

を示し、課長 2 への指導を約束されるとともに、当面は係長が課長 2 と B 男の間に入ってよりきめ細かい点を指導することとなり、事態は収束を得た。

後日談として B 男が洩らしたところによると、辛かったのは課長 2 の叱責ではなく「問いかけ」であったという。課長 2 はコーチングのセミナーを受けた経験から「頭ごなしに叱るのではなく失敗の要因とその対応策を自ら語らせよ」という教えを実践していたようであるが、「なぜできないのか、解決のためにできることは何か、それをいつまでにするつもりか」と畳み掛けられる度に、黙り込むしかない B 男は自信を喪失していたのであった。

【事例 3 C 子 27 歳女性 営業部門事務】

頭痛が慢性化したため受診した内科医の勧めで精神科を受診、オランザピン内服が開始されるとともに、主治医からは退職を勧められていた。C 子は精神科医の言葉を重く受け止め退職を決意していた。

C 子の職場は組織変更と事業の方針転換が度重なり混乱を来していた。C 子は通常業務をこなしながら先輩 D 子の業務の引き継ぎにあっていたが、急遽退職が決まった同僚の E 子からも業務を引き継ぐことになり、業務の範囲が著しく増大した。しかも、E 子が膨大な事務処理作業を放置していたことが判明、C 子は E 子に対し最低限の整理と道筋だけはつけてから退職するよう意見したが、その業務を全く習得できていなかった E 子は謝罪だけを残して退職した。C 子はすぐに課長 3 に相談したが、課長 3 は予定通り仕事を進めるようにと指示するばかりであったという。

課長 3 に対する不信と諦め、自分が予定通りに仕事を処理できないことによる後工程への影響について強い困惑と焦燥を見せつつも、C 子は上述の内容についてよく整理された形で筆者に説明することができた。筆者の見立てでは病的意義は乏しく、職場の問題も明らかであったため上司を交えての話し合いを提案し、サポートを約束した。あなたは病気ではないと筆者に明言されたことで大いに安心したと C 子は述べ、それ以降は精神科には通院していない。通常は主治医の指導や治療方針を尊重しつつ産業医としてのサポートを行うのだが、このケースに限っては、社内の調整を行う余地が十分あるにもかかわらず安易に退職を勧めることには賛同できないと率直に意見した。C 子も、本当は会社を辞めたくはなかった、と洩らした。

既に自ら課長 3 に相談し不調に終わっていたためか C 子は問題解決の実現性について懐疑的な態度を崩さず、困難を自力で克服せず産業医に助けを求めたことで上司たちは自分を非難するだろうという懸念に固執した。筆者はこれまでに産業医と所属長が協力して不調者のサポートにあたり成功した事例を複数示しつつ、今回のような問題の解決は本来管理職の役割であること、職場全体の問題として対応するべきものであることを説明した。更に、このような事態は対人関係の葛藤と捉えるのではなく業務の負荷分配や組織変更の計画性という実務的な観点で捉えるべきことであり、解決の具体策として一つの案を挙げるとすれば、未処理のままに放置されていた E 子の業務を最初に片づけることで問題が大きくなることを食い止めるとともに、先輩からの引

き継ぎをしばらく待ってもらうなど課内で調整し得ることを課長3の協力を得て行えばよいのではないかと提案、C子からようやく話し合いの合意を得ることができた。

筆者からの求めに応じて来室した課長3は、自分の職場からメンタルヘルス不調者が発生した事実を公にして欲しくないとの防衛的な態度に終始し、業務の調整や組織変更の計画見直しといった主体的な役割を果たそうとはしなかった。その一方でC子は、D子を中心とする先輩たちとともに事態の收拾に動き出した。D子はC子の状況に理解を示し、業務をC子に引き継ぐことを1カ月間延期してC子がE子の残した業務を優先的に処理できるよう計らった。他の同僚の一人はC子の定常業務の一部を一カ月間引き取りC子の負担軽減に協力した。1カ月後にはC子はE子が残した業務の処理を大部分終了し、D子からの引き継ぎにも段階的に着手した。3カ月が経過する頃にはC子は本来予定されていた引き継ぎを完了し、範囲が拡大した業務を問題なくこなせるようになった。

D. 考察

1. 事例を振り返って

一般診療における精神科プライマリの役割が強調されるようになった結果であろうか、最近では事例1、3のように内科医などから精神科を紹介されるケースが目立つ。いずれも積極的に精神疾患を疑う根拠には乏しいと思われたが、内科での一通りの臨床検査を行われ異常を認めなかった段階で精神科受診を勧められている。彼らが悲痛な表情でただならぬ緊迫感を見せていたことが精神疾患を疑わせた可能性があるが、

1. 産業医などの支援者と長時間対話することに困難はない
2. 感情的ではあっても思考はしっかりとしている
3. 解決の道筋が見えれば情緒的な落ち着きや明るさを取り戻す
という状態であれば、精神科受診を急ぐ必要はないと考える。悪い事態を想定してムンテラし、専門外の疾病を疑えば念のために専門科に紹介することは医師の習性だが、精神疾患の可能性を示された患者やその周囲の人々が受ける精神的な衝撃と社会的な影響は相当に大きい場合が多いため注意が必要である。悪性疾患や冠動脈疾患であれば、精査で異常なしと判定されれば胸をなで下ろす結果に落ち着き、病変を認めれば治療を行うことが解決策となる。これに対して、職場の悩みや葛藤の解決策は病院にはない。

紹介した事例の「問題点」やその「解決策」は平凡極まるものばかりだが、勤労者のメンタルヘルス不調はこのような日常的な問題のこじれが原因となっていることが少なくない。こうしたレベルの問題は、健全な状態の職場においては産業医に相談されることなく解決されているのであろう。巨大な組織や設備を作り上げて運用し、休みなく新しい技術や製品を開発して世界経済の中を勝ち残ってきた企業の人々の知性と合理性に対しては常に畏敬の念を抱かずにはいられないが、そんな人々の間に生じた遠慮や疑心暗鬼、メンタルヘルスにまつわる迷信は彼らの合理的思考を奪い、職場の問題点に正直に向き合うよりも「心の病」や「問題児」という対処で終らせてしまうことがある。

