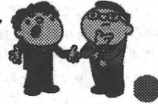


しょうから、一般的には、やはり精神症状についての「(へたな) 評価は無用」ということにな
ります。

※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？※※※※※

抗うつ薬に比べてうつ病に対しての効果
は十分に実証されているとは言えませ
んが、うつ病の症状を緩和させる可能性が
ある漢方薬があります。
抗うつ薬や認知行動療法に併用してみ
るのは有効かもしれません。
ただし、漢方薬にも副作用があり、注
意が必要です。

あのう・・・、漢方が好きなんですけど、
うつ病に効く漢方薬はありますか？



【うつ病の症状に効果がある漢方薬】

- (1) うつ病に伴う不安、イライラ感、不眠、自律神経症状などの緩和
- ・半夏厚朴湯、茯苓飲合半夏厚朴湯：抑うつ、イライラ感、動悸、めまい、嘔吐に効果
 - ・柴胡加竜骨牡蠣湯、桂枝加竜骨牡蠣湯：不安、神経質、心気症、不眠、動悸に効果
 - ・抑肝散、抑肝散加陳皮半夏：イライラ、焦燥感、攻撃性、緊張に効果
 - ・帰脾湯、加味帰脾湯：不安、緊張、不眠、虚弱体質に効果
 - ・酸棗仁湯、四逆散：神経質、不眠、倦怠感に効果
- (2) うつ病による身体衰弱の緩和
- ・補中益氣湯、十全大補湯：倦怠感、体力低下、食欲不振に効果
- (3) うつ病による身体症状や抗うつ薬による副作用の緩和
- ・加味逍遙散：月経周期に関連した女性の精神症状や不定愁訴に効果
 - ・芍薬散：頭痛に効果
 - ・苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯：めまいに効果
 - ・大建中湯、麻子仁丸、大黃甘草湯、潤腸湯、調胃承氣湯：便秘に効果
 - ・白虎加人参湯：口渇に効果

うつ病心療Q&Aより一部改変

※※※※※コラム—こんな質問に何と答えますか？抗うつ作用のある漢方：解説※※※※※

世の中には、どこに行っても漢方薬を好む人というのが必ずいらっしゃいます。
産業界の面談においても、それは例外ではなく、「漢方でうつ病を治せないか？」と聞かれることも
稀ですが経験します。

現在、うつ病の治療で明らかな抗うつ効果が実証されているのは、抗うつ薬による薬物療法と認知
行動療法ですが、このように漢方治療を求めている人も少なからず存在しています。
このような質問をされた際には、抗うつ薬や認知行動療法の必要性を十分に説明し理解して頂いた
うえで、これらの治療に加えて漢方治療を併用すると有効であることがあります。漢方治療の効果
は、以下の3つの面で有効です。

- (1) うつ病に伴う不安、イライラ感、不眠、自律神経症状などの緩和
- (2) うつ病による身体衰弱の緩和
- (3) うつ病による身体症状や抗うつ薬による副作用の緩和

それぞれに役立つ漢方薬を列挙します。

また、漢方薬には副作用がないと誤解している人も多くいるため、漢方薬の副作用に関してはあら
かじめ説明しておく必要があります。

疾患概要説明 ～統合失調症について

統合失調症は思考、気分、行動の障害を特徴とする、原因不明の精神病性精神疾患です。
統合失調症は、「妄想型」「破瓜型」「残遺型」「緊張型」の大きく4つに分類されます。
疫学については、米国での生涯有病率は約1%です。男女比は1:1で、発症年齢のピークは15
歳～35歳です。また、原因として脆弱性やストレス要因等も指摘されていますが、現在のところ、
原因不明です。

診断については、DSM-IV-TRの診断基準を用います。

本症例は「妄想型統合失調症」の可能性が高いといえます。

統合失調症は、就職直後や仕事を始めてから数年した頃が最も発症しやすいため、職場や社会、
家族に大きな影響が出る可能性があり、職場の問題行動として産業界に紹介されることもあり
ます。しかし、本人に病識がない場合が大半なので、周囲が気づいたら早期に病院へつなげる
ことが、予後に影響してきます。

典型的な症状としては、

① 陽性症状・・・妄想・幻覚・解体した行動

② 陰性症状・・・感情の平板化・会話の貧困・意欲の欠乏・快感消失

経過としては、一般に不安や困惑、恐怖感、抑うつ等の前駆症状が先行します。ストレス症状
から発症することもポイントです。発症は急性のことも慢性のこともあります。多くは、慢
性に経過します。また、再発率については、投薬例で2年間に約40%、無投薬例では2年間に
約80%です。さらに自殺企図は患者の約50%にみられ、10%が既遂するといわれます。統合失調
症の死因の第一位は自殺で、自殺者の原因となった精神疾患の第3位に入っています。よって、
労災・自殺・訴訟等に対するリスク管理の面での対策も非常に重要と思われます。また、40%
を超える統合失調症患者が薬物・アルコールを乱用するといわれ、職場においても注意が必要
です。

予後としては、患者の約1/4は改善、約1/4はかなり改善、約1/4はある程度改善、約1/4は
ほとんど改善しないといわれています。よって、統合失調症に罹患しても必ずしも復職できな
いとは限らず、事例によっては、社会生活は可能であり、仕事を継続することが可能といえま
す。

最後に、産業界による面談等の際の対応ポイントです。

第一に、傾聴し、感じていること、思っていることを十分に理解することは当然ながら重要で
す。また、統合失調症はしばしば認知に障害を生じますので、抽象的な質問では意思疎通を図
りにくいといえます。よって、より具体的に、単純な質問をする等によって、意思疎通を図る
ことが重要です。また、面接の際、事前に再発のパターンや前兆サインをあらかじめ把握して
おくことも必要です。

なお、実際に発症当初は、病識がない場合が多いため、本人と面接することが困難であり、ま
た面接ができて実施に精神科へつなげられない場合もありますので、状況によっては、家族

等とも連携をとって対応することも有益です。

また、就業措置については、薬物の副作用まで考慮して検討していくことが重要です。

事例3

ある企業のマーケティング部門に所属するYさんの上司からヘルスケアセンターへ電話がありました。内容は「部下の一人についての相談です。最近の倦怠不良が目立ち、職場としてどう対応したらいいのかアドバイスをください」との内容でした。産業医はさっそく、上司・Yさんと面談することになりました。

<上司との面談の内容>

「部下のYさんの件でご相談があります。正直、Yさんの対応に参っているんです。Yさんが私の部下になったのは、まだ日が浅く、3ヶ月前です。彼はシステム課から私の部署に異動してきたのです。本人は異動を希望していなかったのは聞いていますが……。ただ、もともとYさんは能力が高く、前の上司からの評価も高い人物でした。よって、私も彼に大きな期待を持っていました。しかし、数ヶ月前から、Yさんが、気分が沈むで食欲がないとか、眠れないといったことを私に訴えてきました。最近よくテレビや雑誌で特集している“うつ”なのではないか、少し心配になりましたが、職場でのパフォーマンスは大きな変化はなく、話しかけるとつらい表情はしておらず、同僚と楽しそうに話す姿を見かけていたので、しばらく様子を見ていました。しかし、徐々に欠勤が多くなってきています。そして、ある月曜日の朝には職場に突然電話があり、「職場の最寄駅まで来ているのですが、会社が見えたとたん気分がすぐれなくなったので帰ります。」と、2日間欠勤することもありました。そして、Yさんはしばらく休んで体の調子をを整えたいと私に言ってきました。私は、Yさんにいろんな症状があるのを知っていましたし、欠勤が多かったので、この際しっかり体調を回復させてほしいという思いもあり、しばらく有給休暇を取り、休養することに同意しました。その後、Yさんは休みに入りましたが、その数日後に、私に電話があり、今後のために、傷病手当金の請求の仕方を教えてほしいとの内容でした。体調が悪いのにそのあたりの準備は抜けて目なく、私自身は少し驚きました。1週間経過したある日、やはりYさんの事が気になる電話をしてみました。驚いたことに北海道に家族旅行に行っていたんです。体調が悪いので自宅で療養しているかとばかり思っていたので正直、私はショックでした。しかし、彼は北海道へ旅行に行っていることに驚かれることもなく、ゆっくり休んで会社に貢献したいとあっけらかんと話していました。今後、彼の行動がどんどんエスカレートするのではないかと心配になり、私自身、正直なところ、今後Yさんをどう扱っていくのかわかりません。病気なのか、性格の問題なのかそれによって、対応が違ってきますし、今後のために、先生にご相談させていただきました。」

<本人との面談の様子>

Yさんの話の内容（上司との面談の数日後）

活がいいなど思うこともよくありました。今の会社は、大学にたまたま就職案内が来ていて、一流企業だし、雰囲気もいいなど思い、試験を受けました。そして、就職が決まって今に至ります。」

<Yさんの生活歴（人事情報より）>

- 36歳男性、妻と子供1人（4歳女の子）でマンション暮らし。
- 旧帝国大学 大学院修士卒業。
- 25歳で大手IT企業へ入社。入社後はシステム課配属でプログラム作成を担当。
- 35歳時マーケティング部門に異動。
- 既往歴は、健康診断で高尿酸血症を指摘されており、食事指導が必要といわれている。

産業医の視点からの考察 ～紹介状作成時のポイント～

- ・ 明らかに気分障害や不安障害とは印象が異なる。職場のストレス因子に反応した急性適応障害を思わせる。
- ・ 睡眠障害はありそう。持続した抑うつ症状ははっきりしない。出勤時の電車中での気分不良については、繰り返して生じているようなら不安障害併存と考えてもよいかもれない。
- ・ 身体疾患については高尿酸血症の指摘があるのみ、その他は不明。
- ・ 心理社会・環境的な要因については、職場の望まざる異動、上司との関係の悪さ、などというストレス因子があった。
- ・ GAF尺度は55くらいではないかと推測。本人と職場上司との捉え方にギャップがあるかもしれない。

