

と理解はしているが最後の一步が出ない」と言い、プログラム時間外に家族同伴で来室、スタッフと面談をすることもしばしばで、リワークそのものへの適応に非常に時間がかかった。また家庭では妻と子育ての意見の相違で揉め、また経済面での問題も抱えていた。リワーク開始半年を過ぎようやく通所は安定、8ヶ月目頃には利用者と交流が持てるようになったが、定期的な職場面談の結果に左右され落ち込むことも多かった。またリハビリ出勤の条件や対人関係に不安が強く、家業を継ぐか迷いが生じ始め復帰準備に至らず、リワークは利用1年を超過し中止となった。他院での通院のみ継続している。

性格検査では、社会的な対処能力の不足が目立ち、それに伴う対人関係の構築の不器用さが特徴的である。物事に対するモチベーションや目標設定が低く、積極的な姿勢に乏しく、試行錯誤する行動力に欠けるため、経験を通して対処策が身に付いていない。環境変化には脆弱で、複数の負荷や変則的な事態に直面すると不適応状態に陥りやすい。また対人希求は強いものの自発的に集団に接近できず孤立しているが、一方で自分のこの状態を他者がなんとかしてくれるだろうという期待と待ち姿勢が見受けられる。過去の言動を反省することはできても行動変容には繋がりにくい。新規の物事に対する慣れが遅く他者より出遅れやすく、職場の指針の変化や家庭内の変化についていけず心身の不調を招きやすいため、環境変化には注意を要する。重要な局面にあたって物事を決定できず判断に迷うばかりで停滞しやすいため、周囲との相談や助言を仰いでいく必要があることが示さ

れた。

事例3：40代後半既婚男性 うつ病 公務員 休務4回目通算2年以上

大学卒業後、金融会社に就職するが、20代半ばで公務員に転職し勤続20年以上となる。X-6年、出勤時に動悸や手の震えが生じたために心療内科受診。部署異動とともに症状は改善した。X-4年春に部署異動となったが、自分よりも若年層の環境の中で主導権をとるつもりが、経理上で大きな失敗をし、次第に頭痛出現。CT検査では異常を認めなかったものの、失敗に対する自責感、抑うつ、更には希死念慮まで見られたことから三環形抗うつ薬中心に投薬治療が開始された。X-2年春から休務し、内服薬を処方される。半年後、職場復帰するも、数日出勤し再び欠勤を繰り返し、翌X年2月に入社できなくなり再休務。4月には舌がもつれ呂律が回らず、口渇、落ち着きのなさが出現し、更に内服薬が処方されたが、症状改善せずうつ状態も遷延化していた。4回目の休務になったところで入院を勧められるなか同年5月に当院に紹介受診となった。この時点で、過去2年以内に数ヶ月の休務を4回繰り返し休務年数は2年を超過し、休職期限は2年後であった。妻と子の3人暮らしである。

当院リワーク開始時は、自宅で日中はわずかな家事をして過ごしており、疲労感が強く大半は臥床がちで、また「出世コースを外れた」ことで自責的になっており、苛立ちは子どもに当たる形をとっていた。リワーク導入時より周囲と雑談を交わすなど集団適応は比較的スムーズであり、「孤独感が薄れた」とのことで穏やかに過ごす様子が見られた。仕事については、熱中する

とキリがつけられないこと、休務前は単純業務が多く不満があったこと、課内で自分が気を遣われていることに居心地が悪かったことを振り返り、また休務することで同僚や後輩に遅れをとることを懸念する姿が見られた。3ヶ月後には自分のペース配分を掴んでプログラム数を徐々に増やした。定期的な職場面談で職場や産業医側からなかなか復帰許可が下りないことで疑問を口にするこゝもあったが、本人なりに理由を考え不満を漏らすことは少なかった。また認知行動療法のプログラムでは、「自責的な面を修正しようとして今度は相手が悪いと行過ぎてしまう。復帰の希望で権利を主張しすぎないように抑えようと思う」など極端な思考を自覚し統制しようとする様子が見られた。10ヶ月後にはリワークと並行して心理面接も導入。その中で幼少より虚弱体質で運動ができず勉強に打ち込み評価を得てきたこと、理想に追い求め完璧主義に徹してきたこと、そのために何事にも時間を要し理想と現実とのギャップに苦悩してきたこと、できない自分を責める一方で周囲への恨みや被害感を持っていることが語られた。次第に職場での自身のやり方を見直す必要性を認識し、復帰において自己変容しようとする兆しが見られるまでになった。その後、職場とともに復帰案を作成、性格特性も踏まえて、対人的な仲介業務より知識を生かした経営分析や計画案を作成する業務へと配置換えが行われ、リハビリ出勤の開始とともにリワークは利用1年で終了となった。復帰2年を過ぎ軌道に乗って経過は順調である。

性格検査では、自己への関心が高く自分中心に物事を考える傾向があること、自他

を比較して自分に対する不満足感や不全感が煽られやすいこと、悲観的予測をとりやすい傾向が示された。また理想と現実の自己との間に矛盾が生じており、現在の自分と対峙することや受容することが困難で過度の自己否定を強めている。自己の確立や自立といった葛藤も抱えており、これらに刺激されて気分も変動しやすい。また対人面では協調的で良好な関係の構築を試みるものの、他者から傷つけられたりおびやかれたり支配されるような感覚が強く、社会的に程よい依存関係を維持しにくい。また社会常識を優先し表面的には優等生的言動をとることはできるが、実際の問題解決に際しては失敗を恐れ過度に慎重となり行動を起こせない。感情的に行動することはないが、自分で決断を出せず他者に決定権を譲り責任を回避する傾向も見られる。こうした相反する思考、感情や欲求が存在し葛藤が多いことから、目前の問題に集中困難となり、置かれた環境を客観的に判断して意思決定を下したり適切に行動したりする力の弱さが示されている。

事例4：40代前半既婚男性 神経症 設計関係 休務2回目通算2年半

大学卒業後、設計関係の仕事に従事し現職に勤続20年。入職当初より親しい上司と折り合いの悪い上司の存在があるなど対人関係が分極化していた。X-6年、職場異動で新しい業務内容に取り掛かり始めた頃より徐々に眩暈が出現、上長と意見が衝突し、業務の厳しさにストレスを感じて不眠や眩暈が増強したため、本人希望で職場のカウンセリングを受けている。X-5年新年度の職場異動と同時に開発業務に携わるが、対人関係で悩み、イライラ感が出現、職場の

カウンセラーに促され、秋に事業内診療所に受診し休務となった。当初は臥床がちであったが、徐々に行動範囲も拡大し、X-4年には別のメンタルクリニックに転院。投薬加療を開始した。1年後の秋に職場復帰し、2ヵ月後には通常勤務、半年後には超過残業、翌年X-3年夏からは業務内容が変化し、その上本人曰く「仕事をしない同僚」との衝突もあるなかで、2年間どうか仕事を継続した。しかしX-1年4月に新設部署に異動、単独業務をするなかで焦燥感や集中困難が生じ、また新設社屋での居心地の悪さを感じ年休等による欠勤が増え、5月に再休務となる。以降、通院と自宅療養のなかで1年が過ぎ、X年9月に当院リワーク利用を目的に、他院主治医を変えず紹介受診となった。この時点で、過去4年以内に1年半の休務1回と、2回目の休務が1年を超えていた。妻と二人暮らしである。

