

2021年度 東京都地域自殺対策強化補助事業 地域特性重点特化事業  
若年勤労者の自殺対策のための職場におけるメンタルヘルスの推進事業



JDC メンタルヘルスセミナー 2021

# 職場における メンタルヘルスの推進

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®

# CONTENTS

第 1 回  
2021.9.12

## 02 双極性障害と復職

講師 寺尾 岳 先生 大分大学医学部 精神神経医学講座 教授・大分大学医学部附属病院 副院長

## 07 コロナ禍で身近な人や自分自身が うつや病的ひきこもりにならないためにできること

講師 加藤 隆弘 先生 九州大学大学院 医学研究院 精神病態医学 准教授  
九州大学病院 気分障害ひきこもり外来 主宰

第 2 回  
2021.10.03

## 12 認知行動療法的アプローチを使った 働く人のメンタルヘルス・マネジメントのコツ

講師 中川 敦夫 先生 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 特任准教授

## 16 自殺予防のための基礎知識－自殺の実態について－

講師 張 賢徳 先生 六番町メンタルクリニック 院長・帝京大学医学部 客員教授  
一般社団法人日本自殺予防学会理事長

第 3 回  
2021.10.16

## 21 現代のうつ病の特徴について

講師 川崎 弘詔 先生 福岡大学医学部 精神医学教室 教授

## 26 うつ病の個人精神療法を考える

講師 繁田 雅弘 先生 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授

第 4 回  
2021.11.10

## 30 コロナ禍で働く女性のメンタルヘルス～自殺対策を含めて～

講師 井上 幸紀 先生 大阪市立大学大学院 医学研究科 神経精神医学 教授

## 35 産業保健の現場で知っておきたい双極性障害 ～自殺防止の視点を踏まえて～

講師 鷲塚 伸介 先生 信州大学医学部 精神医学教室 教授

第 5 回  
2021.12.19

## 40 うつ病と自殺のリスク

講師 馬場 元 先生 順天堂大学医学部附属 順天堂越谷病院  
順天堂大学大学院 医学研究科 精神・行動科学

## 44 大阪における自殺の現状と対策について

講師 木下 利彦 先生 関西医科大学 精神神経科学講座 教授

第 6 回  
2022.01.22

## 48 職場におけるメンタルヘルス支援の考え方とシステムの構築

講師 河西 千秋 先生 札幌医科大学医学部 神経精神医学講座 主任教授

## 53 労災事案からみた自殺予防対策

講師 田中 克俊 先生 北里大学大学院 医療系研究科 医療人間科学群 産業精神保健学 教授

第 1 回 2021.09.12

# 双極性障害と復職

## 寺尾 岳 先生

大分大学医学部精神神経医学講座 教授  
大分大学医学部附属病院 副院長

双極性障害の診断は、現在、アメリカの精神医学会が作った診断基準である DSM-5 が広く使われています。その概略を説明すると、双極性障害はⅠ型とⅡ型に分けられ、躁病エピソードか軽躁エピソードと、抑うつエピソードから成り立ちます。双極Ⅰ型障害が、躁病エピソード(+抑うつエピソード)、双極Ⅱ型障害が、軽躁エピソード+抑うつエピソード、になります。

双極Ⅰ型障害は、躁病エピソードだけで診断できるのですが、大抵の場合は、その前か後に抑うつエピソード(うつ状態)があります。双極Ⅱ型障害は、Ⅰ型の躁病エピソードまではひどくないのだけれど、いつものその人と違うような軽躁エピソードがあり、その前か後に抑うつエピソードがあります。

躁病エピソード(躁状態)の診断基準では、気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または怒りっぽくなり、加えて活動が非常に更新することが、少なくとも1週間、ほぼ毎日、1日の大半において持続すること、という症状がまず挙げられます。それに加えて、次の7つの症状のうち3つ以上が存在する必要があります。

- ① 自尊心の肥大・または誇大(周囲の人たちがバカに見える・周囲の人たちが言っていることがくたなく聞こえる等)
- ② 睡眠欲求の減少(実際には2時間しか寝ていなくても大丈夫だと言い張る等)
- ③ 普段より多弁(ひっきりなしにしゃべり、しゃべり続けたいといけなような切迫感がある)

- ④ 観念放逸(いろいろな考えが浮かび続けて、ちょっとしたことで誘導されて別の考えにいつってしまう、あるいはいくつもの考えがせめぎ合って複数の考えが勝手に頭に湧いてくる)
- ⑤ 注意散漫(何かに集中できず、あれこれと注意が移る)
- ⑥ 目標指向性の活動増加(会社員なら仕事をバリバリし過ぎてしまう。学生なら勉強をし過ぎるくらいしてしまう。同等の症状として、じっとしていられずイライラして動き回ったりする精神運動焦燥という症状もある)
- ⑦ 困った結果につながる可能性が高い活動に熱中する(制御の効かない買い漁り、借金しながらのギャンブル、異性関係が非常に盛んになる等)

更に、社会的な面や職業的機能に著しい障害を引き起こしている、あるいは入院が必要なほど重篤である、または「精神病性の特徴」(幻覚や妄想)を伴うという条件もつきます。そして、こうした躁病エピソードが物質の生理学的作用(薬物や医薬品の影響など)、または他の医学的疾患(脳腫瘍や甲状腺機能亢進症など)によるものではないという条件もつきます。

続いて、軽躁病エピソードの診断基準です。これは躁病エピソードとほとんど同じで、診断基準を読んでも違いがわかりにくいので、今からわかりやすい説明をしていきます。サラリーマンのお父さんを例に考えてみます。まず、普通の状態の時をお示しします。

年のころは50歳前後。普段は無口で大人しい人ですが、与えられた仕事は黙々ときちんとこなすタイ

ブです。家庭では、奥さんと娘さんの3人家族です。ある日、会社から戻ってきて、玄関の履物が乱れていましたが、文句も言わずに自分で整えました。2階の自分の部屋に行って、着替えて1階の食堂に降りてきます。そこでは、奥さんと娘さんがペチャクチャ話しながらすでに夕食を食べ始めています。

この人は遅れる形でご飯を食べ始めましたが、ニコニコしながら、奥さんと娘さんの話を聞きつつ、自分はほとんどしゃべりません。もともと早飯喰らいで、あっという間に食事を終えると、2階の部屋にこもりました。読書や音楽を聴いて過ごします。翌日は普段通り会社に行きますが、職場でも黙々と仕事をします。無駄口をたたかず、与えられた仕事を手際よく片付けるので、職場では一目置かれています。

続いて、この人が軽躁エピソードを呈した場合をお示します。ある日、会社から戻ってきて、玄関の履物が乱れていましたので、小言を言いながら自分で整えました。2階の自分の部屋に行って、着替えて1階の食堂に降りてきました。そこでは、既に奥さんと娘さんがペチャクチャ話しながら夕食を食べています。この人も遅れる形で、ご飯を食べ始めましたが、ニコニコしながら、奥さんと娘さんの話を聞きつつ、自分も話に割り込もうとします。面白くもないダジャレも入れながら、しきりに会話の主導権を取ろうとします。奥さんと娘さんは顔を見合わせて、〈いつものお父さんと違うよね〉と目配せします。

ご飯を食べ終わっても席を立とうとせず、しゃべり続けるので、奥さんは付き合いきれずにお風呂に行ってしまう。娘さんも自分だけ残されてはかなわないと自分の部屋に行きました。自分一人だけ残され、「仕方ないな」とため息をついて、ようやく2階の部屋に行きました。翌日は普段通り会社に行きますが、職場でも同僚や上司に自分から話しかけ、面白くもないダジャレを飛ばします。同僚や上司は〈今日の××さんはご機嫌だね〉と話します。仕事はきちんとこなしますし、むしろ自分に自信が持てて積極的に意見を言いますので、本人にとっても居心地の良い状態です。職場も良い意味で活気づきます。

それでは、この人が躁病エピソードを呈したらどうなるのでしょうか。ある日、会社から戻ってきて、玄

関の履物が乱れているのを見て怒り出しました。奥さんを大声で呼びつけて整えるように命じました。2階の自分の部屋に行って、着替えて1階の食堂に降りてきました。そこでは、既に奥さんと娘さんがペチャクチャ話しながら夕食を食べ始めています。ここでも、なぜ自分を待たなかったのかと、奥さんと娘さんを凶りつけます。ご飯を食べ始めましたが、奥さんと娘さんの話を聞きつつ、自分も話に割り込もうとします。面白くもないダジャレを入れながら、しきりに会話の主導権を取ろうとします。

ここまでは軽躁の時とあまり変わりません。しかし、躁病エピソードのお父さんは、自分のダジャレが受けられないことに腹を立て始め、遂にはテーブルをドンと叩いて〈話をきちんと聞きなさい〉と怒り出しました。娘さんは恐怖におびえた表情となり、自分の部屋へ逃げていきます。それを見た奥さんは、〈あなた、やめてくださいよ〉と諫めようとして。しかし反省するどころか、〈こんな面白くもない所は出て行くぞ!〉と夜の街に消えていきます。

その後は飲み屋で飲んでもくれます。たまたま入ったスナックで見ず知らずの人たちに奢ってやったり、高いお酒をキープしたりします。夜遅く、スナックのママさんから自宅に電話がかかってくる。〈お宅のご主人がたくさん飲んでくれたのは良いけれど、支払いのお金が足りません〉ということで、慌てて奥さんはタクシーでお金を払いに行きました。

翌日は早くから起きて、会社へ行きます。職場では周囲の人たちが皆、馬鹿に見えて、今まで取り組んできたプロジェクトが急につまらないものに思えてきました。そこで、〈こんなつまらないプロジェクトは中止しましょう。自分に素晴らしい考えがあります〉と滔々と得意げに話し始めます。しかし、それこそがつまらない考えで、途中で同僚が制しようとして、言うことを聞かず、しまいには〈邪魔するな〉と怒り始めました。困った上司は自宅に電話をして、奥さんに事の次第を説明します。奥さんは昨夜のこともあり疲れ果てていますが、仕方なしに会社に向かいます。奥さんは上司や同僚と話し合い、本人を精神科病院に連れて行くことを決心します。

以上のように、躁状態（躁病エピソード）は見落と

したくても見落とせないくらい、はっきりしています。でも、軽躁状態（軽躁エピソード）は先の例でもお分かりのように、これは異常なのかな？という話ですよ。だから、本人にとっても周囲にとっても、言われなければわからないのです。

そのため、ご本人もご家族も医師に軽躁エピソードを伝えないので、うつ病と診断されがちです。そして、抗うつ薬を中心とした治療が行われると、急にうつから躁状態になったり、イライラや自殺念慮などが起こる賦活症候群に陥ったりして、困ったことになる症例が少なくありません。あるいは、抗うつ薬を中心とする薬物療法を長期間続けても、改善しない症例の中に、実は双極Ⅱ型障害だったということが結構あります。

双極Ⅱ型が見落とされた症例は、難治性うつ病や抗うつ薬抵抗性うつ病と診断されて、大学病院に紹介されてきます。我々は、細かなことまでいろいろと聞き、軽躁状態を把握できた場合は、診断をうつ病から双極Ⅱ型障害に変更します。そして、リチウムなどの気分安定薬を投与すると、きれいに良くなる症例も少なくありません。

双極性障害は、うつ病よりも自殺の危険性が高いという報告もあります。不安症は生への執着が最もあるので、自殺の危険性は低いのですが、この不安症を基準にして精神疾患ごとに自殺のリスクを比較すると、最も高いのは双極性障害（幻覚や妄想を伴うもの）で、不安症の18倍くらい自殺を企図、あるいは完遂することがわかっています。その次に自殺しやすいのは物質乱用の人たちです。躁の状態とうつの状態が混じり合っている混合状態の人も自殺しやすいと言われていています。双極性障害全体や、双極Ⅰ型、双極Ⅱ型を単独で比較しても、不安症の10倍以上も自殺のリスクがあることがわかっています。ちなみに、うつ病は6倍くらいです。6倍でも高いのですが、それよりももっと、双極性障害は自殺に近いのです。だからこそ、双極性障害をきちんと捉え、医療の上ののせることが大事だろうと思います。

次に、復職のこと（リワーク）についてご説明します。リワークとは return to work の略語で、うつ病や双極性障害など気分障害のために休職している勤労者に対し、復職支援を目的として行われるものです。

精神科の通常の治療である支持的精神療法や薬物療法だけでは、精神症状は改善しても、働くために必要となる機能は回復し難いことが反省点となり、開始されました。

このリワークプログラムは精神科クリニックや精神科病院で行われることが多かったのですが、最近は大学病院でも行われるようになってきました。まだ数は少なく、全国の大学病院の1割にも達しませんが、大分大学では適応障害や軽症うつ病のほかに、いわゆる難治性うつ病や発達障害を伴ううつ病、さらに双極性障害など、他の施設では対応困難となる患者さんもリワークプログラムの対象としています。

大分大学におけるリワークは、2017年5月に開始しました。小規模デイケア（9時から16時）の形で、定員は26人です。午前や午後しか来られない人はショートケアの形で受け入れています。2020年度は年間3000件、1日平均15件でやっています。新型コロナの関係もあり、密にならないようにしていますが、採算は取れています。デイケアは基本的に看護師と作業療法士が必要なのですが、産休や育休で休む方が結構多いので、精神保健福祉士や心理士にも代わってやってもらうこともあります。作業療法は作業療法士しかできないのですが、デイケアは結構入れ替えがききます。またうちの特徴として、芸術療法士を雇っています。この人が絵画を教えています。

それから私も含む医師たちが、陶芸を教えています。電動ろくろを2台、リワークの会場に置いて、患者さんに湯呑とか茶碗を作ってもらっています。通常の手ひねりと違って、器用な人は早くできるので、リワークに2、3か月通っている間に自分の茶碗や湯呑が完成するわけです。そうすると、辛かった時に自分が頑張った証になるので、記念品として喜んで使っていただいています。

コースとしては、まず体力回復コース（運動、マインドフルネス、芸術活動、認知トレーニング、認知行動療法など）から始めて、ある程度慣れてきたら社会復帰コース（運動やマインドフルネス、認知トレーニングなどに加え、JOBトレーニング、個人活動・自己分析、グループワークなど）に移っていきます。

当院のリワークは、日本うつ病リワーク協会の推奨するプログラム内容で実施しています。マインドフルネスや認知行動療法、芸術療法を実施し、休職に至った経過を振り返りながら、復職に向けてのレポート作りをします。休職者以外、無職の方も利用可能なのがうちの特徴です。主治医が他院の場合も利用できます。

大学病院ですから、こうしたリワークの効果を評価しています。精神疾患が再発せずに、復職できる状態にあるかどうかをみる評価尺度「復職準備性」を用いています。これは、起床時刻や食生活リズムなどの「①基本的な生活状況」、精神症状による影響や熟眠感などの「②症状」、身だしなみや他人との交流といった「③基本的社会性」、家族との交流や主治医との関係といった「④サポート状況」、トラウマ感情や就業規則の不遵守などの「⑤職場との関係」、集中力や業務遂行能力などの「⑥作業能力、業務関連」、職場上司との接触や業務への準備などの「⑦準備状況」、服薬へのコンプライアンスや健康管理スタッフとの関係などの「⑧健康管理」、という8つの大項目と、23の下位項目から成ります。その程度を各1点から4点で評価し、全項目の評価点を平均した点数を参照値としています。

そして、評価結果のレーダーチャートを毎月書きます。すると、先月と比べて基本的生活の部分が悪くなったなど、各項目の変化が一目でわかります。さらに、復職準備性だけでなく、気質や認知機能、発達障害の有無などを加えて総合的に評価していきます。

続いて、2017年5月のリワーク開始時から、2018年12月までで区切った当院の研究結果をご紹介します。この間のリワーク利用者は99名で、このうち研究対象となった人は65名でした。結局、復職できた人は26名で、就職や転職を加えると37名が仕事に就けました。一方、退職や再休職などで28名が仕事に就けませんでした。患者さんの背景をみると、既婚の人は身近なサポートがあるため仕事に就きやすく、無職よりも休職中で受け皿がある人の方が仕事に就きやすいという結果になりました。また、リワークの利用期間が長い人の方が、良好な結果になりました。

復職した後を見てみると、およそ1年後の就労継続割合は80%を超えていました。復職できているか

どうかの指標を出そうとして、いろいろと試みたところ、復職準備性や、QOLの社会的関係、QOLの平均、などが指標になりうる可能性があると考えられました。大分丘の上病院（大分市）でのリワークについても検討しました。研究対象の77名中、65名（84%）が復職しています。復職の可否はリワーク参加回数が有意に関連しており、多いほど復職率が高いことがわかりました。

本日のシンポジウムのために、大分大学のリワークの効果について、昨年までにリワークを終了した138名まで症例数を増やして再検討してみました。復職率は138名中96名（70%）。休職者の復職は111名中90名（81%）、無職者の就職は27名中6名（22%）となりました。休職者の方が、やはり無職者よりも有意に職に就きやすいことが確認できました。

復職で完了というわけではなく、それはスタート地点であり、それぞれの患者さんは職場で他の職員と協調し、仕事にやりがいを持てるように自分の気持ちを育てていくという、自分自身の心理療法に努めることが望まれます。そうすれば、リワークでの活動やそこで学んだものが有力な武器になるはずですよ。

最後に、双極性障害の患者さんの復職について触れます。双極性障害の患者さんは再発を繰り返すごとに復職が困難になる場合が多く、企業側もリワークでのリハビリを求めてくることがしばしばあります。2、3か月のリワークで無事に復職できる患者さんも少なくありませんが、リワーク期間中に通院自体が困難になったり、来てもリワークに参加しなかったり、ほかの患者さんと揉めたりするなど、一筋縄ではいかない患者さんも少なくありません。そのような時には、パソコンをいじるようなJOBトレーニングだけでなく、心理療法が非常に重要になります。

双極性障害の患者さんに対しては、軽躁状態（軽躁エピソード）をきちんと把握して、双極II型の診断を適切につけることが重要です。それに加え、リワークは大きなサポートになります。リワークでの振り返りや、様々な心理療法を経験して、ようやく復職への意欲が湧き、自分なりに前を見て進もうとする患者さんが少なくありません。

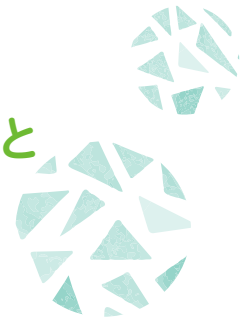
Q.

30 歳代の社員が双極 II 型障害と診断され、休職と復職を繰り返しています。今は会社に来っていますが、軽躁からうつになることを繰り返しています。職業人として安定して過ごすためには、どのようにすればよいのでしょうか

まず考えなければいけないのが、薬がきちんと合っているかどうか、ということです。再検討する必要があるのかもしれませんが。最近薬もいろいろなものが出来ています。ラミクタールというお薬は、双極 II 型の人にも結構効きます。あるいは、2020 年から出ているラツダも良いお薬です。もしそういう薬を使っていなかったら、使ってみるのもよいのではないのでしょうか。それでも改善しなかった場合は、軽躁になった時に自分にブレーキをかけるようなことを心理士の方から言われた方がよいと思います。私が患者さんにいつも言っているのは「迷ったらしない」ということです。これができるようになると、ブレーキをかけられるようになります。

第 1 回 2021.09.12

## コロナ禍で身近な人や自分自身が うつや病的ひきこもりにならないためにできること



### 加藤 隆弘 先生

九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野 准教授  
九州大学病院気分障害ひきこもり研究外来 主宰

うつ病は自殺の大きなリスク因子と言われていま  
す。うつ病による日本の経済損失は年間2兆円とされ、  
うつ病の遷延がひきこもりにつながるということも我々  
は見出しています。

社会的ひきこもりは、おおむね6か月以上にわた  
って自宅にひきこもる状態が続く社会生活障害（症候  
群）です。日本では100万人を超え、経済損失は気  
分障害（うつ病など）による損失を大きく上回る可能  
性が指摘されています。7～8割が精神疾患（特にう  
つ病）を併存し、日本ばかりでなく世界的にも広がっ  
てきていると言われています。

特にコロナ禍においては、メンタルヘルスの支援体  
制の強化が不可欠です。コロナ禍により、うつ病やひ  
きこもりが爆発的に増加する可能性があるからです。  
実際に我々の研究でも、いろいろなライフイベントの  
もとで、抑うつや不安が生じることがわかっています。  
こうした時に、一過性の安堵や安心を得るために行う  
回避的行動が、ひきこもりのきっかけになるとよく言  
われています。

そして徐々に孤独感が増して、ネット依存にもなっ  
て、二次的に家庭内の問題を引き起こし、場合によ  
っては自殺にもつながることを懸念しています。コロナ  
禍ではライフイベントもストレスになりますが、加え  
て外出自粛によって、ひきこもり予備軍を作っ  
てしまっていることが大きな問題かと思っています。

従来の精神医療システムでは、偏見や恥意識などの  
ために、精神科を受診しない方がまだまだ多いのでは

ないかと思っています。ですから、精神科に行く前に会社  
の中でできることが、非常に大事になってきます。私  
たちは、身近な人のこころの不調のサインに気づいた  
としても、見て見ぬふりをしがちです。今日は、この  
見て見ぬふりから抜け出し、次のステップに進むた  
めのコツをお話ししていきます。それが First Aid です。

道で倒れた人に遭遇したり、身近な人がやけどをし  
たり熱が出たりした時は、病院に行く前に First Aid  
としてやれることがいろいろあります。しかしながら、  
身近な人にこころの不調が出た時、すぐに出来ること  
はあまり知られていません。こうした教育が行われて  
こなかったためです。眠れない日が続く時はどうした  
らいいのかわからないのか。憂鬱な気分が晴れない時はどうした  
らいいのかわからないのか。そうした知識を学ぶプログラムが、メンタル  
ヘルス・ファーストエイド (MHFA) です。

メンタルヘルス・ファーストエイドは、2000年に  
オーストラリアで始まりました。一般の市民が、メン  
タルヘルスに関する知識や初期対応法を学ぶプロ  
グラムです。「り・は・あ・さ・る」という5つのアクシ  
ョンプランを、12時間のレクチャーやロールプレイで  
習得します。メンタルヘルスの問題を抱える身近な  
人を適切に評価し、情報提供を行い、専門家につなげ  
ます。こころの支援は、精神科医が診察室で待っ  
ているだけでは不十分です。周りの方々がゲートキーパーと  
なり、専門家につなげることが何より重要になります。  
これからその方法の一部をご紹介します。

まず5つのアクションプランを示します。覚えや  
すいように、「り・は・あ・さ・る」と名付けてお伝



えています。

- ①「り」声をかけ、リスクを評価し、支援を始めましょう
- ②「は」決めつけず、批判せずに話を聞きましょう
- ③「あ」安心につながる支援と情報を提供しましょう
- ④「さ」専門家のサポートを受けるよう勧めましょう
- ⑤「る」その他のヘルプやセルフヘルプ等のサポートを勧めましょう

メンタルヘルス・ファーストエイドは、海外では普及活動が盛んです。例えば、英国のウィリアム王子とレディー・ガガさんがメンタルヘルスを語る場面がYouTubeで公開されています。「そろそろみんな、心の不調について話すのが当たり前のことだと感じて欲しい。体の不調と同じなんだ。誰だって心の不調になることはあるし、それは恥ずかしいことじゃない」(ウィリアム王子)、「心の病気はとてつらかったけど、なって良かったこともあるの。それは、私たちの世代にも、そして他の世代にも、みんな『たとえ気持ちが沈んでいてもあなたはひとりじゃないし、全然このころの問題なんてなさそうな人だって、実は問題をかかえている』って知ってもらうことができたからなの」(レディー・ガガ)などのメッセージが収められています。

