

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川医科大学紀要 (2008.03) 24号:1~12.

職場におけるメンタルヘルス対策の功罪—サイコ・バブルを超えて—

杉岡良彦

職場におけるメンタルヘルス対策の功罪 —サイコ・バブルを超えて—

The merits and demerits of mental health measures in the workplace

杉 岡 良 彦
Yoshihiko Sugioka

Abstract

Since 1998, the number of suicides has exceeded 30,000 persons per year in Japan, and suicide is believed to be closely related to depression. In 2000, the Japanese government issued a guideline to promote mental health at workplace. Since then, mental health measures are being practiced actively at workplaces. However, these measures appear to have both advantages and limitations.

It is noteworthy that selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs), a new type of antidepressant, became available in Japan a year prior to the proposal of mental health measures. The sale of SSRIs and the number of mental clinics and patients with depression have increased dramatically since 1999. These changes are termed psycho-bubble, which represents overdiagnosed depression and excessive administration of SSRIs. Two principal factors might have caused this psycho-bubble: (1) the introduction of an operational diagnosis method, namely, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); and (2) the use of SSRIs, which have been advertised to have fewer side-effects than other antidepressants. David Healy, a psychiatrist, has criticized pharmaceutical companies for their marketing strategies that use false data and excessive advertisements to sell SSRIs. Providing adequate information on mental health to employees is indispensable, but being overenthusiastic about mental health at workplace, for example, desiring early detection and rapid cure of employees with depression, may result in the expansion of the psycho-bubble.

The merits and demerits of mental health measures should be known. Promoting mental health awareness at workplace is not limited to early detection of the sick and their medical consultation. Providing employees with a better working atmosphere and opportunities to discover their own approach to work and improve their quality of working life, are more important, and these may lead to the primary prevention of mental illness.

キーワード：職場のメンタルヘルス対策、精神疾患の診断と分類の手引き、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、サイコ・バブル、労働の質

mental health measures at workplace, DSM, SSRI, psycho-bubble, quality of working life

はじめに

自殺者が1998年以来、毎年3万人を突破している。そして、自殺者の多くはうつ病またはうつ状態にあり、実際うつ病を含めた気分障害の患者は1996年の約43万人から、2005年には約92万人に増加している¹⁾。こうした統計は、うつ病対策が国としても緊急の取り組み課題であることを我々に印象付けるのに十分である。2000年には、現厚労省から企業での心の健康づくりの指針が、2006年には、自殺予防対策が発表された。

医学は、疾患のメカニズムを明らかにしようとする基礎医学と、集団を対象とし疾患の予防や健康増進に貢献しようとする社会医学、そして個々の患者の治療にあたる臨床医学に分類される。社会医学と深い関わりを持つ産業医学では、職場におけるメンタルヘルス対策が非常に重要な課題となっている。一方、1999年以降日本でも抗うつ薬として選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) が販売された。抗うつ薬の売り上げは、2007年には1000億円に上るとしており、これは1999年の約4倍である²⁾。また、精神科/心療内科の診療所数(重複計上)は1999年から2005年の6年間で3682/1573(合計5255)から5144/3092(合計8236)と約1.6倍に増加した³⁾。

この論文では、職場におけるメンタルヘルス対策について、その功罪を検討する。それは職場におけるメンタルヘルス対策を単に職場内の問題としてとらえるのではなく、そうしたメンタルヘルス対策の重要性が強調される背景を、精神医学や製薬会社の問題にも光りを当て、論じようとするものである。

1. 職場におけるメンタルヘルスの必要性和健康科学講座の取り組み

(1) 職場におけるメンタルヘルスの必要性

人間は身体だけではなく、心も病む。職場における健康管理においては身体の健康への配慮だけではなく、心の健康への配慮も不可欠となる。以前は心の病に対する多くの誤解が強かった。心の病気になる人は「心の弱い人」で、何か「特別な人」であるとか「なまけている」などの誤解が、「本来治療すべき人々」を受診から遠ざけていた。

筆者も2000年から、産業医として、特にメンタルヘルスを専門に多くの従業員の方々に接してきている。そのなかで、「うつ病とはどのような病気であるのか」、「どのような症状があればうつ病を疑うのか」などの基本的な情報が十分ではないために、早期発見が遅れ、「重度のうつ病」で治療を始める人も実際何人かいた。また、たとえ本人自らが体調の不良を感じ、心療内科や精神科を受診して治療を始めても、相変わらず職場の上司の無理解(しばしば認められるのが「自分たちの若い頃にはもっと仕事の負担も強く、上司から叱咤激励されながら仕事をがんばってきた」という自分への自信とそれを部下にも同じように求める態度)があり、仕事の軽減への理解が得られず、無言の非難・プレッシャーを与え、その部下をさらに追い詰めて、結果的に回復を遅らせてしまうケース。あるいは、うつ病で休職中の社員が復職する際に、最初から休職前と変わらぬ仕事の負荷を与えてしまい、復職後1ヶ月しないで、うつ状態が再燃し、再度会社を休んでしまうケースなどがあつた。これらは、うつ病をはじめとする心の病に対する知識と対応策の知識があれば、どこの職場でも改善可能な事柄である。先に見たように年間3万人を超える自殺者、バブル崩壊後の構造改革に伴うリストラ、失業率上昇などの社会的な変化もあり、2000年に現厚労省から『事業所における労働者の心の健康づくりのための指針』(以下『指針』)が出され⁴⁾、多くの企業においてはこの『指針』に基づいたメンタルヘルス対策を行っている。『指針』に示された措置の概要は以下のとおりである。「(1)事業者は「心の健康づく