「あの上司は正直なところ、表裏があって信用できないです。今の職場は自分には合っていないので仕事するのは無理です。元の部門に戻りたいです。私はもともとシステム課へ配属されて、プログラム作成を担当していました。そのときの上司はともいいう方でした。話を聞いてくれて、私はとても信頼していました。仕事内容も得意分野で、大学院時代に研究していた分野でもあったため、仕事を楽しみました。同期の仲間も私を信頼してくれて、困ったときにはよく相談に乗っていました。しかし、私の部署が国内にはなくなるということで、私は、経験も知識もないマーケティング部門に強制的に異動させられました。「異動しない」をかなり前から上司に希望を出していたのに……。納得がいかなかったため、上司に何度も説明を求めましたが、結果は変わらず……。今まで信頼していたのに裏切られたような気がして不信感が積み重なりました。仕方ないので新しい部署で仕事を始めましたが、業務量が以前よりも多かったです。なのに、経験がないので、仕事がなかなか思うように進みません。仲のよい人もいないし、誰にも聞けません。新しい上司もなんだか気が合いません。次第に、上司を見たら心臓がバクバクして苦しくなるようなこともあります。すると、体もだるくなり、朝が特にきつくて起きられず、遅刻することもありました。仕方ないですよね。だって、体がしんどいんですもん。朝、きついのに乗車して職場に行くとしたら、会社が見えな途端、気分が悪くなって倒れそうになったこともあります。そのような状況だったので、食欲もなく、仕事のことを考えると寝付けないこともよくありました。こんな状態だとだめだと思い、上司に休みたいとお願いしました。休みをとって、何日かは自宅でゆっくりしていましたが、体力をつけなければと思い、北海道へゴルフに行っていました。北海道に滞在中に、上司から電話があり、しばらく休んで体調を回復させると、今の思いを伝えたのに、なぜか上司は不機嫌でした。本当に感じが悪い人ですね。」

<Yさんの生履歴（本人より）>

「私は、自分で言うのも変ですが、学生の時は成績がともよかったです。学級委員を何度もやりました。また、母親も教育熱心であり、幼少時から塾へ通ったり、いろんな習い事をしていました。しかし、自宅が交通の不便なところだったので、母親が習い事の送迎をしてくれていました。また、中学生のころは野球部に所属しており、練習には休まず参加していました。塾にも通っていたので、毎日忙しかったです。野球の練習は特に大変でしたが、楽しかったです。ピッチャーとして活躍し、試合には両親が応援に駆けつけてくれました。そして、高校卒業後は運良く旧帝国大学へ現役で合格して将来はエンジニアになろうと夢みました。大学生生活もとても楽しかったです。仲のよい友人たちと深夜まで飲んだり、デートしたり……。しかし、卒業が近づいたので就職活動を始めましたが、自分に合う、ピンとくる就職先がなかなか見つかりませんでした。両親とも相談し、就職は諦めて大学院へ進学することになりました。そして、大好きなシステム関連の研究をして毎日過ごし、楽しかったですね。一生、こんな生

<紹介・診療情報提供書>（産業医作成）

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関
の所在地
及び名称
電話番号
FAX

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏名	Yさん	職業	会社員
	生年月日	年 月 日 (36)歳	性別	男性
紹介目的	症状の訴えがあり仕事の体みが多くなっているため、病気の診断および治療についてご高診いただきたく存じます。			
症状経過	<p>主訴：心憚充満（上司を見た時）、倦怠感（起床時に強い）、気分不良（電車での出勤時）、食欲減退、入眠困難など</p> <p>経過：入社10年目の社員、3ヶ月前にシステム課からマーケティング部門へ異動されました。希望しない異動だったこと、業務量が多くなったこと、経験も知識もないため仕事が進まないこと、仲のよい人がおらず聞けないこと、上司とも気が合わず新しい職場は合っていないと感じていること、などの本人訴えがあります。（元の部門に戻りたいのですが、国内部署はなくなりました）</p> <p>次第に、上記訴えを感じるようになり、徐々に有給休暇や欠勤が増加し、今回は自らの意思で一定期間会社を休みたい旨の申し出をしています。</p> <p>職場上司の方は、この数ヶ月間本人からもいろいろな訴えを聞いている様子で、「うつ」なのでは、と心配しています。また、徐々に仕事の体みが多くなる一方で休み期間中に北海道旅行に行ったりするなど、病気の問題なのかそれと別の問題があるのか、職場内での対応に苦慮されているようです。</p> <p>以上、貴科にご高診ご加療のほどよろしくお願い致します。</p>			
備考	既往歴：健康診断で高尿酸血症指摘あり、精神科疾患の既往は不明、内服なし			

本症例の様な職場で判断や対処に苦慮する事例が増えていると言われています。一体これはうつ病なのか、本人の性格の問題なのか、はたまた環境要因が悪いのか、職場は判断・対応に苦慮します。メンタルヘルス事例は①生物学的な「病気」の部分（他の臓器と同様、脳が機能変動を起こした）、②個体側の要因（性格の問題や価値観、「認知」と呼ばれるものの考え方・受け取り方）、さらに③外部状況（環境要因やストレス因）の大きく三要素から構成されていると考え、問題の整理に役立つでしょう。この三要素はそれぞれ「生物学的」、「心理学的」、「社会的」要因とも呼ばれます（図）。メンタル事例の対応を考える際、この三要素の構成割合に見当をつけて対応していくことになります。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、良い結果（たとえば復職の安定）は得られにくくなります。これについては、拙論「安全と環境」（中災防）2011年1月号「事例で学ぶメンタルヘルス対策 第13回」でも詳述しているのでご参照ください。

紹介状も、この三要素を意識して問題を整理しつつ作成するといひしょう。以下、この三要素を意識して本紹介状を分析してみましよう。

まず、主訴（症状）のところでは、『症状心悸亢進（上司を見た時）、倦怠感（起床時に強い）、気分不良（電車での出社時）、食欲減退、入眠困難』と、①生物学的な「病気」としての、「うつ病」の症状が並んでいます。しかし、同時に括弧書きで②や③の要素も示唆されています。「上司を見た時」という限定条件は、②本人の認知（ものの捉え方）の問題を示唆します。仮に、その上司が、本人の捉え方というレベルを超えて、もう誰もが恐れる鬼上司というならむしろ③環境要因に分類してもいいかも知れません。ちなみに、「起床時に強い」は日内変動で、むしろ①を示唆する所見です。

『入社10年目の社員、3ヶ月前にシステム課からマーケティング部門へ異動されました。希望しない異動だったこと、業務量が多くなったこと、経験も知識もないため仕事がうまく進まないこと、仲のよい人がおらず聞けないこと、上司とも気が合わず新しい職場は合っていないと感じていること、などの本人訴えがあります。（元の部門に戻りたいとのことですが、国内部署はなくなってしまいました）』

これも、②および③が混在する情報です。「希望しない異動」の「希望しない」は本人の主観であり、本人の捉え方・価値判断を含みます。よって、②認知・性格の問題に該当します。「上司とも気が合わず」「仲のよい人がおらず聞けない」も同様です。一方、「異動（そのもの）」「業務量の増加」、「経験も知識もない新たな職場で仕事が困難」は、純粋に②とは言えず、むしろ③環境要因とも捉えられます。

『職場上司の方は、この数ヶ月間本人からもいろいろな訴えを聞いている様子で、「うつ」なのは、と心配しています。また、徐々に仕事の休みが多くなる一方で休み期間中に北海道旅行に行ったりするなど、病気の問題なのかそれとも別の問題があるのか、職場内での対応に

苦慮されているようです。』

上司は①を心配しつつも、「休み期間中に北海道旅行に行く」という本人の②認知・性格の問題も大きいのでは？と、素人ながら純粋な①と捉えてよいか疑問を呈しています。その職場の苦慮が良く伝えられている文面になっています。

これまで見てきた様に、メンタル事例では、①②③のいずれか一つだけで構成されていることはなく、三者が混在し、相互作用し合って、問題を複雑化していることも少なくありません。さらに問題なのは、個々のケースにおける①②③の構成割合の見極めが専門家でも困難であったり、そこに行きつくまでに時間がかかりやすさです。

うつ病の診断は、血圧や血糖値といった、検査データで診断する手法が通じないので、紹介を受けた精神科医は、本人の話を聞きながら、場合によっては職場とも連携し情報を集めながら、この見極めを地道に行っていく作業が必要となります。そして、主治医はどうしても患者である本人から一番よく話を聴きますので、実際に現場で何が起きているのか、バランスよく見極めるのは構造上困難な点があるのも事実です。

産業医は、主治医に問題の本質をしっかりと見極めてもらうためにも、本人の同意を得た上で、主治医と連絡・連携をとっていくことが大切です。初回紹介状は、その橋渡しの第一歩です。そして、2回、3回とやり取りを継続し、情報を共有し、問題の本質を見極めていく共同作業を続けながら、職場とも連携をとり、対応を協議・修正していきます。その際、今回お話しした①②③の構成割合について主治医がどのように考えているか、という視点でやり取りすると、混沌としたうつ病治療の全体図が少しは見えやすくなると思います。



図 メンタルヘルス事例の主な構成三要素
メンタルヘルスの各事例では、①生物学的な「病気」の部分（他の臓器と同様、脳が機能変動を起こした）、②個体側の要因（性格の問題や「認知」と呼ばれるものの見方・とらえ方）、さらに③外部状況（仕事のストレス等の環境要因）の三要素の構成割合が異なる。これを見極めながら、治療戦略・対応法を調整していくという視点が肝要である。

疾患概要説明 ～逃避型うつ病～

「逃避型うつ病」は、最近職域でしばしばみられる、若年層中心とした、自責感に乏しく他責傾向が目立ち、抑制症状よりも回避症状を主体とする病態を呈する「新型うつ病」のひとつです。自宅では難なく家事をこなせるのに、いざ職場へ行くと体の不調が出てしまい、出社できなくなります。従来のうつ病のイメージを持つ管理職は「本当にうつ病なのか」と疑問を持つことも多いようです。

「逃避型うつ病」は、1977年に初めて報告され、現代型うつ病の走りといわれます。特徴としては、20歳～30歳代の高学歴のエリート男性に多く、ある程度過保護な環境に育ち、大学卒業までは目立った葛藤を経験したことがないため、社会に出て初めて現実の厳しさに直面したときにそれに立ち向かう努力をせず。すぐに白旗を上げて出社できなくなるというのが特徴です。具体的な臨床的特徴としては

- ・ 入社後または配置転換後、数ヶ月から1年という短時間で困難に直面し、それに立ち向かう努力を容易に拒否する
- ・ 病像の主体は選択的抑制（週末には遊びに没頭等）や寝込み、出社拒否
- ・ 入院すると軽快し、他の患者との交流が活発だが、退院や職場復帰が近づくと再び増悪する（状況特異性）
- ・ 抗うつ薬には一応反応するが、素直に教いを求める姿に乏しく、精神療法的対応に苦慮することが少なくない

