

# 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

2012年3月

独立行政法人高齡・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

## 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

2012年3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、我が国における職業リハビリテーションサービス機関の中核として、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おります。

そのような調査・研究の一環として、当センターの研究部門では、「障害の多様化に対応する事業主支援に関する研究」を実施しております。本書は、その調査・研究成果の一部として、職場における心の病の多様化と事業主支援について調査・分析を行いました結果を取りまとめるとともに、今後の課題を考察したものです。

本書が、関係者の方々の参考となり、我が国における職業リハビリテーションを前進させるための一助となれば幸いです。

2012年3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 上村俊一

## 執筆担当者

石川 球子（障害者職業総合センター事業主支援部門主任研究員）

本研究に、

杉田史子（当センター事業主支援部門研究協力員）、

田中小春（当センター事業主支援部門研究協力員）、

山田美悠（当センター事業主支援部門研究協力員）が参画した。

# 目次

## はじめに

1 本書の趣旨 .....	i
2 研究の方法 .....	i
3 本書の内容 .....	i

## 第1章 問題の所在－職場における心の病の多様化に対応する支援の必要性－.....1

1 心の病に関する障害の多様化 .....	1
(1) 心の病に関する障害の多様化の状況 .....	1
(2) 職場での多様な「抑うつ状態」 .....	3
(3) 不安障害のさまざまな分類とメンタルヘルス不全に関連する諸症状 .....	7
2 若年及び働き盛りの労働者のメンタルヘルス対策推進のための支援.....	8
(1) 最近の若者にみられる傾向 .....	8
(2) 新入社員のメンタルヘルス不調 .....	8
(3) 職場不応症の増加 .....	11
3 職場のメンタルヘルス対策の国際的動向と日本型枠組みの確立 .....	13
(1) 国際的動向－ Psychosocial Risk Management-European Framework モデル (PRIMA-EF)－ .....	13
(2) フランスにおける雇用維持の取り組み .....	21
(3) 日本型枠組み「労働者の心の健康づくり」 .....	26
(4) 早期介入を目指す復帰支援と障害管理（disability management）の戦略 .....	30
4 ディーセント・ワーク実現のための支援の必要性 .....	34
(1) 長時間労働の現状 .....	34
(2) ディーセント・ワーキングタイムの実現 .....	36
(3) ワーク・ライフ・バランス支援 .....	37

## 第2章 職場における心の病の多様化に伴う支援ニーズの変化 ..... 43 |

1 労働者の心の病の有病率と早期対応の必要性 .....	43
2 職場における早期対応 .....	44
(1) 疲労による心の病の発症 .....	44
(2) 医療機関の受診 .....	44
3 事業場外機関との連携による早期支援 .....	46
(1) 不応症に関する治療の3段階 .....	46

(2) 薬物療法.....	46
(3) 精神療法と SST .....	47
(4) 認知行動療法 .....	47
(5) 対人関係療法 .....	49
(6) 対人関係カウンセリング .....	50
4 気分障害の分類 .....	51
(1) うつ病性障害 .....	52
(2) 休職をくり返す勤労者と双極性障害 .....	52
(3) 単極性と双極性の相違点 .....	53
(4) 気分障害との臨床上鑑別を要する適応障害 .....	53
(5) 気分障害の背後に存在するハンディキャップ .....	54
5 うつ病の多面的診断の重要性と早期支援 .....	55
(1) 大うつ病の診断基準 .....	55
(2) うつ病の症状 .....	55
(3) うつ病の多面的診断の重要性 .....	56
(4) うつ病の早期発見・支援ルートとしての富士モデル事業 .....	57
(5) 単極性うつ病の3つの治療段階 - 医師と労働者の共同作業 - .....	59
(6) うつ病に関する療法 .....	60
6 非定型うつ病 .....	62
(1) 非定型うつ病の診断基準 .....	62
(2) 非定型うつ病によるうつ病に関する支援ニーズの変化 .....	63
(3) 非定型うつ病と認知行動療法 .....	65
7 双極性障害 .....	66
(1) 双極性障害の分類と診断基準 .....	66
(2) 支援上の留意点 .....	66
8 気分変調症 .....	67
9 適応障害 .....	68
(1) 適応障害の診断基準 .....	68
(2) 早期対応を必要とする適応障害 .....	69
(3) 適応困難症 .....	70
10 不安障害 .....	71
(1) パニック障害 .....	72
(2) 社会不安障害 .....	73
(3) 強迫性障害 .....	75

(4) 全般性不安障害 .....	77
(5) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) .....	79
1 1 境界性パーソナリティ障害 .....	82
(1) さまざまなパーソナリティ障害 .....	82
(2) 境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder,BPD) .....	82
1 2 統合失調症 .....	85
(1) 統合失調症の診断基準 .....	85
(2) 統合失調症の支援 ―早期介入の重要性― .....	86
(3) 再発予防.....	88
1 3 解離性障害 .....	90
(1) 解離性健忘 .....	90
(2) 解離性遁走 .....	91
(3) 解離性同一性障害 .....	92
1 4 摂食障害 .....	93
(1) 摂食障害の分類 .....	93
(2) 摂食障害の診断基準と生涯有病率.....	93
(3) 神経性無食欲症と神経性大食症の症例 .....	95
(4) 認知行動療法による支援 .....	95
(5) 摂食障害の勤労者の職業生活における課題 .....	97
1 5 心身症 .....	99
(1) 職場における心身症 ―慢性疲労症候群― .....	100
(2) 職場における心身症 ―出社拒否症― .....	102
1 6 身体表現性障害.....	103
第3章 重複障害及び二次障害に関する支援ニーズ .....	109
1 うつ病との重複 .....	109
(1) うつ病と不安障害の併存 .....	110
(2) うつ病とアルコール依存症の併存.....	111
(3) うつ病とパーソナリティ障害の併存 .....	111
2 強迫性障害との重複障害 .....	111
3 アルコール依存症と精神障害 .....	112
(1) アルコール依存症の現状 .....	112
(2) アルコール依存症の診断基準 .....	112
(3) アルコール依存症と併存症 .....	112

(4) アルコール依存症に対する支援 .....	114
(5) 認知モデルと認知行動療法 .....	115
(6) アルコール依存症における復職 .....	118
(7) 症例 .....	118
4 境界性パーソナリティ障害における併存症 .....	119
5 発達障害が引き起こす二次障害と支援ニーズ .....	120
(1) 発達障害の包括的理解 .....	120
(2) 発達障害の現状と職場における支援 .....	121
(3) 発達障害の二次障害に対する支援 .....	121
(4) 職業生活に影響を及ぼす発達障害の二次障害としての精神疾患 .....	122
(5) 発達障害の二次障害予防のための支援 .....	125
第4章 地域障害者職業センターの事業主支援 .....	133
1 地域障害者職業センターの復職及び定着のための支援 .....	133
(1) リワーク支援 .....	133
(2) ジョブコーチ支援 .....	134
2 重複障害に関する復帰事例にみる事業主支援 .....	134
(1) うつ病を伴う広汎性発達障害（事例1） .....	134
(2) うつ病を伴う広汎性発達障害（事例2） .....	135
(3) うつ病を伴う発達障害 .....	138
(4) 強迫神経症を伴う知的障害 .....	141
(5) 抑うつ状態を伴うパニック障害 .....	142
3 双極性障害をもつ若年労働者の復職事例 .....	144
4 中立的な立場の職業リハビリテーション機関の重要性 .....	145
第5章 職業リハビリテーションとの連携による心の健康づくり .....	149
1 三次予防推進のためのA社の心の健康づくりの取り組み .....	149
(1) 一次予防・予防教育 .....	149
(2) 二次予防 ー早期発見・早期対応ー .....	151
(3) 三次予防 ー復職支援・再発予防ー .....	151
(4) カウンセリング .....	155
(5) 今後の課題 .....	155
2 B社における精神障害者採用に関する実践 .....	156
(1) 精神障害者採用の基本方針 .....	156



(2) 採用方法.....	156
(3) 仕事の切り出し .....	157
(4) 今後さらに必要と考えられること.....	158
3 C社における各事業所内での精神障害者の雇用推進 .....	159
終章 研究のまとめと今後の課題 .....	161
1 メンタルヘルス不全による休職者の増加と一次予防 .....	161
2 二次予防による早期発見と対処の必要性 .....	161
3 三次予防の推進 .....	162
4 心の病の多様化に対応する事業主支援に関する今後の課題 .....	163
(1) 一次予防をめぐる課題 .....	163
(2) 二次予防をめぐる課題 .....	164
(3) 三次予防をめぐる課題 .....	164

# 第1章

## 問題の所在

—職場における心の病の多様化に対応する支援の必要性—

# はじめに

## 1 本書の趣旨

近年の厳しい経営環境のもと企業においては、良質な労働力を維持し、従業員個人の成果を企業成果に結びつけて安定的な業績を上げることがもとめられている一方で、メンタルヘルスの問題をはじめとして障害が多様化する中、雇用継続や採用に関する対応をせまられている現状にある。こうした状況の中で社内の基本的な健康及び障害のマネジメントの仕組みに関する機能強化の必要性が指摘されているところである。

さらに、障害者雇用対策基本方針（平成 21 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 55 号）においても、障害が多様化する中、障害の種類及び程度に応じた職業リハビリテーションの措置を総合的かつ効果的に実施し、障害者の職業的自立を促進することの重要性が記されている。

また、適正な雇用管理の確保という観点からは、障害者の権利に関する条約にも含まれている障害を理由とする差別の禁止、職場における環境の調整等を実現するための方策が必要となっている。

そこで本書では、心の病に関する障害が多様化する中、回復に要する期間において、従業員が職場から切り離されることなく職業生活への復帰や就職を果たせるよう、一次予防から三次予防を推進するうえでの関係機関とりわけ職業リハビリテーション機関に焦点をあてつつ、事業主支援についてとりまとめることにより、就労支援機関関係者及び事業主の取り組みに資することとした。

## 2 研究の方法

本書の作成の趣旨は上述のとおりであり、具体的には文献の収集・分析を以下の方法で行った。

ネットワークを含む公開情報を活用するとともに内外の研究機関を介して、心の病に関する障害の多様化の現状と心の病に関する障害の多様化に対応する一次予防から三次予防（職場復帰）及び雇用の推進に関する文献及び欧米諸国における職場のメンタルヘルスについての文献及と国内における地域障害者職業センター及び事業主による実践に関する情報を収集・分析した。海外文献の収集にあたっては、各国の動向に注意を払いつつ、最新のものの入手に努めた。

## 3 本書の内容

本書の内容は上記の活動による成果として、心の病に関する障害の多様化に対応する支援の必要性の検討と障害別の支援ニーズの変化、心の病に関する重複障害及び二次障害に関する支援ニーズの検討、復職及び就職に関する地域障害者職業センターによる事業主支援、事業主による職業リハビリテーション機関との連携による心の健康づくりの実践、そして今後の課題についてまとめた。なお、本書では、気分障害、適応障害、不安障害、境界性人格障害、統合失調症、心的外傷後ストレス障害、発達障害、摂食障害、アルコール依存症、解離性障害、心身症、身体表現性障害をとりあげてまとめた。

# 第1章 問題の所在

## —職場における心の病の多様化に対応する支援の必要性—

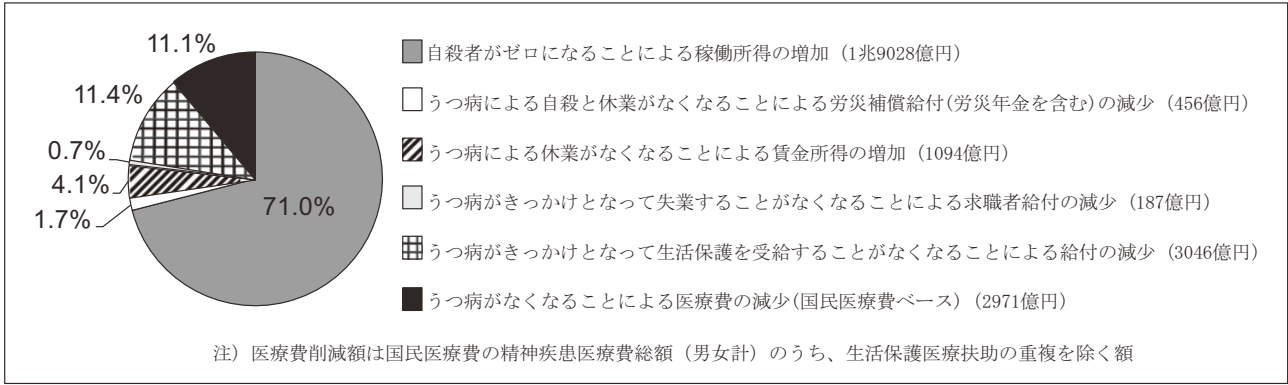
欧米諸国と同様にわが国においてもグローバル化の進行などの影響により労働者が厳しい環境におかれる中メンタルヘルス不全の問題が増加している。本章では、こうした問題の背景にある心の病の多様化の現状と支援の必要性、職場のメンタルヘルス対策の国際的動向と日本型枠組み「労働者の心の健康づくり」、長時間労働とワーク・ライフ・バランス支援、障害の一次予防から三次予防までを実践する障害管理の枠組みについてまとめておく。

