

えて断酒を継続していくための支援を行いたいものである。

アルコール依存症者が断酒を継続していくために産業保健スタッフが行う支援のポイントとしては、以下のような事項があげられる。

#### アルコール依存症者に対する復職後の継続的支援のポイント

---

- ① 通院および自助グループへの参加状況を確認し、それを支援する。
  - ② 仕事の関係で通院や自助グループへの参加が困難になっている場合には、上司等に連絡をとり事態の改善を図る。
  - ③ 職場に本人の断酒の妨げになり得る問題があれば、改善のための調整を行う。
  - ④ ストレス軽減などに関する助言を行う。
  - ⑤ 業務上の配慮が適切に実施されていることを確認する。
  - ⑥ 本人に加えて、職制などからの相談にも対応する。
- 

通院および自助グループへの参加を続けることは、断酒継続の鍵とも言われる。したがって、通院が継続されていることを定期的を確認し、順調である例ではそれを称え、主治医の了解なしで中断されている例に対しては、本人とよく話し合っ再受診を促したい。抗酒剤を使用している場合には、同じ理由でその継続を支援する。

断酒の妨げになる職場内の問題を調整することは、臨床場面では困難であり、産業保健スタッフの重要な役割であると言える。上司をはじめとする周囲の者に協力を求め、仕事上の飲酒機会をなくす、本人が飲酒を免除されるように取り計らってもらい、飲酒を絶対に勧めないなどの働きかけを徹底する。こうしたことは、時間が経つにつれて、職場で意識されなくなったり、そろそろ不要であろうとの判断がなされたりすることも多いため、繰り返し働きかけを続けることが肝要である。

復職後、新たな仕事上のストレスが生じ、それが再飲酒の一要因となる例もある。産業保健スタッフは随時職場との調整を図っていくことが求められる。また一方では、飲酒以外のストレス対処法を本人が身につけ、実践することを手助けするのも有用である。ストレス対処法等について、専門治療の中で指導がなされている場合には、それがうまく行われているかを確認するのもよい。

ただし、本人が再飲酒の理由づけ（言い訳）として職場のストレスを口にする例がある。それを鵠呑みにして飲酒を認めるような対応をすると、結果的にイネイブリング（前述）につながってしまう恐れがあるので注意が必要である。

上司など職場関係者に対しても、本人の職場対適応状況を確認するとともに、とまどいや対応に苦慮している点等についての相談を受ける機会を持ちたい。そこで得られた情報を整理して主治医に伝えることにより、臨床場面での治療に寄与することも可能となる。また、そうした活動は、職場関係者のアルコール依存症に対する理解を深め、結果的に本人の職場再適応を支援することにも

つながることが多い。

## IX. 特殊な事例に対する留意点

### 1) 休業の診断書には身体疾患が記載されているが、実際にはアルコール依存症が本質的な問題である例

身体疾患の例としては、慢性膵炎、肝機能障害、急性胃炎、めまい症、不整脈等があげられる。本人に対しての飲酒に関する介入はさまざまであり、断酒の必要性が強調されている場合もあれば、ほとんど指導がなされていない場合もある。産業医は、復職判定の面接時に、身体疾患の背景にアルコール依存症や問題飲酒が疑われる場合には、飲酒に関して詳細に聴き取りを行う必要がある。アルコール依存症に対しての介入が必要であると考えられる例を以下に示した。

- ・飲酒が主因と考えられる休業を繰り返している例（別の身体疾患である例も含む）
- ・休業の原因となった身体疾患が重症であり、繰り返すことにより重篤な病態を招く恐れが強い例
- ・職場で既に飲酒による問題行動を起しており、上司や同僚が本人の飲酒について強い懸念を持っている例

これらに対する介入としては、断酒の必要性を十分に説明しその方法を指導して、経過を観察し、断酒の実践が困難な場合には、専門機関につなぐという段階を経るのが現実的であろう。最初から本人が専門機関受診を希望した場合は、それを支持すべきであることは言うまでもない。また、受診先については、アルコール依存症の専門外来や専門治療プログラムをもっている機関が望ましい。

### 2) 自殺未遂のあった例

自殺未遂が職場に知られていない場合には、通常あえてそれを伝える必要はない。伝えることで、上司等ができる特別な配慮はほとんどなく、上司の心理的負荷が増すばかりであると考えられるからである。

