

## 特集

# 勤労者のうつ病・うつ状態：一般科の医師に 望まれる初期対応

内藤 宏\*

## 内容紹介

勤労者のうつ病・うつ状態は、本人の特性を基礎に、職域での新たな課題に取り組む際の対人葛藤を背景に生じやすいが、勤労者の多くは自律神経症状のみを自覚するため、最初に精神科や心療内科ではなく一般診療科を受診している。かかりつけ医や一般科の医師(以下、一般科医)が適切な診療を行っても、2週間以上遷延する自律神経症状に遭遇した際は、患者に表出されたうつ状態や不安の身体症状について考えるべきである。一般科医による発症初期の心理教育や生活指導等の介入は、患者の有する回復力を促進し、うつ病の予後の改善が期待されている。本稿では、一般科医に望まれる、うつ病・うつ状態への初期対応と精神科専門医との連携について紹介する。

## はじめに

五月病として広く知られている様に、勤労者は四月の就職・転職・部署異動の時期、すなわち新しい秩序への適応を求められる際に、心身共に変調をきたしやすい。勤労者においては、不眠・食思不振・頭痛といったありふれた症状に加え、動悸・息苦しさ・倦怠感等の不安の身体症状が現れ、五月頃には、気力・集中力・決断力の低下を示すうつ

状態に至り、就業に支障をきたすことになる。しかし、この時期でさえ、抑うつ気分を自覚する勤労者は少ない。事実、心療内科通院中のうつ病・うつ状態の患者が最初に相談に訪れていた診療科は、内科64%、婦人科9.5%、脳外科8.4%等であり、いずれも身体症状の改善を求め精神科以外の診療科(以下、一般診療科)を受診していた実態が明らかにされている<sup>1)</sup>。一方、精神科専門医が使用するハミルトンうつ病評価尺度<sup>2)</sup>は、身体症状への配点が高く(図1)、一般科医から精神科専門医へ紹介された患者が、実は抗うつ薬の処方を要する中等症以上のうつ病患者であることは少なくない。こうした一般診療科を受診するうつ病患者のアンメットニーズの存在から、かかりつけ医や一般診療科の医師と精神科専門医との連携を意識した積極的な初期介入への期待が高まっている。

## I. MUS (Medically Unexplained Symptom: 医学的に説明困難な症状)<sup>3)</sup>

米国のプライマリ・ケア医は、適切な診察・検査を行い、内分泌疾患や膠原病、悪性腫瘍の可能性も否定されると、MUSとしてまず状態像診断(抑うつ状態、不安症躁状態、神経衰弱状態等)を行う。次に、MUSを起点に、頻度の高いうつ病・双極性障害等の気分障害や、気分障害に併発する事も多いパニック障害や全般性不安障害等の不安障害を疑い、精神疾患の可能性を念頭に置いた治療介入を行っている。なかでも“2質問法”(図2)は、頻度も高く自殺リスクを時に伴う気分障害のスク

— Key words —  
うつ病, 勤労者, 職場のメンタルヘルス, プライマリ・ケア

\* Hiroshi Naitoh : 藤田医科大学医学部 精神神経科学講座

<p>■睡眠障害合計(6点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入眠困難(2点)+中途覚醒(2点)+早朝覚醒(2点)</li> </ul> <p>■不安の身体症状(4点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消化器系：口が渇く，おならが出たりおなかが張る，消化不良，下痢，便秘，胃けいれん，げっぷ</li> <li>・心循環器系：動悸</li> <li>・呼吸器系：ため息，過呼吸</li> <li>・その他：頭痛，おしっこが近い，汗をかく，頭がぼーとなる</li> </ul>	<p>■食思不振(消化器症状) (2点)</p> <p>■全身の身体症状(2点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疲労感，体力低下，手足が重い感じ，または筋肉痛</li> </ul> <p>■性的関心(生殖に関する症状) (2点)</p> <p>■心気症(4点)</p> <p>■体重減少(2点)</p>
--	--

図1 ハミルトンうつ病評価スケール

(文献2より引用)

以下の質問にお答え下さい  
(当てはまる方に○をつけてください)

1. この1ヶ月間，気分が沈んだり，憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

A はい            B いいえ

2. この1ヶ月間，どうも物事に対して興味がわかない，あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

A はい            B いいえ

図2 2質問法(Two-question case-finding instrument : TQ)

(文献4より引用)

リーニングに有用で<sup>4)</sup>，最近ではストレスチェック制度での高得点者の二次面接の際にも利用されている。一般科を受診するうつ病患者の特徴として，この“2質問法”では，①抑うつ気分は該当せず，②興味・喜びの低下のみ該当する事例が多い。また，罪業感や希死念慮といった重篤な精神症状を有する患者や，心理的要因や状況因と関連する抑うつ気分を自覚する患者は，精神科専門医の需要が高く一般科を受診する事はない。すなわち，同じうつ病の診断であっても，精神科医と一般科医が対象とする患者群には，患者層の違いが存在する。

