

日本

Death by Conformity

企業戦士が死を選ぶとき

出口の見えない不況の中でサラリーマンの自殺が急増。
心を病んだ彼らを救えない社会の病

ジョージ・ウェアフリッツ（東京支局長）
高山秀子
糸井恵（東京）
デボラ・ホジソン（秋田）

東京の夕暮れどき。帝国ホテルのラウンジは、スーツ姿のサラリーマンでいっぱいだった。彼はその群れに、違和感なく溶け込んでいた。それもそのはず。3年前までは彼自身も、自信にあふれ、誇らかに仕事に打ち込む企業戦士だったのだから。

だが日本経済の衰退は、彼の勤める会社を直撃した。1998年の秋ごろから、得体の知れない不安で「精神的に参り」はじめる。

最初は眠れなくなった。そのうちに電車が会社の最寄り駅に近づくと、激しい疲労感に襲われるようになった。終点まで乗り過ごし、体調が悪いから休むと会社に電話を入れたことも1度ではない。

大手企業に勤める50代のこの男性は、匿名を条件に本誌に語った。「ロープを買いに行き、車のトランクに入れておいた。首をつりたくなった日のために」

幸い、その日は来なかった。勤務先の診療所の医師が、救いの言葉を投げかけてくれたからだ。「鬱病は治る」と。それから1年間、カウンセリングと抗鬱薬の治療を続けた。「ある朝、もうロープはいらないと気づいた。だから近所の池に投げ捨てた」

だが日本では、実際にロープを木にかける人も多い。あるいは傷ついた心をスーツの下に隠したまま通勤電車に身を投げるかだ。

8月初めに警察庁が発表した統計によると、昨年の自殺者は全国で3万1957人。3年連続で3万人を超えた。交通事故による死者の約3倍にあたり、人口10万人当たりの自殺率はアメリカの約2倍にのぼる。

このうち男性が71%。90年代後半から自殺が急増している背景には、不況の直撃を受けたサラリーマンがいる。昨年残された遺書のうち、3分の1近くが経済的苦境に触れていた。

お粗末な精神医学の現場

他の先進国なら、こうした状況に警鐘が鳴らされてもおかしくない。だが日本では、鬱病は弱さの証明とみなされる。なにしろ、自ら命を絶つことが侍の流儀とされた国だ。

訓練を受けた心理療法士も少なく、医師の大半は精神疾患を治療できないか、したくないかのどちらかだ。患者も「まさか自分が」という思いが強く、初めから助けを求めようとはしない。

プロザックなど先進的な抗鬱剤は、複雑な認可手続きのせいで導入が遅れている（[関連記事43ページ](#)）。鬱病の実態調査さえ行われていない。心理学者の小田晋・筑波大学名誉教授が言うように、日本は「精神衛生問題の危機に直面している」。

とくに危機的状況にあるのが、鬱病に悩むサラリーマンだ。サラリーマンのストレスに詳しい関谷神経科クリニック（東京）の関谷透院長は言う。「彼らは必死に働くうちに中年になり、リストラやレイオフにあう。すると、ほとんどの人は助けを求めず、侍と同じく自殺を考える」

助けを求めても、たいていは社内の診療所で初歩的なケアを受けるくらい。その診療所があるのも、ひと握りの大企業だけだ。

仕事も社会生活も失って

繁栄を謳歌していたころの日本企業は、別の意味で社員をケアしていた。会社のために身を粉にして働けば、会社が一生面倒をみる　それが暗黙の契約だった。

しかし、97年になるとアジア全域が金融危機にのみ込まれ、企業は「約束」を守れなくなった。不良債権をかかえた銀行は企業への融資をストップし、倒産件数が激増する。

生き残った企業も規模縮小を余儀なくされ、決してやらないはずのことに手をつけた。人員削減だ。小泉純一郎首相が掲げる構造改革は、さらなる痛みを強いるだろう。

会社に必要とされなくなった人は「恋人に裏切られたかのように落ち込む」と、東京管理職ユニオンの山崎洋道副委員長は言う。

リストラされた人の大半は会社中心の生活を送っていたから、ほかの世界を知らない。典型的な中年サラリーマンは英語もコンピュータも使えず、再就職の可能性はかなり厳しいだろう。

