対象にして集計。
 ・「ふだんの健康状態」が「ふつう」「まあ良い」又は「良い」と回答している
 ・世帯年収が200万円以上1500万円未満
 ・同居している中学生以下の子どもがいる
 3. ディストレス（抑うつ・不安）については、日本家族社会学会が1998年度から経年的に実施にしている「全国家族調査」における「からだや心の状態」等の設問にならった。本分析では、回答選択肢のうち、「ほとんど毎日（週単位の質問）／何度もあった（月単位の質問）」を4点、「週に3～4日／ときどきあった」を3点、「週に1～2日／ごくまれにあった」を2点、「まったくなかった」を1点とする方法（ディストレスが強い回答選択肢ほど高得点にする方法）で点数化し、合計得点68点の中での分布を見た。ただし、頻度が低いほどディストレスが強い設問1問については、配点を逆転させている。

資料：内閣府「令和2年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

(ひとり親家庭の親もディストレスが高く、こどもについて悩みを抱えている人が多い)

我が国には、母子家庭が119.5万世帯、父子家庭が14.9万世帯^{*11}と多くのひとり親家庭が存在している。ひとり親家庭の生活実態や就業状況等をみると、子育てと生計の担い手という二重の役割を一人で担うこととなり、住居、収入、こどもの養育等の面で様々な困難に直面する場合がある。

これまでの研究において、母子世帯の母親は有配偶の母親に比べてディストレス（抑うつ・不安）

*11 厚生労働省「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」。推計値。

つ・不安)が高いことが指摘されている^{*12}が、その背景には、ひとり親家庭が直面するこれらの困難があると考えられる。

また、厚生労働省が行った「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」によると、こどもについての悩みを抱えているひとり親は、母親では母子世帯の約7割にあたる約86.0万世帯、父親では父子世帯の約6割にあたる約9.2万世帯にのぼった。こどもについての悩みの主な内訳では、ひとり親である母親と父親のいずれも「教育・進学」が最も多く、約6割を占めた(図表1-1-6、図表1-1-7)。母子世帯と父子世帯の世帯年収は児童のいる世帯全体の平均年収よりも低い^{*13}ことから、「教育・進学」の悩みが最も多い背景には、経済的な事情も主な要因のひとつとして考えられる。

図表1-1-6 母子世帯の母親が抱えるこどもについての悩みの内訳(最もあてはまるもの)

	総数	しつけ	教育・進学	就職	非行・交友関係	健康	食事・栄養	衣服・身のまわり	結婚	障害	その他
令和3年 総数	860,284 (100.0)	76,073 (8.8)	518,336 (60.3)	49,513 (5.8)	16,774 (1.9)	44,846 (5.2)	26,278 (3.1)	8,335 (1.0)	4,286 (0.5)	55,721 (6.5)	60,122 (7.0)
0歳～4歳	70,311 (100.0)	16,845 (24.0)	24,599 (35.0)	425 (0.6)	376 (0.5)	4,615 (6.6)	9,215 (13.1)	944 (1.3)	1,463 (2.1)	3,263 (4.6)	8,566 (12.2)
5歳～9歳	167,575 (100.0)	35,525 (21.2)	82,745 (49.4)	0 (0.0)	4,338 (2.6)	9,440 (5.6)	7,547 (4.5)	2,012 (1.2)	838 (0.5)	15,708 (9.4)	9,422 (5.6)
10歳～14歳	303,506 (100.0)	17,439 (5.7)	218,942 (72.1)	2,238 (0.7)	6,525 (2.1)	9,620 (3.2)	6,369 (2.1)	3,576 (1.2)	515 (0.2)	20,529 (6.8)	17,752 (5.8)
15歳以上	318,893 (100.0)	6,264 (2.0)	192,050 (60.2)	46,850 (14.7)	5,535 (1.7)	21,172 (6.6)	3,147 (1.0)	1,802 (0.6)	1,470 (0.5)	16,222 (5.1)	24,382 (7.6)

(注) 表中の割合は「特に悩みはない」と不詳を除いた割合である。
資料：厚生労働省「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」

*12 斉藤知洋「シングルマザーの健康水準に対する就労の影響：「国民生活基礎調査」個票データを用いた検討」(「理論と方法」228-242(2020年))

*13 厚生労働省「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」によれば、母子家庭である世帯の平均年間収入は373万円であり、国民生活基礎調査による児童のいる世帯の平均所得を100として比較すると45.9となっている。また、父子家庭である世帯の平均年間収入は606万円であり、国民生活基礎調査による児童のいる世帯の平均所得を100として比較すると74.5となっている。

図表 1-1-7 父子世帯の父親が抱えるこどもについての悩みの内訳（最もあてはまるもの）

	総数	しつけ	教育・進学	就職	非行・交友関係	健康	食事・栄養	衣服・身のまわり	結婚	障害	その他
令和3年 総数	92,267 (100.0)	8,238 (8.9)	53,056 (57.5)	7,227 (7.8)	1,339 (1.5)	4,838 (5.2)	6,379 (6.9)	1,790 (1.9)	1,144 (1.2)	4,761 (5.2)	3,495 (3.8)
0歳～4歳	2,464 (100.0)	719 (29.2)	1,004 (40.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	133 (5.4)	608 (24.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5歳～9歳	15,921 (100.0)	2,078 (13.1)	8,469 (53.2)	0 (0.0)	340 (2.1)	985 (6.2)	1,644 (10.3)	549 (3.4)	183 (1.1)	1,261 (7.9)	412 (2.6)
10歳～14歳	33,298 (100.0)	3,031 (9.1)	20,703 (62.2)	471 (1.4)	490 (1.5)	2,030 (6.1)	2,397 (7.2)	703 (2.1)	251 (0.8)	2,184 (6.6)	1,039 (3.1)
15歳以上	40,584 (100.0)	2,410 (5.9)	22,880 (56.4)	6,757 (16.6)	509 (1.3)	1,690 (4.2)	1,730 (4.3)	538 (1.3)	710 (1.7)	1,316 (3.2)	2,044 (5.0)

(注) 表中の割合は「特に悩みはない」と不詳を除いた割合である。
資料：厚生労働省「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」

（専業主婦世帯の母親も精神的負担に直面している）

また、共働き世帯やひとり親世帯だけではなく、専業主婦世帯等の片働き世帯も子育て負担に直面する場合がある。2020（令和2）年に行われた文部科学省の委託調査の結果によると、子育てをしていて負担を感じることにについて、片働き世帯では、「精神的な負担」の割合が共働き世帯よりも特に高くなっている（図表1-1-8）。また、子育てについての悩みや不安の程度について、片働き世帯では、子育ての悩みや不安を感じる割合（「いつも感じる」と「たまに感じる」の合計）が約7割と高くなっている（図表1-1-9）。

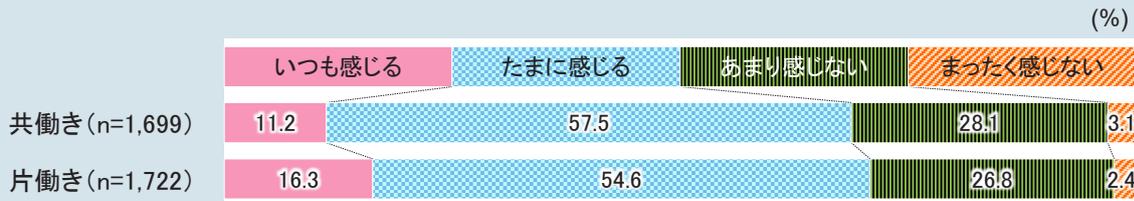
これらの結果を踏まえて、同調査では、ひとり親とこどもからなる世帯や「専業主婦（夫）・無業・その他」の人は、平日の子育ての分担をほとんど自分で対応している割合が高く、精神的な負担を感じやすいと考察している。

図表 1-1-8 子育てをしていて負担に感じること

	n=	経済的な負担	肉体的な負担	精神的な負担	親同士のつきあいの負担	時間的余裕がないこと	子育てに関する情報が多すぎること	子育てに関する情報が少なすぎること	その他	負担は感じていない
共働き	1699	49.8	20.9	25.3	7.8	31.7	3.1	1.4	0.8	14.8
片働き	1722	48.5	22.2	32.6	7.2	27.5	3.4	2.3	0.7	14.5

(注) 回答は2つまで。
資料：2020（令和2）年度文部科学省委託調査「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」

図表 1-1-9 子育てについての悩みや不安の程度



資料：2020（令和2）年度文部科学省委託調査「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」

④ 介護

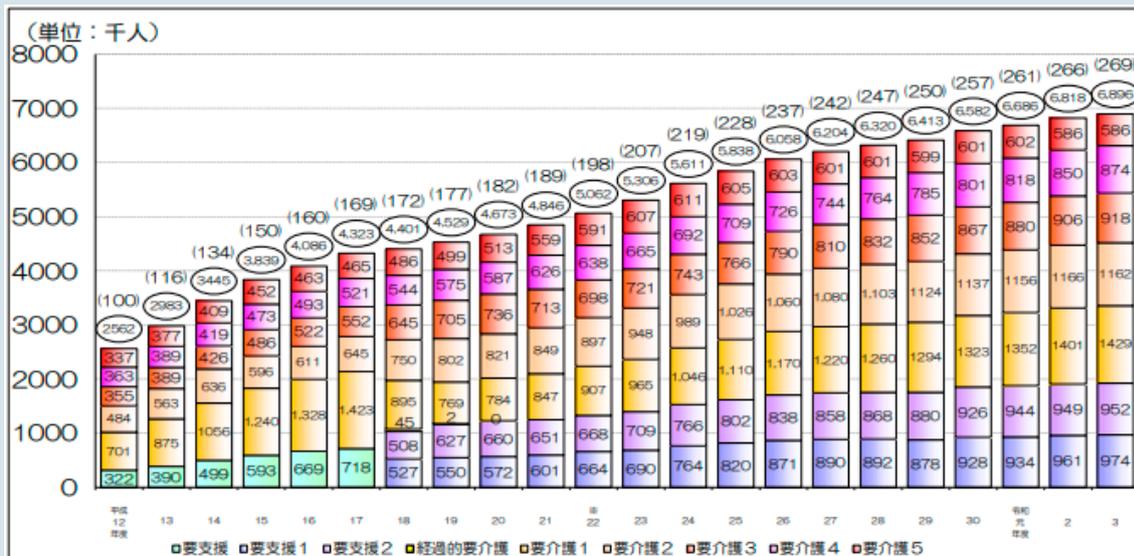
（介護をしている人は約629万人、このうち有業の人は約365万人となっている）

我が国の要介護（要支援）認定者数は、増加が続いている。厚生労働省「介護保険事業状況報告」によると、2021（令和3）年度の認定者数は、2000（平成12）年4月の介護保険法の施行当初と比較すると約2.7倍の約690万人にのぼっている（図表1-1-10）。

また、厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2022（令和4）年における要介護（要支援）者の「主な介護者」は、同居・別居の家族である割合が6割近くにのぼっている（図表1-1-11）。家族が主たる介護者である割合は、2019（令和元）年の前回調査から1割程度減少しているものの、依然として家族が主たる介護者であることが分かる。

さらに、総務省「就業構造基本調査」によると、2022（令和4）年に15歳以上の人で介護をしている人は約629万人おり、このうち6割近くを有業の人が占めている（図表1-1-12）。

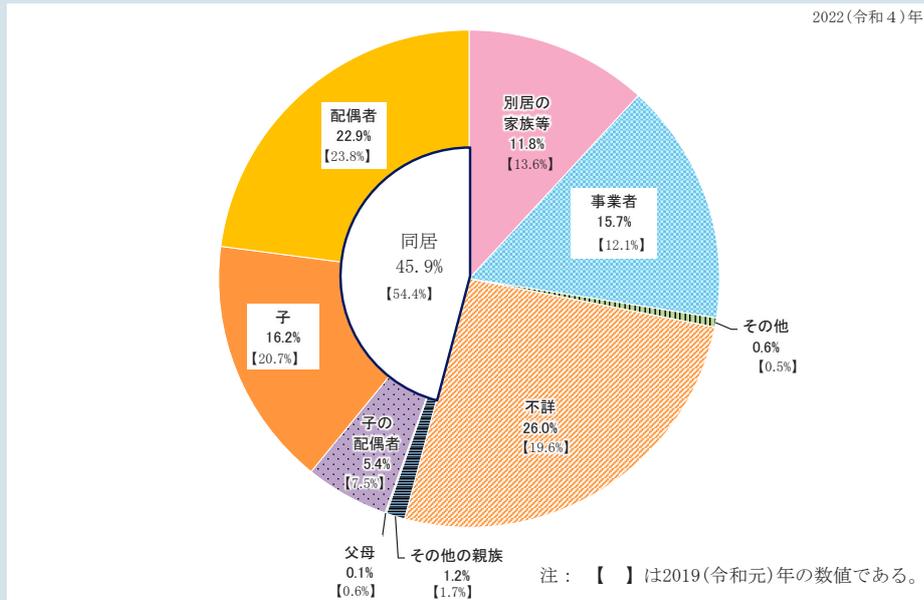
図表 1-1-10 要介護（要支援）認定者数の推移（年度末）



※()の数値は、平成12年度を100とした場合の指数である。
 ※平成29年度から全市町村で介護予防・日常生活支援総合事業を実施している。
 ※東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない。

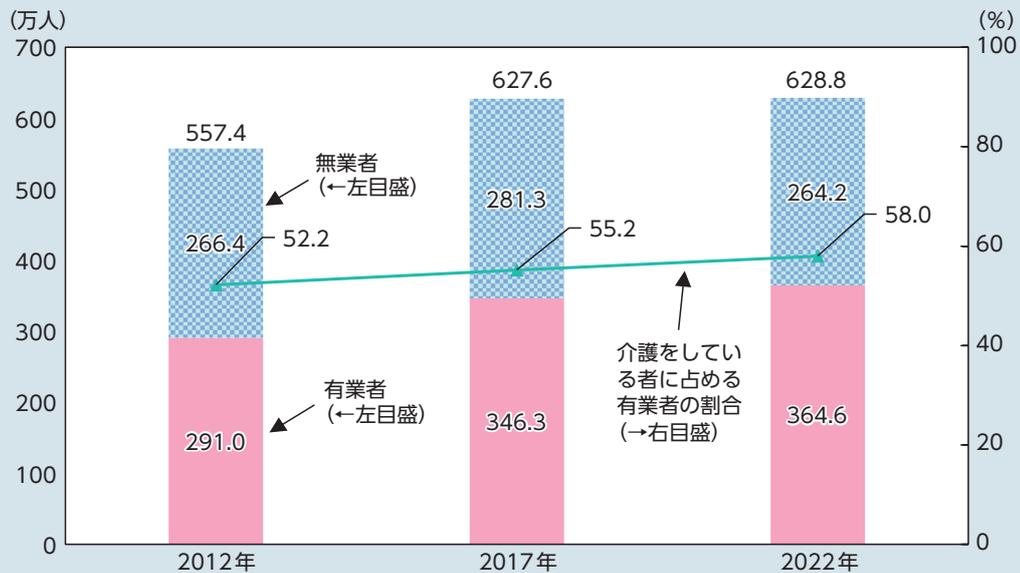
資料：厚生労働省「令和3年度介護保険事業状況報告（年報）報告書の概要」

図表1-1-11 「要介護者等」からみた「主な介護者」の続柄別構成割合



資料：厚生労働省「2022(令和4)年 国民生活基礎調査の概況」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

図表1-1-12 介護をしている者の数と有業者の割合の推移



資料：総務省「令和4年就業構造基本調査 結果の概要」

(要介護者のいる世帯は、単独世帯と核家族世帯が増加している)

在宅介護をめぐる状況にも変化が生じつつある。厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2000(平成12)年4月の介護保険法の施行当初と比較すると、要介護(要支援)者のいる世帯では、単独世帯が大きく増加し、夫婦のみの世帯も増加している(図表1-1-13)。

この傾向は、介護をする家族の高齢化を示唆している。実際に、在宅の要介護(要支

援)者と同居の主な介護者の年齢の組み合わせをみると、60歳以上同士の割合は過去20年間で20%ポイント以上増加し、8割近くに達しており、さらに75歳以上同士の割合も3割を超えるなど、いわゆる老老介護の増加にも留意する必要がある(図表1-1-14)。

図表1-1-13 世帯構造別に見た「要介護者等のいる世帯」の構成割合

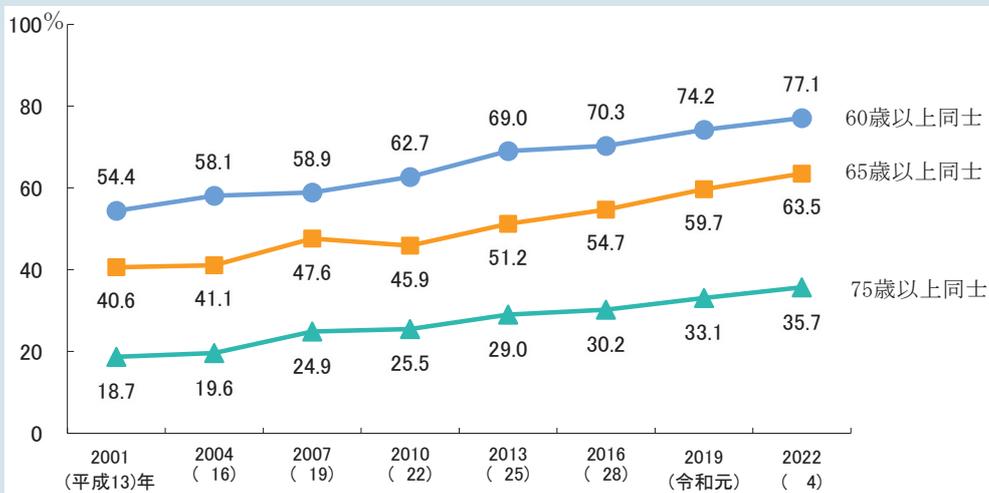
(単位：%)

年次	総数	単独世帯	核家族世帯		三世代世帯	その他の世帯	(再掲) 高齢者世帯
				(再掲) 夫婦のみの世帯			
2001(平成13)年	100.0	15.7	29.3	18.3	32.5	22.4	35.3
'04(16)	100.0	20.2	30.4	19.5	29.4	20.0	40.4
'07(19)	100.0	24.0	32.7	20.2	23.2	20.1	45.7
'10(22)	100.0	26.1	31.4	19.3	22.5	20.1	47.0
'13(25)	100.0	27.4	35.4	21.5	18.4	18.7	50.9
'16(28)	100.0	29.0	37.9	21.9	14.9	18.3	54.5
'19(令和元)	100.0	28.3	40.3	22.2	12.8	18.6	57.1
'22(4)	100.0	30.7	42.1	25.0	10.9	16.4	61.5

注：2016(平成28)年の数値は、熊本県を除いたものである。

資料：厚生労働省「2022(令和4)年 国民生活基礎調査の概況」

図表1-1-14 「要介護者等」と「同居の主な介護者」の年齢組み合わせ



注：2016(平成28)年の数値は、熊本県を除いたものである。

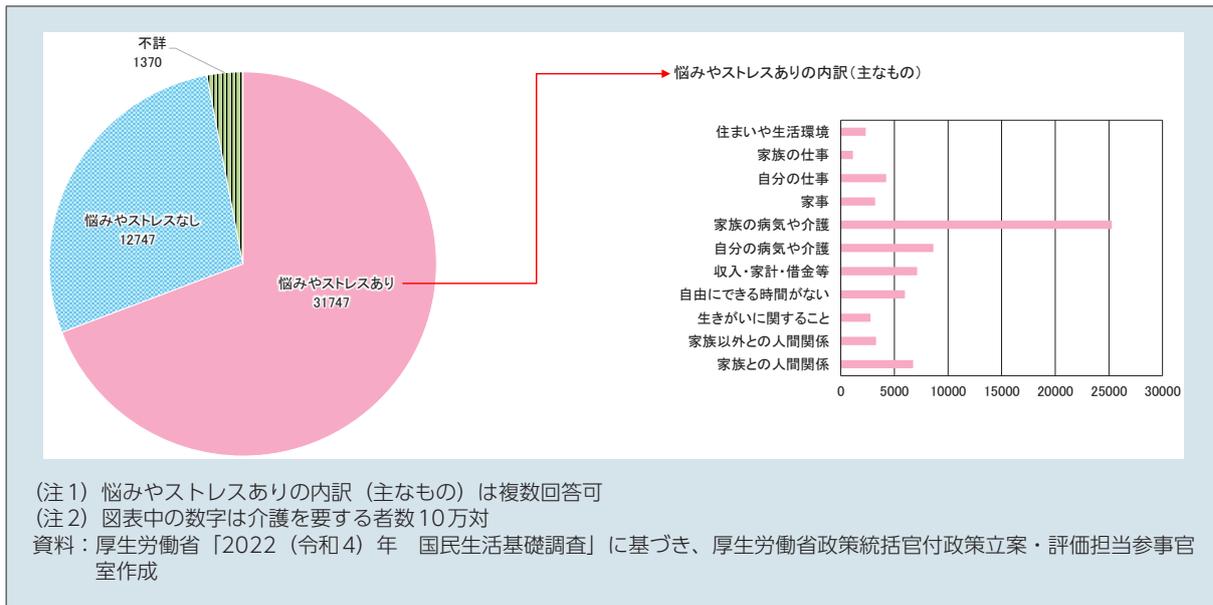
資料：厚生労働省「2022(令和4)年 国民生活基礎調査の概況」

(介護者の悩みやストレスをみると、家族の病気や介護に関するものが突出して高い)

次に、介護者の悩みやストレスをみると、悩みやストレスがあると回答した人は全体の7割近くに達しており、なかでも家族の病気や介護に関するものが突出して高い(図表1-1-15)。また、家族との人間関係や経済的な不安、自分自身の健康や自由にできる時間のなさについても、悩みやストレスの原因に挙げられており、こうした複合的なストレス

は、在宅介護をめぐる近年の世帯構造の変化とも無関係ではないだろう。

図表 1-1-15 同居の主な介護者の悩みやストレスの原因



⑤ 身体的な疾患への罹患^{*14}

（身体の病気によるストレスが、こころの不調の原因となる場合がある）

身体の病気に罹ると、その診断や治療経過のなかで様々なストレスを経験するといわれる。たとえば、壮年期・中年期以降に患いやすいといわれる、がん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などの生活習慣病は、我が国の医療費の約3割、死亡者数の約6割を占めており、高齢化を背景に今後も罹患者や死亡者の増加が見込まれているが、このうちがんについてみると、多くの人々が診断の告知の際に大きな衝撃を受け、その後1～2週間程度、気持ちが不安定になり、食欲不振や不眠などの症状が出るといわれる。その時期を過ぎると、現実の問題に向き合い、困難を乗り越えようとする力が徐々に湧いてくるようになるとされるが、なかには、気分の落ち込みや不安など、精神的に不安定な状態が継続することもあり、精神科医や公認心理師などによるこころのケアが必要になる場合もあるとされる。

また、糖尿病患者についてはうつ病になりやすく、反対に、うつ病患者も糖尿病になりやすいといわれている。心疾患や脳血管疾患などの循環器病についても同様の指摘がされており、循環器病の患者のなかにはうつ病を発症している人も少なくなく、うつ病になると循環器病の再発や予後に良くない影響があるとされている。

(3) 高齢期・老年期

① 喪失体験と生活の不活発

（豊かな収穫を得ていく時期であるが、様々な喪失体験にも直面しやすい）

65歳以降の高齢期・老年期は、人生の完成期に向かって、仕事中心の生活サイクルか

*14 身体的な疾患への罹患によるこころの健康への影響については、厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」の「からだの病気とこころ」を参照した。また、糖尿病については、国立国際医療研究センターのウェブサイト「糖尿病情報センター」掲載の「関連する病気」も参照した。

らの変化を経験しながら、豊かな収穫を得ていく時期である。一方で、身体には老化がみられ、健康問題も大きくなっていく。高齢期は、「喪失」に関連した様々なストレスを感じやすいとされており、この時期のライフイベントには、退職、子の独立、住み慣れた家からの転居（施設入所など）、死別など、様々な喪失体験にも直面しやすいことに留意が必要である。

また、先述のとおり、要介護者等のいる世帯の構成割合をみると、単独世帯の構成割合が大きく増加している実情から、もともと認知機能や心身の機能が低下しがちな高齢者が、孤独や生活の不活発により更なる機能低下を経験するおそれも懸念される。生活不活発病^{*15}といわれる様々な症状の出現のなかには、気持ちの落ち込みなどのうつ症状も指摘されており、こころの健康の観点からも留意が必要である。

② 高齢者のこころの特徴

（高齢者のこころの変化に対する理解が十分でないと、ストレスの要因にもなる）

高齢者のこころの特徴として、たとえば、論理的に考えていくよりも「印象」、「直感」によって判断することが多くなっていくことが挙げられる。加えて、流動性知識（反応の速さ、問題処理能力など）は衰えやすい半面、結晶性知識（知識や理念）は保たれやすいことから、理詰めの説明よりも、エピソードを交えたイメージの湧きやすい説明の方が理解しやすいとされている。また、コミュニケーションの流暢さが低下し、話題の寄り道・脱線が増える「迂遠」と呼ばれる状態になりやすく、本人にとっては「言葉が喉まで出かかって出ない」といった形で体験される。

こうした変化に対する本人や周囲の人の理解が十分でないと、一見、大きなライフイベントのない穏やかな日常生活を送っていても、思わぬストレスを溜め込んでしまう要因にもなりかねず、留意が必要である。

2 働く環境

ここまで、ライフステージごとのストレス要因についてみてきたが、本項では、壮年期・中年期における重要なライフイベントである「就業」とこころの健康についてみていく。

上述したとおり、こころの健康は、「人生のストレスに対処しながら、自らの能力を発揮し、よく学び、よく働き、コミュニティにも貢献できるような、精神的に満たされた状態」であり、壮年期・中年期においては、「働きがい」と「働きやすさ」が実現できる職場環境は、こころの健康を高め、支える観点からも重要であるといえる。

働きがいを示す指標の一つであるワーク・エンゲイジメント^{*16}と就業環境や雇用管理に関する分析によると、「職場の人間関係やコミュニケーションの円滑化」、「労働時間の短縮や働き方の柔軟化」、「業務遂行に伴う裁量権の拡大」、「いわゆる正社員と限定正社員との間での相互転換の柔軟化」、「仕事と病気治療との両立支援」、「育児・介護・病気治療等により離職された方への復職支援」といった雇用管理の実施率の高さとワーク・エンゲ

*15 生活不活発病は、身体を動かす機会が減ることで全身のあらゆる機能が低下し、様々な症状が出現することをいう。廃用症候群ともいう。

*16 オランダ・ユトレヒト大学のSchaufeli教授らによって、2002年に確立された概念であり、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態として、「仕事から活力を得ていきいきとしている」（活力）、「仕事に誇りとやりがいを感じている」（熱意）、「仕事に熱心に取り組んでいる」（没頭）の3つが揃った状態として定義される。

イジメント・スコア^{*17}との間には正の相関がある可能性が示唆されている^{*18}。

このように、就業という側面からウェルビーイングの向上を図っていくためには、働き方を労働者が主体的に選択し、円滑な移動や転換、マルチキャリアパスを可能とするための環境整備や、企業による個人の希望・特性等に応じた雇用管理等を推進していくことが必要と考えられる^{*19}。

一方で、裏を返せば、このような環境整備や雇用管理等が不十分な場合には、就業というライフイベントがこころの不調をきたすストレス要因ともなり得ることに留意しなければならない。

以下では、働く人を取り巻くストレスの現状について確認し、雇用される労働者の労働時間や睡眠時間、そして職場におけるハラスメントについて整理した上で、フリーランスとして働く人に対するハラスメントの状況についても取り上げる。

(1) 労働者を取り巻くストレスの現状

(ストレスを感じている労働者の割合は、2022（令和4）年は82.2%であった)

厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は、2022（令和4）年は82.2%であった（[図表1-1-16](#)）。

ストレスの内容を年代別にみると、20歳未満から40歳代までは、「仕事の失敗、責任の発生等」が最も高く、次いで「仕事の量」となっている。一方、50歳代は「仕事の量」が最も高く、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」が高くなっている。なお、60歳以上はストレスと感じる事柄を1つも選択しなかった人が最も多かったが、ストレスがある人のストレスの内容では、「仕事の質」が最も高く、次いで「対人関係（セクハラ・パワハラを含む。）」となっている（[図表1-1-17](#)）。

また、就業形態別にみると、正社員は「仕事の量」、「仕事の失敗、責任の発生等」の順に高くなっているが、契約社員や派遣労働者では「雇用の安定性」の割合が高い傾向があり、特に派遣労働者では突出して最も高い（[図表1-1-18](#)）。

このように、ストレスを感じている労働者は非常に多いが、その要因や背景は、年代や就業形態などにより多様であることが分かる。

^{*17} ワーク・エンゲイジメントの測定に当たっては、ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度（Utrecht Work Engagement Scale：UWES）が最も広く活用されており、通常、「活力」「熱意」「没頭」といった下位因子を17項目の質問で測定している。その他、UWESでは、3つの因子を3項目ずつ、合計9項目の質問で測定できる短縮版、合計3項目の質問で測定できる超短縮版（Ultra-Short Measure）も開発されている。

^{*18} 「令和元年版 労働経済の分析 一人手不足の下での「働き方」をめぐる課題について」第Ⅱ部第3章第3節参照。

^{*19} 「雇用政策研究会報告書 人口減少・社会構造の変化の中で、ウェル・ビーイングの向上と生産性向上の好循環、多様な活躍に向けて」（2019年7月）。

図表 1-1-16 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合



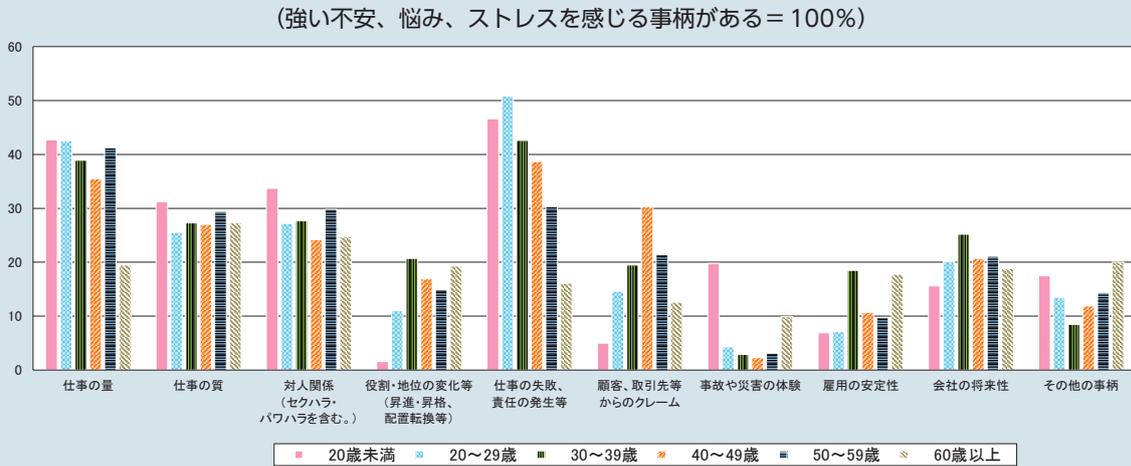
(※) 過労死等の防止のための対策に関する大綱に基づく数値目標

⇒自分の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み又はストレスがあるとする労働者の割合を50%未満（令和9年まで）。

- (注) 1. 常用労働者10人以上を雇用する民営事業所で雇用されている常用労働者及び受け入れた派遣労働者を対象。
 2. 平成26年及び令和元年は「労働安全衛生調査（労働環境調査）」を行っており、本事項については調査していない。
 3. 令和4年調査から本設問の形式を変更した。令和3年調査までは、最初にストレスの有無を選択させ、「ある」を選択した場合にストレスを感じる事柄（10項目）から3項目以内を選択させる設問形式としていたが、令和4年調査は、ストレスの有無の選択を前置せず、ストレスを感じる事柄（10項目）から3項目以内で選択する設問形式としており、1つでも選択した場合に、ストレスが「ある」に該当するものとしている。そのため、令和3年以前との単純比較はできない。

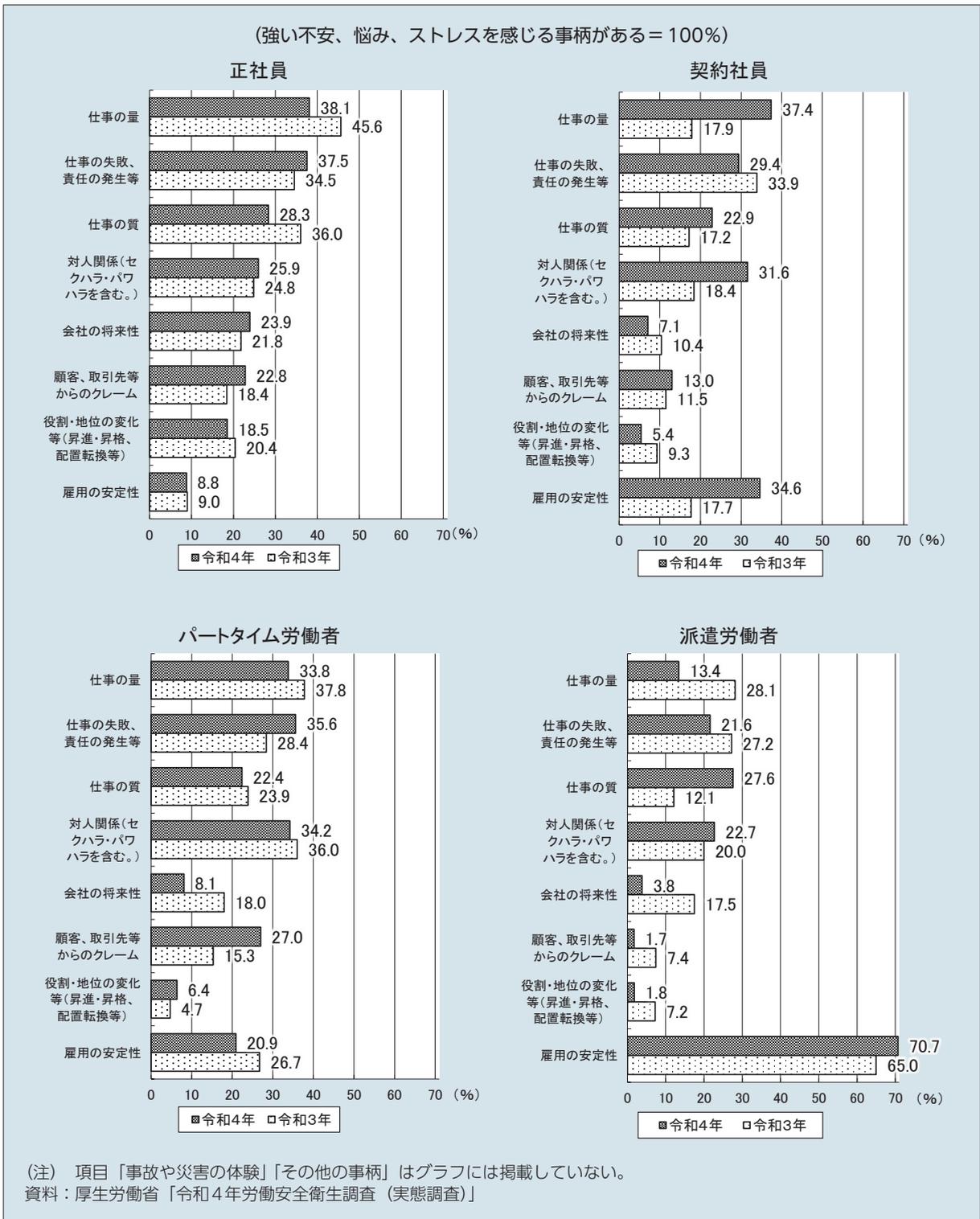
資料：厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）」（ただし、平成14年、19年、24年は厚生労働省「労働者健康状況調査」）に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表 1-1-17 年齢階級別にみた仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合（主なもの3つ以内）



