

問13 早期に相談や受診、治療に結びつくためには労働者自身にどのようなことについて情報が必要だと思いますか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 初期の症状
2. 治療方法
3. 相談できる機関・人
5. 専門病院・医師
6. 会社のサポート体制
7. 周囲から助けを得ることの重要性
8. 早期受診の必要性・重要性
9. その他 ( )

問14 最初に専門的な治療を受けたときの経験から考えて、専門医のどのようなことが助けになると感じましたか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 十分に話をきいてもらえる
2. 元気づけてもらう
3. 病気に関する十分な説明がある
4. 治療に関する十分な説明がある
5. 薬剤に関する作用や様々な副作用についての十分な説明がある
6. 会社への説明をしてくれる
7. 家族への影響に対してサポートしてくれる
8. 家族の役割や対応に関してアドバイスしてくれる
9. 今後の就労に関して十分な説明がある
10. 親しみやすく対応してくれる
11. 受けられるサービスに関していくつかの選択肢がある
12. 希望が与えられる
13. 医療従事者と会社関係者の協力がよくできている
14. その他 ( )

問15 現在の状況についておうかがいします。現在ではこころの不調に対する社内の対応がうまくいっていると思いますか。あてはまるものを1つ選んで番号に○をつけて下さい。

1. 非常にうまくいっている
2. うまくいっている
3. どちらともいえない
4. うまくいっていない
5. その他 ( )

三重県における“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状の研究

分担研究者 岡田 元宏 三重大学大学院医学系研究科 教授

**研究要旨**

従来のメランコリー型とは異なる、最近の若い世代のうつ状態の診断・治療・復職の三重県における実情を把握することを目的で、三重県内の精神科医にアンケート調査票を郵送し回答の依頼を行なった。

<研究協力者>

中川 雅紀

三重大学大学院医学系研究科

濱口 達也

三重大学医学部附属病院精神科神経科

A. 本研究の目的

最近ではメンタルヘルス事例が増加し、その中でもうつ病・うつ状態の占める割合が多いと言われている。

しかも復職において長期休職や反復休職など対応に難渋するうつ病・うつ状態の事例は、以前のメランコリー型のうつ病とは異なっており、薬物療法の効果も一般的に乏しい。しかも現在の精神医学はこの新たな病態に対して、まだ十分な理論と明確な治療法を語ることはできていない。

そこでまずは実情を把握するため、三重県内の精神科医に対して調査を行うこととした。

B. 研究の対象および方法

自記式の「“軽症ながら慢性化傾向をも

つ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート」を作成した。三重県内の精神科を標榜する医療機関・その他施設等の精神科医にアンケート調査票を手渡し、もしくは郵送した。なお質問項目は表1のとおりである。回収されたアンケート調査票の集計を行った。

（アンケート調査期間）

平成20年12月2日～平成21年1月15日

（倫理面への配慮）

本研究は、三重大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を受けて実施した。研究対象者は三重県内の精神科医療機関で従事する精神科医とし、本研究の説明文と調査票を同封した。また必要に応じて研究の説明を行った。なお個人情報保護のため、無記名形式にて調査票の回収をおこなった。

C. 結果

1. 回収率

対象精神科医187人のうち、82人（43.

9%) から回答が得られた。

## 2. 各質問項目ごとの集計結果

設問【1】一般的な属性を尋ねた。(1) 精神科医の活動年数は、平均17.7年であった。(2) 年齢は、平均45.8歳

であり、(3) 性別は男性66人、女性13人、無回答3人であった。(4) 所属は、クリニック・診療所17人、単科精神病院52人、総合病院精神科2人、大学12人、その他0人、無回答1人という内訳であった。(5) 産業医経験の有無については、あり14人、なし61人、無回答7人であった。

設問【2】疾病概念について尋ねた(複数回答可)。関連・周辺に含まれるものとしてbipolar spectrumを上げたものは48.5人(59.1%)、発達障害を上げたものは29人(35.4%)、人格障害を上げたものは58人(70.7%)、非定型うつ病を上げたものは51人(62.2%)、PTSDを上げたものは18人(22.0%)、その他を上げたものは9人(11.0%)であった。その他に上げられたものは、「適応障害」2人、「schizophrenia spectrum」、「神経症性障害」、「不安障害」、「成長過程(発達過程)」、「すべて関連がある」、「単に休みたいため診察時のみ症状を有する」、「よくわからない」、であった。

設問【3】増加の要因・原因について尋ねた。結果は、①家庭・教育の要因、②社会的要因、③本人の要因、④治療者側の要因の4つに分けられた。①については、少子化や教育の問題による生活や対人経験の不足、をあげる回答が多かった。②は、社会の変化と価値観の変化という2つの回答が多かった。社会の変化については、「社会の固定化」「社会の成熟・希望のなさ」「社会の複雑化」「引きこもりでもなんと

か生きていける現状」「モラトリアムの延長」「企業や家庭の余力の低下」等の意見であった。価値観については、秩序重視から個人主義への価値観の変化と、価値観の多様化という回答が得られた。③は、本人の未熟さをあげる回答が圧倒的であり、④については、診断概念の拡大と啓発活動等による精神科の敷居の低下が2大要因であった。

設問【4】疾病と判断する基準について尋ねた。大きく3つ①社会への適応性②スペクトラムであり不明瞭③具体的な内因性の指標、に分けられた。①は、学校や職場で支障を来たす、本人や周囲が困る、などの回答が多くみられた。②についてはスペクトラムと考えるほうが良い、という回答が大部分を占めた。③については、日内変動や不眠・食事量低下などの客観的自律神経症状の有無、休日や勤務外での過ごし方や症状の有無、生活史の屈曲点、心理検査、薬物治療の反応性などを指標に上げる答えが多かった。

