

震災後のメンタル問題に対し、労働組合・職場は何に取り組んできて、これから何をしようとしているのか。

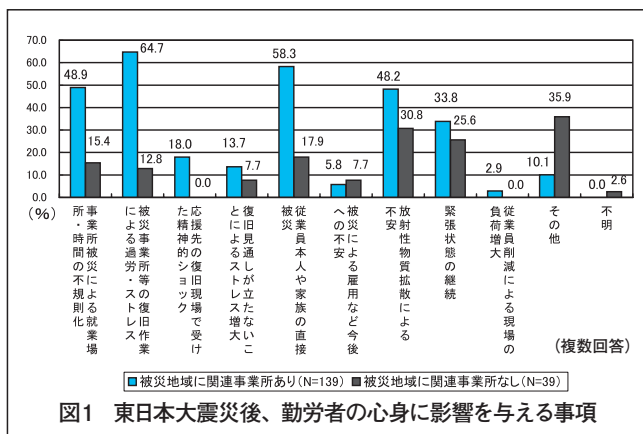
# 勤労者のメンタルヘルスの実態と職場の対応

今井 保次 (公財) 日本生産性本部 メンタル・ヘルス研究所 所長代理  
飯田進一郎 (公財) 日本生産性本部 メンタル・ヘルス研究所 研究主幹

## 1. 震災アンケート調査から

日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所は、平成23年3月11日東日本大震災の後、5月から6月にかけて上場企業を対象に緊急アンケート<sup>1</sup>を実施した。回答のあった257社の分析結果の主なものを紹介したい。震災によって企業の活動に対する負の影響があったと答えたのは71.2% (183社)であったが、被災地域に関係事業所が「ある」か「ない」かで見ると、関係事業所が「ある」企業161社のうち「影響がある」は86.4% (139社)にのぼった。

さらに、被災地域に関係事業所が「あり」、従業員の心身に影響を与える事項に回答のあった139社中、その影響は「被災事業所等の復旧作業による過労・ストレス」(64.7%)、「従業員本人や家族の直接被災」(58.3%)、「事業所被災による就業場所・時間の不規則化」(48.9%)が上位3位で、4位に「放射性物質拡散による不安」(48.2%)が続く。一方、被災地域に関係事業所が「ない」39社は、「その他」(35.9%)、「放射性物質拡散による不安」(30.8%)、「緊張状態の継続」(25.6%)が上位3位であった(複数回答：図1)。



当然のことではあるが、被災地域に関係事業所が「ある」か「ない」かで影響の様相は異なっている。「放射性物質拡散による不安」と、それをも含めた「緊張状態の継続」は日本全体をおおっているものだろう。被災地では「従業員本人や家族の直接被災」の問題に加えて、調査時点の5・6月には「被災事業所等の復旧作業による過労・ストレス」や「事業所被災による就業場所・時間の不規則化」が大きな問題となっている。

## 2. 日常生活の再建

このような困難な状況は悪い影響を与えずにはおかない。心身の健康面に限って言えば、目に見えない放射能への恐怖や緊張状態の継続は神経症(不安障害・強迫性障害)を、地震や津波を直接経験することはPTSD(外傷後ストレス障害: Post-traumatic stress disorder)を、勤務の過重や不規則は過労や身体疾患を心配することになる。

放射能への恐怖は実態があるものなので、それを怖がったからといって病気ではない。しかし恐怖の程度があまりにも激しければ治療の対象となろう。まずは事実関係と正しい科学知識とともに、現実にある脅威を除く方法を知ることであろう。これを実現するには個人の努力では限界がある。国や自治体や組織の力がぜひとも必要になる。

企業活動の復旧も、個人の努力には限界がある。現場では復旧作業に人手がとられ、通常業務を以前より少ない人数でこなさなければならないという現実もある。震災の影響ばかりではないが、このような間接的な影響で被災地以外でもメンタル不調者が増えている

企業もある。

精神疾患の治療は薬物療法と心理療法に大別できるが、心理療法に限って言えば、心理療法の基本は“あるがままに受け入れる”ことにある。何を受け入れるかは、自分の置かれている状況と自分自身と他者である。しかし、被災という状況を“あるがままに受け入れる”ことは明らかに不適切である。最初に求められるべきは日常生活の再建であり、その上で心理療法的アプローチが施されるべきであろう。

