



働く女性のメンタルヘルス 女性のライフステージと 女性特有のうつとの関係

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®



競輪の補助事業

この報告書は競輪の補助により作成しました

CONTENTS

働く女性の
メンタルヘルス①

2020.01.17
開催

PMS/PMDD

—月経前症候群 (PMS)/ 月経前不快気分障害 (PMDD) を中心として—

02 PMS/PMDD 月経前に訪れる心と体の不協和音を探る

講師 松本 珠希 四天王寺大学教育学部教育学科保健教育コース 教授

07 産婦人科からみた PMS/PMDD ～漢方治療を活用する～

講師 武田 卓 近畿大学東洋医学研究所 所長
東北大学医学部産婦人科 客員教授

13 精神科からみた女性特有のうつについて—月経関連障害を中心に—

講師 大坪 天平 東京女子医科大学東医療センター 精神科部長・臨床教授

働く女性の
メンタルヘルス②

2020.09.06
開催

妊娠から出産・育児を通じたメンタルヘルス

—産後うつ病と周産期うつ病を中心に—

18 妊娠・出産・育児期におけるメンタルヘルスケア

講師 小谷 友美 名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター生殖周産期部門 准教授

22 働く女性のメンタルヘルス～妊娠から復職にかけて知っておくべきこと～

講師 渡部 真弓 株式会社オー・エイチ・ラボ 労働衛生コンサルタント(産業医)

24 妊産婦の方に生じるこころの変化：理解と支えのために

講師 尾崎 紀夫 名古屋大学・大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 教授
名古屋大学 脳とこころの研究センター センター長
名古屋大学医学部附属病院ゲノム医療センター センター長

働く女性の
メンタルヘルス③

2020.9.18
開催

うつ病への理解と対応

—更年期のうつ病を考える—

33 うつ病の理解と対応～女性のうつ病を考える～

講師 白川 治 近畿大学医学部精神神経科学教室 教授
近畿大学医学部附属病院メンタルヘルス科 診療部長

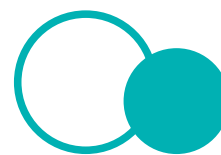
37 更年期うつ病の治療

講師 工藤 喬 大阪大学キャンパスライフ健康支援センター 教授
大阪大学大学院医学系研究科 精神健康医学 教授

41 働く更年期女性におけるうつ病を考える～産業医の視点から～

講師 長井 聡里 株式会社 JUMOKU 代表取締役

PMS/PMDD 月経前に訪れる心と体の不協和音を探る



松本 珠希

四天王寺大学教育学部教育学科保健教育コース教授

女性のライフステージは小児期、思春期、性成熟期、更年期、老年期とありますが、その中でも、特に劇的に変わる生物学的指標というのがエストロゲンではないでしょうか。

エストロゲンは思春期に急激に増加して月経が始まり、平均年齢 50 歳になると急激に減少して閉経になります。この間を性成熟期と呼び、月経に伴う心身の不調が生じる時期でもあります。

月経というのは、子宮内膜の新陳代謝に伴う周期的な剥脱を指し、妊娠が成立しなかった時は、子宮内膜が一定期間で剥がれ落ちて体外に出ます。このような月経期間に脳や卵巣から出るホルモンには、排卵にともなう約 1 か月間の分泌のリズムがあります。この月経周期の規則性が、女性の心と体の健全な発育、発達と、生殖能力の指標になります。今回のテーマである月経前症候群（PMS）や月経前不快気分障害（PMDD）は、黄体期という月経周期の後半に起こり、心身の様々な不快症状が表れてきます。

月経前症候群はかなり昔から知られていました。これは国際女性心身医学雑誌に書かれていたのですが、古代ギリシャの医師であるヒポクラテスは、月経前までに子宮内に貯まった血液が、女性の心身をネガティブな状態に陥らせ、行動にも影響が出ると指摘していました。また、同じく昔のギリシャでは、月経前になると子宮が赤ちゃんを探して体中を動き回ってしまい、それにより心身の不調が起こると考えていた人もいました。そして月経が始まると、子宮の動きが止まって元気が戻ると考えていたのです。

紀元 3 世紀に中国で書かれた漢方医学のバイブルと呼ばれる臨床傷寒論にも、月経前不快気分障害のような記載があります。月経前になると、その女性はヒヨウの如くなり、月経が始まると元に戻ると書かれています。

日本産科婦人科学会は現在、月経前症候群を次のように定義しています。「月経前 3 ～ 10 日のあいだ続く精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減退ないし消失するものをいう」。主な症状としては「腹痛、乳房緊満感、腰痛、易疲労性、食欲亢進、にきび、吹き出物、眠気などの身体症状、いらいら、易怒性、意欲減退、不安感などの精神症状」が挙げられています。

日本には独自の診断基準がなく、日本産科婦人科学会の 2017 年度版の最新ガイドラインには、米国内産科婦人科学会の診断基準を参考にしてください、と書かれています。この診断基準は、過去 3 回の月経周期において、月経開始前 5 日間に、以下の精神症状、または身体症状が少なくとも 1 つ存在したことを要件としています。精神症状としては、抑うつ気分、怒りの爆発、イライラ、不安感、混乱した気分、社会的ひきこもり、が挙げられています。身体症状としては、乳房痛、腹部膨満感、腰痛、関節痛または筋肉痛、体重増加、四肢のむくみが挙げられています。ただ、これ以外にも様々

な症状があり、その数は 100 や 200 とも言われています。

そしてこれらの症状は、月経開始後 4 日以内に消失し、少なくとも月経周期 13 日目までは再燃しないことも要件になっています。これらの症状は薬物療法やホルモン療法、薬物やアルコールの使用によるものではなく、2 周期に渡って日々の日記によって確認され、社会的活動や仕事、学業に障害が出ているものが月経前症候群と診断されます。

続いて、月経前症候群の実際についてお話しします。月経前になるといつも体調が悪いという人は多く、症状は多岐にわたります。日常生活を害することなく自然に回復する軽症の PMS は、私が教える学生でもほとんどの人が訴えています。治療の対象となるのは、先ほど診断基準の解説の中で触れましたように、それらの症状によって生活の質が損なわれ、日常生活や社会生活に支障をきたしているものです。

月経前不快気分障害 (PMDD) は、PMS の重症型であり、特に精神症状によって生活に重大な支障が出ているものを指します。米国精神医学会が作成した DSM-5 では、「抑うつ障害群」の疾患のひとつとされています。

また、月経開始後も症状が消失しない病態を、基礎疾患の月経前増悪 (PME) と呼びます。これは、うつやパニック障害、不安障害などの基礎疾患が元々あり、その症状が月経前に悪化したものと考えられ、PMS や PMDD と区別されます。まずは基礎疾患の治療を優先します。最近では、従来の PMS/PMDD を含む Core PMD と、PME を含む Variant PMDs とに分ける基準も作られ、これがどのように広がっていくのか注目しているところです。

月経前の体調不良は、性成熟期の女性のほとんどが感じています。その中で、月経前に苦しくなると、PMS の治療対象になる女性が 20% から 40% います。さらに、より重い PMDD は 1% から 5% いるとみられています。

ではなぜ、PMS や PMDD は起こるのでしょうか。文献検索サイト PubMed で調べたところ、2020 年 1 月 1 日現在、PMS/PMDD については 4842 件 (1945 年 - 2019 年) もの研究論文が発表されていました。特に 2001 年以降は、毎年 100 件以上の論文が発表されています。

なぜ PMS が起こるのか。それはわかりません。プロゲステロン欠乏やプロゲステロン代謝異常、エストロゲン過剰、神経伝達物質異常、自律神経機能異常などなど、諸説ありますが、原因はひとつではないと考えられています。排卵周期にのみ起こり、黄体期に出現するので、性ステロイドホルモンが関与しているはずですが、検査をしてもホルモン異常は見つかりません。ですから PMS には明確な検査法がなく、現在のところ、日記を欠かさずつけて変化をみる方法が診断に用いられています。

この日記によって、月経前の心身不調を可視化します。2 ~ 3 か月以上、日々の自覚症状を記録していきます。記憶に頼らず、その日、その日の症状を記録していく「前向きの日々の記録」で行うことが重要なポイントです。これによって、月経周期の規則性や、症状の出現時期と反復性を確認します。

こうした記録を分析することで、PMS を伴う女性の愁訴には、自律神経系機能の変調・失調を疑わせる症状が多いことがわかってきました。そこで私は、自律神経活動から PMS/PMDD を探る研究を始めました。

自律神経は心と体を結ぶルートであり、我々の意志とは無関係に独立して働き、オーケストラのハー

モニターのように心と体を調和させています。内臓の機能や血管の収縮、体温調節などをコントロールする重要な神経なのです。体内環境の恒常性の維持に重要な役割を果たし、自律神経系調節機構の変調・失調は、不定愁訴や心身症を含む様々な疾患と関連します。

では、自律神経活動を測定するにはどうしたらいいのか。私が使った方法は、心拍のゆらぎの測定です。成人の心拍数は1分間に60回から70回。心拍動のリズムは必ずしも一定ではなく、1拍毎の間隔は微妙に揺らいでいます。このゆらぎは健康の証であり、心身の状態が悪化するとゆらぎが減ることが以前から知られていました。この原理を用いて、私は心拍変動パワースペクトル解析という方法を取り入れ、「自律神経活動の加齢に伴う変化」「更年期うつと自律神経活動との関係」などの研究を進めました。心拍変動は加齢に伴って低下することや、うつ症状がある女性は心拍変動が低下することがわかりました。

この方法を PMS/PMDD の研究にも取り入れたところ、PMS の女性は黄体後期に心拍変動が減り、副交感神経の活動が低下したことがわかりました。しかし、卵胞期には元に戻る。ところが PMDD の女性は、卵胞期も黄体後期も心拍変動は少なく、自律神経活動が低下し続けていることがわかりました。

そこで、交感神経の働きにも注目して研究を続けました。指標としてクロモグラニン A を用いました。ストレスに応答してカテコラミンとともに副腎髄質クロム親和性細胞から分泌される糖蛋白質です。ストレス時に唾液中にも分泌され、肉体的ストレスよりも精神的ストレスに対して良く反応することが知られています。ストレスから解放されると、すみやかに減少する特徴もあり、交感神経系の活動をモニタリングする量的な指標となっています。この指標を使って研究したところ、PMS の症状が重い女性ほど、黄体後期に唾液中のクロモグラニン A の濃度が上がることがわかりました。

では、自律神経活動の変調・失調を改善するにはどうしたらよいのでしょうか。治療を要するほどではないが、軽度の PMS がある学生さんを対象に、ラベンダーの香りによる「アロマセラピーの PMS 緩和作用」を調べてみました。その結果、ラベンダーの香りをかぐと、副交感神経活動がグッと亢進し、PMS の症状も明らかに改善することがわかりました。ラベンダーの香りには好き嫌いがあり、嫌いな人もいたのですが、好き嫌いに関わらず副交感神経活動が上がり、PMS の症状は改善しました。うちの学生さんで好きな人が多かったユズの香りでも試したところ、こちらもラベンダーと同等の効果がありました。

PMS に影響を与える要因について、もう少し考えていきましょう。まずは、主観的健康観についてです。これは、自分自身が「健康だ」「不健康だ」と思う感覚です。この主観的な指標が PMS と関係していることが、最近の私たちの研究でわかってきました。女子大学生 200 人を対象とした横断研究・後ろ向き研究です。日ごろから自分は不健康だと思っている人や、ストレスを感じている人は、PMS の不快症状が上がっていました。不健康感やストレス感が高い女子大学生は、朝食欠食率が高いこともわかりました。不規則・不健康な生活習慣も月経前不快症状の誘因となるのです。

PMS のセルフケアマネジメントとしては、まず、バイオリズムを把握・理解することが大事です。症状を記録し、自分の月経周期を把握します。そして、意識の切り替えや生活の工夫を行います。この時期に無理をせず、周囲にも理解してもらいながら、スケジュールをうまく調整することが大事です。そして、規則正しい生活・睡眠、バランスの良い食事、適度な運動、リラクゼーション、カフェイン・タバコ・アルコール・過度な糖分の制限など、生活の改善をはかります。

女性の生殖のパターンを見てみますと、昔の女性は妊娠出産が 5～11 回程度と多く、授乳期間も



長かったため無月経期間が長く、生涯の月経回数は 50 回ほどでした。一方、現代の女性の月経回数は、妊娠出産を 2 回経験したとしても、月経回数は 450 回ほどになります。これだけの回数の月経があるのですから、PMS の症状が強いのであれば、これは耐え難いことになります。

現代を生きる女性は、生物学的な性と社会的な性、伝統的な女性の役割と社会進出する新しい時代の女性像の狭間で、身体的にも精神的にも非常に不安定な状態に陥りやすくなっています。PMS/PMDD は現代女性の新たな生活習慣病なのです。PMS の発症は思春期に始まりますので、学校の養護教諭たちともコラボしながら、自分で自分をケアできるような健康教育を広めていきたいと考えています。

Q & A

回答者

松本 珠希

Q. アロマセラピーの効果は、純粋なアロマオイルを使わないと得られないのでしょうか。それとも、入浴剤のような合成された香りでも一定の効果を得られるのでしょうか。

A. 私たちはラボで研究していますので、純粋なものを使っていますが、毒性がなくてその香りが好きであればよいと思います。ただ、合成的な香りの効果研究はまだ行っていません。

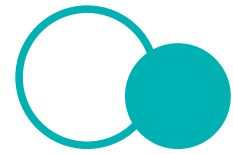
Q. iPhone のアプリで心拍変動はわかりますか。

A. アプリについては詳しくありませんが、監修している研究者を調べていただくと手がかりになるとと思います。研究のためにラボに来てもらうのは大変です。スマホのような身近な機器で測定できるのであれば、遠隔で情報を集めることもできますので、今後の発展に期待したいと思います。

Q. PMS の改善効果が最も表れやすいセルフケアは何ですか。

A. それは今、まさに分析中です。現時点では、朝ごはんをしっかり摂れるような、規則正しい生活をしようと呼びかけています。

産婦人科からみた PMS/PMDD ～漢方治療を活用する～



武田 卓

近畿大学東洋医学研究所
所長
東北大学医学部産婦人科
客員教授

私がおります近畿大学東洋医学研究所は、医学部や附属病院と同じ、大阪の南の方の狭山市にあります。近畿大学といえば近大マグロの水産研究所が知られていますが、東洋医学研究所も全国区を目指して頑張っています。本日は「女性ホルモンはすごい」「パフォーマンスと PMS/PMDD ～アスリートに学ぶ」「産婦人科での対応～ホルモン・漢方」という主に 3 つのお話をさせていただきます。

まずは「女性ホルモンはすごい」というお話です。女性の変化は、更年期障害という一生の中での長期的な変化と、月経周期の中での短期的な変化があります。短期的な変化の中で問題になってくるのが、月経前症候群 (PMS) です。

女性ホルモンは卵巣から分泌されます。下垂体から出るホルモンに反応して、卵巣から卵胞ホルモン (エストロゲン) が出るのと、排卵後に黄体ホルモン (プロゲステロン) が出ることで、子宮内膜がはがれて月経が起こります。

いわゆる女性ホルモンの中で、エストロゲンが一番大事なのですが、エストロゲンのメリットはたくさんあります。更年期障害の改善や脂質改善、コラーゲンや骨量の増加、膣萎縮症状の改善、メンタル面の改善などです。いろんな良い働きがあるのです。

エストロゲンは思春期に急激に増え、性成熟期にピークになって、更年期には急激に下がります。こういった長期的な変化があります。その中で、性成熟期には月経周期の中でのエストロゲンとプロゲステロンの小さな揺らぎが生じます。

ちなみに漢方では、2000 年前から、女性の体は 7 年周期で腎気 (ホルモン) が変化すると考えていました。昔の人は血液検査をせずとも、女性ホルモンの変動を知っていたわけです。この 7 年周期では、7 歳で腎気が盛んになり、14 歳で生殖能力が完成する。21 歳で腎気が充実して成長が極まり、28 歳では身体が盛んで充実。35 歳になると腎気が衰え出して顔のやつれや抜け毛が始まり、42 歳になると肉体的な衰えが目立つようになる。そして、49 歳になると運動能力が低下したり、生殖能力がなくなったりする、としています。今の日本人女性の閉経はだいたい 50 歳くらいになっていますので、2000 年前と比べても、ものすごく変化しているわけではないのです。

7 世紀に中国で書かれた医学書「千金方」には、「女性は病気に対する感じ方が男性の倍ほど強い。慈悲、愛憎、嫉妬、憂慮の念が強く、感情を自分で抑えることができない。病根が深く治療に骨が折れる」との記載があります。ホルモンによる性差をちゃんと理解していたのです。

西洋医学で性差医療が注目されるようになったのは、20 世紀後半です。古来中国の医学では、女性特有の疾患を意識して、わざわざ別の書物を作って取り上げるほどでした。日本がまだ弥生時代だっ



た西暦 200 年頃には、中国で「婦人妊娠病・婦人産後病・婦人雑病篇」という書物が作られました。漢方を中心とした中国の東洋医学は、先進的なことをやっていたのです。そして現在も、産婦人科において漢方使用の機会は多いのです。

PMS・PMDD の歴史を見てみますと、西洋では古代ギリシャのヒポクラテスの書（460B.C.）に、これらに相当する記載があります。一方、東洋では中国の傷寒論（後漢、200A.D.）に関連する記載があり、治療薬までわかっていたのです。

