

| 産業医が行う支援 | | 1回目調査 で同意 | 査で提案 1回目調 | 2回目調査 で同意 | 2回目調査 で不同意 |
|--------------|---|--------------|--------------|--------------|-----------------------|
| 1 | 産業医は、主治医に本人の特性と、それに対応する際の留意点を確認する | ○ | | | |
| 2 | 産業医は、主治医に対して、職場で求められている業務遂行能力、実際の本人の就業状況、職場で生じている問題点について情報提供を行う | ○ | | | |
| 3 | 産業医は、障害の開示（開示をする人・方法）について、本人や家族の意思を尊重する | ○ | | | |
| 4 | 産業医は、本人の同意を得た範囲で、上司・同僚へ障害特性について説明する | ○ | | | |
| 5 | 産業医は、本人の能力を活かせる業務に就くことを、上司および人事へ助言する | ○ | | | |
| 6 | 産業医は、本人の苦手とする業務は外すように、上司および人事へ助言する | ○ | | | |
| 7 | 産業医は、本人に対する業務の指示方法について、上司へ助言する | ○ | | | |
| 8 | 産業医は、本人の上司・同僚を支援する | ○ | | | |
| 9 | 産業医は、本人との信頼関係を構築・継続するよう努める | ○ | | | |
| 10 | 産業医は、職場で生じた問題を解決する為に解決策を本人・上司と共に検討する。 | ○ | | | |
| 11 | 産業医は、職場で失敗体験を重ねないようにするための工夫を本人・上司と共に検討する | ○ | | | |
| 12 | 産業医は、上司・同僚の異動などによる職場環境の変化が生じた際にも、本人へ継続した支援が行われるよう観察する | ○ | | | |
| 13 | 産業医は、本人の同意を得た上で、必要に応じて家族と連携を図る | | ○ | | ○ P71.4% O54.5% |
| 産業医がすべきでないこと | | 1回目調査 で同意 | 査で提案 1回目調 | 2回目調査 で同意 | 2回目調査 で不同意 |
| 1 | 産業医は ASD 労働者が障害特性によりできないことについて、本人に努力を促し、できるように指導する | | | | ○ P85.7% O54.5% |
| 2 | 産業医は、ASD 労働者の同意なしに上司や人事に診断名を開示する | ○ | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 3 | 本人および他人に危害を及ぼす恐れがないとき産業医が、本人の希望や納得が得られない場合に精神科の受診を強制する | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | P71.4% O90.9% |
| 4 | 障害者雇用枠に変更することを、産業医から提案する | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | P28.6% O45.5% |
| 5 | 産業医が本人の能力を否定するような発言をする | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 6 | 産業医が、ASD 労働者であることを理由に業務の制限を過度におこなう | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | P42.9% O81.8% |
| 7 | 産業医が、ASD 労働者が自身の評価に対して過大な期待をもつ可能性があるような発言をする | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | P57.1% O90.9% |
| 産業医が理解する必要があること | | | 1 回目 調査 で 同意 | 査 で 提案 1 回目 調 査 で 同意 | 2 回目 調査 で 同意 | 2 回目 調査 で 同意 |
| 1 | 自閉症スペクトラムの一般的特徴と職場で生じやすい問題について理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 2 | ASD 労働者に対して行われる一般的な業務への工夫（「構造化」「複数の仕事を指示しない」）について理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 3 | 同一の障害であっても個人差があることを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 4 | 自閉症スペクトラムの診断や障害の特性の評価は容易ではないことを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 5 | 成人後診断を受けた場合は、障害の受け入れや障害の認知に困難を伴う場合があることを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 6 | ASD 労働者は社会生活上さまざまな困難に直面していることを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 7 | ASD 労働者は社会生活上の困難などを理由にうつ病等の二次的な障害を引き起こすことがあることを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 8 | 自閉症スペクトラムが治療すべき対象(治るもの)ではないと理解している | | | <input type="radio"/> | | |
| 9 | ASD 労働者は環境の変化に弱いことを理解している | <input type="radio"/> | | | | |
| 10 | ASD 労働者のうちに余暇の使い方が苦手な人がいることを理解している | | | <input type="radio"/> | | |
| 11 | ASD 労働者のうちに、対人希求性*1が高い人もいることを理解している (*1他人との関係を持つことを求める性質) | | | | <input type="radio"/> | P71.4% |

| | | | | | O100 % |
|----|---|---|---|---|--------|
| 12 | ASD 労働者のうちに、自己肯定感が低下している人がいることを理解している | ○ | | | |
| 13 | ASD 労働者のうちに、感謝を表現するのが苦手な人がいることを理解している | ○ | | | |
| 14 | ASD 労働者のうちに、自己評価が苦手な人がいることを理解している | ○ | | | |
| 15 | ASD 労働者のうちに、体調管理が不得手な人がいることを理解している | ○ | | | |
| 16 | ASD 労働者は、得意とする領域については、一般平均を超える能力を発揮することがあることを理解している | ○ | | | |
| 17 | ASD 労働者は主治医へ健康状態や職場の情報を十分に伝えていないことがあることを理解している | ○ | | | |
| 18 | 職場で生じた問題のために職場が混乱することがあるということを理解している | ○ | | | |
| 19 | 本人と支援者双方のために、支援者は複数人のチームであることが良いと理解している | | | ○ | |
| 20 | 利用出来る地域資源として、地域障害者職業センター、発達障害者支援センター、障害者就業・生活支援センターがあることを理解している | ○ | | | |
| 21 | ASD 労働者が利用できる障害者雇用制度について理解している | ○ | | | |
| 22 | ASD 労働者のうちに、他者には了解しがたい「こだわり」を持っている人もいることを理解している | | ○ | ○ | |
| 23 | ASD 労働者は、情報を理解する（聞き取る）ことに困難を持っていることを理解している | | ○ | ○ | |
| 24 | 自閉症スペクトラムを有することが疑われる労働者に対して診断を促すことは、その後の支援がなければ本人にとって不利益が多い可能性があることを理解している。 | | ○ | ○ | |

4. アルコール依存症

①アルコール依存症における治療後の復職に関する研究

研究協力者 松下 幸生

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

アルコール依存症の治療予後に関する研究では、断酒や節酒など飲酒行動に関連した治療成績に関するものがほとんどであり、飲酒行動を治療効果の指標とした予後調査に関する論文は数多いが、復職や社会復帰を治療効果指標として予後を検討した研究はほとんどみられない。海外の報告も就労に関する研究はほとんどが Employee Assistant Program (EAP) に関するものがほとんどであり、EAP システムの整備されていないわが国の現状とは一致しないところがある。

本研究は通常の入院治療プログラムを受けたアルコール依存症を対象として予後調査を行い、飲酒行動だけでなく就労状況についても調査を行って、復職に関わる要因について検討した。