設問【5】治療について尋ねた。(1) 薬物療法の効果については、ある17人(20.7%)、限定的60人(73.2%)、ない0人(0%)、その他2人(2.4%)、無回答3人(3.7%)であった。その他の内訳は、「症例が少なく不明」「わからない」「効果に幅がありどの人に効果があるかを予測しづらい」であった。(2) 非薬物療法(複数回答可)については、休養が45人(54.9%)、入院治療13人(15.9%)、支持的精神療法67人(81.7%)、認知行動療法31人(37.8%)、デイケア16人(19.5%)、グループ療法5人(6.1%)、SSTが8人(9.76%)、作業療法5人(6.1%)、家族療法13人(15.9%)、その他5人(6.

1%)であった。認知行動療法については「有効・やりたいがそれを行う時間・余裕がない」という意見が2件あった。その他の内容は、「経験がない」「アロマセラピー」「整体」「配置転換」「説教」「建設的指導」であった。

設問【6】再休職率について尋ねた。

回答47人の平均は53.8%（中央値60%）。不明・分からない等は25人、空欄10人であった。

設問【7】復職に必要な要件について尋ねた（複数回答可）。

国や企業の施策・制度の充実-27人（32.9%）、精神科面接を行なうための十分な診療時間-31人（37.8%）、法律家の関与-2人（2.4%）、宗教家の関与-5人（6.1%）、就業リハビリテーション-34人（41.5%）、復職デイケア、就業前リハビリテーション-44人（53.7%）、通勤訓練、リハビリ・ならし出勤、勤務軽減制度-60人（73.2%）、治療医との連携に要する手間・時間への対価が支払われるシステム-25人（30.5%）、環境調整、配置転換、異動-57人（69.5%）、転職-16人（19.5%）、会社側との

連携-44人（53.7%）、管理者教育-25人（30.5%）、教育制度の改革-16人（19.5%）、その他-9人（11.0%）

設問【8】復職に対する国の施策について尋ねた。（1）複雑でわかりにくいと思うが64人（78.0%）、思わないが9人（11.0%）、無回答4人、わからない2人、？2人、知らない1人であった。（2）少ないと思うが67人（81.7%）、思わないが6人（7.3%）、無回答5人、？2人、どちらともいえない1人、わからない1人であった。

（3）その他の意見としては、

「国の施策はあまり期待できない」「国は力がない」「利用しがたい」「厚労省のリワークがあるが、理解が乏しく偏見が強く実用的に機能しているとは考えられない」「リストラにあった方々の参加により、いわゆる障害者の門戸（訓練施設）が狭くなっている」という国に対する批判的意見や

「国の方も十分な蓄積がなく、支援効果が上がる層を対象にしているのではないか」「社会システム自体が変わらない限り、この問題は解決されない」などの回答が得られた。また「現代型うつ病に対する治療コンセンサスガイドラインのようなものができる」と良い」「企業にインセンティブを与えるべき」「職場開拓を望む」「新しいタイプも古いタイプもやることは同じではないか」「復職支援の前に健全な教育を行うべき」などの提言的回答も得られた。

設問【9】成功例について尋ねた。

“難しい、経験が少ない”、“認知行動療法、SST、デイケア、障害者職業センターのリワーク”、“休職させない、生活リズムを整える”、“ほめる”“丁寧に見る”、“直面化”、“目標を見つける、転職・異動、環境調整”、“リソースを生かす”、“企業”、“連携の強化”、“薬物療法”、“ECT”、“その他”、に分けてまとめ、記入されたコメントを表2に示した。

設問【10】復職に必要な期間を尋ねた。

回答44人の平均は19.1ヶ月（中央値12ヶ月）。不明等24人、空欄14人であった。

設問【11】各ICD病名に対する慣用的病名を尋ねた（複数回答可）。結果は図に示す。

F10：アルコール使用による精神および行動の傷害→障害名57（87.7%）、障害名以外8（12.3%）。（全65回答）。

F20：統合失調症→障害名45（57.0%）、障害名以外34（43.0%）。（全79回答）。

F31：双極性感情障害→障害名63（75.9%）、障害名以外20（24.1%）。（全83回答）。

F32：うつ病エピソード→障害名80（83.3%）、障害名以外16（16.7%）。（全96回答）。

F40：恐怖症性不安障害→48（68.6%）、障害名以外22（31.4%）。（全70回答）。

F42：強迫性障害→38（56.7%）、障害名以外29（43.3%）。（全67回答）。

F44：解離性（転換性）障害→障害名35（57.4%）、障害名以外26（42.6%）。（全61回答）。

F45：身体表現性障害→障害名34（51.5%）、障害名以外32（48.5%）。（全66回答）。

F50：摂食障害→障害名47（78.3%）、障害名以外13（21.7%）。（全60回答）。

F60：人格障害→障害名28（46.7%）、障害名以外32（53.3%）。（全60回答）。

F84：広汎性発達障害→障害名31（67.4%）、障害名以外15（32.6%）。（全46回答）。

F90：多動性障害→障害名20（57.1%）、障害名以外15（42.9%）。（全35回答）。

F91：行為障害→障害名23（71.9%）、障害名以外9（28.1%）。（全32回答）。

●診療時の陰性感情の処理について尋ねた。治療者側の認識を変える（「スーパービジョンを利用」、「患者に対して光の当て方を再考するなど」）が最も多かった。他には、治療者の変更、何もしていない（「仕事なので別にどうということはない」）、他のスタッフと話し合う（「ケースカンファレンス」「医局で愚痴」など）、処理できない、患者に働きかける（「論点を整理しこちらが対応できる点とできない点について分け、対応できる点については具体的に提示する」など）、仕事外で発散する（「余暇の活用」など）、が主な処理方法であった。

い）、他のスタッフと話し合う（「ケースカンファレンス」「医局で愚痴」など）、処理できない、患者に働きかける（「論点を整理しこちらが対応できる点とできない点について分け、対応できる点については具体的に提示する」など）、仕事外で発散する（「余暇の活用」など）、が主な処理方法であった。

### 3. 自由記載項目のまとめ

以上の項目に加え、「軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）」に関する意見を尋ねた。「困難さ」、「患者像」、「診断」、「精神科医療の領域で扱うべきかという疑問」、「現状の治療」、「今後の治療に対する提言・成功した経験」、「産業界・企業・国に向けて」、「その他」、に分けてまとめ記入されたコメントを表3に示した。

### D. 考察

三重県内の精神科医師の「軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）」に対する考え方や対応を把握した。

治療の現状については、薬物療法の効果が限定的と考えている医師が73.2%であり、精神療法も含めて悪戦苦闘・試行錯誤・模索していることがわかった。特に、「軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）」を操作的診断基準に当てはめた場合、人格障害・双極性感情障害・非定型うつ病などの抗うつ薬

の反応性が不良な精神障害を基盤としている可能性を、精神科医は感じ取っており、薬物療法の限定的有効性という評価にも合致する結果が得られた。また、医療の領域で扱うべきかという疑問も提出され、治療者の本音が正直に現われていると思われる。要因としては少子化による様々な対人関係の体験の少なさ、そして秩序重視から個人主義への価値観の変化という社会の変化、それと関連する人格の未熟さによりもたらされているものと考えている医師が多かった。診断概念の拡大と境界の問題については、今後の精神医学の課題であろう。

ところで、設問【6】再休職率の定義は明確なものではなく、回答しにくい設問だと考えられた。今後の対策については示唆に富む意見が多数提出された。デイケア、リワーク、CBT（認知行動療法）などの現存する資源を使うことはもちろんであるが、転職という手段を肯定的に評価し、「既存の情報を参考にしている人が多いので啓蒙活動が役に立つ」という若い世代の特徴を生かした関わりが注目される。いかに人生の方向性を本人が見い出せるか、という問いも興味深い。また産業医の経験者が14人（回答82人）と少ないが、今後その数が増えるにつれ精神科医としてのメンタルヘルスの理解、産業医との連携が深まることが期待される。精神科クリニック・診療所が増加しているにも関わらず“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”の患者増に追いついていない。そのため精神科診断・治療のための十分な面接時間がとれず、それが不十分な寛解となり慢性化・再発につながっているのではないか。これらのことがさらに精神科受診

患者の滞留・増加につながり、いわば悪循環を呈しているのではないかと考えられた。このような、いわゆる難治例には手間暇がかかるに割には効果が乏しいので、どうしても病院・医院の経営的な観点からは診療を避ける傾向にあるのは仕方がないのではないか。十分な診察時間に対する明確なインセンティブを国はつける必要があるのではないか、それが対策ではないかと考える。また産業精神保健・復職に関しては、産業保健推進センター・障害者職業センター・精神保健福祉センター・障害者就業生活支援センター・障害者雇用促進法等々、様々な施設や施策が存在する。しかし、重複も多いのではないかとと思われる。精神科医ですら全てのをを区別して把握し使い分けることができないのに、利用者である精神障害者に求めるのは酷ではないかと思われる。あまりにも情報過多・複雑である。いかにもお役所的な縦割り行政であり、利用者の立場に立てば窓口は1~2カ所ぐらいとしてもらわなければいけない（「障害者の就職・教育・生活・経済面のことなら、〇〇へ」など）。内容も、精神障害者がopenで働ける職場の開拓やjob coachの拡充など、一精神科医や地域の医療機関が行いにくい分野をもっと積極的に行うべきではないかと考えられた。むしろこの分野こそ“お上”が利用できる。復職にあたってのSSTやロールプレイ、心理検査などは手法・技法としてほぼ確立しており、一般医療機関に委ねるべきでありまた推進すべきである。

慣用的病名に関しては、実際の現場の実情が把握でき有用であった。人格障害は使用される病名が分散する傾向があった。全体を通して“神経症”や“自律神経失調症”という病名が様々な診断に使用されていることが確認できた。今後のメンタルヘルスにおける精神科医と産業保健スタッフとの連

携に生かせるのではないかと考える。

社会文化的背景の変化が要因とすれば精神科医療・医師の手に余る問題であり、様々な方面からの研究やアプローチが必要とされるだろう。まだまだこの分野は耕されておらず、研究も十分されていない。成果がすぐに出にくいかもしれず、数字で表せるような明確さがなく研究しにくい分野ではあるが、さらなる研究をすすめるため、この分野への科学研究費の配分を増やす必要があるのではないかと考えられた。

#### E. 結論

“軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメラニコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する、三重県内の精神科医療機関の認識、取り組みの現状を調査し、今後の課題を検討した。

最後に、今回の調査にご協力をいただきました三重県内の精神科医の皆様には厚くお礼を申し上げます。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

1・2ともに該当なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

#### I. 文献

1) 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

2) 横山知行：非定型うつ病。精神療法, 32 (3) ; 326-333, 2006

3) 松浪克文：いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか。精神科治療学, 23 (8) ; 995-1004, 2008