現代型うつ病が増加する背景として、価値観の変化、職場環境の変化等他、診断基準の変化も考えられます。

産業保健の現場における対応の注意点は、従来のメランコリー型うつ病と「新型うつ病」は対応が異なることです。従来型うつ病治療の2本柱は、「休養」と「薬物治療」でしたが、現代型うつ病の人に休養と服薬で治ると説明すると、仕事はしなくていい、旅行等好きなことをしていいと勘違いさせてしまう可能性があります。よって、従来型のように、休養を安易にすすめるのではなく、時短勤務等で仕事を軽減し、多少つらくても休まずに出社するようにすすめることが良い場合もあります。つまり、できるだけ日常生活を変えず、生活リズムを保つことがポイントとなります。さらに、このタイプのうつ病は一般に薬物療法の反応は乏しいため、職場不調の状態が慢性化することもあります。よって、慢性化を防ぐためのひとつの方法として、本人に安易に「うつ病」の診断を告げず、カウンセリング等を活用することも有用です。また、従来型うつ病に対する対応と異なり、保護的な対応が常に適当であるとは限らず、病状や職場の状況によっては、基本的な社会的スキルや規範・秩序についての教育的指導等を行うことも必要となります。つまり、人事異動や上司の叱責等といった職場環境の改善が病状に好ましい影響を与えることも少なくありません。よって、産業医を中心に職場改善等を行うことが一つのポイントになることもあります。また、現代型うつ病の人は、周囲から単なる怠けと判断

されがちです。病気のことで批判は禁物ですが、言動に振り回されず、言うべきことは言うという姿勢も大切です。

事例4

ある旅行会社の企画部門に所属しているTさんが、健康支援室に連絡がありました。「産業医の先生に相談があるんです。最近、会社にこうすると体調が悪くなってしまってます。」との内容でした。産業医はさっそくTさん、上司と面談することにしました。

<Tさんと面談の内容>

「すみません。迷惑をかけてしまって、上司に、産業医の先生と話したほうがいいといわれまして。最近、特に体調がよくありません。会社に行こうとおもって電車に乗ると、冬なので寒いはずなのに汗がたかき出て、頭痛がしてきます。我慢していますが、どんどんつらくなり、そのうちに吐きそうになって、立っていらなくなって、途中の駅で降りて、ベンチに座って休むと少しよくなるので、会社には何とか来ています。何か悪い病気かなとか、このまま死んでしまったらどうしようかと不安に思っています。昨日も今日も通勤電車に乗り込み、がんばって会社に来ようと思いましたが、駅で電車を見ると、動悸と吐き気が止まらなくて、電車のホームに行けず、一旦家に帰りました。そして、妻に会社まで送ってもらいましたが、気分は今もまだすげません。体調が悪くてなんか怖いんです・・・」

「ここ数ヶ月、特に不安が強いです。そのためか仕事が思うように進みません。集中力も明らかに落ちていると思います。先日も提出した書類に重大なミスをしてしまいました。そのことで上司に呼び出されました。「こんな単純なミスをするなんて、相手の取引先にどう説明するんだ。今までの努力が台無しじゃないか」と、いつもは温厚な人なのですが、ひどく怒鳴られ、書類を再提出するように命じられました。私は、申し訳ないと思い、急いで書類を訂正しましたが、書類を上司のところへ持って行こうとすると、この書類にまたミスがあったらもうクビになって生きていけないかと思ってしまい、手足が震えて、おまけに心臓もバクバクして動悸が止まらなくなりました。その後、何とか提出しましたが、その後から、上司の姿や声を聞くたびに冷汗がでてきて、動悸がとまりません。職場のコピー機の音や話し声も気になってしまって、イライラします・・・」

「私は7年前にこの会社に入りました。入社時に企画部門に配属されましたが、正直、企画は得意ではなかったんです。だから入社時は仕事がうまくできるか不安で仕方ありませんでした。ただ、私の上司はとても面倒見がよく、私のことをよく気にかけてくれて、とても大きな支えになりました。そして会社での仕事にも慣れて、順調に仕事をこなしていましたが、ちょうど2年前に、うちの会社で大きなプロジェクトが始まったんです。私は、運がいいことにそのプロジェクトメンバーに選ばれたんですね。そのときはうれしかったですね。自分の業績が認められたんだなと思いました。でもその反面、メンバーの足を引っ張らないようにしなければとプレッシャーも感じていましたね。そして、プロジェクトが動き始めてどんどん業務量も増えてきました。やはり、この書類にミスがあったら大変なことになるとプレッシャーを感

怒鳴ったんです。それが悪かったのかな、さらに仕事のスピードは落ちてしまい、Tは私と距離を置いている様子でした。ここ最近も、彼が作成した書類に複数のミスがあり、私も段々イライラしてきて、よく怒鳴っています。Tは以前と明らかに違って、何かの病気なのではと心配になりまして。最近も落ち込んでいるようですし、彼に、産業医の先生に相談していいと言いました。」

<Tさんの生活歴(人事情報より)>

- 30歳男性 妻子あり、2児(2歳の双子)の父親。賃貸マンションで4人暮らし。地元の大学卒業後。
- 23歳時、旅行会社へ入社し、企画部門に配属。
- 28歳時に企画部門のプロジェクトメンバーに選抜されている。

産業医の視点からの考察 ～紹介状作成時のポイント～

- 広場恐怖を伴うパニック障害を思わせるさまざまな症状、予期不安、などを思わせる。
- 上記に加えて抑うつ症状がみられ、二次障害による気分障害を思わせるが、混合性不安抑うつ障害と考えるとよいかもしれない。
- 身体疾患については不明。
- 心理社会・環境的な要因についてはプロジェクトメンバー選抜という大きな変化があった。
- GAF尺度は55くらいではないかと推測。

じていて、何時間もかけて何度も書類を確認することもありました・・・。私自身、企画は得意ではなかったですが、入社してからたくさん経験を積んできたので、苦手意識は少し薄まってきたと思います。提案したいと思う企画案はいくつもありましたが、自分が提案することで周りが迷惑するのではないかと、企画案を提案できずに終わることもよくありました。皆に嫌われたらどうしよう、そうなる会社も辞めなければならぬ。そうすると妻と子供が路頭に迷ってしまうと時に考えこむこともありましたが、仕事で失敗してしまっただろうと思う、いつも気を張り詰めて、肩こりや頭痛が徐々にひどくなってきて、時々薬局で市販薬を買って、服用していましたが、でも、大した効果はなかったです。気象な同僚は「そんなに心配していたら疲れちゃうでしょ。もっとリラックスすればいいのに」と私に言ったこともありましたけど、私は多分リラックスできない性格なんです・・・。そんな日が続いていたので私は疲れてきたんでしょね、仕事のスピードが落ちていくのが自分でもよく分かりました。以前は残業はほとんどなかったんですが、業務時間内に仕事が終わらなくなってきて、仕方なく残業をすることも多くなりました。当然帰りが遅くなり、次第に疲労とストレスがたまっていきました。たしかに「過労で死んでしまうかもしれない」と漏らしたこともありましたが・・・。「自分が死んでしまったら、子供たちを育てるお金がなくて迷惑をかけてしまうから本当に申し訳ない」とも言った気がします。そして、疲れているはずなのに、今日提出した書類のあの箇所に誤字があったのではないかと気になってしまい、寝つけないようになってきました。結果的には睡眠不足になって、翌朝会社に行こうとするも起きられない日もあり、自分は重い病気なのではと感じることもありましたね・・・。」

<上司と面談の内容>

「彼はとても真面目で周りに気を遣いすぎるくらい性格ですね。そしていつも不安そうなんです。特に最近。私も、何か心配でちょくちょく声をかけていました。彼が私の部下になったのは、彼が入社したころなので、もうかれこれ5、6年近くの付き合いです。入社当時は、仕事をがんばっていて、私は高い評価をつけていたと思います。そして、2年前に大きなプロジェクトが始まったんです。そこでTをプロジェクトメンバーに選んで、どう成長するか楽しみました。しかし、その後から、彼の業務の能力が下がってきてしまいました。理由はよく分からないんですが、とにかく遅いんです。処理が、以前はそんなことはなかったのに・・・。会議でもあまり発言せず、居眠りしていることもありましたが、疲れているのかなと声をかけても、ただ大丈夫というばかりで、仕方なく様子を見ていました。その後、さらに仕事の能率が悪くなり、仕事が終わらず、よく夜遅くまで残業していました。私も心配になって彼に与える業務量は減らしていたのですが・・・。このころ、何度か遅刻をして、ひどく落ち込んでいました。しばらくして、大切な書類処理を彼に頼んだのですが、提出していた書類に重大なミスがあったんです。プロジェクトの進行を止めなければならぬくらいのミスでした。普段、彼に気を遣って、大目に見ていましたが、さすがに私にもかかってしまい、

<紹介・診療情報提供書> (産業医作成)

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御待時

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX

産業医 ○○ ○○ 印			
患者氏名	Tさん	職業	会社員
生年月日	年 月 日(30)歳	性別	男性

紹介目的	症状の訴えがあり、仕事ぶりも能率低下、集中力低下、ミス多発など以前と比べて明らかに様子が変わっています。病気の診断および治療についてご高診いただきたく存じます。
症状経過	主訴：発汗・頭痛・嘔気・動悸（電車での出勤時）、手足の震え（上司とのやりとり時）、不安（仕事に対する不安が特に大きい）、死んでしまうかという恐怖、入眠困難など経過：入社7年目の社員、2年前に企画部門内のプロジェクトメンバーに選抜されました。元来企画の仕事に苦手意識があったこと、プロジェクト参加で業務量が多くなったこと、周りを足引っ張りたくないプレッシャーを感じながらの仕事だったこと、などの本人の訴えがあります。次第に、上記主訴等を感じるようになっていきます。また、プロジェクト参加以降徐々に仕事の能率が低下し、残業が多くなり疲労やストレス・睡眠不足を感じているようです。過労で死んでしまうかという不安や、仕事でミスを起こしていないかと不安にかられることも多いとのことでした。特にこの2日間は症状が強くなって電車での通勤が困難となり、妻に送ってもらって出社しています。本人も特に困っており、職場上司の勧めもあって産業医面談の運びとなりました。職場上司の方からは、もともととても真面目で周りに気を遣う性格で、以前は仕事での評価も高かったそうです。しかしプロジェクト選抜以降、仕事の能力が悪くなっている一方で、とても心配しています。また、何度か遅刻もあり、先日は仕事上での重大なミスを生じさせてしまい、上司の方も強く怒鳴ってしまい、その後さらに落ち込んでいる様子です。以上、貴科にご高診ご加療のほどよろしくお願い致します。
備考	既往歴：健康診断で特に指摘事項なし、精神科疾患の既往は不明、内服なし

本紹介状は、初紹介状としては、十分に情報を伝えており、へたな評価も付けていませんので、ひとまず合格と言えるでしょう。ここでは、受け手側の精神科医がどの様に診断をつけていくのかを見てみましょう。

精神科医が初診患者を診る際、鑑別診断で疑う優先順位には大原則があります。それは、①器質性精神障害→②内因性精神障害→③心因性精神障害の順で疑うべしということです。産業医としても紹介状作成や紹介先の科目選定にも参考になる概念であり、ここでござらしておきましょう。