資料：厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

図表 1-1-18 就業形態別にみた強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合（主なもの3つ以内）



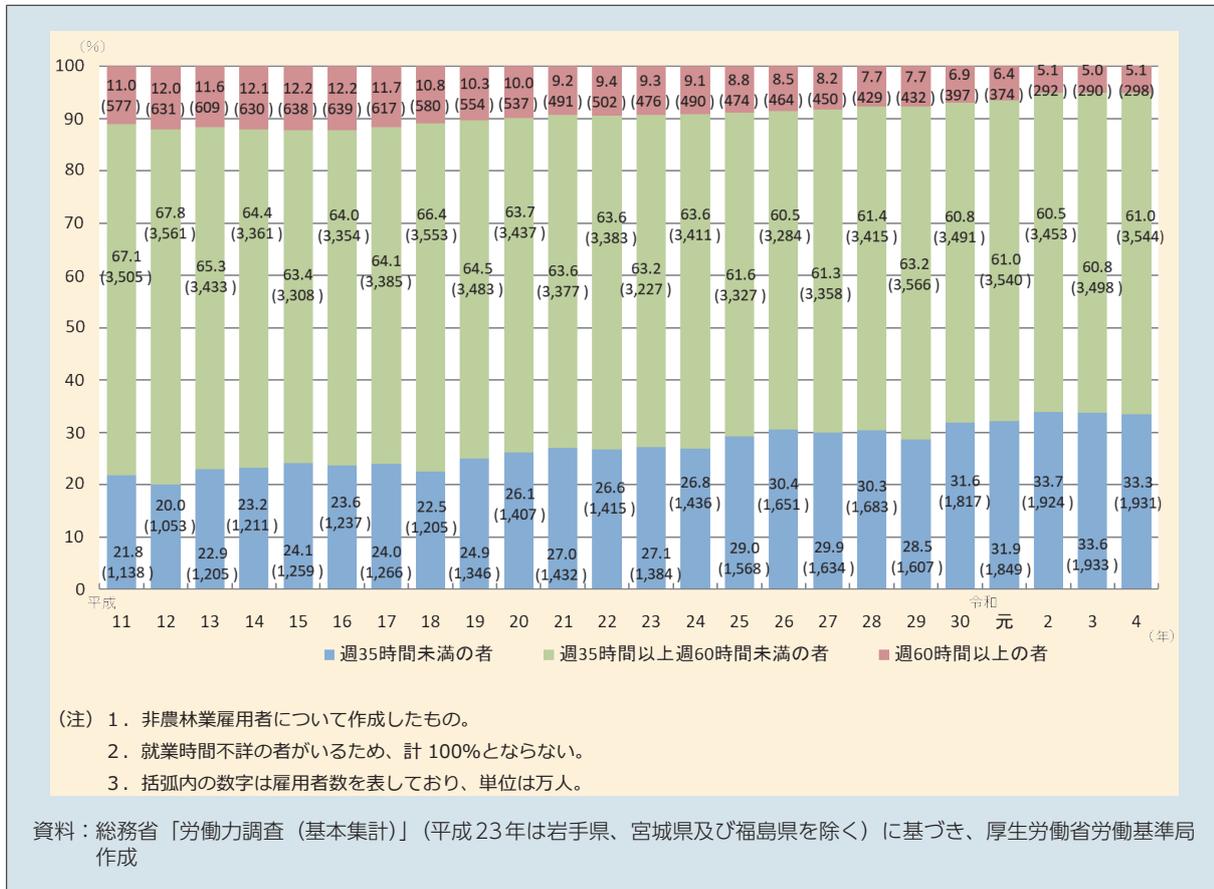
① 労働時間

(週60時間以上働く雇用者数は、長期的には緩やかな減少傾向を示している)

上述のとおり、仕事の量は労働者の主要なストレスのひとつといえるが、仕事量の多さは労働時間の長さとして現れる場合も少なくない。総務省「労働力調査」の月末1週間の就業時間別の雇用者割合の推移をみると、1週間の就業時間が60時間以上である雇用者の割合は、2003（平成15）年をピークとして、働き方改革の進展等により、緩やかな減

少傾向を示しているが、2022（令和4）年は5.1%と前年より0.1%ポイント増加した。また、月末1週間の就業時間が60時間以上である雇用者数は298万人と前年より約8万人増加した（[図表1-1-19](#)）。

図表1-1-19 月末1週間の就業時間別の雇用者の割合及び雇用者数



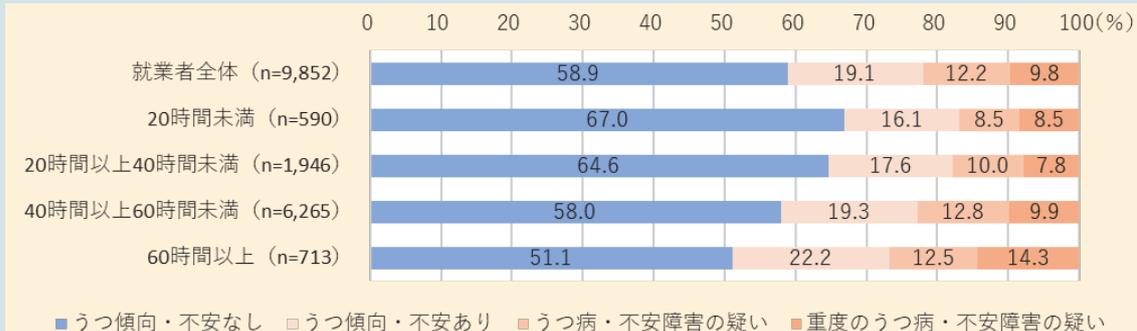
（労働時間が長くなると、うつ病などの疑いがある人の割合が増加する傾向がみられる）

1週間当たりの実労働時間別のうつ傾向・不安についてみると、労働時間が長くなるにつれて、うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いがある人の割合が増加する傾向がみられる（[図表1-1-20](#)）。また、労働時間が長くなるにつれて、翌朝に前日の疲労を持ち越す頻度が増加する傾向がみられ（[図表1-1-21](#)）、その頻度が増加すると、うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いがある人^{*20}の割合が増加する傾向もみられる（[図表1-1-22](#)）。

こうしたことから、労働時間がこころの不調につながる背景には、長時間労働による疲労の蓄積があるとみられる。

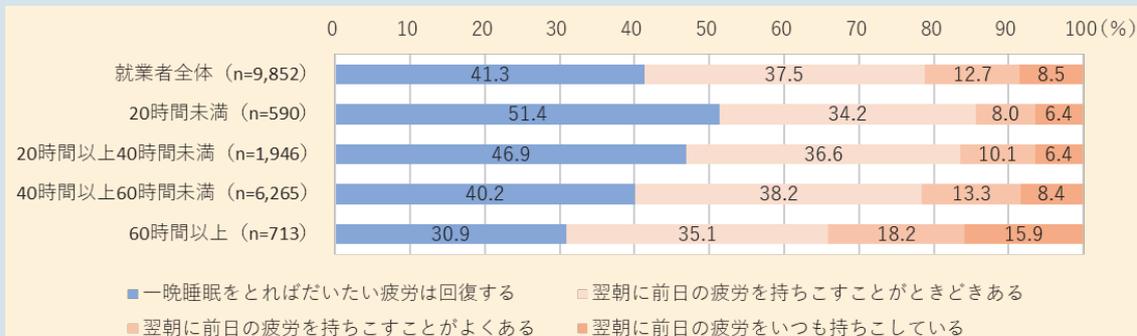
*20 うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いのある人の判別に当たっては、K6という尺度を用いている。K6は、米国のKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。6つの質問について5段階（「まったくない」（0点）、「少しだけ」（1点）、「ときどき」（2点）、「たいてい」（3点）、「いつも」（4点））で点数化し、合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があると考えられている。

図表 1-1-20 1週間当たりの実労働時間別うつ傾向・不安（就業者調査）



(注) 自営業者等と会社役員は、就業時間を労働時間として算出。
資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和4年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表 1-1-21 1週間当たりの実労働時間別疲労の持ち越し頻度（就業者調査）



(注) 自営業者等と会社役員は、就業時間を労働時間として算出。
資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和4年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表 1-1-22 疲労の持ち越し頻度別うつ傾向・不安（就業者調査）



資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和4年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

② 睡眠時間

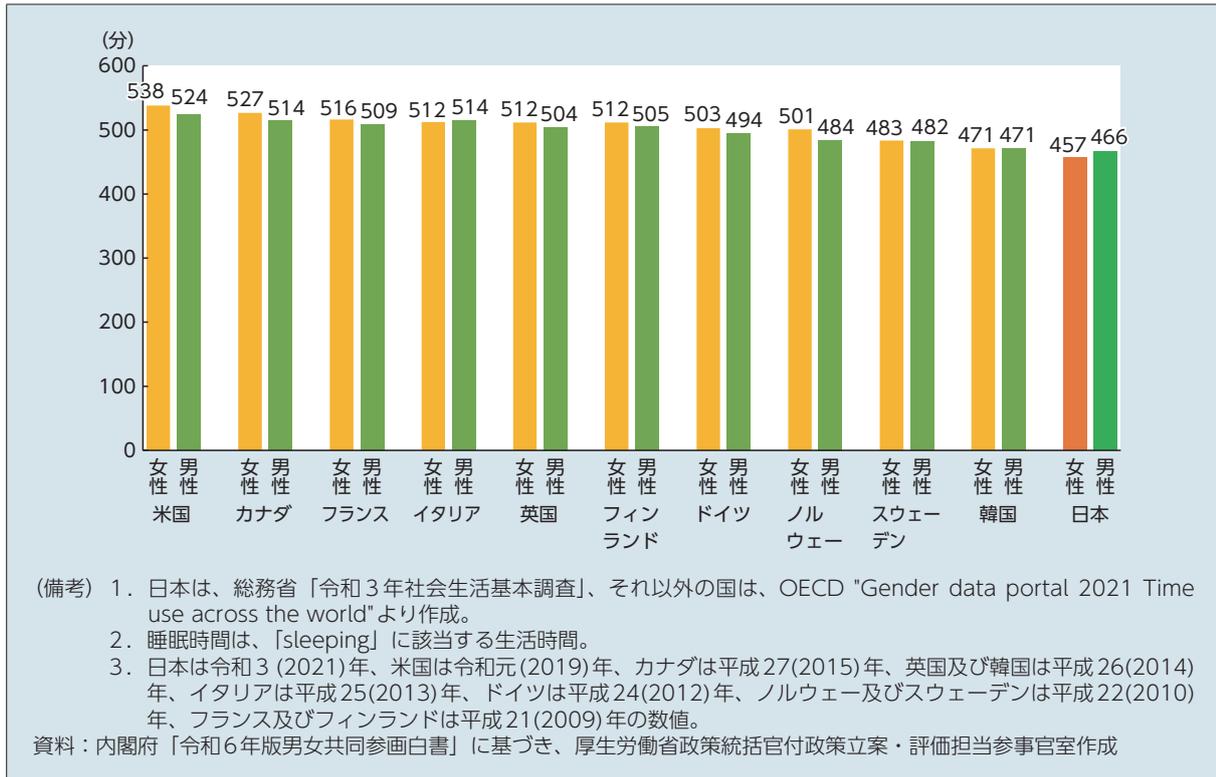
(国際的にみると、我が国の男女の睡眠時間は短くなっている)

1日の時間は有限であることから、労働者にとって、労働時間の長さは睡眠時間の確保に影響を与える。経済協力開発機構（OECD）の調査によると、我が国の男女の睡眠時

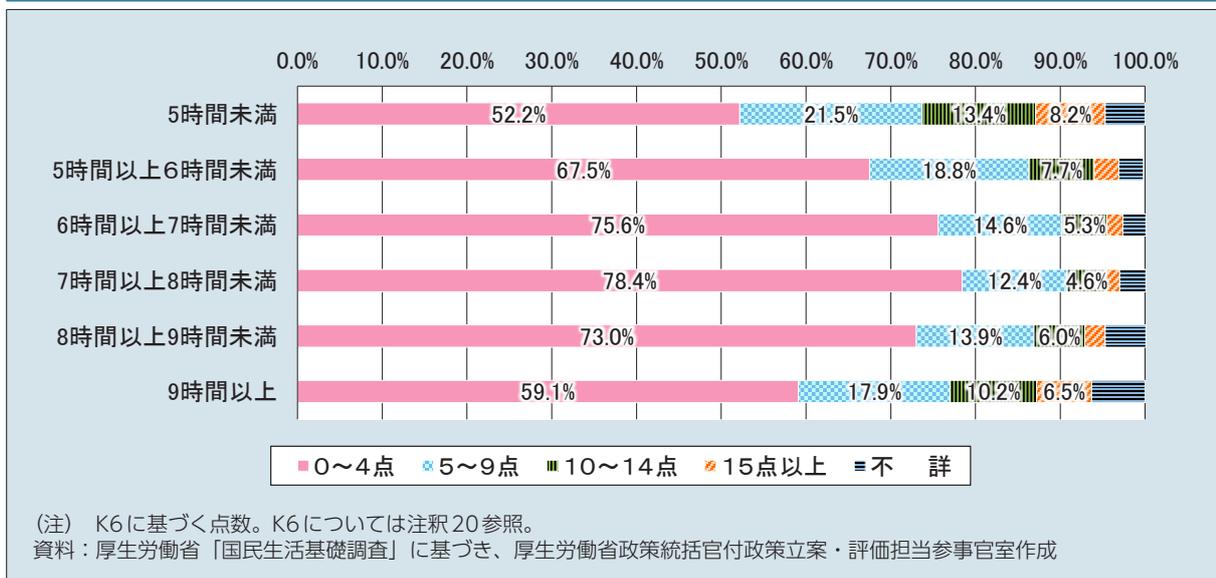
間は、国際的にみると短くなっていることが分かる（図表1-1-23）。また、睡眠時間とこころの状態の関係についてみると、2022（令和4）年「国民生活基礎調査」によると、うつ傾向・不安（K6）の点数が「0～4点」である人の割合は、睡眠時間が「7時間以上8時間未満」の場合に最も高く、睡眠時間が「5時間未満」の場合に最も低い（図表1-1-24）。

このことから、睡眠時間の長さは、こころの健康を確保する上で重要な要素のひとつであるといえる。

図表1-1-23 睡眠時間の国際比較



図表1-1-24 睡眠時間とこころの状態

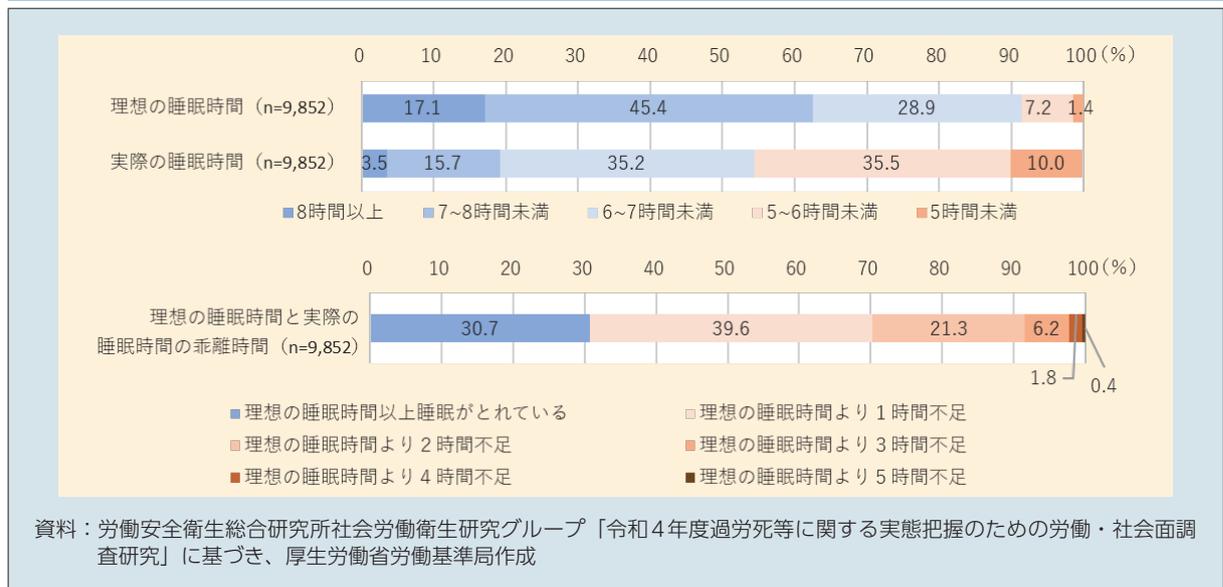


(約7割の労働者は、理想の睡眠時間を取れていない)

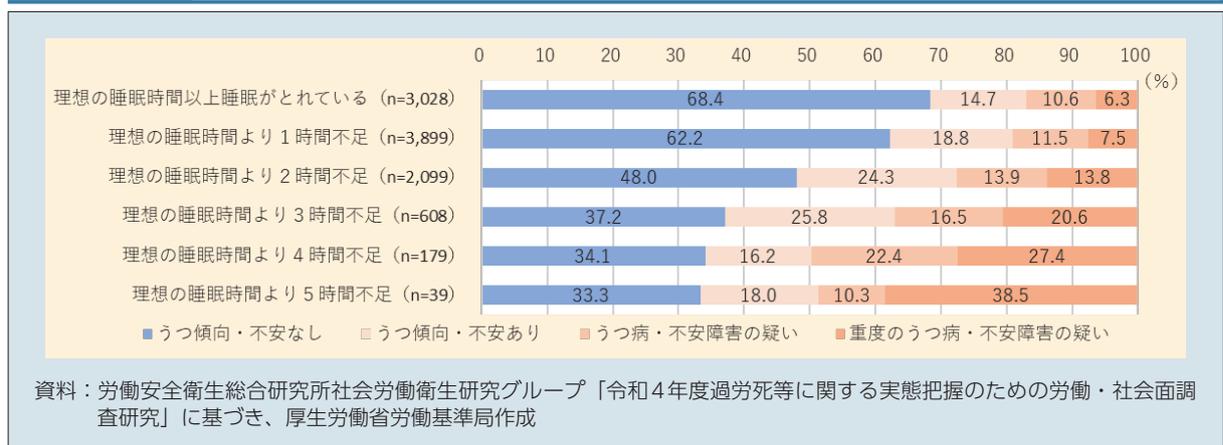
他方で、約7割の労働者は、理想の睡眠時間を取れていないとされている。厚生労働省が行った調査によると、労働者の理想の睡眠時間は、「7～8時間未満」が45.4%で最も多く、次いで「6～7時間未満」の28.9%であった。その一方で、実際の睡眠時間は「5～6時間未満」が35.5%で最も多く、次いで「6～7時間未満」の35.2%であった。

また、理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間は、「理想の睡眠時間より1時間不足」が39.6%で最も多い(図表1-1-25)。理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間別のうつ傾向・不安(K6)をみると、乖離が大きくなるにつれて、「うつ傾向・不安なし」の人の割合が減少する傾向がみられる(図表1-1-26)。

図表1-1-25 理想の睡眠時間と実際の睡眠時間及びその乖離時間(就業者調査)



図表1-1-26 理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間別うつ傾向・不安(就業者調査)



(睡眠時間の確保は、プレゼンティーズムの観点からも注目される)

このような睡眠不足により心身に不調をきたしてしまうと、欠勤や休職を余儀なくされる(アブセンティーズム)だけでなく、出勤はするものの心身の不調により十分なパフォーマンスが発揮できない状態(プレゼンティーズム)につながる場合もある。

近年、睡眠時間の重要性は、こうした日中のパフォーマンスの低下に着目するプレゼンティーズムの観点からも注目されており、たとえば、雇用する労働者の睡眠時間の長さや睡眠の質の良さは企業の利益率を高める効果を持つとの指摘もある^{*21}。良質な睡眠の確保は、企業にとって、労働者のこころの不調を予防するという意味にとどまらず、生産性の向上という視点からも課題であることを示唆しているといえる。

③ 職場におけるハラスメント

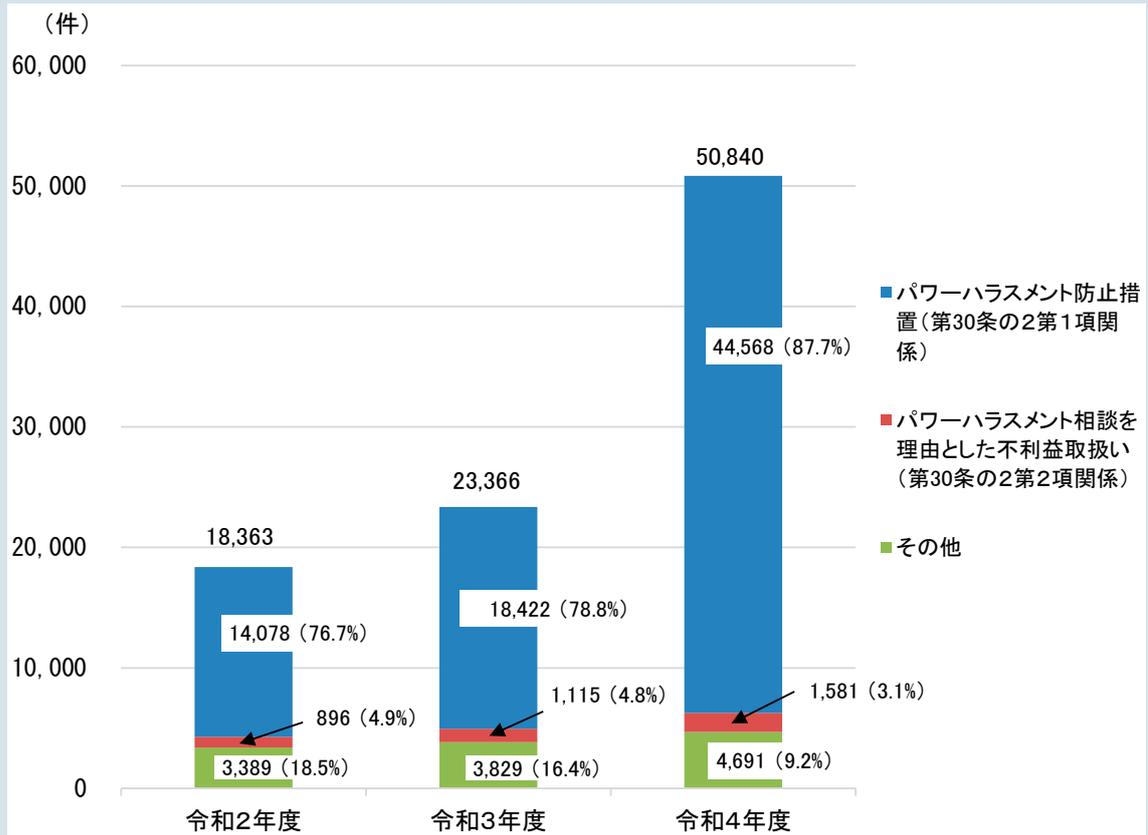
(2022(令和4)年度のパワーハラスメントの相談件数は、50,840件であった)

職場環境においてこころの健康に大きな影響を与えるリスクとして、ハラスメントの問題がある。2022(令和4)年度に都道府県労働局雇用環境・均等部(室)に寄せられたパワーハラスメントの相談件数は、50,840件であった(図表1-1-27)。

一方、2022(令和4)年度のセクシュアルハラスメントの相談件数は、6,849件、妊娠・出産等に関するハラスメントの相談件数は1,926件となっており、いずれも2021(令和3)年度より減少傾向にある(図表1-1-28)。

* 21 山本勲「アフターコロナに向けたウェルビーイングと生産性の両立」(厚生労働省2022年度第2回雇用政策研究会)。

図表 1-1-27 都道府県労働局に寄せられたパワーハラスメントの相談件数

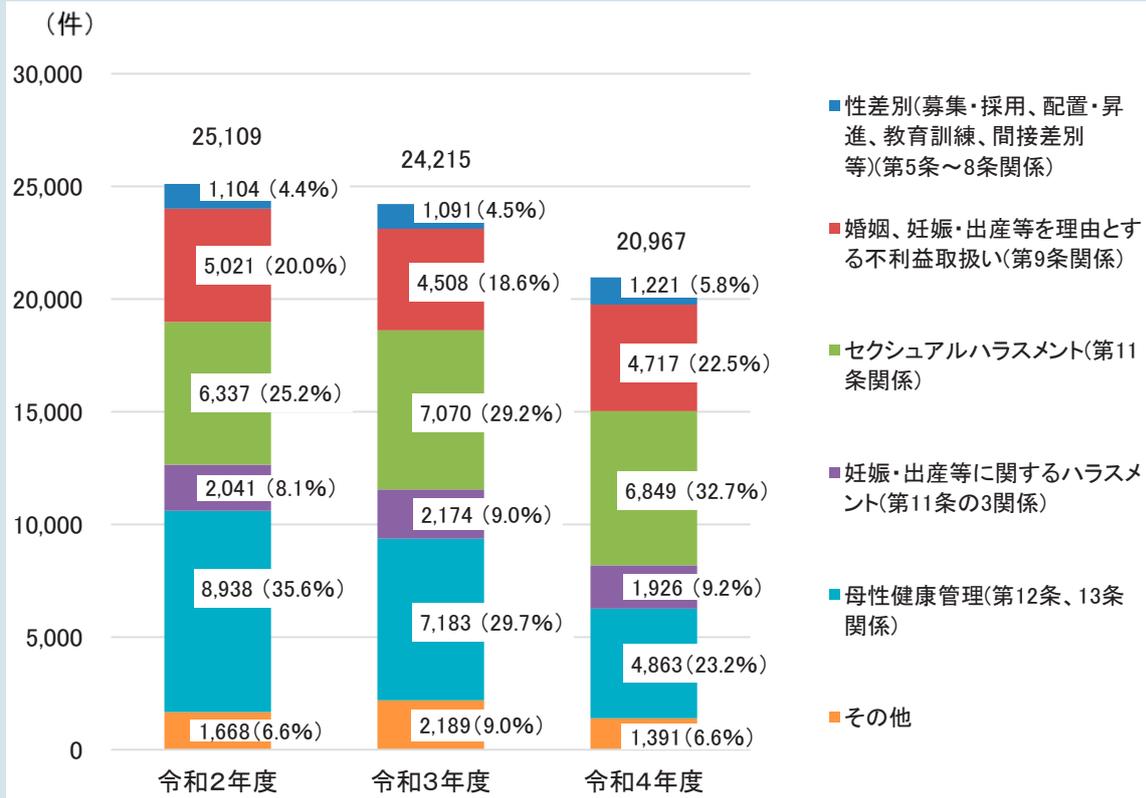


(注1) 2022 (令和4) 年4月の改正労働施策総合推進法の全面施行に伴い、前年度まで計上されていなかった中小企業におけるパワーハラスメントに関する相談もすべて集計することとなったため、前年度以前と2022 (令和4) 年度以降では集計対象に大きな差異がある。

(注2) 労働政策総合推進法に基づく相談件数には、労働者からの相談のほか、事業主や企業の人事労務担当者等からの相談も含まれる。

資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

図表 1-1-28 都道府県労働局に寄せられたセクシュアルハラスメントの相談件数



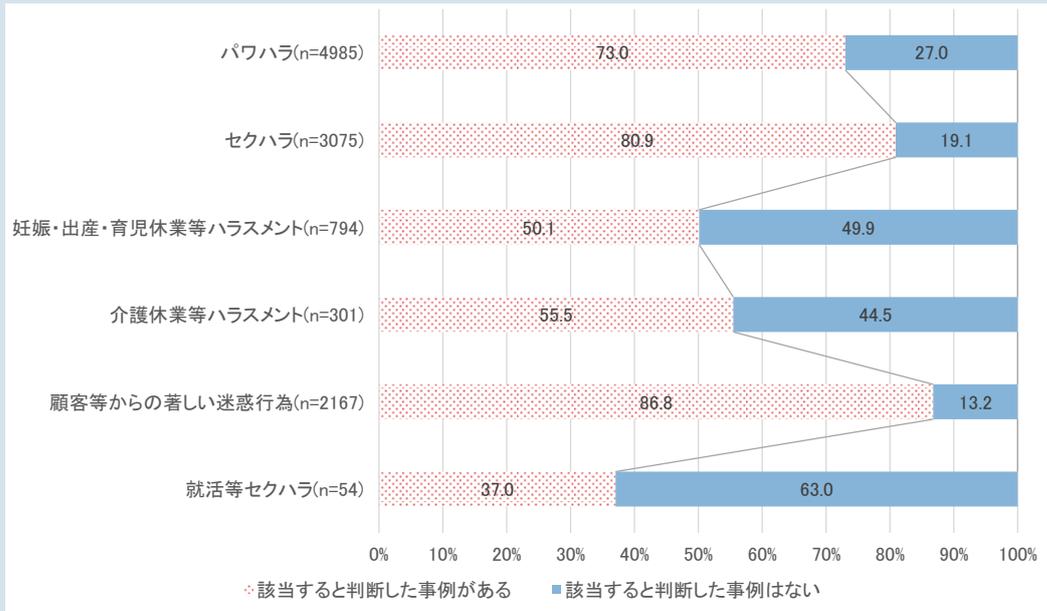
(注1) 男女雇用機会均等法に規定する行為に対する相談件数を計上。
 (注2) 男女雇用機会均等法に基づく相談件数には、労働者からの相談のほか、事業主や企業の人事労務担当者等からの相談も含まれる。
 資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

(企業が取り扱った相談のうち「実際にハラスメントに該当する」と判断したものの割合は、顧客等からの著しい迷惑行為が最も多い)

また、企業に対して行ったハラスメントの発生状況等に関する調査によると、過去3年間に各ハラスメントの相談があったもののうち、企業が「実際にハラスメントに該当する」と判断したものの割合は、「顧客等からの著しい迷惑行為」(86.8%)が最も高く、「セクハラ」(80.9%)、「パワハラ」(73.0%)が次いで高くなっている。このうち「顧客等からの著しい迷惑行為」は、過去3年間で該当件数が増加していると答えた企業の割合も最も高かった(図表 1-1-29、図表 1-1-30)。

労働者の主要なストレス要因のひとつであるハラスメントは、職場内での対人関係にとどまらず、仕事を通じた幅広い対人関係のなかで生じており、近年は顧客等からのハラスメント事案が増加傾向にあることが分かる。

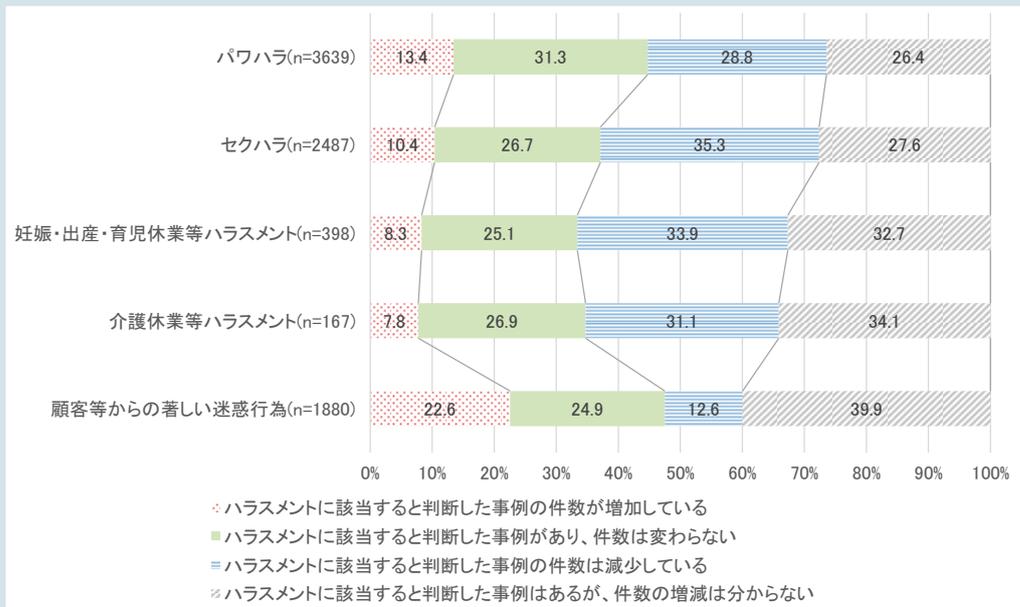
図表 1-1-29 過去3年間のハラスメント該当事例の有無（ハラスメントの種類別）



(対象: 過去3年間にハラスメントに関する相談があった企業 パワハラ:n=4,985、セクハラ:n=3,075、
妊娠・出産・育児休業等ハラスメント:n=794、介護休業等ハラスメント:n=301、
顧客等からの著しい迷惑行為:n=2,167、就活等セクハラ:n=54)

