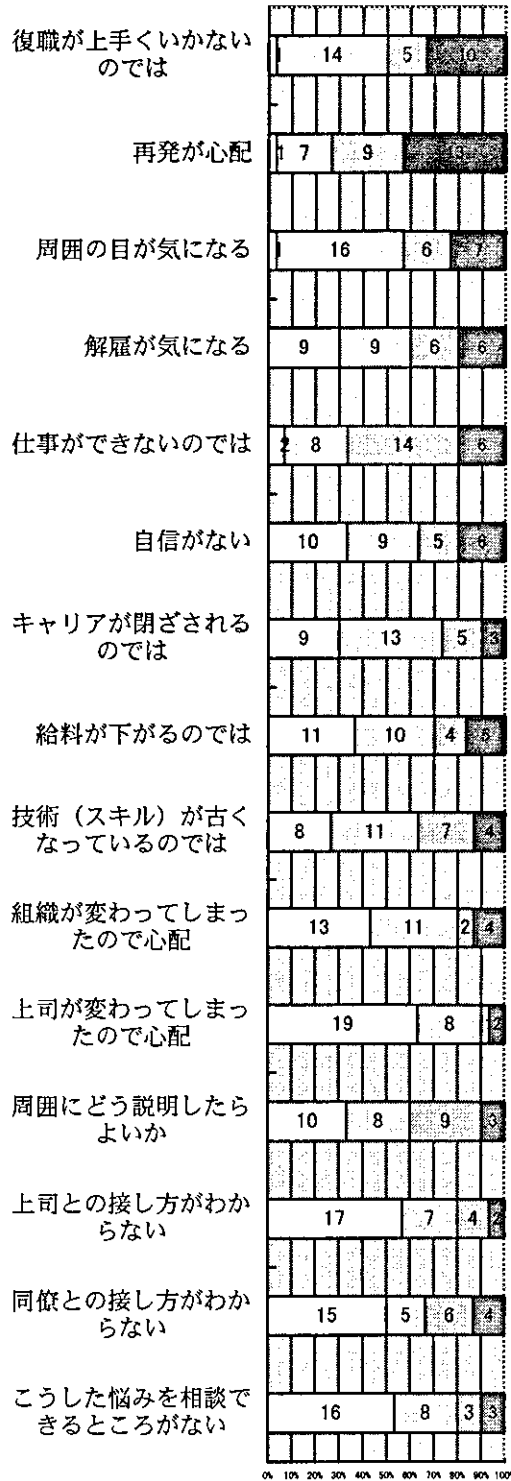
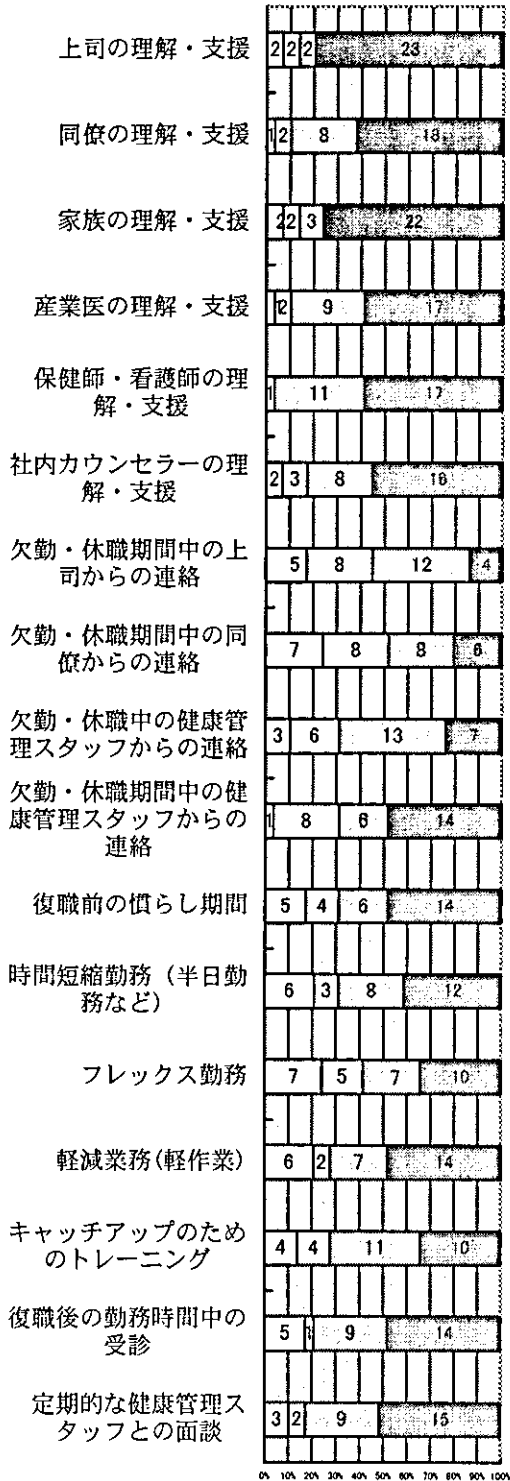


