

特集 産業医学への理解を深める——精神科医として具備すべき知識と技術——

精神科医としての産業医学現場での経験

新開 隆弘

産業医の仕事は、社員の職場、主治医、必要に応じて家族と有機的な連携をとり、本人のより良い職場適応を引き出すことにある。職場では、我々精神科医が治療標的としてきた精神症状の改善だけではなく、本人の実際の適応状態が問われる。厚労省によれば、うつ病などの気分障害と診断された患者数はここ10年で2.4倍に増加したという。これは内因性うつ病が純増したというより、気分変調症や適応障害などの多様な辺縁疾患が顕在化したためという見方も強い。近年は、操作的診断基準DSMがもたらした、診断の容易化に対する功罪も議論されている。よって、職場でもうつ状態をはじめとする精神不調による長期休業や対処困難事例が問題化している。疾病性と性格上の問題、この両者にまたがる職場不適応状態などは、産業医を悩ませることになる。産業医として、職場で対応に苦慮した事例を通じて、精神科医だから工夫できた点や、主治医との連携の課題について考察した。

〈索引用語：職場のメンタルヘルス、ディスチミア、復職、連携〉

1. はじめに

日本の産業現場は、徹底したコスト削減、成果主義導入、終身雇用の崩壊や雇用形態の多様化、海外拠点へのシフトなど、めまぐるしく変化している。それに伴い勤労者のメンタルヘルスを取り巻く状況も厳しさを増している。実際、精神疾患に対する労災申請件数・認定数は、共に年々増加の一途をたどっている。さらに、本邦における自殺者数は、12年間連続で3万人を超え、自殺原因・動機で最多を占める「健康問題」のうち、うつ病はそのトップにランクされている。このように、勤労者におけるうつ病の問題は、かつてない程その社会的重要度を増している。したがって、産業医として、あるいは主治医として、勤労者のうつ病に対する正しい理解や対応の善し悪しは、個々のケースにおける復職や職場調整における鍵を握ることになる。

ひと口にうつ病と言っても、実際には症状経過や重症度、またその精神病理性も様々であり、

個々のケースに応じた理解や対応が必要となる。代表的なうつ病性障害だけでも、内因性うつ病、双極性障害、気分変調症、さらに、現在議論の絶えない病態である「若者のうつ」などが挙げられる。

本稿では、この中でも、特に理解や対応の難しく、若者を中心に増加が指摘され、職場で処遇困難化することの多い「若者のうつ」に焦点を当てた。産業医として経験した事例を通じて、産業現場での対応のポイントや、性格の問題と病気としてのうつ病との“境界”をどう捉えればよいか、さらには産業医と主治医である精神科医との連携における課題と対策について考察した。

なお、プライバシーに配慮して、症例の本質を損なわない範囲で変更を加えた。

2. 事例 30歳代の男性

1) 背景

高卒後、大手機械加工会社に入社。入社15年

表 復職にあたっての相互確認 (例)

1. これまで、本人の主観的判断および希望を比較的思考してきたが、短期間に三度復職が上手くいかなかったことを踏まえ、四度目以降の復職にあたっては自己責任も問われることを理解します。
2. なお、就業可否の判断については、安全配慮などの観点から、本人の主観的判断のみによらず、主治医、産業医、および職制など周囲の意見も参考に、最終的に人事で総合的に判断されることを理解します。
3. この相互確認は産業医面談における治療的枠組みの一環として取り交わされるものと理解します。
4. 今回復職しても上手くいかなかった場合は、(以下自署)

主治医、産業医、職制の指示に従います。病気を治すことに専念します。またそうならないように心身共に自己管理を徹底します。

年 月 日

社員： 印 産業医： 印

注：このような手法は専門性が高く、全てのケースに有効というわけではない(本例でも産業医の専門は精神科であった)。やり方によっては逆効果や事態の複雑化を招くおそれもあり注意が必要である。なお、本文にも記したように、これはあくまで治療効果促進のために産業医と本人との間で任意に取り交わされた文書に過ぎず、もちろん労働契約ではない。

目、現場作業の正社員。家族は妻と子供一人。これまで精神科的な既往歴はない。

2) 経 過

X-3年、県外の関連会社に1年間出向。X年2月、不安・イライラが顕在化し、ある日仕事を投げ出すような形で早退。以降、断続的に欠勤。産業医面談では抑うつ気分、意欲低下、体重減少が確認された。近医精神科を紹介受診し、「うつ病」の診断で、3ヶ月間の休職となった。休養および外来治療にて抑うつ症状は改善したため、一旦復職。しかし、2週間しないうちに症状が再燃し、再び休職となった。以後、5ヶ月休職、1ヶ月復職、2ヶ月休職、1ヶ月復職と、短期間に計3回休・復職を繰り返した。休職しては簡単に復職を主張する。「休職中は傷病手当金となり収入が目減りするため各種支払いが苦しい」といい、