(注) 全国の従業員30人以上の企業・団体に対する企業調査。
資料: 令和5年度厚生労働省委託事業「職場のハラスメントに関する実態調査報告書」

図表 1-1-30 過去3年間に該当事例があった企業における事例件数の推移（ハラスメントの種類別）



(対象: 過去3年間にハラスメントに該当する事例があった企業 パワハラ:n=3,639、セクハラ:n=2,487、
妊娠・出産・育児休業等ハラスメント:n=398、介護休業等ハラスメント:n=167、
顧客等からの著しい迷惑行為:n=1,880)

(注1) 全国の従業員30人以上の企業・団体に対する企業調査。
(注2) 就活等セクハラの特許件数の推移については、十分なサンプル数がない(30未満)のため掲載していない。
資料: 令和5年度厚生労働省委託事業「職場のハラスメントに関する実態調査報告書」

コラム

女性がいきいきと働ける社会に向けて
(独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院)

女性特有の疾患に対して治療を行うだけでなく、院内外との連携を図りながら、女性の総合的な健康管理・支援を行っている関東労災病院の「働く女性専門外来」を紹介する。

働く女性専門外来の設立

関東労災病院では、月経痛など女性特有の症状や、職場でのストレスにより発症する様々な心身の不調に対し、総合的に診療を行うため、2001（平成13）年に「働く女性専門外来」が開設された。開設当初から担当している星野寛美医師は「当時はちょうど、女性専用車両が導入された頃」と振り返る。「それまで医療分野では、『女性は男性と同じ』とされ、男性の研究データに基づき、女性の医療が行われていました。男女の違いを明確にして医療を行う「性差医療」という概念が日本で紹介され始めたことから、女性の心と身体をトータルに診る総合診療を目指して開設されました」。当初は『女性外来とはこういうもの』といったものがなく、試行錯誤の連続だったそうだ。



働く女性専門外来の特徴と取り組み

「働く女性専門外来」の特徴として、次のような点があげられる。

①「働く」という視点にも注目しながら、

充分にご本人の話を聞いて、時間をかけて診療を行う。②婦人科に限らず、他科の症状についての相談にも応じる。③多数の科や医療機関で診察・治療を受けても病態がわからない場合、一緒に情報を整理し、病状を把握する支援を行う。④心療内科や精神科での診察が必要となった場合、受診状態をフォローアップし、診察が軌道に乗るまで見届ける。⑤職場の産業医や県などの保健関連施設との連携や情報提供を行う。

こうした取り組みによって、働く女性を総合的にサポートしている。受診年齢も10代から80代まで幅広い。

星野医師によれば、開設当初は、例えば、心療内科の受診が必要な場合、紹介状を渡して診察を終えていたが、心療内科の受診に抵抗を感じる方も多く、受診や適切な治療に結びつかないことがあった。そのため、現在では、紹介状を渡した後も、専門外来の受診を継続していただき、治療の経過を見届けるようにしている。こうした試行錯誤で診療方法を練り上げ、よりよい女性外来の確立を目指してきた。

なお、「働く女性」という名称ではあるが、主婦など、就労していない女性も受診できる。

不調の背後にあるものをみつけ、寄り添う

診察の際に、特に重要と感じていることについて、星野医師は、「症状があるけれど原因がはっきりしない方もいるので、受診者の気持ちに寄り添いながら、症状の背景にある問題を見極め、一緒に不調を治すという姿勢」が大切だという。

体調不良で受診しても、器質的疾患でなく、原因が精神的なものである場合もある。「診察室での振る舞いだけでなく、普段の生活状況等も確認しながら、話をよく聴いて、どこに原因があるか総合的に見極めることが大切だと考えています」と語る。



女性特有の体調不良への理解促進に向けて

星野医師によると、月経困難症や、更年期症状など女性特有の体調不良は、個人差が大きい。そのため、男性のみならず、女性からも理解してもらえないことがあるという。「働く女性は、不調があっても職場に相談できず、がんばり過ぎてしまう。職場の上司や同僚に相談しにくい上、相談しても理解してもらえず、『気力でカバーして』『病気じゃないんだから』『怠けているのでは?』などと言われ、悩んでいる人が多い。それが、症状

の悪化に拍車をかけてしまうこともある」そうだ。

女性特有の健康問題は多岐にわたる。女性ホルモンとメンタルは密接な関係にあるが、女性ホルモンは生涯を通じて大きく変動し、女性はその影響を受けやすい。その上、職場のストレスで不調が助長されたり、家事、育児、介護などについて、女性の役割として完璧にやらないといけないと思込み、体調を崩したりする。

一方、ピルの服用によりホルモンバランスを整えることで、症状が改善することもある。「治療のひとつとして知ってほしい」と星野医師は考えているが、そもそも治療するかどうかで悩んでいる女性も多いことを知ってほしいと訴える。20年以上になる女性外来での臨床経験から「女性特有の疾患への理解が進み、職場などで適切な対応が行われるようになれば」と願う気持ちも熱い。

活動は外来における診療にとどまらない。企業研修の講師や、パンフレット作成の協力など、女性のからだと健康について情報を発信し、女性がいきいきと働ける社会づくりに取り組んでいる。今後も、更なる活躍が期待される。

(2) フリーランスに対するハラスメントの現状

内閣官房が2020（令和2）年度に行った「フリーランス実態調査」によると、我が国でフリーランス^{*22}として働いている人は、本業と副業を含め、462万人と試算されている。同調査によると、今後もフリーランスとして働きたいと回答した人は8割近くに達している。フリーランスという働き方を選択した理由については「自分の仕事のスタイルで働きたいため」と回答した人が6割近くと最も多く、自分自身で仕事の進め方などを自由に決められる点ができる点がフリーランスという働き方の大きな魅力になっていることがうかがえる。

(仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある人は約1割となっている)

そうしたなか、フリーランスとして働く人に対する仕事の依頼者等からのハラスメントについても報告されている。内閣官房ほか2022（令和4）年度に行った「フリーラン

* 22 内閣官房「フリーランス実態調査」では、「実店舗はなく、雇人もいない自営業主や一人社長であって、自身の経験や知識、スキルを活用して収入を得る者（農林水産従事者は除く）」を、便宜上「フリーランス」と呼称している。

ス実態調査」によると、仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがあると回答した人は10.1%となっており、パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害）が最も多く、セクハラがこれに次いで多くなっている（**図表1-1-31**）。

ハラスメントの行為者について尋ねた結果では、いずれのハラスメントについても「発注者」が最も多く、ハラスメント行為に対して「やめるように申し入れた」と答えた人よりも「特に何もせず、そのまま取引を継続した」と答えた人が多く、なかには「心身に不調や病気を発症した」と答えた人もみられた。

受発注の契約関係における立場の優劣を背景として、フリーランスとして働く人が発注者等からのハラスメント行為に対して毅然と対応することが難しい実情がうかがえる。

図表1-1-31 ハラスメントの状況

5. 配慮義務関係について

Q1. 主な契約において、仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがありますか。当てはまるものを全て選んでください。＜複数回答可＞

※前の問の補足説明のとおり、「主な契約」とは、あなたが現在、フリーランスとして行っている仕事のうち最も収入の多い契約をいいます。

	回答数	割合
1 セクハラ（依頼者等からの性的な言動に対するあなたの反応を理由として仕事上で不利益を受けるなどしたもの） ※具体例：発注者（企業の担当者）からの性的な要求やプライベートな食事の誘いを断ったことを理由として契約打ち切り・報酬減額等の不利益を受けた。	52	2.5%
2 セクハラ（依頼者等の性的な言動によって就業環境が不快なものとなり、あなたの業務の遂行に悪影響が生じるなどしたもの） ※具体例：同じ事業所内で働く発注者（企業の担当者）から体に触られたり、メールで個人の性に関することを聞かれたりするなどして業務の遂行に悪影響が生じた。	32	1.5%
3 パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害） ※具体例：業務の遂行に関連して以下の行為をされる。 ・殴打、足蹴り、物を投げつけられる。 ・人格を否定するようなことを言われる。 ・業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制されたり、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を押しつけられる。 ・集団で無視をし、孤立させられる。	129	6.1%
4 マタハラ（妊娠・出産に関する言動によってあなたの就業環境が害されるもの） ※具体例：妊娠等したことについて悪口を言われるなどし、業務を行いつづらなくなった。	8	0.4%
5 その他の嫌がらせ行為があった	7	0.3%
6 特に経験したことはない	1906	89.9%

※2119名が回答。複数回答可であるため、回答数・割合の合計はそれぞれ2119名・100%を超える場合がある。

Q2. それは誰から受けましたか。当てはまるものを全て選んでください。＜複数回答可＞

	1 発注者 (企業の担当者)	2 発注者 (個人事業主、フリーランス等)	3 仲介 事業者	4 1~3 以外で、 仕事現場 等で一緒 に働く者	5 1~4 以外の者	合計
1 セクハラ（依頼者等からの性的な言動に対するあなたの反応を理由として仕事上で不利益を受けるなどしたもの） ※具体例：発注者（企業の担当者）からの性的な要求やプライベートな食事の誘いを断ったことを理由として契約打ち切り・報酬減額等の不利益を受けた。	24 46.2%	12 23.1%	8 15.4%	1 1.9%	9 17.3%	52
2 セクハラ（依頼者等の性的な言動によって就業環境が不快なものとなり、あなたの業務の遂行に悪影響が生じるなどしたもの） ※具体例：同じ事業所内で働く発注者（企業の担当者）から体に触られたり、メールで個人の性に関することを聞かれたりするなどして業務の遂行に悪影響が生じた。	9 28.1%	15 46.9%	8 25.0%	3 9.4%	1 3.1%	32
3 パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害） ※具体例：業務の遂行に関連して以下の行為をされる。 ・殴打、足蹴り、物を投げつけられる。 ・人格を否定するようなことを言われる。 ・業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制されたり、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を押しつけられる。 ・集団で無視をし、孤立させられる。	80 62.0%	35 27.1%	14 10.9%	25 19.4%	8 6.2%	129
4 マタハラ（妊娠・出産に関する言動によってあなたの就業環境が害されるもの） ※具体例：妊娠等したことについて悪口を言われるなどし、業務を行いつづけなくなった。	2 25.0%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%	8
5 その他の嫌がらせ行為があった	5 71.4%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	7

※Q1. で仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある（「特に経験したことはない」以外）と回答した213名が回答。複数回答可であるため、ハラスメントの行為類型毎の行為者の割合の合計が100%を超える場合がある。

Q3. あなたは、そのハラスメント行為を受けたために、どのような結果となりましたか。当てはまるもの全てを選んでください。＜複数回答可＞

	回答数	割合
1 行為者に対してやめるよう申し入れた	51	23.9%
2 行為者の職場の人（上司や同僚）に対して相談した	42	19.7%
3 行為者がいる組織が設置している相談窓口等を活用した	18	8.5%
4 特に何もせず、そのまま取引を継続した	75	35.2%
5 心身に不調や病気を発症した	18	8.5%
6 業務の遂行に支障が出た（恐くて仕事に行けない、連絡をとれない等）	24	11.3%
7 その他	17	8.0%

※Q1. で仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある（「特に経験したことはない」以外）と回答した213名が回答。複数回答可であるため、回答数・割合の合計はそれぞれ213名・100%を超える場合がある。

資料：内閣官房新しい資本主義実現会議事務局・公正取引委員会・厚生労働省・中小企業庁「令和4年度フリーランス実態調査結果」

3 現代社会をめぐる状況

ここまで、ライフステージごとにみられるストレス要因について整理してきたが、本項では、デジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化など現代社会に特徴的な側面や、近年社会的関心の高まりがみられる事象について、こころの健康に対するリスクという観点から取り上げる。

(1) 急速なデジタル化の進展とSNSの利用拡大

(デジタル化の進展により私たちの生活様式は大きく様変わりした)

デジタル化の進展やネットワークの高度化、スマートフォンなどのIoT関連機器の小型化・低コスト化により、私たちの生活様式は大きく様変わりした。総務省「通信利用動向調査」によると、モバイル端末の世帯保有率は9割を超え、なかでもスマートフォンの普及が進んでおり、2019（令和元）年には8割以上の世帯が保有している。

デジタル技術の進展により、自分に合ったスタイルでデジタル機器やサービスを利用することが可能になり、従来不便であったことが快適になった、できないと諦めていたことが実現した、といった驚きや感動に遭遇する場面も、日常生活のなかで決して少なくないだろう。

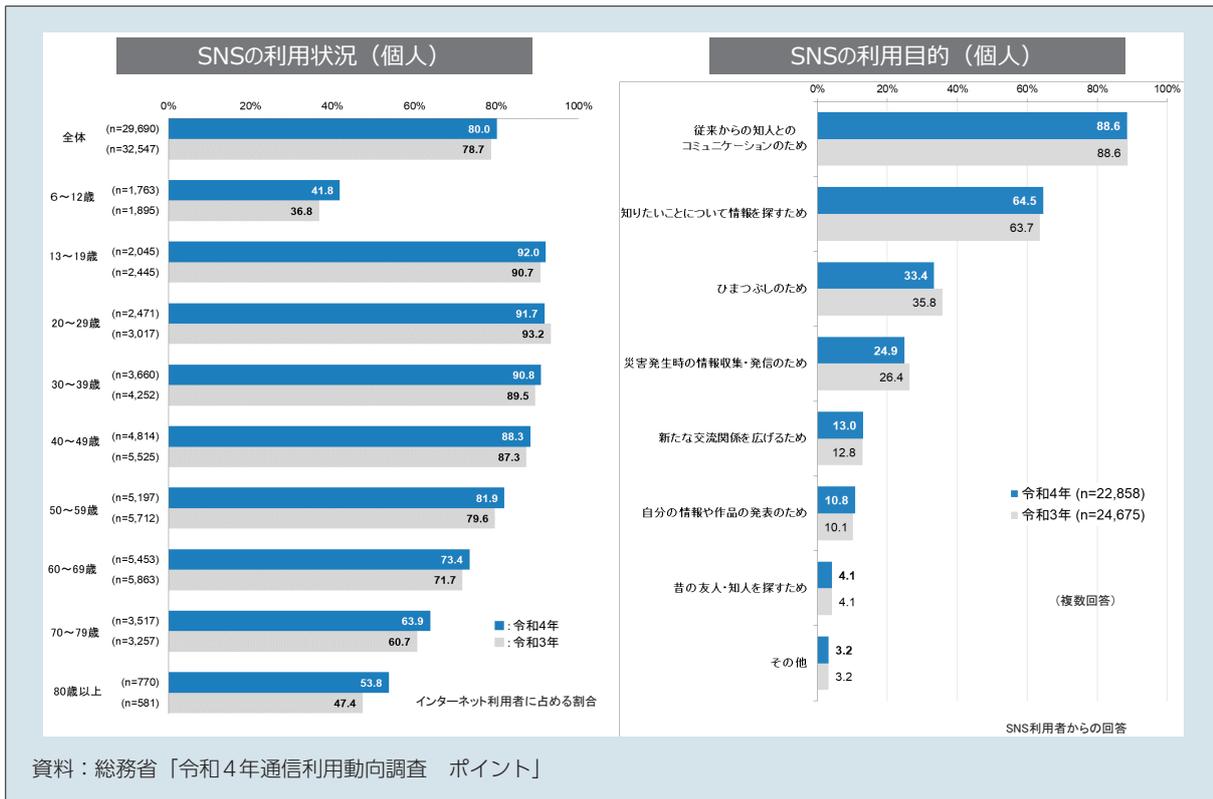
(ほぼすべての年齢層で、SNSを利用した個人の割合は増加している)

総務省「通信利用動向調査」によると、2022（令和4）年にSNSと呼ばれるソーシャルネットワーキングサービス（例：Facebook、LINE、Instagram、X（旧Twitter）等）を利用した個人の割合^{*23}は、前年と比較して、ほぼすべての年齢層で増加しており、特に利用率の低かった6～12歳と70歳以上の伸び率がやや大きい（図表1-1-32）。

80歳以上でも、インターネット利用者のうち2人に1人がSNSを利用しており、あらゆる年齢層に浸透してきていることが改めて確認できる。

*23 インターネット利用者に占める割合。インターネット利用者の割合は6～12歳と60～69歳で8割を超え、13～59歳の各年齢階層で9割を超えている。70～79歳では6割を超え、80歳以上でも3割を超えている。

図表 1-1-32 SNSの利用動向（個人）



（急速なデジタル化にとまどいを覚える人も少なくない）

他方で、デジタル庁が実施したアンケート調査^{*24}によると、社会のデジタル化を良いと考えている人は全体の半数をわずかに下回っており、急速なデジタル化にとまどいを覚える人も少なくないことが分かる。その背景には様々な要因があると考えられるが、ひとつの行為や発言に対してインターネット上で多数の批判や誹謗中傷が行われる、いわゆる炎上といった現象を目にしたり、経験することもそのひとつと考えられる。また、インターネット上に溢れる膨大な情報に惑わされたり、結果として違法・有害な情報に騙されたりする経験も、私たちの日常生活のなかでは決して少なくないだろう。

こうしたデジタル化の進展に伴うこころの健康リスクに関し、インターネット上の誹謗中傷や違法薬物の広まり等について後ほど詳しく取り上げる。

（2）孤独・孤立をめぐる状況

（暮らしを支える地縁・血縁といった「つながり」は、希薄化の一途をたどってきた）

ここまで概観してきたとおり、単独世帯の増加、デジタル化の進展といった社会環境の劇的な変化が進み、暮らしを支える地縁・血縁といった人と人との関係性や「つながり」は希薄化の一途をたどってきた。また、グローバル化が進むなかで、それまで定着していたいわゆる終身雇用、年功賃金や新卒一括採用等といった日本型雇用慣行が変化し、パートタイム労働者・有期雇用労働者・派遣労働者といった非正規雇用労働者が増加するなど、雇用環境が大きく変化してきた。

*24 デジタル行政サービスに対する意識調査（2023年7月）。「良いと考えている」は「非常に良いと思う」または「まあ良いと思う」と回答した人。

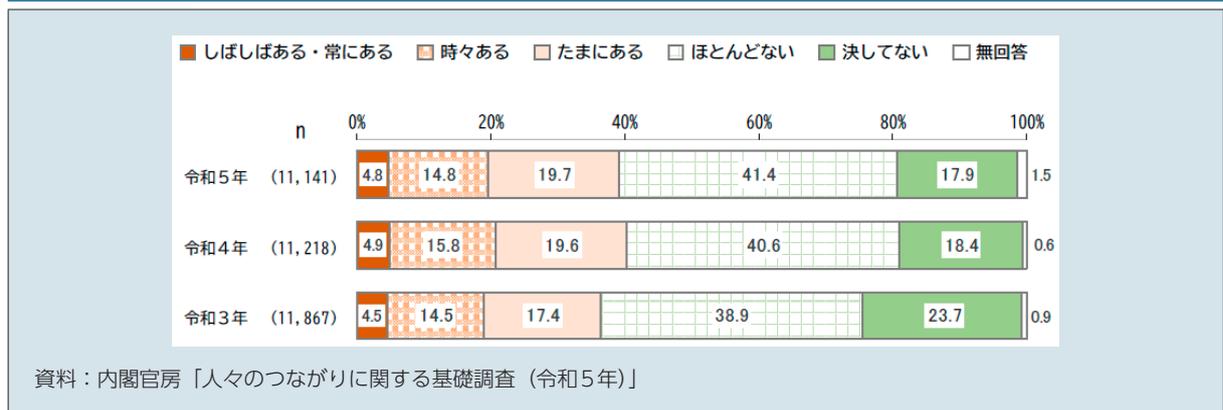
このような家族や地域社会、雇用をめぐる環境の変化は、家庭内・地域内・職場内において人々が関わり合いを持つことによって問題を共有しつつ相互に支え合う機会の減少をもたらし、人々が「生きづらさ」や孤独・孤立を感じざるをえない状況を生む社会へと変化してきたと考えられる。

こうした状況は、たとえば、国連の「世界幸福度報告」において、近年、我が国の社会的支援（困った時にいつでも頼れる友人や親戚はいるか）など「社会関係資本（ソーシャルキャピタル）」に関連する指標が、G7各国のなかで下位グループに位置していること等にも表れているといえよう。

孤独の状況について、内閣官房が2023（令和5）年に行った調査^{*25}によると、孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合は4.8%、「時々ある」が14.8%、「たまにある」が19.7%となっている。一方、孤独感が「ほとんどない」と回答した人の割合は41.4%、「決してない」が17.9%となっている（図表1-1-33）。

2021（令和3）年と比較すると、「決してない」の割合が縮小し、「たまにある」及び「ほとんどない」の割合が拡大している。

図表1-1-33 孤独の状況（直接質問）（令和5年、令和4年、令和3年）

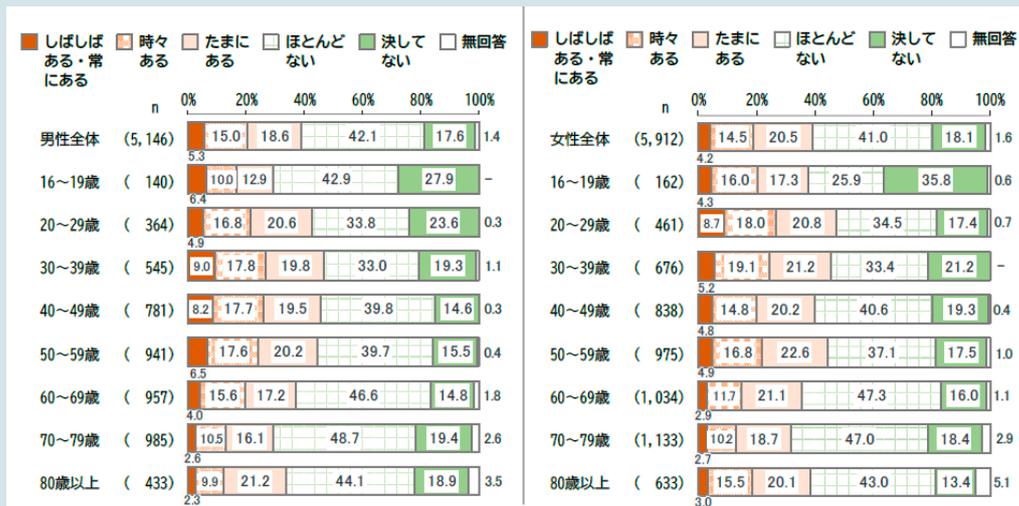


（すべての世代で一定割合の人が孤独を感じている）

また、孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合は、男性が5.3%、女性が4.2%となっている。さらに年齢階級別にみると、その割合が最も高いのは、男性は30歳代で9.0%、女性は20歳代で8.7%となっているが、すべての世代で一定割合の人が孤独を感じており、孤独・孤立は、人生のあらゆる段階において何人にも生じるものであるという認識が必要である（図表1-1-34）。

* 25 人々のつながりに関する基礎調査。この調査では、孤独という主観的な感情をよりの確に把握するため、直接質問と間接質問の2種類の質問により孤独感を把握している。直接質問は、「あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか」という質問である。間接質問は、カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）のラッセルが考案した「UCLA孤独感尺度」の日本語版の3項目短縮版に基づくもので、設問に「孤独」という言葉を使用せずに孤独感を把握するもの。以下の分析は直接質問の結果を用いて行うこととする。

図表 1-1-34 男女、年齢階級別孤独感（直接質問）

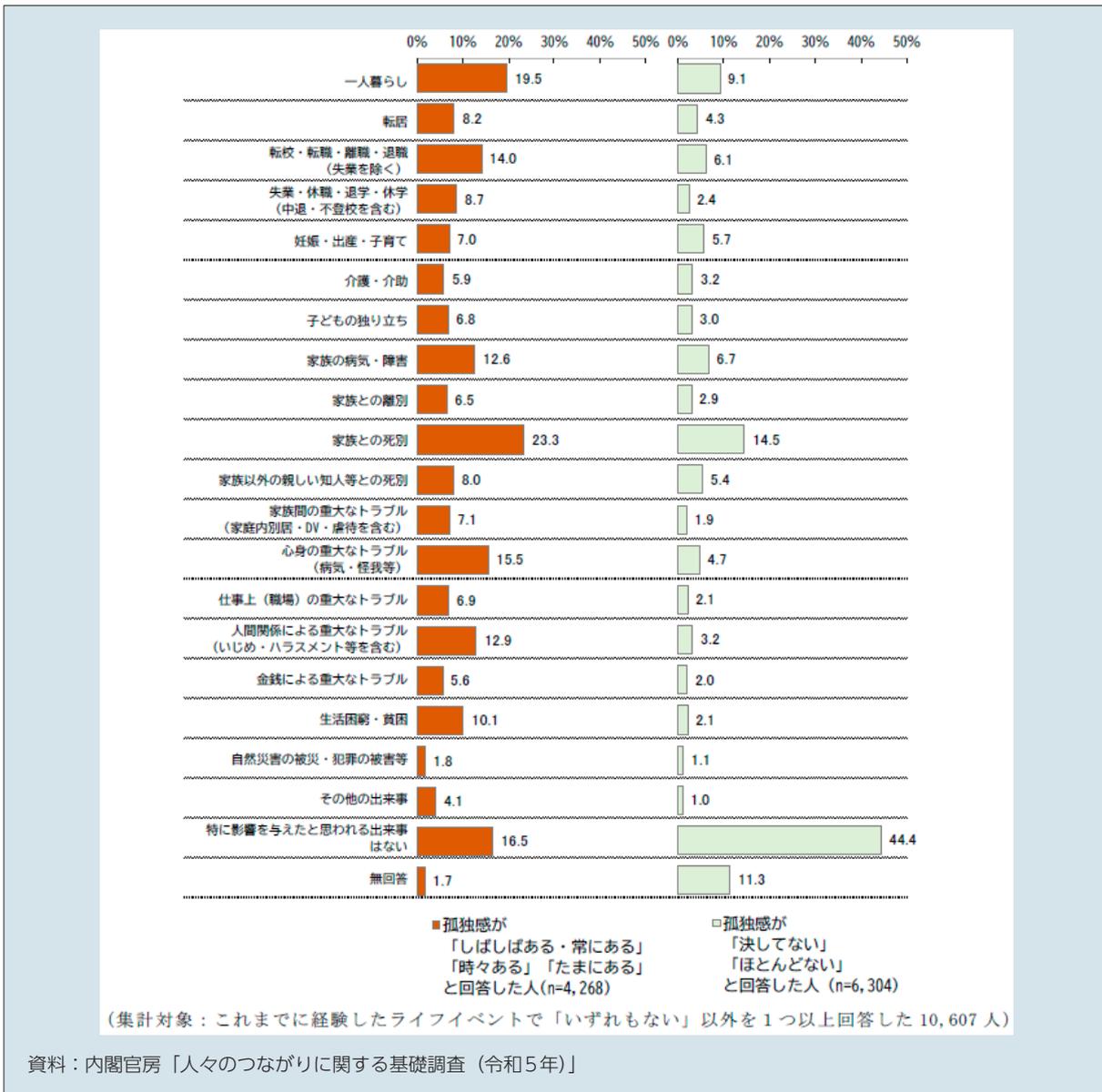


資料：内閣官房「人々のつながりに関する基礎調査（令和5年）」

（心身の重大なトラブルのほか、他者とのつながりも孤独感に大きな影響を与えている）

さらに、孤独感が「しばしばある・常にある」、「時々ある」または「たまにある」と回答した人と、「決してない」または「ほとんどない」と回答した人とで、現在の孤独感に影響を与えたと思う出来事の回答割合の差をみると、「心身の重大なトラブル（病気・怪我等）」が最も大きく、次いで、「一人暮らし」、「人間関係による重大なトラブル（いじめ・ハラスメント等を含む）」、「家族との死別」などの回答割合の差が大きくなっている（図表 1-1-35）。

図表 1-1-35 孤独感（直接質問/2区分）別孤独感に影響を与えたと思う出来事（複数回答）



以上の結果から示唆されることは、孤独・孤立の状態は社会との関係のなかで生まれる「関係性の貧困」ともいえるものである。こうした状態は、当事者にとって「痛み」や「辛さ」を伴うものであり、心身の健康への深刻な影響なども懸念されており、孤独・孤立は命に関わる問題であるとの認識が必要である^{*26}。

(3) 新型コロナウイルス感染症の影響

(新型コロナの最初の1年間で、不安とうつ病の有病率が、世界全体で25%増加した)

2020（令和2）年1月に国内で最初の感染者が確認された新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）は、人々のこころの健康にも大きな影響を与えた。世界保健機関（WHO）の報告書^{*27}によると、新型コロナが流行した最初の1年間で、不安と

* 26 「孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画」（令和6年6月11日孤独・孤立対策推進本部決定）II-2-（1）を参照。

* 27 WHO, "Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief", 2 March 2022. 併せて、同日付けのWHO News Release "COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide"も参照。

うつ病の有病率が、世界全体で25%もの大幅な増加を示した。同報告書では、包括的な調査の結果から、新型コロナの蔓延はとりわけ若者のメンタルヘルスに影響を与えており、自殺や自傷行為のリスクが高まったことにも言及されている。また、女性は男性に比べてより深刻な影響を受けており、さらに、喘息やがん、心臓病などの身体的既往症がある人ほど精神障害の症状を患いやすいことも示唆された。

2022（令和4）年10月に我が国で行われた調査^{*28}によると、新型コロナの流行前（2019（令和元）年12月以前）と調査時とを比べて、「環境の変化による不安やストレス」や「学生生活、進路、就職活動についての不安やストレス」が増加したと答えた人^{*29}が、約半数を占めた（図表1-1-36）。

この点は、新型コロナの流行がとりわけ若者のメンタルヘルスに悪影響を及ぼしたとするWHO調査の結果と同様の傾向がみられたと考えられる。

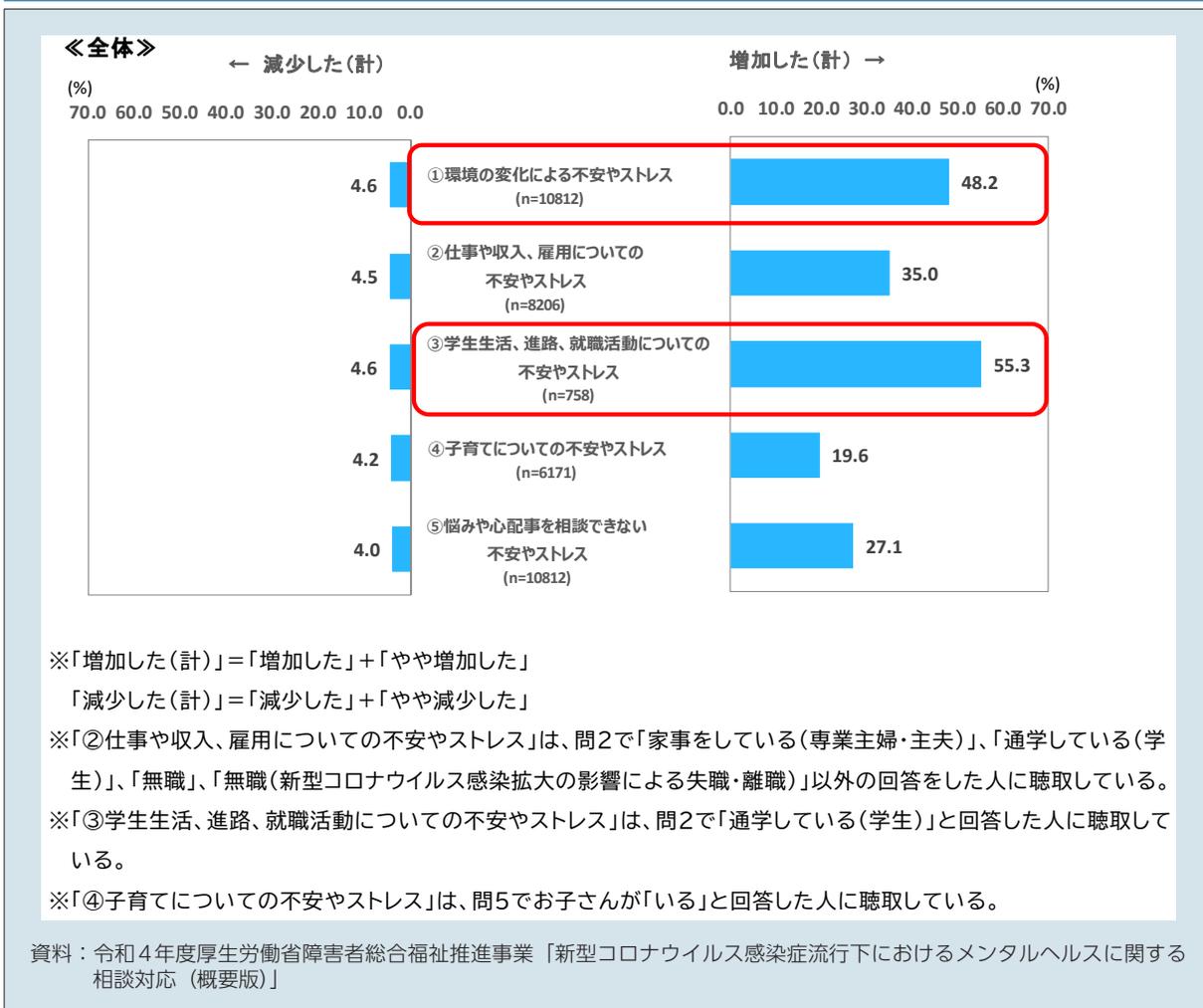
また、別の調査^{*30}によれば、新型コロナの流行下で高校生や大学生等が抱えた将来の社会生活に対する不安については、「コミュニケーションスキルが身につかないのではないか」といった集団生活で得られる経験の喪失に関連する不安の割合が高く、また、近い将来の進学や就職への不安として、「進学先や就職先で評価されないのではないか」、「受験や就職活動で苦勞するのではないかと」いった回答の割合が高かったことが報告されており、行動制限に伴う周囲との交流や学習機会の喪失が、若者の不安やストレスの背景にあると考えられる。

* 28 令和4年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応」。

* 29 「増加した」と「やや増加した」の合計。

* 30 2021年日本赤十字社調べ。日本赤十字社プレスリリース「若者の半数が「何もしたくなくなる、無気力」な気持ちに変化 3人に1人が「関係構築」「対人スキル」への影響を不安視」（2022年1月16日）。

