

メンタルヘルスセミナー

職域と精神科医療を繋ぐ ～適応障害を通じて精神科診断を知る～

お願い
お手元の配布物には新聞記事など著作権のないスライドは入っておりません。
どうぞご容赦ください。

医療法人 桜佳会 犬山病院 精神科
岐阜産業保健総合支援センター 基幹相談員 黒川淳一



令和8年1月29日 主催:大垣労働基準監督署、(一社)大垣労働基準協会、岐阜産業保健総合支援センター
(一社)ぎふ総合健診センター、(公社)岐阜県労働基準協会連合会
於:大垣市情報工房 5階 スイंकホール

よろしくお願いします

- TVの見過ぎで、2018年4月19日 書籍を出しました....。
- コロナ禍なので、ブログ作ってました。
- ご興味あれば、どうぞよろしくお願いします。

サブカルチャー“ヴァンダーブーフ” 暮らしの記憶は名作とともに 新書 - 2018/4/19

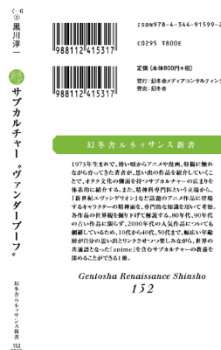
黒川 淳一 (著)

▶ その他 () の形式およびエディションを表示する

新書
¥ 864 
¥ 864 より 1 新品



152



Amebaブログ: 今更、アレな感じのホビーブログ <https://ameblo.jp/blackriver2020>

本日の話題

- メンタルヘルス対策の重要性...うつ病になると“死にたくなる”
- そもそも精神病とは何を扱っているのか？
- どこからどこまでが病気なのか？
- 診断書にまつわる混乱
- あらためて、適応障害とは？

産業現場におけるメンタルヘルス不調のモデルケースとは？

- “モーレツ・サラリーマン”にみる前のめり。
- 夜遅くまで残業し、休日出勤も厭わない…。
- 放っといてもどんどん仕事をしてくれるので、管理者としては申し分ないのだが…、
- やり過ぎの結果、病気で倒れる人が続出。
- 心筋梗塞、脳卒中、そして“うつ病”。
- これら病気の予防…労務管理が厳密に求められるようになったのは1990年代後半から。
- 平成18年には過重労働対策が開始。
- 丁度、年間自殺者数が3万人を超えた時期と重なる。
- 自殺対策で求められること…、症状として“死にたくなる”病気の予防…すなわち、うつ病対策が求められるようになった。
- うつ病になりやすい人は何処にいるのか？
- それは“職場ではないか。
- 何故、彼らはそこまでして働かないといけなかったのか？

我が国の自殺者数は、失業率が4.9%になった1998年に約8000人増加。
自殺者数が3万人を超えた。
以降、年間自殺者数は14年連続して3万人を超える。

この間増加した自殺者数の多くは働き盛り世代の男性であった。
アジア通貨危機、リーマンショックなど経済不況と完全失業率上昇が連動。
非正規労働制や情報通信社会への変革など労働環境は大きく変化。

若い労働者と高齢労働者では労働に関する考え方自体にも大きな差異が生じ、職場における人間関係も難しくなった。

これら多くの要因が複雑に影響、労働者にストレス負担がかかり、職場への適応が困難な人が増加している可能性が考えられる。

DSM-IV:大うつ病エピソードの診断基準(米国精神医学会)

《大うつ病エピソードの基準》

以下の症状のうち、少なくとも1つがある。

1. 抑うつ気分
2. 興味または喜びの喪失

さらに、以下の症状を併せて、合計で5つ(またはそれ以上)が認められる。

3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
4. 不眠あるいは睡眠過多
5. 精神運動性の焦燥または制止(沈滞)
6. 易疲労感または気力の減退
7. 無価値感または過剰(不適切)な罪責感
8. 思考力や集中力の減退または決断困難
9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

- ・上記の症状が**ほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間にわたっている**。
- ・症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- ・これらの症状は一般身体疾患や物質依存(薬物またはアルコールなど)では説明できない。

メランコリー親和型:病前性格

- Q. 人に頼まれると嫌と言えない。
- Q. 他人に対して献身的に貢献する。
- Q. 熱中し易い。
- Q. 義理を重んじる。
- Q. あらゆる人と親しくすることは、自分にとって大切なことである。
- Q. すぐに自分のせいにしてしまう傾向がある。
- Q. 完璧でないと気が済まない。
- Q. 自分を抑えてでも、他者から好かれようとする。
- Q. 他人の気持ちを察しながら立ち居、振る舞う。

“勤勉・実直・他者への奉仕”

身近な仕事や家庭の常識的な秩序を大切にして
生活することで安心を維持するタイプ。

Type A行動パターン

前田ら、1985、日本心身医学雑誌：

「仕事においても余暇の時も競争心が強く、いつも時間に追われている
感じがあり、絶えず物事を達成する意欲を持つ」感覚をもちあわせている。



この傾向が強いことと、心筋梗塞の発症との関連を指摘

12項目から採点し30点満点。

17点以上でType Aに相当するとする。

生活習慣と行動様式との関連をみる。

質問の一例：

Q. 仕事に熱中するとほかの事に気持ちの切り替えが出来にくい方ですか？

Q. やる以上はかなり徹底的にやらないと気が済まない方ですか？

Q. イライラしたり怒りやすいですか？

Q. 几帳面ですか？

Q. 勝気ですか？

などなど

Akiskal: 双極Ⅳ型 発揚気質でうつ病相を示すタイプ

「過労死等ゼロ」緊急対策(案)について(概要)

1 違法な長時間労働を許さない取組の強化

(1) 新ガイドラインによる労働時間の適正把握の徹底

企業向けに新たなガイドラインを定め、労働時間の適正把握を徹底する。

(2) 長時間労働等に係る企業本社に対する指導

違法な長時間労働等を複数の事業場で行うなどの企業に対して、全社的な是正指導を行う。

(3) 是正指導段階での企業名公表制度の強化

過労死等事案も要件に含めるとともに、一定要件を満たす事業場が2事業場生じた場合も公表の対象とするなど対象を拡大する。

(4) 36協定未締結事業場に対する監督指導の徹底

2 メンタルヘルス・パワハラ防止対策のための取組の強化

(1) メンタルヘルス対策に係る企業本社に対する特別指導

複数の精神障害の労災認定があった場合には、企業本社に対して、パワハラ対策も含め個別指導を行う。

(2) パワハラ防止に向けた周知啓発の徹底

メンタルヘルス対策に係る企業や事業場への個別指導等の際に、「パワハラ対策導入マニュアル」等を活用し、パワハラ対策の必要性、予防・解決のために必要な取組等も含め指導を行う。

(3) ハイリスクな方を見逃さない取組の徹底

長時間労働者に関する情報等の産業医への提供を義務付ける。

3 社会全体で過労死等ゼロを目指す取組の強化

(1) 事業主団体に対する労働時間の適正把握等について緊急要請

(2) 労働者に対する相談窓口の充実

労働者から、夜間・休日に相談を受け付ける「労働条件相談ほっとライン」の開設日を増加し、毎日開設するなど相談窓口を充実させる。

(3) 労働基準法等の法令違反で公表した事案のホームページへの掲載

メンタルヘルス対策は、益々重要な位置付けに

- 2015年には労働安全衛生法の改正に基づき職場のストレスチェック制度が始まり、職場のストレスが注目されるようになる。
- 2020年労働施策総合推進法に改正により、いわゆるパワハラ防止法が施行され、事業主（会社側）のパワーハラスメント対策が法的に義務付け。
- 2020年からのCOVID-19流行による不景気、企業倒産数の増加、リモートワーク、失業者増が起こり、職場における精神保健は重要な国家的課題となって久しい。
- メンタルヘルス不調に伴う経済的損失は7.6兆円という試算（GDP1.1%）。
- 職場のセクシャルハラスメント対策、妊娠・出産・育児・介護休暇などに伴うハラスメント対策も事業主の義務となった。
- 職場におけるセクハラ・パワハラへの対策も他者からの心理的被害を法律によって何とかしたいという日本政府による一連の対策であると理解される。

職場におけるメンタルヘルスケアの必要性

メンタルヘルスケアのニーズの高まり

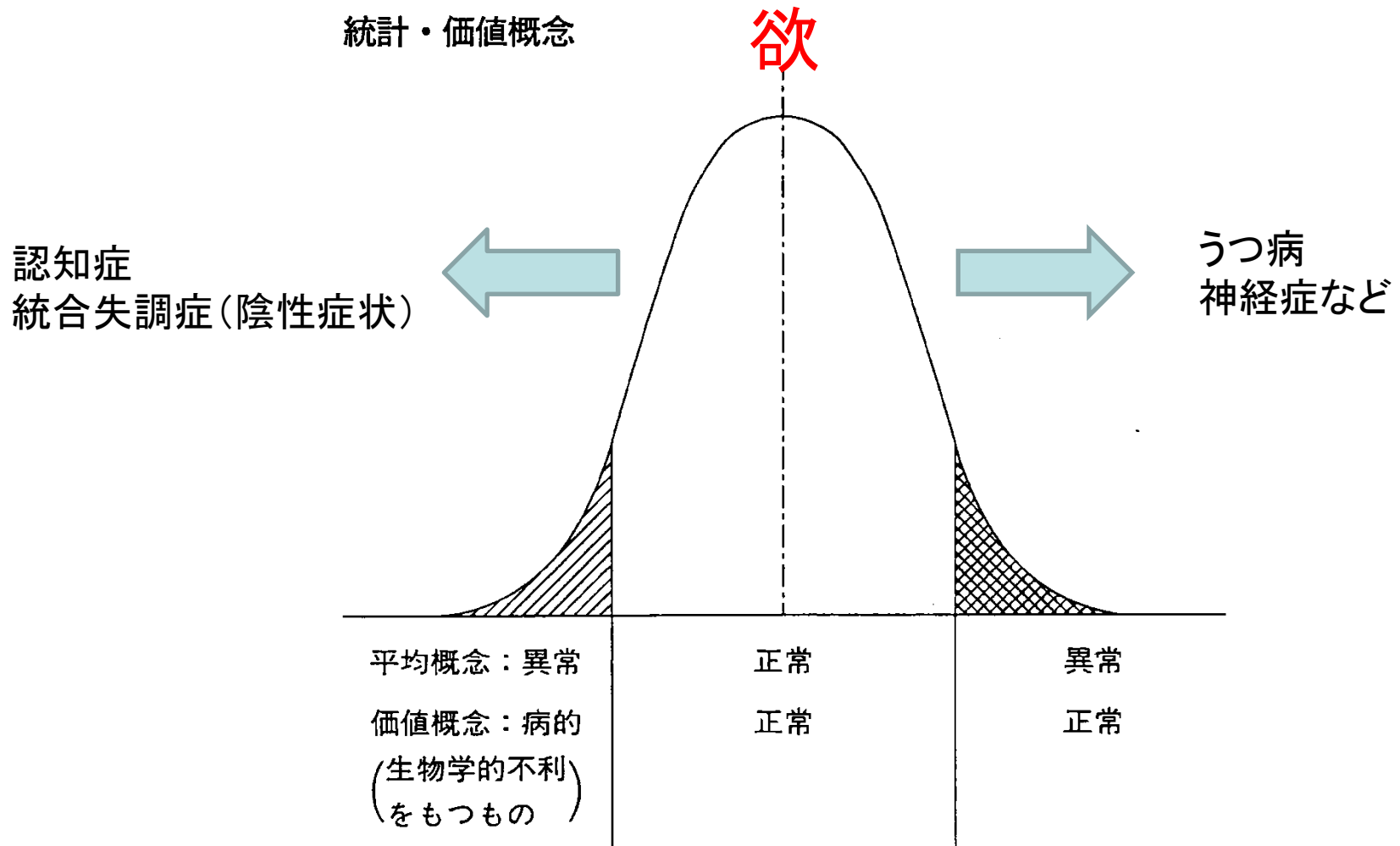
- 被雇用者の自殺件数も平成10年以降8000人を超え、平成21年度には9000人を超えている。
- 多くの事業所でメンタルヘルス不調者が増え、事業所によっては1か月以上の長期休業者の中に占めるメンタルヘルス不調者の割合が7～8割に達しているところもある(表5:前スライド)。
- 精神障害の労災認定基準の公表(平成11年9月)、恒常的な長時間残業によりうつ病に罹患し自殺した労働者の損害賠償請求訴訟(平成12年3月)に対する最高裁判決で、業務によって生じた健康障害に対する事業者責任(安全配慮義務違反)が明確になったことも企業のメンタルヘルスケアに対する関心を高めた。
- 過重労働対策の一貫として、100時間以上の時間外労働を行った労働者で本人が申し出た場合、事業者は医師による面接指導を行わなければならないとする改正労働安全衛生法が平成18年4月1日(従業員50人未満の事業場では平成20年4月)より適用されることとなった。
- 平成20年3月から施行されるようになった労働契約法にも使用者の安全配慮に関する必要性が述べられている。
- 平成18年6月に自殺対策基本法が成立し、平成19年6月に自殺総合対策大綱が閣議決定されたが、その内容については自殺予防対策の項(81～87頁)で述べる。
- 平成26年6月改正労働安全衛生法の成立。勤労者へのストレスチェックが義務化。
- 職業性ストレスやメンタルヘルス不調者の増加は、本来健康で質の高い職業生活を送るはずの労働者やその家族の生活を脅かし、企業活動の生産性の低下や事故の増加を招くこととなる。
- このような背景から、職場におけるメンタルヘルスケア(心の健康づくり)の充実は労働者の健康の保持増進、職業生活の質の向上、企業の生産性の向上、リスクマネジメントとしても大変重要な課題であり、近年その重要性は増しているといえる。

「うつ病」流行の背景...我が国特有の事情

- (中略 自殺者数増加を受けて)厚生労働省のHPなどを中心に、積極的な受診を勧奨するといった、国を挙げてのうつ病啓発運動があった。
- それは産業メンタル・ヘルスの場面でも同様。
- 上司に叱責されるなどを理由にした、職場で覇気を失った若者が次々と受診する事態に陥って久しい。
- 精神科を受診することについては、上司に勧められた自分も納得しているという。そこには、職場を離れた部下と、部下のメンタル・ヘルスへの配慮を示したい上司、両者の意図が、全く違う立場にもかかわらず、精神科受診という方向性では、見事な連携をみせている。
- この様な皮肉な連携が生じる背景に、我が国特有の事情がある。
- もし米国でこのような叱責されるなどして失望したら、ハラスメントとして訴えるか、さっさと転職してしまうか、容赦なく解雇されるだろう。
- それに比べて我が国では、終身雇用で代表されるような、正規社員に対する手厚い補償が大きな違いといえる。
- 休職しても簡単には解雇されない。しかも、当分は給与は支給される。
- ここに人間が本質的に持っている不快状況を回避したいという心の動きが連動するとどうなるか...？

