

平成30年度 東京都地域自殺対策強化事業
「若年勤労者の自殺を考える」セミナー



若年勤労者
×
自殺対策
×
産業メンタルヘルス

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®



若年勤労者の自殺対策のためのワークショップ

- 日 時： 第一回 平成30年12月 5日（水）13:00～16:30
第二回 平成31年 2月 8日（金）13:00～16:30
第三回 平成31年 2月15日（金）13:00～16:30
- 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）
- 講義および講師：
 - 講義 ① JDC『ワンストップ支援における留意点』の活用方法について
講 師： 大塚 俊弘 氏
（川崎市こども未来局 児童家庭支援・虐待対策室 担当部長／
精神科医）
 - 講義 ② 自殺予防と睡眠
講 師： 田中 克俊 氏
（北里大学大学院 医療系研究科 産業精神保健学 教授／産業医）
 - 講義 ③ 若年者のうつ状態・うつ病の薬物療法
講 師： 稲垣 中 氏
（青山学院大学 教育人間学部 教育学科 教授／精神科医）
 - 講義 ④ 企業におけるメンタルヘルス対策
講 師： 小橋 正樹 氏
（産業医／日本産業衛生学会専門医／労働衛生コンサルタント／
メンタルヘルス法務主任者）
 - 講義 ⑤ メンタルヘルス対策としての運動の有効性
講 師： 永松 俊哉 氏
（明治安田厚生事業団 体力医学研究所 客員上級研究員）
 - 講義 ⑥ 若年労働者の精神疾患による労災
講 師： 細川 潔 氏
（弁護士／自死遺族等権利保護研究会）
 - 講義 ⑦ もしも“死にたい”と言われたら ～自殺リスクの評価と対応～
講 師： 松本 俊彦 氏
（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／同病院 薬物依存症センター センター長／精神科医）
 - 講義 ⑧ SPIS（エスピス）の活用方法
講 師： 宇田 亮一 氏
（一般社団法人 SPIS 研究所 理事長／臨床心理士）
 - 講義 ⑨ SPIS を利用したメンタルヘルス不調者への対応
講 師： 堤 浩史 氏
（株式会社島津製作所 人事部 マネージャー）
 - 講義 ⑩ 若年就労者の自殺予防 ～労務管理の現場で思うこと～
講 師： 長部 ひろみ 氏
（ソーシャルサポートオフィス シトラス 代表／特定社会保険労務
士／精神保健福祉士）
 - 講義 ⑪ IT 企業におけるメンタルヘルスの取り組み
講 師： 南雲 智子 氏
（富士通株式会社 健康事業推進統括部 メンタルヘルス支援室
室長／精神科産業医）



若年勤労者の自殺対策のためのシンポジウム

○ 日 時： 平成31年2月22日（金）13:00～16:30

○ 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）

○ 司会、ファシリテーター、講義および講師：

司会・総合討論

樋口 輝彦 氏

一般社団法人日本うつ病センター理事長

国立精神・神経医療研究センター名誉理事長

ファシリテーター

大塚 俊弘 氏

川崎市子ども未来局 児童家庭支援・虐待対策室担当部長

（健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉センター担当部長 兼務）

田中 克俊 氏

北里大学大学院医療系研究科 産業精神保健学教授

講 義 ① インターネットを活用した企業の ストレス対策の可能性

講 師： 大野 裕 氏

（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）

講 義 ② 心の健康を保つための食事と生活習慣

講 師： 功刀 浩 氏

（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）

講 義 ③ 職場での過重労働・メンタルヘルス対策 :国内外の動向からの示唆

講 師： 伊藤 弘人 氏

（独立行政法人 労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所／

過労死等防止調査研究センター長）

パネルディスカッション

司会・総合討論

樋口 輝彦 氏

一般社団法人日本うつ病センター理事長

国立精神・神経医療研究センター名誉理事長

1 JDC『ワンストップ支援における留意点』 の活用方法について

◆ 連携支援のための手引き 『ワンストップ支援における留意点 — 複雑・困難な背景 を有する人々を支援するための手引き — 』

一般社団法人「日本うつ病センター（JDC）」が、厚生労働省の平成 28、29 年度の自殺防止対策事業費等補助金の採択を受け実施した事業「ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり」において作成した冊子。

自殺リスクが高まることが明らかになっている課題別に具体的な支援上の留意点を記載したもので、その課題を専門分野とはしていない支援者であっても知っておくべき基本的情報を中心にまとめている。各領域の専門家が他領域で使用されている“ことば”や“支援アプローチ”等に関して共通理解をすることで、多様な領域の相互連携を可能とし、多重課題を有する人々に対する地域におけるワンストップ支援ネットワークを構築することが目的。

若年勤労者の自殺対策に特に関連すると思われる項目としては、Ⅱ、本編 第2章「題別支援のポイント」の中の「5 幼少期逆境体験（虐待・不適切な養育）」、「6 自殺未遂」、「9 自死遺族」、「10 自死遺族いじめ自死（学校／職場）」など。

「日本うつ病センター（JDC）」のホームページからダウンロード可能。

<https://www.jpctd.jp/suicide.html>



※ 「5 幼少期逆境体験（虐待・不適切な養育）」（p42～44） より一部抜粋

【支援における10のポイント】

- ① “判断を交えない態度（non-judgmental attitude）”を基本姿勢とする
- ② 幼少期に過酷な体験をした者特有の心理状態や行動様式を理解しておく
- ③ 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく
- ④ 自分を大切にしようというメッセージは避け、むしろ自分を大切にできないほど過酷な状況に追い込まれた大変さに共感する
- ⑤ 支援拒否や中途離脱、問題行動の再発への寛容と再挑戦への応援
- ⑥ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する
- ⑦ 自己決定ができるような支援（有用な情報の提供、複数の選択肢の提示、決定までの紆余曲折の過程の尊重と同過程への付き合い）
- ⑧ 生活支援（住居、就労、資格取得、学業など）の重視
- ⑨ 精神科医療機関、障害福祉サービスとの連携
- ⑩ 自助グループや民間支援組織との連携

★ 判断を交えない態度

その人の考えに個人的な解釈や判断をせずに「私が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ような姿勢。「これはお前のためだ」と正当化されながら虐待を受けてきた者にとって、「あなたのため」と言われながら受ける望まない支援は、重大な二次被害を及ぼす。

★ 特有の心理状態や行動様式

安心して人に頼れない、他者と協調できない、警戒心が強く疑い深い、攻撃的でイライラしやすい、逃避的で無気力である、深刻味に欠ける、一貫性に欠けて長続きしない、決断できないなど、社会的活動や対人関係を妨げるような行動を示す者が少なくない。このような行動は、本人のわがままや病的な性格と捉えるのではなく、虐待やネグレクトといった“異常事態に対する、正常な反応”であるという理解が必要である。背景には、危機遭遇時に作動するノルアドレナリン神経の慢性的な機能亢進など、個人ではコントロール不可能な脳の神経生理学的な問題も想定されている。

★ 自分を大切にしようというメッセージ

自尊心が傷つけられ、「自分は価値がない人間である」という考えている者が少なくない。彼らに対する「自分を大切にしよう」というストレートなメッセージは、自分を大切にできないことへの非難のメッセージとして捉えられ、「自分は価値のない人間なんだ」という気持ちに追い込んでしまう。「自分を大切にできなくなるほど、辛くて大変な経験をした」ことへの共感のメッセージを伝えた後に、今の状況から脱出し、回復するための手立てを一緒に考えようと提案する、そのような対応が推奨される。

2 自殺予防と睡眠

◆ 不眠による自殺リスク

過去に行われた独立した複数の研究の結果を統合して、包括的な分析をする統計解析方法をメタ解析と呼ぶが、14.8万人を対象としたメタ解析によると、不眠による自殺のリスクに関して、企死念慮では1.94倍、自殺企図は1.99倍、自殺既遂にいたっては2.15倍そのリスクを高めることが示された。

また、問題のある睡眠は、うつ病発症のリスクを高める他、高血圧、糖尿病、心筋梗塞などの発症リスクも高め、業務効率の低下をもたらすなど、健康や社会生活の大きなリスクである。

◆ 睡眠の二つの仕組み

睡眠には、疲れると眠くなる仕組みと体内時計機構による仕組みがある。

疲れると眠くなる仕組みとは、目覚めていた時間の長さや活動量に応じて疲労や眠りに関する物質が蓄積すると、身体が睡眠を求める（睡眠圧）が高まるという仕組みである、

一方、体内時計により、日中は深部体温（脳の温度）があがり、活動のための交感神経が亢進し、夜になると眠りのホルモン「メラトニン」が分泌され、休息のための神経である副交感神経が亢進するというリズムが生まれる。

◆ 良好な睡眠をとるための工夫

睡眠の二つの仕組みを考慮して、下記に示したような生活上の工夫をすると効果的である。

○ 毎日同じ時間に起きて太陽の光を取り入れる

- ・光による体内時計のリセット
- ・目が覚めたら早めに日光を取り入れる（2,500ルクス以上、15～30分以上）
- ・朝の通勤も効果的

○ 規則正しい食生活

- ・朝食を欠かさずとることで体内時計をリセット
- ・遅い夕食は軽めに済ます

○ 規則的な運動習慣を

- ・運動にも体内時計の時間合わせをする働きがある
- ・体が疲れることで睡眠圧が上昇して眠りが深くなる
- ・日中の体温が上がることで体温勾配が大きくなり眠りが深くなる

○ 夕方以降はカフェインをとらない

○ 毎日の寝酒はしない

- ・アルコールは中途覚醒を増やす（質と量を落とす）

○ 就寝2、3時間前に軽い運動や入浴で体温勾配をつける



○ 刺激を避けて寝るための環境を整える

- ・寝る前のパソコンやゲーム、スマートフォンなどの使用は避ける（ブルーライトには覚醒作用あり）
- ・夜間の照明は間接照明や暖色系の照明を使用
- ・寝室はできるだけ暗く静かな状態に保つ
- ・室温は暑すぎず寒すぎず

○ リラックスするための睡眠儀式を

○ 休日の過ごし方に気をつける

- ・寝坊しすぎない（起床時間の差は2～3時間まで、休みの日にも太陽の光を取り入れる）
- ・昼寝をするなら15時より前に30分以内

※) 上記を試して上手くいかないときは、次の2つを試す

- ・眠くなるまではベッドに入らない（眠れないときはベッドから離れる）
眠れないのにベッドで悶々すると「ベッドがリラックスできない場所」になってしまう
- ・眠りが浅いときは、遅寝・早起きに
体内時計は後ろにずれようとするので、普段より早く寝るのは蒸すかしく、悶々とすることに

【講師】

田中克俊氏

北里大学大学院
医療系研究科 産業
精神保健学 教授／
日本うつ病センター
理事／
産業医

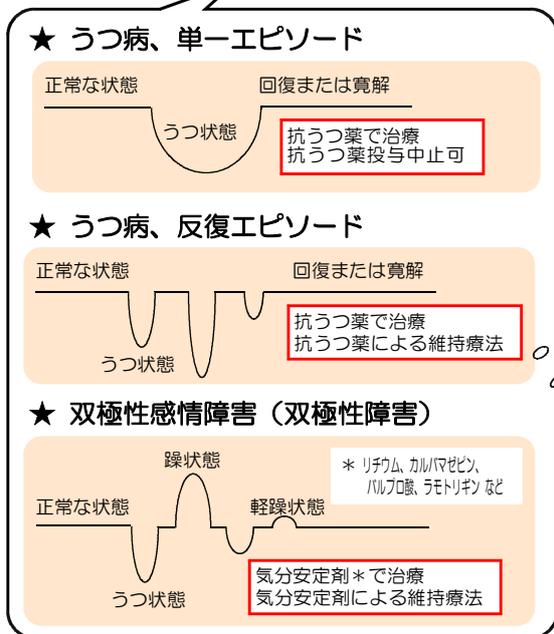
3 若年勤労者のうつ状態・うつ病の薬物療法

◆ 抑うつエピソードが見られる精神疾患

抑うつエピソードといわれる“うつ病”とは若干異なる。アメリカ精神医学会が作成し日本でも普及している診断基準「DSM-5」の中で示されている抑うつエピソードは右下のとおりである。

そして、抑うつエピソードが見られる精神疾患がいくつか存在すると理解していただきたい。

下記に、代表的な精神疾患を示したが、いわゆる、うつ病として多くの人がイメージしているものは「うつ病、反復エピソード」で、一時期話題となった新型うつ病は、そもそも“ほとんど1日中”“ほとんど毎日”といった抑うつエピソードの基準を満たしていないわけで、うつ病とは異なるものである。



【講師】

稲垣 中氏

青山学院大学
教育人間科学部
教育学科 教授 /
精神科医

★ 抑うつエピソード (DSM-5)

以下の症状のうち 5 つ (またはそれ以上) が同じ 2 週間以内に存在し、病前機能からの変化を起している

- ほとんど 1 日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
- ほとんど 1 日中、ほとんど毎日、ほとんど全ての活動における興味、喜びの著しい減退
- 有意の体重減少、または増加、またはほとんど毎日の食欲減退または増加
- ほとんど毎日の不眠または過眠
- ほとんど毎日の精神運動性焦燥または制止
- ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
- ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感
- 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる
- 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図、自殺するための計画

※) 下線が引いてある 2 項目のうち 1 つが絶対必要である

★ 抗うつ薬の分類

- 従来型抗うつ薬
 - 三環系抗うつ薬 / 四環系抗うつ薬 (TCA)
- 新規抗うつ薬
 - セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)
 - セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)
 - ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA)

◆ 若年者への抗うつ剤の使用は適切か

SSRI、SNRI、NaSSA といった新規抗うつ薬は、初期の臨床試験 (パロキセチン、2003 年など) において、若年者の自殺念慮・自殺企図のリスクを高めるという報告があったため、現在では、全ての抗うつ薬の添付文書に以下のことが書いてある「抗うつ薬の投与によって、24 歳以下の患者で自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること」。また、新規抗うつ薬の添付文書には「18 歳未満の患者への有効性は臨床試験で証明されていない。パロキセチンとベンラファキシンを使用すると、プラセボ投与より自殺念慮・自殺企図のリスクが高くなる」との記載がある。

実際の臨床現場では、抗うつ薬使用中の自殺企図+自殺既遂は 1,000 人、年あたり 25 件、自殺既遂は 1,000 人年あたり 3 件程度の発生頻度である。英国の国立医療技術評価機構 (NICE) のガイドでは、第一選択は心理的介入とされており、中等度～重度の患者でも心理的介入が無効時に薬物療法を開始することが推奨されている。

しかし、英国最大のメンタルヘルス研修機関であるモーズレイ病院のガイドラインでは、NICE の推奨は疑問視されており、若年者への抗うつ剤の使用は慎重であるべきではあろうが、中等度～重度の患者には、より早期の薬物療法の開始が必要なのではないかと考えている。

4 企業におけるメンタルヘルス対策

◆ 企業における効果的な健康のアプローチ

まず、組織に対してであるが、企業の一般的な目的は「存続と発展」であり、この目的に資するアプローチを行う。目的に必要なことは、利益、企業価値向上（ESG、SDGs、CSR、その他ブランディングなど）、リスク回避と法令遵守であるが、健康に深く関わるのはリスク回避と法令遵守である。

次に、労働者に対してであるが、人により人生観・労働観・健康観は様々であるため、多様な価値観を受容した上でアプローチを行う必要がある。

◆ リスク回避を行う上でのキーワード： 労働災害、安全配慮義務、合理的配慮

健康面の配慮不足から起こる労働災害は、主に過労死等と精神障害の2つである。それぞれの認定基準は右記の通りである。精神障害の労災の中には職場のハラスメントに起因するものが2割弱あり、予防可能な労災として注目すべきである。パワハラ対策については「あかるい職場応援団」のホームページを参照（<https://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/>）。

社員が職務を遂行する中で健康が脅かされることに関して問題となるのは、安全配慮義務である。安全配慮義務は労働契約法で定められている使用者の責務である。安全配慮義務違反となる2つのポイントは、予見可能性（社員への損害を会社が予測できたか）と結果回避可能性（損害を回避する手段が会社にあった）であり、裁判では主にこの2点が争点となる。「何かおかしい」と部下等の不調への気づいたら、産業保健の専門職への相談等の対応をする体制作りが必要である。

平成25年の障害者差別解消法の制定にともない障害者雇用促進法の中に事業主の合理的配慮の提供義務が追加された。事業主の過重な負担を及ぼさない範囲で、障害者一人一人に誠意を持ったきめ細やかな対応が求められている。

◆ 健康経営・健康投資とは

健康経営とは、従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるという考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することである。そして、健康投資とは、健康経営の考え方に基づいた具体的な取組みである。

企業が経営理念に基づき、従業員の健康保持・増進に取り組むことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらす、結果的に業績向上や組織としての価値向上へ繋がることが期待される。

また、就活生及び就職を控えた学生を持つ親を対象に行われた、健康経営に関するアンケート調査によると、「従業員の健康や働き方への配慮」がある企業に就職したい、させたいと回答した者は、就活生、親双方で4割を超える高い回答率であった。「健康」が企業のブランディングになる時代になってきたとも言えよう。

【講師】

小橋正樹氏

産業医／
日本産業衛生学会
専門医／
労働衛生コンサル
タント／
メンタルヘルス
法務主任者

★ 過労死等の定義

（過労死等防止対策推進法第2条）

- ① 業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡
- ② 業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡
- ③ 死亡には至らないが、これらの脳心臓疾患もしくは精神障害

★ 精神障害の労災認定要件

- ① 認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- ② 認定基準の対象となる精神障害の発病前おおむね6か月の間に、業務による強い心理的負荷が認められること
- ③ 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと

※) 精神障害労災とハラスメント

- 嫌がらせ・いじめ・暴行を受けた 55件（12.6%）
 - 上司とのトラブルがあった 17件（3.9%）
 - 同僚とのトラブルがあった 3件（0.9%）
 - 部下とのトラブルがあった 3件（0.9%）
- （平成25年度支給決定 436件中）

5 メンタルヘルス対策としての運動の有効性

◆ うつ病に対する運動の影響

うつ病患者に対する運動療法の有効性を示すいくつかの研究結果があり、国の機関や学会からガイドラインも出されている。

英国の国立医療技術評価機構 (NICE) は、成人のうつ病に関するガイドラインの中で、「高い専門知識・技能を持つ運動指導者の下、構造化されたグループ指導を低強度で、週3回、1回につき45～60分、10～14週間行うこと」が有効としている。日本うつ病学会のガイドラインでは、薬物療法との併用で、かつ運動を行うことが可能な患者の場合という条件つきで「週に3回以上の運動が望まれ、強度は中等度のものを一定時間継続することが推奨される」としている。

◆ 運動は脳機能に有効か？

200を超える研究論文のレビューによると、3～6メッツの中強度の運動や6メッツ以上の強度の運動は、記憶に関係する海馬のニューロンや血管の新生を高めたり、脳神経ホルモンの調整機能や脳の認知機能を向上させるなど、一定の効果が期待できるが、3メッツ以下の低強度の運動の効果は、はっきりしないという結果であった。

実際、東北大学との協同研究において、強度の運動により脳の画像診断上で、不安を抑制する作用があるセロトニンの分泌が増加することも確認されており、専門家の指導下で行う一定強度の運動療法がメンタルヘルスに良い影響を与えることは確実と言えそうだが、一方で、ストレッチやヨガなどの低強度の運動の影響については、さらなる効果検証が必要である。

◆ 勤労者のメンタルヘルスに寄与する低強度の運動プログラム

職場において多くの勤労者が継続的に参加しやすい、メンタルヘルスに良い影響を与える低強度の運動プログラムがあれば、非常に有用であり、開発が望まれている。

わたしたちは、10分程度の短時間のヨガストレッチが睡眠の質の向上や自記式の抑うつ評価尺度の点数を下げることや、オフィスで出来る10分間の軽運動プログラムが、首や肩の痛みの改善やリラクスの指標となる副交感神経活動の亢進などの効果を示すことを確認してきた。

近年注目されている「ワーク・エンゲージメント」(仕事に対してポジティブで充実している心理状態)の向上のためにも、コミュニケーションの活性化に寄与する楽しさや面白さが肝要だと感じている。

軽運動、短時間・高強度、就業時実施など、従来の概念に捉われない運動様式の活用と効果検証が必要であろう。

【講師】

永松俊哉 氏

明治安田厚生事業団
体力医学研究所
客員上級研究員/
明治安田生命保険
相互会社 人事部
健康増進グループ/
保健学博士

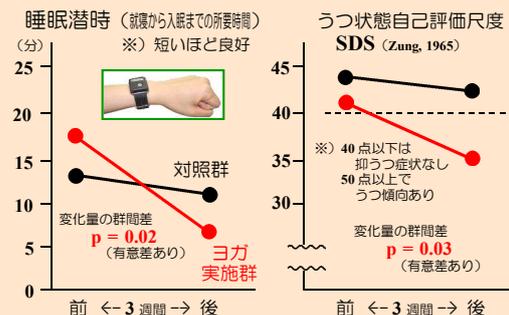
★ メッツ (METs)

運動学において身体活動(運動)の強さを表示する単位。**metabolic equivalents**の略称。

運動による代謝(カロリー消費)の度合いを表す値でもある。安静時の身体活動の強度を1メッツとして、さまざまな運動時にその何倍のカロリーを消費しているかを示す。たとえば、ゆっくり歩くのは2メッツ程度、ストレッチは2.5メッツ、普通の歩行は3メッツ、ジョギングは7メッツとなる。

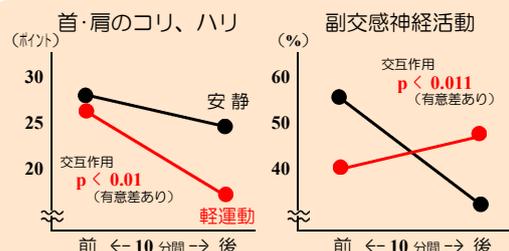
★ 短時間のヨガストレッチの効果

某生命保険会社女性職員(40～66歳)
ヨガストレッチ実施群(20名) vs 対照群(20名)



★ オフィスで出来る軽運動プログラムの効果

女性勤労者17名(年齢: 48.0 ± 10.2 歳)
終業直後に約10分の軽運動プログラム実施



6 若年労働者の精神疾患による労災

◆ 若者の精神疾患による労災請求・認定の現状

厚労省の「過労死等の労災補償状況」によると、2017 年度に精神疾患による労災の認定請求があったのは 1,732 件、そのうち 506 件が労災と認められており、ともに過去最多となっている。その中で自死によるものは、請求が 221 件で、98 件が労災と認められている。