図表 1-1-36 不安やストレスの変化（感染症流行前と現在）

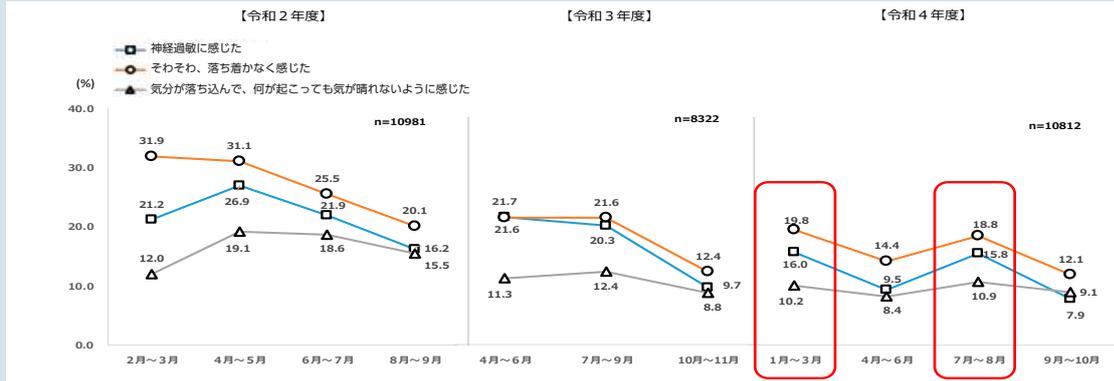


(その後も第6波、第7波の時期に、メンタルヘルスの不調が上昇した)

また、メンタルヘルスの状況を示す3項目（「神経過敏に感じた」、「そわそわ、落ち着かなく感じた」、「気分が落ち込んで、何が起こっても気が晴れないように感じた」）については、いずれも年々低下傾向がみられたが、オミクロン株による第6波（2022（令和4）年1～3月）や、新たな変異株による第7波（2022（令和4）年7～8月）による感染者数増加の時期には上昇している（図表 1-1-37）。

さらに、性別では、各項目でいずれの時期も女性の方が高い割合を示しており、WHO調査の結果と同様の傾向がみられた（図表 1-1-38）。

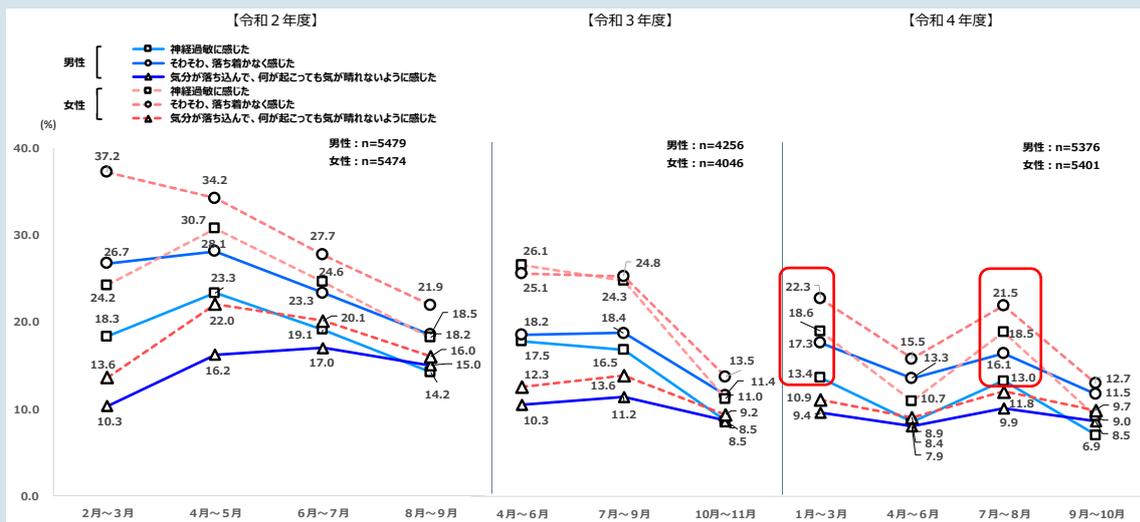
図表 1-1-37 メンタルヘルスの状況（経年比較）



※令和2年度調査は「令和2年2月～9月」の期間、令和3年度調査は「令和3年4月～11月」の期間、令和4年度調査は「令和4年1月～10月」の期間を聴取している。

資料：令和4年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応（概要版）」

図表 1-1-38 メンタルヘルスの状況（性別）



資料：令和4年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応（概要版）」

(4) 社会に存在する様々なこころの健康リスク

ここまで、デジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化など現代社会の特徴的な側面についてみてきた。ここでは、社会に存在するこころの健康に対するリスクという観点から、近年、相談件数の増加など、社会的関心の高まりがみられる児童虐待、いじめ、配偶者からの暴力、インターネット上の誹謗中傷、そして違法薬物等についてまとめて取り上げる。

① 児童虐待

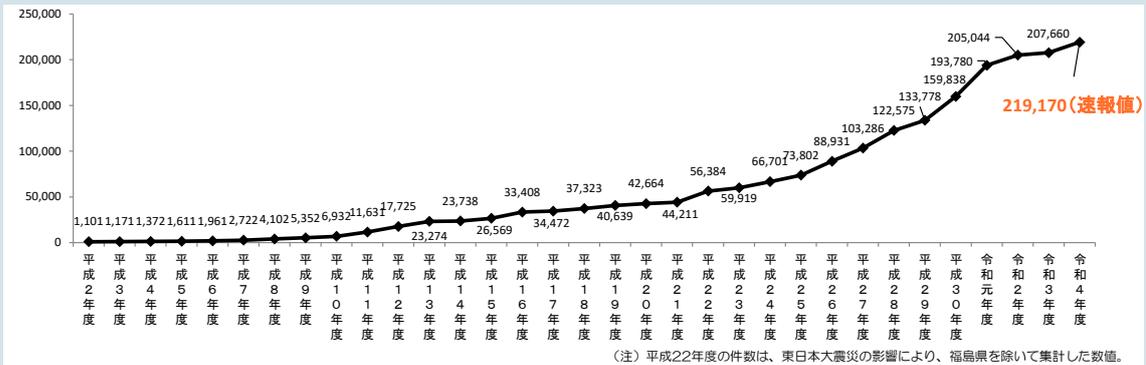
(児童相談所による児童虐待相談対応件数は年々増加している)

児童虐待はこどもの健やかな成長に影響を及ぼす重要な課題である。幼年期・少年期の

こうした逆境体験は、その後の人生において、抑うつや不安、PTSDなどのこころの不調を抱えるリスクを高めるとされている。

2022（令和4）年度の児童相談所における児童虐待相談対応件数（速報値）は21万9,170件となり、2012（平成24）年度からの10年間で約3.3倍に増加している（図表1-1-39）。

図表 1-1-39 児童相談所における虐待相談対応件数の推移



(注) 平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

資料：こども家庭庁「令和4年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数（速報値）」

相談の内容別件数は、多い順に、心理的虐待^{*31}12万9,484件（全体の59.1%）、身体的虐待5万1,679件（23.6%）、ネグレクト3万5,556件（16.2%）、性的虐待2,451件（1.1%）となっている。また、前年度からの増加の状況を増加率の高い順にみると、ネグレクト4,108件（13.0%増）、性的虐待204件（9.0%増）、身体的虐待2,438件（4.9%増）、心理的虐待4,760件（3.8%増）となっている。

② いじめ

（いじめの増加は、こころの健康にとって深刻な影響を及ぼしうる）

思春期の若者の生活の中心は、学校という場にあることが多いが、その主たる生活の場で起こるいじめは、本人にとって大きなストレスとなる。文部科学省「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果」によると、2022（令和4）年度のいじめの認知件数は、前年度比で小学校が10.3%増の55万1,944件、中学校が13.8%増の11万1,404件などとなった（図表1-1-40）。生命や心身などに重大な被害が生じた疑いがあったり、長期欠席を余儀なくされたりする重大事態の発生件数は、30.7%増の923件で過去最多となり、このうち、いじめ防止対策推進法第28条第1項第1号に規定する「いじめにより当該学校に在籍する児童等の生命、心身又は財産に重大な被害が生じた疑いがあると認めるとき」に該当するものは448件あり、そのうち重大な被害の態様

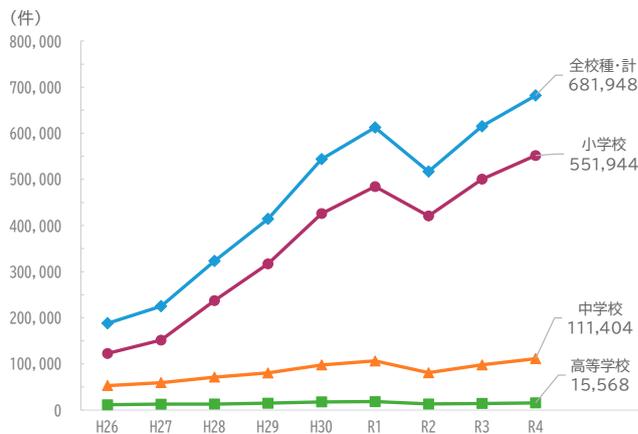
*31 言葉による脅し、無視、きょうだい間での差別的扱い、こどもの目の前で家族に対して暴力をふるう、きょうだいに虐待行為を行う、など。

が「精神」であるものは、約55%にあたる247件であった（図表1-1-41）。

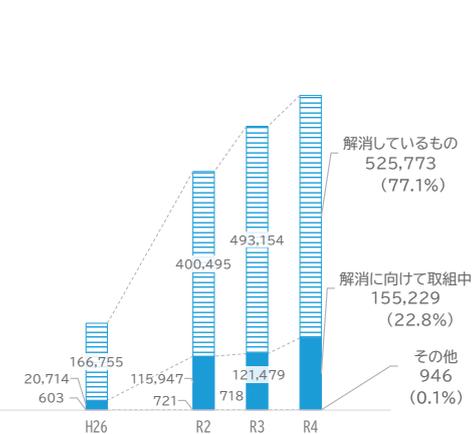
いじめの態様は、小学校、中学校、高等学校のいずれにおいても「冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる。」割合が最も高い（図表1-1-42）。また、「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる。」割合は増加傾向にあり、高等学校では他の年代に比べてこの態様割合が高い。インターネットを介したいじめは、外部からの見えにくさや匿名性の高さなどからエスカレートしやすく、また、インターネット上で拡散した画像や動画等の情報は消去することが極めて困難とされている。このため、こころの健康にとって極めて深刻な影響を及ぼしうることに留意する必要がある。

図表1-1-40 いじめの状況

いじめの認知件数の推移



いじめの解消状況の推移(各年度末時点)



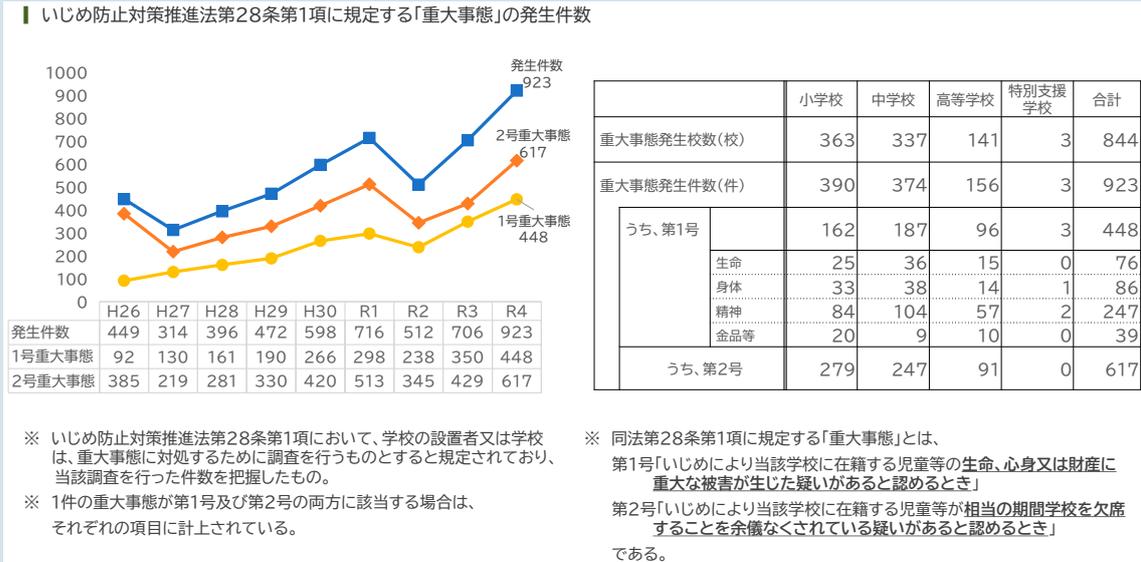
年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
小学校	122,734 18.6	151,692 23.2	237,256 36.5	317,121 49.1	425,844 66.0	484,545 75.8	420,897 66.5	500,562 79.9	551,944 89.1
中学校	52,971 15.0	59,502 17.1	71,309 20.8	80,424 24.0	97,704 29.8	106,524 32.8	80,877 24.9	97,937 30.0	111,404 34.3
高等学校	11,404 3.2	12,664 3.6	12,874 3.7	14,789 4.3	17,709 5.2	18,352 5.4	13,126 4.0	14,157 4.4	15,568 4.9
特別支援学校	963 7.3	1,274 9.4	1,704 12.4	2,044 14.5	2,676 19.0	3,075 21.7	2,263 15.9	2,695 18.4	3,032 20.7
計	188,072 13.7	225,132 16.5	323,143 23.8	414,378 30.9	543,933 40.9	612,496 46.5	517,163 39.7	615,351 47.7	681,948 53.3

- 小・中・高等学校及び特別支援学校におけるいじめの認知件数は**681,948件**(前年度615,351件)であり、前年度に比べ66,597件(10.8%)増加している。
- 児童生徒1,000人当たりの認知件数は**53.3件**(前年度47.7件)である。
- 年度末時点でのいじめの状況について、**解消しているものは525,773件(77.1%)**であった。

※ 上段は認知件数、下段は1,000人当たりの認知件数

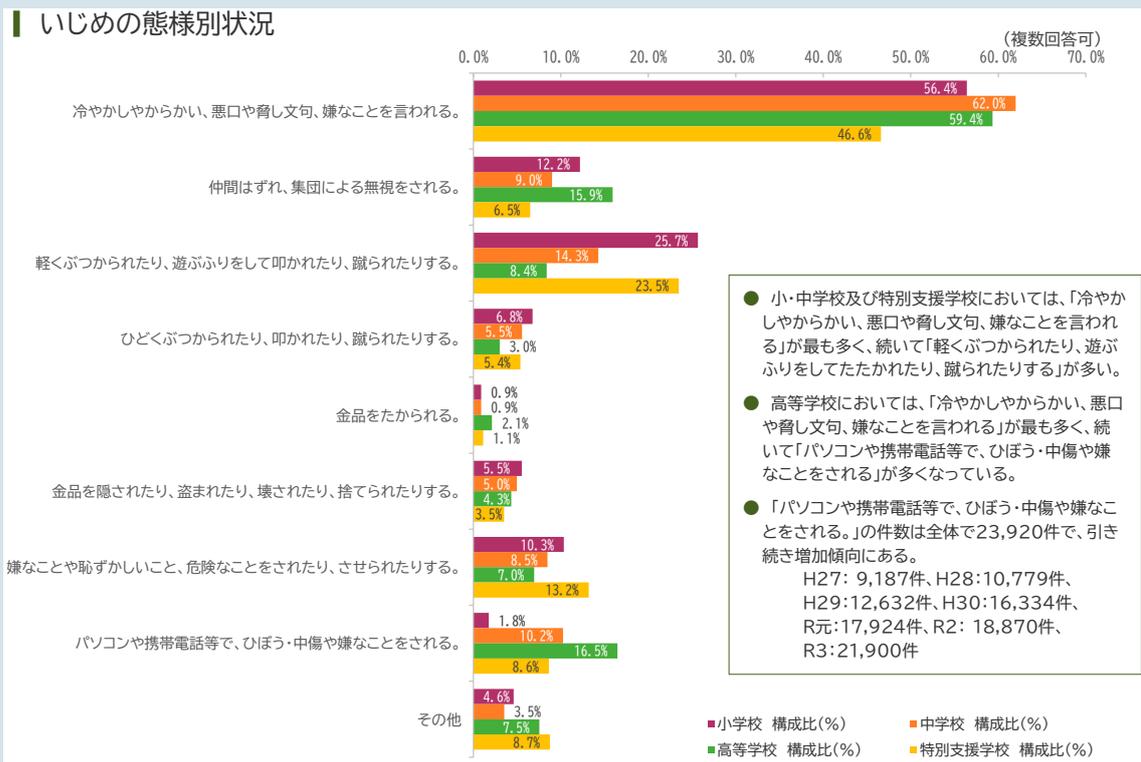
資料：文部科学省「令和4年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

図表 1-1-41 いじめの重大事態



資料：文部科学省「令和4年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

図表 1-1-42 いじめの態様別状況



資料：文部科学省「令和4年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

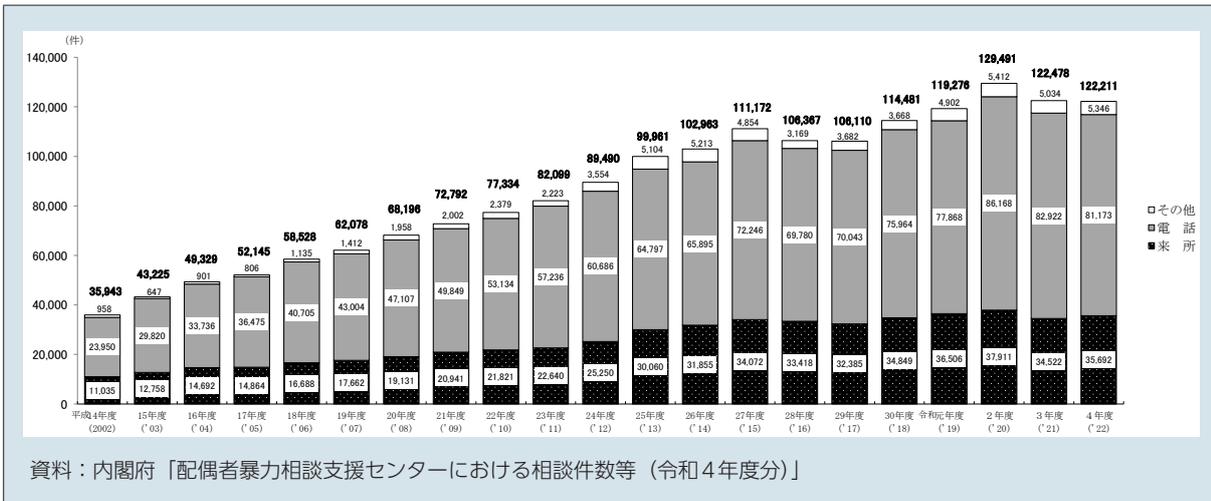
③ 配偶者からの暴力 (DV)

(配偶者や交際相手からの暴力に関する相談件数は、高止まりしている)

配偶者や交際相手からの暴力に関する相談件数は、近年、高水準で推移している。内閣府によると、2022（令和4）年度に全国の配偶者暴力相談支援センターで受理した相談

件数は12.2万件を超え、2020（令和2）年度に過去最高の約13万件となって以降、高止まりしている（[図表 1-1-43](#)）。

図表 1-1-43 配偶者暴力相談支援センターにおける相談の件数の年次推移



（同居している未成年のこどもに対する虐待も生じている）

暴力の被害者は身体的な影響にとどまらず、こころの健康に深刻な影響を受ける場合がある*32ことは言うまでもないが、こうした暴力が生じる家庭に同居するこども*33にも様々な心身の症状が表れる場合がある。また、暴力を目撃しながら育ったこどもは、自分が育った家庭での人間関係のパターンから、感情表現や問題解決の手段として暴力を用いることを学習してしまうおそれがあるともいわれる。

④ インターネット上の誹謗中傷

（SNSユーザーの6割以上がインターネット上の誹謗中傷等の投稿を目撃したことがある）

SNSや動画配信・投稿サイトなどの普及は、あらゆる主体が情報の発信者となることを可能とし、自己実現や新たなコミュニケーションの創出に大きく寄与している一方で、より多くの利用者から注目を集めたいという承認欲求をくすぐり、誹謗中傷等の投稿・拡散につながりやすいという構造的な問題も指摘されている。

SNSユーザーを対象に実施したアンケート調査*34によると、6割以上の人インターネット上の誹謗中傷等の投稿を目撃したことがあると回答している。また、2割近くの人インターネット上で誹謗中傷等の被害に遭ったと回答しており、20代と30代の人相対的に多い（[図表 1-1-44](#)）。

また、先述のとおり、少年期・青年期におけるいじめの態様で、パソコンや携帯電話等を利用したものの件数は、2015（平成27）年の9,187件から、2021（令和3）年には

*32 内閣府「男女間における暴力に関する調査（令和5年度調査）」によると、配偶者から何らかの暴力被害を受けたことのある人に、被害によって引き起こされた生活上の変化の有無を聞いた結果、被害者の60.0%（被害女性の63.7%、被害男性の53.8%）に生活上の変化が認められた。変化の内容では「自分に自信がなくなった」（26.2%）が最も多く、次いで「夜、眠れなくなった」（20.8%）、「心身に不調をきたした」（18.2%）となっており、こころの不調との関連が示唆される変化が上位を占めている。

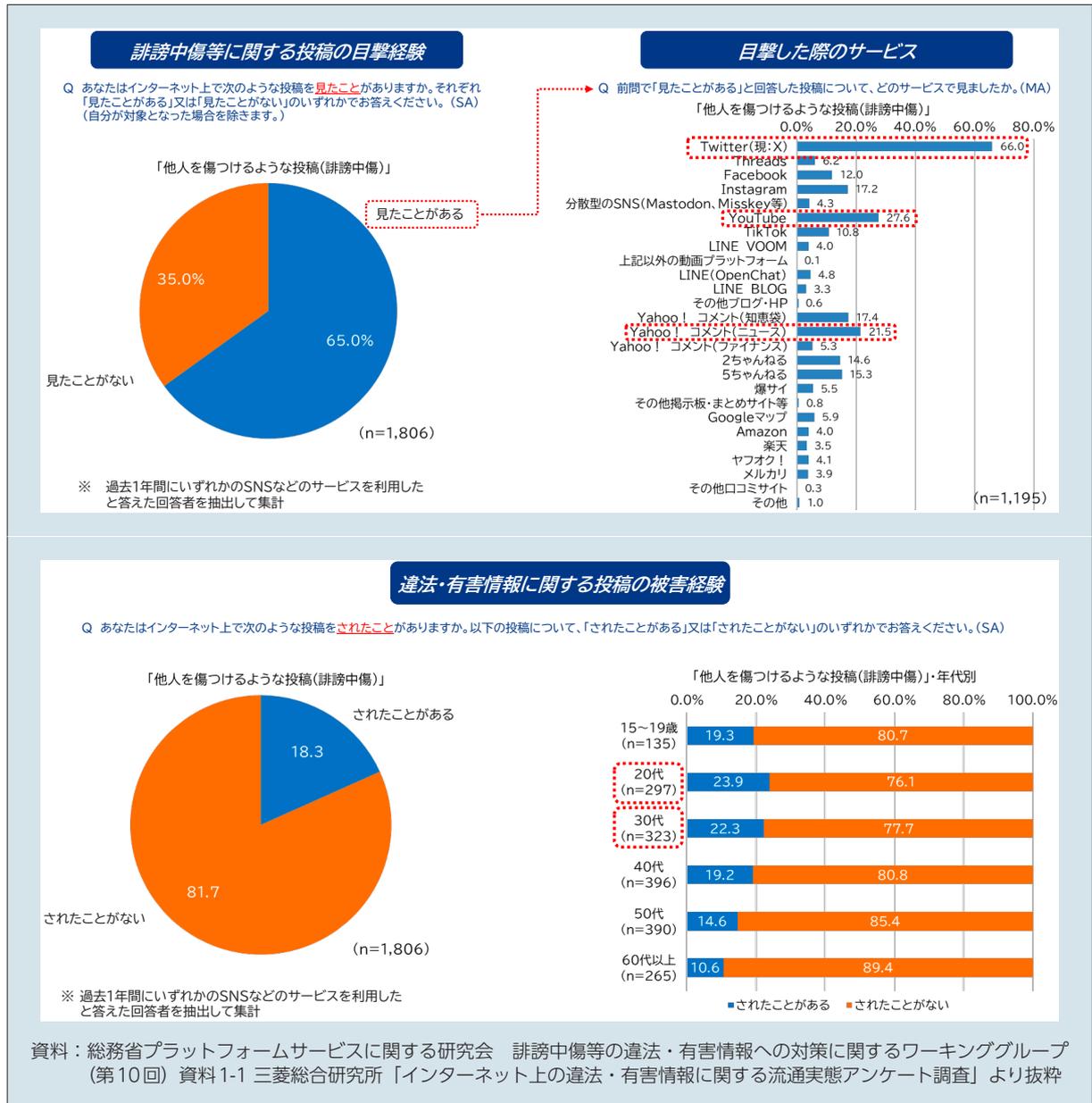
*33 内閣府「配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等（令和4年度分）」によると、令和4年度に配偶者暴力相談支援センターで相談対応を行った相談者のうち、同居している未成年のこどもがいる割合は全体の半数を超えている。

*34 総務省プラットフォームサービスに関する研究会「誹謗中傷等の違法・有害情報への対策に関するワーキンググループ（第10回）資料 1-1 三菱総合研究所「インターネット上の違法・有害情報に関する流通実態アンケート調査」。

21,900件に大きく増加していた。

SNSは、思ったことを気軽に投稿でき、見知らぬ人とのコミュニケーションや共感の輪を広げることができる一方で、他人への誹謗中傷、無責任なうわさ、個人のプライバシー情報などを広げてしまい、被害者のこころを深く傷つけるおそれがあることについても理解し、一人ひとりがSNSの正しい利用を心がける必要がある。

図表 1-1-44 SNSユーザーを対象としたアンケート調査



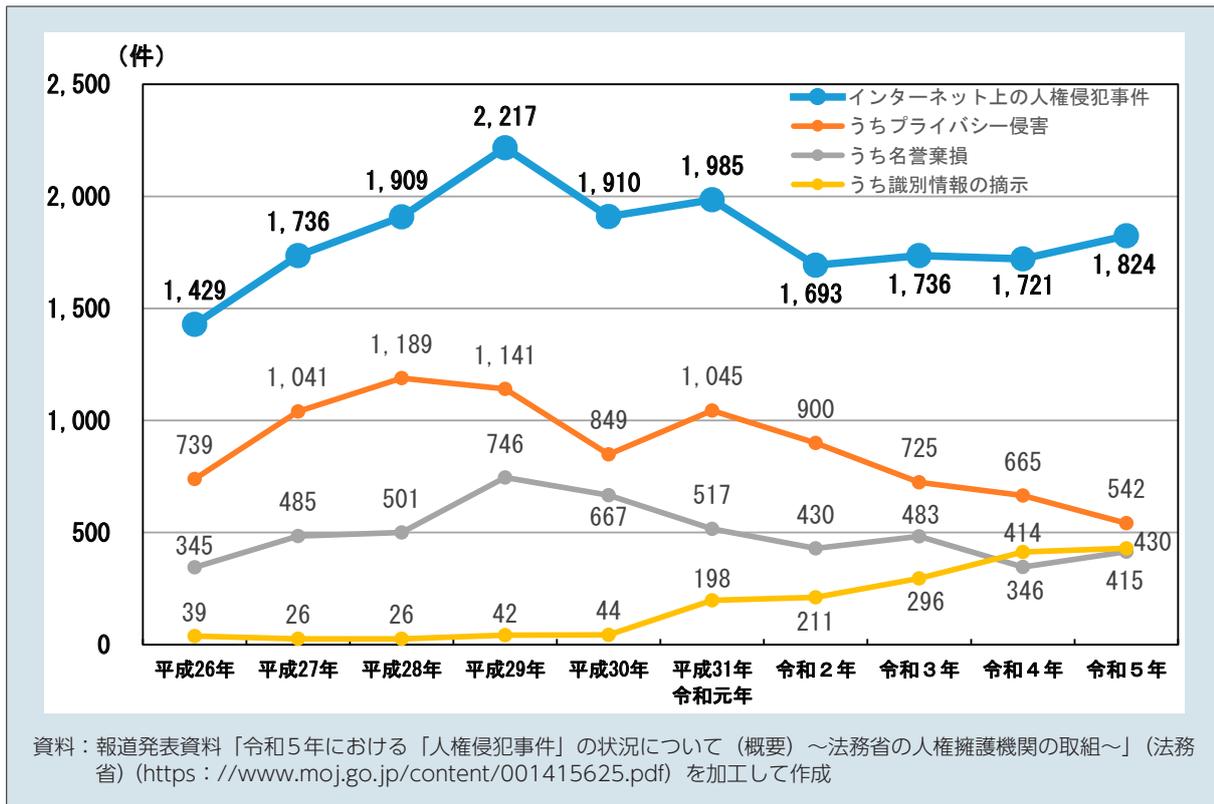
(インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件数は、高止まりしている)

こうしたなかで、法務省の人権擁護機関が新規に救済手続を開始した事件のうち、インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件数は、高止まりしている(図表1-1-45)。モバイル端末の普及などにより、誰もが加害者にも被害者にもなりうる状況が続いている。引き続き、加害者とならないための意識啓発や、被害に遭った際の被害者救済手続の取組みを推進していくことが必要な状況にあり、法務省の人権擁護機関では、被害者

からインターネット上の誹謗中傷等の投稿による被害について相談を受けた場合には、相談者の意向に応じ、削除依頼の方法等を助言したり、違法性を判断した上で、プロバイダ等に対して投稿の削除要請をするなどしている。

また、総務省では、インターネット上の違法・有害情報対策として、第213回国会に、大規模プラットフォーム事業者に対し、削除対応の迅速化や運用状況の透明化を義務付ける情報流通プラットフォーム対処法案（プロバイダ責任制限法の一部改正法案）を提出し、2024（令和6）年5月に成立した。情報流通プラットフォーム対処法は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内に施行されることとなる。

図表 1-1-45 インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件（新規開始）



⑤ 違法薬物の広まりとオーバードーズ

（近年の薬物事犯は、覚醒剤事犯が減少する一方で、大麻事犯が顕著に増加している）

覚醒剤や大麻などの薬物の乱用は、依存や中毒を引き起こし、精神疾患のひとつである依存症の原因となる。近年の薬物事犯全体の検挙人員は概ね14,000人前後で推移しており、2022（令和4）年の検挙人員は前年から減少がみられた。経年的な傾向として、覚醒剤事犯が減少する一方で、大麻事犯が顕著に増加している（図表 1-1-46）。

図表 1-1-46 薬物事犯検挙人員の推移

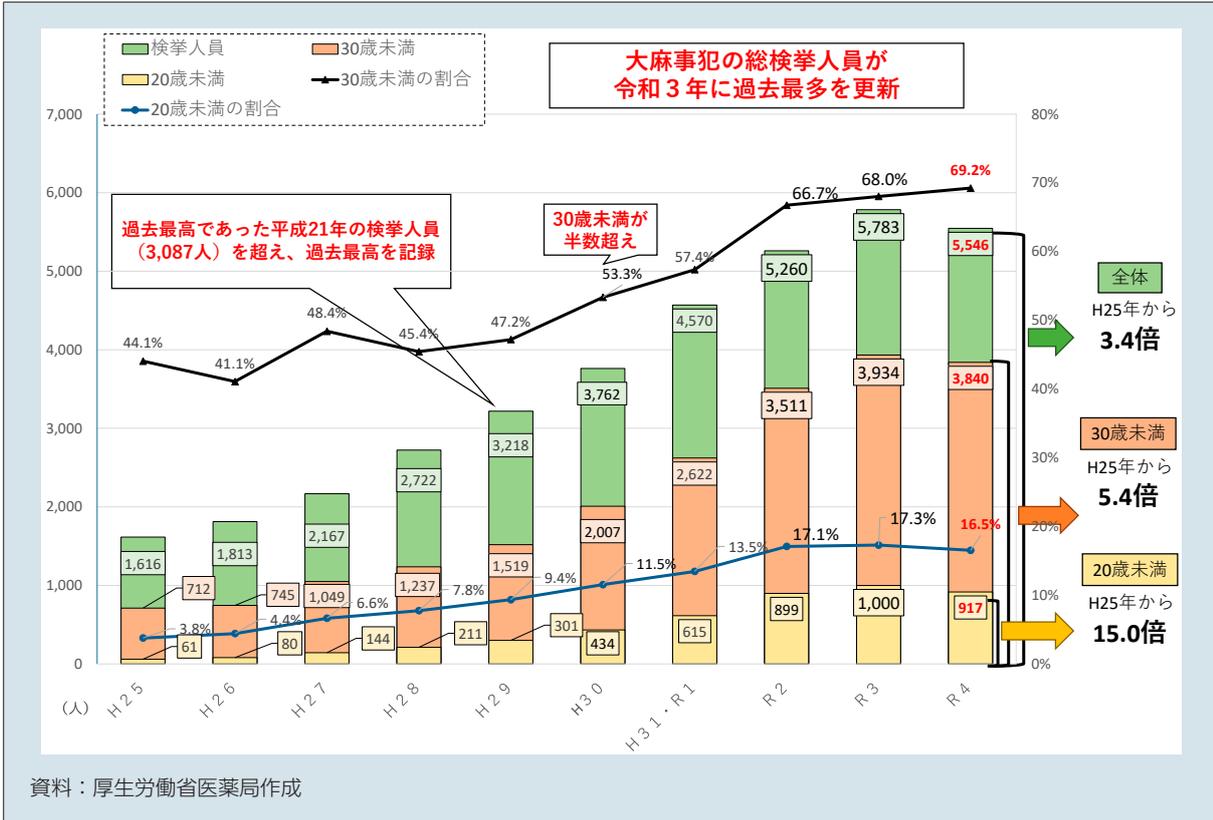


資料：厚生労働省医薬局作成

(大麻事犯が若者の間で顕著に増加している)

大麻事犯における検挙人員の年齢別推移をみると、総検挙人員は2013（平成25）年から3.4倍に増加しているが、年齢別にみると、30歳未満は5.4倍に、さらに20歳未満は15.0倍に増加しており、大麻事犯が若者の間で顕著に増加していることが読み取れる（図表 1-1-47）。

