

第 106 回日本精神神経学会総会

教 育 講 演

うつ病医療の入り口と出口
——診断とリハビリをめぐる諸問題——

樋口 輝彦

(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)

平成 21 年にうつ病で医療機関にかかっている人がとうとう 100 万人を超え、毎年 3 万人以上の自殺者の問題と共に社会的関心を集めている。今日ほどうつ病医療の抱える問題を早急に解決することが迫られている時代はない。

気分障害の受診率が年々増加しているのは事実である。しかし、それが気分障害の実数の増加によるのか、受診率が増加したことによるのかは定かではない。受診率の推移に関する疫学調査がないので正確なことはわからないが、平成 14 年の疫学調査によれば未受診者の割合は、大うつ病エピソードを経験したもののうち 74 % を占めている。「うつ病の入り口」すなわち早期発見・早期治療を推進するためには、これら未受診の方をどのように医療につなげるかが課題となる。しかし、うつ病の受診者がこれ以上増加した場合、とても精神科医のみで対応することは不可能である。かかりつけ医との連携や心理士の治療への関与が不可欠になっている。かかりつけ医に連携を求める上で精神科医がうつ病に関するどのような情報を提供すべきかについて考察した。

また診断の補助として期待される NIRS を中心に最近の客観的指標に関する研究の動向を紹介した。

「うつ病の出口」すなわちうつ病患者の社会復帰については、大企業を中心にその支援策が進められてきたが、厚生労働省も、この 10 年対策に力を入れている。平成 16 年には「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 2004 年」が策定されたのも、この現れである。この手引きは 2009 年に改訂され充実してきている。問題はうつ病による長期休職者あるいは離職者への対応が未発達な点である。最近の復職支援システムのいくつかを紹介した。

Access to, and Exit from, Medical Treatment for Depression : Issues Related to Diagnosis and Rehabilitation

The number of persons in Japan visiting a medical institution for depression in 2009 exceeded one million, a fact that is attracting particular attention in the context of the more than 30000 completed suicides that take place in Japan every year. There has never been a time when it was more urgent to address issues related to healthcare for depression.

While it is true that the consultation rate for mood disorders has been increasing annually, it is not known whether this reflects an actual increase in the incidence of mood disorders, or whether it is simply due to an increase in the number of people seeking treatment. An epidemiologic survey of this shift has not been conducted, and therefore accurate figures are

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20～22 日、会場：広島国際会議場・アステールプラザ

総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合

教育講演：うつ病医療の入り口と出口——診断とリハビリをめぐる諸問題—— 座長：野村 総一郎（防衛医科大学校精神科学講座）

not available, but a 2002 epidemiologic survey indicated that 74% of people experiencing a major depressive episode did not consult a physician. In order to promote “entry to treatment” for depression—i.e., early diagnosis and early treatment—it is necessary to enhance access to healthcare for those who have not consulted a physician.

At the same time, if the number of people seeking to consult a physician for depression increases from where it currently stands, psychiatrists alone will not be able to handle the load. Cooperation with primary care physicians and treatment by psychologists will become inevitable. This article discusses what information psychiatrists should provide when seeking the cooperation of primary care physicians, and also looks at recent research trends related to objective indicators, with a focus on NIRS, which are expected to be great aids to diagnosis.

Concerning “exit from depression,” or the reintegration of patients into society, major corporations have traditionally been encouraged to establish schemes that are primarily supportive in nature, but over the past 10 years the Ministry of Health, Labour and Welfare has also been promoting other measures. One product of these efforts is the “2004 Manual on Workplace Reentry Support for Workers Returning from Leave Due to Mental Health Issues,” which was issued in 2004. This manual was revised and improved in 2009, and highlights the significant issue of employees who have taken long leaves of absence, or who have left their jobs due to depression, not being accommodated upon their return to work. This paper therefore also introduces a number of recent systems that support workplace reentry.

