

2020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 2020

職場における メンタルヘルスの推進

～若年勤労者のメンタルヘルスを向上させるために～

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®

CONTENTS

第 1 回
2020.11.21

02 職場の発達障害～その理解と対応～

講師 加藤 進昌 先生 東京大学 名誉教授・昭和大学 発達障害医療研究所 所長・公益財団法人 神経研究所 理事長

06 メンタルヘルスファーストエイド (MHFA) を応用した 社員向け短時間研修プログラムの紹介 － 職場でのメンタルヘルス不調の早期発見・早期介入のために －

講師 加藤 隆弘 先生 九州大学病院 精神科 神経科 講師・九州大学病院「気分障害ひきこもり外来」主宰

第 2 回
2020.12.04

10 アルツハイマー型認知症や軽度認知症における抑うつ・不安について

講師 繁田 雅弘 先生 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 主任教授・東京都立大学 名誉教授

14 レジリエントなライフスタイル～食事・運動習慣を中心に～

講師 功刀 浩 先生 一般社団法人 日本うつ病センター 理事・帝京大学 医学部 精神神経科学講座 教授

第 3 回
2021.01.11

18 不安な人にどう向き合えばよいか～森田療法による援助の技法～

講師 中村 敬 先生 東京慈恵会医科大学 森田療法 センター長・東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授
東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長

22 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

26 労働者の睡眠の問題と在宅勤務における睡眠対策

講師 山本 愛 先生 医療法人社団 朋友会 けやきの森病院 精神科 産業医

第 4 回
2021.01.22

30 AI などのデジタルツールを活用した認知行動療法と職場のメンタルヘルス

講師 大野 裕 先生 一般社団法人 認知行動療法研修開発センター 理事長
ストレスマネジメントネットワーク株式会社 代表

34 プレゼンティズム改善のための方策～睡眠と生活リズムの役割～

講師 井上 猛 先生 一般社団法人 日本うつ病センター 理事・東京医科大学 精神医学分野 主任教授
東京医科大学病院 メンタルヘルス科 科長

第 5 回
2021.01.24

38 コロナ禍における職場のメンタルヘルスと企業の対策について

講師 佐々木 規夫 先生 医療法人財団 厚生協会 大泉病院 精神科医・産業医

42 うつがなかなかよくなる時にどう考えればよいか

講師 渡邊 衡一郎 先生 一般社団法人 日本うつ病センター 監事・杏林大学 医学部 精神神経科学教室 教授

46 生き生きと働くために

講師 竹島 正 先生 一般社団法人 自殺予防と自死遺族支援／調査研究研修センター (CSPSS) 理事
川崎市精神保健福祉センター 所長・大正大学 地域構想研究所 客員教授

第 6 回
2021.01.30

52 精神疾患の早期発見・早期治療

講師 水野 雅文 先生 一般社団法人 日本うつ病センター 理事・東邦大学 医学部 精神神経医学講座 主任教授

56 職場で活かせるコミュニケーション術～「ON」の関係から問題解決へ～

講師 染村 宏法 先生 昭和大学附属烏山病院 精神科・東京中央産業医事務所

60 双極性障害への対処と治療

講師 加藤 忠史 先生 一般社団法人 日本うつ病センター 理事
順天堂大学大学院 医学研究科精神・行動科学・医学部 精神医学講座 主任教授
理化学研究所 脳神経科学研究センター／精神疾患動態研究チーム チームリーダー

特別講演
2021.03.05

64 ストレスチェック制度に伴う高ストレス者面接のためのマニュアル

講師 秋山 剛 先生 NTT 東日本関東病院 品質保証室長・環太平洋精神科医会議 理事 (事務局長)
集団認知行動療法研究会 代表世話人・認定 NPO 法人 東京英語いのちの電話 名誉理事長
多文化精神医学会 副理事長・NPO 法人 国際病院認証支援機構 副理事長
公益財団法人 こころのバリアフリー研究会 代表理事・一般社団法人 日本うつ病リワーク協会 理事

第 1 回 2020.11.21.

職場の発達障害 ～ その理解と対応 ～



加藤 進昌 先生

東京大学 名誉教授・昭和大学 発達障害医療研究所 所長・公益財団法人 神経研究所 理事長

発達障害についての国の対策は、発達障害者支援法に基づいて行われます。それは、現在も国際疾病分類の第 10 版 (ICD-10) に準拠しており、最近公表された第 11 版 (ICD-11) の内容はまだ反映されていませんが、学会などではもう 11 版に準拠した内容で行われています。

11 版では、自閉スペクトラム症 (ASD) と注意欠如多動症 (ADHD) が、神経発達症群の中に入りました。以前は、自閉症とかアスペルガー症候群がひとつのクライテリアに入っていて、もう一つのクライテリアに ADHD を含む多動性障害が入っていました。これがひとつになりました。今日は、この自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の 2 つを中心にお話しします。

私が関係した昭和大学烏山病院と、神経研究所附属清和病院の発達障害専門外来では、すでに計 1 万人近い患者さんに対応してきました。2008 年に発達障害専門外来を設けた烏山病院では、発達障害 (ASD、ADHD、ASD + ADHD、LD) と診断する割合は男性で 47%、女性で 36% となっています。

これは、発達障害専門外来の診断名ですから、ある意味では 100% が発達障害の診断名になってもおかしくないのですが、実際には男女とも 4 割程度しか発達障害と診断されないのです。逆に言えば残り 6 割は、私どもの外来では「違う」と申し上げる結果になります。この割合は今も変わらないか、あるいはもっと「違う」人たちが増えているかもしれません。

私どもの診断が絶対正しいというわけでは、もちろ

んありません。ですが、専門外来というのは電話で予約を取る必要があり、患者さんにとってかなりの労力を伴うものです。そういう状況でも 4 割程度しか診断されないのです。

初診時の診断名を年齢別にみると、高齢になるほど発達障害の診断となる率が低くなる傾向があります。高齢になるほど、発達障害ではないと診断される方が多くなるのです。20 歳未満では 68.2%、20 歳代では 50.7% が発達障害と診断されますが、30 歳代では 40.1%、40 歳代では 35%、50 歳代では 30.6% と、診断率が低下していきます。

この「大人の発達障害」の診断を巡る混乱をみてみますと、10 年くらい前までは発達障害という概念がよく知られていませんでしたので、過少診断の時代でした。今では、発達障害を知らない精神科医は皆無になったと思いますが、正しい知識が不足して過剰診断が多くなっています。その傾向が、烏山病院での私どもの統計にも表れており、私どもの専門外来で「違う」と判断される人が目立つようになったのです。

では、どういう人が過剰診断されやすいかというと、アスペルガー症候群をカッコいいと思う人たちです。私は「アスペさん現象」と呼んでいるのですが、精神科でアスペルガー症候群の診断を求めてくるのです。

こういう方たちの中には、問題の原因はパーソナリティ障害ではないかとみられる方や、境界知能という軽い知的障害がある方が多いように思います。こうした原因で社会にうまく適応できないのに、自分は「発

発達障害だ」「アスペルガーだ」と診断を求めて来られることが多くなっています。

発達障害というのは、基本的には子どもの時に診断されるもので、従って診断基準は児童を中心に作られています。大人でどうかというのは、世界的にみても非常に不十分です。そのため、診断基準は発達に伴う変化を十分反映していないのです。特に大人で問題になるのは、異性問題です。そういう時に発達障害の人はどういう対応をするか、というのは診断基準に反映されていません。

また、LGBTなどのジェンダーの問題もあります。発達障害の方は、性別についてのアイデンティティが若干微妙な方が多いのです。これはたぶん、特にASDの本質に関わることだと思います。また、最近では「ASDとADHDが合併している」ということが、極めて一般的にいわれるようになりました。こうしたことが、診断の混乱につながっているように思います。

では、うつ病と発達障害はどう関係しているのでしょうか。「うつ病の背景に発達障害がある」ということが極めてふつうに言われるのですが、本当にそうなのか。うつ病と発達障害は合併するものなのか、という意味では、私は典型的な意味でのうつ病と発達障害が合併するとは考えていません。

一方では、「発達障害があって二次的にうつ病になる」ということが非常によく言われます。うつは発達障害の二次障害だという見方ですが、私はこれも非常に誤解を招く表現ではないかと思っています。

このような場合、発達障害の診断がなぜ必要なのでしょう。ASDでADHDでうつ病だ、などという診断が一般のクリニックでつけられることがふつうになっています。なんでそんな診断をみなさんが簡単につけるのか、私にはわかりません。うつ状態やうつ病であるということが、あまりにも一般的になり過ぎているので、少しその辺に深みを持たせようとして、発達障害ということをや非常に安易につけているように思えて仕方ありません。

診断は、そのように診断することで治療に役立つのかということが重要でありますし、患者さんは発達障

害であろうがうつ病であろうが、治ればいいわけです。あるいは、その悩みが解決できればいいわけです。そういう意味で、こうした診断がつけられているようには思えません。私は、発達障害のうち、特にASDの場合には薬は不要だと思っています。ASDに安易に薬を出すべきではないと思っておりまして、私の患者さんで6割から7割は全くの無投薬です。もし、うつ病と発達障害というふうに診断するのであれば、発達障害が中心であるならば、薬は無しにすべきだと思っています。それで状態が悪くなれば、発達障害ではなくてうつ病が中心なんだろうとみるべきだと思っています。

続いて、職場の発達障害についてです。発達障害の診断を職場に持って来られる方は、手帳の取得と、人によっては障害者年金の支給を既にされている場合があります。私個人は、手帳については比較的広く出すようにしています。しかし、これはあくまでも、昔の言い方で言う「精神病」の患者さん、および発達障害の患者さんに限定しています。いわゆるノイローゼというような方には手帳はお勧めしていません。

それから年金というのは、基本的には福祉的なもので、一般就労している方に年金が支給されるはずはないと考えていますし、患者さんにはそのように言っています。障害者就労となると、その給与は非常に低いので、その場合は年金を合わせて一般就労の方の最低レベルにようやく届くくらいだと思います。そういう意味で、古典的な自閉症の方などには、年金の申請をむしろこちらからお勧めしています。

次に障害者就労の問題です。「職場でうまくいかないから合理的配慮をして欲しい」とおっしゃってこられる方が多いです。私は、障害者就労であればそういう配慮を要求できると言いますし、逆に言えば一般就労の場合は、「配慮して欲しい」というのは、原則的に言えばそれはないでしょう、ということになります。この場合はクローズドの就労でいくべきであろうと申し上げています。一般就労の場合、それをオープンにすると給料が愕然と下がります。そういうことが受け入れられるのであれば、障害者就労に変えてもよいでしょうけれど、一般にはあまりそれはないだろうと思っています。とすれば、「折々に配慮して欲しい」という

のは言えないんじゃないかと申し上げています。

では、ASD への支援の実際はどうしたらよいでしょうか。詳しくは後で申し上げますが、特性に則した支援の仕方や相談の仕方があると思います。また ADHD の場合は、かなり様相が違います。ASD の場合は、職場に普通に就労できているということ自体が、むしろ少ないです。うまく社会に入っていけない方が多い。従って、支援が非常に必要なのは主に ASD です。

ADHD の方は、実際には社会的なことは結構できる方が多いです。社会で活躍している方にもかなりいると思われま。メチルフェニデートという薬を必要とする方の場合は、そういう効果的な治療法がありますし、それ以外の ADHD の方は、そういう特性を生かしてビジネスをやっていければいいし、特性を生かして活躍している方も多いはず。ですから、ADHD だから配慮が必要だというケースは、そんなにあるとは思っていません。そういうことを言われるとすれば、それは診断が本当なのかどうかを考えるべきかもしれません。

ASD の方、いわゆるアスペルガーと呼ばれる方は「暗黙のルールがわからない」「話が飛びやすい、一方的でわかりにくい」「独特な話し方、内容よりも音声に関心がある」「機械的な暗記が得意」などの症状がよくみられます。相手がどう思うか、世間がどう思うか、というのが分からないという特徴や、目の前の相手に対する視線の動きに通常の場合とかなり違う特徴があります。通常、人は相手のまばたきに同調してまばたきをするのですが、ASD の方は全く同調しないという研究結果もあります。つまり、ASD の方は一般の人とはかなり違う特性を持った人なのです。

自閉症などの ASD は 1940 年代に発表されましたが、ADHD は 200 年近く前から知られていました。多動であるとか、外からすぐにわかる特徴ですから、当たり前ではあります。ADHD は、以前は小さな脳の損傷で起こると考えられていて、多動症候群と呼ばれていました。しかしそれとは別に、不注意が非常に目立つ子どももいることがわかってきて、1994 年に注意欠陥多動性障害として、両方が一緒になりました。

メチルフェニデート（リタリン）が行動障害児に

効くということは 1937 年に最初の報告がありましたし、これについての論文は非常にたくさんあります。しかし、リタリンは依存性の問題や、悪用される恐れがあるため、日本では使用不可となりました。そして小児 ADHD には、成分を少しずつ放出する徐放性のメチルフェニデート（コンサータ）が使われるようになりました。

ADHD は、特に遂行機能（実行機能）に問題があるといわれています。遂行機能とは、最終的な達成目標に向けて様々な心的活動を実行し、目標達成に必要な心的活動を抑制する機能です。いろいろな仕事の優先順位をつけたり、耳で聞きながら手で書いたり、話をする前に頭の中でまとめて適切な言葉を選んだり、こういうことを遂行機能といいます。この遂行機能の問題に、メチルフェニデートが非常に効くということがわかってきました。ADHD の不注意優勢型の場合は、徐放性のメチルフェニデートがとても有効ということになります。

ASD に対しては、我々は 2008 年より、発達障害専門外来の開設と同時にデイケアを行うようになりました。ASD の場合は、障害を引き起こす根本的な問題は解決できません。ですが、社会の中で自立しているようなストラテジーを、当事者同士が交流するデイケアで提供し、実際に良くなっていくということを目の当たりにしてきました。ショートケアやデイケア、家族会などの専門プログラムを、烏山病院や小石川東京病院などで行っています。

プログラムでは、当事者同士のピアサポートが特に重要です。同じような特性を持った人たちが集まって話すと、自分のことはわからなくても、ほかの人の体験談はわかりやすい。そうすると、当人も学習できていきます。こうした実績が評価されて、平成 30 年には 20 回のショートケアプログラムが診療報酬で加算の対象になりました。これによって、病院やクリニックが自己負担で行わなくてもよくなり、プログラムの報酬が国から保障されるようになったのです。

2008 年に大人の発達障害外来を開設したことで、今まで診たことのない人たちが私たちの外来に来るようになりました。そして薬物に依存せず、社会的自立に有効な非薬物療法も提供できるようになりました。

一方で、発達障害ではないとわかったパーソナリティ障害や知的障害の人たちへの支援も考えていく必要があります。そうした方策を考えるきっかけにもなったのではないかと考えています。

Q.

リモートワークが広がっていますが、発達障害の方に対してどのようなコミュニケーションを行えばよいのでしょうか

発達障害専門外来は、コロナ禍の中でも患者さんが全く減っていません。不思議と彼らは、コロナウイルスのような目に見えないものにはあまり反応しないようです。これも特性のひとつなのかもしれません。

ASD の場合は、職場にそもそも到達しない人がかなりいらっしゃいます。いわゆる引きこもり、という人が多いわけですが。今はコロナウイルスの影響で日本中のみなさんが引きこもりになっているので、一般の人たちが ASD 化しているとも言えるかもしれません。ちょっと極端に言うと、リモートワークは彼らにとってはストレスフリーで願ってもない環境なのかもしれません。ですので、リモートワークで調子が悪くなることは ASD の場合は考えにくく、悪くなったとすれば、その人は ASD ではないとみたほうがよいかもしれません。

Q.

ADHD で多動性や衝動性が優勢な場合の治療法、投薬についても教えてください

ASD と ADHD が重なったように見える人たちがいます。表に現れる症状としては ADHD が中心です。ですから社会的なことはある程度できている。でもよく話を聞いてみると、自分のことが微妙にわかっていない。ベースには ASD があり、印象的には注意欠如優位の ADHD のような人たちがいるのです。そういう人たちは、先に挙げた薬が効くと感じています。

では、多動性が優位な人はどうかというと、そういう人たちにはメチルフェニデートは全く効きません。むしろ、抗精神病薬のような鎮静系の薬を出すしか方法がない。そのように考えると、注意欠如優位と多動性優位ははたして同じ病気なのかという疑問すらわいてきます。極論をすれば、多動性優位型は本当は ADHD ではないのではないかと私は思っています。

第 1 回 2020.11.21.

メンタルヘルスファーストエイド(MHFA)を応用した 社員向け短時間研修プログラムの紹介

— 職場でのメンタルヘルス不調の早期発見・早期介入のために —

加藤 隆弘 先生

九州大学病院 精神科 神経科 講師・九州大学病院「気分障害ひきこもり外来」主宰

倒れた人や、やけどを負った人などに、どうやって初期支援をするか、というのがファーストエイドです。その一つである AED の講習は、日本のほとんどの職場で実施されています。ただ、これを実際に活用した方々がどの位いるかというと、実はそんなに多くはないように思います。私自身、医療現場以外では使ったことがありません。

他方で、「眠れない」とか「憂鬱な気分が続く」などの心の不調というのは非常にありふれていて、よくあることなのですが、こうしたメンタル不調の応急対応はこれまでほとんど知られていませんでした。

もし私たちが、身近な人のこころのサインに気づいたらどうするかというと、どうしても見て見ぬふりをしてしまう傾向があります。これが早期支援を遅らせる要因ではないかと我々は考えました。

岩手医大の大塚教授の調査によって、身近な人に自殺の危険性がある場合、「助けになりたい」と思う人は各年代を通して 7 割から 8 割もいることがわかりました。しかし、そうした方々でも、助けるための知識がなかったり、方法がわからなかったりするため、支援をためらってしまうこともわかりました。

つまりこの結果は、助けるための知識などを得ることで、ファーストエイドの対応ができるようになることも示唆しています。そこで私たちが注目したのが、オーストラリアの専門家が開発した「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できるようになっています。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、情報提供を行って、必要に応じて専門家につなげる、ということができるようになります。

メンタルの問題はなかなか専門家につながりにくいのですが、一般の人がこうしたプログラムを学ぶことでゲートキーパーとなり、専門家につながりやすくなります。ファーストエイドでは、一般の人が非常に高い専門知識を身に着ける必要はなく、うつ病の初期症状の知識であるとか、声のかけ方であるとか、そうしたことを身に着けるプログラムになります。このプログラムは多くの国で広がっています。

メンタルヘルス・ファーストエイドの 5 つのアクションプランは、先ほどお伝えしたように「り・は・あ・さ・る」の 5 つからなります。

- 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に勧めましょう
- 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

このプログラムは特にイギリスとアメリカで広がっていき、ミシェル・オバマ元大統領夫人が普及のための大規模キャンペーンを実施すると、イギリスではテリーザ・メイ前首相が学校や職場での研修実施を行うと発表するなど、大きな流れになっています。

ヨーロッパのグローバル企業では、メンタルヘルス・ファーストエイドがほぼ必須となっていて、日本支社の方も受けるということで、我々も支援をしています。

こうしたプログラムは、イギリスのウィリアム王子やレディー・ガガさんも体験しています。このプログラムを受けると、心の不調について話しやすくなります。恥だという思いが減り、支援を受けやすくなるといわれています。

日本では、若手の専門家を中心とした「こころの救急マニュアルプロジェクトチーム」が2007年にでき、メルボルンで専門家の研修を受けました。当時大学院生だった私も参加しました。これが今は「メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン」という組織になっています。一般向けの書籍も出版しています。

日本ではまず、内閣府のうつ病・自殺予防プログラムに採用されました。日本初の研修は、九州大学病院で研修医を対象に行われました。受講後のアンケートでは「今までは声をどうかけていいのかわからなかったし、見て見ぬふりをしていましたが、今日は正しい対処法を習ったので、次からは声を出してみたい」などの感想が寄せられました。

追跡調査の結果、こうした自信は6か月後も持続し、精神疾患の偏見軽減につながっていることがわかりました。その他、我々はさまざまな職域、領域の人たちを対象としたプログラムを実施してきました。YouTubeにもメンタルヘルス・ファーストエイドの動画をアップしていますので、よろしければご覧ください。

メンタルヘルス・ファーストエイドの実施者研修を12時間(2日間)受講した方には、エイダーとして実施者認定証を発行しています。さらに12時間の研修を受けると、インストラクターとしてレクチャーができるようになります(精神保健の専門知識及び3年以上の医療保健の実務経験が必要)。例えば福岡県では、保健師さんたちがこのインストラクターを取られて、ご自身が関係する企業で研修を行っています。

このオーストラリア版の12時間研修プログラムは、時間が長く、一般の人にはかなりハードルが高くなっ

ています。そのため九州大学では、メンタルヘルス・ファーストエイドを応用した2、3時間の短期プログラムを開発しています。これからご紹介するのは、2時間の社員プログラムです。最初の15分はDVDを視聴し、メンタル不調を持つ人に関わる難しさを議論します。その後、レクチャーを50分行い、職場のメンタルヘルスの問題や、「り・は・あ・さ・る」について学びます。続いてロールプレイを45分行い、相手の話を批判せずに聴くコツや、具体的な対応法を習得します。最後の10分は、質疑と全体のディスカッションを行います。

メンタルヘルス・ファーストエイドはなぜ重要なのでしょうか。メンタルヘルスの問題は、よくあることです。自分や身近な人が何らかのメンタルヘルスの問題を抱える可能性は低くありません。生涯を通してみると、成人の4人に1人がメンタルヘルスの問題を抱えるとみられています。自分自身のために、そして身近な人のために、メンタルヘルス・ファーストエイドの知識は必要なのです。

精神疾患は回復することが可能です。早期の対応は病からの回復を促進します。しかし、メンタルヘルスの問題には偏見があり、恥ずかしさから支援を受けられない傾向があります。特に日本では恥の問題が大きいように思います。安心して医療や支援を受けるためには、地域全体や病院全体の理解と意識の向上が大切です。

実際のレクチャーでは、うつ病などについての正しい知識をお伝えします。症状などを細かく示し、身体的不安やトラブル・災害、ライフサイクル、離婚・死別、環境の変化など様々な要因で起こることをご説明します。ただし、原因探しはファーストエイドではそれほど重要ではなく、「専門家につないでからしてもらいましょう」とお伝えしています。

自殺に関してもファーストエイドでは非常に重視していて、情報を提供するようにしています。自殺は景気に左右されることを理解していただきます。特に男性の自殺率は、失業率と非常に平行に動いており、こうしたことをレクチャーのスライドに盛り込んでいます。

では、不調のサインを発している方にどのように声をかけたらよいのでしょうか。見て見ぬふりをせず、どうやって踏み込めばいいのか。そうしたことをお伝えするようにしています。

うつ病の方は、実際は外観だけではわからないこともあります。特に日本人は「顔で笑って心で泣く」というように、自分のネガティブな気持ちを口に出すことは恥だと思ふ傾向があります。そのため、抑うつや不安、焦り、自責、集中力低下などのうつ病の症状を、ご本人が早期に、上司などに相談することはなかなかありません。ただ、不眠や食欲不振、疲れやすさ、身体の痛みなど、からだの症状も表れやすく、ここがファーストエイドにとって大事な所だと我々は考えています。初期支援においては、こうした体の不調をきちんと聞けるようになることが重要なのです。

身近な人のメンタル不調に気づくイエローサインには、次のようなものがあります。

- 「疲れているみたいだ」
- 「ミスや失敗が増えた」
- 「眠れていない」
- 「食事の量が減った」
- 「イライラしている様子」
- 「人づきあいが減った」
- 「会話がなくなった」
- 「辛そうな表情」
- 「周囲の手助け・サポートを求めなくなった」
- 「趣味や好きなことをしなくなった」
- 「楽しくなさそうだ」
- 「不自然なほど明るくふるまう」

それでは、職場でこうしたイエローサインを発する職員をいつ支援したらよいのでしょうか。残業でみかけた時とか、メールで直接尋ねるとか、方法があります。ただ、我々がまず提案しているのは、メンタル不調になる前から、上司と部下の間で一对一の面談を定期的に設けるようにしておくことです。そうすると、メンタル不調の場合にも焦らず、スムーズな支援を開始できます。

こうした講習を受けると、帰ってすぐ、部下に「気分の落ち込みはないか」などと聴く方がいますが、そ

れは控えてください。イエローサインに気づいたら、睡眠や食欲などの扱いやすい症状から確認することが大切です。

ファーストエイドでは、世界共通で「死にたい気持ちを探しましょう」ということを提唱しています。しかしながら、これは最後の最後に探ねることが重要です。うつがあるとか、その辺を確認した上で、最後に聞くようにしています。

じっくりと話を聞く傾聴のために必要なものは、場所、時間、人（自分）です。忙しくても、10分程度の空き時間ができた時は「この10分はこの人のために使おう」と時間を調整して、声掛けをするといったことをお話しています。傾聴をする中で、相手が「もう駄目なんです」「死にたいくらいしんどい」などと言った時の対応の仕方もお伝えしています。このようなことを言われた時、ファーストエイドを知らない焦って、解決案を具体的に出してあげようとしがちです。でも、相手が求めているのは具体的な答えではないのかもしれない。

私たちがファーストエイドで提唱しているのは、まずは落ち着いて、「そうですか」「なるほど」などと相槌をうつことです。「もう駄目です」などのネガティブワードを言われたら、「もう駄目だと思わうですね」と、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ます。そして相手の気持ちを推測し、「死にたい」という人には「死にたいくらいお辛いんですね」と、感情を入れた言葉を返します。すると相手は「状況だけでなく気持ちまでわかってもらえた」と感じます。

傾聴の後には、安心につながる支援と情報提供が必要になります。ここが非常に重要になってきます。うつ病の可能性がある場合は、適切な治療を受ければ治るということを中心に、情報を提供します。「うつ病」とあえて言う必要はなく、「うつっぽい」とか「こころが疲れている状態」などと言い換えてもよいと思います。睡眠の問題などから、精神科や心療内科の受診を勧めてもよいと思います。

自分の体験を話すことは、必ずしも悪いわけではありません。しかし、相手によっては「説教されている」

「ダメ出しされている」などを感じる場合があります。慎重に、短めに伝えるのがよいかもしれません。

自分の思い通りにならないと攻撃的になったり、被害的になったりする同僚や部下は、発達障害の可能性や、新型うつ・現代型うつ可能性があります。従来タイプのうつ病とは違う対応が有効です。

新型うつ・現代型うつは、本人は重いうつ病だと思っているけれど、症状は職場や登校中に限られており、その他は割と元気に過ごすことができるという特徴があります。そのため、なまけ病と言われることもありますが、他方で自殺する人もいます。我々は深刻な病態であろうと考えています。

最近の我々の研究で、新型うつの方は「回避的」「不平不満が多い」という特徴に加えて、「自己肯定感の低さ」があることが分かってきました。ですから、不平不満が多くて大変な職員の背後には、自信がなくて心細い面があると考えて、出来た部分を褒めるような対応をするとよいことをプログラムの中でお伝えしています。

プログラムではこの他、専門家につなぐ声掛けのコツや、地域や自助グループ、セルフヘルプ教材などを生かした支援の大切さも学んでもらいます。「支援し

てもらっている」と感じている人の方が、回復に向かいやすいということも、ぜひ覚えておいていただきたいポイントです。

休職者が出た場合の周りの対応についても、プログラムの中に入れてあります。理想的には、事前に職場全体のコンセンサスを得ておくことが重要です。実際に休職者が出た場合は、その人に「きちんと療養して欲しいので、周りも協力したいと思っている」などと、周りが応援しているというメッセージを伝えることが大切です。

最後に、現在のコロナ禍について少しふれます。外に出られないことが日常化しているコロナ禍において、うつ病やひきこもりが爆発的に増加する可能性が指摘されています。在宅ワークが増えると、孤独感を紛らわせるためインターネットなどで気晴らしする傾向が強まります。そうすると、一部の方は過度に熱中、没頭し、スマホ依存やゲーム依存に陥り、ますます外出しなくなってしまいます。そして、さらなる心の不調につながっていく恐れがあります。ここにおいても、メンタルヘルス・ファーストエイドが役立つのではないかと考えています。九州大学では、ひきこもり家族向けのメンタルヘルス・ファーストエイドなども行っています。

Q.