## II. うつ病患者への初期対応

身体症状の解決を求めて来院し，うつ状態の自覚を有しない患者に，非専門医がうつ病の心理教育を行うのは難しい。「適切な診察・検査を行っても，現時点で緊急に介入する疾患が該当しません」と伝え，まずは患者を安心させて欲しい。次に，精神医学的現病歴を聴取する際は，「いつまで屈

託無く元気で過ごしていましたか？」等，勤労者の娯楽や趣味に注目した生活曲線の変化点に注目し，その上で，患者の生活のしづらさと体調不良の関連から心身相関への気づきを患者に促すと良いだろう。その上で，休養を意識した生活指導と精神科専門医への紹介となるが，その際には患者が抱く精神疾患へのスティグマに配慮し，いきなり「精神科を紹介」という文言は使用しない方が良い。現状の通院継続を前提とした上で，「信頼できる良い精神科の先生がいるので，一度意見を聞いてきてください」という，「相談」という形での精神科受診を促し，勤労者の心情に寄り添った声掛けが望まれる。もちろん精神科受診に納得しない患者も存在するが，症状緩和への治療者の思いを伝えつつ，通院の度に患者への声掛けを続けてほしい。

## III. うつ病診療についての留意点

うつ病の治療にあたっては，うつ病とは治療法が異なる双極性障害の鑑別と，自殺リスクの評価

は不可欠である。今回の不調の直前に普段以上に頑張っていた時期や、過去の生活史の中で自分が輝いていた時期の存在、特にそれが少なくとも4日以上続いたことがあるかが、躁状態や軽躁状態を疑うエピソードとなる。また、希死念慮の評価については、ふっと浮かぶ「死んだら楽になれるだろうな」という単発的な願望程度でそれに該当しないものから、1週間に2~3回ほど自殺の方法を繰り返し思い浮かべるといふ深刻な自殺念慮もある。WHOの自殺対策指針でも、自殺念慮について話題にすることはむしろ治療的介入という側面があり、積極的に話題にするよう推奨されているので、構えることなく事務的に質問して欲しい。わが国の自死数は2012年より右肩下がりに減少傾向ではあるが、若年者や女性はむしろ増加しており、コロナ禍でそれが加速している事にも留意すべきである。

#### IV. 一般科医のうつ病治療

身体症状の解決を求め一般診療科を受診する勤労者の多くは、生への執着を有し、職場でのパフォーマンスの回復を期待している。精神科受診をためらう患者には、率直に専門外であることを知らせた上で原因不明の身体症状への効果が期待出来る薬物として、少量のスルピリドや選択的セロトニン再取り込み阻害薬等、副作用の少ない新規抗うつ薬を提示し、その使用を検討する。その際は、先の躁状態の既往や希死念慮については事前に確認し、効果発現に2週間を要する事を患者に説明し、急な症状の回復や違和感を感じた際は服薬を中止するよう指導した上で処方することが望ましい。一方で、25歳以下の事例では双極性障害やうつ状態を呈して発症した統合失調症の可能性も高く、安易な薬物療法の導入は望ましくない。

身体症状の程度から、一般科医の視点からも休養が望まれる事例には、1~2週間の休養証明書を発行することは妥当である。一方、復職にあたっては、真のリカバリーには患者背景の吟味や職場調整、再発予防の観点からのふり返りなど、精神

医学的介入は重要であり、復職時には精神科専門医に委ねる事が望ましい。職場での安全配慮義務に留意する産業医の立場から、復職要件としては、①出勤可能な時間帯に起床できている、②1時間以上歩ける体力、③明日からでもすぐに働ける就労意欲、の3要件が2週間以上維持されていることが必須で、加えて再発予防に向けたふり返りがなされたかも重視されている。

勤労者のうつ状態やメンタルヘルスに興味がある読者は、日本産業精神保健学会の文献<sup>5)</sup>や厚生労働省の職場における心の健康づくりの冊子<sup>6)</sup>を参考に、知識を深めてほしい。

#### おわりに

経過の思わしくない勤労者のうつ状態の背景には、職場環境以外にも、双極性障害や併存する不安障害の見逃しや不適切な対応、パーソナリティ障害や軽度の発達障害などの本人の特性への未対応、家庭や社会場面でのストレス等が存在する可能性もある。精神科専門医、産業医、かかりつけ医との情報共有と協働した診療が求められている。

#### 利益相反

本論文に関して、筆者が開示すべき利益相反はない。

#### 文献

- 1) 三木 治: プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医 2002; 9: 586-589.
- 2) 日本臨床精神薬理学会. GRID-HAMD-17 GRID-HAMD-21 構造化面接ガイド. 2003; <http://www.jscnp.org/scale/grid.pdf>
- 3) 井出広幸他(監訳): ACP 内科医のための「こころの診かた」ここから始める!あなたの心療. 丸善, 東京, 2009; 265-276.
- 4) 鈴木竜世ほか: 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討: Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. 精神医学 2003; 45: 699-708.
- 5) 日本産業精神保健学会編: ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識 & 精神医療との連携法(改訂2版). 南山堂, 東京, 2016; 89-106.
- 6) 厚生労働省: 職場における心の健康づくり~労働者の心の健康の保持増進のための指針~. 2020; <https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf>