

平成 31 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」
「若年就労者の自殺対策のための企業用「支援手引き」作成事業」



JDC2019メンタルヘルスセミナー
職場における
メンタルヘルスの推進

CONTENTS

第1回

2019.07.18

02 「ワンストップ支援における留意点」の活用方法

講師 大塚 俊弘 川崎市こども未来局 児童家庭支援・虐待対策室 担当部長

06 労災事例からみた若年勤労者の自殺予防

講師 田中 克俊 北里大学大学院 医療系研究科 産業精神保健学 教授

10 Q&A 1 精神疾患が疑われる従業員への対応について

第2回

2019.08.02

13 うつ病の構造

講師 神庭 重信 一般社団法人 日本うつ病センター 理事長 九州大学 名誉教授

17 簡易型認知行動療法を活用した職場のメンタルヘルス

講師 大野 裕 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

21 Q&A 2 精神疾患が疑われる従業員の家族への対応について

第3回

2019.09.06

22 多角的に進める職場におけるメンタルヘルス:APEC等での取り組みから

講師 伊藤 弘人 独立行政法人 労働者健康安全機構 本部研究ディレクター

26 職場のメンタルヘルスと自死問題

講師 細川 潔 弁護士 自死遺族等権利保護研究会

28 Q&A 3 精神科(心療内科)医療機関との連携について

第4回

2019.10.04

30 医療保険者としてのメンタルヘルスへの取組みと経験

講師 依田 晶男 全国土木建築国民健康保険組合 専務理事
町田 睦夫 全国土木建築国民健康保険組合 人事部

35 職場におけるメンタルヘルスの一次予防の取り組みについて

講師 山本 愛 医療法人社団朋友会 けやきの森病院 精神科 産業医

39 Q&A 4 メンタルヘルスに関する企業側の予防的取り組みについて

第5回

2019.11.15

40 うつにならないための食事・生活習慣

講師 功刀 浩 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所 疾病研究第三部 部長
同 気分障害先端治療センター長

44 企業におけるメンタルヘルスの取組み

講師 石川 麻子 株式会社 小松製作所 湘南工場 湘南健康管理室 室長・産業医

47 メンタル不調と仕事の両立

講師 秋山 剛 NTT 東日本 関東病院 精神神経科 心療内科 部長

53 繰り返す「うつ」への対応 — 産業医の経験から

講師 海老澤 尚 六番町メンタルクリニック 院長

第6回

2019.12.06

57 簡易型認知行動療法を活用した職場のメンタルヘルス

講師 大野 裕 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

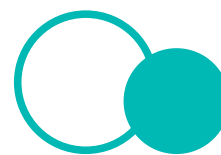
61 最新の脳機能から見たメンタルヘルス

講師 三村 将 慶應義塾大学 医学部 精神神経科学教室 教授

64 アルコールとうつ、自殺～死のトライアングルを防ぐために

講師 松本 俊彦 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長

「ワンストップ支援における 留意点」の活用方法



大塚 俊弘

川崎市こども未来局
児童家庭支援・虐待対策室
担当部長

タイトルのワンストップ支援とは、3年前から日本うつ病センターが取り組んできた自殺対策事業で、もともとは厚生労働省から自殺予防対策の補助金を受けて始まったものです。

自殺というのは、借金などひとつのことで追い込まれて、そこまで至るということは非常に稀です。多くのケースは、複数の多重的な困難を抱えた結果、心理的視野狭窄という状態に陥って自殺に至ります。周りには沢山、助けてくれる人や資源があるのに、もう死んで全て終わりにして、この苦しきから逃れたいというふうに思ってしまうます。

こうした多重な問題を抱えた人に、早く適切な対応をすると、自殺のリスクは相対的に減っていきます。日本うつ病センターでは、このような適切な支援を拡大するため、数多くの専門家の意見を集めて『ワンストップ支援』における留意点という冊子を作り、広く配布しました。専門家ではない、素人でも知っておくべきことをまとめています。今日はこの手引きを活用するためのポイントをお話したいと思っています。

この冊子は日本うつ病センターのホームページでも見ることができます。勉強会などの資料として活用していただけるように、テーマごとに、A4用紙で印刷しやすいように編集しています。まず、冊子の26ページから29ページに書いてある生活困窮者への支援について、お話しします。

生活困窮者や追い込まれた人への支援でまず大切なのが、「判断を交えない態度を基本とする」ということです。これは、難民支援であるとか、人身売買の被害者支援であるとか、戦争孤児の支援であるとか、世界中の支援に関わる機関が出しているガイドラインにはどれでも書いてあります。支援を必要とする人たちに対して、私たち支援者は non-judgemental attitude で接しなさい、ということ。これは、悩みを抱えた労働者を支援する場合も一緒です。

追い込まれた人、それぞれには個別の事情があり、それぞれの人の痛みは非常に人間的なので、本人でないと分かりません。それに対して我々が、『これはあなたのためになるよ』という形で、望まない支援を押し売りするのは非常によろしくない、ということを行っています。その人考えに解釈とか判断をせずに、「私はあなたではないので、あなたのことはちっともわかりません。ですから、私は何をすればあなたの役に立つのでしょうか」と、率直に問いかける姿勢が、non-judgemental attitude です。これが支援の基本だということです。

初期対応としては、安心・安全な生活の場を提供し、まずは休んでもらうことを最優先する。そして、経済的困窮だけに注目し過ぎないことも重要です。生活困窮に陥った背景にはいろんな問題があります。知的障害があったり、病気があったり、借金があったり、家族との問題があったり、犯罪歴等があったりします。ですからお金の問題だけに注目し過ぎないというのがポイントです。

生活困窮者が陥りやすい心理状態や行動様式を理解しておくことも重要です。虐待体験がある人とか、DV 被害者であるとか、そういった方々も同じような行動様式になりがちです。生活困窮者の中には、様々な傷つき体験、失敗体験をしていたり、身体的・心理的な暴力被害に遭遇していたりする人が少なくありません。人間は自分の力では解決困難なものに遭遇すると、異常事態に対する正常な反応として、不安・緊張・不眠・抑うつ・幸福感の喪失などが起きます。

さらに、社会活動能力の低下や、対人関係困難（人とうまくつきあえない。孤立感）が、つらい体験に対する正常な反応として起こることもぜひ知っておいてください。ここは非常に大切なポイントです。

社会活動能力の低下というのは、外から見るとなんとなくやる気がないような感じだったり、非協力的であったりするように映ります。しかし、これは本人の性格というよりも、正常な反応だと考えられます。人間は非常につらい体験をすると、正常な反応としてこういうことが起きるのです。震災のような大災害の被災者にも、こういう反応が起こることがよくあります。

長年にわたって暴力被害を受け続けると、戦うか逃げるかという行動パターンが身についてしまいます。常に危ない状況に置かれ続けると、ノルアドレナリンが出続けて神経が常に亢進している状態となります。そのため、ちょっとしたことでキレやすいとか、大事な時に逃げてしまうとか、そういった反応を示しがちになります。

このような理由から、生活困窮者の中には過度に攻撃的だったり、支援の途中で逃げ出したり、無気力で非協力的であったり、拒否的だったりする人が少なくありません。このような行動は、本人のわがままや病的な性格などに起因するものではなく、これまでの過酷な体験、つまり異常な事態に対する正常な反応であるという理解が必要なのです。

ですから、支援拒否や中途離脱には寛容になってください。そして、うまくいかない場合にも、継続して次の社会資源につなぎ戻す、連続的な支援の提供が求められます。

自立を進めることで、かえって孤立を増強させる場合があることにも注意してください。これは生活困窮者だけでなく、よくあることなのでぜひ知っておいてください。自立に向けてうまくいっているように見えても、支援者をがっかりさせたくないという思いから、大事な事を言えなくなってしまう人が多いのです。職場でも、上司との関係がすごく良いがために、大事な事を相談できず、「助けて」と言えないケースはよくあると思います。最悪の場合、自殺につながることもあります。手引きの最後に事例を入れているので、ぜひ読んでみてください。

次にアルコールや薬物の問題です。勤労者の支援にも大きく関係してきますので、しっかり理解してください。一番大事なのは、依存症についての正しい理解です。依存症は、その行動を意志力や精神力ではコントロールできない行動障害を指します。脳内報酬系が壊れてしまうことで起こる脳の病気です。意志力や精神力に頼っている限り、100%治りません。

したがって、失敗や再使用への寛容と再挑戦への応援が大事です。専門病院に行っても、酒や薬を一回で止められる人はほとんどいません。みんな5回、10回と失敗を繰り返します。そういうものなのです。意志力や精神力でコントロールできないのですから、失敗はつきものなのです。失敗を隠して、そのままにしておくことが悪いので、「また飲んじゃいました」と言えるような関係、環境を築くことが必要なのです。自助グループとの連携も大切です。

それでも、反社会的行為に対しては毅然と対応しなければいけません。アルコール依存の患者が酔っぱらった状態で私の外来に来ることがあります。そういう場合、私は診ません。酔っぱらっての暴行や傷害、飲酒運転などに対しては毅然とした対応が必要で、警察への通報をためらう必要はありません。ただし、使用そのものが違法とされる薬物の場合は、再使用の度に警察に通報するものではありません。失敗への寛容と再挑戦への応援が大原則です。

次は、多重債務・経済問題を抱える人への対応です。支援ではまず、「これまでの苦勞へのねぎらいをする」ことがポイントです。多額の借金を抱えた人が、信頼できる人に勇気を振り絞って相談したのに、「なんでそんなに借金をしたのか」と聞かれると非難をされたように感じて、もう二度と話さなくなります。

ですから支援者としては、借金問題を打ち明けられた時、まずは「今までよく頑張ってきましたね。もう一人で頑張らなくても大丈夫ですよ」というねぎらいの声掛けが最初の対応になります。税金を払えなかったり、子どもが登校できていなかったりする背景に、借金や多重債務問題がないか関心を払っておくことも大事です。問題が分かった場合は専門家の介入が必要ですが、単に紹介するだけでなく、しっかり予約を取るなどして、確実につなげる支援が基本だと考えてください。

次に DV 被害を受けている人への支援について話します。これはなかなか見えにくい被害です。支援の基本姿勢は、これも「判断を交えない態度」です。DV 被害者に対する支援でも、支援拒否や中途離脱が起こりがちで、これも生活困窮者に対しての支援と同じく、寛容な態度で臨むことが欠かせません。

逃げざるを得ないような DV 被害者には、弱々しいイメージがあるかもしれませんが、そんな人はめったにいません。多くが攻撃的です。男から様々な暴力を受け、そこを生き抜いてきたサバイバーですから、ちょっとしたことでキレやすかったり、次のステップに移れそうな大事な時に逃げて行ったりします。ですから、婦人相談所の職員は燃え尽きやすいのです。

僕は婦人相談所の職員さんに「DV 被害者の行動には脳機能の問題があるかもしれないから、よく理解してあげてね」という話をよくしていました。それを知っておかないと陰性感情が湧いてしまって、支援になりません。

「自己決定ができるような支援」も凄く大事です。DV 被害者の多くは、繰り返される暴力と、自らの人格や尊厳を否定されたような支配に圧倒され、「自分の力では何もできない」という「自己コントロール感の喪失」や「自尊感情の低下」に陥っています。ですから、自分でコントロールする感覚を取り戻してもらう支援が大事なのです。

DV 被害者の支援では、可能な限り自己選択をしてもらう。しかし、なかなか決めることが出来ない人が多いので、可能な限り複数の選択肢を提示します。警察との連携や、同伴児童への対応も大切ですよ。

次に、幼少期の逆境体験を持つ人への支援について話します。支援の基本はこれも「判断を交えない態度」です。虐待する親は「これはお前のためだ」と正当化して虐待します。ですから虐待を受けた人にとって、「これはあなたのためですよ」と言って押し付けられることは凄くつらいことなのです。

幼少期逆境体験がある人は、非常に攻撃的であったりするというのも、これまで話してきたことと一緒に、それは本人の本来の性格ではないのです。そして過剰な攻撃性などは、逆境体験によって生じた脳の問題であるということ、可能であれば本人に伝えることが大切です。

私の実際の経験ですが、児童相談所で一時保護した子どもの中に、虐待体験があって非行を繰り返す子が何人もいました。そういう子に話を聞いてみると、ほとんどが、自分は異常だと思っているんですね。どんなに深く反省しても、また暴力問題を起こしてしまう。そんな自分を異常だと思っているのです。

そういう子どもたちに私は「それは君が異常なんじゃなくて、君の体験が異常なんだ」と話しました。「異常な体験のために、たぶん君の脳が凄く正常に反応して、君の脳の中では、ノルアドレナリンという怒りのホルモンが多くなっているんじゃないかな。ずっと危ない状況で生活すると、そういう風になる。脳が戦闘モードになっているんだ。脳は正常に反応しているだけなのだけれど、このままだと犯罪者になってしまうから、戦闘モードのままでも人に暴力を振るわないで済む方法を、担当のケースワーカーと一緒に考えようね」などという話もしていました。

それと「自分を大切にしよう」というメッセージは非常に危険なので、気をつけてください。虐待を受けて育った人は、自分が大切ではないかと思ったり、自分は不必要な人間なんじゃないかという感覚に囚われたりしています。こういう人たちに、自分を大切にしろというメッセージを強く伝えると、自分を大切に思えない自分は普通じゃない、不必要な人間なんだという思いが強まってしまいます。すると自殺のリスクまでも高まります。

今、自殺総合対策大綱の中で、学校における SOS の出し方教育を推進すると書かれていますが、分かりやすく言うと「死にたい」と言える教育ということです。この日本は、「死にたいほどつらい」と素直に言える社会ではありません。でも、死にたくなるというのは誰でもあり得ることなんです。自分を大切にできなくなることは、あり得ることなんです。そういうことを、しっかりとみんなが理解して対応しないといけない、というのがポイントです。

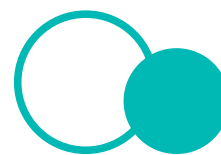
最後に、自殺未遂について話します。自殺未遂や自傷行為は、最も強力な自殺リスクです。過量服薬やリストカットを繰り返すと、多くの人は「あれは見せかけだけで本気じゃない」という見方をします。しかし、そうではありません。自殺未遂者や自傷患者の 10～30 人にひとりが自殺します。「注目を浴びたいだけだ」と言って放置せず、適切な対応が必要なのです。

「直前のエピソードに捕らわれ過ぎない」という点も大事です。自殺者は、自殺する直前のエピソードが深刻ではないように見えることが多いのです。でも、自殺はコップがいっぱいになって、こぼれたところで起こります。直前のエピソードは最後の一滴に過ぎません。

学校で起こった子どもの自殺では、いじめが直接の原因かどうかということがよく議論されますが、直接の原因を探るといって自体が、意味のないことです。問題は、すでにコップがいっぱいになっているということ。ひとつひとつのエピソードに囚われずに、いじめを含めていろんなことがあったんだろうな、ということのみないといけないわけです。

罪を犯した障害者の支援や、遺族の支援についても手引きに書いてあります。遺族が最も求めているのは、情報と生活のための支援です。法的な支援も強く求めています。一方で、家族や知人を亡くして悲しんでいる遺族を、すぐに精神科治療が必要な人だと決めつけてはいけません。これは遺族からの要望でもあります。遺族の悲しみは多くの場合、自然な反応です。遺族の支援において、心のケアは最優先のポイントではないことを、ぜひ知っておいてください。

労災事例からみた 若年勤労者の自殺予防



田中 克俊

北里大学 大学院
医療系研究科
産業精神保健学
教授

労災の申請件数は、平成 23 年度に認定基準が明確になったこともあって、ずいぶん増えてきています。平成 30 年度には、申請は 1820 件となりました。ただ、認定された件数は 465 件で、前年度よりも少なくなっています。

20 歳代までの若年労働者に限っていうと、労災はそれほど多いわけではありません。ただ、ちょっと変わった特徴があります。平成 24 年度から 28 年度までの労災件数の平均値を見てみますと、自殺においては、30 歳以上は平均 144.4 件の審査件数があり、認定件数は 68.8 件となっています。認定率は 47.6% です。これに対して、若年労働者の自殺に関しては、審査件数が 45.2 件ありましたが、認定件数は 17.6 件にとどまり、認定率は 38.9% と低くなっています。

この傾向は単年度でも表れています。29 年度をみますと、認定率は 30 歳以上では 50% なのに、若年労働者の認定率は 37.5% と、やはり低くなっています。

労災の中には自殺事案が多く含まれます。これは非常に不幸な出来事でありまして、もともと労災認定というのは裁判とは違って、労災補償の保険の対象にしようという制度です。つまり、困ったことがあった方に給付をしてあげる手続きのプロセスなのです。

ですから、労災審査という名前にはなっていますが、大変つらい事案の場合は、できるだけ給付の対象にしてあげようという精神が、もともとの制度のベースにあります。特に、最もつらい事案である自殺の場合は、迷った場合は労災の対象にしましょう、という雰囲気があるわけです。ですから自殺事案については、約半数が認定されているのです。

しかしながら、20 歳代までの若年労働者においては認定率が低い。これはなぜかと申しますと、自殺に至る背景やきっかけ、出来事が、業務とは違う場合が多いことが大きな原因だと考えられています。

そもそも自殺事案では、これまで認定された例のほとんどは過重労働が原因となっています。中高年を中心に、月に 100 時間超の残業などの過重労働を重ねるうちに、精神が非常に疲弊して自殺してしまうのです。このようなケースは、発症前 6 か月以内の業務上の出来事によって、心理的負担強度が極めて強かったということが認められます。一方で、業務以外には特段の心理的負担要因はなかったという場合に、業務上の災害であり、労災保険の給付対象であるという判断がされるわけです。

自殺の要因には、精神障害の既往症や生活環境、アルコール依存、性格傾向などもあるわけですが、このような部分は、現在の労基署では詳しく調べていません。といいますのは、昨今あまりにも申請件数が増えたために、個々の調査に時間をかけられなくなっているのです。

若年労働者の自殺事案では、過重労働が原因だという申請は少なく、ほとんどが職場のパワハラに関するものです。上司が厳しいことを言った時、それをどう受け止めるかは、上司と部下の関係性が大きく影響します。そのようなことも、認定率の低さにつながっている可能性があります。

労災の審査では、先ほど申し上げた通り、6か月以内の出来事が重視されますが、大塚俊弘先生のお話にもあったように、6か月以内のひとつふたつの出来事だけで自殺するケースはほとんどないわけです。自殺者は、コップの水があふれるギリギリまで耐えて、最後の一滴で自殺に至っているのです。そこは重ねて強調しておきたいと思います。

平成23年に労災の認定基準が改定されて、ハラスメントが基準に加わりました。上司のハラスメントによって自殺する事案が相次いだためです。「言葉自体の内容が過度に厳しい」「嫌悪の感情の側面がある」「極めて直截的なものの言い方をしていた」「上司とのトラブルを円滑に解決することが困難な環境にあった」ということがあった場合は、心理的負担が極めて強くなるという司法判断がされました。こういった司法判断も受けて、労災の認定基準の改定が行われました。

この改定によって、業務指導の範囲を逸脱し、人格や人間性を否定するような言動が認められる場合には、職場のいじめ（パワーハラスメント）に該当するという定義づけがされました。「給料泥棒」とか「お前の仕事は小学生並みだ」とか、こういう言葉は一発アウトなわけです。さらに最近では、明らかに人格を否定するようなひどい言葉ではなくても、何回も何回もその言動が繰り返された場合、これは執拗性が高く、心理的負担が非常に大きいと判断されて、労災と認定されることが多くなっています。

例えば若い女性社員に対して、ベテランの女性社員が「結婚はしないの」「結婚はいいわよ」「子どもは可愛いわよ」などと言ったとします。若い女性はそれが非常に嫌だった。これが1、2回だったらまだしも、週1回位のペースで言われ続けた場合、人間性を否定されてはいなくても、嫌なことを執拗に言われ続けているので心理的負担が非常に大きく、労災と認定されます。そのようなケースが実際にあります。言った方に悪意があったかどうかは関係ありません。

ハラスメント被害者の反応パターンは、二極化することが多いと言われています。1つは、厳しい対応をされるのは自分のスキルが未熟なためだと自責の念を持ち、極限まで自分を追い込む反応パターンです。深く傷つき、自殺の方向に向かってしまいやすいタイプです。

もう一方は、本人のパーソナリティ特性から警戒心や被害感を募らせ、業務上必要な注意にも過敏に反応してハラスメントととらえてしまい、上司や人事、職場内相談窓口で「訴える！」と繰り返す反応パターンです。こういう他罰的なタイプでも傷つきはあって、自殺につながることもあります。自分対会社という中で過緊張を強いられ、非常に疲弊しやすい状態なのです。

本人に若干の脆弱性がある場合、こうしたハラスメントを受けやすくなります。労災申請のケースを見ても、世渡りがあまり上手じゃない人が目立ちます。ソーシャルなヘルプを求めたり、塩梅よくやっていったりすることが苦手な人が多いことは事実です。

だからといって、本人のストレス対処が下手だから労災ではないというふうにいえるかというと、そうではありません。本人の脆弱性をどう判断するかについても、これまでいくつかの裁判で方向性が示唆されています。2003年の名古屋高裁では「通常想定される範囲の中で最も脆弱な者を基準にすべきである」との判断が示されています。病気の人だとか治療中の人とかではない、普通に通常業務ができていの人たちのグループの中で、最も脆弱な人に合わせるべきだということです。

ですから、少し要領が悪かったり、もともと性格的に弱い所があったり、仕事の能率が悪かったりしても、それを理由にはできないのです。実際に労災を巡る民事訴訟においても、性格上の多少の問題やパフォーマンスの低さが事実として認められたとしても、それが理由で判決の方向が変わることは、今はありません。せいぜい、過失相殺として考慮される程度です。

ハラスメントが起こった場合は、企業は様々な法的責任を負うことになります。労働契約法上の責任や男女機会均等法における責任、刑法上の責任、民法上の責任などです。ですから、ハラスメント対策は本気でやらなければならないのです。

仕事のやり過ぎでうつ病になり、労災認定を受けるというケースは、日本のみといっても過言ではありません。海外においては、ほとんどないのです。「なんで病気になるまで働くんだった」という話になるわけです。ただ、海外でよくあるのはハラスメントです。職場のメンタルヘルス対策というのは、ハラスメント対策とイコールです。会社のメンタルに関するリスクマネジメント対策は、ハラスメントをさせないということです。ハラスメントを行った上司をすぐに罰する。日本とはずいぶん違います。

ただ、日本でもハラスメントに対する様々な訴訟や労災申請が増えていることを考えると、企業として真剣に取り組まなければならない課題になっています。特に若者は、ハラスメントが原因とみられる自殺のケースが目立ちます。認定にまで至らなかったとしても、「いじめを受けたから自殺をする」というようなことが遺書などに書かれているわけです。ハラスメント対策に、企業として真剣に取り組まなければいけない時代になっているのです。

