

走りながら考えるメンタルヘルス—自殺問題からアルコール対応まで—

鈴木 瞬

豊後荘病院精神科

SNC 産業医事務所

(平成 30 年 4 月 9 日受付)

要旨：労働災害について「業務上外に関わらず、当事者と職場双方のメンタルヘルスに影響と関連が大きい事故」と再定義した上で、職域における自殺問題、アルコール健康障害問題の 2 事例の事後対応について実際性のある考案をした。

職域メンタルヘルスにおいて理想と現実のギャップが存在している。特に、我が国の大多数を占める中小企業においては、メンタルヘルス対策が十分に進展しているとは言い難い現状がある。そのため、教科書のような美しい PDCA サイクルが回るとは限らない。自殺予防はポストベンションから始まることも少なくない。事故後は事業場全体が闘争—逃走反応にまみれ、ポストベンションの実施も一筋縄ではいかない。

また、職域のアルコール問題は責任主体が不明瞭になり、得てして誰も手つかずの無人地帯になりやすい。アルコール関連問題は特定の個人の問題としてみなされたり、特定の医療者が関わるニッチな領域であるという認識が未だ根強い。その一方で、アルコール健康障害対策基本法の施行により、今後は全ての医療者にアルコール関連問題に対する関心と理解を深め、アルコール健康障害に対する良質な医療を提供する責務が課された。具体的な実践として、スクリーニングおよびブリーフインターベンションが推奨されている。

大多数の嘱託産業医は日々要求課題が増える一方で、時間と人的・経済的資本は決して恵まれているとは言えない。その現実で、日々プロとして結果を出すにはどうしたら良いのだろうか。本稿はその問いに対して、筆者なりに「走りながら考えた」覚書である。

(日職災医誌, 66 : 363—367, 2018)

—キーワード—

自殺予防, ポストベンション, アルコール健康障害

はじめに～論点整理～

一般に知られる労働災害とは災害性の傷病や事故による疾病と認識されており、業務と疾病との因果関係が明確であることが多い。これに対し精神科領域の労働災害、つまり業務上疾病の代表といえる「強い心理的負荷を伴う業務による精神障害」は性質が大きく異なる。まず、原因が業務にあるといえるかの客観的判断が容易ではない。労使双方の安全配慮義務の解釈が分かれ係争化し、法廷による最終判断が下されるまで長期化することも少なくない。

また、発生の原因も単一であるとは限らない。その上、発生後の対応も当該労働者の性質や事業場におけるメンタルヘルス風土等に合わせざるを得ないことが多い。つまり、概して実際に医療者が事業場内で行う精神科領域

の労働災害対応は、客観的判断材料が乏しい環境における状況対応的要素が強い。一般化した説明として活字化することは困難を極める。

そのため、本稿においては労働災害を「業務上外に関わらず、当事者と職場双方のメンタルヘルスに影響と関連が大きい事故」と再定義した（以下本稿で特別な但し書きがない場合は、前述を労働災害として扱う）。その上で、死亡災害としても頻度が高い「墜落・転落」、「交通事故」に関連する労働災害を主題とした。

ここからは 2 事例を基に、労働災害と事後対応について考案したい。

事例 1. 首都圏で自社ビルを持つ A 社。今朝通勤時間帯中に 20 代男性が吹き抜けの 6 階から飛び降り自殺を図った。すぐさま救急車で運ばれるも、死亡が確認された。今年 A 社に入社したばかりの、1 年目社員であった。