図12 休業中の悩み



心配していない 多少心配している
 かなり心配している 非常に心配している

図13 復職支援について



不必要 あまり必要ではない
 多少必要 非常に必要

アンケート調査へのご協力をお願い

このアンケートは、厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究事業「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」の一環として行われるものです。

昨今、うつ病などのこころの病で休業する労働者が増えています。休業した労働者が職場に復帰する際には、様々な配慮が必要であると思われませんが、現実には、どのようにしてよいのか分からず、試行錯誤されている管理者や人事の方が多いようです。

この調査の目的は、休業された労働者への復職支援のあり方を検討する上での基礎資料を提供することです。この調査結果は、厚生労働省に報告することになっていますが、行政や事業所において活用されることを期待しています。

調査の対象者は、精神科・神経科・心療内科などの医療機関に通院中の方で、過去1年間のいずれかの時期において1カ月以上休業した方です。現在休職中の方も含まれます。

無記名調査ですので、プライバシーは保持されますので、皆様方にご迷惑をおかけすることはありません。

誠に恐縮ですが、調査へのご協力をお願い申し上げます。

東京経済大学
島 悟
(精神科医)

下記の質問にお答えください。

1. 年齢：（ ）歳
2. 性別（1. 男性 2. 女性）
3. 結婚歴（1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. 死別）
4. 最終学歴（1. 中卒、2. 高卒、3. 専門学校・短大卒、4. 大卒、5. 大学院卒）
5. 会社の業種（具体的にお書き下さい）

6. 従業員数：約（ ）人
事業所の人数：（ ）人
7. 転職回数：（ ）回

8. 現在の会社での就業年数：（ ）年

9. 職種

- (1) 営業職、(2) 事務職、(3) 技術職、(4) 技能職、(5) 研究開発職、(6) その他（具体的にお書き下さい）

10. 職位

- (1) 一般、(2) 係長格、(3) 課長格、(4) 部長格

11. 過去1年間の休業日数

（ ）日

12. 過去1年間の入院日数

（ ）日

13. 復職されている場合は、復職後現在に至る期間

（ ）月・週

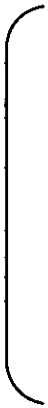
14. 休業中に、復職について、どのようなことで悩まれていますか、あるいは悩まれていましたか。

下記の各項目に関して、①心配していない、②多少心配している、③かなり心配している、④非常に心配している、のいずれかに○をつけてください。

①心配していない ②多少心配している ③かなり心配している ④非常に心配している

- | | |
|---------------------------|-------------|
| (1) 復職がうまくいかないのではないか | (① ② ③ ④) |
| (2) 復職後の再発が心配である | (① ② ③ ④) |
| (3) 職場の周囲の目が気になる | (① ② ③ ④) |
| (4) 解雇が気になる | (① ② ③ ④) |
| (5) 復職しても仕事ができないのではないか | (① ② ③ ④) |
| (6) 復職する自信がない | (① ② ③ ④) |
| (7) キャリアが閉ざされるのではないか | (① ② ③ ④) |
| (8) 給料が下がるのではないか | (① ② ③ ④) |
| (9) 技術（スキル）が古くなっているのではないか | (① ② ③ ④) |
| (10) 組織が変わってしまったので心配 | (① ② ③ ④) |
| (11) 上司が変わってしまったので心配 | (① ② ③ ④) |
| (12) 周囲にどのように説明してよいか分からない | (① ② ③ ④) |
| (13) 上司との接し方が分からない | (① ② ③ ④) |

- (14) 同僚との接し方が分からない (① ② ③ ④)
- (15) こうした悩みを相談できるところがない (① ② ③ ④)
- (16) その他 (自由にお書き下さい)



15. 復職（欠勤・休職期間中を含む）について、どのような支援があればよいと思いますか？下記の各項目に関して、①非常に必要、②多少必要、③余り必要ではない、④不必要、のいずれかに○をつけてください。

①非常に必要 ②多少必要 ③余り必要でない ④不必要

- (1) 上司の理解・支援 (① ② ③ ④)
- (2) 同僚の理解・支援 (① ② ③ ④)
- (3) 家族の理解・支援 (① ② ③ ④)
- (4) 産業医の理解・支援 (① ② ③ ④)
- (5) 保健師・看護師の理解・支援 (① ② ③ ④)
- (6) 社内カウンセラーの理解・支援 (① ② ③ ④)
- (7) 欠勤・休職期間中の上司からの連絡 (① ② ③ ④)
- (8) 欠勤・休職期間中の同僚からの連絡 (① ② ③ ④)
- (9) 欠勤・休職期間中の健康管理スタッフからの連絡 (① ② ③ ④)

*健康管理スタッフとは産業医・保健師・看護師・カウンセラーなどです。

- (10) 欠勤・休職期間中の健康管理スタッフとの面談 (① ② ③ ④)
- (11) 復職前の慣らし期間 (① ② ③ ④)

*実際に通勤できるかどうか、会社に行ってみるなどであるが勤務ではない

- (12) 時間短縮勤務（半日勤務など） (① ② ③ ④)
- (13) フレックス勤務 (① ② ③ ④)
- (14) 軽減業務（軽作業） (① ② ③ ④)
- (15) キャッチアップのためのトレーニング (① ② ③ ④)

(16) 復職後の勤務時間中の受診

(① ② ③ ④)