そもそも精神病とは？

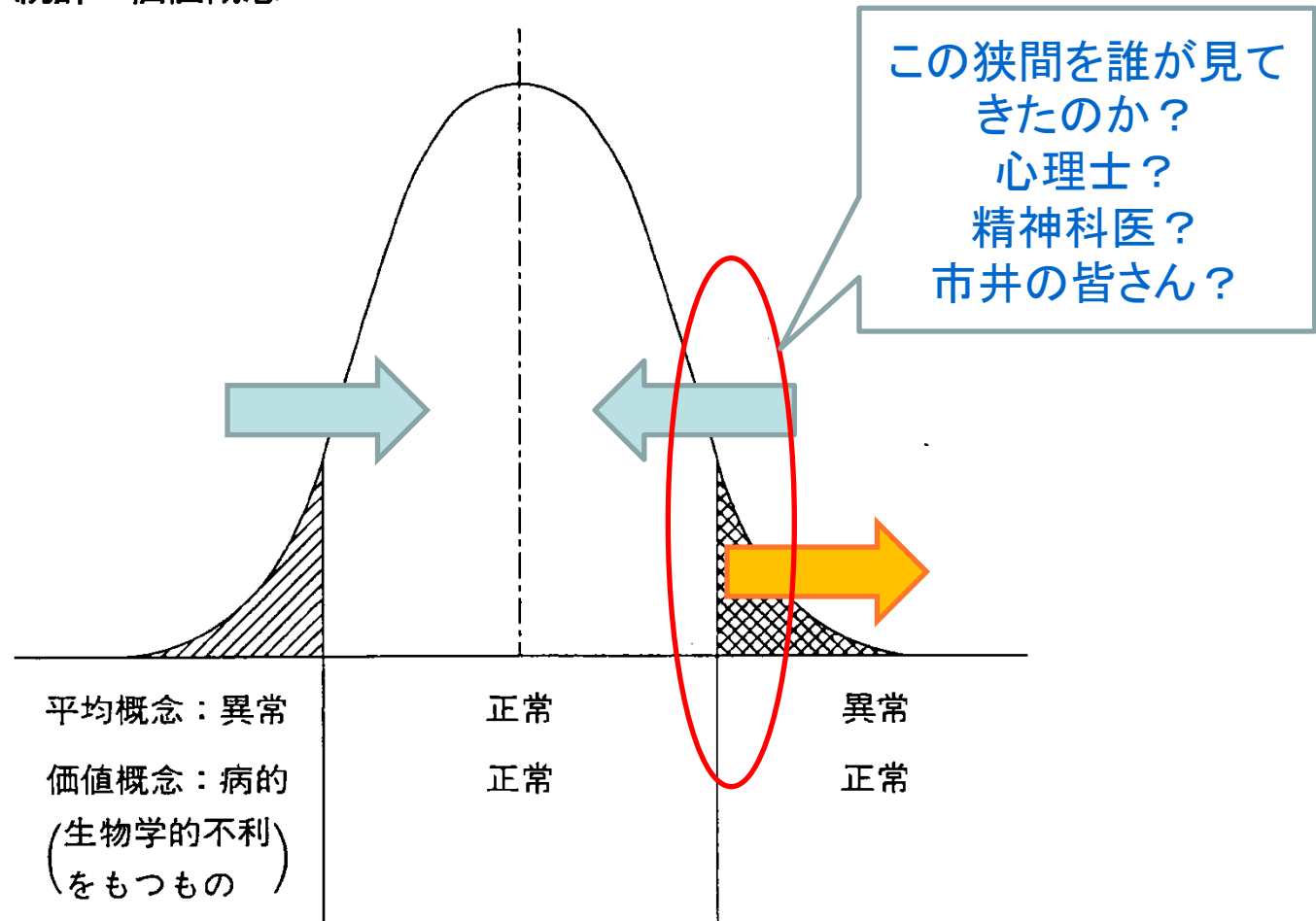
- 精神科で扱っている対象の主体は“欲”ではないか考える。
- 欲の過多で見渡してみる。



精神科医の目指すところは、なんでもホドホド

- 両極にある疾病圏からより中心へと調整するのが精神医学なら（水色）、より高みへと目指して引き上げるのが教育であったり、産業の場面であったりする（オレンジ色）。

統計・価値概念

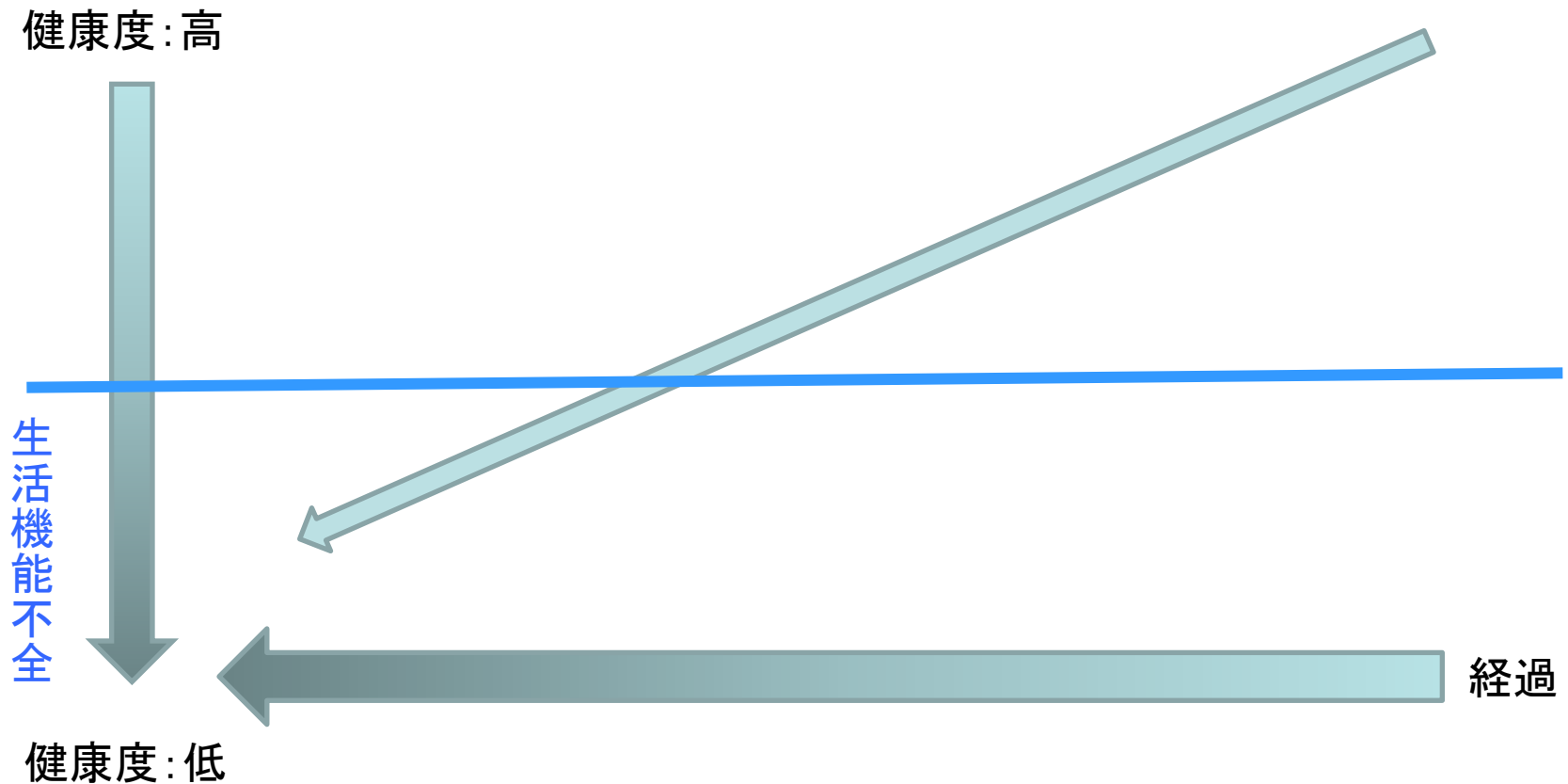


うつ病診断の決め手を精神病理学的に求める

- 恐らく議論を尽くして行き着く「内因性うつ病が疾患である」という共有できることのできる根拠は、Jaspersの発生了解不能、あるいはSchneiderの生活発展の意味連続性の中断しかないように思う。
- 健康な精神生活に、ある時から新たな変化が生じる。
- それを我々は発病と呼ぶわけだが、その新たな変化そのもの、あるいはその変化の仕方が、それ以前の精神生活の意味あるまとまりから逸脱している、発生的に了解できないというだけである。