私どもは被災者のために日本精神衛生学会の「心の相談緊急電話」を応援してきたが、直後の電話相談には、病院が被災し薬が手に入らないというものが多かった。その他、別々に暮らしていた家族を引き取り同居することになったことで起こる家族どうしの齟齬、大切な人が亡くなったという現実をどのように受け入れたらよいのかというもの、などがあった。被災者自身が相談先を適切に選んでいるという印象である。当然だが、毛布がない、食物がない、水道や電気が来ない、情報や道路が通じないという相談はなかった。「薬が手に入らない」を、「病院を紹介してください」に置き換えると、相談内容は通常時の相談と異なることはない。今回のように特別な事件であってもその経緯は別として、人の悩みは家族であり、重要な他者との関係であることがわかる。

### 3. (早期) 介入への疑問

一方、特別な事態に遭遇したことが原因であることを条件とするのがPTSDである。PTSDの早期介入法としてデブリーフィング(debriefing)が有名である。デブリーフィングとは、もとは軍사용語であり、災害・事故発生後24～72時間以内に、同じ現場で同程度の心的衝撃を体験した人を対象に、ピア・サポート要員(同僚)数名と心理・精神保健の専門家が、輪になって座り、経験を話し合うトラウマ予防法である。「あの時、感じたことは、私だけではなかった」などの認識を引き出し、トラウマを和らげる効果があるとされるが、近年、効果が疑問視され、トラウマを再体験させることになるので逆効果になることもあることが指摘されている<sup>2</sup>。この批判の意味するところは、強制的にシステムチックに介入するのではなく、日常の自然な形での癒しが重要であるということである。

癒しは自然な形が良いという発想ばかりで

なく、自然な形での症状は病にしないという発想もある。家族を含む重要な人を亡くすこと、つまり喪の体験はうつ状態になりやすく、精神疾患の診断基準<sup>3</sup>においてもこのような状態はうつ病とはしていない。また古くは、精神分析の創始者であるフロイトは『喪とメランコリー』<sup>4</sup>で、喪に対して「わたしたちは、喪は一定の時間がたてば克服されると信じており、喪の邪魔をすることは役に立たないばかりか有害でさえあると考えている」と述べ、メランコリーは医療の対象だが、喪は対象ではないとしている。喪は自然な形での癒しに任せるべきということだ。

さらにPTSDの症状自体も自然な症状とすることもできる。PTSDとは、外傷体験を条件として、夢やフラッシュバックなどでの「追体験」、関連する刺激を「回避」すること、過剰な「覚醒状態」などの症状があり、潜伏期(数ヶ月後かどうかは厳密でない)後に症状が現れるのが特徴である。PTSDは心の傷という漠然としたものではなく、上記のような特異な症状がある。そして、これらの症状の意味は、特別に危険なことなので常に思い出し(追体験)、逃げる準備をする(回避)、眠っているうちに再来するといけないので眠らないようにする(覚醒状態)ことと考えられる。これはこれで自然な反応と言えるが、日常生活では、集中力が低下し、記憶が損傷するなどして、現在の生活・仕事に支障があるので障害とされるのである。PTSDは、世界保健機構(WHO)の分類<sup>5</sup>では適応障害と同列に扱われている。

### 4. 職場での受け入れ方

PTSDであろうが、大切な人・ものを失った人(喪)であろうが、職場での受け入れ方は同じである。第一に、仕事をする中で安心を得ること。不都合な感覚や感情を持っていても、そのような症状があったとしてもここは安全であることを知ってもらおう。それは、雇用の確保であり、メンバーシップの宣言であり、歓待することである(歓迎会など大きなことはしない方がよい)。仕事の量を減らすことはあっても、半端な仕事をするアルバイト扱いにはしない。

次に、話を聴くこと。話を引き出すために話題を振ったり質問をしてもいいが、その時、体をこわばらせて緊張している様子があったら、その話は止める。彼が話したいなら、業務に支障がない限り聴く。このように経験を

語り、意見を交わし、話をする事は、自分の経験を整理し、いままで創り上げてきた自分の物語（アイデンティティ）に今回の経験を組み入れることを可能にし、不都合な症状が発現しにくくなる。そして、この物語はどんなものでもよいということにはならない。不都合な事実を隠したり、ねじ曲げて別のものにしたりはならない。“あるがままに受け入れる”という基本が大切となる。