(17) 定期的な健康管理スタッフとの面談

(① ② ③ ④)

(18) その他 (自由にお書き下さい)



3. 職場不適応における職場復帰支援

主任研究者 島 悟（東京経済大学経営学部）

3. 職場不適合における職場復帰支援

主任研究者 島 悟

1. はじめに

「職場不適合」というのは、職場という環境における「ヒト」と「環境」との適合不全状態を指し示す言葉である。昨今問題となっている「引きこもり」やNEETは社会との全般的な適合不全状態である。「職場不適合」や「職場不適合症」なる用語は、後述するように、職場の健康管理を担当する産業医が、就業上の問題を呈する従業員に対する精神医学的対応を考える過程でカテゴリー化したものであるが、前者は状態像、後者は診断カテゴリーと考えられる。

2. 「職場不適合」概念について

職場不適合および職場不適合症についての系統的な概念としては、古くは小沼によるものがある。小沼は、職場不適合を職種の労働負荷（質量の不適合）、職場環境（物理、化学的、人間関係）、個人の体質、素質（性格、知能、性、年齢など）、個人の私生活環境（家族関係、生活経済、生活時間など）の関数によって発症する状態像であるとし、臨床的にとらえられる症状を呈したものを職場不適合症と定義づけた。

「職場不適合」は職場の様々な側面に対してみとめられうる。通常、精神科臨床の場では、仕事の量、内容、人間関係といった面が注目されがちであるが、交代制勤務や裁量労働制などを主とする勤務形態はもとより、工場やオフィスにおける騒音、粉じん、化学物質、照度などの物理化学的環境や、作業姿勢、休憩のとり方などといった人間工学的側面においても、適合の問題は少なからず存在する。

夏目らは、「職場要因の変化に対して個人の適応力不足のために、就業に関する不安、焦燥、恐怖感が高まるか、あるいは仕事面に関してのみ抑うつ的となる部分的抑うつ症状を呈して、職場適合が困難となり受診するに至った場合」に限定して、職場不適合症の分類をした。そこでは、精神病や身体障害に起因する二次的な職場不適合例が除かれている。

小西は、夏目らの論考を踏まえながらも、個人の適応力不足をことさら強調することは避け、「職業生活に基因する状況因性、ないしは心因性の病態で精神医学的対応の必要なもの」と定義した。

中川らは、精神科外来の臨床の立場から、「DSM-III-Rの適合障害あるいは人格障害（傾向も含む）の診断を満たし、職場での社会心理学的ストレスを誘因とした職場での精神症状が顕著な例」を職場不適合として5類型に分類した。

夏目らの前掲論文の共著者でもある藤井は、「職場側の諸要因と個人側の諸要因との不都合により、職場適合が困難になり臨床事例になった例」と定義し、DSM-IVの適合障害に該当するとして

いる。

職場不適応症に関して、筆者らは、基本的にDSMシステムの考え方をもとにして考えている。すなわち他の精神障害のカテゴリーを満たす場合には適用しないカテゴリーとするのである。そうでないと、気分障害なり、不安障害なり、その発症に職場環境が関与することは、関与の程度の如何に関わらず、しばしばみられることであり、このカテゴリーを使用しようとする産業医・専門医によって拡大解釈される可能性があるからである。その場合には、職場不適応症の安易な使用が、ケースへの適切な対応および治療の妨げとなる危険性の高くなることを危惧するのである。

職場不適応症と類似している他の既存概念としては、逃避型抑うつと退却神経症がある。広瀬は、転勤や配置転換などに遭遇し、その状況変化が乗りきれない場合、比較的あっさり解決への努力を放棄して、抑制を主症状とする抑うつ状態に至る例を、逃避型抑うつと表現した。また笠原は、無気力、無関心、無快楽を主症状とし、強い不安、焦燥、抑うつ、葛藤などの主観的苦痛の体験を前景にもたない神経症類型を提案し、退却神経症と名づけている。退却神経症は、競争が不可避となるような状況からの退避であり、敗北を恐れて本業部分から降りる点に特徴があるのに対して、逃避型抑うつは、一度は競争に参加し恵まれた条件下では勝ちを手にしていながら、形成が不利となると勝負を投げ出し、あっさりと抑制を主体とする抑うつに逃避するものであるとされている。つまりはストレスフルな職場に適応できないわけであり、これらに該当する例の一部は職場不適応症に入ると考えられる。

上述したように、従前の定義によれば、職場不適応症は、DSM-IV-TRは概ね適応障害の一部に位置づけられると考えられる。DSM-IV-TRにおける適応障害 Adjustment Disorderは、「はっきりと確認できる社会心理的ストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヶ月以内に、情緒面または行動面の症状が出現」し、それは「臨床的に著しく、そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛、あるいは社会的または職業的（学業上の）機能の著しい障害のいずれかによって裏付けられている」ものと定義されている。障害が他の第1軸あるいは第2軸の基準を満たす場合には、この診断は用いられない。そのストレス因子（またはその結果）がひとたび終結すると、症状がその後6ヶ月以上持続することはない。ただし、ストレス要因が長期にわたって続く場合には、6ヶ月以上症状が持続しても、当診断は可能である。症状の持続期間が6ヶ月未満の場合を急性、6ヶ月以上の場合を慢性と特定することもできる。さらに下位分類として、抑うつ気分を伴うもの、不安を伴うもの、不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、行為の障害を伴うもの、情緒と行為の混合した障害を伴うもの、および特定不能に分類される。

