

## うつ病理解と精神科医と産業医との連携

新開 隆弘

長引くデフレ不況や雇用の多様化、少子高齢化など、職場のメンタルヘルスを取り巻く環境は厳しさを増している。自殺者数も依然として国際的にみて高い水準にあり、気分障害の患者数は（および抗うつ薬の売上も）増加の一途である。少子高齢化は進む一方なので、有形無形に現役世代の負担は増しており、このままでは年金制度の存続も危ぶまれている。職場のうつ病臨床を複雑化しているのが「非内因性」うつ病の問題である。例えば、①若者に多く、全体に軽症で、訴える症状は軽症の（内因性）うつ病との鑑別診断が難しい、②職場では抑うつ的だが、余暇は楽しく過ごせる、③仕事や学業上の困難をきっかけに発症する、④病前性格として、未熟で自己中心的、他者を非難する傾向がある、⑤環境の変化で急速に改善することもあるなどの特徴が挙げられる。こういう「うつ病」だと、職場周囲は理解に苦しむし、産業医も患者と会社の板挟みになって対応に苦慮することになる。主治医は、産業医は、この複雑化するうつ病問題にどう対峙すべきか——。生物-心理-社会的要因をキーワードに、これからの職場のうつ病問題を考える。

### 索引用語

うつ病, 職場, 非内因性, 生物-心理-社会的要因, 産業医

### はじめに

近年わが国では、長引く不況を背景にした国民的な閉塞感からくる、職場や学校、家庭などさまざまな場面でのメンタルヘルスの不調がみられる。わが国の自殺者数は、1998（平成10）年以降14年間連続して3万人を超えていたが、2010（平成22）年以後減少が続き、2016（平成28）年は22,000人弱となっている。しかし一方で、勤務問題を原因の1つとするものについては従来に比して高率になっている（図1）<sup>3)</sup>。

厚労省によれば、2008年のうつ病を含む気分障害の患者数は前の12年間で2.4倍となり100万人に達し<sup>2)</sup>、それに伴い抗うつ薬の売り上げも約5倍の1,000億円市場となっている。本格化する少子高齢化社会や将来の社会保障に対する国民的な不安も払拭されない状況が続いている。

うつ病をはじめとする精神疾患は現役世代に起こること

も多く、社会損失コストが生じる。原因未解明なことが多く外来・入院を含めて、症状や治療が長引くことも多い。よって、医療費（直接費用）のほかに、休業などの損失（間接費用）が嵩み、うつ病では前者の14倍ほど後者でコストがかかるという試算も出ている（表1）<sup>1)</sup>。

### 1. うつ病の操作的診断の是非

うつ状態を呈する患者の9割方がまず精神科以外を受診している<sup>4)</sup>。患者の多くは、身体不調を伴い、内科などの身体科を受診する。精神科以外でも対応することの多いうつ病だが、米国精神医学会の診断基準（DSM）では、①抑うつ気分、②興味または喜びの喪失、③食欲低下と体重減少、④不眠、⑤焦燥感、⑥易疲労感、⑦無価値感、⑧思考・集中困難、⑨希死念慮の9症状のうち、（①②の少なくとも1つを含む）5つ以上が2週間以上、患者の職業・学業といった日常活動に支障をきたすレベルで持続すれば、

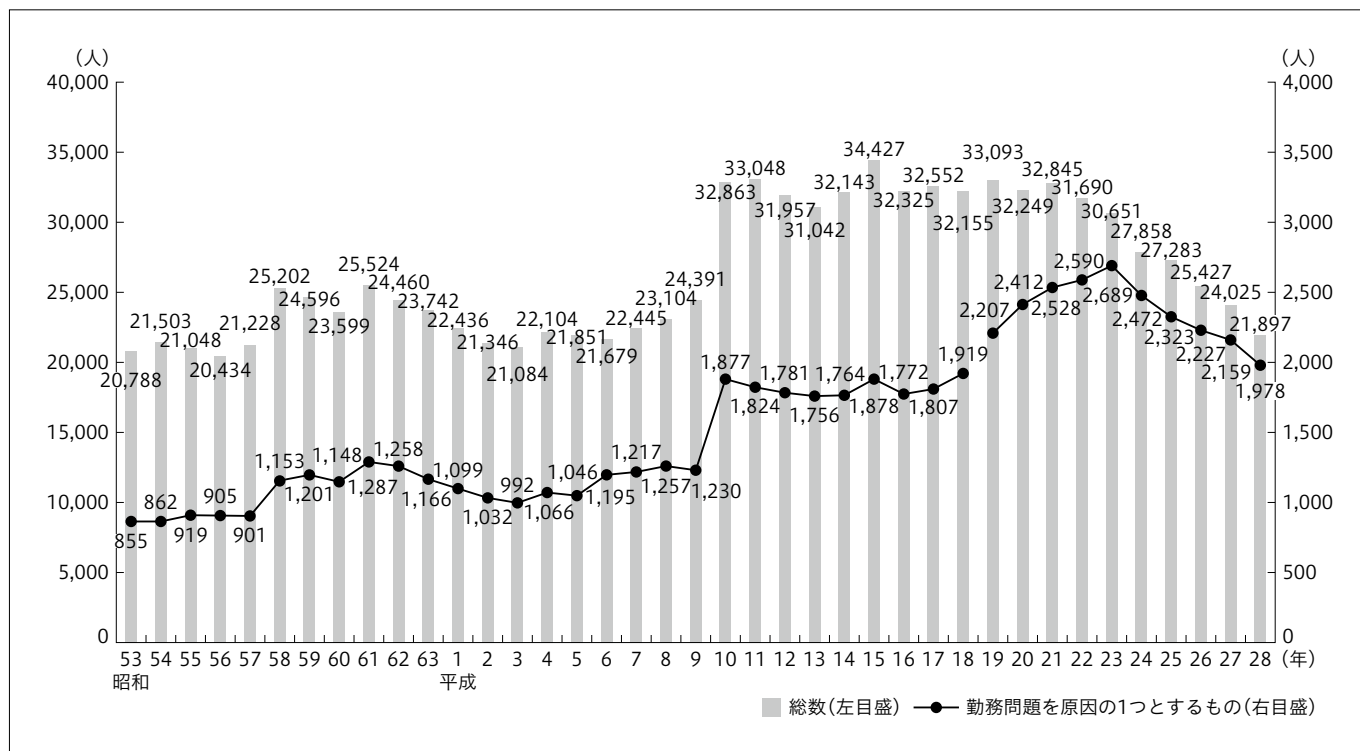


図1 年間自殺者数の推移 (総数および勤務問題を原因の1つとするもの)

注：平成19年の自殺統計から、原因・動機を最大3つまで計上することとしたため、平成18年以前との単純比較はできない。(文献3より引用)

表1 精神疾患の社会損失コストは甚大

	統合失調症	うつ病	不安障害
直接費用(医療費)	7,700億円	2,090億円	497億円
間接費用(休業など)	2兆43億円	2兆8,810億円	2兆3,434億円
合計	2兆7,743億円	3兆900億円	2兆3,931億円

(文献1より引用)

「うつ病」としてよいことになっている。すなわち、症状の個数、重症度、持続期間、この3つでしか規定されていない。一方で伝統的に重視されてきた環境要因や性格傾向などは、そもそも狭義の診断材料からは除外されている。

DSM式の操作的診断基準は、誰にでもクリアカットでわかりやすい一方、限界もある。うつ病はある意味、人生の流れ(ストーリー)のなかで、理解されるべき病態であり、その成因には、生物的要因のみならず、背景となる心理・社会的要因もかかわっており、本来それらを総合して理解すべきである。DSM-IVでは一応、多軸診断システム(①主病名、②性格、知能、③身体疾患、④心理・社会的ストレス、⑤社会適応レベルの5項目からなる)という考え

が示されてはいた(DSM-5では不採用)。

しかし、心理・社会的要因は評価の標準化が困難である。人生におけるストレス因の分類やその度合いの捉え方は難しい。これらは個人の生い立ちや性格、経済状況、家族や学校、職場の人間関係に至るまで、さまざまな事情に影響されるので、標準化して評価するのは困難である。ましてや国際標準となると、文化や社会情勢が国によって違うこともあり、さらに困難である。

そこで研究や統計として、国際比較ができるように客観性・再現性を最重視した結果、うつ病に至った原因背景論はいったん判断材料から外し、現症としての症候学的な観点で診断が下せるようになっている。これにより、診断の

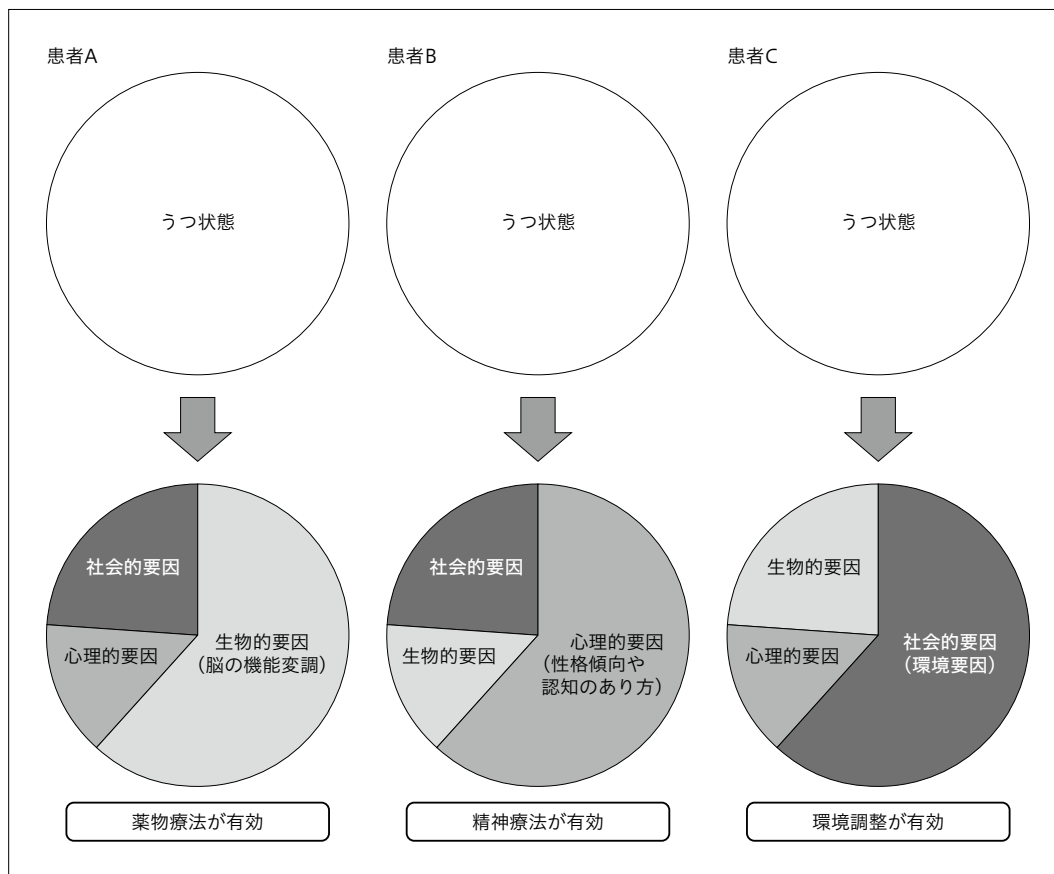


図2 うつ病の多様性・異種性  
実態はそれぞれ、対応もそれぞれ。

客観性は上がったが、職場のうつ病理解という観点からは歓迎できる側面ばかりでもない。実際、職場でみるうつ病の問題点は多岐にわたる。

## II. 職場におけるうつ病の総合的理解

うつ病は、①生物的要因（他の臓器と同様、脳が機能変調を起こした）、②心理的要因（性格傾向や価値観、「認知」と呼ばれるものの見方・捉え方）、さらに、③社会的（環境）要因（職場環境やストレス因）などが複雑に相互作用した結果生じると考えられる。これら三要因からうつ病の診断、治療、また職場での対応上の問題を整理してみる。職場のうつ病事例の対応を考える際、この三要因の割合に見当をつけて対応していくとよい。逆に言えば、これを計り損なうと治療や介入の力の入れどころを見誤ることとなり、よい結果（例えば復職の安定）は得られにくい（図2）。

## III. 生物-心理-社会の三要因を踏まえたうつ病の対応

うつ病の三要因のうち、②心理的要因（性格傾向や認知のあり方）の割合が比較的高いケースでは、休養と抗うつ薬投与というスタンダードな治療への反応が芳しくないことも多い。特に職場では心理的モラトリアム（社会人としての自立からの回避）を呈する若者も散見される。このようなケースの治療主眼は、本人のものの見方・捉え方の問題ということになるが、これには特効薬はない。診療のなかで本人の認知のあり様を見直すきっかけを与え、自分で気づいていってもらうしかない。カウンセラーの役目が「患者の心理的な映し鏡になること」と比喻されるのはこのためである。最低限の職場ルールを守らせ、社会人としての自覚を促すスタンスも必要になる。

