

第108回日本精神神経学会学術総会

教育講演

職場における適応障害・うつ病の早期発見・早期介入

中村 純（産業医科大学医学部精神医学教室）

職場においてストレスを感じている労働者は6割を超え、適応障害・うつ病などの精神疾患のために休職している人も多い。そして、職場における精神疾患の早期発見・早期介入は、復職および再発・再燃を予防することとともに産業精神保健上の喫緊の課題となっている。政府は労働安全衛生法を一部改正して労働者に対して、「ストレスを有する者の面接指導制度」を構築しようとしている。しかし、高ストレス者がうつ病などの精神疾患であるとは限らないので、この制度では一次予防か二次予防かが曖昧になっている。また、現代のうつ病は多様化しており、いくつかのチェック項目でどのような精神疾患が見出されるのかという疑問もある。要面接者とされた人が企業に申し出て面接を本当に希望するのか。産業医あるいは精神科医はどのように対処すべきか。多数の要面接者が出た場合、精神科医療機関がこれ以上の患者の増加に対応できるのかなどの課題もある。労働者にとって、どのような介入方法が個々の労働者だけでなく職場にとっても有効で職場のメンタルヘルスの改善に役立つのか、この枠組みの課題を含めて考え、精神科医の役割を再考してみたい。

<索引用語：産業精神保健，早期発見・早期介入，うつ病，自記式評価尺度，面接指導>

はじめに

勤労者の自殺は毎年8千人を超えており、その1/3はうつ病とされている。また、適応障害・うつ病などで休職している人が増加しているとされ、職場における精神疾患の早期発見・早期介入は、休職者の復職支援、さらには再発・再燃を予防することとともに産業精神保健上の喫緊の課題となっている。

そこで政府は労働安全衛生法（安衛法）を一部改正して労働者に対して、「ストレスを有する者の面接指導制度⁹⁾」を構築しようとしている。この取り組みは、健診に身体疾患だけでなく精神疾患の予防、早期発見を組み入れるという意味で画

期的なものと評価したい。しかし、その制度は文字通りのストレスチェックであり、厳密に言えば健診の枠外となり、精神疾患の早期発見にはならないなど、いくつかの課題があるようである。

そこで、本稿では現代の労働の場の変化や課題についてまとめ、さらに精神疾患の早期発見、早期介入についてのエビデンスおよび、本制度の課題について私見を述べることにする。

I. 最近の労働の場の課題

わが国は、少子高齢化社会に突入しており、それぞれの世代で労働に対する意識の違いが起こっている可能性がある。わが国では近年になって第

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター，札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

教育講演 職場における適応障害・うつ病の早期発見・早期介入 座長：白川 治（近畿大学医学部精神神経科学教室）

3次産業に従事する人が最も多くなるなど産業構造に変化が起り、大卒者の3人に1人は2年以内に転職する事態となっている。このように職場に対する所属意識にも若い人と年配の人では違いがあるように思われる。さらに団塊世代の定年が始まり、技術継承がうまくいっていないという企業もある。また、働く女性が増加しており、個人の生活は経済的には裕福になってきたが、結婚、育児などをしながら、女性が男性と同等に働ける場が十分に準備できていないのではないかとと思われる。そして、企業活動はグローバル化して情報通信機器は毎年進化しており、これらの機器や外国人とのコミュニケーションに対応できない人もでてきている。さらに裁量賃金制が多くの企業で取り入れられ、正社員は削減され非正規雇用職員が増加しているが、正社員の仕事への責任は益々重くなっている。一方、非正規雇用労働者は身分が不安定であるため不況になると直接その地位が保てなくなるという不安がある。加藤^{3,4)}は、最近の企業では職場における労働時間が圧倒的に増加しており、職場自体がメランコリー親和型化して、顧客に対する配慮性が高まり、仕事のミスを許さない雰囲気職場全体を覆い、チームで仕事をすることなどの意識が低下した反面、個人の責任が重くなって、職業結合性の神経衰弱状態、あるいはうつ病が企業に起こっているのではないかと指摘している。労働者間のコミュニケーション不足やそれぞれの労働者の裁量が減少したことでストレスは増大して、行政用語であるが所謂「メンタルヘルス不調者」が増加していると思われる。このメンタルヘルス不調者という用語は、厚生労働省(厚労省)によればICD診断基準のFコードすべての疾患を含むとされ、うつ病に特化した対策だけが先行しているのではないかと批判もある。