年齢別の内訳をみると、認定請求を行った者は、10 代から 30 代では 826 件、うち労災と認められたのが 251 件、自死に関するものは、請求が 120 件、労災と認められたのは 44 件となっている。請求をした者、労災と認められた者、いずれについても 10 代～ 30 代の若者で約半数が占められている。

◆ 若者のおかれている労働環境と精神疾患

過労自死を含む精神疾患の労災は、仕事による過労・ストレスが原因となって引き起こされる。

過労・ストレスの最大の要因は、睡眠不足と長時間労働である。厚労省の「心理的負荷による精神障害の認定基準について」(平成 23 年 12 月労働基準局長通知)では、精神疾患発症前 1 カ月間に 160 時間、3 週間に 120 時間、2 カ月間連続して月 120 時間以上、あるいは 3 カ月間連続して月 100 時間以上などの時間外労働を行った場合などで、労災が認められるとされている。つまり、毎月 100 時間以上、週に直せば 25 時間以上の残業、残業を含む週労働時間でいえば 65 時間以上の労働の場合、労災と認められる場合が多くなる。厚労省の「平成 25 年雇用実態調査」では、週 60 時間以上の労働をしている若年労働者は約 10%いるとされているため、65 時間以上労働している若年労働者も多く、そのうちかなりの割合が潜在的な労災予備群であると言える。また、厚労省「過労死等の労災補償状況」には「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧」が掲載されており、労災の原因となった「具体的な出来事」が記載されているが、2017 年度に精神障害の労災と認められた事案のうち「月に 80 時間以上の時間外労働を行った」ことが原因の 1 つとされたものは 41 件で、そのうち自死は 10 件となっている。

情報化・グローバル化による競争の激化や労働者の業務量の増加および、成果達成に追われることによる、過剰なノルマや職場でのハラスメントも問題となっている。「達成困難なノルマが課された」ことは精神障害の労災の原因の 1 つとされたものが毎年数件出ている。いわゆるパワーハラスメントは「具体的な出来事」に挙がっていないが、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」ことを理由の 1 つとしたものは 2017 年度には 88 件あり、うち自死は 12 件、「セクシュアルハラスメントを受けた」は 35 件(自死にかかるものは 0 件)だった。

◆ 精神疾患の労災の予防

確実な方策としては、時間外労働をできるだけ削減することである。36 協定についても時間外労働が月 45 時間以下になるよう締結するべきで、その他、会社は年次有給休暇をとりやすいような職場環境づくりを行うために具体的な有給休暇取得促進方法を講ずる必要がある。

【講師】

細川 潔 氏

弁護士 /
 自治労法律相談所 /
 自死遺族等権利保護
 研究会

★ 精神障害の労災補償状況

		年	2015	2016	2017
精神障害	請求件数		1,515	1,586	1,732
	決定件数		1,306	1,355	1,545
	うち支給決定件数 [認定率 %]		472 [36.1]	498 [36.8]	506 [32.8]
うち自殺	請求件数		199	198	221
	決定件数		205	176	208
	うち支給決定件数 [認定率 %]		93 [45.4]	84 [47.7]	98 [47.1]

★ 精神障害の労災の原因の1つと認められた出来事

(精神障害の出来事別決定及び支給決定件数(2017)より抜粋)

「月に 80 時間以上の時間外労働を行った」 41 件(うち自殺 10 件)

「達成困難なノルマが課せられた」 1 件(うち自殺 1 件)

「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」 88 件(うち自殺 12 件)

「上司とのトラブルがあった」 22 件(うち自殺 4 件)

「同僚とのトラブルがあった」 1 件(うち自殺 0 件)

「セクシュアルハラスメントを受けた」 35 件(うち自殺 0 件)

7 もしも“死にたい”と言われたら ～ 自殺リスクの評価と対応 ～

【講師】
松本俊彦氏

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 / 同病院
薬物依存症センター
センター長 /
精神科医

◆ 自殺の危険因子はいろいろあるが・・・

職場の労務管理者や産業保健スタッフにとって、勤労者の自殺リスクをどのように評価すればよいのかということは、悩ましい問題であろう。自殺の危険因子はいろいろあり、人それぞれによって個別性の高い問題であるため、容易でない側面はあるが、参考になるものとして「SAD PERSONS スケール」を紹介しておく。

米国でパターソンらによって、一般医や救急外来の医療スタッフなど精神医学のバックグラウンドがない医療関係者向けに開発された評価スケールである。右に示したように 10 項目で、4 項目以下が低リスク、5～6 項目が中等度、7 項目以上は高リスクとされている。

★ SAD PERSONS スケール

Sex: 性別、男性であること
Age: 高齢者と思春期
Depression: うつ病
Previous attempt: 自殺企図の既往
Ethanol: アルコール乱用
Rational thinking loss: 精神病症状
Social support deficit: 社会的支援の欠如
Organized plan: 具体的な自殺の計画
No spouse: 配偶者がいない
Sickness: 病気

◆ その人が胸に秘めた「死にたい」という気持ちに気づくには？

防ぎ得なかった自殺の多くが、その人の「死にたい」という気持ちに周囲が気づいていなかったために生じている。したがって、その人の胸に秘めた「死にたい」という気持ちに周囲の人々がいかにかに気づくかということが重要となるわけだが、その具体的な方法としては、自殺について率直に質問をすることである。カナダの自殺予防活動組織が提唱し、わが国にも紹介されている「TALK の原則」がある。中でも、“Ask (たずねる：自殺の危険を感じたならば、死にたい気持ちがあるかはっきりたずねる) が重要。真剣に対応するならば、自殺を話題にしても危険ではなく、むしろ自殺予防の第一歩となる”とされている。

★ TALK の原則

Tell: 心配していることをはっきりと言葉に出して伝える
Ask: 死にたい気持ちがあるかはっきりたずねる
Listen: 傾聴する。絶望的な気持ちを真剣に聞く
Keep safe: 危ないと思ったら、ひとりにしないで、一緒に居て安全を確保する

◆ 「死にたい」と言える社会を

「死にたい」という気持ちに対しては、何とかなる、命を大切にしよう、人生から逃げるな、などといった、いわば“マイ人生哲学”的な激励、助言、社会通念の押しつけは禁物である。ただ、真剣な気持ちで質問をして、その人の「死にたい」気持ちを真剣に聞くこと、そして、必要に応じて支援資源につなげることである。

「死にたい」と誰かに告げる意味とは、「死にたいくらいつらい、しかし、そのつらさが少しでもやわらぐのであれば、本当は生きたい」と訴えていることである。

「死にたい」気持ちになること自体を非難や否定されることなく、「死にたい」と言える社会になれば、防げる自殺はもっと増えるはずである。

★ 「死にたい」気持ちを評価する際の注意点

- ストレートに「自殺」という表現ををする（あいまいな表現は、自殺念慮を抱くこと自体を否定するメッセージとなる可能性がある）
- 「自殺念慮があったらどうしよう」といった自分の不安・ストレスを軽減するために誘導尋問をしない（「死にたい気持ちはないですね」など）
- 自殺の「効能」（死ぬことで辛さから解放される）に対する一定の理解
- 質問に対する一瞬の躊躇を見逃さない
- 最初の「いいえ」を鵜呑みにしない
- 「いいえ、別に」は「はい」の意味ととらえる

8 SPIS（エスピス）の活用方法

【講師】

宇田亮一氏

一般社団法人
SPIS 研究所 理事長／
臨床心理士

◆ 就労支援システム SPIS（エスピス）とは

精神障害などでメンタルケアが必要な方向けの就労定着支援のための 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（開発：有限会社 奥進システム、協力：NPO 法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク開発 [JSN]）。

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「SPIS（エスピス）」と命名された。

システムの管理や企業向けのコンサルタント、システム導入、企業への相談員の派遣や企業担当者のサポート等は、一般社団法人「SPIS 研究所」が行っている。

詳細は、ホームページ「就労支援システム SPIS」を参照。（<https://www.spis.jp/laboratory/>）

◆ SPIS の3つの特徴

① セルフチェックと自己開示

本人が安定して働くために必要な自主管理目標をその人自身が設定することがこのシステムの大きな特徴である。右に示した例のように、項目名が“本人にとってしっくりくる”ものであることが重要で、人事考課・査定のためのものではない。3～7項目くらいが扱いやすい。

★ 入力画面のイメージ

	ジャンル	評価項目	評価			
			よく	い	よく	い
自己評価	生活面	幻聴	1	2	3	4
	生活面	体調不良に気づく	1	2	3	4
	社会面	人の言葉が離れない	1	2	3	4
	作業面	集中して出来たか	1	2	3	4
当事者のコメント	今日はとても疲れました。職場の人の言葉が気になりましたが、何とか出来ました。					
担当者 → 当事者へ	ご苦労様でした。本人にとってしっくりくる、本人が使う言葉通りの項目名にすることが重要					
相談員 → 当事者へ	お疲れさま。疲れたこと正直に知らせてくれて、ありがとうございました。					

② 見える化

仕事や対人関係上の課題や問題、症状や体調などを言葉や数字にして見える化することで、当事者は自分の状態や変化を客観的に捉えることで自分自身と向き合えるようになり、また、当事者が独りで抱え込んでいる問題やストレス状態の変化などを本人と職場の担当者が共有できるため、職場での当事者理解を深め、問題解決に向けた具体的な工夫が講じやすくなる。

③ 対話

当事者のコメント、職場の担当者から当事者へ、SPIS 相談員から当事者へのコメントを記載する欄を設けることで、三者の対話の場となるように工夫されている。“SPIS は世界最下のコミュニティである”とも言え、当事者にとっては、信頼感や安心感、居場所づくり、自信回復などの効果が期待できるとともに、職場の担当者にとっては、言うタイミング、言わないタイミングの見極めができるようになるといった成果も得られている。

◆ 自殺対策支援としての SPIS

自殺対策として SPIS の何が有効かという点、一番は「孤立させない」ということである。

SPIS には、“ネット SPIS”と“リアル SPIS”の2つの側面がある。“ネット SPIS”では、日々のやり取り（休日の入力も可能）と多様なセルフチェック項目がポイントで、孤立を防ぐことを可能とする。“リアル SPIS”とは、実際の面談を意味している。次回の面談日が決まっており、“ネット SPIS”で心配な情報があれば、“緊急リアル SPIS”を開催することもできるため、予防的、危機介入的な働きかけも可能である。

9

SPIS (エスピス) を利用した メンタルヘルス不調者への対応

【講師】

堤 浩史 氏

株式会社
島津製作所 人事部
マネージャー

◆ メンタルヘルス不調者への対応

当社の産業保健体制としては、本社に社内診療所があり、スタッフは常勤の産業医(内科医)と嘱託の精神科産業医、看護師3名で、その他、常勤の保健師5名と臨床心理士1名、非常勤の臨床心理士1名が配置されている。

ストレスチェックのみならず、社外 EAP の導入の他、e ラーニングも含めたメンタルヘルスに関する各種研修を実施している。

社員のメンタルヘルスに関する課題としては、休職と復職を繰り返す精神疾患を発症した社員のために周囲の負担増や受入部署の理解困難が生じたり、精神疾患が悪化し退職してしまった社員の後任者の確保が出来ず職場に混乱が生じたり、あるいは、本社と各事業所で対応に差があったりといったものであった。

◆ SPIS 導入への経緯

背景として大きいものに、法改正にともなう障害者雇用率の 2.20% (2018 年)、2.30% (2020 年) への引上げがある。現在雇用している障がい者も高齢化しており、将来的に雇用率が下がる見込みがある一方で、精神障がい者の雇用率への算入が可能となり、精神障がい者の求職者が増えてきた。

状況としては、精神障がい者の新規雇用に踏み切るべきだったが、メンタルヘルス不調者の増加による職場の混乱もあり、“総論賛成、各論反対” だった。そこでメンタルヘルス不調者への対応力向上と、精神障がい者受け容れの理解を得るために SPIS を導入することにした。

◆ SPIS の運用とその効果

メンタルヘルス不調者からトライアルを開始し、在職中の精神障がい者、新規雇用の精神障がい者(発達障害を含む)も対象とし、現在6名に実施中。

精神障がい者として雇用している者3名、メンタルヘルス不調者3名で、職種は、事務職、技術職、営業職。

当事者や管理者にとっての効果としては、右記のような項目が挙げられるが、広大な敷地に点在する建物で構成されている本社と、全国に支社・支店が数多くある当社にとっては、各部署の管理的立場の社員に対し、メンタルヘルスに関する理解とマネジメント能力の向上・均てん化を図るツールとして、極めて有用だと感じている。

★ 株式会社 島津製作所

[2018年3月31日現在]

- 事業内容：分析計測機器、医用機器、航空機器、産業機器の研究開発・製造・販売
- 創業：1875年
- 従業員数：3,253名(単体)
11,954名(連結)
- 売上高：3,765億円
- 国内拠点：工場5、研究所2
支社支店営業所17
- 海外拠点：25ヶ国51拠点
(海外売上比率：約50%)
- その他：
 - ・田中耕一ノーベル化学賞受賞(2002年)
 - ・「子育てサポート企業」認定(2009年)
 - ・女性活躍を推進する企業
「なでしこ銘柄」47社に選定(2016年)
 - ・「健康経営優良法人 ホワイト500」
認定(2018年)

★ 当事者にとっての効果

- ・口頭で伝えられなかったことを、文字(文章)で伝えられるようになった
- ・コメントを書くことで自己理解を深めることに繋がった
- ・場に適した言葉を選ぶようになり、情報発信力が向上した
- ・見守られていることで、安心感が増した

★ 管理者にとっての効果

- ・WEB上で関係者が瞬時に情報共有できる
(東京⇄京都、外勤先⇄東京支社等々)
- ・当事者と関係者が一緒に、良い方向を目指せる
- ・当事者理解が深まり、新しい発見ができた
- ・上司のコミュニケーション能力が向上し、成長に繋がった

※) SPIS の自己評価項目をグラフ化したものを、産業医面談に使用するという活用方法もある

10 若年就労者の自殺予防 ～ 労務管理の現場で思うこと ～

◆ 若年就労者の相談から

自殺は決して、「ブラック企業」「長時間労働が常態化」している一部の職場だけで起きているわけではない。

若年就労者の相談を受ける中で、複雑な家庭環境や虐待、貧困といった生育歴、いじめや学習困難などの就学時の問題など、様々な背景を持った若者が入社してくる。学業困難や発達障害を含む精神障害に対する大学生等への支援は広がりつつあるが、卒業と同時にそれらの支援が切断された状態で入社してくる者もいる。一方、職場の環境はというと、プロジェクト単位のチーム編成により、チームメンバーがコロコロと変わる上に、上司も先輩もプレイングマネージャーで多忙であり、経験の浅い若い職員を継続的にサポートしてくれる人材もほとんどいないのが現状である。

そのような状況下で、若年就労者は、右記のように、不安感や孤独感から、怒りへ、そして目的の喪失に至ってしまっているように感じる。

また、法や社会保険の制度などの情報をネットを駆使して数多く手に入れてはいるが、その情報の一面性をよく理解出来ていないために、「原則的には〇〇である」、「この会社は過渡期である」といった情報に直面すると、「うちの会社も〇〇すべきだ」、「この会社の将来は不安だ」などと、白黒を断定し、職場を断罪したり、絶望するための手段として、獲得した知識を使ってしまう者も少なくない。善か悪か、勝ちか負けかという単純な判断にこだわり、様々な条件や変化の可能性を加えながら選択肢を増やしていくという社会適応度の高い行動をとれない若者をしばしば見受ける。

★ 若年就労者が置かれている状況と心理状態

不安感

- ・ 転落することへの不安
- ・ 責任を負うことへの不安

孤独感

- ・ 一緒に考え、模索してくれる人がいない
- ・ 誰が 何が 助けてくれるかわからない

怒り

- ・ 自分を追い込むもの（人・制度・社会）への怒り
- ・ 自分自身への怒り

目的の喪失

- ・ やりたいことができない
- ・ やりたいことがわからない
- ・ 働く意味がわからない
- ・ 自分がわからない 選択できない

※) ネットで多くの情報を得ているが、その情報の一面性を理解出来ていないため、白黒つけたり、絶望するための手段として使ってしまう

◆ 本人を中心に関係者が共通の“ことば”で話し合うことが重要

幼少期逆境体験、いじめやハラスメントなどの被害体験、発達障害などの精神障害といった本人の複雑な背景に、支援者や伴走者の不在、ネットから得られる偏った情報など、今日特有の社会環境が加わり、社会不適応や孤立に至る若年就労者は多くなっている。彼らの置かれている環境やその特性を理解した複眼的、複層的な支援が、自殺予防には重要であろう。

自殺予防には多職種連携は必須であるが、多職種、多機関が関わっているのにも関わらず、一つの問題にばかり注目して、重要な支援課題を見逃したために自殺を防げなかった事例に出会うことがある。つきまとい行為など対人関係上のトラブルの背景に発達障害が疑われていたにも関わらず、産業保健との連携が遅れてしまった事例、逆にうつ病の対応に終始し、上司からのハラスメントを放置していた事例などである。

多職種連携の+αとしては、連携する各職種・機関が、それぞれの領域で使用している“ことば”や支援アプローチを互いに理解し、本人を中心に共通の“ことば”で話し合える環境を構築することだと考える。

【講師】

長部ひろみ 氏

ソーシャルサポート
オフィス シトラス
代表/
特定社会保険労務士/
精神保健福祉士/
公認心理師/
シニア産業カウンセラー

11 IT 企業におけるメンタルヘルスの 取り組み

◆ メンタルヘルス室開設の経緯

企業における健康問題の中心は、バブル期までは、過労死や職種特有の疾患だったが、バブル以降は、メンタルヘルス不調が増加し、現在では、メンタルヘルス、働き方（過労対策を含む）、治療と仕事の両立支援（がん罹患者等）が主たる課題である。

富士通株式会社では、ロバート・H・ローゼンが提唱した「健康経営」に早くから着手し、2009年以降メンタルヘルスサービス部門を強化してきており、2017年に常勤精神科産業医を室長とするメンタルヘルス支援室を開設した。

◆ 企業におけるメンタルヘルス対策とは

そもそも誰のためのメンタルヘルス対策であるかであるが、もちろん従業員のためでもあるが、企業としては、「労務管理」と「人間関係管理」という側面が大きい。従業員から多くの労働力を導き出すためには、作業意欲「モラル（やる気）」の向上が必要であり、そのために、組織内のインフォーマル組織を重視し、人間を単に経済的動機のみによって動かされるものとは見ずに、コミュニケーションや管理者のリーダーシップにより、人間関係を改善し、従業員が満足しながら、生産性を向上させていく方法を労務管理に適用する「人間関係管理」が重要視されている。

◆ メンタルヘルス支援室の業務

メンタルヘルス支援室の主な業務は、右記に示したが、相談開始のルートとしては、本人が自発的に、職場の上司から（本人と一緒にということもある）の他、産業医からや医療機関からの紹介もある。

メンタルヘルス研修は、幹部社員研修の他、昇格時（新任幹部社員、新任リーダークラス）と新入社員研修として実施している。eラーニングとして、ストレスマネジメント研修やアサーショントレーニングなども準備している。

メンタルヘルス不調であるにも関わらず、本人が面接を拒否している場合については、精神疾患のスクリーニングの実施や上司、家族との情報共有につとめる他、心理職が補足的な面談を行い、カウンセリングの実施を勧奨し、その後産業医面談につなげるといった工夫をしている。本人が拒否していても、事業者責任がないわけではないし、精神疾患のために事理弁別能力が低下している場合には、より一層の保護責任義務が生じる可能性もあるので、企業としても積極的な関わりが必要な問題と考えている。

【講師】 南雲 智子 氏

富士通株式会社
健康事業推進統括部
メンタルヘルス支援室
室長／
精神科産業医

★ メンタルヘルス室の歴史

1938年	川崎工場設立
1942年	医務室開設
1943年	診療所開設
1951年	富士通川崎病院開設
1963年	富士通川崎新病院設立
1968年	心理カウンセラー雇用
1973年	常勤心理カウンセラー着任
1974年	川崎病院内に相談室開設
1976年	メンタルヘルスサービス室に改称
2009年	メンタルヘルスサービスセンターに改称
2017年	メンタルヘルス支援室に改称
2019年	現在のスタッフ体制 常勤精神科産業医 1名、 非常勤精神科産業医 2名 カウンセラー 7名 (常勤 6名、非常勤 1名)

★ メンタルヘルス支援室の業務

- ・相談業務
- ・復職・再出勤時フォロー面談
- ・職場へのコンサルテーション（上司・人事）
- ・他職種へのコンサルテーション（産業医・保健スタッフ）
- ・危機介入
- ・研修
- ・統計的情報の収集・整理・分析（ストレスチェックを含む）

※) 来談者の相談内容の内訳
(2013年度)

仕事の能力・適正 (24%)
精神症状・身体症状 (19%)
職場の人間関係 (11%)
勤怠不良 (10%)
個人的な問題 (10%)
休職・再出勤・復職 (8%)
評価・キャリア (7%)
治療に関する相談 (6%)
仕事の量的負荷 (5%)



若年勤労者の自殺を考えるシンポジウム

○ 日 時： 平成31年 2月22日（金）13:00～16:30

○ 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）

開会挨拶

司会：「若年勤労者の自殺を考える」ということで、シンポジウムを始めたいと思います。日本うつ病センター理事長の樋口輝彦先生からご挨拶を頂きます。

樋口：皆さま、こんにちは。この本シンポジウムにこのようにたくさんの方にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

ご紹介いただきました私は、日本うつ病センター理事長をさせていただいております樋口と申します。よろしくお願いいたします。

【開会挨拶】

樋口 輝彦 氏

一般社団法人日本うつ病センター理事長
／国立精神・神経医療研究センター名誉理事長



日本うつ病センターというのは、ご承知の方も多いと思いますけれども、鬱病に関する啓発活動、それからまた鬱病の1次予防、2次予防を中心に取り組んできておりますけれども、平成30年度、今、司会のほうから話がありました東京都の地域自殺対策強化事業というのがありまして、その中で若年勤労者の自殺対策のための事業用支援手引きの作成という課題に取り組んでまいりました。

ご承知のようにわが国の自殺者数というのは、一時期3万人を超えて大変大きな社会問題になりましたけれども、このところ10年ほどの間に少しずつ減少してきている。これも国を挙げての自殺防止対策が進められて、その効果が現れてきているのだろうというふうに思っておりますけれども、しかしそれでも、なお先進諸国の間では最も日本の自殺者数が多いと、自殺率が高いということが続いておりまして、そのためにまだまだ対策を講じていく必要があるというふうに言われております。