対象者の評価には Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services, adult version

(LOCUS) を用いた。これは、個々の患者における精神科医療の必要度を定量的・多面的に評価する評価尺度として米国地域精神医学会が開発したもので、6軸7項目 (I. 自傷や他害の恐れ、II. 生活・社会機能、III. 併存症、IV. 回復環境 A. ストレス、B. 支援、V. 治療回復歴、VI. 治療参加) の5段階評価により構成され、決定樹によりケアレベルを決定するようになっている。我が国では木村ら (東尾張病院) によって

翻訳され、精神科医師による評価者間信頼性が確認されている。

B. 研究方法

研究対象は2010年12月13日から2011年8月26日までの間に国立病院機構久里浜医療センターに入院した男性アルコール依存症者である。全入院者から対象者をランダムに選択して書面にて調査について説明し、協力を依頼して同意の得られたものを対象とした。調査対象数は165名ですべて男性である。対象者の平均年齢は55.8±12.9歳であった。対象者には入院後1～2週間の時点でLOCUSに基づいた評価を行い、さらに退院2週間前に再度LOCUS評価を行った。評価は一人の分担研究者がすべての対象者を評価することによって評価の基準が異ならないよう配慮した。

2012年11月1日に退院後の生活状況、就労状況、飲酒状況および Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)²⁾ から成る自記式のアンケートを郵送して2週間の期限までに返送があった者を対象に予後調査を実施してその回答内容について集計した。

C. 研究結果

全対象者165名の中で住所の宛先が不明でアンケートが送り返されたものが29名であり、残る126名が調査対象となったが、予後調査用のアンケートの回答があったのは75名であって先不明を除くと回答率は59.5%であった。回答者の平均年齢は57.9±14.1歳。生存者は73名。2名は死亡していたが、調査票には家族が記入して返送した。以下は退院後の調査に回答のあったもののみを対象として集計した結果を示す。

平均入院日数は 54.2±23.2 日間（3 日間～96 日間）であった。

過去の入院回数は、初回または 2 回目が 80%以上と、過去の治療歴の少ないものが多い。

生活状況は、同居家族のいるものが 64%であり、単身者は 28%、施設入所者は約 7%と過半数が家族と同居している。入院前の就労状況については、常勤、非常勤を問わず就労している者は 44%、定年退職後は 25%、無職は 29%という割合であった。

入院前に就労しており、調査時点でも就労していたものは 33 名中 17 名（51.5%）と約半数であり、入院前に非就労で調査時点に就労していたものはないが、1 名が入院前は就労していないと回答したにもかかわらず調査時点では就労していると回答しており矛盾する回答であった。一方、入院前に定年退職していたが退院後に就労したものが 19 名中 2 名（10.5%）であった。

仕事の収入で生活していたものは 18.7%であり、生活保護受給が 21.3%であった。年金や恩給で生活していると回答したものが 36.0%と最多であった。

入院中のプログラムでは退院後の断酒継続のために通院を継続することを強調しているが、退院後中断を含めて通院していたものは 60.0%であった。

断酒を継続していると回答したものは 44%であった。また、退院後に飲酒したと回答した者の退院からの期間をみると全体の 40%が退院後 3 か月以内に再飲酒していた。ちなみにアルコール依存症の断酒予後を検討した研究では回答のなかったものは飲酒しているとみなして断酒率を計算する

ことが多いが、その方法に従うと調査対象となった 165 名の断酒率は 20.0%となる。

AUDIT の点数については、海外の調査では 8 点以下を問題のないレベルと評価することが多いが、対象者の 58%が 8 点以下と飲酒していないか問題のない飲酒の範囲にとどまっていた。一方、15 点以上または 20 点以上はアルコール依存症の疑いとされることが多いが、30%がその範囲であった。

入院時と退院前の LOCUS 評価の結果をみると、いずれの項目も退院前には評価が改善しており、入院治療の効果を示している。

LOCUS 評価と同時に DSM-IV³⁾ の Global Assessment of Functioning (GAF) スケールを用いて対象者を評価しているが、入院時 GAF スケールの平均値 36.9±7.1 であり、退院時の GAF スケール平均値は 53.4±9.1 と退院前に改善が認められる。

退院後の調査時点で就労していると回答した 12 名および退院後に就労したと回答した 8 名を就労ありとして、就労していない 55 名を比較した。退院後の通院の有無の比較では、就労している者で通院していた（いる）割合が高く（85%）、就労していないものの 51%を上回った。また、就労している者で入院時の機能障害が軽度の割合が高く、重度の割合が低い。退院前の生活・社会機能評価についても、入院時と同様に就労している者で機能障害が軽度のものの割合が有意に高い。就労している者で入院時の回復状況（支援レベル）の高い者の割合も高い傾向がみられたが、統計的な有意差は認められなかった。一方、退院前では就労している者で支援レベルが高い者の割合が就労していないものと比較して有意に高かった。

ケア・レベルについては、就労しているものでは就労していないものに比べてケア・レベルが低い割合が有意に高い。退院前のケア・レベル評価も同様の傾向だが、統計的に有意ではない。

年齢、入院時・退院前 LOCUS 評価点数、入院時・退院前 GAF スコアおよび AUDIT スコアの比較においては、就労している者では退院前 LOCUS 評価点数が有意に低く、GAF スコアは入院時・退院前ともに有意に高い。いずれも全般的な機能が就労している者で保たれていることを示している。一方、AUDIT スコアには両群に大きな違いはなく、AUDIT スコアを 8 点以下、9-14 点、15 点以上に分類して磯の割合を比較しても同様であり、飲酒行動には大きな違いはないと考えられた。

入院前に就労していたものの中で、仕事を継続した 18 名と仕事を失った 16 名の比較をすると、LOCUS の回復環境（支援レベル）は、入院時には就労を継続したものと失職したもの間に有意差は認められないが、退院前の支援レベルは就労継続したもので支援レベルの高い者の割合が多い傾向にある。その他の LOCUS 評価項目には両群に有意な違いは認められていない。

年齢、入院時・退院前 LOCUS 点数、入院時・退院前 GAF スケールおよび AUDIT 点数の比較では、退院前 LOCUS 点数が就労継続したもので有意に低い、このほかには明らかな違いは認められない。退院前 GAF が就労継続群でやや高い傾向があるが、統計的に有意ではない。平均 AUDIT スコアはほぼ同じであった。また、AUDIT スコアを 8 点以下、9-14 点、15 点以上に分類してそ