不況が続く、若者には暗い将来しかイメージができず、労働をすること自体に夢が持てなくなった状況が今企業に起こっているのではないかと指摘されている。

ところで、2009年の国立社会保障・人口問題研究所²⁾の推定では自殺・うつ病による社会的損

失額は2兆6,782億円とされ、その内訳は69歳以下の自殺者2万6,500人が健康に働いていたと仮定した場合の生涯所得額が1兆9,028億円、2009年にうつ病を患った人への労災補償給付金が456億円、うつ病によって休業者が失った所得は1,094億円、うつ病が原因で失業した人への失業給付金は187億円、うつ病が原因で失業した人の生活保護費が3,046億円、うつ病の治療に費やされた医療費2,971億円などと推定され、わが国の経済にも多大な損失をもたらしていると考えられる。

II. うつ状態・うつ病の増加

厚労省の患者調査によれば1996年から2008年までのおおむね10年間でうつ状態・うつ病と診断された人は、約2.5倍増えて100万人を超えたことが報告された。社会環境や不況などの経済状況あるいは社会構造の変化から確かに社会全般にストレスが増大し、人々の価値観にも変化が起り、うつ状態・うつ病の人は増加し、病像も多様化してきている。さらに、うつ病の診断が増加した原因の1つはDSM-IVやICD-10の診断基準の適応が臨床医に一般化してきたことも関連していると思われる。これらの診断基準は、病前性格や生育歴などを問わないで症状項目と持続時間で診断するため、従来われわれが診断してきたうつ病よりはより幅広いうつ病を診断している可能性がある。また、1999年以降、わが国に導入されたSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)などの新規抗うつ薬は、気分障害だけでなく、不安障害に対する保険適応を有していることや副作用が少ないことから、使用しやすく、製薬企業の多くがうつ病を盛んに啓発し、うつ病患者を増加させ、安易な薬物療法がなされているという批判もある。しかし、うつ病を啓発すること自体は、精神科受診への敷居を下げたという効用もあったと思われる。もっともわが国の疫学研究⁶⁾からは、300万人以上のうつ病患者が推定されており、まだ治療を受けないまま不幸な転帰をたどっている人も多いという考えもある。そして、DSM-IVや

ICD-10の診断基準を満たすうつ病は確かに増えているが、増加したうつ病の多くは従来のメランコリー親和型の内因性うつ病が増加したのではなく、多くはストレス性適応障害によるうつ状態などの軽症うつ病や双極性障害と推定されている。しかし、軽症であるから自殺をしないというわけではない。したがって、本来抗うつ薬だけで治療すること自体が難しい症例が多くなっているのではないかと推察される。

さらに、うつ病の診断、治療が難しい原因としては、うつ病の症状が多彩であることや病態自体に異種性があると考えられる。そして、他の精神疾患と同様に生物学的診断マーカーがないことから薬物選択の指標もなく、投与量、投与期間も不十分な薬物療法がなされている可能性もある。また、勤労者の精神疾患は職場環境、人間関係などの発症誘因を改善することが困難な症例も多く、うつ病の寛解と職場復帰との乖離があることもうつ病の治療を困難にしている。

