

太陽 ASG

エグゼクティブ・ニュース 2006 年 9 月 第 43 号

テーマ：企業内のメンタルヘルス ～身近にあるうつ病～

今、企業内でのうつ病に注意が必要です。今月は、うつ病の専門家である東京医科歯科大学大学院医学博士車地暁生（くるまじ あけお）助教授に、精神行動医学の視点から、うつ病について解説をいただきます。

以下の要旨は 88 秒でお読みいただけます。

要 旨

生涯有病率*

うつ病の生涯有病率は、女性で 10-25%、男性で 5-12%。女性では、10 人に 1 人～2.5 人が、うつ病になる可能性があると言えます。

*生涯有病率：一生のうちに、ある病気にかかる比率を表す数値

主症状と自覚の有無

うつ病の患者がまず最初に受診する診療科は、3 分の 2 が内科で、最初から精神科に受診するのは 1 割程度です。

うつ病は気分障害に分類され、抑うつ気分や意欲低下が主症状ですが、身体的な様々な症状（食欲低下、易疲労感、頭重感など）を伴うことがほとんどで、多くの場合、うつ病患者は、自分がこの病気にかかっているという自覚（病識）が、損なわれています。

治療法

うつ病は、本人の性格、環境（ストレス）および素因（体質あるいは負因）の 3 種類の因子が相互作用して生じる病気です。その病態生理は、十分には解明されていませんが、十分有効な治療法があります。

リハビリも慎重に

うつ病は、その症状が回復しても、以前の社会的機能を回復するためには、ある期間のリハビリテーションが必要です。自覚的にも他覚的にも回復した入院患者が、第一回目の自宅外泊をする場合、細心の注意が必要です。短期間の外泊でも、うつ症状が悪化することがよくあります。

労働者の精神健康管理

労働者の健康管理、特に精神面でうつ病に注目する必要があります。働き盛りが、仕事上のストレスで、うつ病になることも多く、その仕事上のストレスの内容は、人間関係のストレスや多忙などの他、転勤、配置換え、なかには昇進ということも、十分に発病のトリガーになります。

誰でもなりうる

予防法は、「うつ病は誰でもなりうる」と仮定することから始まります。強力なストレスが加われば、生身の人間であれば、健康状態からの破綻としてうつ病になります。ですから、誰しも、うつ病になりうるという自覚、あるいは啓蒙がその第一歩と言えます。



「太陽 ASG エグゼクティブ・ニュース」バックナンバーはこちらから → <http://www.gtjapan.com/library/index.html>

本ニュースレターに関するご意見・ご要望をお待ちしております。

太陽 ASG グループ マーケティング コミュニケーション担当 田代知子 Tel: 03-3595-0304 Email: t-asgMC@gtjapan.com

企業内のメンタルヘルス ～身近にあるうつ病～

東京医科歯科大学大学院 助教授
精神行動医科学分野 医学博士
車地 暁生（くるまじ あけお）

うつ病はありふれた病気

生涯有病率は二桁に達する

一生のうちに、ある病気にかかる比率を表す数値として、生涯有病率がある。うつ病の生涯有病率は、女性では 10-25%、男性では 5-12%と男女差があるが、女性では、4～10 人にひとりには、うつ病になる可能性があることを意味している。また、精神科疾患のなかでもっとも多いのがうつ病である。

うつ病は心身の病気で、それを病気と気づかず、「死に至る病」である

身体症状もある・・

うつ病の患者が、まず最初に受診する診療科は、約 3 分の 2 が内科であり、精神科に受診する場合はわずかに 1 割程度である。この理由のひとつは、うつ病は気分障害に分類され、抑うつ気分や意欲低下が主症状であるが、身体的な様々症状（食欲低下、易疲労感、頭重感ど）を伴うことがほとんどであるからである。もうひとつの重要なことは、うつ病患者は、自分がこの病気にかかっているという自覚（病識）が、多くの場合、損なわれているという事実である。

