

2011年8月29日

厚生労働大臣 細川 律夫 様

いじめ メンタルヘルス労働者支援センター

全国労働安全衛生センター連絡会議
メンタルヘルス・ハラスメント対策局

要 請 書

貴職の日ごろのご活躍に敬意を表します。

現在、厚生労働省におかれましては、「精神障害の労災認定の基準」の見直しのための「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」が開催され、すでに8回が終了しています。私たちは毎回傍聴を続けて、長時間労働の評価については7月11日付で要請書を送付しました。

第8回の専門検討会では、具体的に労働時間数をあげて心理的負荷の強度の評価が検討されました。しかし事務局である厚生労働省の原案にせよ、委員の議論にせよ、医学的な研究や労働実態などを充分掘り下げて検討しているとは言い難く、このまま「決定」されることを危惧しております。

かつて「脳・心臓疾患」の労災認定基準の改正作業においては、長時間労働と発症の因果関係が議論されて認定基準が制定されました。それと比べると今回の議論はあまりも拙速であり杜撰ともいえます。

私たちは、7月25日付の要請書に加えて、以下の通り要請致します。

記

- 1 心理的負荷の強度の評価表における「特別な出来事」の「極度の長時間労働」について、「発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような、又これに満たない期間にこれと同程度の（例えば3週間におおむね120時間以上の）時間外労働」を提案されている。1か月に160時間の時間外労働というのは、法定労働時間の2倍というとんでもない時間数

である。そもそも「生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できない」状況が数週間（3週間）続かなければ発症しない、あるいは続けば発症するという医学的根拠はあるのだろうか。

私たちが日々行っている相談事例の経験や協力・連携している医療機関の臨床事例などからも、「おおむね120時間を超えるような、又これに満たない期間にこれと同程度の（例えば2週間におおむね60時間以上の）時間外労働」を「特別な出来事」とすることが必要と考える。

改めて睡眠時間とその継続に関する発症の医学的因果関係を検証したうえで、基準を決定することを求める。

- 2 心理的負荷の強度の評価表における「出来事」として、「1か月に80時間以上の時間外労働を行ったこと」を新設することは高く評価したい。しかしながらなぜ「80時間以上」だけを心理的負荷の強度Ⅱとして入れるのかが全くわからない。

「脳・心臓疾患」の労災認定基準では、発症前1か月間におおむね100時間をこえる労働時間が認められる場合は業務と発症との関連性が強いと評価できるとなっている。また、労働安全衛生法第66条の8は、事業者に1か月当たりの時間外・休日労働時間が100時間を超える労働者に対して面接指導等を義務付けている。

私たちが日々行っている相談事例の経験や協力・連携している医療機関の臨床事例などからも、1か月に100時間を越える時間外労働は心身に大きな変調をきたすことは明らかである。「1か月に100時間以上の時間外労働を行ったこと」を心理的負荷の強度Ⅲとして位置づけることを求める。

加えて、夏目先生の調査でも、労働時間を細かく区分した調査でストレス評価と分析をしている。今回は他の項目について若干の統合が行われているが、顧客や取引先からの「無理な注文」と「クレーム」を分けたり、トラブルを「部下」、「同僚」、「上司」と分けていることから、セクシャルハラスメントや労働時間の項目については、心理的負荷の強度の評価の方法も含めてむしろ追加、細分して明示すべきではないかと考える。

- 3 「恒常的長時間労働が認められる場合の総合評価」の方法を明示したことは高く評価したい。ただし、なぜ「恒常的長時間労働」が「月の平均が100時間程度となる時間外労働」なのか。根拠が全くはっきりしない。「恒常的」と判断する期間も定かではない。

私たちは「2-3か月程度にわたって月の平均が80時間程度となる時間外労働（週の労働時間が60時間）」を恒常的長時間労働と考える。

上記1項、2項同様に、恒常的長時間労働の医学的影響をもう少し厳密に評価するべきである。

また、「出来事」の前に恒常的な長時間労働が認められ、「出来事後すぐに（おおむね10日以内に）」に発病した場合は「強」にするという部分については、発症時期の特定がきわめて困難であるケースが少なくないことに鑑みて、明文化することは必要ないとする。

以上

精神障害等認定指針改訂補充意見書

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室

「精神障害の労災認定基準に関する専門検討会」

座長 岡崎 裕士 様

2011年9月1日

過労死弁護団全国連絡会議

代表幹事 岡村 親 宜

〒113-0033 東京都文京区本郷4-2-4 富澤ビル2階

東京本郷合同法律事務所 TEL 03-3813-6503

FAX 03-3813-6504



当過労死弁護団全国連絡会議は、精神障害等認定指針の改訂につき、2009年11月18日付意見書及び2011年6月6日付意見書を提出致しましたが、「長時間労働」による精神障害の労災認定の取扱いにつき、下記のとおり補充意見を述べ、業務による精神障害・自殺被災者救済のため、健康認定指針を改訂し、適切な認定基準を制定されるよう要請致します。

記

- 1 「長時間労働」による精神障害の労災認定につき、事務局は、検討会に対し、「労働時間数が精神障害の発症に及ぼす影響を、具体的に示すことができないか」を検討するよう求めています。しかし、「長時間労働」は、精神障害の発症原因となる典型的な慢性ストレスであり、この問題設定は、適切な問題設定であったと考えられます。
- 2 しかし、事務局は、「職場における心理的負荷表」の「強」と評価される出来事が存在するか否かにかかわらず、例外として「極度の長時間労働」が認められればそれ自体で「業務上」と取り扱うとする現行指針の枠組みを維持することを前提に、「極度の長時間労働」とはいかなる労働時間とするのが相当であるか否かの検討を検討会に求め、検討会は、上記原稿認定指針の枠組みが果たして相当か否かの検討は何もせず、この「極度の長時間労働」につき、「発症直前の1カ月間におおむね160時間を越えるような、又はこれに満たない期間にこれと同程度の（例えば3週間におおむね120時間以上の）時間外労働を行った」ことが認められれば「業務上」と取扱うことにする案で集約しようとしています。
- 3 そして、検討会は、上記2の取扱いに加え、「職場における心理的負荷表」の「③仕事の量・質の変化」の類型に、①「1か月に80時間以上の時間外労働を行った」及び②「2週間以上にわたって連続勤務をおこなった」の2つの項目を追加し、これらの各項目該当の長時間労働による負荷の強度は、各々「中」と評価し、その上で、①につき、「発症直前の連続した2カ月間に、1月当たり120時間以上の時間外労働を行い、

その業務内容が通常その程度のものであった」場合及び「発症直前の連続した3カ月間に、1月当たり100時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度のものであった」場合は「強」と評価するとの案で集約しようとしています。

また、②につき、「1か月以上にわたって連続勤務を行った」場合及び「2週間連続勤務を行い、その間、連日、深夜勤務帯に及ぶ労働をおこなった」場合は「強」と評価するとの案で集約しようとしています。

4 しかし、「発症直前の1カ月間におおむね160時間を越えるような、又はこれに満たない期間にこれと同程度の（例えば3週間におおむね120時間以上の）時間外労働を行った」こと、「発症直前の連続した2カ月間に、1月当たり120時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度のものであった」こと及び「発症直前の連続した3カ月間に、1月当たり100時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度のものであった」ことが認められなければ、うつ病等の精神障害発症の原因とはならないとする医学上及び労働衛生学上の根拠は全くありません。

5 第5回検討会で検討された〔資料1-1〕の夏目誠を主任研究員とする委託研究「ストレス評価に関する調査研究（平成23年3月）」は、今回初めて「長時間労働」の項目につき調査し、その調査結果によるストレス強度の点数が、①「1か月140時間以上時間外労働をおこなった」が6.3、②「1か月120時間以上140時間未満時間外労働をおこなった」が6.1、③「1か月100時間以上120時間未満時間外労働をおこなった」が5.8、④「1か月80時間以上100時間未満時間外労働をおこなった」が5.3、⑤「2週間以上にわたって連続勤務を行った」が5.1であったとしました。

この調査結果によれば、「1か月100時間以上時間外労働をおこなった」場合は、同表が強度Ⅲと評価している「労働者が労働災害（重大な人身事故、重大事故）の発生に関与した」場合、「会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした」場合と同水準のストレス強度ですから、それ自体で「強」の心理的負荷が認められるものとして「業務上」と取扱うのが相当というべきです。

6 そして、現に第2回検討回で事務局から〔資料2〕により報告しているとおおり、「1か月100時間以上120時間未満の時間外労働をおこなった」事案27件中24件が「業務上」扱いされており、「業務上」扱いされていなかった3件は、第4回検討回において報告されているとおおり、実質的な労働時間が100時間以上ではなかった事案であったことが明らかにされています。

したがって、「発症前1か月100時間以上時間外労働をおこなった場合」につき、それ自体で「強」の心理的負荷が認められるものとして「業務上」と取扱うのが相当であり、「1か月160時間を越えるような時間外労働をおこなった」場合でなければ、それ自体で「業務上」と取扱わないとすることは極めて不当というべきです。

しかも、この発症前「1か月100時間以上時間外労働をおこなった」場合につき、「業務上」と取扱うことは、非災害性脳・心臓疾患の労災認定につき、現行認定基準が、発症前1か月間におおむね100時間を越える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価して「業務上」と取扱うとととしていることとも合致し

、相当というべきです。

- 7 ところで、検討会は、精神障害発症前6か月間を対象期間として、精神障害を発症するおそれのある心理的負荷が認められることを認定要件とする考え方を採用していますが、発症前2か月ないし6か月間に、いかなる時間外労働が認められれば「業務上」と取り扱うかにつき全般的な検討をすることなく、上記のとおり、「職場における心理的負荷表」に「1か月に80時間以上の時間外労働を行った」の項目を追加してこれを「中」と評価し、「発症直前の連続した2か月間に、1月当たり120時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度のものであった」場合及び「発症直前の連続した3か月間に、1月当たり100時間以上の時間外労働を行い、その業務内容が通常その程度のものであった」場合には「強」と評価して「業務上」とは取扱うする案で集約しようとしています。

しかし、「発症直前の連続した2か月間に、1月当たり120時間以上の時間外労働」が認められる場合及び「発症直前の連続した3か月間に、1月当たり100時間以上の時間外労働」が認められなければ、うつ病等の精神障害は発症しないとする医学上及び労働衛生学上の根拠は何もありません。

上記のとおり、検討会に提出されている上記「ストレス評価に関する調査研究」に基づけば、発症前「1か月100時間以上時間外労働をおこなった」ことが認められれば「業務上」と取扱うことが相当というべきであり、「発症直前の連続した2か月間に1月当たり120時間以上の時間外労働」が認められ、また「発症直前の連続した3か月間に、1月当たり100時間以上の時間外労働」が認められなければ「業務上」と取扱わないとするのは、この調査研究に反し、極めて不相当というべきです。

- 8 「長時間労働」は、うつ病等の精神障害発症の原因となる典型的な慢性の心理的負荷であり、発症前の数か月間にわたり1か月100時間以下の時間外労働をおこなった場合であっても、その「長時間労働」が継続すれば、医学経験則上それ自体が原因となって精神障害を発症すると推定されます。

そして、労働衛生学上、ストレス性疾患につき、発症前2か月間ないし6か月間につき、おおむね80時間を超える時間外労働を行えば、業務と発症との関連性が強いと評価されており、現行の非災害性脳・心臓疾患認定基準は、発症前2か月間ないし6か月間につき、おおむね80時間を超える時間外労働が認められ、「業務上」と取扱うとしています。

したがって、うつ病等精神障害についても、「発症直前の連続した2か月間に1月当たり120時間以上の時間外労働」が認められない場合であっても、「発症前6か月間につき、2か月間以上1か月当たり平均80時間を超える時間外労働を行った場合」には「業務上」と取扱うする認定基準を制定するのが相当というべきです。

- 9 また、検討会では、連続勤務につき、「1か月以上にわたって連続勤務をおこなった」場合及び「2週間連続勤務を行い、その間、連日、深夜勤務に及ぶ労働を行った」場合には「強」と評価するが、それ以下では「強」と評価しないとする案で集約しようとしています。

しかし、連続勤務について「1か月以上にわたって連続勤務をおこなった」場合及び

「2週間連続勤務を行い、その間、連日、深夜勤務に及ぶ労働を行った」場合でなければ精神障害は発症しないとする医学上及び労働衛生学上の根拠は全くありません。

現実には、これ程の過重労働はほとんど有り得ない労働というべきであり、上記の連続勤務に限定して「業務上」都と取り扱うことは全く不相当というべきです。

上記「ストレス評価に関する調査研究」は、「2週間以上にわたって連続勤務を行った」場合のストレスの強度の点数が、5.1であったとしていますが、これを「中」と評価するとしても、連続勤務を「強」と評価するにつき、「1か月以上にわたって連続勤務をおこなった」場合及び「2週間連続勤務を行い、その間、連日、深夜勤務に及ぶ労働を行った場合」でなければならないとする根拠とはなり得ないというべきです。

かえって、上記研究結果によれば、「2週間以上にわたって連続勤務を行った」ことに過重性が付加される労働がプラスされれば「強」と評価されると推定され、「発症前1か月間に3週間以上連続勤務を行った場合」及び「発症前1か月間に2週間（12日）以上連続勤務を行い、2週間（12日）以上深夜勤務帯に及ぶ労働を行った場合」には、「業務上記扱いするとの認定基準を制定するのが相当というべきです。

10 よって、以上の検討結果によれば、本来、精神障害は、慢性の心理的付加及び急性の心理的付加と個体側の脆弱性との相関関係で精神破綻が生じて発症するとの基本的考え方に立って原稿認定指針を改訂するのが相当ですが、現行認定指針の枠組みを維持しながら、指針を改訂するのであれば、「極度の長時間労働」ではなく、下記「長時間労働」が認められれば、「特別の出来事」として「業務上」と取扱う旨の指針の改訂を行うのが相当というべきです。

- ① 「発症前1か月100時間以上時間外労働をおこなった場合」
- ② 「発症前6か月間につき、2か月間以上1か月当たり平均80時間を超える
間外労働を行った場合」
- ③ 「発症前1か月間に3週間以上連続勤務を行った場合」
- ④ 「発症前1か月間に2週間（12日）以上連続勤務を行い、2週間（12日）以上
深夜勤務帯に及ぶ労働を行った場合」

以上

2011年9月2日

厚生労働大臣
小宮山 洋子 殿

働くもののいのちと健康を守る全国センター

精神障害の労災認定の基準に対するの 改正要請書

はじめに

働くもののいのちと健康を守る全国センターは、これまで精神障害の労災認定の基準に対して、2006年11月に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の改正のお願い」（心理的負荷として慢性ストレスを評価すること、当該被災労働者を基準にすること、精神障害発症後の急性・慢性ストレスも心理的負荷要因として評価すること）、および2011年4月に「精神障害等認定指針改訂要請書」（35条別表へ記載に伴う労災認定基準の改正の必要性、慢性ストレスを正当に評価すること）を提出し改正要請をしてきた。今回は、これまでの要請を土台としつつ、現在進められている精神障害の労災認定基準に関する専門検討会、特に8月1日開催の第8回で示された「心理的負荷の強度の評価表（案）」「心理的負荷の強度の評価表（案）の考え方」について中心的に要請を行う。

今回の専門検討会の論議では、慢性ストレスである「長時間労働」を心理的負荷評価表（案）及び評価表（案）の考え方に一定位置づけ、「出来事」と「出来事後の状況」の両者を合わせて評価するとして「総合評価の視点と具体例」と「出来事後の状況の評価に共通の視点」を示し、「心理的負荷の強度を総合評価」するとしている。これは労災判断の総合評価を精神障害等専門部会にかけずに行政判断とすること、また「出来事」を「出来事後の状況」も含め「一体的に」とらえ「総合評価」するなど労働基準監督署の行政段階で労災認定判断をしやすくしたもので、これまでの私たちの改正要求内容を一定程度反映したものであると考える。

その上で、専門検討会で示された「心理的負荷の強度の評価表（案）」と「心理的負荷の強度の評価表（案）の考え方」に関連して精神障害の労災認定基準について以下要求する。

I. 専門検討会「心理的負荷の強度の評価表(案)および「心理的負荷の強度の評価表(案)の考え方」について

◇「極度の長時間労働」について

1. 「心理的負荷の強度の評価表（案）」は職場の心理的負荷表の「強」と評価される出来事が存在しなくても、（特別な出来事）として「極度の長時間労働」が認められれば例外として、それ自体で「業務上」として取り扱うとする現行認定指針の枠組を維持し、「発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような、又はこれに満たない期間にこれと同程度の（例えば3週間におおむね120時間以上の）時間外労働が認められれば「業務上」と取扱うことを提案している。
2. しかし、第2回専門検討会で論議されているとおり、現実には1か月160時間を超える時間外労働を行うことは極めて少なく、この数値の設定は救済の観点からみると机上の空論ともいうべきであり、この数値を認定基準に設定して、業務上外を認定することは妥当ではない。
3. そもそも「長時間労働」は、慢性の心理的な負荷の典型であり、それ自体で出来事による心理的な負荷の有無にかかわらず、精神障害の発症要因となるというべきである。現行認定指針は、慢性の心理的負荷を原因とする精神障害は原則として補償対象としてこなかったが、精神医学の常識および判例からしても、「精神障害は慢性の心理的負荷及び急性の心理的負荷と個体側の脆弱性の相関関係で精神破綻が生じて発症する」を基本的な考え方とした枠組に指針を改定することが妥当というべきである。
4. しかし、現行認定指針の枠組を維持しながら指針を改定するとすれば、検討会で検討されているとおり、例外としてそれ自体で「業務上」と認められる一定の「長時間労働」について、下記のいずれかに該当するものと定めるのが相当というべきである。
 - ① 発症前1か月間に、2週間(12日)以上にわたり連続勤務を行い、その間深夜に及ぶ労働を行った。
 - ② 発症前1か月間に3週間にわたり連続勤務を行った。
 - ③ 発症前3週間におおむね90時間以上の時間外労働を行った。
 - ④ 発症前1か月間におおむね100時間以上の時間外労働を行った。
 - ⑤ 発症前2か月～6か月間におおむね80時間以上の時間外労働を行った。
5. 心理的負荷の強度の評価表(案)は項目16および17において「長時間労働」を出来事として把えてその心理的負荷の強度をその量的多寡により判断するものとしているが、これは上記4に位置付けて判断するものが妥当というべきである。

◇「恒常的な時間外労働」について

6. 「恒常的長時間労働が認められる場合の総合評価」で、「出来事の後に恒常的な長時間

労働」と「出来事の前に恒常的な長時間労働」、それに「出来事の前及び後に恒常的な長時間労働」のそれぞれについて「月の平均が100時間程度」としているが、それぞれ「80時間程度」とすること。

過労死の労災認定基準、過重労働防止の基準も月の時間外労働時間が80時間を心身の健康障害になる過重労働としており、80時間以上の長時間労働は「心理的負荷評価」の「強」と位置づけるべきである。長時間労働の心身の負荷基準にダブルスタンダードを設定するのは妥当ではない。

7. 関連して、「4」の意見を採用せず、評価表の項目16「1か月に80時間以上の時間外労働を行った」と項目17「2週間以上にわたって連続勤務を行った」を残すとすれば「発症前1か月にわたり、おおむね100時間以上の時間外労働を行った」場合および「発症前1か月間に2週間以上の連続勤務を行い、その間深夜に及ぶ労働を2週間以上行った場合」及び「発症前1か月間に3週間以上連続勤務を行っている場合は、心理的負荷の強度をⅢとすること。

◇「出来事別の評価表の考え方」について

1. 「心理的負荷の強度の評価表（案）の考え方」の2の（1）のイについて

「出来事」と「出来事後の状況」の両者を合わせて評価するとしているが、これは被災者本人の状況をよく具体的に調査し、「出来事」と「出来事後の状況」を合わせて評価することが重要である。

総合評価を「強」と判断するのは「(ア) 出来事自体の心理的負荷が強く、その後も一定の対応を行っている場合」としているが、「一定の対応」を明確にするために、「一定の心理的負荷（急性・慢性のストレス）の出来事」とする。

また「強」と判断するのはあくまで示された「具体例」の場合であるので、示されたもの以外は「強」にならないという趣旨ではないとしていることは重要である。「具体例」の表示があればそれに当てはまるかどうか判断の基準になりがちである。そのためにも、被災者本人がどういう急性・慢性ストレス、心理的負荷「出来事」があり、精神障害との関わりがどうであったのかを具体的に調査して、さまざまな出来事を総合的にとらえて判断することを強く明示すべきである。

「出来事」と「出来事」、複数の出来事を一体的に総合的にとらえることが新たな視点であるのでこれを周知徹底する。

また、評価「強」となった場合、精神障害等専門部会に諮ることは不要とする。

2. 精神障害発症後の心理的負荷（急性・慢性）の「出来事」を評価すること。

精神障害発症後の心理的負荷の「出来事」（急性・慢性ストレス）もその後の増悪要因として評価し、「一体的に」「総合的に」とらえて労災認定の判断をすること。今回の評価表、

考え方にはこの旨反映されていると考えるが、明確に示すこと。

3. 出来事後の状況の評価について

2-(1)-イに出来事の心理的負荷が中程度で出来事後の状況が特に過重な場合、総合評価を「強」とするとしているが、「出来事後の状況が特に過重か」の評価にあたっては被災者本人にとって急性・慢性ストレス、心理的負荷が過重であったかどうかをしっかりと調査することが重要である旨を示すこと。

(2)「出来事後の状況の評価に共通の視点」で、“これ以外に「出来事後の状況」であって各出来事に共通して生じることが予想され、それが著しい場合には総合評価を強める”とある。「著しい場合」とは特別の場合であり、「出来事」の心理的負荷がどの程度かは具体的状況の調査で判断するもので、「著しい」は適切な表現ではない。「心理的負荷が増大」などに変えるべきである。

4. 「いじめ、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント」について

2-(1)-ウに“いじめやセクシャルハラスメントのように出来事が繰り返されるもの”とあるが、いじめと併せてパワーハラスメントの文字も明示すべきである。そして、繰り返される出来事を一体として評価するとともに、「その継続する状況」は、総合評価を強める要素として考慮するとしていることも重要である。しかし、この視点はいじめ・パワーハラスメント、セクシャルハラスメントに限らず、他の心理的負荷の出来事でも繰り返し、継続することもあり、これらも含めて「総合評価を強める要素」として考慮することを示すべきである。

◇「評価表」についての補強

1. 「33：理解してくれた人の異動があった」、「34：上司が変わった（これは代わったのではないか）」、「35：同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された」は、「心理的負荷の強度を「中」「強」と判断する具体例が空欄である。具体的に例示すべきである。

II. 専門検討会「評価表(案)」および「考え方」以外の改正要求

1. 評価表(案)にはないが事業者(主)・使用者の安全配慮義務・健康保持責任違反、治療の機会喪失も「心理的負荷評価表」の出来事として追加し、心理的負荷の強度をⅢとすること。(評価表への追加事項)
2. 評価対象期間を「出来事」を発症前1年とする。

今回追加されたセクハラ事案に関しては「行為が発病前6カ月以前から続いている場合は開始時からの行為を一体として評価する」としている。セクハラ以外の事案についても、出来事が発

症前6か月以前から続いている場合は、評価対象期間を発症前1年に広げることが必要である。

3. 非正規雇用労働者への特別の配慮を

非正規労働者に関しては雇用の不安定、労働条件、権利でも正規労働者に比べて問題を多くかかえている。若年労働者は非正規雇用が多数となり問題も多い。しかし、今回の評価表も大企業、正社員、男性中心の「平成22年度ストレス調査」が基になっており限界がある。そのため被災者が非正規労働者の場合には本人の実態をふまえた調査と総合評価が必要であるので、注意事項にその旨示すべきである。

4. 被災当該労働者本人を基準に評価すること

被災当該労働者本人を基準に心理的負荷を判断すること。評価表、考え方も例示的に示しているが判断は例示への当てはめではなく、被災者本人の具体的状況を調査し判断すること。その趣旨を労災認定行政段階で徹底すること。

終わりに　～労災認定の基準改正を職場改善・予防へ～

今回の心理的負荷の強度の「評価表（案）」「評価表（案）の考え方」が精神障害の労災認定の基準改正へつながることを期待する。ここで示された内容は精神障害の要因であるが、問題はこうした要因をなくし、精神障害、メンタルヘルス不全・不調を出さないことである。

過労死認定基準が出され、直後に過重労働による健康障害の防止のとりくみがすすめられた。今回の改正を機に予防の手だてが早急になされることを強く要求する。

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室
「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」 御中

2011年9月6日

過労死弁護士全国連絡会議

幹事長 弁護士 川人 博

〒113- 東京都文京区本郷2丁目27番17号

0033 ICNビル2階 川人法律事務所内

電話03-3813-6999 FAX03-3813-6902

URL: <http://karoshi.jp>



本年6月9日付、および6月29日付で医学的知見の資料を提出しましたが、加えて、資料を追加提出します。

これらの資料は、自殺事案で、精神障害発症後に負荷があり、症状が悪化して自殺に至ったケースの医学的知見として重要です。これらの医学的知見を参考にして適切な業務上外判断の指針を示すことを要請します。

- 1 加藤敏氏論文「うつ病の諸相—職場結合性うつ病」
- 2 加藤敏氏論文「現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加」
- 3 加藤敏氏論文「職場結合性うつ病の病態と治療」
- 4 加藤敏氏論文「Tellenbach 型うつ病からBeard型うつ病へ」
- 5 加藤敏氏論文「現代日本におけるパニック障害とうつ病」
- 6 加藤敏氏外1名論文「『職場関連』気分障害患者の臨床特性—非関連群との比較—」