はじめに

うつ病の生涯有病率は、わが国では6.5%, 海外では10数%と大変多い。最近の調査では、うつ病の受療者が100万人を突破したと言われ、自殺者の増加と共に大きな社会問題になっている。うつ病は19世紀の終わりにクレペリンが現在の統合失調症と気分障害の2大分類を行い、今日の「うつ病概念」ができてきたのであるが、その当時から、「うつ病は治りやすい病気」とされ、うつ病を対象としたリハビリテーションの考え方は乏しかった。しかし、うつ病は病相を繰り返しやすい、たとえ一つの病相が短期間で終結しても、繰り返すことによるハンディキャップが大きいこと、また、うつ病の何割かは慢性化、難治化するため社会生活が困難になることなどが明らかにされるにつれて、うつ病患者の社会復帰、サポートシステム、リワークプログラムなどの必要性が認識されはじめている。本講演では、その前段で、うつ病の早期発見を促進する上で、かかりつけ医にうつ病に関するいかなる情報を提供すべきかについて述べ、後段で社会復帰とリハビリテーションの取り組みの現状について述べる。

I. うつ病の早期発見・早期治療のために かかりつけ医に提供すべき情報

1) うつ病の早期診断に果たすかかりつけ医の役割

うつ病の増加は社会問題の一つでもある。それは自殺との関連だけでなく、うつ病そのものが disability を生み、QOL を低下させるからである。WHO はこの disability を加味した生存期間 (Disability-Adjusted Life Years ; DALYs) を調査し、2020 年の予測も行っているが、1995 年に4位であった単極性大うつ病が2020年には第2位になると予測している。うつ病の場合も他の多くの疾患同様、早期発見と早期治療が重要である。うつ病の大半ははじめてから精神科を受診しない。まず、近くのかかりつけ医（多くは内科医）を受診することが多い。その理由は精神科の敷居が高いこともあるが、うつ病の初期には身体症状が出現することが多く、自らのからだの病気ではないかと判断しがちであることも関係している。したがって、うつ病の早期発見の鍵を握るのはかかりつけ医であると言っても過言ではない。

表1 うつ病における各種の身体症状の出現率

症状	出現率(%)	症状	出現率(%)
睡眠障害	82～100	めまい	27～70
易疲労・倦怠感	54～92	耳鳴り	28
食欲不振	53～94	異常感覚	53～68
口渇	38～75	頭重・頭痛	48～89
便秘・下痢	42～76	背部痛	39
悪心・嘔吐	9～48	胸痛	36
体重減少	58～74	腹痛	38
呼吸困難感	9～77	関節痛	30
心悸亢進	38～59	四肢痛	25
性欲減退	61～78	発汗	20
月経異常	41～60	振戦	10～30
頻尿	70	発疹	5

2) うつ病の基本的症状—かかりつけ医に知ってほしい事項

うつ病は気分障害と呼ばれるように「気分が障害される病気」であることは間違いない。専門用語で言えば「抑うつ気分」である。これに加えて「興味や喜びが持てない」ことが基本的な症状である。この2症状がそろっていれば、その9割はうつ病であるとの報告もあり、うつ病のスクリーニングとして有用とされる（2 質問紙法）¹¹⁾。

しかし、病初期には精神症状よりも身体症状で気づかれることが多い。したがって、受診先ももっぱらかかりつけ医を選択することになるわけである。身体症状として出現しやすい症状は表1⁶⁾にまとめてあるが、中でも注意を向けるべき症状は「不眠」「食欲低下」「身体のだるさ」「頭重」などである。これらの症状があつて、身体に異常がなければ、一度はうつ病を疑っていただきたいくらいである。

再び精神症状に戻る。気分の落ち込み、興味や喜びの喪失だけがうつ病の症状というのではない。気分の落ち込みに伴って、気力も低下し、活動性も乏しくなるのは想像に難くない。気力や意欲の減退は「億劫」「やる気がでない」などと表現され、実際に能率の低下や物事にとりかかるのに時

間がかかるなど行動面にも現れる。このような気力、意欲、活動性の低下を専門用語で「精神運動抑制」と呼ぶ。思考面への影響もあり、考えが進まなくなる。頭が働かない、知能が低下した、判断力が落ちたなどと実感する。思考の内容にも影響が及び、悲観的、絶望的になり、自信が持てなくなることも多い。

悲観的、自責的な症状が強くなると妄想に発展することもある。「自分は罪深い人間である」という罪業妄想、「重篤な病気に罹っていて回復しない」という心気妄想、あるいは「お金がないので入院費が払えない」という貧困妄想などが、その代表である。

うつ病で最も注意しなければならないことは「うつ病は死にたくなる病気である」という点である。うつ病の大半は軽症うつ病に属するものであり、自殺の危険性が高いわけではないが、常に頭に置くべき症状である。