金銭面のことで復職を焦っている様子がうかがえた(その割には、休職中にゴルフに行き、複数台の高級車も手放さないなど生活レベルは落とそうとはせず、理解に苦しむ面もあった)。一方で、「3年前、自分を出向させた上司の声を聞くだけで気分が沈む。あの人は裏表がある人間で信用できない。今の職場では続けられない」と、上司を非難した。上司との人間関係のストレスから、うつ状態が再燃している構図であった。上司によると、出勤しても夢遊病者の様にボーっとしており、安全に仕事をさせられる状態ではないとのことであった。そこで再度休職の上、治療に専念するよう本人に勧めた。しかし、「自分は、仕事はできている。仕事ができないなどと言っているのは誰ですか!」と憤慨した。再度の面談で、休職(4回目)に入ることを渋々承諾した。しかし、休職2週間目には、もう復職を希望した。自分が休職を繰り返す原因や対策についてはあまり深く考えておらず、簡単に復職希望だけを言うという印象であった。復職是非の判断をめぐる、本人と上司・産業医側との意見が対立する形となった。

それまで主治医とは、診断書だけのやりとりであったが、連携の必要性を感じたため、本人に了解を得た上で、産業医が主治医と連絡をとることにした。主治医は、「休・復職を繰り返しており、主治医としても治療の見通しが難しいと感じている」とのことだった。「このケースは、うつ病の診断基準は満たすかもしれないが、従来のメランコリー親和型とは趣が異なる。近年議論となっている‘ディスチミア親和型うつ病’の概念に当たるかもしれない。そうであれば、休養と薬物療法という通常に対応だけでは難しいかもしれない」とのコメントであった。

そこで、対応方針を転換し、行動療法的な考えを対応に取り入れることにした。具体的には、復職にあたっての確認事項と題する文書(表)を産業医・本人の間で交わした上で、復職を認めることとした。これが功を奏してか、その後は、朝の倦怠感など多少の症状残存はあるものの、明らかな症状再燃もなく就業が継続できており、上司に

よる勤務評価もまずまずである。「不満がなくなったわけではないが、あのこと（上司との確執）はあまり考えずに仕事に集中するようにしている」と上司に対して適度な心理的距離がとれ、一定の精神安定が得られていることがうかがわれた。

3) 考 察

近年、うつ病と診断される人の中に、従来のうつ病で典型的とされたメランコリー親和型（まじめで几帳面、責任感が強く、他人に気を遣うタイプ）とは趣が異なり、回避・退却傾向、他者への非難などを特徴とするタイプの人が増えているとされる。比較的若い世代（20～30代）に多くみられることから、「若者のうつ」、あるいは「未熟型」、「現代型」などと呼ばれている（提唱者により特徴の捉え方が異なり、診断的議論は決着がついていない。ここではその議論には触れない）。樽味（2005）も「ディスチミア親和型」という概念を提唱しており、症例理解の参考になる。現在、精神科領域で汎用されているDSM-IV診断基準では、うつ病に至った原因論（ストレス因や性格傾向など）は判定材料から排除されており、単純に症状の個数や重症度、期間が基準を満たせば「うつ病」と診断される。昨今、精神科領域の学会ではこのことの功罪もよく取り沙汰されている。

自宅では家事をこなしたり趣味を楽しんだりできるが、いざ職場へ出勤となると身体が動かなくなったり、動悸や過呼吸を生じたりして行けなくなってしまう。現状や自分に対して自責的にならず、環境や他者に対して被害的になったり、他罰的になったりする。休職中に海外旅行に行き、上司から「本当にこれはうつ病か」と懐疑的に受け止められる——この様な従来のうつ病のイメージとは相容れない特徴を呈する症例に対応する際（例えば診断書を作成するとき）、戸惑わない臨床家はいないのではないか。いわんや、このような従業員を抱える職場や産業医（精神科が専門でないことの方が一般的）をや、である。

ディスチミア親和型では、一般に薬物の反応性は鈍いとされ、いわゆる職場不適應の状態が慢性

化することも少なくない。対応のポイントとして、安易に「うつ病」の診断を告知しない（「病者」としての役割獲得の防止）、必要に応じた環境調整（例：ストレスの少ない職場への配置転換）、カウンセリング（批判的にならずに気長に本人の成長を待つスタンス）など、休養と薬物療法が中心であった従来のうつ病治療とは異なる指針も示されている。

本症例も休職中にゴルフに行き、複数台の高級車を維持するなど生活レベルは落とそうとせず、その一方で、休職による収入減のため復職を焦ってたびたび失敗するなど、生真面目で慎ましやかな従来のうつ病とは異なる印象があった。そこで、教育指導色の強い行動療法的な手法を導入し、これが功を奏した。なお、表はあくまで治療促進のために産業医と本人が任意に取り交わした文書である。