2007年、私たちのグループはメルボルンにいる開発者のもとに行き、研修を受講しました。そしてこれを日本に導入し、現在は普及啓蒙活動を行っています。メンタルヘルス・ファーストエイドで特徴的なのは、一般市民の方を研修の対象にしていることです。12時間(2日間)の研修コースを受けると、MHFA実施者(エイダー)として「実施者認定証」が発行されます。更に研修を積むとMHFA指導者(インストラクター)にもなれます。積極的に学んでみたいと思った方は、メンタルヘルスファーストエイドジャパンのホームページをご覧ください。

このプログラムをもっと縮めて、会社の社員向け2時間プログラム(九州大学版)も作成しました。DVDを見たり、講義を受けたり、ロールプレイをしたりします。ロールプレイをやることで、周りの方への具体的な対応がより出来るようになります。

精神疾患には、不安症やうつ病、統合失調症などい

ろいろあり、これらを全て含めると、4人に1人くらいが生涯のどこかでこころの不調を抱えると言われていいます。しかしながら、メンタルヘルス問題には偏見があり、支援を受けたがらない傾向があります。特に日本では、恥の問題が大きいと思います。更に精神科に対しても、行くと薬漬けにされるのではないかと、ネガティブなイメージを抱いてなかなか受診できない人がいます。ですから、ひとりひとりの意識の改善も必要です。

続いて、メンタルヘルス・ファーストエイドのアクションプランについて、うつ病を例に具体的にお話します。周りの方のサポートやご自身のケアに役立てていただきたいと思います。

会社などで、何となくイエローサインを発している人に気づいた場合、どのように声をかけたらよいでしょうか。うつ病の人は、特に初期段階では、わかりやすい落ち込みの症状を示すとは限りません。意外と元気そうに見えるのに、実はうつ的な気持ちに陥っている場合もあります。そのことをまず知っておいて欲しいと思います。特に日本人は「顔で笑って心で泣く」という美德を持っていますから、本当に辛い時でも、人前でネガティブな気持ちを口に出すなんて恥だ、という気持ちが湧きやすいのです。

うつの場合には、不眠、食欲不振、性欲の減退、疲れやすさ、身体の痛み、便秘・下痢など、体の症状が現れることがよくあります。これもイエローサインです。意欲・興味の減退や抑うつ気分などの精神症状は、患者さんはなかなか明かしません。ですから、体の不調を出して来た人が会社にいる場合、もしかしたらうつ病のサインかもしれないと考えて、積極的に話を聞いてあげることが大事です。

イエローサインには、今挙げた体の症状の他にも、「ミスが多くなる」「食欲が減る」「人づきあいが減る」「サポートを求めなくなる」「不自然なほど明るくふるまう」などがあります。それでは、こうした方々にどのようにアプローチしたらよいでしょうか。

支援するタイミング(時間)は、残業でみかけたとき、メールで直接尋ねる、メールなどでまず呼び出す、などが考えられます。しかし何より大事なのは、ライ

ンケア支援です。上司と部下の間で、定期的な一対一面談を設けておくことで、スムーズな支援を始められます。イエローサインの有無にこだわらず、定期的、または必要時にいつでも相談できるようにすれば、メンタルヘルスの問題を抱える方を発見しやすくなります。

では、どのように声をかけたらよいのでしょうか。まずは、睡眠や食欲などの扱いやすい症状から確認します。そして、睡眠の問題などのイエローサインが出ていると思ったら、リスク評価のために「自分を傷つけるようなことを考えていないか」「死にたいと思っていないか」ということも尋ねてください。ただ、それは最後の最後に尋ねるようにしてください。うつ症状を直接的に尋ねるのが難しい場合は、PHQ-9(こころとからだの質問票)の日本語版を手渡して、「物事に対してほとんど興味が無い」「憂うつになる」などの程度を記入してもらうだけでも、うつの評価が程度できます。

次は、「決めつけず、批判せずに話を聴き、コミュニケーションをとりましょう」という傾聴のステップです。その際に必要なものは、場所、時間、人(自分)です。特に、会社ではみんな忙しい中で、どうやって時間を取るか、ということが課題になります。調子が悪そうで気になる人がいた場合、自分の次の仕事なども考慮しながら「今から10分だけは、この人のために時間を使おう」と心づもりをすることが大事です。話を聴くことは大事ですが、あらかじめ使う時間を決めて、自分の業務に支障が出ないようにするのです。

傾聴の相手が「もう駄目です」「死にたいくらい、しんどい」などと明かすと、直ぐに「こうしたらいいんじゃないか」と打開策を提示したくなります。ですが、まずは相槌をうって話をきちんと聞いてあげることから始めてください。そして、ネガティブな言葉が出て来た時は特に、相手の言葉を繰り返したり、わかりやすく言い直したりしてください。

そして、相手の気持ちや感情を推測し、言葉で返してください。例えば、「もう駄目なんです。死にたいくらい」という人に「死にたくなるくらいお辛いんですね」などと返します。相手の感情を言葉に出来ると、「状況のみならず気持ちまで分かってもらえた」と、

相手は満足を得られます。こうした傾聴の基本ステップを踏んだ上で、アドバイスをあげることが大事です。

次は、「安心につながる支援と情報を提供する」、というステップです。これは重要ですが、なかなか実践できない所でもあります。ですが、うつ病の可能性があるとされた人には、自信をもってそれを伝えることが肝心です。例えば、「私は専門家じゃないから詳しくは分からないけど、前に参加した講習会でうつのことを聞いたときの症状と、あなたの今の様子はなんだか似ているのよね。もしかしたら、うつっぽくなっているのかもしれないよ。うつはこのストレス社会では誰でもなりうる病気です。うつと聞くと驚くかもしれないけど、今は薬などできちんと治療すれば良くなるんだよ」などと伝えることを、我々は研修会で提唱しています。

ここで伝えるべきポイントは、うつは医学的な病気であつて珍しくなく、弱さや性格の問題ではないこと。ましてや怠け病ではなく、やる気を障害する病気であること。効果的な治療法があり、医師やカウンセラーからよい助けが得られること。治すには少々時間がかかるかもしれないけれど、適切な治療を受ければきちんと良くなること、などです。相手が安心して回復の望みを持てるように、自信を持って情報を提供してください。

うつ病という言葉を使うことで、相手が落ち込んだりしないかと悩む方もいます。確かに、うつ病にまだ偏見を持っている方もいるかもしれません。ですから、うつっぽいとか、こころが疲れているとか、そのような言葉に置き換えて伝えても大丈夫です。

あと、職場でよくあるのが、相手の今の状況では実現不可能な自分の経験談を話してしまうことです。「海外旅行に行ったら良くなるよ」などです。このようなことを言われると、特に若い方は「説教されている」「ダメ出しされている」などと感じる場合があります。ご自身の体験を話す際は、慎重に、短めに伝えてください。

自分の思い通りにならないと、相談時に攻撃的になったり、被害的になったりする部下もいるはず。こうした人は、新型うつや現代型うつの可能性がある

かもしれません。ご本人は「自分は重いうつ病であり、休みが必要だ」という自覚が強いものの、症状の出現は職場や登校中に限られ、その他の時間は割と元気に過ごせる特徴があります。ただ大事なものは、自殺される方もいなくはないので、きちんと対応する必要があります。休養と服薬だけでは不十分で、リワークや関わり方を学ぶ集団精神療法が効果的です。

こうした新型うつの方の特徴は、「回避的」「不平不満」に加えて「自己肯定感の低さ（自信のなさ）」があります。周囲への不平不満や攻撃の背景には、「自信のなさ」からくる心細い面があるのです。ですから、「自信のなさ」を強く持っている方には、積極的に出来た部分を褒めるようにしてください。

続いて、「専門家のサポートを受けるように勧める」というステップです。先に申し上げたように、「もしかしたらうつっぽくなっているかもしれませんよ」などと言って、精神科や心療内科、保健師などへの相談を勧めます。更に、その他のヘルプやサポートも大事です。精神疾患の治療は精神科医だけが担うわけではなく、友人や家族、会社、地域、精神疾患を経験した人、自助グループ、セルフヘルプ教材などで支えています。また、自分なりのリラックス法を持っているかどうかも大事です。

「周りの人が支援してくれている」と感じている人の方が、うつは回復に向かいやすいと言われています。うつで休職したことを職場で共有していない場合、復職に失敗することがよくあります。秘密にするよりも、うつで休んでいたと明かした方が周囲の気遣いが得られ、仕事に戻りやすくなります。

メンタルヘルス・ファーストエイドについて、より具体的には、2021年6月に出版した「メンタルヘルス・ファーストエイド 心の応急処置マニュアルとその活用」（創元社）をご参照ください。

最後に、コロナ禍との関連で少しお話しします。まず、在宅ワーカーのこころの不調サインに気づくコツです。非言語的な表情やボディランゲージの観察は、電話やテレビ会議では難しいので、口調や話し方に特に注意してください。また、「締め切りに間に合わない」「時間外（特に深夜）のメール発信」などは、在宅で

も把握しやすいイエローサインです。

在宅ワークでは、職場チームの定期的なミーティングの立ち上げが役立ちます。少し調子が悪そうな人には、プラスアルファの時間を作るとよいと思います。ただ、ウェブチャット技術を使用して会話する際の絵文字の使用には、リスクな面があるので注意してください。絵文字は、人によって違うことを表現している可能性があるためです。

こうしたオンラインを通じて調子が悪そうな人に気づいたら、まずはこのオンラインの会話が周囲の人に聞かれていないかどうかを確認することから始めましょう。本人の周りにパートナーや子どもがいる場合は、別の場所に移動できるかどうか聞いてみるとよいでしょう。

オンラインは対面に比べて、言葉の役割が大きくなります。相手のことを心配している時は、言葉でしっかり伝えてください。そして、頷いたり、「なるほど」「はい」などのあいづちを対面の時よりも多めにとつて、「伝わっていますよ」「わかっていますよ」というメッセージをしっかり伝えてください。「今はあなたにとって、本当に苦しい時ではないかと心配です」などと、言葉で共感を表現することも大事です。会話の途中で相手が非常につらくなった場合は、後日、改めて連絡していいか、許可を求めるとよいでしょう。緊急の対応が必要になる場合も想定して、緊急サービスなどに連絡できるように携帯電話を近くに置くようにしてください。「いのちの電話」など、すぐに利用できる情報ソースの紹介も重要だと思います。

コロナ禍では「コロナ偏見」「自粛警察」ということが一時期言われました。私たちが会社員約1000人を対象に最近行ったオンライン調査では、自粛警察的になったり、「自粛しましょう」という気持ちが強かったりする人ほど、実は本人の抑うつが強いことが分かりました。周囲にいる自粛警察的な人は、もしかしたらご自身が抑うつのになっているのかもしれない。また、ひきこもり研究ラボ@九大のホームページでは、「ひきこもり度チェック」などもできますので参考にしてください。

**Q.** ひきこもりになった場合の回復プログラムはありますか

ファーストエイドのプログラムでは、自殺念慮などを聞くようにお伝えしているのですが、「ある」と言われてもリモートでは対応が難しいことが多いと思います。ですからそこまで踏み込まずに、抑うつや不安の有無を聞くくらいにして、そうしたものがあれば早めにダイレクトな面談を設けるようにすると、より安全だと考えています。

**Q.** メンタルヘルス・ファーストエイドは周囲だけでなく、本人のレジリエンス向上にも役立ちますか

周囲の方だけでなく、ご本人のセルフケアにも十分役立つと思います。「こころのことに触れるのが怖かったけれど、メンタルヘルス・ファーストエイドを知ってから、安心して生活できるようになった」という方が多いです。

第 2 回 2021.10.03

# 認知行動療法的アプローチを使った 働く人のメンタルヘルス・ マネジメントのコツ



## 中川 敦夫 先生

慶応義塾大学医学部精神・神経科学教室 特任准教授  
慶応義塾大学病院臨床研究推進センター 教育研修部門長

メンタルヘルスに関連した労災請求件数は、この20年間で約10倍になっています。このような流れの中で、2000年には厚生労働省の「事業所における勤労者の心の健康づくりのための指針」でラインケアが重視され、2015年にはストレスチェック制度が始まりました。2018年には働き方改革に関する法律も整備され、長時間労働の是正などが行われてきました。

また、2020年からのコロナ禍によって、働き方を急に変えなければいけない状況が生じました。多くの企業がリモートワークの導入を行い、急激なオンライン化が進みました。一方で、働き方改革も進められてきたので、柔軟な労働時間や働き方、休暇制度の導入、時間外労働時間削減と電子管理化、オフィスのデスクをなくすフリーアドレス化、などが行われました。

更に最近では、「ダイバーシティ&インクルージョン」という新しい概念が登場し、障害も性別も人種も問わず、様々な方々が一緒に働こうという流れが出てきています。多様な働き方が求められているのです。一方で企業においては、重要目標達成指標(KPI)を設定し、達成を目指すところも出てきています。このように職場は、非常に様々な対応をしていかなければならない現状にあります。

リモートワークの急激な進展によって、オンライン会議の弊害も生じています。映像疲れ(ズームアップや画像が切り替わる時のズレなどのリアルとの不調和、非言語的コミュニケーションの不足、言語的コミュニケーションの減少、眼精疲労)、音声疲れ(音声のズレや音声の重なり)、認知疲れ(様々な操作を要す

るマルチタスク、話している人の顔がアップになる威圧感)、身体の疲れ(座り過ぎ、猫背、腰痛)、ソーシャルな疲れ(鏡の不安:自分の顔を見続けるストレス)などです。

もちろんリモートワークには、通勤による疲労の軽減、仕事と家庭の両立、会社の人間関係の負担の緩和、居住場所の自由化、などのメリットもあります。一方、デメリットとして、エッセンシャルワーカーなどリモートワークを導入しにくい業種があること(業種による違い)、チームでの仕事の進め方の難しさ(従来の「ほう・れん・そう」ではうまくいかない、同調圧力の高まり)、時間管理の難しさ(仕事に終わりが無い、気分転換が難しい)、会社及び家庭での人間関係の変化、などが挙げられます。

こうしたコロナ禍の中で、企業の保健管理センターには様々な相談が寄せられています。初期の混乱期には、リモートワークによるコミュニケーションの齟齬(特に異動を伴う場合)や、働き方の多様化に伴う違和感などの相談が目立ちました。

そこから少し時間が経つと、過剰適応期となり、自宅での長時間労働化、メリハリ消失、役割の混在、孤立、業務抱え込み、などの悩みが多くなりました。そしてコロナ禍がだいぶ続いてきて、今は展開期を少しずつ迎えようとしている所だと思えます。この時期には、コミュニケーションの工夫や生活様式の再構築などの相談が多くなります。

こうした社員の相談傾向を別の角度から整理してみ

ます。「異動に伴う新たな関係構築」の対応策としては、コミュニケーション・スキルを高める「アサーション」が役立ちます。また、「若年層の孤立、業務の抱え込み、外出や対人交流制限」には「考えの整理」や「行動の工夫」、「リモートワークの長時間労働化、慢性的緊張、疲労蓄積」には「生活習慣の変容」や「問題解決の実施」、「働き方の多様化に伴う違和感、働く意味、動機づけ」には「情報収集」や「考えの整理」、「（飲み会やおでかけ以外の）ストレス解消法の模索」には「生活習慣の変容」や「行動の工夫」、などが対応策となります。

2020年の労働安全衛生調査（実態調査）によると、強い不安やストレスとを感じる事柄がある人は、54・2%にのぼります。特に、仕事の量や仕事の質、対人関係などがストレスとなっているようです。一方で、90%の人はこうしたストレスについて相談できる人がいるとおっしゃっています。ただ、そのほとんどがご家族や友人、上司や同僚で、産業医や保健師・看護師、外部カウンセラーに相談している人は多くありませんでした。こうした結果から、セルフケアの向上、人間関係の改善、専門職への相談、などが更に大事になってくると考えています。

企業においては、従業員の健康を重要な経営資源と考える「健康経営」という観点からも、働く人たちのメンタルヘルス／wellbeingの保持・増進に取り組む動きが活発化しています。メンタルヘルスという言葉は、海外では精神疾患や精神障害という意味合いで使われていることが多いので、イギリスなどでは最近、メンタルwellbeingという言葉を使うようになりました。健康な方もより健康に、ということです。wellbeingの要素としては、「個人のストレスマネジメント力の向上」、「ライフスタイルケアの向上」（睡眠、運動・身体活動、食事、アルコール、喫煙）、「職場でのコミュニケーション力と問題解決力の向上」、の3つが挙げられます。これらは、認知行動変容アプローチによる支援が大切で、今日は特に、ストレスマネジメント力・コミュニケーション力・問題解決力を中心にお話しします。

「認知行動変容に焦点づけた職場における複合的メンタルヘルス・wellbeing」の方法には、個人へのアプローチと、組織へのアプローチがあります。個人と組織、両方へのアプローチを上手く進めながら、結果的にストレスが軽減すれば、ますますその人のセルフケア能力は向上していきます。一方で、こうした取り

組みを行ってもストレス反応が持続するようであれば、面談や連携医療機関への紹介という流れになると考えられています。

ある企業で、精神的不調を示す点数がある程度高い人達に対して、認知行動療法の考えを用いたセルフケア研修を行った研究の結果をみると、インターネットを使った認知行動療法の自己学習を1か月間行った人は、行わない人よりもストレス反応が軽減され、6か月後もその軽減効果が続くことがわかりました。また、こういった研修を受けると、健康な人はより健康になる（仕事のパフォーマンスが上がる）という結果が示されました。

仕事のパフォーマンスと緊張（ストレス）との関係については、高過ぎず低過ぎない適度な緊張状態（ストレス）の時、人は最適なパフォーマンスを発揮できることが知られています。ストレスが高すぎると、脳に変化が起こってきます。例えば、脅威を非常に破局的に捉えてしまったり、自分の力や周囲の助けを過小評価してしまったりします。あるいは、「もう関わりたくない」となって、行動の回避や認知の回避につながることもあります。その中で、どうやってこれをほぐしていくかということ、破局的思考から現実的思考に変えていく工夫や、行動して確かめてみる「やってみなはれ精神」が重要になります。

脳の中の情報処理過程である「認知」に働きかけて、こころのケアを行うことも有効です。私たち人間は、危険があった時に防衛本能が出てきます。これは基本的に、ネガティブな反応になると言われています。例えば、とっさにヘビを見た時、可愛いなあと思って近づこうとはしません。逃げるか叩くか、どちらかになると思います。これが防衛本能です。私たちは、放っておくとネガティブになりやすいのです。そのような状態で情報が少なくなってくると、的確な判断ができなくなります。

正しい判断をするためには、十分量の正しい情報が必要なのです。そうすれば的確な判断ができますし、ネガティブ感情が緩和され、自己肯定感や対処能力が高まります。ですから、「情報を集めに行こう」というのが、認知行動療法のアプローチの特徴になります。

続いて、認知行動変容アプローチの活用についてお話しします。私達は日々、様々な出来事を体験してい

ます。出来事に対して、パッとその時に浮かんだ考えやイメージを「自動思考」と言います。この時、脳の中では情報処理（認知）をしていて、それで感情が出てきたり、行動をとったりします。身体症状が出ることもあります。

ということは、この情報処理をする過程で、さらに情報をどんどん集めて情報が増えれば、考えの幅が広がるわけです。どうしてもネガティブな感情や行動になってしまう場合は、この認知の部分を自動運転から手動運転に切り替えることで、問題解決をはかっています。

ネガティブな感情には、三大ネガティブ感情というものがあります。悲しみ、不安、怒りの3つを指します。これによって私達は様々な影響を受けます。悲しみは退却、不安は回避、怒りは攻撃、という行動につながります。私達はこの三大ネガティブ感情を変えたいのですか、感情をダイレクトに変えることは難しいので、認知や行動を変えることで感情も変えていこうというのが、認知行動療法のアプローチ（認知行動変容アプローチ）です。考えを見直すか、行動を見直すか、ということになります。

私達が、問題解決ができなくなる背景には4つのポイントがあります。情報不足（限られた情報で判断している）、問題とゴールがあいまい（何に困ってどうなりたいかが不明確）、具体的な行動が思いつかない（どうしたらいいかわからない）、感情的・情緒的に判断する（アドバイスを受けても「無理だ」と考えてしまう）、という4つです。認知行動療法ではこの4つのポイントにアプローチし、問題解決のために重要な、合理的な判断力が得られるようにします。

「感情的・情緒的に判断する」という部分をもう少し詳しくご説明します。私達がこのような判断になる時には、思考のエラーが生じています。思い込みがどんどん強くなったり、白黒思考（完璧主義）や「べき思考」（～すべきだ、という融通の利かない思考）に陥っていたり、自己批判（自信がない）や深読み（疑り深い）や先読み（悲観的）をし過ぎたりしています。

余裕がなくなってくると、「いつも」「決して」「どうせ」「やっぱり」「絶対に」「何をやっても」「私が悪い」などの決めつけ言葉がたくさん出てきます。でも、こうした思考と現実とは違うことが多いので、「事実

目を向ける」「今に目を向ける」ための情報集めをしていこう、という話になってきます。

そこで、認知行動療法では「コラム」（思考記録表）というものを使うことがあります。ここに状況や気分、自動思考、根拠、反証などを書き込んでいくことで、考えと事実は違うことに気づき、もっと情報を集め、前向きな考え＝次につながる考え、ができるようにしていきます。「とっさの判断にしばられない」「現場で情報を収集する」「工夫につながる考え」が、ここでのポイントになります。これをセルフケアでも行えば、良いのではないかとされています。

「問題とゴールがあいまい」という部分も、もう少しお話しします。困っている人の多くは、そもそも何に一番困っているのか分からなくなっています。そうすると、大目標と小目標に分けて目標を整理することが大事になります。全般的目標（大まかな達成目標）と、具体的目標（具体的に行う小さな目標）に分けて考えるのです。

また、「具体的な行動が思いつかない」場合は、気分に関わらず行動することが大切です。活動することで、気分の改善を図っていくのです。やる気が起きるまで活動しないのではなく、活動を通してやる気を呼び起こしていきます。その際には、「やる気スイッチ」を探すことも大切です。過去にやって良かった活動や、やりたかった活動を試してみたり、考え過ぎないで済む活動（片付け、漫画を読む、喫茶店で息抜き、部屋を飾るなど）に取り組んだりします。また、気分がそぐわない活動（明るい服を着る、鼻歌を歌う、わざとニコニコする、外食するなど）にもチャレンジするとよいでしょう。ゆっくり風呂に入るとか、寝室でお香を焚くとか、何もしない活動でもOKです。自分なりのやる気スイッチを持っておくと言われてます。

「元気が出る行動のコツ」としては、こころの中の障害物を取り除く（「自分にはできない」と決めつけない）、楽しい行動ややりがいのある行動を増やす（健康行動）、できることから少しずつ、活動に集中する、大きな喜びよりも小さい喜びの積み重ねが大切、などがあります。