り計画」を策定すること。(2)同計画に基づき、①労働者自身による「セルフケア」、②管理監督者による「ラインによるケア」③事業場内の健康管理担当者による「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」④事業場外の専門家による「事業場外資源によるケア」の4つのケアを推進すること。(3)そのために、①教育研修を行うこと、②職場環境等の改善を図ること」等である。2006年度からは、改正労働安全衛生法に基づき、『労働者の心の健康の保持増進のための指針』が出された。前『指針』での基本的な「4つのケア」などをより積極的に推し進めていこうというものであり、とくに労働者の家族などの気づきや支援、復職時の対応の仕方についても記載している。一方で、企業が社員の心の健康に取り組む背景には、先に見たうつ病や働き盛りの社員の自殺の増加の問題のみならず、過労等で精神疾患になったとして裁判で安全配慮義務を問われ、労災認定が増えているという現実もある⁵⁾。

こうした『指針』によって、職場におけるメンタルヘルスの基本的な取り組みが可能になりつつあるといえよう。『指針』に基づいたこのような取り組みが行われること自体は非常に評価されるべきである。

(2) 健康科学講座の地域への取り組み

我々、旭川医科大学健康科学講座では、上川支庁管内18町村より依頼を受け、町村職員を対象としたメンタルヘルス対策支援を平成19年4月からスタートさせた。これには、常勤あるいは非常勤の産業医選任が義務づけられている企業とは異なり、地方自治体の職員、特に町村職員のメンタルヘルス対策についてはこれまで具体的な取り組みがほとんどなされてこなかったという背景がある。

上川支庁管内町村では、「(1) 精神的理由で休職する職員の問題がいても、上司と本人など限られた身内だけでの対応となることも多く、組織だった有効な対策は十分ではなかった。(2) 心療内科・精神科クリニックが身近になく、受診しづらい。(3) 産業医がいるわけではなく、身近な相談窓口がない。(4) 分限処分など明確な規定が明確でなく、休みが長期化してしまうケースもある。」等の問題点を抱えていた。具体的取り組みとしては、「1. 相談窓口の設置 (対象者：町村職員)；(1)メール相談、(2)電話相談、2. 情報提供 (月1回のメンタルヘルス通信の発行)、3. 職場におけるメンタルヘルス講習会の開催、4. 前記3を担当する講師養成の講習会の開催(当講座の医師が担当。資料等も提供)、5. 制度の改善に対する助言 (分限処分等) をおこなう。」等がある。

この取り組みの意義であるが、上川支庁管内町村にとってはメンタルヘルスに関する身近な相談窓口ができたことが挙げられる。一方、旭川医科大学にとっても地域に開かれた大学としての地域貢献の一役を担うことができることができている。

2. 職場におけるメンタルヘルスの混乱

以上、わが国で推奨されている対策の概要とそのポジティブな面を述べ、加えて我々の教室の取り組みを紹介した。ところで、メンタルヘルス対策の中でも、特にうつ病に対するとりくみを中心になっている。その理由は、罹患率の高さ、予防や治療の可能性が高いこと (予後は他の精神疾患に比べ比較的良好だと考えられている)、自殺の可能性が高いこと、まじめな人 (それゆえ職場でも比較的有能な人) がなりやすいとされていることなどをあげられよう。具体的に、メンタルヘルス対策の中で教育されている内容は、「几帳面で仕事熱心な人は、うつ状態・うつ病になりやすい」、「うつ病はだれでもなりうる病気」、「最近のうつ病の薬は副作用も弱く、うつ病も薬で治る」、「励ましてはいけない」などである。さらに、より簡便にうつ病をスクリーニングする質問票が開発され、こうした質問票でうつ病の疑いがあるとされた人は早めに専門医を受診するよう指導される。しかし、こうした教育内容の

一方で、実際の職場ではそれに合わないケースが多くあり、混乱が見られる。ある産業医のケースを例としてあげる。

(ケース) 20歳代 男性 会社員⁶⁾

もともとうつ病の診断で通院中であったが、顧客とのトラブルがきっかけで休職するようになり、数ヶ月の休職の後、復職した。職場では主治医の意見や本人との面談等をもとにトラブル相手となった顧客の担当も外し、残業や出張も制限するなどの配慮を行った。しかし、復職後も体調不良を理由に遅刻することが多かった。しかし、結構、飲みに行ったり遊んでいるという情報もあった。そこで保健師から本人にそれとなく確認してみたが、本当に体調が悪いだけだと否定された。その後もよく遅刻等したが、上司はうつ病が朝がつらいことや、叱咤激励したりしてはいけないことをよく知っていたので、同僚の部下達に示しがつかないことを気にしながらも、様子を見ていた。しかし、その後も夜に遊んでいるところを目撃した情報が相次いだこともあり、ついに上司は「いい加減にしろ！」と怒鳴ったところ、その後は遅刻することもなくなった。