特に最近では、一時期ピークを成したところでは働き盛りである40代、50代の自殺者の数が増えてきて、それが徐々に減ってきたという経緯でございますけれども、最近の流れとしましては、若年者の自殺がむしろ増えていると、総体的に見て増えているということで、これは大きな問題になっているわけでございます。

そこで本日は、これまで取り組んでまいりました若年勤労者の自殺対策の研究事業の一環としまして、「若年勤労者の自殺を考える」という本シンポジウムを企画をいたしましたわけでございます。この企画の中心を担っていただいたのは、これからファシリテーターとしてこのシンポジウムを司会・進行いたします川崎市こども未来局児童家庭支援・虐待対策室担当部長の大塚俊弘先生と、北里大学産業精神保健学教授の田中克俊先生のお2人でございます。



自殺対策は大変幅の広いものでございまして、最近使われるようになって、皆さまも時々耳にされるであろうアブセンティズムとか、プレゼンティズムといった問題、これらを含めて、また



メンタルヘルス対策も関係しておりますし、企業においてはストレスチェックという制度が進んでいて、これをどのように自殺対策とも関連して扱っていくのか、そういったことも課題になっています。また、心の健康を保つための生活習慣の問題とか、食習慣の問題といったものもございます。



そこで今日は、これらの課題の中から3つのテーマを選びましてシンポジウムを開催することになりました。今日、これからお話しいただく3人の講師の方、大野先生、功刀先生、伊藤先生、それぞれのご紹介は後ほど司会のほうから行いますけれども、いずれも大変高名な先生でございます、この関連のテーマ、あるいは鬱病といったことに関してのスペシャリストの方々でございます。このような先生方からのお話を頂いたのちに、フロアの皆さまと時間の許す限りディスカッションができればと考えております。

これからの少し長い時間ではございますが、どうぞ活発なご質疑ををお願いを申し上げて、私のご挨拶といたします。ありがとうございました。（拍手）

（シンポジウムの模様は日本うつ病センターのホームページで視聴可能。

https://www.jcptd.jp/suicide_measures.html）



1 インターネットを活用した企業のストレス 対策の可能性

それでは1席目のファシリテーションを田中克俊先生にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

田中：皆さまこんにちは。どうぞよろしくお願いいたします。講演1は、「インターネットを活用した企業のストレス対策の可能性」というテーマで、大野裕先生にお願いしたいと思います。

現在大野先生は、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の代表をなさっています。その他詳細な略歴につきましては、お手元の資料にございますのでご参照いただければと思います。

先ほど樋口先生からもお話ありましたように、自殺はかなりたくさんの要因・側面が関わっているところであり、主にはストレス対策をはじめとした予防、そして危機的状況に陥った方に対する緊急的な介入の方法、そして自殺された後のポストベンションと申します事後の対応に分かれると思いますが、大野先生、そしてまた功刀先生には、より職域において大事だと思われるそのストレス対策を含めた予防についてのお話を中心に頂く予定でございます。

では大野先生、どうぞよろしくお願いいたします。



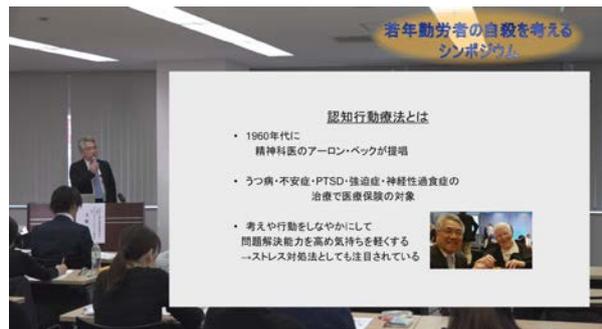
大野：ご紹介いただきました大野でございます。よろしくお願いいたします。私は「インターネットを活用した企業のストレス対策の可能性」というタイトルで、45分ばかりお話をさせていただきます。ただ、お手元に用意したものよりもずっと多くの情報がここに出てまいります。そして順番も変わったりしております。ですので、それらお手元のものは参考にしながらお話を聞いていただければと思います。この会の要素は、後にうつ病セン

ターのホームページにアップされるということですので、もしも関心がある方はまた後でゆっくり見ていただいてもいいかと思います。

◆認知行動療法という立場からの鬱病・自殺について関わり

私は認知行動療法という立場から鬱病・自殺について関わってきております。そこでまず、認知行動療法について、大体ご存じの方が多くは多いと思いますが、簡単に説明をさせていただきます。認知行動療法というのは、1960年代初頭にアメリカの精神科医のアロン・ベックが提唱したもので、鬱病をはじめとする精神疾患に効果がある、そしてストレス対策にも効果があるというふうに言われています。考えや行動に目を向けて、問題解決を手助けする方法というふうにとまとめることができます。

では、具体的にどうするのかということについて、ベックの体験を基に少しお話をさせていただきます。60年代初頭に認知行動療法の考え方を提唱したベックですが、最初はほとんどというか、全く見向きもされませんでした。10年20年たっても見向きもされなかったんですね。どうすればいいだろうとベックは考えました。そうだ、本を書こう、それを読んでもらえればみんな使ってくれるんじゃないかと。それで分厚い原稿を書いて有名な出版社に持ち込みました。次の日に編集者から電話がかかってきました。面白くて一晩で読みました、でもこんな簡単な方法でうまくいくとは思えないからうちからは出版できないと、



【講師】

大野 裕 氏

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

断られてしまいました。もうすごいがっかりしたというふうに言っています。

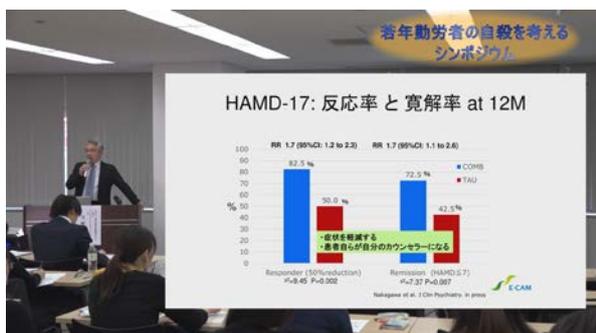
そういうふうにごっかりすると私たちは、大体3つの領域で悲観的に考えるようになるのでベックは言っています。まず自分自身に対して悲観的になります。やっぱり自分には力がないんだと。周りとの関係性に対して悲観的になります。自分なんか受け入れられないんだと。そう考えると、将来に対して絶望的になってきます。「ああ、もう駄目だろうな」と。この絶望感が強くなると自ら命を絶つという行為、ないしは考えが生まれてくるというふうにはベックは言っています。

確かにこう考えるとどんどん気持ちは沈み込んでいきます。そのときにベックがどうすればといったことは、ディスタンスングということ。つまり自分から距離を置く。そして自分が置かれている状況をちょっと冷静になって見れば、いろいろな面が見えてくる。つまり、断られたという嫌な事実は存在するわけです。でも一晩で読んでくれたんですね。面白いと言ってくれたんです。必ずしも悪くないんです。そうするとどうでしょう。ちょっと気持ちが楽になります。つまり、ブレーキが掛かっていたところにちょっとアクセルを踏んでもいいかなという気持ちになってくるんですね。

じゃあ、どう踏めばいいんだろう。実はこういうストレス状況の中に解決の手掛かりというのは隠れています。編集者が教えてくれているんですね。こんな簡単な方法でうまくいくとは思えない、うまくいかないと言っているんです。だけどこれは決め付けですね。じゃあ、うまくいくと言えるか。これも決め付けです。そこでベックが言ったこと、やったことというのは行動実験です。やってみないと分からないじゃないか。

そして非常に画期的だったんですけれども、いわゆる精神療法、トークセラピーの効果研究を始めました。やってみると意外と効果があるんですね。ああ、いいじゃないか。そうやってだんだんとみんなに使ってもらえるようになってきたわけです。あるシンポジウムに行って、たくさん人が来ていたんですね。ベックは自身がないのか横の人に、「誰の話を聞きに来たんだろう」「いや、先生のですよ」と言われて驚いたという、そういう話があります。

つまりディスタンスング、ちょっと距離を置いて冷静に現実を見る。そして仮説を立てて行動実験を試みる。これが認知行動療法の基本です。そしてこの考え方というのは、別にアメリカだけではなくて日本でも効果が認められてきています。私の仲間の中川敦夫先生を中心に80名の鬱病の患者さん、それも8週間抗鬱薬を使って効果がなかった方々に協力をしていただいて、ランダムに2群に分けて、1群はそれまでの治療に加えて認知行動療法を追加する。もう一群はそのままの治療を続ける。4カ月治療をした後、ブルーが認知行動療法を追加した群です。レミッションというのは、ほとんど症状がなくなった群、ハミルトンの鬱病尺度というものを使っていますけれども、右は確かに認知行動療法を追加したほうがそのまま治療を続けるよりは効果があったわけです。



ただということが実証できたんですね。ここでようやく世界的に認められるようになりました。

それだけではなくて、1年後を見てみるとその効果がさらに増強しています。つまりこれは何を意味しているかということ、4カ月間認知行動療法のやり方、治療を受けてそれが身に付ければ、その後自分が自分で問題に対処できるようになる。そうして次第に症状も消えていく。つまり認知行動療法の目的というのは、症状を軽くする、ないしは治療をするということのももちろんですけれども、ご本人が自分のストレスに気づいてそれに対処できる、その力を育てるもの

◆認知行動療法とは

さて、認知行動療法という一見簡単なように誤解されることがあります。特に考えに目を向ける治療法だ、考えを切り替える治療法だというふうに言われたりします。そうすると、括弧付きの専門家でもこんな説明をするんです。ある新聞に載っていました。鬱病の患者さんが同僚に食事に誘われなかった。「ああ、自分は嫌われているんだ」と落ち込んだと。そのときに、そう考えるから落ち込むんだ、あなたは仕事が忙しいからみんなが気を使ってくれた、そう考えを切り替えれば気持ちが楽になるでしょう、こういうふう柔軟に考えましょうよ、そういうふう認知行動療法がある新聞で説明されていたんですね。変ですよ、これ。

何が変かということ、嫌われているというのは思い込みです。だけど気を使ってくれたというのも思い込みなんですね。食事に誘われなかったときというのは嫌われている可能性は十分にあるんです。そのときに「いやいや、そんなことはない」と言っても、後で嫌われているんだと気づいてもっと傷ついたり、周りの人間が、あいつ空気読めないなとますます立場が悪くなったりす



る。これは決して手助けにならないんですね。

何が問題かということ、食事に誘われることは、これは目的ではないんです。手段なんです。この人はみんなと仲良くしたいんです。そのためにどうすればいいかという視点が欠けているんですね。認知行動療法は、その人が本当にしたいこと、それを妨げている考え方や行動に目を向けて手助けをしていく、そういう方法です。

ただ、私たちはどうしてもマイナスに考える傾向があります。ネガティブ本能と言われていませけれども、認知行動療法を説明するときには、こんな図がよく使われます。出来事を体験したときにパッと考える。それによって気持ちや行動が動く、この考えに目を向けましょう。じゃあ、この考えというのは何かということ、情報処理のプロセスですね。そして最初私たちはまず悪いことを考えるのが常です。

例えば1人でアパートにいるときに、外でゴソッと音がした。「あ、すてきな人が来た」とはまず思わないです。やっぱり泥棒じゃないかなと身構えるのが普通なんです。つまり、情報が限られているときはまず悪いことを考えて自分の身を守ろうとする。そしてその後、カーテンの隙間から何が起きているかを見る。すてきな人だったらドアを開けますし、泥棒だったら警察に連絡します。つまり情報が集まれば集まるほど、きちんとした判断ができるようになるんですね。これを手助けします。

こんなのできるじゃないか。だけど先ほどお話ししたように、マイナスの考えというのは当たっていることがあります。だから特に心が疲れているときというのは、1人ではなかなかできないんですね。そして、大体はこういうふうに決め付けています。いつもそうなんだ、決してうまくいかないんだ、過去を考えてくよくよ悩んだりしています。

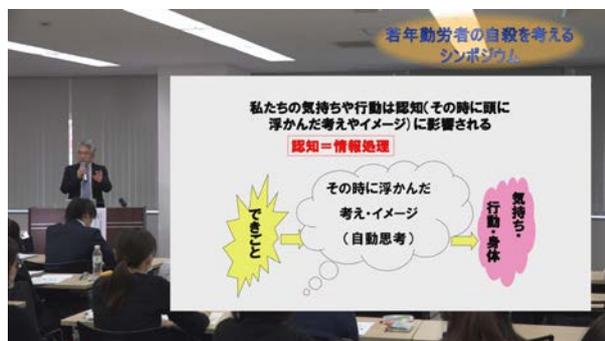
そのときに、いや、何か問題があったら一緒に相談に乗るから、そういう信頼できる人がいれば、ちょっとやってみようかなという気になります。もう少しこうしたらどう？というアドバイスをしてもらえ人がいたら、もう少し頑張ってみようという気持ちにもなれます。これを手助けする。つまり応援団でコーチというのが私たち専門家の役割だと、認知行動療法では考えます。これはパッと決め付けてパターン化すると、確かに楽なんです。だけど、それでは細かい問題に適切に対処できないです。

悩んでいるときは大体過去を見ています。何であんなことしたんだろうと、考えてももう起こったことなんで変えようがないんですね。変えられるのは今なんです。こうなったらどうしようと不安になっているときは先を考えています。だけど先に何が起こるか分からないんですね。それに対して対策が立てられるのは今なんです。今に目を向けて、きちんとその問題に対処していく。

そしてそのときにもう一つ大事なものは、先を見るということです。こういうときに私が時々紹介するのが『下町ロケット』です。夢に真っすぐ。これはガウディ計画のときの『下町ロケット』ですけれども、ガウディ計画というのは子どもの心臓弁をつくるというストーリーでした。子どもの弁なので小さいので失敗するんですね。研究者たちは悩みます。そのときに、これはなかなかよくできているなと思ったのが、この画像の若い研究者たちが悩んでいる横に貼られていた写真なんですね。何かということ、心臓病で苦しんでいる子どもたちを訪問した時の写真です。自分たちが頑張ればこの子たちが楽になるんだ、こうすれば頑張れますよね。一律に頑張るのが悪いというわけではないです。何のために、何を求めて頑張るのか。

さっきベックの話をしてしまいましたが、本の出版ということ考えると確かに断られたらがっかりします。つい私たちはそこに目を向けてしまうんですね。だけど本の出版というのは自分の考えをみんなに伝えるための手段だったはずなんです。ところがいつの間にかそこに目を向けてしまうと、それが全てのように思えてしまいます。そういうときにディスタンス、ちょっと自分から距離を置いて自分の置かれている状況を見る。これが認知行動療法の考え方です。そしてこれは精神科の治療でもそうですけれども、それだけではなくて、いろいろな職場の場面で、職域で役に立ちます。

もうご存じのように、先ほど理事長がおっしゃったように、プレゼンティズム、アブセンティズムということがよく言われています。ただ医療経済的に見ると、プレゼンティズムの問題は非常に大きいんですね。つまり精神的な、特にこの研究では疾患を抱えている方、その方が出社し





ていらっしやる、だけど思うように力が発揮できない。その経済損失は4兆円というふうに試算されています。休まれる方460億の大体10倍、10倍じゃないな、100倍になります。やっぱりこういう方たちへの手当が必要になってきます。

じゃあ、先ほどお話したような認知行動療法が使えるのか。これはなかなか使えないんですね。まずこういうことができる人間が極めて限られています。世界的な資格を取っている人間というのは日本で一桁です。多くの方が提供されていますけれども、質が担保できていないという問題があります。そうすると、その定型的なものではなくてももう少しマンパワーを少なくして簡便なカタチで、だけど同じような効果が期待できるものが提供できないだろうか。そのために集団だとか、資料だとか、インターネットを使ったものが、イギリスを中心に開発をされています。最近認知行動療法の研究は、イギリスではインターネットを使ったものでないと研究費が付かないという話も聞いたりします。

◆インターネットを使った認知行動療法

そこで、インターネットを使った認知行動療法、そういうことを中心に、少し職域での活用についてお話をさせていただきます。セルフケアと専門職による2つの視点からお話をしたいんですけども、まずセルフケアについてお話をさせていただきます。

職域のメンタルヘルスでは、当然予防があって、それで十分でない人は治療を受けることになります。そして不幸にして休むことになった方は、その後復職支援をします。じゃあ、そういうふうな予防、そういうところに認知行動療法が使えないだろうか。そこにITを使うという発想で少し考えてみたいと思います。

まず集団の研究です。これは今日ファシリテーターをしていただいている田中克俊先生のグループが中心になってしていただいた研究をご紹介します。集団教育を大体2時間行います。グループワークなんかをして認知行動療法を学んでいただいて、その上で、さっき画像の設定をしたら消えたりついたりするようになってしまったんですけどよく分かんないです。そこで研修を受けた後、私が監修している「こころのスキルアップ・トレーニング」というサイトを利用していただく。このサイトの特徴は、ご自分で認知行動療法の技法を勉強できるようになっています。それと同時に、私から毎週末金曜日の夕方、メルマガが届きます。お得です。「ああ、もう1週間終わったんだ」、これは結構好評です。

まず、ある企業で行いました。2群に分けて200人余りの職場でランダムに分けて、その効果を見ました。K6が4点以下、K6というのは6項目の不安・鬱の評価尺度ですが、4点以下というのは健康な方たちです。いわゆる健康な方たち、この研修を受けていただくと、特に右ですけども、仕事のパフォーマンス、これは自己評価が上がる、つまり自信がつくんじゃないか。

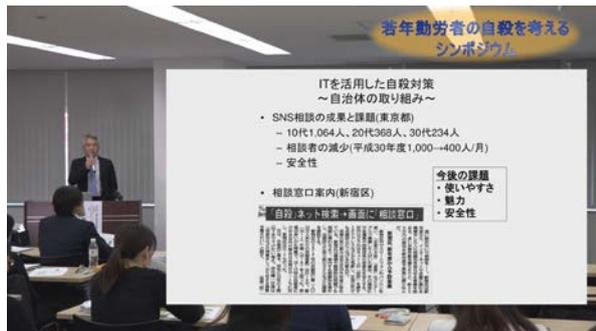
また、別の職場で、企業でやっていただいた研究。これは5点以上、精神的に疲れている方たち、この方たちはそのままにしているとコントロール群です。ブルーのようにそのまま変わらないんですけども、研修を受けるとピンクとイエローのように、確かに鬱・不安尺度の点数は改善します。ただ、そのままだと戻ってってしまうんですね、黄色のように。その後自己学習をしていただくと、つまりインターネットを使って自己学習をしていただくと、その効果が持続するという、そういう結果です。ですから、企業でいろいろ研修をされるんですけども、その研修は意味がありますけれども、その後どういうふうにフォローするかということが非常に重要だということです。

そしてここから分かることは、研修を受けると、健康な人は自信が湧きますし、疲れた人は疲れから回復する。そういうことでプレゼンティズムにこのコンピューターを使った活動が、何しろ介入が役に立つんじゃないかなというふうなことを考えています。同じことは、愛知県の中学校でもこういう同じフォーマットで研究をしました。同じ結果が得られています。ですから年代を限らず、今日は若者のという1つの切り口がありますけれども、年代にかかわらず一定の成果が期待できるんじゃないかと思っています。

さて、個人のセルフケアではどうだろうか。実を言いますと、今日午前中に自殺総合対策東京会議でしたかね、会議があって私は議長をさせていただいているんですけども、そこで報告があって、東京都が積極的に取り組んでいるSNS相談というのがございます。これは確かに効果があって、特に若い方たちのアクセスが多いです。ただ、ちょっと気を付けないといけない、ないしは課題として残っているのが、だんだんと利用する人が減っている。あと、相談を受けたときの安全性の担保をどうするか。このあたりがまだ課題として残っています。



あと、私が同じく議長をさせていただいている都内の区では、どこの窓口、ないしはどういうところに相談すればいいかというのをインターネットでアクセスをするという事業が来年度から始まります。そこは非常に熱心で、困りごと・悩みごと相談という冊子があるので、ただですごく厚いんです。悩んでいる人が頭が回らない、どうやったらそこを見つけられるか。これは非常に大きな課題だったので、IT系のNPO法人と相談をして、画面をクリックすれば、キーワードを、ここに相談に行けばいいというツリーで提示できるんじゃないか。それは悩んでいる人もできるし、相談を受けた人が一緒に使ってもいい。いろんなかたちで使えるんじゃないかということで、そういうプログラムを今開発しているところです。そうすれば、悩んでいる人にも相談をしてもらえる。ただこのあたりは、さっきお話ししたように使いやすさ、そして魅力、つまり継続してもらえる魅力、そして安全性、この辺が必要になってくるだろうと、今後の課題として考えています。



さて、さっき私がサイトをつくったというお話を、監修しているというお話をしましたけれども、そのサイトは、最初はうつ・不安ネットという、その前、うつ・不安に効くドットコムというガラケーのサイトを始めました。その頃、もう10年くらい前になるんですけども、悩んでいる人が「寂しい」というキーワードでアクセスする人が多い、ただ「寂しい」というキーワードでアクセスすると、ここに行くとか寂しくないですよといういかかわしい宣伝が出てきてしまう。もう少し健全なことができないかということで、私は自分でお金を出してつくったんですね。

そうすると、さっきお話ししたようなこんな内容、結構アクセスしていただいて、パッと決め付けているそういう言葉から、今に目を向けられるようになって気持ちが楽になる、そういうデータが出てきました。

これをもう少し最近のはやりのAIで使えないかなというのを、今考えています。そして今大手の新聞社と大手のIT企業と一緒につくれないかなということを検討しているところです。こういう本をつくったんですけども、本当はこの本はシリーズで監修者が出ることになっているんです。私は嫌だと言ったら、それじゃあITにしましょうと言って、大野君というロボットが出てくることになったんです。これがなかなかいいんですよ。私が出るよりずっと良かったなと思って、帰って、悩んでいるときにアクセスしてちょっと気持ちを楽にする。さっきの私がつくったガラケー時代のもと同じです。

これをもう少し最近のはやりのAIで使えないかなというのを、今考えています。そして今大手の新聞社と大手のIT企業と一緒につくれないかなということを検討しているところです。こういう本をつくったんですけども、本当はこの本はシリーズで監修者が出ることになっているんです。私は嫌だと言ったら、それじゃあITにしましょうと言って、大野君というロボットが出てくることになったんです。これがなかなかいいんですよ。私が出るよりずっと良かったなと思って、帰って、悩んでいるときにアクセスしてちょっと気持ちを楽にする。さっきの私がつくったガラケー時代のもと同じです。