4) 横山和仁：平成16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）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2005

5) 横山和仁：平成17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）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2006

6) 横山和仁：平成18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）総括・分担研究報告書 労働者のメンタルヘルス対策における地域・医療との連携のあり方に関する研究, 2007

7) 市橋秀夫：1970年から2000年までに我が国でどのような価値観の変動があったか。精神科治療学, 15 (11) ; 1117-1125, 2000

8) 特集“うつ病周辺群のアナトミー”。臨床精神医学, 37 (9) , 2008

9) 阿部隆明：いわゆる未熟型うつ病について。精神科治療学, 23 (8) ; 985-993, 2008

10) 菅原誠ほか：精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援デイケア。精神科臨床サービス, 6 ; 54-59, 2006

(資料) 調査票

表1 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に対する精神科医療の取り組みの現状に関するアンケート「労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方に関する研究」

---

I 診断と治療について

設問1 先生御自身についてお伺いします。

- (1) 精神科医としての活動年数をお教え下さい。 \_\_\_\_\_年
- (2) 年齢 \_\_\_\_\_歳
- (3) 性別 男性・女性
- (4) 所属 1クリニック・診療所、2単科精神病院、3総合病院精神科、4大学、5その他
- (5) 産業医としての御経験はありますか。 \_\_\_\_\_あり・なし

設問2 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に関連がある、もしくは周辺に含まれるとお考えのものに○をして下さい。

Bipolar spectrum、発達障害、人格障害、非定型うつ病、PTSD、その他（ \_\_\_\_\_ ）

設問3 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”が増えてきた要因は何であるとお考えですか？

設問4 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に関して、病気と病気でないとの境界はどこにあるとお考えでしょうか？

設問5 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”の治療に関してお伺いします。

- (1) 薬物療法は効果があるでしょうか？  
1ある、2限定的、3ない、4その他（ \_\_\_\_\_ ）
- (2) いかなる非薬物療法を行っていますか？  
1休養、2入院治療、3支持的精神療法、4認知行動療法、5デイケア、6グループ療法、7SST、8作業療法、9家族療法、10その他（ \_\_\_\_\_ ）

II 復職支援について

設問6 再休職率はおおよそ何%でしょうか？

\_\_\_\_\_ %

設問7 “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”の復職に関して必要なものはなんでしょうか？

- 1国や企業の施策・制度の充実、2精神科面接を行なうための十分な診療時間、3法律家の関与、4宗教家の関与、5就業リハビリテーション、6復職デイケア、就業前リハビリテー



ション、7通勤訓練、リハビリ・ならし出勤、勤務軽減制度、8治療医との連携に要する手間・時間への対価が支払われるシステム、9環境調整、配置転換、異動、10転職、11会社側との連携、12管理者教育、13教育制度の改革、14その他（ ）

**設問8** 国が行なっている復職支援のための政策、制度、施設についてお伺いします。

(1) 国がつくった復職に関する窓口や制度が、利用者や治療者にとって複雑でわかりにくいと思いますか？

思う・思わない

(2) 職業リハビリテーション、復職・就職訓練の施設が少ないと思いますか？

思う・思わない

(3) その他、ご意見があればお書き下さい。

**設問9** “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”の治療・復職に関して成功した経験がありましたら、「どのような治療・支援」によって「どのような効果が得られたのか」をお聞かせ下さい。

**設問10** “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”の復職にかかる期間はどれくらいとお考えですか？

平均\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_ヶ月

**設問11** 企業・公的機関に対し提出する診断書に記載される精神障害の診断名をお教え下さい。下記のICD-10の病名に対し、実際どのような慣用的病名を記載されるかお答え下さい（複数回答可）。

F10：アルコール使用による精神および行動の傷害→（ ）

F20：統合失調症→（ ）

F31：双極性感情障害→（ ）

F32：うつ病エピソード→（ ）

F40：恐怖症性不安障害→（ ）

F42：強迫性障害→（ ）

F44：解離性（転換性）障害→（ ）

F45：身体表現性障害→（ ）

F50：摂食障害→（ ）

F60：人格障害→（ ）

F84：広汎性発達障害→（ ）

F90：多動性障害→（ ）

F91：行為障害→（ ）

● 診療に際して治療者自身に生じる陰性感情はどう処理されていますか？

● “軽症ながら慢性化傾向をもつ若い世代のうつ状態（現代型うつ病やディスチミア親和型うつ病に代表される、従来のメランコリー型とは異なるタイプのうつ病）”に関して、お気づきのことがあれば、自由にご意見をお書きください。

表2 成功例

### 難しい、経験が少ない

なし。経験に乏しい。ありません。すみません、ありません。己の未熟性を素直に認めるケースは改善していきますが、殆どは成功しません。特になし。投薬、精神療法、カウンセリング、アロマ、整体などの心身両面からの支援を行なっているが、効果判定は難しい。あまり（ほとんど？）成功していませんが、環境と教育が大事だと思います。特になし。特になし。ほとんど成功例はありません。経験なし。経験なし。なし。普通のうつ病になされるような支援をせざるをえないが、うまくいかないことが多い。現在、右往左往しながら悪戦苦闘中です。あまり成功した経験がありません。苦渋しております。まだ現在治療中であり完全に成功した例はないです。

### 認知行動療法、SST、デイケア、障害者職業センターのリワーク

認知行動療法などで自分の特性等をもう一度考え直す必要のある人が多い。

診察時のSST、認知行動療法（時間かかる）→復職（半年～約1年）。デイケア導入→復職（約半年）。デイケアetc.集団を利用できると比較的スムーズに復職できる気がする。本人だけだと動機づけや意欲のキープ難しい。