うつ病は「脳の病気」というスタンスに立てば、より支持・保護的な対応が考えられる。一方、性格的要素がより問題というスタンスに立てば、例えば本症例でとった「アメとムチ」式の対応も考えられる。後者は医療というより教育指導的、あるいは人事的な対応といえるかもしれない。心理、社会、生物学的要因の三要素は、全てのうつ病にその成因として挙げられ、個々のケースでその割合が異なる。ディスチミア親和型うつ病では、脳の病気<性格的要素と考えるとわかりやすい。しかし、ディスチミア親和型うつ病の名付け親である樽味も『どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明』と指摘しているように、専門家でもその割合の診立ては容易ではない。よって、従来のうつ病としての治療（休養と薬物療法）を受けてもなかなか職場への再適應が難しかったり、あるいは、保護的な対応をとるうちに職場で処遇困難化したりしがちである。専門家でも見極めが困難なのだから、職場で多少対応が後手に回るのは仕方がない面もある。結局のところ、本人の性格的要素と症状との関連性や職場の包容力などを見極めながら個別の対応をとっていくしかない。

職場としての対処のポイントは、一言でいえば常識的な対応をするということである。当たり前だが、職場は仕事の間であって、治療のための場ではないので、最低限の職務が果たせず、非常識な行動や要求ばかりが目立つ場合は、職務には就かせられない、という判断をする。本人の行動や態度が職場において許容範囲以上の迷惑をかけるなら、就業継続にダメ出しをする。当たり前といえば当たり前だが、そういう常識的な判断をする。その上で、では本人の医学的な評価はどうか、あるいは治療はどうするのかといった点については、専門家（外部の精神科医など）に任せればよい。就業可否は、本人の職務遂行能力や職場適応状況をもって、最終的に判断すればよい。近年は精神科医側にも、ただ抑うつ症状を消すことのみを目標とした従来の治療ゴールを、社会復帰を果たすところまでランクアップすべきと考える傾向がある。

ここで、産業医と精神科医（主治医）との連携における問題点について考察する。まず、産業医（および会社側）が抱える問題として、復職や就業条件に関する主治医の意見が、本人の職場における適応状況とかけ離れていて、実際的ではない場合がある。抑うつ状態としては軽快しているが、職場からみると、まだまだ復職合格ラインから遠いというような場合のことである（主治医にとって患者はいわば“クライアント（顧客）”なので、復職や就業条件についての診断書は、患者の“言いなり”となる傾向はやはりあるのではなかろうか）。職場としては、最低限の仕事ができない状況では、そのまま復職させるわけにはいかない。かといって、復職可の診断書が“専門家の意見”として出されると、まったく無視するわけにもいかない。こちらを立てればこちらが立たない、という困った状況となる。このような場合、産業医は、会社は、どう立ち回すべきか。

結論から言うと、復職判定における主治医（精神科医）の意見は、重要参考にはするが、いたずらに鵜呑みしたり、絶対視したりする必要はない。

これには、大きく理由が二つある。一つは、主

治医意見は、病状回復についての医学的判断ではあっても、本人の実際の職場適応能を完全には予見しえないからである。

うつ病の治療過程で言えば、休職および自宅療養で回復が進んで、抑うつ気分や意欲低下といった中核症状が改善し、自宅における日常生活能力も十分回復が見られ、本人の復職への意欲も‘旺盛’になってきたとする（単に復職への‘焦り’の裏返しの場合もある）。そして、出勤時間に合わせて図書館に通わせ、新聞の社説を要約させたり、それをパソコンで文書化させたりと、そういった職場リハビリ的な課題を与えても十分こなせたとする。そうすると、主治医はそろそろ大丈夫だろう、ということで復職可の診断書を出す。ところが、復職させてみると、職場に適応できず、短期間のうちに仕事から再度ドロップアウトする場合もある。これは、復職判断に、例えば、職場における人間関係のストレスを加味していないために起こる（図書館には上司はいない）。あるいは、うつ病の回復は、良い時と悪い時と、調子の上下の波を打ちながら、全体として徐々に回復していくものだが、やはり復職判断において、そういう流れを考慮しないまま、ある一時点における状態だけで判断した結果、やはり復職が上手くいかない場合などである。つまり、まだ本人の調子の波の最下部が、職場適応における‘最低合格ライン’を割り込んでしまう時期で、結果として復職が時期尚早の場合である。後述するように、この見極めは臨床家でも難しい。

端的に言えば、主治医の診断書は、診断名や臨床症状としての回復状況を謳っているに過ぎない。しかし、職場では、それに加えて、職務遂行能力がどれくらい戻っているか、ということが問われるのである。つまり、主治医意見は、復職判定における必要条件であっても十分条件ではない。ほとんどの場合、主治医は、本人および家族と、診察室の中での面接は重ねているが、実際に職場に出向いて、その患者の職場適応状況を視察したりはしていないのが実情であろう。だから、主治医が、職場における本人の職務遂行能力の回復度を