◆変化に気づく、一息入れる、考えを整理する、期待する現実に近づく。

では、ここでどんなことをやればいいのか。大体私は最近一般の方にお話しするときに、企業でもそうですが、4つのステップで行こうとお話をしています。まず変化に気づく、一息入れる、考えを整理する、期待する現実に近づく。悩み、鬱、不安というのは、これは心の警報器だというふうに言われています。警報器が鳴ったら立ち止まることです。頑張らないことなんですね。何か問題がないかと立ち止まります。これを私は心の改善運動と呼んでいるんですけど、とにかく変だと思ったら立ち止まる。そして一息入れる。怒りでもそうですけれども、気持ちが動揺しているときというのは考えもまとまらないです。

これは子ども向けの怒りの解説の図ですけども、怒りというのは波乗りみたいなもので、うわっと強くなって静かに減っていく。じゃあ、落ち着いてきたところで問題に取り組みればいいじゃないか。いわゆるマインドフルネスですよ。最近 Google をはじめとしているような企業で取り入れられているマインドフルネス。これはここでいったん立ち止まって自分を取り戻す事です。

そしてその次に考えに目を向けていきます。認知行動療法は、さっきお話ししたように考えに注目をする。それは考えが問題解決の邪魔をしているからなんですね。だから自分を取り戻して考えに目を向ける。そのときにこういうものをつくったりするんですけども、時々復職支援なんかだとこれを細かくきちんと書いているかどうかチェックして、赤ペンを入れたりするんですが、私はそれはどうでもいいと思っているんです。基本は、パッと考えたことが必ずしも事実ではないんだ、だからちょっとつらいかもしれないけど、現実に目を向けて情報を収集しよう、そうすればさっきのバックのようにいろんなヒントが見えてくるはずだ。これは対話でもできるんですね、友達同士、ないしは専門家と。ただお一人でやるときっていうのは、なかなかこれができないんです。「いや、先生と話しているとそういう考えが浮かぶんですけど、1人になると



できないんです」というときにこれを使っていただくと、自分が自分の相談者になれるんですね。例えば、ベックの例ですとこういうふうになります。電話が入った、断られちゃったんですね。落ち込みます。やっぱり自分は力がないんだ、認められないんだ、そだと。確かに断られたから、これはこういうふうを考えて落ち込むのは自然です。だけど、ちょっと冷静になって自分を取り戻して見てみると、一晩で読んでくれたんだ、結構分厚いんですよ。そして面白いって言うてくれた、悪くないかもしれない。じゃあ、どう工夫したらいいだろうと次に進むステップが見えてくる。

つまり考えを切り替えるというのは、これは英語では Functional Thought と言います。機能的な考えです。つまり次につながって工夫できるような考えが出てきているかどうかというのがポイントになります。そうすると気持ちが楽になりますし、工夫ができるようになってくるんですね。そのときには情報を集めるということもそうですし、他の人の立場に立って考えてみる、他の人だったらどう言ってくれるかを考えてみる。ないしは、最良と最悪のシナリオを考えてみる。こういうふうになれば、ちょっと冷静に現実にも目を向けて、そして自分の考えを整理して現実に沿った考えができるようになってくる。これは日常生活でもそうですし、職場でいろいろな方、クライアントや同僚とトラブルになったとき、困ったとき、いろいろな場面で使えるはずですよ。

ただ、考えをこういうふうに切り替えただけで気持ちは楽にならないです。そんなに簡単にはならないです。問題は残っているわけですから。出版してもらえなかったという問題はあります。食事に連れて行ってもらえなかったという問題は残っているわけですね。そこで自分が期待する現実、夢にどう近づいていくか。これは次のステップになっていきます。

3つでご紹介しますが、1つはやる気スイッチを入れる。もう一つは問題に取り組む。そして1人で頑張らないで他の人に相談をする。

そのうちのやる気スイッチを入れるということですが、私たちのやる気というのは、ただ待っていても出てこないんですね。「やる気出ないかな」と横になっていたらやる気は出てこないです。やる気というのは、皆さん方そうですけど、やって楽しかったらまたやろうと思えますよね。いいなと思ったらまたやろうと思えます。つまり、脳の報酬系を刺激して、そして「ああ、良かった、楽しかった」、こういう体験ができるかどうかなんですね。そのためには行動をする必要があります。例えば、最近やって楽しかったこと、やりがいを感じたこと、昔やって良かったこと、やりたかった活動、こういうのをやると気持ちが前向きになってくるんですね。「いや、やる気が出ないから」と言うんじゃないで、まずやってみることで。

これはアウトサイドインと言いますが、普通私たちは楽しいから何かをするというふうにインサイドアウトで考えるんですが、結構行動すると変わってくるということがあります。考え過ぎないで済む活動というのも大切です。悩んでいるときというのは考え過ぎています。悩んでいるときに信頼できる人、ないしは好きな人から手を握られると気持ちがふっと楽になる。そういうときは脳の前頭葉の働きがずっと落ちるんです。考え過ぎています。だから自分で考え過ぎない行動をする。

さっきアウトサイドインと言いましたが、気分がそぐわないそういう活動をしてもいいでしょう。何もしない活動というのも活動です。というのは、動くことで問題から逃げている人がいます。ここで休むとみんなで迷惑をかけるんじゃないか、自分が低く評価されるんじゃないか、それで休めないでいるんですよ。これは行動が逃げになっている場合です。そのときは逆の行動、動かないという行動も選ぶ必要があります。

出来ない決め付けないでまずやってみることで。ただやるときに、良くない行動を減らしましょうというのは、これはつらいです。つらいというのは、大体やりたくなります。この後食事のお話がありますが、それでいつも思い出すのは、私が前にいた雑居ビルの2階に居酒屋さんがあったんですけど、夕方になると看板が出るんです。おいしそうな食事が出て一番下に書いてあるのが、「ダイエットはあしたから」と書いてあるんです。大体これは、やめましょうというやりたくなるんです、そうやって自分に言い聞かせて。そういうときにきちんと行動していく。そのときには楽しいことややりがいのあることをやることなんです。それだったらやる気が出てきますからね。

そしてそれをやるときには、小さいことから少しずつやっていきます。自分でできることをやっていきます。つまり、例えば友達とお茶をするというのは、友達に忙しいと言われたら失敗するんです。友達の判断が入ってくる行動というのは失敗する可能性があるんです。友達をお茶に誘う、自分でできる行動から始めていきます。活動に集中することです。大きな喜びよりも小さ



い喜びの積み重ねが大事。大きい喜びもそんなに長くは続かないです。さっきの波乗りの波と同じです。宝くじが当たるといいなと思って買っても、私も買うんですけども大体当たらないです。だけど仮に当たったとしても、大体半年すれば元に戻るといふふうに言われています。だからいいんです、落ちて。ということで、こういうふうなかたちで行動をしていきます。

そして意欲があれば問題に取り組みます。問題に取り組みときのポイントです。まず現実に行き始めていることと自分がこうなってほしいというアクチュアル・アウトカム、現実に行き始めていること。ディザイアード・アウトカム、こうなってほしい。ここにギャップがあるからがっかりするんです。そのギャップをどう埋めていくかということなんです。このときは原因探しじゃなくて、その手だてを探していきます。そして問題を特定して解決策を考えて、そしてそれを計画して実行して、うまくいけばいいです。うまくいかなければもう一度考え直す。

このときに問題設定、これはPDCAサイクルで、企業なんかではよく知られていますね。具体的な問題を設定して、問題を縦に並べるというのは、縦に並べて目の前の問題から一つ一つ解決をしていこうと。シングルタスクが一番パフォーマンスは上がるんですね。

そしてその次ですけども、数の法則。できるだけ多く解決策を考える。判断遅延の法則、いいか悪いかは後回しです。こうして解決策を見つけていく。つい私たちは解決をしようとするときにこれしかないと考えてしまいます。だけど、これしかないというよりはたくさんあるんですね。うまくいかないときには、大体これしかないと考えてもうまくいかないものなんです。もう少しいろいろな可能性を考える。

◆いろいろな可能性があるはずなのに、ついそこで行き詰まってしまっている

前に聞いた講演で、平安時代の専門家の方がおっしゃっていました。平安時代の女性はしなやかだったというお話なんですけれども、平中（へいちゅう）というプレーボーイがいたそうなんです。すてきな人を見るとすぐ声を掛ける、アプローチする。ところがある女性はいくらアプローチしても、つまりその頃ですから手紙を出しても返事が来ない。困ったそうです。「おまえ、大したことはないな」と言われるんじゃないか。そこで平中は考えて、せめて手紙は要らないから読んだという返事が欲しい。それで女性が困った。読みましたよという返事を出せば手紙が来たと言われます。出さなければ、せめて読んだという手紙が欲しいと言ったのによこさないのはひどい女性だ。出しても出さなくても何か悪く使われそうなんです。じゃあ出すか出さないかというのを、女性精神医学会という学会でお話になっていたんですけれども、どうでしょう。

その女性は返信をしたんです。だけど自分で書けなかったんですね。平中から来た手紙のせめて読んだうんぬんというところの読んだというところだけを破って送り返したんです。もうこれでどうすることもできなかった。つまり出すか出さないかと考えてしまうと行き詰まってしまいます。そのときに自分で書くか書かないか、自分から伝えるのか他の人から伝えてもらうのか、いろいろな可能性があるはずなのに、ついそこで行き詰まってしまっている。こういうスキルが出てくるといろいろなストレス状況で、死ぬという選択肢以外の選択肢が見えてくるはずなんです。

もちろん1人で頑張らないことも大事です。だから最近SOSを出そうというふうな教育なんかもされたりしますけれども、ただ、よく言われるのは、「いや、それは分かっているけど、そんな私の話なんて聞いてくれる人いないんですよ」と、いないと言えば、大体考えれば距離はできてきます。

この横軸、敵対的・有効的と書いていますけれども、同じ反応が相手に出てきます。ニコッと手をすれば、相手の表情は和らぎます。こっちがムッとすれば相手は硬くなるんですね。どうせ分かってくれないや、相手も同じような反応になってきます。やっぱり穏やかにどう話しかけます。

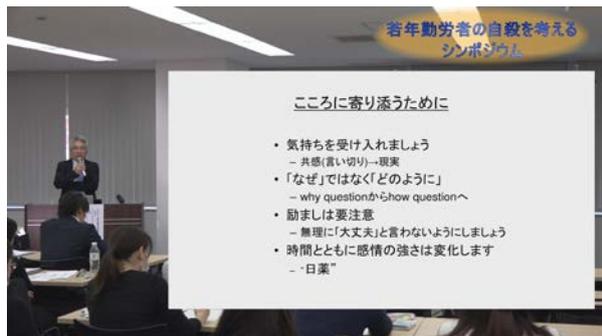
そして自分からやっぱりきちんと話せることが必要です。そうしないと、今度縦の軸は反対の反応が出てきます。こちらが弱気していると相手はどんどん侵入してくるんですね、こうしたらどう、ああしたらどうと。ますますつらくなります。ですからちょっと気持ちを強くもって表現しましょう。表現するときに、私がずっとお手伝いをしている青森長の南部町で配られたチラシです。南部町というのは、ご存じですか、ニンニクの特産地です。ニンニク夫婦がけんかをしています。「電球が切れたから換えてって言うてもまた換えてくれないの」とニンニク妻は怒っているんですね。ニンニク夫は、買ってきているから怒鳴り返したいんだけど、これだとけんかになります。ごめんと謝ったら、本当にそうよねと、これも分かっただけならえなそうだなと思うと、ほどほどの言い方が出てくる。私たちは大体意識しないでこれをやっているんだと言います。「遅くなって悪かったね。品切れでさ、今日やっと手に入れたんだ」、いいですよ。けどなかなか



かそういう言い回しが分からないんだと。そのときには思い出してください。私は愛媛県です。ミカンっていいな、みきゃんと言います。ゆるキャラグランプリの準グランプリなんですけども。見える事実を伝えます。事情が伝わります。感じる気持ちを伝えます。気持ちが伝わります。そこで提案すると相手に伝わるんですね。遅くなって悪かったね、そんな気持ちでいてくれたんだ、品切れで今日やっと手に入れたんだ、そういう事情だったのか、いいですよ。それでもうまくいかなければ、そこでまた別の提案をしていけばいいんです。

◆寄り添いながら一緒に現実を見ていく

言われた人は気持ちに寄り添いましょう。大変だったね、つらかったね、これは言い切りです。疑問形じゃ駄目なんです。疑問形というのは、あなたの言っていることが分からないというメッセージを含んでいるんです。「え、それつらかったんですか」と。やっぱり「つらかったんですね」と言って寄り添いながら一緒に現実を見ていくわけです。



そのときに、なぜそうしたんだろうね、なぜそうなったんだろうね、これもつらいですね。分からないんです。分からないからしっちゃったんです。分かっても、理由が分かってもどうしようもないこともあるんです。ですからよく言われるのは、Why クエスチョンではなく、How クエスチョンをしよう。どうすればいいんだろうと。問題はあるわけですから。ここができないとパワハラの上司と言われてしまいます。質問ばかりして、何でこんなことになったんだ、どうしてそうなったんだ。もしかするとご本人は原因を究明しよう

としてやってらっしゃるのかもしれないですけども、受けるほうは責められた、そういうふうに感じます。質問ばかりだと分かってもらえていない、孤立感は強まります。

私たちの精神科の教科書で、アメリカの教科書ですが、3回続けて質問をしたときは注意しろと書かれています。質問というのは上から目線で分からないということを伝えることなんです。もちろん問題はありますから、励ますのは要注意です。そしてもう一つ、時間がたてば気持ちの強さは変わってきますから、落ち着いたところできちんと話ができるということも大事になります。

さて、専門職によるケアについて少しお話をさせていただきます。ストレスチェックが施行されるようになって、ストレスを感じた人がいろいろ体験をする。そして面談をしたり、面談をしなくても保健師さんとちょっと相談したいという方もいらっしゃいます。あと復職支援なんかで職場で相談をしたいという方もいらっしゃいます。そういうときに、さっきのような定型的な認知行動療法は難しいでしょう。ただ、最近海外なんかで言われているのは、インターネットだとアクセスが悪い。さっきの SNS 相談にもちょっとつながってきますけれども、長続きしないんですね。そうすると今のところは人とインターネットを組み合わせたらどうだろうかということで、こういうふうにインターネットを使いながら、対談の面接の中にインターネットを組み込むということをやった研究があります。

40人の患者さんに協力していただいて、インターネットを使って面接をする。そうすると、こんな結果が出ました。緑枠が通常の面接です。赤枠がハイブリッド、面接にインターネットを組み込んだものです。そうすると、ほぼ同じ効果が期待できるんですね。それどころか3カ月後を見ると、インターネットを使っているほうが効果が上がるんですね。そしてもう一つ、インターネットを使った認知行動療法では、脱落した人が1人もいなかった。結構こういう面接は途中で中断する人がいるんですけどいかなかったんです。つまり、効果的ですし安全でもある。

もう一つ、この研究は2つの研究を組み合わせたときに分かったんですが、黄緑のところ。これはそのものの治療を続けた群なんですけれども、前の研究に比べて、今回は5%と効果が現れた人が少なかったんです。何が違うか。医者が違うんです。この20%というのは、私たちの仲間で認知行動療法なんかを勉強している割とベテランの医者が薬を出しました。左側は卒後2~3年の医者です。経験不足なんですね。同じ薬でも同じ医者でも効きは違います。やっぱりそう考えると認知行動療法的なそういうアプローチができるかと随分違うだろう。ただ、これは何が効果が出ているのかというのがよく分からないんですね。

もしかすると、最近の反転学習というふうに言われますけれども、かえってインターネットで学



習をされる方、そういうのが役に立っているのかもしれないです。ただ、これは今後の研究課題です。そしてこれが分かってくると、もっと簡便な方たちでいろんな認知行動療法を提供できるんじゃないかと。

そこで今、もう少し研究をしているのが中抜き超簡易型認知行動療法というものです。面接の最初の入り口のところは人が面接をして、あとスキルの練習のところはインターネットで自己学習をしていただいて、最後疑問があればそれを聞く。その間、これでは保健師さんが担当しているんですが、保健師さんは別の作業を隣の部屋でやっている。そうするとかなりマンパワーが軽減できて、職場で活用できるんじゃないかと。これはある大手の電機メーカーで効果研究をしていただいています。今のところ結構いいデータが出ています。ただ企業のデータというのは申請して使えるまでに2カ月ぐらいかかるので、ちょっとデータをお見せできないんですけども、

認知行動療法については、お手元にあるこういう本もあります。あとさっきお話ししたサイトもあります。これは有料なんですけれども、そんなに高くないです。それ以前に1カ月間ただで使えます、カードで。使っていただいて1カ月たつと必ず聞かれますから。続けますか、どうですかと。要りませんと言えばそれでただで終わりですから。あと企業ではまとめて使うこともできます。

もう一つ、今の自分で勉強するときのマニュアルと、順番でクリックすればそのコーナーに入っていけるというプログラムも用意していますので、こういうものも使っていただいて、職場のメンタル、特に若い方たちの自殺対策ないしはメンタルヘルスに使っていただけるんじゃないかなというふうに考えております。

非常に駆け足でしたけれども、これで私の発表を終わらせていただきます。今日はどうもありがとうございました。（拍手）

田中：各企業ではストレス対策にさまざまな方法を考えてこれまでされたと思いますが、これからの新しい可能性としてインターネットを使った、また認知行動療法の原則を利用したこういったものというのは、海外で非常にエビデンスの高いものとして採用が多いんですが、どうもわが国においては、標準的なストレス介入対策である認知行動療法というのがまだ十分に浸透していないというところがあるかと思えます。

今日お話ししていただいたことを参考にして、このような新しいITを使った認知行動療法を使った方策についてもご検討いただければと思います。また、自殺予防に焦点を当てた総合ディスカッションは後の時間に準備をしておりますけども、今、大野先生からお話しいただいた内容について、個別の質問等ありましたら簡単に受けたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。ではまた、総合討論のときにいろいろディスカッションできればと思います。どうも、大野先生ありがとうございました。（拍手）

2 心の健康を保つための食事と生活習慣

まだ準備いただいておりますが、この時間に功刀先生の簡単な紹介をさせていただきたいと思っております。講演2は、「心の健康を保つための食事と生活習慣」というテーマで、国立精神・神経医療研究センターで神経研究所疾病研究第三部の部長として、また気分障害先端治療センター長であります功刀先生からお話を頂くこととなります。先ほどと同じように、功刀先生の略歴についてはお手元の資料にありますので、ご参照いただければと思います。

【講師】

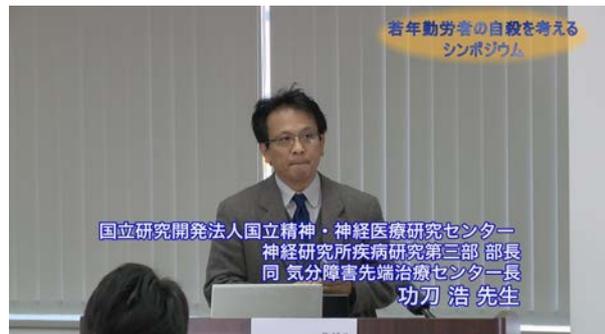
功刀 浩氏

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

このシンポジウム、東京都の若年労働者自殺予防対策シンポジウムは、これまで2回行われておりまして、第1回目には睡眠、第2回目には運動のテーマを取り上げています。運動・睡眠、そして最後に残りました栄養を、今日功刀先生からご講演いただきますけれども、功刀先生はこういった領域における第一人者でございますし、メンタルヘルスと栄養についたきちんとしたエビデンスに基づくお話を聞く機会はなかなかそうはございません。とても貴重なお話を頂けると思っておりますので、どうぞ楽しみにしていただければと思います。

では功刀先生、どうぞよろしくお願いたします。

功刀：よろしくお願いたします。今日は食事とか栄養の話を5分の4ぐらいはすると思うんですけども、最初に職場のメンタルヘルスをちょっと昔研究したことがありますので紹介させていただきます。

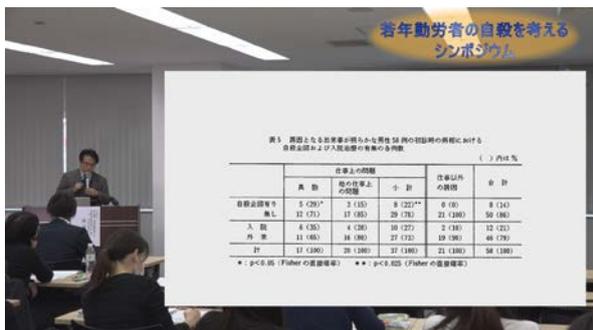


だいぶ前の話なんですけど、1993年に発表した論文なんですけれども、25年ぐらい前の話なんですけれども、鬱病で頻度が高いのが人事異動というのがございます。人事異動で発症した鬱病の特徴とか、どうやって治っていくかというのを、その当時いた、私は帝京大学というところにいたんですけども、そのときに1年間受診した鬱病患者さんを全員調査しまして、こういう研究をしたことがあります。ちょっとそれを、今日は自殺対策ということで関係あると思うのでご紹介させていただきたいと思っております。

◆人事異動を誘因して発症したうつ病

そういうことで、25年も前の話で職場の文化とか経済状況とか、日本の経済とかちょっと1世代前の話かもしれませんが、鬱病の方を1年間帝京大学を受診した方を全部、300人ぐらいの調査を1人でやった研究なんですけれども、したことがございます。いろいろ難しいことは除いてご紹介しますと、男性の方というのは仕事上の問題がきっかけで鬱になる人が本当に多いと。47人中32人が仕事上の問題であると。その32人のうち仕事上の問題のうち、その当時ですけれども、17人が人事異動。つまり半数以上の方が人事異動を誘因にして、誘因というのは、この人事異動をきっかけにしてそれがストレスになって、しかも半年以内に発症した方ということです。

女性の方はそういう方が、今はどうか分かりませんが、その当時はほとんどいらっしゃらなかったと。女性の方は38人中仕事上の問題が7人。だからむしろ5分の1ぐらいしかいなかったと。人事異動で発症した人は1人しかいなかったということで、ほとんど男性の特徴みたいなことがありました。



	仕事上の問題			仕事以外 の問題	計
	高 度	軽度の仕事上の 問題	計		
自殺企図あり 無し	5 (38%) 12 (71)	2 (15) 17 (85)	8 (22)* 29 (78)	8 (31) 21 (80)	8 (31) 50 (80)
入 院 中 途	4 (30) 14 (86)	4 (30) 24 (86)	18 (27) 28 (42)	2 (3) 29 (42)	12 (15) 48 (64)
計	12 (38) 26 (82)	28 (88) 41 (92)	26 (80) 57 (98)	10 (30) 50 (92)	18 (54) 108 (98)

