

乗務員の体調管理に関する研究

東洋大学 総合情報学部 総合情報学科 准教授 喜岡 恵子

1. はじめに

鉄道事業者は、鉄道の安全・安定輸送を担う乗務員の日々の体調について乗務前の点呼等で確認を行い、また、身体的な適性管理として医学適性検査を年に1回以上行い、乗務員が運転関係の作業を行うのに支障がないことを確認している。乗務員自身においては日頃から心身の健康の維持増進をはかり、特に睡眠や飲酒に関して乗務に支障がないように気を配り、体調管理に努めている。

しかし、精神的なメンタルヘルスの管理は容易でない。近年、うつ病や新型うつ病といった精神疾患が増えたといわれる。そのような疾患の特徴、増加の理由、予防のしかたについて調査した。

また、身体的な体調管理として生活習慣病の予防法を考える。習慣、つまり繰り返す行動がその人の心と体を作るといわれる。例えば、長期にわたって、大量飲酒という習慣が繰り返されると肝硬変になる確率が高くなる。しかし、健康によくはない習慣だからといってそれを変えるのは容易ではない。行動を変容させていくための意志力について考える。

2. 精神的管理

現在、多くの組織において「メンタルヘルス」が重要な課題となっている。厚生労働省が5年ごとに行っている労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）によると、平成19年度調査では、「過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1カ月以上休業・退職した労働者がいる」と回答した事業所は全体では7.6%だが、事業所規模が5000人以上、1000～4999人といった大きなところでは90%以上の事業所に該当する労働者がいた。また、該当者が10人以上いる事業所は、5000人以上の事業所で約90%、1000～4999人の事業所で約56%であった。

厚生労働省が3年ごとに全国の医療機関を通して行っている患者調査によると、日本におけるうつ病等の気分障害の外来受療率は人口10万人に対し、1996年30人、1999年30人であったが、2002年には51人と急増し、2005年には60人と6年前の2倍になり、2008年には63人、2011年59人（2011年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除く）とその高さが維持されている。

厚生労働省の「自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて」によれば、「平成8年（1996年）には43.3万人だったうつ病等の気分障害の総患者数は、平成20年（2008年）には104.1万人と12年間で2.4倍に増加しました。（中略）うつ病患者の医療機関への受診率は低いことがわかっており、実際にはこれより多くの患者がいることが推測されます。」とある。

高血圧や糖尿病といった生活習慣病は、よほど重いものでなければ患っていても出勤できるし、仕事のパフォーマンスもさほど落ちない。それに対し、うつ病が発症すれば仕事のパフォーマンスは大きく下降し、休職につながることが多い。また、復職してもすぐに病前のパフォーマンスを取り戻せるわけではない¹⁾。仕事への影響が大きく、職場に負担をかける場合が多い病気といえる。うつ病の予防は本人にとっても職場にとっても重要な問題である。

2.1 なぜうつ病の人が増えたのか

1997年には北海道拓殖銀行や山一証券が廃業し、1998年には日本長期信用銀行、日本債権信用銀行が破綻している。大手金融機関の破綻、グローバル競争の激化、終身雇用や年功序列型賃金制度の崩壊、急激な成果主義へのシフトや非正規雇用の増加など、労働者の不安やストレスが増加したことでうつ病患者増加したとの主張もある。1998年に50代男性の失業率が40%を初めて超え、50代男性1万人当たりの自殺者数は4.3名と急増している¹⁾。日本全体の自殺者数が急増し、初めて3万人を超えたのは1998年である。

しかし、うつ病等の気分障害と診断された患者数が増え始めるのは1999年よりも後のことである。増大の理由について、さまざまな医療関係者の見解があるが、共通する理由の1つに、SSRIという新しい抗うつ薬の登場が挙げられている。欧米よりも10年ほど遅れて日本では1999年に認可され、「パキシル」、「デプロメール（ルボックス）」などの商品名で売り出されている薬である。SSRIは食欲低下や吐き気といった副作用はあるが、それまでの抗うつ薬にみられた、口の渇き、尿の出が悪くなる、便秘、目のかすみ、頻脈、ふらつきなどの「抗コリン作用」による副作用がないため、従来なら投与をためらっていた軽い抑うつ状態に対してもあまり心配せず投与されるようになったといわれる。新薬の登場でうつ病等の気分障害と診断される患者数が減るのではなく増えたのは、SSRIを保険診療の枠内で処方するためには、「うつ病」または「うつ状態」などの特定の診断名をつけなければならなかったという事情があったからではないかと推察されている。その上、製薬会社が精神科医以外の医師にも働きかけた結果、従来は精神科以外では投与されることのなかった抗うつ薬が内科などで投与されるようになったことも関係していると考えられている²⁾。

