

非メランコリー親和型の気分障害を有する
若年者の休業と復職支援の動向に関する研究

2016年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

非メランコリー親和型の気分障害を有する 若年者の休業と復職支援の動向に関する研究

2016年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、わが国における職業リハビリテーションの中核的機関として、職業リハビリテーションに関する調査研究をはじめとして、さまざまな業務に取り組んでいます。

この報告書は、平成 27 年度に当センターの研究部門が実施した「非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する研究」の成果を取りまとめたものです。心の健康問題により休業する労働者への対応は多くの企業にとって大きな課題となっていますが、数年前から 20～30 代の若年者を中心として、うつ病、抑うつ症状等の診断を受けていながら、従来型のうつ病（メランコリー親和型）の特徴とされる生真面みや自責性、広汎な興味関心の減退がみられない休職者の存在が注目されています。メランコリー親和型でない気分障害者は自己の内省が困難であり、職場適応上の課題は必ずしも十分に改善できていないため、職業準備性や社会人としての基礎的な力を習得するための支援を含めた新たな支援技法の開発が必要となっており、それに先駆け、企業や支援現場の実情等を把握することが求められています。この研究では、うつ病等と診断されていながら従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者等の状態像を整理し、そのような休職者が抱えている職場適応上の課題や企業側の対応状況について具体的な事例情報を収集しました。

調査研究にご協力いただいた関係者の皆様に厚くお礼を申し上げます。

この報告書がより多くの関係者の方々に活用され、わが国における障害者雇用や職業リハビリテーションをさらに前進させるための一助になれば幸いです。

2016 年 4 月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター

研究主幹 樫葉伸一

執筆担当者

(五十音順)

石川 球子	障害者職業総合センター 特別研究員	第1章	第2章
野中 由彦	障害者職業総合センター 主任研究員	概要 序章	第3章

本研究の実施においては、下記の研究協力員が参画した。

布施 薫 (障害者職業総合センター研究協力員)

謝辞

本研究を実施するにあたり、関係機関のみなさまから多大なご協力を賜りました。

第1章では、医療法人 和楽会理事長 貝谷久宣先生に、さらに第2章では、医療法人社団久響会 あいクリニック神田理事長 西松能子先生、独立行政法人労働者健康福祉機構 障害者雇用専門員 石井和子氏、さくら・ら診療内科院長 加藤和子先生、医療法人新光会 不知火病院 理事長・院長 徳永雄一郎先生、予防医療研究所代表・トヨタ記念病院 磯村毅先生にご協力いただき貴重な情報とご意見をいただきました。

第3章では、企業関係者の皆様にヒアリングのご協力をいただきました。

ヒアリングではトータルヘルス株式会社 代表取締役 林田耕治氏、株式会社 Bowl 代表取締役 CEO 荷川取佳樹氏を含め 25 社の方々からご協力いただき貴重な情報とご意見をいただきました。そのうち 12 社の結果を本書に記載しております。

お忙しい中ご協力くださいました皆様に、ここで改めてお礼申し上げますとともに、心より感謝申し上げます。

目次

概要	1
序章 研究の目的と方法	3
第1節 研究の背景と目的	3
1 研究の背景	3
2 研究の目的	3
第2節 研究の方法	3
1 国内の状況に関する文献情報の収集分析	3
2 専門家ヒアリング	3
(1) 実施時期	3
(2) 対象者	4
(3) ヒアリング項目	4
3 企業ヒアリング	4
(1) 実施時期	5
(2) 対象企業	5
(3) ヒアリング項目	5
第1章 問題の所在 —気分障害を有する若年者の休業と復職の課題と就労支援ニーズ—	7
第1節 うつ病の増加	7
1 障害調整生命年 (Disability Adjusted Life Year: DALY) で捉えたうつ病	7
2 気分障害 (うつ病・双極性障害) の患者数の増加	8
(1) うつ病・双極性障害の総患者数	8
(2) 男女年齢別にみた気分障害 (うつ病・双極性障害) 患者数	9
(3) 外来利用者最多の気分障害	10
(4) 抑うつ障害群の診断	10
第2節 近年のうつ病に関する病像の変化	11
1 若年発症のうつ病の増加	11
2 広範な抑うつ病態 —若年発症のうつ病—	12
3 逃避型抑うつ	13
4 ディスチミア親和型うつ病	13
5 非定型うつ病	15
(1) 非定型うつ病の特定規準	15
(2) 非定型うつ病の特徴	15
(3) 非定型うつ病にみられる症状	16
(4) 非定型うつ病発病の要因	17
(5) 非定型うつ病に高頻度でみられる他の障害・疾患の併発	17

第3節 休業と復職に関する支援	19
1 非定型うつ病の回復のポイント	19
2 欠かすことができない職場の理解と協力	19
3 仕事を続けるために実行するとよいこと	20
4 悪化を招く日常生活上のリスクに対処する	21
5 自傷行為に対処する	22
6 家族への支援	23
7 多様化するうつ病態の捉え方	23
(1) 適応障害とうつ病に関する誤解と留意点	24
(2) 診断的グレーゾーンの存在	24
8 多様化するうつ病態の理解と支援	25
(1) 病状と休養・休職について	25
(2) 復職支援の重要性	26
(3) 過酷な労働環境に配慮すること	26
(4) 職場環境の調整・配慮	26
(5) 周囲の理解が必須	26
(6) 残されているレジリエンスを最大限引き出す	27
第4節 企業社会における現状	28
1 精神障害者に対する労災補償状況にみる現状	28
2 企業調査にみる新型うつを有する従業員の増加傾向と休職・復職支援の状況	28
第5節 支援ニーズ	31
1 予防的な観点からの支援ニーズ	31
2 職業リハビリテーション機関による認知行動療法と動機づけ面接の必要性	31
第2章 休業と復職支援の実践に関する動向	33
第1節 定型象を伴わないうつ病女性休職者に特化した復職支援の取り組みと変容する女性就労	33
1 変容する女性就労の現状における復職支援	33
(1) 女性のうつ病 —15歳から44歳の女性の第1位疾患は気分障害—	33
(2) うつ病と診断されたが従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者	34
(3) 大うつ病≠メランコリー型うつ病（いわゆる内因性うつ病）	35
(4) 大うつ病の概念と包含する従来疾患	35
(5) プログラム参加者の病像から見た適応障害の診断と非メランコリー型うつ病 —復職支援における重要課題—	35
(6) 女性のうつ病と現代の女性を取り巻く環境その1 —機会均等と職業—	37
(7) 女性のうつ病と現代の女性を取り巻く環境その2 —加速化するコモディティ化と長時間労働・過重労働—	38
(8) 女性のうつ病における性差とその背景となること	38

(9) うつ病の症状における性差	39
(10) 働く女性とストレス	40
(11) 職場における女性就労者への要請	41
(12) 女性就労者にかかる負荷の特異性	41
(13) 高学歴女性の労働力率	41
(14) 特別な女性だけが働く時代の終焉 —共稼ぎ世帯は夫だけ勤める世帯を上回る—	43
(15) 女性の就業意識の変化と女性の年齢階級別労働率の推移にみる	43
(16) うつ病の罹患率における性差と復職参加率	46
2 女性休職者に特化した復職支援プログラムの取り組み	47
(1) 従来の復職支援プログラム	47
(2) 女性が職場不適應に陥る時	47
(3) 労働者健康状況調査の結果にみる職場のストレスに関する男女差	48
(4) 女性休職者の復職支援プログラムに対するニーズ	48
(5) 女性休職者が復職を期待できる場合	49
(6) 特異性のある女性休職者のニーズに応えるための復職プログラムの特徴	49
(7) 復職支援プログラムの「うつ病の場合の支援の内容」	50
(8) 双極性障害の場合の支援内容	51
(9) 適応障害の場合の支援内容	52
(10) 支援プログラムで行われている集団精神療法と各療法に即した病態水準	52
(11) 認知行動療法 (CBT) による心理教育の流れ	53
(12) 対人関係療法 (IPT) による心理教育の流れ	54
(13) アクセプタンス・コミットメントセラピー (ACT) による心理教育の流れ	56
(14) 社会リズム療法 (SMR) —双極性障害の場合の支援—	56
(15) プログラム以外の介入	56
3 女性休職者に特化した復職支援プログラムに関する調査結果と考察	57
(1) 調査の目的と方法	57
(2) 調査結果	58
(3) 考察	63
第2節 レジリエンスを引き出す復職・就労支援	66
1 CBT うつ病リワークデイケアのプログラムの内容	66
2 心理・就労教育スケジュール	67
3 非メランコリー型についての心理教育のコア —視点を交える・とりあえず置いておくことを学ぶ—	68
4 疑似会社訓練の場「プライムワークデイケアオフィス・rana」	69
5 オフィス・rana の特徴	70
(1) リーダー席について・リーダーの仕事	70
(2) 厳しい場であること・負荷をかけること	71
(3) 契約のこと	71
(4) 復職後を視野に入れた支援	72

6	うつ病者の復職支援における課題	73
(1)	医療的支援における課題に関する事例	73
(2)	早期支援の重要性	73
(3)	病気の理解についての個人差	74
7	プログラム参加者のその後	74
第3節	若年うつ病像の変化に対応した復職とリカバリーへの支援	75
1	最近の若者うつ病の特徴	75
2	復職準備性への支援と再発・再休職予防のためのリワーク支援	77
(1)	医療機関におけるリワークプログラムの特徴	77
(2)	復職準備性と「リワークプログラム」	78
(3)	医療が行うリワークプログラムの4要素	79
(4)	再休職の予防に関するリワークの効果	81
(5)	リワークプログラムの内容	82
(6)	リワーク利用者の属性	83
(7)	リワーク利用者の転帰	84
(8)	リワークプログラムにおける若年利用者の就業上の課題とその解決策	85
3	リワークプログラム・復職希望者と職場との連携による課題の解決	85
4	リワークデイケアにおける評価表	87
(1)	Aさんの評価	87
(2)	評価におけるアンカーポイント	90
5	リワークプログラムにおける「自分研究Ⅰ」の流れ	94
(1)	自分研究Ⅰ開始前の「自分の履歴書」の作成	94
(2)	自分研究Ⅰにおける「ふり返りワークシート」の作成とユーザーの気づきを促す個別面談	94
(3)	「自分の説明書」の作成	96
(4)	再発予防を視野に入れた「自分の説明書」のプレゼンテーション	96
(5)	「自分研究」の導入による復職再就職率・脱落率・再発率の変化 —ドロップアウトの防止効果—	97
6	リワークプログラムにおける「自分研究Ⅱ」 —「自身の弱さ」を開示し、ピアサポートを得る—	99
(1)	自閉症スペクトラムの特性に配慮した自分研究Ⅱ	99
(2)	自分研究Ⅱと認知行動療法の5つの領域	99
(3)	認知行動療法の5つの領域と負のスパイラルの同定への流れ	100
(4)	リワークプログラムにおける認知行動療法プログラム内容	101
7	リカバリープログラムによる復職と再就職 —再発を繰り返してきた利用者の状況—	102
(1)	リカバリープログラム開始のきっかけ —失業者のサポートが緊急の課題—	102
(2)	リカバリープログラムの目的	104
(3)	リカバリープログラムのコンセプト	105
(4)	リカバリープログラムの内容	105
(5)	リカバリープログラム参加者の半数以上を占める若年者の課題と解決方法	107
(6)	リカバリープログラムの利用者の属性	108

(7) リカバリープログラムの課題とシームレスな就労支援のための医療・就労・企業の連携	
—その1 再就職支援の状況—	110
(8) リカバリープログラムの課題とシームレスな就労支援のための医療・就労・企業の連携	
—その2 復職支援の状況—	119
8 復職支援プログラムとリカバリープログラムの結果から考察されること	122
(1) 復職・就労支援における医療機関の役割	122
(2) 気分障害を有する利用者の復職支援と就労支援の相違点	122
(3) 実践全体から考察されること	124

第4節 入院を必要としたうつ病の難治性から考える復職支援

—非メランコリー親和型うつ病と職場適応上の課題—	125
1 非メランコリー親和型うつ病の現状	125
2 非中核群（非メランコリー型）うつ病の特徴と専門家による速やかな治療の必要性	126
3 入院治療から見えてくる非メランコリー型うつ病の寛解と復職の関係	127
4 精神疾患を有する従業員の復職に対する企業の姿勢	128
5 減薬や断薬ができつつある現在に至るまでの入院治療の変化	129
6 小さな変化を見落とさず支援することが治癒の鍵	130
7 アンビバレント・葛藤への支援のたいせつさ	130
8 家族会参加者の様子から窺える復職支援の役割	131
9 不知火病院のリワーク	132
(1) デイケアの4種類のプログラムの内容	132
(2) サテライトクリニックでのリワーク	133
10 復職準備における内的な成長も含めた多面的な評価尺度	134
11 復職における評価のポイント	135
12 復職後の状況 —復職後の再発予防も含めた復職支援の必要性—	136
13 中規模の集団療法の効果 —非メランコリー型のうつ病者の回復過程における有効な支援—	136
14 復職支援に関する課題	137
(1) 企業に対する心理教育の必要性	137
(2) うつ病の二面性と感情抑圧からくる攻撃性	137
(3) うつ病発症の原因が職場にあると考えられるケースにおける発達の偏りに関する課題	
—視覚化による支援の重要性—	137
(4) 軽症化傾向による課題	138
(5) 心理教育の果たす重要な役割	139
(6) 支援者に特に求められること —再発防止を視野に入れることが重要—	139

第5節 アンビバレントな気持ちに働きかける動機づけ面接

1 動機づけ面接法と従来の面接法	140
2 変化のステージ	144
3 動機づけ面接はガイド的スタイル	144
4 動機づけ面接の基礎用語とチェンジ・トーク	145

5 動機づけ面接の特徴と基本スキル	148
(1) 動機づけ面接に含まれないもの	148
(2) 動機づけ面接と通常の面接との比較	148
(3) 動機づけ面接に含まれる重要な基本スキル 「許可のある助言・情報提供」	151
6 動機づけ面接の4つのスピリット PACE	153
(1) 協働 (Partnership)	154
(2) 受容 (Acceptance)	155
7 対応が難しい場面における動機づけ面接	156
(1) <場面1> 攻撃的な傾向があるケース	156
(2) <場面2> 復職の準備から先の行動に繋がらないケース	159
(3) <場面3> 過去の認識を修正しにくいため行動に繋がりにくい拒否過敏性のケース	161
8 動機づけ面接の全体的な流れ	164
(1) 動機づけ面接の4つのプロセス	164
(2) 自己動機づけへと導く4つのスピリットと基本スキル	164
第3章 企業ヒアリング	169
第1節 企業ヒアリングの内容	169
1 企業A	169
(1) 再退職者の傾向—「新型」への移行	169
(2) 補償制度が充実していると再退職率は上がる	170
(3) 安定した定時勤務やコミュニケーションの困難が発症のトリガーに	170
(4) 採用の段階で振り分けることの困難	170
(5) 正しい生活習慣を再教育してくれる機関があるとよい	171
(6) メンタル疾患に対する抵抗感が下がる	172
(7) リワークプログラムはグループワーク中心に NPO と連携して復職後も支援	172
(8) キャリアチェンジを勧める	173
(9) 障害者雇用へのアプローチ	174
(10) そもそも「まだ整っていない」人が多い	174
(11) 生活を客観的にデータ化し可視化する	175
(12) 「自分取扱説明書」を作成して復職後に備える	176
(13) 「自分取扱説明書」は本人が自分で作る	177
【考察】	177
2 企業B	178
(1) 企業は新型うつへの対応に苦慮	178
(2) 企業の負担が増加	178
(3) 新しいストレスチェックへの対応	179
(4) 企業は新型うつへの具体的な対処法を求めている	180
(5) 退職者が出ると企業の負担は膨大	180
(6) 皆が努力しなければ成果は上がらない	181
【考察】	181

3 企業C	182
(1) 障害者であるかどうかの確認が難しい	182
(2) 精神障害者についての理解はまだ進んでいない	182
(3) 企業はいわゆる新型うつを理解しきれていない	182
(4) 企業は労務管理上の規則を修正してきている	183
(5) ストレスチェック導入の不安と期待	184
(6) 若年者は社会人としての基礎を学ばずに企業に入ってくる	184
(7) 打たれ弱い若者たち	185
(8) 若年者向け復職支援プログラムへの期待	185
(9) 働くための「心づくり」の教育を	186
【考察】	187
4 企業D	188
(1) 旧型うつと新型うつを区別しない	188
(2) 職場復帰は各々の状況に合わせて行う	188
(3) 病気なのかスランプなのか判断が難しい	188
(4) 採用の段階で病気はわからない	189
(5) ストレスチェックの肝は集団分析	189
(6) 労務管理上の対応をする	190
(7) ITの発達とうつ病の増加	190
(8) メンタルヘルスの体制—特に、看護師の親身な対応が効果的	191
(9) 適応障害の事例	191
【考察】	192
5 企業E	193
(1) 若者を基本から教える	193
(2) 人材づくりをしない社会になっている	194
(3) 他人に育ててもらうことがなくなっている	194
(4) 問題のある子を採用して育てる	194
(5) 寮母さんのいるような環境で育てることが大事	195
(6) 人を責める社会、人を叱れない社会	195
(7) 真剣に叱る	196
【考察】	197
コラム1：「病気でない病気」というあり方の事例	198
【経営者のコメント】	198
【考察】	199
6 企業F	201
(1) 就労支援には診断名は必要ない	201
(2) 精神科医は就労の実態がわからない	201
(3) ルールを守らせることから	202
(4) 復職後のフォローの仕方が大切	202
(5) 最初に毅然と対応する	203

(6) メンタルだけ特化しても意味がない	203
(7) 病院に行けば診断書が出される	204
(8) 企業の対応はまず就業規則に則って	204
(9) メンタルヘルス不調者だけ特別扱いすることはない	205
(10) 復職プログラムの対象者の範囲はどうなるか	205
(11) 社員教育で何をどこまでやるか	206
(12) 身近にモデルがあるとよいとの考えは通用しない	206
【考察】	207
7 企業G	208
(1) うつの従業員の状況	208
(2) うつの従業員への対応	208
(3) うつになる原因がわからない	209
(4) 若者の傾向と企業の対応	209
(5) リワークには円滑な復職を期待	210
(6) 底辺に入ってしまった人を引き上げるプログラムを	210
(7) 若者が立ち直るきっかけを作る	211
【考察】	211
8 企業H	213
(1) うつ病の従業員の状況	213
(2) 休職する前に辞める人が多い	213
(3) 産業医に繋ぐ前の交通整理が重要	213
(4) 困っているけれどどうしたらよいのかわからないのが大半	214
(5) 企業のリスクが高い	214
(6) 優しすぎる対応になりがち	215
(7) 「メンヘラ・コミュ障」が増えてくる	215
(8) 同期の間で伝播する	215
(9) うつになりやすい環境にいる	215
(10) 人と接することをできていない	216
(11) 対話力が弱い	216
(12) 企業に余裕がない	217
(13) 支えてあげられる環境因子がどれだけあるかで全然違う	217
(14) 企業は何をどこまでやるべきか	217
(15) 企業はどこまでやれるのか	218
【考察】	219
9 企業I トータルヘルス株式会社	220
(1) 休職の事由を解消することが先決	220
(2) 停滞期の対応がカギ	220
(3) 体を動かして長い停滞期の克服を	221
(4) 障害の多様性への対処	221
(5) 支援の開始前に状況を見きわめる	222

(6) 前段階の体験でプログラムへの参加の可否を見る	222
(7) 心を復職に向けさせることが大事	223
(8) 早く休ませれば早く治る	223
(9) 別立ての単発的なプログラムを導入する	224
(10) リワークとリハビリ出勤を併用して段差を軽減する	224
(11) 障害者職業センターのリワークのメリットをアピールする	225
(12) リハビリ出勤に必要な要件をあらかじめ明確に示す	225
(13) 復職に向けた今後の流れを明示する	227
(14) 問題行動を起こさせない仕組みを作る	229
(15) 上下関係のない相手からの言葉は受け入れやすい	229
(16) 仕事のやり方は明確に伝える	230
(17) 社員に求める基準を明文化する	231
(18) 企業が試されている	231
(19) 変化にうまく対応してメンタル不調者を出さないようにする	231
(20) やれることは数多く有る	232
【考察】	233
10 企業J	234
(1) メンタルヘルス活動の長い歴史	234
(2) 健康管理部門を中心とした全社的対応	235
(3) 新型うつへの対応	235
(4) 発達障害との関連	236
(5) 〈折り合い〉を付ける支援	236
(6) 発達障害の特性をきちんと理解して対応することが大事	236
(7) 発達障害の支援事例、その1	237
(8) 発達障害の支援事例、その2	238
(9) 障害の特性を理解して折り合えるようにする	239
(10) リワークプログラムは周囲だけではなく本人にも気付きを促すものを	239
【考察】	240
11 企業K 株式会社 BowL	241
(1) 身近なところで感じたリワークの必要性	241
(2) 「三つの貢献」を目指す—当事者・企業・精神科病院に対して—	241
(3) 利用状況・活動内容の概要	242
(4) 無職組(=再就職組)と復職組とに分ける	242
(5) 再就職者(就職経験のある無職者)向けのプログラム:「BowL JoB(ジョブ)」	242
(6) 復職者向けプログラム:「BowL BiZ(ビズ)」	243
(7) 再就職組(就職経験のある無職者)と復職組を混合してもシナジー効果は見られない	243
(8) 「エンパワーメント」を理念に「集団の力」を生かす	243
(9) 病名よりも病状に注目して対応する	244
(10) 適応障害の症状と「新型うつ」/キャパシティの小ささが問題	244
(11) 行動のパターンを見る	245

(12) 生活保護受給者の支援は難しい	246
(13) スタッフが疲弊しないようにする	246
(14) 一流の講師を呼ぶ	247
(15) スタッフの力量が問われる	247
(16) 男女比率は半々	247
(17) 運動を積極的に取り入れる	248
(18) 本人の自主性が鍵	248
(19) 希死念慮の強かった事例	248
(20) 大人の発達障害の診断は必要ない	249
(21) 集団の力を活用する	249
(22) 研修生に役割を持たせる	249
(23) 自主性を引き出す	250
(24) 研修生がプログラムを作る	251
(25) 復職支援の事例	251
(26) 病気やマイナス面にはあまりフォーカスしない	252
(27) 分析結果を医療側に伝えて精神医療に貢献する	252
(28) 情報共有を密にし、業務の効率化を図る	252
(29) 予防分野で事業を成り立たせたい	253
(30) ストレスチェックへの対応	253
(31) 大事なことは働き続けられるようにすること	254
(32) 医療の中で生きている人を納税者に変える役割	254
【考察】	255
コラム2：一時的にうつ症状を抱えた事例	256
【経営者のコメント】	256
【考察】	257
第2節 企業ヒアリングのまとめ	259
1 非メランコリー親和型の気分障害の理解	259
(1) 企業のうつ病についての理解	259
(2) 非メランコリー親和型気分障害の呼称と理解	259
(3) 原因の理解	260
(4) 疾病の見立ての困難さ	261
2 メンタルヘルスに係る企業の対応	261
(1) 雇用管理上の問題として対応する	261
(2) メンタルヘルスに係る予防の三段階	261
3 若年者の職業人としての教育に関する課題と対応	262
(1) 若年者の雇用環境	262
(2) 若年者の生育環境と教育	262
(3) 企業が持つ教育ニーズ、外部教育機関への期待	263
(4) 企業自身の人材育成能力	263

4 若年者復職支援の方法	264
(1) うつ状態を改善することが第一	264
(2) 若年者向け復職支援プログラムの対象者と障害種類	264
(3) 若年者向け復職支援の期間	264
(4) 集団プログラムと個別支援の併用が必要	265
(5) 若年者向け復職支援プログラムの対象者グループの構成	265
(6) 特に注目されたプログラムの内容	265
① 生活を記録し客観視・分析する支援	265
② 「自分取扱説明書」を作成する支援	265
③ <折り合い>を付ける支援	266
④ キャリアチェンジを促す支援	266
(7) 企業のサポート力を高める	266

概 要

本研究は、平成 28 年度から障害者職業総合センター職業センター（以下「職業センター」という。）が取り組む技法開発のために必要な知見を得ることを目的とし、うつ病等と診断されていながら従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者等の状態像を整理するとともに、そのような休職者が抱えている職場適応上の課題や企業側の対応状況について具体的な事例情報を収集した。

序章では、この研究の目的と方法について記した。

第 1 章では、非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向の概況について、専門家ヒアリング結果および文献調査をもとに整理した。

第 2 章では、非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する専門家ヒアリングの結果をもとに整理した。

第 3 章では、企業における非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向について、訪問ヒアリングの結果をもとに整理した。

序 章

研究の目的と方法

序章 研究の目的と方法

第1節 研究の背景と目的

1 研究の背景

心の健康問題により休業する労働者への対応は多くの企業にとって大きな課題となっており、地域障害者職業センター（以下「地域センター」という。）のリワーク支援の利用者が年々増加して着実に成果を上げているほか、医療機関によるリワークプログラム、民間機関によるEAP（Employee Assistance Program）等の取組みも広がっているところである。

一方、数年前から20～30代の若年者を中心として、うつ病、抑うつ症状等の診断を受けていながら、従来型のうつ病（メランコリー親和型）の特徴とされる生真面目さや自責性、広汎な興味関心の減退がみられない休職者の存在が注目されており、そのような者は、自己本位で他罰性が強いために円滑な職場復帰が困難であると言われている。また、先行研究等を通じて、地域センターのリワーク支援の利用者にも、従来型のうつ病でない者が増えているとの情報が得られている。

現在の地域センターのリワーク支援においては、主として集団的アプローチにより対象者の自己理解を促進することを重視しているが、上記のようなメランコリー親和型でない気分障害者は自己の内省が困難であり、職場適応上の課題は必ずしも十分に改善できていない。このため、職業準備性や社会人基礎力の習得支援を含めた新たな支援技法の開発が必要となっており、それに先駆け、企業や支援現場の実情等を把握することが求められている。

2 研究の目的

この研究では、平成28年度から職業センターが取り組む技法開発のために必要な知見を得ることを目的とし、うつ病等と診断されていながら従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者等の状態像を整理するとともに、そのような休職者が抱えている職場適応上の課題や企業側の対応状況について具体的な事例情報を収集する。

第2節 研究の方法

1 国内の状況に関する文献情報の収集分析

非メランコリー親和型的气分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する国内の論文、著作、研究発表等を収集し整理した。

2 専門家ヒアリング

文献調査と併せて、職業リハビリテーション、医学、産業保健、教育、社会学等の専門家4～5名を招聘してヒアリングを行った。

(1) 実施時期

専門家ヒアリングの実施時期は、平成27年4月から12月までであった。

(2) 対象者

ヒアリングの対象とした専門家は、表1のとおりである。

(3) ヒアリング項目

専門家に対するヒアリング共通項目は、次のとおりとした。

- ① 日本において、非メランコリー親和型の気分障害が注目されるようになった経緯と背景
- ② 非メランコリー親和型気分障害の定義や分類、医療・支援現場での取扱い（単一の障害と見なせるのか、いくつかの類型に分けて考えるべきなのか。実情として、どのような診断・評価が下されているのか等）
- ③ 非メランコリー親和型気分障害を有する者に特徴的な思考パターンや行動様式
- ④ 非メランコリー親和型気分障害を有する者の就業上の課題
- ⑤ 非メランコリー親和型気分障害を有する者を支援する際のポイント、支援者に求められるスキル

ヒアリング対象者ごとのテーマは、表1のとおりである。

表1 専門家ヒアリング対象者およびテーマ

番号	氏名 (敬称略)	所属・肩書き	テーマ
1	西松能子	あいクリニック神田理事長	女性休職者に特化した復職支援 —支援者に求められるスキル—
2	貝谷久宣	医療法人和楽会理事長	職域における非メランコリー親和型気分障害の理解促進と復職支援におけるポイント
3	石井和子	(独)労働者健康福祉機構障害者雇用専門員	ひだクリニックにおける「非定型うつ」または「いわゆる新型うつ」と診断された若年者の実態とその就労支援の実態
4	加藤和子 牧 宏一	さくら・ら診療内科 院長・医師 さくら・ら診療内科 副院長・ケースワーカー	リカバリープログラム及びリワークプログラムの利用者の状況と復職支援の効果について—他機関との連携も視野に入れて—
5	徳永雄一郎	不知火病院理事長・院長	職場適応上の課題と社会復帰・復職支援の取組み
6	磯村 毅	トヨタ記念病院医師・予防医療研究所代表	攻撃的・拒絶的なクライアントを援助する面接技法

3 企業ヒアリング

精神障害者またはメンタルヘルス不調者が多数いることが見込める企業等を訪問し、ヒアリングを行った。

(1) 実施時期

企業ヒアリングの実施時期は、平成 27 年 4 月から 11 月であった。

(2) 対象企業

ヒアリング対象企業は、計 25 社であった。うち、参考となる体系的な情報が得られ、かつ、掲載許可が得られた企業は、12 社であった。

なお、ヒアリングに協力いただいた企業の希望により、対象企業の内訳等は記載しない。

(3) ヒアリング項目

企業ヒアリングでは、以下の点を中心に把握した。

- ① 最近の若手社員に頻繁にみられる職場適応上の課題、不適応行動の傾向
- ② ①のような問題を早期に解消するための、指導教育の観点からの具体的な取組み
- ③ ①のような問題が解消されないまま精神疾患の診断を受け、休業する社員にかかる復職支援の取組み
- ④ 復職者を受け入れる場合を含め、①のような問題が十分に解消されない社員との間で確執を生じないために、企業として定めているルールや工夫している内容
- ⑤ いわゆる「新型うつ病」とされる、他罰的であったり趣味活動が旺盛なままであったりする休職者の有無及びそのようなケースへの対処方針

第 1 章

問題の所在

第1章 問題の所在

—気分障害を有する若年者の休業と復職の課題と就労支援ニーズ—

心の健康問題により休業する労働者への対応は多くの企業にとって大きな課題であり、地域障害者職業センターのリワーク支援の利用者が年々増加して着実に成果を上げている他、医療機関によるリワークプログラム、民間機関による EAP (Employee Assistance Program) 等の取り組みも広がっている。

一方、数年前から 20 代から 30 代の若年者を中心として、うつ病、抑うつ症状等の診断を受けていながら、従来型 (メランコリー親和型) のうつ病の特徴とされる広汎な興味関心の減退等がみられない気分障害を有する休職者の存在が注目されている。

こうした休職者は、自己本位と誤解されがちであるため、円滑な職場復帰に支障となるとの見方もある。また、先行研究等を通じて、地域障害者職業センターのリワーク支援の利用者の中にも、こうした気分障害を有する労働者が増加傾向にあるとの情報も得られている。

そこで、本章では、うつ病と診断されていないながら従来型うつ病の概念が当てはまらない気分障害を有する若年労働者の状態像を整理し、こうした労働者の復職と休業に関する課題と就労支援ニーズについて、文献調査と復職支援等の実践に関するヒアリング結果をもとに以下にまとめた。

なお、以下の暦年の記述については表又はグラフ内の記述に合わせて元号又は西暦を書き分けている。

第1節 うつ病の増加

1 障害調整生命年 (Disability Adjusted Life Year: DALY) で捉えたうつ病

三大健康被害要因 (三大疾患) としての精神疾患

日本における DALY (障害調整生命年) 疾病別割合をみると、精神疾患は、がん、循環器疾患とともに日本における三大健康被害の第 1 の要因である (図 1-1)。

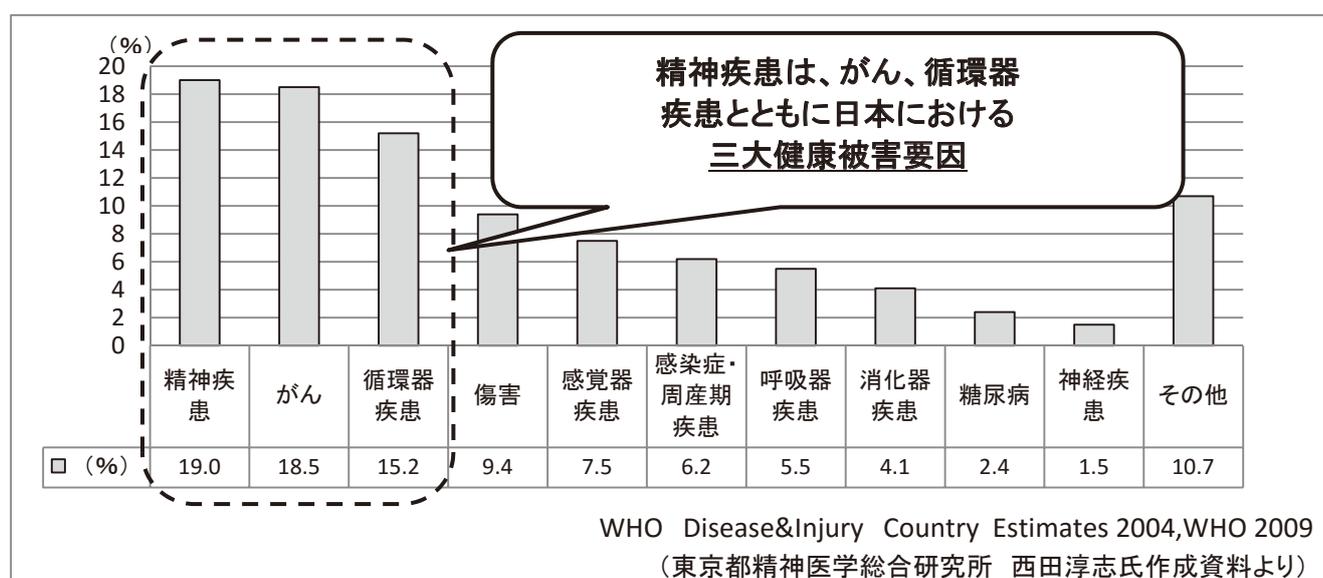


図 1-1 三大疾患としての精神疾患—日本の DALY (障害調整生命年) 疾病別割合

表 1-1 疾患別に見た障害調整生命年 (DALY)

順位	疾患	DALY 値 (日本人 10 万人当たり 2004 年)
1.	うつ病	5 3 1
2.	脳血管障害	4 2 5
3.	自傷	4 2 3
4.	喘息	2 9 0
5.	虚血性心疾患	2 7 4
6.	聴覚障害	2 6 4
7.	認知症	2 4 7
8.	骨間接症	2 2 4
9.	統合失調症	1 9 4
10.	双極性障害	1 8 7

(WHO2010 資料より、武田ら(2010))

また、DALY 値で捉えた日本における損失生命年数の大きな疾患の第 1 位はうつ病である (WHO, 2010 ; 武田ら(2010))。

2 気分障害（うつ病・双極性障害）の患者数の増加

精神疾患により、医療機関にかかっている患者数は、近年大幅に増加しており、平成 23 年度は 320 万と依然 300 万人を超えている。その内訳は、多いものから、うつ病、統合失調症、不安障害、認知症等となっており、近年においては、うつ病や認知症等の著しい増加がみられる (厚生労働省：図 1-4)¹。

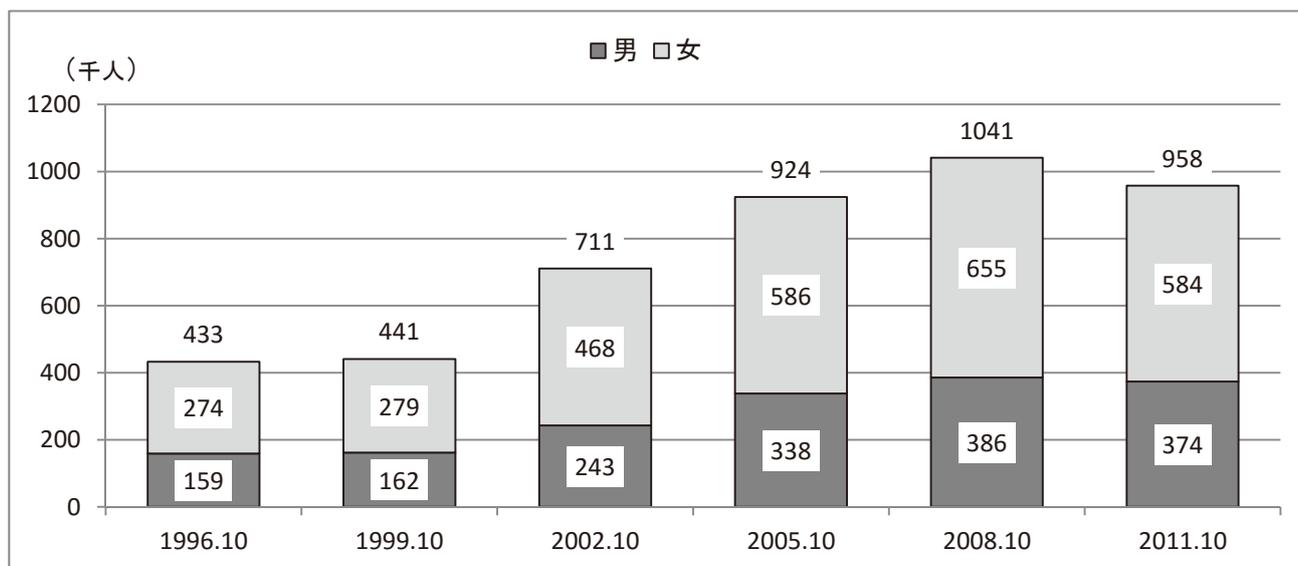
厚生労働省の特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」(平成 14 年)によると、日本人の 15 人に 1 人が、うつを経験していることになる (日本認知行動療法協会)。日本における気分障害の増加について以下にまとめた。

なお、気分障害は、「大うつ病」と「双極性障害 (双極性障害 I 型・II 型)」に大別され、「大うつ病」には「メランコリーうつ病 (定型うつ病)」、「非定型うつ病」、「その他のうつ病」(他に当てはまらない、特定の状況下で起こりやすいうつ病 例 季節性うつ病・産後うつ病)が含まれる (貝谷,2014b)。

(1) うつ病・双極性障害の総患者数

うつ病・双極性障害の男女別の総患者数の推移を示したものが図 1-2 である。男女とも 2008 年まで増加の一途を辿っており、2011 年に若干減少している現状である。

¹ 厚生労働省 www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html (アクセス 11/2015)



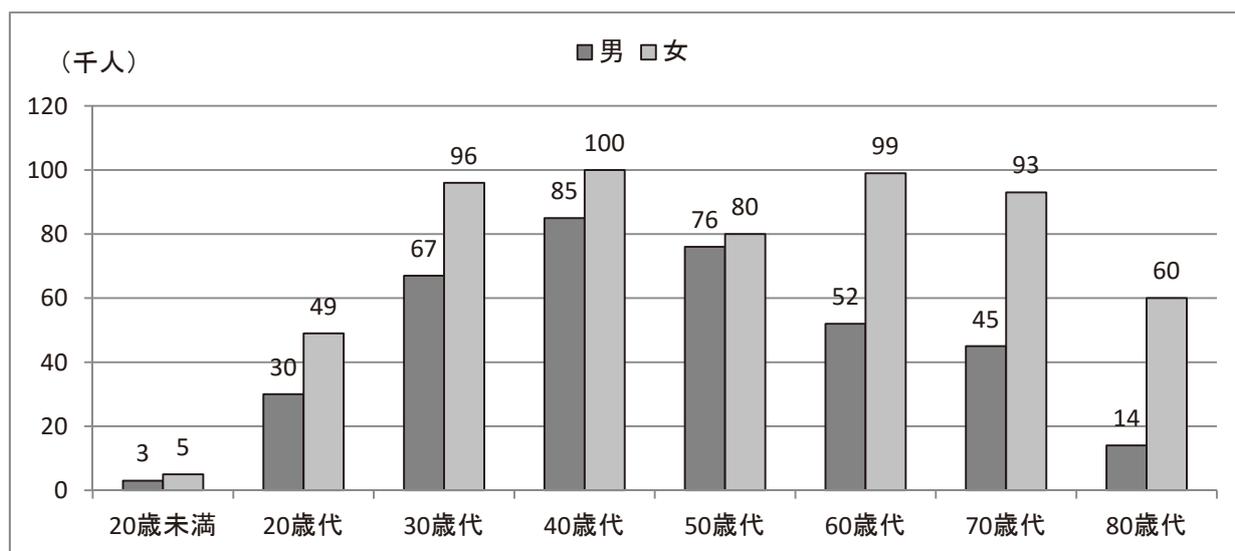
資料：厚生労働省「患者調査」および本川裕「図録▽うつ病・躁うつ病の総患者数」（「社会実情データ図録」<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/2150.html> より）（アクセス 3/11/2016）

図 1-2 うつ病・躁うつ病の総患者数

(2) 男女年齢別にみた気分障害（うつ病・双極性障害）患者数

2011年の気分障害の患者総数を年齢別・男女別に示したものが、図1-3である。総数において、30歳台及び40歳台に多く見られる。50歳台から減少がみられる男性に比べて、女性の場合、50歳台で一旦減少するものの、60歳台以降70歳台においては高い数値となっている。

さらに、総患者数が増加した平成11年から平成23年にかけての男女・年齢別に見てみると、男女とも増加が最多となっているのは、30歳台である。

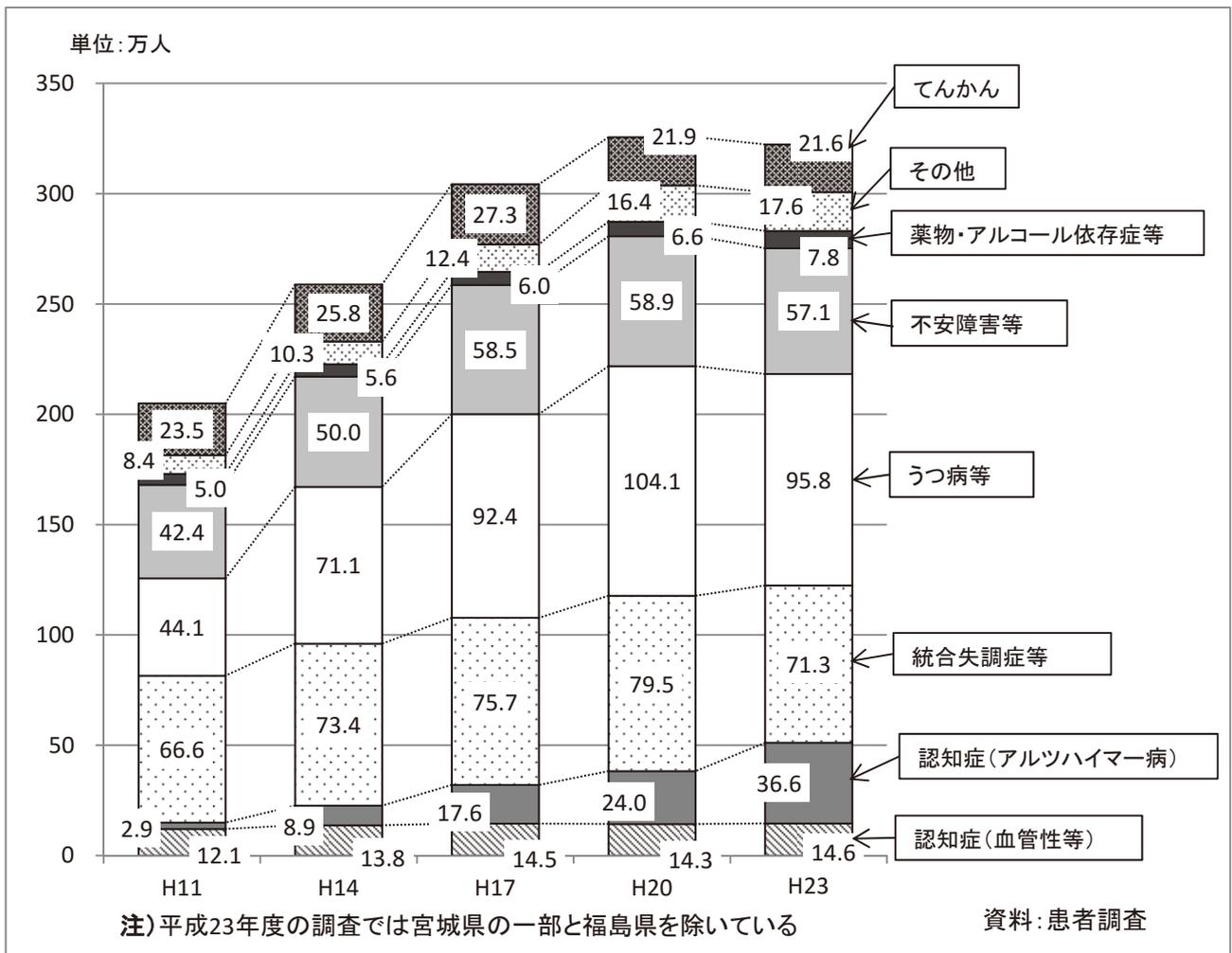


資料：厚生労働省「患者調査」（平成23年）および本川裕「図録▽うつ病・躁うつ病の総患者数」（「社会実情データ図録」<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/2150.html> より）（アクセス 3/11/2016）

図 1-3 男女年齢別総患者数（2011年10月）

(3) 外来利用者最多の気分障害

外来を利用する精神障害者数を疾患別にまとめたものが図1-4であるが、うつ病等（躁うつ病を含む）の利用者が最多である。



資料: 厚生労働省「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス」
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> (アクセス 3/11/2016)

図1-4 精神疾患の患者数（医療機関に受診する患者の疾病別内訳）

(4) 抑うつ障害群の診断

抑うつ障害群は DSM-5 による診断基準の〈うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害エピソード〉の症状が5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し本人にとって異常につらいか、さらに、これらの症状のうち少なくとも1つは、1日の大部分の時間、毎日のように続く憂うつな気分又は1日の大部分の時間、毎日のように何に対しても興味と喜びを感じないかのいずれかであるかにより、診断する（貝谷, 2014a）。さらにこれらの症状はアルコールや薬物中毒や内科の病気によるものではない。また、愛する人を失ったあと、2ヶ月以内であれば離別反応と考えうつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害エピソードとは診断しない（貝谷, 2014a）。

第2節 近年のうつ病に関する病像の変化

1 若年発症のうつ病の増加

うつ病や双極性障害を含む気分障害の患者数がすべてのライフステージにわたり増加しており、特に就業世代では、長引く不況や経済状況の悪化、失業率の上昇等を背景に、うつ病を惹起するさまざまな社会・心理的要因が増加しており、この点は、近年の高い自殺者数との関連が指摘されている（日本うつ病学会）²。

さらに、若年層のうつ病有病率の増加率も指摘されているが、この点については、教育現場での児童・思春期のうつ病患者の増加とともに、うつ病概念の多様化が関連している（日本うつ病学会）²。こうした若年層におけるうつ病患者は、以前から一定の有病率があったと推測されるが、近年の多様化するうつ病概念の中で再認識、理解され、該当する患者数が増加してきていると考えられる（日本うつ病学会）²。

また、若年層のうつ病は、新型うつ病と表現されることがあるが、「新型うつ病」という専門用語はなく、その概念は学術誌や学会等で検討されたものではない（日本うつ病学会）²。

しかし、「非定型うつ病」は、歴史的にはさまざまな定義が与えられてきており、大うつ病³のうち、過食、鉛のような体の重さ、対人関係を拒否されることへの過敏性等の特定の症状を有し、正確には「非定型の特徴を伴う大うつ病」と呼ばれる（日本うつ病学会）²。非定型うつ病の特定規準については、本節5にまとめた。

啓発書やマスメディアで使われる「非定型うつ病」は、教科書的なうつ病のプロトタイプに合致しないうつ病、抑うつ状態を広く指して用いられ、「新型うつ病」とほぼ同義に扱われることもある。世間で「新型うつ病」あるいは「非定型うつ病」とされるのは、一般に、表1-2に示す特徴をもつと考えられる（日本うつ病学会）²。

表1-2 若年者のうつ病・抑うつ状態の特徴

-
- 1 若者に多く、全体に軽症で、訴える症状は軽症のうつ病と判断が難しい
 - 2 仕事では抑うつ的になる、あるいは仕事を回避する傾向にある。ところが余暇は楽しく過ごせる
 - 3 仕事や学業上の困難をきっかけに発症する
 - 4 患者さんの病前性格として、“成熟度が低く、規範や秩序あるいは他者への配慮に乏しい等”
-

（日本うつ病学会）²

また、こうした非メランコリー型のうつ病は、メランコリー親和型性格を基盤としたうつ病に比べて、抗うつ薬の効果が弱く、軽症ながら難治な病態として注目されてきているが、最も大切な点として、同学会では、こうした若年層のうつ病の精神病理学的議論について、患者さんの性格問題をあげつらうためでなく、治療者がうつ病を十把一絡げにせず、一人一人の抱える問題のきめ細かい分析と対応のための議論であるとしている点が挙げられる。

以下において、こうした若年発症のうつ病についてまとめた。

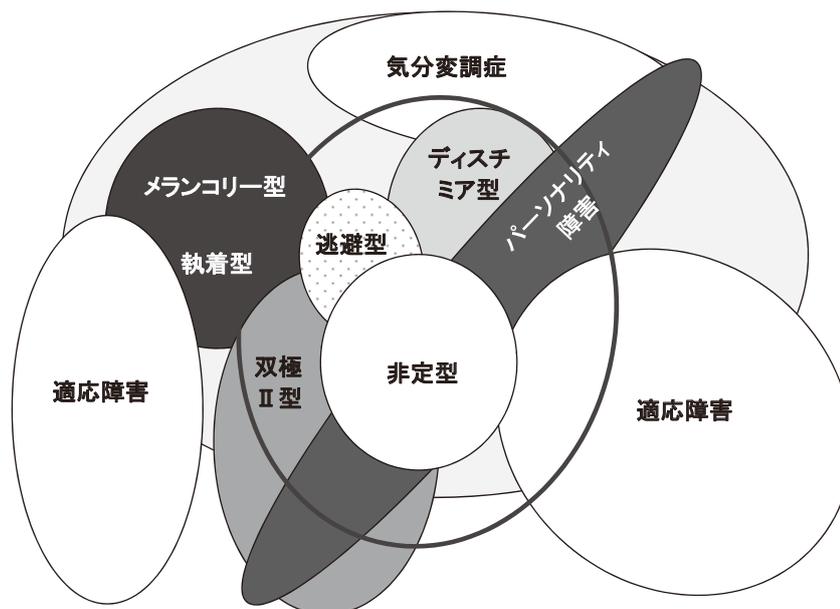
² 日本うつ病学会：うつ病 Q&A (<http://www.Secretariat.ne.jp/jsmd/qa/index.html>)
(アクセス 3/11/2016)

³ 大うつ病は DSM-5 では抑うつ障害群に含まれる。

2 広範な抑うつ病態 —若年発症のうつ病—

近年、若年層を中心に、抑制症状よりも回避症状を主体とする病態を呈するよううつ病がみられるようになり（坂元（2014）p1）、こうしたうつ病について、「逃避型うつ病」、「非定型うつ病」、「ディスチミア親和型うつ病」等として検討されてきている（坂元, 2014）。

坂元（2014, p2）は、こうした広範な抑うつ病態を暫定的に「現代型うつ病」⁴と仮に総称し、改めて「抑うつスペクトラム」（図1-5）として整理し直すことが、日常臨床に資するところが少なくないとしている。



広範な抑うつ病態を改めて抑うつ側の側からみた「抑うつスペクトラム」として整理し直してみた。メランコリー親和型性格性質や執着性格を基盤として発症する「従来型うつ病」と、逃避型抑うつ・ディスチミア親和型うつ病・非定型うつ病といった「現代型うつ病」のそれぞれの位置付けを示し、逃避型抑うつ・非定型うつ病が双極II型障害（軽躁病エピソードと大うつ病エピソードを有する障害）と親和性を有することを示した。

（坂元, 2014）

図1-5 抑うつスペクトラム

図1-5では、従来型うつ病と逃避型抑うつ・ディスチミア親和型うつ病・非定型うつ病といった「現代型うつ病」のそれぞれの位置付けについて検討した。

以下に、逃避型抑うつ、ディスチミア親和型うつ病、非定型うつ病のそれぞれの特徴をまとめた。

⁴ 「現代型うつ病」は正式な精神医学用語として認知されていない。

3 逃避型抑うつ

逃避型うつは日本の職域でしばしばみられる病態であり、表1-3はその臨床的特徴をまとめたものである(坂元, 2014)。

表1-3 逃避型抑うつの臨床的特徴

-
- ・ 20歳台後半～30歳台の高学歴男性に多い
 - ・ 基本的には弱力型性格であるが、自己愛は強い傾向のある男性のエリートサラリーマン
 - ・ ある程度過保護な環境に育ち、大学卒業までは目立った葛藤を経験したことがなく、余裕をもってスマートな遊びもできる
 - ・ 女性との結びつきが強い(母親との関係が濃厚、姉や妻の援助も受けやすい)
 - ・ 入社後、数ヶ月から1年という短期間で実社会の厳しさに直面し、それに立ち向かう努力を容易に放棄し、すぐに白旗を挙げてしまう
 - ・ 抑制や寝込み・入社拒否主体の病像。しかし抑制は、週末の遊びには没頭できるというような選択的抑制
 - ・ 入院には抵抗するものの、いったん入院すると模範患者となり、他患とも活発に交流することも希ではない
 - ・ しかし退院や職場復帰が近づくと再び増悪する。場合によっては、解離状態等のヒステリー病像を呈することもある
 - ・ 「非定型うつ病」と接点を有する
 - ・ 抗うつ薬には一応反応するが、素直に救いを求める姿勢に乏しく、精神療法的対応に苦慮することが少なくない
 - ・ 軽躁状態(軽躁病エピソード)を呈することがあり、双極Ⅱ型障害と診断されることがある
-

(坂元, 2014)

4 ディスチミア親和型うつ病

ディスチミア親和型うつ病は、20～30歳台の若年層にみられ、慢性化傾向のみられる抑うつ状態(樽味, 2005)を指す。

こうした状態においては、仕事では回避的になりがちである。また、趣味活動(旅行等)に対する意欲がみられる一方で、他責的傾向(上司を責める等)がみられた場合、周囲から誤解されがちであろうが、こうした若い従業員の言い分が常に不当だというわけではなく、その主張に妥当性があると思わざる得ないケースもある(坂元, 2014)。

メランコリー親和型うつ病とディスチミア親和型うつ病との対比(坂元, 2014)を表1-4に示した。

表1-4 メランコリー親和型およびディスチミア親和型うつ病の対比

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年層	青年層
関連する気質	執着気質（下田） メランコリー親和型性格 （Tellenbach）	student apathy(Walters) 退却傾向（笠原）と無気力
病前性格	社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心	自分自身（役割抜き）への 愛着 規範に対して「ストレス」で あると抵抗する 秩序への否定的感情と漠然と した万能感 もともと仕事熱心ではない
症候学的特徴	焦燥と抑制 疲弊と罪業感（申し訳なさの 表明） 完遂しかねない“熟慮した” 自殺企図	不全感と倦怠 回避と他罰的感情（他者への 非難） 衝動的な自傷、一方で“軽や かな自殺企図”
治療関係と経過	初期には「うつ病」の診断に 抵抗する その後は、「うつ病」の経験 から新たな認知「無理しない 生き方」を身につけ、新たな 役割意識となりうる	初期から「うつ病」の診断に 協力的 その後も「うつ症状」の存在 確認に終始しがちとなり「う つの文脈」からの離脱が困難、 慢性化
薬物への反応	多くは良好（病み終える）	多くは部分的効果に留まる （病み終えない）
認知と行動特性	疾病による行動変化が明らか 「課長としての私」から「うつ を経験した課長としての私」へ （新たな役割意識の獲得）	どこまでが「生き方」でどこ からが「症状経過」か不分明 「（単なる）私」から「うつ の私」で固着し、新たな文脈が 形成されにくい
予後と環境変化	休養と服薬で全般に軽快しやすい 場・環境の変化は両価的である （時には自責的となる）	休養と服薬のみではしばしば 慢性化する 置かれた場・環境の変化で急 速に改善することがある

（坂元, 2014）

5 非定型うつ病

気分障害は大きく大うつ病と双極性障害を併せたもので、非定型病像もこの中にみられる。すなわち、非定型病像は大うつ病にも双極性障害にもみられる。非定型病像を示すうつ病を一般には「非定型うつ病」と呼称している。また、非定型うつ病が病気として認められたのが最近であることから、誤った診断がなされている場合も多いため、正確な患者数は把握されていないが、定型うつと診断されている人のうち約30%が非定型うつ病であったとの報告もみられる（貝谷, 2014b）。

うつ病と非定型うつ病では治療法が異なるため、こうした隠れ非定型うつ病は長期間治療を受けたとしても効果がなかなかみられないため、こうした可能性が考えられる場合、主治医に相談するか、セカンドオピニオンを求める必要がある（貝谷, 2014b）。

こうした非定型うつ病について、講演「職域における非メランコリー親和型気分障害の理解促進と復職支援におけるポイント」（貝谷, 2015a）に基づき、以下にまとめた。

（1）非定型うつ病の特定規準

うつ病（DSM-5⁵⁾ / 大うつ病性障害エピソード、又は気分変調症があり、表1-5に示す特徴がある場合に、非定型うつ病と特定する（貝谷, 2014a）。

表1-5 非定型病像の診断規準
(DSM-5による)

-
- ①気分反応性（好ましいことがあると気分がよくなる）
 - ②気分反応性があり、さらに次の症状のうち2つ以上がある
 - ・著しい体重増加、または過食
 - ・寝ても寝ても眠い（過眠）
 - ・鉛様麻痺（手足に鉛が詰まったように重くなる、激しい疲労感）
 - ・拒否過敏性（批判に対して敏感になり、ひきこもる）
-

（貝谷, 2014a）

（2）非定型うつ病の特徴

貝谷（2014a）によると、日本のうつ病生涯有病率は10%前後と言われており、その半数近くは、非定型うつ病であるという報告があり、国民の5%は非定型うつ病になる可能性がある。さらに、都市型うつ病の半数以上は、多かれ少なかれ非定型うつ病の特徴をもっているというのが、臨床の場での実感である（貝谷, 2014a, p62）。非定型うつ病の生涯有病率は、メランコリー親和型の生涯有病率よりも高く、その増加が注目されている。

⁵⁾DSM-5には非定型うつ病という病名はなく、大うつ病の一部の典型的ではないタイプとして、「非定型の特定」という診断基準を挙げている。

また、うつ病と診断されている人のうち、非定型うつ病は3割～4割で、軽い躁うつ病（双極性Ⅱ型）に絞った場合は、6割近くが非定型うつ病という調査結果がみられる（貝谷, 2014a）。

こうした非定型うつ病と判断できる人の割合は、大うつ病の診断を受けた人の27.7%、双極性Ⅱ型（軽症の躁うつ病）の診断を受けた人の53.7%であったとの報告（Benazzi, 2005）もみられる。

さらに、まだ調査は行われていないが、大うつ病の基準を充たさない気分変調症の中にも多くの場合、非定型うつ病が潜んでいると考えられる（貝谷, 2014a）との指摘もみられる。

研究報告によると非定型うつ病の発病平均年齢は、24.2歳で、その他のうつ病（発病平均年齢30.1歳）よりも明らかに若年で発病する（貝谷, 2014a）。非定型うつ病全患者のうち、女性が7割を占める（貝谷, 2014a）。

こうした非定型うつ病により、日常生活の中で好きなことをある程度楽しむ等はできる一方で、職場に行くことができない程に苦しんでいる若者が増えている状況にある（小塚, 2013a）。

非定型うつ病に対する理解が職場において無く、「怠け」と誤解されがちな状況は、病状の悪化を招くことにもなる。貴重な労働力である若者のこうしたうつを放置しておく、命にもかかわる危険な状態となることを周囲がよく理解し、こうした若年労働者が職場から切り離されることなく、早期に適切な支援を受け、復職又は再就職を達成できる体制の整備が急務となっている。

そこで、こうした非定型うつ病の特徴を以下にまとめた。

（3）非定型うつ病にみられる症状

非定型うつ病の典型的な症状（貝谷, 2012）をまとめたものが表1-6である。また、非定型うつ病で特に仕事に関連して注意を要する症状として、気分反応性という特徴が挙げられる（後述本節5）。

表1-6 非定型うつ病にみられる症状

1	不安・抑うつ発作	わけもなく不安で涙がでる 不安や焦りを感じた時に衝動的な行動に出てしまう
2	拒絶過敏症	なにげない一言に深く傷つく
3	気分反応症	楽しいことはできるが、いやなことはできない
4	鉛様マヒ	体がだるく、起き上がれない
5	過食	食欲が止まらなくなる
6	過眠	10時間以上眠る日が、週3日以上ある ⁶
7	怒り発作	怒り発作の後に、自己嫌悪に陥り、うつ状態になる人が多い
8	自傷・自殺企図	自分を傷つける (不安が押さえきれないつらいことがあった等)
9	フラッシュバック	過去のつらいことを思い出す ①自分にとってつらかった経験を思い出してしまう ②当時の気持ちを思い出し、悲しみや怒りがこみ上げる ③その様子が視覚的に蘇る

（貝谷（2012）をもとに筆者作成）

⁶ 昼寝も夜の睡眠も合わせ、完全に眠っていないくとも、床の中で横になっている時間も含む。

(4) 非定型うつ病発病の要因

発病に至る根本的な原因は解明されていないが、不安を抱えやすい人が、非定型うつ病になりやすい(貝谷, 2014a)。さまざまなきっかけがあり、ストレス、環境、不安気質・対人恐怖、養育歴、生活習慣といった要因とあいまって発病に至る。

原因となる可能性があるものに、気質(不安気質と対人恐怖)、脳の不調⁷、社会状況(いつも時間に追われる生活、核家族や離婚率の上昇、地球温暖化、人口過密、情報過多、運動不足・睡眠不足)が挙げられる(貝谷, 2014b)。

非定型うつ病の人の発病前は、おとなしく、学業の成績もよく、学校でも仕事でも褒められ高い評価を得るが、叱責や批判を受けた経験が少ないため、ちょっとした失敗であっても、大きなストレスとなり、ダメージを受けることになる(貝谷, 2014a)。

非定型うつ病についての留意点として、他人に対する強い緊張感、根底にある不安感が挙げられる(貝谷, 2014a)。他人に対する強い緊張感や人からどう思われるかが気になり、気に入られるように自分を殺して他人に尽くすという行動パターンには無理があり破綻し、発病すると考えられる(貝谷, 2014a)。

また、うつ病では、職場環境の問題が注目されがちだが、非定型うつ病に絞ってみると、性的虐待、身体虐待、ネグレクトの経験者が多くみられた(貝谷, 2014a)。こうした強いストレスにより、激しい恐怖心を抱く、攻撃的になる等が考えられる(貝谷, 2014a)。また、特徴的な遺伝子を持つ人は、幼少時に虐待や両親との離別の経験により、大人になってからうつ病を発症しやすいとの報告もみられる(貝谷, 2014a)。

(5) 非定型うつ病に高頻度でみられる他の障害・疾患の併発

非定型うつ病と不安症の根底に「不安気質」があるため、非常に高い率で併発する(貝谷, 2014a)。

不安症の病気は、幼少時には人見知り傾向がみられ、分離不安症、限局性恐怖症、さらに学童期から思春期にかけては社会不安症、青年期から成人では広場恐怖、そしてパニック症⁸(うつ病併発率73%)があらわれる。これらを土台として非定型うつ病が高率で併発する(貝谷, 2014a)。

非定型うつ病に併発しやすい病気をまとめたものが表1-7である。特に不安障害との併発が多いことが指摘されている(貝谷, 2015a)。また、非定型うつ病は、特にパニック症を併発することが多いとされている(貝谷, 2015a, 貝谷, 2014b)。パニック障害を患った人の約60%は生涯のうちうつ病を経験し、その大部分は非定型うつ病である(貝谷, 2014b, p48)。

パニック症とうつ病とは近い関係にある(貝谷, 2015a; 2015b)。パニック症に併発するうつ病はパニック性不安うつ病で、その大部分が非定型うつ病であり、双極性障害の併発も20%から25%みられる(貝谷, 2014a)。

⁷ 非定型うつ病の場合、意欲や集中力等に関わる脳の前頭葉の血流の低下による的確な判断や感情の制御等の困難。ホルモンを分泌する視床下部や記憶に関わる海馬や扁桃体にも不調が生じていることもある(貝谷, 2014)。

⁸ パニック症はこれまで「パニック障害」といわれている病気で、近年、精神疾患の診断と分類が変わり、病名が変わったものがいくつかある中のひとつである(貝谷, 2015b)。

表 1-7 非定型うつ病に併発しやすい病気

1	不安障害	①パニック障害 ②恐怖症 ③強迫性障害 ④全般性不安障害 ⑤ストレス障害
2	双極性障害	
	I 型	躁状態とうつ状態が同程度、交互にあらわれる。 躁状態が7日以上続く
	II 型	・典型的な I 型よりも躁の度合いが低く、期間も短い（診断基準は4日以上だが、それよりも短いこともある）。 ・うつ病と誤診されることがある。

(貝谷, 2012)

表 1-7 中の 1 に示す不安気質を根底とする社交不安等の不安障害が非定型うつ病に先行することがあり、また、パニック障害では、パニック発作が起こるのではないかとの予期不安から非定型うつ病を発症することがある (貝谷, 2015b)。

非定型うつ病は、外からの要因により、気分の波が生じ、表 1-7 に示すようなさまざまな症状が引き起こされる。さらに、非定型うつ病の人の 6 割以上が、短期間軽躁（気分が良い程度）で、ほとんどがうつ状態である双極性障害 II 型⁹を併発し、その場合非定型うつ病を単独で発症している場合よりも重症化しやすくなる (貝谷, 2014b)。このため、II 型（殆どがうつ状態）の軽躁状態を示すささいなサインを見逃さないことが重要 (貝谷, 2014b) である。

⁹ 軽躁状態は見落とされがちで正しい診断や治療が難しく、自殺率は I 型より高く、不安障害、摂食障害、アルコール依存症等との併発等とも併発しやすい (貝谷, 2014b, p53)。

第3節 休業と復職に関する支援

1 非定型うつ病の回復のポイント

非定型うつ病や不安症による日常生活の乱れを改善し、規則正しく整えていくことが回復への鍵となる（貝谷, 2014a）。また、非定型うつ病になると非常に疲れ易くなる。うつ病になると通常休職を進められるが、非定型うつ病の場合、うつ状態が中等度までで、体が動くのであれば多少無理をしてでも仕事を続けたほうが、経過はよいと考えられる（貝谷, 2014a p130）。

例えば、非定型うつ病の気分反応性により、仕事への意欲が強い人が休職をすると精神的ダメージから、さらにふさぎ込むようになってしまう（貝谷, 2014a）。また、非定型うつ病には過眠が伴うため、家にいると睡眠-覚醒のリズムが一段と乱れ、病気が悪化し、そのまま引き込まれる、仕事を辞めてしまうといった場合もある（貝谷, 2014a）。

非定型うつ病の人が休職をせずに仕事を続けるメリットとデメリット（貝谷, 2014a）をまとめたものが表1-8である。いずれにしても非定型うつ病になると非常に疲れ易くなるため、仕事を続ける場合にも規則正しい生活にしていくことが基本となる（貝谷, 2014a）。

表1-8 非定型うつ病の人が休職をせずに仕事を続けるメリットとデメリット

仕事を続けるデメリット	仕事を続けるメリット
<ul style="list-style-type: none">・対人関係に不必要に気を使う・過労でうつが悪化する可能性がある	<ul style="list-style-type: none">・職場に通うことで、一定の生活リズムができる・外に出ることで体を使う・睡眠時間が規則的になる・仕事中はうつ気分を忘れることができる

（貝谷, 2014a）

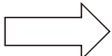
仕事を続けるメリットは大きい一方で、人間関係が複雑な職場でそれが発症の原因であった、あるいは職場に対する恐怖心や嫌悪感が強い場合は、休職をしたほうがよい（貝谷, 2014a）。

2 欠かすことができない職場の理解と協力

非定型うつ病による気分反応性や拒絶過敏性、疲労感を有する場合がある従業員が仕事を続けていくために欠かすことができない職場理解と協力について、貝谷（2014a）をもとに表1-9にまとめた。

表 1-9 欠かすことのできない上司や同僚の協力

① ずる休みをしている、仕事に対して無気力、失敗が続く、といった誤解をしていないか検討する

誤解が生じている場合  性格や能力の問題ではなく、病気の症状からきている
と理解することが必要

② 従業員から非定型うつ病の診断書が提出されたならば

- 配慮
- 本人の希望も聞きながら、
 - 勤務時間や仕事内容等、無理のない方法を探る
 - 職場の配置がえや異動、仕事の割り振り等を検討する
 - 本人の了解を得たうえで 信頼できる少数の人だけに伝える

(貝谷 (2014a) をもとに筆者作成)

3 仕事を続けるために実行するとよいこと

非定型うつ病の従業員自身が体内時間のリズムを取り戻し、仕事を続けるために実行するとよいことについて貝谷 (2014a) をもとに表 1-10 にまとめた。

表 1-10 体内時間のリズムを取り戻し仕事を続けるために実行するとよいこと

- ① 勤務時間に合わせた、規則正しい生活を続けること
毎日通勤の1時間前には起床し、23時までには就寝する
- ② 勤務時間中は、起きていられるようにする (過眠状態を脱している)
- ③ 三度の食事を規則正しく、決まった時間にとる
- ④ 生活の記録をつける

(貝谷 (2014a) をもとに筆者作成)

この他、体内リズムを取り戻すための工夫として、昼夜逆転の生活を改善するためには、早起き (毎朝決まった時間に起き、窓をあけ、太陽の光を浴びる)、昼間はなるべく外に出る、毎日できるだけ人とふれあうといったことが挙げられる (貝谷, 2014a)。

また、週に3日以上度を越して食べる、1ヶ月間に健康時の体重の5%以上の増加がみられた場合は、食欲亢進や体重増加を非定型うつ病の症状として適切に対処することが必要となる (表 1-11) (貝谷, 2014a)。

表 1-11 過食や体重増加への対処法

①目標を決める	: 目標体重を決める (BMI22 を標準とする)
②体重をはかる	: 週一回 (同じ曜日・時間)
③避ける	: 過食しやすい時間帯や食べたいという欲求が高まる前に散歩や誰かに電話を入れる等する
④食事の時間を決める	: その時間以外は食べない
⑤記録する	: 毎日食べたものを記録し、自身の食事の摂り方の問題点を知る
⑥食事バランス	: バランス良く、さまざまな栄養素を摂る
⑦買いだめをしない	

(貝谷 (2014a) をもとに筆者作成)

表 1-11 の対処法にも挙がっているバランスの取れた食事については、「食事バランスガイド」やうつ病の場合に不足しがちな栄養素や疲労回復のための栄養素に関する情報やツール (障害者職業総合センター, 2015. 4) を活用しつつ対処するとよいと考えられる。

4 悪化をまねく日常生活上のリスクに対処する

非定型うつ病の悪化をまねく日常生活上のリスク (表 1-12) に気付き、対処することは、健康を取り戻すことに繋がる。こうした日常生活のリスクについて貝谷 (2014a) をもとに以下にまとめた。

表 1-12 こころの病の悪化をまねく日常生活上のリスク

①インターネットの長時間利用	(1日1時間以内の利用が望ましい)
②Eメールによるやりとり	(内容をじっくり確認できる手紙の方がよりよい)
③テレビゲーム	(現実逃避の手段となりやすい)
④蛍光灯の光のちらつき	: 明る過ぎると不安やストレスのもとになる場合がある <ul style="list-style-type: none">・少し明るさを落とす・インバータ式蛍光灯や白熱灯に替える
⑤夜ふかしによる睡眠不足	: 新たなストレスとなり心身の健康を害する <ul style="list-style-type: none">・決まった時間に床に就き (遅くとも 24 時迄に)、起きる習慣をつける
⑥風邪	: パニック症の場合、風邪をひきやすく、長引きやすく、十分に治療をしない場合発症後 10 年も 20 年も残遺症状 (非発作性不定愁訴) がみられ、長時間続くことがある。非定型うつ病についてもかぜは病気を悪化させる
⑦本人の自尊心を傷つける言葉	
⑧過労	: 疲れすぎない

(貝谷 (2014a) をもとに筆者作成)

5 自傷行為に対処する

不安・抑うつ発作の辛さに対する対処行動の1つが、自傷行為という形であられる(貝谷, 2014a p164)。自傷行為は、不安や抑うつ発作に耐えられず、その苦しさから逃れようとする行為(貝谷, 2014a p164)である。非定型うつ病の場合、他のうつ病に比べて、自殺を考える、あるいは実行に移す人が多いといわれているが、それ程苦しいというサイン(表1-13中②)であることが多い。しかし、パニック障害を併発すると、自殺企図の危険率はさらに高まる(貝谷(2015a); 貝谷(2014a))ため、特に理解と適切な対処が必要である。

自傷行為への理解と対処法について、貝谷(2014a)をもとに表1-13にまとめた。

表1-13 自傷行為への理解と対処

-
- | | |
|-------|--|
| ① 逃避 | ： 自傷行為の中でも、リストカットは、自責感や離人感から逃げ出したいために、強い痛覚刺激により生きていることを確かめようとする行為
リストカットは不安・抑うつがよく起こる夕暮れから深夜にかけて最も起こりやすい |
| ② サイン | ： 本当に死を願って自傷行為をするわけではなく、「死ぬほど苦しんでいる」ことを周囲に伝え、「助けを求める」サインを出すために行うことが多いが、軽くかたづけてしまうことを絶対にしてはいけない(孤立感と病気の悪化となる) |
| ③ 理解 | ： ○心の病は目で見えるものではなく、その苦しさは本人にしかわからないところがあるが、周囲の人の「わかろうとする」思いは、本人にも必ず伝わり、それが抑止力となる
○リストカットを責めるのではなく、「それほど辛かったのね」と理解を示す |
| ④ 対処法 | ： 自傷行為は、くり返される不安・抑うつ発作(非定型うつ病の人では週に3回から4回の発作が起きている)から逃れるための行為である(対処法)
○まず、不安・抑うつ発作を薬物と認知行動療法で抑制する
○自責感についても十分な認知行動療法が必要である |
| ⑤ 注意 | ： 助けを求めるサインではない自傷行為の場合
○怒りの発作の激化
○攻撃性をもったとき |
- } 衝動的な自殺に特に注意
-

(貝谷(2014a)をもとに筆者作成)

6 家族への支援

非定型うつ病の人は、周囲の人に影響をされるため、これまでに述べた非定型うつ病の特徴（定型うつ病とは異なる）を家族や周囲の人が理解していることが重要となる。こうした非定型うつ病の特徴を踏まえた家族の本人への接し方について、貝谷（2015a）、貝谷（2014a）に基づき、表1-14にまとめた。支援者が家族に対して、表1-14に含まれていることがらを伝えておくことも悪化の予防となる。

表1-14 非定型うつ病に対する家族の理解と本人への接し方

① 気分反応性への対応

自身にとって都合のよい、あるいは、楽しいと思えることは活発に行うが
都合の悪いことがあると

- 鉛様麻痺 体が鉛のように重くなる
 - 過眠 眠くてしかたがない
- } 不活発になる

〈対応〉 責めない

本人が落ち着いた頃に客観的アドバイスをする

② 保護するだけでは悪化する

○非定型うつ病に対しては「多少の励まし」が必要

○回復にとって「前向きな気持ち」が必要  保護的環境で守られているだけでは「前向きな気持ち」は生まれない

③ 困った言動も病気の症状と理解する

○アップダウンの激しい気分に対応せず

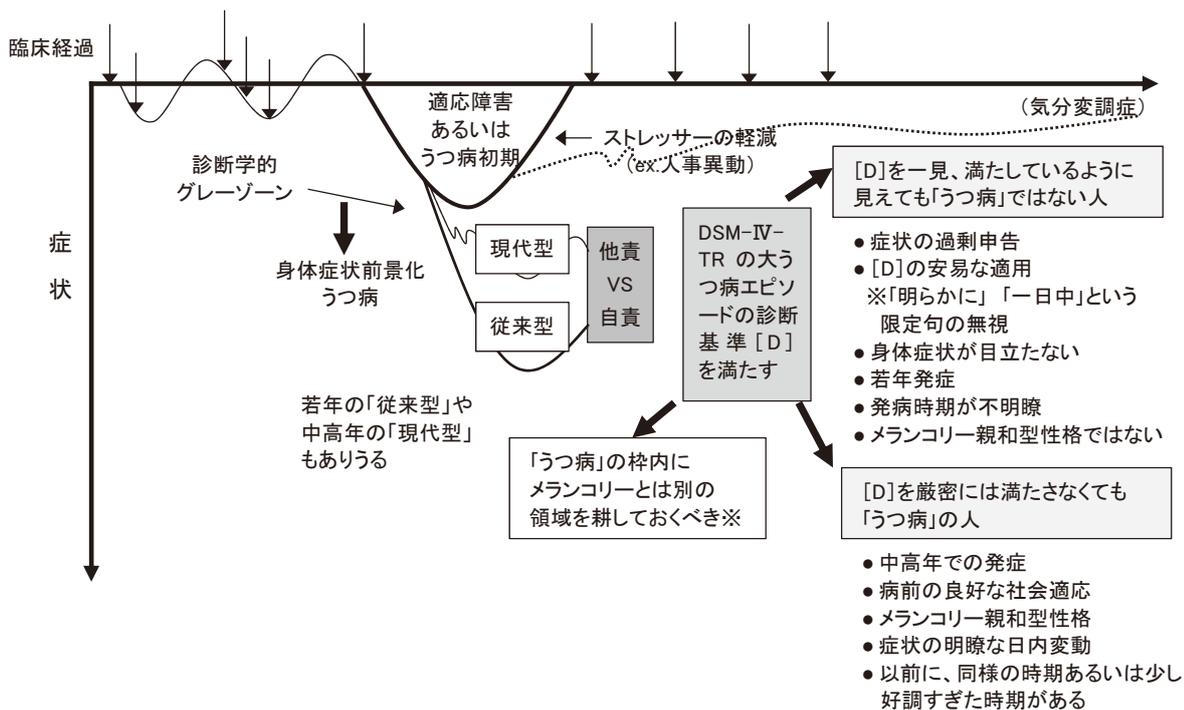
○冷静に、言葉に耳をかたむけ、気持ちをくみとりながら、

○あたたかな雰囲気ですぐ話す

（貝谷（2015a）貝谷（2014a）をもとに筆者作成）

7 多様化するうつ病態の捉え方

従来型のうつ病と若年発症、若年層を中心にみられるうつ病の捉えかたにおいて混乱が生じている現状について検討してきた。図1-6は、こうした現状にある多様化するうつ病像の見分け（坂元, 2014）を示したものである。



(坂元, 2014)

※樽味伸：「現代社会が生む「ディスチミア親和型」」,臨床精神医学 34 巻 p687-694 (2005)

図 1-6 抑うつスペクトラムの病態：多様化するうつ病像の見分け

多様化するうつ病像の見分けに関する課題を以下にまとめた。

(1) 適応障害とうつ病に関する誤解と留意点

適応障害の発症の主たる要因は環境であり、性格ではないが、適応障害と社会不適応とが同一視されてしまう場合が少なくない (坂元, 2014)。

うつ状態での初診の場合にストレス因子に着目し、適応障害であることを想定して治療を始める場合が多い (第 2 章 1 節参照)。しかし、後から顕れた身体症状 (不眠や食欲不振・体重減少) 等により、診断がうつ病となる場合もある (坂元 (2014) ; 西松 (2015)) (第 2 章 1 節参照)。当初は適応障害であったものが、適切な環境調整といった対応がなされないまま放置され、本格的なうつ病へと展開してしまうことも十分想定される (坂元, 2014 p12)。

(2) 診断的グレーゾーンの存在

うつ病に関して、うつ病診断の大前提 (うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害エピソード) の規準を満たすこと (本章第 1 節 2 (4)) であるが、坂元 (2014) は、こうした診断基準を厳密には満たさなくてもうつ病である場合 (例 内因性うつ病の初期段階) があり、仕事量の軽減等により中等度のうつ病になることの予防が必要である、また、過剰申告や診断基準の緩和使用による誤用によりうつ病の診断を満たしたようにみえても実際そうでないことも起こり得ると指摘している。

さらに、坂元 (2014) は現代型うつ病を考える場合もあえて診断的グレーゾーンの存在を認め、それを二

分法的に無理矢理ある診断カテゴリーに当てはめようと注力することよりも、こうした診断的グレーゾーンにある人達に対して周囲がどのような支援を行うべきかを検討することが重要であるとも指摘している。

8 多様化するうつ病態の理解と支援

現代型うつ病の人の状態を理解し、支えるうえでの「治療的対応の要点」(坂元, 2014) をまとめたものが表 1-15 である。

表 1-15 「現代型うつ病」治療的対応の要点

-
- 1 安易に「うつ病」と告知し、「服薬と休養で比較的短期で治る」という小精神療法を使わない。
 - 2 休養することがいつもよいとは限らない。
 - 3 病状によっては、多少つらくても仕事や家事をしながら生活のリズムを整えることも大事である。
 - 4 抗うつ薬の効果に過度の期待はさせない。
 - 5 20~30 年前より過酷な労働環境に配慮すること。
 - 6 家族は、病気を理解しつつ過保護にはしない。批判は禁物だが、患者に合わせ過ぎず、言うべきことは言う。
 - 7 環境の変化に期待することも重要である。
 - 8 医師も家族も彼らへの陰性感情を慎み、辛抱強く「嵐の中の灯台のように動揺せず」気長な対応をこころがける。
 - 9 レジリエンスを最大限引き出す方策を考える。
 - 10 希望を処方する。
-

(坂元, 2014)

(1) 病状と休養・休職について

坂元 (2014) は現代型うつ病の病態を呈する人に、病状によっては、多少つらいと感じても仕事をしながら生活のリズムの調整の大切さを説明すべきであるとしている。非定型うつ病についても同様の指摘(第 1 章)がある。

また、1 度休職に入ると、それまでかろうじて維持してきた社会的リズムに修復困難なダメージを及ぼす可能性が高く、うつ病からの回復の遅れの要因の 1 つともなりうるため、1 ヶ月から 2 ヶ月の休養が必要との診断書を発行する前に、休職以外の方法 (例: ①どうしても不調で出勤できないという日のみ休む (それ以外は出勤する)、②人事労務担当者や上長と相談のうえ、コアタイムの出勤のみはなんとかこなすよう勧める) を検討することも必要である (坂元, 2014)。

さらに、休職を希求する人に対して、仕事を続けることを勧める場合には細心の注意を払い、本人の状況等を見極める必要がある。

(2) 復職支援の重要性

休職し、適切な支援により医療的な回復の後に、できるだけ速やかに復職プログラムに参加し、特に生活リズムの安定と復職後の再発予防のために必要なことがらを身に付けておくことが重要となる（復職プログラムの実践と効果については第2章を参照されたい）。

(3) 過酷な労働環境に配慮すること

自己愛は強いもののある種の脆弱性を秘めた現代の20代から30代の若い勤労者にとって、発病の決定的な契機となることが少なくないと思われる要因として、20年から30年前とはかなり異なった労働環境（管理体制の強化、人事・業績評価の強化、電子技術の導入、対他者関係や顧客対応での完全性の要求、職場の構成員間での他者配慮の欠如）が挙げられる（坂元, 2014）。また、職場における多様な抑うつ状態の原因となる要因の1つに業務による過剰な負荷が組織・個人に認められる状態等の職場環境要因が挙げられる現状にある（障害者職業総合センター, 2012）（本研究の第2章1節1（7）（11）参照）。

こうした職場環境において、坂元（2014）は若い従業員の言い分がいつも不当であるというわけではなく、産業医としての経験から従業員の主張が妥当であると思わざるを得ないケースもあり、従業員の主張にきちんと耳を傾け、会社の対応についても客観的に検証してみる姿勢も重要ではないかとしている。

(4) 職場環境の調整・配慮

職場の上長や産業医との連携した適材適所となる人事異動が職場環境の調整が病状の改善につながることもある（坂元, 2014）。また、仕事時間の調整（例：前述（1））も有用な環境調整となる。

(5) 周囲の理解が必須

周囲にはその病状の深刻さがわかりにくいことから、職場や家族が勤労者に対して批判的な気持ち（例：怠けていると誤解する）を抱きがちである。また、メランコリー型うつ病も含めて、発症前にはとりわけ他者配慮性があった人でも、うつ病により他者への配慮を表現することが困難となることはよくみられる。

こうした状況の中で、周囲が勤労者の病状をよく理解し、批判的な態度をとらないことが、勤労者の回復にとっても最も重要なことである（貝谷, 2014a; 坂元, 2014）。

さらに、周囲が本人に合わせ過ぎることは逆効果であることに留意し、言うべきことは言うことが必要である。

(6) 残されているレジリエンスを最大限引き出す

現代型うつ病の勤労者に残されているレジリエンス¹⁰を最大限引き出すことは回復のために重要である。このための方策の1つとして、他者に適切に評価された経験が少ないことによる自己愛に配慮し、自己愛が適度に満たされることもその目的として褒めることが有用である（坂元, 2014）。

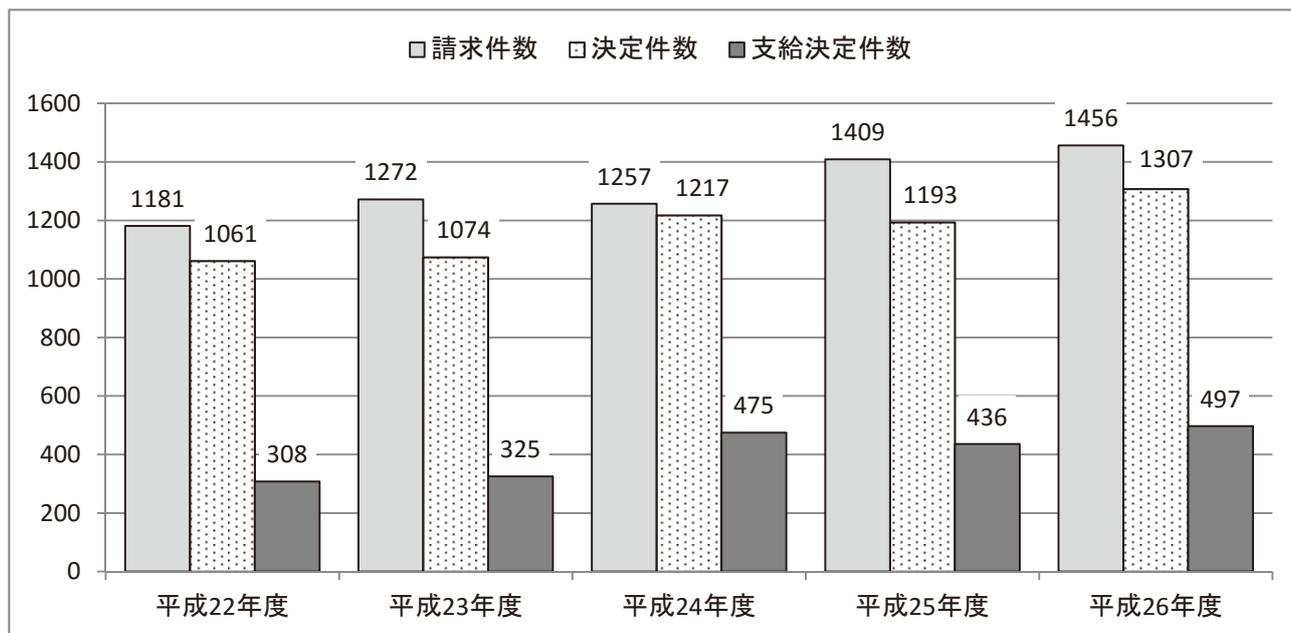
さらに、屈折した自己愛や要求過多な行動あるいは回避的行動傾向等がみられた場合職場において誤解を招くことがあり得る（川上ら, 2015）ため、こうしたことが復職後に課題や再発の原因とならないように、復職支援において適切な主張の仕方等を身に付けるための支援を行う必要がある。また、こうした復職支援は勤労者のレジリエンスを引き出すことにも繋がると考えられる。

¹⁰ レジリエンス（resilience）は、もともとは弾性や復元力を意味する物理学・工学用語。さらに心理学でも精神的回復力、耐久力の意味で使われている。近年、災害科学や防災の分野では、災害が発生した後にどれだけ早く回復出来るかを考える概念として注目されている。強靱性、回復力とも訳される。レジリエンスは災害を乗り越える能力と考えることができるので、広く防災力と言い換えることもできる（現代用語の基礎知識 p670 自由国民社,2016）。

第4節 企業社会における現状

1 精神障害者に対する労災補償状況にみる現状

図1-7は、精神障害者に対する労災補償状況の現状を示したものである。平成26年度の請求件数は1,456件で過去最高となっている。



資料：厚生労働省「過労死等の労災補償状況」平成26年度

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000089447.html>) (アクセス 3/11/2016)

図1-7 精神障害等にかかる労災請求・決定件数の現状

2 企業調査にみる新型うつを有する従業員の増加傾向と休職・復職支援の状況

産業現場において、「新型うつ」や「新型うつ病」（正式な医療用語ではない）と呼ばれる病態が増加しているのは確かであり、労働者のみならず、上司、同僚、人事担当者等が各々の立場で困惑している状態である（内田ら, 2015）。さらに、内田ら（2015）は新型うつに関するこうした現状について、「社会の病」として、社会全体を見直す視点も必要であると指摘している。以下において、企業におけるこうしたうつの現状について、以下にまとめた。

新型うつの企業社会での広がりをもとに東証一部・二部とマザーズに上場している企業2,277社にアンケート調査を実施した結果（有効回答数512社）（NHK取材班, 2013）をもとに以下にまとめた。

表 1-16 5年前と比較した場合の新型うつ社員の増減

回答	件数
増えた	255社 (50%)
ほぼ同じ	148社 (29%)
減った	10社 (2%)
該当者なし	90社 (18%)
わからない	9社 (1%)

(小塚, 2013b)

表 1-17

メンタルヘルスの問題を抱える社員の内「新型うつ」と見られる社員の割合

新型うつと見られる社員の割合	件数
0割	115社 (22%)
0.1割以上～2割未満	98社 (19%)
2割以上～4割未満	119社 (23%)
4割以上～6割未満	61社 (12%)
6割以上～8割未満	19社 (4%)
8割以上	35社 (7%)
わからない	65社 (13%)

(小塚, 2013b)

さらに、メンタルヘルスケアにかかわる検討に資するために、職場におけるメンタルヘルスケアの実態や企業の取組等をまとめた「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」(労働政策研究・研修機構, 2014)をもとに、若年労働者のメンタルヘルス及び復職者の状況等について以下にまとめた。

なお、同調査の調査対象は農・漁業を除く全国の従業員10人以上の民間事業所14,000社であった。

調査結果のポイントは、①過半数の事業所でメンタルヘルスに問題を抱えている社員がおり、その人数は増加傾向、②メンタルヘルスによる休職・退職者がいる事業所の3分の1が対策に取り組んでいない、③約9割の事業所がメンタルヘルスと企業パフォーマンスの関係を認識、④メンタルヘルスケアに取り組んでいないところでも、今後は過半数が「取り組み強化」であった。

特に注目すべきは、「メンタルヘルス不調で、1ヶ月以上休職、退職した最も多い役職」についての結果で、「役職なし」が全体の66.6%で最も高かったことから、若年層において1ヶ月以上休職、退職者が多いと推測されたことである。

また、雇用形態にかかわらず、過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1ヶ月以上休職、もしくは退職した人がいた事業所は25.8%であった。これを産業別にみると、情報通信で55.8%、学術研究、専門・技術サービス業では35.1%、医療・福祉で34.4%、教育、学習支援業で33.0%、製造業は30.6%等となっている。情報通信業が他産業よりも休職者や退職者が大幅に高い割合となっている。

さらに、「メンタルヘルス不調を抱えた労働者のその後の状況について、ここ3年間で最も多いパターン」

の結果は、「休職を経て復職している」（通院治療等を終えた完全復職）の割合が37.2%で最も高く、次いで「休職を経て退職した」が14.8%、「休職せず通院治療等をしながら働き続けている」が14.1%、続いて「休職せずに退職した」（9.8%）、「休職を経て復職後、退職した」（9.5%）、「長期の休職または休職・復職をくり返している」（8.2%）の順であった。

また、4割弱の事業所では完全復職のケースが多い一方、「結果的に退職した」ケースが最も多い事業所の割合（「休職を経て退職した」、「休職せず退職した」、「休職を経て復職後、退職した」の合計）も34.1%でほぼ拮抗している。

3次予防、職業リハビリテーションに関連して注目すべきこととして、「休職者が復職する際に問題となった事柄」についての質問（複数回答）では、「どの程度仕事ができるかわからなかった」を挙げる事業所の割合が最も高く59.9%で、次いで「本人の状態について、正確な医学的情報が得られなかった」（33.7%）、「本人が不調を受容できず休職前の職場に復帰することにこだわった」ことを指摘した事業所が9.5%であった。こうした結果からも職業リハビリテーション機関による支援が、特に若年者に対する支援に重要であることが窺える。

さらに、過去1年間にメンタルヘルスで1ヶ月以上の休職又は退職した労働者の有無とメンタルヘルスの取り組みの有無の関係をみると、休職・退職した労働者がいた事業所の取り組みが高くなっている。しかし、休職・退職者のいる場合でも「取り組んでいない」事業所が3割強と少なくない状況であった。

取り組みの有無と不調者のその後の状況パターンとの関係をみると、「取り組んでいる」方が「休職を経て復職している」完全復帰の割合が高かった。一方、結果的に退職してしまったパターンでは、「取り組んでいる」事業所の割合が低くなっている。こうしたことから、メンタルヘルスの取り組みが、復職に関して一定の効果を上げていることがわかった。

第5節 支援ニーズ

ここまで検討してきた若年労働者を取り巻く状況の中で、支援ニーズとして以下のことがらが特に重要であると考えられる。

1 予防的な観点からの支援ニーズ

1次予防の観点から、若年層のうつ病の発生を防ぐ必要がある。多くの若年層がメンタルヘルス不調で辞めている状況（前述）、さらに若年発症のうつ病が医療等の適切な支援を受けなければならないと難しい状況になる（前述、第2章）ことから、こうした事業所内における予防の取り組みが重要となる。

2次予防の観点から、休職をするよりも、勤務に関する調整を行い、仕事を続ける方がよい場合もあるため（前述）必要に応じて医療機関と連携したラインによるケアが重要となる。

3次予防の観点からみると、復職者（うつ病を含む）全般のその後の状況をみると、社内に適切な支援がないため、結果的に離職してしまっているケースもみられる（前述）。こうしたことから、社内における支援及び職業リハビリテーション機関による復職支援を受けられる体制のさらなる整備が必要である。

さらに、悪化の予防等の観点から家族に対する適切な情報提供（前述）も重要である。

2 職業リハビリテーション機関による認知行動療法と動機づけ面接の必要性

若年層のうつ病患者の残されているレジリエンスを最大限引き出す支援が重要である（前述）こととも関連があるが、こうした利用者に対する個別及び中集団による認知行動療法等による支援（第2章）により、特に利用者のアンビバレントな気持ちに働きかけること等を含め回復と就労・復職において効果がみられており重要である（第2章）。こうした効果は海外の取り組みにおいてもみられ、また、第2章に報告する本研究の調査結果からも日本における取り組みに効果がみられている。

若年層のうつ病の利用者に対するこうした個別支援の1つとして、動機づけ面接技法が有用であり、海外では職業リハビリテーションにおいても実践され、効果をあげている。また、動機づけ面接は個別の産業場面でのカウンセリング（例：EAP）に援用され、予防的な側面も含めた効果がみられている。

本研究の第2章に報告する認知行動療法による個別と特に中集団による支援では、多様な認知行動療法の手法が援用されており、効果をあげている。さらにさまざまな支援場面においてSSTの効果もみられている。

さらに、非定型うつ病やパニック障害に関しては、観念（考え）よりもよりも、感じること（フィーリング）を大切にすることによって回復を支援するマインドフルネスの効果もみられているところである。

若年発症のうつ病からの回復過程において職業的な困難に直面している若者が、職業リハビリテーションサービスにおいてこうした認知行動療法を集団と個別の双方の形態で、さらに動機づけ面接については個別支援を受けることができる体制のさらなる整備が急務である。

【第1章の文献】

- 内田さやか 坪井康次：最近のうつ病、考え方と対処の仕方 *Recent Interpretations and Managements of So-called Newer Depressive Disorders* 産業医学レビュー 27(4)107-239-263 産業医学振興財団(2015)
- 貝谷久宣：「職域における非メランコリー親和型の気分障害の理解促進と復職支援におけるポイント」(2015a)
- 貝谷久宣：パニック症 [パニック障害] の人の気持ちを考える本 講談社 (2015b)
- 貝谷久宣：非定型うつ病 パニック症・社交不安症 主婦の友社 (2014a)
- 貝谷久宣：図解やさしく分かる非定型うつ病 ナツメ社 (2014b)
- 貝谷久宣：心のお医者さんに聞いてみよう これで治せる！ パニック障害 大和出版 (2013a)
- 貝谷久宣：よくわかる双極性障害 (躁うつ病) 両極端な気分の変動をコントロールする 主婦の友社 (2013b)
- 貝谷久宣：「非定型うつ病」ってどんな病気？ 大和出版 (2012)
- 川上憲人 今村光太郎 小林由佳 難波克行 森田徹也 有馬秀晃 原雄二郎 土屋一成：「職場で困った行動チェックリスト」の作成：いわゆる「新型うつ病」事例の特徴の整理と類型化 産業医学ジャーナル Vol.38 No.3 (2015.5)
- 厚生労働省：「過労死等の労災補償状況」平成26年度 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000089447.html>) (アクセス 3/11/2016)
- 厚生労働省：患者調査 (平成23年)
- 厚生労働省：「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成14年度総括・分担研究報告書：厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業 (2003)
- 厚生労働省：「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス」(<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/data.html>) (アクセス 3/11/2016)
- 小堺正記：「プロローグ：全国に広がる“負のスパイラル”」『職場を襲う「新型うつ」』p6-19, NHK取材班編 文芸春秋 (2013a)
- 小堺正記：「疲弊する職場—2200社アンケートの衝撃」『職場を襲う「新型うつ」』p14-40, NHK取材班編 文芸春秋 (2013b)
- 坂元薫：うつ病の誤解と偏見を斬る 日本評論社 (2014)
- 障害者職業総合センター：「リカバリーのための就労支援—就労支援者用マニュアル—」(2015.4)
- 障害者職業総合センター：「職場における心の病の多様化と事業主支援に関する研究」資料シリーズ No.66 障害者職業総合センター (2012)
- 武田雅俊 神庭重信 野村総一郎：うつ病の現状と「うつ病対策の総合的提言」の背景 日本生物学的精神医学会誌 21巻3号 (2010)
- 独立行政法人 労働政策研究・研修機構：Press Release「職場におけるメンタルヘルスクア対策に関する調査」結果 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 (2014)
- 日本生物学的精神医学会：日本うつ病学会 日本心身医学会 日本精神神経学会：うつ病対策に関する関連学会共同宣言 (2010.5.22)
- 日本生物学的精神医学会 日本うつ病学会 日本心身医学会：うつ病対策の総合的提言 日本生物学的精神医学会誌 別刷 (2010.11.1改訂) (www.secretariat.ne.jp/jsmd/img/100522_2.pdf)
- 日本認知行動療法協会：うつ病・躁うつ病の国際比較 (www.jabct.org/home-japanese) (アクセス 3/18/2016)
- 本川裕：「社会実情データ図録」 <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/> (アクセス 3/11/2016)
- Benazzi, F.: Prevalence of Bipolar Disorders, *Psychotherapy Psychosomatics* 74(3):190-191 KARGER. (2005)

第2章

休業と復職支援の実践に関する動向

第2章 休業と復職支援の実践に関する動向

本章では、うつ病による若年者の休業と復職支援の実践について、女性に特化したプログラムを第1節に、デイケアにおけるリワークの取り組みを第2節と第3節に、入院を必要とした利用者を対象とした復職支援プログラムを第4節にその取り組みの目的と内容及び効果をまとめた。さらに、第5節では利用者のアンビバレントな気持ちに働きかけ、利用者が自主的に前に進むことを支援する動機づけ面接技法についてまとめた。

第1節 定型像を伴わないうつ病女性休職者に特化した復職支援の取り組みと変容する女性就労の状況

2004年以降のWHOの調査によるDALYs（障害調整生存年数）¹¹（第1章）から見ると、15歳から44歳の女性にとって、気分障害は第1位疾患であり、出産可能な年代の女性の生命を最も脅かす疾患である。

そこで、本節では、気分障害のうち、女性のうつ病とその背景にある変容する女性就労の状況について、女性に特化したあいクリニック神田の復職支援プログラムの取り組みとその効果について講演「女性休職者に特化した復職支援—支援者に求められるスキル—」（西松, 2015）及び西松（2014）に基づき以下にまとめた。

1 変容する女性就労の現状における復職支援

（1）女性のうつ病 —15歳から44歳の女性の第1位疾患は気分障害—

現在、女性のうつ病の有病率は男性の2倍弱と言われ、病像にも男女差があると言われている。社会的成功が女性に求められる中で、なお女性は「産む性」であり、性ホルモンによる影響は男性より日常的に大きく、月経周期、季節や時差の影響を受けやすいとされている（西松, 2015）。

表2-1-1は、川上ら（2007）と米国のNational Comorbidity Survey（NCS）¹²におけるうつ病の生涯有病率の男女比を示したものである。大うつ病性障害について、米国においては、女性は男性の1.53倍、日本では女性は男性の1.98倍という結果であった。さらに、日本においては、気分変調症、双極性障害を含めても、女性のお気分障害は男性の約2倍と考えられる。男女ともに日本ではうつ病は増加の一途を辿っている。女性にとってうつ病はメンタルヘルス上の大きな課題である（西松, 2015）。

¹¹ the disability-adjusted life year（障害調整生存年数）：障害により平均的な寿命から失われる生産的活動や生命の年数

¹² 全米併存症調査

表 2-1-1 日本と米国における DSM 診断に基づく気分障害の生涯有病率の性差

頻度 (男女別)	米国 注 1)			日本 注 2)		
	頻度 (%)		男女比 (女性/男性)	頻度 (%)		男女比 (女性/男性)
	女性	男性		女性	男性	
大うつ病性障害	20.2	13.2	1.53	8.3	4.2	1.98
気分変調症	3.1	1.8	1.72	1.4	0.9	1.56
双極性障害	4.5	4.3	1.05	—	—	—
双極Ⅰ型	—	—	—	0.5	0.1	5.00
双極Ⅱ型	—	—	—	0.3	0.0	—
いずれかのお気分障害	24.9	17.5	1.42	13.7	7.2	1.9

注 1) National Comorbidity Survey (NCS) and National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)
<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/> 2007 年 7 月 19 日アップデート版

注 2) 川上憲人, 他 (2002) 「地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 3 地区の総合解析結果」
 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究,
 分担研究報告書.