### 1 心の病に関する障害の多様化

#### (1) 心の病に関する障害の多様化の状況

厚生労働省（2006a）によると、メンタルヘルス不調とは、精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むものをいう。本報告書では、これを踏まえ、うつ病や自律神経失調症、心身症、さらに統合失調症などの精神疾患を含め、メンタル面に主な原因があり、職場において不適応を起こしているものをメンタルヘルス不全とすることとし、その実態や必要な対応について述べる。さらに、メンタルヘルス不全は、従業員の心の健康が悪化している状態を指し、精神疾患などの重度の不全から不安や緊張・イライラ・不適応・意欲の低下・作業能力の低下・労務の不完全な提供・対人トラブルなどの軽度のものまでを含む。日本においてメンタルヘルス不全の社会現象は減少せず、増加傾向にある（障害者職業総合センター,2010）。また、海外においても同様の傾向がみられ、こうした現象に起因する経済的損失が危惧されている（石川,2011）。平成22年9月の厚生労働省の調査結果発表によると、自殺やうつ病での失業などによる平成21年度の経済的損失額（図1-1）は推計で約2.7兆円にのぼっている（厚生労働省,2011）。

こうしたメンタルヘルス不全が特に問題となるのは、主要な労働人口である20歳代から50歳代についてメンタルヘルス不全の分布をみると、働き盛りの30歳代、40歳代に患者数が多いためでもある（後述）。企業においてメンタルヘルス不全に陥る従業員が発生するということは、従業員本人や従業員の家族の生活を崩壊させるのみならず、企業にとってその生産性の低下、労使のトラブルが発生した場合の費用と時間、社会的信用など大きな損失を伴う可能性がある。

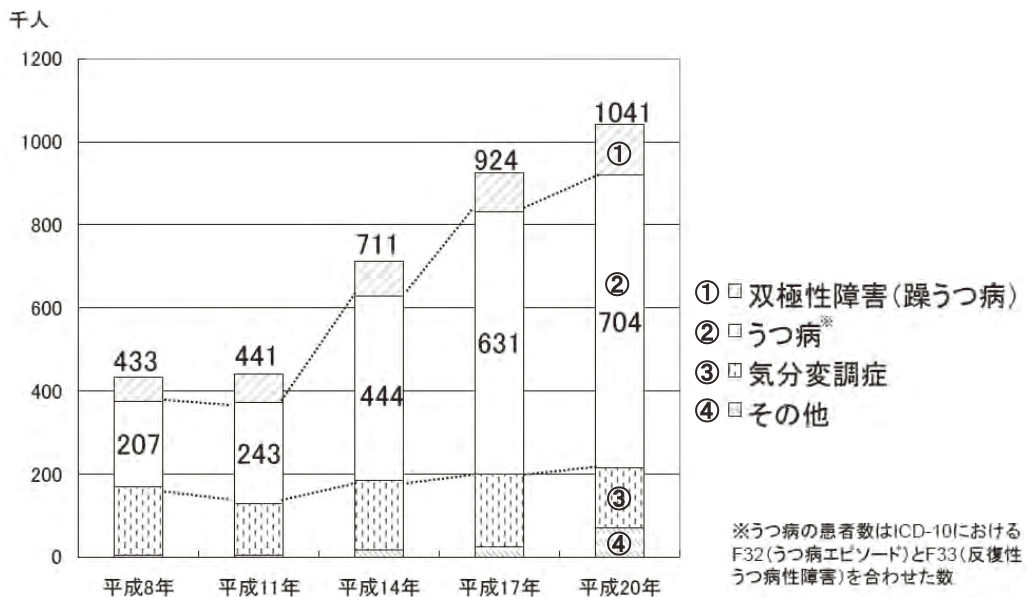


(厚生労働省, 2011)

図 1-1 自殺やうつ病がなくなった場合の経済的便益の推定額

厚生労働省の調査によると、日本の気分障害患者数は平成 20 年に 104 万人を超え、そのうち、うつ病の患者数は約 70 万人であった(図 1-2)。図 1-2 に示す通り、平成 8 年から平成 20 年の 12 年間の間に気分障害全体としては 2.4 倍、うつ病については 3.4 倍に増加していることが分かる。

さらに、世界精神保健調査データを基に、国内のうつ病の有病率を示したものが表 1-1 である。



(厚生労働省, 2011)

図 1-2 気分障害患者数の推移

表 1-1 世界精神保健調査データによる国内のうつ病の有病率

(性別)	生涯有病率			12ヵ月有病率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
全てのうつ病エピソード	6.6	3.7	9.1	2.1	1.0	3.0

(厚生労働省, 2011)

メンタルヘルス不全には、うつ病、統合失調症の他に表 1-2 に示す多様な症状が含まれる。また、不安障害についても様々な症状がみられる(後述、表 1-7)。これらの障害及び症状の詳細を第 2 章にまとめた。

こうした状況の中で多様化する障害に対応し、経済的損失を回避し、安定した労働力を確保するための事業主支援が必要となっている。第 2 章においてこうした支援ニーズの詳細も障害別に述べる。

表 1-2 職場におけるさまざまなメンタルヘルス不全

- 
- ・ 適応障害
  - ・ 不安障害
  - ・ うつ病
  - ・ 非定型うつ病
  - ・ 双極性障害
  - ・ 境界性人格障害<sup>1</sup>
  - ・ 統合失調症
  - ・ PTSD (心的外傷後ストレス障害)
- 

(渡辺, 2009)

職場で問題化してくるケースを精神医学的にみると、隠れた双極Ⅱ型障害、非定型うつ病などの気分障害や対人関係をベースとした適応障害が多い。また、パーソナリティ障害(第 2 章)や発達障害(第 3 章)が併存していることも少なくない(渡辺,2010)。松崎は、うつ病患者 100 万人と言われる時代に精神科産業医が企業内において気づくこととして、従来の典型的なうつ病患者の比率が相対的に減少する一方で、ストレス脆弱性により少々の困難な状況に直面すると適応障害に陥る若年労働者が増えてきているのではないかと指摘している(松崎,2010)。職場不適応症の代表的なものは、職場における適応障害である(第 2 章)。

## (2) 職場での多様な「抑うつ状態」

職場「抑うつ状態」となっている従業員が増加しているとの報告がみられる(荒井,2007)。以下に多様な

---

<sup>1</sup>不安障害と統合失調症との境界線上にある障害

抑うつ状態とその原因となる要因についてまとめておく。

## ア 抑うつ状態を呈し得る精神及び行動の障害

「抑うつ状態」(考えがまとまらない、自分はだめな人間だと感じる等)を呈し得る精神及び行動の障害を、国際疾病分類に従いまとめたものが表1-3である(荒井,2007)。

表 1-3 「抑うつ状態」を呈し得る精神及び行動の障害

- |   |
|---|
| 1. F06 器質性気分(感情)障害  |
| 2. F10 精神作用物質(アルコール等)使用による精神および行動の障害                                      |
| 3. F03 気分(感情)障害<br>双極性感情障害(躁うつ病)、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、持続性気分(感情)障害など         |
| 4. F04 神経症性障害、ストレス関連性障害<br>混合性不安抑うつ障害、外傷後ストレス障害、適応障害のうち短期抑うつ反応、遷延性抑うつ反応など |

(荒井, 2007)

近年ではうつ病が多様化している。中村によると、これは、DSM-IVに代表される操作的診断基準が普及したことと相まって英語の depression がほとんどうつ病と訳されるようになった結果、日本語の「うつ病」という概念が拡散したことにも一因がある(中村,2009)。

他方で、うつ病は本来多様な病像をとりうる疾患である。抑うつそのものは、身体疾患の部分症状や薬物の有害事象としても出現するし、統合失調症など気分障害以外の精神障害でも生じる。こうした二次的な症状を除いた場合の抑うつ状態は、ICD-10 の分類に沿って以下の5型に大きく分けられる。なお、エピソードは症状の繰り返しを指す。

### ① 身体性症候群を伴ったうつ病エピソード

従来の内因性のうつ病であり、制止、気分の日内変動、早朝覚醒、中途覚醒などのバイオリズムの変動を認めるもの。DSM-IVでは大うつ病エピソードメランコリー型に相当する。

### ② 身体性症候群を伴わないうつ病エピソード

前述①のような身体的な症状は存在しないものの、ある程度の抑うつ症状はそろって2週間以上持続するもの。DSM-IVでは大うつ病エピソードに該当し、従来神経症性うつ病も一部含まれる。

### ③ 気分変調症

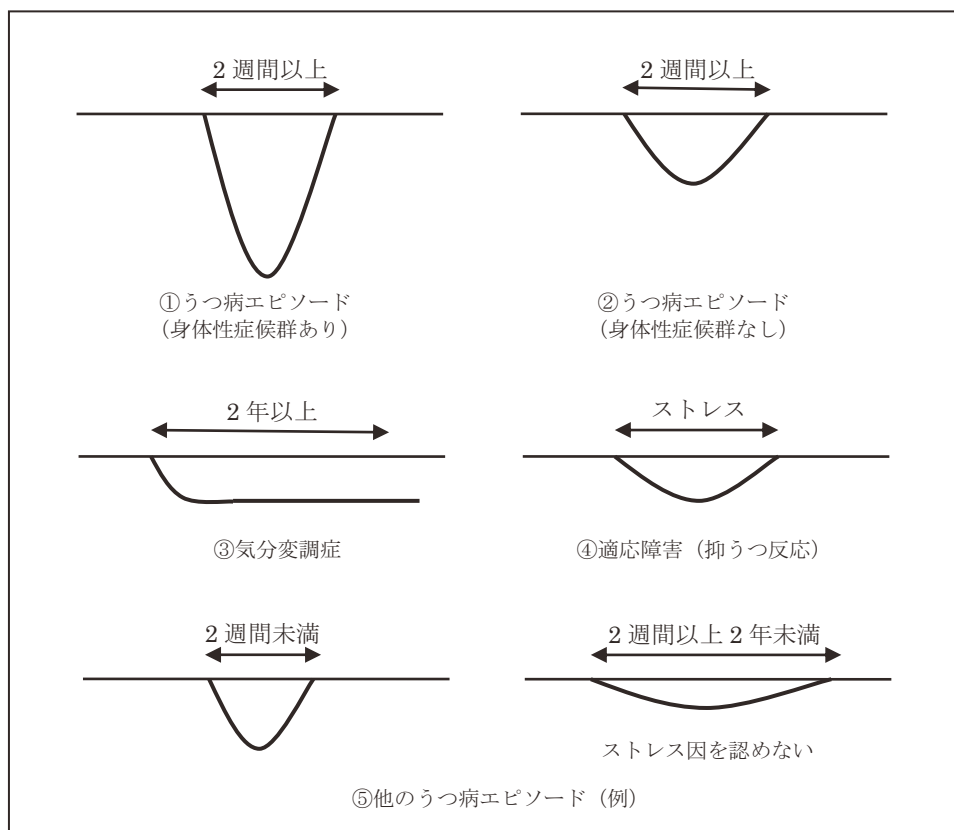
症状数は少なく程度も軽い抑うつ状態が2年以上持続するもの。

### ④ 適応障害としての抑うつ状態

ライフイベントに誘発されるストレス下で、軽い抑うつ状態が始まってストレスがなくなると終わるもの。ライフイベントに反応して生じた抑うつ状態でも、症状が重篤な場合は①や②の診断となる。

⑤ 他のうつ病エピソード

症状の持続期間が短いため、あるいは症状が軽いためうつ病エピソードの診断基準を満たさないもの。



(中村, 2009)

図 1-3 抑うつ状態の分類 (ICD-10)

さらに定型的ではない抑うつについては、表 1-4 に見られるような特徴がある。

表 1-4 定型的ではない抑うつの特徴

- ◆ Soft bipolarity という視点
  - ・抑うつの出現様式 不全性、易変性、部分性
  - ・比較的特異な症状 焦燥、聴覚過敏
  - ・関係念慮
  - ・行動化 (過量服薬、リストカット、飲酒、過食 など)
  - ・Comorbidity<sup>2</sup>が多い (パニック障害、摂食障害、アルコール依存 など)
  - ・病前性格 (マニー型成分の混入)
  - ・抗うつ薬への反応性 (軽躁病相、病相多発、非定型的な反応)
- ◆ Cyclothymia<sup>3</sup>、短周期うつ病などにも似た特徴がみられる
- ◆ 不安定性人格障害と鑑別すべき病態で類似点が多い

(荒井, 2007)

<sup>2</sup>Comorbidity : 併存する障害

<sup>3</sup>Cyclothymia : 循環気質 : 躁と鬱の交替



## イ 抑うつ状態の原因となる要因

表1-5および表1-6に示す職場環境要因と個体側要因が一部の原因となり、「抑うつ状態」となっている従業員が増加している（荒井,2007）。さらに、荒井は勤休の問題、業務遂行能力の制限、頻回欠勤症、休業と復職を繰り返す抑うつ状態の職員についての検討が必要である（荒井,2007）としている。