自殺念慮に注意が・・

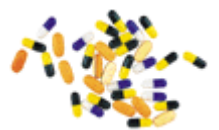
うつ病では、自殺念慮を伴うことが極めて多く、その症状から、実際に自殺を企図する。患者自身は、その自殺念慮を病気の症状であると気づかず、自殺死してしまうことがある。日本では、近年（1998 年以降）、年間自殺者数が 3 万人を超えたまま推移している。特に 40～50 歳代の働き盛りの年代の自殺率が増加した。WHO の多国間協同調査研究によると、自殺者のうち、うつ病が 30.2%、薬物乱用が 17.6%、統合失調症が 14.1%と順に多く、精神科的な適切な治療を受けていたのは、せいぜい 2 割程度であったと報告している。

現在、自殺予防対策は、会社や学校などの組織、さらには、社会および国家的にも急務を要する重要課題のひとつである。

うつ病の原因とその有効な治療法

十分有効な治療法がある

うつ病は、本人の性格、環境（ストレス）および素因（体質あるいは負因）の 3 種類の因子が相互作用して生じる病気である。その病態生理は、残念ながら、十分には解明されていないが、十分有効な治療法がある。つまり、うつ病は、抗うつ薬などを用いた薬物療法、精神療法および環境調整によって回復する。



本人の自覚症状は身体症状であっても、うつ病であることがある

多くは、内科などの精神科以外の診療科を最初に受診

うつ病は、躁うつ病などとともに気分障害に分類され、抑うつ気分、意欲低下、思考力や集中力の減退などの精神症状がみられる。また、多様な身体症状を伴い、疲労、胃腸障害、自律神経失調、不眠、慢性疼痛などの症状を訴える。このため、うつ病患者の多くは、内科などの精神科以外の診療科を最初に受診する。もちろん、身体的症状に対する適切な検査を施行する必要がある。おそらく、うつ病の診断と治療は、精神科あるいは心療内科以外では十分でなく、精神科以外を受診したうつ病患者は、専門医に紹介してもらい、的確な診断と適切な治療が必要である。逆に言えば、内科などの医師が、適切に専門医に紹介する必要がある。

平成 16 年 4 月より、医師の卒後臨床研修が必修化されていることは、周知のことであろう。つまり、厚生労働省は、医師は、各大学の医学部医学科を卒業し、医師国家試験に合格したあと、2 年間の臨床研修を義務化している。その内容の詳細は割愛するが、この 2 年間に、精神科研修が、小児科や産婦人科と同様な扱いで必修となっていることまでは、十分知られていないかも知れない。この精神科研修の中では、うつ病は必修項目になっている。

うつ病自己評価表について

うつ病の診断に補助的に役立つものとして Zung のうつ病自己評価表（「SDS うつ性自己評価尺度」：株式会社三京房<<http://www.sankyobo.co.jp/asds.html>> 参照）がある。

これは精神科だけでなく、一般的な医療機関や職場や学校の保健管理センターなどでも活用されており、この内容からもうつ病の精神症状および身体症状のプロファイルをつかむことができるであろう。

過労自殺裁判、そして労働環境

40～50 歳代の働き盛りの年代で自殺率が増加

日本では、近年（1998 年以降）、年間自殺者数が 3 万人を超えたまま推移している。この数は、交通事故死者数の 4 倍以上であり、高齢者層が高い自殺率を示している点はこれまでと変わらないが、特に 40～50 歳代の働き盛りの年代の自殺率が増加した。この急増は、世界でもあまり例を見ない現象である。これまで、日本では、この自殺予防に対して十分な関心が払われていなかったことによるかもしれない。1990 年代初頭から WHO は自殺予防をメンタルヘルスの最重要課題のひとつとしてとらえており、わが国でも自殺対策基本法が今年成立したように、着実にこの自殺予防に乗り出している。

15629 件の自殺に関して、その精神疾患の分析および診断を行った WHO の多国間協同調査研究によると、うつ病が 30.2%、薬物乱用が 17.6%、統合失調症が 14.1%と順に多く、このうちの大多数である約 95%が何らかの精神疾患であり、さらに興味深いことは、精神科的な適切な治療を受けていたのは、せいぜい 2 割程度であったと報告している。残念なことに、このうつ病、薬物依存（アルコールなど）症や統合失調症には、精神科的に十分に治療できることである。