「情報不足」に関しては、円滑なコミュニケーションを図ることが大切です。それは、自分を伝える力と、

相手から引き出す力（聴く力）、この両方の双方向性で成り立っていると理解することがポイントです。相手から引き出す力としては、安心力、観察力（汲み取る力）、共感力、質問力、言語力が挙げられます。聴く力というのは、漢字にも耳だけではなく目と心という字が入っている通り、目も心も使った非言語的要素が重要になります。

メラビアンの法則というものがあり、実をいうとコミュニケーションの7%だけが言語情報で、大部分は視覚情報（55%）と聴覚情報（38%）とされています。「全体的なイメージ・雰囲気」「穏やかな微笑み」「アイコンタクト」「話し方や声の大きさ、スピード」「言葉かけ」「髪型や服装」などの非言語的コミュニケーションが非常に大切なのです。

先ほど挙げた安心力は、心を開いて話せる場の設定によって高まります。何か相談に乗る場合には、話を聴く環境を整えて、席の配置を考え（真正面よりも90度の位置）、同じ目線で、相手と適度な距離（パーソナルスペース）をとって対応します。

コミュニケーションは、①アスク、②関係性の形成、③重要な質問、という3つの流れで進めるとよいと言われています。①「どうしましたか？」（その人への

関心・現実に目を向ける）②「～なんですね」（共感的な言い切り）③「～なのでしょうか」（原因探しより手立て探し）という順になります。こうした会話の組み立ては、ソクラテス式問答と言って、認知行動療法のテクニックのひとつです。答えを最初から教えるのではなく、情報収集をし、現実に目を向け、一緒に考えていくことで、本人が気づきを得られるようにしていきます。

相手が話しやすくするコツとしては、あいづちを打つ（へえ、そうなんだ、なるほど）、順接の接続詞を使う（それで？それから？そして？）、相手の言葉を繰り返す、といったことになります。また、共感のコミュニケーションのコツは、相手の感情を聞く、相手の話を言い換える、相手の話をまとめる、という3つがポイントになります。

整理しますと、コミュニケーションのコツは、双方向性を意識することです。「気持ちを受け止めよう」（責め言葉は何の役にも立ちません）、「こころセンサーを大切に」（大丈夫と決めつけなくて情報収集を）、「質問の仕方に注意」（質問を畳みかけない、NOという返事が続かないようにする）、「『なぜ』ではなく『どのように』」（原因探しより手立て探し）、ということがポイントになります。

**Q.** メンタル不調者に対する認知行動療法は、不向きな方もいるのですか

認知行動療法の適応対象者については、現在、AMED（日本医療研究開発機構）で最適化ツールを開発しています。その中でも述べられているのですが、「問題解決に取り組むんだ」という姿勢が共有されているかどうか、まずポイントになります。問題解決に取り組むのがまだ苦しい人は、厳しくなってきます。

また、問題を整理しながら取り組めるだけの状況にあるか、それを手伝う人がいるのか、ということもポイントになります。すごく切迫している問題があるとか、集中困難や焦燥が目立つとか、そういう人もあまり適さないのではないかと思います。

**Q.** 社内研修で認知行動療法を紹介したいのですが、レクチャーするには資格が必要ですか

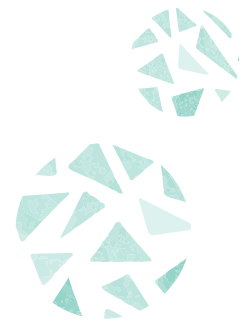
認知行動療法となりますと、何らかの疾患がある方に治療目的で行う医療の話になり、医療として行う場合は資格が必要になります。しかし、今日お話ししたようなコミュニケーションですとか、認知行動変容アプローチは、もともと心理学の学習理論からスタートしているので、資格は特に必要ありません。ただ、何か医療的な問題がある場合は、医療の方につなげることがポイントかと思います。



第 2 回 2021.10.03

# 自殺予防のための基礎知識

## —自殺の実態について—



### 張 賢徳 先生

日本うつ病センター・六番町メンタルクリニック院長  
帝京大学医学部 客員教授  
一般社団法人日本自殺予防学会 理事長

本日はまず、数の上から見た日本の自殺について振り返っておきたいと思います。日本の自殺者数は1998年に激増し、以来14年間、「年間自殺者3万人」時代が続きました。2012年にようやく3万人を下回り、以降、右肩下がりで順調に減っていました。コロナ禍までは。

2019年には、もうすぐ2万人を切ろうかという所まで減ったのですが、コロナ禍が始まった2020年、11年ぶりの増加に転じてしまいました。今もまだコロナ禍の中にあり、自殺が増えているという深刻な状況にあります。

2012年に自殺者数が3万人を切ったといっても、実のところ、全然手放して喜ばませんでした。日本の自殺率は、先進国の中では一番高いといってもいい状況が続いているのです。自殺者数が順調に減っていた2015年のデータで見ても、先進諸国の中で自殺率が一番高くなっています。日本は今でも自殺率が高い国だということを、ぜひ知っておいていただきたいと思います。

それでは、1998年の自殺者の激増は、どうして起こったのでしょうか。1997年には24391人だった自殺者数が、1998年には32863人になりました。単年度で35%も増加したのです。驚くべき事態があったわけです。どんな人の自殺が増えたのかということ、40代半ばから60代の男性で、女性の自殺率にはほとんど変化がありませんでした。つまり、働き盛りの男性の自殺が激増したのです。

一体、何があったのでしょうか。振り返ると、1997年は日本にとって大変深刻な事態がありました。山一ショックに代表される大きな経済不況です。銀行や証券会社の倒産が相次ぎました。翌98年には、日債銀や長銀が潰れました。そうした時期に、働き盛りの男性の自殺が激増したのです。そして、そのような状況が10数年続いてしまいました。

メディアでは、自殺者の激増と経済問題との関係を一齐に報じましたが、それはあながち印象論ではないのです。日本人男性の自殺率と完全失業率との相関は、見事に一致することが分かっています。一方、女性はというと、全体で見ると経済問題との相関はみられません。ただ、全然影響がないのかというと、そうでもなく、「管理職女性」という括りで以前の自殺者数をみると、完全失業率の高まりによって自殺者数は増えていました。日本は先進国の中でも女性の社会進出が遅れていて、男性並みに働いている女性が少ないということが、この相関の背景にあるのだと思います。

では、コロナ禍の今はどうなっているのでしょうか。これもまず、自殺者数から見ていきます。コロナ禍の前の2019年と、2020年、2021年の月別の自殺者数の推移を見ると、1月はほとんど同じでした。そして2月以降、6月までは20年が19年を下回っていました。去年(20年)は、2月に横浜港でのクルーズ船の大騒動、3月には各地で感染者の報告が相次ぎ、4月に1回目の緊急事態宣言が発令されました。そのような中で、いきなり経済的な打撃を受けた業種も出てきたわけです。飲食やホテル・観光などの業種です。

そして、7月になっていきなり自殺者が増えて、8月、9月と高止まりして、10月には自殺者数が月間 2199 人まで跳ね上がりました。11 月、12 月と下がってはきたものの、それでも対前年を上回る高止まりです。年が開けて今年になっても、前半は高止まりの水準で推移しました。7月になってようやく下がってきて、8月は横ばいですが、まだこの先どうなるかわかりません。決して楽観できる状況ではありません。

20年の6月から10月にかけてのたった4か月の間に、自殺者数は対前年比で40%増えました。先ほどご紹介した1997年から1998年にかけては35%増でしたので、40%という数字は大変なことなのです。

20年後半の激増で特徴的なのは、女性の伸び率が非常に深刻な状況になっているということです。この事態を受けて、疫学の専門家からは、経済問題の内容の変化による影響が指摘されています。「2020年の自殺率上昇は、宿泊業や飲食サービス業などの内需型サービス業との関係が強い」「それ以前の経済危機時では、輸出型大規模産業と関係していた」「今回の女性の自殺率上昇は、宿泊業・飲食サービス業における女性就業率の高さと女性の非正規雇用率の高さが関係していると考えられる」などの指摘です。

しかし、自殺予防を具体的に考える場合、その理解だけでよいのでしょうか。経済問題などの社会的要因には、もちろん目を向けなければいけません。それだけで本当に自殺が起こるのでしょうか。自殺予防に特化して考えたならば、「人はなぜ自殺するのか?」という観点から、もう少し詳しく考えなければいけないのではないのでしょうか。

メディアでは、倒産自殺、リストラ自殺、過労自殺、いじめ自殺、指導死(自殺)、コロナ自殺、などの言葉がよく使われます。このような「直観的に刺さる(入ってくる)」言葉は理解されやすいのですが、それだけの理解で終わってしまうと、個別にどんなことが起こって自殺に進んでいくのか、というところが見えなくなります。

自殺予防を考えるためには、自殺の実態を知る必要があります。入口のネガティブなライフイベントと、

結末としての自殺の間の中身はどうなっているのかを、考えることが大事です。倒産の憂き目にあった社長が全員自殺するわけではありません。どんな人が自殺の方向に進んでいくのか、ということを考えないといけないのです。それが、自殺の実態調査です。

実態調査では、統計的な数だけでは見えないものを探る必要があります。そのような調査方法が、自殺研究では1950年代にアメリカで始まり、「心理学的剖検」と名付けられました。「剖検」というのは、死因を同定するためにご遺体を解剖することを指しますが、自殺の実態調査ではご遺体の解剖はしません。解剖するくらい精緻に、亡くなられた方の心理的な面を解明する作業になります。重要な情報源は、ご遺族のインタビューです。ですから、この調査を成立させるためには、ご遺族の協力が不可欠です。日本では、高い協力率を得るのは難しいことが分かっているのですが、諦めずに取り組んでいかなければなりません。

欧米の論文などを見ると、この手の調査の協力率は軒並み90%以上で、100%の協力率を得ているものもあります。そして十分な調査が行われることで、色々なことが分かってきます。その中で非常に重要なのが、「自殺した人のほとんどが、自殺時に精神医学的な診断がつく状態だった」という事実です。

自殺で亡くなられた人の、自殺時の精神医学的診断を示すデータ(WHO公表データ。日本の調査は含まれていない)を見ると、圧倒的多数が、自殺時に何らかの精神科診断名がつく状態だったことがわかります。診断がつかない人は3%しかいませんでした。一番多いのが、うつ病や双極性障害といった気分障害で、2番目がアルコールやドラッグの乱用・依存による物質関連障害です。アルコール依存症の人の自殺率が高いことは、精神医学ではよく知られていたことですが、ドラッグの問題を持っている方の自殺率も高いことが分かってきました。

その次に自殺率が高いのは、統合失調症とパーソナリティ障害です。統合失調症は幻覚・妄想がとても有名な症状として知られていますが、抑うつ状態もよく起こります。幻覚・妄想が落ち着いた後に、うつ状態が訪れます。そして、その時期に自殺の危険が高まることが知られています。統合失調症も、自殺のこと

を非常に注意してみないといけない疾患になります。

パーソナリティー障害は、一言でいうと、性格の偏りが強過ぎて本人が生きづらさで苦しくなるか、もしくは、本人があまり苦しさを感じていないのに、周りが困ってしまっている状態です。下位分類が10種類くらい分かっている、特に自殺との関係が深いのが、境界性パーソナリティー障害と、反社会性パーソナリティー障害です。

実態調査の対象となる人は、生前に精神科にかかって、しっかりと診断や治療を受けていた人ばかりではないのですが、ご遺族の聞き取り調査をもとに、診断をつけていくという調査を進めた結果、このようなことがわかってきたのです。自殺に至るプロセスは、入り口としてはネガティブなライフイベント（リストラ、借金、離婚、病気など）があり、サポートを得られないまま精神的に追い込まれ、最終的な段階では多くの方が精神科の診断がつく状態になって、自殺プロセスが加速されていく。私はこのように考えています。

既に統合失調症やパーソナリティー障害などの精神疾患を持っている方は、このプロセスを進んでいく中で、最終段階では多くの方がうつ病やうつ状態を併せ持つ形になります。境界性パーソナリティー障害の方が「死にたい」「死にたい」と言って自傷行為を繰り返す時も、大抵はうつ状態です。うつ病・うつ状態をしっかりと評価することが、精神科が対処できる自殺対策として非常に重要になります。うつの恐ろしいところは、マイナス思考が非常に強くなったり、心の視野狭窄と言われるような状態になったりすることです。その結果、他の選択肢が冷静に考えられなくなって、「もう駄目だ、駄目だ、駄目だ」「もう死ぬしかない」という心理状態になって、自殺のプロセスが加速されてしまうのです。

このようなことを踏まえて、自殺予防について考えていきたいのですが、そもそも、どうして自殺を防がなければいけないのでしょうか。社会的に追い詰められて可哀そうだから、ということがよく聞きます。以前の私の講演会でも、こんな意見が出ました。「確かに可哀そうだけれど、最終的には自分が決めたことだから、しょうがないのでは」。とても正直なご意見ですが、多くの方が、心のどこかでそのように考えてい

るのならば、自殺予防の動きは盛り上がって来ないと思いました。

本人が決めたことだからしょうがない、受け入れよう、という考え方は、私は日本の切腹文化から来ているように思います。本人の責任の取り方だから仕方がない、というような考え方は、注意しなければならないと思っています。

私が思う自殺予防の最大の論拠は、「精神的な変調が介在しているから」です。だから、防がないといけないのです。精神的な変調が介在しているから、予防や治療の対象なのです。病的なレベルのうつ病やうつ状態になって、「死にたい」と言っている人に対して、「そんなに死にたければ好きにしてください」とは、決して言えません。これが、私が考える自殺予防の最大の論拠です。

では、数は圧倒的に少ないのですが、理性的な自殺についてはどう考えればよいのでしょうか。現代ではいえば、安楽死や尊厳死がこれに該当する典型的なものといえます。その是非については、一精神科医の意見を超えていますので、正直、わかりません。個人的には、理性的な自殺であったとしても、自殺がない社会の方がいいと思っています。私の臨床では、末期がんなどで自殺を理性的に望む人に対しても、「自殺をされたご家族はすごく苦しみますので、自殺じゃない終わり方を一緒に考えませんか」という関わり方を実践してきました。日本では、自殺のほう助は法律で禁じられていますので、絶対にしてはいけません。

それでは、次のテーマにいきます。「なぜ日本では、自殺の激増が起こるのか」ということを考えていきます。欧米では、あまりこういう現象は見られません。短期間で30%や40%も自殺が激増する現象は、どうして日本で起こるのでしょうか。私なりの考察をお話しします。

横浜市立大学が、重症自殺企図者（未遂者）564人の精神科診断を行った調査結果をご紹介します。内訳は、うつ病など気分障害（23%）、適応障害（19%）、統合失調症（15%）、物質関連障害（11%）、その他（12%）、なし（13%）、不明（7%）となりました。私が驚いたのは、適応障害が

19%も入っていたことです。適応障害は診断の定義上、うつ病よりも軽いのです。軽いうつ状態と言われるような人たちが、適応障害と診断されます。軽いうつ状態でも、本気で自殺行動をする人がこんなにもいるのかと、びっくりしたわけです。

先にご紹介したWHO公表データでは、適応障害は3%から4%でした。私はこの違いに関心をもって先行研究をいろいろ調べましたが、欧米では多くても8%や9%でした。日本では、軽いうつ状態でも自殺が起こるということを、認識しておかないといけないのです。これが、激増の素地として非常に重要なことだと思っています。

では、どうして日本では軽いうつ状態で一線を越える人が多いのでしょうか。いろいろと考えた結果、私が行き当たった概念は、「自殺に対する心理的な閾値」（自殺に対する心のハードル）が日本人（東アジア人）は低いのではないか、ということです。

私は25年ほど前、イギリスに留学したのですが、ホームステイ先の3歳と5歳の子どもがバイブルの絵本を読み、その中に「自殺をしてはいけません」と書いてあるのを見て驚きました。欧米人は、小さい頃から「自殺をしてはいけない」と繰り返し言われて育ってきた人が多いのです。ところが日本人は、私もそうですが小さな頃から時代劇を見て、美化された切腹の場面なども見て育ってきています。このような潔さ、責任の取り方があるのかと、思ってきたわけです。

このような文化的な背景もあって、日本では自殺に対する心理的な閾値が下がっているのではないかと考えています。韓国でもその傾向があって、激増が起きました。元大統領でも自殺してしまう国ですし、韓国では自殺を自決と呼んだりもするそうです。自分で決める、決断する、というニュアンスが込められているのです。そのような心理的な素地を持っていると敷居が低くなって、だから社会全体が強い影響を受けるような事態に見舞われた時、自殺の激増が起き得るということが、あるのではないかと考えています。

切腹に限らず、宗教を含む日本の社会文化的風土は、自殺予防という意識が生まれにくいのではないかと感じています。WHOが宗教別の自殺率をまとめていま

す。それによると、無宗教と考えられる国の自殺率は断トツで高くなっています。仏教も、自殺を教義で明確に禁じていることはないと言われています。決して自殺を礼賛してはいませんが、浄土思想とか輪廻転生などの考え方を持っていますので、表層的な仏教理解にとどまると、この世で辛いからあの世で、という考えで安易な自殺が誘発される恐れがあるかもしれません。ですから、どのような宗教のバックグラウンドがあったとしても、小さい頃から命の大切さを教えていかないといけない、というのが当面の私の結論になります。

そして改めて、現在のコロナの状況を考えてみましょう。経済協力開発機構(OECD)のメンタルヘルスに関する国際調査によると、日本では、うつ病やうつ状態の人の割合は、新型コロナの流行前は7.9%(2013年)でしたが、2020年には17.3%と2.2倍になっています。他国の状況も深刻で、米国は6.6%(2019年)から23.5%となり、3.6倍に急増。英国も9.7%から19.2%と倍増しました。キリスト教圏の人は、軽いうつでは一線を越えにくいのですが、日本や韓国は一線を越えやすいので、特に注意しないといけません。

さて、そこで自殺予防について考えてみましょう。ここで一番強調したいキーワードは「ゲートキーパー」です。門を守る人、という意味ですが、自殺予防ではひとりひとりがゲートキーパーになっていただきたいと考えています。ゲートキーパーが増えることにより、深刻なライフイベントに見舞われた時でもサポート不足を避けられ、自殺プロセスから脱出していくことができます。ゲートキーパーとして、自分にできることをやっていただきたいと思っています。

ただ、相談を受けた人が全部自分で解決しなければいけないのかというと、そんなことはありませんし、私にもそんなことはできません。私は診察の中で「死にたい」という相談を受けた時、ケースに応じて精神保健福祉センターの相談窓口と一緒に電話をしたり、法律の問題ならば弁護士や司法書士の助けを借りたりしています。様々な職種の人につなぐ、ということも大事なキーワードになってきます。

メンタルヘルス維持で大切なのは、サポートを求め

ること、愚痴を言うこと、仲間を作っておくこと、余力のある時には人助けをしておくこと（情けは人のためならず）、だと私は考えています。コロナ禍では、

孤立・孤独感が増していますが、感染対策の本質はソーシャル・ディスタンスではなくフィジカル・ディスタンスです。心の距離まで取ってはいけません。

**Q.** 2020 年前半の急速な自殺率の低下はなぜ起こったのでしょうか

コロナのことがこの年の3月、4月から報道され、1回目の緊急事態宣言は非常に危機感を持って受け止められました。危急存亡の時というのは、コミュニティの自殺率は下がると言われてきました。その現象が起きたのではないかと思います。強い危機感が、自殺のひとつの防御因子になったのではないかと考えています。

**Q.** 医療者の中にも、適応障害だから自殺しないと軽くみる傾向があると思います。どのようにお考えですか

欧米人の認識では、うつ病の重症度が高いほど自殺のリスクは高いと考えます。こういう一群が日本でもいるのは確かですが、日本ではそれと同じ位の数で、適応障害の人も自殺を試みています。日本では軽いうつの人でも、自殺のリスクを念頭に置くという意識を、私達は持つておかないといけないと思っています。

**Q.** 日本は自殺に対する心理的な閾値が低いのに、なぜ心理学的剖検の協力率が低いのですか

私は、日本人の自殺感には二面性があると感じています。他者の自殺は容認し、時にはリスペクトさえします。これは切腹文化の流れから来ている側面かと思います。一方で、身内の自殺は隠す傾向にあります。それをスティグマとして捉える考え方です。日本では神道の中に、死は穢れたものだという捉え方があることが影響していると言われています。また、これは私の経験からの考えですが、自殺された方は直前におかしな状態になっていたことを、ご家族は分かっているのです。しかし、精神疾患に対するスティグマによって、家族は口を閉ざしているのではないかと感じます。

# 現代のうつ病の特徴について

## 川崎 弘詔 先生

福岡大学医学部精神医学教室 教授

うつ病というのは、時代とか、我々の周りを取り巻く環境によって色々な症候が出てきたりする、変遷のある疾患です。時代の風と共に、うつ病の症候が変わる、表現型が変わる、といった部分がありますので、そういったことを本日、皆さんと一緒に考えたいと思います。

厚生労働省の統計によると、うつ病（うつ病エピソード）の患者数は 1996 年（平成 8 年）には 20・4 万人でしたが、2017 年（平成 29 年）には約 5 倍の 94・4 万人に増加しました。統合失調症の患者数は横ばいなのに、うつ病の患者数が著しく増えたのです。

気分障害の分類（DSM-IV）について少しお話しします。気分障害の中には、うつ病性障害と双極性障害があります。うつ病性障害は、基本的には抑うつエピソードが単一で、うつ病のエピソードしか出てきません。双極性障害は、躁病エピソードと抑うつエピソードを交互に繰り返します。

うつ病性障害をより細かく分類すると、うつ病性障害・単一エピソード、うつ病性障害・反復性、気分変動性障害、特定不能のうつ病性障害、に分けられます。また双極性障害は、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害、気分循環性障害、特定不能の双極性障害、に分けられません。

うつ病性障害の単一エピソードは、1 回しかうつ病エピソードがない人をいいます。うつ病性障害の反復性は、うつ病エピソードが 2 回ある人、気分変動性

障害は、うつ病エピソードというには少し軽いのですが、軽度の抑うつが長い期間続いている人になります。双極性障害の双極Ⅰ型障害は、躁病エピソードとうつ病エピソードがフルで交代するもの、双極Ⅱ型障害は、うつ病エピソードと軽躁病エピソードが交代するものを指します。気分循環性障害は、抑うつも躁も軽度ですが、これを何回も繰り返す状態です。

私が医者になった 1984 年くらいは、1800 年代の終わりに精神医学の基礎を作ったクレペリンの教科書に基づく概念や分類が基になっていました。うつ病の病因による分類を身体因性と心因性に分け、それぞれのファクターの強さによって、身体因性が高いものを身体因性うつ病、心因性が高いものを心因性うつ病、その間にあるものを内因性うつ病、という分け方をしました。

内因性とは、原因が分からないけれども素因が大きな影響を与えているのではないかと考えられるものです。内因性を更に、双極性、単極性、退行性のうつ病というふうに分けていました。退行性のうつ病とは、主に 50 代以降に抑うつを発症するものと呼んでいました。

ここで、うつ病の症状を少し復習してみます。うつ病には精神症状と身体症状があり、精神症状は大きく分けて 3 つあります。気分障害と、欲動障害と、精神運動障害です。気分障害には、抑うつ気分（憂うつ、挫折感、絶望感）、興味・関心・喜びの喪失、無価値感・自信喪失、気分の日内変動などがあります。欲動障害には、意欲低下、食欲低下、睡眠欲低下、性欲低下（外