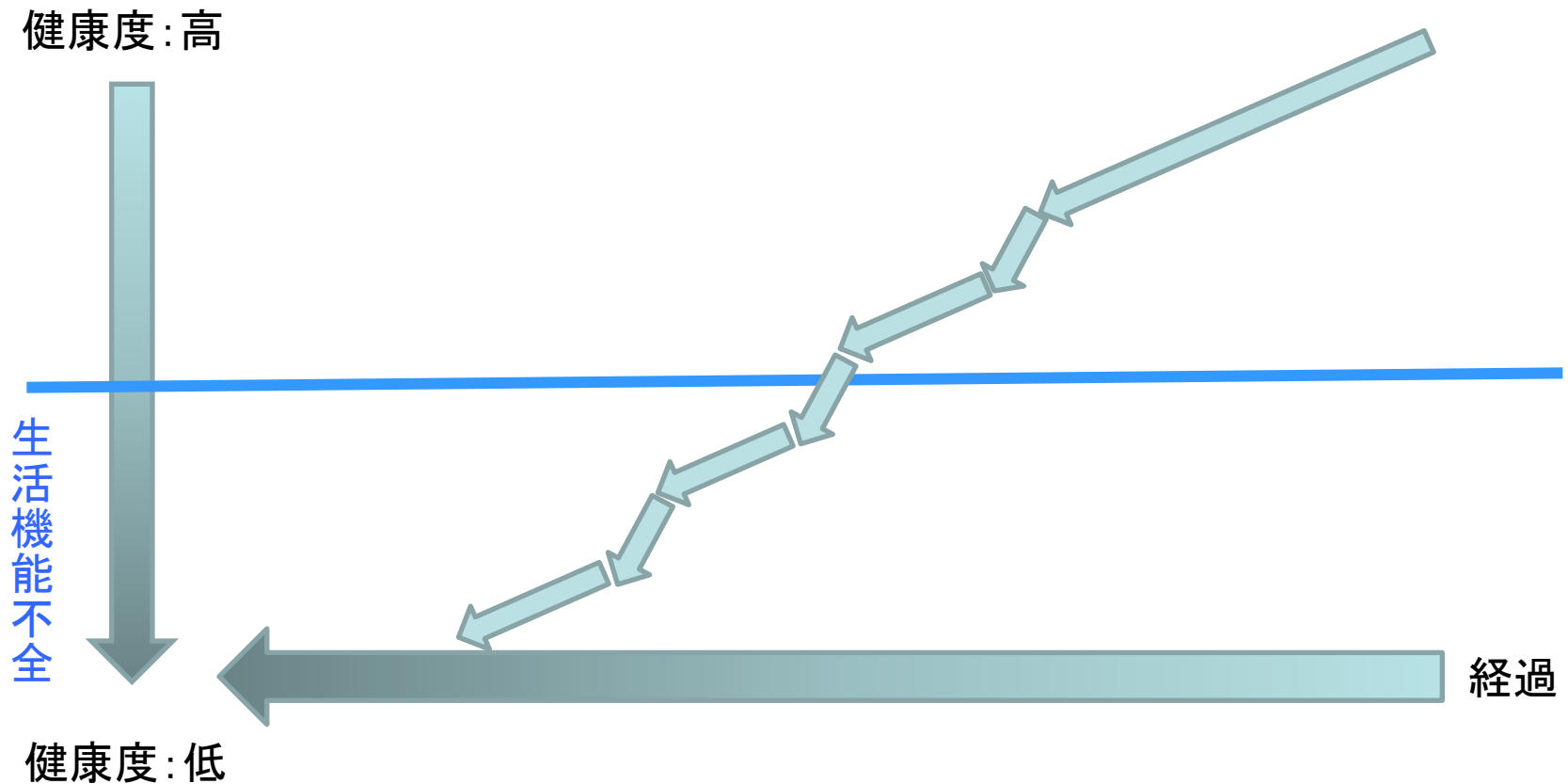
うつ病診断の決め手を精神病理学的に求める

- 恐らく議論を尽くして行き着く「内因性うつ病が疾患である」という共有できることのできる根拠は、Jaspersの発生了解不能、あるいはSchneiderの生活発展の意味連続性の中断しかないように思う。



うつ病診断の決め手を精神病理学的に求める

- 恐らく議論を尽くして行き着く「内因性うつ病が疾患である」という共有できることのできる根拠は、Jaspersの発生了解不能、あるいはSchneiderの生活発展の意味連続性の中断しかないように思う。



どこから精神病扱いなのか？

- 結局、精神病として扱っていい線引きとは…。
- 「意味連続性」の中断のありやなしや…と、
- 「生活機能不全」…生活を遂行する上で、困っているかどうか。
- この2点しかないことになる？

意味・連続性の中断を診る

- 「精神障害には疾患であるものとそうでないものがある」という立場を前提に、「うつ病」流行の背景を論じた。
- 内因性うつ病を「疾患である精神障害」とみなす **本質的な根拠は了解不能性・生活発展の意味連続性の中断しかない。**
- DSMのMajor depression(MD)とは、了解可能性に**囚われない**概念。
- 我が国の経済的不況や自殺率の増加とも連動し、発症したと捉える敷居が下がった...
- 精神科特有の、診断にまつわる構造上の特徴と、その弱点を理解しないと、精神科医療機関から提出される診断書の意図が読み解けない。
- 読み解けないと、その意図を見誤ることになり、対応が後手後手に...
- 意味・文脈の連続性が失われた診断名に振り回されて、担当者が困っているのが産業保健の現場の実情...ではないか。

意味・連続性の中断ないけど、生活遂行に困っている不安とは？

- 日常生活にあって不安を感じたことのない人はいないだろう。
- もしこの世に不安がなくなったらどうなるか？
- この世に不安のない楽園が訪れるであろうか？
- おそらくこのような楽観論はないであろう。
- 不安は身体的(精神的)状態が「安心できない(心配だ)」と感じた(考えた)ときおのずと発生する生得的な感情である。
- 感情は、基本的に「情動」と「気分」に分けられるが、不安は原因となる刺激で生じ、原因が消えるか解決されるとすぐに消える感情で、情動に分類される。

“平均的なあるべき姿”からズレているほど困っている

- (前略)...急激に労働条件が悪化したこと(例:就職氷河期は1997～2002年)と、DSM-IVが流布した時期が重なった結果、診断精度を問わない薬物の登場...何でも“抑うつ状態”ということで治療の対象となった。
- 1970年を境に産業構造が変化、サービス業の就業者数が製造業を超え、1980年代からのグローバル化、1990年代ではバブル崩壊などの影響を受け、職場環境が急激に悪化し以下、3つの局面が露呈。
- 第一は多様な人間が多様な生き方を可能にした中小企業・自営業の営みが奪われ、「適材適所」という人類の知恵が消滅...分裂気質者の生き方の選択肢を撃滅させてしまった。
- 第二は人間関係が「生活の糧」となる時代であり、職場では高度の「コミュニケーション能力」(最短の言葉で、最大の内容を伝え、最大の説得力)が要求され、また「独創性・企画力」が求められることとなった。
- コミュニカ不足による「摩擦」は非合理的であり、職場の「寛容」さが低下。
- 第三は終身雇用という保証が失われ、年功序列制度が崩壊し定年昇給はなく、職場は激しく変化し、職業人としての「安定」と「未来性」が閉ざされた。
- 特に“分裂気質”者は仕事の「プレッシャー」よりも「閉塞感」に悩む。

適応障害の診断基準

- ストレス因に対する反応である。
- ストレス因が始まって速やかに発症する(DSM-5では3ヶ月以内、ICD-10および-11では1ヵ月以内)。
- ストレス因がなくなれば速やかに軽快する(DSM-5、ICD-10および-11いずれも6ヵ月以内)。
- ストレス因とその結果にひどく囚われ著しい苦痛がある。
- それにより回避などの生活機能不全がある。
- 他の精神疾患の基準を満たさない。



- 軽症レベルである。
- 外来治療で出来ることが限られる...すなわち、職場での環境適応促進の対処が必要となる。



- **職場の協力なしには解決し得ない**がゆえに、医療者は頭を悩ませている。
- “治るまで戻ってこないで”...突き離された感もあって、如何ともし難い。

ICD-11にみる適応障害⇒適応反応症

- 1980年DSM-Ⅲ以来、初めて適応反応症(適応障害)に改訂がなされる。
- ICD-11の翻訳を契機に“disorder”は「**障害**」から「**症**」に変更された。
- “adjustment disorder”を「**適応症**」と訳すと、医薬品が規制当局から許可された治療用途を差す用語と同一になってしまう。
- 「**適応不全症**」と訳すと、適応への努力が不十分であるかのような印象を与えかねない、という意見があったことから「**適応反応症**」と訳す事になった。
- 大半の精神疾患は横断面の症状によって定義されているのに対し、適応障害はストレス因に引き続いて起こり、ストレス因解消後6ヵ月以内に消失する、という**経過の特徴のみに基づいて診断**され、他の精神疾患の診断基準を満たさない、という「**診断閾値以下の地位**」(subclinical status)に付置される。
- 大うつ病性障害の診断閾値が低過ぎるため、臨床現場では大うつ病性障害と診断されていることもしばしば⇒必要のない薬物療法が施されている可能性。
- 適応障害の抑うつ気分は、**ストレス因の認知と関連したもの**であり、気分反応性は失われてないが、現代の診断基準では大うつ病性障害の影に隠れてしまう。
- “intrusions(侵入思考)”⇒“preoccupation(とらわれ)”と、書き改められる。
- ストレス因についての**過度の心配**や、**反復的で苦痛に満ちた思考**、その影響について絶え間ない**反芻思考**。