十分に把握できないのも、実際は無理のない話なのである。スムーズな復職のために、職場リハビリのような試行と再調整ができる仕組みや、主治医と産業医との有機的な連携が求められているのはこういう理由からである。

しかし、いくら主治医と産業医との連携が重要といっても、時間的制約その他の理由から、現実問題として、それが十分になされていない場合の方がむしろ一般的と思われる。前述のように、主治医にとって患者は‘顧客’なので、やはり患者の希望に沿った診断・意見書を出す傾向はある。「先生、もう大丈夫ですから、そろそろ復職診断をお願いします」「うーん、そうか。では、ダメもとでやってみなさい。ただし、ダメだったら、軌道修正は了承すること、いいね？」恐らくそのような、‘支持的な’やり取りが診察室内で交わされている可能性が高い。

ここで指摘したいのは、この患者の復職が上手くいかなかった場合の責任の所在についてである。少なくとも現在の精神科医療のなかで、従業員である患者の復職意見を求められ、復職可能と診断した後、その患者の復職が上手くいかなかったからといって、主治医が企業に損害を賠償したという話は、筆者は寡聞にして知らない。つまり、主治医は復職が上手くいかない場合でも、その判断にそれ程責任は負っていないことになる。逆に考えると、責任を一番負うのは（別の言い方をすれば、損害を被るのは）、雇用主、すなわち会社である。産業医は立場的にその中間となるのではないか。

そのように考えると、復職に際して、主治医と産業医（または会社側）の判断・意向が対立した場合、その最終決定権限は会社側にあるべきであろう。なぜなら、権限は責任の大小に応じて与えられるべきであり、そうであるとすると、復職における最終権限（その意見が尊重されるべき最終的な順番）というものは、事業主>産業医>主治医となるのではなからうか。前段で、『復職判定における主治医（精神科医）の意見は、重要参考にはするが、いたずらに鵜呑みしたり、絶対視し

たりする必要はない』と述べたもう一つの理由はこれである。

大体、主治医（我々精神科医）にしても、復職や職場環境調整への意見を述べるに際して、‘本人の希望通り’が必ずしも良い『処方箋』なのか、ということについて、よく考える必要があろう。例えば、上司との人間関係が悪いからと、「異動が望ましい」などの意見を出して、その通りになったとする。しかし、異動先の上司とまた上手くいかない場合はどうするのか。主治医の意見により、一時的な危機回避はできるかもしれないが、一方で、本人の自助努力による適応能力の強化の機会を損なってははいないか——産業精神医学の現場では、そういう視点も臨床家には必要である。

いずれにせよ、主治医と産業医が意見対立したまま復職の話が進むという状況は望ましくない。そのような対立モデルは、連携不足によることが少なくなく、それを防ぐにはちょっとしたコツがある。一つは、そのケースの初診に際して、産業医があらかじめ「紹介元」になっておくことである。臨床医は紹介元には、返信をする（そして、その後も連絡をとる）のが慣習である。たったこれだけのことで、産業医は労せず主治医と連携をとる体制を構築できる。なお、患者である従業員が、産業医が把握する以前に、通院を開始していた場合は、「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」（<http://www-bm.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1a.html>）などを利用し、主治医とコンタクトを取ればよい。いずれの場合も本人の同意を得た上で行う。

産業医にとっては、なじみの精神科医を作っておくのも大事であろう。言うまでもなく、従業員である患者を紹介したり、専門的な意見を聞いたりできる。このような連携モデルは、守秘義務や個人情報保護を盾に、主治医が産業医と対立するような対立モデルに比べ、ずっと建設的で、その従業員（患者）のためになるはずである。

文 献

- 1) 中村 純監修：産業医のための精神科医との連携
ハンドブック．昭和堂，京都，2009
- 2) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和
型”．臨床精神医学，34；687-694，2005

**Mental Health Issues in Workplace : Perspective of a Psychiatrist as
an Occupational Physician**

Takahiro SHINKAI

Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health

Working in close cooperation with the clinician in charge, the human resource department, and line managers, the occupational physician plays a key role in employees' healthy adaptation to the workplace. In the workplace, it is not sufficient for an employee's depressive symptoms to disappear ; it is also necessary that the employee be able to function according to job demands. It is becoming increasingly difficult to distinguish between depression and related disorders that manifest depressive symptoms, such as adjustment disorder and personality issues. Using a complex case of dysthymia in the workplace, the author examines the management of such cases, as well as ways of collaborating closely with the clinician in charge.

<Author's abstract>

<Key words : workplace mental health, dysthymia, return-to-work, cooperation>