(2) うつ病と診断されたが従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者

うつ病と診断されながら、従来型うつ病の概念が当てはまらない休職者といった場合に想定される「うつ病」は、いわゆる「内因性うつ病の概念」、あるいは想定と思われるが、DSM-IIIにおいてすでにうつ病はその概念想定からは逸脱していた。

こうした状態の背景として、重篤なうつ状態を示すものが必ずしも従来の「内因性」とは限らないこと、また、「内因性」という概念がある一方で、精神医学者の誰一人としてそれを立証することはできない概念であることが挙げられる。そのため、DSM の定義に一致する「重症度」を示すうつ病を、由来は問わずに「大うつ病」と診断することとした経緯があった。

さらに、DSM-5 の Specify の項目 (表 2-1-2) で、従来型うつ病 (いわゆる内因性うつ病) を想定するならば、メランコリーの特徴を伴うもののみが、従来型うつ病 (いわゆる内因性うつ病) に近いうつ病となる。こうしたことから、現在の診断学では、うつ病あるいは大うつ病という診断は、内因性うつ病を示唆するのではなく、現状では、うつ病の横断的重症度と罹患期間を示唆するに留まっている (西松, 2015)。

表 2-1-2 DSM-5 における Specify の項目

- ・不安性の苦痛を伴う
- ・混合性の特徴を伴う
- ・メランコリーの特徴を伴う
- ・気分一致する精神病性の特徴を伴う
- ・気分一致しない精神病性の特徴を伴う
- ・緊張病を伴う
- ・周産期発症
- ・季節型

(西松, 2015)

(3) 大うつ病≠メランコリー型うつ病（いわゆる内因性うつ病）

大うつ病¹³は、定義された重症度に合致し、表2-1-3に示すもののうち5つ以上に該当し、かつ抑うつ気分または興味、喜びの喪失のいずれか、あるいは両者を持つ場合を指す。

表2-1-3 大うつ病の診断

-
- ・ほとんど毎日一日中抑うつ気分
 - ・ほとんど毎日一日中興味あるいは喜びの減退
 - ・体重の減少あるいは増加、食欲の減退または増加
 - ・ほとんど毎日不眠、あるいは過眠
 - ・ほとんど毎日精神運動焦燥あるいは制止
 - ・ほとんど毎日疲労感あるいは気力の減退
 - ・ほとんど毎日無価値観または不適切な罪責感
 - ・ほとんど毎日思考力や集中力の減退または決断困難
 - ・ほとんど毎日死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図
-

(西松, 2015)

(4) 大うつ病の概念と包含する従来疾患

大うつ病の概念に特徴的なこととして、表2-1-4に示すことがらが挙げられる。

表2-1-4 大うつ病の特徴

-
- 1) DSM-IIIにおいて、Major Depressive Disorder は、Severe Depressive Disorder と明示
 - 2) 反応性うつ病、神経症性うつ病等、メランコリー型以外を含むことを明示
 - 3) MDD とは、重症な抑うつ症候群である
-

(西松, 2015)

(5) プログラム参加者の病像から見た適応障害の診断と非メランコリー型うつ病 —復職支援における重要課題—

プログラム¹⁴参加者の女性は大企業に勤務している場合が多い。現在の我が国の大企業では、労働者の地位は保障されており、休職の前に病休等を何ヶ月かとることができる。そのためまず有給休暇、そして病休を消化し、傷病手当金が支給される休職が始まるのが大体1年後程度である場合が相当数みられる。また、こうした企業に勤める本プログラム参加者の障害の診断の最多はうつ病性障害で、参加時 BDI-IIにおいて19点と軽症レベルで、終了時にはほぼ寛解レベル（9.8点）に達し復職している。それは復職時には寛解が

¹³ Major Depressive Disorder : MDD

¹⁴ プログラムの具体的内容については、47 ページ以降を参照されたい。

要請されているという先行研究と変わらない結果であった（秋山, 2013）。

参加者の障害の診断で次に多かったのが適応障害であったが、この群の適応障害という当初の診断は、多くの場合、うつ病や非メランコリー型うつ病に後に変化する。こうした適応障害に関する先行研究はほとんどない（西松, 2014）。こうした適応障害の参加者群は何回かの復職の試みの後に本プログラムに参加している（西松, 2014）。

復職をしようとする症状が再燃する適応障害では、PTSD の A 項目（戦争、災害、津波、レイプ、持続する幼児期（11 歳未満まで）の虐待、あるいはテンポラリーでも性虐待）ではない心因（上司にハラスメントを受けた、怒鳴られた、職場でいじめに遭った、ものを盗まれた）をきっかけに、PTSD 症状の B 項目（フラッシュバック、悪夢、過敏、回避等）をいくつか呈し、休職に至ってしまう（西松, 2015）。

休職後に会社に出ようとする、過敏や回避行動が出て、会社に出られない状態に陥ることが多い。うつ病の診断であっても、職場への過敏さ、回避を示す参加者には、段階的に、まずは会社を見てくるように、「怖いもの見たさでちょっと行ってみては」と促すと、すっかり症状が家では消えたという人であっても、「怖くて駅で降りられませんでした」、「動悸がして気持ちが悪くなって二駅前で降りてしまいました」、「会社には行きましたがフロアには上がれませんでした」、「社員証を休職中で預けてきてしまい、入れませんでした」といった状態となる。社員証を休職中に預けてしまっていた人に、人事に電話をして社員証を貸り社内に入ることを促すが、その電話も困難な場合がある。

こうした状況にある人の当初 6 ヶ月間の病名は適応障害であるが、その後病名は変更される。不安障害や混合性抑うつ障害等 F4 圏の病名もあるが、一方で、主治医によってはこんなに行けないのだから「うつ病」、あるいは、行かない間は具合が良くて、行こうとすると具合が悪いのだからいわゆる「現代型うつ」といった病名となる場合もある（西松, 2015）。

明確なきっかけを持つメンタルヘルス不調に含まれる適応障害とうつ病をまとめたものが表 2-1-5 である。

表 2-1-5 休職に至る適応障害とうつ病

【適応障害の場合】

- 1) 心因が適切に労働安全配慮義務によって除去されないまま、休職に至る場合
- 2) 安全配慮義務によって心因が除去されたにもかかわらず、PTSD 機制により休職に至る

【うつ病の場合】

- 1) うつ病の診断基準を満足するが、メランコリー型ではない
 - 2) 休職中にうつ症状が改善しても、PTSD 機制を呈し、復職時には再燃する
-

（西松, 2015）

明らかなきっかけを持つメンタル不調には、休職時の診断が、適応障害の場合もうつ病の場合もある（西松, 2015）。うつ病の場合も労災の項目と職場外のストレスを検討する必要がある。うつになると職場で不都合が必ず生じ、「こないやなこと」、「あんないやなこと」があったという訴えがどの症例でもみられる。

表 2-1-5 に示すとおり適応障害の場合、心因が適切に労働安全配慮義務によって除去されないまま、休職に至るという場合も勿論あるが、最近の大企業の職場は非常に過敏で、例えば、上司等の机と距離をおく、別の部屋に移れる手立て等により早急に心因を除去する場合が多い。しかし、会社の速やかな対応にも

関わらず、対人関係に関する心因が一番多いため「室内にはいないが、まだその人の声が聞こえるから困る」、「同じフロアで、廊下で会ったらどうしよう」といった PTSD 機制による敏感さがより多く見られる状況である（西松, 2015）。

A 項目がなければ PTSD ではないにも関わらず、心理職や保健師等パラメディカル職では、B 項目だけを満足した場合を PTSD と認識することがしばしばある。うつ病の診断基準も満たす非メランコリー型の群の中にも PTSD 機制は認められる。休職中にうつ病が改善しても、過去のつらい思いのフラッシュバックや悪夢を見たりして復職時には再燃し、職場から見ると「わがまま」、いわゆる現代型うつと言われる群であり、この群への復帰支援が重要課題である（西松, 2015）。

（6）女性のうつ病と現代の女性を取り巻く環境その1 —機会均等と職業—

うつ病は、男性が罹患した場合に比べ、女性の場合 QOL に与える影響が大きいと考えられる。現代の女性は、過去経験したことのない試練に直面している。その背景として、総務省の資料（表 2-1-6）に見られるように以前は望んだとしても難しかったこと（たとえば教育の自由、選挙の自由、産む自由等）が、逆に現代の女性には当然のこととして望まれ、あらゆる自由が委ねられている現状がある（西松, 2015）。

こうした機会が与えられているにも関わらず、よい就職ができなかったり、学業的成功がないと、女性だからできなかったと言えず、選んであきらめているとみなされる。また、今や「仕事も夫も子供も得られるはず」の時代であり、「就労していても家庭や育児はあきらめなくてよい」という保証は、就労しているだけでは（例：独身である、子供がいない）、負け犬という位置付け（酒井, 2003）に繋がるといった現状がある。

表 2-1-6 現代の女性を取り巻く環境 —機会均等と職業—

-
- ・学歴の平等化：先進国の現代女性は男性と同様に、学業において達成することを周囲から望まれている
 - ・就労の平等化：男性と同等の職業的成功を期待されている
（雇用分野における男女の均等な機会および待遇の確保等に関する法律 1999 年 4 月 1 日改正）
 - ・就労していても家庭や育児は諦めなくてよい＝育児は女性に限定されない
（改正育児介護休業法 2010 年 6 月 30 日）
 - ・専業主婦の学業年数は就労者を上回る（総務省統計）
-

（西松, 2015）

(7) 女性のうつ病と現代の女性を取り巻く環境その2 —加速化するコモディティ化と長時間労働・過重労働—

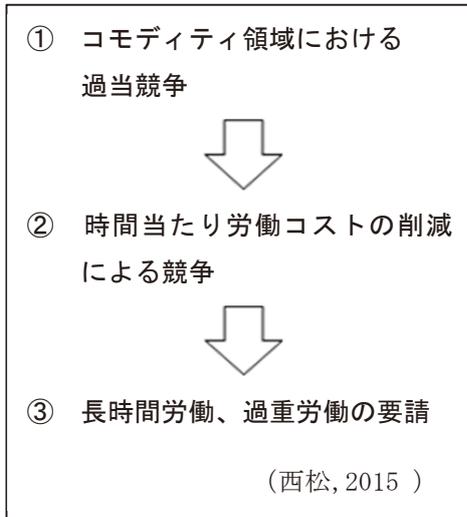


図2-1-1 コモディティ領域における過当競争

日本においても先進国同様に、未熟練、若年労働力の多くは、コンピューターによる機械化に代替され、労働そのものに生きがいを感じにくくなっている状況である。

かつて高校卒の未熟練者が占めていた職場の多くは、コンピューターに代替し、人はコンピューターの末端で検品等の人の目でなければできない仕事に就いている(図2-1-1)(西松, 2015)。

さらに、企業寿命は急速な勢いで短縮し、生き残っている企業は企業名は同じだが、まったく異なる内容の事業をしていることがしばしばである。数少ない自ら考え、自ら行動できる人材以外はコモディティ化¹⁵し、人材が消耗品化している現状がある(西松, 2015)。

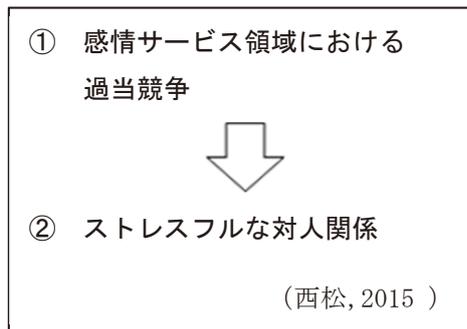


図2-1-2 感情サービス領域における過当競争

また、図2-1-2に示すように感情サービス領域における過当競争によるストレスフルな人間関係も問題である。

きわめて少数の高スペックな人材と、コモディティ化した人材に分かれる一方、サービスや商品もあつという間にコモディティ化する。今や安全な職種はなく、どの職業領域においてもいつ倒産するか、いつ撤退するかと悩まざるを得ない状態である(西松, 2015)。

さらに、医療や介護、福祉においては、人の手によるサービスの提供が必須とされ、我々は過重な要請に答えざるを得ない。技術更新のスピードの速まりについていかななくてはならないという圧力が強くのしかかっている(西松, 2015)。

(8) 女性のうつ病における性差とその背景となること

女性のうつ病の有病率は、男性の2倍弱であるが、こうした状況の背景には表2-1-7に示すことがある(西松, 2015)。

¹⁵ コモディティ化 (commodification) とは、競争商品の差がなくなり、大差ない製品が流通すること、大衆化を指す(現代用語の基礎知識 p 1272 自由国民社, 2016)。

表 2-1-7 女性のうつ病における性差とその背景となること

1) 生物学的	① 性ホルモンの変動に関連： PMDD（月経前不快気分障害） 産後うつ病 更年期うつ病 ② 季節や時差の影響を受けやすい （HPAaxis のストレス反応性の比較脆弱性） ③ 合併有病率との関連 （甲状腺機能障害、合併精神障害等の罹患率）
2) 社会的	① 性的役割・価値観の動揺 ② 多様な社会的要請 ③ 性虐待、犯罪被害の比較的高率

（西松, 2015）

（9）うつ病の症状における性差

表 2-1-8 のうつ病の症状における性差をみると、女性は体重に関すること、感情面、対人関係の問題、身体症状に関する訴えが多く、体重や情緒面に関する症状が優位であり、男性では仕事での機能低下を訴えるといった各々の性の社会的環境に由来する可能性がある性差である。

また、女性には自殺企図が多く、男性には既遂が多い。さらに、女性は家庭での機能障害を感じ易く、男性は職場での機能障害を感じ易いと言える（西松, 2015）。

表 2-1-8 うつ病の症状における性差

女性に多い臨床症状
・ 食欲増加、体重増加 ¹⁾
・ 感情易変性、精神運動制止、心気症状 ²⁾
・ 自殺企図 ³⁾
・ 家庭での機能低下 ⁴⁾
・ 症状を強く訴える、治療を求める傾向 ⁵⁾
男性に多い臨床症状
・ 性機能低下
・ 自殺既遂 ⁶⁾
・ 仕事での機能低下
・ 症状を訴えない、治療を求めない傾向
性差を認めない臨床症状
・ 重症度
・ 全般的臨床像

(西松, 2015)

〈表中の出典〉

- 1) Frank E. Carpenter I. Kupfer DJ. :Am J Psychiatry 145:41-45
Carter JD. Joyce PR. Mulder RT.et al :J Affect Disord 61:59-67
- 2) Winkler D. Pjrek E. Hiden A. et al :Arch Psychiatry Clin Neurosci254 : 209-214
Frank E. Carpenter I. Kupfer DJ. :Am J Psychiatry 145:41-45
Marcus SM. Young EA. Kerber KB. et al:J Affect Disord 87:141-150
Burt VK. Stein K. : J Clin Psychiatry 63: 9-15(suppl 7)
Silverstein B. : Am J Psychiatry 156:480-482
- 3) Burt VK. Stein K. : J Clin Psychiatry 63: 9-15(suppl 7)
- 4) Kornstein SG. Schatzberg AF. Yonkers KA. et al: Psychopharmacol Bull 31:711-718
- 5) Carter JD. Joyce PR. Mulder RT.et al :J Affect Disord 61:59-67
Frank E. Carpenter I. Kupfer DJ. :Am J Psychiatry 145:41-45
- 6) Frank E. Carpenter I. Kupfer DJ. :Am J Psychiatry 145:41-45
Carter JD. Joyce PR. Mulder RT.et al :J Affect Disord 61:59-67

(10) 働く女性とストレス

多くの男性が、リスク分散としてパートナーの女性が働くことを望んでいる一方で、仕事と家事、仕事と育児の両立の負担は、圧倒的に女性に重くのしかかるとい現状にある。また、労働者健康状況調査（厚生労働省, 2012）によると、職場のストレスは、従来全体としては男性に、そして人間関係のストレスは女性に重いという結果も報告されている。この点も 2012 年には変化し、全体としてのストレスも家庭のストレスも共に女性に多いと報告された。こうしたことから、家事労働等のように、人間生活に不可欠なものでありながら対価の支払われない労働（shadow work）を含めた総労働時間は女性に多いと考えられ、「うつ病・女性・働く」は、ある意味、現代社会のキーワードであるかもしれない（西松, 2015）。

表 2-1-9 働く女性とストレス

- 1) 職場のストレスは、2012 年以前は男性に強く示されていたが、2012 年には逆転し、女性において強く示されている（厚生労働省：労働者健康状況調査 2012 年）
- 2) 仕事と家事の両立—女性が圧倒的に多く家事をする（ILO 労働統計年鑑 2009 年）
- 3) 仕事と育児の両立—女性が圧倒的に多く育児をする（ILO 労働統計年鑑 2009 年）
- 4) 配偶者との葛藤—女性が我慢をする立場となる傾向にあると推測される

(西松, 2015)

(11) 職場における女性就労者への要請

職場では、性別による労働力の峻別は、雇用機会を含めコンプライアンスに反するとされている。しかし、実際の職場ではしばしば、それとは異なるメッセージが発せられている。また、女性側においても、「高学歴で男性と対等に働きたい」と「充分家庭や育児に時間を割きたい」というニーズとが同時に存在している。こうした重層するダブルメッセージの中から、些細な日常的な行き違いがハラスメントとして事例化する傾向にある。日本の労働環境は、ノマド的就労の掛け声はあるが、実際には長時間、長距離の就労が圧倒的多数であり、女性の正社員の労働市場参画においては、多くの場合、その形態をとらざるを得ない現状にある(西松, 2015)。

表 2-1-10 職場における女性就労者への要請

-
- 1) 法的な平等性と現場のダブルメッセージ
 - 2) 女性側のニーズのダブルメッセージ
 - 3) 日本の特異的労働環境(長時間労働、遠距離職住間等)への適応は女性にも求められている
-

(西松, 2015)

(12) 女性就労者にかかる負荷の特異性

労働者健康調査(厚生労働省, 2012)によると、女性就労者は男性よりも職制から受けるストレスは少ない傾向にあるが、対人関係や情緒的な葛藤によるストレスを男性よりも受ける傾向があると報告されている。また、男性からハラスメントを受けていると感じる女性労働者の方が、女性からハラスメントを受けていると感じる男性労働者よりも多くみられる。

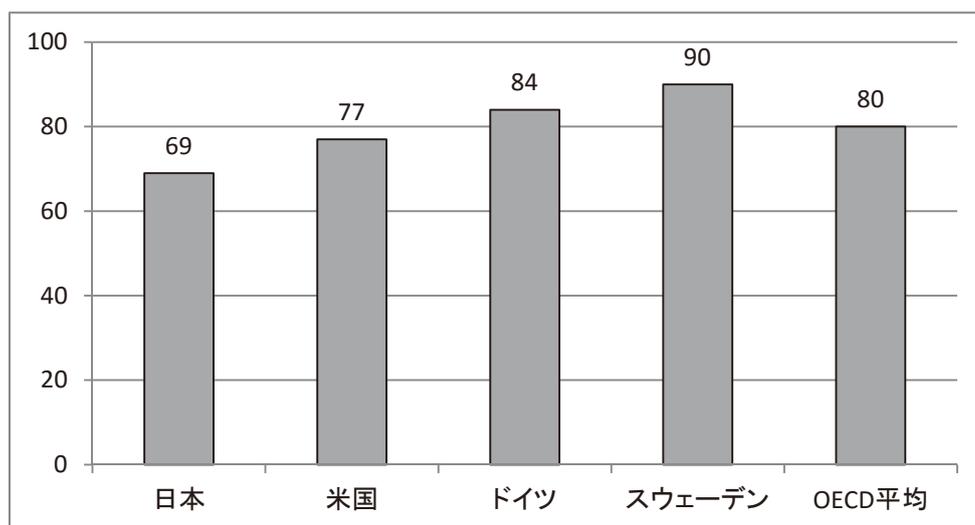
表 2-1-11 女性労働者の負荷状況の特異性

-
- 1) 職場のストレスの感じ方、ストレス要因等性差があるとされている
 - 2) 男性からのハラスメントを受けたと訴える女性就労者がいる
-

(厚生労働省 労働者健康状況調査(2012); http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50_01.pdf)

(13) 高学歴女性の労働力率

日本においては高学歴女性の労働力率は他の先進国に比べて有意に低いと言える。特に北欧諸国では女性が一生働き続けることが多いが、日本においても徐々にそのような傾向を示しつつある(図 2-1-3)。



「図表でみる教育（Education at a Glance）OECD インディケーター」2014 年度版より）
<http://www.oecd.org/edu/Japan-EAG2014-Country-Note-japanese.pdf>
<http://www.oecd.org/edu/Education-at-a-Glance-2014.pdf>

図 2 - 1 - 3 大学レベル又は上級研究学位を持つ人の就業率

(14) 特別な女性だけが働く時代の終焉 —共稼ぎ世帯は夫だけ勤める世帯を上回る—

1996年以降、専業主婦のいる世帯を共働き世帯が上回り、2013年には2倍になりつつあり(内閣府, 2012)、特別な女性だけが働く時代は終焉したことが窺える。

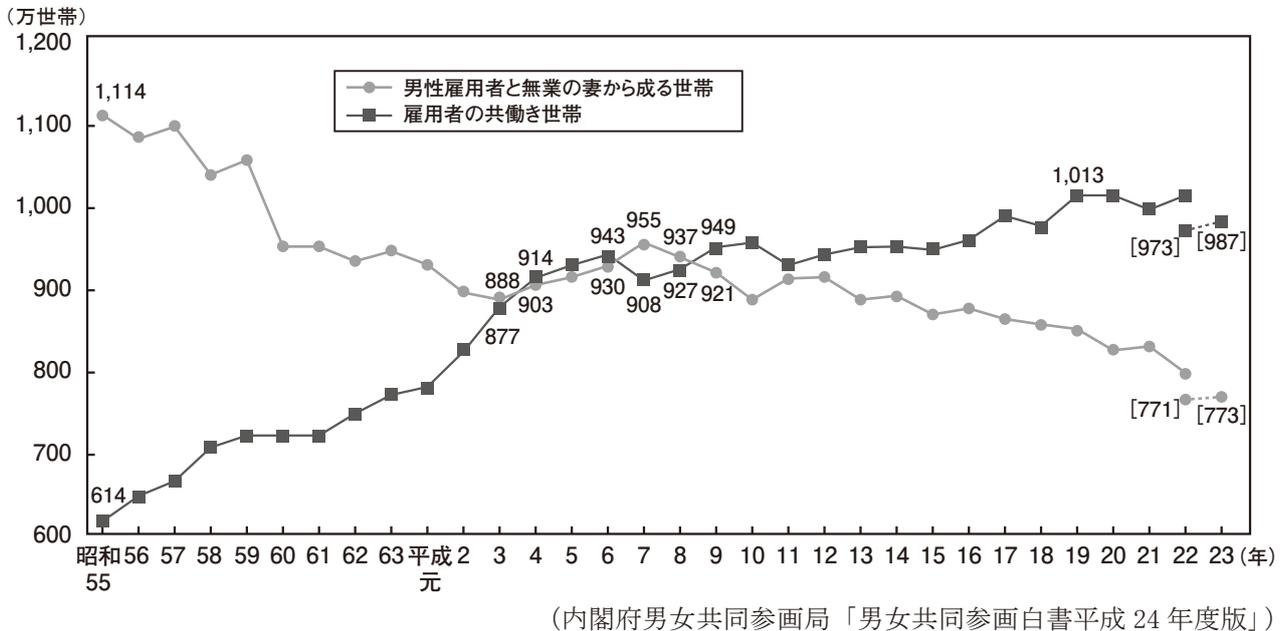


図2-1-4 共働き等世帯数の推移

(15) 女性の就業意識の変化と女性の年齢階級別労働率の推移にみる

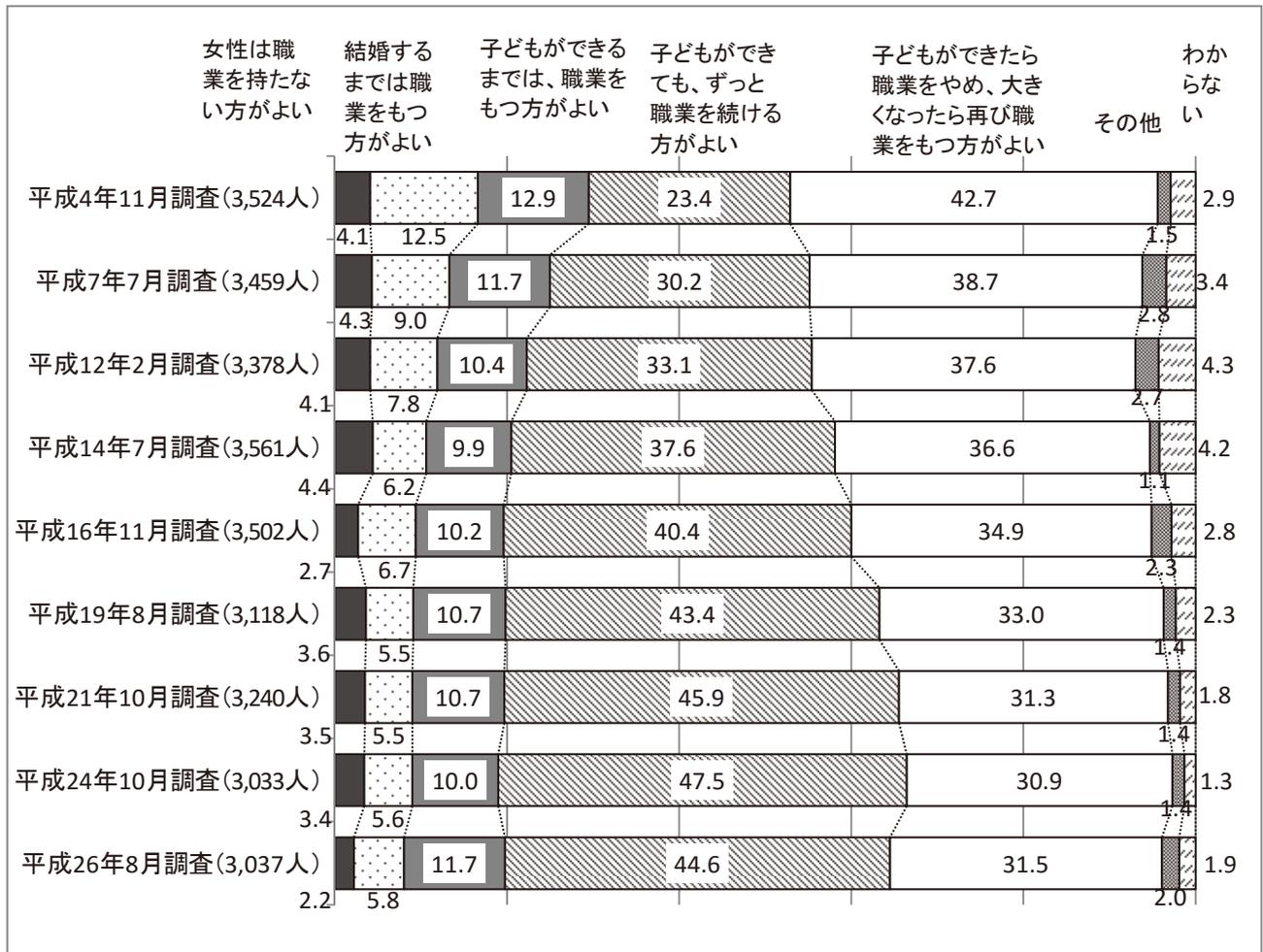
女性の就業意識に関しては、「子どもができたなら職業をやめ、大きくなったら再び職業を持つ方がよい」という割合が減り、「子どもができてみずっと職業を続ける方がよい」の割合が年々増加している(図2-1-5)。

また、女性の労働力率(15歳以上の人口に占める労働力人口(就業者+完全失業者)の割合)は、結婚、出産期に当たる年代に一旦低下し、育児が落ち着いた時期に再び上昇するという、いわゆるM字カーブを描くことが知られており、近年、M字の谷の部分の浅くなってきている(内閣府)¹⁶。図2-1-6においてもその傾向がみられる。

こうしたことから、仕事は、女性にとって、「腰かけ」から「生涯のもの」に変わりつつあることがわかる。そして結果として、何らかの機転で休職に至っても、また働きたいと思う女性が増えていると考えられる(西松, 2015)。

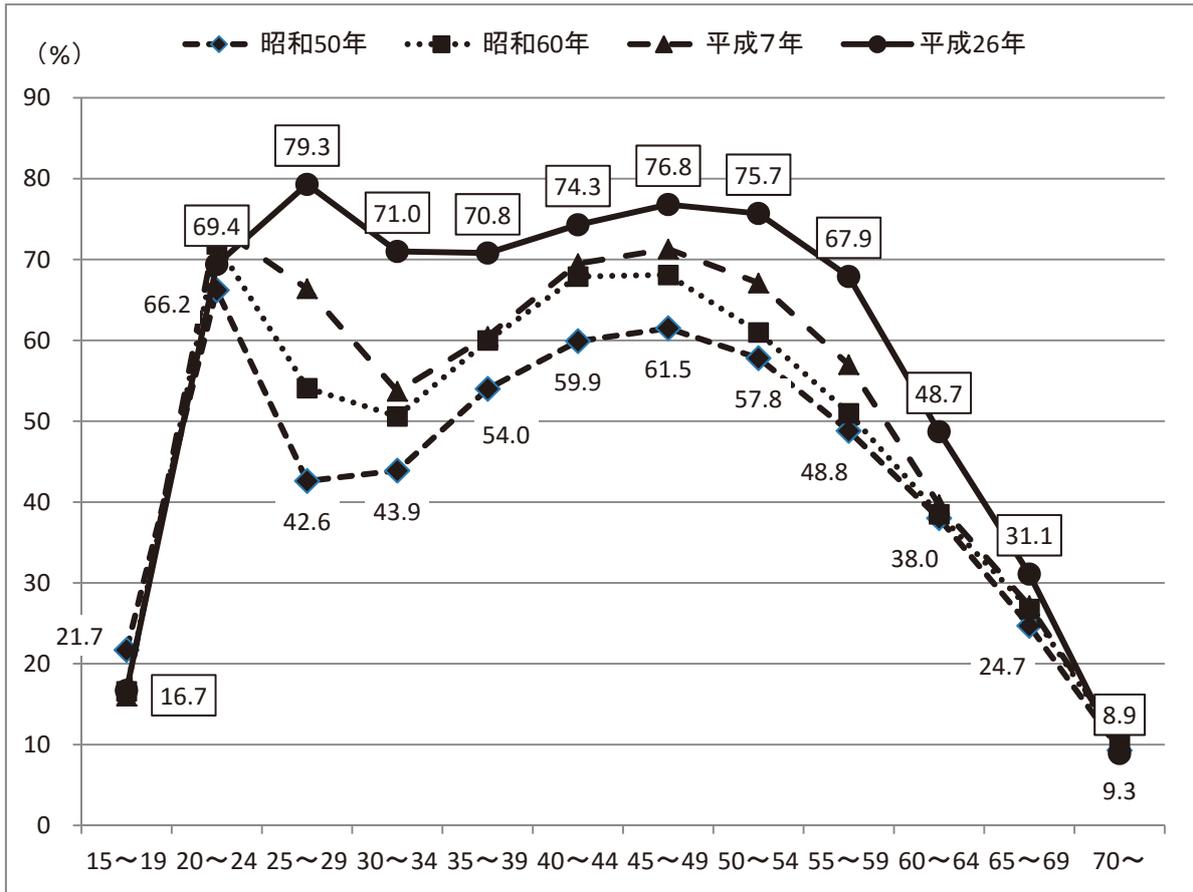
¹⁶ 内閣府男女共同参画局

(http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h25/zentai/html/honpen/bl_s00_02)



<http://www.gender.go.jp/research/yoron/>
<http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-joseikatsuyaku/index.html>
<http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-joseikatsuyaku/2.html>
<http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-joseikatsuyaku/zh/z04.html>

図2-1-5 世論調査 平成26年度 女性の活躍推進に関する世論調査



(内閣府「男女共同参画白書」平成27年版より)

内閣府ホーム > 内閣府男女共同参画局ホーム > 男女共同参画とは > 男女共同参画白書
 >男女共同参画白書 平成27年版>第2章 女性の活躍と経済社会の活性化 >第1節 就業をめぐる
 状況

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/index.html

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/index.html#shiryo

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/html/honpen/b1_s02_01.html

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-02-01.html

http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h27/zentai/html/honpen/csv/zuhyo01-02-01.c

図2-1-6 女性の年齢階級別労働力率の推移

(16) うつ病の罹患率における性差と復職参加率

うつ病の罹患率には性差が認められ、女性は男性の約2倍（米 1.54、日 1.98）である一方で、従来の復職支援プログラムの参加者に圧倒的に男性が多い要因としては、「復職支援に参加するための要件」における性別不均衡が考えられる。つまり、男性は女性よりも常勤職が多く、安定した企業に勤めやすく、そのために復職が保証されている一方で、女性は複線的な人生選択が可能であり、就労以外の選択肢もあり、結果として休職後の人生選択を復職以外としやすいことが背景にあると考えられる（西松, 2015）。

表 2-1-12 復職支援プログラムへの参加要件の男女間の不均衡

-
- 1) 安定した企業、安定したポストに所属
 - 2) 復職あるいは再就職する意志があること
 - 3) 復職支援プログラムへの参加動機があること
(経済因子、報酬因子等)
 - 4) 複線的な人生選択（就労以外の選択肢）
-

(西松, 2015)

本節において検討した現代の女性が置かれている現状を踏まえて、女性労働者の復職を考えた場合、女性を対象とした復職支援が必要となっている現状が窺える。そこで、以下において、西松(2014)及び西松(2015)による女性休職者に特化した復職支援プログラムの実践とその効果を以下にまとめた。

2 女性休職者に特化した復職支援プログラムの取り組み

男性が圧倒的に多い復職プログラム参加中に、職場と同様の「人格を否定するような」扱いを受けた等の女性休職者からの訴えや常勤職・キャリア職を選択し、復職を目指す一群の女性休職者からの女性休職者のみを対象とした復職支援プログラムニーズを受けて、2011年6月1日よりあいクリニック神田で開始された女性休職者のみを対象とした復職支援プログラム（西松, 2015）の内容を以下にまとめた。

（1）従来の復職支援プログラム

表 2-1-13 従来の復職支援プログラム

-
- | |
|---------------------------------|
| 1) 性別を問わない復職支援システム |
| 2) 対象疾患：うつ病、うつ状態：（うつ病以外を除外する傾向） |
| 3) 参加者：男性＞女性 女性は1割前後 |
| 4) 職場類似の場：女性は発言しにくい傾向 |
-

（西松, 2015）

従来の復職支援プログラムは職域病院（NTT 関東病院、三楽病院等）から始まり、例えば教員・公社職員等その職業に固有の復職訓練が行われてきた。2003年に職域病院のモデルを汎化した形で復職支援プログラムが東京都心で開始され、外来患者へのデイケアサービスとしての形態とともに、企業から人事機能のアウトソーシング的サービスを提供する形態としても同時にスタートした。復職支援のためのデイケアサービスは、医療が本来持っている「病む側へ注力する」機能に矛盾する可能性のある「労働力再生の役割」機能を併せ持つという矛盾を孕むこととなった。当初の復職支援プログラムは、うつ病を対象とし、休職中であることを要件とし、圧倒的に男性が多く、女性は発言しにくい場でもあった。

（2）女性が職場不適合に陥る時

表 2-1-14 女性が職場不適合に陥る時

1) 対人関係の葛藤	①上司との葛藤 ②同僚との葛藤 ③女性同士の付き合いにくさ
2) 配偶者との葛藤	①両立困難 ②不仲
3) 子育ての問題	
4) 両立に伴うオーバーワーク	

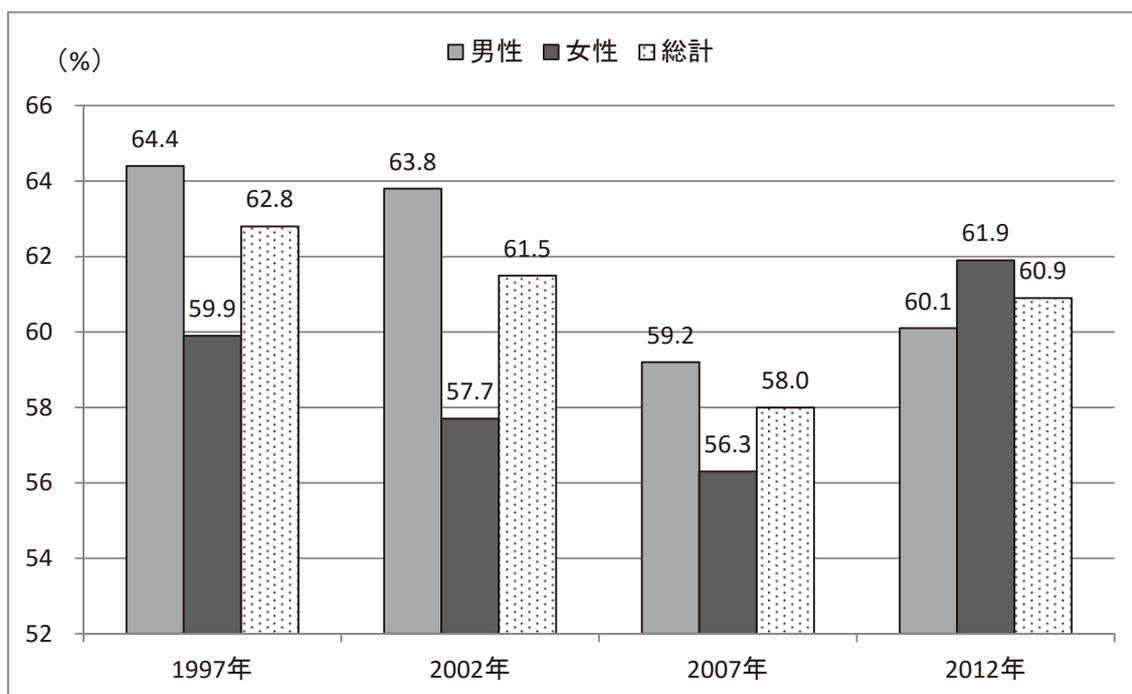
実際に女性が職場不適合に陥る時は、男性とは少し機序が異なる。女性は、職場で仕事の内容や評価、昇進等より対人関係で悩みがちである。上司、同僚との葛藤以外に、女性同士の対人関係の難しさもしばしば問題となる。

また、家族の顔色を伺いながら、帰宅時間を気にして働いている女性は数多く、保育所の時間も気になる等、子育ては必ずしも順調にはいかない（西松, 2015）。

（西松, 2015）

(3) 労働者健康状況調査の結果にみる職場のストレスに関する男女差

労働者健康状況調査（厚生労働省）によると、男性は職場に、女性は家庭にストレスを感じやすい傾向が見られてきた。また、「職場にストレスがある」という労働者の割合は、男女雇用均等法以降徐々に減少し、再び上昇し、60%を超え、初めて職場のストレス全体が男性より女性に多いという結果であった。また、職場の人間関係のストレスについて、女性がストレスと感じる比率は高いままだが、男性の比率も上がって来ている。しかし、ストレス因には男女差はあることが窺える。



(厚生労働省「労働者健康状況調査」より)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list46-50.html>

ホーム > 統計情報・白書 > 各種統計調査 > 厚生労働統計一覧 > 労働安全衛生に関する調査
> 平成24年 労働者健康状況調査 平成19年 労働者健康状況調査 平成14年 労働者健康状況調査
平成9年 労働者健康状況調査

図2-1-7 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの有無

(4) 女性休職者の復職支援プログラムに対するニーズ

女性休職者に特化した復職支援プログラムを開始したきっかけは、女性休職者が、多くの場合、職場で置かれている環境が男性労働者とは異なると認識しており、しばしば男性と職場の問題を話しても通じ合えない、男性がいるだけで話すことを自己規制する、ストレスがある等と訴えており、女性休職者に特化したプログラムが求められていた（西松, 2015）。

(5) 女性休職者が復職を期待できる場合

女性労働者は、安定した企業で安定したポストに所属し、離職せずに長く働いていないと復職を期待できない厳しい現状にあることが窺える。女性労働者は、結婚や出産により就労を中断し、休職できるだけの十分な期間就労をしていないことがしばしばある。女性労働者のうち復職を期待できる群は、高学歴で一定期間以上継続就労をしていた群となる（西松,2015）。

表 2-1-15 復職を期待できる女性休職者の特徴

-
- 1) 安定した企業、安定したポストに所属している
 - 2) 復職あるいは再就職する意志がある
 - 3) 複線的な人生選択のうち、就労を選択
⇒高学歴、継続就労（しばしば単身）
-

（西松, 2015）

(6) 特異性のある女性休職者のニーズに応えるための復職プログラムの特徴

ア 復職支援プログラムの特徴

対象とする休職群は、前述のとおり、極めて特異性が高く、男女混合の復職支援プログラムを好まず女性に特化したプログラムを希望し、参加している群である。従って、女性の休職に至った経緯を考慮に入れたプログラムを組み、うつ病のみに限定せず、適応障害や双極性障害も含めている（西松, 2015）。

表 2-1-16 女性休職者のニーズに応えるための復職プログラムの特徴

-
- 1) 女性に限定する：性別忍容性を受け入れる
 - 2) 対象疾患をうつ病に限定せず、心的外傷機制に基づく適応障害を含む
 - 3) 休職のきっかけとなった心理的負荷に注目し、プログラムの内容を「認知の修正」や再び働く意欲を回復する等「認知的改善」、「対人葛藤への忍容性の醸成」、「環境制御力の育成」等心理的側面への働きかけを中心とした
-

（西松, 2015）

表 2-1-17 復職支援プログラムの構成員

-
- 1) ショートケア 定員 13 名
 - 2) 治療者、参加者を含め、全員女性である
 - 3) 医師 1 名、心理技術員 2 名、看護師 1 名
-

復職支援プログラムは、表 2-1-17 に示す構成で開始した。2015 年現在、定員 23 名の小規模デイケアである。

（西松, 2015）

(7) 復職支援プログラムの「うつ病の場合の支援の内容」

うつ病性障害に関しては、プログラムの中に様々な形で心理教育が組み込まれているが、双極性障害に関しては、プログラム内にはなく、プログラム外で双極性障害グループを対象に心理教育を行っている（西松, 2015）。

復職支援プログラムの支援内容を示したものが、表2-1-18から表2-1-19である。

表2-1-18は、西松（2015）によるデイケアプログラムをまとめたものである。

表2-1-18 うつ病の場合の支援内容

月	火	水	木	金
<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 脳トレーニング：新聞記事の要約とそれについての意見・感想を発表 認知行動療法：ワーク「失敗や成功をした時に原因をどう考えますか」 心理教育：「うつと痛み」 <p>うつの症状としての痛みに気付く</p>	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック SST：コミュニケーションが上手くない時、どうすればいいのか『心がふっと軽くなる瞬間の心理学』より SST：コミュニケーション <p>互いの第1印象、他者から見た自分</p>	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 参加者プレゼンテーション「住宅購入術」 不安について整理する 心理教育：関連トピックの紹介 <p>「情動の涙」</p>	<ul style="list-style-type: none"> 活動・気分のチェック マインドフルネスのワーク：呼吸に集中する、他 認知行動療法：ワーク「自分を大切に出来ない信念に気づく」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 今週の目標達成度のチェック、来週の目標設定確認 統合リラクゼーション キャリア支援 <p>復職過程：『うつとよりそう仕事術』より 「うつ病患者が考えるうつ病患者との接し方」を読む</p>
月	火	水	木	金
<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 脳トレーニング：新聞記事の要約とそれについての意見・感想を発表 心理教育：「気分障害その診断と症状、治療」 認知行動療法：ワーク「自動思考その裏付けと反証」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動・気分のチェック SST：問題解決法「桃太郎」の問題点をグループで検討する SST：3分スピーチ 認知行動療法：ワーク「もしもクイズ」もしも～だったら自分はどうするか、どうなるかを検討 	<ul style="list-style-type: none"> 活動・気分のチェック 認知行動療法：サイトコラムより「思考のクセを直して心を健康にする」 認知行動療法：ワーク「完全主義の度合いを知ろう」 	<ul style="list-style-type: none"> 気分・活動のチェック ストレスコーピング：「生きがい一覧表」から興味ある活動を探す 未来へのブレインストーミング（最良と最悪を考える） 認知行動療法：ワーク「自分の欠点を他者から褒められる体験」 	<ul style="list-style-type: none"> 気分・活動のチェック 今週の目標達成度のチェック、来週の目標設定確認 ACT：「怒り」について『しつこい怒りが消えてなくなる本』より キャリア支援：「モチベーションを高める経営戦略としてのワーク・ライフ・バランス」

(西松, 2015)

(8) 双極性障害の場合の支援内容

表2-1-19は、西松(2015)による双極性障害(うつ病に併存の場合も含む)の心理教育プログラムである。

表2-1-19 双極性障害の心理教育プログラム

	内容	配布資料・活動内容
1	双極性障害とは 治療法—薬物療法と心理療法 ライフチャートの作成	双極性障害についての知識テスト：双極性障害についての誤解、理解不足に気付く 『双極性障害(躁うつ病)とつきあうために』 (日本うつ学会双極性障害委員会 2012.3.12) 病気の理解と標準治療法を学ぶ 「ライフチャート」 これまでの躁うつ状態の経験をライフチャートに書き入れる
2	社会リズム療法とは 早期警報システムを作る	「社会リズム療法」：社会リズム療法を知り、自分に適したチェック項目を設定する。 「躁うつ症状リスト」「状態悪化への対応」：自分の躁うつ症状及び前駆兆候を特定し、その症状・兆候が現れた時の対策を考える
3	対人関係療法の紹介 規則正しい生活習慣とは	「対人関係調査票」「対人関係療法」： 躁うつ病患者が経験しやすい対人関係の問題を検討。 規則正しい生活習慣が気分の波のコントロールに重要であることを学ぶ。
4	服薬アドヒアランス 認知行動療法	「薬物療法の効果を最大限に得る」：服薬アドヒアランスの重要性を学ぶ 「否認の壁」「思考の誤りの認識と把握」「精神的メルトダウンを反転させる」等に基づいて CBT(認知行動療法)を行う
5	QOL 向上のために 家族、周囲の人の理解と協力	「人生を双極性障害に翻弄されないために」 双極性障害を持つことの意味、将来の展望、人生設計等について検討 「ご家族へのお願い」「双極性障害対策チーム」：家族や周囲の人の理解と協力が生活の維持、再発防止に不可欠なものであることを知る。

(西松, 2015)

(9) 適応障害の場合への支援内容

西松 (2015) では、PTSD の B 項目¹⁷を示し、A 項目¹⁸を欠く蔓延化した適応障害群の休職者に対しては、リフレーミング¹⁹やエクスポージャー²⁰、眼球運動²¹による脱感作と再処理 (EMDR) 的なアプローチをしている。デブリーフィング (聴き取り) は非常にリスクがあるため、必ず辛い体験を聴き取った場合は、できていることを指摘するようにしている。「あなたは何のために職場を離れることになったか」と尋ねるといったことは同様のリスクとなるので慎重に行いたい。

表 2-1-20 心因への対応方法

心因 (外傷) への対応 : リフレーミング エクスポージャー 安全な場所のイメージ EMDR 的アプローチ ²¹
× デブリーフィング (聴き取りが外傷を深めることがある)

(西松, 2015)

(10) 支援プログラムで行われている集団精神療法と各療法に即した病態水準

西松 (2015) の支援プログラムで行われている集団精神療法と各療法に即した病態水準を示したものが表 2-1-21 である。

表 2-1-21 集団精神療法と各療法に即した病態水準

集団精神療法	病態水準
CBT	健康～精神病水準
IPT※1	神経症水準
社会リズム療法※2	双極性障害
ACT	健康～神経症水準

(注※1 p54 参照 注※2 p56 参照)

(西松, 2015)

¹⁷フラッシュバック、悪夢、過敏、回避等

¹⁸戦争、災害、津波、レイプ、持続する幼児期 (11 歳未満まで) の虐待、あるいはテンポラリーでも性虐待

¹⁹リフレーミング (reframing) 心理的枠組み (フレーム) の変換。意味や見方を変えることによってストレスを解消し、行動様式を変えるていくこと。(現代用語の基礎知識 p1162 自由国民社, 2016)

²⁰エクスポージャーとは、暴露法とも言われるもので、恐怖や不安症状の原因となる状況や刺激に、クライアントを段階的に曝すことで、不適応反応を消去する行動療法のひとつ。フラッディングと同じ意味で用いられることもあるが、段階的に恐怖刺激に曝す「段階的エクスポージャー」のことを、エクスポージャーと呼ぶことが多い。(http://www.1-ski.net/archives/000297.html)

²¹左右の眼球運動を行いながら、トラウマの治療を行う。PTSD・トラウマの治療として方法として、画期的な技術である。(http://www.trauma.jp/emdr%E3%81%AF/ アクセス 11/30/2015)

(11) 認知行動療法 (CBT) による心理教育の流れ

西松 (2015) の復職支援プログラムにおける認知行動療法による心理教育の流れを示したものが表 2-1-22 である。臨床心理士 (CP) が担当する。

表 2-1-22 認知行動療法による治療の流れ

ステージ	セッションの目安	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
1	1-2	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患を理解する ・心理教育と動機づけ ・認知療法へ socialization 	症状・経過・発達歴等の問診 うつ病、認知モデル、治療構造の心理教育 ラポールをつける	<ul style="list-style-type: none"> ・認知行動療法モデル ・認知行動療法のイメージ ・うつ病の基本治療戦略 ・CBT の全体構造
2	3-4	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患を概念化 ・治療目標の設定 ・自分を活性化する 	治療目的(患者の期待)を話し合う 治療目標についての話し合い 活動スケジュール表 現状を知る	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 ステージの目標、第 1 セッションのアジェンダ 自己紹介と治療構造、病歴聴取 ・テーマ、アジェンダの設定、ホームワークの設定 ・2 回目のセッション ・活動記録表
3	5-6	<ul style="list-style-type: none"> ・気分・自動思考の同定 	コラム	<ul style="list-style-type: none"> ・認知再構成法
4	7-12	<ul style="list-style-type: none"> ・自動思考の検証 (対人関係の解決) (問題解決技法) 	コラム法 (オプション: 人間関係を改善する) (オプション: 問題解決)	バランス思考のコツ 認知のかたよりと 人間関係モジュール 問題解決モジュール
5	13-14	<ul style="list-style-type: none"> ・スキーマの同定 	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは
6	15-16	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防 	ふりかえり 再発予防	終了するにあたって

(西松, 2015)

(12) 対人関係療法 (IPT) による心理教育の流れ

西松 (2015) の復職支援プログラムにおける対人関係療法による心理教育の流れを示したものが表 2-1-23 である。対人関係をキーワードに心理教育を行う。臨床心理士 (CP) が担当する。

表 2-1-23 対人関係療法 (IPT) による治療の流れ (初期)

ステージ	セッションの目安	セッションの目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
初期	1-4	うつ病を扱う。 うつ病と対人関係を結びつける 主な問題の領域を判断する。 対人関係療法の概念と治療契約を説明する。	IP※の抑うつ症状を共有し、症状をまとめ病名をつけ、「患者役割」を与える。投薬の必要性の評価。 現在の抑うつ症状に関連する、現在・過去の対人関係を振り返る。 ①重要な他者とのかかわりの性格 ②他者への期待 ③関係への満足度 ④関係性において変えたいと思っているところ うつ病に関連する問題領域を見つけ出し、治療目標を設定する。どの人間関係あるいは人間関係のどの側面がうつ病に関連しているか、その中で変えられるところはどこかを話し合い、治療の目的を決定する。 うつ病に関連する問題をどのように理解したかを概説する。どの問題領域に焦点を当てるかを合意する。 いまここでのことに焦点を当てる治療であることに合意し、現在の対人関係を振り返ることを約束する。	こころ塾資料 治療概念図

(西松,2015)

※ IP (Identified Patient) 患者とみなされた者の意味。家族によって、問題の原因・根源であるとされている人を指す。(臨床心理学辞典 八千代出版 1999)

表 2-1-24 対人関係療法 (IPT) による治療の流れ (中期)

ステージ	セッションの目安	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
中期	5-12	<p>問題領域を決定し、それぞれ目標と戦略を立てる</p> <p>A. 悲哀：喪のプロセスを促進する。喪失対象に代わる関心や関係を再確立できるようにサポートする</p> <p>B. 対人関係上の役割をめぐる不和：不和を同定する。行動計画を選ぶ。期待や問題のあるコミュニケーションを修正する。</p> <p>C. 役割の変化：古い役割の喪失を悼み、受容する。患者が新しい役割を前向きに捉えられるよう援助する。新しい役割で必要とされるものについての自己効力感を養うことで、自尊心を回復させる</p> <p>D. 対人関係の欠如：患者の社会的孤立を減じる。新しい関係作りを励ます。</p>	<p>①抑うつ症状を振り返る②重要な他者の死と症状の始まりを結びつける③亡くなった人と患者の関係を再構築する④死の直前、最中、後の出来事の順序と結果を明らかにする⑤関連する気持ちを探る⑥他人と関わりを持つ方法の可能性を考える。</p> <p>①抑うつ症状を振り返る②現在関係のある重要他者との関係の不和と症状の始まりを結びつける③不和の段階を決定する④役割期待のずれがどのように不和と関係しているかを理解する⑤他の関係にも同様のものがあるかどうか</p> <p>①抑うつ症状を振り返る②最近の生活変改に対照する困難さと抑うつ症状を結びつける③新旧両役割のポジティブとネガティブな側面を検討する④失われたものについての気持ちを探る⑤変化についての気持ちを探る⑥新しい役割における機会を探る⑦失われたものを現実的に評価する⑧感情の適切な発散を奨励する⑨新しい役割に必要なソーシャル・サポート・システムと新しいスキルを育てるよう励ます</p> <p>①抑うつ症状を振り返る②社会的孤立や満たされなさを抑うつ症状と関連づける③過去の重要な関係を、悪い面もよい面も含め振り返る④対人関係において繰り返されるパターンを探る⑤治療者に対する患者の気持ちを話し合い、他の関係にも類似のものがないか探る</p>	<p>A~D のどの問題領域かを話し合い概念化していく</p>
終結	13-16	今後の展望 再発予防	自立した能力があることを自覚する	

(西松, 2015)

(13) アクセプタンス・コミットメントセラピー(ACT)による心理教育の流れ

アクセプタンス・コミットメントセラピー (ACT)²²は疾患を対象とせず、臨床行動を標的とするため、西松 (2015) の復職支援プログラムにおける ACT による心理教育においても、多くのクライアントが直面している問題は「体験回避」²³であると捉える。

体験回避 (好ましくない思考や感情、出来事の回避) の例として、うつを避けるために酒を飲む、不安を避けようとして手洗いをする、パニック発作を避けるために広場恐怖になる、不安を避けようとして怒りを爆発させる等が挙げられる。

ACT が前提とするのは、「あるがまま」を、今ここで、「生き生き」と生き、価値を再生すると、好ましくない思考や感情、出来事は自ずとなくなるという概念である (西松, 2015)。

(14) 社会リズム療法 (SMR) —双極性障害の場合の支援—

双極性障害では社会 (生活) リズムの乱れが症状の悪化の誘因となることから、社会リズム療法²⁴では、社会生活のリズムを規則正しく整えることを目的としている。

西松 (2015) の復職支援プログラムにおける社会リズム療法では、起床や出勤、夕食等の時間や他人から受けた刺激の度合い、イベント等を記録することで、自分の生活リズムがどのようなものか、どんな場合に自分の社会リズムが不規則になりやすいかを理解し、修正する。

(15) プログラム以外の介入

西松 (2015) の復職支援プログラムでは、参加者各自の主治医と参加者の治療関係を維持することを第一義とし、主治医が院外である場合には主治医のもとに経過報告書を提出している。また、個人精神療法が別途行われている場合もある。

表 2-1-25 復職プログラム以外の介入

-
- 1) 院外主治医の存在：女性のみの特化した復職支援プログラムは主治医変更を要件としていない。むしろ主治医—患者関係の維持を推奨している
 - 2) 個人精神療法 (心理療法) が行われている場合がある
- ※主治医が院外にいる場合、2 週間に 1 回経過報告書が作成され、報告される (現在は 1 カ月に 1 回)
-

(西松, 2015)

²² アクセプタンス・コミットメントセラピー (Acceptance and Commitment Therapy, ACT)

²³ 体験回避:自分にとって好ましくない思考、感情、出来事を回避する。

²⁴ 社会リズム療法 (Social Rhythmic Therapy, SRM) : SRMでは概日リズム (睡眠・覚醒リズム) と刺激の量と質をコントロールする (・・ねばならないといった思い込みを減らす (認知再構成))。

3 女性休職者に特化した復職支援プログラムに関する調査結果と考察

2011年6月1日より2012年11月30日の期間に、西松（2015）の女性に特化した本復職支援プログラムに参加し、終了した女性休職者を対象とした調査の結果（西松, 2014; 西松, 2015）を以下にまとめた。なお、本調査結果は、2011年6月1日より、2012年11月30日までに、女性に特化した復職支援プログラムに参加した43名のうち、終了した36名についての結果である。

（1）調査の目的と方法

調査は、表2-1-26に示すことがらについて、分析することを目的として行った。また、「復職を継続できた群」と「再び休職あるいは離職した群」の比較検討を行った。

表2-1-26 分析項目

1) 参加した女性休職者の特性	さらに、対象者全てに、日本語版自記式社会適応度評価尺度（Social Adaptation Self-Evaluation Scale Japanese version, SASS-J）、うつ症状群には、BDI-IIをそれぞれプログラム参加時と終了時に実施した。
2) 休職に至るきっかけとなった心理的負荷の有無および種類	
3) 復職後前向きに復職6ヶ月後の復職継続の割合	
4) 復職継続群と中断群の差異	
5) 女性休職者のみを対象とした復職支援プログラムの有用性	

（西松, 2015）

表2-1-27 心理的負荷の種類

①業務上の事故や災害の体験	プログラム参加者の休職に至る心理的負荷を検討するために、厚生労働省の精神障害の労災認定基準における出来事の類型を用い、業務外の心理的負荷を加え、左図に示す7種類の出来事（表2-1-27）に分類し、個々の参加者の心理的負荷を調査した（西松, 2014）。 さらに、支援終了後の満足度について5件法で回答を求めた。調査及び分析項目についてまとめたものが表2-1-28である。
②仕事の失敗・過重な責任の発生	
③仕事の量・質が過重	
④役割・地位の変化	
⑤業務上の対人関係	
⑥職場のセクシャルハラスメント	
⑦業務外の心理的負荷となる経験	

①～⑥：出来事の類型
（厚生労働省他, 2011）

（西松, 2014）

表 2-1-28 調査及び分析項目

-
- 1) 背景調査：疾患、年齢、教育年数、属性
 - 2) 継続群と非継続群の比較検討：復職 6 ヶ月時点で復職継続、あるいは再就職を継続していた患者を「継続群」、6 ヶ月以内に再休職あるいは再度離職した患者を「非継続群」とした
 - 3) 全対象者：SASS-J（社会適応尺度として）を施行（プログラム参加時と終了時）
 - 4) うつ病性障害対象者：精神症状尺度として BDI-II 施行（プログラム参加時と終了時）
 - 5) 休職に至る心理的負荷：厚生労働省の精神障害の労災認定基準における出来事の類型を用い、業務外の心理的負荷を加え 7 種類の出来事の類型として分類し、検討した
 - 6) 終了後満足度：参加者がなぜ女性だけのプログラムを選択したかを自由記述で質問し、終了後満足度を 5 件法で回答を求めた
-

(西松, 2015)

(2) 調査結果

女性に特化した本復職プログラムの対象者は、一般労働人口に比較して、高学歴で若年であった。(厚生労働省 2004;2012)。また、平成 24 年度厚生労働省障害者対策総合事業の一環として行われた「うつ病患者に対する復帰支援体制の確立・うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」報告(秋山, 2013)と比較し、対象者の年齢においては有意差があったが、教育歴については、有意差は認められなかった(西松, 2014)。結果について、以下にまとめた。

ア プログラム参加者の内訳

女性に特化した復職支援プログラム参加者は 43 名で、対象者は 36 名、中断者 7 名であった。復職支援プログラムの継続期間及び回数は、各個人によって異なり、表 2-1-29 に示す結果であった(西松, 2015)。

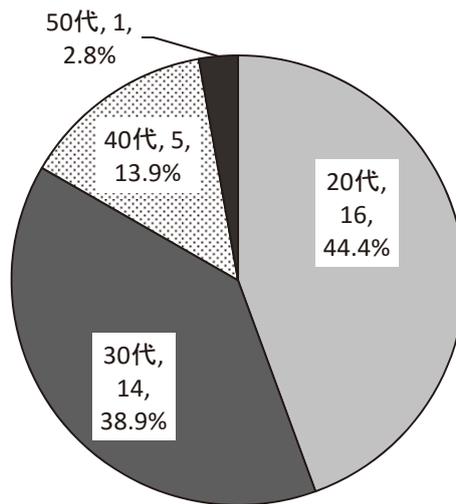
表 2-1-29 調査対象者に関する結果

期間	： 2011 年 6 月 1 日～2012 年 11 月 30 日
参加者	： 43 名 (48 名見学)
中断者	： 7 名
対象者	： 36 名
継続期間および回数	： 最長： 6 ヶ月間 91 回
	最短： 3 週間 12 回

(西松, 2015)

イ 復職プログラムに参加した女性休職者の特徴

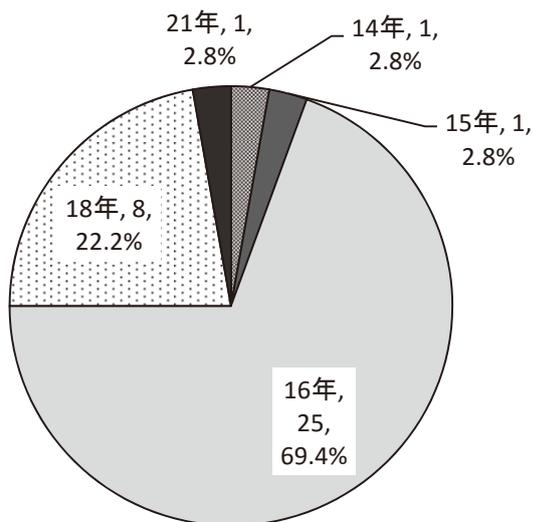
対象者 36 名の平均年齢は、32.87 歳 (SD7.39) で、教育年数は 16.5 年であった。生活環境については、26 名 (72%) が未婚、9 名 (25%) が既婚、1 名 (2.8%) が離婚であった。単身生活者が 23 名 (63.9%) で、その中には週末には同棲 (4 名 (11.1%))、同居者あり (13 名 (36.1%)) であった。今回の復職支援プログラム参加者の中核群は、比較的、若い高学歴の単身生活者であった (西松, 2015)。



(西松, 2015)

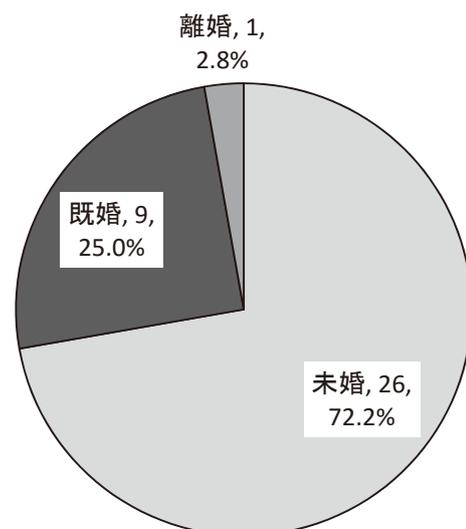
(2011年6月1日~2012年11月30日の参加者)

図 2-1-8 復職支援プログラム参加者の年齢別割合



(西松, 2015)

図 2-1-9 復職支援プログラム参加者の教育年数

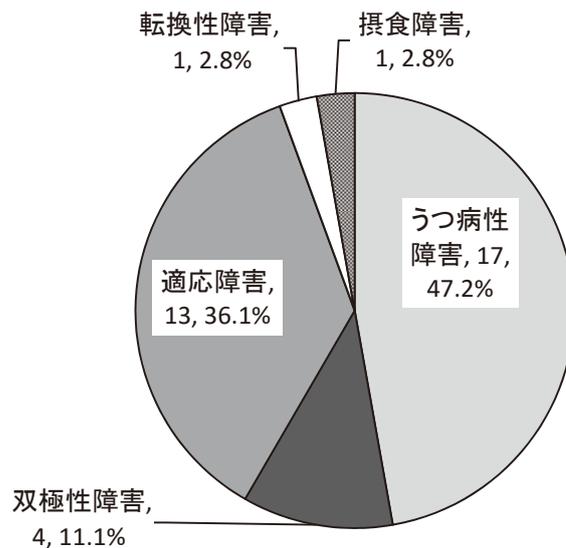


(西松, 2015)

図 2-1-10 復職支援プログラム参加者の婚姻状況

ウ 対象者の疾患分類

最多の主診断はうつ病性障害 17 名 (47.2%)、次に適応障害 13 名 (36.1%)、双極性障害 4 名 (11.1%) の順であり、報告された他の復職支援プログラムの参加者と有意差のない双極性障害率であった。転換性障害、摂食障害が各 1 名 (2.8%) であった。この他、アスペルガー障害 1 名、診断基準を満たさないアスペルガー傾向 2 名、うつ病に強迫性障害合併、うつ病に境界性人格障害合併が各 1 名であった (西松, 2015)。



(西松, 2015)

(2011年6月1日～2012年11月30日)

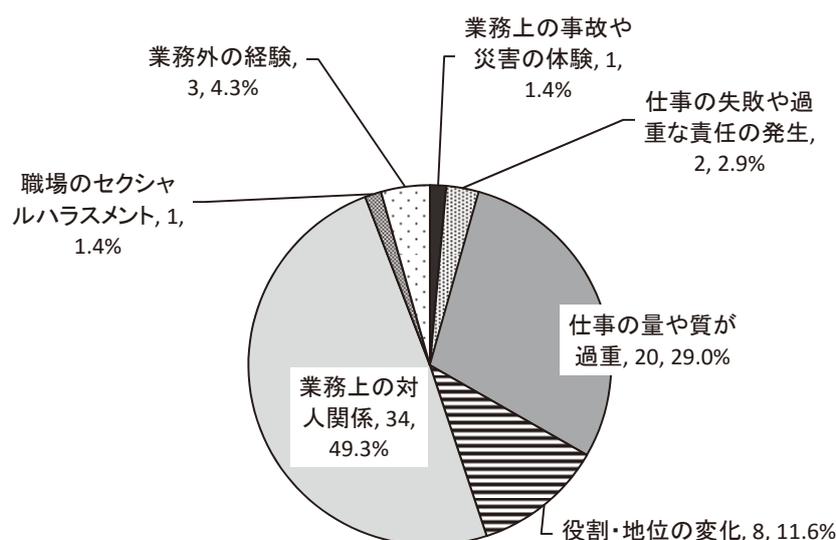
図2-1-11 復職支援プログラム参加者疾患分類

エ 心理的負荷の有無及び種類

休職に至るきっかけになった心理的負荷に関し、厚生労働省の精神障害の労災認定に定められている「業務における心理的負荷評価」に加えて、「業務外の心理的負荷になる経験」を加え、前述の7項目(表2-1-27)とし、回答(複数回答)を求めた結果、35名(97.2%)において、休職に至るきっかけとなった「業務上の心理的負荷」がみられた。また、12名(33.3%)において、2つ以上の「職場における心理的負荷」がみられた。また、1名のみが配偶者からの暴行をきっかけとしてうつ病を呈し、業務上の負荷を認めないとの回答であった(西松, 2015)。

心理的負荷は、「業務上の対人関係」であり、34名とほとんどの事例が該当しており、「仕事の量や質が過重であった」との回答が20名であった。これらには1年以上深夜に帰宅し、9時前には出社していたという事例や、1ヶ月に3回の海外出張があったという事例が含まれていた(西松, 2015)。

「役割や地位の変化」が心理的負荷となったのは8名であり、3名が昇進、5名は異動等がきっかけであったり、「業務上の事故や災害の経験」および「職場のセクシャルハラスメント」は各々1名、3名が「業務外の心理的負荷」をきっかけとしており、それらの心理的負荷はすべてパートナーとの葛藤であった(西松, 2015)。



(西松, 2015)

(2011年6月1日～2012年11月30日)

図2-1-12 休職に至る心理的負荷

オ 復職支援プログラムの転帰

日本語版自記式社会適応度評価尺度²⁵の得点は、初回の平均が31.7(SD8.1)、最終回の平均が36.5(SD9.3)で、t検定により、1%水準で有意であった。BDI-II得点は、初回平均が20.1(SD11.9)、最終回の平均が10.6(SD10.2)で、t検定により1%水準で有意差が認められ、抑うつ症状は有意に軽減していた(西松, 2015)。

表2-1-30 休職者のSASS-JおよびBDI-IIの平均値

	初回	最終回
SASS-J ²⁵	31.7	36.5
BDI-II	20.1	10.6

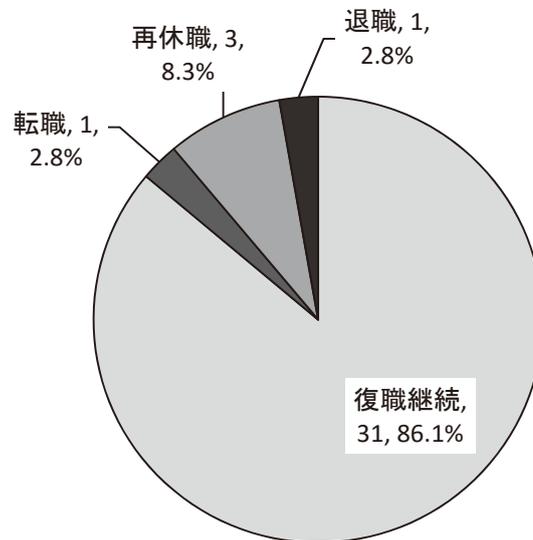
(西松, 2015)

カ 復職継続率

復職プログラム終了時点では全員が就労していた。内訳は、33名(91.6%)が元の職場へ復職し、3名(8.3%)が転職・再就職していた。復職支援プログラムを終了した6ヶ月後における就労継続者は31名で復職継続率は86.1%であり、31名が就労継続、1名(2.8%)が復職後転職をし、就労中であった。また3名(8.3%)

²⁵ Social Adaptation Self-Evaluation Scale Japanese version(SASS-J)

が再休職をし、退職者は1名（2.8%）であった。3名の再休職群は、全員元の職場に復職した群であった。3名の診断名は、うつ病性障害で、終了時のBDIは1点から5点であり、ほぼ完全寛解の状態での復職であった。また一方、終了時に転職した3名は、全員就労を継続していた（西松, 2015）。



（西松, 2015）

図2-1-13 復職支援プログラム終了6ヵ月後転帰

キ 参加者のプログラムへの満足度と就労継続率

「女性に特化した復職支援プログラムが期待通りであったか」について、終了後約1ヶ月時点に5件法（1. まったく満足しなかった 2. 満足しなかった 3. どちらでもない 4. 満足した 5. たいへん満足した）で尋ねた結果、平均4.5（回答率は42%）で、満足度は高かったと言える（西松, 2015）。

女性に特化した復職支援プログラムを開始する際に、院内でも「復帰する職場には男性がいるにも関わらず、女性だけのプログラムとすることは、ある意味逆差別ではないのか」等の議論があった。しかし、実際にプログラムへの参加や発言がしにくいのでは効果が上がらないと考え、男性がいるストレスのある職場に戻るためには、参加者の女性が十分発言でき、支援が得られる場が、まず、必要であると考え、最終的に女性に特化したプログラムとし行った（西松, 2015）。

本プログラムは、自由度の高い（性別のみを限定し、参加期間や日数、主治医を変更しない等）ものであったが、参加者の満足度は高く、就労継続率は従来の報告（秋山, 2013）と比較し、有意に良好であった（ $\chi^2 = 15.9$ $df=1$ $p < .001$ ）（西松, 2014）。

(3) 考察

女性に特化した復職支援プログラムの取り組み結果から考察されること（西松 2014;西松 2015）を項目別に、以下にまとめた。

ア 対象者の特性

一般労働人口に比較して、高学歴、若年であったが、これは「うつ病患者に対する復職支援体制の確立 うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」（平成 24 年度厚生労働省障害者対策総合事業）（厚生労働省, 2013）における対象者の学歴と有意差なく、年齢において有意に若年であった（西松, 2014）。

また、同研究と比較し、単身者が多い傾向を認めた。これは女性労働者の年齢構成（M 字型就労曲線）に由来すると考察した（西松, 2014）。

イ 参加対象者の疾患

うつ病のみならず適応障害も含まれていた。休職に至る適応障害においては外傷性機を示すことが多く、復職時に、身体化症状や抑うつ、不安発作等多彩な症状により出勤困難となっていた。限定された場では楽しく過ごせたが、職場に近づこうとすると臨床症状が出現した。また双極性障害が全体の 11%を占め、その点は先行する復職支援プログラムと有意差のない結果であった（西松, 2014）。

今後、こうした休職者の多様な病態像に対応した治療的取り組みが必要であると考えられた（西松, 2014）。

ウ 休職に至るきっかけ（心理的負荷）

1 例を除き、すべての症例に業務上の心理的負荷を認めた。業務に関する負荷により発症しており、単に疾病が寛解したのみでは復職が困難であり、心理的な取り組みが必須であろうと考察された（西松, 2014）。

エ 復職率

プログラム終了時には、全員が復職あるいは転職していた。転職した 3 名は全員適応障害であった（西松, 2015）。

オ 終了後 6 ヶ月の時点での再休職と退職者の状況 —復職後の就労継続と疾病自体の重症度—

プログラム終了後 6 ヶ月時点では、31 名が復職を継続し、1 名が転職していた。3 名が再休職（うつ病性障害が再発）し、また、1 名は退職したが双極性障害であった（西松, 2015）。

プログラム終了後 6 ヶ月の時点での再休職者と退職者は、すべて復職者であり、寛解状態でプログラムを終了（終了時の BDI-II は 1 点から 5 点であった）していた。再休職者と退職者の終了時の BDI-II は、復職継続群に比べて有意に良好であった（西松, 2015）。

プログラム終了時の BDI-II や社会適応機能評価では復職継続の可否を予測することが困難であった。従って、復職後の就労継続は疾病自体の重症度に依存する可能性が考察された（西松, 2014）。

カ 女性に特化したプログラムの意義

プログラム終了後のブースターセッション（再発防止・職場適応促進等のための補助セッション）参加者（復職者）から、しばしば「このプログラムがなければ復職できなかつたろう」とのコメントが聞かれ、現時点では、時間が解決したのか、支援プログラムのどのような点が効果的に働いたのかの検討は完了していないが、女性に特化した本プログラムの意義には表 2-1-31 に示したことがらが含まれる（西松, 2015）。

表 2-1-31 女性に特化したプログラムの意義

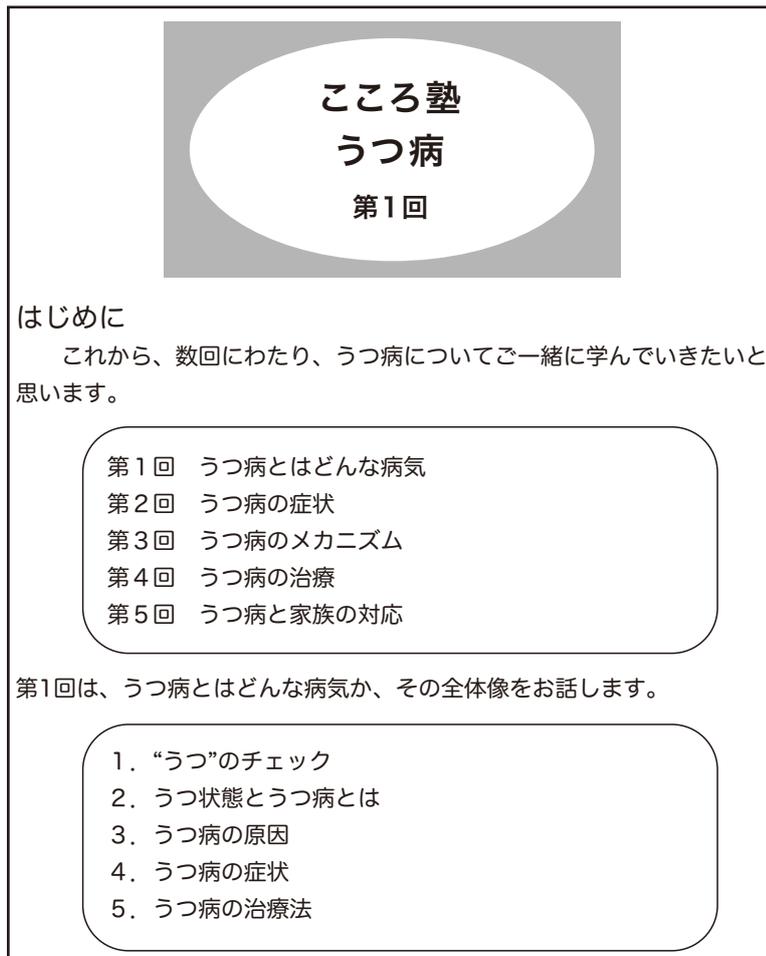
- 1) プログラム参加者の良好な満足度
- 2) 性別忍容性への配慮
- 3) 職場における心理的な負荷への配慮
- 4) 性的役割に関連するステレオタイプな反応の回避

（西松, 2015）

さらに、女性の寛解には、薬物療法も精神療法もともに重要であると考えられる。薬物療法以外に、精神療法にも力を入れており（前述）、

診断が確定した後に、主治医が疾患についての説明を行う心理教育プログラム「こころ塾」(1回のセッションが50分で疾患別に3回から5回)により病気についての理解を深める支援を行っている。

左図はうつ病のセッションの内容（西松, 2015）である。



（西松, 2015）

図 2-1-14 心理教育プログラムのうつ病のセッションの内容

キ 支援者に求められるスキル

休職者の支援者に以下のスキルが特に求められていると考えられる。

表 2-1-32 支援者に求められるスキル

-
- 1) 知識
 - 病状、病態水準に関する十分な知識
 - 利用できる社会的資源に関する十分な知識
 - 労働安全上の十分な知識
 - 2) 対応する医療心理的なスキル
 - 3) ファシリテートできる力
-

(西松, 2015)

ク 職場との連携

復職プログラム参加者の職場との連携も参加者の復職のプロセスにおいて欠かせないものである。表 2-1-33 は、連携における必須事項をまとめたものである。

表 2-1-33 職場との連携

-
- 1) 産業医との連携：診療情報提供書
 - 2) 人事との連携：参加者を介して月報を伝える
 - 3) 主治医を介しての連携（他院からの参加者の場合）
-

(西松, 2015)

第2節 レジリエンスを引き出す復職・就労支援

本節では、平成22年7月よりスタートしたひだクリニックにおける非メランコリー型うつ病と診断された若年者への就労支援について、講演「非定型うつ病またはいわゆる「新型うつ」と診断された若年者の復職・就労支援」（石井, 2015）に基づき以下にまとめた。

1 CBT うつ病リワークデイケアのプログラムの内容

本プログラムは、①うつ病（急性期を過ぎた方）のため、現在休職中（職場がある方）で復職を希望されている方、もしくは、②就労していたが、うつ病で仕事を辞めてしまい、プログラムが終了した1ヶ月後には正職員として再就職をスタートさせる意欲のある方を対象としている。さらに、プログラム期間である3ヶ月間、毎週火曜日9時～15時まで継続参加できることが条件である（石井, 2015）。

ひだクリニックのリワークデイケアは週1回である。CBT うつ病リワークデイケアは認知行動療法をメインにしている。認知行動療法は毎日では効果がなく、また認知行動療法の宿題をやる期間が必要であるため、週1回実施した。

プログラムの内容は、午後がCBT、午前中には、スポーツ・心理教育・SST・サイコドラマの4つを組み合わせている。その組み合わせは、認知行動療法（CBT）（以下、「CBT」という。）の内容に合わせて組んだ部分もある。CBTの開始時にはまず、認知と行動の変化の様子を見るため、1回目に必ずサイコドラマと自己紹介を取り入れている。また、休職して時間に縛られない生活をしてきた方の多くは、朝9時の参加時に嫌な気持ちでいることが予測されるため、2回目には必ずスポーツと心理教育を組み合わせ、スポーツをすることでこうした気持ちに変化が生じているか知ることを目指す（石井, 2015）。

9	10	11	12	13:30	14	15
スポーツ		心理教育 SST	昼食 休憩	ミーティ ング	認知行動療法 (CBT)	
受付 会計	サイコドラマ 心理教育					

（石井, 2015）

図2-2-1 プログラム内容

最終日前日の心理教育（2時間）では、「病気になったことはプラスなのだ」という話を必ずする。病気になったことは「悪いこと」という印象を払拭できないままプログラムを終えると、引け目を感じた状態で復職することになるので、偉人と言われる人は大抵順風満帆な人生ではないことを例に、「みなさんは、うつ病によって順風満帆な生活を閉ざされたが、これを乗り越えれば偉人になる可能性も出てくる」というようなことを伝える。3ヶ月のプログラムの中で、既に利用者は「病気になったことは必ずしもマイナスではない」ことを確認しているが、それをまとめる形でこのような話をしている（石井, 2015）。

更に最終日は、再発予防のCBTとまとめという形になっている（表2-2-1）。

表 2-2-1 スケジュール例 H23 年 7 月 1 日～

回	日にち	プログラム	プログラム	CBT 内容	CBT テキスト
0	6 月 21 日	オリエンテーション		CBT とは？ ライフチャート	テキスト 1
1	7 月 5 日	10 時～サイコドラマ（自己紹介）		目標設定	2
2	12 日	9 時～スポーツ 11 時～心理教育（病気とストレス）		楽しい活動リスト、気分日誌	3
3	19 日	10 時～ストレッチ SST（うれしい気持ちを伝える）		自動思考記録（気分）	
4	26 日	9 時半～心理教育（病気と薬） 11 時～スポーツ		自動思考記録（認知）	
5	8 月 2 日	サイコドラマ		自動思考記録（行動）	
6	9 日	10 時～心理教育（就労の意識） SST（傾聴の技能）		考えの癖のパターン	5
7	16 日	9 時～スポーツ SST（頼み方）		不安、目標の見直し	5,6
8	23 日	10 時～ストレッチ 心理教育（心と頭と体）		適応的な考え（コラム表）	7
9	30 日	9 時～スポーツ SST（断り方）		適応的な考え（シナリオ、期待度）	8
10	9 月 6 日	サイコドラマ		適応的な考え（シートを使い分ける）	9
11	13 日	心理教育（病気が自分に示したものと まとめ）		問題解決法	10
12	20 日	再発予防と CBT のまとめ		全体のまとめ	11