保健師2名で全国の社員をフォローしています。保健師や上司がリモートでメンタル相談に対応する時に注意するポイントはありますか

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。

第 2 回 2020.12.04.

アルツハイマー型認知症や 軽度認知症における 抑うつ・不安について



繁田 雅弘 先生

東京慈恵会医科大学 精神医学講座 主任教授・東京都立大学 名誉教授

今回取り上げる軽度認知障害 (MCI) について、まずご説明します。これは、認知症が疑われたり、そのリスクが上がったりしているけれども、まだ認知症には至っていない状態をいいます。ご本人や周囲からの物忘れの指摘に加え、複雑な ADL (日常生活動作) に少し障害がある、というような症状があります。

また、タウオパチーという病態についてもふれます。これは神経病理診断による病態でありまして、臨床的にアルツハイマー型認知症と診断され、治療されている人の中には、少なからずこの疾患が含まれると考えられます。エピソード記憶の障害は顕著ですが、アミロイドが沈着していない病態であり、進行はとても緩やかです。生活動作は長期にわたって保たれることが多いです。ただ、物忘れによる失敗などがあるため、ご本人が不安を持ったりすることが多いというところが、支援の対象になります。

認知症患者さんが抱く不安は、大きくふたつに分けることができます。発病への不安・抑うつと、悪化への不安・抑うつです。どちらかというよりは、両方が混ざり合った不安を持っている方もおられます。

このような方々の多くは、それまでの人生を大過なく送ってきた人です。ですから、表れている不安や抑うつは、遺伝的要因やパーソナリティよりも、心身の老化やライフイベントなど環境因の関与が大きいと考えられます。この不安や抑うつに対処することで、自尊感情や自己効力感を高めることができれば、現実検討能力や感情統制力が上がり、結果的に適応能力を高めることにつながると考えられます。

認知症の患者さんは、家庭や仕事での失敗に関して、「まだまだできる」と「もうだめだ」という両極の気持ちを持ち、揺れ動いている人が多いように思います。こうした不安に耐え切れないと、自分で考えることを止めてしまったり、意思表示そのものを止めてしまったりして、依存的になる方もおられます。

家族との関係に悩み、「迷惑をかけて申し訳ない」「迷惑をかけてまで生きる価値があるのか」「早く逝きたい」などと感じている方もいます。更に「子どもや孫の結婚に障る」「見捨てないで欲しいとはいえない」「そっとしておいてほしい」など、人によって様々な思いを抱いていらっしゃいます。

40代、50代で認知症を発症した若年の方は、会社に対しても「迷惑をかけている」「助けてくれとはいえない」「会社は何もしてくれなかった」「会社は(私に)期待されても困るだろう」「休んでいる自分への反発や不満があるはず」などの思いを抱きがちです。

また病気に関しては、「どのように進むのか」「進行して〇〇もできなくなるのでは」「周囲からどのように見えているのか」「世間は自分をどのように扱うのか」などと心配されている方が多くいます。認知症への社会の偏見や先入観は様々ですので、生活していくいろいろな場面で傷つくことが多いと聞いています。

事例を3つご紹介します。まず、70代の主婦のケースです。軽度に近い中等度のアルツハイマー型認知症です。3年前にご家族が物忘れに気付き、本人も気付いていたので近医を受診しました。ドネペジル塩酸塩

が処方され、服薬を開始しました。ご本人は勉強家で、認知症の市民公開講座に参加したり、関連する本を読んだりしました。不安が強いことから、精神科医ならば心配な気持ちも聞いてくれるのではないかと期待して、当院に来院されました。

ただ、初診時は「認知症なんですか」「認知症なんですか」「治るんですか」「治らないんですか」「進むんですか」「何をしたらいいですか」という感じの質問をずっとし続けていらっしゃいました。こちらからの質問はあまりできず、ご本人からの質問が一方向的に続く状態でした。

担当医はこうした質問の合間に「あなたのもの忘れは軽いもので、身の回りのことはだいたいできる」「軽度の認知症は、昔にいわれていた痴呆症とは全く別のものと考えてもらってよい」「自分の変化に人よりも早く気づき、対応したからこそ、アルツハイマー型認知症という病名がついた。診断でショックを受けたと思うが、早く受診したことで、より軽い状態で長く暮らすことにつながる。今に近い状態で人生を全うできる可能性もある」「認知症になっても、何もわからなくなることは決してない。音楽や映画で感動したり、美味しいものを味わったり、温泉で気持ちよくなったりすることは以前と変わらずできる。自分の気持ちを分かりやすく説明することはできなくなるかもしれないが、自分が失われることはない」などと説明しました。

そんな会話を何度かにわたって繰り返していくうちに、ご本人の訴えは少しずつ変化し、「私は変わらないんですか」「私は私なんですよ」「大丈夫なんですよ」という確認に変わっていききました。この方は認知症を否認したりせず、真正面から向き合おうとしたのだと思います。それだけに訴えは激しかったですし、ご本人も辛かったと思いますが、そこを超えた時には、自分らしく、病気と共に暮らしていけるのではないかと思います。

アルツハイマー型認知症という障害を受け入れていくためには、価値観の転換が必要になります。特に「失ったと思っている価値のほかに、異なった価値を自分が持っているという認識を持つこと」や、「他人との比較による価値ではなく、自分に内在する価値に

目を向けること」などの転換パターンを、アルツハイマー型認知症の人に見出すことができます。

アルツハイマー型認知症の人は、「これはまだできる」と思っていたことができなくなった時、かなりしんどさを感じます。しかし、「自分」というものは決してなくなるし、そういう「自分」には価値があると思えた人は、強いです。ですが、なかなかこういうふうには向き合えません。

「あなたはアルツハイマー型認知症です」と病名を聞いて、「ああそうですか」と理解すること、毎日の生活の中で失敗をしたり恥をかいったり、周りからこれまでとは違う扱いを受けたりすることを受け入れることは、全く違うことです。変化を受け入れることは、なかなかできません。そのため、「認知症ではないかもしれない」と否認したり、考えないようにしたり、趣味やボランティアなどに没頭して忘れようとしたり、「脳トレ」のようなことをして本質から問題を逸らしたり、という方もいらっしゃいます。

このように、なかなか受け入れられない人には、時間をかけて徐々に受け入れていくプロセスが大事です。最初から無理に受け入れさせようとすることは、外傷体験のようになることも多いので、むしろ見守って、ご本人が受け入れ可能になるまで待つ方がよいと僕は思います。

2例目です。元看護師の70代前半の女性で、MCIの方です。会社を引退した夫と2人暮らしをしています。ご本人は「物忘れがあり、認知症ではないかと心配」「料理も以前のようにうまくできず、自信がなくなった」と訴えています。ご主人は「最近1年くらいの間にもの忘れが目立ち、得意だった料理も助けを求め、味見を頼むようになった。味も変わってきているように思う」「パソコンで家計の出納帳をつけなくなった」「2、3年前と比べると70%くらいのパフォーマンスで、認知症ではないかと心配だ」とおっしゃっていました。

診察では、ご本人は非常に集中してしっかり話を聴こうとされていました。やや緊張感と共に、不安と戸惑いがうかがえました。抑うつ気分は否定的で、発音や会話の文脈はしっかりしていました。

MMSE などのテストの結果をみると、認知症のごく初期の可能性も否定できないものの、担当医はもの忘れタイプの MCI という判断を伝えました。そして「MCI とは、半分認知症の状態と受け取る人もいますが、それは間違っている。正しくは、認知症の疑いがある状態や、認知症のリスクが高まった状態を指しています」と伝えました。更に「ある日の認知機能検査で成績が振るわなかっただけで、MCI と呼ばれることもある。『認知症の心配がないとはいえない状態』といった程度に受け止めてはどうか」「うつ病や糖尿病など他の病気で成績が下がることもある。認知症だとしてもあまり進行せず、緩やかな経過をたどる認知症もある。その場合は、身の回りのことは長くできます」とご説明しました。

また「認知症の可能性を心配し過ぎて、自信をなくしてしまったのではないかと。自信をなくすと、家事も日課もどれもうまくできなさと感じられ、ますます悪くなる」「できそうもないことに無理をして挑戦してはいないか。それができれば自信を取り戻せると考えて、無理をしていないか」「今日、何かやれたことはないか。部分的にでも手を付けたことがあれば、それを思い出して欲しい。失敗ばかり考えないように」「もの忘れの心配だけでなく、体調に気を配ることもよい。1日の終わりに体の疲れをしっかり感じられるか。お風呂に入った後、さっぱりした気持ちを感じられるか。そうしたことも感じて欲しい」とお伝えしました。

それから「認知症だったらどうしようと、心配していること自体は悪いことではない。それは、いつまでも自分らしくいたいという自然な気持ち」「料理をご主人に手伝ってもらうのは、とてもよいこと。手伝ってもらっても出来上がることが大切。頼ってもらえるご主人の態度も素晴らしい。手伝ってもらうことに寛容になると、気持ちが楽になります」「症状は進むかもしれないが、病気への慣れもだんだん出てきて、うまく付き合っていけるようになる」「自信を無くすような無茶な目標に挑戦しないことが肝心。しかし、できるのに諦めてしまっていることはないか。やめてしまった日課があれば、それを再開してみませんか」などとお話ししました。

認知症と診断されると、脳トレなどを始める人が多いたのですが、自分の日課や趣味などの意義を、認知症

予防や進行予防に役立つかどうかで判断するのはよくありません。あなた自身がやりたいことをやるべきです。認知症の心配をしていなかったら、していたであろうことを探して、やって欲しいのです。

やってみて失敗した時には自分を責めず、その気持ちを話せる人を持っておくとよいです。家族でも友達でも、病院や施設の人でもいい。何をしたらよいか迷う時は、自分に素直になって、自然な気持ちでやりたくなるものを探す。それが、あなたらしい生活につながります。

2例目の女性と、このような会話を繰り返しているうちに、初診から2か月後には、夫が「台所での手際が良くなった」といい、ご本人の表情も明るくなりました。そして初診から1年経ってもテストの成績は落ちず、進行しているようには思えませんでした。ただしその後、この人は認知機能の明らかな低下が起こり、アルツハイマー型認知症との診断に至って、本格的な治療が始まりました。

このケースで私が言いたいのは、結果的に認知症になってしまったということではありません。認知症だろうが老化だろうが、自信を無くすことで生活動作がひどく下がるということです。それに伴って記憶力も下がるのです。認知症であってもなくても、自己効力感を取り戻してもらって支援をすることが大事なのです。

ご本人は「認知症か否か、進行するか否かに、こだわらなくておこうと思えるようになった」「認知症なら治らないことは分かったが、自分らしく暮らすことはできると感じられた」「気持ちが変わると、こんなにいろいろなことができるんだと驚いている」とおっしゃられました。この思いはアルツハイマー型認知症と診断されてからも変わらず、それゆえに診断から3年位になりますが、症状は進んでも、今もかなり能力を保っているのではないかと思います。

3例目です。アルツハイマー型認知症が中等度まで進行している80代後半の女性です。この方はうつで、希死念慮が強くありました。アルツハイマー型認知症とうつを合併するケースはよくあります。この方は、「死ぬことばかり考えている」「他のことは考えられな

い」などと訴えていました。2回目の診察で「死ぬこと以外、一瞬も他のことは考えられないのか」と聞くと、「庭の花のことを考えることがある」と答えました。このように「死ぬ」という以外の言葉が出ると、それが突破口になり得ます。このケースでは「あなたがいなくなったら誰が面倒を見るのか」と尋ね、この後、私はずっと花の話をし続けました。

抗うつ薬による薬物療法も拒否したため、対話的精神療法を試みました。「あなたが自殺してしまうのではないかということよりも、ずっと死ぬことを考えな

ければならないほど辛い状態であることが、我々も辛い」と繰り返しお伝えしました。このような面接を3か月ほど続けると少し変わり始め、半年位したら普通になり、かなりお元気になりました。

以上、認知症に関わる抑うつや不安に対する精神療法的支援について、症例をもとにお伝えしました。認知症という病気に対する不安や、うつの深さ、苦しさに合わせた言葉の選び方について、今日の話がヒントになったのであれば、それ以上の喜びはありません。

Q. 2番目の症例の方について、薬物療法はあったのでしょうか

最初は薬物療法はしませんでした。そしてMCIの状態でも1年は保ったのですが、次の1年で下がり始めた時から、アルツハイマー型認知症の治療薬を使い始めました。そのあたりの考え方は専門医によっていろいろであります。

薬の害がないのであれば、空振りを覚悟で服薬を始めることで、万が一病気が始まった時にもすぐに治療に入れるので、その方がいいのではないかという考えもあります。ご本人やご家族が希望されたり、不安が強かったりする場合には、そういう選択をすることもあります。ただこの人の場合には、薬を飲むことが「あなたは認知症です」という診断確定のようなニュアンスを持つ心配がありました。もっと早い方がよかったのではないか、という意見はあるかもしれません。

Q. 働き盛りにのしかかる介護うつに関して、何かコメントをいただけないでしょうか

日本社会では、認知症の人は家族が面倒をみるという暗黙の圧迫を感じる人が、すごく多いように思います。しかし、認知症の介護では想像外のことが起こるので、責任感と無力感に押しつぶされてしまいます。まずは少しでもサービスを使ってもらい、ちょっと上向いてきた時に、「あなたがやっていることは人並み以上のことができているし、責任も果たしている。とても立派だ」というような支持的なサポートが必要になると思います。

第 2 回 2020.12.04.

レジリエントなライフスタイル ～ 食事・運動習慣を中心に～



功刀 浩 先生

一般社団法人 日本うつ病センター 理事・帝京大学 医学部 精神神経科学講座 教授

うつ病の治療の基本は、心の休息と環境調整になります。過度のストレスを受けない環境にすることです。ここで言う休息とは、こころの休息であり、体は適度な運動をした方がいいということを、後ほどご紹介します。

うつ病の治療には、支持的精神療法や認知行動療法などの精神療法、抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬などを用いた薬物療法、重症の場合の通電療法、薬物療法抵抗性の場合の経頭蓋磁気刺激療法、などもあります。これらを行っても、なかなか職場復帰に至らない場合もありますので、その時はリワークや職業訓練などのリハビリテーションが行われます。

そして最近、21世紀になってから特に海外でエビデンスが増えてきたのが、栄養療法と運動療法です。栄養指導や栄養補充療法を行う、あるいはご自分でライフスタイルを改善していただく、といった方法です。今日は特に、この部分をお話します。

うつ病というのは、仕事量の増大とか、人間関係の葛藤とか、将来の不安などがストレスとなって発症します。現代は特に、食事、睡眠、運動の部分が乱れやすくなっています。食べ過ぎや食の西洋化によるバランス異常、運動不足、夜型生活、スマホやパソコンなどの画面に対する依存、などが問題となっています。

食事、睡眠、運動がしっかりしていれば、ストレスがあっても跳ね返すレジリエントな生活パターンになります。薬物療法や精神療法も重要なのですが、食生活習慣によるバリアも私は重要だと考えています。

我々が約1万2千人の方（うつ病1000人、対照群1万876人）をネットで調査した結果をみると、うつ病の人は正常体格の人が少なく、体重が減っているか、肥満の人が多くなっていました。また、うつ病の人は、糖尿病や高脂血症があることが多く、朝食を食べる人は少なく、間食や夜食が多く、運動量は少ないことがわかりました。

この中で、朝食の欠食というポイントは以前から重要視されていました。日本では昔から、朝食を食べない子どもは学校の成績が悪い、というデータがありましたが、洋の東西や宗教を問わず、朝食の欠食は問題だとみられてきました。朝食をしっかり摂る習慣がある人は、一般的に栄養状態が良好で、カロリー摂取量が多くても肥満になりにくく、知的機能や記憶力、テスト成績、学校の出席率が高いことが知られていました。朝食では特に、食物繊維や栄養素の豊富な全粒穀物、果物、乳製品を摂るとよいといわれています。

ところが、日本では若い世代、特に仕事をしている世代は朝食を摂らない人が多く、特に20代と30代の男性では、3割から4割の方が食べていないことが国民健康栄養調査でわかっています。女性でも、20代と30代では2割の方が食べていない現状があります。

現代は、西洋文明化によって生活が豊かになり、食生活はこの数百年間に大きく変化しました。日本では、年間5500万トンの食糧が輸入され、1700万トンの食品が廃棄されています。食べられるのに廃棄される「食品ロス」は、年間約500万トンから800万トン

にも上っています。これは、世界全体の食糧援助量約400万トンより多い数字です。

現代の食品は製品化され、美味しく食べやすい加工食品があふれるようになりました。その結果、食物繊維やビタミン、ミネラル、n-3系不飽和脂肪酸、ポリフェノールなどの成分が加工の過程で失われ、栄養バランス不良が生じています。

日本の食事摂取基準というデータを見ると、食物繊維の摂取量（1日あたりの目標量は成人の男性20グラム以上、女性18グラム以上）は、20世紀後半の50年間で減少を続け、21世紀初めには平均13グラムくらいになってしまいました。食物繊維はカロリーにはなりませんが、脂質や糖質の吸収を穏やかにして、脂質異常や糖尿病を予防する働きがあります。あるいは腸内細菌の餌になって、腸内環境を整える役割もあります。腸内環境の悪さや糖質、脂質の異常は、いずれもうつと関係があることが知られています。

現代人はミネラルも軒並み不足しています。カルシウムは、1日650ミリグラム以上の摂取が推奨されているのですが、実際に摂っているのは男女とも500ミリグラム未満です。マグネシウムも、推奨量の3分の2程度しか摂れていません。

こうした栄養は野菜から摂りやすいのですが、野菜摂取の不足も深刻になっています。野菜の摂取量は1日350ミリグラム以上が推奨されていますが、男性の働き盛りの世代では、だいたい4人に1人しかこの摂取量に達していません。女性はもっと深刻で、若い世代では10数%しか野菜を十分に摂っていません。

脂質などの栄養を摂り過ぎるのもよくありません。エネルギーの過剰摂取と、うつ病のリスクには双方向性の関係があることが近年知られるようになりました。肥満やメタボリック症候群は、うつ病のリスクをおよそ1.5倍に高め、うつ病は肥満やメタボリック症候群のリスクを1.5倍に高めることが調査でわかりました。また、2型糖尿病はうつ病のリスクをおよそ1.6倍に高め、うつ症状の高い人はそうでない人に比べて、糖尿病発症リスクが2.3倍になることもわかりました。

我々の研究によって、うつ病でBMI30以上の肥満の方は、作業機能や実行機能などの種々の認知機能が低下していることもわかりました。このような人たちの脳をMRI検査でみてみますと、皮質の部分では認知に関わる両側の前頭回、側頭回、視床の体積が減少し、白質の部分では神経ネットワークの低下が見出されました。体は肥満になるのに、脳の皮質は逆に萎縮してくるのです。うつ病で認知機能が低下し、社会復帰ができていない場合は、栄養指導や運動で肥満を解消することによって、職場復帰につながる可能性があります。

海外では地中海式食事というものが、健康食の代名詞のようにいわれています。野菜や果物、種実類、豆類、シーフード、オリーブ油、穀類、適量の赤ワインなどが健康的で、これに対してミートパイ、加工肉、ピザ、ポテトチップ、ハンバーガー、白パン、砂糖、味付け乳飲料、ビールなどの西洋式食事は、健康面からみるとあまりよくないとされています。

約157万人を対象とした欧米の研究では、地中海式食事に準じた食生活を送っている人は、一定期間内での死亡率が低く、心臓病、がん、神経変性疾患（アルツハイマー病やパーキンソン病）のリスクも低いことが明らかになりました。うつ病との関係もその後に検討され、地中海式食事のスコアが高かった人は、スコアが最も低い群と比較して、うつ病発症率が低いことがわかりました。日本人はシーフードをよく食べる一方で、乳製品の摂取が少な過ぎるので、ここを増やすとよいと思います。

日本人の食事パターンと、うつ症状との関係をみた研究もあります。健康日本食パターン（野菜や果物、大豆製品、きのこ、緑茶などの摂取が多い）の方は、うつ症状のリスクが減ることがわかっています。

続いて、ひとつひとつの栄養素とうつ病との関係をみていきます。まずは、n-3系多価不飽和脂肪酸（EPA、DHA）についてです。フィンランドの3204人の成人を対象とした研究では、魚をよく食べる群は、ほとんど魚を食べない群と比較して、うつ病の罹患率が低い（0.6倍）ことがわかりました。その後、多数の研究が行われ、魚の摂取量とうつ症状との間に関連を見出せなかった研究もありますが、関連を見出したものが

多くあります。

EPA や DHA による治療研究も行われていまして、抗うつ薬に EPA と DHA を加えた群は、オリーブ油を加えた群よりもうつ病が有意に改善しました。また、東日本大震災では、魚をよく食べる習慣がある被災者ほど、PTSD(心的外傷後ストレス障害)を発症しにくいことが我々の研究でわかりました。血中の炎症性サイトカイン濃度を低くする EPA や DHA は、このサイトカイン濃度が高い双極性障害にも効果がありそうです。こうしたことから、週に 2、3 回は魚を食べることをお勧めします。

続いて、ほうれん草や大豆製品、レバーに多く含まれる葉酸とビタミン D のお話をします。血清中や赤血球中の葉酸濃度が低いと、うつ病リスクを高めるという報告が多くあります。我々の検討でも、うつ病患者は健常者に比べて血中の葉酸値が低い傾向がみられました。葉酸が少ないと、うつ予防に関係するモノアミン(ドーパミン、ノルアドレナリン、セロトニン)がうまく作られないのです。

ビタミン D は、食事では魚やきのこなどから摂取するわけですが、主に皮膚にあるコレステロールのプロビタミン D に紫外線が当たってできるメカニズムがあります。紫外線が少なくなる冬から春にかけてビタミン D は減るので、これが季節性うつ病と関係するのではないかという指摘もあります。

ビタミン D は骨や歯の形成を促すので、不足すると骨の病気になりやすいことはよく知られていますが、最近では、ビタミン D の受容体が脳にたくさんあるとか、神経保護効果があるとか、抗酸化作用があることなどが知られてきて、脳でも重要な働きをしていることが指摘されています。ビタミン D の血中濃度が低いと、うつ病のリスクが 1.3 倍になるという報告もあります。

鉄や亜鉛が不足している人も結構多くいます。鉄が欠乏すると、うつ症状にも関連する神経伝達物質であるモノアミンの機能の障害や、疲れやすさ、イライラ、興味関心の低下、集中力低下などの症状が出やすくなります。ドーパミンを高める薬が効くむずむず脚症候群の患者は、鉄欠乏の人が多く、鉄欠乏がドーパミン

の機能と関連していることがわかります。出産をするときと出血しますので鉄分が不足し、産後うつ病のリスクが高まります。日本の職域の調査では、うつ症状を持つ男性は、体内の貯蔵鉄の量を反映する血清フェリチン濃度が低い人に多いことが指摘されました。

うつ症状のある人で、鉄欠乏がみられた場合は、鉄の補充をしっかりする必要があります。鉄は、豚、鶏、牛レバー、カツオ、マグロ、イワシの丸干し、大豆、小松菜、ほうれん草などに含まれています。体への吸収率はそんなに高くないので、不足が明らかな場合は鉄剤による治療が必要になります。ただし、鉄が多過ぎると酸化ストレスにつながり、体に悪影響を与えますので、過剰にならないように注意が必要です。

亜鉛というミネラルも重要です。脳内に多くあり、神経細胞のシナプスで神経伝達物質を貯蔵しているシナプス小胞に多く含まれています。うつ病患者 48 人と健常者 32 人を比較した研究では、亜鉛濃度がうつ病の重症度と相関していました。ポリリン酸などの食品添加物は亜鉛の吸収を阻害しますので、加工食品ばかり摂っていると危険です。亜鉛が豊富なのは、魚介、肉類、玄米、豆類、海藻、野菜、豆類、種類などで、特に牡蠣、ウナギ、牛肉に多く含まれています。

最近では、腸内細菌の働きも注目されています。我々の研究では、うつ病患者は健常者と比較して、ビフィズス菌や乳酸桿菌などの善玉菌が少ないことが見出されました。また、ビフィズス菌などを含むプロバイオティクス食品を摂ると、うつ症状の改善度が高いといった報告もされ始めています。食物繊維の摂取が少なかったり、抗生物質を安易に使ったりしていると腸内細菌が乱れてきますので、注意が必要です。

運動も大事です。「運動習慣のある人」とは、厚生労働省の定義では「1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している人」になります。この「運動習慣のある人」は非常に少なく、特に職場で働いている方は運動する時間がないのか、30 代の男性では 14.7%、女性ではもっと低い割合にとどまっています。

2018 年に米国のメジャーな医学誌に掲載された研究では、毎週少なくとも 1 時間以上の身体活動をやっ

ていると、うつ病を予防できるという報告がされました。同様のデータは他にもたくさんあります。また、うつ病になってからも運動は有効だとわかっています。うつ病の運動療法は、週3～5回を3か月以上継続すると効果があります。ある程度の運動量が必要ですが、最初は1回10分の早歩きから始めて、1週間ごとに5分ずつ伸ばし、最終的に40分程度を継続します。できれば筋トレも取り入れたほうがよいのですが、早朝や夜中の運動は避けてください。

最後に睡眠のことを少しお話しします。我々が、うつ病の方と健康な方に腕時計型の活動量計をつけてもらい、調べたところ、うつ病の方は夜中にあまり休めていなくて、日中は逆に活動量が少ないことがわかりました。日中に活動するなど、生活にメリハリをつけ

ることが大事なのだとわかります。

ゲームやインターネットなどの画面を見る時間が増えると、生活リズムを乱してしまいます。スクリーンを見ている時間が増えらううつ病リスクが上がることもわかっています。

好ましくない生活習慣は、朝食を欠食→栄養バランス不良→仕事の能率低下による長時間労働→孤食（バランス不良）→ゲーム・ネット依存→睡眠不足、などの悪循環を招き、うつ病を発症しやすくなります。一方、好ましい生活習慣は、朝食をおいしくとる→朝の光を浴びて出勤→仕事の能率向上による労働時間短縮→家族との食事（バランス良好）→十分な睡眠、などの好循環につながり、ストレスに強くなります。

Q. うつ病に有効な運動にストレッチやヨガは含まれますか

ストレッチやヨガは、有効だという報告はあります。しかし、カロリー消費量が上がる運動の方が、有効だというエビデンスは高いです。

Q. 食欲がないと訴えているうつ傾向の方には、必要な栄養素をどのように摂取していただいたらよいでしょうか

食欲を出す薬もありますので、まずそれを選択していただく方法があります。それから味ですね。味覚が低下している方もいるので、食塩の摂り過ぎは気になるかもしれませんが、ある程度は味が濃いものを摂っていただくのもよいかもしれません。また、長期的には良くありませんが、場合によっては甘いものを摂るとか、脳に快楽物質が出てくるようなものを勧める方法もあります。

Q. あえてサプリメントなどで栄養を補う必要はあるのでしょうか

ビタミンですと、葉酸とビタミンDが不十分な人が目立ちます。ふだんの食事だけでは足りない場合は、血中濃度をはかって医薬品で補充するのがひとつの選択肢です。ミネラルでは鉄欠乏の人が多いため、うつの方はそこを治していただくのがよいです。亜鉛も、できれば血中濃度をはかっていただいて、サプリメントや医薬品で補うことができます。

Q. 不足している栄養素は通院中の血液検査でわかるのでしょうか

こういう分野の知識は、まだ精神科では行き渡っていませんので、主治医に言わないと測定していただけない場合もありますし、希望しても「あまり関係ない」と言って測定してくれない先生もいるかもしれません。かかりつけの内科などの先生の方がわかってくれるかもしれません。

第 3 回 2021.01.11.