そのうえ、精神科が心療内科に看板を変えたり、「うつ病には薬と休養が必要である」という知識が一般に浸透したり、「うつは心の風邪である」というキャッチコピーが聞かれたりするようになって、メンタルの不調に対して気軽に医療機関を受診し相談しやすくなったことも、うつ病患者を増やした一因であるといわれている。

また、米国の精神医学会において1980年にDSM-IIIという障害診断基準が登場したことによるという医師もいる。それによると「うつ病」は気分障害と呼ばれる精神疾患群に該当している。この基準では、現れている症状だけを問題にし、成因論（なぜそれが生じたのか）を問題にしない³⁾。そうすることで精神科医ごとに診断が異なることを避けようとするねらいがあった。精神病理学的な観点から症状のニュアンスや経過も踏まえたうえで従来通り診断すれば、病名を付ける必要がないような人たちに対しても、現在のバージョンであるDSM-IV-TRを操作的基準として、該当する症状があれば病名を付け、投薬するようになったからともいわれる。

うつ気分や抑制といったうつ病固有の症状を改善する効果が高く、副作用の少ない安全な薬があるのであれば、医療現場では、正確な診断名を付けるために時間をかけるよりも、苦しんでいる人に有効な薬を処方して症状を改善することが優先されるのは当然のことかもしれない。しかし、そのために「うつ病」の概念が拡大したともいえるだろう。

急増した「うつ病」には従来の「うつ病」とは質の異なる「うつ病」が含まれると考えられる。従来のうつ病を「従来型うつ病」、それとは質の異なるうつ病を「新型うつ病」と呼ぶことにする。この呼称は正式な病名ではないが、両者の違いを明確にしながら、それぞれの対応策について考えていく。

2.2 従来型うつ病と新型うつ病との比較

誰でも憂うつになったり落ち込んだり不安になったりすることはある。失恋や離婚、家族の死、リストラや倒産などによる悲しみや落ち込みは当然である。このように大切な愛情や依存の対象を失うことを「対象喪失」と呼び、それによってうつな感情が起きるのは、「自然の反応」と考えられ、「病気」とはみなさない³⁾。また、上司の指示どおりにした仕事失敗したり、後輩に先に昇進されたり、ツイッターに根拠のない陰口を書きこまれたり、子どもが学校を休みがちになったり、親の認知症が進行したりなど、人それぞれ、さまざまな理由で落ち込み、うつな感情が起きることはあるが、それを病気だとはふつう考えない。多くの場合は原因がわかっていて、直接解決できなくても次善の策を見出したり、愚痴をこぼしたり、気晴らしをしたり、別のことに熱中したりするなどして自分なりに気分を回復させていくものである。時間が解決してくれることも多い。自身で気持ちをコントロールすべきものであろう。しかし、性格によって、また周囲の理解度によって、うつな反応の程度や期間は異なってくる。

「うつ状態」と「うつ病」は区別して考えなければならない。落ち込んで気分が晴れないことを表す言葉として「うつ」が用いられ、そのような「状態」を表す言葉として「うつ状態」、症状が現れている場合に「うつ症状」という言葉が使用される。一方、「うつ病」というのは、「うつ状態」を主症状とした「病名」である⁴⁾。

従来型のうつ病は、DSM-IV-TRでは、気分障害に分類される「大うつ病性障害〈大うつ病〉」にあたり、「気分が落ち込む（抑うつ気分）」、「物事に興味や関心がない（無気力）」の2つが、基本的な症状で、これらの両方あるいは片方が1日中みられ、少なくとも2週間は持続する場合にあたる。そのうえに、睡眠障害、食欲低下、希死念慮、無価値感、集中力や意欲の低下、易疲労感（疲れやすい）、イライラ感などが加わるとされている⁵⁾。仕事も仕事以外のことも何もかもできなくなり、頭重感、胸部圧迫感などの身体的な症状が伴う。従来型のうつ病は心理的な過程だけでは説明できない症状の深刻さがあり、確証されてはいないが身体的な原因がある、脳の病気だとしないと説明が困難な疾患（すなわち内因性疾患）であるとされている。従来型のうつ病では原因となる出来事があったとしても、起きている症状の程度の大きさはそれとはかけ離れており、その出来事だけで病気の全体像が理解できない状態にあるといわれる²⁾。

