

や管理監督者への教育研修が重要であることが強調されているが、これはアルコール関連問題にもあてはまる。労働者や管理監督者の間で、不適切な飲酒に対する問題意識が高まり、飲酒問題に寛容な職場風土が変革されれば、アルコール依存症例をより早期に同定し、適切な対応を行うことが可能になるはずである。

## 8. 公的機関における職場復帰支援

分担研究者 小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）

## 8. 公的機関における職場復帰支援

分担研究者 小泉 典章

### (1) 公的機関

#### ① はじめに

長野県における知事部局の県職員約7,400人のうち、うつ病など心の病で連続31日以上出勤しない長期療養休暇者は2003年度、42人で過去最多にのぼっています。これとは別に半年以上休む休職者も13人います。2004年度も2005年3月10日現在で長期療休者が56人とさらに増えており、休職者は昨年度を上回る27人となっています。

長期療休者は1998年度の14人と比べ、2003年度は3倍に増加しています。2003年度の42人の内訳は男性32人、女性10人。年齢別は、30代が14人と最も多く、50代13人、40代12人です。長期療休者と休職者の合計(55人)は全体の約0.7%に当たります。

地方公務員安全衛生推進協会の集計によると、全国の地方公務員の心の病による1ヶ月以上の長期病休者は年々増加しています。2002年度は、職員10万人当たり510.3人(約0.5%)と過去最も高い割合となっています。同協会によると、公務員の長期療養は全国的に増加傾向にあり、県職員サポート課としては長野県だけの傾向ではないと考えています。

そこで、長期療休者と休職者が増加しているので、復職への支援が必要となり、県職員サポート課と協力して復職支援プログラムを、公的機関のモデルとなるようにまとめました。

#### ② 職場復帰の準備のための前提

職場復帰については、職員の治癒の状況及び職務遂行能力の回復状況を踏まえて判断していきませんが、その出発点は、本人からの職場復帰の意思表示です。つまり、本人の病気が回復し、職場に復帰する意欲を持つに至ることが大前提となります。

本人や家族は早く職場へ戻りたいと思うことが普通のことです。しかし、そうした希望が、実際に職務を行えるかという客観的判断とは必ずしも一致しません。

また、主治医は一般的な職業水準で判断しますが、仕事ができるかどうかは、具体的に仕事のことを知らなければ判断できません。管理監督者は、主治医に復帰するにあたっての本人の業務内容や職場の状況などを伝えて理解を得ることが必要になります。

しかし、復帰判断基準のうち、医学的なものは抑うつ気分が消失して明るくなり意欲が出てきたなどの病状の回復度合いで判断しますが、職務遂行能力についての判断については、職場の管理監督者が行わざるを得ないものであり、またそれが管理監督者の職務でもあります。

復職が具体的になる前から、職員サポート課や主管課と良く情報交換し合い、職場の受け入れ準備を進めていきます。

職場復帰が具体的になりだすと、職場や職員が本人の受け入れをめぐることで動揺することがあります。療養休暇前に職場での問題が大きかった例や、まだ十分に解決されていない問題が残されているほど、その動揺は大きいようです。

復職にいたる事情や経過、これからの方針などを職員に説明するなどして、事前の職場の不安は解消しておきます。

精神疾患を特別視することなく、管理監督者が率先して精神疾患に対する理解を深め、職場復帰してくる職員を同僚職員とともにあたたかく迎える職場環境づくりが必要です。

職場復帰の準備は、職場の雰囲気や仕事の生活に慣れること、仕事や人間関係の調整から始めます。長期にわたる休職の場合は、職業生活の習慣を立て直すことから始めます。

具体的に、職員サポート課では中央労働災害防止協会にのっとり、職場復帰の段階について以下のようにまとめました。

### ③ 職場復帰の段階

#### 1 復職の支援

復職の支援は、下記の段階に分けられます。

段 階	支 援 内 容
第1段階	休職・療養の開始と休職・療養中のケア
第2段階	主治医による復職可能の診断書
第3段階	職場復帰の可否評価と支援プラン作成
第4段階	復職リハビリテーションと最終的な復職の決定
第5段階	復職後のフォロー（復職制限、配慮）

療養相談：復職のいずれの段階においても療養相談は重要で、職員サポート課保健師の療養相談を受けることができます。

#### 【第1段階】休職・療養の開始と休職・療養中のケア

##### 休職・療養中の対応

休職・療養中の職員に対し、職員サポート課保健師は療養相談を実施し、病状把握や療養上の助言及び所属との連絡調整を行います。

職場の管理監督者が、休職・療養中の職員に接するときには、本人や家族、主治医と連絡をとって、了解や許可を得て、職員サポート課保健師と連携をとりながら、治療の妨げにならないように対応する必要があります。