不安な人にどう向き合えばよいか — 森田療法による援助の技法 —

中村 敬 先生

東京慈恵会医科大学 森田療法 センター長・東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授
東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長

まずは、働く人のストレスについて振り返っておきましょう。米国国立職業安全保健研究所が作成した職業性ストレスモデルでは、仕事のストレッサーに個人の要因、仕事外の要因、緩衝要因が相まってストレス反応が生じてきて、それが長期化した場合に、心身の疾病につながることもある、とされています。

また、「職業性ストレスに関する要求度」というモデルをみると、「仕事の要求度」が高く、「仕事のコントロール」が低い群が、最もストレスが高いことが分かります。仕事に対する会社などからの要求水準が高く、尚且つ、自分で仕事をコントロールできる部分が少ない人が、最もストレスをためやすいのです。

新人や若手社員を取り巻くストレッサーについて考えてみると、職場の対人関係（新しい関係を築く必要があり、目上の人との関係が大半）、仕事のコントロール度が低い（自分ひとりで仕事の予定を立てることも困難）、活用できる技術が乏しい、仕事に対する自分の適性を判断する材料が少ない（些細な失敗を「不適格」と考えやすい）などが挙げられます。

ストレスをためる個人の要因としては、体力や技術の習得度、ストレスへの対処行動、元々の性格傾向（神経質性格など）等があります。そして、仕事のストレッサーに誘発されてストレス反応が生じてきます。精神的には、イライラ感、疲労感、不安緊張感、抑うつ感、おっくう感、集中力低下などです。身体の不調としては、頭痛、頭重、肩こり、倦怠感、動悸、めまい、不眠、食欲不振などが起こってきます。そして、こうしたストレス反応が長期にわたると、適応障害、パニック

症、うつ病、心身症（胃十二指腸潰瘍、過敏性腸症候群）など心身の様々な疾病に帰結することがあります。

ここで森田療法について、その基本的観点をご説明します。この療法はその名の通り、森田正馬（1874年～1938年）という我が国の精神医学者が創始しました。今日では不安症や強迫症と呼ばれている「神経症」の病態に対して、作り出された精神療法です。

森田は、慈恵医大精神医学講座の初代教授を務めていました。高知県の生まれで、子どもの頃から過敏な性質であったようです。9歳の時に、近所の寺で色鮮やかな地獄絵を見て、それをきっかけに死の恐怖を強く覚えたといわれています。それ以来、生涯にわたって、死への恐怖とどう向き合うか、ということが大きなテーマになりました。

15歳頃には、今日でいう心臓神経症の状態 で病院に通い、20歳の頃から数年間にわたって、パニック発作を繰り返し体験したようです。ですから、森田自身が不安症の当事者であったのです。そうした経験もあって、東京帝国大学を卒業した後、精神科医として、当時は珍しかった精神療法の研究に専念しました。そして45歳の頃、1919年といわれますが、森田療法を確立したわけでありませう。

神経症には、不安症状や強迫症状など様々な症状があります。これらの症状の内部には、比較的共通の性格傾向が認められることに森田は着目しました。それは神経質性格と呼ぶものですが、森田は「内向的、自

己内省的」「心配性、小心、敏感、些事にこだわりやすい…ものを気にしやすい」「完全主義、理想主義、頑固、負けず嫌い…(よりよく生きようとする)生の欲望の強さ」という傾向を見出しました。このように神経質性格は、弱気な部分と強気な部分の両極を有する性格傾向を意味しており、この両極があるがゆえに、弱気な自分を強気な自分が受け入れられないというように、内的な葛藤を起しやすい性格だといえます。

こうした神経質性格を基盤にして、「とらわれの機制」と呼ばれるような心身のメカニズムを介して、様々な不安や強迫症状へと発展するというふうに森田は理解しました。とらわれの機制には、大きく分けて2つのメカニズムがあります。「精神交互作用」と「思想の矛盾」です。精神交互作用とは、注意や感覚の悪循環とも言い換えられます。

たまたま、心臓がバクバクするような感覚を自覚したとします。元来、神経質性格の人はより強く、何事が起ったのかという不安に駆られて、心臓の部分に注意が集中します。注意が向かえば、感覚はより一層鋭くなり、より強くバクバクする心臓を自覚することになります。するとますます不安になって、だんだん意識が狭まっていて、心臓の一点に注意が集中していく。こういった注意と感覚が悪循環的に作用して、症状がエスカレートしていくのです。パニック発作についても、こうした心身の悪循環が介在して、症状が発展すると理解されます。

一方、思考の矛盾というのは、自己の感情、特に不安や恐怖といった自分にとって不快で不利益な感情に対して、「かくあるべき」という知性でコントロールしようとする姿勢です。しかし、私たちは自分の感情を思い通りにコントロールすることはできないので、より葛藤を深めてしまいます。社交不安のひとつの症状である赤面恐怖などがこれにあたります。私たちが人前でちょっとした失敗をした時に、恥ずかしいと感じて顔が赤らむことは自然な感情であり、自然な生理的反応です。「さっきは恥ずかしかった」と、それだけで済めばよいのですが、神経質性格の人は「人前で恥ずかしがってはならない」「堂堂としていなければならない」というところの構えが強く、自分の顔色をより強く意識するようになってしまいます。

不安症や恐怖症に対する森田の理解の底には、死の恐怖(不安)と生の欲望という基本的観点があります。森田は、不安の根源というのは死の恐怖にあるのだと理解しました。それは、森田の生活歴の中で色濃く体験されたことでもあったのです。しかし、そうした不安や死の恐怖というのは、裏を返せば「よりよく生きよう」とする人間の本来の欲望があるからこそ、なのです。つまり私たちのこころというのは、不安や死の恐怖と、よりよく生きようとする欲望が、表裏一体の両面を構成しているという見方であり、これを両面観と呼び、私たちの自然なこころに他ならないわけです。

でも神経質な人たちは、よりよく生きようとする欲望を満たすために、こころの内側で、自らの不安や死の恐怖を取り除こう、あるいは排除しようすることに専念します。その結果、かえって不安や恐れに囚われてしまうのです。

そうしたあり方から離脱するためには、どうしたらよいかと申しますと、まず不安や死の恐怖との闘いを止めることです。その上で、よりよく生きようとする欲望を外の物事に向けて、建設的な行動によって発揮していく。そうした方向転換をはかることで、不安へのとらわれから脱却していく。それが森田療法の基本的な考えにほかなりません。そうした方向転換を「あるがまま」と呼んでいます。治療の目標は、とらわれから脱して、ありのままの自分を現実の生活に生かしていくこと、になります。

不安に対する森田療法的指導の要点は、次のようになります。

- 1 不安はよりよく生きようとする欲望の裏返しであり、本来自然な感情である。新しい環境での不安・緊張は、真剣に臨む気持ちがあるからこそ。
- 2 不安を意思でコントロールすることはできない。無理にやりくりしようとするればかえって不安にとられる。
- 3 不安は山なりに経過し、時間と共に流れ去っていく。
- 4 行動や生活を建設的な形に整えれば、感情もそれについていく。これを森田療法では「外相を整えば内相自ずから熟す」と表現する。外相とは行動や生活を意味し、内相とは気分や考えを意味する。

続いて、社交不安に対する森田療法的アプローチを紹介します。社交不安症（障害）とは、人前での不安が強く、仕事や日常生活に深刻な影響を及ぼしている状態を指します。社交不安症は、1980年以降に欧米で広く知られていったわけですが、我が国ではそれよりもかなり以前から、類似の状態を「対人恐怖症」と呼び、治療的な取り組みがなされてきました。特に森田療法では、これを適用する中心的な病態でありました。

森田は1932年に「赤面恐怖（対人恐怖）は、恥ずかしがることをもって自らふがないことと考え、恥ずかしがらないようにと苦心する心性である」と指摘しました。したがって対人恐怖は、羞恥恐怖（悪く思われはせぬかという恐怖）だというふうな言い方をしています。森田の理解によれば、羞恥恐怖は裏を返せば、優越への欲望（よく思われたい欲望）にほかなりません。

こうした社交不安、対人恐怖への対処のポイントを挙げます。例えば、人前で報告したり発表したりすることが苦手だという人には、上手に話そうと思うとますます緊張するので、緊張の有無よりも内容が大切なのだということを助言します。例え緊張しても、伝えたいことがきちんと伝われば成功なのです。その行動の本来の目的を考えて、それが達成できれば成功、そうでなければ成功とはいえないという、「目的本位」という見方で判断していくわけです。緊張する状況を避けないで、やっていきなさいと言うのです。事前にしっかり準備をして、ポイントを絞ったり図を活用したりするなど、分かりやすく伝える工夫に神経質的な部分を使うように勧めています。

また、人間関係がうまくいかず、嫌われていないか心配だという人は、その裏に好かれたい、認められたいという気持ちを持っています。相手の反応ばかり見ているのではなく、自分からアクションを起こして、挨拶する、質問する、というような行動を勧めています。また、まずは「聞き上手」を心がけるように助言しています。このような人たちは、対話の場面で気の利いたことを言おうと努めているのですが、次に話すことを頭の中で考え過ぎる余り、相手の話をよく聞いていないことが多いのです。

治療の導入の時期にはまず、動機づけ、とらわれの明確化、治療目標の設定、を行います。「何を治したいのですか」（症状に伴う感情に目を向ける）、「治ってどんな自分になりたいのですか」（症状の裏にある生の欲望を探し当てる）を聞き、「不安と欲望はここらの両面であり、切っても切り離せないものですね」と、両面観を示すようにします。さらに本人のパターン（感情を無理やり知性でコントロールしようとしているパターンなど）を確かめて、「はからい」と「とらわれ」の悪循環（緊張すまいと努めれば努めるほど緊張する）を明確にして、治療目標（症状除去ではなく、とらわれから脱し生活を立て直すこと）の確認を行います。

さらに、そうしたやり取りを経て治療を展開していく時期には、不安や症状を抱えながら、今の行動の拡大を図るように提案します。症状を治すことを優先するのではなく、生活全体の外向化（行動を広げること）を優先するのです。

行動を広げていく時には、建設的な行動を奨励します。「必要な行動に踏み込む」「目的本位」「～したいを実行に移す」「話し上手より聞き上手を心がける」などです。このようにして少しずつ行動を広げながら、本人の陥りがちなパターンを修正していきます。「完全主義」「かくあるべしという心の構え」「負けへのこだわり」「自己関係づけ」などの修正です。こうした面談の流れを通して、ある程度の改善がみられた時には、治療のまとめを行います。何が得られたか、これからの課題を話し合っ、面談を終了するようもっていきます。

次に、パニック不安に対する森田療法的アプローチを紹介します。パニック発作は、突然、激しい恐怖または強烈な不快感の高まりが数分以内でピークに達し、その時間内に、動悸、発汗、窒息感、胸部不快感、めまい感、現実感消失、死ぬことに対する恐怖、などの13の症状のうち4つ以上が起こるものと、米国の診断分類では定義されています。

パニック発作を繰り返す人をパニック症と診断しますが、森田療法ではまず、このような人たちに「パニック症とはどういうものなのか」という心理教育を行います。自律神経の急激な緊張が特徴で、卒倒やコント

ロール喪失や死は起こりえないこと、数分から数十分のうちに自然に回復すること、などを伝えて正しく理解してもらいます。パニック発作は夕立のようなものなのです。

パニック発作は、不安を打ち消そうとすればするほど、制御できない不安が募る悪循環に陥ります。さらに、パニック発作がまた起こるのではないかという「予期不安」があると、それによるドキドキをパニック症状の始まりと早合点して、その状況までも回避しようと努めることになり、生活がどんどん狭まっていきます。そこで、予期不安は「自己保存」と「健康と安全の欲求」の裏返しであり、あってはならない症状ではないことを理解してもらいます。

そして、予期不安が生活に及ぼす影響を吟味します。「病気を恐れて病人の生活に陥っている」という構図に気づいてもらうのが基本です。その後、損なわれた生活の再建を目指します。避けていた行動に踏み込み

(目的本位)、やりたくても症状のため後回しにしてきたことを実行に移します。不安の有無に関わらず、生活全体の充実を図ることが非常に重要になります。

行動がある程度広がってきたら、発症前の生活を振り返ります。過剰適応的なライフスタイルや、生活の行き詰まりについて部分的な修正を図ります。「かくあるべし」の姿勢が特に強い人は、それを緩めることも必要になります。

パニック発作の人が出た時、周囲はどう対応したらよいのでしょうか。まず、強烈な症状であることを理解することが大切です。単なる気のせいではありません。過労が誘因の場合は一時的休息、負担軽減が適切です。ただし、うつ状態を伴わない限り、長期の休息は逆効果です。本人と話し合っ、できる仕事から再開し、過度に病人として扱わないことも大切です。職場のストレスについては、本人を交えて調整案を検討することも必要です。

Q.

社交不安障害は若い人のイメージがありますが、中高年の方もいますか

社交不安症は若いうちに発症するのが大概のパターンです。20代前半くらいのうちに強く自覚する方が大半です。しかし、中年期以降に社交不安に悩み始める方もいないわけではありません。管理職になって人前で話す機会が増えたとか、仕事上の役割変化の後に、社交不安症の状態に陥っていく方もみられます。

Q.

パニック障害は50代以降にも表れることはありますか

30代くらいまでに発症することが多いのですが、中高年で初めて発症することもしばしばあります。その場合、症状は少し穏やかな傾向があります。ただ、注意しなければならないのは、うつ病の先駆けの可能性があるので。また、パニック発作と紛らわしい体の病気もありますので、きちんと調べる必要があります。

第 3 回 2021.01.11.

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



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

地方公務員の長期病休者は、1994 年以降でみると、精神の病気で休んでいる人の数だけがもの凄い勢いで増えています。がんや心臓病などの他の病気は人数が変わらないか、減ってさえいます。公務員なので、こういうデータが定期的に出てきますが、一般企業でも同様の難しい状況なのだと思います。

精神障害による労災補償状況をみてみますと、請求件数はもの凄い勢いで増えています。日本は先進国の中で自殺が多い国として知られ、働き盛りの人の自殺が多い特徴があります。仕事を持つ人の自殺は、自殺者全体の 3 割以上を占めています。

どうしてこのようなことが起こるのでしょうか。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、終身雇用制の終焉による雇用不安定性、などが挙げられます。また、別の視点からみますと、私は「余裕がない」「サポートが減弱」「(メンタルヘルスを支える)システムを元々もたない」「(メンタルヘルスを支える)概念自体がない」「労務・保健担当者のスキル不足」などの根本的な問題があるのではないかと考えています。

職域では現在、ストレスチェック制度が導入されています。私は、職域でストレス対策についての意識を醸成するという点では賛成でしたが、今のような制度を導入することは反対でした。そもそも、メンタルヘルス不調者は援助希求能力・行動が低下することが問題なのに、手上げ方式のこのやり方で果たしてよいのか。そして今後、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。まさか実施率のみで評価するのか。そうした疑問があるためです。

厚生労働省が外部に託して行っている「職場のメンタルヘルス状況調査」というものがあります。2018 年のデータを見ると、メンタル不調により 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%となっています。これも、私には上辺だけのデータに見えます。具合の悪い方はもっとたくさんいるはずで、1 か月以上休む前に解雇されているかもしれません。それに、メンタルヘルスケアに取り組む会社が本当に 6 割もあるのでしょうか。本当の意味で社員を助けるケアをやっている会社が、こんなにあるとは思えません。

では、メンタルヘルス支援体制をどうやって構築し、運用していったらよいのでしょうか。これについては、私の以前の職場（大学）での経験談を中心にお話しします。

前の職場では、深刻なメンタルヘルス問題が続けて勃発しました。その職場は、保健管理統括部署がないに等しい状況でした。私に抜本的な解決が託され、保健管理センター長になったのですが、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、スタートしました。そして、「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ヴ」「検証」といった部分の改革を行いました。

まずは、新しい保健管理センターで次のようなアジェンダを作りました。

- 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う・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

こういう組織を作ると、専門職が集まっているので、何でもかんでもここに持ち込まれる危険性があります。ですので、学生に本来対応すべき部署は学務教務担当であり、教職員や管理監督者に対応すべき部署は人事労務担当であると、私はよく話していました。そこが責任を持って、自分たちの仕事と捉え、頑張ってくださいということなのです。しかしその中で、どうしても専門職のアセスメントなどが必要な時は、こちらに頼ってください、というふうにしました。

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とことまで助ける」。これも繰り返して宣言したりして、浸透させていきました。こういうことをやらないと、信頼してもらえないのです。「あそこに行けば助けてもらえる」と思ってもらえないと、使ってもらえません。

それから、Website をきれいに作り直し、大学のトップページから入っていけるようにしました。上質な厚紙を使い、イラストを多用した保健管理センターのリーフレットの作成や、月刊ニュースレターの定期刊行で、常に健康管理を意識してもらえるようにしました。また、学生や教職員のオリエンテーションで保健管理センターがプレゼンをし、「こころが苦しくなった時、人に相談することは賞賛されるべきことです」と強調しました。医学部父兄説明会でもオリエンテ

ションを実施し、保健管理センターの活動紹介などを行って、心配なことがあればご連絡くださいとお伝えしました。実際に、相談がよく入るようになりました。

保健管理センターはそれまで、学生にしか対応していませんでしたから、教職員相談室はありませんでした。そこで学生相談室を廃止し、学生にも教職員にも対応する「キャンパス相談」を設けました。啓発・情報提供グッズとして、使ってもらえるクリアファイルやマウスパッド、絆創膏なども作りました。

優秀な心理士を集めてサポート体制を充実させる一方で、セクショナリズムの廃止や守秘義務の徹底を行いました。職員向け研修会での成功事例の紹介などを通して、保健管理センターの仕事を組織内にしっかり伝える取り組みも続けました。部門横断連携ミーティングを定期開催し、気になる事例を出し合って情報共有や検討を行ってきました。このようなことを続けるうちに、保健管理センターで対応する学生や教職員は増えていきました。

職員の休業や復職に関しては、情報をきちんと共有して、話し合いをしていく組織に大学を変えていきました。メンタル不調になった職員への対応には、休職から復職までにいろいろなステップがあります。休職期間中も、完全休養→日常生活リズムの確立→日課・家事遂行能力の回復→能力・体力の回復（復職プログラムの活用等）→専門医（主治医）による復職可能性の判断→職場・保健／人事労務担当者との話し合い→通勤訓練→ならし勤務・復職計画の策定→復職判定会議・産業医面接という過程を経ていきます。それぞれの段階で、きちんとしたアセスメントや話し合いが必要になります。

この社会では、休職者が増えていたりとか、復職者が再休職に入ったりとか、休職を繰り返して解雇されてしまったりとか、いろいろと残念なことが起こっています。こうしたケースでは、復職に至るまでのそれぞれの段階で、きちんとしたアセスメントや話し合いが持たれていないことが多く、とても問題だと私は思っています。

職員に対しては、ストレスチェックが始まる前からメンタルヘルス・スクリーニングを定期健診に導入

し、必要に応じて心理面接や精神科面接を行ってきました。訴訟になりそうなこじれた人間関係をひとつひとつ解消したり、重大事故や事件後の悲嘆（グリーフ）ケアを行ったり、特殊健診のイニシアチブをとったりもしました。そして、データベース整備や研究システム構築を行い、検証を進めました。

これらをやった結果、キャンパス相談件数は学生でも教職員でも急増しました。以前は対応していなかった教職員の延べ相談件数は、開始した 2012 年に 921 件、翌年には 1408 件にもなりました。学生・教職員を併せて 8500 人規模のキャンパスで、実人数で約 700 人、延べ件数では計 2500 件の相談が寄せられ、非常に大きな成果を収めました。

相談には様々な事例が持ち込まれます。例えば「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」「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」「自殺事故（事後対応、家族のケア、関係者のケア）」「いわゆる『発達障害』に振り回される教員」「教員の不祥事、その後に取り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。いずれも単純ではなく、応用問題的な対応になります。

相談対応件数は、なぜ 2500 件まで激増したのでしょうか。まず考えられるのは、もともとそれだけの数の問題や需要があったということです。また、役に立つシステムを作るための徹底的な作りこみをした、ということも件数増に貢献したと思います。来た人には必ず問題解決アプローチをして、解決につなげることを強く意識した「個別性を重視する対応」や、「学内の人間は最後の最後までとことん面倒をみる」というマインドの徹底なども、評価されたのだと思います。

地域貢献活動としては、メンタルヘルス支援ネットワーク活動というものを行っていました。活動に先立ってまず行ったのは、職場のメンタルヘルス問題についての企業・団体からの聴き取りです。「休職・復職規定がない」「復職プログラムがない」「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」「上司や同僚がメンタルヘルスというものに知識・理解が

ない」など、様々な問題が指摘されました。

こうした問題を解決するには大きなネットワークが必要だと考えて、構築を進めていきました。企業・行政・大学による連絡会では、専門部署や専門職のスキルアップをはかり、産業・組織のメンタルヘルス対策をより良いものに変えていくことを目指しました。例会プログラムでは、対応困難事例の検討（少人数グループに分かれてのワークショップ形式。事例検討の定式化により支援法を反復練習）や、勉強会（振り返りのミニレクチャーとトピックスの紹介）、情報交換などを行いました。

事例検討で大事なものは、定式化です。定式化しないと、毎回、応用問題が提示され、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うことがあります。参加者はただ事例とにらめっこして悩むばかりで一向に進化しない。そして、勉強にならないので参加者は減っていきます。

定式化すると、毎回同じような検討課題を設定して、同じアンカーポイントで、同じ段取りで課題を検討していくので、取り組みやすくなります。それぞれの部署や職域が、本来何をすべきだったかについて振り返りと検討をするので、参加者自身が当事者になった気持ちで検討できます。その結果、確実に結論を導き出すことができ、これを繰り返すことで解決法が身につく、参加者の進化につながります。

「メンタルヘルス管理をしています」と自信を持って言える会社の条件としては、「メンタルヘルス不調者を受け止める仕組みがある」「不調者が適切な支援を受けられる」「不調者に対応する人が十分な知識と技術を持っている」「管理者がメンタルヘルスの重要性を知っている」「勤労者ひとりひとりがメンタルヘルスの重要性を知っている」などが挙げられます。

本来、誰もがメンタルヘルスサポートをしてもらえる権利があるはずですが。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や技量の向上が重要です。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.