見やおしゃれに気を使わなくなる等も含む)、などがあります。また、精神運動障害には、思考や行動の障害・精神運動制止（頭の回転が普段よりも遅くなる、行動が普段よりも遅くなる）、自責感・罪責感、希死念慮（自殺念慮）、不安・焦燥、などがあります。

身体症状（身体的不定愁訴）としては、全身倦怠感、頭痛・頭重、めまい、肩こり、動悸・ため息、胸やけ・悪心、食欲不振、不眠、眼がかすむ、耳鳴り、手足のしびれ・冷え、便秘・下痢、性欲減退、などが起こってきます。

いわゆる古典的なうつは、メランコリー型と呼ばれています。その特徴としては、責任感が強い・完璧主義・几帳面・真面目、人に仕事を振りにくい・嫌と言えない、発病してからかなり時間が経過後に受診、仕事もそれ以外も何もかもできなくなる、多少の変動はあるも基本的にはうつ状態が続く、周囲への自責感・罪悪感が強い、休職することへの抵抗感が強い、早い職場復帰・休職期間の短縮を望む、治療者・医療機関への信頼感はある、などが挙げられます。このうつ病をプロトタイプとして念頭に置きながら、後にご紹介する現代型のうつ病を理解するとよいと思います。

うつ病の診断は、かつてはクレペリンからつながる教科書に記された概念を理解して行う診断でしたが、医師によって診断が全く異なることが生じやすい弊害がありました。そこで、ICD-10やDSM-5などの診断基準が普及し、うつ病の診療は大きく変化しました。薬物療法にも大きな変化があります。かつては、三環系抗うつ薬という副作用が強い薬が使われましたが、2000年代くらいから新たな抗うつ薬（SSRI、SNRI、NaSSA、セロトニンモジュレーター）が登場し、これらの薬は安全性が高くなっています。また、安全性の高い非定型抗精神病薬（第2世代・SGA）を抗うつ薬に少量加える方法なども登場し、多彩な薬物療法が可能になっています。

ただ、最近は抑うつ状態の鑑別が非常に困難になってきました。併存疾患が非常に多様になってきているのです。昔は、うつ病という表現型しか見えてこなかったのですが、その背後に注意欠如・多動症（ADHD）や、アルコール依存症、嗜癖、不安障害などがあったり、知的障害があったりと、そういった様々な併存疾

患が見えてくるようになり、鑑別診断が難しくなっています。それに加え、世代や世相の影響もかなりあると思うのですが、「現代型うつ病」と言われるような、新たな病態かもしれない様々なうつ病の病型が現れてきています。

それでは、診断基準が臨床で普及したことで、何が変わったのでしょうか。操作的診断、あるいは診断基準が普及し始めた当時、私も若いお医者さんたちと一緒に勉強しました。実をいうと、診断基準には畏みたいものがありまして、これを勉強してしまうと、その基準でしかものを見られなくなる恐れがあります。それ以外の感性や臨床的な鋭敏性は失われて、診断基準に当てはめることを優先するようになります。人間、易きに流れるというか、色眼鏡で見始めると、もう眼鏡を取って見るができなくなってしまうのです。

先ほど取り上げたクレペリンからつながる従来型の診断は、現在でも治療的に有用な場合も多々あります。例えば、内因性うつ病とか、神経症性うつ病という見方には、有用な場合があります。従来型の診断は、ある程度、病因に思いを馳せた診断名になっているからです。一方で診断基準というのは、ソーセージやハムを切って横断面しか見ないようなもので、その原因が何であれ、「こういう症候があればうつ病ですよ」という判断になります。病因にまで思いを馳せないことの問題が指摘されています。

それから、診断基準の普及に伴って、典型的ではないうつ病が増えてきました。メランコリー型ではない非メランコリー型の病型が出て来たことで、メランコリー型は中核群、非メランコリー型は辺縁群、と呼ばれるようになりました。うつ病では経過診断が非常に重要です。横断的診断ばかりではなく、時間軸を大事にする縦断的診断も重要なのですが、診断基準には縦断的な部分がなかなか含まれないので、横断的診断のみで判断しがちな弊害が指摘されています。

抑うつ状態の鑑別診断の困難さについて、もう少し詳しくご説明します。最近は、気分障害が軽症化していると言われます。入院治療をするまでにはいかない人たちが多くなってきたのです。ただ、日常生活機能や社会生活機能が障害されて、不十分な状態で遷延化する人が多くなりました。そして難治化する人が出て

きたり、若年化がみられるようになってきたりしています。これは新たな病態ではないだろうか、ということが言われています。

うつ病と不安障害の併存は非常に多いことが知られ、不安障害の70%～90%にうつ病が併存しているという調査があります。パニック発作（動悸や過呼吸などの自律神経失調症状が突然現れて強い不安に襲われる）、全般性不安障害（強い不安感がいつも離れず、自分では抑制できないと感じる）、強迫性障害（本人は馬鹿馬鹿しいと思いつつも、些細なことが意思に反して繰り返し頭に浮かんでくる）などの不安障害が長く続き、精神的、社会的障害が大きくなると抑うつ状態になります。そして、不安症状と抑うつ症状は互いを増悪させていきます。また、発達障害も抑うつと結び付きやすいことが指摘されています。

うつ病の新たな病態かもしれないのが、「現代型うつ病」と言われるカテゴリーです。これは、最近現れた病態かと思われがちですが、実は1970年代くらいから、非定型的なうつ病があることが指摘されてきました。その定義は難しいのですが、メランコリー型とは異なる表現型を持っていて、「非定型」「ディスチミア親和型」「逃避型」「現代型」「職場結合理型」など、いろいろな先生方の報告の中で、様々な名称で呼ばれてきました。

現代型が中核型のうつ病と明らかに異なる点は、非常に他人を責める他罰的な傾向があり、本人の人格の中に抑うつが継続しているような「病み終えない」傾向も特徴です。身体症状（身体的不定愁訴）も非常に目立って、不安が著しく強く、薬物療法に対する反応は良くありません。症状発現、意欲、活動性は、状況によったり場面選択的であったりします。ずっと抑うつ的ではなく、時々、状況や場面によって抑うつになるのです。職場では抑うつ状態になるのに、休職期間中は副業をやって活動的である、という人もいます。そして、入院が必要なほど重くはならないものの、ずっと治らない傾向があり、就労している人は休職を繰り返しやすい特徴があります。

中核群ではないうつ病の報告としては、古くは1977年に、広瀬徹也先生が「逃避型抑うつ」を提唱されました。20代後半から40代のいわゆるエリートサラ

リーマンに多く、職場の配置転換などの発病状況の下に、制止症状主体の抑うつ状態を呈する、というものでした。会社に近づくほど不安が高まるものの、休日はスポーツをするなど活発に生活する（選択的抑制）、自己愛的でプライドが高い、などの特徴が指摘されました。

また、松浪克文先生が1991年に提唱されたのが「現代型うつ」です。これは、内因性うつ病という中核群の軽症型という位置づけになります。若いサラリーマンに多い、抑うつ気分はあまりひどくない、自責感に乏しく自己中心的、職場恐怖症の心性が目立つ、休職すると復職時期の遷延や制限勤務の延長が多い、という特徴が挙げられています。その背景には、生活意識の現代的変質や現代人の性格傾向の変化を受けた、大都市における職場倫理があるのではないかと考えられました。

自治医大の阿部隆明先生が提唱された「未熟型うつ病」という概念をご紹介します。これは、発症前の20代前半までは庇護的な環境で葛藤なく育ち、職業上や家庭生活上の挫折がきっかけで、内因性のうつ病を発症する、というものです。状況依存性の抑うつに他責性を加えた状態にあり、病相が遷延・反復すると不安や焦燥がメインの病像を呈し、周囲に対して依存と攻撃性を示す一方で、ストレスが軽減されると軽躁状態になりやすい、とされています。現在、双極Ⅱ型障害との関係についての論議が活発になっています。

続いて、自治医大の加藤敏先生が提唱された「職場結合性気分障害」をご紹介します。グローバル化が加速的に進む現代の高度資本主義は、就労者にとって大きな試練であるとし、多くの職場がコンピューター管理を通して、就労者に対して、顧客への細やかな気遣いを徹底する他者配慮性を前面に、職場全体が完全主義、他者配慮、良心性を旨とする方向に進んだ結果、このハードルの高い課題にこたえる途上で、うつ病や双極性障害をきたす事例が増えている、と指摘されています。

次は、樽味伸先生が2005年に提唱した「ディスチミア親和型うつ病」です。これは、現代型うつ病の最も考えやすい典型例のひとつだろうと思います。その特徴は、規範を嫌う、10代から30代、仕事熱心



にならずに「やる気のなさ」が出る、漠とした不安全感・心的倦怠、回避的行動、他罰的・自責感が目立たない、衝動的な自傷・自殺企図、職業的役割意識が希薄、社会的役割への同一化よりも自己自身への愛着の優先、うつ病の診断に協力的（自称うつ病）、うつ病の存在の確認・「うつの文脈」からの離脱困難、慢性化、薬物反応は部分的、などとされます。背景としては、地域的、家族的、職業的役割意識の崩壊、があると考えられています。

次に、「非定型うつ病」についてです。これは1950年代から提唱されてきた非常に生物学的なうつ病なので、社会情勢がとても影響する現代型うつ病とは形が違います。過眠、過食が前面に出て、とても敏感な性格で、気分の反応性が著しいという特徴があります。

さて、現代型うつ病とその対策についてですが、現代型うつ病では、多少活発だという程度の軽躁状態、不安症状が強い、他罰性が強い、軽度な発達障害の要素がある、というような課題が生じてきます。病気としては重くないけれど、会社として困っている事例性の高い症例が少なくありません。軽躁状態では職場でトラブルとなる場合もあります。発達障害があると、コミュニケーション障害のために「変わり者社員」のレッテルを貼られがちです。治療では、薬と休養だけではなかなか良ならず、リワークプログラムのような集団の場での治療を行う必要が生じてきます。

このような人は、主治医に主観的な辛さは話しますが、職場のことを客観的に伝えることがなかなかできません。心理療法は必要ですが、自分の考え方を変える方法を学ぶだけでは、職場でうまくいくとは限りません。うつ病には、本人が持つ能力の問題が背景にあることも少なくないので、なかなか職場に戻せないこともあります。

うつ病の概念は時代によって変遷します。変遷の因子が何なのか、社会精神医学的な視点が必要です。おそらく今は、規範、個人主義の台頭、核家族化、地域社会の崩壊、資本主義の成熟、男女の役割の消失、葛藤の対象の変化、などが因子になるのかもしれませんが。現代ではインターネットの影響も無視できません。

私が編集委員をしている DEPRESSION JOURNAL (デプレッション ジャーナル) という雑誌で、2020年10月から約1か月間、精神科医155名に現代型うつ病についてのアンケートを取りました。それについて少しお話しします。

典型的なメランコリー型ではない非メランコリー型うつ病患者はどれくらいの割合ですか、と尋ねたところ、60%から69%という回答が一番多く、70%から79%という回答が次に多くなりました。臨床現場では、70%くらいの患者さんが非メランコリー型だ、という先生が最も多かったのです。非メランコリー型うつ病の特徴としては、「状況反応性の気分変化が顕著」という指摘が最も多く、「自責感が強く他罰的である」「努力放棄や状況からの逃避行動が多い」という特徴も多くの先生が挙げました。

症候学的なタイプとしては、未熟型うつ病が一番多く、次にディスチミア親和型が多くなりました。併存する精神疾患としては、パーソナリティー障害が最も多く、発達障害の自閉スペクトラム症、不安障害、双極スペクトラム障害、と続きました。非メランコリー型うつ病の診断に際しての、病前性格・診断名・適応障害との鑑別については、病前性格を重視して家族を含めて詳細に尋ねる、という回答が最も多く、その中ではメランコリー親和型、ディスチミア親和型の性格が最も多くみられました。DSM-5の適応障害については、診断基準に従って鑑別している、あるいは、あまり厳密には鑑別していない、という方がほとんどを占めました。それで、適応障害の診断が多かった、ということになります。

非メランコリー型うつ病の症候学的サブタイプ概念としては、こうしたサブタイプが報告されて議論はされてきたのだけれど、「臨床的には有用ではない」という意見が最も多くなりました。

最後に、コロナ禍におけるメンタルヘルスについて少しお話しします。新型コロナウイルス (COVID-19) の流行前と流行中の抑うつ症状の有病率は、海外の論文では8.5%から27.8%へと著しく増加しています。男性も女性も約3倍増です。このようなこともあり、コロナ禍から回復するためには「メンタルヘルスなしには健康がない」、とも言われています。

COVID-19 による後遺症としては、疲労感、頭痛、注意障害、脱毛、呼吸苦などが多く報告され、不安と抑うつも高い頻度で起こっています。ただこの間、うつ病で医療機関を受診した人の数はあまり変わりません。受診抑制が影響しているのかもしれませんが。

また自殺率の変化を見ると、COVID-19 の感染拡大後、特に第 2 波発生時に女性と子ども・青年の自殺率が顕著に増加しました。新型コロナウイルスによる死者は、米国は 62 万人、日本は 1 万人とかなり違います。しかし自殺者数で比較すると、米国ではこの間、

5・6%減少したのに対し、日本では男性が 5・8%、女性は 25%もの増加を示しました。クリニックや病院には行かないけれど、重い抑うつや不安を抱える人が多くなっているのではないかと考えられます。

希死念慮や強い不安・焦燥、慢性化、頻回のうつ病相、躁状態、アルコールや薬物の依存・乱用の併存、不安症・強迫症の併存、複雑な家庭状況など深刻な慢性的ストレス要因の存在、病前の適応状態が悪い場合、産後のうつ病、などがある時は、精神科にできるだけ早く紹介・相談してください。

**Q.** 現代のうつ病診療について、先生はどのように評価されていますか

昔のうつ病診療と比べると、症状の重さに応じた治療法や、薬物療法、心理療法、運動療法などが非常に整備され、治療が標準化されました。先生によって言うことが違う、ということが少なくなっています。その反面、うつ病の患者さんが以前よりもたくさん医療機関にやって来るようになり、特に都会のクリニックの先生などは診療にかけられる時間が非常に少なくなっています。そのため患者さんが話したいことが汲み取れず、治療関係が深まらない状況も生じていると思います。その結果、患者さんのドロップアウトや服薬中断などが多くなってしまふ事態が最近目立つのではないかと考えています。

**Q.** 現代型うつで他責性が強く、自分のミスを上司のせいにして、職場が困っている社員がいます。仕事のミスをどう注意したらよいでしょうか

腫れ物に触るような遠慮がちな対応ではなく、普通に接することを心がけてください。発症の原因や犯人捜しをし過ぎないこと、とりあえずゆっくり休むように伝える、話したいことがあれば傾聴するが安易に同意しない、「君はそう思うんだね」という言い方をする、受容はするが許容できないこともある、というあたりが対応のポイントになります。

休職期間が終了しそうな時は、きちんと復職を勧める、現実的で合理的で希望の持てる言い方を心掛けるが際限のない繰り返しの休職要求には毅然と対応する、励ました方がいい場合もある、一般論や世代論で片づけない、個別対応が基本でその人に合った接し方・叱り方・ほめ方をする、という対応が原則かと思っています。

また、話し合いの場では穏やかにクールに接して敵対的・批判的にならないようにする、客観的な事実をその都度確認して理由を聞いて注意をする、そのやり取りを文書で記録する、指導や注意をする際には根拠を明示して就業規則等の例外は作らない、対応する人が代わっても同じ対応を貫いて一貫性を持たせる、というようなポイントもあります。

第 3 回 2021.10.16

# うつ病の個人精神療法を考える

## 繁田 雅弘 先生

東京慈恵会医科大学精神医学講座 教授  
東京都立大学名誉教授

1970 年代の後半、笠原嘉先生が、急性期うつ病の治療で大事な指示・教育についての 7 か条（小精神療法）をまとめました。病気であることの確認、休息の指示、自殺をしないことの誓約、治癒（寛解）までの見通しの説明、人生の決定事項の延期、病状は一進一退との説明、服薬の重要性・薬の副作用の説明、の 7 つです。

治癒（寛解）までの見通しの説明、というのは、いつごろ良くなるということが明確に言えるわけではありませんが、今後の経過を少しでも説明することで、良くなっていくと暗示することができるわけです。そこが重要なところ。一方で、病状は一進一退との説明、というのは、一進一退というキーワードが非常に重要です。ちょっと良くなった後に悪くなると、そこで早まったことをしてしまう患者さんもいるので、一進一退は回復のプロセスだと説明することが重要なのです。

それから少し時間が経過して、主観的苦痛（不安、抑うつ）が軽減したら、社会復帰に重点を移します。戻ってもらうべき場所があなたにはあるんだ、ということ伝えていきます。また、治療はご本人にも参加していただくという視点が重要で、生活史や家族史を話題に取り上げていきます。それでもなかなか治らず、慢性期に入った場合は、「必ず治るはずの病気です」と繰り返します。疲弊する家族への激励や、生活史に関する話題を積み重ねることも大事です。

遷延例になってくると、単に薬の話をするだけの診察になりがちですが、それではいけません。治療者も

「なぜ治せないのか」と無力感を感じてきますが、それでも患者さんは通い続けてくれているわけで、ということは、この治療に対して何らかの期待をしてくれている、ということに改めて考えて、今後の治療の力にすることが大事だと思います。

それから、患者さんは実際に「ここが悪い」「そこが悪い」と訴えるのですが、うつ病になって治療を始めるよりも前は、毎日、こころウキウキして生活していたわけではなく、色々な苦労や不調を感じることもあったはず。しかし、病気になると病気のことがばかりになってしまうので、病気の前の状況と比べられなくなるということも、治療者は知っておく必要があります。

「いつ治るのですか」というダイレクトな質問はめったにないのですが、ほとんど全ての患者さんが感じていることだと思います。もし質問されたら、「もうできるのに、していないことがないか」と問うとよいと言われています。家族や担当医への甘えが強ければ、距離をとったり、指摘したりすることも必要です。患者さんの主観的症狀に付き合っただけで突破口はなかなか見つかりませんので、生活の場面を話題にするということが、とても大切な視点だと思います。具体的には、何ができていないのか、何をしていないのか、それは本当に出来ないのか、というような話をします。

それから話の中では、昔の苦労した話を聴く、ということも意味があります。うつ病の時に苦労話を聞くのは良くないのではないかと、私も以前は思っていたの

ですが、実際は苦勞を乗り越えて今につながる話になるので、それは活躍の話でもあり、そうした話題の共有は意味があるのだと最近感じます。そして、精神科医がすべき一番大事なことは、「どんなに些細なことであっても希望を与え続ける」ことだと思います。

うつの場合、「休養が必要です」とよく言いますが、ずっと休養を続けてベッドの上でごろごろしていると、時差ボケ状態に陥って、たまに起き上がると強い自律神経症状などが出て余計に具合が悪くなります。そうなってしまうと切り返しが難しいのですが、「それをする少し気分が良くなるような気がする活動」を増やすことで回復につなげていきます。休養をめぐる患者さんとの話し合いそのものに意味がある、とも指摘されています。

希死念慮・自殺念慮に対しては、「それはうつ病という病気によって生じるものであり、それで自殺するのは病気の症状で死ぬことと同義」「回復可能な病気で死ぬのはもったいない」と張賢徳先生はおっしゃっています。これは患者さんにもお伝えします。そして、「全力で治療にあたるので、自殺しないことを約束して欲しい」「遺される家族の苦しみを考えて欲しい」ということもお伝えします。

うつ病に関して、家族・関係者に特に理解してもらいたいことは次の通りです。

- ◎優先順位がつけられず、何からやればよいかわからない
- ◎周囲から誘われると「断ってはいけない」と考える
- ◎そもそも気晴らしをしても楽しくない
- ◎ものの見方が否定的（「周囲の応援に応えられない自分は駄目だ」との自責）
- ◎したがって家族からの「励まし」と「気晴らしの誘い」は禁止

予後に関しては、「必ず良くなる」と言うのですが、現実としては、いろいろ手を尽くしても3分の1はなかなか良くなりません。「薬を飲んで休めばよくなる」と安易に言ってしまうと、依存や退行を引き起こすこともあります。患者さんによって、適切な言い方を見極める必要があります。

1952年に井村恒郎先生がまとめた支持的精神療法の中には、いつも私の頭を過る言葉がいくつもあります。「適応の仕方を根本的に変革しないで、ただ相手の適応能力を支えることを主眼におきながら、自然に再適応に導く」「自信を保つように助けながら、適応の困難な状況から自然に回復していくのを待つ」「治療の状況で、治療者が信頼感を持たれつつ、相手を理解し援助する態度をとることは、それだけで既に相手に安心を与えることになる」などです。

うつ病の精神療法を総論としてまとめてみます。

- ◎自分の担当する患者さんを出来る限りの確に理解することは、精神科専門医として重要。的確に理解するほど自然に共感できる
- ◎患者・医師関係の構築を第一に（治療にプラセボ効果を付加するためにも）
- ◎言語的・非言語的態度による自尊感情・自己効力感の支持
- ◎多職種の共感的態度
- ◎短時間で頻回に（回数を重ねることに意味がある）
- ◎孤独感・孤立感・無力感への共感

各論としては次のようになります。

- ◎了解できないところはきちんと質問（共感できないければ関係構築もできない。理解したいという気持ち伝えることが重要）
- ◎苦痛への共感より、実際の生活上の悩みを話してもらい共感を
- ◎誘因（仕事上のトラブル、健康上の問題）の傾聴について、元気づけは慎重に（共感に努める）
- ◎抗うつ薬への反応の兆しがあった時は自己効力感を高めるチャンス（単なる薬の効果ではなく、「薬によってあなたの回復力が引き出された」と伝える）
- ◎自主的に話す時間の確保（「聴いてもらえなかった」とならないように、ご本人が話したいことを話してもらおう。たとえ短時間でも）

さて、ここからはよもやま話になりますので、使えるなどと思うところだけを使っただけでいいかと思えます。

支持的精神療法では、症状を改善して自己評価を高めていただくことで、現実検討力などの自我機能を高

め、そうすることで適応にあった対応ができるようになる（適応スキルの回復）、ということを目指します。

例えば薬物療法が効いた時、「いったんよくなったけれど、これからずっと良い状態が続くとは限らない。ただ、よかったり悪かったり変動することこそが回復のプロセス」「再び悪くなっても、回復したことは紛れもない事実。あなたに回復する力が備わっていることが証明された」と言うておくことが大事です。

それから治療の中での視点として、大事だけれど難しいと僕が考えているのは、服薬の必要性和自己効力感とのジレンマです。患者さんは「良くなった」と言われると薬を止めてしまいがちです。薬を止めることこそ独り立ちと考える患者さんもいます。そうではなくて、いい状態での生活を維持することの方が大事だ、というふうに思ってもらうことが大切です。

その一方で、薬に依存してなかなか止められない患者さんもいます。そのような人は、薬がないと悪くなると思い込み、減薬できません。この場合は、先ほど申し上げたように「薬が治したのではなく、薬があなたの回復力を引き出した」といった説明が求められます。今治療している自分の患者さんは、どちらの傾向があるのか、なかなか難しいのですが、初期の段階から見極められるように努めていくとよいと思います。