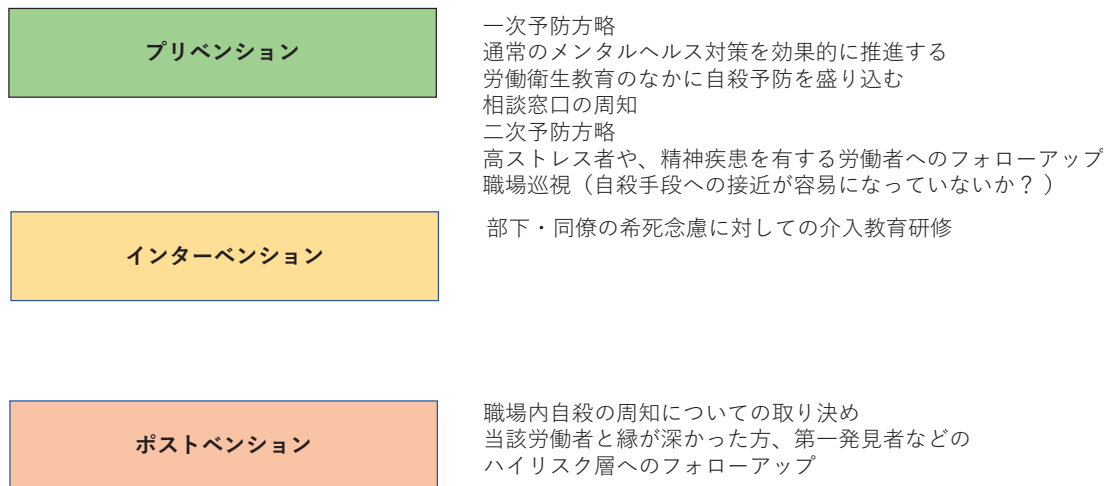


図1 自殺予防対策の一例

発生直後の時点では、社員に対する明らかな過重労働や心理的負担は確認できていない。社員の直近6カ月の時間外労働は10時間/月であった。

実際性のある、自殺予防対策を考える

事例1は長年勤務する産業保健従事者にとっては決して珍しくない自殺事例であると思う。これまで多くの成書では、自殺予防対策について図1を1例とした予防方略が啓発されてきた。

上記の対策が理想的であることには論を俟たない。しかしながら、職域メンタルヘルスにおいて理想と現実のギャップは常に存在しており、実践は理論通りにはいかない。特に我が国の圧倒的大多数を占める中小企業においては、メンタルヘルス対策が十分に進展しているとは言い難い現状がある。また、嘱託契約を結ぶ地域の産業医の時間的、人的資本上の限界にも留意しなければならない。多くは本業を持つ嘱託産業医に、月1~2時間の訪問内で上記対応を求めるのはあまりに酷であろう。それだけでなく、昨今産業医に求められる役割は増大する一方である。目の前の課題で悩まされる職場の実地家が、腰を据えてじっくり「自殺予防方略」に向き合う、などということはほとんど無いと言って良いのではないか。

最も困難なPLAN/DOに向き合う～ポストベンションから始まるメンタルヘルス対応～

そのため、事業者側としても、医療者側としても、腰をすえた対策を取るのには、不幸にして自殺が発生した後となることが多い。あまりにも限られた時間で日々の要求課題をこなす産業保健職にとって、残念ながら自殺対応のPDCAはポストベンションから始まることも少なくない。

普段は夢にも思わなかった事業場内自殺をいざ前にし、慌てて自殺対応マニュアルを読んでもみるも、圧倒的

な現実の前にマニュアルは心もとなく映る。数々の研修会で聞かされたPDCAサイクルという美辞麗句も頭の中から吹き飛ぶ。これは医療者のみならず社内関係者も同様であり、組織全体が事業場内自殺というストレス因により、闘争—逃走反応にまみれる。

社内に蔓延する「闘争—逃走反応」に向き合う

事案後社内ではしばしばみられるのが、一部の幹部のみで極秘裏に問題処理を図ろうとすることや、問題の隠蔽である。一方で特定の幹部が全社員に対して毎週ストレスチェックを実施するよう指示するなどの、明らかに過剰ともいえる反応を示すこともある。医療者自身を含め、多くの関係者が何らかのストレス反応を示している。職場全体の空気が淀み、闘争—逃走反応にまみれている。その前提で私たちは迅速かつ確実なPLANを遂行していかなければならない。これはまさに言うは易く、行うは難き課題である。

少なくとも、事故後はめいめいが心理的に視野が狭窄している。決断や行動は焦らず、冷却する時間を持つべきだろう。過剰反応や隠ぺいを示す一部の社内幹部に対しても陰性感情、敵対感情を抱くのではなく、まずは彼らをケアすること、専門職としてまずは彼らを支援する準備があることを示した方が事がうまく運ぶ。

ポストベンションの原則¹⁾とは、「(1)関係者の反応が把握できる人数で集まる」、「(2)自殺について事実を中立的な立場で伝える」、「(3)率直な感情を表現する機会を与える」、「(4)知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する」、「(5)個別に相談を希望する人には、その機会を与える」、「(6)自殺にとくに影響を受ける可能性がある人に対して働きかける」「(7)その他」である。これらも実際に、闘争—逃走反応にまみれた職場内でただちにすべて計画し行うのは容易ではない。