**表 1-5 現在の職場の産業精神保健に関する外的問題点**

職場環境要因
●業務による過剰な負荷が組織・個人に認められること
①労働密度の上昇
②仕事の難易度の上昇
③同時進行の業務に関与していること
④利害関係者の調整等が多いこと
⑤業務の代替え要員が少ないこと
⑥締め切りが短期間になっていること
⑦職位による仕事の分業ができないこと
⑧担当者と管理者の立場が曖昧となっていること など

（荒井, 2007）

**表 1-6 現在の職場の産業精神保健に関する個的問題**

個体側要因
●知・情・意の均衡のアンバランスによる脆弱性の高さ
①他者に対する関心の低さ
②個人の特性が多様であることの認識が薄いこと
③価値観の基盤が質より量に傾いていること
④ライフワークとして仕事が位置づけられていないこと
⑤困難の原因を自分以外に帰属させる傾向が強いこと
⑥家族・地域の対人関係が不安定であること
⑦個人が生産者の立場よりも消費者としての視点が優勢になったこと など

（荒井, 2007）

### (3) 不安障害のさまざまな分類とメンタルヘルス不全に関連する諸症状

表1-7は、不安障害のさまざまな分類とその他のメンタル症状を示したものである。なお、不安障害に含まれるのは、表中の全般性障害から心的外傷後ストレス障害の他に、特定不能の不安障害があり、多様である。さらに、不安障害の特徴の1つとして、不安障害で悩む人は若い世代に多く、患者の年齢層をみると、中高年層の罹患率の高い従来型うつ病と異なり、不安障害は20歳～30歳代の比較的若い、働き盛りの世代に多く見られることが挙げられる。また、メンタルヘルス不全に関連した症状には、これら不安障害以外に、表中に示すその他のさまざまなメンタル症状がある。

**表1-7 不安障害のさまざまな分類とその他のメンタル症状**

適応障害	ストレスにより抑うつ気分と活動性の低下等を示し、日常生活に支障をきたす
全般性不安障害	非常に強い不安に心が支配され、正常な日常活動が困難になる
パニック障害	非特定に突然発生する不安（パニック）発作を繰り返す
強迫性障害	自分でも不合理である考え（強迫観念）が何度も思い浮かび、それを回避するための行為（強迫行為）を繰り返す
恐怖性障害	通常はなんでもないものが恐怖の対象になる。先端恐怖、閉所恐怖、高所恐怖など
社会不安障害	他者との関係で強い緊張を呈し、その状況を回避しようとする
心的外傷後 ストレス障害	危機的な脅威体験の経験後に、無感覚と情動の鈍化等の症状を示す。その後、再体験であるフラッシュバック（侵入性の症状）、恐怖、攻撃性が突発的に発生することがある
心身症	ストレスの影響が身体症状に現れる
アルコール依存症	自力でお酒をやめられない
摂食障害	ストレス性の過食、拒食のように、食行動のコントロールができない
解離性障害	心理的原因で、記憶や意識が乖離し、まとまりを失ったりする
人格障害	著しく偏った性格により、社会規範から逸脱する
睡眠障害	うまく眠れない（不眠、過眠、入眠、熟眠困難、早朝覚醒などがある）
適応困難症	燃え尽き症候群、ピーターパンシンドローム、青い鳥症候群、テクノ症候群、休日神経症、サンドイッチ症候群などの適応困難
気分変調症	不安感を中心に、うつ病と似た気分の落ち込みや意欲の低下がおこったり、気分が高揚するときには調子がよくなったりする
その他	自己臭症、心気症、転換性障害など

(福西, 2008; 経営総合支援サイト)

不安障害は、比較的若い世代に多いことに加え、社会不安障害のようにその発症年齢と受診年齢にずれがみられる。貝谷は、社会不安症の発症年齢と受診年齢の平均にずれがみられ（表1-8）、社会不安障害の症状に悩みながらも、助けを求めずに我慢している人が多く、又苦手な状況を避け続けることは社会的孤立やうつ病などの他の病気の引き金となると指摘している（貝谷,2006）。

**表1-8 発症年齢と受診年齢とのずれ**

発症年齢の平均	受診年齢の平均
21.7 歳	34.3 歳

(貝谷, 2006)

## 2 若年及び働き盛りの労働者のメンタルヘルス対策推進のための支援

### (1) 最近の若者にみられる傾向

平成 20 年度版「労働経済の分析（労働経済白書）」（厚生労働省,2008）によれば、学卒者の就職後 3 年以内の離職率が 2000 年代において高い水準で推移している。具体的には平成 16 年 3 月に卒業した就職後 3 年以内の離職率は大卒者が 36.6%（過去最高）、高卒者が 49.5%であった。さらに、大卒者、高卒者ともに早期離職（1 年から 2 年以内の離職）が若年労働者の特徴となっている。

また、若年及び働き盛りの世代に不安障害（第 2 章）で悩む人が多いことに加えて、若年者を中心に従来のメランコリー型のうつ病とは異なる非定型うつ病あるいは現代型うつ病と呼ばれるうつ病（第 2 章）が増えていることが指摘されている（永田・廣,2009）。

さらに、若年労働者に表 1-9 に示した仕事に関連する特徴的な傾向がみられるとの報告もある（永田・廣,2009）。表中 1 の仕事に対する考え方について、「国民生活に関する世論調査」（内閣府 平成 20 年実施）で 20 歳代の労働者の 59.1%が「自分にとって楽しい仕事」と回答しており、最も多かったとの報告がある。また、表中 2 の多様性や 4 の帰属感に関して、中高年の人事担当者や管理職からは、若い労働者について、指示待ちで自立心や責任感が乏しく、少し厳しく対応するとすぐに拒否的になり出社できなくなるなどのケースが増えているとの声をよく聞く（永田・廣,2009）との指摘もある。

表 1-9 最近の若年労働者にみられる傾向

<p><b>1仕事に関する考え方ー「理想の仕事とは」</b> 「自分にとって楽しい仕事」「自分にあった仕事」「知識や能力が活かせる仕事」 「安定していて、給与が高い仕事」</p> <p><b>2多様性が大きい</b> 「素直で従順な人」から「自己主張が強く協調性が低い人」 「指示待ち人」から「自律性・自主性に富んだ人」まで多様</p> <p><b>3病気や法律に詳しい人が多い</b> インターネットでよく勉強している</p> <p><b>4会社への帰属意識は高くない人が増えている</b></p> <p><b>5自己愛の強い人が増えている</b> 傷つきやすい反面、相手の気持ちには鈍感</p> <p><b>6社会的スキルや適応力の低い人も増えている</b></p>
---

（永田・廣, 2009）

### (2) 新入社員のメンタルヘルス不調

永田・廣（2009）によれば、新入社員のメンタルヘルス不調の発症時期は、事業場によって研修内容や期間が異なるので一概には言えないが、研修が済んで責任のある仕事（役割）についてから発症する事例が多い。発症は研修や業務が開始してから早い事例では 1 ヶ月後、遅い事例では 12 ヶ月後である。多くは 3 ヶ月～6 ヶ月間に発症し、医療機関を受診することが多い。また、仕事内容や上司が代わったことを契機に発症

する例も少なくない。

## ア 症例

以下に新入社員におけるメンタルヘルス不調の事例を紹介しておく（永田,2007）。

### 〈R 製造業〉

最近の8年間に162例のメンタルヘルスに関する相談があり、そのうち22例が入社2年以内の新入社員であった。22例の職場要因としては、同僚や上司との人間関係の問題がもっとも多く（10人）、次いで仕事の内容に関すること（3人）、仕事が自分に合わない、ついていけない等の適性の問題（3人）がみられた。個人的要因が関係している内容として、過敏性腸症候群や膠原病などの身体疾患に伴うメンタルヘルス不調例（4人）、家庭問題によるメンタルヘルス不調例（2人）がみられた。この事業場では、早期発見・早期対応に力を入れているため22例中19例が通常通り継続して勤務している。

### 〈S 情報関連企業〉

産業医科大学の新入社員312人に対する調査（平成15年）で、17%がメンタルヘルスの不調と診断された。メンタルヘルス不調者に対して心理テストを実施したところ、不安や過敏性、孤立傾向の強い人が健常者に比較して有意に多く、これらの社員は業務の負担感（32%）、業務の不適合感（42%）、上司との人間関係の負担（26%）、職場の人間関係の負担（22%）、組織への不満（14%）が高く、健常群との間に有意差が認められた。

### 〈IT 情報関連企業〉

産業医科大学の新入社員164人に対する調査（平成16年）では、全員に共通する不健康状態（自覚症状数）に影響を与える要因として挙げられたのは、求められすぎ感（2年目）、仕事に面白みを感じられないという不適合感（3年目）、職場での孤立感（2、3年目）であった。永田はこうした結果の背景にあるものとして最近の若者の特徴とも言える自己中心性、自分は何でもできるという幼似的な万能感、傷つく事への恐れ、対人スキルの欠如など自己愛の強い性格傾向を挙げている。

## イ 支援

こうした不適応の発生を予防するために、メンタルヘルス教育が必要となる。永田・廣は、その実施にあたっては以下に示すような留意事項があるとしている。さらに、新入社員及び若年労働者に対して、管理監督者は表1-11に示す対応が求められる（永田・廣,2009）。

**表 1-10 新入社員にメンタルヘルス教育を行う際の留意事項**

- 
- 1 担当教育者が最近の若者の仕事に対する考え方を理解する  
最初から考え方を否定しないこと
  - 2 企業の方針、理念を教える  
企業の一員としての自覚と誇りを促す
  - 3 職場の一員としての役割と協調性、経験の必要性  
学生生活と違い、多様な経験とキャリア形成
  - 4 コミュニケーション能力を伸ばす  
講師が新人の意見を聴くこと、真摯に応えることがよいモデルになる
  - 5 講話型だけでなく、参加型の教育を取り入れる  
グループ討議は他者理解と自己理解を深め、孤立感を軽減
  - 6 新人を直接指導する上司に対する教育も必要  
仕事の指導だけではなく精神面のサポートも必要
  - 7 メンタルヘルス不調のサイン、好発時期、対処法  
予防、早期発見・早期対処の必要性を伝える
  - 8 事業場内の相談体制、支援体制の構築と広報  
1人で考え込まないこと、相談することの重要性を伝える
- 

（永田・廣, 2009）

**表 1-11 上司（管理監督者）としての新入社員、若年労働者への対応**

- 
- 1 最近の若者の特徴と個人の特徴を理解しておく
  - 2 まずティーチング、次にコーチング  
知らないことはできないし、理解していないことは応用できない  
コーチングは自分でプレーできるようになってから
  - 3 コミュニケーション能力を伸ばすには、自分が聴く耳を持つこと  
コミュニケーションは双方向性、上意下達や押し付けは単方向性
  - 4 失敗に対しては、まず本人の言い訳（説明）と対応策を聞く  
反省しており、納得できる説明があれば、叱る必要はない
  - 5 意見、考え方の相違に対しては納得いく説明が必要  
納得できなければ、モチベーションが上がらない人が多い
  - 6 要望に対しては、できること、できないことをはっきり述べる  
できないことは十分な説明が必要
- 

（永田・廣, 2009）

さらに、真野は、仕事によるストレスに関して、周囲からの支援、仕事の要求度、仕事の自由度について、図1-4に示すとおり矢印の方向に進む程高くなるとのモデルを示している。このモデルによれば、管理者はこうした3つの側面から、高ストレス状態の発生を回避するための対策を検討する必要がある。

また、職業性ストレスに関しては欧州委員会の指針（第1章3（1）ア）も参考となる。

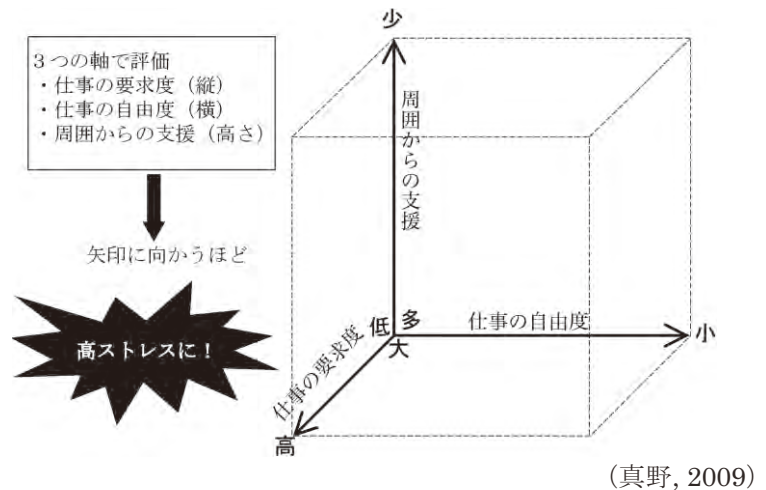


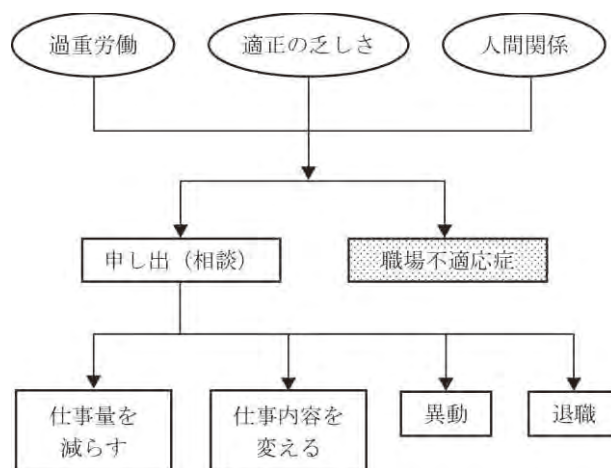
図1-4 仕事によるストレスを評価するモデル

### (3) 職場不適應症の増加

職場不適應は40代以下の働き盛りの若い世代に急増している。職場不適應症の多くは適應障害であるといわれている。適應障害とは生活上のストレスや環境などにうまく適應できず、心身の症状がいろいろと現れてくるために社会生活に支障をきたす心の病を指す。ストレスの要因が職場にある場合を職場不適應症としている。以下にこれらの発症要因と対応の必要性についてまとめておく。