の割合を比較しても同様であり、退院後の飲酒行動に大きな違いは認められなかった。

最後に就労の有無を従属変数とし、通院の有無、入院前の仕事の有無、LOCUS の入院時の生活・社会機能評価（極めて軽度または軽度と中等度以上）、入院時ケア・レベル（レベル 1 または 2 と 3 以上）、入院時 GAF スコア（60 点以上と 60 点未満）を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果、これらの独立変数の中で通院および入院前の就労の有無がそれぞれオッズ比 6.0（95%信頼限界 1.3-28.8）、10.5（95%信頼限界 2.3-48.8）と退院後の就労の予測因子であった。

入院前に就労していたものを対象として退院後の就労の有無を従属変数として同様の独立変数を用いてロジスティック回帰分析を行ったが、全ての変数がモデルから除外され、退院後の就労継続を予測する因子は得られなかった。

D. 考察

退院後に就労していたものは就労していないものに比べて 1) 入院時の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、2) 退院前の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、3) 退院前の支援レベルが高度の割合が高い、4) 入院時のケア・レベルの低い割合が高い、5) 退院前のケア・レベルの低い割合が高い、6) 退院前の LOCUS 点数が低い、7) 入院時 GAF スコアが低い、8) 退院前の GAF スコアが高い、9) 飲酒状況については大きな違いは認められないという結果であった。一方、入院前に就労しており、退院後も就労を継続したものは退院後に職を失ったものと比較して、1) 退院前の支援レベルが高い傾向にある、2)

退院前 LOCUS 点数が低い、3) 飲酒状況については明らかな違いがない、という結果であった。

これらの調査で明らかになったこととして、治療後に就労しているものは就労していないものに比べて生活や社会機能の保たれている、支援レベルが高いといった特徴が認められた。また、飲酒状況については明らかな違いがないという点もこの調査で明らかになった点である。

一方、この研究の限界について以下の点が挙げられる。1) 回答率が低い、2) 退院前の評価がされていない割合が高い、3) 回答者は主に本人であり、客観性に問題がある、4) 対象者数が限られている、といった点である。アルコール依存症の追跡調査では追跡率の低いことが問題となることが多く、本研究も住所不明のものを除いても回答率が 60% を下回るといった低い割合であった。従って、回答のあった対象者が対象者全体を代表しているとは言い切れず、結果の解釈には注意を要する。退院前の LOCUS 評価の欠落が多い点は今後の反省点である。また、回答はほとんどが依存症本人のものであり、飲酒状況などについては客観的な情報が乏しいという点も結果の解釈にあたって注意すべき点である。これらを考慮すると今回の研究結果は予備的なものと言わざるを得ないが、アルコール依存症の社会復帰に焦点を当てた数少ない研究としての意義はあるものとする。

E. 結論 (まとめ)

アルコール依存症で入院治療を受けたものを対象として就労に関する予後を検討した。退院後に就労していたものは就労していないものに比べて 1) 入院時の生活・社

会機能障害が軽度である割合が高い、2) 退院前の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、3) 退院前の支援レベルが高度の割合が高い、4) 入院時のケア・レベルの低い割合が高い、5) 退院前のケア・レベルの低い割合が高い、6) 退院前の LOCUS 点数が低い、7) 入院時 GAF スコアが低い、8) 退院前の GAF スコアが高い、9) 飲酒状況については大きな違いは認められないという結果であった。一方、入院前に就労しており、退院後も就労を継続したものは退院後に職を失ったものと比較して、1) 退院前の支援レベルが高い傾向にある、2) 退院前 LOCUS 点数が低い、3) 飲酒状況については明らかな違いがない、という結果であった。

就労の有無を従属変数とし、通院の有無、入院前の仕事の有無、LOCUS の入院時の生活・社会機能評価 (極めて軽度または軽度と中等度以上)、入院時ケア・レベル (レベル 1 または 2 と 3 以上)、入院時 GAF スコア (60 点以上と 60 点未満) を独立変数としたロジスティック回帰分析の結果、これらの独立変数の中で通院および入院前の就労の有無がそれぞれオッズ比 6.0 (95%信頼限界 1.3-28.8)、10.5 (95%信頼限界 2.3-48.8) と退院後の就労の予測因子であった。

IV. 職場におけるメンタルヘルス不調者の対応における留意点に関する検討

①職場におけるメンタルヘルス関連問題の実務的解決による事例対応

研究協力者 山田 達治

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

企業にとってメンタルヘルス不調による休職者の増加および休職の長期化、復職後の再発の多さは切実な問題となっている。

富高辰一郎はその著書「なぜうつ病の人が増えたのか」¹⁾の中で、近年「うつ病」と診断される人が急増した要因として、製薬会社によるうつ病治療のプロモーションにより精神科や心療内科を受診する人が増えるメカニズムを、国内外のデータにより明快に指し示して反響を呼んだ。また富高は同著の中で、精神科での診断の実態として、真の精神疾患とは言えない患者でも操作的診断基準によれば何らかの診断がつけられて治療の対象となると述べている。

臨床家が実際にどの程度製薬会社の意図に影響を受けているかは別として、精神科への受診者の増加はそのまま精神疾患の患者の増加につながりやすい。生物学的な指標で障害の有無を判断できないこともその理由の一つだが、それだけではない。病的意義は軽微だが、仕事や職場の対人関係について深刻な悩みを抱く受診者に対して、患者の苦痛を軽快させたいと考える場合に主治医が取り得る対処とは、薬物治療により改善し得る症状を見いだして処方したり、職場のストレスが病状を進行させると判断すれば休職を指示したりすることであろう。職場環境に直接働きかけることができない臨床家としては当然の対応である。

うつ病患者急増の原因については、産業保健分野にも注目すべき点がある。セルフチェックシートでメンタルヘルス不調を発見し、産業医や精神科医につなぐなど「早期発見・早期受診」の重要性が強調されるが、この取り組みは常に良い結果をもたらすとは限らない。軽症あるいは病的意義が乏しい場合は不調者が職場で抱えている問題の解決を図ることや、休業した場合にはその社員を確実に職場復帰させるための復職支援制度の精度向上といった対応策も併せて整備していかなければ、職場が孕んでいる問題が産業医さらには精神科医へ、すなわち職場の外へ外へと送られるばかりの一方通行のバトンタッチとなり、不調者が「病気」の領域に蓄積される結果を招く。また、OJT、役割や分担の調整、不合理なルールの見直しなど、本来ならば職場の機能そのものであるはずの実務的な問題解決がなされないままに心の病という扱いで対処されてしまうことは、職域のメンタルヘルスクエアを一層困難で複雑なものにしてしまう。

かつては非常に強かった精神科受診への偏見を取り除き、うつ病患者らが適切な治療を受けられるようにと企業社会を啓蒙した産業精神保健の先駆者らの功績により、現在ではそれほどの抵抗なく患者が精神科での治療を受けられるようになった。次のステップとしては精神科受診の真の適用の見定めが必要であろうと考えるが、本稿ではその作業のひとつとして、職場の問題を実務的に解決することにより精神科での治療を受けることなく収束した事例とその方

