

巻 頭 言

健診でメンタルヘルスの課題に対して早期発見、 早期介入ができるか

中村 純 日本精神神経学会理事
Jun Nakamura

平成22年5月、当時の長妻厚生労働大臣は自殺・うつ病対策プロジェクトチームの報告を受け、健診の中でうつ病などの精神疾患を早期に発見する方策を考えるようにとの提言を行った。もともとこの10年以上、わが国の自殺者は3万人を超えた状態が続いており、勤労者の自殺者は8千人以上、うつ病で亡くなった人も自殺者の中で7千人を超えている。したがって、自殺防止対策の中でうつ病などの精神疾患の早期発見、早期介入が重要であることは、精神科医にとって異論はないことだと思う。ところで、職場はバブル崩壊後の経済不況が続き、裁量労働、裁量賃金制など職場環境の変化もあって勤労者の6割以上の人仕事にストレスを感じているという報告がなされている。さらに最近の経済不況や大震災の影響もあって職場でうつ状態・うつ病などで休業している労働者はますます増加している印象を受けている。そして長妻発言を受けて、平成22年9月には職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書が提出されて、定期健診に併せて、ストレスに関連する労働者の症状・不調を医師が確認し、産業医などの面接につなげる新たな枠組みが提言され、平成22年12月に労働政策審議会で審議され、本年10月24日には法改正要綱が審議され、妥当との答申がなされた。そして、平成32年(2020年)までにメンタルヘルスに関する措置を受けられる職場を100%にすることが目標とされた。ところで平成22年における職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査では、そのようなメンタルヘルスの措置されている職場はわずか50.4%に過ぎないと報告されている。

このような背景から先日開催された本学会総会の精神保健に関する委員会は、この問題をタイムリーに取り上げることができた。厚生労働省からも政策提案者の一人がシンポジストとして参加され、精神科医側もある程度の意見を提出することができたと考えている。この健診の枠組みはまだなお完全に確定されたものではなく案ということであるが、現状の枠組み案ではなお様々な課題があると個人的には考えている(その内容は本誌特集で掲載予定である)。

本枠組み案は、先に述べたように当初提案された時はうつ病の早期発見ということであったが、それがいつの間に

か高ストレス者を見つけるといふことに変容した。最近の多様化したうつ状態・うつ病を早期発見することは精神科医にとっても至難のわざであるが、臨床医からすると高ストレス者がうつ状態・うつ病とは限らないので、それを一般の産業医などが鑑別できるであろうか。もし、健診で偽陽性者が多数選ばれたら、その受け皿となる産業医や精神科医が全ての人に対応し、面接指導ができるだろうか。また逆に見つけられなかった場合の責任はどうなるのだろうか。さらに現実の臨床場面では、まだまだ精神疾患に罹患された人が排除的に扱われているのが現状であるため、高ストレス者とされた労働者が素直に事業者に申し出て医師への面談を希望されるであろうか。つまり精神疾患の疑いのある労働者(高ストレス者?)が職場で排除的に扱われないだろうかと心配している。規定では、そのような人々を差別してはならないとなっているが、他の理由で絶対排除されないという保証はあるのかと不安である。

生活習慣病を早期発見するような健診の項目の中に精神疾患に関連した項目が入れられることについては、総論的には賛成の精神科医は多いと思われるが、運用面での細則、規則が細かに規定されないと、現実に労働者のためにならないのではないかと危惧している。健診は一般には年1回施行されており、精神疾患と関連する高ストレス者が年1回で見付けることができるだろうか。季節性はないだろうか。健診を契機にして労働者自身がメンタルヘルスに関心を持ち、不調が起きた時に相談ができる体制が作れるだろうか。このようないくつかの疑問があがってくる。

もっと多くの精神科医が産業精神保健に関心を持って頂き、産業医や産業保健スタッフと十分連携して勤労者の健康を護る活動に参加して頂くことを願っている。自殺対策にも多くの精神科医が関わっているが、精神科医がこれらの活動に参画して、自殺防止が確かにできること、あるいは精神科医が疾病により休職した労働者を治療して職場復帰の支援を行うことや再発防止ができることを確かなエビデンスで示すことが精神科医の信用をより一層高めることになると思われる。皆さん頑張りましょう。