会社人間の彼らにとって、仕事を失うのは社会生活を奪われるのも同然だ。家族と向き合おうにも、どう接すればいいかわからない。失業者を見る世間の冷たい目が、それに追い打ちをかける。

日本にはびこる鬱病の中心は、こうして行き場を失った人々だ。悩み相談を受ける「東京いのちの電話」では、働く男性からの電話が、この1年で2倍に増えた。

「中年男性は、弱音を吐くな、不満を言うなと教えられてきた。だから電話をかけて、孤独や落ち込んだ気持ちを打ち明けたいのだろう」と、末松渉事務局長は言う。

京都府立医科大学の反町吉秀は法医学者の立場から、鬱病と自殺の関連性を目の当たりにしてきた。反町によれば、中年男性の自殺者の多くは失業からまもなく命を絶っている。

反町は現在、日本とスウェーデンを比較し、自殺と失業の関係を研究している。高所得・低失業率を誇っていた両国は、ともに90年代後半に景気が後退した。しかし日本とは逆に、スウェーデンの自殺率は

減少している。

なぜ日本は自殺が多いのか。その理由として反町は、労働倫理が厳格なこと、社会保障制度がスウェーデンより劣っていること、そして鬱病に悩む労働者に対する治療体制が不十分なことを指摘する。

日本の医療制度では、臨床心理士が医療行為として患者を診察することは認められていない。単独で医院を開業することもできない。日本臨床心理士資格認定協会は88年の設立以来8000人近い心理士を認定したが、活動の場は限られている。

「精神の病気は体の病気ほど深刻とみなされていないため、心理学の専門家の地位も高くない」と、同協会の大塚義孝専務理事は言う。

医師にこそ偏見がある

日本の平均的な医療施設が行っている精神医学のケアをA～Fの6段階で評価してほしいと、ある著名な精神科医に尋ねたところ、「E」という答えが返ってきた。だが、実際はもっとひどいかもしれない。

WHO（世界保健機関）が90年代半ばに実施した調査によると、日本の医師は精神病の81%を見落とすか誤診していた。鬱病の症状が見られるのに、軽い精神安定剤を処方するだけのことも多いという。

ある鬱病患者は、医師からどんな本を読んでいるかと質問されて村上春樹と答えたら、なんの説明もなく、こう言われたという。「そんな本を読んでいるようじゃ治らない」（村上の小説『ノルウェイの森』の主人公の恋人は、精神を病んで施設に入っている）。

鬱病を治療できる精神科医の育成は緊急課題だが、成果は上がっていない。

「精神保健に関する研究・訓練のためのWHO指定協力センター」のセンター長で長崎大学医学部教授の中根允文は、WHOが作成した精神疾患に関する手引を、日本の医師にもわかるように書き直した。中根が長崎で実施した研修には、15時間のコースに医師50人が申し込んだが、実際に修了したのは30人だった。

「日本の開業医は、精神疾患の患者を治療していると噂になることを恐れる。だから、鬱という言葉さえ使いたがらない。最も強い偏見をもっているのは、医師自身かもしれない」と、中根は嘆く。

精神科医でさえ鬱病患者を扱いたがらない。多くの専門家が、精神分裂病のような「深刻な」精神病に目を向けがちだ。彼らの勤務する精神病院には、患者が大量に押し込められている。脱施設化が進む欧米では、70年以降、見られなくなった光景だ。

