

経済格差とこれに伴う経済的要因が メンタルヘルスに与える影響の実証分析

宮崎 浩 伸

要 旨

本稿では、経済格差の拡大、グローバル化の進展、IT化の進展、労働環境の変化等の経済的要因が人々のメンタルヘルスに与える影響について検証した。その結果、これらの経済的要因は、人々のメンタルヘルスを悪化させること、とりわけ中高年齢層を中心にマイナスの影響を与えていることを確認した。また、2019年を対象とした分析結果によると、うつ病患者数や自殺者数を増加させていることがわかった。さらに、うつ病患者数では女性に、自殺者数では男性に、より強い影響を及ぼしていることも明らかになった。

1. はじめに

近年、人々のメンタルヘルスの悪化が深刻さを増し、社会的にも大きな課題となっている。この要因として、経済的要因、社会的要因、職場環境、家庭環境など、いくつか考えられるが、本稿では経済格差の拡大をはじめとした経済的要因が与える影響について検証する。

表1は国連機関である持続可能開発ソリューションネットワーク（SDSN）が毎年

表1 幸福度ランキング（2022年）

1	フィンランド	11	オーストリア
2	デンマーク	12	オーストラリア
3	アイスランド	13	アイルランド
4	スイス	14	ドイツ
5	オランダ	15	カナダ
6	ルクセンブルク	16	アメリカ
7	スウェーデン	17	イギリス
8	ノルウェー	18	クロアチア
9	イスラエル	19	ベルギー
10	ニュージーランド	20	フランス

発表している世界幸福度調査（World Happiness Report）の最新（2022年）結果に基づく、幸福度に関する世界ランキングである。これによると、上位国は北欧諸国を中心としたヨーロッパの小国となっている。ここでの幸福度指標は、1人当たり国内総生産（GDP）、社会的支援の充実（社会保障制度など）、健康寿命、人生の選択における自由度、他者への寛容さ（寄付活動など）、国への信頼度などを考慮してランク付けされている。このように、経済的要因以外の項目も重視して作成された指標であるが、これらの上位国はいずれも経済格差の小さい平等社会と呼ばれている国々であることから、経済格差の小さい国では国民の幸福度が高い傾向にあることが示唆される。また、1990年代以降、経済格差が大きくなってきた日本については146カ国中54位となっており、先進国の中では極めて低くなっている。

一般に幸福感の計測は難しい。そこで、本稿では、バブル崩壊後の1990年代以降、格差拡大が進んだ日本を対象に、格差拡大が人々の幸福感を反映するメンタルヘルスにどのような影響を与えているのか、格差拡大と同時に進んできたグローバル化やIT化、労働環境の変化といった経済的要因と併せて検証する。

ここで、経済格差と健康問題の関連については、例えば、Wilkinson and Pickett (2009) では、富裕国間においては、格差の大きい社会ほど、健康状態が悪化し、社会問題の発生頻度が高いことを指摘している。特に、こうした健康問題や社会問題は、社会全体での平均所得ではなく、その社会内での格差と相関が強いことは注目に値する。なお、この点については、米国の各州間においても同様の傾向が見られ、州の平均所得ではなく、格差の大きい州ほど、健康問題や社会問題が大きくなっていることが明らかになっている。また、Wilkinson and Pickett (2018) では、不平等の拡大が心の病の発症率が高いことを指摘している。具体的には、先進国では、所得の不平等とうつ病の間に相関関係が見られたのに対し、中進国や発展途上国では見られなかったこと、さらに、米国の各州間における分析においても、所得の不平等とうつ病の間に強い相関関係が見られたことである。

また、1990年代以降、研究が進んできた神経経済学では、人々の経済行動を脳やホルモンの働きから分析するが、格差問題についても分析が行われている。Zak (2012) によると、経済の繁栄に必要なものは「競争」ではなく、「信頼」や「つながり」であり、オキシトシンという愛情ホルモンの働きに着目している。そして、格差社会においては、人々がストレスを感じると、オキシトシンの分泌量が妨げられる点を指摘している。

その他、生理学においても、経済格差が身体に与える影響についての研究が進められ、多くのことが明らかになっている。サポルスキー (2019) では、経済格差による心理的ストレスが生物学的機構にどのような影響を与えているのか、炎症の継続、染色体を保護しているテロメアという部分の損傷、脳領域の障害といった3つの波及経