「必ず良くなる」という回復の保証については、担当医として本当にそう思っていないと患者さんには伝わりません。心の中で「必ず良くなる」と言い聞かせながら、患者さんに言うことが大事です。ただ、若い先生はなかなか言えないのではないかと、いつも病棟の患者さんをみていて思います。病棟の患者さんは一筋縄ではいかない人が入院してきますので。僕はどうしているかという、どんなうつ病の患者さんでも症状は自然に変動し、症状が軽快する時は必ずあるので、「必ず今よりはいい時が来ます」というふうに断言しています。

妄想（例：微小妄想）に対しては、出来る限り肯定も否定もせずに関心します。妄想内容に関するやりとりはしません。それではどうするのかといえば、共感です。「そのことが頭から離れず、それが気になって苦しいこと」に共感します。「そこまで心配すれば、精

神的に消耗して当然ですね」という共感もあります。

訴えが頑固で、治療に関する提案を受け入れられない人に対しては、どうすればいいのか。「あなたは頭が働かない、働かないと繰り返しておっしゃっている。だとすれば、治療内容を自分なりに考えて、決めていくのは難しいように思います。いっそのこと、全てこちらに委ねてみませんか」というふうに私は言ったりします。それから、患者さんは同じ症状が続いていると、悪くなってきていると思うことが多いので、「そんな風に感じるのがうつ病なんです」というお話はしてもよいと思います。

なかなか改善がみられず、焦っている患者さんに対しては、私は「この病気は徐々に良くなっていくものではありません。ある時にタイミングが来て、ずっと良くなることも少なくありません」などとよく説明しています。

「復職したい。だから良くなるといけない」と焦りつつ、具合が悪くて働けないと嘆く患者さんに対しては、復職したい気持ちを丁寧に何度も聴きます。焦りを助長するのではないかと懸念よりも、働きたいという気持ちを理解してもらった、と感じてもらうことが大事だからです。「自分で無理をして良くなろうとしないこと。無理することは悪化させることで、治るのは力が抜けた時。だから回復は他人任せにして、医師や看護師に任せてみるのも手ではないか」と伝えることでよくなる方もおられます。ただ、伝え方が非常に大事で、医師や看護師に依存的になり過ぎないように注意が必要です。

「症状がよくなったと思ったら別の症状が出て来た。少しも良くなっていない」という患者さんに対しては、「良くなっていく過程では、精神症状も体の症状も徐々に減っていくわけではない。症状は姿を変えながら改善していくことが多い。だから症状が変わるのは回復しつつある証拠。あなたが回復のプロセスにある証です」とお伝えします。

悪い方にばかり考えてしまう人には、「悪い方へ考えるなどと言われても、それはできないもの。しかし時には、良いことでも悪いことでも、何でもいいので他の事を考えられませんか」「一時的にでも悪いことを

考えない時間があつたなら、それは良くなってきているサインです」とお伝えするとよいと思います。

治療を続けてもどうしても良くなりならず、患者さんが治ろうとしていないように思えることもあります。そんな時は「もう治らなくても仕方ないと思いますか」「何を期待して通院（入院）しているのですか」「あなたの期待に応えたいが、あなたの期待はどこに？」などの質問をしてしまいたくなります。そんな時は、治療の仕切り直し（入院→外来、外来→入院、転院）の時期だと思います。治ろうとしていない患者さんを治

すことは難しいし、できません。他の選択肢を提示した方がお互いのためだと僕は思います。

前医で年単位の治療を受け、薬を何度も替えたのに改善せず、副作用で治療が難しいうつ状態の患者さんに対応する場合は、処方的一切変更せずに経過をみることを担当する条件として提示し、精神療法や自分でできる環境調整について相談するののひとつの方法だと思います。精神療法や環境調整に力を注いでみるのです。

Q.

前職の同僚がパニック障害で休職し、結局、実家に帰るため仕事を辞めてしまいました。半年ほどの通院で体調はだいぶよくなったようですが、『自分が働ける職場はもうないのでは』とひどく落ち込んでいる様子です。社会復帰は慎重に考えた方がよいのでしょうか

このご質問をされた方が、具体的な回答を与えるというのではなく、まずは同じ目線でその人と共に考えて、心を解していくのがよいのではないかと思います。最終的にはその人が、『やってみようかな。どう思う』とおっしゃった時に、『いいんじゃない。私ができることは何かある？』というのが一番良い友達の姿勢かなと思います。

Q.

ご本人の受診時にご家族と一緒に来られた場合、ご家族に常にお聞きするような内容はありますか

ご本人が困っている所と、ご家族が心配な所はズレていることが多いので、家族が医療に対して期待しているニーズを把握しておいた方がよいと思います。あとは、直接は聞けないのですが、ご本人をどう見ているか、ということを知りたくなります。病気だとは思っているけれど、やはり本人の努力が足りないのでは、という思いは家族の中に結構あります。「ご本人も結構苦しんでいらっしゃるし、どう思われますかね」という問いに、「いや、そうですかね」などと答える家族であれば、これはあまり本人の立場に立っていないとみて、家族の同伴を増やしてもらったりします。

第 4 回 2021.11.10

# コロナ禍で働く女性のメンタルヘルス ～自殺対策を含めて～



## 井上 幸紀 先生

大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学 教授

コロナ禍での感染陽性者の 70% は、20 歳から 69 歳の労働者年齢の方です。そのため、コロナ感染症対策では企業対応が重要になります。ただ、経済対策も重要なので、企業としてはその板挟みで苦勞されているところが多いようです。

コロナ禍の中で働き、感染してしまったら、労災の問題も生じかねません。そう考えると、企業としてはどういったバランスで感染症や健康対策をするのか、経済活動を維持するのか、というところで苦勞されていると聞いています。

実際にコロナに罹ると、当然、呼吸器の症状があるのですが、それ以外に精神症状が出てきます。コロナ禍はまだ終わっていませんので、精神症状の推移がどうなるのかは、まだ十分にわからないのですが、これまでも SARS や MERS みたいな感染症のパンデミックは起こってきましたので、それらを参考に精神症状の動きを考えてみます。

2020 年春くらいの急性期には、不眠、不安、抑うつが多かったようです。そして、コロナに罹らないように頑張って対応していると、2021 年にかけての亜急性期には疲れてしまい、疲労、記憶障害、焦燥などが起こってきました。コロナ禍はまだ終わっていませんので、その後遺症という表現は正しくないのですが、SARS や MERS の場合は感染症が収まった後に、フラッシュバックや悪夢などの心的外傷後ストレス症状、抑うつ、不安、などが後遺症として起こってきました。こうした症状が、既に表れている方もいるかもしれません。

パンデミックで様々な症状を起こしやすいハイリスク群も、SARS や MERS の経験からわかっています。女性、若年、教育歴が低い、低所得、精神疾患の既往、単身、子どもと同居、などの方です。ただ、私が最も注意が必要だと思うのは、メディアへの暴露の状況です。ネットやテレビを見ていると、今日は何人感染した、何人亡くなった、という情報ばかりが次々と出て来て、気分が滅入ってしまいます。メディアに暴露されている時間が長ければ長いほど、こうした精神症状が生じてくると言われています。

私は、産業保健総合支援センターという職場に近いところでも働くことがあります。そこに来られる方々にも、コロナ禍の様々な影響が表れていました。在宅勤務による孤独感・疎外感・将来不安に悩まれる方が目立ちました。在宅勤務と言われながらも、会社から持ち出せない資料が多く、結局、出勤しなければならぬ罪悪感や怒りを抱える方もいました。雑談もなく用件だけ済ませて終わるオンライン会議など Web 多用の疲れ（正しく発言できたか後で聞けず疑心暗鬼になりがち）、怒りの矛先がない、社員相談に直接のれない（上司や産業保健スタッフの悩み）、職場の連携が困難、復職が困難（試し出勤ができない、リワーク先が閉鎖など）、生活が不規則（外食先がない、運動ができない）、新入社員や異動者の教育やフォローが十分できない、などの悩みがありました。

しかし、勤務形態の変化は悪いことばかりではありません。在宅勤務は通勤時間も感染の危険もありません。うまくやれば公私の両立が可能です。時差出勤や在宅勤務で働き方改革が進行し、入社時も会社空間をゆったり使えます。上司の目を気にせず仕事を終了で

きるなど、良いことも色々ありました。その反面、先ほどお話しした通り、様々な精神的不調に結び付いているのが今のコロナ禍といえます。

続いて、コロナ禍での精神科治療や対応の概略をお話しします。うつ病などの病気の状態に既になっている方には、薬物療法をしっかりと行います。ただ、うつ病などの病気の方の中には、「感染したら死ぬ」「みんなに迷惑をかけている」「電車に乗ったら感染するに違いない」とか、ちょっと極端な考え方をされる方がおられます。そのような考え方の偏りがある方には、精神療法を行います。

「浮かんでくる気持ちはわかりますが、それが常に正しいとは限りません。別の考え方もしたらどうでしょうか」などと働きかけて、偏った考え方に気付いてもらい、もっと合理的な考え方ができるようにするという、「認知再構成法」を用いて患者さんと話し合ったりします。あるいは、考え方の偏りはないのに、どうしたらいいか悩んでいる人には、後悔しない合理的判断についての支援を行う「問題解決技法」を用います。あとは、職場環境調整も必要になります。

日本精神神経学会では2020年5月、「新型コロナウイルス感染症：働く人のメンタルヘルスケアや産業保健体制に関する提言」をまとめました。私がとりまとめの係をさせていただいたので、これについてお話しします。

様々な先生にご協力いただいて、この提言を考えた時に、次の6項目について特に考える必要があるのではないか、という話になりました。

- ① コロナ感染症が労働者の心理・社会面に及ぼす影響について正しい理解を促す
- ② 職域でコロナ感染症に対応できるメンタルヘルス体制を確立する
- ③ 新しい働き方が労働者のメンタルヘルスや産業保健体制に及ぼす影響を明らかにし、対策を策定する
- ④ コロナ感染陽性などで長期間の健康観察となった労働者のメンタルヘルス対応方法を確立する
- ⑤ 倒産や解雇による失業とメンタルヘルス不調者の増加、自殺者の増加対策を行う
- ⑥ 社会的活動制限下における、精神疾患の持病そのものへの対応を検討する

このうち、①と③と⑤と⑥について今日はお話しします。この4つは労働者そのものへの影響に関する提言です。②と④は、職場でどう対応するか、産業医や産業保健スタッフはどう対応するのか、という内容になります。

この提言をまとめた2020年5月頃は、コロナに罹ったら死ぬに違いないとか、外国人はコロナを持っているとか、様々な言葉が飛び交っていました。そのような中で、①の項目をまとめました。コロナ禍では、生物学的感染（ウイルスそのものに感染すること）以外に、心理的感染（自分が感染したらどうしよう、大切な人に移したらどうしよう、等の不安や恐怖が生じること）や、社会的感染（コロナのストレスから逃れるために架空の敵を作って、嫌悪、差別したり、偏見を持ったりすること）が起こることを指摘しました。こうした感染があることを理解して、注意して、お互いに温かな目でお互いを心配し合おう、と呼びかけました。

このような感染は、うつや不安から幻覚・妄想のようなレベルまで、様々な精神症状を引き起こします。ただ、感染者が減った現在（2021年11月時点）は、これは比較的収まっているとみています。

③は、新しい働き方が労働者のメンタルヘルスにどのような影響を与えるかを、きちんと理解しておきましょう、という呼びかけです。会社としては、情報通信設備を整備して、在宅勤務やテレワークなど様々な対策を導入しました。それによる利点は、感染リスクの減少、通勤不要、不要な業務や会議の明確化、などです。これまでいかに無駄な会議をしていたのか、コロナでわかったという所もあります。

しかし、こうした仕事の変化には短所も多くありました。残業時間管理が困難、ワークライフバランスの喪失、仕事の抱え込み増強、孤独感増強、ラインケアの希薄化、自宅での作業環境が良くない（小さな椅子やモニター、家族に注意を払いながらの作業）ことによる肩こりや筋肉痛などの身体症状、抑うつなどのメンタルヘルス不調の発生、などです。「Zoom疲れ」も起こりました。リアルに会うのと違って、周囲の環境情報や音、匂いがいないため、状況把握が困難で疲労が増強されました。例えば、お酒を止めていたアルコール依存症の方が、Zoomでの面談では普通だったのに、たまたま職場で会ったらお酒の匂いが強くしていた、



という事例もありました。そのように、音とか匂いがないというのは、間違った判断につながりやすいのです。そういう困った状況も生まれました。

そうした中で特に注意すべき対象者は、単身者になります。在宅勤務で単身、しかも外に出にくい状況であれば、ひとりで家に閉じこもっているわけです。そうすると生活リズムが崩れやすくなります。また、人とのコミュニケーションがないわけですから、「こんなことでいいのやろか」とか、「何でここにずっといるんやろう」というような思いが込み上げて、自分の感情に気付きにくくなって、孤独感が増して、社会から取り残されている感じが強くしてきます。すると、「俺なんかいてもいなくても一緒やし、会社の役にも立っていない」などと、自分を卑下するような感情が起こりやすくなります。

リアルにお会いしていれば自然に声をかけられますが、そういうことができないので、単身者の方が仕事をお辞めになられたり、体調を崩されたりすることが多くなっています。上司や産業保健スタッフが、意識してこまめに声をかけることが、職場ではすごく大事になっています。ただ、産業保健スタッフ自身が職場におらず、在宅勤務をしている場合もあるので、そうすると皆が分断されてしまい、つらい状況になると考えられます。

続いて⑤です。これが、今日お話しするテーマのひとつの中心になります。社会経済活動が抑制されて、しかも労働条件が悪化すると、労働者の精神状態に影響して、最悪の場合は自殺につながります。コロナ感染症も大変ですし、亡くなられた方にはお悔やみ申し上げます。数だけで見ると、自殺者数の方がコロナ感染症で亡くなった方よりも多いのが実情です。ですから、国や経済界、企業などが、人々を守る対策をしっかり打ち出すことが欠かせません。それがメンタルヘルス対策にもなります。

失業率と自殺死亡率には関連があり、失業率が上がれば自殺死亡率も上がる、という傾向が過去 30 年に渡って続いています。ですから、失業率を下げる対策に取り組むことが大事なのです。

コロナで精神症状が起こりやすいのは、女性・若者・単身者、ということは先に見ていただきましたが、最近ではコロナ後遺症に関する情報も集まってきました。

それは女性に出やすい上に、長引きやすく、症状としては倦怠感・嗅覚障害・脱毛などが起こりやすいことがわかってきました。半年後も、26%の方に後遺症が残ることも証明され始めてきました。

自殺につきましても、2020 年は男性が微減だったのに、女性は 15%も増加しました。特に働く女性の自殺が 28%増加（過去 5 年平均比）し、1698 人が亡くなりました。遺書などから推定された女性の自殺原因・動機は、勤務問題が 34.8%増（過去 5 年平均比）となり、その中で多いのは、職場の人間関係と職場環境の変化、でした。

女性の自殺増の背景については、厚生労働省担当者の話として「非正規で働く女性が多く、雇用問題が要因のひとつになった」との見方が新聞に載っていました。これから失業率が上がって行った場合、我々は誰に対しても気を付けなければいけません。女性、非正規、若い方に対しては、より注意をしてサポートする必要があります。

自殺対策は、大きく分けると 3 つあります。事前準備や教育で予防するプリベンション、危機介入を行うインターベンション、事後対策のポストベンションです。プリベンションでは、自分の気持ちに気付くセルフケアと、上司や周囲の方がその人の心の状態に気付くラインケアが強調されています。しかし、在宅勤務ではラインケアがすごく弱くなります。ですから、ラインケアを意識して充実させることが、職場で求められている対策になります。

厚生労働省が、こんな時は周囲が気を付けてあげてください、という「自殺予防の 10 か条」をまとめていますので、ご紹介します。

- 1 うつの症状（気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く）
- 2 原因不明の身体の不調が長引く
- 3 酒量が増す
- 4 安全や健康が保てない（今まで飲んでた薬を止めたり、律儀な人が急に交通ルールを破ったりする）
- 5 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
- 6 職場や家庭でサポートが得られない
- 7 本人にとって価値あるものを失う
- 8 重症の身体の病気にかかる

## 9 自殺を口にする 10 自殺未遂におよぶ

⑥では、精神疾患の持病がある人への対応について提言しました。労働者の方は健康でも、在宅のご家族が病気をお持ちの場合、労働者の方が働いている間は家でゆっくりされていたわけです。それが、労働者の方が在宅勤務になると昼寝ができなくなって、一気に病気が悪くなる、ということもあり得るようです。そうしたことにも注意が必要です。

今お話ししてきたことは、2020年5月に出した提言ですが、振り返ってみても、間違った提言はしていなかったと感じてほっとしています。では、コロナ禍が長期化している現在はどうなっているのでしょうか。

今は、長期化してきたからこそ目立ちつつあることがあります。飲食・旅客・医療職などの特定業種が疲れ切っていて、非正規、若年、女性などの疲弊も目立っています。疲弊の度合いに濃淡が出てきたのです。更に、人と関わることへの不安から、関われないことに

よる不安焦燥が表れ、旅行やスポーツなどのストレス発散が出来ず、長期在宅による家庭問題も顕在化してきました。

在宅勤務の常態化による問題点も露呈しています。評価が量（時間）より質に変わり、それに合わない職種や立場で混乱が生まれています。感染防止対策で緊張を持続する人と、緊急事態宣言の解除と共に飲みに行くような人とで2極化が起こり、相互の違和感や怒りが生じています。人々の考え方のすれ違いが、これから精神面に影響してくる可能性があると思います。

我々は、コロナ禍によって社会が大きく変わっていることをしっかり理解する必要があります。その大きな変化は、一般の方、特に労働者に大きな影響を与え、その影響は時間と共に変化しています。その変化によって精神的な不調が起こった人に対しては、薬だけでなく心理的な対応が必要になります。このような社会的状況とその影響を、一般の方や医療関係者が正しく理解し、自殺対策を含めて適切に対応していく必要があると考えています。

**Q.** 社内で生かせるメンタルヘルスに関する資格はありますか

最近よく聞くものとして、「メンタルヘルスマネジメント検定試験」というものがあります。大阪商工会議所が音頭を取って行っている検定です。公式テキストをもとにした年2回の試験があります。この試験は3種類あり、一番やさしいⅢ種は、セルフケアについての試験です。よく企業の方が取られるのは、ラインケアについてのⅡ種です。産業保健スタッフや、もっとレベルの高い知識が必要とされる方向けには、筆記試験などもあるⅠ種のマスターコースが用意されています。この検定は、企業の方にお勧めできるもののひとつだと思っています。

**Q.** コロナ禍で女性のうつや自殺数が増加していますが、予防と対応策があれば教えてください

一般的にはストレス発散を大事にしたいと思うのですが、旅行もできない、みんなと会ってしゃべれない、という状態が続き、ストレスを発散ができない方が多くなっています。ご自身で何らかのストレス発散法を見つけていただくことが大事です。私見になりますが、多くの労働者の方は何かを乗り越えたらストレス発散できて、終わったら遊ぶという形で、何にでも真剣に取り組まれる方が多いように思います。しかし、コロナや親の介護などは、どうしても乗り切るまでに時間がかかります。ですから、乗り切る以外に自分の感情を汲み取って、愚痴をこぼす、頑張っている自分にご褒美をあげる、というような行動をとるとか、頭をその時だけは真っ白にできるスポーツや趣味に取り組むとか、そういう機会を作ることが大切だと思っています。

Q.

双極性障害を発症した社員が、これまで通りの仕事ができると言い張ります。しかし実際にはできず、その度にうつになってしまいます。処遇との兼ね合いをどうしたらよいでしょうか

この方が「この仕事はできる」と言い切った時に、実際に仕事を与えるのかという判断は2つに分かれます。その仕事を与えるのであれば、それでうまくいかなかったらどうするのか、ということをしっかり話した上で、ご自分の病気への理解を深めてもらうような働きかけもして、対応するのがよいのではないのでしょうか。一方、今はその仕事には戻せないという判断をしたのならば、その理由をきちんと伝えて納得してもらいながら、職場で支えていていただきたいと思います。

第 4 回 2021.11.10

# 産業保健の現場で知っておきたい 双極性障害 ～自殺防止の視点を踏まえて～

## 鷺塚 伸介 先生

信州大学医学部精神医学教室 教授

うつ病と躁うつ病（双極性障害）は何が違うのでしょうか。うつ状態だけが出現する「うつ病」に対して、うつ状態と躁状態を周期的に繰り返す病気を「躁うつ病」と呼び、この両者は主たる治療薬が異なります。一般の方には両者が混同されることが多いので、「双極性障害」と呼称するようになりました。うつ状態だけを見ても両者を区別できないので、当初は「うつ病」と診断された人が、後年「双極性障害」に診断が変更されることもあります。

うつ状態の症状としては、激しい気分の落ち込み、興味がわかない・喜びを感じない、食欲低下または過食、不眠または過眠、頭も身体も動かない（制止）、気持ちが落ち着かずじっとしてられない（焦燥）、集中力低下や決断困難、疲れやすさや気力低下、強い罪悪感を抱く、死にたい気持ちや自殺の計画、などがあります。

また、躁状態の症状としては、気分の著しい高揚、怒りっぽい（易怒性）、誇大性や誇大妄想、寝なくても平気（睡眠欲求の低下）、口数が多くしゃべり続ける（多弁）、色々な考えが頭の中に溢れてくる（観念奔逸）、注意散漫、多動、借金をしてまでの買い漁りや性的無分別などの社会的逸脱行動（快楽的活動に集中）、などがあります。

双極性障害は2つのタイプに分けられます。激しい躁状態が出現するⅠ型と、周囲も病気だとは思わない軽躁が出現するⅡ型です。Ⅱ型は、本人にも周囲にも「うつ病」と感じられることが多いのです。うつがちょっと良くなったから復職をすると、数か月後にま

た落ち込んでしまうことを繰り返す方は、双極Ⅱ型障害の場合があります。

双極性障害は、予防療法をしないと多くは再発し、年齢と共に再発までの期間が短くなる傾向があります。激しい躁状態を1回でも経験されている方や、希死念慮を伴うようなうつ状態を繰り返した方は、生涯に渡る予防療法を考えていただくこともあります。

双極Ⅰ型障害は、1回以上の躁病エピソード、もしくは混合エピソード（躁とうつが入り混じった非常に焦燥感が強い不機嫌な状態）が生じる気分障害です。昔は躁うつ病と呼ばれていた病気ですから、うつ病エピソード（抑うつ状態）が生じることもあるのですが、うつ病エピソードがなくても、1回でも躁病エピソードがあれば、双極Ⅰ型障害と診断できます。

双極Ⅱ型障害は、1回以上の軽躁病エピソードが生じた気分障害ですが、うつ病エピソードが生じたことが診断には必要です。軽躁というものを客観的に捉えるのが難しく、どこからが軽躁で、どこからが普通の人の元気な状態なのか、という区別が難しいためです。一方、うつ状態はご本人も周囲もはっきり分かりますので、うつ病エピソードが1回以上あることがⅡ型の診断では必要になるのです。また、躁病エピソードや混合エピソードがあればⅠ型になりますので、これらではないことも診断の要件になります。