企業におけるハラスメント防止対策としては、実態調査や企業トップによるハラスメント防止対策の策定、セカンドハラスメントを防ぐ相談システムの確立などはもちろんのこと、ハラスメントが発生しない職場環境づくりが何より大切です。上司が同じことを言っても、普段のコミュニケーション次第で受け止め方はずいぶん変わってきます。コミュニケーション教育をしっかりとやらないといけません。

しかし、悩みを抱える社員のコップの水がいっぱいになっているかどうかは、外目ではわからないことが多いのです。土日には楽しく趣味に興じていた。だから大丈夫だと思っていた。「それなのに……」ということが結構多いのです。ですから、上司以外も常日頃からコミュニケーションを図ることが大事になります。

今、労災の全年代の自殺事案に共通して言えるのは、スマホを使った相談などを自殺の前に、必ず誰かにしているということです。手紙を書く習慣がない人は、SNSやメールで「ちょっと死にたくなっているんだ」などと誰かに伝える方がほとんどです。こういう人たちの変化にいかにつづるか、ということが自殺予防にはとても大切です。

SPIS（エスピス）という SNS を使ったサポートシステムがあります。復職支援で活用され始めた方法ですが、本人と職場の方、外部相談員が SNS でつながり、サポートしていきます。大きな心理的負担を抱える人は今まで、会社の健康管理室に手を挙げて行く、というスタイルだったのですが、特に若い人にとっては、そうしたアプローチは馴染みがない。SNS を使ったサポートシステムを築いていくことは、とても大事だと思います。

自殺を防ぐためには多面的な支援が必要です。予測できない自殺はたくさんあります。しかし、労災の事案などを見ても、「つらい」ということは誰かにちょっと言っているんですね。メールや SNS

などで。それを聞いた方が「あそこに行ってみたらいいよ」と言えたり、本人が相談しやすい方法を整備したりすることがとても大切だと思います。

自殺に至る直前に、周りが聞いていた言葉でよくあるのが、「よく眠れない」という悩みです。ごはんをおいしく食べて、よく眠れている人が自殺するということは、ほとんどない。心理的視野狭窄に陥るプロセスにおいて、眠れない、食べられない、ということがあった場合に、脳のバランスがずいぶん崩れてしまう。エネルギーを消耗してしまって、多様な考えを取り込むことができなくなってしまいます。

新興宗教などでも、不眠不休で祈らせ、断食でわざと食べさせないということをよくやります。それによって、ふつうであればそんな新興宗教になど入らない人までが、入信してしまう。不眠不休のような状況下では、誰もが偏った考えに陥りやすいのです。そして、追い込まれて選択肢がなくなると信念が強まり、誰の説得にも応じないという状態になってしまいます。

「眠りたいのに眠れない」という状態への介入は非常に大事です。「不眠」というキーワードから、適切な相談にもっていく流れが大切です。不眠にターゲットを置いた啓発活動は今後も大事だと思っています。

まとめを申し上げますと、若年労働者の自殺予防としては、ハラスメント対策が何より大事だということです。今のハラスメント対策は、起こった時に通報して、どう罰するか、という事後の対応についてはある程度考えられるようになりましたが、発生させない教育やシステムは、まだ非常にプアな状態にあります。今後は企業のリスクマネジメントとしても、これを避けて通るわけにはいきません。上司と部下とのコミュニケーションの在り方など、より予防的な教育を重視していくことが大事です。そして、社員に睡眠の問題が生じた場合は、すぐにそれを相談できたり、ケアしたりするシステムを作っておくことが大事だと強調しておきたいと思います。

Q & A — 1 —

精神疾患が疑われる従業員への対応について

1-a Q. 基本的姿勢として留意すべきことはどのようなことでしょうか？

A. まず第一に留意すべきことは、当該従業員に対応する者が精神疾患に関する正しい知識を持っておくことです。特に直属の上司やその部署の責任者が正しい知識を持っておくことが重要となります。

企業内でのメンタルヘルスに対する関心は高まってきてはいますが、身体疾患と比較すると誤解や偏見も大きく、多くの者にとって不得意感が強いのが実情です。そのために当該従業員に直接関わる管理職は、産業保健スタッフに任せっきりとなりがちとなり、時に適切でない対応をとってしまいます。

産業保健上重要となる精神疾患としては、感情障害〔気分障害〕（うつ病、双極性感情障害など）や依存症、ストレス関連障害（適応障害、PTSD など）などがあります。これらの疾患については、頻度、病態の概要、治療法、養生のこつなどについて、当該管理職が最低限の知識を得られるような環境を準備（研修の実施や資料の作成）しておくことが必要でしょう。

産業保健スタッフは、当該従業員に直接関わる管理職に対し、できるだけ早期に直接面談をし、当該疾患に関する正しい情報の提供に努めるべきでしょう。

第二の留意事項としては、“腫れ物に触る”的な対応を避けることです。この“腫れ物に触る”的な対応は、大きく二つの問題を起こすこととなります。一つは、病気になって自信を失っている当該従業員の疎外感を増大させること、もう一つが、病気のために判断力が低下している当該従業員に正しいメッセージが届かず、誤解が生じたり意思疎通や関係性の悪化につながることです。

当該従業員の職場で観察される精神的健康に関する心配ごと（体調不良の様子、元気の無さ、心配そうな様子、集中力の低下など）、現時点での業務の遂行状況などを、より具体的に伝えるとともに、診断書に記載された若しくは本人から明らかにされた病名や病状に関して、会社として履行しないと行けない安全配慮義務を明確に説明しつつ、本人の希望と主治医の意見を参考に、当該従業員の健康回復と就労の継続の両方にとって最も有効な方法は何かについて話し合っていくことを表明することが大切です。

病気のために思考力や判断力が低下している従業員の場合、職場の上司や産業保健スタッフからの説明や提案に対し、決断できなかつたり、拒否をしたり、考えが二転三転することもあります。曖昧な対応を避けて、繰り返し、具体的かつ明確な説明や会社としての意思表示をしていくことが肝要です。

1-b

Q. 精神科・心療内科への受診が必要と判断されるが、本人が受診を拒否している従業員に対してはどのような対応をすればよいのでしょうか？

A. 当該従業員に対して、受診が必要な理由について、曖昧にすることなく、より具体的に説明をするとともに、受診の結果に応じて職場として応援出来る事項についても情報提供しながら、ていねいに繰り返し説得することが基本となります。

多くの人々が、「精神疾患は、精神的に弱い人、細かいことをクヨクヨ気にし過ぎる人や、ストレス解消方法に失敗した人になる病気だ」といった間違っただけの理解をしています。そのため、精神疾患になったこと自体が自分の努力不足によるもので、恥ずかしいことだと感じてしまっています。このことが、精神科・心療内科への受診を拒否する大きな要因となっています。

重要なのは、“精神疾患患者 = 精神的に弱い人”という誤った考え方を、当該従業員に受診を勧奨する立場の人が明確に否定できていること、そして、その理由についてしっかりと説明出来るようになっておくことです。上司が「精神科を受診しないといけない状態になってかわいそうだ」とか「精神的に弱い人だろうから、配慮をしながら対応しないといけない」といった気持ちで受診を勧奨すると、その気持ちが相手に伝わってしまい、「自分は精神的に弱い人になる病気ではない」、「精神病患者扱いされてたまるもんか」といった頑なな態度を助長する結果になったりします。

例えば、うつ病は日本人の11人～12人に1人の頻度で罹患するとされているなど、精神疾患は極めて頻度が高いこと、ストレスフルな状況がたまたま重なりストレスの総和が一定水準を超えると脳内ホルモンの調整障害が生じ発症のリスクが増えること、薬物療法の発展や、認知行動療法に代表される新しい精神療法も開発されており、身体疾患と同様に治療可能な病気であることなどを、管理職と当該従業員が共有していくことが大切になります。

しかし、なかなか受診に納得されない人もおられますので、その場合は、保健師や産業医などの産業保健の専門スタッフからの情報提供や説得を試みることも有用です。

なお、会社に安全配慮義務がある以上、明らかな健康上の問題があった場合には受診指示は出来ることになっています。どうしても、当該従業員が受診に踏み切れないときは、産業医の面談を受けてもらった上で「専門医の診断と治療が必要だ」と判断されるという手順を経て受診してもらうことも必要と思われます。精神疾患が疑われる場合、精神科医の診断を受けさせ、必要に応じて休職等の適切な措置を講ずることなく、本人の不利益になるような処分をすることはやってはいけないという最高裁判所の判例が出ていることも知っておいてください。

1-c

Q. 精神疾患のために休職、復職を繰り返している従業員に対してはどのような対応をすれば良いのでしょうか？

A. 業務遂行状況に対する精神疾患の病状の影響と職場環境の影響について、しっかりと評価することが最優先です。

精神疾患の症状の持続や、再燃・悪化の繰り返しによって、業務遂行が出来ず休職を余儀なくされているのであれば、主治医に治療の見直しを検討してもらったり、症状悪化に職場環境の影響が強く関与しているのであれば、職場環境調整に関する助言を主治医からもらうべきでしょう。

いずれにしても、当該従業員を治療している主治医の判断が必要ですから、本人の同意をとった上で、直属の上司やその部署の責任者が直接主治医に面談を求め、相談や助言を受けることが望ましいでしょう。

主治医は、患者の全般的な精神症状や日常生活への影響に関する評価は出来ていますが、患者の職場での業務遂行状況や職業上の対人関係、それらと病状の関係性や影響に関する評価については、情報不足から十分に把握できていないことが多々あります。限られた診察時間の中で、職場での業務遂行状況まで細かく確認することは、衣食住や余暇活動に関する事項と比較すると優先順位が低くなりがちです。また患者の中には、主治医に良くなっている部分を報告したい、心配かけたくないという心理から、職場での問題を報告しない者もいます。したがって、職場の状況を直接主治医に報告して、判断を仰ぐことが極めて重要となります。

職場での様子が分かることで、診断や薬物療法の見直しにつながることもあれば、症状の悪化・再燃の要因となる職場環境や対人関係が明らかになることもあります。

主治医との面談の方法については、当該従業員と一緒に主治医と相談することが望ましいと思われませんが、主治医の考え方やご本人や会社の実情によって異なるかと思いますので、主治医と相談の上、面談のやり方を決められるとよいでしょう。事前の予約をすることなく、本人の受診にいきなり同行するというやり方は避けてください。

1-d

Q. 発達障害が疑われる従業員に対してはどのような対応をすれば良いのでしょうか？

A. 自閉スペクトラム症、注意欠如多動症（ADHD）などの診断がついて治療や支援が継続されている従業員と、社内で業務や対人関係におけるトラブルを繰り返し、周囲から発達障害の疑いが指摘されている従業員と分けて考えるべきです。

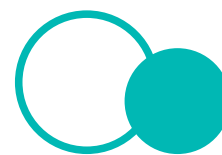
発達障害として治療や支援を継続されている方の場合は、他の精神疾患がある従業員と同様に主治医や支援者と連携しながら、その方の特性に応じて、指示の仕方、仕事の段取り、不得意なもの回避など、職場環境の調整や配慮を行うこととなります。

診断がついていない方については、発達障害としてメンタルヘルス上の配慮だけで対応することは望ましくありません。

対人コミュニケーション技能、認知や判断、こだわりや執着、注意力などには個人差があり、一律にメンタルヘルス上の課題として対応すべきものではありません。

業務遂行を妨げるような不注意、物忘れ、対人トラブルを繰り返す要因となるこだわりや執着などが様々な場面で繰り返し観察されるような場合は、保健師や産業医などの産業保健スタッフの判断を仰ぐべきでしょう。

うつ病の構造



神庭 重信

一般社団法人
日本うつ病センター
理事長
九州大学
名誉教授

今日は、うつ病とは何かというお話をしたいと思います。実はうつ病というのは、専門家の中でも理解が分かれています。今日は僕なりの理解をお話するわけですが、この考え方がマジョリティではないかと僕は思っています。

それでは、うつ病を含む精神疾患とは何か、というところから考えていきましょう。精神疾患とは、次の三つの次元で理解するのがいいと考えています。ひとつ目は生物学的な次元。これは脳であり、身体と言い換えることができます。ふたつ目は心理的な次元。心の問題として理解することができます。三つ目は社会的な次元。これは環境の問題としても理解することができます。

精神疾患は、脳の問題としてある程度は説明できると思いますが、それだけではなくて、心の問題の部分や、社会・環境の問題としても理解する必要があります。

例えば、過労からうつ病になって自殺したケースを考えると、まずは社会・環境の次元に過労という問題があったと考えられます。続いてその人は、過労のために十分なノルマを達成できなかったことで自分を責めたり、あるいは上司からの叱責があったりして傷つき、心理的な問題を抱えたと考えられます。

でも、社会的な次元と心理的な次元にこのような問題を抱えたとしても、全ての人がうつ病になり、自殺にまで至るわけではありません。病気のなりやすさとか、ストレスへの抵抗力の弱さとか、そういうものを脳の次元で考える必要があるのです。

人の存在は、一番基底に脳・身体があり、それは心の次元を生み出します。私たちは社会的な動物ですので、社会で起きた問題は心に影響を及ぼし、心の問題は脳・身体に影響を及ぼしていきます。逆に、脳・身体の問題が心に影響を及ぼして、それが社会との関わりに影響することもあります。

例えば、発達障害児の登校拒否、適応障害を考えてみましょう。発達障害は、脳の神経発達に何らかの問題があって起こると、今は考えられています。その結果、相手の気持ちが分からないとか、友達とのコミュニケーションがうまくいかないとか、興味関心が広がらないとか、そういった心の問題を抱えて、学校で仲間外れにされたり、いじめられたりすることがあるかもしれません。そうすると、適応障害が起きて学校にいけなくなるわけです。

これはボトムからアップへと影響が及んでいく場合ですが、逆にトップからダウンの問題を考えると、その典型的なケースは複雑性 PTSD です。長期間に渡ってフラッシュバックなどの PTSD 症状が続き、その人のパーソナリティにまで変化を及ぼすような状態をいいます。社会的な問題が心に影響を及ぼし、さらに脳の神経回路にまで変化を及ぼしてしまうのです。

この障害は、戦争の最前線で戦って、いつ死ぬか分からないという危機的な状況に置かれた兵士に起こりやすいことが知られています。あるいは、大災害に遭って生きるか死ぬかという危機的な体験をされた人や、家族が目の前で津波にのまれてしまい、助けられなかった経験をした人などに起こる可能性があります。あまりにも強烈な社会的な体験が、心だけでなく脳にまで悪影響を与えてしまうのです。

脳と身体の底辺には、ゲノムの情報があります。私たちの体も脳も、ゲノムの情報で作られています。ゲノムはタンパク質を作り出す情報でしかありませんが、このタンパク質が様々な物質を作り出すことで、それが組織化されて細胞が作られていきます。細胞には、脳の細胞でいえば神経細胞もあるし、グリア細胞もあるし、脳血管細胞もあります。

そういう細胞が、脳では神経回路を作っている。神経回路は電気信号によって計算をするわけですが、この電気信号が私たちの心理、行動、あるいは精神病理というものを作り出しています。

ゲノムから心理、社会へとつながる脳の一連の活動の最大の特徴は、常に環境からの影響を受けているということです。脳という臓器の最大の特徴は、自分の環境を変えるように働くということです。自分の周りに親しい友達をたくさん集められるか、あるいは孤立してしまうか、ということも身近な例としていえますし、現代の発展した社会も脳の産物に他ならないわけです。

エドワード・ウイilsonというハーバード大学名誉教授の社会生物学者は、「私たちの脳は石器時代からほとんど進化していないのに、この脳が神の技のような文化を創り出してしまったことで、ミスマッチが生じているのではないか」と指摘しています。

脳について、発達という軸で考え直してみますと、ゲノムは40億年の進化の産物として塩基の配列が決まってきているわけですが、ゲノムは環境と常に相互作用しつつ、言語の獲得、思考、性格、共感などの様々な心理学的なアセットを作り出してきたわけです。

その環境とは、子どもの時には第一次社会化と呼ばれる養育環境であり、親や家族から離れると第二次社会化と呼ばれる社会的環境とつながっていきます。そして環境の影響を常に受けながら、脳と心が作られ、発達していきます。

この養育環境、社会環境というのは、その人が育つ時代の集合的な精神、文化に内包されます。そしてある時に、ある状況と出会って、ある精神疾患が生まれてきます。つまり、脳・心・環境はひとりひとり異なっているわけで、精神疾患の構造もひとりひとり異なっているはずなのです。

精神疾患というのは、すべからず症候群です。症候群というのは、ある特定の症状が出ている一群をいい、その人々を調査研究することで、症状の原因を見つけることができるのではないかと、という集団のことをいいます。

症候群から原因がわかって、疾患の解明へとつなげていくのが医学研究なのですが、例えばそれがうまくいったのは、小児のレット症候群です。これは自閉症の一系と考えられていたわけですが、レット症候群の遺伝子が発見されたことで、今は精神疾患ではなくて小児の疾患に位置付けが変わりました。

ただ、こうしたものは少なく、精神疾患はまだ症候群のレベルにとどまっています。その裏にある真の原因は未知なのです。ですからうつ病と聞いた時に、原因が明らかな身体疾患と同様に捉えるのは間違いです。

精神疾患は、主に主観的な症状を元に診断されます。病理診断や画像診断の方法がまだないためです。ですから、症候群の中には異なる原因で起こっている複数の疾患が含まれていると考えられます。

精神疾患は、その症状によって生活機能や社会機能が明らかに障害されている場合に、精神疾患と診断しようと決めています。これは身体疾患とはちょっと違います。例えば、すい臓がんはどんなに小さくてもすい臓がんです。小さいすい臓がんが、その時点でその人の生活機能に影響を及ぼしていても、すい臓がんはすい臓がんなのです。

ところが精神疾患の場合は、すべての精神疾患のカテゴリーの中に、「機能の障害を引き起こしている」という条件が付きます。なぜかという、正常と異常とを病理診断や画像診断で区別できないためです。例えば、親を失った悲しみの中にある人と、うつ病の人とをどこで区別しようかという時に、この機能障害の有無という条件が必要になってくるのです。

うつ病のかつての診断は、発症の経過を聞き取って原因を推定することで、うつ病のタイプを分類していました。この分類法では、明らかな原因が見当たらずに発症するうつ病を「内因性うつ病」と呼んでいました。また、死別体験や財産、地位、名誉などを失ったことによる反応が非常に強く出ている状態を「反応性うつ病」と呼び、親子や上司との葛藤などが抑うつ症状を引き起こしている場合は「抑うつ神経症」と診て、うつ病とは区別してきました。これが古典的な精神医学におけるうつ病の考え方です。

ところがこの分類の問題点は、診断の一致率が高くなかったことです。ある医師は内因性と判断し、別の医師は反応性と判断するようなことが、多く起こっていたのです。そこで、診断の一致率を高めることを重視して、新たな診断基準が作られました。その代表が、米国精神医学会のDSM-5です。典型的な症状の有無と、それが社会生活上の機能障害を引き起こしているかどうか、などで診断します。症状を重視したこの診断分類では原因を推定しないので、内因性と反応性の区別は非常に薄まってしまいました。

うつ病との鑑別が必要な障害に、適応障害があります。これは実に難しい障害で、診断分類の中では「積極的に診断するな」といわれています。強い心的負荷やストレスが先行して起こり、そのストレスが取り除かれると原則的に回復する障害です。

症状は、抑うつ状態や不安状態、行動の変化として現れて、PTSDなどのストレス関連疾患の下に分類されます。行動の変化とは、怒りっぽくなるとか、乱暴になるとか、遁走していなくなるとか、そういう変化です。他の精神疾患ではなく、しかし生活機能の障害は認められるという場合に、限定的に付ける診断です。

ストレスの原因や、その結果として起こったことに強く捕らわれて、過度に心配したり、トラウマ感情が繰り返し起きたり、ストレスの影響について絶え間なく反芻して苦しんだり、という特徴を持っています。

このような適応障害は、職場の抑うつ状態の患者さんに多いかもしれません。ただ、適応障害という病名は、環境に適応できない弱い人たちとか、何か問題を抱えている人たち、というような意味を含んでしまっています。そのため、誤解を生んでいるのではないかと思います。

患者さんたちは、環境に適応しようとするから症状が出るわけであって、環境から逃げたり、回避したりできれば障害は生まれません。

例えば、夫の暴力という家庭内暴力を考えてみましょう。毎日のように夫から暴力を受けている奥さんが、抑うつ状態になったとします。うつ病の診断基準を満たさなければ適応障害になりますが、この妻は夫の暴力に適応すべきなのでしょうか。適応できない奥さんに問題があるのでしょうか。そのように考えるとお分かりになると思うのですが、職場のストレスについても同じことがいえると思います。

本人は、厳しい環境に無理に適応しようとするから症状が出ているのです。ですから、この病名は「適応反応症」と置き換えた方がいいのではないかという意見もあります。

適応障害が問題なのは、放置するとうつ病などの精神疾患を二次的に発症する可能性が高いことです。中には自殺する人もいます。ストレスが誘因になっているのは明らかなので、その理解と対応が欠かせません。様々な事情で原因のストレスを取り除けない場合は、本人の受け止め方が変わらない限り、慢性化することが多くなります。

最初にお話しましたが、うつ病は従来、内因性と反応性（心因性）に分類されていました。それが、症状を重視した新たな診断分類で、うつ病を連続体としてとらえる考え方に変わってきました。この連続体でも、心理・社会的要因が非常に色濃い人もいれば、脳・身体的要因が強いうつ病の方もいらっしゃるわけです。

ところが問題なのは、このうつ病の連続体というものを、のっぺりとした一塊であるかのように受け取られるようになってしまったことです。心理・社会的要因が色濃い人と、脳・身体的要因が強い人とが、同じうつ病として一括りにされてしまったのです。その結果、脳・身体的要因が強い人に効く抗うつ薬を、心理・社会的要因が強い人にまで「効くだろう」と考えて処方するようになりました。その結果、うつ病の診療は混乱を招いてしまいました。

うつ病の診断と初期対応で大切なのは、病前の性格がはっきり見えるまでは、急いで診断しないということです。発達障害や双極性障害、身体疾患などの可能性を考えて、これらでないかどうかをしっかりと鑑別することも欠かせません。軽症でも内因子が影響している場合もありますから、内因性を考慮して治療を開始することも大切です。そして薬物治療だけでなく、心身の休息や精神療法を導入していくわけですが、軽症のうつ病が治りやすいとは限りません。適応障害も治りやすいとは限りません。

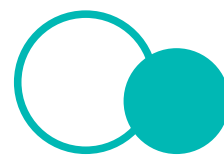
患者さんの多くは、うつになる時の心理・社会的ストレス、あるいはうつになったという事実を受けて、自己愛に傷を負っていることが多く、効力感の喪失や現実回避を招きやすい状態にあります。ここに焦点を当てないと、うつ病は慢性化してしまい、職場に戻るものが難しくなります。職場の配慮や家族のサポートも必要になります。

うつ病の治療では、抗うつ薬を漫然と、だらだらと使っているだけでは十分な治療にはなりません。精神療法やリワークのプログラムを受けられるまでに回復してきたら、そちらに導いていく必要があります。