さらに、援助の手を差し出すこと。具体的には、声かけ・挨拶をすることで充分であるが、一歩踏み込んで相談に乗ってもいい。内田<sup>6</sup>は、モースの『贈与論』<sup>7</sup>を引用しながら「挨拶というのはある種の贈り物です。‘おはよう’と誰かに呼びかけられる。僕たちはそれを聴くところから‘おはよう’と言わなければならないという強い返礼義務を感じます。負債感と言ってもいい。同じ言葉を返さないと気持ち片付かない。挨拶した方もそうです。挨拶したけど返礼がないということになると、気持ちが片付かない。片付かないどころか、心に傷を負います」と述べ、何でもない挨拶がいかに実現しにくいかを明らかにしている。挨拶は、大きな心理的リスクをものともしない勇気が必要なのだ。

以上を上手にできる職場は日頃のメンタルヘルスも良好な職場である<sup>8</sup>。今回の震災は特別な出来事なので特別な対応が必要というより、何よりも日頃の職場の姿勢が問われているのである。

非常事態を経験し、大切な人・ものを失えば、PTSDやうつ状態（喪）になることは普通のことと言っていいのかもしれない。しかし通常はPTSDにもうつ状態にもならない。大災害の後、人々は無償の助け合いを行い、混乱の中でも秩序立って行動する、いわばユートピアと呼んでいいような状況が出現することをソルニット<sup>9</sup>は報告している。先の震災アンケート調査でも、「被災事業所等の復旧作業による過労・ストレス」「事業所被災による就業場所・時間の不規則化」が上位にあることは、同胞を助け合っていること、そして助け合う彼らを配慮していることと解釈することもできよう。

## 5. 虚構とうつ

フロイトは先の『喪とメランコリー』で喪とメランコリーを区別しているが、この区別を理解することは至難だ。喪もメランコリーも愛するものを失った悲しみを共通とするが、

喪での愛する対象は家族であり家であり仕事であるように、具体的に現実的な‘もの’の喪失であるのに対して、メランコリー（うつ状態）は観念的な‘何か’の喪失であるとフロイトは説明している。今回の震災で大切な人・ものを失った人の悲しみは誰もが理解できるものであるので、職場としても先に示したように対処のしようはある。

しかしメランコリーの喪失は具体性がなく観念的であるだけに、職場の仲間は彼が何を失ったのか理解しにくい。失ったことに対して後悔し自らを責めるのだが、人前ではその様子は自分の欠点をさらけ出す厚かましいおしゃべり好きという印象になることもあり<sup>10</sup>、病と認識することは難しくなる。従って、自然な形での回りからのサポートも得にくくなる。このように職場でできることの限界があることを知っておかなければならない。

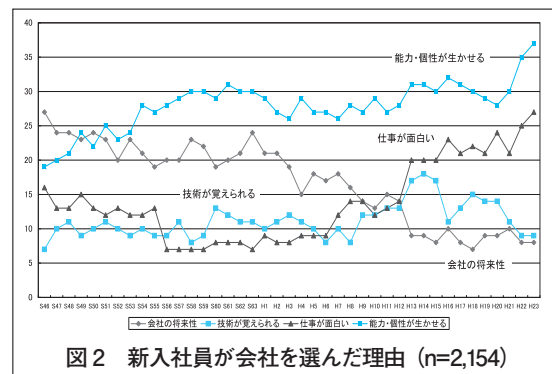


図2は、私どもが毎年発表している新入社員の意識調査<sup>11</sup>のうち、新入社員がその会社を選んだ理由の経年変化である。1971（昭和46）年頃は「会社の将来性」だったが、これが年々地位を下げて、図の4つの中では近年最下位になっている。近年の動きとしては「仕事が面白い」が急浮上して一位に迫ろうとしている。2001（平成13）年に急激に上昇しているが、現実の仕事がこの年から面白くなったとは到底思えない。これ以後も上昇を続けているので、一時的な傾向ではない。仕事を体験した上で面白いという感覚なら安心だが、非現実的な夢を抱いて入社したものの夢破れてうつ状態になるという危険を感じさせる。彼らが託した夢の根拠は何なのだろうか。マンガやゲームなのだろうか。それとも学校や企業側の甘言なのだろうか。これは新入社員個人の責任に帰すべきことではなく、社会現象として捉えるべきものと言える。不本意だが組織は、一旦は彼らの夢を砕く役回りとならざるを得ないようだ。そして実際に彼らが働く