しかし、産業保健スタッフとしては、上述の対応をきめ細かに継続するように心がけ、再飲酒の徴候や言動の異常（本人らしさからの逸脱）が認められたら、速やかに主治医、家族と問題を共有すべきである。

## X. その他の留意点

以上のような働きかけを効果的にすすめるためには、日頃から酒害やアルコール依存症に関する啓発活動を行うことが重要である。2000年厚生労働省から公示された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」では、職場においてメンタルヘルス対策を推進するために、労働者

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。

## 4. 職場不適應における職場復帰支援

主任研究者 島 悟

### 1. はじめに

「職場不適應」というのは、職場という環境における「ヒト」と「環境」との適應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不適應状態である。「職場不適應」や「職場不適應症」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. 「職場不適應」概念について

職場不適應および職場不適應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、職場不適應を職種の労働負荷（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應症と定義づけた。

「職場不適應」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、適應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應力不足のために、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な部分的抑うつ症状を呈して、職場適應が困難となり受診するに至った場合」に限定して、職場不適應症の分類をした。ここでは、精神病や身体障害に起因する二次的な職場不適應例が除かれている。

小西は、夏目らの論考を踏まえながらも、個人の適應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の適應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」を職場不適應として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、職場適應が困難になり臨床事例になった例」と定義し、DSM-IVの適應障害に該当するとして

いる。

職場不適應症に関して、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、職場不適應症の安易な使用が、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。

職場不適應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應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應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、職場不適應症は、DSM-IV-TRは概ね適應障害の一部に位置づけられると考えられる。DSM-IV-TRにおける適應障害 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應症はDSMでは基本的に適應障害の診断カテゴリーに入るものと考えられる。しかしながら、この適應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、適應障害は、ストレスラ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

当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. 職場不適應に復職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應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、適應力が低下している傾向があり、個人の側の問題の修正も合わせて行わないと再適應に失敗する可能性が減らない。適應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、産業保健スタッフ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るべきであろう。

## (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.

[研究協力者]

佐藤 恵美（産業精神保健研究所）



## 5. 残遺症状（後遺症状）における復職支援

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ろう。

「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。現実には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）、何をすることもおっくうになる（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。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）の復職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。

## 6. 自殺をめぐる問題

分担研究者 荒井 稔

### 1. 研究の目的

これまで職域のメンタルヘルスの問題については、さまざまな対策が講じられているが、実際の臨床研究から導かれた所見が統合されることは多くなかった。現在、多くの職域で問題となっている諸点を指摘し、その対処法について包括的に検討することが本論の課題である。

### 2. 研究方法と結果

これまでの広範な議論の中から、現在優先されるべき課題を抽出し、その問題の整理と対処法について検討を行った。

#### (1) 就労者のメンタルヘルスと自殺の現状

##### ① メンタルヘルス不全者の休職者に占める割合の高いこと

現在、就労者のうちのおよそ1パーセントは、なんらかのメンタルヘルス上の不調をもっており、そのうちの一部は、症状のために長期の療養を必要としている。この実数については、十分な調査が行われていないが、多くの事業場において、長期療養が必要な人数が内科、外科等の身体疾患を上回っていることを十分に考慮すべきであろう。一般に、メンタルヘルスについての対策では、一次予防としてメンタルヘルス上の不調を予防すること、二次予防として早期発見・早期治療を行うこと、および三次予防として、再発を防ぐこととされているが、復職にまつわる問題は、職域において三次予防が開始されるという意味で重要である。復職の時点で考慮される点としては、対象者の回復の度合い、治療過程における位置づけ、就労能力の評価、職場・人事労務担当者・家族等の人的支援体制の評価、再発予防のための通院等の医学的治療継続の必要性、再発の可能性の評価、および再発時の対応などである。

##### ② メンタルヘルス不全者の復職判定時に適正な判断がなされていないこと

実際の復職に至るまでには、本人や家族から回復の度合いについて、職場の上長に報告されていることが多いが、十分なメンタルヘルスについての教育がなされていない場合には、職場にとっては突然に主治医からの復職可能という診断書が提出されるということも少なくはない。こういった場合に、上長は、本人との面接、受け入れ体制の整備、人事・労務担当者への報告・指示受け、産業医（精神科産業医を含む）に対する産業医学的な就労可能性の判定依頼、職場の構成員に対する事情説明等を短期間に行うことになる。