- ① 器質性精神障害：脳あるいは身体に病気が障害があり、それが原因となって精神症状を引き起こすもの。例：アルツハイマー病、脳梗塞、髄膜炎、全身性エリマトーデス(SLE)、甲状腺機能異常など。薬剤性(外因性)精神障害(ステロイド、アルコール、覚せい剤 etc)もこのグループに含める
- ② 内因性精神障害：原因は脳内にあると思われるもの、未解明(=現在の医学検査で検出不可)な、神経伝達物質レベルの微細な脳の機能異常によるもの。代表例：統合失調症、躁うつ病
- ③ 心因性精神障害：原因となるストレス(心因)との因果関係が規定できる精神障害。例：適応障害、急性ストレス性障害、PTSD。慣用診断では、心因反応、神経症、心身症と呼ばれるものが含まれます。いわゆる人格障害も含むことがあります。

さて、本症例のような事例を紹介されると、精神科医は、セオリー通り、上記①→②→③の順で鑑別診断をつけていく訳ですが、まずは①器質性精神障害の除外です。よって、健診データの添付、既往歴や内服薬の有無は参考になります。これについて、本紹介状では、備考欄ですが、一応記載があります。実はこれは大事な情報ということです。しかし、本症例では、心疾患を始めとする身体的問題の除外が不十分な感は否めません(果たして精神科に直送りでいいのかを一度よく考える)。本症例の症状からすると、精神科紹介前に、一度循環器内科でホルター心電図くらいやった方がいいかも知れません。少なくとも、内科的除外診断について、これまで、いつどこでどんな検査・診断を受けたのか(受けていないのか)を明記することは結構大事です。紹介先がクリニックの場合、そこでオーダー出来る内科的検査は知れています。そういうこともあり、主治医にすれば、ウチ(精神科)に紹介されて来るくらいだから、①の除外診断は既に済んでいるだろう、くらいに思う可能性があるということです。これが、①を見落とす落とし穴にならないとも限りません。いつどこでどんな検査・診断を受けたのか(受けていないのか)を明記することが大事という理由はそこにあります。

一方、②以降、つまり②と③の見極めについては、精神科医のフィールドですから、まずは紹介先の主治医に任せてもいいでしょう。ただし、事例3でもお話しした様に、この見極めも、専門家でも困難であったり、時間がかかったりします。その際は、職場側との連携がより不可

欠となってきますので、有機的かつ継続的な職場—産業医—主治医の連携が非常に大事になってきます。

薬物療法説明 ～不安障害～

「不安障害」の主なものには、「パニック障害」、「恐怖症」、「強迫性障害」、「全般性不安障害」、「外傷後ストレス障害」があります。不安障害は、最も頻度の高い精神疾患のひとつであり、4人に1人が不安障害の少なくともひとつを発症したことがあり、年間有病率は17%という報告もあります。また、女性が男性よりも不安障害を発症しやすいです。

不安障害の中で、「パニック障害」とは、突然一過性に呼吸が苦しくなり、苦しんで死んでしまうかもしれないといった内容を訴え、発汗や震え、めまいといった身体症状を伴います。パニック発作を起こすと、次にまた発作が起こるかもしれないという、予期不安が起こります。また、経過は慢性で、寛解と増悪を繰り返し、パニック発作は週に2、3回繰り返すことが多いです。また、薬物療法と精神療法の併用で予後は良好といわれます。

「全般性不安障害」とは、現実の状況や出来事等について、過剰な不安、心配を過剰にし続けるのが特徴です。不眠や筋肉の緊張等の身体的症状を伴うことも多いです。また、アルコール依存症、パニック障害と合併することも多いです。経過は慢性に経過し、時が経つにつれて二次的にうつ病を発症することもあります。しかし治療により予後は良好であり、70%の患者が薬物療法で改善し、精神療法の併用によりより効果を発揮します。産業保健の現場においては、自覚的症状の大きさに動揺せず、客観的に冷静に経過を見ていくことが重要です。

事例5

ある部署のAさんの上司から産業医のもとへ電話がありました。内容としては

「部下が屋上での自殺をほのめかしています。先生に緊急に対応をお願いします。」とのことでした。

産業医が上司とともに屋上へ行くと、Aさんが屋上で座り込んでいました。Aさんは上司と産業医に気づくと、「来てくれてうれしいです。」と話しました。産業医と上司は、Aさんに自殺をしないことを必死に説得して、Aさんを健康管理室へ連れて行きました。産業医はAさん、上司と面談することになりました。

<Aさんとの面談の内容>

Aさんは、部屋に入ると泣き出してしまいました。「職場の皆が私のことを悪く言って、いじめるのです。私のことをみんなが批判します。私は今の仕事が好きで、自分なりに一生懸命努力しています。なのに、例えば少し疲れた時にインターネットをしていると、隣の席の先輩に、まじめに仕事をしろと怒鳴られたのです。それだけではないんです。いつもお昼休みには皆にランチに誘われていたのに、最近は私を誘ってくれず、皆きつと私のことが嫌いなんです。このことを上司にも相談しました。しかし、上司は私の話を聞いてくれず、私のことを理解してくれません。こんなにつらいと訴えているのに…。上司もきつと私のことが嫌いなんだと思います。私は、つらくてつらくて、もう死んでしまおうかと思ひ、さっき屋上に行きました。上司と先生が私の事を心配して、来てくれて私は本当にうれしかったです。」

<Aさんの生活歴(本人より)>

「私は共学の中学校、高校に通っていました。友人はよく替わり、時期によって一緒に行動する人は違いました。成績はまあまあだったと思います。今は、特に仲良い友人はいません。私は、男性からもていました。過去に数人ほど交際した男性もいました。皆、交際当初は優しく私のことを大切にしてくれましたが、時間がたつと、私の事を大切にしてくれなくなり、交際は長く続きませんでした。

家族のことについてたずねた際の内容

「父親は私が子供のころに亡くなりました。母が一人で私と姉を育ててくれました。姉も母も仲良く、何かあるときは必ず相談しています。しかし、ここ1年くらい前に、ちょっとしたトラブルがあり、それをきっかけにあまり連絡しなくなりました。」

<上司との面談の内容>

「Aさんには大変手を焼いています。初めて相談を受けたのは一ヶ月くらい前だったと思います。確か私の部屋に突然現れ、私に相談に乗るように言ってきました。そもそもAさんの上司になったのは約半年前ですので、Aさんについてあまり知らなかったのは事実です。よってAさんが自ら相談に来たということに、私自身は非常にびっくりしました。

話を聞いてみると、職場の皆がAさんのことを悪く言って、いじめられているとの内容でした。Aさんの職場は雰囲気とてもいい部署であり、人間関係も悪くないと私は認識していました。また、Aさんは動意も明らかな問題はありませんでしたので、まあ様子を見てみようと思っていました。しかし、その後次第にAさんからの相談回数は増えていき、相談内容も、職場でいじめられていて、皆に馬鹿にされているとの同様の内容でした。次第に、メールも送ってくるようになり、私が会議等でメールを返信しないと、Aさんが私の所へ怒鳴り込んできて、なぜメールの返事をしないのかとってくることもありました。そのときは、非常に興奮しており、会話にならなかつたです。Aさんが本当にいじめられているのか、職場の者に聞いたこともありましたが、そのようなことははずさないとの意見が大半で、さらにAさんは厄介ですとの意見も何人かからありました。私もAさんの対応に正直疲れてきていて、どうしたらいいのかわからなかつた。

昨日もAさんから面談希望のメールがきましたが、重要な社内会議の準備がありましたので、また来週にしてくれとの連絡をしました。Aさんは納得していましたが、会議が終わって部屋に戻ると、Aさんが部屋の前に立っており、ずっと待っているのに、なぜ連絡をくれないのか、馬鹿にしていると、すごい剣幕で私に怒鳴り、走り去っていききました。私は追いかけてみようとしたのですが、なぜか足が動きませんでした。よって、Aさんが少し落ち着いてから面談をして話を聞こうと考えていました。すると、Aさんからメールが届き、もう死にたいので午後2時に屋上から飛び降りるとの内容でした。私はさすがにびっくりして、もう自分だけではもう対応できないと思い、先生に連絡したのです。」

<Aさんの生活歴、家族歴(人事情報より)>

Aさんは入社15年の35歳独身女性である。Aさんは2人姉妹の次女であり、電子機器関連会社の事務職を担当している。何度が部署変更している理由は不明である。

産業医の視点からの考察—紹介状読解のポイント—

以上よりAさんに対応してきた上司を巻き込んでいる可能性があり、また同僚も同様に巻き込まれていることが推察される。よって精神科医に相談すべき状況と考えられる。

面談所見として、Aさんの上司への相談内容は主に「同僚からのいじめ」ですが、信憑性については未調査であること、またAさんは、「ランチに誘われなかつた」ことをいじめとしてとらえていること、さらに「上司が相談にのる時間がとれない」ことを自分へのいじめととらえていることより「見捨てられ不安」の可能性もある。また、「自殺のそぶり」について、実際には

行為に及んでいないことや自殺をほめかす言動をし、自分へ意識を向けるようなしぐさが考えられた。

以上から「境界性人格障害」が疑われると推測した。

<紹介・診療情報提供書（産業医作成）>

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関
の所在地
及び名称
電話番号
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

患者	氏名		△△	職業	会社員	
	生年月日	年 月 日 (35) 歳			性別	男・女

	境界性人格障害の疑い
紹介目的 症状経過	<p>弊社社員の健康管理につき、いつもお世話になっております。上記が疑われますため、ご紹介申し上げます次第です。</p> <p>弊社で入社後 15 年にわたり、事務職に従事しています。数ヶ月前から、「職場でいじめられている」と上司に相談しています。いじめの慣習性については未調査のようですが、上司は被害妄想ではないかと感じているようです。相談以降、頻繁に上司の下を訪れ、「同僚からこんな仕打ちをされた、もう耐えられない」と訴えています。上司が会議を理由に相談の時間が取れないことを説明すると、上司に対して「あなたも私をいじめめるのか？」と訴えるようになりました。そして昨日、「もう死にたい。午後 2 時に屋上から飛び降ります」というメールを上司宛に送っています。上司から相談をうけ、小職も一緒に屋上に行き、保護した次第です。</p> <p>【いじめ】と本人が訴えている内容は、【ランチに誘われなかった】というものであったり、【上司が相談にのる時間が取れないこと】への嫌悪感は、見捨てられ不安が懸念され、また自殺のそぶりもあることから上記を疑った次第です。（ご多忙の折、大変恐縮ですが、御高診のほど、よろしくお願いたします。）</p>
備考	