路を挙げている。

上記のように、経済的要因が我々の健康面に与える影響については、既に多くの研究成果の蓄積がある。

そこで次に、経済政策が人々の健康面に与えた事例として、近年、注目されているベーシック・インカムの効果を紹介する。

ベーシック・インカムについては、日本では財源の問題もあり、あまり議論されていないが、欧米諸国では導入に向け、真剣に議論され、また社会実験も各国で実施されてきた。特に、コロナ禍により、社会経済活動の制約下の生活を経験することにより、米国でも社会実験が市レベルで行われており、その実験結果も報告されている。ここで、世界各国で行われてきた主な社会実験の詳細を見ると、まず、カリフォルニア州のストックトン市で行われた社会実験では、18歳以上で世帯収入が約497万円以下の市民125人を対象(女性は69%)に、毎月500ドルを2年間支給するというもので、2019年2月から実施され、2021年1月に終了した。これによると、実験前の議論では、人々は無条件に現金が支給されると、仕事を見つける気持ちが低下し、無駄な出費が増えるのではないかと懸念があった。しかし、実験結果によると、そのような支出はなく、食品や日用品の購入に充てられ、失業率は改善し、そして何より、精神的な健康状態が改善したことが明らかになった。同様に、フィンランドの社会実験でも、実験条件が不十分だった点はあるが、精神的な健康度は増したことが明らかになった。このように、ベーシック・インカムについては、政策効果や実験内容について多くの批判があるが、精神面での健康にはプラスの影響があることは注目される。

このように、経済格差が様々な波及ルートを通じて、人々の健康面、身体面に影響を与えていることは確かである。そこで、本研究では、経済格差をはじめとした経済的要因が人々のメンタルヘルスにどのような影響を与えているのか、国単位のマクロデータを用いた実証分析により明らかにする。そこで、まず、次の2章では、経済格差と人々の健康の関係について解説し、3章で実証分析を行い、最後の4章でまとめとする。

2. 経済格差と健康の関係

経済格差と健康の関係についてはこれまでも議論が重ねられ、既に多くの先行研究がある¹⁾。ここでは「経済格差が大きくなると、人々の健康は損なわれる」という仮説について、近藤(2022)を参考にいくつか紹介する。まず、国際比較の観点からは、1人当たり年間所得が5,000ドルのラインまでは、発展途上国では、貧困国ほど寿命

1) 詳細については近藤克則(2022)を参照。

が短い傾向があるが、これ以上のラインである先進国では、健康指標は横ばい状態となり、むしろその他のいくつかの要因が複雑に影響を及ぼすため、経済的な豊かさと健康指標の間には関連性が見られないことが明らかにされている。特に、先進国においては、絶対的基準である所得ではなく、相対的基準である経済格差（所得の不平等度）の大きい国ほど、人々の健康度が低いことが指摘されている。ここで、留意すべき点として、人々は周りとの相対的な比較を重視していることである。すなわち、周りが高所得者層である中、自分が相対的に劣る場合ではストレスを感じてしまうが、逆に、自分が低所得者層に属していても、周りも同じような状況であれば、納得する傾向が見られる。なお、このような現象は、国際比較レベルだけでなく、既に1国内レベルでも見られることが明らかにされている。

ここで、経済格差と健康度の関連性については既にいくつか明らかにされている。ミクロレベルでは、経済格差が大きくなると、低所得者層では心理的・社会的ストレスが増大し、神経免疫学的経路を通じて健康状態が悪化する。例えば、格差社会において、人々はその社会に属することでストレスを感じ、自律神経やホルモンの働きが乱れ、その結果、様々な病気を引き起こし、健康を損ねてしまう。また、マクロレベルでは、社会レベルにおける相互信頼感や共感、社会やコミュニティとのつながりといったソーシャル・キャピタルが失われると、健康状態が悪化する。

経済格差については、特に1990年代以降、世界各国で大きな経済問題となっているが、この間における日本の経済環境としては、グローバル化、IT化の進展や新自由主義的な経済思想が席卷し、競争社会が到来したことに伴い、非正規雇用の増加といった労働市場の変化が挙げられる。グローバル化、IT化、労働環境の3つは相互依存関係にあるだけでなく、格差拡大の要因とも考えられるが、本研究ではメンタルヘルスに影響を及ぼす要因として分析する。ここで、格差拡大や非正規雇用の増加は人々のメンタルヘルスにマイナスの影響を与える可能性が高いと考えられる。一方で、グローバル化やIT化の進展は、新たな人々のつながりをもたらす効果からプラスの影響を及ぼす反面、より一層の厳しい競争社会や処理しきれない膨大な情報社会をもたらす面もあることから、マイナスの影響を及ぼす可能性も考えられる²⁾。そこで、本研究では、これらの経済的要因が、人々のメンタルヘルスにどのような影響を与えているのか、実証分析により検証する。

2) Hansen (2019) は、デジタル・デバイスの利用がメンタルヘルスにマイナスの影響を与えていることを指摘している。

3. 実証分析

3.1 年齢階層別分析

本章では、経済格差の拡大、グローバル化の進展、IT化の進展、労働環境の変化といった経済や生活環境における変化が、人々のメンタルヘルスにどのような影響を及ぼすのか検証する。