このように職場不適応症はDSMでは基本的に適応障害の診断カテゴリーに入るものであると考えられる。しかしながら、この適応障害という診断カテゴリーは、周知のように最も議論の多いものの一つである。最近のDSMシステムは操作的診断基準として開発されており、ある理論に依拠した診断を排するという立場をとっている。しかしながら、適応障害は、ストレッサーによって引き起こされる精神障害という病因論的観点を導入している点で特異的であることは、DSM-IIIが作

成された当時から指摘されていた。しかし適応障害は、日本と同様に、米国でもステイグマを生みにくい病名ということで、頻用されている。

そもそもストレスと精神障害の関係は決して単純ではない。また適応障害は、操作的に、症状を基礎として閾値を設定した診断カテゴリーではないことから、誤用の生じる危険性も高い。さらに病態の持続期間をみるとDSM-Ⅲでは期間を明示せずに、ストレスが消失すれば病態が軽快するものとしているが、DSM-Ⅲ-Rでは症状の持続期間を6か月以内としている。さらにDSM-ⅣおよびTRでは、DSM-Ⅲ-Rにおいて限定された期間を延長している。すなわちストレスが消失後6か月以内としたのである。つまり慢性的・持続的ストレスを考慮に入れながら、同時にこの病名の過度の使用を制限しようという試みを行ったわけである。このように適応障害の診断カテゴリーはDSM-Ⅲ誕生の当初から様々な問題を包含しながら、多少の修正を加えて現在に至っている。しかしながら、臨床的意義があるからこそ現行の診断基準の中に生き残っていると考えられる。

3. 「職場不適応」概念の意義

職場不適応症という概念化は、精神医学において「職場環境」という変数を考慮に入れるものである。臨床医の多くは、医師以外の職種での経験を持っていないために、家庭環境や学校環境に比べて、種々の職場環境に関する情報が乏しく、イメージも貧困であるのが実態であろう。筆者は、家庭環境および学校環境に比べて、等閑視される傾向のある職場環境を、精神障害の発症要因、増悪要因、改善阻害要因、再発要因などとして十分に考慮することを臨床医に要請する意味で、この「職場不適応」および「職場不適応症」という考え方は重要であると考えている。

「職場不適応」および「職場不適応症」は、生物学的観点は言うまでもなく、症候学的観点や精神病理学的観点から提示されたものでもなく、職場の諸要素と本人の関係性に注視点を置き、いわゆる疾病性よりも事例性を重視したものである。こうした意味からも、「職場不適応」の表現を用いるにあたっては、職場と個人（労働者）が互いに歩み寄る余地がある状態であることを前提条件とすべきかもしれない。

4. 過剰適応および職場再適応

本人がどれほど意識しているかどうかは別として、他者からみると仕事や職場での役割にのめり込んでいて、必要以上に職場に適応しているようにみえる例がある。こうしたいわゆる過剰適応が心身症発症の主要な要因となり得ることが心身医学領域を中心に論議されてきた。しかしながら、「燃えつき症候群」の検討で示されているように、過剰適応が招く病態では抑うつ症状が前景に出ることが多い。過剰適応例は、それが破綻しない限りにおいては介入が困難であり、産業保健スタッフにとって対応が難しいといえるかもしれない。自分自身の精神健康に関する気づきを促す日頃の啓発活動が望まれる。

5. 職場不適應の職場復歸支援における留意事項

職場不適應者における復職支援に関する留意事項を以下に示す。

(1) アセスメントの重要性

職場不適應に限った問題ではないが、正しいアセスメントと診断が最も重要である。適應障害という用語には常に曖昧さがつきまとっている。統合失調症と診断される事例が長年適應障害や人格障害とされてきている場合があるが、こうした事例は決して稀ではない。一方、明らかに職場環境要因が濃厚であり、適正配置を心がけることが必要であると思われる事例が、薬物療法のみで何ら職場への介入がなされないまま、いたずらに休職・復職を繰り返している場合もある。また当該の労働者本人の適応力に難があるにもかかわらず、職場の問題として攻撃的な言動を繰り返すような事例もある。このように適應障害に関するアセスメントおよび診断は非常に慎重である。アセスメントには、直近の環境的要因だけでなく、ライフスタイル、社会的支援、対処行動、人格評価、生活史などを含めた包括的なアセスメントが必要である。

(2) 職場へのアプローチ

職場の物理的環境、職場の労務管理体制、職務内容、職務における裁量、シフト勤務などの労働形態、上司との関係を中心とする職場内の人間関係に関してアセスメントを行い、適應障害に関与することが明らかになった要因に対しては、適切な対応をとることが求められる。

このフローとしては、主治医からの助言にもとづいて、産業医が別途アセスメントを行って、産業医が、上司や人事労務担当者に勧告を行うことになる。この際には、できるだけ当該の労働者（および家族）、上司、人事労務担当者、産業保健スタッフが一同に会して論議を行って、職場環境の整備等に関してコンセンサスを得ておくことが大切である。