同氏は、現代の精神疾患と自殺との関係について緻密な分析をおこない、クレイネス博士の学説が妥当しない症例が多数存在することを論証しています。

また、現代日本の勤労者におけるうつ病においては、自殺（企図）の危険は、病態の極期にこそあることを指摘しています。

現行判断指針の運用にあたっては、「精神障害発症後に負荷があっても、自殺企図とは相関関係がない」旨の論理がまかり通っていますが、かかる見解は、精神医学の知見から見て誤っており、自殺事案においては、精神障害発症後の負荷を十分に考慮しなければなりません。

sumiere

専門医のための
精神科臨床
リュミエール

3

操作的診断 vs 従来診断

— 非定型精神病とうつ病をめぐって —

【責任編集】 林 拓二 / 米田 博

4. うつ病の諸相—職場結合性うつ病

概念の背景

精神科臨床の現場では、職場での仕事の過重を発病状況にしたうつ病の事例が、グローバル化の時代に入りとみに増えてきている。筆者は、こうしたうつ病を、病態が現代高度産業社会における職場の構造と密接に結ばれているという認識のもとに、「職場結合性うつ病」と呼んだり。よく知られているように、1990年代に入り、日本における自殺は増加傾向を示している。1998年から急増し、年間3万人の大台を超えるという異状事態が続いている。ちなみに、2007年の自殺は前年に比べ2.9%増え3万3,093人を数え、働き盛りの30歳代が過去最多の14%（4,767人）、40歳代が15%（5,096人）、50歳代が21%（7,046人）となり、動機を特定できた2万3,209人の中の内訳をみると、うつ病によるとされた事例が26%（6,060人）、仕事疲れ、仕事の失敗など仕事関連の事例は総計すると10%（2,207人）となっており、職場結合性うつ病によると考えられる自殺がかなり多いことが推察される（図1）。また、過重労働による精神障害、ないし自殺と認定された労災事例が、1998年では3件だったのが、2004年

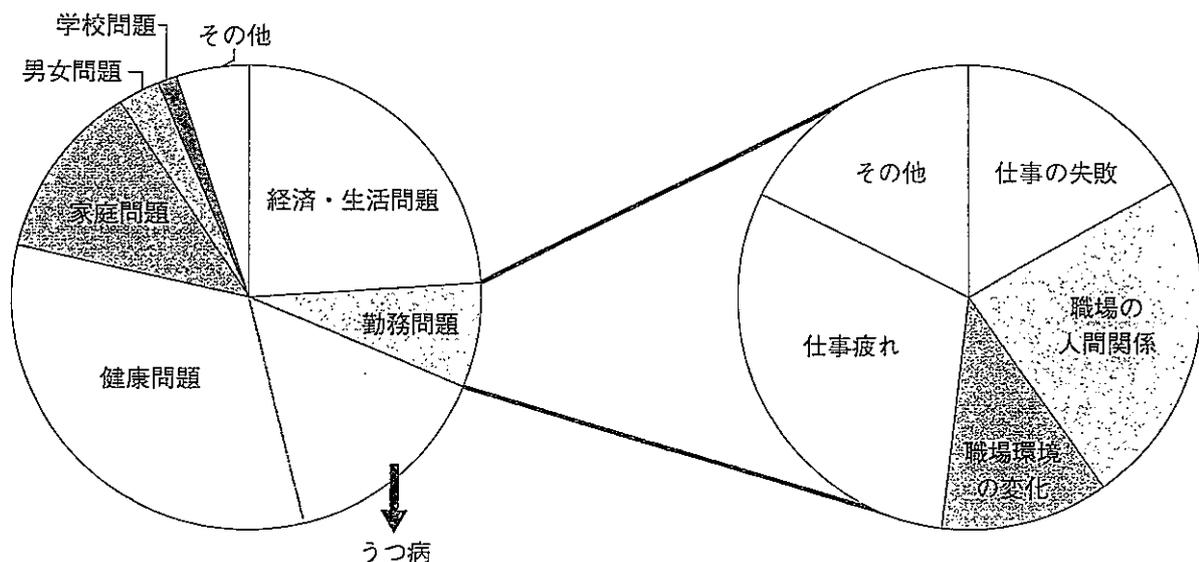


図1 2007年の自殺の原因と動機の内訳（複数回答）

（警視庁発表資料をもとに作成）

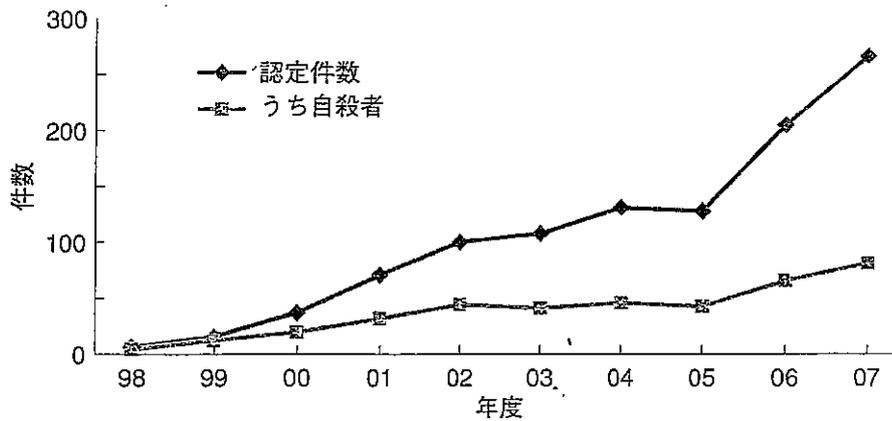


図2 精神障害による労災認定件数 (厚生労働省発表資料をもとに作成)

130件(うち自殺43件)、2007年268件(うち自殺78件)と顕著な増加傾向にある(図2)。この結果は、労災に対する社会の認知度が増したことを反映している部分が少なくないわけだが、基本的には、1990年以後、勤労者における職場結合性うつ病が大量に出現していることを示す。

「Beard型うつ病」としての職場結合性うつ病

仕事、職場を誘(状況)因にした精神障害の発症に関する精神科医の認識は、産業社会がある程度の発展をみた段階ではじめて明確になっている。1892年に出版されたTuke編集の『精神医学事典』では、うつ病の誘因に思春期、妊婦、出産、更年期、身体疾患、友人の死、財産の喪失があげられているものの、職場や仕事への言及はない²⁾。同様に、Kraepelinによる第8版『精神医学教科書』(1913)では、躁うつ病の誘因として、出産、身内の病気・死亡、看護疲れ、あるいは引越、失恋などがあげられるが、やはり職場、仕事は躁うつ病の誘発状況とは考えられていない³⁾。

もっともKraepelinにあっては、職場、仕事に関連した精神障害は作業神経症(Tätigkeitsneurose)という呼称が与えられて記述されている⁴⁾。これは心因性障害の一つに位置づけられ、Beardによる神経衰弱(neurasthenia)ないし神経疲弊(nervous exhaustion)の概念の流れを継承したものである。Kraepelinのいう心因性障害は、さしあたり症状の発生、内容がある出来事から了解可能な病態を指すとみてよい。よく知られているように、神経衰弱(神経疲弊)はBeardにより産業革命下のアメリカに特徴的な新種の病態として提唱された⁵⁾。当時アメリカは急速な経済発展をしており、人々は会社、工場でたくさんの仕事を迅速に遂行することを課され、個人的な感情は抑圧されてしまう。こうした仕事環境の変化のなか、神経の力(nervous force)が減少して神経が疲弊状態になり、頭痛、疲れやすさ、集中力低下、いらいら感、不眠、消化不良などが出現してくる。このように

記述された神経衰弱のなかには、今日からみれば軽症うつ病、あるいは身体症状が前景化する仮面うつ病、および不安障害と診断される症例が多数含まれていたことは間違いない。

Beard は神経衰弱の病因として、アメリカに代表される産業革命下の社会に起因する点を重視し、そのため社会因を強調した。確かに Beard のいう神経衰弱は、産業社会によって大量出現をみた人類にとり新種の病態とみなせる。

実は Beard に先んじて、神経衰弱（神経疲弊）に類似の病態は、1831年イギリスの内科医 Johnson により wear and tear malady（ボロボロ・ガタガタ病）という名のもとに提唱されていることを付け加えておかねばならない⁶⁾。彼はイギリス産業革命の渦中にあったロンドンの勤労者が、過度の心身緊張と過労のため「精神と身体のリボボボ・ガタガタ」（wear and tear of the moral and the physics）に陥ることに注目した。

現代に明確な形をもって出現した職場結合性うつ病は、19世紀に比べ仕事のスピード、仕事量が加速度的に増大した産業・情報社会のありように深く結ばれることは間違いない。その意味では、職場結合性うつ病はIT革命下の「Beard型うつ病」、ないし「第二の神経衰弱」と呼ぶこともできる。

発病過程：Tellenbach型うつ病から Beard型うつ病へ

従来、職場で仕事をするなかで発症するうつ病というと、ドイツの精神病理学者 Tellenbach が定式化した発病状況論が当てはまるうつ病がまずあげられた。すなわち、非常に顕著な几帳面、他者配慮性、良心性などの過剰規範性をそなえたメランコリー親和型の人が、昇進、転勤などで仕事課題の増加、変化を前に、持ち前の完全主義、几帳面なやり方で仕事に向かいながら、この課題を達成できず、負い目を負うことが当人の価値秩序にいかんともしがたい打撃を与え、発病に至る。要するに、Tellenbach型うつ病では、患者自身が自分で招く形で、出口のない袋小路に入り込むという自家撞着の側面が強い⁷⁾。筆者が精神科研修を行った1970年代は、このような図式にぴったり合致するうつ病の事例が確かに多かった。ちょうど日本の会社が家族的なまとまりをもちながら高度成長に邁進している時代にあたる。

ところが、職場結合性うつ病の発病過程にはこの図式がもはや当てはまらない事例が増えてきている。

患者の人格特性についていえば、確かに一部にはメランコリー親和型に合致する人もいるが、就労するのに最低限要求される平均的な勤勉さと誠実さをそなえたパーソナリティで、メランコリー親和型といえるほどの際立った仕事に対する執着性はない人が多い。彼（彼女）らは、職場から納

期の決められたハードルの高い、密度の濃い仕事を課され、残業、またそのための睡眠時間の短縮さえ余儀なくされる。夜12時、1時頃まで会社で残業をして家に帰り、わずか3～5時間の睡眠で次の日会社に出勤するというきわめてハードな生活をしている事例が少なくない。

会社で課された課題をこなせないという精神的な不安感、プレッシャーと、神経を含む身体の疲労、過敏が相互に作用して、心身の失調を増悪させる悪循環が生じる。その挙げ句、うつ病の発症に至る。その際、本人の心身能力を超える仕事課題のため心身が疲弊し、課題達成ができないことによる自己の挫折体験が、うつ病発症の最終的な引き金となることも少なくない。このように、職場結合性うつ病の発症要因として重要なのは、心身疲労に加えこれに伴う挫折体験である。さらに、もっぱらコンピュータ相手の仕事そのものに満足感が得られないこと、また、家族との団欒をはじめとした仕事以外の潤いの時間がもてないことによるフラストレーションの増大も無視できない要因になることも忘れてはならない。

勤労者は、かつては仕事の一つ終わると、次の仕事にとりかかるまでに待つ時間があったのだが、今はコンピュータでたちどころに計算がなされる、あるいは結果が出るため、一息つく暇がまったくなくなってきた。そこには、企業間の熾烈な競争、これに直結するサービスの不断の向上、つまり顧客への良心性を旨とする企業の「倫理」が関係している。こうして、現代の職場が勤労者の休むゆとりを減らし、心身疲労をもたらす構造をもっていることは、職種の違いを超えて現代の仕事全般にいえるのではないか。

職場はコンピュータ管理を通し、勤労者の間違いを許さない厳密性と完全主義を徹底し、加えて消費者、あるいは利用者、お客さんに不都合・落ち度がないようこまやかな配慮を徹底する他者配慮性を前面に打ち出す。つまり、職場自体が完全主義で他者配慮、良心性を旨とするようになっている。このような規範は、職場自体の「メランコリー親和型化」と特徴づけることができるだろう。それは「過剰正常性」の限りでの「病的規範」という性格を帯びており、平均的な人が従うには心身の限界を超える危険を内蔵する。

わが国の職場関連性うつ病は、一定の勤勉さと社交性を備えた堅固な人格の持ち主の勤労者におけるうつ病に限っても、ここ30年あまりの時代のあいだに、Tellenbach型うつ病からBeard型うつ病への重心移動をしていると考えられる。そして、Beard型うつ病へのシフトにより、わが国のうつ病はアメリカ、イギリスにおける勤労者のうつ病に歩み寄りを見せた。社会学者Doreによると、くしくも1980年代からアメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアなどのアングロサクソン系の国で労働時間の延長が認められ、この現象は、日本では1990年代後半からみられているという⁸⁾。概して、グローバル化の時代において、職場関連のうつ病は

Beard 型うつ病に収斂する方向でグローバル化し、各国のあいだでの病態の違いが減少してきているように思われる。

以上から、職場に関連した従来うつ病と現代うつ病は次のように対比できる。Tellenbach 型うつ病の発病過程においては、過度な完全主義、几帳面さが結果としてうつ病を引き起こすように患者自身が「状況構成」することから、患者の性格が果たす部分が大きいと理解される。これに対し、Beard 型うつ病としての現代の職場結合性うつ病の発病過程では、職場が患者に課す過重労働が果たす役割が大きいと理解される。それゆえ、この種のうつ病が、「職場の仕事に関連して生じた病気」として労災認定を受けることはきわめて理にかなったことである。

病像，病態：不安・焦燥優位，躁的要素

一般にうつ病の症状は、制止の要素と不安・焦燥の要素が、さまざまな比率で混合して形成されているといえる。今日、とりわけ職場で忙しく働いている 20 歳代後半から 40, 50 歳代の人では不安・焦燥が病像の前景に出るうつ病が増えている。こうしたうつ病患者では、よくみれば、ある程度の集中力低下や気分の落ち込み、食欲低下もあり、制止症状が認められる。しかし、制止の要素よりも不安・焦燥の要素が目立ち、そのさなか、一見ヒステリー性遁走を思わせる偽ヒステリー性遁走が出現したり、パニック（様）発作や過換気発作を起こし総合病院救急外来を受診することもある。

このように不安症状が際立つため、医師は、一往々にして精神科医にも当てはまることだが、うつ病とは考えず、単にパニック障害あるいは不安障害と診断することが多い⁹⁾。職場結合性うつ病のなかに人前で字を書くとき震えてしまい、字が書けないと訴える事例がある。これはうつ病に生じた、書痙の形をとった社会不安障害といえる。

ICD (-10) では、不安症状と抑うつ症状を併せもち、加えて不安障害ともうつ病性障害とも診断できない病態に対し、混合性不安抑うつ障害 (mixed anxiety and depressive disorder) という臨床単位が設けられている。今しがた筆者は、歴史的背景に言及した際、今日的な勤労者のうつ病の出現の機構をとらえるうえで、Beard のいう神経衰弱概念が有用であることを指摘したわけだが、ここで、このうつ病の症状布置をとらえるうえで、拡大・敷衍した広義の「混合性不安抑うつ障害」の概念が有用であることを付け加えねばならない。

この種の症例では、職場で課される期限つきのかかりハードルの高い仕事に残業をしながら熱心に取り組み、傍目からは家族を含めさしたる異常は気づかれない。また本人も病的とまったく自覚せず、突然の自殺に至るといったパターンが多い。

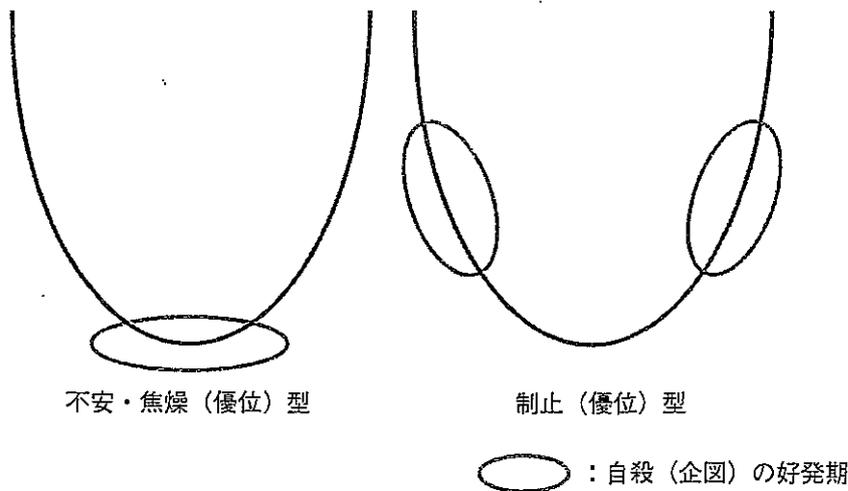


図3 不安・焦燥（優位）型うつ病と制止（優位）型うつ病における自殺（企図）の好発期

成書では、うつ病の中核症状を、気分の落ち込み、集中力困難、食欲低下などの制止症状に求めるのが一般的である。実際、これまで、職場のうつ病ではこうした制止症状優位のうつ病、つまり制止（優位）型うつ病が多かったように思う。その意味では、今日、制止（優位）型うつ病から不安・焦燥（優位）型うつ病への病態シフトが生じているといえる。

これまで、うつ病で自殺が多い時期として、極期に入る前と回復期があげられていた。この注意事項は、希死念慮を抱いていても行動に移す力をもたない制止（優位）型うつ病を念頭において導かれたものと考えられる。しかし今や、われわれはこの見解に修正を加えねばならない時期にきている。つまり、不安・焦燥優位のうつ病では、病態の極期においてこそ自殺の危険が最も高い（図3）。この点は、職場結合性うつ病の患者の自殺予防を進めるうえで重要である¹⁰⁾。

付け加えれば、Tellenbach型うつ病では罪責、自責の主題がよく観察されたのだが、現代の職場におけるBeard型うつ病ではこの種の症状は少なくなり、代わりに職場や上司に対する攻撃的感情、あるいは批判的態度、ひいては労災申請をするといった行動がみられているのである。

産業社会の登場により、単極型うつ病が増えたといわれる。この現象は、大局的にみるなら、会社から課される仕事課題をこなせないことによる心身の代償不全の結果とみることができる。しかし現代社会においては、単極型うつ病に加え、職場の課題になんとか応えようとするなかで、背伸びをするように一生懸命仕事に力を傾け、もともと静かでゆっくりの人があるときから急によくしゃべるようになり、過活動となり、臨床的に明らかな躁病、ないし軽躁状態と診断される事例が増加している印象がある。つまり、職場結合性うつ病のなかに、双極性障害の要素をもつ事例が少なからず存在することに留意しておきたい。

一般に、うつ病は、患者の自律性が保たれ、自ら判断し、その行動は他者の了解が可能なものとして規定可能な「神経症レベル」と、患者の自律性はもはや失われ、判断の自由はなく、その行動は他者の了解不能である「精神病レベル」に区別可能である。職場結合性うつ病でも、2段階が区別できる¹¹⁾。DSMに照らせば、「神経症レベル」の職場結合性うつ病は、適応障害（多く「不安と抑うつを伴うもの」）、あるいは不安障害と診断されることが多いと思われる。「精神病レベル」は重症の大うつ病性障害と診断されることが多いと思われるが、この急性期病態は、基本的に「生命力動のリズムの脱線」(Entgleisung der Dynamik <Janzarik W>)と特徴づけられる内因性の病態から成る¹¹⁾。

経過についていうと、職場結合性うつ病は、「神経症レベル」の病態で始まり、この状態にとどまる事例がある一方で、「精神病レベル」の病態に進行する事例が少なくない。その後、寛解に至らず、「神経症レベル」の病態に移行し、この状態が遷延する職場結合性うつ病が増加している。

裂開相と内閉相

ここで、患者がおかれている社会・生活状況がいかなるものであるか、そこで患者がいかなる態勢をとっているのかに目を向ける状況論的な観点から、職場結合性うつ病の病態の理解をしたい。

一般に人は、家から職場や学校といった外へ出て行き、他者の前、ないし他者たちのあいだへ出て行く時間と、外から家に戻り、自宅（自室）で家族とくつろいだり、一人になる時間を毎日繰り返す。前者は自己を社会へと開いていくという意味で「裂開相」、後者は社会から自分を閉じるという意味で「内閉相」と呼ぶことができる。

概して職場結合性うつ病では、会社からのプレッシャーのもと仕事を休まず、残業のため睡眠時間の少ない毎日を余儀なくされ、必死に仕事をするなかで疲労の末にパニック障害様の不安・焦燥が生じる。果ては、仕事が達成できないという絶望感も手伝い自殺企図に走る。こうした病態は、裂開相において生じていることがわかる。また、躁的症状の出現についても同様なことがいえるだろう。

睡眠時間を減らして、会社で残業を必死でする前うつ状況では、内閉相に比べ、裂開相が極端に長くなっている。こうした内閉相と裂開相の不均衡が心身の疲労を持続、遷延させ、脳内神経伝達物質の変化をもたらすといえる。

他方、自殺企図のため入院になり、職場の仕事にまつわる義務感から解放され、くつろぐ余裕がもたらされる庇護的な環境を見出すと、不安・焦燥に代わって、制止症状が前景に出てくる症例が散見される。こうした事象にもうかがわれるように、制止優位のうつ病は社会から撤退する態勢

において、つまり内閉相において生じると考えることができる。この過程は、厳しい環境の変化を前に、本能的にエネルギー水準を下げる動物における冬眠の機制に比較できる面もあり、その意味では制止症状は自己治癒的な意義をもつということが出来る。職場、社会からの仕事達成の要請が管理主義的性格を帯びて加速度的に増す現代社会では、人々は内閉相に入ることが許されず、そのためうつ病は裂開相における病態へとシフトしていることが考えられる。

治療

職場結合性うつ病の発病要因として、①心身疲労と、②挫折体験、および生活全般でのフラストレーションをあげた。きわめて図式的ながら治療の大枠を述べると、治療はこれら2つの要因に順々に焦点をあてる形で進める。すなわち治療の第一段階は、第一の要因に焦点をあてて心身の休息のための臥床療法が適応となる。第二段階は挫折体験を修復すべく、ささやかな自己実現の体験を、レベルをゆっくり上げながら積み重ねていくことである。病期でいえば、あらかし治療の第一段階は職場結合性うつ病の極期ないし急性期に、第二段階は回復期にそれぞれ対応する。以下、個別に簡単に述べる。

第一段階：休息、内閉相の保障

wear and tear malady (ボロボロ・ガタガタ病) の提唱者 Johnson は治療に関し、年次休暇と海外旅行しかないと言言していた⁶⁾。要するに休息と気分転換を説いているわけだが、このことは職場結合性うつ病によく当てはまる。実際、自由な海外旅行に出て仕事から解放されゆとりのある時間を過ごすすと、すっかり抑うつ症状が消退することがある。

いずれにせよ職場結合性うつ病の患者には、まずは、身体的休養と精神的休養を十分とらせる方針をとるべきである。われわれの視点からすれば、仕事から撤退し一人だけでゆっくりする内閉相を保障することが肝要となる。希死念慮がはっきりある例では、入院治療が適応となる。

その際、仕事から離れ心身の休息を十分とってもらうため、少なくとも初期は、大部屋よりも個室がよい。個室のベッドで横になり、ぼやっとしていたり、時に午睡し、一日中ゆっくりしている生活をしばらく続けていき、徐々に回復していくことが多い。それは広義の臥床療法といえる。したがって、改めて述べるまでもないが入院(治療)初期は、レクリエーション活動の導入は控えたほうがよい。最近、さまざまな臨床科で、なるべく早期からのリハビリテーションが推奨される機運にあるが、職場結合性うつ病については積極的なリハビリテーションへの導入は決して急いではないだろう。

同様に、職場の人との接触は当初避けるよう取り計らう必要がある。仕事に関係することには手を出さないよう指示する。できれば職場の上司や人事課の人、あるいは産業医に病状を伝え、理解を求めておくのもよい。家族の頻回の面会が患者にとり早期退院、早期職場復帰を陰に陽に促すメッセージになることがあるので注意を要する。もちろんその場合は、面会を制限する。

仕事、また生活の速さが著しく加速されている今日、筆者は改めて精神医学の黎明期にメランコリー患者に対する治療的アプローチとして強調された休息の効用、ひいては臥床療法の再評価を説きたい。うつ病の治療として認知療法（的アプローチ）がもてはやされる動向も手伝って、まだ急性期にある職場結合性うつ病の患者に対し、心理療法士や産業カウンセラーが認知療法的アプローチによる心理療法を熱心に行い、そのため病状の悪化をきたす症例が散見される。そうした事態に対し反省を促すうえでも、内因性変化をきたした職場結合性うつ病の病態をしっかりと把握し、それに見合った対応をする必要性を強調したい。認知療法的アプローチは急性期から脱した次に述べる回復期にこそ適応となるはずである。

最近、ストレス・ケア病棟を設置する精神科病院が少しずつ増えだしている。この専門病棟は職場結合性のうつ病の入院治療にはうってつけの病棟と考えられ、身体と精神の休息が第一の鍵となることだろう。

重症の「精神病レベル」の職場結合性うつ病では、救急部との連携が必要なケースがある。精神科がない（あるいは精神科の認知度の低い）病院では、大量服薬などの自殺企図、あるいはパニック（様）発作のため救急部に一時入院（または受診）し、よくなるとそのまま退院（帰宅）になってしまい、精神科医による診察、治療がなされないことが多いと思われる。この種の症例に対し、精神科がかかわるなら職場に関連したうつ病と診断され、適切な治療が開始される事例がかなりあることだろう。

自殺企図が精神科治療の橋渡しの機会となるのは職場結合性うつ病に限られることではないが、改めて患者のみならず他科の医師への精神障害への啓発が重要であることを指摘しておかねばならない。

第二段階：ソフトな裂開相でのささやかな自己実現の創出

ある程度心身疲労がとれてきたら、散歩や買い物に行ったり、あるいは本人の負担にならない範囲でレクリエーションに参加したりしてもらうようにする。患者の自主性に任せながら、毎日、朝ないし夕方の散歩を繰り返してもらうと、歩く距離・時間が自然に延びていき回復していくことだろう。文字通り一歩一歩ゆっくり自分の体で地を踏みしめることで、自己身体感覚と時間感覚が回復し、本来の生のリズムが戻ってくるのが期待できる。

また、コラージュ療法や絵画療法などに参加して作品を作ったり、音楽

療法で歌を歌ったり集団療法で意見を述べたりする活動が回復の貴重なステップになる症例もかなりある。

散歩をはじめとしたさまざまなレクリエーション活動は、最も身近な自己実現の機会になると思われる。ささやかな自己実現は心身疲労からのいっそうの回復に貢献するはずである。

もっとも時に、入院して仕事の負荷から解放され、レクリエーションに参加し、庇護的な治療環境のなかで生活しているうちに（後にふれる）抗うつ薬の作用とも相まって、病像が抑うつ病状態から軽躁ないし躁状態へと重心移動することがある。こうした症例では集団レクリエーションへの参加が治療阻害的な仕方で退行促進的に働く可能性にも注意を払う必要がある。