図表 1-1-47 大麻事犯における検挙人員の推移（年齢別）

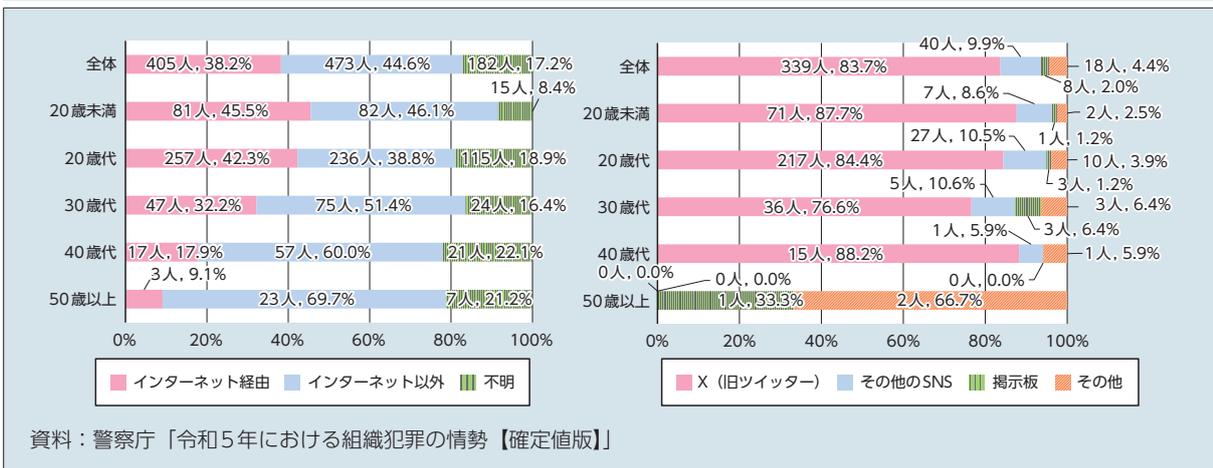


（大麻の入手先を知った方法は、30歳未満でインターネットが3分の1以上を占める）

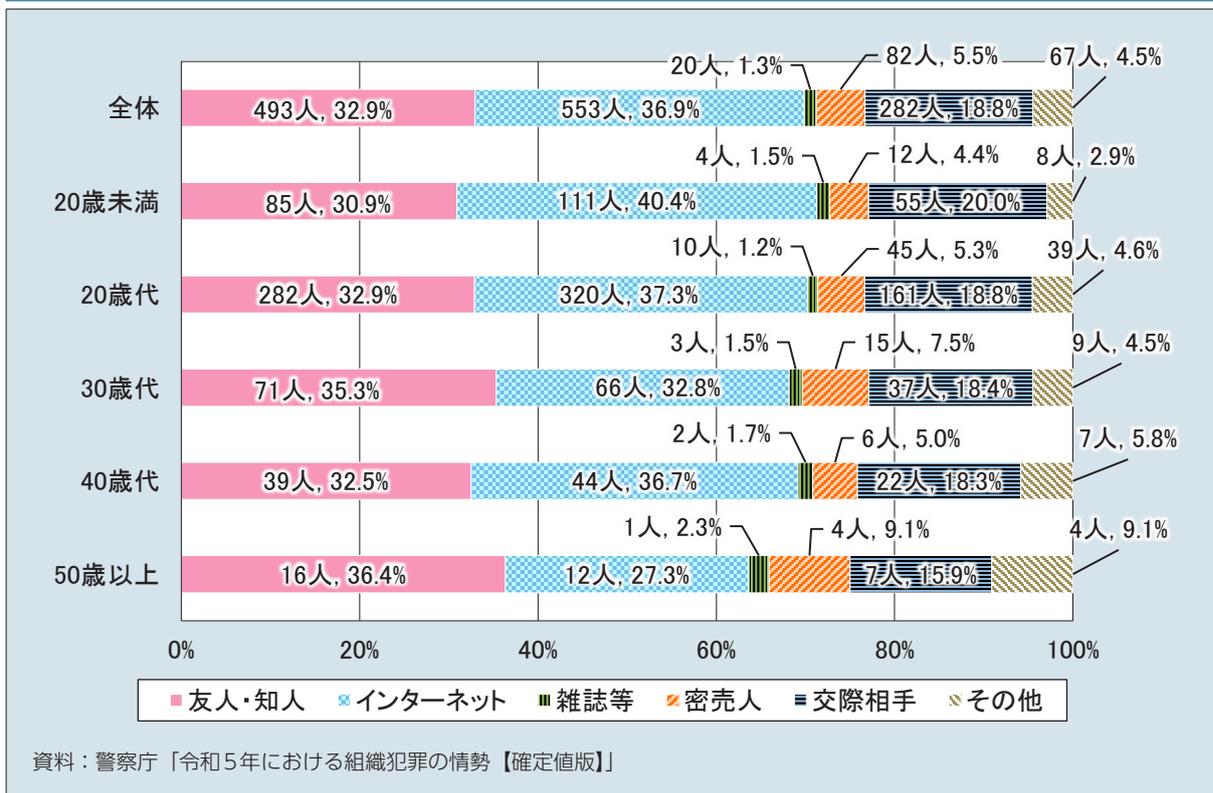
2023（令和5）年10月から11月までの間に大麻取締法違反（単純所持）で検挙された者のうち1,060人について、捜査の過程において明らかとなった、大麻の入手先を知った方法等をみると、検挙事実となった大麻の入手先（譲渡人）を知った方法は、30歳未満で「インターネット経由」が3分の1以上を占め、その9割以上がSNSを利用していた（図表1-1-48）。

また、大麻に対する危険（有害）性を軽視する情報の入手先についても、「友人・知人」とともに「インターネット」が多く、年齢層が低いほど「インターネット」の占める割合が高い傾向にある。SNS等における違法・有害情報の拡散が、特に若い世代において大麻に対する認識を誤らせていること背景にあることがうかがえる（図表1-1-49）。

図表 1-1-48 大麻の入手先（譲渡人）を知った方法と利用したインターネットの種類



図表 1-1-49 危険性を軽視する情報源（犯行時の年齢層別・複数回答）



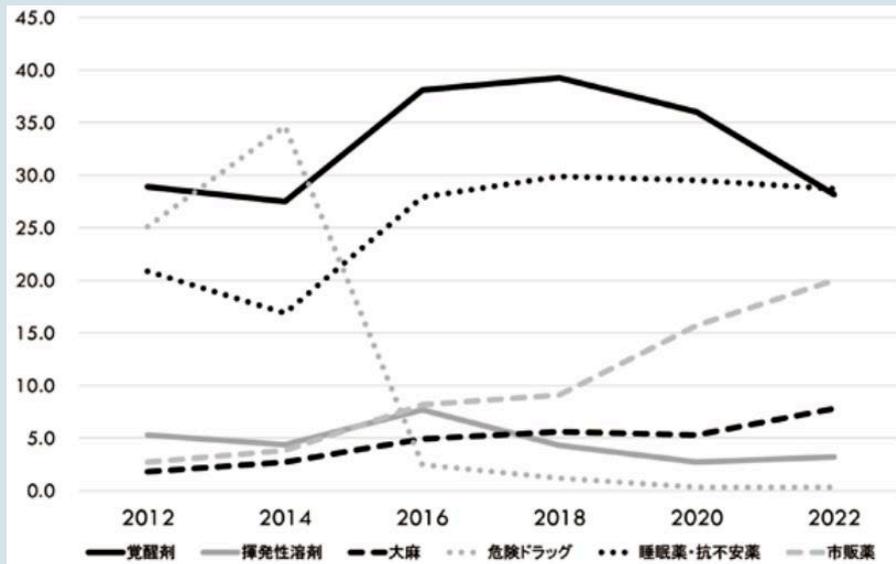
（近年、総合感冒薬などの市販薬の過量服薬（オーバードーズ）が問題となっている）

また、上述の違法な薬物の広まりとは別に、近年、総合感冒薬や鎮咳去痰薬などの一般用医薬品（市販薬）の過量服薬（オーバードーズ）が問題となっている。全国の精神科医療施設を受診する薬物関連精神疾患患者に関する調査結果によると、市販薬を「主たる薬物」*35とする依存症患者の比率は、2012年から2022年までの10年間で急増していることが報告されている（図表 1-1-50）*36。

* 35 患者の精神的症状に関して臨床的に最も関係が深いと思われる薬物のこと。

* 36 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」。

図表 1-1-50 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の比率に関する経年的推移



資料：令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

（若者の間で市販薬のオーバードーズが急速に広まっている）

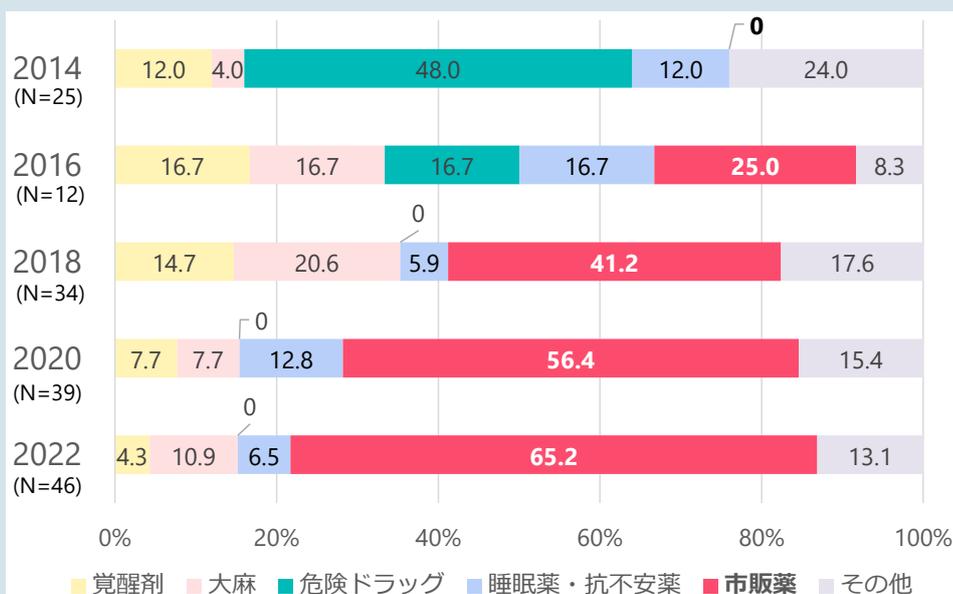
薬物関連の精神疾患症例において使用された主たる薬物として市販薬の比率が急増している背景には、若者の間で市販薬のオーバードーズが急速に広まったことが大きな要因のひとつとみられている。

国立精神・神経医療研究センターが全国の高校生を対象に行った調査^{*37}によると、過去1年以内に市販薬の乱用経験があるという高校生は全体の1.57%、60人に1人の割合と推計されることが分かった。これは、違法薬物のなかで最も乱用されている大麻（0.16%）の過去1年経験率の10倍に相当する。また、同センターが行った「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」によると、精神科で治療を受けた10代患者をみると、2014（平成26）年には市販薬を主たる薬物とする患者はみられなかったが、2022（令和4）年には65%を超えるまでに増加した（図表1-1-51）。

* 37 薬物使用と生活に関する全国高校生調査2021。

図表 1-1-51

全国の精神科医療施設における薬物依存症の治療を受けた10代患者の「主たる薬物」の推移



資料：令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」に基づき、厚生労働省医薬局作成

（市販薬の入手経路は、インターネットを介した入手の割合が次第に大きくなっている）

また、同調査によると、過去1年以内に市販薬の使用（治療薬として適切に用いた場合を除く）が認められた症例における入手経路については、薬局（71.5%）が圧倒的に多く、次いで店舗（22.2%）、インターネット（16.4%）という順であった。市販薬を薬局などから入手する傾向は従来から変わらないものの、医薬品のEC（電子商取引）比率（2022年は8.24%（化粧品も含む））を考慮するとインターネットを介した入手経路は無視できるものではなく、また、インターネットを介した入手の割合が少しずつ大きくなっていることに注目する必要がある。

（オーバードーズの背景に、若者の「生きづらさ」を指摘する声も多い）

若者が市販薬のオーバードーズに至る背景について、「生きづらさ」を指摘する声も多い。先述の全国の高校生を対象とした調査で、過去1年以内に市販薬の乱用経験があると回答した高校生の傾向を分析した結果、非経験者と比べて、睡眠時間が短い、朝食の摂食頻度が低い、家族全員での夕食頻度が低い、大人不在で過ごす時間が長い、親しく遊べる友人や相談ができる友人が少ない、インターネットの長時間使用（1日6時間以上）の割合が高いなどの生活上の特徴がみられた。こうした特徴から、安心して一緒に過ごせる人が身近におらず、孤独感を味わいながら、昼夜、自分の居場所を探している若者たちの姿が「生きづらさ」の実像として浮かび上がる。

オーバードーズの問題は、市販薬の入手経路の在り方にとどまらず、背景にある若者の「生きづらさ」に向き合う取組みの充実が求められる。

MEMO

—君を守りたい—
きみまも@歌舞伎町

東京都では、様々な不安や悩みを抱えた青少年が、SNS等を通じて、いわゆる「ト一横」(※)に集まり、児童買春等の犯罪被害に遭う事案が発生していることから、2023(令和5)年に有識者からなる協議会で議論し、その答申を踏まえ、各種取組みを進めている。

その一環として、同年8月、青少年の被害の実態や対策について周知・啓発するため、有識者や著名人を招き、啓発イベント「—君を守りたい— きみまも@歌舞伎町」を開催した。

また、2024(令和6)年1月には、悩みを抱える若者が気軽に相談できる窓口「きみまも@歌舞伎町」を期間限定で設置した。

この窓口では、軽食を無料で提供したほか、関係機関・民間団体と連携し、社会福祉士等の資格を持った専門員が相談対応に当たるなど、青少年が気軽に立ち寄りやすい環境づくりに配慮した。

窓口には多くの若者が訪れ、なかには徐々に相談員と打ち解け、具体的な相談に至り、支援に繋がった例もあった。

「東京都では、この結果等も踏まえ、2024(令和6)年5月末に常設の窓口を設置した。今後も各種取組みを推進することとしている。」

(※)「ト一横」とは、東京都新宿区歌舞伎町の「新宿東宝ビル」の横のこと。



4 社会的障壁と共生社会

本白書の「はじめに」でも触れたように、こころの健康と社会とのつながりには相互性があり、同じ社会に暮らす隣人のこころの健康に対して、私たち一人ひとは決して無関係ではない。こころの不調の発生要因となるストレスには、心理的、社会的な要因があり、たとえば、労働者が感じているストレスの内容は多様であるものの、対人関係に関するものが少なくないことや、心身の健康への深刻な影響も懸念される孤独・孤立という状態は社会との関係のなかで生まれる「関係性の貧困」ともいえる痛みや辛さを伴うものであることなどを具体的にみてきた。

こうした対人関係や社会との関係に伴うこころの不調は誰にでも起こりうるものであるが、ここでは、心理的、社会的ストレスに関連し、障害のある人にとって社会生活を営むことの支障となるような社会の側の「壁」である社会的障壁について触れておきたい。

社会的障壁とは、障害のある人にとって日常生活または社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものを指す。これは、「障害者権利条約」の理念である障害の「社会モデル」の考え方を踏まえたものである。障害の「社会モデル」とは、障害者が日常生活または社会生活で受ける様々な制限は、心身の機

能の障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生じるものという考え方である*38 (図表1-1-52)。

本白書においても、WHO2022報告書を踏まえ、「こころの不調」は、精神障害による心身の機能の障害に加え、社会的障壁と相対することによって生じる障害を含むものとして捉えている。たとえば、下図のように、車いすを使用する人にとって「階段」という障壁により「障害」が生じることと同様に、精神障害のある人にとって利用しにくい制度や偏見などにより生じる「障害」についてもこころの不調に含まれるものであり、精神障害のある人が相対するこのような社会的障壁を取り除くことが、当事者のこころの不調を軽減し、こころの健康の水準を高めることにつながる点で、本白書におけるこころの健康にも重要な視点を与える考え方である。

障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる共生社会の実現のためには、このような考え方に基づき、障害のある人の活動や社会参加を制限している様々な社会的障壁を取り除くことが重要である。

図表1-1-52 社会モデルの考え方と社会的障壁の例

●階段しかないので、2階には上がれない
▶「障害」がある



●エレベーターがあれば、2階に上がれる
▶「障害」がなくなった!



【社会モデルの考え方】



車いすの方は、何も変わっていない
変わったのは、あくまでも周囲の環境

「社会モデル」の考え方に基づけば、「階段」という障壁(バリア)があることで車椅子の方に「障害」が生じていることになる。

〈社会的障壁(バリア)の例〉

①社会における事物	通行・利用しにくい施設、設備など
②制度	利用しにくい制度など
③慣行	障害のある方の存在を意識していない慣習、文化など
④観念	障害のある方への偏見など

資料：内閣府作成

*38 内閣府「令和4年度障害者施策の概況(令和5年版障害者白書)」(令和5年6月)第1章第1節を参照。

第2節 精神疾患の現状

1 主な精神疾患

(精神疾患を有する総患者数は約615万人、外来患者数は約586万人)

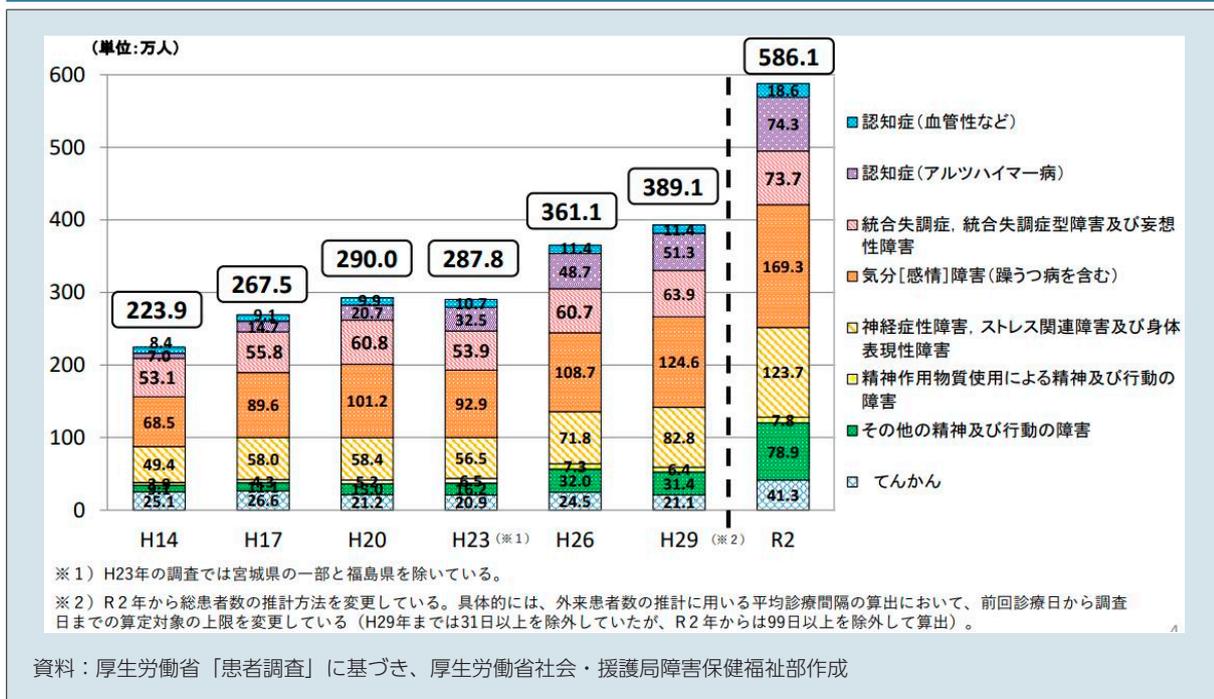
私たちのこころは、日常生活のなかで様々に揺れ動くものである。そうした通常の浮き沈みを超えて、思考や感情、行動の変調が大きな苦痛を伴ったり、日常生活に支障をきたすような状態になると、こころの不調、とりわけ精神疾患（精神障害）にもつながる。

精神疾患の外来患者の数は増加の傾向にある。厚生労働省「患者調査」を基に算出すると、2020（令和2）年の精神疾患を有する総患者数は約615万人であり、このうち外来患者数（約586万人）を疾患別にみると、うつ病などの「気分（感情）障害」が約169万人と最も多く、続いて、適応障害などの「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が約124万人となっている（図表1-2-1）。また、外来患者数を年代別にみると、75歳以上が約136万人と最も多く、続いて45～54歳が約98万人、0～24歳が約79万人となっている（図表1-2-2）。

精神疾患というと、まず、うつ病をイメージする人が多いかもしれないが、このように様々な種類や症状の違いがあり、治療法もこうした違いに応じて異なってくる。

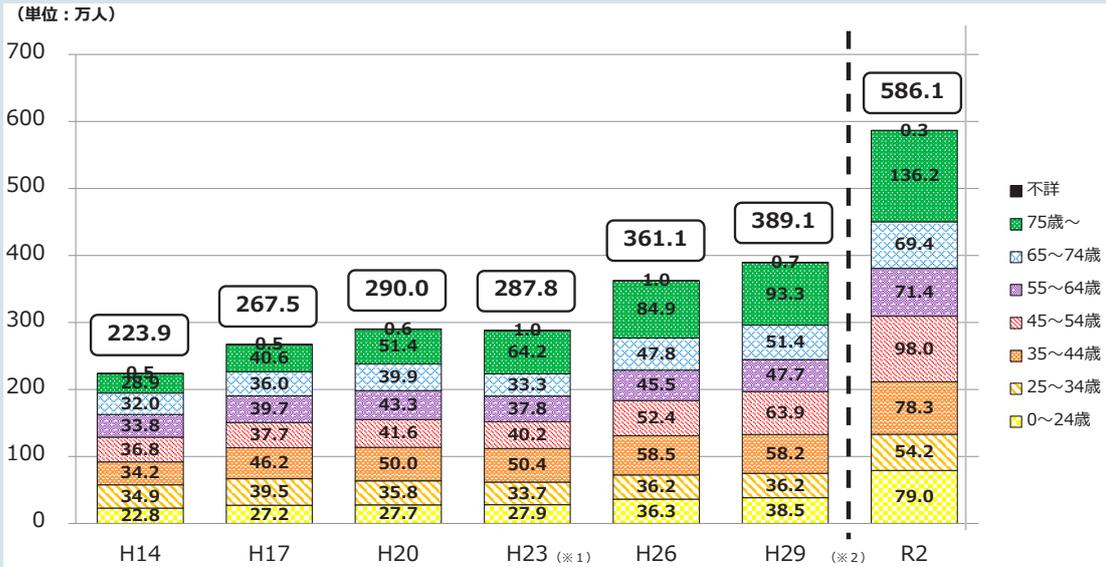
ここでは、世界保健機関（WHO）の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）」*³⁹における病気の名称や分類を参考に、代表的な精神疾患について紹介したい。

図表 1-2-1 精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）



* 39 現在、国内で使用している分類は、ICD-10（2013年版）に準拠している。ICDについては、「【MEMO】疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）と精神疾患」を参照されたい。

図表 1-2-2 精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」に基づき、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

MEMO 疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）と精神疾患

各種の精神疾患は、ICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：疾病及び関連保健問題の国際統計分類）のいずれかに統計上分類される。このICDと精神疾患の関係についてみてみよう。

ICDとは、世界保健機関（WHO）の勧告により、国際的に統一した基準で定められた死因及び疾病の分類である。

日本では、このICDに準拠する形で「疾病、傷害及び死因の統計分類」という統計法に基づく「統計基準」を定めており、公的統計（人口動態統計、患者調査、社会医療診療行為別統計等）等における死因や疾病の分類などで広く利用している。

「疾病、傷害及び死因の統計分類」においては、「第V章 精神及び行動の障害（F00～F99）」に、次の中間分類項目が含まれている。

F00～F09 症状性を含む器質性精神障害

F10～F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（※1）

F20～F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

F30～F39 気分〔感情〕障害（※2）

F40～F48 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（※3）

F50～F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群

F60～F69 成人の人格及び行動の障害

F70～F79 知的障害<精神遅滞>

F80～F89 心理的発達障害

F90～F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

F99 詳細不明の精神障害

（※1）F10-F19「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」には依存症を含む。

（※2）F30-F39「気分〔感情〕障害」には双極性感情障害、うつ病エピソードを含む。

（※3）F40-F48「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」には適応障害を含む。

なお、医療機関における精神疾患の「診断基準」としては、米国精神医学会の精神疾患

の診断分類であるDSM-5も国際的に広く知られている。

(注釈) ICDについては、現行の「疾病、傷害及び死因の統計分類 ICD-10 (2013年版) 準拠」に基づく記述を行ったが、2022 (令和4) 年に、WHOよりICD-11

が発効され、掲載されている分類項目は、約3万5千項目に及ぶ。現在、我が国においてもICD-11に準拠した新しい統計基準を作成し、国内で適用するための準備が行われているところである。

(1) うつ病

うつ病は、気分（感情）障害に分類される代表的な疾患のひとつである。一日中気分が落ち込んでいる、何をしても楽しめないといった心理的な自覚症状とともに、眠れない、食欲がない、疲れやすいといった身体症状が現れる。発症の原因は、現時点で正確には分かっていないが、感情や意欲を司る脳の働きに何らかの不調が生じているものと考えられている。

その背景には、精神的ストレスや身体的ストレスなどが指摘されることが多いが、辛い体験や悲しい出来事のみならず、結婚や進学、就職、引越しなどといった嬉しい出来事の後も発症することがある。こうした環境要因以外にも、義務感が強く仕事熱心といった性格傾向や、遺伝的要因、がんや糖尿病といった慢性的な身体疾患、妊娠出産や更年期障害などの内分泌変化も発症要因のひとつである。

このように、うつ病を引き起こす要因はひとつではなく、生活の中の様々な要因が複雑に結びついて発症している。

日本では、100人に6人程度が生涯のうちにうつ病を経験しているという調査結果があり、また、女性の方が男性よりも約1.6倍多いことが知られている。

MEMO

簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J) による うつ病チェックについて

うつ症状の度合いを「簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J)」を使って自らチェックすることができる。一人ひとりが自らの状態をチェックして、早期発見・早期予防につなげることが可能となるので紹介しよう。

簡易抑うつ症状尺度 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS -J) は、16項目の自己記入式の評価尺度で、うつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準DSM-5の大うつ病性障害 (中核的なうつ病) の診断基準に対応しているという特長を持っている。

世界的に知られた精神科医であるJohn Rush氏によって開発され、世界10ヶ国以上で使用されている。日本語版は、慶應義塾大学医学部の藤澤大介医師のグループによって

作成された。

質問票の16項目とは、

1. 寝つき
2. 夜間の睡眠
3. 早く目が覚めすぎる
4. 眠りすぎる
5. 悲しい気持ち
6. 食欲低下
7. 食欲増進
8. 体重減少 (最近2週間で)
9. 体重増加 (最近2週間で)
10. 集中力/決断
11. 自分についての見方
12. 死や自殺についての考え
13. 一般的な興味
14. エネルギーのレベル

- | | |
|----------------------------|---|
| 15. 動きが遅くなった気がする | 3点. ほとんどすべての時間、悲しいと感じている |
| 16. 落ち着かない | |
| であり、たとえば項目「5. 悲しい気持ち」であれば、 | と点数化されている。 |
| 0点. 悲しいとは思わない | 16項目の点数を、計算式を使って計算し、うつ病の重症度が解るようになっている。 |
| 1点. 悲しいと思うことは、半分以下の時間である | (参考) 質問票等は、以下を参照のこと。 |
| 2点. 悲しいと思うことが半分以上の時間ある | https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/02.pdf |

(2) 双極性障害（躁うつ病）

双極性障害は、躁状態とうつ状態を繰り返す病気である。うつ病と同じ気分（感情）障害に分類されるが、うつ病とは異なる病気であり、治療法も異なる。

ハイテンションで活動的な躁状態と、憂うつで無気力なうつ状態をいったりきたりするものが双極性障害の特徴とされ、躁状態になると、眠らなくても活発に活動する、次々にアイデアが浮かぶ、自分が偉大な人間だと感じられるといったことがみられ、とても気分がよく感じられるため、本人には病気の自覚がないことが多い。そのため、うつ状態では病院に行く人でも、躁状態の時には治療を受けないことがよくある。しかし、うつ病だけの治療では双極性障害を悪化させてしまう場合がある。このため、本人だけでなく、周囲の人も、日頃の様子や気分の波を見守り、躁状態に気づくことが大切である。

日本では、双極性障害と診断される患者の頻度は重症・軽症をあわせても100人に4～7人弱といわれている。

(3) 適応障害

適応障害は、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に分類される。日常生活の中で起こった出来事や、主に職場や学校などの環境に対して対処が困難である時に、病気や大切な人との離別、人間関係のもつれなど何らかのストレスが原因となり、心身のバランスが崩れて、憂うつな気分、不安感、頭痛、不眠などの様々な症状が出る状態である。こうした症状は、日常生活のなかで誰にでも起こりうる症状であるが、適応障害の場合は、そのストレス原因から通常予想される程度をはるかに超えるものであったり、仕事や学業、対人関係といった社会生活に支障が生じたりするほどの状態となる。

(4) 統合失調症

統合失調症は、幻覚や妄想、まとまりのない思考や行動、意欲の欠如などの症状を示す疾患である。幻聴や妄想など健康な時にはなかった状態が現れる「陽性症状」と、意欲や感情表現が減るなど、あったものが失われる「陰性症状」がある。周囲からみると、独り言を言っている、実際はないのに悪口を言われたなどの被害を訴える、話がまとまらず支離滅裂になるなどのサインとして現れる。

罹患率は100人に1人弱といわれており、思春期から青年期に発症するケースが多くみ

られるが、早めに治療するほど症状が重くなりにくいといわれている。

統合失調症の原因は、ドーパミンなど脳の神経伝達物質のバランスが崩れて混乱することが関係しているともいわれているが、現時点では明らかになっていない。

ある程度の遺伝的要因が作用していると推測されており、統合失調症になりやすい要因をいくつか持っている人が、仕事や人間関係のストレス、就職や結婚など人生の転機で感じる緊張などがきっかけとなり、発症するのではないかと考えられている。

(5) PTSD

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder : 心的外傷後ストレス障害) とは、生死に関わる出来事や性暴力の脅威に直面したあとで、その当時の恐怖に圧倒される記憶が整理されず、そのことが何度も思い出されて、当時に戻ったように感じ続ける病気である。そうした体験の中で恐怖や悲嘆、絶望などの強い感情に圧倒されたり、逃げられない、何もできないといった強い無力感を生じることによって生じる。体験後の心理社会的サポートの低さが、将来のPTSD発症と関連する。体験の例としては、対人暴力などの人為被害の他にも、雇用の現場での生死に関わる業務上の怪我や病気の経験や、自然災害という予期せぬ出来事による家財や親しい人の喪失も要因となりうる。あまりにも強いショックを感じたために、その体験を落ち着いて整理することができなくなる。そのため、非常に良く覚えている部分と覚えていない部分が混じり合ったり、体験したことと感じたこと、考えたことの関係が混乱したり、時間的な順序や、因果関係といったつながりも分からなくなる。

このような記憶は、「いつ、どこで、どのように、なぜ」といった枠組みができていないため、非常に不安定な状態となっている。そのため、ふとしたことで、あるいは突然に、記憶が意識のなかに侵入し、フラッシュバックや悪夢を生じる。

トラウマ体験の記憶は断片化していて、その一部を思い出すと、他の色々な断片的なイメージが次々に思い出されたり、辛い感情や考えが生じたりする。そのため、あたかも常に被害が生じているように感じられるので、不安や緊張が消えることがない。時にはこうした辛さからここを守るために、現実感がなくなり、ぼんやりとしたり、記憶の一部が失われてしまうこともある。

どのような人がPTSDになりやすいのかについては、いくつかのことが分かっている。

まず、死の危険を意識するほどの恐怖に直面したかどうかだけでなく、たとえばそうした被害の後の社会的サポートの不足や、生活のストレスが大きかった場合にはPTSDを発症しやすいことが知られている。さらに、過去のトラウマ体験や児童期の虐待といった逆境体験が複数ある人にはPTSDのリスクが高くなるといわれる。

コラム

複雑性PTSDに対する新たな心理療法について (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)

複雑性PTSDについて

複雑性PTSDは通常のPTSDに加えて、感情調整や対人関係、自己価値に深刻な困難を生じている精神疾患である。きっかけとなる出

来事の定義はPTSDと同じであるが、児童期虐待、ドメスティック・バイオレンスなどの持続的、反復的な被害から生じることが多い。

複雑性PTSDは、2018年に公表された国

際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）で、新たに採用された診断項目であり、どのような治療が有効であるかを明らかにすることは国際的にも喫緊の課題となっていた。

NCNPによる研究報告

今般、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター（NCNP）精神保健研究所を中心としたグループは、複雑性PTSDに対するSTAIR Narrative Therapyという心理療法の実践に関する研究を行い、その成果が国際精神医学誌「European Journal of Psychotraumatology」オンライン版に掲載された。

NCNPの研究は、海外で虐待関連のPTSDに有効性が確立されているSTAIR Narrative Therapyを、ICD-11の複雑性PTSD診断を満たす患者に対して実践し、前後比較試験（同一の対象者への介入の前後を比較するもの）を実施したものである。

その結果、この治療が日本の臨床現場においても安全に実施可能であり、複雑性PTSDに対して効果が期待できることを確認した。本研究は、治療を前進させる重要な成果といえる。

複雑性PTSDとSTAIR Narrative Therapy

複雑性PTSDに対する最適な治療法については、国際的に検証が進められている段階にある。これまでの関連する研究の積み重ねにより、トラウマに焦点を当てた心理療法が有望であり、中でも複雑性PTSDの多様な症状に対応した治療が有望であることが報告されている。この多様な症状に対応した治療として、STAIR Narrative Therapyという心理療法が米国で開発されており、虐待を経験した成人PTSD患者を対象とした複数の臨床試験でその有効性が確認されている。

ただし、これまでの欧米での研究はICD-11の複雑性PTSDを対象としているわけではないため、複雑性PTSD診断に該当する患者を対象として、安全性や有効性を確認する必要があった。またこの治療は米国で開発され、臨床研究も欧米でのみ実施されているため、文化や制度の異なる日本でも同じように実施できるか、また同等の効果が得られるか