一部の社員、多くの場合管理職からは、「ようやく日常

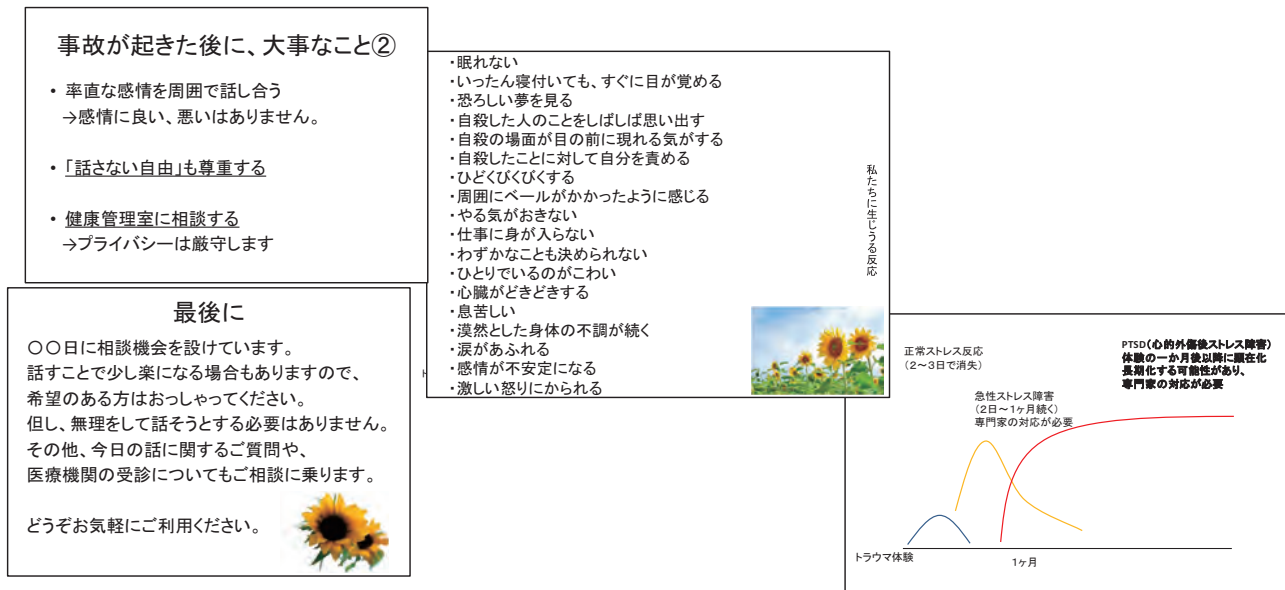


図2 講話の一例(筆者のスライドから)

を取り戻したところに、余計なことをするな」「みんな気持ちを切り替えているところなんだ」「寝た子を起こすような真似はやめてくれ」といった非難を受けることがままある。医療者側も経験が不足しているうちは、その怒気に圧されて計画を中止してしまうこともあるだろう。しかし後述するが、一見平穏な日常の水面下にはその日常から取り残されている人々、行き場のない感情を抱えた人々、これまで経験したことがないストレス反応に悩まされる人々の静かな怨嗟があることを実地家は想像する必要がある。

限られた時間とコミュニケーションのなかでポストベンションを行うとして、現実的な落としどころはどこにあるだろうか。筆者は衛生講話の実施と考える(図2参照)。可能であれば計画に消極的な幹部にも参加してもらい、実態を理解してもらうのも手である。ただ一方通行に講話するだけでなく、講話中に聴衆の反応を観察しながら、ハイリスク層を見定めることも重要である。明らかにしくしくと泣いている者、講話中ずっと俯せている者等について、後から保健職と共有し、積極的介入も念頭に置く。

相談機会を設けてみると、一見平穏な日常を送っているように見える労働者の率直な感情が露わになってくる。「この面談がなければ、退職する予定でした」「この会社はおかしいです。人が一人亡くなってるんですよ?」「ずっと、膜が張っている感じで、なんか現実じゃないような・・・」「おかしいのは、自分だけじゃないんだって、知れてよかったです」などの、様々な反応が見られる。それに対し医療者は、あたかも自殺対応の百戦錬磨のように振る舞い、傾聴しなければならない。

