

## 過労死・過労自殺と関連する個人や社会の要因

井上幸紀

大阪公立大学大学院医学研究科 神経精神医学

### 職域におけるメンタルヘルス不調者は増えているのか

過労死等とは、1)業務における過重な負荷による脳血管障害・心疾患を原因とする死亡、2)業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡、3)死亡には至らないが、これらの脳血管障害・心臓疾患、精神障害、と過労死等防止対策推進法第2条に定義づけられている。これらから、業務による強いストレスと心身の変調が過労死等認定の核となることは明らかである。

ではまず、職域における心身の不調者、特にメンタルヘルス不調者は増えているのか確認してみたい。大阪府下のデータではあるが、大阪産業保健総合支援センターが中心となり、2000年から2004年に職域に提出された精神疾患病名の休職診断書の枚数を2006年に468事業所から入手した(第1回調査)。同様に、2010年から2014年の枚数を2016年に274事業所から得た(第2回調査)。それらの調査検討が行われている<sup>[文献1][文献2]</sup>。全く同じ事業所が参加したわけではなく従業員数250人以上など一定規模の事業所からのデータではあるが、100事業所換算での休職者数の推移として、2000年から2014年の15年間で精神障害により休職した労働者数は6.4倍、うちうつ病・抑うつ状態などの診断書は8.2倍となっている。これには純粋な患者数の増加だけではなく、「うつは心の風邪である」のような啓発活動による精神疾患診断名の増加や、労働者初診先の70%は内科など非精神科であるということもあり、啓発活動により非精神科医が精神疾患を(特にうつ病と)診断することに対する抵抗が低減したことによる診断名の推移(過少診断から過剰診断へ)も一部関与していると考えられる。何れにせよ、職域において精神疾患病名、特に

気分障害(うつ病等)の診断書は急増しているという認識は必要である。

### 職域のストレス要因とその変化

職域でメンタルヘルス不調者が増加している理由の一つとして、職場のストレスや、社会環境等ストレスの変化が考えられる。職場のストレスと病気の関係については、米国国立労働安全衛生研究所(NIOSH)からNIOSH職業性ストレスモデル(図1)が提案されている。医師が対応するのは主にその中のストレス反応の部分(心理的反応としての抑うつ、悲しみ、怒りなど。生理的反応としての血圧上昇、不眠、食欲不振など。行動上の問題として勤怠の悪化、人間関係の悪化、ミスの増加など)や、それらが悪化した状態である病気(ストレス関連疾患:表1)となり、そこに過労死等が深く関連すると考えられる。NIOSH職業性ストレスモデルを念頭におくと、労働者のこれら症状や疾病を考える時に、その背景ストレスである職場要因(物理的環境、役割葛藤、役割の曖昧さ、グループ内・外の対人葛藤、仕事の将来見通し、仕事への影響力、仕事量、仕事量の変動、責任の重さ、技能が活用されているか、常に仕事に注意が必要かなど)、職場外要因(家庭要因として夫婦関係、子供や親、経済状態など。社会要因として気候、風土、文化など)、個人要因(年齢・性別、飲酒・喫煙などの習慣、仕事の慣れ、運動習慣、性格・認知傾向、基礎疾患の



図1 NIOSH 職業性ストレスモデル概略

有無、ストレス対処方法、治療意欲など)、緩和要因(上司、同僚、家族による社会的支援)などを全体として理解することが、労働者への全人的対応に結びつくとともに、ストレス関連疾患発症の防止、ひいては過労死等の予防にも関連すると思われる。

社会の変化に伴う職域ストレスの変化もまた重要である。前述の大阪産業保健総合支援センターが中心となった研究結果を踏まえ、職域でメンタルヘルス不調が増えていることに関し産業医等にその理由をヒアリングした結果では、大きな要因の一つとして情報化社会の到来が挙げられた。確かに調査を開始した2000年ごろ、携帯電話やインターネットなどが急激に普及している時期と、メンタルヘルス不調の増加は同じタイミングであった。以下のような話が複数の産業医から語られた。情報化社会の到来は元来生活を便利にし、人を幸せにするものと考えられている。一方、あくまで例ではあるが、携帯電話の普及を考えると、以前の固定電話が中心の社会では外出先や旅行先の相手に連絡を取るのには困難であったが、携帯電話の普及でこれが容易になっている。このことは便利ではあるが、夜間でも海外等旅行中でも仕事の連絡が取れることでもあり、仕事とプライベートの区別(ON-OFF)がつきにくくなった。また、インターネットの普及により、これまでは日本国内だけで対応していた株や為替などが、日本市場が閉鎖した後はヨーロッパ市場やアメリカ市場でも取引ができるようになった。しかも携帯電話でも取引ができることから、語学に堪能でインターネットを