Ⅲ. 改正労働安全衛生法（案）⁹⁾

これまで述べてきたように職場におけるメンタルヘルス不調者の早期発見は、産業保健スタッフにとっては重要な課題である。このような背景から2010年5月に取りまとめられた内閣府の自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告書において、「職場におけるメンタルヘルス対策」が重点課題の1つとされたことは時機を得た重要な決定であった。そして「メンタルヘルス不調者の把握と把握後の適切な対応」について検討することになった。2010年9月には、職場におけるメンタルヘルス対策検討会から定期健診に併せて、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た。したがって、この段階で職場においてうつ病を早期発見するという目的から高ストレス者を発見するという目的にこの枠組み自体が変更されたように思える。そして、2010年6月18日には閣議決定がなされ新成長戦略が決定された。ところで2010年の労働者健康状況調査報

告によれば、メンタルヘルス対策に取り組んでいる職場は、職場全体の50.4%であったが、今回の改正安衛法によって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の割合を100%にすることが目標とされた。さらに2010年12月の労働政策審議会でのこの法改正要綱が審議され、2011年10月24日にはこの諮問内容が妥当との答申⁹⁾が出され、2012年の通常国会に上程され、審議予定になっている（2012年8月8日現在）。

この時、職場におけるメンタルヘルス対策検討会が提出した答申内容は、職場のメンタルヘルス対策の基本的な方向として、①労働者のプライバシーが保護されること、②事業者にとって容易に導入でき、また、労働者にとって安心して参加できること、③専門的な知識を有する人材の確保や活用などの基盤整備が図られること、④労働者が健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇などで不利益を被らないこと、⑤必要な場合には専門家につながるができること、⑥職場においてメンタルヘルス不調の正しい知識の普及が図られること、⑦医師または保健師が、労働者の精神的健康の状況を把握するためのストレスによる症状を確認するための検査を行う（労働者には受診義務がある）ことなどであった。

そして、検査（ストレスチェック）の結果は労働者に直接通知し（検査を行った医師または保健師は、労働者の同意なく、個別の情報を事業者に伝えてはならない）、労働者が事業者に面接の申し出を行った場合は、医師による面接指導を行うとともに、結果を保存することになった。そして、事業者は厚労省令の定めに従い、医師からの意見聴取などを行い、必要がある時には事後措置を行う（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少などの措置、衛生委員会への医師の意見の報告その他の適切な措置）など、現在の長時間労働者への対応と同じような枠組みが提案された（図）。ただし、長時間労働の場合は、企業側がその事実を把握しているが、本法案の場合は、本人の申し出がなければ把握できない点は大きな違いである。この時、事業者は、労働