患者への病気の説明、語りと傾聴

治療を始めるにあたり、—これは入院加療を始める際にも、救急部からの転科の際にも必要となるわけだが—、患者に、また同時に配偶者に、病気の説明をして理解を求める必要がある。多くの患者は、仕事が過重で、そのため体と精神が疲弊状態にあることを説明されると、なるほどそうだったのかと納得してくれる。ちなみに筆者は、職場結合性うつ病を仕事の負荷による「脳の心身症」ととらえるのがわかりやすいと考え、患者にこの説明をする。

併せて、不眠や動悸、食欲低下など身体的変化に注意を促し、休養の必要があることを指摘するのは治療導入に有効である。うつ病を「心の病気」であるとする説明が一般に多いように思うが、これはわかりにくいし、不正確である。それはともかく、新聞やテレビによる啓発活動により、うつ病は、かつての忌避される精神病の刻印が「すっかり」といってよいほど取り払われて、パニック障害と並びかなりなじみやすい精神障害となり、うつ病の診断はすぐに患者に受容されることが多くなった。

軽症例では、外来で治療可能で、患者に診断、病態、治療的対応の概要を説明するだけで、不安がかなり軽減する症例がある。中等症の症例では、入院しないまでも少し仕事を休む必要がある。短い期間、たとえば2週間ほど会社を休むだけで、かなりの回復をみせる患者が少なくない。しかしながら、仕事があるからどうしても休めないと強く主張する患者がいる。

その場合、本人のやる気をまずは尊重する態度が必要で、合意が得られなければ本人の判断にゆだねるのがよい。もちろん、希死念慮が軽度ながらもはっきり存在している場合は慎重を要するが、医師の意見を一方的に押しつけるやり方は、患者のプライドを傷つけ、これが新たな挫折体験になってしまうことが危惧される。少し「待ち」の姿勢をとると、少し時間がたってから患者は医師の意見に従います、と言ってくることもある。

また、中等症例で入院加療をするときには、当初からある程度の活動を

してもらおうようにする。入院の前日まで忙しく仕事をしている人に対して、行動制限の強い臥床療法的アプローチを行うと、かえって病状が悪くなる可能性がある。患者において運用可能になっている生命力動に見合った活動はさせ、それぞれの病態レベルで可能なささやかな自己実現を図る姿勢が肝要であることを強調したい。

職場での挫折体験は、自己愛の損傷というトラウマを引き起こすことがある。これが、うつ病の遷延要因になることもある。こうした問題について精神療法的にかかわることが有効である事例もある。たとえば、患者のなかにはどうしてこんなに仕事をしなければならぬのか、あるいは上司に非難されるのは納得がいかないなど職場や上司に対しやり場のない否定的な感情をうっ積させ、これが回復阻害的に働いていることがある。担当医が患者の不満な感情を汲んであげ、その言葉に耳を傾ける姿勢が望まれる。自分が力を傾けた仕事が報われなかった、評価されなかったという体験を、患者が医師を前に言葉にすることは治療的なことである。

職場との連携

職場復帰の段階になったら、職場の上司や人事課の人に病院に来てもらい、改めて病状を説明し職場復帰について理解を求めることが望ましい。職場のほうでもどう対応したらよいかかわからず困っていることもあるので、ぜひ担当医の助言が望まれる。2005年、労働安全衛生法の改正が一部なされ、2006年4月から長時間の超過勤務（1週40時間、1か月100時間以上）に携わり、疲労の蓄積が認められる人に対し、医師による面接指導が事業者に課せられることになった。この労働安全衛生法の改正のおかげで、担当医は職場にメンタルヘルスを配慮した患者の対応について助言しやすくなっており、必要に応じ配置転換について提言するのが望ましい。こうした職場との連携は治療の重要な一環とみなされる。多忙のためケースワーカーに職場との連絡を任せることが多くなっているように思うが、まずは担当医が一度は直接職場の人と会うのがよい。

職場の上司との関係が復帰にあたり大きな影響をもつ事例は多いので、担当医は、職場調整の可能性を探ることも考えてよいだろう。職場結合性うつ病において、上司からのパワーハラスメントをはじめとした、職場の人間関係が重要な要因になっている事例もあることも十分考慮しておくべきだろう。

薬物療法

職場結合性うつ病において、内因性病態が際立つ急性期は、薬物療法がまず適応となる。急性期は何よりもまず心身の休息を旨とする指針を述べたが、少なくとも従来の三環系抗うつ薬の直接の作用は、精神の高揚作用ではなく、興奮を鎮め、脳を休息させる作用であることを確認しておかね

ばならない。

現在、選択的セロトニン再取込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) が第一選択薬の抗うつ薬として認められている。脳の休息効果という点では SSRI は従来の三環系抗うつ薬より劣るように思う。したがって、少なくとも内因性病態が明らかな重症の職場結合性うつ病では、従来の三環系抗うつ薬が第一選択薬として望ましいと筆者は考える。

注意しなくてはならないのは、職場結合性うつ病の患者にはもともと生命力動水準が高い活動的な人が多いため、微細にみると双極性病態が潜在的に認められる例がかなりある。こうした症例に対しては、気分安定薬を抗うつ薬と一緒に投与することを考えてよいだろう。

寛解・回復：内因性レジリアンス

うつ病の寛解を考えるうえで、患者がおかれた状況への配慮という視点は有用である。実際、患者の今の状態が「病院内寛解」にとどまっているのか、あるいは「家庭内寛解」に達しているのか、ひいては「職場寛解」を実現しているのか否かなどとみる段階的な寛解概念は、うつ病の治療を進める臨床医にとってきわめて重要である。

内因性うつ病は、本来、Tellenbach のいう「心身の区別を超え」「人間の処理能力を超えた」生命の座としてのエンドン (Endon) のリズム性に基礎をもつ内因性の病態であることを勘案すると、内因性の病態自体が、元の自然なリズムへと戻ろうとする内発的な動きを秘めていることが考えられる。うつ病の治療の要は、内因性病態にそなわる自然の回復力を引き出す、あるいは今日的な術語を用いるなら、病気に抗し、病気を跳ね返すレジリアンス (résilience) の回路を作動させることにあるといえる¹⁾。職場結合性うつ病の遷延、慢性化が増えていることは、自然寛解へのレジリアンスの動きに対する阻害因子が増えていることの反映とみることができる。こうした見方は、薬物療法一辺倒になるのではなく、職場、家族など患者をとりまく「関係性コンテクスト」を積極的に取り入れた、しなやかな治療戦略を導くことを促すだろう。

(加藤 敏)

引用文献

- 1) 加藤 敏. 現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加. 精神科 2002; 1: 344-349.
- 2) Tuke DH. A Dictionary of Psychological Medicine. Vol II. London: J&A Churchill; 1892. pp787-798.
- 3) Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8 Aufl. III. Band. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1913/西丸四方, ほか (訳). 躁うつ病とてんかん. 東京: みすず書房; 1986. p306.
- 4) Kraepelin E. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 8 Aufl. IV. Band. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1915/遠藤みどり (訳). 心因性疾患とヒステリー. 東京: みすず書房; 1987. p16.

- 5) Beard MG. American nervousness. Its causes and consequences. A supplement to nervous exhaustion (neurasthenia). New York: G.P. Putnam's Sons; 1881.
- 6) Johnson J. Change of Air or the Pursuit of Health. Highley S (ed). London: T.&G. Underwood; 1831. pp3-4.
- 7) Tellenbach H. Melancholie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 1961 / 木村 敏 (訳). メランコリー. 東京: みすず書房; 1978.
- 8) Dore RP. 石塚雅彦 (訳). 働くということ—グローバル化と労働の新しい意味. 東京: 中央公論新社; 2005.
- 9) 加藤 敏. 現代日本におけるパニック障害とうつ病—今日的な神経衰弱. 精神科治療学 2004; 19: 955-961.
- 10) 加藤 敏. 現代日本におけるうつ病の自殺とその予防. 精神神経学雑誌 2005; 107: 1069-1077.
- 11) 加藤 敏. うつ病の寛解—精神病理学の見地から. 精神科治療学 2008; 23: 331-340.

現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加*

加 藤 敏**

Key Words : depression, agitation, culture, suicide, psychopathology

はじめに

このたびWPA横浜に参加して印象深かったことのひとつは、アイスランドやエジプト、ブラジルなど一部の途上国からうつ病やパニック障害、社会恐怖などの発表があり、頻度において少なくとも大都市では先進国に劣らないことが示されたことであった。アメリカ社会の磁場へと引き込まれる形で進んでいるとあってよい今日のグローバリゼーションの世界の動きは、精神障害においてもみられ、大きくみると、アメリカにみられる精神障害の表現型の方向へ向かったグローバル化が進んでいる観をもった。

パニック障害、社会恐怖について報告した途上国の学者と話すとき、その背景に急速な社会の変化がひとつの要因としてあることがわかり、我が意を得たりという思いであった。

大先輩と比べれば、私の精神科の経験はまだ浅いわけであるが、しかし、この20余年、臨床現場に席を置き、いくつかの精神疾患において明らかな変化を目の当たりにしている。いわゆる従来のタイプの対人恐怖の減少、また、摂食障害の増大はその最たるものである。うつ病においては、制止優位の病像に比べ、不安・焦燥優位の病像が増えている印象がある。

不安・焦燥型うつ病の増加

今回、ここでは現代におけるうつ病の病像について私なりの関心にひきつけて論じてみたい。

教科書的には、うつ病というときまず、精神運動の制止が病像の中心に捉えられる。これに関連して、学生の精神科の試験で、うつ病の自殺はどの時期に多いかという問題がよく出され、極期に入る手前と、回復期というのが正解とされている。ところが、ここ10年のうつ病の患者をみていると、この問題の正解があてはまらない症例が明らかに増えており、私は学生に次のように教えるようにしている。つまり、うつ病は、制止症状優位の制止型と、不安・焦燥優位の不安・焦燥型を両極としたスペクトラムをなし、不安・焦燥型では自殺の危険は極期にもっとも多い。

うつ病において、不安・焦燥は初老期、老年期に多いとされた。しかし今日、とりわけ職場で忙しく働いている20歳代後半から40、50歳代の男性では、不安・焦燥型が病像の前景に出るうつ病が増えている印象がある。実際、こうした症例が自殺企図を行い救急部で治療を受けたあと、精神科の病棟に多数入院してきている。

この不安・焦燥型は、パニック発作と違ってよい強い不安・焦燥を呈し、そういうなかで突然の自殺を図る。ある症例は、家で明方、突然ナイフで首を刺して救急部に運ばれてくる。また、別な症例は、会社に行くために車を運転するものの、まったく別の方向へ車を走らせ、途

* Psychopathology②—Increase of anxiety-agitation type of depression in contemporary Japan.

** Satoshi KATO, M.D.: 自治医科大学精神医学教室(〒329-0498 栃木県河内郡南河内町大字薬師寺3311-1); Department of Psychiatry, Jichi Medical School, Tochigi, JAPAN.

中で車を止め、薬を大量に飲む。

この種の症例では、職場で課される期限付きのかなりハードルの高い仕事に熱心に取り組み、残業のため、帰宅が遅くなり、気晴らしのゆとりもなくなっているうちに、すでに短縮を余儀なくされた睡眠において中途覚醒、早期覚醒が始まるものの、会社は休まず、傍目からは家族を含めさしたる異常は気づかれないうちに、突然の自殺企図にいたるといったパターンが多い。あとから聞いてみると、当人は、「仕事ができない、十分できない、自分の能力の限界を感じる」といった無能力、自信喪失の状態に陥っていることがわかる。それまでと比べると、集中力低下はあるが、目立ったものではない。抑うつ気分、あるいはまた悲哀感などははっきりせず、むしろ不安・焦燥感が目立つ。そして、本人自身は自分がうつ病、あるいは病気であるという自覚はまったくなく、心身ともに限界的な状況のなかで仕事を続け、挙句のはてに自殺企図がなされる。

確かによくみれば、不安・焦燥型では、精神運動抑制の要素もあるが、これは軽微で、むしろ、不安・焦燥が目立つ。

こうした症例が救急部などを経て精神科に入院してくると、まもなく、不安・焦燥感はなく、1日中ベットで横になり、まったく元気のない状態が出現してくることが少なくない。また彼らは入院して、「大変、安心しました」という。このように、不安・焦燥型から制止型への病態変化がみられることもよく観察される場所である。これは薬物による効果というより、本人が置かれた状況の変化、また、本人が自分の置かれた状況のなかでとる態勢に負うところが大きいと筆者は考えている。ちなみに、入院して、いったん、抑制優位の病態に入った患者に、職場復帰などの話が持ち上がってくると、一転して、不安・焦燥優位の病態が出現してくることは臨床家のよく知るところである。小論では、こうした状況論的な観点からうつ病の病態に照明をあてることもひとつの狙いとなる。

クレペリンにおける能動メランコリーと職場結合性うつ病

こうしたうつ病の病態を、まず、クレペリンの記述に立ち戻りながら位置づけてみたい。

クレペリンの『精神医学教科書』を版ごとに追うと、躁うつ病概念が一つのまとまった疾患単位として提出されたのは第6版⁹⁾においてである。さしあたり、われわれにとって興味深いのは第1版(1883)³⁾におけるクレペリンの臨床分類である。そこでは、状態像による分類で一貫しているわけであるが、①うつ状態(Depressionszustände)と、②もうろう状態(Dämmerzustände)、③興奮状態(Aufregungszustände)、④周期性精神病(Periodisches Geistesstörung)のそれぞれの状態に、うつ病の病態が入れられている。

今、われわれが注目している制止型のうつ病は、うつ状態(Depresionzustände)の項に記述されている単純メランコリー(melancholia simplex)にあたると思われる。この単純メランコリーは受動メランコリー(melancholia passiva)ともいわれている。他方、クレペリンは興奮状態(Aufregungszustände)の項に、マニーに加えて、受動メランコリーとは逆の、「不安感情の支配する」能動メランコリー(melancholia activa)を記述している。われわれのいう不安・焦燥型うつ病はこの能動メランコリーに入ると考えられる。ちなみに、クレペリンは能動メランコリーにおいて、激越発作(raptus melancholicus)が生じ、そのなかに、他者に攻撃衝動が向かうものと並び、突然の自傷、自殺企図があると記述している。確かに、不安・焦燥型うつ病における自殺企図は、激越発作とみるのがふさわしい。

今日、日本では、中高年の自殺の増加が大きな社会問題になっている。実際、首都圏では列車の飛び込みのため電車が長時間止まることが珍しいことではなくなっている。こうした自殺例のなかに、本論で問題にする不安・焦燥型、クレペリンのいう能動メランコリーによるものが少なくないと考えられる。

クレペリンの臨床眼は鋭く、能動メランコリーに引き続いて受動メランコリーが出現することがあるということも、既に指摘している。

ただ、ここで注意しておいてよいのは、クレペリンのメランコリーは初老期、老年期の人を念頭においているという点である。したがって、能動性メランコリーも高齢者の人についていわれていると考えられる。クレペリン以外のドイツ語圏、フランス語圏、英語圏の古典的教科書でも、更年期のうつ病は不安・焦燥型が多いということが書かれている。そうすると、不安・焦燥型のうつ病が20歳代後半から40歳代の年齢層で多く出現している現象は、現代社会におけるうつ病の病像変化とみられるのではないだろうか。

現代のうつ病が、とりわけ男性において職場結合性の色彩を強く帯びるといっても大きな特徴と考えられる。もともと、クレペリンのメランコリー、また、躁うつ病の概念には、発病状況を重視する見方はない。もっとも、第8版⁶⁾で、出産、身内の病気、死、あるいは失恋、引越し、看護疲れなどが発病状況になることは記述されている。しかしながら、著者がちょっと目を通した範囲では、職場の仕事に関連した問題についてははっきりした言及がない。

クレペリンと同じ時代のイギリスの学者D.H. チューク⁷⁾は、うつ病の誘因として、思春期、妊娠、出産、更年期、それから身体疾患、また、友人の死、財産の喪失などをあげている。そこでも、仕事の問題は出ていない。ただし、「ストレスがひどければひどいほど、メランコリーが起る機会が多い」ということは述べられている。

実は、仕事に関連した抑うつは、神経衰弱(Neurasthenie)の概念のなかで扱われている。この概念は精神科医ではなく内科医であるG.M.バードが1869年に提出したもので、アメリカに特徴的な病態であるといっている。アメリカが急速な経済発展をしつつあり、そのなかで仕事が増えてくる。とりわけ鉄道と通信の発達により仕事のスピードがあがってくる。こうした社会の変化のもと、個人的な感情が抑圧されてしまい、そういうなかで、頭痛、疲れやすさ、不眠などの症状が出現してくる。

このように記述されたバードによる神経衰弱のなかには、今日からみれば、軽症うつ病、場合により身体化優位の内因性うつ病とみれる病

態が多数入っているとみることができる。

イギリスでは、1831年、やはり内科医のJ.ジョンソンにより、神経衰弱に類似の病態が「ボロボロ症候群」(wear and tear syndrome)という名のもとに記述されている。彼らは、産業革命の圧力下における生活のなかで、疲労感、頭痛、不眠といった症状が心身過労と緊張が続くなかで生じると述べている。治療に関し、年次休暇と海外旅行しかないことを提言していることも付け加えておこう。

このように、職場結合性のうつ病性病態は神経衰弱、あるいは「ボロボロ症候群」という形で、まずイギリス、アメリカの産業革命社会の最前線で記述されている。実は、クレペリンの第1版⁴⁾の「心的衰弱状態」(Psychische Schwächezustände)の項に、神経衰弱状態(Neurasthenische Zustände)が入れられている。その意味では、職場結合の(軽い)うつ病は、クレペリンでは心的衰弱状態の項にしかるべき位置を与えられているといえる。そしてクレペリンは、神経衰弱は「モダンな病気である」と述べている。さらに興味深いことに、第8版⁷⁾では、心因性疾患のなかに「業務神経症」(Tätigkeitsneurose)と呼ばれる疾患が記述されている。仕事に関連して神経症が起り、それも、神経の疲弊により不眠、頭痛などが生じるといっている。これは神経衰弱についてのクレペリンによるあらたな呼称とみさせる。

こうしてみると、今日、とりわけわが国で増加している不安・焦燥型の職場結合性うつ病は、バードの提唱した神経衰弱、クレペリンのいう業務神経症がメランコリーの病態を強く帯びたものといえることができ、仕事のスピード、また、職場から課される仕事、18世紀に比べさらに増大した現代社会のありようと深く結ばれていることは間違いないだろう。

現代のうつ病を捉える上で参考になる、もうひとつのクレペリンの観点に言及しなければならない。クレペリンの考案が「精神医学教科書」の版を重ねるなかで大きな変化をみせた点についてみると、初期には状態像に重きが置かれるのに対応し、記述において精緻なものに対し、後期になると、種々の症状を呈する病態がひとつの疾患単位にまとめられていくのに対応し、理論的

な側面が強くなっていく傾向がある。この点は躁うつ病をめぐるクレベリンの考え方の著しい変遷によく示される。ここで注目したいのは、『精神医学書』第八版で提出されている、躁うつ病のさまざまな病像の基軸を混合状態に求めるという考え方である。

躁性興奮と抑うつとの間に多様な仕方の移行があるという観点は、臨床的にもきわめて説得力がある。『精神医学書』第一版では、「うつ状態」の項の単純性メランコリー、あるいは受動性メランコリー、「興奮状態」の項のマニー、能動性メランコリーなどは別々なものにされていたのであるが、そもそも、これらをひとつの疾患単位のもとにまとめることができたのは、混合状態という考え方による、とみて差し支えないであろう。

われわれが問題にしている不安・焦燥型の症例よくみれば制止症状があり、しかも、入院して仕事の間から離れ、安心して休める環境を見出すと制止型に移行するといった現象は、不安・焦燥型が混合状態の側面を強くもっているといえ、理解しやすい。

混合状態というと、『精神医学教科書』第八版がそうであるように、躁的成分と制止の混合が強調されるきらいがある。しかし、現代のうつ病を捉える時にこれにもまして重要なのは、不安・焦燥と制止の混合ではないだろうか。つまり、現代のうつ病は、少なくとも潜在的には、躁的成分と制止の混合状態に加え、不安・焦燥と制止の混合状態の布置を色濃くもつのである。

裂開相と内閉相

混合状態の基本布置があることからすればなおさらのこと、あたかも独立した類型の印象を与える不安・焦燥型と制止型という区別は、あくまで便宜的なものでしかない。うつ病相と躁病相といったいい方にみられるように、不安・焦燥型と制止型は相(phase)とみた方がより適切かもしれない。

それはともかく、ここで筆者の観点から、不安・焦燥型と制止型がいかに出現するのか考えてみたい。それは、患者が自分がおかれている社会・生活状況がいかなるものであり、当人が

そこでいかなる態勢をとっているのかという状況論的な観点である。

一般に、人は家から職場や学校なりといった外へ出て行き、他者の前、ないし他者たちの間へ出て行く相と、外から家へ戻り、自室で一人になる相を毎日、繰り返す。前者は自己を社会へと開いていくという意味で裂開相、後者は社会から自分を閉じるという意味で内閉相ということができる。

ギリシャの哲学者ヘラクレイトスは、次のように覚醒と睡眠の違いを定式化した。つまり、「覚めている人たちが、共通の世界に属しているのに対して、眠っている人たちはそのひとりひとりが共通の世界に背を向けて、自己自身の世界へと向かっている」¹⁾。確かに、人は眠ることによって、自分だけの世界に入り、覚醒時には共同世界において、人は他者と共にあるといえる。その意味では、覚醒と睡眠は人間の生活を織りなす(広義の)裂開相と内閉相のもっとも原初的かつ根本的なものといえる。

要するに、裂開相は人が共同社会へと参与していく態勢により、また、内閉相は人が共同社会から身をひく態勢により構成される。

この裂開相と内閉相は、さまざまな精神障害において多少とも変容した形で認められ、この観点に注目すると病態の理解が深められるように思う。

実は最近、私は、統合失調症(分裂病)、とりわけ初期状態の浮動的な病像を裂開相と内閉相の観点から論じた²⁾。参考までに述べると、高校受験や高校生活といった、あらたな社会の集団組織に参与し、そこに組み込まれる課題を課される裂開相において、被害的な関係づけを混えた対人恐怖様症状や不安・緊張などが生じ、対人恐怖(ないし、その疑い)の診断がつけられる。他方、同じ患者がこの社会・生活状況から身をひき、家などにひきこもり内閉相に入ると、これらの症状は姿を消し、うつ病様の症状が生じ、うつ病(ないし、その疑い)の診断がつけられる。要するに、統合失調症初期状態において一患者が当面する状況において意図的か否かは別として、さしあたり中立的な記述レベルでのことであるが、状況に参与していく態勢をと

るのか、逆にそこから撤退していく態勢をとるのかに応じ、前景に出てくる症状が異なる。初期状態においては、裂開相と内閉相のあいだのゆらぎがあり、そのため、症状が浮動的で、診断の変遷があったり、疑い病名で終わることが多くなると考えられる。

こうした観点そのものは、今問題にしている職場結合性のうつ病にも適用できるはずである。会社からのプレッシャーのもと仕事を休まず、必死に仕事をなんとかするなかで、不安・焦燥が生じるという不安・焦燥型は、裂開相において生じている病態と考えられるはずである。また、入院して、職場の仕事にまつわる義務感から解放され、くつろぐ余裕もたらされる庇護的な環境を見出すと、(不安・焦燥に代わって)制止症状が前景に出てくるという病態は、内閉相において生じていると考えられるはずである。

言いかえれば、職場結合性のうつ病の裂開相は、なにがなんでも社会に行き仕事をしていこうとする社会的組織への積極的な参与の態勢によってもたらされ、そこから不安・焦燥が生じる。この際、脳内では神経伝達物質の変化が生じる。その意味でうつ病は脳の心身症なのである。また、内閉相は社会の仕事から身をひき撤退する態勢によってもたらされる。不安・焦燥型の症例は、入院することにより仕事から撤退する態勢に置かれ、これが医師から保証されることにより内閉相に入り、制止優位のうつ病像を呈するに至るといえる。

それゆえ、制止型うつ病は心身の疲労を休めるという自己治癒的な側面があることに注意しなければならない。制止型うつ病で生命エネルギーが下がることには、自己治癒的な自動メカニズムが働いているという見方もできるのである。

ある30歳代後半の男性で、うつ病になるたびに、会社に行く代わりに、車で少し遠いところへ行って、家へ帰らず、一人で車に閉じこもる生活を1週間ほどして、薬を服用することなく回復している症例に出会ったことがあった。この症例では、本人自身が自分で内閉相をしつらえ、そこにしばらく身を置くことで回復していつている。

不安・焦燥型と制止型のいずれが、うつ病において一次的な病態なのかについて議論のあるところである。不安・焦燥型は、仕事をやっていて、その成果になよりの自己価値を見出していた人が、仕事において挫折し、それによる自己価値の喪失の直接的結果として、不安・焦燥が出現するという見方が可能である。その意味では、対象喪失に注目すれば、不安・焦燥型は、うつ病の原初的な形態とみなせる。

われわれとしては、精神運動抑制や新聞、テレビへの関心欠如、ベッド臥床などの制止症状に、外界との接触を避ける自己治癒的な側面があることに注意を促したい。統合失調症における急性期後のうつ状態について、自己治癒的な効果をもてとることができるが、これと似たことがうつ病の制止型にもあてはまるのである。

フロイトは、メランコリーを正常の喪の過程と対比して論じたわけであるが、うつは、患者なりの、多少とも遷延した喪の過程ということができ、精神分析の立場からも、抑うつすべてがマイナスというわけではなく、ポジティブな意義もある。

そういう意味では、うつ病の制止症状を抗うつ剤の投与により、患者の内的リズムに比べあまりに早くなおしてしまうことは、果たして本当によいのかという問題を敢えて検討することも意味があると思う。いわゆるラビッド・サイクラーのなかには抗うつ薬の投与による医原性のものであるわけであるが、この現象などもこうした大きな問題枠からあらためて考えることができるかもしれない。

いずれにせよ、われわれの観点からすると、うつ病の制止型に対しては、できるだけ外部からの刺激を避けるようにし、不用意に裂開相に転じることに注意をしなければならない。たとえば、うつ病で入院している患者に対し頻回の家族の面接は、患者にとって早くなおらなければならないという暗黙の要請を意味し、患者の内閉相がうまく保持されないことになりかねない。こうしたことが、かえって、しかるべき時期になされるはずのうつ病の内閉相の自然な締めくくりを阻害し、遷延化をひき起こしてしまうことだってありうるのである。

うつ病を冬眠に比較する見方があるが、これは、一面でわれわれの考え方を支持する。動物にとり冬眠は生活リズムの一部をなす。それは、きびしい自然環境の季節に入った時、生体のエネルギー水準を下げ、省力化を図るという戦略とみることができる。社会・生活状況に首尾よく組み込まれた人間が、仕事をはじめとしたさまざまな出来事において挫折し、制止型うつ病の病像を呈する時、そこにみられる社会状況からのひきこもりは、冬眠に比較される意義があるとみる姿勢は、治療的にも大事であると思う。患者および家族にこうした側面について説明することも、内閉相から裂開相への不用意な態勢変換を避け、遷延化を防止する上でも重要と思われる。

現代日本は、うつ病における制止症状、言いかえれば内閉相を許容するゆとりがなくなっているように見受けられる。家へ帰っても非常に狭い空間で、周りも家ばかりで、ゆっくりくつろげる空間がない。仕事のスピードにも拍車がかかり、時間においてきわめてあわただしい。こうした時空間面でのゆとりのなさの増大に比例して、職場結合性のうつ病における不安・焦

燥型の増加をみているといえるだろう。

文 献

- 1) 加藤 敏. 分裂病における中心化(一局外化)体験. 精神科治療学 1999 ; 14 : 479-86.
- 2) 加藤 敏. 状況へのかかわりからみた統合失調症(分裂病)―裂開相と内閉相―. In : 岡崎祐士・編. 新世紀における精神科治療 第1巻 統合失調症の診断学. 東京 : 中山書店 ; 2002. (近刊)
- 3) Kraepelin E. Compendium der Psychiatrie. Leipzig : Ambr. Abel ; 1883. p. 190-283.
- 4) Kraepelin E. ibid. p. 356-84.
- 5) Kraepelin E. Psychiatrie. 6 Aufl. Leipzig. Barth : Verlag von Jahann Ambrosius ; 1889.
- 6) Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und ärzte. Achte vollständig umgearbeitete Auflage. Bd III. Leipzig : Barth : Verlag von Jahann Ambrosius ; 1913. p. 1183-319, 1913-5.
- 7) Kraepelin E. ibid. BdIV. 1915. p. 1400-15.
- 8) Tuke DH. A Dictionary of Psychological Medicine. Vol.II. London: J & A Churchill ; 1892. p. 787-98.