PMS や PMDD は周囲の理解が重要です。さらに、医療従事者の理解も必要です。産婦人科医であれば、ある程度わかっていますが、内科の先生とかでも、全然知らない方がおられます。ですから、医療関係者の疾患理解も非常に大事なのです。

続いて、パフォーマンスと PMS/PMDD について取り上げます。女性特有の症状により、社会昇進に影響があったかどうかを尋ねた結果をご紹介します。PMS のために、社会昇進を辞退したことがある人は 17% で、辞退しようと思ったことがある人は 45% でした。また、更年期障害のために昇進を辞退したことがある人は 50% にのぼり、PMS や PMDD のために、3 人に 2 人が昇進辞退を考えた、という厳しい状況になっていたのです。ですから、パフォーマンスへの影響はかなり大きいのだろうと思います。

政府の成長戦略ということで、「女性活躍促進」が打ち出されました。我々の産婦人科領域では、女性の健康の包括的支援というものが行われています。この中のいくつかは、政府の成長戦略にも関係しています。更年期に関しては、健康寿命の延長という観点で、更年期から老年期に備えましょう、ということがメインになっています。それによって医療費を抑制する方向につなげようということです。しかし、現状でも更年期の女性は多く活躍していますから、パフォーマンス面での影響に対処することが重要になると思います。

PMS は完全に忘れられています。PMS は、生産性の向上という意味でも、とても重要です。日本では、中等度から重度の PMS は、成人の 5.3%、高校生の 11.8% で、PMDD は成人の 1.2%、高校生の 2.6% となります。重症度でみると、実は高校生の方が成人よりも重度なことがわかります。

成人では、統計から考えると約 180 万人が未治療とみられています。日本の調査では、勤労女性の 11.5% が休業し、米国の調査では、PMS や PMDD で女性 1 人あたり、年間 4000 ドル（約 50 万円以上）の経済的損失が生じていることがわかっています。この数字を、先ほどの日本での未治療者数 180 万人と掛け合わせると、年間 1 兆円もの経済的損失が生じていることになります。

高校生を対象とした PMS による欠席日数調査では、月に 1 日以上欠席する生徒は 11.9% でした。先ほどご紹介したように、仕事をされている女性の 11.5% が休業していますので、ちょうど同じくらいの割合になっています。

PMS と PMDD の関係を見てみますと、特に精神症状が強いものが PMDD になります。PMS は、どちらかというと生産性の低下が問題になります。産婦人科では、月経痛などの他の月経関連疾患と合わせて治療することも多くあります。PMS と PMDD を分けて考えるよりも、PMDs (Premenstrual Disorders) としてまとめて考えるのが、最近の傾向になっています。

PMS/PMDD の重症度と月経痛との相関関係をみると、月経痛が重くなるほど、PMS/PMDD も重くなるという相関関係があります。月経痛が重度の人の 25% に PMS/PMDD がありますので、患



者さんが月経痛で婦人科に来た時は、PMS/PMDD も考慮して診ることが重要です。

日本医療政策機構が、仕事をしている女性 2000 人に行った 2018 年の調査では、PMS や月経関連疾患によって、パフォーマンスが普段の半分以下となる人が 45% にのぼることがわかりました。パフォーマンスへの影響はかなり大きいのです。

パフォーマンスといえば、女性アスリートはどのようなのでしょうか。IOC (国際オリンピック委員会) の監修で 2015 年に出版された「The Female Athlete」というスポーツ医学の教科書には、意外にも PMS の記載はありません。このあたりの研究は、まだまだこれからなのです。

トップアスリートを対象とした日本の調査では、月経周期の中で主観的コンディションが良い時期として、月経後数日を上げるアスリートが最も多く、黄体期が最も少ないという結果になりました。黄体期は総じて調子が悪いというのは、やはり PMS の影響が考えられます。

このあたりのデータが全然ないため、近畿大学医学部倫理委員会承認のもと、2012 年 11 月に、全学体育会所属の女子学生 232 人を対象とした調査を実施しました。PMS 評価を自記式アンケートで答えてもらい、あわせて、PMS 症状による練習・試合への障害度を評価しました。212 人から回答があり、有効回答例 174 人を解析しました。

その結果、月経前には、うつ気分、不安と緊張、怒り・イライラ、集中力低下、無気力、過食・拒食、身体症状が、50% 以上の人にあることがわかりました。仕事や勉強の能力低下も、半分くらいの人にあることがわかりました。この結果を高校生の重症度と比較すると、アスリートの方がそれぞれの症状がきつかった。ただ、社会生活の障害度は、対人関係への障害が高校生よりもわずかに高かっただけで、あとは高校生と変わりませんでした。各症状が重いのに、社会・日常生活への障害は少なかったのです。この結果をみると、アスリートは辛抱している人が多い可能性があります。

PMS 症状による練習・試合への障害は、44.3% が「障害あり」と回答しました。試合成績向上のためにも、管理・治療の必要性があることがわかります。月経痛と PMS の社会生活への障害度の大きさを、高校生運動部員と比較してみますと、PMS がある人の方が、仕事・家事・勉強の能率低下、対人関係への障害、練習試合でのパフォーマンス障害、の障害度が高いことがわかりました。

私も関わった日本産科婦人科学会と国立スポーツ科学センターの共同研究では、PMS/PMDD に対する認知度には、指導者における男女差があると指摘しています。当たり前ではありますが、男性指導者の認知度が低く、男性指導者に対する教育が必要なのことがわかりました。そのため近畿大学では、アスリートと指導者が参加するセミナーを行いました。

続いて、産婦人科での対応についてお話しします。最初はカウンセリング・生活指導ということで、症状日記をつけてもらいます。ご本人に重症度の位置づけを認識してもらう認知療法的な意味合いがあります。あとは、規則正しい生活、規則正しい睡眠、定期的な運動、たばこなどの制限を指導します。

薬物療法に関しては、軽症では対症療法として、精神安定剤、利尿剤、鎮痛剤、漢方を使います。重症の場合は、低用量経口避妊薬 (OC) を使います。セロトニンを増やす作用がある SSRI を使うこともあります。産婦人科での使用は少ないと思います。

PMS/PMDD の原因については諸説ありますが、よくわかっていません。ひとつ確かなのは、ホルモン異常を伴わないということです。患者さんからよく「将来、子どもは作れますか」と聞かれる



ことがあるのですが、ちゃんと排卵しているからこそ、PMS/PMDD が起こるわけで、卵巣は正常です。妊娠すれば、こうした症状はその間は無くなるとお答えしています。

わかっているのは、排卵を抑制すると症状がなくなりますから、黄体ホルモンが関係しているだろう、ということです。治療に SSRI を使いますので、おそらくセロトニンも関係していると考えられます。今のところ、この 2 つの説がメインとなっています。

月経前症候群の管理の基本は、疾患教育・認知ということになります。症状が軽い人は、症状について知ること、気持ちが楽になって症状が軽くなります。これはデータで出ています。あとは、規則正しい生活（生活指導）、バランスのとれた食事（食習慣指導）、適度の運動（気分転換）などが大事になります。

もう少し症状が重い人は、代替医療を使ったり、機能性食品を使ったりとか、そういうことが世界中でよく行われています。本当に症状がきつい方に対しては、薬物療法ということで、産婦人科であれば漢方やピルを中心に処方しますし、精神科であれば SSRI が中心になるだろうと思います。PMS の治療に関しての一番の特長は、薬物療法を行わなくても、かなりの部分が疾患教育・認知と代替医療・機能性食品だけで改善するという点です。

PMS/PMDD に関して、治療効果の有効性が報告されている栄養は、カルシウム、ビタミン B 6、マグネシウムです。ビタミン B 6 とマグネシウムは、セロトニンを作るのに必要な栄養です。一方、良くなさそうなものとして挙げられるのが、飽和脂肪酸です。良いのは、魚などに含まれる不飽和脂肪酸（DHA・EPA）になります。

近大のアスリートに協力してもらい、パフォーマンス障害と食事摂取についての調査を行いました。パフォーマンス障害があるアスリートは、動物性蛋白の摂取が有意に多くて、植物性蛋白（ほとんどが大豆由来）の摂取が有意に低いという結果が出ました。

現在行われている薬物療法は、産婦人科では主に排卵抑制、精神科では主にセロトニン調整です。排卵抑制は、周期中のホルモンの揺らぎを無くしてしまうのが狙いです。主にピルを使いますが、本当に月経を止めて排卵をなくしてしまおうという場合は、GnRHa という薬を使います。日本では行いませんが、欧米の教科書では、手術で卵巣や子宮を摘除する方法が載っています。これは、本当に最終的な手段ということになるのだと思います。

日本では、ピルや SSRI は厳密には PMS/PMDD への保険適用がありません。そのあたりも、まだまだいろいろな問題があるところでもあります。

続いてピルのお話をします。低用量の経口避妊薬（OC）は、月経困難症も同時に治療できます。昔から使われているピルに関しては、身体症状の改善には有効ですが、精神症状には有効ではありません。PMDD に有効なのは、ドロスピレノンという成分が入った製剤で、商品名はヤーズ配合錠といえます。月経痛に関してもよく効きます。

日本人は、ホルモンに対するネガティブなイメージが強く、日本の OC 服用者は生殖可能年齢女性の約 5% しかいません。純粋な避妊目的で OC を使っている人はもっと少なく、0.9% だけです。そのため、治療でピルを勧めていくのはなかなか難しい現状があります。

OC の問題点としては、内服時に嘔気・嘔吐、不正出血、乳房痛などが起こることがあります。片頭痛が増悪する場合もあり、前兆症状がある人には OC は禁忌となります。前兆症状がなくても、片



頭痛がある人には慎重投与とされています。ごくまれですが、血栓が生じる場合もあります。肥満や喫煙、高齢は血栓リスクが上昇しますので、投与の対象者は限定されます。ある程度の専門知識を持った医師による処方が必要なのです。

漢方を使うことに対しては、患者さんの受け入れは非常に良いです。古典的には桃核承気湯（トウカクジョウキトウ）が使われ、現在は加味逍遙散（カミショウヨウサン）、抑肝散（ヨクカンサン）あたりがファーストチョイスとなっています。この他にも「血の道症」や「神経症」の病名で処方できる漢方が多くあります。OC との併用も可能です。

漢方はホルモンの知識がなくても処方できるため、産婦人科専門医でなくても治療に使えます。これは、患者さんにとっては受診機会が増加するということから、良い事です。産婦人科を受診しなくても、かかりつけの先生とか、産業医の先生からの処方もできます。私は「女性診療で使えるヌーベル漢方処方ノート」という医師向けの本も書いていますので、処方の参考にさせていただけたらと思います。

漢方には、「気血水の異常」という概念があります。気の異常は、ひえのぼせ、不安、動悸、抑うつ、だるさなど。血の異常は、月経異常、うっ血、皮膚のくすみなど。水の異常は、むくみ、めまい、口の渇きなどです。女性の場合は、月経に伴う病態のため、「血」の異常が多くなります。

「血」の流通に障害をきたした病態を「瘀血（おけつ）」といいます。成因は外的ストレス、打撲、手術、精神的ストレス、運動不足、高脂肪・高蛋白食、便秘などで、精神身体症状（不眠、嗜眠、精神不穏、顔面の発作的紅潮、筋痛、腰痛など）が表れます。ちょうど、更年期とか PMS で起こってくるような症状全般がこちらと重なっています。漢方には瘀血に効く薬もありますので、そういったものを使っていくことになります。

女性に対して良く使われる漢方の 3 大処方は、当帰芍薬散（トウキシャクヤクサン）、桂枝茯苓丸（ケイシブクリョウガン）、加味逍遙散（カミショウヨウサン）です。更年期障害、PMS、月経困難症に使用することが可能です。

甘麦大棗湯（カンバクタイソウトウ）という安定作用が非常に強い薬があります。中身はナツメと甘草、小麦で、何でこんなものが効くのか不思議なのですが、麦にはマグネシウムが多いからかもしれません。マグネシウムには痙攣抑制や精神安定作用があります。もともとは子どもの夜泣きやひきつけの薬です。即効性があるので、患者さんにはお守り代わりに持ってもらい、PMS がひどくて涙が止まらないとか、どうしたらいいかわからない時に、飲んでもらっています。

こういった漢方がどれくらい効くか、調べたことがあります。3 周期間、21 人に漢方治療だけやってどれくらい効くか、変化をみました。その結果、重症度評価では、改善 14 例、不変 6 例、増悪 1 例となり、奏効率は 66.7% でした。SSRI がだいたい 6 割から 8 割の奏効率がありますので、それなりに効くことがわかりました。

本日のまとめです。女性の活躍促進において、女性のヘルスケアは重要な課題です。その中で、PMS/PMDD の重要性は増大し、社会全体での認知が必要になっています。治療の普及のためには、漢方治療は有効な手段となりえます。以上です。

Q & A

回答者

武田 卓

Q. アスリートが漢方や SSRI などでの治療することに関して、ドーピングになる恐れはないのでしょうか。

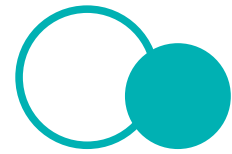
A. ドーピングの検査に関しては、あらかじめ「これを飲んでいるよ」ということを申請しないとダメです。成分が特定されているものはそれができるのですが、生薬である漢方に関しては、何がその成分なのか特定できないので、大丈夫な漢方もあるかもしれませんが、一応、ダメということになっています。SSRI は構わないのですが、飲んでるとパフォーマンスが落ちると思いますので、そういう意味では SSRI も現実的ではないと思います。

Q. 産婦人科に行くと診断書を発行してもらえるのでしょうか。企業に望む対応はこういったことがありますか。

A. 産婦人科の中でも、PMS や PMDD のことをよくわかっていない先生が結構おられます。理解のある医療機関を探して受診していただいて、診断書をもらってください。しかし、診断書を出しても、会社がきちんと理解してくれるかどうかという問題もあります。ただ、社会全体の理解が進んでいけませんので、なかなか難しいみたいです。会社の人事の方などが、こうしたセミナーに参加していただくことが大事だろうと思いますし、まずは学校の中での教育をきちんとしていかないとだめだろうと思います。



精神科からみた女性特有の うつについて —月経関連障害を中心に—



大坪 天平

東京女子医科大学東医療
センター
精神科部長・臨床教授

日本におけるうつ病の有病率は、女性の方が2倍多く、生涯有病率8.3%（男性4.2%）、12か月期間有病率2.7%（男性1.5%）となっています。パニック症、社交不安症、全般不安症といった、いわゆる神経症圏といわれる人たちも女性に多い特徴があります。それと比べると、統合失調症や双極性障害（躁うつ病）、強迫性障害は、男女比が変わらないことが知られています。

この男女比の違いは、もの凄く重要なことを表しています。女性の比率が高い疾患と、男女比が変わらない疾患は、同じ精神疾患でも性質が違うのです。ひとことで言うと、男女比が変わらない疾患は遺伝的影響が大きい。女性の比率が高い疾患は、心理・社会的要因が主な原因になってきます。そして、心理・社会的要因の影響を女性の方が受けやすいということも、女性の比率の高さにつながっています。

女性はうつ病になりやすい。その理由を詳しく見てみますと、まず性ホルモンの変動の影響が挙げられます。月経、妊娠、出産、産褥、更年期などに凄く大きな変動が起こるのです。それに加え、政治・社会・文化環境・女性観の影響もあります。男女差別、嫁姑問題、ハラスメント、仕事と家庭・育児のバランス、高齢者介護、DV・レイプなどの影響を受けやすいのです。

女性の体は、排卵があるとエストロゲンの分泌量が急激に下がります。ホルモンの値が重要なのではなく、ホルモンが変動する時期にPMSやPMDDが起こる点が重要なのです。妊娠とホルモンの変化について見ると、女性が最もメンタル不調を感じるのは産褥期で、エストロゲンとプロゲステロンが急激に減少します。この時期に産褥精神病が起こります。

従来は、妊娠中の女性のメンタルは安定し、うつになる人は少ないと言われていたのですが、実はそんなことはなくて、妊娠前期のうつ病が意外とあることがわかってきました。ホルモンは、妊娠前期にはプロゲステロン優位となっています。これが後期になるとエストロゲン優位に変わるので、メンタルが安定する傾向にあります。性ホルモンは年齢によっても変動します。50歳ごろの更年期になるとエストロゲンが枯渇し、更年期うつ病が起こりやすくなります。このようにみえてくると、エストロゲンの変動がメンタルに大きな影響を与えているのではないかと想像されます。

片頭痛も女性の有病率が高く、男性の有病率が3.6%なのに対して、女性は12.9%にもなります。特に、月経をともなう20代から40代の女性に好発します。妊娠中は片頭痛が減少し、出産後は片頭痛が再び発現する傾向があることを見ても、エストロゲンの変動が片頭痛に関係しているのではないかと考えられます。

女性特有の抑うつには、月経前症候群（PMS）、月経前不快気分障害（PMDD）、妊娠期うつ病、マタニティー・ブルーズ、産後うつ病、更年期障害に伴ううつ病、Premenstrual Exacerbation（PME）



があります。PME は、もともと何らかの精神疾患があり、それが月経前に悪化する状態をいいます。

PMS と PMDD の疫学をみてみましょう。月経前に小さな孤立性の変化が起こる女性は 75% に上ります。PMS に該当する女性は 20% から 50%（中等度以上は 5.4%）で、PMDD は 2% から 17.6%（わが国 1.2%～4.2%）となっています。