現在の職場のメンタルヘルス対策は、うつ病を中心とする心の病についての情報を与え、本来治療が必要な人々に対して早期発見・早期治療を可能にしているというポジティブな評価の一方で、実際のところは、以上の症例から推測されるように、いくつかの問題／混乱を露呈しつつある。そして、それは単に産業保健分野におけるメンタルヘルス対策に由来するものではなく、現在の医学界、製薬業者等の側の構造的な問題をその背後に持つ。

3. うつ病概念の拡大と病前性格の議論

(1) うつ病をめぐる概念

精神疾患を、内因性（個体の持つ素質的なもの）と外因性（身体的外因【身体因】と心理的外因【心因】）に分類したのはMoebius(1853-1907)にはじまるとされるが、内因性精神疾患を早発性痴呆 Dementia praecox（のちにBleulerによってSchizophrenieと命名される）と躁うつ病 Manisch-depressives Irreseinに分類したのはKraepelin(1856-1926)である。ここでは単極性、双極性の区別はなされておらず、躁うつ病という一つの疾病単位を確立した⁷⁾。その後、ドイツのLeonhardが躁うつ病を単極性 monopolar と双極性 bipolar に区別し、スイスのAngstらが臨床経過研究からこうした区別をより明確にした⁸⁾。

うつ状態の疾病分類としてはKielholzの分類が有名である⁹⁾。身体因心因をそれぞれ縦軸と横軸にとり、そこに身体因性うつ病、内因性うつ病、心因性うつ病を配置した分類（図解）は、分類概念として非常に分かりやすい。もちろん、身体因性、内因性、心因性の区別は実際のところ困難なケースが多いのも事実であり、この分類の限界でもある。うつ病とは狭義では、内因性うつ病をさすことが多かった。そもそも内因性とは、まだ明らかにされていない脳内の（遺伝子レベルから等の）原因や体質によって発症すると考えられているうつ病で、临床上は、甲状腺機能低下症、クッシング症候群、SLE、脳梗塞など種々の「身体疾患」や副腎皮質ステロイドなどのホルモン剤、シメチジンなどのH₂ブロッカー、インターフェロンなどをはじめとする種々の「薬物」が原因ではないことを明らかにし（除外し）、近親者の死や転勤などの心理的な要因が明らかではない場合に、「内因性うつ病」と診断されていた。

後に詳しく見るように、1980年のアメリカ精神医学会による新たな診断基準によって、こうした分

類は大きな変化を受ける。そこでは、うつ病や躁うつ病は、「気分障害mood disorder」の中に分類され、気分障害は、「①うつ病性障害（単極性うつ病）、②双極性障害、③一般身体疾患による気分障害および物質誘発性気分障害」に分けられている¹⁰⁾。

また現在、新クレペリン学派と呼ばれるAkiskalは、双極スペクトラムbipolar spectrumという概念を提唱し、単極性うつ病と躁うつ病の間に「うつ病相に軽躁病相を併せ持つ気分障害」があることを指摘している¹¹⁾。Kraepelinによる躁うつ病という一つの疾病単位が、単極性と双極性に分離され、また現在Akiskalによってその両者が連続的に把握されるという気分障害の概念の歴史を内海は、「一元論にはじまり、二元論をへて、現在は再び一元論に回帰しつつある」と指摘している¹²⁾

(2) うつ病の病前性格

一方、躁うつ病やうつ病を起しやすい性格（病前性格）に関する議論に関して、日本におけるうつ病論に大きな影響を与えたのは、Tellenbach（1914-1994）による「メランコリー親和型性格」の提唱である。それ以前に提唱されていた下田の「執着性格」の概念とメランコリー親和型は類似しており、中年期に初発するうつ病者によく認められる。下田の執着性格とは凝り性、几帳面、強い正義感や責任感を感じ、他人の信頼が厚い、模範社員、仕事人間にみられるような性格をさす¹³⁾。この性格では、感情の興奮が過度に持続するため、適応困難な状況でも休息を取らず、結果的に疲弊して躁状態またはうつ状態になるとされている。メランコリー親和型性格の本質は秩序愛Ordnungsliebeと自己に対する高すぎる欲求水準である。このような性格を持つものが転職、昇進、引越、近親者の死など、古い秩序を捨て、新しい秩序のもので生活を行う必要性に迫られた場合に、自己の秩序が乱されることを避けようとして、自分の秩序の中に閉じ込められることをInkludenzといい、一方、自己の高い要求の背後に停滞することによる負債をRemanenzと呼ぶ。うつ病の発症には、こうしたInkludenzとRemanenzが関与しているとする¹⁴⁾。しかし、最近良く指摘されるように、こうしたメランコリー親和型性格をもつ人々がうつ病を発症するケースは減少し、それ以前に比べて発症の若年化とうつ病の病像が変化してきたとの指摘がなされている。