過労自殺

一方で、「過労自殺裁判」が、1990 年代に起こされ、司法判断が下された事例が数多くある。この裁判において吟味されたことは、以下の 3 点に集約される。まず、長時間労働と自殺の因果関係の判断であるが、常軌を逸する長時間労働がうつ病をもたらし、このため自殺に至ることの因果関係があると明確に認定された。次の点は、職場の安全配慮義務を指摘した。つまり、会社は従業員が心身の健康を損なわないような労働環境を整備する義務があろうとしている。第 3 番目には、心身の不調に対して、医療機関を受診し、自己の裁量権で仕事を少なくするなどの自己責任に関するものである。この自己責任に対する判断は、事例ごとに様々である。

企業内外で連携した具体的対策を

こういった過労死裁判の裁定に多大な影響を受けながら、労働省は、1996 年には、「所定時間労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」、「心理的負荷による精神障害等に関する業務上外の判断指針」（労災認定法の変更）（1998）、「労働の場における心の健康づくり対策について」という報告書を発表している。このころの健康づくり対策においては、セルフケア、ラインによるケア、事業所内産業保健スタッフ等によるケア、さらに事業所外の専門機関等によるケアが、それぞれ、連携して具体的に対策をとることを勧めている。

うつ病の原因：環境、性格および素因（遺伝）

なり易い性格もある

うつ病は、後述するが脳内の神経伝達に影響を与える薬物（抗うつ薬）で治療することから、脳機能障害によって生じる病気であることは間違いないが、詳細な病態の解明については研究途上にある。しかしながら、うつ病の発症には、家族や友人および職場などの環境、性格、そして、負因が関与していることは明らかである。過剰なストレスは、うつ病を引き起こす重要な原因である。執着性格とよばれる、几帳



面、生真面目、熱心などの特徴が目立つ人が、うつ病になりやすい。こういった性格の人のなかには、柔軟性に乏しく、かつ環境変化などのストレスに弱い場合がある。遺伝子もある程度関係するが、あるひとつの遺伝子異常があると、高い確率でうつ病になるというほど単純な遺伝ではない。他の身体疾患（高血圧や糖尿病など）と同様に、多数の遺伝子が関与して、病気になりやすさの準備状態（発病脆弱性）を高めると考えられており、うつ病患者が多発する家系では、この遺伝子レベルでの発症脆弱性が高まっていると考えられる

うつ病の診断と治療

特有の症状と二次的出現

精神科を受診したうつ病患者は、問診からその症状の種類や程度、そして、その経過などを本人もしくは家族などから聴取して、診断基準を参照して、その診断する。前述したようなうつ病特有な症状が、「2 週間以上継続」して認められる場合、うつ病の診断が下される。この診断に関して重要なことは、様々な身体疾患において、うつ病あるいは抑うつ状態が二次的に出現することであり、こういった病気を見逃さないことである。抑うつ状態を伴いやすい疾患としては、例えば、パーキンソン病、内分泌疾患（クッシング病や甲状腺疾患）、脳梗塞などがある。

有効な治療法



うつ病の治療では、抗うつ薬を主体として薬物療法が有効である。これには、三環系、四環系抗うつ薬、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）および SNRI（選択的セロトニン、ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）がある。このうつ病の薬物治療は、風邪をひいたときに、風邪薬を服用して治すこととは、いくつかの点で異なる。まず、この抗うつ薬が、すぐには効かない、また、ある抗うつ薬では十分効果がなく、他の薬物に変更せざるを得ないことがある。抗うつ薬が、その効果を発現するまでには、約 2 週間かかり、一種類の抗うつ薬では、60~70%の患者においてのみ有効であり、3 割ないし 4 割は十分効果がない。従って、治療途中で、抗うつ薬の種類を変更する必要がある場合がある。また、うつ病の症状が治っても、しばらく（数ヶ月）は、服用を継続し、再燃および再発予防する必要がある。風邪の場合は、すっかり治れば、すみやかに、服薬を中止し、次の風邪の予防のため、服薬を継続したりはしない。

平均治療期間は

精神科の外来診療で、うつ病がどの位の期間で治癒するか、残念ながら、当科での数値を集計したことはないが、入院患者の治療では、おおよそ 3 ヶ月間の入院治療を要している。もちろん半年以上も入院治療を要した症例もある。当院の精神科以外の身体的診療科における入院治療期間が、おおよそ 20 日前後であることからすると、うつ病の治療は、その治療期間において特異である。