(石井, 2015)

2 心理・就労教育スケジュール

表 2-2-2 心理・就労教育スケジュール
ベネフィットファインディングまとめ

- ・第 1 回 病気とストレス
- ・第 2 回 病気と薬
- ・第 3 回 復職・就職するということ 1
- ・第 4 回 頭と心と体の関係
- ・第 5 回 復職・就職するということ 2
- ・第 6 回 病気が自分に何を示してきたか

(石井, 2015)

心理・就労教育スケジュールを表 2-2-2 にまとめた。以下に各心理・就労教育の内容(石井,2015)をまとめた。

テーマは、第 1 回が「病気とストレス」、第 2 回が「病気と薬」、となっている。また、プログラムを始めた当初は、最終回のみで復職の話をしてきたが、復職まであまり時間がない時期になってようやく復職について考え始める人もみられたため、第 3 回目に一度、「復職とはどんなことなのか」という話題を取り入れることとした。「皆さんを退職させず、休職としたことによって、会社がどんなことをやっているか」をその時期に考える必要があるとも考えた。

第4回の「頭と心と体の関係」は、どうしても考える作業にかたよりがち（そこは CBT にも繋がる）なので、頭と心の双方が大事であることを理解するための内容である。

そして、5回目にもう一度、「復職・就職するとはどういうことなのか」、「『働く』とはどういうことなのか」、「休んで療養している生活と、復職に伴うストレスがかかる生活との相違は何か」について話す。ストレスがかかれば具合が悪いと感じるが、それは具合が悪いのではなく、ストレスへの反応であると理解を促す。

更に、第6回「病気が自分に何を示してきたか」では、病気のもたらしたポジティブな事柄を見出すことを目指す。

3 非メランコリー型についての心理教育のコア —視点を交える・とりあえず置いておくことを学ぶ—

心理教育のコアとして以下のことがらが挙げられる（石井, 2015）。

心理教育では、非メランコリー型の方が周囲から他罰的と受けとられがちな考え（例：「他者が・・・であったからこうなった。」という思考）に気付いてもらえるよう、ものごとを、一つの方向からのみ見るのではなく、いろいろな側面から見ることで視点を交えることを主眼とした内容（例：①海の向こうに見える黒い点をどう捉えるか（必ずしも不安を抱く必要はない等、本節5（3）参照）、②誰もが雨の日を嫌だと感じているのでなく（長靴を買ってもらった子供は雨が待ち遠しい等））を多く取り入れた。

さらに、うつ病によって自分の中に何が起きているのかを自覚するための内容（例：ダム水量で自身の状態を表現する絵を描く等）も多く取り入れている。

また、ものごとの捉え方が多面的ではなく、もとの状態（1つの方向からのみ捉えたものごとの見方）に戻りつつある場合は、その考えを「とりあえず置いておく」ことを練習し、思考のかたよりの課題を支援している。

個別の面談も必要である一方で、ピアサポートの効果も高く、医療者の言葉よりも仲間の意見の方が効果的であることも多い（石井, 2015；本章第3節・4節参照）。このこととも関連して、全体的な効果として、上記の内容による心理教育をとおして、グループで言葉を同じくすることで仲間意識を作り、最終的には相互相談ができるようになったことは成果の1つとして大切なものであった。

さらに、非定型の疾患であるため、支援者と利用者が各自にあった方法を取捨選択できるように、働くことに視点を置いた豊富な方法でプログラムを構成する必要がある。

4 疑似会社訓練の場 「プライムワークデイケアオフィス・rana」

表 2-2-3 時間割

	日	月	火	水	木	金
9:00	自習	出勤	CBT リ ワ ー ク デ イ ケ ア	出勤	出勤	出勤
10:00		朝礼		朝礼	朝礼	朝礼
12:00	自習	昼休み		昼休み	昼休み	昼休み
13:00		ミーティング		ミーティング	ミーティング	ミーティング
17:00	自習	片付け・退勤		片付け・退勤	片付け・退勤	片付け・退勤
19:00		自習・面談		自習・面談	自習・面談	自習・面談

プライムワークデイケアオフィス・rana は、疾患名や休職・無職を問わない疑似会社訓練の場であり、「社会の縮図」を目指す。CBT リワークデイケアは火曜日だけであり、残りの4日間に復職者の多くが利用したのが、「プライムワークデイケアオフィス・rana」であった。

これは休職者ではなく、求職中の人に会社経験をしてもらうために、平成20年4月に始めたプログラムである。

(石井, 2015)

会社は一樣ではなく、「病名や就職経験で分けると訓練にならない」と考えた。なぜなら、例えば、うつ病の方だけが一緒に仕事をしたり、統合失調症の方だけが一緒に仕事をしたりするわけではなく、又仕事に対する理解度が同じ人達だけがいるわけでもない。そこで、さまざまな方を入れての訓練のためのプライムワークデイケアが始まり、さらに CBT リワークデイケアの利用者の「CBT が行われる火曜日以外の残り4日間の過ごし方が無い」との意見を踏まえ、プライムワークデイケアに休職者も入れることとした。その結果、プライムワークデイケアオフィス・rana では、求職中の統合失調症の方と休職中のうつ病の方が一緒に訓練を火曜日以外の日に受けている。

5 オフィス・rana の特徴

オフィス・rana では、働いて対価を得ることのきびしさについて学ぶことを目的とした（石井, 2015）。こうした実践は利用者のレジリエンスを引き出すとともに、復職への自信にも繋がっていることが窺える。

（1）リーダー席について・リーダーの仕事

オフィスの特徴の1つには、まず、休職者には肘掛け椅子に座ってもらっていることが挙げられる。就職経験のない統合失調症の利用者には、働くためにパソコン等のスキルを身につける訓練が必要だが、休職中のうつ病の利用者にはそうした訓練は必要がないので、上席でマネジメントの訓練をする。

部屋の中は、会社の「島」と同じようになっており、上席側の2つだけが肘掛けのある椅子、それ以外は肘掛けのついていない椅子となっている。

表 2-2-4 オフィス rana の特徴

- 1 OJT 方式を取り入れる
各自に課題を与えてそれを作業する
- 2 就労に必要な技能を学ぶ場ではない
- 3 メンバー同士が完全に平等ではない
- 4 他の利用者も出入りする部屋

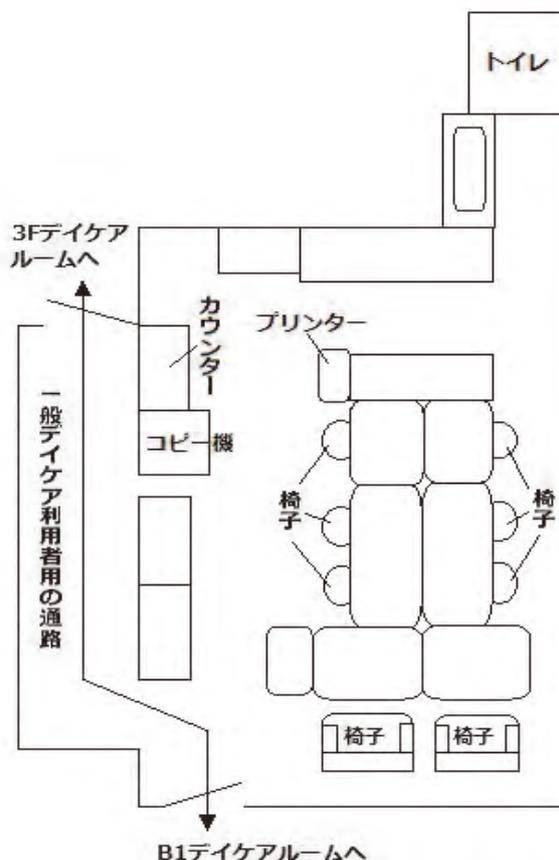
（石井, 2015）

CBT リワークデイケアに参加した休職者の平均年齢はおよそ 35 歳であり、中間管理職に就いたことで失敗したという方が多くみられた。上司からの指示があれば支障はないが、上の立場で考えることが要求されたり、中間的な立場でもあるため上にも下にもつけない状態となったことが原因で失敗した方が意外に多かったことから、リーダー席で訓練を行った。リーダーとしての訓練を複数の人に同時に行う場合には、交互にリーダー席に座ってもらった。

休職者の中でも管理職以前の段階でうつになった方には、リーダーとは異なる他の方と同様の訓練を行った。

オフィス・rana では、リワークでよくみられるパソコンの訓練ばかりではなく、仕事をまとめること（例：新人に仕事を教えるのと同じように、仕事を

仕事は、ひだクリニックから個人情報に関わらないものすべての医療関係事務を引き受けている。いろいろな仕事があり、期限もそれぞれ違う。それを、6人とリーダー1名の7人でこなしている。リーダーに仕事を渡し、リーダーがどの仕事を誰に渡すか考える。



（石井, 2015）

図 2-2-2 オフィス rana

知らない統合失調症の患者さんに仕事を教えること)も、訓練内容に含めている。

さらに、仕事は「できたら終わり」ではなく、「依頼主の意図にそぐわないものは仕事ではない」との考え方を基本としている。メンバーはそれぞれ、仕事が完了したらリーダーに確認してもらうことになっているが、出来が不完全な場合には、支援者が意図的に「これをリーダーに見せましたか？」と尋ねる。そして、「見せた」ということであればリーダーに OK を出した理由を尋ね、その仕事の不完全な部分を指摘するという形で負荷をかける。

メンバーの半数以上が休職者であった時期には、席数の都合上、本来はリーダー席で訓練すべき人もメンバー席にいる時間の方が長く、そこでは仕事もたやすくこなせるため、rana が居心地の良い場所となりすぎて復職できない方も出てきた。しかし、大半はリワークで CBT の他にもいろいろなことを経験し、復職していった。

(2) 厳しい場であること・負荷をかけること

オフィス rana には復職者だけでなく初めて就職する人もいるため、ストレスや厳しさのある環境での訓練が大事だと考え、厳しい言葉が飛び交うオフィスにした。そのため、入ったばかりの人が、他の人の受けた厳しい言葉を聞いて、次の日休むということもよくあった。休んだ理由を面談で聞くと、「相当厳しいことを言われているのでドキドキした」と言うので、「でも、あなたが言われたことではないですよ」と確認し、「今までも他者に対する厳しい言葉を全部自分に引き入れ、具合が悪くなることがあったのでは？」という話をしたりもした。そういう話をするくらい rana はシビアな世界であった。

また、リーダー席に座ることを喜ぶ人とそうでない人がみられるが、本人たちの意思とは関係なく、どちらが彼らにとってストレスに対処するための訓練となるかを考え選択した。会社での昇進は、必ずしも思い通りにはいかないものなので、能力が高くリーダー席がふさわしい人ややりたがっている人ではなく、やりたがらない人をリーダー席に座らせるという形を定石としてよく使った。こうした状況の中、どんな時でも感情をコントロールすることが、職場に戻るためには重要であるとした。

こうした中間管理職の訓練は、非常に効果がある場合があった。例えば、平社員の時期は優秀であったが、係長になり3回くらい休職を繰り返していた方に、このリーダー席にも座ってもらったが「自分が会社にいる時、いろんな人が自分を見ていると思ってしまい、仕事ができなかった。しかし、自分がこの席に座ってみて、こちらから全員を見ることはできないことを経験し、「逆に自分も全部を見られていたわけではないことを実感した」と述べていた。

(3) 契約のこと

「プライムワークデイケアオフィス・rana」は9時から17時の疑似会社訓練(表2-2-5)の場である。この訓練を利用するには、ひだクリニック内にある就労支援部との契約が必要である。なぜなら、会社とは自分が行きたい時に行くものではなく、決められた時間に決められた場所に行くものであるため、実際に自分が週何日通えるのか、何時間ここで続けられるのかを考え、その日数、時間を契約という形で明確に取り決めるようにした。

表 2-2-5 疑似会社訓練

-
- ・就労の現場で充分ありえる厳しい言葉が飛び交う
 - ・「具合が悪いと言えば休める」からの卒業
 - ・ひじ掛けのある椅子とない椅子
 - ・無条件の平等は本当の平等ではない
 - ・出来る人、出来ない人それぞれがいて本当の社会の縮図
 - ・ひじ掛けのある椅子の責任の重さ
 - ・休職者の中間管理職の訓練にも
-

(石井, 2015)

そのため、どうしても休む場合には、会社と同様に事前に連絡し、なぜ休むのか電話できちんと説明する必要がある。その際、ただ「具合が悪い」というばかりではなく、具体的に状態を説明する。支援者側はそれを聞いて、本当に症状が悪いのか、ただの反応なのかを判断し、出勤を勧めることもある。例えば、前日家族と喧嘩をして気分が落ち込むのは「症状」ではなく、普通の「反応」であると理解を促す。

実際に企業に勤めるのとほぼ同じような形でタイムカードを押し、席に座ると仕事を振られる。仕事のやり方が分からない時には周りに聞く必要もあり、分かる人は分からない人に分かるように伝える訓練の場もある。

その他、利用者に対する面談を、リワークや rana での訓練中も復職後も随時行った。講義ではきちんと入るのに、現実になるとうまく入らないといった悩みに対応し、その一方で、1週間に1度、会社から帰ってきた人達の面談を行った。リワークでは「患者さん」という立場なので失敗しても許され、意外と力を発揮できるが、職場に戻ると緊張のためにできない、といった状況に対応するため、面談をしながらリワークでやったことを確認した(石井, 2015)。

また、rana とリワークに、共通点を多く作った。それにより、利用者同士でフォローし合えるようになった。例えば、心理教育の中で、「大海原を手漕ぎボートで漕いでいくと見えた黒い点が何か」について、近寄るまでは何であるかわからないのに、「ぶつかるかもしれない」、「攻撃されるかもしれない」等と考えてしまうことを例に挙げ、黒い点が何かかわかるまで保留にしておくことも大事であることを、面談や利用者同士が話し合えるようにしたことは効果的であった(石井, 2015)。

(4) 復職後を視野に入れた支援

復職後の最初の頃を除き、日曜や夜8時までの来診が難しくなるため、クリニックに来られなくなることが多い。そういう時のために、仲間同士助け合える状態、そして、そういう仲間ができるようなグループ作りをしてきた。そのため、復職後にうまくいっているかどうかは、一人と面談をすると、誰の調子が悪いとか、うまくいっているといた多くのメンバーの情報が伝わってくる。

休職者が復職した後、「復職者」といつまで呼ぶのかは企業によって異なる。3年経っても復職者としていろいろな制度で保護されている人もいれば、民間であれば復職してまもなく130%やらなければならない企業もある。最終的には、彼らは元の会社に戻らなければならないと考える。ただし、元の会社に戻っても悩みはある。その際、最初に相談するのは医療スタッフかもしれないが、最終的には仲間と同じことを共有できるようにすることを重視してきた。

6 うつ病者の復職支援における課題

(1) 医療的支援における課題に関する事例

うつ病についてどこまでの範囲が「医療の行う支援か」という課題がある。実践における一番顕著な例としてAさんの事例が挙げられる(石井, 2015)。Aさんは、30代になり、ある時、上司から「今まで何をしていたのか」と言われ、「パワハラがこたえて休職」した。

そこで、リワークと rana を利用し支援者との面談を定期的に入れることとなった。面談でAさんは家族等が「自分が休んでいることに対して批判的である」と訴えていた。こうした状態が1～2週間に1度みられたが、半年くらいかけてこうした状態に変化がみられ「もしかして悪かったのは自分かな」と考えられるようになったが、面談が1ヵ月中断したところ、元に戻ってしまった。半年かけてやったことが1ヵ月で戻ってしまったことから、もう一度半年かけることではないと思い、面談をやめることとした。ところがこのように医療が一生懸命やっても変えられなかったにも関わらず、Aさんはその後住宅ローンの支払いのため復職した。この事態に直面して、「これは医療がやることなのか」という疑問を抱かざるを得なかった。

勿論、医療の支援により変わっていく人もあり、rana やリワークの認知行動療法における振り返りによって、「今は最悪でもないし最良でもない」と考えられれば、それは医療の効果だが、医療ではできないこともあるので、そこをどう切り分けるかが課題の1つである(石井, 2015)。

また、どうみても「病気ではない」と思われるBさんのような場合の対応も課題である(石井, 2015)。Bさんは、以前に4、5件のクリニックの医師から「病気ではない」と言われていたことを知らずに引き受けたが、やはり「病気ではないのではないかと」思い始め、結局「うつ病ではない」という診断をした。医療から「病気ではない」と言われたことで、Bさんは職場に戻っている。

Bさんのように面談で服薬や気分の話が全く出ない患者は意外と多く、「医療が支援するかどうか」を決めるうえでは、「(本人と話していて)医療の話が出るかどうか」が重要点であると考えられる。医療が助ける必要がある方は医療が助け、そうでない場合は、現実に気付いてもらう事も大事である。終わってみなければ、医療が必要な人なのか否かが判断できないので、全ての人に同じように手をかけるものではないと考える(石井, 2015)。

非定型うつ病の場合、うつ状態等や職場環境等の条件が揃えば、休職するよりも多少無理をしてでも仕事を続ける方が予後がよい場合がある(第1章 3節)。Aさんの場合も休職よりも仕事を無理のない範囲で続けながら回復を目指す手立てがあったならば、より良かったのではないかと考えられる。

社内の上司等のラインによるケアと必要に応じての医療、労働サイド等の支援機関との連携により、仕事をしながら回復を目指す手立ての整備も有用なことと考えられる。

(2) 早期支援の重要性

さらに、「早期支援」の重要性が挙げられる。つまり最初(休職した段階)から関わることであった場合に最もよい結果に繋がる。休職の始まりを知っている(休職したいがどうしようかと相談を受けた)ケースでは、復職の失敗はあまりない(4件中4件とも復職できた)。休職中、どのようにやっていくか、どういう戻り方をするか等支援計画を立てやすい。しかし、多くの場合、支援開始時に既に休職している(全ての人が復職支援を受けるわけではない。支援を受けるのは、長い時間休職している・休職期間の満了が近い・複数

の休職経験者が多く、最初から支援できるケースは減多にない。)といった現状も課題である(石井,2015)。

(3) 病気の理解についての個人差

うつ病とその症状を利用者がどう考えるかが復職に向けても重要である。病気を治したいという気持ちがある人の場合、原因である病気が自身の外にあり、それが自分にかぶさってきたと捉え、それを外すために取り組む姿勢がある。しかし、病気をこのように捉えず、病気からの回復を信じられないために取り組む姿勢がみられない人もある。後者の場合が課題である(石井,2015)。

7 プログラム参加者のその後

平成22年7月～平成27年1月までのCBT利用者の「参加時の状況」を表2-2-6にまとめた。さらに参加時に休職中であった利用者の復職等の「その後の状況」を表2-2-7にまとめた。

表2-2-6
CBT参加時

参加時	人数	割合
休職	79	63.7%
就活	44	35.5%
就職	1	0.8%

(石井,2015)

表2-2-7
休職(参加時)のその後

その後	人数	割合
退職	8	10.1%
転職	5	6.3%
入院	1	1.3%
復職	62	78.5%
他リワーク	3	3.8%

(石井,2015)

第3節 若年うつ病像の変化に対応した復職とリハビリへの支援

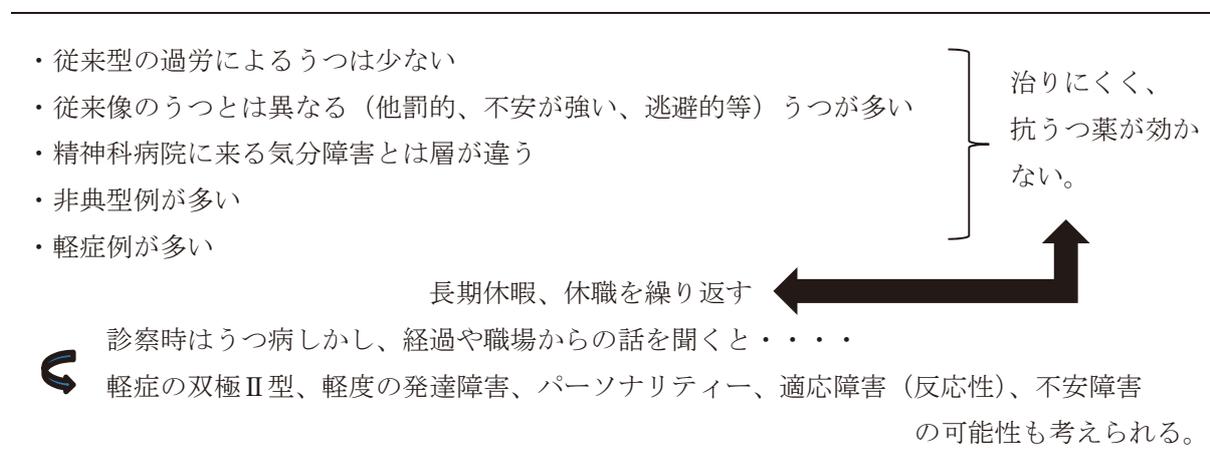
精神障害者の雇用が著しい伸び（前年度比 33.8%）を示す（平成 25 年障害者雇用実態調査）一方で、復職・再就職できなかつた約 25%中、体調不良やモチベーションの低下による中断以外の多くは、「復職先の職場との調整が上手くいかない」等が原因で復職・再就職後に約 1 割が再休職や退職をしていた。こうした状況の共通点は、「支援の一貫性」や「連携不足」の問題である（さくら・ら心療内科, 2014）。

こうしたことから、精神障害者の障害特性を踏まえた支援として、復職・再就職コーディネータスタッフが、旧来の治療医療リハビリテーションに留まらず、積極的に関係機関や企業と連携し、シームレスな復職支援を目指す取り組みを行った（さくら・ら心療内科, 2014）。本節では、こうしたさくら・ら心療内科のうつによる休職者のための「復職支援プログラム」とうつによる休職を繰り返しひきこもりがちな利用者のための「リハビリプログラム」による復職・再就職支援におけるうつ病像の変化への対応とその効果についての講演（加藤, 2015）を以下にまとめた。

1 最近の若者うつ病の特徴

表 2-3-1 及び表 2-3-2 は、最近の若者のうつ病の特徴をまとめたものである。

表 2-3-1 最近の若者のうつ病の特徴



（加藤, 2015）

表 2-3-1 中の若者のうつ病の特徴の 1 つとして、その言動が他者に他罰的との印象を与えがちと指摘されているが、リワークプログラムへの参加によりこうした課題に変化がみられる（表 2-3-2 中※）。

表 2-3-2 他罰的とは

・他罰的とは、人間心理にとっても自然なもの

・うつの表れではなく性格傾向の表れであり、それは時代的・文化的な変化を表している

(中嶋聡 精神神経学雑誌 No.5 vol.116, 2014)

※・臨床経験上、外来診療では自己本位で他罰的な発言が多い。しかし、リワークプログラムを開始する中で、外的問題から自分自身の問題に移る過程で、変化することがほとんどである

・失敗体験という辛すぎる現実を受け止められず起こる心理か、または自己防衛とも考えられる

※・プログラム導入することで早い段階から、初期の課題は解決できる

(加藤, 2015)

2 復職準備性への支援と再発・再休職予防のためのリワーク支援

(1) 医療機関におけるリワークプログラムの特徴

若者が延々と休み、どんなに一对一で対応し、手を尽くしても、不安や恐怖により復帰できない状況がみられ、身体疾患に比べても復職率は非常に低く（45.9%）、退職率も高い状態（42.3%）である（独立行政法人労働政策研究・研修機構）。

また、従来の治療法の場合、最初の1ヵ月で復職者の2割は脱落し、復職6ヵ月の時点で再休職が55.9%との報告（厚生労働省, 2013）もある。こうした従来のメランコリー型とは異なる非メランコリー型のうつ病患者に対するリワーク支援ニーズが高まっている。

その背景の1つは、焦る本人の仕事の継続可能性を医師が見極めないままに復職するという状況である。

地域障害者職業センターがリワークプログラムを全国で最初に開始しているが、表2-3-3は医療機関でのリワークプログラムの実施状況をまとめたものである。

表2-3-3 医療機関におけるリワークプログラム

1997年にNTT東日本関東病院の職場復帰支援プログラム（RAP）から始まり、
2005年よりメディカルケア虎ノ門が精神科デイケアの枠組みで復職支援を開始「リワーク・カレッジ」
2008年3月より「うつ病リワーク研究会」発足
現在、医療機関（正会員）は197施設（688人）を超え、病院、クリニックとリワークを行う施設が増加
また内容の標準化や再休職率、失職者の再就職等の研究を行っている。

（加藤, 2015）

医療が行うリワークでは、精神科の専門医が担当し、確定診断、病状評価を行える。さらに一番のメリットは、プログラム参加中の体調不良に対して医師が早めに介入できる点である（表2-3-4）。また例えば、診断変更後の薬物調整や、安定剤等の減薬が医師により可能であり、プログラムと並行しながら病状安定を行っていく。

また、集団精神療法や認知療法等、臨床心理士が専門としている精神医学・心理学的技法も援用し、復職準備性の向上・評価と再休職予防の取り組みを重点的に行っている。

復職準備性に関しては、技能評価やレベルアップ等は、地域障害者職業センターに依頼している。また、モデル事業において職能評価が困難な利用者を地域障害者職業センターに依頼するケースも多い。そして、医師は治療が終結するまでは継続して利用者を支援し、デイケアもフォローアップする。

表 2-3-4 リワーク「医療」の特徴

-
- ・ 精神科医療の専門医が担当し、診断の確定、病状評価も行う。
 - ・ 集団精神療法や認知療法等の精神医学・心理学的技法を用いる。
 - ・ 復職準備性の向上・評価を行い、再休職予防を目指す。
 - ・ 復職後の外来通院やフォローアップのためにグループ療法を行いやすい。
 - ・ 希望する患者に保険診療としての一連の医学的リハビリテーション治療である。
-

(加藤, 2015)

(2) 復職準備性と「リワークプログラム」

「リワークプログラム」は、基本的な体調管理やリズムも病状の安定後に、集団に馴染む中で、疾病教育や生活指導を受けるものである。そして、徐々に様々な心理療法的プログラムや集団の力を借りつつ、自己分析をし、復職後もフォローしていく。

一方、「リカバリープログラム」(後述)は、体調が回復し、「デイケアに通所できる可能性」が想定できる時期から導入し、週1回、半日程度からでも支援していく。リカバリープログラムからの復職もあるため、リワークプログラムに至らない場合も想定した、治療的な要素も幅広く取り入れている。

復職準備性について以下のような状況と課題がある。

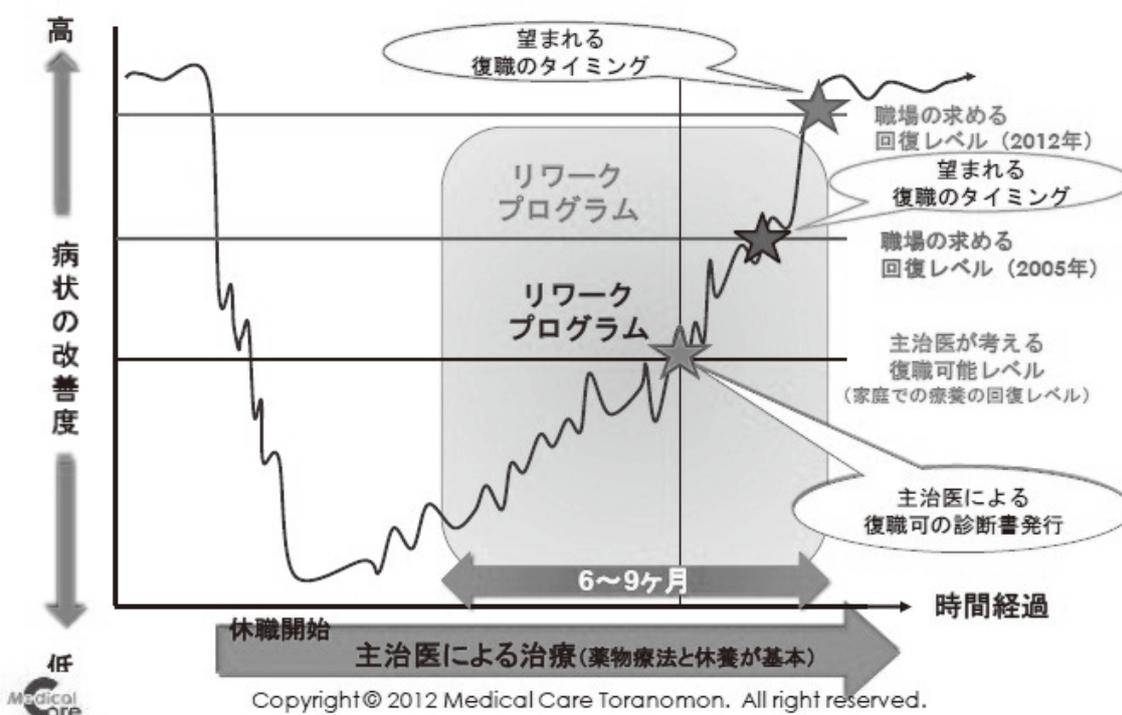
外来レベルでの病状の回復を見ながら主治医が就労可能という診断書を書く場合、抑うつ気分や不安等の減少に基づき判断するが、外来レベルでは、復職準備性や再発予防について判断することが難しいのが現状である。

こうした状況の中、会社が求める復職時の回復基準が非常に高くなってきており、復職支援プログラム中にこうしたレベルを達成することがまず必要である。

このため、主治医のみの復職判断や気分の回復のみでは、うつは十分に回復していると言えず、やはり認知機能や記憶力の低下の程度に注意を払いつつ、段階的な負荷による病状の安定を確認できるようなリハビリが必要である。

こうしたことから、図2-3-1に示すとおり、復職後の安定のために、リワークプログラムの期間を6～9ヵ月を標準としている。

休職中のうつ病の回復と復職準備性



(五十嵐良雄：リワークプログラムの広がりを見る現代的な意義、臨床精神医学、2012；41：1503-1508)

図 2-3-1 休職中のうつ病の回復と復職準備性

(3) 医療が行うリワークプログラムの4要素

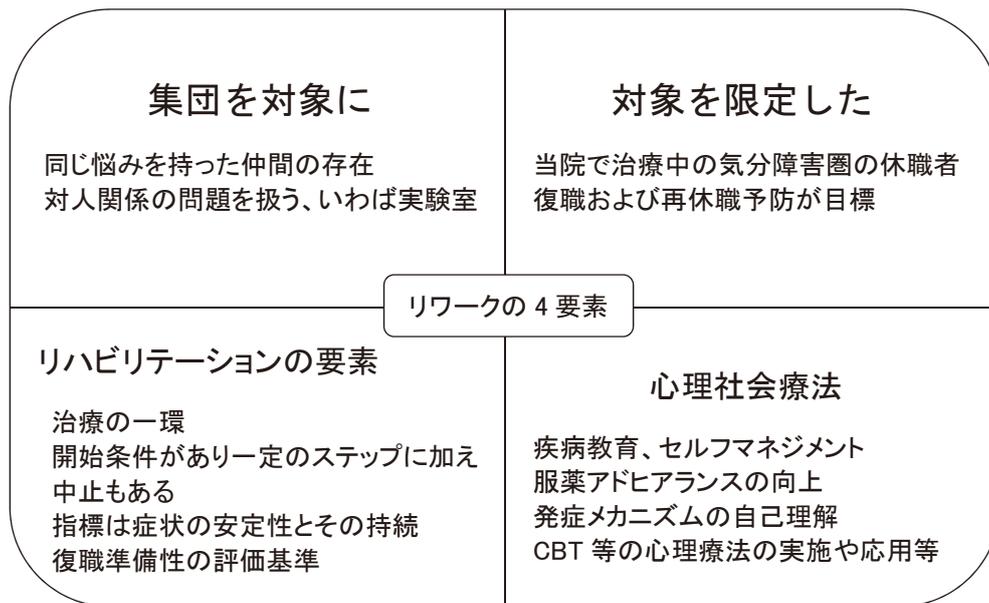
復職に至るまでの医療におけるリワークプログラムには4つの要素(図2-3-2)がある。

要素の第1は、「同じ悩みを持った仲間」の存在であり、対人関係の問題、本人の認知行動パターンを見るための実験室的な意味合いを持つ。最初は、やはり、休職したことへの落胆や他罰的な気持ち、不安や孤独を抱えて集団に入る。そして、同じ思いを抱いている集団の中で、仲間を受け入れ、仲間から受け入れられ、落胆やネガティブな気持ちから脱却していく過程が大切である。

第2は、「治療中の気分障害の休職者」(「安心できる場(集団)」)に限定した「復職及び再就職」という「同じ目標」に向かうことによる治療の凝集性の高さである。

さらに、第3は「リハビリテーション」の要素である。治療の一環であり、医療のリハビリとして開始条件やステップ、中止という事もあり得る。見ているのは症状の安定とその持続、そして復職準備性の評価である。

そして、そのリハビリテーションの要素は、「心理社会療法」である。この中には、再発予防のための疾病教育やセルフマネジメント、病気の発症原因の振り返り、自分自身の理解、復職後の再発予防(後述)等が含まれる。



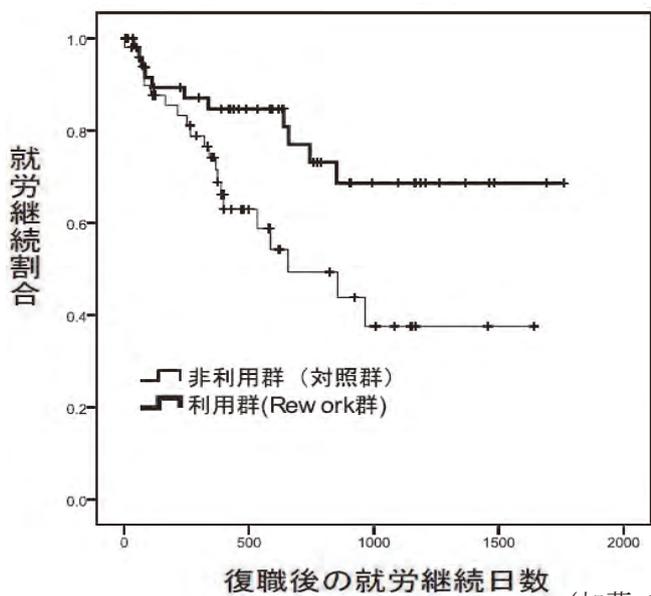
Copyright © 2012 Medical Care Toranomon.all rights reserved.

(加藤, 2015)

図 2-3-2 医療機関におけるリワークの 4 要素

(4) 再休職の予防に関するリワークの効果

図2-3-3は、就労継続率（再休職のリスク）について、リワーク利用群と非利用群を比較したものである。



非利用群の再休職リスクは、利用者群の2.388倍であった（加藤, 2015）。

図2-3-3 復職後の就労継続状況

表2-3-5は、医療機関（6機関）によるリワークプログラムの利用者の復職後の就労継続性に関する効果の研究の結果を示したものである。リワークプログラム利用者は非利用者と比較して、就労継続状況が有意に良好であった。（Log-rank test $p=0.014$ ）

表2-3-5 復職後の就労継続性に関する効果の研究・結果

【対象】

リワークプログラム利用群：6医療機関（北海道、東京、京都、大阪、福岡）

非利用群：22企業（北海道、東京）

【結果1】

対象者323名を休職回数やこれまでの総休職期間等の条件によりマッチングを行い、絞り込んだ102名（51:51）を対象に復職後の就労状況を比較した結果、リワークプログラム利用者は非利用者と比較して、就労継続状況が有意に良好であった。（Log-rank test $p=0.014$ ）

【結果2】

基本属性、病歴、就労属性等を共変量としたCox比例ハザードモデルによる多変量解析の結果、リワークプログラム非利用者の再休職のハザード比は2.388であった。（再休職のリスクが利用者の2.388倍）

（ $p=0.027$ 95%CI:1.103-5.169）

「復職後の就労継続性に関する効果研究～Multicenter Retrospective Study（多施設共同後方視的研究）」

平成24年度厚生科学研究

（加藤, 2015）

(5) リワークプログラムの内容

リワークプログラムの実施日は月曜日から土曜日までである。「認知行動療法」「集団精神療法」「自分研究」「SST」等の心理プログラムや「疾病理解の講義」「食育」等の教育プログラム、「ワークトレーニング」「クレペリン検査」等の個別プログラム、「オフィスワークプログラム」「対人スキルトレーニング」等の集団プログラム、その他、リラクゼーション系のプログラム等の5つのプログラム形態から構成されている。

平成20年から237人の利用者があり、20歳台から40歳台がほとんど(30～40歳台が最多)であった。

表2-3-6 リワークプログラム例

	月	火	水	木	金	土
午前	認知行動療法	自分研究Ⅱ (集団)	疾病理解 の講義 or クッキング※ or ウォーキング※	クレペリン検査 or 文章構成 トレーニング or 近隣清掃	オフィスワーク シミュレート or 対人スキル トレーニング	ワーク トレーニング or 自分研究Ⅰ (個別) or 交流会
	ワーク トレーニング					
午後	食育	集団精神療法	自分研究Ⅰ (個別) + 認知機能 トレーニング	SST	生活活動分析 (行動活性化)	ワーク トレーニング or 自分研究Ⅰ (個別)
	卓球※ or ボクササイズ	ワーク トレーニング			自律訓練法	ヨガ

※ 利用者主体

(加藤, 2015)

(6) リワーク利用者の属性

リワークプログラム利用者（図2-3-4）のほとんどは何かしらの職に就いている。

疾病の内訳はうつ病が半分以上、次に双極性障害Ⅱ型であった（図2-3-5）。なお、複数回休職を繰り返したのち、職場から「リワークに参加してきて下さい」と指示が出て参加するケースも増えており、そもそものモチベーションの低さも手伝って難治化の傾向にある。さらに、不安障害や軽度の発達障害、そして統合失調症、その他（高次機能障害を含む）の順である。この中には双極Ⅱ型から発達障害に診断が変わった利用者もみられた。

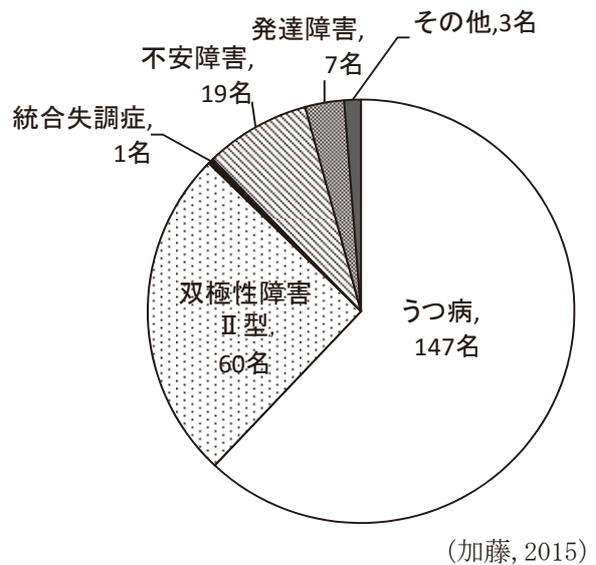
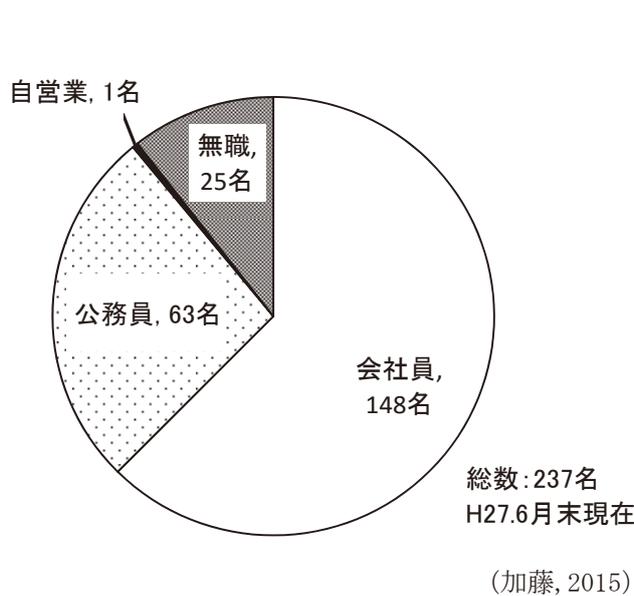
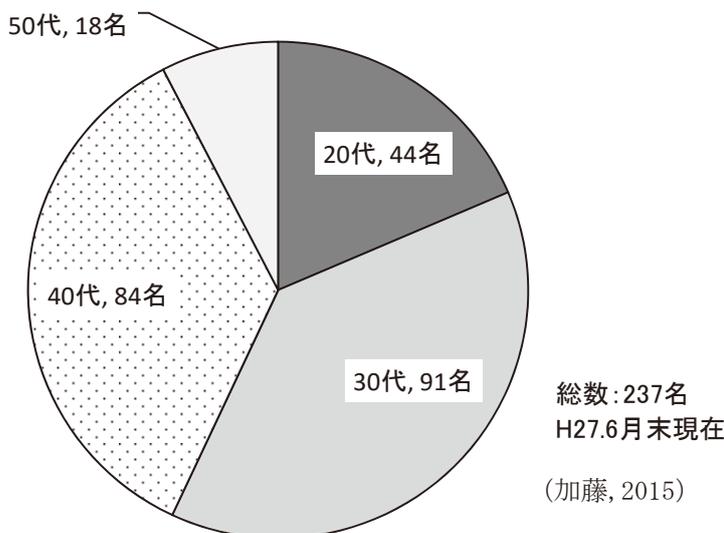


図2-3-4 リワーク利用者の属性（職業）

図2-3-5 リワーク利用者の属性（疾患）



リワーク利用者の年齢を示したものが図2-3-6である。20歳台、30歳台の利用者が半数以上であった。

図2-3-6 リワーク利用者の属性（年齢）

(7) リワーク利用者の転帰

213人がリワークプログラムを終え、復職・就職が約78%であった。この他は、中断、他施設への移動、期間満了での退職、また、入院や引越しといったケースであった。

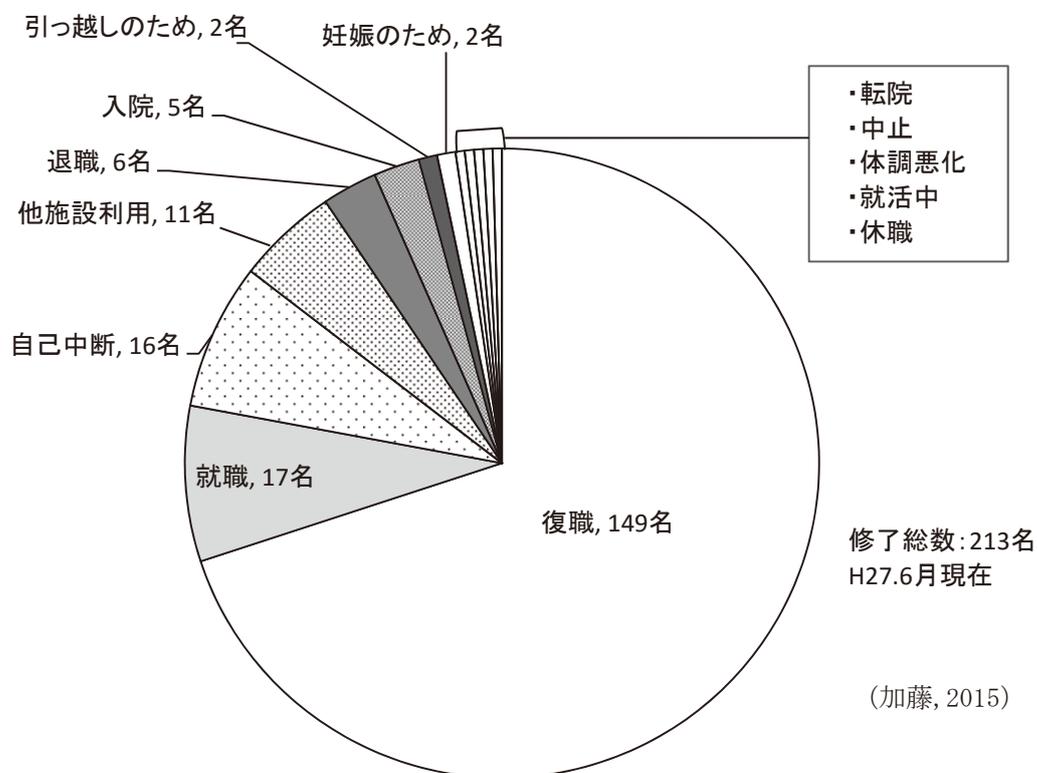


図2-3-7 リワークデイケア修了者の転帰

こうしたリワークプログラムの結果から、その有用性を実感すると共に、リワークに該当しないが、どこにも属していない気分障害・不安障害を有する方が、リワークプログラムの要素を社会資源の1つにできるとよいつの考えが、リカバリープログラム（後述、表2-3-23）開始のきっかけともなった（加藤, 2015）。

以下に、こうしたリワークプログラムの若者利用者に特徴的な課題をまとめた。

(8) リワークプログラムにおける若年利用者の就業上の課題とその解決策

リワークプログラム若年復職希望者の就業上の課題として、表2-3-7に示した他罰傾向や回避傾向がある。そこには過去における失敗体験のようなトラウマが関係していることが挙げられる。また後述する「自分研究」以前に作成する、自身の半生を振り返る「自分の履歴書」には、幼少期における家族関係の問題が書かれているケースも相当数みられた。そのため内面の空虚さ、無力感ゆえにモチベーションの低さが課題となるケースもある。

その他、引きこもりや発達障害によるコミュニケーションの不得手、キャリアを描き辛い将来への悲観といった課題も混在する。

こうした課題をリワークコーディネーターが主治医と連携し、一貫した関わりで集団と個別、連携の力を使いながら解決し、復職・再就職に結びつける取り組み（後述）を行った。

表2-3-7 リワークプログラム若年利用者の就業上の課題

-
- ・ 他罰傾向
 - ・ 回避傾向
 - ・ 失敗体験
 - ・ 復職モチベーションの低さ
 - ・ 対人コミュニケーションの不得手
 - ・ 将来(キャリア)の悲観視
-

(加藤, 2015)

さらに、最近モデル事業を行い、こうした課題の解決、企業や地域の他機関との連携が可能となり、企業も復職者をうまく導くことが可能となり、前掲の課題も少しずつ見通しが立ちつつある。以下にこうしたリワークデイケアと職場の連携を中心にまとめた。

3 リワークプログラム・復職希望者と職場との連携による課題の解決

リワークプログラムでは、医療機関・復職希望者・企業の3者の同意に基づくリワーク支援（表2-3-8）の個別担当者が毎月復職希望者（以下、ユーザーという）の評価をしている。

まず、リワーク支援導入後、今後、職場との連携をとる旨をユーザーから同意を得て、職場からも復職に向けた情報交換を行う旨の同意を得る（表2-3-8中の①）。

3者同意の後に、「休職前」のユーザーの様子（休職前のユーザーの働き方、対人のパターン等）、休職中・復職後の処遇内容休職期限、会社サイドの担当者、復職後に試行動務の有無、部署間の異動の可能性の可否について情報を得る（表2-3-8中②）。

こうしたステップを経て、リワークデイケアの評価表を基本的には毎月、産業医宛てに送付する。産業医がいない職場では、誤解がないように言葉を少し平易にして人事労務担当や上司宛てに送っている。

また、リワークプログラム利用中、復職前の面談は、ユーザー自身で行うのが基本的だが、休職前、既に

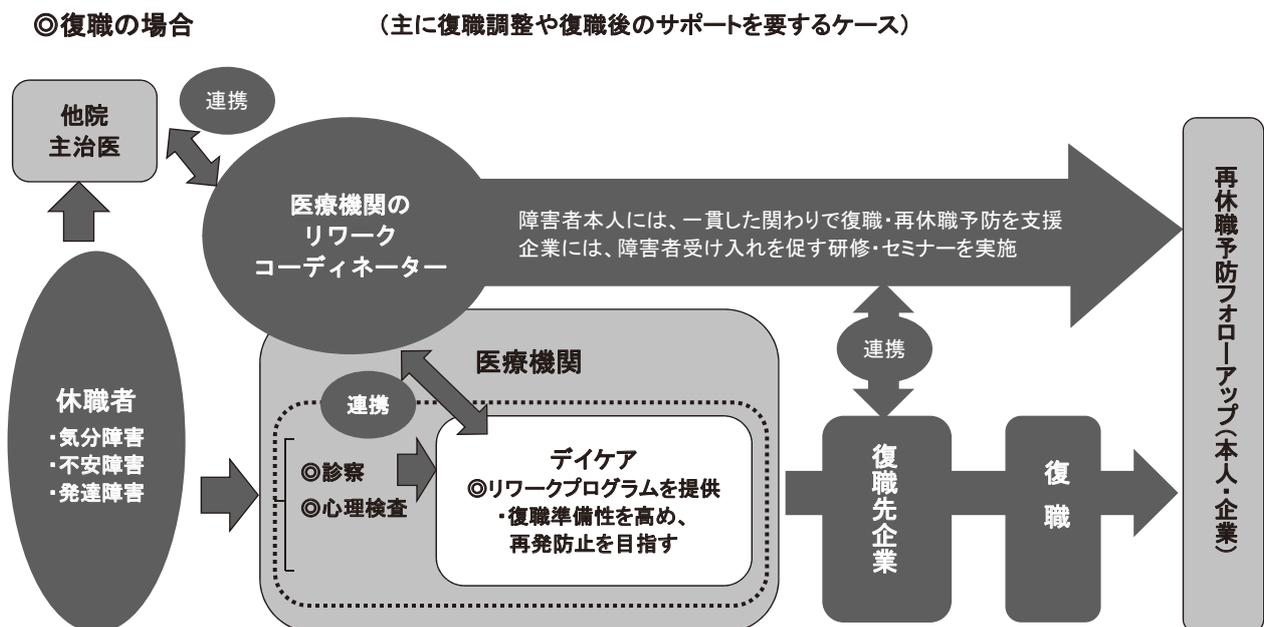
関係性が悪化していたり、発達障害によって特性による環境調整が必要な場合には、コーディネーターがユーザーに代わって職場訪問し、情報共有や意見のすり合わせ、復職調整を行う。

表 2-3-8 リワーク支援と職場との連携について

- ①リワークプログラム導入後、ユーザー同意を得て会社からも今後復職に向けて情報交換を行う旨の同意を得る（同意書送付）
- ②その際、休職前のユーザーの様子や、休職中復職後の処遇内容、担当窓口について併せて会社から確認する（情報提供依頼書送付）
- ③上記①、②を経て、リワークデイケアの評価表を基本的には毎月産業医宛に送付。必要に応じて電話連絡、会社訪問を実施
- ④復職時に会社・ユーザーを交えて面談し、復職へ向けた調整を行う（必要に応じて）

(加藤, 2015)

医療機関のリワークコーディネーター、ユーザー・企業との連携を示したものが図 2-3-8 である。



(加藤, 2015)

図 2-3-8 「連携」のイメージ図（復職の場合）

4 リワークデイケアにおける評価表

(1) Aさんの評価

表2-3-9 Aさんのリワークデイケアにおける評価(1)

A. 基本項目	17 / 22
B. 対人交流	21 / 24
C. 心理的側面	11 / 12
D. 疾病理解	11 / 12
E. 全体的判断	3 / 4
総計	63 / 72

(加藤, 2015)

リワークデイケアにおける実際の評価は全部で17小項目(表2-3-9)(詳細後述、表2-3-12)あり、全体的な判断を総評コメント(表2-3-10)にまとめる。これらの評価項目は、下の表に示す基本項目(出席できているか、生活のリズム等)、対人交流、心理的側面、疾病理解、全体的判断の5つの評価項目に大別される。

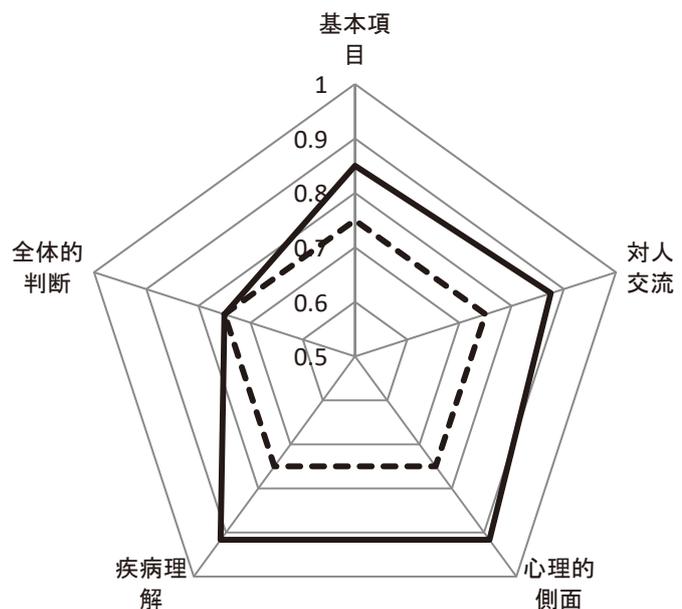
表2-3-10 Aさんのリワークデイケアでの各小項目の評価(2)

評価項目	小項目	評価	コメント
A. 基本項目	1. 出席率	④・3・2・1	週4回定期的に通所し、自分の課題に応じて土曜日のショートケアにも参加し始めている。プログラム中眠気や疲労感は観察されることなし。睡眠も9時間で寝つきの悪さは改善。起床時間も出勤時間に合わせて6時に起き、ウォーキングをする等生活リズムと体力を仕事モードに持っていく練習をしているが、波が出ることなく問題なく経過している。休日は、家族と外出する機会が増え、自分でも「行きたい」と思えるようになっている。
	2. 眠気・疲労	④・3・2・1	
	3. 集中の持続	4・③・2・1	
	4. 生活リズム(睡眠・食事)	4・③・2・1	
	5. 体力(活動量)	4・③・2・1	
	小計	17	
B. 対人交流	6. 他メンバーやスタッフとの会話	④・3・2・1	デイケア内においては問題なし。他メンバーと冗談を言い合いながら穏やかな対人交流を保っている。自分の課題をプログラムで出し、スタッフに確認を求める等サポートを得ることへの抵抗感も減っている。視線や表情がコミュニケーションスキルで重要であると考え、自分なりに気付き実践している。家庭内においても同様に実践し、良い関係が築けていると実感。現在の課題は、過去休職してしまった状況を振り返り、仕事を断る「NO」と言える勇気(認知の修正)と対人スキルが必要であったと認識しており、復職までに引き出しを増やしていくこととしている。
	7. 協調性	④・3・2・1	
	8. 適切な自己主張	4・③・2・1	
	9. 不快な行為	4・③・2・1	
	10. 役割行動	4・③・2・1	
	11. 対処行動	④・3・2・1	
小計	21		
C. 心理的側面	12. 気持ちの安定	4・③・2・1	概ね安定している。ただ問題を目の前になると冷静さを失う傾向あり。先日も数年前の手帳を読み返し、現在掲げている目標と同じであったことに対し、不安感を強くした。(同じ目標では、また休職してしまうのではないか)その時は、スタッフと話し合い解決したが、復職しても同様のことはあり得ること、冷静にまずは受け止め身に付けたスキルを活かす必要があること話し合った。自分研究を軸に積極的・意欲的にプログラムに取り組んでいる。周りのアドバイスや指摘は素直に聞き入れて、修正できている。
	13. 積極性・意欲	④・3・2・1	
	14. 他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応	④・3・2・1	
	小計	11	

D. 疾病理解	15. 病気の理解	④・3・2・1	頻脈はかなり減った。突発的な問題については、冷静さを失うことあるが、スタッフにアドバイスを求め、自動思考記録表を日常的に書く等コントロールに努めている。
	16. 病状のコントロール	4・③・2・1	
	17. 服薬状況	④・3・2・1	
	小計	11	
E. 全体的判断	18. 全体的な判断	4・3・2・1	段階的な勤務からのスタートならば、勤務可能と思われる。
	小計	3	

(加藤, 2015)

右の図に点線で示した 75 パーセント (0.75) が復職する際の目安である。実線は、表 2-3-9 の A さんの 5 項目をこの目標値に照らした場合の状況を示す。



(加藤, 2015)

図2-3-9 Aさんのリワークデイケアでの評価(3)

Aさんの評価結果(表2-3-9及び表2-3-10と図2-3-9)に加えて、Aさんの総評コメントの一例を表2-3-11に示した。

表2-3-11 Aさんのリワークデイケアでの評価(4)
(総評コメント)

総評コメント

前回目標としていた

- ① 6時に起床し、出来る範囲でウォーキングを行う(入社時間に合わせた起床と朝の涼しい時間を利用して体力作り)
- ② 自分研究や認知行動療法を通して、自分自身の振り返りと対処法を習得する
- ③ ①と②を実践しつつの体調の確認(身体症状、気分の変化はどうか?復職レベルにあるか?等)

を自分なりに推し進めることができた1ヶ月であったと思われます。

問題に直面し、冷静さを失う場面もありましたが再度自分を見つめ直すきっかけになったと思われ、対応法が具体的になりました。

現在の状態で復職は可能と判断されますが、「時間制限」「評価を気にしなくて良い仕事への従事(質・量を求めない)」「サポートを欲した時にサポートできる体制」があるとベターだと思われます。

(加藤, 2015)

(2) 評価におけるアンカーポイント

評価項目①から⑰についてスタッフが4段階で評価する（詳細は表2-3-12を参照）。また項目④⑤⑮⑯⑰は、「リワーク研究会の標準化リワークプログラム評価シート（以下、標準化評価シート）」とは別に、独自に加えたものである。

評価内容をみていくと①出席率、②眠気・疲労、③集中力の持続、④生活リズムは症状と非常にリンクする部分であるため重要視している部分である。（加藤, 2015）。

この他、⑤体力（活動量）に関しては、過活動なユーザーの場合は少し点数が低くなるように工夫しており、以下⑥他のメンバーやスタッフとの会話、⑦協調性、⑧適切な自己主張、⑨不快な行為、⑩役割行動、⑪対処行動、⑫気持ちの安定、⑬積極性・意欲、⑭他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応も標準化評価シート」によるアンカーポイントに沿って評価している。

一方、⑮病気の理解（病気に関する利用者の理解度）、⑯病状のコントロール（病気を理解した上で、コントロールする）、⑰服薬状況という項目は必要性を考慮し、独自に加えた評価項目である。

「病状のコントロール」では、例えば、双極性障害の場合、自身の状況（症状の波の上がり下がり）を早めに察知し、その波を大きく・悪化させないように、生活の立て直し、行動調整、状況によっては薬を出してもらおうといった対処の適宜実行を目標としている。

つまり「病状が悪化しないように支援者が調整する」のではなく、「自身で悪化を予防する」を目標としている。難しい面もあるが、多くの場合自己分析による兆候や行動パターンの比較的早めの察知が、双極性障害の再燃防止の助けとなるのである。

これらの他に、出席表や SDS や SASS といった自己評価式による抑うつ度、活動量、そして作業量の変化（毎月クレペリン検査による）を把握する。毎月のクレペリン検査により、向上ぶりが数字で見えてくるとモチベーションにもなり、さらにこうした結果を会社に提出し、復職評価の参考にしてもらっている。

主治医が他院にいる場合も同じ評価表をもとに連携をしながら（返信用の書式をつけ「先生はどのように考えておられるか」というところで足並みを揃え）、復職のタイミングを検討する。

表 2-3-12 評価項目

①出席率	
4	95%以上
3	90%以上、95%未満
2	80%以上、90%未満
1	80%未満

②眠気・疲労	
4	眠気・疲労は全く観察されない
3	眠気・疲労が観察されることもあるが、プログラム参加への影響はみられない
2	眠気・疲労によるプログラム参加への影響が、時に（平均すると週に1回未満）みられる
1	眠気・疲労によるプログラム参加への影響が、しばしば（週に1回以上）みられる

③集中の持続	
4	集中力低下や途切れは、まったく観察されない
3	集中力低下や途切れが観察されることもあるが、プログラム参加への影響はみられない
2	集中力低下や途切れによるプログラム参加への影響が、時に（平均すると週に1回未満）みられる
1	眠気・疲労によるプログラム参加への影響が、しばしば（週に1回以上）みられる

④生活リズム（食事・睡眠）	
4	3度の食事・睡眠が定期的かつ適量である
3	時に不規則になることがあるが概ね良好である
2	努力はしているが体調によって左右され不安定である
1	まったくもって不規則。またはその努力をしていない

⑤体力（活動量）	
4	デイケアをこなし、かつ日常生活においても問題なく活動できており、活動量も適度である
3	デイケアには通所できており、その他の活動は体調に応じてできる
2	デイケアに通所することが精一杯で、帰宅後や休みの日は活動ができないか、または過活動になる
1	デイケアに通所することも困難で動けないか、または活動量が全くコントロールできない

⑥他のメンバーやスタッフとの会話	
4	スタッフや他のメンバーの誰に対しても、話しかけ、会話を持つことができる
3	スタッフや他のメンバーに自ら話しかけるが、相手は特定の人に限定される
2	スタッフや他のメンバーに話しかけられれば返事はするが、自ら話しかけることはない
1	スタッフや他のメンバーに話しかけられても返事さえしないことがある

⑦協調性	
4	自発的に協調性がある活動ができる
3	自発的に協調性がある活動を示すが、時に協調性がとれないことがある
2	自発的には協調性をもって活動にとりくめないスタッフが助言や指導を行えば、協調性をもって活動にとりくめる
1	スタッフが助言や指導を行っても、協調性をもって活動にとりくめない

⑧適切な自己主張	
4	相手を尊重した表現で、自分の考えや気持ちを表現できる
3	自分の考えや気持ちを表現できるが、相手を尊重した表現はできない
2	断れるが、自分の考えや気持ちを表現できない
1	断ることさえできない

⑨不快な行為	
4	不快な行為は、まったくみられない
3	不快な行為を示すことがあるが、他のメンバーに影響を与える程ではない
2	他のメンバーに影響を与えるような不快な行為を示すが、他のメンバーやスタッフが助言や指導を行えば止められる
1	他のメンバーに影響を与えるような不快な行為を起し、他のメンバーやスタッフが助言や指導を行っても、不快な行為が止まらない

⑩役割行動	
4	自発的に自分の役割を認識でき、それに応じた行動がとれる
3	他のメンバーやスタッフが、指摘、助言を行えば、自分の役割を認識でき、それに応じた行動がとれる
2	他のメンバーやスタッフが、指摘、助言を行えば、自分の役割を認識できるが、それに応じた行動がとれない
1	他のメンバーやスタッフが、指摘、助言を行っても、自分の役割を認識できず、それに応じた行動もとれない

⑪対処行動	
4	自己努力または他のメンバーやスタッフの助言や指導を求める行動によって、常に問題状況に対して対処を行える
3	自己努力し、助言や指導を求めるが、ときに問題状況に対処できないことがある
2	自己努力は行うが、助言や指導を求める行動がとれない
1	自己努力を行えない

⑫気持ちの安定	
4	気持ちは常に安定している
3	気持ちが安定していないことがあるが、離席・退出・作業への滞りはない
2	気持ちが安定せず、離席・退出・作業の滞りがときに（平均4週に1回未満）みられる
1	気持ちが安定せず、離席・退出・作業の滞りがときに（平均4週に1回以上）みられる

⑬積極性・意欲	
4	現在の課題や目標に取り組み、自発的に新しい他の課題や目標に関心を示す
3	現在の課題や目標に取り組み、他のメンバーやスタッフの助言や指導があれば、新しい他の課題や目標に取り組もうとする
2	現在の課題や目標に取り組むが、他のメンバーやスタッフの助言や指導があっても、新しい他の課題や目標に取り組むことに消極的である
1	現在の課題や目標に取り組めない

⑭他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応	
4	注意や指摘を理解し、行動変容もできる
3	注意や指摘を理解しようとする態度を示し、自ら内省するが行動変容することまではできない
2	注意や指摘を理解しようとする態度を示すことはできるが、自ら内省することはできない
1	注意や指摘を理解しようとする態度を示すことさえもできない

⑮病気の理解	
4	自分の病気・状態をしっかりと把握し、他メンバー・スタッフに対して助言や指導を求めることができる
3	自分の病気・状態を概ね理解し、他メンバー・スタッフからの助言で気付くことができる
2	自分の病気・状態を理解しようとしているが、理解するに至っていない
1	自分の病気・状態を理解しようとしないうか、または目を背けてしまっている

⑯病状のコントロール	
4	自分の病状を知って適切な対処法を身につけているほか、医師やスタッフの助言や指導を求めて常に対処することができる
3	自分の病状を知って適切な対処法を概ね身につけており、医師やスタッフからの助言・指導によって対処することが出来る
2	自己努力は行うが、医師やスタッフの助言・指導を求める行動がとれず、病状をコントロールする上で十分でない点がある
1	病状のコントロールができない。または自己努力をしない

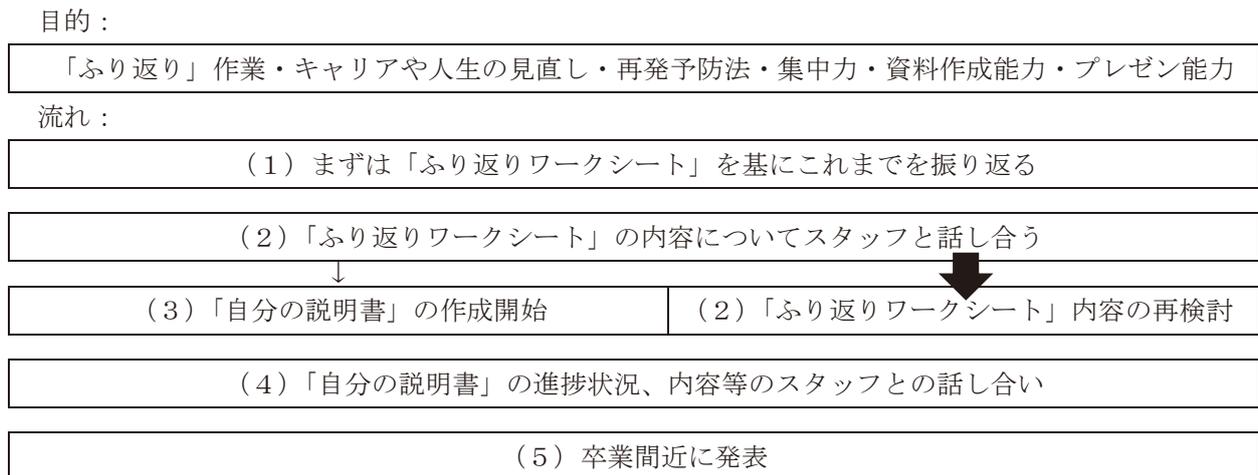
⑰服薬状況	
4	薬の必要性を理解し適切に服用できており、体調の変化に応じて薬の相談が可能で、迅速な対処行動がとれる
3	薬の必要性を理解し適切に服用できている
2	薬の必要性は理解しているものの、時に飲み忘れや自己判断での減量の恐れがある
1	拒薬傾向強く薬の必要性を理解しておらず、自己中断する恐れがあるか、または自己中断している

(加藤, 2015)

5 リワークプログラムにおける「自分研究Ⅰ」の流れ

リワークプログラムにおける「自分研究Ⅰ」の流れを示したものが表2-3-13である。自分研究Ⅰの目的は、前述の「ふり返しワークシート」による自身のふり返し作業、キャリアや人生の見直し、再発予防、集中力、資料作成能力・プレゼン能力（発表を行うため）の育成である。

表2-3-13 自分研究の流れと目的



(加藤, 2015)

(1) 自分研究Ⅰ開始前の「自分の履歴書」の作成

自分研究Ⅰに先立ち、全員が「自分の履歴書」を作成し、生まれてから現在に至るまでの半生をふり返し、左欄に「客観的な事実」、右欄に「主観的なこと」(その時に自身が「考えていたこと」・「実際の行動」等)を書き、「過去、どんな場面でどんな気持ちになり、どんな対処をしたか」と「不具合に陥る様な思考や行動のパターンの有無」とを振り返る。それによって今目の前に起こっている不具合は、自身のこれまでのストーリー(半生)の延長線上であることを理解する。この後に、自分研究Ⅰを開始する。

(2) 自分研究Ⅰにおける「ふり返しワークシート」の作成とユーザーの気づきを促す個別面談

〈「ふり返しワークシート」の作成〉

自分研究Ⅰでは、まず、「ふり返しワークシート」(表2-3-14)を作成する。「ふり返しワークシート」の内容をまとめたものが、表2-3-14である。

表 2-3-14 ふり返りワークシートの内容

①環境と要因について
<ul style="list-style-type: none"> ・発症当時の周りの環境について（職場・家庭・ライフイベント・生活・経済状態等） ・その環境をあなたはどう感じていましたか？捉えていましたか？ ・今後、その環境に適応するにはどうしたら良いですか？ ・デイケアで身に付けることは何ですか？また今、努力しているものは何ですか？
②病気・症状について
<ul style="list-style-type: none"> ・あなたの症状は何ですか？以前と変わった所はありますか？ ・ご自身の注意サインを教えてください ・注意サインが現れた時の対処法は何ですか？
③復職・就職するにあたって
<ul style="list-style-type: none"> ・現在復職する上で不安なことは何ですか？ ・その不安にどう取り組んでいますか？（目標設定） ・前回の目標の達成度はいかがですか？

(加藤, 2015)

「環境と要因について」の「発症当時の周りの環境」では、「職場で起きたこと」・「家庭で起きたこと」、
「ライフイベント」等について客観的な事実のみを書く。そして、「その環境をどう感じたか等」は、主観を
充分入れて書く。

そして、「今後、その環境に適応するための方法」を考え、それを踏まえて、「デイケアでの達成目標」や「努
力していること」を確認する。

次に、「病気・症状について（症状、注意サインが現れた時の対処法）」を確認する。

さらに「復職・就職するにあたり」では、「現在復職する上で不安なこと」、「その不安の解消法」、「前回目
標の達成度」を「ふり返りワークシート」にまとめる。

〈ワークシートを用いた個別面談による不具合に陥るパターンへの気付き〉

前述の「ふり返りシート」に関するスタッフの質問にユーザーが答える形式で必要に応じ、2～3名のスタ
ッフ各自がユーザーとの個別面談を行い、振り返りが十分であったか、不具合に陥るパターンを検討する。

表 2-3-15 ワークシートの内容についての面談

- ・対スタッフ3名と面談（情報共有、責任分散）
- ・シート内容についてスタッフが質問
- ・復職時の面接も想定
- ・振り返りが足りない・表面的である時は書き直し
- ・面談でOKが出てから「自分の説明書」を作成へ

複数のスタッフが個別面談を行う理由は、担
当制による責任を分散し、情報共有（ユーザー
の様子を多様な目線で捉える）を図ることにあ
る（加藤, 2015）。

(加藤, 2015)

〈ふり返りが足りない・表面的な場合〉

ふり返りが表面的な場合には、少し突っ込んだ質問を行い、同じパターンへの落ち込みによる復職後の体調悪化を防止する。さらに、再考した内容でまとめ直す。

最初は表面的でも、ユーザーが振り返りの甘さに気づき、徐々に自身の課題に向き合える場合がある。それには、そこに至るまでの信頼関係の構築とスタッフ側の共感的姿勢が大切になる。多くのユーザーは、被害迫害的な物の捉え方をするが、そこに至るまでの各々のストーリーがある。そういった物事の捉え方はこれまでの半生に対する防衛策であり、そうして今まで頑張ってきたこれまでを労い、文脈をお互いに理解する中で、ご本人がそれまでの「囚われ」を手放す瞬間がある。それは、他罰的な姿勢から自身の内省へと変化する瞬間でもある。

また、最近、企業が振り返り結果の持参を要望する、複数の会社の方とユーザー1人という面談での突っ込んだ質問もあり得ることから、面談の練習も含め「ふり返りが完了した」段階で、「自分の説明書」作成に入る。

(3) 「自分の説明書」の作成

「自分の説明書」には、表2-3-16に示す内容を含めユーザーが複数のスタッフと個別に話し合い進める。

表2-3-16 「自分の説明書」作り

-
- ・原則「ふり返りワークシート」を基にしながらまとめ方は自由
 - ・プログラムで学んだこと、メンバーとの交流で気付いたこと、実際に試して良かったことを盛り込む
 - ・キャリアの見直しも含む
 - ・【作成目的】自分自身が復職後に活用できる内容でまとめる
 - ・進捗状況は対スタッフ3名の面談で確認
-

(加藤, 2015)

「自分の説明書」作りは「ふり返りワークシート」を原則としまとめ方は自由である。こういった資料作成を得意とするホワイトカラーのユーザーも多い。

また、双極性障害を併発している方の資料は膨大な量（エネルギーが高い）であったり、発達障害の併発がある方が資料作成に苦勞する等から支援者自身も気づきを得ることもある（加藤, 2015）。

作成の目的は、「自分自身が復職後に活用できる内容」でまとめることで、すぐ確認可能なようにあえて小さくまとめるユーザーもある。また、進捗状況は各スタッフ3名との個別面談形式で確認していく。

(4) 再発予防を視野に入れた「自分の説明書」のプレゼンテーション

再発を繰り返すケースの多くは、会社から「参加してください」と促され、何となくプログラムに参加し、終了する場合である。そこで、リワークプログラムの終了間近に、「自分の説明書」のプレゼンテーションを行うこととした。

終了間近のプレゼンテーションは、復職を意識しつつ、参加者各自のこれまでの経緯を共有できるため、モチベーションともなる。さらに、自分研究の最終ゴールは「復職」ではないことを常に伝え、再発予防を目指している。

表 2-3-17 卒業間近の「自分の説明書」のプレゼンテーション

- ・発表の仕方は自由（パワーポイント、資料配布、板書等）
プレゼンカも評価
- ・一人 40 分の持ち時間（後半 10 分は質疑応答）
- ・復職間近の発表のため通所中は常に復職を意識
- ・復職までの過程を提示することで他メンバーのモチベーションを上げる
- ・デイケア卒業後も「自分研究」は継続

復職＝ゴールではない



左図は、プレゼンテーションの内容を示したものである。

発表の仕方（パワーポイント、資料配布、板書等）は自由である。プレゼンカも見ている。各自 40 分の持ち時間、後半 10 分は質疑応答で、更にフロアからのフィードバック（例：自分は、こう思うけれどもどうなのか？）がある。復職間近に発表することで、常に復職を意識することになる（加藤, 2015）。

（加藤, 2015）

（5）「自分研究」の導入による復職再就職率・脱落率・再発率の変化 —ドロップアウトの防止効果—

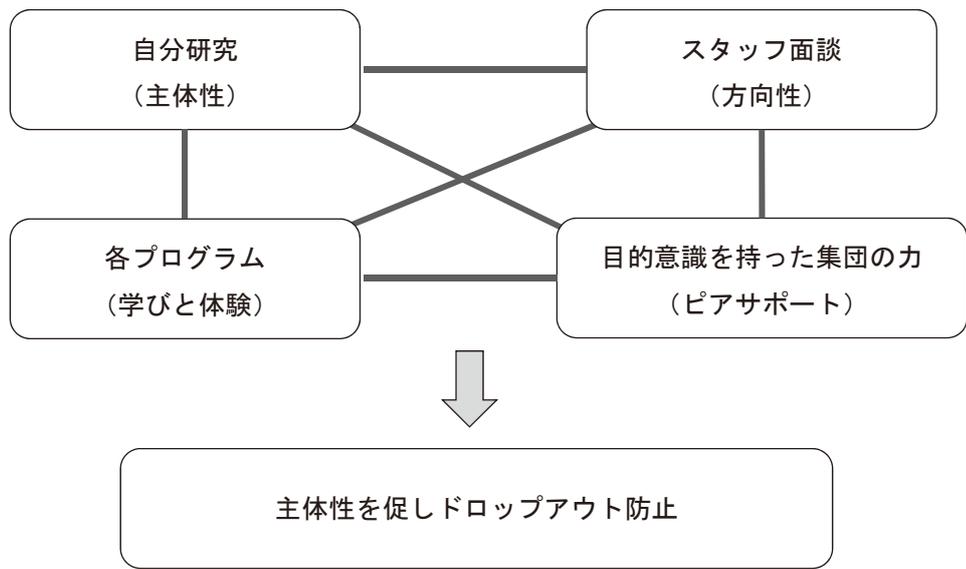
スタッフ面談を中心にしてリワークデイケアにおける主体性の促し、ドロップアウト防止を図っていたが、自分研究、さらに、図 2-3-10 に示す「主体性を促しドロップアウトを防止するためのリワークデイケアの構造」（ピアサポートの力や各プログラム（学びと体験）を試みたところ、復職再就職率・脱落率・再発率に改善がみられた（加藤, 2015）。表 2-3-18 は、こうした方策の導入前と導入後を比較したものである。

表 2-3-18 「自分研究」導入後の比較（平成 23 年 10 月末現在）

	～H21. 4		H21. 5～	
	割合	人数	割合	人数
復職再就職率	63.0%	(29名/46名)	80.2%	(69名/86名)
脱落率	32.6%	(15名/46名)	15.1%	(13名/86名)
再発率※	20.7%	(6名/29名)	7.2%	(5名/69名)

※当院で把握している範囲

（加藤, 2015）



(加藤, 2015)

図 2-3-10 『主体性を促しドロップアウトを防止』するためのリワークデイケアの構造

6 リワークプログラムにおける「自分研究Ⅱ」 —「自身の弱さ」を開示し、ピアサポートを得る—

「自分研究Ⅰ」に加えて、2015年の4月に「自分研究Ⅱ」を開始した。そのきっかけと「自分研究Ⅱ」における認知行動療法による「日常の出来事の捉え方と陥りやすい負のスパイラル」への気づきのための支援（加藤, 2015）を以下にまとめた。

（1）自閉症スペクトラムの特性に配慮した自分研究Ⅱ

表 2-3-19 自分研究Ⅱを開始したきっかけ

課題の焦点化の難しさ

（ASD をベースに持つ利用者の増加）

- ・弱さの開示とつながり
- ・行き詰まり防止（ドロップアウト防止）

左の表のように、自分研究Ⅱを始めたきっかけの1つに、自閉症スペクトラムをベースに持つユーザーが増え、面談で伝えても、課題を焦点化しづらい等で課題設定と対処が難しい現状が挙げられる（加藤, 2015）。

（加藤, 2015）

そのため自分研究Ⅱでは、ピア（仲間）と一緒に考える。つまり、自閉症スペクトラムのユーザーが「弱さを開示」し、繋がり、さらに「自分も同じように考えている」というピアからの意見に共感し、自身では対処方法に行き詰まるのだが、ピアを含めた他者からアドバイスをもらいつつ、先に進むことができる（加藤, 2015）。

（2）自分研究Ⅱと認知行動療法の5つの領域

自分研究Ⅱのポイントは、図2-3-11の「認知行動療法の5つの領域（環境・思考・気分・行動・身体）」との関係性の中で直面していることを意識し、ピア等からもアイデアをもらい（スタッフの意見よりも入っていきやすい）、自身の「負のスパイラルに陥るパターン」²⁶を同定（後述、図2-3-11）し、新たな気づきやよりご本人がやり易く効果的な解決方法を見出すことにある（加藤, 2015）。

このように、自分研究Ⅱでは、当事者研究²⁷を取り入れ、弱さを開示し、ピアの力を借り、改善する。例えば、医師と同じことをピアに指摘され、初めて気付くといったことは、「外来だけ」ではできない、本プログラムの良さであり、回復過程には真に有効ではないか、と考えられる（加藤, 2015）。

²⁶ 人はあらゆる場面で同じ思考・行動をくり返す。

²⁷ 「べてる」で有名になった。

(3) 認知行動療法の5つの領域と負のスパイラルの同定への流れ

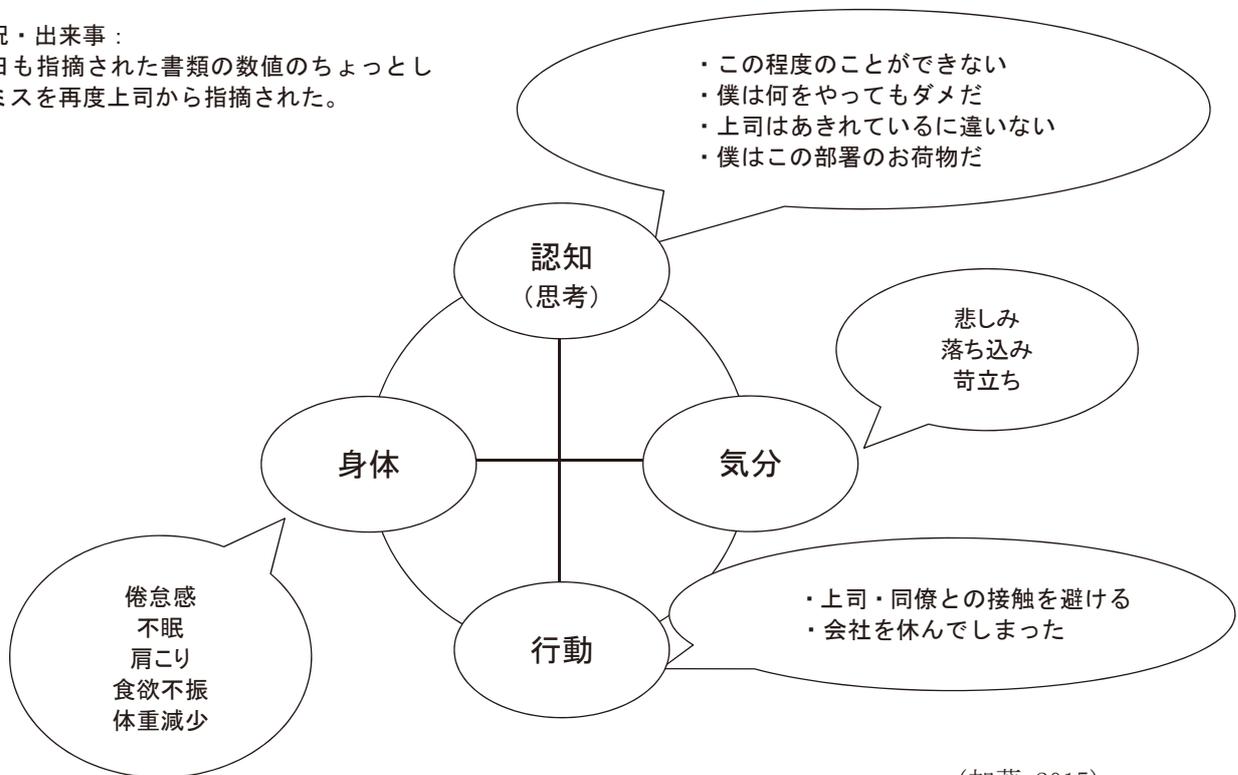
図2-3-11は、「先日も指摘された書類の数値のちょっとしたミスを再度上司から指摘された」クライアントへの認知行動療法の流れを示したものである。

図中の認知・本人の思考の癖（例：「この程度のことができない・僕は何をやってもダメだ・上司は呆れているに違いない・僕はこの部署のお荷物だ」）が生じ、気分が変化し（例：「悲しみ・落ち込み・苛立ち」といった）、接触を避け、休んでしまう。さらには身体的症状（例「倦怠感・不眠・肩こり・食欲不振・体重減少」）が生じる。

例えば、こうした連鎖を客観的に意識できると、イライラした時や体調不良時に、「自分がどう考えているのか」を客観的に振り返れるわけである。

状況・出来事：

先日も指摘された書類の数値のちょっとしたミス
を再度上司から指摘された。



(加藤, 2015)

図2-3-11 認知行動療法の5つの領域と認知行動療法の流れ

(4) リワークプログラムにおける認知行動療法プログラム内容

認知行動療法のプログラム内容を示したものが表 2-3-20 である。

表 2-3-20 認知行動療法

-
- ・ 認知再構成法
 - ・ 行動活性化＝生活分析
 - ・ 問題解決技法＝自分研究Ⅱ
 - ・ アクションプラン
 - ・ アサーション＝SST
 - ・ スキーマについて
-

認知行動療法は、右表の流れで講義を行い、また、このエッセンスを使ったプログラム(グループワーク)も行う。工夫点はそれをプログラムでも行っている点である。

(加藤, 2015)

7 リカバリープログラムによる復職と再就職 —再発を繰り返してきた利用者の状況—

近年、気分障害・不安障害の休職者に対するリワークプログラムの有効性が広く認識されつつあるが、リワークプログラムを脱落するケースも少なからずあり、休職者の社会復帰を困難にしている。そこで、さくら・ら心療内科では、前掲のリワークプログラムの治療構造を鋳型として、改変を加えた「リカバリープログラム」を立ち上げ、その最重要目標を自己肯定感の獲得による孤立からの脱却とし、「自分らしく生きること」をゴールとした（加藤・森, 2013）。

リカバリープログラムでは、就職等の社会参加をゴールとしないが、再発を繰り返し引きこもりがちなユーザーの就職等を含めた直接の社会復帰率約 60%と良好な成績を上げている（加藤・森, 2013）。こうしたリカバリープログラムとユーザーの就職と復職の状況を加藤（2015）をもとに以下にまとめた。

（1）リカバリープログラム開始のきっかけ —失業者のサポートが緊急の課題—

前掲のリワークプログラムでは、復職準備性の高まり、本人自身の対人スキルの向上、人格的な成熟がみられ、その上で仕事をすれば再燃予防ともなることが示された。

その一方で、こうしたリワークプログラムに適応しない人、期限切れで退職した人や離職者への対応、そして、リワーク対象外のユーザーへの対応も課題であった（表 2-3-21）。

表 2-3-21 リワークデイケアから見えてきた課題

利点	<ul style="list-style-type: none"> ・復職準備性を高める ・再燃予防 ・自分自身の変革を促す
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・リワークプログラムからの脱落 ・リワークプログラム参加レベルに達しない患者への対応 ・退職、失職者への対応 ・リワーク対象外の患者への対応

（加藤, 2015）

表 2-3-22 「復職・就労支援デイケア」をめぐる 2つのキーワード

キーワード 1 :	気分障害・不安障害を対象とする社会資源
キーワード 2 :	連携 (再休職予防・職場定着・再就職)

（加藤, 2015）

こうした中、復職や就労（再就職）支援のデイケアには、気分障害・不安障害を対象とする社会資源がなく、また、リワークの対象外で参加できない人があるという課題がある。さらに再休職予防、職場定着、再就職における連携も課題であった。

この他、気分障害の患者が約 958,000 人（H23 年患者調査）である中、リワークの対象者である休職者は約 200,000 人（日本精神科診療所協会対象調査(2009)）で、氷山の一角であることから、日々、外来を訪れる失職者へのサポートが緊急の課題であると感じ、「気分障害・不安障害を対象とする社会資源」への取り組みも含めた「リカバリープログラム」（表 2-3-23）を開始した。

表 2-3-23 「気分障害・不安障害を対象とする社会資源」への取り組み

『リカバリープログラム』の開始（H24.4～）

目的：「自分らしく生きる」を主体的に追及する

対象：気分障害、不安障害圏（復職、再就職不問）

概要：リワークプログラムをベースとしたプログラムでメンバー同士の
支え合い（ピアサポート）を重視し、病気との付き合い方を学ぶ

- 自分の希望・将来について考える
- リワーク中断防止の受け皿機能

（加藤, 2015）

リカバリープログラムには「自分らしく生きる」ことを目標に、復職・再就職以外にも主婦や休学中の学生も参加している。

リカバリープログラムは、前述のリワークプログラムの 4 要素（図 2-3-2）の治療ベースを主体とし、ピア支援を重視した「病気との付き合い方の学び」と「自身の希望・将来を考える勇気等」のためのプログラムであり、さらにリワーク中断防止の受け皿の役割も担っている（加藤, 2015）。

リカバリープログラムの目的について、以下にまとめた。

(2) リカバリープログラムの目的

「リカバリープログラム」の目的は、回復過程において「自分らしく生きることを主体的に迫及する」である。プログラムには、気分障害や不安障害の病状が不安定なユーザーも参加しているため、「復職や再就職が目標か否か」は不問とし、症状の安定、生活リズムを調整、体力回復、病気と上手く付き合う、対人場面に慣れる、メンバー同士で支えあう、将来を考えるとといったことをプログラムに織り込んでいる。

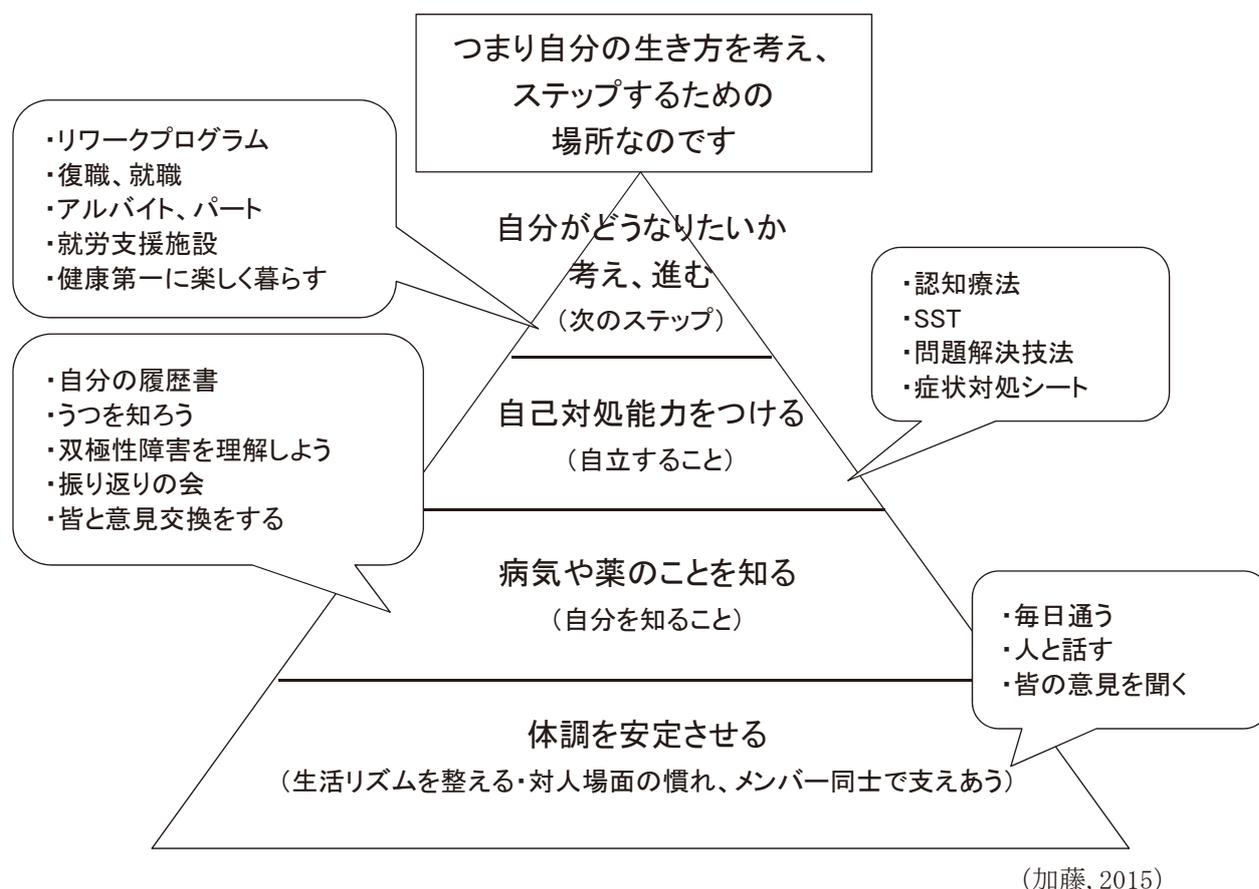


図2-3-12 「リカバリープログラムでの目的を考えてみよう」

図2-3-12中の各目的について以下にまとめた。

「自己対処能力をつける（自立すること）」：認知療法やSST、問題解決技法を援用しつつ、緊急時にも使える「症状対処シート」（前述のリワークにおける自分研究を簡素化した内容）に、どういう時に自身がどうなり、その対処法や薬は何か等をまとめる。

「病気や薬のことを知る（自分をを知る）」：「自分の履歴書」を作成し、心理教育プログラム「うつを知ろう」、「双極性障害を理解しよう」をリワークの人と一緒に聞く。また、「振り返りの会」では、生活リズムの記録をつけ、それをピアと話し合いながら見直す。ピアの病気や症状を聞き、「自分にも同じ症状がある」、「これは病気の症状の1つである」という発見もする。

「体調を安定させる」：6ヵ月で4割程度が抗うつ薬を止めるケースや怠薬（必要な薬を飲まずに安定剤ばかりを飲んでしまう）が非常に多いため、「自分をを知る」こと、自身の病気や「なぜこの薬が必要か」を理解する。