##### (1) 休職・療養開始当初の留意点

職場を長期間離れると職場に戻れないのではないかという不安感や疎外感、同僚や上司に負

担をかけているのではないかという罪悪感、やり残した仕事に対する焦燥感を感じる場合があります。また、休職・療養休暇を他人に知られて噂になっているのではないかと不安感も湧いてきます。家族に対して、経済的な罪悪感を持っている場合もあります。

#### (1) 休職・療養中の病状を把握していく

休職・療養開始後、ある程度時間が経過し、本人も落ち着いた場合、本人の希望によって、時期を見ながら、職場復帰に向けての制度や手続きについての説明も必要になります。

職場復帰については、職員の治癒の状況及び職務遂行能力の回復状況を踏まえて判断していきますが、その出発点は、本人からの職場復帰の意思表示です。つまり、本人の病気が回復し、職場に復帰する意欲を持つに至ることが大前提となります。本人や家族は早く職場へ戻りたいと思うことが普通のことです。しかし、そうした希望が、実際に職務を行えるかという客観的判断とは必ずしも一致しません。

### 【第2段階】主治医による復職可能の診断書

職場復帰の判断は主治医の診断書が基本的な判断資料になりますが、一般的に精神医学的な意味で「よくなった」とは「職場不適応をおこす症状が消失した」ということを意味し、必ずしも病気が治ったことを意味しているものではないことに留意する必要があります。また、主治医による診断は、本人の職場復帰への意欲を大きく評価したものとなっていることも考えられます。仕事ができるかどうかは、具体的に仕事のことを知らなければ判断できません。管理監督者は、主治医に復帰するにあたっての本人の業務内容や職場の状況などを伝えて理解を得ることが必要になります。

一般に職場復帰が可能となる本人側の条件として、次の事項があげられます。

#### 職場復帰の本人側の条件

- ① 病状が安定していて、再発の恐れが少ないこと
- ② 仕事に対する意欲がみられること
- ③ 職務を行うための、持続力、集中力、体力があること
- ④ 必要な程度に対人関係能力が改善されていること
- ⑤ 家庭や職場での生活のリズムが確立していること
- ⑥ 再発防止のため、通院や服薬などが順守できること

### 【第3段階】職場復帰の可否評価と支援プラン作成

職場復帰が具体的に始めると、職務遂行能力についての判断は、職場の管理監督者が行わざるを得ないものであり、またそれが管理監督者の職務でもあります。復職が具体的になる前から、職員サポート課や各部局主管課と良く情報交換し合い、職場の受け入れ準備を進めていきます。

職場復帰の準備は、職場の雰囲気や仕事の生活に慣れること、仕事や人間関係の調整から始めます。長期にわたる休職の場合は、職業生活の習慣を立て直すことから始めます。

#### 【第4段階】復職リハビリテーションと最終的な復職の決定

職員健康審査会において職場復帰の判定をします。

職員健康審査会委員の精神科専門医師は、主治医の診断や職場の状況を踏まえた上で、再発防止の観点も含め、復職リハビリテーションの状況、本人との面接等を通じて、職員健康審査会において復職の決定の判断を行います。管理監督者は、職務遂行能力の観点から職員健康審査会に参加して職場の受け入れ態勢の調整が可能か検討し、部局主管課の協力を求めます。

詳細は、「精神疾患等からの復職システム実施要領」（資料参照）によります。

「心の病」に対しては「急ぎすぎない」ことが重要で、本人が職場復帰を焦るあまり再発に至ることがありますので、本人との面接等を通じて職務遂行能力を見極める必要があります。

#### 【第5段階】復職後のフォロー（復職制限、配慮）

本人に対しては、事前に職場の現状や担当する業務等をよく説明するとともに、職務の軽減に対する罪悪感等を持たせないように配慮することが必要です。管理監督者は健康管理区分に応じた事後措置をとると共に、復帰する職員は、管理監督者の指示を遵守し、過労を避け健康の回復に努めなければなりません。一方、職場同僚に対して管理監督者は、復帰する職員の回復の程度やそれに伴う業務の制限等を説明し、理解を得ておくことが必要です。

さらに、職場復帰後の職員が必要な治療や投薬、指導又はカウンセリング等を継続的に受けられるように管理監督者は、本人の通院のための休暇等を遠慮なく利用することができるように配慮します。職員サポート課保健師の相談を継続することも必要です。