縦の混乱と横の混乱

- うつ病の診断は一般に、「抑うつ気分や精神運動制止など諸症状の評価」⇒「うつ状態かどうかの判断」⇒「うつ病かどうかの判断（抑うつ反応などとの鑑別）」という風に段階を追う。
- つまり、抑うつ気分、うつ状態、うつ病という用語は、いわば概念のレベルが異なるものである。
- 縦の混乱**とは、こうした症状名、状態像名、病名、という概念レベルを明確に区別することなく「うつ」といってしまふことによる混乱である。
- さらに、一般人の間では、「うつ」と「うつ病」とは同義に感じられることが多いため、縦の混乱は用語「うつ病」にまで広がる。

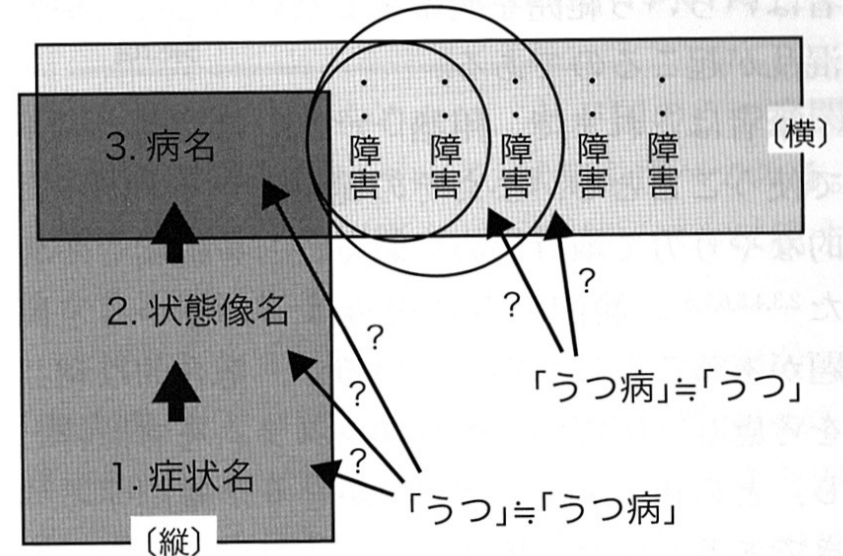


図1 縦の混乱と横の混乱（文献8より引用）

用語「うつ」は（しばしば「うつ病」も）病状名、状態像名、病名のどのレベルの意味か曖昧なまま使われてる傾向がある（縦の混乱）。「うつ病」を病名レベル用語として使うとした場合も、その範囲が使う人によって違うという混乱が起こっている（横の混乱）。

どこからどこまでが病気なのか・・・？

病気ではないかもしれないが、
悩みを抱えている状態

Cut-off Line?

これまでは受診されなかった様な
悩みのレベルであっても、
敷居が下がったことで
医療機関に通われるような方

本来、想定されてきた
(精神科)医療機関に通っている方

悩みの深さ

働いている方

- 何処から“病気”扱いにするのか？
- そのcut-off pointは決まっていない。
- 生物学的指標がない。
- 今のところ、それぞれの精神科医の主観的な見立てに依るしかない。

病気なんだけど、
医療機関に通うことを拒否している方の存在

衛生管理担当者の考える、 復職支援を行うにあたって困難と予想される事項

復職可能と判断されただけの病気が回復したのか解らない

復職可能とした判断基準がわからない

あまりの長期休業は雇用存続が困難

診断書にある病名だけでは事業場の理解が得られない

診断書にある業務軽減の指示が現場の状況にそぐわない

休業に至った原因がわからない

休業者への接し方が解らない

業務軽減指示をどこまで遵守するのか

復職支援についての知識不足

病気の再燃時の対応法

復職後の職務が低調であった場合の対応

最終的に誰が復職を判断するのか決まっていない

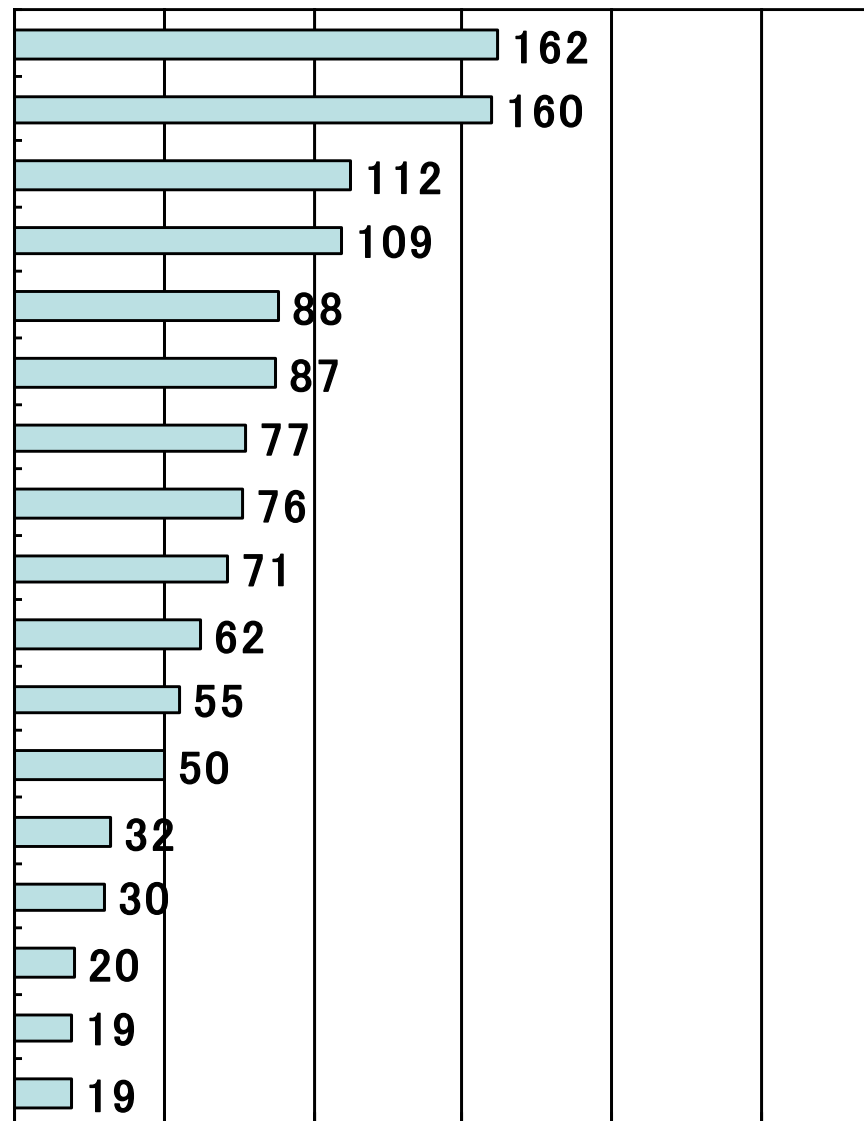
プライバシー保全方法

経済的に支援する余裕がない

復職に関する知識や情報不足

主治医との連携方法

代務従業員への配慮のあり方



■ 労務管理担当者

指摘総数(総回答数:288件)

0 50 100 150 200 250

現場（衛生管理者や上司ら）の声から

- よくある質問として・・・「これ（＝この診断書にある病名）で、本当にこんなに長いこと休まないといけないのか？」という問いかけがある。
- 「うつ病」とあるときもあれば、「抑うつ状態」とあったり。「適応障害」とか、「心因反応に伴う抑うつ」とか・・・。
- 現場の方々は、その差異を殆ど理解することができない。
- 当然、「これは本当に病気なのか？ 詐病ではないのか？」という疑問に至るのである。
- 少なくとも精神科医が何をもってして診断しているのか（先述）？
- その思考の過程や何に準拠してそう診断しているのか、最低限のところを共有したい。



現場(産業医や衛生管理者ら)の不満から読み解く

- 第115回日本精神神経学会学術集会における、精神科における診断にまつわるシンポジウムの中で・・・、内科の産業医の先生が質問された。
- (要約)精神科医が何でもかんでも精神病(≡うつ病とか、適応障害とか・・・)にして従業員に“～まで休み”の診断書を提出されるが、実際には休暇中に遊んでいる従業員もいて、一生懸命働いている他の従業員の手前、示しがつかない。
- この状況に対して、精神科医はどう考えているのか!!(怒りが滲む)。



司会:加藤敏 大嶋明彦 演者:加藤敏 古茶大樹 阿部隆明 大嶋明彦

シンポジウム6 精神病理学の古典を再読する:DSM精神医学の補完を目指して:第115回日本精神神経学会学術集会, 新潟, 2019.6.20.

