

「グローバル人材」の選抜と育成 もう一つの視点 —海外赴任者のメンタルヘルス（身体と精神編）—

株式会社 MD.ネット 代表取締役社長
医学博士
精神保健指定医 精神科専門医
佐野 秀典氏

◆身体症状と「うつ」

私は精神科医である。精神科医というと、身体疾患は診ないのではないかと周囲から思われるが、それは全くの誤解だ。

精神的な問題は、たいてい身体症状から始まる。慢性的な、あるいは反復する頭痛やめまい、ふらつき、動悸、消化器症状、漠然とした倦怠感。その症状は多種多様だ。他科で何らかの診断名が付き、治療を受けている場合もあるが、ほとんどの患者さんは、「全部調べてもらいましたが、どこにも異常がないので、心療内科か精神科に行くように言われました」と言って受診する。

精神科医の中には、それを鵜呑みにして、すぐに精神科治療を始める先生もいるが、それは診察の手順として間違っている。精神科治療のガイドラインや診断基準の第一は、「身体疾患でないことを確認する」ことから始めることになっているからである。

「全部調べてもらった」にもかかわらず、何らかの症状が続いているという事実は何を意味するのか。

最近では、患者さんのバックグラウンドを十分に把握せず、画像検査や血液検査、診断を下すために必要な検査をして、特別な所見が得られなければ「異常なし」とする風潮がある。

それは、診察の目的が、「症状を改善する」ことより「診断を下す」ことに重点を置いているからである。患者さんにとっては、それが何病であるかということより、この不快な状態を根本から取り除いて欲しいということのほうが多い。

だれでもストレスはあるので、「精神的な問題でしょう」と言われれば、「そうかもしれない」と思うのは当然だ。しかし、それは本当に身体疾患ではないのかと疑うことが精神科治療の第一歩なのである。

医療にはさまざまな診療科がある。大分類としては、内科、外科、神経内科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科などがあるが、現在ではそれらもさらに細分化され、内科でも「私は呼吸器が専門なので、それ以外の症状は他の科に行ってください」などといわれることもある。

精神科医としては、「全部調べてもらった」とは何かということに疑問を持たなくてはならない。全くの身体疾患であることも多いからである。

Case study ⑥

45歳男性。毎日、プレッシャーを感じながら忙しく働いていた。同居している自分の父親が最近おかしいことを言うようになった。かかりつけの医師からは認知症かもしれないと言われた。妻の実家の母親も体調が悪い。子供は受験を控えている。妻がいろいろと面倒を見てくれているが、自分は休日も忙しくて手伝えないので、最近は何となく夫婦間もぎくしゃくするようになった。

そんな折、上司からインドネシアへの赴任を言い渡された。それも2ヶ月後に行ってくれという。海外赴任を命じられることは、最近の出張の多さからなんとなく分かっていたが、2ヶ月後では準備が大変だ。

もちろんこれまでの経緯から、赴任を断るわけにはいかない。準備するにあたって優先順位をどうするか悩んだ。家族のことも気になる。その頃から、頭痛、頭重感、腹痛が反復するようになった。身体もだるい。いつか治るだろうとタカをくくっていたが、いつまでも続くので会社の健康診断で指定されている大学病院にかかった。血液検査、CT、MRI、胃や大腸の内視鏡検査の結果は「異常なし」。医師は「ストレスでしょう」と痛み止めを処方し、そのまま同大学の精神科を紹介してくれた。

紹介された科の医師は、「うつですね。抗うつ薬と安定剤を飲んで下さい」とあっさり言った。そういえば、最近よく眠れない。これが「うつ」なのか、と半ば納得して服薬をしたが、その翌日ひどい吐き気とめまいに襲われた。副作用と思い、会社を休んで再診したところ、医師は吐き気止めとめまいに効く薬を出してくれた。しかし症状は改善しなかった。

体調が改善しないまま、赴任前の健康診断を受けることになった。何週間かたって結果が出た。ところどころに「要再検」と書かれていたが、病院など行っている余裕はなかつ

たし、産業医もまあ問題ないだろうと言ってくれたので、放っておくことにした。面談した本社の産業医とは初めての対面で、専門は外科だということで、大げさにされないよう精神科で薬をもらったことは言わなかった。

それより、頭痛と腹痛がとれない。そこに吐き気も加わって、だんだん出勤するのもきつくなってきた。「そうか、やっぱりうつか」と思った。

症状が改善しないということで、私（MD. ネット）のところを受診したのは、赴任直前だった。会社が加入している海外の医療管理会社だということで自分から相談をかけたのだった。

インドネシアへの出張を繰り返し、疲労はピークにあったので、元気もなかった。

- 諸検査で異常がない
- 頭痛、腹痛が続いている
- プライベートでも業務でも悩みが増えた
- 「うつ」が治らない

これが本人の自覚である。

しかし、検査結果を見せてもらい、症状の詳細を聞いているうちに疑問が生じた。

- 検査は通り一遍のもので、頭痛や腹痛にポイントを絞った検査ではなかったこと。
- だから精神的問題と言われた理由は、その検査結果に異常所見がみられなかったことだけであったこと。
- 赴任の件も含めて、家族のことも、本人の葛藤の原因となっている出来事はある程度想定されていたことであったこと。
- 「うつ」と言われたというが、うつ病の診断基準は満たしていないこと。

前医と連絡をとったところ、「診断はついていないが、とりあえず薬を出した」とのことであった。

本人には、赴任に対する不安もあり、妻に対して申し訳ないという気持ちもある。子どもの受験にも付き合ってもらえない。体調の悪さも気になっている。仕事はいつも通り

にがんばれているが、感情面も意欲面も今ひとつスッキリしていない。しかし、早朝覚醒などの不眠やボンヤリするような思考の抑制はなく、朝の気分はそれまでと変化はなかった。