法論について報告する。

B. 研究方法

パワハラや過重労働がしばしばメンタルヘルス不調の原因になることは明らかなので本稿では省略する。表立ってパワハラも過重労働もなかったと思われるケースはしばしば「本人の甘え」などに見なされがちであるが、彼らが警戒心を解いて詳しい事情を語り始めると現実的で具体的な問題点が見えてくることがある。筆者がこれまでに勤務した複数の企業での事例について、核心部分を損なわない程度に修正を加えて検討する。

C. 研究結果

26歳女性（販売部門事務）、29歳男性（顧客サポート部門SE）、27歳女性（営業部門事務）の3事例について、産業保健スタッフの関わりを中心として、その結果を詳細に検討した。検討内容は省略する。（平成23年度報告書を参照のこと。）

D. 考察

1. 事例を振り返って

一般診療における精神科プライマリの役割が強調されるようになった結果であろうか、最近では内科医などから精神科を紹介されるケースが目立つ。しかし、

1. 産業医などの支援者と長時間対話することに困難はない
2. 感情的ではあっても思考はしっかりとしている
3. 解決の道筋が見えれば情緒的な落ち着きや明るさを取り戻す

という状態であれば、精神科受診を急ぐ必要はないと考える。悪い事態を想定してメンテラし、専門外の疾病を疑えば念のために専門科に紹介することは医師の習性だ

が、精神疾患の可能性を示された患者やその周囲の人々が受ける精神的な衝撃と社会的な影響は相当に大きい場合が多いため注意が必要である。悪性疾患や冠動脈疾患であれば、精査で異常なしと判定されれば胸をなで下ろす結果に落ち着き、病変を認めれば治療を行うことが解決策となる。これに対して、職場の悩みや葛藤の解決策は病院にはない。

勤労者のメンタルヘルス不調は日常的問題のこじれが原因となっていることが少なくない。こうしたレベルの問題は、健全な状態の職場においては産業医に相談されることなく解決されているのであろう。巨大な組織や設備を作り上げて運用し、休みなく新しい技術や製品を開発して世界経済の中を勝ち残ってきた企業の人々の知性と合理性に対しては常に畏敬の念を抱かずにはいられないが、そんな人々の間に生じた遠慮や疑心暗鬼、メンタルヘルスにまつわる迷信は彼らの合理的思考を奪い、職場の問題点に正直に向き合うよりも「心の病」や「問題児」という対処で終らせてしまうことがある。

人を責めたり犯人を捜したりするような考え方ではなく、協力して問題を実務的に解決するのだという共通認識が得られてようやく事態の解決に向けて動き出すことができる。

中間管理職の行動は、組織の風土や上級管理職の態度によって強い影響を受けていることも理解する必要がある。

2. 医療職がどう関わるか

心理的な共感に重点を置く傾聴はある程度の心の癒しをもたらすが、多くの場合それだけでは不調者の悩みは解決されない。

実務的な問題が放置されたまま心の癒しによるサポートを続けられれば、遷延する苦しみの中で不調者の心理的な依存を増大させる可能性がある。ストレスコーピングや認知療法などの心理療法を強調することは、実務的な問題解決の視点を欠く場合には、不調者一人の「心の持ち方」に解決の責任を負わせてしまう可能性がある。総じて、仕事の問題が心の問題として扱われてしまうことが、それがたとえ支援を意図していたとしても、真の問題点を見えにくくさせてしまう。だからといって、「病的意義は乏しいので職場で解決されたし」という対応では、そもそも職場での話し合いや配慮による調整がうまくいっていなかったが故に医療の場で顕在化した経緯を考えれば、職場に突き返された不調者は一層苦しい状況に陥ることが予想される。やはり一定の保護を加えながら見守る必要がある。

相談対応にあたる際には、特別なカウンセリングや心理分析のスキルを要する訳ではない。また、一事業所内においてさえ多種多様にわたる従業員らの業務内容や組織について熟知しなければ対応できない訳でもない。事例対応の実際を要約すれば、

- ① 秘密の厳守を約束し彼らが直面している問題を語るよう促して傾聴する
- ② 職制や人事の協力を得ることで実務的に解決し得る事柄を抽出する
- ③ 本人にとっても職場にとっても良い結果を目指して論点を整理する
- ④ 事態が収束するまでのサポートを約束し、話し合いに臨む勇気を持たせる

ということである。①の段階では不調者の思考は十分整理されていないことが多く、その表現は多分に感情的であり時に攻撃的

である。彼ら自身も事態を人間関係や性格といったウェットな観点で捕らえているため、「あなたはどうしたいのか」という問いかけでは意味のある回答は得られない。そこで、感情論に満ちた訴えの中から実務的に解決すべきポイントを抽出し、合理性のある改善提案として整理するプロセスが必要になる。本来職場で日常的に行われるべき業務見直しと調整の一環であることが理解されるにつれて、不調者の躊躇や猜疑心は弱まることが多い。

こうして、職場が抱えている問題点に関係者が正直に向き合うことの第一歩を踏み出すことができる。所属長らとの話し合いに際しても、ともしれば話題は性格や考え方といった心の問題、対人関係あるいは責任論に向かうため、随時軌道修正して実務的な次元に焦点を当て続け、本人が言葉足らずならば説明を補ってやることも時には必要となる。

いうまでもなく、ここに述べた取り組みは狭義の産業医業務ではない。むしろ、こうした領域の対応は人事が行うものであり、産業医が関わるべきではないという意見が主流であろうと考えられる。病気の疑いや重大なリスク、あるいは診断がある場合に医療上あるいは就業上の措置を行うことが産業医本来の役割である。しかし、病的意義は乏しく本人も潜在的には強い就業意欲を持っている場合には、むしろ精神病理や法的リスクを過剰に懸念する人々の目を現実に戻すことが重要なことがある。医学的な判断を正確に行うことによって最も適切な対応が採られることを目指すならば、職場と不調者の間に産業医が積極的に介入する余地がある。対人葛藤にカムフラージ

ユされていた実務的な問題を解決するという目的意識で職場の協力体制を速やかに樹立できる状況であれば、「医学的な問題ではない」と明言するいわば逆説的な医師の意見が混乱を解消することになる。精神医学関連の問題に対する企業社会のアレルギー的な反応が解消された暁には、このような調停は必要なくなるのかもしれない。

一般に「主治医は完全に患者側だが、産業医は使用者と従業員の中立的な立場」という考え方がある。一部には、産業医とは完全に使用者側に立つ存在だという主張もある。いずれにせよ、「どちらの側か」という思考自体が両者を対立関係と想定しているかのようだ。筆者は事例対応に際し、私はどちらの味方でもないと明言している。目指すのは、上司と部下の双方を苦しめたり怒らせたりしていた問題が解消され、損なわれていた職場の機能が回復することだけである。