「うつ病」...病像の多様化

- 現代の世相を反映し、近年のうつ病における病像の多様化が指摘される。
- 従来の内因性うつ病に該当するメランコリー親和型うつ病には当てはまらない抑うつ状態を呈する一群は「非メランコリア型うつ病」と総称され、非メランコリア型うつ病に属する様々な症候学的サブタイプが概念化。
- 非メランコリア型うつ病の病像は極めてheterogeneous(異質な・不均一な)であり、またその治療的対応は従来のうつ病治療では難渋することが多いことから、大きな臨床的課題として位置付けられている。
- アンケート結果からは、典型的なメランコリー親和型うつ病を見かける頻度が減り、非メランコリア型うつ病について、若年者で増えているという指摘。
- 非メランコリア型うつ病の特徴から...うつ病の本質は精神運動の抑制であり、生きるエネルギーの枯渇と対比すると浮き彫りになるのではないかな？
- 「私的領域では活動的」「自己中心的」「他罰的」といった症状は、生きるエネルギーが存在しないと、発揮する事ができない。
- 発達の問題、あるいはそれまでの教育環境や人間交流の在り方などが症状に影響しているのではないかな？

“うつ病”と“不安”の併存

“うつ病”と“双極症”との鑑別

- 複雑な病理を背景にもつ症例。
- 複数の疾病概念が「併存」しているという考え方を持ち込む必要がある¹⁾。
- 例：治療中のうつ病患者さんの多くに不安症状が併存²⁾。
- 例：双極症に“うつ病”は追加診断というのは併存し得ないだろうが、“うつ状態”の併存はあり得る。
⇒ この“うつ”を鑑別し得るのか？
- 更にアルコール多飲の問題が被っていたり、神経発達症（発達障害）が背景にある場合、不眠症や食思不振など身体的に課題があるなど、問題を複雑にさせる要因は種々。

1) 松本ちひろ：現在の精神科診断におけるもう一つの課題-「鑑別」か「併存」か？. 精神科治療学 40(1): 11-15, 2025.

2) Christensen, M. C. et al.: Emotional blunting in patients with depression. Part IV: differences between patient and physician perceptions. Ann Gen Psychiatry 21(1): 21, 2022.

うつ病とは、人生における困難をどう受け止めるかの病理¹⁾

- 内因性(メランコリー型)うつ病を超えてうつ病の病態の多様性が強調。
- 内因性うつ病に対する従来の診立てが必ずしも通用しないケースに遭遇。
- 不安症の併存や発達障害を背景とするうつ病など、治療抵抗性を帯び得るうつ病も現場では避けて通れない課題となっている。

精神科治療学 第23巻 第8号 2008年8月

991(67)

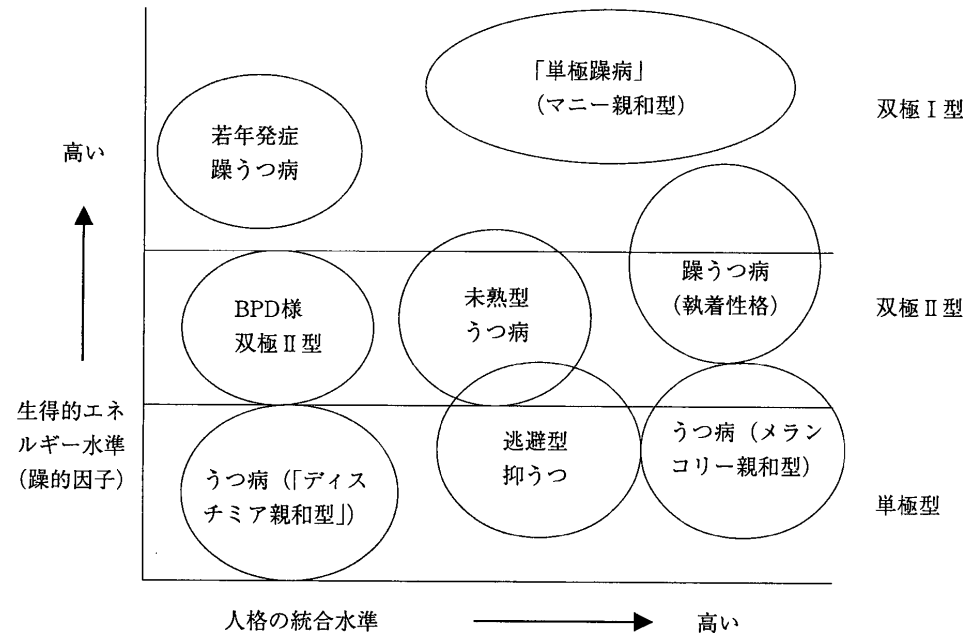


図2 躁うつ病者の病像と病型(文献7より)

1) 白川治: 外来で使えるシンプルなうつ病の診立てと薬物療法. 臨床精神医学 52(1):67-73, 2023.

図2) 阿部隆明: 「軽いうつ」「軽い躁」—どう対応するか—II いわゆる未熟型うつ病について. 精神科治療学 23(8):985-993, 2008. を参考に、演者抜粋・作成

うつ病治療はより、困難なものとなっている...

- 「『うつ病は治る』は今や原則ではない。例外である。」
- うつ病の慢性化・長期化...二次災害ともいうべき課題への発展。
 1. うつ病相自体が我々が予想したものより長引いていて、終結しないとき。
 2. うつ病といっても、それが従来でいう神経症性抑うつパーソナリティであるとき。
 3. うつ病の病相それ自体は終結していても、そこから抑うつ体験反応が続発してdemoralization(士気の低下: Frank, 1991)の問題へと発展。
- 「何をやっても救われない.何をやっても駄目だ」...「自己統制感の喪失」



図1 抑うつ病相の模式図 (Kraines)
(文献15より引用, 筆者訳) 2)

1) 大前晋: うつ病の経過と長期予後に関する最近の知見と過去の歴史. 精神科治療学 38(11): 1259-1265, 2023.