<紹介・診療情報提供書（精神科医のコメント）>

紹介先医療機関名

外来ご担当先生 御侍史

下記患者をご紹介申し上げます。宜しく御配慮のほどお願い申し上げます。

年 月 日

医療機関
の所在地
及び名称
電話番号
F A X

産業医 ○○ ○○ 印

	<p>して「あなたも私をいじめめるのか？」と訴えるようになりました。そして昨日、「もう死にたい。午後 2 時に屋上から飛び降ります」というメールを上司宛に送っています。上司から相談をうけ、小職も一緒に屋上に行き、保護しましたが、その際「来てくれてうれしいです」といった言葉が聞かれた次第です。（一人が買った特製のなまめはそのまま配達する。）</p> <p>【いじめ】と本人が訴えている内容は、【ランチに誘われなかった】というものであったり、【上司が相談にのる時間が取れないこと】への嫌悪感は、見捨てられ不安が懸念され、また自殺のそぶりもあることから上記を疑った次第です。（ご多忙の折、大変恐縮ですが、御高診のほど、よろしくお願いたします。）</p> <p>また、今後上司への相談があった場合、どのように対応すべきか御教示頂きますと幸いです。（一具体的困っていることを専門家に伝え対処方法のアドバイスをもらうことも必要。）</p>
備考	

注：下線部は精神科医による添削またはコメントを示す。

患者	氏名		△△	職業	会社員	
	生年月日	年 月 日 (35) 歳			性別	男・女

	境界性人格障害の疑い
紹介目的 症状経過	<p>弊社社員の健康管理につき、いつもお世話になっております。上記が疑われますため、ご紹介申し上げます次第です。</p> <p>弊社で入社後 15 年にわたり、事務職に従事しています。これまで、あまり親しい友人はおらず、交際相手とのトラブルも続いていたようです。また、理由は不明ですが入社後数回辞職を繰り返しています。（一人関係、異性関係の情報があれば入れる。また、これまでの情報が重要になる。境界性人格障害であれば 20 歳頃から発症することが多い。今回が初発であれば、薬も薬別診断になる。）</p> <p>数ヶ月前から、「職場でいじめられている」と上司に相談しています。いじめの慣習性については未調査のようですが、上司は被害妄想ではないかと感じているようです。相談以降、頻繁に上司の下を訪れ、「同僚からこんな仕打ちをされた、もう耐えられない」と訴えています。上司が会議を理由に相談の時間が取れないことを説明すると、上司に対</p>

紹介状（初回）としては、これくらい書かれていれば、受けた精神科医に基本情報は伝わると
 思います。パーソナリティ障害では、経過や周辺状況をより詳しく伝えた方がいいので、＜事
 例＞に書かれたこれまでの経緯詳細を別紙で添付してもよいでしょう。その際、精神医学的な
 評価は無理にする必要はなく、ありのままのエピソードを日常用語で綴ればよいでしょう。パ
 ーソナリティ障害（近年は人格障害をパーソナリティ障害と呼ぶ）の治療戦略としては、薬物
 療法はむしろ補助的で、治療の中心は、カウンセリング（最も核心的には精神分析だが、専門
 医は少なく、保険診療報酬では釣り合わないこともあり、普及はしていない）および対応法の
 工夫ということになります。

前者のカウンセリングは、紹介先の精神科医にお願いすればいいのですが、後者の対応法
 の工夫については、主治医＝職場との連携プレーという性格が強く、且つその実践はむしろ職
 場ないし産業医が主体、ということになります。その点で言えば、「また今後上司への相談があ
 った場合、どのように対応すべきか御教示ください」と主治医にオープンエスタンの様な
 形で聞くのではなく（これでは緊急性も伝わらない）、むしろ「職場としては、『ランチに誘わ
 れなかった』『上司が相談にのる時間が取れない』といったレベルの話で自殺騒ぎになるのは尋
 常の状態とは言えず、少なくとも自殺傾性が治まるまでは就業させられません。これが身体疾
 患なら、病休休業ということでは休ませるところですが、上記の様に職場に対して被害的
 に捉えているので、誰がどういう理由・タイミングで、本人に休職・療養を言い渡すのが妥
 当か悩んでおります。先生のアドバイスを頂けると幸いです。そぶりとは言い自殺リスクを抱
 える話で、安全配慮義務の観点からも、職場としてこれ以上様子見は出来ない状況です。休
 業になった場合の本人のフォローも併せてお願いできますか」と、これくらいある意味で
 主体性を持った「提案型」の問い合わせをした方がベターでしょう。

恐らくこのケースでは、職場での自殺企図を理由に休職・受診勧告を管理職または産業
 医が通告するのが妥当という話になります。また、自宅療養（本人の管理）の引き受け手として、
 家族への連絡も必要になってくると思われ（基本的に本人の同意が必要）。これは、「自殺
 騒ぎを起こすなら、これ以上仕事はさせられませんよ」という職場から本人への明確なメッ
 セージともなります。次ページにもあるように、産業保健スタッフは本人の訴えに耳を傾けつ
 つも、治療的に妥当な一定の線引きをすべきです。本ケースで言えば、職場がその様な勧告を出
 し、実行するということが、「一定の線引きをする」ということになります。ただし、その「線
 引き」が医学的判断を伴う以上、それが妥当なラインか専門医のいわばお墨付きをもらって
 おいた方が適切です。さらに、本人の精神症状の悪化も併い兼ねない判断・対応となります
 ので、事前に対応する主治医を確保しておく。これも紹介状の要点となります。

境界性人格障害は DSM-IV-B 群に分類されます。
 B 群は演技的、感情的でうつろいやすい群です。

一般的な有病率は約 2%といわれ、人格障害の患者のうち 30～60%を占めています。
 また、境界性人格障害の 75%は女性であり、患者の親族の有病率は 5 倍高くなります。
 そして、患者の 90%に何らかの精神科診断がひとつ合併しています。

注目すべき臨床的徴候は、

- ① 見捨てられ不安・自分にとって重要な人から見捨てられるのではないかと不安が常
 にあります。そのため、見捨てられないように、過剰な食事制限や終日相手の居場所を確
 認するために電話する、自殺すると脅したり、リストカット等をして、自分を振り向かせ
 るために大変な努力をします。
- ② 不安定で激しい対人関係・他者を自分のことを好きな人と嫌いな人に分け、また善の人
 と、悪の人を選び分け、人の評価が短期間で大きく変化します。よって、対人関係が非常
 に不安定です。
- ③ 衝動性・些細なことがきっかけで、リストカットや過剰な飲酒や過食、無謀運転、薬物
 依存等、自己破壊的な行動を起こします。
- ④ 慢性的な自己不全感・大半を憂鬱で不快な気分でご過ごし、満足感が得られない空虚な気
 分になっています。

産業保健の現場での対応ポイントとしては、まずは産業医として患者と信頼関係を築くことが
 大切です。その際、患者は「感情の嵐」を示すことがあるため、彼らから批判されることもあ
 るかもしれませんが、自分への攻撃と受け取ったり、または自責感に駆られたりしないよう
 に、ある程度の距離を保つことは必要です。そして、患者を客観的に理解して、彼らの行動に著
 しく自分の感情が揺れ動かないように、自分で意識することも重要です。例えば「死にたい」と
 訴えた時には、話は真剣に聞くがさりと動かないという姿勢を保つことがポイントとなりま
 す。つまり患者の言うとおりに動くのではなく、ある程度のゆとりが求められます。
 また、職場での周囲への配慮も必要です。境界性人格障害の患者は、周囲の人（家族や友人、
 職場）を巻き込むことが多いため、上司等を中心に定期的な面談を行い、感情的にならないこ
 と、ある程度の距離を保つこと等といった具体的なアドバイスを行うことが必要です。

（付録） 紹介状テンプレート

*テンプレートの活用法

精神科専門医の視点からみた、紹介状に盛り込むべき内容を網羅したテンプレートです。
 紹介状作成の際に、ぜひご活用ください。

<状況説明文>（産業医作成）

年 月 日

産業医 ○ ○ 印

患者氏名	職業	会社員（定期入社・中途採用）
生年月日	年 月 日（）歳	性別 男性・女性（独身・既婚）

ご紹介のきっかけ： 本人より・上司より・ご家族より
 経過
 <ご本人との面談内容> ～ 産業医とのやり取り
 「
 」
 症状経過
 <幼少時の様子> （ご本人より・ご家族より）
 「
 」
 <ご家族との面談内容> （面談あり・面談なし）
 「
 」
 身体疾患の既往歴：
 現在の内服薬服用（あり・なし） 薬剤名（ ）

精神疾患の既往歴： 通院歴： 入院院歴： 「 」病院 病名「 」 期間「 」 通院後の通院状況： 投薬履歴： お薬手帳コピー（あり・なし） 薬剤名・量「 」 内服コンプライアンス（良・悪）「 」
備 考

職場でよく見る精神科治療薬

職場でよくみる精神科治療薬

目次

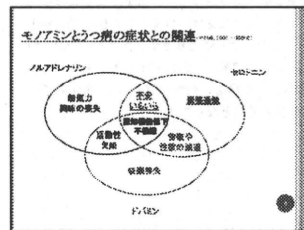
- はじめに
 - 代表的な向精神薬の特徴と使い分け
 - 抗うつ薬 ～SSRIとSNRIの違い～
 - 気分安定薬～双相型うつ病者の増加に向けて～
 - 睡眠薬～不安症のタイプによる睡眠薬の使い分け～
 - こんな質問に答えませんか？
 - 「抗うつ薬と、市販薬、サプリメントを一緒に飲んでもいい？」
 - 「うつ病に効く薬方はありますか？」

はじめに

作用の分類	代表的薬
抗うつ作用	神経伝達薬 選択性セロトニン再取り込み阻害薬 SSRI、SNRI
抗不安作用	神経伝達薬 GABA受容体調節薬
気分安定薬	神経伝達薬 モノアミン酸化酵素阻害薬

抗うつ薬

説明に注意
SSRI、SNRI のどちらか一方を4週間程度、十分服用。
効果が不十分(症状が軽減しない)場合は？
フルアレナリン、作用性、特異的なモノアミン作用性で「*Norepinephrine and Specific Serotonin Antidepressant (NaSSA)*」は？
二重薬、併用薬は？について



SSRIとSNRIの使い分け①

うつ病を2つに分ける

- ① 気分抑うつ病 (不安や焦燥、気分変動が顕著) → SSRIが効果的
- ② 制止鬱うつ病 (意欲低下や思考停止が顕著) → SNRIが効果的

抗うつ薬一覧

薬名	作用機序	特徴
フルオキサチン	SSRI	抗うつ作用が強い
シタロプラム	SSRI	抗うつ作用が強い
エスシタロプラム	SSRI	抗うつ作用が強い
レボセチレン	SNRI	抗うつ作用が強い
ドミン	SNRI	抗うつ作用が強い
デプロメール	気分安定薬	双相型うつ病に有効
ルボックス	気分安定薬	双相型うつ病に有効

