10 2015年2月14日例会

講演 心の病が職場を潰す ―職場におけるうつ病―

昭和大学精神医学講座　主任教授　岩波　明

●座長　代々木の森診療所　羽藤　邦利
●期日　2015年2月14日（土）
●会場　ハイアットリージェンシー東京

講演

心の病が職場を潰す ―職場におけるうつ病―

昭和大学精神医学講座　主任教授　岩波　明

Profile

1959年生まれ、東京大学医学部卒業。精神科医、医学博士、精神保健指定医、精神保健判定医。東大病院精神科、都立松沢病院精神科、埼玉医大病院精神科などをへて、2008年より昭和大学精神医学講座准教授。2012年より同教授、昭和大学附属東病院精神神経科精神神経科診療科長、2015年より昭和大学附属烏山病院院長を併任。精神疾患の認知機能、発達障害の臨床研究、司法精神医療などを主な研究分野とする。

主な著訳書に以下のものがある。
「精神医学の思想」（編著）創造出版
「内因性精神病の分類」（監訳）医学書院
「狂気という隣人」新潮社
「狂気の偽装」新潮社
「うつ病」ちくま新書
「精神障害と犯罪」（編）南雲堂
「自我崩壊」講談社
「発達障害と生きる」講談社、ほか。

●座長　代々木の森診療所　羽藤　邦利

岩波　昭和大学の岩波でございます。皆さん、昭和大学は余りなじみがないかもしれないんですけれども、烏山病院という単科の精神病院を持っておりまして、大学としては珍しいと思います。今、300床弱ぐらいですが。そこではやはり、もともと通常の精神科病院でしたので、統合失調症を中心とした病棟、それから認知症の病棟、アルコール依存症の病棟などがございます。私の前任の加藤先生が来られてからは、スーパー救急の病棟を開設したのと、あと、今ではむしろ成人の発達障害と臨床研究を始めています。

私自身はもともと松沢病院に長くおりましたので、統合失調症のほうを初期には主に診療していたんですが、昭和大学で上島先生とご一緒に仕事する機会がありました。上島先生はうつ病の薬物療法の非常に権威でいらっしゃいましたので、いろいろ教えをいただきまして、それから当時15年ぐらい前でしょうか。今では一般的になりました薬物療法のアルゴリズムという、研究と言っていいんでしょうかね。それを最初に、今、国立精神神経医療研究センターの総長をやっておられます樋口先生がまとめられたのをお手伝いした記憶がございます。

きょうのテーマについて、今、司会の先生から

私の著作についてセンセーショナルなタイトルではないかというご指摘がありましたが、実はこのタイトルは私がつけたのではなくて本の編集者がつけたタイトルですが、実際、精神疾患が非常に職場の中で大きな問題になっていると。私も最近まである大企業の診療所で仕事をしていた経験があるんですけれども、10数年前と比べまして、やはり患者数が4倍から5倍ぐらいになっておりまして、うつ病を中心とした気分障害の方が多いんですけれども、非常に企業における精神疾患の問題というのは多くなっていると思います。

なかなか企業ごとにかなり取り組み方が違うということと、それから、後でちょっとお話ししますけれども、いわゆる産業医の先生方と私ども、あるいは先生方も恐らく産業医を務めている先生方もいらっしゃるでしょうが、どちらかというと主治医の立場が多いと思うんですが、主治医と産業医の先生とやり取りする中で、なかなかミスマッチが多いというのが現実です。その辺を今後どうしていくかというようなことが今、大きな課題と思っております。

きょうはちょっと大きなテーマを掲げてしまったんですけれども、はじめにうつ病について。これは余りアカデミックな話というよりは、むしろ社会的にうつ病というのはどういうふうに考えればいいかというテーマになります。もともと精神科は医学の中ではマイナーな分野としてとらえられていたわけですが、むしろ今、ある意味逆転をしつつあるのではないかと思います。

メジャーというとちょっとおこがましいんですけれども、精神医学、あるいは精神医療が社会に与えるインパクト、あるいは、社会の中で占める重要性が大きくなっています。その辺をまだまだ私自身も含めて十分認識していない面があると思うんですけれども、今後ますます必要性が高まるのではないかというところを少しお話しさせていただきます。ただ、私の理解も一面的なところがあると思いますので、ぜひ諸先輩の先生からいろいろご指摘いただければと思います。

それから3番目として、本日のメインテーマである職場におけるうつ病というようなところを社会問題と絡めて少しお話しするのと、SSRIであるエスシタロプラムについて私自身の経験と臨床についてお話しできればと思います。

まず、うつ病についてなんですけれども、やはりここ10年ぐらいでかなり大きく変わってきたなという印象はございます。1つは、うつ病という疾患自体の持つ意味合いというのでしょうか。かつては、精神科については精神科病院が診療の中心でありましたし、いわゆるバイオロジカルなリサーチも、うつ病よりも統合失調症を中心としてきたわけですけれども、そういう面が変わりつつある。