* p<0.05 Fisherの正確検定 ** p<0.001 Fisherの正確検定

その方々の自殺企図率というのを見ますと、この人事異動の方は30%なんですね。17人中5人の方が自殺企図をしているということで、非常に比較的全体としては14%ぐらいなんですけれども、男性がですね。異動の方は29%ということで、自殺企図率が高いということなんです。女性はあんまりそういうのはないということです。



それで、またちょっと紹介しませんが、鬱病の治療が、全体的に見ますと、心の休息、環境調整。この環境調整で過度のストレスを受けない環境と、この職場の調節というのはすごくポイントになってきます。疲れない働き方とか、長時間労働より効率とか、職場内の意思疎通とか、ワークライフバランスとか、そういったものが最近によく言われていますけれども、ここのところが非常に1つポイントかなと。それから、もちろん今、大野先生からご紹介いただいた認知行動療法がうまくできれば非常に素晴らしいことになります。

それから抗鬱薬、重症の場合は通電療法、そしてリワークですね。症状だけ良くなってもなかなか職場復帰ができないときに、何カ月間リワークするというのは最近だんだん増えてきて非常にいいことだと思いますけれども、もちろんこの中で認知行動療法をやったりもするというのもあると思います。

今日の話は食生活、運動とか睡眠などライフスタイル改善療法と。運動とか睡眠は今までも話がありましたので、食生活についてお話しするという事です。ちょっとさっきの続きでもうちょっと話をしますね。先ほど5人自殺企図の方がいらっしたんですけれども、このうちの1人は自殺既遂です。1人は亡くなって、どういうことかという、ちょっと年号とかは見ないことにさせていただいて症例を紹介しますが、中学校卒で会社で25年間勤務ですね。病前性格は内向的、真面目で、配置転換によって支所の所長になった。責任感が強いためか夜中まで仕事をして帰宅するようになった。その頃冬の1月から頭が働かないなどの症状を持って、希死念慮も出現した。翌月に当院を受診して、欠勤を指示されているんですね。休養をして抗鬱薬を投与されて、1カ月後には割と軽減してだいぶいいとレベルに至ったんだけど、4月に突然縊死、首をつって亡くなったという症例です。

当時の私の考察というかコメントとしては、初診時2カ月の自宅療養を指示されていたにもかかわらず、約1カ月半経過時点で患者さんがだいぶいいと見切り発車のかたちで出勤して、その数日後の自殺既遂なんですね。真面目で責任感の強い性格、内因性の病状、抗鬱薬の有効性。今の典型的なメランコリー型の鬱病ということですが、そういうタイプの鬱病であったということです。

このように自殺は、ちょっと症状が良くなったときにやりやすいということがあるということ、非常に真面目な方が所長になって、うまくいかないということをやると。責任感が強いということで、いわゆる日本には引責自殺という文化がありまして、責任を取って腹を切る、毎週日曜日、去年までの大河ドラマでも大抵そんな話ばかりでしたけれども、そういう文化がございます。そういうことがいろいろあった。だからそういった点をいろいろ考え直さなきゃいけないということでは、先ほどの話、認知行動療法の話になるわけです。

あともう一つこの研究で分かったことは、希望している部署に戻る、異動した後希望した部署に戻るとすぐに良くなるということです。もちろん全員がそうであるとは限りませんが、例えばこの方は、脅迫的でよくよする性格で、人前では明るく振る舞うと。こういうのはよくある典型的な方ですね。会社から出向に出された。その後、仕事が手につかなくて頭が働かなくなった。日内変動、抑鬱、希死念慮、不眠なども生じるようになって受診した。当初から元の職場に戻りたいと希望していたということなんですね。抗鬱薬の投与と休養により症状は徐々に軽減したため、出向先に復帰するんですけれども、病状は一進一退。すっかり良くならないというわけなんですね。ところがその1~2年後に元の職場の復帰で、希望がかなえられて好調になった。すぐにテニスやスキーや旅行に行き始めて、これは想定したわけじゃないと思うんですが、行き始めて、以後好調になって治療終了になるということです。

次にも同じようなケースがあるんですけれども、組織によっていろんな事情はあると思うんですけども、やはり異動後に鬱病になるという場合に、移動前に移すとか、あるいは希望しているところに移すと割と良くなります。もちろん皆さんもそういう努力もされていると思うんですけども、意外に病気の方を他の部署が受け入れるのがなかなか難しいとかいろいろそういうこともございますが、全体としてはもともと真面目で機能が良かった方が鬱病になって、どこか職場の異動が、元に戻りたいとか、こういうところがいいという場合はそういうところに移していただくといいというのがこの回復。だから抗鬱薬をいくら出しても、ストレスのあるあまり望まないところで仕事をやっている間は、ちっとも良くならない。すっからは良くならないです。ということがこの調査で分かったということです。

これはいろいろ組織によって事情はあると思いますけれども、できるだけやりたいことを自分

のペースでやれる環境であるということが望ましいと。日本人は働く時間が長いけれども生産性が低いというのは有名です。だけど、やりたいことを自分のペースでやれるところであると、こういうところも解消されていく可能性がある。後で伊藤先生の話が、もっと深い話があるかもしれませんが。

◆働く環境や時間よりも能率を重視する事が大切—職場のメンタルヘルス—

それから心理的な安全性が大事。言いたいことが言える環境かということです。日本の教育、あるいは文化全体が勤勉で従順であることが求められるということがあられるわけですが、欧米型はアイデアとか工夫、そういうのが尊重されるわけです。日本はずっとレクチャーを受けてディスカッションをしないという部分が、疑問を呈したりそういうのは抑えられるような文化がありますので、こういうのがあるとそういうのが生産性の低さとか自殺ということにもつながっていく。あと先ほどの引責自殺という文化がある。

私が患者さんによく言っているのは、残業は原則的にしないと。時間よりも能率を重視しましょう。それから無理な仕事と思ったら、必ず上司に相談するということですね。最終的には上司の指示に従うということですが、日本だと、何かまずいことを言うともうそれで駄目になっちゃうんじゃないかというような文化がある。本来は意見はできるだけ言ってもらって、最終的にみんなで十分ディスカッションをして、最終的に上の人が決定して、それはそれで従うというのが望ましいわけですが、最初から押さえつけるというか、そういう文化もあると。それではこれからは駄目じゃないか。先ほど認知行動療法の話がありましたのであれなんですけれども、自分を責めたり、失敗や反省するのはほどほどにすると。失敗は成功の基と考えて、チャレンジした自分を褒めようということをやいつも患者さんには行っているわけです。そういうことで、職場のメンタルヘルスということでお話をさせていただきました。

◆食事・運動・生活が乱れがち

次は食生活のほうに移りたいと思います。今みたいな長時間労働とか異動をきっかけにした責任重大とか、そういうことがきっかけで鬱になるということですね。そういうことなんですけど、現代はこういう食事・運動・睡眠というのが非常に乱れがちなんです。食事は2つの問題があります。1つは飽食ということです。人類史上初というか、昔の人は食べるものに困っていた。今はどれだけ少なく食べるかに困るということです。今までの未曾有の状態にあるということです。それから食の西洋化ということは、伝統的な食材を生かした食事から非常に高度に製品化された食事、おいしさとかそういうものも追求した食事になっているという中で、栄養のバランスの異常が起きている。それから運動不足は言うまでもなく、車社会が発展したりして、ほとんど何も運動しなくてもご飯を入手することができる。それから夜型生活も言うまでもなく、電灯がついていますので、夜中でも楽しくいられる。バーチャルリアリティが発達していますので、ゲームとかネット依存になっていくということも、そればかりやっている方もいるということです。

こういう現代のテクノロジーの進歩の副作用によると思われるような食・運動・睡眠の問題というのがありまして、気づきにくいストレスということで、隠れストレスと呼んでいるんですけれども、この辺がしっかりしていれば、こういったストレスがあってもそれを跳ね返すことができる、あるいは鬱病とかにならないで済む、もちろん自殺予防にもなるということです。運動や睡眠の話は、もう以前こちらのワークショップでされたということなので、今日は食事の話になります。

鬱病と関連する生活習慣病で、これはわれわれが Web 調査で1万2,000人ぐらいの方を調査したんですけど、やはり肥満ですね。鬱病の人が肥満の人と痩せの人が多いです。標準体重の人は少ない。それから高脂血症や糖尿病の人が多いです。朝食はやっぱり食べない人が多いです。それは食事をしないんだから、食欲が落ちるからじゃないかと思われるかもしれませんが、過食や夜食は多いです。ですから食欲では説明できません。もちろん運動は少ないです。

朝食を取る効果というのは、西洋東洋問わず、宗教問わず、パフォーマンスが上がる、パフォーマンスが高いことと関連が認められるわけです。若い人ですと、知的機能が高いとか、記憶力





やテスト成績とか学校の出席率が高いと。直食では、食物繊維や栄養素の豊富な全粒穀物とか果物や乳製品を取るといったことが言われています。そういうことが日本は昔から言われていたけれども、今や世界的にそういう効果が言われていると。もちろん先ほどの Web 調査でもありましたように、鬱病との関連も言われているということです。

◆若い人は欠食率が高い

ところが、今日は若い方の自殺予防ということですが、この若い方ですね。欠食率が非常に高いです。日本人の国民健康栄養調査から見ると、20代30代の男性の3割から4割が朝食を食べないか全く食べない。女性もそうですね。2割から3割が朝食を食べないか全く食べないということです。じゃあ、朝食を食べればいいのか、とにかく何でもいいから起きたら朝食を食べればいいのかということかというとそういうことじゃないと私は思っていて、やっぱり朝食を食べるといのはしっかり睡眠して早く起きられないと食べられません。夜に夜食なんか食べちゃって朝食を食べられません。朝食を食べると体中に栄養が回りますので、末梢（まっしょう）の時計0時というののリセットされます。もう一つ、朝光をちゃんと浴びていただくと、中枢の時計がきちんとリセットされる。朝ですよということになるわけです。

そういう感じで心身ともにリセットしていただいで仕事に行っていただいで能率を向上させる。そうすると自然に長時間労働が減る、あるいは行動も活発にできると。そうしますと、早く帰ってきて家族と食卓を囲むと、ある種カウンセリング機能というか、そういうコミュニケーションを取ってじっくりきちんと休んでいただく。運動するとよく睡眠も取れるという、そういうふうないい循環になっていくわけですがけれども、そうでない場合は、たぶん若い人、自殺されるような若い人の生活パターンとして、予想サイクルはこんな感じですよ。もちろん仕事をし過ぎて帰りが遅くなる人も大変多いと思います。

朝食は先ほどのデータにもありましたように、欠食ですね。それから末梢時計がそのまま放置されている。あまり光なんか浴びないと、仕事のスイッチが入らないものですから能率も悪くなって、長時間労働になってしまう。運動もできないということで、夜遅く帰ってきて孤食ですね。1人でゲーム・ネットに盛り上がる、睡眠不足ですね。この間に食べる夜食はすごくおいしくて、おなかがいっぱいになっちゃうので朝は睡眠不足でご飯をゆっくり食べる時間もないし、おなかすいていないというような感じでメリハリがない。恐らくこの夜中が一番最高のパフォーマンスになってしまうんですね。ということで、仕事のほうがおろそかになってしまう。そういうパターンであると、鬱病のほうに進んでいくと考えられます。ですから、何を食べるかとか、栄養がどうかという以前に、そういう生活リズムとか生活パターンというのをしっかりしていないといけないんじゃないかということです。

現代の食事の問題は2つあると言いましたが、そういうことで食べ過ぎであるということと、精製されて加工された食品を食べることによって栄養不足が起きているということです。つまりエネルギーは過剰なだけけれども、ビタミンとかミネラルとか食物繊維という微量栄養素とかそういうもの、あるいはポリフェノールという体を害から守るようなものが不足しているということです。

現代の食事ですが、先ほど平安時代の話が出ましたが、藤原道長はこの世は自分の世だみたいな、そういう和歌をうたっていましたけれども、その当時糖尿病プラス鬱病だったということです。鬱病だったというのは私が言っているだけなんですけれども、日本発の糖尿病だというのは有名で、いろんな古文を見ますと、鬱病症状とかがかなりあったようです。ということで別に現代でなくても、昔の人でも特殊な人は生活習慣病になっていたということです。だから豊かだから栄養不足はないんじゃないかとか、そういうことはないということです。

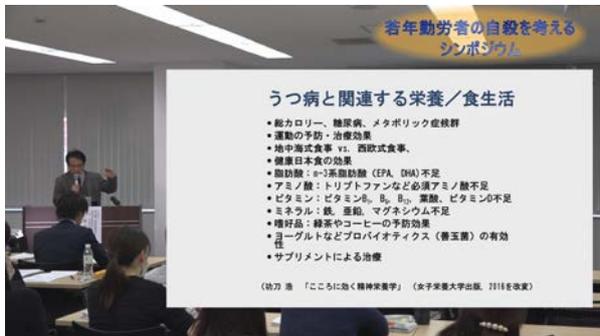
一番分かりやすい話が玄米と精白米の違いです。100グラム当たりに玄米ですとビタミンB1ですね。これが足りないと脚気になりますので、ビタミンB1が玄米だと0.41ミリグラムあるんですけれども、精白米だと0.08ミリグラム。後で出てくる葉酸も精白米だと半分以下になってしまう。それから今非常に現代人が不足している食物繊維も、ほとんどゼロになってしまう。それからミネラルですね。ミネラル不足も今深刻ですけれども、ミネラル不足にもなってしまいます。

ご存じのとおり、去年の大河ドラマは『西郷どん』でしたけれども、『西郷どん』にも出てきた13代の徳川家定、それから14代の家茂、早く亡くなったのは脚気が原因です。それは精白米の食べ過ぎです。つまり、要するに玄米を食べていれば死ぬことはなかったんだけど、おいしいところだけ、お砂糖みたいなところだけ食べていたので亡くなっちゃったということですね。

だから日本のトップの人もこういうことで、食事が原因で亡くなる。一見豊かな食事で亡くなっていくことが起きているわけです。そういう脚気が原因、食事が原因だということを見つけたのは、よく知られている慈恵医大の創設者の高木先生という方なんですけれども、それはいいとして、こういう感じで全粒穀物というのは本来は取るべきであると。玄米というのはこうなっています、胚芽とか種皮とか胚乳。こういうのは「ぬか」と読むんですね。「糠」というのは見てみると、米偏にすこやかと書くのです。昔の中国の人も、こちら辺に健康の基が詰まっているということをよく知っていたということになります。

◆エネルギーの過剰摂取とうつ病リスクの～双方向性の関連～

じゃあ、本当に栄養不足なんかあるのかなということなんですけれども、これは食物繊維の年次摂取量の推移です。1951年から2001年の間に、日本人は食物繊維が半分以下になりました。戦前から今は半分以下になっているということです。実際その食物繊維の目標量は、1日当たり男性20グラム以上、女性18グラム以上必要なんですけれども、最近の若い人が取っているのは13グラム以下。高齢の方はもう少し取っていらっしゃるんですけども、やはり若い方の栄養不足というのが深刻になってくると。それからカルシウムとか、今は食物繊維ですけども、他にもいっぱいあって、ミネラルはいろいろ不足が多くて、例えばカルシウムは650ミリグラム1日取るべきだと推奨されているわけなんですけれども、500ミリグラム未満なんです。男性も女性もそうです。



ということで、栄養摂取が不十分であるということです。カルシウムは先進国の中でかなり下のほうですが、別にカルシウムに限ったことではなくて結構。今申し上げたような栄養の取り過ぎ、栄養じゃなくてエネルギーの取り過ぎですね。カロリーの取り過ぎ、総カロリーとか、糖尿病とかメタボリック症候群、あるいは運動不足、それからいろんなアミノ酸とかビタミンとかミネラルとかの不足が鬱と関連するとか、あるいは緑茶やコーヒ

ーを飲むと割といいとか、プロバイオティクスですね、ヨーグルトとかそういう善玉菌を取ると鬱病にいいとか、そういう研究結果が21世紀になってから急激に増えてきたということです。

もう少し具体的に言いますと、エネルギー過剰摂取と鬱は、大体双方向性の関係があります。つまり、肥満は鬱病のリスクを1.5倍に上げて、鬱病は肥満のリスクを1.5倍に上げるということがあります。症候群もそうだし糖尿病もそうです。糖尿病は鬱病のリスクを上げるし、鬱病は糖尿病のリスクを上げます。鬱病の方は、食欲が低下する人も多いんですけども、食欲が上がる人もいますし、それから食欲だけ良くなって体が動かない、ごろごろしているというような方がいらっしゃいますので、ごろごろというのは語弊がありますが、そういう方は体を動かさない方もいらっしゃいますので、どうしてもこういうリスクが上がってくるということです。

これはわれわれの研究調査の結果なんですけれども、鬱病の方はBMI30以上の方は認知機能が低いということが分かりました。別に鬱病だけじゃなくて健康な方も全体的に痩せているほうが認知機能が低いという結果が得られたわけです。太っていると、肥満になるとおなかのほうは出てくるんだけど、海馬という記憶とかそういうのに大事な部分は萎縮してくるということが言われておまして、それはたくさんの研究があって、そういう傾向がございます。われわれのMRIの検討でも、肥満の人は前頭葉とか側頭葉とか海馬、視床という大事な部分、感覚や知能に大事な部分が萎縮しているという結果が得られたわけです。それから肥満で鬱病になっていて、なかなか社会復帰できない人の場合は、やはりそういう栄養への介入というのが大事になってくるという可能性があるわけです。

それから食事スタイルですね。地中海式食事というのは、海外では健康食の代名詞みたいで、そういう最近の西洋式食事を比べると、どんな生活習慣病も地中海式食事のほうがいい、リスクが低いということが言われていますが、最近鬱病のリスクも下げるというようなことが、最近というか、10年前の研究ですが、そういう報告もあるわけです。

国立国際医療研究センターの研究によると、健康日本食パターンというのがあります。野菜・果物・大豆製品・キノコ・緑茶などの摂取が多い、そういう人たちは鬱病のリスクは半分ぐらいになるというような報告もされています。野菜・果物・キノコ・緑茶ということがあります。



それからお魚です。お魚は健康にいいということはよく言われていますけれども、最近ではアメリカの教科書にもお魚をちゃんと取ったほうがいいですよみたいな、鬱病・精神疾患にいいということがよく言われていますが、お魚を食べると鬱病になりにくいという疫学調査が2001年に、大規模なのが一番最初に報告されました。そういうことで、21世紀から食事と鬱病の関係というのがだんだん探られてきた。EPAとかDHAという、n-3系とかオメガ3というのがあります。油ですが、それを取ると鬱病にも有効ということが、鬱病になった方に対しても有効であるという報告も出ております。

あとビタミンですね。ビタミンは葉酸とビタミンDについてお話ししようかと思えます。葉酸というのはビタミンBの1つで、やはり葉酸が低いと鬱症状を持っている人が多いと。われわれの検討でも鬱病患者は葉酸値が低いということが分かりました。葉酸というのは、葉っぱの酸と書くもので、ほうれんそうから最初単離されたんですけども、葉物野菜以外に大豆製品やレバーによく入っています。野菜・大豆・レバーというのが非常に大事なポイントになります。

われわれの検討では、健康者でも葉酸の低値の方というのが、5~10%の方がいらっしゃいます。鬱病の方はその3倍ぐらいいらっしゃいました。本来はこういう葉酸とかそういうものも本当は調べるべきであるとは私に思っていますけれども、健康診断とかで毎年同じのをやるのではなくて、3年に1回ぐらい葉酸を調べるとか、そんな感じでやっていただくと本当はいいんですけども。

ビタミンDと鬱病というのもよく言われています。ビタミンDはキクラゲとかキノコとか魚に多いです。なぜか一番よくできるのは、皮膚に紫外線が上がってよくできるのが大部分でございます。ですから冬から春にかけて日照時間が減ったり、みんな洋服を着て肌を露出しなくなるものですから、紫外線を浴びなくなりますので、大体冬から春にかけて。ビタミンDというのは脂溶性のビタミンで、脂溶性のビタミンというのは脂肪細胞に蓄えられるんですね。だから備蓄できるわけなんです。だから一応大丈夫なだけけれども、冬から春になるとだんだん出てきます。ということで、ビタミンDというのは骨の病気に大事だということは誰でも知っているんですけども、鬱とも関係するという報告が5年ぐらい前に報告されたりしています。

またビタミンDというのは季節性の鬱病の原因じゃないかという説もありまして、季節性の鬱というのは冬から春にかけて鬱になるパターンの方ですが、そういうのに関わるビタミンDを補充すると鬱病が治るという報告もあります。ということで、日光に当たればいい。日光に当たる時間は大事です。だから朝一番、脳の時計を調節しながら、リセットしながら日光に当たると一石二鳥なわけです。

ミネラルの不足というのは非常に深刻でございます。鉄欠乏というのは世界で一番多い栄養不足です。若い女性、生理出血がある女性、50歳ぐらいまでの若い女性の5人に1人が鉄欠乏貧血と言われておりますし、●鉄不足はその何倍かいるということが言われています。鉄欠乏というのは貧血の原因になるというのはみんな知っているわけですけども、ドーパミンとかセロトニンとかノルアドレナリンという、モノアミン、ドーパミンがないと鬱病になりやすいわけですけども、よくきちんと働かないとですね。これらが合成機能する酵素には鉄が必要なものが少なくないです。

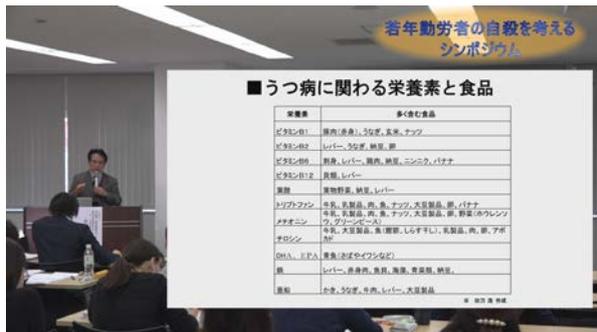
むずむず足症候群という病気があります。むずむず足症候群の方というのは、日本に大体3%~5%ぐらいいると言われておりますけれども、そのむずむず足症候群の方は鉄不足の方が多いと、これは疫学的によく知られていたんですね。もう一つドーパミンの作動薬が著効するわけです。だからむずむず足症候群の存在から、やっぱり鉄が不足しているとドーパミンが落ちているということが分かるわけです。ということで、われわれの1万2,000人のWeb調査でも、鉄欠乏貧血があった人は鬱病になったことがある人が多かったし、鉄欠乏貧血になったことがある人はストレス症状が高いということが分かりました。ということで、鉄補充が大事と。