SSRIとSNRIの使い分け②

- ① 抑うつ気分の症状が全面に出ている → SSRIが効果的
- ② 気分変動の症状が前面に出ている → SNRIが効果的

抗うつ気分と気分変動が同じくらいならば、不安の症状について考慮する。

- ① 強迫的で被害的な内容を伴う不安がある → SSRIが効果的
- ② 衝動性を伴わない偶然した不安がある → SNRIが効果的

＜処方例：パキシル＞

うつ状態に効いて

特徴、用法
半年前から服用。数か月経過後気分低下やうつ気分が軽減した。
本剤10mgより開始。1週間ごとに10mgずつ増量し、4週目に30mgまで増量した。4週目より症状の改善を認め、最終的に50mgには症状の大半が改善した。

SSRI

3) セトラリン (ジェイゾロフト)

- わが国でも最も早く使用できるようになったSSRI
- 他のSSRIに比べて強いパニック再取り込み阻害作用 → 意欲減退や食欲低下を有するうつ病にも効果あり
- 心血管系への影響が少ない(高齢者にも安全性が高い)
- 用量
25mg/日から開始 → 100mg/日で増減
150mg/日以上(強迫性障害、社交不安障害)
半減期: 22～24時間 → 1日1回
副作用: 嘔気、嘔吐、下痢(高用量投与にて)

SSRIとSNRIの使い分け

臨床的なうつ病で症状が重くない場合

- ① 不安や余韻のなさが見られるとき → SSRIが効果的
- ② やる気のなさや倦怠感が顕著なとき → SNRIが効果的

SSRI

1) フルボキサミン (デプロメール)、ルボックス

- わが国でも最も早く使用できるようになったSSRI
- 心気的な不安や焦燥が強いうつ病の人に効果が高い
- 強迫性障害、社交不安障害にも有効
- 用量
50～150mg/日(うつ病)
150mg/日以上(強迫性障害、社交不安障害)
半減期: 8～11時間 → 1日2回の分割投与
副作用: 嘔気、嘔吐、食欲不振
(投与初期1週間程度～劇吐、初期用量の減量)

＜処方例：ジェイゾロフト＞

うつ病に効いて

特徴、用法
半年前から服用している。2か月ほど経過後、気分が軽くなり、不安感が軽減し、気力が回復し、不眠、食欲不振がみられた。この影響で、本剤10mgを毎日服用し始めた。1週間後、症状は徐々に軽くなり、2週間後には気分がかなり軽くなり、3週間後にはほぼ全症状が改善した。4週間後にはほぼ全症状が改善した。4週間後にはほぼ全症状が改善した。4週間後にはほぼ全症状が改善した。

SNRI

ミルナシタリン (ドミン)

- 強迫、意欲低下の強いうつ病の人に効果が高い
- 抗アレナリン作用を有することから、うつ病の人が防げる薬々な薬々にも効果があるという報告もある
- 肝臓のチクロームP450 (CYP) の代謝を受けない → CYPで代謝される他の薬物の血中濃度に影響なし
- 用量
25mg/日から開始 → 100mg/日で増減
半減期: 24時間 → 1日1回
副作用: 抗コリン作用(便秘、性機能障害)、頭痛、持戻し障害 (NA作用による) → 食品(乳製品)による薬物相互作用

＜処方例：デプロメール、ルボックス＞

強迫性障害に効いて

特徴、用法
抗うつ薬、気分安定薬、睡眠薬とは異なる作用機序により、強迫性障害にも効果的である。強迫性障害の患者に有効である。強迫性障害の患者に有効である。強迫性障害の患者に有効である。強迫性障害の患者に有効である。

SNRI

2) パロキセチン (パキシル)

- 不安や焦燥が強いうつ病の人に効果が高い
- パニック障害、強迫性障害にも有効
- 用量
初期投与量10～20mg/日 → 40mg/日(うつ病)
10mg/日から開始 → 30mg/日(パニック障害)
20mg/日から開始 → 50mg/日(強迫性障害)
半減期: 14時間 → 1日1回投与で十分
副作用: 投与初期の嘔気、嘔吐、便秘、口渇

SNRI

デュロキセチン (サインバルタ)

- 2010年4月より販売開始となった
- 日本で2番目に承認されたSNRI
- 他のSNRIと比べるとセロトニン/ノルアドレナリンの再取り込み阻害に特長があることが特徴
- プラセボに対する優越性が臨床試験で認められている。
- 疼痛に対する効果も認められている。
- 用量
20mg/日から開始 → 1週間以上の期間を開けて20mgずつ増量する。

＜処方例：ドミン＞

うつ病に効いて

特徴、用法
強迫性障害を伴っている。友人の薦めを受け、抗うつ薬、気分安定薬、睡眠薬を併用し、精神科を受診した。本剤10mgを毎日服用し始めた。1週間後、症状は徐々に軽くなり、2週間後には気分がかなり軽くなり、3週間後にはほぼ全症状が改善した。4週間後にはほぼ全症状が改善した。

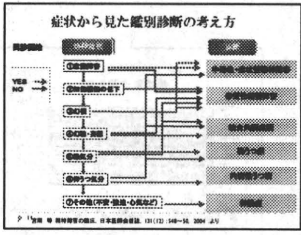
アルコール依存症

アルコールを飲んでもなかなか酔った感じがならない...
アルコールが切れると断断症状が出る...
飲むことを断断できない...

- ◆突然の遅刻や欠勤が目立つ
- ◆連休や休み明けに休みが多い
- ◆仕事中にアルコール臭をさせる。朝から臭う場合もある
- ◆職場や飲み会でよく理喝をする
- ◆飲み会のあとに事故にいたり、ケガをしたりする
- ◆取引先でトラブルを起こす

もしも、アンパンマンがアルコール依存症になったら

- ▶ 助けを呼んだものの、バイキンマンをやたらと持たせたり、結局助けにまなかつたりする。
- ▶ 月曜日や連休明けは助けにこないことが多い。
- ▶ 「僕の腹を食べなよ」と言うが、アルコール臭がキツくて子供には食べにくい。
- ▶ ジャムおじさんやバクおさんとしょっちゅう理喝をする。
- ▶ みんで飲んでクノックをした後に、帰宅する途中に飛べなくなったり、重傷してけがをしたりする。
- ▶ 協力するはずの食パンマンとトラブルを起こす。



適応障害

◆適応障害が現れるケース>

- ◆新入社員などが新しい職場環境に適応できない
- ◆専門家が期待される職務を果たせず、その後不調を訴える
- ◆異遣いにも責任が大きくなったものの、その職務を果たすことができず不調を訴える

⇒こうしたことが原因で以下のような症状が3カ月以内に現れる

- 不安、抑うつ、イライラして過度に集る
- 何らかの事柄に過度に敏感になる
- 無断欠勤、物を壊す、無謀運転、ケンカなどの行動異常

もしも孫悟空が適応障害になったら

- ▶ ナメック星に移動後、毎日不安や、イライラを訴える。
- ▶ 「地球の未来はお前にかかっている！」と責められ、数々の戦と戦ってきたが、最近では憂鬱になることが多く、テレビのニュースに過度に敏感になっている。
- ▶ ついにスーパーサイヤ人になれたが、思ったように敵を倒すことができず、最近では敵前逃亡したり、無空術で蛇行飛行を繰り返したり、物を破壊したりするようになってきた。
- ▶ ベジータが戦闘に対する解離を始めても、イライラして過度に集り、早く帰るようにせかすようになった。

統合失調症

- ◆職場で理由もなくひたひたで笑ったり、ボソボソと独り言を言う
- ◆突発的な暴言、暴言、奇異な行為などの予期せぬ行動をとる
- ◆長時間、表情が乏しくてボートしている
- ◆周囲が理解できないような、上司・同僚からの被害を訴える

例) Aさんが生重になって眠ってくるんです...
◆上に挙げられたこれらのことから、作業能力が低下し、集中できず、離職が目立つ

もしも、サザエさんが統合失調症になったら

- ▶ 理由もなく、庭で笑ったり、キッチンでボソボソと独り言を言う。
- ▶ 突然、ほうきを振り上げ、タマに襲いかかったり、『コラ！タラオ！』とタラちゃんに暴言を吐いたりする。
- ▶ 悪寒集まっている時も、表情が乏しくボートしている。
- ▶ 「タイ子が生き霊になって眠ってる...」といった、周囲から理解できないような被害を訴える。
- ▶ 上にあげたこれらのことから、作業能力が低下し、家事に集中できず、家の中をうろろしている。

疾病性の気づき助ける管理監督者用教材例：職場での精神症状の出力：学習のポイント
(スライドは管理監督者研修にも活用できます)

スライド13 症状から見た鑑別診断の考え方

面接中に ICD-10 や DSM-IV-TR など参考しながら面接をすることは困難であるが、宮岡により、精神症状からどのような精神疾患を考えるかの概要がフローチャートになっているので、明確に割り切れるわけではないが、面談時には利用できる。

産業医・管理監督者向け教材例：

精神科救急に係る事項

自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

である。

スライド11

自殺をほめかすような発言があった場合や、先に述べたような自殺の予兆がみられた場合、まずはなぜそのような気持ちになったのか等、積極的な傾聴が必要となる。その際にはできる限り聞き役に徹するようにし、すぐに自殺以外の事柄に話題をそらすようなことは避ける。

また、家族、上司、同僚、友人等、キーパーソンとの連携が必要となることも多い。日頃から本人との付き合いが深く、本人の置かれている状況や心情を理解している人を把握しておくこと、緊急時の対応もしやすくなると思われる。

専門医への受診を促す際には、本人にその必要性を丁寧に説明し、必要に応じてキーパーソンにも協力を要請する。職場のメンタルヘルス対策に理解のある専門医療機関を確保しておくことも必要である。

スライド12

自殺未遂者が救急病院へ搬送された場合、原則として図のような流れで治療が進められる。

1) 緊急の身体的治療

薬物の多量摂取による意識障害、刃物による切創など、まずは身体的治療が行われる。

2) 危険度の評価

自殺の手段によっては（普段より多めに薬を飲んだ、リストカットをしたなど）、医療者も含めた周囲の人々は「本気で死のうとしていないのでは」といった感情を抱く可能性もある。手段そのものよりも、自殺の危険因子の評価、自殺行動の背景に存在する可能性のある精神障害の重症度の判定、自殺行動を繰り返す危険の評価、周囲の人々からどの程度の援助が得られるのかなどから総合的に危険度の評価を行う。

3) 治療の場の決定

上記のような危険度の評価から、入院治療か外来治療か、治療の場を決定する。自殺行動を繰り返す可能性が非常に高い場合には、緊急の危険から保護するために入院治療が選択され、さほど高くはない場合には外来での治療が選択される。