歴史を振り返ってみますと、うつ病自体はかなり昔からあるもので、これは有名なデューラーのメランコリアという絵になります。これもかなり昔の時代の英国の神学者のようなんですが、ロバート・バートンの「メランコリーの解剖学」という書籍なんですが、ヨーロッパでは古典として扱われていて、当然、知識人は読んでいなければいけないという内容らしいです。今日のデプレッションに当たる記述もあれば、ちょっとずれる記述もあるんですけれども、なかなか含蓄の深いものですが、日本語訳は戦前に一部訳されただけで、十分な訳がないのはちょっと残念なんですけれども、この当時からうつ病というものは存在していたし、重要性を持っていたということだと思います。

従来、我々が習った分類は、内因性、反応性、神経症性ということなんですが、この分類が変わってきて、DSM-5でも若干変わって、慢性うつ病に相当する、持続性抑うつ障害というような病名も出てきております。

この辺は先生方もご存じなので簡単にしようと思いますけれども、発症の経過から内因性、反応性と分けられていたものが、なかなか分けられないし、両方の要因があるんだよということで、メジャーデプレッションというのが導入されたということだと思うんですが、実は、これも1つ問題で、いわゆる過剰診断というのでしょうか。本来

のうつ病というべきものでないものまでうつ病に含まれてしまうという問題点がどうしてもぬぐい去れないのかなと思います。

20から30年前に習ったことだと、あるいは先生方もそうだったかもしれませんが、特有な性格傾向みたいなことをかなり昔は言われましたけれども、今現在、実際の臨床場面で患者さんを見ていますと、そういう方もメランコリー親和型みたいな方もいらっしゃいますが、いろいろな方がなっている。

それから、かつては20代ぐらいの人にうつ病とつけると、年配の先生からうつ病のわけがないと。統合失調症の初発ではないかとか、パーソナリティー障害ではないかと言われたものなんですが、今日やはり若い方でも典型的な従来の内因性に相当するような人も存在しています。昔からいたのかもしれないですけれども、若干その辺がふえている印象はございます。

あとやはり、この辺が大分変わってきたのかなと思うんですが、これは入院医療から外来医療に転換したということもあるんですが、いろいろ医療経済的なデータを出してみると、実はデプレッションのほうが統合失調症よりも社会的な重要性は、あるいは社会的な損失は大きいということです。いろいろなところで言われているのでご存じの先生方も多いと思うんですが、あるいは自殺との関連も含めますと、それから本日のテーマである職場の問題を含めると、うつ病というのは非常に社会的な重要性が大きいだろうということだと思います。

これまででもいわゆる慢性うつ病とか遷延性うつ病とかいうような名称は存在していました。ただ、これは、教科書的にはうつ病は必ず治るというようなことが書いてあったり、患者さんにもそう申し上げることもあるわけですが、それとはちょっと反する概念なので、これまで余り取り上げられてこなかったんですが、実は統計的に見ると、慢性うつ病あるいは新しい病名で持続性抑うつ障害というような、定義的には2年間以上うつ状態が続く方ですけど、少なからずいらっしゃる。10％以上、時には2割ぐらいいるというデータがあると。こういう方が、やはり生産性をかなり下げているということと、こういう決して重症ではないんですが、軽症から中等症のうつ状態が続く方に対する治療戦略というのがなかなか見出せないというのが今の大きな問題点かと思います。

旗の台にあります昭和大学病院のほうで全例調査した結果によれば、気分障害の中で慢性うつ病に相当する人はどれだけいるかという、比較的単純な調査です。気分障害の中で、慢性うつ病というものに相当する方が大体12.1％でした。

注目すべきはなんですけど、慢性うつ病の人が若いわけなんですね。問題はここなんでしょうね。慢性うつ病の方は、症状は軽症なんですけど、非就労期間、働けていない時期がはるかに多いわけですね。当たり前といえば当たり前なんですが、要するに、症状が重くても通常のデプレッションの方、入院回数も若干多いわけですけれども、総入院期間も多いですね。そのかわり、社会的な損失というのは、慢性うつ病の方のほうが大きい。

要するに、寛解に至らない軽症あるいは中等症の方で仕事ができない方、こういう方が、実は社会復帰の重大な阻害要因になっていて、社会の生産性を下げている。ですから、その辺を今後の1つの治療のテーマにしていかなければいけないのかなというふうに考えております。

現在のうつ病の診療についての課題なんですが、これは最初に申し上げたように、うつ状態になる疾患というのは実にいろいろあるし、一般人でも当然なるわけですが、今の診断基準においてはどうしても本来のうつ病、これをどう定義したらいいかという、難しいんですが、従来ある内因性に近いようなもの以外の、一過性の適応障害とかパーソナリティー障害の反応のような方も含まれてしまうという、過剰診断の問題がどうしてもある。