3) かかりつけ医に用いてもらいたいうつ病の診断基準

うつ病の診断は今のところ臨床症状と経過をもとに行うしかない。画像や神経内分泌の研究は進んでいるが、まだ臨床診断に利用できるまでには

表 2 M.I.N.I. (簡易構造化面接法 Mini International Neuropsychiatric Interview)

A Major Depressive Episode

(⇒はただちに診断ボックスに進み, NO に○をつけて次に進む)

A 1	過去 2 週間の間, ほとんど毎日持続して気分の落ち込み (抑うつ気分) が存在した.	No	Yes	1
A 2	過去 2 週間の間, 何事にも興味がわかない, あるいは前には楽しむことができたことも楽しめなくなった.	No	Yes	2
			⇒	
	A 1 あるいは A 2 のいずれかが Yes か?	No	Yes	
A 3	A 1 あるいは A 2 が該当する場合:			
a	ほとんど毎日の食欲減退または増加. 1 ヶ月で体重が±5%あるいは±3.5 kg 以上変化 (ダイエットや食事療法はしていない) いずれかが該当すれば YES.	No	Yes	3
b	ほとんど毎晩の睡眠障害 (寝つきの悪さ, 中途覚醒, 早朝覚醒, 過眠のいずれか).	No	Yes	4
c	話すテンポや体の動きが遅くなった, あるいはそわそわしてじっとしてられない.	No	Yes	5
d	ほとんど毎日疲労感がある, あるいは気力が湧かない.	No	Yes	6
e	ほとんど毎日, 自分には価値がない, あるいは罪責感をいだく.	No	Yes	7
f	集中力の低下, あるいは決断困難 (ほとんど毎日).	No	Yes	8
g	繰り返し自分を傷つける, あるいは自殺を考える, 死んでいれば良かったと思う.	No	Yes	9
A 4	A 3 が 3 項目以上 YES の場合 YES に○. (A 1 あるいは A 2 が NO の場合には 4 項目以上で YES)	NO	YES	
		Major Depressive Episode	Depressive Current	
	YES の場合:			
		⇒		
A 5	a 過去にも同様のエピソード (2 週間以上) があった.	No	Yes	10
	b その場合には前のエピソードとの間に少なくとも 2 か月間のうつ状態でない時期があった.	No	Yes	11
	A 5 b が YES ならば	NO	YES	
		Major Depressive Episode Past		

至っていない (後述).

現在, 臨床で用いられている診断基準はいくつかあるが, プライマリ・ケアで使いやすいと思われる M. I. N. I. の基準に沿って解説を加えたい.

表 2⁸⁾ は M. I. N. I. の大うつ病エピソード診断に用いられる症状を並べたものである. このうち, A1, A2 のいずれか (あるいは両方) を満たし, かつ A3 の a~g のうち 4 項目 (①②両方の場合は 3 項目) がほとんど毎日 (2 週間以上) 続いているならば「大うつ病」[大うつ病はうつ病 (躁うつ

病や慢性軽症うつ病を除く) と読み替えてよい]と診断できる.

4) 診断の補助となる客観的指標 (NIRS) について

しかし, この方法ではどうしてもばらつきが生じる. 使っている診断基準は, 精神科医で皆共通しているが, それを使う個人の見立て方, 症状の引き出し方, とらえ方に微妙な違いがあると, どうしてもここにばらつきが出てしまう. それを克

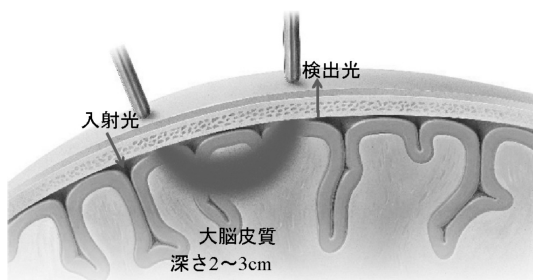


図1 NIRSによる脳血流の測定とは？

近赤外光=650~1000の帯域

近赤外光を、頭皮に設置した光ファイバーから照射
→大脳皮質で散乱・反射し、バナナ型の経路で頭皮に戻
ってくる光を検出・分析

野田隆政（国立精神・神経医療研究センター）作成



図3 測定方法 課題：語流暢課題

野田隆政（国立精神・神経医療研究センター）作成

服していくために、診断に有用な客観的な指標の必要性を誰もが感じている。そういうことで今少しずつ研究を進めている。

その一つとして、割と最近新聞紙上でも言われている近赤外線トポグラフィー（NIRS）がある。近赤外光は、頭の骨の上、頭皮から当たった場合、大脳皮質の2~3cmまでこの光が届き、そこで反射して戻っていくが、それが脳の血流を見る方法として有用であることがわかってきた（図1）。