ここで、本研究に類似の先行研究を見ると、鈴木・田辺（2020）では、うつ病患者率を被説明変数とし、説明変数には生活習慣や社会経済的要因を多数考慮して、非線形回帰分析を行っている。その結果、男性では単身率、生活保護世帯率、がん患者率、管理職率などの10種、女性では飲酒率、未婚率、がん患者率、通院率などがうつ病の要因となっていることを明らかにしている。さらに、パワハラ件数が男性の要因、死産率が女性の要因となることも指摘している。また、Kondo et al.（2009）では、海外の研究事例をメタ解析したところ、経済格差の指標であるジニ係数が大きくなるほど、死亡率や主観的健康度が有意に悪化することを見出している。

これらの先行研究に対して、本研究では、被説明変数にメンタルヘルスの指標として、うつ病患者数データと自殺者数データを用いる。まず、うつ病患者数データについては、厚生労働省の「患者調査」と「国民生活基礎調査」があるが、前者が通院患者だけでなく、入院患者も含むのに対し、後者は入院患者を含めないという違いがある。本稿では両方のデータを利用するが、まず、厚生労働省の「患者調査」の中の「気分（感情）障害」（うつ病、躁うつ病、気分変調症等）の総患者数（うつ病患者数）データを用いる。このデータは現在の調査形態としては昭和59年から3年に1回実施されている。以下では、データの入手可能な1996年から1999年、2002年、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年までの3年ごとのデータを利用する。次に、自殺者数データについては、「自殺統計」を利用する。これは、厚生労働省が、警察庁の取りまとめたデータから作成したもので、毎年、都道府県別、年齢階級別、男女別データも入手可能である。以下では、先のうつ病患者数データに合わせて、2002年から3年ごとに2017年までのデータを利用する。

図1はうつ病患者の推移を見たものである。これによると、2000年代に入り、2008年までは増加している。その後、2008年から2011年にかけては減少しているが、2011年以降は再び増加している。さらに図2は2002年から2017年において、年齢別にうつ病患者数の推移を見たものであるが、これによると、25～34歳の年齢層はほぼ横ばい傾向が見られるが、その他の年齢層では上昇傾向が見られる。中でも、45歳から54歳においては2011年から2017年にかけて急速に増加していることがわかる。この年齢層では、仕事や家庭でも様々な悩みを抱えていることが増加要因と考えられる。

図3は自殺者数の推移を見たものである。これによると、バブル崩壊後の長引く不況や雇用不安から1990年代後半で急増している。2000年以降は32,000人強当たりで横ばいになり、2006年に自殺対策基本法が制定されるなど、政府が本格的に自殺防止対策に取り組んだ結果、2010年以降は急減している。さらに、図4は、年齢階級別に自殺者数の推移を見たものであるが、どの年齢層においても減少傾向が見られる。特に、50代では大きく減少しているが、これは、先の自殺対策基本法以外にも、生活困窮者自立支援法やアルコール健康障害対策基本法の制定といった法的支援や相談体制の充実といった官民での対策によるものと考えられる。また、60歳以上では、高齢に伴う健康問題もあり、他の年齢層と比べて高くなっているものの、医療の進歩や社会保障制度の充実により減少傾向が見られる（厚生労働省（2016）参照）。

次に、経済格差の指標として、厚生労働省の「所得再分配調査」のジニ係数を用いる。このデータは1962年から3年ごとに行われているが、先のうつ病患者数データに合わせて、1996年から見ていく（以下のグローバル化指標、IT化指標、非正規雇用比率も同様）。図5はジニ係数の推移を見たものであるが、これによると、ジニ係数も上昇傾向にあることがわかる。特に、1996年から2005年にかけて上昇幅が大きい、2005年から2017年にかけて上昇幅は若干緩やかになっている。これは、1990年代から新自由主義的な経済思想の中で、改革や規制緩和が進められた結果、2000年代に入り、経済格差が大きな社会問題になってきたため、その反省から見直しの気運が反映されたものと考えられる。また、ジニ係数が2005年から2008年にかけて上昇ペースが緩やかになっているが、これはラグを伴って、図1のうつ病患者数が2008年から2011年にかけて減少していた動きにも反映されていると考えられる。

図6はグローバル化指標として、GDP統計から（財貨・サービスの輸出+財貨・サービスの輸入）/GDP×100をとったものである。これを見ると、2000年代に入って、リーマンショックの2008年頃までは急速に上昇しており、その後、リーマンショックや東日本大震災の影響から2011年にかけて下落した後、2014年までは再び上昇し、また2017年にかけては下落というように、2008年以降は上昇と下落を繰り返している。次の図7は国際電気通信連合（ITU）のインターネットの普及率の推移を見たものである。これによると、2002年以降、2017年まで一貫して上昇傾向が見られるが、特に2002年から2005年における上昇率が大きいといえる。