数ヶ月休職して、職業安定所の中の復職支援プログラム（EAP）に参加して頂き、担当スタッフとも相談しながら、プログラムの内容を検討して実施していき、その後復職可能となりました。

CBTを用いたデイケアにおいて、他人とのかかわり、自分を客観視すること、人を評価することでのサポートしあう感覚をつかむ訓練など、活動において目的意識をもたせてとりくんでいたDCでは約半数が復帰いたしました。

障害者職業センターのリワーク支援の利用。

認知行動療法が奏効した経験あり。職場での対人関係について焦点を当て、ロールプレイなどを行なうことで、対人関係上のまずさが減った。

### 休職させない、生活リズムを整える

私は学生の場合は生活リズムに重点をおき、社会人は時間は減じても毎日行かせる方が成功例が多い様な気がします。

あえて言えば、なるべく休職はさせず、休養の効率を高めることと、生活リズムを整えることを強調し、休職する場合も復職するための休職としてとらえ、なるべく早い段階で上司と連絡をとります。病気とは見えない様な人はここまでやると自分から逃げていくことが多いです。

### ほめる

精神療法では“ほめること”がよく“叱ること”はよくない。

### 丁寧にみる

他院（主にクリニック）よりの紹介の方が多いのですが、ほとんどの方は、時間をかけてあげただけで復職されていきます。それ以外に特別なことはしていません。

### 直面化

「もう行くしかない」とふんぎりをつけていただく。

「あなたのうつ病は、いわゆる典型的なものではなく、自分自身も変わる必要がある。」と自身に責任をゆだねる関わりにより、本人の楽観的考えや依存が減り、治療意欲が向上した。

SSRIを少量使用し不安の軽減と仕事に対しては「生きるためには仕事は必要悪。自分も医師ではあるが好きで仕事をしているのではない事を伝え、自分一人だけがそういった状態でない事を伝える」。現実を本人に受けとめてもらう。

#### **目標を見つける、転職・異動、環境調整**

20歳代男性 大学生。無気力で将来への展望がない、休学しても焦っている様子はない、自責感もない（スチューデントアパシーのような感じ）。認知療法を行なうが変化なし。フルボキサミン+アモキサピン少量で投薬。退学しパチンコ屋でバイトするようになってうつ症状改善。治療終了となった。主治医としての関わりが奏功したというより本人が「自分の行きたい方向」を見つけられたことが大きかったように思う。

患者さんが転職してよい結果につながったケースはいくつかありましたが、転職に決断するまでの迷いを支持的にうかがっているのみでした。

実際には配置転換や異動が現実的にはうまく行く。

会社産業医との連携で、転勤前の住みなれた地へ戻すことによって復職が叶った。

家庭内の葛藤状況のあった人は、家庭内の問題が解決したことで（別居など）改善した。職場の配置替えの奏効したケースも多い。軽症も慢性化すると、二次的な障害（行動化、社会不適応、エネルギー低下など）が出てくるので、環境の枠組み作りとして対応が可能なケースは早めに、環境調整をおこなうことが望ましい。

#### **リソースを生かす**

友人に励まされて復帰した人もいました。

しっかりものの親、公認の彼女ができて、再就職も順調にすごしている方が1名。

#### **企業**

会社側が相当配慮して下さったケースでは長続きしている。

会社側の十分な配慮。

#### **連携の強化**

本人に病識に欠け、治療への導入がうまくいかなくとも、保健衛生スタッフと連携をはかり、本人が症状悪化の際に治療の必要性などを根気よく説明し、家族等のキーパーソンの協力も得て、休職→復職に至るケースがあった。

Dr.とOTとPt.（+会社、family）との連携、総合病院、クリニックと精神病院との連携を強化しました。

#### **薬物療法**

薬が合ったときはまあまあのレベルにゆく。

セロクエル、ジプレキサ、エビリファイなどが意欲の亢進に有効か。

SSRI、SNRIにより改善。

SNRI+OLZの増強療法

SSRIはプラセボかも知れないがBZを長期使用するよりまし。

## ECT

ECTが効いた例はあります。

## その他

2年前の日本産業保健学会で、名古屋駅前で大規模なリワークセンター（デイケア）をされているDrが発表されてました。そこではうつ病と職場不応症（適応障害）、自己愛の肥大による抑うつ、の3つに分け講演されておりました。今回のアンケートでは名称がかわっており、議論しづらくなっています。こういった新しい名称をつくること自体精神科医も混乱する原因ではないかと思います。

決定的なものではなく、ケースバイケースである。

内因性うつ病ではないが抑うつ状態を呈し長らく就労できていない症例は過去四例経験した。そのうち三例は転勤などを機に前医から引き継いだもので当初はうつ病の診断が付いていたし、残る一例は他医からの紹介なので初発初診から担当したことは一度もない。このうち一例は解離性障害であったし、もう一例は適応障害または人格障害が疑われたが何れも転勤し現在は担当していない。今でも治療を行なっている二例のうち一例は別の医師の協力も得て薬物療法だけでなく精神療法にも力を入れているが遷延しており復職は果たせていない。しかし勤務先の産業医とも連携し来年四月から配置転換していただき復職予定となっているのでひょっとしたら成功例になるかも知れない。もう一例は何度か就労したものの長続きせずその度に落胆してしまっている。こちらも近いうちに臨床心理士と協力して治療を行なう計画を立てている。このように成功した経験と言えるものはないが、過去十年間の経験が四例という数字がもし少ないならば、それは初診時の対応が良かった結果、患者を遷延させることなくすみやかに社会復帰させることができているのだと思う。あまり大きすぎてここではかききれません。私の体力が限界にきているから、もそっと考へれば言えません。