脳の表面には血液が流れていて、その血液の流れは頭を使うと増加するが、光を照射してその跳ね返りを拾うことによって、生体組織での酸素化・脱酸素化によるヘモグロビンによる吸収は変わってくるので、ここの血流をある程度定量的に見ることができる（図2）。

実際にはどういうことをやるかというと、患者

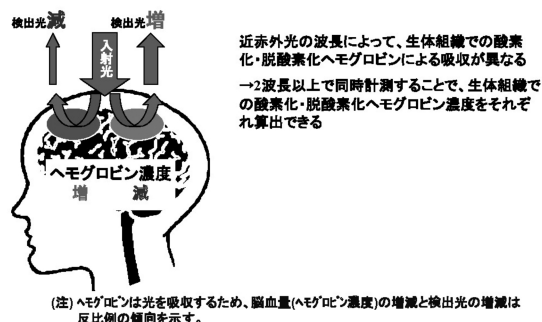


図2 近赤外光による脳機能計測原理（ヘモグロビン計測）

野田隆政（国立精神・神経医療研究センター）作成

さんにある課題をやっていただく（図3）。例えば「え」で始まる言葉を思いつくだけ徐々に言ってください、例えばえんぴつ、えびなど次々言ってくださいという、前頭葉を一生懸命使って名前を引っ張り出そうとする。

図4が課題の波形である。緑色の縦線が走っているが、各グラフの右側の緑色の線までが課題をやっているところで、緑色の線の右側は課題終了後である。健常者は課題をやっていただくにつれて前頭葉の血流がぐんと上がっていき、課題が終了するとすっと落ちていく。うつ病の方になると、上がり方が非常に悪くなる。場合によってはフラットに近い状態になる。それから、うつ病と躁うつ病は病態が少し違うが、躁うつ病の方は上がりはするけれど、早くには上がってこなくて後ろのほうに行って上がってくるパターンを示す。統合失調症の場合は、課題終了後に普通は見られないようなパターンが出てくることがわかってきた。

5) うつ病治療に際してかかりつけ医に身についてほしい事項

①治療開始にあたって患者、家族に伝えるべきこと

まず、うつ病であること。うつ病は今日では誰もが罹る可能性のあるポピュラーな病気であること、治療をきちんとすれば大半のうつ病は治る病気であることを説明する。

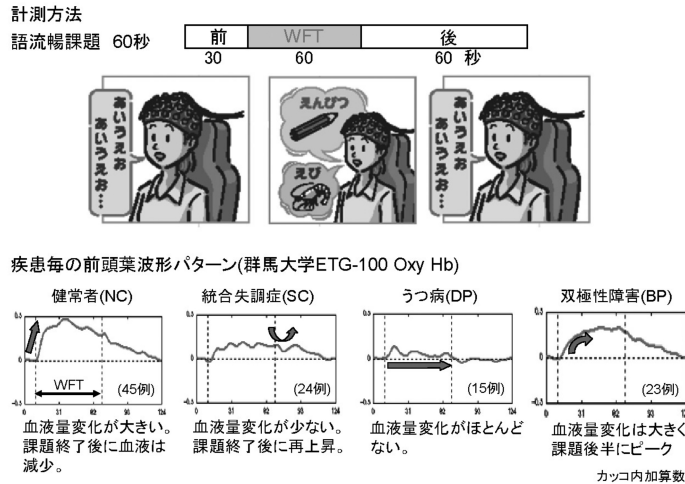


図 4

野田隆政 (国立精神・神経医療研究センター) 作成

次に治療の方針を説明する。

②治療の方針

治療の方針は症例ごとに立てるものであるが、ここではうつ病の治療に関する基本的なことのみに整理しておく。原則としては、第一に休養、第二に薬物治療、第三に精神療法、第四に環境調整の4点に沿って治療法の説明をする。