このような従来型うつ病には、「メランコリー親和型性格」⁶⁾などと呼ばれる、それを発症しやすい典型的な病前性格があるといわれている。几帳面で仕事熱心で、自身の役割を着実に果たさないと気がすまない性格であり、不具合があると自分を責める自責的傾向がある。休職を余儀なくされると休んで申し訳ないという罪業感に苛まれ、早く職場復帰したいと願う。

他方、新型うつ病は、〇〇に対する本人の不満が引き金となって、うつ症状が見られるといった、心理的過程が専門家でなくても見てとれるといわれる。本人は、「これまで人一倍がんばってきたのだから休んで当然だ」と認識していて、休むことに対して権利意識のようなものがみられる。また、職場ではうつ症状がみられるものの、体調が悪くとも自分の好きなことはでき、療養休暇中には旅行を楽しむような場合もある。新型うつ病に典型的な病前性格は「ディスチミア親和型性格」⁷⁾などと呼ばれ、仕事熱心ではなく、自己愛的で、自身のつらさやその時々自身の気持ちが意識の中心にあり、他人の気持ちや他人の事情に意識が向かず、不具合があると他人を責める他罰的傾向があるといわれている。

従来型うつ病と新型うつ病とでは対応が異なるので、両者の特徴をまとめたものを表1に示す。

表1 「従来型うつ病」と「新型うつ病」との比較対

	「従来型うつ病」	「新型うつ病」
年齢層	中高年層	青年層
関連する気質	<ul style="list-style-type: none"> ・執着気質（下田） ・メランコリー性格（テレンバッハ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・スチューデント・アパシー（ウォルターズ） ・退却傾向（笠原）と無気力
病前性格	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的役割・規範への愛着 ・規範に対して好意的で同一化 ・秩序を愛し、配慮的で几帳面 ・基本的に仕事熱心 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己自身（役割抜き）への愛着 ・規範に対して「ストレス」であると抵抗する ・秩序への否定的感情と漠然とした万能感 ・もともと仕事熱心ではない
症状の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・焦燥と抑制 ・疲弊と罪業感（申し訳なさの表明） ・完遂しかねない“熟慮した”自殺企図 	<ul style="list-style-type: none"> ・不全感と倦怠 ・回避と他罰的感情（他者への非難） ・衝撃的な自傷、一方で“軽やかな”自殺企図
治療関係と経過	<ul style="list-style-type: none"> ・初期には「うつ病」の診断に抵抗する ・その後は「うつ病」の経験から新たな認知「無理しない生き方」を身につけ、新たな役割意識となりうる 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期から「うつ病」の診断に協力的 ・その後も「うつ症状」の存在確認に終始しがちとなり「うつ文脈」からの離脱が困難、慢性化
薬物への反応	<ul style="list-style-type: none"> ・多くは良好（病み終える） 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くは部分的効果にとどまる（病み終えない）
自己認知と行動特性	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病による行動変化が明らか ・「課長としての私」から「うつを経験した課長としての私」へ（新たな役割意識の獲得） 	<ul style="list-style-type: none"> ・どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明 ・「(単なる)私」から「うつ病の私」で固着し、新たな文脈が形成されにくい
予後と環境変化の影響	<ul style="list-style-type: none"> ・休養と服薬で全般に軽快しやすい ・場・環境の変化は功罪相半ばする（時に自責的となる） 	<ul style="list-style-type: none"> ・休養と服薬のみではしばしば慢性化する ・置かれた場・環境での変化で急速に改善することがある