日本の精神病院のベッド数は、国民1人当たりで欧米の4倍にのぼる。精神医学の専門家によれば「日本は欧米より20～30年遅れている」という。

取り組みを進める企業も

外来を担当する医師の前には、治療環境の不備という大きな壁が立ちはだかっている。札幌市精神保健福祉センターの築島健所長は、「潜在的な」患者が増えているが、十分なカウンセリングを行うのはむずかしいと語る。「日本では鬱病は病気だという考えが行き渡っていない」

しかし不況が招いた過労自殺の多さは、企業も無視できないほど深刻化している。労働問題を専門とする弁護士の中川博は、日本では自殺の3分の1が「過労がらみ」だとみている。

一方、行政側の見方は異なる。昨年、「労災」と認定された自殺はわずか19件にすぎなかった。

これは労災認定に厳しい法的規定があるためだが（それでも基準は緩和された）、企業に「過労自殺」の法的責任を問うことは可能だ。川人は80年代、裁判所に過労死を認めさせた弁護団の一員だった。休みなしの過剰労働が、脳卒中や心臓発作の引き金となっていた時代だ。

「バブルのころ、サラリーマンは会社の利益を上げるために働きすぎて死んでいった」と、川人は言う。「今は会社が倒産しないように、あるいはリストラされないように働く。ストレスは以前よりひどくなり、自殺も増えている」

相次ぐ過労死訴訟が、企業に鬱病対策を迫ることになりそうだ。

最高裁は昨年3月、過労自殺に画期的な判決を下した。電通の社員（当時24）が1年5カ月間、休みなしで働いた末、91年に自殺した件で、企業の責任を認めたのだ。健康状態の悪化に上司が気づいていながら、仕事を減らさなかったというのが判決理由だ。

賠償額は欧米に比べれば少ないが、それでも労使協調を誇りとする日本の企業風土において、賠償を命じた判決は企業の「恥」ともいえる。

そうしたなかで、精神衛生に真正面から取り組みはじめた企業もある。たとえば東芝。かつては典型的なモーレツ企業だったが、99年になって従業員の鬱病対策を開始した。

東芝では以前、19万人の従業員中、毎年数人の自殺者が出ていた。今ではストレスや鬱病に関する社員教育を実施しているほか、定期的なストレス検査を行っている。社内のクリニックでは24人の医師が鬱病の治療相談にあたっており、社外の専門家に紹介することもある。

「鬱病は脳の疲労から起こるもので、治療可能な病だと説明している」と、同社の田中克俊・主査産業医は言う。「診察を受けに来る人たちは、生物学的な原因もあることを聞いて納得するようだ」

財源のない企業を援助

大企業のなかには、アメリカ式のプログラムを導入するところも出てきた。正規の訓練を受けた専門家（多くは精神科医）が、従業員の業績低下につながりかねない個人的な悩みの解決にあたる。つい最近まで業績ベースの査定が「過剰な競争」とさえみなされていた日本の企業風土では、新しい発想だ。

管理職の教育もプログラムの一環だ。部下の健康を守るため、仕事量を軽減し、業績で評価するよう指導するのだ。「カウンセラーや精神科医を雇って問題をすべて解決してもらおうほうが簡単だが、企業側も意識を変えなくてはならない」と、モトローラのカウンセラー、市川佳居は言う。

しかし規模の小さい企業ほど、意識改革はむずかしくなる。大企業と違って中小企業のほとんどは、社内にクリニックを設けたり、独自の精神衛生プログラムを開発する余裕がない。

経営陣はいまだ保守的。社員は長時間勤務で「頑張る」伝統にしがみつき、仕事以外の社会生活はごく限られている。こうした企業はえてして、輸出型の多国籍企業より負債額が多く、収益も少ない。毎年、多くの企業が破産申請をしている。

「一般的に中小企業の経営者は、会社の業績と直接結びつかない精神衛生の問題に、それほど関心をもっていない」と、厚生労働省の担当官は言う。

厚生労働省では企業の意識向上をめざして、2つの取り組みを始める予定だ。

まず今年11月に、300～1000人規模の企業60社を選び、精神衛生や労働衛生の専門家を送り込んで予備調

査を行う。この調査をもとに「助けが必要だが財源がない」企業を選び、専門家を派遣。精神衛生管理のプランづくりを無料で手伝う。また来年には、こうした経験をもとにハンドブックを作成する予定だ。