(3) 管理監督者などへの心理教育

特に上司を中心とする職場の関係者には、職場不適應に関する心理教育を行っておく必要がある。これも職場不適應に限ったことではないが、周囲の過度の配慮が当該の労働者には負担になることがよくある。またこの心理教育を行うことの意味合いには、必要なときには、産業保健スタッフが職場関係者に対してサポートするというメッセージも含まれているのである。

(4) 当該の労働者個人へのアプローチ

適應障害においては、本人の側の課題も存在することが多い、特に最近の若年労働者においては、適応力が低下している傾向があり、個人の側の課題の修正も合わせて行わないと再適応に失敗する可能性が減らない。適応力を増すことは必ずしも容易な課題ではないが、カウンセリングなどにより、ライフスタイル、ワークスタイル、対人関係、認知などにおける課題に気づいて、修正・変容することは可能である。

しかし当該の労働者個人へのアプローチは一義的には主治医の裁量の部分であり、産業保健スタ

ップと主治医との密な連携が必要である。

(5) フォローアップ

このフォローアップの重要性は、もとより職場不適應に限ったことではないが、以下に述べる点に関して特に留意が必要である。

第一は、診断の変更の可能性である。つまり職場不適應と診断していた事例が、その後の状態の変化にともなって、気分障害・不安障害など他の診断病名に変更されることがある。誤診ではなく、状態像の変化であり、こうしたことは日常臨床において、しばしば発生することである。

第二は、職場不適應の要因となった職場環境の修正に実効性があるのかどうかをモニタリングすることである。適正配置を行ったにもかかわらず、再度不適應になる事例は少なくない。上述のように個人へのアプローチは一義的に主治医の裁量部分であるが、可能な限り、このフォローアップの時期においても、主治医と密な連携をとって、環境および個人へのアプローチが連動しながら適切に行えることを志向すべきであろう。

(6) ミスマッチとキャリアカウンセリング

様々な検討・改善を行っても、最終的にミスマッチと考えられる場合には、積極的に配置転換を考えるべきであろう。さらに、当該の組織が合わないということであれば、組織外に出ること、つまり転職も視野に入れて考えるべきであろう。この際には、キャリアカウンセリング的視点に立ったアプローチが適切であろう。

6. 結論

ヒトは環境を選択できるわけであり、また環境を自分にとって都合のよいように変えることも可能である。同時に環境に適合しやすいように、環境への働きかけの仕方を変えて、自己変革することもできるのである。一方、環境の側も、従業員を選べるわけであり、同時に自らを変える努力も必要になることもある。「不適應」あるいは「不適應症」という言葉には、環境に無前提に適應することが望ましいことであるかのようなニュアンスがややもすると包含されているように思われる。もちろん双方向的な課題であるが、より主体的で自立した態度が必要ではないかと考えられる。

職場不適應およびキャリアカウンセリングに関しては、下記拙著を参考いただきたい。

廣 尚典、田中克俊、長谷川恵美子、島 悟：職場不適應、精神医学、42;1035-1040, 2000

大庭さよ、島 悟：職業上の危機、季刊精神療法、27,2001.

[協力研究者]

佐藤 恵美（産業精神保健研究所）

4. 残遺症状（後遺症状）における職場復帰支援

主任研究者 島 悟（東京経済大学経営学部）

4. 残遺症状（後遺症状）における職場復帰支援

主任研究者 島 悟

1. はじめに

精神障害による休職から職場復帰する労働者において、しばしば復帰が成功せず、労働者本人も周囲も不本意なまま、不完全な就労を続けている場合や、再度休職に入る例が少なくない。前者においては、健康管理の観点から考えても、病状の回復が不十分な労働者に労働を強いることは望ましくない。また十分に成果の出ない労働や、突発的な欠勤が繰り返される状況は、当該の労働者と職場関係者との間に緊張関係が生じて、双方に不信感が生じる危険性もある。職場側からは、「いつ休むか分からない状態では責任ある仕事を与えられない」ということになりかねない。一方、当該の労働者（および家族）は、「やりがいの持てる仕事を与えてもらえない。病人扱いされている」と考えたり、「まだ病状の回復が十分ではないので、職場でももっと配慮・ケアをしてもらいたい」と考えることもある。

こうした事例の一部には、残遺症状（後遺症状）を持つ精神障害が含まれている。本論では、残遺症状（後遺症状）を呈するうつ病を中心とする精神障害を持つ労働者の復職支援について検討する。

2. 残遺症状とは

そもそも残遺症状とは、病状が回復し、主要な中核症状が軽快あるいは消失した後も、一部の周辺症状が残存しているか、もしくは中核症状が軽度残存している場合である。こうした際に表現としては、「軽快」あるいは「寛解」という言葉を使用するが、「完全寛解」という言葉を使用して、「部分寛解」とは分けることもある。従前、残遺症状は、精神活性物質摂取後の問題やてんかんあるいは残遺分裂病を中心として検討されてきた。特に、「残遺分裂病」は、「精神分裂病の慢性状態の一型式であり、分裂病性残遺状態ともいう。急性期を脱した後、あるいは急性期と急性期の中間において、急性期の症状はほぼ消失するか、かりに持続してもほとんどその強度を失い、日常生活もおおむね支障なく遂行できるのに、なお情緒反応は貧困であり、対人関係においても円滑さを欠き、心理テストや面接状況では思考障害の残存があらわれるような状態をいう。ドイツ語圏の用語でいえば、欠陥分裂病あるいは分裂病性欠陥状態にほぼ相当する」とされている（精神医学辞典）。