樽味伸による「メランコリー親和型うつ病」と「ディスチミア親和型うつ病」との比較対照表を、中嶋聡が病名を置き換え、一部書き換えたもの²⁾

2.3 うつ病に対する対応

うつ病での自宅療養は本人だけの問題にとどまらないことがある。

例えば、これから忙しさのピークを迎える職場で、部下の1人が調子が悪いと言って休みがちになり、入社しても仕事のパフォーマンスが落ちる。そして、突然、「うつ病で2カ月の自宅療養が必要」などと書かれた医師の診断書が上司に提出されたとする。人員の補充ができなければ、忙しい時期にもかかわらず、同じ部署にいる人が休んだ人の分も対応しなければならない。上司は「一人欠けているのだから、自分が倒れるわけにはいかない」と無理をする。「うつ病で休んでいる部下を悪く思っはいけない」と言い聞かせつつも「『うつ病』というが単なる甘えではないか」と非難する気持ちがあれば、自分自身が「うつ病」になるわけにはいかない。忙しさとそのような気持ちから受診が遅れて、結果的に上司が「うつ病」を発症することがある。「二次うつ」である。

あるいは、自宅療養中の同僚が旅行を楽しんでいるのを知った、同じ部署の人たちが、「休んで旅行

に行っている同僚の分まで自分たちが働かされるのはばかばかしい」と思い、繁忙期にもかかわらず平然と有給休暇をとったり、ふつうは休まないだろうと思われる程度の風邪で休んだりしてそれぞれが好き勝手に振る舞うようになると、職場の崩壊にもつながりかねない。

それだけにうつ病の予防が重要である。

2.3.1 休職

休職について、従来型うつ病と新型うつ病とでは対応が異なる。

(1) 従来型うつ病に対する対応

従来型うつ病の治療には、十分な休息と、抗うつ薬による治療が中心となる。しかし、従来型うつ病患者にとっては、「ゆっくり休養しなさい」と言われても、「これくらいで休むなんて」、「人に迷惑をかけるから休めない」と思うてしまうことが多い。休むことによって、自分が今まで努力してきたことが水の泡になり、自らの存在価値が否定されるような気がして、不安やいらだちが増すこともある。本人だけでなく家族までも、休むことで「本当によくなるのか」、「復職できるのか」、「自分たちの今後の生活はどうなるのか」といった不安になる。精神科医は休養をとることで治療が進み、回復して復職した事例を多く経験しているから休養を勧めるのである⁸⁾。うつ病患者、家族、精神科医、職場の周りの人たちが休養の重要性を理解し、一体となって治療にあたる必要がある。

従来型うつ病の場合、休職してある程度回復してくると、本人が早めの復職を希望するが多い。しかし、気持ちの焦りから、休養が不十分なまま復職すると、回復を遅らせて辛い症状が続き、病気を遷延化（慢性化）させ、焦りを強めて自殺につながる危険性も生じる。そのため十分に回復するまで医師が本人にブレーキをかけるのが普通である²⁾。

(2) 新型うつ病に対する対応

一方、新型うつ病患者は、「わがままを言っている」、「怠けている」と周りに見られ、彼らの辛さに対する職場の理解が得られにくいとともに、新型うつ病患者自身が「上司が指示してくれないから仕事ができない」、「周りが協力してくれないから仕事が進まない」といった他罰的な訴えをするため、職場の周りの人たちを不快にさせてしまうことが少なくない。新型うつ病患者は自信に満ちているように見える半面、人の評価に敏感で、職場で指摘されることに対して傷つきが強く、真の自信が持てていないという特徴があるといわれる⁸⁾。

休職が必ずしも最善とは限らず、仕事を続けることのメリット・デメリットを考え、一時的に仕事量を軽減したり、仕事内容を変えたりすることの可能性を探ることも大切である。

症例によりけりだが、症状の強い時期に限って、2週間とか1ヶ月など一定期間休めば一旦症状は軽くなり、従来型うつ病のように十分に回復するまで社会生活を犠牲にしてまで治療を優先しなければならないほどの深刻さは無いという。しかし、新型うつ病の場合は、休職が癖になりやすい。休職期間が切れそうになると、「復職が近づいて不安になってきた」とか、「落ち込みが強くなって出社する自信がない」などと言って診断書の更新を希望してきて、結果的に何ヶ月も継続して休職したり、何回も休職を繰り返したりすることが少なくないようである²⁾。

専門家である医師の診断書に「自宅療養が必要」とあれば、職場の管理監督者が休ませないわけにはいかない。「こんなことで休んでもらっては困る」と言って、労働者の休養を認めなければ、労働安全衛生法に抵触する行為になるであろう⁸⁾。診断書の判断が適正か否かの責任は主治医が負うものであり、診断書の作成にあたっては、労働者の希望や職場の要請というのではなく、治療上適切であるとともに社会的にも道理にかなった判断を医師に求めたい。