3. 何が実務的な事例対応を妨げるのか

多くの従業員が具体的な問題を感じているながらも、関係者がそこに正直に向き合うことが難しい場合がある。職場で発生する問題は実務的な次元で解決できる場合が多いことを理解し、その意志を持って対応にあたるようにしなければ、しばしば人間的、組織的な様々な要因に妨げられて紛糾する結果を招く。職域の問題解決力を高めるためには精神医学や心理学の知識を増やすことよりも、むしろ日常的な実務の見直しに立ち返ることが役立つ場合が多い。

以下、問題が職場内で合理的に解決される上で障壁となることがある事柄について例を挙げる。いずれも、職域のメンタルヘルスケアに携わる者の素養として一通りの

知識をもっていることは望ましいが、こうした領域への関心が肥大化することで職場や産業保健部門の機能が損なわれている状況にしばしば直面することから、その弊害を克服するために何が必要かを検討したい。

a. 新型うつ病論

新しいタイプのメンタルヘルス不調の存在を記した著述の嚆矢は、笠原嘉の「退却神経症」であろう。笠原は精神医学を取り巻く時代の変化の中で、職場や学校にうまく適応できない人々のために求められる精神医学の役割は明らかではないとしながらも、とにかく精神科に相談に来られよ、と手を差し伸べている。

林公一は「擬態うつ病」という刺激的な概念を世に問い、多くの批判を受けながらも続く「それは、うつ病ではありません！」を著した。これは精神医学では治るはずのない「健全な落ち込み」などがうつ病と診断されていることの弊害を明らかにし、精神医学によって救われるべき本当のうつ病の姿を浮き彫りにしようとするものであり、著者の臨床家としての誠実さが伺い知れる。

ディスチミア親和型うつ病という概念を提唱した樽味伸は、メラニコリー親和型に代表される従来のうつ病とは異なるものの現代の診断基準ではうつ病と診断される人々にしばしば向けられる“皮肉な視線”について、それは疾病分類に関する学問的論争に向けられるべきものであって、受診者に向けられる筋合いのものではないと述べている。

このように、精神医学の国際的な共通言語である操作的診断基準は必ずしも適切な治療の手がかりとはなっておらず、「うつ病」の真の姿を見極めようとする学問的・

臨床的な探求は今も続いている。

昨今では職域のメンタルヘルス関係者の議論においても新型(もしくは現代型)うつ病が盛んに論じられるようになったが、その特徴とされる「他罰的、逃避的、未熟な人格傾向」という言葉は多分に人格非難の論調の中で語られ、不調者の訴えにその傾向を認めるとそれが問題の本質であるかのように見なされて訴えの中身には十分な注意が払われなくなる。こうした風潮は産業保健関係者や企業の担当者らに、事例対応への嫌気のような気分をもたらすことが少なくない。樽味が遺した戒めの重要性を再認識させられる。

新型であれ古典的であれ、不調者らが打ち明ける悩みには、職場の機能を回復するために聴くべき事柄が少なからずある。職場の問題に直接介入する一定の権限と責任を負う立場にある人事、管理職、産業医は、新型うつ病論の文脈とは異なる視点から現代のうつ病問題に取り組むことができるはずである。

b. 精神病理の誇大視

企業の人々と協議する際にしばしば、彼らはメンタルヘルスに関連する問題を「心の病」というブラックボックスの周りで論じていると感ずることがある。彼らの多くはメンタルヘルスについて理解し事態を改善しようという意志を持っているのだが、職場では手出しのできない領域の医学的な問題が起こっているとの先入観を持つ人々の思考は、不調者がいれば医師に診せる、予防策は専門家の講演、といった範囲に留まってしまう。

また、精神科医や心療内科医の多くは患者の病的な依存行動や逆怨みなどによるト

ラブルの経験から、共感が必要だが巻き込まれてはいけない、安易な手助けは疾病利得を助長する、といった心得を強調される。患者の救済のために尽力するという医療の大前提が失われていない限りにおいてこの心得は時に有用だが、このアドバイスに強く反応した企業社会の一部ではしばしば、常識的な対話が通じない相手から組織や担当者自身を防衛するという姿勢が、再適応を信じて支援する姿勢を上回ってしまう。

筆者の経験では、問題の解決を手助けすることで疾病利得が形成されたことはほとんどない。実際にはむしろ、「辛いところを皆に助けられたので、これからは自分が後輩を助けたい」という姿勢を持ったよい先輩に成長したケースのほうが多い。病人として周囲に依存し続けることを望む者は普通はいない。

いくばくかの症状を呈して精神科に通院している場合でさえ、職場の問題に対して反動的に不調に陥った人々の大部分は基本的に健全な人格と思考力を備えており、彼らの訴えは職場の実態の一側面を非正規の方法ながら露呈させている。その訴えの中から組織が実務的に改めるべきポイントを理解するために誠意をもって傾聴する姿勢こそ、感情的な問題には巻き込まれずに実効性のある支援を行うことにつながるのではないだろうか。

c. 法的リスク論

労働安全衛生法に規定された「長時間労働者等に対する面接指導」、厚生労働省による「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」などに加え、過重労働やパワハラによってうつ病になったり自殺に追い込まれたとして労災認定され

たり民事裁判で企業が賠償を求められた判例が企業のメンタルヘルスケアに関する法的責任の輪郭を形成しつつある。こうした社会的背景が否応なく企業のメンタルヘルスケア体制の整備を推し進めた点は否定できない。

法的リスクを強調することにはデメリットもある。管理職は訴訟や責任問題に過敏になり、話し合いを申し入れると「職場に非はない。本人の人格の問題だ。」と言い立てる者や、現実から目を背ける者も出てくる。犯人捜しをしているのではなく、双方が働きやすくなるよう実務的な問題を解決したいだけだ、と強調して管理職側の警戒心を取り除くまで、実のある話し合いを始められないことがある。

また、休職中の社員が、恐らく社会復帰への不安からであろう、ことさら会社の法的責任に言及することも少なくない。筆者はこのような場合、リハビリから復職後の健康管理にいたるロードマップを示してサポートを約束するとともに、職場復帰は闘争ではなく、職場の皆から助けをもらいつつ再適応を遂げていく道なのだと言き聞かせる。健康管理や復職支援をする意思と制度のある企業なら、法的責任や訴訟リスクを争点にしないほうが問題解決や再適応支援はうまく運ぶことが多い。

d. 教育への過剰な期待

不良品が多発する製造部門において、対策は工学部の教授を招き従業員に 60 分間の集団教育を受けさせれば済むと考える者はいない。専門家の知見を参考にすることがあるとしても、現場の人々は自分たちこそがこの設備と工程を設計し稼働させている専門家であると自認して徹底的に問題と