残遺症状は、うつ病では、「慢性うつ病」、「遷延性うつ病」、「治療抵抗性うつ病」と一部が重なり、従前うつ病の「神経症化」と言われていたものにも一部相当する概念である。うつ病における残遺症状としては、軽度の睡眠障害、不安感、不快気分、イライラ感、軽度の意欲低下などがよくみられる。これらの症状は、うつ病挿話が持続しているとも考えられるが、残遺症状の背景要因と

して以下のようなことが考えられる。

(1) 不適切な生物学的治療

最も頻度の高い要因は不十分な薬物療法である。不十分な量の抗うつ薬が漫然と投与されていることが多い。また十分量の抗うつ薬が投与されているにもかかわらず、コンプライアンス（服薬遵守）が不良であるために、十分量の抗うつ薬が服用されていないこともよくある。うつ病の残遺症状の背景要因の一つは不適切な治療によるものであり、生物学的な問題である。

(2) うつ病の発症に関与した心理社会的要因

うつ病の発症に関与した心理社会的要因が依然として存続している場合である。例えば、個人的負債をかかえていて、借金返済を迫られるなど日常的にストレスを被る状況があると、うつ病の症状がなかなかよくなることはよく経験する。

(3) うつ病の経過中に新たに発生した心理社会的要因

うつ病の発症後に家庭や職場での人間関係や経済的問題が新たに発生することがしばしばあり、そのことがうつ病の遷延化に関与し、残遺症状の持続につながることもある。当然ながら、対応可能な要因にはアプローチをするものの、概してこうした要因の修復は困難な場合が多く、残遺症状がみられやすい。

(4) こころの傷

うつ病を発症したことで負い目を感じて、またうつ病により欠勤することで周囲の負担が増えるなどのことに対して自責的になる方が多い。うつ病に罹患することで生じる種々の心の傷の修復がどれくらいなされているのかがポイントになる。復職に一度失敗して、こころの傷が深まっていることもある。こういう際には適切な心のケア、カウンセリングを受けることが必要である。

3. 後遺障害とは

後遺症状とは後遺障害でみられる症状を示すものである。後遺障害は通常症状が固定した（つまり回復可能性が低い）ものを対象とするものであり、脳血管障害にともなう片麻痺や失語症がよく知られている。また交通外傷での後遺障害では種々の高次機能障害がみられる。精神医学領域で多く用いられているのは統合失調症であろう。急性期の幻覚妄想などの激しい症状が消褪した後、意欲発動性の低下や社会的活動性の低下などの持続することが知られている。「残遺型統合失調症」として統合失調症の分類にもあげられている。しかし統合失調症に限らず、他の非器質性精神障害にも同様の状態のみられることがあるが、精神科臨床では他の非器質性精神障害において後遺障害という用語はあまり用いられていない。

本来、気分障害などの非器質性精神障害は、主として統合失調症との対比において従前の機能水準に戻るものであり、再発を繰り返す可能性はあるものの、状態としてはいずれ寛解に至り、症状は消失すると考えられているからである。つまり主として統合失調症を除く非器質性精神障害においては、回復可能性を一義的に考える残遺症状という位置づけを想定するわけである。

労災認定業務では、この非器質性精神障害の後遺障害について詳細に検討されてきている。平成15年に厚生労働省より出された「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準について」のもととなった「精神・神経の障害認定に関する専門検討会」では、詳細な検討を行っている（以下括弧内は引用）。

非器質性精神障害の後遺障害の評価を行う上での基本的考え方として、以下のように述べられている。

(1) 障害認定の時期

「業務による心理的負荷を原因とする非器質性精神障害は、業務による心理的負荷を取り除き、適切な治療を行えば、多くの場合概ね半年～1年、長くても2～3年の治療により完治するのが一般的であって、業務に支障の出るような後遺症状を残すケースは少ない。しかし、症例によっては個体側要因も関係して2～3年の治療によっては完治に至らず症状が改善しないまま推移することもまれにはある」。

この記載によれば、多くの事業場において認められている休職期間である最長3年以内には、殆どの非器質性精神障害は完治して業務遂行上問題となることは殆どないとされているが、事業場において休職、復職を繰り返す事例では、復職している期間においても十分に労務を提供できないことは決して稀ではない。

「こうした非器質性精神障害の後遺障害の障害認定の時期、すなわち治ゆ（医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果がそれ以上期待し得ない状態で、かつ、残存する症状が自然的経過によって到達すると認められる最終の状態）とする時期をいつの時点におくべきかであるが、原則として各種の日常生活動作がかなりの程度でき、一定の就労が可能となる程度以上に症状がよくなった時期、換言すれば、もとの仕事に復帰できる場合はもとより、職種制限が相当な程度あるためにもとの仕事には復帰できないが他の仕事には就き得る程度に症状がよくなった時期とすべきである。」