* * *

特集

うつ病態の精神療法

職場結合性うつ病の病態と治療

加藤 敏*

はじめに

昨年、労働安全衛生法の改正が一部なされ、今年4月より長時間（1週40時間，1カ月100時間以上）労働に携わり、疲労の蓄積が認められる人に対し、医師による面接指導が事業者に課せられることになった。この改正の背景には、勤労者の自殺の増加、および労災認定される精神障害事例の増加があることは言うまでもない。勤労者の精神障害の予防に国として積極的に取り組もうとする姿勢はおおいに評価される。そこで念頭におかれている精神障害としてまず挙がるのが、職場での仕事が過重なため発症するうつ病である。著者は最近この種のうつ病を「職場結合性うつ病」（加藤，2002；2004a；2005）と呼び、病態の特徴を論じた。このたび「精神療法」の編集委員会より職場結合性うつ病について書くよう依頼を受けたので、病態の概要を述べ次いで、（広義の）精神療法的関わり、また配慮に重点をおいて治療について述べたい。

I 職場結合性うつ病の病態

1. 歴史的背景

Kraepelinのメランコリー、また躁うつ病の概念には、もともと発病状況を重視する視点はない。もともと第8版の『精神医学教科書』では、躁うつ病の誘引として出産、身内の病氣、死、あるいは看護疲れ、また引越し、失恋など

が挙げられている（Kraepelin, 1915）。また、その20年前にイギリスで出版されたTuke（1892）編集の精神医学の事典では、うつ病の誘引に思春期、妊婦、出産、更年期、身体疾患、友人の死、財産の喪失などを挙げている。1900年前後ではまだ、ドイツでもイギリスでも、仕事や職場がうつ病の発病要因に数えられていないことに注意を促したい。

もともと、Kraepelinにあって仕事に関連したうつ病関連病態は、神経衰弱の概念の中で扱われていることを確認しておかねばならない。この概念は内科医Beardが1869年、アメリカに特徴的な新種の病態として提唱したものである（Beard, 1869）。当時アメリカは急速な経済発展をしつつあり、人々は会社、工場でたくさんの仕事を迅速に遂行することを課され、個人的な感情は抑圧されてしまう。こうした社会の変化の下、頭痛、疲れやすさ、不眠などが出現してくる。このように記述されたBeardによる神経衰弱の中には、今日から見れば、軽症うつ病、あるいは身体症状が前景化する仮面うつ病とみなされる病態が多数含まれていると推測される。

またイギリスでは、1831年やはり内科医のJohnsonにより、神経衰弱類似の病態が「襤褸（ポロポロ）弊履（ガタガタ）病」（wear and tear malady）という名のもとに記述され、産業革命の圧力下において心身緊張と過労が続くことによるという社会因が重視された。

このように職場結合性うつ病の前駆的な症候群は、イギリス、次いでアメリカの産業革命の最前線で記述された。KraepelinはBeardの神

Pathogenesis and Treatment of Workplace-associated Depression.

*自治医科大学精神医学教室, Satoshi Kato: Department of Psychiatry, School of Medicine, Jichi Medical University.

経衰弱概念に関心を寄せ、第8版『精神医学教科書』の中で神経衰弱は「われわれの時代の病氣と名づけてもほとんど間違いではない」とし、「われわれの文化の発展の性急な進歩が個人の精神的、道徳的、身体的な能率に課する要求の急激な増大の中には、神経的な過重負担の重要な原因が存在する」と述べている。さらに興味深いことに、心因性疾患の章の中に「作業神経症」(Tätigkeitsneurose)が記述されている(Kraepelin, 1915)。これは、仕事による疲弊のため不眠、頭痛などが生じる病態を指したものであることからして、神経衰弱についてのKraepelinによる呼称とみなされる。現代日本で増加している職場結合性うつ病は、Beardのいう神経衰弱、またKraepelinのいう作業神経症が内因性うつ病の病態をきたしたものと位置づけることができ、19世紀に比べ仕事のスピード、仕事量が加速度的に増大した産業・情報社会のありようと深い結びつきがあることは間違いない。

2. 発病状況

他社と製品の開発でしのぎを削る開発部門に抜擢されたA氏(50歳半ば)は、年齢からも最後の仕事と思い、熱心に取り組んだ。「仕事に追われる毎日」で、「休む暇がない」仕事一色の生活になり、帰宅は12時を過ぎ、睡眠時間は4ないし5時間に切り詰められる。土曜日、日曜日でも仕事に出ることが少なくない。家にいても、携帯電話、電子メールで仕事の連絡を受けて対応をし、ゆっくり家でくつろげない。新幹線を使ってとんぼ返りの慌しい出張が、月1回ほど入るようになった。年休が取れなくなり、飲み会、趣味のゴルフの時間もなくなり生活リズムが大幅に崩れてきた。

しかも、会社から期待されるだけの成果を出せず、不全感が増す。ある日突然A氏は、会社に行くと言って自宅を出て、車で近くの森に行き手首と首を刃物で切り、自殺を図る。幸い未遂に終わり救急部を経て精神科病棟へ入院になった。遺書がしたためられており、そこには「仕事が消化できない。十分達成できない。自分の能力の限界を感じる」と書かれていた。

また品質管理に携わるB氏(30代)は、夜遅くまで残業して上司から指示された業務を行うのだ

が、これが評価されず叱責を受け、何度もやり直しを要求され、すっかり気持ちが悪げ、「このまま一人でどこかに行ってしまいたい」と思ったという。こうした上司、また会社との確執の中、上司に対して不信の念、ひいては攻撃的な感情さえ抱く事例もある。

これらの例にみられるように、①仕事に追われゆとりのない毎日を過ごし、少なからず睡眠時間の短縮を余儀なくされて、心身疲労が積み重なることが続くのに加え、②仕事(の課題を)を「消化・達成」できず、会社、上司の「要求の背後に取り残され」、あるいは会社で当人の仕事が評価されず、不全感、挫折感を体験することが発病状況となることが多い。

3. 病像

重要な初期症状として、不眠と心身疲労、頭痛、肩こりなどの体の不調、気分のイライラ、不安・焦燥などが挙がる。これらについて少し述べる。なお、病歴をよく聞いてみると、抑うつに先行して、仕事を遂行しようとする前向きな態勢の中で軽躁状態、ひいては躁状態になっている時期が明らかになる症例がある。この生命力動の高揚状態も初期症状、あるいは前駆症状とみてよいだろう。

1) 睡眠障害

許される睡眠時間が短い中、中途覚醒や入眠困難が出現してくる。前述のA氏は「寝たと思ったらまもなく、仕事の夢で、いつも目を覚まし」寝汗をかくようになったと、入院後担当医に具合が悪くなりはじめた頃を回想して語る。また新たなプロジェクトのリーダーになり「休む暇がない」毎日を送るようになったC氏(40代)は、毎晩「仕事に行かなければいけない」という夢で目を覚ましてしまう。

欠勤することなく、なんとか仕事をこなすため、周囲からはさして異常に気づかれず、A氏のように、突然の自殺企図で初めて問題が表面化するに至ることが少なくなく、不幸なことに既遂に終わってしまうことさえある。労災申請され、認定されている事例の中にこの種の事例が一部確実にあるように思われる。

2) 不安関連症状

うつ病という、まず、何もする気が起きない、気持ち沈むなどの制止症状が特徴的とされる。しかし、これと並ぶもうひとつの症状系列は不安・焦燥である。うつ病はよく見れば、双方の配分比はさまざまであるものの、これら2つの症状系列が同時に認められることが多いと思われる。職場結合性うつ病では、とりわけ会社に休まず行っているような事例では、制止に比べ不安・焦燥が前景に出る。

彼（彼女）らは、課された仕事を達成できなければ「リストラになってしまう」「降格になってしまう」「ローンを払えなくなってしまう」ので大変だ、などという不安・焦燥に駆られて、這ってでも何とか仕事に赴こうとする。その挙げ句に衝動的な色彩を帯びる傾向がある自殺企図に及ぶ。またこの不安・焦燥の渦中で、一見ヒステリー性遁走を思わせる偽ヒステリー性遁走が出現したり、パニック（様）発作や過喚気発作を起こし総合病院救急外来を受診することもある。

このように不安症状が際立つため、医師は、——往々にして精神科医にも当てはまることだが——、うつ病とは考えず、単にパニック障害あるいは不安性障害と診断する事例が多い。職場結合性うつ病の中に人前で字を書くと震えてしまい、字が書けないと訴える事例がある。これはうつ病に生じた、書癡の形をとった社会不安性障害と言える（高野・他、2005）。ICD（-10）では、不安症状と抑うつ症状を併せ持ち、加えて不安性障害ともうつ病性障害とも診断できない病態に対し、混合性不安抑うつ障害（mixed anxiety and depressive disorder）という臨床単位が設けられている（World Health Organization, 2003）。いましがた筆者は、歴史的背景に言及した際、今日的な勤労者のうつ病の出現の機制を捉える上では、Beardのいう神経衰弱概念が有用であることを指摘したわけだが、ここで、このうつ病の症状布置を捉える上では、拡大・敷衍した広義の「混合性不安抑うつ障害」の概念が有用であることを付け加えねばならない。

3) 内因性病態

概して不安・焦燥優位のうつ病では、家族を含め周囲の人が異常に気づきにくいだけでなく、本人自身病気であるとの自覚を持ちにくい。患者によく聞いてみると、本来と比べて集中力、能率が落ち、不眠があったにもかかわらず、自分が病的とは思ってもみなかったという言葉がよく聞かれる。この現象は、いわゆる内因性うつ病の発症に伴い心身の包括的な変化が生じたことによるうつ病性病識欠如とみるべきである（加藤、1987）。

ちなみに「自分の能力の限界を感じる」という事例A氏の遺書の中の言葉は、もはや自分には何の能力もないという決定的な無能力の確信に当たり、内因性の変化が生じていることを示唆する。またB氏は自分には能力がないので「仕事をやめる」とはっきりした口調で述べる。この言葉もうつ病性病態の内因性の変化による決定論的絶望を言い表した言葉と受け取れる。実際、改善するにつれ、この言葉は撤回され「仕事をやめなくてよかった」という言葉が聞かれた。こうした内因性変化の事態において、未知の他なる力に無抵抗に運命的に委ねられる、としか言いようのない仕方で希死念慮が抱かれ、自殺企図がなされる。職場結合性うつ病では自殺に十分な注意が必要なゆえんである。

以上から、筆者のいう職場結合性うつ病は、正確には内因性職場結合性うつ病と言うべきである。

ついでに、内因性うつ病とは言うものの、わが国においてはここ40年あまりの間で病態に変化が生じていることを指摘しておきたい。

ドイツの精神病理学者Tellenbach（1961）は、うつ病の発病状況を「自分の要求の背後に取り残される」レマネンツ（負目性）に見定め、発病後の患者存在のあり方を罪責（Schuld）に求めた。この人間学的立場からの発病モデルは1960年代頃の日本の高度成長期の職場結合性うつ病によく当てはまった。しかしながら、現代日本の職場結合性うつ病ではこの発病モデルは修正を要する。すなわち、前うつ状況は、「自分の要求の背後に取り残される」レマネンツに代えて、「（会社、上司といった）他者の要

求の背後に取り残される」レマネンツに特徴づけられ、そのため発病後の患者のあり方においては罪責の意味方向性が稀薄となっており、そのぶん攻撃性が表面化する傾向がある。

II 裂開相と内閉相

制止に比べて不安・焦燥が優位になる事情は、患者が自分の直面する状況に対し、いかなる態勢をとるのかに注目すると次のように理解できる。この点は治療、ひいては予防を考える上で参考になるので一言だけ述べておく。

家から外に出て職場へ赴き仕事に取りかかる時、人は他者の眼差しへと開かれる態勢をとる一方、職場から帰宅し仕事から解放され家でくつろぐ時、社会から自己を閉ざす態勢をとる。それぞれの相は、裂開相、内閉相と呼ぶことができ、人間の毎日の生活は、裂開相と内閉相が円環状に継起することにより首尾よく進むといえる。人間の生物学的な基本リズムである覚醒と睡眠は、人が生きる態勢に注目すれば、それぞれ裂開相と内閉相に属するとみることができる。

うつ病の症状の中の、制止症状は、少なくともその一部の要素として、人が仕事から撤退して家で休む態勢をとる内閉相において形成される症状とみなせる。心身困憊の状態にあつて本能的な自己防衛性の制御機構が働き、エネルギーの放出を抑えるよう活動水準が下げられるのである。職場結合性うつ病で、一日中ベッドで体を横にして、寝ているといった過眠タイプの事例がある。これなど内閉相のよい例となるだろう。

不安・焦燥は、心身困憊状態にある人が、(決められた期日までに、あるいは決められたノルマを) 何が何でもやり遂げなければと仕事に前向きの態勢をとる裂開相において出現する。たとえばIT関連の会社で納期が近づき、土日出勤もしているD氏(40代)は、夜12時ごろ帰宅し、床についたものの2時間もしないうちに目が覚めてしまう。そして何度か、残っている仕事をしなければと思ひ、午前2時に車で職場に向かう。その途中で動悸、冷や汗を伴う激しい不安に襲われる。概してうつ病に伴うパニック(様)発作や社会不安性障害は裂開相で出

現すると言える(加藤, 2004b)。

この種の不安・焦燥優位の病像を呈する患者が入院すると、不安・焦燥は影を潜め、代わりに動きに乏しい制止症状優位の病像が出現してくることがしばしば観察される。同じ一人の患者で、当人の置かれた状況に対しいかなる態勢をとるかで前景に出る病像は異なり、移行が認められるのである。たとえば今の場合、裂開相から内閉相へと患者が態勢を交換できる時、不安・焦燥優位の病像から制止優位の病像へと変化する。

この視点から職場結合性うつ病の病態は次のようにまとめられる。まず発病状況について言うと、睡眠時間を短縮してまで仕事を課されることによく見られるように、1日の生活は、内閉相に比し裂開相が異常に長くなっている。また発病後の病態も、中途覚醒して職場に赴こうとするD氏の振る舞いに先鋭化した仕方で見とれるように、裂開相が支配的となり、内閉相が少なくなる。

それゆえ、現代日本の勤労者のうつ病で、制止に対し不安・焦燥の症状系列が前景に出るひとつの理由は、内閉相に身を置くゆとりがないためと理解される。その要因として、①(事業所間の競争が激しくなったことも影響して)職場の要求水準が上がり、管理体制が厳しくなっている、②今の職場をやめて別の職場に移る選択肢に乏しい、また、③家に帰っても携帯電話などで仕事を余儀なくされ、一人でゆっくりくつろげるような広い住環境に恵まれないなどの事情があげられる。

III 治療

先に職場結合性うつ病の発病要因として、①心身疲労と②挫折体験を挙げた。きわめて図式的ながら治療の大きな流れを述べると、治療はこれら2つの要因に順々に焦点を当てる形で進められる。すなわち治療の第1段階は、第1の要因に焦点を当てて心身の休息のための臥床療法的アプローチが適応となる。第2段階は挫折体験を修復すべく、ささやかな自己実現の体験をレベルを上げながら積み重ねていくことであ

る。病期で言えば、あらかし治療の第1段階は職場結合性うつ病の極期ないし急性期に、第2段階は回復期にそれぞれ対応する。以下、精神療法的対応や職場との連携などを含め、それぞれについて述べよう。

1. 第1段階：休息、内閉相の保障

「襤褸（ボロボロ）弊履（ガタガタ）病」の提唱者Johnsonは治療に関し、年次休暇と海外旅行しかないと言っていた（Johnson, 1831）。要するに休息と気分転換を説いているわけだが、このことは職場結合性うつ病によく当てはまる。

またベルギーの精神科医、Guislain（1852）は、「すべてのメランコリーの患者はベッドに横にならなければならない。私は身体休息を処方する。ベッドは最初の病期において最大の治療手段である」という講義録の言葉から察せられるように、メランコリーの患者には、身体的休息（repos corporel）ならびに精神的休息（repos moral）が是非必要であることを説く。ちなみにこのGuislainの考え方を継承する形で、ドイツでは、Neisser（1893-4）により精神障害者は入院してゆっくり休養をとらせる臥床療法が有効であることが主張された。それゆえ臥床療法の何よりの適応病態は、元来（広義の）メランコリーであったと考えられる。Guislainのいうメランコリー概念はかなり広いが、職場結合性うつ病も古典的な意味でのメランコリーに入ることは間違いない。

いずれにせよ職場結合性うつ病の患者には、まずは、身体的休養と精神的休養を十分とらせる方針をとるべきである。われわれの視点からすれば、仕事から撤退し一人だけでゆっくりする内閉相を保障することが肝要となる。そのため、入院治療が適応となることが多い。

その際、仕事から離れ心身の休息を十分とってもらうため、少なくとも初期は、大部屋よりも個室がよい。個室のベッドで横になり、ぼやーとしていたり、時に午睡し、1日中ゆっくりしている生活をしばらく続けていき、徐々に回復していくことが多い。それは広義の臥床療法と言える。したがって、あらためて述べるまでもないが入院（治療）初期は、レクリエーシヨ

ン活動の導入は控えたほうがよい。最近心臓外科や神経内科をはじめとしてさまざまな臨床科で、なるべく早期からのリハビリテーションが推奨される機運にあるが、職場結合性うつ病については積極的なリハビリテーションへの導入は決して急いではないだろう。

同様に、職場の人との接触は当初避けるよう取り計らう必要がある。仕事に関係することには手を出さないよう指示する。できれば職場の上司や人事課の人、あるいは産業医に病状を伝え、理解を求めておくのもよい。家族の頻回の面会が患者にとり早期退院、早期職場復帰を陰に陽に促すメッセージになることがあるので注意を要する。もちろんその場合は、面会を制限する。

自殺企図のため救急部経由で精神科個室へ入院となった先ほどのA氏は、結果的に臥床療法を2週間ほどして次のように主治医に変化を語る。

「眠った気がする。仕事の夢は見るが、外から眺めている感じになった。昼間も眠く、眠った後は爽快感がある」。「（入院して会社から）逃げ出してしまった。仕事はどうなるのか、今後自分が会社の中でどうなっていくのか考えるが、それでも落ちつかなくなることはなくなった」。

この言葉から、A氏が精神科個室に入院して、良質の睡眠がとれるようになったこと、一日中寝がちな生活を通し、仕事から距離がとれ、本人固有の主体としての立場を保持できはじめたことが窺われる。

仕事、また生活の速さが著しく加速されている今日、筆者はあらためて精神医学の黎明期に強調された休息の効用、ひいては臥床療法の再評価を説いた。うつ病の治療として認知療法的アプローチがもてはやされる動向も手伝って、まだ急性期にある職場結合性うつ病の患者に対し、心理療法士や産業カウンセラーが認知療法的アプローチによる心理療法を熱心に行い、そのため病状の悪化をきたす症例が散見される。そうした事態に対し反省を促す上でも、内因性変化をきたした職場結合性うつ病の病態をしっかりと把握し、それに見合った対応をする必要性を述べた次第である。認知療法的アプロ

一チは急性期から脱した次に述べる回復期にこそ適応となるはずである。

最近、ストレス・ケア病棟を設置する精神科病院が少しずつ増え出している。この専門病棟は職場結合性のうつ病の入院治療にはうってつけの病棟と考えられ、身体と精神の休息が第1の鍵となることだろう。

重症の職場結合性うつ病では救急部との連携が必要なケースがある。この点について述べておきたい。精神科がない（あるいは精神科の認知度の低い）病院では、大量服薬などの自殺企図、あるいはパニック（様）発作のため救急部に一時入院（または受診）し、よくなるとそのまま退院（帰宅）になってしまい、精神科医による診立て、治療がなされないことが多いと思われる。われわれの大学病院では自殺企図例は原則として全例精神科へコンサルトしてもらって態勢をとっており、救急部からの依頼で診察しはじめて（職場結合性）うつ病と診断され、治療が開始される事例がかなりある。

自殺企図が精神科治療の橋渡しとなるのは（職場結合性）うつ病に限られることではないが、患者のみならず他科の医師への精神障害に関する啓発が重要であることを指摘しておかねばならない。

2. 第2段階：ソフトな裂開相でのささやかな自己実現の創出

ある程度心身疲労がとれてきたら、散歩や買い物に行ったり、あるいは本人の負担にならない範囲でレクリエーションに参加したりしてもらうようにする。われわれの病棟では、病院の周りを毎日、朝ないし夕方の散歩を繰り返し、だんだん距離を延ばしていき回復していく事例が多い。文字通り一歩一歩ゆっくり自分の体で地を踏みしめることで、自己身体の感覚と時間感覚が回復し、本来の生のリズムが戻ってくるようである。

またコラージュ療法（日下部・他、1999）や絵画療法などに参加して作品を作ったり、音楽療法（山下・加藤、2001）で歌を歌ったり集団療法（高田・他、2000）で意見を述べたりする活動が回復の貴重なステップになる事例もかなり

ある。

散歩をはじめとしたさまざまなレクリエーション活動はもっとも身近な自己実現の機会になると思われる。ささやかな自己実現は心身疲労からの一層の回復に貢献するはずである。

もっとも時に、入院して仕事の負荷から解放され、レクリエーションに参加し、庇護的な治療環境の中で生活しているうちに（後に触れる）抗うつ剤の作用とも相俟って、病像が抑うつ病状態から軽躁ないし躁状態へと重心移動することがある（加藤、1987）。こうした症例では集団レクリエーションへの参加が治療阻害的な仕方で行く可能性にも注意を払う必要がある。

3. 患者への病気の説明、語りと傾聴

治療をはじめるときに——これは入院を進める際にも、救急部からの転科の際にも必要となるわけだが——患者に、また同時に配偶者に、病気の説明をして理解を求める必要がある。多くの患者は、仕事が過重で、そのため体と精神が疲弊状態にあることを説明されると、なるほどそうだったのかと納得してくれる。ちなみに筆者は、職場結合性うつ病を仕事の負荷による「脳の心身症」と捉えるのがわかりやすいと考え、患者にこの説明をする。

あわせて、不眠や動悸、食欲低下など身体的変化に注意を促し、休養の必要があることを指摘するのは治療導入に有効である。うつ病を「心の病気」とする説明が一般に多いように思うが、これはわかりにくいし、不正確である。それはともかく、新聞やテレビによる啓発活動により、うつ病は、かつての忌避される精神病の刻印が「すっかり」と言ってよいほど取り払われて、パニック障害と並びかなり馴染みやすい精神障害となり、うつ病の診断はすぐに患者に受容されることが多くなった。

軽症例では、外来で治療可能で、患者に診断、病態、治療的対応の概要を説明してあげるだけで、不安がかなり軽減する症例がある。中等症の症例では、入院しないまでも少し仕事を休む必要がある。短い期間、たとえば2週間ほど会社を休むだけでかなりの回復を見せる患者が少

なくない。しかしながら、仕事があるからどうしても休めないと強く主張する患者がいる。

その場合、本人のやる気をまずは尊重する態度が必要で、本人の合意が得られなければ本人の判断にゆだねるのがよい。もちろん、希死念慮がはっきりしている場合はその限りではない。医師の意見を一方的に押し付けるやり方は、患者のプライドを傷つけ、これがあらたな挫折体験になってしまうことが危惧される。少し「待ち」の姿勢をとると、少し時間が経ってから患者は医師の意見に従います、と言ってくることもある。

また、中等症例で入院加療をする時には、当初からある程度の活動をしてもらうようにする。入院の前の日まで忙しく仕事をしている人に対して、行動制限の強い臥床療法的アプローチを行うと、かえって病状が悪くなる可能性がある。患者において運用可能になっている生命力動に見合った活動はさせ、それぞれの病態レベルで可能なささやかな自己実現を図る姿勢が肝要であることを強調したい。

患者の中には一部、どうしてもこんなに仕事をしなければならないのか、あるいは上司に非難されるのは納得がいかないなど職場や上司に対しやり場のない否定的な感情を鬱積させ、これが回復阻害的に働いていることがある。担当医が患者の不満な感情を汲んであげ、その言葉に耳を傾ける姿勢が望まれる。自分が力を傾けた仕事が報われなかった、評価されなかったという体験を、患者が医師を前に言葉にすることは治療的なことである。