当院リワーク開始時には、自宅でTV、PC、読書ができ、買い物にも出掛けられていたが、睡眠時間は乱れがちで活動力も低かった。週2回からのリワークでは、胃痛、背部痛、顎関節の違和感、下肢の痺れなど身体症状を訴える姿が目立ったが、集団適応には大きな問題はみられなかった。復帰への意欲も表面上は保持されていたが、交通費を理由に通所を増やすことには消極的で、認知行動療法などの興味のあるプログラムなどを選択して参加する仕方が見られた。「対人関係で攻撃的な表現をとりやすい。人を思いやる余裕がないみたい」「典型的なうつではなく現代型も入っているみたい」など講義形式のプログラムでは積極的に発言する姿があったが、3ヶ月経過しても経済的理由や物理的距離を理由に通所

日数の増加はやりわり拒んだ。半年後、他院主治医宛のリワーク報告書に対して、「記載表現が納得できない。読み手によってはマイナスイメージを与える。職場へ間違っ  
て提出されれば評価が下がる」と、記載内容に不満と修正を求めることが起こった。スタッフとの話し合いで事態は収束したが、以降もこれまで通り日数は増やさず、しかし日常生活では趣味のスポーツ等を楽しんでいる旨、報告がされた。本人の希望で外来の集団認知行動療法や心理面接も導入したが、休務理由を職場環境や同僚に帰し不満と憤りが強く、本人なりの正論はあるものの周囲との相互的關係についての理解が不十分で、洞察が深まらないままいずれも数回で自己中断となった。リワーク利用も1年を超え、本人より職場面談に力を入れたいという希望で終了となった。

性格検査では、自分を特別視し自己中心に都合よくものを受け取る自己愛的傾向が特徴的である。また勇ましく過大評価された自己像を維持するために、周囲からの承認や賞賛を求め、これが得られる相手とは協力的な関係を持つが、自分を評価しない相手や環境とは関係を断つという態度をとりやすい。表向きは友好的であるが、自分が主導権を握るか、相手が自分の味方であると確信できるまでは警戒的で、周囲への不信感の根深さも見受けられる。また自己防衛に攻撃性が使われやすく、他罰的になりがちで職場環境への責任転嫁が起こりやすい。理想を追求し粘り強く努力する姿勢や向上心は高いものの、現実的で確実な目標設定に欠けるため、能力以上のことをしようとしてかえって詰めが甘くなり成果が出せないところがある。自分の描いた筋道

で事が進むことを好み、自分の価値観や見解に頑固で、環境に合わせて柔軟に行動を変化させていくことが苦手である。また想定外のことが起こると動揺し普段は抑制している感情のコントロールが緩みやすく、一時的に現実判断を損ねる傾向が見られた。内省姿勢はあるものの、正当化の防衛が働くために自己の弱点や不足は否認されやすいことが示されている。

#### D. 考察

##### 1. 知能検査

事例1は、これまで自律神経失調症、うつ病診断の下で治療が行われてきた発達障害圏を疑う事例である。知能検査からは能力間のアンバランスさが業務遂行に大きな支障を及ぼしていたことが明らかとなっている。苦手としたPC業務は、複雑な視覚情報操作と運動機能の協応を必要とするものであり、この能力が不十分な事例にとってはかなり困難を極めたといえる。また臨機応変さの欠如ゆえ電話応対に苦慮したことも、思考の転換が悪く固執性が強いため業務のシステム変更等の理解と順応に時間を要したことも、検査結果から裏づけられる。また知識としては備えている常識が社会場面で生かされておらず、生活歴の再聴取からも状況判断の不足とコミュニケーション能力に問題が見られることから、対人場面において誤解やトラブルを招きやすいと考えられた。復帰に際しては、主治医から障害名が告知され、また本人の承諾を得て職場の上司らへも情報提供されたことで一定の理解と考慮を得ることができた。業務内容は変更と軽減が行われ、周囲の助言指導や補助も加わって復帰に至っている。職場側へは、単独の指示自体は理解が可能

であるが複数の指示を総合的に把握困難であるため、できるだけ決まった手続きや手順の構造化された業務が望ましいこと、時間切迫の軽い業務のほうがミスや間違いが避けられること、見様見真似は苦手なため見本の提示と明確な言語的指示の組合せが必要なこと、先を見通して業務ができるような時間的流れがわかるような予定表があることよいこと、などを情報提供している。

近年のリワークの中では、こうした業務自体に大きく関係する知的能力の問題を抱えた事例や、発達障害圏の特徴を有する事例がしばしば見られるようになってきている。特に高学歴かつ専門分野で能力を発揮している高水準の発達障害圏の場合、業務そのものより対人場面において問題が顕在化しやすい。彼らは対人関係での苦痛や不満を問題視して訴えてくることが多く、能力面の問題は後回しにされるか見逃されやすい。リワークという観点からは業務遂行能力の程度を確実に把握すること、そして業務との適合性を見極めることは重要な課題であるといえる。知能検査は結果が明確に数値化、グラフ化されるため自他確認しやすく、また本人の特性に適した配置部署、業務内容とのマッチング、助言指導等の具体的な留意点や方向性を指し示すポイントが凝縮されている。本人に承諾を得た上で、職場の産業医らとも連携し重要な資料として職場へ情報提供されることで、問題の共有と理解が深まりやすく、復帰後の勤務維持に大きな役割を果たすといえる。

##### 2. 性格検査

事例2は、社会的な対処力スキルの不足と未熟さが目立つ事例であり、試行錯誤する行動力も弱く、回避による経験不足が輪

を掛けて、問題解決のための様々な対処策を見出しにくくさせている。その裏には年齢不相応な依存心があり、他者が問題解決してくれるだろうと期待し、時間の流れに身を任せる姿勢を持っている。休務契機は昇格による業務量の増加であるが、役職権限で判断を一任され、自分で決断し部下へ指示指導する立場に置かれたことで、これまで保護的な環境で他者の力で補完してきた対処力不足の露呈が起り、自分にはどうにもできないという諦めや落胆から無力感や抑うつ感情を引き起こしたと考えられる。結果、職場から退却する形で休務が長期化している。周囲からの適確な指示や助言指導がある環境では負荷が解消されやすく、抑うつ感も消褪しやすいが、確実に安心できる環境が確保されたと感じられない限り、不安がなかなか解消せず、消極的に復帰への難色を示したり回避的な態度をとったりして、復帰の目途が立ちにくくなる傾向も持っている。復帰に際しては、単独業務能力に比べ対人交渉などの業務遂行能力の評価を行った上で、対人接触が限定され刺激の少ない部署など環境調整に配慮する必要がある。しかし、なりより本人自身が、自分の役職や立場に応じた役割行動を見直していくことや、意志伝達の方法などを身につけ、社会的な対処スキルの向上を課題として取り組んでいくことが重要と思われた。当事例は復帰に至らぬままリワークを終了したが、このようにリワーク導入時に時間を要する場合や、リワーク在籍期間が漫然と長期化していく事例はしばしば見受けられることから、上記のような特徴を踏まえて注意が必要である。また復帰後も日常業務で生じてくる諸問題の解決能力

を高めるための介入は不可欠といえるだろう。

一方、事例3と4に共通するのは、自己への過大評価を賞賛や承認によって維持しようとする自己愛傾向の強さであり、そこに絡んだ対人関係の構築及び維持の複雑化と、職場内での対人葛藤である。理想化された自己への関心や特別視があり、相手の評価次第で友好的にも敵意的にもなる。目標設定が高く努力家ではあるが、些細なミスや失敗で評価が下がることを怖れるあまり、決断と現実行動が遅れがちで、業務目標達成には時間を要する。このため複数の業務が重なれば、当然、過負荷状態に陥りやすいと考えられた。しかし、現実の自己像の弱点や劣等感を意識することや、それが周囲に暴露されることは自己喪失感にも繋がるために、他者の見解や援助を素直に受け入れようとせず、1人で業務過多を招き疲労困憊することになっている。そして自分への苛立ちや欲求不満を、周囲への怒りへと摩り替えて職場への他罰感を強め、休務を正当化させることが多い。両事例の場合、現代のうつ病患者のなかに散見する自己愛パーソナリティの特徴に照合する部分が多く見受けられる。対人過敏性はあるものの表面上の適応力もあり、顕示的な態度や承認への欲求は明確に表現されず、一見、それとはわからない。事例1のように社会的スキルの問題よりも、自己を巡る葛藤を洞察する過程や理解を促していく介入が必要になると思われた。しかし事例4のように、こうした治療的介入が自己評価を引き下げる非難として曲解され拒否される場合もあり、自身の問題として照準を合わせていく際には注意が必要である。また職