#### ④ 職場復帰者を支援するための管理監督者の役割

職場復帰を果たした職員は、いろいろな不安を抱えています。そうした職場復帰者を受け止めることが、まず管理監督者に望まれるところです。

職場の生活に慣れ、実際の仕事ができるようになるには、ある程度の保護のもとに仕事を進めていく必要があります。

一般的には、軽い単純・定型的なものから、より複雑で密度の高い、責任の重いものへと移していきます。接遇や交渉と言った複雑な対人関係を要する仕事や、チームで共同して行う仕事は、復職初期には避けたほうがよいでしょう。

最初は職場の雰囲気に慣れるということで、何も仕事を与えられないことがあります。これは本人の自己評価を低め、復帰への意欲を低下させることにもなりかねません。自分のペースで調整できるものから任務を与えて、達成目標を具体的に設定することが大切です。

#### 職場復帰者を支援するための管理監督者の心得

- ① メンタルヘルスの問題だからといって、必要以上に特別扱いするのは避ける
- ② 仕事の量や質は、回復の様子に合わせて、ゆっくりと柔軟に対応する
- ③ 職場復帰者の心理状態には波があるので、良好な状態、低下した状態、平均的な状態に区分し、それぞれのレベルと持続時間を総合して回復状況を把握する。
- ④ 順調に回復しているように見える場合でも、3～6か月後に再発することがあることも留意する。
- ⑤ 長期間にわたる定期的な通院が必要なケースが多いので、「通院することはよいことだ」と支持する。
- ⑥ 医師から処方されている薬を飲むことに対する否定的な発言はやめる。
- ⑦ スムーズに対応できないことも多いが、自分だけで背負い込むことなく、職員サポート課、主治医等と連携していく。

また、管理監督者は、職場全体で職務がスムーズに行われるようにしなければなりませんので、あらかじめ同僚職員に職場復帰者の状況を説明し、特別な目で見ないで、自然に職場にとけ込むように気を配るよう理解を求めるとともに、心配りのなかから再び不適応状態を起こす兆候が現れた場合には、報告するような協力体制が必要になります。

#### ⑤ 長野県職員のメンタルヘルスの他の対策

以上述べてきたように、本年度は復職システムの徹底がはかられましたが、それ以上に、他のメンタルヘルスの対策にも力が入れています。主なものについて紹介します。

##### ・メンタルヘルス推進委員会の設置

総務部長を委員長におき、県職員のメンタルヘルスの対策を迅速に、積極的に行なうために設けられています。下記の対策も、ここから生み出されているものも多いといえます。

##### ・管理監督者のためのメンタルヘルスハンドブックの発刊

「メンタルヘルスの基礎知識」、安全配慮義務、職場の環境づくり管理監督者自身の心の健康、自殺防止などの「管理監督者とメンタルヘルス」、早期発見、早期対応、職場復帰を解説した「メンタルヘルス活動の実際」、メンタルヘルスサポート事業、療養休暇・休職、復職システムなど「制度」について詳しく述べられ、4章で構成されます。

##### ・メンタルヘルスサポート事業

県医師会に依頼し、県下で数名のメンタルヘルスの相談が出来る精神科医師を委嘱しました。上司が困っているケースも相談は出来るように努力しています。

##### ・メンタルヘルス講習会の開催

メンタルヘルスサポート事業の精神科医師を中心に県下数箇所で管理監督者の講習会を、メンタルヘルスハンドブックをテキストに実施。3回の内のどこかで、聞けるように補講を2回設けて、計画しました。

・突然辞表が出されたときの対応策

理由が不明の場合、本人の同意を得て、精神科医師が相談にのり、うつ病であることがわかり、辞表を撤回し、治療した後に復職した事例もありました。

・相談窓口、電話相談の拡充

メンタルヘルスサポート事業のみならず、さらに相談がアクセスしやすいように相談窓口を広げました。

## ⑥ おわりに

過去十年の県職員の自殺事例を振り返ってみても、背景にうつ状態、うつ病があると思われるケースが少なくありません。うつ状態、うつ病の早期発見、早期対応は、本年度刊行したメンタルヘルスハンドブックでも強調されていますように、自殺予防の面からはもっとも大切だとされています。職場復帰の過程での自殺は、安全配慮義務の観点からも大きな問題です。したがって、慎重さをもちながら、しかも完全な復職支援ができるように願っております。



# 精神疾患等からの復職システム実施要領

## 第1章 総則

(趣旨)

第1 この要領は、職員安全衛生管理規程（以下「規程」という。）第2条第1号に規定する職員のうち、精神疾患等により30日を超えて療養休暇を取得した職員及び休職している職員の円滑な職場復帰の実現に関し、規程に定めるもののほか必要な事項を定める。

## 第2章 療養相談

(療養相談の目的)