スライド13

自殺未遂が発生した場合には、その後の治療方針を決定するため様々な情報が必要とされる。しかし、実際に自殺未遂者が救急搬送された場合、本人は意識がなかったり「死にたかったのに」「余計なことをした」などと、治療に対し非協力的なことも多い。そういった場合には、家族や周囲の人々からの情報が非常に重要となる。

労働者において自殺未遂が発生した場合には、産業医がそれらの情報をできる限りあらかじめ収集しておくこととその後の治療がスムーズに進むと考えられる。その際の情報として、具体的

にどのような情報が必要とされるかの例を表に示す。

このような情報を適切に救急医や精神科医に提供することができれば、その後の自殺の予防に産業医が大きな役割を果たすことができると言えるだろう。

スライド14

様々な自殺予防の対策を講じていても、不幸にして自殺が起こってしまった場合、自殺は遺された家族・同僚など周囲の人々に心理的影響を及ぼす。その程度は、自殺した人との関わりの深さ・期間などによって異なる。

自殺の後に生じる心理的反応を表に示す。

場合によっては、遺された人がうつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）やPTSD（外傷後ストレス障害）などの精神疾患に罹ってしまい、専門的な治療が必要になることもある。そのため、そういった心理的影響を極力少なくするための対策（ポストベンション）が必要となる。

スライド16

職場におけるポストベンションの原則を示す。万が一そのような事態が起こった時の対応の参考にしていただきたい。

自殺に対するタブー感が強い我が国では、自殺が生じた際、その事実を隠そうとしてしまいがちであるが、そのことが遺された人々が受け入れることを妨げ傷口を広げてしまう可能性すらある。自殺が起きたという事実を淡々と伝え、それに動揺している人に対し個別に対応する方が賢明である。その際には、故人を非難したり、逆に美化しすぎたりせず、事実のみを淡々と伝える方がよいとされる。

前述のように、遺された人々は様々な心理的反応を示し、様々な感情を抱く。そういった感情をありのままに表現する機会を与えることもポストベンションの重要な目的である。複雑な感情を分かち合い、共有することで負担が軽くなる人も多いだろう。グループの枠組みを使ったポストベンションには、ある程度の経験が必要ともいわれる。状況によってはリスクが高いと目される同僚や上司との個別の面談を持つこともある。リスクグループの把握と、その後のフォローを重視するようにする。

自分になんらかの関わりのある人が自殺した場合、様々な精神症状・疾患が生じうるが、それらに関して説明し、そのような症状を自覚した時に気軽に相談できるようにしておくことも群発自殺の予防の観点からも必要である。その場合、専門家による相談体制があれば必要に応じて当然利用すべきである。また、特にハイリスクの人（例えば、故人と強い絆があった人、精神疾患にかかっている人、自殺未遂歴のある人など）に対しては、面談を行うなど、積極的な働きかけも必要となるだろう。

さらに、その他として、職場で自殺が起こってしまった状況はもちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。

管理監督者が欲する労働者のメンタルヘルス問題への事業所、産業医、医療機関による早期支援に関する調査

研究分担者 井奈波良一 岐阜大学大学院医学系研究科 准教授

研究要旨

労働者のメンタルヘルス不調予防に対する早期支援の内容を明らかにする目的で、管理監督者が事業所、産業医、医療機関に対してどのような早期支援を望んでいたかなどに関する自記式アンケート調査を行い、2事業場の管理監督者（113名）から回答を得、以下の結果を得た。

管理監督者が、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことの第1位はメンタルヘルス不調への気づきと対応に関する「具体的な対応の仕方がわからなかった」（71.2%）であった。労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することの第1位はメンタルヘルスカケアを推進するための教育研修・情報提供に関する「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」（52.2%）であった。労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することの第1位はメンタルヘルス不調への気づきと対応に関する「メンタルヘルス相談」（56.5%）であった。労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することにこの第1位は職場復帰における支援に関する「今後の見通しとその根拠の説明」（53.9%）であった。管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援の内容は、2事業場の事業所の間でほとんど差がなかった。

<研究協力者>

黒川淳一 岐阜大学大学院医学系研究科
非常勤講師

A. 本研究の目的

職場のメンタルヘルス対策において、平成18年3月に厚生労働省より「労働者の心の健康保持増進のための指針」¹⁾が公示され、事業者が講ずるように努めるべきメンタルヘルスカケアが包括的に示され、その取り組みが強化されることが期待されている。一方、最近では、臨床精神医学領域において、精神障害に対する早期支援・治療の重要性が強調されている²⁾。従って、労働者のメンタルヘルス不調を予防し、かつ早期に支援・介入するための、事業所内外の関係者が連携した包括的な枠組みを作り上げる必要がある。また、この枠組みを有効に運用するためには、労働者がメンタル

ヘルス不調に陥った時に、実施する早期支援の内容を明らかにする必要がある。

そこで平成22年度は、平成21年度に続いて2事業場に所属する管理監督者を対象に、労働者のメンタルヘルス問題への事業所、産業医、医療機関に対してどのような早期支援を望んでいたかに関するアンケート調査を行ったので報告する。

B. 方法

A情報関連会社およびB生協に所属する管理監督者120名を対象に自記式アンケート調査を実施した。

調査票の内容は、性、年齢、職務、職階、職場でのメンタルヘルスの状況、メンタルヘルス不調で休業を必要とした従業員の発生の経験の有無、メンタルヘルス不調による休業者への対応で特に困ったこと、労働者のメンタルヘルス対策推進にあたり、事

業所、産業医および医療機関に期待すること（以上4質問については調査票に記載した選択項目の中から最大5項目まで選択可能とした）、職場におけるメンタルヘルス不調者に対する早期支援実施の有無、その内容および効果である。なお、あらかじめ調査票に載せた各質問項目に対する回答項目は、岐阜産業保健推進センターで平成19年度に実施された「精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究」³の一次調査で使用された安全衛生または労務管理の責任者もしくはこれに準ずる者向けの調査票を参考に作成した。

調査は、平成22年度に実施し、113名（課長以上52名、課長より下位職61名）から回答を得た（回収率94.2%）。

各アンケート項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。有意差検定は、t検定、 χ^2 検定またはFisherの直接確率計算法を用いて行い、 $P < 0.05$ で有意差ありと判定した。

結果は、平均値±標準偏差（最小-最大）で示した。

なお本調査に先立ち、岐阜大学大学院医学系研究科および三重大学大学院医学系研究科の医学研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 結果

表1に対象者の年齢と職歴を示した。対象者全体で年齢は 44.7 ± 7.4 歳、職歴は 20.2 ± 8.9 年であった。年齢、職歴の値は、ともにA情報関連会社がB生協より大きかった($P < 0.01$)であった。

表2に回答者の男女別内訳を事業場別に示した。男女別内訳にはA情報関連会社とB生協の間で有意差はなかった。

表3にメンタルヘルスに関する問題が増

えていると感じられるかについて事業場別に示した。回答にはA情報関連会社とB生協の間で有意差はなく、「増えてきている」が53.5%で最も高率であり、次が「変わらない」(25.4%)であった。

表4にメンタルヘルス不調で、休業を必要とした従業員の発生を、実際に経験したことの有無を事業場別に示した。回答にA情報関連会社がB生協の間で有意差はなく、全体で45.2%の者が経験していた。

表5にメンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことを事業場別に示した。A情報関連会社とB生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「具体的な対応の仕方がわからなかった」の71.2%であり、次が「早期の徴候（サイン）がよくわからなかった」(55.8%)であった。以下、「本人に対する人的な補充ができなかった」(32.7%)、「本人が突然、事業所を欠勤した」(30.8%)、「忙しくて本人に目を配っている余裕がなかった」(26.9%)の順であった。

表6に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することを事業場別に示した。A情報関連会社とB生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目は、「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」(52.2%)であり、次が「相談しやすい職場環境の整備」の49.6%であり、以下、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」(39.1%)、「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」(35.7%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(30.4%)の順であった。

表7に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することを事業

場別に示した。「医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介」の期待率は、A情報関連会社では46.7%とB生協(15.7%)より有意に高率であった($P<0.01$)。全体でみて最も高率であった項目は、「メンタルヘルス相談」(56.5%)であり、次が「不調者との面接実施」(47.8%)であった。以下、「メンタルヘルスに関する社員教育」(42.6%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(27.8%)、「復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施」(27.8%)の順であった。

表8に労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することを事業場別に示した。「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」の期待率は、A情報関連会社では10.0%とB生協(34.1%)より有意に低率であった($P<0.05$)。「復職判定の実施と意見書の作成」の期待率は、A情報関連会社では40.0%とB生協(16.5%)より有意に高率であった($P<0.01$)。全体でみて最も高率であった項目は、「今後の見通しとその根拠の説明」の53.9%であり、次が「休養の必要性とその根拠の説明」(53.0%)であった。以下、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」(34.8%)、「治療内容の説明」(33.9%)、「詳細な病名とその説明」(33.0%)の順であった。

表9に職場で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援実施の有無を事業場別に示した。早期支援の実施率は、A情報関連会社では56.7%とB生協(24.7%)より有意に高率であった($P<0.01$)。

表10-1に職場で実施している早期支援の内容を事業場別に示した。A情報関連会社とB生協の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて最も高率であった項目

は、「労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供」の42.1%であり、次が「ストレスに関する問診」(31.6%)であった。以下、「ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供」および「労働者が、上司や専門家に対して相談することができる体制の整備」(共に23.7%)、「職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスケアに関する教育研修」(7.9%)の順であった。

表10-2に早期支援の効果を事業場別に示した。回答にA情報関連会社とB生協の間で有意差はなかった。全体でみて最も高率であった回答は「どちらともいえない」の55.3%であり、次が「どちらかといえば、効果がある」(21.1%)であった。

D. 考察

平成18年3月に厚生労働省より公示された「労働者の心の健康保持増進のための指針」⁹⁾では、メンタルヘルスケアの具体的な進め方として、1)メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供、2)職場環境等の把握と改善：労働者の心の健康には、作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るためや職場生活で必要となる施設及び設備等、労働時間、仕事の量と質、職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等の職場環境等が影響を与えるものである。そのため、まず職場環境等を把握し、問題点を把握する。その後、職場環境等の改善を行うものとする。具体的には、事業場内産業保健スタッフ等の助言のもと、管理監督者は、労働者の労働の状況を日常的に把握し、個々の労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等、労働者の能力、適正及び職務内容に合わせた配慮を行うことが重要

であるとしている。3)メンタルヘルス不調への気づきと対応：万一、メンタルヘルス不調に陥る労働者が発生した場合は、その早期発見と適切な対応を図るため事業者は、個人情報保護に十分留意しつつ、労働者、管理監督者、家族等からの相談に対して適切に対応できる体制を整備する、4)職場復帰における支援、をするものとしている。