### ③ メンタルヘルス不全者に対応する専門家が少ないこと

さらに、上長のメンタルヘルスの問題を持つ者に対する対応の知識・経験が不十分であったり、中小事業場では専属産業医がいないこと、また、精神科産業医の数が限られているなどの要因によって、症状回復が就労することに対して適切なまでに回復しているかの評価ができず、職務に支障のある症状が遺残している場合は少なからず見受けられる。この際に、医学的判断とともに就労能力の評価が本来的には必要であるが、現在ではほとんどの場合、この評価が専門家によって行われていないことが現状であると指摘できる。

### ④ 復職後に繰り返し病気療養が必要な事例が多いこと

復職時の判定の精度にもよるが、メンタルヘルス不全者が症状の再燃をきたしたり、職務遂行に必要な技術・知識をもっていないといったミスマッチの状態では、繰り返し休業が必要となる者は少なくない。とくに、就労経験の少ない成人や、初老期にある者の場合には、通勤や勤務に耐えられる体力が十分でないこと、職務に必要な技術・知識を新たに学習することが困難な場合が少なからず認められる。頻回に職場を休むことによって、就業者個人の自尊心を維持することは困難であり、また、周囲の者も当該就労者に対する評価は好ましくない傾向となっていくことが多い。繰り返す病気休暇がもたらす転帰としては、本人・家族・周囲の者への負担は大きくなり、継続的な就労が困難となることを念頭におかなくてはならないであろう。雇用維持という観点からも、この頻回に繰り返す病気休暇については、本人の利益を最大に尊重しつつ、システムを構築する必要性が多く関係者から指摘されている。

### ⑤ メンタルヘルス不全者に対する偏見が是正されないこと

上述したように、在職精神障害者の場合でも、繰り返す病気休暇、仕事の能率が好ましくないこと、周囲に対する配慮ができないほど苦しむことなどの諸要因によって、メンタルヘルス不全者に対する周囲の偏見が助長され、適正に治療を受け、他の就労者と同じあるいはそれ以上の能率・能力を示す者がいることに気づかれることが少ないのは残念なことである。現時点でも、過去にメンタルヘルス不全を経験し、それから完全に立ち直った就労者は、上長としても、管理監督者としても、他の者の苦労を理解する能力が向上しているので、よき上長、管理監督者・経営者となることが多いので、メンタルヘルス不全が必ずしも個人の成長の阻害をすると決めることは間違いといわなくてはならない。メンタルヘルス不全を経験することの価値も考慮すべきであろう。

### ⑥ 自殺予防対策の包括的検討

勤労者における抑うつ症状、またそれが原因となる自殺には、以下の要素が強く影響している。

- ・情報化等による繁忙（長時間労働）



労働時間は、さまざまな取り組みの結果、減少傾向にあるが、労働密度の増加、納期の設定の短縮化などによって、よりストレスとなりうる要素が増している。個人にかかっている負荷は高く、責任性を明確にすること、成果主義などによって、就労者の労働環境は悪化していると考えられる。

- ・高度成長期の文化が相対化されていない

現在の中級以上の管理職は、高度成長期を経験しており、働くほど、努力するほど好ましいという価値観が根強く残っている。このことは、長時間時間外労働の原因の一端であり、これからの低成長期を支える労働観としては、適合していない。一般の就労者にとって働くことの意義が見いだしづらいことの一部である。

- ・対人関係の希薄化（人的資源の減少）

リストラクチャリングなどによって、管理部門の縮小傾向は進行し、実際の職場においても、上位者の繁忙も一因となり、社会的支援は減少している。このことは、社会的技能が未熟な労働者にとっては、支援を受け問題を解決していく機会の減少といった結果となり、挫折経験を多く持ち、士気の喪失、抑うつ状態発生の素地を作っている。

- ・家族の支援機能の低下

高度成長期には容認されていた父性の不在は、現在、若年層の社会規範の取り入れの機会の減少の結果をまねいた。そのため、国民全体の傾向として、脱道徳化といった現象として現れ、地域、家庭、学校、職域などの領域で問題が多く発生している。とくに、家庭の個人を守る潜在力は低下し、精神的危機の見落とし、支援の欠如などによって、個人の精神健康度は低下してきている。