2番目は、先ほど申し上げたように慢性例ですね。慢性例に対してどう対応するかというところは、今の精神薬理学でも、あるいはリハビリテーションでも余り治療戦略が確立していないように

思います。

それから、これより実際的な問題ですけれども、先ほどの過剰診断の問題もあると思うんですが、うつ病の概念がより一般的、一般化して世の中に多く知れ渡って、それによってプラス面ももちろんあるんですけれども、こういう雇用の問題、労災の問題、あるいは年金の受給の問題等々さまざまな問題が生じてきているように思いますけれども、本当にどういうふうに私どもが対応すべきなのかという、なかなか指針のようなものはまだまだこれからなんですが、このあたりはやはり学会が中心になるべきだと思いますけれども、きちっと社会的なコンセンサスが得られるような指標を示していく必要がある。

ちょっとここで話は変わるんですが、最近、若干少なくなりましたけれども、やはりうつ病に関する報道ですね。多くなっていると思います。90年代以降非常にふえているんですけれども、これは行政を中心とする、あるいは医療機関による啓発的な面もあったと思うんですが、ある意味新薬を含め、新薬の発売、あるいは治験等に関する疾患喧伝的な要素もあったと思います。

その背景として、社会全体が精神科へのニーズがふえていたり、お薬の問題があったり、精神科クリニックが増加したりということで、うつ病も含めたうつ状態の方が非常に大挙して受診されているというのが現在まで続く状況かと思います。

これは読売新聞のデータベースで「うつ病」という言葉をキーワードとしてどれぐらいヒットするかというのを見たものですが、80年代から90年代の初めぐらいまでは50件ぐらいで割と少ないんですけど、2000年代ぐらいから非常に増加していて、この当時の5倍以上というようなデータになっていて、この中ではいろいろなテーマが語られていますけれども、やはり社会的に見て非常にうつ病というものが認知されたのはいいことなのでしょうけれども、それに伴うさまざまな問題ですね。自殺の問題だとか労災の問題だとか、あるいは精神医療に対する批判的なコメント、副作用の問題、さまざまな記事が非常に目につく。それによって一般の人たちもうつ病についてよく知るようになってきているという状況があると思います。

ちなみに、私どもは発達障害も診療しているので、同じことを発達障害でもやってみたんですが、やっぱり同じようなグラフになるんですね。ですから、うつ病と発達障害、アスペルガー症候群を中心とした、あるいは最近、ADHDも多いんですけれども、かなり私どもが思っているよりも社会的な関心事になっていて、患者さんも、先生方もご経験があると思いますけれども、非常によく調べてこられるわけなんですけれども、そういう状況だというのを精神科医自身がもうちょっと認識して、診療あるいは指針づくりみたいなものにあたらなければいけない。そういった面がちょっと精神医学界には欠けているのかなというようなことも考えさせられます。

今ちょっとお話ししましたけれども、こういったジャーナリズムの報道というのは、当初はいわゆるうつ病とは何かというような、心の風邪だみたいな、あるいは症例を紹介したり、非常に入門的なものが多かったんですけれども、2000年代初めぐらいからありましたかね。SSRIで自殺が増加するのではないかというようなことも報道されたりとか、90年代からあったのは労災との関係でしょうかね。過労自殺の労災認定がどうなったかというような問題ですね。

それから、副作用に関して報道されたりとか、一部どうかなという報道もありましたけれども、いろいろ見てみますと、やはりマスコミはちょっと偏っているのではないかみたいな印象を私は持っていたんですけれども、きちんと読んでみますと、90何％かは割と真っ当な偏りのない報道記事が多いんですけど、やはり特定の記者が書いた偏りのある記事があって、一方的に投薬は全てよくないみたいなことを書いている記事もあったりとか、できるだけ薬は飲まないようにして薬がない治療をしましょうみたいな記事も少しだけありますけど、トータルで見ますと良質な記事が多いと思います。ただ、やはりセンセーショナルな

記事というのはどうしても目立ってしまうというところがございます。

ここまでちょっと簡単にまとめますと、現在、DSM-5等の操作的診断基準を用いていますけれども、どうしても診断による過剰診断的な問題はあるわけですね。それから、慢性化の問題ですね。これは社会的・経済的な問題であり、すぐには難しいと思いますけれども、治療指針みたいなことを考えていかなければいけないと。それから報道に関しては、啓発という面と若干過剰に喧伝しているような面があって、なかなか功罪半ばしているのかなというのが印象でございます。

次に、DALY―ダリというのでしょうかね。これはいろいろなところで紹介されているのでごらんになった方もいると思いますけれども、ある疾患の社会的重大性の指標ということなんですが、それを多少お話しさせていただければと思います。