また、新型うつ病者が休職した場合、無自覚な疾病利得を求めることがある。休職前よりも有利な条件、立場が得られるまで、状況が改善しない場合が少なくなく、「環境調整」を行うつもりが、医療者、職場とも気付かずに患者にコントロールされていることがある。周囲が患者に対して「どうすれば出社できそうか、何でもいいから言ってみてくれ。」と懇願し、いつの間にか周囲が患者のコントロール下に置かれてしまうことがある³⁾。病気だと言ったもの勝ちにならないように注意しなければならない。

従来型うつ病治療のように「“がんばれ”とは言わずに、ひたすら受け入れ続ける」というやり方は新型うつ病者には通用しないようである。時間が長引けば長引くほど、周囲への不満が募ったり過去の怒りが再燃したりしてこじれてしまう危険性がある。十分に治ってからというのではなく、むしろ、「一ヶ月ゆっくり休んだらなるべく復職」あるいは「会社の大きなイベントが終わったら出社」といった時間的な区切りを設けた方がよいことも多い。その際、「みんなが困っているから」と感情に訴えるのは反発を招くことがあるので、「来年の異動のためにもそろそろ出社しておいた方がよいのでは」とか、「ボーナス査定の時期には復職した方がよいのでは」、「忙しい時期は過ぎているから戻りやすいのでは」といった現実的、合理的な利得を理由にした方が新型うつ病者は復職しやすいようである³⁾。

2.3.2 職場のメンタルヘルスを保つための対応と予防

職場によっては、過剰適応状態という人がいる。不平不満を口にせず、がむしゃらに仕事をするワーカホリックな人たちである。無意識の中では、自分を見失っていることへの葛藤や不安が生じていても、心身症や燃え尽き症候群の徴候が出てきても、それを認めることができず、仕事をしているときだけが落ち着ける精神状態に陥っているのである⁹⁾。精神的なエネルギーが枯渇してしまえば、従来型うつ病を発症しかねない人たちである。

このような人たちは疲労や体の変化に気づきにくいので、家族や周りの人たちが気づき、さりげなく本人に声をかけることが重要である。勤務態度や仕事の能率、表情、発言、身だしなみなど、仕事や生活面で変化が現れるものである。それを見逃さず、ためらわず声かけすることが必要である。変化に気づいたら、さりげなく本人と話し、本人に話をさせ、聴き役に徹する。励ましたり解決策を提案したりしないようにする。話を聞く上での留意点は、①自分自身に余裕のある時に、②最初は酒の場ではなく、③自分一人で抱え込まず、社内の専門職や相談窓口とのチームプレーを心掛け、④原因の追究にこだわらず、⑤すぐに結論（解決策）を出そうとしないことである。まずは聴くだけで良いことも多い。

他方、仕事が合わない、十分に力を発揮できないと不適應を訴えてくる人たちへの対応は異なる。本人が憂うつであったり意欲が低下していたりして苦しんでいることは確かであり、環境が改善されなければ新型うつ病を呈することになるかもしれない。この場合も、勤務態度や仕事の能率、表情、発言、身だしなみなど、仕事や生活面で変化が現れるものである。先と同様、周りの人たちがそれを見逃さず、

ためらわず声かけすることが必要である。

この人たちの問題の本質にあるのは、精神科医の香山リカの言葉を借りれば、『何かが違う、というぼんやりした不安全感』や『こんなはずではなかった、という自己愛』であり、それだけでまとまった形の疾患になってはいない（中略）。『不安全感』と『自己愛』をあわせ持つ彼らは、そのときのマスコミで大きく取り上げられるような疾患にまったく無自覚のうちに“飛びついて”その擬態をとる。³⁾と述べている。つまり、先回りして葛藤や挫折、傷つきを回避するために、「多重人格（解離性同一性障害）」がマスコミで取り上げられた1990年代には「多重人格」を自身の殻にし、「うつ病」が話題になると「うつ病」という殻を宿にしていると述べている。どこかおかしいと感じるが、それが何なのかがわからないために、無自覚に自己防衛のための殻探しをしている人も新型うつ病には含まれるであろう。