事例1、事例2の元になったエピソードに関わっていたのはいずれも筆者が日頃からよく知る善良な人々であり、自分の役割を精一杯果たそうと努力している人物ばかりである。それにも関わらず彼らが傷つけあう結果となってしまうのは、問題に対して実務的な次元で向き合わず、心や人格や考え方という次元で扱っていたためだと思われる。人を責めたり犯人を捜したりするような考え方ではなく、協力して問題を実務的に解決するのだという共通認識が得られてようやく事態の解決に向けて動き出すことができる。

事例3でC子が見せた見事な立ち直りとそれに協力した先輩らの厚意は、職場が本来持っている問題解決力を如実に示したものであり彼らの努力には賞賛するべきものがあるが、管理職の積極的な関与が得られなかったことが残念であった。結末が同じであったとしても、課長3が責任者としての主体性を持ってこれらの解決を指導していたとしたら、それは課長3自身にとってはメンタルヘルス関連の問題を合理的に解決したというポジティブな経験となり、職場の信頼関係を醸成する結果にも繋がったと思われる。とはいえ、これも課長3一人の人間性の問題に帰してはならない。中間管理職の行動は、組織の風土や上級管理職の態度によって強い影響を受けていることも理解する必要がある。

2. 医療職がどう関わるか

心理的な共感に重点を置く傾聴はある程度の心の癒しをもたらすが、多くの場合それだけでは不調者の悩みは解決されない。実務的な問題が放置されたまま心の癒しによるサポートを続ければ、遷延する苦しみ

の中で不調者の心理的な依存を増大させる可能性がある。ストレスコーピングや認知療法などの心理療法を強調することは、実務的な問題解決の視点を欠く場合には、不調者一人の「心の持ち方」に解決の責任を負わせてしまう可能性がある。総じて、仕事の問題が心の問題として扱われてしまうことが、それがたとえ支援を意図していたとしても、真の問題点を見えにくくさせてしまう。だからといって、「病的意義は乏しいので職場で解決されたし」という対応では、そもそも職場での話し合いや配慮による調整がうまくいっていなかったが故に医療の場で顕在化した経緯を考えれば、職場に突き返された不調者は一層苦しい状況に陥ることが予想される。やはり一定の保護を加えながら見守る必要がある。

相談対応にあたる際には、特別なカウンセリングや心理分析のスキルを要する訳ではない。また、一事業所内においてさえ多種多様にわたる従業員らの業務内容や組織について熟知しなければ対応できない訳でもない。本稿で述べた事例対応の実際を要約すれば、

- ① 秘密の厳守を約束し彼らが直面している問題を語るよう促して傾聴する
 - ② 職制や人事の協力を得ることで実務的に解決し得る事柄を抽出する
 - ③ 本人にとっても職場にとっても良い結果を目指して論点を整理する
 - ④ 事態が収束するまでのサポートを約束し、話し合いに臨む勇気を持たせる
- ということである。①の段階では不調者の思考は十分整理されていないことが多く、その表現は多分に感情的であり時に攻撃的である。彼ら自身も事態を人間関係や性格

といったウェットな観点で捕らえているため、「あなたはどうしたいのか」という問いかけでは意味のある回答は得られない。そこで、感情論に満ちた訴えの中から実務的に解決すべきポイントを抽出し、合理性のある改善提案として整理するプロセスが必要になる。A子とC子は当初上司との話し合いを拒否し、B男は話し合いを提案する度に沈黙することが数週に亘ったが、これは闘争ではなく、本来職場で日常的に行われるべき業務見直しと調整の一環であることが理解されるにつれて、不調者の躊躇や猜疑心は弱まることが多い。

こうして、職場が抱えている問題点に関係者らが正直に向き合うことの第一歩を踏み出すことができる。所属長らとの話し合いに際しても、ともすれば話題は性格や考え方といった心の問題、対人関係あるいは責任論に向かうため、随時軌道修正して実務的な次元に焦点を当て続け、本人が言葉足らずならば説明を補ってやることも時には必要となる。

いうまでもなく、ここに述べた取り組みは狭義の産業医業務ではない。むしろ、こうした領域の対応は人事が行うものであり、産業医が関わるべきではないという意見が主流であろうと考えられる。病気の疑いや重大なリスク、あるいは診断がある場合に医療上あるいは就業上の措置を行うことが産業医本来の役割である。しかし、病的意義は乏しく本人も潜在的には強い就業意欲を持っている場合には、むしろ精神病理や法的リスクを過剰に懸念する人々の目を現実に引き戻すことが重要なことがある。医学的な判断を正確に行うことによって最も適切な対応が採られることを目指すならば、

職場と不調者の間に産業医が積極的に介在する余地がある。対人葛藤にカムフラージュされていた実務的な問題を解決するという目的意識で職場の協力体制を速やかに樹立できる状況であれば、「医学的な問題ではない」と明言するいわば逆説的な医師の意見が混乱を解消することになる。精神医学関連の問題に対する企業社会のアレルギー的な反応が解消された暁には、このような調停は必要なくなるのかもしれない。

一般に「主治医は完全に患者側だが、産業医は使用者と従業員の中立的な立場」という考え方がある。一部には、産業医とは完全に使用者側に立つ存在だという主張もある。いずれにせよ、「どちらの側か」という思考自体が両者を対立関係と想定しているかのようだ。筆者は事例対応に際し、私はどちらの味方でもないと明言している。目指すのは、上司と部下の双方を苦しめたり怒らせたりしていた問題が解消され、損なわれていた職場の機能が回復することだけである。

3. 何が実務的な事例対応を妨げるのか

多くの従業員が具体的な問題を感じているながらも、関係者らがそこに正直に向き合うことが難しい場合がある。職場で発生する問題は実務的な次元で解決できる場合が多いことを理解し、その意志を持って対応にあたるようにしなければ、しばしば人間的、組織的な様々な要因に妨げられて紛糾する結果を招く。職域の問題解決力を高めるためには精神医学や心理学の知識を増やすことよりも、むしろ日常的な実務の見直しに立ち返ることが役立つ場合が多い。