まず、メジャーデプレッション―大うつ病の有病率ですけれども、うつ病の場合は基本的には病相性の疾患なので、ある時点での有病率と、それから生涯有病率ですね。当然、生涯有病率のほうが高いわけなんですが、余り日本でいいデータがないので海外のものばかりなんですけれども、なかなか数字がばらついているんですけれども、生涯有病率はざっと見て15％ぐらいでしょうか。それから、時点有病率は、ちょっとデータもばらついていますけど、3％ぐらいというふうに一応考えていいのかなと個人的には思っております。

これは厚労省の患者調査で、外来の方が非常にふえているということで挙がっているわけですけど、仮に時点有病率を3％としても、まだまだ100万人程度ですから、3％で300万人以上でしょうから、受診していない方のほうがはるかに多いということでしょう。

年代はさまざまに幅広く分布して、トータルで見るとやはり女性のほうが多い。これは世界的にも一致していると思います。

それで、このダリという指標なんですけれども、死亡することによって失われる年数。それから、障害による損失による年数と。ある疾患ごとによる健康ロスの指標ということで、WHOによって広く用いられている指標で、世界的にかなり使われているのでちょっとお持ちしました。

これはよく出ているので、このダリを用いた統計なんですけれども、ユニポーラのメジャーデプレッションが2020年に虚血性心疾患の次ぐらいに重大なものとなると予測されている。

それから、2030年で、まず精神疾患全体で見ますと世界全体と、ちょっと露骨な言い方ですがハイインカムカントリーです。一応先進国、日本もこっちに入るんでしょうけど。そうしますと、全ての疾患の中で精神神経疾患が実は4分の1以上を占めると。これは相当インパクトのある数字だと思いますね。例えば、悪性腫瘍が精神疾患の半分なんですね。

これはどういうことかと考えてみますと、やっぱりなかなかよくならないと。根治療法が見つからないということも原因だと思うんですが、それはともかく、世の中の人々の健康を左右するもののある意味一番大きいのが精神疾患であるといっても言い過ぎではない時代が間もなくやってくるということです。

その内訳を見ますと、やはりデプレッションが一番多いですね。その次は何かというと、認知症でしょうね。それから、統合失調症とかバイポーラもそれなりですけどね。アルコールも比較的高いということですね。

ですから、今後特に高齢化が進む中で、うつ病と認知症、あるいは両方合併したものというものが非常に社会的にも重要になってくるし、なかなか国の施策がそういうほうに向いていないという面はあると思うんですけど、やはり、医療費の統計を見てみますと、精神科に割り当てられる医療費の大部分は入院医療で、入院医療といえばやっぱり統合失調症なんですね。これはなかなか病床が減らないためということもあると思うんですけど、どういうふうにしたらいいかなかなか難しいんですが、やはり疾患の重要性を考えますと、うつ病診療に医療費を振り向けていくべきである。といって、入院ができる病院が減ってしまっても

困るんですけれども、その辺のかじ取りは難しいと思うんですが、少し厚労省の施策も変わっていってほしいなというのが個人的な意見でございます。

一応、恐らく国立精神神経医療研究センターの先生方が働きかけてくれて、先ほどのWHOのダリのデータなどによってだと思うんですが、精神疾患―これは恐らくデプレッションと認知症を含むものだと思いますけれども、5大疾病と位置づけにはなった。まだまだ重点対策まではいっていないと思うんですけど、一応、こういうふうに行政が言ってくれたので、少しずつ変わってくるかなとは考えております。

ここまでのまとめなんですけれども、2030年においては精神疾患は最も重大なもので、その中でもうつ病が重要性が高いということですね。
社会的問題、職業における問題ということで、この図もよく出てくると思うんですけど、自殺者の数は、最近減りましたけれども、まだまだ十分少なくはなっていない。男女で見ると、女性はそんなにふえていないんですね。ほとんどが男性であると。時期的には2000年ちょっと前ぐらい。いわゆる日本の金融危機が起こったときぐらいから非常にふえているということで、この辺はなかなか何と関連しているかという結論は難しいんですけど、やはり雇用の不安定さみたいなものとは関係はあると思っております。

ちょっとこれは古いデータで恐縮なんですけど、韓国が大分増えていますね。例えばUK―英国とかイタリアから見ると、日本は4倍以上ですね。同じ先進国でどうしてここまで違うのかなというところがあると思います。

自殺については、やっぱり重要なのは男性に多くて中高年に多いと。若い人が自殺するとすぐ報道されますけれども、実際は男性の中高年の問題であるというので、かなり職業的な問題と結びついてくると思います。

それで、日本型の雇用システムというところで、よく言われる終身雇用制、今は崩壊しつつあるとは言われているんですけれども、こういう雇用システムというのは余り諸外国ではないものとされているようです。結局、ある意味サービス残業などをいくらでもしなければいけないような滅私奉公をするかわりに、雇用は保証しますよということだったわけですけれども、結局、経済の低迷ではじかれてしまう中高年がたくさん出てきたというのが、90年代の末ぐらいからの状況である。