第一の休養については重症度により異なる。軽症うつ病の場合には、仕事を休んで休養する必要がある場合はむしろ少ない。あっても数日の休みをとる程度である。ただ、それまでフル回転してきて、そのペースが保てなくなっている人、無理をして頑張っている人にはペースを落とすように言う必要がある。休日の過ごし方も休養主体である。いつまでこれを続けるかについては一律には言えないが、その目安は、患者がじっと休んでいることが退屈になって、少し動いてみたくなることであるように思う。ただし気をつけなければならないのは、焦りが元で動き出す場合があることである。

第二に薬物療法の説明である。薬に抵抗感を抱く人も多いので、十分な説明が必要である。まず、再度これは病気であって単なる疲れではないことを確認する。疲れであれば休養だけで元気になる

が、病気は治療なしには改善しない。治療の中心は抗うつ薬を服用することである。これはバランスが崩れた脳の神経の働きを調整してバランスを戻す作用がある。ある期間、薬を服用するうちに神経の働きは自力で修復できるようになるので、その時点では薬を切っても元に戻ることはない。その期間は人によって異なるが、薬を完全に切るまでには半年から1年にかかるといった説明をする。

第三の精神療法は、あえて「精神療法」と呼ぶほどでもない一般的な支持的精神療法であって、その内容はまさにこの治療方針の説明であるといってもよい。

第四は環境調整である。これが一番難しい。多くのうつ病の発症にはストレスが絡んでいる。それも急性のストレスよりも慢性のストレスが多い。同じストレスがあっても、うつが回復するとストレスに対する耐性もできて落ち込まずにやれるケースもあるが、同じ環境下では繰り返す例も多い。可能であれば、そのストレスを軽減できるに越したことはない。そのための環境調整を行うには周囲の理解が必要である。職場、家族、友人などに病気の理解がどこまで得られるかが鍵である。

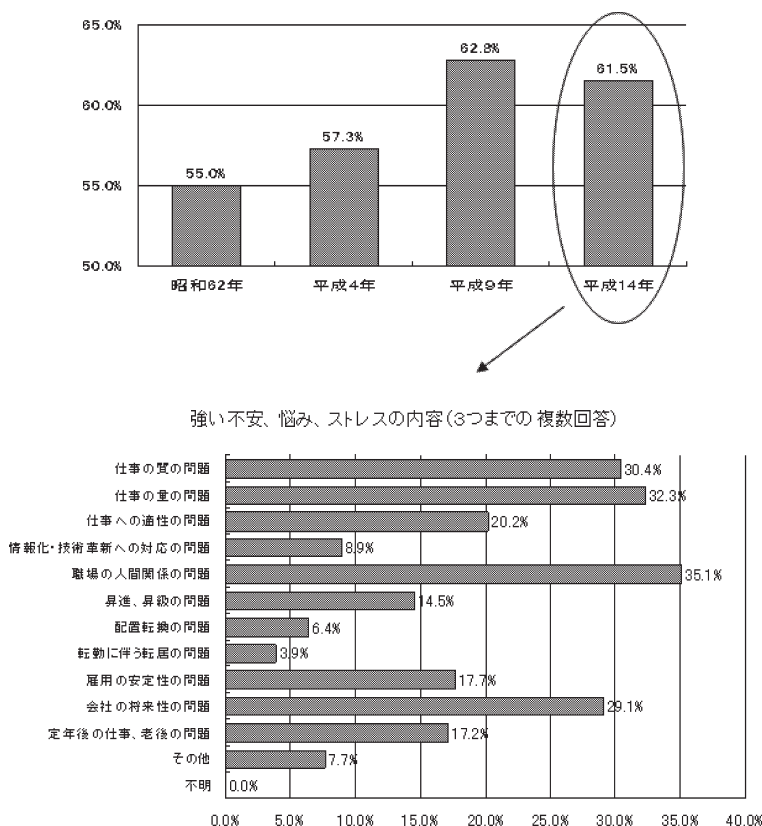


図5 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合
資料出所：厚生労働省「労働者健康状況調査」

II. 産業保健におけるうつ病を中心とする メンタルヘルス活動

この12年間、わが国の自殺者数は毎年3万人を超え、一向に減少する気配はない。その職業別内訳を見ると⁴⁾、平成21年の統計(男)では、無職者の割合が最も高く、これに次いで被雇用者の割合が高い。自殺の背景には精神疾患に罹患する人の割合が9割と高く、そのうち約3割がうつ病であると報告されている⁵⁾。自殺者数の増加が象徴するように、労働者のメンタルヘルスは悪化しているのは間違いがないが、その背景には何があるのか。島⁹⁾は次の4点を挙げて考察している。