以下、問題が職場内で合理的に解決される上で障壁となることがある事柄について

例を挙げる。いずれも、職域のメンタルヘルスケアに携わる者の素養として一通りの知識をもっていることは望ましいが、こうした領域への関心が肥大化することで職場や産業保健部門の機能が損なわれている状況にしばしば直面することから、その弊害を克服するために何が必要かを検討したい。

a. 新型うつ病論

新しいタイプのメンタルヘルス不調の存在を記した著述の嚆矢は、笠原嘉の「退却神経症」²⁾であろう。笠原は精神医学を取り巻く時代の変化の中で、職場や学校にうまく適応できない人々のために求められる精神医学の役割は明らかではないとしながらも、とにかく精神科に相談に来られよ、と手を差し伸べている。

林公一は「擬態うつ病」³⁾という刺激的な概念を世に問い、多くの批判を受けながらも続く「それは、うつ病ではありません！」⁴⁾を著した。これは精神医学では治るはずのない「健常な落ち込み」などがうつ病と診断されていることの弊害を明らかにし、精神医学によって救われるべき本当のうつ病の姿を浮き彫りにしようとするものであり、著者の臨床家としての誠実さが伺い知れる。

ディスチミア親和型うつ病^{5) 6)}という概念を提唱した樽味伸は、メランコリー親和型に代表される従来のうつ病とは異なるものの現代の診断基準ではうつ病と診断される人々にしばしば向けられる“皮肉な視線”について、それは疾病分類に関する学問的論争に向けられるべきものであって、受診者に向けられる筋合いのものではないと述べている。

このように、精神医学の国際的な共通言

語である操作的診断基準は必ずしも適切な治療の手がかりとはなっておらず、「うつ病」の真の姿を見極めようとする学問的・臨床的な探求は今も続いている。

昨今では職域のメンタルヘルス関係者の議論においても新型(もしくは現代型)うつ病が盛んに論じられるようになったが、その特徴とされる「他罰的、逃避的、未熟な人格傾向」という言葉は多分に人格非難の論調の中で語られ、不調者の訴えにその傾向を認めるとそれが問題の本質であるかのように見なされて訴えの中身には十分な注意が払われなくなる。こうした風潮は産業保健関係者や企業の担当者らに、事例対応への嫌気のような気分をもたらすことが少なくない。樽味が遺した戒めの重要性を再認識させられる。

本稿事例1、2の上司たちの態度も最初は同様であったが、実務に焦点を当てて話し合ううちに職場で解決し得る具体的な問題点が浮上し、最終的には責任者らの協力を得ることができた。また、A子とC子は他罰性、B男は逃避傾向といった新型うつ病の特徴とされる所見を示していたが、それらが周囲との関係性の中で形成あるいは強化されたものであることは十分に理解できる。新型であれ古典的であれ、不調者らが打ち明ける悩みには、職場の機能を回復するために聴くべき事柄が少なからずある。職場の問題に直接介入する一定の権限と責任を負う立場にある人事、管理職、産業医は、新型うつ病論の文脈とは異なる視点から現代のうつ病問題に取り組むことができるはずである。

b. 精神病理の誇大視

企業の人々と協議する際にしばしば、彼

らはメンタルヘルスに関連する問題を「心の病」というブラックボックスの周りで論じていると感じることがある。彼らの多くはメンタルヘルスについて理解し事態を改善しようという意志を持っているのだが、職場では手出しのできない領域の医学的な問題が起こっているとの先入観を持つ人々の思考は、不調者がいれば医師に診せる、予防策は専門家の講演、といった範囲に留まってしまう。

また、精神科医や心療内科医の多くは患者の病的な依存行動や逆怨みなどによるトラブルの経験から、共感が必要だが巻き込まれてはいけない、安易な手助けは疾病利得を助長する、といった心得を強調される。患者の救済のために尽力するという医療の大前提が失われていない限りにおいてこの心得は時に有用だが、このアドバイスに強く反応した企業社会の一部ではしばしば、常識的な対話が通じない相手から組織や担当者自身を防衛するという姿勢が、再適応を信じて支援する姿勢を上回ってしまう。

筆者の経験では、問題の解決を手助けすることで疾病利得が形成されたことはほとんどない。実際にはむしろ、「辛いところを皆に助けられたので、これからは自分が後輩を助きたい」という姿勢を持ったよい先輩に成長したケースのほうが多い。病人として周囲に依存し続けることを望む者は普通はいない。

いくばくかの症状を呈して精神科に通院している場合でさえ、職場の問題に対して反応的に不調に陥った人々の大部分は基本的に健全な人格と思考力を備えており、彼らの訴えは職場の実態の一側面を非正規の方法ながら露呈させている。その訴えの中

から組織が実務的に改めるべきポイントを理解するために誠意をもって傾聴する姿勢こそ、感情的な問題には巻き込まれずに実効性のある支援を行うことにつながるのではないだろうか。

c. 法的リスク論

労働安全衛生法に規定された「長時間労働者等に対する面接指導」、厚生労働省による「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」などに加え、過重労働やパワハラによってうつ病になったり自殺に追い込まれたとして労災認定されたり民事裁判で企業が賠償を求められた判例が企業のメンタルヘルスケアに関する法的責任の輪郭を形成しつつある。こうした社会的背景が否応なく企業のメンタルヘルスケア体制の整備を推し進めた点は否定できない。

法的リスクを強調することにはデメリットもある。管理職は訴訟や責任問題に過敏になり、部長1のように話し合いを申し入れると「職場に非はない。本人の人格の問題だ。」と言い立てる者や、課長3のように現実から目を背ける者も出てくる。犯人捜しをしているのではなく、双方が働きやすくなるよう実務的な問題を解決したいだけだ、と強調して管理職側の警戒心を取り除くまで、実のある話し合いを始められないことがある。

また、休職中の社員が、恐らく社会復帰への不安からであろう、ことさら会社の法的責任に言及することも少なくない。筆者はこのような場合、リハビリから復職後の健康管理にいたるロードマップを示してサポートを約束するとともに、職場復帰は闘争ではなく、職場の皆から助けてもらいつ

つ再適応を遂げていく道なのだと説き聞かせる。健康管理や復職支援をする意思と制度のある企業なら、法的責任や訴訟リスクを争点にしないほうが問題解決や再適応支援はうまく運ぶことが多い。

d. 教育への過剰な期待

不良品が多発する製造部門において、対策は工学部の教授を招き従業員に 60 分間の集団教育を受けさせれば済むと考える者はいない。専門家の知見を参考にすることがあるとしても、現場の人々は自分たちこそがこの設備と工程を設計し稼働させている専門家であると自認して徹底的に問題と向き合っている。これに対して、メンタルヘルス不調を予防する取り組みでは、年間計画の中で教育を行うこと自体を「対策」として扱っていることが多い。目標管理制度の中で実績を主張しなければならないことから、教育の中身よりも定期的な実施に眼を奪われてしまう企業もある。