このようなケースでは、表面上のうつ状態にとらわれて、①生物的要因が主体のいわゆる内因性うつ病と判断し

表2 「ディスチミア（気分変調症）親和型うつ病」（樽味，2005）

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年層（1970年以前出生？）	青年層（1970年以降出生？）
関連する気質	執着気質 メランコリー性格	スチューデント・アパシー 退却傾向と無気力
病前性格	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	自己自身（役割ぬぎ）への愛着 規範に対し「ストレス」であると抵抗 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
症状学的特徴	焦燥と抑制 疲労と罪悪感（申し訳なさの表明） 完遂しかねない“熟慮した”自殺企図	不全感と倦怠 回避と他罰的感情（他者への非難） 衝動的な自傷，一方，“軽やかな”自殺企図
認知と行動特性	疾病による行動変化が明らか	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不明
薬物への反応	多くは良好 （病み終える）	多くは部分的効果にとどまる （病み終えない）
予後と環境変化	休養と服薬で全般に軽快しやすい	しばしば慢性化 おかれた環境の変化で急速改善することも

（文献5より改変して引用）

てしまうと、適切な職場回復を遅らせてしまう場合もある。内因性うつ病の対応はもっぱら休養と薬物療が主体となるが、問題の本質がそこにない以上、これは暖簾に腕押しとなる場合もある。なお参考になる概念として、樽味<sup>5)</sup>はうつ病の典型例（メランコリー親和型）とは異なるうつ病のタイプを指摘している（表2）。

一方、気分障害にはうつ病のほか躁うつ病（双極性障害）もある。特に双極性Ⅱ型障害では、躁は軽躁にとどまる。また一般に病期の大部分がうつ状態のため、（単極の）うつ病と間違われやすい。職場で難治なうつ病の背景として、この混同問題もある。うつ病の診断のもと、休養と抗うつ薬による治療では、症状不安定で就労が安定しない場合は鑑別診断の再考の必要がある。

もともと両者の鑑別は専門医でも困難な場合があり、抗うつ薬治療中に躁転（躁状態になること）が生じて初めて（単極）うつ病でなく、双極性Ⅱ型障害と判明することも多い。この場合、主剤を抗うつ薬から気分安定剤に切り替えると、症状が安定し復職の継続につながる。

