

# 「うつかなまけか」が問題となる人

精神科医の立場から

北里大学医学部精神科

宮岡 等

深野厚生病院

清水 茜

はじめに

ふだんは病院で主治医という立場で企業に勤務する患者の治療にあたり、非常勤では産業医を補助する精神科医、あるいは企業の医務室の精神科医も経験しているという立場から、「うつかなまけか」が議論となるような人の職場復帰についていくつかの問題点をあげたい。

## 事例

三二歳、男性、研究職。大学院修士課程を卒業後、二五歳でA社の技術部門に就職した。就職後、時々体調が悪いと言って休むことはあったが、とくに職場での評価が低いということもなく、与えられた仕事は無難にこなしていた。友人の紹介で知り合った一歳年下の女性と三〇歳時に結婚した。

三二歳時、ある小部門の長に昇任し、五、六人の職員からなるグループをまとめて成果を出さなければならぬ立場となった。最初は「現在の仕事はやや荷が重い」と言いつつこなしていたが、昇任の約四ヵ月後より「この仕事は自分には向かない。仕事に行こうとすると胸がどきどきする。気力がでない。体がだるい」などと訴えはじめ、週一、二回程度、会社を休むようになった。約三ヵ月間このような状態が続いた後、自宅近くの精神科診療所を受診し、「うつ病のため約二ヵ月間の休養加療を要す」との診断書が提出されたため、欠勤することになった。

欠勤開始の二ヵ月後に、「さらに二ヵ月間の休養を要す」という診断書が提出された。職場の上司や人事担当者は休み中も「自宅では意外に元気になっている」とか「パソコンの店で姿を

みかけたが、たくさん買い物をしていた」などという職場の同僚の話を聞いて、本当にうつ病なのかと疑っていたようである。

最初の診断書提出の四ヵ月後に「うつ病がほぼ軽快したので復職可能である。ただし勤務開始後一ヵ月程度は半日勤務が好ましい」との診断書が主治医から出され、産業医の面接に至った。

本例は筆者が経験した事例をもとに、本稿でとりあげたい問題が明確になるように創作した。

## うつ病という診断と対応

精神症状を認めない状態からある精神症状を呈し、もとの精神症状を認めない状態に回復する場合、その精神症状を呈している期間を挿話

(エピソード)と呼ぶ。うつ病や躁うつ病は、進行性の経過をとる統合失調症の対極にあって、たとえ治療しなくても、自殺などの事故さえ防げれば自然寛解する挿話性疾患であり、薬物療法を行えば挿話はさらに短縮する。うつ病挿話のみを、一回認める、あるいは複数回繰り返すのが典型的なうつ病であり、従来内因性うつ病という呼称を用いていた。この典型例をうつ病と呼ぶことに異論はないと考えるが、最近、「うつ病」という用語がもつ意味には主に二つの広がりがある。

第一に、最近頻用される診断基準であるWHO (World Health Organization) によるICD-10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders) やアメリカ精神医学会によるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) によって、気分変調症、気分変調性障害や適応障害の中の遷延性抑うつ反応、抑うつ気分を伴う適応障害と診断される症例が、診断書では「うつ病」と一括して記載される傾向がある。従来、内因性うつ病という診断が頻用されていた時代には鑑別すべき疾患として、性格や環境因が重視される神経症性うつ病や反応性うつ病があり、典型的なうつ病とは区別されることが多かった。

第二に、ICDやDSMでうつ病エピソードや大うつ病性障害の診断基準を満たすが、診断

基準をきちんと適用すると他の精神疾患や人格障害の合併を認める症例も、診断書では単にうつ病とだけ記載されやすい。呈示した事例は生歴史や病歴などを詳細に尋ねると、DSM-IVでは、第一軸の「臨床疾患、臨床的関与の対象となることのある他の状態」は「①大うつ病性障害、単一エピソード、②気分変調性障害、③全般性不安障害、④鑑別不能型身体表現性障害」、第二軸の「人格障害、精神遅滞」は「①自己愛性人格障害、②回避性人格障害」と診断された。また従来の診断体系を用いると抑うつ神経症と診断されると思われた。