- ・不況による経済的困難への対処不全

過去の困窮体験が伝承されていれば、現在の経済的困難はそれほど影響がなかった可能性は否定できないが、中流意識が広範に広がったため、耐乏戦略が個人に備わっていないことが認められることが多い。このことも、抑うつを引き起こす重要な要因である。

- ・将来の生活に対する不安（年金、福祉等）

変化の少ない時代には、一年先あるいは十年先の自分のありようを推測することは可能であった。現在のように、状況の変化が早く、それに対する免疫力のない個人は、強い不安や絶望感を感じるものが少なくなく、先が苦しいなら、今楽になりたいといった心理的傾向は一般化しつつある。

## ⑦ 現在の自殺の一般的特徴

現在の自殺にまつわる特徴は以下のようなものである。これは、上述した全体的状況の反映とも考えられる。

- a. 現在の自殺の増加

- b. 中高年に対する様々な負荷が増加
- c. 実証的事実に基づく予防活動の実践の不足
- d. 職域での自殺予防の資源の不備
- e. 地域を含む社会的資源の減少
- f. 家族機能の低下

#### ⑧ 就労者の自殺の特徴

勤労者の自殺率は、一般人口のほぼ半分を占め、男性優位であり、季節性の存在（春期に多い）が認められ、自殺時平均年齢は40歳前後であり、地域での特徴とは異なり既婚者にも多く認められる。自殺の手段としては、致死的手段が多く選ばれ、縊死、墜死が多い。また、覚悟の自殺といった自殺は相対的に少なく、その根拠として8割前後には遺書は書かれていない。

自殺の原因となっている精神障害としては、後方視的診断によって、うつ病（68.4%）、精神分裂病（10.5%）、アルコール依存症（8.8%）、神経症（7%）、心因反応その他（5.3%）などであり、うつ病による自殺が主体となっている。

その他の就労者の自殺事例の特徴として、以下が挙げられ、従業員教育に対する教育が必要である。

- ・前兆の乏しさ、周囲が気づけない
- ・欠勤は、自殺前1日から2日が多い
- ・生活習慣病などの身体疾患の合併は少ない
- ・経済的問題の負担の増加が関連している事例が多い
- ・配置転換、昇進などの生活上の出来事以後にも発生しやすい
- ・治療開始後は寛解期に多発する傾向がある
- ・職務上の板挟み状況、荷下ろし状況で発生が多い
- ・残業時間は一般的に多く、精神障害等の発症に密接に関連している

#### ⑨ 職域での自殺事例の事例化度の評価

自殺事例がどの範囲まで事例性をおびていたかという観点からの調査では、以下のような分布となっている。原理的には、専門家の治療が優先されるべきであると考えられるが、精神科医が実際に治療にあたっていた場合が3割であることを考慮すると、治療だけではなく、教育・啓発、支援関係者の養成、精神健康を維持・増進させる全体的な枠組みがさらに緻密に構築される必要があることが理解される。

自殺事例の事例化度による分類

事例化度0（本人のみ）	20%
-------------	-----

事例化度 1 (家族)	10%
事例化度 2 (職場)	10%
事例化度 3 (産業医、他科医師)	30%
事例化度 4 (精神科医)	30%

## ⑩ 職域における精神健康増進と自殺予防の課題と対策

### (i) メンタルヘルス不全者の発生の予防

メンタルヘルス不全者の中には、個体側の要因が優勢である障害があることも事実であるが、現在のメンタルヘルス不全者全体のおよそ3分の2は、主に就業環境が適正でないことに基づく障害、つまり、作業関連性障害としてのメンタルヘルス不全の要素が強いと位置づけることが可能である。この事実から、メンタルヘルス不全発現予防が可能であるということが出来る。メンタルヘルス不全の原因となる要因はさまざまであり、多くの要因が重畳しているが、そのうちから重要なものを取り上げよう。

### (ii) メンタルヘルス不全の要因としての対人関係

一般に、就労者ばかりでなく、人間は集団を構成すると、より優勢な者とより劣勢な者とに分かれる傾向があり、劣勢な者は多くの場合、自分の都合を優勢な者の都合に合わせなくてはならないことが多い。個人個人の都合は、それぞれ相反していたり、一致したりするが、劣勢の個人の都合うち、どうしても譲れない都合を無視されたり、拒否されたりすると、劣勢の個人の心理的状态は好ましくない方向へと向かう。