PMS・PMDD は、1931 年に月経前緊張症として報告されました。これが 1953 年に月経前症候群と命名されました。精神科の領域では、黄体期後期の不機嫌性障害、特定不能の精神障害（DSM-III-R）という分類を経て、PMDD が 1994 年に特定不能のうつ病性障害（研究用基準案、DSM-IV）となり、2013 年に公表された DSM-5 では、抑うつ障害群の 1 つに昇格しました。1994 年の DSM-IV 以来、PMDD の研究が始まり、抗うつ薬 SSRI を中心とした治験が沢山行われたことで注目が集まり、DSM-5 によって更に注目が高まったわけです。

月経前症候群は、明確な診断基準がありませんでした。ICD-10 では、中等度の心理的症状、腹部膨満感、腹部圧痛、体重増加、腫脹、疼痛、集中困難、睡眠障害、食欲の変化、といった症状が挙げられ、これらのうち 1 項目が黄体期に該当し、月経開始時に消失する、としています。これは、誰もが当てはまるような緩い診断基準なので、米国産科婦人科学会（ACOG）がやや厳しめの診断基準（※松本珠希教授の講演録に内容を記載）を作りました。

また、米国精神医学会の DSM-5 では、ほとんどの月経周期において、月経開始前最終週に少なくとも 5 つの症状が認められ、月経開始数日以内に軽快し始め、月経終了後の週には最小限になるか消失する、ことを基準としています。

その症状とは、①著しい感情の不安定②著しいいらだたしさ、怒り、易怒性、または対人関係の摩擦増加③著しい抑うつ気分、絶望感、自己批判的思考④著しい不安、緊張、および／または「高まっている」とか「いらだっている」という感覚（これら 4 つのうち 1 つかそれ以上存在する）と、①通常の活動における興味の減退②集中困難の自覚③倦怠感、易疲労性、または気力の著しい欠如④食欲の著しい変化、過食、または特定の食物への渴望⑤仮眠または不眠⑥圧倒される、または制御不能という感じ⑦他の身体症状、例えば乳房の圧痛または腫脹、関節痛または筋肉痛、「膨らんで」いる感覚、体重増加、という 7 つの症状です。これら 7 つのうち 1 つ以上が存在し、前記 4 つの症状群と合わせて 5 つ以上の症状があると、PMDD と診断されます。

PMDD 患者の具体的主訴としては、イライラしてマグカップやリモコンを投げつける、夫を蹴り子どもをひっぱたく、母に延々と過去の恨みをいう、友達に絶縁メールを送る、隣の家の換気扇のにおいや室外機の音に文句をいう、些事に反応して泣く、人に会いたくないのに放置されると怒る、昼は眠くてだるいのに夜は眠れない、生きている意味や自分の価値を感じない、ドタキャンが怖くて予定を入れられない、などです。こうした主訴をもとに、重症度評価をすることはとても有効です。

私が研究に参加した本邦のデータでは、PMDD の有病率は 4.2%（DSM-IV の診断基準項目を全て満たす）になりました。PMDD の有無によるパーソナリティを比較すると、PMDD の人は神経症性、神経質な傾向が強く、外向性が弱いことがわかりました。これは、うつ病の病前性格と全く一緒なのです。ということは、パーソナリティのベースにうつ病との共通点があるということです。なおかつ、PMDD がある人は、大きなストレスを抱える傾向があることもわかっています。

東京女子医大東医療センターの PMDD 専門外来では、印象に残る症例がいくつもあります。海外留学予定の真面目な高校生は、月経前の 2 日間だけ体がどうしても動かなくなり、学校を休んで



しまうことに悩んでいました。「PMDD の症状があまりにも辛いから、卵巣を取りたい。ここに来たら卵巣を取ってくれる医師を紹介してくれると思ったのに」と泣きながら訴える 38 歳の女性や、PMDD の症状のせいで、20 代の間、周囲も自分も境界性人格障害だと思っていた 30 代の女性も、とても印象に残っています。

PMDD 専門外来の 1 年間 (2018 年 4 月～2019 年 3 月) の実績を集計してみました。患者数は合計 66 人。平均年齢は 31 歳 (16～48 歳) です。このうち PMDD は 54 人で、それ以外の 12 人は、双極 II 型、気分変調症、ADHD、SAD、広場恐怖、適応障害の PME です。薬物療法の主剤は、SSRI セルトラリン 49 人、SSRI エスシタロプラム 14 人、漢方 2 人、抗 ADHD 薬 1 人となっています。薬物投与方法で特徴的なのが間欠療法で、月経前の 1 週間や 10 日間だけ SSRI を投与するパターンで治療します。SSRI の間欠療法の割合は、全体では 42/66 (63.6%) で、PMDD では 39/54、PME では 3/12 となっています。

当院では、この 6 割の人への間欠投与として、セルトラリン 0.5～1 錠、あるいはエスシタロプラム 0.5～1 錠を使っています。間欠投与の方法は、排卵日前後、月経前 10～14 日、月経前 7 日、月経前数日、月経前数日+月経後 2～3 日、などいくつもあります。

残る 4 割に行っている連日投与では、セルトラリン 1～2 錠、あるいはエスシタロプラム 0.5～1 錠を使っています。この連日投与に加え、月経前にセルトラリン 1 錠、あるいはエスシタロプラム 0.5～1 錠を増量する場合もあります。奏効率はかなり高く、全体で見ると 7 割に達します。服薬によって悪化した例はあまりありません。中には完全に治ってしまう人もいます。

治療を開始して、再受診した人たちは「イライラはしなくはないけど、前ほどではない」「とにかく、内服前とは比べものにならない」「人生が変わり、前向きになれた」「予定を入れられるようになった」「夫や子ども、母に普通に接することができて、自己嫌悪がなくなった」「周囲の反応がよくなった」「家庭が明るくなった」「もっと早くくればよかった」などと感想を述べています。

PMDD 専門外来を通して印象に残ったことは、PMDD の方の多くが、幼少期に両親の離婚、父母の不仲、いじめ、DV、性的虐待、ネグレクトなどを経験しているということです。また、PMDD 症状の影響を受けるのは、夫、パートナー、母親、子どもであり、父親はほぼ眼中にないことや、症状の悪化時期は排卵期の数日と月経前数日の 2 つのピークがあること、産後悪化する傾向が強いこと、なども印象に残ります。

PMDD 発症の危険因子としては、年齢 (20 代後半～30 代半ば)、養育環境 (両親の離婚、虐待歴、貧困)、心理的社会的要因 (ライフイベントやストレス)、経産回数 (妊娠回数が少ない方が多い)、精神疾患 (気分障害、不安障害、物質乱用の既往)、遺伝要因 (双生児研究で有意な所見) が挙げられます。

PMS/PMDD への対応 (産婦人科診療ガイドラインより) は、カウンセリング・生活指導や薬物療法とされています。軽症の場合、あるいは身体症状主体の場合は、経口避妊薬 (OC) などの低用量エストロゲン・プロゲステロン配合薬を用います。中等度以上の場合は、SSRI またはドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠をもちいるとされています。

PMDD の薬物療法の第一選択薬は SSRI です。うつ病に対しては、効果発現に 2～4 週を要しますが、PMDD では服用した直後に効果が表れます。これは、うつ病と PMDD は脳内の障害の程度が異なるためだと考えられます。専門的に言うと、PMDD はシナプス間隙のセロトニン量の障害で、うつ

病は後シナプス受容体～セカンドメッセンジャーレベルの障害ではないかという仮説が成り立ちます。セロトニンは、エストロゲンの働きによって増えるので、生理前にエストロゲンが減ると、セロトニンも減ります。

PMDD 発症の仮説をまとめてみます。まず、PMDD を発症する人には、「幸せホルモン」とも呼ばれるセロトニンの機構に脆弱性があると考えられます。養育環境の悪さなどが影響したと考えられます。すると、シナプス間隙のセロトニンが減り、後シナプスセロトニン受容体の感受性が亢進する。減ってしまったセロトニンを何とか拾おうとして、受容体の感受性が高まるのです。これによって、セロトニンの減少はますます感受されるようになり、月経前のエストロゲン減少でさらにセロトニンが減ると、月経前症状が悪化します。だからこそ、シナプス間隙のセロトニンを SSRI で増やすと症状がすぐに改善するのです。特に、半減期が長い SSRI に効果があります。

治療では、女性にやさしい抗うつ薬が求められます。効果があるということの他に、体重増加が少ない、相互作用が少ない、性機能を低下させない、骨粗鬆症を誘発しない、などが重要なのです。こうした点を考えると、最近出た抗うつ薬ボルチオキセチンが期待されます。

SSRI が効くためには、セロトニンレベルがある程度保たれていることが必要です。しかし更年期以降、セロトニンを作るためのトリプトファンと、セロトニンは急激に枯渇します。つまり閉経後は、SSRI は効かないかもしれないのです。閉経前のうつ病は SSRI に反応しやすいが、閉経後は SNRI やミルタザピンの方が反応しやすい可能性があるのです。

まとめますと、女性は男性よりうつ病が多く、その要因として、心理社会的要因と性ホルモンの変動がある。女性は月経、妊娠、出産、更年期と、男性よりもホルモン変動の影響を受けやすい。PMDD とうつ病の機序は異なる。PMDD には SSRI が奏功する。更年期のうつ病には SNRI、ミルタザピンが奏功する。以上になります。

Q & A

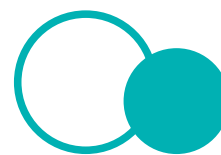
回答者

大坪 天平

Q. SSRI の間欠療法を続けると、完全に治ることもあるのでしょうか。

A. 通院開始から1年後、1年半後に薬物療法を継続されている人は4割くらいで、半分くらいは完全に治ってしまいます。その理由としては、セロトニンが毎月、周期的に減るという状況がなくなると、受容体の過感受性が収まるのではないかと考えています。

妊娠・出産・育児期における メンタルヘルスケア



小谷 友美

名古屋大学医学部附属病
院総合周産期母子医療セ
ンター生殖周産期部門
准教授

少し唐突かもしれませんが、皆さんは、妊娠出産で命を落とす女性が世界で1日に何人いるかご存知でしょうか。

実は世界においては、10万出生あたり216人もの女性が、妊娠出産で命を落としています。これは、2015年のWHOの統計データです。1990年には、10万出生あたり385人と、もっと多い数でしたが、妊産婦の死亡を減らすことを目的とした世界的な動きがあり、減少してきました。でも、まだ十分ではありません。そこで今、環境問題等でも耳にされることが多いSDGs（持続可能な開発目標）を掲げ、2030年に向けて10万出生あたり70人未満に減らそうとしています。

日本ではどうなのでしょう。妊産婦死亡率は10万出生あたり3～5人と、非常に低い数字となっています。死亡率が高いのはアフリカや南アジアの国々ですが、日本の数値は欧米諸国と比べても非常に低くなっています。

日本の妊産婦死亡率の低下に寄与したと言われているもののひとつが、日本産婦人科医会が2010年から開始した妊産婦死亡報告事業（全例登録）です。この事業では、妊産婦死亡症例検討委員会が月に1回程度開かれ、結論が出たものは現場にフィードバックしています。また、毎年公表される「母体安全への提言」や、5年ごとに発行される書物「日本の妊産婦を救うために」などで、情報共有がされています。

2010年以降の妊産婦死亡原因の年次推移を見ても、お産の出血で命を落とす女性の割合が、29%（2010年）から12%（2018年）へと半減したのがわかります。今でも、世界ではお産の時の出血で命を落とす方が多いのですが、日本においては非常に減ってきています。その代わりに、いわゆる間接的な死因の占める割合が多くなっています。

周産期の現場に特に衝撃を与えたのが、妊産婦の自殺に関するデータです。後期妊産婦の自殺数（2005～2014年、東京23区）が、10万出生あたり8.7（産後1年以内の死亡例も抽出。英国、スウェーデンでは2.3～3.7）と、非常に高い数値だったのです。東京だけでなく、全国調査でも同様の結果が出ました。妊娠中から産後1年未満の期間における死因の中で、自殺の割合が非常に高いことが分かったのです。

その結果、死亡診断書の記入方法が改正され、死亡が産科的原因かどうかに関わらず、産後1年未満であれば、妊娠又は分娩の事実（妊娠満週数、産後満日数）を記入することになりました。そのため、今後は自殺を含む死亡例がより多く収集されることになると思います。

日本の周産期医療の取り組みは、以前は、生まれてくる子どもの脳性麻痺をどう防ぐか、というこ

とに力が注がれてきました。その結果、診療ガイドラインが整備され、新生児蘇生のシミュレーション教育が進みました。また、妊産婦死亡についても、先ほどご紹介したように、死亡数を減らす取り組みが成果を上げてきました。

そして現在進行中なのが、自殺や虐待を防ぐことを目的とした妊産婦のメンタルヘルス対策です。母親も子どもも、両方守るための取り組みです。日本産科婦人科学会と日本精神神経学会は今年、「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」を共同で初めて作成し、公表しました。

女性のライフステージは、エストロゲンやプロゲステロンなどのホルモン変化と切り離せません。妊娠・出産期は、14 週までの妊娠初期、28 週までの妊娠中期、出産までの妊娠後期の 3 段階に分けられます。妊娠初期には、悪阻や出血などのトラブルの他に、「妊娠を知らずに薬を飲んでしまった。大丈夫でしょうか」といった相談が多くあります。最近は、出生前診断で悩まれるケースも少なくありません。

妊娠中期になると、流産などの危険が低下し、心身ともに比較的安定した時期を迎えます。妊婦健診でも「性別はどちらですか」などの質問が多く、和やかな雰囲気があります。妊娠後期になると、お腹が大きくなるなど、身体にダイナミックな変化が起こります。腰痛や不眠、漠然とした不安、動悸・息切れなどを訴える方もいらっしゃいます。耐糖能が低下して太りやすくなるので、カロリーコントロールなどが大事になる時期でもあります。そして、ホルモンが急激に変化する産後には、育児や授乳による疲れから、不眠や孤立感に襲われる方もいらっしゃいます。

妊婦を対象とした「母健連絡カード」というものがあります。病気にかかった方は通常、主治医が診断書を書いて、勤務先などに病状を伝えます。しかし、働いている妊娠に何らかの不調が起こった場合は、産婦人科などの主治医がこのカードに必要事項を書き込み、妊婦が勤務時間の短縮や休職などを会社に申請します。事業主には、このカードの記載内容に応じた適切な措置を講じる義務があります。

新型コロナウイルス感染症に関しても、厚生労働省は、母健連絡カードの活用を呼び掛けています。例えば、「感染が心配で職場に行きたくない」という不安を妊婦が持たれた場合、主治医が母健連絡カードを使ってそうした指示を出せば、事業主は在宅勤務や休職などの措置を取ることを求められます。

ここからは、本日のメインテーマである「妊産婦メンタルヘルスケア向上への取り組み」についてお話しします。学会レベルでは、さきほど少しふれましたように、日本産科婦人科学会と日本精神神経学会が「ガイド」を作成しました。今年 5 月に総論を公開しています。私は、これからお話になる精神科医の尾崎紀夫先生と一緒に、第 1 章を担当しました。

第 1 章で重視したのが、プレコンセプションカウンセリングの解説です。精神疾患や慢性疾患を持つ女性の妊娠・出産に関する不安や悩みに、妊娠前から寄り添い、よりよい流れを作る取り組みです。

疾患を持つ女性たちは、赤ちゃんへの薬の影響や遺伝のことなど、様々な悩みを抱えています。そのため、妊娠・出産を諦めてしまう人や、逆に病気を隠して妊娠・出産する人もいます。薬の影響に悩む女性への実際のプレコンセプションカウンセリングでは、薬の必要性を再確認したり、妊娠前に減薬にトライしてもらったり、安定した状態が一定期間続けば妊娠を目指せるとお伝えしたりするなど、支援を行っています。

これまでの一般的な診療場面では、治療者がエビデンスや経験をもとに、情報を一方的にお伝えする傾向がありました。プレコンセプションカウンセリングは、患者・家族と治療者による双方向性の治療方針決定を重視しています。ご自身の選択は、その後のアドヒアランスにもつながるためです。

ガイドの第 2 章では、エジンバラ産後うつ病自己評価票を紹介しています。2017 年から、名古屋市と愛知県内の一部自治体で「産婦健康診査事業」が始まり、産科でこの評価票が使われるようになりました。しかし、産科医の中にはこうした評価票を使い慣れていない人もいるので、ガイドで使い方を紹介しました。全部で 10 項目あり、各 4 段階で評価します。特に、不眠や悲哀感で高得点が付く場合は、注意が必要ということになります。

第 3 章では、精神症状を呈した妊産婦への対応、を紹介しています。精神科受診をためらう患者・家族への、産婦人科スタッフからの声のかけ方などが書かれています。第 4 章は、自殺念慮のある妊産婦への対応、についてです。危機対応と心理社会的評価や、ケースマネジメントの大切さが記されています。最後の第 5 章では、精神科医に知ってほしい妊娠・出産の知識、がまとめられています。