場復帰に際しては、業務のミスや滞りを失敗や恥として隠したり正当化したり、自分をよく見せようと業務量を増やしたりする面があるため、多角的に本人の状態像を把握することが必要である。本人を受容し味方や中立的な立場をとれるキーパーソンを確保しつつ、職場での事実関係を明確にしていくことがなにより重要と考えられた。

#### E. 結論

うつ病に多いとされた従来のメランコリー親和型の、熱心さや高い要求水準ゆえの過剰労働、他者配慮性と同調性による過剰適応といった性格特性は、現代のうつ病患者に該当しない場合が多くなっている。そして、笠原による退却神経症、松浪・山下による現代型うつ病、広瀬による逃避型抑うつ等、様々な経過を経て、近年では上記を含んだ、うつ病周辺群の性格特性として樽見・神庭によるディスチミア親和型が挙げられている。彼らは、問題からの退却や逃避傾向が強く、一方で趣味に精力的、自己愛的で自尊心が高く、集団同調性は低く、職場への帰属意識や役割に対する意味を見出せないことが多い。また職場で問題が生じると他罰的になる傾向もあり、治療抵抗性も強く、薬物治療が奏功しにくくなっている。休務者の中にもこうした特徴を持つ事例は多く見受けられるが、必ずしも一様の介入では職場復帰と継続は充分と言えない。可能であれば心理検査等を用いて、復帰の過程の中で休務者が自身の問題と向き合い、復帰と継続に必要な力をつけていくための作業を支援する介入が望まれる。また反復休務者においては、復帰後の経過観察も不可欠である。段階的なリハビリ勤務や軽減勤務だけでなく、リワークを併用し

ながらの復帰など柔軟なフォローアップ体制が必要である。またリワークと主治医、産業医、産業保健スタッフとの連携や情報共有、そして家族への心理教育や支援も通して協力体勢を強化していくことも重要であるだろう。

### ③大学病院での復職支援デイケアにおける難治例に関する症例検討

研究協力者 前田 隆光

研究分担者 黒木 宣夫

#### A. 研究目的

当院における復職支援への取り組みから、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

当院復職支援デイケ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ケアセンター（以下当院リワーク）の利用した者で、在職にある者。

用語の操作的定義

- ・利用者：当院デイケア利用者。
- ・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。
- ・デイケア終了：復職・リハビリ勤務やそれに準じた事由でのデイケア利用の終了。
- ・デイケア中断：デイケア再利用を視野に入れたデイケア利用の一時的な休止の状態。
- ・デイケア中止：デイケアの再利用を視野に入れないデイケア利用の終了。

#### C. 研究結果

##### 1. 当院デイケアについて

当院のデイケアの概要は、研究「大学病院における復職支援デイケ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」（IV②）に示している。

リワークの2007年10月から2011年9月時点で利用を終えた者（終了・中止・中断）は、214名であった（男性172名、女性42名、延べ人数）。利用開始時の平均年齢は41.3歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が5.6%、25歳以上29歳未満が5.1%、30歳以上34歳未満が12.6%、35歳以上39歳未満が19.6%、40歳以上44歳未満が17.8%、45歳以上49歳未満が16.4%、50歳以上54歳未満が17.8%、55歳以上59歳未満が4.2%、60歳以上が0.9%であった。紹介患者は61%であり、転院は5%であり、当院の患者は34%であった。民間企業の在職者は62%、国家公務員・地方公務員の在職者は34%、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170.9日であった。疾病分類を見るとうつ病（F31）65%、双極性感情障害（F31）9%、他の不安障害（F41）3%、適応障害（F43）3%、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）74%、神経症障害（F4）21%、統合失調症（F2）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16.5%、30日以上60日未満が9.0%、60日以上90日未満が8.0%、90日以上120日未満および120日以上150日未満がともに5.2%、150日以上180日未満が6.6%、180日以上210日未満が7.1%、210日以上240日未満が4.2%、240日以上270日未満が2.8%、270日以上300日未満が4.2%、300日以上330日未満が3.8%、330日以上360日未満が2.4%、

360 日以上が 25.0%であった。転帰理由を見ると終了が 74%、中断が 7%、中止が 19%であった。詳細を見ると復職が 59%、リハビリ勤務開始が 8%、転職が 1%、他機関への移動が 2%、退職が 2%、症状悪化が 9%、その他 19%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 68%、未達成群が 32%であった。復職達成群は 144 名（男性 122 名、女性 22 名、延べ人数）であり、平均利用期間は 180.1 日であった。復職達成群の利用開始時の平均年齢は 40.3 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 2.8%、25 歳以上 29 歳未満が 4.9%、30 歳以上 34 歳未満が 12.5%、35 歳以上 39 歳未満および 40 歳以上 44 歳未満がともに 18.1%、45 歳以上 49 歳未満が 18.8%、50 歳以上 54 歳未満が 20.1%、55 歳以上 59 歳未満が 4.2%、60 歳以上が 0.7%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 2 名除く）は、30 日未満が 17.6%、30 日以上 60 日未満が 7.7%、60 日以上 90 日未満および、90 日以上 120 日未満が 6.3%、120 日以上 150 日未満および 150 日以上 180 日未満がともに 7.0%、180 日以上 210 日未満が 6.3%、210 日以上 240 日未満が 4.9%、240 日以上 270 日未満が 2.1%、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 1.4%、360 日以上が 24.6%であった。対して復職未達成群は 65 名（男性 47 名、女性 18 名、延べ人数）であり、平均利用期間は 159.8 日であった。復職未達成群の利用開始時の平均年齢は 39.2 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 12.3%、25 歳以上 29 歳未満が 4.6%、30 歳以上 34 歳未満が 13.8%、35 歳以上 39 歳未満が 23.1%、40 歳以上 44

歳未満が 15.4%、45 歳以上 49 歳位未満および、50 歳以上 54 歳未満が 12.3%、55 歳以上 59 歳未満が 4.6%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 14.1%、30 日以上 60 日未満が 9.4%、60 日以上 90 日未満が 10.9%、90 日以上 120 日未満が 3.1%、120 日以上 150 日未満が 1.6%、150 日以上 180 日未満が 6.3%、180 日以上 210 日未満が 9.4%、210 日以上 240 日未満が 3.1%、240 日以上 270 日未満が 4.7%、270 日以上 300 日未満および 300 日以上 330 日未満がともに 3.1%、330 日以上 360 日未満が 4.7%、360 日以上が 26.6%であった。

## 2. 事例検討

事例 A：30 歳代、男性、既婚。高校卒業後、上京し国家公務員として勤務。父はタクシー運転手、実母は 1 歳半の時家出し、A が 2 歳の時、父が再婚。継母には異母兄弟 3 人（弟・妹・末弟）と共に、分け隔てなく育てられた。事実を知ったのは A が結婚する X-3 年の時、父の手紙による、知った際は「今更、血が繋がっていないと言われても動揺はなかった」と話している。幼少期は継母との関係より、父の暴力、だらしなさの印象が強く、後の A の父親像にも影響を与えている。