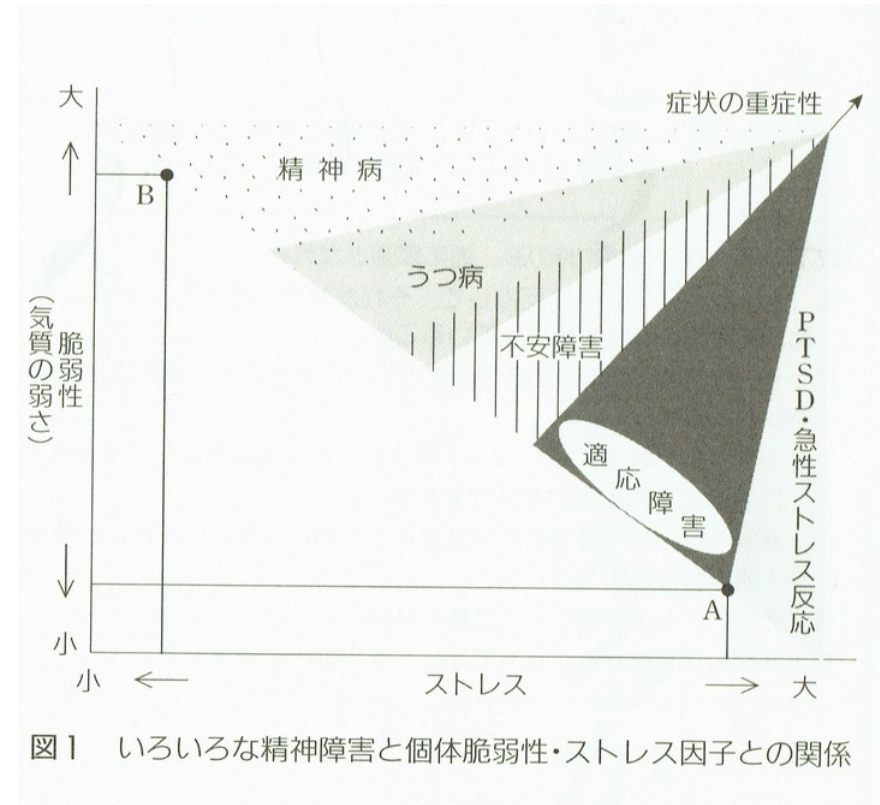
2) Kraines, S.H.: The neurophysiologic basis of manic depressive illness. 新福尚武 編. 躁うつ病. 医学書院, 東京, p275-287, 1972. を参考に、演者抜粋

「うつ病」流行の背景...ルサンチマンと目的反応

- 失意にある人の心理状態を適切に表現した述語にFrank(1991)のデモラリゼーション Demoralization がある。
- 患者は、周囲のあるいは自らの期待を満たすことができず、希望を失い、様々な程度の無力感、失望感、混乱、主観的な無能感を体験する。
- その表現型としては、感情面での不安や抑うつで、その多くは適応障害、従来病名でいえば抑うつ体験反応あるいは心因反応と診断されよう。
- デモラリゼーションの純粹な表現型は悲哀や失意、諦めだが、そこから新たに発展する心の動きもある。
- 上司と部下、雇用するものとされるもの、親と子、教師と生徒、金持ちと貧乏、健康な人と病気に苦しむ人、社会には様々な価値からみた強者と弱者あるいは勝者と敗者の関係がある。
- 弱者の悲哀や諦めが、強者への恨みを含んだ屈折した感情は了解可能。
- ニーチェはそれをルサンチマン反感と表現した(1887)。
- 樽見の“ディスチミア親和型抑うつ”(2005)に見られる他罰性にも、ルサンチマンの成分を読み取ることができるように思う。

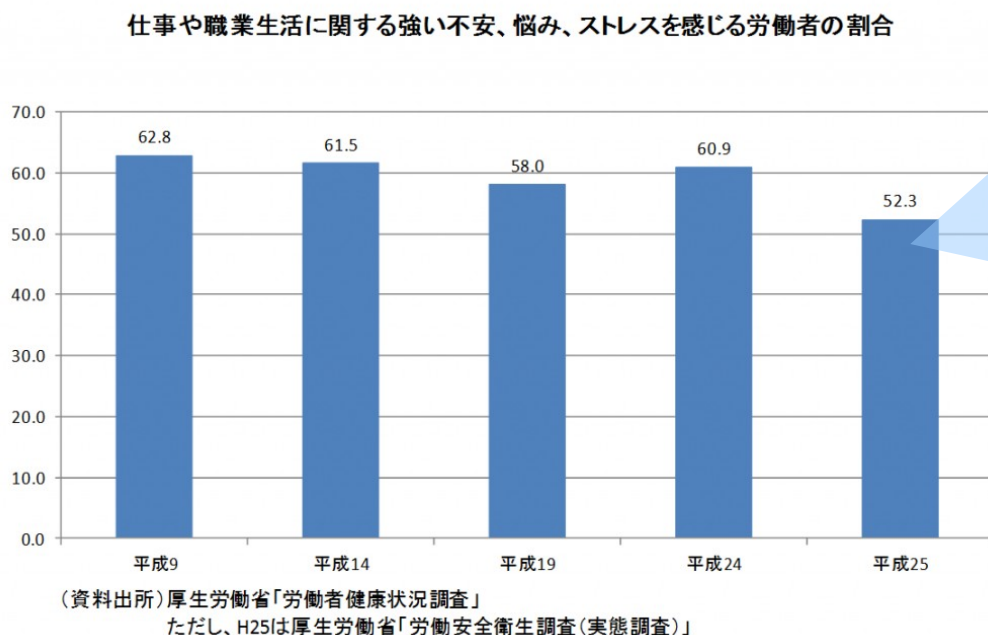
「適応障害」...精神科医による発見ではないか？

- 適応障害という病名は、それまでの日本の精神医学では用いられなかった言葉...「心因反応」というのが、それまでの言葉で一番近い。
- 背景にある考え方が、2004年現在ではまだ、十分整理できていなかった。
- 生物は全て「環境」に「適応」できるように出来ているはず...生物学的に。
- なので、適応出来なければそれは障害？
- 症状は問わないのか？ どの程度のストレスを指すのか？ 他の疾患におけるストレスとの違いはないのか？...診断に際して曖昧さを残す。
- 環境～ストレス因が問題なのか、適応できないその個体が問題なのか？



人生における困難を目前にして“たじろいでいる”人の面倒は誰が見るのか

- やはり第115回日本精神神経学会学術集会でのシンポジウムの席上では、
- 産業医の先生の見解としては“職場は病気を治すところではない”とのこと。
- 一方で、病気ではないのに、悩んでいる状態のヒトを、どこで、だれが面倒を見るのか・・・、その処遇は“宙ぶらりん”・・・。



働いている人の半分以上が何かしらのストレスを抱えている・・・。

この悩みを、一体、どこからどこまでが病気で病気ではないのか・・・？

病気ではないとするなら、何処で誰が面倒みるのか？

現場(産業医や衛生管理者ら)の不満から読み解く

- (要約)精神科医は、病気ではない悩みも一部扱っている・・・、とのこと。
- その他のセッションも含めて、その回答が含意するところを勘案してみる...
- (恐らく)患者(≡悩める人)が医療機関に受診した以上、その方に対して、医師という職業倫理に照らし合わせるところ、患者(≡悩める者)にとって何が最善であるかを考えることが必要であるのではないか、という立場は主治医として譲れない、ということではないのか。
- 患者の権利を尊重し、擁護するよう努めるべきである、という立場。
- 何よりも患者の利益を第一に行動することが、最も基本的な行動原則。
- これらを勘案するならば、精神科医がどのような診断や振る舞いをするのかは、自ずと見えてくるのではないか・・・？

司会:加藤敏 大嶋明彦 演者:加藤敏 古茶大樹 阿部隆明 大嶋明彦

シンポジウム6 精神病理学の古典を再読する:DSM精神医学の補完を目指して:第115回日本精神神経学会学術集会, 新潟, 2019.6.20.

司会:稲垣中 演者:竹下啓

教育講演19 利益相反と責務相反:第115回日本精神神経学会学術集会, 新潟, 2019.6.22.

医師の職業倫理指針 第3版 平成28年10月刊行:日本医師会, p3, 2016.

現場(産業医や衛生管理者ら)の不満への回答

- 第120回日本精神神経学会学術集会では、日本産業保健法学会の先生や、著名な精神科医らが登壇。
- 井原裕先生: 診断書のサンプルを例に発言... 医者の仕事は診断と治療だけではない... 療養の指導など、意見申述も仕事(社会的に大きなインパクト)... 診断書、療養給付金の申請、セカンドオピニオンなど主張することもある。
- 例) 小児科医はアドボカシー(子どもの代弁者たること。例: 虐待の申告、いじめの発見)という概念をもって、学校などに意見申述。
- 意見を言うのも仕事... 医師も説得力をもって信頼性に基づく意見を言えばいいのではないか。
- 虐めを認知したら意見を言えばいい...と同じではないか、精神科医も。
- 付記の欄の活用を！

司会: 井原裕 岩井圭司 演者: 三柴丈典 井原裕 神田橋宏治 岩井圭司

一般シンポジウム17 精神科医・産業医の意見申述 その方法と倫理: 第120回日本精神神経学会学術集会, 札幌, 2024.6.20.