どうかを確認する必要があった。

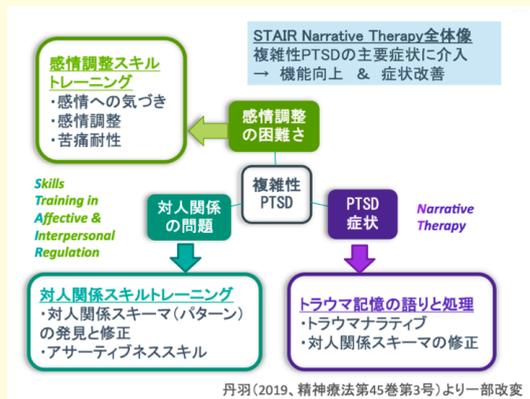


図1 STAIR Narrative Therapy全体像

研究の方法

NCNPによる研究では、18歳以前に身体的／性的虐待を経験し、ICD-11の基準で複雑性PTSDと診断された成人女性患者を対象として、STAIR Narrative Therapyの実施可能性、安全性、治療成果を調べた。

具体的には、対照群を置かない前後比較試験を実施し、10名の患者が研究に登録され、NCNPまたは共同研究機関の外来で、STAIR Narrative Therapyの治療を受けた。

治療はSTAIR Narrative Therapyの日本語版のマニュアルに基づきながらも、個々の患者のニーズに合わせて柔軟に治療内容を適用する方法で実施した。重要な評価項目は、国際トラウマ面接（ITI）（ICD-11に基づくPTSD／複雑性PTSDの診断面接）で評価された治療後、及び治療終了3ヶ月後の複雑性PTSD診断と重症度である。

研究の結果

治療を最後まで終えた7名のうち、6名は治療後に複雑性PTSDの診断基準を満たさなくなり、7名全員が治療終了3ヶ月後に診断基準を満たさなくなった。また複雑性PTSDの重症度得点は、治療前と比べて治療後及び治療終了3ヶ月後に有意な（＝統計的に意味のある）改善が認められ、その効果量も大きなものだった。

また、同様に、うつ症状をはじめとした様々な評価項目においても有意な改善が認められた。

なお、治療を途中で終えた3名（1名は

COVID-19の影響)のうち、中間評価を受けた2名にも複雑性PTSD症状の改善が認められた。

加えて、治療期間中に重篤な有害事象は認められなかった。

研究の意義・今後の展望

この臨床試験の参加者は、長期にわたる持続的な虐待を経験している者であったが、安全を保ちながら治療を進めることができ、複雑性PTSDをはじめ、様々な精神症状や生活機能の改善が認められた。本研究の結果から、STAIR Narrative Therapyは複雑性PTSDの患者にも適用可能であり、少人数で

の結果という前提ではあるが、海外の先行研究と同等の効果が期待できることが示唆された。

今後は、STAIR Narrative Therapyの有効性をより厳格な方法で検証するために、ランダム化比較試験（無作為化比較試験。研究の対象者を2つ以上のグループにランダムに分け（ランダム化）、効果を検証すること）を検討している。

(参考) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター『複雑性PTSD治療前進へ～心理療法(STAIR Narrative Therapy)の成果～』

(6) 摂食障害

摂食障害とは、体重や体型に対する異常なこだわりや完璧主義的思考、低い自尊心などにより、食事に関連した行動の異常が続き、心身に影響が及ぶ病気の総称である。

具体的には、極端に食事を制限する、過度に食べてから体重の増加を防ぐための代償行動（嘔吐や下剤乱用など）を繰り返すなど、さまざまな症状があり、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害などに分類される。

摂食障害は10代から20代の若者に多くみられ、女性の割合が高いが、誰にでも発症しうる。我が国の摂食障害患者数は約22万人と推計されている。

(7) 様々な依存症

依存症とは、特定の物質や行為にこころを奪われ、使っているうちにだんだんと脳の回路が変化し、自分ではやめられなくなってしまう病気のことである。依存症には、「物質への依存」と「プロセスへの依存」がある。

物質への依存は、依存性のある物質を何回も摂取することで、以前と同じ量や回数では満足ができなくなってしまう依存症である（一部の物質依存では、使う量が増えないこともある）。主な対象として、アルコールや薬物（違法薬物、市販薬）などがある。他方で、プロセスへの依存は、物質ではなく特定の行為や過程に必要以上に熱中してしまう依存症であり、のめりこむ、強い刺激を求める、いつも頭から離れないなどの症状が現れる。主な対象として、ギャンブルやゲームがある。

近年の依存症患者数の推移をみると、物質への依存であるアルコール依存症と薬物依存症の患者数はいずれも横ばい傾向にあり、プロセスへの依存であるギャンブル等依存症の患者数についても同様の傾向がみられる（[図表1-2-3](#)）。

図表 1-2-3 近年の依存症患者数の推移

		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
アルコール 依存症	外来患者数※1	93,785	96,145	101,424	107,156	106,750	107,912
	(入院患者数※2)	(29,649)	(29,205)	(29,555)	(28,998)	(27,510)	(26,020)
薬物依存症	外来患者数	11,728	12,370	12,905	13,631	14,028	14,022
	(入院患者数)	(3,159)	(3,143)	(3,067)	(3,081)	(2,924)	(2,811)
ギャンブル 等依存症	外来患者数	2,072	2,581	3,240	4,046	4,064	3,829
	(入院患者数)	(269)	(296)	(362)	(384)	(364)	(295)

出典：厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」
(精神保健福祉資料³⁾)

※1) 精神科における外来患者数

※2) 精神科における入院患者数

※3) レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を基に算出しているため、保険診療の患者に限られ、生活保護受給者等は含まれない。

資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

依存症の特徴は、周囲との対立が増える、生活リズムが崩れる、体調を崩す、お金を使いすぎるなど、日常生活のなかで何かしらの問題が起きているにもかかわらず、やめられない状態に陥っているということである。

自分の意志ではやめられない状態に陥ってしまう鍵は、脳にある。アルコールや薬物を摂取すると、脳内ではドーパミンという快楽物質が分泌される。この快楽物質が脳内に放出されると、中枢神経が興奮し、快感・よろこびにつながる。この感覚を、脳が報酬（ごほうび）と認識することにより、報酬を求める回路が脳内にできあがる。ギャンブル等で味わうスリルや興奮といった行動でも、同じように脳の中で報酬を求める回路が働いているのではないかとされている。

脳内に報酬を求める回路ができあがり、アルコールや薬物を体に取り込む行動が習慣化されると、快楽物質が強制的に分泌されることが繰り返される。そうすると、次第によるこびを感じる中枢神経の機能が低下し、快感・よろこびが感じにくくなるといわれている。同時に嫌なことを忘れるためや不快な気分状態を解消するためにアルコールや薬物を使ったりするようにもなる。これらの変化が起こって、特に不快な気分状態を解消するため、アルコールや薬物の作用を求めるようになり、ますますその量が増えていく結果、悪循環に陥り、焦燥感や不安、物足りなさばかりが増していく。

このような状態に陥ると、もはや自分の意志でコントロールすることは非常に困難になる。依存症は、意志の弱さや性格の問題ではなく、もちろん最初から依存しようと思っとなるものでもなく、脳の仕業であるといえる。条件さえそろえば誰でも依存症になる可能性があり、特別な人だけがなるわけではないということを、正しく理解しておく必要がある。

2 早期発見の重要性

(未治療の期間が短ければ短いほど予後がよいといわれている)

一般的に精神疾患を発病してから治療開始までの期間は決して短くない。たとえば統合失調症については、発病から治療開始までの期間が平均で約1年であるといわれている。この未治療の期間のことをDUP (Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間) と呼ぶ。

DUPが短ければ短いほど予後がよいといわれており、逆にこのDUPが長ければ長いほど、症状や障害が重症化・慢性化する可能性が増える。また、統合失調症などの病気を発症してから最初の数年の状態は、その後の長期的な経過に大きな影響を与える。そのため、発病後の数年間に適切な治療を継続的に受けることができ、状態を良好に維持することができれば、その後の病気の経過も良好である可能性が高まる。

このことから、DUPを短くし、病初期に適切な治療を継続的に受けられる社会的環境を整えることが早期発見・治療の実践において不可欠といえる。実際に、すでに精神疾患の早期発見・治療に関するサービスを精神保健のサービスの重要な一部として実施しているオーストラリアやイギリスでは、DUPが短縮化され病気の一部の症状が軽症化したこと、また、入院患者が減少し、地域での生活を続けながら治療をする患者が増えたこと、そして入院患者の減少で医療コストが大幅に減少したことなどの成果が報告されている^{*40}。

コラム 高次脳機能障害について

ケガや病気により、脳に損傷を負うと、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害等を呈することがある。これが高次脳機能障害である。高次脳機能障害は外見からは分かりにくく、本人も自覚することが難しいため「見えない障害」とも言われており、本人の日常生活や社会生活に大きな制約が生じる。

高次脳機能障害の症状

ケガや病気により、脳に損傷を負うと、次のような症状がでることがある。

【記憶障害】

- ・物の置き場所を忘れる。
- ・新しいできごとを覚えられない。

- ・同じことを繰り返し質問する。

【注意障害】

- ・ぼんやりしていて、ミスが多い。
- ・ふたつのことを同時に行うと混乱する。
- ・作業を長く続けられない。

【遂行機能障害】

- ・自分で計画を立てて、ものごとを実行することができない。
- ・人に指示してもらわないと何もできない。
- ・約束の時間に間に合わない。

【社会的行動障害】

- ・興奮する、暴力を振るう。
- ・思いどおりにならないと、大声を出す。
- ・自己中心的になる。

* 40 DUPの関連記載については、厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」の「精神疾患の早期発見・治療の重要性」を参照した。

相談・支援

障害者総合支援法に基づき、各都道府県は、高次脳機能障害者への支援拠点機関の設置や支援コーディネーターの配置などにより、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研究等を行い、高次脳機能障害のある方に適切な支援が提供される体制を整備することとしている。

その他支援制度

高次脳機能障害のある方の年齢や障害の程度、原因疾患等により、

- ・障害者総合支援法に基づく障害福祉サー

ビス

- ・障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、療育手帳）による各種税金や公共料金等の控除や減免等のサービス
 - ・介護保険制度による介護サービスなどを受けられることがある。
- 市区町村の障害福祉担当窓口にご相談しながら適切なサービスを利用してほしい。

(参考)

国立障害者リハビリテーションセンター高次脳機能障害情報・支援センターHP
http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/

コラム**データとAIのかけ合わせによる精神ケアの革新へ**

データとAIを活用して精神療法^{*1}の新たなブレイクスルーを目指す研究が、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の伊藤正哉博士を中心とする研究班で進んでいる。その研究を紹介しよう。

現状と課題

世界的にうつ病や不安症など幅広い精神疾患の有病割合は下がっていない。背景には、有効な精神療法が開発されてきたものの、一部の人には効果がなく、治癒につながるプロセスが不明なため、多くの者に有効な精神療法が提供できていないという課題があった。

課題の解決に向けて

こうした課題を受け、伊藤博士らのグループでは、以下の4つの解決法を目指し、研究を行っている。

- ①精神療法中のコミュニケーション（音声・

自然言語）の直接データの収集による治癒につながるプロセスの解明

- ②人工知能技術の適用による、精神療法を受ける人の精神的な状態の識別や、精神療法の治療効果の予測
- ③コーパス（データベース）の整備とアルゴリズムの開発により、人間の負荷を大幅に軽減したデジタル上での専門家訓練や治療提供
- ④人間同士、人間－マシンとのあらゆるコミュニケーション場面の応用技術（例：高度な感情認識、早期介入や予防、セルフケア）

この研究は、うつ病や不安症に対する精神療法の臨床試験において、10年以上蓄積された高品質なビッグデータにAIを適用させることにより、精神症状や治療反応の識別と予測を実現し、デジタル技術を活用したテイ

*1 治療者が心理的な手段を用いて患者の心身に働きかける療法

ラーメイドの精神療法の基礎技術を開発するものである。

たとえば、言葉と音の関係では、精神療法の中で話されたり、書かれたりする言葉（自然言語）のデータに機械学習等のAI技術を適用し、精神療法を受ける人の精神的な状態の識別や、精神療法の治療効果の予測を試みようとしている。

こうした研究により、精神療法の多種・大量・高精細なデータを活用した、よりきめ細やかな精神のケア（超高精細精神ケア）の実現を目指す。

研究の展望

言語データの解析による人の精神的な状態の識別や治療予測の成果があげられれば、他の様々なモーダル（例：表情、身振り、生体データ）への展開が期待される。また、精神のケアに限らず、人と人がコミュニケーションをする様々な場面（例：教育、福祉、サービス業）において、本研究で開発された技術の適用が期待される。

（参考）学術変革領域研究（B）『デジタル - 人間融合による精神の超高精細ケア：多種・大量・精密データ戦略の構築』

第3節 こころの健康が損なわれると

こころの健康が損なわれることの影響は、本人や家族はもとより、社会のなかにも様々な形で現れている。本節では、地域や職場において、こころの不調の影響が現れていると考えられる事象について取り上げるとともに、自殺の現状についてもみていく。

1 地域では

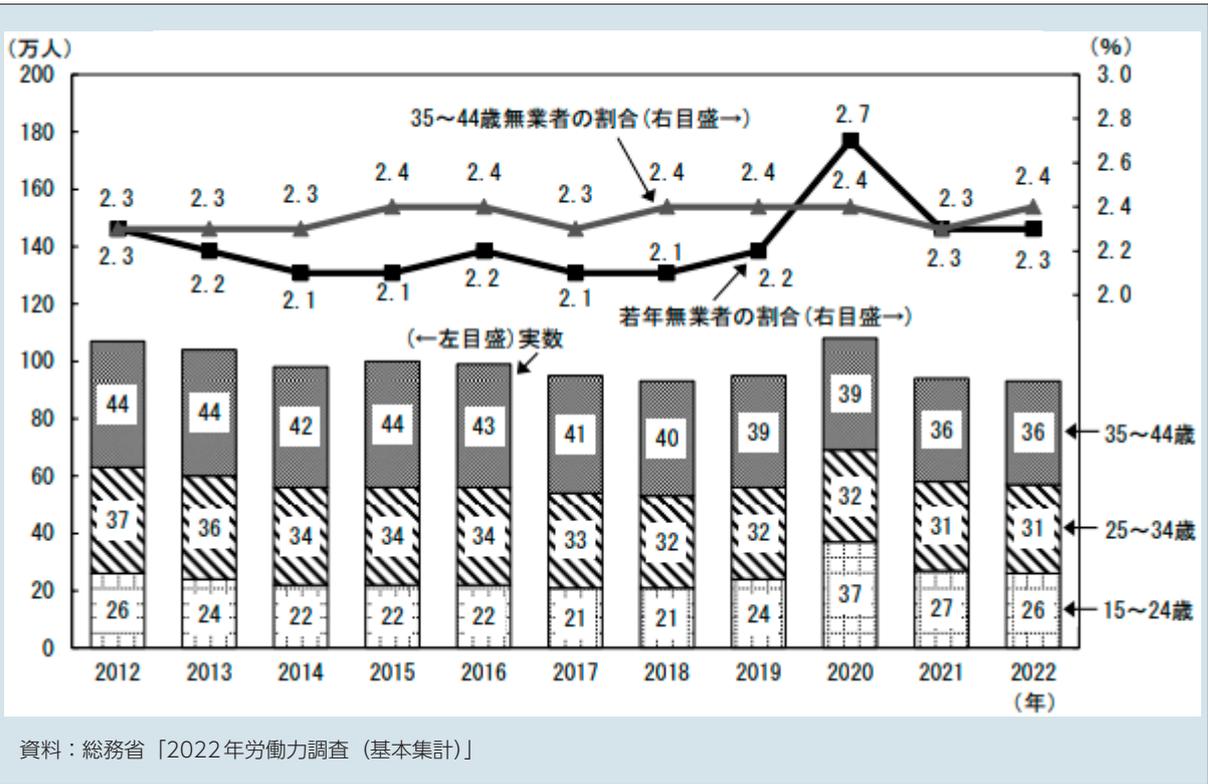
本項では、青年期の「若年無業者」、壮年期・中年期にも及ぶ「ひきこもり」、そして高齢期・老年期の「生きがいの低下」についてみていく。

(1) 若年無業者

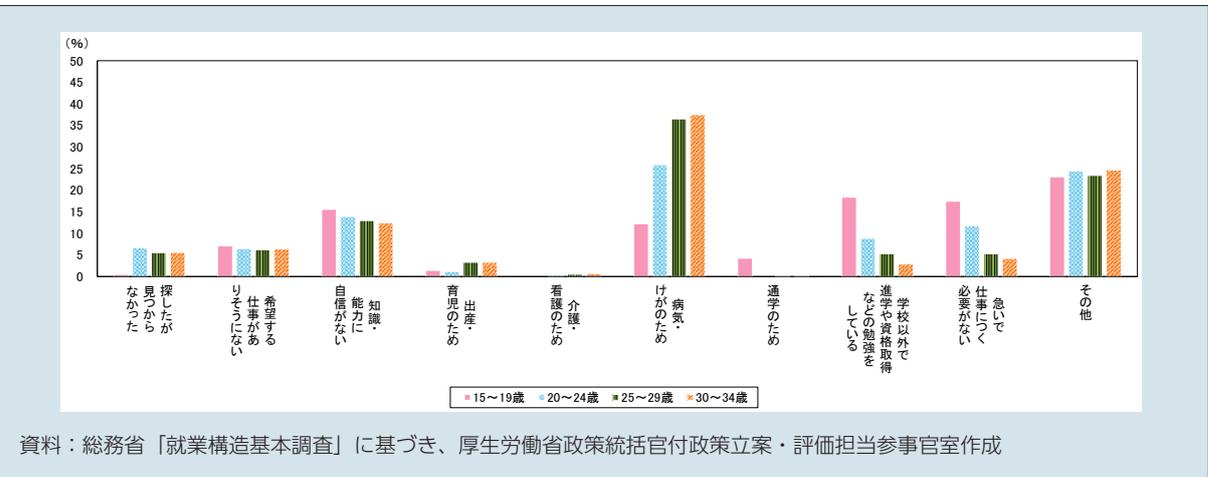
(若年無業者が求職活動をしていない理由として、「病気・けがのため」が多い)

総務省「労働力調査」によると、15～34歳の若年無業者の数は、2022（令和4）年平均で57万人であり、15～34歳人口に占める割合は2.3%であった（**図表1-3-1**）。また、総務省「就業構造基本調査」によると、就業希望の若年無業者が求職活動をしていない理由として、「その他」を除くと、ほぼすべての年齢層で、「病気・けがのため」が最も多い（**図表1-3-2**）。具体的な疾病名等は明らかではないものの、このなかには、こころの不調と関連のあるものが含まれている可能性も推察されよう。

図表 1-3-1 若年無業者及び35～44歳無業者の数及び人口に占める割合の推移



図表 1-3-2 就業希望の若年無業者が求職活動をしていない理由（2022年）



(2) ひきこもり

(ひきこもりとなる背景には、こころの不調が関係している場合がある)

2007（平成19）年度から2009（平成21）年度に行われた厚生労働科学研究においてとりまとめられた「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」では、ひきこもりについて、「様々な要因の結果として、就学や就労、交遊などの社会的参加を避けて、原則的には6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態のこと（他者と交わらない形での外出をしている場合も含む）」とされている。ひきこもり状態となっている人の

中には、専門的な支援が必要な人も含まれており^{*41}、こころの不調と関係している場合もある。

同ガイドラインでは、不登校とひきこもりの関係について、「関連性が強い一群が確実にある」としており、また、若年無業者とひきこもりの関係についても、「ひきこもり問題を抱え、専門的な支援を要する人が少なからず含まれている」とされていることから、ひきこもり状態となっている人は、不登校の子どもや若年無業者のなかに横断的に存在していることに留意が必要である。

さらに、内閣府が2022（令和4）年度に行った「子ども・若者の意識と生活に関する調査」によると、15歳から64歳までの年齢層の約2%がひきこもり^{*42}状態にあることが分かった。ひきこもりは、若年層だけでなく、壮年期・中年期にも幅広くみられるといえる。

(3) 高齢者と生きがいの低下

(近所付き合いや親しい友人の存在は、生きがいの実感と関係している)

第1節でみたように、高齢期は、「喪失」に関連したイベントにストレスを感じやすく、また、この時期に特有のライフイベントには、退職、子の独立、住み慣れた家からの転居（施設入所など）、死別など、喪失体験に直面しやすいものが多い。

一般に、喜びや楽しみを感じなくなることは、うつ病の主要な症状である憂うつ感の特徴のひとつと考えられているが、内閣府「令和4年版高齢社会白書」によると、内閣府が2021（令和3）年に行った「高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査」では、生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について、「十分感じている」と回答した65歳以上の人は全体の22.9%、「多少感じている」が49.4%であった一方で、「あまり感じていない」、「まったく感じていない」と回答した人が20.5%であった（図表1-3-3）。

同調査によると、たとえば、近所の人との付き合いについて、趣味をともにする、お茶や食事を一緒にするなどの付き合いをしていない人は、いずれもこうした付き合いをしている人に比べ、生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない人の割合が高い傾向にあり、また、親しくしている友人・仲間が少ない人についても同様の傾向がみられた（図表1-3-4）。

さらに、外出や情報機器の利用についても、これらが少ない人ほど生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない人の割合が高くなる傾向がみられている。

生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない高齢者が、必ずしもこころの不調を抱えているとは限らない。しかし、職業生活からの引退に伴い、それまでの人生の中心にあった仕事のやりがいや職場の人間関係から離れた時に、近所付き合いや友人関係、そして外出やインターネットの利用といった新たな他者との「つながり」に、喜びや楽しみを見出すことが難しい人ほど、こころの不調につながりやすい精神状態に置かれる可能性があることがうかがわれる。

*41 厚生労働省ウェブサイト「ひきこもり支援推進事業」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/hikikomori/index.html）掲載資料「ひきこもり地域支援センターの取組状況によると、都道府県・指定都市のひきこもり地域支援センターが関係機関につないだ事案数（令和5年3月末現在）は6,166件であり、このうち「保健所・保健センター」へ690件（11.2%）、「医療機関」へ428件（6.9%）、「精神保健福祉センター」へ323件（5.2%）となっている。

*42 内閣府調査では、6ヶ月以上にわたり、普段の外出頻度が「趣味の用事のときだけ外出する」、「近所のコンビニなどには出かける」、「自室からは出るが、家からは出ない」、「自室からほとんど出ない」を選択した人で、妊娠や介護・看護等の理由がない人を広義のひきこもりとして集計している。

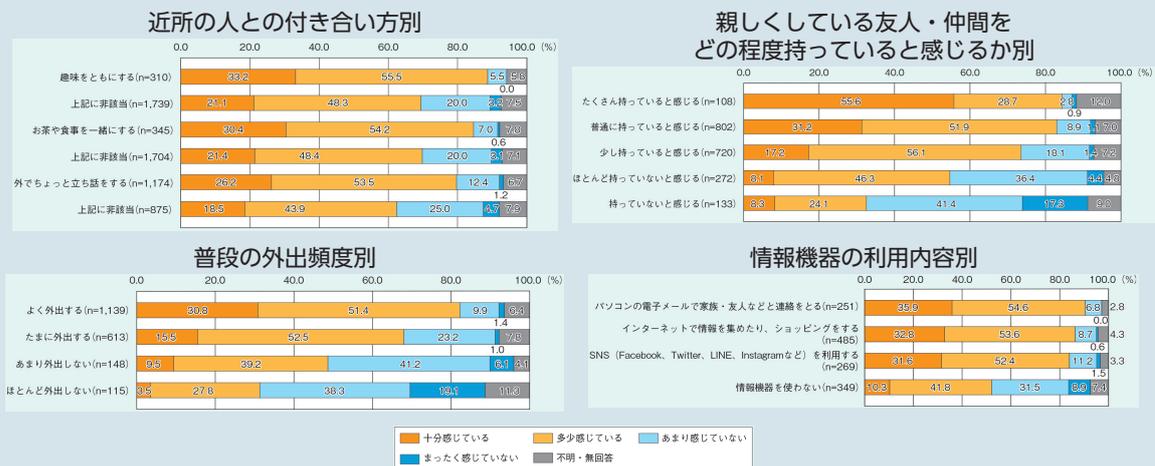
図表 1-3-3 生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について（年齢・性別）

		（%）				
		十分感じている	多少感じている	あまり感じていない	まったく感じていない	不明・無回答
65歳以上	全体 (n=2,049)	22.9	49.4	17.8	2.7	7.2
	男性 (n=984)	23.0	50.1	19.2	2.1	5.6
	女性 (n=1,065)	22.9	48.7	16.4	3.2	8.7
65～74歳	男性 (n=565)	24.2	52.9	17.2	1.8	3.9
	女性 (n=545)	25.7	51.0	14.9	1.8	6.6
75歳以上	男性 (n=419)	21.2	46.3	22.0	2.6	7.9
	女性 (n=520)	20.0	46.3	18.1	4.6	11.0

※ 四捨五入の関係で回答した人の割合の合計が100.0%とならない場合がある。

資料：内閣府作成

図表 1-3-4 生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について



資料：内閣府作成

2 職場では

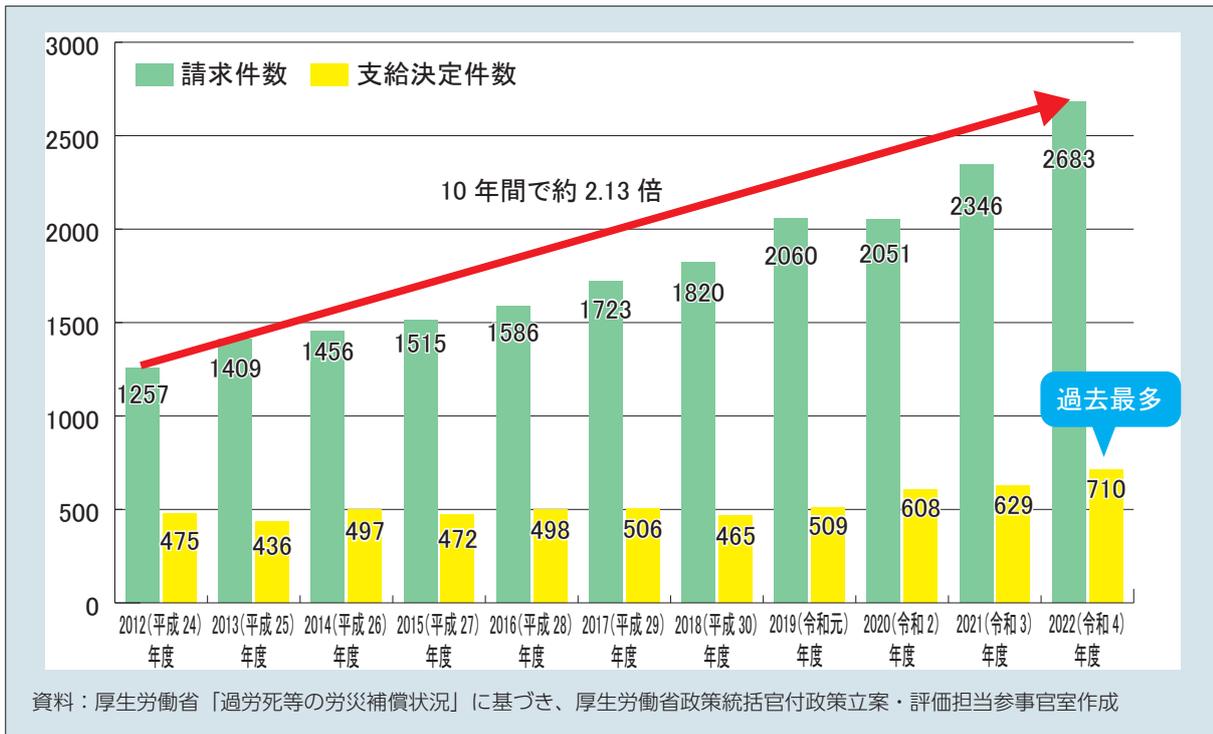
本項では、職場において、こころの不調の影響がどのように現れているのかをみていく。

(1) 精神障害の労災認定

(2022（令和4）年度の精神障害による労災請求件数と認定件数は過去最多となった)

職場において労働者の安全や健康が損なわれると、仕事を原因とする負傷や病気といった労働災害につながる場合がある。仕事の原因で精神障害を患ったとして労災保険の請求が行われた件数は、2012（平成24）年度から2022（令和4）年度の過去10年間で2倍以上の大きな伸びをみせている。また、精神障害の原因が仕事であると認定し労災保険給付を行った件数（支給決定（認定）件数）でも、2022（令和4）年度は710件であり、過去最多となっている（図表1-3-5）。

図表 1-3-5 精神障害の労災請求件数と支給決定（認定）件数



(認定の原因となった要因別にみると、パワーハラスメントが最も多い)

2022（令和4）年度の労災認定件数を、認定の原因となった出来事（要因）別にみると、「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」が147件と最も多く、次いで「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」が89件、「仕事内容・仕事量の（大きな）変化を生じさせる出来事があった」が78件となっている（図表1-3-6）。

図表 1-3-6 精神障害の出来事別決定及び支給決定（認定）件数

出来事の種類	具体的な出来事	令和3年度				令和4年度			
		決定件数	うち自費		決定件数	うち自費			
			うち自費	うち支給決定件数		うち自費	うち支給決定件数		
1 事故や災害の体験	(重度の)病氣やケガをした	89 (34)	1 (0)	32 (6)	1 (0)	94 (31)	4 (0)	42 (14)	2 (0)
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	100 (52)	1 (0)	66 (31)	1 (0)	124 (64)	2 (0)	89 (43)	1 (0)
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関連し、重大な人身事故、重大事故を起こした	6 (0)	0 (0)	3 (0)	0 (0)	11 (6)	0 (0)	7 (5)	0 (0)
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	27 (9)	7 (1)	6 (0)	4 (0)	29 (6)	5 (0)	8 (2)	3 (0)
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	6 (2)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	10 (2)	2 (0)	6 (2)	1 (0)
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	業務に関連し、違法行為を強要された	16 (6)	2 (1)	8 (3)	1 (1)	7 (4)	1 (0)	3 (2)	1 (0)
	達成困難なノルマが課された	17 (7)	2 (1)	3 (1)	0 (0)	13 (4)	3 (0)	5 (2)	1 (0)
	ノルマが達成できなかった	9 (2)	4 (0)	2 (0)	2 (0)	9 (1)	0 (0)	2 (0)	0 (0)
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (2)	4 (0)	3 (0)	2 (0)
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5 (1)	2 (0)	2 (0)	1 (0)	7 (1)	1 (0)	2 (0)	1 (0)
	顧客や取引先からクレームを受けた	30 (15)	2 (0)	4 (2)	2 (0)	26 (14)	4 (1)	6 (1)	2 (0)
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	4 (3)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
	上司が不在になることにより、その代行を任せられた	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	183 (66)	33 (1)	71 (20)	20 (0)	177 (63)	31 (4)	78 (20)	16 (1)
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	36 (7)	10 (0)	28 (5)	7 (0)	27 (7)	2 (0)	21 (7)	2 (0)
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	52 (9)	9 (1)	39 (7)	6 (1)	53 (9)	12 (0)	38 (5)	9 (0)
	勤務形態に変化があった	4 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
	仕事のペース、活動の変化があった	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	2 (0)	0 (0)
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	34 (20)	2 (1)	9 (8)	1 (1)	25 (10)	1 (0)	6 (3)	0 (0)
	配置転換があった	69 (29)	7 (1)	9 (1)	1 (0)	68 (28)	10 (1)	10 (3)	1 (0)
	転勤をした	13 (2)	4 (0)	2 (0)	1 (0)	10 (2)	4 (0)	2 (1)	1 (0)
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	4 (2)	1 (0)	3 (1)	1 (0)	6 (3)	0 (0)	2 (1)	0 (0)
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	11 (5)	1 (0)	2 (1)	0 (0)	18 (6)	1 (0)	2 (1)	0 (0)
	自分の昇格・昇進があった	7 (2)	2 (0)	2 (1)	0 (0)	2 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
	部下が減った	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	早期退職制度の対象となった	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5 パワー・ハラスメント	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワー・ハラスメントを受けた	242 (113)	18 (0)	125 (58)	12 (0)	257 (112)	17 (4)	147 (57)	12 (2)
6 対人関係	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた	126 (88)	3 (0)	61 (40)	1 (0)	148 (90)	1 (0)	73 (44)	0 (0)
	上司とのトラブルがあった	451 (254)	27 (5)	17 (3)	5 (0)	475 (254)	27 (5)	23 (10)	5 (2)
	同僚とのトラブルがあった	118 (73)	5 (2)	6 (3)	1 (0)	107 (74)	2 (1)	1 (1)	0 (0)
	部下とのトラブルがあった	15 (6)	1 (0)	1 (1)	0 (0)	12 (5)	2 (1)	4 (2)	2 (1)
	理解してくれていた人の異動があった	2 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	上司が変わった	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	97 (94)	0 (0)	60 (57)	0 (0)	102 (101)	0 (0)	66 (66)	0 (0)
8 特別な出来事 注2		63 (27)	9 (1)	63 (27)	9 (1)	61 (25)	4 (0)	61 (25)	4 (0)
9 その他 注3		104 (54)	10 (4)	0 (0)	0 (0)	81 (34)	11 (3)	0 (0)	0 (0)
合計		1953 (985)	167 (20)	629 (277)	79 (4)	1986 (966)	155 (20)	710 (317)	67 (6)

注 1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表1による(令和2年8月21日付け基発0821第4号による改正後のもの)。
 2 「特別な出来事」は、心理的負荷が極度のもの等の件数である。
 3 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。
 4 自殺は、未遂を含む件数である。
 5 ()内は女性の件数で、内数である。

資料：厚生労働省労働基準局作成

(2) 連続1ヶ月以上休職した労働者がいた事業所等の割合

(メンタルヘルス不調による休職者の割合や休職者がいた事業所の割合は増加している)

厚生労働省が行った2022（令和4）年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況によると、過去1年間にメンタルヘルス不調^{*43}により連続1ヶ月以上休職した労働者の状況を見ると、連続1ヶ月以上休職した労働者は常用労働者全体の0.6%、連続1ヶ月以上休職した労働者がいた事業所の割合は事業所全体の10.6%であった。これらの割合は、いずれも2021（令和3）年と比較して増加している（図表1-3-7）。