ほぼ初回のカタストロフィーで軽快した（全症例数は少ない）。

長期間の治療になるが効果については未確定。

---

表3 自由記載項目に記入されたコメント

#### 困難さ

難しいですね。深く関わるのが難しい。定型化された治療法がなく、医療者としても治療意欲が低下するため、難しいと思っております。治療がしにくい。本人の病識が欠け、「自分は病気でない」と言って治療が難航するケースも目立つ。原因が環境側というより己にあることに気づいていない。このことを認識し、社会適応力を身につけさせるには相当の努力と技術を要する。

人事・職務・職場環境に不満をもっているケースが多いが、経済情勢の悪化によりこれらの条件は更に悪化すると思われるので、このような類型の患者さんが今後増えてくると危惧しています。

#### 患者像

女性、クリニックに多い。

言語でネガティブな感情を表出することが不得手のため、非適応的行動をとってしまうことが多いように思う（対人スキルが低い）。ストレス発散法が適切でない、もしくは多様性が失われワンパターンになってしまっている。

人格・性格の未熟さに加えて、社会・家族・周囲の関わりの希薄さ、ゆとりの無さ・狭小さ等複雑にからんでおり、情操的關係が作れないのではと思います。

それほど新しいタイプのうつ病とは思えないのだが・・・。

“甘え”を持った人間が増加しているのではないか？

長く続かない場合がある。

適応能力が低い。

#### 診断

従来型と同じ“うつ病”とするのに抵抗がある。

ディスチミアあるいは抑うつ神経症として記載されていたものが増加しているわけで、あえて「現代型」とか「新型」とすることは、かえって誤解をまねくおそれがある。

過剰診断が多く、診断書も安易に書いてしまう傾向がある。

他の医療機関に通院されていた事例をみると、病名告知が「不明」というケースや「うつ病」と言われたけどその程度が明らかでないケースがほとんどです。

私は、うつ病を主訴として受診される人には、予診時にハミルトンうつ病評価尺度（HAM-D）を記入してもらっています。それを参考にして、病気の説明と治療方法を説明します。治療開始後3～4ヵ月後に再度HAM-Dを再検査し、効果を測定しています。

#### 精神医療の領域で扱うべきかという疑問

あまり真剣に考えていない。

介入しても無駄だと思う。

あまり精神科医療に関わる領域ではない。社会的に生活困難となれば本人が自然とやる気を出すであろうし、「うつ病」的な関わりはしないつもりです。

医療以外の受け皿や病態に対するアプローチが今後必要と考える。

### 現状の治療

面倒な人としてろくに治療をされていない印象。人格障害に対する過度な防衛のあらわれなのかもしれません。

専門外のDr.の診断・治療が多い。

不適切な抗うつ薬の使用が多い。抗うつ薬による症状の慢性化も考慮に入れる必要がある。

### 今後の治療に対する提言、成功した経験

ほめてやると意外に素直に医師のことをきくようになることがある。

粘り強く付き合っただけでやるのが大切である。

薬物もあまり効くわけでもなく、ねばり強く外来で精神療法を続けていくしかないかな、と考えています。

しっかり聞くことのできる時間など面接の保証が必要ではないか（3分診療）。

各症例に対応するが現代型うつ病としてまとめてはいない。

時間をかけることで他の疾患が見つかったり、あるいは新しいタイプのうつでも回復していつております。治療者の方が、疾患の本質をみないで（あえてみないのか？）いることも慢性化の一因がある様な気がします。逆に言うと、古いタイプも治せない治療者も多い気がします。

できるだけ日記を書いて行なう認知行動療法を勧めています。

認知行動療法を早期に導入して、フォーマットの上で治療するようにして、治療課題があいまいになるのを防ぐようにしている。

既存の情報を参考にしている人が多いので啓蒙活動は役に立つと思われる。

心的負荷を漸増するリハビリテーションモデルの確立が望まれる。

退行してしまうケースもあると思われるので、治療構造については意識的に最初から患者に退行の可能性を告げ、自分で努力してもらわないといけない部分もあることを自覚してもらうようにしている（陰性感情が増えないための工夫として）。従来型のうつ病に対するような支持的なだけの治療態度とは変えている。

統合失調症スペクトラムとして第2世代向精神薬を積極的に使用する必要がある。

休養は必要と思うが、メランコリータイプを主な対象とした小精神療法とは異なるべきものであろうと考えます。休養、休職の仕方に活路を見出せるといいのですが・・・。

患者本人が「どのように人生をすごしたいのか」「将来どのような人間になりたいのか」というロールモデルというかメンター的存在というかそういうものを見い出すことができないでいる、治療をとおして方向性を見い出せるような援助が精神療法で出来ないものか考えている（現在のCBTや対人関係療法では限界がある）。