企業の優位性というのは非常に日本の場合高いんですけど、そういう優位性をそのまま残して福祉とか保障を切り捨てたのがブラック企業であるというふうに言われているようです。

諸外国と比較した労働環境なんですが、確かに失業率は低い。ところが、一旦失業した場合の失業給付の期間、かなり短いんですね。アメリカは確かにないんですけれども、ヨーロッパと比べますと3分の1ぐらいであると。それがいいか悪いかというのは、福祉がいいかどうかという問題にもなるんですけれども、ともかく現状ではそうである。

それから、サービス残業については、これは言うまでもなく世界一ですね。労働時間も非常に長くて、G7の中では一番長いし、ロシアよりも長いです。それから、最近非正規が増加していて、非正規の待遇が非常に悪いですね。オランダなどでは非正規の収入が正規の8割か9割ぐらいなんですが、日本の統計だと5割以下ということでかなり差がある。それから、過労死、過労自殺の問題。電通事件等で大分知られました。

それから、若者がかわいそうだという議論がよくあるんですけど、実は若者の失業率は欧米より相当低いんですね。非正規の雇用も小さくて、もちろんこういう問題も重要なんですけれども、基本的に雇用の問題は中高年でより重大である。

ここでちょっと話題が変わりましたけど、一時マスコミで流れた新型うつ病についてです。これは認められる先生もいると思うので、一方的に申し上げるのも失礼なところもあるかもしれないんですが、ただ、やはり基本的には医学的な用語ではなくてマスコミ用語で、一応定義らしきものとしてはよくなったり悪くなったりして、プライ

ペートは楽しんでいるけど仕事はできなくて休むという人。これはうつ病なのかなということなんですけれども、やはりうつ病というのは、持続しないものは本格的なうつ病とは言えないということです。

いろいろな考え方があると思うんですけれども、1つは権利意識の高まりみたいなもので、自分の休職する権利みたいなものをしっかり主張するような方が一部にいるということと、もう1つの背景としては、今、非常に非正規がふえているので、正社員に対するストレスというのは一昔前と比べて相当高くなっていると。そういう意味で、一般的な、いま一つ能力の高くないというのでしょうか。パフォーマンスの悪い方の不適応が非常に生じやすくなっているというのがどうも背景にあるのかなと思います。

ちょっと言い過ぎかもしれませんけれども、やっぱりちょっと能力の低めの方に多くて、働く意欲が不十分であると。ただ、ついつい我々はこういう人たちにも診断書を出すこともあり、それが悪いとも言えないんですが、マスコミがこの言葉に飛びついて、ある種既成事実化してしまったというようなものが背景にあるのかなと思います。

ただ、こういう現象は一面的に否定すべきものではなくて、どういう背景があるのかなと思いますと、やっぱりこれは企業における管理化が進んで、能力主義みたいなものが進んでいる。やはり、それに耐えられない人というがどうしても出てくると。そういう人は、やっぱり反応的に精神的に不調になって、ある意味出世ルートから外れてしまうと。そういう方の一部が病気に逃げ込むような形になっていて、ある種の抵抗を示しているというのでしょう。それが新型うつ的な背景にあるのかなと思います。

新型うつそのものではないんですけれども、ちょっと似たようなパターンの方、大手保険会社の40代の社員ですが、この人は今、本社の同じ部署でずっと書類作業をして、ずっと異動していないんですね。なぜかというと、精神科にかかって制限勤務の扱いになっている。ですから異動できないということもあるんですが、もともとは普通のうつ病で、36歳で発症して、不眠とか抑うつ気分、意欲の低下などがあった。なかなかちょっと薬が効きづらかった面もあるようなんですけどね。会社を休みがちになって、一時休職もしているんですね。

ただ、本人は余り休みたくないんですね。余り休むと戻れなくなるというのが何となくわかっているみたいで、勤務時間制限で1日5～6時間。大企業なので余り厳しくなくて、本人はいろいろな理由をつけて休むんです。ひどいときには半分ぐらい休んでしまう。だけれども、なかなか会社はそれ以上厳しいことはできなくて、ドクターショッピングみたいなこともするという、こういう方なんですけれども、これは結果としてなんですが、いろいろな科のドクターとも余りうまくいかない。

1つにどうしてこういうふうになったかということなんですが、やはり彼のパフォーマンスですね。仕事の能力の問題があっただろうと。落ちこぼれということはなかったんですが、やはり周囲の優秀ないわゆるキャリア的な人に比べるとかなり落ちて、とても追いつけないと。そういう中でうつ病にもなってしまった。本人は自分はいくら頑張ってもこれ以上昇進はできないということで、そこは自覚しているかどうかわからないんですが、病気が慢性化する、病気に逃げ込むような形。昔からいるようなタイプです。