続いて、愛知県内の取り組みについてご紹介します。愛知県の出生数は、東京、神奈川、大阪に次ぐ全国 4 位。周産期母子医療センターは、総合 7 施設、地域 13 施設があります。地域における切れ目のない支援体制の構築が喫緊の課題とされていますが、愛知県内の周産期母子医療センターの大半は、精神科病棟を併設していないのが実情です。そこで今回、愛知県周産期医療協議会調査研究事業でアンケート調査を実施し、問題点を抽出してみました。

その中でわかってきたことのひとつは、周産期に精神科入院となった症例が最近増えているということです。2016 年は 19 人でしたが、2017 年に 25 人、2018 年には 38 人へと増加していました。入院先の精神科施設は、4 割が精神科の単科病院という実態も明らかになりました。身体疾患も診ることができる総合病院の精神科病床が、圧倒的に不足しているためです。

この調査では、分娩施設からも、周産期メンタルヘルスに関する様々な意見が寄せられました。「精神科外来の予約がなかなか取れない」「軽症例をどこに紹介したらよいかわからない」「急変時の緊急搬送先が少ない」「妊婦だからと断られた」などです。周産期メンタルヘルスのリソースが、明らかに不足しているのです。

リソースに限られる中で、それを増やすには時間がかかります。では、どうしたらよいのでしょうか。妊娠中や産後に自殺する人の中には、うつ病や産後うつを抱えている人が多く含まれます。妊産婦死亡検討での事例では、7 割が精神疾患を合併していたことがわかりました。精神疾患があることを医療者が既に把握しているこのような人たちに、更なる介入を行うことで、限られたリソースでも効果的な支援ができるのではないかと考えています。

愛知県におきましては、昨年 10 月、初の「愛知県産科・精神科連携会議」が開かれました。問題点の抽出や共有が行われ、大学病院の機能強化や、軽症例をめぐる連携体制の在り方などが話し合われました。一般科と精神科とが連携する GP ネットワークの活用など、今後も連携強化に向けた話し合いが行われます。

続いて、名古屋大学病院の取り組みをご紹介します。名大病院を受診する妊婦は、どうしてもハイリスクの方が多くなります。初診ではご本人もご家族も、厳しい表情を浮かべていることがよくあります。そこで 2、3 年前から、初診時に臨床心理士の面談を始めました。妊婦たちは、医師の前では口にしなかった不安などを臨床心理士に伝えることが多く、私たちはそれを共有して、精神科医や助

産師と共に妊婦さんと向き合っています。

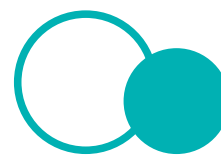
行政との連携も強化しています。具体的には、ソーシャルワーカーや精神保健福祉士を通して、行政から提供される情報をもとに、院内の多職種カンファレンスを頻繁に行っています。また、行政を含めた多職種カンファレンスも2か月に1回の頻度で開いています。虐待が疑われる症例については、症例ごとに院内で虐待委員会を開き、児童相談所と連携しながら管理にあたっています。

多職種連携での対応を要する社会的ハイリスク妊産婦は、様々な問題を抱えています。当院に来る社会的ハイリスク妊産婦の多くは、精神疾患を合併しています。こうした方々は、そうでない方々と比べると、産んだ子どもの乳児院への保護、乳幼児突然死症候群、母体自殺、などのリスクが高くなっています。

流産や死産、新生児死亡に遭った女性は、孤立しがちです。行政の保健師は育児相談が主な役割ですので、介入が乏しくなってしまうのです。産休を取っていると、復帰にあたって流産のことを職場に伝え辛く、悩む女性が少なくありません。そうした時は、職場でもメンタル面のサポートをしていただき、必要に応じて医療者にもネットワークを繋げていただけるような流れがあると、サポートになるのではないかと考えています。

無事に出産された場合も、働く女性はキャリアの不安や育児との両立不安を抱えています。メンタル不調が表れた場合は、こちらも医療者に繋げていただけるとよいかと思っています。時短などの柔軟な対応も、ケースによっては必要になってきます。

働く女性のメンタルヘルス ～妊娠から復職にかけて知っ ておくべきこと～



渡部 真弓

株式会社オー・エイチ・ラボ
労働衛生コンサルタント
(産業医)

私は、複数の企業で労働衛生コンサルタントや産業医として活動しています。今回は産業保健的な観点から、働く女性のメンタルヘルスや健康管理についてご紹介したいと思います。

各企業において、働く人のメンタルヘルス対策はどのように行われているのかと伺いますと、厚生労働省による「労働者の心の健康の保持増進のための指針」をもとに、対策が進められています。

この指針では、心の健康の保持増進のために必要なケアを 4 つ挙げています。労働者が自ら行う「セルフケア」(ストレスへの気づき・正しい理解・対処・自発的相談)、職場管理者が労働者のために行う「ラインによるケア」(職場環境の把握と改善・早期発見・相談)、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」(個別の相談・管理職支援・職場復帰支援)、「事業場外資源によるケア」(個別の相談・治療・EAP など)の 4 つです。

私が長年、産業医をしている東京電力の取り組みをご紹介します。先に挙げた 4 つのケアが基本になるのですが、多くの会社は通常、社員の方々の健康管理の方針を定めています。東京電力では、TEPCO 健康宣言というものを掲げています。

この健康管理の方針に基づいて、各企業は目標を定めています。東京電力では、疾病予防・早期発見・重症化予防を目標とし、メンタルヘルス対策の推進(ストレスチェックの結果にもとづく高ストレス者率の減少)を具体的目標のひとつに設定しています。

これに基づいて、対策や計画を立てます。メンタルヘルス対策では、心の健康づくり計画を策定し、ストレスチェック後のフォロー支援素材を職場で配布したり、好事例の取り組みは社内でも水平展開を図ったりしています。その他には、新入社員や中途採用者へのセルフケア研修、管理者へのメンタルヘルス教育や研修の実施、社内・社外相談窓口の積極的周知、などを行っています。

働く女性の労働力人口は、2018 年には 3014 万人となり、前年より 77 万人上昇しました。労働力人口に占める女性の割合は 44.1% と、過去最高になっています。年齢階級別労働力率でも、10 年前と比べて、全ての年齢階級で女性の労働力率が上昇しています。妊娠・出産を伴う年代でも上昇し、労働力率をグラフで示した時のこの年代の落ち込み(M 字カーブ)の底が浅くなりました。

その一方で、女性も男性と同様にストレスを感じながら働いています。厚生労働省が実施している労働安全衛生調査を見ると、仕事の質・量、仕事の失敗・責任の発生等、対人関係(セクハラ・パワハラを含む)、などに多くの女性が強いストレスを感じていることがわかります。

女性のうつ病患者は、男性よりも多い実態があります。女性ホルモンの急激な変化や、ライフイベ

ント（結婚、妊娠出産、育児、介護など）による環境や役割の変化がきっかけになることもあります。また、女性特有のうつとして、月経前不快症候群や産後うつ、更年期うつが起こることもあります。

このような状況を踏まえて、各企業における働く女性のメンタルヘルス対策を見てみますと、女性に特化した対策が少ないことがわかります。母性健康管理を目的として、妊娠に伴う業務配慮や就業制限の実施、育児との両立支援などの制度はありますが、働く女性のメンタルヘルス対策は個別相談が中心となっています。その相談内容は、月経前症候群、不妊治療と就労、産後うつ病、子育て、家庭と仕事との両立、キャリア、更年期障害など、ライフステージに応じて変わってくる特徴もあります。

企業によっては、働く女性向けの対策を行っています。私が関わっている花王グループは、健康宣言（2008年～）の中で、生活習慣病、メンタルヘルス、がん、禁煙、と共に「女性の健康」を重点的な取り組みとして掲げ、ライフステージに応じた女性の健康支援を続けています、

具体的な取り組みとしては、女性の健康に関する定期的な情報発信、セミナーの開催、女性産業医による健康相談窓口の開設、外部の EAP 機関との連携、などが挙げられます。

次に、妊娠から復職にかけての、働く女性の健康管理についてご説明します。働く女性の健康管理は、妊娠前には感染症予防対策（子どもに障害を引き起こす風疹をワクチンで予防すること等）、不妊治療と就労（不妊治療経験者の 23% が、頻回の通院と仕事を両立できない悩みなどで離職）、がん治療と不妊（出産可能な年代の乳がん・子宮がん罹患率が高い）、などが中心となります。妊娠後は母性健康管理、出産後は産後うつ病、復職後は子育て両立支援のための就業配慮、などとステージによって変わってきます。

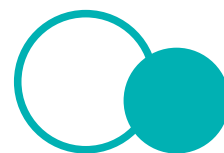
無事に妊娠した女性には、出産後に至るまで、母性健康管理制度が適用されます。これは、男女雇用機会均等法における健康管理制度です。事業主は、雇用している妊婦への対応について医師の指示があった場合は、保健指導又は健康診査を受けるための時間の確保、通勤緩和、休憩に関する措置、妊娠中又は出産後の症状に対応する措置、を講じなければならないとされています。そのために、母健連絡カード（母性健康管理指導事項連絡カード）を活用します。主治医の指導内容を事業主へ伝えるためのツールとなります。

労働基準法にも母性保護規定があります。「時間外、休日労働、深夜業の制限・変形労働時間制の適用制限」「軽易業務転換」「危険有害業務の就業制限」などです。これらの措置は医師の指示の有無に関わらず、妊産婦の労働者が請求すれば取得可能です。特に、妊婦に関する就業制限は非常に多いので、妊娠した場合に就業制限に当てはまるかどうかは、事前によく確認しておいていただきたいと思えます。

出産前や出産時には、一定期間の産前・産後休業や育児休業が保証されています。復職後の制度としては、短時間勤務制度、所定外労働の制限、子の看護休暇、時間外労働の制限、深夜業の制限、などがあります。また妊娠・出産に際しては、妊娠中や出産を理由とする不利益取り扱いの禁止や、ハラメント防止措置が事業主に義務づけられています。

復職後は、体調、子育てと仕事の両立、キャリアや評価に関する悩み、などへの支援が大切になります。制度やハード面の支援だけでなく、こういったきめ細かな支援も必要なのです。働く女性の周産期うつ病を防ぐためには、様々な支援が求められます。

妊産婦の方に生じるこころ の変化：理解と支えのために



尾崎 紀夫

名古屋大学・大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 教授
名古屋大学 脳とこころの研究センター センター長
名古屋大学医学部附属病院ゲノム医療センター センター長

これからお話しする内容に関する法律が、2018年12月14日に公布されました。成育基本法です。正式名称は長いのですが、その名称の中で「妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供」ということがうたわれています。それをもとに、厚生労働省が「妊娠・出産等に係る支援体制の概要」をまとめています。

妊婦健診もその中に入っていて、費用については全市町村において14回分を公費助成、と書いてあるのですが、実は各地方自治体ごとに実施状況は異なっています。こころへんが困ったところでして、均てん化していないのです。医療の均てん化は当事者、家族の願いなのですが、全くそうになっていないのです。

すでに小谷先生からご紹介がありましたが、妊産婦の死因の大半は「自死」です。東京都内10年間の調査では、89名の妊産婦死亡があり、このうち63名が自死とわかりました。妊娠中が23名、産後が40名です。産後自死の6割に精神疾患があり、約3割は産後うつでした。もともと精神疾患をお持ちだということが、自死の一番のリスクだと僕らは考えています。また、産後精神疾患なし群の約半分も、実は育児で悩んでいて、それを周囲が知っていたのに、精神科診療につながらなかった。そのため、精神疾患を発症していたかどうかの詳細は不明です。このあたりも困ったことだと思います。

10万人あたりの妊産婦自死数は、日本は8.7名で、スウェーデンの3.7名や英国の2名よりもはるかに多くなっています。先ほど小谷先生からご指摘があったように、日本は自死以外の周産期医療は先進的なのに、自死を防ぐ取り組みにおいては全くの開発途上、後進性を吐露しています。

事前にいただきましたご質問の中で「産後うつ病になった方への対応、接し方を知りたい」というものがありました。私は精神科医として、主にこの辺りの話をして、生活リズムの話なども一部したいと思っています。

われわれ医療者は、研究や論文からいろいろな情報を集めています。それがエビデンスとなるわけですが、エビデンスだけでは医療は成立しません。本だけ読んでいれば医療ができるのかといえば、そうはいかないのです。

まず経験があって、調査の中から目の前の患者さん向けにどれかを選ぶ。そして経験と情報を合わせて治療方針を立て、そこに当事者の思いをすり合わせていく。診療は、医療者の経験、医学情報、当事者の思い、の3つが交叉して成り立つのです。

産後うつ病患者 A さんの事例を、ご本人の発表同意を得てご紹介します。A さんは、妊娠が判明



して退職して以来、専業主婦を続けてきました。夫の業務は忙しく、夜遅くなることも多い。実家の両親と、母方の祖母（認知症）と同居しています。

妊娠中の経過は順調で、精神的にも安定していた。産後翌日から怒りっぽくなり、夫の勤務先に「すぐ来て欲しい」と泣いて電話を掛けたかと思えば、「疲れているのでお見舞いはいらぬ」と言ったりするなど、気分が不安定になりました。これは一過性のマタニティブルーズというのですが、4人から5人に1人の方がこういう状態になります。あくまで一過性です。

自宅に戻ってからは、出産直後に見られた気分の不安定さは一旦落ち着きました。ところが、出産から20日くらい経った頃から「頭がぼんやりして、家事がてきぱきこなせない」と感じるようになりました。何をするのも億劫で、子どもの世話まで「面倒くさい」と思うようになった自分を、「情けない」と責めるようになりました。夜も授乳があるのであまり眠れず、食欲のない状態が続きました。

出産の2か月後に精神科を受診すると、「うつ病なので抗うつ薬を服用し、母乳はやめてください」と言われた。しかし、うつ病の診断に納得がいかず、主治医の産婦人科医に相談したところ、私の所を紹介されて、ご主人と共にお出でいただきました。

初診では育児に対する不安を訴えたほか、子どもの世話を面倒に思う自分を責めて、「母親として失格です」と落涙しました。「検査で数値が出るわけでもないのに、どうしてうつ病だと診断できるのか。抗うつ薬を服用して母乳を与えることができないと、自分は母親として本当に失格」「認知症の祖母の世話をしなければいけない母に、これ以上の負担はかけられない」と、他院でのうつ病の診断やその治療に関する疑問や不安を語りました。

うつ病の一般的な治療の進め方は、まず支持的療法から始めます。ご本人が納得いくまで、ある程度お話をうかがい、不安に思うのは無理のないことだと申し上げます。その上で「うつ病の部分がありますよ」とお伝えして、疾患について理解してもらい(心理教育)、それから薬物療法を行います。

この治療の導入期に大事なのは、「妥当性の承認」です。患者さんの体験を聞く中で、医療者が「なるほど」「無理もない」と感じた事柄について、その正当性を医療者が認めて患者さんに伝えるのです。つまり、不安に思うのは病気だからではなく、健康な部分だと最初に言ってしまうのです。よい部分なのだから、そこはそのままいいよ、とお伝えします。「病気だ」と言う前に「健康だ」と言ってしまう、ということなのです。その上で、「この部分はちょっといかんかもしれんね」と指摘し、治療について一緒に考えていきます。

うつ病治療の導入期には、患者さんに否定的認知があることを念頭に置きます。「薬なんか効かない」「こんな身体の状態ではだめ」といった否定的な考え方です。そして、患者さんの困惑に共感しつつも、極端な因果律には巻き込まれないようにすることも大事です。困っている点(不眠など)に焦点をあて、認知の転換をはかります。

産婦人科から精神科を紹介する場合、「身体的問題が見いだせないから精神科へ」という説明をすると、患者さんは「見捨てられた」という気持ちになる可能性があります。産婦人科医として主治医を続けながら、「専門家の助言をきく」というスタンスで精神科を紹介し、「主治医が精神科医に変わるわけではない」ということを丁寧に伝えることが大事です。

「病気かどうかはさておき、眠れないとそれだけで疲れやすいし、集中力が落ちるでしょう?」「診察を受けて、別に問題ないと分かれば私も安心できるから」などの言葉で、精神科受診につなげてくだ

さい。

A さんに対しては、ご主人を交えて、うつ病とその治療についてご説明しました。無理に薬物の服用を迫るのではなく、周囲のサポートを得て育児の負担をできるだけ減らすのが大事であることや、薬物療法はご本人の納得を確認しながら、段階的に行うと伝えました。

具体的には「夜の育児は家族に任せて睡眠を確保する。それでも睡眠がとれず、今の様に否定的に物事を捉える状態が続けば、母乳をやめて薬を服用することも考えて欲しい」「出産直後の授乳は免疫力が不十分な新生児にとって、免疫の力を補う意味があるが、出産 3 か月を経た今はどうなのか、産婦人科医からも意見を聞いて欲しい」と伝えました。

その後、産婦人科医からも説明を受けた A さんは、母乳による育児を中止することを納得し、服薬を開始しました。再診時には実母に来院してもらい、育児等のサポートを依頼しました。認知症のおばあちゃんの状態は、今はそれほど悪くないので、「この子を優先します」ということになりました。

うつ病患者は、否定的な捉え方をしがちです。周囲のサポートも「役に立たない」と考えます。すると、育児なども「私がやらなければ」と抱え込んでしまいます。また、普段は気にならなかったことが「大変だ」と感じるようにもなります。子育ての負荷をますます重く感じ、心の中でストレスになる出来事が増えていきます。