時代背景によって異なる疾患群であり、治療者によって診断・治療が大幅に異なるようなガイドラインが望まれる。

表面的な対策は対症療法に過ぎない、もっと根本的なところに政府が、医療が、教育が目

を向けなければならない。

初等教育から見直さなくては変わっていかない。

#### **産業医、企業、国に向けて**

「就労可」という診断書を書いた後に、会社で検討会が開かれ、産業医の指示で復職を先に延ばすケースがよくある。このとき、産業医が休職の診断書を書くべきと考えるが、

「就労可」という診断書を書いた主治医に、再度休職のための診断書を書くよう「指示」が来る。不条理を感じている。

会社の方も少しはれものにさわる様な気がしますが。

先日、復職に関して産業医の先生方に講演をさせて頂く機会がありましたが、やはり産業医の先生方もこのような病態のかたに困ってみえることが多いようでした。

産業医が全く機能していません。

国の研究予算のつけ方に偏りがある。

#### **その他**

なし。特にない。勉強不足で疎いです。経験が浅いのでよくわかりません。

この結果や三重県・全国・世界レベルでの認識のちがいを等々御教授下さい。

3つのタイプ[うつ病、職場不適応症(適応障害)、自己愛の肥大による抑うつ]の学会でのまとめをHPに載せております。もしよろしければ御参照していただければ幸いです。

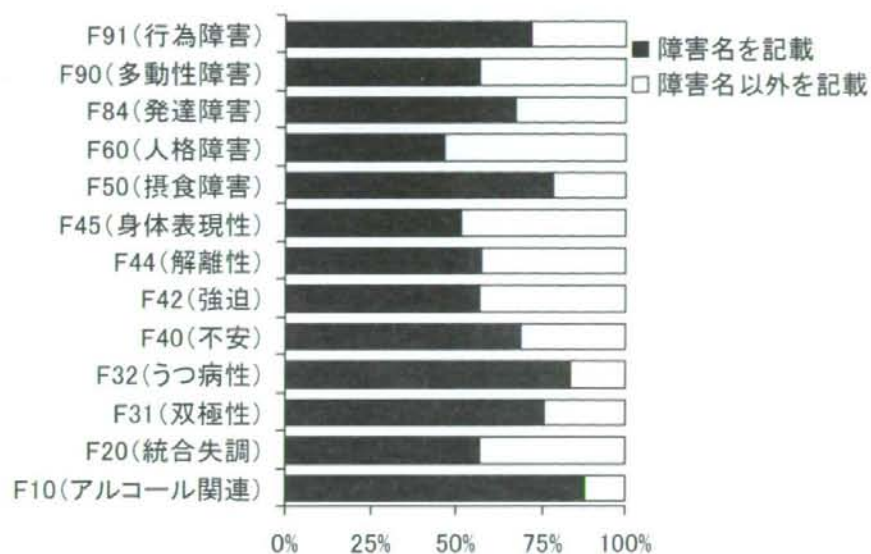
概念・診断・治療方法・方針等についての勉強会を作っていたいただければ非常に嬉しいです。

未知の病気であれば治せなくても仕方がない。しかし医者や看護士の診立てが悪いのを棚に上げて新しい病気をでっちあげて治せないことの言い訳にしてはならない。更には親の躰がなっていない子供を学校に押し付け、教師の指導力のないことを医者や看護士に押し付け、その結果本来は不要な診療を行なうハメになり、医療費がかさむことは到底許せない。

現代型うつ病のかたの奔放なふるまいによって、メランコリー型のかたが「うつ病の人たちは好き勝手にやっていい」と、いっしょくたに評価されないようになるとよいと思います。

バイオロジー等における解明は二次的に生じたものへの原因究明(帰納法をもつての)であり、当然のことではあるが本来的には時代背景によるものである。

図 企業・公的機関に提出する診断書記載病名の実態





家庭医による労働者メンタルヘルス不調の予防における問題点と

その対策に関する調査・研究

研究分担者 竹村 洋典 三重大学医学部附属病院総合診療科病院教授

**研究要旨**

日本における労働者のメンタルヘルス不調が病院や診療所の家庭医によって十分に把握できているとはいえない。その理由とそれに対する対策を明らかにするのが本研究の目的である。全国の病院の家庭医5名と同じく全国の診療所の家庭医6名にて、フォーカス・グループ・インタビューを各々行い、労働者のメンタルヘルス不調が把握できない原因とその対象方法について質的アプローチによって明らかにした。その結果、メンタルヘルス不調を見出せない原因として、家庭医の診療能力、精神科との連携、労働者の知識不足と抵抗感、そして事業所・産業医側の理解・体制不十分など、また、その対策として、家庭医の臨床能力の向上、精神科医との連携、労働者への教育・情報提供、そして事業所・産業医との連携などが重要な大カテゴリーとして明らかとなった。

<研究協力者>

横谷 省治

附属病院総合診療部

堀端 謙

附属病院総合診療部

後藤 道子

医学系研究科家庭医療学

ルヘルス不調の早期発見とそれに対する対処を可能にすることがこの研究の目的である。

B. 方法

全国に存在している病院総合医（病院内で働く家庭医、ジェネラリスト、一般内科医など）5名、および診療所の家庭医（所謂かかりつけ医を含む）6名の2種のインタレスト・グループ集めて、各々にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタレスト・グループ構成員は表1のとおりで、各グループとも、半数は明らかに家庭医であることがわかっている医師、残りの半分は全国公募にて集まった自称家庭医、病院総合医とした。参加医師には、謝礼と交通費を支払った。司会者はインタビューガイドを参考に議論を進めた。すべての議論をICレコーダー2本で録音、また非言語的な同意不同意を2名の観察者によって記録した。議論内容をテープおこしの後、討論内容をコーディングし、比較法

A. 本研究の目的

日本における労働者周辺の社会的環境は厳しさを増し、それにつれてストレス関連疾患の有病率が増加してきている（横山ら）。しかし、地域の病院や診療所の家庭医による労働者のメンタルヘルスの把握が十分とはいえない。

日本の家庭医による労働者のメンタルヘルス不調がなぜ十分に把握されないのか、その問題点と対策方法について平成21年度までに明らかにして、それに基づいて平成22年度には、具体的な介入を実施し、もって日本の家庭医による労働者のメンタ