うつ病は慢性化していても、だいたい3年するとよくなることが多いと感じます。これは確かな根拠のない私の経験ですが、苦しみの最中にある患者さんには希望を与えることが大切だと考えています。

抗うつ薬を飲めば良くなるという期待を持たせるのではなくて、治療を通して成長していくことで、うつから回復できるという希望や道筋を示すことが大切だと感じています。

簡易型認知行動療法を活用 した職場のメンタルヘルス



大野 裕

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

先ほど神庭重信先生がうつ病についてお話をされましたが、なかなか難しかったですね。専門家でもよくわかっていないのが精神疾患なのです。精神疾患の病名というのは、こういう症状があるから、こういう名前を借りにつけておこう、というものです。そうすると、例えばうつ病という名前が付いた人には薬が効くことが多い、ということです。

ただ、うつ病の人に抗うつ薬を使って、最初の薬で症状が無くなるのは3割です。いろいろ使っても、良くなるのはだいたい6割から7割。神庭先生みたいなスペシャリストが使っても、最大でそのくらいなのです。スペシャリストではない精神科医が使ったらどのくらいになるか、これはよくわかりません。だから、病名にあまり囚われないようにして欲しいのです。医者診断はあてにならないのですよ。そこで何が大事かという、その人を見て、その人に必要な手助けをしていくということです。

診断というのは、あくまでもひとつの手がかりを得ることなのです。今、医者診断はあてにならないと言いましたが、これは日本だけではありません。過剰な診断はどこでも起こっています。専門家がみると、何でも精神疾患に見えてきて、どんどん正常がなくなっていくんですね。

アメリカでは、野球のメジャーリーガーにADHDが多い。ADHDとつくると、神経刺激薬が使えるんですよ。ドーピングにならないんです。そして通常以上に興奮して成績を上げられるようにする。薬を使うために病名をつけているわけです。

ですから、専門家ではない人が精神疾患を見る時には、病名がどうかということよりも、その人がどれくらいつらくて、日常生活にどのような支障が出ているのか、という所を見て、その上で、どのような手当てが必要なのかを考えていただきたいのです。

では、どのような手当てをするとよいのでしょうか。精神疾患は様々な原因で起きてきます。でも精神疾患では、脳にどのような変調が起こっているのか、まだわかっていません。ですから薬は万能ではありません。脳に変調が起こると、ものの見方が悲観的になってきます。そして、ストレスをいつも以上に大きく感じたり、まわりのサポートが目に入らなくなったりします。そして不調がどんどん強まっていきます。そういう時には、環境を整えて、適切に薬を使って、その人の心理的な状態を整えていく。この3本柱で支援をしていくことになります。このうち職場で対応できるのは、環境を整えることと、心理的な状態を整えることです。ですから、そのために役立つ認知行動療法についてお話をしていきたいと思います。

メンタル不調はさまざまな損失をもたらします。自殺による労働力の損失は年間7000億円と計算されています。また、精神疾患による休業の損失は年間460億円です。一番大きいのは、精神疾患を抱えながら、しかし休まないで出社している人たちの生産性低下による損失です。これが4兆円

を超しているのです。つまり、マスコミ的には自殺の問題や休みの問題が重要ですが、企業として見た時には、精神疾患を持ちながら働いている方の支援や、そうならないために水際で防ぐ対策が重要です。それが出来れば、企業の活力がかなり高まってきます。そこでとても役立つのが、認知行動療法なのです。

認知とはものの考え方です。瞬間的な判断、情報処理のことを指します。その情報処理のプロセスに目を向けて改善すると、その人が適切な対応ができるようになるのです。そういうことに注目したのが、アメリカの精神科医アーロン・ベックです。

ベックが1960年代初頭にこういう考えを提唱した時、初めは誰も見向きもしませんでした。医者でも企業でも、どの世界においても、新しい考え方はなかなか受け入れられないのです。ベックも悩んだと言っています。誰も聞いてくれないから、中学生だった自分の娘に話して聞かせた。「なかなか面白いんじゃない」と言われて、ちょっと気持ちを取り直して、もう少し頑張ろうかなという気になったそうです。人間関係って大事ですね。アメリカ人でもそうなのですから、日本の職場の人間関係というのは、孤立を防ぐためにすごく大事になります。

この考えをどうしたらみんなに伝えることができるだろうか。ベックは考えて、本を書くことにしました。すごく分厚い原稿を書いて、出版社に持っていくと、次の日、編集者から電話が掛かってきました。「面白くて一晩で読みましたよ。でもこんな簡単な方法でうまくいくとは思えないから、出版できない」。

ベックはすごくがっかりしたと言っています。断られたらがっかりするのは当然ですが、そうすると考えはマイナスの方向に進んでいきます。「自分には力がないんだ」「受け入れてもらえないんだ」「これから先もいいことはないだろう」なんてことを考えます。これがベックのいう「否定的認知の三徴」、つまり、自分自身に対して、周りとの関係に対して、将来に対して、悲観的になってくるのです。

そういう時に、ちょっとそこから距離を置いて、自分が置かれている所を見してみる。そうすると、断られたというネガティブな出来事はあるのだけれども、一方で、おもしろくて一晩で読んでくれたというポジティブな出来事もあったわけです。すると、ちょっと気持ちが楽になるんですね。そして「どうすればいいかな」と考えることができます。ベックはそこから「効果研究をしよう」と気持ちを切り替えて、認知行動療法の初の効果研究が始まりました。このあたりはサントリー創業者、鳥井信治郎さんの「やってみなはれ」の精神と一緒にですね。

そしてやってみたら、確かに効果があった。じゃあ使ってみよう、ということになったわけです。このプロセスを、例えば患者さんが、ないしは社員の方が踏むことが出来れば、いろんなネガティブな逆境に立たされても、自分の力を生かして先に進んでいくことができるわけです。

このプロセスを整理してみます。私たちはある出来事があった時、瞬間的に判断します。これを「自動思考」と呼びます。私たちは意識しないうちにこれをやって、自動運転で生活しているのです。これが、ふつうはうまくいっています。ただ、何か大きな出来事があった時や、ストレスフルな状況に陥った時は、この自動運転がうまくいかなくなってしまう。突然、ハンドルが変な方向に行ったりする。その時には、慌ててハンドルを握って元に戻す必要がある。これが認知行動療法のポイントになります。

そして、このとっさの時というのは、だいたい悪い事を考えてしまうものです。例えば、契約をしようとした相手からなかなか返事がもらえないとします。「これはうまくいかないかもしれない」と

考えて、ではどうすればいいかと考えていくわけです。「待っていればきっとうまくいくよ」なんて思っていると、だいたい失敗するんですよ。ですから、最初のとっさの判断はマイナスでいいんです。逆にマイナスでないと困るんですよ。ただ、そこから手動運転になった時には、何が起きているのか、丁寧に情報を集めて適切な判断をしていくことが必要になります。これを手助けするのが認知行動療法です。

なぜ手助けが必要なのでしょう。ネガティブな考えというのは間違っていないことが多いのです。私たちはそれほど、バカではないんですね。みんなが食事に行く時に誘われず、落ち込んでしまった人に、「君の仕事が忙しいから気を遣ってくれたんだよ。そう考えれば気持ちが楽になるじゃないか。認知行動療法はそういうものなんだよ」と言って、対応する企業の相談員の方がいらっしゃいます。でも、誘ってもらえなかったのですから、嫌われている可能性は高いんです。その時に大事なものは、何が問題なのか、自分はこれからどうしたいのか、ということを考えて、その工夫をすることです。

ところが私たちは、どうしても瞬間的な判断をしてしまいます。これは、とっさの出来事から自分の身を守るために、原始時代から変わっていません。瞬間的に判断して、後になって「ああすればよかった」などと過去を考える。「こうなったらどうしよう」と未来のことを考える。するといつの間にか、今に目が向かなくなってしまうことがあります。すると後悔して落ち込んだり、先のことを考えて不安になったりする。これがメンタル不調になっている状態なのです。

これは病名に関わらず、同じように誰もが体験することです。その時にうつ病の方は、落ち込みという気持ちが付いてきていますし、不安が強い方は「危険じゃないか」などという不安に関係した考えが付いてくる。でも病名が変わらず、メンタル不調の背景は同じなのです。ですからちょっと距離を置いて、今何が起きているかを見て、丁寧に現実を見て、未来にも目を向けながら問題に対処することが大事なのです。

認知行動療法は流行りで、いろいろな所で使われるようになっていきます。でも間違った使われ方をしているのが目に付きます。考え方を切り替えたり、変えたりするのは手段に過ぎません。目的は、その人が自分の希望する現実に進んでいけるようにすることです。問題が多いパワハラ上司に適應できるように、考え方を切り替えさせようとするのは、認知行動療法ではありません。

認知行動療法を適切に行える医療者は、まだそれほど多くありません。そこで私たちは、ITの活用を考えました。認知行動療法やカウンセリングというのは、何かアドバイスを与えることではありません。ご本人が気づいて工夫をしていく、その力を育てるための支援の方法です。スポーツのコーチと同じで、改善のための手がかりを提供するのが我々の役割です。それをITでできないだろうかと考えました。

まず、メンタルヘルス不調が出る前の人に、予防的にITを活用できないだろうかと考えました。メンタル不調が出ていない人にまで、お金をかけて何かをした方がいいのか。そう考えると、そこに専門家などの人を当てるよりは、ITを使った方がいいのではないかと考えています。

AIはまだまだ人間の脳には敵いません。でも、認知行動療法の主役はご本人であり、ご本人が考えることをサポートする方法ですから、これならばAIをうまく使えるのではないかと考えました。「自分の変化に気づく」「ひと息入れる」「考えを整理する」「期待する現実に近づく」というプロセスを、AIを使ったチャットでできないかと思い、開発を進めています。これを人間同士で行うと、不用意に傷つけてしまうこともあります。AIで対応すれば傷つけるリスクを減らせるのではないかと期待しています。

集団教育の中に認知行動療法を導入することも大切です。私が監修している「こころのスキルアップトレーニング」というサイトはスマホでも利用でき、認知行動療法を楽しく学べます。企業ごとに集団で使っていただけるように、非常に安価で提供しています。これを導入した企業では、心が疲れた人のうつ度が改善しただけでなく、健康な人もますます自信を持って仕事ができるようになるなど、効果が表れました。

各職場で導入されているストレスチェックも、予防策だと言われています。高ストレス者の中で手を挙げた人への面談をし、そのフォローをする。ところが、高ストレス者として浮かび上がってくる10%のうち、手を挙げる人はその中の10%以下に過ぎません。手を挙げない人へのフォローが当然必要になってきます。そういう時に、「こころのスキルアップトレーニング」などを活用するとよいと考えています。

しかし、今のストレスチェックは、本来の使われ方とは若干異なる使われ方がされています。ストレスチェックは本来、職場環境を改善するために導入されました。高ストレス者への面談は二次的なものだったのです。ところが実際は、高ストレス者への対応ばかりに目が向いています。職場環境の改善に、もっと目を向けないといけません。

復職後の支援も大切です。リワークがとても流行っていますが、リワークの効果が本当にあったというエビデンスを私は見たことがありません。復職者に対しては、認知行動療法を生かした心理的な支援をうまく継続していくことがとても重要だと思っています。

その際に、何もなくて復職者の面談をするのは大変なので、インターネットのアシストを受けながら面談できるというのではないかと考えています。これを「インターネット支援型対面認知行動療法」と名付けました。パソコンを開き、認知行動療法についての解説や動画を一緒に見たりしながら、複数回の面談を続けていきます。この手順はマニュアルに入っています。そうすると、このような面談をしたことがない保健スタッフも、一定のことができるようになります。

この効果を検証したところ、薬物療法で良くならなかった人にも効果がはっきりと表れました。この方法を使うと、面談の脱落者が出にくいという結果も示されました。そのため、復職者の支援でかなり使えるのではないかと考えています。この方法は、ご本人が帰宅してからも「こころのスキルアップトレーニング」を利用して学習できるので、それも役立っているのではないかと考えています。

さらに、対面での長時間の面談を嫌がる人にも対応するため、保健スタッフと顔を合わせるのは毎回最初と最後だけで、あとはインターネットに任せて進める方法も考えています。こうすると保健スタッフの負担を減らすこともできます。いろいろなツールを使って、認知行動療法をそれぞれに合った形で学んでいただくのが大切だと考えています。

Q & A — 2 —

精神疾患が疑われる従業員の家族への対応について

2-a

Q. 家族への連絡を拒否している従業員に対してはどのような対応をすれば良いのでしょうか？

A. 当該従業員に対して、家族への連絡が必要な理由について、曖昧にすることなく、より具体的に説明をするとともに、ていねいに繰り返し説得することが基本となります。

当該従業員の職場で観察される精神的健康に関する心配ごと（体調不良の様子、元気の無さ、心配そうな様子、集中力の低下など）、現時点での業務の遂行状況などを、より具体的に伝えるとともに、会社としては、家庭での様子も把握したいこと、必要に応じて精神的健康の回復や治療に関する家族の協力も得たいことを明確に伝えます。

誠実な態度で繰り返し必要性を説明すれば、多くの場合は同意してもらえますが、どうしても同意してもらえない場合は、「私たちはあなたのことが心配なので、同意は得られていないけれども、ご家族に連絡させていただきます」と伝えた上で、家族と連絡をとると良いでしょう。精神的健康に関する重大な問題を職場が把握しているにも関わらず、そのことを家族に伝えないことは、安全配慮義務に基づく適切な対応が出来ていないことになります。

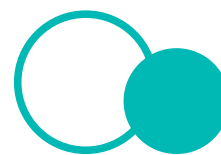
2-b

Q. 家庭内の問題に起因した精神疾患だと思われる場合、どのようなスタンスで対応をすれば良いのでしょうか？

A. 少なくとも精神疾患のために職場において、健康が害されて、業務遂行に何らかの支障が出ているのであれば、健康の回復に向けた職場としてのアプローチが必要です。

発症のきっかけとなった原因に直接的な関与は出来ないにしても、精神疾患の回復や治療効果に寄与する、あるいは病状の悪化を防止するための、職場での配慮や環境調整など産業保健における積極的な関わりは非常に有用かつ有効なものだと考えられます。

多次的に進める 職場におけるメンタルヘルス - APEC等での取り組みから -



伊藤 弘人

独立行政法人
労働者健康安全機構
本部研究ディレクター

メンタルヘルスの不調は誰でも経験します。この不調にはあらゆるリスクがあり、多次的に予防していくことが大切です。

本年（2019年）4月に始まった残業時間の上限規制など、法律や規則でメンタル不調を食い止めるというのが一つの方法です。また、職場での労働時間管理や組織文化の改善など、職場で取り組めることもあります。ご本人のセルフケアや、セルフケアの支援、場合によっては専門的な治療によって、メンタル不調を最小限に食い止めることもできます。本日は、こうした多次的な予防策について、国内外の状況を踏まえながら、最新の情報をお伝えします。特に APAC の取り組みは共同事業として関わっていますので、詳しくお伝えしたいと思います。

メンタルヘルスの問題は社会的な負担が非常に大きいことが知られています。我が国においては、自殺・うつ病の社会経済的負担は年間 2 兆 6800 億円と推計されています。統合失調症や不安障害の社会的負担も、それぞれ 2 兆円前後にのぼると推計されています。

ここで特に重要なのは、社会経済的負担の半分以上に、職場が関連しているということです。樋口先生らが行ったうつ病の社会的負担の研究では、出勤と欠勤による職場での間接コストは、全体の 63% にのぼっています。これは、職場において適切なメンタルヘルス対策ができれば、職場での間接コストが削減され、自殺者が減り、不調を改善した人たちの社会参画を促して、経済成長にもつながることを意味しています。こうした考え方は、世界的にも共通となっています。

2016 年の春にワシントンで、世界銀行、WHO、APEC のハイレベル会合が開かれました。適切な精神疾患の治療によって有病率や自殺などによる死亡率が下がれば、多くの領域でプラスの経済効果が表れるというのが、その会合の基本的な内容でした。以後、世界各地で継続的な会合が開かれ、論文や報告書などがまとまってきています。

職場支援の基本は、経済・個人の成長のための全従業員支援です。その上に、困難を抱える従業員への目標を絞った支援があり、更にその上に、有病者・高リスク者への個別化した支援があります。

全ての従業員への支援は「ポピュレーションアプローチ」と呼びます。一方、一部の従業員への個別化した支援は「ハイリスクアプローチ」と呼びます。経済産業省が定めた健康経営銘柄 2020 選定基準、健康経営優良法人 2020 認定基準は、国際的な考え方にも沿った評価法であり、ここでも職場のメンタルヘルスが重視されています。

「従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討」の項目では、従業員 50 人未満の事業所でもストレスチェックを行うことが適切な対策とされています。「従業員の心と身体健康づくりに向けた具

体的対策」では、長時間労働への対応や、メンタルヘルス対策、メンタルヘルス不調者への対応を明確に求めています。

ポピュレーションアプローチのポイントは、いくつかあります。まず、メンタル不調というのは誰でもなり得るということ。そして、昼夜を問わず2週間以上続くうつ状態の方への適切な専門的支援です。適切な支援を受けることは意味があると伝えることも大事です。

1950年から2002年までの昔の中高教科書に、メンタルヘルス関連の用語がどのくらい記載されていたかを調べた研究があります。これを見ると、1960年代の前半は、精神薄弱や遺伝、優生保護法といった記載が多かったのですが、以後、急激に減ってきました。一般教育の中で、心の教育というのはどんどん説明されなくなってきているのです。メンタルヘルスについての適切な記述は、教科書の中で必要だと思いますが、何もなくなっているのが現状です。

その一方で、うつ病の受療患者さんはどんどん増えています。その意味では、心の病というのは市民権を得て、みんなの課題になってきたように思います。2013年には、医療法に基づく医療計画の中で、精神疾患はがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病と並ぶ5疾病のひとつとして位置づけられました。

うつとうつ病は違います。うつ（うつ状態）は、落ち込むとか気力が出ないとか、大変広い概念です。うつ病は、その中のごく一部です。この二重構造を理解しておくことはとても大事です。これは全従業員に知っていただきたいメッセージのひとつです。

うつと治療との関係ですが、ショックを受けますと誰でも落ち込みます。これがうつ状態です。これは普通の反応であり、人間である証とも言えます。しかし、その中のごく一部のグループに、性格的な傾向も関与してなかなか前まで戻らない人がいます。また、かなり重い落ち込みの状態が2週間以上続く方々もいます。

一般的に、重いうつ状態が2週間以上続く方々のグループは、うつ病と診断される可能性が高くなります。こういう方々には、薬の効果も確認されているということです。重い状態というのは、朝も夜も、寝ても起きてもずっとうつで、それが2週間以上続く状態を指します。ですから、かなり重い状態なのです。

それでは、職場での関わり（介入）はどんな場面で効果があるのでしょうか。高いエビデンスレベルがある関わりは、2つあります。ひとつは、パフォーマンスが落ちてきた初期の時期に、何らかの関わりを持つこと。もうひとつは、重い精神疾患を抱える方への関わりで、障害者雇用につながるなどの効果があります。

それでは、メンタル不調者に何を伝えればいいのか。大事なものは、誰でもなりうるということと、大きな決断はひとまず保留するように提案すること、更に、適切な支援は有益であり、そのための多彩なメニューがあると伝えることです。

職場のストレス対策は大きく3つのモデルにまとめられます。「仕事の要求度・コントロールモデル」「努力・報酬不均衡モデル」「ストレス脆弱性モデル」の3つです。「仕事の要求度・コントロールモデル」で制度化されたのが、ストレスチェック制度です。

「努力・報酬不均衡モデル」は、仕事の遂行のための努力に対する報酬が少ないと感じられた時に、より大きなストレス反応が発生するというモデルです。これは今の日本の課題で、ワークライフバランスをどう適正にしていくか、なかなか解決がつかない現状があります。

「ストレス脆弱性モデル」は、同じ強度のストレスでも、本人の脆弱性の程度で対応力が変わるというモデルです。これは、労災認定を巡る 2000 年の最高裁の判決で、企業側に労働者個人の特性ごとの配慮を求める、という判断が示されました。これによって、職場で一律の支援をしていけばいいという時代から、職場では個々の従業員の特性、脆弱性に応じた支援をしなくてはならないという時代になりました。そういう意味で、労災の請求件数もかなり増えてきているのです。

では、全従業員を対象としたストレスチェックを進める時に、動機づけはどうすればいいのか。全従業員と言っても、拒否する権利を担保した上で、行うことが必要です。実際、ストレスチェックのメリットがない従業員は少なくないのです。

ただ、受診率は勧め方によってだいぶ変わります。例えば八王子市は、大腸がん検診の受診率を向上させるため、検診キットの送付時のメッセージを工夫しました。今回検診を受診しなかった人には、検診キットを来年は送付しないという一文を加えたのです。すると、このメッセージを送った人の検診受診率は有意に上昇しました。人は損をすることに敏感なのです。このような工夫は、職場のメンタルヘルス対策でも生かせるのではないかと思います。

ハイリスクアプローチはどうすればいいのか。通常の指導、対応の中に、ハイリスク者への支援を組み込んでいくことがとても大事です。また、いきなりどこかの医療機関を紹介するのではなく、段階的に支援の強さを高めていくことが大切です。紹介は最後の段階です。組織として、相談先や紹介医療機関をあらかじめ確保しておくことは不可欠です。

今後、高齢者の就労が増えていきますので、病気の治療と仕事の両立に向けたトライアングル支援はとても大事になります。最近は両立支援コーディネーターの養成が進んできました。仕事と治療を両立するためのプランの作成支援を行います。我々の機構のホームページでは、がん、糖尿病、脳卒中に加え、メンタルヘルスの両立支援マニュアルも作成し、公開しています。すぐにダウンロードできますからご利用ください。

過重労働は奈良時代にもありました。発見された木簡に、年間の勤務日数が記載されているのですが、日勤が 320 日で夜勤が 185 日、年間通算で延べ 505 日働いていた記載があります。これは国宝なのですが、奈良の大仏づくりでだいぶ過重労働が増えたようです。

長時間労働には、循環器病発症のリスクもあります。冠動脈疾患や脳卒中は、残業時間が長くなると増えていきます。ただ精神疾患の場合には、時間外労働が 80 時間を超える人の労災認定の割合は、3 割くらいです。ですからそれより少なくとも、労働災害だということになる可能性があります。過重労働による精神障害は、男性の場合は気分障害が多く、女性の場合は気分障害、PTSD、適応障害が多くなります。

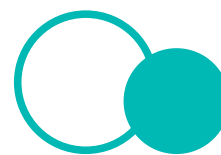
現在の日本は人口が減少し、少子高齢化が進んでいます。社会全体でこの問題に取り組まなくてはならない。若い世代の考え方や生活スタイルが変わってきています。先輩から見ると、仕事への不満を隠さないとか、宴会で最初からビール以外のものを飲むとか、驚きを隠せないらしいですが、実は新人も、仕事のマニュアルがないとか、上司が仕事をダラダラしていると感じるとか、アナログ的な判断が多いとか、いろいろと驚いているのです。