こういった過程は、日々繰り返されているが、ある閾値を超えて個人の都合が無視され、拒否されると、個人の安全保障感は喪失し、何らかの精神的症状が出現することになる。この症状は、本人にとっては外界への順応の差し障りとなるが、個人の都合をそれ以上毀損されないという個人を保護するという側面ももっている。優勢な者は、通常の判断能力があればその症状が劣勢な者を保護する機能があることに気づき、ある程度の強さで自己防衛をしていることを理解することになる。通常では、この時点で、優勢な者は自分の都合を主張することを留保し、劣勢な者の都合を採用することを試みることになる。劣勢な者が自分の都合が尊重された時点で、多くの精神的症状は、軽快・消滅することになる。こういった過程は、健康な集団では日々繰り返されており、この機序によって、精神的な破綻が防がれている。

この他の都合を尊重するという態勢は、通常の個体には生来的には備わっており、一般的には、「フォローする」とか「逃げ道を準備する」といった健常者の行動や思考に現れている。コミュニケーションといった言葉が頻用される背景にも、このような他者の都合を配慮するための情報収集といった機能が重要だからである。

産業の現場では、こういった配慮をする訓練として、「傾聴法」が取り上げられ、実践されているが、相手の都合に聞き入り、それと自分の都合との折り合いをつけていくという対人技

術は、何歳になっても繰り返し訓練が必要であり、就労する者が身につけるべき最低限のマナーということができよう。復職の時点でもこういったメンタルヘルス不全者の都合をできる限り聴き、尊重するという姿勢が関係者全員に必要なのは述べるまでもなからう。

#### (iii) 復職後等における就労時間について

人間は、8時間は労働し、8時間は自分のために使い、残りの8時間は睡眠のために使うのが一般的であるが、現在の就業状況の一部では、この比率が仕事に偏り、自分の時間や睡眠のための時間が減っている事態が稀ではない。昨年から採用されている脳・心臓疾患の労災認定の基準についても、就労者が身体的に健康に過ごすためには、時間外労働は、1ヶ月に45時間以内であり、45時間から80時間のあいだでは相対的に障害の発生する危険が高まり、2ヶ月の平均が80時間を越えるか、1ヶ月に100時間以上の時間外労働では障害の現れる可能性が強くなるとされている。

メンタルヘルス不全と時間外労働との関係についても、脳・心臓疾患とまったく同等と考えることはできないが、精神健康と睡眠時間との間には正の相関があり、十分な睡眠時間が維持されない場合には、メンタルヘルス不全が発現する蓋然性が高いことが一般に医学的に承認されている。

長時間労働のみをメンタルヘルス不全の原因であるとすることはできないが、労働密度や責任性などの他の要因と比較して、時間として数量化できることは、重要な視点であることは述べるまでもない。また、復職の時点で、就労制限を行うことは稀ではないが、復職後一定期間は、就労時間の短縮、時間外労働の制限、休日出勤の禁止、出張等の負荷のかかる仕事の免除などは、復職の前提として、産業医、産業精神科医、上長、人事労務担当者などが理解し、制度として結実させるべきであろう。こういった、時間の制限は思ったよりも個人の復職の過程を円滑にし、復職後の症状の再発・再燃の予防になることは強調しておかなくてはならない。

#### (iv) 事業場内・外の支持組織の充実の必要性

厚生労働省が職場のメンタルヘルス対策として、4つのケアという指針を示している。まず、第一は自分でのケアであり、健康情報等を積極的に取り込み、自分の心身の状態を適正にモニターし、不具合が生じたと判断できたら、その専門家に相談することが要点である。第二のラインによるケアは、正しいメンタルヘルスについての知識を得たのちに、前述した「傾聴」という態度をとるという上長の役割であるが、上長自身が仕事に忙殺されている現在の就労環境を考慮すると、上長に対するメンタルヘルスに関する教育・啓発は必須であるが、第三の事業場内資源の拡充、および第四の事業場外資源の開発・利用がこれからの大きな課題である。

現在の事業場内資源としては、従来の人事労務担当者以外に、従業員の能力開発、キャリア支援を行うことができる事業場内従業員支援プログラム（Employee Assistance Program:EAP）制度の日本の現状を踏まえた導入、産業医療体制としても、狭義の心身の健康診断を含めた健康増進活動のためのスタッフの能力向上などが急務な状況である。