DSM-IVではcomorbidity (合併、併存)と称して、複数の精神疾患が合併しうると考え、ICDでも同様に合併する精神疾患を評価せねばならない。ところが精神科臨床では伝統的にできるだけひとつの診断ですべての症状を説明すると考える傾向が強かったためか、ICDやDSMを用いた場合にもひとつの診断しかつけない傾向がある。

ある症例をみて、「うつ病を思いついた↓ICDやDSMの診断基準におけるうつ病エピソードや大うつ病性障害の項目をチェックしてあてはまることを確認↓診断がついたので他の疾患については考慮しない」という思考過程をとる精神科医は少数ではないように思うが、これは疾患の見落としにつながる。診断基準の誤っ

た使用方法ともいえよう。あらゆる疾患について診断基準の全項目を評価するという適切な方法で診断基準を用いた場合、大うつ病性障害の診断基準は満たし、他の精神疾患や人格障害の合併がない事例は意外に少ない。

さらに悪いことに抑うつ神経症や実際は他の精神疾患の合併を有する「うつ病」への対応として、典型的なうつ病と同様の情報や指針が示されることがある。たとえば「うつ病は治る」「抗うつ薬が効く」「励ましてはいけない」などである。拡大されたうつ病のすべてにこれらがあてはまることはありえない。

職場で休職や職場復帰を判断する産業医は、「うつ病」という診断書が出たら診断書を出した医師に「ICD-10ではどういう診断になるか」「うつ病性障害以外の診断はつかないか (comorbidity はないか)」と、少なくともこの二つは確認してほしいと思う。多くの人が共有できる診断基準を用いて診断書を書くのは医師として当然であるし、診断書に診断名を書く限りは診断基準を正しく用いるべきであることは言うまでもない。

### なまけとは何か

「うつではなくて、なまけではないか」と人事担当者に聞かれて、この担当者の考えるなま

けとは何だろう、なまけはどう診断すればいいのだろう、なまけとうつは鑑別すべきものか、合併を認めるべきかなど戸惑うことがある。

『広辞苑第五版』（新村出編、岩波書店、一九九八年）によれば、「なまける」とは「①すべきことをする労を惜しんで、精を出さない。おこたくなる。②元気がなくなる。ぐったりする。③にぶくくなる。なまる。④なまぬるい」とある。なまけという言葉の理解においては、「すべきことをする労を惜しんで、精を出さない」ことが、どの程度意図的になされればなまけと呼ぶかという判断に人ごとの差が大きいように思う。

「すべきことに対して実際はできるのに意図的に精を出さない」と考えれば、精神医学では詐病あるいは虚偽性障害との関係が問題となる。DSM-IVの虚偽性障害には「A. 身体的または心理的徴候または症状の意図的産出、またはねつ造。B. その行動の動機は、病者の役割を演じることにある。C. 行動の外的動機（詐病のような、経済的利得、法的責任の回避、または身体的健康の向上）が欠如している」と記載されている。DSM-IVには、臨床的関与の対象となることのある状態として詐病が記載されており、「兵役からの回避、仕事からの回避、補償金の獲得……などの外的な誘因によって動機づけられている」ことが虚偽性障害との違いであるとされる。

「実際はゆううつでもないし体もだるくないが、休んでいても経済的保証があるので、ゆううつだと言うようにしている」という言葉をどこかで確認できれば詐病であるし、「ゆううつだと言っておくと何となく周囲の人との関係などにおいて、生活しやすいので、実際はゆううつではないが、ゆううつだと言うようにしている」と言えば虚偽性障害である。このような考えを確認できれば文句なくなまけであるが、本人みずからこう語ることはまずない。