第2 職場復帰の条件が整うまでの間、休職している職員の病状把握、休職している職員への助言及び所属との連絡調整を行うため、療養相談を実施する。

(療養相談の対象となる職員)

第3 療養相談の対象となる職員は、次のとおりとする。

- (1) 精神疾患等により療養休暇から引き続き休職になった者
- (2) 精神疾患等により休職している職員のうち療養相談を希望する者

(相談方法)

第4 療養相談は、主治医の了解の下に本人の意思に基づき実施する。

- 2 所属長は、職員が第3第1号に該当することとなったときは、休職等報告書（相談様式1）により総括安全衛生管理者に報告しなければならない。
- 3 総括安全衛生管理者は、前号の報告書の提出を受けたときは、職員サポート課保健師に本人との面接を実施させる。
- 4 第3第2号に規定する者の療養相談は、年1回以上職員サポート課保健師が本人と面接する方法で実施するものとし、本人の状況に応じて必要と認める時期に行う。
- 5 療養相談は、必要に応じて職員健康審査会（以下「審査会」という。）の委員（精神科医）が面接する方法により実施することができる。

## 第3章 職場復帰訓練

(職場復帰訓練の目的)

第5 精神疾患等により休職している職員の職場復帰のための準備の一環として、職員自身の職場復帰に対する不安を軽減するとともに、審査会における審査の資料及び所属長が職員の回復の状況を確認するための資料とするため原則として所属する職場において、登退庁時刻、職場での滞在時間及び仕事の負荷等を調整しながら、職場復帰のための訓練（以下「訓練」という。）を実施する。

（訓練の対象となる職員）

第6 訓練の対象となる職員は、次のとおりとする。

- (1) 精神疾患等による病気休職者で、職場復帰しようとする者
- (2) 精神疾患等による病気休職又は90日を超える療養休暇から出勤した者で、1年以内に再び同一疾病等により30日を超えて療養休暇を取得し出勤を希望する者
- (3) 精神疾患等により療養休暇を90日を超えて取得した者で、出勤にあたり訓練の実施を希望する者

（訓練の手順）

第7 訓練は、主治医の了解の下に本人の意思と責任に基づき実施する。

- 2 訓練を実施する職員は、職場復帰訓練申請書（訓練様式1）に主治医の診断書（訓練様式2）を添えて所属長に提出しなければならない。
- 3 所属長は、主治医と訓練に関し十分協議の上、前号の書類に職場復帰訓練実施に対する意見書（訓練様式3）を添えて、総括安全衛生管理者に提出しなければならない。
- 4 総括安全衛生管理者は、所属長から職場復帰訓練実施の申請があった場合は、職員サポート課保健師に所属長及び本人との面接をさせた上で、訓練実施の適否を決定するものとする。
- 5 総括安全衛生管理者は、規程第26条に定める審査会の委員（精神科医）に訓練実施の適否に関する意見を聴くことができる。
- 6 訓練期間は、原則として3月以内で、本人の状況に応じて必要と認める期間とする。
- 7 所属長は、訓練の実施にあたり、本人及び家族に訓練の目的、手順及び内容等の事項を説明するものとする。
- 8 所属長は、訓練中の本人の状況に十分留意し、主治医、家族及び職員サポート課保健師など関係者と連絡を密にし、病状が悪化したと認められる場合又は業務に支障を来すと判断した場合は、訓練の中止も含めた適切な措置を講ずるものとする。

（訓練の内容）

第8 訓練の内容は、次のとおりとする。

段 階	標準的な日数	訓 練 内 容
第1段階	1日～2日間	「職場への顔出し」
第2段階	3日～4日間程度	「職場に慣れる」 半日程度訓練を行う。
第3段階	5日間程度	「仕事に慣れる」 半日を超え、訓練を行う。
第4段階	10日間程度	「通常の勤務生活に慣れる」 通常の勤務時間帯を通じ、 訓練を行う。

2 訓練は、軽いものから中程度のものへ、又は単純なもの、定型的なものから徐々に複雑なものへと訓練の内容（質・量・負荷等）を調整する。

3 訓練を実施する職員は、訓練期間中、職場復帰訓練日誌（訓練様式4）を記入し、毎日所属長に提出するものとする。また、家族は、訓練期間状況報告（訓練様式5）を記入し、原則として1週間毎に所属長に提出するものとする。

（訓練の結果報告）

第9 所属長は、訓練が終了したときは、職場復帰訓練報告書（訓練様式6）を総括安全衛生管理者に報告するものとする。

（訓練中の給与等取扱い）

第10 訓練を実施する職員に対しては、訓練中法令に定めのあるもののほかは、いかなる給与も支給しない。

また、地方公務員災害補償法による補償を受けることができない。

（訓練職場の変更）

第11 訓練を実施する職員が、所属する職場において訓練を実施することが困難な場合は、主管課の協力を得て、同一部局内の他の職場で訓練を行うことができるものとする。

2 特別な事情により同一部局内で訓練を実施することができない場合は、メンタルヘルス推進委員会において協議の上、訓練を実施する職場を決定する。

ただし、メンタルヘルス推進委員会で決定した職場を変更することはできない。

（管理職等の訓練のあり方）

第12 管理職等の訓練及び病院等に勤務する職員の訓練については、その特殊性を勘案して対応

する。

## 第4章 審査会

(審査会の開催)

第13 審査会は、精神疾患等により休職している職員が復職を希望し、主治医も復職を承認し、所属長も復職を可能と判断した場合に必ず開催するものとする。

2 審査会の開催は、第8第1項に規定する訓練の第4段階を10日間以上実施した後とする。

(審査会への提出書類)

第14 所属長は、精神疾患等により休職している職員の復職が可能と判断される場合は、規程第20条第2項に規定するもののほか、次の各号に掲げる書類を総括安全衛生管理者に提出しなければならない。

(1) 健康管理区分変更申出書(審査様式1)

(2) 職員の現担当業務内容、発病時及び現在の職場状況等並びに家族の状況等を知ることができる資料

(3) 職場復帰訓練日誌(訓練様式4)、訓練期間状況報告(訓練様式5)及び職場復帰訓練報告書(訓練様式6)

2 前項の書類の提出は、復職を予定する日の3週間前までに行うよう努めるものとする。

(審査会への出席者)

第15 審査会への出席者は、次のとおりとする。

(1) 精神疾患等により休職している職員及びその家族

(2) 所属長又は管理監督者

## 第5章 補則(補則)

第16 この要領に定めるもののほか、この要領の実施に関し必要な事項は、総括安全衛生管理者が別に定める。

## 附 則

(施行期日)

この要領は、平成16年10月18日から施行する。

## 9. 総合病院における職場復帰支援

分担研究者 秋山 剛（NTT東日本関東病院精神神経科）

## 9. 総合病院における職場復帰支援

分担研究者 秋山 剛

### 1. はじめに

精神疾患が原因で長期間休業している労働者が職場に復帰するためには、業務に耐えられるだけの健康状態を維持できることが必要である。本人の「大丈夫だと思う」という言葉のままに、主治医が「復職可」という診断書を書くと、職場復帰後、症状悪化、再発を招きやすい。復職を焦っていることもあり、本人が自分の健康状態や作業能力を正確に認識できることはまれだからである。

自宅療養の状況で、抑うつ気分や意欲の低下が改善し、ある程度生活リズムが保てていても、ただちに職場復帰できるわけではない。それは、自宅療養と職場復帰の間には大きな差があるからである。自宅では、少し調子が悪ければ寝ていてもよいが、職務に戻ればそういう訳にはいかない。新聞や本など軽い内容の読み物を読めるからといって、業務上の書類を集中して読み、内容を理解し、作業できるという判断基準にはならない。また、顕在的な症状が改善したあともしばらくは通常よりもストレスに弱い状態にあり、業務や対人関係、通勤など、健康な状態では特に負担でなかった要因が、しばしば大きなストレスとなる。休業が長期間におよんだ場合、特にこういった傾向が顕著である。

### 2. 関東病院における職場復帰援助プログラム

自宅療養と職場復帰の溝を埋める取り組みとして、関東病院では1997年から職場復帰援助プログラムを実施している（表1）。対象は、うつ病を中心とする精神疾患に罹患し、休息・安静期間が過ぎ、職場への復帰を目指している企業社員である。プログラムは1回2時間の作業療法として行われ、週2回のパソコン作業から開始し、軽スポーツ、小集団療法を段階的に導入する。スタッフは、作業療法士、臨床心理士、医師などで、参加者の状態、作業能力、対人交流を評価し、フィードバックする。本プログラムの目的は次の3つに分けられる。

#### 1) 生活リズムの改善

本プログラムの開始時間は朝9時半で、職場の開始時刻とほぼ同じである。早朝に起床し、通勤ラッシュの時間帯に定期的にプログラムに通ってくることは、休職中の参加者にとって決して容易ではない。復職への意気込みはあるものの、生活リズムを保つことができず、プログラム参加を中断する事例もある。規則的な通院がどれほど大変かつ重要であるかは、プログラムで参加者に接して実感するところである。一方、自宅で療養している場合、「近所で姿をみられたくない」と引きこもりがちになったり、「何でずっと家にいてごろごろしているのか」と家族の反発を買っていることもある。こういった事例では、プログラムへの参加が、本人や家族に、復職の道筋について希望を持たせ、生活のメリハリをつけやすくする。