によって重要アイテム、そして重要カテゴリーを明らかにした。コーディング、そして重要アイテムや重要カテゴリーの抽出は、3人の研究者によって行われた。

(倫理面への配慮)

三重大学研究倫理委員会にて承認を得た(No. 981)。

#### C. 研究結果

メンタルヘルス不調を見出せない原因として表2のような重要アイテムと重要カテゴリーが抽出された。表のように、家庭医の診療能力、精神科との連携、労働者の知識不足と抵抗感、そして事業所・産業医側の理解・体制不十分が重要な大カテゴリーとして抽出された。それに対する対策は表3のようなものが明らかとなった。家庭医の臨床能力の向上、精神科医との連携、労働者への教育・情報提供、そして事業所・産業医との連携などが重要な大カテゴリーとしてあがってきた。

#### D. 今後の研究計画

来年度は、平成20年度の質的アプローチによって明らかになった労働者メンタルヘルス不調を把握できない理由の重要度とその対策の実効性(実行できるか否か)などについて、全国の家庭医、病院総合医に対してアンケート調査をして、労働者のメンタルヘルス不調に対する重要な要因・原因とそれに対する実施可能な対策を明らかにする。

E. 健康危険情報  
なし。

G. 研究発表  
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし。

(付表)

表1 フォーカスグループインタビュー参加者

病院の病院総合医、総合内科医、ジェネラリスト			
番号	施設	場所	役職
1	私立総合病院健診科	横浜市	医師
2	公立総合病院総合診療科	静岡市	医師
3	私立病院内科	鹿児島県	副院長
4	私立病院内科	津市	医師
5	県立病院家庭医療科	津市	院長

診療所の家庭医、かかりつけ医			
1	診療所	四日市市	所長
2	診療所	津市	所長
3	診療所	広島市	所長
4	診療所	志摩市	所長
5	診療所	奈良県	所長
6	診療所	岡山県	所長

表2 家庭医が労働者のメンタルヘルス不調を見いだせない原因

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	番号	統合した情報単位(重要アイテム)	
家庭医の診療能力	家庭医がメンタルヘルス不調の存在を認識できない		1	家庭医のメンタルヘルス不調についての知識が乏しい	
			2	患者の表情や身体的訴えからメンタルヘルス不調の存在を察知できない	
			3	患者からメンタルヘルス不調の存在の聞き出しがわからない	
			4	家庭医が、患者がメンタルヘルスについて話せる環境を作っていない	
	家庭医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても対応しない		5	メンタルヘルス不調への対応には時間がかかりすぎる	
			6	メンタルヘルス不調への対応に要する時間に見合う収入に繋がらない	
			7	メンタルヘルス不調に対する正しい診断ができない	
			8	メンタルヘルス不調に対するマネジメント法を知らない	
			9	総合内科医といえども専門領域を持ち、それをはずれることに不安になる	
			10	コメディカルがメンタルヘルス不調を持つ患者を敬遠する	
	11	メンタルヘルス不調に対するマネジメントのスキルが不足している			
精神科医との連携	家庭医がメンタルヘルス不調の存在に気付いても、精神科医との連携がうまくいかない	精神科へ紹介(リファール)しようにも、近隣に精神科医がない	12	近隣に精神科医がない	
			精神科へ紹介(リファール)しても断られる、或いは長く待たされる	13	精神科の患者数が多く、精神科医のキャパシティが不足している
				14	家庭医が察念と判断しても、精神科医からみると緊急ではないとされる
				15	精神科医からみて興味のない疾患は家庭医の元へかえされる
	精神科への紹介(リファール)をためらう	精神科への紹介(リファール)をためらう	16	家庭医が精神科医に診て欲しい理由を、上手に伝えられない	
			17	精神科へ紹介すべきケースかどうかかわからない	
			18	家庭医がメンタルヘルス不調をマネジメントできないと思われることが恥ずかしい	
	精神科医への相談(コンサルテーション)ができない	精神科医への相談(コンサルテーション)ができない	19	家庭医が精神科への紹介を検討するとき、近隣の個々の精神科医の特徴を知らない	
			20	ケースの相談をしようにも、家庭医と精神科医がお互いの領域の理解が不十分で、話が噛み合わない	
			21	労働者がメンタルヘルス不調に気付くための知識がない	
労働者の知識不足と抵抗感	労働者がメンタルヘルス不調を自覚していない		22	労働者がメンタルヘルス不調に気付いても、治療した方がよいとまでは思わない	
			23	労働者がメンタルヘルス不調を自覚しても、精神科以外のどこで相談したらよいのか知らない	
	労働者がメンタルヘルス不調の診断・治療に抵抗する		24	労働者がメンタルヘルス疾患に偏見を持っている	
事業所・産業医側の理解・体制不十分	労働者のメンタルヘルス不調の治療に際して、職場とうまく連携できない	職場と連携しづらい	25	労働者がメンタルヘルス不調であることを周囲に知られることに抵抗する	
			26	中小の事業所ではメンタルヘルス不調の治療に必要でも休職しづらい	
			27	事業所側にメンタルヘルスについての理解が乏しい	
	産業医と連携しづらい	産業医と連携しづらい	28	一部の産業医はメンタルヘルスについての認識が乏しい	
			29	一部の産業医は事業所側に介入できない	
	事業所・産業医側から家庭医への紹介がない		30	産業医から家庭医への照会・相談が少ない	
			31	事業所内で労働者のメンタルヘルス不調が気付かれていても、家庭医へは情報が伝わらない	