今日、精神疾患のほとんどは、本人による自覚症状の表出をもとに診断せざるをえない。現状では、「ゆううつであり、体がだるい」と言い、原因となる身体疾患がなければ、何らかの精神疾患と診断せざるをえない。たとえ「つりに行った時はとても気分がよい」と言つたとしても「会社ではゆううつで何もする気がでないのは事実である」と言われれば、適応障害や何らかの気分障害という診断をつけることになる。極端な言い方になるかもしれないが、明らかな精神疾患の症状が他にない時は別として、精神医学は精神疾患に起因するゆううつ感ややる気のなさ、なまけを区別する術をもっていないと言ってもよいように思う。

では、どのような対応が可能であろうか。対応は「精神障害のかなまけなのか」という鑑別診断を科学的に行うことは困難であるという

前提で検討する必要がある。職場側が自社の理念をもとに、生産性、経済性、倫理性などを考慮した時、どこまで職員を支えていく意思があるかが重要であり、それを法律、精神医学、産業医学などの専門家と相談して、可能な限り労働に関する規約に盛り込み、入職時によく説明して同意を得ておくしかないのではないか。このような準備は職場の自衛的対策というよりも、性格や環境に起因するうつ状態の予防であり、治療そのものであると思う。

### 「休みはじめることが適切か」という判断

「うつかなまけか」が議論されるような事例に対して、産業医として復職の判断を求められた時、本当に休む必要があったのであろうかと迷うことがある。極端な場合、休まないほうがより治療的ではなかったかと思うことすらあるが、休みはじめた時の病状を診ていないこともあって明確なことは言えない。一般的に「うつ病のために休養が必要である」という主治医の診断書が職場に提出された時、「休むことが適当であるかどうか」の判断を産業医が求められることは少ない。

主治医が「休養の必要がある」と判断している部分に新たに産業医が口を差し挟むことは、

産業医の責任があまりに重くなり現実的ではない。一方復職時には、主治医が復職可能と診断書を出しても、産業医がまだ無理であると判断することは珍しくない。産業医は主治医とは別の視点で事例を評価する立場にある以上、主治医と意見が食い違うことはあつてよいし、そのほうが産業医の独立性が保たれてむしろ好ましいとも思う。そうであれば休職開始時にも産業医や職場の人事担当者が、できれば本人も交えて、主治医ともっと意見交換できる場があつてよい。

### 主治医は職場を理解できているか

呈示した事例では「勤務開始後一ヶ月程度は半日勤務が好ましい」という診断書が出された。このような勤務形態には法律を含めてさまざまな議論があり、十分な検討が必要であるが、ここでは主治医の職場理解という観点からとりあげたい。

性格や環境が関係しているうつ状態では、どの時期に仕事を休ませるか、復職時ほどの程度の労働がよいかという判断が治療の一部としても重要である。筆者自身も病院にいる主治医の立場で「復職可能である」という診断書を出しながら、「この患者さんの仕事内容をくわしくは知らない。会社は復職後どのような仕事を用

意してくれるのだろうか」と考えることが少なくない。

多少の情報を得るとしても、職場の状況も十分には知らないままに「復職可能である」という診断書を出すことは無責任であるとも思う。本人だけでなく職場の担当者も加えて詳細な情報を得てから復職の可否について診断書を書くか、あるいは職場の状況を知らない主治医は復職可能という判断はできないという現実を受け止めて、本人の同意を得て産業医にくわしい情報を与えて産業医の判断にゆだねるか、いずれが必要である。現在の保険医療制度の中で前者を実施するのは無理であろう。最近、職場の担当者が主治医を訪問する場合の特別料金なども議論されていると聞くので、そのあたりにも期待したい。

### 職場復帰のための行動療法

最近、「職場復帰のための行動療法プログラム」という名の「治療」を目にする機会が増えた。十分議論されていることではあるが、精神科医の観点から気になることを少しあげたい。