(3) リカバリープログラムのコンセプト

リカバリープログラムの最初のガイダンスでは、前述のリカバリープログラムの目的（図2-3-12）と表2-3-24に示したコンセプトを参加者に説明する。

また、外来での診察時には担当医師が参加者にプログラム参加の感想等を聞く等して、繰り返し、参加を評価し、デイケアで頑張っていることをサポートしている。

表2-3-24 リカバリープログラムのコンセプト

-
- ・今までを振り返り、自分のテーマを見つけましょう。
 - ・過去を否定するのではなく、頑張ってきた自分を労わりましょう。
 - ・過去と相手は変えられないが、将来と自分を変えられる。
 - ・みんな一緒ではなく、みんなそれぞれ。
 - ・目標は自分で決めて、自分で選ぶ。そして行動には責任を持つ。
 - ・失敗はない。全てが良い経験。一緒に良い経験をしましょう。
 - ・「考えられない考え」を「考えられる考え」にするには、仲間の力が必要です。自分も仲間も「力」を取り戻せるようにしましょう。
-

(加藤, 2015)

(4) リカバリープログラムの内容

リカバリープログラムの内容（リワークプログラムを鋳型とし、要素は同じ）を表2-3-25に示した。リカバリープログラムの中心となるのは、メンバーで話し合う（聞いているだけでもよい）ことであり、あらかじめルールを明示している。リカバリープログラムとの相違点はどうしてもプログラムに入れない人でもとりあえず来所し、時間を過ごすことから始めるという点である。

自閉の状態から皆がいる場所で安心して過ごすことができることは、治療への大きな一歩であり、それだけでも治療効果はあると考えている。

表 2-3-25 リハビリプログラムの内容

	月	火	木	金	
午前	パソコン教室 創作活動 (隔週)	疾病教育 (うつ) or 困っていることを 話そう ・スポーツ	SST or スポーツ	バランスのとれた 考え方をしよう	
午後	振り返りの会 or 困っていることを 話そう ・スポーツ	食育 クッキング お菓子作り 卓球 (週替で)	ワーク トレーニング	疾病教育 (双極性) or スポーツ or ワーク	女性 プログラム

(加藤, 2015)

(5) リカバリープログラム参加者の半数以上を占める若年者の課題と解決方法

リカバリープログラムの参加者の半数以上が若年層（図2-3-13）である。

リカバリープログラム利用者の転帰を図2-3-16にまとめた。リカバリープログラムから直接復職する場合もあるため、プログラムで学んだことを実際に社会の中で試し、結果を話し合いながら進める。また、アルバイトや職業訓練終了後に再度リカバリープログラムに戻り就職活動をする、社会復帰後にリカバリープログラムを使いながらどういう自分を目指すかを考え再就職する場合もある。

また、リカバリープログラムからアルバイト、パート、就労支援施設に入る等の場合もある。主婦の場合は楽しく家族と暮らすこと等、目的が不明確な場合は、自分なりの目標やどのように生きていくかを考える場としている。このようにリカバリープログラムは、自分の生き方を考え、次にステップアップするための場所でもある（加藤, 2015）。

表2-3-26 リカバリープログラムの若年利用者の課題

- ・社会への恐怖心
- ・失敗体験
- ・回避傾向
- ・知的・発達課題
- ・対人コミュニケーションの不得手
- ・方向性の不明確さ

（加藤, 2015）

表2-3-27 リカバリープログラムの工夫

話し合い、助け合いを中心に

例えば認知行動療法は・・・

- ・バランスの取れた考え方をしよう（コラム法）
- ・困ったことを話そう（問題解決技法）
- ・ふり返りの会（週間活動記録の活用）

対人不安に配慮（受け入れられる体験を大切に）

- ・レクリエーション的要素
- ・安心して居られる空間、雰囲気作り
- ・導入時の個別面談

（加藤, 2015）

リカバリーでは、スタッフとの面談や自分の趣味活動という形での居場所機能も若干持たせつつ、「少しでも人に慣れる」機能も重視する。リワークプログラムと異なり、会社形式とせず、「受け止める」姿勢を大切にしている。

リカバリープログラムの若年利用者の課題は、社会恐怖、対人恐怖が非常に強く集団には入れないが、外来（個別）には何とか参加できる等である（表2-3-26）。

また、社会不適応の要因として、失敗体験の繰り返しや失敗体験による大きなトラウマ、未熟で回避傾向又は性格の問題による回避、知的障害（会話での印象だけではわからない程度）といった課題が挙げられる。

この他、コミュニケーションが苦手、やりたいことが不明確な場合もある。そこで、話し合いを中心に、助け合うことを推奨している。

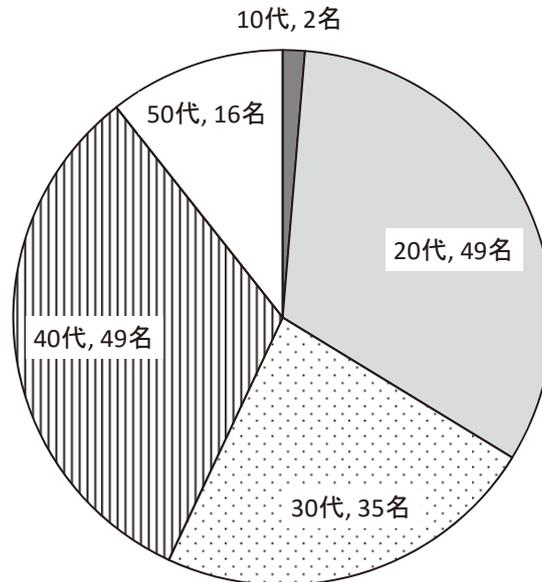
そして、うつによる不安が非常に強いため、集団に入る・人に受け入れられることを大切にしている。

いじめ、親にも認めてもらえない、就職が失敗に終わったといった体験による恐怖があるため、「楽しむ」というレクリエーション的な要素も入れ、皆に受け止められる安心できる場を目指す。また、導入時に個別面接をして丁寧にフォローしている（加藤, 2015）。

(6) リハビリプログラムの利用者の属性

ア 利用者の年齢

リハビリプログラムの利用者 151 人中、10 歳台から 30 歳台の利用者が半数以上であった。



(加藤, 2015)

(n=151、H27.6月末現在)

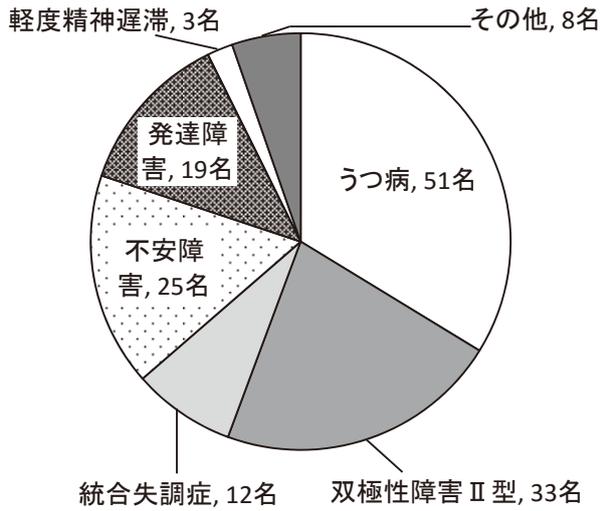
図 2-3-13 リハビリ利用者の属性 (年齢)

イ 利用者の有する障害

リハビリプログラム利用者の有する障害 (図 2-3-14) はうつ病、双極性障害 II 型、統合失調症、不安障害、発達障害、軽度知的障害の順であった。利用者の有する障害は幅広く、さらに、PTSD もこれらの障害に併存する場合もあり、こうした併存疾患を有する方もかなりあると推測される。

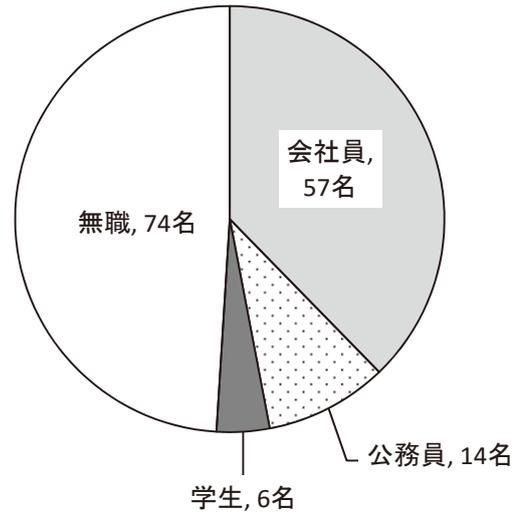
ウ 利用者の職業

利用者の職業 (図 2-3-15) では、会社員と公務員 (所属のある人) 及び無職が、それぞれ約半数であった。なお、無職にカウントしている利用者の中に学生が含まれている可能性がある。



(加藤, 2015)
(n=151、H27.6月末現在)

図2-3-14 リカバリー利用者の属性(疾患)

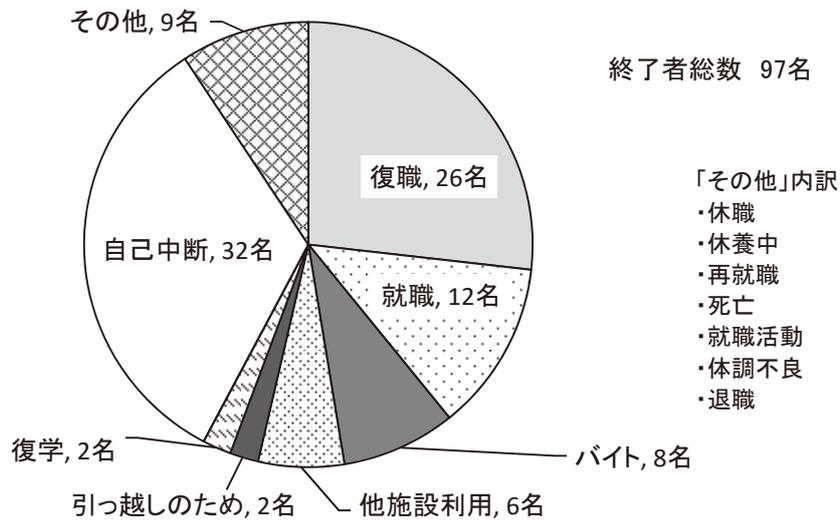


(加藤, 2015)
(n=151、H27.6月末現在)

図2-3-15 リカバリー利用者の属性(職業)

エ 利用者の転帰の状況

利用者の転帰の状況を示したものが図2-3-16である。リカバリープログラムからの復職もみられる。この他、就職、バイト、A型・B型等の他の就労施設、転居等がみられた。自己中断も相当数みられたことは課題である。



(n=97、H27.6月末現在) (加藤, 2015)

図2-3-16 リカバリー利用者の転帰

(7) リハビリプログラムの課題とシームレスな就労支援のための医療・就労・企業の連携 —その1 再就職支援の状況—

リワークプログラムは個別対応であるが、リハビリプログラムはスタッフ全員で集団全体を見るため、利用者個別の背景や方向性等についてのきめ細かな対応が課題であった。また、症状の改善後の医療リハビリテーションから先の就労機関等との連携がもうひとつの課題であった。

こうした課題に対処するため平成25年度にさくら・ら心療内科で実施した「医療機関と連携した精神障害者の就労支援モデル事業」（さくら・ら心療内科（2014.3）；加藤（2015））について以下にまとめた。

ア リハビリプログラムの課題と連携の必要性

リハビリプログラムの課題をまとめたものが表2-3-28である。

表2-3-28 リハビリプログラムの課題

-
- ・ 個別のきめ細かな対応が必要
 - ・ 医療リハビリテーションから先を補完するための連携
-

(加藤, 2015)

こうした課題に対処すべく、モデル事業では、再就職の場合は、図2-3-17に示す連携体制をとっている。なお、復職の場合の連携体制（前述）については、図2-3-8を参照されたい。

イ 就労コーディネーターによる一貫した就労支援と各機関との連携

リハビリプログラムにおける就労支援（図2-3-17）では、デイケアの利用時から支持的な面談を通して次の方向性を探る。また、他機関を利用したアセスメントや面接・相談へも同行する（図2-3-17）。それらは、特に、ハローワーク、地域障害者職業センター、ジョブモール（栃木県が主催する施設でキャリアカウンセリング等を行う）、障害者就業・生活支援センター、トライアル的なアルバイトや派遣等である。

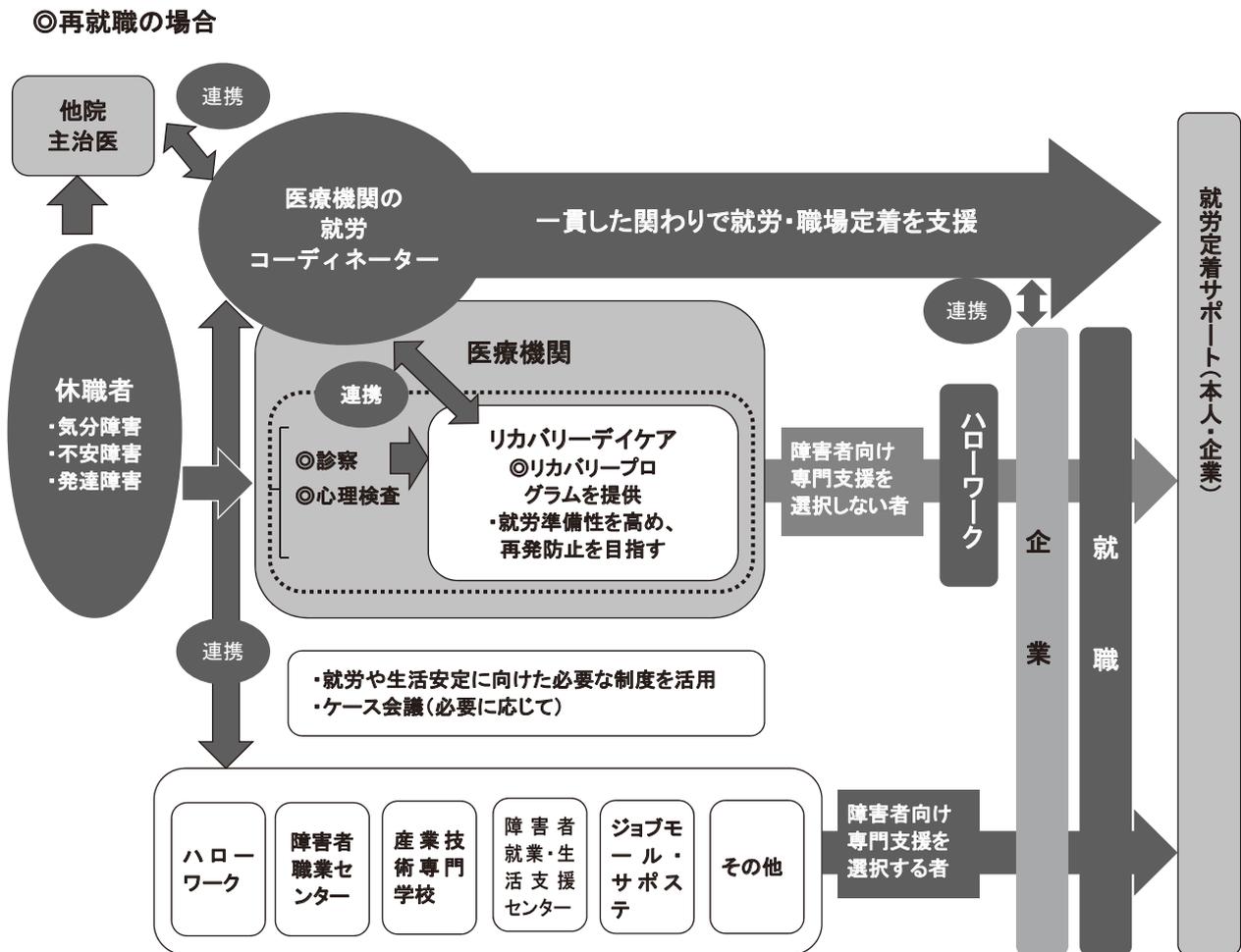
表 2-3-29 就労コーディネーターの支援内容

- ①デイケア利用中から就労支援を通して支持的面談
 - ②他機関連携のアセスメント、面接・相談への同行
 - ハローワーク●障害者職業センター●ジョブモール
 - 障害者就業・生活支援センター●アルバイト、派遣等
 - ③就労前の職場見学・実習同行
 - ④採用面接同行
 - ⑤ケース会議の実施
 - ⑥他機関と連携した職場定着のための企業訪問
- ※「一貫した支援」と「各機関との連携」をキーワードに

左の表に示すとおり就労コーディネーターの支援内容は大きく6種類に分けられる。

これらの支援のキーワードは「一貫した支援」と「各機関との連携」である。こうしたリカバリープログラムにおける一貫した就労支援と連携を図2-3-17に示した。

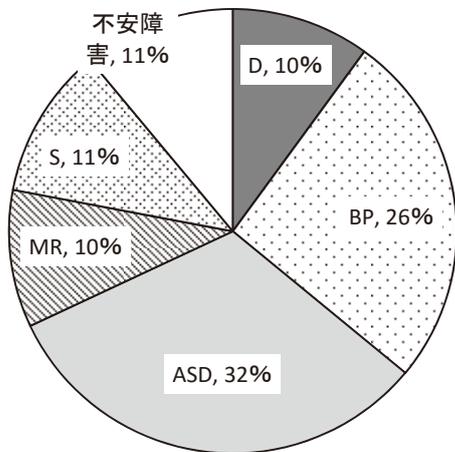
(加藤, 2015)



(加藤, 2015)

図 2-3-17 「連携」のイメージ図 (再就職の場合)

ウ 就労支援対象者と就労支援における転帰の状況



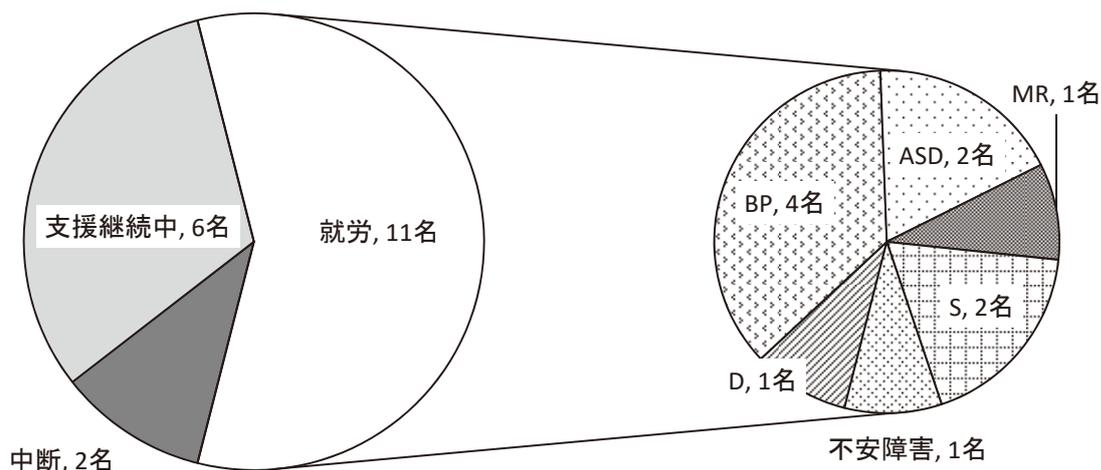
(加藤, 2015)

就労支援対象者の障害の内訳（図2-3-18）をみると、うつのみは少ない。双極性障害、そして発達障害がやはり多く、その他は、軽度知的障害、統合失調症、不安障害であった。

図2-3-18 就労支援対象者疾患分類

エ 就労支援の転帰と疾患の内訳

就労支援を11名の方を対象に行ったが、疾患の分類は図2-3-19のとおりである。この中でも、双極性障害の方は比較的工作に就きやすいという印象であった。



就労までの平均支援期間：256.9日

(加藤, 2015)

図2-3-19 就労支援の転帰と疾患内訳

オ 就職先と疾患の内訳

図2-3-20は就労先と疾患の内訳を示したものである。就労支援における平均支援期間は256.9日で、これはコーディネーターが関わってからの日数であり、就労支援の全体的な支援はさらに長く、中には約3年というケースもみられた。

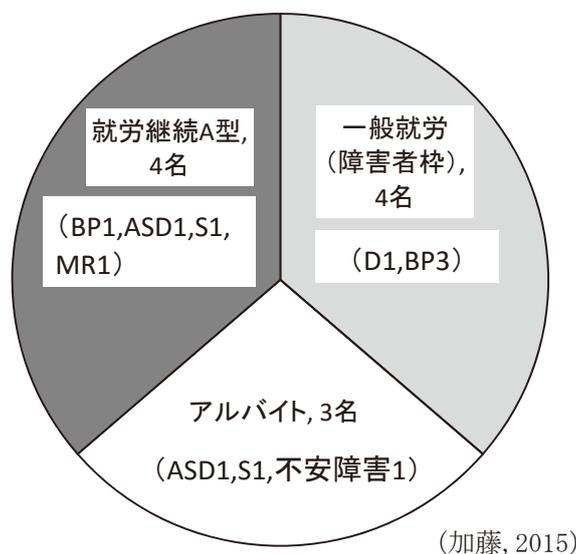


図2-3-20 就労先と疾患内訳

さらに就労先をその形態別にみる(図2-3-20)と、一般就労・アルバイト・A型がほぼ同等であった。

また、疾患別の内訳をみると、一般就労ではうつ1件、双極性障害3件、アルバイトでは自閉症スペクトラム、統合失調症、不安障害が各1件であった。就労継続A型では、双極性障害、自閉症スペクトラム、統合失調症、知的障害が各1件であった。また、アルバイトや就労継続A型では、現在も一般就労を目指し支援継続中である。

カ リカバリープログラム利用者の就職事例その1

就職者は各連携先の支援もあり、就職に繋がっている。途中で体調を崩し入院した場合に、フォローアップしつつ、再就職したケースもみられた。

表2-3-30 リカバリープログラム利用者の就職事例その1

	年齢	疾患名	職業	連携先	内容
1	30代男性	ASD ADHD 適応障害	きのこ栽培	・ハローワーク ・職業センター ・障害者就業・生活支援センター	A型就労
2	40代男性	反復性うつ病	機械設計	・ハローワーク ・職業センター ・障害者就業・生活支援センター ・会社 ・ジョブモール	一般就労（週5日8時間/日）
3	40代男性	双極性障害II型	販売・配達→支援員 →清掃・営繕	・ハローワーク ・会社	一般就労（パン販売・配達） →一般就労（福祉施設）週5日8時間/日
4	40代男性	統合失調症	洗車→農業	・ハローワーク ・職業センター ・障害者就業・生活支援センター ・会社	一般就労も体調悪化し入院 →A型就労
5	30代男性	ASD 双極性障害II型	薬局事務→IT関係	・会社	中間就労週4日5時間/日→ アルバイト（技術系）週5日5時間/日

（加藤, 2015）

キ リカバリープログラム利用者の就職事例その2

表2-3-31も就労事例である。今後、就職支援についてはもう少し実績を増やすことを目指している。

表2-3-31 リカバリープログラム利用者の就職事例その2

	年齢	疾患名	職業	連携先	内容
6	20代男性	統合失調症	カメラ販売員	・ハローワーク	アルバイト週5日/5時間
7	30代男性	双極性障害II型 回避性人格障害	DTP デザイン補助	・ハローワーク ・障害者就業・生活支援センター ・会社	A型就労
8	20代女性	双極性障害II型	事務補助	・ハローワーク ・障害者就業・生活支援センター ・会社	一般就労週5日/8時間短期 （半年）
9	20代女性	双極性障害II型	事務補助	・ハローワーク	一般就労週5日/8時間短期 （半年）→再継続雇用中（半年）
10	30代男性	軽度精神遅滞	中古品クリーニング	・障害者就業・生活支援センター ・会社	A型就労
11	20代女性	社交不安障害	CADオペレーター	・会社	アルバイト週3日/4時間（障害者枠）

（加藤, 2015）

ク リカバリープログラム利用者ケース報告（就職事例）

〈ケース概要〉

ケースの概要をまとめたものが表 2-3-32 である。

表 2-3-32 ケース報告

・ 40 代男性うつ病元技術系派遣会社勤務

【生育歴/現病歴】

- ・ 小学校、中学校といじめを経験。両親との関係性も希薄
- ・ 高校卒業後は、派遣会社を転々
- ・ 信頼できる上司と恋人の死により、人と親密になる恐怖・無力感が強まる
- ・ X-1 年仕事を抱え込み過ぎ発症。
- ・ 2 度の自殺企図の後休職→他のリワーク利用→復職したが退職
- ・ X+4 年 6 月当院リワークデイケア再利用。
- ・ 人を信じられず。失敗を恐れ、一歩踏み出す勇気・自信もない状態であった。

2 度の自殺企図後の休職時にリワークを利用し復職したが、最終的には退職となった。X+4 年 6 月に、当院のリワークデイケアを再利用したが、その時も人を信じられず、失敗を恐れ、一歩踏み出す勇気・自信もない状態であった。

(加藤, 2015)

〈就労前準備〉

表 2-3-33 就労前準備 その1 (リワークデイケア内にて)

①体調を崩すパターンの振り返り

- ・「人はありとあらゆる場面で同じ思考・行動パターンを繰り返す」という認知行動療法の理論に沿って自身の振り返りを行う
- ・基本的に人を信じられない→自分で見切りをつけて離れる
→孤立する→一人で問題を抱え込む→対処しきれず病状悪化

②デイケアを利用し、対処法を試しながら再発予防へ

- ・思考・行動パターンへの気付きと修正 (認知行動療法、SST)
- ・人のサポートを受け入れられる練習
- ・デイケアのあらゆる場면을社会の縮図と捉え、実験的に練習
- ・家族、親類との関係性の回復を図った

左の表のとおり、人を信じられず、孤立し、病状が悪化するパターンを同定した (表 2-3-33 中①)。

こうしたパターンを修正し、他者のサポートを受け入れ、デイケアのあらゆる場面を利用し、対処方法を練習した (表 2-3-33 中②) (加藤, 2015)。

(加藤, 2015)

この間に、10 数年ぶりのお墓参り、これまでの自分の思いを家族と話す等により、関係の修復を図った。再就職の場合、リカバリープログラムでは、前述の図 2-3-17 に示す関係機関との連携を図りつつ、支援を行うが、これらの連携機関のうち、ジョブモールとハローワークと連携し、表 2-3-34 に示す支援を行った。

表 2-3-34 就労前準備その2

①技術系とは全く違う仕事がしたいとの希望がありジョブモールへ同行

- ・職業適性診断やキャリアカウンセリングを重ねる

②ハローワークで雇用保険手続き、職業面談に同行

- ・障害をオープンにするかクローズにするかの相談を繰り返す
今迄と違った働き方を目指し、オープンでの就労を考えていく
- ・精神障害者福祉手帳の取得へ
- ・これまでの専門性を活かす CAD の設計補助業務が第一候補

大目標

『仕事だけではない生き方、人を信じてサポートを得ながら笑顔で暮らしたい』

左の表のとおり、これまでの会社一辺倒ではなくオープンで、それまでとは違った働き方を目標とした。

精神障害者福祉手帳の取得、そして CAD の設計補助業務を第一候補とした。

(加藤, 2015)

さらに、障害者就業・生活支援センターで就職に向けた相談を行い、現在の作業能力評価や実績作りのための地域障害者職業センターとの連携が提案され、地域障害者職業センターで以下の支援を受けた。

表 2-3-35 地域障害者職業センターの職務能力のアセスメント

地域障害者職業センター職業評価同行

職業準備支援訓練開始

- ・土曜日は当院ショートケアと面談を並行してフォロー
- ・「将来への不安」「利用者の言動に影響される」等から
細かな気分の揺れ見られるも認知行動療法や相談で対処
- ・ミスなく手堅いが一般平均よりややスピード遅め

(加藤, 2015)

ケ 職場開拓と経済的支援

職場開拓は、ケース会議と派遣会社を通して働きつつ、就職活動を継続することとした。

表 2-3-36 職場開拓/経済支援

①ケース会議の実施

- ・出席者：利用者、ハローワーク、地域障害者職業センター、
障害者就業・生活支援センター、コーディネーター
- ・訓練の状況、雇用状況、病状踏まえ方向性の確認
- ・CADを用いた技術職の求人が少ないことから、ハローワーク、就業・生活支援センターが
中心となり求人掘り起しをする
- ・雇用保険期間満了が迫り、経済的な問題は派遣会社を利用

②派遣会社の雇用担当者との面談同行、派遣登録

- ・経済的な後盾と実践練習を目的とし派遣登録
- ・就職活動可、診察日休み可との条件で、働きながら（段階的に3H→5H→8H）就職活動を
継続した
- ・土曜日は当院ショートケアと面談を並行してフォロー
- ・実践的な場面でも対処が出来ていることを確認

(加藤, 2015)

就職・就職後のフォロー（表2-3-37）は、就職コーディネーターが伴走する形（時には連携機関と共に）で、時に不安を抱えて崩れそうな時も支持的に関わることで一緒に、「よい体験」として乗り越えていく。

表中の採用決定までに数ヶ月を要し、現在もフォローアップの一環として、障害者就業・生活支援センターとともに会社に伺い面談をする。現在の職場環境は良好だが、なかなか不安感が強く、昔のトラウマ（他人が罵声を浴びせられる場面を見るだけで、幼少期に一方的に父親から暴言を吐かれる母親の姿と当時の自身のいたたまれなさを投影）を思い出す等による不眠が今もある等を会社に伝え、関係を調整している。

表2-3-37 就職/就職後のフォロー

①障害者就業・生活支援センターが掘り起した求人先と交渉、就職面接

- ・ 職場見学（本人・障害者就業・生活支援センターと）
- ・ 実習への同行、条件面の交渉、履歴書添削、面接（障害者就業・生活支援センター）
- ・ ハローワーク経由で応募→面接→採用決定

②就職後のフォローアップ

- ・ 本人、職場、障害者就業・生活支援センター、コーディネーターでケース会議
- ・ 土曜日：リワークデイケアのフォローアッププログラム
- ・ 本人、職場からの相談受付（電話、メール）
- ・ 障害者就業・生活支援センターの定期的な企業訪問（本人・職場と面談）

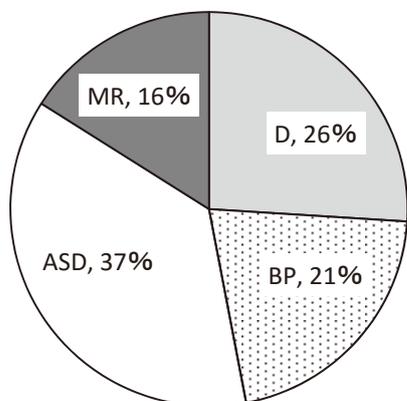
③利用者のコメント

「時に諦めようと思った時もあったが、ここまで人を信じてやってこられて良かった。多くの人が自分に関わってくれて『生かされている』と感じた。人間一人で生きて行くことはできない。人と関わりながら楽しい人生にしたい。結婚もしたい」

（加藤, 2015）

(8) リハビリプログラムの課題とシームレスな就労支援のための医療・就労・企業の連携 —その2 復職支援の状況—

ア リハビリプログラムの復職支援対象者の有する障害と転帰の状況



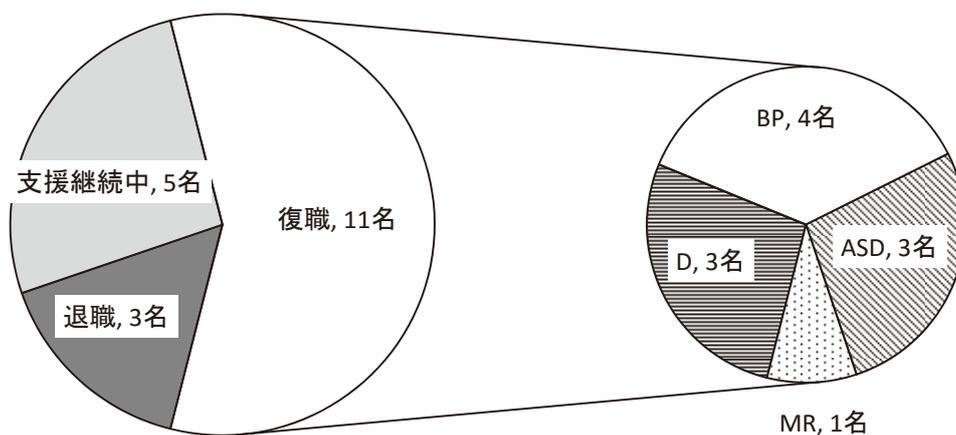
(加藤, 2015)

復職支援対象者の有する障害の内訳（図2-3-21）は、うつ、双極性障害Ⅱ型、発達障害、軽度知的障害で、発達障害が非常に多く、その他に知的障害も含まれており、こうした点は一般的な復職支援対象者と異なると推測される。

図2-3-21 復職支援対象者疾患分類

復職支援の対象者の転帰は、11名が復職、疾患の内訳別にみると、双極性障害は4名中4名復職で復職率が良好であった。しかし、残念ながら中には退職者、現在支援継続中の対象者もみられる。

リワークコーディネーター（図2-3-22）が関わってから復職までの平均支援期間が197日であった。実質的には、この数値に、リワークコーディネーターが関わる以前の支援日数の加算が必要である。



復職までの平均支援期間: 197日

(加藤, 2015)

図2-3-22 復職支援の転帰と疾患内訳

また、リハビリプログラムでの復職までの支援平均日数197日から推測して、リワークプログラム（支

援平均6ヵ月)では復職が困難な例(休職期限が短い等)の全てが、リカバリープログラムに入っていると考えられる(加藤, 2015)。

イ リカバリープログラム対象者の復職事例

リカバリープログラムにおける復職事例をまとめたものが表2-3-38及び表2-3-39である。

復職できた対象者ではあるが、休職の繰り返しが複数あることが全体的な特徴であった。この他、症状管理の不良、再発予防が不十分といった課題もみられた。

(ア) 復職事例その1

表2-3-38に示す復職のケース課題は、それぞれ、軽度の精神遅滞による仕事の理解力、アスペルガー症候群による仕事への拘りによる行動変容の困難性、うつ病で周りの支援が足りないことによる孤立、うつ病による復職準備性や再発予防策不十分、アスペルガー症候群と併存症(適応障害・身体障害)による再発予防不足であった。

表2-3-38 復職事例①

	年齢	疾患名	職業	連携先	復職困難理由
1	50代女性	軽度精神遅滞 適応障害	工場内ライン組立	・職業センター ・職場(人事・上司・産業医・保健師)	仕事の理解力が低く、職場配置について職場が困惑したケース
2	40代男性	ASD 双極性障害Ⅱ型	メーカー施設管理部門	・職場(人事・上司・産業医・保健師)	仕事への拘りあり行動変容が難しく会社側の理解が必要であったケース
3	50代男性	うつ病	エンジニア	・職場(人事・上司・産業医・保健師)	家族なく、周りのサポート資源乏しく孤立したケース
4	40代男性	うつ病	メーカー検査	・職場(人事・上司)	復職期限迫るも本人の復職準備性、再発予防策が不十分なケース
5	20代女性	ASD 適応障害 声帯下狭窄(身体4級)	事務職(障害者枠)	・職場(人事) ・障害者就業・生活支援センター ・ジョブモール	復職期限迫るも本人の再発予防策が不十分なケース

(加藤, 2015)

(イ) 復職事例その2

表2-3-39に示す復職のケースの課題は、それぞれ、病状管理困難による休職の繰り返し（双極性障害とADHD）、職場への恐怖心の克服が困難（うつ病）、単身赴任によるサポートの不足と症状管理困難の他に認知機能と作業レベル低下（双極性障害Ⅱ型）、認知機能と作業レベルの回復困難（双極性障害Ⅱ型・自己愛性人格障害）、周囲のアスペルガー症候群の障害特性理解不足による休職の繰り返し（アスペルガー症候群）であった。

表2-3-39 復職事例②

	年齢	疾患名	職業	連携先	復職困難理由
6	50代 男性	双極性障害 ADHD	製造業修繕作業	・職場（人事・上司・ 産業医・保健師）	20年間に幾多の休職を繰り返し 気分の波に振り回され継続的な 勤務が難しかったケース
7	40代 女性	うつ病	窓口業務	・職場（上司）	職場への恐怖心強く、一人で克服 することが困難だったケース
8	50代 男性	双極性障害Ⅱ型	生産管理技術職	・職業センター ・職場（人事・保健師）	これまで4度の休職。単身赴任で サポート少なく、症状のコント ール不良。認知機能、作業レベ ルも低下していたケース
9	40代 男性	双極性障害Ⅱ型	メーカー事務職	・職業センター ・職場（人事） ・家族	家族が早期の復帰を望み焦燥感 強めるも認知機能、作業レベルの 回復が難しかったケース
10	40代 男性	双極性障害Ⅱ型 自己愛性人格障害	エンジニア	・職場（上司・人事）	これまで複数回の休職を繰り返 し後がない状況
11	20代 女性	ASD	エンジニア	・職場（上司・人事）	ASDの特性を理解されないまま 体調不良を繰り返していたケー ス

(加藤, 2015)

8 復職支援プログラムとリカバリープログラムの結果から考察されること

(1) 復職・就労支援における医療機関の役割

復職・就労支援における医療としての役割の大前提は、症状の安定から寛解状態の継続までのケアである。なぜなら、もともと体調が悪い状態では、復職しても負荷がかかると体調を一気に崩すことがある。しかし、寛解状態であれば不安を一時的に受け止め対処できるため、こうしたベースを固めるための支援がまずは必須となる。(加藤, 2015)。

さらに、生活の支援(経済的な問題や家族の問題)や医療リハビリテーションの提供(例:最初はうつ病ということで来院する方も、デイケアでの経過を追う中で診断が変わることがある。正しい診断により正しい治療にのせていくこと)も医療機関で可能である。

また、復職・就労準備性の評価や再発予防に関して得られた医療情報を、他機関・企業との連携の中で駆使する必要がある。この他に、他機関との連携後の伴走者・管理者として、病気と障害が併存しているからこそその治療的・支持的な関わり、マネジメントとフォローアップも必須である(加藤, 2015)。

表 2-3-40 復職・就労支援における医療機関の役割

-
- ・症状の安定→寛解(再発予防)
 - ・生活支援(睡眠覚醒リズム、食事、経済問題、家族支援等)
 - ・デイケア内でのアセスメントと医療リハビリテーションの提供
(診断確定→正しい治療、復職・就労準備性評価、再発予防評価)
 - ・情報提供
(診断名、症状、心理検査結果、診察・デイケアで得られた情報等)
 - ・他機関・企業との連携
(リカバリーの視点と医療で補えない部分の補完)
 - ・連携後の伴走者・マネジメント
(病気と障害が併存しているからこそその治療的・支持的な関わりとマネジメント)
 - ・職場定着のフォローアップ
-

(加藤, 2015)

(2) 気分障害を有する利用者の復職支援と就労支援の相違点

復職支援と就労支援(再就職支援)との相違点は、復職の場合、観察(特徴的な認知、対人パターンを明らかにする)してから介入するが、就労支援(再就職支援)では、時に支持的な関わりが重要となり、利用者の失敗体験による社会的な恐怖を「失敗体験のままにしないこと」である。

また、教育や治療機能を考えると、復職支援ではトラブルに対して、パターンを同定して再現し、治療的に扱う。一方、再就職支援の場合は、復職ではできない実社会場面(例:アルバイト、派遣等)で起こったことも持ち帰り、治療場面に取り入れ、「次はどうしていこうか」と戦略的に進めていけることも相違点である。

る（加藤, 2015）。

表 2-3-41 気分障害の復職支援と就労支援（再就職）との相違点とは（1）

観察・介入、時に支持

- ・特徴的な認知、対人パターンを明らかにする
- ・そこに介入し修正できるよう促す必要性
- ・失敗は「次に繋がる経験」と捉え、支持的に関わり失敗体験のままにしない

教育・治療機能

- ・トラブル＝避けるべきものではない
- ・あらゆる場面で繰り返される再発を誘発するパターンを治療的に扱う
- ・復職支援ではできない、実社会場面も治療場面に取り入れる

（横山太範臨床精神医学 vol.41 No.11: 1522-15252012 より抜粋を一部改編）

（加藤, 2015）

さらに、気分障害の復職支援と就労支援（再就職支援）との相違点として、特に復職では準備性が、また再就職では能力評価が特に重要である。こうした職業リハビリテーションの視点は、医療機関が弱い部分でもあるため、地域障害者職業センターとの連携でお願いした部分である（加藤, 2015）。

この他、復職後の再休職予防は特に大切な視点である。また、リカバリーの視点は、リワークでも必要だが、再就職の場合に特に必要であり、生き方支援も重要なファクターである。

この様に、気分障害の就労支援も医療だけでは行えない部分が多く、多角的なアセスメントと支援、そして他機関との連携による補完が必要である（加藤, 2015）。

表 2-3-42 気分障害の復職支援と就労（再就職）支援の相違点とは（2）

①復職・再就職準備性と能力評価

- ・意欲的なことは必要条件であるが重要条件ではない
- ・再就職後も安全に期待される業務を遂行できるかどうか
- ・再就職をする上での能力評価

②再休職予防とリカバリーの視点

- ・病気を繰り返すたびに再発率の上昇
- ・自殺リスクの上昇
- ・生き方支援も重要なファクター

※多角的なアセスメントと支援・連携して補完する必要性

横山太範臨床精神医学 vol.41 No.11: 1522-15252012 より抜粋を一部改編

（加藤, 2015）

表 2-3-43 リワークコーディネーターの視点と意識

- ・マネジメントの視点
- ・治療者としての視点
- ・社会性とバランス感覚

※単なる「受け渡し」ではなく「協働」

※地域連携の窓口（双方向の連携）

※障害の理解促進や環境整備等に向けた企業側支援

(加藤, 2015)

リワークコーディネーターの視点と意識で考えると、治療の中で利用者の初診から寛解までをマネジメントする視点が必要である。

さらに治療者としての視点で、あらゆる場面を治療的に捉え、その方の「生きやすさ」を考えながら関わる。

そして、患者ばかりでなく、患者が戻っていく社会にも焦点をあてつつ、協働する社会性とバランス感覚が必要である。(加藤, 2015)。

表 2-3-44 は、気分障害の就労支援で抽出される要点をまとめたものである。

表 2-3-44 気分障害の就労支援で抽出される要点

- ・再就職、再休職予防に留まらない、生き方やリカバリーの視点
- ・他機関や実社会も治療場面に取り入れたアセスメントの必要性
(単純な気分障害ではない場合も)
- ・治療的効果：失敗を「次に繋がる経験」と捉える支持的な関わりで、
➡ 成功体験を積み重ねてもらおう
- ・デイケアの枠組みで補えない部分 ➡ 連携することで補完
- ・『伴走者』としてのコーディネーターの存在
↪ 一貫したスムーズで効果的な支援を可能とする

(加藤, 2015)

前述の社会性とバランス感覚の重要性(表 2-3-43)とも関連するが、「受け渡し」のみでなく、協働が大切である。

「リワークコーディネーターに困った時は連絡をして、意見を聞けるのはありがたい」との意見が多く聞かれたことからリワークコーディネーターは地域連携の窓口になり得ると考えられる(加藤, 2015)。

さらに、障害の理解促進や環境整備等に向けた企業側支援も大切な側面である。

(3) 実践全体から考察されること

実践全体をとおして考察されることとして、以下の2点が挙げられる。

第1に復職プログラムは社会復帰及び再発予防に有用である。第2に、狭義の復職とは休職者の復職支援を指すが、復職プログラムの治療構造は、社会復帰を目指す全ての患者に有効であると考えられる(加藤, 2015)。

第4節 入院を必要としたうつ病の難治性から考える復職支援 —非メランコリー親和型うつ病と職場適応上の課題—

全国に先駆け1989年にストレスケア病棟を立て上げた不知火病院では、復職支援も行っている。同院のストレスケア病棟の利用者全体で見ると典型的なメランコリー型は極めて少なく、10%に充たない頻度に減少している。

本節では、講演「うつ病の難治性から考える復職支援」(徳永, 2015)に基づき、非メランコリー親和型うつ病者の職場適応上の課題と不知火病院の復職支援について以下にまとめた。

1 非メランコリー親和型うつ病の現状

アレン・フランセス(2014)によると、米国において、この20年間に、自閉症スペクトラムは20倍、双極性障害は2倍、子供の双極性障害は40倍に増加するという予期しない3つの流行診断を経験したと報告している(表2-4-1)。しかし自閉症スペクトラムも双極性障害も非常に遺伝負因の強い病気であり、いわゆる流行で、診断が倍に、さらに20倍に増えること自体本来あり得ず、単なる流行診断とは言い切れない面がある(徳永, 2015)。

表2-4-1 米国における予期しない流行診断の状況

DSM-5 : Essentials of Psychiatric Diagnosis (2014)

Dr. Allen Frances (大野裕ら訳)

「この20年予期しない3つの流行診断を経験してきた。

- ①自閉症スペクトラムは20倍、
- ②双極性障害は2倍、
- ③子供の双極性障害は40倍に増えた。」

⇒ 時代的変化もあり診断が難しくなっている
むしろ治療法の議論も必要である

これらの障害とうつ病を遺伝の視点から見た場合、以下の相違点がみられる。

統合失調症や双極性障害の原因遺伝子はゲノム解析で見つかっているが、うつ病は異種性が強く、原因に結びつく遺伝子は発見されにくく、うつ病は、種々のストレスで誰もが罹り、また特定の性格も存在しない。こうしたことから、遺伝子的に言えば、うつ病はストレス反応のひとつであるとの見方ができる(徳永, 2015)。

(徳永, 2015)

「現代型」あるいは「新型うつ病」はないと日本うつ病学会で提唱されている(日本うつ病学会)が、うつ病にはメランコリー型と非メランコリー型がある。これらは全く違う病気ではなく、図2-4-1に示すように連続性があると考えられる(徳永, 2015)。

つまり、一人のクライアントの中にメランコリー(「几帳面で真面目で」)の部分もあれば、いわゆる「現代型」の部分もある。ウェイトとしては「現代型」の部分(自己愛的等)が増え、全体で見ると典型的なメランコリー型は極めて少なく、不知火病院のストレスケア病棟では10%に充たない頻度に減少している(徳永, 2010a)。そういう意味では、ほとんどが非メランコリー型、非中核群のうつ病(図2-4-1)である。

こうしたことから、徐々に、「自己優先」、「攻撃性」、「言葉が通じにくい」、「身体化されている」、「発達の問題」等様々な要因が複雑になり、今後さらに課題が変化すると考えられる。こうした多様化の中で、目の前のクライアントの状況を的確に把握し、復職に結びつける支援が今まで以上に重要である(徳永, 2015)。

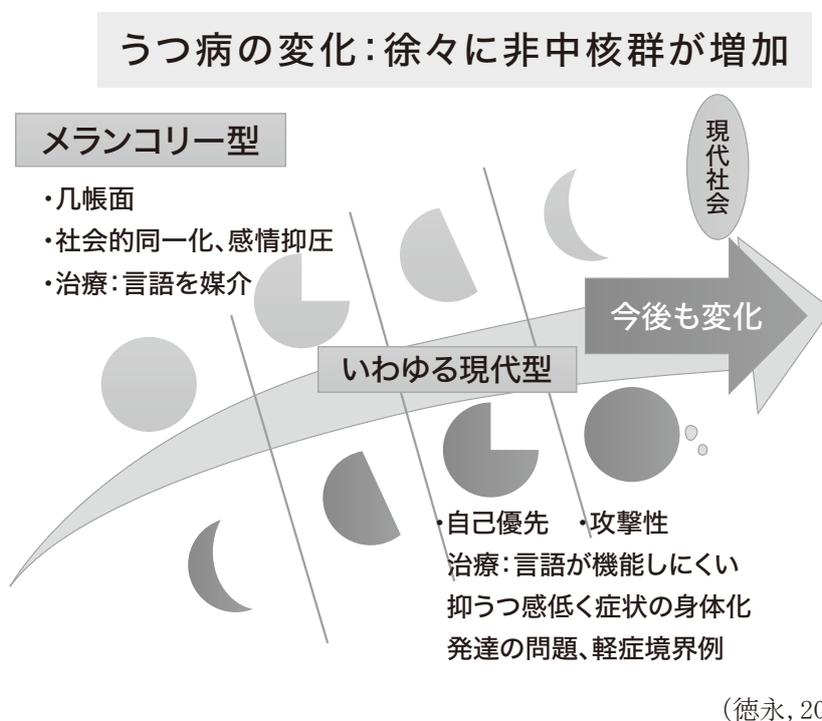


図 2-4-1 うつ病の変化

2 非中核群（非メランコリー型）うつ病の特徴と専門家による速やかな治療の必要性

非中核群のうつ病では自己愛的傾向が強く、症状も依存的なため、薬物療法の効果は限定的である。休養と薬物療法で治癒することは難しく、メランコリー親和型に比較して、さらに難易度が増して(徳永, 2010b)おり、新たな取り組みによる対応が課題となっている。そのため、非常に難しいという事実を伝えて、専門家による治療の必要性が高いことを啓発していくことが必要である(徳永, 2015)。

また、こうした必要性の背景の1つとして、適切な治療を受けていない場合、再発率は5年までに30~40%台、10年までに60~80%台である。また、慢性化率がおおよそ20%、25%程度残る。再発率、慢性化率ともに高く、もともと難治性の疾患であることが挙げられる(徳永, 2015)。

このような課題に対する不知火病院における取り組みの中で明らかになってきたのは、中規模の集団療法での働きかけの重要性である(徳永, 2010a; 徳永, 2015)。個人療法が無効で治療困難と判断されていた自己愛傾向の強い方がうつ病同質者の中集団での療法をきっかけに、内省が進み、回復に至る例が増加している(徳永, 2015)。

中集団療法では、治療者側は情報を共有化し、スタッフが不用意に介入することがない。10名程度のクライアント・うつ病同質者での集団療法である(徳永, 2010a)。こうした中集団による療法とその効果について、本節の13にまとめたので参照されたい。

3 入院治療から見えてくる非メランコリー型うつ病の寛解と復職の関係

非メランコリー型うつ病の若者の治療は、単に症状をなくすということではなく、個々人の問題・課題をしっかり把握し、復職を支援していく必要がある。

休職中のうつ病者の治療と職場復帰について、休職者の課題と治療を表2-4-2にまとめた。

表2-4-2 休職中のうつ病者の治療と職場復帰

1. 今日的休職者の課題
 - 1) 病態の変化もあり診断困難例の増加
 - 2) 症状の回復が復職に直結しない
 - 3) 企業側の厳しさ
2. 治療

第一段階：症状の回復

第二段階：再発防止、原因の解明と修正

 - ①本人要因：性格や行動の再検討
 - ②職場要因：職場連携
 - ③家庭要因：家族療法

表2-4-2に示す状況の中で復職を考える場合、当然、終了時にはハミルトン（脚注30参照）は低下している（ハミルトンが6.2というのは、うつ病の寛解を表す）が、すっかり良い状態で復職できないところが、うつ病治療の非常に難しい点である。

内科疾患であれば、完治であり、当然これで出勤できるはずだが、うつ病の寛解として復職支援プログラムに必要な数値についてはケース毎に慎重に検討する必要がある（徳永, 2015）。

（徳永, 2015）

表2-4-3 寛解が復職に直結しない外来復職プログラム

	SDS ²⁸	BDI ²⁹	HAM-D ³⁰	SASS ³¹	ブルドン秒数	ブルドン脱数
導入時	44.08	15.16	6.20	29.84	25.20	13.65
終了時	36.46	7.13	2.23	36.35	22.69	6.73

期間：H19年12月～H24年12月 不知火病院 （徳永, 2015）

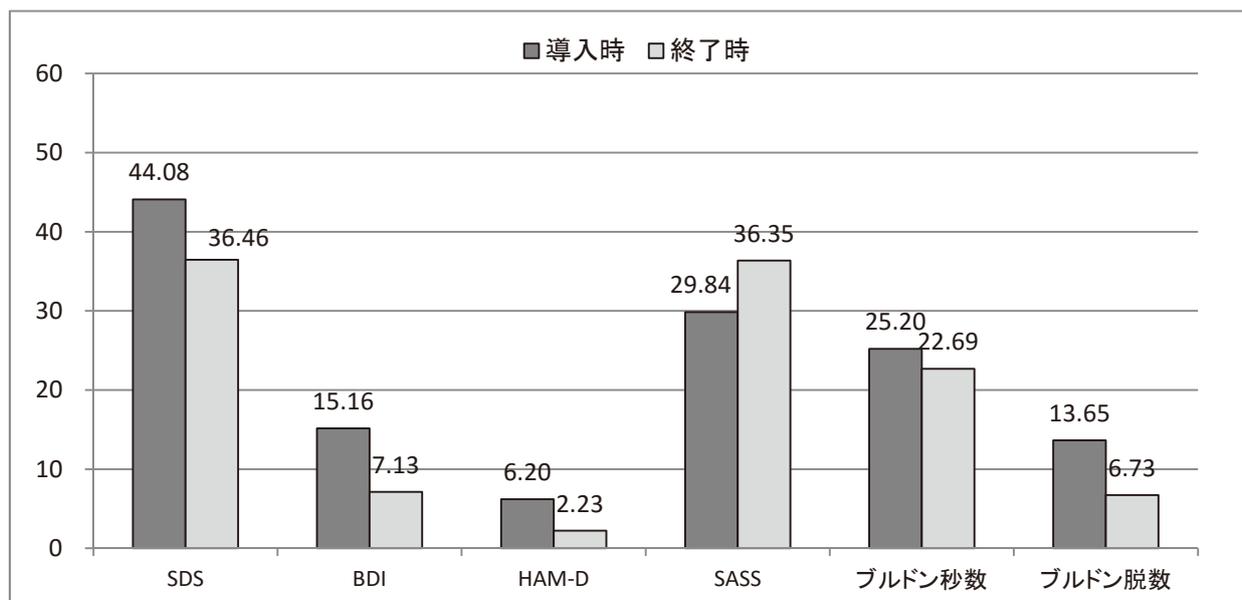
²⁸ SDS (Self-rating Depression Scale) 自己評価式抑うつ性尺度は、1965年にDuke (デューク) 大学のZungによって考案されたうつ症状の自己評価尺度である。SDSはうつ病患者のうつ症状の程度を評価することを目的に開発された。現在では、うつ病の治療経過を追うための指標として、またうつ病のスクリーニングにも活用されている。

(<http://www.st-medica.com/2013/04/sds-self-rating-depression-scale-zung.html>)

²⁹ BDI: ベック式うつ状態チェックテストはペンシルベニア大学の精神科医アーロン・ベックによる抑うつ状態を総合的に評価して、程度を客観的に図る心理テスト (BDIテスト) である。(<http://www.deprec.net/utsubasic/bditest/>)

³⁰ HAM-D: ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD) は1960年にHamiltonが開発したものであり、現在精神科領域において最も広く用いられている評価尺度の1つである。うつ病と診断された患者の重症度を定量的に評価し、その経過観察に用いられるもの。(気分障害 神島ら 医学書院 2008)

³¹ SASS (social adaptation self-evaluation scale)はうつ病を主とした抑うつ状態を評価する尺度のひとつであり、HAM-DやBDIで十分に抑うつ状態が改善しても社会復帰が困難なことがあるが、SASSは抑うつ状態が寛解に至り、社会復帰を目指すまでを評価できるとされている。(<http://psycho-memomemo.cocolog-nifty.com/blog/>)



期間：H19年12月～H24年12月 不知火病院（徳永，2015）

図2-4-2 寛解が復職に直結しない外来復職プログラム

4 精神疾患を有する従業員の復職に対する企業の姿勢

精神疾患を有する従業員の復職に対する企業の傾向として、企業の復職判断基準が高められ、復職率はおよそ40%台よく見ても50%である。また、就業規則を変更し休職－復職を繰り返せない制度もみられる。

こうした就業規則の変更（休職の通算規定を定め、半年休職の後3年勤務すればその休職はカウントされなかった制度が、休職後にどれだけ勤務しても最初の半年の休職はカウントされるようになり、さらに再発するとそれも加算し、休職が通算3年以上であると退職とする）が九州ではよくみられる（徳永，2015）。

また、復職の困難度が増し、復職の基準がない現状でもある。厚生労働省の出している基準と現在の復職基準（復職可能か否かの判定）とに温度差があり、そういう意味では産業医と主治医のスタンスがかなり異なっている。例えば、患者本人は異動や慣らし勤務を希望し、主治医も同意見だが、人事は会社全体の公平性を担保するために、慣らし勤務ではなく、「最初から定時勤務で始めなさい」という（徳永，2015）。

この段階では主治医よりも上司判断である産業医の意見が優先され、産業医に責任がかからないよう「復職判定委員会」が構成される。

表2-4-4 企業の精神疾患を有する従業員の復職に対する姿勢

企業側の判断は、精神疾患の復職率はよく見ても50%

⇒ 職場も休職者には厳しく変化し始めた

精神疾患を有する休職者は

●休職すると簡単に復帰させない

（企業産業保健スタッフ：復職可否基準の高水準化）

●休復職を繰り返させない

（就業規則：休職の通算規定）

⇒精神科医の復職可能の診断書が問題視される傾向にある

こうした状況の中、精神疾患の責任を持つのは精神科医療従事者であり、治療の見直し（従来型メラニコリー治療とそうでない疾患・うつの治療との見直し）が必要となるのではないかと考えられる（徳永，2015）。

（徳永，2015）

5 減薬や断薬ができつつある現在に至るまでの入院治療の変化

現在、不知火病院は219床で、年間に400人の入院があり、外来が140人程度である。ストレスケア病棟では2～3ヵ月の入院となる。男性の90%以上が勤労者で、年間約200人程度入院してこられる。

表2-4-5は不知火病院ストレスケア病棟の入院治療の変化を示したものである。2015年の入院時のハミルトンは24点程度で、退院時は7点程度である。

1989年の開設時は「励まさない」、「励ましてはいけない」という、主として、メランコリー型に対応する治療で、薬物療法とSST・CBTも含めた精神療法・集団療法であった。

しかし、これだけでは歯が立たず、クリニカルパスを1999年から、2000年からカウンセリングナース（看護師を特別に教育）の配置、さらに復職支援プログラムを2003年に開始した。しかし、効果の程度を予測できない一方で、様々なことに取り組みざるを得ない状況は、非常に効率が悪く、経営者として何度もストレスケア病棟の中止を考えざるをえない状況であった。

表2-4-5 不知火病院ストレスケア病棟：入院治療の変化

(2015年における入退院時の症状評価：HAM-D：24/7 平均入院期間：72日、83%がうつ病圏)

治療	1989年	2015年
変化：休養型から治療型へ	支持 “励まさない”	直面化 “励ます”
薬物療法	○	減薬断薬
精神療法、集団療法（SST、CBT）	○	○
クリニカルパス：情報の共有化	—	○1999～
カウンセリングナース：	—	○2000～
復職支援プログラム	—	○2003～
家族療法（集団、個人）	—	○
入院初期対応チーム	—	○
部屋別ミーティング	—	○

(徳永, 2015)

しかし、薬物療法一辺倒の時代におけるこうした様々な治療プログラムの実施が効を奏し、減薬や断薬ができつつある。一番良い時は、抗うつ薬がゼロの退院者が3分の1であり、5年後の再発率は一般的な5年後の再発率と変わらないという結果であった。

このように、薬物療法以外の治療をいろいろと進める中で薬物療法の意味合いが変わってきたことは、復職支援プログラムの実施においても良い意味でのポイントとなるのではないかと考えられる（徳永, 2015）。

6 小さな変化を見落とさず支援することが治癒の鍵

ストレスケア病棟では性格が自他ともに厳しく、曖昧さを受け入れない厳しきや攻撃性に非常に苦慮する状況（強迫的なまでに仕事をし、弱さを見せない一方で、執着気質、几帳面、真面目さにおいては、「仕事でも家庭でも几帳面・真面目な人」と、「仕事だけ几帳面・真面目」という2つのタイプが見受けられた）であり、さらに、「仕事だけ几帳面・真面目」なケースでは、その反動で家庭では非常に攻撃的な人が多いこと（後述）が家族療法を行う中でわかってきた（徳永, 2015）。

一方、重要点として、スタッフとの関係が成立すると、攻撃性が減り、さらに自分の問題が大きかったとの内省が可能となり、頼る傾向もみられたことが挙げられる。こうしたことから、攻撃する気持ちと依存欲求（攻撃を見せながら実は頼りたいという気持ちがある）が表裏一体で動いていると理解でき、この点を支援することが鍵となった。さらに、入院患者の53%に希死念慮があることも見逃せないことであった（徳永, 2015）。

また、DSM-5を著したアレン・フランシスは、「うつ病の日本特有な現れ方や分類の必要性（米国では、悲しみや興味の喪失、絶望感、無力感を主訴として受診するが日本では、頭痛や食欲減退、不眠等の身体症状を主訴として受診するといった違いがある可能性による）」を指摘している（徳永, 2015）。

この点について不知火病院のうつ病の利用者について見てみると「気持ちが晴れない」等が高い一方で、実は「頭痛がある」（70%）、「腰が痛い」（80%）、「お腹が張る」（60%以上）といった非常に多くの身体症状を伴うことがわかってきた（徳永, 2015）。

さらに、留意点は、実際に難治性うつ病である場合と入院でさほど困難を伴わずに治る場合も結構多くあり、後者は、難治で外来では無理と思われていることから「擬製の難治性」とよばれている（徳永, 2015）。

この他、個々人の自宅での様子・環境をよく把握し治療に結びつけることも重要である（徳永, 2015）。例えば、単身生活で昼間1人、共働き家庭で1人、寮に1人である場合はなかなか治らない。一方、食事の用意ができないと自責の念を持つ責任感の強い高齢の主婦でも、ストレスケア病棟への入院により、何が難しかったのかと思う程に、早く回復する場合もみられるのが現状である。

7 アンビバレント・葛藤への支援のたいせつさ

症状の強い人であっても、その人のアンビバレントな気持ち等に関する小さな変化を見落とさずに支援することが、復職支援において重要となる。その1例として、ある復職希望者が看護スタッフ、主治医に対する安心感を持たせたことによる小さな変化（それまで良い子を演じていたことへの気づきと改善の姿勢）にスタッフが気づき、ミーティングの中で共有し、攻撃性を受け止める姿勢で支援を行った。

こうした支援の結果、その方は復職された。この人の残りの90%はそれまでと同じパターン（攻撃性等）ではあったため、攻撃を受けた場合はスタッフ側の不快感も示しつつ支援を行った。

このような小さな変化を支援者が見落とすことなく、支援に活かせるかどうか、治癒への鍵である（徳永, 2015）。つまり復職支援プログラムにおいても入院治療も含めて、こうしたアンビバレントな感情（攻撃性と頼りたい気持ち等）を理解して付き合い、常に治療や就労支援に結びつけることが鍵となる（徳永, 2015）。

ソーシャルスキルトレーニングや認知行動療法による支援は効果的ではあるが、スキルだけで患者さんが急に変化しているのではないことを覚えて、支援する必要がある（徳永, 2015）。

また、こうした外に向けた強迫性・几帳面性は、ほとんどの場合、人格形成の初期の、幼児期にまでさかのぼることが多いと考えられるが、前述のような変化の背景には、安心感（スタッフとの関係、患者さん同士（ピア）の安心感等）がある。これはリワークでも同様である。逆に言えば、外からは見えにくいが想像以上に不安が強く、安心感・安全感がない人が多いのが現状である。

さらに、これは若い人程非常に強く、攻撃性と頼りたい気持ちのアンビバレントがあること、そして、変化はこうした微妙に揺れる感情を支援者が受け止めることで始まる（徳永, 2015）。

全国のリワーク・デイケアでも、若い人が、予想外に短期間に変化することがみられるが、その要因の1つとして、キャンプで怒られる、クラブ活動で殴られそうになる、褒められるといった「集団体験」が若者にないことが挙げられる。こうした状況をリワークという軸で考えると、前述の支援者やピア等との関係により安心感の持てる環境の中で変化が早く起きる人も少なくないのである（徳永, 2015）。

8 家族会参加者の様子から窺える復職支援の役割

不知火病院のプログラムの一環である家族会での参加者の様子から、職場のストレスが配偶者及び子どもに及ぼす悪影響（職場のストレスにより、家庭で家族にあたる、あたらないまでも口をきかない、こうした状況の中での子どもの親への敏感な反応等）が窺える（徳永, 2015）。

最近では、共働きが多く、子どもは両親が気付かないようにと気を遣っているため非常に繊細である。1998年頃から学校でのいじめだけを減らそうとする動きがみられているが、それだけでは不十分である。こうした状況の中で子どものエネルギーは学校以外の一般市民に向けていくと予想されたが、本当にそのような傾向がみられる状況である（徳永, 2015）。

こうしたことから、学校でのいじめをなくすためにも、職場のストレスを減らし、親が家庭でバランスをとり、子どもが伸び伸びできる状況を実現するための取り組みが望まれる。

そのためには、個人にも人格があるように、組織にも人格（社風等）があるので、組織全体を見る視点に立った企業の組織論が必要である（徳永, 2015）。

9 不知火病院のリワーク

不知火病院でのリワークは2007年に開始されている。実際は2004年から外来では行っていたが、対象者0であった。なかなか人が集まりにくく、復職困難者が多数であった。

表2-4-6 不知火病院でのリワークの流れ

福岡県大牟田市、人口12万

1. 1989年、うつ病治療専門病棟開設（4,418人入院）
 2. 外来治療は2007年より
 - 1) 2004年より開始したが、対象者0が続き一旦中断
 - 2) 体制を整え2007年より再実施
 - 3) しかし、またしてもリワーク対象者が0の期間が続き、短期間のプログラムでは復職困難者が多く、一定しない状態が続く
 - 4) 現在は4段階のプログラムを実施
-

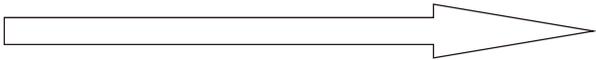
(徳永, 2015)

(1) デイケアの4種類のプログラムの内容

プログラムは4種類（表2-4-7）必要であった。

3ヵ月以内に復職する人のための「リ・スタート」（週4～5回で負荷を高くしている）、6ヵ月以内の復職を目指す人のための「トライワーク」（参加者最多）、1年以内の復職を目指す人のための「フリースペース」（参加者がかなりある）、復職の予想が立たないという人のための「リカバリー」である。プログラムはその時々で違うが、他機関のプログラムとそれ程変わりはない内容である。

表 2-4-7 不知火病院：外来デイケアの4種のプログラム

名称	リカバリー	フリースペース	トライワーク	リ・スタート
活動時間	3時間 ショート・ケア	6時間 デイ・ケア	6時間 デイ・ケア	6時間 デイ・ケア
頻度	週1回	週1~5回	週3~5回	週4~5回
対象イメージ	朝起きられない ひきこもりがち	生活リズムの 改善	復職の準備 開始	復職前で 高い負荷が必要
目標	復職の予測が 立たない	一年程度以内の 就職・復職	6ヶ月以内の 復職	3ヶ月以内の 復職
負荷	弱  強			

(徳永, 2015)

(2) サテライトクリニックでのリワーク

デイケアのプログラムの他に、週2回の集団療法も行っている。10人までの中集団で6か月限度、週2回2時間で、70%~80%程度の復職率である。デイケアも集団療法も同様の治療結果に近い。回数や治療構造ではなく、集団体験としての意味が大きいと考えられる(徳永, 2015)。

表 2-4-8 サテライトクリニックでのリワーク

福岡市博多駅前、人口120万

1. 2008年開始：ビル診療所のため場所の確保が困難
 2. 週2回の集団療法での実施：
 - 1) 10人まで、6か月限度⇒ かろうじて10人の参加
 - 2) HAM-D：おおむね10点以下で、判定委員会が判断
 - 3) 70~80%程度の復職率
- ⇒デイケアも集団療法も同様の治療結果
回数や治療構造ではなく集団体験の意味が大きい

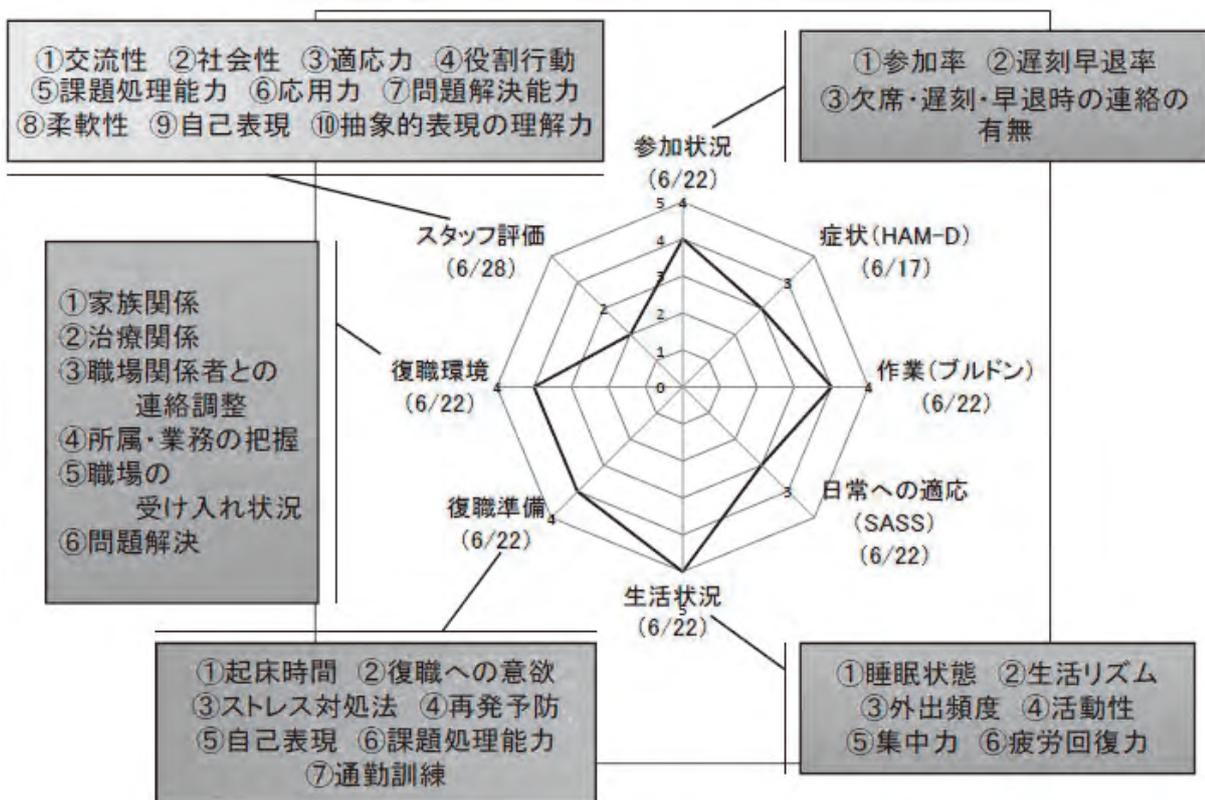
(徳永, 2015)

10 復職準備における内的な成長も含めた多面的な評価尺度

非メランコリー型の場合には、病状や作業能力の回復に加えて、メンバー自身の内的な成長が必要と考えられるケースも多く、既存の評価ツールだけでは、復職の判断が困難である（中垣ら, 2011）。そのため、症状や作業能力の回復状態に加えて、対人スキルの獲得、内省力の向上、認知のゆがみの修正を含めた多面的な評価を行っている（中垣ら, 2011）。

図2-4-3は、職場復帰準備の評価内容である（徳永, 2015）。参加状況、症状、作業（ブルドンテストによる）、日常への対応、生活状況、復職準備、復職環境、スタッフ評価に大別される。スタッフ評価、参加状況（スタッフによる評価）、症状（主治医による評価）、作業の能力（心理士による評価）以外の各項目はすべて自己評価である（中垣ら, 2011）。プログラム終了時は74%程度である（徳永, 2015）。

さらに、卒業群と非卒業群（期間満了者、中止、中断者）の評価の比較結果（中垣ら, 2011）をまとめたものが本節11の表2-4-10である。



(徳永, 2015)

図2-4-3 不知火病院における職場復帰準備における評価内容

11 復職における評価のポイント

復職にあたっては、病状、作業能力、SASS の回復は大前提であるが、これらのみで復職の可否を判断することは難しく、複合的な判断が必要である（中垣ら, 2011）。

さらに、評価のポイントとして、表 2-4-9 に示すことがらが挙げられる（中垣ら, 2011）。

表 2-4-9 評価のポイント

状況	}	70%~80% 達成できていること	
復職準備状況			
復職環境			
スタッフ評価		① 適応力・自己表現	おおむね90%の達成度
		② 柔軟性 抽象的表現の理解力	} おおむね70%の達成度
		③ 応用力	

（中垣ら, 2011）

表 2-4-10 卒業群と非卒業群の比較

- 病状、作業能力、SASS については、卒業群と非卒業群で、終了時に有意差はなかった。これは、プログラムに導入された時点で、ほぼ回復しているためと考えられる。
- 生活状況、復職準備状況、復職環境については、いずれの項目でも、卒業群と非卒業群に有意差が生じた。
- スタッフ評価の小項目ごとの比較では、適応力、応用力、柔軟性、自己表現、抽象的表現の理解力の 5 項目で、卒業群と非卒業群に有意差が生じた。
- 卒業群と非卒業群の第 1 回目（導入 1 ヶ月）と終了時のスタッフ評価を比較すると、卒業群では、交流性、役割行動、応用力、問題解決能力、自己表現、抽象的表現の理解力では、有意に改善が見られた。一方、非卒業群では、適応力、柔軟性、自己表現、抽象的表現の理解力の 4 項目で、評価が有意に低下した。いずれの項目も、第 1 回の評価時には、卒業群と非卒業群に有意差はなかった。
- 社会性については、卒業群の第 1 回目と終了時の間に有意な変化はなく、卒業群と非卒業群の間にも有意差はなかった。

（中垣ら, 2011）

12 復職後の状況 —復職後の再発予防も含めた復職支援の必要性—

復職1年後の定時勤務は56%であった。さらに、1年後の再休職・退職は24%であった。半年で12%程度が再休職・退職となっている。入院はともかく、外来治療のみでは困難であることから、復職支援プログラムは必須である。しかし、復職しても再度悪化する場合もあるので、復職支援は復職後の再発予防も含めた内容であることが必須である（徳永, 2015）。

こうした状況の中、いわゆる「現代型うつ」、非メランコリー型うつは、症状変化の頻度が高く、自己愛的である、仕事は無理だが趣味は楽しむ、といった印象を与えがちであり、薬物療法の効果が少なく、治療は困難ではないかと予想されていた。ところが、集団療法（中集団）によって、短期により変化が起こりやすいことが分かり始めてきている（徳永, 2015）。

ある難治性のうつ病の人が、集団療法4ヵ月で職場復帰をし、これ以降も若いうつ病の方の中集団での療法による短期回復についての蓄積がなされてきている。リワークデイケアを実施している他機関でも類似の結果がみられている。全ての人がというわけにはいかないが、困難であるという印象があったとしても、中集団による療法により意外に早期に治り、まとまりが出てきたという場合がみられる（徳永, 2015）。

13 中規模の集団療法の効果 —非メランコリー型のうつ病者の回復過程における有効な支援—

中集団による集団療法が非メランコリー型の若い人に対して効果がみられる主な要因として挙げられるのは、集団体験がそもそも少ないことである。若い層では言葉を介しての所謂カウンセリングが機能しにくい、スタッフとの安全感がある中での中集団療法は短期に有効に機能する。30代のうつ病者で個人療法が無効で治療困難例と判断されていた自己愛の強い人が、うつ病同質者の中集団での療法をきっかけに内省が進み、回復に至る例が増加している（徳永, 2010a p39）。

中集団療法とは、専門のスタッフが存在する治療集団であり、7人～15人以内のうつ病者の集団療法を指す。治療スタッフは情報を共有化し、一定の精神医学的教育を受け、不用意に介入しないということが必要とされる（徳永, 2010a p39）。

例えば、大切なことの1つとして、支援者は「おはよう」、「こんにちは」、「昨日はよく眠れましたか」、「今日はよくできましたね」と普通の言葉として言っているが、特に若い人たちには途轍もなく温かいものとして伝わり、安心・安全感をもつことにつながるものが挙げられる（徳永, 2015）。

前述の例（本節7参照）にも安心感から変化が始まった一例があったが、朝のやりとり、普通の挨拶もこうした貴重な安全感をもたらすのである。支援者が自身の支援を過大評価してもいけないが、過小評価しても、周囲からは見えにくい患者さん・利用者の変化がさらに見えなくなってしまう（徳永, 2015）。

大牟田の養護教諭研修会で実際にあった話であるが、ある高校の養護の先生が熱を出した生徒の額に手を当てると、他の生徒たちが「私の額にも触ってくれ」と寄ってきたことを経験されたとの報告からも熱が出た時に父や母に額に触ってもらったことのない子どもがいかに多いかがわかる（徳永, 2015）。より大きな都市ではこうした傾向はさらに強いかもしれない。つまり、保健師さんの脈をとる、額に手を当てるといった行為が30～40年前とは桁違いの重さがあるということである（徳永, 2015）。

こうした背景のもとにある人達には中集団による療法が有効に機能するわけである（徳永, 2015）。沖縄県の精神保健福祉センターの復職デイケアは週1回ではあるが、非常に効果を挙げており学会で表彰を受けて

いる。不知火クリニックは週2回の2時間であるが70%~80%の効果(表2-4-9参照)がある。すなわち、CBT(認知行動療法)、ソーシャルスキルトレーニングだけではなく、中集団体験に意味がある。

その集団体験の中に、患者同士の集団体験と、スタッフが1人~3人いることに意味がある。利用者だけではなく、スタッフがいう安心感が大きいのではないかと現段階では考えている。こうしたことから支援者自身がその役割を過小評価することは避けるべきである(徳永, 2015)。

さらに、中集団療法が有効であった要因としては、傷つきへの恐れが大きい自己愛傾向の強いうつ病者にとって、個人療法では本人が直面化を避け、外在化して治療者に攻撃的になる場合が多いが、中集団では傷つき体験を比較的抑えられるという点である(徳永, 2010b p107)。これが内省を促進していると判断できる(徳永, 2010b p107)。また、スタッフが不用意な介入をせずに、見守る存在として対応するため、患者に安心感が生まれやすい(徳永, 2010b p107)。

非メランコリー型の場合、メランコリー型と同じく、関係性が成立すると攻撃性が減り、内省や人格の成長が起こる。そのため、治療にも発達や育成の視点が必要である(後述)。メランコリー型も非メランコリー型も回復の過程に変化はない。昔は葛藤の処理、現代は発達の促進ということで若干違いが見えても、深いところでは大きくは変わらない(徳永, 2015)わけである。

14 復職支援に関する課題

(1) 企業に対する心理教育の必要性

従業員50人規模の小規模事業所では、メンタルヘルス全体に対しての啓発が遅れ、従業員全体にうつ病に対する知識が低いことが少なくない。こうした職場では心理教育の必要性が高い(徳永, 2013)。

(2) うつ病の二面性と感情抑圧からくる攻撃性

入院患者2,155人の家族に対して実施した調査結果に、うつ病者は、職場と同一化し、過剰適応を示すため、職場評価は非常に高い一方で、自己感情が抑制されてしまう。その結果、抑圧された感情の発露は、家庭で起こり、配偶者にあたる、口をきかないといった者が半数みられ、うつ病者の職場と家庭での二面性がみられた(徳永, 2013)。

攻撃性は、多様化した若年層のうつ病の特徴でもあるが、メランコリー型の感情の抑制の延長上にあり病態には連続性がみられる(徳永, 2013)。

(3) うつ病発症の原因が職場にあると考えられるケースにおける発達の偏りに関する課題 —視覚化による支援の重要性—

発達障害の診断はされないが、発達に偏りがあると思われる例が多くみられる(徳永, 2015)。さらに、若い人の発達障害、若い人のうつ病に一定の傾向がないかを調べるために、うつ病の休職者(仕事が原因で悪くなった約100人)に対してWAISを実施したところ以下の結果がみられた(徳永, 2015)。

動作性と言語性の乖離が指摘されているが、仕事をしているうつ病の人の下位分類12項目について「強い」「弱い」という表現を使い、統計上の有意差が出たかどうかを見ると、こうした発達の問題がある程度、逆

に、見えてきた。つまり、「単純な指示には対応できる」、「制限時間のない課題についてはマニュアルを見ながら取り組める」、「課題が変わるとスムーズに対応できない」、「主要な部分を見いだせない」、「複数のことを同時に処理できない」、「暗黙のルールや雰囲気マークすることが苦手で、先読みや深読みをしてしまう」ことに、統計上の有意差がみられた。この結果から見える傾向として、発症の原因が職場にあると思われるうつ病では、知能検査の結果から発達に偏りのある勤労者が多い傾向が認められた(徳永, 2015)。今後もし、発達の問題が予測される場合には、少し時間はかかるが、WAIS を実施すると細かく対応できると考えられる(徳永, 2015)。

ポイントとして、発達障害ではないが発達に問題を抱えている若者の長所は、注意が逸れにくく、集中して取り組めるので、ある意味では評価が高い。仕事熱心と言えるかもしれない。短所については、「本質と非本質の部分を区分けすることが難しい」、「段取りや予測を立てることが苦手」という結果であった(徳永, 2015)。

こうしたことから、時間配分や優先順位をつけることが苦手で、手間取る、要領が悪いという傾向が明らかになった。さらに、「状況を読む」、「暗黙の理解」が苦手であるため、前提からの説明が必要となり上司の負担が増えることを回避するための支援が必要となる。また、独特の判断から来る被害感による攻撃性が起こりやすい。そのため、発達の課題がある場合には、より攻撃性が出やすいこととなる。

その他、情報処理に関して、聴覚処理では、「複数の聴覚処理が難しい、見えないものをイメージしにくい」という結果であった。最近の傾向として、「言葉が伝わりにくい」と言われているが、それは単に伝わりにくいだけでなく、発達の課題がここに現れていることが示された(徳永, 2015)。

視覚処理に関しては、「視覚処理」はできるものの、主要部分を見誤ることがあった。例えば、髪を黒から別の色に変えたとしても気付かない、一方で詳細なことに拘っていることが少しわかってきた。

このように、発達障害ではないが、かなりの人が発達に問題を抱えながら体調を悪くしていることに気が付くと、具体的な対応ができるのではないかと考えられる。治療の説明には、言葉のみで伝えるのではなく、視覚的な説明が必要になる。症状に関して、視覚的に説明する。治療中は、回復していることを理解できるように、チェックリスト等で、10項目のうち、ひとつでも×が△になっていれば、少し良くなっていると理解できるようにする(徳永, 2015)。

このように視覚的に返していくことが必要(特に医療機関では大事)である。患者が「良くなっていない」と言っても、実際は治り始めていることがあり、ここでかなりの食い違いが生じていると考えられる。また、集団療法やリワークでの回復度が予想以上に高い(前述)のは、視覚化が有効に働いているためと考えられる。つまり、自浄作用、カタルシスだけではなく、治っていつている他の患者を集団の中で目にして、良くなっていることが視覚化できることが、患者に大きな影響を与えていると考えられる(徳永, 2015)。

今回 100 人を調査して、「視覚化」ということをキーワードに支援することの必要性をひとりひとりの患者を見ている中で再認識したといえる(徳永, 2015)。

(4) 軽症化傾向による課題

聴覚刺激の処理に関することや、暗黙の了解が苦手で深読みをしやすい、という点等は発達の問題として理解できるが、それ以外の課題として軽症化が挙げられる(徳永, 2015)。境界性人格障害は、以前に比べ、今はボーダーラインで症状が軽くなっている。攻撃性に関してもボーダーライン化し、攻撃性が出やすいとも考えられる。

そして、スキゾイド(分裂気質のうつ病)が、うつ病の中の 15%ぐらいにあたると考えられ、これは疎通

性が悪く難治性である。この他、不安障害との合併化、身体化も含まれている（徳永, 2015）。

（５）心理教育の果たす重要な役割

うつ病における不安障害の合併率の高まりや、双極性Ⅱ型や発達障害等の辺縁群との境界の曖昧さや薬物療法の効果が限定的である等のうつ病の難治性を踏まえて、治療や心理教育を行うことが必要である（徳永, 2013）。

（６）支援者に特に求められること ―再発防止を視野に入れることが重要―

特に非メランコリー型のうつ病患者の復職支援を含めた支援を行う上では、「再発」、「慢性化」の防止を念頭におく必要がある。

時代とともに病態が複雑化（前述）し、多分今後も変化すると考えられる中で、支援者は患者に寄り添い、本質的な変化を見逃さないことが大切である。家族関係等であたたかい体験をしたことのある人が少なく、「おはよう」という言葉は聞いていても、「昨日眠れましたか」という次の一言を聞いた経験のない人が多い。このため、支援者が「おはよう」の後に、なにげなく「今日は表情が良いね」と言うと、患者からは「そんなことまで聞いてくれたのか」とよく言われる。そういう意味では、支援者自身がその役割を決して過小評価せずに、患者の心の変化・本質的な変化をしっかりと捉える必要がある。そして、あくまで治療はひとりひとり個別であることから、あまり「治療で変化した」と考え過ぎ、こうした本質的な変化が見えなくなってしまうように留意することも必要である（徳永, 2015）。

第5節 アンビバレントな気持ちに働きかける動機づけ面接

本章のこれまでに非メランコリー型うつ病のクライアントのアンビバレントな気持ち・葛藤に変化をもたらす、さらに前に進めるように支援していくことが重要であることが示された。

そこで、本節では、アンビバレントな気持ちや葛藤のあるグレーゾーンのクライアントを支援する動機づけ面接技法について、講演「攻撃的・拒否的なクライアントを支援するための動機づけ面接技法」(磯村, 2015)に基づき以下にまとめた。

1 動機づけ面接法と従来面接法

「動機づけ面接」(Motivational Interviewing, MI)は「グレーゾーンのクライアント」(例:生活習慣等をより良いものに変えても変えなくてもどちらでもよいと考えているクライアント)、準備期にあるというよりは、無関心期(後述 図2-5-2)にある、あるいは、関心はあるけれども行動を変えきらない人や拒否的なクライアントに変化を起こさせるために有用な面接法である(磯村, 2015)。

動機づけ面接法とは表2-5-1に示す面接法である。

表2-5-1 動機づけ面接法について

-
- ・ミラーとロルニックが開発した対人援助面接法
 - ・受容的応答を旨とする来談者中心的要素と、特定の変化に指向させる目標指向的要素を併せ持った面接のスタイル
 - ・薬物依存、嗜癖行動、生活習慣病への効果が示されている
 - ・トレーナーネットワーク(MINT)³²が詳細な研修プログラムを開発・公開
-

(磯村, 2015)

表2-5-2 動機づけ面接の効果研究

-
- | | |
|------------------------|--------------------------|
| ・アルコール問題 | ・衛生行動(開発途上国での飲料水に対する意識等) |
| ・薬物乱用 | ・ダイエット・運動 |
| ・喫煙 | ・病的ギャンブル |
| ・HIV感染リスク行動 | ・テレビの見すぎ |
| ・治療アドヒアランス(精神科領域、糖尿病等) | ・口腔清掃習慣 |
-
- (磯村, 2015)

³² トレーナーネットワーク(Motivational Interviewing Network, MINT)はミラーとロルニックにより、動機づけ面接を行うカウンセラーをトレーニングするトレーナーの育成とトレーナーの品質保証のために組織された。その目的は、「動機づけ面接」の認知を高め、実際の現場で利用できる力のある専門家を増やし、人々の健康増進に紀要する。また、グローバルな情報とともに、実際の現場に即した正確で適切な情報を伝達する。

日本においても2003年からMINTが各地で活動を展開している。(社団法人日本動機づけ面接協会)
<http://www.motivationalinterview.jp/about/index.html>

海外において動機づけ面接法は、まず、アルコール依存症、薬物依存症を対象に、次いで、保護観察官等司法の分野で取り入れられた。動機づけ面接の研修を保護観察官に義務付ける国もみられ、日本においてもこうした領域での動機づけ面接の広がりがみられている。

また、動機づけ面接法の効果は前述の表 2-5-2 に示す各領域で報告されている（磯村, 2015）。

動機づけ面接は、依存症の分野に次いで、保護観察官等の司法に広がったが、その理由の 1 つとして、従来の面接法に比べて怒り等のネガティブな感情がある人にも有用である点が挙げられる。また、受容と傾聴のみに比べ怒り等の感情がある人に有効である。さらに、動機づけ面接はある種のスタイルであり、認知行動療法のように、これだけのメニューが必要といったことはない。勿論、時間の長短によってやれることは異なるが、短い時間でできることもあるということになる。

さらに、依存症の支援では特に、熱心な援助者ほどつぶれてしまいがちだが、動機づけ面接はスタッフの消耗が少ない。

動機づけ面接法に関する初期の大規模な研究にプロジェクト・マッチという 3 つのアルコール依存症の治療法の比較調査がある。調査対象の治療法の 1 つめは AA（アルコール・アノニマス）等に代表される 12 ステップと呼ばれる方法であった。この治療法は、基本的にキリスト教の考え方に基づいており、「私はアルコールに対して無力だ」ということをまず認め、ハイヤーパワーにすべてを委ねて「今日一日飲まずにいる」ことを目指してミーティングを繰り返していくものである。

調査対象の治療法の 2 つめは認知行動療法、そして対象となった 3 つめの治療法が動機づけ面接法であった。動機づけ面接法以外の 2 つは各 16 回程度のセッションが行われたが、動機づけ面接法はある種のスタイルなので、2～3 回でとりあえず終わってしまう。最終的に動機づけ面接法については情報提供等と組み合わせ 4 回とした³³。

こうして三種類の治療法について、アルコール依存症の人たちを対象とした大規模な研究をしたところ、治療効果に関する結果に相違は無かった。そこで 16 回の治療も 4 回の治療も同じ効果であれば、4 回で終わる方がよい、という結果であった。

この結果を受け、動機づけ面接を元に生まれてきたのがアルコール依存症治療の領域（以下、「アルコールの領域」という）での「ブリーフ・インターベンション」である。この他、友達が少ない人には 12 ステップにすると良いということが示された。つまり友達が少なく、一人で飲んでいる人の場合は、ミーティングに参加することでしっかりとサポートされるという、もっともな結果である。その他、怒りのレベルが高い人に動機づけ面接が効果的であるということもわかった。また、動機づけ面接を介入初期から用いることで、他の心理療法の効果が上がるということもわかった。

こうした経緯を経て、現在アルコールや司法の領域では、「来談者中心療法＋認知行動療法」よりも「動機づけ面接（来談者中心療法をバージョンアップしたもの）＋認知行動療法」が効果的であるとされている。

動機づけ面接がこうした領域で取り入れられ、効果がみられているその背景として、動機づけ面接が従来の面接法に比べ表 2-5-3 に示す利点を有していることが挙げられる。

³³ 「モチベーション・エンハンスメント・セラピー」と呼ばれている。

表 2-5-3 動機づけ面接と従来の面接法とを比較しての利点

従来の面接法と比べて、動機づけ面接は・・・

1. 怒り等非協力的な感情・態度を持つ人にも有用
2. 数分未満の短時間でも可能（スタイルなので）
3. スタッフの消耗が少ない
4. 比較的短期間でも効果あり（数回の面接から）
5. 介入初期から用いることで他の心理療法の効果が上がる

（磯村, 2015）

しばしば、説得のくり返しと警告によりクライアントが変わると思いがちであるが、現実には、言えば言う程に抵抗が増し、自己中心的になり、表 2-5-4 にその例を示したような重大なこと（例：受動喫煙で娘が喘息になり入院した等）が発生しても、行動は全く変わらないのが現状である（磯村, 2015）。