リハビリテーションの必要性

うつ病は、その症状が回復しても、以前の社会的機能を回復するためには、ある期間のリハビリテーションが必要である。自覚的にも他覚的にも回復した入院患者が、第一回目の自宅外泊をする場合、細心の注意が必要である。短期間の外泊でも、うつ症状が悪化することがよくある。従って、仕事上のストレスが原因として大きく関与している場合、職場復帰には、十分なリハビリテーション過程と職場環境調整が必要である。

精神療法も有効

うつ病の治療においては、精神療法も重要である。治療過程の前半では、支持的な精神療法を原則とし、うつ病という病気について、治療方針とその方法、その治療に要する期間などの説明を行い、自殺しないように約束してもらったり、人生上の重大な決定をしないように助言したりする。

その後、ある程度回復したら、「認知行動療法」が有効となる。つまり、ストレスを大きくしてしまう原因が、本人側にある場合は、この認知行動療法が注目されている。この治療理論においては、うつ病における「喪失—抑うつ」といった認知と情緒反応の関連を考えるものである。うつ病では、この認知の歪みは、大きく二つのレベルであらわれ、自動思考（ある状況下で瞬間的に現れる考えやイメージ）とスキーマである。スキーマとは、心のより深層に存在している自己、世界や将来に対する過程的確信、心的態

度、心的規則である。これは、先天的および環境的要因の影響を受けながら精神発達過程で形成されるものであり、対人関係と行動パターン、思考パターンとして具体的に現れる。「ある個人がある出来事にその人特有の意味を与える法則」と言えるもので、「自分自身への否定的な見方」、「自己の経験に対する否定的な解釈」、「将来に対する絶望的な見解」からなるうつ病の三徴を形成する言わば基盤となっており、さらにいくつかの認知の誤りとして具体化すると仮定している。従って、この認知行動療法は、リハビリテーション過程において、また再発予防を目的として、長期的な治療計画で効果を発揮する。

プロローグ～企業内のメンタルヘルス～

労働者の健康管理上も目配りが必要

労働者の健康管理、特に精神面では、このうつ病に注目する必要がある。働き盛りが、仕事上のストレスで、うつ病になることが多い。この仕事上のストレスの内容をみると、人間関係のストレスや多忙などは、容易に想像がつくが、転勤、配置換え、なかには昇進ということも、十分に発病のトリガーになりうる。ストレスということからすると、おそらく、新入社員はその最たるものであろうが、むしろ、ベテランが、その立場や状況に応じてうけるストレスも、全く無視できない。むしろ、うつ病の発症前には、このストレスに対して、年齢とともに脆くなっている可能性もある。

誰でもなりうる前提で予防に

予防法は、「うつ病は誰でもなりうる」と仮定することから始まるであろう。つまり、強力なストレスが加われば、生身の人間であれば、健康状態からの破綻としてうつ病になる。さすれば、誰しも、うつ病になりうるという自覚、あるいは啓蒙がその第一歩である。また、労働者個人の自覚だけではなく、企業側での労働環境を意識した運営も必須である。そして、早期発見と早期治療という医療の原則を忘れてはならない。

以上



執筆者紹介：

車地 暁生（くるまじ あけお）

東京医科歯科大学大学院 助教授 精神行動医科学分野

医学博士（東京医科歯科大学） 平成 2 年 7 月取得

医師免許：258426 昭和 56 年 5 月取得

昭和 56 年 3 月	東京医科歯科大学医学部医学科卒業
昭和 56 年 4 月	東京医科歯科大学医学部神経精神医学教室において 研究従事
昭和 56 年 6 月	東京医科歯科大学医学部付属病院精神科勤務医員 （研修医）
昭和 57 年 10 月	同上退職
昭和 57 年 11 月	山田病院精神科勤務
昭和 59 年 3 月	同上退職
昭和 59 年 4 月	国立精神・神経センター神経研究所疾病研究第 3 部勤務 （流動研究員）
昭和 62 年 6 月	同上退職
昭和 62 年 6 月	グラスゴー大学ウェルカム・サージカル・ インスティテュート勤務（研究員）
平成元年 6 月	同上退職
平成元年 7 月	東京医科歯科大学医学部付属病院精神科医員
平成 5 年 1 月	同上退職
平成 5 年 2 月	東京医科歯科大学医学部付属病院精神科助手
平成 12 年 6 月	東京医科歯科大学医学部付属病院精神科講師
平成 17 年 4 月	東京医科歯科大学大学院精神行動医科学助教授 現在に至る。