#### ア 職場不適應症となるきっかけ

渡辺は、図1-5に示すように職場不適應となるきっかけとして、過重労働、適性の乏しき、人間関係を挙げている。これらの原因に対し早期に対策がとられないと職場不適應症になるおそれがある。



(渡辺, 2009)

図1-5 職場不適應症になる3つの原因

## イ 職場不適應症の早期発見の手立て

職場不適應症とうつ病は症状が似ており、間違いやすい。そこで、職場不適應症とうつ病との相違点をまとめたものが表 1-12 である。

表 1-12 うつ病と職場不適應症の相違点

症状／疾患	うつ病	職場不適應症
意欲減退や抑うつ気分	生活全般に	職場や仕事が強い (部分的うつ状態)
本質・病態特性	脳内神経伝達物質であるセロトニンなどの減少が有力仮説	自己嫌悪→自分が情けない 二次的なうつ状態
心のエネルギー	なくなっている	それなりにある
就業への不安、恐怖、焦燥など	あまりない	強い
抗うつ剤の効果	あり	あまりない 抗不安剤の方が効果あり
治療的助言	あまりない	配置転換は著効を示すことが多い
休日と出勤日の差異	変わらない	休日は楽になる
好きなことは	意欲がない	できる

(夏目, 2007)

また、荒井 (2007) は職場不適應症の概念を表 1-13 のようにまとめている。なお、職場不適應症への対応については第 2 章にまとめた。

表 1-13 「職場不適應症」の概念

- 
- ・起床するのがつらく出勤への不安、緊張、恐怖がみられる
  - ・月曜の朝がつらく、休日の前日の夕方から気分が楽になる
  - ・休日の翌日に身体の病気がないのに遅刻や欠勤が多くなる
  - ・職場に近づくにつれ動悸が高まり冷汗が流れたり、足がすくんだりする
  - ・職場で不安や緊張が強くおどおどしている
  - ・職場で離席が多くなり、仕事上のミスが目立つようになる
  - ・仕事への意欲が低下し、うつ気分がみられるが、仕事以外のことにはうつのにならない
  - ・まじめな人が仕事への自信をなくし、「皆に申し訳ない」と述べたりする
  - ・唐突に、「仕事を辞めたい」と訴えたり、辞表を提出する
  - ・寝つきが悪い日が続く、夜中にしばしば覚醒する
  - ・会社や仕事に対する寝言が多くなる
  - ・人事異動や決算期にうつ病的になる
  - ・仕事の内容が変わってから落ち込みやすい
- 

(荒井, 2007)



### 3 職場のメンタルヘルス対策の国際的動向と日本型枠組みの確立

#### (1) 国際的動向—Psychosocial Risk Management-European Framework モデル (PRIMA-EF)

##### ア 欧州における職業性ストレスに関する法的枠組み

日本における職場のメンタルヘルスは、1999年の精神障害などの業務上外の判断指針の公表、さらに2000年に過労自殺の民事訴訟の最高裁判決が出てから法的・行政的リスクマネジメントの時代に入った。また、このことは2000年の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」にも記載されている。こうした法的・行政的リスクマネジメントの必要性は説得力をもって、多くの企業がメンタルヘルス活動に参加する動機付けとなった(川上,2010)。

川上(2010)は、法的・行政的リスクマネジメントに加えて、新たな職場のメンタルヘルスの普及の枠組みが必要となることも指摘している。この背景にあるのは、雇用者と従業員の変化、成果主義の導入など人事評価制度の変化などによる職場のサポート機能の低下である。こうしたサポート機能の低下が従業員のメンタルヘルスに影響を与えている可能性を指摘する報告(天笠,2007)もみられる中、法的・行政的リスクマネジメントによるメンタルヘルスの推進のみではこうした状況は充分解決されない(川上,2010)。

こうしたことから、必要となる新たな職場のメンタルヘルスの普及の枠組みの1つとして、職場のメンタルヘルス不調の第一次予防(後述)、すなわち職業性ストレスの対策が必要となっている(川上,2010)。こうした職業性ストレス対策は、欧州で先行的に進められている。

EUでは、雇用者は、「職場で働く人々の安全と健康を向上させるための推進策の導入に関する欧州理事会枠組み規則」(89/391/EEC)により、社会心理的リスク(psychosocial risk)を含む労働者の健康リスクを評価・管理する義務がある。この立場を補強するものとして、「職業性ストレスに関する欧州委員会(European Commission; EC)指針(2002)」(後述(ア))、表1-14の4当事機関により締結された「職業性ストレスに関する枠組み協定(2004)」(後述(イ))及び「職場におけるハラスメントと暴力に関する枠組み合意(2007)」がある。これらに基づき、EU各国で対策が進んでいる(川上,2010)が、そのうちデンマークについて(ウ)にまとめておく。

表 1-14 職業性ストレスに関する枠組み協定の当事 4 機関

従業員側	European Trade Union Confederation (ETUC)
	Union of Industrial and Employers' Confederations of Europe (UNICE)
企業(雇用主)側	European Association of Craft, Small and Medium-sized Enterprises (UEAPME)
	European Center of Enterprises with Public Participation and of Enterprises of General

(European Trade Union Confederation, 2004; 矢倉・川端, 2009)



(ア) 職業性ストレスに関する欧州委員会指針（2002）

本指針では、表1-15のように主要なストレス要因を例示している。さらに、職業性ストレス予防のための組織改善分野を表1-16に示すとおりとし、4つのステップによる予防推進活動（表1-17）を推奨している。

**表 1-15 主なストレス要因**

・ 仕事量が多すぎる、少なすぎる	・ 満足な仕事を完遂するのに時間が短すぎる
・ 明確な職務明細または指揮系統の欠如	・ 好業績に対する正当な評価または報奨がない
・ 不満を述べる機会がない	・ 責任は重い、職権や意思決定権限がほとんどない
・ 上司、同僚、部下の協力、支援がない	・ 仕事の成果物に対するコントロールやプライドがない
・ 仕事の不安定さや身分の永続性がない	・ 年齢、性別、人種、民族、宗教に関する偏見にさらされる
・ 暴力、強迫、いじめにさらされる	・ 個人の才能や能力を効果的に発揮する機会がない
・ 不快あるいは危険な物理的労働条件	

(European Commission, 2002; 矢倉・川端, 2009)

**表 1-16 職業性ストレス予防のための組織改善分野**

勤務スケジュール	仕事以外の必要性や責任との衝突を回避するよう勤務スケジュールを設計すること。シフト勤務の交代予定は安定的で想定可能なもので、時間の経過に沿ったシフト交代（午前中－午後－夜勤）が望ましい。
参画／コントロール	仕事に影響を与える決定や活動に従業員を参画させること
仕事の量	仕事の割り振りを従業員の能力、資質に見合ったものとし、身体的あるいは精神的な要求の特に厳しかったタスクからの回復を許容すること
仕事の内容	意味が感じられ、刺激や達成感を与え、スキル活用の機会があるようにタスクを設計すること
役割	仕事上の役割と責任を明確に示すこと
社会的環境	社会的な相互交流の機会を与えること。これには同僚従業員間の情緒的・社会的支援、助力を含む
将来有望	仕事の安定性やキャリア開発における不明瞭さを回避すること。生涯にわたる学習と雇用されうる能力の維持を奨励すること

(European Commission, 2002; 矢倉・川端, 2009)

**表 1-17 予防推進活動の4ステップ**

ステップ 1	職業性ストレスの要因、原因、健康への影響を明確にすること
ステップ 2	明らかにされたアウトカムとの関連においてエクスポージャーの特徴を分析すること
ステップ 3	利害関係者による一連の介入（働きかけ）を設計し、実施すること
ステップ 4	介入による短期および長期のアウトカムを評価すること

(European Commission, 2002; 矢倉・川端, 2009)

(イ) 職業性ストレスに関する枠組み協定 (2004)

同協定では、「すべての企業（事業主）が仕事における従業員の安全と健康を守る法的な義務を有する」とし、職業的ストレスにもこの義務が適用される。職業的ストレスの問題を示唆する兆候の一部として、欠勤率や離職率の高さ、従業員の間関係における衝突や苦情の発生を挙げている。そして、職業性ストレスの問題を予防、除去、削減するストレス対策の具体例として表 1-18 に示す 3 対策を例示している。

表 1-18 職業性ストレス対策例

マネジメント対策・ コミュニケーション対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会社の目標、個々の従業員の役割を明確にするもの</li> <li>・個人やチームに対する適切なマネジメント支援を確保するもの</li> <li>・仕事に対する責任とコントロールをマッチされるもの</li> <li>・仕事の組織やプロセス、労働条件・環境を改善するもの</li> </ul>
研修	管理職向けおよび一般従業員向けのもので、ストレスとその考えられる原因およびそれに対処すること、変化に適応することに関する認識や理解の向上を目指したもの
情報提供・相談対応	従業員やその代表者に向けたもので、EU および各国の法令、労働協約・慣行に沿ったもの

(European Trade Union Confederation, 2004; 矢倉・川端, 2009)

(ウ) デンマークの取り組み

デンマークは、二次予防、三次予防もさることながら、産業保健、とりわけ、メンタルヘルス対策の一次予防が最も進んでいる国のひとつと考えられる。デンマーク政府は 2004 年に、心理社会的な労働環境要因を 2005 年から 2010 年の労働環境に関する新しい戦略の優先課題とした。こうした要因が原因となる疾病休業を 10%減らすことを数値目標とした。目標達成のために、デンマークのすべての企業における心理社会労働環境査察の実施が義務化されている（小田切,2010）。

イ 職場の心理社会的リスク対策としての PRIMA-EF モデル

(ア) 心理社会的リスクとは

EU の助成による PRIMA-EF (European Framework for Psychosocial Risk Management) プロジェクト (2007-2009) (以下、PRIMA-EF プロジェクト) では EU 共通での職業性ストレス対策の具体的な枠組みが検討され、国や企業の行う職業性ストレス対策の評価指標、日常的な職業性ストレスのリスク対策が提言され、心理社会的リスク管理に関して成果を上げている。本プロジェクトは、WHO を中心とし、英国、ドイツ、イタリア、オランダ、ポーランド、フィンランド、スイスの関連機関の連携で設置された協会によるプロジェクトである。PRIMA-EF プロジェクトは、心理社会的リスク (psychosocial risks) を心理社会的な危険に関連したリスク (risks associated with psychosocial hazards) と定義している。その内容を示したものが表 1-19 である。

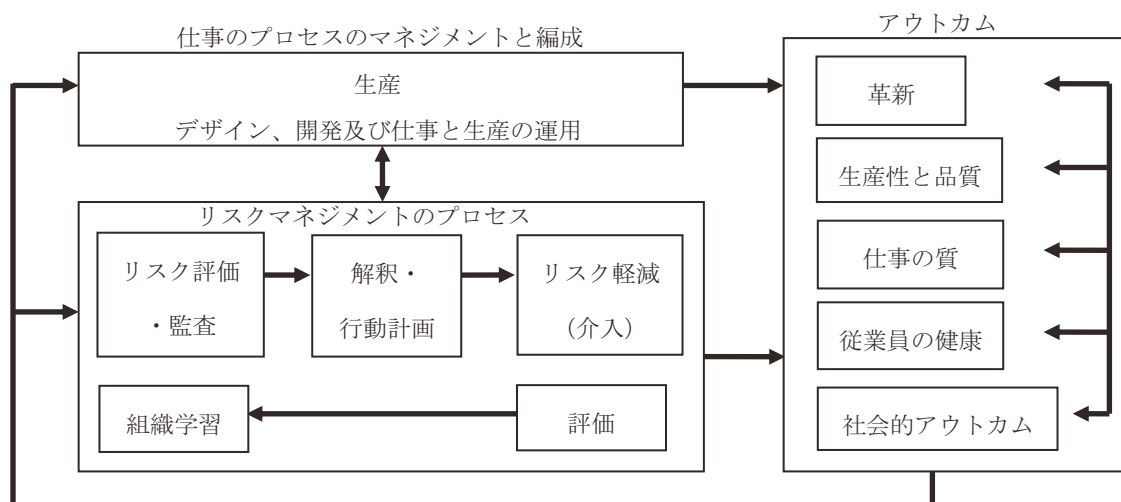
表 1-19 心理社会的なリスク

心理社会的危険	
仕事内容	多様性の欠如、短いサイクル、断片化したまたは意味のない労働、スキルの活用不足、不確実性の高い状況、工作中ずっと人に接している状況
仕事の量・ペース	過重労働あるいは過小労働、機械のペースに合わせる状況、時間的制約がきつい状況、いつも締め切りに追われている状況
勤務スケジュール	シフト勤務、夜間シフト、柔軟性のない作業予定、何時になるかわからない状況、長時間またはぎすぎすした時間
自立性	意思決定への参画が少ない状況、仕事量・ペース・シフト勤務に対する自立性の欠如
環境と設備	設備がない、設備が適切でない、設備の管理が不十分、スペースがない・照明が不十分、騒音などの劣悪な環境条件
組織の文化と機能	コミュニケーションの不足、問題解決・個人の成長のための支援の不足、組織目標の明確さ・合意形成の不足
職場の対人関係	対人的または物理的孤立、上司との人間関係の不足、人間関係の衝突、社会的支援の不足
組織における役割	役割のあいまいさ、役割葛藤、人に対する責任
キャリア開発	キャリアの停滞および不確実性、昇進・昇格の不足または過度な昇進・昇格、賃金の低さ、不安定な雇用、労働に対する社会的価値の低さ
家庭と仕事の調和	仕事と家庭における要求の対立、家庭における支援の不足、共稼ぎ問題