## 2) 作業能力の向上

精神疾患の場合、顕在的な症状が消失しても、集中力・発想力・柔軟性・問題解決能力など、業務で要求されるスキル、作業能力にかなりの低下が見られることが多い。作業能力に対する患者自身の思いこみと実際の能力の間にはギャップがあるので、プログラムを通じて患者自身がそのギャップに気づくことが重要である。ほとんどの患者は、「一日も早く職場に戻りたい」と職場復帰に焦りをいだいており、自分自身の状態、作業能力を現実的に認識することこそが、焦りを抑え、復職への地道な努力を積み重ねる意欲につながる。パソコン作業では段階的に作業能力全般の改善が図れるように課題を提供しているが、主な目的はパソコン技術を身につけることではなく、パソコン作業を通じて、患者が適切な自己認識を持てるようにサポートすることである。

## 3) 参加者同士の心理的支えあい

精神疾患を有する企業社員は、病気になったことへの引け目、発病時の業務負荷への怒りや恨み、復職への焦り、経済的不安、家族からのプレッシャー、孤独など、様々な心理的な葛藤に苛まされている。本プログラムでは、復職という同じ目標を持つメンバーが20数名一緒に活動するため、互いを心理的にサポートしあうことができる。特に小集団療法、後述する集団認知療法では、励まし合い、問題の共有、共感が治療上大きな要因となっている。

## 3. 客観的評価

一般的に、精神疾患は直線的にはではなく、好不調の波を繰り返しながら改善へと向かうと考えられる(図1)。復職訓練期にあたるプログラム参加者は、体調がよい日は業務に耐えられるが、悪い日には耐えられない。この状態で復職すると病状が再燃する危険性がある。職場復帰援助プログラムは、復職訓練期にあたる人を早く確実に安定期に移行させるように援助し、安定期に達したことを評価する基準を与える。関東病院で使用している、職場復帰援助プログラムの評価表を表2に示す。

本プログラムでは、「基本的な生活習慣」「作業能力」「知的理解力・認知」「対人交流」「心理的側面」「全体的判断」の項目についてスタッフが評価を行う。評価表は、参加者本人へのフィードバックとして使用するほか、本人の了解を得た上で、客観的資料として産業医や復職審査会に提出する場合もある(過去に再発を繰り返している事例では、プログラム評価表のような客観的な資料がないと、復職判定者が状態改善を納得しない場合がある)。

## 4. 職場復帰援助のための集団認知療法

従来の職場復帰援助プログラムにおける心理的な働きかけは、主に復職のプロセスに関する情報の共有や復職に向けた様々な悩みの表出を目的としたグループ(小集団療法)で行われてきた。しかし、認知や行動に焦点をあてたプログラムの必要性を感じ、2003年5月、慶応大学 大野裕教授の協力を得て、職場復帰のための集団認知療法を開始した。

認知療法は、ペンシルバニア大学精神科の Aaron T Beck により考案され、認知のあり方—ものの見方や考え方—を変えることにより、抑うつ感や不安感を和らげることを目的とした短期の精神療法である。うつ病をはじめ様々な精神疾患に対する治療的効果が確認されており、アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、軽度から中等度のうつ病の第一治療選択の一つとされている。

当科の集団認知療法は、プレ・セッションを含めて7回、週1回（80分）、クローズドの外来集団精神療法として行われる。対象者は、職場復帰援助プログラムの参加者、または主治医が適応ありと判断した外来通院患者である。参加者は最大10名、スタッフは精神科医と臨床心理士である。2004年12月までに9クールが行われ、計66名が参加した。

集団認知療法の目的は、①認知療法の基礎を学ぶ、②対人ストレスにより良く対処する、③職場復帰に向けた準備性を高め再発を防止する、ことである。プログラムは、スタッフが作成したテキストによる講義、グループディスカッション、ワーク（課題作業）から構成される。セッションのテーマは、「オリエンテーション」「認知療法とはなにか—うつ思考10パターン」「状況・気分・思考のつながりを知ろう」「自動思考記録表の書き方」「問題解決能力を高めよう」「アクションプラン（行動計画表）を考えよう」「ロールプレイ」などである。