だいぶ時間が迫ってきましたけれども、あとはプロバイオティクスという、腸内細菌がすごく大事だということが、いろいろな病気で大事だということが分かってまいります。鬱病の方、あるいはストレスの多い方は過敏性腸症候群になっている方が非常に多いです。われわれの調査だと3人に1人、鬱病の方の3人に1人が過敏性腸症候群を合併されています。健康な方は大体10%ぐらい過敏性腸症候群の方はいらっしゃいます。過敏性腸症候群というのは、いざとなっておなか痛くなっちゃって困っちゃう病気なんですけど、それは腸内細菌が関係すると言われております。鬱病患者について、われわれ調査したところ、やはりビフィズス菌とか乳酸菌、プロバイオティクス、いわゆる善玉菌が少ないということが分かりました。それから最近乳酸菌やビフィズス菌を投与すると、投与しない群に比べて鬱が良くなったと、そういう研究も発表され始めております。



ということで、いろんな栄養素が関係するということで、現代は食べ過ぎと製品化による栄養不足が少なくて、それによって鬱のリスクが上がっているということをお話いたしました。やはりバランスのいい食事を心掛けるということが、鬱になりにくいために必要ということです。

あと運動のことも入れようと思ったのですが、時間が過ぎましたので、食生活のポイントは資料に書いてあると思いますので、それで終わりにしたいと思います。ちょっと駆け足になりましたけれども、こういう本を参考にいただければ幸いです。どうもご清聴ありがとうございました。（拍手）



■ うつ病に関わる栄養素と食品

栄養素	多く含む食品
ビタミンB1	豚肉(煮身)、うなぎ、玄米、ナッツ
ビタミンB2	レバー、うなぎ、納豆、卵
ビタミンB6	鶏身、レバー、豚肉、納豆、ニンニク、バナナ
ビタミンB12	魚卵、レバー
葉酸	動物性食品、納豆、レバー
コファクター	牛乳、乳製品、肉、魚、ナッツ、大豆製品、卵、バナナ
メチオニン	牛乳、乳製品、肉、魚、ナッツ、大豆製品、卵、野菜(ホウレンソウ)
チロシン	牛乳、大豆製品、魚(鰹節、しらす干し)、乳製品、肉、卵、アボカド
Omega-3脂肪酸	魚油(さばやイワシなど)
鉄	レバー、赤身の肉、魚、海藻、豆類、納豆
亜鉛	かき、うなぎ、牛肉、レバー、大豆製品

田中：功刀先生ありがとうございました。功刀先生には、飽食の時代と言われている現代においても、実は栄養不足はあるんだということ。そしてまたそれは自殺の予防の一因でもある鬱病とも、われわれが想像する以上に大きな関係を持っているんだということをお話しいただきました。

ただ今ご講演いただいた内容につきまして、何か質問・ご意見ございますでしょうか。ではまた総合討論のほうでご討議いただければと思います。どうも、功刀先生ありがとうございました。（拍手）

3 職場での過重労働・メンタルヘルス対策 ：国内外の動向からの示唆

大塚：それでは時間も来ましたので3番目の講義に入りたいと思います。川崎市のこども未来局の大塚と言います。田中教授がファシリテーターをするのは皆さんお分かりと思いますが、何で川崎市の職員がここでこういう役をしているかというのが不思議に思われる方がおられるかと思いますが、僕は精神科の医師で、今川崎市で仕事をしています。

実は「ワンストップ支援における留意点」がお手元にあるかと思いますが、後で若干中身を説明させていただきますが、日本うつ病センターのほうでこの2年間かけてこういう自殺対策の一環として自殺のリスクが高まるような複雑な課題を抱えている方に対して、どういう点を皆さん多くの方が知っておくべきかというのをまとめた手引きです。この手引きの編集責任者を僕がさせていただいたということと、あとお手元にプロフィール等が書いてありますが、何で長崎の人間がここにいるかという、もともと長崎の僕がこういう役割かと言いますと、実は樋口理事長さんの前の日本うつ病センターの理事長、中根允文と言って僕の長崎大学のときの師匠さん、長崎大学の教授だと、そういう縁がありましてここに座っている次第です。何者かと分からない方もおられるかと思って簡単に自己紹介をしました。

それでは、3つ目の講演に入りたいと思います。労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所の過労死等防止調査研究センター長でもありますし、労働者健康安全機構の産業保健アドバイザーもされておられます伊藤先生に、「職場での過重労働・メンタルヘルス対策：国内外の動向からの示唆」ということでお話を伺いたいと思います。

先生のプロフィールは、前のお2人の先生同様、皆さんのお手元に略歴が書いてございますが、伊藤先生は公衆衛生、パブリックヘルスの日本でも有名な研究者の1人で、精神保健だけにとどまらず、精神保健と身体疾患、あるいはいろいろな場面で研究をされておられます。また国際的にもいろんなかたちで日本の代表として活躍されている先生です。今日は先生の今のご所属の過労死等防止調査研究センター長として一番皆さんたちが関心が深い今日のテーマにぴったりの今のお立場ですので、そういうお立場からお話をお聞きしたいと思います。伊藤先生、どうぞよろしくお願いいたします。

伊藤：どうも大塚先生、過分なご紹介をありがとうございます。またこのような場でお話できる機会を設けていただきまして、樋口理事長はじめ、関係者の皆さまに厚くお礼を申し上げます。今回「国内外の動向からの示唆」ということで、少し幅広くこの問題についてアプローチをしてみたいと思います。

若年の勤労者の自殺と言いますと、過労の問題もありますし、働き方の問題、また人の場合に専門家との連携ということで、いろんな時限で考えることができます。その中でも、働き方改革関連法案が昨年成立をしました。関係者の皆さんのご理解のおかげで無事に通ったということで、私も一段落したところがあるわけですが、この4月から、実際に大企業で長時間規制が始まりますし、中小企業では来年からということで、お手元の資料にこれのパンフレットをお入れしました。これはWebでも取れますけれども、どのように実際に法律で変わるかということがまとめてありますので、読んでおいていただくとありがたいです。

私が所属しております労働者健康安全機構というのは、34の労災病院と産業保健センターを全国に持っております。その中では病気を持って仕事をする、そういう両立支援のことも大変ご支援をしております。これもWebで全て出てきます。それで、働き方改革実行計画と、これが実は少し前、平成29年の3月に行われまして、基本的にこの方向で法律の改正が進められてきています。このときに安倍総理が、働き方改革実行計画の決定というのは、日本の働き方を変える改革にとって歴史的な一歩であるというふうにおっしゃっています。

【講師】

伊藤 弘人 氏

独立行政法人 労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所
／過労死等防止調査研究センター長



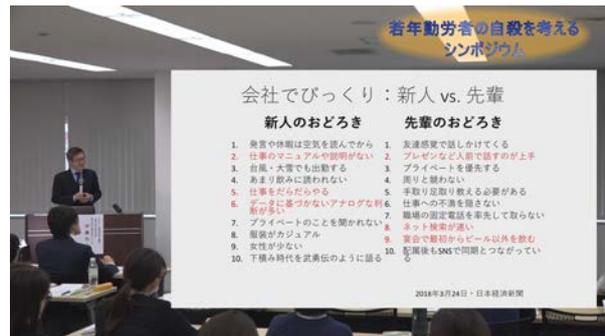


この歴史的な一歩というのは、具体的にはこの長時間の労働の規制というのは労働基準法の改正でありまして、これは70年ぶりの改正だということが実際のところでありまして、この歴史的ということがありますので、もう少しさかのぼって、どのぐらいまでさかのぼれるのかと思ひながら、今日準備をしてみました。

先ほど功刀先生から平安時代というお話が出てきました。一生懸命さかのぼると奈良時代までさかのぼることができました。この奈良時代、実は80年代ぐらいに木簡が出てきて、その分析が今進んでいます。私は奈良文化財研究所まで行ってまいったのですが、これはみんな国宝ですが、木簡が出てきていて、右のところだとアワビのすしと、奈良時代からこういうおいしいものを食べていたのが分かるわけです。

重要なのは、ここに実は勤務記録が残っているんですね。この一番左のものは年間に154日働いたというのが記録として残っていて、実はその右がすごく、日勤が320日、夜勤が185日、述べ505日のオーバーワーク、これが奈良時代の記録に残っています。また、奈良を2つの時代に分けて前半と後半でいうと、結構過重労働が後半に増えている。これは奈良の大仏をつくるためのことなんではありますが、このような労働の問題というのは前から出てきている。そういう意味では歴史的な一歩であるということが言えるかもしれません。

これをもっと最近の問題に寄せて考えてみます。これは日経に前載っていたものですが、「会社でびっくり、新人と先輩」と、先輩の驚きとしては、なんか友達感覚で話し掛けてくるとか、プレゼンで人前で話すのは上手なんだけれども、宴会で最初からビール以外のものを飲むとかいろいろびっくりすることがあるわけではあります。一方新人もびっくりして、仕事のマニュアルや説明がないとか、仕事をただやらせるとか、データに基づかないアナログな判断が多いとか、なかなか辛らつなお話が出てくるわけではあります。

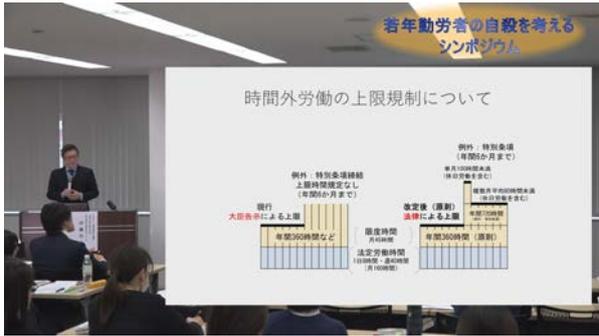


その中で時間外労働の上限規制というものが出てきました。これは実は今までもあったわけではありますけれども、それに罰則がついていなかったということで、大変職場の環境というのは今変わってきています。これは仕事だけではなくて、さまざまな領域で変わってきています。私たちが若かった頃、1988年6月に健康ドリンクができて、「24時間戦えますか」というのがありますが、今Webで見ただけだと、あれは3~4時間戦えますかになっています。月80時間のオーバーワークですと週に10時間、1日4時間ですから、適法な広告がなされているというのが現代であります。そうしますと、今日の若年勤労者の自殺を考えるシンポジウム、これをまた考え直しますと、24時間世代が3~4時間世代を考えるとということになるのかもしれない。

さて、残業時間の上限規制とメンタルヘルス対策であります。いわゆる働き過ぎ、オーバーワークが体にどういう影響があるかということでもあります。実は、特に循環器疾患、心疾患と脳卒中についてはある程度の方向性が見えてきています。これはいろんな研究をまとめたメタ解析という結果であります。冠動脈疾患であれ、脳卒中であれ、これは週の時間が増加をしてくるとそのリスクが高まるというのが一般的に明らかになってきています。この週55時間というのは、残業月60時間ですから、われわれの国は月80時間、もっと長いわけではありますから、こういったリスクがあるというのが長時間労働の影響としてあるわけではあります。

◆長時間勤務と循環器病発症リスク

いわゆる労災の支給決定の数字を見てみますと、これは脳・心臓疾患と精神障害で分けていますが、時間外の労働時間も書いてありますが、これを見ますと脳・心臓疾患ではほぼ90%以上が長時間労働でなっているというのが明らかでございます。ですから、今回の規制でかなり脳・心臓疾患の労災認定というのは変化が起きるんだろうということが推察できるわけではあります。ただ一方精神障害については、オーバーワークというのは大体3割ぐらいでありますので、それより



いりました。

短い時間の残業でもかなりの労災支給がされています。ですから、次のステップとしては、この精神障害の方々ゆえの労災の問題に取り組んでいく必要があるわけでありまして。

その中で診断を調べているわけでありまして、これは男女で随分状況が違ってまして、男性では気分障害が大半を占めています。女性もまあまあの割合であります。女性の場合には気分障害に加えて PTSD、心的外傷後ストレス障害と適応障害の3つが一番大きなグループになっているということが分かってま

また脳・心臓疾患、精神障害との年齢の比較を見ますと、青が脳・心臓疾患で、赤が精神障害であります。ご覧になるとよく分かりますように、精神障害、自殺企図も含めてであります。やはり若年の方が多いということがあります。そういう意味では、若年勤労者の自殺を考えるというのは大変重要なトピックスだということがお分かりになると思います。また、これは個別労働紛争解決制度というものがありまして、その民事上の相談の件数を見てきますと、極めて分かりやすいです。昔、2008年の頃は、解雇を理由のこういう紛争が多かったわけですが、今はどんどん減ってきていて、特にいじめや嫌がらせによる問題というのが、今どんどん増えているという状況です。この自己都合退職というのが、何で紛争になるのかなと思っただんですけども、これは実は辞めさせてくれないということで紛争になったというものであります。

ですからパワハラ、いろんな類型がありますが、こういった問題について取り組んでいかななくてはいけない、今法制化も含めて検討されています。パワハラになると PTSD の反応を示すというリスクも高まるということでもありますので、やはりこういったテーマをこれから取り組んでいく必要があるんだろうと思います。

◆支援の強度を高めて専門家とつながっていく

さて次に支援の基本についてお話をします。これは実はこれまで行ってきた経験で、何かお伝えできないかなということでも用意してきたわけでありまして、精神の領域では2013年、医療計画がありまして、4疾病から精神疾患が加わって5疾病目になったという時代があります。これは大変われわれの領域では大きいことでありまして、私はそのときに樋口総長の下に精神神経センターにおりましたから、他のナショナルセンターと一緒に心の問題に取り組むというプロジェクトの事務局をさせていただきました。この写真は大変な記念、宝物写真であります。国立循環器病研究センターの総長と、国立精神・神経センターの総長の樋口先生と一緒にやっつけようということの記念写真です。このように精神神経センターと他のナショナルセンターと一緒にメンタルヘルスの問題に取り組んでいこうというプロジェクトを5年間ぐらい行くと、大変懐かしい思い出であります。

この中で、ぜひお伝えをしたいのは他の科の医師がこういうプロジェクトで、これをもっと前から知っていればよかったのということをおっしゃっていたスライドが2枚あります。それをお見せします。1つは、鬱と鬱病は違うと。いわゆる鬱という、鬱状態というのはすごく広い考え方で、その中に鬱病があると。この構造を理解するというのはとても大事だということでありまして。このスライドが1つ。

もう一つはこれです。これは癌を発症したときにどう立ち直っていくかということからできてきたスライドであります。病気であれ職場での問題であれ、何かストレスを感じた場合には落ち込むのが当たり前であると。ただ多くの方は自分の力で、もしくは周りからのちょっとした声掛けでリカバーしていくと。その中で、なかなかこういったストレスをきっかけに鬱状態が長く続いてという方々が1軍にいらっちゃって、こういう方々が鬱病というふうに考えるという考えであります。時間経過を入れてですが。ですから、これを総合しますと、やはり何か課題のある周りの方がいらしたら、何らかの声掛けをしてあげる。それで様子を見て難しい場合はだんだん支援の強度を高めて専門家とつながっていくと。こういう仕組みをつくっていくというのが大変大事だということでもあります。

これは日本だけではなくて、これはイギリスであります。メイ首相が諮問をして、その答申が1年ぐらいで出たんですけども、同じように職場の皆さんを階層化して、広く、そして必要

な場合にはより濃厚にしていこうということが言われています。

では、職場での支援が本当に効果があるのかというものでありますが、これはちょっと見づらくて恐縮なんですけれども、パフォーマンスで見えています。一番左からパフォーマンスがだんだん落ちていって、どこかで病欠をしてどこかで退職をするというものでありますが、今までのレビューでは大きく2つのグループに効果が特にあると言われていま

す。1つはパフォーマンスが落ちているごく初期の方々への支援、これが効果がある。もう一つは、大変思い精神障害を持っている方を職場でもアシストしながら職場へ戻していくというものであります。今で言うと重い方への支援というのを、いわゆる障害者雇用の枠組みで進めていくというのがありますが、その2つがここになります。特に前者は、パフォーマンスが落ちてきたときに効果がある介入の方法としてはいろんなものがありますが、始めてこのメタ解析が行われていまして、鬱病や不安障害への認知行動療法や、不安障害や PTSD へのエクスポージャー療法と、これが症状の改善と職場のアウトカムの改善に寄与するというふうに言われています。



最初のご発表で、大野先生がディスタンスのお話をしましたが、今日僕はそれを持ってきたかなと思いました。中島みゆきの『時代』という曲がありますが、この中に、「だから今日はいくよくよしないので今日の風に吹かれましょう」と、そういう英知がこの歌にも入っているということです。ちなみに、中島みゆきの『時代』を知らない方はいらっしゃいますか。良かった。同時代生であることを確認した上で次の休みの仕方のほうのお話を移します。

◆睡眠・休み方支援 (ワークライフバランス)

これは私、品川で乗るといつも、疲れた体でグリーン車に乗ろうというのがありますが、やはり24時間で分けると、仕事と生活と睡眠と大きく3つに分かれますから、このバランスをどうつくっていくかということが重要になります。職場系で一番進んでいるのは航空機で、特に疲労のリスクマネジメントをどうするか、大変システムティックに行われています。そういう具合にどういうふうにするか。つまり疲れた機長の場合には替わるような代員をつくっています。そういうのはシステム的にできています。

日本の場合にはご存じのように大手の広告会社の問題で、裁判でこれは随分変わってきました。鬱病となって自殺をした方が最高裁まで行ったわけでありまして、これは大変重要な転機でありまして、最高裁での判決で、何が行われたかと言いますと、この一番下から2つ目ですが、裁判所は損害すべき額を決定するに当たって、性格や対応等を心理的要因として斟酌することはできない、これが基本で、何かというと、職場で同じような対応をしていてもそのご本人の脆弱性というか、性格というものも勘案しなくてはいけないということです。ですから、一律に対応していればいいというのではなくて、本人に応じた対応を職場に求めるということで、大変大きな変化のあった問題であったと思います。

産業ストレスの対策をモデル的に考えると大きく3つぐらいあります。1つは、今申し上げましたストレス・脆弱性モデルというものです。これは統合失調症への支援から始まったモデルですが、同じ強度のストレスでも脆弱性の程度で対応を異ならなければいけないというのがまず1つになります。もう一つが、仕事の要求度とコントロールの程度、これで本人の対応を考えているということで、要求度コントロールモデルと言うのですが、これでできてきた制度が2015年からのストレスチェック制度であります。

もう一つが、モデル2、3がひっくり返っていますが、努力報酬不均衡モデルというものであります。これがやはり今日本に残された課題としてあると思います。やりがいはあるけどワークライフバランスが低下してしまうという状況であります。これは確かあるグループの中でのデータであります。ご本人は報われていると、ずっと長時間仕事をしていても変わらないんですね。ただ問題はワークライフバランスの満足度が低下していくということでもあります。

私、精神の領域でやってまいりましたので、シンガポールの精神科医とかなり交流が深まりまして、それはなぜかということ、世界で65歳以上の高齢者の割合が2060年に最も高いのは日本と韓国とシンガポールで、この年寄り3カ国でネットワークを組んでいる関係なんですけど、そこで去年話が出て、大変立派な生物学的な研究をされている研究者がいて、精神科医なので、臨床は



やっているんですかというふうに聞いたら、やっていますよと、私はフルタイムの精神科医ですとおっしゃって、僕はこれまでの質問なんですけれども、彼はそれに加えて、フルタイムの husband なんだと。つまりワークライフバランスを言える業界をつくっていかねばいけないなと思うわけでありまして。疲労についてはパフォーマンスが低下をして、この研究では血中アルコール濃度、アルコールを飲んでいる状況になっちゃうんですね。なので、そういう意味ではパフォーマンスも落ちますし、睡眠というのは大変大事なわけです。そういう意味では、田中先生たちの仕事というのはこれから注目されるものだと思います。

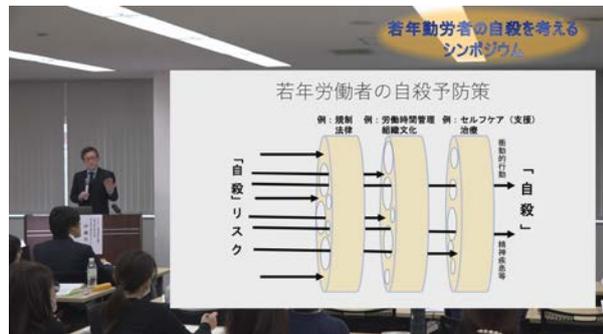
◆保健医療分野と労働分野における就労の特徴

保健医療分野と労働分野というのは、結構就労は随分考え方が違います。やはり保健医療分野は患者に無理のない仕事をと、労働分やっぱり職業人として貢献できる仕事をと、やっぱり観点が違いますから、ここをどうつないでいくかということころは、それぞれの立場でこれから取り組んでいくことになるんだらうと思います。

さて、適度ということをやっぴりこれから考えていく時代なのではないかと思えます。これは合理的配慮とリスクということになってきます。例えば睡眠時間と業務上の支障、障害を見ますと、7時間ぐらいが一番リスクは低いです。短くても長すぎても事故が起きるというものです。これは先ほどの功刀先生のご発表に近い内容であります。生活習慣病もやはり同じようなUカーブになりまして、これは高血圧ですが、血糖とかいろいろなところで、適度な睡眠を取らなくてはいけないということが明らかになってきています。

また私、医療政策管理を専門にしております、ここからも示唆ができないかというので用意してきたのですが、医療の領域は日本でいうと横浜の患者取り違い事件。アメリカでも同時期にかなり医療事故で患者さんが亡くなっているという報告で、医療安全、医療の質というのは大変注目をされてきました。ここでどういうコンセプトでこれが進んできているかという、基本的に医療の立ち位置が変わってきているんですね。今まではラインが基本でしたが、これからが継続的な療養関係を大切にしていくと。専門家がコントロールをする時代から、患者もコントロール源、これは Shared decision making と言うのですが、また臨床家はイベントに対応するという考え方から、ニーズを予測していくこと。こういったものが医療安全を考える上でもこれから医療に求められることであるということでもあります。これはたぶん職場も同じになるだらうと思えます。このような方向も大事ななあと思えます。私は今度病院管理学会の学術総会を行いまして、Web で見ていただくと、結構 YouTube でいろんな方のインタビューがありますからぜひ見ていただきたいと思えます。