ポストベンションは医療者にとっても非日常的、緊急業務であり、その負担は決して小さくない。そのため、

ポストベンションが終わるといささか燃え尽きたような心持ちになる。とてもではないが、次年度のメンタルヘルス対策を議論する気力が残らないこともある。ポストベンションを次へのプリベンションに結びつけ、大きなPDCAサイクルを回すためには、気力のある段階、つまり、ポストベンション開始段階で、次年度からのメンタルヘルス対策を話す時期を明確に決定しておくことが重要である。

事例2. 首都圏のB工場にて、今朝工場内で交通事故が発生。40代の女性社員が通勤運転中に20代の男性社員に衝突した。女性には怪我はなかったものの、20代男性は左足骨折を伴う重傷を負った。女性からはほのかに酒臭が漂っていた。女性の部署では昨日忘年会が開催されていた。

無人地帯となりやすい職域アルコール問題

2例目は少々意地の悪い事例である。さて、この事故の問題の大元はどこにあるのだろうか。女性にあるのか、それとも、昨夜の忘年会で何かあったのだろうか。そもそも、この事故はメンタルヘルスとして取り扱うべき問題なのか。骨折ならばフィジカルヘルスではないか。そもそも医療者が関わる問題か。組織としての問題ではないか。いやいや、飲酒は個人の問題ではないか。かように、職域のアルコール問題は責任主体が不明瞭になり、得てして誰も手つかずの無人地帯になりやすい。疾病の業務上外判断においては、アルコール関連は個体要因として位置付けられており、業務に起因するものではないという認識が共有されている。その意味では、あくまで個人の問題であるという主張にも一理ある。その一方で、アルコール健康障害対策基本法(以下、基本法)に基づく推進対策基本計画においては、「アルコール依存症に関

する問題を、個人の問題としてのみ捉えず、社会全体の問題と捉え、必要な知識や医療、回復のための支援を講じることが必要である。」とされている。問題は、残念ながら後者の認識が社会全体、それどころか医療者側に共有されていないことである。

教養としてのアルコール健康障害対応

その背景には、多くの医療者が抱いているであろう、「アルコール健康障害対応は一部の物好きがやるニッチな専門分野である」という旧来的認識がある。これは明らかな誤解である。というのも、基本法において、「国民は、アルコール関連問題（アルコール健康障害及びこれに関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題をいう。以下同じ。）に関する関心と理解を深め、アルコール健康障害の予防に必要な注意を払うよう努めなければならない（第7条）」、「医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力し、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に寄与するよう努めるとともに、アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない（第8条）」と明記されているからだ。特定の専門家ではなく全ての医療者に責務が課されている。それが国民の知るところであることを私たちはこれ以上無視できないだろう。これからのアルコール対応は、すべての医療者にとっての教養であると認識していくべきである。

プライマリケア領域におけるアルコール使用障害への対応として、スクリーニングおよびブリーフインターベンションが推奨されている。スクリーニングにはAUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test)²⁾³⁾が広く用いられる。40点満点中8点～14点であれば「問題飲酒であるが、アルコール依存症までは至っていない」とされ、ブリーフインターベンションの対象となる。ブリーフインターベンションは特定健康指導において「減酒指導」として扱われており、その特徴は、「1. 断酒ではなく飲酒量の減量あるいは危険でない飲酒 (non-hazardous drinking) を目標にする」、「2. 依存症に関わる専門家ではなく、プライマリケアの医師あるいはヘルスケアの従事者によって行われる」、「3. 依存症の患者ではなく、依存症でない患者を対象とする」⁴⁾ことである。具体的な手法については、久里浜医療センターのホームページにリンクされた動画教材等⁵⁾を参照いただきたい。ブリーフインターベンションは直訳すれば「簡易的介入」である。難しく考えて実践しないよりは、不完全でもいいので積極的に場数をこなし、反省することが重要であると筆者は考える。

職域における酒害教育をどのように進めるか

基本法が施行され、各都道府県で基本計画が策定されるなかによりながら、前述の通り職域においては未だに

アルコール問題は特定の個人の問題とみなされる風土が根強い。例えばタバコの健康障害も2000年代までは注目されていなかったが、この10年で一気に啓発された歴史がある。昔は職場で禁煙教育を行うと、必ず愛煙家の上層部から煙たがられていたが、時代は変わるもので今では社内から、「もっと禁煙を進めてくれ」と発破をかけられることも少なくない。同様に、アルコール健康障害の国民的認識も今後10～15年で大きく変わっていくのかもしれない。