ワークやグループディスカッションを通して、自分の考え方のクセ（認知）に気づき、同じ状況でも様々な感じ方や考え方があることを理解し、考え方のレパートリーを広げるためのトレーニングを行う。参加者が、全員職場復帰を目指しているため、共通テーマの設定が可能である。セッションで扱われるテーマは、主に、休務の長期化に対する焦燥、家族への気兼ね、復職に対する不安などであるが、これらの問題に直面することに対し苦痛を感じる参加者もいる。この場合、「悩んでいるのはあなただけではない」などと他の参加者が共感を示すことにより、苦痛が軽減され、問題の直面化が可能になる。また、「私ならこう考える」と自分の認知パターンを語り合い、「いくつもの違った考え方」を参加者同士が示しあうことは、スタッフによる指摘よりも、認知の再構成をより有効に進めるように思われる。

セッションでは認知面へのアプローチだけでなく、問題解決に向けたアクションが起こせるように行動面への働きかけも行う。解決したい問題点をアクションプラン（行動計画表）に書き出し、予想される障害を考慮しながら対策プランを立て、達成状況を観察し改善点を見つけていく。参加者からは、「この一連の過程は、仕事を行う際に当たり前のように用いていた手段だった。その有用性を分かっていたはずなのに、なぜ自分自身の問題に応用しなかったのだろう。」などの声が聞かれる。フォーマットに沿って事例を整理することに慣れている企業社員にとって、このような方法は、自分の問題の客観的な把握、解決策の模索を容易にするようである。

## 5. 集団認知療法の効果

今回、集団認知療法の効果について、初期的な検討を行った。対象は、平成16年10～12月に、集団認知療法に参加した7名である。方法としては、集団認知療法の前後で、抑うつ傾向（ベック



抑うつ尺度)、考え方のクセへの認識、問題解決スタイル(表3)について、変化を調べた。表4に集団認知療法の全参加者、表5に今回の予備調査に参加した7名の属性を示す。効果については、表6～8に示すように、集団認知療法の前後で、抑うつ傾向(ベック抑うつ尺度)が有意に改善し、考え方のクセへの認識、問題解決スタイルについても、有意な改善を示した項目がみられた(質問紙の $\alpha$ 係数は0.76であった)。

今回の初期的調査の結果に加えて、参加者からは、集団認知療法についてかなり好意的な声が寄せられている。認知療法については、「いろいろな選択肢を他者からきける」という意味で、個人よりは集団というセッティングの方が治療効果を高める可能性が考えられる。職場復帰を目指すメンバーが集まる場合には、共通のテーマの設定が容易であり、集団という設定が、特に治療的に働く可能性がある。今後、職場復帰集団認知療法の効果について、本格的な検討を行う必要がある。

## 6. 結論

- ① 職場復帰援助プログラムは、確立した援助方法として、総合病院(NTT東日本関東病院)で行われている。
- ② 集団認知療法も、治療として有効である可能性がある。

表1 職場復帰援助プログラム

職場復帰援助プログラム Rework Assist Program : RAP					
目標	1) 生活リズムの改善 2) 作業能力の向上 3) 心理的な支えあい				
対象	うつを主症状として長期休業し、職場復帰を目指す企業社員				
プログラム内容					
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前	パソコン	軽スポーツ	—	パソコン	—
午後	—	—	グループ	—	—

図1 精神疾患の回復曲線

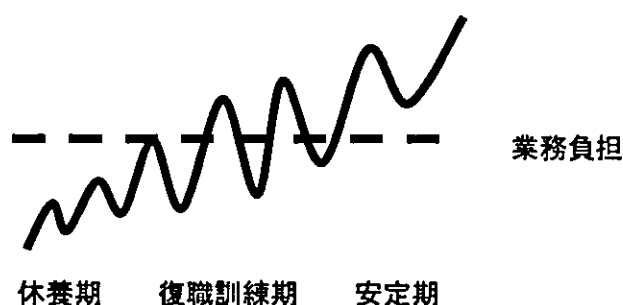


表2 職場復帰援助プログラム評価表

- ・ 判定は、項目5を除いて、過去1ヶ月の継続的な観察による。
- ・ 状態が基準間にまたがる場合、8割以上の状態が上の基準に当てはまる場合に、上記の評価を行う。

#### A. 基本的な生活習慣

##### 1. 出席（遅刻、早退は欠席0.5日として算定する）

- ① 欠席日数が4日以上。
- ② 欠席日数が2日以上、4日未満。
- ③ 欠席日数が1日以上、2日未満。
- ④ 欠席日数が1日未満。

##### 2. 整容：洗顔、洗髪、歯磨き、清潔な身なりなど。

- ① 上記の項目のうち、常に整っていないものがある。
- ② 上記の項目のうち、時に整っていないものがある。
- ③ 概ね整容は保たれている。
- ④ 整容には問題なく、好感を与える。