新人社員の調査で最近目立つのが、「人並みで十分」「好んで苦勞することはない」という意見だそうです。社会に役立つことよりも、楽しい生活を求めて、デートのために残業を断る傾向が増えている、という時代を迎えています。1990年代前半に「24時間働けますか」という宣伝がありました。現在はYouTubeなどを見ると分かりますが、3、4時間働けますか、という宣伝に変わっています。これは残業が月80時間ですと、1日4時間程度ですから、適法な宣伝に変わっているということになります。そういう意味では、職場のメンタルヘルス対策というのは、24時間世代から3、4時間世代への対応に変わってきているといえます。

今までは、「うちの企業には病気の人はいない」という傾向がありましたが、実際は有病率が高いですし、労災補償の基準も変わってきました。やはりこれからは、健康経営やリスク管理、人口減少、ダイバーシティ経営などの観点を踏まえて、「従業員の事情を考慮します」という時代になるのです。

あるクレーンを作っている企業では、50年以上前、2人の若い知的障害の女性を採用しました。その後、多くの障害者を受け入れて、現在、この会社の障害雇用率は70%です。もちろん利益が上がっています。こうした会社を集めて表彰する仕組みも出来てきました。それぞれが能力を生かしながら、やりがいを持って働ける社会を実現することが大切だと思います。

職場のメンタルヘルスと 自死問題



細川 潔

弁護士
自死遺族等権利保護研究会

労災の分野では、精神疾患の診断基準として主に世界保健機関の ICD（国際疾病分類）が使われています。ただ ICD は、労災の対象疾病が発症したのかどうかの基準として用いられているのであり、それが労働によって発症したのか、それともその他の原因で発症したのか、というところは分かりません。

私が基本的に扱っているのは、労働によって疾病を発症して、自死してしまった方の事案です。自死を予防する分野は私の活動としてやっているわけではないのですが、職場のメンタルヘルスを考える上でも重要な情報がたくさんあると思いますので、お話をさせていただきます。

職場のメンタルヘルスに関する調査で、厚生労働省が毎年行っている「労働安全衛生調査（実態調査）」というものがあります。平成 29 年の概況を見てみましょう。

これによると、過去 1 年間のメンタルヘルス不調により、連続 1 か月以上休業した労働者の割合は 0.4%、メンタル不調で退職した労働者の割合は 0.3% となっています。事業所の規模別にみると、連続 1 か月以上の休業者は従業員数「1000 人以上」が 0.8% で最も多く、退職者は従業員数「10 人～29 人」が 0.4% で最も多くなっています。産業別では、連続 1 か月以上の休業者は「情報通信業」と「金融業、保険業」が 1.2% で最も多く、退職者は「運輸業、郵便業」が 0.5% で最も多くなっています。

連続 1 か月以上の休業者が従業員 1000 人以上の大企業で多いのは、会社の休業制度が整っているからだと考えられます。逆に、従業員が少ない企業で退職者が多いのは、就業規則などで、休業に関する規則がきちんと整っていないことが多いのではないかと想像できます。産業別の特徴では、私が扱ったケースなどを踏まえての体感的なものになりますが、情報通信業や金融業などは、確かにメンタルヘルス的にキツイ職場なのだというイメージがあります。

次にメンタルヘルスと自死について取り上げます。日本精神神経学会の委員会が平成 25 年にまとめた「日常臨床における自殺予防の手引き」は、「自殺者の 9 割程度は何らかの精神疾患に罹患していると考えられる」と指摘しています。また、専門検討会がまとめた「精神障害者の労災認定に係る専門検討報告書」によると、精神障害者の自殺率は一般人口の自殺率よりもかなり高く、うつ病 36.1 倍、精神神経症 18.4 倍、アルコール障害 12.5 倍、統合失調症 12.1 倍、老人性および他の脳気質性疾患 11.4 倍となっています。

警察庁の統計を見ると、自殺の原因は様々で、経済・生活問題、男女問題、学校問題、勤務問題、家庭問題、健康問題など、多様かつ複合的な背景を有していることが分かります。しかし、私の経験から見ても、原因や動機がわからない自殺も時々あります。

労災の民事賠償事件を中心に、メンタル疾患と自死に関する裁判例をみていきましょう。会社が安全配慮義務を怠ったことによって、労働者が自死してしまった場合に、自死した人の相続人が、会社に対して損害賠償請求をするケースです。

有名な電通事件を見てみましょう。新入社員が連日の長時間労働の結果、うつ病を発症して自死した事案です。平成 12 年 3 月 24 日に最高裁判決がありました。電通では、平成 28 年にも長時間労働による自死が問題となりましたが、これは平成 12 年の事案です。裁判所は、新入社員が恒常的に、著しく長時間にわたって業務に従事していたことと、健康状態が悪化していることを認識しながら、負担軽減の措置を採らなかった上司に過失があるとしました。会社に安全配慮義務違反があったということです。

そして、この新入社員の業務の遂行とうつ病罹患による自死との間の相当因果関係を肯定しました。さらに、うつ病の罹患や自死に、新入社員の性格や業務遂行態様が関係していたとしても、その性格が同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲を外れるものでないときは、性格や能力の問題を損害賠償額の決定に際して考慮することはできないと判断しました。こうした労働者のケースでは、性格や能力といった素因による減額が認められる場合と、認められない場合がありますが、電通事件の場合は認められなかったということです。

同じく平成 12 年に最高裁判決があった東加古川幼稚園事件では、無認可保育園に勤務し始めた保育士が、約 3 か月後にうつ病で入院し、退院後に自死してしまいました。この事件でも、裁判所は安全配慮義務違反による債務不履行と自殺との相当因果関係を肯定しました。しかし裁判所は、自殺は通常は本人の自由意志に基づいてなされるものであり、仕事の重圧に苦しむものであっても、その多くがうつ状態に陥って自殺に追い込まれるものではないと指摘しました。そして、この事件でも自殺以外に解決の方法はあり、自殺に至ったのは多分に性格や心因的要素によるところが大きいと考えられるとして、死亡による損害については 8 割減額しました。

労災の時間外労働の基準は、1 か月 100 時間です。100 時間を下回っても認められるケースはありますが、100 時間がひとつの基準になっています。平成 19 年に、福岡高裁で判決があった山田製作所事件では、24 歳の男性労働者がリーダーに昇格して間もなく自死しました。このケースでは、男性の残業時間は 100 時間を超えていました。

基本的に、会社の側は社員の心身の変調までも認識しなければいけないのか、という所はいつも争いになります。このケースは、男性に変調が起こってから自死するまでの経過が急進的で、専門医の医療を受けることは容易ではなく、むしろ、就業状況をみて会社が適切な措置を講じるべきだったと裁判所は判断し、損害額の減額を認めませんでした。個々のケースによって、減額の有無は変わるのです。

自死について相談を受ける支援者の方々に、知っておいて欲しいことがあります。自死の原因や背景には様々な事情がありますが、自死の多くに精神疾患が関係しています。精神疾患を強調し過ぎるのはよくありませんが、自死遺族の中には自分を責め続ける方もいらっしゃいます。相談の過程で、自死した人に精神疾患があったと分かった場合は、遺族に対して「あなたが悪いのではなく、病気が悪い」というような言葉をかけて、自罰的な気持ちを少し楽にして差し上げることが大切です。

労働者が自死した場合は、労災を念頭に置くことも大切です。亡くなった人が一家の支柱だったケースでは、残された家族の生活が困窮することが多いので、なおさらです。相談を受けた時には、精神疾患の有無、長時間労働の有無、パワハラの有無などをしっかり聞き取ってください。「職場での悩み」という抽象的な質問から入るとベターです。そして、職場での悩みが自死の原因の一つだとわかった時は、ぜひ専門家につないでください。

Q & A — 3 —

精神科(心療内科)医療機関との連携について

3-a Q. 主治医との連携において留意すべきことはどのようなことでしょうか？

- A. 会社として、主治医に直接会って意見を聞いたり相談することが重要となります。
本人の同意をとって、直属の上司やその部署の責任者が主治医に直接会って、勤務時間や出勤の頻度、業務上の配慮事項、職場の人間関係上の配慮事項などについて、相談したり助言をもらおうとよいでしょう。
主治医と直接会うことの必要性や、主治医との面談の方法については、A.1-c を参照してください。

先生によっては、最初是非協力的な態度を示す方がおられるので、注意が必要です。現実問題として、精神疾患の診断を理由に当該従業員を解雇しようと考えている会社や組織もありますので、患者の利益を守る立場である医師として、職場からのアプローチをすごく警戒する精神科医も少なくありません。当該従業員の精神的健康の回復や悪化の防止に向けての、あるいは就労を継続してもらうための職場での配慮や環境調整についての助言を得たい旨をていねいに説明する必要があります。初回のアプローチで良い返事が得られなかったとしても諦めずに再度アプローチしてください。一度で諦めると主治医としては「やっぱり、あの会社は解雇の理由を求めていたんだな」と確信し、二度と協力してくれないといったことになりかねません。

精神保健の専門医とのスムーズな関係を構築するために、会社や組織として、普段から地域の専門医と連携をとっておくことも有効です。関係構築の方法としては、その医師を職員向けのメンタルヘルス研修の講師として招聘する、その医師が主催する地域向けの研究会や勉強会、その医師が出席する産業保健関係の研修会などに一定の職責がある者が参加するといったことが推奨されます。

産業医やその他の産業保健スタッフに仲介を頼んで関係性を構築するといった方法も有効です。

なお、日本うつ病センターは企業向けのサービスも行っており、同センターが運営しています精神科診療所『六番町メンタルクリニック』では、患者さんの同意があれば、勤務先との連携は積極的に行っています。

3-b

Q. 治療が上手くいっていないと思われる場合、主治医への連絡はどのようにしたらよいのでしょうか？

A. 当該従業員とよく相談して、本人の同意を得た上で、主治医と連絡をとるとというのが基本です。

A.1-cに記載されているように、職場での様子は主治医に情報として入っていない可能性もあるので、職場においては症状のコントロールが十分でない、あるいは症状によって業務遂行能力が著しく制限されているという情報を主治医が得ることによって、薬物療法の変更や治療方針の変更につながる場合もあります。

病状の悪化があり主治医と連絡を取りたい状況だが本人の同意がとれない場合は、家族の同意をとった上で連絡とると良いでしょう。

家族が居ない場合や家族と連絡が取れない場合、若しくは家族が同意しない場合で、病状が看過できないと判断される時には、本人や家族の同意が得られなくても、主治医と連絡をとってかまいません。自殺のリスクが高いと判断される場合（死にたいと表明している、現に自殺企図や自殺のそぶりを見せているなど）は、躊躇することなく、主治医に連絡を入れてください。

3-c

Q. 非協力的な主治医の場合、主治医交代をすすめてよいのでしょうか？ また、その際に留意すべきことはどのようなことでしょうか？

A. 当該従業員の職場である会社や組織に対して主治医が非協力的だという理由で、職場側から主治医交代をすすめることは決して行ってはいけません。

患者の中には、職場には秘密にしておきたいことを主治医に相談している場合など、主治医と職場があまり緊密になることを望まない方もおられます。中には、職場と主治医が結託して自分を辞めさせようとしているのではないかと疑心暗鬼になっている方もおられます。主治医が職場との間に一定の距離がある方が安心して治療を継続できる方もおられます。A.3-aに記載したように、精神疾患を理由に解雇しようとする企業や組織があるのも事実です。当該従業員の希望を第一に慎重な判断が必要かと思えます。

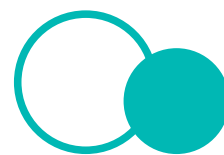
一方で、当該従業員が現在の主治医の治療方針に疑問を持っていたり、主治医交代を希望している場合は、相談に乗ってあげることには問題ありません。

治療方針への疑問に関しては、セカンドオピニオンに関する情報を提供できると良いでしょう。

主治医交代の希望に関しては、その理由をしっかりと聞いた上で、治療方針への疑問であれば、セカンドオピニオンに関する情報を、明らかに当該医療機関の対応が不適切であったり、主治医交代の意思が確固たるものであれば、複数の医療機関を提示して、ご本人に選択してもらうというやり方が良いと思われます。

なお、セカンドオピニオンに関して、日本うつ病センターには『企業会員』という制度があり、会員企業からの復職判定のセカンドオピニオンを受けています。

医療保険者としての メンタルヘルスへの 取り組みと経験



依田 晶男

全国土木建築国民健康保険
組合 専務理事

町田 睦夫

全国土木建築国民健康保険
組合 人事部

私共の健康保険組合は、昭和 18 年に設立されました。平成 30 年 9 月末時点で、大手ゼネコンから街の工務店まで 1786 事業所が加入し、被保険者数は約 40 万人にのびます。保健専門職として、保健師 20 人と管理栄養士 10 人が、全国 8 か所の健康支援室におり、事業所の方々へのいろいろな支援や、被保険者に対する取り組みを行っています。直営施設として、東京都目黒区の総合病院厚生中央病院、名古屋市の中部健康管理センター、大阪市の関西健康管理センターを運営しています。

被保険者の組合員は約 19 万人で、うち約 16 万 5 千人が男性です。土木という仕事柄、男性の割合が 86% と高くなっています。事業所の規模別にみると、組合員 1000 人以上の大規模事業所は全体の 2% ほどですが、大規模事業所に勤務する組合員は全体の半数を占めている特徴があります。年齢構成では、バブルの崩壊で求人が少なかった時期にあたる 30 歳代が少なく、40 歳代と 50 歳代が多くなっています。

こうした構成を持っている健康保険組合で、メンタルの面について見ていきたいと思います。まず医療費について、これはレセプトで確認できますが、平成 29 年度は家族を含めた全体で 475 億円あります。このうち組合員は 226 億円、その中で「精神」が 4.6 億円となっています。これは構成割合からすると、2% ほどになります。

保険者は、医療費を支払うだけでなく給付も行っているのですが、そこでもメンタルの部分がかかり影響しています。代表的な給付に傷病手当金というのがあります。これは平成 29 年度、全体で 13 億円ほどあったのですが、そのうち「精神」が 3.2 億円ほど、率にすると 26% という割合を占めています。

傷病手当金の中に占める「精神」の割合が非常に大きいというのは、どこの保険者でも同じ傾向があります。医療費だけでみると、全体に占める割合は少ないのですが、傷病手当金の中ではとても大きな割合を占めているのです。医療費では 4 億円強、傷病手当金では 3 億円と、近い額がメンタル関係でかかっています。

こういう状況の中で、メンタルヘルスについて保険者としてどのような取り組みをしているのかと言いますと、まず現状からお伝えしたいと思います。私共の保険組合の場合は、メンタルヘルス対策について、大きく分けて 5 つの分野があると考えています。「こころの健康相談」「情報提供」「メンタルヘルスセミナー」「睡眠衛生教育」「実態把握」の 5 つです。

「こころの健康相談」は広く行われていますが、私共はこれを日本うつ病センターに委託しています。事業所の担当者と被保険者を対象として、電話や Web で相談できる仕組みを整えています。小さな事業所も多くありますので、そうした事業所からの相談にも応じるようにしているのが特徴です。

「情報提供」については、メンタルヘルスに関する様々な役立つ情報を、被保険者に向けて発信しています。具体的な方法としては、組合員の自宅に届く保険組合だよりも、メンタルヘルス関連の専門家の連載記事を掲載しているほか、最近では、睡眠の質を良くするためのポスターを各事業所に配布するなどしています。

「メンタルヘルスセミナー」は、事業所からの希望が大変多くありまして、今は全国 8 か所の健康支援室で実施しています。基本的には、加入事業所の担当者が受講されています。「こういうのをうちの会社でもやって欲しい」という希望があれば、そちらに出向いてセミナーを開いています。この時には、私共が講師を紹介する場合がありますし、各都道府県にある産業保健総合支援センターにお願いして、講師として行っていただくこともあります。

「睡眠衛生教育」に関する取り組みは、メンタルヘルスセミナーと同じように人気の高い分野でありまして、産業保健スタッフを対象に、指導者講習会を開いています。睡眠の指導ができるような人材の育成を目指しています。最近では、睡眠を見える化する目的で「睡眠計」が使われるようになっていますが、これを活用するための教室を事業所で開催する計画も立てています。

「実態把握」については、保険者はいろいろなデータを持っています。レセプトや傷病手当金のデータもありますし、特定検診のデータもあります。組合の独自アンケートも行っています。それをメンタルヘルスという観点から見た時に、どのような実態があって、どういう取り組みに効果があるのか、というようなことを、今後検証するのも保険者の大事な役割だと思っています。

私共は、「睡眠」に焦点をあてて検証を始めています。短い睡眠時間は、肥満、高血圧、糖尿病、循環器系疾患などの生活習慣病のリスクを高める、ということがわかってきました。睡眠不足は労働災害に直結するという問題もあります。「睡眠で十分な休養を取れていない」という人は 42.2%にのぼり、レセプトを調べると、睡眠薬の処方件数がかなりの数に上ることがわかりました。医療という観点からも非常に重要な問題です。

各企業では「ストレスチェック制度」の導入によって自分たちの実態が分かってきて、具体的な行動を求められています。とはいえ、いきなりメンタルヘルス対策というとハードルが高くなってしまいうので、メンタルヘルス対策に取り組む第一歩として、睡眠対策から入るのが良いと考えています。

それと「健康経営」という考え方の普及によって、出勤しているけれど生産性が低下した状態が「プレゼンティーイズム」として問題視されるようになりました。睡眠の質と量の改善が、プレゼンティーイズムの改善に繋がるという点でも、睡眠は注目されています。

先ほどもお話したように、健康保険組合は様々なデータを持っています。しかし、レセプトなどのビッグデータは十分に活用されていませんでした。これを有効に活用するために、大学などの研究者と連携した研究を始めています。組合事業の効果検証や、対外的な提言等にも繋がると考えています。最初は、2016年に京都大学と連携して、慢性腎臓病についての取り組みに関する共同研究を行いました。

2017年からは、組合内にメンタルヘルス対策総合研究会を立ち上げました。メンタルヘルスに関するデータ分析を進めて、被保険者に対して、重複投薬や併用禁忌リスクの個別通知や、適切な医療機関の見分け方の周知などを行うほか、医療機関に対しては、精神医療の質の改善に向けた提言を行うことも検討しています。

私たち全国土木のデータには特徴があります。まず、保険者として保有するデータについては、他の保険者とも共通ですが、レセプトデータや特定健診データの時系列観察が可能という点があります。ナショナルデータベースは、特定の個人についての時系列観察は困難ですが、私たち保険者はそれが可能です。また、これらのデータと問診票との突合が可能であり、複数医療機関への受診状況が把握可能な点も特徴です。多受診や重複投薬、併用禁忌薬の処方などを把握できる強みが保険者にはあります。

全国土木は、土木建築業という同一業種の組合員 18 万人（被保険者 42 万人）のビッグデータを持つ強みがあります。いろいろなデータを分析する時に、様々な業種が混ざっていると、対策や効果の検証がしにくくなります。その要因がないということは、ひとつのメリットでもあります。

また、加入事業所は大企業から零細まで幅広いという点や、健診時に組合独自のアンケートを実施しており、既存データとの紐付けが可能なのも強みになっています。全国にある医療機関の中で、私共の被保険者が利用している医療機関は、医科で 6 割、歯科で 4 割に及びます。そのレセプトデータが集まって来るということは、国内全体の医療機関の傾向把握にも役立つ部分があると思います。扱うデータは全て匿名化して、そのデータに健診結果とレセプトと独自アンケート結果を紐付けして、いろいろな集計を検討しています。

情報提供の一つとして考えているのが、医療機関を選ぶのに役立つ情報の提供です。これはメンタルヘルス以外の疾患も対象にします。各学会は、適切な医療について記した診療ガイドラインを作成しています。私共はレセプトデータを持っていますから、医療機関がガイドラインに適合した診療をしているかどうか分かります。この適合状況を調べて、組合被保険者に還元できるのではないかと考えています。

続いて、クラウド型の遠隔支援 SPIS を使った事例を紹介したいと思います。発達障害のある方を私共が雇用した際に、クラウドを使った支援を行った事例です。

発達障害（広汎性発達障害）をお持ちの 30 歳代の男性 A さんは、2018 年 9 月から臨時職員として働き始めました。1 年経った現在でも就労を続けています。それまで短期のアルバイト以外は就職歴がなく、ゲーム依存傾向があって人見知り、コミュニケーションが苦手という特徴があります。周囲のせき払いやため息が自分に向けられているように感じるといいます。性格は素直、正直で、隠し事をしない良さがあります。

私たちも正直、最初は「本当にやれるのだろうか」という不安が凄くありました。A さんの業務は、先ほどお話した健診時のアンケート入力を中心に、印刷物の発送補助、名刺作成などを担当してもらっています。

就労定着のポイントは 4 つあると考えています。「就労定着支援システム『SPIS』の活用」「タイムマネジメントの工夫」「目標設定」「孤立させない取り組み」です。特に、目標設定や孤立させない取り組みを実現するために、SPIS は欠かせない役割を果たしています。

SPIS を使うと、クラウド環境上で当事者と人事担当者の連携が常に図れます。仮想空間での関係性ができています。SPIS には、日々の精神面の状態を簡単に、4 段階評価で入力できる特徴があります。「ふつう」という評価項目はなく、必ず「良い」か「悪い」のどちらかに振れることとなります。さらに SPIS には、日々の評価をグラフ化して、状態の変化を「見える化」できる特徴があります。これらによって、当事者は自身を客観的に把握でき、人事担当者は早期の気づきや対応につながり、A さんの就労を支援した就労支援機関は、離れていても継続支援ができるという利点があります。

SPIS は、評価項目をオーダーメイドで設定できます。A さんは、私たちと話し合いながら次の 4 つの評価項目を設定しました。

「眠りたいのに眠れないことがあったか？」（生活面）

「余計な事を考えたことがあったか？」（社会面）

「調子を整えられたか？」（社会面）

「自分の言いたいことが伝えられたか？」（社会面）

この日々の評価を後にグラフ化してみたところ、「眠りたいのに眠れないことがあったか？」の評価が低下すると、他の評価項目も低下してくることがわかりました。そのため私たちは、A さんの入社時に睡眠の状態を確認するようになりました。尋ねた時に首をかしげるようだと、調子を崩している可能性があるとなり、そういう日は、私の部下にも A さんのことを特に気に掛けるように指示を出しています。

A さんには、1 日の仕事の大半をアンケート入力に充ててもらっています。ただ、眠くなりそうな昼過ぎの時間帯は、シュレッダーや名刺作成の作業など、体を動かす仕事をしてもらっています。こうしたタイムマネジメントの工夫も大切です。

目標設定は、最初は特に設けていませんでした。私たちが、なんとか仕事を続けてくれればそれによしと考えていたためです。すると A さんはある日、SPIS の書き込みに「状態が安定したら、仕事の幅を広げていければ良いなと思っているので、その日に向けて頑張っていきます」と記しました。そこで私たちは、「結果を出す」ことを意識づけようと考えて、A さんと話し合っ、1 日 100 件という入力目標を設定しました。