向き合っている。これに対して、メンタルヘルス不調を予防する取り組みでは、年間計画の中で教育を行うこと自体を「対策」として扱っていることが多い。目標管理制度の中で実績を主張しなければならないことから、教育の中身よりも定期的な実施に眼を奪われてしまう企業もある。

前述の通りうつ病の増加には医療業界の事情が多分に影響し、うつ病の定義そのものも医学的論争の渦中にある現状で、我々は確かな予防効果を約束できる社内教育のコンテンツをどれだけ持ち合わせているのだろうか。

製造現場の安全衛生活動においては、化学的、物理的、生理学的な有害要因による生物学的影響やその予防法が先人たちの数十年にも及ぶ探求の賜物として蓄積されてきた。その方法論が漏れなく実施されることで安全衛生教育には確実な効果を期待できる。

一方、職域のメンタルヘルスケアの取り組みはまだ始まったばかりである。産業界に足を踏み入れた医学や臨床心理学の専門職らは、臨床の場で培われた理論や手法を職域の集団に適用することがどの程度効果を発揮するのかを検証し、用い方の工夫を重ねている最中なのである。職場を構築し運営することのプロフェッショナルであるはずの人事や管理職に対して医療職が講釈できる知見は現時点では限られている。職場の悩みや葛藤そのものを解決する知恵と効力は医療ではなく職場にあることを認識しなければならない。

それでも、我々医療専門職が社内教育を通じて企業の組織や人々と向き合い続けることは必要である。企業の論理とは違う視

点を提供できる立場として、医学的に解決し得る領域について啓蒙すること、医療スタッフの存在と相談ルートを周知すること、健康管理や復職支援などの体制を根付かせることなどは現時点でも確かな根拠をもって教育できる事項である。メンタルヘルスケアに取り組むという事業者（あるいは経営者）の姿勢を明らかにすることも教育の重要な目的である。更に、職制、人事、産業医らの協力によって実務的に問題を解決し得た実績から得られる知見を共有することによって、職場の問題に向き合う現実的な思考力を養うことも必要ではないかと考える。

e. カウンセリングやコーチングの乱用

産業カウンセリングやコーチングを学んだ支援者はしばしば「私はアドバイスしない。意見を述べない。解決するのはあなた自身。」という姿勢にこだわりを見せる。職域の相談対応には、この姿勢が功を奏しやすい場面とそうでない場面がある。

肥満症の従業員に看護職が保健指導を行う場面は、カウンセリング的態度が効果を発揮する好例だろう。肥満症の原因や健康リスク、解消法は本人も概ねよく知っており、どうやって食事運動療法などに取り組むかについては、本人なりの目標設定や方法を尊重したほうが意欲や実践を維持しやすい。また看護職は従業員の日常生活について指示する権限も責任も持たない。多くの産業看護職は、社員の人格やライフスタイルを尊重しながら、有所見者らの主体的な努力を支援する方法を習得している。

これに対して、メンタルヘルスに関連する領域で成果を出すことは遥かに難しい。職場の問題の多くには「解決するのはあな

た自身」とするにはあまりに酷な多くの要因がからんでいる。問題は不調者だけに存在するのではなく、多くの場合は職場の人々やその業務の関係性の中に孕まれている。管理職など一定の権限をもつ立場の者は責任をもって調整にあたり、時には主体的にそれを解決しなければならない。

コーチングを学ぶこと自体は指導力の幅を広げる上で有意義であるのは間違いないが、それよりもマネジメントにおける本来の役割を綿密に果たすことや、忙しい現場で陣頭指揮を取る際には明確で行き届いた指示をすること、経験の乏しい部下には丁寧な実務指導することなどの管理職の本分を見失ってはならない。

E. 結論

産業保健の実務に携わる中で、しばしば精神医学や心理学に魔法のような効能が期待されたり、目についた心理的な所見が過剰に問題視されたりする傾向に直面し、職場が持っている基本的な問題解決力を発揮させることこそ予防の本質という考えで事例対応に取り組んできた。抑うつや不安などの症状を呈する社員がいる場合、軽症であれば筆者は可能な限り、医療機関への紹介よりも先に職場での問題解決の余地がないかを検討する。ごく一部の不調者に対しては認知療法などを用いて心理療法的に支える必要があるが、それが職場のメンタルヘルスケアの中心ではないと常に自戒し、職場の責任者や人事労務の協力を得て業務負荷や職場環境の調整、実務上の支援や技術指導を行うことに努めている。こうして産業保健領域の努力によって精神科受診や休職を回避できた事例を積み重ねることは、うつ病圏の人々の適切な受療行動の輪郭を

形成する上で重要な一辺となるのではないだろうか。

最後に、主治医との信頼関係やマイルドな薬物治療によって均衡を保ちつつ就業している多くの軽症者がいることを考えれば、軽症者が精神科を受診することの意義そのものを否定するものではないことを付け加える。

②大学病院における復職支援デイクアで実施されている復職支援プログラムから見た、新たな精神疾患罹患労働者への対応に関する留意点の検討

研究協力者 時田 征人

研究研究者 黒木 宣夫

A. 研究目的

気分障害患者が増え続けている要因のひとつとして、従来型のうつ病と異なった気分障害圏の病態を呈する“うつ病”患者が増えていることが指摘されている。このことは、同時に職域において“うつ病”患者が休務に至る事例が増えていることと無関係とは言えないだろう。職域においてこうした労働者への復職支援はまだ完全とは言えず、その支援のための人材育成を含めたシステム構築が急務である。

本論文では、当院における復職支援への取り組みの実践を報告し、かつまた実践的な対応としての示唆を得るために事例を紹介し、その上で職域と臨床の連携を精査し、労働者に対して適切な対応をいかに行うべきか示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

当院復職支援デイクアの実践および事例を報告し、利用者の特徴を捉える。

対象：東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニックデイクアセンター（以下当院リワーク）の利用した者で、在職にある者。

利用者の氏名や所属先が特定出来ないように配慮する。また事例に関しては、本稿の論旨に沿うように差し障りのない範囲で加工する。

用語の操作的定義

利用者：当院デイクア利用者。

休務：精神疾患を事由に有給休暇・療養休暇や休職制度等を利用している状態。

復職：休務の状態から賃金の発生する状態で職場に復帰すること。

リハビリ勤務：休務の状態・賃金の発生しない状態で職場で職務に近い作業をすること。

デイクア終了：復職・リハビリ勤務やそれに準じた事由でのデイクア利用の終了。

デイクア中断：デイクア再利用を視野に入れたデイクア利用の一時的な休止の状態。

デイクア中止：デイクアの再利用を視野に入れないデイクア利用の終了。

C. 研究結果

1. 当院デイクアについて

施設基準は大規模デイクア（131.94平米）である。従来のデイクアとされる統合失調症モデルではなく、うつ病・不安障害に罹患し休務している労働者を対象とした復職支援に特化したデイクアである。