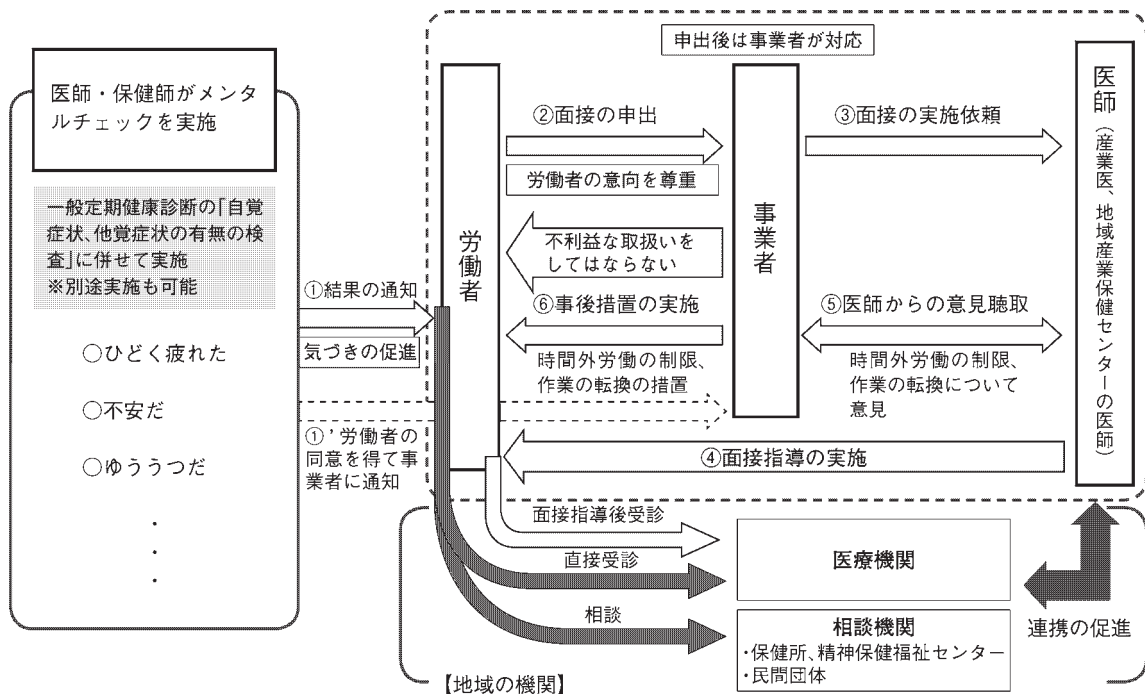


図 精神的健康の状況を把握するための検査と面接指導

者の申し出を理由に解雇その他の不利益な取扱いをしてはならないとされ、厚労大臣は、事後措置が適切に行われるよう指針を策定するが、罰則はないことになっている。

そして、今回の改正安衛法におけるメンタルチェック項目として、具体的な最低基準を次のように示した。疲労としては、①ひどく疲れた、②へとへとだ、③だるい、不安としては、④気がはりつめていない、⑤不安だ、⑥落ち着かない、抑うつとしては、⑦ゆううつだ、⑧何をするのも面倒だ、⑨気分が晴れない、のあわせて9項目である。そして、これらの点数が高い者に対し、医師による面接指導を勧奨することになった。

そもそもこれらの項目は下光ら¹⁰⁾が作成した職業性ストレス簡易調査票を分析して抽出された項目であり、うつ病などの精神疾患との直接的な関連を示すエビデンスはない。その意味では、文字通り高ストレス者を抽出することになり、結果的には精神疾患の早期発見からはかけ離れたスト

レスチェックになった。

このような検査をすること自体問題はないと考えるが、勤労者に対する守秘義務が本当に守れるか、このような検査の結果が人事考査に使われない保証があるのか、要面接者が事業者に申し出をするかなどの危惧がある。大企業ではすでに精神症状に関連した項目が健診の中で検討されているようであるが、安衛法という形で多くの労働者に検査を義務づけることになると、例えば中小企業でこの検査がなされた時に労働者に不利にならないかあるいは派遣労働者にはどう対応していくのかと精神科医としては疑問がある。

一方、このような健診の結果、多数の要所見者が出た場合、そのような人たちに対応できる精神医学に精通した産業保健スタッフ、さらに多忙を極める精神科医が十分に対応できるだけの準備ができていないかという不安もある。精神科医の中には職場環境、職位、業務内容などを無視して対応をする医師もおり、産業保健スタッフと十分な連

携をすべきである。

この枠組みは労働者それぞれ個人になされるものであるが、最近、厚労省の考え方は、この検査は企業全体のメンタルヘルス改善のために施行されるもので職場改善を目標としており、この検査結果がメンタルヘルス不調者への一次予防になるとの考え方に変容してきているようにも思える。その意味では、この検査は有益なものになるかもしれないが、個人を評価するので、やはり個人に対して、何らかのフィードバックが必要と考えられる。