高校卒業後、公務員試験に合格し上京。支所採用としての 6 年間は気楽に趣味を持ちながら勤務していた。その後、本庁に異動となり、在職中は週の半分は帰宅できず、休日も出勤。後半 3 年はデスクワーク中心となり腰椎ヘルニアを発症している。A の考え方も仕事は超過勤務を続けても全力を尽くしておこなうものと変わっていった。仕事での評価は高まるも腰椎ヘルニアが悪



化したことで欠勤が目立つようになる。同時期、休職も勧められたが、人間関係のストレスによる腸炎を起こしながら仕事は続けていた。

X-3 年、入職時の支所へ異動となり、それまでのデスクワーク中心だった業務が肉体労働も伴う業務に変わった。この頃、結婚、新居への引越しも重なっている。

X-4 年、腰椎ヘルニアが悪化し、気分の落ち込み、希死念慮、不眠、過呼吸発作が出現。C クリニック受診し、うつ病と診断された。その後、産業医と面談し休職。休職後は、当初あった気分の落ち込み等が薄れ、「状態は 100%に近い、1 ヶ月程度で復職したい」と産業医に訴え、産業医から性急な復職にブレーキをかけることも含め、当院デイケアを紹介を受ける。

X 年 3 月、考え方の修正を必要とされデイケア導入。同時期、長男が出生している。参加後も復職への強い焦燥感がみられ、集団の場で「職場からまだ復職できないと言われた、引き延ばされているようで信用できない」と職場への不信感が出ていた。この頃デイケアでの参加態度は、眠気が強く、突然の衝動性が懸念され、不安定かつ努力性が高い状態が続いていた。

X 年 5 月には妻が里帰りから帰省。乳児の夜泣きなどによる妻の育児疲れを目の当たりにし、それまで A の唯一の役割だった風呂掃除を、妻が黙ってしたことを発端に「産後の妻に風呂掃除をさせてしまった」「自分は価値の無い人間」「子供を道ずれにするか迷った」と妻に対する自責感から希死念慮が出現した。その翌週には、スタッフに「今のままでリハビリ出勤するのは無理ですか」「死にたい気持ちがあっても仕

事はやれます」と強引に復職を要望。状況は主治医へ報告され、入院も勧められたが、A の入院への拒否感が強く、入院での治療効果を考え、薬物療法を強化しての自宅療養となった。デイケアは一時中断となる。

X 年 10 月、加療を目的に当院へ転院。強化された服薬を減薬調整していった。自宅では妻、継母、妹によりサポートされるが、雨の中を傘もささずに 3 時間徘徊、家に連れ帰っても壁や机を叩いたりと自暴自棄の姿がみられた。この間、家族からも自宅で看続ける困難さからデイケア通所を希望されたが、就寝起床のリズムも整わず、衝動性の高さから見送られていた。

X+1 年 2 月には減薬調整が奏功し始め、本人の強い要望でデイケア再導入の面談をしているが「あの人は働いている、自分は働いていない、怠け者だ」と復職への焦りが強すぎる面と、深夜までのパソコン等、生活リズムも安定してなく、継続して通える状態ではないとの判断で見送られた。

X+1 年 3 月、本人はデイケア利用を執拗に主治医に迫るため、デイケアスタッフと合同で面接し、リワーク施設利用に関し意見を聞くため、他リワークへセカンドオピニオンとして紹介された。紹介先では、主治医の指示に従うことと判断され、再度、主治医に「何をしたらいいのか、何処が駄目なんですか」と詰め寄る場面が見られた。その後も「遺書を書く」と発言するなど自殺をほのめかす発言も見られている。

こういった認知の偏り、行動の衝動性、仕事への執着心が強すぎることから、X+1 年 4 月、集団認知行動療法が導入された。導入当初は「仕事がなければ人間的な価値は認められない、今の自分は価値がゼロ」

と話し、ワークシートでも、自分を責める内容やダメ人間だとレッテルを貼るものが多かった。また、自身の生育歴から「親の愛や無償の愛は信じられない、愛にも対価が必要」「父がいい加減な所があり、反面教師でやってきた」と幼少期を振り返っている。1クール全12週のプログラムを終了し「人間とは価値があるのか疑問をもってきた。自分のままでいいと思えるようになってきた」と変化が現れ始める。しかし、「頭では理解しても、それで自分の考えを変えて楽になってはいけない」という発言も見られ、今後の復職の在り方、性格、知的・適応水準などを確認する為、心理検査が組まれた。

検査は、WAIS-III、内田クレペリン作業検査、TEG-II、ロールシャッハテスト（以下、ロテスト）を行った。結果は、WAIS-III：全検査FIQ=125、平均の上～高い。言語性VIQ=121、動作性PIQ=125。知覚統合123～言語理解118>処理速度107>>作動記憶90。内田クレペリン作業検査：全作業レベル B いくらか不足（重複して定型からの崩れを認める）TEG-II：CP=29、NP=1.5↓、A=68↑、FC=1↓、AC=62。他者への思いやり、寛容さは不足しているが、表面上は同調的対応が可能。自分の欲求や気持ちを伝える力が弱く、自由に振舞うことは苦手。ロテストでは、自己への罪悪感を持つ一方で、周囲への不満や怒りが強く、感情のコントロールが非常に不安定。自己に対する適切な洞察や内省が不十分。ストレスに対する脆弱性が高く、複雑な物事への対処能力が不足している。目標設定が高いが、目的達成のために必要な具体的で計画的な行動を生み出す思考力が弱い。結果より、【知的

能力は高いが、職場業務や対人関係等、日常生活においてはその能力を生かしきれていない。自分の興味や関心事であるか否か、また苦手意識があることで仕事への反発心が起こりやすく、折り合いがつけられない。論理的客観的な理解力はあるが、目標達成に向けた具体的計画力が不十分で、復職の段階的準備が困難である。曖昧な指示には混乱しやすく、焦燥感や不安感が強まりやすい。認知や感情面に必要以上には踏み込まず、現在は生活習慣の調整と行動療法的な対応がいいように思われる】と解釈された。

心理検査結果を踏まえ、認知の修正を再度強化することが必要と判断され、X+1年7月より、集団認知行動療法2クール目が導入された。心理検査により、見通しや指示がないと動くのが苦手と気付けたこともあり、前回参加時に比べ意欲が高まった。本人からは「自分はこんな風になりやすい、自分はこういう人間だとわかった」「今のままの自分で良いのだと思えるようになってきた」との発言もみられ、自身のスキーマ【己に価値があるかに捉われない】の確信度が30%→70%に変化した。

終了後、「幼少期の体験が大きく、他者への劣等感がある。ここまで感情が先走り、悪いスパイラルに陥っていた、今は精神的に落ち着いた」との発言もみられ、X+1年10月より、デイケア再参加となった。デイケアでは、見通しとして「2～3ヶ月は欠席無く通い、職場への信頼を回復させることが必要」と伝えるが、参加前から「2ヶ月でデイケアを終わり、復職したい」と復職への焦りを匂わしている。経済的事情により妻がパートタイムに働き出してからは「妻が

働き始めたので、寝てられない」。ノロウイルスに感染し、快方に向かった3日後には「完全に回復した、プログラムを増やして欲しい」と復職への焦りや不安の高さから感情をコントロール出来ずにいた。一方、生活リズムは徐々に安定し、復職意欲の高さから3ヵ月後のX+2年1月には週5日のフルプログラムに取り組めるようになった。