それまでの A さんの入力件数は 1 日 50 件程度でしたので、倍の数字を設定したのです。すると A さんは目標を意識してくれて、頑張ってくれました。これを見た周囲の職員も、A さんの目標達成に向けた頑張りを支えてくれるようになり、職場全体に相乗効果が生まれてきました。そしてついに、100 件を達成できたのです。

孤立させない取り組みも大切です。人と関わるさりげない工夫を積み重ねることで、A さんは飲み会やボランティアサークル、皇居ランニングなどにも参加できるようになりました。こうした体験を通して、A さんは SPIS に「どれだけ人と関わったかで、職場や私生活での振舞いが変わるということがわかりました」などと書き込んでくれました。

A さんには、経験していなかったことを経験させて、成功体験を味わってもらい、一歩ずつ前進していただきたいと思っています。今後は、A さん自身のスキルアップに加え、この経験を精神障害者雇用の推進や、所内のメンタル疾患職員への対応にも生かしたいと考えています。

精神障害者の雇用を進めたことで、職場のメンタルヘルス環境が少し良くなったと感じています。そういうメリットが障害者雇用にはあるのですが、なかなかうまくいかないケースもあります。私たちは SPIS を使ってうまく切り抜けてきました。

SPIS は、いつでもどこでも、スマホからでも記入できる気軽さがあります。書いたり、点数付けしたりすることで、自己理解や自己管理の力を養い、職場担当者の理解も進みます。雇用開始時には特に有効です。半年から 1 年程度続けて、利用者や職場担当者が「もう大丈夫」と思うようになれば SPIS 卒業です。ただ、職場担当者が変わるなど環境に変化があった時は、また再開できるようにしておくことも大切です。

こういう支援が全ての人に必要わけではありません。必要なケースは、大きく2つあると思います。ひとつは、私共のような職場が精神障害者を雇用する場面。もうひとつは、うつ病で休職していた人が復職した場面。こうしたケースでは、使うと非常に効果があると言われています。

ただ、利用者にも適性があり、SPISのような仕組みの利用を嫌がる人もいます。本人が、こういうものの利用に前向きかどうか重要です。他罰的な人がこれを利用することに対しては、職場担当者が不安を感じることもあると思いますが、これを使って幅広いサポートを行い、うまくいったケースも報告されています。SPISは、人事スタッフのスキル向上にもつながるのです。

全国では600人以上の方が、SPISを就労場面で使ったデータの蓄積があります。そういったデータを分析する中で、本人のコメントと主観スコアの変化をみて、適切な介入のタイミングを検討することができます。あるいは、担当者のコメントに対する相手の反応を通して、適切なコメント内容を検証することができます。こうしたデータの蓄積と検証によって、「定着支援」の在り方が変わっていくだろうと考えています。

職場におけるメンタルヘルスの 一次予防の取り組みについて ～ 睡眠を中心に ～



山本 愛

医療法人社団朋友会
けやきの森病院 精神科
産業医

私たちは日々の生活を送る中で、多くのストレスを抱えています。職業生活に関して「強い不安・悩み、ストレスがある」と答えた労働者の割合は、厚生労働省が毎年実施している労働安全衛生調査によると、約6割にのぼっています。

国内の自殺者数は近年減少傾向にありますが、勤労者の自殺者数はほぼ横ばいで、下げ止まりとなっています。自殺企図者の75%に精神障害があるという結果が調査で分かっており、その精神障害の半数を占めるのがうつ病です。

睡眠の問題も自殺に関係します。短時間睡眠で、なおかつ不眠がある人の死亡率は、睡眠時間が長くて不眠がない人の約4倍も高くなっています。うつ病と睡眠の関係をみますと、うつ病の約9割に睡眠障害があるとされ、不眠が重症になるほど、うつ病発症率は高くなることがわかっています。またアメリカの調査では、不眠があるとうつ病の発症率が4倍高まると報告されています。

不眠とうつ病の発症には共通の生物学的機序があると考えられ、遷延した不眠は、悪循環してうつ病につながるということが仮説のひとつとして指摘されています。また、うつ病治療を受けた患者さんの多くが残遺症状を抱え、これがあるとうつ病の再発、再燃のリスクが高まります。うつ病が寛解した人の中で、不眠は最も頻度の高い残遺症状となっています。

このように、自殺の背景にはうつ病や睡眠の問題が存在し、不眠は将来のうつ病発症の危険因子、増悪因子となります。そのため労働者の自殺予防の観点から、職域において「睡眠の問題」に積極的に取り組むことが、産業保健関係者には求められます。

飲酒の問題も睡眠の問題と関係します。睡眠の問題に、寝酒で対処しようとする日本人は多く、寝酒を週1日以上する人は男性48%、女性18%という調査結果もあります。アルコールを摂取すると寝つきは良くなりますが、睡眠そのものが浅くなり、熟眠感を得られにくくなります。さらに、連続飲酒をすると日を追うごとに浅い睡眠が増加し、寝つきが悪くなることがわかっています。するとアルコール量がますます増えて、アルコール依存症の原因となります。

労働者は3つの睡眠問題を抱えています。寝床に入ってもよく眠れていない「不眠の問題」、寝床で休む時間が不足している「睡眠不足の問題」、睡眠リズムが乱れている「睡眠リズムの問題」です。睡眠の問題は身体疾患につながり、高血圧、肥満、悪性腫瘍、心血管疾患、耐糖能異常、免疫能低下、認知症などの発症リスクを高めます。さらに労働者に関しては、睡眠問題によって業務中のケガや疾病休業が増加するといった問題もあります。

24時間寝ないで単純作業させた場合の作業能率の変化をみた研究によると、十分に覚醒して作業ができるのは起床後12～13時間までで、17時間を超えると飲酒運転と同レベルまで作業能率が低下してしまいます。つまり、眠らないで作業しても能率は上がらず、事故のリスクが増すなどして良いことはないということです。2016年に行われた国際的な大規模調査の結果をみると、睡眠の問題による社会的損失は日本では約15兆円で、非常に膨大な損失が出ています。睡眠の問題は企業経営にも大きく影響するため、企業経営の視点からも、労働者の睡眠に焦点をあてた取り組みが求められます。

昨今取り組まれている自殺予防は、一次予防、二次予防、三次予防の三つのステージに分かれます。二次予防と三次予防は主に医療が関わりますが、一次予防では地域や職域が主体になります。

昨今、「ポジティブメンタルヘルス」への関心が高まっています。この背景には、生産年齢人口の減少による労働力不足があります。労働者一人ひとりの生産性を上げ、高齢になっても元気に就労を続けることが求められています。このような背景から、メンタルヘルス不調者だけに焦点をあてた介入から、労働者全員を対象にした介入へとパラダイムシフトしてきたのです。

職域においては、様々な一次予防の取り組みが行われるようになりました。フェアマネジメント研修や認知行動療法を用いた研修、コミュニケーションスキル研修、睡眠の介入、ストレスマネジメント研修、マインドフルネス研修などです。

ここからは、職域における睡眠の問題への効果的な介入について考えていきましょう。不眠に対して睡眠薬を用いない介入の方法としては、睡眠衛生教育と認知行動療法があります。睡眠衛生指導は、質の高い睡眠をとるために睡眠に対する適切な知識を習得するのが目的です。この指針としては、厚生労働省などの「睡眠障害対処の12の指針」や「睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン」などがあります。不眠の認知行動療法は、不眠の原因になっている考え方や行動のくせを修正する方法です。不眠の改善や睡眠薬の減薬、日中QOLの向上、抑うつ不安の軽減などの効果が実証されています。

職域で行う睡眠の介入は、多忙な労働者でも受け入れやすい簡便な形式であることが欠かせません。さらに、睡眠医療の専門家ではない産業保健スタッフが、比較的安全に安心して実施できることと、できる限りコストをかけずにできることがポイントです。

睡眠には、脳と体の休養、免疫力を高める、成長ホルモンを分泌する、記憶を固定する、などの重要な役割があります。睡眠ホルモンと呼ばれるメラトニンは、朝日を浴びることで生成されます。そして起床から14～16時間後、体内に一気に分泌されて眠くなっていきます。メラトニンは暗くなってから分泌が始まりますので、夜、明るい光の環境下ですっと過ごしていくと、メラトニンの分泌は抑制されてしまいます。

快眠に効果的な睡眠のとり方をご説明します。まず平日は、30分でも早く寝る習慣をつけて、睡眠時間を少しでも確保します。これによって、乱れた体内時計を徐々に前にずらします。そして昼食後には30分以内の仮眠をとって、疲労や眠気を減らします。30分以上眠ると深いノンレム睡眠に入るため、起床直後にかえって眠気や疲労が出てしまいます。仮眠は30分以内に抑えると、すっきり目覚めることができます。短時間の仮眠は、仕事の能率向上にも有効です。

休日も、平日と同じ時間にいったん起きて太陽の光を浴び、朝食をとります。週末の寝だめは避けて、平日に少しずつ分散させます。休日の昼寝は、昼近くから午後3時くらいの間で調整します。週末の寝だめだけでは、平日の睡眠不足は解消できないことがわかっています。週末に寝だめをすると、平日の睡眠リズムがますます乱れる悪循環にも陥ってしまいます。

就寝前の過ごし方で特に問題となるのは、最近ではタブレット端末によるブルーライトの曝露だと思います。ブルーライトによってメラトニン分泌と睡眠のリズムが乱れてしまいます。夜間にタブレット端末を使わなければならない時は、ブルーライト軽減機能を使ったり、ブルーライトカット眼鏡を掛けたり、画面をできるだけ離して見たりするなどの工夫が大切です。

深部体温は午後から夜にかけて最高となり、その後低下して、明け方前に最低になります。体温が下がり始めると眠気が起きて、体温が上がると眠気が減る仕組みがあります。入浴によって体温を上げてから布団に入ると、体温の下がりの勾配が急になり、眠気が誘発されます。

約 40 度のお湯に 15 分入れば、深部体温は 0.5 度上昇します。入浴はシャワーだけにせず、ゆっくりと湯舟に浸かる習慣をつけるのも、快眠のためのお勧めになります。ただ、お湯の温度が高すぎると覚醒してしまいますので、注意が必要です。一回上がった体温は下がるのに 1 時間半～2 時間かかりますので、就寝のそれくらい前に入浴できれば体温もちょうど下がって来て、より眠りやすくなります。

快眠のための寝室環境は、高温多湿を避けることが大切です。汗が蒸発しないと体温低下が妨げられ、入眠困難や中途覚醒が起こりやすくなります。ですから夏場の快眠のポイントは、まず除湿を十分に行うことです。クーラーをうまく使うことがポイントですが、タイマーを利用して睡眠前半のみ使うようにしてください。一晩中使っていると、体温が朝に上がりにくく、起床時にだるくなってしまいます。

冬の低温対策は、寝る前に深部体温がスムーズに下がるような工夫が必要です。冷え性だからといって靴下を履いて眠ったり、こたつで眠ったりすると、足が温められ続けて足先からの放熱が阻害されます。それによって深部体温が低下せず、入眠困難や中途覚醒の原因になります。足を温めたい時は、温度が徐々に低下する湯たんぽや、足湯がお勧めです。電気毛布を用いる場合は、入眠前にタイマーをセットして布団をしっかりと温めた後、寝る時にスイッチを切ってください。

睡眠に関係するホルモンであるメラトニンの材料は、トリプトファンというアミノ酸です。トリプトファンはセロトニンに変化して、太陽の光を浴びることでメラトニンが作られます。トリプトファンは体内で合成できないので、食事で摂る必要があります。特に、朝食でしっかりトリプトファンを摂り、太陽の光を浴びることが大事になります。トリプトファンは豆腐、納豆、大豆、味噌などの豆製品や、牛乳、ヨーグルト、チーズなどの乳製品、ナッツ類、卵、バナナなどに多く含まれます。

夕食は、就寝 2 時間前には終えるのが理想的です。食事をすると消化のために内臓が活発に動き、下がり始めた深部体温が上がるためです。夕食時刻が遅くなる日には、「分食」にすることで睡眠リズムの乱れを防げます。例えば、23 時の夕食を、19 時の主食と 23 時の副食という 2 回に分割するような工夫です。夕食の時間が特に遅い日は、低脂肪、高たんぱく質の消化のよい食べ物がお勧めです。

カフェインは、摂取して 30 分から 1 時間後に血中でピークになります。コーヒーを 1 日 2、3 杯程度であれば大きな問題はないが、飲み過ぎると頭痛やめまい、胃腸障害、不整脈などの副作用が出ることがあります。睡眠の観点から見た場合、夕方以降のカフェイン摂取は避けるのが望ましいと思います。

睡眠に対する基本的な考え方は、次の5つです。

「眠たくなってから寝床につく」

「寝床は睡眠にのみ使う」

「寝床に入ってもなかなか寝つけなかったらいったん寝床を離れる」

「眠りが浅い時はむしろ積極的に遅寝早起きにする」

「思うような睡眠がとれなくても起床時間は一定にする」

交代勤務の方は、シフトの組み方を工夫することで睡眠の問題を和らげることができます。ローテーションは正循環（日勤→準夜勤→深夜勤）にすると、人間の体内時計とうまく適応しやすくなります。概日リズムが遅い方向にずれるのは適応しやすいためです。また、勤務ローテーションを緩やかにしたり、11時間以上の勤務間はインターバルを取ったりする工夫が大切です。

夜勤後は体内時計を乱さないように、光を浴びない工夫が必要になってきます。例えば、帰宅時にサングラスをかけたり、寝室に遮光カーテンを付けたり、耳栓やアイマスクを使ったりして、眠るための環境をうまく整えることが大事になります。午前中に3～4時間は睡眠をとるようにして、もしうまく眠れない時は、午後1～5時の間に数時間とっていくというのも、ひとつの工夫かと思えます。

近年、労働者に対する睡眠教育の効果がいくつも示されています。職域での睡眠介入の際のサポート教材としては、日本うつ病センターで作成したeラーニングビデオ「働く人の睡眠改善プログラム」や睡眠教育用のスライド資料、大野裕先生らがお書きになった「簡易型認知行動療法実践マニュアル」（きずな出版）などが参考になります。日本睡眠学会などの「不眠症の認知行動療法セミナー」も定期的に開催されています。ホームページで開催日程を見ることができます。睡眠の介入が、職域のメンタルヘルス一次予防の取り組みとして、今後より広まることを期待したいと思います。

Q & A

— 4 —

メンタルヘルスに関する企業側の予防的取り組みについて

4-a

Q. 精神疾患の予防に向けた有効な取り組みがありますか？

A. 職域メンタルヘルス対策の有効性について調べたレビューによると、管理職教育や、認知行動療法のエッセンスを用いたストレスマネジメント研修、睡眠教育などが有効な取り組みとして挙げられています。管理職教育では部下とのコミュニケーションを活性化させるためのスキルアップトレーニングや組織公正性を高めるための研修が行われます。認知行動療法の原則を用いたストレスマネジメントについては、対面式の面接だけでなくインターネットを用いたセルフケアのためのツールも開発されておりその有効性も高いことが示されています。最近では、マインドフルネスを使ったストレスマネジメントも注目されています。睡眠教育は、睡眠のための望ましい生活習慣を身に着けるための睡眠衛生教育や不眠に対する認知行動療法（睡眠スケジュール法）を身につけてもらいます。

4-b

Q. ストレスチェックの活用に関して留意すべきことはどのようなことでしょうか？

A. ストレスチェックの目的は一次予防ですから、病気の有無のチェックだけでなく、ストレスをためないための方法やストレスを感じた時の対処行動などについてのアドバイスが大切になります。一次予防については、一般的な決められた方法というのはありませんから、その人の興味や生活様式に合わせながら決めていくと良いでしょう。

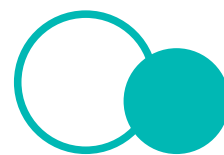
また、まだ義務化されていませんが、職場診断は本来ストレスチェックの一番の目的と言えます。職場のストレス要因を分析し、職場の皆が参加して問題解決を図る機会となるよう出来るところから始めていくようにしましょう。

4-c

Q. 企業として利用しやすい復職支援プログラムがありますか？

A. 「SPIS（エスピス）」という精神疾患のためにメンタルヘルスケアが必要な方向けの就労定着支援 WEB システムで、個人の特性に合わせて評価項目を設定できる日報システムがあります。精神障害者であるシステム会社社員が自身のセルフコントロールへのニーズをアイデアに活かしシステムを考案したもので、Supporting People to Improve Stability の頭文字をとって命名されました。

うつにならないための 食事・生活習慣



功刀 浩

国立精神・神経医療研究
センター 神経研究所
疾病研究第三部 部長
同 気分障害先端治療セン
ター長

精神疾患の治療は、「心の休息、環境調整」「認知行動療法などの精神療法」「抗うつ薬などの薬物療法」「重症の場合の通電療法」「リワークや職業訓練といったリハビリテーション」が知られていますが、これらに加えて重要なのが、「栄養・運動療法」です。

うつ病というのはだいたい、仕事量が増えるなどしてストレスが優位になって発症するわけです。食事、運動、睡眠という生活習慣には、ストレスを跳ね返すバリアの役割があり、これを整えておけば少々のストレスには影響を受けません。しかし、飽食、食の西洋化、運動不足、夜型生活、SNSなどのバーチャルリアリティの過度の使用、などが重なると、このバリアが弱くなってしまいます。

うつ病の1000人と、そうではない約1万人を比較した我々の調査では、うつ病の人は正常範囲内の体格が少ないことがわかりました。肥満の人が、やせ過ぎの人が多かったのです。栄養が多過ぎるか、栄養不足ということです。うつ病の人は糖尿病や高脂血症が多く、朝食を規則正しく食べることが少ないこともわかりました。うつ病だから、食欲がなくなって朝食を食べないだけではないかと思われるかもしれませんが、むしろ、夜食や間食はうつ病の人が多いのです。

朝食をとる習慣がある人は、一般的に健康状態が良好で、記憶力やテスト成績、学校の出席率が高いことが知られています。朝食をおいしく食べるためには、睡眠を十分とっていないといけません。早起き、早寝が大切です。光を浴びて朝食を食べると体内時計が活動モードに入り、仕事の能率が向上して長時間労働が減ります。すると早く家に帰ることができ、家族と食事ができるようになります。するといろいろなことを話せて、ストレスが減っていきます。ストレスに強い生活習慣になるわけです。

現代の食生活は豊かになり、この数百年で大きく変化しました。しかし、我々の遺伝子は変わらないので、飽食と遺伝子との間にズレが生じて、それが生活習慣病につながっているのです。精製され、加工された食品は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体に良い成分が損失し、栄養バランス不良が生じている問題もあります。

例えば玄米と精白米とでは、栄養素が違ってきます。不足すると脚気の原因になるビタミンB1は、玄米100gあたり0.41mg含まれているのに対し、白米には0.08mgしかありません。白米にすると、ほとんどなくなってしまいます。他のビタミンもだいたい激減してしまいます。葉酸もミネラルもかなり減り、水溶性食物繊維はなくなってしまいます。お米は精製済みではなく、玄米や発芽玄米などの全粒穀物を摂った方がよいのです。

飽食の時代ですが、女性はやせ過ぎという問題もあります。やせ過ぎを意味するBMI 18.5未満の人が、日本の20代女性では2割もいます。30代ではこの割合が減りますが、50代になると3割になるなど、やせ過ぎが非常に多いのです。

やせていけばいいというものではありません。国民健康・栄養調査によると、20代女性のやせ過ぎの割合は、1981年には13.4%でしたが、2016年には21.7%に増えています。摂取エネルギーもどんどん減っていて、現在は戦後の困窮の時代のエネルギー摂取に等しくなっています。若い女性たちは、非常によくない栄養状態なのです。また、高齢者では男女ともにやせ過ぎが問題になっています。

栄養素の不足は、全年代共通の問題です。食物繊維の摂取量は、50年前と比べると半分くらいに減りました。食物繊維は栄養になりませんが、脂肪や糖の吸収を抑制して、糖尿病などを防いでくれます。さらに腸内細菌のエサになり、良い腸内環境にしてくれます。近年の研究で、腸内環境はいろいろな病気と関係することが分かっています。

カルシウムの不足も深刻で、日本は男女共に先進国の中では最低レベルしか摂っていません。乳製品の摂取が少ないことや、土壌にカルシウムが少なく、野菜や水に含まれるカルシウムが少ないことが原因です。将来の骨粗鬆症などが心配です。マグネシウムやミネラルの摂取量も少なくなっています。また、ほとんどの人は野菜不足です。

問題は栄養不足だけではありません。エネルギー過剰摂取とうつ病にも、双方向性の関連があります。うつ病の人はエネルギー過剰摂取になりやすく、エネルギー過剰摂取の人はうつ病になりやすい、という双方向の関連があるのです。肥満やメタボリック症候群は、うつ病のリスクを1.5倍に高めたり、2型糖尿病はうつ病のリスクを1.6倍に高めたりする、という調査があります。日本の職域の縦断的調査によって、うつ症状がある人はそうでない人と比べて、8年後の2型糖尿病発症リスクが2.3倍になることもわかっています。

ストレスがかかるとストレスホルモンが出ます。するとストレスに対応しようとして、体を動かすためのエネルギーを動員します。しかし、現代のストレスの多くはオフィスワークで生じるものですから、エネルギーをそれほど必要としない。それでも、ストレスホルモンが出るとお腹が空き、食べてしまう。これがストレス太りです。太ると炎症性サイトカインが出てきて、それがいろいろと悪さをして、うつ病にもなりやすくなります。

我々の研究で、肥満の人は短期記憶である作業記憶や、実行機能が落ちていることが分かりました。そういう人たちの脳をMRIで調べると、脳の皮質では両側の前頭回、側頭回、視床の体積が減少していました。白質では、神経ネットワークの低下が分かりました。うつ病で肥満が目立つ人の場合、うつは治まっても頭が十分に働かず、職場復帰がなかなかできないケースがあります。そのような時は、栄養指導や運動指導をしています。やせると頭の働きが良くなり、社会復帰しやすくなるからです。

海外では、地中海式食事というのが健康食の代名詞になっています。野菜、果物、種実類、豆類、シーフード、オリーブ油、穀類、一杯の赤ワインなどが健康にいいと言われていました。もともと地中海式食事をしている人は死亡率が低く、心臓病、がん、アルツハイマー病、パーキンソン病などのリスクが低いことが研究で明らかにされました。さらに、うつ病のリスクを下げる可能性も指摘されています。日本の研究では、野菜や果物、大豆製品、キノコ、緑茶などの摂取が多い「健康日本食パターン」の人は、うつ病のリスクが半分になることが分かっています。

魚を食べると頭が良くなるというのは以前から言われていましたが、それを実証するようなデータが最近積み重なってきました。うつ病のリスクを下げることも様々な研究で分かってきました。魚の中に入っているもので大事なのは、エイコサペンタエン酸（EPA）やドコサヘキサエン酸（DHA）です。これらはn-3系多価不飽和脂肪酸と呼ばれています。うつ病では、これらの血中濃度が低いというデータがあります。