IV. 職場でうつ病を早期発見するため方法

今回、厚労省が提示したメンタルヘルスチェックと同様に集団を対象にした質問紙法により精神疾患を抽出した研究は少なく、エビデンスもあまりない。

多くの企業でさまざまな取り組みがされているが、対象人数や職種、職位などが異なり、論文化されたエビデンスは少ない。どのような職場、職種にメンタルヘルス不調者が多いのかを企業が公表することに躊躇しているのではないかと思われる。そのような中で川上⁵⁾はうつ対策推進方策マニュアル調査票による結果を報告している。具体的には「最近、2週間の様子を質問する」、①毎日の生活に充実感があるか、②これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった、③以前は楽にできていたことが今では億劫に感じられる、④自分が役に立つ人間だとは思えないなどを「はい」、「いいえ」で尋ね、2つ以上「はい」がある場合にうつ状態の可能性があり、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングとして、これらが2週間以上持続し、かつ生活に支障がある場合をうつ病とすると判断して、その感度は94%~100%、特異度は61%と報告した。さらに Kessler ら⁷⁾の方法をもとに作成された K6 質問票⁸⁾は過去30日間にどれくらいの頻度で以下のことがあったかを質問する方法である。①神経過敏に感じたか、②絶望的だと感じたか、③そわそわ、落ち着かなく感じたか、④気分が沈み込んで、何が起

っても気が晴れないように感じたか、⑤何をすることも骨折りと感じたか、⑥自分は価値のない人間だと感じたかという6項目を質問する。その判定法は各項目の合計得点5点以上の者を「陽性」とした場合、うつ病を含む気分・不安障害のスクリーニングでは感度76%~100%、特異度69%~80%となったが、これらを多数の企業の大集団で施行した報告はない。

最近、Adachi ら¹⁾は、鈴木ら¹¹⁾の研究に準じて職場におけるうつ病同定のスクリーニングツールとして、異なる2つの職場の労働者に対して、2つの自記式質問紙を組み合わせた方法の妥当性を検証し報告した。その結果、労働者89人(男性81人、女性8人、平均年齢38.4±6.6歳)を含む第1群と、労働者1,500人(男性1,408人、女性92人、平均年齢40.9±7.2歳)を含む第2群という多数の労働者からなる集団を設定した。第1群に対し、Beck Depression Inventory (BDI) と二質問法を施行し、同時に大うつ病性障害および大うつ病性障害にしばしば併存する精神障害(物質使用障害や不安障害など)の診断を確定するため Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) を行い、併存妥当性を検証した。二質問紙法というのは、大うつ病エピソードの診断基準の中の基本的症状とされる①抑うつ気分、②興味または喜びの喪失を丁寧に質問する方法である。第2群には、第1群の得点分布にバイアスがないことを確認するため、BDI と二質問法を行った。その結果、BDI 得点10点以上、二質問法2点の組み合わせを用いることにより、大うつ病性障害を有する労働者を最も効率的に抽出できるだけでなく、大うつ病性障害に併存する精神障害のみを有する労働者をそれぞれの方法を単独で用いるよりも効率的に抽出できることを示した。

本研究により、BDI と二質問法を組み合わせたスクリーニングは、すでにうつ病を発症している労働者を効率的に抽出できるだけでなく、うつ病の発症につながりやすい病態を有する労働者の抽出にも役立つ可能性が示された。すなわち、こ

の方法を用いた上で労働者に介入することは、うつ病の二次予防的意義だけでなく一次予防的意義も期待され、多数の労働者への効率的なスクリーニングが迫られる職域の実情を考えると、実効性と有用性を兼ねた方法と考えられた。しかし、この方法についても多職種、大集団でのさらなる検証が必要と思われ、いくつかの事業所でこのようなモデル事業を考慮すべきである。また、うつ病の早期発見ということに限れば、季節性うつ病もあるため年1回の健診で十分であるのかという健診時期の検討も必要かもしれない。

精神科医が職域でうつ病を見出す方法を考えると、このような方法になるかもしれないが、今回、厚生労働省が提案しているストレスチェックと疾病を見出すツールとは全く異質なものであることは明らかである。本法案が労働者にとって有益な形で運用できる方法を見出す必要がある。