こう言ってしまうと身もふたもない言い方もするんですけれども、やっぱりパフォーマンスの低い人、あるいは新しい仕事に適応できない方というのはどうしてもいますよね。ここの会社では、これまでそういう方はいたわけなので、いわゆる事務センターで本当に単純な書類処理だけをするような部署に異動させていたんです。それはそれでうまくシステム的にいっていたんですが、収益を上げるためにそこを分社化して、派遣社員、契約社員の仕事で一般の社員が異動できないようになってしまった。そういうことで、病気になった方の行き場がなくなってしまった。そういう一部

の方が病気に逃げ込む形になっていて、こういう問題をどうしたらいいかというのが非常に今、現場で問題になっていると思います。

実は公務員でも解雇される。最近経験した例なんですけれども、この方はうつ病でもちょっとバイポーラー的な方でアルコールの問題もあったんですけれども、もともと優秀な方で、高卒後、働きながら大学の夜間部も卒業して同僚の夫と結婚して40代ぐらいまではうまくいっていたんですが、43歳で一時抑うつ的となる。このときは短期間で戻って昇進している。

51歳ぐらいから、ちょっときっかけははっきりしないんですが再燃して、今、東京都はならし勤務というのをやっているのは先生方もご存じだと思いますが、すぐに戻してくれないんですね。ならし勤務をしないとだめだと。そのならし勤務の間は休職中なんですけれども、その間に一過性の躁状態になってしまった。これはアルコールも関係していたようなんですけど、ならし勤務は中止せざるを得ない。

もう1回再開したんですけれども、アルコールを減らせずに2カ月で中断して、その後、この人は鳥山病院に入院しているんですが、かなり酩酊状態だった。一月余りで退院して、その後、数カ月して大分落ち着いたので、これは私が診ていた人なんですけど、復職可能だということで診断書を出したんですが、もう受け取ってくれないんですね。全く相手にしてくれなくて、2度もならし勤務を失敗したんだから、もうだめだよと。その場で解雇とは言わないんですが、結局、休職期間切れをねらった形になりまして、そのまま解雇になってしまった。

今ちょっと係争中でどうなるかわからないんですが、この方、確かにちょっと精神症状の問題はあったんですけど、こういう形での休職切れ解雇みたいなものがかなりふえている。これは先生方のご経験もあると思うんですけど、こういう例をどうしたらいいかというのは1つ重要な問題かなと思います。

ある産業医の先生に聞いてみたんですけど、担当医が復職可能にした場合、拒否していいのかと。これはやっぱり産業医的に見ると、本当はだめなのではないか。よっぽどの場合以外は1回復職させてみて、そこでだめだったらというようにすべきではないかというふうに伺いましたが、いろいろな意見はあると思いますし、実際、休職切れで解雇という形は生じていると思います。

主治医としては、復職希望する場合は職場に配慮はせずに本人の意向を尊重するのは当然ですし、診断書に基づいて、その後悪化しても主治医が責任を問われることはないだろうとことです。

一方、産業医としては両方、社員と会社と両方に配慮すべきである。だけど、ある特定の社員だけに配慮し過ぎてほかに負担をかけてしまうようなことはよくない。それから、無理して復帰させて病状が悪化した場合、いわゆる安全配慮義務ですね。もし自殺とかさせますと、相当会社の責任になるということで、産業医の方もなかなか苦しい立場ではあると思うんですけど、やはり現実には産業医の先生は会社側に立ち過ぎて、復帰をブロックしているという例が少なくない。リストラの先兵のようになっているというような例がしばしばあります。

私も産業医の先生から、うちの会社は100％仕事ができなければ復帰は認められませんという手紙を送られて、ちょっとびっくりしたこともあるんですけれども、逆にそこまで会社寄りになり過ぎるのも産業医としてはどうかなということはあるかなと思いますけれども、なかなかきちんとした指針がないというのが現状だと思います。

それから、ちょっとこれは別の例なんですが、いわゆるパフォーマンスの不良なケースですね。これは医療の問題というよりは、むしろ労務管理の問題なのかなと思いますが、実際は医療の問題も絡んでなかなか難しいんですけど、そういう点も今後重要になってくるかなと思います。

あと少しレクサプロの話をさせていただきます。これまでの話であるように、1つうつ病に関して重要な点としては、単なる改善ではなくて寛解までもっていくことが重要です。十分、100％

でないまでも90何％ぐらい仕事ができるような体力・知力までもっていくというようなことが重要であると思います。

そういう観点から、ちょっとレクサプロを見直してみたんですけれども、私個人としては、やはりレクサプロはファーストライン、第一選択薬の1つとして推奨できる薬だと思うんですが、まず前提としてですが、ガイドラインがいろいろ出ていて、余り薬物療法は軽症の人にはよくないよみたいな話もあるんですけれども、実際の実臨床で非薬物療法はできる状況にはないと思います。ですから、薬物療法によって迅速な効果が得られるものについては、やはり軽症においても投薬するのは悪くはないと思います。

