

過労死・過労自殺と関連する個人や社会の要因

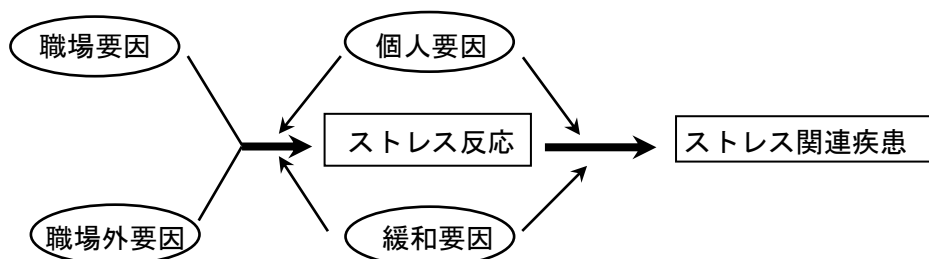
大阪公立大学大学院医学研究科 神経精神医学

日本うつ病学会

井上幸紀

過労死等とは、1) 業務における過重な負荷による脳血管障害・心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、これらの脳血管障害・心臓疾患、精神障害、と過労死等防止対策推進法第2条に定義づけられています。これらから、業務による強いストレスと心身の変調が過労死等認定の核となることは明かです。米国国立労働安全衛生研究所（NIOSH）はNIOSH 職業性ストレスモデル（図1）を提案していますが、医師が主に対応するのはその中の高血圧や抑うつ気分などのストレス反応や心筋梗塞やうつ病などのストレス関連疾患となり、そこに過労死等が含まれます。医師として労働者のこれら症状や疾病に対応する時に、その背景ストレスである職場要因、職場外要因、個人要因、緩和要因などを理解することが、労働者の全人的対応に結びつくとともに、過労死等の予防にも関連します。今回は個人要因、特に性格傾向や考え方の癖に注目したいと思います。

（図1） [NIOSH 職業性ストレスモデル概略]



就労内容に個人の性格傾向や考え方の癖なども関連した結果、職場への適応問題からうつ病などの病気に至ることがあります。職場への適応問題には大きく分けて不適応と過剰適応があり、不適応は本人の訴えも多くわかりやすいのですが、過剰適応は本人にその自覚がないことから心身の不調が表面化しにくく、対応が遅れることがあります。過剰適応では、「～でないといけない」「～すべきだ」などという仕事に対して適応的な思いが過剰となり、仕事や人間関係などさまざまなストレスを抱え込んでしまいます。その結果、表1に示すような様々な心や体の不調を示すようになります。

職域における精神障害として一番多いのはうつ病ですが、適応障害という診断名もよく耳にするようになりました。職域で見る適応障害の診断書の中には、職場で適応できていないことのみを意味している場合もあり、精神科診断としての適応障害と必ずしも一致しない場合があることに注意が必要です。職場で適応障害状態が生じる背景を、1) 職場そ

のものに大きな問題がある場合、２）職場にも個人にも大きな問題はないもののミスマッチが起こっている場合、３）労働者個人に問題があり職場に関わらず問題を生じる場合、に大きく分けて考えることもできます。１）の場合には適応障害という診断は妥当なことが多く、職場の環境改善が主な対応になりますが、３）の場合には職場環境的に問題がないこともよくあります。ただ、労働者本人のうつ病などの病気や発達障害的な特性により不適応症状が生じる場合は、職場対応よりも医療的対応が求められると理解した方がいいでしょう。２）の場合、無口な人が営業の最前線に異動になったような場合、無口であることも営業の最前線も各々は問題がないのですが、ミスマッチにより適応障害状態となります。その背景にはミスマッチだけのこともあれば、３）同様に一定の病気や特性が隠れている場合もあり、それに対する医療的対応により職場への不適応状態が改善することもあります。職場で最も多く見る診断名はうつ病ですが、適応障害などの診断書に含まれたうつ病など精神疾患にも適切に関わる必要があります。特にうつ病である場合、「みんなに迷惑をかけている」「私には価値がない」「病気は治らない」などの自然と浮かぶ不適切な思考に左右された行動により就労が困難になったり、衝動的な行動にも結び付き、労働者に自然と浮かぶ考え、ただ周囲から冷静に見ると間違った考え、に早く気づき対応することが本人にも周囲にも求められます。