経験を積むことで、仕事に自分の存在の根をはり、虚構でない自分自身をつくっていくことを期待したい。職場での受け入れ方は4.で示したことと同じである。ただし歓迎会という儀式は必須である。

## 6. うつの克服法

フロイトが喪とメランコリーを区別する以前は、メランコリー（うつ状態）は、さほど悪いこととは考えられていなかった。16世紀フランスの思想家、モンテーニュは自らのうつ気分をいかに導くかを思考し、肉体と精神のバランスを求め、かの有名な『エッセー』を死ぬまで書き続けた。病を回避しようとした努力は、実に説得力のある作品となっている。

一方、現代のうつ克服法は、薬と認知の矯正である。薬は服用すべきであるし、認知が間違っているなら直さなければならない。しかし、うつ状態の私の認知を直そうとするには、あまりにも単純で説得力がない。なにか馬鹿にされた印象すらある。モンテーニュが思考した奥の深い、機知に富んだものを提示してほしくなるが、どうやらそれは無理なようだ。人から与えられるのではなく、モンテーニュのように自ら思考を深めなければならないのだろう。

アロイとアブラムソン<sup>12</sup>は実に興味深い実験を行っている。大学生（知的レベルは同じ）に確率を予測させる課題を与え、うつ傾向のある群とそうでない群の成績を比較した。結果は、うつ傾向のある大学生の方が成績はよかった。間違っただのはうつ傾向のないグループの方であった。つまり正しい認知（確率予測）を持てたのはうつグループの方であったのだ。世の中は、正しく知れば知るほど暗い見通しばかりである。うつにならないのが不思議なくらいだ。モンテーニュのように知性の現われとしてのうつもありそうだ。

どんなに努力しても、確固とした自分をつくることは不可能である。モンテーニュ<sup>13</sup>は、「もしわたしの魂がしっかり足をすえることのできる存在だとすれば、…… わたしは自分のかたちを確固としたものにきめたことだろう」と述べ、「わたしは存在を描かない。推移を描く」とした。私の存在ばかりでなく人生の推移もリアルなものである。虚構の夢に逃げることなく、リアルな現実在即した予測を持ち、世の中の人とすみかと仕事を大切に生きる生き方が、組合員の健康を支えていると言えよう。

- 1 メンタル・ヘルス研究所「第2章 東日本大震災とメンタルヘルスへの影響に関する緊急アンケート調査結果」『産業人メンタルヘルス白書 2011年版』日本生産性本部 pp.35-62
- 2 van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AH, Emmelkamp PMG (2002) Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet 360: 766-771.
- 3 アメリカ精神医学会 (2000) 『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』高橋三郎、染谷俊幸、大野裕訳 (2003) 医学書院
- 4 新宮一成監修 (2010) 「喪とメランコリー」『フロイト全集 第14巻』岩波書店 p.274
- 5 WHO (1992) 『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』融道男、小見山実、大久保善朗、中根允文、岡崎祐士翻訳 (2005) 医学書院
- 6 内田樹 (2011) 『呪いの時代』新潮社 p.178
- 7 マルセル モース (1925) 『贈与論』吉田禎吾、江川純一訳 (2009) ちくま学芸文庫
- 8 メンタル・ヘルス研究所 (2008) 「組織の存在証明」『産業人メンタルヘルス白書 2008年版』社会経済生産性本部 pp.107-131
- 9 レベッカ・ソルニット (2009) 『災害ユートピア～なぜそのとき特別な共同体が立ち上がるのか』高月園子訳 (2010) 亜紀書房
- 10 『フロイト全集 第14巻』岩波書店 p.433
- 11 日本生産性本部 (2011) 『平成23年新入社員の働くことの意識』
- 12 Lauren Alloy & Lyn Abramson (1979) Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: Sadder but Wiser? Journal of Experimental Psychology, Vol.108, No.4, 441-485.
- 13 マイケル・スクリーチ『モンテーニュとメランコリー～エッセーの英知～』荒木昭太郎訳 (1996) みすず書房 pp.149-150