(Leka, S. et al., 2008a; 矢倉・川端, 2009)

(イ) 企業レベル PRIMA-EF モデル

PRIMA-EF プロジェクトの検討結果の1つに企業レベル PRIMA-EF モデルがある。このモデルでは、生産の管理とリスク管理により、アウトカムの向上・充実を図る (図 1-6)。さらに、行動計画には表 1-20 に示すことがらが明示されるべきであるとしている (Leka, S. et al., (2008a) (2008b))。



(Leka, S. et al., 2008a; 矢倉・川端, 2009)

図 1-6 PRIMA-EF モデルー企業レベル

**表 1-20 行動計画に明示されるべき項目**

- 
1. ターゲットは何か
  2. どのように実施するか
  3. 誰が実施するか（責任者は誰か）
  4. 他に参画が必要な人は誰か
  5. どのようなタイム・スケジュールで実施するか
  6. 必要な資源は何か
  7. 健康上およびビジネス上の便益として何が期待できるか
  8. 便益はどのように計測するか
  9. 行動計画とその効果はどのように評価するか
- 

(Leka, S. et al., 2008b; 矢倉・川端, 2009)

#### (ウ) 心理社会的リスクマネジメントを適正に行うための指標

同プロジェクトにおける心理社会的リスクマネジメントを適正に行うための指標は、表 1-21 に示すエクスポージャー、アウトカム、予防活動／介入の 3 区分で構成される項目である。これらの項目は、EU 全域で収集されている欧州労働条件調査 (European Working Conditions Survey)、先行研究、追加的な EU 調査票 (European Working Condition Observatory) を基に検討された。

表 1-21 心理社会的リスクのマネジメントのための諸指標

※ エクスపోージャー・組織的要因	対策／ 制度的仕組み	仕事と家庭のバランスを最適化するための制度的仕組み
		人的資源管理
		労働安全衛生対策
		心理社会的リスクのマネジメントに関する CSR
		事業戦略
	組織文化	経営陣と従業員のオープンで信頼に基づいた関係
		経営陣からの情報提供／フィードバック
		コミュニケーション（ボトムアップ／トップダウン）
		組織正義
	労使関係	労使協議会／従業員代表の存在
		労働組合員資格
		労働協約
エクスపోージャー・仕事関連要因	労働条件	労働契約
		報酬
		職務歴
	組織設計	ジョブローテーション／クロストレーニング
		チームワーク
	仕事の品質	多能化
		仕事の要求の厳しさ
		自立性／意思決定の自由度
		雇用保障
		社会的サポートおよび対立
		暴力、ハラスメント、いじめ
		差別
労働時間		
在宅勤務、テレワーク		
アウトカム	健康関連の アウトカム	労災事故
		健康不調の訴え
		身体面の健康
		メンタル面の健康
	仕事の満足度に関する アウトカム	仕事の対する満足度
		離職・転職
	アブゼンティーイズム／ プレゼンティーイズム	傷病休暇
		欠勤の原因
	経済的コスト	疾病に罹患中の就業／プレゼンティーイズム
		事故および欠勤による経済的コスト
労働能力	パフォーマンス／生産性	
	健康および労働能力の評価	
予防活動／介入	アセスメント	リスク評価
		出勤、事故、疾病の記録／登録
	アセスメント	事故等の原因の調査
	方策	心理社会的リスクの軽減を目指したもの
		自立性、コントロールおよび組織的資源の改善を目指したもの
		対応能力の改善、情報や訓練の提供を目指したもの
		職場復帰を目指したもの
		対応導入の促進要因／対策導入の阻止要因
	評価	対策／制度的仕組みの活用
		方策の有効性
		方策実施におけるプロセスの評価
	従業員の参画	リスク評価
行動計画の策定および実施		

※心理・社会的リスクを含む

(Roozeboom, M. B. et al., 2008; 矢倉・川端, 2009)

(エ) CSR と心理社会的リスク管理の関係の明確化

PRIMA-EF プロジェクトでは、これまで明確ではなかった CSR と心理社会的リスク管理の関係を明確にするために CSR と心理社会的リスク管理に関する指標を提示することとした。そこで、2008 年 1 月の利害関係者ワークショップにおける CSR に関するグループ討議の結果、27 の指標が明らかにされた。これらの指標が、CSR Europe<sup>4</sup>及び Enterprise for Health<sup>5</sup>を通して加盟企業に配布され、その結果、表 1-22 に示す 16 項目の指標が企業レベルのベンチマーキングに有用であるとされた。

表 1-22 企業レベルでのベンチマーキングに有用と考えられる CSR の諸指標

分野	理由	指標
事業運営のシステムと構造への統合	心理社会的リスクマネジメント（以下、「PRIMA」とする）とCSRはともに、企業の事業運営に統合される必要がある。既存のマネジメントのシステムと構造に統合され実施されることがその意味でキーとなる。	<p>(通常の事業コントロールまたは稼働中のマネジメントシステムの一部として)企業はPRIMAに関する経営情報を保持している。企業は、心理社会的リスクを予防・縮小・制御する明確な対策を持っている。</p> <p>心理社会的リスクをマネージするシステムを組織再編・再構築の場合にも使用している。</p> <p>企業は、心理社会的問題に対する行動規範を持っている。企業は、暴力・ハラスメント・いじめに対する行動規範を持っている。</p> <p>企業は、秘密を守ってハラスメント、いじめ、その他の心理社会的問題を取り上げるシステムを持っている。</p> <p>心理社会的リスクを予防し、メンタルヘルスを進展させる会社としてのガイダンス・ガイドラインを整備している。</p>
企業文化への統合	PRIMAとCSRはともに、企業の事業運営に統合される必要がある。システムと構造に加えて、それは、ここでは物事にどのように対応するかという企業の価値観・文化の問題である。	<p>リーダーは心理社会的問題の優先度の判断し、隠し立てしないで予防のメカニズムとして扱うことについて訓練を受け、その能力が開発されている。</p> <p>事件（例えば、肉体的・精神的攻撃、ハラスメント）の発生を知らせることが奨励されている（報われる仕組みがあり、非難されることにならない）。</p> <p>心理社会的問題および予防活動に関する活発でオープンな対内的・対外的コミュニケーションが行われている（透明性）。</p>
組織学習と開発への統合	CSR、PRIMAともに時限のプロジェクトではなく、継続的な取り組みであり、学習して適応すること、継続的な改善がキーである。	<p>暴力とハラスメントのすべての事件が記録・分析され、学んだ教訓が伝達される。</p> <p>企業は、心理社会的なリスクへの介入を評価する仕組みを実施している。</p> <p>問題を通知した個々の従業員に対して、提案されたまたは実施された解決策についてフィードバックされている。</p>
利害関係者との対話への統合	利害関係者の参画はCSRにおいてキーである。労働安全衛生/PRIMAの伝統的なソーシャルパートナーの範囲を超えることも有用である。社外の関係者もPRIMAに利害を持っており、あれこれと企業を助けてくれるものである。	<p>企業は心理社会的問題に関する社内的な報告システムを実施しており、それは社内の計画・コントロールサイクルおよび社外向け報告（例えばCSRレポート）にリンクしている。</p> <p>企業は、心理社会的問題に関する主要な利害関係者（例えば、政府、ソーシャルパートナー、社会保険局、NGO等）を明確にしており、彼らと定期的な対話を持っている。</p>
倫理的な側面やジレンマへの明示的な取り組み	倫理問題および倫理的な行動はPRIMAのみならずCSRにおいても不可欠である。倫理的なジレンマに明示的に対処することは、個人および会社の両方のレベルで、倫理的な認識および行動を進展させるのに重要である。	<p>従業員は、仕事上の衝突を肯定的に活用する（問題を克服し、問題を生産的な経験に換える）ように訓練されている。</p>

(Zwetsloot, G. et al., 2008; 矢倉・川端, 2009)

<sup>4</sup>1995年に欧州委員会の呼びかけに応じた欧州の複数の経営者により設立され、メンバーとして75の多国籍企業及び25の各国パートナー組織が参加している。企業に対して、CSRの日々のビジネス活動への一体化を支援することをミッションとしている。

<sup>5</sup>2000年にドイツで設立され、24の企業が参加している。従業員に対する企業の健康への取り組みについての情報交換や関連する企業文化について公表する事などを目的としている。

### (オ) PRIMA-EF プロジェクトの成果

PRIMA-EF プロジェクトの成果物の1つとして、ガイダンスシートとベストプラクティスのインベントリーがある。ガイダンスシートはプロジェクトの成果を10のテーマについてまとめたものである。

PRIMA-EF プロジェクトの主要な目的の1つである心理社会的リスクに対応する取り組みを推進するうえでの成功要因と阻害要因を明らかにすることであった。このため、EU各国での取り組みの公表論文と取り組み推進者等に対する聞き取り調査によりベストプラクティスが表1-23に示す基準により選定されている。

**表 1-23 取り組みを評価する基準**

産業特異性 企業規模	特定の職業セクターのみに適合するものか さまざまな企業規模で適用可能か
性別	性別の問題が考慮されているか、両性に適用可能か
理論 応用可能性	取り組みは理論から組み立てられたものでエビデンスに基づいたものか 様々な職業セクター、企業規模で適用可能か
CSR	その取り組みは企業の責任あるビジネス慣行を促進するものか、もしそうなら、どのように
社会的対話	その取り組みは従業員の参画、ソーシャルパートナーとの対話を促進するか、もしそうなら、どのように
質のコントロール	次の主要な基準を満たしているか i 評価の高い学術雑誌に掲載されたか ii 情報源は信頼が置けるか iii 公表されているサイトの作成者、論文の著者は明らかか iv 示された情報は原著か、そうでない場合、出典が明記されているか v 商用のサイト／報告書の場合、その情報は客観的で、商用目的のバイアスを含んでいないか（例、コンサルティング会社）
評価	取り組みのプロセス上の問題点やアウトカム、示された結果が長期に安定的なものであるかについて、評価が実施されているか
便益	その取り組みの費用対便益を評価する等、便益が明らかにされているか

(Leka, S and Cox, T., 2008c; 矢倉・川端, 2009)



## (2) フランスにおける雇用維持の取り組み

PRIMA-EF は欧州全体で推進されているメンタルヘルスに特化した取り組みであるが、本節ではフランスのメンタルヘルス不全も含めた雇用維持対策 (maintien dans l'emploi) について Handipole のインターネット情報をもとにその概観を、さらに雇用維持対策における精神障害をもつ労働者のためのポストの調整について、Claire Leroy-Hatala (2007) をもとにまとめておく。

### ア 雇用維持対策における関係機関

労働者の雇用維持対策のステークホルダーには、労働者、国、社会保障、県障害者センター、地域の医療機関、労働衛生機関、障害者職業参入基金管理運営機関 (Agefiph)、企業が含まれる。さらに、これらのステークホルダー間での調整を図る障害労働者の雇用維持のための支援サービス (Sameth) (以下、Sameth) がある。Sameth はステークホルダー相互の情報伝達や意思疎通を促進する役割を果たす。

### イ 事業主を支援する Sameth の役割

企業は、状況分析や雇用維持に向けた各ステップでのサポートを得るために、Sameth の力を借りることができる。こうした Sameth の事業主支援について、Agefiph (2010) をもとにまとめておく。Sameth は各県にあり、障害者職業編入基金管理運営機関 (Agefiph) の下部組織として、以下のようなサービスを提供している。こうした障害をもつ労働者の雇用維持サービスは企業にとって利益を生み、労働力が改善される。なお、Sameth は労働者からの相談にも応じている。