出産後はホルモンの変化によって、ストレスに耐える脳の力が低下します。さらに、育児などで十分な睡眠がとれず、脳機能の回復が不十分になります。その影響で脳機能の変化が起こり、ものの見方が否定的になります。すると不安が増えてストレスになる出来事が重なり、ますます眠れなくなるのです。産後うつ病とは、このような悪循環なのだと言明すると、一部納得していただけます。

うつ病になると、ものごとの優先順位をつけ難くなります。影響が出やすいのが料理です。献立を考えて、買い物に行って食材を揃え、台所仕事を複数こなして調理する。どこから始めればよいのか判断できないと、どれも手につかなくなってしまいます。ですから、うつ病の主婦の方には、料理は困難度が高い家事になります。うつ病が良くなったことで、夫から「料理の味が以前に戻った」と言われたケースもあります。

発症間もない急性期のうつ病患者には、「励まし」と「気晴らしの誘い」は逆効果です。優先順位がつかず、どう頑張ったらよいかわからないので、励まされて「頑張ろう」としても空回りしてしまいます。また、頑張れない自分を「駄目な人間」と捉えるため、励まされると「やはり自分は怠けていると思われている」と否定的に捉えてしまいます。

「気晴らし」をしても、何も楽しくありません。うつ病の症状として、興味関心がなくなっているため、楽しく思えないのです。気晴らしに誘われると、「断ったら嫌われるのではないか」と無理をして、心身ともに疲弊するばかりです。

しかし、社会復帰期のうつ病患者に対しては、「励まし」と「気晴らし」に意味があります。やることの優先順位をつけて、「これだけはやってみよう」と励まします。行動することで、「自分もやれる」という捉え方が回復します。「やったこと」を周囲が評価することで、自信も回復します。「次にやること」を周りの方が確認することも大事です。

気晴らしは、「本当にやりたいのか」と、自分自身に確認します。そして「やれそうなこと」を半分

だけやってみる。やった後に、「楽しさ」と「疲れ」を確認します。

うつをコントロールするコツは「健康行動を増やす」ことだと、日本うつ病センターに関わっている大野裕先生はおっしゃっています。社会復帰期は「行動」が大事なのです。

Aさんの治療は順調に進み、治療開始8週で症状は軽快しました。抗不安薬は徐々に減らして中止。抗うつ薬単剤で半年間、維持療法を行い、その後、抗うつ薬も徐々に減らして漸減中止しました。服薬中止3か月後も良い状態が維持されていることを確認して、治療を終結しました。

回復後のAさんは「以前は自分で全てやろうとしていました。今は夫の助けを借り、無理のない範囲で育児をしています」「育児で家にいると、ひとりで空っぽになった感じでした。自分自身が子どもで『母は自分のことをケアしてくれない』と思っていましたが、今は自分自身が母になり、考え方が変わりました」とおっしゃっています。

うつ病の治療を成功させるには、何が必要かを患者さんが十分に理解し、納得することが重要なのです。Aさんの場合はご家族のサポートに加え、信頼関係が形成されていた産婦人科医との連携が図れたことが、治療導入の円滑化につながりました。

我々は多くの妊産婦を対象に、気分評価などの前向きコホート研究（参加者は専業主婦が約半数）を続けています。2011年に最初に発表した487人の結果を見ると、ずっと抑うつ状態なしの人は70.8%でした。一過性の抑うつ群は11.9%、持続性抑うつ群が7%、産後抑うつ群が10.3%。産後1か月のうつ病は、妊娠中に抑うつ状態がみられた方や、マタニティブルーがある方のリスクが高まることが分かりました。産後抑うつ群に入る方は、「取り越し苦労と悲観主義」「不確実性に対する恐れと焦り」といった否定的認知を示す傾向が、産後に急激に高まることも分かりました。

子どもの時に、父や母から受けた養育体験の影響も見てみました。すると、母親のケアに対する捉え方は、抑うつ状態の程度によって状況依存的に変化することが分かりました。Aさんの例でも、妊娠初中期は「(母親から)ケアされていた」と評価していましたが、出産後は、母親のケアに関する評価が低下しました。

昔のことですから、ファクトとしてのケアは変わらないはずですが、捉え方がここで変化してしまっている。Aさんは出産後、子どもの頃に母親から過干渉を受けたと捉えるようになりました。お子さんへの愛着形成も、持続性抑うつ群と産後抑うつ群の方は、産後1か月の時点で愛着が落ちてしまう傾向がありました。Aさんにもそのような傾向がみられました。

それでは、どのように支援したらよいのでしょうか。「妊娠中のサポートがある程度ある」と思うことに、産後の抑うつや自傷、子どもへの情緒的絆の低下、を軽減する保護的效果があることを、我々の研究で確認しています。このへんは、精神疾患合併妊産婦対応ガイドにいくつか反映してもらっています。このガイドは、日本精神神経学会のホームページからダウンロードできます。

「『妊娠中のサポートが多い』と思っている人」は、産後の抑うつが生じにくい傾向があります。妊娠中に抑うつ傾向があっても、「サポートが多い」と思っていると、その後の抑うつがひどくありません。ということは、妊娠中に抑うつ傾向があれば、サポート人数を増やすことが大切なのです。やり過ぎると「おせっかい」と思われてしまうので、バランスを取るのなかなか難しいのですが。

最後に、新型コロナウイルス感染症の影響について取り上げます。感染防止対策で在宅時間が増えたことで、子どもや家族の世話・介護などの役割が特定の人に集中しやすくなり、家庭内のストレス



が高まっています。

妊婦は肺炎が重篤化しやすいとされ、免疫系が未発達な新生児をケアしている産婦は、児に対する感染の不安も抱いています。更に、出産・育児をサポートする母親教室などが中止され、里帰り分娩が制限されています。通常の妊産婦サポートが極めて手薄になっているのです。妊娠中や出産直後は、精神疾患の発症、再発が生じやすく、そこにさらに、感染拡大状況による心理的負荷が加わっている可能性があります。

妊産婦の気分障害と睡眠障害には双方向の関係があります。睡眠の問題は妊産婦うつ病の発症と関連しており、うつ病は睡眠の問題と関連しています。妊娠中に多く見られるのが、閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSA）です。耳の後ろに小さな装置を付けるだけで、在宅で使える簡易検査機器が米国で開発され、我々は精神疾患患者を対象に研究を進めています。これなら、妊産婦にも使えるかもしれないと思っています。また、OSA と関連しない不眠症も妊産婦うつ病のリスク因子であり、最近の研究では、睡眠の質の低下は希死念慮のリスク因子である可能性が指摘されています。

睡眠を改善するために大切な生活習慣は、日中の適度な運動と、午前中に太陽光にあたることです。脳が朝だと感じてから、14～16時間すると体温が下がり、睡眠の準備に入るので、午前中に光にあたるのが大事なのです。起床時刻は一定にし、早寝からでなく、早起きから始めることも大切です。午前3時までの1時間以内の昼寝も、脳や体に良い影響を与えます。

日本うつ病学会のホームページには、うつ病と双極性障害のガイドラインや、睡眠覚醒リズム表、妊娠・出産を体験した双極性障害患者さんの事例紹介、などがありますので、ご覧ください。

Q & A

回答者

小谷 友美

渡部 真弓

尾崎 紀夫

Q. 職場でセクハラ、マタハラ、パワハラがあって、メンタル不調で休業になった労働者がいた場合、配置転換をしなければ職場環境が改善されず、安心して復帰できないかもしれません。無理に復帰しても、メンタルが悪化する恐れがあるのではないのでしょうか。産業医として、会社からそのような相談を受けた場合、どのように対応しますか。

A. **渡部** ハラスメントでメンタル不調になったのであれば、ご本人に十分配慮して、最大限の支援をするというスタンスで、安心した復帰のために何ができるのかを考えるとよいと思います。場合によっては、加害者の異動やご本人の復帰先の配慮なども考慮しながら、支援していただくとよいのではないのでしょうか。

尾崎 元の職場に復帰するというのが原則になっている例がよくあります。では、どうして元の職場に戻すのか。その意味をまず考えなければいけません。極端に否定的な捉え方のために、「元の職場ではうまくいかないのではないかと」ご自身が思っている場合は、元の職場への復帰を機に、その否定的な見方を「そうでもなかった」と捉え直していただけると理想的です。

違う職場への異動はある種、ギャンブルであり、その人にとってよいのかどうか、行ってみるまでわかりません。ところが例外もあります。①人事配置上の何らかの問題が考えられるケース②職場の人間関係の問題が明白③職場全体が疲弊してサポート体制が築けない④単身赴任者で家族のサポートが必要な場合。この4つくらいを一応、僕は元の職場に戻さないファクターと捉えています。

Q. 職場で女性の健康支援を始めようとしています。ライフサイクルに応じた研修を全従業員向けに実施予定です。妊産婦のサポートについては、妊娠申請が入った時点で保健師面談をしようと思うのですが、流産の可能性もあり、どの時期で行うのがよいのかご意見をお聞かせください。

A. **渡部** 妊娠の申請をした時点では、流産の可能性あることはご本人も理解しているので、その時点で、就業上の適切な配慮を状態に応じてすべきだと思います。基本的には申請をされた時に面談していただいて、どの時期にフォローしていったらいいのかということ、面談対応した方がご対応いただくとよいのではないかと思います。

小谷 妊娠初期は悪阻がひどい方が多く、ゆっくり面談するという気持ちになれないかもしれません。一方、妊娠14週以降になると比較的安定し、流産の可能性も下がってきますので、そういった時に初回の面談を行うことを考えてもよいのではないかと思います。ただ、おそらく申請を行う時は、そうした手続きが出来る状態なので、ご本人の体調が良ければ、どんな状況を把握していただいて、もう少し遅い週での死産などもありますので、そういったことを含めてフォローしていただくのがよいと思います。何もなければ、産後1か月というのも面談するタイミングとしてはよいのではないかと思います。

Q. 解離性同一性障害等の精神疾患で、長期にわたって内服治療で管理されている方が妊娠した場合、内服薬は減薬となっていくのでしょうか。また減薬となった場合、どのような症状が出てきて、どのような支援をすると妊娠期を安全に過ごすことができるのでしょうか。

A. **尾崎** 先ほどご紹介したガイドでは、妊娠の前に、妊娠を望んでいらっしゃる方にどうするか、ということを書いています。

可能であれば、妊娠前に薬剤の変更を行うこと。理想的には、少なくとも妊娠前の3か月間は精神医学的に安定していること。この分野のエビデンスは少ないが、少ないデータでも利用されているエビデンスを参考にすること。胎児が曝露される薬剤数を最小限に抑えること。リスクとベネフィットを本人・家族に伝え、産科や小児科と連携して対応すること。患者が勧めに反対する時も尊重して一緒に考えていくこと。こうしたルールを記しています。

FDA（アメリカ食品医薬品局）は、胎児へのリスクの大小を示した薬剤カテゴリを作成しています。薬剤が胎児に特に影響しやすい時期は、妊娠初期（妊娠4～7週）です。重要な器官が発生・分化し、身体の形が完成する時期だからです。妊娠中は血漿量増加、体脂肪増加などの様々な変化が妊婦の体に起こり、薬の体内動態が変わるため、血中濃度モニタリングによる用量調節が欠かせません。一般論としては、このようなことになります。

小谷 妊婦さんが一番気にするのが、奇形のリスクです。もともと自然発生的に3～5%、どんな妊婦さんでもあることをお伝えします。薬をずっと飲んでいる状態で妊娠が分かった場合は、不安を強める言い方をすると妊娠の継続を諦めてしまう恐れもありますので、薬を飲んでいない人を含めて、ベースラインのリスクをご説明します。薬を長期間、大量に飲んでいる方が産婦人科クリニックを訪れた場合は、産婦人科と精神科が連携している病院に相談することをお勧めいただくのがよいと思います。

尾崎 減薬のことについて少し追加します。薬を減らすことでリバウンドが起こりやすい薬があります。例えばベンゾジアゼピン系の抗不安薬です。急に切ってしまうと全く眠れなくなったりします。眠るための効果が切れるというよりも、むしろ悪化させます。

それから、一部の抗うつ薬でもリバウンドが起こります。パキシル（パロキセチン）という抗うつ薬は、半減期がわりと短く、自分の代謝酵素を自分で阻害する変な薬です。それで何が起こるかというと、血中濃度が急激に上がる人が出ます。そういう人が飲むのを急に止めると、リバウンドを起こすことがあります。これをSSRI中止症状といっています。そういったタイプの薬もあるので、減らし方をご自身で勝手にコントロールせず、主治医にご相談いただきながら、減薬を行うのが大事だと思います。

Q. 職場復帰前に生じる産後うつは、職場からのフォローが難しいと感じています。プライバシーへの配慮も踏まえて、職場からはどのようなフォローができるのでしょうか。

A. **渡部** 育休等でお休みしている時には、産後うつの問題もありますが、休んでいることによる不安が大きいのです。キャリアの途絶やスキル低下の心配、復帰後にうまくやれるのかという不安、保育園確保の問題、など多くの不安を抱えています。ですから、会社の情報を提供したりしながら、様々なフォローができることを伝え、そうしたやりとりの中で、体調の確認も行うとよいのではないのでしょうか。

尾崎 これも一般論ですが、精神科医の側は、産業保健スタッフによる精神科診療の側面支援を欲しています。患者さんの了解を得て、できれば患者さんと共に精神科を訪問して欲しいのです。診断や治療の内容についての情報を得て欲しいし、精神科医としても、職域での患者さんの状態についての情報が欲しいのです。特に、復職準備性評価というのは、精神科主治医と産業医が連携しなければ、なかなかうまくいきません。復職プログラムについても緊密な連携が必要です。ぜひお願いしたいと思います。

Q. 産後うつでネグレクトになる場合があると思いますが、予防として、どんな取り組みがなされているのでしょうか。児童相談所とは連携しているのでしょうか。

A. **小谷** 産後うつになる方は、妊娠中から少しメンタル不調が出てくる方も多いので、名大病院ではそうした方を抽出しておき、問題が見つかった時は、院内の虐待委員会にかけて話し合っています。児童相談所とは、必要に応じて連携しています。すぐに乳児院に保護というのではなく、ご家族の面談を行い、精神保健福祉士の協力を得るなどして、ケースごとに対処しています。

尾崎 予防の中でも1次予防は難しいのです。ただし、どういう人がリスクなのかということ、お産の後にうつになった人で、お子さんに暴力的な行動をしてしまった人は、双極性障害の場合が多いというデータが米国で出ています。

普通のうつは、気持ちが落ち込んで考えも出てこず、行動もできないというのが典型的な状態です。ネグレクトといっても、何もケアしないという方向に行きます。暴力的な行動には出ません。

ところが、気持ちが落ち込んで何もやる気がしないのに、じっとしてられないということが起こってくる。あるいは、気分が落ち込んでいるのに嫌な考えばかりが次々に浮かんできて、まんじりもしない。そういう時に、お子さんへの暴力的な行動に出てしまう。これは、気持ちと考えと行動の上下動のパターンが崩れてしまった状態です。

うつから躁へ行く過程の時には、こういう事が起こります。そういう方々が危ないということ、我々も知っていないと2次予防にもなりません。まずは早期発見。問題を起こしてしまった場合は、もう一度起こさないために、やむを得なければ児相ともかなり連携をとって、やらざるを得ない場合もあります。このへんは、児童精神科医が中心になって動いていく形をとります。

Q. 流産されてしまった方への対応に戸惑うことがあります。どのようなことを心がけて相談を受け、声を掛けていけばよいのでしょうか。

A. **渡部** 流産はご本人にとって大変ショックなことだと思いますので、寄り添っていただくことが大事ですが、それが2か月とか長期に及ぶ場合は、流産をきっかけにうつになっている可能性があるのも、「専門家に相談してみてもどうか」というアドバイスをしていただけるとよいと思います。

小谷 寄り添う、傾聴するという姿勢で、少し見守っていただけるとよいと思います。復職することで気がまぎれるという方もいらっしゃいますので、そういう方であれば特に介入は必要ありません。逆に、以前よりもミスが増えて集中力が落ちているような場合は、メンタル不調が起きている可能性もありますので、医療機関と連携していただけると、助けることができるのではないかと思います。自死の中には、中絶後のケースもありますので、産婦人科領域でも支援の在り方を考える必要があると感じています。

尾崎 お産の後からのうつは沢山経験してきたのですが、流産から抑うつに至ったケースは、私はあまり経験していません。流産で病的になられたケースは多くあるのでしょうか。

小谷 拾っていないのかもしれないとも思うのですが、どうなのでしょう。

尾崎 どうしても個性がありますので、実態を調べるのは簡単ではないのですが、実は経験上は、そこまで多くないと感じています。日本にはこれに関する論文がほとんどなく、きちんと研究しないといけないと感じました。

Q. 医療機関と地域の保健所との連携はどのようにすればよいのでしょうか。

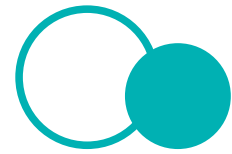
A. 小谷 付き添って受診していただくのがひとつの方法だと思います。上のお子さんがある場合は、そうした子育ての情報も提供していただけると医療機関は助かると思います。

尾崎 できるだけ顔の見える関係でいることが大事だとよく言っています。できれば、各地域の精神科と産婦人科を保健所等が見つないいただけると、とても有難い。その仕組みを、愛知県では今作ろうとしています。そのためのツールとして使えるのが、先にご紹介したガイドです。日本精神神経学会のホームページからダウンロードできます。EPDSについては使い方だけでなく、その限界も書いてあります。ご参考にしてください。