若い方の自殺が増えています。予防に関して特に大事だと思うことを教えてください

医療機関においては、切羽詰まっている方とか、今何とかしなければいけない方とかばかりに対応しています。「人とは何だろう」とか、哲学的な考えで自殺をしようとする人はおらず、本当に何か困っているから自殺するのです。困っていることをきちんと、まっすぐお聞きして、具体的にどれだけアプローチできるかということが大事です。ですから、若者の自殺が増えていると漠然と捉えるのではなく、その人たちにきちんとお会いして、何が起きているのかということをちゃんと汲み取って、解決を応援していく仕組みを地域で作っていかないとはいけません。

今、新型コロナウイルスとの関連で、若者の自殺の問題が特に指摘されていますが、自殺対策は地方公共団体などが一時期、かなり力を入れていました。その時にやっていた仕組みとかが全部飛んでしまって、感染症対策一辺倒になっているのが苦しいところかなと思っています。

Q.

困難事例に対して、『辞めさせてくれ』と保健師に平気で言う上層部の元で働いています。そうした考え方を変えさせるにはどうしたらいいでしょうか

そういう体質のところは多いですね。質問された方もお悩みだと思います。私は事例を積み重ねながら、上司とか同僚とか、いろいろな方に会っていきました。実際に上司や同僚に会ってみると、すごく好い方だったりすることもありました。そういう形で、好い方がひとりひとり数珠つなぎになって集まってくると、困難事例が回復しやすくなります。そして、そのような良い経験を組織として積んでいくことで、今まで冷たかった人も好い人になったりして、状況は良くなっていくと思います。

第 3 回 2021.01.11.

労働者の睡眠の問題と 在宅勤務における睡眠対策



山本 愛 先生

医療法人社団朋友会 けやきの森病院 精神科 産業医

私は現在、精神科の病院で臨床をやりながら、いくつかの企業で嘱託産業医を務めています。今回は労働者の睡眠をテーマにお話しをさせていただきます。

現在、新型コロナウイルス感染症の拡大が止まりません。それにより、私たちの生活様式や働き方が大きく変化しています。人との接触を減らした在宅のテレワークや、フレックス勤務が導入されるなど、新しい働き方が広がっています。職場では感染リスク評価を行って職場環境改善を進めるなど、様々な対策が行われている状況です。

新型コロナウイルス感染症が労働者の心身の健康に及ぼす影響としては、「感染リスク、感染そのものが引き起こす心理的反応」「環境や生活様式の変化による心理的影響」「働き方の変化による心身への影響」という3つの視点があるように思います。まず、それぞれの視点について考えてみたいと思います。

「感染リスク、感染そのものが引き起こす心理的反応」としては、自分や家族が感染することへの不安、恐怖、緊張や、出社することへの不安や恐怖、情報過多がもたらす混乱、などがあります。「環境や生活様式の変化による心理的影響」は、行動の制限によるストレス反応、人との接触機会の減少による社会的孤立、などがあると考えられます。警察庁がまとめた2020年度の自殺者数の推計（11月までの速報値）をみると、7月以降、自殺者が増加しているのがわかります。感染拡大による精神的な影響や、経済的な影響が、とても大きくなっています。

「働き方の変化による心身への影響」については、双方向のコミュニケーションの取りづらさ、オンオフの切り替えの困難さ、生活リズムの乱れ、労働時間管理や評価に対する不安、業績悪化による雇用不安、などが生じています。2020年5月に実施されたテレワークに関する労働者の意識調査をみると、メリットとして「通勤時間を有効活用できる」「ストレスが軽減される」「無駄な会議が減った」などが挙げられていますが、一方でデメリットとして、「運動不足になる」「社内コミュニケーションが減った」「仕事のオンオフがしにくい」などの声が多くなっています。

続いて、近年の労働者の睡眠の状況について振り返ってみたいと思います。最新のOECDの統計（2018年）によると、日本人の1日の睡眠時間は442分（7時間22分）で、睡眠時間が世界一短い国になっています。2019年の厚生労働省の調査では、1日の平均睡眠時間が6時間未満の勤労世代は約4割にもなっていました。睡眠不足に大きく影響する通勤時間が、在宅テレワークの拡大で減る傾向にあるので、もしかしたら睡眠時間は多少増えているかもしれません。睡眠時間の確保はとても大事です。

新型コロナウイルス感染症への不安が睡眠に及ぼす影響としては、民間の調査結果があります。それによると、新型コロナウイルス感染症への不安がある人は、眠りの深さや寝起きの熟眠感など、睡眠の質に悪い影響が出ていることがわかりました。

睡眠の役割には、脳と体の休息という役割と、体のメンテナンス（自律神経を整える・内分泌機能を整え

る・免疫機能の強化・精神機能の安定・記憶の整理と定着)という役割があります。睡眠の働きには、脳を休めるノンレム睡眠と、体を休めるレム睡眠とがあり、個人差はとて大きいのですが、約90分周期で繰り返しています。

睡眠に問題があると、うつ病、肥満、高血圧、糖尿病、脳卒中、心筋梗塞、感染症、認知症など、様々な疾患の発症リスクが上がります。特に精神科領域においては、うつ病の発症リスクが2～3倍高まると言われています。

睡眠の問題とメンタルヘルスには密接な関連があります。これまでの研究で「仕事のストレス要因が高いとその後の不眠を生じやすい」「睡眠による休養感が低いほど抑うつ度合いが強い」「不眠が続くと将来のうつ病の発現、増悪、遷延因子となる」「不眠があると将来のうつ病発症率は約4倍高くなる」「不眠が重症になるほどうつ病発症率は高くなる」などと報告されています。

睡眠の問題による社会的損失は膨大です。慢性的な不眠によって、業務中の怪我の増加、集中力低下、仕事のモチベーション低下、アブセンティズム、プレゼンティズムなどが起こります。2016年のアメリカの研究所の発表によると、日本における睡眠の問題による経済的損失は年間約15兆円と試算され、先進国の中でも突出した数字になっています。

このようなことから、私たち産業保健スタッフは労働者の睡眠の問題に積極的に関わることが望まれています。睡眠障害の鑑別診断を適切に行い、必要な人を専門医につなげることが、産業保健スタッフに求められています。

睡眠障害とは、「睡眠の異常によって様々な社会生活に支障をきたす病態」の総称です。7系統、約80種類に分類(睡眠障害国際分類第3版)されます。睡眠の異常は①睡眠の質、量、リズムの異常②覚醒機能の異常③睡眠中に出現する異常な行動、感覚異常、の3つに大きく分類されます。

睡眠障害国際分類による7群の中で、特に勤務世代に多いのが、眠りたいのに眠れない「不眠障害」と、

睡眠時無呼吸症候群を中心とした「睡眠関連呼吸障害群」です。このほか、日中の過度な眠気と居眠りが起こる「中枢性過眠症候群」、睡眠リズムの乱れによる「概日リズム睡眠・覚醒障害群」、大人のねぼけ行動に代表される「睡眠時随伴症群」、睡眠中の体の異常な感覚や運動が特徴的な「睡眠関連運動障害群」、そして「その他の睡眠障害」があります。

睡眠障害は、不眠や過眠、リズムの異常、睡眠中の行動・感覚異常などが重なり合うことが多く、睡眠問題の訴えの特徴や原因について、詳しく問診して正しく鑑別することが重要です。職域における鑑別ポイントで、不眠が主訴のケースでは、生活習慣や寝室環境の問題(昼寝、カフェイン、喫煙、飲酒、就寝前のデジタル機器の使用、夜間の明るすぎる照明)、身体疾患による影響(かやみ、痛み)、服用中の薬剤の影響、などがないかを確認します。産業医としての臨床現場では、特に生活習慣の問題が多いと感じています。

不眠に関係する睡眠障害は、あれこれと考え事をして眠れない不眠障害、下肢がむずむずするレストレスレッグス症候群、ある時刻にならないと眠れない概日リズム睡眠・覚醒障害、夢の中の行動が出て睡眠が分断されるレム睡眠行動障害、足がガクツとしてよく眠れない周期性四肢運動障害、いびきや無呼吸がある睡眠時無呼吸症候群と、おおまかに分類できます。

過眠が主訴のケースは、夜間の睡眠に問題があり二次性に過眠を生じるケースと、夜間に十分な睡眠をとれているが脳の睡眠覚醒機能の異常により過眠を生じるケース、の2つにおおまかに分けられます。二次性に過眠を生じるケースは、うつ病などの精神疾患の影響、内分泌疾患など身体疾患による影響、服用中の薬剤の影響、睡眠不足症候群、不眠障害、などが考えられます。

夜間の睡眠に問題があり、二次性に過眠を生じるケースとしては、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、概日リズム睡眠・覚醒障害、などが考えられ、鑑別が大事になります。また、夜間の睡眠は十分なのに脳の睡眠覚醒機能の異常で過眠を生じるケースは、発作的な強い眠気、居眠りを引き起こす中枢性過眠症(ナルコレプシー)などが考えられます。

次に、睡眠中の行動・感覚異常が主訴のケースです。これは、身体疾患による影響、うつ病など精神疾患の影響、服用中の薬剤の影響、極度の睡眠不足、入眠時の幻覚・金縛り・悪夢（ナルコレプシー）、睡眠時無呼吸症候群、てんかん、周期性四肢運動障害、レム睡眠行動障害、などをチェックしていくことが必要になります。

睡眠障害は多様で個体差が大きく、産業保健の分野で細かな鑑別を行うのはなかなか難しいと思います。そこで、厚生労働省の研究班が作成した鑑別のための診断チャートが、睡眠障害のスクリーニングガイドラインです。これを職域で活用できると、とても効率的だと考えています。

うつ病は、約 8 割に不眠、約 1 割に過眠を伴うことが知られています。抑うつ気分など、うつ病の中核症状に先行して不眠が出現することが多くあります。閉塞性睡眠時無呼吸症候群は、重度の過眠を呈する代表的な睡眠障害です。睡眠中、咽喉頭周囲の骨格筋の弛緩により気道が閉塞し、いびきや無呼吸、窒息感が生じます。そのため、日中に眠気が出現し、交通事故や産業事故など重大な影響を及ぼす恐れもあります。また、無呼吸時に血圧や心拍数が上昇するため、高血圧や心・脳血管疾患などの発症リスクを上げてしまいます。

この症候群は中等度以上でも自覚症状に乏しいケースが多くみられるため、指と鼻にセンサーを装着して呼吸状態を測定する簡易検査を行います。これは自宅でもできます。これで症状が明らかになった場合には、1泊2日の終夜睡眠ポリグラフ検査で診断を確定します。治療としては、減量、寝酒をやめる、睡眠薬は無呼吸を悪化させる可能性があるため慎重に使用する、抱き枕を使うなど寝姿勢の工夫する、などの生活指導がとても重要です。中等度以上では CPAP（経鼻的持続陽圧呼吸療法）、軽症では口腔内装置（マウスピース）が有効です。

レストレスレッグス症候群（むずむず脚症候群）の病態には、一次性（ドパミン神経系の機能異常、鉄代謝異常など）と、二次性（妊娠、腎不全、カフェイン）があり、有病率は日本の成人の約 4% です。「むずむずする」「虫が這う感じ」「むずかゆい」などの下肢の

異常感覚を訴える人が多く、動かすことで不快感は軽減します。ドパミン製剤などの薬物療法や、嗜好品を避ける生活指導、就前のストレッチなどが有効で、鉄分不足の場合は鉄剤を投与します。

周期性四肢運動障害は、中高年以降に多く、レストレスレッグス症候群に併発しやすいことが知られています。夜間、四肢に不随意運動が繰り返し出現し、睡眠が分断されることで日中に眠気が生じます。終夜睡眠ポリグラフ検査で確定診断を行います。薬物療法や、カフェイン・アルコール・ニコチンを避ける生活指導を行います。

ナルコレプシーは、覚醒中枢や睡眠中枢の機能異常などで生じます。日中に強い眠気と睡眠発作が起こりますが、通常、20分程度で自然に覚醒し、すっきり感を伴うことが多い特徴があります。興奮した時などに体の力が抜けたり、入眠時に鮮明な悪夢をみたり、入眠時幻覚に一致した金縛り状態になったりする症状もあります。睡眠潜時反復検査で確定診断を行います。治療では、睡眠リズムの維持や短時間の昼寝の推奨などの生活指導と、対症療法としての薬物療法があります。職場での配慮事項としては、短時間の仮眠を確保できるような環境を整えて周囲の理解を促したり、睡眠リズムが乱れないように残業を避けたりする支援が大事になります。

レム睡眠行動障害は中年以降に多く、「大人のねぼけ行動」と呼ばれます。レム睡眠中に運動系の抑制機能が働かず、夢の中での行動がそのまま異常行動（大声を出す、奇声、暴力）となって出現します。レビー小体型認知症やパーキンソン病との関連が報告されています。刺激を与えて起こすとすぐに覚醒し、直後の疎通は良好な点がせん妄との違いです。夢の内容を思い出すことができます。確定診断は終夜睡眠ポリグラフ検査で行います。治療では薬物療法と生活指導を行います。

概日リズム睡眠・覚醒障害は、異常な時間帯に睡眠が出現し、社会生活をするうえで望ましい時間帯に睡眠がとれず、社会生活に支障が出る病態です。睡眠・覚醒相後退障害（遅寝遅起き）が代表的です。入眠困難型の不眠症と誤診されることがあるので、注意を要します。治療では、睡眠習慣や環境の調整を中心とし

た生活指導と、メラトニン受容体作動薬などを用いた薬物療法、高照度光療法などを行います。

不眠障害は、睡眠障害の15～30%を占めます。原因を重視せず、不眠が慢性化するプロセスを重視して見ていきます。①夜間に症状（入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒）がある ②不眠による日中の機能低下などの影響がある ③週3日以上3か月以上持続、という3点で診断します。治療としては、まずは環境調整や生活指導を行い、その上で必要時に薬物療法を行う流れになります。併せて不眠の認知行動療法も行っていきます。

眠れない＝不眠症とは限りません。産業保健スタッフは、睡眠の専門治療が必要な睡眠障害を正しく鑑別することが重要です。睡眠障害専門の認定医と認定医療機関は、日本睡眠学会のホームページで確認できます。

在宅テレワーク時の快眠のためのセルフケアについては、睡眠についての正しい知識を得る、自分の睡眠を知る、自分に合う快眠習慣を実践、の3つがポイントになります。昨今、在宅でウェアラブル端末などを使い、体動など自らの睡眠状態を測定できる時代になりました。また、睡眠日誌を付けると自分の睡眠の問題を見つけやすくなります。手書きだけでなくアプリもあり、様々な医療機関のホームページからダウンロードできます。

快眠のためのポイントは、光、運動、食事です。これらを中心に生活習慣を見直すことで、より快眠につながっていく可能性があります。うまく寝付けない時は、快眠を妨害している習慣や環境がないかチェックします。日本うつ病センターのWebサイトにある「働く人の睡眠改善プログラム」などの睡眠習慣チェック票を活用するとよいと思います。厚生労働省のホームページにあるものなど、様々な快眠のコンテンツをうまく活用して、快眠を目指してください。

Q.

カフェインは1日400ミリグラム、コーヒー2杯までと聞きますが、1日にコーヒーを10杯飲む方がいます。その場合のカフェインの影響を教えてください

カフェインには血圧上昇など体への影響もありますので、10杯は多いかと思います。カフェインは飲んでも眠れるという方がいるのですが、カフェインは自覚のあるなしに関わらず、夜間の睡眠への影響が出てきます。量を減らすとか、夕方以降に飲んだりしなければ、今以上に眠れるというふうにご指導いただくとよいかと思います。

第 4 回 2021.01.22.

AI などのデジタルツールを活用した 認知行動療法と職場のメンタルヘルス



大野 裕 先生

一般社団法人 認知行動療法研修開発センター 理事長
ストレスマネジメントネットワーク株式会社 代表

私が IT を使った認知行動療法に関心を持つようになって、もう 10 年以上経ちます。それは最初、認知行動療法の有効性が実証されたといっても、適切に施行できる専門家が少ないことから、多くの人に認知行動療法を使ったストレス対処のツールを提供したいと考えたためです。特に最近、新型コロナウイルス感染症の拡大があり、みなさん自宅で仕事をするようになったりして、人との交流が減った場面では、こうしたデジタルツールは役に立つだろうと思っています。

こうしたデジタルセラピーの動きは、新型コロナウイルス感染症で一気に加速したと思います。先日、米国精神医学会で精神疾患の診断分類第 4 版 (DSM-4) を作った組織の委員長だったアレン・フランセス先生と、Zoom で話をしたのですが、アメリカの精神医療では日本以上にデジタル化が進んでいるそうです。精神分析まで遠隔で行っていると言っていました。

インターネットを活用した認知行動療法というのは、以前はドイツやイギリスが先行していました。それが、新型コロナウイルスの影響によるメンタルヘルスパンデミックを契機に、アメリカでもデジタルセラピーの拡大が報じられるようになりました。様々な疾患に対する Web サイトやアプリ、更にはゲームアプリが開発されて、治療に活用されるようになってきました。その一方で、治療者の人間的な関わりも重要であり、今後は産業精神保健の分野でも、IT と人間の協調、協業の中で、ストレスを抱える人たちを効率的に支援することが必要になってきていると考えます。

私たちは、デジタルを活用した認知行動療法のアプ

ローチを使うことで、職場のメンタルヘルスが今まで以上に効率的に行えるようになって考えています。認知行動療法は、「認知」という情報処理のプロセスに焦点をあてながら問題解決を手助けして、問題解決力を伸ばしていく精神療法、ないしは心理療法です。その認知のプロセスが一番よく表れるのが、私たちがいろいろな体験をした瞬間、瞬間に頭に浮かぶイメージだ、というふうに考えられています。

こうした考えは、自動的に頭に浮かんでくるので「自動思考」と呼ばれています。これは、ネガティブなこともあればポジティブなこともあり、ニュートラルなこともあります。その考えに応じて現実の見方が変わって、気持ちや行動、身体の状態が変化する、というふうに考えます。

自動思考は、悩んでいる時には極端にネガティブになりやすいのも特徴です。ですから認知行動療法では、辛い気持ちになったり、問題のある行動をとったりした時の自動思考をつかまえて、現実に沿った解決に向かう考え方に修正できるように、手助けします。そのためには、自動思考という判断を一度ストップして、現実の情報を集めて、現実に起きていることを丁寧に検証して、見落としている情報がないかどうかを確認する作業が必要になります。これは、例えてみれば自動運転から手動運転に切り替えて行う作業で、メンタルヘルス不調の時にはとても大事なアプローチになると考えられています。

ただ、認知行動療法が広く使われるようになって、誤解も広がっているように思います。中でも、「考え

を変えさせるアプローチだ」というふうに誤解されることがあります。その典型例をご紹介します。

職場のみんなが食事に行った時、誘われなかったことで落ち込んでいる人がいます。その人は「自分が嫌われているから誘われなかったんだ」と考えて落ち込んでいるのです。それを見て心配した人が、「そういうふうに考えるから落ち込むんだよ。仕事が忙しいあなたのことを気遣って、誘わなかったのでは。もっと柔軟に考えれば気持ちが楽になる。そういうことを認知行動療法で勉強するといいよ」と助言しました。

この助言は一見もっともなようですが、よく考えると無理があるのが分かります。「嫌われている」というのは、確かに根拠のない思い込みですが、一方で「みんなが気を遣ってくれた」というのも根拠がありません。やはり、この状況では嫌われている可能性も十分あるのです。それなのに「気を遣ってくれた」などとのんびり構えていると、「空気が読めないやつだ」と思われて、もっと状況が悪くなるかもしれません。ある時、本当に嫌われていると分かって、更に傷つく可能性があります。

この例では、誘われなかった人が現実にきちんと目を向けず、駄目だと諦めていることが問題なのです。みんなと仲良くしたいと思っているのに、それが実現できていないために悩んでいるのです。「どうせ駄目だ」という自動思考になっているのです。このような思考をストップして、現実に目を向けて、本当に駄目かどうかを確かめてみる。そして、みんなと仲良くするためにはどうしたらいいか、工夫してみる。そういうふうに考えを変えていくのが認知行動療法なのです。つまり、認知行動療法でいう認知の修正とは手段であり、目的ではないのです。考え方を変えても問題が解決しない限り、辛い気持ちは続きます。そのままでは、状況はどんどん悪くなってしまいます。

そしてもうひとつ注意していただきたいのが、周囲の環境についてです。心理的な悩みというと、個人の考え方や受け取り方に目が向きがちですが、問題が環境にある場合もあるのです。今の例でいうと、仕事の割り振りが不適切なためにひとりに仕事が偏って、誘いたくても誘えないということがあるのかもしれませんが。派閥争いやいじめのようなものが存在する可能性

もあります。そうした場合には個人レベルではなくて、職場全体に働きかけるアプローチが必要になります。そうした見立てや対応が、産業保健では特に重要になります。

悩んでいる人をきちんと見立てて、きちんと支援していくためには、症状の概念化や定式化が必要になります。悩んでいる人の症状はもちろんですが、精神医学的な問題が生じた原因とか、問題を持続させている要因を理解することが大切です。それと同時に、その人の生まれ育ちとか、どんな心理的課題があるのか、その人はどういう特徴があって強みや長所はどんなのかなど、マイナス面だけでなくプラス面もみていきます。その上で、その人がどうなりたいのかということと一緒に考えます。そして、それを妨げている要因を考えて、取り除く手立てを見つけていく。これが認知行動療法のプロセスになります。

一般に、目的を達成できない大きな要因は、「あだめなんだ」という考えであったり、つい逃げる行動をとってしまうことであったりするので、認知行動療法では認知や行動に目を向けていくのです。具体的な場面を取り上げて、現実新しい目を向けて、どんな認知、どんな行動が問題か、ということに気付いて、それを修正していくのが、認知行動療法の基本的なアプローチになります。

その中には、認知に働きかけるアプローチと行動に働きかけるアプローチがありますが、考えが変われば行動が変わり、行動が変われば考えが変わります。ですから、便宜的に認知的技法と行動的技法に分けていますが、これはお互いにその場面でいいものを使っていくことになるわけです。それを適切に助言できるのが専門家なのですが、きちんと判断して適切に伝えていくのはなかなか難しいのです。そこで、AIの技術を使ったり、インターネットの技術を使ったりすると、より簡便、効率的に対応できるようになるというのが、今日の後半の話になります。

考え方を整理する、現実をみる、行動を変える、気分転換をする、日記をつける、などの認知行動療法で使うスキルは、私たちの日常の知恵とあまり変わりません。ですから、集団での講習や資料、インターネットなどを使い、少ないマンパワーでも工夫すれば効果

を期待できるのではないかと考えられるようになりました。実際に、それは可能だということが海外や日本でも報告されるようになりました。

そこで私は、Web サイト「認知療法・認知行動療法活用サイト～こころのスキルアップトレーニング～」を私費で作ってきました。年会費 1500 円で、認知行動療法の技法の手順を学ぶことができます。私からのメルマガが毎週末に届き、スマホでも利用できます。こういうふうに IT を使うことを考えたのは、10 年以上前、まだガラケー時代のことです。私の知人から「寂しい」というキーワードで検索する人が多いという話を聞きました。同時に、そういうキーワードで検索すると、よくないサイトに案内されてしまう話を聞いたので、寂しい人のためにもっと健全で役立つサイトを作りたいと考えたのです。

こうした IT を用いたメンタルヘルスのサポートは、様々な研究が行われるようになってきました。これは職域でも活用できます。私が考えている「認知行動療法を用いた職域におけるこころのケアモデル」では、全ての社員に対するセルフケアのための情報提供（紙ベースの教育資料、e ラーニング、社内研修）をまず行います。そして、ストレスに対処する力を伸ばしてもらうようにします。その上で、社員は AI チャットボットによるセルフケアを行い、セルフケア能力を高めていきます。それでもストレス反応が持続する場合には、チャットボットなどで会社内外の相談機関や医療機関を紹介して、ストレス対処の支援をしていきます。これが、IT と人間の協業モデルになると私は考えています。

セルフケアのための情報提供では、認知行動療法を分かりやすく伝えることが大事です。一般の方に認知行動療法をご説明する場合、私は 4 つのステップという形でお伝えするようにしています。それは、変化に気づく→ひと息入れる→考えを整理する→期待する現実に近づく、というステップです。それをもとにイラスト動画も作成しています。

認知行動療法の社内研修をすると、精神的に健康な人でも、さらに自信を持てるようになるという研究結果も出ています。更に、研修後のインターネットを使った自己学習など、後のフォローがあると効果が持続す

ることが分かってきました。また、社員に精神保健スタッフの顔が知られて、相談しやすい雰囲気生まれるという効果もあります。

次は、AI チャットボットを使ったセルフケアについてです。これを職域で使おうと思ったのは、悩みを抱えても保健スタッフに相談する人が極めて少ないためです。そのため、相談に行かなくても、まずはセルフケアができればいいのではないかと考えました。そこから、必要に応じて産業保健スタッフにつながればよいのです。そこで、AI チャットボットの活用を考えたのですが、話をするというチャットボットは今の音声技術では難しく、テキストベースでの AI チャットボット「こころコンディショナー」を作って、皆さんに使っていただくことにしました。

AI は、文脈を読んで何かをするというのは非常に苦手です。ですが、これは専門家でも同様ですが、悩んでいる人の問題を解決する時、何かアドバイスをするよりも、ご本人が答えを見つけるのを手助けするという、刺激を与える存在になればいいのです。うまく寄り添って刺激を与えることは、AI やチャットボットにもできるのではないかと私たちは考えて、作り始めました。

スマホを使った「こころコンディショナー」には、相談モードとチャットモードがあります。相談モードは、うつ、不安、怒りという 3 大感情に応じたフローで考えを整理して、問題対処能力を引き出すということをしています。チャットモードは、悩みを抱える人が一方的におしゃべりする機能ですが、ネガティブワードがいくつか続くと相談モードを推奨する仕組みも作っています。そして今後、無償版を自治体などいろいろな所に提供しながら、有償版ではセルフチェックができたり、メルマガが届いたり、自分の経験を整理し振り返ったり、健康問題に関連した新聞記事が出たり、というふうなことができるように制作を進めています。

コロナが広まってから、「こころコンディショナー」への関心が高まり、無償公開した最初の 3 か月間に約 1 万 5000 件の訪問がありました。アンケート回答者の 82.5% が「継続的に利用したい」と回答し、有害事象はありませんでした。東京都の自殺対策のホー

ホームページの他、多くの自治体のホームページにアップ
させていただく予定です。

「こころコンディショナー」を使っても気持ちが軽
くならない時は、職場内の相談所とか、職場外の相談
機関、連携医療機関を提示できるようにしようと思っ
ています。その部分は企業ごとのカスタマイズが必要
で有償になりますが、そうすると非接触型のストレス
ケアをしても、その後の対面の面接が可能になります。

インターネットの支援を受けながら、対面で認知行
動療法を行う「ブレンド認知行動療法」というアプロ
ーチも考えています。対面で行うのですが、インターネッ
トの画面を順番にクリックしていくと、面接が進んで
いくという方法です。外科のロボット手術ダビンチの
精神科版だと私たちは考えています。専門家と対面し
て一緒にコンピューターを見て、話し合いながら課題
に取り組んでいきます。以後の継続的な自己学習につ
ながりやすいため、治療成績がよく、ドロップアウト

を防ぐ効果も確認されています。

主にひとりのできる「超簡易型認知行動療法」とい
うのも考えました。全7回で、休職から復帰した方
とか、高ストレス者にやってもらっています。そうす
るとスタッフの負担が非常に軽くなります。休職から
復帰しても、また休職してしまう人が多いのですが、
その方たちに1回30分程度のこれをやってもらうと、
再休職を防げるのではないかと考えたのです。今やっ
ている所では一定の成果が上がっています。

ブレンド認知行動療法は今、多くの大学で検証を
行っています。遠隔ブレンド認知行動療法の研修と研
究も行っています。こうした方法はツールを Web 上
で共有できるので、遠隔でもかなり効果的に実施でき
ます。ですからこうした方法は、コロナ禍を経た社会
で、精神療法のニューノーマルとして重要になってく
ると思います。

Q.