うつ病の現代的病像として、広瀬¹⁵⁾は職場の入社困難に代表される「逃避型抑うつ」(1977)と名づけ、阿部ら^{16),17)}は「未熟型うつ病」(1995)を提示している。前者は、エリートサラリーマンに特徴的に見られ、病像としては軽い抑制が認められる。また、メランコリー型に比べて、自責感や希死念慮に乏しく、プライドが高く、責任転嫁をする発言が目立つ。過保護な環境で育ち、自立が不十分であり、困難に直面すると、あっさり解決の努力を放棄し、抑制を中心とした「不安・苦悶のない」抑うつ状態に落ち込んでいくとする。一方、未熟型うつ病は、著しい制止を示す一方で、激しい不安・焦燥や強い自殺衝動を伴う。さらに、攻撃性が高い一方で、自責感は弱いといった特徴を持つ。病前性格は依存的、わがまま、自己中心的等とされる。家庭の中で保護される存在（末っ子や一人っ子）として育てられることが多く、本来の依存性が満たされたままで発達するために、社会規範の取り入れや秩序への同一化も希薄であるとされる。こうした現代に特徴的とされるうつ病は、メランコリー型のうつ病よりも「発症年齢が低く（20代後半から40代）、自責感が弱い（責任転嫁あるいは他者攻撃性）、依存欲求が過度に満たされて育つ、几帳面さがそれほど強くない、好きなことには熱中する」などの共通点を持つ。病型として、monopolarだけではなく、Akiskalの双極スペクトラム（特に双極Ⅱ型）を呈する¹⁸⁾。

同様に、『擬態うつ病』の著者で精神科医の林は、「本物のうつ病とは似て非なるうつ病をまとめて擬態うつ病と呼ぶ」と述べており、そこには人間の正常な反応としての気分の落ち込みも、統合失調

症や人格障害による気分の落ち込みも含まれている¹⁹⁾。彼は、その著書の中で本物のうつ病では、休養と薬物療法が不可欠であるが、擬態うつ病ではそうではないことをはっきりと述べている。林の擬態うつ病という概念は、アカデミックな立場からは、そのあまりにも漠然とした概念ゆえに取り上げられることは殆んど無いが、彼は通常の診察に加えて、インターネット上でも相談室を立ち上げており、いわゆる擬態うつ病で不必要なあるいは不適切な治療を漠然と続けて本人もその家族も悩んでいる状況に一石を投じている。

うつ病概念が変化するのは、精神医学の発展という学問上の理由だけではなく、社会や人々の変化という側面も忘れてはいけない。牛島は、うつ状態の背後に密かに進んでいる「現代人の人格変化」があると指摘する。牛島²⁰⁾によれば、うつ病者は本来「飽くことなき依存性」をもち、そうした依存性は、「この社会のために骨を埋めるつもりで就職する」「人のため、世のために人生をかける」といった人生観が歓迎された時代には、対象（上司、職場、社会の仕組み、社会的規範など）と一体化・同調化することで、依存が満たされ、社会との関係を維持してきた。つまり、「かつて人は会社に入ると、職場（上司）に尽くしながら関係を深め、次第次第に職場に同化して社会性を身につけていた。そうした職場の雰囲気は人格内に取り込まれて個人を支えるシステムになっていた。」しかし、現在の社会ではこうした一体化・同調化が困難となり、病前性格として、他者依存的な面が表面に出やすくなったことを指摘している。

以上、うつ病をめぐる概念および病前性格の変遷を概観した。これらから分かることは、「①うつ病概念の多様性、②その病前性格の問題もかつてと現代では大きく異なること、③職場のメンタルヘルス対策で教育されるうつ病概念は、多くの場合、下田/Tellenbachの執着性格/メランコリー親和型性格が強調されている点」である。

4. 操作的診断からM. I. N. I. 問診へ

(1) 精神医療の第四の革命

SSRIや新規向精神薬の登場が現代の精神医療に与える影響の大きさを、『無意識の発見』の著者で有名なEllenbergerを踏まえて、田島は次のように指摘する。「ピネルによる精神障害者の鎖からの解放を第一の革命とすれば、19世紀末のフロイトによる無意識の発見が第二の革命、クロルプロマジンの発見による精神科薬物用法の登場が第三の革命、そして、1980年の米国精神医学会による『精神疾患の診断と分類の手引き第三版(DSM-III)』の登場とその後の新規向精神薬の爆発的な普及が第四の革命、静かな革命といえよう。」²¹⁾ まず、この第四の革命を特徴付けるとされる操作的診断基準とは何か。

(2) 操作的診断基準

内科科、外科科をはじめとする「身体科」と異なり、血液検査や画像診断などがあまり利用できない精神科領域では、精神疾患の診断が医師やあるいは国によって違いが見られ、それゆえ治療法や疾病の疫学調査などに支障があることは以前から指摘されてきた。そのために世界保健機関WHOによるICD（国際疾病分類：International Classification of Diseases）とアメリカ精神医学会のDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder）が作成され、現在まで改良を重ねられてきている。現在では、DSM-IV-TR(2000)が採用されているが、1980年のDSM-IIIは画期的なシステム診断分類システムであるとされる。その特徴は以下の3点にある²²⁾。①「病因論を排し、顕在化している症状に焦点を当て診断する立場(症状に焦点を当てることで、生物学的な立場の専門家も心理学的な立場の専門家も、個々の立場にとらわれないで同じ診断分類に基づいて議論することが可能になった)」、②「操作的な診断