図表1-3-7

過去1年間にメンタルヘルス不調により連続1ヶ月以上休職した労働者または退職した労働者がいた事業所割合と労働者割合

区 分	事業所計 ¹⁾	(複数回答)			常用労働者計	連続1か月以上休業した労働者 ²⁾³⁾	退職した労働者 ²⁾⁴⁾
		該当する労働者がいた	連続1か月以上休業した労働者 ²⁾ がいた	退職した労働者 ²⁾⁴⁾ がいた			
令和4年							(単位:%)
合 計	100.0	13.3	10.6	5.9	100.0	0.6	0.2
(事業所規模)							
1,000人以上	100.0	93.5	90.8	75.4	100.0	1.0	0.2
500～999人	100.0	89.4	88.7	43.1	100.0	1.0	0.3
300～499人	100.0	66.4	65.3	33.2	100.0	0.7	0.2
100～299人	100.0	52.0	46.9	23.6	100.0	0.7	0.2
50～99人	100.0	27.4	23.6	9.3	100.0	0.5	0.2
30～49人	100.0	19.2	14.1	8.7	100.0	0.5	0.3
10～29人	100.0	6.9	4.8	3.1	100.0	0.3	0.2
(産 業)							
農業、林業(林業に限る。)	100.0	7.6	7.0	0.8	100.0	0.3	0.0
鉱業、採石業、砂利採取業	100.0	4.7	4.7	1.9	100.0	0.3	0.1
建設業	100.0	11.3	8.2	4.7	100.0	0.5	0.2
製造業	100.0	14.8	12.6	6.5	100.0	0.6	0.2
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	28.2	25.0	8.3	100.0	0.6	0.1
情報通信業	100.0	36.3	32.0	17.0	100.0	1.4	0.4
運輸業、郵便業	100.0	9.7	7.8	3.4	100.0	0.4	0.1
卸売業、小売業	100.0	11.4	8.7	3.8	100.0	0.4	0.1
金融業、保険業	100.0	24.8	19.9	9.1	100.0	1.2	0.4
不動産業、物品賃貸業	100.0	14.0	10.1	5.3	100.0	0.5	0.2
学術研究、専門・技術サービス業	100.0	20.9	17.4	9.0	100.0	0.9	0.3
宿泊業、飲食サービス業	100.0	3.7	2.4	0.7	100.0	0.2	0.0
生活関連サービス業、娯楽業	100.0	9.9	8.3	3.3	100.0	0.4	0.1
教育、学習支援業	100.0	15.6	13.9	5.5	100.0	0.5	0.2
医療、福祉	100.0	17.9	13.5	12.2	100.0	0.6	0.4
複合サービス事業	100.0	21.0	18.8	6.9	100.0	0.8	0.2
サービス業(他に分類されないもの)	100.0	14.2	11.5	6.9	100.0	0.5	0.3
令和3年 合計	100.0	10.1	8.8	4.1	100.0	0.5	0.2

注：1) 「事業所計」には、該当する労働者がいなかった事業所が含まれる。
 2) 「連続1か月以上の休業した労働者」及び「退職した労働者」には、受け入れている派遣労働者は含まれない。
 3) 同じ労働者が複数回連続1か月以上休業した場合は、1人として計上している。
 4) 同じ労働者が連続1か月以上休業した後に退職した場合は、「退職した労働者」のみに計上している。

資料：厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）」の概況

(3) 傷病手当金の受給状況

(精神及び行動の障害による傷病手当金の受給者は増加傾向にある)

主に中小企業で働く従業員やその家族約4,000万人が加入している日本最大の医療保険者である全国健康保険協会（協会けんぽ）が、2022（令和4）年度に取りまとめた「健

*43 労働安全衛生調査において、メンタルヘルス不調とは、精神及び行動の障害に分類される精神障害のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むものをいう。

「健康保険現金給付受給者状況調査報告」によると、2022（令和4）年10月時点の傷病手当金^{*44}受給者を対象として、受給の原因となった傷病別に件数の構成割合をみると、精神及び行動の障害は18.11%であり、新型コロナを含む特殊目的用コードを除くと、受給原因となる傷病として最も多かった（図表1-3-8）。

件数の構成割合の経年推移をみると、精神及び行動の障害が占める割合は増加傾向にあり、近年は受給件数全体の3分の1程度を占めている（図表1-3-9）^{*45}。

図表 1-3-8 傷病別・性別件数の構成割合（令和4年）

	（%）		
	総数	男性	女性
総数	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	7.10	6.73	7.46
新生物	6.89	7.60	6.22
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.13	0.13	0.12
内分泌、栄養及び代謝疾患	0.59	0.78	0.40
精神及び行動の障害	18.11	17.40	18.79
神経系の疾患	1.57	1.75	1.39
眼及び付属器の疾患	0.42	0.57	0.28
耳及び乳様突起の疾患	0.30	0.25	0.34
循環器系の疾患	3.66	5.94	1.48
呼吸器系の疾患	0.78	0.95	0.62
消化器系の疾患	1.41	1.85	0.98
皮膚及び皮下組織の疾患	0.30	0.40	0.20
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.37	5.10	3.68
泌尿生殖器系の疾患	0.75	0.71	0.78
妊娠、分娩及び産じょく	1.67	-	3.27
周産期に発生した病態	0.00	-	0.01
先天奇形、変形及び染色体異常	0.09	0.09	0.09
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.44	0.46	0.42
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2.80	3.41	2.22
特殊目的用コード	48.62	45.87	51.25

資料：全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査（令和4年度）」

* 44 傷病手当金は、業務外の病気や怪我による休業中に、健康保険の被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度。病気や怪我のために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に、会社を休んだ日が連続して3日間あった上で、4日目以降、休んだ日に対して支給される。

* 45 2022（令和4）年は新型コロナを含む特殊目的用コードの占める割合が急増したことから、割合は前年から大幅に低くなったが、実数で見ると精神及び行動の障害を受給原因とする件数は5万6,341件で、前年から5,000件以上増加しており、近年の傾向に変化はみられない。

図表 1-3-9 傷病別件数の構成割合（経年推移）

	平成7年	平成10年	平成15年	平成20年	平成25年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
総数	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	3.21	2.98	2.89	2.03	1.57	1.25	1.23	1.30	2.28	7.10
新生物	14.79	18.02	20.58	21.09	20.40	18.99	18.63	17.72	14.56	6.89
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.89	0.72	0.41	0.32	0.35	0.38	0.32	0.32	0.25	0.13
内分泌、栄養及び代謝疾患	3.36	3.15	2.61	1.98	1.89	1.82	1.56	1.61	1.23	0.59
精神及び行動の障害	4.45	5.12	10.14	21.46	25.67	29.09	31.30	32.72	32.98	18.11
神経系の疾患	3.28	3.51	4.41	4.13	4.06	4.10	4.00	3.86	3.22	1.57
眼及び付属器の疾患	1.28	1.18	1.31	1.11	1.03	1.14	1.06	1.02	0.80	0.42
耳及び乳突突起の疾患	0.64	0.67	0.66	0.55	0.66	0.66	0.66	0.61	0.54	0.30
循環器系の疾患	15.24	15.88	15.24	13.45	11.54	10.50	10.05	9.48	7.79	3.68
呼吸器系の疾患	4.20	4.04	3.16	3.62	1.93	2.01	2.10	2.05	1.50	0.78
消化器系の疾患	14.64	11.19	7.40	4.83	4.23	3.70	3.55	3.63	2.91	1.41
皮膚及び皮下組織の疾患	1.24	1.23	1.03	0.69	0.74	0.71	0.67	0.67	0.54	0.30
筋骨格系及び結合組織の疾患	15.00	14.45	13.38	11.22	11.14	11.06	10.89	10.56	8.37	4.37
腎尿路生殖器系の疾患	3.21	3.06	2.55	1.98	2.08	2.01	1.90	1.84	1.58	0.75
妊娠、分娩及び産じょく	1.60	1.77	2.41	2.66	3.93	4.26	3.88	3.84	3.52	1.87
周産期に発生した病態	0.02	0.00	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00
先天奇形、変形及び染色体異常	0.80	0.76	0.68	0.26	0.29	0.19	0.23	0.19	0.18	0.09
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2.12	1.91	1.49	0.93	1.03	0.91	0.88	0.98	0.86	0.44
損傷、中毒及びその他の外因の影響	10.24	10.38	9.83	7.68	7.45	7.43	7.06	6.89	5.60	2.80
特殊目的用コード	-	-	-	-	-	-	-	0.71	10.79	48.62

資料：全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査（令和4年度）」

（精神及び行動の障害は、働く人に比較的長期間の休業を余儀なくさせる）

また、協会けんぽにおける精神及び行動の障害の1件当たりの受給日数は35.06日であり、新生物（36.59日）、先天奇形・変形及び染色体異常（36.41日）、循環器（36.26日）に次いでいる。精神及び行動の障害は、傷病や疾患のなかでも、働く人に比較的長期間の休業を余儀なくさせる原因となっているといえる。

3 自殺の現状

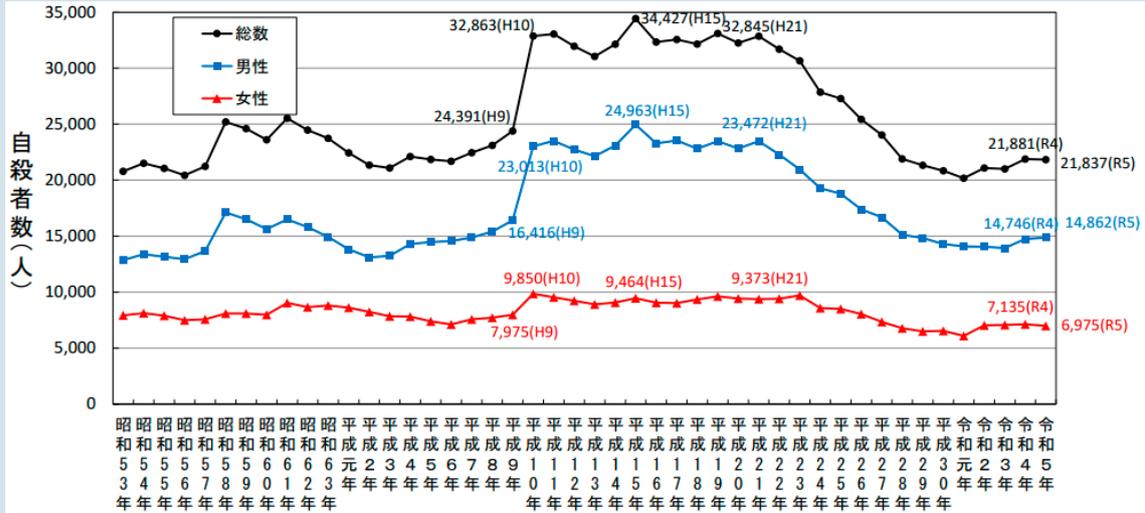
（1）自殺者数の推移

（我が国の自殺者数は、2023（令和5）年は21,837人となった）

我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、3万人を超える水準で推移し、2003（平成15）年には、1978（昭和53）年の統計開始以来最多となる34,427人を記録した。その後、2010（平成22）年以降は減少に転じ、2019（令和元）年には20,169人まで減少した。翌年に再び増加に転じた後、2万1千人台で推移し、2023（令和5）年は前年から44人減少し、21,837人となった（図表1-3-10）。

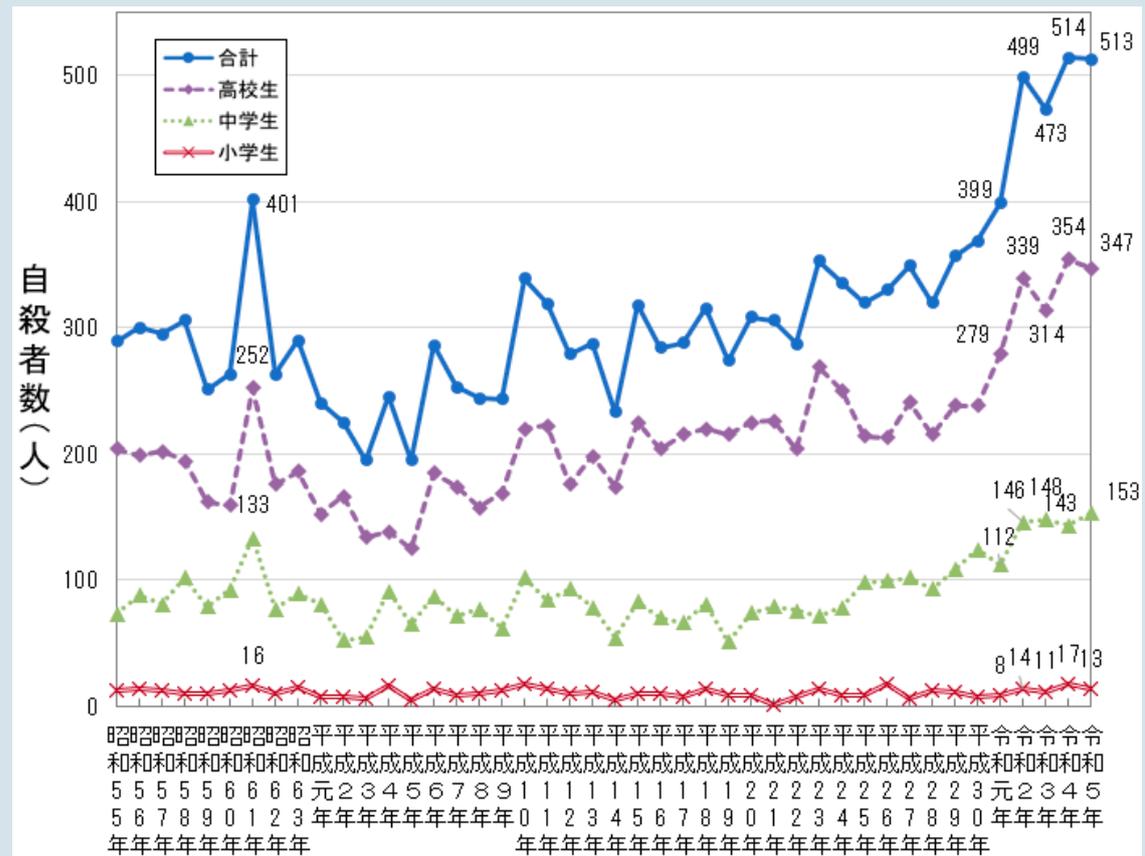
また、小中高生の自殺者数は近年増加傾向にあり、2022（令和4）年には514人と過去最多となり、2023（令和5）年も513人と高止まり傾向がみられる（図表1-3-11）。

図表1-3-10 自殺者数の年次推移



資料：厚生労働省・警察庁「令和5年中における自殺の状況」

図表1-3-11 小中高生の自殺者数の推移



資料：厚生労働省・警察庁「令和5年中における自殺の状況」

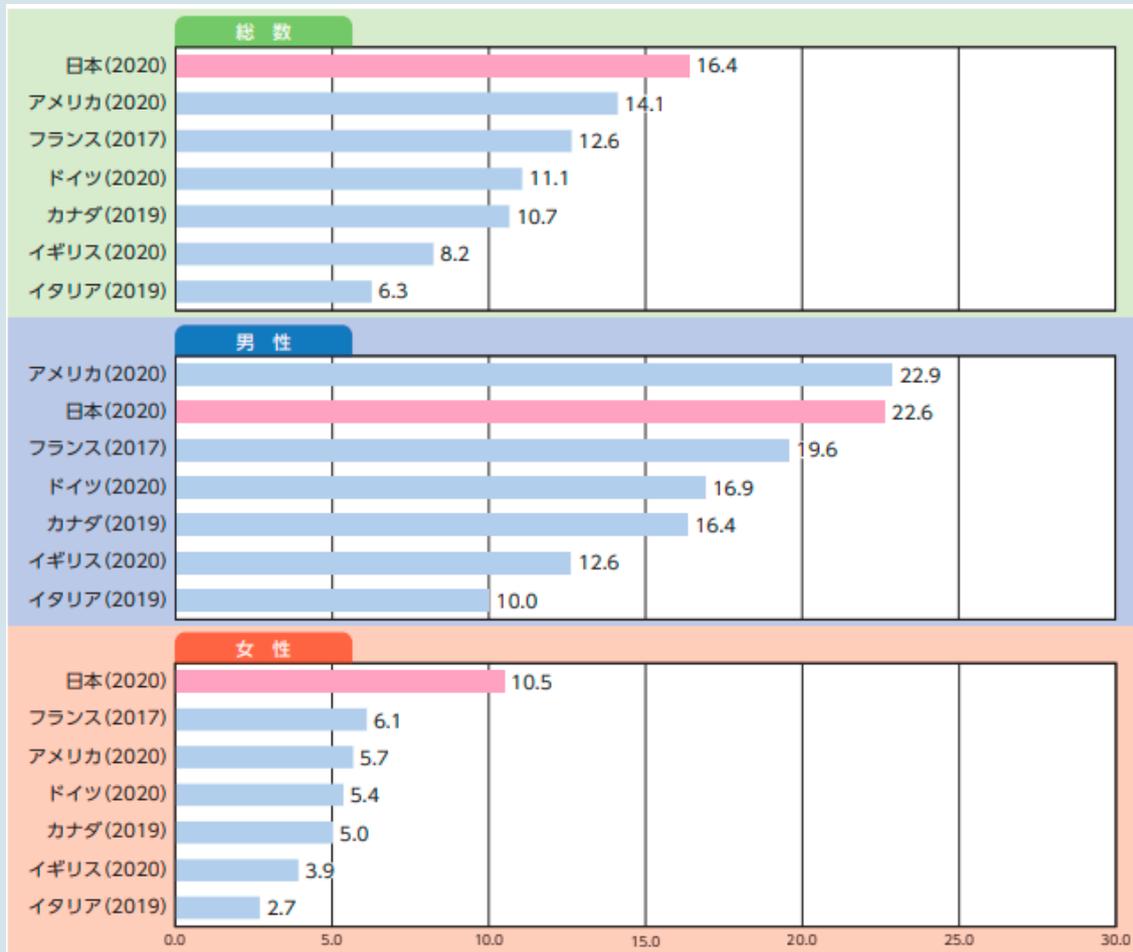
(2) 諸外国の状況

(G7各国のなかでみると、我が国の自殺死亡率が最も高い)

自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数をいう）について、G7各国のなかでみる

と、我が国が最も高く（16.4）、また、男女別にみると、男性は「アメリカ」（22.9）に次いで2番目に高く（22.6）、女性は最も高かった（10.5）（[図表 1-3-12](#)）。

図表 1-3-12 G7各国の自殺死亡率



(注) アメリカ及びカナダの人口は、世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、最新の死亡データと併せて各国の国勢調査等のデータを利用した。

資料：WHO資料（2023年2月）に基づき、厚生労働省社会・援護局作成

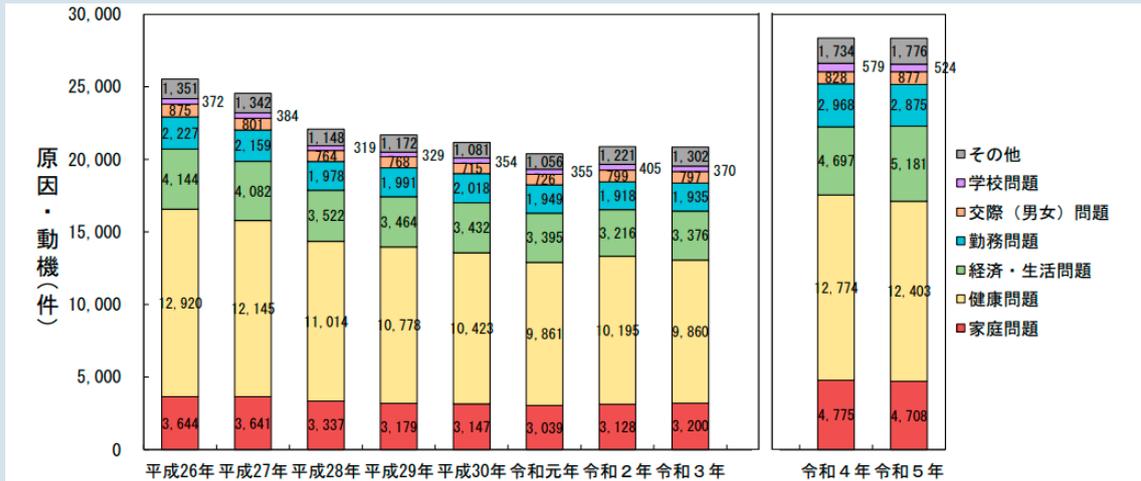
(3) 自殺の背景

(我が国における自殺の原因・動機は「病気の悩み・影響（うつ病）」が多いが、自殺の原因及び背景は多様かつ複合的)

我が国における自殺の原因・動機について、2023（令和5）年は、「健康問題」が最も多くなっており（[図表 1-3-13](#)）、そのなかでも、「病気の悩み・影響（うつ病）」が最も多くなっている（[図表 1-3-14](#)）。

一方で、自殺の多くは、多様かつ複合的な原因や背景を有しており、様々な要因が連鎖するなかで起きていることに留意が必要である。

図表1-3-13 自殺の原因・動機の年次推移



※ 自殺の原因・動機について、令和3年までは、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としていたが、令和4年からは、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき4つまで計上可能としている。

資料：厚生労働省・警察庁「令和5年中における自殺の状況」

図表1-3-14 令和5年中の自殺の原因・動機における「健康問題」の内訳

健康問題		計	病気の悩み (悪性新生物)	病気の悩み (てんかん)	病気の悩み (その他の身体疾患)	病気の悩み・ 影響 (うつ病)	病気の悩み・ 影響 (統合失調症)	病気の悩み・ 影響 (アルコール依存症)	病気の悩み・ 影響 (薬物乱用)	病気の悩み・ 影響 (摂食障害)	病気の悩み・ 影響 (その他の精神疾患)	身体障害 の悩み	認知機能 低下 の悩み	その他
令和5年	総数	12,403	597	59	2,821	4,377	1,042	204	45	50	1,816	596	267	529
	男	7,224	407	41	1,957	2,233	536	153	24	13	946	405	161	348
	女	5,179	190	18	864	2,144	506	51	21	37	870	191	106	181
令和4年	総数	12,774	575	47	3,010	4,598	988	238	38	66	1,795	607	295	517
	男	7,301	401	29	2,018	2,283	497	186	26	27	946	391	185	312
	女	5,473	174	18	992	2,315	491	52	12	39	849	216	110	205
差	総数	-371	22	12	-189	-221	54	-34	7	-16	21	-11	-28	12
	男	-77	6	12	-61	-50	39	-33	-2	-14	0	14	-24	36
	女	-294	16	0	-128	-171	15	-1	9	-2	21	-25	-4	-24

(注) 自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき4つまで計上可能である。

資料：厚生労働省・警察庁「令和5年中における自殺の状況」

コラム

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざして
(いのち支える自殺対策推進センター)

自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第1条に謳われている「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざすため、2020（令和2）年度から厚生労働大臣指定法人として多角的な自殺対策の推進役を担う「一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター」（以下「JSCP」という。）の取組みについて、代表理事の清水康之氏に紹介してもらった。

厚生労働大臣指定法人としての業務

JSCPは、自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律（令和元年法律第32号）第4条第1項に基づき、同法第5条に規定する業務（以下「調査研究等業務」という。）を行う者として、2020年2月27日、厚生労働大臣から指定調査研究等法人として指定された。

同法第5条において「指定調査研究等法人の業務」とされているのは以下の6つの事業である。

- ①自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証を行い、並びにその成果を提供し、及びその成果の活用を促進すること。
- ②前号に規定する調査研究及び検証を行う者に対して助成を行うこと。
- ③自殺対策について、先進的な取組みに関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うこと。
- ④地域の状況に応じた自殺対策の策定及び実施について、地方公共団体に対し、助言その他の援助を行うこと。
- ⑤自殺対策について、地方公共団体の職員、自殺対策に係る活動を行う民間の団体の職員その他の関係者に対する研修を行うこと。
- ⑥前各号の業務に附帯する業務を行うこと。

JSCPが掲げる5つの活動方針

これら6つの事業を的確かつ迅速に推進するため、JSCPでは以下の5つの活動方針を掲げている。

- ①我が国の自殺総合対策における「ハブ（つなぎ役）」の役割を果たすこと。
自殺の背景には様々な要因が潜んでおり、様々な分野の関係者が連携して総合的に対策を進める必要があり、JSCPがそのためのハブ（つなぎ役）となることを目指している。
- ②「生きることの包括的な支援」として、自殺対策を幅広く総合的に推進すること。
自殺対策基本法第2条に謳われているように、我が国の自殺対策は「生きることの包括的な支援」として実施することとされており、JSCPがこれを率先して行うこととしている。
- ③あらゆる活動の原点に、「いのち」と「対

人支援や地域連携の現場」を据えること。自殺対策に関する調査研究や地方公共団体に対する助言等は、現場のニーズを踏まえて行われるべきであり、これを踏み外すことがないようにJSCPは活動方針としてこの点を掲げている。

- ④EBPM（エビデンスに基づく政策形成の実践）を推進して自殺総合対策における「PDCAサイクルの牽引役」を担うこと。自殺対策の「実践」と「研究」と「政策」の連動性を高めることを通じて、JSCPは我が国の自殺対策を常に進化させていくことを目指している。
- ⑤海外に向けて政策輸出を積極的に行い「世界的な自殺対策の推進役」を目指すこと。自殺対策基本法等の政策的な枠組みを構築して社会全体で自殺対策を推し進めようとする取組みは世界的にも珍しく、JSCPはこれを海外にも広く伝えて世界的な自殺対策の底上げを目指している。

多岐にわたるJSCPの活動

JSCPで行っている活動は多岐にわたる。例えば、研修に関しては、全国の自治体職員向け、自死遺族等支援を行う民間団体向け、自殺未遂者支援に関する医療関係者向けや教職員向け等に研修を行っている。

地方公共団体への支援に関しては、自殺実態プロフィールの提供、自治体コンシェルジュを通じた個別対応や地域自殺対策推進センターを対象としたブロック会議などを実施している。

調査研究等に関しては、コロナ禍における自殺の動向に関する分析や自殺対策白書の特集としてのこどもや女性の自殺に関する分析、革新的自殺研究推進プログラムを通じて自殺対策に関するエビデンスの確立、子ども・若者に対する自殺対策、自殺ハイリスク群の実態分析とアプローチやビッグデータ・AI等を活用した自殺対策等の領域に関する研究への助成を行っている。



2023（令和5）年5月に、自治体の自殺対策担当者を対象とした「地域自殺対策推進センター自殺対策担当 初任者研修会」が開催された。

また、著名人の自殺報道の影響による自殺の増加を防ぐため、著名人が自殺で亡くなった際は、メディア関係者にWHO自殺報道ガイドラインを踏まえた報道の呼びかけやメディア関係者向けに自殺報道に関する勉強会

を開催するなど自殺報道をする際に参考になる様々な情報をまとめたサイトの開発（メディア関係者のみ利用可）を行っている。

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざして

JSCPでは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指し、社会的に必要とされる事業を模索・発掘し、その事業を最も効果的かつ効率的に実施する方法で具体化している。

そうして常に「現場」と対話しながら事業を展開することで、JSCPは今後も厚生労働大臣指定法人としての責務と役割を果たしていく決意である。

第4節 こころの健康に対する意識

1 こころと身体の総合的な健康状態に対する意識

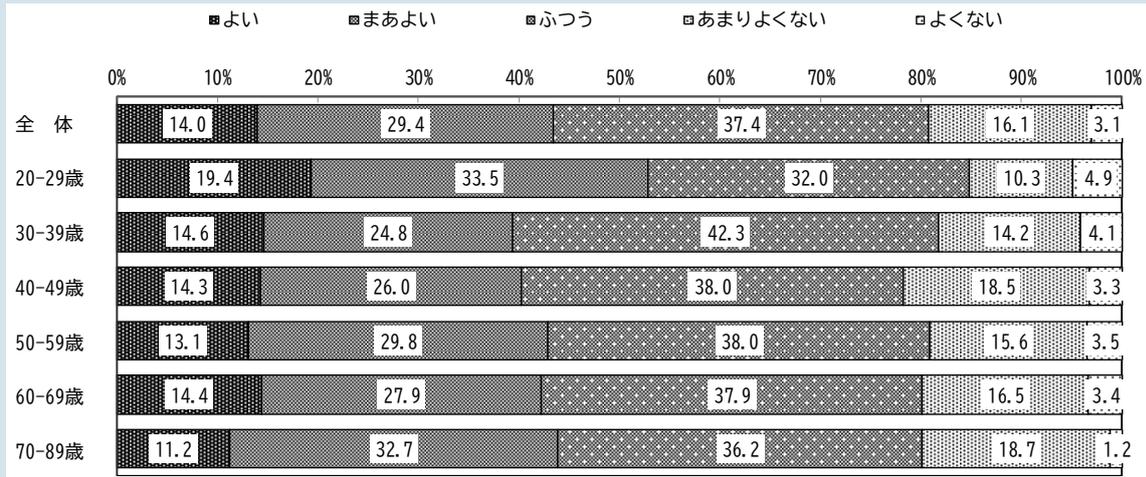
（約8割の人は、自分の心身について健康と思っている）

ここまでみてきたように、こころの健康はすべての人に関わりがあり、また、こころの不調は、誰もが経験しうるものであるが、人々のなかでこころの健康はどのように捉えられているのだろうか。

厚生労働省が2023（令和5）年度に行った「少子高齢社会等調査検討事業^{*46}」によると、自分のこころと身体の総合的な健康状態について、健康と思っている人（「よい」、「まあよい」または「ふつう」と回答した人。以下同じ。）の割合は80.8%となっており、年代別にみると、健康と思っている人の割合が最も高いのは20歳代（84.9%）であり、どの年代も概ね8割程度であった（図表1-4-1）。

*46 エム・アール・アイ リサーチアソシエーツ株式会社が自社独自のアンケート定点調査「生活者市場予測システム（mif）」パネルを用いて、性別・年齢区分別に252件のサンプルを確保することとし、居住地の均等割付を行い、調査を実施した。居住地は7ブロックに区分し、サンプル割付に対して想定回答数が得られるまで回答を受け付けた。その結果、サンプル割付と回収数は一致している。回収後、令和5年1月1日現在の「住民基本台帳年齢階級別人口」に基づいた地域、性別、年齢の人口構成比に応じたウエイトバック値を元に補正して集計した。調査期間は2024年1月26日～1月30日。回収数3,024件。

図表1-4-1 総合的な健康状態に対する回答別割合（年代別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

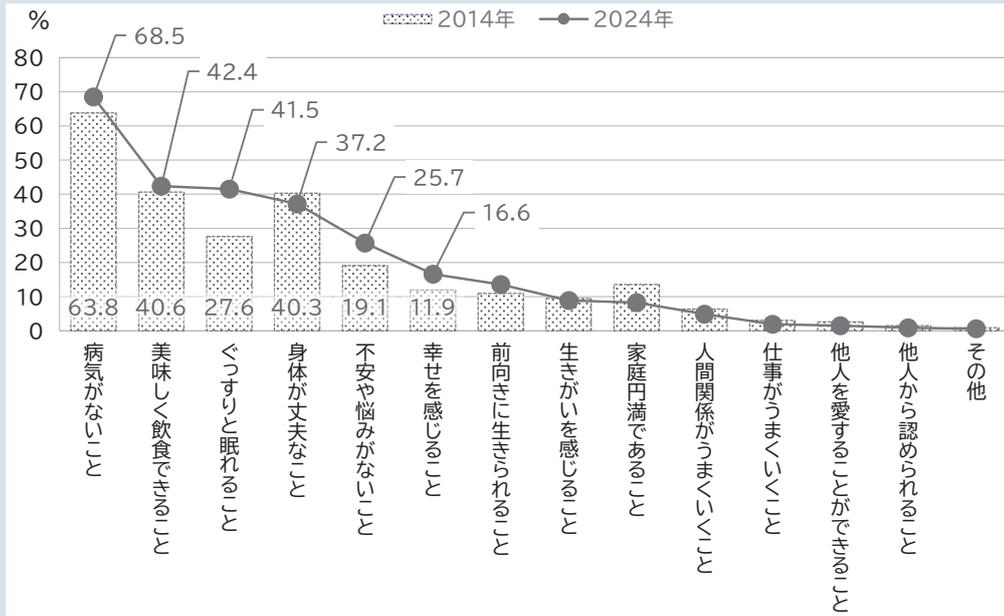
（総合的な健康状態を判断する上で「睡眠時間」が重視されつつある）

また、回答の際に健康状態を判断する上で重視したことがらについては、「病気がないこと」が68.5%と最も多く、次いで「美味しく飲食できること」42.4%、「ぐっすりと眠れること」41.5%、「身体が丈夫なこと」37.2%となっている（図表1-4-2）。

総合的な健康状態を判断する上で重視したことがらについては、2014（平成26）年版厚生労働白書でも同様の調査結果を取りまとめたが、最も多かったことがらは、今回調査と同様に「病気がないこと」であり、回答割合は63.8%であった。他方で、前回調査との差が最も大きかったことがらは、「ぐっすりと眠れること」であり、前回調査から13.9%ポイント増加した。

第1節でみたように、我が国の睡眠時間は国際的にみても低くなっており、また、約7割の労働者が理想の睡眠時間を取れていない実態がみられた。この10年間で、人々が自身の健康を判断するポイントとして睡眠時間を重視する傾向が強まっている可能性を示唆している。