1) 雇用環境の変化 完全失業率は1990年に2.0%であったものが、2008年には4.2%に上昇し、昨年秋に始まった世界金融危機、経済不況は

失業率をさらに押し上げている。2) 人事制度において次第に業績評価制度が浸透してきた。常に労働者は業績を意識することを求められる。3) 雇用制度が変化し、終身雇用、年功序列という長年わが国の雇用制度の根幹をなしてきたシステムが終焉を迎えた。4) 技術水準が高くなるにつれ、高度の水準が求められるようになった。

このような職場環境の変化が関係する部分もあって、職場で働く人のメンタルヘルスの悪化が指摘されている。その一例として、ここでは少し古いデータであるが厚生労働省が行った平成14年度の労働者健康調査における「仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合」¹⁾を引用する(図5)。

このような産業保健におけるメンタルヘルスの

表3 対象者本人への支援計画

支援計画内容	人数	%
ストレス場面での気分・体調の自己管理	222	91.74
作業遂行に必要な集中力、持続力等の向上	199	82.23
生活リズムの構築	198	81.82
通所等に必要基礎体力の向上	136	56.20
対人技能の習得	131	54.13
その他	25	10.33

平成19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）分担研究報告書。

リワーク支援からみた職場復帰支援モデルの検討（第一報），主任研究者 島 悟。

問題は当然のことながら産業界，労働行政，法的検討など様々な対応を引き出すことにつながった。古くは「Total Health Promotion Plan (THP)」の作成（1987）に始まり，「快適職場づくり」（1992），「事業場における労働者のこころの健康づくりのための推進」（2000），「労働安全衛生法一部改正一働きすぎによる健康障害の早期発見」（2005），「新メンタルヘルス指針—事業場内メンタルヘルス推進担当者の新設」（2006）などがある。心の健康づくりの基本的な考え方は2000年に旧労働省の検討会報告書²⁾で述べられている。その骨格は「4つのケア」と言われるもので，①セルフケア（自身による気付きと対処，相談），②ラインによるケア（上司による職場環境の把握と改善など），③事業場内産業保健スタッフなどによるケア（産業医，衛生管理者による支援），④事業外資源によるケア（事業場外の機関，専門家によるケア）からなるものである。事業場外のものでよく知られるのにEAP（Employee Assistance Program）従業員援助プログラム⁷⁾がある。

Ⅲ. うつ病の社会復帰——求められるサポートシステムの充実——

社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所が全国上場企業を対象に行ったアンケート調査（2006）によれば，1カ月以上の休業者がいる企業は2002年に59%，2004年に67%，2006年には75%と年々増加している。一方，復職につい

て島らが行った調査（平成19年）¹⁰⁾では，242名の休職者のうち支援を受けた期間は1～3カ月が30.2%，3～6カ月が47.1%であり，8割方は6カ月以下の支援で復職に結びつくことが明らかにされた。また，復職就労ができた者が81.8%である反面，再休職に至った者が30.2%に及ぶなど支援のあり方についてはまだ検討の余地を残している。

支援計画の内容をみると¹⁰⁾（表3），ストレス場面での気分・体調の自己管理が最も多く，作業遂行に必要な集中力，持続力の向上，生活リズムの構築がこれに続いた。

次にうつ病患者の社会復帰支援のあり方について考えてみたい。うつ病患者の社会復帰には大きく2種類あるものと思われる。そのひとつは職場を持っていて比較的短期（1年程度）で復職する人を対象とする支援であり，他は長期休職者あるいは離職者への支援である。

まず，前者の場合に現在，用いられることの多い2004年に厚生労働省が発表した「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2004年」（2009年にその一部改正が行われ整理された。この中で第一に，休業の開始から全体の流れ，復帰を見据えて流れを明確にしておくことが大事であることが示されている）が役立つであろう³⁾（表4，5，図6）。復帰支援の制度化ということで2004年に職場復帰支援の手引きができ，この手引き自体は事業者が行う復帰支援の内容を総合的に示したものであり，職場復帰支援プログラムを策定して，それに伴って職場復帰支援に関する体制や規定を整備する。これを，健康問題を抱えている人，あるいはそうでない人も含めて周知する。そして産業保健スタッフが中心になり，労働者，管理監督者がお互いに十分な連携をとる。さらに主治医とも連携をとるということがうたわれている。この中には復帰に向けてのステップが5段階で表示されており，ある程度具体的なので利用可能と思われる。