著者らの調べた限りでは、管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメンタルヘルス問題への早期支援に関する報告は、黒川ら³が行った精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に特化した調査報告があるにすぎない。

回答者の性別内訳には、2事業場の間で有意差はなかったが、平均年齢および職歴は、ともにA情報関連会社がB生協より大きかった。したがって、以下で結果を考察する際、年齢、職歴の影響を考慮する必要がある。

メンタルヘルスに関する問題が増えていると感じられるか否かについて調査したところ、回答には2事業場の間で有意差はなく「増えてきている」が53.5%で最も高率であったが、「変わらない」(25.4%)が2番目に多かった。この順序は、平成21年度の63社(各1名)の調査結果⁴と逆になっていた。

管理監督者が、メンタルヘルス不調で、休業を必要とした従業員の発生を、実際に経験したことの有無を調査したところ、全体で45.2%の者が経験し、回答に2事業場の間で有意差はなかった。この結果は、平成21年度の調査結果⁴とほぼ同様であった。

管理監督者が、メンタルヘルス不調による休業者への対応で困ったことを調査したところ、2事業場の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて上位5項目とも

(「具体的な対応の仕方がわからなかった」(71.2%)、「早期の徴候(サイン)がよくわからなかった」(55.8%)、「本人に対する人的な補充ができなかった」(32.7%)、「本人が突然、事業所を欠勤した」(30.8%)、「忙しくて本人に目を配っている余裕がなかった」(26.9%))は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する項目であった。この結果は、平成21年度の調査結果⁴と3項目(1番目、2番目および4番目)が一致していた。

管理監督者が、労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待することを調査したところ、2事業場の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて、上位5項目中2項目(「メンタルヘルスについて学ぶ機会の確保」(第1位、52.2%)、「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」(第5位、30.4%))は、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供に関する項目であった。また、上位5項目中3項目(「相談しやすい職場環境の整備」(第2位、49.6%)、「同僚や先輩による指導、相談、コミュニケーションの促進」(第3位、39.1%)、「産業医など産業保健管理スタッフによる相談の促進」(第4位、35.7%))は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する項目であった。この結果は、平成21年度の調査結果⁴とほぼ同様の結果であった。

調査を実施した2事業場はともに産業医を選任している。管理監督者が、労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、産業医に期待することを調査したところ、「医療機関への受診を薦める、あるいは医療機関の紹介」の期待率は、A情報関連会社では46.7%とB生協(15.7%)より有意に高率であった。この結果は、B生協の産業医の1名が精神科医のためその必要性が低い

めと考えられる。全体でみて上位5項目中2項目（「メンタルヘルス相談」（第1位、56.5%）、「不調者との面接実施」（第2位、47.8%）は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する項目であった。さらに、メンタルヘルスクアを推進するための教育研修・情報提供に関する「メンタルヘルスに関する社員教育」（第3位、42.6%）および「対人関係技法の向上などのスキルの研修・講習の実施」（第4位、27.8%）も上位5項目に入っていた。平成21年度の調査結果⁴には、上位5項目の中には職場復帰の支援に関する項目はなかった。一方、本調査結果では、職場復帰における支援に関する「復職に際して、労働者本人と、上司、人事担当者、産業保健管理スタッフ等による合同面接の実施」（27.8%）が、全体で第5位になっていた。

管理監督者が、労働者のメンタルヘルス対策の推進にあたり、医療機関に期待することに調査したところ、「復職判定の実施と意見書の作成」の期待率は、A情報関連会社では40.0%とB生協（16.5%）より有意に高率であった。この結果は、B生協では精神科医である産業医が復職判定を実施しているためその必要性が低いためと考えられる。また、理由はよくわからないが、「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」の期待率は、B生協（34.1%）がA情報関連会社（10.0%）より有意に高率であった。全体でみて上位5項目中5項目（「今後の見通しとその根拠の説明」（53.9%）、「休養の必要性とその根拠の説明」（53.0%）、「復職までの過ごし方や経過の観るポイントの説明」（34.8%）、「治療内容の説明」（33.9%）、「詳細な病名とその説明」（33.0%））が職場復帰における支援に関する項目であった。平成21年度の調査結果⁴では、メンタルヘルスクアを推進するため

の教育研修・情報提供に関する「メンタルヘルスについての学ぶ機会の提供」（38.1%）が第4位になっていたが、その他の上位5項目中4項目は、今回とほぼ同様に、職場復帰における支援に関する項目であった。

職場で、メンタルヘルス不調者に対する早期支援実施状況を調査したところ、早期支援の実施率は、A情報関連会社では56.7%とB生協（24.7%）より有意に高率であった。特にB生協における今後の取り組みが期待される。

職場で実施している早期支援の内容を調査したところ、2事業場の間で有意差のあった項目はなかった。全体でみて、上位4項目（「労働者が産業保健スタッフに相談できる機会の提供」（42.1%）、「ストレスに関する問診」（31.6%）、「ストレスに関するセルフチェックを行う機会の提供」（23.7%）、「労働者が、上司や専門家に対して相談することができる体制の整備」（23.7%））は、メンタルヘルス不調への気づきと対応に関する項目であった。また、第5位は、メンタルヘルスクアを推進するための教育研修・情報提供に関する「職場の管理監督者に対する、労働者のメンタルヘルスクアに関する教育研修」であったが7.9%と低率であった。今後、労働者や管理監督者に対するストレスやメンタルヘルスクアに関する教育研修をする必要がある。

早期支援の効果を調査したところ、全体でみて、「効果がある」または「どちらかといえば、効果がある」とした割合は21.1%にすぎなかつた。したがって、これら2事業場では、今後、これまでに実施されていない早期支援を検討する必要がある。

以上のことから、管理監督者が欲する事業所、産業医、医療機関による労働者のメ

メンタルヘルス問題への早期支援の内容は、
2事業場の間でほとんど差がないことがわ
かった。

E. 結語

1. 管理監督者が、メンタルヘルス不調
による休業者への対応で困ったことの第1
位はメンタルヘルス不調への気づきと対応
に関する項目であった。労働者のメンタル
ヘルス対策の推進にあたり、事業所に期待
することの第1位はメンタルヘルスケアを
推進するための教育研修・情報提供に関す
る項目であった。労働者のメンタルヘルス
対策の推進にあたり、産業医に期待するこ
との第1位はメンタルヘルス不調への気づ
きと対応に関する項目であった。労働者の
メンタルヘルス対策の推進にあたり、医療
機関に期待することにこの第1位は職場復帰
における支援に関する項目であった。

2. 管理監督者が欲する事業所、産業
医、医療機関による労働者のメンタルヘル
ス問題への早期支援の内容は、2事業場の
間でほとんど差がなかった。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 文献

- 1) 中央労働災害防止協会編：職場におけ
る心の健康作り－労働者の心の健康
の保持増進のための指針－。 東京、
中央労働災害防止協会、2007。
- 2) 西田淳志，岡崎祐士：統合失調症の早
期支援・治療。 臨床精神医学
36(1): 73-81, 2007。
- 3) 黒川淳一，岩田弘敏，植木啓文，他：
精神疾患で休職した労働者に対する
職場復帰支援に関する研究。
- 4) 井奈波良一：メンタルヘルス不調労働
者および管理監督者が欲する労働者
のメンタルヘルス問題への事業所、産
業医、医療機関による早期支援に関す
る調査。平成21年度厚生労働省科学研
究費補助金労働安全衛生総合研究事
業「労働者のメンタルヘルス不調の予
防と早期支援・介入のあり方に関す
る研究」総括・分担研究報告書
2010, 86-108。

産業看護職からみた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

研究分担者 近藤 信子 四日市看護医療大学 教授

研究要旨

昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれ、そのための組織的な予防活動が重要となっており、労働者のメンタルヘルス不調の予防と早期介入・支援のあり方を検討することが求められている。本年度は産業看護職の立場から早期介入・支援を推進していくために、産業看護職自身の専門的知識やスキルに関する課題、現状やニーズにあった労働者への教育研修の方策に関する課題を明らかにすることを目的に、今年度は大規模事業場の労働者を対象に、Ⅰ．労働者のメンタルヘルスケアに対するニーズに関する調査を行った。その結果、労働者の状況とニーズとしては、中小規模事業場の労働者と同様に労働者の6割以上が不安や悩みを抱えていることや、メンタルヘルス不調を抱えても精神科受診を望んでいないこと、心の健康への関心は受診行動を促進することが明らかとなった。またメンタルヘルスケアとして利用したいサービスは多様であり、様々な窓口の設置は効果的である。心の健康に関して学びたい内容としてはコミュニケーションや人間関係など職場環境の改善につながるような内容の研修も求められていることが示された。

平成20年から平成22年の3年間の研究結果から、産業看護職自身のニーズと労働者のニーズを基に産業看護職がメンタルヘルス不調に対する早期支援を効果的に推進できることを目的としてⅡ．産業看護職向けのメンタルヘルス不調への早期支援に関する教育支援プログラムの開発を行った。①総論として社会環境の変化とメンタルヘルス、プライバシーの問題、②心の健康の考え方として、コミュニケーション、人間関係、③メンタルヘルス不調の理解としてストレス、うつ病のアセスメント、メンタルヘルス不調のアセスメント、連携の方法、④メンタルヘルス教育としてセルフケア、コミュニケーション、傾聴の技術と訓練、メンタルヘルス不調者に対する個人情報管理、⑤技術・理論として面接、リラクゼーション、認知行動療法、⑥産業看護職へのサポートとしてスーパービジョン等による課題の理解、産業保健推進センターの活用等を盛り込んだものとした。

<研究協力者>

萩 典子
四日市看護医療大学

大西 信行
四日市看護医療大学

東川 薫
四日市看護医療大学

福田 弘子
四日市看護医療大学

Ⅰ．大規模事業場における労働者のメンタルヘルス
ケアに関する状況とニーズ

A. 研究目的

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、昨今のメンタルヘルス対策は発症予防に重点がおかれ、そのための組織的な予防活動が重要となっている。平成20年度の本研究班の調査（近藤ら、2009）¹⁾からは、早期支援の中で労働者に対する教育・支援が重要であり実施されているが、現状や労働者のニーズに合っているかどうかかわからないという状況が示された。有効な支援を行うには労働者のおかれている状況やニーズを明らかにし、それらに裏打ちされた支援を行うことが重要である。

本研究では昨年度の中小規模事業場労働者のメンタルヘルスの状況とニーズ調査（近藤ら、2010）²⁾に引き続き大規模事業場の労働者を対象に、労働者のメンタルヘルスケアに関する状況とニーズを明らかにすることを目的として調査を行った。

B. 研究方法