うつ病になった方が、抗うつ薬治療に加えてEPAやDHAを摂取すると、治療効果が高まることが多くの研究で示されています。そうしたことから、「週に2、3回は魚を食べましょう」ということが、米国の教科書では書かれるようになっていきます。

我々は、東日本大震災後の北茨城で、女性563人を対象に心的外傷後ストレス障害（PTSD）に関する調査をしました。ストレスが沢山ある方がPTSDになりやすいのは当然ですが、ストレスが沢山あってもPTSDにならなかった人もいます。その違いは何かと探ったところ、EPAの血中濃度が関係していることが分かりました。この値が高いほどストレス症状が低かったのです。EPAの血中濃度は、魚を食べている頻度に関係します。

双極性障害の人でも最近調べたところ、EPAやDHAの血漿中濃度が低く、逆に肉などで増えるアラキドン酸の濃度が高くなっていました。魚をよく食べる人は炎症性サイトカインが少ないことも分かりました。EPAには抗炎症作用があり、体が炎症になりにくいのです。日本では、若い人を中心に魚の摂取量が減っているのが注意が必要です。

ビタミン類では、特に葉酸が足りない人が多いです。血清中や赤血球中の葉酸濃度が低いと、うつ病のリスクを高めるという報告が多くあります。葉酸が著しく少ない欠乏症の人は、健常者の中にも5～10%いますが、うつ病の人でみると、4分の1くらいの人欠乏症となっています。葉酸は、ドーパミン、ノルアドレナリン、セロトニンなど、モノアミンと呼ばれる元気になる神経伝達物質を作るのにも必要です。葉物野菜やレバー、大豆製品をきちんと摂ることが大切です。

ビタミンDも大切です。魚やキノコなどに含まれているほか、皮膚にあるコレステロールに紫外線が当たって出来ます。太陽の光が少なくなり、肌の露出が減る冬季はビタミンDがかなり減ります。ビタミンDは骨や歯の形成を促進するほか、脳にも受容体があるので、脳でも重要な役割を果たしているのではないかと考えられています。実際に、血中のビタミンD濃度の低さが、うつ病と関係するという報告があります。

ミネラルの中では、鉄欠乏症がすごく多いです。月経がある女性の多くが鉄欠乏と言われています。鉄はモノアミンの合成に必要で、これが足りないと、精神面でもいろいろな不調が起きやすくなります。むずむず脚症候群も鉄不足で起こります。我々の調査でも、鉄欠乏とうつ病との関係が分かりました。鉄はレバーやカツオ、マグロ、大豆、シジミ、小松菜、ほうれん草などに豊富です。また、同じミネラルの亜鉛も、うつ病と関係しています。かき、うなぎ、牛肉などに含まれます。

最近、腸内環境が大事だと言われるようになってきました。腸は栄養素だけを吸収する優れたものです。良い物だけを吸収して、悪い物は吸収しないのです。その役割を果たしているのが腸の上皮で、上皮同士が栄養を通すためのチャックでつながっています。腸内環境が悪くなると、このチャックが緩んでしまいます。悪玉菌はチャックをこじ開けて入ろうとするので、しっかり閉まっていないと困るのですが、善玉菌が少ないと悪玉菌が繁殖しやすくなるだけでなく、このチャックが緩んで悪玉菌の侵入を許してしまうのです。

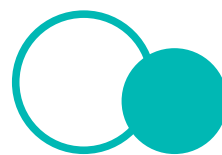
うつ病患者は、健常者と比較して腸の善玉菌が少ないことが分かりました。善玉菌をうつ病の人に投与すると、うつ病が治りやすいという研究や、善玉菌を飲んでいるとストレス症状が減るといった論文も出てきています。

また、緑茶の効果も注目されています。緑茶を毎日飲む人は、うつ病や認知症になりにくいことが分かっています。緑茶の中のカテキンや、テアニンのリラックス作用が良いと考えられています。

食生活は非常に大事です。バランスのよい朝食をしっかり摂ることや、大豆、レバー、野菜、魚をよく食べるようにしてください。お米は精白米より玄米。念のため、マルチビタミンやミネラル剤を飲むのもOKです。朝とおやつにはヨーグルトや乳酸菌飲料がお勧めです。

食生活の前に、歯が健康であることも大事なので、デンタルケアをきちんとしましょう。精神科の薬を飲んでいる人は、アルコールは原則禁止です。うつ病になっている人は、特に飲酒はダメです。薬との相互作用が強く出ることや、アルコール依存症に発展する危険があること、自殺のリスクが高まること、睡眠の質が低下すること、などの理由からです。喫煙もうつとの関係が指摘されているので、止めるようにしましょう。

企業における メンタルヘルスの取り組み



石川 麻子

株式会社 小松製作所
湘南工場 湘南健康管理室
室長
産業医

今回は、職場でメンタルヘルス不調者を把握した後に、産業医や主治医との連携を進める上で、意識していただきたい3つのポイントをお話ししたいと思います。産業医や健康管理室につなぐ上で注目して欲しいことや、地域の病院との連携で企業ができることをご紹介します。

ポイントの1つ目は、「変化に注目する」ということです。職場でのメンタルヘルスケアは、ラインケアがメインになると思います。ラインケアを行う上で一番重要なのは、「いつもと違うな」「最近様子が変だな」という気づきです。上司や同僚が変化に気づいてあげることが、ラインケアの第一歩となります。その気づきをもとに、声をかけてみたり、産業医や産業保健スタッフへの相談を促したりする。もし本人が拒否的な場合は、上司とか同僚の相談事として相談してくる、といった次の行動を起こしていただきたいと思います。

面談に無事つなげられた場合でも、産業医や産業保健スタッフは、社員の皆様全員の普段の様子を知っているわけではありません。面談の際のご本人の様子や話し方、声の様子、表情などは元々のキャラクターなのか、それとも普段とは違う様子なのか、ということを知っておいたら、産業医や産業保健スタッフはとても有難いと思います。変化を知るということは、メンタルヘルスケアの導入の際だけではなく、回復の判断の際にもとても重要となります。

職場では、業務面の変化からもメンタルヘルス不調に気づきやすいと思います。行動面では、遅刻、早退、欠勤の増加など出勤状況の変化、能率の低下やミスの増加、協調性低下やもめ事の増加、孤立、睡眠時間の乱れ、生活態度の乱れ、アルコール問題や人間関係のトラブル、金銭的トラブル、などの変化が起こりやすくなります。精神面の変化では、情緒不安定や性格変化、軽度の不安症状や抑うつ状態などが起こりやすく、職場でも気づきやすい点かと思えます。産業医などにつなぐ際には、こうした変化も伝えていただくと対応しやすくなります。

ポイントの2つ目は「事例性に注目する」ということです。「疾病性」と「事例性」という言葉があります。疾病性とは、病名や症状、治療状況などを言い、事例性とは、安全配慮義務の観点から、就業上問題となることを指します。例えば、意欲が出ずに遅刻や欠勤が増え、業務パフォーマンスも低下しているという状態が、事例性になります。職場で対応できるのは、この事例性の問題になります。事例性に注目して、コミュニケーションの問題や業務負荷などから、職場でできる対応を考えることが大切になります。

1の変化と、2の事例性をつかむために、私たちが工夫しているポイントをご紹介します。まず、管理職向けのメンタルヘルス教育を行い、「変化や事例性に注目してください」といったお話しをさせていただいています。こうした教育をすると、その後はポイントを押さえた相談事が寄せられたり、そもそもの相談自体が増えたり、といった効果が上がっています。

それから、人事総務やユニオンと定期的に情報共有する場を設けています。突発年休の取得状況ですとか、職場であがっている声を確認しています。また、「就業状況確認シート」や「事前相談シート」を活用しています。

就業状況確認シートは、所属や名前などの他、職位、雇用形態、採用区分、主な担当業務、最終学歴、住環境、過去6か月の時間外労働の状況、直近1か月の深夜労働と休日出勤の回数、今年度の年休取得の状況、通勤手段と所要時間、などを書き込んでもらっています。こういった情報は人事や総務の方がお持ちなので、このシートは人事総務に記入をお願いすることが多いです。

事前相談シートは、職場から相談を受けた際に、変化や事例性に着目したシートを用意して記入してもらっています。答えやすいようにチェック式で作成しています。書いていただくのは相談してきた人なので、上司や同僚の方になります。まずは、記入者とご本人との関係性を記入してもらいます。上司になって間もない人の場合は、前の上司の話も参考にしてもらいながら、記入していただきます。

対象者の情報としては、部下の有無、雇用形態、主な担当業務、今回の相談内容に気づいた時期、住環境、ご本人との面談の有無などの経緯、などを質問しています。続いて、「以前と比較して元気がない」「以前と比較してハイテンションなことが多い」などの変化に、当てはまるものがあればチェックを入れていただきます。職場環境の変化や、昇格・職位の変化、担当業務の変更、雇用形態の変化、職場スタッフの増減、上司の交代、職場レイアウトの変更、組織変更、作業環境の変化、なども確認しています。直近1、2か月の業務の変化や、個人的な事情も「もしご存知であれば」ということで確認をしています。

さらに、事例性に注目した項目を設けています。なかなか答えにくい質問もありますので、これは上司のみに依頼しています。出勤の状況や、疲労感・集中力の持続、会話・コミュニケーション上の問題、などについて尋ねています。会話・コミュニケーション上の問題としては、「業務内であっても、上司や同僚とはほとんど話をしない」「冗談や皮肉が通じにくい」「会話の中で、相手の思いを汲み取ることができず、会話が成立しにくい」「自分の考えや気持ちを表現し、伝えることが苦手である」「メールで過剰に他者を攻撃するような文章を送る、あるいは、必要以上に長文のメールを送る」などの質問を入れています。

こういった項目を織り込んだ理由は、最近の相談で「果たしてメンタルヘルス不調なのか、本人の元からの特性なのか」という質問が多いためです。こうした点を判断する材料として使えるのではないかと考えて、関連する項目をいろいろ折込みました。

本人の行動パターンや、業務遂行状態などの項目も設けています。「集団の課題や社内ルールを無視したような自分勝手な行動をとることがあり、気になる」「上司・同僚の助言・指示に対して『わかった』と答えても、実際は理解していないことが多い」「上司や同僚からの注意や指摘に対して、感情的な態度をとることがある」など、かなり踏み込んだことを尋ねています。

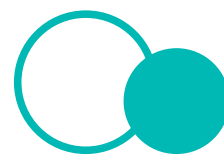
こういった情報はあくまで判断材料なのですが、ご本人の面談の際に、聞き方や問い方を変えてみたり、注意点などの準備をしたりできますので、事前にいただくと大変有難いと思っています。このようなシートを作っておくと、上司の方も人事の方も、こういった所に注意しておくのかと、参考になるのではないかと思います。

ポイントの3つ目は「会社側から、主治医と連携をとる」です。通常は、会社と主治医とのやり取りはご本人を介して行うこととなります。しかし、周囲の人が回復を実感できないことはよくある

と思います。企業側から医療機関や主治医と連携を取り、職場の環境や職場での問題点、会社として欲しい意見などを求めてもよいと思います。職場環境や勤務内容などを具体的に主治医に伝え、意見をもらってその内容を記載する「主治医意見書」も、私たちは作成して活用しています。

ただ、会社側が主治医と連携をとるためには、本人の同意を得ることが大前提です。厚生労働省が「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」を作っていますので、これを活用して企業でカスタマイズしてもよいと思います。

メンタル不調と仕事の両立



秋山 剛

NTT 東日本関東病院
精神神経科 心療内科
部長

メンタル不調と仕事の両立には、適切な支援が必要です。精神科の病気に限りませんが、どういう病気でも、個人個人がなりやすさの傾向を持っています。そこに仕事などでの環境のストレスが加わり、脆弱性が表に出てきてしまっただけで発病ということになります。

特に精神疾患の場合は、いったん病気になると脆弱性が高まるのではないかと考えられています。病気になる前はかなりのストレスに耐えてきたのに、いったん病気になってしまったら、たいしたことのないストレスでも具合が悪くなってしまふ。そういうふうになるものと考えられています。

病気になった後、仕事に戻ると同じ環境に戻るわけなので、同じストレスに晒されます。ストレスは同じで、脆弱性が高まっていればどうなるのでしょうか。そう考えたら、再発するのは当たり前なのです。

では、どうしたらいいのか。脆弱性が高まっているから再発するので、ご本人に対して両立への適切な支援ができれば、ストレスの影響を緩和できるわけです。そうすれば就労を継続できるのです。脆さをどうやったらリカバリーできるか、というところに就労継続のポイントがあります。

患者さんが何回も再発すれば、休職満了で解雇になります。そして他の仕事に就けなければ、障害年金や生活保護に頼って暮らすことになり、そうした中で自殺が生じてしまうこともあります。しかし、ご本人の努力も含めて両立への支援がうまくいけば、働き続けることができ、「その人らしく働いて生きる」ことができます。病気があってもその人らしく生きられる。これを私たちはリカバリーと呼んでいます。

精神疾患があっても仕事を両立していくというのは、小手先では済まないような、その人の生き方とかを全体的に巻き込むようなものなのです。ですからこの両立のプロセスは、その人の全体に関わる「全人的プロセス」と私たちは呼んでいます。

病気になる前は、ふつうの人は「自分は絶対に健康」「病気になどなるわけがない」と考えています。しかし、病気になった後に仕事と病気を両立させていくためには、「自分は精神疾患とともに、働き、生きていく」というふうな考え方を変えないとダメなのです。ここで「最近ちょっと具合が悪くなったけれど、あんなのは何かの間違いで、自分は絶対に健康でいくら働いても大丈夫」なんて思ってしまうと、再発するだけです。考え方を変えていただかないといけません。

業界用語ではこれを「疾病受容」といいます。自分の病気を受け入れるということです。でも、受け入れるといっても「そうか、自分はもうダメなんだ」となったら仕事にならない。自分の病気は受け入れるけれど、うまくコントロールすれば仕事と両立できると、希望を持っていただかないといけません。

復職される方は、複雑な心情を抱えています。程度の差はあれ、上司や職場、会社などへのある種の恨みの感情を抱えています。しかし、恨んでいても生活の糧を失えないので、簡単には辞められないという感情もあります。そして、仕事に戻って生きがいを回復したいとも思いますが、強い孤独感を抱えています。本当の意味での味方が自分の周りにいなくて、自分だけが割を食って病気になったというような孤独感に苛まれています。しかし、恨みとか孤独感を抱いたままでは、希望や前向きな気持ちは持てません。気持ちを切り替えていただくことが必要です。

ご本人に理解していただきたい「両立のためのこころがけ」は、次のようになります。まず、精神的な病気になったということは再発可能性があり、今後は脆弱性と向き合う必要もあるということ。キツイ言い方かもしれませんが、これは事実なので、理解していただかないといけません。しかし、これまで仕事をやってきたわけですから、仕事の能力や資質はある、ということを確認してもらうことも大切です。だから、ご本人の中にある脆弱性（弱い部分）と資質（プラスの部分）を統合してやっていくことを目指します。これを簡単な言葉で言い換えると「気をつけながら頑張る」ということになります。

両立のための原則はまず、「自己努力・節制・心がまえ」です。自分の健康管理は労働者の義務なので、そこはきちんと伝えなければなりません。夜遅くまで酒を飲んで体調を崩していたらダメなのです。

ご本人は、これまでできていたことが、できないという体験に直面するようになります。これまで何十年も毎朝決まった時間に起きていたのに、起きられない、というような体験です。これを肌で経験していただくのは大切で、「自分の状態への認識」につながります。これを認識してもらえば、復職のための支援は半分できたようなものです。そして「体調にあわせた改善努力」ができるようになります。

しかし、復職するというのは権利であって義務ではないし、これからどういうふうに仕事をしていきたいかというのは自己決定、自己責任の範疇です。だから、あくまでも自分で考えて自分で決めて自分で頑張るもの、という話を私はしています。ストレスを溜める根本には対人関係があることが多く、コミュニケーション能力に原因がある場合が少なくありません。そのため私が続けている復職のためのリワークプログラムでは、コミュニケーションスキルの向上を重視しています。

メンタル不調で最もよくみられるうつ病では、脳の神経がうまく働かなくなり、心と体の両方に不調があらわれてきます。心の症状では「毎日のように憂鬱な気分が続く」「これまで楽しかったことにも興味がなくなり、楽しめない」「仕事に集中できず、ものごとを決められなくなってしまう」「普段それほど苦勞しない仕事を、非常に負担に感じてしまう」「理由もなく、何でもかんでも自分の責任だと感じてしまう」などの変化があらわれます。

体の症状としては「食欲が落ちて体重が減る」「夜寝つけない、何度も目が覚める、朝早く目が覚める」「疲れやすくなる」「動作が遅くなる」「性欲の減退、月経の異常」などがあります。こうした体の症状が目立つため、「体の病気だろう」と考えて、うつ病の発見が遅れる場合もあります。

職場でうつ病に気づくためのポイントを挙げてみます。
「話し方や動作が遅くなり仕事に取りかかれない」
「仕事のパフォーマンスが低下する」
「仕事に対して必要以上に不安がり、焦る」
「突発休、遅刻、早退がでる」
「『自分には何の価値もない』『みんなに迷惑をかけているだけ』と発言する」

「やせてくる」

「頭痛、肩こり、胃痛などの体の不調を訴える」

「寝酒の量が増える」

このような症状に気づいた時の対応のポイントは、「他の社員からは聞かれない場所で話す」「普段と比較して話し方や態度が違ふと感じたら、体調が悪くないか聞いてみる」「体調のチェックをするために、医療機関に行くように勧める」「人事労務と情報共有する」といったこととなります。いきなり「メンタルの問題ではないか」と指摘すると、ふつうの人はとても嫌がります。全てのメンタル不調は体調不良と結びついていますので、この段階では「体調が悪いんじゃないの」と聞いていただくだけで十分です。

うつ病の治療は、休養、薬物療法（抗うつ薬）、認知行動療法などがありますが、体調の自己チェックを学ぶことも大切です。

うつ病から職場復帰する時の注意点ですが、まずは体調改善の確認が必要です。ご本人は復帰を焦りますが、十分に回復してストレス対策などの再発予防策を身につけてから復職した方が、再休職が少なくなります。できれば、職場復帰後のリワークプログラムを受けることが望ましいと思っています。復職の妥当性を判断するため、1、2か月の試し出勤を行うことは有効です。体調についての周囲への説明はご本人に任せることが、周囲との関係を円滑にします。

続いて、双極性障害を取り上げます。テンションが高くなり何でもできる気になる躁と、気分がふさぎ込むうつを反復する病気が双極性障害です。躁の症状には「気分が高揚する」「普段より活動的、おしゃべりになる」「睡眠時間が短いのに活動を続ける」「自分は何でもできると思い込み、他人の意見を聞かない」「いろいろなことを思いつくが練られたものではない」「自分の意見に反対されると怒り、浪費、無謀な投資、性的な活動などの行動を抑えられなくなる」などがあります。

双極性障害には、躁の症状とうつの症状が混ざった混合状態もあります。本人は「うつだ」と訴えても、周囲の人にはそのようには見えないチグハグな状態で、「躁だけ」や「うつだけ」よりも不安定さが増します。

躁を職域で気づくポイントを挙げてみます。

「テンションが高く、上司や同僚が本人に注意すると突然激しく怒り出す」

「『自分は非常に仕事ができる』などと根拠がない自慢をする」

「『今はすごく体調がいいから眠らなくとも問題ない』と言い、2～3時間しか眠らずに1日中活動し続ける」

「いつもと比べておしゃべりになり、相手は『口をはさむタイミングがない』と感じる」

「『非常に良いアイデアが次々と浮かんでくる』と本人は言うが、周囲はそうは思えない」

「会話の途中で突然席を立って、他のことに取り組み始めるなど落ち着かない」

「いろいろな活動（仕事、勉強、家事、趣味、友達付き合い）に昼夜を問わず没頭する」

「クレジットカードで多額の買い物をする」

「セクシャルハラスメントやパワーハラスメントをする」

次は、混合状態を職域で気づくポイントです。

「朝に遅刻してきたり、具合悪そうにしたりしていたが、午後からは元気になり、遅くまで残業している」

「『自分は仕事ができる』と自慢していたかと思えば、『いつも仕事で迷惑をかけている』などと悲観的な発言をする」

「躁とうつのポイントが両方認められて、状態が不安定にみえる」

こうしたことに気づいた時の周囲の対応のポイントは、躁が疑われる時は「遅くまで活動して疲れないか」と声をかけてみてください。躁状態になっている時は、本人がこれを認めない場合も多いので、そのような時は家族に職場での状態を伝え、家族同伴での受診を勧めてください。うつの時は、先ほどお伝えしたうつ病の対応と同じです。混合状態の時も、体調や働きぶりが心配であるということをお伝えします。躁状態の時よりも話し合える余地があります。

治療は薬物療法が中心になります。薬で気分や体調の波を安定させます。双極性障害のうつに抗うつ薬を使うと、躁を引き起こす副作用がみられがちなので、抗うつ薬だけという使い方は勧められません。心理療法や認知行動療法に加え、生活リズムや対人接触に関する刺激を安定させ、体調が不安定になるのを防ぐ対人関係・社会リズム療法も有効です。

双極性障害の人が職場復帰する時の注意点は、「変調があったら、本人、家族、職場、主治医の間で情報を共有する理解を得ておく」「生活リズムを守れるように、復帰後は定時業務が望ましい。本人にも、飲み会などへのつきあいを避けるように要請する」「体調に波があるので、業務量の設定は、最初は慎重にやや低めにする」「本人がオーバーペースのようであれば、周囲から声をかける」などがあります。

次に、社会不安障害についてお話しします。「人前で話す時、極度に上がってしまう、ひどく動悸がする」「人前で字を書く時、手が震えてしまう」など、社会的な状況において強い不安や恐怖を感じ、次第にそのような場面を避けるようになる障害です。「人と接するのが極度に怖い、緊張する」「人前で食事ができない」「人前で文字を書く時、手が震えて書けない」「周囲からの視線が極度に怖い」「注目されると緊張で赤面する・汗をかく」「人前で電話をかけるのが怖い」「周囲に人がいるとトイレで用を足すことができない」などの症状があります。

職域で気づくためのポイントは次のようになります。

「名刺交換や打ち合わせの場面で極端に緊張し、手が震えたり無口になったりして、必要なコミュニケーションがとれない」

「プレゼンテーションや人前で字を書く場면을極端に避ける」

「電話に出られない。会食できない」

「会話や注目される場面で異常に発汗したり、赤面したりする」

こうした状態に気づいた時の対応は「不安や恐怖を感じていることについて、話を聴く」「その上で医師の受診を勧めてみる」「不安や恐怖による回避行動は怠けているわけではないので、『頑張り』などの励ましでプレッシャーを感じさせないようにする」などが適切です。社会不安障害の方は、躁状態の方と違って、受診を嫌がることはあまりないと思います。