2児を持つ主婦のEさん(40歳半ば)は、家計を支えるため家事と育児に加えて、午前と午後別々のパートに行くという過密スケジュールの仕事をやっているうちに、不眠(入眠困難、途中覚醒)と集中力低下、不安・焦燥感が出現したため自ら外来受診した。女性にとり家が職場であることを勘案すると、Eさんも一種の(軽症)職場結合性うつ病と言えるだろう。この患者は外来で対応し、仕事を一部減らし良好な経過をたどっている。

ある程度抑うつが回復してくると、面接で

「どうしてもこんなに仕事をしなければならないのか、家族の者は自分の苦勞をまったくわかってくれない」などと外来担当医に愚痴をこぼす。担当医にこれを聞いてもらうことはかなり効果的なようで、「外来に来る時間がとっても気分が安らぐ」と述べる。このように支持的な精神療法が陰に陽に、効を奏している症例は少なくないはずで、うつ病といえども患者の言葉の語りに耳を傾け、しかるべき言葉の処方が望まれる。患者は外来に来ること自体、職場から、女性では家庭から離れられ、貴重な気晴らし(distractive)の時間となっている場合がありうることも頭においておくべきであろう。

4. 職場との連携

職場復帰の段階になったら、職場の上司や人事課の人に病院に来てもらい、あらためて病状を説明し職場復帰について理解を求めることが望ましい。職場のほうでもどう対応したらよいのかわからず困っていることもあるので、是非担当医の助言が望まれる。冒頭で触れたように、労働安全衛生法の改正のおかげで、担当医は職場にメンタルヘルスを配慮した患者の対応について助言しやすくなっており、必要に応じ配置転換について提言するのが望ましい。こうした職場との連携は治療の重要な一環とみなされ、多忙のためケースワーカーに職場との連絡を任せることが多くなっているように思うが、まずは担当医が一度は直接職場の人と会うのがよい。

職場の上司との関係が復帰にあたり大きな影響を持つ事例は多いので、担当医は、職場調整の可能性を探ることも考えてよいだろう。この点で、次の事例は参考となることだろう。

もともと物静かで着実に仕事をこなすF氏(30代後半)は、やや調子の高めのいかにも元気でやり手の上司にかわって、本人が特に期待され、人前で何度も大声で怒られ、そのためすっかり自信をなくし抑うつ状態になり外来受診になった。この上司に来てもらい、医師の見地から中立的にありのままの病状と要因を伝えたところ、上司はそんなつもりはなく自分としては一生懸命上司として指導した、自分と合わないなら職場の配置転換を考えるとという考えが出された。まもなく配置転

換がなされたところ、患者はもとのように普通に仕事を元気にするようになった。

この症例は、厳密には本論で述べてきた仕事の負荷を状況因にした内因性うつ病の病態にまで至っておらず、むしろ職場での対人葛藤を誘引にした抑うつ神経症のレベルにとどまっている。会社全体が余裕をなくしており、上司自身精一杯で仕事をしている状態で、下の者に対する接し方が感情的な度を過ぎたものになり、これが部下にとり侵襲的となる事例が散見される。

職場結合性うつ病でも、このように職場の人間関係がうつ病の要因になっている症例がありうることも十分考慮しておくべきだろう。

5. 薬物療法

職場結合性うつ病の内因性病態が際立つ急性期は薬物療法がまず適応となるので、薬物療法について最後に一言述べておかねばならない。急性期は何よりもまず心身の休息を旨とする指針を述べたが、少なくともイミプラミンに代表される従来の三環系抗うつ剤の直接の作用は、精神の高揚作用ではなく、興奮を鎮め、脳を休息させる作用であることを確認しておかねばならない。

八木(2005)は、抗うつ剤は心身の活性化にあるというのは通説にすぎず、休養、安靜の方向にはたらくことに注意を促し、皮質下・辺縁系の糖代謝低下をもたらし知見を挙げる。この知見は、抗うつ剤が患者に身体と精神に休息の効果をもたらすことの傍証となるのではないか。実際、三環系抗うつ剤で「気持ち落ち着いてきた、ゆっくり休める」、しかし「眠気がでる」などと述べる患者がかなりいる。

最近、副作用が少ないという触れ込みでSSRIが第一選択薬の抗うつ剤として登場している。脳の休息効果という点ではSSRIは従来の三環系抗うつ剤より劣るように思う。むしろSSRIは「何かしていないと落ち着かなくさせるところがあります」というある患者の言葉がひとつの傍証となるが、脳の休息もさることながらある行動を促す一種の賦活作用をもつ。したがって、少なくとも重症の職場結合性うつ病では、イミプラミン、アモキサンをはじめとし

た従来の三環系抗うつ剤が第一選択薬として望ましいと筆者は考える。

注意しなくてはならないのは、職場結合性うつ病の患者にはもともと生命力動水準が高い活動的な人が多いため、微細にみると双極性病態が潜在的に認められる例がかなりある。こうした症例に対しては、気分安定薬を抗うつ剤と一緒に投与することを考えてよいだろう。もちろん、明らかな躁病エピソードの既往のある症例に対しては、気分安定薬を併用するか、これを第一選択薬にすることを検討すべきだろう。

文 献

- 阿部隆明・加藤敏(1999) 双極Ⅱ型の躁転に関する考察——開放病棟入院が躁転を導く可能性について——。臨床精神病理, 20;195-209.
- Beard MG (1869) Neurasthenia, or nervous exhaustion. Boston Medical and Surgical journal, 3;217-221.
- Guislain J (1852) Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales. III. L. Hebbelynck, Gand;13-25.
- Johnson J (1831) Change of Air or the Pursuit of Health. S Highley, T & G. pp.3-4, Underwood.
- 加藤敏(1987) 躁うつ病の人間学。(笠原嘉・他編) 感情障害——基礎と臨床——。pp.163-173, 朝倉書店。
- 加藤敏(2002) 現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加。精神科, 1;344-349.
- 加藤敏(2004a) 現代日本におけるパニック障害とうつ病——今日的な神経衰弱——。精神科治療学, 19;955-961.
- 加藤敏(2004b) グローバリゼーション下の「パニック障害」の出現——神経衰弱からパニック障害へ——。精神科治療学, 19;933-940.
- 加藤敏(2005) 現代日本におけるうつ病の自殺とその予防。精神誌, 107;1069-1077.
- Kraepelin E (1913-5) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Achte vollständig umgearbeitete Auflage. Bd III. Leipzig: Barth: Verlag von Jahann ambrosius, 1183-319.
- Kraepelin E (1915) Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 8 Aufl. IV. Band. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. (遠藤みどり訳(1987) 心因性疾患とヒステリー。みすず書房)

- 日下部康弘・加藤敏・大澤卓郎, 他 (1999) うつ病患者のコラージュ表現——回復期における表現の変化とその治療的意義——。(森谷之・杉浦京子編) 現代のエスプリ 386 コラージュ療法, pp.132-142.
- Neisser CI (1893-4) Noch einmal die Bettbehandlung der Irren. Zeitschrift f. Psychiatrie, pp.447-469.
- 高田早苗・岡島美朗・加藤敏, 他 (2000) 病棟ミーティングにおける未熟型うつ病患者の攻撃性の表出とその対応. 集団精神療法, 16; 62-66.
- 高野英介・岡島美朗・加藤敏 (2005) うつ病と誓壇の位置付けを踏まえて. 第25回日本精神科診断学会抄録集, p.127.
- Tellenbach H (1961) Melancolie Springer-Verlag, Berlin, Cottingen, Heidelberg. (木村敏 (1978) メランコリー. pp.238-312, みすず書房)
- Tuke DH (ed.) (1892) A Dictionary of Psychological Medicine. Vol. II. J&A Churchill, pp.787-98.
- World Health Organization (2003) The ICD Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (融道男・中根允文・小見山実監訳 (2005) ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院)
- 八木剛平 (2005) 現代精神医学定説批判 ネオヒボクラティズムの眺望. pp.71-97, 金原出版.
- 山下晃弘・加藤敏 (2001) 音楽療法. (今西二郎・小島操子編) 代替療法ガイドブック. pp.19-207, 医学書院.

て ら べ い ぬ

生命現象

(放送大学大学院) 滝口俊子

今回の特集が「うつ病態の精神療法」とのことなので、うつから連想する私自身のことを記そうと思う(「自分のことは秘めておきたい」とも思うけれど、女性を理解していただくために)。

私は「死んでしまいたい」と思う時期を、繰り返し経験した。

そして、ふと、死を望むのは毎月のメンスの始まる時であることに気づいた。それは、若い私にとって、大発見であった。

それ以来、臨床心理士としての私は、女性のクライアントが「死にたい」と訴えると、まずメンスを思い浮かべる。耳を傾けているうちに、やがてクライアントは落ち着き、次の面接の約束となる。

また、ある統合失調症のクライアントは、メンスの苦痛を訴える時には、妄想を語る時のかん高い声とは違う、落ち着いた口調になることに気づいた。

*

メンスは、大量の血液を排出する。

少女の頃に「病気ではない」と教えられ、失う悲しみは抑圧されて育つ。自然なこととして平常心で過ごせる女性もいるが、苦痛を体験し、気持ちの沈む女性も多い。ささいなことに動揺しやすいのも、メンスの時である。犯罪に走る人さえもいる。

このような女性のメンスの体験は、異性に共感しにくいのではなかろうか。女性が男性の性を理解することの難しいように。

といて、サイコセラピー関係が同性同士の組み合わせの方が望ましい、とは決して思わない。一人ひとり異なるクライアントに関心に向け続けられるのは、知り尽くせない部分が存在するからである。

サイコセラピーにおける関係性と身体性への注目、生命現象の解明に寄与する新しい科学である、と考えている昨今である。

4 加藤敏氏論文「Tellenbach 型うつ病からBeard 型うつ病へ」

Bulletin of Depression and Anxiety Disorders

Bulletin of D&A

編集委員長

上島 国利

国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

Volume 5, Number 1, 2007

通巻16号

株式会社シーエー

現在のうつ病・旧来のうつ病

Tellenbach 型うつ病から Beard 型うつ病へ

加藤 敏

自治医科大学 精神医学教室

1. 二重螺旋から三重螺旋への パラダイムシフト

ここ最近矢継ぎ早に出されているヒトゲノムの研究成果には、精神障害の病因、病態を考える上で大変興味深いものがある。ヒトゲノムの解析がひとまず終了した2004年の段階で、DNA塩基の欠失や逆位、コピーの多型などからなる構造的変異が健康人に予想以上の頻度(3.5%)¹⁾で認められることがわかり、その後この知見を敷衍するさまざまな報告がなされている。たとえば、ヨーロッパ人の20%で遺伝子17q21.31に逆位が認められたとする報告がある²⁾。この遺伝子変異をもった女性はより多くの子どもをもつことが明らかにされたことから、この遺伝子の構造的変異は人間の進化に関係すると論じられている。当初、ヒトゲノム研究はヒトゲノムの「標準版」、ひいては「正常版」の作成を目指したわけだが、そうした知見は、少なくとも緻密なヒトゲノムの標準版、正常版はないという考え方を示唆する。

もうひとつの興味深い知見は、双子児のエピジェノム(遺伝子調節部位)に関するものである³⁾。それによると、二人の年齢が上がるほど、また生活環境に違いが出るほど、エピジェノムの違いが増えているという。

そうした分子生物学の最近の知見は、精神障害の病因、病態究明において、(DNA)二重螺旋のパラダイムから、自然および社会環境因子をもうひとつの螺旋に加えた三重螺旋のパラダイムを採用することを促す。こうして、時代の動きのなかで人間の病気が表現型において多様性をもち、また新種の病気が出現する

事情について分子生物学の見地からもある程度納得のいく理解が得られるように思う。

2. グローバリゼーションの時代における 不安障害とうつ病相互の歩み寄り

社会精神医学の観点から眺めると、19世紀よりイギリスで本格的に始まる産業革命と、21世紀の数層をまたぐころから明瞭な姿をとりだしたIT革命、ならびにグローバリゼーションが、精神障害において新たな病態を析出させる重要な社会・文化要因となっていることは間違いないだろう。

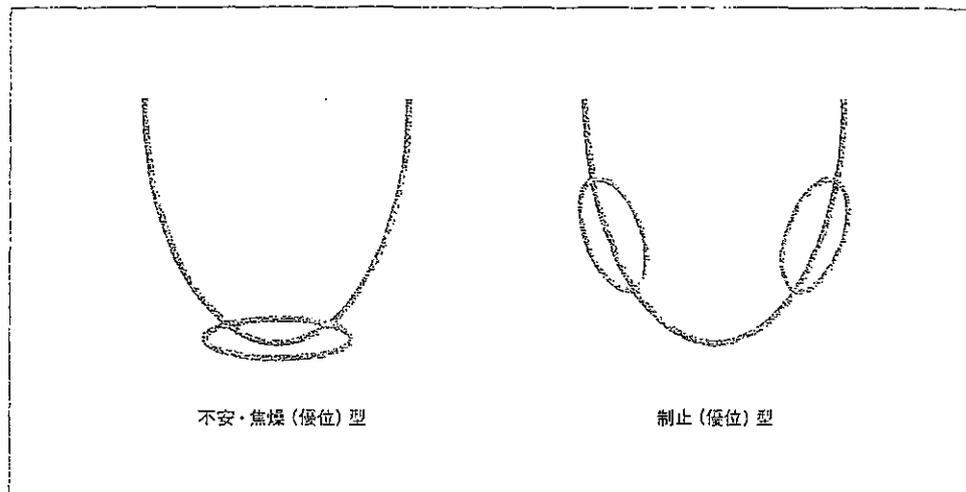
ここ最近、わが国で増加している労災の適用となるような職場の仕事の負荷によって生じる職場結合性うつ病⁴⁾などは、第二の産業革命といえるIT革命によって進行する高度資本主義を背景に大量出現をみていることは間違いないだろう。

筆者が最近何度か指摘しているように、職場結合性うつ病では、病像として不安・焦燥感が前景にでるものが多いため、うつ病の診断がつきにくく、過換気発作を含むパニック(様)発作を起こして、総合病院を受診することがしばしばである^{5,6)}。時には、不安・焦燥の頂点で自殺企図がなされてしまう。

従来、成人のうつ病というと、制止(優位)型うつ病がモデルとされ、自殺(企図)の好発期として、うつ病の病態の極期に入る前の時期と回復期があげられていたわけだが、最近の勤労者の不安・焦燥(優位)型うつ病にあっては自殺の好発期は病態の極期にこそあるとみるべきである(図1)⁶⁾。

この種のうつ病は、とりわけ初診時など、DSMによって操作診断をすると大うつ病性障害の基準を満た

図1 不安・焦燥（優位）型うつ病と制止（優位）型うつ病における自殺（企図）の好発期⁶⁾



自殺（企図）の好発期：○

さないと判断され、不安障害、ないしパニック障害と診断されることが少なくない。なぜなら、DSMの診断基準では制止関連症状に重きが置かれ、焦燥感を含む不安関連症状には全くといってよいほど言及がないからである。あるいは大うつ病の診断に加えて、不安障害と診断される。

どうも、グローバリゼーションの時代に入り、うつ病と不安障害は互いに歩み寄りを見せている観がある。実際、アメリカの患者でDSMによる操作診断をすると、パニック障害をもつ患者の、実に50～60%が大うつ病の診断基準を満たし、また両方の障害をもつ症例についてそれぞれの障害の出現時期をみると、約1/3で大うつ病性障害に引き続いてパニック障害が出現し、残りの2/3では大うつ病性障害とパニック障害が併存するという⁷⁾。

こうした結果が出される一因として、DSMの診断基準の作成に際しての特殊事情も考慮しなければならぬだろう。すなわち、DSMでは不安症状を呈する病態は不安性障害へ、そして制止関連症状を呈するのはうつ病性障害へ分類するという具合に、表出症状による単純な区分けがなされており、そのためDSMのうつ病と不安障害のカテゴリーは実際の臨床の現実にはそぐわない部分がある。

このような技術的問題を別にしても、現代社会において不安障害とうつ病が相互に歩み寄りを見せる形で病像の変遷をみせている印象がある。選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake

inhibitor, SSRI）の目を見張る世界的な普及には、時代病理のミニ版ともいえる、こうした臨床の動きを鋭敏に反映している側面があることは間違いないだろう。

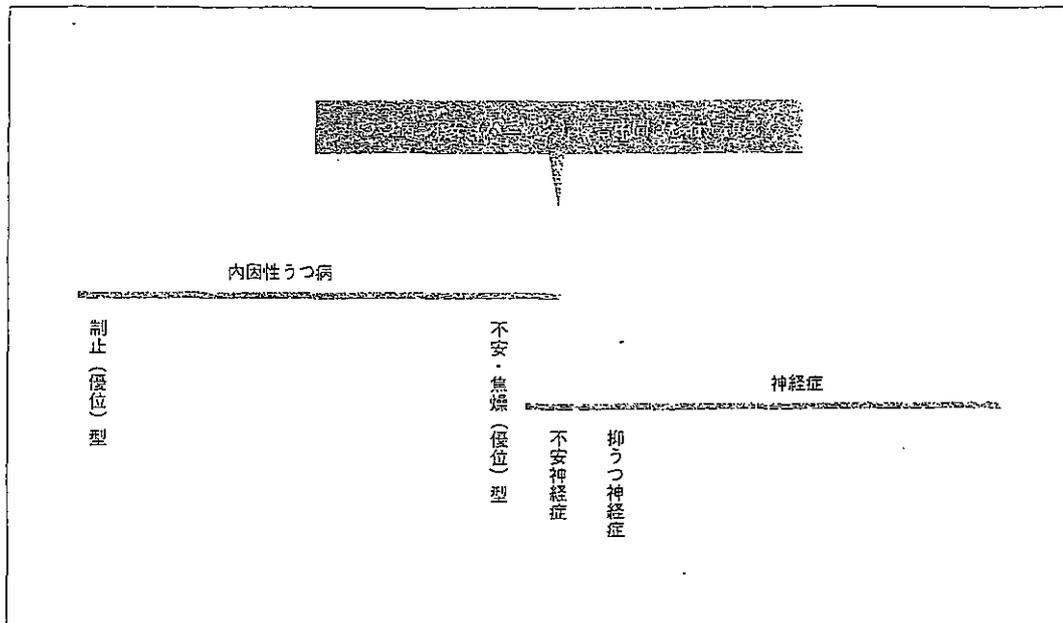
3. 混合性不安抑うつ障害

Zinbargら⁸⁾は、プライマリーケアの現場では、不安症状とうつ病性症状をともに併せもつ事例が多いことを強調し、ICDでは診断カテゴリーにあげられている混合性不安抑うつ障害（mixed anxiety depressive disorder）をDSM-Vでも正式採用する必要性を述べているが、この提案は時宜にかなったものといえる。

ただし、今日改めて、（少なくとも理念的には）抑うつ神経症、ないし不安神経症と内因性うつ病の区別は有用であるとする筆者としては、混合性不安抑うつ障害というとき、これら二つの病態レベルについて、つまり神経症と内因性うつ病のそれぞれについて混合性不安抑うつ障害が問題にされる必要があると考える。

うつ病と不安障害の歩み寄り、不安障害とうつ病の病態が重なり、場合により移行するうつ病-不安（パニック）障害中間（移行）領域を想定するよう促す（図2）。筆者としては、混合性不安抑うつ障害のカテゴリーはこの中間領域を指し示したカテゴリーであるとポジティブに評価したい。抑うつ神経症が内因性病像を帯びて、こちらが優勢になり内因性うつ病に一時的に移行するなどといった現象も、うつ病-不安（パニック障害）障害中間（移行）領域を舞台にして生じて

図2 うつ病と不安障害の歩み寄り



いると理解できるだろう。

4. 発病の背景にある職場の「メランコリー親和型化」

今日、職場結合性うつ病に陥る人の人格特性について述べると、確かに一部にはきわめて几帳面、完全主義で、強い他者配慮性が際立つ、かつてドイツの精神病理学者 Tellenbach が提唱したメランコリー親和型の典型例が認められることもあるが、多くはむしろ社会人としてのまっとうな勤勉さと社交性を備えた平均的な人格の持ち主である。なお、病相時の面談での患者の言葉からメランコリー親和型と判断される際、前うつ病状態が始まり、二次的に強迫性が前面に出てきて偽性のメランコリー親和型の振る舞いをする事例があることにも注意しなければならない。

発病の主たる要因は、会社、職場自体の「メランコリー親和型化」であるというのが筆者の最近の論点である²⁾。つまり、今日、職場は勤労者に対し間違いを許さない厳密性と完全主義を徹底し、消費者、あるいは利用者（お客さん、患者さん）などに対し不都合やミスがないよう細やかな配慮を行き届かせる他者配慮性を前面に打ち出す。そのため、勤労者は仕事課題において高い水準を要求される。それはある意味で職場の「過剰な正常規範」であり、医療に端的に示される

ように、確かにそれ自体はたいへん正しく、善い行為規範を示し、正面から異を唱えることはなかなか難しいものの、普通の人が従うには心身の限界を超える危険を内蔵する。

いうまでもなく、職場の「メランコリー親和型化」の背景には、生産性と（国際）競争力をできる限り上げようという企業の論理、および職場のミスや虚偽があれば最終的には訴訟にでも訴える構えをみせる消費者、ひいてはマスコミから注がれる厳しい視線の増加が控えている。

5. 第二の神経衰弱（神経疲弊）としての職場結合性うつ病

筆者が精神科研修を行った1970年代は、ちょうど Tellenbach の発病状況論が盛んに導入され、この図式にぴったり合致するうつ病の事例が確かに多かった。ちょうど日本の会社が、家族的なまとまりをもちながら高度成長を続けている時代にあたる。

そこでは、うつ病のなによりの病因は、患者の側のメランコリー親和型性格であり、彼らは際立った几帳面さ、完全主義、他者配慮により、自分に課された仕事を自分の強い信念に裏打ちされて、けっして手抜きをすることなく、全力を尽くしてやり遂げることを目指した。

つまり、前うつ病者は毎日の生活をうつ病が発生するのを促す方向で状況構成 (situieren) する。それゆえ、うつ病の病因には、患者自身が自分で招いてしまって、出口のない袋小路に入りこむという自家撞着の側面が強い。そのため、この種のうつ病の患者に対して、「ほとほとにする」「いい加減がいい」などといった言葉の処方箋が適応となったのであった。

ところが、現代の職場結合性うつ病患者に対しては、この種の言葉は見当はずれであることが多い。グローバル化の時代に入り、会社、職場が勤労者に先んじてメランコリー親和型規範を採用・徹底させているからであり、彼（彼女）らが「ほとほと」「いい加減」に仕事をやるものなら直ちに解雇や降格という厳しい現実と直面しかねない。

職場結合性うつ病の場合、発病過程の端緒において職場の側の「メランコリー親和型規範」が大きな要因を果たすのであり、そのため高い密度の仕事時間が延長して、心身の疲弊が蓄積し、その頂点でうつ病が発症する。

その意味で、この種のうつ病は、19世紀中葉、イギリスに引き続くアメリカの産業革命下で出現した新種の病態として Beard によって記述された神経衰弱（神経疲弊）の延長線上にあるとみることができる。Beard のいう神経衰弱は、今日なら ICD でいう、先に指摘した混合性不安抑うつ障害と診断される病態におおよそ対応するように思われる。

それゆえ、社会要因、症状などの面からして、現代の職場結合性うつ病は第二の神経衰弱（神経疲弊）と位置づけることが可能である¹⁰⁾。

6. 精神病理学的内実を視野に入れた生物学的研究への期待

Tellenbach の発病状況論があてはまるうつ病を「Tellenbach 型うつ病」と呼ぶなら、職場結合性うつ病はさしずめ「Beard 型うつ病」と呼べるだろう。もちろん、この対比はあくまで理念型なものであるが、わが国の職場関連性うつ病は、一定の勤勉さと社交性を備えた堅固な人格の持ち主の勤労者におけるうつ病に限っても、ここ30年余りの時代のあいだに、Tellenbach 型うつ病から Beard 型うつ病への重心移動をしているのではないだろうか。

そして、Beard 型うつ病へのシフトにより、わが国のうつ病はアメリカ、イギリスにおける勤労者のうつ病に接近をみせた。概して、グローバル化の時代において、職場関連のうつ病は Beard 型うつ病に収斂する方向でグローバル化し、各国のあいだでの病態の違いが減少してきているように思われる。

付け加えれば、Tellenbach 型うつ病では罪責、自責の主題がよく観察されたのだが、現代の職場における Beard 型うつ病ではこの種の症状は少なくなり、代わりに職場や上司に対する攻撃的感情、あるいは批判的態度、ひいては労災申請をするといった行動がみられているのである。

これら二つのうつ病の精神病理学的内実はいくぶん異なるわけで、こうした差異に目を行き届かせながら、三重螺旋のパラダイムに根ざした生物学的研究が今後期待されるところである。

参考文献

- 1) Check E. Human genome: Patchwork people. *Nature* 2005; 437: 1084-6.
- 2) Stefansson H, Helgason A, Thorgeirsson G, et al. A common inversion under selection in Europeans. *Nature Genet* 2005; 37: 129-37.
- 3) Fraga MF, Ballestar E, Paz MF, et al. Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005; 102: 10604-9.
- 4) 加藤 敏. 現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加. *精神科* 2002; 1: 344-9.
- 5) 加藤 敏. 職場結合性うつ病の病態と治療. *精神療法* 2005; 32: 284-92.
- 6) 加藤 敏. 現代日本におけるうつ病の自認とその予防. *精神神経学雑誌* 2005; 107: 1069-77.
- 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of*

- 8) Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, et al. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. In Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, eds. *DSM-IV Sourcebook Volume 4*. Washington DC: APA; 1998.
- 9) 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* 2007; 22: 121-31.
- 10) 加藤 敏. 現代日本におけるパニック障害とうつ病—今日的な神経衰弱. *精神科治療学* 2004; 19: 955-61.