この表現では、障害認定の時期は、「機能水準が日常生活は概ね問題なく、就業において一定の制限があるものの、ある程度の労務を提供できる時期」としているが、事例によっては、この機能水準になかなか達し得ない場合もある。言い換えれば、その場合は後遺障害の障害認定を保留にして、なお治療に専念すべきということになる。

「なお、後述する各種の日常生活動作に係る複数の判断項目にわたって「できない」と評価される等非器質性精神障害による症状が重篤で、日常生活にも大きな支障が生じ、療養が必要と認められる場合には、非器質性精神障害の特質上、なお将来において大幅に症状が改善する可能性が十分にあること等から、慎重に治ゆか否かを見極めるとともに、必要に応じて療養を継続すべきである。」

この部分では非器質性精神障害の回復可能性を確実に判断するのは困難であることが書かれている。実際、回復可能性が非常に乏しいと考えられる事例においても、予想以上に回復することもある。

「なお、一般的・平均的な療養期間を大幅に超えて療養してもそれ以上の症状に改善の見込みがないと判断される場合であって、就労がかなわないものの、日常生活はかなりの程度できる状態にまで回復している場合、非器質性精神障害の後遺症状としての意欲や感情障害等により「仕事に行けない」という状況をとらえて、労働能力の過半をそう失したと評価するのは適切とは考えない。現実に意欲や感情の障害等によって就労がかなわないとしても、次に述べる特別な場合を除いて、既に述べているように身体的能力は基本的に正常であり、精神活動能力についても意欲の障害等を除き概ね正常であるからである。」

意欲や感情の障害により、他の機能が障害されていないにもかかわらず、結果として労働能力が発揮できない状態と労働能力を喪失した状態とは異なるとしている。実際には、意欲の回復が困難な事例が少なくない。

非器質性精神障害の後遺障害としての精神症状として、特に気分障害関連では、以下の3項目の状態が取り上げられている。

① 抑うつ状態

持続するうつ気分（悲しい、寂しい、憂うつである、希望がない、絶望的である等）、何をするのもおっくうになる（おっくう感）、それまで楽しかったことに対して楽しいという感情がなくなる、気が進まないなどの抑うつ状態が持続している状態である。

② 不安の状態

全般的な不安や恐怖、心気症、強迫など強い不安が続き、強い苦悩を示す状態である。

③ 意欲低下の状態

すべてのことに対して関心が湧かず、自発性が乏しくなる、自ら積極的に行動せず、行動を起こしても長続きしない。口数も少なくなり、日常生活上の身の回りのことにも無精となる状態である。

以上のように、非器質性精神障害の後遺症状には多くの種類がある。実際問題として、遷延した症状と残遺症状との判別は甚だ困難であり、時間的経過で分けるのは便宜的すぎるものの、一般的な取り扱いとしては、たとえば上述の3年程度の時間で区切って考えざるを得ない。生活者を支える臨床的観点から言えば、障害の回復可能性は常に存在するのであり、決してなくなるものではない。

い。実際、長期にわたって徐々に回復する精神障害は決して稀ではない。

一方、働く者を支える産業保健的観点では、職場はあくまで「労働を提供する場」であり、短期的には、安定して、一定の労務を提供できない可能性の高い労働者に関しては、そうした予見にもとづいて、産業保健スタッフとして、事業場に対して、就業の可否および就業上の配慮等に関して助言・勧告を行うことになる。この場合には、現在および将来の病態を勘案した上で適切な職場や業務を事業場に進言することにも必要になろう。ところが実際の職場ではなかなか適切な業務が得られずに苦悩することが多い。

こうした事例においては、産業保健スタッフ、当事者（および家族）、管理監督者、人事担当者との十分な論議が必要である。この場合、もっとも注意を要するのは、その前提条件としての病態に関する情報開示であり、健康情報の開示に関しては個人情報保護の原則に則ることが求められる。

4. 残遺症状（後遺症状）の職場復帰支援における留意事項

(1) アセスメントの重要性

残遺症状（後遺症状）に限ったことではないが、正しいアセスメントと診断が最も重要である。特に、うつ病の残遺症状（後遺症状）については、判断根拠を明瞭に持つことが必要である。詳細な病歴はもちろんのこと、生物学的観点・心理社会的観点に立って十分に検討する必要がある。

特にうつ病等の非器質性精神障害においては、並存身体疾患、並存人格障害、重複うつ病を含む気分変調症の並存、アルコール等の摂取物質、治療薬物の影響などを総合的に判断する必要がある。

(2) 復職判断をめぐって

残遺症状（後遺症状）があるから復職が不適であるということではない。職務内容や職場の受け入れ状況による。たとえば運転手や危険作業従事者では、当面職務を変更するなどの対応が必要であるが、そうした一時的な職場が用意されるかどうかということに関わってくる。管理監督者自身が休職した場合には、復職時点では管理業務を免除することになることがあるが、職場の理解と対応が必要になる。つまり復職時点での職務内容などの条件によっては、残遺症状（後遺症状）がかなりあっても復職は可能である。逆に、復職条件としてあくまで従前の職務内容ということになると、残遺症状（後遺症状）が一定以上あると復職は難しくなる可能性もある。つまり、残遺症状（後遺症状）の程度（仕上がり程度）と受け入れ職場の状況（ハードルの高さ）によるのである。それゆえ、当該の労働者（および家族）、上司、人事労務担当者、産業保健スタッフが一同に会して論議を行って、復帰条件等に関してコンセンサスを得ておくことが大切である。