最後に、図8は「労働力調査」の非正規雇用率の推移を見たものである。図8から、2000年代前半から2014年まで一貫して上昇しているが、特に2000年代前半での上昇率が高いことがわかる。その後、2014年から2017年にかけては横ばいとなっている。

ここで、人々のメンタルヘルスの代理変数として、うつ病患者数や自殺者数を用い、ジニ係数、グローバル化指標、インターネットの普及率、さらに非正規雇用比率といった経済的要因との関係を検証したいが、マクロのうつ病患者数や自殺者数ではデータ

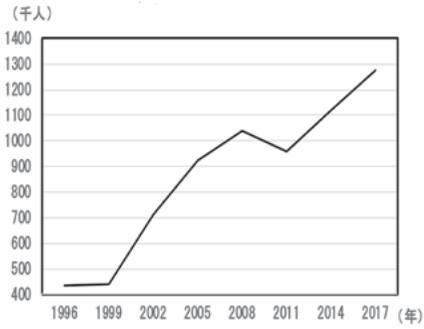


図1 うつ病患者数の推移

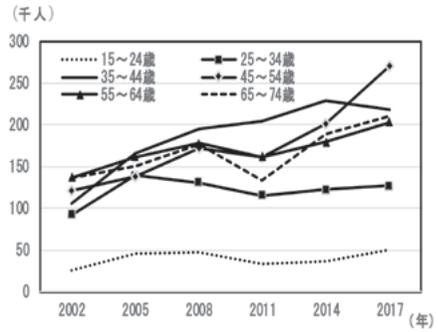


図2 年齢別うつ病患者の推移

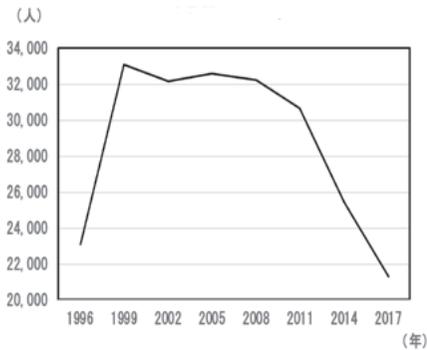


図3 自殺者数の推移

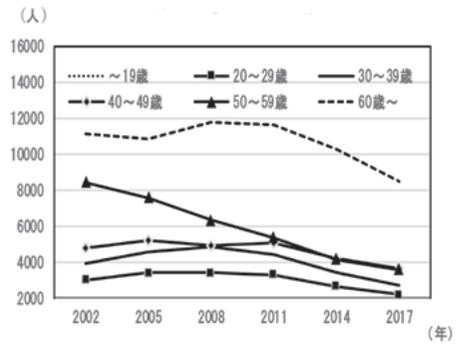


図4 年齢別自殺者数の推移

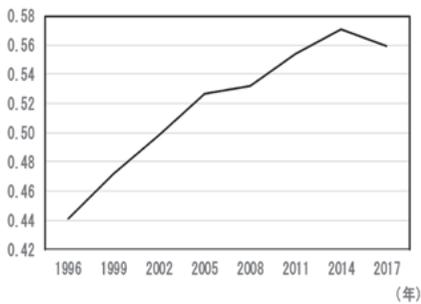


図5 ジニ係数の推移

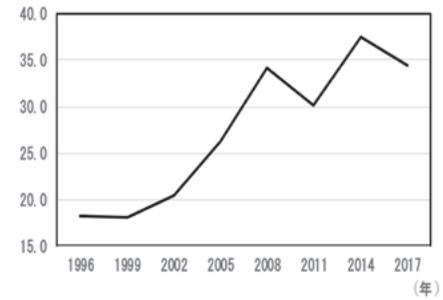


図6 グローバル化指数の推移

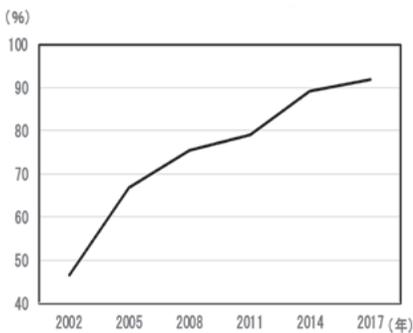


図7 インターネット普及率の推移

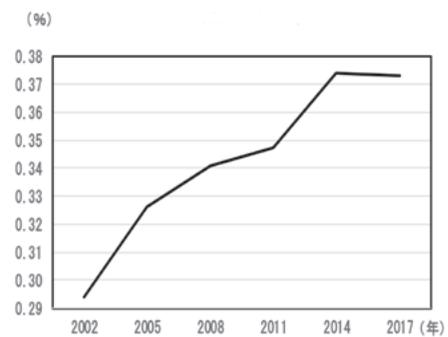


図8 非正規雇用率の推移

経済格差とこれに伴う経済的要因がメンタルヘルスに与える影響の実証分析

数が少ないという問題がある。そこで、やや大雑把な分析ではあるが、年齢別のうつ病患者数や自殺者数のデータを利用することで、ある程度のデータ数を確保できるだけでなく、自由度が改善されるというメリットが得られる。このため、以下の分析では、各年齢層における特有の効果を考慮した固定効果モデルを利用し、年齢別にジニ係数、グローバル化指標、インターネットの普及率、さらに非正規雇用比率からの影響を見る。分析モデルについては以下の通りである。