先生ご自身が、もしストレスや悩
みを抱えられた場合、チャット
ボットに相談したいでしょうか

これはイエス&ノーです。ひとりであれば相
談したいと思います。ですが、周りに相談でき
る人がいれば、その人に話そうというふうに思
います。チャットボットは、ひとりの時に上手
に使えればよいのではないかと考えています。

Q.

日本でも、AI チャットボットや
認知行動療法機能を持った治療ア
プリが処方される時代がくるので
しょうか

海外では治療に使われるようになっていま
すし、米国では医療用として認められているもの
もあります。ただ、日本の場合には、チャット
ボットやAIが治療として認められるのはまだ
先のように思います。遠隔医療をどうするかと
いうのが議論になっているところで、それが認
められて、その中でアプリを使うということに
なると思います。少なくとも5年や10年かか
るのではないのでしょうか。ただ今でも、対面が
あるブレンド認知行動療法は、診療報酬の対象
として使うことができます。

第 4 回 2021.01.22.

プレゼンティズム改善のための方策 ～ 睡眠と生活リズムの役割 ～



井上 猛 先生

一般社団法人 日本うつ病センター 理事・東京医科大学 精神医学分野 主任教授
東京医科大学病院 メンタルヘルス科 科長

勤労者世代で、気分障害（うつ病など）の患者さんが非常に増えています。精神障害による労働災害補償の申請件数・認定件数が増加し、2015年には「心理的な負担の程度を把握するための検査」、いわゆるストレスチェック制度が始まりました。

このストレスチェックは、私の4代前の東京医大精神医学教室教授であった故・加藤正明先生が、1995年から始めた職場のストレス問題の研究がもとになっています。この研究の成果が、2015年からのストレスチェック制度につながったのです。私は、元々は北海道大学でストレスを研究していたのですが、ご縁があって東京医大に来てからは、この大学の伝統である職業性の産業ストレスなどを研究してまいりました。

このストレスチェックで用いる職業性ストレス簡易調査票では、まず、仕事に関連するストレス要因を17項目の質問で確認します。続いて、心と体の状態を29項目の質問でチェックし、周囲の人たちからのサポート状況を9項目の質問で確認します。そして最後に、仕事と家庭の満足度を尋ねます。この調査票は、職場の様々なストレス要因によって、心と体のストレス反応は強くなるけれど、周囲のサポートがあればストレス反応は緩和される、というモデルに基づいて作成されました。

ストレスチェック制度でこの簡易調査票が使われるようになり、私たちはこの数年、これがメンタルヘルスにおいてどのような意味を持つのかという点について、調査をしてきました。そういった結果についても、本日はご紹介したいと思っています。

樋口輝彦先生や奥村泰之先生が2008年に行った調査で、日本におけるうつ病の経済損失・疾病費用は1兆2900億円にもなることが分かりました。損失の内訳は、入院の医療費が6%、外来の医療費が8%、自殺による損失が23%、欠勤による損失（アブセンティズム）が51%、能率低下による損失が12%となりました。うつ病においては、欠勤による損失が圧倒的に多いのです。こういったことから、うつ病の予防と治療に十分な資源を配分すべきと、樋口先生たちは提言されました。

アブセンティズムとは、欠勤・休職の状態を指します。またプレゼンティズムとは、出勤しているが労働遂行能力が低下している状態を指します。最近は、プレゼンティズムの評価方法がいろいろと報告されていて、そうしたものを使うと、働く人のプレゼンティズムを客観的に把握できるのではないかと思います。うつ病に限らず健康関連全体で見ますと、プレゼンティズムのコストが最も大きいという研究結果が海外で報告されています。

プレゼンティズムの評価法のひとつに、WLQという自己記入式質問紙があります。短縮版では8つの質問があります。この2週間で、「仕事開始から精力的に仕事をこなす」「仕事に集中する」「会議または電話で人と直接話をする」等が難しかったことがあったかという6つ質問と、「仕事中に15分以上座っている、立っている、または同じ姿勢でいることができた」「仕事に同じ動作を何度も繰り返すことができた」という2つの質問に回答します。仕事をてきぱきとこなせる状態が理想的なので、それができなくなっている

と、プレゼンティズムということができるわけです。計算方法が少し複雑なのですが、これは各企業で導入されるとよいと思います。

プレゼンティズムには様々な研究報告があります。「仕事の要求度・コントロール・報酬・周囲のサポートの有無がプレゼンティズムに関連する」「仕事のストレス要因、周囲のサポートが心身のストレス反応を介して間接的にプレゼンティズムに影響を与える」「睡眠の問題への対処がプレゼンティズムの改善に影響を与える」などです。

睡眠の問題と、職業性ストレスと、プレゼンティズムはかなり関係があります。睡眠が悪かったり、職業性ストレスが強かったりすると、プレゼンティズムは悪くなります。事業体の観点からいうと、プレゼンティズムはない方がいいわけですから、事業の効率を上げるためにも、職業性ストレスと睡眠問題の改善は大事になってきます。

プレゼンティズムには、仕事のストレス要因（仕事量が多い・仕事を自分でコントロールできない等）、心身のストレス反応（不安・ゆううつ等）、周囲のサポート、睡眠の問題、などが影響を与えます。特に、直接的には心身のストレス反応が大きく影響し、生産性を低下させます。心身のストレス反応を測定して、それを下げていくことが重要なのです。そのためには、仕事のストレス要因を下げて、周囲のサポートを増やす必要があります。また、睡眠の問題があると心身のストレス反応が悪化して生産性低下につながるので、介入方法としては睡眠にターゲットを絞り、生産性低下を改善させる方策もあるのではないかと考えられます。

睡眠を改善するための睡眠衛生指導としては、「適切な睡眠環境・睡眠パターンを提供する」（必要以上に寝かさない・眠れない時間帯に無理に寝かさない）ことや、「睡眠妨害要因を除去する」（カフェインやアルコール、光の影響を取り除く）ことなどを重視します。インターネットで、睡眠障害の対応と治療のガイドライン「睡眠障害対処 12 の指針」が公開されていますので、これを使って睡眠衛生指導をするとよいと思います。また最近の研究では、野菜の摂取不足や食事の不規則さも睡眠と関係することが分かっ

てきました。睡眠薬を漫然と飲んでいて、依存性が生じてプレゼンティズムや認知機能が悪くなってきます。認知機能に悪影響を与えるような睡眠薬は飲まない方がよいだろうと思います。

続いて、プレゼンティズムと生活習慣についてお話しします。当教室が勤労者を対象に調査したところ、食事時間が不規則で野菜摂取量も不足していると、高ストレスのリスクは 13 倍にも高まることがわかりました。こころの健康を守るには、生活習慣を整えることが大事なのです。

当教室では、食事時間の不規則さが、心身のストレス反応と睡眠問題への影響を介して、労働者のプレゼンティズムを悪化させるのではないかと仮説を立て、2905 人の勤労者を対象に研究を行いました。結果として、食事時間が不規則ですと、心身のストレス反応や睡眠の問題が悪くなり、プレゼンティズムを悪化させることが示されました。これは、規則正しい食生活によって、間接的にプレゼンティズムが改善される可能性が示唆されたことにもなります。この結果を踏まえると、勤労者は食事時間をできるだけ規則的にしましょう、ということが言えると思います。

続いて、プレゼンティズムと認知機能についてお話しします。認知機能とは、記憶とか遂行能力とか計算能力とか、脳を使った様々な活動、精神機能のことです。体を使う仕事の場合は、認知機能はそれほど大きな役割を果たさないかもしれませんが、デスクワークをされている方々にとっては、認知機能はもの凄く重要になります。ちなみに、私たち精神科医も認知機能は非常に重要です。患者さんのお話をジーっと聞いて覚えていなくてはいけませんので、忘れっぽかったら全然仕事になりません。

一般成人勤労者 467 人を対象とした私たちの調査では、認知機能は抑うつ症状がプレゼンティズムに及ぼす影響を媒介することがわかりました。この研究では、抑うつ症状の程度が何点かということと、主観的認知機能（忘れっぽさや計算能力など）を調べて、プレゼンティズムへの影響を調べました。抑うつ症状があると、プレゼンティズムは悪化するのですが、抑うつ症状があると主観的認知機能が悪化して、プレゼンティズムまでも悪化させることがわかったのです。

この研究の対象は、看護師や病院の事務職員、会社員の方など、集中的に頭を使う勤労者が多くなっています。

うつ病の患者さんは、うつ症状が消失しても認知機能障害（持続的・選択的注意、記憶、遂行能力などの障害）は残存する場合があります。ですから、うつ病の患者さんは回復して職場に戻っても、前のようにきちんとできないことがよくみられます。認知機能が低下していることが、おそらくその原因だと思われます。うつ病の復職プログラムでは、頭を使うことによって認知機能を改善させてから復帰された方が、プレゼンティズムを防げるのではないかと思います。

認知機能障害を考慮した精神科治療の工夫としては「抗コリン作用を有する薬物（昔の抗うつ薬や安定剤など）を避ける」「ベンゾジアゼピン系薬剤（睡眠薬・抗不安薬・安定剤）の減量、中止」「節酒、断酒」「眠気や鎮静を起ささない薬物療法」「睡眠時無呼吸の早期発見と治療」「認知リハビリテーション（頭を使うようなゲームなどを行う）」などが挙げられます。

このように精神科領域でも、最近は認知機能を改善する方法が注目されるようになりました。なぜかとい

えば、認知機能が悪いときちゃんと仕事に戻れないので、プレゼンティズムが悪化するからです。患者さんに、元気に仕事に復帰していただくということで、認知機能が注目されるようになったのです。認知機能についても、紙と鉛筆を使って簡単にできる評価方法があります。

本講演をまとめますと「一般勤労者において、食事時間の不規則さや睡眠の問題が直接的、あるいは間接的にプレゼンティズムを悪化させる」「抑うつ症状は認知機能障害を介してプレゼンティズムを悪化させる」「規則正しい食生活、睡眠衛生指導、うつ症状の改善、認知機能改善がプレゼンティズムを改善する可能性が示唆された」ということになります。

各企業でこういった介入や啓発活動をされることは、有意義なのではないかと思います。ただし、こういった介入や啓発で生産性が本当に改善したのかという点を、しっかり検証する必要があると思います。私たちがお示しした調査はあくまで横断的な調査ですので、個々に1年や2年追跡して、生産性が改善するのかどうかという検証をしないと、正しい方法だと結論づけることはできません。それが、本日の私の話の限界点であります。

Q.

周囲のサポートがあると、生産性低下を改善する方向に働くというお話がありました。職場等でサポートといっても、なかなかイメージを抱きにくい部分があるのですが、具体的にはどのようなことを心がけたらよいのでしょうか

上司や同僚、家族に悩みを打ち明けられるような、そして少し応援してくれるような、そういった温かな人間関係がサポートにつながるのではないかと思います。

Q.

うつ病からの復職時、基本的には生活、睡眠リズムが整っていることを前提に復職可能と判断し、復職3か月目に通常勤務を目指す場合、復職1か月目や2か月目にどのような目標や評価指標を立てたらよいのでしょうか

最近は、うつ病から復職しますと、間もなくほぼフルタイムの仕事が求められます。ですから、仕事に戻ってから徐々に訓練する時代ではなくなっていると思います。そのため復職前のデイケアで、復帰のための訓練（リワーク）を3か月くらいやって戻られるとよいと思います。これをするとうつ病の根気や記憶力も改善し、私の患者さんでもかなりの成功例があります。

Q.

自社のプレゼンティズムの状態の良し悪しを測定する指標はあるのでしょうか。当社では毎年のストレスチェックの際、プレゼンティズムの質問項目 (WHO-HPQ) を加えていますが、うまく活用できていません。他企業との比較ができればよいのですが、公表されているデータはありますか

私たちは、プレゼンティズムをどうやって評価したらいいか、いろいろ調べました。こうした評価法は、かなり大規模に妥当性が検証されている必要があります。私たちが調べた範囲では、今日お示しした WLQ がよいのではないかと思います。これは、もともとは海外で開発されたものですが、日本でも研究されていて、たくさんの人数を対象とした調査で妥当性が検証されています。WLQ を使って、プレゼンティズムが各勤労者で何%低下しているかという調査をされると、よいのではないのでしょうか。

ちなみに WLQ では、500 万円の年収があつてプレゼンティズムが 6% 低下すると 30 万円の損失がある、というような簡便な簡易計算法もできます。

Q.

WLQ はどこでも簡単に手に入るのでしょうか

これはインターネットでも検索することができますが、本来は、海外の WLQ を開発しているところに使用料を払って使う形になります。研究ですと、おそらく無料で使えると思います。企業の方が仕事で使うとなると、多少のお金を要求されるかもしれませんが、インターネットで使用の許可を得ることはできると思います。

第 5 回 2021.01.24.

コロナ禍における 職場のメンタルヘルスと 企業の対策について



佐々木 規夫 先生

医療法人財団 厚生協会 大泉病院 精神科医・産業医

コロナ禍で私たちの働き方はどう変わったのでしょうか。1つは、強制的な「働き方改革」が進んだということです。オンラインやテレワークの時代が、5年から10年、急に前倒しでやってきたような印象です。

2016年、小池都知事が7つの公約を掲げ、その中には「満員電車ゼロ」というものもありました。「2階建ての電車を作る」などの議題が上がっていましたが、そうではなく、コロナ禍でオンライン化が進むことで、満員電車がかなり解消されたということが、極めて特徴的かと思えます。こうしたオンラインセミナーもそうですが、ハイブリッド化というのが当たり前になってきているように思います。

そんな中、調査会社が2020年4月に行ったテレワーク実施状況の調査で、業種によって実施状況に大きな差があることが分かりました。情報通信や金融・保険は、テレワークがかなり進んでいる状況ですが、医療・福祉などの業種では実施率が非常に低く、オンライン化が難しい業種なのだと分かります。また、企業規模によっても実施状況に差があり、大きな企業はテレワークの実施率が高い傾向があることが分かりました。

テレワークの実施率は、全体で見ると3割ほどでした。業務上、テレワークがしにくい業種で実施率が低くなっていました。一方で、システム環境が整備されていないという技術的な側面も、テレワークができない理由のひとつになっていると考えられます。

テレワークのメリットには、「通勤時のストレスが

ない」「通勤時間を他のことに充てられる」「時間配分が自由にできる」「リラックスしながら働ける」「余暇の時間が増える」「職場の雑用をしなくてよい」「家族と過ごす時間が増える」「仕事に集中できる」「家事・育児の時間を増やせる」などがあることが調査からわかりました。

「時間配分が自由にできる」というのは、ご自身で比較的裁量を持って、仕事を設計できるようになった方が増えたということだと思います。仕事における裁量権が高まることで、メンタル不調が減るというのはデータとして分かっていることなので、そうしたこともプラスに働いているのではないかと思います。子育てをしながら働く女性の負担が減ったという声もよく聞きます。テレワークには、多様性のある働き方を許容する面があるようです。

一方で、困ることや不便なことも出ています。「対面で話せないで十分なやりとりができない」「チームの進捗管理がしづらい」という、共同してチームで働くことができにくい点や、「気持ちの切り替えがしづらく、集中できない」「仕事以外のことをしてしまい、仕事に集中できない」「時間のメリハリがつかず、勤務時間外も働いてしまう」「仕事のやり方を変える必要があり、負担が増えた」など、仕事との向き合い方に困っているという声が上がっています。

また、「仕事をするための十分なスペースが確保できない」「家のネット環境が良くないのでスムーズに仕事ができない」「子どもがいて仕事に集中できない」「PCの性能が良くないのでスムーズに仕事ができない」

「テレワークのツール（システム）の使い方に慣れておらず、不便」「配偶者がいて仕事に集中できない」「ペットがいて仕事に集中できない」など、どちらかというところのハードなところの問題も挙がっています。

体調や生活面でのテレワークのデメリットとしては、「運動不足になる」「間食が増える」「食事量が増える」「飲酒量が増える」「睡眠にトラブルが出る」「タバコの量が増える」といった体調面のデメリットや、「人と話す機会が減る」「気分転換ができない」「漠然とした不安がある」「配偶者とのトラブルが増える」「子どもとのトラブルが増える」などがあります。

このように、テレワークにはメリットもデメリットもあり、デメリットの解消は今後の課題なのですが、おそらく今後の働き方は、テレワークをハイブリッド型で進めていくようになるのではないかと考えています。

フランスでは、2009年の新型インフルエンザの流行をきっかけにテレワークが進み、2018年位には労働者の3割ほどが週に1、2回のテレワークをしている状況にありました。そして8割の方が満足しているという調査結果が出ています。そのフランスで、コロナ禍の前に行われたテレワークの生産性についての調査では、月間のテレワークが12日か13日程度であれば、生産性はオフィスだけよりも高まるという結果が出ています。これは全ての業種に当てはまるわけではありませんが、テレワークをある程度組み入れることは、業種によっては生産性の向上に寄与するのではないかと考えられます。

一方で、このフランスの報告では、週2.5日以上のテレワークの場合は人間関係や組織のつながりが少し落ちていくことも示されました。ですから、テレワークが多くなり過ぎると、生産性は下がるのではないかともしわれています。

テレワークは、どんな業種や企業が導入できるのでしょうか。マッキンゼーというコンサル会社の調査では、業種によってテレワークの可能性が違ってくることを示唆されました。

一方、テレワークをしている人に「今後もしたいか」

と尋ねた国内の調査では、2020年4月には「常にしたい」が26.4%、「たまにしたい」が62.4%でしたが、同年11月の調査時には「常にしたい」が39.4%に上昇し、「たまにしたい」を含めると約95%の人が継続を望むようになりました。私もテレワークを何度か経験しましたが、体が楽なことや、通勤に費やす時間がなくなって仕事に集中できるのを実感しました。

コロナ禍の前に日経HRが行った「働き方改革」に関する意識調査をみてみましょう。「転職志望度が上がる『働き方改革』に関連する制度」としては、「副業・兼業の解禁」(50.3%)、「テレワーク（在宅勤務含む）」(49.5%)、「有給休暇取得の促進」(46.6%)を求める声が多くありました。社内の働き方の柔軟性は、転職希望者が注目するひとつのポイントになるのではないかと思います。

サイボウズという働き方改革で有名な企業の離職率の推移をみると、2005年くらいは離職率が28%ほどあったようです。しかしそれ以降、組織改革や、テレワークを含めたワークライフバランスに配慮した施策を進めた結果、離職率は右肩下がりとなり、今は4～5%にまで改善しています。テレワークが良いか悪いかというよりも、働き方の多様性を望む社員が増えていくのだらうと思います。もちろんできる業種、できない業種がありますが、少なくとも満員電車に乗って毎日通勤したいという方は、おそらく少ないのだらうと思います。

テレワークでのメンタルヘルス対策について、話を進めていきたいと思っています。コロナ禍で、メンタルヘルス不調者は増えたのでしょうか。私の中で結論は出ていないのですが、2020年の自殺者数の推移には例年とは違う動きがみられます。例年は春に自殺者数が多いのですが、この時期に緊急事態宣言が出て、テレワークが増えた2020年は、かなり少なくなりました。ただ、その後に自殺者数は増えて、トータルで見ると前年より微増という形になっています。

今後、これがどういう推移を辿るのかはまだ分かりませんが、例年とは少し違う動きもあるようです。リーマンショックの時もそうでしたが、経済活動の鈍化によって失業者が増えたりすると、精神疾患が増加するという関連性は示されています。もしかしたら今後、

自殺者数や精神疾患の数が増えていくかもしれません。注意が必要です。

テレワークにおける健康管理上の課題をもう一度示してみます。まず、「ON・OFFの区切りがつきにくい」「勤務時間の把握が困難、業務時間の増加」といった労働時間の変化が挙げられます。また、「仕事との距離がとりにくい」「テレワークに適した業務環境がない(卓袱台に床に座布団。部屋が無い)」「テレワークに適した業務・適さない業務がある」など、働く環境の変化による課題もあります。更に「コロナウイルスへの情報過多、過度な健康への不安」「企業業績の悪化による将来や雇用への不安」といった不安の増大という課題もあります。

また、生活リズムの変化や、家族との関係の変化、社会からの孤立、基礎疾患の悪化、などの課題もあります。テレワークでマネージャー層からよく聞けるのが、「『いつもと違う』がわかりにくくなった」ということです。今までオフィスにいれば、顔を突き合わせて表情をみたり、レスポンスをみたりして、「何か違うな」「調子が悪いな」とわかっていたことまでが、みえにくくなったと戸惑っているのです。

私たちがメンタルヘルスの管理者研修などでよく言うのも、勤怠をみましょうとか、仕事をみましょうとか、行動の様子をみましょう、ということです。そんな観点から、「メンタルヘルスのスクリーニングをたまに入れてください」とお伝えするのですが、テレワークになると、これらがかなりあやふやになります。

朝、出社するのは大変でも、パソコンのスイッチをオンにするくらいはできる方は沢山います。今まで調子が悪くて出社できなかったけれど、パソコンを付けてその場にいることくらいはできる方が増えていきます。ですので、調子が悪くなっているかどうかを把握しづらいのです。表情の変化や微細な行動の変化があっても、オンラインで収集できる情報は減ってしまいます。

オンラインでは、どういう所に注意していけばよいのでしょうか。オフラインでも関係性がきちんと成り立っていると、テレワークもうまくいくように思えます。もともと、上司と部下などの組織の関係性が低い

所では、テレワークになるとより関係性が低くなる感じがします。関係性が薄いところではより薄く、厳しい環境ではより厳しくなる、ということです。

そこで、どんな所を見ていかなければならないかというと、まず、業務上で弱い立場にある人です。新入社員や配置転換後の社員、派遣社員、嘱託社員、有期雇用の人などが、テレワークになってより弱い立場になっていないか注意する必要があります。サポートが少ない環境にも注意が必要です。もともと顧客先に勤務しているとか、ハラスメント上司の下で働いているとか、孤立しやすい環境にある人は、テレワークでより孤立する恐れがあります。また、短納期などの過重な負担を負う職務も、テレワークで更に大変になる恐れがあるので、注意を向けていく必要があると思います。

その際に、メンタルヘルス対策をどうやって強化していけばよいのでしょうか。職場のメンタルヘルス対策は、個人単位、職場単位、企業単位で行っていくという考え方があります。特にテレワークにおいては、個人単位の「セルフケア」と、職場単位の「上司のマネジメント」が大事になります。

睡眠時間、食事、飲酒、喫煙といったセルフケアの指導を行い、社員のライフスタイルを乱さないようにする対策が必要です。また、「(新型コロナウイルスの)刺激的な情報を集め過ぎない」「不安を1人で抱えない」「リラックス法を試す」「体を動かす」などの、過剰に不安を増加させないためのセルフケア指導も大切です。

始業や休憩、終了の時間を自分で決めておくなどの「業務時間の管理」、オフィスに居たらできない私的なことは休憩時間に行く「仕事とプライベートの区切り」、「集中しにくい場合は20分から30分単位でタスクを区切る工夫」など、タイムマネジメントを意識することも大事です。このようなことを社員に周知するのがよいだろうと思います。

上司のマネジメントとしては、今まで以上に対話力が求められます。「阿吽ではなく、言語化と説明する力」、「禅問答ではなく、相手の困り事を理解する」「安心して意見を述べたり、質問できたりする環境か」

「1人の人間として尊重し、その感覚が伝わっているか」などが気をつけるポイントです。部下の気持ちの根底に、上司への信頼感があるかどうかが大変になります。ただ、これを上司が実施し続けるのはかなり難しいことです。「相手に関心を持つ」「明確で具体的な指示を伝える」「コミュニケーションは定例ミーティング以外の場も設定する」などの点を注意するとよいと思います。

テレワークにおける上司のコミュニケーションのヒントは「ネガティブな指摘はメールやチャットではなくオンラインで行う」「1日の初めのミーティングは笑顔で開始する」「部下のセルフケアを確認する」「職場チームとの関係性を維持する」「業務時間外での

つながる権利／つながらない権利を持たせる」などになります。

仕事の要求が多くて、自分の裁量権が少ない人は、高ストレスの状態にあります。仕事への上司や仲間の支援が少ない場合も、高ストレスになります。ですから、主な支援の種類は道具的（手助け）、情動的（助言）、情緒的（共感・安心）の3つになります。オンラインは、時に密室になる可能性があります。そんな時、伝え方によってはハラスメントになる可能性も否定できません。ですので、指導するならねざらいもセットで、本人の頑張りなどを伝えながら指導していくことが大事です。

第 5 回 2021.01.24.