Q. 母健連絡カードの提出を義務化できないでしょうか。

A. 渡部 母健連絡カードの前に、妊娠をどの時点で会社に伝えるかという所に、ひとつのハードルがあります。流産のリスクがなくなるまで絶対に言いたくないという人は、安定期に入って初めて会社に伝えます。提出義務化というのは、制度的に今はないので、あくまで本人申請が前提の仕組みになっています。こういったカードがあるので申請してください、という啓蒙活動を会社がするということがよいのではないのでしょうか。

うつ病の理解と対応 ～女性のうつ病を考える～



白川 治

近畿大学医学部精神神経
科学教室 教授
近畿大学医学部附属病院メ
ンタルヘルス科 診療部長

まずは、「うつ病とその周辺」につきましてご説明します。「気持ちが沈みこんだり、ふさぎこんだ状態が続いている」「悲しくなったり、滅入ったり、落ち込んだ状態が続いている」。このような抑うつ気分は、うつ病の最も主要な症状です。しかし、うつ病だけにみられる症状ではないことに注意する必要があります。

（抑）うつ状態は多くの疾患で見られます。そのため、うつ状態が脳や体の病気からきていないかを考えておく必要があります。例えば、認知症の始まりではないか。甲状腺機能低下症のような体の病気ではないか。そのように考えて、そういった病気を除外することが必要です。

また、薬がうつ状態の原因となることもあります。体の動きが少なくなるタイプのせん妄も、うつ病と間違えられることがあります。うつ状態が、脳や体の異常から直接きていないとしますと、気分障害（うつ病や双極性障害など）以外の病気を考えることになります。

軽症、あるいは初期の統合失調症などがその例ですが、うつ状態自体は多くの精神疾患で見られますから、うつ状態以外の症状が目立たないかを確認することになります。双極性障害のうつ状態と、うつ病の鑑別は大変重要ですが、これは精神科医にとりましても難しい問題です。

うつ病でも双極性障害でも、うつ状態は主要な症状ですが、双極性障害では、うつ症状とは正反対に見える躁状態や軽躁状態が経過の中で見られる点が、うつ病とは異なります。

ただし、双極性障害がうつ状態で始まり、その後もしばらくはうつ状態が続くことがあります。そのため、最初はうつ病と診断されて、軽躁や躁状態がみられるまで双極性障害の診断がなされないことも少なくありません。

ちなみに、「うつ病」として治療を受けていた方の診断名が、双極性障害へと変更される割合は 10 人に 1 人か 2 人といわれています。ただし、若い時にうつ病を発症したり、再発を繰り返したりするようなケースや、抗うつ薬の効果がはっきりしないケースでは、10 人中 3 人か 4 人がその後、双極性障害と診断されると言われています。

うつ病を、内因性うつ病と非内因性うつ病とに分けて考えていた時代もありました。現在の国際的な診断基準では、基本的にそうした区別がなされていません。非内因性のうつ病は、パーソナリティの問題や発達の問題を背景とすることも少なくありませんから、一般的には抗うつ薬が効きにくく、慢性化しやすいとされています。

一方、うつ病ほど重くないうつ状態が長く続く場合は、気分変調症と呼ばれます。また、はっきり



とした原因があって、うつ病ほど重くないうつ状態が一時的にみられる場合は、適応障害と呼ばれます。

続いて、内因性（メランコリー型）うつ病についてご説明します。発病には、大きなきっかけがないことも少なくありません。きっかけが仮にあったとしても、不釣り合いなほど重症であることが多いのが特徴です。また、朝は調子が悪く、夕方になると少しマシになるなどの、気分の日内変動や早朝覚醒を伴うことが特徴として挙げられます。治療としましては、三環系抗うつ薬や通電療法が特に有効とされています。こういった内因性うつ病は、脳の機能的な失調が想定されています。以前は、うつ病といえばこうした病態を指すことが多かったように思います。

ところが、米国精神医学会の DSM のような国際的な診断基準では、うつ病かどうかを判断するにあたり、ストレス因の有無や、内因性かどうかを問いません。いくつかの症状が一定期間続き、日常生活・社会生活に支障をきたすようになれば、うつ病と診断できることになっています。こうしたうつ病の診断基準の普及は、精神科診療所の増加と共に、軽症うつ病患者さんの精神科への受療を促進したように思います。

また、現場で内因性と非内因性を区別するのが容易ではないことに加え、抗うつ薬治療の主役が、三環系抗うつ薬から、不安症を広くカバーする SSRI や SNRI に移ったことで、抗うつ薬の効果によって内因性うつ病を切り分ける必要性が薄らぎました。このことも、最近のうつ病の診断基準の成り立ちに少なからず影響を与えたように思います。

みなさんも、うつ病が増加していることはメディアを通して既にご承知かと思います。その背景要因のひとつは、若い人が行き詰まりや挫折を経験して抑うつ的となり、精神科を受診するケースが多くなっているためではないかと思われる。そうしたうつ病では、個別性がより高くなり、病状も多様となります。抗うつ薬が有効なケースばかりではなく、治療的な関わりにも、これまでのうつ病とは異なる工夫が必要となるようになってきているように感じます。また、今回のテーマでもある更年期のうつ病、うつ状態となりますと、体と心の両面から考える姿勢が求められていると思います。

うつ病との鑑別を要する代表的な精神疾患として、適応障害が挙げられます。いわゆる「不適応」と、適応障害とは異なることに注意が必要です。適応障害は、はっきりとしたストレス因子に対する「反応」としてのこころの不調です。うつ症状がうつ病ほど重くなく、原因となったストレスも PTSD とは異なり、生死に関わるほど重いものではない場合を指しています。ストレス因の解消に伴い、症状は比較的速やかに消退します。他の精神疾患であると診断できる場合は、原則として適応障害とは診断しないことになっています。

適応障害では、心の不調に至った背景としまして、性格的な要因などの本人側の問題なのか、過酷な職場などの環境に問題があったのか、などを念頭に置きながら治療を進めることとなります。適応障害では、ストレス因の存在は必須で、うつ症状はうつ病ほど強くない場合に診断します。

それではここから、うつ病の診断と治療につきまして、中核的な内因性うつ病を念頭に置きながらお話をしたいと思います。うつ病でみられる精神症状は、抑うつ気分や不安、イライラといった感情面の障害だけではなく、意欲にも及び、「気力が出ない」「物事に対する興味がわかない」「集中力・決断力の低下」などがみられます。更に、思考の障害として、マイナス思考、後ろ向き思考、罪責感などが目立ち、「元気があったころにはもう戻れない」「自分のせいで周囲に迷惑ばかりかけている」などの考えに囚われるようになります。そういった考えが深まると、自殺のリスクにつながってきます。



更に、うつ病には多彩な体の症状がみられます。不眠、疲れやすい、全身がだるい、食欲がない、頭が重い、などがよくみられます。例えば、頭が重いという訴えは、思考力や集中力の低下を体の症状として表現していると考えられることもできます。

うつ病からの回復が順調であれば、おおよそ3か月以内に元の機能を回復し、その後は再燃、再発を予防することになります。再燃、再発の予防のためには、しばらくは負担をかけ過ぎないこと、症状が軽快してもすぐに抗うつ薬を止めないこと、などが大切と考えられています。

周囲の人々には、うつ病患者さんを温かく見守ることで、ご本人の回復を支えることが求められています。職場復帰の条件としては、うつ病の症状がなくなっていることは当然ですが、生活のリズムが整い、体力的にも回復していることが、復職にあたっての大切なポイントとなります。

うつ病に対する精神療法として行われる認知療法は、うつ病に至るプロセスへのアプローチともいえます。非内因性うつ病で特に有用かもしれませんが、うつ病一般の治療におきましても、回復期や再発予防では、少なからず認知療法的な関わりが求められているように思います。

抗うつ薬が抑うつ気分働きかけ、ネガティブな認知を修正し、うつ病からの回復を導くとしみますと、認知療法では、歪んだ認知・考え方によってもたらされた気分の落ち込みが、認知を更にネガティブなものにするという、いわば負のスパイラル状態をうつ病の病態と考えます。認知療法は、うつ病の患者さんにみられる否定的な訴えと不合理な考えを、うつ病の発症による症状と捉えるだけでなく、もともとのその人の思考パターンに由来する訴えとして捉え、認知の歪みを現実的に肯定的な考え方に置き換えるアプローチと言えるように思います。

うつ病の発症に至るストレス要因としましては、過労・家庭問題などの慢性的な負荷状況や、様々な喪失体験、環境の変化、などが挙げられます。こうした体験の多くは、誰しもが一生に一度ならず経験するような出来事ですが、うつ病への親和性がある方にとっては、こうした出来事が発症の引き金となるようなインパクトを与えるとされています。うつ病の病理とは、人生における困難をどう受け止めるかの病理、と言い換えることができるように思います。

うつ病から回復しますと、うつ病に至った経緯や原因をかなり冷静に受けとめられるようになりますので、今までのライフスタイルの問題点を考え、ストレス解消法・対処法などについて考えてみるのもよいと思います。うつ病になったことで、一生を台無しにしたと考えるのではなく、生き方や考え方を変えていく新たな機会を与えられたと考えることは、まさに認知療法がもたらす視点のように思います。

続いて、抗うつ薬について簡単にお話します。従来のも三環系抗うつ薬には、口渇、排尿障害、便秘、低血圧・頻脈、眠気などの多くの副作用があり、患者さんにとって大変飲みづらい薬でした。そのため現在は、SSRI や SNRI といった新しいタイプの抗うつ薬が、うつ病治療の主役となっています。三環系抗うつ薬と比べて、全般的な負担感の少ない抗うつ薬になったと言えますが、SSRI や SNRI にも特徴的な副作用があることに留意する必要があります。

我が国で用いられている SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) は4種類あります。フルボキサミン、パロキセチン、セルトラリン、エスシタロプラムです。SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬) は3種類で、ミルナシプラン、デュロキセチン、ベンラファキシンです。

SSRI や SNRI は抗うつ薬といいましても、多くの不安症にも有効です。重い副作用はあまりみられ



ませんが、嘔気などの胃腸症状はよくみられます。一方、三環系抗うつ薬が、多くの副作用があるにも関わらず現在も用いられている背景としましては、重症のうつ病に効果的だと考えられていることが理由のひとつです。

うつ病と双極性障害を合わせた気分障害の総患者数をみますと、男性と比べて女性の患者数が多いことがわかります。これは世界的にみましても、同様の傾向があることが知られています。おおよそ、女性は男性の 2 倍と考えられています。

うつ病は、なぜ女性に多いのでしょうか。これを生物学的にとらえますと、女性では性ホルモン、特にエストロゲンの変動がみられることから、この変化が、延いては脳内のセロトニンなどの活性に影響を与えている可能性が指摘されています。また、ストレスホルモンであるコルチゾールをコントロールしている「視床下部—脳下垂体—副腎皮質系」のバランスが崩れやすい可能性も指摘されています。さらに、女性が置かれている心理社会的な側面（妊娠・出産・育児・夫婦関係・親の介護など）も、うつ病の発症を促進する要因と考えられます。

女性の性ホルモンは、月経周期や生涯を通しましても、大きな変動がみられます。本日のテーマである更年期には、性ホルモンの減少と共に、更年期障害といった体の失調から、更年期うつ病といったところの失調まで、心身の様々な問題が起こります。その背景としましては、身体的な衰えを少し自覚し始めたところに、子どもの独立、親の介護、夫婦間の問題の顕在化、などが重くのしかかるという事情も関わっているのではないかと思います。

月経に関連するところの不調は、うつ病に限らず、月経前症候群（PMS）や月経前不快気分障害（PMDD）などが知られています。また、女性のうつ病としては、妊娠に関連するうつ病、産後うつ病、更年期におけるうつ病があります。

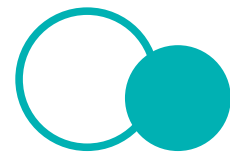
女性に特徴的なうつ病の症状があります。過眠・過食や、全身倦怠感・体の痛みなどの身体的症状です。また、情緒が不安定な状態で自殺未遂に至りやすいという点も、自殺既遂が多い男性と比べると、特徴的とされています。周囲の気づきよりも、ご本人のつらさの訴えが勝ることも知られています。女性の方が、つらさをわかってもらいたいという言動が、男性に比べて多いということです。

最後に、うつ病の治療で大切なことをまとめてみます。休養と薬という 2 つの柱に加えまして、ご本人にとって負担となっていることを体と心の両面から和らげる配慮も必要です。とりわけ女性では、ホルモンの変化がもたらす体の失調が、うつ病・うつ状態というところの失調にも深く関わっている可能性があります。バランスのとれた食事や適度な運動といった、生活習慣を整えることも、このころの健康を維持するために大切です。

女性は人との関係に敏感で、対人関係のストレスを訴えることが多く、傷つきやすさを抱えています。従って、対人関係の問題がところの失調の原因になりやすいことが知られています。一方で、人との関係によって救われることも女性が多いようです。私はこのあたりを念頭に置きつつ、女性のうつ病患者さんに対応しています。



更年期うつ病の治療



工藤 喬

大阪大学キャンパスライフ
健康支援センター 教授
大阪大学大学院医学系研
究科 精神健康医学 教授

女性は、一生の間に女性ホルモン、特にエストロゲンが大きく変動します。エストロゲンは幼少期から上昇しますが、50歳ごろの更年期になると急激に減少し、閉経という状態になります。

エストロゲンの変化が、なぜ様々な精神症状をもたらすのでしょうか。エストロゲンは、脳の視床下部や下垂体から出てくるホルモンが、卵巣を刺激することで分泌されます。更年期に卵巣の機能が衰えてエストロゲンが低下すると、エストロゲンをなんとか増やそうとして脳へのフィードバックが起り、視床下部や下垂体からのホルモン分泌が促進されます。この過剰なホルモンの影響で、更年期にはいろいろな症状が出てくると考えられます。

更年期の症状はいろいろあります。ホットフラッシュ、発汗異常、体重増加、寒気、頭痛、感情の変化、不眠症などです。更年期障害の程度を調べる指標として「クッパーマンの更年期指数」があります。この中に「寝つけず、目を覚ましやすい」「興奮しやすく、神経質になった」という項目もあります。更年期には、精神の不調も非常にしやすいのです。

更年期障害の患者さんと、比較的症状が軽い更年期の女性を比較した研究があります。「神経質になる」や「憂鬱な気分」などの症状が、更年期障害がある人は出やすいことがわかっています。

更年期うつは、エストロゲンの低下による閉経という身体的な変化があり、更年期症状が出てくる時期に起こってきます。この時期は、生活環境にも大きな変化が起こります。お子さんが独立して家を出て行ったり（空の巣症候群）、夫婦だけの時間が増えたり、親の介護が始まったりします。若さがなくなってくるという、若さに対する喪失感もあります。そのため更年期うつは、更年期の体の変化と、環境の変化が合わさって生じるのではないかと考えられます。

女性は男性よりもうつ病の患者数が多いのですが、更年期以降は特に、女性の割合が多くなります。うつ病の症状は、「気分が落ち込む」などの感情の異常だけでなく、意欲・行動の異常や思考の異常もあり、身体症状が出てくることもあります。

うつ病は、「心理的要因」「内因・性格」「身体的要因」が合わさって生じます。特に更年期のうつ病を考えるにあたっては、こうした要因を理解する必要があります。

うつ症状を引き起こす身体的要因としては、神経変性疾患（多発性硬化症）、脳血管疾患（脳卒中）、内分泌疾患（甲状腺機能亢進/低下症、副甲状腺機能亢進/低下症、副腎皮質機能亢進/低下症）、代謝疾患（ビタミンB12欠乏症）、自己免疫疾患（全身性エリテマトーデス）、感染症（肝炎、単球増加症、AIDS）、がん（脳腫瘍、膵がん）などの体の病気があります。



加えて、更年期のうつ病においては、エストロゲン低下も大きな身体的要因になります。うつ症状を起こしやすい薬もあります。インターフェロン、降圧剤、副腎皮質ホルモン、経口避妊薬、潰瘍治療薬、抗パーキンソン病薬、抗悪性腫瘍薬、抗結核薬、抗精神病薬、鎮痛薬などです。

うつ症状を引き起こす心理的要因は、ネガティブなものを考えがちですが、それだけではありません。会社での昇進など、一見おめでたいようなことであっても、その人にとっては非常に大きな生活パターンの変化につながります。そういうことが、うつ病の引き金になることがあります。私が診た患者さんの中には、自分を虐げ続けた姑が亡くなったがために、うつ病になった人もいました。その人の生活パターンがどのように変化したか、という点が重要なのです。

うつ病になりやすい性格は、メランコリー親和型といわれます。秩序を重んじ、几帳面で義務感が強く、自分を殺して他人を優先する、という性格です。先にも述べましたが、このよう性格的な要因に、心理的要因や身体的要因が合わさって、うつ病を発症します。

うつ病の治療は、薬物療法と精神療法が車の両輪です。うつ病は、身体因性と心因性が合わさって発症するからです。更年期のうつ病でも、ホルモンの大きな変化という身体に対する治療と、環境の大きな変化に対応するための治療が必要になってきます。

更年期うつ病の身体的療法としては、ホルモン療法が挙げられます。低下したエストロゲンを上げることで、身体的治療を行います。それから、副作用が少ない抗うつ薬の SSRI や SNRI が使われます。