もう一つは、うまく謝る。これも大事なと最近思っています。これはアメリカで、一時は医療の責任を回避するために謝らないということで行ってきたのであります。これは実は上院議員の娘さんが自転車乗車中に車に追突されて、そこから裁判になっていくとつくられられたものであります。これはつまり医療事故の場合に「ごめんなさい」と謝っても、それが訴訟における証拠にはならない、不利にならないという法律です。これは結構いろいろな州でできています。やはり誠実さでしょうね。というのをなんとかその場でつくっていく環境というのでもとても大事だと思います。



そういう意味で、若年労働者の自殺予防対策であります。法律でもありますが、法律だけでも十分ではなくて、やっぱり職場の文化、そしてセルフケアや必要な方への支援、こういったものを総合して進めていく必要があると思えます。

◆適切な支援は経済成長に繋がる

さて、最後に少し国際的な文脈でお話をしたいと思います。樋口先生にご指導いただきながら、結構 WHO、OECD、世界銀行、結構いろんなところに関わらせていただいて、基本的なコンセプト、これは樋口先生たちのグループの大鬱病のコストでございますが、コストの中で、半分以上が欠勤によるコストか出勤によるコストです。自殺による損失もある程度4分の1ぐらいで、いわゆる入院費や通院費という直接コストというのは本当に少ないんですね。

今までの文脈は病気になると治療費がかかる。ですから職場のコストが増えて、自殺に追い込まれて社会的なコストになる、こういう考え方だったんですが、最近これががらっと変わってき



た。多大な社会的な負担だという考え方から、適切な支援は経済成長につながるということです。つまりメンタルヘルスの対策をすることによって職場のコストが下がって、自殺予防になる、こういうふうにならなければなりません。

先ほど申し上げた世界銀行と WHO でハイレベルミーティングと言うんですけども、これも基本的に同じであります。これは経済産業省が進めています健康経営、健康投資と全く文脈は同じであります。われわれの領域では、いわゆる両立支援というのを進めています。医療機関と企業の間を、働く人を中心につなげるようなコーディネーターの養成等も行っています。

11月に WHO の会議がありまして、10年ぶりで聞いたところ、世界経済ダボス会議ということになりますが、その事務局の人も来ていて、ダボスの中でも実はメンタルヘルスの問題が今テーマとして取り上げられるようになってきております。私もメンタルヘルスの APEC の仕事を今しているんですけども、つまり日本が直面している課題というのは、労働市場というものは今人手不足です。需要は増えるのに供給が追いつかない。そうしますと、ダイバーシティのマネジメントであったり、健康保険や両立支援ということを考える必要があります。また社会保障制度としては、需要はこれから高齢化で増えていくんですけども、予算は頭打ち、もしくは減る。ですからこれは、ここからもう政策選択として増税か保障内容を見直す、どちらかしかありません。ですから、これをこれからわれわれが考えていくことになっています。

最後は保健・医療・福祉、これはメンタルヘルスも入っていますが、高齢化も進んでいますから、需要は増えるでしょうし、ただ一方で供給というのはそれほど変わりませんので、タスクシフティングやシェア、イノベーションといったものも、やはりこの領域では進めていく必要があります。大野先生がかなり Web ベースでいろんな仕事をされていらっしゃるんですけども、私はこの分野でお話をお伺いいたしました。

◆これからの組織

これからの組織ということですが、今まではわが社にはぜい弱な人はいませんということで会社をやってきたわけですが、先ほども申し上げたように、最高裁の判決でそうは言えなくなってしまうという時代です。一方で、鬱病というのは大変高い病率で社会で重要なグループであるということが分かってきていますので、健康経営を進めていく必要もありますし、リスク管理も必要ですし、ただ人口減少の中でやっぱりあらゆるところで活躍できる方向を考えていく必要があると考えます。

今回のこのお話であります。若年勤労者の自殺というものが、考えると 24 時間世代が 3~4 時間世代をどう考えていくかということになるのかもしれませんが。これには過労や自殺、産業のメンタルヘルスや働き方ということが必要になってくるわけです。

先ほど奈良文化財研究所にお伺いしているいろいろ伺って、本当だなと思うんですけども、奈良の時代は乳幼児死亡率がすごく高かったんですね。子どもがすごく大切に、子どもが大人になるということは本当に楽しみなこと、多くの行事があるということです。そういう意味では、今少子高齢化ですから、生きている価値ということを見つめて成長を願うということは大変組織としても大事なことはないかと思えます。

また国土が揺れた時期と雇用の流動性、これはまだもう少し相談しながら何かの機会にお話をしたいと思いますが、結構荘園で農民を抱え込むような時期があったんですけども、実はこれを裏返すと、逃げても生きていける場所があるということも表しているとおっしゃっていました。ある意味で流動性を高めるということも必要なのかもしれません。

功刀先生、大野先生と昔話の競争をしているような感じなので、最後はこれでいきます。「和を以て貴しとなす」、これは十七条憲法の第一条で聖徳太子がつくったんですけども、これもさっきの話と同じなんです。みんな和が大事だと思っていたら、こんなこと第一条に書く必要はないんです。つまり、こういう方向が必要だということを書かざるを得ない背景があって、これが第一条に出ているということです。

その後章として第八条というのがあるんです。第八条は何か。官吏たちは早くから出仕し、夕方遅くなってから退出しなさいというのがあります。働けと言っているというのが、実はこの憲法であります。これは昔のことですが、やはり組織というのは全く変わらないです。4月から新しい働き方の時代を迎えるわけですが、その中でどう対応するか、また、どのような課題がそれぞれの組織にあるのか。これは恐らくそれぞれだと思います。ですから、この文章をまねますと、何を以て「貴し」とするかというのは、やっぱりわれわれそれぞれに託されているテーマになっているのではないのでしょうか。

今日は雑ばくなお話になりましたが、皆様のご発展を祈念して、今日はどうもありがとうございました。(拍手)



大塚：伊藤先生、どうもありがとうございました。先ほどそちらで話をしていたんですが、伊藤先生も、もちろんご自身で言われたように保健医療の専門の研究者が、やっぱり労働のほうに行って、でもわずかな間に、先生さすがだと思ったのですが、労働の分野で先生の経験も生かしながら国際的な話もちりばめて、スマートに分かりやすく紹介していただいて本当にありがとうございました。

また後で総合討論でいろんな質問を受けますが、伊藤先生へのご質問があればここで受けたいと思いますが、どなたかございませんでしょうか。特によろしいでしょうか。伊藤先生、どうもありがとうございました。（拍手）



4 総合ディスカッション

- 座長 樋口 輝彦
一般社団法人日本うつ病センター理事長
国立精神・神経医療研究センター名誉理事長
- 演者（50音順）
 - 伊藤 弘人
独立行政法人 労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所
過労死等防止調査研究センター長
 - 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
（健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉センター担当部長 兼務）
 - 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
 - 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
 - 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

○樋口：それではこれから、総合ディスカッションを始めたいと思います。最初にお話がありましたように、若年者に限らず予防対策というのはこれをすればいいという方策が決まったものがあるわけではなく、さまざまな方策をトライ・アンド・エラーしながらやっていかなければいけないというのは現状であります。そういう意味で、今日もさまざまな視点からお話を頂きました。ただ、ご参加いただいた方の中には、包括的でこれだけ抑えなければいけない基本的なポイントについても勉強したいと思って参加いただいた方もいらっしゃると思いますので、最初ディスカッションの前に、お手元に配らせていただいております「ワンストップ支援における留意点」について、これを国立精神・神経医療研究センターの時代に責任者としてつくられた大塚先生のほうから、ポイントについて、先にお話をさせていただいて、その上でディスカッションに移りたいと思います。では、大塚先生よろしくお願いいたします。

◆「ワンストップ支援における留意点」について

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
（健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉センター担当部長 兼務）

○大塚：それではお手元にありますこの「ワンストップ支援における留意点」というのを出示していただいて、これは日本うつ病センターが、表紙の左上に書いてありますけれども、厚労省の自殺防止対策事業の採択を受けて、2年間かけてつくってきたものであります。表紙を開いていただいて、樋口理事長のご挨拶があって、もう1枚めくっていただくと目次があります。中身はこんなふうになっておりまして、この手引きの特徴は第2章、第3章というところです。第2章、それぞれ自殺のリスクを高めるような課題、問題点として、生活困窮であるとか、DV被害とか借金とかこういったものがあって、ちょっと見ていただくと、例えば生活困窮者のところだと26ページを見ていただくと、生活困窮者という方と出会ったときに、この手引きのコンセプトは、生活困窮者支援を専門としていない方も知っておくべきポイント。要は、非専門家も知っておくべきポイントとしてまとめてあります。非専門家でも知っておくべきポイントが26ページの左下のほうに9





つぐらいありますよと。そしてその9つについてその次のページ、27ページからそれぞれブルーの四角の中に簡単な解説が書いてあるというつくりになっています。

1つのテーマごとに4ページにしています。何で4ページにしたかと言いますと、これはA3用紙に裏表両面印刷すると1枚の資料になるからです。日本うつ病センターのホームページに入ってくださいと、これ全体のPDFもごさいますが、生活困窮者という4ページだけのPDFも貼ってありますので、皆さんが例えば生活困窮、アルコールの勉強をしようとか、アルコールであれば30、31ページとかありますし、そんなときの資料に使っていただければというかたちで工夫をしています。

若年者の自殺に関連しては、1つ参考になるようなところ、皆さんご存じと思いますが、3万人を超えていた自殺者がぐんと減った1つの成果として考えられるのは、貸金法の改正です。全面改正、あれは要はリーマンショック以降日本で自殺者が増えていたのは、中高年の働き盛りの男性で多重債務とかそういう借金問題が、経済的な問題がある方がぐんと増えたので、日本の自殺総合対策というのはそこを集中的にやってきたわけです。

そこでももちろん今日お話がありました鬱病、中高年の鬱病、働き盛りの男性が不眠になって、そして眠れないからといって、でも病気だと分からずにお酒を飲んで、大体中高年の男性で不眠があって飲酒量が増えたりすると自殺のリスクというのは高まるというのが、国立精神・神経センターのほうで当時やっていた心理学的剖検と、この間それをやっていた松本俊彦先生が前々回のワークショップ（JDC 第2回若年勤労者の自殺対策ワークショップ）でお話をされたんですが、そんなことが分かって、でも若年者というのはそこがまだはっきりしていないわけです。鬱病の罹患率がすごく高い年齢層でもないし、最近の若者はアルコールとか薬物の問題も必ずしも多いわけではなくて、よく分かっていないので、でも自殺のリスクを高めるようなこと、それからそういうリスクを下げるようなことに関して幅広く知識を持って、会社において皆さんがそれぞれの立場で動くというのが大事なところですよ。

それで1つですけれども、幼少期の逆境体験がある、たまたまあった方というのはこういった特性があるかというのは一つ皆さん知っておくべきことかなと。先ほど伊藤先生からぜい弱性の問題、あるいは功刀先生もぜい弱性に関わるお話がありましたけれども、ストレスへのぜい弱性というのは必ずしも何かその人の生まれつきの問題じゃなくて、運が悪い体験をいっぱいするとどうもぜい弱性が高まったり、あと鬱病になって、僕も臨床で病院で仕事をしているときは鬱病になる方は会社で何かあったから、それこそ人事異動とかきっかけで鬱になる方は多いんですけども、それだけという人は意外と少なく、たまたま同時期に子どもさんに問題があったりとか、複数の問題、ですから、鬱病の発症リスクというのは多少個人のぜい弱性というのはありますが、多くは運・不運で決まるようなものなんですよ。

だから、幼少期の逆境体験なんかは運・不運みたいなものもありますし、そういった体験がある方がちょっとやっぱり社会的な適応に困難を生じていて、それがどうも自分の責任だと思っっているような方が多いので、その辺をちょっと理解するために、この幼少期の逆境体験というのをちょっと説明して、僕の説明を終わりたいと思います。

42ページからです。最近、幼少期逆境体験、Adverse Childhood Experiences、ACE、エースとかと呼ばれて非常に注目されています。アメリカのフェリッティという内科系の先生ですが、その先生が最初は糖尿病とかの治療をやったけれども、糖尿病の患者さんの中に虐待体験がある人が多いんじゃないかみたいなことに気づかれて、いろんなところで発表されていたんだけども誰も相手にしない。そのときにアメリカのCDCのアンダという疫学者がそれに関心を払って、数万人規模の疫学的な調査をしたらいろんなことが分かったと。自殺のリスクも高くなったり、糖尿病とか自己免疫疾患のリスクもちょっと高くなるなどいろんなことが今言われている、最近ちょっとホットな話ですけども。その幼少期の逆境体験があった場合に、そういう体験がある人がどんな特徴があるかというのをまとめたものです。

僕は今児童虐待とかを担当するような部署で働いていますけれども、児童虐待とかそういう体験がある人の支援を専門としていない皆さんも知っておいてもらいたいことというのをまとめています。10のポイントがあって、中身を見ていきますと、43ページを見てください。つらい体験、幼少期の逆境体験がある人に限らず、支援者側の基本的な姿勢としては、いろんな避難民への支援とか人身売買の被害者への支援、あるいは難民支援とかそんなものに関するいろんな国際的なガイドラインにも全て書いてあるのが、この non-judgmental attitude に徹するようにと書いてあります。そこに書いてあるように、非常にその人にとってその人の被害体験の影響は非常に個人的



なもので個性が高いので、決め付けたような対応は良くないといわれています。いわば、私はあなたではないので、あなたのことがちっとも分らないんだけど、私が何をしたらあなたの手助けになりますかと、率直に尋ねるような態度を non-judgmental attitude、日本語では判断を交えない態度なんて呼ばれています。

特に虐待をする大人というのは、「これはおまえのためだよ」と言って虐待をするんですね。ですから、虐待体験がもしあった人に「これはあなたのためですよ」と言って本人が望まない支援を押し付けるというのは、本人にとってどれだけつらいことか。例えば会社で不適応を起こしているような方も、もしかしたら被虐待体験があるかもしれない。それは分かりませんので、基本的に「これはあなたのためになるんだよ」と言って支援を提案することは僕はやめるべきだと思うんです。「私がいいと思うけどどうかい？」と聞くべきであって、そんなところがポイントです。

それから②ですけれども、結構この幼少期の危ない環境というのは、いろんな脳性的な影響を大人になっても残すことが分かってきていると。幾つかここに書いていますね。幼少期より長期反復性の暴力被害にさらされると、これもきちんとまだ証明されていない仮説の域を超えませんが、人間は危ない目に遭うと、脳の中でノルアドレナリンというホルモンが放出されて、交感神経を高めて瞳孔がカッと開き体温を上げ、脈拍を上げて痛みを感じなくして、逃げたり戦ったりできる状況にして、危険な状況から逃れる。たたかれたら逃げたりして逃れるとそんな機能がありますし、あと幼少期に放置される、ネグレクトされていると、働き掛けがないので、脳神経の発達が悪くなくて、社会的な行動を理解するような神経ネットワークがなかなか育たない。例えば赤ちゃんのときにおなかがすいたよ、オギャーオギャーと泣くと、よしよしとすぐミルクをあげると、なんかおなかがすいたけどサインを出したら誰かが食べ物をくれるというのを感じる神経ネットワークができると、そんな世界がどうもあるらしくて、それが放置されているとそういうネットワークもできないまま成長して行って、保育所なんかに行くと自分のおやつ時間が守れない、順番が守れないとか、そんな行動になるのか、いろんな愛着の問題があるとかいろんなことが言われています。

それからまた、②の真ん中辺に書いていますが、人間は危ない目に遭うと、つらい目に遭ったりすると社会活動能力の低下とか対人関係困難みたいな反応が、異常事態に対する正常な反応として起きるとよく言われています。特によくあるのは被災地なんかには皆さん支援に行かれた方は分かると思いますが、被災者がせつかく遠くから来たのにちっとも協力してくれないなんていう場面がよくあるわけです。それはまさにこういう社会活動能力の低下という反応が起きているわけで、小さいときからつらい体験をずっとたまたま繰り返している人は、実は何度も地震に遭ったような人たちなので、基本「あなたのためによかれと思って何か助けるよ」と言っても、非協力的だったりします。そうすると、こいつなんだという、せつかくこっちは助けようと思っているのに、陰性感情が湧いてしまうともう支援になりませんので、そういうときに、この人は実は大変な目に何度も遭っている、そういった逆境体験を繰り返している人なのかもな、そう思っても頭に来るんですが、僕なんかよく知っていても、せつかくやろうと思ってもちっとも協力してくれない人とか、親とか、いっぱいいて、頭に来るんですけれども、知らないとなんかもう陰性感情が起きて支援になりませんので、こんなことも知っておきましょうと。

それと、43 ページの下のほうにも書いていますが、そういう体験をした人ご本人というのも、なんか自分がうまくいかないことを自分のせいだと思っている。先ほどちょっと説明した ACE 研究でよく言われているのが、僕らの側頭葉の内側に扁桃体というアーモンド状の場所があって、これは警戒モードを出すところです。危ないぞ、危ないぞと。それに対して、危ないぞという信号に対して、前頭葉がそうじゃないよとか、あるいは海馬に保存された記憶や体験が、「いや、これは危なくないよ」というような調整機能があるとされています。

ですから、例えば舗道がない車道を僕らが平気で歩けるのは、車が突っ込んでくるかもしれないじゃないですか。何で平気で歩けるかというと、扁桃体は車が突っ込んでくると危ないぞ危ないぞという信号を出しているんですね。それに対していろんな経験や体験を記憶した、例えば海馬のほうから、いや車というのはめったに突っ込んでこないから大丈夫だよと調整されているから僕らは平気で歩ける。ところが交通事故に、車に突っ込まれるという交通事故に遭ったりすると、舗道がない車道を歩けなくなる人がいます。僕はそういう人の治療を 2 例ほど、女性を治療したことがあります。診断的にいうと PTSD になるんですけど、そんな機能があるらしいんですが、危ない状況にずっと子ども時代にあると、その扁桃体からの信号が強すぎて、いろんな経験とかがブレーキを掛けるより警戒モードが高いのでいつもテンパっているような緊張感が高くて、ちょっと友達から言われてもすごく言われたように、会社でちょっと言われても責めら



れているように、警戒モードが強いといざというときに失敗したりとか、それをご本人たちは結構自分のせいだと思っているので、僕なんかも児童虐待に遭った、あと非行を繰り返すような子たちには、実は君の脳はこんな感じでノルアドレナリンが高かったり、戦闘モードになっていたりするから、そうなんだよと言うと、あ、そうなんだと。それでうまくいくわけではないけれども、少なくとも自分一人の責任ではないとは思っているみたいです。だからそういうふうに理解をしてあげるとのこと。

あと44ページですけれども、たまたまこういう不幸な体験が、運悪い体験があった人というのは、実はこういった脳神経、脳生理学的な問題もあるかもしれないために、③に書いていますけれども、意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことがある。多くの人は涙ぐましい努力をして、反省しろ、しっかり頑張りと言われて涙ぐましい努力をして、結果として反省努力したけどうまくいかないという経験をして自信を失っていますので、そういう意志力・精神力でコントロールできないことがあるというのを、本人も含めて回りも共有するとかですね。

あと④ですけれども、これもぜひ知っておいていただきたいんですけども、自分を大切にしようというメッセージは、特に虐待体験なんかを受けた子たちというのは、あなたは大切よなんて言われていないわけで、自分が大切にできていないわけです。そういう人に対して自分を大切にしようというメッセージは、やっぱり自分を大切にしないと駄目なんだなという気持ちになって、自分は自分を大切にできていないので、お天道さまの下を歩けるような人間じゃないんだと思うわけです。

日本は命を大切に教育は徹底されているわけです。地域でも家庭でも学校でも。でも学校でいじめに遭って死にたいなと思っている子に、命を大切にしましょうというようなメッセージばかりだとどうなると思いますか。ああ、命は大切にしないといけないけど、私は死にたいと思っている、やっぱり私は価値のない人間なんだというふうに思ってしまうわけで、自分を大切にできなくなったり、死にたい気持ちになったりすることはあり得る危機だということで、きちんと伝えないといけない。自分を大切にできなくなることで、長い人生の中でたくさんある。そういうときに1人で抱え込まずに誰かに相談しましょう。

今日のお3人のお話では、なんか相談したりコミュニケーションは大事だというのは分かりますが、僕なんかはどっちかというところと体育会系の人間なので、今この仕事（精神科医）をしているので自分が悩み事があったら相談しますよ。でも内科医になっていたら絶対にしませんもんね。人に相談している姿を見られるのも格好悪いと思う。ですから、自分を大切にしないといけないとか、自分ができないことはできないんだとか、素直な気持ちで相談するというのはなかなか難しい問題なので、やっぱりそこちゃんと理解しておくということです。

それから前のほうですけれども、そういった問題があるので、こういった体験がある人というのは、大事なときに逃げていたり、ここで踏ん張れよというときに本当に間が悪いというか、踏ん張れなかったりしますので、そういうことはよくあることだと。

一方で45ページのほうですけれども、反社会的な行為には毅然とした対応。それから⑦の自己決定ができるような支援、これは結構大事だと思います。自分で決めることが許されていない場合に自己決定をしてもらおう。ただ、自己決定と言っても自分で考えて何とかしろじゃなくて、やっぱり選択肢を幾つか提示して、それを選んでもらおう。今日のお話の中でもやっぱり複数の選択肢、大野先生のお話の中でも複数の選択肢があって、それを自ら選ぶみたいなそういう工夫が必要だというふうに言われています。それから生活支援とか、精神科医療機関との連携や自助グループとの連携。こんな形でまとめた手引きであります。あとそれぞれ自殺未遂者の場合はどうか、そういういろんなものがあります。

56ページ以降は遺族支援、自死遺族支援に関して、自死遺族の方にどういう対応をしたらいいとか、60ページからは学校や職場でそれこそパワハラが原因で自殺をされたそのご遺族に対してどんな支援が必要かみたいなことをまとめたものであります。お手元に置いて、もし利用できる場合は活用していただければと思います。

日本うつ病センターの今年度の計画では、今日のシンポジウムを含めて、今までのワークショップの中身も含めて、こんな形の手引きにはなりません、何か1枚で、例えば認知行動療法に関してはこんなことがポイントですよみたいなものをまとめて提示する。その作成が僕のミッションになっています。ですからこの手引きも一番後ろから2枚目の107ページというところに協力者、編集協力者の名前がずらっと書いてあります。2年前に川崎にこの方たちを全員集めて2



日間の合宿をして、それぞれ生活困窮者支援をやっている方とかに 15 分ぐらい話をしてもらって、みんなでどういふところをポイントにしようかと言ってちょっとディスカッションをして、そのディスカッションをもとに僕がまとめたというようなものになっています。少しずつ改善もしていこうと思っていますので、ご活用いただければと思います。ちょっと長くなりました。私の説明を終わります。（拍手）