##### 3. ルールの不遵守：無断欠席、道具の無断使用、無断離席、スタッフの指示を守らない、他者の作業を妨げるなどの行動。

- ① 上記の行動が見られ、具体的制止、指導を要する。
- ② 上記の行動が見られるが、一般的な助言をすれば改める。
- ③ 自分でルールを遵守できる。
- ④ 自分でルールを遵守し、かつ他のメンバーがルールを遵守できるよう働きかける。

#### B. 作業能力

##### 4. 持続性

- ① 作業時間の75%以下しか集中できない（度々席をはずしたり、トイレに行くなど落ち着きがない。または、作業を中断する）。
- ② 作業時間の76%～90%集中できる（時々声をかけるなどの支持があれば作業を続けられる）。

- ③ ほぼ、すべての作業時間集中できる（標準的な集中力）。
- ④ すべての作業時間集中でき、かつ集中力が標準より優れている。

5. 迅速さおよび正確さ （制限時間 10 分の入力文字数およびミス数により算定する）

- ① 過去 2 週間の平均値が、正味 300 字未満 （1 ミスに対して 1 字減）。
- ② 過去 2 週間の平均値が、正味 300 字以上 400 字未満 （1 ミスに対して 1 字減）。
- ③ 過去 2 週間の平均値が、正味 400 字以上 600 字未満 （1 ミスに対して 3 字減）。
- ④ 過去 2 週間の平均値が、正味 600 字以上 （1 ミスに対して 5 字減）。

\*上記基準は、日本商工会議所主催のワープロ技能検定に準拠している。

C. 知的理解力、認知

6. 指示の理解

- ① 指示の誤解や理解不足があり、作業の実行に支障をきたす。
- ② 複数回の説明で指示を理解し、作業を実行できる。
- ③ 1 回の説明で指示を理解し、作業を実行できる。
- ④ 1 回の説明で指示を理解し、かつ指示された以上の作業を実行できる。

7. 問題解決能力

- ① 自分で問題解決できず、かつ援助を求められないことがある。
- ② 自分で問題解決しようとするか、または援助を求めるが、作業が滞ることがある。
- ③ 作業が滞ることはないが、時に援助を必要とする。
- ④ 他からの援助がなくても、作業に滞りなく、自分ですべて問題解決ができる。

8. 柔軟性

- ① スタッフが働きかけても、自分の方法、やり方を変えることができない。
- ② スタッフが働きかければ、自分の方法、やり方を変えることができるが、スタッフの働きかけの一部にとどまる。
- ③ スタッフが働きかければ、その通りに、自分の方法、やり方に変えることができる。
- ④ 自発的に、自分の方法、やり方を変えていくことができる。

9. 表現能力

- ① 図や表、文章について、表現が拙く、理解できない部分がある。

- ② 図や表、文章について、表現が実務レベルより劣るが、理解できる。
- ③ 図や表、文章について、表現が実務レベルであり、業務の使用に耐える。
- ④ 図や表、文章について、表現が業務の使用に耐えるばかりでなく、業務標準（\*注）より理解しやすく優れている。

\*注：業務標準とは、社員の地位、職能より平均的に期待されている水準を指す。

#### 10. 情報処理能力（メモ書き文書からビジネス文書作成への組み換え・編集）

- ① スタッフの援助がなければ、単独では文書作成に到らない。
- ② 実務レベルより劣るが、単独で文書を完成できる。
- ③ 単独で実務レベルの文書を作成できる。
- ④ 作成された文書が業務の使用に耐えるばかりでなく、文書の質・量が業務標準より優れている。

### D. 対人交流

#### 11. 挨拶

- ① 他者に挨拶しない。
- ② 他者に挨拶されれば、挨拶を返す。
- ③ 自ら挨拶するが、挨拶する人が限定されている。
- ④ 自ら進んで、限定なく、様々な人に挨拶する。

#### 12. 他者交流

- ① 他者に話し掛けられても返事をしない。
- ② 他者に話し掛けられれば返事をする。
- ③ 他者に自ら話し掛け、交流するが、話し掛ける相手が知っている人などに限定される。
- ④ 初対面の人に対しても話し掛け、交流をもつことができる。

#### 13. 会話の内容

- ① 自傷や他害の可能性、自分の病状についての過度の暴露など、会話の内容が、ほぼ全てのプログラム参加者を不安にさせる。
- ② 自傷や他害の可能性、自分の病状についての過度の暴露など、会話の内容が、一部のプログラム参加者を不安にさせる。
- ③ 会話の内容に他者を不安にさせるものはない。一方傾聴や共感など、他者の不安を和らげるような会話の内容はない。