(3) 復職条件の設定について

(2)に引き続く問題であるが、復職条件をできるだけ明確に決めておく必要がある。労働時間、休憩時間、フレックス勤務の有無、時間外勤務、宿直、深夜勤務、出張、車両運転の可否などを決め

ておく。軽減業務を行う場合には、段階的に労働時間を長くし、負荷をあげていくプログラムを決めておく。最長3カ月程度にしておくほうがよいと考えている。同僚など職場関係者との軋轢の発生をなるべく抑えたいと考えるからである。

(4) 管理監督者などへの心理教育

特に上司を中心とする職場の関係者には、残遺症状（後遺症状）に関する心理教育を行っておく必要がある。軽減業務等の与え方、負荷が適切であるかどうかの評価などモニタリングの方法などに関して十分な情報・技術を提供することが重要である。

(5) 産業保健スタッフ・管理監督者・労務人事担当者と主治医・家族との連携

残遺症状（後遺症状）のある事例は、病状の再燃、再発の可能性が残遺症状（後遺症状）のない例に比べると高いことが想定されるので、通常的事例以上に周囲のモニタリングを強化する必要がある。

(6) 当該の労働者個人へのアプローチ

当該の労働者自身にも、残遺症状（後遺症状）にともなう再燃・再発のリスクに関して、十分に認識を持ってもらう必要がある。しかし当該の労働者個人へのアプローチは一義的には主治医の裁量の部分であり、産業保健スタッフと主治医との密な連携が必要である。

5. 結論

残遺状態・後遺症状の状態にある事例への対応を考えた。こうした事例への対応では、多面的考慮にもとづく多面的ケアが必要である。しかも個別性が非常に高いために、ケアする側には、高度の専門性とエネルギーが必要である。しかし現在の医療体制および産業保健体制では、なかなかそうした営みを保障するのは困難である。限られた資源の中で、最善を尽くすべきである。

[協力研究者]

佐藤 恵美（産業精神保健研究所）

5. うつ病における職場復帰支援

分担研究者 尾崎 紀夫 (名古屋大学大学院医学系研究科・細胞情報医学専攻・
脳神経病態制御学講座・精神医学分野)

5. うつ病における職場復帰支援

分担研究者 尾崎 紀夫

I 職場復帰を踏まえたうつ病の治療

うつ病は生涯発症率が約15%と頻度が高い上、心筋梗塞、悪性腫瘍と並び大きな社会的負担をもたらす疾患とされている。例えば、米国の1990年時点での調査では、うつ病の社会的負担が43.7億USドルに達していると試算されている。しかも、うつ病がもたらす社会的負担のうち、自殺や休職による生産性の低下などの「間接費用」が71.6%と診断や治療にかかる「直接費用」を遥かに上まっており、心筋梗塞等身体疾患において「直接費用」が大きな割合を占めるのと対照的である。

また、本邦での現状を振り返ると、年間自殺数が1998年以来三万人を突破したまま現在に至っているが、自殺者の少なくとも半数はうつ病であるとされている。加えて、平成13年に人事院が報告した資料によると一ヶ月以上にわたる長期休務者の30%を精神障害（そのほとんどはうつ病と考えられている）が占め、長期休務の原因疾患の第一位となっている。これは、国家公務員に限らず、複数の民間企業で筆者が確認したところでも、同様の結果となっている。

すなわち、国内外を問わず、うつ病がもたらす自殺と休務の問題は看過し得ない焦眉の課題となっている。

うつ病治療においては旧来、急性期治療に焦点があてられ、「うつ病の人にがんばれば禁句」という点での啓蒙は一般にまで浸透している。さらに、うつ病治療導入期における抗うつ薬の使用に加えて、笠原が提唱した「小精神療法」は診療科を越えて多くの臨床医に広まっているように思う。ところが、急性期を過ぎ、職場復帰に向かうにはどのような治療的配慮が必要なのかについては、浸透していないのが現状であろう。

そこで本論は、うつ病急性期を過ぎた時点で職場復帰を目指した治療上の配慮をまとめることにする。

1. 職場復帰に向けた治療に転換するタイミング

先に述べたように、うつ病治療の急性期は、服薬と休養が重要なことは、すでにスタンダードになっている。しかしながら、「頑張るな」から「そろそろ復職を考えよう」というリハビリテーションへのスイッチングはいかなるタイミングが良いかについては、一般化していない。

我々は臨床的視点から、休息から社会復帰に向けたリハビリテーションに移行するのは、主たる症状がおっくう感だけになった頃からと考えている。うつ病の諸症状のうち、抑うつ気分、不安症状が顕在化している時期は、職場復帰を強く意識すると休息が取れず、焦りが生じ、逆効果となってしまう。一方、うつ病の急性期治療により抑うつ気分や不安症状が軽減し、抑制症状だけになっ