動機づけ面接法は、クライアントがこうした現状に留まるのではなく、前に進むことを促進する。

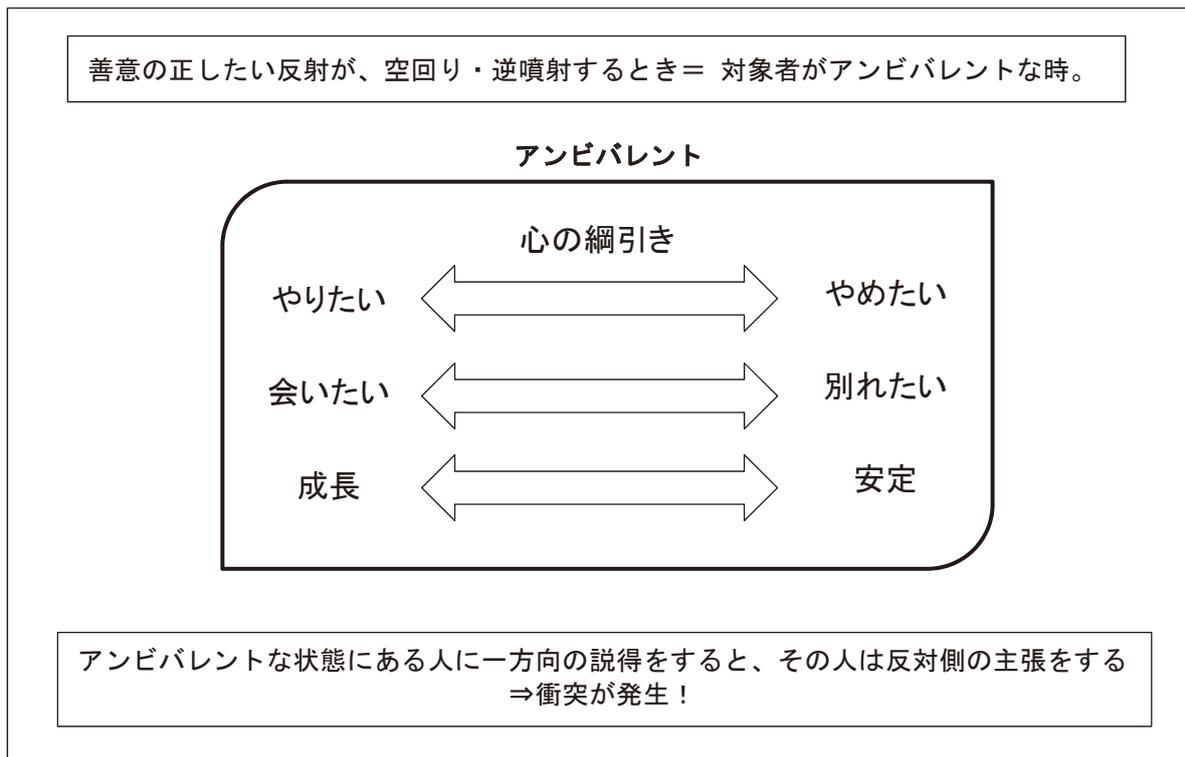
表 2-5-4

受動喫煙で娘が喘息になり入院した	→	タバコを吸い続ける
糖尿病で、片目を失明した	→	インスリンを繰り返しさぼる
大麻・ハーブを繰り返し少年院に收容された	→	吸い続ける
家に引きこもり授業に出ず留年が決まった	→	欠席を続ける

（磯村, 2015）

表 2-5-4 のような状況について、いったいどこに落とし穴があるのか、どういう人がひどい目に遭っているのに変わらないのかというと、クライアントがアンビバレントな状態にある時と考えられる（磯村, 2015）。

アンビバレントとは、2つの気持ちが綱引きになっている（図 2-5-1）、つまり「やりたいけれどやめたい」、「会いたいけれど別れたい」、「成長したいけれど安定したい」、「好きだけれど嫌い」といった心理状態を指す。こうした状態の時に、援助者がクライアントを特定の方向に一生懸命プッシュすることは、往々にして逆効果であると動機づけ面接では考える。



注) 正しい反射については表 2-5-6 を参照

(磯村, 2015)

図 2-5-1 アンビバレントとは

もうひとつのポイントは、例えば、「このままお酒をのみ続けているとあなたの肝臓が岩ようになりますよ。」と言われたことをきっかけに飲酒をやめる人もいる。こうした場合は、次に説明するステージ理論 (図 2-5-2) の無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期とある中のたまたま「準備期」に、例えば「あなたの肝臓は岩のようだ」と言われ、行動変容が起こると考えられる。これが 5 人に 1 人なのか 10 人に 1 人なのかは定かではないが、時々うまくいくので、臨床家はその方向に執着してしまう傾向にある (磯村, 2015)。

このように変わる人もいる一方で、一般的にクライアントは「このままお酒をのみ続けていると・・・となりますよ」といったことは何度も聞いているにもかかわらず変わらない場合が多いことから、動機づけ面接が最も真価を発揮するのは、「無関心期」や「関心期」(図 2-5-2) にある人への支援であると考えられる。

こうしたことから、動機づけ面接では、こうした時期にあるクライアントの変化をただ待つのではなく、いろいろとアプローチしていく。以下において、動機づけ面接のアプローチについてまとめておく。

2 変化のステージ

動機づけ面接は、下図 2-5-2 に示す「無関心期」及び「関心期」の人のためにデザインされた手段である。また、動機づけ面接には特に理論はなく、厳密に言うと、行動科学である。行動科学であるということは、何らかの強化子等により特定の行動を増やす等、前に進むことを支援する。

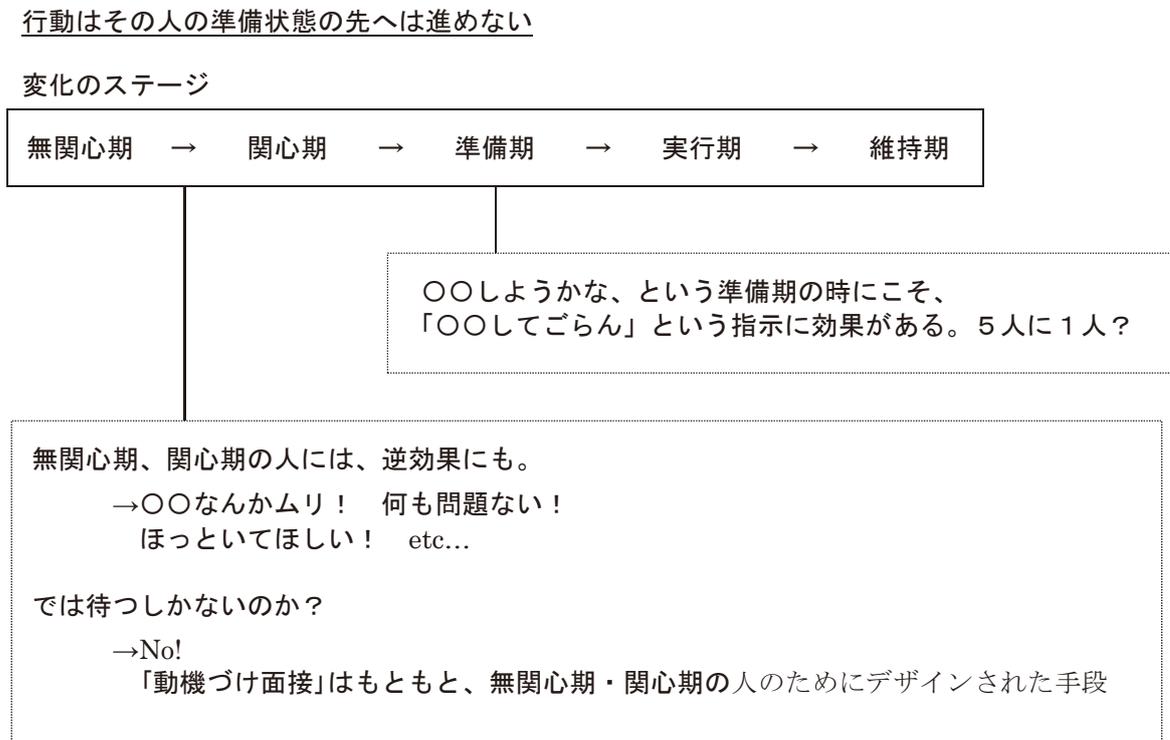


図 2-5-2 変化のステージ

(磯村, 2015)

3 動機づけ面接はガイド的スタイル

下図の指示的スタイルとは「あしなさい」、「こうしなさい」というスタイルである。また、追従的なスタイルは、話をよく聞いて受入れ肯定していくということである。動機づけ面接のスタイルは、図中の真ん中の「ガイド的スタイル（受容と特定の方向を指向）」である。



動機づけ面接はガイド的スタイル（①受容+ ②特定の方向を指向）

(Miller ら, 2013)

図 2-5-3 動機づけ面接はガイド的スタイル

4 動機づけ面接の基礎用語とチェンジ・トーク

動機づけ面接の基本用語をまとめたものが表2-5-5と表2-5-6である。

表2-5-5 動機づけ面接（MI）の基礎用語①

* チェンジ・トーク：	来談者の健康的な方向へ変わろうとする発言
維持トーク：	来談者の不健康な状態にとどまろうとする発言
* 動機づけ面接（MI）の基本戦略 OARS	
O：	Open (ended) Questions 開かれた質問
A：	Affirmations 是認
R：	Reflective Listening 聞き返し
S：	Summaries 要約
	MIのすべてのプロセスで用いられるスキル

(磯村, 2015)

表2-5-6 動機づけ面接（MI）の基礎用語②

選択的強化：

自発的行動＋強化子→ 行動生起頻度の増減
という条件づけの原理に基づいて
チェンジ・トークを強化する。 (0.5秒以内が最大の効果
60秒過ぎると効果なし)

宣言による自己動機づけ：

人は、変わることを意識する自分の言葉によって、変化へ動機づけられる。

正したい反射：

人は、相手が間違っただけを言う and/or 行動すると反射的に正したくなる。

正したい反射誘導：

矛盾が見えるように、聞き返しで相手の言葉を返していくと相手は自分自身の矛盾を正したくなる。

(磯村, 2015)

動機づけ面接では「チェンジ・トーク」と「維持トーク」の2つが非常に基本的な概念である。例えば、煙草に関する維持トークの例としては「会社がとても忙しいし、うちでは妻も吸う」。これに対し「で

も、最近子供も変な咳をしている。だからやめた方が良いと思っている」というように、変化の方向にいくのがチェンジ・トークである。実際には「仕事に就いた方がよいが、失敗したので自信がない。妻もいい加減痺れを切らしているようだ」のようにチェンジ・トークと維持トークが混じっていることが多い。

動機づけ面接では、チェンジ・トークの全く無い人も含めて、チェンジ・トークを増やす方法をとる。動機づけ面接におけるチェンジ・トークを増やす方法の一例を表2-5-7に示した。

表2-5-7 チェンジ・トークを増やす方法の一例

<p>クライアント：「俺、禁煙する気は無いですから」に対して、</p> <p>カウンセラー： 基本的には来談者中心なので「そうか、禁煙しないのだね」と応じる そして「今年も来年も」、「2年後も」、「5年後も」と話していると、</p> <p>クライアント：「うーん」と考え始める。「仕事が忙しいから」と言う</p> <p>カウンセラー：「じゃ、定年までは吸うということ？」と応じる</p> <p>クライアント：「いや、そう決めたわけではないけれど・・・」</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">推察できること</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">「定年まで吸うと決めたわけではない」との発言から推察すると、 元の発言「禁煙する気はない」とは裏腹に<u>禁煙する可能性も考えられる</u></p>

(磯村 (2015) をもとに筆者作成)

このようにチェンジ・トーク（この例では「定年まで吸うと決めたわけではない」）がさりげなく出てくると動機づけ面接のカウンセラーは単にうなずく等の動作の他に、図2-5-4に示すようにまず、繰り返すことが重要である。ただし、やみくもに繰り返すのではなく、選択的強化により、さりげなく変化の方向にもっていくように繰り返すのである（磯村, 2015）。

<p>クライアント：「定年まで吸うと決めたわけではないけれど、なかなかやめられない」</p> <p>↓</p> <p>通常の面接</p> <p>カウンセラー：そうか、なかなかやめられないのですね。 (クライアントの話の流れに沿っていく :変化の方向とは限らない)</p>	<p>↓</p> <p>動機づけ面接</p> <p>選択的強化</p> <p>カウンセラー：そうか、定年まで吸うと決めたわけではないのですね、をくり返す (特定の方向に会話を導く)</p>
--	--

(磯村 (2015) をもとに筆者作成)

図2-5-4 変化の方向にもっていくチェンジトークと選択的強化

本節5の表2-5-8動機づけ面接の特徴に含まれている「開かれた質問」、「是認」、「聞き返し」、「要約」(OARS)は、動機づけ面接の基本である。

カウンセラーは前述の選択的強化を行う場合も、表中のOARSを活かす。「開かれた質問(例:・・・についてどう思うか?といった自由度の高い質問)」をして、それに答えてもらい、チェンジ・トークの聞き返しをする。

「是認」は、ニコニコする、相手が頑張っている様子がみられた場合、「頑張っているね」と伝える。「聞き返し」はよく耳を傍立てておき、望ましい部分を聞き返す、あるいはチェンジ・トークに反応する。「要約」は、それなりに話がひとまとまりついた時に、クライアントの話をまとめる。その際にもチェンジトークを中心にまとめる。

5 動機づけ面接の特徴と基本スキル

動機づけ面接の特徴をまとめたものが表2-5-8である。動機づけ面接に含まれるものとそうでないものについて以下にまとめた。

表2-5-8 動機づけ面接 (MI) の特徴

MIに含まれない	MIに含まれる (基本スキル)
①ラベル貼り、保証、同情 ②講義、警告 ③評価、非難 ④指示、説得、無許可の助言  悪い部分注目する	①開かれた質問：Open question ②是認：Affirming ③聞き返し：Reflection ④要約：Summary ⑤許可のある助言・情報提供  よい部分注目する

(磯村, 2015)

(1) 動機づけ面接に含まれないもの

表2-5-8に示した動機づけ面接に含まれないものの例(悪い部分注目する)を以下にまとめた。

「ラベル貼り」は、「依存症になっていますよ」、「このままでは老後に破産しますよ」、「駄目だ」と決めつける等である。

また、「あなたならできる」と保証したり、警告したり、「それは問題です」と評価する、「ああしなさい、こうしなさい」と指示や説得をする、了解を得ないで助言すること等である。

しかし、許可を得たうえでの助言や情報提供は動機づけ面接の基本スキルに含まれる。

(2) 動機づけ面接と通常の面接との比較

動機づけ面接の基本スキルに含まれるのは「開かれた質問」、「是認」、「聞き返し」、「要約」、「許可のある助言」、「情報提供」である。特に「情報提供」はどんどん行う。なぜなら、医者やカウンセラーはガイドであり、ただついていくだけではなく、「ああしなさい、こうしなさい」というだけでもない。

例えば、「海に行きたいですか？ 山に行きたいですか？」と尋ね、「海に行きたいです」との答えであった。そこは本人が決めるところだが、「この海岸に行こうかな？」と言った時に、「いや、そこは今朝、鮫が出た、という話ですから」ということを言う。それはきちんとする必要がある。

そういう意味でも、いわゆる「受容と傾聴」のみとは異なる。必要なことは、動機づけ面接のスタイルでどんどん情報を提供する。

さらに、動機づけ面接はスタイルであって、特定の理論ではない。なので、わずか10秒のカウンセラーの言葉でも違った対応のスタイルをとることは可能である。たとえば、「定年まで吸うつもりはないが、どうし

でも吸ってしまいます」というクライアントの言葉に対し、カウンセラーが「なぜ吸ってしまうのか」と訊けば、クライアントの返答は維持トーク中心となり、あげくの果ては吸いたくなる原因を探して職場の悪口になってしまったりする。

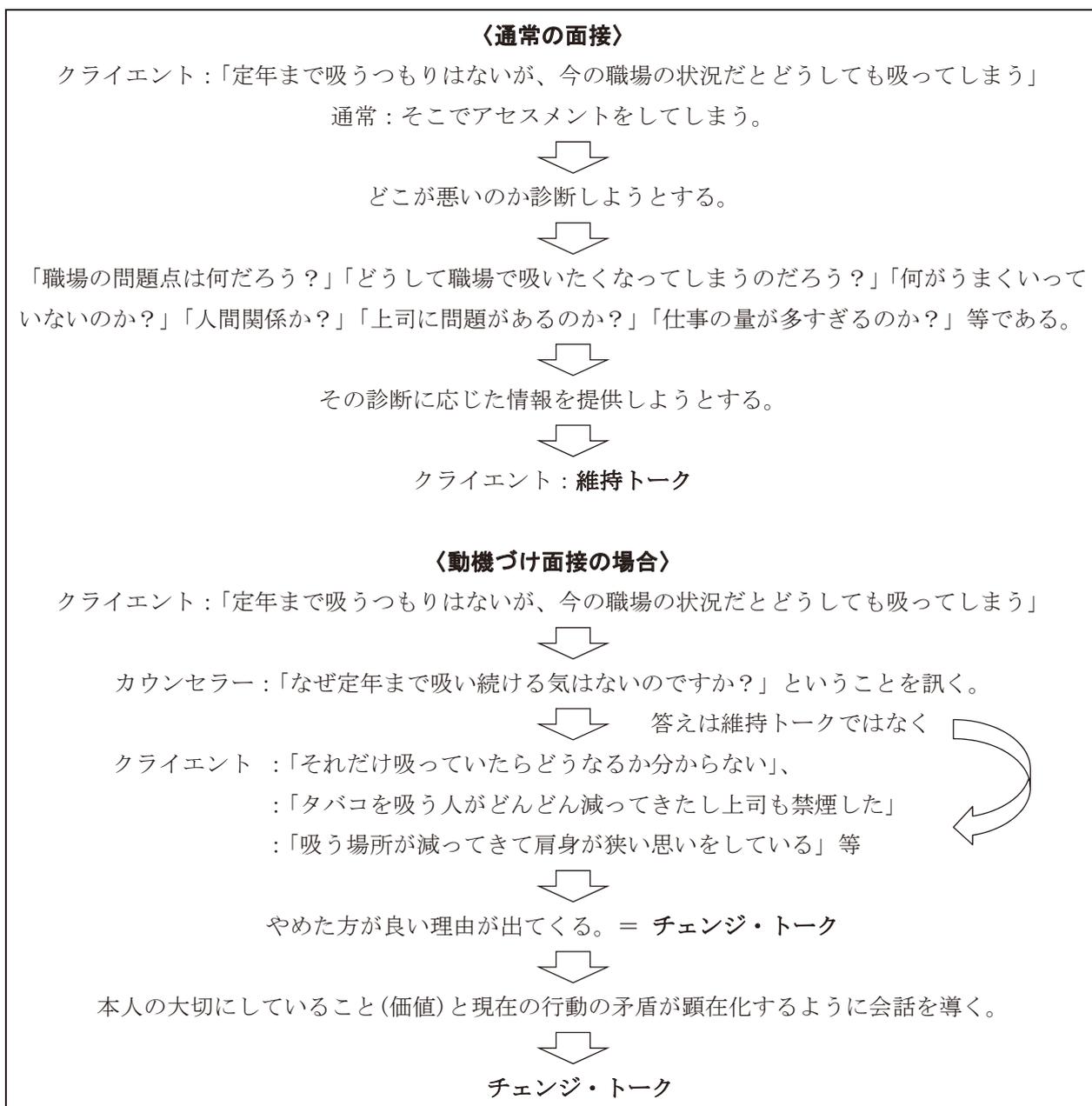
しかし、「定年まで吸うつもりはないのはどうしてですか？」と訊けば、「誰それも禁煙した」、「煙草を吸わない人が上司となった」、「階段を上ると息が切れるので」といった具合に、変化に向かう良い話となるのである。

そこですかさず「息が切れるとどんなことがあったのですか？」「上司は煙草を吸わないあなたをどんなふうに見ているようですか？」と尋ねる。そうすると、いろいろ話しているうちに、ますます「このままではイヤだな。定年まで等と言わず、いい加減、禁煙しようかな」となる。

もちろんそのまま順調に会話が進むとは限らない。必ず途中で「でもやっぱり吸いたい」という言葉がでてくる。すると、方向性のない来談者中心療法の場合は「本音が出てきた」といって、そこで寄り添ってしまうかもしれない。しかし、動機づけ面接はそうではなくて、あくまで患者と気持ちを通じ合わせつつも、変化の方向を目指すガイドとして、カウンセラーがどう発言したらチェンジトークのブザーを押してもらえるか、という立場で、「本当は吸いたい気持ちもある」というところにはなるべく触れずに、望ましい方向・変化に導くというやり方になる。具体的には例えば、「なるほど、やっぱり吸いたい気持ちもある。その一方で、いい加減に止めなくちゃという気持ちもあるのですね」のようにとりあえず相手の両価性の両面を振り返る聞き返しをしたりする。その際にもさりげなくチェンジトークを印象の残りやすい文章の後ろに持ってきたりして、常に方向性を意識しながら会話を進めていくのである。

こうした動機づけ面接と通常の面接とを比較したものが表2-5-9である。

表 2-5-9 動機づけ面接と通常の面接との比較



(磯村, 2015)

(3) 動機づけ面接に含まれる重要な基本スキル 「許可のある助言・情報提供」

動機づけ面接に含まれる重要な基本スキルの1つである「許可のある助言・情報適用」と通常の助言とを示したものが表2-5-10である。許可を得る方法はいろいろある。もちろん直接「〇〇について情報提供していいですか」と許可を得ることもできる。また相手の質問に答えるように持っていくことも、簡単な許可ある助言の提供方法である。相手が質問してきているので当然許可があるわけである。

表2-5-10 許可のある助言と単なる助言

単なる助言	
カウンセラー:	「リハビリは必ずしてください」
クライアント:	「分かってます。でも・・・」

許可のある助言	
カウンセラー:	「どうするかは〇〇さんの自由だけど、これまでの人はリハビリについてどんなふうだったのか知りたい？」
クライアント:	「知りたいです」

↓

クライアントに訊かれているのだから、説明しても良い。

↓

今までの人は・・・でしたよ。と情報を提供する。

(磯村, 2015)

例えば「これまでの人はリハビリをどうしていたか知りたい？」と訊いた場合に「知りたい」と答えたならば、第三者に関する情報として情報を提供する。こうしたやりとりをするだけでも全く異なった反応となる。単に「リハビリをするといいですよ」と言うと、相手から「でも・・・」が出てしまう。この例にある「〇〇さんの自由だけど」という部分は選択権を相手に保証するという自律性の尊重にあたる態度で、これもクライアントの動機を高めるのに有用である。

表2-5-11 許可のある助言・情報提供に関する例2

眠れなくて困っているが睡眠薬は飲みたくないというクライアントに睡眠薬を勧めたい	
睡眠薬が必要と考えている医師:	「睡眠薬と眠りの関係について、専門的な意見を知りたいと思えますか？」
クライアント:	「知りたいです。教えてください。」

(磯村, 2015)

さらに、こちらが伝えたいことを伝える前に、クライアントがまず知りたいことを引出し、それに応えて

から、こちらの伝えたいことを伝えるという方法もよく用いられる。こうすることで、クライアントは落ち着いてこちらの情報提供を聴く事ができる。また、しばしばクライアントの知りたいことはこちらの伝えたいことと関連しており、情報提供の仕方をよりその人に適したものに工夫できる（表2-5-12）。

表2-5-12 例3

例 クライアントの状態：発作を起こしたぜんそくの子供のお母さん
医者が診察したところ、入院が必要であることがわかった時点

医師：「娘さんは今から入院しなければいけません。いろいろお話ししなければならないことがあります、とりあえず今の時点で何が一番知りたいですか？」

クライアント { 「弟を5時に保育園に迎えに行きたいが行っても大丈夫か」
「どれくらいの期間、入院しなければいけないのか」
「何の準備をしたらいいか」等

医師：まず、これらの質問に答える そして

医師：「他にもあります。」

「お話ししても良いですか？」という（許可を得る）

「命には今のところ別状ないけれど、ぜんそくの発作は甘く見てはいけないものですから、必ず連絡がつくようにしておいてください」

(磯村, 2015)

これらは許可ある情報提供の例であり、精神保健で言うところの「協働」でもある。来談者と協力して問題解決に当たる。「ああしなさい、こうしなさい」ではないので、これは「受容」にも当てはまる。「あなたがそれをやるかどうかはあなたの自由」、「うまくいくかどうかはわからないのであなたの協力が要る」とすれば「協働」でもあり、「あなたの好きにして良い」と言うと「Noと言っても良い」ということで「受容」ともなる。

6 動機づけ面接の4つのスピリット PACE

動機づけ面接のスピリットには「協働」、「受容」、「思いやり」、「喚起」が含まれる（図2-5-5）。

本節5の「協働」、「受容」は動機づけ面接のスピリットでもある（図2-5-5）。また、前述の「許可ある情報提供」も動機づけ面接のこれらのスピリットをベースに行う。

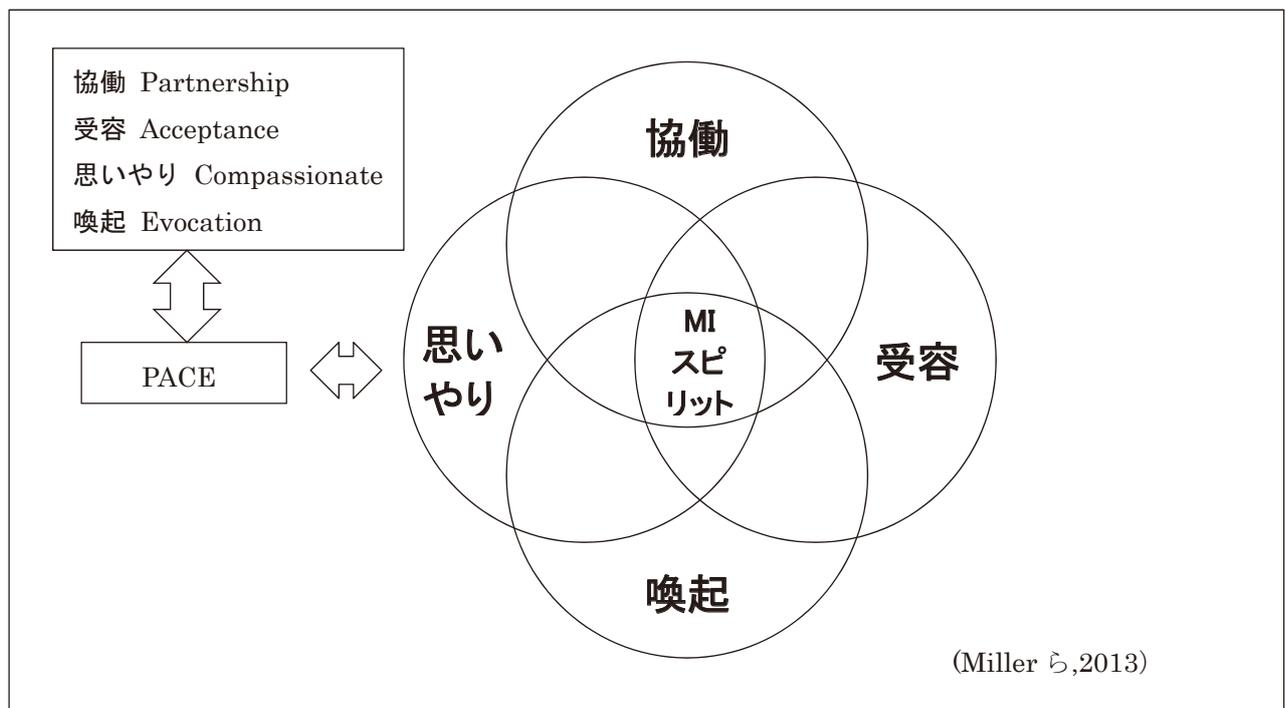


図2-5-5 動機づけ面接の4つのスピリット PACE

表2-5-13 動機づけ面接法の精神

- ・協働 (Partnership)
来談者と協力して問題解決にあたる
- ・受容 (Acceptance)
来談者の自律性と価値観を尊重する
- ・思いやり (Compassion)
来談者の苦痛を軽減する積極的な関心
- ・喚起 (Evocation)
語るよりも聴く、教え込むよりも引き出す

左の表は各スピリットの内容を示したものである。

(Miller ら, 2013)

(1) 協働 (Partnership)

動機づけ面接における「協働」は、必要な情報を出し合い、引きだし合いながら、来談者と援助者が二人で決めていく (図 2-5-6)。

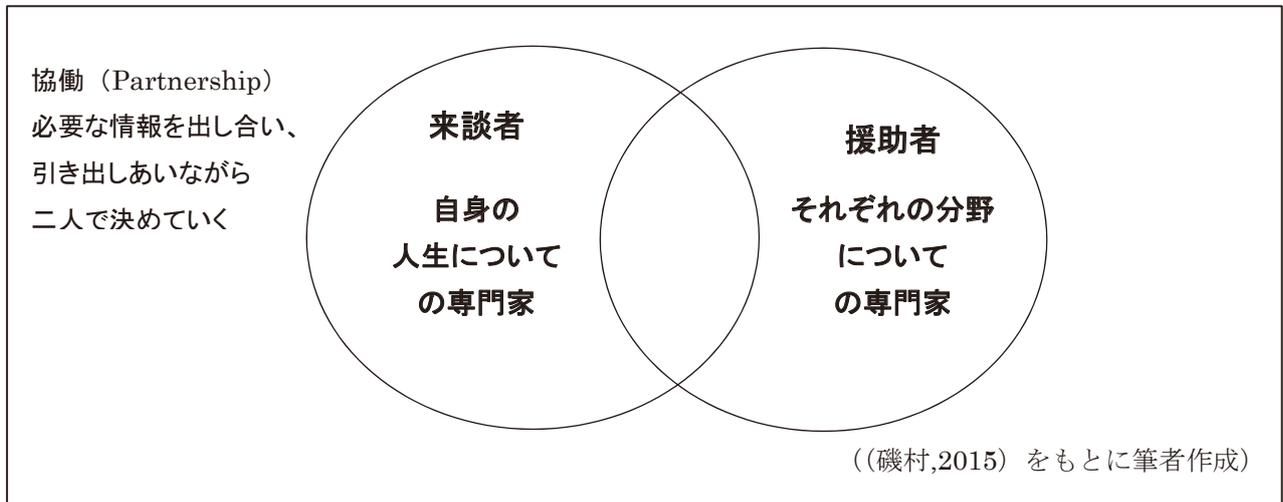


図 2-5-6 動機づけ面接のスピリットにおける協働とは

「協働」の考え方に基づくやりとり、協働のプロセスを示したものが表 2-5-14 である。

表 2-5-14 「協働」の例 1

カウンセラー：「今までリハビリテーションを受けた人にはどんな人がいて、 どんなリハビリテーションを受けたか知りたいですか？」と訊く
クライアント：「知りたい」
カウンセラー： 情報提供を行う

しかし、こうしたスムーズなやりとりばかりではなく、例えば、海水浴をすすめたい相手に、「海水浴を楽しんだ人がどこに行ってきたか知りたい？」と訊くと、「海水浴には興味がない。山の方がよい。」という場合もある。

こうした場合、動機づけ面接では、協働の他に、「選択的強化」と「宣言による動機づけ」(前述、表 2-5-6) をペアにしたやりとり (表 2-5-15) により、チェンジ・トークに導く。

この他、こうしたやりとりに「正しい反射」と「正しい反射誘導」(表 2-5-6 MI の基本用語②) を活かすのも非常に有効である。

表 2-5-15 はこうしたやりとりの例である。表中のやりとりで援助者はリハビリをすすめようとしている。それに対してクライアントが「リハビリよりも治療の方がよい。」といった後に、「なぜ治療を受けたいのか？」と訊くと、治療を受けたい理由ばかりがでてきてしまう (維持トークとなってしまうがち) ため、こうした質問は避ける。

表 2-5-15 「協働」の例 2

医師：「リハビリに通うのはどうですか？」と訊く
クライアント：「リハビリよりも治療の方がよい」
医師：「そうか治療が一番よいと思っている」
「治療を受ければリハビリはなくてもよいかなど・・・」
クライアント：「治療さえ受ければよいと思っているわけではないけれど・・・」
「この間リハビリをやったけれど、全然何の足しにもならなくて、結局、芯から治さないと駄目だと思いました」
医師：「リハビリは全然意味がなかったっていうこと」
クライアント：「いや、全然、というか・・・」
医師：「全然ではない・・・」、「少しはためになった・・・例えば？」と訊く
答えがチェンジ・トークになりそうな質問をする

((磯村, 2015) をもとに筆者作成)

(2) 受容 (Acceptance)

「受容」は、「絶対的価値」、「正確な共感」、「自律性のサポート」、「是認」に分かれる。これらの中で特に重要であるのが正確な共感（クライアントの深い感情を想像して、クライアントに聞き返すこと）（後述）である（磯村, 2015）。

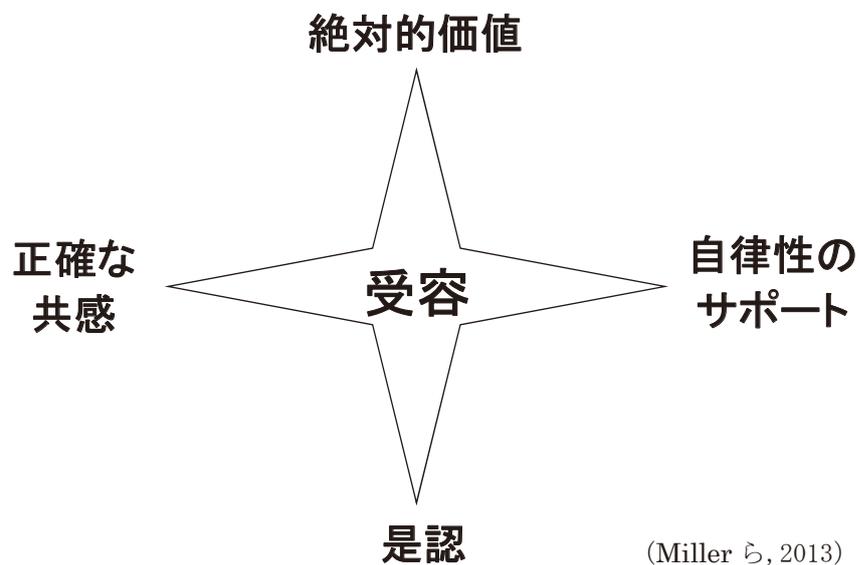


図 2-5-7 受容の内容

7 対応が難しい場面における動機づけ面接

表2-5-16に示す対応が難しい場面の各ケースについて、動機づけ面接の進め方を以下にまとめた。

表2-5-16 対応が難しい場面の例

〈場面1〉攻撃的な傾向があるケース

休職に至る経過の振り返りで「上司が悪い（仕事を丸投げされる、好き嫌いで仕事をする、無能な上司、等を様々な理由）」「同僚から虐めを受けていた」等の理由をあげ、他者の行動ばかりを非難するケースがある。本人が訴える事実は確認されていない。しかし本人はそのように状況をとらえており、自らを振り返る様子はあまりない。

〈場面2〉復職準備から先の復職活動に繋がらないケース

入職1年弱。「家族が（職場が）薦めたからリワーク支援を受けようと思った」と支援を希望。「自宅に居ると家族がうるさいから」と欠席することはない。症状は安定し主治医も『復帰は本人の意思次第』と診断。「復帰したい」と話すものの「また体調が悪くなったらどうしよう。自信がない。」「手続きがよくわからない。どうしたらいいのかわからない。」と具体的に主体的に行動することはない。指示されたこと（会社への定期連絡、産業スタッフへの連絡、等）に取り組むことはできる。

〈場面3〉過去の認識を修正しにくいケース

過去の出来事の認識が広がらず（修正できず）、同じ場面の想起で怒りや不満感を抱く。認知行動療法等に自ら取り組み、その場では「違う見方ができたかもしれない」と話す、興奮した場面になると「あの時もそうだった！」等同じ怒りが出てくる。

(1) 〈場面1〉攻撃的な傾向があるケース

このケース（表中場面1）のように、事実に対する誤認・否認は就労支援の場のみならずさまざまな現場で見られる。特に動機づけ面接が最初に対象とした依存症のクライアントではその傾向が著しい。依存症患者はしばしば「自分は依存症ではない」と訴えるのである。そんな時、動機づけ面接では、従来の対決的な面接法と異なり、クライアントが自分を依存症と認めるかどうかにはこだわらない。例えば動機づけ面接以外の依存症の代表的支援法である、12ステップによる自助グループAA(アルコールアノニマス)では、最初に「私はアルコール依存です。私はお酒に無力であることを認めます」というところから入るのが鉄則である。しかし、動機づけ面接では、「あなたがアルコール依存であるかどうか、それはどちらでもよい」というスタンスをとる。

動機づけ面接では、「アルコールを減らしたいと思っているかどうか」が重要となる。そこで、まず「減らしたい、減らしたくない、それぞれ理由があると思いますが、それを教えてもらえますか?」と訊く。

その後、しばらくの間はクライアントの述べる「減らす必要がない理由」を聞いている。

しかし、よく聞いていると、「でも子供にそう言われると、ドキッとしたこともある。」といったことを話すかもしれない。あるいは「妻に迷惑をかけたと思う時もある。」とも言うかもしれない。そういう時には聞き返しをして注意を向けるが、減らす必要がない理由については聞き流す。

場面1のケースでは表2-5-17のようなやりとりで、チェンジ・トークにもっていく。

状況がどうなのかということには、直接には踏み込まない。本当に上司が無能で仕事を丸投げされているかどうかについての議論は避ける。そして「その職場で、今後どうしたいのか」ということを訊く。

表2-5-17中の「正したい反射誘導」とは、矛盾が見えるように、聞き返して相手の言葉を返していくと、相手は自分自身の矛盾を正したくなることを指す（表2-5-6参照）。

なお、「正したい反射」とは、人は、相手が間違っただけを言ったり、行動したり（あるいはその両方）すると反射的に正したくなることを指す（表2-5-6参照）。

表2-5-17 攻撃的な傾向があるケース —チェンジ・トークを引き出す— その1

クライアント：「無能な上司が本当に何もできなくて、好き嫌いで仕事を振ってくるし、こちらの事情等全くわかっていない、要するに、できないから丸投げしてくる」

カウンセラー：「無能な上司で迷惑しているということですね」

クライアント：「はい。あの人も、この人もやめたし、いっそのこと、自分もこのままやめようかな、と思うけれど、どうしようかな」



①選択的強化 か ②正したい反射誘導へ

①選択的強化

カウンセラー：「『このまま辞めてしまうのは…』という気持ちもある」と、そこだけ聞き返す
あるいは

②正したい反射誘導

例1. カウンセラー：「そうか、そういうことがあったのですね。本当に丸投げされてしまうのですね。同僚がどんどんやめている。完全なブラック企業で何の未練もないということ・・・」

クライアント：①「うーん。でも、一応苦勞して入った一流上場企業ですから」

②「ブラックと言われるほどではないかもしれない・・・」

例2. カウンセラー：「今すぐにでもやめた方がよいと思う」

クライアント：「いや、次が決まってからやめた方がいいと思います」

カウンセラー：①「それはどうして？」

または

②「そうか、次が決まるまでは何とか頑張っていたい、ということ」

さらに、表2-5-18に示すようなことも有用である。

動機づけ面接で相手の気持ちをダイレクトに出してもらいながら、逆らわないで、カウンセラーがおこないたいトレーニングや情報提供へともっていく。

表2-5-18 攻撃的な傾向があるケース —チェンジ・トークを引き出す— その2

カウンセラー： その上司とうまくやっている人も、続いている人も誰もいないということ。

クライアント： 「いや、やめている人もいるけれど、続いている人もいる」

「上司に気に入られてうまくやっている人も少しはいる」

カウンセラー： 「何かうまくやる秘訣があったら知りたい？」と聞き返す

 許可ある情報提供

クライアント： 「知りたい」 

カウンセラー：  「あなたに当てはまるかどうかはわからないけれど、今までの私の経験では、『丸投げだと思っていたら、実はそうでもなかった』ということもあるよ」

さらに、

カウンセラー： 「こういうトレーニングをすると、上司の気持ちがわかるようになるかもしれない」



認知行動療法等を援用し、シームレスに繋げる

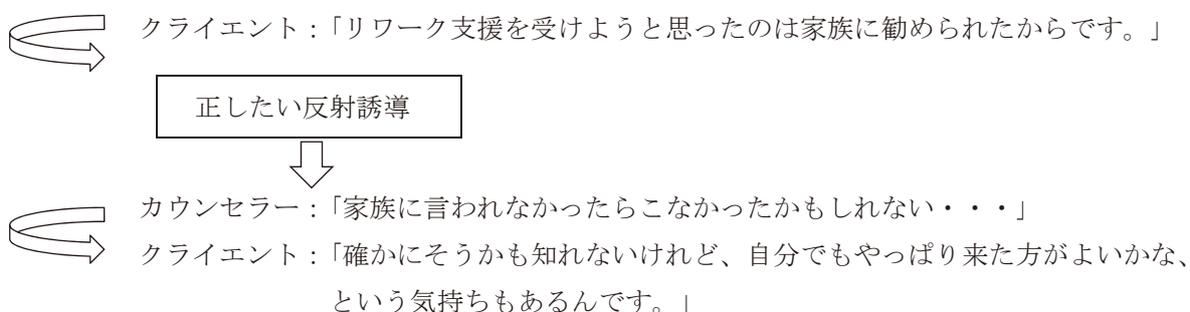
(2) <場面2> 復職の準備から先の行動に繋がらないケース

このケース（表2-5-16 中場面2）は、クライアントのアンビバレントな状態（例：自信がない、体調が悪化するのでは等）により、復職準備（リワーク支援への参加している）から先の、実際の復職への行動に繋がらないケースである。動機づけ面接により、チェンジ・トークを引き出し、クライアントが前に進めるよう支援する方法の例を以下にまとめた。

これらは、前述の「正しい反射」及び「正しい反射誘導」（表2-5-6 動機づけ面接法の基礎用語②）、そして「喚起」と「受容」（図2-5-5 動機づけ面接法の精神）による支援である。

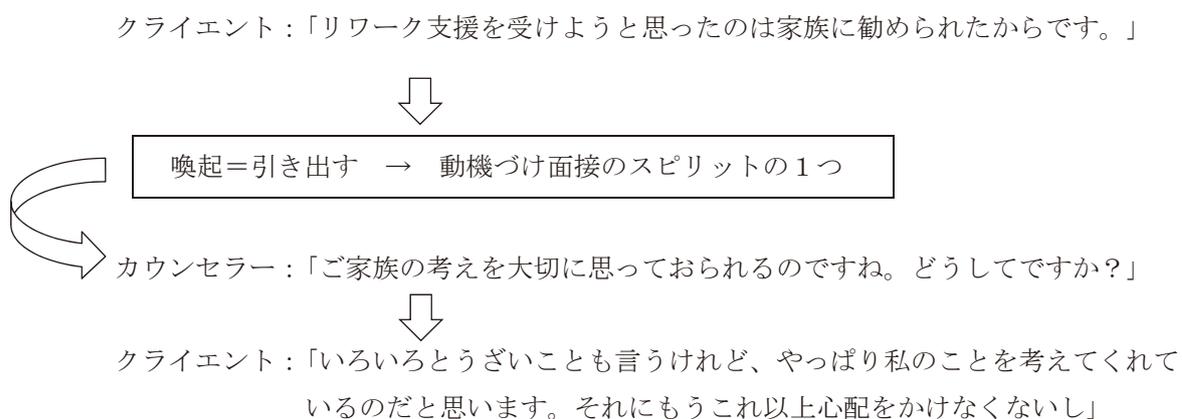
【正しい反射誘導】

表2-5-19 復職の準備から先の行動に繋がらないケース
—チェンジ・トークを引き出す— その1



【喚起】

表2-5-20 復職の準備から先の行動に繋がらないケース
—チェンジ・トークを引き出す— その2

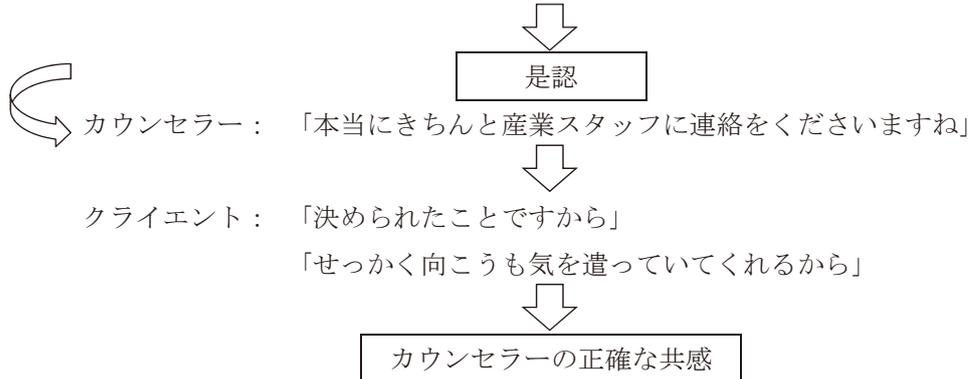


【受容】

さらに、このケースについて、動機づけ面接の4つのスピリットの1つである前述の「受容」（図2-5-5）の例を以下にまとめた。

表2-5-21 復職の準備から先の行動に繋がらないケース
—チェンジ・トークを引き出す— その3

クライアントが産業スタッフに連絡をとるといふ時に・・・



〈クライアントが大切に思っていること（何を失いたくないか・深い感情）を想像して〉

〈何を失いたくないかの例〉

カウンセラー： ①「会社に大事なお友達がいる・・・」
②「本当はこの会社のことちょっとは気に入っている・・・」

① ②の想像が違っていても構わない
違っていても、クライアントの下記のような言葉から
クライアントにとって大切なことを引き出すきっかけとなる。

①「会社に友達はいないけれど、時々声をかけてくれる先輩がいるんです。」
②「会社のことは別に好きではないけれど、やっぱり正社員でないと
駄目と親が言う。私もそう思う。」

〈深い感情の例〉

カウンセラー： ①「本当は失業するのが怖い・・・」
②「本当は連絡以外のことも、やってみたい・・・」

クライアント： （上記②に対する返事）「でも怖いから」

カウンセラー： 「そうか、怖いんだ。でもその一方でやっぱり、自分でも何か、怒られてもいいからやってみたい気持ちもある」

(3) 〈場面3〉過去の認識を修正しにくいいため行動に繋がりにくい拒否過敏性のケース

周囲の人達の言動に過剰に反応し、否定的（多くは本人の勘違いや拡大解釈）にとらえる拒否過敏性により落ち込んでしまう3つのケース（表2-5-22）について以下にまとめた。

ア 例① 相手の言葉を否定的に解釈する

動機づけ面接では、例えば表中①のように「遅くまで頑張っているね」と言われて、「仕事が遅いってこと？」と怒ってしまった場合、「失礼なことを言われてムッとしてしまった？」と相手の感情を聞き返すことをする。

表中の②③についても以下のようなやりとりを動機づけ面接では行う。

表2-5-22 拒否過敏性のケース

例①	同僚	「遅くまで頑張っているね」	
	→	(本人)	「仕事が遅いってこと」→怒り
例②	提案したプランに上司から修正が入る		
	→	(本人)	能力を全否定されたと腹を立て、翌日から会社を休んでしまう（寝込む、相手と絶交等）。
例③	父親	「頑張ってるね」	
	→	(娘・本人)	「いままではダメだったんだ」 →ふさぎ込む

(磯村, 2015)

イ 例② 提案したプランへの上司からの修正に怒り体調不良となる

例②についても動機づけ面接では、クライアントから訊いたことに対して言葉を変えて返していく（表2-5-23）。こうしたことにより、落ち込んでいるクライアントをチェンジ・トークへとガイドする。

表2-5-23 例②のクライアントとのやりとり

カウンセラー：今日は休んでいるのですか？
クライアント：昨日提出したプランを全否定されたので、腹が立って起きられませんでした。
カウンセラー：ああ、全面否定されたと思った・・・。
クライアント：はい。
カウンセラー：100%否定という感じ・・・。
クライアント：私はそういうふうに感じてしまいました。
カウンセラー：それですごく落ち込んでいるのですね・・・。
クライアント：はい。
カウンセラー：仕事に行けないくらい・・・。
クライアント：そうですね。眠れませんでした。
カウンセラー：眠れなくて仕事に行けなかった。
クライアント：朝になって眠れました。
カウンセラー：朝になってやっと寝られた。今日はとてもじゃないけれど行けない感じ・・・。
クライアント：そうですね。またちょっとこのあと寝て、午後から行くかもしれません。
カウンセラー：わかりました。午後からなら行けるかもしれない…。ちょっと説明したいことがあるんだけど、いいかな。
クライアント：はい。
カウンセラー：確かに問題があるけれど、全否定したわけではないから、午後來てくれた時に説明させてもらってもいい？
クライアント：はい。お願いします。

ウ 例③ 相手の言葉を過剰に否定的に受けとるケース - 自律的サポート(受容の1つ)の例 -

試験に向けて遅くまで勉強している娘（相手の言葉を過剰に否定的に受けとる）と父親（動機づけ面接のガイド的アプローチ）とのやりとりである（表2-5-24）。

ここでポイントとなるのは、「必ずしも相手からイエスをもらう必要はない」とのスタンスに立った自律性のサポートである。娘は無理矢理頑張っただけでポキッと折れてしまうかもしれないという状況にあるかもしれない。そのため、父親は休みたいのだったら本当に休んでもらってかまわない、「自分で決めて自分でやるしかない」との姿勢、これは動機づけ面接における「受容」の中での「自律性のサポート」にあたる。

このケースでは、明日試験だから、今迄頑張ってきたから、早めに寝た方がよいという状況かもしれない。結局アルコール依存の人に対しても喫煙者に対しても援助者はお酒やタバコを強制的にやめさせることはできない。つまり禁煙や勉強、あるいは仕事も「自分で決めるしかない」というのは本当なのである。

こうした自律性のサポートにより、このケースの本人はよく考え、「ここはやっぱり、ちょっと休んでおいた方がいいな」と思えばそれを選ぶし、「もうひと頑張りだな」と思えば頑張る。それを本人が選択することをガイドする。

表 2-5-24 例③ 相手の言葉を過剰に否定的に受けとるケース

父親：頑張っているね。

娘：今まで怠けていて駄目だったって意味？

父親：今までのことが自分でも情けないと思っているんだね……。

娘：情けないとは思っていないけど、実際いい点とれていないし……。

父親：ああ、そうか。本当はもっと良い点を取りたかった……。

娘：今まで頑張っていたのに全然結果が出ないし。

父親：やっけていて無駄かな、という気分……

娘：ちょっと疲れてきた。

父親：少し休んだ方がいいかな？

娘：でも、試験もあるし。

父親：そうすると、「頑張っているね」と言われて、

それを聞いて「今迄、怠けていてだめだ」と言われたように思った。

でも結構頑張っていて、少し疲れてきている、と。

だけど明日試験があるから、ということだ。で、どうする？

娘：放っておいてもらいたい。

父親：放っておいてもらいたいと思っている。わかった。任せる。

娘：(勉強を続ける)

このケースでは父親は娘に「頑張っているね」と声をかけることで、承認や是認を与え動機を高めようとしたと考えられる。しかし娘は父親のそうした意図を見透かしてしまい否定的な応答が出てきたのかもしれない。思春期にはよくあることである。では承認や是認は必要ないかというところではない。実は自律性の尊重の根底には、相手を信じて任せるという態度が含まれており、「あなたの選択に任せる」ということは口先だけではなく文字通り態度と行動で承認や是認を伝えていることになるのである。

同様に、禁煙に関するケースでも「禁煙を勧めるし応援もするけれども、禁煙するもしないも、結局はあなたの決めることだから」という姿勢をとる。しかし、そういう当たり前のことを確認すると、本人は主体性をもってよく考えたうえで、決断することとなる。そしてその決断は、不思議なことに援助者が禁煙を強く勧めた場合よりも、しばしばスムーズに良い方向(禁煙)に向かうのである。

8 動機づけ面接の全体的な流れ

(1) 動機づけ面接の4つのプロセス

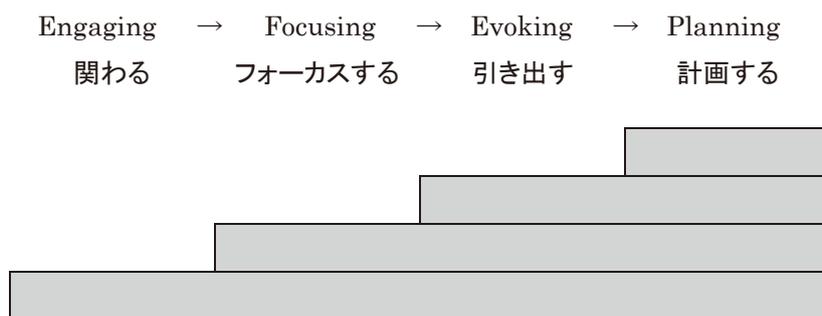
動機づけ面接には、「関わる」、「フォーカスする」、「引き出す」、「計画する」の4つのプロセスがある。

「関わる (Engaging)」では、カウンセラーとクライアントの双方にとって、有用な協働の関係を確立する。単なる親しみのある関わりではない。

「フォーカスする (Focusing)」は、変化に導くための方向づけ・プロセスである。

「引き出す (Evoking)」は、状況を変えることを目指すクライアント自身の積極的な姿勢 (motivation) を導き出すことで、動機づけ面接の核心でもある。

「計画する (Planning)」は、クライアントが準備期 (図2-5-2 変化のステージ参照) にさしかかると、それまでと異なり、どのようなタイミングで、あるいは、どのような内容の変化を望んでいるかといったことを話し始める。また、この時点で、情報やアドバイスが求められることも多い。クライアントは、この時期に計画を立てるうえで専門的な支援を特に必要とする (Miller ら, 2013)。

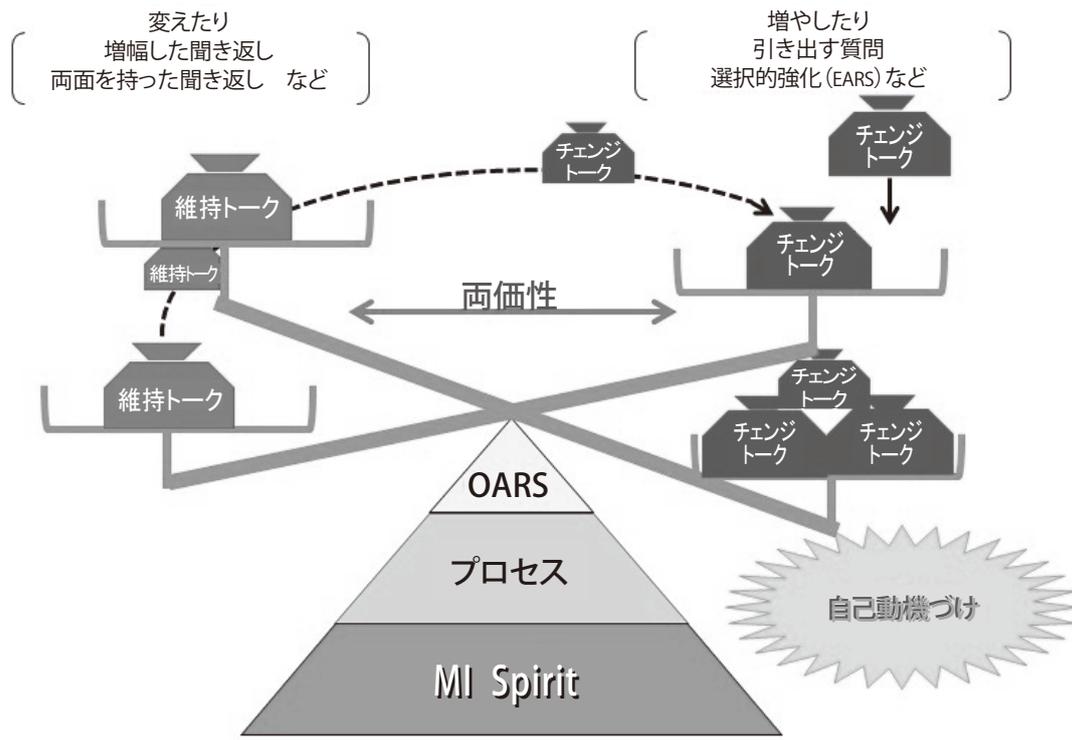


(Miller ら, 2013)

図2-5-8 動機づけ面接のプロセス

(2) 自己動機づけへと導く4つのスピリットと基本スキル

本節において検討した動機づけ面接の4つのスピリット (PACE) や基本スキル (OARS) により、図2-5-9に示す流れで、チェンジ・トークに導き、クライアントの両価性・アンビバレントな気持ちに働きかける。



(松尾, 2015) ³⁴

図 2-5-9 動機づけ面接のイメージ

³⁴ 松尾邦功氏のスライドより

【第2章の文献】

[第1節]

酒井順子：負け犬の遠吠え 講談社（2003）

西松能子：「女性休職者に特化した復職支援 ー支援者に求められるスキルー」 配布資料 於 障害者職業総合センター（2015.6.10）

西松能子：「女性休職者に特化した復職支援プログラムの試み」 立正大学心理学研究年報 第5号 113-116 立正大学（2014）

西松能子 沈靖子 千葉弘子 亀頭諭 大久保善朗：「女性休職者に特化した復職支援プログラムの試み」 臨床精神医学 42(10):1289-1297 アークメディア（2013）

秋山剛：厚生労働省障害者対策総合研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立 ーうつ病者に対する社会復帰プログラムに関する研究」 平成24年度総括分担研究報告書（2013）

厚生労働省：厚生労働省障害者対策総合研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立 ーうつ病者に対する社会復帰プログラムに関する研究」 平成24年度総括分担研究報告書（2013）

厚生労働省：労働者健康状況調査（2012）

内閣府：男女共同参画白書平成24年度（2012）

厚生労働省：平成15年就業形態の多様化に関する総合実態調査研究の概況（2004）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keitai/03/kekka5.html>

[第3節]

五十嵐良雄：社団法人日本精神神経科診療所協会「田中健記念研究助成事業」（平成21年度）「精神科診療所におけるうつ病・不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究および復職支援ガイドブックの作成事業」

うつ病リワーク研究会：日本精神科診療所対象調査（2009）五十嵐良雄：社団法人日本精神神経科診療所協会「田中健記念研究助成事業」（平成20年度）「精神科診療所におけるうつ病・不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究」

大木洋子・五十嵐良雄：「リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する効果研究」 産業精神保健 第20巻 第4号 p335-345（2012）

加藤和子：「リカバリープログラム及びリワークプログラムの利用者の状況と復職支援の効果について — 他機関との連携も視野に入れて — 」
会議配布資料 於：障害者職業総合センター (2015)

加藤和子 森玄房：気分障害と不安障害のリカバリープログラム 臨床精神医学 42(10):1299-1308 (2013)
アークメディア

厚生労働省：平成 25 年度 障害者雇用実態調査

厚生労働省：「復職後の就労継続性に関する効果研究～Multicenter Retrospective Study (多施設共同後方視的研究)」平成 24 年度厚生科学研究 (2013)

さくら・ら心療内科：平成 25 年度 医療機関と連携した精神障害者の就労支援モデル事業報告書 (2014. 3)

中嶋聡：「逃避型抑うつ」(広瀬)・「現代型うつ病」(松浪)・「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)の診断学的検討—「新型うつ病」問題への一寄与— 精神神経学雑誌 第 116 巻 第 5 号 370-377 (2014)

横山太範：就労支援との違いからみたリワークプログラム 臨床精神医学 41(11):1521-1526 (2012)
アークメディア

[第 4 節]

徳永雄一郎：講演「うつ病の難治性から考える復職支援」(配布資料)
於 (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター (2015)

徳永雄一郎：うつ病患者への心理教育 日本精神科病院協会雑誌 32 (6), 30-34, (2013)

徳永雄一郎：ストレスケア病棟を有効に機能させるための治療 日本精神科病院協会雑誌 29 (4), 37-39, (2010a)

徳永雄一郎：ストレスケア病棟におけるうつ病治療の効果 日本精神科病院協会雑誌 29 別冊, 106-108, (2010b)

徳永雄一郎, 早坂友成, 稲富広之：うつ病治療の最新リハビリテーション—作業療法の効果— 昭和堂, (2010)

中垣朝子・徳永雄一郎・山下秀一・大仁田広恵・鮎川良江：うつ病患者の復職プログラムにおける評価のポイント ふくおか精神保健 56, 68-70, 福岡県精神保健福祉協会, (2011)

Frances, Allen：精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方 (原タイトル Essentials of psychiatric diagnosis). 大野裕訳, 中川敦夫訳, 柳沢佳子訳 金剛出版, (2014)

[第 5 節]

磯村毅：講演「攻撃的・拒否的なクライアントを支援するための面接技法」 配布資料

於 障害者職業総合センター (2015)

Miller, W.R., & Rollnick, S. : Motivational Interviewing Gulford (2013)

第3章

企業ヒアリング

第3章 企業ヒアリング

第1節 企業ヒアリングの内容

企業ヒアリングについては、25の機関からヒアリングを行った。その多くが、企業・個人等を特定されないことを条件として、ヒアリングに協力いただいたものである。ここでは、参考となる内容のヒアリングができたもののうち、調査研究報告への掲載が許可された12機関のヒアリング内容についてとりまとめた。

なお、企業名・個人名等の掲載について許可のあったものについては、掲載可能範囲に注意して編集し、許可を得て掲載している。

1 企業A

企業Aは、各地に事業所を持つ製造業の企業であり、社内に独自にリワークプログラムを持っている。ここでは、安全衛生と産業保健の両面から休職者への対応等を行っている担当者からのヒアリング結果をとりまとめた。

(1) 再休職者の傾向―「新型」への移行

私は、従業員のメンタルヘルスの問題について、全体の方針や傾向の分析等を通じて、グループの中で活用してもらえる施策・制度といったものを整備している。だから、リアルに目の前にこういった従業員がいて、というような現実味を持った説明はできないかもしれない。ただし、ここに異動してくる前、ある部門の事業所で、労務や人事の仕事をしていた。そこは、全社でも障害者雇用率達成率ナンバーワンの事業所だったので、いろいろなケースを見てきた。従来型の、バーンアウトしてそこからうつ病に繋がり休職に入る従業員は、確かに以前と比べて今は少なくなっているような気はしている。

「新型うつ」という呼び方がよいのか、いろいろな呼び方があるが、事例から見た時にはそういう人たちが増えてきているとは感じている。複数回、休職・復職を繰り返している人の場合、最初のトリガーはバーンアウト型、クラシカルなタイプだったとしても、何回も繰り返しているうちに、ほぼ新型に見られる傾向に近くなってきていると感じている。

社内でリワークプログラムを始めて1年半ほど経つが、それは、10年くらい前から一般に広く門戸を開いてリワーク支援を行っているNPO法人と共に行っている。臨床心理職の人に講師という形で来ていただき、集団心理療法、基礎体力強化、運動等をやっている。そこに来ている人たちの中には、多い人で7～8回出たり入ったりしている人たちがいるのだが、彼らは労働に対する認知が弱まっていたり、あるいは少し曲がってきていたりしている、ということをやはり感じる。それは世の中でいう「新型うつ」のような傾向だと思う。自責のところが弱くなっていることが目に見えてわかるし、何事も自分の体調如何、という生活のリズムや物事の優先度になってしまっている。

例えば、働いていると、仕事の納期が最優先という考え方になると思うが、そのあたりが、休職している間に意識の中で弱くなって曲がった方向に向いているということが見てとれる。若手や、新型うつのような状態に近くなっていると思っている。旧型うつであった人が、休職を繰り返しているうちに、そういうふうに変化してくる。

(2) 補償制度が充実していると再休職率は上がる

元々、なぜリワークをやり始めたかという点、新規の発症者と繰り返し発症している人の比率を見ると、半分からそれを少し超えるくらいが繰り返しだったからだ。当社では福利厚生制度、休職中の補償制度が手厚く、休職した場合でも、生活するためのベースがある程度持てるため、「無理に復職しなくてもよい」と考えるようになってしまうと思われる。補償制度の手厚いところでは、休職を繰り返す人が多いようだ。

休職期間は全体で 36 ヶ月である。ただし、期間通算の考え方をしており、一度の休職についてはそれがマックスだが、例えば 10 ヶ月経った時点で復職をして同一疾病で再休職した場合には、期間通算する。そして休職が明けて次の休職に入るまでの間に 1 年以上勤務した場合に期間通算はせず、以前の休職期間がリセットされるという運用にしている。実はこれも、やっと 1 年まで引き延ばした。すんなりとはいかず、当初は 3 ヶ月だったのを 5 年くらいかけて、3 ヶ月を半年、半年を 1 年というように引き延ばしていった。3 ヶ月では頑張ってしまうため、再休職の歯止めにはならない。復職して 1 年、安定して勤務できたら、まあまあ本物かな、と考えている。きちんと治っている人にとっては問題ないが、そうでない人については少し厳しく感じられるようなレギュレーションに変えてきている。結局いろいろな方向からもう一度見直しをかけていかないと、問題の解決に繋がっていかないと考えている。

(3) 安定した定時勤務やコミュニケーションの困難が発症のトリガーに

職場適応上の課題や不適応行動の傾向としては、安定的に会社に来られない、つまり、毎日始業時間に合わせて出勤をすることを長期にわたって継続することが難しい人たちがおり、それが入社後 1 年以内の段階で明らかになる。

また、病気との関係ということではないのだろうが、メンタルヘルス不調に陥る人たちは職場の中でコミュニケーションの問題を抱えることが結構多く、それをきっかけに上司・同僚・先輩との人間関係がぎくしゃくする。それがトリガーになって、病気になっていくというケースも多いように思っている。以前も当然、そういったことが苦手な人はいたのだが、最近の若い人たちにはそういった傾向が全体的に広がっているように思う。

当社では、入社後 2 年目のタイミングで論文発表をさせる。職場に配属になって仕事をしつつ、先輩社員が指導員として付いてティーチングをしながら、丸 2 年自分が取り組んできたことの中での成果をまとめて論文を作って発表する。それで研修期間が終了することになるが、これが結構ハードでプレッシャーがかかる。論文もそれなりの長さのものを作る必要があるし、発表のプレゼン用のパワーポイント資料も作らなければならない。そして当然、それを先輩、上司、さらにその上の上司に、説明して中身を修正してもらって、ということをやっていかなければならないので、非常にプレッシャーになる。その一方で担当業務も怠らずやっていかなければならないので、そのタフな状況でつぶれてしまう人が多いのではないかと危惧していた。しかし、若い人の発症率が少し上がっている理由はこれかと考え、現場の人に質問してみたところ、「実は、そのタフなところに到達する前に、もうコミュニケーションの問題や、毎日 8 時間勤務するところの乱れは顕在化しています」ということだった。適応能力に起因するものなのかもしれない。

(4) 採用の段階で振り分けることの困難

また、採用の入り口のところに限界があって、こういうやり方しかできていないのだが、今は SPI の適性試験を受けてもらい、本人の性格傾向を含めて分析したものをベースにしながらか書類選考し、その後、面接を 3 回行っている。1 回目の面接は集団面接で、最近では 8 人か 10 人くらいのチームで学生たちにディスカッションをしてもらい、それを面接官が第三者の立場で見ながら、例えば半分をカットしていくという形をと

っている。2～3回目は対面方式で、複数名の面接官に対して本人が1人という形の面接を30分ずつ行って内定に至るわけだが、入社後に問題を起こす人でも、この採用試験は結構すり抜けられる。毎年季節になればSPI試験対策の参考書が平積みで売られているし、短期間ならば、彼らは十分にパフォーマンスを発揮して対応できる。ただ、組織に入って仕事をするとなると、ミスマッチであることが顕在化するのだろう。

よく、「そんなことだったら採用の段階でわかるんじゃないの？」というように思われがちだと聞かすが、実際には、30分の面接の中ではわからない。しかし、短時間の、複数の人数で行う面接では決して現れてこない本性のようなものが、働く現場では否応なくあぶり出されてしまうのだろう。私が面接官を務める際には、学生にアルバイトの経験、特に複数人で何かをやった経験があるかを訊く。例えば居酒屋の店員としてコミュニケーションや空気を読むといったことを経験していれば、それが就職して職場のチームに入った時に役に立つからだ。

彼らについてもう一つ言うならば、やはり、「仕事をする意義への理解」のようなところが弱くなっていると感じる。あくまで感覚的なものだが、以前の学生とは異なり、今入ってくる人たちの中にはこの理解が非常に弱い人もいると思う。

(5) 正しい生活習慣を再教育してくれる機関があるとよい

これからの時代、必ず一定数は、うつ病やその他の精神障害で休職する人たちは出てくるだろう。どんなに採用の方法を変えていったとしても、ある一瞬はすり抜けられる人たちなので、休職者を完全にゼロにするのは難しい。そういう状況下で、先ほどの「働く意義」やコミュニケーション、あるいは集団生活というところを、どうやって身に付けてもらうか。生活習慣の問題もあると思う。夜型の生活が定着している人たちが、会社に入った瞬間から朝型の生活をしなければならないことが、やはりギャップになっていると思うし、今リワークに来ている人たちも、夜にずれた生活を補正するような訓練をしている。お天道様に合わせた生活が習慣化されていない人たちが大勢入ってきたら、病気による休職者も当然増加するだろうと思う。

企業の中ではなく企業の外に、働く以前のことを再教育（人によっては初めての教育）してくれるところがあるとよい。ぜひ、学校教育の現場にそういうことを取り入れてほしい。

親が自営業であればすぐ近くで働く姿を見られるが、そうした経験がないまま育ってくる人もいる。また、進路決定の際に、働くことに関する考え方のベースを持った上で、どういう進路に向かっていこうか、どういう学問をやっているかと考えた経験があるかないかということも重要だ。あるいは、アルバイトの経験を通して、自分が働いて対価として賃金をもらうことの尊さを理解できているか否かといったところも含め、こうしたことが入社後のそれぞれのあり方に絡んでくるような気がする。また、彼らの中には、平気で非常に自己中心的な行動に出る人もいるが、「組織の中で行動するということは自分中心に回るということではない」ということを理解できるか否かも、ポイントの一つだという気がする。

採用面接にもう10数年ほど入っているが、「アルバイトをやっていましたか？ その時、集団・チームで仕事をした経験はありますか？」と訊くと、「家庭教師をやっていました」「個別指導の塾で講師をやっていました」と答える人が多い。「それはチームなんですか？」と聞き返すと、「家庭教師はチームではないですね…」と答える。「では、他に何か経験があるんですか？」と訊くと「いや、それしかやったことがありません」と答える。部活動やサークルの経験も、「あまりありません」という場合が多い。

元々集団で行動することになかなか馴染めないような人たちなのだろうか。そういう人たちは、あえてわざわざ集団の中にまみれるということを選択しなくてもよい環境で育ってきたのかもしれない。ただ、世の中に出てからは、集団生活の中で理不尽なことも含めて受けとめながら、自分の中で咀嚼して乗り切っていってもらわないと、仕事で能力を発揮して活躍する以前のところでつまづいてしまう。

とにかく、「企業で働く」「集団あるいは組織の中に組み入れられた状態で力を発揮していく」、そのための動き方を、企業に入る前にたっぷりと訓練しておいてほしい。集団で活動することに馴染めなかった人が多いのだろう。もちろんそういう人ばかりではなく、就職活動についても、業界研究をしながら自分の適性と摺り合わせ、さらに就職する前にインターンシップで企業の中を見てみる、といったことを積極的にしている学生もいる。その一方で、おそらく将来会社に入ってから問題が顕在化する人たちというのは、どうもこういう傾向があるのではないかと、というようには見ている。

これから、「ゆとり教育世代」が入社するようになってくる。おそらく彼らは競争に晒された経験が少ないだろう。この世代について「非常に優秀な層は伸びていく仕掛けだが、中間層がおらず、皆、下の縁についている」と論評する人もいる。我々は、自分で考えて自分で最大限に能力を発揮していくことができる人材を期待するが、学校教育の中でそういう経験をあまり積まずに入ってくる人たちも増えていくのではないのかと思う。

そもそも「ゆとり教育」のゆとりは、人間形成に資する事をやるためのゆとりだったはずだが、一部の人にはうまくいったのだろうが、そうでない人には、「ゆとり」がうまく活用できなかったのだろう。企業と教育とは非常に密接に絡んでいる。企業に隷属する教育はよくないと思うが、企業に入ってからきちんと働けないような人にしてしまう教育もよくない。本人も不幸だと思うし、家族も不幸だと思う。それがこれからの課題になってくるのではないのかなと思っている。

一時代前は環境も違っていたので、学生から社会人になって、組織の中でまみれていく中で、自分自身で職業人としてのキャリアを咀嚼して形にしていって、いろんな経験や失敗を積み重ねながら成長することができた。今の30代・40代・50代の人たちの場合、パソコンと放り込まれたらその中で何とか対応できていたことが、今の若い人の場合は、パソコンと放り込まれたら「あれ？ 違う」と言ってつぶれてしまうことがたぶん増えているのだろう。教育に起因するのか、あるいは各々の経験に起因するのか、というところはあるかもしれないが、そこがミスマッチになっている人が以前よりも増えてきているように見ている。

(6) メンタル疾患に対する抵抗感が下がる

ある医者が言うことには、以前、SSRIを製薬会社が一生懸命売り込む時に「うつは心の風邪です」と大々的にキャンペーンを張ったことで、うつに対する世の中の認知度が高まった。また、学術的・科学的な論拠はないが、「うつ」「精神病」という言葉が「メンタル」という言葉に置き換わったのはその頃ではないか。この頃、世の中で「うつ」「メンタル疾患」に対する抵抗感のハードルが非常に下がったと思う。

「新型うつ」という呼び方についても、「『新型うつ』」というと勘違いして、かっこいいと思ってしまう人もいる。だから私は『未成熟型うつ』と命名しています」と言う人もいる。

リワークを社内で持ち上げる前から、「復職支援の段階で、近くの公立の障害者職業センターのリワークの活用をぜひ勧めてください」と勤労部門にはずっと言っていた。ただ、本人にそこを紹介して勧めようとすると、「障害者」というキーワードが拒否する材料にされたりということがあったりもした。

(7) リワークプログラムはグループワーク中心にNPOと連携して復職後も支援

リワークには週5日間、まずは通所をしてもらう。9時半から4時までのプログラムである。会場がビルのかかなり高い階にあるのだが、ラジオ体操をやって、毎日その階まで階段を昇ってもらっている。速い人で10分を切るぐらいで昇るらしいが、講師の話では、ここに来る人たちはやはり労働基礎体力が、まだ十分に揃っていない、ということだ。基本的には、毎日通うことができ、8時間は仕事ができる体力があるという労働基礎体力が整っている人に入ってもらい、カリキュラムの中身を確認してもらってトレーニングを行う

のだが、復職後に集団の中で仕事をする能力を訓練することに重きを置いてプログラムを組んでいる。そのため、集団・グループワーク形式の内容が多くなっている。

受講者のうち2人は今、外部に通ってもらっている。例えば、「生活リズムがまだ整っていない」といった課題のある人に対して、1ヵ月のショートプログラムなどを紹介し、本人が申し込む形にしている。期間は人によるが、最短でも半年かかった。中には、1年以上長くやっているけれどまだ駄目、という人もいる。

このプログラムを受けて、既に復職した人もいる。今のところ、5人復職していて、さいわい皆、安定的に出社できている。弊社では基本的に1日8時間働けることが復職の条件だが、ソフトランディングの措置として、「復職後2週間は1日6時間勤務」「しばらくは残業禁止」といった就業制限をかけながらやっている。だが、そうした措置も段階的にはずれてきていると聞いている。リワークの卒業生の第一号が、今、復職後7～8ヵ月目に突入しているところであり、1年をクリアしてくれると、そこそこ本物かなと思っている。

現在協力してリワークを行っている NPO 法人のほうで、一緒にやる前から土曜日に実施しているプログラムがあり、復職後1年間はそこに、フォローアップということで通ってもらっている。知っているリワークの講師がいたりもするので、そこに通うことが「気分のリセットにも役立つ」と言う受講生もいる。復職して週に5日間働くとひどく疲れるが、土曜日のプログラムには、卒業生も来ているので、成功体験者の話も聞いたりすることもできる。また、家族にも来てもらって家族向けのプログラムを一緒にやることもあり、おそらくそのフォローアップに通ってもらっている間は、何とか保つだろうと思っている。

復職した後に、こういうリセットできる場というのも必要なだろう。現に NPO と共に過去10年やってきた限りでは、このフォローアップの1年間に再発する人はほとんどいない。その後を追跡すると、2～3年経ってから再発してしまう人が若干いるということだった。そこまで目配りをするリハビリのやり方が必要だということだろう。

(8) キャリアチェンジを勧める

場合によっては、キャリアチェンジを勧めることもある。この NPO の基本的な考え方として、「うつ病をコントロールしながら仕事をするというテクニックを身に付けて、職業人生全体で考えましょう」という方針がある。元々いた会社に戻ればよいという単視眼的な考え方ではなく、「これから、例えば60歳まで働き続けなければならない。その間、うつが完全になくなるわけではないので、うまくコントロールしながら、それでも仕事のパフォーマンスもきちんと出して行って、向こう20年間働き続けるということを考えましょう」というスタンスをとっている。そこで、「本当にこの会社に戻ることが自分に合っているのかということはこの機会に考え直しましょう」ということで、受講生に転職フェア等に行ってもらっている。

また、若い人であれば親の支援のもとで、まずは病気をきっちり治すことに集中するよう勧める。休職する社員の中には、身体疾患も併発している人が多く、上京してきて一人暮らしという若い人もいる。土曜日のプログラムの中で親にも来てもらう機会があるので、そこで親とも話をして、症状が重ければ総合病院でフィジカル・メンタル両方の面で適切な治療を受けてもらう。そして、治った段階でもう一度地元のリワークなどでしっかりトレーニングをした上で、再就職のための求職活動をしてもらったほうがよいと考えている。

例えば、まだ30歳くらいの人に「これから30年、職業人生がありますよね」ということでこのようなことを話すと、そういう道を選ぶ人もいる。あとはこの機会に、就職してからやっている仕事の種類・職場の環境・会社の風土等が自分に合っているのか否かをじっくり考えるよう促すと、中には「転職が決まったので、今日で辞めます」という人も出てくる。

一旦入った企業にしがみつくばかりが職業人生ではない。自分が合う場所を、自分から積極的に探して行って、これから先そこで頑張るというのも一つの職業人生だ。要求される頑張りのレベルも企業によってさまざまで、例えば非常に強くストレッチする（最大限に能力を発揮する）ことを社員に求める企業体であれば、極めてストレスフルな状況に置かれることになると思うのだが、そこまでは要求されずコツコツ頑張ることを求める会社なら、ジャストフィットする人はいるはずである。欧米ではそうしたトランジットがしやすいので、メンタルの問題があまり顕在化しないように思う。そこではスキルがベースになっており、それぞれの専門領域のレベルに合わせてサラリーの高さが違っている。例えば、「人事という仕事のスペシャリティの中で非常にサラリーのよい仕事に就いていたが、ストレスフルでメンタルの病気になってしまった」という場合、「ここでやり続けたら体が壊れてしまうので、サラリーは少し下がるが、自分に合ったことを要求され、それに応えられるような職場に移ろう」ということが、結構簡単にできる。労働市場がそういう作りになっているため、自分から容易にそれを探せる。周囲にも同様の人が多くおり、モデルケースも豊富だ。

欧米でも、パフォーマンスが上がらない人が会社に居づらくなる雰囲気になることは、やはりあると思う。大手企業だと、マネージャーや上司、人事担当がそういう社員と面談をしてよく話し合い、本当にこの仕事に本人に合っているかどうかを確認し、合っていないのであれば自分で次の道を探すということが、もちろんもめる人も中にはいるらしいが、比較的平和裡に行われている。しかし日本ではこういったことは、まだやりにくいかもしれない。

(9) 障害者雇用へのアプローチ

また、今後、キャリアチェンジを勧める際に、障害者雇用へのアプローチもしていこうと思っている。精神障害者保健福祉手帳の取得が望ましい人に対しては取得を勧める人もいるので、リワークプログラム受講期間中に取得する受講生もいる。そうした人たちに対して、「障害者雇用の枠で就職することが、皆さんにとってどれだけメリットがあるか」という話をした上で、当社のグループ企業の障害者フェアや採用フェアに誘導しようかと今思っているところである。「障害者手帳を取って、退職前と同じ職場に戻った」という場合、会社としては障害者雇用のカウントが増えるのでありがたいことはありがたいのだが、本人に求めるタスクに関しては、障害者手帳を持っているが、肢体障害等ではないので、「従来と同じパフォーマンスは期待できないのではないかと」思ってしまう。しかし障害者枠で採用した場合は、一定のセーフティネットもあり、仕事のパフォーマンスの求め方も変わってくる部分があるので、それは本人にとっても、サラリーが従前と比べてどう変わるかとかいう問題はあがあるが、自分のパフォーマンスを発揮しやすい環境を自分で整えられる、というメリットはある。だから、ずっと同じ職場に固執する必要はない。

要は、そこをよいステップにするという方向で納得してもらえればいいのだろう。単に休んでいる人を元に戻すという単純な話ではなく、戻し方がある。ここは企業にとって考えどころである。

(10) そもそも「まだ整っていない」人が多い

リワークプログラムをやって1年半でもう一つ見えたのは、そもそも「まだ整っていない」人が多い、ということである。早い人だと入社後もう2日もせずに通えなくなったり、3ヵ月きっちり来られたのにパタッと来られなくなったりする。そもそも「まだ整っていない」人もいるのだということがわかった。

全く私見だが、これは一種の生活習慣病だと思う。生活リズムや認知の歪み、考え方の歪曲化が、そのまま生活習慣と結びついている。この辺りのところをきちんと鍛えてくれるところがあると、企業としては非常にありがたい。地域の障害者職業センターにもいろいろお世話になっている。最近はセンターから職場に

対し、復職後の本人の業務についての詳細を尋ねられることもある。そんなふうに、復職後の仕事の能力回復の訓練に、センターが軸足を移していってくれると、企業としてはありがたいと思っている。

(11) 生活を客観的にデータ化し可視化する

リワークプログラムの中で、生活習慣の可視化のために腕時計型のモニターをつけてもらって、生活リズムの記録と矯正に取り組んでいる。このモニターを身に付けておいてもらえると、寝ている、デスクワークをしている、走っている、歩いている、といった生活シーンがある程度推定し、可視化できるようになっている。

以前は復職の際に、1日の生活記録を書いて産業医との面談の時に持ってくるよう、産業医から復職者に勧めていたが、それを今は機械で行っている。その記録は、本人の了解があれば、インターネットを経由して本人と産業医との間で、どこでも同じ記録画面が見られるようにしてある。

さらに今、2週間に1度程度、このモニターをつくったエンジニア・研究者にもプログラムに加わってもらい、カンファレンスのような形で、例えば「こういう見え方になっていると、とても活動的になっていますよね」などとレクチャーしてもらいながら、「もう一度自分の生活記録を確認してみてください」と促したりしている。

確かにリワークを勧める際、本人の24時間の生活リズムが本当にどうなっているのか客観的に見えるよう可視化して共有し、腹を割って隠し事なしにお互い科学的な態度で本人の生活の立て直しを図ろう、という姿勢で行えば、リワークが非常に建設的なものになり、効果も期待できると思う。

客観的な指標データによって、きっちり生活リズムが矯正されて、朝起きる・夜寝ることができていると示されれば、復職の際に、戻る事業所に対する非常によい説得材料になるはずである。

生活を客観的にデータ化することは、精神障害者に対する就労支援の基礎中の基礎で、最近ではこうした記録を分析してグラフ化するソフトを開発し、インターネットを通じてその結果を送ってくれるサービスを行っている会社も現れた。それを実際に試験的に使っている例もあるということだ。発想は単純で作りもそう複雑ではないので、誰でも使えるというメリットがある。

腕時計型のモニターは、日単位の活動量計としても活用でき、生活シーンの推定もできる。24時間表示で、例えば、「夜中にトイレに起きた」「激しい寝返りを打っている」といったことがわかるし、中に三次元のセンサーが入っているので、腕がどの方向にあるかということも検知できる。例えば、座っている状態で前に手が出ている場合は「デスクワーク」と見なすことができる。ずっと付けていると、夜中の寝返りから、熟睡度等も見えてくると考えている。このモニターは既に大学の研究の中で多く活用されている。また、面白いところでは、サッカーのユースチーム、ジュニアユースが紅白戦の中でこのセンサーを付けて、活動量の具合を見る試みもしている。

ヘルスケアの分野の、今までなかなか可視化できなかつた世界が、徐々に可視化できるようになってきている。この腕時計型のモニターもそうだし、他にも、脳波で疲労度合いを測定するという機械や、指の先をセンサーに当てて1分ほどで計測する疲労計によって、今疲れているのか否かが可視化できるようになった。

以前、メンタル患者の部下をもつ部長から「骨折の場合はギプスがはずれたら治ったとわかるのに、メンタル疾患は治ったかどうか周囲からわからない。何とかならないか」と言われた。メンタルの疾患がどこまで回復しているのかは、ずっと「見えない世界」だった。それを可視化する技術を実験的に開発し活用し、どのように成果を上げていこうかと模索している。

治ったかどうかは、本人にも本当に正しくはわからないのかもしれない。治ったような気になっているだけなのかもしれないし、治りたいという一心でいたりすると、自分で自分をだましてしまうことも十分に考

えられる。だから何か客観的なものがある、それを参照しながら、自分の感じ方等を総合的に吟味できるとよいだろう。雇用管理という面から見ると確かに、本当に治ったかどうか分からないと不安になる。

(12) 「自分取扱説明書」を作成して復職後に備える

メンタル疾患は、一度治ったと思っても調子の波があるものなので、プログラムを卒業し、復職する際には、自分自身についての取扱説明書のようなものを作ってもらっている。認知行動療法の中で、「過去に自分がなぜ発症したか」というトリガーや、自分の病気の傾向などについて書き出してもらおう。そして、復職後に職場で起こりうるシチュエーションを予測し、それらに対する対処法を考え、具体的に細かく書き起こしてもらっている。そうしておけば、復職後に不安になったり、急に仕事が多くなったりしても、リワークプログラムの内容をもう一度振り返ることができ、潰れる前に自分で対処できるだろうと考えている。自分の癖を認知してもらって、そこに対する対処の仕方をあらかじめ想定しておいてもらう。それが効果的なアクションに繋がるというところを訓練してもらっている。

こういうプログラムはあまり抵抗なくやれそうである。過去を振り返れば、トリガーには必ず傾向があるだろう。やはり多くの場合は、「コミュニケーションが苦手で」ということになりそうである。しかし、一口に「コミュニケーションが苦手」といっても、他者との関係の作り方には違いがあって、少し口下手でも良好な人間関係が作れる人もいれば、口下手で、さらに周囲からブーイングをもらうような行動に出てしまう人もいる。そこで、自分のコミュニケーションにおける癖を次々と掘り下げてもらう。そして、「では、今度同じことがあった時には、そういうことをしてはいけませんよね」といった話や、「周りの人たちはあなたのことを助けてくれるかもしれないから、コミュニケーションが下手でも下手なりに誠意を持って、その人たちと接していくんですよね」といった話をする。

そういった気付きが重なっていけば、それなりに自信もつくだろう。「自分取扱説明書」には、「苦手なタイプはどんな人か」といったことを記載することもあり得る。「こういう人とはあまり接触しないほうがよい」「こういう人だったら、あまり自分の欠点が表れずにスムーズに対応できる」という区分けが自分でできて、自分から危ない場所に行くことを避けられれば、だいぶ楽になる。

こうしたことについて、直属の上司に前もって、「私はこういう人間ですので、ご協力いただきたい」と伝えたり、例えば産業保健のほうから情報提供をしたりしてあれば、問題が起こる前に対処できる。職場全体がその人のことを理解することに多大な労力を費やし、結果的に大変な目に遭ってから漸く対応を考えるのではなく、初めからそういうことを予防できれば、企業全体が非常に楽になる。

リワークがあまり認知されていなかった時代には、復職後に、職場の人も対応の仕方がわからず腫れ物に触るようになってしまい、復職者本人も結局、改善に向けた行動に繋がっていくチャンスがないままに再休職に陥ることが多かった。しかし、本人が自分の癖、自分のタイプを理解した上で復職し、職場のほうにもその人の癖を認知してもらって、例えば、指示の出し方一つ工夫してもらっただけで、結果は全く違ってくる。

「自分取扱説明書」ではなく、何か別の単語を考えなければいけないかもしれないが、要するに、腫れ物に触るような対応をするのではなく、「この人はこういう人だから、このように付き合えばいいんだな」ということがわかるものがあるとよい。そうすれば、例えば「作業の負荷はこのぐらいまではかけても大丈夫だけれど、そこから先、危なくなってくると、このようなサインを出すので、そのあたりが本人の限界点なのだろう」ということが確認できる。コミュニケーションに関しても、どんな場面でどう苦手なのかがわかっていれば、どう伝えればよいか、どう指示すればよいか分かり、周囲もあまり悩まずにいられる。

職場にとって、確かに復職者は「腫れ物」かもしれないが、腫れ物にいきなりバーンと触ろうとするのではなく、腫れていない部分にやんわりと触れているうちに、気付いたら腫れ物が引いていた、というような

対応の仕方ができたら素晴らしい。やはり職場に戻ってからの仕事を通じてではないと、能力の完全な回復というのは難しい、と考えている。復職して毎日出社できているというだけではやはり完全とはいえず、与えられたタスクに対して、それぞれが求められ期待される役割をきっちりこなせるようになることが最終形だと思っている。そこまで戻していくためには、少しずつでもよいから仕事の中で達成感を持って、改善・回復をめざしていくことが肝要だと思う。

(13) 「自分取扱説明書」は本人が自分で作る

「自分取扱説明書」は、自分自身のために本人が作る。支援者が作っては押しつけになってしまうし、他人に作られてしまうことには大変な抵抗があるだろう。人の助けを借りながらも、自分で自分を研究し、それを作っていくのは非常によいことだ。他の人に「自分に対してこのように対応してほしい」というようなことを差し出すことは、嫌な思いをしないで済むために伝えたいことを書けばよいわけだから、自分のためになる。

しかし、その作成はなかなか難しいようだ。カミングアウトできなかつたり、嫌だったことほど思い出せなかつたりして、そこをどうしても逃避してしまう人もいる。しかし、モデルやサンプルが数多くあれば、「なんだ、こんなふうに行けばいいのかわかる」と思えるし、自分に似た例があれば、「自分取扱説明書」を作成するハードルは、格段に下がってくる気はする。

グループワークでは、例えば週明けの朝に、自分の土日の生活リズムについて、一人ずつ話をさせ、それに対して周りが意見を言う、といった進め方をしている。資料を作って発表した際には「てにをはが間違っています」といった指摘を交互にさせたりもする。「自分取扱説明書」について発表させた時には、「そうすると、何々さんって、とっても怒りっぽいんですね」と周りから指摘されてしまうこともある。「そういうことを学ぶ場だから」と参加者が皆了解しているから、そういったこともできる。しかし、そうした了解なしに「あんた怒りっぽいよね」と言われてしまうのが、職場のような生の現場である。だからそこに戻っていく前の段階で、自分という人間についてのわきまえがあると、だいぶ違ってくる。「自分取扱説明書」は、作るのは難しいが、作っておけば復職後に必ず役に立つ。それを簡単に作れるようにするための助けとなるものを開発できれば、非常にありがたいと思われるだろう。

(2015年6月現在)

【考察】

従業員のメンタルヘルスに積極的に取り組んできた企業の対応内容が詳しく述べられている。うつ病者の病態の変化、企業の対応の変化、働くことに関する基礎を教育する外部機関への期待といったものも、最近の企業の典型的な動向である。自社内でリワークプログラムを展開しているだけに、具体的な実施方法についても注目すべき点が多い。中でも、生活リズムの記録と矯正のために、モニターを使って生活状況を可視化できるようにする方法は、これから広がっていくものと予想される。また、「自分取扱説明書」を書くプログラムは、自分自身を客観的に見直す機会にもなり、周囲の人も対応法を具体的に把握でき、復職後における職場適応にも役立つものと注目される。

2 企業B

企業Bは、経営者の団体であり、ここでは、企業のメンタルヘルス対策の状況に詳しい担当者からのヒアリング結果をとりまとめた。

(1) 企業は新型うつへの対応に苦慮

企業では、頑張りすぎたために病気になってしまった旧来のうつについての理解はある程度進んでいるが、いわゆる「新型うつ」の場合は、医学的にも明確でない上に、好きなことはかなり行動的であるという印象が強いこともあり、他の社員への影響も考慮しながら手探りで対処している現状である。医学的な知見や対処法が明確でないので、企業としては、いわゆる疾病性ではなく、事例性や労働契約上の観点から対処することになる。例えば、「これだけの仕事をやることになっていたのに、できていないのはどうしてか」「主治医からも復職許可が下り、従前の仕事ができるといわれているのに、できていないのはなぜか」というようなことを何度も繰り返し、何を問題視しているかを明確にした上で、再休職、職務転換、再配置、業務軽減あるいは解雇も含めた対応をするという対症療法を行っている場合が多い。

旧型うつの方は、自分が病気だということをあまり認めがたらず、それはそれでまた困るのだが、新型うつの方は、精神科医にかかる心理的バリエーは低いので、主治医の診断書が出やすいが、年齢が若く職歴が浅いため休職可能な期間が短く、すぐに満了になってしまうこともあり、その対応にも困っている。

従来型うつ等の精神疾患に関して、職業センター等も外部機関や独自のリワークプログラムを活用、復職に向かう企業が多い。特に中小企業は費用面、人材面で厳しい状況にあるので、企業がしっかりと関わる姿勢を示せば、こうした職業センター等の外部専門機関のリワークできちんと支援してくれるのでありがたい存在となっている。また、企業独自で、リワークや職場復帰プログラムといった仕組みづくりが整えられてきて、「まず、未然防止。万が一発病しても100%復帰させられる」と言っている企業もあるほどだ。従来型うつに関しては、産業医、主治医、人事、現場の上司、本人でしっかりと連携し、対応するというノウハウが蓄積されているが、新型うつに関しては、どう対応すべきか、どのような方向性で考えればよいのかがまだまとまっていない。