DSM-5における、適応障害の診断基準

- 診断基準 A 項目
- はっきりと確認できるストレス因に反応して、そのストレス因の始まりから3か月以内に情動面または行動面の症状が出現。
- 診断基準 B 項目
- これらの症状や行動は臨床的に意味のあるもので、それは以下のうち1つまたは両方の証拠がある。
 - (1) 症状の重症度や表現型に影響を与えうる外的文脈や文化的要因を考慮に入れても、そのストレス因に不釣り合いな程度や強度をもつ著しい苦痛。
 - (2) 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の重大な障害。
- 診断基準 C 項目
- そのストレス関連障害は他の精神疾患の基準を満たしていないし、既に存在している精神疾患の単なる悪化でもない。
- 診断基準 D 項目
- その症状は正常の死別反応を示すものではない。
- 診断基準 E 項目
- そのストレス因、またはその結果がひとたび終結すると、症状がその後更に6か月以上持続することはない。
- 該当すれば特定せよ
- 急性: その障害の持続が6か月未満
- 持続性(慢性): その障害が6か月またはより長く続く。
- いずれかを特定せよ...(次ページ)

DSM-5における、適応障害の診断基準

- いずれかを特定せよ
- 309.0(F43.21)抑うつ気分を伴う:優勢にみられるものが、落ち込み、涙もろさ、または絶望感である場合
- 309.24(F43.22)不安を伴う:優勢にみられるものが、神経質、心配、過敏、または分離不安である場合
- 309.28(F43.23)不安と抑うつ気分の混合を伴う:優勢にみられるものが、抑うつと不安の組み合わせである場合
- 309.3(F43.24)素行の障害を伴う:優勢にみられるものが、素行の異常である場合
- 309.4(F43.25)情動と素行の障害の混合を伴う:優勢にみられるものが、情動的症状(例:抑うつ、不安)と素行の異常の両方である場合
- 309.9(F43.20)特定不能:適応障害にどの特定の病型にも分類できない不適応的な反応である場合
- 診断的特徴
- はっきりと確認できるストレス因に反応して、情動面または行動面の症状が出現することが、適応障害の本質的な特徴である(基準:A)。
- ストレス因は単一の出来事(例:恋愛関係の終結)のことも、複数のストレス因(例:仕事上の著しい困難と結婚問題)のこともある。
- ストレス因は、反復する(例:仕事上の季節的な苦痛に伴うもの、性的関係への不満)ことも、持続する(例:生活障害を益々強くする慢性疼痛疾患、犯罪多発地域での居住)こともある。
- ストレス因は、一個人、家族全体、あるいはもっと大きな集団や共同体に影響を与えることもある(例:自然災害)。
- ストレス因の中には、特定の発達上の出来事(例:入学、実家を離れること、実家に戻ること、結婚、親になること、職業上の目標を達成できないこと、引退)に伴うものもある。

メンタルヘルス不調者 職場復帰の狭間で

- 産業医と主治医(臨床医)の立場は大きく異なる。
- 主治医は患者の味方であり、患者を守ることが使命であるが故に、患者に配慮して貰えるよう事業者に積極的に意見を述べるのが一般的である。
- 一方、産業医は「働く」という視点から労働者の健康を守ることが使命である。
- 労働者は労働契約によって会社に労務を提供する義務があることから、会社の求めに応じて働けるだけの健康状態を自らの責任で維持し続けなければならない。
- 職場において、疾病性の有無が一番の問題ではない。
- 疾病性があっても他の労働者と同等に「働く」ことが出来ていれば、メンタルヘルス不調者であっても問題にならないことがほとんどである。
- 逆に、疾病性がない(若しくは寛解している)にも拘らず、他の労働者と同等に「働く」ことが出来ないケースが問題となることが多い。
- 産業医は、職場は「働く」場所であるということを理解した上で、メンタルヘルス不調者に対する業務配慮と就業措置に関する産業医意見を述べるのが望ましい。
- 産業医に求められるのは、診断技術ではなく、その疾病性に気づく程度に症候を理解し、自らの管理下でフォローするのか、専門家に紹介するべきかの判断を下すことである。
- 労働者一個人を守るだけでなく、組織(集団)を見ることが求められる。
- 医師間に意見の対立があって、歩み寄る姿勢を示されないと、困るのは不調者本人であることは忘れてはならない・・・。

メンタルヘルス不調といっても、事例化しているかどうかで考える

- 主治医-産業医間の不要な摩擦を少しでも少なくするためにも、日頃からの相互理解や連携を深めておくといった関係作りが大切である。
- 馴染みの精神科医を地域に1~2人作っておくことも一つの方法である。
- メンタルヘルス不調に陥ったケースから職場で顕在化する問題を「事例性」という。
- ケースごとに障害の有無や程度(疾病性)とは区別する概念。
- 当該ケースの管理監督者や人事・労務部門とも協力し就業上の配慮をすることで、「事例性」をコントロールすることが産業保健上の目標と考えるべきである。
- 「事例性」の核となる意味付けは、“平均的な労働者としてのあるべき姿からの乖離”であり、それは以下の2つの場合がある。
 - ① 属する職場集団の平均的な姿からの乖離。
 - ② それまでに示してきた通常の行動様式からの乖離。
- どちらであっても、職場環境に影響が出るのは明らかで、何らかの人事・労務対策を講じることが求められる。
- 産業医は疾病性、すなわち病気が背景にあることを念頭に置きながら、人事・労務対策に優先して疾病管理を行う必要がある。
- 一方で、職場は「働く」場所であることを理解すれば、業務上の配慮を過度に、かつ長期に行うことは当該労働者のみならず、同僚らにとっても望ましい状況ではないことが理解できるはず、である・・・。

今後、産業医学の場面で求められるスキルとは？

- 三柴丈典先生：
- 私傷病者への対応...〔前提として少子高齢化・個人尊重意識の高まり〕。
- 業務上のリスク管理の観点から...労働者への救済措置：
- 健康配慮義務(持病を仕事によって悪化させない義務...労働契約5)、
- 解雇(免職)回避義務〔労契16...例)精神障害であっても①専門医に受診させる ②適材適所を探る ③暫く経過観察をしろ...がないと解雇出来ない〕
- 合理的配慮義務(自己申告が前提。障害者差別の禁止。障雇促36-2～)
- ケジメ: 就業規則規定に基づく人事措置(休職・降格・解雇等)、
- 履行不能による契約解除(民法第543)、分限(降任・免職・休職)、
- 〔地方公務員法第28、国公78、下位の規則・規定 例)兵庫教育大学事件: 仕事出来ないヒトを解雇しないで窓際に追いやり続けることもまた×〕。
- 労働者に厳しく接するのか、優しく接するのか...、適切な切り分け。
- 産保担当者が一定の手続きを行い答えを導く...疾病性・事例性の確認。本人と職場の意見に解離がないか確認し、職場へ定着させる・適応を促す。

産業保健：残ってしまった問題を整理すると...

1. 明らかに、病気の範疇にある群

うつ病

双極性障害

発達障害

認知症・アルコール依存症・器質性障害...など

2. 病気かどうか...疑わしいが、病気扱いになっている群

適応障害

ディスティミア親和型抑うつ(樽味:2005)

本当は詐病なんだけど、診断書の上では病名アリ?

3. メンタルヘルス不調者を前に、上手く取り回しが出来ない管理職

この辺りの区別はどうしているの?

精神科医はどのように接しているの?

会社として、どうしたらいいの?

まとめにかえて

- そもそも精神医学で繰り広げられている疾病の定義が、必ずしも生物学的指標に則っているとは限らない。
- 適応障害のなりたちについて、供覧しました。
- 一方的に患者に肩入れするケースもあれば、会社の都合次第でドライに決められてしまうケースもしばしば。
- 何が正しくて、何が間違っているのか...もはや演者には不明。
- 医師なので極力、困っている個人(患者とは限らない?)を救う発想で対応することが多い。
- ただ、個人の救済と、会社(≒社会)の救済は、必ずしも一致しない。
- マニュアル化できない...個々のケースに応じて柔軟な対応を。