このような不適応にはいくつかの側面があると思う。適性の3側面モデル¹⁰⁾に倣えば、職務に対する不適応、職場に対する不適応、自己に対する不適応がある。知識や技能の不足により成果があげられないことによる職務の不適応であれば、さりげないフォローや指導が求められるかもしれない。性格的に職場の風土と合わず孤立していることによる職場の不適応であればさりげない声かけが必要である。興味・関心・価値観の違いから仕事に責任が持てず、仕事の達成感や満足感が得られないことによる自己不適応であれば、単なる労働にならないように本人が関心を持てる課題を与えるようなことが求められるかもしれない。いずれにせよ、互いの関わりを減らし、個人が効率よく成果をあげることに重きをおき過ぎてきた弊害かもしれない。

このような不適応に対しては本人を励ますことも良い方向に向かわせることがある。本人がみせたちょっとした気遣いや努力に対して感謝の気持ちを伝えたりほめたりすることが大切ではないかと私は思う。

2.3.3 厚生労働省におけるメンタルサポート

厚生労働省は「こころの耳」という働く人のメンタルヘルスサポートポータルサイト (<http://kokoro.mhlw.go.jp/>) を作成している。働く人、家族、事業者・上司・同僚といった職場関係者、支援者それぞれの立場から働く人のメンタルヘルスに対する支援がなされている。悩みに応じて適切な相談箇所を示し、ストレスチェックやうつ・不安障害に対するセルフチェック、ストレス軽減ノウハウ、セルフケアの仕方などを紹介している。このようなサイトを利活用することも対策の1つになるだろう。

3. 身体的管理

3.1 生活習慣病

「成人病」といわれていた病気が「生活習慣病」と改められたのは1996年のことである。体によくない習慣が繰り返されることで慢性疾患になるからである。例えば、甘いものを食べ過ぎ、太り過ぎるといふ良くない習慣が繰り返されると糖尿病になり、糖尿病になる遺伝子を持っている人はさらにそれが加速される。逆に、そういった遺伝子を持っている人でも、子どものときから糖분을制限し、肥満をしないうで運動をするような習慣があれば、糖尿病になる時期を遅らせることができる¹¹⁾。古代ギリシアの哲学者であるアリストテレスは、習慣というのは繰り返す行動であり、それがその人の性格なり体を作ると述べている。ただ、病気にならないというだけではなく、人の心と体を作るのに習慣が重要な役

割を担うのである。

生活習慣病（糖尿病・脳卒中・心臓病・脂質異常症・高血圧・肥満）に対するチェックリストや日常生活における予防法などが厚生労働省のホームページの健康局総務課生活習慣病対策室の「生活習慣病を知ろう！」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/seikatu/>）に掲載されているので参考にするとよいだろう。

生活習慣病ではないが、拒食症（神経性無食欲症）という、摂食行動が障害となって現れる疾患がある。食物摂取の不良または拒否で体重が減少する。治療のために医師が点滴を行って栄養をつけることはできるが、患者が行動を変容させない限り根本的な治癒には至らない。

3.2 乗務員の生活習慣

乗務員は勤務が不規則になることが多く、深夜勤務になることもある。食事が不規則になり、長時間空腹のままで胃が空の状態が習慣化すると、胃壁が濃い胃酸の影響を受け、胃潰瘍や十二指腸潰瘍が誘発される。夜遅くに重い夕食をとり、朝食を抜いて昼食まで長い時間、胃が空の状態が習慣化したり、昼食をとらない習慣をつけたり、昼食後、深夜まで何もとらない習慣がついたりしないように、多少時間がずれても合間に軽食をとるように心がけるとよい。

また、乗務員の職務は集中力と注意力が求められる。緊張すると、副腎からアドレナリンが分泌され、その影響で血圧が上がるが、健康な人であれば午後4時頃から夜に向かって血圧は下がり始める。しかし、夜になっても緊張状態が長く続く職場であれば、血圧の日内変動のリズムが阻害され、高血圧が懸念される。高血圧は脳卒中、心臓病、腎臓病の引き金になるので、緊張状態を緩めるためにこまめに休憩をとるよう心がけるとよい。