現代日本におけるパニック障害とうつ病

—今日的な神経衰弱—

加藤 敏*

抄録：現代日本におけるパニック障害は、抑うつ症状を合併するものが多く、Beardが強調したような神経疲弊による易刺激的な心身失調をきたした末に、パニック発作を引き起こすと考えられる。また、今日のうつ病も（拡張された）Beardの神経衰弱概念に包摂させた方が理解しやすい。実際、多忙な仕事、睡眠時間の短縮などによる心身失調の結果、うつ病を発症しているとみなされる症例が増えている。これに関連して、不安・焦燥を前景に持つ不安・焦燥型うつ病が増えている。こうした不安・焦燥型うつ病にこそ、パニック発作が好発する。その場合、心身症的な要素をあわせ持ち、死に対する強い恐れを抱かせるパニック発作は、生へのベクトルを持ち、希死念慮や自殺企図を回避する効果を持つと考えられる。一般にパニック発作は、人が共同社会へと開かれ参与していく態勢をとる、裂界相において生じる。

精神科治療学 19(8); 955-961, 2004

Key words : panic disorder, depression, neurasthenia, agitation, anxiety, mixed anxiety and depressive disorder

はじめに

アメリカ主導のグローバリゼーションの波の中、激しい競争でしのぎを削る職場で働く日本の勤労者は、きわめて厳しいプレッシャーのもとで仕事を強いられている。このことは成人の自殺増加、また過重労働による精神障害、ないし自殺と認定される労災事例がここところ年々増えているという事実を端的にみてとれる。筆者はこうしたグローバリゼーション下の現代日本におい

て、不安・焦燥を前景にもつ成人のうつ病が増加しているように強く感じる。この不安・焦燥型うつ病¹⁾は初期に、あるいは病態が進んだ段階でパニック発作を呈することも少なくない。また、仕事のプレッシャーに関連して発病するパニック障害も増えているように思う。

そうした症例の診断に際しては、パニックないし不安の要素と抑うつの要素をあわせ持つため、パニック障害（ないし不安障害）とするのか、うつ病と診断するのか迷うことが多い。また、初期段階ではパニック障害としか診断されない症例が、しばらくして明らかなうつ病の病像を呈してくることもある。

ちなみにDSM-IVの診断マニュアル¹⁾によると、アメリカではパニック障害をもつ人の50~60%が大うつ病性障害の診断基準を満たすという。また、両方の障害をもつ症例について、それぞれの

Panic disorder and depression in contemporary Japan
—current neurasthenia—

*自治医科大学精神医学教室

〔〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1〕
Satoshi Kato, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry,
Jichi Medical School, 3311-1, Yakushiji, Minamikawa-
chi-machi, Tochigi, 329-0498 Japan.

障害の出現時期をみると、約3分の1で大うつ病性障害に引き続いてパニック障害が出現し、残りの3分の2では大うつ病性障害がパニック障害と同時に、またパニック障害の後に出現するという。操作的診断を厳密に行うなら、日本の患者についても類似のことがあてはまるだろう。

こうした症例は、広義の混合性不安・抑うつ障害 (mixed anxiety and depressive disorder) とみることでもでき、症候学的にも、病態、病因においても Beard⁹⁾の神経衰弱 (neurasthenia)、あるいは神経疲弊 (nervous exhaustion) の考え方から理解しやすいように思う。そこで本稿では、現代社会結合性の神経衰弱という視点から、今日のパニック障害とうつ病について論じたい。

I. 神経衰弱性の現代の パニック障害

現代のパニック障害では、その発病状況、ないし促進因子として、特定の一つのストレス、出来事よりも、むしろ一定の期間にいくつかの出来事が重なっている症例が多いように思う。例えば、仕事が忙しく、しかも、充実感が得られず、残業のため睡眠時間の短縮を余儀なくされ、土日もしっかり休む時間がとれず、疲労が重なるなどである。妻も子育て、あるいはパートなどでイライラし、夫婦関係がうまくいかないといった家庭内の問題が重なることもある。そして、最終的には Beard が強調したような神経疲弊による易刺激的な心身失調をきたした末に、パニック発作を引き起こすと考えられる。

もしも人間の生活の場を仕事の領域と愛の領域に大別するなら、現代日本のパニック障害は、少なくとも外見上は仕事の領域で生じるものが多いように思う。通勤途上の著しい過密の電車の中や、職場での頻回の会議の中に生じるパニック発作はそのよい例である。いずれにせよ、今日的なパニック障害は、過度の心身疲労を基礎に生じているものが多く、Beard の意味での神経衰弱モデルによく合致するタイプが増えている印象がある。

確かに他面で、親の死に引き続いて、あるいは

恋人との離別に引き続いてパニック障害を引き起こす症例もある。こうした症例には、対象喪失、分離不安から不安神経症を理解しようとする精神分析モデルがよくあてはまる。

しかし、大局的には、今日のパニック障害は誘発因子が心身両面にわたり多数化しており、そのため特別の出来事を反復するといった一定の意味方向を重視する精神分析モデルよりは、ストレスモデルが当てはまりやすい性状を持っている点に特徴があるといえる。

もっとも Freud¹⁰⁾が不安発作の要因に関し最初に強調したのは、満足な性行為がなされないことによる「身体的な興奮の蓄積」であった。つまり、Freud は不安発作を愛の領域の問題から考えようとした。この性的な欲求不満による不安発作という精神分析の考え方に関しては、夫婦ともに多忙をきわめる現代人にもあてはまる可能性があり、再考に値することを付け加えておかなければならない。

それはともかく、最終的には神経疲弊により生ずるパニック障害を、神経衰弱性のパニック障害と呼ぶことができるだろう。もしも、患者や家族から十分病歴を聞くことができるなら、パニック発作が生じる前に、神経過敏や身体的不定愁訴、不眠、さらには集中力低下、食欲低下などの症状が認められることは十分予想されるところである。つまり、今日的なパニック障害は、広義の不安・抑うつ性障害を基礎にして、その先鋭化した急性症状としてパニック発作を起こすとみることができる。

それゆえ、パニック障害に、それぞれの出現の順序はともかく、(広義の)うつ病性障害が合併することはなんら不思議ではない。勿論、伝統的な意味での神経症レベルの病態が基本にあるなら、パニック発作の出現後に、自信喪失や予期不安のため、不安障害、あるいは広義のうつ病性障害が強くなるのが普通である。さらに、何らかの負荷の状況が加わって、内因性うつ病の特徴を持つ病態が出現してくることもありうる。

歴史的には、Klein^{11,12)}がパニック発作を反復する症例に抗うつ薬 (imipramine ないし MAO 阻害薬) が効果的であることを明らかにしてから、

それまで不安神経症と診断されていた症例の不安発作には、身体的な基礎があるという考え方が強くなった。こうして心因性疾患と内因性疾患の境界が不鮮明になり、純粋な心因性疾患の存在に疑問符がつけられた。例えば Klein¹²⁾は imipramine が効く広場恐怖を仮面うつ病とみる姿勢を示した。また、抗うつ薬が効く不安性障害は非定型うつ病 (atypical depression) と呼ばれることもあった¹³⁾。さらに Sheehan ら¹⁴⁾は、抗うつ薬に反応する不安性障害の不安を内因性不安 (endogenous anxiety) と呼んだ。このように、不安性障害に対する抗うつ薬の治療反応性は、不安性障害をうつ病の病態に引き寄せ、うつ病スペクトラムに不安性障害を位置づける考え方を導いた。

今日、パニック障害をはじめとした不安障害の第一選択薬として、SSRI が使用されることが多くなり、かなりの効果をもたらしている。このような SSRI の華々しい登場は、このうつ病スペクトラムの考え方を一層支持する臨床経験をつくり出しているように思う。SSRI がパニック (不安) 障害によく使用される大きな理由は、抑うつ症状をあわせ持っている症例が多いことも挙げられるのではないだろうか。

厳密に言えば、こうした臨床薬理の知見から、不安性障害をうつ病の生物学的病態に近づけて理解するのは、あくまで一つの解釈にとどまる。もう一方で、不安性障害とうつ病がある局面で共通な病態を分かち持ち、一定の段差を持ちながら段階的な連続性を形づくっていると解釈することもできる。例えば、比較的最近の PET による研究は、パニック発作時に大脳の島皮質 (insular cortex) 前部に異常な活動の増強がみられるという知見を出している^{15,16)}。また、島皮質が心臓や呼吸制御をはじめとした自律神経を統合する中枢性自律神経ネットワーク (central autonomic network) に関与していることを示す研究もある¹⁷⁾。こうしたことから、島皮質がパニック障害の出現に一つの重要な役割を果たしていることが考えられている¹⁸⁾。また、うつ病患者の島皮質前部においてセロトニン受容体の減少が認められるとする報告がなされている¹⁹⁾。以上の知見は、パニック障害とうつ病が共通の病態を分かち合うことを示

唆する一つの例といえよう¹⁴⁾。

それはさておき、筆者としては、現代において、症状、病態、病因面でうつ病と一定の連続性をもつパニック・不安障害が増えていることに注目したい。この知見は、神経衰弱概念の再評価を促すと考えられる。

II. 神経衰弱性の現代のうつ病

前節で、現代のパニック障害を Beard の神経衰弱概念に包摂させて理解する方向性を示した。筆者には、同じことが現代の成人のうつ病にもあてはまるように思う。すでにわかるように、先ほど例示した、多忙な仕事と、仕事での不全感、家庭でのくつろぎが得られず、十分な睡眠をとる余裕がないなどのパニック障害の発病状況はそのままだ、現代社会のうつ病にもあてはまる。この場合も、発病状況は心身両面にわたる多数の因子によって形づくられ、神経の疲弊から集中力低下、食欲低下、(いざ眠ろうとしても眠れない) 入眠障害、中途覚醒などが出現する。

これまでうつ病の発病モデルとして、Freud²⁰⁾ による対象喪失、また Tellenbach²¹⁾ による与えられた課題に追いつけないことによる絶望 (Verzweiflung)、罪責などが挙げられたが、パニック障害と同様、現代のうつ病は患者の特定の心理的要因に大きな比重があるというより、様々な要因が重なって神経疲弊が起これ、うつ病が生じると理解した方がわかりやすいように思われる。1960年代を頂点とする日本の高度成長期には、確かに、仕事の課題に答えられないことによる自己の価値秩序の喪失を発病状況にしてうつ病を発症する事例が多かったように思う。ところが、現代の職場結合性のうつ病では、こうした Tellenbach が説いた発病状況論が明確に当てはまる定型例が少なくなっている。

病前性格についてみても、現代のうつ病患者では、Tellenbach²¹⁾ が説いた他者配慮的で几帳面、完全主義の特徴からなるメラニコリー親和型や、下田²²⁾ の執着性格が認められるわけでは必ずしもなく、社会人としての最低限の誠実さと勤勉さを備えた比較的普通の人が、残業をしないとて

終わらないようなハードな仕事を余儀なくされ、心身ともに疲労し、その挙句にうつ病になるという事例が増えている。そのなかには、夫がリストラに遭い、家計を支えるため、家事に加えてパートを掛け持ちしているうちにうつ病を発症する中年主婦も散見される。

彼(彼女)らは、他の会社に移ろうと思ってもそのような別の職場は見つからず、かといって仕事をしなければ生活ができず、文字通り路頭に迷うという強い危機感のもとに、我慢してなんとか過重な仕事をこなそうとしている。こうした事例の理解に、TellenbachやFreudの発病状況モデルよりも、Beardの神経衰弱モデルがよく当てはまるのは、みやすいところである。要するに、今日的なうつ病も、パニック障害と同様、過度の心身疲労を基礎に生じているものが多い。

この種の神経衰弱性うつ病とも呼べそうな現代のうつ病にこそ、パニック発作がよく観察される。時に、狭心症発作や心筋梗塞が自分に起こったと感ぜられるほどの、激しい胸の痛みや動悸からなるパニック発作や、過換気のパニック発作が初発症状であることも少なくない。こうした場合、初期にパニック障害が生じ、引き続き、病態が深まり内因性うつ病が生じたという理解をせざるを得ない症例が一部あるのも事実である。この知見は、パニック障害と内因性うつ病が段差を持ちながら連続しているという考え方を支持する。

もしもBeardの意味での神経衰弱から派生する形で、現代のパニック・不安障害とうつ病性障害が生じているとみるなら、両方の共通性と一定の連続性は明らかだろう。

実はこの種の見方はすでにWestphal²⁴⁾による神経衰弱についての総論のなかで述べられている。それによれば、一部の神経衰弱では、不安発作を伴う抑うつ気分が長期間、前景に出る。またWestphalは、悲哀感をきたす気分失調(traurige Verstimmung)が大部分の症例で最初からみられ、一部の症例では後に生じるとも述べている。このように、Westphalは不安性障害と抑うつ性障害が密接に結ばれているという認識を、神経衰弱の概念を導入するなかで強く持ったと思われる。

Ⅲ. 不安・焦燥型うつ病に 好発するパニック発作

うつ病の症状は、大きく制止の要素と不安・焦燥の要素に区別され、いわゆる内因性うつ病では、これら二つの要素が混合した形で病像がつけられてる。筆者¹⁴⁾がすでに指摘したように、現代の成人にみられるうつ病では、制止症状が優位な制止型に比べ、不安・焦燥が際立ち、病像の前景に出る不安・焦燥型が増えている。

こうした不安・焦燥型うつ病にこそ、パニック発作がよく出現するといえる。かつてSchneider²⁵⁾は、うつ病では自己価値、および健康、財産に関わる自分の三つの原不安(Urangst)があらわになり、それぞれ罪責妄想、心気妄想、貧困妄想が結実すると論じた。どうも今日の成人の職場結合性の不安・焦燥型うつ病では、このような妄想形成があまり観察されないように思われる。Schneiderのいう言語的によく分解された原不安の代わりに、むしろ心身症的な要素を強く持った、対象なき漠とした不安が顕著であるといえる。

歴史的には、うつ病で不安・焦燥が目立つのは更年期や老年期に多いとされてきた。例えば、Specht²⁶⁾は「躁うつ病における不安情動について」と題した論稿で、躁うつ病を不安メランコリー(Angstmelancholie)と呼び、このタイプは、高齢の人に多いと指摘しつつ、更年期に特徴的なメランコリーの型であると述べる。もっとも、この当時言われた不安メランコリーでは、不安を基礎にして心気妄想や罪責妄想、貧困妄想、ひいてはコタール症候群などの妄想形成がなされる傾向がある。それゆえ、現代においては、不安メランコリーが形を変えて、筆者のいう妄想形成の乏しい不安・焦燥型うつ病として働き盛りの成人に増え、発症が低年齢化しているといえる。その場合、うつ病の質自体も不安メランコリーとは違って、神経衰弱の特徴を強く帯びているということをつけ加えておかねばならない。

Spechtのこの論文では、不安発作についての言及はない。しかし、更年期や老年期のうつ病でも、不安(パニック)(様)発作が出現すること

は容易に予想される。現代の日本でもこの現象は散見される場所である。うつ病患者における不安（パニック）発作の最初のまとまった記述は、1841年ドイツの学者 Flemming⁹⁾によりなされていることを記しておかなければならない。広茂の神経性障害における不安（パニック）発作の記述よりも、うつ病の場合の方が早いのである。Flemming は、心臓部の痛みや不穏な動きの脈の感じを伴う不安感情を前胸部不安（Präcordialangst）と名づけ、メランコリー患者に出現するとした。

成人の不安・焦燥型うつ病患者は、仕事に対し前向きな積極的な態度を保持していることが多く、病態が進んでもかなりの時期まで仕事に曲がりなりに参画する¹⁰⁾。このタイプの患者は、いかにも動作が遅く、表情が暗い制止（優位）型とは異なり、自分でも病気であるという自覚に乏しく、周囲からも異常に気づかれにくい。そのため、この患者がパニック発作を呈した時も——よく問診をすれば集中力低下や不安・焦燥などの存在が明らかになり、しかるべき診断が下されるかもしれないのだが——うつ病の診断が見逃され、パニック障害と診断されることが多いのではないだろうか。しかしながら、先に指摘したように、初期段階ではパニック発作以外にこれといった気分変調を認めない症例があるのも事実である。

不安・焦燥型うつ病は不安・焦燥が高まった頂点で突然の自殺企図の挙に出ることがある。その一方で、別な患者はこの段階で、パニック発作を呈し、救急外来に運ばれてくる。まだ少ない数の症例に基づいてのことだが、概して、不安・焦燥型うつ病でパニック発作を呈する症例では、希死念慮や自殺企図は見られないように思う。これは、強い死の恐怖の体験であるパニック発作は、うつ病患者が死の方向に向かうことに対し回避的に作用する効果をもつと考えれば理解できるだろう。

一般にパニック発作は、危険な状況に対する心身防衛的な防衛反応とみなせ、希死念慮や自殺企図とは逆方向の生のベクトルをもつ。その点では、不潔恐怖などの強迫観念を抱いて死をひどく恐

れ、死を意味するものに対し防衛線をはりめぐらす強迫神経症（障害）に通じる面がある。いわゆるパニック障害単独の患者は希死念慮を抱くことはないのではないか。

筆者としては、現代のパニック障害とうつ病は、ともに神経衰弱モデルでよく理解される面を多く持ち、神経衰弱の病態への収斂傾向を示しているとみたい。ICDの不安障害の診断カテゴリーのなかの、他の不安障害（F41）のなかの、恐慌性不安障害ともうつ病ともはっきり診断されないものの、不安と抑うつ症状がともに認められる病態について混合性不安抑うつ障害（mixed anxiety and depressive disorder）（F41.2）というカテゴリーが設けられている。このカテゴリーを拡大解釈することが許されれば、今日のパニック障害とうつ病はいずれも混合性不安抑うつ障害の側面を強く持つということが出来る。

IV. 裂開相において出現する パニック障害

筆者¹⁰⁾は別の論稿で、うつ病における不安・焦燥型と制止型の成立には、患者が自分の直面する状況にいかなる態勢にあるかということが大きく関与することを論じた。つまり、例えば患者が、仕事になんとしても立ち向かっているといったように、状況へと参与している裂開相において、不安・焦燥型が生じる。これに対し、患者が仕事から身を引いて多少とも庇護的な空間に身を置く態勢に置かれる内閉相において、制止型が生じる。

あくまで理念型だが、純粋な制止型は動物の冬眠に比較可能である。その意味では、制止症状そのものは、活動水準を落として心身疲労を休めるという自己治癒的な意義をもつといえる。現代においては、仕事を含む生活速度が一層加速し、家においても会社やお客さんからの携帯電話に対応し、一人でゆっくり休む部屋がないような環境のなか、うつ病患者は内閉相に首尾よく入ることが難しくなっており、そのため不安・焦燥型が増えていくと考えられる。つまり、現代日本のうつ病患者は内閉相に入るゆとりさえ与えられないのである。

従来、うつ病の定型的な症状は、不安・焦燥よりも制止に強調点が置かれてきた。たしかに制止型はうつ病の完成された病型とみることができ。その意味では、不安・焦燥型はうつ病としては不全型という見方も成り立ち、その分、不安性障害に近づくといえる。

裂開相、内閉相という本人の置かれた状況に対する構えに注目して、不安障害についてみるなら、パニック発作は、通勤途中の電車の中や会社でのエレベーターのなかなどで生じる場合がよい例となるが、裂開相において生じている。そして、パニック発作に引き続く外出恐怖やうつ病性の制止症状は内閉相で生じている。

このように、一般にパニック発作は筆者のいう裂開相において生じている。その点でも、今日的な不安・焦燥型うつ病はパニック障害に近づけて理解するとわかりやすい。うつ病の初発症状がパニック発作であることも間々ある。これなどは、統合失調症の初期病態を言い表す Grivois の「生まれいずる精神病」(psychose naissante)⁹⁾の表現にならうと、「生まれいずるうつ病」(dépression naissante)とでも呼ぶことができるのではないか。

いずれにせよ、精神病理学の見地からも、不安・焦燥型うつ病とパニック障害は、置かれた状況に前向きに参与する態勢からなる裂開相において、自らの支えを失いよるべない状態に置かれている点で、一定の連続性をもっていることが考えられる。ドイツ語圏では、Janzarik¹⁰⁾に代表されるように、華々しい幻覚や妄想が躁気分や抑うつ気分をあわせ持って出現する急性病態が、統合失調症と躁うつ病の二つの臨床単位が接近する領域で生じることから、統合失調症と躁うつ病の中間領域が問題にされてきた。この見方になぞらえれば、われわれは、パニック障害とうつ病の中間領域を想定し、そこに、身体症状が前面に出る急性不安と、抑うつ症状が様々な比率で併存する広義の混合性不安抑うつ病の病態を位置づけることができるのではないか。

文 献

1) American Psychiatric Association (高橋三郎,

- 大野裕, 染矢俊幸訳): DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, p.405, 1996.
- 2) Beard, G.M.: A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia): Its symptoms, nature, sequences, treatment, 2nd and revised ed. William Wood & Company, New York, 1880.
- 3) Benarroch, E.E.: Central autonomic network: Functional organization, dysfunction, and perspective. *Mayo Clin. Proc.*, 68; 988-1001, 1993.
- 4) Biver, F., Wikler, D., Lotstra, F. et al.: Serotonin 5-HT₂ receptor imaging in major depression: Focal changes in orbito-insular cortex. *Br. J. Psychiatry*, 171; 444-448, 1997.
- 5) Flemming, C.F.: Ueber Präcordialangst. *Allg. Zschr. Psychiat.*, 5; 341-361, 1848.
- 6) Freud, S. (加藤正明訳): 悲哀とメラノコリー. 改訂版フロイト選集第10巻—不安の問題, 日本教分社, 東京, p.123-146, 1976.
- 7) Freud, S. (加藤正明訳): 「不安神経症」という特定症状群を神経衰弱から分離する理由について. 改訂版フロイト選集第10巻—不安の問題, 日本教文社, 東京, p.3-32, 1976.
- 8) Grivois, H.: Psychose naissante. *L'information psychiatrique*, 9; 850-854, 1990.
- 9) Gross-Isseroff, R., Israeli, M. and Biegon, A.: Autoradiographic analysis of tritiated imipramine binding in the human brain post mortem: Effect of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46; 273-241, 1989.
- 10) Janvanmard, M., Shlik, J., Kennedy, S.H. et al.: Neuroanatomic correlates of CCK-4-induced panic attacks in healthy humans: A comparison of two time points. *Biol. Psychiatry*, 45; 872-882, 1999.
- 11) Janzarik, W. (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳): 精神医学の構造力動的基礎. 学樹出版, 東京, p.282-210, 1996.
- 12) Klein, D.F. and Fink, M.: Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am. J. Psychiatry*, 119; 432-438, 1962.
- 13) Klein, D.F.: Delineation of two drug responsive anxiety syndrome. *Psychopharmacologia*, 5; 397-408, 1964.
- 14) 加藤敏: 現代日本における不安・焦燥型うつ病の増加. *精神科*, 1; 344-349, 2002.
- 15) 永井道明, 岸浩一郎, 加藤敏: 大脳皮質島葉と心身機能. *精神医学*, 45; 6-20, 2003.
- 16) Reiman, E.M., Raichle, M.E., Robins, E. et al.: Neuroanatomical correlates of a lactate-in-

- duced anxiety attack. Arch. Gen. Psychiatry, 46; 493-500, 1989.
- 17) Sargant, W.: The treatment of anxiety states and atypical depression by the MAOI drugs. J. Neuropsychiatry, 3(Suppl.1); 96-103, 1962.
- 18) Schneider, K.: Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. Nervenarzt, 21; 193-194, 1950.
- 19) Sheehan, D.V., Bao, M.B., Bch, Ballenger, J. et al.: Treatment of endogeneous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch. Gen. Psychiatry, 37; 51-59, 1980.
- 20) 下田光造: 躁うつ病の病前性格について. 精神経誌, 45; 101-102, 1941.
- 21) Specht, G.: Ueber den Angsteffekt im manisch-depressiven Irresein. Centralblatt Nervenheilk. Psych., 18; 529-533, 1907.
- 22) Tellenbach, H. (木村敏訳): メランコリー. みすず書房, 東京, p.237-312, 1978.
- 23) Tellenbach, H. (木村敏訳): 同書, p.136-173.
- 24) Westphal, A.: Die Neurasthenie oder Nervenschwäche. In: (Hrsg.), Binswanger, O. und Siemerling, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Dritte vermehrte Auflage. Verlag von Gustav Fisher, Jena, p.134, 1911.