$$\log(Y_{it}) = \alpha_i + \beta_i X_i + u_{it}$$

Y_{it} : t年におけるi年齢層のうつ病患者数, 自殺者数

X_i : t年におけるジニ係数, グローバル化指標, インターネットの普及率, 非正規雇用比率

表2はうつ病患者数を被説明変数としており、表3は自殺者数を被説明変数とした分析結果である。

まず、うつ病患者数を分析した表2によると、ジニ係数、グローバル化指標、インターネットの普及率、さらに非正規雇用比率のいずれも、35～44歳、45歳～54歳、55歳～64歳、65歳～74歳の年齢層において、プラスで有意な影響を与えており、特に35～44歳の年齢層で最も大きな影響を与えていることがわかる。また、35～44歳の年齢層に次いで、45歳～54歳の年齢層となっている。このように、格差拡大、グローバル化の進展、IT化の進展、非正規雇用比率の上昇といった雇用形態の変化は、中高年齢層のメンタル面での健康悪化を引き起こしている可能性が考えられ、中でも、35歳～44歳といった現役世帯層で大きいことが明らかになった。その他、非正規雇

表2 年齢別うつ病患者の分析

	格差指標	グローバル化指標	IT化指標	非正規雇用
定数	1.788*** (0.622)	4.023*** (0.134)	4.050*** (0.113)	2.916*** (0.292)
15歳～24歳	4.128 (4.259)	0.025 (0.016)	0.010 (0.006)	4.811*** (3.351)
25歳～34歳	2.693 (2.397)	0.014 (0.009)	0.005 (0.003)	2.696 (1.981)
35歳～44歳	10.163*** (1.816)	0.043*** (0.008)	0.017*** (0.002)	8.985*** (1.394)
45歳～54歳	8.788** (3.167)	0.038*** (0.013)	0.016*** (0.004)	8.581*** (1.970)
55歳～64歳	3.919** (1.558)	0.018*** (0.005)	0.007*** (0.002)	3.924*** (0.955)
65歳～74歳	4.167 (2.842)	0.023*** (0.009)	0.008** (0.003)	4.607** (2.032)
サンプル数	36	36	36	36

(注1) ***印は1%、**印は5%、*印は10%有意を示す。

(注2) ()は標準誤差を表す。

(注3) 各年齢層の個別効果については省略している。

表3 年齢別自殺者の分析

	格差指標	グローバル化指標	IT化指標	非正規雇用
定数	10.209*** (0.565)	8.576*** (0.151)	8.634*** (0.122)	9.424*** (0.288)
10歳代	0.912 (1.541)	0.004 (0.006)	0.002 (0.002)	0.761 (1.348)
20歳代	-3.188 (2.855)	-0.011 (0.013)	-0.005 (0.004)	-3.243 (2.344)
30歳代	-3.965 (3.698)	-0.012 (0.017)	-0.007 (0.006)	-3.966 (3.074)
40歳代	-2.833 (2.116)	-0.011 (0.009)	-0.005 (0.003)	-2.919* (1.672)
50歳代	-11.631*** (82.563)	-0.045*** (0.015)	-0.019*** (0.004)	-10.525*** (1.730)
60歳代	-2.035 (2.033)	-0.007 (0.009)	-0.004 (0.003)	-2.185 (1.653)
サンプル数	36	36	36	36

(注1) ***印は1%、**印は5%、*印は10%有意を示す。

(注2) () は標準誤差を表す。

(注3) 各年齢層の個別効果については省略している。

用比率については、15歳～24歳の若い年齢層においても、プラスで有意な結果が得られている。この結果から、非正規雇用に見られる雇用形態は、若年層のメンタル面においてマイナスの影響を及ぼしていることが示唆される。