推奨容量の問題なんですけれども、海外における容量と日本における容量が結構違っている薬が多いんですね。見てみますと、日本における容量と海外におけるガイドラインの容量が同じものは、実はエスシタロプラムとミルタザピンだけであると。ですから、ほかのお薬ですと、こちらのほうがいい可能性はもちろんありますが、十分量に達しなくて効果が出ないということがあるので、推奨容量という面からすると、この2つがファーストラインとしていい薬かなということが言えると思います。

それから投与回数なんですけれども、これはいろいろな海外のデータがあるんですが、1日2回以上の服用ですと、1日1回に比べてかなり飲み忘れが多くなってくると。1日1回ですと、確かあるデータですと9割前後でしょうかね。ところが2回にすると8割かそれ以下ぐらいになるということで、1日1回の服用でエスシタロプラムは比較的そういう面ではいいのかなということです。

それから、1つ段階的な増量は大体ほかの薬物は必要なんですけれども、途中でその増量をできなくなってしまう。そのために投与量が不十分であるため効果が出ないということがあるんですけれども、エスシタロプラムは開始容量が中量であるということで、そういう面からも安心して使えるということがあると思います。

それで、先ほどから申し上げている寛解と反応ですね。最終的な社会適応は寛解と関連しているわけですが、エスシタロプラムそのほかの薬剤の寛解率を見ていきます。これはハミルトンとQOLの関係なんですが、これは寛解に当たるハミルトンが7以下のものなんですけど、ほかの群に比べて格段にQOLが改善しているということで、寛解に導かないとQOLは改善しないということが言えると思います。

パロキセチンと比較した場合、寛解率はパルキセチンに勝っている。それから、ディルキセチンの場合も、エスシタロプラムのほうが寛解率が高いということが報告されています。

こういったものを全てまとめたプロスワンの総説なんですけれども、ここまで全部エスシタロプラムがいいというのは本当かなという気もするんですけど、寛解率で見るといろいろなやり方で見ても最も高いということです、ここで見ますとパロキセチンが効く方も別の薬が効く方もいると思いますが、安心して使える薬であるということが言えると思います。

副作用ではどうかということで、まず1つは有害事例の中止率は、パロキセチンなどと比較しても、エスシタロプラムの中止率が低いですね。ですから、忍容性が高いということが言えます。

これはカナダのガイドラインで、これは先生方見たことがある方が多いと思いますけど、緑色が一番少なくて、次が黄色ですけど、トータルで見まして副作用が少なめであると。それから、薬物相互の作用が少ないということで、もちろん個人差あると思いますが、全体としてやはり非常に安全な薬ということが言えると思います。

最後に、問題になっているQT延長なんですが、いろいろなお薬のQT延長を示したもので、これがエスシタロプラムで、確かに容量依存性にふえてはいるんですけど、実はほかの薬剤とそれほど大差はないですね。海外でかなり挑戦的な研究がありまして、急性の心臓の冠動脈疾患に対して予防的にエスシタロプラムを投与して、その予防効果を見たというようなダブルブラインドの研究が

あるんですけれども、予防効果は有意に見られたんですけれども、さまざまな心電図上の変化を追っているんですけれども、エスシタロプラム投与群、プラセボ投与群で差はなかったというデータなので、ちょっと日本ではとてもできないんですが、実際に心臓の問題がある方でも安全に使えるということが示されております。

もちろん、心電図チェック等は実臨床できちんとしなければいけないと思うんですが、余り過剰に心配する必要はないのかなというのがこういう海外のデータからは考えられると思います。

この項のまとめです。エスシタロプラムは有効性、忍容性とも高くて、ファーストラインの抗うつ薬として推奨できるものと思います。また、寛解率も継続率も高率なので、社会復帰に有用です。それから復職という面からも有用な薬剤であって、今後うつ病患者さんの社会復帰に役立つものというふうに考えていいと思います。

ちょっと時間が超過しましたが、これで私のお話を終わります。どうもありがとうございました。

羽藤　岩波先生、どうもありがとうございました。時間は押しているんですが、10分ぐらいは超過はできるのかしらね。大丈夫みたいです。

とても広範囲、うつに関しての概念の振り返りから社会的重要性の大きさとか、職場における復職の問題とか、最後にエスシタロプラムの寛解率の高さと、広範にわたってとても啓発的な、刺激的なお話をお伺いしました。先生方のほうでぜひご質問とかありましたら出していただけませんか。ご遠慮なく。