○樋口：大塚先生、ありがとうございました。自殺予防は本当に難しいんですけども、またそれに関連してそれぞれの立場からいろんなサジェスションも出されているところですが、その中でもこの『ワンストップ支援における留意点』の手引きは、最も信用できる情報を集めたものの一つだと思いますので、ぜひ活用いただければと思います。

この後の時間は、先生方からご発表いただいた内容を含め、またその他の点も含めて、若年者の自殺予防に関連する会場の皆さまからご質問を受けたいと思いますが、何かございませんでしょうか。お気軽にお手を挙げていただいて。はい、お願いいたします。ちょっとお待ちください。

○会場（女性）：質問をさせていただきます。私自身は医療従事者のリハビリテーションに携わる職業で働いている者になります。たぶん質問自体は 3 人の先生方とも対象とはなると思うんですが、質問が適切かどうかも含めて検討いただければと思います。

質問の内容なんですけども、それぞれの分野で分かっていることで有効な事柄は今日教えていただいたとおりで、本当にそれは有効だと思うんです。それとセットとして、その有効な事柄が現場に伝わる有効な手段というの併せて教えていただいた面もあると思うんです。

例えば大野先生の自宅学習で持続効果があるというのはもう分かっている、それをつなげるために現場でもう実践しているということもあると思うんですけども、何でこんな質問をするかというと、行政レベルというのは職場レベルなんですけど、仕事に来られなくなった人がいる職場と、その部下なりが仕事に来られなくなってしまった上司がいる職場というのは、どこでもある程度余裕が減っちゃうと思うんですね、状況的には。そのときにさっき例にも出たんですけど、

すごく適切な情報が書いてあるんだけどそれが分厚い雑誌で、しかも区役所とかにしか置いていないみたいになると、余裕がなくなった状況は上司でも本人でもそれに手が伸ばしにくくなると思うんです。なので、それぞれ分野で分かっていることは本当に有効なので、だからこそそれを現場の人が知る、有効な動きというか、取り組んでいっちゃう流れというか、そういうのがあったらぜひ教えてください。

○樋口：ありがとうございました。まず最初に大野先生からお願いできますか。

○大野：ありがとうございます。なかなかこれは難しいところがあって、どう情報を伝えていくかというのはご指摘のとおり難しいと思うんですね。なぜこういう取り組みを始めたかということ、公的な機関、東京都もそうですがいろいろサービスを提供しています。ところが何年前に調査をして、自ら命を絶たれた方がどの程度行政のサービスを利用されているかという調査をしたんですけども、10 代 20 代の方はほとんど利用されていなかったんです。つまり、そういう情報がきちんと伝わっていないですし、行政のところに行こうという発想もないということです。

そこで、さっきのプログラムは 2 つの側面がありまして、1 つは悩み事が出たとき、例えば生活困窮だとか先ほどありましたけど、そういうときに入っていくと、こういうサービスを受けることができるというのを大体キーワードを 4 つか 5 つぐらい押せば分岐して行って、そこにたどり着く。あなたの場合はここにまず相談してくださいというふうにとり着くという、そういうプログラムをつくったんですね。そしてもう一つは、その中で例えば「死にたい」とつぶやいたり、そういう言葉を拾った場合には直接相談するところにつながるような、そういうプログラムをつくる予定になっています。来年度の事業費がついたということなんですね。

ただ、これは一つの区での取り組みですので、これを他の自治体でどうしていくかというのは今後の課題になると思いますけれども、まずそれを見ながら展開をしていく。確かにどうやったら情報が伝えられるか、ないしは悩んでいる方がそういう情報にとり着くかというところは非常に大きい問題です。私は今の時代ですと、IT を使ったそういうアプローチというのが有効になるんじゃないかと思っています。これは企業でも同じだと思います。企業のイントラの中で何かそういうものができるといいんじゃないかというふうに思っています。

もう一つは、そういうときに相談、企業でさっきおっしゃったように上司が困ったとかうんぬんのときに、例えば企業で対応できるのか、それともさっきちょっと会場の方とお話伺ったんですが、例えば遠隔で相談できるような仕組みがあるとか、そういうふうなことがあると、またい



いんじゃないかなというふうに思っています。ちょっと長くなりましたが、それが私が今考えていることです。

○樋口：ありがとうございました。功刀先生、いかがでしょうか。

○功刀：簡単に言うと普及についてどういうかたちで普及するかということですかね。

今回のこういう講演とかですね。それから例えば食事の問題に関して言いますと、精神障害者のユーザーの方々がよく読まれている雑誌に連載したりとか、大野先生も連載されていますけれども、（特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボ発行『こころの元気+』）あとはそういった健康な生活・食事をするということは、非常に今意識が高まっています。メンタルヘルスだけじゃなくて、もちろんその前の生活習慣病で非常に高まっています、大野先生がやられているようなアプリですね。今例えばアプリで、写真を撮るとどういう栄養素が取れてみたいなのというアプリもだんだん浸透してきていますので、意外にそういうのは方々でやって活用できるような状況になっています。

それから、職場の職員食堂で栄養バランスを考えた職員食堂というのが最近は主流になってきていますので、そういう流れの中でメンタルヘルスにも影響するような、そういった栄養をよく取っていきこうと、バランスいい栄養を取っていきましょうみたいな啓発もされているように思います。

○樋口：ありがとうございます。伊藤先生には、せっかくですから自殺予防に関する情報の啓発だとか、教育というのは国家レベル、職場レベルで海外含めてどのように行われているのか情報を頂ければと思います。

○伊藤：今、功刀先生もおっしゃられたように、今すごく Web で、インターネットを通してさまざまな情報が得られるという時代になってきていますので、そういった媒体を通じて、またインタラクティブな方法というのを進めていくというのが、恐らく啓発にとってはとても重要で、そういう意味では WHO もそうですけれども、日本でもそうですけれども、どのぐらいメンタルヘルスのことを認識しているか、そういった取り組みに関わることによって意識を高めていくという方法もあるのかなと考えています。

あと今のお話に直接関わるかどうか分かりませんが、2つのお話を申し上げたいと思います。1つは自殺対策ですね。職場での対策は早くから進んだのは自衛隊なんですね。自衛隊の職員の方が亡くなられたときに、どういうことをやっていくかということ、その近くにいた方々を集めて、何が起きたかというのを振り返る。いわゆる喪の作業に近いんですが、そういうことをすることを進められています。これはなぜかと言いますと、それぞれ身近な方、それぞれ亡くなった方との関係とか、最後に会ったとか、電話を最後に受けたとか、いろんなことを考えられるんですが、それを皆さんで共有をするということが、その後の職場の中の対策で重要になります。

これは自殺をされた場合でありますけれども、その前段で来られなくなったとか、身近な上司の方はどうするかということも、すごくやっぱりそれはもう職場での問題として明確なことでありますから、職場で話し合うような雰囲気をつくりつつっていくというのは大事だというのが1つあります。

もう一つは、行動経済学というのが言われています。今度の病院管理学会でもその特集を組むんですけども、知らないうちに知っているという環境をつくると。何か逆説的で申し訳ないんですけども、何か自分はあまり知らないだけけれども、どうも健康的な活動に動いてしまう、そんな感じの啓発の取り組みはあるかなと思います。最近よく出てくるのは八王子市の大腸癌検診で、キットというのを毎年住民に送っているんですけども、なかなか参加率が低いので、その分を2つに分けたんですね。1つは今までどおりの案内、もう一つは、今回健診を受けないと来年はキットを送りませんと、そうしたらそちらの回収率はすごく高くなって、こういうちょっとした関わりの工夫で人の行動は変わるんだなというのは、何かこれから大事なかなと思いついて周りの話を伺いながら。

○大塚：大事な質問だと思うんですけども、情報は必要な人のところには行かないんですよ、多くはね。だから、もちろん今の時代に合わせて若者向けにアプリを利用したり、それでも届かない人がいる。少なくとも僕自身、僕は長崎で精神保健センター所長とかそういう立場で自殺対策をやっていましたけれども、僕らが例えばこういう研修会で講師として立って、そこそこ眠らせないように上手に話すんですが、要はここに集まる人というのが健康オタクみたいな人しか来ません。知っている人しか。



やっぱり自殺対策で僕がすごく大事だったのは、内閣府が、厚労省じゃなくて内閣府がやってきた時代というのは、今日の伊藤先生の話のようにやっぱり違う分野の人と、だから労働分野と医療保健は違って、内閣府がやることによってメンタルヘルスなんかこれっぽっちも興味もない人が無理やり自殺対策と、ゲートキーパー養成とかたまされて来るわけです。長崎の国体の前の年なんか、本当にゲートキーパー養成とは何だろうと来ていたおじさんが、本当に翌年の国体の門番をする研修と思って来られていて、すごく勉強になりましたと帰られたんですが、何かそういう口コミで情報を伝えるとか、もう打てる手段は全部打つぐらいの覚悟がないとできない。

それで会社というのは、会社の中でそういう情報を、それはイントラネットでもいいですし、昼休みの雑談でもいいですし、こうだったらいいよ？みたいなそういう情報が常にあると、少し届く、聞いてくれる。情報を流しても聞いてくれないですね、多くはね。

皆さんは比較的鬱病は自分もなるとっておられるでしょう。日本人 11 人とか 12 人に 1 人ですね、生涯発病危険率。だから家に帰って自分の身近な方で亡くなった方を 12 名ぐらい思い浮かべて 1 人もなっていなかったら、自分の番なんですね、確率的には。だからそういう意味だということを知っておくと関心を払うので、ぜひぜひ口コミで、今日お集まりの皆さんは、今日お 3 人の先生がお話しされたことを、なんか分かりやすく結構ユーモアを交えていろいろ話されたんで、そういうのをぜひ会社でも、仕事として情報提供以外に、日常会話的、井戸端会議でこうだったらいいよ、鬱になっても認知行動療法もあれば、食生活もちょっと何かする、だから心配は要らないみたいな、そんな情報も含めて口コミで伝えるのが大事なと。僕は研究者じゃないので科学的根拠は全然ないんですが、経験的にはそう思います。

○大野：いいですか、今の最初に落としたというか、聞きながら思ったことを 2~3 付け加えさせてください。1 つはこういう情報を伝えるときに、どういう人に伝えるか、どういうかたちで伝えるかというのは大事だと思います。というのは、自殺という言葉を出すと、それで抑止効果になる場合と、逆にそれでこういう方法があるんだというふうに手段を与えてしまうという可能性があるんですね。私たちは自殺対策の研究というのを全国レベルでやったときに、都市部では啓発活動をする、特に若い人には増える可能性があるんじゃないかというデータが出ました。

だから、もしかすると啓発は良くないのかもしれないということで、私は自分が講演するときには、自殺という言葉の中に入れないでください、少なくとも市民の方に広報するときには、例えば「心の健康」とか、そういうふうにしてほしいというふうにお願いをしています。実際に集まった方には、それを自殺という言葉でお話をしてもいいと思うんですが、そういうことが一つ大事なとというふうに思います。

対象として考えるときに、さっきちょっと功刀先生がおっしゃった雑誌というのは、皆さん方のお手元にある『こころの元気+』（特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボ発行）という雑誌なんです。これは精神障害を持った人とご家族がつくったコンボという団体がつくられている雑誌で、これはお互いに情報を共有しようということをやっています。この団体はこうすることで情報を共有したり、あとどこの病院がいいかとか内部で評価し合ったりみたいな、そういうふうな情報をいろいろ共有していますので、これは精神的な悩みを抱えた方、重い疾患を持った方なんかには非常に役に立つ情報だと思います。

あと耳学問で最近聞いた話なんですけれども、企業ということ考えたときに、メンタルヘルスが非常に重要だということに企業が気づくかどうか。実を言うと、よく分かりませんが、樋口先生が言われていた精神・神経センター（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）の前身の国府台病院というのが千葉にあるんですけれども、国府台病院というのは昔の軍がつくったんですね、陸軍なんです。陸軍が終戦のときにつくった 3 つの大きい重要な秘密組織があって、1 つは化学、毒ガス隊、もう一つは細菌部隊、もう一つがメンタルヘルスの国府台病院というふうには私は聞いたんですね。だからやはり軍を強くするためにメンタルの問題というのは大事なんだと。それまで日本人なんて、戦争なんかで弱音を吐かないんだと言われていたのが、そこをちゃんと認識をしてやったというところはなかなかすごいなというふうに思って、これは厚労省の幹部の方から聞いたのでどうか分かりませんが、企業にとっても大事なと、それを認識していただけるかどうか大事なように思いました。

○樋口：ありがとうございました。第 1 問目の質問から盛り上がってしまいましたんですが、他にございませんでしょうか。どうぞ。

○会場（女性）：都内の企業で産業医をしています。都内で産業医をしている場合には、対面と例えば遠隔だったりの相談を組み合わせることができるんですけど、実際地方の事業所でもサポートしてほしいというニーズが、今、大野先生がコメントしてくださって、私も勉強になるなと



感じているところなんですけど、田中先生と大塚先生のほうからアドバイスを頂きたいんですけど、地方の事業所の方をサポートする上で、こういうふうに工夫すればいいんじゃないかみたいな、その辺のアドバイスを頂ければと思います。実際にサポートするときは、ご本人、クライアントの方、直接というよりは、地方の事業所の所長さんを介してこういうふうなかたちでやっていくのがいいんじゃないですかみたいなアドバイスぐらいはしているんですけど、実際にご本人、不調の方本人へのつなぐ先だったり、受け皿だったり、その辺の情報が私も十分持っていないところがあって、ぜひアドバイスをお願いします。

○大塚：すみません。僕はつい2年前まで地方にいた人間でよく分からないので、ここは田中教授に。

○田中：私にはなかなか答えられない難しい質問だと思うんですが、基本的に自殺予防に限らず、職場のメンタル支援というのは、究極はやっぱり上司支援のような気がするんですね。まだ法律上もさまざまいろんな事件化した場合も、そのラインのがしっかりしていたかというところが問われるわけです。今よく言われる安全配慮義務というの、基本的には事業者、その委託を受けた上司の役割ということになるわけですけども、上司の方を本当に支えながら、そして個人的なものは直接接触しないと難しいところがありますので、地方の場合にはやはり信用できる先生方とのネットワークをつくっておくというのが、普段からよりとても大事なんじゃないかなと思います。

ちょっと話がずれてしまいますけれども、労災の審査をさせていただいているんですが、最近の特に若い労働者の自殺においてはなかなか減らないんですけども、診療しながら、今まではかつては医療に結び付かないことによって自殺に至ってしまったという若者のケースが多かったんですが、最近では治療をしている、だけでも自殺に至ってしまったというケースがあって、それについてはやはり都内の場合は少しセカンドオピニオンのタイミングとかいろいろなものもあるんですけども、地方の場合もうその先生しかいないみたいな制限なんかもあるかなという感じがするというような問題も、現実には見え隠れします。

しかし、それでも会社によってはちょっと離れていても、一生懸命産業系スタッフがしょっちゅう出張してもいけないけれども、その代わり紹介先だとか相談先の提供、そのクオリティーがどれだけ高いかというよりも、われわれのクオリティーそのものですので、本当に紹介先は適当にという感じにするんですけども、特に地方などにおいてあまり選択肢がない場合においては、実際に外向いて行って、幾つかの企業は実際にやっているんですけども、直接臨床心理士の先生や精神科の先生とお会いして、ここだったら少々遠くても、うちの社員の紹介先として安心して紹介できるなといったところのリストの充実を図るということをやっているような気がいたします。自殺予防に関しても、そういったところも一つあるのかなと思います。

○大塚：その医療の情報がないということなんですか。例えば、僕は九州の人間なので、九州からこっちに来て、九州のほうは精神科が多いし、医療資源はそこそこあるので、今紹介先がないとお困りだということなんですか。僕は九州のことしか知らないで、九州は比較的医者が多いぐらいのところですので大丈夫なような気がしますけど、そうでないんですね、こっちからすると。個別の話はいい。

○樋口：医療のことは私のほうが話を変えてあれしたので、大野先生、ぜひ助け船をお願いいたします。

○大野：いえいえ、助け船とは。一つそのときに気を付けることは、医療だけでやらないということだと思うんです。今までの自殺対策はある時期までは病院にかかろうということ割と割っていたんですね。ところがさっき田中先生がおっしゃったように、例えば東京都の自殺した人を見ると、3分の2はもう医療機関にかかっているらしいんです。ところが救えていないんですね。ある県の自殺対策に熱心に取り組んでいる診療所の精神科医と話したことがあるんですけども、そこの方というのは結構亡くなっているんです。

つまり重い方があそこはいいからと来ていらっしゃるんですね。だからどうしてもそういうリスクを抱えてしまうことになる。そのときに大事なことは、医療機関だけじゃなくて、そこに行っている人を企業だとか地域だとか面で支えていかないと、例えば医者にかかればいいのか、ここにこうすればいいという点ではなくて面で抱える仕組みをどうつくっていくかということが大事だと思うんですね。

ですから、遠隔からお願いする場合にも、この医療機関にお願いするということじゃなくて、じゃあそのところでどういう自治体のところとつなげるのか、つながるのかとか、そういう全体で支えられるような仕組みもつくれるように、その事業者なり何なりにお話をさせていただくと



いうことができるといいんじゃないかなというふうに思いました。

○樋口：フォローありがとうございました。よろしいでしょうか。自殺対策と言っても、自殺だけが対策じゃなくて、先ほどから予防の話もありましたように、最初から先ほどのようにいろいろな人が関わり、いろいろな方面から従業員をサポートするというシステムの延長上に自殺対策というのがあって特別なものではないと、普段からの相談の窓口とか上司の支援の仕方とかというのを可能な範囲で、地域事業者はちょっと制限があるかと思いますが、可能な限りで普段から準備をしておくということが大事なかなというふうに思います。

他にございませんでしょうか。はい、どうぞ。ちょっとお待ちください。

○会場（女性）：すいません、企業の中で保健師をして、後から臨床心理士を取った者です。ボランティアで今自殺予防の電話とかメールとかチャットの相談をしているんですけど、企業の中では出てこない相談なんですけど、メールだと匿名なので、本音で出てくるのかもしれないんですけど、今2つタイプで困っている自殺の念慮がある方なんですけど、1つのタイプは若い方で、生きていく意味が分からないから生きていくという実感を持ってないし、一生懸命頑張ってきたけど人生こんなもんだよねと、これから何の希望もないからやっぱり死にますというメールが来た場合どうしようと思いつながらなんとか踏ん張っているんですけど。

あともう一つのタイプが、こんな女に誰がしたじゃないんですけども、報われないし、つらかったんで他人を巻き込んで死んでみようかなと、世を恨むタイプ、この2つのタイプに悪戦苦闘して、病気じゃないかなと探りを入れつつ、気持ちを聞くのが精いっぱいなんですけれども、先生方のご助言をいただければ助かります。よろしくをお願いします。

○樋口：先生方、いかがでしょうか。

○大野：樋口先生いかがですか？

○樋口：私はここに座っているだけと思っていたんですけど。今のご質問は大変難しいですよ。確かにおっしゃるようにならざるにどう対応していいのかというふうに考えてしまう。私の場合は、既にはっきりと病気を抱えておられて受診してくる方で自殺念慮を持っていらっしゃる方が、自殺企図の経験者であるかという方なので、見方としては大野先生が言われたように、病気だけを見るなど、こういうのはもちろんそうなんですけれども、1つのターゲットとしてはそこにその方と話をする上でも土俵があるわけですね、ある意味では。

ところが今のお話だと相談の場合には必ずしもそういうものとは限らないということで、その場合にやはりどうしても相談窓口で、あるいはメールなどのやりとりの中で、こうしたらとか、こうすべきとかという積極的に何かこちらから提案するかたちを取るというのはかなり難しいんじゃないかなというふうに思っています。やはりそのコネクトをしていく、その方とつながっていくということが一番大事なんだというふうに思うんですね。つながって行って、向こうの人も、じゃあまた相談してもいいんですね、またメールを出してください、いつでも対応しますよというのでつながっていくことによって、そこに初めてある意味、この人なら少し相談できそうだなというものが生まれてきて初めてその先が出てくるような気がするんで、私も医療の場でもそういうふうに最初から結論ありきみたいなかたちだと、逆にこの人は話してもしょうがないなと思って切れちゃうことが結構あるんですね。だから、まずはつながるというふうに、私はそういう方針でやっているんですけども、どうでしょう。大野先生はどうでしょう。

○大野：一つ、私がさっきお話ししたのは病気だけではなくてももちろんですし、病気であってもやはり周りからのサポートが必要だと思うんですね。それをきちんと得られるようにしていくということで昨年のお話をしたんですけども、確か支援の手段によって濃淡が違ってくるんじゃないかなというふうに思います。つまり、メールというのは非常に情報が限られているんですね。文面だけなんです。表情も見えなければ声も聞こえない。ここでできることというのは、私は非常に表面的なことしかできないだろうというふうに思います。

ですから、私自身はメールでの相談は受けないことにしているんですね、怖いから。何かあったときにテキストとして残っていて、こうやったからこうなったんだというふうに言われたときに責任が取れないんです。ですから、もしもメールだけでされるとすると、どこに相談に行くかというところで止めておくというのは、私だったらそうすると思います。そしてメールと実際に対面とが一緒に使えるようだったら、そこでもっと深いずっとつながるようなことをしていくということをすると思います。

先ほどご紹介したサイトを使って、遠隔で面談をしながらサイトを使うというプログラムを始



めているんですけども、まだ怖いので、私の仲間は大学と国立精神・神経センターとで、一方が医者になって、治療者で、一方が患者さんを提供して、何かあったらすぐそこで対応できると、そういうところでリスクの評価をまだしている段階です。ということも考えておいていただくといいんじゃないかなというふうに思います。

○樋口：どうもありがとうございました。これからまたいろいろ皆さん方もお聞きしたいこともたくさんあると思いますけど、時計を見ると予定の時間を過ぎてしまっていますので、ファシリテーターのほうでもう少し時間調整をすればよかったですけれども、皆さん、今日3人の先生からいろんなお話をお聞きしましたけれども、ぜひ各会社、各職場で共有して、少しでもやはり情報がたくさんあれば、その情報を持っていると支援者側もいろんなアイデアも出ますし、支援を必要とされている方もその情報を得ることで何か自ら選択できるものも増えるわけですので、やっぱり知識や情報は大事だと思いますので、そこを皆さん一人一人がメッセンジャーとなって伝えていただければと思います。

日本うつ病センターのほうにも、いろいろとこの事業に関しては引き続き続けていくようですので、いろんなご意見その他も頂ければと思います。それでは3人の先生、本当にどうもありがとうございました。（拍手）



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/>