不安の病気は抗不安薬などが比較的良好に効きますので、職域が困るということはありません。認知行動療法も有効です。不安になる思考パターンではない別の見方ができるようにしたり、人と接する練習をしたりします。社会不安障害は、そんなに予後の悪い病気ではありません。職場復帰の時の注意点は「復帰直後は、苦手なことを周囲が一時的に代わって対処する」「人前で話すような場面に対処する経験を徐々に積み重ねる」「本人の改善状況に応じて一緒に対応を考えていく」などです。

次はパニック障害についてです。体に異常がないのに、突然、動悸や息切れ、めまいなどの激しい症状が起こり、さらに強い不安にとられる障害です。このようなパニック発作が再び起こるのではないかという予期不安がみられます。

パニック発作は「このまま死んでしまうのではないかと怯えるほど強烈です。このため救急外来を受診しますが、身体的検査では明らかな異常所見は見つかりません。「また発作が起きたらどうしよう」という予期不安のために、電車に乗ったり、人の多い場所に行ったりすることが次第に困難になってしまいます。

職場で気づくポイントとしては「通勤中に倒れたり、体調不良を起こして始業時間に出勤できないことがある」「電車やバスに乗れず、出勤できないことがある」「職場でも急に不安な様子になって、呼吸が荒くなったりする」などが挙げられます。パニック障害の人は、パニック発作が出ていない時は普段と何も変わりません。そのため様子が普通であっても「最近、具合はどうかの」と声をかけることが大切です。仕事のストレスでパニック発作が悪化する場合は、仕事量を減らすなどしてください。

治療は認知行動療法が有効で、薬物療法では抗うつ薬と抗不安薬が用いられます。生活上の注意点としては、怒りなどの感情的興奮、孤立感、疲労、空腹を避けることが大切です。職場復帰の前後は発作に注意しながら、規則正しい生活ができるような勤務上の配慮を行ってください。「気のせいだよ」「考え過ぎだよ」という声掛けは避けるようにします。発作などの症状が改善すれば、通常と同じ業務が可能になります。

最後に、発達障害についてふれます。これは、健康だった人がある時に発病する「病気」とは異なり、生まれつきの「特性」です。発達障害の特性が強いと子どもの頃に気付かれますが、特性が比較的弱い人の場合は、就職して対人関係や業務の負荷が上がった時点で問題が生じてくることがあります。

発達障害の特性をいくつか挙げてみます。

- 「こだわりが強く、切り替え、応用が利かない」
- 「人との関わりが乏しく、集団で人と異なる行動を取ることがある」
- 「会話のすれ違いや指示の思いがけない誤解、聞き落としがある」
- 「『空気が読めない』『先が読めない』など対人関係の勘がわるい」
- 「感覚過敏や極端な不器用がある」
- 「聞きながら書くなどの複数の作業を同時に行うのが苦手である」
- 「順序立てて物事に取り組めない」
- 「忘れ物が多く片付けができない」
- 「じっと座ってられず、ひとつの作業に集中し続けるのが難しい」
- 「自分の話す順番を待つことが出来ず、他の人を遮ってしゃべる」
- 「特定のことに高い能力がある場合がある」
- 「決め事はきちんと守る場合が多い」

続いて、職場で気づくポイントを挙げます。

- 「コミュニケーションが取れずに職場で孤立している」
- 「業務がマイペースでしかできずに時間がかかる」
- 「業務のパターンが変わると作業ができなくなる」
- 「パソコンや空調の音、大声など聴覚的な過敏性を有する」
- 「不十分な点を注意しても、どこが悪いのか理解できない」

「具体的な指示がないと作業ができない」
「計画的に業務ができず、期日を守れない」
「ケアレスミスや忘れ物が多い」
「整理整頓ができない（机の上が散らかっている）」
「誤りを指摘するとパニックになったり、逆切れしたりする」
「貧乏ゆすりが多く、話し合い中も落ち着きがない」
「話し合い中に突然発言したり、待てなかったりすることが多い」

こうしたことに気づいた時は、個別面談で業務上の困難について具体的な聞き取りを行い、必要に応じて支援を検討します。支援のポイントを挙げます。

「口頭ではなく、文書や図で指示することも役立つ」
「あいまいな指示を避け、具体的に指示する」
「複数の作業を同時に行わず、一つずつ行うように指示する」
「メモを取るよう指導する」
「聴覚、視覚、嗅覚などに過敏性がある場合には、これらの感覚が刺激されないように配慮する」
「話し合いなどでは、感じたことをメモしてから発言する、もしくは相談をしてから発言するように指導する」

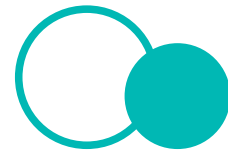
治療といっても生まれつきの特性なので、特性自体を変えることはできません。特性に関する理解、本人の工夫、環境調整などを行っていきます。注意力不足については薬を用いることもあります。特性によって業務にうまく適応できず、不安やうつの症状が発生することがあり、そのような場合はこれらの症状に対する対症療法的な投薬が行われることもあります。

職場復帰する時の対応のポイントは、「どういうストレスで休務に至ったかということや、感覚過敏の状態、対人関係で行える工夫、大まかな業務スケジュール、などの情報を本人と共有する」「孤立を避けるための相談役をつくる」「本人の同意のもとで主治医に相談し、対応の助言を得る」などが挙げられます。

現在はいろいろな薬剤が開発されて、メンタル不調が起きる人でも病気と仕事を両立させることができます。ただし、本人の努力、職場の協力、医療施設との連携、が必要です。職場復帰後の再発予防を支援するリワークプログラムなどに取り組む医療従事者と、職域・産業健康スタッフが連携できれば、社員へのメリットが大きいと思います。

繰り返す『うつ』への対応

—— 産業医の経験から



海老澤 尚

六番町メンタルクリニック
院長

私はクリニックでの主治医としての勤務の他に、並行して産業医としても活動してきました。金融機関やメーカー、ネット企業などで産業医の経験があります。同じ患者さんを、主治医と産業医という違う方向から見てきたという経験がありますので、そこから考えたことをお話ししたいと思います。特に、うつになった方の職場復帰は、しばしばうまくいかないことがあり、なぜそのようなことが起こり、どう対応すればよいのか、ということを中心に話します。

「うつ」に対しては、職場が戸惑うことがよくあります。例えば「職場として配慮しているつもりだが、復職後の欠勤が多い」「十分なパフォーマンスが出ていない」「診断書ではうつ病だが、うつ病に見えない」「イライラして怒りっぽい」「『無理しないで』と伝えるが、一生懸命やり過ぎて体調を崩す」「遅刻が多い」「仕事の不手際やミスが改善しない」ことなどが経験されるためです。

初めてうつ病を発症した人たちを23年間追跡した研究では、半分くらいは再発していません。でも30%くらいは「反復性」といって、いったんは良くなるけれどまた繰り返してしまう。それから15%くらいの人たちは、残念ながら回復しない。そういう方もいらっしゃいます。主に職場で問題になるのは、この反復性のところだと思います。

うつに至る要因は、医学的要因とストレス（環境因）に分けられます。環境因には、過重労働やハラスメント、人間関係、業務への不適応、公私のバランス、睡眠不足や夜型生活、飲酒、肥満などがあります。

うつを引き起こす医学的要因は、うつ病だけではなくありません。双極性障害や自閉スペクトラム症、ADHD、睡眠覚醒リズム障害、不安症でもうつが起きます。双極性障害をうつの時だけ見ると、うつ病との区別が非常に困難な場合がしばしばあります。双極性障害は、仕事や生活に著しい支障がある双極Ⅰ型障害と、躁が軽いため仕事や生活に支障がない双極Ⅱ型障害があります。

双極Ⅱ型障害は見逃されやすい特徴があります。躁ではなく、うつで始まることが多く、躁状態になっても軽いので気づかれにくいのです。また、職場や家庭では軽躁の症状が表れても、診察室では目立たないことが多く、医師が過去の軽躁状態を把握し辛いのです。

現在は東京医大の教授をされている井上猛先生がまとめられた論文によると、気分の障害で医療機関を受診した初診の患者が、双極性障害と診断されるまでに要した年月は、1年以内が4分の1ほどで、半分くらいは4年以上かかっています。海外の論文ですと、双極性障害と診断されるまでに平均7年、9年、11年というデータもあると思います。つまり、診断されるまでにかかなりの時間がかかるのです。

これも井上先生の研究ですが、うつで外来に来る方を大学病院などで正確に診断すると、4分の1くらいが双極性障害だった、ということです。双極性障害は決して珍しくなく、むしろ見逃されているケースが非常に多い可能性があるのです。

ですから、双極性障害とうつ病との鑑別は重要です。双極性障害では「イライラ、過敏性、怒りっぽさのリスクが高まる」「抗うつ薬が効かなかったり、一旦効いても繰り返し再発したりすることがある」ということがしばしばあります。

双極性障害の方がうつになった場合の、職場復帰後の注意点をいくつか挙げてみます。「軽躁状態や混合状態を、睡眠時間などをもとに、本人や職場、家族が早期にチェックする」「自分に合ったペース配分、仕事量の調整」「仕事との距離を取る、周囲の出事に感情的に巻き込まれないようにする」「気晴らしに集中し過ぎない」などです。

自閉スペクトラム症でも、うつ症状が表れることがあります。自閉スペクトラム症の人が苦手なこととしては、「他人の感情や相手の立場を想像すること」「場の空気や行間を読むこと」「適切な報・連・相」「雑談」「優先順位付け」「抽象的・あいまいな表現の理解」「ルールがない仕事を進めること」「不得意なことに集中すること」「全体を把握すること」などがあります。ひとりの人が、これらに全部当てはまるわけではなく、こうした特徴をいくつか持っているのです。

自閉スペクトラム症の人は、感覚が過敏であったり、目で見える方が耳で聴くよりも理解しやすかったりする特徴が目立ちます。また、パフォーマンスがメンタルや身体のコンディションに大きく影響されるという特徴もあります。そのために、二次的な症状としてうつになることがあります。

ただ、発達障害という決めつけには害が多くあります。安易な素人判断は避けたほうがよいと思います。これをやってしまうと、とびぬけて才能のある方を排除してしまうリスクがあります。発達障害の人は得意、不得意の差が大きいため、個性や得意・不得意を見極めて得意分野を活用し、不得意分野を補い、指示・役割分担を明確にし、むやみに叱責しない。このような当たり前の対応が大切で、上司が替わっただけでパフォーマンスが大きく向上する人が多くいます。

うつを引き起こす環境因としては、公私のバランスの崩れが目立ちます。働きながら、夫や家族のために家事もこなしている女性はこのバランスを乱しやすく、注意が必要です。睡眠不足や夜型生活もうつ病のリスクになります。睡眠時間が6時間未満の人のうつ病発症リスクは、それ以上眠る人と比べて約1.6倍、午前1時以降に寝る人のうつ病発症リスクは1.9倍という報告があります。日本人の睡眠時間は減ってきていて、これもうつ病リスクを高めているのかもしれない。

飲酒もリスクになります。1日にビールを500～1000ml以上、またはワイン・日本酒を1～2合以上相当のアルコールを飲む人は、抗うつ薬の治療効果が低いという研究報告があります。アルコールはうつに影響するのです。ところが日本の職場では、付き合い酒を断るのが難しいので、周囲も注意が必要です。このように、睡眠習慣や飲酒習慣という面から見ると、うつ病は生活習慣病と言える面もあるのではないかと思います。

うつ病の治療中は、主治医と会社がコミュニケーションを取ることが重要です。しかし、ご本人がこれを拒んだ場合、個人情報保護の観点からこのルートがブロックされてしまう。ご本人の意向は当然尊重しなければいけませんが、そうすると職場で困っていることが、主治医や家族に届かないという問題が起こってきます。すると治療がチグハグになってしまいます。

なぜこうなるかという、ご本人が、もし自分の情報が主治医から職場の方に行ってしまうと、クビになるんじゃないかとか、今後の出世に関わるんじゃないか、周りから白い目で見られるんじゃないか、という疑念を抱いているからなのだと思います。だからもっとスムーズに、主治医と職場が連携できるようになるためには、「うつ」の方と職場との信頼関係が重要なのです。「うつ」は人それぞれ、個別の状況に合わせた「うつ」への対処が望まれます。



シンポジウム

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～

2019年度東京都地域自殺対策強化事業「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主催)の締め括りとなるシンポジウムが、1月10日、東京都千代田区のAP市ヶ谷で開かれた。「認知行動療法」「うつ病の認知機能低下」「アルコール依存症対策」の各分野で、それぞれ第一人者として知られる精神科医3人が1時間ずつ講演し、最新の知見に加えて、職場での好ましいメンタルヘルス対応などを提案した。



大野 裕 (おおの ゆたか)

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)代表。
1950年、愛媛県生まれ。慶應義塾大学医学部卒業と同時に、同大学の精神神経学教室に入局。その後、コーネル大学医学部、ペンシルバニア大学医学部への留学を経て、慶應義塾大学教授(保健管理センター)。2011年6月より、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターのセンター長に就任し、現在は顧問を務める。



三村 将 (みむら まさる)

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室教授。
1984年、慶應義塾大学医学部を卒業し、精神・神経科学教室に入局。1992年から1994年まで、ボストン大学医学部行動神経学部門・失語症研究センター・記憶障害研究センター研究員を務めた。帰国後は東京歯科大学市川総合病院精神神経科講師として臨床と研究を行う。1999年より昭和大学医学部精神医学教室に勤務。講師、准教授を経て、2011年、慶應義塾大学で現職の教授に就任。専門は老年精神医学、神経心理学。認知症や老年期うつ病の診療と研究に従事している。



松本 俊彦 (まつもと としひこ)

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部・部長、同センター病院薬物依存症センター・センター長
1993年、佐賀医科大学卒業。横浜市立大学医学部附属病院での初期臨床研修終了後、国立横浜病院精神科シニアレジデント、神奈川県立精神医療センター医師、横浜市立大学医学部附属病院精神科助手、医局長を経て、2004年に国立精神・神経センター(現在の国立精神・神経医療研究センター)精神保健研究所司法精神医学研究部専門医療・社会復帰研究室長に就任。以後、同研究所自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長、同副センター長などを歴任し、現職。

簡易型認知行動療法を活用 した職場のメンタルヘルス



大野 裕

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

認知行動療法はとても注目されています。どういう病気に効くのかとか、うつ病のどういう状態に使えるのかとか、よく聞かれるのですが、基本的にこれは、話せば使えます。病名からは少し離れて考えていただきたいと思っています。

精神疾患の病名というのは暫定的に付けたもので、同じ病名でも人それぞれに見立てが必要になります。そのため病名に縛られず、例えばうつ病だからどうか、発達障害だからどうというのではなく、その人が自分らしく生きていくための手助けをする一つの指標として、診断や病名があると考えていただければよいと思います。

認知行動療法は、その人が情報をどう受け取り、どう判断しているのか、という部分に注目します。私たちは、とっさの判断をする時にはネガティブに考える傾向があります。そして、少し落ち着くと考えがポジティブに変わっていく。これは原始時代から変わりません。

例えば原始時代に、狩りに出て獲物が手に入らなかったらどうでしょう。このままでは飢え死にするのではないかと、まずネガティブな可能性を考えて、どうしようかと思うわけです。最初から「なんとかなるだろう」と呑気に構えていたら、飢え死にしかねないからです。ですから今でも私たちは、何か起きた時にはまず、良くない可能性を考えます。

ただ、ちょっと落ち着いてから考えてみると、これまでも何日か経ったら獲物が手に入ったとか、仲間と一緒にあの場所に狩りに出たら獲物が手に入ったとか、ポジティブな情報が頭に入って来るわけです。そうすると考え方が少しポジティブになって、こう工夫したらどうだろうとか、考え方が変わっていきます。これが私たちの基本的な考え方なのです。

ところが精神疾患を患っている人たちは、悩んで思考がネガティブになった時、そこから抜け出せなくなってしまいます。それを、もう少し情報を集めることで、よりの確な判断や行動ができるように手助けしていこうというのが、認知行動療法の基本的な考え方です。

認知というのは情報処理のプロセスです。例えばアパートの部屋に1人での夜の夜、外でガサッという音がしたとします。素敵な人が来たとは思わないですね。泥棒じゃないかと考えて身構えるわけです。そしてカーテンの隙間からそっと見るわけですね。素敵な人だったらドアを開けますし、泥棒だったら警察に通報する。つまり、情報を集めることで的確な判断ができるようになっていくわけです。

何か起きた時のとっさの判断や、瞬間的に出てくる考えを「自動思考」といいます。健康な人は、先に述べたような頭の切り替えがふつうにできます。ところが心が弱っている人は、なかなかそれが

できない。特に若い方などは人生経験が少なく、切り替えが苦手だったりします。そこで、ちょっとした手助けが必要になるのです。

なぜ頭の切り替えが難しいのかと言えば、ネガティブな考えも間違いではない可能性があるからです。例えばみんなが食事に行った時、自分だけ声をかけてもらえなかったとします。「ああ、自分は嫌われているんだ」と落ち込みますよね。そこである人が「あなたの仕事が忙しいから、みんな気を遣ってくれたんだよ」と励まします。そのように考えれば気持ちが楽になるだろう、という善意で励ましたのです。でもやっぱり、その人は嫌われている可能性が十分あるのですよ。

誘ってくれなかった人たちに「気を遣ってくれてありがとう」なんて言っていると、「あいつ空気読めないな」なんて笑われることになりかねません。そして、やはり嫌われていたということに気付いて、もっともっと傷つくわけです。

誘ってくれなかったみんなに、単刀直入に理由を聞けばいいのですが、ちょっと心が弱っている時は、そこまで踏み出す勇気が出てこない。それを手助けするのが、私たち専門家なのです。医療関係者ではない友達や職場の同僚でも、そうした手助けはできる。すると、その人は本当に嫌われていたとしても、現実を見つめ直して、「本当はみんなと仲良くしたい」という自分の希望を叶える方向に一歩踏み出せるのです。

しかし、問題が解決できない時というのは、「どうせ何をやってもだめだ」と思ってしまったたり、そのために自分の世界に閉じこもったり、逆に動き過ぎてしまったり、いろんな問題があるわけです。だからこそ、認知行動療法ではそれぞれに合った複数のスキルを使えるように手助けしていく。そうすると、様々な問題に適切に対処できるようになり、自信がつき、症状が軽くなっていきます。

認知行動療法が日本人に本当に効果があるのかを調べる研究を、慶應大学の中川先生たちが行いました。抗うつ薬を2か月使っても効果が出なかった中等度以上のうつ病患者さん80人に協力いただいて、ランダム化して2群に分けました。通常治療に認知行動療法を加えた群と、通常治療をそのまま続ける群です。その結果、認知行動療法を行うと、4か月後の治療成績が明らかに良いということが分かったのです。

認知行動療法は、私たちの方法だと4か月（16週）で終わります。その後、何もしないで1年間様子をみました。認知行動療法終了時に、症状がほぼ消えていた方は4割だったのですが、1年後には7割の方の症状がほぼ消えていました。つまり、認知行動療法のスキルの練習を4か月していたと、いろんな場面で困難に対処できるようになり、終了後も回復していくのです。認知行動療法というのは、症状を持った方を手助けするアプローチではありますが、同時に、自分が自分の相談者になれるアプローチでもあるのです。この研究でそれが実証されました。

今、私たちは厚生労働省を通じて6千万円から7千万円の事業費をいただき、治療者を育てています。でもなかなか難しいのです。認知行動療法は下手な治療者がやるとあまり効果が上がりません。でも、確かなスキルを持った治療者を育てるのは時間がかかる。そうすると、認知行動療法を受けたのに、受けられない問題が生じます。これはイギリスなどの海外でも問題になっていて、より簡便な形で、しかし同様の効果を得られる認知行動療法を考えていこうという動きが出てきました。

最近注目されているのが、インターネットを使った方法です。その中には、人が全く関わらず、パソコンとだけ向き合う方法もあります。しかし、これは持続しない。継続率2割から3割になってしまいます。そこで出てきたのが、人がアシストをしながらインターネットを使って行う認知行動療法です。

私たちが今考えているのが、ブレンド認知行動療法という方法で、通常の面接を、インターネットのアシストを受けながら行います。そうすると、比較的初心者の治療者でも効果的な面接ができます。インターネットのアシストによって、面接の要点をおさえられるためです。

私は「こころのスキルアップトレーニング」というインターネットサイトを10年ほど前に立ち上げました。1か月間は無料で使用できます。このサイトのウリは、認知行動療法の技法を少しずつ勉強できることです。

このサイトを使い、気持ちが楽になったと答えた人は7割に上りました。そのポイントを見ると、まず「決めつけ言葉から自由になれた」ということでした。「どうせ何をやってもダメ」「いつもこうなんだ」「絶対うまくいかない」というようなマイナス思考が私たちを辛くさせている。そしてネガティブなところから抜け出せなくなっているのです。

さらに、悩みから抜け出せない人の多くは、過去を振り返って後悔しています。将来を考えて不安になっています。でも過去は変えようがなく、将来は何が起こるか分からない。今に目を向けて、今の問題に対処できるようになった人は、気持ちが楽になったと答えていました。ここが認知行動療法の一番基本的なポイントになります。

「今に目を向けて、他の可能性を考えていこう」ということです。それをひとつひとつステップを踏みながら、練習できるようにしています。ですから認知行動療法は、すでに精神科にかかっている人だけでなく、悩みを抱えて苦しんでいる人にも効果があります。

認知行動療法の職場への導入には様々な方法があります。例えば小島先生という産業医の先生は、社員向けに認知行動療法の集団研修をした後、メールを使って継続的なサポートをされました。ただメールだと、数が多くなると対応しきれない。そこで集団研修を行った後に、インターネットを使って自己学習を継続できる仕組みが考案されました。

こうした方法で認知行動療法を行うと、健康な人はより健康になり、疲れている人はその疲れを改善できる。単発の集団研修では効果が持続しないので、続けて自己学習を行うことが大切です。こうしたことは企業だけでなく、学校でも効果を上げています。学校の先生に対する認知行動療法や、生徒に対する認知行動療法の効果が報告されています。

群馬県にある桐生第一高校のスポーツ進学クラスの生徒たちは、認知行動療法の研修を1年時から続けることで、プレッシャーにとっても強くなっています。去年はラグビー部が花園に出場し、野球部はこの春の選抜大会に選ばれると思います。認知行動療法はあらゆる人への効果が期待できるので、

出社はしているものの、精神的な不調でパフォーマンスを十分に発揮できない人は数多く存在し、その経済損失は、休んでいる人の約100倍とされています。出社している人のケアが非常に大事なのです。

出社はできている人に対しては、自分で自分のケアができる方法があればいいのではないかと考えて、自動会話プログラムのチャットボットで認知行動療法を行う研究を始めました。もうすぐ試作版をスマホアプリの形で公開できると思います。こういうものを入口として、各企業で使っていたらいいのではないかと考えています。

認知行動療法のスキルとは、基本的には私たちが通常使っている気分転換や、ストレス解消の方法をまとめたものです。気力というのは待っていても出てきません。行動をすることでやる気が出てきます。これを認知行動療法では「行動活性化」と名付けています。