フル参加後に、産業医面談が予定されたことで、復職が決まったかのような発言がみられたが、実際には週末の感冒・下痢・腰痛・腹痛など身体化が続いていた。グループ作業では、率先してグループのリーダー役を務め、自身のPC作業に没頭し、周囲を見渡せず課題遂行を優先する姿がみられた。

大きな乱れまでは見られず、フル参加して2ヶ月後のX+2年3月にはリハビリ出勤が2日/週、1時間、総務部へ顔を出すことから開始され、拘束時間以外はデイケアで過ごすこととなった。リハビリ期間を定め、焦りが強くなることを懸念され、産業医の意向でリハビリ期間は定められなかった。新たな段階に移り、Aの取り組みにも変化がみられ、発言から「サインとして腹痛・腰痛などがあり、つい大丈夫と言ってしまうので注意したい」行動面では、他者の役割作業まで介入する姿は見られるが、その直後に反省する姿も見られるようになった。

しかし、X+2年4月にはリハビリ出勤が3日/週に増え、Aの発言から「デイケアよりリハビリ出勤の方が楽で気が抜ける」と、職場への気の緩みが現れ出す。同年5月には4日/週、2時間まで伸び、段階が上がるたびに気の緩みから週末の過活動、多弁が見られた。スタッフとの面談でも「調子に

乗りやすい。よく見せようという気持ちが強くなってしまふ」と反省している。同月末には、自宅で発熱・頭痛・嘔吐により救急搬送される出来事があった。大事には至らなかったが、発熱が収まり頭痛がある状態で「体力をつけなくては」とウォーキングを40分おこない、職場上司・デイケアスタッフから諫められ静養することがあった。

X+2年6月、リハビリ出勤に支障が出ていないことで、自分の席に着いての自席訓練が開始された。その初日、上司からは30分で戻るよう指示を受けていたが、時計を全く見ずに1時間を超してしまい、時間厳守の注意を受けた。そのことで、Aからは「デイケアで習った時間で区切ることが、仕事をする空気に飲まれてできなかった。以前の自分に戻ってしまった」と反省し、振り返りを作成している。振り返り内容は、【①時計を見ない習慣の発露、時間管理の薄さ、時間での区切りを大切に出来なかった。②「うまく出来るはずだ」という思い込み、根拠のない過信、職業感覚の低下。③産業医ではなく、総務課長指示だったため、軽く考えた。通勤訓練に慣れすぎた】とし、それぞれに対処法を考え取り組んだ。今後については、「改めてリハビリ出勤について気を引き締め直し、こまめに時計をみながら慎重に自席作業を進めたい」「普通の人がブレーキを1度踏むとしたら、自分は3回踏まなくては」と、より慎重さが現れるようになった。

その甲斐あって、その後は自制しながら、比較的安定してリハビリ出勤に取り組んでいた。X+2年9月には、リハビリ出勤から軽減勤務での復職となり、14時まで。同時にデイケアも終了となった。最後に自身で

変わった点を尋ねると、「認知行動療法で焦りのトップの部分が取れ、プログラムやリハ出勤を通して、気をつけなくてはいけない行動がわかった。今は焦りは出ていない」と振り返っている。

A のその後の転帰は、時間帯を徐々に増やし、X+3 年 2 月、無事、通常勤務時間での復職を果たしている。リハビリ出勤、短縮勤務での期間は、約 11 ヶ月にも及んだ。事例 B：40 歳代、男性、既婚。大手製造業会社員。関東圏に出生し、同胞兄がいる。B が 1 歳の時、左足を火傷し皮膚移植をした。術後、両親からは毎日のマッサージをしてもらい、幼稚園にあがるまで献身的に育てられた。小中高は、ほとんど欠席無く通学。後に中学校 1 年時のいじめ体験をカウンセリングで取り扱われている。両親からの愛情は感じていたが、父からは厳しく育てられ、学校の成績を維持することで認められていた。小学校 3、4 年時、母が入院した際には、父に責任があると思ひ込み、嫌悪し、その後は畏怖していた。高校卒業後 1 年浪人し、大学入学。学生時代に困ったことや不安なことはなく、強いて挙げれば、恋愛などで不安があった。卒後、現在の会社に入社している。

入社後 10 年近くは大過なく勤めるが、X-5 年に父が他界し、海外事業の経理業務を数か所担当した後、チック（転換症状）と腰痛により 1 度目の休職（1 年半）をしている。その後も 3 ヶ月以内の休務が複数回発生した。職業内容は、事業の損益や見通し・計画作成と実績の集計などの経営管理、アジア地区担当。休職後は、新入社員への教育にも携わった。

X 年 7 月、職場での人間関係により断続

的に欠勤が出始める。同年 10 月には朝起きられない、会社に行けないことを主訴に 2 度目の休職、この際、神経症と診断された。行けない理由として B は、「上司の下に B と同僚 D のグループ。上司は同僚 D を評価しており、欠勤も重なって見限られた思いが強い」また、「会社の雰囲気が悪く、自分に関係ない顔をして、皆 PC に向かい会話も無い」と話していた。X 年 11 月には生活リズムも整い、対人面での関係修復に意欲をみせ、同年 12 月に復職した。

X+1 年 11 月、職場でのイライラ、不眠を主訴に 3 度目の休職。B より「今回は早めに復職したい」との発言もあり、デイケアに導入された。参加直後は、対人緊張が強く、発言する際の声の震え、用紙を配る手の震えが見られた。休職前の B の業務の取り組みとして、上司から「簡単でいいから」と業務を任された際「そんなの作っても無駄、やるからには役に立つものにしたい。でも残業は出来ない（残業制限による）」と考え、他の業務に追われたこともあり、出来ずにいた。スタッフより「簡単に作成することは？」と聞くと「嫌です！」と話している。

この頃、認知の偏りを修正するためにカウンセリングも導入された。カウンセリングでは、【評価されるに値しないと思いつながら、評価されないと不満】を扱い、評価されたい自分に気付き始める。

X+1 年 12 月には入籍をしている、デイケア参加して 3 ヶ月が経過した X+2 年 1 月には、「自分に色々声を掛けてもらえるのがとてもうれしかった、救われた」と発言している。評価されたい自分には「アピールしないので求める評価がえられない」と考え、対策を講じている。

X+2年3月には、気持ちの割り切りが出来るようになり、回復の兆しを感じている発言もみられ、以前に比べ自分を客観視出来るようになっていた。2ヶ月間欠席無く通えたことで、同年4月から2週間の午前中勤務、次の2週間で15時まで勤務を経て復職への運びとなった。デイケア、カウンセリングも終了となった。

しかし、5ヵ月後のX+2年10月には、腰痛が出始め、朝起きられず、午後からの出勤など欠勤が目立ち始める。同年11月より4度目の休職。当初は「今回は集中力低下・体力低下を回復させて短期で戻りたい」と希望されるが、休職経緯を聞くと「もう治らないのかな、ダメかなと思いつつ、重要な事と自覚できない」と話していた。そのため、生活リズムの建直し、復職準備性を高めることを目的にデイケア・カウンセリングが再導入された。

参加当初は、集中力をつけようとPC検定のテキストなどに取り組むが、目の下にクマをつくるなど努力性が高かった。参加1ヵ月後には、「外出するのも辛く、何も出来ない、人と関わりたくない」とのことでX+2年12月デイケア・カウンセリングは中止。薬物治療にてフォローしていった。診察では復職意欲が出ないことを家族に伝えていないことから、妻・母を同席させ現状を確認した。家族に伝えられたことで肩の荷が下りたのか、X+3年2月より回復に向かう。