基準の採用（ある疾患を診断するために重要であると判断された症状を列挙した具体的な診断基準を採用し、その基準のうちのいくつか、あるいはすべてを満たしたときに診断が可能になるとした）、③「多軸診断の導入（第Ⅰ軸は、気分障害や統合失調症などといった臨床精神医学的症候群、Ⅱ軸は人格障害と小児の特異的発達障害、Ⅲ軸は身体疾患、Ⅳ軸は心理的社会的ストレスの強さ、Ⅴ軸は過去1年間の機能の評価）」。

(3) M.I.N.I.問診 (Mini-International Neuropsychiatric Interview)

簡便で自己記入式評価尺度やスクリーニングテストより客観的で信頼性が高く、DSM-IVおよびICD-10に準じた面接法として、精神疾患簡易構造化面接法であるM.I.N.I.が開発された^{29),20)}。もともとM.I.N.I.は16の診断（大うつ病エピソード、躁病エピソードなど）と自殺の危険性、反社会的人格障害が診断可能となっているが、特に汎用されているのはM.I.N.I.大うつ病エピソードである。問診票には、「抑うつ気分」、「興味や喜びの喪失」の2項目についての問いがあり、そのいずれかまたは両方に当てはまる場合には、さらに7つの質問に答える。そして、全9の回答のうち5つ以上に「はい」があれば、うつ病の可能性が高いとされる。廣はM.I.N.I.をさらに簡便にした簡便なうつ病の構造化面接法を開発した²⁵⁾。それでは、「抑うつ気分」、「興味や喜びの喪失」の2項目いずれかがまたは両方当てはまる場合には、さらに3つの質問に答える。そして、全部で5つの質問のうち3つ以上に「はい」があれば、うつ病の疑いあり（M.I.N.I.と比較した場合、感度0.86、特異度0.77）と、一人1分以内にうつ病の可能性を評価できるという。

こうした操作的診断法が産業医学にもたらす影響として、2点を指摘しておこう。

- i) 過剰診断：DSMの操作的診断法では、多軸診断を採用している。1軸で「大うつ病性障害」とされても、それは、単に抑うつ状態をさすに等しい。中安は「大うつ病性障害とは要するに抑うつ状態といっているに過ぎないんで、その成因をどう診立てるのかということにこそ精神科医の出番がある」と指摘している²⁰⁾。ただ精神科医の中でも多軸診断を普段使用しない医師がいるという現実がある。いわんや、職場に提供される診断書で、多軸診断を用いた診断書が提供されることはまずない。それは、本来、5軸あって全うされるべき診断の1軸のみが提供されているに過ぎない。職場に提供される診断書には、本来のうつ病以外に、うつ病と診断されるケースが増える理由がここにある。
- ii) スクリーニングの功罪：操作的診断法により、チェックリストが開示されると、それに基づいたスクリーニングが可能になる。職場でもこうしたテストを用いて例えばうつ病の早期発見に努めようとする。しかし、スクリーニングではDSM-IV-TRでのC項目（症状は、臨床的に著しい苦痛、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）が抜け落ちており、やはり過剰にうつ病が疑われる恐れがある。

5. 抗うつ薬の作用メカニズム（セロトニン仮説）とリスク

(1) セロトニン仮説

精神という目に見えない領域の病を対象とする精神医学は、現象の背後にある物質／分子のメカニズムを明らかにすることを基本的な使命とする近代科学の考え方からは距離があった。生物学的精神医学という魅力的な名称を引き下げた精神医学の一分野が支配的になってきたきっかけは、統合失調症が薬により治療可能であることが示されたクロロプロマジンの出現である。一方、抗うつ薬の発見は、抗結核薬であるイプロニアジドを処方されていた患者では、気分が高揚し室内でダンスに興じて

いたなどの観察による²⁷⁾。さらに、イミプラミンが抗うつ薬としての効果があることが明らかになり、降圧薬のレセルピンにも同様の作用が認められた。こうした薬剤の作用機序から、うつ病にはセロトニン・ノルアドレナリン・ドーパミンなどのモノアミンが欠乏しているという「モノアミン仮説」が1950年代後半から提唱されてきた²⁸⁾。その後の研究者たちは、うつ病に関与するのは神経伝達物質の中でも特に「セロトニン」であるとの理論を出した²⁹⁾。つまり、うつ病の原因は「セロトニン神経系の機能低下による」とする「セロトニン仮説」は、その後日本でも1999年以降、選択的セロトニン再取り込み阻害薬SSRIが利用できるようになり、より確からしい仮説であるように思えた。しかし、果たしてうつ病におけるセロトニン仮説はどの程度確からしい仮説であるのだろうか。

JeffreyとJonathanは、「セロトニンとうつ病：広告と科学文献の乖離」と題する評論で、非常に説得力ある議論を展開している³⁰⁾。彼らによれば、うつ病患者の脳脊髄液中のセロトニン代謝産物5-HIAA濃度の研究、脳内のセロトニンレベルを減少させることでうつ病を生じさせようとする研究、逆に、セロトニンを増加させることでうつ病を治療しようとする研究、いずれも一致した結果が得られず、セロトニンレベルの減少とうつ病が関連しているとの仮説を支持できていないという。