前述の通りうつ病の増加には医療業界の事情が多分に影響し、うつ病の定義そのものも医学的論争の渦中にある現状で、我々は確かな予防効果を約束できる社内教育のコンテンツをどれだけ持ち合わせているのだろうか。

製造現場の安全衛生活動においては、化学的、物理的、生理学的な有害要因による生物学的影響やその予防法が先人たちの数十年にも及ぶ探求の賜物として蓄積されてきた。その方法論が漏れなく実施されることで安全衛生教育には確実な効果を期待できる。

一方、職域のメンタルヘルスケアの取り組みはまだ始まったばかりである。産業界に足を踏み入れた医学や臨床心理学の専門

職らは、臨床の場で培われた理論や手法を職域の集団に適用することがどの程度効果を発揮するのかを検証し、用い方の工夫を重ねている最中なのである。職場を構築し運営することのプロフェッショナルであるはずの人事や管理職に対して医療職が講釈できる知見は現時点では限られている。職場の悩みや葛藤そのものを解決する知恵と効力は医療ではなく職場にあることを認識しなければならない。

それでも、我々医療専門職が社内教育を通じて企業の組織や人々と向き合い続けることは必要である。企業の論理とは違う視点を提供できる立場として、医学的に解決し得る領域について啓蒙すること、医療スタッフの存在と相談ルートを周知すること、健康管理や復職支援などの体制を根付かせることなどは現時点でも確かな根拠をもって教育できる事項である。メンタルヘルスケアに取り組むという事業者（あるいは経営者）の姿勢を明らかにすることも教育の重要な目的である。更に、職制、人事、産業医らの協力によって実務的に問題を解決し得た実績から得られる知見を共有することによって、職場の問題に向き合う現実的な思考力を養うことも必要ではないかと考える。

e. カウンセリングやコーチングの乱用

産業カウンセリングやコーチングを学んだ支援者はしばしば「私はアドバイスしない。意見を述べない。解決するのはあなた自身。」という姿勢にこだわりを見せる。職域の相談対応には、この姿勢が功を奏しやすい場面とそうでない場面がある。

肥満症の従業員に看護職が保健指導を行う場面は、カウンセリング的態度が効果を

発揮する好例だろう。肥満症の原因や健康リスク、解消法は本人も概ねよく知っており、どうやって食事運動療法などに取り組むかについては、本人なりの目標設定や方法を尊重したほうが意欲や実践を維持しやすい。また看護職は従業員の日常生活について指示する権限も責任も持たない。多くの産業看護職は、社員の人格やライフスタイルを尊重しながら、有所見者らの主体的な努力を支援する方法を習得している。

これに対して、メンタルヘルスに関連する領域で成果を出すことは遥かに難しい。職場の問題の多くには「解決するのはあなた自身」とするにはあまりに酷な多くの要因がからんでいる。問題は不調者だけに存在するのではなく、多くの場合は職場の人々やその業務の関係性の中に孕まれている。管理職など一定の権限をもつ立場の者は責任をもって調整にあたり、時には主体的にそれを解決しなければならない。

事例2では、課長2は善意と熱意をもってコーチングを実践していたのだが、例えば部下が「右ですか、左ですか」といった端的な指示を求めている場合でも、「君はどう考えたのか？ 質問に来る前に何を調べ、何を試してみたのか？」と問い返す徹底ぶりに部下たちは相談を敬遠し、ミスやトラブルを増やす皮肉な結果を招いた。コーチングの技術そのものも未熟だったと思われる。また部下たちからは、課長2にはもっと事業の計画性や製品の仕様に関する上層部や取引先との調整、課内の業務分担調整に手腕を発揮してもらいたいとの不満も出ていた。コーチングを学ぶことが指導力の幅を広げる上で有意義であるのは間違いないが、それよりもマネジメントにおける本

来の役割を綿密に果たすことや、忙しい現場で陣頭指揮を取る際には明確で行き届いた指示をすること、経験の乏しい部下には丁寧に実務指導することなどの管理職の本分を見失ってはならない。

E. 結論（まとめ）

産業保健の実務に携わる中で、しばしば精神医学や心理学に魔法のような効能が期待されたり、目についた心理的な所見が過剰に問題視されたりする傾向に直面し、職場が持っている基本的な問題解決力を発揮させることこそ予防の本質という考えで事例対応に取り組んできた。抑うつや不安などの症状を呈する社員がいる場合、軽症であれば筆者は可能な限り、医療機関への紹介よりも先に職場での問題解決の余地がないかを検討する。ごく一部の不調者に対しては認知療法などを用いて心理療法的に支える必要があるが、それが職場のメンタルヘルスケアの中心ではないと常に自戒し、職場の責任者や人事労務の協力を得て業務負荷や職場環境の調整、実務上の支援や技術指導を行うことに努めている。こうして産業保健領域の努力によって精神科受診や休職を回避できた事例を積み重ねることは、うつ病圏の人々の適切な受療行動の輪郭を形成する上で重要な一辺となるのではないだろうか。

最後に、主治医との信頼関係やマイルドな薬物治療によって均衡を保ちつつ就業している多くの軽症者がいることを考えれば、軽症者が精神科を受診することの意義そのものを否定するものではないことを付け加える。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

- 1) 富高辰一郎 なぜうつ病の人が増えたのか 幻冬舎ルネッサンス新書
- 2) 笠原嘉 退却神経症—無気力・無関心・無快楽の克服 講談社現代新書
- 3) 林公一 擬態うつ病 宝島社新書
- 4) 林公一 それは、うつ病ではありません！ 宝島社新書
- 5) 樽味伸 うつ病の社会文化的試論 臨床の記述と「義」—樽見伸論文集—
- 6) 樽味伸 現代社会が生む”ディスチミア親和型” 臨床の記述と「義」—樽見伸論文集—