うつがなかなかよくなる時に どう考えればよいか



渡邊 衡一郎 先生

一般社団法人 日本うつ病センター 監事・杏林大学 医学部 精神神経科学教室 教授

うつ状態やうつ病がなかなかよくなる方が、産業の現場で結構多いと聞いています。杏林大学では、このような方に1週間の検査入院を行い、その結果から、うつが治らない原因や今後行ったらいいことを考えて、レポート用紙8～9枚にまとめてお渡ししています。そうしたことを4～5年前から続けています。今日は、その取り組みの内容を含め、うつが治らない時の考え方をご紹介しますと思います。

まず、疾患別の早期離職率をお示しします。がんの場合、休職中に離職される方は10.6%、復帰直後に離職される方は6.4%です。脳血管疾患ではそれぞれ12%と4.6%、心疾患では3.4%と3.5%、生活習慣病では1.2%と1.3%、難病では10.6%と5.5%、となっています。精神疾患の早期離職率は、こうした身体疾患よりも多く、休職中の離職が13%、復帰直後の離職が10.5%となっています。精神疾患の中でも、特にうつによる離職率が高いとされています。

2009年度に国立社会保障・人口問題研究所が行った試算では、自殺死亡がゼロになることによる所得増加は1兆9028億円。うつ病による自殺や休業がなかった場合、労災補償給付は456億円減少するとされました。また、うつ病がきっかけとなる休業や失業、生活保護費受給や医療費によって、2兆6782億円の経済的損失が出ているという試算もあります。これは、国家予算(2017年度97兆4500億円)の約2.7%に相当します。

うつ病をきちんと治せば自殺が減り、再発しにくくなり、その後も社会的に良い状態を続けられます。

うつ症状に関する米国の調査では、就労状況、配偶者・パートナーとの関係、社会機能など全般的機能は、うつ症状が良くなるほど良好になることがわかりました。うつ症状がなくなった人の心理社会的機能は、健康な人とほとんど変わらないことが示されたのです。

昨今、アブセンティズム(健康問題全般による欠勤・休職の状態)とプレゼンティズム(出勤しているが健康問題により労働遂行能力が低下している状態)が目まぐるしく注目されています。WHOが作ったWHO-HPQ(健康と労働パフォーマンスに関する質問紙)などを使って評価します。うつの症状がないとプレゼンティズムは少ないのですが、うつの症状が重くなればなるほど、プレゼンティズムは増えていきます。プレゼンティズムはうつの重症度とリンクしているのです。

さらに、プレゼンティズムの日数が多い人ほど、その後、2年間でうつになる可能性が高まるというデンマークの研究結果(月に8日以上プレゼンティズムがある人は約2.5倍うつになりやすい)もあります。おそらく産業の現場では、休職については十分に対処されていると思います。しかし、実は休んだりうつになったりする手前に、生産性が低下してプレゼンティズムを呈するという状況があるのです。これは休職と違い、ぱっと見ではわかりにくいのですが、従業員の方のプレゼンティズムについて、何らかの形でモニタリングしていただくのがよいと思っています。

それでは、うつの状態と社会機能は、どのようにリンクするのでしょうか。スペインの研究では、うつの症状が重くなればなるほど、社会機能は落ちることが

一目瞭然に示されました。われわれ精神科医が通常、「寛解」と判断するラインの回復度では、実は社会機能的には十分ではないことも、この研究からわかりました。もっともっと、とことんまで治さないと、社会機能は改善しないのです。いかにしっかり治すか、ここが問われています。

それでは、実際のうつ病治療の転帰についてお話しします。まず、4000例を超えるうつ病患者を対象としたNIMH(アメリカ国立精神衛生研究所)の大規模研究をみてみましょう。最初に抗うつ薬SSRIを使い、とことん治らなかつた場合や、副作用が出た場合に、次の治療ステップへと移りました。最初のSSRIで、36.8%の人が寛解しました。見方を変えれば、SSRIを使っても3分の2の方は良くならない、良くなりきらない、ということが示されたのです。

次のステップでは、薬を変えたり足したり、認知療法を試みたりしました。そして、様々な試みをすればするほど、良くなる人の割合は減る傾向になりました。薬物療法や認知療法を取り入れて、1年以上かけても寛解率は67%にとどまり、3分の2くらいの人が良くならなかつたのです。これは衝撃的な研究結果でした。

精神科クリニックの先生方を中心に、日本で行われた調査では、完全寛解しても、落ち込みや仕事の生産性低下、不安などが結構残っていることがわかりました。良くはなったけれど、まだ十分ではない部分寛解の人でみると、落ち込みや仕事の生産性、不安、などの症状がない人はほとんどいませんでした。うつを治療する過程では、とことんまで治さないと、中核的な精神症状はスッキリとれないのです。

薬物療法の可能性を追求し続けるのも良いですが、抗うつ薬が効かなかつた時は、まず診断の再検討が必要です。オーストラリアのパーカー先生の研究では、抗うつ薬の治療がうまくいかなかつた場合、双極性障害や精神病性うつ病(妄想を伴う)、不安症やパーソナリティ障害の併存、脳疾患(脳卒中、認知症)などの可能性があることが示されています。

550人のうつ病患者を平均17.5年経過観察した米国の研究によると、10年後には2割が躁か軽躁状態

を経験し、双極性障害の診断に変わったことがわかりました。うつ病という最初の診断が正しくても、やがて2割が双極性障害の診断に変わった、というのです。では、どういう人の診断が変わりやすいかということ、「もともと躁の症状がいくつかある人」「精神病症状がある人」「双極性障害の家族歴がある人」「発症した年齢が低い人」です。

これも米国で行われた面白い研究なのですが、一般家庭の5692人にインタビューして、双極性および単極性気分障害の生涯有病率を算出しました。すると、17%がうつ病(現在や過去にうつ病)だとわかりました。更に興味深かつたのは、その中に躁の要素がある人が3分の1もいたという点です。私たちがうつ病と診断している人の3分の1は、ちょっと双極性障害寄りであることが、この研究で示されたのです。ですので、抗うつ薬だけ出すのではなく、双極性障害の要素も鑑別し、対応する必要があります。

ここからは、杏林大学の「難治性うつ(TRD)精査入院」についてご紹介します。私も初診の外来をやっていますが、短時間だと患者さんの状況がなかなかわかりません。そのため杏林のTRD精査入院では、長時間のインタビューをします。診断をつけるために3~4時間のインタビューをするのです。お薬の使用歴、発達障害の要素、うつの要素、そして躁についても聞きます。

更に、その人の気質や身体的状況も確認して、軽作業や軽い運動を行う作業療法に参加していただきます。集団の中で、その人がどういう行動を取るか、という点を観察します。睡眠時無呼吸症候群の人は、日中にボーっとしたり、朝起きられなかつたりして、結果的に遅刻したり休んだりすることが多いので、終夜睡眠ポリグラフ検査をします。こうしたことも含め、難治性うつを包括的に調べることを4~5年前からやっているわけです。今まで200名を超える方が参加されました。

うつが治らないという患者さんたちに、私たちがこれらの検査をしたところ、4割しかうつ病ではなく、3割は双極性障害でした。さらに、この4割のうつ病患者さんの半数近くに、躁寄りの傾向がありました。躁寄りですと、双極性障害に近い治療をしければなりません。

不安症であったり、不安症がうつと併存したりしている人も4割いました。また、パーソナリティ障害（併存含む）が半数強を示しました。先にお伝えしたパーカー先生の指摘通りだったのです。さらに、ADHD、自閉スペクトラム症、シンナー中毒、睡眠時無呼吸症候群、甲状腺機能低下、なども含まれていました。うつ病は「わかりやすい」「治りやすい」と以前は言われていましたが、実はとても難しいことを、こうした検査で実感しました。

続いて、双極性障害を取り上げます。私たちは2013年、457人の双極性障害当事者の背景と現状を尋ねるウェブアンケートを行いました。結果の一部をご紹介します。

双極性障害は、基本的に躁状態や軽躁状態が出て初めて診断されます。そのため、最初は診断が付けにくいといわれます。仮に、過去にそうした状態があったとしても、特に軽いハイテンションの場合は、ご本人はとても楽しいし、生産性が上がったたりするので、良い思い出として記憶されています。それを病的とは思わず、そのため医師に報告しない方が多いのです。

今は双極性障害と診断されている人たちが、初めて医療機関を受診した際の診断名を調べた研究結果をご紹介します。3分の2にあたる64.8%の人は、最初は「うつ病・うつ状態」と診断されました。最初から「双極性障害（躁うつ病）」と診断された人は、4人に1人しかいませんでした。では、双極性障害と診断されるまでに何年かかったのでしょうか。3か月未満が28.4%いたのですが、平均でみると4年で、5年以上かかった人も3分の1を占めました。

双極性障害は学歴の高い人に多いといわれています。産業の現場で活躍されている人が多いわけですから、頑張って、また休んで、頑張って、また休んで、みたいな人のかなりの割合を双極性障害が占めています。ご本人は病気と思わず、「楽しい」「絶好調」と思っています。特に診療の現場では、「調子が高い」などとは言いません。「元気になります」というわけですから、現場の方がそれに早く気付いていらっしゃるわけですから、現場と主治医との連携が必要だと思います。

双極性障害と早期に診断されず、適切な治療を受けなかったために受けた社会経済的打撃の研究では、「長期に職場で仕事ができなかった／学校で勉強ができなかった」「家族との対人葛藤」「仕事を解雇された／学校を退学した」「経済的困難」「家族以外との対人葛藤」「暴力、性的逸脱、犯罪にて社会での信頼を失った」などが挙がっています。適切な診断がつかないために、仕事を長く続けられないということが、産業の現場でも起こっているのではないかと思います。

なぜ、診断までに時間がかかるのでしょうか。双極性障害の方々には聞いたところ、「医師とのコミュニケーションが不足していたから」「躁の症状があらわれなかったから」「医師の双極性障害に対する理解が不足していたから」「家族が双極性障害を知らなかったから」「医師が症状を真剣に受け止めてくれなかったから」など、医者がとにかく怠慢なんだ、という回答が多くて、ちょっとグサツときました。ただし、トップ2は「躁の症状を病気と思わず、医師に伝えなかったから」と、「自分が双極性障害を知らなかったから」でした。当事者の方から、躁に関連する体験をきちんと聞き取ることがいかに大切かがわかります。

そうはいつでも、双極性障害の診断は難しいのです。双極性障害の人を長期間追跡（平均13年間）した米国の研究によると、派手な躁とうつが組み合わさる双極Ⅰ型障害の人は、13年間のうち15%の期間しか躁状態になっていませんでした。半分強の期間は無症状の状態でした。

もっと難しいのは、軽い躁とうつが組み合わさる双極Ⅱ型障害です。13年間の人生のうち、50.3%は抑うつ状態で、46.1%は無症状でした。ハイテンションになる期間は3.6%しかなく、いかにこの部分を捉えて、病的だと周りの人が認識するかにかかっているのです。ご家族や産業現場の方が、私たちより遥かに気づきやすいと思いますので、密な連携が必要だと思います。

ヨーロッパの研究では、うつの難治性に関連する因子として、「17歳以下の発症」「不安症の併存」「パニック症の併存」「社交不安」「パーソナリティ障害」などが挙げられています。若い人のうつは双極の可能性があるので、非難治性と比較した場合の治りに

くさは2倍になっています。不安症やパーソナリティ障害の合併も、1.7倍から3.2倍治りにくくなっています。パーソナリティ障害では、クラスターCという分類になる回避性・依存性・強迫性のパーソナリティ障害があると寛解しにくく、再発もしやすいことが研究で示されています。

それでは、産業現場ではどう対応したらよいのでしょうか。当たり前ではありますが、悩みや心理的ストレスに対して、上司が相談にのることが効果的なことがわかっています。また、職場でうつの就労者に「外来を勧める」「治療継続をモニターする」「治療者に助言する」というアプローチを行うと、半年後や1年後にうつの重症度は軽くなり、うつの症状が全くなくなる人の割合が高まるという結果が出ています。週あたりの勤務時間や、就労継続率でみても同様の結果で

した。こうしたアプローチを行うと、症状改善だけでなく、勤務がより可能になることが示されたのです。

産業現場での難治性うつ病への対処としては、先ほどご紹介した私たちのアプローチのように、その人がなぜ良くなるかを、きちんと見極めることが必要だと思います。イギリスのグループが、難治性の118人を平均39か月フォローして、いろいろな試みをしたところ6割が寛解したそうです。

更に、学歴が高い人、重症度が低い人、社会的サポートがある人ほど、難治性うつ病が治りやすいことがわかりました。薬で良くならなかった場合に、認知行動療法を足すと良くなることも知られています。こうしたものをいろいろと足すことで、難治性うつは良くなるのです。諦めずに対応することで、打開策が見つかるかもしれません。

Q.

杏林大の検査入院を希望する場合、どのようなルートでかかればよいでしょうか。産業医からの紹介も可能ですか

基本は主治医の先生からの紹介状をお願いします。セカンドオピニオンの要素もあるので、これまでどのような見立てだったか、お薬がどう出ていたか、ということをお聞きすることが必要になります。産業医の先生だと数行の診断書になりがちなので、そのようにお願いします。

Q.

当社の場合、社員が退職時に提出する診断書は、適応障害の割合が大変多いのです。どのように考えたらよいでしょうか

いまだに一部の精神科医の中に、重い診断をつけるよりは、軽めの診断をつけた方がよいと考える人がいます。うつ病なのに、うつ状態であったり、双極性障害なのに、適応障害などをつけたりします。企業から「ICDの診断分類の番号を書いてください」と求めると、わりと正しい診断を書きやすくなると思います。

第 5 回 2021.01.24.

生き生きと働くために

竹島 正 先生

一般社団法人 自殺予防と自死遺族支援／調査研究研修センター (CSPSS) 理事
川崎市精神保健福祉センター 所長・大正大学 地域構想研究所 客員教授

まず、健康の定義、精神保健の定義、自殺予防の考え方、についてお話しします。健康の定義について、WHO は「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう」と決めました。

1998 年には定義の改訂が試みられ、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、スピリチュアルにも、そして社会的にも、すべてが満たされた動的な状態にあることをいう」となりました。「スピリチュアルにも」と、「動的な」が加わったのです。

スピリチュアルとは難しい言葉ですが、なぜこれが加わったのでしょうか。私は、「精神的」という部分への負荷が多くなり過ぎて、なんでもメンタルの問題と捉えられてしまう現状を改めるためではないかとみています。その人の「ありよう」に気持ちを向けることで、よりよい支援ができるのではないかと思います。

それでは、自殺予防とは何をするものなのでしょうか。私は現在、「そのひとの本来の自由を回復する取り組みである。また、それを可能にする地域づくりである」というふうに考えています。例えば、うつ病のためにその人が本来の自由さを失っているとすれば、それを回復することによって、その人の本来の生き方が回復されます。ただし、多様な困難を抱えた人には連携支援が必要になります。コロナ禍では、この部分がとても大事になっています。

「自殺は不名誉であるという誤解を無くする」ことも自殺予防になります。例えば、鴨居に紐をかけて首を吊ろうとした人がいるとします。その紐が切れずにいたら、自殺で亡くなるかもしれない。もしその紐が解けたら、事故ということになるかもしれない。そのまま亡くならなければ、その人はその後、がんで亡くなるかもしれない。いろんな条件によって、私たちの死があります。そういったことにもう少し思いを深めていけば、自殺を不名誉な死であると考える捉え方が変わってくるのではないかと思います。

更に、「遺族が多様な問題に直面することを理解する」ことも大事です。遺族は、決して心理的なケアを要するだけの人たちではなく、経済的なことや、生活のことや、いろんな出来事に追われるという事実、周囲は目を向けないといけません。

WHO は 2014 年に世界自殺レポートをまとめました。日本語版もホームページにあります。その中からピックアップしていきます。

「はじめに」では、「自殺のひとつひとつが、早期に人の命を奪う個人的悲劇である」「毎年 80 万人以上もの人が自殺で亡くなっている」「自殺による影響が最も大きいのは若者である」「なぜ人々が自殺するのかを説明するに足る単一の因子はない」「自殺関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境的因子が互いに絡み合って影響する複雑な現象である」「地域の意識を高めタブーを破ることは、国として自殺を予防するために不可欠な努力である」「課題の多くに解決策はあり、行動をとるに十分な知識

があると我々は考える」などと述べています。

「危険因子・保護因子・関連する介入」という部分では、次のように多くの危険因子が整理されています。

「多くの場合、複数の危険因子が重なり、自殺関連行動への脆弱性が高まる」

「保険医療システムや必要なケアが受けにくいこと、自殺手段が入手しやすいこと、自殺をセンセーショナルに取り扱うこと、模倣自殺の危険を高めるような不適切なメディアの報道、自殺関連行動あるいはメンタルヘルスや物質乱用問題で援助を求める人々へのスティグマ」

「地域や人間関係に関連する危険因子としては、戦争や災害、異文化への適応ストレス（先住民や避難民等）、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係等」

「個人レベルでの危険因子には、過去の自殺企図、精神障害、アルコールの有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛や自殺の家族歴が含まれる」

そして、「3つの自殺予防介入戦略」が挙げられています。全体的予防介入戦略（ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくこと）、選択的予防介入戦略（年齢、性別、職業的地位や家族歴等の特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとするもの）、個別的予防介入戦略（特定の脆弱性の高い個人をターゲットとするもの。例えば自殺の可能性を示す早期サインを表出している人や自殺企図歴のある人）の3つです。これをライフコースにわたって組み合わせていきます。

次に、自殺の実態についてお話しします。日本国内の自殺者数は1998年に急増しましたが、近年は徐々に減少してきました。減少してくると同時に、各月の自殺死者数も減少する傾向が進んできました。

2011年の東日本大震災の後には、2か月後のところに高い増加がみられました。コロナ禍が襲った2020年は10月に上昇がありましたが、もっと多かった時と比べると少し埋没して見え、その後も顕著な増加は生じていません。コロナの初期パンデミックの中での日本の自殺者数は、コミュニケーションや社会情勢など様々な変化の影響で、減少したことが示唆されます。

ただ、パンデミックの長期的な影響を評価するには、継続的なモニタリングが必要だとされています。第2波が発生した7月以降は、女性や子ども・青年の自殺率の上昇が顕著でありました。

今後のことについて考える参考として、「男女ともに離別および無職は一貫して自殺のリスクを高めうること、とりわけ離別と無職が重なった状態は極めてハイリスクである」（自殺死亡に対する職業および配偶関係の相乗的関連）などの研究成果があります。こうしたものを踏まえて、十分な注意をしていく必要があります。

精神保健/自殺対策と関連する法制度は、かなり発展してきました。2006年に自殺対策基本法が出来ていますが、同じ年に貸金業法改正が行われています。これは、中高年の有職者男性の自殺死亡について、大きな抑止効果になったという意見があります。更に、配偶者暴力防止法（2001）、生活困窮者自立支援法（2013）、アルコール健康障害対策基本法（2013）などの相乗、総合的な効果が、自殺死亡の抑制に働くことも十分考えられることです。

次に、市民のこころの健康の状況についてみてみましょう。「川崎市こころの健康に関する意識調査」をもとにお話しします。川崎市のホームページで調査結果が見られます。2020年度と2017年度に行った調査です。2020年は、層別無作為抽出した3360人を調査対象とし、1695人が調査票に回答しました。

自殺予防に関する知識については「わからない」との回答が多く、「悩んでいる人に自殺を考えているかたずねる」「悩んでいる人に相談先を紹介する」などには困難を感じる人が多いことがわかりました。「ストレスや悩みについて誰にも相談できない」「サポートしてくれる人がいない」と回答した人は、全体の1割ほどみられました。新型コロナウイルス感染症に関しては、約半数の回答者が、心身の健康の悪化に不安を感じている上、約1割は住居を失うことに不安を感じていました。

また、2017年との比較で、精神的健康の悪化を報告した人の割合が倍増していました。精神的健康悪化あり群では、「家族や友人・知人への相談や援助希求

が少ない」「収入・人間関係・病気関連のストレスの報告が多い」「社会的つながりや地域活動への参加が少ない」「インターネットを通じてのものも含め心理的・物理的なサポートを受けることが少ない」「新型コロナウイルス感染症に関する不安が強い」「単身世帯が多い」などの相違点がみられました。

こうしたことから我々が考えておかなければいけないのは、市民のメンタルヘルスの状態が、少なくとも、2020年の緊急事態宣言の時には悪化していたということです。それが現状まで尾を引いている、あるいは悪化した人が出ている可能性があります。今、コロナ禍からなかなか抜け出せない状態で、それが続いている可能性があります。そういうことを考えておかなければいけません。

次に、コロナ下の自殺予防についてです。自殺リスクの高い状態にある人を対象とした対応としては、精神疾患に関しては「異なる方法でのケアの提供（デジタルツールの活用など）」「厳しい環境に置かれているスタッフへの支援」「最前線のスタッフに対する休息と防護服の確保」「適切なサポートの保証」などが挙げられます。また自殺の危機に関しては、「自殺のおそれのある人に対するわかりやすい評価方法とケアの経路の確立（オンライン評価のためのガイドラインを含む）」「エビデンスに基づくオンライン介入とアプリケーション」「スタッフ数の維持または増加、

より柔軟な働き方の提供」などが挙げられます。

自殺リスクのモデルをみると、遠因また素因として、幼少時の逆境、環境と遺伝の相互作用があります。また、発達または介在として、認知／問題解決能力の障害、パーソナリティ特性、衝動性／攻撃性、慢性的な物質使用があり、近位または促進として、ライフイベント、希望のなさ／うつ、希死念慮、急速な物質使用による行動の脱抑制、などがあります。これらに、社会的なつながりのなさ（社会構造や価値の急速な変化、経済的な混乱、社会的孤立）や、環境要因（メディアの報道、自殺手段へのアクセス、メンタルヘルスケアへのアクセス不足）が影響して、自殺行動や自殺という結果に至ると考えられます。

まとめると「身体的、精神的、スピリチュアル、社会的の4側面は、ひとが生きる上で大切なことを教えてくれる」「自殺予防とは、そのひとの本来の自由を回復する取り組みである。また、それを可能にする地域づくりである」「新型コロナの流行下で、全体的予防介入戦略、選択的予防介入戦略、個別予防介入戦略を考える」「こころの健康悪化から何を学ぶかー働く人はいろいろ」「ストレスチェック集団分析の、メンタルヘルス一次予防の共創的活用」「自殺予防は、人が、生き生きと働くヒントを与えてくれる」ということとなります。

佐々木 規夫 先生 × 渡邊 衡一郎 先生 × 竹島 正 先生

総合討論

Q.

明らかな軽躁状態が何度も発現している社員への対応に周囲が疲弊しています。診断はうつ病で、本人は軽躁状態を認めず、主治医にお伝えしても全く受け入れてもらえません。どうしたらよいでしょうか

渡邊 どの産業の現場でもご苦労される経験だと思います。日本うつ病学会のホームページなどに、睡眠活動記録表というのがあります。その方の毎日の睡眠時間や気分の変化などを記録するものです。それをもとに、軽躁の周期を明らかにできると思います。躁で高い時に、「あなた高いよ」と言っても、それがご本人の生きがいであったり、楽しい瞬間であったりしますから、なかなか聞いてもらえない。しかし、過ぎたこととして記録に残されていれば、「高い時が続いたから、この後に調子が悪かったんだ」という理解につながったりするので、記録をご本人と共有し、「これが足を引っ張っているのでは」などという、意外と聞いてもらえるのではないかと私は思っています。

佐々木 双極Ⅱ型の方は、生活リズムが乱れていることがよくあります。それが仕事によるものである場合は、調子が良い時は残業を結構して、そうではない時は少し休んで、みたいな波が結構あります。産業の立場でいうと残業制限をきちっとかけて、しっかり守っていただくのが対応のひとつだと思います。気分がいい時は薬を止めてしまうこともあるので、薬を本当に飲んでいるのかなど、アドヒアランスをしっかり確認していただくのも大切です。

Q.

抑うつで休職を繰り返す社員がいます。主治医との連携のほかに、セカンドオピニオンが打開策になると思いますが、本人がその気になりません。セカンドオピニオンを勧めるためのヒントを教えてください

渡邊 そういったケースも多くみられますし、私どもの所にもそういった方が来られます。ご本人が嫌だと言っているのを、行け行けと言っても大変でしょうから、ご家族などの意見を求めるのがひとつの方法だと思います。そうした方のご協力が得られなければ、「今回はわかった。でも、次にまた休んだらセカンドオピニオンをしよう」とかネゴシエーションをすれば、意外と聞いてもらえるように思います。

佐々木 セカンドオピニオンの依頼は、企業によっては、就業規則に会社指定の医師を受診することなどが書いてある場合があります。ですが、ご本人と対立構造になってもうまくいかないのでは、話をよく聞きつつ、「次にこういう場合はこう」とかの条件付けをして、職場はこういうふう困っているんだ、という話をし、自覚を促していくのが対応のひとつかと思っています。

Q.

双極性障害と診断された休業者が復職する際、就労上の注意点はどのようなポイントがありますか。長時間勤務の他に、避けた方がいい職種はありますか

渡邊 その人の軽躁や躁症状がどのようなものであるかによって変わってきますが、少なくとも復職してからしばらくは、先ほど申し上げた記録表を付けてみて、モニタリングするのがよいのではないのでしょうか。「周りがどうすればあなたに手を差し伸べられるか検討するため」と言えば、嫌がらないと思います。ただ、面倒でさぼる方もいらっしゃいますので、対立の構図にならないで、うまく話すことが必要です。

あと、うつが長引いた後に元気になって戻ってきた人は、大抵、ちょっと軽躁が見え隠れしている状態が多いので、元通り何でもできるとアピールすると思うのですが、「もうちょっと待ちましょう」と、少し時間を稼ぐことが必要です。あと、ご本人はなかなかモニタリングができないので、産業医、保健師、職場の上司、ご本人が揃う話し合いの場を設けるのが望ましいと思っています。

佐々木 生活リズムの関連からみると、交代勤務があるとか夜勤があるとか、日常生活が乱れる業務はなかなか難しいのではないのでしょうか。やってはダメな職種はあまりないと思います。ご本人の特性とか興味があるものとか、全てをそぎ落として「この仕事をやっておきなさい」というのは働き甲斐に影響しますので、職場とご本人でよく話し合って、やっていくのがいいだろうと思います。長時間勤務というのは、躁が入るとセットになったりすることがありますので、残業をご本人が望んでも、一定の幅でコントロールしていくことが大事な所かと思えます。

Q.