利用する個人(職場単位ではなく)が大きな収益を上げることが可能となった。そのため、若くして仕事に没頭し大きな収益を上げる個人がいる一方、大きな損失を出す若者や、パソコンが苦手などで仕事ができないものも出てきた。以前であればミスや失敗があってもチームとして支えあっ

### 精神障害

- 気分障害 : うつ病性障害
- 物質関連障害 : アルコール関連障害、ゲーム依存
- 不安症 : パニック障害
- 適応障害

### 心身症

- 神経系 : 片頭痛、筋収縮性頭痛
- 循環器系 : 狭心症、心筋梗塞、本態性高血圧、不整脈
- 呼吸器系 : 気管支喘息、過換気症候群
- 口腔・消化器系 : 口内炎、消化性潰瘍、過敏性腸症候群
- 内分泌・代謝系 : 肥満症、糖尿病、甲状腺機能亢進症
- 眼科・耳鼻咽喉科領域 : 原発性緑内障、咽喉頭異物感症
- 骨・筋肉系 : 関節リウマチ、痙性斜頸、腰痛
- 皮膚系 : 神経性皮膚炎、円形脱毛症、慢性蕁麻疹
- 泌尿器・婦人科領域 : インポテンス、神経性頻尿、無月経

表1 ストレス関連障害の例

- (大項目) ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分  
興味、喜びの著しい減退
  - (小項目) 体重、食欲の変化  
毎日の不眠や睡眠過多  
イライラや、頭が真っ白な状態  
疲れやすく、意欲が減退  
自分を責める気持ち  
思考力や集中力の低下  
自殺への思い、行動
- 大項目を含めて5項目以上を2週間以上継続して認める

表2 うつ病の診断基準概略(DSM-5)

たり、終身雇用などで会社が対応してくれたこともあるが、現代社会ではそれも期待できない。その結果、過剰適応(働き過ぎ)や不適応(ドロップアウト)など、さまざまな要因によりうつ病を含めたメンタルヘルス不調となるものが増えていると考えられた。産業革命に匹敵すると言われていた情報化社会の到来という急激な社会の変化は、労働者にも大きなストレスを生じさせていると考えられる。

### 職域のうつ病

ストレス関連疾患として、精神障害では労働者で最も多くみられる気分障害、特にうつ病に焦点を絞って考えてみたい。うつ病の診断基準(DSM-5)概略を表2に示す。うつ病という診断は他の疾患を系統だって鑑別した後でつけられるべきであるが、DSM-5の診断は、診断基準9項目のうち大項目を含めた5項目以上が2週間以上あてはまり、対人関係や職業その他の重要な領域での障害をきたしていることによってなされる<sup>[文献3]</sup>。その重症度は軽症(診断基準9項目のうち、5項目を概ね超えない程度に満たす場合で、症状の強度として、苦痛は感じられるが、対人関係上・職業上の機能障害はわずかな状態にとどまる)、中等症(軽症と重症の中間に相当するもの)、重症(診断基準9項目のうち、5項目をはるかに超えて満たし、症状は極めて苦痛で、機能が著明に損なわれている)と規定される。

うつ病治療の基本は休養と服薬である。まず治療環境や期間について考えてみると、就労など日常生活を継続しながらの外来通院加療が可能なのか、休職を含めて日常生活における活動を制限した上で加療を行うのか、また休職期間をどの程度見積もるのかなどを検討する必要がある。就労者に就労継続の意欲が認められず休業を希望する場合や、職場で職務配慮が守れないなど病気の自己管理ができない場合、抑うつ病