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

研究課題名：職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に
関する研究
分担研究報告書

メンタルヘルス不調の早期介入のための睡眠衛生教育・保健指導

研究分担者 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

研究協力者 加藤 憲忠 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
柿沼 充 〃
高野 知樹 〃
加来 明子 〃
西埜植 なお 〃

研究要旨

睡眠障害は、労働者において最も多く認められる精神疾患の一つであり、また他の精神疾患の代表的な初期症状でもある。そのため睡眠障害の早期発見・早期介入は、職場メンタルヘルス活動の二次予防活動の中でも重要な位置を占めている。

本年度の研究では、睡眠障害者の早期発見のために有用と思われる問診票やアセスメントの方法について整理し、早期介入として職場で行うべき睡眠衛生教育や睡眠保健指導（睡眠に関する行動療法）の内容について検討を行い、さらに各教育マニュアル案の作成を行った。

A. 研究目的

睡眠障害は、うつ病をはじめとする労働者のメンタルヘルス不調の重要なリスクファクターであり、また多くの精神疾患の初期症状であることが知られている。我が国においても、健康日本 21 における睡眠に関する目標値や、「健康づくりのための睡眠指針 ～快適な睡眠のための 7 カ条～」などが示されているものの、これまで職域での睡眠教育や保健指導は十分には行われていない。睡眠時無呼吸症候群（以下 SAS）による事故等の報道などによって労働者の睡眠の問題がクローズアップされ、一部の企業では SAS のスクリーニングが実施されるようになったが、SAS 以外の睡眠問題に対する教育や介入への拡がりはまだ不十分である。労働者は SAS も含め様々な睡眠障害を抱えており、より広範な睡眠障害に対するアプローチが求められている。また、うつ病等の精神疾患に比べ、睡眠の問題は職域では相談しやすい内容のため、メンタルヘルス相談窓口の早期利用を促進するためにも睡眠をテーマにした社内教育は有用と思われる。

労働者が抱える睡眠障害の中には薬物治療等の専門的な治療だけでなく、生活習慣の見直しや生活上の工夫によって改善するものも含まれており、他の生活習慣病の予防や治療と同様、職域での睡眠衛生教育の実施が考慮されるべきである。また、睡眠は個人によって問題となるポイントや対応方法が大きく異なるため、集団衛生教育だけではなく、産業保健スタッフ等による個人睡眠保健指導も組み合わせて実施することが望ましい。これまでの研究から、非薬物的な介入として、刺激コントロール法、

睡眠のための認知療法、リラクゼーション法、睡眠制限法などが有効であることが示されているが、これらの多くは保健指導の中でアドバイスすることが可能である。

本年度は、睡眠障害者への早期発見のために必要な問診、アセスメントの方法、早期介入として職域で行うべき睡眠衛生教育や保健指導の内容について検討を行い、さらに各教育マニュアルの作成等の準備を行った。

B. 研究方法

睡眠障害者への早期発見のために必要な問診、アセスメントの方法、早期介入として職域で行うべき睡眠衛生教育や保健指導の内容について検討を行い、さらに各教育マニュアルの作成等の準備を行った。

C. 研究結果

睡眠障害のアセスメント

1. 対象となる睡眠障害

睡眠障害国際分類第 2 版 (International classification of sleep disorders, 2nd edition, 2005) では、睡眠障害を I. 不眠症, II. 睡眠関連呼吸障害群, III. 中枢性過眠症群, IV. 概日リズム睡眠障害群, V. 睡眠時随伴症群, VI. 睡眠関連運動障害群, VII. 孤発性の諸症状, 正常範囲と思われる異型症状, 未解決の諸問題, VIII. その他の睡眠障害に分類している。この中で、本研究では下記を職域における主なアセスメントと介入の対象になる睡眠障害と考えた。

1) 不眠症

- ・適応障害性不眠症（急性不眠症）
- ・精神生理性不眠症
- ・特発性不眠症

- ・精神疾患による不眠症
- ・不適切な睡眠衛生
- ・薬剤または物質による不眠症
- ・身体疾患による不眠症
- 2) 睡眠関連呼吸障害群
 - ・中枢性睡眠時無呼吸症候群
 - ・閉塞性睡眠時無呼吸症候群
- 3) 中枢性過眠症群
 - ・情動脱力発作を伴うナルコレプシー
 - ・情動脱力発作を伴わないナルコレプシー
 - ・身体疾患によるナルコレプシー
- 4) 概日リズム睡眠障害群
 - ・概日リズム睡眠障害, 睡眠相後退型（睡眠相後退障害）
 - ・概日リズム睡眠障害, 睡眠相前進型（睡眠相前進障害）
 - ・概日リズム睡眠障害, 時差型（時差障害）
 - ・概日リズム睡眠障害, 交代勤務型（交代勤務障害）
- 5) 睡眠時随伴症群
 - ・覚醒障害（ノンレム睡眠からの覚醒時に起こるもの）
 - ・通常レム睡眠に伴って起こる睡眠時随伴症
- 6) 睡眠関連運動障害群（sleep-related movement disorders）
 - ・むずむず脚症候群
 - ・周期性四肢運動障害
- 7) その他の睡眠障害
 - ・環境性睡眠障害

2. 1. 睡眠障害のスクリーニング（問診）
厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害医療における政策医療ネットワーク構築のための医療機関連携のガイドライン作成に関する研究」班が作成した「一般医

療機関における睡眠障害スクリーニングガイドライン」（次頁）を用いてスクリーニングを行う。

2. 2. 睡眠障害のスクリーニング（問診票）

睡眠障害のスクリーニングとして用いられる主な問診票には下記のものがあり、必要に応じて使い分ける必要がある。

1) 昼間の眠気尺度

a) スタンフォード眠気スケール日本語版（SSS-J）

今現在あなたの眠気の有無について、最も近いものを一つ選び番号に丸をつけて下さい

1. やる気があり、活発で、頭がさえていて、眠くない感じ
2. 最高とはいえないまでも、頭の働きが活発、集中していられる
3. くつろいで起きている、しかしどちらかというときし頭がぼんやりし反応が悪い
4. すこしぼんやりしていて、何かしたいと思わない
5. ぼんやりしている、集中してられない、起きているのが困難
6. 眠いので横になりたい、ぼおっとしている
7. まどろんでいる、起きてられない、すぐに寝てしまいそうだ