あれこれ考え過ぎて踏み出せない時は、「どうせ何をやってもだめだ」という悲観的な思いを捨てて、考えを切り替えてみる。これを「認知再構成法」といいます。もちろん問題はあるのですから、考えを切り替えたからといってそんなに気持ちが楽になるわけではありません。問題を解決する必要があります。これは、仕事を進める上でも有用な「問題解決スキル」が使えます。1人でできることもあれば、職場環境を変えるなど、周囲の支援が必要なることもあります。家族の協力が必要になることもあります。加えて、困ったら相談するというスキルも身につけていただく。認知行動療法で行っているプロセスは、だいたいそのようになります。

面接の時に真っ先に確認するのは、その人はどういうふうになりたいのかという目標と、何がそれを邪魔しているのかということです。そのための計画を立てていきます。これがあって、先ほどのプロセスが生きてくるわけです。

私たちは、認知行動療法を職場などでさらに活用しやすくするため、超簡易型認知行動療法の開発も進めています。毎回、最初と最後だけ産業保健スタッフがそばにつきまします。あとはご本人がインターネットサイトを使い、セルフケアスキルを身につけていただく方法です。計6回、1回30分程度でできます。職場では、復職した方の支援などでの活用を想定しています。ある企業で効果研究を始めていて、良い感触を得ています。

職場での認知行動療法は、まずセルフケア、eラーニング、社内研修があって、チャットボットで自分を振り返っていただく。それでも悩みが解消できない場合は、社外の専門家の面接を紹介したり、契約できている適切な医療機関があれば、そこを紹介したりする。そういう仕組みを作って、その中で個別の対応ができるといいのではないかと考えています。

最新の脳機能からみた メンタルヘルス



三村 將

慶應義塾大学 医学部
精神神経科学教室
教授

うつ病を中心とした気分障害の患者数は近年どんどん増えて、最近は概ね年間 100 万人という数になっています。これは受診している人の数で、実際にはもっと多いと考えられます。気分障害はあらゆる年代で起こる病気です。私は老年期のうつ病が専門分野のひとつですが、高齢者でもうつ病を発症する人は少なくありません。

うつ病は日常生活に大きな支障を及ぼします。最近よく使われる DALY（障害調整生命年）という指標があります。病気や障害によって、健康や生活がどれくらい損なわれるかをみる指標ですが、WHO（世界保健機関）の報告では、2030 年にはうつ病が虚血性心疾患を上回り、DALY のトップになると予想されています。うつ病が人生に及ぼすダメージは、あらゆる病気や障害の中で最も大きいということになります。

職場の長期休職についても、精神疾患が原因となるケースが急増しています。地方公務員 10 万人当たりの長期休職者の疾病分類を見ても、循環器、消化器の病気や、癌が概ね横ばいなのに対し、精神疾患が急増しているのがわかります。この中核は、うつ病を中心とした気分障害です。さらに精神疾患は、労災の請求や認定の数でも年々増加しています。過労による自殺などが増えていることが知られています。

慶應大学の佐渡充洋先生たちが行った研究をいくつか紹介します。まずは、精神疾患による社会的コストの研究です。1 万人規模の大企業の場合、メンタルヘルス不調に関連する損失は年間 10 億円に上るという結果が出ました。このような企業では、1 億円をかけてメンタルヘルス対策をしても、十分にペイできるわけです。

精神疾患では、診断や治療にかかる直接的な費用よりも、間接的な費用が多くなることが知られています。特にうつ病では間接費用の割合が非常に大きく、休職していることで生じる損失よりも、仕事をしているけれどもうまくできないことによる損失が非常に大きいというのが特徴です。

また、佐渡先生たちの研究では、メンタル不調で 1 回だけ休職する人は 6 割ほどで、4 割は再休職することがわかりました。こうした観点からみると、休職の最たるリスクは、前に休職しているかどうかということになります。そして、休職が 2 回以下の人と、3 回以上の人とを比較すると、3 回以上の休職者の再休職リスクは約 5 倍に及ぶことがわかりました。こういう人たちにどう対応するのか、職場は頭を悩ませています。

このような状況の中で、もう 10 年前になりますが、慶應大学ではストレス研究センターを作りました。医学部だけに留まらず、慶應大学本体の研究組織として活動しています。私がセンター長を務めて、メンタル不調者に対しての支援を続けています。特にポイントは、「故障者リスト入りした方を鍛え、育てる」という視点で支援を行っていることです。

つまりこのセンターでは、日常生活が安定して過ごせるというだけに留まらず、求められている仕事やミッションをしっかりと遂行していくための、働く能力の再生にも重点を置いた支援を行っているのです。そのためには、ある程度「鍛える」という視点が大切なのです。

職場復帰のためのリハビリテーションでは、大野裕先生がお話になった認知行動療法や、最近ではマインドフルネスを取り入れています。それともう一つの柱として、うつ病で低下しやすい認知機能を回復させることを重視しています。

認知機能と一口に言いますが、それは多岐にわたります。一般にイメージしやすいのは、記憶とか問題解決能力だと思います。これは、遂行機能や実行機能と呼ばれる認知機能です。それ以外に、言語なども重要な認知機能ですが、こうした様々な認知機能のベースにあるのが、注意力や作動記憶（ワーキングメモリー）です。

うつ病は心身に様々な変調が起こります。意欲低下とか、自殺念慮・自殺企図も表れやすいのですが、うつ病の症状の中核と考えられるのが、認知機能障害です。10代から20代の若い患者さんを調査しても、やはり認知機能が低下していることがメタ解析の研究でわかってきました。問題解決能力とも言える実行機能や、注意力に関係する作動記憶、言葉の流暢性、視覚記憶などが低下していたのです。

作動記憶というのは、あることをしながら別のことを頭に入れていく能力です。あるものを処理しながら、あるものを保持する能力、とも言えます。2つ以上のことを同時にこなすためには欠かせず、仕事を行う上でも大変重要な能力です。

注意力が低下すると、仕事だけでなく日常生活でも様々な問題が起こります。「周りの変化に気づかない」「人の話を聞いていない」「外の物音や話し声に気を取られて集中できない」「話の内容がまとまらない」「同時に2つのことができない」などです。注意力は脳全体が関与していますが、特に注意を柔軟に切り替えたりするような高次の注意機能には、前頭葉が大きく関係しています。

では、うつ病にはどのような治療を行えばよいのでしょうか。うつ病に適応がある治療法は、まず抗うつ薬を中心とした薬物療法です。神経伝達物質のセロトニンやノルアドレナリンがうつ病に関係するといわれてきました。我々の研究でも、ノルアドレナリンとうつ病との関連が示唆されており、適切な薬物療法の開発につなげたいと考えています。

認知行動療法も治療効果が確認されています。さらに、大学病院や総合病院で、重症のうつ病患者さんに行う電気けいれん療法も保険収載された治療法で、これがうつ病治療の三本柱です。加えて2019年6月からは、磁気刺激療法が保険収載されました。第4の治療技法となります。

うつ病と特に関係がある脳の部位は、前帯状回という部分です。注意力や抑うつ気分などと深く関係しています。脳の上部の内側にあたる背内側前頭前野も重要で、ここは自分自身に対する評価と関係しています。脳というのは、内側が自分のことに関係し、外側は外界のことに関係しているのです。

とりわけ背内側前頭前野は、自己評価に関係しているとされます。さらにこの中で前頭極（BA10）と呼ばれる部分は、自己評価の中でも未来性思考との関連が深いとされています。

人間は過去、現在、未来という時制の中で生きています。このような動物は、ほとんど人間だけです。人間以外の動物も未来のことは考えるかもしれないけれど、それはエサとか危険とかと関係しています。直近の未来はわかるかもしれないけれど、遠い未来について考えるのは、ほぼ人間だけです。

未来を考えている時には、この BA10 が正常に機能している。ところが、うつ病になると BA10 の機能障害が起こるのではないかと考えられてきました。

このようなうつ病の認知機能障害は、認知行動療法によって改善するのでしょうか。未来性思考が障害されているうつ病の患者さんが、認知行動療法を受けると、未来への悲観的な思考が改善されるかどうか。我々のところで、今まさに検討しているところです。

データはある程度出てきています。実際に、うつ病の患者さんは BA10 が機能障害を起こしていて、うつ病が重症であればあるほど、その異常が大きいことがわかってきました。そして認知行動療法によって、BA10 領域の活動が正常化するケースも確認され始めています。

そもそも、うつ病の患者さんの脳はどうなっているのでしょうか。患者さんの前頭前野は、先ほどふれた背内側前頭前野や、ワーキングメモリーとか注意機能に関係する背外側前頭前野の機能が落ちています。それと同時に、扁桃体を中心とした脳の深い領域は、逆に過活動になっています。暴走している扁桃体を、前頭前野が適切に抑制できなくなっているのです。それがうつ病の脳活動の中核だろうと考えられています。

薬物療法は、前頭前野の部分にはあまり効きません。むしろ、脳の深い領域を鎮静化するのに役立ちます。一方で認知行動療法は、前頭前野の機能を正常化したり、活性化したりするのに役立つそうです。両者が合わさることによって、うつ病の脳を正常化できるかもしれません。

ですから、脳機能の観点からうつ病治療を考えると、認知行動療法と薬物療法はどちらか一方だけということではなく、それぞれに役割が違うのです。患者さん個々の脳の状態に応じて、落ちている前頭前野機能を改善したり、暴走している扁桃体や脳深部の機能を調整したり、ということが重要ではないかと考えられます。

磁気刺激も、うつ病の改善にある程度の効果があることが、我々が以前に行った研究で確認されました。磁気刺激で右あるいは左の頭頂葉を刺激すると、前頭葉の血流が増えるのです。作動記憶が軽度にも改善することも、多くの研究が示しています。しかし、知能や処理速度、視覚性や言語性の記憶、等々はあまり変わらないこともわかっています。

磁気刺激療法を発展させて行けば、脳機能をもっと改善させられると我々は考えています。ただ現在の磁気刺激療法では、機能の改善は一過性で、その後は下がってしまいます。そのような一過性を逆手にとって、受験生を対象に、受験の直前に磁気刺激を行うようなクリニックもあります。しかし、そのような使い方は好ましくありません。

レジリエンスという言葉があります。復元力や、病気からの回復力などを意味します。ストレスが加わった時、ゴムまりがへこむような脆弱性は人間だれしもあるのですが、凹んだままにならず、ある程度それに抵抗できる力を養うことが重要なのです。

うつ病に関して、レジリエンスが何と関係するのかということは、我々のところでも調べました。幸福度だとか、宗教性だとか、そういうことが関係していました。初詣にいくかどうか、レジリエンスに関係していたのです。

自殺する人は、実行機能や遂行機能が低いことがわかっています。レジリエンスや認知機能を高めしておくことは、うつ病の予防や回復につながるだけでなく、職場のメンタルヘルスを考える上でも重要なのではないかと考えています。

アルコールとうつ、自殺 ～『死のトライアングル』 を防ぐために～



松本 俊彦

国立精神・神経医療研究
センター
精神保健研究所
薬物依存研究部
部長

日本では近年、自殺者数が急増しました。特に働き盛りの男性の自殺が増え、これが全体数を引き上げました。そこで国は、自殺の原因となるうつ病対策に力を入れ始めたのですが、果たしてうつ病対策だけでいいのか、私は軽く違和感がありました。確かにうつ病対策は大事ですが、働き盛りの男性の自殺をそれで防げるのか、疑問に思ったのです。

それはなぜか。少し古いデータですが、東京大学の精神保健学の教授である川上憲人先生が、地域の一般住民に対して専門的な半構造化面接を行って、その精神医学的診断をきっちりつけるという研究をされました。そうすると、大うつ病性障害に罹患している地域住民は、女性の方が倍多いという結果が出ました。男性が4.2%に対して、女性は8.3%だったのです。

この結果だけから見ると、うつ病は女性になりやすいと言えるのかもしれません。こうしたことから、うつ病対策だけで男性の自殺を予防できるのか、という疑問が湧いてきたのです。

様々な精神疾患の中で、男性に顕著に多い精神疾患は何でしょうか。それは依存症です。ベンゾジアゼピン系などの処方薬や市販薬の依存症は、女性の方が多いのですが、アルコール乱用やアルコール依存は圧倒的に男性が多い。だからこそ、男性の自殺を防ぐためには、男性に特徴的なメンタルヘルスの問題に介入するべきではないかと、私は感じたわけです。

では実際に、男性の自殺とアルコールはどう関係しているのでしょうか。自殺既遂者に対して、私たちは心理学的剖検という手法を使い、調査を行いました。自殺で亡くなった人たちの最も身近なご遺族に、亡くなった人の死にざまや生きざまを長時間かけて丁寧に聞いていく調査方法です。そしてあることが分かりました。自殺で亡くなった人の21%には、亡くなる1年以内に何らかのアルコール問題があったのです。

この問題というのは、アルコール依存症だけではありません。アルコールが原因で健康問題が生じたり、社会的なトラブルに発展したり、対人関係や家族内での問題が生じたりしたケースも含んでいます。

驚くべきことに、21%の人たちは全員が男性でした。そして全員が40代か50代で、全員が仕事を持っていたのです。かなり輪郭がハッキリした集団なのです。ですから、働き盛りの男性の自殺を防ぐためには、アルコール問題は無視できないと我々は感じたのです。

では、この人たちはお酒をどれくらい飲んでいたのでしょか。1か月あたりの飲酒日数は、平均26～27日でした。1日あたりの飲酒量は約3合半。ビール中ジョッキ4杯くらいですね。確かに量はそこそこ飲んでいる。でも、我々の想像を超えた大酒のみではない可能性があります。毎日一升飲んでしまうとか、そういう感じではないのです。

それと 21% の約半数が、返済困難な借金を抱えていました。男性の自殺には、借金などの経済的問題がすごく影響するのです。男は金のこと追いつめられると、凄く傷つくということがあるのですね。

さらに、21% の約半数が離婚を経験していました。40～50 代の男性が配偶者と離別、死別すると、そうでない人と比べて自殺のリスクは 200 倍に跳ね上がります。一方、50 歳以上の女性が配偶者と離別、死別すると、自殺のリスクは変化なしの 1.08 倍。中高年女性の心理的タフさには驚かされますが、男性の弱さも際立っています。

21% の人たちの職業で一番多かったのは、自営業でした。従業員 50 人未満の零細企業を営む人も目立ちました。一国一城の主として頑張ってきて、地域でも町おこしの中心になるような人物。周囲から信頼され、いろんな人の相談を受けている。そのような人たちなのです。ですから自殺すると、周りの人はびっくりします。「なぜあの人か」と。

でも、逆に自分の相談をする相手がいないのですね。周囲が心配しても「大丈夫」と返すだけで、落ち込んでいる素振りには極力みせない。しかし、前よりもお酒の量が増えていたり、寝る前に強い酒を飲むようになったりと、飲酒面では明らかな変化が現れるのです。この 21% の男性たちは「男は強くあるべし」という「男という病に囚われた人たち」と言えるのかもしれませんが。

この男性たちの 56% は、うつ病などの気分障害と診断できる状態でした。アルコール問題だけでなく、他にもメンタルヘルスの問題を抱えていたのです。気分障害を発症していた人の大半は、実は精神科医療につながっていました。

しかし我々の調査では、このような人たちはうつ病の治療を受けていて、生活指導や助言も、うつ病を前提に行われていただけでした。お酒に関する指導とか、医療的介入はなされていませんでした。

自殺予防のためには、うつ病の早期発見、早期治療が重要と言われてきましたが、精神科に行けば問題が解決するののかというと、そうとも言えないところがあります。わが国の平均的な精神科医は、依存症の治療に苦手意識を持っています。アルコール問題に目を向けず、その部分が放置されてしまうのです。精神科医療の質の向上が欠かせません。

更にショッキングだったのは、この 21% の人たちが、首つりとか飛び降りとか、最後の行動に至った時、ほぼ全例が酩酊状態にあったということでした。「死にたい」という思いが募った時、もしもシラフだったらどうだったか。酒を飲めない状態だったならば、最後の行動は起こさなかったのではないか。そのように考えてしまいます。

人は死にたいと思った時、ただちに行動を起こすわけではありません。死ぬのは怖いし、痛いのは嫌ですから。でも酒を飲むことによって、恐怖心がクリアされてしまったのではないか。酒で衝動性が高まった可能性もあるのではないか。そういう意味でも、アルコール問題を自殺との関連で考えることはとても重要だと思っています。

海外では、アルコール依存症と自殺との関連は、以前から常識として語られてきました。研究論文は数多くあります。アルコール依存症になると自殺のリスクが 60～120 倍に跳ね上がるというデータや、自殺者の 15～56% に、アルコール依存症の診断がついたという研究もあります。特に、アルコール度数が高い酒を好むロシアや北欧の研究では、この割合が多いです。

様々な薬物の中で、他者に対する暴力、他者に対する迷惑が一番深刻なのはアルコールです。覚醒剤は、通り魔殺人などの犯罪につながるようなイメージを持たれますが、実は覚醒剤を使う人たちは部屋に引きこもるのです。覚醒剤は引きこもりの薬物なのです。

アルコール問題が深刻化すると、家族が去って孤立します。仕事にも集中できなくなり、行き詰って経済的な問題を抱えます。アルコールは間接的にも自殺リスクを高めるのです。さらに、アルコールはうつ状態を引き起こします。すでにうつ病を患っている人は、酒を飲んでいるとうつ病が難治化します。せっかく精神科の治療につながっても、お酒を飲み続けている人は、治療経過中の自傷や自殺企図の頻度が非常に高まることもわかっています。

酩酊の問題もあります。つらい気持ちを抱えたまま酩酊すると、死にたいとか、どうでもいいという自暴自棄的な考えに変化していきやすいことが多い。そして最後の行動に踏み切ってしまうのではないのでしょうか。アルコールによる酩酊は、自殺への距離を縮めてしまうのです。

アルコール消費量と自殺率には相関関係があります。ただし、男性の場合です。ノルウェーの有名な研究では、国民1人当たりの年間アルコール消費量が、純アルコール換算で1リットル増加すると、男性自殺死亡率が15～16%増加することがわかりました。これは、国民1人当たりのアルコール消費量が、ビール（アルコール度数5.5%）換算で毎日50ミリリットル増えると到達する量で、それほど多い量ではありません。

にもかかわらず、自殺率が跳ね上がるのです。旧ソビエトでも、ゴルバチョフが反アルコールキャンペーンを行った数年間は、自殺率が激減したというデータがあります。米国では以前は18歳から飲酒できたのですが、飲酒可能な年齢を21歳に引き上げた結果、特に19歳の自殺が減ったという有名な研究もあります。

フィンランドでは、アルコール度数4.7%以上の飲料は決まった国営店でしか買えません。ウォッカのような蒸留酒には高い税金をかけています。このような厳しいアルコール対策を進めた結果、男性の自殺が減り、自殺率は10年で3割減少しました。

日本ではどうか。各県のアルコール消費量と自殺率の高さを比べてみると、青森、秋田、新潟、高知、宮崎、鹿児島など、アルコール消費量の多い都道府県は自殺死亡率が上位で、すごく相関があることがわかります。

飲酒量でいうと、1日当たりの飲酒量が2合半を超えると、自殺リスクが2.4倍になるという国内研究があります。アルコール依存症だけが問題なのではなく、多量飲酒が問題なのです。

多量飲酒の一番のリスクは、衝動性の高まりです。暴力事件の加害者の48～70%が、犯行当時にお酒を飲んでいただということがわかっています。被害者の42%も、被害を受けた時にお酒を飲んでいました。

このようなことを踏まえて、一般の人たちも次の3か条を知っておいて欲しいと思います。

「追い詰められた時に飲みながらものを考えるな！」

「眠れないなら専門医に相談を！」

「酒は2合まで！」

つらい時の飲酒は、自暴自棄になりかねないので危険です。職場で悩んでいる人を励ます時、晩飯に誘うことが多いと思いますが、酒が入ると朝方に落ち込む恐れがあります。そういう場合はランチに誘うことをお勧めします。

眠るために酒を飲むという人もいます。しかし、それで酒を飲むくらいなら、睡眠薬を適切に使って眠る方がいい。ベンゾジアゼピン系の睡眠薬には依存性があり、確かにヤバイのですが、薬理的な依存性はアルコールの方がはるかに上です。眠れない原因がうつ病や統合失調症などの場合は、睡眠薬だけ飲んでも改善しないので、専門医に相談して疾患に応じた治療を受けるべきです。

1日当たりの飲酒量は、本来は1合に留めたほうがよいのですが、「少な過ぎる」という人も多いので、ちょっと妥協して2合ということにしました。先に紹介した研究をみても、2合半以上飲むと自殺リスクが跳ね上がるためです。

最近、ストロング系のアルコール飲料が人気ですが、これは注意してください。飲みやすいのでグイグイいってしまうと、あっという間に3合を超えます。これは危険ドラッグとして規制した方がいいのではないかと考えています。

精神科の臨床では、40代、50代の男性うつ病患者を診る時、必ず酒の問題を疑うことが大事です。この世代の男性うつ病患者の3割が、酒の問題を抱えていることが調査でわかっているからです。さらに、東京都立の総合病院を受診した人のうち、男性の2割、女性の1割にアルコール依存症の疑いがあったという調査結果もあります。おそらく、多量飲酒が内科や外科で治療している病気の原因となっているのです。そういう意味では、アルコール問題は精神科で対処するだけでなく、内科や外科など全ての医療者が注意を払うべきです。そうすれば医療費の削減にもつながるのです。

依存症の治療では、自助グループである断酒会が大きな役割を果たし、自殺予防にも貢献しています。ただし、親がアルコール問題を抱えていた経験があると、自助グループにつながっても精神的な健康度はなかなか上がりません。そのため、子どもの時に抱えたトラウマについても医療者がケアしていく必要があると考えています。

今回は女性の自殺リスクについては触れませんでした。女性の場合は、アルコール問題を抱えた家族がいることで自殺リスクが高まります。家族のケアも非常に重要なのです。

社会は酒の問題を軽くみえています。違法薬物がヤバイというけれど、アルコールも非常にヤバイのです。ただ、酒を飲む人が多数派だから、軽くみているだけなのです。この機会にアルコールの危険性をきちんと認識し、依存症であるかないかだけでなく、酒がメンタルヘルスにどのような影響を及ぼしているのか、そういうことをしっかり考えながら、適切な対応をしていただければと思っています。

平成 31 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企業用「支援手引き」作成事業」
JDC2019 メンタルヘルスセミナー／シンポジウム
「職場におけるメンタルヘルスの推進」
実施会場：AP 市ヶ谷
東京都千代田区五番町 1-10 市ヶ谷大郷ビル 5 階
実施時間：各回 13:00 - 16:30

一般社団法人日本うつ病センター
制作：有限会社まるみ



うつをこえて
BEYOND THE BLUE

一般社団法人

日本うつ病センター(JDC)[®]

〒102-0085 東京都千代田区六番町1-7

K-PLAZA 2階

<http://www.jcptd.jp/>