分や多弁多動などの身体的・精神的症状が重篤で業務遂行に困難を認める場合などでは休業が望ましい<sup>[文献4]</sup>。その場合主治医は病気休業の診断書を作成することになるが、診断名や休業期間の記載で患者である労働者と意見が異なることも多い。患者は休業期間を短く(1週間など)希望することも多いが、休業開始当初は仕事の送りなどが気になって精神的に休息が取れず、復職直前は仕事の再開段取り(周囲への挨拶、送りを受けるなど)を気にしてやはり精神的に休養が取れない。そのため復職後早期に症状再燃し再休職を繰り返すことになり、本当に病気なのか、治るのか、などと病気や治療への疑念が生じる。数カ月単位での休業を設定することで精神的にも仕事から離れ、真の意味での休養が取れる場合は多く、これらの事情を事前に本人や家族に主治医から説明し納得を得たうえで比較的長期の診断書が作成されることも多い。またその時には、休業期間内に症状が改善したと主治医として判断できた場合には、早期に復職可能の診断書と書き差し替えることもできると伝えられる。ただ職場側の休業期間に制限があることは多く、スムーズな復職のためにも事前に休業可能期間などを確認しておく必要がある。また就労しながら外来で治療する場合は、気分障害患者、特にうつ病患者によく認める真面目で熱

<より精神疾患>



**薬物療法** (産業現場では行えないことが多い)

**精神療法** (認知行動療法・ストレスコーピング他) :

浮かぶ思いと違う考え方を検討 (認知再構成法)

うつ状態: 俺はダメだ、みんなに迷惑

不安状態: 失敗したら、嫌われたら

後悔しない合理的判断の支援 (問題解決技法)

仕事で今をどう乗り切るか、合理的思考

ストレス対処指導

課題優先対処・感情優先対処・回避優先対処等のバランス

マインドフルネス (今この瞬間を大切に)

**職場環境調整**

職場要因・緩衝要因・職場外要因・個人要因など

<より不適応症状>

図2 職域における治療や対応概略

心な性格を勘案し、細かい判断や大きな責任を伴う業務や臨機応変な対応が求められる業務よりは、自分のペースで行える作業を設定するなどの配慮が望ましい。

真に休息の取れる治療環境が定まれば、主に薬物療法と精神療法を併用して医学的な治療を行うことになる(図2)。うつ病そのものの投薬治療の基本は労働者であるなしに関わらず同じである。うつ病に対する薬物治療の代表的なアルゴリズムのひとつとして精神科薬物療法研究会が作成したものなどがあるが<sup>[文献5][文献6]</sup>、今回は割愛する。労働者に投薬する場合、人前での服薬を嫌がる場合、就労内容に影響する場合もあり、副作用の種類や(眠前投与可能など)服薬回数やタイミングなどにも主治医は配慮を行う。休職者が復職時に減薬を希望することもあるが、家庭静養環境から就労環境に新たに適応することにもエネルギーを要するため、仕事に慣れるまでは同量での服薬継続が望ましい。また減薬と労務負荷増強が重なると症状悪化のリスクとなるため、症状安定後、減薬と労務負荷の増強は時期をずらして行うように職域との連携が望ましい。服薬継続は病気が治っていない証拠というような上司(時には本人自身も)の場合、時期尚早の治療中断に結びつくことも多い。このような状況でうつ病が再燃再発したり、過労状態に陥ることも多い。高血圧や糖尿病のような慢性疾患では服薬しての就労継続は通常のことであるように、うつ病についても慢性疾患として長期に治療を継続する病気との認識が本人にも職域にも必要である。なお、職域を中心とした本稿では中等症及び重症のうつ病対応については成書に譲る。またうつ病に対する精神療法については次項心身症への対応も含め、代表的な精神療法の一つである認知行動療法について別項で述べることにする。

### 職域の心身症

表1にも示したが、ストレスは精神面だけではなく、さまざまな種類の体の不調(心身症)としても現れる。ストレス性の身体の疾患として、胃潰瘍、口内炎、下痢、円形脱毛症などを思い浮かべることが多い。しかし、狭心症などの循環器疾患、

糖尿病や甲状腺疾患などの代謝内分泌疾患、関節リウマチなどの整形外科疾患まで含まれることへの理解は少ない。ストレスがかかるとストレスホルモンと言われるもの(コルチゾールなど)が増え、そのホルモンが影響して狭心症や糖尿病など様々な身体疾患が発現したり、様々な持病が悪化することが起こりえるのである。労働者本人がストレスに関連した様々な心身症について適切に理解することが健康的に就労継続することに関連する。またこれら持病のストレスによる悪化についてもストレス関連疾患として職場の安全配慮義務(労働契約法第5条:使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。)違反として労働災害に認定されることもあり得るため、職域もまた心身症を正しく理解し対応することが求められる。

人にはストレスによって不調が生じやすい体の器官が個人として決まっていると言われており(器官選択性)、ストレスが胃にくる人は仕事の問題でも家庭の問題でも胃が痛くなる。これを内科疾患として服薬で対応すると、次のストレス時に服薬していなければやはり胃の不調が生じ、服薬していれば胃の不調は薬で抑えられるが口内炎など別の部位に不調が生じ、新たにその治療を受けることになる。ストレスによる体の不調を“モグラ叩き”のように症状に合わせた投薬で対応すると、さまざまに症状が移り変わりなかなか治らない体の不調のために仕事に影響が生じたり、多剤併用による副作用が生じたり、最悪の場合、狭心症や心筋梗塞のように循環器系に症状が出た場合は命に関わる場合もある。過労や様々な身体疾患の不適切な理解や対応の延長線上に循環器疾患が生じ、いわゆる過労死に結びつくとも理解することも可能である。

身体症状があった場合、それがストレスと関連して生じることがあることを理解して本人も職域も対応することは重要である。対応の一つとして、ものの考え方の癖を理解してより適応的な考え方を獲得することが挙げられ、これは過労死等を予防することにもつながる。ただ、過剰適応に至るものの考え方(仕事は断ってはならない、私がやらなければならないなど)は仕事上では出世

につながるなど有益なものであることもある。労働者個人が自身の認知傾向について適切に理解し、より適応的な認知や行動に変化させることは健康の維持確保に重要となる。以下に代表的な精神療法の一つである認知行動療法について概略を記載し、労働者個人と職域が共通認識を高めることで、過労やそれに伴う心身の不調の予防に期待したい。

### 労働者への認知行動療法の概略

就労状況に個人の性格傾向や考え方の癖なども関連した結果、職場への適応問題からうつ病や心身症などの病気に至ることがある。職場への適応問題には大きく分けて不適応(仕事に合わせられない)と過剰適応(仕事に合わせすぎる)があり、不適応は本人の訴えも多くわかりやすいのであるが、過剰適応は本人にその自覚がなく仕事上はうまくいっていることから心身の不調が表面化しにくく、対応が遅れることがある。過剰適応では、「～でないといけない」「～すべきだ」などという仕事に対して適応的な思いが過剰となり、仕事や人間関係などさまざまなストレスを抱え込んでしまう。その結果、様々な心や体の不調を示すようになると考えられる。また性格傾向以外でも、気分が落ち込んだ場合、「みんなに迷惑をかけている」「私には価値がない」「病気は治らない」などと自然と浮かぶことが多く、この不適切な思考に左右された行動により就労継続が困難になったり、衝動的な行動にも結び付く。労働者に自然と浮かぶ考え、ただ周囲から冷静に見ると間違った考え、に早く気づき対応することが本人にも周囲にも求められる。

認知行動療法の技法一つ、認知再構成法では、自然と浮かんでくる考えが正しいとは限らないことを学び、本当にその考えが正しいのか、別の考え方がないのか、より合理的な考え方を医療者と一緒に検討する。すなわち、まず自分に自然と芽生えた感情(劣等感、怒り、など)に気づき、その感情が生じた状況(ミスをした、怒られるなど)について振り返る。その状況において、理屈とは関係なく思い浮かんだ考えによって感情が生じていることを理解する。自然と思ひ浮かんだ考えは、冷静な時に考えると全く違う別の考

えが浮かぶことも多い。そのように、同じ状況になっても違う考え方をし、生じる感情にも変化を起こさせるのである。例えば、仕事の納期に間に合わないと思ったときに、「納期が遅れると相手に迷惑をかけるに違いない」「出世に影響する」「ダメな奴と思われる」などと否定的な感情が自然に浮かび、「だから残業しないといけない」などと考え残業が長引くなど無理をしてしまう。このまじめな考え方はある意味いいことのように思われる。しかし、いい考え、適応的な考えであっても極端になると、胃潰瘍やうつ病などのストレス関連疾患になる。病気にならない対応を考える必要がある。状況を冷静に考えると、「最初から量が多くて無理な仕事だった」「自分一人の責任ではない」「納期に遅れたことがあっても出世した人は多い」「何かあったら相談すると上司が言っていた」「同僚は相談してもダメな奴とは思われていないし、上司からうまく相談したことを評価されていた」「体を壊して辞めていった人がいたが、それでは元も子もない」などと冷静に考えることができれば、「相手や上司に相談する」「過度な残業はしない」「自分を責めない」などの適切な行動に結びつくことも多い。まじめで熱意のある人は「～にちがいない」「～でないといけない」などと考えて行動しやすく、うまくいかなかった時には「自分のせいである」「大きなミスである」「取り返しがつかない」などと考えやすいようである。考え方を考えることで不安などの感情が全くなくなるわけではないが、考え方を考えることで少しでも不安などの感情が軽減することを理解し、様々な考え方を行えるようにすることは長く働くうえで重要な考え方や態度となる。

考え方の偏りの問題ではなく、大きな借金がありその支払期間が迫っているなど、事実として困った状況になることもある。考え方の偏りが少ない場合には認知再構成法ではなくブレインストーミングという考え方の整理方法が使われることがある。①何が問題か明確化する、②対策案をできるだけ多く自由に考える(少しでも支払う、支払いを延ばしてもらおうように頼む、条件の悪いところからでも借り換える、支払わない、逃げるなど)、③各々の方法の長所短所を具体的に検討し、ゼロか百かではなく、点数をつける、④一番

点数の高いもの(いいと思うもの)を実行する(利点も欠点もあることを理解したうえでその時点で最も望ましい行動をとる)⑤行動と結果を再評価する(上手いかないことがあっても欠点があることは理解していたはず。もし検討が甘かったのであればそれを踏まえて再度最初から検討する)、という手順を踏むことにより、たとえ上手いかなくとも後悔を減らすことができ、抑うつ気分や心理的疲弊を軽減できることがある。

これら認知行動療法的対応にはコツがあり時間がかかるため、実施になれた心理スタッフなどによって適切に行われることが望まれる。また複雑な精神症状の場合は専門医や心理士が対応することが望ましく、適切な連携が求められる。

### 労働者への認知行動療法の主治医からみた課題

主治医としては疾病性を改善し、就労状況に合わせた投薬、職場を考慮した認知パターンの修正などを行い、適切な就労環境設定に関与したいという気持ちは強い。しかし、国が出す様々な指針や手引きを理解していても、各々の職場には各々の労務規約があり、また個別の職場環境が存在する。そのため、認知行動療法などでは医療と職域が十分に連携しておかないと治療がうまくいかなくなることも多い。すなわち、主治医としてよかれと思った認知行動療法的アプローチであっても、実際の職場の現実とそぐわなければ治療で行った認知の修正(再構成)が適切に活かされず、復職に伴い元の認知的傾向に戻り再発してしまうことも多い(燃え尽きて抑うつのようになった労働者に無理をしないように理解させても、良くなったからと職場が労働者に以前同様の労務負荷をかけ、責任感からそれを受けて結局前回同様に燃え尽きてしまうなど)。このように、主治医、本人、家族、職場、時にはリワーク担当者など、患者に対応する関係者が増えるほど統一した対応が困難になる。特に回復過程では、方向性は同一でも、時点時点での実際の判断(Go かStopか)に差が生じ、労働者が混乱することは多い。治療により生じた認知傾向などの変化を関係者全員が共有することは、患者が混乱することを防ぎ、再発予防にも関連する。

ではどうやって医療と職域が連携するのが課題となる<sup>[文献7]</sup>。ここでは国の指針や手引きの理解が重要な役割を果たす。メンタルヘルスに関連する指針や手引きとして最初に出されたものとして2000年の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」がある。最初に出された指針でもあることからその内容は、組織におけるメンタルヘルス不調に対応する体制をいかに構築するのか、に主眼が置かれており、その中心をなすのが「4つのケア」<sup>[文献8]</sup>である。「4つのケア」とは、1)セルフケア、2)ラインによるケア、3)事業場内産業保健スタッフ等によるケア、4)事業場外資源によるケア、の4つである。一つ一つのケアを充実させながらも一つのケアで抱え込むのではなく、4つのケアが連携し対応することを求めている。主治医による治療行為は4)事業場外資源と労働者本人の1)セルフケアの直接関係と考えられるが、労働者は主治医に相談したうえで主治医4)から3)事業場内産業保健スタッフに、そして2)ラインに指示指導などの影響を及ぼすことで、職域にまで主治医の意見を浸透させることが可能になり、ひいては治療にも結びつくと考えられる。労働者や主治医と職場が連携することは、労働者の疲弊やそれに伴う心身の不調の改善に大きな意味を持つ。

### コロナ禍による職域の変化と懸念

2019年末からコロナ禍が波を打ちながら継続している。コロナ禍以前から在宅勤務を含む働き方改革が既に検討されていたこともあり、在宅勤務やリモートワークなどが急速に広まった。2020年当初はその長所(通勤不要、感染防御、ワークライフバランス向上など)や短所(在宅勤務体制の不備、ラインケア不足、孤立化など)が取り沙汰されていた。時間とともに個人も会社も適応的に変化し、在宅勤務等の短所は改善しつつある。一方、個人として在宅勤務等の好き嫌い、会社として職種としての在宅勤務等の適否、国の方針としての感染防止と経済活性化のバランスなど多様な因子があり、在宅勤務等を今後も継続するのか、してほしいのかについては意見が分かれている。社会的変化が生じて時間が経つにつれ、非正規雇用、若年者、女性などが心的

疲弊、具体的困難に直面化しやすく、就労者では飲食・旅客・医療職など特定業種の疲弊が強くなるなど、特定の対象に大きな困難を認めるようになっており、対象を絞った対策が望まれている<sup>[文献9]</sup>。

過去には情報化社会の到来という急激な社会構造変化により、メンタルヘルス不調者が急増した可能性を指摘した。今回のコロナ禍も、健康及び働き方に大きな社会変化をもたらしており、様々な職域のストレスの変化は過労やそれに関連するところや体の病気に結びつき、過労を含めた心身の不調者がさらに増える可能性がある。またその状況は時間がたつにつれ刻一刻と変化していくことに注意が必要である。日本ではこれまで失業率と自殺率に極めて深い相関があり、COVID-19までは失業率は低下し自殺率も低下していたが、今後は過労を含めて心身の不調が増加するとともに、失業率が増加し自殺率も上昇することが危惧されている。社会レベルでの経済不況、継続する好まざる報道、医療受診制限、地域レベルでの対応力低下、個人レベルでの不安や絶望感の増強など、様々な要因で自殺リスクが増加するため、積極的な自殺予防対策が必要である<sup>[文献10][文献11]</sup>。

## おわりに

この原稿は、令和4年9月10・11日の第8回過労死防止学会大会(京都)においてシンポジストとして講演した内容を後日まとめたものである。本講演に特記すべき利益相反はない。貴重な機会を与えていただいた粥川裕平先生をはじめ過労死予防学会の皆様、座長の労をお取りいただいた古川拓先生、天笠崇先生、シンポジストとしてご一緒させていただいた江口尚先生、清山玲先生に御礼申し上げます。

## 文献

- 1 伯井俊明、井上幸紀、鍵本伸明、ほか。精神障害による休職からの職場復帰体制の現実と課題?10年前との比較検討を含めて?。労働者健康福祉機構大阪産業保健推進センター報告書;2016年3月
- 2 岩崎進一、出口裕彦、井上幸紀。職域のメンタルヘルス不調における最近の知見。産業医学レビュー 2018 31(2) 129-151
- 3 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., 2013; Washington, DC, (高橋三郎, 大野裕監訳, 染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, 三村将, 村井俊哉訳: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル。東京, 医学書院, 2014)。
- 4 井上幸紀。11.精神。新改訂・病気をもちながらどこまで働けるか-疾病と就労の臨床判断-(臨床病理レビュー 特集 第146号)。堀江正知, 萩原聡, 圓藤吟史(著, 監修) 159-171。宇宙堂八木書店。2010。
- 5 精神科薬物療法研究会/編。気分障害の薬物治療アルゴリズム。じほう。東京。2003.5。
- 6 井上幸紀。うつ病の労働者への対応。臨床精神薬理 21: 1307-1315, 2018。
- 7 井上幸紀。4つのケアを念頭においた職域との連携。精神経誌。2021; 123(2): 81-86。
- 8 厚生労働省。労働者の心の健康の保持増進のための指針。厚生労働省 独立行政法人労働者健康福祉機構;2017。https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeniseisaku/0000153859.pdf (2022年10月30日アクセス)
- 9 井上幸紀、片上素久、後藤彩子。COVID-19とメンタルヘルス。呼吸器内科。2021; 40(4): 383-388。
- 10 太刀川弘和。新型コロナウイルス感染症と自殺。産業精神保健。2021; 29:24?28。
- 11 Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, et al. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 2020; 2020; 19: 294-306。