 国会 告国

第12回 日本精神・行動遺伝医学会

会長: 南光進一郎 (帝京大学医学部精神神経科)

日時: 平成16年10月16日 (土) 午前9時~午後4時 (予定)

場所: 帝京大学医学部 7号館2階大会議室

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

参加費: 3,000円

学会事務局: 帝京大学医学部精神神経科学講座 (事務局担当: 赤羽見寿)

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

Tel: 03-3964-1462 Fax: 03-3961-8187

E-mail: psychiat@med.teikyo-u.ac.jp

参加申し込み: 事務局までお問い合わせください。

一般演題募集: 締め切りは9月3日 (消印有効) です。

プログラム概要 (敬称略): <教育講演: 座長 尾崎紀夫>

・ 染俊幸 (新潟大学医学部精神神経科) 「臨床薬理遺伝学」

<特別講演: 座長 南光進一郎>

・ 金澤一郎 (国立精神・神経センター) 「脳研究の現状と今後の展望」

<シンポジウム「エピジェネティクス」: 座長 服巻保幸, 吉川武男>

・ 佐々木司 (東京大学保健センター) 「精神疾患とエピジェネティクス」

・ 久保田健夫 (山梨大学大学院環境遺伝医学) 「精神発達障害とエピジェネティクス」

・ 加藤忠史, 岩本和也 (理化学研究所脳科学総合研究センター) 「精神疾患と RNA editing」

・ 上野美華子, 南光進一郎 (帝京大学医学部精神神経科) 「統合失調症とトランスボゾン」

<一般演題>

「職場関連」気分障害患者の臨床特性
——非関連群との比較——

岡崎 翼, 加藤 敏

精神神経学雑誌第 113 巻第 6 号別刷

平成 23 年 6 月 25 日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 113, Numerus 6, 2011

「職場関連」気分障害患者の臨床特性 ——非関連群との比較——

岡崎 翼, 加藤 敏

Tsubasa Okazaki, Satoshi Kato :

Clinical Characteristics of Patients with Workplace-associated Mood Disorder
—Comparison with Non workplace-associated Group—

2000年4月1日から2008年7月31日の8年4か月間に自治医科大学附属病院精神科に入院した正規雇用労働者である気分障害症例84例を対象として臨床調査を行った。

- 1) 職場での問題を契機に発症した「職場関連群」の割合は65%であり、これに「非職場関連群」の中で初発エピソードの際に職場での問題が契機となった症例を加えた「広義の職場関連群」の割合は74%に及んだ。
- 2) 職場関連群で、病前性格が、完全癡、熱中性、他者との同調性が際立った「うつ病親和的性格」の症例の割合は42%であった。職場関連群の中でも業務の過重が明らかであり職場結合性うつ病(加藤)に対応する「業務過重群」においても、「うつ病親和的性格」の症例の割合は59%にとどまった。この結果は、「労働者のうつ病は、際立って勤勉かつ完全主義の性格の持ち主に起こりやすい」という今日一般の「定説」に修正を促すものである。
- 3) 職場関連群は、全例が職場における明確な発症の契機を経験しており、管理職の症例の割合が有意に高い、約半数が社会人としての平均的な勤勉性と社交性を持つ人物である、初発例の割合が有意に高い、転帰良好例の割合が有意に高い、といった特徴を示した。これらは、職場関連群に起こる気分障害が、ストレス関連性、つまり適応障害としての側面を持つ傾向があることを示唆する。
- 4) 職場関連群、そして業務過重群において、初期段階で明確な抑うつを呈した症例の割合が有意に低かった。この結果から、職場結合性うつ病において、不眠、食欲不振、頭痛、パニック発作などが主症状である適応障害の段階と、後に本格的に抑うつを呈して大うつ病性障害の重症ないし中等症と診断される段階という、2段階の病態を想定できる。初期の適応障害段階の病態のうつ病を的確に診断し、適切な治療的対応を行うことが、うつ病予防の一寄与となる。

<索引用語：気分障害，うつ病，過重労働，職場結合性うつ病，復職>

I. はじめに

わが国では1998年以降年間の自殺者が3万人を超える状況が続いており、特に中高年の男性を中心とした労働者の自殺が大きな問題となっている。その中で、“過労自殺”など従業員の自殺や

精神障害の発生が労働災害として認定されるケースが急増している¹⁾。労災認定されたケースの半数以上はうつ病などの気分障害が占めている。労働者の精神疾患の47.2%をうつ病およびうつ状態が占め、長期休業者の70.8%がうつと診断さ

著者所属：自治医科大学精神医学教室，Department of Psychiatry, Jichi Medical University

受 理 日：2011年4月2日

れたと示した研究もある¹⁵⁾。職場関連の気分障害は近年大きく注目されており、職場のうつ病の啓発活動が盛んに行われている。しかし、わが国では、職場関連の気分障害の症状、発病状況、転帰などについて、実際の臨床現場からの詳しい報告、検討はなされていない。

職場関連の気分障害についての先行研究は、企業の産業医が従業員を対象として行った研究や、医療機関などの職場復帰援助プログラムのスタッフが利用者を対象として行った研究が中心である^{9,9,19)}。実際に治療を担当した医療者がその自験例を多数例で報告したものは少ない。また、先行研究では対象の多くが外来通院レベルである。入院を要する程度の中等症から重症の病態を呈する症例を対象としたものは少ない。

本研究の目標は、最近の職場関連の気分障害の臨床精神病理学的事項を、精神科臨床の現場において、精神科入院例を対象として調査することである。入院例を対象として、退院1年後の仕事遂行上の転帰を含めた臨牀的知見を様々な側面から明らかにし、重症度の高い群の特徴を捉えることを試みた。ここに本研究の意義がある。

また、厚生労働省を中心に推し進められている、うつ病予防、自殺予防を進める上で、参考になる知識、注意事項をいくつか提言したい。

II. 研究目的

共著者である加藤^{9,7)}は、従来のメランコリー親和型のパーソナリティーだけでなく、社会人としてのまっとうな勤勉さと社交性を備えた一定の堅固で安定したパーソナリティーを持つ人において、職場での過重労働による心身疲労、およびこれに基づく不全感ないし挫折体験を基礎に発病した内因性うつ病像を呈するうつ病を、職場結合性うつ病と呼び、精神病理学的に考察した。また、職場結合性うつ病について、不安・焦燥優位の病像を呈する傾向があると指摘した⁹⁾。現代における職場関連の気分障害は、職場結合性うつ病の特徴を備えている可能性がある。

本研究では、職場関連の気分障害の病前性格、

発症の契機、病態を調査し、上記のような職場結合性うつ病の特徴をどのくらい備えているかを検討する。また、職場関連の気分障害の初期段階における特徴、予後などを調査し、予防、早期介入の可能性について検討する。

III. 研究方法

本研究では、自治医科大学附属病院精神科への入院歴のある症例を対象として、診療録を用いて後方視的に調査を行い、得られたデータを統計学的に解析し、臨床精神病理学的視点から考察を加えた。研究方法は以下の通りである。

1. 対象症例

対象とした症例は、下記の①～③の条件で抽出した。

① 2000年4月1日から2008年7月31日の8年4か月間に自治医科大学附属病院精神科に入院した症例（入院日がこの期間に含まれるもの）で、アメリカ精神医学会の精神疾患分類・診断基準であるDSM-IV-TRの、“大うつ病性障害”、“双極I型障害”、“双極II型障害”のいずれかの診断基準を満たし、診療科長を含む複数の医師が参加して毎週1回行う病棟症例検討会において、診療科長が直接行う診察とその後の討議を経て「気分障害」として診断を確定した症例^{1,2)}（計418例）。

② 上記①のうち、発症の時点で被雇用者あるいは管理職として企業や公的機関などで正規雇用の形態で労働に従事しており、当該入院の退院日まで退職することなく所属していた症例（計93例）。

③ 上記②のうち、当該入院の退院日の1年後の時点での職場での仕事遂行上の転帰を確定しえた症例（計84例）。

上記①の期間に複数回入院している症例については、期間における最も古い入院を検討対象とした。

また、本研究においては、復職の時期、業務軽減や配置転換の有無など、職場での転帰を正確に

把握するため、対象を正規雇用労働者に限定した。したがって、本研究で「労働者」の語を用いる場合、原則として正規雇用労働者を指す。非正規雇用労働者の特徴を捉えていないという点が、本研究の限界である。

さらに、本研究においては、職場関連の気分障害症例の入院治療後の経過を捉えることを目標の一つとした。そこで上記③の項目のように、当該入院の退院日の1年後の時点での職場での転帰を確定しえなかった9例は、今回の検討から除外した。この9例の内訳は、1年以内に他の医療機関に転医しその後の経過が不明の症例が5例、1年以内に治療が終結しその後の経過が不明の症例が1例、1年以内に患者が通院を中断しその後の経過が不明の症例が3例である。なお、1年以内に退職した18例、および1年以内に気分障害の病勢増悪により自殺した2例は、職場での転帰が退職と確定しているため、検討の対象とした。

ところで、近年、うつ病概念が過度に拡散し、うつ病の理解、研究が混乱していると思われる。これをふまえ、対象症例の同質性を検討するため、上記の①～③の条件で抽出した症例（計84例）について、勤続期間、知的障害やパーソナリティ障害の併存の有無を調査した。その結果、当該入院時の勤務先における勤続期間はいずれも3年以上であり、DSM-IV-TRで知的障害やパーソナリティ障害と診断された症例はなかった¹²⁾。よって、以前から社会適応に大きな問題のある症例、自立した社会人としてのパーソナリティーにふさわしい成熟度に明らかに問題があると判断される症例は、対象症例の中には含まれていないと言える。

2. 群分け

対象症例（計84例）の中で、当該入院で治療対象となった気分障害エピソードの発症において、職場での明らかな問題が重要な契機となったと判断された症例を「職場関連群」と定義し（計55例）、職場で明らかな契機となりうる問題がなかったと判断された症例を「非職場関連群」と定義

した（計29例）。

さらに、職場関連群（計55例）の中で、労働時間の絶対的延長、高密度の業務など、業務の過重が明らかであったと判断された症例を「業務過重群」と定義し（計27例）、業務の過重が明らかではなかったと判断された症例を「非業務過重群」と定義した（計28例）。

その上で、下記の調査項目について、職場関連群と非職場関連群の比較、業務過重群と非業務過重群の比較、という形で検討した。

なお、群分けの判定は、病棟症例検討会における発症の契機についての討議結果、および診療録の内容に拠り、また必要に応じて主治医に確認をとり、著者2名の合議により判定した。

3. 調査項目

対象症例について診療録を用いて以下の項目の調査を行った。

- 1) 基本属性（性別、入院時年齢、教育歴、配偶者の有無、職種、職位、勤続期間、転職歴、入院期間）
- 2) 病前性格
- 3) 発症の契機となった状況
- 4) 職場以外での問題
- 5) 気分障害の特徴（病型分類、大うつ病性障害か双極性障害か、初発例か再発例か、重症度、病態、初期段階での抑うつの有無、不安障害関連症状の有無、自殺企図の有無）
- 6) 入院中の職場連携の有無
- 7) 退院1年後の仕事遂行上の転帰

4. 調査基準

1) 基本属性

入院時年齢は、年単位を基準とし、月単位以下は切り捨てた。教育歴は、大学卒業以上の症例を「大学卒」と定義し、「その他」の症例と区分した。職種は、営利を目的とする一般企業に勤務している症例を「会社勤務」と定義し、その他の公務員、教師など営利を目的としない職種の症例を「公的機関勤務」と定義した。職位は、係長以上相当で

部下を持つ症例を「管理職」と定義し、「その他」の症例と区分した。勤続期間は、当該入院時の勤務先における勤続期間とした。年単位を基準とし、月単位以下は切り上げた。入院期間は日単位を基準とした。

2) 病前性格

① “几帳面”, “律儀” などいいかげんな状態を許容できない「完全癖」, ② “仕事熱心” など何か1つのことに熱中する「熱中性」, ③ “他人の気持ちに対する自然な共鳴性があり, 人付き合いが良い” などの「他者との同調性」の3つの性格のうち, 特に際立っている性格が2つ以上認められる症例を, 「うつ病親和的性格」と定義し, 「その他の性格」と区分した。ここで挙げた性格は, 従来からうつ病の病前性格とされている執着性格, メランコリー親和型, 循環気質の特徴を抜粋したものである。

なお, 対象症例の項目で述べたように, 以前から社会適応に大きな問題のある症例, 自立した社会人としてのパーソナリティにふさわしい成熟度に明らかに問題があると判断される症例は, 対象症例の中には含まれていない。よって, 本研究でいう「その他の性格」の症例は, 社会人としての平均的な勤勉性と社交性を持つ人物であると言える。

3) 発症の契機となった職場での状況

厚生労働省が策定した精神障害等の労働災害認定の基準である「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」の中の「職場における心理的負荷評価表」を参考にした¹²⁾。そして対象症例の実際の発症契機の分布をふまえ, 職場での発症契機として, 「高密度業務」, 「役割・地位の変化」, 「対人関係のトラブル」の3つを抽出し, これらの頻度を調査した。その上で, 各症例でこれらの契機の中で最も発症に影響を与えたと判断されたものを判定し, それに応じて職場関連群をさらに区分した。

また, 労災認定の判断基準において過重労働は大きな問題であるが, 中でも長時間労働は過重性の重要な要素である。脳・心臓疾患における労災

認定基準によれば, 1か月あたりの時間外労働が100時間を超えると業務起因性が大きく強まるとされている¹⁰⁾。そこで, 高密度の業務がありしかも1か月あたりの時間外労働が100時間を超えている場合, 「労働時間の絶対的延長あり」として抽出し, 頻度を調査した。

4) 職場以外での問題

「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」の中の「職場以外の心理的負荷評価表」に掲載されている事柄が明らかに存在したと判断された場合に評価対象とした¹²⁾。

5) 気分障害の特徴

病型分類, 重症度は, DSM-IV-TRの基準に従い, 入院時の状態を評価対象とした¹²⁾。大うつ病性障害か双極性障害かの区分は, “双極I型障害”, “双極II型障害”と診断された症例を「双極性障害」と定義し, その他の「大うつ病性障害」と区分した。初発例か再発例かの区分は, 当該気分障害エピソード以前に気分障害エピソードが存在し, その間が2か月を超えている症例を「再発例」と定義し, その他の「初発例」と区分した。

病態は, 入院前1か月間の状態像を評価対象とし, 精神運動抑制が強く思考や行動の鈍さが際立っていた症例を「抑制優位」と定義し, 不安感や焦燥感が強くじっとしてられない様子が際立っていた症例を「不安・焦燥優位」と定義した。症例の中には, 抑制症状と不安・焦燥の症状がともに認められることもあるが, その際には, 入院前1か月間においてどちらの成分が優勢であったかで類型化した。

初期段階での抑うつの有無は, 本人, あるいは家族からの病歴聴取に基づき, 当該気分障害エピソードにおいて, 抑うつ気分, 興味・喜びの減退, 意欲低下など明確な“抑うつ”を呈する前に, 主たる症状が不眠, 食欲不振, 頭痛, パニック発作などである時期が2週間以上あった症例を「抑うつなし」と定義し, そのような時期がなく初期段階で明確な抑うつをすでに呈していた症例を「抑うつあり」と定義した。

不安障害関連症状の有無は、DSM-IV-TR でパニック障害など不安障害の診断基準を満たした症例、その他過換気発作を繰り返した症例や書痙症状が持続した症例を「不安障害関連症状あり」と判定した¹⁴⁾。自殺企図の有無は、当該気分障害エピソードの間に自殺企図があった症例を「自殺企図あり」と判定した。

6) 入院中の職場連携の有無

入院中に上司や産業医など勤務先の関係者と主治医が顔を合わせて退院後の復職について調整を行った症例を「入院中の職場連携あり」と定義した。

なお、本研究の対象症例の治療方針は、いずれも自治医科大学附属病院精神科の病棟症例検討会において、診療科長を含む複数の医師による議論を経て決定されており、薬物療法、支持的療法など、概ね等質の治療が行われたとみなすことができる。よって、予後を論ずることに支障はないと考えられる。

7) 退院1年後の仕事遂行上の転帰

当該入院の退院日の1年後の時点での職場での状況を対象とし、ほぼ欠勤することなく定時で業務を行うことができている症例を「転帰良好」と定義し、週1日以上など欠勤の多い症例、業務時間が制限されている症例、休職中の症例、すでに退職した症例、すでに気分障害の病勢増悪により自殺した症例を、合わせて「転帰不良」と定義した。

なお、病前性格、発症の契機となった職場での状況、職場以外での問題、病態、初期段階での抑うつの有無の判定にあたっては、病棟症例検討会における討議結果、および診療録の内容により、また必要に応じて主治医に確認を取り、著者2名の合議により判定した。

5. 統計解析の手法

本研究での統計解析には、Dr. SPSS II for Windows version 11.0を用いた。入院時年齢、勤務期間、入院期間の比較ではMann-Whitneyの検定を行い、それ以外の項目に関しては、Fi-

sherの直接確率法を行った。検定での有意水準は5%水準を用いた。

6. 倫理的配慮

この研究は自治医科大学臨床研究倫理審査委員会の審査により、許可を得たものである(臨A 09-57号)。

IV. 調査結果

1. 職場関連群と非職場関連群の比較

(表1, 2)

対象84例の中で、職場関連群の割合は65%(55/84)、非職場関連群の割合は35%(29/84)であり、職場関連群の割合が高かった。

また、非職場関連群の中で、初発エピソードの際には職場での明らかな問題が重要な契機となった症例が24%(7/29)あった。この7例の内訳は、発症の主要因で分類すると、高密度業務が2例、役割・地位の変化が5例である。職場関連群55例にこの7例を加えた“広義の職場関連群”は計62例であり、対象全体の74%(62/84)となった。

1) 基本属性

平均入院時年齢(平均値 Mean+標準偏差 SD)は、職場関連群が40.8±8.6歳、非職場関連群が43.6±12.6歳であった。平均勤務期間(平均値 Mean+標準偏差 SD)は、職場関連群が18.5±9.6年、非職場関連群が19.1±12.1年であった。平均入院期間(平均値 Mean+標準偏差 SD)は、職場関連群が107.2±102.3日、非職場関連群が79.9±52.8日であった。

職位は、職場関連群では「管理職」が49%(27/55)、「その他」が51%(28/55)であり、非職場関連群では「管理職」が14%(4/29)、「その他」が86%(25/29)であった($p=0.002$)。職場関連群の方が、非職場関連群と比較して管理職の割合が有意に高いことが示された。

転職歴は、職場関連群では「転職歴あり」が20%(11/55)、「転職歴なし」が80%(44/55)であり、非職場関連群では「転職歴あり」が48

表1 職場関連群と非職場関連群の比較 (その1)

項目		職場関連群 (n=55)		非職場関連群 (n=29)		Fisher の 直接確率法
		人数	%	人数	%	
性別	男性	51	93 %	23	79 %	n.s. (p=0.087)
	女性	4	7 %	6	21 %	
教育歴	大学卒	30	55 %	12	41 %	n.s. (p=0.359)
	その他	25	45 %	17	59 %	
配偶者	あり	40	73 %	23	79 %	n.s. (p=0.602)
	なし	15	27 %	6	21 %	
職種	会社	36	65 %	16	55 %	n.s. (p=0.479)
	公的機関	19	35 %	13	45 %	
職位	管理職	27	49 %	4	14 %	p=0.002
	その他	28	51 %	25	86 %	
転職歴	あり	11	20 %	14	48 %	p=0.011
	なし	44	80 %	15	52 %	
病前性格	うつ病親和的性格	23	42 %	7	24 %	n.s. (p=0.151)
	その他の性格	32	58 %	22	76 %	
職場以外での問題	あり	14	25 %	13	45 %	n.s. (p=0.088)
	なし	41	75 %	16	55 %	

% (14/29), 「転職歴なし」が52% (15/29) であった (p=0.011)。職場関連群の方が、非職場関連群と比較して「転職歴あり」の割合が有意に低いことが示された。

性別, 平均入院時年齢, 教育歴, 配偶者の有無, 職種, 平均勤続期間, 平均入院期間について, 職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認められなかった。

2) 病前性格

職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認められなかった。

3) 発症の契機となった職場での状況

職場関連群において, 発症の際に高密度の業務が明らかであったと判断された症例は49% (27/55) であり, これらの症例全てにおいて高密度の業務が発症の主要因であったと判断された。さらに, その中でも労働時間の絶対的延長が明らかであったと判断された症例は, 職場関連群全体の25% (14/55) であった。役割・地位の変化が明

らかであったと判断された症例は55% (30/55) であり, その中でも役割・地位の変化が発症の主要因であったと判断された症例は, 職場関連群全体の29% (16/55) であった。対人関係のトラブルがあった症例は33% (18/55) であり, その中でも対人関係のトラブルが発症の主要因であったと判断された症例は, 職場関連群全体の22% (12/55) であった。

非職場関連群における発症の契機は, 病気など自身の健康問題が契機となった症例が17% (5/29), 家族の病気, 死去など家庭内の問題が契機となった症例が7% (2/29), 金銭関係, 交通事故など社会における問題が契機となった症例が7% (2/29) であった。残りの69% (20/29) については, 発症にあたって明らかな契機を見出すことができなかった。

4) 職場以外での問題

職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認められなかった。

表2 職場関連群と非職場関連群の比較 (その2)

項目		職場関連群 (n=55)		非職場関連群 (n=29)		Fisher の 直接確率法
		人数	%	人数	%	
病型分類	大うつ病性障害, 単一エピソード	35	64 %	10	34 %	
	大うつ病性障害, 反復性	11	20 %	11	38 %	
	双極 I 型障害	4	7 %	3	10 %	
	双極 II 型障害	5	9 %	5	17 %	
大うつ病性障害 or 双極性障害	大うつ病性障害	46	84 %	21	72 %	n.s. (p=0.260)
	双極性障害	9	16 %	8	28 %	
初発例 or 再発例	初発例	37	67 %	11	38 %	p=0.012
	再発例	18	33 %	18	62 %	
重症度	中等症	35	64 %	15	52 %	n.s. (p=0.352)
	重症	20	36 %	14	48 %	
病態	制止	17	31 %	8	28 %	n.s. (p=0.807)
	不安・焦燥	38	69 %	21	72 %	
初期段階の抑うつ	あり	29	53 %	23	79 %	p=0.020
	なし	26	47 %	6	21 %	
不安障害関連症状	あり	15	27 %	5	17 %	n.s. (p=0.421)
	なし	40	73 %	24	83 %	
自殺企図	あり	12	22 %	8	28 %	n.s. (p=0.596)
	なし	43	78 %	21	72 %	
入院中の職場連携	あり	21	38 %	6	21 %	n.s. (p=0.141)
	なし	34	62 %	23	79 %	
退院 1 年後の転帰	転帰良好	34	62 %	10	34 %	p=0.022
	転帰不良	21	38 %	19	66 %	

ところで、職場関連群で職場以外での問題もあった 14 例について、退院 1 年後の仕事遂行上の転帰を見てみると、転帰良好例の割合は 64 % (9/14) であった。これは職場関連群全体の転帰良好例の割合 62 % (34/55) に近い割合であった。

5) 気分障害の特徴

病型分類は、職場関連群では「大うつ病性障害、単一エピソード」が 64 % (35/55)、「大うつ病性障害、反復性」が 20 % (11/55)、「双極 I 型障害」が 7 % (4/55)、「双極 II 型障害」が 9 % (5/55) であった。非職場関連群では「大うつ病性障害、単一エピソード」が 34 % (10/29)、「大うつ

病性障害、反復性」が 38 % (11/29)、「双極 I 型障害」が 10 % (3/29)、「双極 II 型障害」が 17 % (5/29) であった。両群を比較すると、職場関連群の方が「大うつ病性障害、単一エピソード」である症例の割合が高く、非職場関連群の方が「大うつ病性障害、反復性」、「双極 I 型障害」、「双極 II 型障害」である症例の割合が高かった。

初発例か再発例かの区分は、職場関連群では「初発例」が 67 % (37/55)、「再発例」が 33 % (18/55) であり、非職場関連群では「初発例」が 38 % (11/29)、「再発例」が 62 % (18/29) であった (p=0.012)。職場関連群の方が、非職場関

表3 職場関連群において初期段階で抑うつを呈さなかった症例, および非職場関連群において初期段階で抑うつを呈さなかった症例に見られた初期症状

初期症状	職場関連群における	非職場関連群における
	初期段階での抑うつなし症例 (n=26) 人数	初期段階での抑うつなし症例 (n=6) 人数
不眠	12	2
倦怠感	9	1
食欲不振	6	2
悪心	5	0
焦燥	4	1
不安	3	2
頭痛	3	0
胸痛	2	0
めまい	2	0
過換気	2	0
耳鳴	1	0
眼痛	1	0
口のしびれ	1	0
肩こり	1	0
離人観	1	0

連群と比較して「初発例」の割合が有意に高いことが示された。

初期段階での抑うつの有無は、職場関連群では「抑うつあり」が53% (29/55), 「抑うつなし」が47% (26/55) であり、非職場関連群では「抑うつあり」が79% (23/29), 「抑うつなし」が21% (6/29) であった ($p=0.020$)。職場関連群の方が、非職場関連群と比べて「抑うつあり」の症例の割合が有意に低いことが示された。なお、職場関連群における初期段階での「抑うつなし」の症例の初期段階での症状、ならびに非職場関連群における初期段階での「抑うつなし」の症例の初期段階での症状は、表3に示した通りである。

大うつ病性障害か双極性障害かの区分、重症度、病態、不安障害関連症状の有無、自殺企図の有無について、職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認められなかった。

6) 入院中の職場連携の有無

職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認め

られなかった。

7) 退院1年後の仕事遂行上の転帰

職場関連群では「転帰良好」が62% (34/55), 「転帰不良」が38% (21/55) であり、非職場関連群では「転帰良好」が34% (10/29), 「転帰不良」が66% (19/29) であった ($p=0.022$)。職場関連群の方が、非職場関連群と比較して転帰良好例の割合が有意に高いことが示された。

なお、職場関連群55例のうち、退院日から1年の間、職場復帰が試みられなかった症例は、9例であった。この9例を除いた、退院日から1年の間に職場復帰が試みられた46例を対象にして、退院後の職場での配慮と退院1年後の仕事遂行上の転帰の関係を調査した。

退院後、復職にあたって配置転換がなされた症例は28% (13/46) であり、この群の転帰良好例の割合は85% (11/13) であった。配置転換がなされなかった症例は72% (33/46) であり、この群の転帰良好例は70% (23/33) であった。両群

表4 業務過重群と非業務過重群の比較 (その1)

項目		業務過重群 (n=27)		非業務過重群 (n=28)		Fisher の 直接確率法
		人数	%	人数	%	
性別	男性	25	93 %	26	93 %	n.s. (p=1.000)
	女性	2	7 %	2	7 %	
教育歴	大学卒	15	56 %	15	54 %	n.s. (p=1.000)
	その他	12	44 %	13	46 %	
配偶者	あり	20	74 %	20	71 %	n.s. (p=1.000)
	なし	7	26 %	8	29 %	
職種	会社	18	67 %	18	64 %	n.s. (p=1.000)
	公的機関	9	33 %	10	36 %	
職位	管理職	14	52 %	13	46 %	n.s. (p=0.790)
	その他	13	48 %	15	54 %	
転職歴	あり	5	19 %	6	21 %	n.s. (p=1.000)
	なし	22	81 %	22	79 %	
病前性格	うつ病親和的性格	16	59 %	7	25 %	p=0.014
	その他の性格	11	41 %	21	75 %	
職場以外での問題	あり	3	11 %	11	39 %	p=0.029
	なし	24	89 %	17	61 %	

間に有意差は認められなかった。

退院後、復職にあたりリハビリ勤務を含む明確な業務軽減がなされた症例は78% (36/46) であり、この群の転帰良好例の割合は69% (25/36) であった。他方、明確な業務軽減がなされなかった症例は22% (10/46) であり、この群の転帰良好例の割合は90% (9/10) であった。両群間に有意差は認められなかった。

2. 業務過重群と非業務過重群の比較

(表4, 5)

対象55例の中で、業務過重群の割合は49% (27/55)、非業務過重群の割合は51% (28/55) であった。

1) 基本属性

平均入院時年齢 (平均値 Mean+標準偏差 SD) は、業務過重群が39.3±8.9歳、非業務過重群が42.2±8.2歳であった。平均勤続期間 (平均値 Mean+標準偏差 SD) は、業務過重群が17.6±

9.5年、非業務過重群が19.4±9.9年であった。平均入院期間 (平均値 Mean+標準偏差 SD) は、業務過重群が112.9±125.6日、非業務過重群が101.6±75.5日であった。