まず、先生方が考えておられる間に私からお話しお伺いしたいのは、うつがふえているということについて、この10年間にすごくふえてきているわけですが、診療所がふえたことがうつがふえたことと関係あるだろうというふうに先生のお話でありましたが、実はそれを否定するデータもあるんですね。実は、全国都道府県のうつの受療率と、これは都道府県は診療所の数が違うわけです。診療所の多いところがうつの受療率が多いかというと、全く相関がないんです。東京は精神科診療所がとても多いからうつが全国で一番多いかというと、実はうつの受療率そんなに高くない。むしろ、田舎のほうが高いんです。こういうことで、診療所の数と相関がないということなんですけど、いかがでしょうか。

岩波　貴重なデータをお知らせいただいてありがとうございました。ただここで申し上げたのは、時間的な経緯です。1980年代以降、精神科クリニックの増加とともに、うつ病患者の外来受診が急増していることは明らかです。

ですから、うつ病の患者さん自体が増加したというよりは、いわゆる掘り起し的なかかりやすさという面で、受診する方がふえたということと、診療所・クリニックがふえたものと一応パラレルには動いているというのは言えるでしょう。その辺は今後より大きなデータで検証していく必要があるのかもしれません。

羽藤　実は、エスシタロプラムもそうですが、抗うつ剤を処方しているのは精神科医よりも他科の医者のほうが数が多いんですよね。そういう他科の先生方のパフォーマンスも関係しているかもしれません。ちょっと座長がしゃべり過ぎました。どうぞ、先生方、ご質問ありませんか。よろしくお願いします。

質疑者　本日はどうもいろいろと講義をいただきましてありがとうございました。先生のご本だとか業績についてはいつも関心を寄せて、そして勉強させていただいていたんですが、実は、実際に医療に関係している方が、これは不安とうつと、いわゆるボーダーライン的な問題を持っていて、常に子供のときから自殺念慮型で、大体30代ちょっとの方なんです。実際に仕事上の対人関係の問題があったりして、それでもって仕事を半年ぐらい休んだんです。

実際に私も仕事は無理だというふうなことで、一旦仕事をやめられる。そして、もし自分ができるような仕事がということであって、やっぱりパフォーマンスの問題ももちろんあるんですね。そういう方に、あなた仕事やめなさい。あるいは、もう少し軽い仕事ならばというような形で、ご本

人はまた仕事しようという気持ちは強いんですが、そういう方に対して、どのように説明し、いわゆる軽い作業であっても、そこにいろいろな問題を抱えて、また診療所の問題を起こしても困りますし、それから、実際に今、薬物を服薬しているわけなんです。そういう中で、どんなふうに先生の先ほどの復職、あるいは再就職ということに対して、何かお話しいただければありがたいなと思います。

岩波　ありがとうございます。今のご質問は非常に現実的で難しい状況だと思います。もしその患者さんが現時点で会社に属していて、そちらに復帰を希望しているとですね。ただ、パフォーマンス的にはちょっと十分ではないというような状況であるのであれば、主治医としてはできるだけもとの会社に復帰して、もとの会社の配慮を求めるというのがやはり、第一に行うべきことなのかなと思います。

現実になかなか、会社が何の配慮もしない場合もありますし、産業医のほうが100％定時勤務ができなければ認めないというような会社も少なからずあると思うんですけれども、それでもやはり、比較的大企業であれば、負担の軽い部署に回してくれるような会社もございますし、まずやはり、現時点で会社に所属しているのであれば、そちらのほうでうまくやれる方策を探るのが一番なのかなと思います。

ただ、やはり問題は会社が続けられないという現実を突きつけられたときですね。それは非常に難しい問題になると思いますね。むしろこれは、私どもは発達障害の方で多くやっているんですけれども、そういった方とか引きこもりに近い方の場合は、就労訓練の施設が大分できていますので、そちらを勧める場合が多いんですが、果たして気分障害の方、それも比較的中高年の方が使える就労支援の施設がどれぐらいあるかというと、ちょっと悩ましいところかなというのが現状だと思います。

質疑者　ありがとうございました。

羽藤　どうぞ、ご質問あればお願いします。座長から1つまたご質問したいんですけれども、先ほど休職切れで解雇というお話をされましたが、最近派遣社員がふえていて、6カ月契約、3カ月契約とか、そういった人たちがうつの診断で若干休んだりした後、雇いどめになったりしますけど、こういうケース、最近ふえているような感じが現場ではあるんですけれども、こういったことに対してはどんな対応が考えられますか。

岩波　きょうお話ししたのは正社員的な立場の方なので、現状では派遣社員、パート、アルバイト等にはほとんど保護的なものはないと思いますね。多少そういうものをつくる動きもあるようですけれども。ですから、これは非正規の待遇という面も含めて、そういう方に対する福祉的、あるいは医療的な扱いどうするかというのは、まさに先生おっしゃるように非常に重要な現状の課題かなと思います。