スタッフは常勤専従スタッフとして作業療法士1名・精神保健福祉士1名・看護師1名、常勤非専従スタッフとして臨床心理士1名が週1回3時間従事している。また精神科医1名が隔週1回3時間従事している。

周辺病院や診療所との連携を強化しており、主治医を変更せずに、つまり転院せずにデイクアのみ利用を可能としている。但しその場合にも当院の医師の診察は当然受けることとなる。デイクアでの状況は、利用者が主治医受診時に報告することももちろんであるが、デイクアスタッフが作成する活動状況報告書を、本人経由で主治医へ渡し、定期的に情報の提供を行っている。

運営は月曜日から金曜日、9時30分から

16時までとし、うち9時30分から12時30分を午前ショートケア、13時から16時までを午後ショートケアとしている。

週替わりや月替わりとしたことはなく、年間を通して固定したプログラムを行っている。各プログラムの概要については①オフィスワークは基礎的作業能力回復支援である。②生活習慣プログラムは生活習慣改善支援であり、療養期間における生活指導である。③ストレスマネジメントプログラムはストレスに対する対処技能獲得訓練である。④スモールグループコミュニケーションはコミュニケーションに視点を置いた支援である。⑤心理教育は再発予防のための疾病教育支援である。⑥ボディワークは基礎体力回復支援である。⑦グループミーティングは復職間近あるいは強く意識した者を対象にしたさらに凝集性の高いグループで、実際に職場に行っている者と次に続く者どうしでのエンパワメントを目的としたプログラムである。これら7つのプログラムは、生活習慣プログラムを残る6つのプログラムが囲むような概念イメージである。

当院のリワークの2007年10月から2010年10月時点で利用を終えた者（終了・中止・中断）は、168名であった（男性133名、女性35名、延べ人数）。利用開始時の平均年齢は41.0歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が5.4%、25歳以上29歳未満が4.8%、30歳以上34歳未満が13.1%、35歳以上39歳未満が22.0%、40歳以上44歳未満がおよび45歳以上49歳位未満が16.7%、50歳以上54歳未満が17.3%、55歳以上59歳未満が3.6%、60歳以上が0.6%であった。民間企業の在職者は64%、国家

公務員・地方公務員の在職者は32%、公的機関（便宜上準公務員とした）に在職するものは4%いた。平均の利用期間（利用初日から利用最終日までの期間）は179日であった。疾病分類を見るとうつ病（F31）66%、双極性感情障害（F31）9%、他の不安障害（F41）3%、適応障害（F43）2%、他の神経症性障害（F48）15%、統合失調症（F20）3%、その他2%となっている。つまり気分障害（F3）75%、神経症障害（F4）20%、統合失調症（F20）3%、その他2%であった。休務からデイケア利用までの期間（不明の2名除く）は、30日未満が18.1%、30日以上60日未満が9.0%、60日以上90日未満が7.8%、90日以上120日未満が5.4%、120日以上150日未満が4.2%、150日以上180日未満が6.6%、180日以上210日未満が7.2%、210日以上240日未満が3.6%、240日以上270日未満が2.4%、270日以上300日未満および300日以上330日未満がともに4.2%、330日以上360日未満が3.0%、360日以上が24.1%であった。転帰理由を見ると、終了が71%、中断が8%、中止が21%であった。詳細を見ると復職が62%、リハビリ勤務開始が4%、転職が1%、他機関への移動が2%、退職が2%、症状悪化が8%、その他21%であった。上記前者3項目を復職達成とみなすと復職達成群が65%、未達成群が35%であった。復職達成群は110名（男性93名、女性17名、延べ人数）であり、平均利用期間は185.0日であった。復職達成群の利用開始時の平均年齢は42.4歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が1.8%、25歳以上29歳未満が4.5%、30歳以上34歳未満が11.8%、35歳以上39歳未満が20.9%、40歳以上44歳未満

が 17.3%、45 歳以上 49 歳未満および 50 歳以上 54 歳未満がともに 19.1%、55 歳以上 59 歳未満が 4.5%、60 歳以上が 0.9%であった。復職達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明の 1 名除く）は、30 日未満が 20.2%、30 日以上 60 日未満が 9.2%、60 日以上 90 日未満および 90 日以上 120 日未満がともに 6.4%、120 日以上 150 日未満が 5.5%、150 日以上 180 日未満が 7.3%、180 日以上 210 日未満が 5.5%、210 日以上 240 日未満が 4.6%、240 日以上 270 日未満が 0.9%、270 日以上 300 日未満および 300 日以上 330 日未満がともに 4.6%、330 日以上 360 日未満が 1.8%、360 日以上が 22.9%であった。対して復職未達成群は 58 名（男性 40 名、女性 18 名、延べ人数）であり、平均利用期間は 167.7 日であった。復職達成群の利用開始時の平均年齢は 38.3 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 12.1%、25 歳以上 29 歳未満が 5.2%、30 歳以上 34 歳未満が 15.5%、35 歳以上 39 歳未満が 24.1%、40 歳以上 44 歳未満が 15.5%、45 歳以上 49 歳位未満が 12.1%、50 歳以上 54 歳未満が 13.8%、55 歳以上 59 歳未満が 1.7%であった。復職未達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明の 1 名除く）は、30 日未満が 14.0%、30 日以上 60 日未満が 8.8%、60 日以上 90 日未満が 10.5%、90 日以上 120 日未満が 3.5%、120 日以上 150 日未満が 1.8%、150 日以上 180 日未満が 5.3%、180 日以上 210 日未満が 10.5%、210 日以上 240 日未満が 1.8%、240 日以上 270 日未満が 5.3%、270 日以上 300 日未満および 300 日以上 330 日未満がともに 3.5%、330 日以上 360 日未満が 5.3%、360 日以上が 26.3%であっ

た。

2. 事例検討

50 歳代の地方公務員、30 歳代の地方公務員の 2 事例を詳細に検討した。内容は省略。（平成 23 年度報告書を参照のこと。）

D. 考察

1. 当院デイケアについて

当院リワーク利用者の特徴は、年齢は 35 歳以上 39 歳未満が 22.0%と一番多く、40 歳以上 44 歳未満および 45 歳以上 49 歳未満がともに 16.7%、50 歳以上 54 歳未満は 17.3%と拮抗している。35 歳以上 39 歳未満は 1971 年から 1975 年生まれであり、就職時（1994-1998 頃）はバブル経済崩壊直後の世代であり、50 歳以上 54 歳未満は 1956 年から 1960 年生まれで、就職時（1979-1983 頃）はバブル経済の幕開け直前に当たる。