#### <情報サービス>

雇用維持のアプローチの実現に必要なすべての情報を提供するものである (法的枠組み、活用できる助成金、介入の制度、研修の制度など)。

#### <促進化サービス>

雇用維持のための解決策を実行するために必要な措置や援助をすることを使命としている。

#### <顧問サービス>

雇用維持のアプローチを用いる条件について企業に説明を行う (現状の検討、介入の可能性や満たすべき条件の審査など)。

#### <技術サービス>

かなり複雑化したケースにおいて特務員を企業に派遣し、状況を完全な形で把握するため、労働医や企業内の同僚などと協議する。必要があれば、特務員は人間工学の専門家や、各種の障害の専門家の力を借りる。あらゆる手を尽くしても企業内に解決策が見出せない場合、Cap emploi (就労支援ネットワーク) と連携し、



労働者が新しい就職口を見つける手助けをする。

さらに、Sameth の特務員は、関連資料を受け取ると解決に向けた徹底的な分析を行う（労働者の障害の性質、労働者のモチベーション、一緒に働く人がいるのかなど）。これは内部に解決策を見出すためである。この段階での Sameth の顧問は、起こっている事象を明らかにしつつ可能性の領域を広げ、似通った企業での成功例を参考にした解決策を見出す作業をする。

雇用維持計画を成功に導くのに必要な条件として、関係三者（労働医<sup>6</sup>、労働者、雇用者）がまとまるということが、必要不可欠である。さらに、早めに取り掛かることも重要となる。部分的もしくは全体的な就労不能が労働医によって指摘されてから、企業は1ヶ月以内に合議による解決策を見つける必要がある。すなわち、長い休みや欠勤の連続といった不測の事態を引き起こしかねない一連の徴候に、事業主は注意深く対処することが重要となる。

## ウ 雇用維持対策の手段

Handipole によると、雇用維持対策の手段は、職場環境に関係するもの、直接的に従業員本人に関わるもの（総合的能力評価、職業訓練、頭部外傷及び脳損傷者を対象とする研修など）、特殊な方策に関するもの（財政的支援）に大別される。

職場環境に関する手段および措置には、治療のためのパートタイムでの職場復帰、労働ポスト（職務の事前調査・人間工学によるポストの調整の推奨）、ポストの調整、アクセシビリティが含まれる。

精神障害をもつ従業員にとってもこれらは重要な手段であるが、とりわけ、治療のためのパートタイムでの職場復帰は重要となると考えられる。治療のためのパートタイムでの職場復帰は、主治医が命じる。主治医が相談医に要請し、相談医の承認と事業主の受諾を経て、労働医が実行する。

## エ 精神障害をもつ労働者のためのポストの調整

フランスでは、「2005年2月11日の障害者の権利と機会の平等、参加、及び市民権に関する法律」(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)以降、精神面の変調 (troubles) は、障害 (handicap) の、しかも、明らかに精神障害の原因となりうるものとして正式に認められている。

本法律の意味においては、ひとつもしくは複数の、身体、感覚器官、知能、認知または精神に関する機能の、実質的、永続的または決定的な悪化や、重複障害もしくは就労を不可能にする健康上の問題を理由として、人が、その環境において被る活動の制限もしくは社会生活への参加の制約のすべてが障害となる（社会福祉・家族法典 L.114 条）。

---

<sup>6</sup>労働衛生機関(SST)の医師

また、精神面の疾患もしくは精神病をもつ人々は、県障害者センター(Maison départementale des personnes handicapées)内にある権利自立委員会(Commission des droits et de l' autonomie des personnes handicapées)に対して合法的に、障害認定を求めることができる。彼らはこうして、障害労働者の雇用のための 1987 年の法律（及び 2005 年の法律での修正）以降の、企業における 6 %という率での雇用義務の受益者となる（労働法典 L323-1 条<sup>7)</sup>。

こうした精神障害をもつ労働者のためのポストの調整について Claire Leroy-Hatala (2007) をもとに以下にまとめておく。

Leroy-Hatala は、精神障害をもつ労働者に自分自身や自分の仕事上の能力に対する自信の欠如がよく問題となるとしている。さらに、障害を理解してもらい、受け入れてもらうまでの長い道のりがあるといったことなどから当初はときに、労働者本人が自分の障害や障害という状況を拒否する場合もみうけられる。こうしたことから Leroy-Hatala は、雇用維持や就職では、その障害者が仕事をする上で、障害があるために特別に必要なものは何かを特定し、職場環境を整備することが求められるとしている。

ポストの調整が特に必要となるのは、勤務時間、労働時間、時間割の配分、業務体制、業務の計画化、幹部による支援、業務上の自立のための時間、在宅勤務、賃金上の支援、職業上の過渡期が含まれる。

#### 〈勤務時間〉

例えば、恐怖症の人は、交通機関のラッシュアワーを避けて通勤する必要があるかもしれない。

#### 〈労働時間〉

治療が労働者を非常に疲労させる場合もある。精神障害の症状が出ている場合には、パートタイムが雇用維持のためのひとつの方法となるかもしれない。

#### 〈時間割の配分〉

人によっては、週のうちのある曜日に集中した時間割配分が最も調子の良いこともあるだろう。同様に、労働時間の年間管理化も、場合によっては検討可能だと思われる。

#### 〈業務体制〉

人間関係上の問題により、個別に独立した業務体制を検討することが適切な場合がある。逆に、労働者の中には、きちんと組織化されて安定感のあるチームでの業務のほうが安心だという人もあると考えられる。

#### 〈業務の計画化〉

業務体制は、労働者がより柔軟に自分の業務を組み立てられるように、任務もしくは計画を検討することができる。こうしたことを実行するには、時として職場における社会的規範（時間割、諸活動への参加など）

---

<sup>7</sup> L323-1 条は旧番号。現番号は L5212-2 条である。

を柔軟にする必要がある。

#### 〈幹部による支援〉

労働ポストの調整は、幹部の中の専門家（上司、人事部（DRH）、経営者）を総動員して行なわれ、職業上の観点から労働者に自信を持たせ、労働者と定期的に現状を総括し、達成可能で明確な目標を設定する。この業務上のフォローアップによって、障害をもつ労働者には特定の時期に集中的な支援や激励が行われ、職場への参加という観点で特別な枠組みが与えられる。

#### 〈業務上の自立のための時間〉

労働者はときに、新しいポストや新しい職務を自分のものにするのに時間が必要になることがある。メモやコンピュータなどのサポートを使って自律して仕事をする方法を、研修期間中に見つける場合がある。また、完全に仕事をこなすためには、企業に時間外労働を認めてもらう必要がある場合もある。企業は、場合によっては、どのくらいの生産性をその労働者に要求するかの見直しをする必要がある。

#### 〈在宅勤務〉

企業の規定上の拘束が厳しすぎる場合、あるいはハンディキャップによって企業に出勤することができない場合に、労働者は、自宅での勤務の可能性を検討することができる。

#### 〈賃金上の支援〉

可能な限りの個人的支援（金銭的支援、社会的支援）を行ない、企業は、病気の安定化や症状の緩和に不可欠なことの多い、労働者の社会参入についての役割を果たす。

#### 〈職業上の過渡期〉

労働者が、自分の限界を試し、評価できるよう、職場の状況に触れられる研修を用いるのは建設的である。こうしたことにより企業も、労働者の能力を実際に確かめることができる。

#### 〈事例1〉

一例として、慢性疲労症候群（燃え尽き症候群）の情報処理技術者の事例では、長期にわたる入院と自分の病気についての学習の後、自分の職務を全面的に再編成した。経営者との業務上の総合的評価を基にして、この労働者は、以前よりも長い時間休息が取れるようにと、週に3日間しか働いていない。在宅勤務のおかげで、大部分の時間を自宅で仕事をするようになり、顧客との接触が避けられるために、仕事上でのストレスも軽減された。

〈事例2〉

キャリアの途中で、双極性精神病であることを宣言したあるエンジニアは、直属の上司とのパートナーシップによって自分の職務を再編成した。気分障害を埋め合わせるために、この労働者は、それ以降、長期にわたる任務を計画方式によりこなすこととした。労働者に、能力や参加状況に対する自信を持たせるために、業務上の目標に対して、定期的に上司と現状を総括を行った。

これらふたりの労働者は、仕事以外の活動（弦楽器製作、絵画）に対しても、企業から金銭的な支援を受けていた。彼らの話によれば、自分たちの精神的安定や社会及び職業参入に寄与しているという。

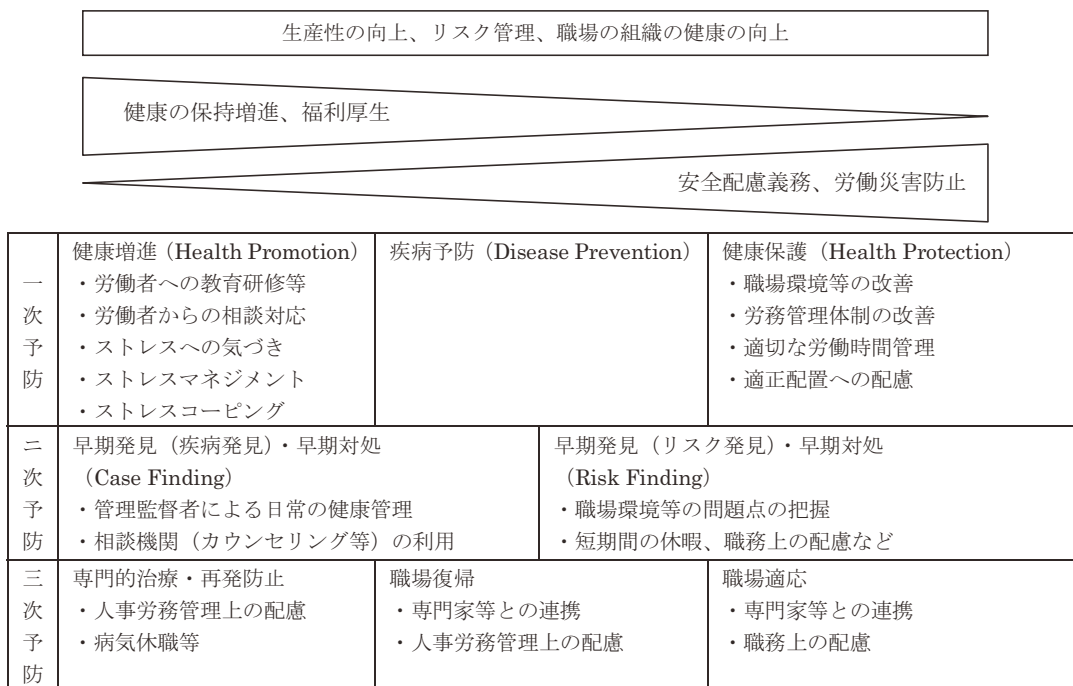
### (3) 日本型枠組み「労働者の心の健康づくり」

#### ア 目的

平成 18 年 3 月に策定された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」により、厚生労働省は職場におけるメンタルヘルス対策を推進している。

本指針は、労働安全衛生法第 70 条の 2 第 1 項の規定に基づき、同法第 69 条<sup>8</sup>第 1 項の措置の適正かつ有効な実施を図るための指針である。事業場において、事業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置としてのメンタルヘルスクアの原則的な実施方法を定めている。

こうしたメンタルヘルスクアの体系を示したものが図 1-7 である。



(柳川, 2007)

図 1-7 メンタルヘルスクアの体系

一次予防とは、「メンタルヘルス不全にならないために、個人と職場が取り組む対策」のことである。二次予防とは、「メンタルヘルス不全者を早期に発見し、早い段階で治療に結びつけるための対策」のことで、特にこれはラインケアにおいて重要であり、産業保健スタッフや事業外資源との連携（第 4 章、第 5 章）も大切になってくる。三次予防とは、「病気になってしまった勤労者に対して、職場と本人の双方の不利益が最小限となるように取り組む対策」のことであり、職場復帰支援が中心となる。ここでも、ラインケアが中心となり、産業保健スタッフや事業外資源との連携が必要となる。

<sup>8</sup>労働安全衛生法第 69 条 事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るために必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるよう努めなければならない。

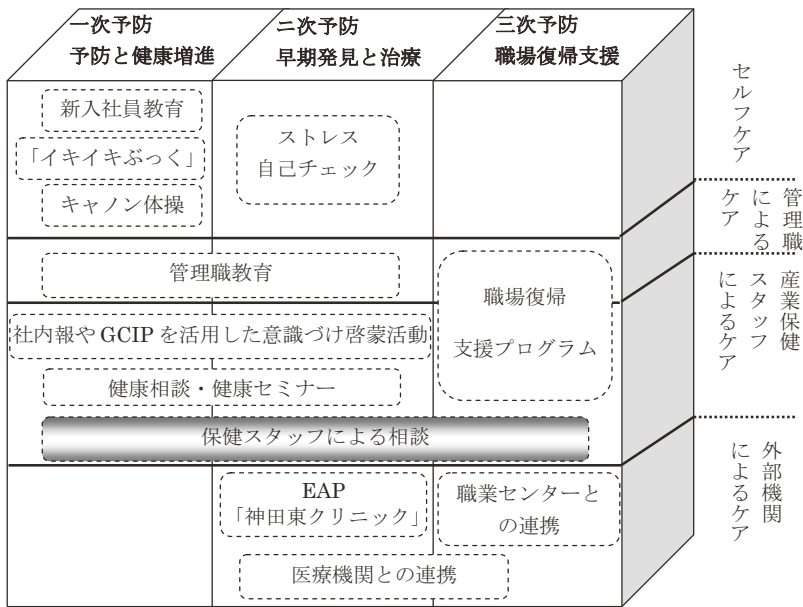
さらに、表1-24は、社内のすべての労働者をその対象とする指針に基づくメンタルヘルスと、心の健康問題を有する労働者のみをその対象とする従来のメンタルヘルスカケアとを対比したものである。指針に基づくケアでは、特徴の1つとしてすべての労働者をその対象としている。