まず問題を認識すること

とはいえ、即効性は期待できそうにない。景気の見通しは決して明るくない。5%台に達した失業率がさらに悪化すれば、自殺者がいっそう増えるおそれもある。

世界でも高齢化のペースが速い日本では、高齢者の自殺も年々深刻化している。自殺者数が6年連続で全国トップとなった秋田県は、全国平均を40%上回っている。自殺者の多くは高齢者で、山がちな豪雪地帯での暮らしに寂しさを感じるせいかもしれない。

自殺を防ぐための第一歩は、国全体が問題を認識することかもしれない。

大手化学会社の社員だった夫を一昨年自殺で失った妻は、神戸郊外の自宅で仏壇に手を合わせて泣くんだ。夫が29年間勤めた会社から、子会社である九州の工場に出向を命じられたのは、一昨年の夏。あわただしい異動だったため、やむなく単身赴任した。

表向きは課長に栄転という形だったが、24時間稼働の工場では部下はいなかった。出向から4カ月後の12月半ば、娘の19歳の誕生日に、彼は工場で自殺した。

妻によれば、自殺直前の数週間の労働時間は1日14～16時間。休日もなく、会社のサポートもなかった。12月4日の電話では「もうめちゃくちゃだ。毎日毎日残業で休みもない。休みの日でも夜中でも電話がかかってくる。会社からの呼び出し電話を聞きたくないから、留守電も切っておく。電話してくるな」と怒鳴った。

12月11日、夫は「疲れたから寝る」と言って電話を切った。それが夫婦の最後の会話になった。

後になってわかったことだが、夫は自殺する前、仕事がきつすぎると子会社の社長に訴えていた。しかし、彼の叫びは届かなかった。社長は「ホームシックだよ」と一蹴し、酒を勧めながら「頑張れ」と励ました。

それは、追い込まれた彼が、何より聞きたくない言葉だった。

鬱病が病気だという

考えが行き渡って

いない日本では

「潜在的」患者の

ケアはむずかしい

最初は眠れなかった

そのうち電車が会社に

近づくと、疲労感に

襲われるようになった

そしてロープを買った

現象

Tune Out, Stay In

引きこもり120万人の闇

「大人になるのをやめた」孤独な若者たちの群れ
日本のかかえる社会病理は70年代に始まっていた

ジョージ・ウェアフリッツ（東京支局長）
高山秀子
デボラ・ホジソン（東京）

1997年にガス会社を辞めたハルオは、その後3年間、自分の部屋にこもり続けた。「雨戸を閉めて音楽を聴いていた」と、彼は言う。「昼か夜かもわからなかった」

もう1人の男性は、話し好きの29歳。彼も社会とのかかわりを避けてきた。バスの運転免許を取得したが、バス会社の面接試験を受けに行く勇気がどうしても出ない。「履歴書にある5年間の空白を、どう説明すればいいかわからない」ためだ。

東京近郊の精神病院に通院するこの2人は、「引きこもり」と呼ばれる日本特有の病に冒されている。まだ明確な定義はないが、120万人の若者が苦しんでいるという推定もある。その7割は男性だ。

10年以上のケースが8%

彼らは人前に入るのを怖がり、妄想に悩まされる。太陽の光を嫌い、強い不安に襲われる。そして社会との間に壁をつくり、ひたすら部屋に閉じこもる。

「彼らは自分が醜く、臭いと思っている」と語るのは、千葉県船橋市の佐々木病院で引きこもりの支援プログラムを主宰する斎藤環。「近所の人に見られていると思い込み、カーテンや黒い紙で窓を覆うようになる」