一方，後者に関しては別なシステムが必要である。うつ病の社会復帰を専門に扱う機関は，まだ

表4 復帰支援の制度化

「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 2004 年」概要

- 心の健康問題により休業し、医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復した労働者を対象として、実際の職場復帰に当たり、事業者が行う職場復帰支援の内容を総合的に示したもの。
- 事業場においては、本手引きを参考にしながら個々の事業場の実態に即した形で、事業場の職場復帰支援プログラムを策定し、組織的かつ計画的に取り組むことが必要。また、職場復帰支援に関する体制や規程の整備、これらについての労働者への周知を行うことが必要。
- 事業場職場復帰支援プログラムの実施においては、労働者のプライバシーに十分配慮しながら、事業場内産業保健スタッフ等を中心に、労働者、管理監督者が互いに十分な連携をとるとともに、主治医との連携を図りつつ取り組むことが重要。
- 職場復帰支援の流れは、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまで5つのステップとなっている。

厚生労働省発表 平成 16 年 10 月 14 日

さほど多くはないが、参考までに表6にそのいくつかを挙げておく。

おわりに

うつ病の受療者がここ数年、急激に増加しており、その対応は精神科医のみでは困難な状況に至っている。これを解決するには、かかりつけ医との連携と臨床心理士の関与が不可欠である。すでに地域によっては、精神科診療所協会と医師会の間で連携のシステムを立ち上げているが、これが全国展開されることが望まれる。臨床心理士のうつ病治療への関与を実現するには、臨床心理士の国家資格化と診療報酬の手当てが必須である。上記2つの課題は待ったなしの状況にきており、国をあげて早急に解決すべき事柄である。

冒頭で触れたように、「気分障害は統合失調症に比べて治りやすい病気」との誤った認識が気分障害の社会復帰リハビリテーションの取り組みを遅らせて来たと言っても過言ではない。今、ようやくうつ病をはじめ気分障害の社会復帰支援の取り組みが始まっているが、勤労者、働き盛りの自

表5 「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 改訂版 2009 年」改訂版における主な改正点

- 1 休業前の段階：円滑な職場復帰を行うためには、職場復帰支援プログラムの策定や関連規程の整備等により、休業の開始から通常業務への復帰までの流れを明確にすることが重要であることから、これらを基本的考え方として示したこと。策定された職場復帰支援プログラム等については、労働者、管理監督者等に周知すること。
- 2 病気休業開始及び休業中の段階：休業中の労働者が不安に感じていることに関して十分な情報提供や相談対応を行うこと。職場復帰支援に関する事業場外資源や地域にある公的制度等を利用する方法もあることから、これらについての情報を提供することも考えられること。
- 3 職場復帰の決定までの段階：主治医による職場復帰の判断は、職場で求められる業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らないこと。より円滑な職場復帰を図る観点から、主治医に対し、あらかじめ職場で必要とされる業務遂行能力の内容や勤務制度等に関する情報提供を行うこと。職場復帰前に「試し出勤制度」を導入する場合は、その人事労務管理上の位置づけ等について事業場であらかじめルールを定めておくこと。
- 4 職場復帰後の段階：心の健康問題を抱えている労働者への対応はケースごとに柔軟に行う必要があることを踏まえ、主治医との連携を図ること。職場復帰した労働者や当該者を支援する管理監督者、同僚労働者のストレス軽減を図るため、職場環境等の改善や、職場復帰支援への理解を高めるために教育研修を行うこと。

厚生労働省労働基準局 平成 21 年 3 月 23 日

表6 どのようなシステムが存在するか？

- ①地域障害者職業センター—復職支援事業
- ②EAP（従業員援助プログラム）
- ③総合病院（職業復帰支援プログラム）
- ④クリニック・デイケア
- ⑤精神保健福祉センターのデイケア
- ⑥うつ・気分障害協会（MDA-Japan）