表1-24 指針に基づくメンタルヘルス

		メンタルヘルス指針に基づくメンタルヘルスカケア	対比されるメンタルヘルスカケア
対象となる労働者		すべての労働者	心の健康問題を有する労働者
実施の動機		企業戦略の一環 <ul style="list-style-type: none"> <li>労働生活の質の向上</li> <li>事業場の活力の向上</li> <li>生産性の質・量の向上</li> <li>労働者の福利厚生</li> <li>リスクマネジメント</li> <li>安全配慮義務</li> </ul>	安全配慮義務が中心
手法 手段	一次予防	一次予防（健康増進のみならず職場環境等の改善を含めて）に重点	疾病対策に重点 労働者への治療推奨が中心
	二次予防	適切な早期発見・早期対処	
	三次予防	事業場外資源と職場が連携	
推進の在り方		組織的対応（4つのケア）	担当者（外部機関）まかせ
		計画的推進（計画の策定）	事後的対応（場当たり）
個人情報管理等		原則として本人の了解を得て対応 適切な情報管理（知るべき者は知る） 心の健康問題（一般）に関する適切な教育 による周囲の正しい理解 プライバシーが確保される	とにかく隠せばよい 憶測や誤解による周囲の噂の対象 プライバシーが確保されない
心の健康 問題が発生した場 合の対応	労働者の反応	適切な労働衛生管理や、心の健康問題に対する人事労務管理上の配慮等を期待（きちんと話した方が、適切な理解や対応が望めるので、かえってよさそうだ）	会社に自らの心の問題を知られることの忌避。人事上の不利益取扱いへの不安と不信（心の健康問題を持っていることが分かると、処遇・人事面で差別されそうだ）
	事業場の基本的態度	正しい対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>治療すべき疾病と認識</li> <li>誰でも罹患しうる疾病と認識</li> <li>専門家と連携して対応</li> <li>有為な人材の活用が可能</li> <li>労働者の信頼感の醸成</li> </ul>	排除 <ul style="list-style-type: none"> <li>本人のやる気の問題と認識</li> <li>弱い者の特別な病気と認識</li> <li>素人判断で対応</li> <li>人材の有効活用ができない</li> <li>労働者の不信感の醸成</li> </ul>
	同僚の態度	<ul style="list-style-type: none"> <li>やむおえないことと認識</li> <li>仕事上のフォローとカバー</li> <li>適切な理解と対応</li> <li>職場の和の醸成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題のある同僚への不運な境遇と認識</li> <li>仕事量の一時的な増加への不満</li> <li>憶測や誤解に基づく噂</li> <li>人間関係の悪化</li> </ul>
イメージ		中立 または プラスイメージ	マイナスイメージ、暗い

(柳川, 2007)

「4つのケア」と「3つの予防」を組み合わせた各種施策を効果的に実施することで、「総合的なメンタルヘルス対策を構築する



(高田・大野, 2007)

図 1-8 メンタルヘルス施策体系図

さらに、図 1-8 は、本指針の「4つのケア」と「3つの予防」を組み合わせた各種施策を効果的に実施することで、総合的なメンタルヘルス対策を構築するメンタルヘルス施策体系図である。

図中における「セルフケア」とは言うまでもなく自分自身の心の健康を守るということだが、管理監督者には、自身のセルフケアに加えて部下の心の健康を守ることも求められる。これを「ラインケア」といい、勤労者のメンタルヘルスを推進するために非常に重要である。

また、健康な職場づくりを推進するためには、職場におけるメンタルヘルスケア対策が必要だが、これは予防医学の考え方に倣い、一次予防、二次予防、三次予防に分けることができる。

体系図及び表 1-24 に示された内容から、指針に基づくメンタルヘルスは一次予防から、早期発見と早期対処、そして三次予防である事業場外支援と事業主が連携した職場復帰支援までも含めた支援対策であることがわかる。

こうした事業場としての心の健康づくり対策が推進されているかどうかをみるチェックリスト項目を示したものが表 1-25 である。



表 1-25 事業場としての心の健康づくり対策のチェックリスト

<p>1. 事業場としての心の健康づくり計画がたてられているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事業場として心の健康づくりに積極的、継続的に取り組むことを表明しているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 短期(年間)および中・長期の目標をたてられているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 社内外の組織づくりがなされているか。(産業医が選任されている事業場では産業医が参画しているか、事業場外の支援機関との連携はどうか、など)。</li> </ul> <p>2. 職業環境の改善による対策が実施されているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 職業環境のストレス要因の評価が計画・実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 職業環境のストレス要因の改善が計画・実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 改善の効果評価がなされているか。</li> </ul> <p>3. 教育・研修が実施されているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 管理職の教育・研修が計画・実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 従業員の教育・研修が計画・実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 産業保険スタッフの教育・研修が計画・実施されているか。</li> </ul> <p>4. 事業場としての心の健康づくり計画がたてられているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 健康診断などの機会を活用して従業員のストレスを把握する工夫がなされているか。</li> <li><input type="checkbox"/> ストレスを考慮した健康診断の事後措置や保健指導が実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 保健保持増進においてストレス対策が考慮されているか。</li> </ul> <p>5. メンタルヘルスの相談体制の確立と運用がなされているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 従業員が利用しやすい相談経路や窓口が確立されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 事例への気づきや対応について管理職・従業員の教育・研修が実施されているか。</li> <li><input type="checkbox"/> 社外の専門機関との連携が円滑にできるよう計画されているか。</li> </ul>
---

(河野, 2004)

## イ 日本型枠組みの推進における事業主支援

メンタルヘルス施策体系図に示す日本型枠組み「労働者の心の健康づくり」(図1-8)をみると、一次予防～三次予防までが4つのケアと組み合わせられ、推進されることが分かる。三次予防、すなわち職場復帰支援は、再発予防の観点からも重要であり、とりわけ事業主と連携した職業リハビリテーションの推進が不可欠となる。

### (ア) 心の病の多様化に伴う新たなニーズ

雇用状況が厳しい中で効果的な復職支援を推進するためには、うつ病にはさまざまな病態があることから、第1に、時短勤務などの復職制度を検討する必要がある(菅原,2009)。第2に、復職支援機関での復職時期の見立てと復職準備性の客観的評価の重要性について、復職支援機関や事業場の専門家を中心に幅広く理解を深めて行くことが必要となる(菅原,2009)。さらに、さまざまな原因による職場不適応症や適応障害、併存する障害のある重複障害、そして依存症への支援も必要となる。

### (イ) 事業場、休職者、主治医から中立な立場の復職支援機関の重要性

うつ病休職者の復職を妨げる要因には、事業場側、主治医側、そして休職者側の問題が組み合わさっており、こうした阻害要因の解決にも、客観的に復職準備性の判断ができ、中立・公平な立場で休職者の伴走者として援助可能な復職支援機関の存在が重要となる(菅原,2009)。

地域障害者職業センターでは事業主と連携し、各ステークホルダーとの調整を図りつつ復職支援を推進しており(第4章)、こうした支援が重要な役割を果たすと考えられる。

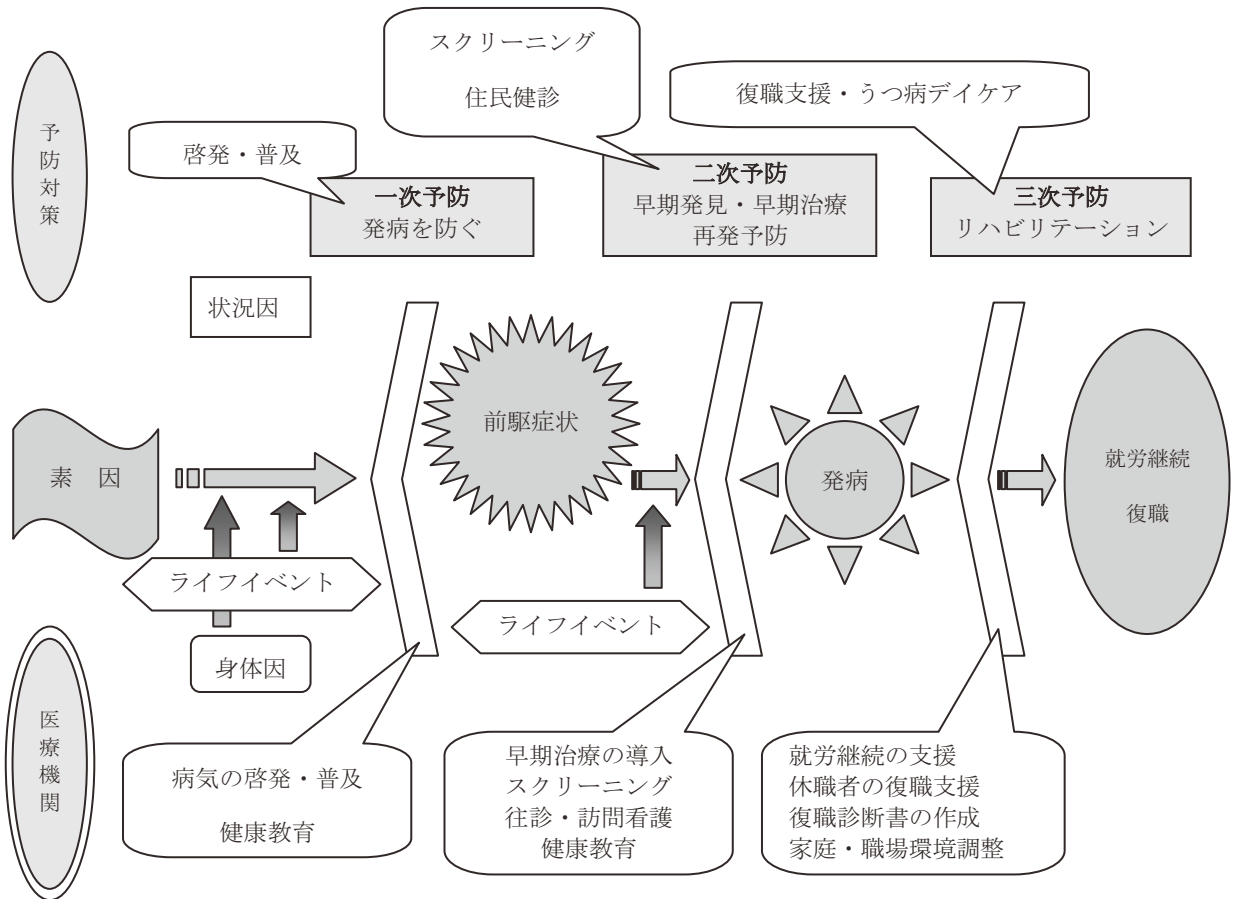


(ウ) 事業場側の阻害要因

「心の健康問題で休業した労働者のための職場復帰支援の手引き」(厚生労働省)により、事業主による積極的な休業労働者支援の実施が要請されているが、一企業で取り組むことが負担であるとの意見もある(石川,2011)。このような場合に事業主と連携し、各ステークホルダーとの調整を図りつつ推進する社外機関による復職支援が必要と考えられる。

(4) 早期介入を目指す復帰支援と障害管理 (disability management) の戦略

発病及び受障の時期からできるだけ間を置かずに就業の継続及び休職者の復職支援に入れる体制が必要となる。図1-9は産業精神保健の予防と医療機関の役割を示したもの(仲本,2007)であるが、職業リハビリテーション機関の行う三次予防、すなわち、復職支援においてもこうした体制が必要となる。