精神療法としては、認知行動療法がよく用いられます。人間は、ある出来事が起こると、それに応じた気持ちが出てきます。不安な気持ちや、落ち込んだ気持ちなどです。それに伴って行動を起こすわけですが、出来事と気持ちの間には、「自動思考」というものが介在しています。出来事があった時に、自然に浮かんだ考えやイメージのことです。認知とも呼びます。この考えやイメージが、気持ちや行動に影響を与えると認知行動療法は考えます。

現在、認知行動療法は 16 回のセッションが臨床現場で行われています。我々は、認知行動療法がどのような作用で効果をもたらすのかを研究しました。13 人にご協力いただき、16 回セッションの前後で MRI 画像を撮影して、脳機能の変化を調べました。すると、16 回セッションを終えた後では、帯状束、小脳虫部、外包、脳梁、脳弓といった部分で、神経走行の乱れが元通りになることがわかりました。改善した脳の部分は、脳の情報処理システムを結びつける部分であり、認知行動療法を受けることによって、情報収集がスムーズに行われるようになることがわかったのです。

ゾウリムシは、プラスの電極に電気を入れると電極の方に集まり、電気を切るとまた離れていきます。電気の変化という環境の変化に対応して情報を収集し、集まるとい行動に移したのです。環境の変化を度外視すると、生命の危機に晒されるかもしれませんので、変化にちなんだ行動をするというのが、生物たる所以なのです。

こういった中で生物が進化し、感情というシグナルが生まれたと考えられています。例えば、猛獣が他の猛獣に出会った時、相手が「攻撃しようとしている」という情報処理をして、怒りという感情を生むことで、攻撃という行動に出るわけです。情報処理に時間をかけ過ぎると、その間にやられるかもしれないので、高等な機能として、感情というシグナルを持ったと考えられます。

情報処理をしている過程は、実際には意識されません。ですから、我々はいかにも感情で行動しているかのように思ってしまう。ところが、感情はあくまで、情報収集によって出てきたものなの



です。ですから、情報が足りずにきちんと処理できない時は、正しい感情が生まれません。認知行動療法は、情報不足をなんとか改善して情報を増やすような作用点で働くと考えられます。認知行動療法の基本的な手技である問題解決技法や認知再構成法も、情報を仕入れるためのツールとなります。情報を増やすことで感情が改善するのです。「認知行動療法の本質は情報収集にある」と言えるのではないかと思います。

認知行動療法では、患者さんが抱えている問題が現実的な場合は、問題解決につながる問題解決技法に力点を置き、問題が想像上のものであれば、認知の修正をはかる認知再構成法で対応します。

問題解決技法は、決まったシートを使います。厚生労働省のサイトなどからダウンロードできます。例えば、「移動してきた職場の仕事に慣れず、残業してもはかどらない」などと、問題を明確化します。続いて、結果をどうしたいか考えて、課題を設定し、解決法を案出します。「同僚と同じように仕事をこなしたい」という課題を設定したとすれば、「さらに残業する」「辞める」「上司に相談する」「同僚に相談する」など、考えられる解決策をたくさん書き出していきます。これをブレインストーミングといいます。

ブレインストーミングには3法則というのがあります。「数の法則」「判断遅延の法則」「戦略と戦術」の3つです。解決策を出来るだけたくさん考えるのが、数の法則。「こんなのダメだ」「無理に決まっている」というような判断をせず、そういう判断は先送りして、とにかく頭に浮かんだ解決策を書き出すのが「判断遅延の法則」。そして、大きな方向性を示す「戦略」と、それを達成するための小さな目標「戦術」を挙げられるだけ挙げてみます。

続いて、挙げた解決策について長所と短所を書き出していきます。「さらに残業する」という解決策には「仕事は進むが、もっと疲れる。これ以上無理」という長所と短所があるのがわかります。同様に、「仕事を辞める」は「楽になるかもしれないが、食べていけない」、「上司に相談する」は「上司が態度を改めてくれるかもしれないが、ますます嫌われるかもしれない」、「同僚に相談する」は「仕事を手伝ってくれたり、気持ちを理解してくれたりするかもしれないが、負担をかけることで距離ができるかもしれない」という長所と短所があります。

こういう風に長所と短所を挙げることで、情報を収集しているのです。そして情報がたくさん集まった段階で、解決策を決定します。例に挙げたケースでは「同僚に具体的な仕事の進め方について相談する。場合によっては、どのように上司に相談したらいいのかアドバイスをもらう」という解決策が考えられます。こうした作業を通して、狭小化していた情報を拡大させます。問題解決技法も、情報収集のツールであることをご理解いただけたのではないかと思います。

問題が想像上のものである場合は、認知再構成法を用います。状況、気分、自動思考、根拠、反証、適応的思考、気分の変化、という7つのコラムから構成されているので、コラム法とも呼ばれます。

まず、つらい気持ちになった状況などを書き出します。例えば「夕食後に新聞を読んでいる夫に、つらい気持ちを相談しようとしたが、上の空でしか答えてもらえなかった」というように書きます。そして、その時の気分をパーセントで表します。「悲しい（90%）、腹立たしい（80%）」などと書きます。一生のうちで一番悲しかったもの、腹立たしかったものを100%として、今の悲しさや腹立たしさの程度を表現します。

このパーセントを書くだけで、患者さんの気持ちがかなり落ち着くことがあります。なぜかという、今の状況が一番悲しいと思っていたのに、実は昔、もっと悲しいことがあったのではないかと記憶を

辿り始めます。それが新しい情報になるのです。そして、「あの時に比べれば少しはマシ」ということになると、気分が少し落ち着くわけです。

続いて、悲しい気分になった時に浮かんだイメージ（自動思考）を書きます。「夫は私のことはどうでもいいと思っている」などのイメージです。そして、そのようなイメージが浮かんだ根拠を「声をかけた時に夫は目をあげなかった」「夫はいつも話を聞くだけで、アドバイスをくれない」などと書き出します。この時に重要なことは、想像ではなく、実際に起こった事実を書き出すことです。

さらに、書き出した根拠に反する事実（反証）を考えて、記します。「私がだるそうにしていると、夕食の後片付けを手伝ってくれて、早く休むように言ってくれたりするときもある」「声をかける前に、夫はぼんやり遠くを見つめていた」「夕食後に夫はマッサージをしてくれることもある」などです。このように反証すると、夫を見る目が変わってきます。そして、次のような適応的思考が生じてきます。

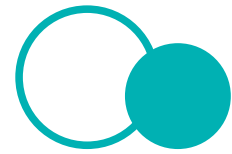
「確かに夫は、夕食後に私の話には耳を貸そうとしないように感じられたが、後片付けを手伝ってくれたり、早く休むように言ってくれたりすることもあった。ぼんやり遠くを見つめていたことから、夫は疲れていたのだろう。どうしてそのような態度をとったのか穏やかに聞いてみよう」

このような気持ちになると、気分にも変化が起きます。気分を再びパーセントで評価すると「悲しい (60%)、腹立たしい (50%)」などと、悲しみや怒りが和らいでいるはずですが、これが認知再構成法の流れです。反証などを通して、情報収集を行っていることがお分かりいただけたと思います。認知行動療法の作用点は、情報収集をいかにスムーズにさせるか、ということに尽きるのです。

ネガティブな感情は、情報収集がうまくいっていない状況で生じてきます。そこに新たな情報を入れてあげることで、感情を是正します。繰り返しになりますが、「認知行動療法の本質は情報収集にある」のです。

更年期のうつ病のメカニズムは、更年期障害という身体的要因に、この年代特有のライフイベントによる心理的要因が合わさって起こります。だからこそ、身体的な治療ばかりではなく、心理的な要因を治療する認知行動療法などが役立つと思います。更年期うつ病の治療は、要因の分析が特に重要なのです。

働く更年期女性における うつ病を考える ～産業医の視点から～



長井 聡里

株式会社 JUMOKU
代表取締役 / 医師

私は産業医として長く仕事をしてきたのですが、うつ病の更年期女性に遭遇したケースは多くありません。それは、患者さんが少ないという意味ではなく、おそらく時代背景として、更年期まで正社員として働く方が少なかったためではないかと考えています。更年期女性のメンタル不調が少ないかという点、そんなことはありません。

産業医学とは、産業の現場で起こる様々な健康障害や健康課題を対象とする医学です。従業員個人を対象とする場合もありますし、職場環境や会社そのものを対象とする場合もあります。

産業構造の変遷と共に、産業医学の対象も変わっていきます。かつては、有害業務などに起因する健康障害（職業病）が主な対象でしたが、業務に関連して悪化する疾患（作業関連疾患）へと対象が変化しました。各診療科の臨床領域や、公衆衛生学、政治、経済、法学、倫理哲学など、幅広い学問領域を駆使して問題解決にあたります。

行政的には、労働衛生という言葉をよく使います。我々のことは、産業保健スタッフと呼ばれます。事業者は、規模に応じて決められた数の産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせなければなりません。労働者数が 50 人以上 1000 人未満の会社は、嘱託産業医でも可能です。1000 人以上（有害業務ありの場合は 500 人以上）になると、専属産業医が必要になります。

産業医が診る対象は、様々な健康状態の労働者です。既に病気の人もいれば、病気になる手前の所で必死になって働いている人もいます。こういった方々の健康をどうしたら守れるか、という視点で働いています。事業主と労働者のバランス（中立的立場）として、様々なアプローチをしています。治療は、応急処置以外は原則的に行いません。

ここから、「更年期女性と働くこと」についてお話します。まず、私の約 30 年のキャリアからみた時代の変遷を振り返ってみます。私は最初、産婦人科で臨床をスタートしました。この時に、更年期外来を担当したのですが、30 年前には更年期外来は珍しく、患者様として来られるのは専業主婦がほとんどでした。

29 歳で産業医になり、この時にパナソニックに就職しました。この時代は寿退社がふつうで、出産と同時に辞めになる方が多かったのですが、平成入社世代くらいから、育休を取って復帰してくる方が増えました。ちょうどこの頃から、私は厚生労働省の母性健康管理推進事業に関わるようになりました。この事業では、男性の育児参加も強調されるようになり、そうした部分はおおむね整ってきたのかな、というのが今現在に至る時代の流れです。

私は、嘱託産業医としてあちこちで働いていた 40 歳の時に、大学に教員として勤め始めました。



大阪に住みながら、北九州の産業医科大学で教える生活となり、子どもを置いて単身赴任を始めました。40 歳ですから、まだ元気だと思って勇んで行ったのですが、大阪と九州を頻繁に行き来するうちに、体調の変化を感じ始めました。40 代というのは更年期にはまだ早いのですが、更年期に差し掛かるという意味では要注意の年代だったかと、今振り返ると思います。

この頃に、私も更年期というものが視野に入ってきました。そして、産業界として働く会社内にも、非正規雇用や派遣の方々を中心に、更年期女性がたくさんいると気付きました。更年期症状がつかなくなったなら、こうした女性たちは辞めてしまうのではないかと、ということを感じました。

私は 43 歳から個人事業主になったのですが、更年期のつらさを実感したこともあり、「職場では女性の健康対策として何が取り組まれているのか？」ということに注目するようになりました。

女性の就労の推移をみると、バブルがはじけた頃に、共働き世帯数が専業主婦世帯数を上回ったことがわかります。今は、共働き世帯が当たり前の時代になっています。生涯働き続けることは、女性にとって特別なことではなくなっているのです。特に、非正規労働者では約 7 割を女性が占めていて、更年期女性の半数近くは非正規労働者です。このような非正規労働者に、産業界保健スタッフがアプローチするチャンスはあるのかどうか。ここに大きな問題があります。

私が 30 年近く前に更年期外来をやっている頃は、子どもが独立して家を出た寂しさなどを訴える「空の巣症候群」の方が目立っていました。家計を支えている方はまだ少なかったことで、体がしんどければパートを辞める選択肢もありました。しかし、この時代に独身でキャリアを積んできた方の中には、更年期に挫折して、せっかくのキャリアを閉ざしてしまった方も多くおられたように思います。

現在の更年期の女性は、ガラスの天井でキャリアを積み続けようとする方もおられますし、ワークライフバランスで、育児や教育に比重を置きながら働く方もいらっしゃいます。あるいは、保育園難民で悩まれる方や、親の介護に追われる方もいます。昨今悩ましいのが、更年期に差し掛かった時にも妊娠を諦めていない方が増えていることです。卵子の老化ということが言われるようになりましたが、更年期に入りかけの時でも、不妊治療にチャレンジしている方がいるのです。こういった方々が混ざり合っているのが、更年期世代がたくさん働く今の現場の実態です。

私は、更年期女性を対象とした健康教育をしたいと思っています。ですが、女性労働者は非正規雇用が多いので、社内研修の対象にならなかつたり、時給が払われない時間帯は参加しなかつたりします。また、妊娠出産年齢が上がっていることで、正規の社員でも 40 代は育児時短勤務の方が多く、就業時間外の取り組みには参加しにくい状況にあります。

「女性だけ」というのを会社が嫌がる傾向にあったことも、こうした取り組みを難しくしていました。男性には、これまでもたくさんの健康教育をやってきたのですが、「男性も平等にやってくれよ」というのです。ただ、不思議な現象がここ数年で起きています。今、経済産業省が進めている健康経営認定の取得に、女性への健康教育が必要となったため、会社からの依頼がずいぶん増えてきたのです。

では、職場ではどのような健康施策がとられているのでしょうか。男女雇用機会均等法の施行から約 30 年が経ち、この間に母性健康管理の義務化が行われました。女性労働基準規則の改正なども、この 10 年ほどで活発に進みました。健康増進法によるメタボ指導なども行われるようになりましたが、女性の特性を反映できていないのかということ、疑問が残ります。

更年期は、労働生産性を下げるのでしょうか。これは、経営者にとっては重大な関心事項だと思います。



ます。労働衛生の基本は 5 管理で、作業環境管理、作業管理、健康管理、労働衛生教育、総括管理の 5 つです。業務によって更年期症状は影響を受けるのかという問いに対しては、私は「業務環境の影響を受ける」と考えています。更年期に一番多いホットフラッシュは、クーラーの効いた部屋にいても大変です。これがまして、もっと暑い環境であれば、本当にヘトヘトになるくらい大変なことになります。ですから、働く環境は更年期症状に非常に影響するのではないかと思います。

昨今は健康経営への注目により、更年期症状があると労働者の生産性は下がるのではないかと、世の中の人々がやっと考えてくれるようになりました。では、就労継続する女性たちに、これからは元気に働いてもらうにはどうすればよいのでしょうか。

労働生産性は、勤怠良好であれば向上します。月経関連症状がわずかな女性は、勤怠良好になりやすいといえます。しかし、月経関連症状や更年期症状で休みがちになったり、集中力が落ちたりすると、労働生産性は低下（プレゼンティーイズム）します。月経関連症状や更年期症状が更に悪化すると、病気休業で生産性はゼロ（アブセンティーイズム）になります。

ちょっと脱線しますが、女性には法律で決められた生理休暇というものがあります。法律の条文には「生理日の就業が著しく困難な」と書かれています。ただ私は、これは生理日（月経のある日）だけでなく、その前後や、本来的には更年期の休暇があってもよいのではないかと考えています。この条文は「化石の条文」と呼ばれ、昭和 22 年に作られたままなのです。この法律は、時代の変化に即して変える必要があると感じています。

更年期障害なので、「休んでください」という診断書を、私は受け取ったことがありません。更年期障害だけで休めるのかというのは、大きな課題といえます。ただ、面白いことに保険に入ろうとすると、保険会社が健康状態をいろいろ聞いてきます。その質問の中に、更年期障害も入れていた保険もありました。更年期障害が本当に障害レベルであれば、働けるほど簡単ではないのですよ、障害なんですよ、しんどいんですよ、ということですね。更年期のつらさは、みんなで共有していかないといけないことなのだと思います。

更年期障害は、職場で対象とすることの難しさがあります。労働者本人は「これって更年期なのか」「閉経ってそもそもいつなんだろう」「更年期障害は健診でわかるのかな」という疑問を感じています。健診では、残念ながらわかりません。産業医は「本人も職場もなんだか困っているようだけど、健診結果以外の情報はないのだろうか」と思っていますが、それ以上の情報がないと動けません。上司や人事の方は「更年期か？なんてとても聞けないし、他にも問題を抱えた人はたくさんいる」と戸惑い、「診断書として更年期というのを見たことがないから、たいしたことはないのではないかと」も思っています。

更年期問題は、メンタルヘルス以上にデリケートな問題です。そして、職場で扱える根拠となる労働衛生関連の法律がありません。ですので、産業保健スタッフは基本的に法律に基づいて動きますので、法律になっていないものはアプローチが難しくなります。

我々が行った某事業所における自記式アンケート調査(30～50代の女性労働者110名が有効回答)では、更年期様症状のある労働者は、自覚する健康状態が悪く、生活の質や働き方の質が低下していることがわかりました。また、更年期様症状に対して、治療などの対処行動を取っている方は、自覚する更年期症状が少なく、健康状態もよく、生活の質や働き方の質への影響が低い傾向にありました。更年期症状に自分が対処しているかどうかの影響が、非常に大きいのです。



産業保健において、更年期女性対策の困難さを 3 つ挙げます。1 番目は、現行の健康診断では更年期・閉経時期の健康状態を十分に捉えられないということです。2 番目は、更年期女性を対象とした教育機会を設けにくいこと。3 番目は、更年期は「特別な健康状態」であって、就業配慮を想定しにくいことです。