X+3年4月、生活リズムも改善されてきたことでデイケア3度目の利用。参加後、4度目の休職について「仕事は質・量共に配慮されていた。自分で何とかしなきゃと勝手に膨らませて空回りした」と振り返っている。参加当初は生活リズムが乱れがちであ

ったが、3週を経過し睡眠・起床時間を一定にすることで安定出来るようになった。活動面は過度の集中、細部への拘りが強く、デイケア後の疲労を招いていた。参加2ヵ月後のX+3年6月には睡眠が安定したことで欠席なく通え、通勤訓練にも自主的に取り組む姿勢がみられた。同年7月、3ヶ月間無遅刻無欠席、振り返りも出来ているとの判断で、1ヶ月の軽減勤務を経ての復職となった。復職にあたり、今後の通院が遠方となるため、薬物治療を含め、職場健康支援に移行した。

復職して約1年経過したX+4年10月から欠勤が多くなり、月の半分を休みながら

勤務を続けていた。復職時の業務は若手社員への指導・サポート。「上司なのだから、部下なのだから」といった断定的思考が強く、間違いがあっても訂正できず、その後自己嫌悪に陥る悪循環を繰り返していた。また、質問・相談に対応出来た際も、「きちんと対応出来たか、馬鹿にされていないか」と気になり、欠勤が多くなった。X+5年3月より不安・不眠が出現し、X+5年4月当院受診し、5度目の休職。同年5月デイケアと共に心理検査・カウンセリングにより性格的要因、復職への課題を探った。

心理検査は、WAIS-III、内田クレペリン作業検査、ロールシャッハテスト（以下、ロテスト）、描画法を行った。結果は、【WAIS-III：FIQ=113（平均の上～高い）VIQ=116、PIQ=106。言語理解114≧知覚統合112>作動記憶102≧処理速度97。内田クレペリン作業検査：曲線類型；a' f. 単純連続作業の処理速度に不足はない。持続力がなく長時間作業においては疲労しやすく、休憩による能率上昇が見込みにくい。ロテスト：対人

場面での対処する力が低く、失敗や挫折に繋がりがやすい。反省よりも無力さを感じ罪悪感と自己批判から目前の課題の集中を欠く。自他の感情に疎く、依存甘え期待が強い。描画法：周囲の人々の言動に過敏で良くも悪くも周囲から影響を受け巻き込まれやすい。現実以上に高い自己評価をしがちで賞賛や達成要求が強く、自分の立場にコミットする意欲が乏しい】結果より、【受動的で自己判断や意思決定の責任を回避しやすく、職場で役職に応じた行動がとれず困難を呈する。そのため他者に自分が無能に見えるのではないかとこだわり、周囲の視線に不安を強めて入社困難を繰り返しやすい。依存甘えから

周囲からの特別な配慮を期待し、現実的な自分の立場を真っ当できない。自分の認知を巡る気分や身体症状の相互関係を把握、理解し役割行動の工夫と実行が必要である】と解釈され、回避性人格傾向があることが認められた。

心理検査結果も踏まえ、カウンセリングが導入された。カウンセリングでは【他者からの評価と承認】を挙げたところ「自分を認めない奴は不幸になればいい、絶対に許せない」と相手への強い期待と否定、「自分には能力が無い」という自身への挫折感が覗かれている。また、それまで表面に現れなかった生育暦からの心の傷が顕在化した。Bは中学1年の時、約1ヶ月のいじめを受け、プリント配布の際に「キタネー」などの言葉を投げつけられた。カウンセリングではEMDRにより、生育暦での心の傷を取り扱った。結果、いじめ体験では当時の自分を振り返り、現在の自分に合い通じることを感じている。カウンセリングにより、今

までの休職経緯が「人から拒否されたり、軽んじられたりすることで、抑えきれないほどの怒り・憎しみを生み、理性で抑え込み、溜め込み続けていた」ことに気付きを深めた。

デイケアでは、参加当初はメンバーの前での発言時、傍から見えるほどの手の震え、赤面し緊張の高さが伺えた。X+5年6月までは欠席無く参加できていたが、過剰適応もとれる他者への気遣いもみられた。X+5年7月には、突然、半月間連絡無しの欠席が続いた。長年の休職により、収入と見込んでいた傷病手当金が振込まれず生活が困窮した為であった。デイケアに来ることも出来ず、診察では混乱状態もみられ、主治医より投薬内容を大幅に変更された。X+5年8月、処変が奏功し、「不安が和らいだ」とのことで、再びデイケアに参加し、その後は安定して通えるようになった。

この頃、カウンセリングの効果も相まって参加に変化がみられた。それまでは集団の場では他者に認めてもらうための発言が主だったものが、「経済的に生活もままならない、相手の求めるものを常に考え緊張状態、怖い」と自身の内面的弱さを表現出来るようになった。

X+5年9月には、再発予防の振り返りとして、「その日あった出来事を引きずり不眠になり崩れる。傷つきやすい側面と【こうしなければ】というべき思考、回避行動にどう対応していくか」と自己分析した。X+5年10月には、3週間の軽減勤務による復職を果たしている。

#### 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 54 歳未満の利用者が全体の 71%を占めている。民間企業では 40 歳以上 44 歳未満が 24.1%を中央としほぼ正規分布をなしている。対して公務員は、35 歳以上 39 歳未満と 50 歳以上 54 歳未満の二峰性のグラフを形成した。

民間企業の 40 歳以上は、いわゆる中間管理職を担う世代である。それまでの単に自分の仕事に没頭していれば済むものではなく、利害の一致しない複数の部下の間を調整し、上司からの指示・企業理念に従わなければならない。上司と部下の間に立ち、板挟み状態、サンドイッチ症候群に陥りやすいと考える。それまでの庇護された立場から板挟みとなり、対人ストレスが高まりやすいと考える。また、性格的素因としても他者評価が気になり、上司にも部下にも「良き部下、良き上司」となろうとし、結果仕事を抱え込むことになるかと推測される。

公務員における 30 代後半は、職場での中堅にあたり、係長・主査クラスが予測される。最も業務量が増えやすく、断る・相談するといったことが難しければ同様に業務を抱えやすいと考えられる。また、公務員の 50 代では管理職という立場、バブル経済幕開け時期での入社となり、PC 操作などしわ寄せが現在になって出やすいのではないかと考える。

休務からデイケア利用までの期間をみると、全利用者・民間企業・公務員共に 360 日以上つまりおよそ 1 年以上の自宅療養を経ての利用者が一番多い。次いで、30 日未満の利用者が続く。30 日未満の利用者は、職場より紹介されて利用される場合と自身で情報検索して利用される場合が多い。両

者とも比較的軽症で生活リズムに大きな乱れが出ていないケースが多い。一方、自宅療養から 1 年を超過しての利用では、生活リズム建て直しも難しく、長年のブランクと職業感・勘が鈍っているケースが多い。職場から離れる期間が長いほど不安感・抵抗感を増し、復職準備性にも時間を要するといえる。このことから休務・休職後の休養とリワーク施設などへの移行には、先々を見越してタイミングをみて患者へと勧めていくことが必要と考える。また、従来型でないうつ病では、必ずしも長期の療養が効を奏さないことが多いと指摘されており、初診からリワーク施設導入に関しても時期を見計らう必要があると考える。

リワークにおける転帰に関して、昨年度実績では 65%の復職達成が本年度では 68%に増えている。これは、当院リワークの体勢も整い、利用者への対応も一貫性が出てきたことによるものと考えられる。加えて、昨年度実績より、リハビリ勤務による復職が多くなっている傾向がある。これは職場側の心の健康問題による休業への意識も高まり、受入態勢も考慮されてきていることによるものと捉えられる。