厚生労働省発表 平成 16 年 10 月 14 日

殺者が増加する中、職場に残るうつ病、職場を離れるうつ病に対するサポートシステムを早急に作る必要がある。

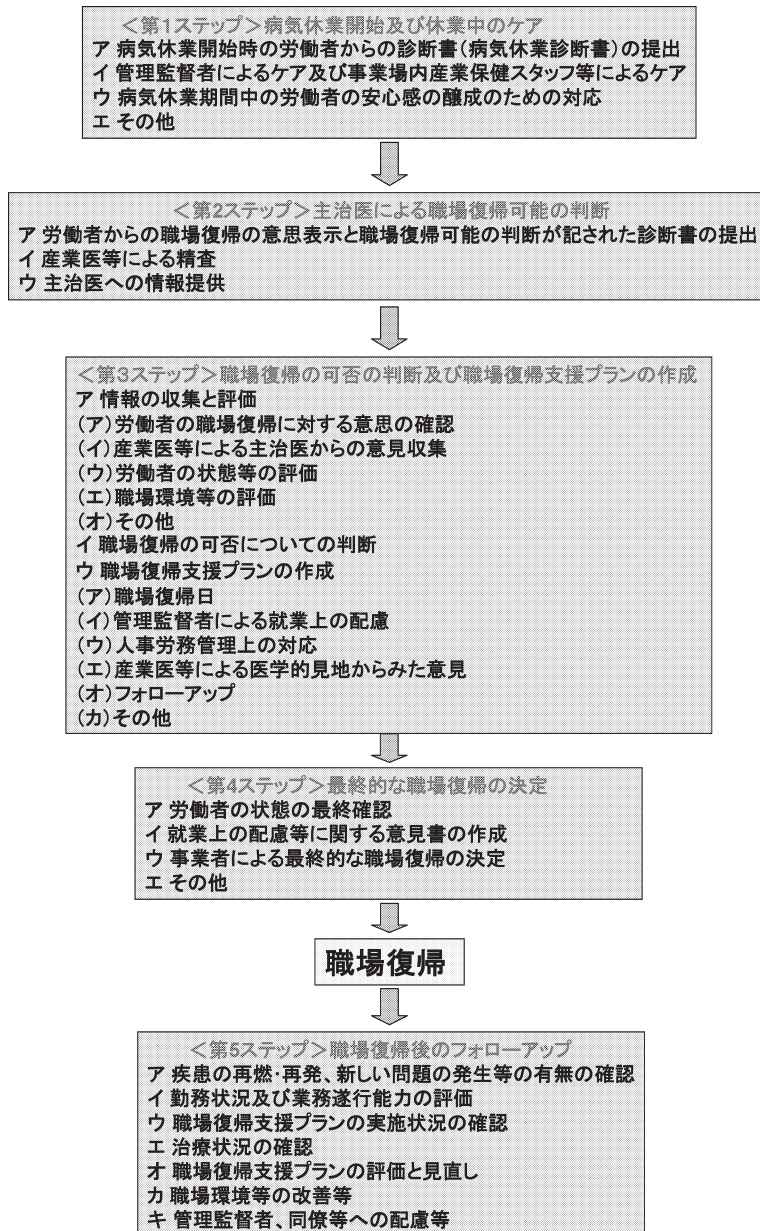


図6 5つのステップ

文 献

- 1) 厚生労働省： <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0329-9b.html>
- 2) 厚生労働省：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針。2008
- 3) 厚生労働省労働基準局安全衛生部：改訂版「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」について。2009
- 4) 内閣府：職業別自殺者数の推移。平成22年版自殺対策白書 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/index.html>)
- 5) Preventing Suicide: A resource for general physicians. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health. World Health Organization, Geneva, 2000
- 6) 更井啓介：うつ病 身体的側面。現代精神医学大系：躁うつ病Ⅰ。中山書店，東京，1979
- 7) 佐藤恵美：うつ病と社会。EAP. 働く人のうつ病（上島国利編）。中山書店，東京，p. 226-229, 2008
- 8) Sheehan, D.V., Lecrubier, Y.（大坪天平，宮岡等，上島国利訳）：M.I.N.I.－精神疾患簡易構造化面接法。星和書店，東京，2000
- 9) 島 悟：職場支援について。第129回日本医学会シンポジウム記録集。p. 66-69, 2005
- 10) 島 悟：リワーク支援からみた職場復帰支援モデルの検討（第一報）。平成19年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書。2007
- 11) 鈴木竜世，野畑綾子，金 直淑ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討－Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて。精神医学，45（7）；699-708, 2003