それでは、双極性障害と周囲の人々の感じ方について考えてみましょう。双極性障害のご本人は、うつ状態を深刻に考える一方で、躁状態は軽く考える傾向に

あります。一方、周囲の方たちは躁状態を「迷惑」と思い、うつ状態は軽く考える傾向があります。ご本人と周囲の方々の間に、ギャップが発生してくるわけです。これをどうするかというと、気分が安定している時に、産業保健スタッフや信頼できる上司と、病気についてよく話し合っておくことが大切なポイントです。特に、躁状態の出現時にどんな症状が最初に出てくるのか、ご本人と周りの方々との間で確認しておくことが重要だと私は考えています。

ここで症例をひとつ提示します。双極Ⅱ型障害の20代の女性会社員の症例です。元来まじめで、几帳面な性格でしたが、顧客からクレームを受けた後に生気がなくなり、朝起きられず遅刻するようになりました。仕事のミスも増えたため精神科を受診し、「うつ病」と診断されて病休に入りました。抗うつ薬を服用して間もなく改善。3週目には職場復帰し、病休以前にも増して精力的に仕事に打ち込みました。夜は同僚や先輩と飲みに行き、気前よく奢る姿もみられました。

産業保健の実務にあたっている方なら、このような早い回復は不思議に思うかもしれません。しかし、中には抗うつ薬を使ってあっという間に改善してくる方がいらっしゃいます。ただし、非常に短期間で復職してきた方には注意が必要です。双極性障害の可能性があるからです。

この女性は半年後には気力が低下し、職場では無理して笑っているようになり、過眠・過食・強い倦怠感、リストカットなども出現したため再び療養に入りました。同僚が見舞いに行き話込んでいたうちに元気になり、その夜は一緒に飲みに出かけました。気分の変動が激しく、友人たちとはしゃいだかと思えば、ベッドから全く起き上がれない日もあり、本当にうつ病なのかと疑う人もいたと聞いています。そして、周囲の方々の関心は次第に薄れていきました。

そんなある日、女性が自室で首を吊りかけている所を家族が発見し、救急搬送されました。エネルギーが枯渇し切らないでちょっと残っている時に、ご本人にとって楽しいことや明るい話が引いてしまうと、ぐっと気分が持ち上がってしまう。そうしたことも双極Ⅱ型障害の人に認められることがあります。周囲が「本当に病気なのかね」などと話しているうちに、自殺し

てしまう危険性もあるのです。

双極性障害は、躁とうつという気分の変動がありますので診断が簡単だと思われがちですが、実は診断が非常に難しいのです。うつ病相で発病すれば、現在は診断基準で「うつ病」と診断するほかないわけです。双極性障害は、67%がうつ病相で病気が始まります。うつ病の559人を11年間追跡した調査では、3・9%が双極Ⅰ型、8・6%が双極Ⅱ型に診断が変更されました。また、20代で発症したうつ病の患者さん74人を15年間追跡調査した研究では、19%に躁病、27%に軽躁病が出現したため、約半数の方が双極性障害へと診断が変更になりました。

双極性障害を発症してから、躁、うつ、寛解（気分が落ち着いている時期）の期間がそれぞれどのくらいあるのかをみた研究（平均追跡期間約13年）をご紹介します。双極Ⅰ型では、うつ病相を呈した期間が31・9%、躁・軽躁病相の期間が9・3%となり、うつ病相の期間が双極Ⅰ型でも比較的長いことがわかります。双極Ⅱ型では、期間の約半分は、気分が安定した寛解の状態だったのですが、病気であった期間のほとんどはうつ病相で、全期間の50・3%を占めました。軽躁病相と混合病相の期間は、わずか3%くらいでした。つまり、双極Ⅱ型障害はうつ病のように見えるので、うつ病と診断されて治療を受けている方が少なからずいらっしゃると思います。

双極性障害の診断が難しい理由はもうひとつあります。軽躁病エピソードが見逃されやすいのです。この軽躁状態は、診断基準では「社会的または職業的機能に著しい障害を起こすほど…重篤ではない…」(DSM-IV-TR)とされています。実際、過去に躁・軽躁病相のエピソードがあったうつ病相の患者でも、初診時に37%がうつ病と診断された、という調査もあります。では、親族の方から情報を聞けば、より正確な診断に結び付くかといえば、そうでもありません。1人の親族からの情報だけでは15%しか正確な診断と一致せず、4人以上からの情報で、やっと64%の一致度がみられた、という調査もあります。つまりご家族も、軽い躁病エピソードは病気の症状だと思っていないのです。

双極性障害の患者さんが過去に受けた診断をまとめ

ると、60%がうつ病と診断されていました。その他、不安障害(26%)、統合失調症(18%)、境界性または反社会性人格障害(17%)などとなりました。躁状態からうつ状態に行く時、患者さんは非常に苦しいので、それを紛らわすためアルコールや薬物に頼り、アルコール依存症や薬物乱用と診断される方もいます。

さらに昨今は、発達障害と気分障害の鑑別も難しいということが言われるようになってきました。発達障害は、自閉スペクトラム症(ASD)と注意欠如・多動症(ADHD)の2つに大きく分けることができます。自閉スペクトラム症は、空気が読めないというか、社会的状況の読み取りが非常に弱いので、場にふさわしくない行動や一方的な発話をもたらしやすい、これらは躁状態の抑制欠如や多弁と酷似しています。また注意欠如・多動症の場合は、多動や感情のコントロールの難しさなどがあり、これは躁状態における多動、行為心迫、易刺激性と酷似しています。

私は気分障害の専門外来をやっていますが、紹介されてくる人の中には、発達障害のこうした一部断面を切り取られて双極性障害と診断された患者さんや、双極性障害と発達障害が両方合わさっている患者さんもいます。両方持っている、職場にうまく適応しながら仕事を続けるのが難しくなりがちです。

こうしたことから、双極性障害の診断がつくまでには時間がかかります。初診後、双極性障害の診断確定までに3名以上の専門医を渡り歩き、双極Ⅰ型の診断が確定するまでに7・5～8・9年、双極Ⅱ型の診断が確定するまでに12年くらいかかると、以前は言われていました。現在では、精神科医がこの病気に非常に敏感になり、もっと早く診断されるケースがみられるようにはなりましたが、一方で、診断が遅れているのではないと思うケースもまだあります。また、最近では双極性障害を過剰に診断する傾向もみられるので、家族や職場と主治医との意思疎通や情報共有が、ますます重要だと考えています。

双極性障害をきちんと鑑別することは重要です。双極性障害に対して、うつ病の治療薬である抗うつ薬は「慎重投与」しなければならないと、私たち専門医は厳しく、厳しく言われています。これは、抗うつ薬を使うことによって、躁転や急速交代化(ジェットコー

スターのように躁とうつを短期間で繰り返す)のリスク、衝動性や自殺念慮の高まり、などの危険性が指摘されているためです。そのため、うつ病と双極性障害の区別、そして治療薬の選択には、非常に慎重さが求められています。

そこで、「双極性障害を示唆するうつの臨床的特徴」というものが、今盛んに研究されています。うつ病のように見えるけれど、治療を続けていくと双極性障害に変わるかもしれない臨床的な特徴は一体何か、ということです。過食や過眠、妄想や幻覚などの精神病症状を伴う、若年発症(25歳未満)、病相回数が多い(年間2回以上のうつ)、抗うつ薬が無効あるいは効果が持続しない、などが挙げられています。睡眠や食欲について、うつ病とは真逆な若者を見たら双極性障害を疑い、「元気だった時のエピソード」を丹念に聴くことが重要です。初発のうつ病の少なくとも10%は双極性障害に診断が変更されるという研究報告もありますので、治療経過を慎重に観察すべきと、昨今強く言われています。

さて、ここからは治療についてです。双極性障害の治療目標は、再発を防ぎ、安定した社会生活を送ることに尽きます。患者さんが躁状態に陥っている場合は、これを早期にコントロールして、社会生活への影響を最小限にとどめます。双極Ⅰ型障害の方が会社で躁状態を一度でも呈すると、その後、会社での居場所がなくなってしまうことがよくあります。良くなって会社に戻っても、引き受ける職場がなかなか見つからないのです。そして仕事をなくし、転職を繰り返し、経済的に追い込まれていきます。そのため適切な治療によって、社会的生命を失わせないようにすることが重要なポイントになります。

躁状態の時の逸脱行動の記憶は、そのままうつ状態に持ち越されます。そして、自分のやったことを激しく後悔し、自責的になります。「こんなに迷惑をかけてしまって、自分は生きている意味がない」と、自殺をどうしても考えやすい状態になります。そこで、うつ状態に陥ったら、できるだけ速やかに収束させることも必要になります。

双極性障害の治療では、薬物療法がほぼ必須です。精神療法だけで治すことは、ほぼ不可能で

す。その時に使う薬は気分安定薬であり、うつ状態の時も気分安定薬が必要になります。これが、うつ病との治療薬の違いです。

双極性障害の再発率は、半年で20%～30%、1年で50%～60%、5年でみると80%を超えます。この再発率の高さは、最近もあまり変わっていないように思います。自殺のリスクも高く、米国の調査では、双極性障害はうつ病に比べて約2倍の自殺企図率になりました。イタリアの調査では、双極性障害はうつ病と比べて3倍から4倍も自殺率、自殺企図率が高いことが分かりました。つまり、自殺対策を考える時にうつ病は非常に重要な疾患ではありますが、双極性障害はそれにも増して、自殺への注意が必要な疾患なのです。

では、うつ状態の時にどのように治療導入をしたらよいのでしょうか。専門医にご紹介いただければ、それに越したことはないのですが、単純に専門家の知恵を借りてみるように勧めても、なかなかうまくいきません。それよりは、ご本人が最も苦痛に思っていることを取り上げて、受診を勧めてみるのがよいと思います。例えば、仕事への集中困難や対人関係の悩み（人と関わるのが億劫になる）などを具体的に上げます。眠れないことや食欲がないなどの身体的不調に関する話は話しやすいですし、出勤状況や仕事場で生じている問題などを取り上げて、受診を勧めていただくのもよいと思います。

一方、躁状態の時の治療導入はどうすればよいのでしょうか。これは非常に難しく、ご本人は通常、躁状態を「絶好調」としか捉えていないので、多くは受診を拒否します。眠らないとか、食事を十分とらずに痩せてくることもあるので、身体の問題を取り上げるのは一つの手になります。過去に「うつ」のエピソードがある場合は、「こんなに元気すぎると反動でまたうつになるのではないかと、うつが来るかもしれない」と話していただくのもひとつのやり方です。家族や周囲が面倒をみられる状態でない時は入院を原則とし、社会的生命が失われないように、その判断を急ぎます。

双極性障害の薬物療法ではリチウムを使います。自動車やスマホの電池に使われているものと基本的には

同じです。それを薬の形にして、患者さんに処方します。躁とうつという真逆の気分の改善や予防に効果があり、一部の研究ですが、自殺予防効果があることも分かっています。ただし、10年単位で転帰をみた場合、リチウム単剤での予防効果はせいぜい3分の1とされています。

そこで今は、気分安定薬のリチウム（リマス・リチオマール）の他に、各種いろいろな薬が使われています。気分安定薬では、バルプロ酸（デパケン、バレリン）、カルバマゼピン（テグレトール）、ラモトリギン（ラミクタール）など。非定型抗精神病薬（気分安定作用があり幻覚や妄想にも有効）では、オランザピン（ジプレキサ）、アリピプラゾール（エビリファイ）、クエチアピン（ビプレッソ）、ルラシドン（ラツェグ）などです。リチウムを使わずに、これらの薬を組み合わせる処方も行われるようになっていきます。

こうした薬物療法に加えて、心理社会的治療を行うことになります。双極性障害とはどういう病気かということ、ご本人とご家族に認識、把握しておいていただく心理教育が欠かせない要件になります。産業保健の実務を担当している方々にもこの辺りは勉強していただき、双極性障害の社員の方と話し合ってくださいのがよいと思います。このほか認知療法や、対人関係・リズム療法（対人関係や病気に対するストレスを軽減させ、生活のリズムを規則正しく整える）を行います。

双極性障害の治療では、本人・家族が病気をよく理解する、病気を受容して再発予防の薬を内服する、正しい薬の作用・副作用の知識を持つ、100%を目指さない（100%は躁状態）、再発の初期徴候（特に躁状態）を知る、生活のリズムを守る、という心構えが重要です。躁状態の初期徴候で最もわかりやすいのは「夜更かし、且つ、早起き」です。

最後に、症例をひとつお示しします。男子の大学院生です。発病は、高校生だった18歳の頃と私は考えています。頭や体が働かない「制止」という状態の強いうつ病相で始まり、無気力が続きますが、1～2か月は持ち直して集中的に受験勉強する時期もあったので、2浪の末に大学に合格されました。大学に入っても元気と無気力の波が交互にきていましたが、友人の

協力で進級できていました。

初診は大学3年生の時で、「テスト前になるとやる気がなくなる。彼女が来ると元気になる」という訴えでした。普通であれば「甘えたことを言ってんじゃない」と追いつ返すところですが、これまでの経緯を詳しく聞いてみたところ、私は双極Ⅱ型障害ではないかと考えました。そして、パルプロ酸という薬を使ってみました。ところが、この方は服薬が不規則、生活リズムもめちゃくちゃで、良くなりませんでした。

しかし留年せずに卒業し、学部生にも関わらず研究実績には目を見張るものがあったので、教員の強い勧めで大学院に進学しました。これは、軽い躁状態の時の長所が生きたのではないかと思います。

この方は、いずれお寺を継がなければならない立場

にあり、半年間、修行でお寺に行くことになりました。その間は、規則正しい生活と刺激の少ない環境、定期的な服薬が全てできていて、症状は非常に安定しました。これは、環境調整の重要性を示唆している症例だと思います。

双極性障害の方たちは、大きな哀しみを抱えています。そのことを、周囲の方々にはご理解いただきたいと思っています。もともと元気で友達も多く、高学歴で順調に就職してきた方が多いのです。重要な仕事を任せられ、周囲の評価が高く、必要とされる存在で充実した人生をある時期まで送ってきました。ところが発病後は、夜更かし禁止、お酒もダメ、毎日服薬、定期的に通院、仕事は制限、責任を持たせてもらえない、そのため生きがい感じにくい、という状態で、仕事をしながら病気とも闘っているわけです。ぜひ、このことを理解して欲しいと願っています。

**Q.** 双極性障害は治る病気なのでしょうか。性差はありますか

再発率の高さをみても、治る病気と言い切れるものではありません。お付き合いしていく病気、という捉え方が正しいと思います。性差については様々なデータがあり、ないというものもあれば、双極Ⅱ型は女性の方が多いというデータもあります。基本的には、男女関係なく起こり得る病気だと私は考えています。

**Q.** 友人が産後に躁鬱病になって心配です。どう関わればよいでしょうか

まず、きちんと治療されているかどうかが大変なポイントです。育児が大変で治療に行けない方もいますので、治療につながるようなアドバイスが大事です。生活リズムの安定も大切ですが、育児に追われると難しくなるので、この方が一定の睡眠時間を確保できるように、ご家族と話をするなどして関わっていただきたいと思います。躁鬱病であれば、今は苦しいうつでも必ず上がって来ますので、この状態は必ず変わると伝えて勇気づけてあげて欲しいと思います。



第 5 回 2021.12.19

# うつ病と自殺のリスク

## 馬場 元 先生

医順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 院長補佐  
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学 教授

この 10 年間、自殺者数は減少を続けていましたが、令和 2 年、11 年ぶりに増加に転じました。今回は、その背景にある原因や特徴を世代別に考察し、その中の「うつ病」の部分にフォーカスしてお話したいと思います。

令和 2 年の自殺者数をよく見ると、男性は前年と比べてわずかに減少したのですが、女性が増えたところが大きな特徴です。世代別にみると、10 代や 20 代の増加が目立ちます。ただし、増加傾向は若者だけでなく、多くの年代に及んでいます。年齢別の自殺死亡率を、令和元年と令和 2 年で比較すると、50 代と 60 代で若干の減少があるのですが、その他の全ての年齢階層で自殺者数・自殺死亡率が増加しました。令和 2 年は女性を中心に自殺が増加し、ほとんどの年齢で自殺が増加したのです。

次に、令和 2 年の自殺の原因・動機をみてみます。全体で最も多いのは健康問題。これは令和 2 年に限ったことではなく、過去もずっと、一番多くなっていました。健康問題を小分類すると、身体の病気の悩み、うつ病の悩み・影響、統合失調症の悩み・影響、アルコール依存症の悩み・影響、薬物乱用の悩み・影響、などになります。この分類で自殺者数が最も多いのは、うつ病の悩み・影響です。令和 2 年は、この原因で 4046 人が亡くなりました。

この年の自殺の原因・動機を年齢別（19 歳以下、20～59 歳、60 歳以上）に分類すると、年齢によって若干の違いがみられます。19 歳以下は、学校問題

が原因として最も多く、健康問題、家庭問題と続きます。20～59 歳では、健康問題が一番多く、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題と続き、色々な要因が含まれる特徴があります。60 歳以上では、健康問題の割合が 65% と特に高くなっています。

「学生・生徒」（小学生から大学・専門学校生まで）の自殺者数は、過去 5 年平均では、月による違いがそれほどありませんでした。ところが令和 2 年は、4 月に一度減った後に少し戻して、8 月に急に増えて高い水準が続きました。一旦減った時に何があったのかというと、3 月 2 日、緊急事態宣言に合わせて学校が一斉休校となりました。その後に自殺者数が減ったのです。そして 5 月 25 日に緊急事態宣言が解除され、6 月から学校が再開されました。その後に、自殺者数が増えたのです。つまり、新型コロナウイルス感染症拡大の影響による休校と、その後の再開が自殺の増加に関連しているのではないかと考えられます。

続いて、「児童・生徒」（小学生から高校生まで）に絞って自殺の原因・動機をみていきます。令和元年の原因では、「学業不振」が最も多く、「その他進路に関する悩み」、「親子関係の不和」、「家族からのしつけ・叱責」、「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」、「その他学友との不和」、「入試に関する悩み」、「病気の悩み・影響（うつ病）」、「失恋」、「その他交際をめぐる悩み」と続きました。

これが令和 2 年には少し変化しました。上位 3 つは変わらず多かったのですが、特に違いがみられたの

は、「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」と「病気の悩み・影響（うつ病）」で、それぞれ4番目と5番目に多くなりました。この年代では、原因として学校での問題が最も多いのですが、令和2年には、うつ病やその他の精神疾患の影響が増加したと言えます。

続いて、成人についてみていきます。令和2年の成人の自殺者数は、前年と比較して4.1%増加しました。男女で比べると、男性は0.3%減少し、女性は14.3%上昇しました。女性の自殺についてフォーカスすると、過去5年平均と比較して、令和2年は40～59歳、20～39歳、20歳未満で増加しました。未成年は男性でも増加しています。職業別では、女性は有職者の自殺が増えました。

更に、原因・動機別にみた女性の自殺者増減率を過去5年平均と比較すると、勤務問題の増加率が最も高く、特に「職場環境の変化」が大きく影響していました。このような結果から、成人女性の自殺では、新型コロナウイルス感染症拡大の影響による労働環境の変化に関連した可能性が示唆されます。

60歳以上の自殺の動機では、先ほど申し上げたように、令和2年も「健康問題」が最も多くなっています。年齢が高くなるほど、「うつ病」よりも「身体の病気の悩み」が増える傾向があります。この「身体の病気の悩み」を詳しく調べると、実はがんのような重い病気ではなく、比較的軽い病気の人が多いことがわかります。つまり、高齢になるほど増えていく「身体の病気の悩み」には、実は高齢者うつ病による身体症状、いわゆる「仮面うつ病」の症状が含まれている可能性があります。

高齢者の自殺の背景には、「社会的孤立」と「うつ病」があることが示唆されます。「喪失感」や「孤立感」を伴うネガティブなライフイベントは、高齢者の自殺プロセスの端緒となります。社会的交流が少なくなると、うつになりやすいことがわかっています。逆に言えば、社会的に誰かと交流することで、うつになりにくくなるのです。こうしたことを踏まえると、高齢者

においては、新型コロナウイルス感染症拡大の影響による社会的孤立がうつ病発症の誘因となり、自殺の増加に影響していると考えられます。

自殺の手段に関しても、年代によって若干の違いがあります。全体としては首吊りが多いのですが、各年代で上位3つをまとめると、違いが出てきます。10代と20代では、首吊り、飛び降り、練炭の順になります。30代になると、首吊りの次に練炭がきて、3番目が飛び降り。40代、50代では首吊り、飛び降り、練炭。60代以降は、首吊り、飛び降りの次に、入水となっています。

以前から、自殺の背景には精神疾患があると言われてきました。海外の調査では、自殺者の中で精神疾患がなかったとみられる人は2%しかいませんでした。疾患で多いのは、気分障害、物質関連障害（アルコール依存症など）、統合失調症、などでした。日本の調査でも、自殺の背景としてうつ病などの精神疾患が多いことがわかっています。

少し話は変わりますが、2020年8月から9月にかけて、「新型コロナウイルス感染症に関わるメンタルヘルス全国調査」が日本で行われました。オンラインによるアンケート調査で、7520人が回答しました。質問で「この1か月間、新型コロナウイルスに関連してどの程度ストレスを感じていましたか」と尋ねたところ、「とても感じた」が38%、「少し感じた」が42%となり、8割の人がコロナ流行下に何らかのストレスを感じていたことがわかりました。

また、回答者の15%の人が、こころの問題で精神科・心療内科・メンタルクリニックに「現在かかっている」と答え、25%の人が「過去にかかっていた」と回答しました。この調査では、うつ病などの精神疾患のスクリーニングも行っており、驚くような結果が出ました。うつ病に関しては、新型コロナウイルスにより約60%の人がストレス（軽度のうつ）を抱えており、約20%の人は、強いストレスによる気分障害を伴う可能性が指摘されたのです。

また、全般性不安障害の疑いがある人も6割に上り、2割の人は、全般性不安障害と診断できるレベルの強い不安を抱えていました。PTSDの疑いがある人も2割に上りました。

この調査で分かったことを整理すると、新型コロナウイルス流行下において、一般人口の2割がうつ病、2割が全般性不安障害、2割がPTSDに罹患している可能性がある、という結果になったのです。これは生涯有病率ではなく、この時点での有病率ですから、ものすごい高さです。そして、この3つの疾患には共通点があります。いずれも、男性に比べて女性に2、3倍多いのです。もしかしたら、2020年の女性の自殺増の背景に、こうした疾患への罹患があったのかもしれない。このような調査結果から考えると、新型コロナウイルスの影響で精神疾患に罹患したものの、受診に至らない患者が多く存在する可能性があります。

このように新型コロナウイルスは、これまで精神疾患にかかったことのない人にまで大きな影響を与えています。それならば、精神疾患にかかっている人への影響はさらに大きいのではないかと考えて、我々、順天堂越谷病院メンタルクリニックでは、当院に通院する患者さんを対象に大規模なアンケート調査「COVID-19流行による精神科外来患者の精神症状への影響に関する調査」を実施しました。

アンケート実施期間は、2020年11月21日から12月19日の約1か月間。埼玉県でも陽性患者数が急激に増え始めた時期と重なります。6536人にアンケートを配布して4221部を回収し、不備ありを除く4061部を集計しました。性別では6割が女性、4割が男性。診断カテゴリーでは、統合失調症と気分障害がそれぞれ3割と多くなっています。

このアンケートの質問で「新型コロナウイルス感染症の流行の影響で、あなたの気持ちや症状に変化がありましたか」と尋ねたところ、予想外の結果が出ました。「少し悪くなった」が31.1%、「かなり悪くなった」が6.6%で、変化があった人は計37.7%。58.7%は「ほとんど変化はなかった」と回答し、意外に影響を受けていない、という結果になりました。また、症状そのものの悪化があったかどうかを主治医に尋ねたところ、実際に「病状が悪化した」と担当医が判断した患者さんは16%程度でした。

更に、「新型コロナウイルス感染症の影響で、次のような経験はありましたか」という質問で、「感染する危険があった」、「経済的に厳しくなった」、「健康に危険が生じた」、などの有無を聞きました。すると、「自分の生活を見直すことができた」、「ゆっくり休むことができた」というポジティブな回答が、ネガティブな回答を上回りました。新型コロナの影響をポジティブに捉える患者さんが多かったのです。

この回答の背景には、何があるのでしょうか。ひとつは、もともと精神疾患に罹患していることによるストレスが、新型コロナの流行によるストレスよりも大きい可能性が考えられます。また、新型コロナの流行によるストレスがあっても、通院治療をすることで症状の悪化を予防できている可能性や、社会適応の困難さによる葛藤から解放された可能性も考えられます。

この調査結果は、精神科に通院している患者さんの方が、一般の人たちよりも新型コロナウイルス感染症流行の心理的影響が少ない可能性を示しています。そうであるならば、未受診の患者さんに対し、罹患の気づきと受診を促進させることが自殺予防につながるのではないかと考えられます。

Q.