急増しているとみられる引きこもりは、若者の病的な犯罪と結びつけられがちだ。孤独な若者による殺人事件が90年代半ばから相次いでいるため、そういう印象が生まれている。

だが、こうした見方は社会不安をあまり、引きこもりの本質を覆い隠すだけだ。この症状は今に始まったわけではなく、専門家の間では70年代に認識されていた。以来、引きこもり者はほとんど治療を講じら

れないまま増えてきたと、多くの研究者が考えている。

青少年健康センターが今年5月に発表した調査によると、引きこもり者の大半は20代と30代。10年以上にわたって引きこもりを続けているケースが、8%近くに及んでいる。

専門家の間にさまざまな見方があるにせよ、一致する点が1つある。それは、事態が確実に悪化しているということだ。

日本の若者に最初に異変が見られたのは、70年代の学校だった。専門家はこぞって、急増する「登校拒否」に意味づけを与えようとした。

その1人が、著名な精神科医の稲村博（故人）。稲村は登校拒否を精神疾患ととらえ、「アパシー（無気力）症候群」を提唱した。

支援プログラムで社会復帰

81年になると稲村は不登校児を精神病院に送りはじめ、「治療」のために閉じ込めたり、精神安定剤を強制的に服用させた。他の研究者やメディアの批判を浴びてやめたが、それまでに約5000人の不登校者が入院させられた。

稲村の教え子だった斎藤は、今も稲村の研究を参考にしている。斎藤によれば、幼少時に心的外傷を負うと「大人になるのをやめ」、それが引きこもりにつながるという。

一方、引きこもり者を対象にした雑誌を発行する松田武己は、引きこもりは精神障害ではなく、社会現象だと考えている。

引きこもりを生む元凶だと松田がみているのは、能率ばかりを重んじる日本のシステムだ。企業は若い社員に順応を求め、学校では目立つ子供（肥満、できる子、動作がのろい子など）がいじめにあう。「日本のさまざまな問題を1つの山に例えれば、引きこもりはその頂上にある」と、松田は言う。

斎藤が主宰する外来の支援プログラムでは、コミュニケーション能力の回復をめざすセッションを週2回行っている。家族向けのカウンセリングや、心理療法も実施。これまで参加者の約30%が社会復帰を果たしたという。

経験の共有が最初の1歩に

プログラム参加者の多くは、不機嫌で無口、暴力を振るうことさえある。最近参加しはじめた20代前半の男性は「家中の壁を、こぶしでたたいて穴を開けた」様子を説明して、こう言った。「表を歩くときは、ポケットに手を突っ込むようにしていた。人を殴らないために」

別の男性は、自分のことを「典型的なオタク」と称する。友達はプログラム参加者だけだし、ガールフレンドは一生できないと思っている。

「マンガとゲームが大好き」と、彼は言う。「女の子にいちばん嫌われるタイプだ」

インターネットには引きこもりをテーマにしたチャットルームが登場し、松田の雑誌にはたくさんの投書が届く。東京に住む29歳の男性は最近の投書で、「引きこもるようになって丸1年。絶望から逃れられない」と書いた。「借金の担保に、家が取られてしまうかもしれない。そのとき廃人になるだろう」

テレビのトレンドードラマについて語り合える仲間を募る投書もある。三重県に住む50歳の教師は、

引きこもり者をかかえる家族で支援グループをつくろうと呼びかけている。

同じ思いの人とコミュニケーションをもつことが大切だと、松田は言う。「経験を共有できる場があり、彼らが互いに話ができれば、それが最初の1歩になる。でも友人をつくるための薬は、この世には存在しない」

薬に代わるものはただ1つ、彼らが部屋から1歩、外へ踏み出すことかもしれない。

家中の壁をこぶしでたたいて、穴を開けた
表を歩くときは、人を殴らなくてすむよう
必ずポケットに手を突っ込んでいた

ニューズウィーク日本版

2001年9月5日号 P.40