コロナ禍もあり、若年勤労者の自殺対策が求められています。若年者はどのような所がポイントになりますか

竹島 若年勤労者は、一括りにしにくいと思います。大企業に勤務して、テレワークをしやすい環境にいる人もいれば、そうでない人もいます。働く環境に大きな差があります。私が気になるのは、コロナ禍でいろいろな出来事があった時に、DV やアルコールの問題などは職場で見えづらいという点です。家庭の中の出来事に気を付けておく必要があります。

佐々木 今の若い方は個性を重視する時代に育ち、互いに批判するような対人軋轢に慣れていない人が多いように思います。また、周囲からの批判や評価を気にする人や、配慮や心遣いができる人が多いように思います。キーマンは上司だと思うのですが、こういう若い人たちにどのように関わっていくかが、職場のメンタルヘルス対策に大事な部分だと考えています。管理型のマネジメントというよりは、配慮型のマネジメントが求められるのではないのでしょうか。

渡邊 24 歳以下の人には、抗うつ薬の投与は慎重にしなければいけないことになっています。それで余計にイライラしたり、衝動性が増したりするという研究があります。安易な抗うつ薬投与よりも、別の薬や精神療法などが必要ではないかと思えます。

Q.

最近、若い俳優さんが自殺したケースなどが報じられていますが、最近の自殺報道についてどうお考えですか

竹島 私の私見なのですが、俳優の自死などの報道がされる一方で、それがどういう事例であるか、という研究がされていないのが問題だと思います。そのため、そうした事象がムードとして伝わって、かえってリスクを高めてしまうのではないのでしょうか。もっと自殺の心理学的剖検とか、分析が必要だと思います。メディアにはメディアの視点があるので、自殺報道についてのガイドラインがあるから、それを語ってはいけないということではなく、精神保健領域の視点とメディアの視点とをきちんと突き合わせて、対話していくことが大事だと考えています。

第 6 回 2021.01.30.

精神疾患の早期発見・早期治療



水野 雅文 先生

一般社団法人 日本うつ病センター 理事・東邦大学 医学部 精神神経医学講座 主任教授

本日は、若者のこころの健康問題を中心に、自殺のことも含めてお話しをさせていただきます。

アメリカのメンタルヘルスの研究所で活躍されたトーマス・インゼル先生が、精神疾患の3つの特徴をまとめています。「誰でも罹る」(5人に1人)、「障害を残す」(20人に1人)、「若年発症」(24歳までに75%)の3つです。

生涯を通じてみると、5人に1人が精神疾患に罹患することが、疫学的に知られています。そして残念なことに、20人に1人くらいの方は「障害」が残ります。この「障害」は様々な意味を含みます。社会機能の低下によって、社会的活動が思ったようにしづらくなることや、長く入院しなければならないことなどを含めて、「障害」を残す方がいらっしやいます。そして、この講演で強調したいことの1つは、「精神疾患は24歳までに75%が発症する病気である」ということです。精神疾患は、かなり若いうちに罹る病気であることを、ご理解いただきたいと思っています。

DALYs(疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標) を用いた日本での調査をみると、働き盛りの年代などでは、癌や循環器疾患などの病気が大きなスコアを占めています。しかし、15歳から30歳の部分を見ると、男女とも精神疾患が非常に大きな割合を占めているのがわかります。若い人の生活の質を大きく損なうものが、精神疾患なのです。

精神疾患は、何歳くらいで発症するのでしょうか。物質使用障害、統合失調症、気分障害、不安障害、摂

食障害などが軒並み発症しやすいのは、思春期後期から青年期です。精神疾患の多くが思春期に始まっているということは、会社に入ってから精神疾患についての知識を得ても、ちょっと遅いのです。もう少し前の高校生くらいから、精神疾患とはどういうもので、最初の症状はどんなものか、ということを知っておくだけでも、ずいぶん違うのではないかと考えています。

現在、精神疾患は世界中で増えています。WHOは2017年、うつ病が世界で推計3億人を越えたとして、当時のマーガレット・チャン事務局長が緊急対応を呼びかけました。特に、高所得国においては、約半数が治療を受けていない点に注目して、「偏見の問題をなくすことが重要」と訴えました。また、うつ病は「自殺の大きな要因だ」と強調し、自殺が15歳から29歳の死因の2番目になっていることを問題視して、迅速な対策を求めました。

日本は以前から自殺が多い国であり、年間2万人から2万5千人くらいの自殺者数が、1997年まで続いていました。これが1998年のバブル崩壊期に突如増え、その後は10年以上、3万人を超え続けました。これに対しては様々な努力によって、様々な対策が取られ、現在は約2万人のところまで減少しました。この減少自体は、大変喜ばしいことなのですが、残念ながらコロナ禍において、再び自殺者数が増えているようです。

自殺既遂者の数は、コロナ禍の前までは確かに減ってきていたのですが、自殺を考える人は少なくありません。日本財団が2016年に行った調査によると、

4人に1人が「本気で自殺を考えた」ことがあり、推計53万人が過去1年以内に自殺未遂をした、ということがわかりました。特に20代と30代で、本気で自殺を考えた人が多く、大変残念な結果が示されました。これについては、単に精神医学だけではなく、いろいろな角度から対策を進め、希望を持って生きられる社会にしなければいけないと強く感じます。

若者の意識調査の結果を諸外国と比較すると、「自分自身に満足している」という人の割合が、日本は45.8%で、70%～80%台の諸外国よりもかなり低いことがわかっています。「将来への希望」も日本はかなり低く、その一方で、「つまらない、やる気が出ないと感じたこと」や「ゆううつだと感じた」という質問には、70%を超える日本の若者が「経験がある」と答え、欧米の諸外国よりもずっと高くなっています。

私が一番気になるのは、「自分自身に満足している」という自己肯定感が低いことです。ここが著しく低いということは、教育を含めた問題として捉えなければいけないと思っています。

先ほど、自殺は若者の死因の第2位だというWHOの警告を取り上げましたが、わが国では、10歳から39歳の死因の1位を自殺が占めています(2017年調査)。車の事故やスポーツの事故など、死因にはいろいろありますが、それよりも自殺で死ぬ人が多いという大変残念な結果となっています。G7の国で、15歳から34歳の死因をみると、日本以外は事故が1位、自殺は2位(イタリアは3位)になっています。この年代の自殺が死因の1位なのは韓国も同じで、民族性を含めた類似点や、東アジア文化圏特有の自殺感があるのかもしれませんが、それにしても、特に若い人の死因が自殺であるというのは、本当に残念なことです。

国内の中学生、高校生、大学生の自殺者数は、中学生が毎年100人、高校生が毎年200人、大学生が毎年400人くらいです。毎年、同じくらいの数で高止まりしていますが、日本は少子化が急激に進んでいるので、自殺率としてみると上昇を続けています。コロナ禍の前から、子どもの自殺は増え続けているのです。

かねてから、9月1日が子どもの自殺の特異日だと

言われてきました。これをずらそうとか、この頃に特に注意をしようとか、いろいろなことがいわれています。もう1つの山が4月の初めですので、やはり日本の学齢というものと、自殺との関連は無視できないと思います。家庭だけでなく、学校、教育環境、社会環境などが様々に関係していると考えられます。

自殺にまで至らなくても、その手前で自傷行為をしている若者は多くいます。刃物で手首などを傷つけるリストカットが代表的です。女子に多いイメージがありますが、男子でもあります。1回経験すると、多くの方が繰り返してしまいます。そして繰り返しているうちに、自殺へのバーが下がってしまう恐れがあります。自傷の理由を周囲は「周囲へのアピール」と考えがちですが、実はそういう人は少なく、大半は「不快な感情の軽減」のために自傷を行うことがわかっています。

薬物の乱用も、子ども世代で問題になっています。一時的な高揚感を得るために、咳止め、風邪薬、頭痛薬などの市販薬を乱用するケースが多いことが知られています。さらに、カフェインの乱用も問題になっています。

続いて、統合失調症についてみていきましょう。精神疾患においては、本人が病気の始まりだとなかなか気づかなかったり、隠したがったり、周りも受診を勧めづらかったり、ということが大きな課題になっています。

精神疾患を発症してから治療を開始するまでの期間を、精神病未治療期間と呼びます。これが短いほど、治療の予後が良いと期待されます。日本の場合、統合失調症についてみると、2年くらい経ってから病院に初めて来るケースが多々あります。ただし、精神病の中には急激に発病する人と、じわじわと進む人がいて、それによっても話は変わりますが、いずれにしても早く受診して、適切な治療を開始した方が、予後は良いのです。

それにも関わらず、なぜ受診しないのでしょうか。援助を求めることへの抵抗の原因として、「精神障害と、その治療可能性に関する知識が乏しいこと」「精神疾患に伴うスティグマや羞恥心」「精神疾患に対す

る魔術的あるいは宗教的説明モデル」「健康に関する専門家が提供する治療に自信がないこと」「社会資源についての知識の欠如」「問題の重篤さを軽視し、過小評価すること」「問題は援助なしに解決できるという信念」「現在のネットワークの中に問題をとどめたいという希望」などが挙げられます。

未治療期間を短縮するためには、どうすればよいのでしょうか。「(精神疾患への)理解を深める」「専門医への照会を増やす」「精神科サービスへのアクセスのしやすさを高める」ということが大切だと思います。

先ほど、「精神疾患の知識が不足しているのではないか」ということをお話ししましたが、日本ではこの40年間、学校教育の中で精神保健について教えていなかったことが、原因の1つとして指摘されます。しかし今般、高校の学習指導要領が改訂されました。2022年度から高校1年生に対して、「精神疾患の予防と回復」をテーマとする保健の授業が、3回から4回行われるようになります。精神疾患の予防と回復には、運動、食事、休養、及び睡眠の調和のとれた生活が必要であることや、心身の不調に早期に気づくことが大切であることなどが教えられます。

また、精神疾患にはうつ病、統合失調症、不安症、摂食障害など様々な種類や症状があり、誰でもが罹患しうることや、若年で発症する疾患が多いこと、適切な対処により回復し、生活の質の向上が可能であることなどが、授業で取り上げられるようになります。また、専門家への相談や早期治療などを受けやすい社会環境の整備が重要であることや、偏見や差別の対象ではないことなども、授業で扱われるようになると思います。

こうしたメンタルヘルスリテラシーでは、精神疾患は「誰でも罹りうる」という概念が大事だと思います。こころの弱い人だけが罹る病気ではありません。そして、睡眠などの生活習慣が非常に重要であることや、1人で抱え込まずに早めに相談することが肝心であることが、ポイントになります。WHOは、学校を基盤として、児童生徒、教職員、保護者、さらに地域全体で、精神保健の知識や意識の向上を図ることを推奨しています。

ただ学校では、メンタル不調が気になる児童・生徒への対応を巡って、家庭や地域との連携がうまくいかず、先生方が非常に苦勞しています。それをなんとか解消するために、文部科学省なども動いていますが、私たちの教室では「こころの健康教室サニタ」というWebページを作り、アニメーションなどを盛り込みながら、連携をうまく進めるためのツールを提供しています。

メンタルヘルスリテラシーの普及に成功している国々では、若者が繁華街の中で、ちょっと相談に立ち寄れるようなワンストップサービスが増えています。特にオーストラリアやヨーロッパで増えています。私たちも、北千住で「SODA」という若者の悩みに寄り添う相談室を開設しました。学校の先生たちも相談に来られるような場所になっています。

精神疾患の早期発見のために知っておくべき前兆としては、「気分の落ち込み」「意欲の低下」「不安・イライラ」「頭痛・腹痛・体調不良」「睡眠障害 寝つきの悪さ」「食欲の変化」「幻聴」などがあります。それらが、いつもより強くて長く続くようであれば、ぜひ専門家にご相談いただければと思います。

Q. 米国ではスマホを診断に活用する取り組みがあるという記事を読みました。日本でもいずれ普及するのでしょうか

そうしたツールの普及は本来、日本がリードしなければいけなかったと思います。しかし残念ながら、医療現場においても、まだまだ活用しきれていない所が目立ちます。欧米に行きますと、身近な所でスマホを診断や治療のツールとして活用しています。

日本で同様のことを行おうとすると、大きな心理的壁になるのが、個人の医療情報に対する配慮と神経質さです。たくさんの方の命や健康を守るわけですから、これはルーズにしていわけではないのですが、規制の壁をあまり強くしていると、いつまでも手が出せません。そのために非常に遅れていってしまう。

個人の健康問題で、隠したいことはもちろんあると思うのですが、とはいえ治して欲しいという気持ちも患者さんやご家族は強いわけですから、安心して便利なツールになるように、我々も頑張らないといけないという思いです。

Q. これは専門家に診てもらった方がいいと周囲が思った時、どのように声をかけたらよいのでしょうか

ご本人が何とかして欲しい、こんなはずじゃなかった、と思っている部分を見つけることが必要で、そこまできちんと話を聞いていくことがポイントになると思います。周りの心配はさることながら、ご本人の苦痛を取りに行くという形で水を向けるのがよいのではないかと思います。

Q. 前兆の時期は、だいたい2週間くらいでしょうか

これはいろいろなタイプがありまして、前兆の取り方にもよるのですが、不安や不眠などの一般的な症状であれば、2週間といわず、もっとずっと前から症状が出ている場合が多いようです。それを、精神の疾患にだけ結び付けていかどうかというと、なかなか難しい問題があります。幅広い意味でいろいろな病気を考えながら、見守っていくことが大事だと思います。

それには、かかりつけの先生や保健室、医務室などの方々に、前兆が増悪した場合はすぐに相談できる関わり方をしていただくことが大事だと思います。

第 6 回 2021.01.30.

職場で活かせるコミュニケーション術 ～「ON」の関係から問題解決へ～



染村 宏法 先生

昭和大学附属烏山病院 精神科・東京中央産業医事務所

精神障害の労災補償状況は、請求件数が右肩上がりに増えています。2019 年は 2000 件を超える請求があり、この流れはまだ止まらないように思います。その一方で、請求が全て認定になっているわけではなく、認定件数は毎年 500 件前後で横ばいの状態です。

労災件数を出来事別にみると、「仕事内容・仕事量の大きな変化」に悩む人が目立つのですが、パワハラや上司とのトラブルに関する請求件数も多くなっています。「仕事や職業生活で強いストレスと感じる内容内訳」（労働安全衛生調査 2018 年）をみると、働く人の 3 人に 1 人が、対人関係（パワハラ・セクハラ含）に悩んでいることがわかります。職場のコミュニケーションの問題は、やはり介入すべき問題なのだと思います。

そこで、本日の講演ではコミュニケーションについてお話します。認知行動療法に基づいたコミュニケーションの 1 つの「型」を習得し、基本的なスキルを身につける内容になっています。何かに悩んでいる人をサポートするために、特に効果的なスキルを含んでいます。

職場でのコミュニケーションの最初は「コール」と「査定」です。声かけとアセスメントをしていくということです。その後、「共感と支持」を生かして「ON」の関係を作っていきます。相手の気持ちが「開いている状態」を作っていくということです。その後、ソクラテス式問答（分析的な質問）を行っていきます。こうした流れを順番にご説明します。

まずは声かけです。職場は気軽に話や相談ができる雰囲気大切です。特に上司は、普段からメンバーに声かけをし、現在の状況を把握するように心掛けてください。昨今のコロナ禍によって、Web 会議とかりモートでの打ち合わせが増えていますが、こうした手段を活用して、メールだけでなくオンラインで声を聞くことが大切です。

職場でのコミュニケーションというと、昔から「ほうれんそう」ということが言われます。これは、報告・連絡・相談という一方のコミュニケーションになりがちです。コミュニケーションとは、自分の考えや事柄のみを伝えることではありません。相手の顔色や仕草などを見ながら、感情の接点を見つけていく活動です。そこで、声かけが非常に重要になります。

続いて、私が今日、一番強調したい「関係の構築」についてお話します。お互いが面と向かって相手の問題を指摘したり、解決策を与えたりする「対面型の関係」は、決して悪いわけではないのですが、「伴走型の関係」の方がより望ましいといえます。これは向き合うのではなく、並んで同じ方向を一緒に見ていく関係です。問題を外在化して、冷静に見ていくことになります。

相手との関係性の中で、押されたら押し返す、もしくは逃げるという原則があります。「押す」というのは、意識的であれ無意識であれ、相手を圧迫したり、攻撃したり、無視したりするようなメッセージを発することをいいます。相手を無理に変えようとすると、相手は反発します。こちらが押ししまえば、相手は対抗

して押し返してくるか、かなわない時は逃げるような行動を取ります。逃げるという行動の中には、相手を避けたり、聞こえないふりをしたり、話題を変えたりする行動も含まれます。

伴走型の関係で、問題を相手と一緒に見つめていくには、関係性がよりうまくできていることが重要です。「でも」「しかし」という BUT の言葉を相手が発しているうちは、「OFF」の関係性。相手の気持ちを開いていないということになります。それを、「そうなんです」「はい」という YES の言葉が返ってくる「ON」の関係性に変え、その後、問題解決に向けた会話をスタートさせることが非常に重要です。

両者がぶつかってしまう「OFF」の関係性には、2つの要因があります。聞き手側の要因としては、「相手を押ししている」「相手の話を聞いていない」「共感できていない」ということがあります。また、話し手側の要因としては、「内面の葛藤がある」「思い込みの存在」などがあります。

ぶつかり合う関係になるのは、相手を押ししてしまっているからです。押ししてしまう表現とは、相手が「その場で」言っていることを聞かず、自分の意見ばかりを述べることです。「私は弱い人間です」という悩みに対して、「またそういう言い方をする。そういう考え方がダメなんですよ」「もっとポジティブにいきましょう。明るい面を見なくちゃダメ」などと返すことがそれにあたります。このような言葉を返すと、相手は「否定された」とか「分かってもらえない」と感じます。つまり、押ししてしまっているからなのです。実際の研修では、こうした「OFF」の関係を再現して、ロールプレイで練習していきます。

関係を「ON」にするために重要なのは、共感です。相手から「そうなんです」という言葉を引き出す関係になるには、相手の感情に注目して受け取る（共感する）のが一番です。感情とは、相手に起こっていることを教えてくれるメーターです。そして感情には、「悲しい」「怒り」「寂しい」「むなしい」「不安・心配」などの意味（思考）があります。

では、どうしたら「支える言い方」で対応できるでしょうか。相手が「その場」で言っている感情を聞いて、

共感、支持するとうまくいきます。ダラダラと長く言うてはだめで、「～なので、それは〇〇ですね」という言い切りの表現になります。「〇〇」の部分に感情言葉が入ってきます。感情言葉を添えることで、相手は「分かってもらえた」とか「理解してもらえた」という気持ちになります。こういう感情言葉は女性の方が得意のように思います。

支える言葉の例としては「最近仕事の件で苦しんでいたのですね」「そうですか。そう考えると落ち込みますねえ」「何をやっても駄目なのかと、不安な気持ちなのですね」「頑張っても結果が出ないと、とても辛いですよね」などになります。こうした言葉は、相手の気持ちを正確に同定したものでなくても大丈夫です。「悲しいのですね」とか「むなしいのですね」とか「不安なんですね」とか、なんでもいいのです。本人が好ましい気持ちじゃないということ、表現してあげることが非常に重要です。

そして、関係が作れたら一歩先に進みます。悩んでいる人に受け入れられて「ON」の関係になっても、そのままでは問題解決ができないからです。そこで、次の段階に進む必要があるのです。分析的な質問（ソクラテス式問答）をしながら、本人が答えを見つけ出せるようにナビゲーションする段階です。

例えば、1人では持てない荷物を相手が持っているのを見つけた場合を考えてみましょう。「ON」の関係（支える表現）を作るには、「こんなに重い荷物を1人で大変でしたね」と、感情言葉を入れた声を掛けて、一緒に持ってあげるとよいかもかもしれません。次の段階のソクラテス式問答では「さてこの荷物、どのようにしましょうか」と尋ねて、目的の場所まで運ぶ方法を一緒に考えてみます。

ソクラテス式問答とは、聞きなれない言葉だと思いますが、質問を繰り返しながら対話したとされる古代ギリシャの哲学者ソクラテスからその名をとっています。相手にすぐに答えを与えず、自分で考え、答えを見つけ出すように質問していく方法です。例えば、「人生の意味って何でしょうか」と聞かれたら、「そんなことを考えても無駄だよ」とは言わずに、「人生ってなんだろうね。あなたはどう思うの」などと質問を返していくのです。

「ソクラテス式問答」（分析的な質問）では、「～ですか」「～でしょうか」などの質問を使います。相手が抱えている問題の解決策に注目し、先ほどの例では、「この荷物はどのようにしましょうか」「他にないかいい方法はありますか」などと質問します。

なぜこうした質問が重要かという、人は他人から押し付けられた答えや回答を、受け入れにくい部分があるからです。しかし、自分で見つけ出した答えであればそれを受け入れ、自分の中に落とし込むことは容易です。向き合っている現実を目を向けるようにして、解決に導いていくことが重要です。

ただ、質問にも良し悪しがあります。職場で納期が迫っているなどの緊急時に、「どうしましょうか」といっても対応できないので、そのような質問はしない方がいいでしょう。緊急時は「〇〇した方がいい」とか「〇〇しない方がいい」などの提案や指示のほうが適切な場合もあります。

例を挙げてみましょう。「先日、取引先から急に契約を切りたいと連絡がありました。関係は良かったのに、突然のことでした」という悩みを相手から聞いた場合、支える表現では「突然のことで、やり切れない気持ちですね」などと伝えます。そして「今回の連絡は、何が理由のことだとお考えですか」「これからどのような対応をしようと思っていますか」などと質問して、対話を進めていきます。しかし、質問の答えが相手から返ってこないこともありますので、先ほど言ったように問題を一度外在化して、一緒に考えていくというステップに入ります。

問題が発生したら、そこには必ず感情が生まれます。

背景には問題点があることが多く、それに対してソクラテス式問答を使って質問していきます。問題には変えられる問題と、大事な人を失ってしまったなどの変えられない問題があります。変えられる問題は、変えることができないと不安になります。一方、変えられない問題は、変えようとするとなえられないので、かなりところが苦しくなって、不安が強くなります。

変えられる問題については、「行動を変える」というアプローチの方がしやうしいと思います。変えられない問題は、「考え」に目を向けて状況を受け入れていくことが必要になります。「その時、思い浮かんだことはなんですか」などと聞いて、考えを炙り出していきます。こうした質問で、本人が気づいていない「パターン化された行動・考え」や、「癖になっている行動・考え」に気づいてもらうのです。

ソクラテス式問答にはコツがあります。「比較」「証拠」「別の視点」「具体化」などの視点で質問をするとよいと思います。ちょっと難しく感じるかもしれませんが、実際の研修では、こうしたことを4時間ほどかけて学んでいきます。こうしたやり取りを経て問題の先が見えるようになると、心配な気持ちが少し軽くなってきます。そして、気持ちの改善を図った上で、問題解決のステージに入っていきます。

声かけ→「ON」の関係→ソクラテス式問答の3つは順番がすごく大事です。この流れだと、共感されている感じがあると思います。ところが順番を逆にして、ソクラテス式問答から入ると、いきなり「なんで？」などと聞かれるので、すごく傷つく感じになると思います。質問は、「ON」の関係を構築した後にすることがとても重要なのです。

Q. 先生は産業医として、ご紹介いただいた方法をどのように応用されているのですか

職場の研修は、最近は管理職研修などのように対象を絞って行うことが多いのですが、私の研修は職位の分け隔てなく、全体で行っています。コミュニケーションの問題は上司と部下だけでなく、同僚の間でもあったりするので、席も決めずに開いています。研修というのは、受けても翌日には忘れていくことが多いのですが、なるべく回数を繰り返しながら、学んだことが少しでも頭の中に残るように、進めることを目標としています。

Q. 実際の研修の現場では、ロールプレイのような形でおやりになるのですか

そうですね。対一のコミュニケーションが一番やりやすいと思いますので、2人でペアになってやることもあります。3人でペアになる時は、1人が観察するという形をとります。実際にやると、かなり押ししている表現をしていることに上司が気づくことがよくあります。「かなり押ししていました」と笑いながら研修の後に話し掛けてくる方もいらっしゃいます。

Q. 深く学びたいのですが、学ぶ上での本や研修は具体的にありますか

まだ本という形にはしていないのですが、研修ということであれば、声を掛けていただければ、実際にやっていくことは可能だと思います。お声掛けいただければと思います。

Q. 認知行動療法の手法は、分析的な質問の部分などでお使いになっているのですか

はい。そうした思考に働きかける部分に認知行動療法のエッセンスを入れています。これは、国立精神・神経医療研究センターの認知行動療法センターで堀越先生が行われていた手法を職域に応用したものです。職域の場合、悩みは仕事や職場の人間関係であることが多く、一般の医療の患者さんとはまた違った悩みもあつたりしますので、職域で現実的な悩みに落とし込んでいます。

Q. 『ON』の関係から、ソクラテス式問答に移るタイミングの見極め方について教えてください

これは先ほどもお示しましたが、相手から「YES」の回答が返ってくるということです。「そうなんです」とか「はい」とかいう答えが返ってくると、やっと話し合える、問題解決を図る、というステージに立った感じだと思います。

第 6 回 2021.01.30.