#### IV. 古くて新しい問題 ——職場のうつ病問題の難しさ——

職場において、典型的な内因性うつ病とは様相の異なる「非内因性」うつ病の取り扱いはなかなか困難である。そも

そも診断マーカーがなく両者の即時鑑別は専門医でも難しい。「非内因性」の構成要因には適応障害的な部分、発達障害の色彩、性格の問題などまさにさまざまである。

非内因性の要素が強くなると、次に考慮すべきは疾病性vs事例性の問題である。すなわちこのまま医療の枠で対応を続けるか、それとも人事マターとして処遇すべきかという議論が持ち上がる。しかしこれとて、内因性と非内因性の鑑別が困難であったように、主治医（精神科医）は責任をもって断定的な意見を言わない（言えない）ことが多い。結果として、主治医任せでは解決しない職場-労働者（患者）の問題が残り、会社側は対応に苦慮することとなる。

#### V. いつまで「保護政策」を続けるか

一般的に、雇用については大企業や役所では、労働者は十分に守られている。職場でうつ病が発生すると、まず保護的な処遇が開始される（休業や医療への導入）。一定期間休んでうつ状態が回復し、復職できれば問題ない。しかし、症状不安定が慢性化し、休業期間が長期化したり、復職が安定せず、さらに先述の「非内因性」、特に本人の性格や認知（ものの見方・捉え方）に問題があるような場合はこの「保護政策」だけでは本質的解決にはならないだろう。

となると、どこかで本人に直面化させる（保護政策の限界を伝える）必要が生じるが、いつが適切なタイミングか、

また誰がどのように伝えるのが最適か、を教えてくれるエビデンスはない。

そこでキーポイントになるのが、主治医（精神科医）と産業医との連携である。この両者の連絡・連携のなかでそのような見極めや落としどころを協議し、最終的には職場や本人に提案し了解を得ていく必要がある。

## おわりに

このように職場におけるうつ病問題は特に非典型例で対応が難しく、あまり本人に過保護過ぎてもいけないし、また事例性と疾病性が混在するケースがむしろ普通であり、簡単に人道的に切り捨てるのも問題である（それで実際には往々にして「病気休業期間満了まで」が採られやすい。責任の先送りともいえる）。

職場でうつ病を診る主治医（精神科医）と産業医は、会社と本人と両方の立場や関係性を俯瞰しながら、連携して

対応することが求められる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) 学校法人慶應義塾：平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金「精神疾患の社会的コストの推計」事業実績報告書、2011 (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyoudl/seikabutsu30-2.pdf>)（参照 2020-01-31）
- 2) 厚生労働省：平成 20 年（2008）患者調査の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>)（参照 2020-01-31）
- 3) 厚生労働省：平成 29 年版過労死等防止対策白書 ([www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/17/index.html](http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/17/index.html))（参照 2020-01-31）
- 4) 三木 治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療。心身医学, 42 (9); 585-591, 2002
- 5) 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 (5); 687-694, 2005

# Understanding Depression in Workplace and Collaboration between Psychiatrists and Occupational Physicians

Takahiro SHINKAI

Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health

Depression in the workplace has become more severe due to factors such as prolonged deflationary recession, employment diversification, the declining birthrate and an aging population. Suicide rates are also high among developed countries, and the number of patients with mood disorders (and also sales of antidepressants) is increasing. As birth-rates continue to decline and populations continue to age, so too does the burden on the working generation increase.

Clinical practice around workplace depression, however, is complicated by the problem of “non-endogenous” depression. Non-endogenous depression : 1) is common among adolescents and mild in general, and is therefore difficult to identify next to mild (endogenous) depression, 2) goes away during enjoyable leisure time, 3) tends to develop due to work or academic difficulties, 4) is pre-morbid with personalities that are immature, self-centered, and that tend to blame others, and 5) may improve rapidly due to changes in the environment, etc.

As such, non-endogenous depression is difficult for people around the workplace to understand. It is also difficult for occupational physicians to deal with it because that would put them between the patient and the company.

This article helps to explore better solutions for attending physicians and occupational physicians to deal with this complicated depression in the workplace with the keywords of biology-psychology-social factors.

## Author's abstract

**Keywords** depression, workplace, non-endogenous, biology-psychology-social factors, occupational physician