第一に、行動療法はさまざまな分野で脚光を浴びているが、基本的には行動を特定の方向に修正するためのプログラムであり、目的が明確

である。これに対して精神分析を中心とする精神療法では目的自体が心理内面の変化であり、治療によって内面は変化するが、行動自体は変わらないか、あるいは見る人によってはかえって悪くなったかのように見えることもある。

職場復帰のための行動療法プログラムの目的は通常職場復帰であるが、つねにこれを目標としてよいのであろうか。かつて不登校の行動療法が提唱され、「今日は自宅の玄関まで、来週は学校へ行く途中の横断歩道まで、再来週は学校の校門まで……」などという段階的なプログラムが子どもの意思やこころの発達を軽視していると批判されたことがあった。高所恐怖症状や不潔恐怖症状のように、患者自身が悩んで、治したいと考えていることが明らかな場合は、問題が少ないが、社会適応をうながすような行動の修正を目標とする時は、本人の意思を含めて目的を慎重に評価する必要がある。

第二に、職場復帰のための行動療法プログラムは医療機関やEAP (Employee Assistance Program)などで実施されている。病院や診療所は医療の場であり、EAPは通常それ自体が利潤を追求する企業である。さらに、EAPではしばしば最終目的が依頼元である会社の生産性向上であるとされる。「個人のこころの問題の解決」と「何とか会社へ行けるという行動をとれるようになること」と「EAPという企業

の利潤や依頼先である会社の生産性向上」とが一致しない場合はどのようなことが起こるであろうか。職場復帰のための行動療法プログラムは発展しつつあるように見えるが、職場復帰のみが目標とされてよいか、また適切な方法で実施できる機関で行われているかは慎重に見守る必要がある。

第三に、精神医学からみてどのようなうつ状態や意欲低下状態が行動療法の適応であるかが明確にされないまま、実践されている印象がある。適応がはつきりしない場合、非生物学的治療であっても予期せぬ副作用が出たり、その副作用に気づかないままに治療が続けられることが起こりやすい。また、あまり病的と言えないうつ状態に「治療」が実施された場合、かえって「自分は病气である」という意識が強まり、事態が改善しにくくなることもある。

第四に、第二の問題にも関係するが、転帰の評価方法を早期に確立し、効果を検討する必要がある。いかにも効果がありそうに見える方法ほど実証的な検証がなされないことがあるし、精神科臨床における行動療法では、行動は修正されたが他の精神症状が出現したという事態が頻繁に起こる。転帰の評価方法を明確にし、効果を示すデータが多く示されなければ、治療法としては確立されないし、認知行動療法の流行が過ぎたら消えることになりかねない。

おわりに  
うつかなまけかが問題とされる可能性のある事例の職場復帰という場面で気になる問題点をあげた。

日本では、復職が関係する職場のメンタルヘルスに、産業医、法律家、公衆衛生学、心身医学、精神医学の専門家などがかわつていて、連携の中で基本的な部分の議論が欠けているだけでなく、精神科医の中でも合意に達していないことが多いような印象がある。職場に関係するところの問題は、職場のメンタルヘルスを専門とする精神科医に任せず、多少なりともかわりをもっている精神科医が積極的に発言して、専門家内の議論を高めていくことも大切なのではないか。

(しみず・あかね／産業医学・精神医学)  
(みやおか・ひとし／精神医学)

第30回

## 日本精神病理・精神療法学会

会期：2007年10月4日(木)～5日(金)

会場：倉敷市芸文館 (〒710-0046 倉敷市中央1-18-1)

会長：青木省三 (川崎医科大学精神科学教室)

特別講演Ⅰ：中井久夫「回復過程論から、いわゆる精神的病理症状をみ直す」

特別講演Ⅱ：村瀬嘉代子「生活事象と心理臨床の営み」

その他、シンポジウム、夜話会、ランチオン・セミナーなど。

参加費：会員8,000円、非会員10,000円

問合わせ先：川崎医科大学精神科学教室内大会事務局 (事務局長：澤原光彦)

TEL：086-462-1111(代) FAX：086-464-1193(教室直通)