性別、平均入院時年齢、教育歴、配偶者の有無、職種、職位、平均勤続期間、転職歴、平均入院期間について、職場関連群と非職場関連群の間に有意差は認められなかった。

2) 病前性格

業務過重群では「うつ病親和的性格」である症例が59% (16/27)、「その他の性格」が41% (11/27) であり、非業務過重群では「うつ病親和的性格」である症例が25% (7/28)、「その他の性格」が75% (21/28) であった (p=0.014)。業務過重群の方が、非業務過重群と比較して「うつ病親和的性格」である症例の割合が有意に高いことが示された。

3) 職場以外での問題

業務過重群では「問題あり」が11% (3/27)、

表5 業務過重群と非業務過重群の比較 (その2)

項目		業務過重群 (n=27)		非業務過重群 (n=28)		Fisher の 直接確率法
		人数	%	人数	%	
病型分類	大うつ病性障害, 単一エピソード	17	63 %	18	64 %	
	大うつ病性障害, 反復性	5	19 %	6	21 %	
	双極 I 型障害	3	11 %	1	4 %	
	双極 II 型障害	2	7 %	3	11 %	
大うつ病性障害 or 双極性障害	大うつ病性障害	22	81 %	21	86 %	n.s. (p=0.729)
	双極性障害	5	19 %	1	4 %	
初発例 or 再発例	初発例	19	70 %	18	64 %	n.s. (p=0.775)
	再発例	8	30 %	10	36 %	
重症度	中等症	16	59 %	19	68 %	n.s. (p=0.582)
	重症	11	41 %	9	32 %	
病態	制止	8	30 %	9	32 %	n.s. (p=1.000)
	不安・焦燥	19	70 %	19	68 %	
初期段階の抑うつ	あり	10	37 %	19	68 %	p=0.031
	なし	17	63 %	9	32 %	
不安障害関連症状	あり	8	30 %	7	25 %	n.s. (p=0.768)
	なし	19	70 %	21	75 %	
自殺企図	あり	7	26 %	5	18 %	n.s. (p=0.528)
	なし	20	74 %	23	82 %	
入院中の職場連携	あり	12	44 %	9	32 %	n.s. (p=0.412)
	なし	15	56 %	19	68 %	
退院1年後の転帰	転帰良好	17	63 %	17	61 %	n.s. (p=1.000)
	転帰不良	10	37 %	11	39 %	

「問題なし」が89% (24/27) であり、非業務過重群では「問題あり」が39% (11/28), 「問題なし」が61% (17/28) であった (p=0.029)。業務過重群の方が、非業務過重群と比較して職場以外での問題があった症例の割合が有意に低いことが示された。

4) 気分障害の特徴

病型分類は、業務過重群では「大うつ病性障害, 単一エピソード」が63% (17/27), 「大うつ病性障害, 反復性」が19% (5/27), 「双極 I 型障害」が11% (3/27), 「双極 II 型障害」が7% (2/27) であった。非業務過重群では「大うつ病性障害,

単一エピソード」が64% (18/28), 「大うつ病性障害, 反復性」が21% (6/28), 「双極 I 型障害」が4% (1/28), 「双極 II 型障害」が11% (3/28) であった。両群の病型の分布はほぼ同様であった。

初期段階での抑うつの有無は、業務過重群では「抑うつあり」が37% (10/27), 「抑うつなし」が63% (17/27) であり、非業務過重群では「抑うつあり」が68% (19/28), 「抑うつなし」が32% (9/28) であった (p=0.031)。業務過重群の方が、非業務過重群と比較して「抑うつあり」の症例の割合が有意に低いことが示された。

大うつ病性障害か双極性障害かの区分, 初発例

か再発例かの区分、重症度、病態、不安障害関連症状の有無、自殺企図の有無について、業務過重群と非業務過重群の間に有意差は認められなかった。

5) 入院中の職場連携の有無

業務過重群と非業務過重群の間に有意差は認められなかった。

6) 退院1年後の仕事遂行上の転帰

業務過重群と非業務過重群の間に有意差は認められなかった。

V. 考 察

本研究の調査で得られたデータを統計的に解析し、統計学的に有意な知見、および本研究結果において一定の傾向が得られた事象を中心に、臨床精神病理学的視点から考察を行った。

1. 職場関連群の割合

本研究の調査結果でまず注目すべきであるのは、調査対象とした全84例の中で、職場関連群の症例の割合が65% (55/84)であったという知見である。

これは、労働者に起こる気分障害で入院治療を要する程度の重症例の約3分の2において、職場での明らかなストレス状況が発症に関与するということを示唆する知見である。

非職場関連群の中で、初発エピソードの際には職場での明らかな問題が重要な契機となった症例が24% (7/29)あり、職場関連群にこれを含めると、全体の74% (62/84)に及ぶ。

廣⁹⁾は、複数名の産業医に対する質問票を用いた調査で得られたうつ病圏の労働者の事例140例を対象とした調査の結果、職場因子が発症の主因である例が19.3%、主因のひとつである例が29.3%であり、誘因である例も含めると、全体の72.9%で職場因子が少なからず発症に関与していたと報告している。川上ら⁹⁾はある民間企業の精神健康管理対象者のうち単極性うつ病に該当する60例について、その初回発病時の契機を調査した結果、68.3%の症例が職場状況を契機と

していたと報告している。

本研究で得られた職場関連群の割合も、これらの報告で示された割合とほぼ同じである。本研究の結果、入院治療を要する重症例においても、労働者の気分障害の約7割が職場での問題を契機に発症することが明らかにされ、労働者に起こる気分障害の対策を考える際に、職場での問題が極めて重要な因子となることがあらためて示唆された。

もちろん、本研究の調査対象が全て正規雇用の労働者であることから、生活の中で職場や仕事が大きなウエートを占める正規雇用労働者において、職場関連の気分障害が多くなるのは当然であるとする考え方もありうる。しかし、労働者に起こる気分障害の74%が職場に関連しているという結果は、かなり高い割合であると言わざるを得ない。

2. 業務過重群の割合

職場関連群55例の中で、業務の過重が明らかであったと判断された業務過重群の症例の割合は、49% (27/55)であった。つまり、労働者の気分障害で、職場の出来事を契機として起こったもののうち、業務の過重によるものが約半数であったということである。さらに、その中でも労働時間の絶対的延長が明らかであった症例は職場関連群全体の25% (14/55)であった。

我が国でこのところ精神障害による労働災害の申請が増え、かつ労働災害と認定される事例が増えている。認定事例の大部分はうつ病であり、その際の職場での出来事は、本研究でいう業務過重群である。本研究は、職場や仕事を契機にうつ病となった患者の49%、つまり実に約半数が労災認定の吟味の対象となりうる可能性を示すものである。さらに、25%、つまり約4分の1の事例は、少なくとも操作的にあてはめると労災認定の条件を満たす。

廣⁹⁾の報告では、うつ病圏140例を対象とした調査で、仕事の過量が発症に関与したと判断された症例は36.4%であったとしている。川上ら⁹⁾の報告では、単極性うつ病60例を対象とした調査で、仕事の過重・責任が契機となった症例は職

場状況を契機とした症例の34.1%であったとしている。

本研究で、業務の過重があった症例の割合が他の報告より高かった理由としては、本研究の対象症例が入院治療を要した重症例であったことが挙げられる。

業務過重に至るまでの経過は症例によってさまざまであり、自ら仕事を買って出たことで業務過重に至ったと判断された症例もあれば、過重業務を一方向的に課されたと判断された症例もあった。

3. 職場関連群、業務過重群の病前性格

病前性格について、職場関連群と非職場関連群の比較では、両群間で有意差は認められなかったが、本研究の結果においては、職場関連群の方が「うつ病親和的性格」の症例の割合が高かった。業務過重群と非業務過重群の比較では、業務過重群の方が「うつ病親和的性格」である症例の割合が有意に高いことが示された。

ここで注目されるのは、職場関連群において、病前性格が「うつ病親和的性格」でない症例の割合が58% (32/55) であったことである。この知見は、職場で起こる気分障害で入院治療を要する程度の重症例の半分以上が、際立って勤勉かつ完全主義の性格の持ち主ではない、ということの意味する。今日一般、労働者のうつ病に関しては、「真面目で、几帳面で、責任感が強い有能な人が多く、融通をきかせるのが苦手な人も多い」¹³⁾、「メランコリー親和型性格という調和を大切にしながら変化を嫌う性格と、執着気質という完全癖の強い性格の二つ」¹⁴⁾などのように、際立って勤勉かつ完全主義の性格の持ち主に起りやすいと捉えられているが、この「定説」には修正が必要である。つまり、労働者の気分障害の半数以上において、社会人としての平均的な勤勉性と社交性を持つ人物が、強い仕事負荷を契機に気分障害を発症しているのである。

さらに、業務過重群においても、病前性格が「うつ病親和的性格」でない症例の割合が41% (11/27) に及んだ。本研究における業務過重群は、

加藤^{6,7)}の提唱した職場結合性うつ病に対応しており、この知見は、職場結合性うつ病に罹患する患者の病前性格は必ずしもメランコリー親和型ではなく、平均的なパーソナリティが少なくない、という加藤が指摘した特徴を統計的に裏づけるものである。また、ここに含まれる症例は、職場において業務の過重という明確なストレスを経験しており、自らの性分から過重労働になってしまいやすい性格とも異なる。

これらのことから、現代の職場の状況が、このような症例についても気分障害を発症させるだけの強い負荷となりうるということが示唆される。また、こうした気分障害は、ストレス性の要素を多く持ち、それゆえストレス関連性障害、つまり適応障害としての側面を持つと言うことができる。

4. 職場関連群における仕事負荷

職位について、職場関連群と非職場関連群の比較では、職場関連群の方が管理職である症例の割合が有意に高いことが示された。また、職種について、職場関連群と非職場関連群の比較では、有意差は認められなかったが、本研究の結果においては、職場関連群の方が「会社勤務」の症例の割合が高かった。

管理職の者は、一般社員と比べて、職場や仕事における負荷が大きく、生活の中で職場や仕事が大きなウェイトを占めることが予想される。また、現代においては、経済のグローバル化の中で激しい競争を強いられる会社勤務の者において特に、職場や仕事における負荷が大きいことが予想される。つまり、職場での負荷の高い人の方が職場において気分障害を発症しやすいという可能性がある。

転職歴について、職場関連群と非職場関連群の比較では、職場関連群の方が「転職歴あり」の症例の割合が有意に低いことが示された。この知見をどう意味づけるのか、検討の余地がある。1つの解釈として、職場関連群の症例が職場との結びつきが強いということを示唆していることが考えられる。

5. 職場関連群の発症段階における適応障害の側面

病型分類について、職場関連群と非職場関連群の比較では、職場関連群においては、「大うつ病性障害、単一エピソード」の症例が64% (35/55)と際立って高く、逆に非職場関連群においては、「大うつ病性障害、反復性」が38% (11/29)、「双極Ⅰ型障害」が10% (3/29)、「双極Ⅱ型障害」が17% (5/29)とこれらの割合が高かった。これを、大うつ病性障害か双極性障害かの区分で検討すると、有意差は認められなかったが、本研究の結果においては、非職場関連群の方が、職場関連群と比較して双極性障害の症例の割合が高かった。また、初発例か再発例かの区分で検討すると、職場関連群の方が、非職場関連群と比較して初発例の症例の割合が有意に高いことが示された。

これらの結果から、職場関連群では大うつ病性障害の症例、また初発例が多く、非職場関連群では双極性障害の症例、また再発例が多いことがわかる。

ここで、非職場関連群の69% (20/29)において発症の契機が明らかでなかったことを合わせて考慮すると、非職場関連群は、明確な契機を持たずとも発症する症例、双極性障害の症例、再発例を多く含むことになる。したがって、気分障害の体質性の素因の関与が大きいと捉えることができる。

これに対して、職場関連群では、全例が職場での明確な発症の契機を経験しており、双極性障害の症例、再発例の割合が比較的低い。職場関連群のうつ病は、明確なストレス因子への反応として起こっているという点で、適応障害としての側面を持っていると捉えることができる。

ただし、適応障害としての側面があるとはいえ、職場関連群は、病態が進行し入院が必要となった段階では、適応障害では説明できない重篤な病態を呈している。加藤⁹⁾が指摘しているように、職場関連群は、重症度に関して言うと、適応障害の段階で始まり、大うつ病性障害の重症、ないし中

等症の段階に至って入院になるというパターンをとることが考えられる。

ところで、本研究では、気分障害エピソードの重症度、病態、合併症、関連事象の有無、入院治療の特徴について、職場関連群と非職場関連群を比較したが、いずれも有意差は認められなかった。職場関連群について、発症時の明確な契機の存在、双極性障害の症例の割合の低さ、再発例の割合の有意な低さなどから、適応障害としての側面があると述べたが、本格的に発症した後の重症度や病態、合併症、関連事象、必要とした治療については、両群とも対象が入院例ということもあり、差が認められなかったものと思われる。

ただ、病態に関して言えば、職場関連群の気分障害について、ストレス関連性障害、つまり適応障害としての側面を持つと想定した上で、不安・焦燥優位の病態を呈する症例の割合が高いと予想していたところ、非職場関連群との比較において有意差は認められなかったものの、約7割が不安・焦燥優位の病態を呈していた。この知見は、職場結合性うつ病を含む職場関連の気分障害では不安・焦燥優位の病像を呈する傾向がある、という加藤⁹⁾の指摘と符合する。

6. 職場関連群、業務過重群のうつ病の2段階

初期段階での抑うつの有無について、職場関連群と非職場関連群の比較では、職場関連群の方が初期段階での「抑うつあり」の症例の割合が有意に低いことが示された。また、業務過重群と非業務過重群の比較では、業務過重群の方が初期段階での「抑うつあり」の症例の割合が有意に低いことが示された。

これは、職場関連群において、そして特に業務過重群において、明確な抑うつを呈する前に、主たる症状が不眠、食欲不振、頭痛、パニック発作などである時期がある症例が多いことを示唆する。

加藤⁹⁾は、うつ病において2段階の病態を区別している。すなわち、①患者の自立性が保たれ、自ら判断し、その行動が他者にとって了解可能な「神経症レベル」と、②「自分にはもはや何の力

もない。将来はない」などと確信して自殺を企図してしまう症例のように、患者の自立性が失われ、判断の自由がなく、その行動が他者にとっては了解不能な「精神病レベル」である。DSM-IV-TRに照らせば、「神経症レベル」のうつ病は、「適応障害」あるいは「不安障害」と診断されることが多く、「精神病レベル」は「大うつ病性障害、重症ないし中等症」と診断されることが多い¹²⁾。職場結合性うつ病の経過においては、「神経症レベル」の病態で始まり、この状態にとどまる事例がある一方で、「精神病レベル」の病態に進行する事例が少なくないと考えられる。

これをふまえると、本研究の職場関連群や業務過重群における、抑うつを早することなく、主たる症状が不眠、食欲不振、頭痛、パニック発作などである時期が「神経症レベル」、つまり適応障害の段階であり、本格的に抑うつを呈するようになってからの時期が「精神病レベル」、つまり大うつ病性障害の重症ないし中等症の段階であると言える。もっとも、「精神病レベル」において不安・焦燥感が前景に出る事例は少なくない。

神経症レベルにおいては、本人も周囲も本格的なうつ病に発展すると思わないまま経過する可能性がある。受診するとしても、精神科ではなく、職場の産業医やプライマリケア医に受診する可能性があり、「不眠症」、「適応障害」、「不安障害」などと診断される可能性が高い。この時期に十分な休養がとれない場合、精神病レベルに移行して希死念慮などを伴う本格的なうつ病となり、本研究における職場関連群のように入院治療が必要な状態にまで至ると捉えることができる。

以上から、職場での明確なストレス状況、特に業務の過重を経て不眠、食欲不振、頭痛、パニック発作などの症状が出現している場合、重篤な気分障害へと発展する可能性を念頭に置く必要があることが示唆される。この点は、過重労働をしている労働者に対する産業医の対応、また、うつ病予防を論じる上で参考になると考える。

不安障害関連症状に関して言えば、職場関連群と非職場関連群の比較では、有意差は認められな

かったが、本研究の結果においては、職場関連群の方が「不安障害関連症状あり」の症例の割合が高かった。DSM-IV-TRでは大うつ病性障害の診断項目に不安症状がないため、不安が前景に立つタイプのうつ病が大うつ病性障害と診断されず、不安障害としてのみ診断されてしまうおそれがある¹²⁾。その際の病態が「精神病レベル」に属するものであるなら、自殺に最も注意すべき時期である、ということも指摘しておかなければならない⁹⁾。

その意味では、初期段階で不安障害関連症状が前景に立つ症例では、治療者が抑うつに気づきにくく、うつ病としての積極的な治療のタイミングを逸してしまうおそれがある。不安障害関連症状がある場合、抑うつについても常に念頭に置いておく必要がある。

7. 職場関連群の予後

退院1年後の仕事遂行上の転帰について、職場関連群と非職場関連群の比較では、職場関連群の方が転帰良好例の割合が有意に高いことが示された。

これまでの議論で、職場関連群について、非職場関連群と比較して、職場における明確な契機で発症していること、再発例の割合が有意に低いこと、双極性障害の症例の割合が本研究の結果においては低かったことなどから、適応障害としての側面があると述べた。このことは、職場関連群に転帰良好例が多いという知見を裏づけるものと言える。すなわち、明確な契機で発症していれば、その契機となった問題への対策を講じることで職場復帰しやすくなることが予想される。気分障害の体質性の素因の関与がより少なければ、再発、再燃して再び休職に至る可能性がより低いことが予想される。

廣³⁾は、前掲の、複数名の産業医に対する質問票を用いた調査で得られたうつ病圏の労働者の事例140例を対象とした調査の結果、発症と職場因子の関連が強い群ほど順調に職場適応できている率が高かったことを報告しており、この結果につ

いく、発症に影響した職場因子を同定できれば、それを改善することによって、職場再適応に寄与できることの証左であると考察している。

本研究では、職場関連群 55 例において、入院中の職場連携の有無、復職に際しての配置転換の有無および業務軽減の有無について、それぞれ退院 1 年後の仕事遂行上の転帰との関係を調査したが、いずれにおいても有意差は認められなかった。ただしこの結果については、症例によって職場連携の内容や業務軽減の程度が大きく異なること、職場での発症契機ごとの検討を行っていないことなどを考慮しなければならない。

本研究においては、明確な業務軽減がなされなかった症例の転帰良好例の割合は、業務軽減がなされた症例と比較して高かった。この知見をどう意味づけるのか、検討の余地がある。1 つの解釈として、明確な業務軽減がなされなかった症例の方が、もともと労働過重の程度が小さかったということを示唆していることが考えられる。

ところで、職場関連群における転帰良好例の割合は 62 % (34/55) であった。廣³⁾の調査では、復職者を対象とした復職後 6 か月の経過において、順調に職場適応している例が 57.1 % であったと報告している。本研究は、入院例を対象としており、復職に至らず退職した症例を含んでいるにもかかわらず、1 年転帰が同等以上の成績であり、本研究の職場関連群においては入院治療が効果的に働いたともいえる。

なお、職場関連群における転帰良好例は、全例が外来通院を継続しており、その多くが、抗うつ薬などを減量することはあっても、維持療法の形で薬物療法を継続している。薬物療法を継続しているという点では、治癒したとは言えないが、仕事を十分にこなしており、仕事に支障をきたすほどの抑うつ症状は認められないことから、寛解 (remission)、ないし回復 (recovery) と言ってよい状態になっている。

これらの知見は、職場関連のうつ病は正しく病態を把握して適切な入院治療、また外来加療を行うなら、良好な社会復帰が期待できることを示唆

する。

他方で、非職場関連群において転帰不良例が多いのは、この群が、明確な契機を持たずとも発症する症例、双極性障害の症例、再発例を多く含んでおり、気分障害の体質性の素因の関与が大きいと捉えられる症例が多いことから説明することができる。すなわち、非職場関連群では、職場における明確な契機を持たないため、職場での対策に限界があることが予想される。

8. 本研究の限界

本研究では、大学病院精神科に入院した症例を対象として、最近の職場関連の気分障害の臨床的傾向を調査し、いくつかの知見を得ることができた。

ただし、本研究には、以下のような限界がある。

- 1) 対象症例数がまだ不十分であり、統計学的に有意な結果を得ることが困難な面もある。今後は対象症例数のより多い研究が必要となる。
- 2) 予後を「退院 1 年後の仕事遂行上の転帰」で表したが、今後は 2 年後、3 年後など観察期間のより長い研究が必要となる。また、気分障害自体の寛解の程度を指標とした転帰を調査し、今回の研究結果との比較検討を行うことが課題となる。
- 3) 入院例を対象としたが、今後は外来通院例を対象とした研究を行い、今回の研究結果との比較検討を行うことが課題である。
- 4) 対象を正規雇用労働者に限定したが、今後は非正規雇用労働者を対象に含めた研究を行うことが課題である。

VI. ま と め

本研究の調査の結果から、以下の知見が得られた。

- 1) 対象症例の中で、「職場関連群」の割合は 65 % であった。これに「非職場関連群」の中で初発エピソードの際に職場での問題が契機となった症例を加えた「広義の職場関連群」の割合は 74 % に及んだ。

- 2) 職場関連群で、病前性格が「うつ病親和的性格」の症例の割合は42%であった。職場関連群の中でも業務の過重が明らかであり職場結合性うつ病(加藤)に対応する「業務過重群」においても、うつ病親和的性格の症例の割合は59%にとどまった。この結果は、「労働者のうつ病は、際立って勤勉かつ完全主義の性格の持ち主に起こりやすい」という今日一般の「定説」に修正を促すものである。
- 3) 職場関連群に起こる気分障害が、ストレス関連性、つまり適応障害としての側面を持つ傾向があることを指摘した。
- 4) 職場関連群に起こる気分障害において、適応障害の段階と、後に本格的に抑うつを呈して大うつ病性障害の重症ないし中等症と診断される段階という、2段階の病態を想定した。初期の適応障害段階の病態のうつ病を的確に診断し、適切な治療的対応を行うことが、うつ病予防の一寄与となる。

謝 辞

本研究の統計解析にあたってご教授いただいた自治医科大学医学部医学情報学准教授岸浩一郎先生に深く感謝いたします。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, D.C., London, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, D.C., London, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002)
- 3) 廣 尚典: うつ病の職場復帰および職場再適応に影響を及ぼす因子に関する検討. うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究報告書. 厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究事業. p. 39-43, 2004
- 4) 保坂 隆: 産業メンタルヘルスの実際. 診断と治療社, 東京, p. 74, 2006
- 5) 加藤 敏: 現代日本におけるうつ病の自殺とその予防. 精神経誌, 107; 1069-1077, 2005
- 6) 加藤 敏: 職場結合性うつ病の病態と治療. 精神療養, 32; 284-292, 2006
- 7) 加藤 敏: Tellenbach 型うつ病から Beard 型うつ病へ. Bulletin of Depression and Anxiety Disorders, 5; 4-7, 2007
- 8) 加藤 敏: うつ病の寛解—精神病理学の見地から— . 精神科治療学, 23; 331-340, 2008
- 9) 川上憲人, 榎村博康, 小泉 明: 職場におけるうつ病者の経過と予後. 産業医学, 29; 375-383, 1987
- 10) 厚生労働省労働基準局職業病認定対策室・労働衛生課: 脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く)の認定基準並びに過重労働による健康障害防止のための総合対策について. 産業医学ジャーナル, 25; 34-47, 2002
- 11) 中村 純, 苜止 徹: 気分障害. 産業精神保健マニュアル(日本産業精神保健学会). 中山書店, 東京, p. 307-311, 2007
- 12) 労災保険情報センター: 精神障害等の過労自殺労災認定のしくみ. 心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の解説. 労災保険情報センター, 東京, 2006
- 13) 菅原 誠, 福田達矢, 野津 真ほか: 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. 精神医学, 49; 787-796, 2007
- 14) 田中克俊: 職場のメンタルヘルス. 働く人のうつ病. 中山書店, 東京, p. 3-14, 2008
- 15) 丹下智香子, 横山和仁: 事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況. 産業衛生学雑誌, 49; 59-66, 2007

Clinical Characteristics of Patients with Workplace associated Mood Disorder
—Comparison with Non-workplace associated Group—

Tsubasa OKAZAKI, Satoshi KATO

Department of Psychiatry, Jichi Medical University

Aim: The purpose of this study was to describe the clinical characteristics of patients with workplace-associated mood disorder.

Method: We conducted a clinical survey involving 84 clinical cases (regular employees suffering from mood disorder) who were hospitalized in the Psychiatry Department of Jichi Medical University Hospital, for a period over 8 years and 4 months between April 1st, 2000 and July 31st, 2008.

Results: The size of the workplace associated group as a percentage of those patients in whom the onset of the symptom was occasioned by an evident issue at their workplace was 65%. This rate accounted for 74% of the total patients if clinical cases in which an evident issue at the workplace served as a significant trigger for the symptom were added to these patients in the case of an initial episode in the "non workplace associated group".

In the workplace-associated group, cases in which the premorbid character was a "depression-related personality" comprised only 42%, and was noticeably characterized by a perfection-oriented habit, enthusiastic character, conformity with other people, etc. Furthermore, the percentage of patients who were diagnosed with a "depression-related personality" comprised only 59% of the "overworked group", in which a heavy workload was evident in the workplace-associated group. In the workplace-associated group, the percentage of cases involving managerial workers was significantly high; their rate as initial cases was significantly high, as well the proportion of favorable outcomes. In the workplace-associated group, the percentage of patients who showed unambiguous depression at the initial stage was significantly low. Likewise, a similar result was obtained in the overworked group.

Conclusions: Workplace-associated mood disorder today tends to have a stress-related aspect, or aspect of adjustment disorder. There was a period in many cases during which the main symptoms were insomnia, headache, panic attack, etc., prior to the onset of unambiguous depression in the workplace-associated mood disorder group. In depression associated with workplace-associated mood disorder, there are two pathological stages. The stage of adjustment disorder is the period in which such conditions are the main symptoms, and a serious or moderate stage of major depressive disorder is the period after full-scale depression develops in the wake of the former stage. What contributes to protection against depression are a proper diagnosis of depression whose pathological condition is at an early adjustment disorder stage and appropriate therapeutic measures.

<Authors' abstract>

<Key words: mood disorder, depression, overwork, workplace-associated depression, return to work>