復職達成群と復職未達成群との比較では、民間企業では、利用率も多いことから 40 歳以上 44 歳未満を中央とした正規分布となりやすい傾向があるが、20 歳以上 24 歳未満に関しては、復職達成が全体の 1%であるのに対し、未達成は 13%に及んでいる。24 歳未満は、いわゆるゆとり世代にあたり、職場への帰属意識も薄く、復職と退職を天秤にかけ、新たな人生設計を考えることも一因と考えられる。

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Aはデイケア初参加から2年10ヶ月経過して復職に至ったケースである。社会的評価を求め、復職への強い焦燥感から自己の洞察や内省に乏しく、復職準備性が整わずにいた。

事例Bは自他の感情に疎く、対人場面での対処能力が低く、職場・役職への適応が困難なことで5度の休職を繰り返した事例である。

2つの事例は治療抵抗性、復職への困難さから難治例と考えられる。両者に共通していえることは、①他者評価、社会的評価といった承認欲求に絶対的価値観がある。②表層的にはコミュニケーションスキルが高いが、内面に持つ葛藤が強い。③参加当初は内的要因（性格・考え）の認識が乏しく、休職に至った振り返り、自己分析が他責的・表面的になりやすい。④自己・他者への要求・欲求が強い。⑤相手側の視点で捉えることが不得手。⑥身体症状（頸痛、肩凝り、腰痛、感冒等）が起りやすいことが挙げられる。⑦両事例とも診断的には特異な性格傾向を有した気分障害の範疇と考えられる。

共通点からみえるのは、評価に対して過敏である為、表面的には社会的で課題が見えにくい点、また、内に秘める葛藤が強く根深いことから、承認欲求・他者への要求も高くなり、通らないことで身体症状にも現れやすいと考える。

また、2事例の個人因子からの共通点として、復職意欲が高い・休職中の結婚・家

族が協力的・知的水準が高い・職場の受入態勢が手厚いことが共通している。

知的水準は高いが職場業務や対人関係等、日常生活には、その能力を生かしきれておらず、知的に高いため自尊心も高く葛藤も起りやすい。また、復職には家族や職場からのフォローに比較的恵まれていたため、長期による復職が可能だったと考えられる。

2事例における相違点として、事例Aでは、①生育暦より、乳児期に実母が失踪することでの喪失体験を経験。②他者への敵対心が強く、働いていなければ意味が無いなど社会的評価を絶対視。③論理的理解力はあるが、具体的・計画的行動が苦手。④他者への不信感が強い。これは、本人より両親の愛情を感じられないという言葉が見られていることから生育暦の関係が深く関係している。

事例Bでは、①生育暦より、火傷による皮膚移植もあり、幼児まで過保護・過干渉。②他者への羨望、劣等感が強く、他者評価に過敏。③受動的で責任からの回避的行動を移しやすい。④対人場面での対処能力が低く、失敗や挫折を繰り返しやすい⑤自己愛性、他者依存が強いことが挙げられる。

相違点から見える点は、対照的な生育暦と価値観であり、評価に過敏でありながら、受容されないことでの不安・焦燥感が高まりやすい。Aでは喪失体験から愛情への不信感があり、それが現在でも他者を信用することへの妨げとなっている。Bでは献身的な成長・失敗体験の乏しさから失敗・挫折感を味わいやすく、回避的行動により社会適応を困難にさせている。

事例より難治例の回復過程に共通している点は、類似した理由での再発再燃により、



自己の洞察・内省が緩やかに進み、認知の偏りの修正が伴っていく。この時点では表層的であるが、デイケアという凝集性の高い場で自己開示していくことで、孤立感・疎外感を和らげ、社会適応能力が高まっていく。しかし、デイケアという守られた枠組みの中で対処能力が高まっても、復職後の悪環境が重なれば再び挫折することも懸念される。両者は休職過程の振り返りを文章化し、復職後に陥りやすい自己と対処方法も取り入れているが、復職後の周囲からの促し、フォローアップは不可欠と考える。

また、本事例では主治医・デイケアのみならず、集団認知行動療法・カウンセリング・心理検査といった多角的・多職種での連携が奏功した事例といえる。

デイケアの肯定的作用は、①日々の関わりから課題抽出とフォローアップができる。②集団を通して孤立感からの脱却、仲間意識が芽生える。③自身の発言、他者の発言・経験を通して課題への気付きが深まる。④同じ目的意識を持つメンバー同士のエンパワメント、相互作用が期待できる点にある。

心理的介入との併用による肯定的作用としては①集団認知行動療法による認知の適応的改善。デイケアでは、ストレスマネジメントプログラムで臨床心理士による認知の基礎的な部分を取り扱っているが、そこで改善できない、もしくは集団認知行動療法の場が有効であると判断された時、導入される。集団認知行動療法は復職目的以外のメンバーもいるため、デイケアとは異なった枠組みの中で自己の内省を再構築することが可能である。②カウンセリングによる心の傷等への援助については、デイケアでは担当スタッフとの面談を通して復職へ

のプロセスを築いていくが、根深い心の傷などにより復職準備性が高まらない場合は、触れることで悪化することもあり、状況により、主治医判断で導入される。類似した理由での休職を繰り返しているケースでは、心底に根深い心の葛藤を抱えていることが少なくない。③心理検査をおこなう利点としては、復職への問題点の明確化、患者を含む共有化が挙げられる。客観的指標により出た結果を、医療者のみならず患者にも提示して、課題を浮き彫りにし、復職への準備性を高めることに繋げられる。

現在、当院の復職後のフォローアップは、当院主治医による外来、カウンセリングのみとなっている。昨年より家族会による支援に取り組み始めたが、その席でも復職後に参加できる場の確保を強く要望されている。デイケアから巣立ち、復職したメンバーは職場に戻った後、再び孤立感や疎外感を感じやすく、また、休職での挽回による無理もかけやすい。復職後に同じ巣立ちを経験したメンバーと共有できる場を設けることは、再発防止の観点からも不可欠となると考える。

### 3. 認知行動科学的アプローチによるメンタルヘルス不調者の支援方法の検討.

#### ①精神的不調による休職者の早期不適応的スキーマとその対処スタイルの検討

研究協力者 浅海 敬子

研究分担者 黒木 宣夫

##### A. 研究目的

本研究は、近年目立つ職場における精神的不調による休職者の増加という問題を、この早期不適応的スキーマとその対処スタイルという視点から、調査研究していこうとするものである。今回の調査対象者となる63名のうち57名が気分障害であり、休職者、特に長期化したり、休職を繰り返すような重症の休職者の問題の主たる部分が、気分障害者への治療と再発予防・復職支援の問題だと言えるように思われる。

調査研究の目的の一つは、この早期不適応的スキーマやその対処スタイルが、健常者と比較してうつ病者とうつ病既往者に特有な差異があるかどうか、を調べることである。これは先行する研究において、早期不適応的スキーマがうつ症状の重症度への予測因子となる可能性が強く示唆されていること、うつ病の発症と再発につながる役割を果たしている可能性が強く示唆されていること、があげられるが、本研究では、検査時にうつ症状を有している群と、回復している群、および健常群とのスキーマ得点を比較することで、うつ病にかかわるスキーマやその対処スタイルについて調べる試みをすることである。