一方で、SSRIの効果に関しては、出版された調査結果と出版されていない調査結果をプールした上で解析を行うと、プラセボでも抗うつ薬の約80%の効果を再現できていること、またSSRIと古典的な三環系抗うつ薬との有効性には違いが無いこと、さらにセロトニンには関与しない抗うつ薬、bupropionや reboxetineがSSRIと同程度にうつ病治療に有効であるとの報告を紹介している。以上から、JeffreyとJonathanは、「こうした科学的な研究から得られた結果」と、「うつ病が脳内のセロトニンという神経伝達物質の化学的不均衡によるものであり、抗うつ薬はその化学的不均衡を是正する」という抗うつ薬広告のキャンペーンには大きなギャップがあることを鋭く指摘する。

最近の薬剤開発は、彼らの指摘を裏付けているようである。既存の抗うつ薬では、「①有効率が60-70%程度にとどまる。②効果発現までに時間がかかる。③副作用がある。」などの点から、今後の抗うつ薬開発は、視床下部-下垂体-副腎皮質（HPA系）に作用する薬剤や、CREB、BDNFといった神経栄養因子などをターゲットとした開発がすでに始まっているという³¹⁾。決して、セロトニンやその他のモノアミンを選択的にターゲットとする研究ではなくなっている。

(2) 抗うつ薬のリスクとうつ病の自然寛解

抗うつ薬SSRIの問題点を鋭く指摘しているのは、David Healyである³²⁾。彼は、特にSSRIにより自殺念慮や自殺企図のリスクが増加すること、またEBM（科学的根拠に基づく医療）が広まることによって、データを生み出すことのできる資源を有する集団は限られてしまい、その結果データの改ざんやネガティブデータの隠蔽が起りうること、製薬会社にとって抗うつ薬は商品であり、治療効果よりも商品として扱われることの危険性を詳細に論じている。彼は、RCT（無作為化試験）が製薬会社のマーケティングの武器になっており、商品とともにそこで得られた（つくられた）エビデンスを売ることが、製薬会社にとって大きなマーケティング上の戦略になっていると指摘する³³⁾。

Healyの指摘は、ようやく日本でも本格的に問題となってきた。2006年には、現在日本で使われるSSRI（パキシル[®]、デプロメール[®]、ルボックス[®]）および選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬SNRI（トレドミン[®]）の添付文書いずれにも「抗うつ剤の投与により、18歳未満の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、抗うつ剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること」という記載がのせられた。その後、「18歳未満」という年齢はさらに引き上げられ、2008年1月時点の添付文書では「24歳以下の患者」と明記されている。SSRIや

SNRIの副作用として内服後に、不安、焦燥感、攻撃性などのactivation syndromeと呼ばれる症状も指摘されている³⁴⁾。

一方で、うつ病の自然寛解について、以下のような報告がある。Kendlerらは、1030組の双子姉妹を対象とした研究から、大うつ病の寛解までの中央値が42日、平均寛解時間が82日であり、1年で寛解しなかった女性は2.2%しかいなかったとしている³⁵⁾。原井は2004年にイギリスNHSが出版したNICEガイドラインについて、「公的なガイドラインとしてはじめて経過観察watchful waitingを軽症うつ病に対する最初のアプローチとして奨励している。軽症うつ病に対しては、薬物や特別な精神療法は不要で、1-2週間ごとの受診と経過観察で十分である³⁶⁾と解説している。一方、日本のうつ病の治療ガイドラインでは、軽症・中等度のうつ病の第一選択はSSRI/SNRIである³⁷⁾。

6. これからの職場におけるメンタルヘルス対策

2000年に現厚労省が『指針』を出して以降、産業保健におけるメンタルヘルス対策の重要性が大きくクローズアップされ、それ以降多くの大企業ではこの『指針』に基づいたメンタルヘルス対策が行われてきた。近年、産業保健関係の雑誌では、メンタルヘルス関連の特集や論文は非常に多い。そして、日本において初めてSSRIが認可され、使用が始まったのはちょうどその1年前の1999年であった。

気分障害の患者の増加、SSRI使用の大幅な伸び、メンタルクリニック（診療所）の増加、氾濫するうつ病の情報 — こうした現象は、サイコ・バブルとも呼ばれている。「実体以上に膨らむのが、バブルというものである。本物のうつ病を実体とすれば、擬態うつ病という、似て非なるうつ病が実体の周りに増殖し、どんどん膨らんでいる。(中略)そして、膨らむだけ膨らんで、最後ははじけるといのがバブルの宿命である。サイコ・バブルがはじけたらどうなるのか。せつかく広まりつつあるこのころの病への理解が、元の本阿弥になるのではないか。」³⁸⁾ 職場のメンタルヘルス対策が始まった時は、まさにサイコ・バブルの時期に一致していた。メンタルヘルス対策に熱心に取り組むことは、結果的に我々の意図するところとは全く異なり、本来うつ病でない人にうつ病とレッテルを貼り、SSRIが必ずしも必要でない人に薬物治療を開始し、周囲の励ましと本人の努力が必要な場合にも、その励ましと努力を禁ずることによって、本人の人間的な成長の機会を奪っていたかもしれないのである。