新型うつの方は大変行動的で、休職中に「今私は北海道にいます」「ハワイでサーフィンです」等とブログに書いたりするため、周囲の方は本当に病気なのかという思いもあり、いらだっている。そうなると、企業としては、病気や障害という診断がない場合、きちんと働いている人のモラルダウンを避けるためにも「業績」に目を向けが対応をせざるを得なくなる。

旧型うつと新型うつでは同じ対応法をとることは良くないと言われており、医師も旧型うつに対しては「頑張るな」と言うけれど、新型うつには「頑張れと言え」と言う人もいるくらいだが、企業はやはりある程度の知見が定まらないと、こうやればよいというところまで踏み込めない。

(2) 企業の負担が増加

うつなどの精神障害等がある人に対する企業の安全配慮義務に関して、最近では、企業側にかなり厳しい判決が出ている。過重労働に関してもそうだが、特に若年層の労働者の場合、判決は厳しいものとなっているので、企業側は慎重な対応を迫られている。また、正式に義務化されてはいなくても、「企業の努力義務」として公にされたものがあると、「これぐらいのことは企業はやって当然」と考えられてしまうような感じがしている。

企業は、種々のハラスメントやメンタル関係に配慮しながら企業経営を行っているのが現状である。「新

型うつ」という言葉が一人歩きしたため、なかには、「自分は新型うつだ」と思い込んで休職や業務経験を求める場合もあるようなので、正確な診断が欲しいところであるが、基本的に本人の言葉が判断材料となるので、見極めが難しいとも聞いている。新型うつが精神障害の一種として一般的に認知されることになれば、それに該当する本人に対して企業はそれなりの対応をしなければならず、先に述べた安全配慮の義務が生じるので、正確な診断が欠かせない。また、新型うつだと思っていたら他の周辺の病気だったというケースもあり、事情はなかなか複雑だ。

企業は治療機関でも診断を行うところでもないので、専門家の診断を信じるしかない。旧型うつが社会問題化した初期には、企業が病気を勉強し理解しようとして、病気についての判断や診断にまで踏み込もうとする向きがあった。その後、企業と治療機関の間の線引きができるようになったが、今、新型うつに関して、旧型うつと同様の状況にある。企業は「いったい自分たちは何をしなければならないのか」がわからず手探り状態にある。新型うつ向けのリワークプログラムのようなもの、例えば、企業人としての基礎を養い、社会生活を送れるように教育してくれる場が必要である。繰り返しになるが、企業は、診断する場でも治療する場でも、基本的な生活習慣を習得させる場ではなく、経営することで、従業員、株主などのステークホルダーに対して責任を果たす存在である。

(3) 新しいストレスチェックへの対応

企業の人事管理においては、メンタル不全者を出さないこと、個人個人の能力を伸ばし、個人・組織の発展を考えることが重要である。多くの人事担当者は従業員が精神的な問題や疾患を抱えた時に、何とか解決の方向を示したいと考え、自身が疲弊してしまう傾向にある。人事としてやるべきことをしっかりと考え、その他の部分は専門機関に任せる方向で対応を考える必要がある。

旧型うつへの対処方法についてはかなりの知見が蓄積されている。2015年の企業の安全衛生面での大きな課題はストレスチェック制度への対応である。ストレスチェックテストを実施した場合、誰がその結果についての情報を管理するのかという問題もある。大企業と異なり、小さい企業では総務部が独立していない場合や、人事、株主対応、危機管理等広範囲に担当しているところもある。これまで、人事と総務の兼任者が健康診断の担当をすることもあったが、ストレスチェックの結果に関しては、確か人事権を持った人の情報へのアクセスが制限されているので、だれに業務を担当させればよいのか、という問題が発生する。

(2015年)12月1日から1年かけて実施すればよいとはいえ、事前に準備しておかねばならないことが極めて多い。以前から健康診断においてストレスチェックを行っていた企業でも、そのやり方が新しい枠組みに合っているかを見直し、「問題あり」という結果が出た場合、どのような体制をとればよいか、未然防止はどのように進めれば良いかを考えなければならない。これからストレスチェック制度を導入する小規模企業は、「さあどうしよう」と戸惑っている状況だ。

高ストレス者が多く、職場に「問題あり」という結果が出た場合、職場環境改善に取り組まなければならない。しかしその職場環境改善がすぐにできる企業とできない企業があり、それを放置して事故が起きた場合や訴訟になったときに産業医の義務がどう判断されるかという点に皆、頭を悩ませているようだ。ストレスチェック制度では、本人が面談を希望しなかった場合、体制によっては産業医がすぐに高ストレス者であることを把握できない場合もある。今までならば、高ストレスの人に関しては産業医が健康診断の場で対応でき、未然防止に繋がった。また、ストレスチェックを受け、高ストレスと判断された結果、面談や、職場環境改善に関して過度の要求が執拗になされることの懸念も若干ある。

(4) 企業は新型うつへの具体的な対処法を求めている

先にも述べたとおり、企業は旧型うつに対しては、自分たちで何をすればよいのか、ある程度わかっている。セオリーのようなものができており、問題はそれを自社でやるか職業センターのリワーク等の外部機関と提携するかを選択という道筋もできている。

しかし、新型うつの場合、「病気なのか、病気とは言えないのか」のそもそもの見極めが問題である。発達障害者支援センターの方も、企業から「発達障害なのか新型うつなのかわからない」との相談を受けていると聞いている。発達障害と新型うつは相当重なり合っている部分があると思う。

企業からすれば「こんなふうに対応すればよい」という最初の一步を間違えないような対応方法があるとありがたい。適切に判断した上で、本人に専門家や信頼できる機関を紹介して、自分の陥りやすい思考を、社会生活をおくる上で問題のない状態に戻して、仕事ができるような状態にしてもらえれば継続就労は可能である。企業側も病気そのものに対して偏見があるわけではなく、周りとうまくいかないこと、仕事をしっかりしてもらえないこと、権利のみ主張されることに困っている。「権利と義務は裏腹」ということをわかってもらえれば、ある程度の性格の偏りは理解できるし、特に問題にはしない。企業側も専門機関と連携をとり、どのような対応をすればよいのか等を学ぶことができれば、人事管理として対応することは可能なはずである。

新型うつに対応した教育・訓練機関があると、企業としては一つの道筋ができるので助かる。生活リズムや職業人としての基本的な考え方を身に付けさせ、思い込みを修正できる基礎的なトレーニングをしっかりとしてくれるところがあるとよい。

彼らは、ストレスのかかるところでは体が鉛のように重くなって動かず、やる気が全く出ない。しかし、自分がストレスを感じないものに対してはどんどんエネルギーが湧いてくるという。通常ならば、多少やりたいことを我慢してでも、「これは、やらなければダメだ」と自分を律していくが、それができない。その原因を彼ら自身、「病気だ」「障害だ」と言っているので、企業はそれに逆らえない。「では病気だという前提で動きましょう」ということになり、診断書が出てくれば、「病気」として確定することになる。同じ病名の診断書を繰り返し提出することに問題があると診断名も変わっていく。ドクターと相談して「こちらの病名にしてください」というようなことまでやっている人もいるのではないかと疑われるケースもあり、職場も医療側も翻弄される。

ただ、仕事の場で自分のやっていることを批判されることに対しては非常に弱い人たちなのではないかと思う。教育現場や訓練機関は「お金を払って勉強をしている」立場だったのが、「仕事をしてお金をもらう」立場になることの意味が理解されていないのではないかと思う。

どの企業も、対処に苦慮しており、対応策を教えてほしいと思っている。現時点ではおそらく、「新型うつ」対応に自信を持っている企業は少ないと思う。企業は、学術的な話よりも具体的な対応策を求めている。「勉強になった」で終わらせるのではなく、「今から何をすればよいのか」ということを知りたいと思っている。大企業ならば知識の集積をする余裕もあるが、中堅・中小企業では、具体的な対応策を切実に求めている。

(5) 休職者が出ると企業の負担は膨大

休職者が出た場合、企業の負担は3倍くらいに膨らむという。例えば、年収500万円の人が休職し、その間、手当金を6割ほど出すとすると、300万円払わなければならない。そして、その人が本来やるはずだった業務を他の人がやることになり、その分の残業代や研修費などの経費もかかる。場合によっては、他の従業員の不満への対応も必要となる。これは企業としては大変な損失だ。復職後も、休職前にやっていた仕事

ができなかった場合、労働契約をどうするかも含め、公正・公平な対処を考えなければならない。現在できる職務にみあった労働契約を締結できれば良いのだが、変更となると現実的にはなかなか難しい。

職場が求める成果が提供できない状況が長期間続くと、「契約の本旨に従った債務の履行」がなされないので、解雇という選択肢を選ばざるを得ない場合も中にはでてくる。

また、企業に対して障害者雇用の話をすると、「新規に障害者を雇う前に、障害者手帳を持っていない障害者が社内にいる」と言われることも多い。「雇用率に算入できない精神的疾患を抱える人であっても、すでに雇用している人への対応が喫緊の課題なので、新規の障害者雇用は考えられない」ということだった。企業は雇い入れ時には、定年まで働いてもらう、雇用を維持すること前提にしていることを理解して欲しい。

(6) 皆が努力しなければ成果は上がらない

「新型うつの人に、企業はこう対処すべき（すべきでない）」「精神科医はこういうことを注意しなければいけない」「本人はこうしなければいけない」という具体的な結論が組み込まれた研究成果を期待している。旧型うつでも新型うつでも、未然防止のために本人、企業、周囲がやるべきこと、できることがあるはずであり、皆が努力しなければ成果は上がらないと思う。

それぞれの関係者がお互いを理解し、「こういった状況の時はこうしたほうがよい結果につながります」という方向で、それぞれがやるべきことをリストアップしておくともよいかもしれない。うつで自分が潰れると、周りの人も不幸にしてしまう。本人も辛いだろうが、家族も辛いし、企業も辛い。旧型うつの人でも新型うつの人でも、病気が重篤化しないよう、早めに動いてほしい。「自分さえ我慢すれば」と考え、本当に「これ以上駄目だ」というところまで徹底的に我慢してしまい、結局最終的にはその行動が周りを不幸にする結果になる。周囲も、普段と違う何かを察知し、適切に対応できる体制作りが必要である。

(2015年6月現在)

【考察】

経営の課題が山積しているなかで、ようやく従来型うつに従業員に対する対応について自信が持てるようになったところへ、いわゆる新型うつに従業員への対応を迫られている企業の最近の状況がよく把握されている。その具体的な対処法については、まだ暗中模索の段階にある企業が多く、それだけに、こうした若年者に対する教育・訓練へのニーズが高まっている。

3 企業C

この項は、企業の障害者雇用への取組みに詳しい社会保険労務士へのインタビューから構成したものである。

(1) 障害者であるかどうかの確認が難しい

法定障害者雇用率を達成していない企業は、障害者雇用納付金を払わなければいけないが、社員の中の障害者とおぼしき人に、「あなた、障害者ですか？」と訊いていいのだろうか。また、面接の時などに「障害者ですか？」と訊いていいのだろうか。例えば障害者を雇っていても、その人が障害者かどうかわからないと結局は法定雇用率にカウントされないわけで、本人に対してストレートに訊かないまでも、そういう場合はどうすればいいのか、企業の人は悩むところだろう。微妙な問題なのでプライバシーの侵害になりやすく、難しいだろう。

障害者枠で募集していれば、相手は必ず障害者であり、障害者手帳を持っていることが採用の条件だから、それは問題ないのだが、就職して会社の人になった後で、例えば精神疾患になり、申請すれば明らかに精神障害者保健福祉手帳が出るという場合でも、取得したことを本人が会社に伝えなければ、会社のほうではカウントできない。会社と本人との相互信頼関係のようなものができていれば、事前に申告して、雇用条件が悪くならないように会社から配慮してもらうことはできるだろう。しかし、障害者手帳を持ち、仕事の能力も落ちてしまっている状態で会社に障害者手帳を取得したと伝えてしまうと、会社の中で自分の立場が悪くなるという計算をどうしてもしがちだ。しかし、そんな状態でずっと続けようとしても、どのみち長持ちしないので、どこかの時点で障害者であるかどうか確認する接点を持たなければいけないと思う。

(2) 精神障害者についての理解はまだ進んでいない

身体障害者の場合、会ってみたり面接したりした感じで、企業は相手の障害のレベルがわかるが、精神障害者の場合は、障害の状態がつかめず、どうしても心配なのだという。精神障害者の場合は、症状にどうしても波がある。よい状態がずっと続くことはありえず、かといって、悪い状態もまたずっと続くわけでもない。それは本人にもわからないし、規則性が必ずしもあるわけでもない。

障害があることをオープンにするか否かによって企業側の対応は全く違ってくる。どちらの場合にもプラスがあり、どちらにもマイナスがやはりある。クローズドと言っても、周囲から「ちょっと変わっているね」と受けとめられる程度で済み、仕事については頑張ってしまう人もいる。「仕事はちゃんとやっているし、何も問題ない、性格もよいし」と評価される人もいるので、クローズドで就労することが一概に駄目だとは言えない。でも、クローズドにしたことで無理がたたってさらに病気を悪化させてしまうということは防ぎたいし、その辺りの見極めがきちんとできないと難しいだろう。

企業の人の話を聞いていると、精神障害についての理解は、企業内ではまだあまり進んでいないようだ。「精神障害って、うつ病のことだよね」などと言う人もいて、「うーん、まあ、違うとも言えないが、それだけじゃないよ」と思ったりすることがある。他にも統合失調症という大きなグループがあるし、制度上はてんかんにかかっている人も精神障害に入っているが、そういった理解はあまり進んでいない。

(3) 企業はいわゆる新型うつを理解しきれていない

いわゆる「新型うつ」については、そういう病気はないのだとも聞いている。以前の、メランコリア型と言われる典型的なうつ病は、非常に真面目で熱心で、几帳面な人が罹る病気で、何に対しても24時間元気が

出ないのが特徴だった。それに対して、新型うつは、メランコリア型のうつ病と同じような症状も部分的にはあるのだが、違いも大きく、例えば、「仕事については全然やる気が出ないが、飲み会や合コンには元気よく参加する」というような「場面選択性」が特徴となっている。仕事に対してはうつ病の症状が出て、それ以外のことに対しては、うつ症状は全く消え失せてしまう。これでは真面目に働いている人からは、仮病だと思われかねない。真面目に検討すると、仮病ではなくやはり病気なのだそうだが、どこまで理解を示せばよいのかわからない。

彼らのもう一つの特徴は、「他罰性」である。何か自分にとって都合のよくないことが起きた時に、自分のせいではなく他の人のせいだと考え、他の人を責めたり罰したりする。例えば、「この仕事がうまくできなかったのは、上司が自分に仕事をきちんと教えてくれなかったからだ」と思ってしまう。新型うつ以外でも一般的にそういう人は少なくないが、それがあまりにもあらゆることに徹底していると、病的なものを感じてしまう。何事につけても、「自分は悪くない、悪いのは他人だ」という考え方を持っている。

このように、新型うつの特徴としては、場面選択性と他罰性の2点が考えられる。そういう人は、仕事に対する責任性が乏しくなり、「自分がやらなきゃどうなるんだ」というような発想がないため、簡単に仕事を休んでしまう。病院やクリニックでうつ病の診断を受け、「診断書ゲット！」と喜んでいるようなケースさえある。病院に行って診断書をもらったら有給で休める。そういった制度に目をつけ、いかにして仕事をせずに会社からものを貰うかということと、とことん勉強して実行する人も、彼らの中にはいる。己を利する制度への目敏さも、彼らのもう一つの特徴だと言えるだろう。だから、真面目に働いている人たちは彼らに対して逆上する。こうしたことが全国の企業で起こっている。

元々、精神的な障害は、身体的な障害と違って、見た感じではわからない。しかし、典型的なうつ病の場合は、会話をすれば「この人、元気がないし、落ち込んでいるし」とわかってくる。それが新型うつ病だと、会社に来ないのに、生活は普通にしており、インターネットのソーシャルネットワーキングサイトには「休みの日に旅行に行った」などと平然と書き込んでいる。だから、本当に病気なのか全くわからない。真面目に働いている人にとっては「ただの怠け病」としか思えない。

(4) 企業は労務管理上の規則を修正してきている

新型うつに関しては、いわゆる労務管理上の問題として対応していくべきだと結論している企業もある。病気に対する対応ではなく、例えば、規則の上で、「何日以上休んだら解雇する」というような事前通告をして、そのとおりに淡々と実行する。

これまでは「欠勤が1ヵ月続いたら休職と見なし、休職期間が満了したら解雇」と定めた就業規則が多かったが、最近の新型うつのようなケースでは、欠勤が1ヵ月連続しないよう、断続的に出勤するため、休職とは見なされず、休職期間満了にもならない。そこで、出勤がままならず断続的となった場合にも休職と見なすことを規則に定める企業も出てきている。

以前の就業規則は本当に緩く、例えば2年ほど休んだ後、1日だけでも出勤すれば再び休暇をとれるということさえあったのだが、さすがにこれは問題となり、連続しなくとも合算して2年休めば休職期間満了というように、休職可能な期間を圧縮した。だが、そういう病気の人がたくさん出ている大きな会社では労働組合もあるので、就業規則の変更は大変だったらしい。

さらに、「まだら出勤」は企業にとっては厄介で、「明日来るのか来ないのかわからないなら、いっそのこと、まとめて休んでしまえ」と思ってしまう。その辺りのこともあって、労務管理上の規則を企業も考え直し始めているということがあろう。

以前、企業は社員の面倒を見ようとしており、今ももちろんそういう気持ちがないわけではないのだが、

面倒を見るといっても限度がある。旧型のうつの人に対しては、依然として、みな面倒を見ようという気持ちを持っており、対応の仕方もち心得ているので、あまり不安は感じていないようだ。「こういう人たちにはこうすればよいのだ」というノウハウを既に持っている。そういった旧型のうつの方は、ある程度の規模の会社ならどこにでも、1人2人はいる。

一方、新型うつの人への対応は厄介で、企業は「どうしたらいいのかわからない」という。一つの考え方としては、労務管理上、「こんなに欠勤が多くては企業としての生産性が上がらないので、ここで解雇」というラインを、前もってきちんと引いておくことだ。ただし、そうなってくると、そこを乗り越えられない若者たちが失職し、さらには、再就職もままならない一群が急増してしまう不安はある。

新型うつに限らないが、「休職期間が満了したので解雇」とするならば、その病気が仕事に起因するものではないことを明確に打ち出さなければならない。病気の原因が仕事ならば、労災ということになり、解雇することはできない。だから、解雇に至る過程で、会社は本人たちに相当気を遣っている。

また、会社には安全配慮義務があるので、揉めた場合、会社側は非常に不利である。そして、そういうことをわかりきった上で、自分に有利に事を運ぼうとする新型うつの人もある。だから今は、大きい会社などでは、毎月の労働時間を厳格に調べ、少しでも労働時間が長い人には残業を禁止するなど、こまめに対処している。

(5) ストレスチェック導入の不安と期待

ストレスチェックが導入されるが、「あれはよい制度だ」と言っている人に会ったことがない。今はまだ、「ストレスチェックを導入すること自体に意義がある」といった段階にすぎないようである。ある会社で話したところ、「ストレスチェックを実施することによって、ストレスがない人まで『自分もストレスがあるかもしれない』と思うのではないか」と言う人もいた。

ストレスは程度問題ではないか。また、ストレスの有無を問われた際に、少しでもあったら「ある」と回答する人もいれば、「そんなのは『ある』のうちに入らない、平均以下だったらストレスとは言わない」と考えて「ない」と回答する人もいる。その辺りも微妙だ。

この導入は、自殺対策とだいぶ繋がっているとは思う。今後もし、自殺予防に明らかなプラス効果が現れれば、よい制度だと評価されることになるのだろうが、はたしてそうなるかどうかは不透明である。

そもそも、企業でストレスチェックを実施したからといって、どうなるというのだろうか。ストレスの原因となる要素など、企業内には膨大に存在する。企業とは直接関係の無いものへの不満が多大なストレスになっているケースもあったりして、ストレスの原因などはとても把握しきれない。

ただし、大勢の人を対象に実施してみれば、ストレスチェックの効果的なやり方がわかってくるかもしれないし、他にもいろいろなことがわかってくるのかもしれない。それによって、企業としていろいろな対策ができるようになり、新型うつの休職者を未然に防げるようになれば、「ストレスチェックを導入して良かった」ということになるのだろう。

(6) 若年者は社会人としての基礎を学ばずに企業に入ってくる

新型うつにどう対応したらよいか、会社もいろいろと考えている。中には、「一度辞めて、また働けるようになったら再雇用する」という会社もあるが、まだ少数派である。やはり会社から見れば、新型うつはまだ訳のわからない病気であり、それで辞めた人をもう1回雇うという会社は少ない。

一つの対策法として、そういう人たちの再教育の場を拡充してはどうかという意見がある。彼らにとっては、今置かれている状況は本当に辛いものであるわけだが、そこに至るまでに、社会人・職業人としての基

礎を勉強できる機会が不足していたとも考えられるからだ。

しかし、それを実現するのは難しい気がする。自分は、都や県から委託された、障害を持たない離職者向けの職業訓練校の講師をしているが、職業訓練校は、当然、受講者を確実に就職させることを求められる。就職率が低ければ次の訓練が開講できないので、再就職が困難な新型うつ若年者の再教育を引き受けるところは、簡単には見つからないのではないか。

専修学校や専門学校には、新型うつらしき若者が多くいる。そういう人たちにどういうトレーニングをすればよいかテーマになってくると思う。人間関係やコミュニケーションがうまくいかないと、会社でやる気が出ない。会社以外ではうまくいくのに会社でだけはうまくいかない、ということは、会社の人間関係によるところが多かったりする。以前は、人と話したり、人に気を遣ったりしなければ生活できなかったが、今は部屋にこもりきっていても生活できるため、基礎的なコミュニケーション等のスキルを全くトレーニングしなくても大学生活までは送ってしまう。

そして対人関係に全く無防備なまま、企業社会に入ってきて、強いショックを受ける。例えば、大学でラグビー部に入っており、その活動が企業で働くことよりもずっと苦しかったという人ならば、ゆとりをもって仕事に着手できる。しかし、ずっと楽に暮らしてきたため、仕事が非常に辛いという人は、仕事という壁を、とてもではないけれど登りきれない、大きすぎて乗り越えられないものだと感じてしまうのだろう。

(7) 打たれ弱い若者たち

社会に出るまでに、どこかで効果的なトレーニングを経験してくると、大いに違うのではないか。「そのプログラムを経験してくればもっとスムーズにやっていけるし、うつ病にもならず済む。もし、なったとしてもすぐ治って、そのあとずっとやっていける」という効果のあるプログラムが望まれているのかもしれない。

本来ならば、学校でそういった体験ができればよいのだろうが、残念なことに、学校は自由が許される場所であり、そこには「何もしない自由」というものもある。彼らは、限られた人間関係の中ならば問題なく人と付き合えるが、それがどんどん広がっていくとうまくいかなくなる。また、非常に敏感で打たれ弱いため、自分が傷つくことをすぐに察知して避ける。そういうことが上手いというか、長けているというか、ひどい目に遭うことがわかると、もろにパンチを食らわないように、リングに上がらず、観客席の隅っこのほうでじっとしていたり、スタジアムから出てしまったり、というようなところがある。

リングに上がって一発殴られれば、それで終わってすっきりするものだ。しかしそれを回避し続けていれば、「殴られるかな。どうかな。どうしよう…」とずっと引っ張ってしまうことになる。そして気付いてみれば20年経っていた、ということになりかねない。これは好ましくない事態である。

(8) 若年者向け復職支援プログラムへの期待

こうした若者たちは、身体を使って、コミュニケーションをとって、規則正しく生活することを1年間続けたら、激変する人が多いのではないか。若年者向けのプログラムは、働く準備として、考え方を考えることに焦点を絞らざるをえないだろう。そこに企業のニーズもあるようだ。

また、困難に遭遇した際にどうやってそれを乗り越えるか、「困難の乗り越え方」といった内容の講座を重ね、ディスカッションしながら参加者が互いにアドバイスし合う機会を数多く作るとよいのではないか。彼らは、支援者の立場の人間のアドバイスに対しては聞く耳を持たないことが多いが、自分と同じような立場の人に言われたことには敏感に反応し、強く共感し合う傾向がある。

それから、「企業の本音を聞く」というようなプログラムもあっていいかもしれない。企業の人から「企

業としてはこういう若者を求めている」「こんな若者では駄目。なぜなら、こういう理由があるから」と本音で語ってもらうとよい。こういった企業の考え方に馴染んでいかないと働くことなどできないのだ、ということ、はっきりと突きつけられたほうがよいのではないかと思う。もちろん、それによって余計に自信がなくなってしまうことはないかという心配もあるので、個別カウンセリングでフォローしたり、それを元にして仲間同士でディスカッションしたり、といったクッションを用意する必要がある。ガンとやられてそのまま帰宅し、その後二度とプログラムに来なくなった、ということにならないように、安全弁はきちんと付けておかなければいけない。

現代社会の全体的な流れを鑑みれば、そういうプログラムや学校があってもよいと思う。「一度会社を辞めたら、もう二度と社会復帰できない」というようなことでは、日本全体にとっても大きな損失で、このままではいずれ社会が成り立たなくなるだろう。人口が減少し続けているさなか、「4人に1人はそういう若者」ということになったら危機的である。頑張ってもらわなければならない若い世代の人が軒並み倒れてしまう前に、もう少し何かできないだろうか。

(9) 働くための「心づくり」の教育を

既に新型うつになってしまった人によりプログラムを与えても、うまくいくのはせいぜい数%だろう。それよりも、なる前の予防的な対応が大事だ。以前と違い、今は高校や大学でキャリアの授業等を行っているが、「働くということはどういうことか」という根本的なこと自体を、高校とか大学でももう少し重点的に扱うとよいと思う。

最近の高校や大学の職業教育では、職業の技術の面はさておき、そういった「心づくり」のようなことは、どのくらい扱われているのだろうか。現実問題として学校も、学生の就職率を上げないと、次の入学者が入ってこなくなり、学校の運営ができなくなる。だから、本人の希望を訊いたり、そこではどういうように働いていけばよいかといったことを教育・指導したりするよりも、現実的に入れるところに入ってもらいたいと思うばかりで、その時点になってしまってからではどうすることもできない。しかし、就職させた後の卒業生の評価が低いと、またそれも学校のイメージダウンなので、学校としても、そういうことにならないように教育してから送り出したいだろう。だから、働く心構えを教育することに対する潜在的なニーズは必ずあるはずだ。それは、「いざ就職」という時になってからでは遅い。就職活動に入る1年前あたりで「働く者の心づくり」といった教育・指導が必要かもしれない。社会保険労務士会でも、高校に行って「働くとはこういうことだ」という話をしているが、どういう人がどの程度行っているのかは把握していない。

今、会社が採用したがつているのは、一つはコミュニケーション力がある人、そして次は、ストレスを自分で解消できる人だ。他人を使って自分のストレスを解消しようとする人や、全く解消できない人が多い。新型うつの傾向がある若年者は、自分のストレスを自分で解消できない人が多いだろう。

企業で通用する下地を作ってから、企業の世界に入ってもらわないといけない。それによって「働くのが一番面白いんだ」という感覚が持てるようになっていけば、うつになる確率はずっと低くなると思う。ただし、「働くのが一番面白い」というのは、新型うつの若者たちに一番広がらない思想だろう。けれど、「休んでいながらお金をもらったりするのは異常なことなのだ」と理解しなければならない。「楽をして得をした」と感じるかもしれないが、そんなことが成り立つわけがない。誤った認識を徹底的に切り崩してくれる熱血講演者等に触れる機会を増やすとよいかもしれない。いろいろな人と会って、いろいろな人の話を聞くことは一つの方法だと思う。

(2015年6月現在)

【考察】

多くの企業をサポートしている社会保険労務士の視点から、最近の企業の、うつ病による休業者に対する対応、早期休業に至る若年者の状況と教育への期待が語られている。注目すべきは、企業は労務管理上の規則を修正してきている点である。休職期間を圧縮したり、連続した休職でなくとも休職期間を合算したりするなどの対応を進めるようになってきている。また、休業に至る若年者への教育、あるいは再教育への率直な期待も高まっている状況がある。

4 企業D

企業Dは、各地に工場を持つ製造業の企業である。ここでは、うつ病等で休業する従業員への対応等について、本部の人事担当者からのヒアリング内容を取りまとめた。

(1) 旧型うつと新型うつを区別しない

長期にわたって欠勤しているメンタル不調者は、60人くらいいる。体を動かして仕事をするのが比較的多い製造業なので、納期に追われるというような精神的なプレッシャーはあまりなく、どちらかというと単調な仕事になってしまいがちだ。精神的なプレッシャーがあるとすれば、営業など、ある程度数字に追われるところということになる。

基本的には、今のところは旧型の「うつ病」と「新型うつ」を区別して対応するようなことはしていない。商工会議所が実施しているメンタルヘルス・マネジメント検定を参考にして、復職のチャートを前任者が作成し、それを継続して使用している。それをういて確認し、特に問題がなければそのまま職場復帰というコースになることもあれば、本人を加えた三者打合せや四者面談を行った上で復職、というコースをとることもある。企業の中に、メンタル不調の人だけのためのトレーニング施設のようなものはない。

(2) 職場復帰は各々の状況に合わせて行う

職場復帰に関わるのは、工場では、産業医、人事担当課長、看護師、および、休んでいる本人が所属している部署の上司であり、外部の専門機関はここには特に加わっていない。主治医との連携等は、場合によって、必要に応じて行う。人事担当課長が窓口になって主治医と連絡を取り合ったり、本人の同意が得られれば一緒に診察の現場に行ったりすることもある。

いきなり職場復帰させるのではなくて、例えば期間を決めて、「とりあえず短時間」「1週間に1回」「1ヵ月に1回」と慣らし運転のようなことを行っている。この点に関して制度上の取り決めやルールは特になく、すべて個別対応である。だから、人によって「1日4時間からスタートする」「1日8時間からスタートするが週3日の勤務」といった、それぞれ異なった形となる。その他、個別の状況を見ながら、実際に復職する前に通勤だけを何日間か経験してもらう場合もある。この点に関して、旧型のうつか新型うつかといった区別はしていない。そもそも、当社では新型うつはあまり見られない。

(3) 病気なのかスランプなのか判断が難しい

うつの人の中には比較的若い人もいるし、年齢をある程度重ねて自殺願望のある旧来型のうつの人もいる。若い人の中には入社して2～3年でうつになってしまう人もいるが、病気というより単に職場に馴染めないだけのようにも見受けられ、それを精神疾患という部類に含めていいのか疑問もある。医者に行くと皆すぐ「うつ病」と診断を受けてくるのだが、本来は「死にたい」「もう、この世も末だ」という人がうつ病であり、「会社に行きたくない」「何か気分が落ち込んでいる」というだけでは、ただのスランプに過ぎないと思う。

現場や工場でいろいろと話を聞いてみると、比較的若い人に「人間関係を上手く築けない」「どうも元気がない」といった職場不適応が見られるという。所属長が声をかけると、「周囲となかなかコミュニケーションがとれない」と言い、そのうち休み始める。理由を問うと突然、「うつ」「抑うつ症」といった診断書を持ってくるので、産業医との面談をさせてみると、職場への不平ばかりを言う。そこでしばらく休ませると、主治医から「病状はだいぶ回復したが、復職に当たっては本人の希望を聞いてほしい」と言われる。本

人は「前の職場には戻りたくない」「別の職場ならば頑張る」と言うので、産業医と相談して配置転換すると、意外に頑張って仕事に取り組むことができたりする。そういう意味では「本当にうつだったのか？」と現場で疑問を感じることもある。

彼らには、会社を休むことに対する罪悪感が全くなく、逆に、「診断書を持ってきたことで正式に休むことができる」「大手を振って休める」といった気である。制度を自分にとって有利になるように使う能力が非常に高まっており、企業は楽ではない。

今、おそらくどこの会社も、人の過剰感というようなものがない。だから、「職場を変わりたい」と言えば引く手あまたで、所属の異動が比較的しやすい。その意味では、他の会社も、比較的受け入れやすいかなとは思ふ。本社ではプレッシャーがあって、そこで「ちょっと駄目だ」と倒れた人が、工場に行って現場で仕事をしたところ、生き生きしてのびのびと復活するケースもある。やはり、環境を変えると復活する人はいる。中には、役職に就くところまで復活するような人もいる。合う・合わないというのは、誰にもあることだと思う。当社には、本社と工場があるのだが、本社から工場に異動すると、肩の荷が下りて精神的に楽になれるという人が多い。

(4) 採用の段階で病気はわからない

入社後にこのような状況に陥る人たちを採用の段階で見抜くことは、きわめて困難である。十分に注意してセレクトしてはいるが、そういうところも彼らは非常にうまくすり抜けてくる。それは定期学卒で入社してくる普通の学生を採用する場合も、正社員以外の工場でのパートタイマーの面接を不定期に行う場合も同じである。

メンタル的な既往症があっても、本人は受かりたいので履歴書には既往症のことは何も書かない。薬を飲んでいて調子がよいので、面接によって病気がわかることもない。そういう人が、仕事を始めた後に、薬を飲むのを中断したためにメンタル障害が出て、「現場で様子がおかしい」「最近急に人が変わったようだ」「ひどく落ち込んでいる」と周囲が困惑することがたまにある。そこで本人に話を聞いて初めて既往歴が判明し、「普段は薬を飲んでいながら、最近忙しくて飲んでいない」という話になる。薬さえ飲めば問題のない人なので、薬を正しく服用するよう話して、健康管理室がフォローする体制をとり、その人はまた普通に仕事ができるようになった、という例も実際にあった。面接時にはとても真面目な人だという印象で、そういうところがメンタル的な症状に出ているのかもしれないが、病気だとはわからなかった。

面接の段階では絶対にわからない、と結論してもいいかもしれない。「私は新型うつの傾向があります」と面接で言う人などどこにもおらず、実際に働き始めてみて初めて、周囲が驚いてしまうものなのだろう。学生の頃の行動を知ろうとして「どんなサークルに入っていましたか」といったことを訊いても、好きなことをしている時にそういう症状は見られるはずもない。だからもう、企業にはそういう人の採用を避ける方法はない。したがって、企業にとって今や重要なのは、採用した人に病気があることが判明した後、どうすればよいか、という点だろう。採用時に特殊な性格検査のようなものを用いて採否判定ができれば事情は変わってくるのかもしれないが、人権の問題もあってそれは不可能であるし、そもそもそういった簡便なテストで判明する問題とも思えない。

(5) ストレスチェックの肝は集団分析

ストレスチェックの効果には疑問がある。本人が自分でチェックを行って、ストレスの状態が正確に判明するだろうか。素人考えだが、書いた時の気分によって回答は左右されるのではないかと思う。厚生労働省の推薦する57項目の職業性ストレス簡易調査票を自分でもやってみたが、5分くらいでできてしまうし、結

果を意図的に操作できるような気もした。それに、例えば月曜日と金曜日では、回答が全く異なってくると思った。だから、何度も実施して平均値をとるようにしなければ、結果に対する信頼性が揺らぎかねない気がする。

ただ、どこまで集計できるかわからないが、例えば多くの事業所を持つ大企業であれば、事業所ごとに平均をとったりすることはできるし、ストレスが重いのはどんな部署かを知る材料にはあり得る。集団分析は今のところまだ努力義務であり、やらなければならないわけではないが、先日セミナーに参加したところ、「このストレスチェック制度の本来の肝は、集団分析なのだ。集団分析までやらないと意味がない」と言っている人がいた。

メンタル不調者を出さないような職場環境をあらかじめ作りましょう、ということがこの制度の趣旨だろう。集団分析によって、「この部署にはメンタル的な問題がある」と判明したら、何が問題でどう改善したらいいのか、集中的に対策をとることができるということなのだろう。せつかく制度としてあるのだから、活用しない手はないと思っている。ただ如何せん、どういうふうに運用したらよいかは悩みどころである。

(6) 労務管理上の対応をする

休職者の中には、復職せずに辞めていく人もいる。しかし工場勤務者の場合、辞める人は極めて少数である。精神疾患で服薬したり通院したりしている人は結構いるが、最近は薬の効果が上がり、服薬しながら何とか仕事を継続することができているようだ。

休職が長びくと企業の負担も大きいのが、休職可能な期間は以前よりだいぶ圧縮されてきている。他社の場合、以前は2年間まで休職が可能で、そのあと少しでも勤務したら再び2年間の休職期間が与えられていたが、今は、通算して2年までが上限になったと聞いている。

当社では、基本的に、休職期間は1年としている。休職に関しては、規則上は「復職した時点で休職期間はリセット」という形だが、あとで揉めないよう、「前の休職期間を通算する」ということで個別に合意している。

規則に則って対応するという事は、いわゆる病気の人に対して特別な対応をすることではなく、労務管理上の対応をするということである。もちろん、事情がある人については特別な配慮もしている。また、解雇となると、他罰的・攻撃的になって「悪いのは自分ではなく、会社だ。自分がこうなったのは会社のせいだ」という主張を前面に押し出し、会社を相手に訴訟を起こしそうな人も多いので、ケース・バイ・ケースで対応している

訴訟は実際には1件あった。「仕事によるメンタル不全、うつで、解雇を余儀なくされた」という訴えだったが、結局、裁判でも特に会社の非は認められず、労災認定もされなかった。ただ、いつまでも係争していることは不毛なので、裁判所の和解勧告に従って和解して終了という形になった。

このケースの場合、「いじめられた」「職場で仲間はずれにされた」という被害妄想が原因であった。本人が孤立しているような状況は確かにあったが、周囲がいじめたり仲間はずれにしたりしているといった事実は、調べても全く出てこなかった。これからこの手の人がどんどん入ってくるとなると、こうしたトラブルが起こる確率は高くなっていくだろう。これは、企業としては大変なリスクだ。

(7) ITの発達とうつ病の増加

こういった問題は、最近増えていると聞く。従来型のうつさえ、以前はこんなに多くはなかった。高度経済成長期のサラリーマンはのんきで気楽な商売でもあったが、今はパソコンで数字を管理せねばならなくなった。人間は30年も40年も前と少しも変わっていないが、環境は激変した。特にITの発達による環境変

化の影響は非常に大きいと思う。他社の人から聞いた話では、朝出勤するとメールが山のように届いており、その対応だけで午前中が終わってしまい、3日も休むとメールが100通くらい来ていて、1日がその対応で終わってしまう、という話だった。

とにかく仕事のスピードが速くなっている。うつ病関係はIT関係の企業に非常に多いというのは誰しも認めるところであり、やはりこういう環境は人間にとってよくないのだろう。ハンドルの「遊び」ではないが、遊びがない、余裕がない、というところに皆追い詰められている。当社は製造業なので、まだその点、比較的アバウトでやわらかい業務が多く、精神的に追い詰められる人が少ない。元々そういうタイプの人が集まっているのかもしれないが、確かにうつ病を発症しやすい業種というのはあると思う。IT系の、そういったメンタルにあまりよくなさそうな仕事というのが周りに増えている。今はパソコンがないと仕事にならない。

(8) メンタルヘルスの体制—特に、看護師の親身な対応が効果的

本社にも各工場にも健康管理室がある。大きい工場には専属の産業医を置いているが、小さい工場だと、外部の産業医と契約をして週に1~2回来てもらうような形になっている。

ただし、看護師は必ず1名以上、各工場に直接雇用ということで常駐している。そこで、メンタル系の不調になりかけた時に相談したり、必要であれば医療機関を紹介してもらったりすることは可能である。利用者は結構多く、駆け込み寺的なところがある。年輩の看護師がいる工場では、メンタルの問題に関する相談だけではなく、仕事の悩みや私生活に関する相談など、新入社員に対して母親のような対応まで行っている看護師もいる。

意外とそういったことが大切なかもしれない。新型うつの若者にはコミュニケーション能力の低さがついてまわり、それが元でストレスがどんどん増幅していくので、母親のような感じの人と雑談ができるということは、非常にいいことなのかもしれない。

当社が他社と決定的に違っているのは、多数の高校生を一括で新入社員として採用している点だろう。IT系の企業のように大卒が主体で中途採用の人が入ってくるような企業ではないので、学歴構成的には、高卒が多くなっている。また、もう一つの特徴は、正社員以外の、いわゆるパートタイマー、アルバイトも多いことである。パート、アルバイトの場合、メンタル関係の問題が生じると、自ら「調子が悪いから辞めよう」と辞めているケースが非常に多い。そして、また調子が良くなれば、自分の意思で戻ってくる。今後の方針として、こういう人たちのために新たに何かを取り入れようとは考えていない。今のところは産業医や健康管理室の機能をフル活用して対応しようと考えている。

また、当社の従業員には知的障害者も多い。コツコツ仕事をすることを得意とする知的障害者に向けた仕事はあるので、全社として、障害者雇用率は達成している。メンタルで休職している人は、かなり少ないほうだと思う。よく産業医と話をするのだが、やはり、少ないほうだという話だった。

(9) 適応障害の事例

当社の社員で外部のリワークを受けた例もあるが、うつというよりは、適応障害だった。担当していたのは単純な仕事だったが、電話応対業務ができなかったらしい。電話をとるにはとるのだが、話の内容が理解できず、結局、相手がある程度長く話した後に「すみません、ちょっとわからないので代わります」と別の人に代わるため、相手は同じ話を2度させられ、クレームをつける。

そういったことが続いたため、周囲から浮いてしまった。本人は「周りから疎遠に扱われている」と感じ、「人間関係がうまくいかないから会社に行きたくない」と仕事を休み始め、会社への不満を、以前通ってい

た中学校の校長先生に直訴したりしたらしい。普段は非常におとなしく、家では落ち込んでいると聞いていたが、急にハイになったり攻撃的になったりして学校に乗り込んだりするというのは、薬のせいかもしれないし、適応障害によく見られる双極性障害Ⅱ型のようなこともある。双極性障害Ⅱ型という診断書を持ってきた人もいたが、話していると急に泣き出したり、急に攻撃して来たり、ちょっとした言葉尻をつかまえていると文句を言ってきたりするの、対応がなかなか困難であった。このような場合の対応をどうしていくかが今後の課題である。「こうすればよい」というようなわかりやすい答えや正解がない。今のところできるのは、じっくり話を聴いて、とりあえず労務管理上のルールを当てはめ、何かできることがあれば、できるだけ希望を聞いてやることだろうと思っている。

(2015年7月現在)

【考察】

うつ病等で休業する従業員に対して、規模の大きい企業が行っている対応の典型的な事例である。労務管理上の対応をルールに則って進める中で、本人の適性をみて配置転換を促してみる等、できる限りは継続勤務できるように配慮している。ここで注目すべきは、入社後にうつに陥りやすい人を採用の段階で見分けるのは難しいとしていることと、病気なのか単なるスランプなのかの判断も難しいとしている点である。これは他の企業でも同様で、現実問題として、どちらについても、判断の決め手となるようなものは無いものと考えられている。

5 企業E

企業Eは、寿司店で、その経営者は、単に寿司店を経営するばかりでなく、罪を犯した若年者の更正指導にも力を入れてきた。ここでは、その経験から、いわゆる新型うつ若年者に対する職業指導の考え方やノウハウを中心にヒアリングを行った結果をとりまとめた。

(1) 若者を基本から教える

性格的に非常に真面目で、学校を卒業してから、沖縄の飲食店、北海道の牧場関係で厳しい体験をしてきた若者が店で働くようになり、約4ヵ月になる。彼には、一方的に教え込むのではなく、本人の気づきを促すような方法で、本当の基本から教えないと駄目だと思った。そのために、今は植木の剪定をさせている。初めは全然できない。「なぜ剪定させているかわかるか？」と言うと「わかりません」と言う。「これは、美的感覚を磨いているんだ。料理は色彩感覚だぞ。立体感だ。見た目の美しさを見る目を養わない限りは、料理をやっても駄目なんだ」ということで、庭掃除とそういったことを基本的にやらせている。すると、真面目にやる。失敗は多いが、ひとつひとつ体感させていく、そういった方向で指導している。

若年者を指導する際には、「正三角形と逆三角形の理論」を実践している。正三角形は一般的に正しいとされる捉え方、逆三角形は間違っているとされる考え方を意味する。この世の中はこの二極しかない。だが、ここで私は、「逆三角形はよいものだ」という捉え方で行く。なぜなら、正三角形が底辺を広げていくためには、必ず逆三角形の人物が入らなければならない。

経営でも何でも、必ず逆三角形の人物を入れることによって伸びていくことが可能になり、よい人材だけを入れていくと非常に間違いが起りやすくなる、ということに気づきはじめた。そこで私は「右手は人を育てる手に使え、左手は六十歳になって働く場所がない人を引っ張る手に使え」と考え、この両者によって成り立つ店づくりをしている。この両者の共通語は、「感謝」だ。「育ててもらってありがとう」という感謝と「使ってもらってありがとう」という感謝同士は喧嘩しない。ところが、三角形の頂点にいた人材、例えば、よそで店長を経験してきた人物を入れたとする。すると、「もっと儲けたい」とか「もっと活性化したい」といった考えが生じ、これらがすべて問題を起す要因となる。

組織のあるところは別だが、うちでは25歳から45歳の人材は採用しないことにしている。採用してごとく失敗した経験があるからだ。この年齢層の従業員というのは、結婚をして子どもを産んで、将来はよい学校に行かせたい、という欲望の塊だ。女房は「給料が高いところはどこか」といった情報収集を必ず行っており、「こんなに夜遅くまで働いてこれだけの給料ですか、あそこの店はもっと高いらしいですよ」などと亭主に不満をぶつける。「そんなことを言っても、こういう地域じゃないか」と言っても、「将来のことを考えているの？」などと反論される。そうすると亭主のほうも錯覚を起こして「そうか、よしわかった」と辞めていく。そして、辞めて数ヵ月くらい経つと、「またここでもう1回使ってほしい」と来る。

私は「去る者は追わず、来る者は拒まず」という方針なのだが、一度うちの店を辞めた人間は決して採用しない。それが、どんなに手塩に掛けて育てた従業員であっても採用しない。なぜかという、そういう人は必ず自分の力を過信しており、自分の力だけでここまでの能力を身に付けたと思っているからだ。その前に、どれだけのことをしてもらったのかわからずに出ていった者は、二度と使う必要はない。そういった採用を行っている。引き抜きだとかそういったことを行っているところもあるが、いずれ皆、精神的に悩まされることになるだろう。だからうちは、「能力のない子ども」と「価値のない六十代」と世間からみなされる人たちによって成り立つ店づくりで十分で、それが一番楽しく働ける環境づくりだ。能力などなくてもいい。能力は努力いかんによって必ず身に付くものだ。だから、汗を流す、みんなと上も下もなく働く、そんな

な店づくりをしている。全ては愛情をもって育てるかどうかで決まる。

(2) 人材づくりをしない社会になっている

既に育った人材ばかりを使おうとするから、間違った社会になる。今の世の中は、人材づくりをしない社会なのだ。昨今、親が苦勞して子どもを東京の学校に進学させても、子どもは地元には帰ってこない。だから、「企業が人材を育てる」という環境を作らなければ駄目だ。つまり、子どもが学生のうちから、地元の企業は、将来自社に貢献できる人材の育成に関与する必要がある。

親には「頭がよい子どもを持ったら不幸だよ」「馬鹿な奴ほど親孝行する」と話している。なぜなら、「馬鹿な奴」ほど人間性が豊かであるし、「頭のよい子ども」は地域に戻らない。

また、偏った教育によって、子どもたちは社会に出て初めて現実を目の当たりにすることとなり、ギャップに苦しむ。子ども時代の体験、経験が極めて乏しい。窓拭きもしない。庭の草取りもしない。社会に出るからは通勤も、雨風をしのぐために全部親が送り迎えをして、風邪をひかせない環境づくりを行う。だから、風邪をひいた時には困る。免疫がなくなっている。全部、子どもの時代に過保護に育てた悪循環である。

(3) 他人に育ててもらうことがなくなっている

いわゆる「新型うつ病」というものが話題になり始めたのは、せいぜいここ15年ほどのことだ。1990年代半ばあたりから2000年くらいにかけて、どうも「こういう人たちが多いのではないか？」と徐々に気付かれてきたようなのだが、素朴に考えれば、もっとずっと以前からあってもよさそうなものだとも思う。それが今になって現れ始めたのは、やはり子どもの育て方、教育の問題と重なっているという感じがしている。

「君子は我が子を教えない」ということわざがある。君子でさえ自分の子どもを育てられなかったという故事だ。子どもというものは、君子の子どもも我々の一般の子どもと同じだ。昔から「丁稚奉公に出せ」「他人の飯を食わせろ」と語られてきたが、今の時代、それを実践しているかという、していない。

「なぜ子どもが親の言うことをきかないか」ということの原点は、家庭にある。小学校までは、母親は「何言ってるの」と子どもを頭から叱ることができる。ところが中学・高校になると、もう腕力もついてきて反発するようになる。なぜそうなるかという、日常生活の中で父親の言うことを母親は聞かず、母親の言うことを父親は聞かないといった状況を頻繁に見聞きしているからだ。

昔から「他人に育てていただくことが大事だよ」と言われるのは、人は他人から言われると少しは聞く耳を持つからだ。しかし、今の母親たちは錯覚を起こしており、子どもを外に出さずに、頭の良し悪しの比較ばかりしている。そして、そういう子どもたちに限って、問題を起こしている。そして親は、「こんなはずではなかったのに」と言いながら育てている。

(4) 問題のある子を採用して育てる

一番問題だと思うのは、「なぜよい子だけを採用するか」ということだ。皆、欠点のある子は採用しないように努力している。しかし、問題のある子を育てて、「貸し」を作らなければ駄目だ。それをしないから却って大きな問題が起こる。根本の原因はそこにある。だから私は「欠点のある子を採用しなさい」と勧めている。欠点のある子を採用し、欠点がなくなるように育てるのが人材教育だ。我々はその子どもを受け入れてじっくりと育てるので、一人前になるまでに時間はかかる。だが、時間をかけて育てた相手は裏切らない。

世の中には「頭がいい人」「頭が悪い人」という区別がある。しかし考えてみると、「頭がいい人」は、「頭が悪い人」がいるから「頭がいい」と言われ、よい思いをしているのだろう。では、彼らが「頭が悪い

人」に対して感謝しているかという、していない。それに対して「頭が悪い人」のほうは、「頭がよい人」を謙虚な姿勢で上げ奉っている。比べるなら断然、「頭が悪い人」の人間性のほうが評価できる。そして、「俺、頭が悪い」と自覚した子は、少しでも「努力しようかな」という気持ちを持つ。ところが「頭がよい」と思っている子は、要望や欲望ばかりだ。

(5) 寮母さんのいるような環境で育てることが大事

キャリアセミナーの依頼で中学校に行った時に、「あなたたちは勉強が好きか？」と訊くと「嫌いです」という回答がほとんどだ。そこで、「勉強が嫌いで苦手なのに、どうして中学3年までやって来られたのか、その意味はわかる？」と訊くと、「わからない」と言う。そこで、次のように話す。なぜ今までやってこられたかという、中学校までは義務教育だからだ。だが、中学校が終われば「自立」が要求される。そこで、「受験」という形で、高校に入るための自立をする。ところが、中学校まで蓄積をせずに来た子が、一夜漬けで親が勧める高校に入ると、どうなるか。その子は教科書を渡された途端に「難しいな、3年間耐えられないのではないか」と感じ、「どのようにしたら学校を辞められるか」と考え始める。だから私は、「小中学校の義務教育は、高校を卒業するために必要な力を蓄積する期間なのだ」と話している。この蓄積ができなかったために高校を中退する子が多くいる。

そして、高校に入れなかった者は定時制高校に行く。定時制高校は本来、貧しい子が働きながら通うために作られた。それが今は、裕福な子どもほど定時制高校に行く社会になっている。

今は、就職に必要な最終学歴が高卒になっているため、中卒では就職試験を受けられない。ましてや、罪を犯した少年たちの場合、尚更だ。うちは、罪を犯して鑑別所に入り収容を終えた子どもの補導委託先として登録を受けている。今は親が自分の子どもを要らないという社会であり、「そんな子が家に戻ってきて、言うことをきかずさらに問題を起すだけだから引き取りたくない。どこか別のところに引き受けてもらいたい」と裁判官がお願いされる。だから、食う場所のない子どもたちはさらに犯罪を重ねる。社会は「明るい豊かなまちづくり」「犯罪のない地域社会を作りましょう」といった看板を掲げてはいるが、本当にその子どもたちのためになる環境など作っていない。形だけの看板を掲げ、企業が実際に採用しているのは大学出だけで、「豊かなまちづくり」「豊かな社会づくり」など実現できるわけがない。

子どもたちが本当に働ける場所を創り、施設内に個室を一つずつ与え、そこからどこの職場にも通えるような環境を作るべきだ、と私は主張している。寮母さんがいて、弁当を作ってもらったら「寮母さん、ありがとうございます」と言えるような環境が、彼らには必要だ。企業がそうした寮母さんを育て、給料を差上げて子どもたちの面倒を見てもらうような仕組みを作らなければならない。

しかし、今はそういった環境がない。だから、子どもたちには「教わる」とか「人の暖かみを感じる」といった体験をする場がない。一人で自分の部屋を借りるのもいいかもしれないが、掃除をしなかったり、整理整頓できずにいたりした時に寮母さんが一部屋ずつを見回って、「あんた、掃除を何でしないの？」と注意するような環境が大事だと思う。

(6) 人を責める社会、人を叱れない社会

しかし今の社会では、差別化が進みすぎているので、そういった施設を作ったとしても、周囲から「あそこには近寄るな」と冷たい目で見られかねない。そういった子たちにあたたかい目を向け、愛情を与える環境がないことが、彼らの再犯率を高めている。「また犯罪をやれ」と言っているようなものだ。

私は、罪を犯した青少年を、期待が裏切られることはわかったうえで使っている。人間は完璧なものを求めるから、普通は「裏切られないように」と願い育てるが、どんなに愛情を与えられても裏切るのが子ども

なのだ。そこをわからずに育てているほうが問題で、裏切られると相手を叱ってしまう。しかし、初めから裏切られるものとわかっていれば、その時は「ああ、俺の教育が悪かった」と思えばいい。

また、今の社会では、仕事を選びすぎている。今うちに来ているような、過去に罪を犯した子どもでも仕事を選ぶという。そして、それが悪いことだという意識は全くない。「なぜ好きではない仕事をさせられているか」ということが全くわかっておらず、それをしなかったことに対する罰もない。この間も60何人の子どもたちが修学旅行中、決められた時間に集まらなかったのも、罰として正座をさせたら、逆にその先生が責められて詫げる、ということがあった。決められたものを守らないので罰を与えたら責められる。これでは先生もやる気をなくすだろう。悪いことをしても、それを責めた側が逆に追及される社会となっている。これでは決して社会は良くならない。

以前はこんなに人を責める人が多い世の中ではなかった。些細なことは、それぞれがその意味を判断して、許すこともできた時代だった。例えば、好奇心で物を盗んだりするのは確かに悪いことだが、それは子どもの心の発達の段階の、一つの現れなのだ。そこで「そういうことをしちゃ駄目なんだよ」と教えられるような叱られ方を経験した者が、将来的に警察官になったりする。それは貴重な体験であり、そういったことを二度としないための体験は、昔は許されたものだ。しかし、今は許されなくなった。その反動が、今、新型うつのようなものとして現れている。

人間というものは、「叱られる」とビクビクしていた時に、「二度としちゃ駄目だよ」と穏やかに諭されると反省する。しかし、「こんなに教えたのに駄目なんじゃないか」と頭ごなしにきつく注意されると、次は見つからないように悪いことをする。これを直すには、難しいことを考えても駄目だと思う。基本は愛情のかけ方である。物事の良し悪しをじっくり伝える必要がある。そうして価値判断を教えこまない限り、直すのは難しい。

しかし今は、何をやっても許される社会であり、「こういうことをしたら、ご飯を食べないんだ」と自覚させる環境がない。何をしても「何とかなる」と考えて行動されては手が付けられない。ごねたら得をする社会になりすぎている。

(7) 真剣に叱る

「教え」という字は、「鞭で叩く」という意味である。本気で教える時は、鞭で叩きたくなるものだ。しかし今の時代、これらすべてを「暴力」と呼ぶようになってしまった。だから教える側は、決して相手を叩けない。

先ほど「来るもの拒まず」と言ったが、私が採用するのは、いわゆる「若気の至り」で罪を犯してしまった青少年である。人間には「若気の至り」ということがあるから、たとえ罪を犯しても、必ず1回は許しを与えることが必要だ。

彼らを叱る際に、以前は最初に「二度とするなよな」と言葉で5回言うようにしていた。しかし、体で覚えたものは、またやってしまうので、その時は5発殴り、「この間、会長や社長に『二度とするなよ』と言われたらどう？」と言うと、本人は「5～6回言われました」と答える。そこで「言葉で教えてわからないから今度は叩く教育をしないと、お前は身にならないな」「『教え』という字には、『叩く』という意味があるんだ」「もうお前みたいなのは要らないんだ」といった具合に、真剣に怒っていた。そうすると、「わかりました」と言って、それから立ち直っていた。ところが、もうそうした指導はできなくなった。真剣に指導をすれば罰せられるとは、どういうことなのか。そうしたことの分別ができなくなっているのが今の社会である。

これからは、若者を育て、訓練し、彼らがうまく生きていけるような仕組みをつくる必要があるが、学

校には期待できない。本来こうしたことは学校でやるべきなのだろうが、今の学校はそうした機能を奪われている。学校の先生を「先生」「指導者」と思わない社会になりすぎた。

(2015年7月現在)

【考察】

以前の社会では、仕事を通して若者を一人前の職業人に育てる教育力があつたが、今はそれが弱くなってしまっているという指摘は、多くの企業から聞かれた。ここでは、その昔ながらの若者の育て方について、その考え方や具体的な方法が詳細に語られている。当時と今の違いについても鮮明に語られていて興味深い。現代社会は、全体として、若者を上手に育てる力が弱まっているがため、うつ系統の病気に陥ってしまう若者が多く出てきてしまう構図になっている。ここに記されている若者の教育方法は、さまざまな困難を抱える若者の育て方を再度学び直す必要があるのではないかとの提案とも受け取れ、復職支援を進めるうえでも、参考とすべき事項が多々盛り込まれている。

コラム1：「病気でない病気」というあり方の事例

【経営者のコメント】

現状としては、我々が常識では考えられないようなことが多々起きているんですよ。今の社会というのは、病気でない病気というあり方が結構あります。実はこういう例がございました。

高校までは明るく育った子ども（女子）が、東京に就職しました。就職して1年ほど経った時に、人と会いたくない、関わりたくない、そういった状況が続いて、それで、家に帰って来たい、ということになり、その親から相談がありました。

「じゃ、ちょっと対面させてくれ」ということで対面しましたが、「あ、これは病気じゃないな」と私は直観的に感じました。なぜ病気じゃないかと言うと、東京に行くと、要するに自分が今まで飾ってきた部分、人から良く思われていた部分が一発で変わってしまうんです。「お前、そんな現状でいいのかよ」とか、そういうことを言われてしまうと、自分の今まで持っていたものが一瞬にして崩れるわけです。

そういったところから一つのきっかけが起きるだろうという捉え方ができるんですよ。そういうことで、直観的に「病気ではない」と思ったけれど、家族は「病気だから、あまり指導をしないでくれ」と来るんですよ。病気だと思い込んで、精神科のほうに行くわけだ。でも精神科に行っても「何の病気もない」と言われて来るわけですよ。

そのような状態が続いて、ある日、家族のところに行ったんです。家族とのコミュニケーションはよいのがわかりました。そこで「何だお前、これから仕事をしなきゃ駄目じゃないか」と一発ぶちかましたんですよ。すると「人と会うのが嫌だ」と言う。「そうか」と。「じゃ、行動に示さなきゃいけないよ。行動に示すことが大事なんだよ」と言った時に「行動って何？」と訊かれたんです。そこがポイントです。「行動は、これから生きていく中で、仕事をするにしても、それも一つの行動だろう。お母さんやお父さんが心配していることを、お前が今の状態から一歩前に行く、それも行動だろう。行動に示さなきゃいけない」と言うんですよ。

「人と会うのが嫌だから」と言うから、「おう、いいよ、会わない時間ならいいのか」と問いかけるんですよ。「会わない時間なら何とか」という方向に行くんです。「じゃ、会わない時間は朝の5時だな」と。「よし、明日から5時に、うちの店に働きに来なさい」と引っ張るわけですよ。その後、家族のほうにも、「5時という約束だから、起きなければ連れてこいよ」という約束をする。

それで、私も5時に来て仕事をする。「じゃあ、お前、何ができるんだよ」と言う、「後片付けくらいできるかな」と言って、後片付けを結構しているんですよ。「おお、できるじゃねえか」と話しかけながら、1時間経ったら、「仕事には必ず休憩するのがあるんだよ、休憩しよう」と言って、休憩するわけですよ。朝6時過ぎます、じゃあ、「朝ご飯食わなきゃいけないな」と言って、「お前何が好きなんだっけ？」と訊くんですよ。そうしたら、パンが好きだと言うので、「じゃ、おじさん今パン買ってくる、じゃ、待ってろよ、働いてろよ」と言ってパンを買ってくるんですよ。「パンを一緒に食べながら頑張ろう」と言う、「いや、食べません」と言うんです。「そうか、だったらいい。おじさんだけ食べるから」と言う、「そこで座りながら泣くんですよ。「うちに行ったら食べるよ」とそれをお土産に渡す。それで2時間くらい働いて、7時頃に帰すんです。「今日は帰れよ。人に会うのが嫌だろうから帰れよ」と言って帰すんです。で「次の日も来るんだらうな」と言ったら「来ます」と言うんです。「おう、そうか」と。「じゃ、おじさんも来るからな」と言って、また朝の5時に出勤ですよ。それが1週間くらい続く。

1週間続いた後に、「あのさ、お前とおじさんは、年なんぼ離れてるんだっけ？」と言うとですね、40いくつ離れてるわけですよ。「おじさん、朝早いと疲れるんだよな」といった声かけをしておくんですよ。

「そうだね」とか話が出てくるようになって、「じゃ、1時間ずらそう」と言って、出勤6時にするんですよ。1週間くらい6時から8時まで。うちの社員は8時過ぎにならないと来ないんですよ。だから「来ないうちに帰れよな」と言って帰すんですよ。「明日も来るんだろうな」と言って、それからまた1週間くらい経つと、「6時でも早いよな。もう少し」と言って、「今度は7時にしよう」と言うと、7時からだと今度はずちの社員の誰かと会うようになる。1人とか2人とか。「あら、働いてるの!」とか声をかけられるんですよ。声をかけられたときに、「お前、そうやって人から褒められたらどうなのよ」と言ったら、「うれしい」というようになるんです。「そうだよな。だから、行動をとったことによって、人がそれを必ず見てくれるんだから。見たことをお前にちゃんと話をしてくれるんだよ」と。「言われたらうれしいだろう」「はい」というようになるんですよ。1人会い、2人会い、3人会い、となってくると、皆に、「すごいね」と言って褒められることになる。だんだん、だんだん、そういったきっかけを作っていくと、それから、今では活発なうちの看板娘になっているということです。考えられないですね。

だから、何が一番大事かという、社会をわからない、体験・経験がない者が、憧れて東京とかに行っただけの場合に、やはり環境も違うし、自分が今までちやほやされていたものが、一気に変わってしまいますと問題が起きる。それはなぜかという、小さい時の体験が少ないということです。褒められるようなことが何もないんですよ。勉強をやれ、ということで、勉強の成績が良ければ褒められるけれども、親が頭が悪くて子どもが頭がよい、というのはないわけですので、勉強できない子は、ほとんど褒められる環境がないんですよ。そういう体験もないでしょう。

結局、体験したことによって「どうもありがとうね」「助かったわ」とかそういったことを必ず言われれば、「こういうことをすると褒めてくれるんだ」というのが体感できるわけですよ。それが、今の社会は、学歴を作った社会です。頭が良ければいいという環境を作ったためのしわ寄せが、ここまで来ているんですよ。損か得かで決める社会を作りすぎたんですよ。体験がないから、スピードについていけないし、仕事も遅いし、何もできないんですよ。だから、叱られるわけですよ。それで、こんなのは面白くない、といって辞めていくんですよ。

【考察】

この事例は、うつ症状を呈して挫折して故郷に戻ってきたもので、家族からは「病気のある人」として扱われようとしていたものである。確かに、うつ症状がみられるのだが、はたしてこの事例は実際問題として病気があるのか無いのか、病人なのか病人ではないのか、判断が難しいところである。他の企業ヒアリングで聴取した範囲でも、うつ症状が有るのだから病人であるとする説から、単にうつ的な状態にあるだけであって病人ではない、そもそもいわゆる新型うつといった病気は無いとする説まで、幅が広い。

この事例は、大都会へ出て、挫折体験を経て、うつ症状を呈するに至り、帰郷してきたという状況である。この寿司店の経営者は、その状況を「病気ではない」との見立てで対応を進めているが、「人と会いたくない」といった訴えをいっさい否定することなく、そのまま全面的に受け入れて、その時点でできることから始めている。

まず、働く意思の確認を丁寧に行っている。家族からは「病気があるからあまり指導しないでほしい」と言われているのだが、相談に来させていることは、働けるようになることを期待して見ている。家族は、どのように、また、どの程度の負荷を与えてよいものかわからず、不安な状態が続いている。この家族の不安も無視してはいない。ただし、家族間でのコミュニケーションの様子の確認はしていて、親子間のコミュニケーションは良好であることを見て取っている。

次に、人と会うのが嫌ならば、人がいない時間帯ならば大丈夫だろうということで、自らそれまでしたこ

ともない朝5時出勤を本人と約束する。その後は、段階的なリハビリテーションのプロセスを踏んでいる。はじめの一週間は、単に時間を守って出勤させ、すぐにできる作業を与え、休憩をとらせ、朝食を与える優しさを見せる。そのときの状況を見て、次のステップに移行する。開始時間を6時にシフトし、また同様に2時間の作業を与える。ここで、人に会いたくないという本人の希望を裏切らないよう、人に会わずに済む時間に帰している。

次に、この事例のポイントである、人に会うステップを段階的に入れている。7時出勤に切り替え、9時に帰宅することとすると、店の数人と会うこととなる。この際にも、一時に大勢の人と一斉に会うということではなく、1人、2人と徐々に増やしている。ここでは、「皆に褒められる」とあるが、この店主は、従業員が皆積極的に褒めるだろうことを予め計算している。実に美事なリハビリテーション・サポート技術である。

人と会わずに仕事をするだけであるならば、夜でも可能である（この店は8時に閉店するので深夜勤務にはならない）。しかし、あえて早朝を選んでいても、リハビリテーションの観点からは注目される。生活リズムを正すためには、朝型の生活に切り替えることは効果的である。

夢を持ち希望に燃えて上京し、挫折しうつ病状態で帰郷して来た若者に、徐々に、褒められる体験を重ねていく方法をとっている。その後の対応は省略されているが、その後、この若者は、この店の看板娘として大活躍している。寿司店なので、いろいろな客が多数訪れる。客の中には初めて会う人も少なくないはずだ。その状況で、看板娘と自他共に認めているということは、「人と会いたくない」という感情はすっかり消えて無くなっているということである。それどころか、新しい客に積極的に自ら話しかけていくなど、むしろ「人に会うのが楽しみ」という境地に至っている。

このように働くことに結びつけられることがなく、病院に行くだけであつたら、この若年者はどういう結果になっていたであろうか。まずは、病名が付けられ、薬が与えられ、当面の間は、病者としての生活をする事となったであろう。そこでは、家族が言っていたように「病気だから、あまり指導をしない」という対応が続く。それでは、失った自信を回復する機会が訪れることもなく、働くことにつながる訓練にアクセスすることもなく、無為に時間が過ぎてしまう事となったであろう。そうした生活では、病気とされたその病気が長引き、職業に就く機会から遠のいたまま、症状を引きずりながら、無業者として、貧困なまま、それがゆえにますます自信を失い、フラストレーションが高まり、不満の多い生活を続ける事となったかもしれない。

ここで重要な点は、はたしてこの事例は本当に病気であったかどうか、それをどう見立てるか、である。うつ症状、うつの傾向が有るのだから、その面だけを見れば、病気である。しかし、その原因を含めて考えれば、単に現実の状況に適応できていないがために、その反応として、うつ症状、うつの傾向が表出しているだけであつて、この事例の店主が考えたように「病気ではない」と考えられなくもない。「病気ではない病というあり方」とは、ある意味、言い得て妙である。

多数のヒアリング対象者が語るように、病院に行つて、うつ症状を訴えれば、ほぼ間違いなく病気と診断される。診断書が出されれば、公的に病者の立場となる。この見立てについては、さまざまな意見が飛び交っているが、どれが主流かという段階にまで至っていない。いずれにしても、この事例のような、段階的なリハビリテーション・ステップを、優れた支援技術を有する支援者のサポートを得ながらやってみないことには、明確な回答は出ないであろう。

6 企業F

企業Fは、産業医・労働衛生コンサルタントとして、企業のメンタルヘルス対策に直接関わっている企業である。ここでは、その経験を元とした、非メランコリー親和型の気分障害を含むうつ病者の復職支援等に係るヒアリング結果をとりまとめた。

(1) 就労支援には診断名は必要ない

いわゆる「新型うつ」については、数年前の精神医学系の雑誌には、「ただ怠け者を擁護するだけだ」というようなやや過激な議論が掲載されている。いわゆる新型うつは、10年くらい前から名前が独り歩きしている。そもそも「新型うつ」という表現が良くない。あたかも、新型うつという疾病があるかのように、職場でとらえられ、いろいろ混乱がおこる原因ともなっていると思う。

(メンタルヘルス不調者の) 就労支援において、基本的に診断名は要らない。弁護士からの相談も受けることがあるが、(メンタルヘルス不調者の労働争議で) 最終的には精神鑑定となって、診断名の争いをしてしまうことがある。ナンセンス以外の何物でもない。精神科の診断方法は、主に伝統的診断法に則る。百人精神科医が百人いたら百様の診断名が出てきてしまう。そこを争う意味は無い。病名はあくまでも、治療や就労のために必要なものであり、その診断名は就労支援では大きな意味を持たない。

例えば、うつ病と言っても、うつ状態をうつ病と言う例もある。(統合失調症を含む) 基本的に全ての精神疾患でうつ状態になる可能性がある。企業の中で問題になるのは、「うつ病」という診断名ではない。例えば、いわゆる不安障害、パニック障害の場合に、「満員電車に乗れない」「会社に来られなくなった」、その結果、落ち込んでしまい、診断名がうつ状態、うつ病と出てくる。その時に「うつ病」の背景がわからないと、(休職し) 家にいて休養し、薬も使って良くなる。結果、主治医が復職可と判断する。でも、その復職時に通勤訓練をしなかったら、再度パニック障害が出て、就労ができない状態となる。現場や医療職が、そこまで踏み込めないから、トラブル(診断書では就労可なのに、何故となる)になる。

また、診断名が意味を持つ場合もある。双極性障害の診断名が出てくれば、会社でも(気分)に波があるということを理解して対応することになるのだが、そうではないとなかなか治らないうつ病、難治性ということになってしまう。精神科医は一回診断をつけると見直しをほとんどしないので、(うつ病の診断が出ている方で) 実は統合失調症であるなどの事例も多く隠れている。外来で、(初診患者を) 100人くらい見ていると1人くらい、「うつ病」といって治療を受けているが、よく(症状を) 聴いてみると統合失調症の典型的な症状があり、薬を変えた途端に改善する人がいる。そういうこともあるが、通常就労については、実は分類は必要ないと思っている。

(2) 精神科医は就労の実態がわからない

精神科医は、元々、統合失調症を診るのが専門だから、どちらかというと、統合失調症では社会生活ができればいいと考えていると思う。社会生活というのは、精神科医にとっては、日常生活のことである。就労のことは考えていない。「うつ病の人が就労できればいいけれど、できなかったらしょうがないね、障害者手帳をもらうなど、何とか生活をフォローするからさ」ということになってしまう。しかし、産業医の仕事はそうではなくて、それでも職場に戻してやりたいという話だ。だから少し見方が違うと思う。精神科医は、(主治医の立場では) 企業のことはわからないし、普段診ている患者さんは、入院していて、うつであっても重症の人とか、生活に問題のある人が多く、就労の実情はわからない。だから、根本の考え方が微妙に違うと思っている。

(3) ルールを守らせることから

就労支援では、単純に、病名を少し整理して、「就労はどうか」だけを考えていけばいいのだと思っている。企業に対して何をやっているかという、うつ病という診断書が出てきてしまったら、休職の指示があれば休むしかないし、復職可といたら、手続き上、産業医面談をして、職場に戻る。人事（企業）のルールはルールなので、その手続きが大事だと思っている、復職したら、その後「遅刻したら」「欠勤が続いたら」、再度面談や休職をする、というルールを復職時に守ってくれ、と伝え、人事に徹底させている。

特にパーソナリティ障害が疑われる事例や、いわゆる新型うつの人は、復職の最初からルーズになり、だんだんと遅刻が増えてしまったり、欠勤が出てきたりすることが多い。そうすると周りにも影響があるわけで、上長や人事が、「就労が100%できる状態で戻ってくるのが基本だよな」、「100%就労（定時勤務をこなすこと）ということは、まだ無理だったね」、「会社のルールとして、遅刻や欠勤が続けば、リセット（復職の見直し）だよ」という話をするようになる。

「就労が100%できる状態」とはどういうことかということ、生活リズムがきちんとできているとか、日常生活を問題なくこなしているとか、新聞などを読めるとか、いろいろ言われるけれども、日常生活の最低限のことは一応できていて、気分的に波も落ち着いているし、薬もコントロールされ、睡眠もとれている、という状態だ。職場に戻ってくると、通勤の負荷、会社で人に接する負荷とか、やらなければいけない仕事の負荷が全部乗っかるわけで、当然最初は短時間就業からとか、いろいろな配慮をする訳だが、その途中で欠勤があった、無断で欠勤してしまった、半日（特に午前中）遅刻が続いたとかいう時には、「もう一回主治医と相談して、場合によっては（復職を）リセットしよう」という話をする。「本人は病気だから」といって、復職しているのにダラダラと遅刻を認めてしまうとか、欠勤を大目に見るなどの対応をすると、結局本人も良くなれないし、周りにも影響すると思っている。

ところが、メンタルヘルスについて、わかりにくく不安があるので、このよう内容をはっきり言うことができない。なぜかという、人事や上長は、「予防」という入口に囚われ、休職中やその後の対応について、得意ではないからだと思う。精神疾患について、よくわからないということも一因と思う。

(4) 復職後のフォローの仕方が大切

もう一つの課題は、復職後の対応である。産業医が復職の判定をする時に面談をしたりするのだが、実は復職後も産業医が関わる会社が少ないと感じる。大手企業では、復職後も面談を実施したりするが、小さい企業でフォローアップ面談のようなものをするかということ、していない。だから、場合によっては、復職したら、他の部署預けになってしまう。そうすると、典型的なうつの人は、基本的に真面目だから、今まで（周囲に）迷惑をかけたと思っているし、仕事を少しできるようになって戻ってくると、（キャパシティ以上に）頑張ってしまう。そうすると、最初は業務をおそるおそるやっても、少しペースに慣れてくると、自ら仕事量を増やしてしまう。特に仕事がよくできる人だと、上司も「まあ、やってくれるし、じゃ、頼むよ」という話になってしまう。この結果、気が付くとストーンと（気持が）落ちてしまい、再発する。だから、そうならないように、「もう少し我慢を」と言う人がいなければいけない。もしくは周りでちゃんと指示する人がいなければいけない。本当はこれを産業医がしたり、上司がわかっているやらなければいけないのだが、（現場では）これが機能していない。だから再発率が高いのだと思っている。フォローとフォローの仕方は大切だ。

(5) 最初に毅然と対応する

それともう一つの入り口の問題は、「新型うつ」と言われる人は、勝手に急に休み出してしまったり、遅刻がやたら増えてしまったり、「何か具合が悪い」ということを言い出したりするから、その部署で上長など現場の管理者が勝手に「配慮」して、「じゃ、仕方ないや」と言ってしまったりすることがある。それが実は問題で、「調子が悪い」と言ったら、人事がちゃんと把握して、産業医面談にかけるとか、病院に行くよう指示するとか、すぐ対応しなければいけない。それでも「自分は病気ではない」と言うなら、「じゃ、遅刻は駄目だよ」と、人事のルールにきちんとはめ込むしかない。上長は、「何か調子が悪そうで本人は病院に行きたがらないが、心配だからこんな（前述のような配慮）対応にしている」と言うが、それは周りにも影響し、全体のモチベーションを下げることになる。それから本人もだんだん「図に乗ってくる」ので、その要求がエスカレートする。よいことは何もない。それで結局、上長や皆が「まずいぞ」と気がついたときに、本社に話が来る。その時にはもうとんでもないことになっている。新型うつの根本は、実は、人事とか周りがよくわからない事例を腫れ物に触るような対応する結果として起こっていることが、すごく多くあるのだと思う。ただし、このことを自信を持って社内で言える人は少ないし、それを言える産業医も少ないということだ。まして会社に来ていない産業医がいっぱいいる状況では、自明である。

新型うつを出さない解決策の一つは、最初の段階で、毅然としてきちんと対応するしかない。そうすると、本人もちゃんとする人はする。パーソナリティ障害の人は特に周りを見ているから、自分の要求を何となく出しているうちに、OKが出てきたら（その要求が）どんどんエスカレートしていくので、上長は「前の時、大丈夫だったじゃん」という言い方をされることになる。そうならないようにするためにも、少し変だなと思ったら、最初から人事管理をわかっている人が対応するとか、産業医に振るといったことをしなければいけない。

(6) メンタルだけ特化しても意味がない

正直言って、産業衛生の体制ができていない会社にはメンタルヘルス対策だけを特化して行っても意味がない。復職・就労支援については、（社内で）ごく基本的なことができていたら、実は困ることはない。人事・総務がそれなりに対応できるようになって、連携ができて、主治医と調整ができれば、余程特別な例を除けばあとはもう「確認」だけでほとんど対応できてしまう。

では、産業衛生で何が大切かという、まず知識として、「メンタルの人はもう治らない」というイメージが強くて、中小企業の中には、横暴ではあるが「邪魔だからクビにしまえ」という社長もいる。しかも、人事労務もそう思っていたり、役職者がそう思っていたりすると、（精神疾患になった社員は）そのように（解雇と）なっていってしまう。まずその啓発が必要だ。

2人に1人は癌になるという時代だが、癌でそのままリタイアしてしまうという人は多くなく、抗癌剤を使っても復職してくる。肺癌で片方の肺をとってしまった、抗癌剤を使って6ヵ月休んでいた、戻ってきた、どうしましょう、という話になれば、人事の人が何となく対応している。あまり大きな問題にならない。でも本当は、片方の肺が無くて呼吸に問題があって「いざというときにどうするの」「本人の就労ってどういうように考えるの」という話だ。たぶん人事は診断書を見て「どういう調子？」と本人に聞いて、「じゃ、最初は体力が心配だから半日くらいからやろうか」などと相談をして対応している。だが、どうしてメンタルだけそのように対応できないのか、という話だ。メンタルヘルス対策も特別ではなくて、今世の中では半分以上の人がなるわけで、そうしたら癌と一緒にさうろう、という話なのだ。だから、メンタルだけを取り上げることがナンセンスで、企業として、疾病への対応をどう考えるかというところを強調して考えてほしい。

まして、病名は関係ない。統合失調症の人も復職できる。ただ、復職の仕方が問題だと思う。統合失調症

は大体 40 歳までに発症するので、(業種や業務内容により) 就労できなくなる人もいるが、会社によっては対応できているところもあって、ルーティンワークで負荷をかけすぎなければ就労できる人もいる。だからその辺をどのように認識していくかが問題で、そういうアドバイスをするのが産業医なのだが、現場に落とし込むのは、人事との連携でしかない。

ただそこに「新型うつ」とか何だとかと言ってしまうと混乱を招くだけだと思っている。「何とか症候群」をやたら作ってしまうと、それに合わせた形で「私、これかもしれない」とかいう人がいっぱい出てきてしまう。そんなことは基本的にあり得ないので、「病気を増やすな」と思う。「新型うつ」もそれと同じだと思う。

産業衛生上は、就労に関わる何かがあって、診断書が出ている場合、裁判になった時には、「病気なのに扱いがこうだった」といわれてしまう。絶対会社が負ける。本当にうつ病と思われる事例もあるが、診断書も有印私文書として、一応の効力があるので、配慮をする必要がある。疑問があることも確かである。

(7) 病院に行けば診断書が出される

社員が病院に行ってしまうと、精神科医はほぼ 100% 診断書を書く。病気ではなくても、「調子が悪い」とか「休みたい」とか言ったら診断書を書いてしまう。精神科医で「そんなの病気ではない」と自信を持って言える医師は少ない。病気ではないことを言うことは、限りなく大変だ。だから簡単に言えば「うつ病疑い」とか可能性を書いてしまうほうが楽なわけだ。

うつ病の診断基準は、症状が 2 週間とか 1 ヶ月とか続くことで、うつ状態と分けている。だから初診で診た時、本来はうつ病と診断できない。「うつ状態」でしかない。実はそのような細かな部分において精神科の役割が非常に大きいと思う。なぜなら診断書が出てしまったら、会社でどう思っようかと、産業医もそれを否定するということができなくなってしまう。「これ、病気じゃないよ」という事例であっても、そうは言えないのである。

病院に行って「病気じゃないよ」と言ってくればよい。だが、精神科医はそれをなかなか言わない。精神科医はほぼ 100%、「調子が悪い。書いて」と患者に言われたら、絶対何かの病名で診断書を書く。多少元気でも、病院に行った時には何となく具合が悪いわけだ。精神科医は病院でしか患者を見ないから、会社で元気でも、そのことは全然わからないのである(精神科以外、例えば内科でも、病院や診療所以外でその人の状況を見ることは稀である)。

本人が「私は病気じゃないし、病院に行きません」という人もいっぱいいる。本当は病気で、行ってほしい人もいるのだが。病院に行って 1 回受診してしまうと、それが「新型うつ」の状態だろうが何だろうが関係なく、「うつ状態」とか「うつ病(疑)」とか書かれてしまうと、会社は一定の配慮をしなければいけない。その配慮を外すためには、産業医が「絶対違う」と言い切るしかない。でもこれは、争いになった時に、たぶん専門家である精神科医のほうが勝ってしまうであろう。精神科医同士がそれを争うと、診断名の争いになってしまう。そんなものは、就労に対して意味がない。そこが根本の問題だ。

(8) 企業の対応はまず就業規則に則って

会社に戻ってきた時に、本人と、第三者も入れてきちんと対応して、「このルールに則るんだよね。それができなかつたら、就労できないと考えようよ」と戻り方を約束させる。毎週 2 日遅刻してしまうとか、午前中休んでしまうとか、無断欠勤が続いてしまうとかいったら、やはり「リセットしようよ」という話ではないか。ただ新入社員は、リセットしたらもう有給休暇がないので、もしくは退職規定もないので、「1 回は猶予をあげますよ。でも 2 回目はもうないので、そうしたら自然退職だよ」という話だ。だから、そこで

結果的に、退職になってしまうことも多い。でも、そのほうがお互いにとって、ある意味ではハッピーだ。そこで頑張ろうという意識がある人であって、戻ることができる人が頑張ってくれる人だったら、戻ってきても何とかやっていけるけれど、そこでズルズルと欠勤を繰り返すような人は、やはりそこでは合わないということもある。大きい会社だったらいいのだが、中小企業では、1人を別に抱えたり、2人で1人の世話をしているほどの余裕はない。逆に会社の担当者がダウンしてしまったりする。

企業には就業規則というのがあるので、そこで労務管理上のこととして対応するというのが企業の対応の基本になる。そもそも論であるが、産業衛生の体制ができていないところがいっぱいある。産業医がいない会社もいっぱいあるが、そもそも従業員50人以上で産業医を置いていない会社がまだまだいっぱいある。復職者に、復職後の仕事を徐々に増やしていこうというやり方すらできていない会社がいっぱいある。そうすると、典型的で真面目なうつ病の人だったら、一人で突っ走ってしまう。それを止める人が必要だ。

中小企業でも、戻ってきたときに配慮してくれる会社はいっぱいある。けれど、本人が「暴走」してしまう。特に典型的なうつ病の人は、もうさんざん休んでみんなに迷惑をかけたと思っているので、「取り返さなきゃ」と思う。そうすると、やり過ぎて、結果気持ちがストーンと落ちる。そうすると再度会社に戻って来られなくなってしまう。ここが日本で産業衛生がうまくいかない根本問題のような気がしている。難しいことを要求しているわけではない。メンタルヘルス以外の病気で長期に休んで戻ってくる人はいっぱいいるわけなので、そういう人たちの対応と全く一緒に対応してほしいだけだ。

(9) メンタルヘルス不調者だけ特別扱いすることはない

もう一つ会社で知ってほしいことは、育休・産休だ。あれは、1年とか2年近く休む人がいる。それには会社は何とも言わない。確かにいなくなると少しは困る。でもメンタルヘルス不調の人は、もっと短時間で戻ってきて働いてくれることを考えたら、中途半端に辞めていかれてしまう（結果やめさせてしまう）よりいい。癌だろうが産休・育休だろうが、考え方は一緒なのだが、なぜメンタルヘルス不調者だけを特別扱いするのか、ということだ。

企業経営のベースは人だと思っている。人的資源、人的資本である。教育されたりキャリアを積んだりした人というのは会社の財産、という考え方がある。人的資本、つまり教育された人が大事だ。これからの時代は少子高齢化で、メンタルヘルス不調者というだけで、いたずらにその人を切ってしまうことはいいことではない。そこをどうするかが課題だ。

まず全体的な知識の普及が必要だ。特に産業医がいない50人未満の企業などに、どういう知識を提供していくか、企業が産業衛生をどのように行うかだ。そこについては精神科医の多くはたぶんわかっていないと思うから、精神科医がやってしまうと駄目だと思う。患者本人が、例えば「会社に規定（休職期間）があるから、調子が悪くても戻らなければ、私はクビになってしまいます」と言ったら、精神科医は「復職可」という診断書を書く。そのあと「無理しないでね」と言うだけだ。復職後まで責任を持てるかということ、実は精神科の医師は責任を持っていないであろう。要するに、精神科の医師というのは患者の一部分だけに関わり（医師は全部そうであるが）、あとのことは自分たちの責任外なので、本人の言いなりだ。精神科の医師は、受診時の本人の言葉だけで診断書を書かざるをえない。その診断書が出てきてしまうと、今度はそれに企業が振り回されるという構図だ。

(10) 復職プログラムの対象者の範囲はどうか

定型外のうつ病の人たちに特化した復職プログラムを起ち上げようということだが、そもそもの発想がそれでいいのか、難しいのではないか。正確な診断が難しいのではないか。「非メラニコリー型」とかいろいろ

ろな表現があるけれど、まずどういう人が対象になるのかわからない。言葉では「うつ」病で一括りにされてしまっているけれど、現実にはどのような人を対象にしていくのが問題だ。診断書で見るとしかないだろうが、企業に提出される診断書では当然「新型うつ」の病名はなく、一般的に出てくる診断名は、「うつ病」「うつ状態」「適応障害」「自律神経失調症」、それから「不安障害」「神経症」などと思う。誰を、どんな疾患、または状態を対象にするかがわかりづらい。

(11) 社員教育で何をどこまでやるか

メンタルヘルス不調になった人たちをもう一度、(企業や社会に) 適応できるようにする訓練を、どこで誰がするのか。以前から議論になっているのだが、それは会社がやるべきことなのか、会社以外の誰かがやるべきことなのか。現実として、小さい企業ではできない。外に預けると、その間、給料支払い義務が発生する。だから会社としては納得がいかない。そうでなければどうするか、会社が一定の社員研修を最初にやる。その社員研修にメンタルヘルスに関する内容を入れるかどうかだ。ただ、どの程度の中身までやるかによっても変わってくる。

根本のところを気付かせる教育というものが、どこかで必要なのだろう。そのようなことを最近、大勢の人が言うようになってきた。ただそれを、どこでどうやるのだ、という話だ。本当は学生時代に自分の客観的な位置というのを気付かせるべきなのだろうけれど、それが今できないのであれば、研修とかリクルートの時に、誰かが「会社ってこうだよ」という情報を発信するしかない。

会社を選ぶリクルートの時に、こういうことをきちんと仕込まなければいけない。特に入社後、最初の頃は、皆自分のやりたいことをできるわけではない。普通は、やりたくないような仕事ばかりをまわされて、それでだんだんいろいろな業務を覚えていくというのが世間の常識だったはずである。今、それをやると文句が出てくるわけで、そこで与えられた仕事について、「自分はこういう仕事をするために就職した訳じゃない」という話になって休むようになる人が多くいる。

それともう一つは、生活リズムが勤務についていけない。聞いてみると、すごく夜更かしだったり、すごく生活リズムがバラバラだったりする人が多い。だから、自分でコントロールしようと思ってもできない。好きなことがあると、自分のやりたいことをやってしまう。結果、会社に来られない。いわば、意識が会社にない。しかし、そういう意識は、教育してもたぶんどうにもならない。なぜなら、20歳など一定の年齢になった人の考え方を簡単に変えられるかと言えば、そう簡単には変えられるわけもない。ましてや説教をしたって治るわけがない。「え、何ですか?」というような話で終わってしまう。

(12) 身近にモデルがあるとよいとの考えは通用しない

「あいつができるのだったら俺だって」みたいな感覚は、今の若者には全然ないようである。なぜなら、妬みの感覚がない。妬みがなかったら人間は進歩しないのだが(異論もあろう)、物も十分だし、生活もそこそこできるから、人より稼ごう、という意欲もない。「今のままで何となく暮らしていれば、もういいです」というようになり、業務でも責任を持ちたがらない。

だから身近にモデルがあるとよい、という考え方が通用しないわけである。その考え方がもう古い。ただし、彼らは同じ世代だけ、同じ年齢層だけを見ていることが多い。就職してしまうと、同じ採用年度の人ばかりを見ている。同期のことは気にするが、同期以外のことは気にしていない。自分がそこから遅れているかどうか、外れているかどうかだけを気にする。行き過ぎてもいけない。みんなより上に行ってもいけない。下に行ってもいけない。突出するのを嫌がる。10人同期だったら、一人だけ係長になる、という時に、周りから突出したくないから、本人が嫌がってしまったりする。逆に、置いていかれると嫌である。それで辞め

てしまうこともある。実はそのことを知ることが結構大事である。

正直言って、常識が通用しないから、病名にも「新型」だということだろう。ただそれがある時点から、病気だと言われるようになってしまった。以前だったら「そんなの病気じゃないよ」と言われて終わった。病気だとは誰も思っていなかった。「新型うつ」だ何だと言ってマスコミにのって名前をつけてしまうからいけないと思う。新しい病気を創ってしまう。そこに根本的な問題があると思う。

労務管理上の対応は、どうしても、本人がいろいろなことを言うと、腫れ物に触るみたいになってしまって、本来「病気ではないのだったら出てこいよ」とはっきり言わなければいけない状況であっても、曖昧になってしまって、結果的に病気に逃げ込む形になっている。だが、逃げ込んだら逃げ込んだで、「出てきた時に復職はきっちりしようね」と人事が管理することが大事で、人事と医療の連携の基本となるはずである。そこが大切だと思っている。

(2015年8月現在)

【考察】

ここには、多数のさまざまな事例を担当してきている経験豊富な専門家ならではの率直な提案が多々盛り込まれている。精神科医療と就労支援の考え方や姿勢、求められるものの違いに言及していて、企業としてどのように就労支援を展開すべきかについても、初期段階から復職後のフォローアップまで明快に指摘されている。ここでも教育のあり方について述べられていて、いわゆる新型うつの職業問題では、それ以前の学校教育や地域の教育・訓練のありようとの関連の深さが再認識させられる。

7 企業G

企業Gは、全国各地に店舗を展開している企業であるが、ここでは、その本部人事担当者から、うつ病で休職する従業員に対する対応についてヒアリングした結果を取りまとめた。

(1) うつの従業員の状況

「新型うつ」のことで言うと、対象者が弊社にはほとんどいない。過去にも「新型っぽいな」と思ったのは見当たらない、そんな感じである。うつ病を煩う職員の数には波はある。少ないと休職者が1人ということもあれば、今は急激に増えてきていて7～8名だが、その中に「新型っぽいかも」と思うのはいない。とはいえ「休んでいる間、元気そうだな」という従業員は、少しは見られるが、新卒1～2年目でうつと診断されてくる従業員が最近目立ってきているのは事実だ。