日本で心理学的剖検の研究が必ずしもうまくいかなかった理由をどのようにお考えですか。現在進んでいる自殺総合対策大綱の見直しについてのご意見もお聞かせください

日本では、自殺に対する捉え方が欧米諸国と違うように感じます。キリスト教国では自殺はいけないことですので、自殺に対して強い葛藤が生じますが、日本は自殺を美化する傾向が以前からあります。切腹や武士道を背景として、自殺は潔い責任の取り方だという認識があるため、こうしたことが何らかの影響を与えて、心理学的剖検の研究が日本でうまくいかない要因になっていると思います。

大綱の見直しについては、私はあまり詳しくないのですが、この大綱が以前に出た時に、うつ病に対する啓蒙と対策、特に一般診療科に対する啓蒙が強かったように思います。ただ、それによって一般診療科のかかりつけ医から我々の所に患者さんが多く来たかという、それは最初の頃だけでした。このあたりが、今後強化できればよいのではないかと考えています。

Q.

社会的孤立を避けることと、コロナによる自粛は対立する環境で、ジレンマになってしまうと思います。そうした中で、高齢者の自殺を防ぐためのお考えはありますか

オンラインの活用は、高齢者は苦手ではあるのですが、そうした方法で人とコミュニケーションできる形を作れば、孤立を防ぐ手立ての1つになると思います。コミュニケーションは、メールで行うよりもチャットや電話のようにタイムリーに行った方が、質は高くなるという論文もあります。オンラインであっても、オンタイムでコミュニケーションをとれる機会を作れば、高齢者の孤立を防ぐ対策になるのではないかと考えます。

Q.

なぜ、若年女性に新型コロナの影響が大きく出ているのでしょうか。自殺を防ぐための原因と対策について教えてください

今回のコロナの経済的影響によって、非正規雇用の勤務時間が大幅に減ったと言われてます。非正規雇用の雇用機会の減少と、自殺の増加には相関関係があるということは、今回に限らず以前から指摘されておりました。非正規雇用の中では女性の割合が高いので、今回の女性の自殺者増に影響したと考えられます。非正規雇用の勤務機会をどう維持していくか、ということが対策になるのではないかと考えます。

Q.

精神疾患の患者さんたちは、通院治療の継続によって症状が安定していたとお話がありましたが、コロナ禍では、身体疾患の患者さんでも診察を断られることがありました。このあたりを、どのようにお感じですか

病院に通院し続けられるということは、不安の軽減に役立っていると思います。ですから、通院すること自体がとても有用なのですが、初診などの患者さんで熱があると、受診できない実態はありました。ただ、この部分の対策はしっかり立てないと、通院そのものが感染のリスクになり、通院中の患者さんの受診控えにつながりかねません。ですから、我々も葛藤があります。当院では、発熱がある方には電話診察に切り替えるなどして、何らかの形で接触を続けられるようにしました。

第 5 回 2021.12.19

# 大阪における自殺の現状と 対策について



## 木下 利彦 先生

関西医科大学精神神経科学講座 教授

本日は、自殺の現状、自殺の調査研究、自殺対策の今後、という3点についてお話しします。ただその前に、「希望学」という学問をご紹介します。

村上龍さんの小説「希望の国のエクソダス」(2000年、文藝春秋)の中に、「この国には何でもある。本当にいろいろなものがあります。だが希望だけがない」という言葉が登場します。この言葉に刺激された東京大学教授の玄田有史先生が、「希望学」という学問を2005年に立ち上げました。希望を持ちやすい人は、自殺しにくい人です。では、どういう人が希望を持ちやすいかというと、友達が多い、子どもの頃に家族から期待されていた、挫折体験がある、というような人と言われています。

玄田先生たちが2014年に行った大規模調査では、「希望がある」と答えた人は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツ、中国では90%以上になりましたが、日本では54%しかいませんでした。日本の大きな問題が、こういう点にあるのではないかと思います。21世紀に入って、日本はますます希望が持てない国になっているのではないかと、私自身は感じています。

日本の自殺者数は、様々な対策で減少してきましたが、2020年には少し増加に転じました。2018年で見ると、自殺で亡くなった人は全国で2万840人。1日57人が亡くなっている計算になります。これは交通事故死亡者数の約6倍で、非常に大きな問題といえます。

自殺者の7割は男性で、既遂の多くは初回の自殺企図です。一方、自殺未遂歴は女性の方が多くなっています。未遂者は女性が男性の2倍、既遂者は男性が女性の2倍、という特徴があります。国別で見ますと、日本の自殺死亡率は男性で15位、女性で4位。自殺が非常に多い国である、というのは事実なのです。10代から30代では、自殺は死因の第1位となっており、由々しき問題です。

年代別にみると、50代の自殺率が高いのですが、最近では10代、20代が若干増えています。やはり、希望が持てないことが関係しているような気がします。自殺の手段別では、男性は、首吊り、飛び降り、練炭など、の順で多く、女性は、首吊り、飛び降り、入水、の順です。男性の7割、女性の6割は首吊りで亡くなっています。原因は、「健康問題」が圧倒的に多くなっています。

一時は年間3万人を超えた自殺者数を国もかなり問題視して、次々と対策を講じてきました。2006年には自殺対策基本法が成立し、2007年には自殺総合対策大綱が出ました。大綱は5年ごとに見直され、2017年に第3版が出ました。2022年には次の大綱が出ると思います。今日お話しする大阪府も、自殺対策はかなり力を入れてきました。私が勤務する病院は大阪市の隣の守口市にあるので、守口市の対策も後ほどお話しします。

2006年以降、国が「自殺対策のための戦略研究」を始めて、「自殺企図予防効果に関する地域介入研究」と、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネ

ジメントの効果」について多施設共同研究を行いました。この後者の研究に私たちも参加し、自殺未遂者の再発をいかにして減少させるか、という課題に取り組みました。

私たちは、自殺未遂で救命救急センターに運ばれてきた患者さんをフォローアップしました。結果として、ケースマネジメントをすることで、自殺企図再発が50%減るというデータが出てきたわけです。ケースマネジメントの内容を次に挙げます。

- 1 定期的な対象者との面接（あるいは通話）
- 2 対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集
- 3 精神科受療の促進
- 4 精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整
- 5 受療中断者への受療促進
- 6 公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際のコーディネート
- 7 家族に対する入院中の心理教育と情報提供
- 8 ITを利用した情報提供（専用ウェブサイト）

こうした研究結果を受けて、国は自殺対策を行う病院に、診療報酬点数の加算をしてくれました。救急患者に対応する精神科リエゾンチームへの加算もしてくれるようになりました。そして自殺者は3万人を切り、減っていきました。うちの大学ではこの時期、「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」を主催するなどしました。未遂者との関わりを増やすことが非常に大事なのです。

大阪府は、このような自殺未遂者への支援に対して、補助を出してくれました。大阪府全体で、「自殺未遂者支援事例検討会」なども積極的に実施し、府内での自殺企図者総数は減っていきました。ところが大阪府は、2019年から補助を中止してしまいました。予算の関係もあるのですが、こういうことは継続してやっていると、なかなかうまくいきません。

私どもの病院がある守口市では、保健所管内に「自殺対策関係機関連絡会」を作り、保健所、医師会、市役所、警察署、消防組合、関西医大総合医療センター（旧・関西医大附属滝井病院）との連携を密にしました。隣の門真市の関係機関とも連携し、当該地域の自殺に関する特徴を把握すると共に、関係機関が個々に

果たしている役割や機能的特性についての相互理解を深めています。それぞれの立場で、地域づくりの一部を担うための対策を続けています。

自殺総合対策大綱の見直し（2012年）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て」という観点から、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換が図られました。そして、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」「自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い」という基本認識が確認されました。2016年までに、自殺死亡率を2005年と比べて20%以上減少させる、という数値目標も設けられました。

続く2017年の自殺総合対策大綱では、「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことで、社会全体の自殺リスクを低下させる、ということが基本理念に加えられました。

基本認識としては、「非常事態ははまだ続いている」「地域レベルの実践的な取り組みを、PDCAサイクル（計画、実行、評価、改善、を繰り返して業務の継続的な改善を図る方法）を通じて推進する」などが確認され、当面の重点施策としては、「地域レベルの実践的な取り組みへの支援を強化する」「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」「社会全体の自殺リスクを低下させる」「子ども・若者の自殺対策を更に推進する」「勤務問題による自殺対策を更に推進する」などが挙げられました。数値目標は、自殺死亡率を2026年までに、2015年よりも30%以上減少させる、としました。

自殺は、うつ病や生活苦、家庭の不和などが原因で引き起こされます。コロナ禍では、家庭内でうまくいっていない人がうつ病になるケースが増えている印象があります。そこから自殺につながることを懸念します。学校問題、男女問題、経済・生活問題、健康問題、家庭問題、勤務問題、などの様々な要因が連鎖して、自殺行動につながります。

こうした連鎖を防ぐために、大阪府内では、大阪市を中心に多施設連携を行っています。また、守口市などでは先ほど申し上げた多機関連携を行っています。

この中で私どもの病院は、救命救急センターと精神神経科が中心となって対応しています。

大阪府内の様々な対策によって、府内の自殺者数は1998年以降、全国平均を下回る割合（1998年の自殺者数を100%として比較した割合）が続いてきました。しかし2020年には、全国平均と同じになってしまいました。これは、大阪府が2019年に支援を打ち切ったことが関係しているのかもしれませんが。地域における強力な支援がなされるべきだと思います。

日本においては、団塊世代と団塊ジュニア世代で自殺死亡率が高いことが知られています。出生数の多い世代で自殺死亡率が高くなる傾向は、程度の差はあれ、フィンランドやアメリカなどの先進各国でも確認されています。その世代が当該国の自殺好発年齢に達した時は、自殺者数は大幅に増加するものと予想されます。こうした世代の自殺は十分注意する必要があります。

もう1つ、大阪府大東市の取り組みをご紹介します。大東市では、大阪府の自殺対策基本指針にのっとり、2018年に「大東市自殺対策計画」を作りました。関西医大の私どもの教室からも、医師が自殺対策計画策定委員会に加わりました。そして、「こころの健康に関する住民意識調査」を実施しました。その結果、「家計に余裕がなければ幸福感が低下する」ことや、「手段に関係なく、若い人ほど相談する傾向にある」ことなどがわかりました。

また、年齢とともに「ストレスの軽減を目的として、運動で解消を試みる」「励ます傾向がある」「自殺は本人の判断に任せるべきではないという考えが強い」「『死にたい』と打ち明けられた時の対応は介入的」「啓発物への関心が強い」「近所の人々が自殺で亡くなったという体験が増加」「自死遺族にも『励ます』など積極的に介入」「自殺念慮は低下」という傾向がみられました。

今後について考えますと、縦糸と横糸にあたる多施設連携+多機関連携の醸成が大切になります。多文化間交流を促進し、警察・消防や精神科救急の力を更に生かす必要があります。そして、きめ細かな地域施策を進めます。国からの情報や、他の地域との比較を生かしつつも、独自の施策をする、ということです。

自殺対策基本法と自殺総合対策大綱は、地域での対策を重視してきました。1998年からの23年を振り返ると、自殺者数は減ってきましたが、残念ながらコロナ禍でまた増加傾向にあります。そこで数多くの研修会が行われていますが、自殺対策が根付いた地域とそうでない地域があります。全国的に根付かせていくことが必要になります。

自殺の背景には、うつ病、躁うつ病などの精神疾患が存在している可能性が高いと言われています。コロナに罹患して、回復した後に、以前の活動レベルに戻らない人が結構たくさんいます。脳にコロナによる炎症性の変化が起きて、長期にわたる抑うつ、倦怠感などがあるのではないかと考えられます。また、コロナ禍の自粛生活の影響だけでなく、コロナ感染の直接的な影響で、高齢者の認知症が急激に悪化するなどの問題も今後起こってくるかもしれません。どうするのか、考えておく必要があります。

自殺を少なくするには、対話（双方向性）の交流、連携がとても必要になります。最初にお示したように、日本は希望がなかなか持てない国であるので、そのこと自体が非常に大きな問題だと私は考えています。「希望学」の玄田先生は「希望とは、大切な何かを行動によって実現しようとする気持ち」と言っています。幸福と希望は違うのです。「希望」を持つことによって、自殺をするという気持ちが少なくなっていくのではないかと考えています。

Q.

学校や職場や家庭で希望を見出せないことが、うつにつながっているように思います。学校・教育委員会などの教育機関、職場・職安、地域の町内会、社会福祉法人、などの連携、ご縁つながりが地域レベル連携として必要だと思います。先生はどうお考えですか

まさにその通りだと思います。昔は近所の人とのつながりがあったわけですが、今はマンションの隣にだれが住んでいるのかもわからないような状況です。つながりの喪失は、非常に大きな問題だと思います。解決策はなかなか難しいのですが、先にお示しした多施設、多機関の連携を密にすることが、まずできることではないかと思います。町ぐるみのつながりをいかに保つか、ということは、日本という国としても、非常に重大なことではないかと感じています。

Q.

お話にあった救命救急センターでの取り組みで非常に良い研究結果が出て、メンタルヘルスの専門家を置くことが認められるようになったのは、非常に大きなことだと思います。先生の病院では今でも、自殺未遂の減少などの効果を維持されているのでしょうか

正確な数字はすぐにわかりませんが、常勤の精神科医が2人、救命救急センターにいますし、PSWも専属で1人置いて、継続的な取り組みを続けています。救命救急の教授が、精神科の患者さんに極めて親和的という事情も、継続できている背景にあるように思います。

Q.

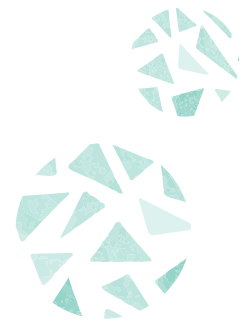
地域活動を新たに、もしくは更に進めていく上で、大事なポイントを教えてください

地方の行政が資金的な部分をいかにサポートしてくれるか、ということが大事だと思います。継続的な支援が必要なのに、一定期間で打ち切られたりします。小さな集まりでも、資金的、経済的なサポートがないとできませんので、継続的に支援していただきたいと思います。コロナ禍で広がったWeb開催も一定のお金がかかりますので、そういうものにも継続的なサポートが求められていると思います。



第 6 回 2022.01.22

# 職場におけるメンタルヘルス支援のあり方とシステムの構築



## 河西 千秋 先生

札幌医科大学医学部神経精神医学講座 主任教授

今回はまず、メンタルヘルス問題の現状と私の問題意識についてお話をします。地方公務員が、どんな病気で長期病休しているかという、平成 10 年 (1998 年) あたりから、精神疾患に関係した長期病休者の数が異様なほどに増えています。その結果、精神障害による労災補償状況も、請求件数が非常な勢いで増えています。

令和元年 (2019 年) の年代別自殺者数をみると、全体としては 60 代以上が自殺者数の 3 分の 1 を占めますが、自殺者数が最も多い年代は 40 代と 50 代になっています。

この年の自殺者の中で、自営ではなく雇用されている人の割合は 30・8% を占めます。自殺をする人という、お金がないとか、仕事がないとか、行先がないとか、そのような困りごとを抱えている人ばかりだと思っている人がいるかもしれません。しかし実は、仕事を持っている勤労者が自殺者の 30% もいるのです。

職場のメンタルヘルス問題の要因としては、産業構造の変化、グローバルイズム、業務量の増大と複雑化・成果主義化、業務の非効率性、終身雇用制の終焉・雇用の不安定性、などが挙げられます。更に、私の中の問題意識としては、職場環境で余裕がない、サポートが減弱、元々メンタルヘルス支援のシステムを持たない、メンタルヘルスが大事だという概念自体がない、労務・保健担当者のスキル不足、などがあるのではないかと考えています。

2015 年 12 月から導入されたストレスチェック制度は、1998 年にもすごい高自殺率になって、以降も高止まりが続いた時に、職場健診でのうつ病検査という形で導入が検討されました。しかし、うつ病の診断は対人でもって、医者が患者さんを見て行うので、健診では無理だろうとなって、代わりにストレスチェック制度が導入されました。

このストレスチェックで高ストレス者がいたら、面接を勧奨するわけです。一見すると、とてもいいことをやっているように思えますが、本当にこれは十分に機能しているのでしょうか。そもそも、高ストレスでうつ状態になっている人は、うつが重くなればなるほど、人に助けを求める援助希求能力が下がります。そういう人たちに「面接を受けられますよ」「よかったですらどうぞ」と言っても、受けようと思わないのです。

もともと日本という国は、抑うつ状態になってかなり悪くなくても、医療機関にいかない率が非常に高いのです。精神疾患全般で、中等度以上に具合が悪くなくても、8 割以上が受診しない国なので、ストレスチェックで声掛けをしても、面接につながる確率は非常に低いわけです。ですからこの制度は、自殺予防などには十分な効果を発揮しないのではないかと私は思っています。この制度ができる直前の厚生労働大臣のヒアリングでも、私はそのように申し上げました。今後、この制度の正否はどのようにアウトカム評価されるのか、実施率しか出てこないとすれば問題です。

「職場のメンタルヘルス状況調査」というのがずっと

と行われています。少し古いのですが、2018年の調査結果をみると、「メンタルヘルス不調により1か月以上休職・あるいは退職している社員がいる会社」は6・7%、「メンタルヘルス・ケアに取り組む会社」は59・2%、「ストレスチェックの実施」は62・9%となっていました。メンタルヘルス・ケアに取り組む会社が59%というのを多いとみるか、少ないとみるか、見方はそれぞれだと思いますが、取り組んでいるといっても、その人を助ける個別性の高い支援を行っているかどうか、私は疑問に思っています。

では、支援体制の構築とその運用は、どのようにすればよいのでしょうか。私の前の職場（大学）でのメンタルヘルス問題と解決への取り組みについて、経験談をお話しします。組織の情報に関わることなので詳しくは語れないのですが、ある職場で深刻なメンタルヘルス問題が続いて勃発しました。当時は保健管理統括部署がないに等しい状態で、私に抜本的な解決が託され、保健管理センター長になりました。しかし、1人ではどうにもできないので、人をそれなりに充ててもらい、改革がスタートしました。

新たな保健管理センターで何を改革したかということ、アジェンダとマインド、情報発信、産業保健システム、相談対応、啓発・教育、メンタルヘルス・スクリーニングと危機介入、特殊健診・感染症対策のイニシアチブ、検証、などです。

新しい保健管理センターのアジェンダは、次の8項目を作りました。

- 1 保健管理の統合組織として、すべての学生・教職員を対象とする
- 2 法と科学性と道義性に基づく保健管理を行う
- 3 ばらばらに実施されていた保健管理・情報収集／解析・相談業務、危機介入等の業務を集約・統括する
- 4 相談対応機能を強化する
- 5 専門職個人に任されていた困難事例・深刻事例を積極的に取り扱い、法人の安全管理に貢献する
- 6 予防のための体制整備・教育・研修・啓発を強化する（ヘルス・プロモーション）
- 7 以上の目的を果たすためのシステム構築に取り組む
- 8 優れた保健管理モデルを開発し、社会に貢献する

大学の保健管理体制では、学生、教職員、管理監督者、を守ることが最も大事になります。学生さんを一番大事に考えなければいけないのは誰かということ、学務教務担当部門の職員です。教職員を守ることに关しては、人事労務担当部門の人たちが主役です。とはいえ、昨今の組織や団体では、職員の健康問題はメンタルヘルス問題が中心なので、プロの力が必要な時には、保健管理センターに連絡してもらうことが大事になります。

新保健管理センターの根幹マインドは、「縁あって同じキャンパスで学び、仕事をしている学生や仲間（学生と教職員）をとことんまで助ける」としました。とことん、といっても、困っている人にお金を貸してあげようとか、家に住ませてあげようとか、そういうことではありません。休職期間に期限があるのならば、その期限いっぱいとはとことん助ける、ということです。

情報発信の部分では、保健管理センターのウェブサイトを作り、「こういう所ですよ」といった情報を発信しています。このサイトに、大学のホームページからでもすぐ飛べるようにしました。保健管理センターの役割などを紹介する紙媒体では、質の良い紙を使ったり、独自のイラストを描いてもらったりして、すぐに丸めて捨てられないように工夫しました。それから、ニュース・レターの定期刊行を毎月行いました。

また、学生や教職員のオリエンテーションなど、あらゆる機会をとらえて、保健管理センターのプレゼンを行いました。例えば、入学式に合わせて行われる医学部父兄説明会では、センターの活動やメンタルヘルス支援、感染症対策などについて、オリエンテーションを実施しました。そして、親御さんも保健管理センターにアクセスできることをお知らせしました。そうすると、親御さんから「最近、うちの息子にメールやLINEをしても返事が来ず、どうしているか心配」などの連絡も来るようになりました。そうすると、こちらで出席状況を調べて、欠席がちだとわかれば、担当の先生に注意してもらおうようにしました。

保健管理センターを知って貰うため、啓発グッズも作りました。クリアファイル、マウスパッド、絆創膏

など、実際に使ってもらえるものになりました。そして、相談対応体制を念入りに準備して、まずは、職域の経験をしっかり持っている優秀な心理士の採用に注力しました。アジェンダとマインドの徹底を図り、学生相談室を発展的に解消して、学生と職員の相談窓口を一元化した「キャンパス相談」を開始しました。学生相談室と書いてあると、学生さんしか行ってはいけないと思われるためです。キャンパス相談室は作らず、学内どこにでも出かけて行うキャンパス相談、としました。さらに、連携推進と情報共有、組織内守秘義務の徹底、相談対応でのセクショナリズムを禁止、などを進めました。

教員や管理職を対象とした相談対応に関する基礎研修会も開催しました。その内容は、健康管理・メンタルヘルスマネジメント規定の説明、保健管理センター業務の説明、教職員・管理職の役割について、メンタルヘルス相談対応の説明、事例紹介、関連部署との連携方法の説明、などです。