一方、自殺者数を分析した表3によると、ジニ係数、グローバル化指標、インターネットの普及率、さらに非正規雇用比率のいずれも、50歳代ではマイナスで有意、非正規雇用比率については、40歳代でもマイナスで有意となっている。この結果は予想に反して、マイナスで有意となっており、結果の解釈が難しい。ここで1つの解釈としては、当時の社会的背景が考えられる。1990年代は、バブル崩壊後の経済不況から「聖域なき構造改革」が政策として掲げられ、グローバル化やIT化の進展を通じて、経済格差が拡大した。同時に、新自由主義的経済思想が席卷し、能力主義、成果主義が重視され、非正規雇用比率が高まるなど、日本の労働市場は厳しい状況に変化していった。このため、1998年以降、50歳代の男性の自殺者数が急増し、大きな社会問題として広く認識されるようになった。その後はその反動から逆に、むしろ中高年齢層を対象とした自殺防止対策が強化され、50歳代の自殺者数は急減してきた。このような社会的背景を受けて、これらの説明変数がマイナスで有意な結果が得られたと考えられる。また、自殺者数の分析では、先のうつ病患者数の分析と異なり、法的な支援や相談体制の整備のような経済的要因以外のその他要因の影響が大きいと考えられる。このため、これらの要因を説明変数に加味したモデルによる分析が必要で、ここでの簡単な分析モデルでは限界があった点是否定できない。本来であれば、ここでの単回帰分析だけでなく、格差拡大、グローバル化の進展、インターネットの普及率、非正規雇用比率による重回帰分析を行う必要がある。しかしながら、これらの時系列データは同じような動きをしているため、重回帰分析を行うと、多重共線性の問題が

生じてしまう。そこで、次の3.2では都道府県別データを利用し、変数間の散らばりを増加させることで、多重共線性の問題を緩和する方向で分析を進める。

3.2 クロスセクション分析

都道府県別のうつ病患者数データについては、厚生労働省の「患者調査」では1996年から1999年、2002年、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年、2020年までと3年ごとのデータがホームページ上で入手可能である。これに対し、厚生労働省の「国民生活基礎調査」では2013年、2016年、2019年までのデータがホームページ上で入手可能である。

一方、説明変数であるジニ係数は、現在のところ、2019年についてのみ都道府県別に「全国家計構造調査」で公表されている³⁾。都道府県別のインターネットの普及率データは、総務省の「通信利用動向調査（世帯編）」で毎年公表されており、現在のところ、直近2021年まで公表されている。グローバル化指標である（財貨・サービスの輸出+財貨・サービスの輸入）/GDP×100については、2020年まで作成可能である。最後に、都道府県別の非正規雇用比率については、1997年と2014年に公表されているが、それ以降は公表されていないようである。そこで「労働力調査」の参考資料にある都道府県別完全失業率データが1997年から2021年まで公表されているため、以下の分析では非正規雇用比率の代わりに、雇用情勢を反映する変数として用いる。以上から、データ上の制約及びデータ間の整合性を考慮すると、パネルデータとして利用することは難しい。このため、以下では2019年を対象としたクロスセクションデータを用いた分析を行う。まず、被説明変数として、うつ病患者数と自殺者数を用いる。また、いずれも男女別での分析も行っている。うつ病患者数については、「国民生活基礎調査」の「うつ病やその他のこころの病気」の通院者数データを利用する。自殺者数については、「自殺統計」の都道府県別データ（発見地ベース）を利用する。一方の説明変数には、ジニ係数、グローバル化指標、インターネットの普及率、完全失業率を用いる。なお、ここではグローバル化指標については、都道府県別の違いを反映させるため、（財貨・サービスの輸出+財貨・サービスの輸入）/GDP×100ではなく、人口比に対する在留外国人割合を用いる。なお、分母である人口については総務省の「人口推計」を、分子の在留外国人数は出入国在留管理庁の「在留外国人統計」のデータを利用する。分析モデルについては以下の通りである。

3) 「全国家計構造調査」は、家計における消費、所得、資産及び負債の実態を総合的に把握し、世帯の所得分布及び消費水準や構造等を全国的及び地域別に明らかにした調査で、これまでの「全国消費実態調査」を見直して実施されるものである。このため、2019年以前においても、「全国消費実態調査」の都道府県別データからジニ係数を計測することも可能である。しかしながら、本論文では時間の関係上ここまでできなかった。この点は今後の課題としたい。

$$Y_i = a + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + u_i$$

Y_i : i都道府県のうつ病患者数, 自殺者数

X_{1i} : i都道府県のジニ係数

X_{2i} : i都道府県の人口比に対する在留外国人割合

X_{3i} : i都道府県のインターネットの普及率

X_{4i} : i都道府県の失業率

ここでうつ病患者数と自殺者数の都道府県別データを確認しておく。まず、表4はうつ病患者数を見たものであるが、東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、千葉県、愛知県、北海道、福岡県、兵庫県、静岡県の順に多くなっているように、首都圏や人口の多い県で多くなっている。また、自殺者数についても、東京都、大阪府、埼玉県、神奈川県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県、福岡県、静岡県の順で多くなっており、うつ病患者数と同様の傾向が見られる。一般に、日照時間の短い雪国や気温の低い地域で、うつ病患者や自殺者数が多くなるといわれる。しかし、ここでのデータからは、特にそのような特徴は見られないが、九州地方や四国地方は比較的少ないことは確認できる。