休務からデイケア利用までの期間をみると、360 日以上のつまりおよそ 1 年以上の自宅療養を経ての利用者が一番多い。自宅療養期間が長ければ労働生活とは異なった生活習慣が形成され、労働生活に見合った生活習慣を再構築することは容易とは言えない。また長期療養期間によって、復職へのイメージがつきにくくなり、さらに療養期間が長期化することが予想される。そうした悪循環が復職を困難にさせている要因の一つではないだろうか。自治体や企業の産業保健スタッフが事業場外資源としてリワーク利用の情報提供を休務者に行うことがスムーズな復職の要因になると考える。また、従来型でないうつ病の場合には、必ずしも長期の療養が効を奏さないことが多いことが指摘されていることから、休務している労働者に対してタイミングを見てリワーク利用の情報提供を行うことは、ス

ムズな復職の要因になりえると考え。そしてこのタイミングをつかむためには、休務している労働者と定期的に連絡をとることが、休務者に対する安全配慮となる。さらに現実的には諸問題はあると思われるが、ターニングポイントにおいて主治医の診察に同伴し、回復の程度・復職時の勤務形態（残業制限・時短勤務・リハビリ勤務の可否等）を確認していくことが必要となるであろう。このときには、上記の確認に加えて、休務している労働者の職場での状況を主治医に伝えていくことも重要である。もちろん個人情報保護の問題をクリアにすることは当然である。

リワークの転帰であるが、復職達成群が全体では65%であった。利用期間の平均をみると179.0日であった。

「こころの風邪」という啓蒙は精神科医療に寄与したことは疑う余地はないが、当院のリワークを通して見えてくることは、利用する当事者はリワークを“すぐに治してくれる”“復職させてくれる”といったファンタジックな思い込みがあることが少なくない。また同時に利用者は“できる自分”を過大に描いていることが少なくない。10年20年と働いてきたのであるからいたし方ないが、デイケアでは“できない自分”を確認することから始まる。復職時には休務して期間を取り戻そうとする焦燥感も加わり、相応のストレスがかかることが想定される。数ヶ月あるいは年単位での休務期間明けに、仕事が以前のように出来るわけではないことを、休務期間に職業スキルが向上しているはずはないこと、むしろ忘れていた事が多いということ等を当初より伝えていく。リワークではまず、“できる”

なし“できるだろう”という思い込みと対峙することが出発点となることも多い。まずはリワークに一定期間通うことで通えることを、次に一定期間デイケア内で過ごすことで過ごせることを、さらに一定期間週5日通うことで週5日通えることを自分で確認し、段階に併せて生活への介入や通勤練習等を促す。生活への介入は、入床時間・入眠時間・起床時間を一定することから始まる。通勤訓練は数回だけでなく一定期間行うように指導している。リワークは自宅静養による「勤務時間になんで家にいるのだろう」等の負い目を「復職に向けて努力している」という気持ちの張りを持たせる効果もある一方で、段階的に違和感と直面化する場面がある。読書ができるように・楽しめるようになったとしても、いつまでも“小説”を読むではなく、その次にすることを考えるように介入をすることがある。「勤務時間帯になんで小説（娯楽）を読んでいるのだろう」という本人の中の違和感をとらえ、次のステップに繋げていく。リワークというリハビリテーションを通じて経験する健康感や生活のしやすさとともに、節目節目に訪れるであろう現状に対する本人の違和感を大切にし、本人の気づきを促したり、フィードバックしたりしていくことがスタッフの関わりである。過度な関わりを可能な限り避け、利用者が自ら考え動くように、介入していく。安易な介入は利用者のADLを奪うことになりかねないからである。同時に有限である休職期間を意識していく。

今回は当院リワークの特徴の一部をとらえたにすぎない。今後は復職達成軍・復職未達成群の特徴を精査し、復職支援に繋げ

ていくことが課題である。

2. 事例検討

事例1では、ほぼ終始休務の要因を職場環境に求めたケースである。本人の理想とする職場環境は「楽しく、雰囲気の良い」職場環境である。このケースはデイケア利用前から抑うつ症状は消退している状態であり、乱れていた生活リズムや睡眠リズムはデイケア利用により早々獲得していった。対して事例2では自宅療養中から自ら生活リズム・睡眠リズムの獲得に努めていた。リワーク施設を自ら探し、「現在は仕事をしないことに罪悪感がある」「異動させてくれた期待に応えたい」等の発言もあり、早急な復職を求め、デイケアスタッフの意見には耳を傾けず、結果として自らの意思を押し通して復職を成した。

2事例共に地方公務員であり、かつ異動という配慮を得た復職であったが、様相は異なる。事例1は、復職に関してはどちらかというと主治医任せ・医療機関任せという印象であった。本人がデイケアプログラムで得た情報（復職へのプロセス等）を自分に当てはめて診察室で報告し、フローチャートのように進んでいったが、どちらかと言えばどこか人事のようで、内省に乏しかった。デイケアでは、休務に至った経緯を文章化するように促している。これは環境的な要因だけではなく、その環境に反応した本人にも何らかの要因があるということの内省を促し、再発予防につなげるねらいがある。本人が診察室で三者面談を申し出たタイミングで、主治医は「業務が合わない点を整理する」という課し、デイケアではそのタイミングで、内省の文章化を促した。しかし内省には至らず、職場環境への

不満や自身の昇進に対する不満に終始した。都度面接を繰り返したが、職場関係者からの異動も考慮するという言葉を得た時点で、本人の復職への手続きは終了していたのかもしれない。スタッフとの面接やプログラム内での他メンバーからの助言を経て、内省的な表現を使用するに至ったが、どこか表層的であった。それは、デイケア併用のリハビリ勤務の日程が決まった直後にデイケア軽減要求に顕著に現れている。事例2はスタッフが介入に腐心しても本人の復職の復職への意思が固く、本人が復職への道筋を描いていた中でデイケア利用であったのでデイケア利用のメリットが活かせなかった。主治医から説明が最善であると思われるが、主治医との連携がうまくいかなかった。主治医との連携を早期に図ることが必要だったと思われる。都度面接を行っていたが、主治医が外部ということ、本人が復職の話しを早々に進めていくことで、主治医との連携のタイミングを逸した形となった。また職場関係者も本人の意向に沿って復職の手続きを形式的に進めた様である。

さらに事例1は職場関係者が本人の診察に同席したが、事例2は職場関係者は本人の診察には同席をしておらず、主治医の復職かの診断書と本人の復職への希望をもって復職の手続きを行なっている。

先に指摘をしたが、確かに職場関係者が休務者の診察に同伴することは諸々の問題があると思われる。しかし休務中であろうとも安全配慮義務が生じるという解釈もあるので、復職可の診断書が出されるタイミングの前後で診察に同伴することが理想と思われる。また本人と定期的に連絡がとれていれば本人の状況をある程度把握できる