こうした反省を踏まえながら、職場におけるメンタルヘルス対策は、今後どのような方向に向かうべきか。これまでのメンタルヘルス対策は、うつ病を中心とした心の病に関する情報を伝え、早期発見・早期予防を行うとする、いわゆる予防医学でいうところの「2次予防」が中心であった。そのため、できるだけ簡便なうつ病を中心とする心の病発見のためのスクリーニング法を実施して、心の病に罹患している可能性が高い労働者に対し病院の受診を勧めることが、職場としての主要な役割であったことは否定できない。しかし、この事が過剰なうつ病診断を生み出すだけでなく、メランコリー型うつ病を念頭に置く職場の人々を困惑させていることも事実なのである（症例参照）。

早期発見・早期治療の基本的な立場は、うつ病という疾患が確かに存在する以上（もちろん反精神医学の立場も一部にはあるが）、それ自体は是とせざるをえないだろう。今後のメンタルヘルス対策で強調されるべきことは、「メランコリー型うつ病」を中心とする「うつ病」教育ではなく、本論でも紹介したような、逃避型や未熟型をはじめとする現代型のうつ病も紹介することであろう。それは、職場においては上司や人事担当者などが、うつ病がメランコリー型で殆んど説明できるような単純なものではなく、多様であることを知るだけでも、彼らの対応時の困惑の度合いを軽減できるだろう。また、実際に休職時の診断として、「うつ病」あるいは「抑うつ状態」と書かれている場合に、本人の同意の下、主治医と連絡をとる場合、「どのような『うつ病』であるのか」をある程度理解しておくこと

は、休職中や職場復帰時の対応にも有益であり、より適切な職場の対応は本人の助けにもなる。

職場のメンタルヘルス対策で、今後ますます重要となるのは、「心の病気にならないようにするにはどうしたらよいのか？ 心の健康を増進させるにはどうすればよいのか？」という、1次予防の視点である。それは、人間を病気の相から見るのではなく、健康の相からみること、すなわちAntonovskyの言うところのsalutogenesisの視点でもある³⁹⁾。これには、職場で出来る1次予防と、個人での1次予防がある。まず、職場の対策としては、「仕事の裁量権を増すこと、仕事の負荷を軽減すること、上司の援助」がかねてから指摘されている。筆者の経験でも、印象的な上司がいた。ある部署の上司（課長）は、部下の評判が非常に良かった。同じ内容の仕事をしている別の職場からは、何人が連続してうつ病患者が出ていたので、特に対照的であった。話を聞くと、その上司は毎週1回ミーティングをしていたが、その際に、「①（その週の）仕事の目標を明確にする、②各個人の仕事の役割分担を明確にする、③何か分からないところがあれば連絡をするようにと、コミュニケーションをうまくとっていた。」以上の3点は、職場としてできる重要な1次予防対策であると思われる。

次に、個人での1次予防対策を考える。実力主義・成果主義がうたわれ、終身雇用という日本のそれまでの雇用形態が大きく変化してきたことは、労働者の職場への意識を大きく変えた。牛島が指摘したように、「対象（上司、職場、社会の仕組み、社会的規範など）と一体化・同調化することで、依存が満たされ、社会との関係を維持すること」が困難になった。これは、「仕事をする意味」を見つめることがより難しい時代になった事を意味している。ロゴセラピーで有名な精神科医のFranklに倣えば、我々人間を特徴付けるものは、「意味を問う」存在者である⁴⁰⁾。我々は、仕事それ自体の大変さよりも、「自分の人生にとってこの仕事を続けることに意味があるのだろうか」、「なぜこんな上司／組織の下で働かなければならないのか」などと悩み、心身の不調を訴える人々を多く知っている。仕事の意味がはっきりしていなかったから、心身の不調を訴えるのか、心身の不調（例えばうつ病）が原因で、仕事の意味が見えなくなったのか、それは両方の可能性がある。しかしいずれにせよ、「その人独自の仕事の意味を見出すこと」は、予防にも、治療にも非常に有効である。

つまりこれからの職場におけるメンタルヘルス対策としては従来の過労によるうつ状態の発症予防を中心とするだけでは不十分である。産業精神医学の専門家である松崎は今後の対策について、「個人の労働観やワークライフバランス、quality of working lifeについても考慮して、職場の労務管理と連携した精神健康管理を進めていく必要がある⁴¹⁾」と指摘している。松崎の言う「個人の労働観やワークライフバランス、quality of working life」はまさしく各人の「仕事の意味」を見出すことと不可分である。

職場のメンタルヘルス対策では、現在の日本に渦巻くサイコ・バブルの幻影に惑わされること無く、個々の労働者の生き甲斐や仕事の意味にも配慮することが予防上もあるいは治療上も今後ますます重要となるだろう。それはより質的で共感的な態度が、職場のメンタルヘルス対策に関わる人々に本質的に求められているということでもある。

〈注〉

- 1) 厚生労働省統計表データベース 患者調査より http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/cgi/sse_kensaku
- 2) 宮岡等「うつ病診療の混乱」日本医事新報 No. 4362 (2007年12月1日)
- 3) 厚生労働省統計表データベース 医療施設調査より
<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/toukei10.html>
- 4) 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針。労働省 (2000-8-9)。ただし、常勤産業医