ストレスは体の不調（心身症）としても現れます。人にはストレスによって不調が生じやすい体の器官が決まっている（器官選択性）と言われており、ストレスが胃にくる人は仕事の問題でも家庭の問題でも胃が痛くなります。これを内科疾患として服薬で対応すると、次のストレスでは（服薬していれば）胃に不調は生じず口内炎など別の部位に不調が生じ、新たにその治療を受けることになります。ストレスによる体の不調を“モグラ叩き”のように投薬で対応すると、多剤併用による副作用が生じたり、症状が循環器系に出た場合は命に関わる場合もあります。

（表１） [ストレス関連障害の例]

精神障害

気分障害 ：うつ病性障害
物質関連障害：アルコール関連障害、ゲーム依存
不安症 ：パニック障害
適応障害
摂食障害

心身症

神経系 ：片頭痛、筋収縮性頭痛
循環器系 ：狭心症、心筋梗塞、本態性高血圧、不整脈
呼吸器系 ：気管支喘息、過換気症候群
口腔・消化器系：口内炎、消化性潰瘍、過敏性腸症候群

内分泌・代謝系：肥満症、糖尿病、甲状腺機能亢進症
眼科・耳鼻咽喉科領域：原発性緑内障、咽喉頭異物感症
骨・筋肉系：関節リウマチ、痙性斜頸、腰痛
皮膚系：神経性皮膚炎、円形脱毛症、慢性蕁麻疹
泌尿器・婦人科領域：インポテンス、神経性頻尿、無月経

このように、ストレスによる心や体の変化を放置すると、過労死・過労自殺等に至る場合もあり、ストレスによる心身の症状への理解と対応（図2）が必要です。その一つとして、ものの考え方の癖を理解してより適応的な考え方を獲得することが挙げられ、これは過労死等を予防することにもつながります。ただ、過剰適応に至るものの考え方は仕事上では有益なものであるため、患者が自身の認知の仕方を変えようとしても、職場にその理解がない場合には再燃することも多くみられます。主治医としては疾病性を改善し、就労状況に合わせた投薬、職場を考慮した認知パターンの修正などを行い、適切な就労環境設定に関与したいという気持ちは強いですが、しかし、主治医としてよかれと思った認知行動療法的アプローチであっても、実際の職場の実情にそぐわなければ認知の修正（再構成）が適切に活かされず、就労継続に伴い元の認知的傾向に戻り再発してしまうこともよくあります（燃え尽きて抑うつ的になった労働者に無理をしないように理解させても、良くなったからと職場が労働者に以前同様の労務負荷をかけ、責任感からそれを受けて結局前回同様に燃え尽きてしまうなど）。治療により生じた認知傾向などの変化を医療者と労働者、職場関係者が共有することが重要です。

（図2） [職域における治療や対応概略]

<より精神疾患>



薬物療法（産業現場では行えないことが多い）

精神療法（認知行動療法・ストレスコーピング他）：

浮かぶ思いと違う考え方を検討（認知再構成法）

うつ状態：俺はダメだ、みんなに迷惑

不安状態：失敗したら、嫌われたら

後悔しない合理的判断の支援（問題解決技法）

仕事で今をどう乗り切るか、合理的思考

ストレス対処指導

課題優先対処・感情優先対処・回避優先対処等のバランス

マインドフルネス（今この瞬間を大切にする）

職場環境調整

職場要因・緩衝要因・職場外要因・個人要因など

<より不適応症状>

2019 年末からコロナ禍が波を打ちながら継続しています。それ以前から在宅勤務を含む働き方改革が既に検討されていたこともあり、在宅勤務が急速に広まりました。2020 年当初はその長所（通勤不要、感染防御、ワークライフバランス向上など）や短所（在宅勤務体制の不備、ラインケア不足、孤立化など）が取り沙汰されていました。時間とともに個人も会社も適応的に変化し、在宅勤務の短所は改善しつつあるようです。一方、個人として在宅勤務の好き嫌い、会社として職種としての在宅勤務の適否、国の方針としての感染防止と経済活性化のバランスなど多様な因子があり、在宅勤務を今後も継続するのか、してほしいのかについては意見が分かれています。就労環境の大きな変化に対し労働者個人はさまざまな考え方や価値観を持っているため、一律の労働環境整備は職場不適應状態に至る人を増やす可能性があります。大きく社会が変わりつつある昨今、新たな形の過労死や過労自殺に関わる要因にも注意が必要かもしれません。