また、男女別に比較すると、うつ病患者数は女性の方が多く、自殺者は男性の方が多くなっている⁴⁾。一般的に、この傾向は、男性の方が周囲や他人に弱みを見せることを嫌い、また病院にも行かず、自分で抱え込んでしまうケースが多いため、重症化しやすく、自殺にまで至ってしまうようである。一方、女性の方は、女性ホルモンの影響からうつ病になりやすいが、早い段階で周囲に相談し、病院にも行くため、最悪のケースは避けられるケースが多いようである。

表5は被説明変数として、うつ病患者数を用いた分析結果であり、表6は被説明変数として、自殺者数を用いた分析結果である。

まず、表5によると、男女合計、男性、女性での分析いずれにおいても、ジニ係数、人口比に対する外国人割合、インターネットの普及率、完全失業率の全てがプラスで有意な結果が得られている。つまり、経済格差の拡大、グローバル化の進展、ITの進展、さらには労働市場の悪化といった経済的要因はうつ病患者を増加させることがわかる。また、男性、女性での分析結果を比較すると、いずれの説明変数においても、男性より女性の方が係数の値が大きくなっている。この結果から、こうした経済的要因は女性の方により強い影響を及ぼしていることが示唆される。

次に、表6を見ると、表5と同様に、男女合計、男性、女性での分析いずれにおい

4) 男女間でのうつ病発症の性差については脳内物質のセロトニンや男性ホルモンのテストステロン、女性ホルモンのエストロゲンの影響など、医学、脳科学的でも明らかになっている。

表4 2019年の都道府県別男女別うつ病患者数と自殺者数

	うつ病患者数(男女計)	うつ病患者数(男性)	うつ病患者数(女性)	自殺者数(男女計)	自殺者数(男性)	自殺者数(女性)
北海道	86	32	54	961	670	291
青森県	15	6	9	221	155	66
岩手県	15	7	8	274	196	78
宮城県	31	13	18	404	289	115
秋田県	13	6	7	214	156	58
山形県	15	7	8	192	139	53
福島県	26	10	16	353	257	96
茨城県	27	9	18	452	336	116
栃木県	27	13	14	355	249	106
群馬県	20	8	12	370	250	120
埼玉県	100	42	58	1097	751	346
千葉県	96	36	60	970	677	293
東京都	186	64	122	2086	1371	715
神奈川県	122	49	73	1066	724	342
新潟県	33	14	19	443	304	139
富山県	11	5	6	186	136	50
石川県	12	4	8	170	120	50
福井県	9	5	4	125	90	35
山梨県	10	5	5	178	137	41
長野県	30	14	16	354	254	100
岐阜県	19	9	10	343	255	88
静岡県	45	19	26	630	473	157
愛知県	89	37	52	1055	735	320
三重県	18	8	10	304	213	91
滋賀県	19	9	10	249	166	83
京都府	37	15	22	320	216	104
大阪府	128	52	76	1225	799	426
兵庫県	63	28	35	874	593	281
奈良県	15	5	10	223	147	76
和歌山県	10	3	7	170	120	50
鳥取県	6	3	3	79	61	18
島根県	10	5	5	108	80	28
岡山県	20	9	11	269	195	74
広島県	41	17	24	436	305	131
山口県	14	7	7	208	158	50
徳島県	8	4	4	112	79	33
香川県	11	4	7	148	102	46
愛媛県	17	6	11	227	162	65
高知県	9	4	5	129	95	34
福岡県	80	36	44	807	556	251
佐賀県	11	5	6	143	101	42
長崎県	17	6	11	227	161	66
熊本県	21	8	13	276	195	81
大分県	15	6	9	185	125	60
宮崎県	12	5	7	201	148	53
鹿児島県	16	6	10	306	231	75
沖縄県	18	8	10	249	190	59
全国合計	1653	673	980	19974	13922	6052

注1) うつ病患者については「国民生活基礎調査」、自殺者数については「自殺統計」より作成。

注2) うつ病患者については千人単位。

表5 うつ病患者の要因分析

	男女合計	男性	女性
定数	-201.996*** (52.047)	-75.495*** (17.181)	-163.539*** (27.870)
格差指標	18.521*** (2.011)	37.762* (18.919)	61.796*** (15.417)
グローバル化指標	85.173*** (20.541)	8.866*** (0.667)	11.654*** (1.178)
IT化指標	1.312** (0.548)	0.429** (0.159)	1.228*** (0.290)
失業率	30.517*** (2.818)	12.663*** (1.465)	18.539*** (1.704)
サンプル数	47	47	47