うつで辞めるといふ人が年に10人はいると思う。実際には、本部人事に出てきていないだけで、そういった人はいるかもしれない。弊社は新卒を200人採用するが、そのうちの10人いるかいなか、というところかなと思う。実際、最近は病院の医師が割と簡単にうつの診断をするので、以前のように深刻な感じではなくて「疲れちゃって、病院に行ったらうつと言われたので」というような感じの従業員も見受けられるとは思っている。

休職もせずに辞めてしまうという人も結構多いのではないかとと思われるが、本部ではわからない。休職まで入った人の三分の一から半数くらいは復職している。復職した人はその後、再発する人もいるし、再発しない人もいる。こういった若い人たちのうつというのは、深刻なものではない感じだが、本当に深刻だと感じるのは、休職する人の1割くらいで、そういう人はどちらかという年齢が高い人で、ある程度の役職に就いていて、真面目で、誠実な人だ。そういう人は復職したり休職したりということを繰り返す人もいるし、再発する人も多いし、本当に長い間付き合っていくような感じという人が多い。中には1～2年で退職した人もいる。

過去に「新型っぽいな」と思った従業員が実は1人だけいるのだが、いかにも観光で行ったであろう所から休職願が投函されていたことがあった。電話の感じ等でも「私は悪くない」というようなことを言ったりとか、休んで旅行に行ったりとかということもしていたようだ。

(2) うつの従業員への対応

基本的には弊社も就業規則に則った休職期間がある。その期間内に復職が可能であるという診断書が出た場合には、診断書をもとに産業医に会ってもらって、半日から始めて徐々に慣らして行ってフルに勤務してもらおう、という形になる。とはいえ、実際にそうやって休んだ人は、やはり何年かの間に辞めていく。繁閑が激しい業種で、繁忙期が結構大変というようなところもあるわけなのだが、「ずっとこの仕事を続けていくのはやはり難しい」と、そういう人は言う。

本部で全部一括して人事はやっているのですが、健康管理上のこういった問題はなかなか把握しづらいのではないか。実際に辞めていく従業員にも、本当はうつとかそういったことがあったのだろうな、ということはある。ストレスチェックは2年前から始めていて、高ストレスと出ているのが全国で大体100人に1人くらいであった。

「いわゆる新型うつの人たちは病識がない」と産業医も言う。病気とわからないまま、自分も自覚せず、周りも「ちょっと変だな」というくらいにしか思わなくて、そのまま結局仕事に馴染めず辞めてしまう人が多いと思う。弊社も200人採るが、1年で20～30人は辞める。

大卒で3年以内に辞める人が3割くらいいるという時代だから、決して多いということはないのだろう。今年目立つのは、入社2年目で「うつです」と言ってくる人が、先月から4人いた。これはまた職種が多岐にわたっている。憧れ職に夢を持って入ってきた学生が、実は営業もしなくてはいけないという現実との狭間で気持ちがくじけて、というところが出るのかな、と当初思ったのだが、そんなことはなく、全ての職種に満遍なくうつ病は出ている。

(3) うつになる原因がわからない

うつ病の引き金というか、トリガーというか、夢と現実が違ったからというならばわかりやすいのだが、そうでもない。はっきりした特徴があるわけではない。「こういう原因があって結果がこうなっている」というのだったら非常にわかりやすいが、「結果がこうなただけれど、原因はいろいろ」という状況で、訳がわからない。

本部人事部には、各事業所からストレスチェックの結果も来るし、社内ですべての分析はするのだが、特に「これが理由だ」というものは今のところ、正直言って見出せていない。ただ、ここ1~2年、いわゆる「ゆとり教育世代」の学生が入ってきてから、確かに少し多い気がする。5年以上前は年に1人とか2人とかで少なかった。最近は本当に「うつ」ということを恥ずかしがらない。「私、うつなんです」ということを積極的に言ってくる若い従業員が増えてきている。以前は「うつ」と言われたら狂人と言われているような、そういうイメージとか概念があったと思うが、それが変わってきているのは事実かもしれないと感じる。

「うつ」というと身体的な病状は、けいれんを起こしたり、吐き気が止まらなくなったり、そういった症状がすごく重くて、本当に1ヵ月間は口がきけないというような、そういう症状が出る人はやはり役職についている人である。ある程度、数字に責任を持っていたりする営業職の人は、そういった状態になったりするが、いわゆる1~2年目の若い従業員たちは、そこまでの症状は出ない。「眠れない」とか「食欲がない」とかそういうことはあるが、そのくらいまでのいわゆる軽症うつである。従来のうつは、結局は役職のある人に限られている。だからこれはもうはっきりグループが違う。

何があってこうなっているかという原因もわからずに、何をすればよいのだろうと言っても、それは雲を掴むような話で非常に難しい。自己本位で他罰性が強いと言われているのは、新型うつだからというわけではなくて、最近の若者は皆そういうところがあると思う。そういう育てられ方をしているのだと思う。

(4) 若者の傾向と企業の対応

少し前までは、徒弟制ではないが「背中を見て覚えろ」というようなところがあった。それが、最近の若者は「教えてあげるから、わからないことは訊きなさい」といっても訊いてもこないという感じで、以前よりも「やってもらって当たり前」「自分は悪くない。知らないんだし」というようなところがあるので、何かあると「自分は悪くない」と皆言うのではないか。病気が言わせているのではなくて、皆そんな傾向にあるのではないかと思う。「自分ができないのは教えてもらえなかったからだ、だから、教えなかったほうが悪い、当たり前でしょう」という感じで来る。

本人を職場に戻すこと自体はそんなに構わないと思っているのだが、周りが迷惑するのが困る。特に弊社は、店舗自体は10人とか20人とかの小さい規模で、支配人がまだ30歳そこそこくらいでやっているのので、1人の体調不良者を戻すということが重圧になる。やはり「あの子ばかり、ずるい」というようなことが当然あるし、いかに周りを納得させて円滑に周りに負荷をかけずに戻せるかというのが当社としては大切だ。

弊社では、基本的には、復職したら、いきなり即戦力でないと困る。段階的にステップをおいて「慣らしながら」というのは、現実問題として難しい。今でも多少は慣らしながらやっているが、その従業員を半年

も1年もその状態で、ヘッドカウントしないままに置いておけるかということ、そうではない。ということで、やはり頭数でどれくらいの結果が出せるかということもあるので、結局、周りはその従業員のカバーをするということになってくる。すると、どうしても他の人が疲弊してしまう。

大企業であれば、ゆとりがあれば、そういったこともできるかもしれないが、この病気は企業の規模に関係なく生じてくる。だから、そういうゆとりがない企業ほど病気にもなりやすいし、戻りにくいということになってしまうのだろう。特に新型うつの場合、他責も強いし、休んでいる間は元気だったりするので、周りは、「あいつ、何なんだ」「自分たちはこんなに頑張ってるのに、本当に病気なのか？」ということになる。もっとわかりやすい辛さとか、そういったものが目に見えるのであれば、「彼は彼なりに苦しんでいるんだ」となるのかもしれないのだが、普段の姿だけを見ていると、そんなに同情できないところが出てくると思う。本人の辛さというのは、非常に証明しづらい。本当に辛い人と、そうでもない人がいるのだろう。よくわからない、というのが正直なところだ。「それは本当に病気なのか？」「何をやってこの人が病気なのか？」ということがわからない。「そういうことをしてしまうのが病気だ」ということであれば、それはそうかもしれないが、「それってただのずるい人間じゃないか」ということになってしまう。そこが正直言ってよくわからない。

企業としてはやはり受け身の側なので、医者から病気だと言われれば、会社としても当然配慮しなければならない、という形になる。雇用している側なのに、立場は企業のほうが弱い。そういう診断が出されれば、安全配慮義務が生じて、何か大変なことが起きたら、「それは企業の責任だ、裁判になったら絶対に負ける」ということになる。だから、リスクがありすぎて、どうしても腫れ物に触るような感じになってしまう。それで結局、上司になった人がさらに負担が大きくなってストレスが高まって、そちらのほうがまた潰れてしまうというような悪循環に陥ってしまう。

(5) リワークには円滑な復職を期待

もしそういう人たちに向けて、もう少し企業の戦力になるための、企業に復帰する前の復職のためのプログラムがあるとしたら、企業として期待するのは、円滑な復職だ。円滑な復職ということは、周りに迷惑がかからないような復職の仕方ということだ。どこかでリワークのようなことをやってきてもらえるというのは、一つの手段だと思う。当社から1人だけリワークに行った人がいる。復職期限が、確か半年だったのだが、その段階では「まだ復職するのは難しい」という診断であったので、復職期間満了をもって退職、という形になった。

最近の若年者は、子どもの数も少ないし、よい大学に行ってよい会社に就職するということだけをめざしてきているので、周りとの協調性とかは、小さい頃からあまりないのだろう。勉強して結果が出るのが一番よい、というようなことで来たのだろう。人とのコミュニケーションをきちんととる、コミュニケーション能力が高くなるということはやはり大切なだろうと思うのだが、そこが十分には教育されていないように思う。それは、学校の道徳でやってきてほしいところではある。学校でそれができていないとなれば、そういうことを、社会人になってからやらなければいけない世の中なのだろう。学校教育の問題、家庭環境の問題があると思う。なぜならこういう一連の若者を生み出しているのは、結局それだから、ということだろう。

(6) 底辺に入ってしまった人を引き上げるプログラムを

それと、女性が優秀になってきているので、男性は立場的には難しくなっているのかとは思っている。新卒を募集すると、優秀なのは女性のほうだ。だがバランスを考えると、女性は結婚して辞める人が多いので、

男性もある程度数がほしい、ということで男性も採るのだが、やはり女性のほうが優秀である。

最初に、就職できない、彼女ができない、というような、そういう底辺に入ってしまった男性というのは、どうしても上がりにくいのだと思う。男性のほうが、そういう格差社会に陥ってしまうと、たぶんそこから脱するのが難しいと思う。女性の場合は、結婚などで自分の人生を変えるチャンスがあるが、男性は、若い時期にそういった事態になってしまうと、一生引き摺る結果になりがちではないかと思う。なおのこと、やる気が出ないことになる。チャンスもどんどん狭まってくる。その辺を突き破るような何らかのプログラムが欲しい。

底辺に入ってしまったような若者が、どうやってそこから脱出するかというテーマだ。それが公的なところでできるか。職業訓練等は、以前に比べれば充実している。補助金等も出るようになってきている。また、職業訓練もイメージが良くなっている。今はIT関係のものも多いし、テクノロジー関係の最先端のものがあるし、すぐ資格が取れたりする。実際に職業訓練を受けたからすぐに就職が決まるかといえば、そういうわけでもない。そして、公的なところの根本的な性格は「期間が決められている」ということである。ずっと、成功するまで繰り返しやる、ということができず、期間が決められた中でしかできない。

しかし、若年者をあまり守りすぎるのも良くないのかなとは思ふ。ずっと守られたままやっちゃって「これでいいじゃん」というようなことになっていくと、結局自分で何もしないままにズルズルいってしまう可能性があるんで、ある程度自分で何かをするということを形づけるのは必要なのだと思う。

ただし、彼らは自分でどうやったらいいのかわからない、ということなのかもしれない。意外と簡単なこともわからないのかもしれない。落とし穴にハマっているだけであって、別に何でもないことにつまずいて、足を引っ張られて身動きが取れないだけのような気もする。

(7) 若者が立ち直るきっかけを作る

弱者が守られやすい世の中になったのかもしれない。若いときにつまずいた、という人は、昔もいっぱいいたはずだ。しかし、そのまま皆、立ち直れなかったということはない。何かそこに、立ち直らせる力があつたと思う。でも、どんな形でも、1回外に出して、今までとは違う新しい経験をさせる仕組みはあつてもよいのかと思う。例えば、地方の職業訓練でもよいだろうと思う。

こういう若者が、能力を発揮して立ち直っていくためのきっかけづくりには、例えば農業体験とか漁業体験とか、チームである程度の時間をかけて何かをやるというような活動に参加するのがよいのではないか。自分を変えるきっかけには繋がるかもしれないと思う。体を使う、規則正しい生活をする、命令に対してきちんと対応していく、社会的な規範性とか規律性を守る生活をする、健康にも大いに留意する、あらゆる能力を精一杯発揮する毎日が続く。こういうことをどんどんやるのが普通、というようにしていけばいいだろう。引きこもりばかりを体験していてもしょうがない。引きこもりは、自宅の部屋に閉じこもって、ゲームをやったりテレビを見たりインターネットを見たり、そういうイメージだが、それでは立ち直れない。若者たちはきっと辛いのだろう。彼らにとっては非常に生きづらい時代なのかもしれない。

(2015年8月現在)

【考察】

従業員がうつ病を発症することには、特定の理由が見いだされるわけでもなく、特定の作業環境でなるといった傾向があるわけでもない。うつになる原因がわからない中で、うつであったかどうかもわからないまま離職する人もいる状況が語られているが、その状況は多くの企業に共通するものであろう。

ここでも若年者への教育・再教育への期待が語られている。特に復職支援については、即戦力としてカウ

ントできる状態で戻してほしいとの期待があり、これも多くの企業に共通するものと考えられる。一度挫折を経験した若年者を引き上げる教育・訓練についての期待も述べられているが、これからの若年者向け復職支援プログラムは、そうした期待にいくらかでも応えるものとなることが求められる。

8 企業H

企業Hは、少人数による店舗を数多く展開している企業であるが、ここでは人事管理に携わる担当者からの、うつ病のある従業員等に対する対応についてのヒアリング結果を取りまとめた。

(1) うつ病の従業員の状況

うつ病になった場合は、すぐに退職するケースが多い。制度としては、「一定期間、休めますよ」というようになっているが、休みをとってその間に辞めてしまうとか、休める期間を全部使い果たして退職というケースはある。アルバイトの人まではわからないので、社員についてだけだが、新型かどうかはわからないが、戻ってきて復職して今働いている人もいる。

休業中の人に会社としては「リワークを受けなさい」とまでは、言っていない。休んでいる人には連絡を取り合って、1ヵ月に1回くらい定期的に会ったりしている。本人が自分の主治医のところに行って、「一応、大丈夫です」と復職許可をもらった時点で連絡をもらって、最後に産業医に面談をしてもらって問題がなければ復職、という流れで、リワーク利用まではしていない。

他に復職に当たって、ルールとしては、最終的には8時間が通常勤務なので8時間に戻すのだが、それまでに短時間からスタートすれば、半分の4時間とかから始め、一応目安は、3ヵ月で元に戻しましょう、というのがある。ただ実際は、「もう少しまだ、短い時間で」というケースもやはりあるので、産業医と相談しながら進めている。

産業医には、基本的に、「定時で、ある程度決まった時間で働きなさい」という指示をいただいてそれに従う、というスタンスになっている。とりあえず4時間から、6時間、7時間を経て、「通常の8時間勤務、ただし残業は駄目だよ」というように、大体短い時間から始めるのが、今、主流になっている。

(2) 休職する前に辞める人が多い

入って1年目、2年目の若い社員たちもいるし、最近では、それよりも経験を積んで、ある程度責任をもってやっていたのだが、体力的にも辛くなったという人たちも、最近ちらほら出てきている。責任をもってやっている人は、個人的には従来型のうつだと思っている。真面目に、何でもかんでも自分でやってしまうというタイプで、本当はもっと部下とか自分の近くにいる人間に仕事を振り分けてうまくやれば理想的なのだが、自分で抱えてしまって、それでどこかがパンクしてしまうというのが、責任をもった人間には見られがちかなと思う。

逆に若い子は、いわゆる新型という感じに近いのではないかな、というようには思う。そういった若年者の対応に困っている。今になって、増えてきたという感じなのだが、それはなぜかという、弊社の場合、休む前に退職するからだと思っている。眠れない、食べられないとか、そうなった時点で「もう自分はこの職業に合わないんだ」と思って辞めていく人が多いから、その分、休業している人がいないのだろうと思う。

企業としての余力がないために、そういう人々を孤独にさせてしまったりしているかもしれない。基本的に過重労働なので、上司たちも皆イライラしているから、そんなに構ってあげられない。構ってあげられないので、その人自身も何か不安に思っていたり、ちょっと調子が悪いと思ったりしていても、上司はそれに気付く余裕がないので、たぶんひとりでお辞めになるのだろうな、という感じもする。

(3) 産業医に繋ぐ前の交通整理が重要

弊社は分散型事業所で小規模のお店が多数ある中で、人事は一つしかなく、従業員に何か不調があったと

しても、「本社にいるから従業員を呼んで」というのは難しい。ひとりひとりの細かいところまではとても手が届かない。

産業医は、基本は月に1回2時間、産業医面談としてこちらに来ていただいている。その中身は、復職した従業員のフォローアップ面談や、困っている従業員の上司の相談にのっていただいているが、それでは間に合わないので、その前に「復職したい」という意思を表明してきた従業員の復職面談というの、エキストラでやっていただく場合もある。あとはメール相談で、例えば人事に入ってきた「病気かもしれない」とか、判断に困るような事例については、「こういう従業員がいるんですけど何か就業制限等必要でしょうか」など、そういう指示はその都度メールでアドバイスをいただいている。

幸いにして、看護職の経験があるので、本来であれば、この従業員は急いだほうがよいのか、その前に私が面談すればいいのか、それとも人事の担当者と面談してもらえばいいのか、上司に面談してもらえばいいのか、それとも大至急病院に行かせたほうがよいのか、ある程度ふるい分けができるからこの程度で済んでいる。病気がメンタル系かよくわからないような場合には面談しに行ったり、トラブル系や事件性があるもの、それから、退職をにおわせているけれど、体調不良が原因になっているといった場合は、産業医に対応依頼をしたりしている。

(4) 困っているけれどどうしたらよいかわからないのが大半

困っている人たちは、「困っているけれど、どうしたらよいかわからない」というのが大半なのではないかと思う。困っている人は困っているだけで、何をしたらよいかわからないままで困っている。それを見て「あなたは直接病院に行ったほうがよい」等の振り分けができる人がいれば、全然違うのではないか。

どう見ても復職させてはいけないような感じがする従業員に「復職可能」という診断書が出てきた場合、普通の観点で行けば、そのまま「従業員の望み通り、医者がよいといっているから仕事をさせました」というのが当たり前なのだろう。しかし、それをそのまま鵜呑みにすることによるトラブルも想定される。当社の場合、「仕事をしていいですよ＝いくらでも働いていいですよ」ということになってしまうので、退院した次の日から、「朝からバリバリ働いています」という状況になってしまう。短時間勤務から始めるとか、産業医に面談させるとかいう措置を取る必要があることなど誰も知らない。「治ったんだったら、普通の人でしょう」「もう次の日から働けるよね」というような感じだ。それではまた即再発となる。そこまで企業として力を注げない、というのが現状だ。

(5) 企業のリスクが高い

企業の規模が小さくても、初期の段階の交通整理は、極めて重要だと思う。病院に行かせるばかりが解決法ではないと思う。また、病院に行くと本人の訴えをそのまま反映する形になる。「あなた病気ではないですよ」とは言えないから、本人が言ったとおりの診断書が出てきてしまう。医療機関からそういう診断書が来たら、企業の方では無視できない。これを無視して働かせたら、悪化してしまったとか、最悪の場合、自殺してしまったとかということになると、いわゆる企業の配慮義務違反で責任をとらされるということで、極めて高いリスクになってしまっている。

そのリスク感覚を経営陣が持っているかということ、全く持っていないので、そこからやらなければならないと思っている。企業がなぜそれをやるかといえば、リスク管理でしかない。リスク管理という側面はあっていいと思うし、必要だと思う。大切なのは、リスクということと、従業員のことを大事にしているということとのバランスである。

(6) 優しすぎる対応になりがち

反面、優しい人が人事担当者になると、話を聞いて手厚く対応してしまい、その人の言いなりに、その人のための特別ルールを作ってあげてしまったりすることがある。どうしてよいか分からないから、とりあえず本人の言っているとおり、診断書に書いてあるとおりにやるというしか手段がないのだと思う。

新入社員がちょっと嫌なことがあると相談する、ちょっと「疲れた」と言われると、そのまま休ませてあげてしまうとか、ちょっと悩んでいると「病院に行ってきたさい」と言ってそこで診断書が出てきてしまう。企業は本来そこまでする必要はないという考え方もある。そういうところの匙加減はとても難しいと感じている。

(7) 「メンヘラ・コミュ障」が増えてくる

普通に「メンヘラ」（ネットスラングで「心に病気を抱えた人」の意味）とか「コミュ障」（コミュニケーション障害の俗語）とかいった言葉が、若者たちの会話でもっと通常に使われるようになってくると、世の中にもっといわゆる「甘えん坊ちゃん」が増えてくるような気がしている。この間面談した子にも、「ああ、私、メンタル弱いんですよ」と、あっけらかんと言われた。今のマスコミを見ていると、「それってメンヘラじゃない？」とか「私、コミュ障だから」といったことが普通に出てくるようになってきている。たぶん1年生で辛くてくじけてしまったときに、「自分は、メンヘラ・コミュ障だからしょうがない」というような受け止め方をしてしまうのではないか。普通、うつ病はもっとハードルが高くてもいいものなのだが、世の中のうつ病のハードルが下がってきてしまって、「私、ちょっとメンタル弱いんだよ」というような、そうなりそうな気がすごくしている。

いわゆる現代型うつ病の若者たちというのは、自分がうつ病だということに、罪悪感や後ろめたさは無い。「私、メンヘラなの、だから仕事を休まなくちゃ！」というような感じだ。これでは企業が真面目に対応しようとしても、対応しようがない。だからといって、ほったらかしにできるかということ、そこまではできないということもあるから難しいと思う。

(8) 同期の間で伝播する

そういう子が出ると、伝播していく気がする。LINE で伝播してしまう。一緒に入った子たちの繋がりがあがる。そうすると、1人がそういうことになって「そういう対応をしてくれた」となったら、それも広まってしまふ。

この人たちというのは、横の繋がりが強固だが、その関係は薄い気がする。それこそ、LINE で一言つぶやいているコミュニケーション、というようなものだ。だから、1人が後ろ向きなことを言うと、それにどんどん乗じてつぶやきがいつの間にか広がってしまう。ツイッターのようなものでも、喧嘩ではないが「あの子がこういうことを言っていたから、もう一緒に飲み会はしない」というように、他の人のツイッターを見て仲間がどんどん割れていってしまうような、「強いけれど薄い」感じの繋がりがあがる。総じて、そういうところではよいことは言わない。「むかついた」というような話しか出てこない。同期同士の連繋は強いが、負のオーラというか、そういうものがある。

(9) うつになりやすい環境にいる

1年生のメンタルヘルス教育を行ったときに、敢えて病気に関する教育はあまりしなかった。そのときに、心理学の手法を入れて、「三つのよいことを毎日考えましょう」というようなものを行った。「私にもよいことがあった」「毎日嫌なことばかりで、それに引き摺られて終わっていたけれど、よいことってあるんだ

ね」ということをグループワークとしてやらせたが、よいことはなかなか見つけにくく、悪いことのほうが心に残って、さらにそれが伝播しやすいので、辛いことばかりが伝播されていく。小さい分散型事業所なので、まず同期が同じ店にいないし、シフトが入り始めると実際に対面して会う機会がどんどん減ってしまう。離ればなれになりやすい環境で、「繋がりは何ですか」というと「フェイスブックと、ツイッターと、……」というようなことになる。だから、顔を合わせて言葉を交わし合って、というような、あるいは電話でも言葉を交わし合ってというようなコミュニケーションをほとんどやっていない。だから孤独になる。たぶん皆、孤独なんだと思う。親元を離れている子もいる。人と繋がっていない。これではもう、うつになりやすい状況にずっと居続ける、という話なのだろう。だから、「無責任で甘ったれたひどい奴らだ」というイメージがあるが、よくよく考えると彼らは被害者なのかもしれない。

(10) 人と接することをしてきていない

基本的に甘えん坊という気質はあるだろう。しかし、「甘えん坊に育てたのは誰ですか」ということである。世の中ずっと過重労働だから、その子たちの親も過重労働をしている層であるわけで、もしかしたら父親が不在であったかもしれない、母親がひとりで子育てをしていたのかもしれないと、想像は広がる。相手がどう思っているかなど考えない、というような育ち方をしている。看護の子たちでさえ、結構失礼なことをし始めている。相手のことを思って仕事をするような職業を選んだ子たちですら結構勝手な子が出てきているのは、前々から聞いている。看護学校の先生から「すごいことをしでかす子が出てきている」と聞く。人と接するということをしてきていない子たちが、初めて接客するようになったり、狭い場で年上の人と働くことになったりする。初めは教えてもらうが、そのうち指示をしなければいけない立場になっていく。上司から命令は来るのだけれど、そこに上司はいなかったりする。人間関係の難しさというのは、それなりにハードルはあるとは思う。

(11) 対話力が弱い

若い子たちだけではないかもしれないが、自分のやり方があって、店の中でのパートさんたちとのやりとりでも、自分のやり方を相手に突きつける。当然、それでうまくいくときもあれば、もちろん駄目なときもある。駄目なときは、本来は話し合っただけで柔軟にやり方を変えていくが、たぶんそこでもうぶつかってしまって、そこでお手上げになってしまう。そういう壁にぶつかってどうなるかということ、最近もあったが、逃げ出してしまった。

自分のやり方がそれしかない。他の人に訊けない。ネットにも載っていないから、「Google先生」に訊いても教えてくれない（インターネットの google のサイトを閲覧しても載っていない）。その子たちが困っていることは、「生きる知恵」のようなことなのだろう。たぶんインターネットですぐに出てこないようなことなのだ。そういう、知識等ではなくて知恵のようなものは、普通だったら背中を見て覚えるのか、上司に相談するのか、何かあるのかもしれないが、一人で追い込まれる。一人で追い込まれても、誰にも言わず、パンクしてしまう。

彼らに必要なのは、生き抜く力、対話力なのか、もしかしたら、先人たちの知恵なのかもしれない。例えば、上司に相談をしても、上司も自分の話にしてしまう人がすごく多いので参考にならない。話を聞いてあげるよりも聞いてほしい人がたくさんいるので、飲みに行っても自分の武勇伝を語ってしまったり、お説教が始まってしまったり、会ったとしてもお互い相容れないかなど、傍から見ても思う。せっかくコミュニケーションの場があったけれど、「話にならない人だった」と、お互いにそう思って物別れになる場になってしまう。

彼らの情報源は、今やもう上司だとか先輩だとか先生だとかいう割合が非常に低く、インターネットの情報か、もしくは、ベンチャー企業等で大成功している人の話とかの割合が高い。苦労話をすっ飛ばしてしまっ
て、「俺に合っている仕事がない」という感じを1年生から話してしまうようなところがある。「僕が生
きる道はここではない」とか、「本当にやりたい仕事はここにはない」ということを、割に早い時期に決め
てしまう傾向にもある気がする。やりたいことが見つかるなんて、1年生にあるわけがないと思うのだが。

基本的には皆明るくて可愛い1年生だとは思ふ。ある意味、自分の考えはしっかり持っていて、知識もた
くさんあるだろうし、学習能力は非常に優れている。優秀だと思うが、折れやすい。

(12) 企業に余裕がない

上司と一緒にそれをどうやって解決していこうかと相談し協力して取り組むことができるととて
もいいと思うし、「それができている会社はたぶんよい会社なんだろうな」と思うのだが、会社に余裕がな
かったり、上司と一緒にやれる余裕がなかったりで、どんどん悪循環になってしまっている。「自分はな
かなか上司と会えない、自分の上司はなかなか来てくれない。でも自分の同期は、上司と一緒に何かやれた」
と、それを羨ましがっている男の子がいた。だから、本来はそういう形があるべきなのだろうが、うちはな
かなかその余裕がないために、若い子たちがそうなりやすいのかなと思ったりもする。本当は直接指導を
してほしいのだろう。上司と部下が同じフロアで常に一緒に仕事をしている環境ではないのは、元々ハンデ
ィキャップになっているのかなと思う。「自分がうまくできなかったのは上司がきちんと教えないからだ」
というようなことを言いやすい環境があるのかもしれない。

(13) 支えてあげられる環境因子がどれだけあるかで全然違う

これからどんどん、こういった人が増えてくるのだろう。今、大卒で3年以内に離職する人の割合が、し
ばらく前までは3割と言われていたが、今は5割とかと聞いたりする。同じ会社にずっといるのがよいとい
うわけではないが、2人に1人は3年以内に、最初に入った会社を辞めている。

採用の段階で「見抜けないんですか」と思うが、ただこれが「絶対見抜けない」と言われる。グループデ
ィスカッションとか、いわゆるコミュニケーション能力を見るようなテストを5回も繰り返してだんだん絞
り込んでいって、それで採用した人たちがいわゆる新型うつだった、と言う話をよく聞く。実際、壁に当た
ってみないとわからないのだろう。その壁が、パートさんとのトラブルなのか、上司とのトラブルなのか。
トラブルがあるのはしょうがないと思うが、そのときにその子を支えてあげられるような環境因子がどれだ
けあるか。親御さんといえるのかいないのか、彼女・彼氏がいるかないか、相談できるような友達がいるか
いないか、それでやはり全然違うと思う。今休んでいる人は、独身で親元を離れてとか、割に孤独な人が多
い。実際に休ませる側にしても、その子がどんな状況かということで心配度が違う。その子が元からどうだ
ったかというようなことを、仲のよい友達から訊こうとしても、「仲がよい同期が今はいなくて」とか、友
達に訊いても「最近連絡を取っていない」とかいう子もいたりする。ストレスがあるのは仕方ないと思う
が、支えてあげられる環境因子がどれだけあるかで全然違う。

(14) 企業は何をどこまでやるべきか

企業はそこまでやるべきなのか。それは企業の義務とは言えないだろう。企業としては、会社に余裕を作
ることしか根本的な対応策は無い。どんなトラブルであろうが、その時に支えてあげられる環境をどれだけ
作れるかだが、まず過重労働さえなくしてしまえば、上司も余裕ができるし、部下を見てあげる心の余裕、
体の余裕ができる。また、同僚の人たちにも届くように、普通に見てあげられて、「どうしたの?」と言っ

てくれるだけで十分だと思うし、それを広めれば、もしかしたら友達ができて、その友達が支えてあげられるかもしれない。受けとめてあげられる人の数が多ければよいと思う。それは義務で優しくしてあげる人を増やすのではなくて、誰もが普通に自然に優しくなれるような環境を作ることだが、それにはやはり余裕を作ることだ。余裕を作るといえば、会社の利益を上げて、きちんと家に帰れるようにし、過重労働を無くしてしまえば、病気になる人は減ると思う。「病気だ」「病気でない」の前に、支えてあげる環境因子をどんどん増やしていくということができると、病気の予防にもなるだろうし、病気になったとしても軽くて済むことになるだろう。

解決法は、保健師を増やすとか、メンタルヘルスの対応窓口を作ることではないのだと思う。そういうものは皆使わないので、電話がかかかってこない。よいものだったら電話がかかってくるはずだ。EAPを作ることでもない。相談を受けるほうとしても、病院に行くか行かないかのジャッジしかできない。病院に行っても良くなり、診断名をつけられるだけだ。

(15) 企業はどこまでやれるのか

彼らを悪者にして終わってよいならば、こんな楽なことはない。「あいつは甘えん坊で怠けている。病気ということを理由にサボっている。あいつは悪い。だから早く辞めていただこう」というので済むのであれば、こんな楽なことはない。ただ、それで解決するのだろうか。一番の理想は、そういう子にもきちんと一生懸命活躍していただける、長い目で見てあげられる、という余裕があればいい。そういうところは本当によい会社だ。「人を大切にする」と言っている企業は、そういうことができている企業だと思う。

別に、その子は何もできない子であるわけではない。ある分野ならすごく力を発揮することもあるだろう。周りが不機嫌だと、やはり悪いことしか見えなくなってしまう。もちろん、人事も余裕があるわけではないし、上司も余裕があるわけではないから、そうなるとうとうとも悪いところ探しになりやすい。すると全体が不機嫌になってしまう。

切ったらおしまいだと楽なのだけれど、それをやってしまうと逆に企業の体力が落ちていく。工夫して、そういった人たちを育てるようなことを一切しなくなる。企業としてこういった人たちを「はい、終了」と切り捨てればよい、というのではない。

今、現代型うつ病だと言われている若者は、ひとりひとり実は本当に素晴らしい力を持っているだろうし、育ち方、育て方によっては素晴らしい人物になる可能性だってある。切り捨てるだけでよいのか、という話だ。しかし、余裕のない企業に、皆それをやれと言っても、それもまた難しい。そういうような事情の中に我々はいる。

では、休職してしまっているという人たちの復職のためには、何をやればよいのだろうか。会社に余裕を作る。それから、メンタルヘルスの窓口とかEAPとか、そちらの方向ではなくて、彼らをサポートできる、いわゆるサポート因子のようなものを増やしていく、というようなことかと思う。

企業も今やこういうことを配慮しなければいけない時代になっている。学校は期待できない、福祉にも期待できないとなると、残っている最後の砦は企業だ。企業こそは本当に、人を養い、人を育てるところなのだろう。人が一番鍛えられる場は、企業なのだろう。大学まで何の欠点も見つけられなかったような人が、企業に入って実はたいへんな欠点があったことを炙り出されてしまうことがある。だから企業の場合、働く生活が一番人間を鍛えるのだろう。しかし、それで挫折したままになってはいけない。たくましくなって復活するならば、挫折はどんどんしてもよいと思うのだが。そういう意味では確かに、企業がどこまでやるのか、やれるのかというのが大事だ。企業は、ボランティアではないので、やれば企業にとってプラスになるのだという計算がない限りは、やれないものだと思う。

(2015年8月現在)

【考察】

この企業では、産業医がいて、看護師の経験のある人事担当者がいることにより、うまく対応できている部分があるが、企業全体としては、余裕がなく、若年者を支える環境因子を増やすような取組みはできていないという。この状況は、一般の多くの企業に共通するものであろう。特に中小企業では、ここで述べられているように、うつ病になった場合には、休職することもなく、そのまますぐに退職してしまうケースが多いことは容易に想像される。こうした中で、うつになりやすい環境にある若年者をどのようにサポートしていくかは、企業にも、支援機関にも投げかけられている課題であると言える。

9 企業 I トータルヘルス株式会社

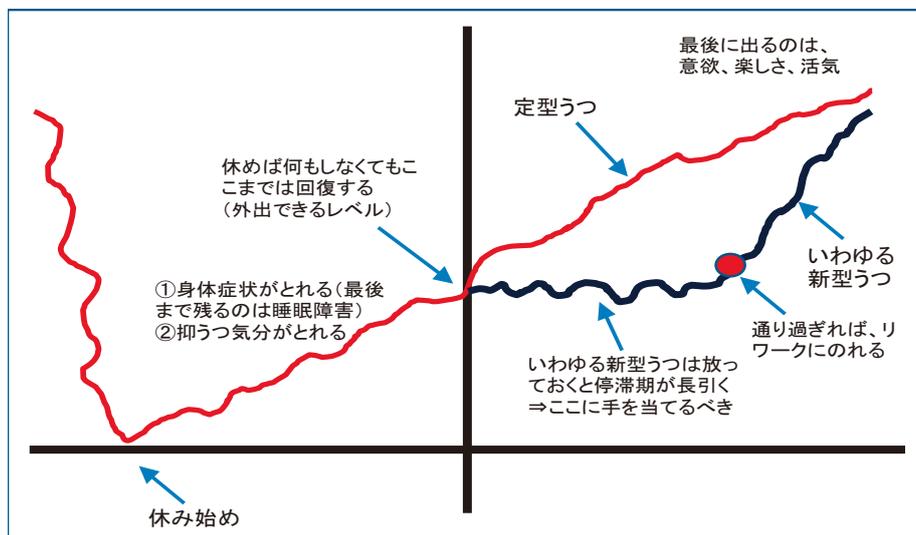
トータルヘルス株式会社代表取締役、林田耕治氏は、産業医として、地域のリワーク機関を活用しながらうつ病者の職場復帰を支援してきている。ここでは、いわゆる新型うつを意識しつつ、うつ病者の復職支援の方法等について、林田耕治氏からヒアリングした結果を取りまとめた。（企業名、個人名および資料を掲載する許可を得ている。）

(1) 休職の事由を解消することが先決

休職するのは、「健康上の理由があって働けない」と医療職が判断しているからである。例えば、「骨折していて歩けないから工場で作業できない。だから骨折が治ったら復帰する」ということと同じで、休職している事由がなくなったら、当然、復職することができる。だから、休職している事由が解消されることが最も重要であり、リワークはそのために利用されるべきである。

例えば、新型うつでは、曲がりなりにも抑うつ症状がある。また、腹が痛い、咳が出る、頭が痛い、といった適応障害的な身体症状が出る。抑うつ、不安といった精神症状、それから、適応障害的なさまざまな身体症状、この二つを改善するのが、復職の大前提である。うつが治る過程では、何もしなくても薬を飲ませて休ませれば、ある程度、症状は改善する。休ませたらすぐに身体症状が取れる。特に新型うつの方は適応障害的な要素が強いため、身体症状の改善は早い。休み始めて、一番初めに取れるのは、身体症状だ。最後まで睡眠障害は残るが、耳鳴り、頭痛といった大抵の身体症状は早期に良くなるので、本人も「楽になった」という実感が得られる。

次に改善されるのが、抑うつ気分である。めそめそ泣いてしまう、いつもマイナスのことばかり考えてしまう、といった憂鬱な気持ちがなくなってくる。そして、最後になってようやく、意欲、活気、楽しさ、体力、エネルギーといったものが湧いてくる。（図3-1）



（トータルヘルス株式会社林田耕治氏による）

図3-1 定型うつ・いわゆる新型うつの回復モデル

(2) 停滞期の対応がカギ

新型うつの人に対して、復職に向けたリワークを勧めるタイミングについては、次のように考えている。「身体症状が解消し、朝きちんと起きられるようになった」「しかし、まだ朝6時には起きられず、1時間

ほど昼寝をすることがある」「外出は何となくできるようになった」……こうした状態まで症状の改善が見られたら、リワークを勧めている。

旧型のうつの人と異なり、新型うつの方は、ここに至るまでの停滞期が長い。身体症状は改善されており、ゲームもパソコンもでき、テレビも見ることはできるのに、何ヵ月経っても朝は起きられず、朝の散歩を勧められても行けない。この停滞期に対処する方法があるとよいと思う。停滞期が長いために、むやみに休職期間が長くなっているからだ。

2～3年休職できる会社に勤めている人には、「どうぞ十分に休んでください、『働きたくなかった』『そろそろ家でボーッとしていても仕方がない』と思ったら言ってください」と伝えているのだが、休職可能な期間が3ヵ月しかないところでは、こういうことはできない。だから、この停滞期を何とかする必要はある。

今や旧型の、メランコリー型うつは、うつ全体の5%未満だと考えられる。彼らが立ち上がってこない時は、本当に抑うつ気分が遷延している。しかし残りの95%は、皆新型うつというわけでもなく適応障害も含まれており、その対応を今、模索している。

停滞期には、精神科デイケアくらいしか行き場所がない。しかしそこは、認知症の人や統合失調症の人が来るところなので、うつの方の大半はひどく場違いな気分を抱くだろうと思う。他に考えられる行き場所としては、精神科デイケアの枠組みを使ったスポットのプログラムなどが挙げられる。そこで集団認知行動療法を行ったりすれば、有効だろう。望ましいのは単発的な、短い時間のプログラムである。まだリワークの初期段階でもあり、「リワークに行きなさい」と言われても足が向かないくらいの病状では、長時間のプログラムの受講は難しい。そこで何か確実に復帰に繋がるものを得られるとよいと思う。この期間の本人の状態を把握するには、活動量計は多少役に立つような気がする。その時期を通り過ぎれば、普通にリワークをさせていけばよい。

(3) 体を動かして長い停滞期の克服を

長い停滞期にある新型うつの方にとって、リワークは敷居が高い。だから、何か体を動かしてできることで、成果が見えやすく、危険がない（ケガをしない）ことができればよいのではないかと思う。例えば、街路の草むしり、公園の清掃活動、海岸のゴミ拾いなどボランティア的な活動を、2時間程度で、体を動かして汗をかくて何かをする。できればそれによってお金をもらえとなおよいが、就労中の人には難しい。自分は草むしりや家事をよく勧めるが、言われてもやらない人は、本当に全く何もやらない。外出できても意欲も活気もほとんど無く、楽しさを感じない、朝は調子が悪く夕方3～4時くらいから少し調子がよくなり始める、といった人たちが変われるための何かがあるとよい。

新型うつとはやや異なる分類となる適応障害系の人の中にも、停滞期が長い人は非常に多い。体が休養を求めている期間は確かにある。その期間を抜けて身体を動かして良いのかどうかの判断も容易ではないが、1日1～2時間くらい身体を動かしてみて、病状が逆戻りすることがなければ、頭ではなく、体を使うタイプの何かがあるとよいと思う。ヨガや太極拳などでもよい。

(4) 障害の多様性への対処

症状のバリエーションが多様なので、リワークの対象となる人を一つの枠で括ることは難しいと思う。例えば同じ発達障害でも、人によって表現形は多様である。しかし、そのために「この人は、このリワークプログラムの対象外」ということになるようでは、現場に対する配慮に欠け、実際にリワークにあたるスタッフを困惑させるばかりである。リワークを受けにくる人の中には、会社を攻撃する人もいるし、全く攻撃せずマイペースの人もいる。リワークに通ってはいるが始終寝ており、「それが何が悪いのだ？」と聞き直っ

ている人もいる。こうした新型うつや発達障害を背景とした休職者の多様性を、診断名にかかわらず、きちんと評価できる仕組みが必要だ。ただし、類型化していても、おそらく類型化のパターンが増えすぎてしまい、パターンイズして対処するという従来の医療の方法が使えないのが難しいところだろう。

発達障害のリワークでも、例えば、軽度知的障害と ADHD が併存している人もいれば、アスペルガー障害と診断されているが境界型人格障害的な攻撃性や自己愛が強く、能力は高いが何をやっても文句を言う人では、やはり違う。両者とも「発達障害者のリワーク」という枠にはたぶん入れられない。そんな人たちにどう対応するのかというところが、リワークに課せられた課題だと思う。

受講者を細分化しグループ分けしようとするところがあるが、このリワークプログラムの場合、細分化を始めるときりがなく、緩やかに3グループくらいに分ける程度が精一杯だ。だから基本的に、障害の特性によるグループ分けは行わないことを前提にプログラムを運営しなければならず、それぞれの人の障害の特性に関しては、現場のアシスタントや職業カウンセラーが最前線で必死に考えながら対応し、会社にフィードバックしているというのが現状である。それによって本人が「ああ、私ってこうなのだ」と気付いて、自分で修正できるようになると救われる。「こうして働いていかなければ、また再発する」と理解し実践できるようになれば、普通のリワークの仕組みの上に乗っていきける。そして、それに気付かない人については、「どうやって気付いてもらうか」または「どうしたら、気付かないままでも仕事を続けていきけるか」が、会社から求められることである。

(5) 支援の開始前に状況を見きわめる

認知行動療法も含め、グループでプログラムを行うことのメリットは大きい。しかし、個々人の特性に対応するために一対一のマンツーマン的な対応も大切なので、「集団でやる」と「個別でやる」ことを組み合わせるやり方が必須である。それに、集団の中では色が出にくい人もいる。そういう人にとっては、最後まで集団プログラムを受講し終えても上滑りするばかりで、結局、朝の生活習慣が整ったことの他にも得るものがなかった、ということもありえる。だから、新型うつのリワークについても「発達障害のリワークと同じでよい」とするのではなく、発達障害者向けのプログラムをベースにするにしても、それに工夫や修正を加えていく必要がある。

障害者職業センターのリワーク期間は3ヵ月しかないので、プログラムが始まる段階であらかじめ発達障害の有無などをある程度把握していないと、効果を期待することは相当厳しくなると思う。コーディネート段階で主治医に、発達障害的な側面やコミュニケーション障害の有無を訊かなければならない。しかし現状では、こうしたことに対する主治医の対応には、大きな温度差がある。

また、プログラムに入る前には、「この人は一体どういう人なのか」という評価を行っておく必要もあるし、それぞれの目標もある程度わかっているなければならない。それでも実際にプログラムで体を動かしたりすると、そのときになって初めてわかることも出てくる。それもまた大事なことだ。

(6) 前段階の体験でプログラムへの参加の可否を見る

ある支援機関では、本支援に入る前段階に、「体験」および「プレ」という、とてもよい仕組みが用意されている。本支援の開始前に、2週間プログラムを体験させ、その様子を客観的にチェックする。例えば、伝票チェックをさせてみて、そのスピードが遅いと、まだ精神運動能力が戻っていないのではないかと考えたり、先輩にインタビューをさせてみて、「ドキドキしてなかなか行けない」「喋れない」ということなら、コミュニケーションに問題があるのではないかと推量したりする。そしてそういう情報を持って主治医に会いに行っている。

また、そこでは、通所してタイムカードを押させてから図書館に行かせ、戻ってきたら再びタイムカードを押させて帰らせる、といった通勤練習のようなことも行っている。そして、3時に終わって帰宅するような場合には、必ず地元の図書館に1時間でも2時間でも居てから帰るよう指導する。

停滞期の只中であって生活リズムが確立していない人は、この「体験」と「プレ」によって確実に淘汰される。説明会で「こうならないと、プログラムには参加できない」という条件が具体的に示されるので、前に向かって進んでいる人にとっては目標が立てやすくよい。

(7) 心を復職に向けさせることが大事

心が復職と逆方向を向いている時には、何をやっても結局無駄になる。心を復職に向けるということがなければいけない。ここをどうにかするのは、7割方、精神科医療の力だと思っただが、放っておくと停滞期がむやみに長くなる。休職期間が3年くらいある会社だったら構わないが、1年くらいしかない会社では駄目だ。1年半くらいの会社でも、停滞期を放っておくと、後がきわめて厳しくなってくる。通常、リワークとリハビリ出勤をやって出社できるようになるまで、最低半年はかかる。病気が回復するのに3ヵ月かかって停滞期が6ヵ月あったら、時間的に相当厳しい。

企業のほうでも、休職可能なのは「合わせて2年以内」「合わせて1年半」といった就業規則が標準になってきた。ましてやあまり余裕のない中小企業では、病気の回復をなかなか待つことができず、雇用管理上の問題として処理してしまうので、復職支援の介入が難しくなってしまう。その結果、仕事を辞めざるを得なくなった、いわゆる無業の若者の増加、といった事態が、今拡大している。

例えば、休職可能な期間が6ヵ月しかないで辞めざるをえないという場合であっても、周囲が正しい道筋をつけてやらないと、また同じことを繰り返す。例えば退職の際に、リワークを行っている民間の医療機関やリワークを紹介したりするべきだ。

休職可能な期間が6ヵ月ある場合、停滞期が1ヵ月で済めば、あと1ヵ月くらい休み、2～3ヵ月リワークに通って復職できる可能性もある。そういった見通しを支援者がつけられるかどうかということも、支援のポイントになるだろう。また、6ヵ月で戻ってこられた事例を紹介し、「休職期間が6ヵ月あれば、何とか復職できるのだ」ということを流布するとよいのではないかな。

(8) 早く休ませれば早く治る

中小企業と非正規雇用の人は休職期間が短いので、早く復職できるようにしなければならないのだが、6ヵ月では、定型的なリワークはできないと思ったほうがよい。ではどうするかというと、この6ヵ月の間に、休職の原因になっている精神症状と身体症状を治してあげることが肝要だ。そして最低限もう一つやらなければいけないのは、生活リズムを元に戻すことだ。その過程で、自分の働き方についての気付きを得られるような認知行動療法を行うとよい。さらに、アサーションができればもっとよい。その上で短時間勤務から始める。2週間かけて4時間、6時間、8時間と、勤務時間を伸ばしていくことができれば、何とか復職できる。

それを可能にするための最大のポイントは、早く休ませることだ。休職期間が短くて済む人は、「おかしいな」と思ったらすぐに休んでいる。早く休ませれば、早く治って戻ってこられる。「半年休ませてほしい」と社員に要望されたら「いや、そんなに休むなら辞めさせたい」と考える経営者も多いかもしれないが、もし「3年間も教育したのだから、この人が復職してくれるほうがありがたい」と思うならば、なるべく早く休ませたほうがよい。だから、早期発見・早期療養についての啓蒙が大切である。癌や腰痛などと同じで、おかしいと思ったら早く診察を受け、早く休ませる。早く休ませれば治りが早いから6ヵ月で十分に復職で

きる。休む直前にどうしていたかが、回復に重大な影響を及ぼす。粘れば粘るほど駄目で、粘ることに価値は何もない。また、それと同時に、復職までの見通しを示してあげることが必要だ。

しかし、企業にはさまざまな事情があり、すぐに休ませるといっても、なかなかできないものだろう。しかし、今の世の中は人手不足だという。ならば、今いる社員が継続して働いてくれるほうが、新規雇用するより、企業にとって楽だと思う。今いる人を早く休ませて早く戻すことに注力するほうが、最終的にコストも安くなるのではないか。これは、旧型のうつでも新型うつでも同様である。

(9) 別立ての単発的なプログラムを導入する

障害者職業センターのリワークでも、期限の定まった従来のプログラムに加え、気付きを促すような単発的な短時間のプログラムを別立てで導入してみてもどうか。これまでに述べてきた「体験」や「プレ」、集団での認知行動療法を利用した、気付きを促すプログラムを持てば、今よりも全体がうまくいくのではないか。

また、復職前の人と復職後の人が同じリワークに参加するようにすれば、メリットは大きい。例えば、復職前には皆、「会社に出たらこんなに嫌なこと、大変なことがあるぞ」とさんざん聞かされているわけだが、リハビリ出勤とリワークを同時並行中の人は、「実際に会社に行ってみたらどうだったか」といったことを、復職後のリワークの中でフィードバックできる。また、リワークをまだ体験している段階の人はそこで、リハビリ出勤を経験している最中の人の生の声を聞くことができ、自分の今後を考える際に、非常に参考になる。そうすると、双方にメリットがある。これが集団でやることの意味だ。

(10) リワークとリハビリ出勤を併用して段差を軽減する

回復のポイントは、気付きである。例えば、民間リワークの短時間のプログラムに参加させてみるとよい。気付いて何かが得られれば、あとはもう放っておいても回復していく。ある民間リワークでは、初めは集団認知行動療法しか行っていなかったが、今は他のプログラムも積極的に採り入れており、例えば、午前中のリワークにしか参加していない人には、並行して参加できる別のプログラムを勧めたりする。

それに対して、障害者職業センターのリワークは、一通り全課程を終えると、「終わったから会社に行ってください」「フォロープログラムは月1回です」と言われる。プログラム自体は一段ずつステップを踏んでいくものとなっているが、リワーク終了と復職の間の大きな段差については、「もう大丈夫。行けるから頑張ろう」と、ただ背中を見送るだけとなっている。その大きな段差を小さくしたいと最近考えており、その際には民間のリワークのほうが融通が利く。民間リワークならば、会社が許可すれば、例えば「週3回会社に行き、週2回リワークに行きましょう」といった具合に、リハビリ出勤とリワークの組み合わせができる。

復職の際に大きな段差を目の前にして感じる重圧感を軽減するために、リハビリ出勤は徐々に増やす。初めは週3回のリワーク、週2回のリハビリ出勤からスタートする。次のサイクルでは、リハビリ出勤の回数は同じく週2回のまま、勤務時間を延ばす。その次は、リハビリ出勤の回数を増やし、週3回にして、リワークには週2回通う。そしてその次は、リハビリ出勤の時間がフルタイムになり、リワークは変わらず週2回通う。さらに、リワークを週1回に減らして、最後にリワークを抜くようにしている。こうやって段階を踏んで、リワークとリハビリ出勤の間にある大きな段差を軽減することを目指している。これによって、少なくともリハビリ出勤の初期に職場から受けるストレスによって具合が悪くなってしまうような事態は避けられる。

リハビリ出勤は、リワークで学んだことの効果の有無を試す場でもある。「やってみたら、大したことは

なかった」「やはり嫌な人がいた」「やはり課長にはものは言えない」「そこで、誰かに頼むようにした」といったことが現実に起こる。机上の空論や想像上の話ではなく、実地で体験できることにより地に足がつく。これが民間リワークのメリットである。

また最近では、リワークを行う民間の機関が増えてきたため、「ここに行ってみたら駄目だったので、私にはリワークはできません」とリワークを回避しがちだった人も、回避できなくなってきた。ある人が「職業センターは固い感じがして、私には合いませんでした」と言うので別の所を勧めると、今度は「先生が怖かったです」と言う。そこでさらに別の所を勧め、結局3つも4つも行かせることになったが、いずれも結果は同じであった。そこで「つまりあなたはリワークそのものが嫌なのだろう。それは要するに、どこに行っても適応できないということではないのか」と厳しいことを言うことになる。それには、一つの気付きを与え、覚悟を持って復職準備に取り組むように気持ちを切り替えてもらう、という効果があるだろう。

(11) 障害者職業センターのリワークのメリットをアピールする

障害者職業センターのリワークも、固く考えないで、地域のさまざまな社会資源を活用する方向でやっていくとよいのではないかと。地域のリワークと障害者職業センターの連携は既にいろいろなところでされているが、障害者職業センターは民間のリワークとは異なる性格・特徴を前面に押し出すとよいだろう。民間のリワークと変わらない部分をアピールするのではなく、「こういう人にはすごくよいですよ」といったメリットを強調していけばよい。

他の機関にはない、障害者職業センターのリワークの最大のメリットは、「会社受けが非常によい」、要するに「これがスタンダードである」ということだ。そして、もうひとつの大きな特徴は「支援者が会社に来る」ということである。まず、支援開始当初に会社に来る。それから中間報告会、最終報告会と、カウンセラーや職員が報告に来てくれる。民間のリワークの場合は、支援者が交通費をかけて会社に足を運んでも医療保険の点数が取れないため、支援者は誰も会社には来ない。そこで、会社の側が「話を聞きに行ってもいいか」と要求したら、それは外来診察の枠組みの中の「診察同伴」という形になり、料金が本人の診療費に加算される。良心的な会社だったら、本人の負担増加分を会社が引き受けてくれるかもしれないが、障害者職業センターの場合は、こういったことも含めて全部無料だ。それに加え、しっかりとした資料も出してくるから、会社受けはよい。何をやっているのかがよくわかる。

障害者職業センターはこういったプラス面を、何も自ら捨て去る必要は全くない。これが民間の支援機関とは極めて異なっている部分であり、非常に信用されているところでもある。「民間のリワークが終わった後、障害者職業センターのリワークに行かないと復職させない」としている会社もあると聞く。復職に向けた仕上がり具合を確認したい企業にとっては、公的機関の評価は大いに信頼に値する、ということなのだろう。

(12) リハビリ出勤に必要な要件をあらかじめ明確に示す

「行動に問題がある」と見なされた新型うつの方は、会社から忌み嫌われるようになる。会社が常識的だと考える行動をとっていけば、そんなに大きな問題にはならず、ただ単に「治りが悪い人」と思われるだけだ。しかし、「リワークに行くよう勧めても拒否する」「会社を攻撃する」「休職中に海外旅行に行ってしまう」となると、「わがままだ」「非常識だ」と問題視されるようになる。だから会社は、彼らにそういった行動をとらせないよう、あらかじめ「休職中は会社が労働を免除して療養させているのだから、こういうことをしてはいけない」というラインを引いておかなければならない。例えば、「病気で療養しているのだから、医師の指示に従って行動するように」「海外旅行のように体力を使うことや飲酒は御法度」といった

例えば、〈復職準備性〉については、「生活リズムが整う」「睡眠が改善する」「寝起きがよい」「始業に間に合う時刻に起きられる」「昼間の活動ができる」「昼間の強い眠気がない」「寝付きがよい」「中途覚醒・早期覚醒がない」「図書館に通所できる」「会社の近くまで来ることができる」といったチェック項目を設定している。

また、〈集中力〉については、「活字を読んで頭に入る」「2時間ほどの映画やドラマを見て楽しむことができる」、〈仕事をする体力〉については、「1時間程度の散歩をしても疲れしない」「2～3時間、図書館で過ごすことができる」「仕事への安定した意欲がある」「早期復職の焦りが無くなる（早く職に戻らなければという焦りが無くなる）」「『十分に休んだ、仕事をしたい』」という気持ちになる」「主治医の指示通りに通院し治療を続けている」「休職した後の症状が治る」、——そして次の欄には休職したころの症状を書く。「寝付きが悪い」「寝ても目が覚める」「頭がガンガンする」「耳鳴りがする」「お腹が痛くて下痢を繰り返す」など、これらが治っていれば、○をつけていく。そして〈病気の再発予防〉については、「自分の病気を理解している」「病気が再発しないためにはどうすればいいか理解して行動できる」「家族が病気を理解し、家族の協力が得られている」といったチェック項目を立てている。

この一覧表を早い段階で本人に見せて丸付けをさせ、×が何個あったか尋ね、「その×を○にすることができたら復職できる」ということを伝えておく。大概、最後まで〈再発防止〉の項目等に×が残るので、その時、「ここを○に変えるにはどうすればいいと思うか」と問う。すると、それ以前に何度もリワークを勧められた経験のある人は、「リワークに行きます」と答える。

これらがすべて○にならないと復職を許可しない。これまで、復職許可が出ないまま解雇になった人が、2人くらいいる。全て○になる前に「自分は復職できる」「主治医の診断書があれば復職できるのだろうか？」などと言ってきた人に対しては、「主治医の診断書は価値があるものだが、これが全部○になっていないと復職は許可できない」と説得する。

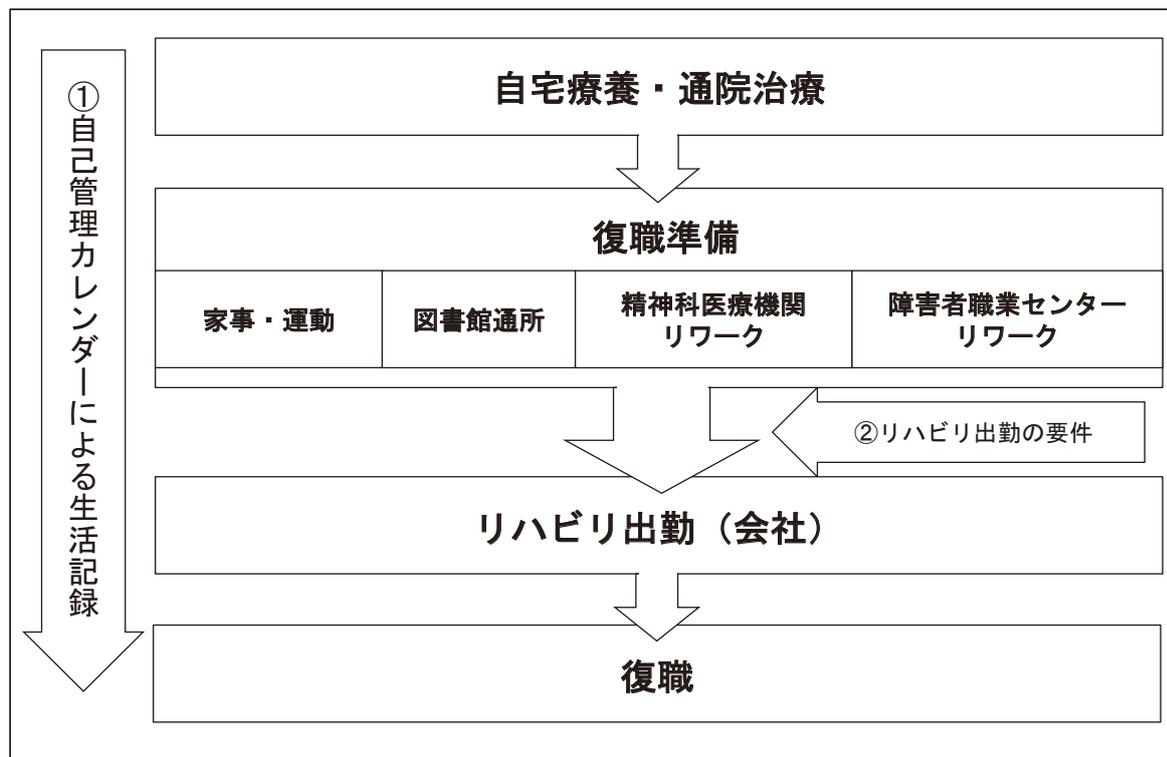
新型うつの人々の復職については、先にこういうルールを作っておくと、相手も仕方なくそのルールに乗ってこざるを得なくなるため、ある程度、勝手な動きが抑制されてくる。

(13) 復職に向けた今後の流れを明示する

その際に、復職までの流れを順序立てて示すことも肝要である（図3-3「メンタルヘルス不調者の自宅療養から復職までの流れ」）。

まず、現時点で自分が、復職に向けた流れの中のどの地点にいるのかを理解させる。そして、「身体症状が取れて外出しても大丈夫になってきたら、その次に復職準備をするのだ」といった具合に、治癒に向けた今後の流れの概略を示すと同時に、「家事や運動を頑張りなさい」「図書館に行きなさい」「精神科病院に付属するリワークに行きなさい」「障害者職業センターのリワークに行きなさい」といった具体的なアドバイスも行う。そして、「それらを順調にクリアし、リハビリ出勤の要件をチェックして合格すれば、リハビリ出勤ができる」「ここまできたら、めでたく復職できる」ということを話す。

「こういう流れで、リハビリ出勤の要件というのを今からやるけれど、全部○にならないと、リハビリ出勤から復職には行けないのだよ」という話をして、そのようにして、手強いというか、新型うつ的な人の問題行動を抑制する。社内で行動が問題化しなければ、それで復職できると思う。



症状が改善し、生活リズムが整って、外出がおっくうでなくなったら、自己管理カレンダーによる生活記録を開始

エネルギーが回復し、外出しても疲弊しなくなったら、意識して復職準備を始める

- ・ 自宅での家事や運動を続ける
- ・ 近隣の図書館に通所する
- ・ 精神科医療機関が提供するリワークデイケア（ショートケア）に通所する
- ・ 都道府県障害者職業センターが提供するリワーク支援に通所する

などの方法がある。どんな方法を選ぶかは、本人と相談して決める。リハビリ出勤前に「リハビリ出勤開始の要件」を満たしているかどうかを産業医面談で確認する。

リハビリ出勤は、段階的に労働時間を延長する。

- 【半日】 8:30～12:00 1～2週間
- 【 6H 】 8:30～15:00 1～2週間
- 【 8H 】 8:30～17:00 2～4週間

リハビリ出勤を、遅刻/欠勤/早退なくでき、勤務中に居眠りや長時間の離席なく、作業の成果が出ていれば、復職とする
リハビリ出勤中に、元疾患の再発により、遅刻/欠勤/早退があれば、リハビリ出勤はその時点で中止する

図3-3 メンタルヘルス不調者の自宅療養から復職までの流れ

(14) 問題行動を起こさせない仕組みを作る

彼らが問題行動をとることができないような仕組みをあらかじめ作り、先手を打つ方が賢明だ。会社にとっても、後になって対応に時間をとられるのは馬鹿馬鹿しいことであるし、会社の人も支援者も皆くたびれてしまう。こうした対応には、月1回の産業医面談が適している。とにかく問題行動を起こさせないことが大事だ。

問題行動を起こさせないために私がやってきたことは、クレーマー対応そのものだ。クレーマーへの対応法の鉄則として、「相手の言葉をオウム返しにしながら『申し訳ありません』と頭を下げる」とあるらしいが、私も「申し訳ありません」とは言わないまでも、「そうか、ああ、課長が悪いんだね。課長が君に『出来が悪い』と言ったんだね」と一旦相手の言うことをそのまま受けとめ、自分から何も話さず、相手にとことん喋らせる。また、最終的にクレーマーには「レシートとデータが保管してあることを伝え、相手に同意させる」ということだが、私も、リハビリ出勤の要件とそこに至るまでの決められた仕組みがあることを相手に伝え、自分で勝手に復職することは許されないのだということを納得させている。

いくつものリワークに足を運んでは「合わなかった」と言い続けた人のケースでも、3ヵ月も4ヵ月も時間をかけ、相手がどんどん喋って喋り尽くした後に、「問題は行った先ではなく、あなたにあるのではないか」「あなたが適応できないということではないのか」と告げる。相手は引っ込みがつかなくなっているので、ここで初めて「ここで腹を括るかどうか」といった決断を迫る。「じゃ次は、〇〇先生のところのリワークに行っておいで。言っておいてあげるから」と言って行かせる。すると、「行ってみただけれど、あの先生が」と言う。そこで、「そうか。じゃ、また行ってみるか」と言う。「えー！、行きたくありません」とかと言うけれど、「でもリワークしないと戻ってこれないとわかっているだろう？ 自分ではしないだろう？ そうしたら、どこかに行かないと仕方がないだろう」と言うと、「じゃ、行ってみます」と言うようになる。1年くらい前になったら「もうそろそろ動かないと、間に合わないぞ」と言う。それでも駄目だったら時間切れである。

その際に、労務管理的な対応が求められる側面はあると思う。「パワハラではないのか」「セクハラではないのか」「長時間労働をさせていないのか」といったことは当然考えなければいけないが、それは自宅療養の早期の段階で確認しておく。あとは会社がどちらに舵を切るかだ。その際、本音の話としては、「どうしても残したい」「辞めてもらいたい」「病状次第だが、解雇になったら生活ができないだろうから、なんとかしよう」という3種類の対応が考えられる。本人、会社、産業医が力を合わせていくなら、復職を目指す方向しかないので、ある時期までに、皆が復職に向けて努力できるようにもっていかなければならない。

(15) 上下関係のない相手からの言葉は受け入れやすい

彼らが再発しないようにして差し上げるのが、我々の本来の仕事だろうと思う。彼らも決して根っからの悪い人間ではなく、生きづらさを抱えながら生きていて、大変な思いもしている。だから彼らの問題行動を事前に抑制することが、無用なトラブルを起こさず双方が穏やかに過ごすコツかと思う。そういうことができるようになって会社に戻ると、非常によいのだろう。

例えば上司に「お前、全然変わっていないな。それじゃ駄目だな」と言われ、気づきが得られれば、多少なりとも改善につながることもあるだろう。本人に対して、「誰が、どのタイミングで、何を言うか」ということは非常に重要だが、例えば、上司が部下に対して、腹立たしい時に爆発的に怒りを向けてしまうと、部下は結局パワハラだと見なし、気づきに繋がらない。

リワークでそうした気づきが得られれば一番よい。もしそうではなかったら、主治医が言ったり、産業医が言ったり、上司が言ったり、というパターンなのかと思う。一番効き目があるのはリワークなどの仲間か

らの言葉だと、何人もの人から聞いている。カウンセラーや上司やドクターがいくら言っても話を聞かない人が、自分と同じような立場の人から「それじゃ駄目でしょう」と言われると、「そうですよね」と受け入れやすく、よい方向に変わっていきやすいのだそうだ。

クライアントにとってはカウンセラーとの関係さえ、上下の関係なのだろう。カウンセラーの側は上下関係ではないと思っけていても、クライアントのほうはやはり、支援する人とされる人という関係は上下関係だと感じるようだ。その点、リワークの仲間との間には全く上下関係がないので、相手の言葉を受け入れやすいと考えられる。だからリワークは集団で行うことに価値がある。

しかし、日常生活の中では大概、一番言っけてほしくない人から、一番言っけてもらいたくないタイミングで、一番言っけてもらいたくない言葉を浴びせられる。つまり、問題行動に直結してしまう条件が整いすぎている。そのことに留意しておくことも必要だろう。

(16) 仕事のやり方は明確に伝える

社員が休職してしまう前に会社側がしておくべきこととして、仕事を与える側があらかじめ工夫をして、誰でも仕事ができるような状態を作っておかなければならないと思う。ろくにやり方も教えず「これやっけておいて。わからなかったら訊いて」といったことがよく行われているようだが、それを私は「歌舞伎」と呼んでいる。伝統芸能の「以心伝心」に似たこのようなやり方は、仕事を与える場面では最も良くない。

1980年代の後半から1990年代にかけて、「新入社員の採用を辞めると、技術の伝承が止まってしまうから、日本企業は危ない」と言われていた時期があった。しかし今、そんなことを言う人は一人もいない。なぜなら、技術の伝承どころの話ではなくて、少なくとも大手企業の製造部門は皆、製造外注になっているため、社内での「技術の伝承」が、そもそもあり得ない話になったからだ。「新入社員を雇わないから技術の伝承がされない」と言っていた頃までは、毎年欠かさず社員を採用していたと思う。その頃は、人事や総務、経理といったそれぞれの職場に配属されると、たとえ学年が1つしか違わない先輩はいなかったとしても、少なくとも2～3学年上の先輩は必ずいたため、口伝で仕事のやり方を教えてもらえばよかった。しかし今は、一番年の近い先輩が10歳上だったり、その上は部長、といった職場の構造になったりしているため、口で教えてもらうことは難しく、口伝で仕事を教わる仕組みが維持できなくなってしまった。「お前には期待しているから」と言われても、「どの作業をいつどうやっけていいのか」ということは誰も教えてくれない。どんな会社に行っけてどんな仕事に就いても、仕事のやり方がわかり、誰に相談しなくても作業ができるのなら、きっとこんなにつは増えないと思う。

また、「正社員だからこのくらいのことはしてもらわないと困る」「正社員だから創造的な仕事をしてもらわないと困る」とよく聞かすが、「では、何をしっけてほしいと思っけているのか」と聞き返すと、大概、答えは返っけてこない。「仕事のやり方を教える」「いつ、なにを、どうすることを求めているのか」ということを、会社側はよくよく考えなければならぬ。

「仕事に必要な動作、知識、こうなっけてほしいという姿を、きちんと教えなさい」ということだ。ここで言う「知識」には、「どこに何がある」ということまで含まれる。非常に基本的なことだが、例えば「はさみを使いたいのなら、あそこの引き出しにある」といったことである。こうしたことがわからないままにいることは、本人にとってとても大きなストレスになる。人に訊かなければいけないが、誰に訊いていいかわからない。思い切っけて訊いてみたら、「何言っけてるの?」「そんなことも知らないの?」と馬鹿にされる。

「はさみを使う」というほんの小さなことの前にいくつもステップができてしまい、そのステップごとにイライラしたり、がっかりしたりする。でもよくよく考えれば、「はさみはここ」「何はどこ」といった知識を前もって一通り与えておいたり、収納場所に「はさみ」と書いて貼っけておいたりすれば、誰も悩まずに済

むことだ。「そんなことまでしなければならないのか」と疑問を持たれるかもしれないが、そうしたことをするだけで少しでも病人が減るのだったら、それに越したことはない。病人が出ることによって企業がどれほど損失を被っているか考えてみてほしい。社員が病気になる前に、仕事のやり方をきちんと教え、教わる仕組みを作ることが必要だ。

(17) 社員に求める基準を明文化する

それから、「何を期待しているか」ということも明確に伝えなければならない。例えば、課長層等の管理職が1～5年次の若い技術者を評価する際、「2年次だったらこのあたりまでできるはずだ」「4年次だったらこのくらいまでできるはずなのだが、この社員はまだその段階まで至っていない」といったことを口にする。しかし、「では4年次だったら何ができていることを期待しているのか」と問い返すと、ある程度共通した基準はあるのだろうが、それは明文化されていない。そうすると、例えば、評価する側とされる側で「ここまで至っていれば4年次合格」という基準にズレがある場合、管理職から「これでは駄目だ」と言われても、社員にはその理由がわからない。基準を明文化しておく必要があるのは、まさにそのためだ。企業がそうした明快な仕組みを持っていれば、社員のストレスは減少し、病気にならずにすむ人も思う。

そして、総合点だけで大雑把に合格か不合格かを決めつけるのではなく、各々の達成度について「この点に関しては合格だが、別の点に関してはまだ不十分」といった具合にこまやかな目を向けるとよいだろう。そうすれば「不十分な点の改善策をともに考える」という次のステップに進むことが可能になる。部下の評価に関する上司の直感は、どの上司でもほぼ一定だと感じる反面、いつまでも直感だけで「合格基準に達していない」「いや、達している」とやりあっているばかりでは、両者ともそこから先に一步も進めない。

近年、発達障害の傾向を持つ人が職場に増えてきており、そこに端を発する適応障害的なメンタル不調が非常に増加しているのは明白な事実である。しかし、彼らを見て学校教育の不備をあげつらうばかりでなく、もうそろそろ「そうした人でも元気に働けるような仕組みを作るほうが効率がよい」といった考え方がスタンダードになっていくとよい。

(18) 企業が試されている

適応障害になりやすい人に適応障害を起こさせないような仕組みが作れるとよい。例えば、朝の挨拶が苦手な人がいたとする。非常に緊張しやすいため、挨拶する際にもストレスが伴うという。そういう人をわざわざ客の前に連れて行き、ひとりで説明をさせたりはしなくてよいのではないか。現場である程度、特性に見合った配慮をするべきなのではないか。医療以前に、人事・教育制度、仕事のさせ方といったところで、現場ができる工夫はいろいろとあるはずだ。

つまり、企業が逆に試されている、とも言える。よい意味で社員をうまく働かせられるか、適応が難しい人たちを職場に適応させることができるか、企業の能力が問われている。彼らは大学に通って卒業してきており、ある枠の中のことならば比較的優秀にできるだろう。その枠の中で、能力を最大限に発揮させることができるか。管理監督者は金額や納期を達成目標にするばかりではなく、与えられた人材でうまくやっていくための知恵も絞ってほしい。例えば、誰もがよくわかるように仕事を教える技術・ノウハウを持った人が、例えば適応障害があるとおぼしき人の職場に足を運んで、職場のどの部分が不適応につながっているかをつぶさに観察しスムーズに改善できるようなことになれば、理想的だろう。

(19) 変化にうまく対応してメンタル不調者を出さないようにする

また、変化が多い会社と少ない会社があり、それはメンタル不調者の数に如実に反映している。例えば、

「売上高の変化が少ない」「作っているものが定番で変化が少ない」「品質が安定している」「受注数が安定している」「季節ごとの繁忙の差があまりない（たとえあっても、毎年同じ時期に同じ変化が繰り返されており、予測がつく）」といった会社の場合、不調者が非常に少ない。

結局、最前線の従業員が変化に直面し、それを吸収しなければならない構造になっている。例えば、リーマンショックが来たとする。設備を作る製造業の受注が減るため、工場を動かさず、生産稼働を半分にする必要が生ずる。すると、今まで昼夜2交代だったのを昼だけにしなければならなくなり、従業員の3分の1は不要になる。そこで派遣社員を解雇し、残った人だけで昼だけ工場を稼働させ、それでも余るから、月3回金曜日も休む、一時帰休する、そうやって縮小に次ぐ縮小をすべて現場の従業員が吸収する。そして回復期には、一時帰休を中止し、残った少ない従業員が人手不足を補うために、時間外労働をするようになり、それでも回らなくなるから新規採用を行って再び2交代にする。こうした変化を吸収するのは、すべて最前線の従業員である。そして、彼らに変化を吸収させるためのさまざまなことを、彼らの一階層上の立場の人が実行せねばならず、最前線に近い従業員とそのそばにいる管理者に大きなストレスを強いることになる。逆に、こうした変化がなく、業務が年中ほぼ一定でトラブルがないところでは、メンタルヘルス不調者は少ない。たとえ不調が起こっても、「業務に起因するもの」という臭いがしない。

しばらく前の日本の農村では、季節ごとの変化はあっても、1年間のスケジュールは決まっておき変化がなかった。さらに、よく物のわかった長老やその周辺の人々のおかげで、人々は「何をしたらよいかわからない」というストレスとは無縁でいられた。また、農業はかなり仕事を細分化できるため、なんらかのハンディキャップがあっても、できる仕事はたくさんあった。しかも、彼らを孤立させることなく、同じ場所で一緒に作業をしつつ手伝わせる中で鍛えていき、最終的には「何となく少し苦手なところがあるが、ハンディキャップがあるのかどうか周囲からはわからない」というくらい、社会に溶け込ませることができていた。だから、それに学ばばどうか。時代や社会は大きく変化しているが、人間は全然変わっていない。人間にはもっと適応能力はあると思う。変化が少ない会社にはメンタル不調が少ないが、変化の多い会社も工夫次第でその変化を狭めることはできそうだ。

(20) やれることは数多く有る

業務が多忙な時、経営者が「人を増やせ」と言えるかどうか重要だと思う。「そんなに踏ん張ってどうするのだ？ 無理しすぎないで、早くあと5人雇って2交代にきなさい」と言えるかどうか。従業員が「社長、それで受注が減ったらどうするんですか」と言ったら、「もっと契約を取ってこい。俺も一緒に行ってやるから」と言える人かどうか。だから最終的には経営問題であり、社長が腹を括れるか、だと思う。

経営の問題と考えると、解決すべきところはたくさんある。「周囲になかなか適応できない、いわゆる新型うつ症状を呈した若者をどうする？」というところではなく、そこに至るプロセスに経営者としてやるべきことがいろいろある。「病気になったからリワークを活用しよう」「このリワークをどうやるとうまくいくかを考えよう」という流れがあるとしても、その前の段階に経営者がやるべきことは山積している。「病気になった後にどうするか」ということよりも、「病気になる前にどうしたらいいか」ということを真剣に議論する方が、はるかに生産的だ。リワークに期待される事柄の最上位は、「リワークに行かせたら、元気になって帰ってきた」ということだろうが、「こういう人が病気にならないためにはこうしたらよい」というアドバイスまでもらえた、となるとさらによい。

そして同時に、上司が部下に求める基準を明文化する。そうすれば、「上司との人間関係のトラブルでメンタル不調に陥った」という定番ともいえるようなケースも減るだろう。こうした対策がとれるのは、医療サイドの人ではなく職業サイドの人だ。だから、職業サイドの人がいろいろ工夫を重ね、それを経営者に提

案できると非常によい。

「世の中が生きづらいせいで、若年者が病気になってしまう」というストーリーばかりが現実ではない。そうならないためにやれることが、大企業にも中小企業にも数多くあるのだということを知れば、皆元気が湧いてくるだろう。

(2015年9月現在)

【考察】

リワークを活用してのうつ病者の復職支援に直接携わってきている専門家による、復職支援の理論、方法論が体系的に展開されている。中でも、いわゆる新型うつの「停滞期が長い」という特徴についてのコメントは注目に値する。この時期にある若年者にいかに効果的にアプローチして、いたずらに休職期間を長引かせず、すみやかに復職につなげるかが課題である。その課題解決に向けての具体的方法も順を追って示されている。支援機関ばかりでなく、企業はどのように対応していけばよいかについても言及されていて、それぞれの立場で、やれることは多々あることが示されている。

10 企業 J

製造業メーカーである J 社は、早くからメンタルヘルス活動を展開している。ここでは、J 社保健師からのヒアリング結果を取りまとめた。

(1) メンタルヘルス活動の長い歴史

J 社のメンタルヘルスに関する活動の歴史は非常に古く、1968 年から精神科医による復職審査や相談体制の整備を始めている。1980 年代には、保健師による職場の巡回相談、管理者に対して基本的な病気の知識を与える管理者研修と社員教育をスタートさせた。また、1985 年には、メンタルヘルス上の問題が発生しがちな開発領域の社員を対象に、JMI 健康調査をモデル的・スポット的に開始し、その後も継続的にメンタルヘルス活動の充実を図っている。2000 年代に入ってから、国から指針が出されたのを機に、J 社でも明確な指針表明をしようということとなり、2003 年に全社総括安全衛生管理者による宣言を行っている。

また、2007 年には、メンタル休業者数や相談件数の増加、「ストレスを強く感じる社員の割合が年々増加している」という社内調査の結果を踏まえ、労使合同で協議を行うことになった。そこでは、組合代表・職場代表・保健師・産業医によるプロジェクトを組織し 10 ヶ月間検討を重ねて、問題点と対策の洗い出しを徹底的に行った。

プロジェクトによる分析では、問題の背景として、職場の急激なビジネスの変化による、人材育成、職場形成の機能が不足してきたこと、直接対話が減少し、コミュニケーションが希薄化し、孤立しやすい職場環境になったこと、相談や周囲のサポートができない風土になったことが挙げられた。つまり、「人の適応力」「職場のサポート力」が低下し、それがストレスの増大、メンタル不調の増加につながっているのではないかと考えたのである。

強化すべき事項として挙げられたのが、「人と職場の育成体制」をスピードアップすること（「教育体制の強化」）、職場の自主活動が進む体制を整備すること（「見える化と仕組みづくり」）の 2 点であった。具体的には、若手を中心としたセルフケアを充実させること、職場のニーズに合わせて多様化したケースに対応できるようにするための管理者研修を継続実施すること、職場の組織がうまくまわるようにするための一次予防の仕組みづくりをすることを目指した。

このプロジェクトを受け、「組織体制づくり」「人づくり（教育）」「職場づくり」「支援体制づくり」を柱にメンタルヘルス活動を展開してきた。まず「組織体制づくり」としては、各本部に「メンタルヘルス推進リーダー」を設置した。リーダーはさまざまな教育や施策を担当するが、それらが職場の中でうまくまわるよう推進役も務める。次に、「人づくり（教育）」としては、管理者への教育に加え、「事例検討セミナー」を開始した。そこでは新型うつ・アルコール依存症といった職場で見られるケースを取り上げ、どう対応をしたらいいかを産業医が講義する。また、入社 5 年以内の社員を対象としたセルフケア研修も開始し、今のところ入社 3 年目にこの研修を入れている。また、「職場づくり」として、ストレス診断の結果を元に組織診断を行い、改善活動をしてもらえるようにしている。「支援体制づくり」としては、相談体制と復職支援施策の充実により、いきいきと働きがいを感じることが出来る風土づくりをめざしている。

また、先に挙げた「メンタルヘルス推進リーダー」は、本部総括安全衛生管理者とともに、メンタルヘルスに関する全社施策を部門に展開するつなぎ役を担う。この役目はある程度の権限を持っている人の方が動きやすいため、幹部社員に依頼し、キーマンとなって活動してもらっている。中には、その職場に必要な教育を自部門で積極的に企画して行っているリーダーもいる。

(2) 健康管理部門を中心とした全社的対応

健康管理部門が全社を対象に主催し運営しているのは、「セルフケア研修」と、ラインケアの「管理者教育」である。うち、後者には基礎編と応用編を用意し、応用編では新型うつと従来型うつとの違い等を説明するなどして、多様化・複雑化する事例への対応の仕方についても紹介している。さらに、職場で不調の人を見つけたらどう導けばよいか一目で確認できる「管理者対応フロー」も用意し紹介している。

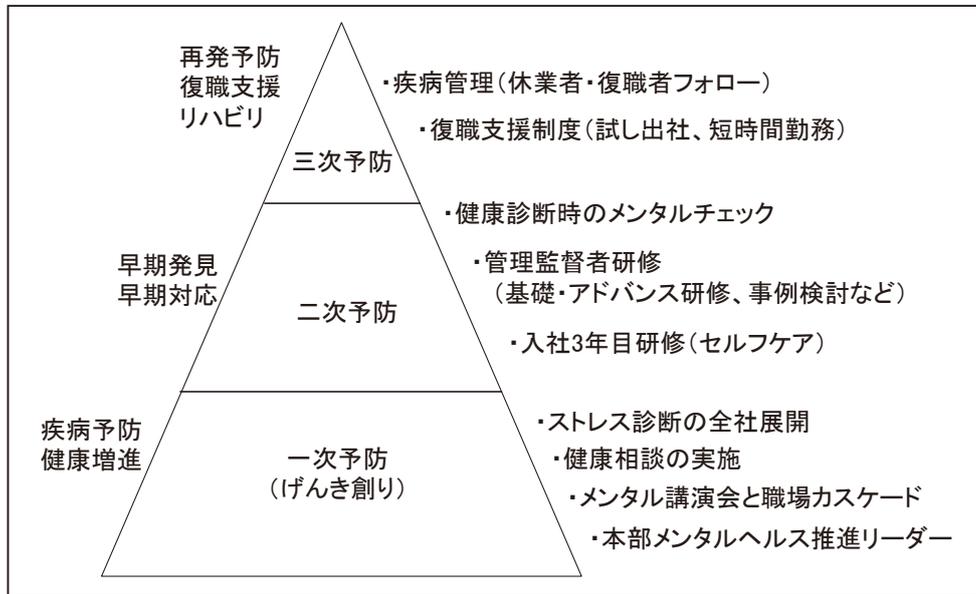


図3-4 J社のメンタルヘルス活動の概要

また、メンタル不調や休業の予防措置として、「未然予防（新規休業予防）」と「再休業予防」に分けて対策を立てている。「未然予防」ではストレス診断の実施、相談体制の充実、そして「ことばの花束運動」、すなわち、お互いを思いやる言葉掛け、コミュニケーションをよくするためにプラスのストロークを与え合おうという運動を進めている。

「再休業予防」では、復職支援制度の活用、休業中からのフォローの充実、復職支援会議の実施といったことにも取り組んでいる。スムーズに復職できるよう休業中からフォローを行い、主治医の許可が出たら、上司と共に、産業医が復職審査にあたる。復職前から相談に応じ、必要があれば上司・人事・産業医で支援会議を実施して、リワークや試し出社、短時間勤務も必要に応じて利用しながら復帰してもらうという流れになっている。運用に当たっては、社員就業規則の改定も行った。こうした制度の整備によって、出勤を後押しするような効果も見られた。また、本人用と管理者用の「休業・復職支援ガイドブック」を作成し、長期にわたり休職する場合には、本人にも「休職中はこのように過ごしましょう」といったことの手紙を提供するようにしている。

(3) 新型うつへの対応

従来、係長クラスの教育では傾聴を中心とした教育を行ってきたため、管理者は本人に対して「言ってはいけない」「傾聴しなければいけない」「励ましてはいけない」という姿勢で向き合ってしまう、その結果、本人に対して必要な指導も行えず腫れ物に触るような対応となるケースもあった。

勿論、傾聴は対応に必要なスキルなので、係長クラスに対しては基礎編として傾聴研修等を行うが、その後の応用編の「アドバンスコース」では、新型うつなど事例性の強いケースの検討を通して「あなただった

らどう対応するか」といった教育を行っている。こうしたケースには、健康管理の担当者も労務管理にあたる人も上司もみな一枚岩となり、連携の体制を整えてケアにあたることが必要であり、その対応も徐々にできはじめている。

(4) 発達障害との関連

新型うつと思われる方の背景を深掘りしてみると、発達障害傾向のある人も少なくないと思われる。彼らは真剣なのだが、空気や文脈を読めないために上司を怒らせてしまう。何かがうまくいかずパニックに陥ったせいでコミュニケーションが難しくなり、思っていることを伝えられなくなっている。そういった意味では、発達障害の人たちへの適切なマネジメントが必要なのではないか。その他に、パーソナリティ障害が疑われるケースや、心の未成熟な社員が抑うつ的な反応をしているケースも散見される。

(5) 〈折り合い〉を付ける支援

10年近く休職と復職を繰り返し、休業回数が通算6回に達した社員がいる。彼が不調に陥る時はいつも、仕事の負荷が非常に高くなる時だった。残業をしても結果を出せず、上司からのプレッシャーで気が滅入ってしまうということの繰り返しである。時には「上司のせいで自分は病気になった」と他罰的な発言をすることもあった。

企業では結果を求められる。本人の適性を見きわめて、成長も促しつつ、どう適正に配置していくかが課題だ。中には、企業の中で働くことに向いていない人もいると思う。企業内における作業や人間関係等、さまざまなこととの〈折り合い〉がつけられず、本当に企業に向いていないと感じる人には、「休職中に、自分に向いていることをいろいろ探してごらん」といった話をすることもある。最近、リワークのプログラムもさまざまに拡大しているようで、中には「山に行き行って体を動かす」というものもあるようだ。農業に着目している人も多い。自分のペースでやれる仕事合っている人に、農業は向いているのではないかと。体を動かして自然に触れるのは、人にとっての基本形なのだろう。

なかなか〈折り合い〉がつけられず、何度も休職と復職を繰り返し、最終的には退職することになってしまう人もいる。自分に向いているものを見つけて、良い方向に進んでもらえれば良いのではと考えることもある。

(6) 発達障害の特性をきちんと理解して対応することが大事

発達障害のある社員を受け入れる場合、特性をきちんと理解することが大事だろう。誰しも特性は多かれ少なかれ持っているものだが、社会適応が難しいレベルの障害を持った人もいれば、障害はあっても企業で働けるレベルの人もいる。当社にも、「よくここまで職場が面倒を見たな」と思わずにいられないほど、社会に適応するのが難しい人もいた。

一つの例として、次のようなケースもあった。上司に「そんな考えは水に流しなさい」と言われたことから、「水に流すにはどうしたらいいだろう？ 考えは頭の中にある。ならば、川に浸かればいい」と考え、実際に川に入ってしまった。社内では「人が川に飛び込んだ」と大騒動になった。連絡を受けた上司は、本人を自宅に連れて帰り、その後、産業医の指示により一旦休業となった。本人は思考抑制に至るほどの抑うつ状態に陥っていて、余計にコミュニケーションがうまくいかなかったと想像できた。本人の状態を上司に伝えて理解を得た上で本人に合う仕事を探しているが、なかなか〈折り合い〉がつかない。

発達障害の人は、ルールや決まり事に従順な傾向がある。このケースの場合、妻に言われたことがルールとなっていた。職場に行っても仕事ができない。でも「仕事を休まないように」と妻から言われているので、

どうしようもなくなっていた。本人は会社に来るのが辛く、実は辞めたいと思っていたのだが、奥さんが辞めさせてくれないと言っていた。社内だけでなく、家庭内でも〈折り合い〉がつかない状態に陥っていた。

このようなケースがある一方で、〈折り合い〉をつけられるよう支援することへの理解も深まりつつある。以前発達障害者支援センターのジョブコーチに来てもらい、「この人にはこういう仕事を割り当てたほうがいいですよ」と、その指導のポイント等も示してもらったことがある。上司が特性を理解すると、対応は変わり、明らかにそれまでよりも安定するといった傾向が見られた。

(7) 発達障害の支援事例、その1

組立のラインで働いていた入社20年目の社員に対し、発達障害をイメージしてケアを変えた事例がある。上司が替わるたびに、その上司から「対応が難しく困っている」という相談が繰り返されてきた。当時はまだ発達障害の診断が確立されていなかったが（実は父親は、彼が小さい頃から苦勞していたようだ）、まだ会社にもゆとりがあったので、何とか職場の中で彼の面倒を見ることができており、〈折り合い〉もついていた。

しかし、リーマンショックのあたりでは、パニックのような状態に陥ってしまっていた。そこで「1回ちょっと休もうよ」と休職を勧めて診断を受けた結果、発達障害が有ることが判明し、その後は発達障害者支援センター・上司・労務・産業医・保健師が支援に関わった。本人が勤務中に職場からいなくなったことがあり、そうした行動への対応のルールや復職条件を見直す必要が生じたため、行動を分析して特徴を共有し、対応を検討した。そこでは「作業中話しかけないようにする」「視覚的な情報提供が大事なので、本人をサポートするには文字情報で伝達する」「曖昧な表現を使わずにシンプルに指示する」「与える情報を少なくしてポイントを示す」といった工夫をして、本人が落ち着いて安全に働き続けられるようにした。また、本人には「これを守ったら落ち着いて仕事ができるよ」ということを示し、家族には、「こういう形でサポートしています」ということを伝えておいた。

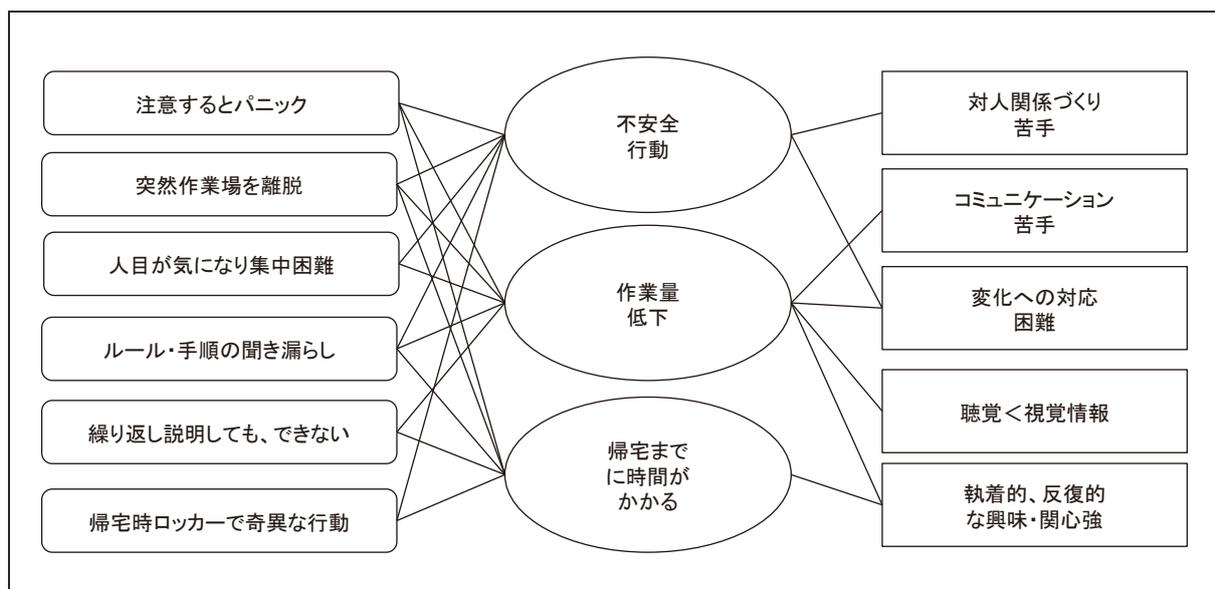


図3-5 事例1の実態の分析結果

このケースは最終的に退職に至ったが、家族からは「ここまでやってもらったのだったら」と納得してもらえた。現在は、障害者の授産施設で大活躍していると聞いている。やり始めたらコツコツと作業すること