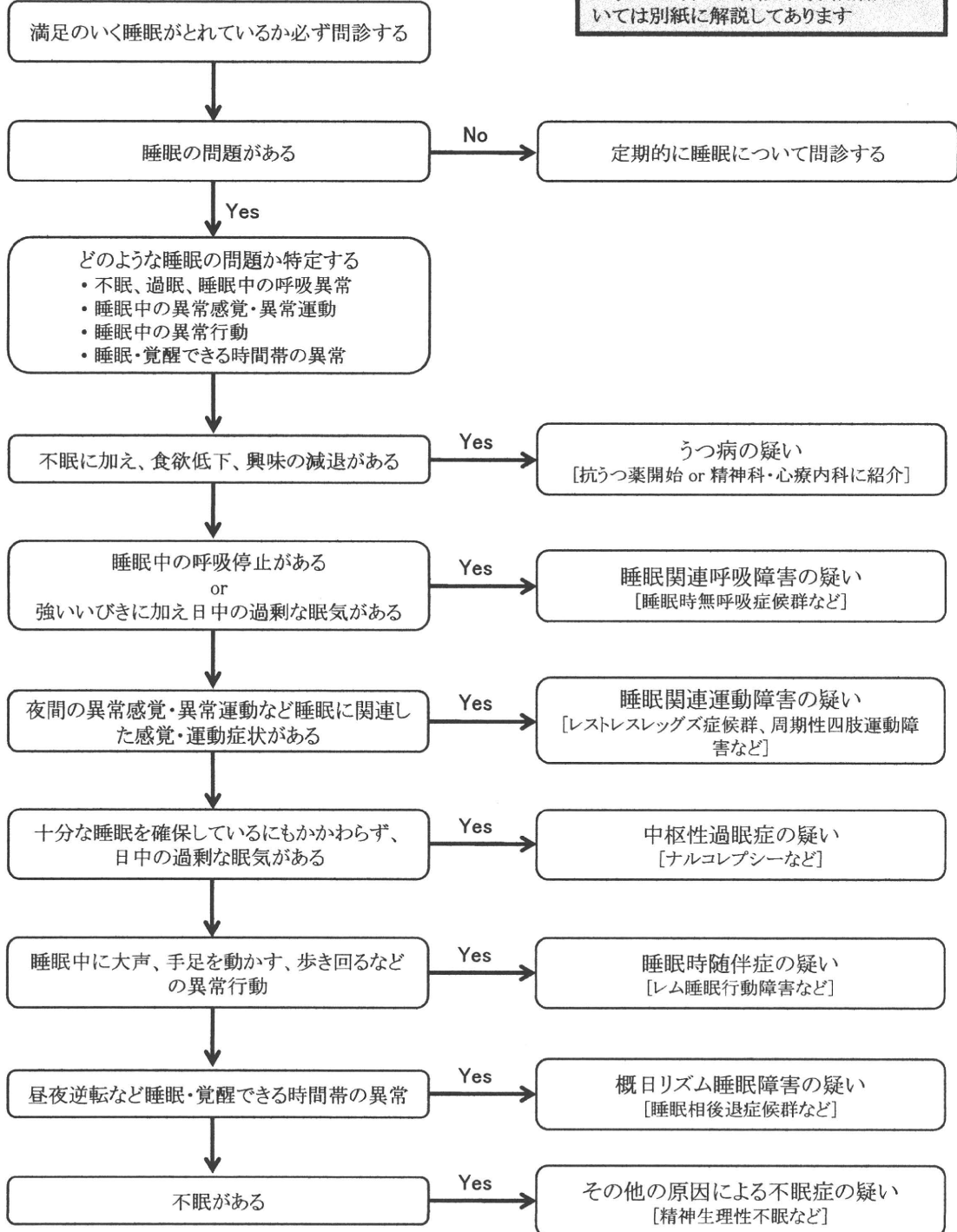
b) カロリンスカ眠気スケール日本語版（KSS-J）

あなたの眠気の状態を最も良く表した数字に○をつけてください。

- 1 非常にはっきり目覚めている

睡眠障害のスクリーニングガイドライン

症状のより詳しい特徴や専門用語については別紙に解説してあります



- 2
- 3 目覚めている
- 4
- 5 どちらでもない
- 6
- 7 眠い
- 8
- 9 とても眠い（眠気と戦っている）

c) エップワース眠気尺度日本語版（JESS）
（次頁）

2) 不眠症の尺度：

アテネ不眠尺度

下記の A から H までの、8 つの質問に答えてください。

過去 1 カ月間に、少なくとも週 3 回以上経験したものに当てはまるものにチェックしてください。

選択肢の先頭についている点数の合計で結果が診断されます。

A 寝つきは（布団に入ってから眠るまで要する時間）

- 0 いつも寝つきはよい
- 1 いつもより少し時間がかかった
- 2 いつもよりかなり時間がかかった
- 3 いつもより非常に時間がかかったか、全く眠れなかった

B 夜間、睡眠途中で目が覚めることは？

- 0 問題になるほどではなかった
- 1 少し困ることがあった
- 2 かなり困っている
- 3 深刻な状態か、全く眠れなかった

C 希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れなかったか？

- 0 そのようなことはなかった

- 1 少し早かった
- 2 かなり早かった
- 3 非常に早かったか、全く眠れなかった

D 総睡眠時間は？

- 0 十分である
- 1 少し足りない
- 2 かなり足りない
- 3 全く足りないか、全く眠れなかった

E 全体的な睡眠の質は？

- 0 満足している
- 1 少し不満
- 2 かなり不満
- 3 非常に不満か、全く眠れなかった

F 日中の気分は？

- 0 いつも通り
- 1 少しめいった
- 2 かなりめいった
- 3 非常にめいった

G 日中の活動について（身体的及び精神的）

- 0 いつも通り
- 1 少し低下
- 2 かなり低下
- 3 非常に低下

H 日中の眠気について

- 0 全くない
- 1 少しある
- 2 かなりある
- 3 激しい

3) 睡眠の質に関する尺度：

ピッツバーグ睡眠質問票（PSQI）日本語版

1. あなたご本人が、できるだけありのままにお答えください
2. 答えは、あてはまる番号を○で囲むか、または、空欄に直接ご記入ください
3. 時刻を記入する場合は、午前、午後の