(注1) ***印は1%、**印は5%、*印は10%有意を示す。

(注2) () は標準誤差を表す。

(注3) 各都道府県の個別効果については省略している。

表6 自殺者数の要因分析

	男女合計	男性	女性
定数	-2280.396*** (163.920)	-1358.405*** (105.968)	-762.314*** (132.618)
格差指標	1291.001*** (327.084)	822.841*** (227.268)	406.225*** (131.824)
グローバル化指標	239.491*** (2.156)	160.500*** (9.805)	69.805*** (7.981)
IT化指標	13.113*** (1.352)	7.147*** (0.822)	4.982*** (1.497)
失業率	378.873*** (13.301)	249.898*** (10.611)	102.736*** (8.149)
サンプル数	47	47	47

(注1) ***印は1%、**印は5%、*印は10%有意を示す。

(注2) () は標準誤差を表す。

(注3) 各都道府県の個別効果については省略している。

でも、ジニ係数、人口比に対する外国人割合、インターネットの普及率、完全失業率の全てがプラスで1%水準で有意な結果が得られている。この結果により、経済格差の拡大、グローバル化の進展、ITの進展、さらには労働市場の悪化といった経済的要因は自殺者数を増加させることが示唆される。また、先のうつ病患者の分析と同様に、男性、女性での分析結果を比較すると、いずれの説明変数においても、女性より男性の方が係数の値が大きくなっている。これは、本研究で考慮した経済的要因は男性の方により強い影響を及ぼしていることを示唆している。

4. まとめ

本稿では、経済格差が人々のメンタルヘルスに与える影響について、経済格差、これに伴うグローバル化、IT化、労働市場の変化といった経済的要因に焦点を当て、実証分析を行った。その結果、以下の点が明らかになった。

90年代以降に、日本で拡大した経済格差、グローバル化やITの進展、労働環境の変化といった経済的要因は、時系列データを用いた分析によると、いずれの年齢層においても、うつ病患者数を増加させる要因となっており、特に35～44歳の年齢層で、次いで45歳～54歳の年齢層といった中高年齢層に大きな影響を与えていることがわかった。一方、自殺者数では50歳代ではマイナスで有意な結果となっており、これは1990年代以降の急増に対して、政府による法的な支援や相談体制の整備等の成果によるものと考えられる。

同様に、2019年におけるクロスセクションデータによる分析結果でも、経済格差の拡大、グローバル化の進展、ITの進展、さらには労働市場の悪化といった経済的要因はうつ病患者や自殺者数を増加させていることがわかった。さらに、うつ病患者数では女性の方に、自殺者数では男性の方に、より強い影響を及ぼしていることも明らかになった。

いずれにおいても、本研究により、経済的要因が人々のメンタルヘルスに統計的に有意なマイナスの影響を及ぼしていることを明らかにできたことは本研究の貢献といえる。

しかしながら、経済的要因以外にも、人々のメンタルヘルスには様々な影響を与えていることから、社会学や医学からの分析が必要である。この点については本研究では限界があったが、今後の課題とし、さらなる研究を進めていきたい。

参考文献

- Hansen, Anders (2019) *Skärmhjärnan*, Bonnier Fakta (久山葉子訳 (2020) 『スマホ脳』, 新潮新書)
- Naoki Kondo, Grace Sembajwe, Ichiro Kawachi, Rob M van Dam, S V Subramanian and Zentaro Yamagata (2009) “Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies”, *British Medical Journal*, Vol. 339, No. 7731, pp. 1178-1181
- Wilkinson, Richard and Kate Pickett (2009) *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*, Princeton University Press (酒井泰介訳 (2010年) 『平等社会 経済成長に代わる、次の目標』, 東洋経済新報社)
- Wilkinson, Richard and Kate Pickett (2018) *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*, Penguin Books Ltd (川島睦保訳 (2018年) 『格差は心を壊す 比較という呪縛』, 東洋経済新報社)

- Zak, Paul J.(2012) *The moral molecule: The source of love and prosperity*, Dutton (柴田裕之訳
(2013)『経済は「競争」では繁栄しない ―信頼ホルモン「オキシトシン」が解き明かす愛と
共感の神経経済学』, ダイヤモンド社)
- 厚生労働省 (2016)『自殺対策白書 平成28年版』
- 近藤克則 (2022)『健康格差社会』医学書院
- 鈴木孝弘・田辺和俊 (2020)「非線形回帰分析による都道府県別うつ病患者率の要因分析」『東洋経
済大学紀要・自然科学篇』 64巻 pp. 73-98
- ロバート・M・サポルスキー (2019)「不平等が蝕む健康」『日経サイエンス』2019年5月 pp. 58-
63.

『南山経済研究』掲載論文の中で示された内容や意見は、南山大学および南山大学経済学会
の公式見解を示すものではありません。また、論文に対するご意見・ご質問や、掲載ファ
イルに関するお問い合わせは、執筆者までお寄せ下さい。

(宮崎 浩伸, E-mail: miyahiro@nanzan-u.ac.jp)