いずれにせよ、今を生きる実地家は現状の認識に対して効果的な動機付けを図らなければならない。手法として筆者がお勧めしたいのが、タバコの健康障害と抱き合わせて衛生教育を実施することである。「タバコの健康問題」から、「依存症のメカニズム」と展開し、最終的にはアルコール健康障害とスクリーニングを実施するのである。

まとめ～走りながら考えるメンタルヘルス～

私たちは今激変する世界に生きている。個人の価値観、労働観は分断されてしまった。事業場もグローバル化が進む職場で日々を生き延びることに必死である。分業化は進み、誰もが自らの与えられた持ち分をこなすことに必死である。それにより、職域メンタルヘルスには責任主体が不明瞭な無人地帯が出現してしまった。

大多数の嘱託産業医は日々要求課題が増える一方で、時間と人的・経済的資本は決して恵まれているとは言えない。その現実で、日々プロとして結果を出すにはどうしたら良いのだろうか。本稿はその問いに対して、筆者なりに限られた時間で出した覚書である。

問題の急性期には教科書のような美しいPDCAサイクルが回せるとは限らない。変化が常態である世界で、産業医は限られた資源のなかで「走りながら考え、考えながら走る」必要がある。小刻みで、傷だらけのPDCAを回し続けなければならない。もちろん、次年度以降の大きなPDCAにつなげていくことも忘れてはならない。そのためにも、問題急性期の対応には職業人としての真摯さと当事者意識が求められ、長期的には理性的で定量的な問題確認が求められるだろう。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 中央労働災害防止協会編：職場における自殺の予防と対応 改訂第5版。東京，中央労働災害防止協会，2010。
- 2) Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB, et al: AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992.
- 3) 廣 尚典訳：WHO/AUDIT (問題飲酒指標/日本語版)。千葉テストセンター，2000。
- 4) Anderson P, Gual A, Colom J, et al: Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief

intervention. Barcelona, Department of health of the government of Catalonia, 2005.

- 5) 独立行政法人久里浜医療センター：ツール・教材・動画. 独立行政法人久里浜医療センター. 2018-3-14. http://www.kurihama-med.jp/kaijo_tool/index.html (参照 2018-3-30)

別刷請求先 〒315-0112 茨城県石岡市部原 760—1
豊後荘病院
鈴木 瞬

Reprint request:

Shun Suzuki
Bungosou Hospital, 760-1, Hebara, Ishioka-shi, Ibaraki-ken,
315-0112, Japan

Considering Mental Health While Running: Addressing Suicide and Alcohol Problems

Shun Suzuki

Department of Psychiatry, Bungosou Hospital
SNC Occupational Health Office

After having redefined “industrial accident” as an “accident that greatly influences and is highly related to the mental health of the person and workplace concerned, regardless of whether or not it happens in the course of his/her job,” I made practical suggestions regarding postvention for the two cases of suicide and alcohol-related problems that occurred in the workplace.

In occupational mental health, there is a gap between the ideal and reality. The reality is that mental health measures are far from fully developed, especially in small- and medium-sized enterprises that account for a large majority of the companies in our country. Therefore, their plan-do-check-act (PDCA) cycle does not necessarily work as well as the one illustrated in a textbook. The prevention of suicide often begins at postvention. After an accident, the whole workplace turns into a chaotic environment of fights and attempted escapes, and postvention can never be conducted easily.

Also, in the confusion of responsibility, occupational alcohol problems tend to become neglected issues that nobody attempts to rectify. The deep-rooted perception that an alcohol-related problem only occurs among certain individuals and is a niche area for specific medical practitioners to work on still remains. On the other hand, the Basic Law on Measures against Health Problems Caused by Alcohol Intake has been implemented, which imposes on all medical practitioners the responsibility to offer high-quality care for patients with alcohol-based health problems, showing deep interest and understanding. Screenings and brief interventions are recommended as specific practices.

Although most part-time industrial physicians have requests and tasks that increase day by day, they are never endowed with sufficient time, human and economic resources. How can they produce good results every day as professionals under such reality? This paper is a memo of what the author thought about this question; thinking while running.

(JJOMT, 66: 363—367, 2018)

—Key words—

prevention of suicide, postvention, alcohol-related problems