JESS™ (Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale)

ESS 日本語版

もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいうとうととする（数秒～数分眠ってしまう）と思いますか。最近の日常生活を思いうかべてお答えください。

以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答え下さい。（1～8の各項目で、○は1つだけ）

すべての項目にお答えしていただくことが大切です。

できる限りすべての項目にお答えください。

		うとうとする ほとんど可能性 はない	うとうとする 可能性は 少しある	うとうとする 可能性は 半々くらい	うとうとする 可能性が 高い
1) すわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）	→	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	→	0	1	2	3
3) 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	→	0	1	2	3
4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	→	0	1	2	3
5) 午後に横になって、休息をとっているとき	→	0	1	2	3
6) すわって人と話をしているとき	→	0	1	2	3
7) 昼食をとった後（飲酒なし）、静かにすわっているとき	→	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	→	0	1	2	3

Copyright, Murray W. Johns and Shunichi Fukuhara. 2006.

いずれかを○で囲んでください

※昼の12時は「午後0時」、夜の12時は「午前0時」となります

問1 過去1か月間における、あなたの心身の状態についておたずねします

過去1か月間について大部分の日の昼と夜を考へて、以下の質問項目にできる限り正確にお答へください

1) 過去1か月間において、通常何時ころ寢床につきましたか?

就寝時刻 1. 午前 2. 午後 時 分 ころ

2) 過去1か月間において、寢床についてから眠るまでにどれくらい時間を要しましたか?

約 分

3) 過去1か月間において、通常何時ころ起床しましたか?

起床時刻 1. 午前 2. 午後 時 分 ころ

4) 過去1か月間において、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか?

これはあなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません

睡眠時間 1日平均 約 時間 分

5) 過去1か月間において、どれくらいの頻度で、以下の理由のために睡眠が困難でしたか?最も当てはまるものに1つ○印をつけてください

A. 寢床についてから30分以内に眠ることができなかつたら

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

B. 夜間または早朝に目が覚めたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

C. トイレに起きたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

D. 息苦しかったから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

E. 咳が出たり、大きないびきをかいたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

F. ひどく寒く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

G. ひどく暑く感じたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

H. 悪い夢をみたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

I. 痛みがあつたから

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

J. 上記以外の理由があれば、次の空欄に記載してください

【理由】

そういったことのために、過去1か月間において、どれくらいの頻度で、睡眠が困難でしたか?

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1-2回 4. 1週間に3回以上

6) 過去1か月間において、ご自分の睡眠の質を全体として、どのように評価しますか?

1. 非常によい 2. かなりよい 3. かなりわるい 4. 非常にわるい

7) 過去1か月間において、どれくらいの

頻度で、眠るために薬を服用しましたか（医師から処方された薬あるいは薬局で買った薬）？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1〜2回 4. 1週間に3回以上8) 過去1か月間において、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など眠ってはいけないときに、起きていられなくなり困ったことがありましたか？

1. なし 2. 1週間に1回未満 3. 1週間に1〜2回 4. 1週間に3回以上9) 過去1か月間において、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか？

1. 全く問題なし
2. ほんのわずかだけ問題があった
3. いくらか問題があった
4. 非常に大きな問題があった

2. 3. 睡眠障害のスクリーニング（専用機器の利用）

1) 睡眠呼吸障害

パルスオキシメータや簡易 PSG（鼻口部気流センサ+パルオキシメータの組み合わせなど）。PSG より呼吸イベントの検出力は劣るが、閉塞性睡眠時無呼吸のスクリーニングとして有用である。初診時に精神生理性不眠と診断したケースで在宅パルスオキシメータ記録を行うと、一定の割合で軽症の睡眠時無呼吸がみられる。

2) 睡眠潜時、中途覚醒時間、睡眠効率

加速度センサーを組み込んだアクチグラムを用いて測定することが多い。Coleの式などを用いて客観的な睡眠と覚醒を大まかに判定することができる。睡眠日誌を毎日記載する負担が軽減できることに加え、

記載忘れ、記憶違いなどを防止できる。アクチグラムを組み込んだパルスオキシメータや簡易 PSG 機器もある。

2. 4. 睡眠障害のスクリーニング（睡眠日誌の利用）

睡眠日誌には、床上時間、就床時刻、主観的入眠潜時、主観的睡眠時間、起床時刻、熟眠感、仮眠もしくは居眠りの時間帯、眠気の強かった時間帯などを記載する。概日リズム睡眠障害と過眠を呈する睡眠障害の評価のためには睡眠日誌が有用となる。

睡眠衛生教育

1. 睡眠衛生教育の目的・内容

睡眠衛生教育では、睡眠の生理や睡眠のための望ましい準備などの他、交替勤務生活における光の利用の仕方や仮眠の取り方など体内時計と睡眠覚醒リズムの脱同調による影響を出来るだけ軽減するための具体的なアドバイスも含める必要がある。