のいない小規な企業では、こうしたメンタルヘルス対策が十分展開されていないことは大きな問題である。

- 5) 『実践産業医学テキスト 職場のメンタルヘルス対策』、産業医学振興財団、平成2007年、2頁
- 6) 擬態うつ病についてのQ&A 「産業医から見た擬態うつ病」 <http://www.sonet.ne.jp/vivre/kokoro/gitaiqa1.html>
- 7) 中川誠秀、広瀬徹也「うつ病概念の変遷」『医学の歩み』、219号13巻、2006年、893-897頁
- 8) 和田信「うつ病の概念、定義」『日本臨床』、65巻9号、2007年、1563-1568頁
- 9) 広瀬徹也「歴史・概念・分類」『臨床精神医学講座4 気分障害』、中山書店、1998年、10-11頁
- 10) 高橋 三郎、染矢 俊幸、大野 裕訳『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』、医学書院、2003年、335頁
- 11) Akiskal, H.S. et al., Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications Psychopharmacol Bull. 23: 1987,68-73
- 12) 内海健『うつ病新時代—双極2型障害という病』、勉誠出版、2006年、20頁
- 13) 下田光造「躁うつ病の病前性格について」『精神神経雑誌』、45号、1941年、101-102頁
- 14) 松浪克文、大前晋、飯田眞「病態・心理」『臨床精神医学講座4 気分障害』、中山書店、1998年、70-71頁
- 15) 広瀬徹也「逃避型うつ」『抑うつ症候群』、金剛出版、1986年
- 16) 阿部隆明ら「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討 構造力動論(W. Janzarik)からみたうつ病の病前性格と臨床像『臨床精神病理』、星和書店、16巻3号、1995年、239-248頁
- 17) 阿部隆明「未熟型うつ病」『精神療法』、金剛出版、2006年、293-299頁
- 18) 阿部隆明「躁うつ病の病前性格」『臨床精神医学講座7 人格障害』中山書店、1998年、164-165頁
- 19) 林公一『擬態うつ病』、宝島社新書、2001年、156頁
- 20) 牛島定信「うつ病のタイプと職場復帰」『こころの科学』、日本評論社、135号、2007年、22-28頁
- 21) 田島治『精神医療の静かな革命—向精神薬の光と影』、勉誠出版、2006年、5頁
- 22) 大野裕「DSM-IV: その特徴と臨床的意義」『精神療法』、金剛出版、127巻5号、2001年、471-479頁
- 23) Sheehan, D.V. et al., The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J. Clin. Psychiatry, 59: 1998, 22-23
- 24) 大坪大平 他訳『MINI精神疾患簡易構造化面接法5.0.0』、星和書店、2003年
- 25) 廣尚典 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討. 厚生労働科学研究補助金(労働安全衛生総合研究事業)「労働者の自殺リスクの評価と対処」分担研究報告書、2004年
- 26) 村上靖彦ら『座談 精神科臨床の考え方—危機を乗り越えるべく—』、メディカルレビュー社、2005年、139頁
- 27) デーヴィッド・ヒーラー (林建郎/田島治 訳)『抗うつ薬の時代 うつ病治療薬の光りと影』、星和書店、2004年、58頁
- 28) 竹林実ら「セロトニン仮説」『精神疾患100の仮説』、星和書店、1998年、86頁
- 29) Coppen A. The biochemistry of affective disorders. Br J Psychiatry. 113: 1967, 1237-64
- 30) Lacasse JR, Leo J. Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific

- literature. PLoS Med. 2:2005:e392
- 31) 和田健「新規抗うつ薬の開発動向」『日本臨床』、65巻、9号、2007年、1645-1649頁
 - 32) 以下の内容は、前掲『抗うつ薬の時代 うつ病治療薬の光りと影』および、デーヴィッド・ヒーリー（田島治 監訳）『抗うつ薬の功罪 SSRI論争と訴訟』、みすず書房、2005年
 - 33) 同様の議論は以下にも詳しい。チャールズ・メダワー、アニタ・ハードン（吉田篤夫ら訳）『暴走するクスリ?—抗うつ剤と善意の陰謀』、医薬ビジランスセンター、2005年
 - 34) 田中輝明、井上猛、鈴木克治ら「抗うつ薬によるactivation syndromeの臨床的意義—双極スペクトラム障害の観点から—」『精神神経学雑誌』109巻8号、2007年、730-742頁
 - 35) Kendler KS, Sham PC, MacLean CJ. The determinants of parenting: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. Psychol Med. 27: 1997, 549-63.
 - 36) 原井宏明「うつ病の治療と医療の近年の発展と最近の論議」『医学の歩み』、219号13巻、2006年、977頁
 - 37) 精神科薬物療法研究会（編）：気分障害の薬物治療アルゴリズム、じほう、2003年
 - 38) 前掲、『擬態うつ病』、3-4頁
 - 39) アーロン・アントノフスキー（山崎、吉井監訳）『健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム—』、有信堂、2001年
 - 40) ビクトール・フランクル（山田邦男 監訳）『意味による癒し』、春秋社、2004年
 - 41) 松崎一葉「うつ：職場のメンタルヘルス」『気分障害』、メディカルレビュー社、2005年、107頁

（すぎおかよしひこ 予防医学・医学概論）