目的の二つ目が、休職者および休職経験者の有する早期不適応的スキーマと、対処スタイルの特徴をしらべることで、不調が遷延化したり、再発を繰り返したりする休

職者への治療、再発予防、復職支援、受け入れる職場の支援態勢づくりなどに、有益な知見を得ることである。

##### B. 研究方法

###### 1) 調査対象

首都圏郊外の住宅地にある大学病院の精神科の患者のうち、過去5年以内に仕事を1ヶ月以上休務（有給休暇、療養休暇、休職等）したことがあり、休務時に精神科の医療を受けていた者で、統合失調症の診断を持たない者である。受診の医療形態は、主として外来通院（1部入院時期を含む者）で、薬物療法、復職支援デイケア、集団認知行動療法、カウンセリングなどを過去に受けていたか、現在も継続している者である。調査時点で休務している場合と、復務している場合、およびどちらの場合も休務を複数回繰り返している者を含んでいる。

コントロール群は、調査対照群の通院する大学病院の様々な職種の職員、大学職員、およびそれらの関係者から募った。

いずれのグループでも、雇用形態は正規職員か、契約社員や派遣を含む非正規職員かは問わないが、週35時間程度以上の継続勤務をしている者とした。また経過の途中で転職する場合も見られたが、調査時点で転職先が決まっている場合や新しい職場に勤務している者は対象者とし、他方復帰する職場がなく、次の新しい職場も決まっていない場合は対象から除いた。

###### 2) 調査手続き

調査対象者の病院来院時に、臨床研究同意説明書を読んでもらい、同時に主治医あるいは臨床心理士から口頭で説明し、同意を表明した者に、①同意書に署名をもらう、②M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法<sup>24)</sup>

(以下 M.I.N.I.と略記)を対面で実施、③質問紙をその場で回答してもらうか、あるいは家に持ち帰って回答して返送してもらうか、のいずれかで回収した。①の同意書の提出と②M.I.N.I.を受けた者でも、質問紙の回答が戻ってこない場合は、同意撤回の意思の表明として扱い、調査対象から除いた。

調査対象者として①②③のすべての資料を得られた者は 63 人(男性 43 人、女性 20 人)で、平均年齢 42.76 才、年齢幅は 25—65 才であった。また勤務状態の内訳は、休務中の者は 39 人(男性 26 人、女性 13 人)、復務中の者は 24 人(男性 17 人、女性 7 人)であった。休務経験回数は、1 回が 26 人、2 回が 22 人、3 回が 10 人、4 回が 3 人、5 回以上が 2 人であった。

コントロール群は、臨床研究同意書を読んでもらい、臨床心理士より口頭で説明して、同意を得られた者に、①同意書に署名をもらい、②質問紙を渡し、持ち帰って回答し返送してもらった。質問紙が返送されない場合は、同意撤回の意思の表明として扱った。質問紙には、①これまでに、怪我・妊娠出産あるいは育児休暇を除いて、心身の不調で 1 ヶ月以上の休務経験があるか、②5 年以内に睡眠薬・精神安定剤・抗うつ薬等(精神的不調に対する薬物)を服用した事があるか、について回答してもらった。それにより、①の休務経験のある場合、②の服薬した事のある場合を除いて、健常群とした。

コントロール群として 59 人からの回答が得られたが、そのうち①休務経験者 1 人(女性)、②服薬経験者 7 人(男性 2 人、女性 5 人)、またこれら①②には該当しなかったが、抑うつ度のチェックで抑うつ度

が重症で、その程度が他の場合から大きく外れた抑うつ得点を示した者 1 人(男性)を除いて、健常群としては 50 人(男性 32 人、女性 18 人)、平均年齢は 39.66 才、年齢幅は 25—59 才であった。

### 3) 調査方法

調査には、以下の検査法および検査紙を使用した。

#### ①M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法

調査対象者の病像を確認するために、精神科医師 4 名と総合病院精神科での臨床経験 15 年以上の臨床心理士 2 名が実施した。M.I.N.I.の中の、A；大うつ病エピソード、およびメランコリー型の特徴をとこなう大うつ病エピソード、B；気分変調症、D；躁病エピソード、軽躁病エピソード、L；精神病性障害、精神病像を伴う気分障害、の部分を使用した。

#### ②BDI-II

抑うつの自己記入式質問紙として、BDI-II を使用した。YSQ あるいは YSQ-S3 への回答が、うつ症状の程度にかなりの影響をうける事が知られていることから<sup>11,27)</sup>、BDI-II 得点により統計的補正をするためである。その合計点により、抑うつレベルは、0～13：極軽症、14～19：軽症、20～28：中等度、29～63：重症、と分類される。

#### ③新版 STAI

不安の自己記入式質問紙として新版 STAI を使用した。本調査では特に不安の調査を目指してはいないが、調査に不安が何らかの影響を与えている可能性がある場合に、解析に使用できるように実施された。

#### ④YSQ-S3

早期不適応的スキーマ (Early maladaptive schemas: 以下 EMSs と略記)

の測定には、短縮版のYSQ-Sの第3版であるYSQ-S3を使用した。質問は90問で、EMSsの18スキーマにそれぞれ5問ずつの質問があり、[1;全くあてはまらない]~[6;完全に当てはまる]の6段階で回答する。

#### ⑤YCI

#### ⑥YRAI

スキーマの対処スタイルを測定するために開発された質問紙を使用した。ヤング過剰補償質問紙 (Young Compensation Inventory、YCI と略記) と、ヤング・リッグ回避質問紙 (Young-Rygh Avoidance Inventory、YRAI と略記) である。これらは測定具としての妥当性・信頼性があると検証されている。

YCIは、48問からなり、YSQ-S3と同様に1~6の6段階で回答を行う。YCIの項目の分析研究により、過剰補償という対処スタイルは、3種類のタイプに分けられている。

(A) 社会的コントロール Social Control  
苦痛を避けるために、置かれた状況や周囲からの要求をコントロールする

(B) 個人主義 Individuality  
感情的に動揺させられるのを避けるために、他者から距離を取る、孤立する

(C) 自己コントロール Personal Control,  
否定的感情が引き起こされるのを避けるために、自分自身をコントロールする

YRAIは、40問からなり、YSQ-S3と同様に1~6の6段階で回答を行う。YRAIの項目分析研究により、回避という対処スタイルは2種類のタイプに分けられている<sup>3)</sup>。

(A) 行動化 / 身体化による回避  
体験している感情を、行動もしくは身体表現 (身体症状など) により遮断する

(B) 認知的 / 感情的回避

感情への気づきを、認知的もしくは感情的に遮断する

#### 4) 調査グループの分類

調査対象者は、以下のような分類で、比較検討された。

休務経験者63人のうち、調査時点で休務中の者39人 (以下休務群)、復務中の者24人 (以下復務群) である。

M.I.N.I.による分類は、大うつ病の既往のある者で躁あるいは軽躁症状を持たない者が39人で、そのうち、a.調査時点でうつ症状があると認められる場合として、BDI-IIの抑うつ得点が14点以上の者19人 (以下うつ群)、b.調査時点でうつ症状が認められない場合として、BDI-IIの抑うつ得点が13点以下の者20人 (以下回復群)、また上記の大うつ病の既往のある者39人のうち、c.メランコリー型の者は28人 (以下M型群)、d.その他の型の者は11人 (以下他型群) である。他方 e.躁あるいは軽躁を伴う者18人 (以下躁群) である。それらに含まれない者は、気分変調性障害2人、特定不能のうつ病性障害1人、広汎性発達障害1人、不安障害2人であった。またM型群の平均年齢は41.64才、他型群は42.73才、躁群は46.06才であった。

#### 5) 分析方法

得られた回答は、4分類の比較検討を行った。

I. イ.休務経験群、ニ.健常群の比較

II. ロ.休務群、ハ.復務群、ニ.健常群の比較

III. ①うつ群、②回復群、③健常群の比較

IV. ④M型群、⑤他型群、⑥躁群の比較

分析手続きでは、まず素点のままの群間の比較を行った (以下補正前比較と表記)。