おわりに

職場において精神保健の問題が取り上げられるようになって久しい。今回、厚生労働省がメンタルヘルス不調によって休職した労働者の増加や自殺問題などから健診の項目に精神疾患を発見しようとする試みを始めたことは画期的なことである。ただし、細かく見ると自覚症状と他覚症状を区別するなど課題もある。職場のストレス負荷によって、多様なうつ病、適応障害、アルコール依存症などの精神疾患が発症していることは事実であり、どのようなストレスによって発症するのか、職場要因だけが強調され過ぎていないか、など臨床医も納得できるエビデンスが必要ではないかと思われる。

産業保健スタッフの多くは、精神医学への理解もまだ不十分である。一方で、精神科医側も産業医学への理解が不十分である。したがって、産業保健スタッフと治療者である精神科医や心療内科医との情報交換がより綿密に行われ、連携を図らなければ、労働者の精神疾患の早期発見、早期治療、再発防止は円滑にはできないと思われる。さらに精神疾患の一次予防はよりハードルが高いと

考えられるので、まずは労働の場での精神疾患に対する偏見の是正と経営者の意識改革がなされなければ、職場のメンタルヘルス不調者を減らすことはできないと考えられる。厚生労働省の新たな枠組みが労働者にとって有益で実行性のあるものとなることを願っている。

文 献

- 1) Adachi, Y., Aleksic, B., Nobata, R., et al.: Combination use of Beck Depression Inventory and two-question case-finding instrument as a screening tool for depression in the workplace. *BMJ Open*, 2; 1-7, 2012
- 2) 金子能宏, 佐藤 格: 自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる経済的損失)の推計の概要. 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部, 2009
- 3) 加藤 敏: 職場結合性うつ病の病態と治療. *精神療法*, 32(3); 284-292, 2006
- 4) 加藤 敏: 現代の仕事, 社会の問題はどのように精神障害に影響を与えているか. *精神科治療学*, 22(2); 121-131, 2007
- 5) 川上憲人: 大規模コホートによる過重労働等の精神健康危険度評価: 過重労働等ストレス健康リスク予知チャート(うつ病版)の開発. 平成18年度厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究事業「過重労働等による労働者のストレス負荷の評価に関する研究」分担研究報告書(主任研究者 川上憲人), 2007
- 6) Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., et al.: Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59; 441-452, 2005
- 7) Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., et al.: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychol Med*, 32; 959-976, 2002
- 8) 厚生労働省: うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために. 2004
- 9) 厚生労働省: 労働政策審議会議事録 2011年10月24日
- 10) 下光輝一, 岩田 昇: 2000 III-2-3. 職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレスおよびストレス反応測定項目の反応特性の検討—項目反応理論によるア

ブローチ。労働省平成11年度作業関連疾患の予防に関する研究 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書（班長 加藤生明）。2000

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。精神医学, 45; 699-708, 2003

Early Detection and Intervention for Adjustment Disorder and Depression in the Work Place

Jun NAKAMURA

Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health

Work-related adjustment disorder and depression are frequently work-related mental problems. Over 60% of employees feel job stress in the work place in Japan.

The number of employees who become psychiatric disorders such as depressive state and depression, and lead to the suspension of jobs is increasing. It is an important issue for detection and intervention of depressive employees in the work place.

Japanese government is planning to introduce a new rule for mental examinations for workers using a self-check questionnaire. However, it is quite skeptical to detect depressive employees using such methods. It is well known that the sensitivity and specificity in self-rating questionnaire for depression is very low, because depression is not homogeneous disorder and patients reveals various symptoms. It is quite questionable that workers who required receiving a mental interview go to meet occupational health physicians or psychiatrists or workers answer the questionnaire in precise, because of stigma of the mental disorders or afraid of worsening evaluations to themselves by their superiors. Moreover it is actually very difficult for psychiatrist to deal with the subjects including false positive cases as well as true depressed patients.

Therefore, more realistic and useful methods should be reconsidered. I think enhancing cooperation or interaction between occupational health physicians and psychiatrists is one of important issues.

<Author's abstract>

<Key words: occupational mental health, detection and intervention of depressive employees, depression, self-check questionnaire, mental interview>