図表 1-4-2 総合的な健康状態を判断する上で重視したことがらに対する回答別割合



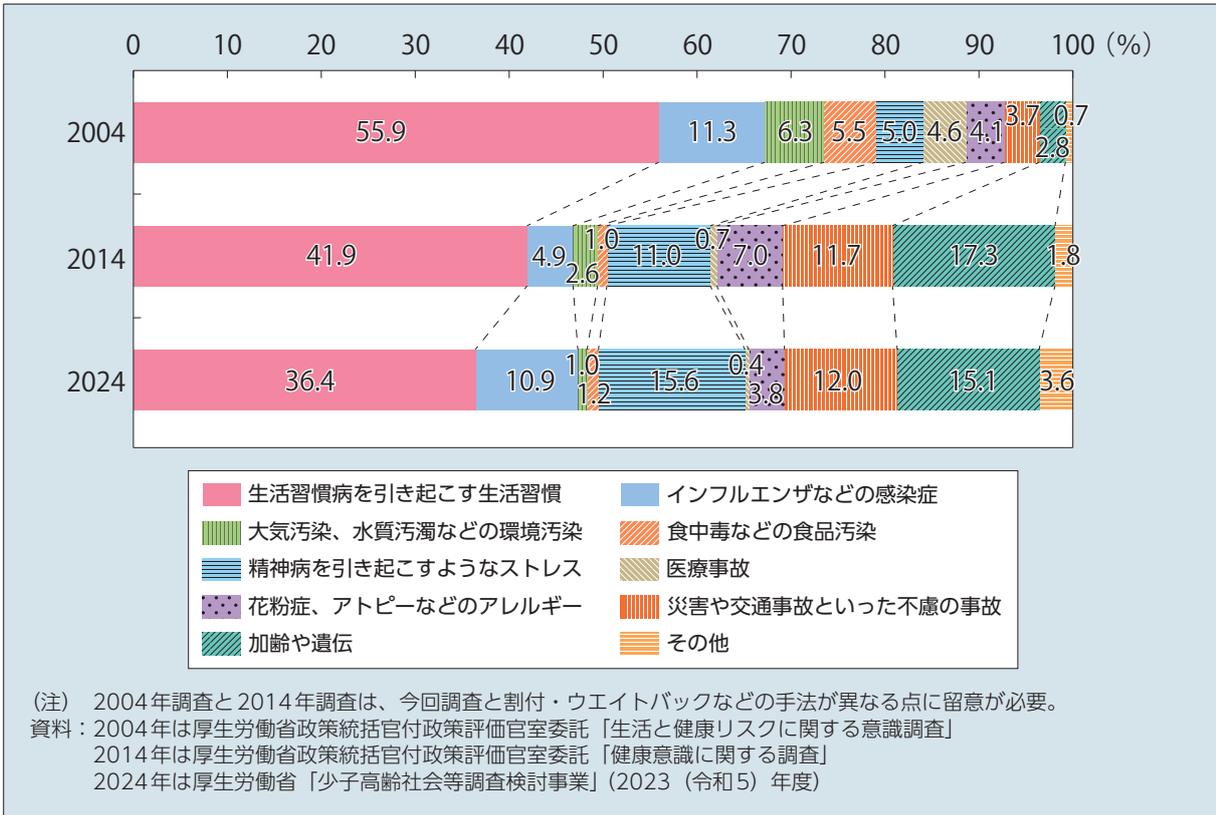
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」(2023(令和5)年度)

(総合的な健康に対するリスクでは、こころに対するリスクが重視されつつある)

また、総合的な健康状態にとって最もリスクとなることについて、2014(平成26)年版厚生労働白書では、2004(平成16)年と2014年の調査結果の比較を行ったが、今回も同様の調査を行った。最も多かったのは「生活習慣病を引き起こす生活習慣」で、2004年と2014年の調査と同様の結果であったが、その割合は減少傾向にある。また、「精神病を引き起こすようなストレス」は、2004年調査の5.0%から2014年調査では11.0%に増加していたが、今回調査では更に増加し、2番目に多い15.6%となった(図表1-4-3)。

これらのことから、この20年間で、総合的な健康リスクに関する人々の認識が、身体に対するリスクから、こころに対するリスクに少しずつシフトしている可能性を示唆していると考えられる。

図表 1-4-3 健康にとって最もリスクになることに対する回答別割合

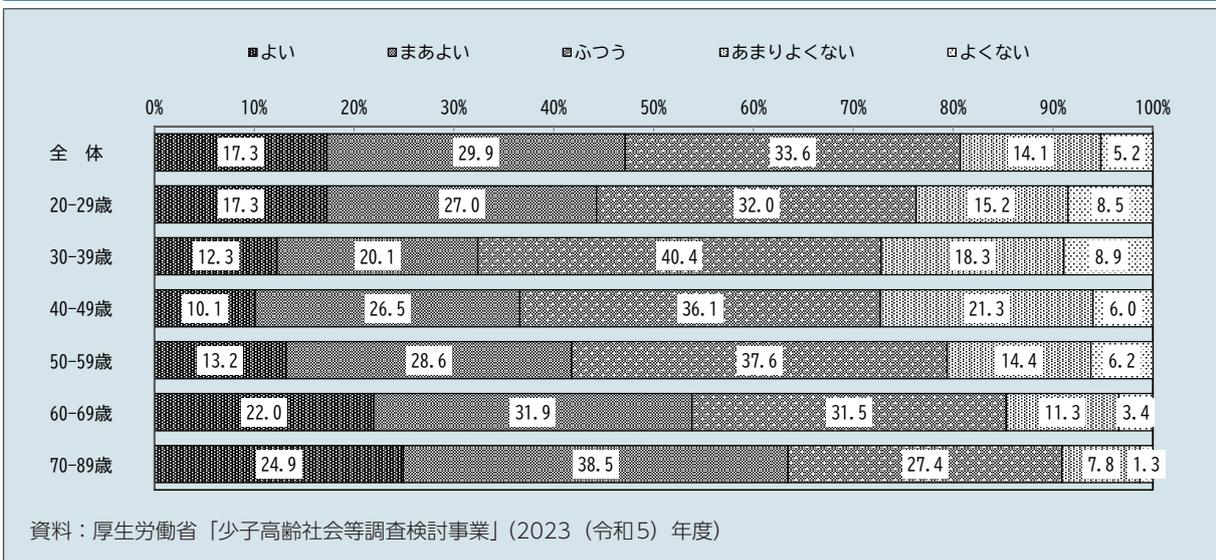


2 こころの健康状態に対する意識

(30～40歳代は、こころの状態を「健康」と思う割合がやや低い)

総合的な健康状態のうち、特にこころの健康状態について尋ねたところ、健康と思っている人の割合は80.8%で、心身の健康に対する回答傾向と大きな違いはなかったが、年代別にみると、30～40歳代は他の世代と比べ、健康と思っている人の割合はやや低かった(図表1-4-4)。

図表 1-4-4 現在のこころの健康状態に対する回答別割合(年代別)

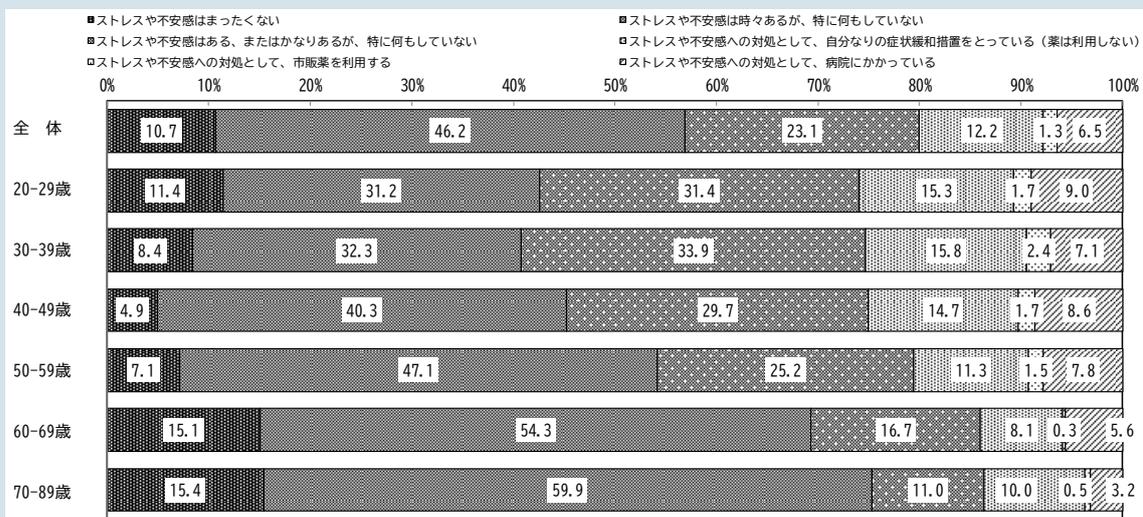


(ストレスに対処をしている人の割合は、年代が上がるにつれて少なくなっている)

また、こころの健康の現状について尋ねたところ、ストレスや不安感が「まったくない」または「時々あるが、特に何もしていない」と回答した人の割合は56.9%であった。また、ストレスや不安感が「ある、またはかなりあるが、特に何もしていない」と回答した人が23.1%いる一方で、ストレスや不安感に対して何らかの対処をしている人（「自分なりの症状緩和措置をとっている（薬は利用しない）」、「市販薬を利用する」または「病院にかかっている」と回答した人。以下同じ。）の割合は20.0%であった。

年代別にみると、ストレスや不安感に対して何らかの対処をしている人の割合は、20歳代が最も多く、年代が上がるにつれて少なくなっていることが分かった（図表1-4-5）。

図表 1-4-5 こころの健康の現状に対する回答別割合



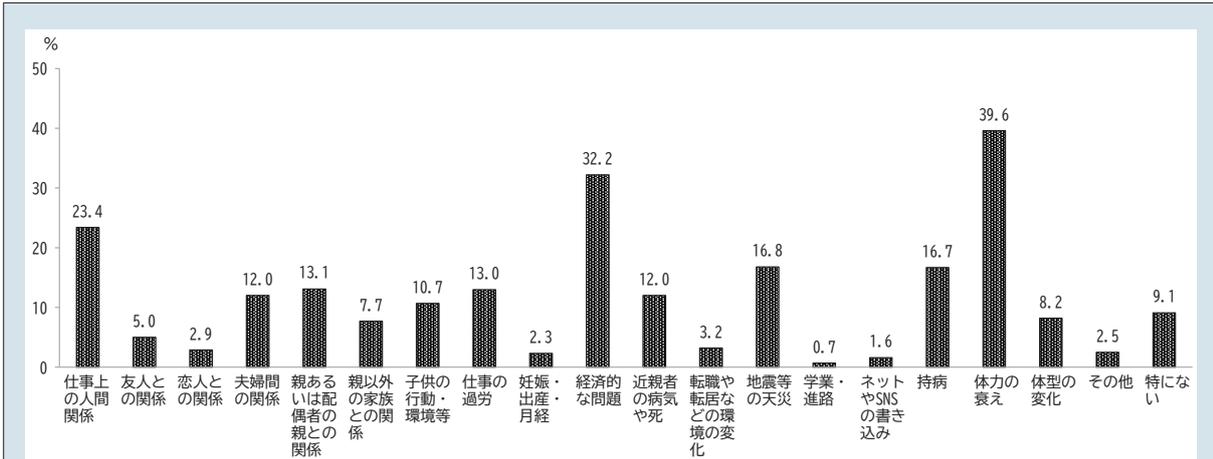
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

(主な不安感の原因は「体力の衰え」、「経済的な問題」、「仕事上の人間関係」である)

不安感の原因となっていることについて尋ねたところ、最も多かったものは「体力の衰え」39.6%であり、「経済的な問題」32.2%、「仕事上の人間関係」23.4%と続いた(図表1-4-6)。

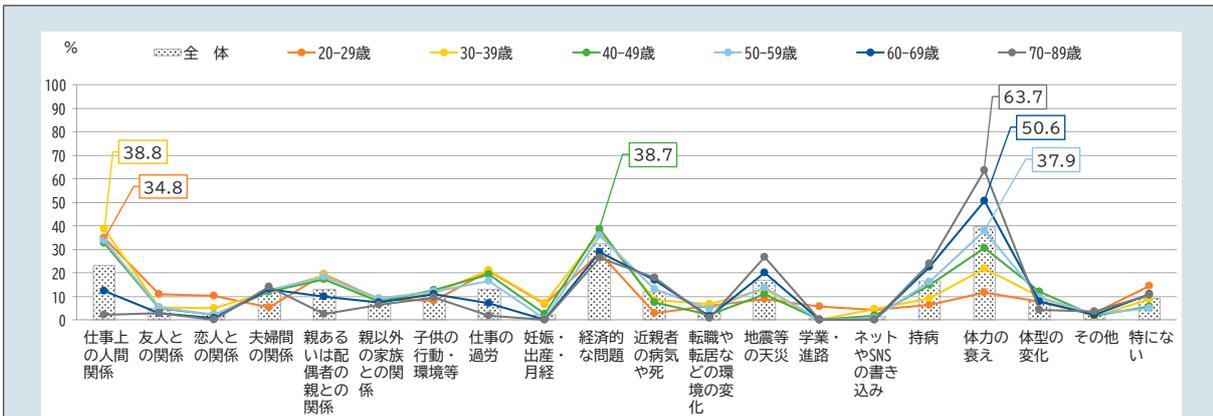
このうち「経済的な問題」はいずれの世代でも主な不安感の原因のひとつとして挙げられており、他方で「仕事上の人間関係」は青年期に、「体力の衰え」は高齢期・老年期に多くみられる(図表1-4-7)。

図表 1-4-6 主な不安感の原因に対する回答別割合



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」(2023 (令和5) 年度)

図表 1-4-7 主な不安感の原因に対する回答別割合 (年代別)



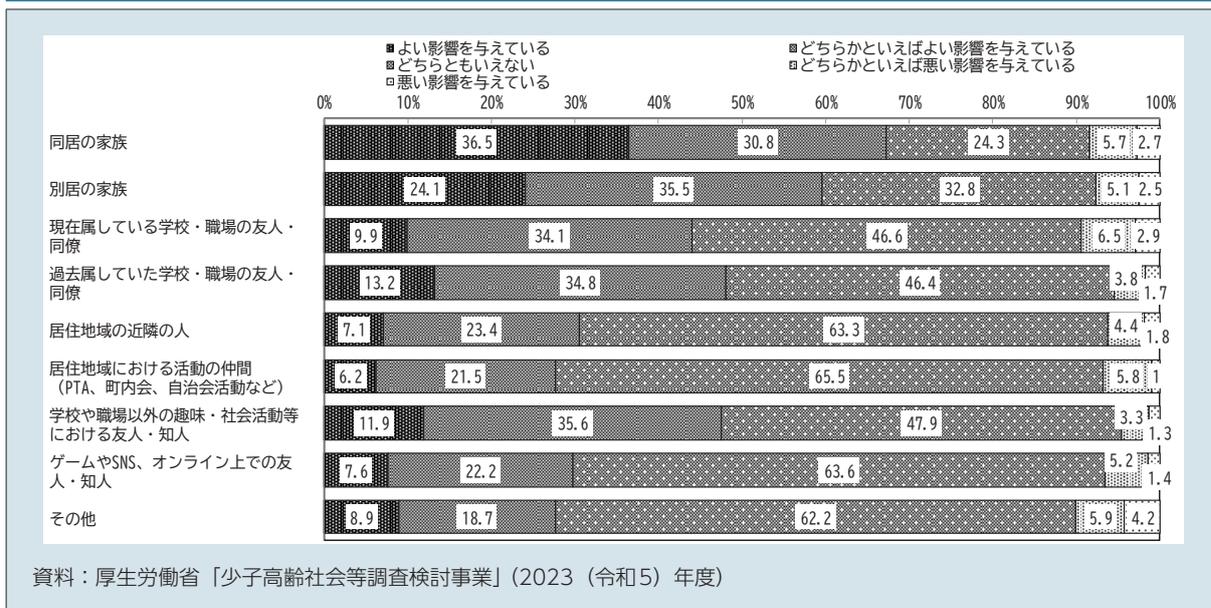
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」(2023 (令和5) 年度)

(こころの健康によい影響があると思われる人としては、「同居の家族」が最も多い)

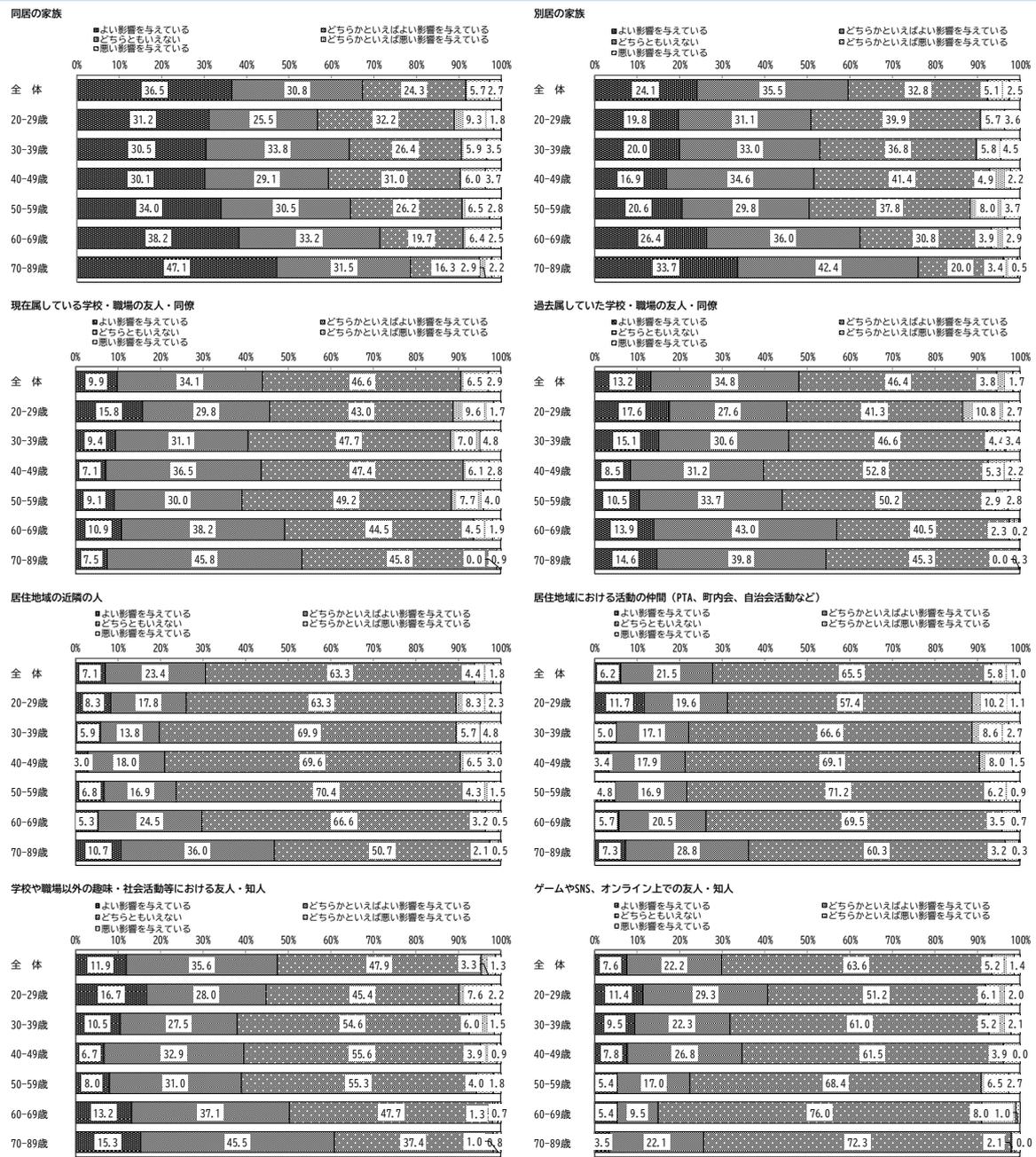
次に、周囲の人間関係から受けるこころの健康への影響について尋ねたところ、現在の自分のこころの健康に対して、よい影響があると思われる人(「よい影響を与えている」または「どちらかといえばよい影響を与えている」と回答した人。以下同じ。)は、「同居の家族」が最も多く、67.3%であった(図表1-4-8)。

この傾向は年代が上がるにつれて強まるが、最も低い20歳代でも56.7%であり、他の人間関係と比べ最も多かった(図表1-4-9)。

図表 1-4-8 周囲との人間関係とこころの健康への影響に対する回答別割合



図表 1-4-9 周囲との人間関係とこころの健康への影響に対する回答別割合（年代別）



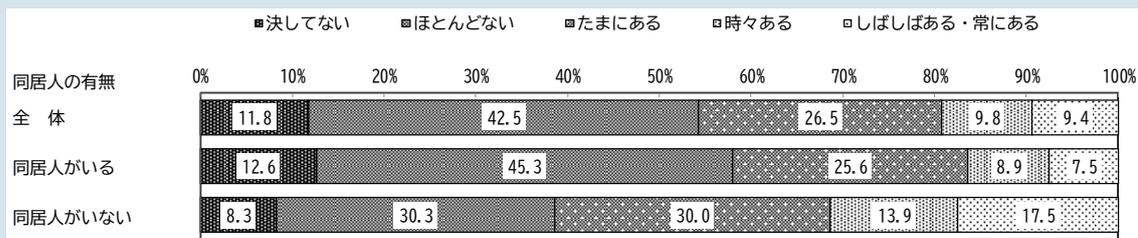
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（孤独を感じる単身者の割合は、単身者以外の人よりも高い傾向にある）

先述のように「同居の家族」は、こころの健康によい影響を与えている存在と考えられるが、同居の家族がない単身者のこころの健康状態はどのようなものだろうか。

まず、孤独感についてみると、孤独を感じる事が「しばしばある・常にある」と回答した単身者の割合は、単身者以外の人と比べ、10.0%ポイント上回っているなど、孤独を感じている人が比較的多い傾向がみられる（図表 1-4-10）。

図表1-4-10 孤独を感じる程度に対する回答別割合（同居人の有無別）



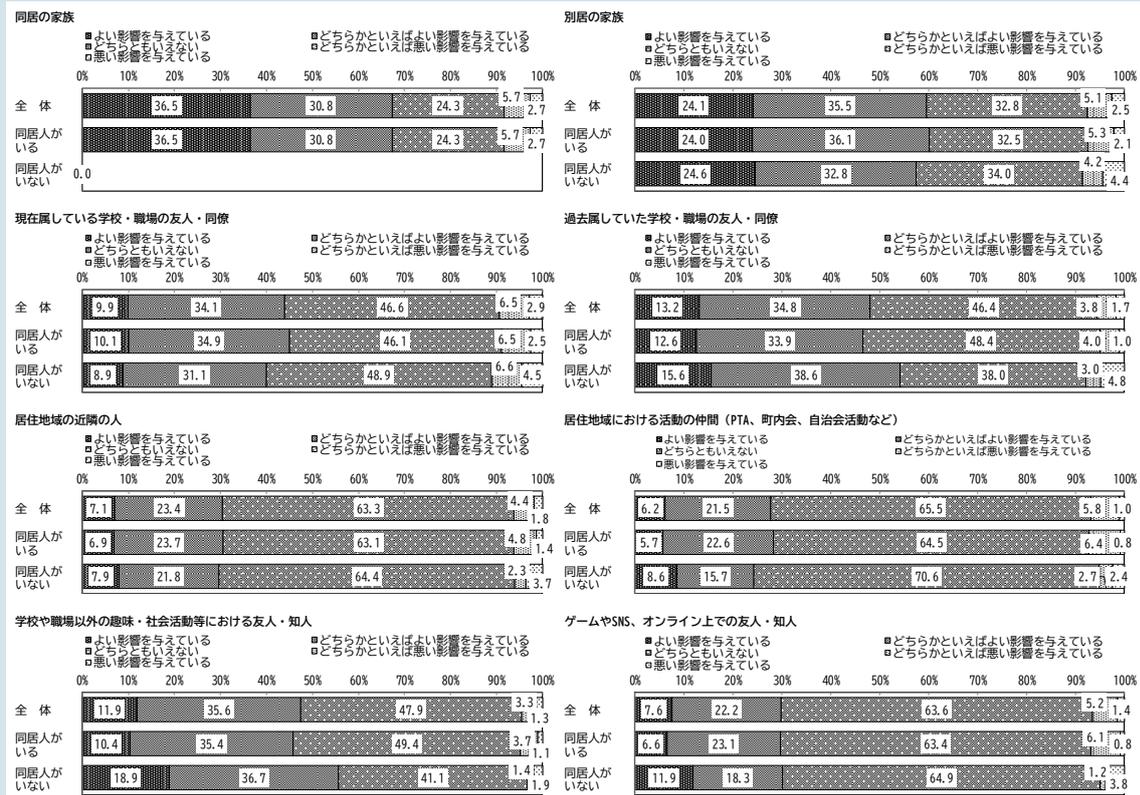
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（単身者のこころの健康にとって、私的な友人・知人とのつながりは重要）

また、単身者のこころの健康に対して、よい影響があると思われる人は、「別居の家族」が最も多く、57.4%であったが、単身者以外の人でも「別居の家族」は60.1%あり、単身者とそれ以外の人で大きな差はみられなかった。他方で、単身者は、それ以外の人と比べ、「学校や職場以外の趣味・社会活動等における友人・知人」や「過去属していた学校・職場の友人・同僚」を、こころの健康によい影響を与えている存在としてより多く選ぶ傾向がみられた（図表1-4-11）。

単身者は、こころの健康によい影響を与えると考えられる「同居の家族」が不在であっても、個人的・私的な信頼関係を構築している友人や知人という存在によって、自らのこころの健康によい影響があると思われる人との「つながり」を確保している可能性が示唆される。

図表 1-4-11 孤独を感じる程度に対する回答別割合（同居人の有無別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

3 こころと身体の健康意識にみられる違い

前項では、こころと身体の総合的な健康状態や、こころの健康状態について人々の意識をみてきたが、こころの不調と身体の病気^{*47}について、人々の意識にはどのような違いがみられるだろうか。

（こころの不調については、周囲の人への相談をためらうだろうと考えている人が多い）

周囲への相談について、自覚症状が出た段階と診断を受けた段階に分けて尋ねたところ、いずれの段階においても、家族や職場に相談すると思う人（「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」と回答した人）の割合は、こころの不調の方が身体の病気（がん）よりも少なかった（図表 1-4-12）。

こころの不調は、身体の病気（がん）と比較して周囲に相談しにくい症状であり、また、実際に不調をきたした場合に、職場よりも身近な相談相手と考えられる家族に対しても、相談をためらうだろうと考えている人が多いと考えられる。

（こころの不調については、通院をためらうだろうと考えている人が多い）

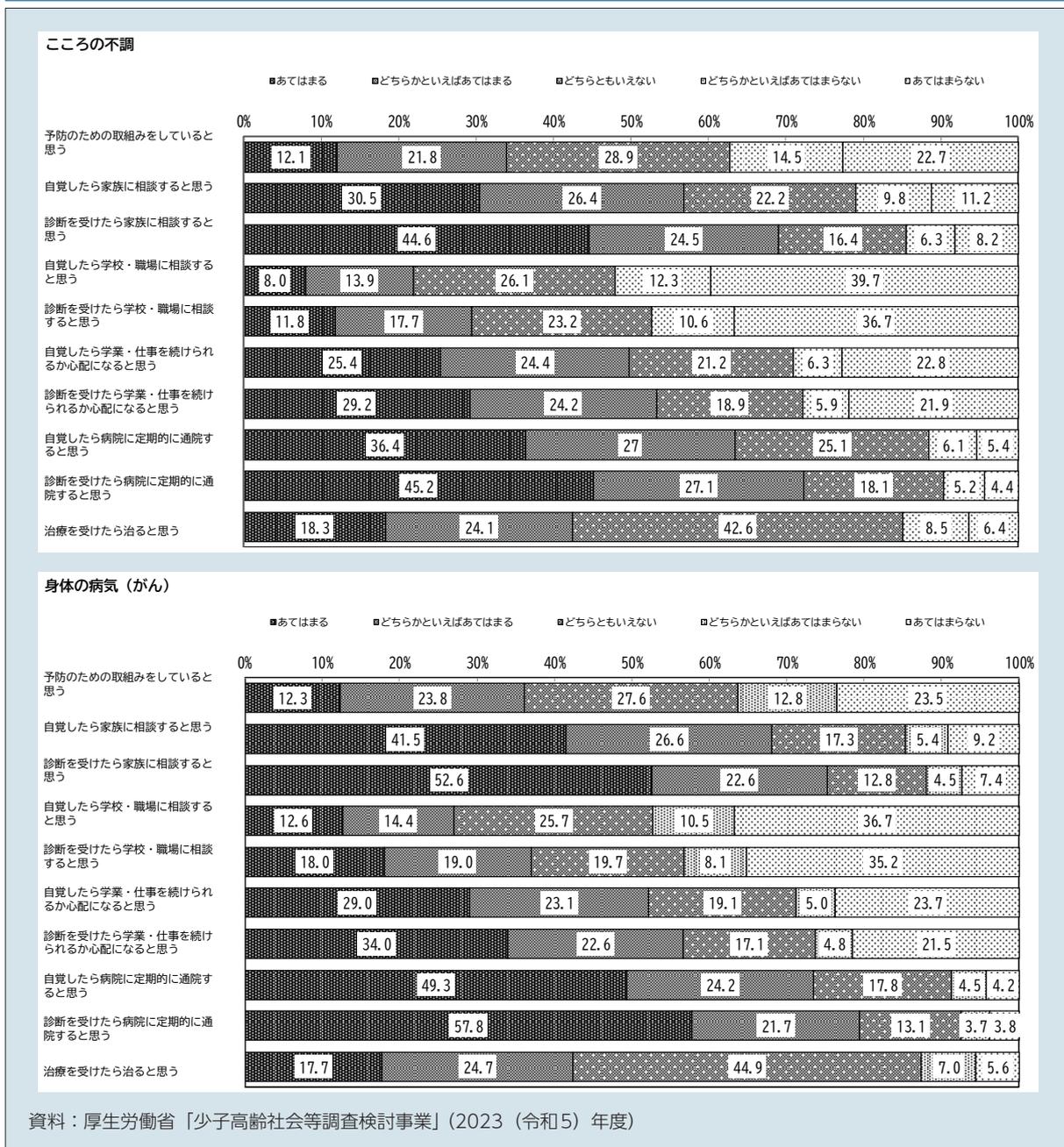
また、通院する意向について、自覚症状が出た段階と診断を受けた段階に分けて尋ねたところ、いずれの段階においても、通院すると思う人（「あてはまる」または「どちらか

*47 本調査では、「こころの不調」とは「うつ病」といった病名が診断されている状態のほか、ストレスや不安感からくる心身の不調も含むものとした。また、「身体の病気」については、具体的に「がん」を想定して回答いただくよう求めた。

といえはあてはまる」と回答した人)の割合は、こころの不調のほうが身体の病気(がん)よりも少なかった(図表1-4-12)。

こころの不調は、身体の病気(がん)と比較して、自覚症状がある場合や診断を受けた場合でも、通院をためらうだろうと考えている人が多いと考えられる。

図表1-4-12 こころの不調・身体の病気に関する意識・行動に対する回答別割合



(こころの不調は、若い世代ほど、身近に感じている人が多い)

次に、こころの不調について、どの程度身近に感じるか尋ねたところ、身近に感じている人(「身近に感じる」または「どちらかといえば身近に感じる」と回答した人。以下同じ。)の割合は、回答者全体で見ると、身体の病気(がん)と比較して特段の差はなかった。

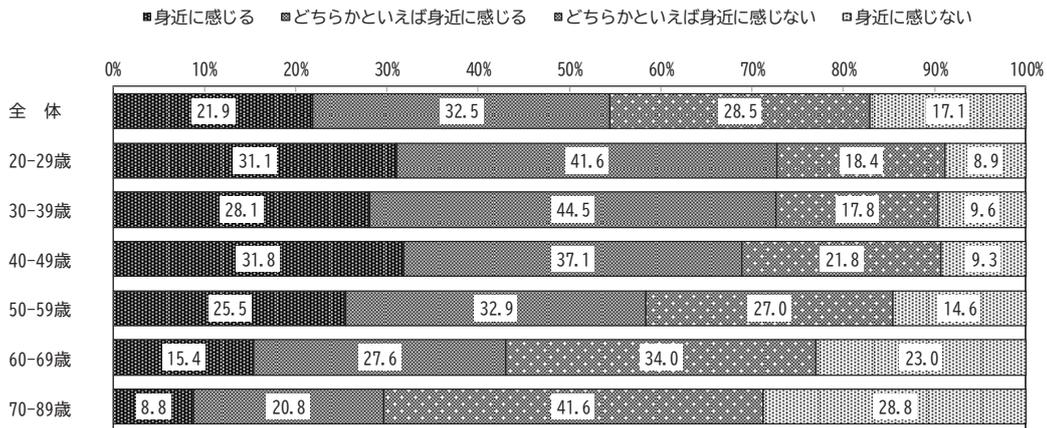
しかし、年代別にみると、身体の病気(がん)を身近に感じている人の割合は、回答者

全体の傾向と年代別の傾向に大きな差はみられない一方で、こころの不調については、若い世代ほど身近に感じている人の割合が高く、20歳代では7割以上に達するものの、70歳以上では3割未満にとどまり、世代間の認識に大きな差がみられた（図表1-4-13）。

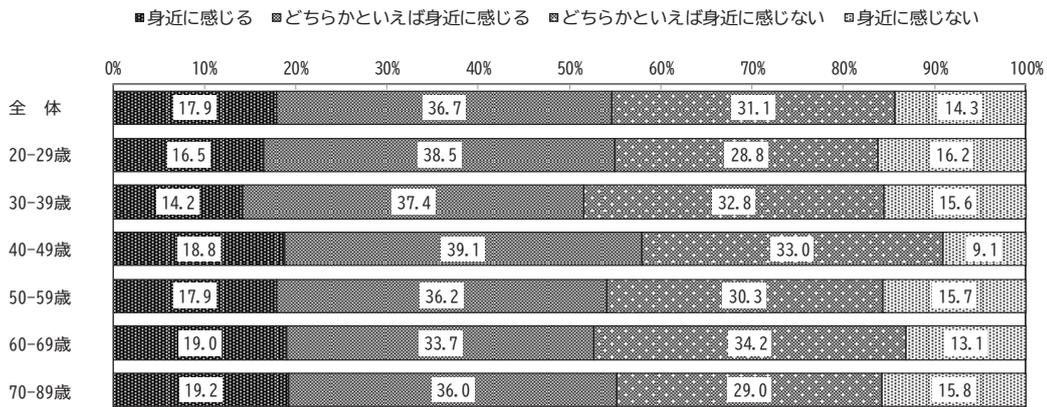
若い世代には、こころの不調に対する理解や共感が、他の世代よりも広まっていることがその背景にあると考えられる。

図表1-4-13 こころの不調・身体の病気にに関する身近さに対する回答別割合（年代別）

こころの不調



身体の病気（がん）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）