最後に、更年期女性のメンタルヘルスについて取り上げます。私もこうした体験をしましたが、「ふっと消えてしまいたくなる」「もうどうでもいいように思える」「急に涙がこぼれそうに虚しい」などの抑うつ感がよぎります。でも、うつ病のようにずっとは続かず、浮かんでは消え、浮かんでは消え、あれ？何でさっきはあんな風を感じたのかな、などと思ったりします。女性ホルモンの嵐ゆえなのでしょう。これって結構、つらいのです。

更年期のうつ状態は、更年期における精神神経系の症状であって、「うつ病」という見方だけでは対処が困難です。では、そもそも更年期症状や障害のことを、女性や職場は正しく理解できているのでしょうか。

更年期症状が生理的現象の範囲内であれば、就業に支障はありません。目立つ症状が多少あっても、セルフケアによる症状緩和が可能であれば、パフォーマンス低下でとどまります。しかし更年期障害になると、就業は困難になります。それぞれがどのくらいの割合なのか、職域での更なる研究が必要です。

更年期問題は、まさに就労世代に生じてきます。閉経後の時期は、これからの雇用延長の時期にあたります。更年期症状は生理的現象ですが、個人差が大きく、「嵐が通り過ぎるのを待つ」というふうに言われることが多いです。ただ私は、これは違うと思っています。

閉経以降の女性の人生は、それぞれの立場において、「見えている風景」が様々です。更年期をただやり過ごす、耐え忍ぶのではなく、「峠越え」なのだ意識して、生涯にわたる健康管理の必要性を理解していただきたいと思います。

ライフステージと女性の健康という観点でいえば、更年期の 50 歳以降は、ホルモンの分泌が大きく変わるだけでなく、今までとは違う病気にかかりやすくなります。風景が大きく変わることをどれだけ自覚できるか、ということが重要なのです。人生 100 年時代に寝たきりにならないために、更年期から予防に取り組めばいいのかというと、実は違います。骨のことは 20 代から取り組まなければなりません。こういった大きな流れを、職域で新入社員の時から教育することが非常に大事なのです。

更年期＝峠越え、という意味をご説明します。閉経前の苦しさは、山登りのちょうど 8 合目から 9 合目の苦しさだと理解していただくとよいと思います。閉経の定義は難しく、最終月経を振り返って 1 年間なかった時に閉経となります。ですから、知らぬ間に閉経していた、という方が多いのです。これがまさに峠越えに似ていて、「ここが峠ですよ」と書かれていればわかりますが、なんとなく山を越えたかな、下り始めたからあれがそうだったのかな、という感じが閉経という現象なのです。緩やかな峠を越える方もいれば、険しい山を越える方もいます。

そして、峠の向こうと下山し始めたこちらでは、見える景色が違うということをし、しっかり自覚しないといけません。これを富士山に例えると、静岡側から上っている時は海が見えていたのに、山梨側を下ると海が全く見えない、というくらいの変化なのです。峠を越えるまでは、女性ホルモンに全身の健康が守られていたのですが、峠を越えた閉経後は、女性ホルモンの影響がカクンとなくなりま



す。これをしっかり自覚することが大切で、更年期というのはこの切り替えに備える時期だとわかっていただきたいと思います。

男性にも更年期（LOH 症候群）はあります。男性の場合は個人差が大きく、開始年齢は 40 ～ 70 代です。経過のイメージは、女性が急峻な峠越えなのに対して、男性は緩やかな下り坂です。

更年期を迎えてからなりやすい病気はいろいろあります。これらの症状と、更年期に起こってくる症状は、かなりの部分で重なるイメージです。出現する様々な症状に対して、どこの病院に行ったらいいのかという交通整理も必要ですし、我々もきちんとした助言ができなければいけないと思っています。

更年期は、女性の心身にとって最大のピンチですが、自分の生活を見直して開き直すチャンスでもあります。女性ホルモンに頼った生活は手放し、峠を越えた先の新しい世界で、どうやって体のメンテナンスをしていくか、ということが大事になります。体のメンテナンスをしながら豊かに暮らしていくと、心のメンテもしやすくなります。下山しながら、初めて広い海が見えてくることもあるはずですよ。

今後は、産業保健にも更年期の概念を普及させたいと思っています。更年期女性に対しては、峠越えの理解を深める活動をしていきたいと思っています。そして私たちは、健診を女性仕様としてもバージョンアップすべく、しっかり勉強していきたいと思っています。

Q & A

回答者

白川 治

工藤 喬

長井 聡里

Q. 従業員の方の診断書が、同じ主治医なのに適応障害からうつ病に変わりました。これはどのように理解したらよいでしょうか。

A. 白川 まず、適応障害という病名が、とりあえずの診断名であることが多いという事情があります。患者さんが我々の所にいらっしゃる時には、患者さんなりの出来事があって今の状態があるということをお話になりますから、それがうつ病と診断できる程度でなければ、とりあえず適応障害という診断になることが比較的多いように思います。

もうひとつの問題は、うつ病という病名が、患者さんにどれくらい受け入れられているか、という点です。私の年代ですと、自律神経失調症というあいまいな病名を使ったりすることもありました。ただ、この20年くらいは、うつ病という病名が社会的に受け入れられていますから、明らかにうつ病と診断すべきであるという場合は、積極的にその病名を使う精神科医が多くなってきています。ですから、ご質問の方のご指摘のように、症状が悪化して一定レベルになって、うつ病という診断でいだろうと主治医が思った場合には、診断が切り替わることはありえます。

ただそれ以外の要因も、精神科の病名にはあります。患者さんやご家族に主治医が病名をお伝えする時、少し配慮させていただくことがあるということは、ご承知いただければと思います。

Q. 女性のうつ症状は、周囲が気付くよりもご本人がより心に深く感じているのではないのでしょうか。そのような状況でも、周囲が気付くようなサイン、行動・言動の変化などがあると思うのですが、どのようなことに気を付けたらよいでしょうか。

A. 白川 ご本人さんが悩んで、周りに伝えることは女性の場合は結構あるのですが、伝える相手がすぐく限られているのです。ごく身近な人に伝えているだけなので、職場では明らかにならないことはあり得るのかな、と思います。

周囲が気付く言動といえば、例えば口数が非常に少なくなってきたりとか、人を避けるような行動がみられるとか、そういうあたりです。その背景としては、うつ的なある種の情緒不安定さがあるので、多くは身近な人には気付かれていることがあるのではないかと思います。職場の上司や同僚には難しくても、保健管理の方には話をしているとか、そういうこともあり得るのではないのでしょうか。

工藤 訴えだけで全てを判断するのは難しいと思います。うつ病という感情面の症状だけではなく、食欲とか睡眠とか、そういった不調が併せて出ていないかというのも、大きなポイントになると思います。

Q. 妊娠うつとマタニティブルーの違いは何でしょうか。

A. 工藤 マタニティブルーというのは誰でも起こり得るもので、うちのカミさんもそういった時期があったように思うのですが、それが何か月も続くことになると、妊娠のうつ状態ということになるのではないのでしょうか。

白川 ご質問の妊娠うつというのは、妊娠早期にみられるうつ症状のことでしょうか。私からは、マタニティブルーと産後うつの違いについてご説明します。

マタニティブルーの場合、一般的には産後まもなく起こってくる気分変調で、だいたい2、3週間以内に改善する一過性のものとされています。

一方、産後のうつ病となると、産後2週間を超えて、一過性ではなく進行していく状態です。一部の重症の産後うつ病は、その後、双極性障害になりやすいと言われています。お子さんを道連れにして心中のような形になるケースは、重症の産後うつ病が関係していることが多いと思います。そういった方には、精神科の積極的な介入が必要です。

Q. 更年期うつの予防法は、一般的なメンタルヘルスケアやセルフケア、マインドフルネスなどが望ましいということでしょうか。

A. 工藤 認知行動療法的な観点からは、うつ病の患者さんに限らず、みなさんに有効であると思います。今日お話ししたようなことを日常的にやっていただけたら、心身の健康を保てるのではないかと思います。

長井 更年期の場合はうつに陥る以前に、体に表れる変化にとっても戸惑いますので、体に対するケア（体のメンテナンス）をまずやってみることが大事です。「これは更年期かな」と思った時に放置せず、同じ境遇の仲間が集まって話すだけでも落ち着かれる場合があります。あるいは産婦人科にちゃんとかかって、ホルモン治療を受けていただく方が、実は早いのです。それを受けていただいて、もう深く悩まずに済めば、うつの予防にもなると思います。

Q. 認知行動療法について教えてください。自分自身で日記をつけて整理するだけでも効果があるのでしょうか。主治医から助言を受けることも必要なのでしょうか。

A. 工藤 主治医からの助言が必要ということではなくて、認知行動療法はあくまで、ご自分でいろんな情報を整理するというのが非常に重要なポイントです。日記でも構わないと思います。日記をつけることによって、新たな観点がないかということを見つけていただければよく、人からの助言がないとできないということではありません。

Q. 従業員に向けての更年期の健康セミナーを実施するにあたって、参加者の年齢・性別に関わらず、注意されている点は何がありますか。

A. 長井 男性に自由に参加してくれ、というのはまず無理なのです。想定からしてハードルが高いことです。私が男性を交えてできたのは、ひとつは管理職をお呼びした時です。管理職には男性もいれば女性もいますので、たまたま男女混合になったわけです。そういう場だと、管理職として、という意識の中で聴いていただけるので、質疑応答の場でも男性が戸惑われることはさほどありません。

実は最近、「新型コロナの影響で集まれなくなったので、WEBでセミナーをしてください」という会社がありました。男性も参加可能にしたところ、1割から2割が男性でした。実際に集まるのは抵抗があるけれども、WEBで匿名化すると参加できるのですね。男性からの質問もたくさん受けました。ですので、工夫次第かなと思います。

Q. 毎月5～10日程度の生理休暇を取得されている従業員がいます。生理休暇の上限がないため、どのように対応したらよいのか困っています。また、「更年期なので本来のパフォーマンスを発揮できない」という相談がありました。長井先生ならどのように対応されますか。

A. **長井** 生理休暇は、先ほども述べましたように「生理日の著しい…」という定義を書いた法律が実はあります。ですので、上限がないかのように見えますが、生理日が10日も続くわけではなく、産婦人科的な標準では、「著しい」というのは2日くらいが限度です。それを超えるようなお休みを繰り返すのであれば、健康上の問題も考えられますので、産業保健スタッフがご本人にアプローチしていただきたいと思います。

ただ、この問題は医学的な問題よりも人権の問題の方が大きくて、ある会社では、閉経の年齢を聞けないので、女性であればいつでも、例えば60歳でも、生理休暇を取得できるようにしていると聞いたことがあります。

更年期のパフォーマンスの問題は、更年期症状に対して、ご自身で何かケアをされましたか、ということが大事です。放置せず、専門的な医療機関に行けば手厚いケアを受けられます。「パフォーマンスを発揮できない」という状態にとどまらず、「ケアしてください」ということを求めてもよいのではないかと思います。

Q. 自分の更年期の症状が病的なレベルなのか、我慢すべきなのかわかりません。診断書をもらってきたほうがよいのでしょうか。あるいは、どのような状態ならば病院へ行ったほうがよいのですか。

A. **長井** 更年期障害の定義は「生活や仕事、あるいは学業に著しく支障がある」というあいまいなものです。ですので、支障があるとご自身が感じるのであれば、病院にまず行ってみられたらよいです。

更年期は病気というよりも生理現象です。この現象を乗り越えるのに薬を使うのか、使わないのか。使った方が楽になるけれども、絶対に使いたくないと頑張るのであれば、体操したり温めたり、その他の選択肢も病院はいろいろと提案できます。まず病院に相談してみて、自分なりに納得出来たら、更年期の治療として受け入れるということによいと思います。病院に行くこと自体は、怖がらずに行っていただきたいと思います。

Q. クッシング症候群の手術後、ホルモン剤にて治療中の方が抑うつ状態になりました。治療の影響と考えられますか。

A. **工藤** たぶんそれは、かなり影響が考えられます。クッシング症候群はホルモンの一種であるコルチゾールがたくさん出る病態で、それを治療でコントロールします。ホルモン環境の急激な変化が起こりますので、それによる精神症状が出てきてもおかしくありません。

Q. 職場に感情の波が激しい女性があります。性格なのか更年期の症状なのかわかりません。職場としてどう対応したらよいのでしょうか。

A. **白川** 更年期だからといって、その影響だけではなく、それ以前からの問題が当然あったはずですよ。更年期になって初めて表れてきたのであれば、更年期症状の適切な対応を受ければよいと思います。最終的に性格という所に落とし込んでしまうと、医療者としても受容的に、積極的に関わりにくくなってしまいますので、医療が関われる所を見つけていくというのが、我々の仕事じゃないかなと感じています。

Q. 更年期女性のうつ病の方に、特別に配慮する対策や方策を具体的に教えてください。

A. 長井 私は更年期であるということをご自身が周りにおっしゃることはほとんどないと思うのです。それよりも、うつ病という部分の方が、社会的な理解が進んでいますので、その中で対応していく方が社会的には進めやすいのかなと思います。ただ、職場の室温管理など、身近な所には産業保健スタッフが気配りの仕方をお伝えするなど、そういった関わり方のほうが入り込みやすいのかなと思います。

Q. 派遣社員の方のメンタルヘルスマネジメントは現状でどのように行われ、何が問題になっていますか。

A. 長井 私は派遣会社の産業医でもあるので、派遣元の立場としての取り組みをお伝えします。派遣スタッフが派遣先で、「こんな状態ですよ」というのは情報として常々いただいています。その中で、メンタルヘルスに関わって診断書が出てきた時には、これが一番悩ましいのですが、うつ病が長期化するといったんお辞めいただくという形にどうしてもならざるを得ません。ただ、派遣先の会社がその方の復帰を望めば、就業規則のギリギリまで引っ張りつつ、復帰させる方向でコントロールすることはしています。

Q. コロナ禍を受けてリモートワークが拡大しています。リモートワーク時代の職場のメンタルヘルスマネジメントについて、どのように考えられていますか。

A. 長井 実はある会社でリモートワークに関するアンケート調査を行いました。コミュニケーションの部分は、気を遣う上司はリモートワーク下でもわりときちりされているのですが、問題は無駄話ができなくなったことでした。会社にいれば、廊下でたまたま会った人との会話ができたり、隣の部署は今こんな状況だという気配を感じたりすることもできたのに、それが一切なくなってしまった。私たちがやらなければいけないのは、孤立している社員は誰なのかを見つけることなのです。

属性でみた時には、ひとり暮らしの独身。この人たちがやはり危ないということがみえてきました。ですので、ひとり暮らしの独身の社員に職場としてどのように関わるのか、考えないといけません。

ある会社の取り組みでわりと効果があったのは、時間外にもみんなが部署を超えて集まれる場をWEB上に作ったことでした。そういう所に極力参加してもらって、ストレスのある仕事の話ではなく、そうじゃない場面でもつながることが大事なのです。

メンタル不調で長期にお休みの経験がある方は、リモートワークは意外に大丈夫です。これはおそらく、長期にお休みした経験が生きているのだと思います。ひとりぼっちで復帰に耐えて、リワークに行ったり、治療を続けたりしてこられたことが、今経験として生きています。不調を我々に話すことが日常化しているので、何かあった時には早くSOSが飛んできます。危ない方はどちらかというと、今まで元気だった方です。「こんなはずじゃない」という方が、グラグラと足元をすくわれるように、家から一歩も出られなくなっています。テレワークはある程度できるけれども、会社に来られなくなったケースもあります。今まで、うつではなかった予備軍的な人たちの、しっかりみていかなければいけないと産業医として思っています。

工藤 私も産業医を嘱託としてさせていただいているのですが、発達障害の患者さんが、リモートワークになったらパフォーマンスをすごく発揮できている側面を感じています。緊急事態が過ぎて、また会社に出てくることになると、再び調子を崩してしまったということが実際にありました。

ウィズコロナの時代にリモートワークが無理くり始まったわけですが、産業保健的に適宜、リモートワークを入れてあげるといいうことも、メンタルヘルスの観点から必要な方針だと思いました。

2019(平成 31)年度 公益財団法人 J K A 公益事業振興補助事業・
「産後うつ病と妊産婦自殺防止に関する啓発事業」
女性のライフステージと女性特有のうつとの関係

東京シンポジウム

働く女性のメンタルヘルス①

「PMS/PMDD

－月経前症候群(PMS)/月経前不快気分障害(PMDD)を中心として－

実施会場：AP 市ヶ谷

東京都千代田区五番町 1-10 市ヶ谷大郷ビル 8 階 A ルーム

実施時間：13:00 - 16:30

WEB オンラインシンポジウム

働く女性のメンタルヘルス②

妊娠から出産・育児を通じたメンタルヘルス

－産後うつ病と周産期うつ病を中心として－

実施方法：ビデオ講演会システム

Zoom (ズーム) ウェビナー

実施時間：13:00 - 16:30

WEB オンラインシンポジウム

働く女性のメンタルヘルス③

うつ病への理解と対応

－更年期のうつ病を考える－

実施方法：ビデオ講演会システム

Zoom (ズーム) ウェビナー

実施時間：13:00 - 16:30

一般社団法人日本うつ病センター

制作：有限会社まるみ

無断転載禁止