ができるため、問題なく働けているようだ。

もしも、これまでと同じような対応をしていたならば、本人に頑張りを強いるばかりの対応になってしまったであろう。しかし、本人の特性を理解して対応にあたれば、声の掛け方からスケジュールの組み立て方からすべてが変わってくる。会社側は考えられうるすべての配慮を行ったが、仕事を継続するために必要なレベルまで本人が到達できなかったということならば、どんな結果になろうと誰もが納得する。以上が、関係者と連携し丁寧な対応ができた事例である。

(8) 発達障害の支援事例、その2

次のケースは、企業内研修生に関する事例である。高校は普通高校に進学したが、小・中学校は特別支援学校に在籍していた。高校では入試後に特別支援学校にいたことをカミングアウトし、高校生活を送ったということだが、企業内研修所入所時には、そういった話はしていなかった。しかし、入所5ヵ月経ち、講師から、「的外れな発言が多く、周囲とコミュニケーションが取れない」「ミス、忘れ物、遅刻の繰り返し等の問題があるが、指導しても一向に改善しない」という相談があった。さらに、組立ラインで実習している最中であっても、何か別のことに興味が湧けばそれしか見えなくなり、製品を組めず、周りに牽引車が走っていても一切気にせず、突然走って行ってしまい、工場で働く際の安全が担保できないということから相談に至った。

研修中、チームで課題に取り組むこともあり、メンバーとコミュニケーションをとれず、場にそぐわない発言をしてしまう彼への対応に、指導者は苦勞していた。そこで、メンバーからのサポートが得られるよう、研修所の講師と班長だけにはカミングアウトし特性を理解してもらい、指示や手順は具体的・視覚的に示してもらおう(箇条書き・図・表など) ことにした。

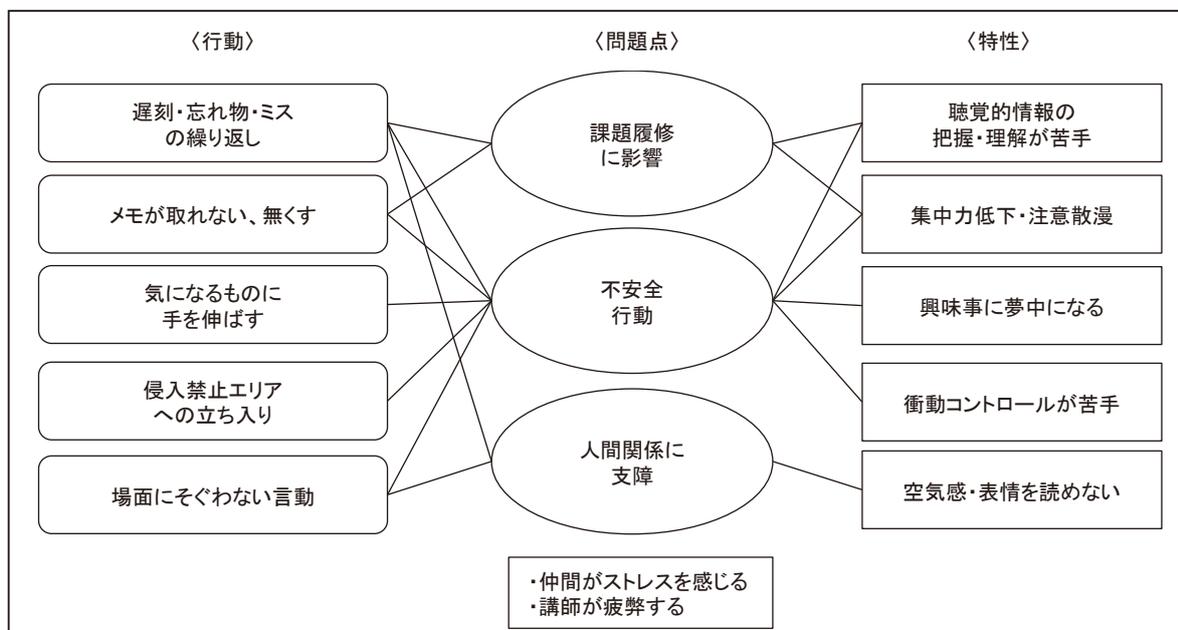


図3-6 事例2の実態の分析結果

また、研修終了後には工場に配属されることが前提となっていたが、彼の特性を考えればそれは危険だった。そこで、極めてまれなケースではあるが、配属先を工場以外に変えることとなり、社内で候補となる職

場を探した。短期記憶が難しく、臨機応変な対応が苦手であったこと、英語ができて、CAD が使えて、コンピューターが得意だったことから、CAD 業務に就くことになった。家族に経緯を説明し、配属先の上司には「一生懸命やっているからといって、人をマネジメントするような仕事に就けることはお勧めできない」ということも含めて彼の特性を説明した。現在は、生産技術部門で CAD 業務を継続できている。

(9) 障害の特性を理解して折り合えるようにする

この2事例をまとめて振り返ったことで、「障害の特性を理解して、働く生活を続けるうえで鍵となるさまざまなことと折り合えるようにするのがポイント」という共通項が見出せた。〈折り合い〉がひとつのキーワードだ。そのために、「どういう問題点があって、それはどういう特性が元になっているのか」「具体的な問題行動はどのようなものか」を洗い出し全体像を把握した上で、「次にどこをどうしたらいいのか」といった対応策を出す。

ただし、本人に発達障害の自覚がない場合、受診を勧めるかどうかは迷うところであり、対応策は「こういう特性がある場合は、こういう対応をするとよい」といったところを、あくまで一般論として提案するものとなる。しかし、企業の対応としては、それで構わないのではないか。正式な病名等是不明でも、行動の特徴を考慮すれば対策は立てられる。

新型うつの場合、「そもそも病気なのか否か」という議論もあるが、病気であろうとなかろうと、「どういう行動が見られ、どういう問題があって、それはどういう特性に基づくのか」を把握するところから出発するという方法で、対処できるのではないかと。

今、発達障害者数は増加していると言われており、支援法も制定された。小学校や中学校でも数多くの事例が見られるという。いずれ彼らは大人になり、企業にも一定の割合で入社してくるはずだ。今のうちから正しい理解のもとに、きちんと対応できるようにしておけば、将来的に起こりうる問題の未然防止にもなると思う。彼らの中には、極めて高い能力を発揮することができる人もいる。彼らの場合、ストライクゾーンが狭いだけで、入ったらその球は剛速球かもしれない。ただ、ひとり一人のストライクゾーンが狭い場合、周囲がどうカバーするかを考える必要がある。また、人と社会の変化に応じて、企業内での教育の内容や対応のあり方を考え直していかなければならない。

今後、生産年齢人口が減少していくことが見込まれる中で、障害特性を持った社員が活躍できるような支援が必要になってくると思う。

(10) リワークプログラムは周囲だけではなく本人にも気づきを促すものを

〈折り合い〉とは、周囲が本人に合わせるだけでなく、本人が周囲の状況に対して折り合いをつけることも指している。いくら周囲が変化して本人に対応しようとしても、本人自身に変化しないことには不十分だ。

職場の上司や専門家の言葉は受け入れられなくても、リワークで自分と似たような立場の人からの言葉は受け入れやすく、気づきを得られることが多いようだ。

今まで「一生懸命やったのに、うまくいかなかった」という経験を数多く重ねてきたと思われる彼らが、「何だ、そんなに簡単なことだったのか」という気づきを得る。初めて自分のことを客観的に理解でき、楽になれる。こうした、目から鱗が落ちるような体験をいくつも重ねることで職業人としての常識をわきまえて、職場に復帰する。周囲と本人の両方の気づきを得られるような支援を是非行ってほしい。

高次脳機能障害等も発達障害の場合と同じく、「これはできるところ。これはできないところ。できないならどう補うか」「どこが苦手か」といったことについて、本人の理解を促すのが非常に難しい。脳梗塞や

脳挫傷が原因でそれが困難になっている一方で、本人自身がそれを気持ちの上で受け入れがたいところもあるように感じている。しかし、この場合も、周囲と本人の気付きの両方を促すかたちでやっていくのが一番よいのだろう。それができれば、多少時間はかかっても着実に前進していくことができると思う。

(2015年10月現在)

【考察】

メンタルヘルスに係る活動を以前から積極的に展開してきた企業の、その活動内容と、最近のうつ系統症状の変化に伴う対応の変化が克明に述べられている。中でも、「折り合いを付ける」というキーワードが目立つ。これは、ひとり一人の問題状況をよく把握し、それぞれの問題に対して納得できたうえで妥協し受け入れられるように、丁寧に総合的に支援することが望ましいことを示唆している。発達障害のある従業員への支援事例があげられているが、これはいわゆる新型うつのある従業員への対応に重なる部分が多い。支援対象者の実態の分析が優れていて、問題点・行動・特性を洗い出して整理する手法は、復職支援プログラムにも積極的に取り入れられるべきものと考えられる。

11 企業K 株式会社 Bowl

企業Kは、沖縄県で、リワークを事業として展開している株式会社 Bowl である。ここでは、創業者で代表取締役CEOである荷川取佳樹氏からのヒアリング結果を取りまとめた。（企業名、個人名および資料を掲載する許可を得ている。）

(1) 身近なところで感じたリワークの必要性

親友がうつ病になり、13年間休職を繰り返していた。彼の様子を目にするたび、「本当にこんな状態で働けるのだろうか」「復帰は非常に難しいのではないかと、ずっと思っていた。ある時、「最近、どうしているの?」と尋ねたら、ちょうど障害者職業センターのリワークに通っている、ということだった。頼んで一緒に連れて行ってもらい、「こういうところがあるのか」と、その時初めてリワークというものを知った。

また以前、部下に3名ほどうつ病者が出た際に、対応がととても大変だったことを思い出した。3名とも県外の出身者で、かつ、離婚を機に発症してしまったのだった。県外出身者が離婚すると、今住んでいる土地には地縁も親戚関係も全くない。そこで、直属の上司であった私が対応を任されることになり、初めて精神病院に連れて行ったり、家の荷物を片付けたりといったことを3回行った。「自分（勤務先）がここまでやらなければならないのか」という疑問もあったので、県外在住の母親らに連絡して「是非本人のサポートをしてほしい」と依頼したが、叶わなかった。そこで結局、自分が引き続きサポートをすることになり、「他にこういうサポートを行ってくれるところがほしい」と切実に感じた。そうした経験がきっかけで、彼らをサポートする事業を立ち上げることを、民間企業退職後の自身の選択肢のひとつとして考えるようになった。

いろいろと調べているうちに、「リワーク」——リターン・トゥ・ワーク、働く場に戻そう、という言葉に出会い、非常にしっくりきた。そこで自分の能力でできることを模索するうちに、ある福祉施設の社長から話を聞くことができ、福祉施設を作ってリワークを行える仕組みを考え、沖縄に戻ってきた。

当時、福祉業界についての知識を全く持っていなかったので、知人に頼んで「給与は要らないので手伝わせてほしい」と福祉施設に飛び込んだ。また、県との交渉を開始し、事業計画を作って銀行に融資を依頼し、マンパワー探しも行った。福祉業界のことをより深く知るためにいろいろな人たちに会いに行き、3ヵ月間、障害者職業センターのリワークを見学させてもらうこともできた。

(2) 「三つの貢献」を目指す—当事者・企業・精神科病院に対して—

2年前の5月に事業をスタートし、3年目に入った。自分は医療職の間人ではないので、病気や薬に関しては主治医に任せ、そこは一線を引いて自分たちは、リハビリをして仕事に戻し、社会復帰をさせることを目的にしている。だからある意味で、ここは人材育成の場だと思っている。ただし病気のある人が相手で、最初は活動性が上がらないことも多いので、専門職を配置して病状に着目しつつ対応している。

私たちは「三つの貢献」を目標としている。

一つ目は「うつ病当事者の社会復帰への貢献」、二つ目は「企業への貢献」、三つ目は「精神医療に対する貢献」である。「企業への貢献」に関しては、予防分野での貢献を目標としており、Bowl でやっていることを企業の人事や保健師等にフィードバックできるようなシステム作りを目指している。また、「精神医療への貢献」については、以下のように考えている。すなわち、Bowl では非常にデータを重要視しており、毎日、朝から夕方まで通っている研修生たちの活動状況をデータとして集積し、行動分析を行っている。それを生かせば、治療のヒントになるのではないかと。そこで、心療内科のリハビリ施設のような機能を担っていこう、という目標を掲げている。

(3) 利用状況・活動内容の概要

BowLの利用者は平均年齢が39歳で、居住地は沖縄県の南から北まで広範囲にわたっている。職業は、障害者職業センターが受け入れていない公務員が、自然と多くなっている。利用を依頼してくる機関は、クリニックが圧倒的に多い。

入所案内では、実施してきたセミナーの内容や現在取り組んでいること、受け入れ基準等を明確に示している。復職支援プランはすべて個別に作成する。病院・クリニックとも密に連携をとる。プログラムの充実を図り、モデルケース作り、ジョブトレーニング、「clubB」といったものに加え、今、予防分野に関して新しいモデルを作り、学校共済等と一緒にしながら進めている。

今年2月には啓発団体のNPO法人を立ち上げた。この活動を充実させるため、理事にはさまざまな民間の社長に加わってもらい、私たちは事務局として運営を担当している。今年の取り組みとしては、「リワーク会議」や「BowL講座」を開催している。また、復職した人のフォローのため、平日は避けて土曜日に「Bスクール」を開講し、そこではいわゆる認知行動療法（CBT）を行っている。また、ピアサポーター制度、企業向けメンタルサービス、そして、支援者のための支援サービスである「アドバンス・リーチ」を行い、そこには時折、企業の人事担当者や保健師を呼んでフィードバックができるようにしている。

(4) 無職組（＝再就職組）と復職組とに分ける

当方は多機能リワーク施設であり、有職者も無職者も受け入れているが、それぞれ定員が決まっているので、その人数的なバランスを崩すことはできない。

復職を目指している有職者の場合はサイクルがあり、皆、休職期間を終えると施設から出て行く。しかし、も無職者（再就職者）の人の場合は、自ら「働きたい」と思うようになり、実際に働く場所が見つからなければ出て行けないため、どうしてもここに留まってしまいやすい。

こうした違いゆえ、両者に対する支援の仕方は全く異なったものとなる。他の機関との連携の関係もあり、この両者が混在する中での支援にはやりにくさがあった。

沖縄の場合、企業全体の99%を中小企業が占めている。中小企業でうつ病になってしまうと休職期間が与えられることは稀であり、ほとんどの場合、退職してしまう。私たちは元々、有職者の復職サポートをメインに活動していた。そのため、復職のための支援力はどんどんついていったが、無職（再就職）の人への支援のノウハウをあまり持っておらず、受け入れをお断りすることもままあった。しかし、我々の施設の見学者は圧倒的に無職の人が多く、そこで無職者を、再就職者に限定して受け入れることにした。そして、復職組と再就職組とでプログラムを截然と分け、来月からそれぞれが全く別々のプログラムを行うよう計画中である。

(5) 再就職者（就職経験のある無職者）向けのプログラム：「BowL JoB（ジョブ）」

したがって、現在当方には、プログラムが二つある。そのうちのひとつである「BowL JoB（ジョブ）」は、就職経験のある無職者向けで、「JoB チャレンジ」「JoB アウト」「JoB チャージ」「JoB トレーニング」「JoB リサーチ」認知行動療法を中心に、これら5つのトレーニングプログラムを用意している。例えば「JoB チャレンジ」では、私たちスタッフがとってきた仕事をBowLの中で利用者にやってもらい、その報酬が得られる仕組みにしている。それによって、無収入だった時とは異なり「お金をもらう」ということには責任感が伴うことを体感してもらおう。こういうものをどんどん採り入れている。

また、「JoB アウト」では、実際に提携企業に足を運び、そこで働き、お金をもらう。勿論、一気に「JoB アウト」のみに切り替えてしまうことはせず、施設内のプログラムも並行させ、内・外の往復を繰り返すな

がら進める。活動性の低い人もいるので、施設内では、ヨガ、アロマ、PCスキルの講習や、外で頑張って成功している人たちの話を聞くコーナー、CBT、キャリアデザインがどうしても必要になってくる。さらに、ドクターのセカンドオピニオンを聞く機会を作り、体力の増強や維持のためのプログラムも実施している。

(6) 復職者向けプログラム：「BowL BiZ（ビズ）」

有職者で復職を目指す人たち向けの「BowL Biz（ビズ）」の場合は、自分が戻る職場に合わせて、必要なスキルを自ら学んでもらう。復職する人たちは、自分の職場に合わせた自習をしていく。当初私たちは、あらかじめ決められたプログラム以外を行うことに抵抗があったが、各々が自分の置かれた状況に応じて復職に向けた準備をしっかりとできるなら、それは良いことだと考えるようになり、重要視するようになった。少しプログラムも変えた。例えば英会話では、日本語の通じない外国人講師を置き、英会話でのコミュニケーションの活性化を目指している。ただ、ここには体力系のプログラムがないので、ヨガに参加してもらったり、「ジョブ」のグループと一緒に畑仕事をやらしてもらったりすることで変化をつけている。

(7) 再就職組（就職経験のある無職者）と復職組を混合してもシナジー効果は見られない

所属先があって復職するというシチュエーションにある人と、就職したことがなかったり、退職したために復職先がなかったりする人とは、たとえ病気の状態が同じだとしても、就職のためにやるべきことは全く違うはずだ。ただ、この両者を区分けして対応しているところは、あまり見られない。しかし、この両者を混在させて一緒にプログラムを受講させても、意外にもシナジー効果は見られなかった。我々自身、当初はシナジーが起きることを期待してもいたが、実際は、一つのグループの中で復職組・再就職組が別れて別々の小グループを作ってしまった。目的も違うし、ステップが違うのだから、それは致し方ないことだろう。

例えば、復職組は朝9時からきちんと通所する。再就職組は自分のペースで、好きな時間にやってくる。そうすると、復職組がリーダーシップをとり、再就職組は甘えてしまうので、この両者は分けた方が良い。また復職組は、仕事に戻るという目的がはっきりしているもので、朝のリズムも自主的に整える。一方、無職組は、そういった拘束を自分に課す必要性を感じていない。BowLには強制力はないので、「きちんと働くためには朝から来たほうがよいよね」とスタッフがアドバイスしても、「働く時になったら、きちんとするから」で終わってしまい、生活リズムの改善につながらない。それをどう自立させるか、どう自分で気付かせるかということが課題だ。

一般的に彼らは、スタッフや主治医の話よりも、自分と同じような状況の人の話を聞き入れやすい傾向がある、と言われている。しかし実際には、復職に対する意識の高いメンバーの言葉は、決まった復職先を持たない無職の再就職組には響かない。シナジー効果によって、意識の低いグループが意識の高いグループに影響されることを期待したが、いわゆる「2-6-2の原則」（集団の内部は、優秀な人が2割、平均的な人が6割、下位の人が2割、といった構成になりやすい）がここにもあって、無職組は「別に朝早く来なくてもいいじゃん」と言い続けて落ちていくばかりであった。

ならばせめて、無職組の中で「2-6-2」を作らなければならない。そうでないと彼ら全員が、スタッフと対峙してしまう。スタッフの仕事は、彼らに苦言を呈することではなく、サポートすることなので、本人たち自身が「やりたい」と思ってくれないことには始まらない。

(8) 「エンパワーメント」を理念に「集団の力」を生かす

BowLでは大人に対しての対応をする。BowLは「エンパワーメント」を理念としており、そのために、「集団の力」をいかに生かすかを考えている。スタッフがいつまでも手を貸しては意味がないので、よ

りよい集団を作るため、見学希望の人にもどンドンフィルターをかけ、合わない人からの入所希望はお断りする。見学体験者の感想は、主に二種類に分類できる。すなわち、集団で行うプログラムの見学後に「自分もここでやってみたい」「ずっと家に居るよりは、ここにきたい」という感想をもつ人はBowLに合う。しかし、「うつ病の人たちが、こんなにコミュニケーションできるのか」「この集団の中にいると、私はひどく劣等感を抱いてしまう」という人は合わない。

近年、「新型うつ」のような若い世代のうつが取り沙汰されているが、我々は「集団の力」を一つのテーマとしており、集団内には年齢によるメンバーの序列はないため、それぞれの年齢が若いか否かはあまり問題にしていない。集団は社会のコミュニティの雛形なので、私たちスタッフはしっかりと観察しモニタリングはするが、あまり介入はしない。勿論、このやり方にメリットもデメリットもあることは認識しているが、若い人たちが年配者から「リーダーシップを發揮しなさいよ」と言われたり、先輩の話を聞いたり、といった、年代を横断する横の繋がりが非常にうまく作用している場所ではある。親や職場に対しては反発してしまうという人も、ここではそうしたことも無いので、私たちも彼らとの間にしっかりと関係性を作ることができる。ただし、職場に戻ればまたどうしても周囲の人と対立してしまうことがあるので、そこで私たちが間に入るかどうかは課題である。

(9) 病名よりも病状に注目して対応する

私たちは病名に拘るのではなく、あくまで病状を観察していく。社会の変化に伴い、コミュニティのあり方やコミュニケーション手段が激変しているのだから、当然、各々の病状も以前とは異なるだろう。ならば、病名ごとに定義された固定的なカテゴリで実際の病気を扱うよりも、状況によって流動する病状に着目した方が良いと思う。

今、障害について勉強をしていると、かつて民間企業に在籍していた頃に出会ったさまざまな人について「あの人は発達障害だったのか」「自閉症だった」「アスペルガーだった」「うつ病の手前の気分障害だった」などと思い返すことが多々ある。しかし、当時は彼らが病気だとは全く考えなかったし、今も、それぞれの病名が特に問題だとは思わない。

ただし、病気の症状が前面に出ることは事実なので、その点は配慮しなければならない。反発してくる人もいるし、施設長の部屋をノックして「言いたいことがある」とクレームを持ち込む人は数多くいる。在職中もそうしたことが多かったのかもしれないが、ここでは、きちんと言葉で伝えれば理解をしてくれる。

(10) 適応障害の症状と「新型うつ」／キャパシティの小ささが問題

うつ病の診断を受けていることが入所の条件ではあるが、ほとんどの場合、うつは二次障害であり、一次障害として最も多く見られるのは適応障害である。BowLの研修生たちは、ここにいると元気でよく笑い、コミュニケーションも盛んだ。旅行にもよく出かける。いわゆる「新型うつ」の人は、「職場では仕事をせず、夕方以降に元気になる」とよく言われるが、BowLでも皆元気なのだ。つまり、コミュニティという自分の居場所があり、ストレス要因を取り除けば自然と元気でいられる。そう考えれば、やはり新型うつには適応障害が大きく影を落としているのではないか。

そして、対人関係の弱さと適応障害に加え、最近彼らを見ていて非常に強く感じるのは、キャパシティの小ささだ。少しのことでも多大なストレスが負荷としてかかっている。普通であれば何の問題もないことに対して、極めて過敏に反応する。こういう人たちは3ヵ月も持たずに、ほぼ確実に再発する。誰が何を言ったわけではなくとも、彼らはどンドン消耗し疲弊していく。そして結局また動けなくなり、睡眠が乱れ、土日に休んでも休めた気がせず、月曜日になるとまた仕事で苦しくなる。

彼らに対するカウンセリングは医療に任せ、私たちはコーチングを行っている。(BowLの頭文字の「B」をとり、「B コーチング」と呼んでいる。)既に本人は自分の中に答えを持っている。私たちは話を聞きながら「じゃ、こういうふうにしたらどうするの?」といった問いかけを適宜行い、その答えを引き出していく。彼らは疲れ切って泣きながら話した後、元気にはなるが、さほど間をおかずにまた泣きながらやってくる。こうしたことをこまめにずっと繰り返していかなければならない。彼らは充電できるキャパがとても小さいのだと、つくづく感じる。これがよく言われる「脆弱性」なのだろう。それは持って生まれたものもあるが、ほとんどは事実に対して思考の修正をしていけば改善は図れると思う。

(11) 行動のパターンを見る

パーソナリティ障害の人は周りを乱すので、対応が大変だ。ただし、反発されても、お互いの信頼関係があるので、何とか話はできている。

彼らは、自分の思い通りにならない状況に耐えられない。承認欲求が非常に強く、頻繁に「優しい言葉がほしい」「頑張っているのになぜ認めてくれないのか」と考える。だから、承認が得られないと、自己肯定感が下がっていく。

BowLの研修生同士は、皆よく励まし合う。ハグをしたりして、仲間のひとつひとつの行動についての承認欲求を満たしてあげようとする。しかし、職場に戻ればそうはいかないだろう。職場でそういうことをやってもらうことは可能だろうが、上司が彼らの承認欲求を十分に満足させることは難しいと思う。ただ勿論、上司がそれを行えば効果があることを、職場には伝えるとよいだろう。

自分の思い通りにならない状況に耐えられないというのは、いわゆる新型うつ(適応障害)の特徴であり、先ほど話したキャパシティの小ささの問題とも関わってくる。それは、携帯電話の充電に例えるとわかりやすい。蓄えたものをすべて使い切ってしまうと、ゼロから始めなければならないので、次に充電を完了するまでにはかなりの時間がかかってしまう。

彼らの状況は、それとイメージが非常に似通っている。エネルギーをすべて使い切ってしまう、いわゆる「ほどほど感」がない。例えば私だったら、50%くらいになれば残量を気にしながら使って消費エネルギーを抑えるので、あとは夜に多少充電すればすぐに100%になる。通常は皆、仕事や生活の場において、そのようにするものだと思うが、彼らは全く違う。大体皆、100%の充電を一気にゼロまで使い切ってしまう。

そういった行動を分析できるのがBowLの強みだろう。彼らの行動にはパターンがあるので、そのパターンを見よう、と私たちはよく言う。ここは5時に閉めるが、プログラムは3時に終了し、5時まで学校の放課後のようなイメージで、皆がフリートークをしている。フリートークの良さは、それが意味でピア・カウンセリングになるということだ。彼ら彼女らがお互いにピア・カウンセリングし合ってくれるおかげで、私たちスタッフのところに相談に来ることがさほど多くはない。それに、相談に来るとしても、一応、考えが整理された上で来る。個人的で些細な問題を解決してから来るので、考え方の下地は既に出来上がっているから、とてもよい。

そのフリートークに私たちは加わらない。もし「家庭で」「薬が」「昨日の睡眠が」といった話から関わっていたら、スタッフは疲れてしまう。それは研修生同士でやってもらい、非常に効果が上がっていると感じる。ただし、終わりの時刻を決めずにいると、彼らは夜9時くらいまで残ってフリートークを続けており、それも良くないので、一旦5時に帰らせることにした。

要するにここは彼らにとって、居心地のよい「居場所」なのだろう。他の場所と異なり、ここは、自分が病人であることが許され、承認されている場所であるからだ。

ただし、他の福祉施設の関係者や福祉施設を利用したことがある人からすると、BowLは少し厳しいと思

われるところもあるようだ。「職に就く」という目的をもって通所し、決してここを長期の「居場所」にしないようにしてもらおう。福祉施設はどちらかというと「2年間いていい」というスタンスだろうが、私たちのところは違う。「JoB（就職経験のある無職者）」では、通所可能な期間を最長で1年と決めており、早い人は6ヵ月で出て行く。一方、「BiZ（復職を目指す有職者）」の場合は、勤務先の休職期間が大体3ヵ月から半年で、そこに延長期間を加えても、ほぼ平均8ヵ月くらいで出て行く。意外と回転が速い福祉施設である。

(12) 生活保護受給者の支援は難しい

沖縄県は生活保護受給者が多く、研修生の中にも今3名ほど受給者がいるが、支援はとても難しいと思った。彼らはここからなかなか出て行かない。せつかく受けることができた、ある意味で特権的な保護を失うことには、勇気が要るのだろう。私たちの所には生活保護受給者の枠はあるが、3名以上を受け入れるのは難しい。彼らは面談回数を非常に多く必要とするのに、それによって変わっていくことがあまりない。メールステップを要求され、その結果、2年間在籍することになる。だから今は、生活保護受給者の新規受け入れは行っておらず。今いる3名が出て行ったら、枠を無くそうかと考えている。うまく回転するのであれば受け入れるが、現状としては難しい。県内の他の方たちに聞くと、やはり皆、生活保護受給者の支援は難しいと言う。

(13) スタッフが疲弊しないようにする

元々福祉業界での経験がなく、「まずは自分たちができるキャパでやってみよう」と考えて始めたので、無闇に枠を広げるのではなく、経験を積むことができた分野から手を広げていこうと考えている。そして、できることについては責任をもってやる。

私が一番気にかけているのは、スタッフの疲弊感だ。これだけは防がなければいけない。ここには研修生として病院の看護師や福祉の心理士等、いろいろな人が来るので話を聞いてみると皆、支援の場において一番大変なのはスタッフだと言う。だから、スタッフだけはきちんと守りたいと考えている。

スタッフは毎日、ネガティブな話や「死にたい」という話を受け入れなければならない。この仕事をして、最も怖いと感じたのは、自殺である。希死念慮のある人たちが結構入所してくるので、その場合には、6～7名しかいないスタッフのうち、1人2人がかかりきりとなる。結果的に残りの研修生20～30名につき、スタッフ2人で対応しなければならなくなったりするため、本当に希死念慮の強い人たちは医療にお願いするようにしている。医師が「気にしなくてよい」と言っているにもかかわらず、ワーカーに頼んで、ストレスケア病棟への入院手続きをお願いしたりしている。今、1人、ストレスケア病棟から帰ってきているため、常にリスクを背負った状態になっているが、そういったこともこの3年間、何とか乗り越えてきた。

医療の力は、最悪の状態を考えたときには絶対に不可欠なので、密に連携するようにしている。特にKドクターには起ち上げの時にサポートしていただき、今も月1回来てもらったり、重い状態の人に対するセカンドオピニオンをもらって転院を勧めたりしている。「病院でセカンドオピニオンをとるとお金がかかるので、BowLでやろう」といった具合の親身なサポートもいただき、6人ほど転院を勧めたが、皆それで良くなっている。コメディカルができるので、このドクターと病院専属の臨床心理士と職場の人を呼んで、ここでよくピア会議をする。

(14) 一流の講師を呼ぶ

発達障害者への支援は非常に難しい。沖縄県には、発達障害者に対する支援で脚光を浴び、沖縄タイムズで連載も持たれていた有名な方がいる。その方を私たちのところに呼んで話をしてもらったところ、4～5人がきわめて自然な感じで「自分は発達障害かもしれない」と手を挙げた。こうしたアプローチは今とても人気があるらしいが、私たちは逆に、あまり病気に限定されないプログラムを意識的に実施するようにしている。病気に関係することは、病院にしっかりやってもらえばいい。私たちが取り組むべきだと考えているのは、その他の部分だ。

一旦仕事を休んでいる人には、「乗り遅れ感」がある。そこで、彼らの自己否定を軽減し、「自分は今、頑張っているんだ」「休むことによって、こういうことが勉強になったんだ」とポジティブに捉えられるようなプログラムを、外部講師にもお願いしている。来てもらうのは一流の先生も多く、県内のみならず東京でも活躍している人材講師を呼んだりもしている。私たちと直に関係のある人や、関係者の紹介がある人しか依頼しないので、皆、私たちの事業内容や、多額な謝金は出せないことを理解したうえで引き受けてくれている。

講師には、「お試しのようプログラムを実施してほしい」とお願いしている。本格的なものを受講したいと思ったら、それぞれが個人的に申し込む。例えば、今来てもらっているアロマの先生の場合、自分で教室を持っており、そこで開講されている本来の講座の受講料は高額である。しかし、ここでお試しのプログラムを受けた研修生のうち3名ほどが、この先生の教室に通って資格も取った。要するにここで行うお試しのプログラムは、デモンストレーションのようなものだ。本格的な内容の講座は、月に1回しか来ない先生には無理だ。県内の優秀な書道の先生にも来てもらっているが、そこでも、研修生にはまずこの時間枠の中で楽しんでもらい、興味がある人は個人的に教室に通ってもらえればいいと思っている。

こうしたことは、関係のある人以外に依頼するのは難しい。沖縄の地の利を生かすことができ、民間企業にいた頃にいろいろな業界と繋がりを持っていたことが、今生きている。余力があって優秀な人たちの中には、「1ヵ月に一度くらい、報酬は低くても人の役に立ちたい」という気持ちを持っている人が多い。

(15) スタッフの力量が問われる

研修生の中には、ドクターが3人ほどいる。うち2人は研修医で、過密なスケジュールの中でうつを発症してしまった。また、国家公務員を含め、公務員も非常に多い。彼らはやはり学ぶことに貪欲だ。リワークに来る人は本当に優秀で、リーダーシップもきちんととることができるため、スタッフの力量が試される。キャリアのある人が多いので、言語化できる力を持たないと、スタッフは研修生に対して、説得力を持った対応ができなくなってしまう。

BowLは通所率100%をめざしているが、現在は、87%ほどである。「JoB」のメンバーが通所率を下げているので「きちんと来るように」と言うと、「BowLは自分たちの利益のために通所させようとしている」。「お金を出しているのだから、休みたいときに休ませてくれ」などと言いがかりをつけてくる。そのような場合、彼らを説得して納得させる力量が求められる。しかし、そうした中、スタッフはよく頑張っている。精神保健福祉士3名、心理士2名、民間出身3名のスタッフ全員に、産業カウンセラーの資格も取らせている。

(16) 男女比率は半々

研修生の男女比率は、年間を通して概ね半々である。聞くところによると、いわゆる新型うつは女性のほうが多いということだが、こうしたところに通所してくる人も女性が多いかということ、また話は別だ。確かに、男性に比べて女性にはストレスが多い。育児や家庭のサポートといった場面でストレスを感じるこ

とが男性よりも圧倒的に多く、しかもそのストレスを昇華する時間が少ない。特に仕事を持っている女性の場合、ストレスは大きいだろう。だから、発症するのは女性が多いのだろうと思うが、通所者を見ていると、結局男女比は半々になっている。

(17) 運動を積極的に取り入れる

「うつ病の人には運動させたほうがよい」「日の光を浴びさせたほうがよい」などよく言われている。ここでは畑にも行かせるので、研修生は日の光をよく浴びる。運動も盛んに行っている。夕方の3時から5時にかけて、近くの陸上競技場に皆で走りに行ったり、ここで筋トレをしたり体幹トレーニングを行ったりしている。皆、うつ病患者だとは思えないほど、活発に運動する。そういうところを実際に見て、私たちは価値観が変わった。一般的にうつ病といえば、元気がなく、1日中ボーッとして、体を動かすことを億劫がる人たちだ、というイメージを持っている人は、ここに来ればすっかりイメージが変わると思う。

(18) 本人の自主性が鍵

研修生たちは、自分でBowLに関する情報を見つけて通い始めた、というケースが多い。主治医の紹介がきっかけとも言われるが、元々は、私たちが病院に置いてもらっているパンフレットを当事者自身が見つけた、「ここに行きたいのだが、どうだろうか」と主治医に相談して確認をとり、賛成が得られたので来た、というケースが最も多い。また、ホームページを見て来た、という人も多い。そういう人たちはここに来た時点で既に、職場に戻ることに對する関心を持って自主的に動き始めているため、初めから活動性が高く、自律性や自主性を持っている。その上で、休職中の時間をつぶせる場所、苦手なコミュニケーションをもう少し強化できる場所を求めて来ているので、彼らの自主性をいかにして継続させるかが鍵だ。

一番良くないのは、ドクターや人事、母親や妻に「行きなさい」と言われたから来た、というケースである。中でも特に、親が「うちの息子を」「娘を」と言って連れてきたケースでは、ほとんどうまくいかず、通所が継続しなかった。

(19) 希死念慮の強かった事例

希死念慮が非常に強く、毎日「死にたい」と言ってプログラムに参加せず、通所しても事務所でずっと泣いている研修生が、以前いた。県外で働いていたのだが、一人暮らしをしていてリстокットをするため、母親が見かねて沖縄に連れ帰り、「BowL というところがあるけれど行って見ない？」と勧めてみたが、最初、本人は行きたがらなかった。そこで母親は、特に行き先を告げずに娘をBowLに連れてきて、食事中にさりげなく「ここがBowLみたいよ」と場所を教えたりしていたらしい。その結果、1ヵ月ほど経って娘はようやく「行ってみようかな」と言い始めた。母親は「行きなさい」と高圧的に命ずることはせず、娘が自主的に通い始めることができるよう地道に根気強く一生懸命サポートしてくれた。これは非常に望ましいことである。

しかし、いざ通い始めたものの、初めの頃、彼女はなかなかBowLに定着しなかった。希死念慮はますます激しくなる。主治医は県外にいるので、転院して沖縄の病院に通い始めたが、うまくコミュニケーションがとれない。家に帰ると泣きわめき母親に反発するため、母親が参ってしまったって仕事を辞めることになってしまった。

そこでもう一度転院させ、母親も一緒にカンファレンスを始め、心理検査を行ったところ、初めて発達障害だということが判明した。そこで、それまでとは異なったアプローチをしようということになり、沖縄県の発達障害を専門にしている施設と提携して、母親が勉強を始めた。その結果、娘の病気に対する理解が深

まり、それまで悩んでいたことが昇華され、娘に対するアプローチが変わり始めた。

そのさなか、娘の方は家出をしてしまい、1週間後に帰ってきた。BowLも嫌、家も嫌、ということだったが、実際にそこを離れてみると、非常に疲れたらしい。つまり彼女は「枠をはみ出したいけれど、いざはみ出してしまうと自分は疲弊してしまう」ということを身をもって体験した。そこで彼女はその後、枠を広げる努力をして成功し、今はもう県外で何の問題もなく生活している。

この支援はとても勉強になった。家出中、いつ自殺されるかわからない中で、私たちはどういうスタンスをとるべきか非常に悩んだが、「少し距離を持って接しよう」ということにした。母親、当時の臨床心理士、Kドクター、当時の発達障害の施設との関係がなかったら、うまくいかなかったかもしれない。しかし、「あんなに難しい状態だった人でも、こんなに見事に回復するのだ」という事例に間近で接し、私たちも大変勉強になった。

(20) 大人の発達障害の診断は必要ない

ただ、そこでひとつ問題になったことがあった。彼女はそれまで自分の病気をうつ病だと捉えていたが、この時初めて発達障害だとわかった。診断された当初は「霧が晴れたように感じる」と言っていたのだが、時間とともに再び苦しくなってしまったのだ。なぜかといえば、「自分はもう BowL に来てはいけない。なぜなら BowL はうつ病患者だけのための施設だから」「発達障害だとわかったからには、それを会社に伝えなければならない。しかし会社は私をうつ病だから受け入れていたのだ。つまり私は今まで会社に嘘をついていたことになる」というようなことを考え始めたからだ。

ドクターに聞いた話では、「子どもに対しては病名を伝えてもいいが、大人に発達障害であると伝えることにはあまり意味がない」ということだった。発達障害であることは、周りが知っていればいいのであって、本人が聞くとさらに辛さが増すのだと思う。これを乗り越えるのも結構大変だった。

(21) 集団の力を活用する

時々、周囲からは理解しにくいタイプの研修生が入所してくることもある。最初は、先輩の研修生たちにとってその人は受け入れがたい相手であり、本人自身も集団への拒否反応を示しているため、一時、集団の和は乱れる。しかし私たちスタッフは、個別対応はするが、集団の場には一切介入しない。なぜなら、そういう状況は、集団の力によって、じきに変化するからだ。例えばその人がしばらく休み、久しぶりに通所してきたりすると、皆寄って行って「元気だった?」「久しぶりだけれど何かあったの?」と声をかけるのだ。そして、そうしたことが繰り返されるうちに、徐々に本人も集団の中に居場所を確保し、溶け込んでいく。そこに私たちは一切介入しておらず、そういう意味では集団の力というのはとても大きい。ただし、それはマイナス方面にも強力に働くおそれがあるので、そのバランスに注意して観察することが私の役割だと考えている。リワークとは、こうした場の力を最大限に利用し活用することかもしれない。

(22) 研修生に役割を持たせる

福祉業界は福祉サービスに依存して存続しているため、事業規模が非常に小さく、事業収入を増やすことが難しい。だからマンパワーが足りないときには、学生をはじめとして、いろいろなところでボランティアを募集することで、サポートの人手を確保しようとすることが多い。

私たちも以前、スタッフが3、4名しかおらず苦しいときがあったので、ボランティアを募集したことがあった。学生を中心に8名くらい来てもらっていたこともある。しかし、元々ボランティアに頼みたい仕事の量が膨大にあるわけではないので、彼らがだんだんと仕事ができるようになってくると、やっってもらいこ

とがなくなってくる。

ある日、スタッフから「今日はボランティアが3名来ますが、何をさせましょうか」と尋ねられ、疑問が生じた。「ボランティアに何をさせるかを、いちいち頭をひねって考え出さなければならないというのは、おかしいのではないか?」「元々やってほしいことがあるから、ボランティアを頼んでいるのではないのか?」と、ふと思ったのだ。

そこで、ボランティアの募集は止め、仕事は研修生たちに依頼することにした。なぜなら彼らは立派な職業人であり、しかもいつも目の前にいて、やってもらいたい仕事があるときにだけ依頼することができるからだ。そこで細かい雑務（例えば、新しいパンフレットを折る、といった作業）は、入所して1年目の後半の研修生の担当とした。

それは、彼ら彼女らが「自分たちは BowL の一員だ」という意識を持てることにもつながり、BowL の集団の力を強めることにもなった。彼らは夕方になると、こちらが依頼しなくてもいつも「仕事ないか」と言ってくるようになった。

(23) 自主性を引き出す

人間は、役割を持つと変わる。研修生たちは積極的に事務室に訪れ、仕事をしたがるようになった。事務室には研修生たちそれぞれの個人情報がかかっているため、「ここには入ってきては駄目だよ」と注意しなければならぬくらい、彼らは仕事に対して積極的になった。外部向けのセミナーを開催した際には、受付、整理、席までのナビゲーター等、全部研修生が行った。普通に考えれば、彼らは表に出たがらない、人に顔を見られたくない、という固定観念を持っているに違いないのだが、「そうした考え方を捨ててやってみてはどうか。駄目だったら駄目でもいいではないか」と提案してみたところ、皆、受付をやる。

このようにしながら、研修生たちの BowL に対する愛着が増していくようにした。やはり役割を持つことはよいことなのだろう。役割がなければ「お客さん」という立場でしかない。役割があれば、脳の働き方がまるで変わってくる。

だから私は BowL の場合、スタッフが管理職で、研修生がスタッフのようなものだと思っている。そうすると良い形で、ひとつの組織としての力が発揮されるようになる。私は3ヵ月に1回、研修生と全員と面談し、彼らの生の声を確認する。そこで疑問に思うことがあれば、スタッフにフィードバックする。このようにして研修生との関係作りも、組織作りと並行して行っていく。例えば、新しい見学者が来ると、研修生が、「お客さんがいらっしゃいます」と教えに来る。だから見学者は研修生のことを「あの人たちはスタッフだ」と思うらしい。

外部の関係者が見学に訪れた際にも、すべて研修生が対応する。彼らは、そもそも働いた経験を持っているのだから、能力は十分に持っている。そこに刺激を与えると、彼らの持つ自助作用もしくは自主性がどんどん活性化してくる。私の方でプログラムはきちんと作ってはいるが、これを行っているうちは、研修生は受け身である。こういうものをいつまでもやっていると研修生は「BowL って何をしてくれるんだろう?」「これをやったらどういう効果があるんだろう?」と、受け身でいることが当たり前になってしまう。私はあくまでもプログラムというものについては、一定の時間を費やすことによって、本人たちがスキルを身につけてくれれば良い、という程度にしか考えておらず、あまり重要視していない。それよりも、自主性をどうやって促していくかが肝要だ。自分の意思で BowL にきちんと通い、自ら BowL をきれいにし帰って行き、それを、いかに次の後輩たちに伝えていくかを、彼らに考えてもらいたい。

この部屋の窓には、直射日光がよく入り、外から中がよく見えるので、鏡のようなフィルムが貼ってある。私は不器用でフィルム貼りが苦手なので、これらは皆、研修生が貼ってくれた。掃除も、個人情報の置かれ

ているスタッフルーム以外はすべて研修生が行う。「BowL の設備はすべて皆さんのためのものなのだ。だから皆さんが掃除するのは当然でしょう」という考えからである。掃除というのは毎日できる非常に優れた作業だ。BowL の中には土足では立ち入れない上に、掃除を毎日行っているの、以前一度、業者に頼んで掃除をしてもらおうとしたら、業者から「掃除の必要はない」と言われた。毎日掃除しないでいたら、結構汚れていただろう。

(24) 研修生がプログラムを作る

逆にプログラムそのものを研修生が作ってみるとよいのかもしれない。研修生のうち、1人は産業カウンセラーの養成講座を受講したりメンタルヘルスの検定を受検したりしているので、プログラムの中でプログラム作成をお願いしたことがある。プログラムの中に例えば「産業カウンセラーの資格を取る」というプログラムもあってもよいと思う。そうしたら皆、やる気を出すだろう。

元々学校の教師である研修生が、自分の復職後の模擬訓練として、「道徳の授業をやらせてください」と言うので、やってもらったこともある。また、海上保安庁の人がいたので、彼が講師になって避難訓練をやったり、沖縄県の危険な海の場所のレクチャーをやってもらったりもした。本物のマネキンを持ってきて、AEDの使い方の講座などを、皆でとても楽しんで行った。彼らは、教える立場にある時の方が生き生きとする。「どうして働けないのだろうか？」とってしまうほど本当に素晴らしく、生き生きした姿を見せる。こういうことは非常に大事だ。

だから私たちは、若年性うつであるとか、そういった枠には縛られず、逆にそれを気にしないよう心がけている。たまたまそういう状態に陥ったけれど、ここにいることで「随分よい方に変ったね」と言われ、職場に戻ってからも「おお、大したものだ、半年経って、まだ仕事を続けることができている」、3年経っても「ずっと働き続けることができている、ということは、実はうつではなかったのではないか？」と、周囲から言われるようになることが最も望ましい。

BowLのような場にはいろいろな人が集まるから、いろいろなアイデアがどんどん出てくる。そこにスタッフは無理に介入せず、時には近くで、時にはある程度距離をおいて眺めていればいいのかもしれない。

(25) 復職支援の事例

公務員の復職事例だが、その人が働いていた職場で、この人は、リハビリのプログラムを使って復職する初めてのケースだと聞いていたので、そのリハビリスケジュールを作ることから支援が始まった。公務員の間で言われる「復職試行」である。例えば、朝通勤して1時間、職場にいた後、すぐに家に帰って休むのではなく、BowLに移動して17時まで活動することにより、1日8時間、週40時間働く体力を養成する。

最初の2週間はこのような形でトレーニングを行った。3～4週間は午前中を丸々リハビリ出勤にあて、午後はBowLに通所させた。5週間は、昼食時間まで職場にいて、同僚と食事をとらせるようにした。次は15時までリハビリ出勤を行い、その後はBowLには戻らず帰宅していい、ということにした（BowLよりも自宅の方が職場に近い）。こういう形を2ヵ月間続けた。

その間、私は2週間に一度、職場に足を運び、「スケジュール通りに通勤ができているのか」「BowLでの様子はどうか」といった点に関して、本人が人事や上司と面談を行っているところをモニタリングした。

実際はこの計画も、本人が体調を崩したり交通事故に遭ったりしたため、順調には進まず、途中からは自宅で静養することとなってしまった。そして、リハビリ勤務を計画通りに完遂することができないまま、休職期間のタイムリミットとなり、そのまま復職することになった。その後は、休むこともあるが、とりあえず通勤できているということである。きっと職場の方がさまざまな工夫をこらして迎え入れたのだと思う。

(26) 病気やマイナス面にはあまりフォーカスしない

復職支援の事例であげた人も、職場ではいわゆる新型うつと言われ、医師の診断もあって来たわけだが、診断名に関してはあまりフォーカスしなかった。私たちがいちいち指摘しなくても、ここでは周囲の研修生が、本人の悪いところについてはっきりと「悪い」と言ってくれるため、多くの気づきを得られる。また、父親との関係性も非常に良くなかったので、あえて私たちのほうで父母会を設けたりした。すると父親が自分の非を認め、それを娘が聞いて、親子の関係がよくなったりもした。

就労支援では、病気やマイナス面を、あまりフォーカスしなくてよいと考えている。悪いところにフォーカスしてしまうと、人間はそこばかりに目がいってしまう。しかし、「あなたの欠点はこうだから、このように直しましょう」などという欠点をあげつらうばかりのプログラムでは、続けることすら困難になる。皆でその人の欠点を見つけ出すというようなことは、ここではしないようにしている。

(27) 分析結果を医療側に伝えて精神医療に貢献する

私がスタッフに指示したのは、BowL がやっていることを医療側に伝えようということだ。そのために、よくある復職準備チェックシートを私たちの間で改良し、コミュニケーションシートとして使っている。項目別に研修生がチェックを入れ、私たちのほうでそれを点数化し、さらに本人の自己評価と私たちの評価を書き加える。点数は、数字を入れれば自動的に計算されるようにしてある。私たちの評価は結構厳しく、彼らの自己評価との間に大きなギャップがあるので、それは面談で埋めて理解してもらうようにしている。そのようにしないと、第三者的な判断の意味がない。こういうものをもう少し具体的にわかりやすくしたいと考えている。

このコミュニケーションシートは、研修生と面談をして了解を得た後に、医師たちに渡している。医師は通常、通所日数を確認し、「ああ、こんなに来ているんだね」「全然来られていないじゃない」といった評価をする。しかし、コミュニケーションシートには、通所の日数だけではなく、もっと細かい情報まで記されている。例えば、きちんと通所できているようでありながら、実際は、朝は来られていないというケースもある。そういったこまやかな情報が記されたコミュニケーションシートは、医療との連携ツールとして非常に重要であることがわかってきたので、その中身をもっと良くしたいと考えている。AI（人工知能）を活用できたら、さらによいのではないかと思っている。このような形で精神科医療に対しての貢献をしたいと思っている。

(28) 情報共有を密にし、業務の効率化を図る

BowL の特徴として、スタッフ間の情報共有が非常に密であることがあげられる。私自身は直接支援に入っていないが、個々の研修生に対する具体的な支援の中身はほとんど知っている。こうした情報共有は、「チャットワーク」というものを活用して行っている。私は出張が多いので、ほとんど外でそれを見るのだが、仮に「荷川取さん、面談をしてください」と突然言われたとしても、一切困らない。

チャットワークには、「業務チャット」と「支援チャット」があり、その中には、「朝ミーティング議事録」や、私たちが研修生に郵便として投げる「BowL 郵便」等が含まれている。毎日スタッフが、例えば、「今日見学した方はどういう状態だったのか」といった情報をきっちりとするので、いつでもどこでも、それらをつぶさに知ることができる。「支援チャット」では、「今日はこういう方と面談しました」「欠席者に対応しました」といったことがすべてわかるので、外にいても BowL 内で何が起きているかがわかる。誰が対応をしたのか、誰にどれくらいの時間の面談を行ったのか等もすべて細かく記載されている。また、名前、年齢、主治医、病名、きっかけといったものは、必ずすべて同じ様式で書くため、とてもわかりやす

い。このシステムを導入することによって、残業を減らすことができた。スタッフにはできるだけ残業はさせたくないの、面談の際にその場で記録を入れていくことができるようにした。

情報はカテゴリ別に分類され、皆が見られるようになっている。例えば「good & news」というカテゴリは、BowL 研修生が送ってくるもので、すべて研修生自身が自分たちで上げている。読まずにいと、短時間で大量の書き込みが溜まっている。今日の午前中だけでも、私がまだ読んでいないものが多数上がってきている。他にも、「ジョブチャット」「ビズチャット」、職員、スタッフひとり一人の個人名のもものが上がってくる。これらはすべてデータとして残るので、ペーパーとしてプリントアウトすれば支援記録になる。だから別途ペーパーに書き直す手間もなく、監査対応もそれで行ける。

この「ワンスリー」というシステムを私たちはお金をかけて作った。皆の出席状態や休んでいる理由などを毎日記録する。誰が休んでいるというのは、Excel で作ってシステム化したものを使っている。これもどこでも見られるし、誰でも直せる。共有できる。こういうシステムをうまく使ってやっている。

チャットワークは私たちにとって、新しい試みである。私は朝のミーティングには出席しないが、どんな話があったか皆が情報をきちんと上げてくれるので、私はそれに対するフィードバックとして、「この点がちょっと気になるね」といった返信をすることができる。面談に関する情報に対しても、必ず私からフィードバックしている。そうしたフィードバックの記録も、画面上に呼び出せる。検索もできるし修正もできるので、非常に便利である。

これによって業務の飛躍的な効率化を図れた。勿論最初は、スタッフが密に入力するよう習慣づけるのが大変ではあったが、今は新しく入ってきたスタッフもこれを最初からやっているの、組織の中で情報は常に共有化されている。

文書を作るのでも同じような作業をするわけだから、その都度入れることを習慣にしまえば、問題ない。常に情報は最新なので、溜まることがない。面談時点でここまでできてしまえば、後は本当に必要があれば後で修正すればよい。そうすると効率が上がって、大体5時半には帰れるようになっている。

今、登録が50数名いて、しかも、既に出ていった人が時々3時くらいに来て、「今日は病院に行く日で午後から休みなので、ちょっと面談をしてください」と言ってきたりするから、相当の数になる。それを5名で見る。そうした突然の面談なども仕事の業績として記録される。私が外で見たときに「あ、今日来たんだ」と大体わかる。

(29) 予防分野で事業を成り立たせたい

私の中ではすごくやりがいを持ってこの仕事をしているので、ずっと続けたい。設備投資にお金がかかってしまうので、店舗をそんなに作ることは思っていない。それから、いつかはここをベースにして企業の中でやりたい。やはりいつかは「BowL がなくなってもいいよね」というくらいにならないと意味がないと考えている。BowL があるということは、いつまでも病気の人で事業を成り立たせていることになる。そうではなくて、将来は予防分野で事業を成り立たせたいと思っている。

(30) ストレスチェックへの対応

今回、ストレスチェックが改正になったことによって、BowL に対しても「ストレスチェックをやらないか」という誘いがあるが、一切やらないことにしている。その中に入り込まないで、その後の「どうにかしてほしい」ということへの直接支援をしっかりと考えている。そのシステムに乗ってしまうと、私たちは体力がないので、そこに時間を取られるのが勿体ない。その後の対応を一緒に考えられるような方向性だけは作りたい。

沖縄県には県外から社会保険労務士の人たちが作ったコンサルティング会社とか、いろいろな EAP とかが来て、「ストレスチェックをやりませんか?」「1人当たり 50 円でどうですか?」というアプローチをしてくる。要するに、ストレスチェックのデータを持ってくれば、こちらのほうで全部、きちんとしたグラフなり何なりにしてお返ししますよ、というそういうようなビジネスだ。それを見て何をどうするというのは、一切やらない。それは企業のほうでやるということだ。でも単純に、ストレスの重い人に病院を紹介して送ればよい、というようなことになってしまうと、別の問題が生じてしまう。

私たちはいろいろなドクターを知っているが、病院に誰かを紹介するということを積極的には行わない。そこは関係性がそれぞれあって、BowL はできるだけ公平性を目指したい。ケースによっては、直接支援をされていて「どうかな?」と思うときには、やはり信頼できるドクターにセカンドオピニオンをしてもらおう等、そのあたりのことは丁寧にやるようにしている。

(31) 大事なことは働き続けられるようにすること

こういう病気になってしまう人がこれだけいるのだから、これからやることはたくさんある。病気にならずに済むようにするのと、なってしまうとすぐ「大丈夫だよ」というのと、とにかく大事なものは、働き続けられるようにすることだろう。だから結局私も、再発防止を掲げてはいたが、最近1年目の人が戻ってくることもある。それであれば、常にリカバリーできる状態を作ろうと考えた。一時期、BowL を終わったら修了証書を渡していたが、これはやめた。修了証書を渡すと修了証書が次のリカバリーのチャンスを失わせるというのがあって、来なくなる。リカバリーしながら、転んでもトライ&エラーで、社会の中にどれだけ共生できるか、そこがやはりテーマなのかと考えている。

あまり再発にも拘らないでおこうかと思う。「再発したって構わないよ」「何回だってやり直そう」というほうが安心する。いかに楽になってもらうか、またひどくなったら、「まあ、しょうがない、またもう1回やろう」というような、それでいいのかなと思う。これが一番救われる。「何でまた病気になったんだ?生活が乱れているからだ!」という感じでやると駄目だ。

それも研修生から学んだ経験だ。「ちゃんとやっていたと思ったら、そうじゃないんだ」という難しさを感じた。1年目は良かった。「BowLのおかげで」といううれしい言葉をいただいた。でも結局戻ってくると、BowL のおかげとあまり関係がない。ある著名な先生から「いつまでも『おかげで』と言われているうちは駄目だ。やはり『自分の力で』と言えるような支援が一番だ」ということを言われたことがあり、なるほどと思った。社交辞令で言う言葉だろうが、「BowL さんのおかげで」と言われたときは、「そうではなくて、あなた自身の力です」とサッと切り返す。それでよいと思う。

とにかく今の若者たちは社会適応力が非常に弱くなってしまっている。先ほどの「キャパ」が全体として非常に小さくなっているという危機感があるのだろう。でも、この状態でどうやって生き延びていくか、だ。打たれ強くするとか、キャパを大きくできないものかなとは思ふ。気付きによってそうなる人もいるのだろうが、どうやっても神経過敏のままずっといってしまう人もいる。「それでも働き続けられているんだよ」という、そういう世の中になっていければいいと思う。

(32) 医療の中で生きている人を納税者に変える役割

もう一つの貢献は、彼らが企業に戻ることによって、納税者になることだ。医療の中で生きている精神病患者の人たちが、私たちのところに来ると、私たちは地域に繋ぐ、ここに滞留するのではなくここから出す役割である。精神医療で溜まっている方たちが、企業の場に移動できるような仕組みができればよいと思う。精神病棟のデイケアは、目標がそれぞれ違うので、活動性が上がる人たちは、できるだけこういうところに

来て社会復帰したほうが意味があると思う。

社会そのものではあまりにストレスがたくさんで大変だけれど、病院はその真逆で、中間が少ない。だから、いきなり病院から企業では大変だけれども、その中間のところで、ちょっと頑張って、くたびれたらまたちょっと調整しながら、というような振り子のような感じで続けているうち、いつの間にか企業にいたりする。こういう中間の場は絶対に必要だと思う。

そういう面では私たちもまだまだ力量不足のところもあるが、まだ3年目なので、3年目の力でよいと思っている。また来年、再来年、「以前は大変だというようなことを言っていたけれど、今は大したことはなかったな」と言えるようにしていきたいと思っている。そのためには少しでも進化していこうと考えている。

(2015年10月現在)

【考察】

民間企業が、うつ病者のリワーク支援を展開する中での、考え方から具体的な課題や方法まで、詳細に語られている。民間企業の臨機応変なフットワークのよさが感じられる。対象者は、休職中で復職をめざすグループと、現在は無職で再就職をめざすグループとに分けられる。この二つのグループは、一緒にプログラムを行っても相乗効果が期待できないと判断し、それぞれ別のプログラムとして展開するように方針を転換したことが注目される。ここで語られているさまざまな工夫は、今後、うつ病者の復職支援を新たに展開しようとする場合に、大いに参考になると思われる。

コラム2：一時的にうつ症状を抱えた事例

A氏は、経営者として成功し高額年収を得ている実業家である。以下、A氏からのヒアリングから抜粋しコラムとして取りまとめた。

【経営者のコメント】

いわゆる「新型うつ」については、うちの会社の場合は、たぶんそういう人もいたのだろうけれど、「合わない」ということで、うつとか何かだということがわからないで辞めていっていたんでしょね、きっと。

ただ、私がありましたよ。私が20歳の時。夢が無くなってしまった。高校の時にすごく勉強をして一番で卒業するわけですが、父親が亡くなって大学に行けなくて、高卒で銀行に入った。真面目で確実に処理能力が速いものだから、大卒と同じ店舗にまわしてくれた。そして20歳の時に外回りに出ると、「〇〇さん、金を貸してくれよ」という話が出てきた。そのとき、どんなことを聞いて、どうしたらいいのか、先輩に訊けばいいわけなのですが、それが訊けなくて、家に帰って勉強をしてからそのことに当たろうと思った。ところが、家に帰っても時間がない、勉強ができない。そして2日経ち、3日経ち、結局1週間経って、その会社の前を通れない。でも通らなければ仕事になりませんから行きますと、「〇〇さん、あのお金どうした？」と責められる。

結局ノイローゼですよ。その課に配属されたときに、営業会議で、営業マンが10名くらいいて、各係長が4～5名いて、次長と支店長がいる。その係長も、外回りの長とか貸付の長というのは30歳ぐらいの大卒の格好よいのが来るわけですよ。ところが出納係といって金だけ数える係の係長は万年係長で、もう定年間近の人がいるわけですよ。そして同じ係長ですから一応、席には座るんですよ。片方は朗々と格好良く話をする。そしてこの定年退職近いお父さんはちょこっと座っていて最後に「今、資金の状態はどうかね」と訊かれ、「今はこうなっております」ということだけ。それを見ていて、「ああ、俺もこうなってしまうんだな」と思った。そうしたら辛くて辛くて、それで結局、家へ帰ってしまいました。そして10日休みました。

でもさいわいその時の支店長から「外回りは無理か」と訊かれました。「外回りは無理です」と答えると、「じゃ、とにかく今辞めるな」と言われて、また、お金数えに戻されたんですよ。そこからお金数えを3年——その3年が辛いんですよ。新人が入ってきてもすぐに出て行ってしまうわけですよ。私だけずっと残ってお金数えですから。その時は目頭を真っ赤にしながら「いつ辞めようか」「いつ辞めようか」と思っていましたね。そういう時代がありました。一種のうつになっていましたね、振り返ってみれば。

吹っ切れたのは、2回目の「辞める」という事件を起こしたときに、本来だったらもうクビというところを、また直属上司ではない上司が「君を見ていると、お父さんもいない、友達もいない、相談する相手がいないのではないかな。もう1回考えてくれ。俺が課長にちゃんと話をするから。1週間休んでいいから、もう1回考えてくれ」と助け船を出してくれた。不思議ですよ、なぜそんなことがあったのか。今は理由がわかりますが、当時はわかりませんでした。それで「わかりました」と言って2日間休みをもらって考えたんです。本当は辞めたくないわけですよ。給料は高いし、格好よいし、もしかしたらまあ自分の好みの女性と結婚できるかもしれないし、などと思うと。もし銀行を辞めたら、土方をやるかもしれないし。「お前、土方をできるか」と自問自答しました。今なら何でもできるという自信がありますけれど、当時は「俺には土方はできない」と思いました。そうしたら、本心は辞めたくないのだから、もう出世などしなくても、万年平でも、万年金数えの係でも、それなら勤まるし生活に困ることはないから、「じゃ、いたらどうか」という結論を出したんです。その代わりに、仕事からは逃げない、と。

そうしたら、先輩に何でも訊けるようになった。要するに、見栄を全部捨てた。そうしたら今度は5年連

続頭取表彰ですね。「人生ってわからないな」と思いますが、そういう経験が一度あるんですよ。

実際に 20 歳の時の私は、薬局で睡眠薬なのか精神安定剤なのか、それを 1 瓶買って帰って、それを全部飲んで死のうと思ったんです。それで丸 2 日間寝っぱなしでしたね。今でもよく覚えていますよ。そういうことが私は 20 歳の時に 1 回あるんですよ。そういう経験があるから「あまり悲観的に思うこともないよ」ということもわかるんです。そのときはまだ、視野が極端に狭い、人生まだわずかしか見えていない、そういう、経験が浅いときでしたからね。

そういうときの上司からのアドバイスでしたね。あれがなかったら辞めていて、人生がどうなったか全くわかりません。そこでもし辞めていたら、駄目な人生を送ったんじゃないか。挫折したまま辞めていたから、たぶんそうなったと思いますね。ずっと挫折を抱えながら引き摺っていかざるをえないわけですものね。単純労働ならば別に難しいことはないの、やれたことはやれたんでしょうけれども、でも人生に失望してという状況に変わりはありませんよね。だから、ろくでもない人生を送っていたんじゃないかと思いますね。

今、その瀬戸際にいる若者が国中にたくさんいるということですね。引きこもりは、約 70 万人ですか。そういうのは、親御さんとか兄弟の方が心配をして「相談にのってあげてくれませんか」ということになる。だから、70 万人のそういう若者がいたとして、その倍くらいの家族が心配しているということですからね。だから世の中全体では非常に多くの人がこのことで困っているということでしょうね。それは誰だって、格好い仕事に就いて、人に褒められまくって、給料もよくて、いい異性と付き合って、というような夢を描いてその通りになっていけば本当にいいんでしょうけれども、その真逆ですからね。

その時の私の家って、4 畳半と 6 畳しかありませんでしたよ。トイレはありましたが、風呂はない。台所も半畳ですよ。立つところと流し台と、そんな家でした。それでもまあ、自分の持ち家でした。親父の退職金でおふくろがやっと買った家でした。そういうことがありましたから、憧れもものすごく強かったんですよ。親戚は皆金持ちで学歴も高く一流校ばかり。しかも上場会社の役員とか、自分で会社をやっているとかばかりでしたから、その落差が大きかった。しかも銀行に入ったら出世ができない。そういう無常観のようなものはすごく強かったですよね。人生は他に生き方がいっぱいあるんだということが、今ならわかる。でも、その時はわかりませんでしたね。

だから、やはり「もう 1 回考えろ」と言ってくれたその人ですね。私は自分でこういう人生を歩みましたから、若者には目を開かせてあげるような話をします。人生っていろいろな生き方があって、いろいろな道があるから、と。夢が描けるかどうかですよ。今の若者がこの世の中で夢が描けない。「職業生活で夢が描けていますか」といったときに、描けていないですよ。非常に厳しいですよ。以前は、頑張れば頑張った分、見返りは必ずあったじゃないですか。「こうなりたい」と思ったら、なれている人はいっぱいいたし、「自分だって」と思えたですよ。今は周りを見たら非正規職員ばかりで、給料は生活保護より安いとかこんな状況で、「夢を描けと言ったって」といったところなんですよ。

私はよくいろいろな人と話す時に、「好きなことでよい」と言うんですね。とりあえず食べなければいけないから、食べられて好きなことができれば、それが一番いいよ、と。やっているうちに、もしかしたら本当に夢が見つかるかもしれない、という話はします。孫たちにも、もう少し大人になってきて分かりかけてきたときには、「好きなことをやれ。好きなことは何がある？ その好きなことを徹底的にやりなさい」と、そういうふうに言ってやらせてあげようかと思っています。問題は、それで食べていけばいいんですが、好きなことで食べて行ければ最高ですけども。

【考察】

この経営者が回想する若年時の状況は、まさしくうつ状態に陥った状況だ。他罰性は見られないが、自殺

企図もあったほどに落ち込んだ体験である。しかし、そこから上司のアドバイスで救われ、立ち直り、ゆくゆくは実業家として大成功し、地域に多くの雇用を生み出し、地域社会の発展に多大に寄与し続けてきている。

この事例は、復職支援の対象となっているひとり一人の若年者は、単なる病者、不調者というのではなく、実はのちのち経営者等として大活躍するような可能性を秘めた若年者であって、今は単に、休息、考え方の修正、生活リズムの立て直し、生き方についての学習、人生プランの練り直し、基礎体力の強化等が必要な段階にあるだけなのだという理解をしてみる必要があるだろうことを示唆している。若年者の復職支援は、まさしくそうした挫折した若年者の再出発を期す支援という側面がある。

第2節 企業ヒアリングのまとめ

ここでは、企業ヒアリングにおいて確認された事項に基づいて、非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向についてまとめた。まず、企業において非メランコリー親和型の気分障害がどのように理解されているかを整理した。次に、企業のメンタルヘルス対応について、特に非メランコリー親和型の気分障害のある従業員の復職支援の動向について整理した。次に、そのような疾患の背景となっている、若年者が置かれている社会状況、特に、職業人としての基礎となる、コミュニケーション能力、組織に属して他の人々と強調しながら適切な行動を選択していく能力等、基礎的職業能力の教育について、どのような理解がされているかを整理した。そして、非メランコリー親和型の気分障害のある若年者の復職支援の具体的な方法について整理した。さらに、こうした疾患を持つ者を出さないようにするための方策や、再発を予防するための方策について言及した。

なお、記述において、ヒアリングにおいて頻繁に使用された「いわゆる新型うつ」の呼称を必要に応じて併用することとした。

1 非メランコリー親和型気分障害の理解

(1) 企業のうつ病についての理解

企業ヒアリングで確認できた範囲では、企業では、従来型のメランコリー親和型のうつについては、疾病や対応法についての理解が進み、「どのように接すればよいかわかっている」「ほとんど心配していない」とのコメントが多くあった。一方、非メランコリー親和型のうつについては、その呼称についても、その疾病をどう理解するかについても、企業としての対応法についても、まだ一定の共通した理解がなされておらず、企業は、混乱し困惑している状態にあった。また、特に担当者を初めとして、周囲の従業員が疲弊してしまうリスクが高く、早急に効果的な対応法が必要とされているとの発言が多かった。そうした中で、まず就業規則に則った雇用管理上の対応をする企業が多く、その上で余裕のある企業では、復職に向けたさまざまな工夫が為されていた。

(2) 非メランコリー親和型気分障害の呼称と理解

従来型の定型うつは、「今やうつ病全体の5%いるかないか、その程度だ」との発言もあるほど、うつ病の病態が変化しているとの理解が既に一般的であった。

非メランコリー親和型気分障害は、「非定型うつ」「定型外のうつ」「現代型うつ」「若年性うつ」「軽症うつ」「ディスチミア型うつ」「新型うつ」等々とも称されることがあるが、そういった呼称そのものを好まない、あるいは否定する人も少なからずいた。ヒアリングの場面では、こうした従来型のうつと異なる新しいタイプのうつについて、最も多くの人によく知られている用語であろうということで、合意の上で、仮に「いわゆる新型うつ」との呼称を基本的に用いることとなった。

いわゆる新型うつは、病状ではなく状態を表すものであるとする理解が一般的であった。その状態は、「選択性」「他罰性」に特徴があるとされる。選択性とは、うつ症状が状況を選んで生じることを言う。一般に仕事についてはうつ状態となるが、好きな遊びや趣味については元気になり積極的になる。他罰性とは、自責の感情が弱く、都合の悪い状況はすべて自分のせいではなく他人のせいであるとする傾向である。こうした特徴の背景には、認知の歪みがあるのではないかとする見解があった。他にも、「対人関係が苦手」「キャパシティが小さい」「承認欲求が強い」といった特徴が語られていた。

多数の人へのヒアリングで、そうした人の特徴が語られるとき、語られる特徴が驚くほど共通していたが、それは、いわゆる新型うつという表現は、その状態をさして造られた造語であるからと理解されていた。また、「自己本位で他罰性が強い」というのは、いわゆる新型うつに限らず、若者全般の特徴ではないかとする意見が多かった。注目されたのは、「困った行動をとる相手に対する負の感情が、新型うつという病名を仕立て上げたようなところがあり、周囲が困らされる行動の中には、社会性・ソーシャルスキルの低さが含まれるため、必然的に新型うつは若年者に多いということになってしまった」とする理解である。この理解に基づけば、疫学的に病気の人が増えているわけではなく、困らされている人が増えているという解釈になる。したがって、その理解の仕方からは、問題の中心は、病気のある人よりも、その周囲の困っている人であるという考え方が成り立つ。

また、従来型の「定型うつ」と、いわゆる新型うつとは上記の他に、回復の仕方が異なるとする指摘があり注目された。いわゆる新型うつは、身体症状や抑うつ気分がある程度とれ、外出できるレベルまで回復した後の停滞期が長いという特徴があるとの指摘であった。放っておけば停滞期が長引き、むやみに休職期間が長くなる。この段階に早急に手を当てることが求められるとする指摘があり、重要な情報として注目された。

(3) 原因の理解

いわゆる新型うつの状態を呈するに至る原因について、発達障害、双極性障害、適応障害、パーソナリティ障害といった原因があげられていたが、共通して、発達障害が非常に多いという印象が持たれていた。その他に、そうした疾患を有しない場合があるとの説があった(図3-7)。すなわち、自信を失い、ひどく落ち込んだという状況にあるだけであって、精神疾患は無い「非病」の者も「うつ」の状態を一時的に呈することがあるとするものである。

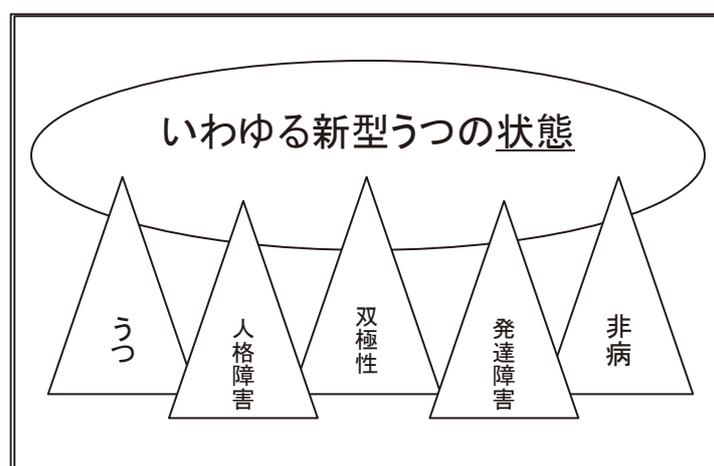


図3-7 いわゆる新型うつの原因と結果

こういう場合、家族からは病気であると思われ、病院等で診察を受ければ、なんらかの診断名が付いて、病者とされてしまう。うつ症状を呈している状態がうつ病と定義されるのであれば、さまざまな理由による挫折体験等で一時的に精神的に落ち込んでいる者は、すべてうつ病圏に含まれることとなる。

しかし、ヒアリングでも、典型的な例として、絶望した状態から周囲のサポートを受けて立ち直り、後に実業家として大成したケース、および、うつ状態となり人と会うことができなかつた若年女性が、適切なサ

ポートのお陰で復活し、飲食店の看板娘と言われるほどに職業人としての自立に成功したケースがあった。このように、必ずしも精神疾患があったとは考えにくい状態の者も含まれているかもしれないことを考慮し、全員を病者と決め込むことの弊害について十分留意しておく必要がある。

(4) 疾病の見立ての困難さ

若年者がうつ状態となって就業が継続できないというとき、それが疾病によるものか、それ以外の原因によるものかの「見立て」は非常に難しいとのコメントが多々あった。また、採用面接の段階でうつ病を発症しやすい人を把握することは不可能との認識が共通していた。また、「これからの時代、必ず一定数は、うつ病やその他の精神障害で休職する人たちは出てくるだろう。どんなに採用の方法を変えていったとしても、休職者を完全にゼロにするのは難しい」との見解も共通していた。

企業は、診断機関でもなく、治療機関でもない。病気が有るかどうかの見極めは非常に難しいとされる一方、特に就労場面では、病気の有無を問題とする必要はあまりなく、働くためのトレーニングを積んでいけば、自ずと働くことの妨げとなっている原因はあぶり出されてくるとする意見もあった。特に、職業サイドでは、疾患に焦点を当てるのではなく、職業人としての課題や可能性等に焦点を当てるべきであるとする意見が多数を占めていた。

非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者を対象とする職場復帰のためのプログラムを企画するとき、病気の有無を見極めて病者だけを対象とするのか、状態で括って広く非病者を含む若年者を対象とするのか、それによってプログラムの性格は大きく異なるものとなることに留意する必要がある。

2 メンタルヘルスに係る企業の対応

(1) 雇用管理上の問題として対応する

企業のいわゆる新型うつの若年者への対応としては、第一に、就業規則に基づいて、雇用管理上の問題として対応することが必要であるとの意見が多数を占めていた。この場合、対象が従来型のうつであろうが、いわゆる新型うつであろうが、その他の事由による場合であろうが関係なく、一律の対応方法となる。

うつなどの精神障害等がある人に対する企業の安全配慮義務に関して、過重労働に関するものと同様に、最近では、企業側にとってかなり厳しい判決が出ていると認識されていて、特に若年層の労働者の場合、企業に厳しいものとなっているので、企業側は生半可な対応はできないと判断している。そのため、うつ病と診断された者に対して、いわゆる「腫れ物に触る」ような対応になりがちで、いわゆる新型うつの望ましくない行動を増長させてしまう危険があることに気付き、これを反省し、毅然とした対応をとるようになってきた企業が増えている状況が確認された。

(2) メンタルヘルスに係る予防の三段階

一般的に、メンタルヘルスに係る予防には、三つの段階があるものと理解されていた(表3-1)。一次予防はこうした病気を出さないようにすること。これは全従業員が対象となる。二次予防は、一旦病気になった者について、その病気を重症化させず、できる限りダメージを少なくし長引かせないこと、およびできる限り早期に復職させることである。三次予防は、復職した者が再休職しないで済むようにすることである。それぞれの段階によって、対象者も課題も対応法も異なる。なお、一次予防と三次予防とは、やるべき事に共通するものが多いとする見解があり、注目された。

表 3-1 予防の段階と目標・実践事項

	目標	実施事項
一次予防	<ul style="list-style-type: none"> ・病気になるない ・健康増進 	<ul style="list-style-type: none"> ・教育、啓発 ・職業人マナーetc. の習得
二次予防	<ul style="list-style-type: none"> ・病気のダメージを深くさせない ・復職する ・長引かせない 	<ul style="list-style-type: none"> ・休養 ・生活の立て直し ・復職プログラム（リワーク）
三次予防	<ul style="list-style-type: none"> ・職業を継続する ・再発・再休職をしない 	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用管理、勤務管理 ・職業人としてのスキルの向上

また、平成 27 年（2015 年）12 月から義務化されたストレスチェックについては、企業はこれをどのように利用するか模索中という状況であった。中には、ストレスチェックの結果を集団分析に結びつけたいとする積極的な対応を考えている企業もあった。うつによる休職者をできる限り出さないで済むようにすることが、企業に共通する課題であると言える。従業員がメンタル系の病気になってしまった後にどうするかということよりも、その前に病気になるようにするにはどうしたらよいかを検討する方が、はるかに生産的であるとする意見が多数聞かれた。

3 若年者の職業人としての教育に関する課題と対応

(1) 若年者の雇用環境

以前は、就職氷河期と言われる時期でも、大学を卒業すると、とりあえず一度は正社員になるのが当たり前だったが、最近では正社員になれない若年者が多くなってきたとの指摘があった。新規学卒から正社員になれず、すぐに辞めて、それからずっと正社員就業は難しいという人が出てきている。若年者が無職状態になると、すぐに貧困の問題が生じる。新規大学卒業者で、3 年以内に離職する者の割合が 3 割を超え、最近さらに増えていると企業の間では理解されていた。その原因の一つとして、急速な I T 化によるビジネス構造の変化と急激なスピードアップを背景に、企業ではスピードも正確さもより高い水準で求められるようになり、ついて行けなくなってきたことが挙げられていた。最初就職した企業にずっと留まることがよいこととは必ずしも言えないが、いずれにしても、今の若年者が置かれている雇用環境には厳しいものがあり、これがうつ病の発症に何らかの影響を与えていることは否めないであろう。

(2) 若年者の生育環境と教育

企業ヒアリングにおいて、企業では、非メランコリー親和型のうつが著しく増えている背景に、若年者の生育環境や教育の問題があるとする理解が広まっていた。広い意味で一次予防に含まれるものと理解されているが、就業以前の教育の不備についての意見が多く聞かれた。特に学校で、職業人としての基本的な能力等が十分に教育されていないとする意見が多数を占めた。「他者とのコミュニケーションが希薄である（うわべだけの友人関係）」「人に批判されたことが少なく打たれ弱い」「失敗して辛い思いをして立ち直った

経験に乏しい」「組織の中に組み入れられて行動すること、その状態で力を発揮していく動き方といったものが、企業に入る前にほとんど訓練されていない」「そもそも集団で活動することに馴染んでいないまま企業に入って来る若年者が増えている」「集団でのアクシデント体験が非常に乏しい」「自分のストレスを自分で解消する力を身に付けてこなかった」等と理解されていた。その結果、企業人として欠かせない基礎的なコミュニケーションの能力に難がある上に、企業の人としての適切な行動がどのようなものを知らず、これがためにさまざまなトラブルが生じ、それが原因となってストレスが増大するという悪循環がみられるとの指摘があった。

大学では、教育が変質してしまっていて、今や学生は教員を評価する側であって、教員に評価される側ではない。立場が逆転してしまって、「自分の成績が悪いのは、教え方が悪いからだ」という考えに陥りやすい状況にあることも指摘されていた。さらに、アルバイトの経験を通して、自分が働いて対価として賃金をもらうことの尊さを理解するというような機会もなく、大人が働く姿を眺める経験もなく育ってくる人もいる。「彼らの中には、平気で自己中心的な行動に出る人もいるが、組織の中で行動するという事は自分中心に回るということではないということを理解できるか否かがひとつのポイントだ」との指摘もあった。このように、昨今の若年者の教育環境は、働く生活を続けるうえで、必ずしもプラスに働くように機能していない面があることを指摘する企業が多かった。

(3) 企業が持つ教育ニーズ、外部教育機関への期待

非メランコリー親和型のうつ病者に対する再教育について、企業の中で行うのは非常に難しいと意識されていて、企業外の機関による教育や復職支援サービスに期待する意見が多かった。「会社に入ってからでは、既に個々人の考え方や人格ができ上がってしまっているので、それを変えるのは本当に難しい」「企業にはそういう教育のノウハウはない」「企業の外に、企業人としての基礎を養うような教育ができる場が数多くほしい。企業が内部でそれを行うのは、非常に大変なことである」等との認識が共通していた。

外部の教育・訓練機関に期待する事としては、主なものとして、「仕事をする意義の理解」「コミュニケーション」「集団生活」「生活習慣」というところに集中していた。

(4) 企業自身の人材育成能力

企業が、若年者に対して、働くうえでの基礎的な事項をどこまで教育すべきものかについては、疑問が多く述べられていた。しかし、学校にあまり期待できないとする意見が多い中で、企業自身の若年者を教育する力について言及する企業も多かった。以前の社会では、職業に就いてからの職場での教育が優れていたが、現代ではその教育力が落ちてしまっているとする意見が多く聞かれた。

社員が休職してしまう前に会社側がしておくべきこととして、仕事を与える側があらかじめ工夫をして、誰でも仕事ができるような状態を作っておかなければならないとする意見がみられた。ろくにやり方も教えず、「これやっておいて。わからなかったら訊いて」といったことがよく行われているのではないかとの自省のコメントもあった。

以前は、人事や総務、経理といった職場に配属されると、たとえ学年が1つしか違わない先輩はいなかったとしても、少なくとも2～3学年上の先輩は必ずいたため、口伝てで仕事のやり方を教えてもらえばよい時代が続いていた。学年の近い者、あるいはすぐ上の先輩にあたる者が下の者を教える、いわゆる「屋根瓦方式」のOJTによる人材育成が可能であり、一般的であった。しかし今は、一番年の近い先輩が10歳上だったり、その上は部長、といった職場の構造になつたりしているところが珍しくなく、口で教えてもらうことは難しく、きちんと仕事を教わる仕組みがなくなっている。「どの作業をいっとうやったらいい

のか」という具体的なことは誰も教えてくれない中で、ストレスが高まり、うつを発症してしまったり、そのまま離職してしまったりしている状況があるのではないかとの指摘が注目された。

4 若年者復職支援の方法

(1) うつ状態を改善することが第一

非メランコリー親和型の気分障害のある者の職業リハビリテーションでは、まず、休職の事由であるうつ状態を解消することが先決である。いわゆる新型うつでも、従来型のうつと同様、抑うつ症状、適応障害的な身体症状が出る。この二つを改善するのが、復職の大前提となる。

いわゆる新型うつと定型うつには、うつが治る過程に違いがあるとされ、定型うつの場合は、身体症状が改善され、さまざまな活動ができる状態になれば、すぐに復職支援プログラム等に移行できるのだが、一方、新型うつの場合は、それから後の復職支援プログラム等に移行できるようになるまでの停滞期が長い。この時期に、仕事に対してはうつ症状が出て、遊びや趣味には積極的になれるという、いわゆる新型うつに特徴的な行動が多く現れる。これがために休職期間が長くなっている状況があり、この停滞期に対処する方法が求められているとの見解が注目された。

(2) 若年者向け復職支援プログラムの対象者と障害種類

ヒアリングでは、いわゆる新型うつは、多くの場合、発達障害が原因になっているので、その状況を把握することが重要であり、特に発達障害が関係していると思われるケースについては、心理検査を徹底して実施すべきであるとの意見が多く聞かれた。いわゆる新型うつでは、言葉のやりとりだけでは理解できない部分が多く、心理検査は理解を助けるものと位置付けられていた。

いわゆる新型うつの若年者向けの復職支援プログラムについても、発達障害者に対してのプログラムとほぼ同様でよいのではないかと、あるいは、それが一番近いのではないかとする意見があった。しかし、一方、発達障害者のプログラムといわゆる新型うつの若年者に適したプログラムは、重なる部分は非常に多いと考えられるものの、すべて完全に重なるものでもなく、発達障害者向けのプログラムをベースにするとしても、いわゆる新型うつの若年者のグループに対しては、いわゆる新型うつ独特の生きづらさや難しさ等の特徴を理解した上で、工夫や修正を加えていく必要があるとする見解に説得力があった。

(3) 若年者向け復職支援の期間

リワークは、もともとは復職支援と再発予防の二つを考えたものであり、再発予防を意図すれば支援期間は長期になる。既存のリワークは、8～12ヵ月と期間設定されているものが多い。一方、地域障害者職業センター等の公的機関のリワーク支援は、比較的短い期間が先に決められているので、その期間でどのようにやると効果的かを考えて実施しようとする特徴があるとみられていた。

現実問題として、企業によって、リワーク支援の利用に振り向けられる期間に差がある。休職期間が比較的長期である企業においては、リワークの活用についても選択肢が増えるが、制度としての休職期間が短い企業や、特に若年者で入社後間もなく長期の休職がとれない者の場合には、自ずとリワークにかけられる期間に制限がある。したがって、復職支援のプログラムを企画する場合には、支援の期間について十分留意する必要がある。

(4) 集団プログラムと個別支援の併用が必要

ヒアリングで共通していたことの一つに、いわゆる新型うつ若年者の回復のポイントは、「気づき」であるとする見解があった。いわゆる新型うつ若年者が自らの状態に気付いたり、説得されたりするのは、支援者や上長者による指導等ではなく、自分と同様の立場にある仲間からのアドバイスによるということも共通していた。このことも含めて、グループによるプログラムが効果的であることはほぼ定説となっていた。他にも、グループで行動することによるメリットについては多々発言されていて、中でも、実質的なピア・サポート、ピア・カウンセリングの効果が期待されると理解されていた。

ただし、障害種類や各人の状況に合わせた個別支援も必要で、集団プログラムと個別支援とを効果的に組み合わせることが必要であるとの見解が主流であった。

(5) 若年者向け復職支援プログラムの対象者グループの構成

復職支援プログラムの対象者のグループ構成についても、さまざまな意見が語られていた。「復職前の人と復職後の人が同じ復職支援に参加するようにすれば、メリットは大きい。」とする意見があり注目された。それは相乗効果が期待されるためであるが、一方、復職をめざす人のグループと、現在は無職でこれから再就職をめざす人のグループとでは、それぞれのグループに固まってしまう、相乗効果はまったく期待できないとする見解があり、これも十分留意すべきこととして注目された。

他にも、元々の原因になっている障害種類が違っている場合、グループワークによる相乗効果が期待できるかどうか、さらにはそもそもグループによる行動に慣れていないケースも多々あることも考えられ、個々人の個性等も考慮しなければならない。したがって、復職支援プログラムのグループ構成には、十分注意する必要があることが指摘されていた。

(6) 特に注目されたプログラムの内容

① 生活を記録し客観視・分析する支援

精神障害者の職業リハビリテーションでは、生活の状況をデータ化し、客観的に見ることができるようすることは非常に重要な事項であるが、これを機械によって正確に記録する方法や、こうした記録を分析してグラフ化するソフトが開発されている等、生活を記録し客観視・分析する支援の精度が上がっていることが注目された。

うつ病者の復職においては、生活リズムを正すことが重要視されているが、これまでは本人の陳述や、簡単な記録を元に生活の状況を把握する方法が主であった。これをより詳細に正確に客観的に記録し、わかりやすく提示する方法が、今後は広まるものと予想される。

② 「自分取扱説明書」を作成する支援

具体的なプログラムの中で、自分の取扱説明書を書くプログラムが注目された。これは、自分自身を客観的に見て、その特徴を描き出し、なおかつ、周囲の人々からどのように接して欲しいかを、理由を付して説明するものである。

いわゆる新型うつも、外からは見えない障害ゆえに、一般の人々は、どのように接して良いかわからず、不安に思っていて、いわゆる「腫れ物に触る」ような対応になりがちである。しかし、その当事者自身が書いた「自分取扱説明書」があれば、障害の状況や対応方法について、具体的に理解でき、安心して接することができるようになるというものである。

③ 〈折り合い〉を付ける支援

ヒアリングにおいて、〈折り合い〉を付けるという表現があり、注目された。「人との折り合い・仕事との折り合い・自分との折り合い・家族の中での折り合い」等を付けることによって、復職ができ、働くことを継続することもできるとする考え方である。非メランコリー親和型の気分障害のある若年者にとっては、自分をとりまくいろいろな側面において、〈折り合い〉を付けることが難しい状況にあるだろうことは容易に想像できる。このひとつひとつに〈折り合い〉を付ける支援が、すなわち、復職支援であり、就労継続のための支援である。それがためには、単に作業との〈折り合い〉を付ければよいといった、部分的な支援ではなく、すべての面に〈折り合い〉を付ける、総合的な支援が必要とされることが示唆される。

④ キャリアチェンジを促す支援

特に中小企業では、多くの場合、自主的に辞めていくケースがほとんどで、実際にはどのような疾患があったかも把握できていない状況がみられたが、中には、自社における配置転換、作業種の変更、勤務時間の調整等によって継続勤務を促す努力をしている企業は少なくなかった。企業にとって、教育しキャリアを積んだ人は企業の財産であり、離職させるよりも復職して働いてもらうほうが得るもの大きいとする考え方を社会全体に普及することが必要であるとする意見も聞かれた。

また、一方で、どうしても仕事が合わない場合もあり、当該者の職業人生を長いスパンで見直して、自社への復職に拘るのではなく、キャリアチェンジを勧め、他社への再就職等が円滑に進むよう支援するケースがあった。

(7) 企業のサポート力を高める

「非メランコリー親和型の気分障害のある人自身は困ってはいない。困っているのは、その周囲の人である」として、非メランコリー親和型の気分障害のある人の変化を促せばよいというものではなく、むしろその周囲の「困っている人」をサポートし、その変化を進める方が重要だとする意見もみられた。具体的には、非メランコリー親和型の気分障害のある者に対する企業としての対応法を学ぶ、そのような研修を効果的に行うべきだというものである。また、適応が難しいとされる若年者に対して、仕事の教え方等を工夫して、できるだけストレスがかからないようにして、メンタル不調による休業を未然に予防することが大切であることは多くの企業が強調していたことである。

いわゆる新型うつの若年者に対しての復職支援として、さまざまなプログラムによって考え方や生活習慣等の変化を促すことが必要であるのは当然だが、一方、そうした若年者の周囲にいる人々に対してのケアやサポート、研修等も求められる。この課題の解決方法として、個々のうつ病者のリハビリテーションのみならず、職場全体の環境を改善し、企業のサポート力を高める方法が、より効果的であると考えられる。

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページからPDFファイル等によりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.go.jp/>

著作権等について

視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。その際は下記までご連絡下さい。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル（文章のみ）を希望される時も、ご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

資料シリーズ No. 90

「非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する研究」

編集・発行 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
〒261-0014
千葉県美浜区若葉 3-1-3
電話 043-297-9067
FAX 043-297-9057

発行日 2016年4月
印刷・製本 情報印刷株式会社

©2016 障害者職業総合センター



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570



この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。