3.3 意志力

大昔のような食糧が乏しく、体脂肪を蓄えることが命の保証となった時代には、脂肪と糖分を求めてやまない本能は、生き延びるチャンスを増やしたが、ファーストフードやジャンクフードがあふれ、コンビニやスーパー、デパ地下などいつでも食べ物を手に入れられる現代では、脂肪や糖分の摂り過ぎによる健康上のリスクを高めている。人間は社会の発展とともに本能をコントロールする意志力を手に入れてきた。スタンフォード大学の心理学者ケリー・マクゴニガルは、「学業が成功するかどうかは、知力よりも意志力しだいであり、優れたリーダーシップが発揮できるかどうかは、カリスマ性より意志力が決め手であり、結婚がうまくいくかどうかは、思いやりよりも意志力にかかっている」という¹²⁾。彼女がいう意志力とは、面倒だなと思いつつも自分のやるべきことを「やる力」と、衝動や欲求を感じても流されないようにする「やらない力」、肝心なときに自分にとって大事なモチベーションを思い出す力である「望む力」の3つであるという。そして、意志力の強化法として、例えば、1日の終わりにその日に行った選択を振り返ってみて、自分が目標を達成させるための選択、あるいはそれを妨げる選択をいつしたかを分析し、意識化することでいい加減な選択の数が減り、意志力が向上するという。脳は毎日数学をすれば数学に強い脳になり、心配ばかりしていれば心配しやすい脳になり、繰り返す行いが脳にとって容易になるだけでなく、それに合わせて脳自体が変化していくといわれている。

注意力や感情や行動をうまくコントロールできる、意志力の強い人は健康で幸せであり、パートナーとの関係も良好で、収入も高く、ストレスや争いごとともうまく乗り切り、逆境にもめげないと言われている。意志力を向上させ、よい習慣を身につけたいものである。

4. 運転管理

運転業務に関しても規則やマニュアルから逸脱した方法が習慣化しないよう留意しなければならない。鉄道事業者ごと区所ごとに実施されている、乗務員に対するさまざまな実設訓練やシミュレータ訓練、競技会などを通して、乗務員の運転取扱いを互いに観察・研究・研鑽し、議論し、ともに運転取扱いを確認・向上させていくことが大切である。

的を射た適切な指摘であっても同僚や若い人に指摘されると反発してしまうことも少なくない。実車においてもシミュレータにおいても運転操作に関するさまざまなログ（データ記録、履歴）があるはずなので、そのようなデータを利活用して個々人の運転の特徴を客観的に示すといった工夫も大切である。

5. おわりに

乗務員は一人ひとりの責任が明確で、互いに孤立しがちである。精神的にも身体的にも業務的にも健全であるためには本人の意識が重要であるが、自身にしか関心がなくなり、しかも独善に陥ることも少なくない。互いに周囲を見守り、声をかけあえる余裕をもちたいものである。

参考文献

- 1) 富高辰一郎,2010,なぜうつ病の人が増えたのか,幻冬舎ルネッサンス,pp. 32-33,46-47.
- 2) 中嶋 聡,2012,「新型うつ病」のデタラメ,新潮新書,pp. 84-87,77-80,100-104.
- 3) 香山リカ,2011,なぜあの人は、工作中だけ「うつ」になるのか,PHP 文庫, pp.44, 117-121,149-152,161-167.
- 4) 見波利幸,2011,「新型うつ」な人々,日本経済新聞出版社,p.48.
- 5) 福西勇夫(編著),2010,「非定型うつ病」がわかる本,法研,p.16.
- 6) H. テレンバッハ著,木村敏訳,1985,メランコリーー改訂増補版ー,みすず書房.
- 7) 樽味 伸,神庭 重信,2005,うつ病の社会文化的試論-特に「ディスチミア親和型うつ病」について-,日本社会精神医学会誌 Vol.13(3), pp.129-136.
- 8) 藤本修,2012,職場のメンタルヘルスーこころの病気の理解・対応・復職支援ー,ミネルヴァ書房,pp.170-171,56-59,70-71.
- 9) 岩崎靖雄・林幸範,働く人の心の健康づくり,社会保険出版社,pp.72-73.
- 10) 大沢武志,1989,採用と人事測定,朝日出版,p.26.
- 11) 西川泰夫・山崎久美子(編),1998,生活習慣病ー行動医学からの展望ー,現代のエスプリ,373,pp.5-37
- 12) ケリー・マクゴニガル(著),神崎朗子(訳),2012,スタンフォードの自分を変える教室,大和書房.