一通り話を聞いた後、私はもう一度診断をし直すことにした。

「うつ」診断のピットフォール（落とし穴）

うつというと、「うつ病」をイメージすることが多い。しかし、メンタルヘルス不調、抑うつ状態は、心の問題だけでなく、知的な問題や身体疾患が原因であることもあり、もちろん正常な心理的反応であることも多い。

このケースの場合、精神科治療に入る前に、その身体症状について再考する必要があるがあった。最近は何かにつけて画像検査の所見を重視することが多く、バックグラウンドの把握が不十分であることが多い。

本人の父親は、若い頃から血圧やコレステロールが高く、血糖のコントロールも悪かったため、長年治療を受けていた。「最近おかしい」と家族が思ったのは性格変化、攻撃性の亢進や記憶障害で、どうやら動脈硬化が進み、脳血管性の認知症を発症した可能性があった。

本人も、健康診断では正常上限の血圧であったが、自宅では時々血圧が 170/100mmHg 以上となることがあり、総コレステロールは 250 程度であったが、LDL コレステロール（いわゆる悪玉コレステロール）が 180 以上と以上高値で、糖尿病の予備軍でもあった。

そして「うつ病」の診断基準は満たしていない。

難解かもしれないが、精神科でよく使われる診断基準を示してみよう。

【大うつ病エピソード (Major Depressive Episode)】

- A) 以下の症状のうち 5 つ(またはそれ以上)が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは、
- ① 抑うつ気分、あるいは
 - ② 興味または喜びの喪失である。

注：明らかに、一般身体疾患、又は気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。

1. その人自身の証言(例：悲しみまたは空虚感を感じる)か、他者の観察(例：涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
注：小児や青年ではいらだたしい気分もありうる
2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)
3. 食事療法をしていないのに、著しい体重の減少、あるいは体重増加(例：1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加
注：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ
4. ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
5. ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)
6. ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
7. ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または他者によって観察される)
9. 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B) 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C) 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D) 症状は、物質(例：乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：甲状腺機能低下症)によるものではない。

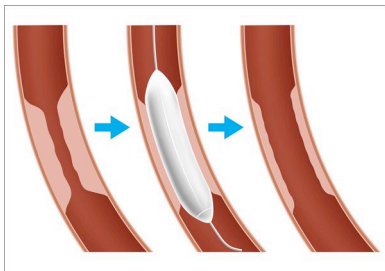
E) 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛するものを失った後、症状が2ヶ月を超えて続くか、または、著名な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

理解しにくいとは思いますが、これがいわゆる「うつ病」の診断基準である。

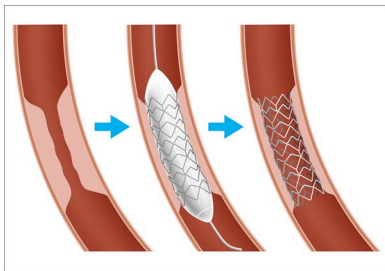
「身体的な異常がないにもかかわらず、身体症状が続く」＝「うつ病」というわけではない。また精神障害（診断は 400 以上もある）では、元気のない状態、原因不明の身体症状の持続はつきものである。

結局何だったのか？

私は、まずその場ですぐに行える心電図検査を行った。心電図は「ST 低下」という、狭心症の所見を示していた。それが頭痛や腹痛と直接関係がある場合もある。そこで、循環器科の専門医と連絡を取り、心臓カテーテル検査という、心臓を栄養する血管（冠動脈）の形態を調べる検査をお願いした。



通称「心カテ」は、多少大がかりで技術を要する検査であるが、日本ではどこでもできる検査だ。その結果、彼には冠動脈の狭窄（狭くなっていること）が分かり、ステント治療という物理的に冠動脈の狭くなっている部分を広げる治療をすることになった。友人の専門医は「早く分かって良かったね。インドネシアじゃできないかもしれないしね。」と言った。



その治療後、彼の頭痛、腹痛はうそのように改善した。ステント治療の技術はなくても、再発を防ぐための服薬や検査はインドネシアでも受けることができる。

それによって、赴任や家族に対する心理的な葛藤が消えることはなかった。しかし、ここで知って頂きたいのは、「異常なし」の曖昧さ、言葉が悪いが、いわゆる「いい加減さ」を知ること、バックグラウンドの把握の重要性である。

このように、精神科診断は、「身体症状でない」ことを確認しなくてはならない。それは容易ではないが、このようなケースは、精神科を受診する患者さんの数%に見られる。それが実態である。

ここ 2～3 年は、身体疾患を持つ海外赴任者が急増している。40 歳以上の赴任予定者の半数に生活習慣病が見られ、赴任後の悪化も急速である。生活習慣病にうつ病が合併しやすいことはよく知られた事実であるが、このようにメンタルヘルス不調であると思ったら身体疾患であったということもある。

もし彼がそうとは知らずインドネシアに赴任していたらどうなっていたらう。業務やポジションによっては、事業の展開に影響したかもしれない。

グローバル人材の必要条件は、健康が保てること（安定した業務継続力）、その上でパフォーマンスが発揮できること（高い業務遂行力）である。

そのためには「良い医師」「心身全体を診てくれる医師」「リスクを考えてくれる医師」にめぐり会うことも大切なことだろう。

また、会社側も、ただ「病院に行くように」「医師に診てもらおうように」ではなく、本人のバックグラウンドや今後のミッションも明確にし、医師との積極的なコミュニケーションにチャレンジしていくことは、海外事業を成功させるために、実に重要な戦術である。