双極性障害への対処と治療



加藤 忠史 先生

一般社団法人 日本うつ病センター 理事
順天堂大学大学院 医学研究科精神・行動科学・医学部 精神医学講座 主任教授
理化学研究所 脳神経科学研究センター / 精神疾患動態研究チーム チームリーダー

双極性障害とは、躁状態とうつ状態を数年以上の間隔で繰り返す病気です。昔、「躁うつ病」と呼ばれていた病気とほぼ同じです。「私は1日の中で躁とうつがあります」とおっしゃる方がよくいらっしゃいますが、その多くは双極性障害ではなく、情動が不安定な状態と考えられます。

双極性障害は、症状が1週間以上続くような状態があって、何か月か治った状態があって、また1週間、2週間と症状が続くようなことを繰り返します。そのようなイメージで捉えていただくとよいかと思えます。生涯有病率は1%弱で、統合失調症とほぼ同じくらいの頻度です。知り合いに1人はいるくらいの頻度になると思えます。

寛解期には、ほぼ症状がないのもこの病気の特徴です。しかし躁状態になると、いろいろな行動をしてしまいます。上司の方と激しく対立して罵倒したり、家族の方に非常に厳しいことを言ってしまったりします。そして、うつ状態になると何度も休むために、仕事のキャリアをなかなか積みません。双極性障害は、知的な能力が高い方が多いといわれています。芸術的な才能の遺伝的素因と、双極性障害の遺伝的素因が重なっている、ともいわれますが、能力にふさわしい仕事になかなか就けなくなってしまう場合もあります。

しかし、コントロールできなかったのは昔の話で、現在は薬物療法と心理社会的治療で、ある程度コントロールできます。ただ、この病気には薬を飲むこと自体が非常に大変な側面もあります。心理社会的治療を組み合わせることで病気を受け入れて、コントロール

できるようになることで、恐れることはない病気になります。この病気に罹ったからといって、職業選択に制限はありませんし、普通に仕事ができる病気です。

それでも、服薬を中断したり、薬の効果が十分得られなかったりして、再発を繰り返す人はいます。また、初発のうつ状態では双極性状態と診断できず、正しい診断までに長い年月がかかることが多いのも、この病気の大きな問題点です。現在、うつ病と診断されている人の中に、隠れ双極性障害の方がいるのです。

双極性障害の世界的な統計を見ると、各国とも平均20%くらいの方が就労できていない状態にあります。双極性障害のうつ状態は、うつ病の症状とほぼ一緒に区別が付きません。もう1つの躁状態については、世間一般にはあまり知られていません。躁病というのは、基本的には気分が爽快で、高ぶるようなハイな気分になります。これが毎日毎日、1週間以上続きます。易怒性というものもあります。何かあった時に怒ることは誰でもありますが、躁病の易怒性は、1日中、毎日毎日、訳もなく怒っている状態ですので、普通の怒りとは違うものであります。

そして、自分がすごく偉くなったような気がして、眠らないで平気で動き回る。1日中しゃべり続け、周りに人がいたら話し掛けて、1人だったら歌を歌う。ですから、病院に来る頃には声が枯れている人が多いです。

頭の回転がすごく速くなって、次々といろいろなことを思いつき、いろいろ始めてしまいます。そのため

に收拾がつかなくなる。注意散漫で次々と面白いことに気が向き、1つのことに集中できなくなる。ブランドもののバッグを借金して買いまくるなど、大きな散財をして破産する方もいます。あるいは気が大きくなって、会社に損害を与えるようなことをして、辞めざるをえなくなる人もいます。

こうした症状のために、社会的な障害が出て非常に困っている状態を、躁病といいます。躁状態はそれほどではなく、本人も周りも困ってはいないけれど、躁に似た状態が4日異常続くものを軽躁病と呼んでいます。躁病は明らかなのですが、軽躁病は診断が難しいところがあります。

うつエピソードに加え、入院が必要なくらい激しい躁エピソードが一度でもあれば、双極Ⅰ型障害になります。一方、軽躁とうつ状態しかない場合は、双極Ⅱ型障害になります。このⅠ型とⅡ型では、少し対処が変わってきます。

双極性障害という病気と、うつ病という病気は、しばしば別の病気といわれることがあります。しかし、現実にはそうではありません。現在、うつ病と診断されている患者さんの中には、双極性障害の初回うつ状態の患者さんが含まれています。見方を変えれば、うつ病を発症した患者さんの中に、その後、躁状態が出て双極性障害になる方が一定数いるということなのです。

このようなこともあり、双極性障害は診断の難しい疾患です。2013年の統計によると、発症から予防療法を開始するまでに、平均9.6年かかっていました。予防治療が遅れると、躁状態で周囲の人たちに迷惑をかけて、いろいろなものを失ってしまうかもしれません。

2016年に日本で行われた調査では、初診から双極性障害と診断されるまでの期間は平均4年でした。また最近、当事者会である日本双極性障害団体連合会（ノーチラス会）が行った調査では、この期間は6.7年という結果が出ました。最初にご紹介した約10年に比べれば、少しずつ短くなってきていると思います。

診断までに、なぜこれほど時間がかかるのでしょうか。

患者さんを対象とした調査では、その理由として「躁の症状を病気と思わず、医師に伝えなかったから」「自分が双極性障害（躁うつ病）を知らなかったから」という回答が目立ちました。

躁に関する情報は、どうして不足しているのでしょうか。小説家の糸山秋子さんは、エッセイ「躁状態と恥の意識」の中で、「自分が躁状態だったときのことをまざまざと思い出すことはこの病気で一番つらいこと」「躁病のエピソードで話しやすいのは笑いでできる程度のこと」と書かれています。躁の情報が少ないのは、当事者が躁状態で行ってしまった事の詳細を語りたがらないからなのだと、糸山さんは指摘されたのです。最近では、シンガーソングライターの泰葉さんが、双極性障害と診断されたことをブログで報告し、正しく診断されるまでの間に「暴言を吐いて家族を失ってしまった」などと書いておられました。

双極性障害は、とにかく診断することが重要なのです。うつ病なのか、双極性障害なのかを見極めることによって、治療方針が全く変わってきます。うつ病は一生に一度で終わる場合が多いので、うつ状態を治すことがとりあえずの目標になり、使う薬は抗うつ薬になります。ところが双極性障害は、ほとんどの場合、再発します。うつ状態が治っても、また躁状態になってしまう。ですから予防しなくてはならないのです。使う薬は主に気分安定薬であり、抗うつ薬は「慎重投与」が求められます。双極性障害の人に抗うつ薬を使うと、躁状態になったりする恐れがあるからです。

最近、双極Ⅱ型障害の診断が非常に難しいということが注目されています。Ⅱ型は本人も周りも困ってないので、診断が難しいのです。Ⅱ型と診断されている人の中には、実はⅠ型だったという患者さんもいます。症状について、医師にきちんと伝えていないことなどが背景にあります。職場の情報が非常に大事ですので、初診時には会社の人について来ていただくと、正しい診断がしやすくなります。

Ⅱ型と診断された患者さんの中には、実はうつ病だったという人も結構います。また、「躁とうつはどれくらいありましたか」と聞くと、「数え切れません」という方もいます。こういう方は、何かいいことがあったらウキウキして、嫌なことがあったら落ち込むという

自然な感情の起伏を、躁とかうつというふうに誤認されているのです。

今、うつ状態で病院に通っている人の中で、どのくらいが双極性障害なのかというと、16%から20%くらいです。双極性障害は治療しないでいると、辛いうつ状態が長引きます。躁状態になる期間は短いのですが、ご家族は、この時に言われたことが気になります。ですから「躁にだけはならないでください」と願うことが多く、この病気はご本人の考えと、ご家族の考えがしばしば対立します。

一般の人たちの間では、うつ状態という言葉と、うつ病という言葉が混同して使われています。ここで整理してみましょう。うつ状態を引き起こす病気はたくさんあり、双極性障害もその中に含まれます。うつ状態を引き起こす身体の病気や薬の影響、双極性障害などを除外していったら、最後に残るのがうつ病ということになります。

双極性障害の診断では、病歴が決め手になります。特にうつ状態で受診された場合は、以前に躁状態になったことがあるかどうかを、とことん確認します。「いつものその人とは違う」というのが躁状態の特徴です。私は患者さんに「調子が上がり過ぎて、他の人からいつものあなたとは違うと言われた時期はありましたか」「何日も眠らなくても平気で頑張れた時はありましたか」「人生最高の時はいつでしたか」などと尋ねます。ずっとおとなしかった人がいきなり豹変したら、「本性が出た」と思う人もいるのですが、ありえないことを次々とするようになった場合は、それは本性ではなく病気だと思ってください。

それでは、どのようなタイプのうつ病が双極性障害に変わるのでしょうか。関連する研究の結果、「双極性障害の家族歴」「25歳未満の若年発症」「幻聴や妄想などの精神病性症状」などがあると、双極性障害に変わりやすいことがわかっています。

双極Ⅰ型障害は、精神科医でないと治療が難しいと思います。躁状態の時は、必要な治療を拒むこともあるので、医療保護入院などの本人の意思に基づかない治療に移行することを念頭に置く必要があります。双極Ⅱ型障害も精神科医の領域です。医療保護入院が

必要になることは基本的にありませんが、薬物療法だけでなく、パーソナリティ障害も念頭に置き、心理社会的治療を含めた幅広い観点での総合的な治療が必要になります。

双極Ⅰ型障害の治療目標は、「再発を 방지し社会生活を送れるようにする」「躁状態をコントロールし、社会生活への影響を最小限にとどめる」「自殺を予防する(うつ状態、混合状態)」「うつ状態の苦痛を取り除く」ということになります。治療は、薬物療法と心理社会的治療が車の両輪です。薬は気分安定薬(リチウムなど)が基本で、非定型抗精神病薬も使います。疾患を受容するための心理教育や、対人関係・生活リズム療法などの心理社会的治療も欠かせません。

躁状態の時は薬が良く効くので、入院さえすればそれほど難治になることはないのですが、患者さんが受診したがない問題が生じてきます。「今までの人生は間違っていました。今はじめて、本当の自分になりました。最高ですよ!」というような状態ですから、そういう人に「それが病気なんですよ」と伝えて受診してもらうのは、ものすごく難しいことです。

そこでどうするかというと、「身体の問題」を取り上げるとよいと思います。「最高とおっしゃっていますが、このところずっと寝ていないでしょう。身体が参っているのではないですか。健康管理も仕事のうちですよ」などと説得します。直属の上司以外の信頼している人に、説得してもらう方法もあります。激しい躁状態を放っておくと、会社に損害を与えたり、本人が散財したりする可能性があるため、ご家族に医療保護入院も視野に入れた相談をして、早期に入院適応を判断することが大切です。

その際、妥協せずに説得することは大事ですが、意思に反した治療を行う場合も、「内科に行こう」などと騙したりせず、「私は入院治療が必要だと思う」ときちんと宣言して、治療に導く必要があります。最近では民間救急というのがあり、電話すると屈強な男性が何人も来て、取り押さえて病院に連れて行くらしいのですが、これは要注意だと思います。人権問題になりかねないケースがあります。

双極性障害は、ご本人が受け入れるのがなかなか難

しい病気であります。躁状態が良くなってきた時に、病気の説明をしっかりとしますが、そうすると再発の不安に襲われたり、状況を否定しようとしたりします。そして、説得してわかってくれたと思って、この病気にもともと偏見を持っていた人は、偏見を持っていた病気に自分が罹ったということで、自己否定してしまうこともあります。

そうしたいろいろなところの動きがあるのですが、そういうものを経て、「リチウムを飲むといっても、高血圧で降圧剤を飲むのと一緒ですかね」という気持ちになれば、治ったも同然であります。薬を飲みつつ3か月の一度の通院で、何十年と再発せずに過ごしている方がたくさんいらっしゃいます。決して、恐ろしい病気ではないのです。

Q. 双極性障害の人の復職について、職場はどのような支援を進めたらよいのでしょうか

うつ状態の復職については、うつ病も双極性障害もそれほど違いはないと個人的には思います。再休職になる場合は、薬物療法が合っていないということだと思いますので、薬のコントロールが大事だと考えています。

Q. 双極性障害に詳しい精神科医を探す方法がありますか

日本うつ病学会に双極性障害委員会というのがありまして、そのサイトに事例など様々な情報が載っています。双極性障害に関心を持って治療している先生方の名前もそこに載っていますので、参考にさせていただきたいと思います。

Q. 双極性障害の人が、うつ病に移行することはないのでしょうか

これは原理的にはあり得ないのですが、現実として診断が変わることはあります。前の医師が躁状態とみていた症状について、どうも違うのではないかと考えて、診断を変更することがあるからです。しかし、誰が見ても明らかな躁状態がある場合は、その後うつ病に移行することはありません。

Q. 双極性障害は寛解状態になっても、薬を飲み続けなければいけないのですか

「飲み続けなければいけない」と言うと、患者さんは反発します。飲まないと多くの方が再発するので、私は「飲まなきゃいけませんか」と聞かれた時には、「失うものがあるなら、飲んだ方が安心ではないですか」と申し上げています。

Q. 職場で問題を起こした方が復職する際、受け入れる側の職場教育のヒントがあれば教えてください

双極性障害の躁状態は病気なので、その人がしたわけではないと考えることが大切です。躁状態になったのは、その人の責任ではないのです。「あの時、彼はいろいろと言っていたけど、病気が言わせていたんだ」というような心構えがよいのではないのでしょうか。

特別講演 2021.03.05.

ストレスチェック制度に伴う 高ストレス者面接のためのマニュアル

秋山 剛 先生

NTT 東日本関東病院 品質保証室長・環太平洋精神科医会議 理事（事務局長）
集団認知行動療法研究会 代表世話人・認定 NPO 法人 東京英語いのちの電話 名誉理事長
多文化精神医学会 副理事長・NPO 法人 国際病院認証支援機構 副理事長
公益財団法人 こころのバリアフリー研究会 代表理事・一般社団法人 日本うつ病リワーク協会 理事

企業で働く産業医で、精神科や心療内科の経験がある人は決して多くないと思います。そのために、「高ストレス者」への面接が適切に行われていない可能性があります。そこで、メンタルヘルスに関する経験に乏しい産業医でも、高ストレス者の面接を適切に行えるように、「高ストレス者面接マニュアル」を作成しました。この内容に沿って、高ストレス者への対応法をご紹介します。

マニュアルは A4 用紙 18 枚ほどです。最初に、一般的な留意点をまとめています。ストレスチェックの回答を確認してから面接することや、「うつ」「精神的」などの用語は使わずに「体調」「負担」「ストレス」といった一般的な言葉を使うこと、傾聴・理解・共感の示し方、などを書いています。

「うつ」などの用語を避けた方がいいのは、病気であるかのような言葉に高ストレス者が抵抗を感じる可能性があるためです。傾聴を行う際は、「よく聞いてくれている」と感じてもらうために、「相手の言ったことを繰り返す」「悩みを聞くときは少し前傾姿勢で」などを心掛けるとよいでしょう。また、対象者の話を時々要約して確認したり、「食欲はいかがですか」「やる気や意欲はいかがですか」というような、「〇〇についてはどうですか」というニュートラルな質問をしたり、専門医への受診の勧め方などのポイントも、マニュアルに書いています。

受診の勧め方としては、これは強制できませんので、「ご希望があれば、カウンセリングなどをしてくれる

機関もありますから、お知らせください」「睡眠で少し困っていらっしゃるようなので、専門医を受診されるとよいかもかもしれません」などと促します。また、高ストレス「者」という表現は面接では使わず、「ストレスが高い状態」「高ストレス状況」などに言い換えた方がよいと思います。「高ストレス」は対象者の「状態」であり、環境が変われば変化するものなのに、「者」という用語を使うと「属性」のように聞こえるからです。

続いて、面接の流れを説明します。自己紹介、ねぎらいの言葉・アイスブレイク、対象者の所属部署・職位の確認を行い、面接を円滑に始めます。そして、面接の経緯・理由、内容・目的、個人情報取り扱い、面接後の対応、会社への報告書についての説明、質問の確認、というふうに進めます。面接で話した内容が、会社に伝わるのではないかと不安がる人もいますので、面接の仕組みについての説明を丁寧に行う必要があります。

そして、過去の高ストレス状況を確認します。マニュアルでは、「これまで、現在のようにストレスが高い状況になったことはありますか」という質問例を紹介しています。続いて、ストレスチェックの振り返りと確認の説明、ストレスの原因と考えられる因子の説明、ストレスによって起こる心身の反応の説明、ストレス反応に影響を与える他の因子の説明、などを行います。その後、ストレスチェックでご本人が答えた内容を確認していきます。これには「あなたのことをきちんと理解しましたよ。その上で、ここから先の話を楽しみましょう」

という姿勢を相手に伝える意味もあります。

その次は、うつ症状の確認です。うつ症状を確認する質問、うつ症状の回答に関する判断、うつ症状以外の体調不全の確認、というふうに進めていきます。ただし、この際も「うつ」という用語ではなく、「体調の確認」という表現を使って、「現在の体調をもう少し確認させてください」などと伝えます。

高ストレス状態では、軽いうつ症状が発生することがあるので、「気分が落ち込むことはありますか」「気晴らしはできていますか」「食欲はいかがですか」「睡眠時間はどれくらいですか」「寝つきはいかがですか」「やる気、意欲はいかがですか」「仕事での集中力はいかがですか」「自信がなく、自分を責めてしまうことがありますか」などの質問で症状を確認していきます。

続いて、周辺の情報を集めます。現病歴・既往歴、残業時間・休日出勤、酒・タバコの習慣と最近の傾向、休日の過ごし方、ストレス発散法、家族との関係、などを尋ねます。現在通院していれば、対応を主治医に相談できます。既往歴にストレス関連の疾患があると、高ストレスによって再発の可能性があります。残業時間や休日出勤は高ストレスの主な原因ですので、必ず確認することをマニュアルで求めています。

そして、ストレスの業務上の原因に関する対象者自身の考え、業務上の背景要因の確認、業務上の背景要因の継続性の確認、仕事のやりがいの確認、業務外の背景要因の確認、を行います。業務上の原因については、「業務関係で何か思いあたることはありますか」などと質問します。ご本人が何か言ったら、その話を繰り返す形で、「分かりました。部下に声を掛けづらくて、上司には怒られてしまうんですね」などというふうの確認します。この要因は、どれくらい継続しそうなのか。改善する見込みはあるのか、ということも聞きます。加えて、業務外のプライベートの要因についても聞きますが、相手があまり話したがらない時には、質問を重ねるとプライバシーの侵害になりますので、注意が必要です。

このような過程を経て、報告書の作成に近づくのですが、その前段階として行うことがあります。ストレスの背景要因のまとめ、ストレスへの対応についての

話し合い、産業医からの提案、性格チェックの振り返りと自習サイトの情報提供、受診の勧奨（受診にメリットがあると思われる場合）、などです。

ストレスの背景要因のまとめでは、これを総括して対象者と一緒に確認し、対応について話し合いにちなせていきます。産業医からは「上司と定期的に、例えば週1回30分とか、10分でも話し合いができるといいですか」などと質問や提案をします。

性格チェックの振り返りについては、対象者がこれを嫌う場合は、やりとりは不要です。性格について悩んでいる人には、自習サイトの情報を提供してください。受診の勧奨については、対象者が一応業務でできている状況であれば、その人の決定を尊重してください。ただ、産業医としての責任を果たすために、受診勧奨自体は行ってください。加えて、軽い運動などの自分でできる工夫についても話し合いをすれば、産業医としての責務は果たせます。

そして、面接の仕上げとして報告書を作成します。この段階では、内容と今後の対応の確認、対象者に相談しながら報告書を作成することの明確化、ストレス原因の再確認、対応策の提案、支援目的の明確化、報告書の内容確認、今後のフォローの確認、対象者からの付け加えの確認、必要時の連絡の指示、を行います。

対象者が安心するように「あなたの意見を取り入れながら、報告書を作成します」と伝えます。報告書にはストレスの原因を書かなければいけないので、対象者に再確認します。そして、産業医が考える対応策を示します。例えば「現在50時間くらい残業されているようですが、残業制限するように上司に提案しましょうか」「上司との定期的な面接が望ましいと書きましょうか」などと尋ねます。対象者が対応策を拒否すると、報告書に入れ込めません。一方、何らかの対応策が必要と思われる場合は、根拠を示しながら話し合ってください。

報告書は、本人に都合が悪い情報を会社に伝えるためのものではありません。対象者を支援するためのものなのだとすることを、明確にする必要があります。ですので「どういう内容だったら〇〇さんの助けになりそうですか」などと聞いていきます。そして報告書

の内容がまとまったら、対象者に確認します。そうすることで、自分が知らないことは書かれていないとわかり、産業医への信頼が高まります。

引き続きフォローが望ましいと判断される人には、その旨を伝えてください。フォローを拒否する場合でも、支援はいつでも可能であることを伝えてください。更に、「他にご希望はありませんか」と付け加えの確認をすると、対象者は「非常に丁寧な対応をしてもらえた」と感じます。

その次に、マニュアルでは上司との話し合いについて書いています。これはどういうことかという、産業医は報告書、意見書を会社に出すわけです。すると上司から「〇〇と書いてあるが、これはどういうことなのか聞きたい」という問い合わせが産業医にあるかもしれません。この時に、本人抜きで話し合いをするのは避けた方がよいので、マニュアルでは「上司と本人の間の意見や考え方を調整するためにも、一緒に話し合いをするのが望ましい」と書いています。対象者には事前に「上司から意見書の内容についての問い合わせがあった際には、一緒にお話しませんか」と提案しておきます。

このマニュアルには、対象者がいろんな質問をしたり、困るような態度をとったりした場合、産業医としてどう対応すればいいのか、ということも書いてあります。もし、本人が高ストレス者面接を拒んだものの、産業医に相談したいことがある場合の対応については、「高ストレス者面接は、本人の依頼によって行いますが、高ストレスフォローとしての依頼を本人が取り下げた場合は、一般の健康相談に切り替えて話し合いを続けていただくのもよろしいと思います。この場合には、会社に対する報告の義務はなくなります」と書いています。

対象者によっては、「うちの会社はひどい」「〇〇してくれ」など、自分の意見を強く主張してくる場合もあります。そういう時には「落ち着いて、『いろいろなお考えがあるのですね。よく分かりました。産業医は、あなたのお話についていきなり指示をする権限はありませんが、上司や人事の方と一緒に話し合いの場を設けることを提案することは可能です。ではまず、全般的にお話をよく聞かせてください』と言って、全

体的な話を聴いてください」とマニュアルでアドバイスしています。

「元の職場に戻れるように、異動を提案して欲しい」と言われることもまれではありません。この場合は「あなたの話はよく分かります。産業医だけでは職場異動について指示する権限がありませんが、上司・人事の方などと一緒に、話し合いをするように提案することはできます。そこで一緒に話し合いましょう」と伝えてください。合同面接では、本人は本人の言い分、上司や人事にもそれぞれの言い分を話してもらい、それをまとめる形でどうしましょうか、という話をすればよいと思います。ご本人の高ストレスについて、何が現実的に可能なのかということ、きちんと話し合ったことになりまますから、何も対応しなかったということにはなりません。

また、必要性が高いと思われる治療を拒否する対象者に対しては「今日のお話を聞いて、治療が必要だと思ったのです」「職場にお伝えした方が良かったのです」などと説明してください。それでも本人が「必要ない」という場合には、「ではあなたがおっしゃる通り、これ以上治療をお勧めしません」「職場には伝えません」と言ってください。ただし、「もし〇〇の状態になったら受診してください」「〇〇の状態になったらまた相談に来てください」というふうに、将来のフォローアップのための指示をしてください。

高ストレスになりやすい性格的な傾向を持つ人もいます。そのため、本人が記入する全110問の「高ストレス者性格チェックシート」というものを作っています。これは、人間の性格の何もかもを知ろうというチェックシートではなく、うつ病になりやすい傾向だけに絞って聞いているチェックシートです。判定表に基づき、「悲観タイプ」「気分屋タイプ」「バリバリタイプ」「いらいらタイプ」「心配性タイプ」という性格傾向に分けていきます。ご本人がこれを行えば、自分で傾向がわかります。また、自習サイトには、「こころの耳」「みんなのメンタルヘルス」「認知行動療法研修開発センター eラーニング」「うつめど。」などがあります。

ストレスチェックをきちんと行っても、高ストレス者面接で、適切な意見書が作成されなければ、ストレス

チェック制度の目的が達成されません。高ストレス者面接は、行わなければいけない情報収集や提案が、基本的には定型化されており、メンタルヘル스에 経験が乏しい産業医でも、マニュアルに沿って行えば、妥当

な内容の意見書を対象者と一緒に作成することができます。そこで今後、産業医を対象にマニュアルを用いた面接の研修を行っていきます。研修のための動画が作成されており、自習でも研修できる形になっています。

Q. 高ストレスの原因が上司と部下の関係に起因することが明らかな場合、会社としてどのように対応したらよいでしょうか

仮に上司がパワハラにあたることをしている場合は、それへの介入は必要です。部下の態度が悪いのであれば、会社として指示を出すことができます。2人の関係がある程度以上悪いのであれば、可能な場合には離れたほうがよいだろうと思います。

Q. 意見書の送付先はどこがよいのでしょうか

これは人事が担当している所が多いのではないかと思います。人事などを介して、産業医の意見が上司に行くことはありますが、一義的には人事など会社を代表している部署が受け取るものだと思います。

Q. 対象者に発達障害や知能の低さが疑われる場合の対応方法や注意点を教えてください

どういう言葉遣いならわかるのか、ということを考えながら話す必要があることと、話した後には相手の理解を確認することが大事になります。

Q. 産業医の設置義務のない小規模な会社でストレスチェックを行う場合、どのような進め方になりますか。また、会社から本人の希望しないことも報告するように求められた場合、どう言えばよいですか

小規模な会社のストレスチェックに開業医が関わる場合のご質問だと思いますが、進め方自体は同様になります。本人が希望しないことも会社に言ってくれというのは、これはできません。本人の同意が得られていないことは言えません。「できない」とおっしゃっていただくしかありません。

Q. もうすぐ戻ってくる双極性障害の休職者に対して、どのような対応をしたらよいのでしょうか

双極性障害は体調の波があるので、その波をどうやって把握しましょうか、という話し合いを戻ってくる時にした方がよいです。日本うつ病学会等では、ご自分の体調を把握するための活動記録表をネットで提供していますので、これを「書いてくれないか。産業医に見せて、体調の良し悪しを把握させて欲しい」と伝えていただくとうよいと思います。

Q. ご紹介いただいた性格チェックはどこかでダウンロードできますか

日本うつ病リワーク協会のホームページからダウンロードできます。

2020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 2020

職場におけるメンタルヘルスの推進

～若年勤労者のメンタルヘルスを向上させるために～

実施：WEB オンラインセミナー 全6回 / 特別講演
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