この研修会では実際の事例をお見せして、ある学生がどういうふうにして助かったのか、ある職員がどんなプロセスで相談につながって問題解決したのか、色々な問題解決パターンをお見せしました。こうした事例をお見せすると、問題を抱える学生や職員を連れてくるケースが増えていきました。

月に1、2回の頻度で、部門横断連携ミーティングも実施しました。学生支援、教務、国際学務、キャリア支援、医学科学学務などの担当者がセンターに集合します。気になる例や懸案事例を出し合い、情報共有と検討を行います。こうしたミーティングを繰り返すことで検討事例が増え、かなり早期の介入もできるようになりました。

職員に関しては、就業・健康管理に関する新しい体制を作りました。就業審査会は、ただハンコを押すだけになっている組織もあるかもしれませんが、新しい体制では、就業審査会に関わる人たちが自分たちの組織で起こっていることをきちんと理解し、問題意識を持てるようにしました。つまり、形式的な会議で終わらせないようにしたのです。

標準的な休職・復職対応では、メンタルヘルス不調

に陥った職員が早退や短期休養を繰り返すうちに、これはよくないと上司が気付いて対応していくわけです。そして専門家による診察を受けて、人によっては休職に入るわけです。このような流れの中で、例えば上司による相談・受診勧奨の部分でも、上司がすべきことや、してはいけないことがちゃんとあるわけです。専門医の診察・診断・休職指示を踏まえて、どういふうに関係者が動くのか、という課題もあります。休職期間中も色々な段階がありますので、それぞれの段階で配慮すべきことが、それぞれの立場であるわけです。そして、それぞれの段階におけるアセスメントが大事になります。しかし、きちんとしたアセスメントがないままに、復職に向けて流れていってしまいがちです。すると、再休職が起こってしまうわけです。

その他にも、教職員向けにいろいろなことをやりました。メンタルヘルス・スクリーニング、こじれた人間関係とメンタルヘルス問題の整理・介入・問題解決、重大事故や事件後の悲嘆（グリーフ）ケア、特殊健診のイニシアチブ、データベース整備と研究システム構築による検証、地域貢献、などです。

メンタルヘルス・スクリーニングは、学生と教職員の両方に行いました。ストレスチェックが法制化される前の段階でしたので、定期健診で1次スクリーニングを行い、全般健康度と自殺念慮と抑うつ程度をチェックしました。これで懸念があった人は、2次スクリーニングとして心理面接を行い、更に必要に応じて3次の精神科面接を行いました。

施行2年目の2013年度には、自殺念慮がある人は学生で0.3%、教職員で0.5%となりました。これは深刻だと思われましたので、2週間以内に全例危機介入を行いました。また、抑うつがみられる人は学生で11.9%、教職員で10%とわかり、特に抑うつが強いと思われる人にはお声かけをして、面接を行いました。

こうした取り組みの成果は、相談件数に表れました。私が保健管理センターに非常勤として関わるようになったのが、平成22年度(2010年度)です。翌年度には、抜本改革をしなければいけないと思って方針を決めました。平成24年度(2012年度)からは、保健管理センターの常勤のセンター長になりまし

た。そうすると、瞬く間に相談件数が増えたのです。平成 23 年度（2011 年度）には年間 33 件しかなかった学生からの相談が、平成 24 年度には 936 件、平成 25 年度（2013 年度）には 1061 件になったのです。また、職員からの相談は平成 23 年度まで全く実績がなかったのですが、キャンパス相談に変えたことで平成 24 年度に 346 件、平成 25 年度に 389 件の相談が寄せられました。

当たり前ですが、相談できずに自分で抱え込んでいる大学組織よりも、何かあれば相談できる組織の方が絶対によいです。この時の学生と職員の総計は 8700 人くらいでした。平成 25 年度の相談者は、学生と教職員を合わせると実人数で 630 ～ 640 人、相談件数は約 2500 件となりましたので、おそらく世界で最も相談対応ができる大学だったのではないかと思います。

このキャンパス相談にはいろいろな事例が持ち込まれました。理由が明確でないまま長期間休んでいる学生や教員・職員について、教員と院生間のトラブル、教員間のトラブルやそれに端を発した長期休職、学生間の犯罪まがいのトラブル、学生の死亡事故、キャンパス内の自傷行為や自傷を繰り返す学生について、自殺事故、“いわゆる”発達障害に振り回される職員の悩み、教員の不祥事とその後に残された学生のケア、医療事故後の医療職のケア、ハラスメント、などです。

ではなぜ、相談対応件数が 2500 件まで激増したのでしょうか。まず考えられるのは、それだけの数の問題・需要があった、ということです。それから、役に立つ相談対応システムにするための徹底的な作り込みをしたことがよかったと思います。あとは、来た人に対して個別性を重視した対応をしたことや、「学内の人間は最後の最後までとことん面倒をみる」という姿勢を徹底したことによる信頼感が大きかったのではないかと思います。

最後に、地域ネットワーク活動について簡単にご紹介します。私は神奈川県にいた時に、自殺対策の仕事も含めて、3 つのネットワーク活動をしていました。横浜職域メンタルヘルス支援ネットワーク（横浜市南西部の企業が集まり、共同学習・事例検討・情報共有を行う）、横浜市栄区メンタルヘルス支援ネットワー

ク（地域の保健・福祉従事者が集まり、学習・事例検討・情報共有を行う）、K - S T E P S（保健・福祉専門職が専門学習を深め、研修プログラムを制作し、提供する）の 3 つです。

横浜職域メンタルヘルス支援ネットワークでは、職場のメンタルヘルス問題について、企業・団体からの聴き取りを行いました。すると会社の中から、退職者が最近増加、休職・復職規定がない、復職プログラムがない、対応できるスタッフが十分いない、会社がメンタルヘルスの重要性に疎い、人事労務担当者・保健担当者がそもそも知識不足で自らの役割に疎い、などの問題意識や課題が次々と上がってきました。

このような問題に対して相談対応を行っても、また違う問題が出て来て、相談が全然減りませんでした。ちぎっては投げの状態、限界を感じました。そこで、もう少しシステムティックに問題解決を図る必要があると感じました。私はちょうど、相談対応で色々な会社に行っていましたし、指導する大学院生も色々な会社に散らばって仕事をしていたので、そういう会社にお声がけをして、ネットワークを作りました。それが、職域メンタルヘルスの課題克服を目指す「企業・行政・大学による連絡会」（2007 年から 2015 年）です。専門部署・専門職のスキルアップによって、産業・組織のメンタルヘルス対策をより良いものに変えることを目標としました。

年間 3 回くらいの例会を行っていました。対応困難事例をそれぞれ出していただき、少人数グループにわかれてワークショップ形式で検討しました。続いて、振り返りのミニレクチャーとトピックスの紹介などを行う勉強会、最後に情報交換（飲み会）を行いました。会場は毎回、各会社の持ち回りで決め、産業医や産業カウンセラー、産業保健師、看護師なども参加していました。

「メンタルヘルス管理をしています」という会社の条件は、次の 5 つにまとめられると思います。

- 1 メンタルヘルス不調者を受け止める仕組みがある
- 2 不調者が、適切な支援を受けられる
- 3 不調者に対応する人が、十分な知識と技術を持っている

- 4 管理職が、メンタルヘルスの重要性を知っている
- 5 勤労者一人ひとりがメンタルヘルスの重要性を知っている

このような会社を作り上げることを、このネットワークでは目指していました。休職を繰り返す社員などの困難事例の検討に関しては、事例検討の定式化により支援方法を反復練習しました。定式化すると、毎回、同じアンカーポイント、同じ段取りで課題を検討するので取り組みやすくなります。それぞれの部署・職種が、本来何をすべきだったのか振り返りと検討をしますので、参加者自身が当事者になった気持ちで検討できます。確実に結論を導き出せるので、これを繰り返すことで解決法が身に付き、参加者が進化できます。

逆に、これが定式化されていないと、毎回、応用問題が提示されるようなもので、「いつ、どこの、何が問題で、どこに焦点を当てればいいのか」が分からなくなってしまう。その結果、時として誤った議論の流れや誤った結論が導かれてしまいます。そして毎回、ただ事例とにらめっこして悩むばかりで一向に進化せず、勉強にならないので、参加者が減ってしまうことになります。

Q.

精神疾患にならないようなシステムや概念モデルについて、お考えを教えてください

だれもがスーッと病気になるわけではありません。メンタルヘルス不調から、病気の方に次第に落ち込んでいってしまうのです。メンタルヘルス不調も自然になるわけではなく、その背景には、特に企業や団体に働いている人の場合には、あるストレスサーがあって悩んだり苦しんだりして、辛い気持ちが募って不調になってしまうわけです。そういうことを考えると、職場内にわりと気軽に相談できる仕組みを作ることが、とりもなおさず精神疾患の予防につながると思います。

このネットワークのミニレクチャーでも扱ったのが、精神科主治医との付き合い方です。どのように付き合ったらよいのでしょうか。よくあるのが、精神科の診断書の中に「なるべく職場から連絡を取らないで欲しい」と書いてあるケースです。でも、そういうわけにはいかないですね。職場のメンタルヘルスの基本として、上司は休職中の部下に定期的に連絡を取ることが必要なわけです。しかし、精神科医の中にはあまり職場のことを知らない人もいるので、「職場を変えてくれなければ復帰できません」などという診断書を平気で書いてきたりします。そういう時に、どうすればいいかということも検討します。

今日の話をもとめます。本来、誰もがメンタルヘルスをサポートしてもらえる権利があるはず。職場のメンタルヘルス・リテラシーの涵養と、労務管理・健康管理担当者の知識と技量の向上が重要です。一方で、勤労者にも自らの健康を管理する責務があります。法が人を助けるわけではありません。人を助けるのは人であって、その基本は道義性であることを基本に置くべきです。

Q.

学校で養護教諭をしていますが、ストレスチェックが形骸化しており、ただ実施しているだけで機能を果たしていないように思います。ストレスチェック後の有効な手立てなどがありましたらお聞かせください

私はもともと、ストレスチェックの効果は極めて限定的だと思っていました。自分から「助けて」と強く言う人しか助けられない制度なので。やはり組織独自に、何かシステムを作った方がいいと思います。今日は、そのためのヒントになるようなお話しをしたつもりです。全部いっぺんにはできなくても、独自にスクリーニングをすとか、管理職に対する研修会をきちんとやるとか、まずは一部でも実行していただければよいと思います。

第 6 回 2022.01.22

# 労災事案からみた自殺予防対策

## 田中 克俊 先生

北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 教授

職域のメンタルヘルスの基本的な目的は、労災の予防になりますので、その労災として生じる精神疾患や自殺の予防も、職域のメンタルヘルスの目的に含まれることとなります。

まずは、労災の申請・認定件数の推移についてお話しします。労災における精神障害に関しては、1999年に精神障害等の判断指針が策定されました。それまでは、精神障害の件数はほんの数件という時代がずっと続きました。この判断指針ができたことで、ある程度の認定方針が定められましたので、その後、件数は増えていきました。

更に 2011 年に、現行の精神障害の認定基準が策定されました。それまでは全て、精神部会の精神科医が関わって労災にあたるかどうかを判断していましたが、請求件数が急増したことで処理し切れなくなり、認定基準を作ったのです。この基準に照らし合わせて、労災であるかどうか明らかなものは、労働基準監督署の中で決定しましょう、ということになりました。そして、グレーゾーンとなるようなケースについての、精神部会で精神科医の判断を仰ぐことになりました。これ以後、労災の請求件数は更に増え、認定件数も増加傾向にあります。そして直近では、パワハラで非常に増えています。

労災のもう 1 つの主な基準である脳・心臓疾患に関しても、認定基準が改正されましたが、請求件数は最近では減ってきています。脳・心臓疾患の認定基準はこれまで、かなりの割合を「労働時間」だけで判断するシステムになっていました。しかし今回の改訂

で、認定にストレスの観点も加わることになりましたので、この数字はまた増えていくかもしれません。ストレスの大きさは、精神障害だけではなく、脳・心臓疾患の認定にも大きな影響を与えるという動きになっています。

令和 2 年度（2020 年度）の「過労死等の労災補償状況」（厚生労働省）を見てみましょう。精神障害の請求件数は 2051 件（申請を途中でやめたものなどを引いた決定件数は 1906 件）で、そのうち 608 件が精神障害の労災と認定されました。このうち、自殺による請求件数は 155 件（決定件数は 179 件・年度をまたぐ影響で決定が増加）で、81 件が認定されました。全体からみると、審査をした数のうち 3 割くらいしか労災と認定されていませんが、自殺事案においては 45% が認定され、かなり高くなっています。

先ほども申しましたが、労災の審査はどんどん増えています。2000 年代は過重労働に関連する申請が非常に多くを占めていました。しかしここ数年、特に「パワハラ防止法」（2020 年 6 月）が制定されて以降は、かなりの割合をパワハラが占めるようになりました。私が関わっている東京労働局労働基準監督署における審査では、現在は 8 割くらいがパワハラ関連、ハラスメント関連の申請になっています。そして認定においてもパワハラの数が一番になり、長時間労働が理由の労災認定は 20% 程度まで割合が減っています。

令和 2 年度（2020 年度）の（東京労働局管内の）出来事別労災認定順位は、①上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワハラを受けた、②悲惨

な事故や災害の体験、目撃をした、③同僚等から、暴行又は（ひどい）いじめ・嫌がらせを受けた、の順となっています。実際に労災に認定されたもののうち、ハラスメント関連の出来事（「パワーハラスメントを受けた」「いじめ・嫌がらせを受けた」「セクシャルハラスメントを受けた」）だけで、全体の35%を占めるまでになりました。

また、令和2年度の自殺事案（179件）の出来事別労災認定順位は、①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（44件）、②上司とのトラブルがあった（20件）、③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（15件）、④2週間以上にわたって連続勤務を行った（17件）、となっています。自殺においても、ハラスメントが大きな割合を占めているのがごく最近の特徴です。ですので、自殺予防に関しては、様々な環境の変化や過重な業務によって生じるうつ状態の早期発見、早期介入が重要であることは変わらないのですが、上司とのトラブルやハラスメントといった上司との関係において疲弊してしまう人をいかに防ぐか、ということも大きなポイントになっています。

上司との対人関係のトラブルやハラスメントがあった場合、それはちょっとしたPTSDに近い状態かもしれないかもしれません。そうした病的状態を介して自殺になるケースも多いので、やはり早期発見、早期介入がポイントになります。更に、最近ではもうひとつの特徴として、精神症状を呈することなく、精神科医にかかることなく、他の人に相談することもなく、ハラスメントを体験したあとに突発的に自殺をしてしまうケースが目立つようになりました。これは本人の特性による場所も少しあるかもしれませんが、ためらいのような行動もなく、最初から成功率が高い自殺行動をしてしまいます。人を傷つけるハラスメントを起こさないような職場づくりは、自殺の一次予防対策としても基本的なところとであります。

海外における職域のメンタルヘルス活動でも、基本的にはハラスメント対策がほとんどです。精神障害の労災においても、ハラスメントが圧倒的にメインであるわけで、その対策は職域のメンタルヘルス活動の、会社として必ず行うべきことと言えます。

自殺に関しては、警察庁の統計として「自殺統計」があります。この統計（2020年）の中で、「勤務問題」を原因・動機の1つとする自殺は1918件で、全体の9.1%でした。この「勤務問題」の内訳をみると、これまでは「仕事疲れ」が原因の1位でしたが、2020年の1位は「職場の人間関係」（27.2%）になりました。職場での対人トラブル、ハラスメント、いじめ、などがこれに当てはまると考えられます。警察庁の統計においても、ハラスメント関係や対人関係のトラブルは自殺の要因として多くなっているのです。ですからこの後は、職場のハラスメント対策としてどのようなことができるのか、お話ししていきます。

我々が自殺事案を審査している中で経験した事例、特に自殺の直前にパワーハラスメントが認められた事例では、次のようなパワハラがありました。

- ・課長席の横で立たせてみんなの前で指導する
- ・長時間（1時間を超えるような）説教をする
- ・大声で指導する
- ・一方的に指導し、相手の言い分を聞かない
- ・「辞めろ」「バカか」といった発言
- ・残業をつけさせない
- ・定時に帰ると怒られる
- ・相談すると何倍も質問をされ相談ができない

こういったことがないような職場にしていけないといけません。昨今は、世知辛い世の中になったものだという考えもあるかもしれませんが、パワハラのもとと手前のモラルハラスメントでも、日本は他の先進諸国に比べて遅れているのは間違いないわけですから、こういったところを変えていくことが重要だと思います。

翻ってみると、過重労働で労災がどんどん認定された当初の頃も、「100時間でうつになる人なんていないよ。自分は200時間以上の残業をしている」などと言われました。実際に調査をしてみると、100時間の残業の人がメンタル不調を訴える割合は、40～50時間の残業の人よりも低かったのです。つまり、元気な人だからこそ残業できるといった、どっちが卵でどっちが鶏かわからないような状況があり、残業によって発症したうつ病は受け入れられない現実がありました。

しかし、労災申請などが増えていって、認定されたり裁判になったりするケースが増えると、過重労働は悪いものだと思われようになりました。今は、ハラスメントが突然問題視されるようになって、抵抗を感じている人もいますが、そうした雰囲気は変えていかなければならないと思っています。過重労働の時のような変化を期待したいと思います。

パワハラがなかなか減らない背景には、悪気があってやっているわけではなく、本人にはパワハラの自覚がないケースが多い、ということがあります。また、労災の事案などをみても、パワハラをした管理職は優秀な人が多く、自分と同じレベルを部下にも求めたり、過去に自分が受けてきた指導を繰り返したりしているケースがみられます。部下に成長してもらいたいと思って、一生懸命していた強めの指導が、パワハラとみなされることもあるのです。

さきほど申し上げたように2020年6月には、いわゆる「パワハラ防止法」が法律として制定され、定義が作られました。①優越的な関係を背景とした言動、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの、③労働者の就業環境が害されるもの。これら①から③までの3つの要素を同時に満たすものが、パワハラとなります。

優越的な関係を背景とした言動とは、業務を遂行するにあたって、当該言動を受ける労働者が、行為者とされる者に対して抵抗や拒絶することができない蓋然性が高い関係を背景として行われるもの、を指します。例えば、職務上の地位が上位の者による言動や、同僚又は部下による言動で、当該言動を行う者が業務上の知識や豊富な経験を有しており、当該者の協力を得なければ業務の円滑な遂行を行うことが困難であるもの、同僚又は部下からの集団による行為で、これに抵抗又は拒絶することが困難であるもの、などがこれにあたります。

業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動とは、社会通念に照らし、当該言動が明らかに当該事業主の業務上必要がない、又はその態様が相当でないもの、をいいます。例えば、業務上明らかに必要性のない言動・業務の目的を大きく逸脱した言動、業務を遂行するための手段として不適当な言動・当該行為の回数や行為

者の数等、その態様や手段が社会通念に照らして許容される範囲を超える言動、などです。

就業環境が害されるものとは、当該言動により、労働者が身体的又は精神的に苦痛を与えられ、就業環境が不快なものとなったために能力の発揮に重大な悪影響が生じる等の、当該労働者が就業する上で看過できない程度の支障が生じること、を指します。言動によって心理的なストレスが生じて、うまく働けなくなったようなケースです。

このパワハラ防止法では、グレーゾーンがたくさんあります。どこからがパワハラなのか、労災の認定基準の見直しも同時期に行われました。今までは、いじめ、いやがらせ、という表現を行政用語では使っていなかったのですが、パワハラ防止法ができたことで、行政でもパワーハラスメントという言葉を使うようになりました。そこで、労災認定基準でもパワーハラスメントという言葉を使いながら、認定基準の具体例を示しました。これを超えてはいけませんよ、という形でパワハラを定義を示したものです。平均的な心理的負担の強度、心理的負荷の総合評価の視点、心理的負荷の強度を「弱」「中」「強」と判断するための具体例、などが記されています。

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時、心理的負荷が「強」である例としては、「治療を要する程度の暴行等の身体的攻撃」「身体的攻撃を執拗に受けた場合」「業務上明らかに必要性がない又は業務の目的を大きく逸脱した精神的攻撃が執拗に行われた場合」「必要以上に長時間にわたる叱責が執拗に行われた場合」「他の労働者の面前における大声での威圧的な叱責が執拗に行われた場合」「中程度の身体的攻撃、精神的攻撃を受けて、会社に相談しても適切な対応がなく改善されなかった場合」などが挙げられています。「強」であれば労災になります。

パワーハラスメントが「中」になるのは、上司による身体的攻撃・精神的攻撃が行われたものの、行為が単発で反復・継続していない場合です。ただ現実的には、行為が1回あっただけでもトラウマになり、精神的不調に至るケースがありますので、中だからいいというわけでは決してありません。1回あっただけでも会社は注意をして、2度と起こらないようにしなけ



ればなりません。

また、上司から業務指導の範囲内で強い指導・叱責を受けた場合は、上司とのトラブル、というふうに労災ではみなされません。これは基本的には、強度は「中」になります。これだけであれば労災にはなりません。業務をめぐる方針等において、周囲からも客観的に認識されるような対立が上司との間に生じた、という状態も「中」になります。しかしながら、業務を巡る方針等において、周囲からも客観的に認識されるような大きな対立が上司との間に生じ、その後の業務に大きな支障を来した場合は、上司とのトラブルであっても「強」と判断され、労災になります。

パワハラ加害者にならないために、次のような注意が必要です。

Q.

営業部門の取締役の社内発言力が強く、パワハラに該当すると思います。この場合、どのような是正策があるのでしょうか

パワハラを課長や部長がやっているうちは更に上がありますが、特に中小企業などで社長や役員がこういったことをする場合、どうしたらよいかというのは大きな問題です。その場合は、公的な窓口への相談が一番よいのではないのでしょうか。労災として訴えるという段階ではなくても、労基署などの相談窓口を利用できます。労基署から会社に調査のアプローチがあっただけで是正されることもあります。自分の方から社長などに直接働きかけることができないのであれば、外部の力を借りるとよいと思います。

今はパワハラ相談が非常に多く、労基署でもかなり積極的に相談を受けています。会社の仕組みや様子を相談していただくと、回答を得られるのではないかと思います。

- ・注意・叱責の目的は相手にストレスを与えることではない
- ・どんなことがあっても相手のプライドを痛めつけてはダメ
- ・自分の子どもや身内にしてもらいたくないことはしない
- ・普段からいつ録音されても大丈夫と思える言動を
- ・公正でフェアな印象を目指して
- ・困った時こそ適切なコミュニケーションを

労災と認定されなかったとしても、申請されるだけでも残念なことです。そういったことがないように、職場の雰囲気をもっと良くすることが大切です。海外ではフェアマネジメントが非常に重要視されています。常に公正でフェアな関係づくりを大事にしなければなりません。注意をするときは説明をしっかりと、情報をきちんと与えることが大事です。

---

2021 年度 東京都地域自殺対策強化補助事業 地域特性重点特化事業  
若年勤労者の自殺対策のための職場におけるメンタルヘルスの推進事業  
JDC メンタルヘルスセミナー 2021  
職場におけるメンタルヘルスの推進

実 施：WEB オンラインセミナー 全6回  
ビデオ講演会システム Zoom(ズーム) ウェビナー 使用

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)  
〒160-0017 東京都新宿区左門町 2-6 ワコービル 4 階  
TEL：03-6256-8411  
WEB：<https://www.jcptd.jp/>

制作：有限会社まるみ



うつをこえて  
BEYOND THE BLUE