1) 教育の目的

より良い睡眠のために必要な知識を習得し、自らの生活の中で実践可能な睡眠習慣を取り入れることで従業員のセルフケアを支援する。

2) 教育対象

基本的に全従業員を対象に行うことが望ましい。その後は、新入社員教育、交代勤務開始時等必要に応じて階層別教育等でフォローアップ教育を行う。

3) 教育スタッフ

産業医、産業看護職、心理職、嘱託精神科医、衛生管理者など

睡眠教育マニュアル（PPTおよびその解説書）を作成し、教育スタッフにはマニユア

ルに基づいた教育が出来るよう事前にスタッフ教育を実施する。Q&A集も準備することが望ましい。

4) 教育の方法

睡眠教育マニュアルを用いて1時間程度実施

5) 教育内容（項目のみ）

健康づくりのための睡眠指針に準拠した内容とする。

a) 快適な睡眠でいきいき健康生活
快適な睡眠で、疲労回復・ストレス解消・事故防止

睡眠に問題があると、高血圧、心臓病、脳卒中など生活習慣病のリスクが上昇
快適な睡眠をもたらす生活習慣とは

b) 睡眠は人それぞれ、日中元気はつらつが快適な睡眠のバロメーター

自分にあった睡眠時間があり、8時間にこだわらない

寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る（睡眠時間制限法）

c) 快適な睡眠は、自ら創り出す
夕食後のカフェイン摂取は寝付きを悪くする

「睡眠薬代わりの寝酒」は、睡眠の質を悪くする

不快な音や光を防ぐ環境づくり、自分にあった寝具の工夫

d) 眠る前に自分なりのリラックス法、眠ろうとする意気込みが頭をさえさせる

軽い読書、音楽、香り、ストレッチなどでリラックス

自然に眠たくなってから寝床に就く、眠ろうと意気込むとかえって逆効果（刺激調整法）

ぬるめの入浴で寝付き良く（体温勾配の

利用）

e) 目が覚めたら日光を取り入れて、体内時計をスイッチオン

同じ時刻に毎日起床

早起きが早寝に通じる

休日に遅くまで寝床で過ごす、翌日の朝がつかなくなる

f) 午後の眠気をやりすごす

短い昼寝でリフレッシュ、昼寝をするなら午後3時前の20～30分

夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響

長い昼寝はかえってぼんやりのもと

g) 交代勤務生活のためのヒント

夜勤日の過ごし方

準夜勤（夕勤）日の過ごし方

日勤、休日の過ごし方

h) 睡眠障害は、専門家に相談

睡眠障害は、「体や心の病気」のサインのことがある

寝付けない、熟睡感がない、充分眠っても日中の眠気が強い時は要注意

睡眠中の激しいいびき、足のむずむず感、歯ぎしりも要注意

睡眠保健指導（個人指導）

1. 睡眠保健指導の目的

睡眠の問題を抱えている従業員に対して、睡眠状態のアセスメントおよび睡眠改善のための具体的なアドバイスを提供することで、睡眠障害の早期介入および心身の疾病の発症予防をはかる。

2. 教育対象

何らかの睡眠問題を抱えた従業員および希望者

3. 教育スタッフ

産業医、産業看護職、心理職など

睡眠保健指導用マニュアルを作成し、これを用いた保健指導が実施出来るよう事前にスタッフ教育を実施する。Q&A集も準備予定。

4. 教育の方法

睡眠保健指導用マニュアルを用いて実施。

5. 保健指導の実施内容 (項目のみ列挙)

問診や睡眠習慣チェック票 (資料) などをもとに必要な項目を実施

a) 睡眠衛生教育

・サーカディアンリズム (体内時計) と睡眠/覚醒リズムを同調させる。

・朝の早い時間 (遅くとも 9 時ごろまでに) は太陽の明るい光を取り入れる。

(明るい窓辺でも十分 OK)

毎日決まった時間に起床する

ブライトライトの利用

・体温勾配の利用

睡眠前 2 時間前後にあまり熱くない温度で入浴 (軽い運動も可)。

午後に運動ができればベター

足浴も有効

・夜遅い時間の食事は控える。空腹も満腹も望ましくない。

・交代勤務者→交代勤務者用指導を参照

b) 夜以外の睡眠を避ける (睡眠の恒常性を保つ)

昼間の仮眠をする場合は 15 ~ 30 分以内で。

c) 薬物・嗜好品への注意

・寝酒は控える。(睡眠の質を下げる & 尿意による中途覚醒の増加)

・カフェインを含むものはできるだけ控える。午後～夕方以降の摂取は避ける。

お茶 コーヒー ココア チョコレート
大衆感冒薬・鎮咳剤

サプリメント (記憶力増強: ホスファチジルセリン、TG/コレステロール/血糖: クロム、ビタミン C など)

漢方 (ストレス緩和: セイヨウカノコソウ、うつ: セイヨウオトギリソウ、心臓病: サンシチ人参、高麗人参)

滋養強壮剤 (カフェインを含む健康ドリンク、高濃度アルコール含有の薬用酒)

・不眠をきたす薬剤

抗パーキンソン剤 片頭痛薬 ステロイド、強心配糖体 (ジギタリス、ジゴキシン)、気管支拡張剤、抗癌剤、禁煙補助剤

・中途覚醒時のタバコは避ける。

d) 寝室の環境を整える

・温度や湿度を快適に保つ

・部屋を暗く静かに保つ

・寝具を適切なものにする

マットはやわらか過ぎず硬すぎず

枕は高くしすぎない

かけ布団は保温性・通気性のよいもの

e) その他

夜間の尿意に対する対策 (アルコール制限、泌尿器疾患、糖尿病等の検査治療)

行動療法

a) 刺激調整法 (Stimulus control)

睡眠と覚醒のスケジュールを持続させ、覚醒を促進する睡眠に不適切な活動を短縮させることによって、早期の入眠とベッドや寝室を再度条件づけるように訓練する。

b) 睡眠制限法 (sleep restriction)

睡眠の質を改善させるための適切な睡眠時間の制限を行う。

c) リラクゼーション法

睡眠を発生させるというよりむしろ、睡眠機序が始動するレベルまで覚醒レベルを低下させることにより、睡眠を可能にする。

- ・眠りのための音楽の利用
- ・アロマセラピー
- ・漸進的筋弛緩法 (progressive muscle relaxation)
- ・自律訓練法

d) 睡眠の認知行動療法 (CBT: Cognitive Behavioral Therapy)

不眠、感情的苦痛、非機能的認知による睡眠障害の悪循環を切る。

D. 考察

労働者の健康の保持増進のためには、睡眠障害のスクリーニングと自分自身で睡眠のマネジメントを適切に行えるよう支援することが不可欠である。海外では睡眠不足による事故や病気などの社会的損失を食い止めるために、全国的な啓発活動の他、学校や職域において睡眠に関する教育が積極的に展開されている。こうした啓発活動や教育の中で、睡眠の問題はあらゆる人々のQOL や健康に直結する公衆衛生上の重要な問題であり、疾病の予防と早期介入を図るためにも、各自が睡眠に関する必要な知識を身につけ、望ましい睡眠行動への変容をはかる必要があることが強調されている。

睡眠衛生教育は他の介入との組み合わせで有意な効果をもたらすことが示されていることから、今後、職域においても、産業保健スタッフが、睡眠衛生教育及び保健指導を実施出来るようにしておく必要がある。もちろん、他の保健指導と同様、専門的な診断治療に結びつけるべき状態のアセスメント方法などについて事前に専門家による

教育を受けておくことが望ましい。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
2. 学会発表
該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。