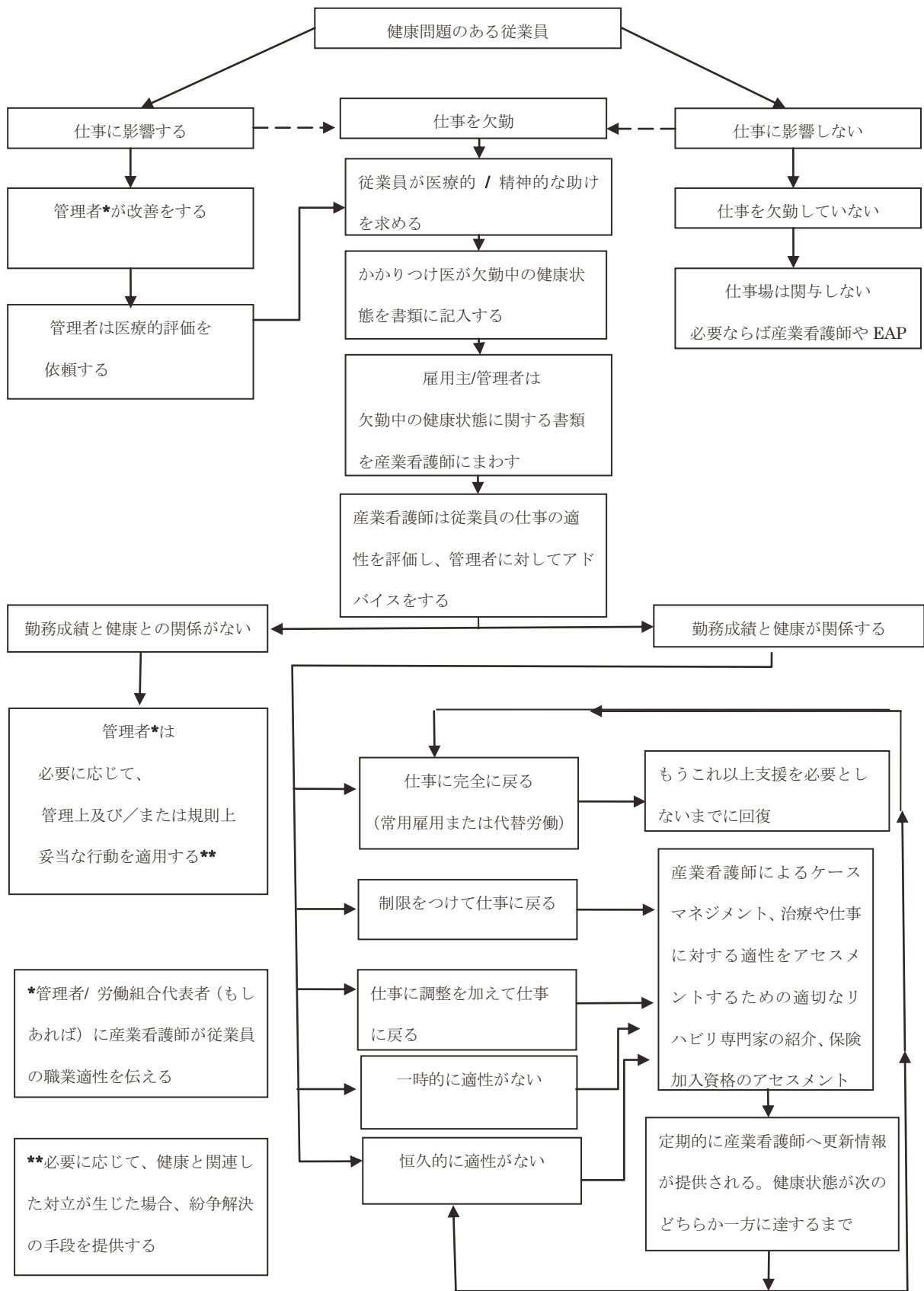
(仲本, 2007)

図 1-9 産業精神保健の予防と医療機関の役割

ILO は、「企業は、うつ病によるメンタルヘルス (医療) 及び障害コストがしばしばもっとも高くなることに気づきはじめた。フォードモーター社等、多くの使用者が健康と生産性の関係を理解し、経営戦略を向上

させ、仕事・家庭・生活を支援する計画を開発し、実行し始めている」と述べている（荒川,2007,p153）。フォードモーター社は、障害管理（disability management）の戦略により、こうしたことを推進している（石川,2010）。

図1-10は、障害管理の考え方に基づく健康問題のある従業員に対する支援を示したフローチャートである（Dyck,2009）。



(Dyck,2007)

図 1-10 健康問題のある従業員の管理

さらに、労働者の心の健康づくりを推進する上で、職場環境の改善も避けて通ることができない（柳川,2007）。すなわち、単に個々の労働者への心のケアのみならず、トータルな企業戦略の中での心の健康づくりをサポートするためのサービスが、事業場外資源によって広範囲に提供されることが必要であると思われる（柳川,2007,p153）との指摘がある。この点について、事業場外資源報告書は、心理カウンセリングや職場復帰における支援などと併せて、「労働者の個別的問題を取り上げるのではなく、職場環境の評価を行い、その結果にもとづいて事業場の組織的な問題を洗い出し、その問題を解決するための職場環境の改善を立案して助言指導を行う（中略）事業場のメンタルヘルス対策における一次予防～三次予防までを支援するものが求められる」と指摘している（柳川,2007,p153）。こうした支援は、障害管理においても推奨されている。

## 4 ディーセント・ワーク実現のための支援の必要性

表1-5に示すように、抑うつ状態となっている従業員の増加の原因として、仕事の難易度の上昇、締め切りの短期間化、業務の代替え要員が少ないことが挙げられている。こうした状況の中、わが国の30才代男性を中心に長時間労働を行う労働者の割合は増加しており、平成16年の調査において、4人に1人(23.8%)が週60時間以上働いているとされている(厚生労働省,2006b)。以下にこうした現状と課題そして必要となる対策についてまとめておく。

### (1) 長時間労働の現状

年間総実労働時間に関する諸外国との比較において、日本が最も長いという結果が報告されている(表1-26)。また筒井によれば、EU労働時間指令(1993年)と比較すると(表1-27)、日本では法律上の労働時間の上限規制はなく、年次有給休暇の付与日数においてもEUと開きがあることが窺える。また、ヨーロッパ諸国においては、最低休息时间規制もあるが、日本ではこうした規制がない現状にある(表1-28)。

表1-26 年間総実労働時間の比較(製造業・生産労働者2006年)

単位：時間

	所定内労働時間	所定外労働時間	計	日本との差
日本	1794	209	2003	
アメリカ	1733	229	1962	41
イギリス	1749	125	1874	129
ドイツ	1538		1538	465
フランス	1537		1537	466

(労働政策研究・研修機構,2009)

表1-27 日本とEUの労働時間規制

	日本	EU労働時間指令(1993年)
法定労働時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1週40時間</li> <li>●1日8時間</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各国ごとに定める</li> </ul>
労働時間の上限	<ul style="list-style-type: none"> <li>●法律上の上限規制なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●7日につき、時間外を含め平均して48時間を超えないこと(算定基準期間は4ヶ月以内)</li> <li>●1日の労働時間は、時間外を含め13時間とする(→1日の休息時間は連続11時間)</li> </ul>
年次有給休暇の付与日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>●6ヶ月で10日、2年6ヶ月までは1年ごとに1日追加、以後1年ごとに2日追加(最高20日)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●最低4週間(代償手当ては禁止)</li> </ul>

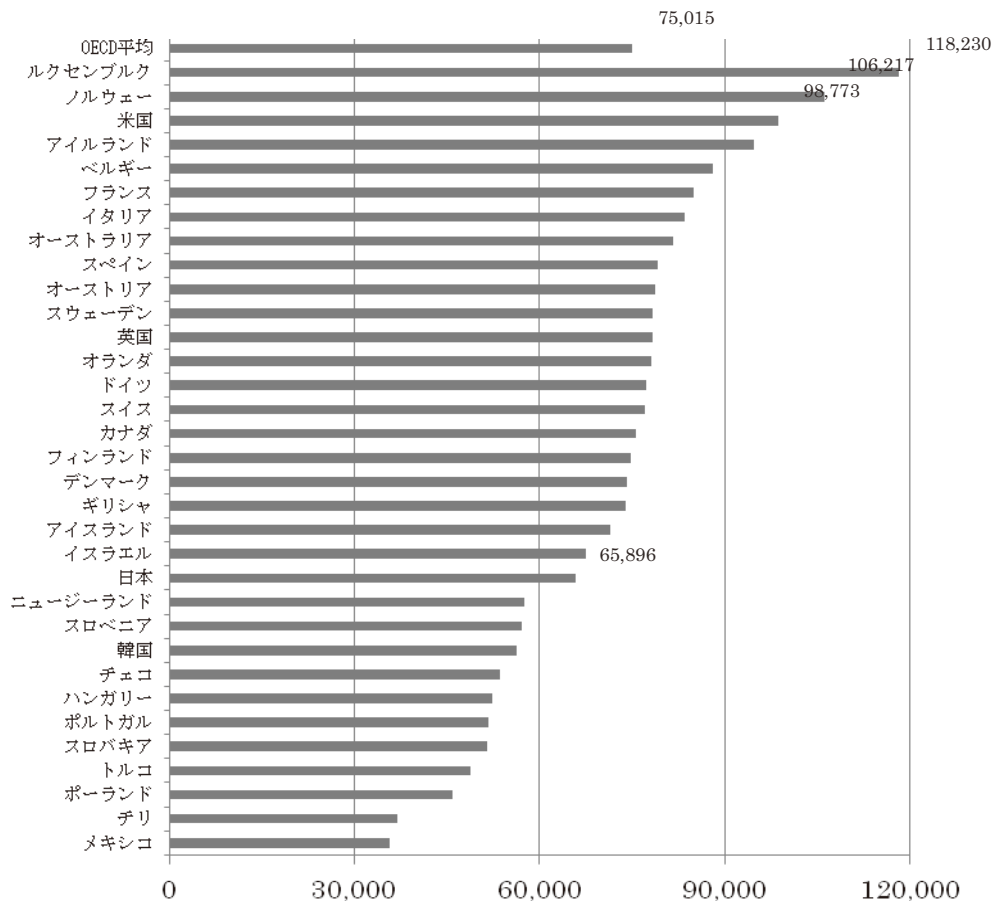
(筒井,2010)

表 1-28 ヨーロッパ諸国の労働時間の上限と最低休息時間規制

国	労働時間の上限 (週)	労働時間の上限 (日)	最低休息時間 (日)
オーストリア	46 時間	10 時間	11 時間
ベルギー	50 時間	11 時間	11 時間
デンマーク	48 時間	13 時間	11 時間
フィンランド	48 時間	13 時間	11 時間
フランス	48 時間	10 時間	11 時間
ドイツ	48 時間	8 時間	11 時間
アイルランド	48 時間	13 時間	11 時間
イタリア	48 時間	13 時間	11 時間
ルクセンブルグ	48 時間	10 時間	なし
オランダ	48 時間	11 時間	11 時間
ノルウェー	48 時間	14 時間	11 時間
ポルトガル	48 時間	10 時間	11 時間
スペイン	41.5 時間	12 時間	12 時間
スウェーデン	40 時間	なし	なし
スイス	49 時間～53 時間	13 時間	11 時間
英国	48 時間	13 時間	11 時間
日本	なし	なし	なし
米国	なし	なし	なし

(筒井, 2010)

このように諸外国に比べ長時間労働の傾向にあるにも関わらず、図 1-11 に示すようにわが国の労働生産性は伸び悩みの現状にある（日本生産性本部,2010）。



(日本生産性本部, 2010)

図 1-11 OECD 加盟諸国の労働生産性 (2009 年/33 カ国比較)

## (2) ディーセント・ワーキングタイムの実現

こうした日本の現状の改善を図る上で、ILO で検討されている「ディーセント・ワーキングタイム」が参考となる。「ディーセント・ワーキングタイム」は、ディーセント・ワークを労働時間に関して実現することを目指す。ディーセント・ワーキングタイムは、5つの内容(表1-29)から構成されている(福地,2010)。

表 1-29 ディーセント・ワーキングタイムの構成要素

1	労働者の健康によい労働時間 (労働を通じて健康が確保できることは、ディーセント・ワークの基本的要素)
2	家族にフレンドリーな労働時間
3	男女平等をすすめる労働時間
4	生産的な労働時間
5	労働の選択と決定が認められると労働時間

(福地, 2010)

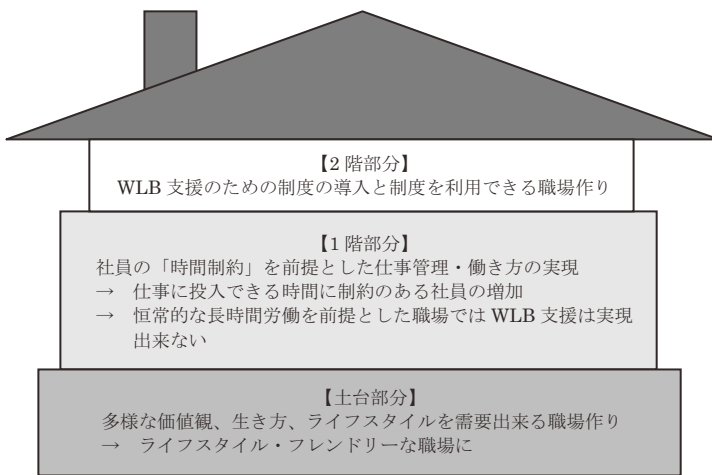
ディーセント・ワーキングタイムの基本的な考えとして以下が挙げられる。労働を通じて健康が確保できることがディーセント・ワークの基本的要素である。さらに、家族としてまともな生活を送り、はつらつと

した仕事ができる労働時間を確保する。女性が働けるとともに、男性の長時間労働を解消する労働時間とその決定を労働者が行える権利も基本的要素に含まれる。

しかし、こうしたディーセント・ワーキングタイムの実現は、1919年の第1号（8時間労働）条約、労働時間、休憩、休暇に関するILO条約のどの条約も批准していない状況にある日本において困難を伴う課題でもある（福地,2010）。

### （3）ワーク・ライフ・バランス支援

仕事と生活調和推進官民トップ会議は、2007年12月に「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）

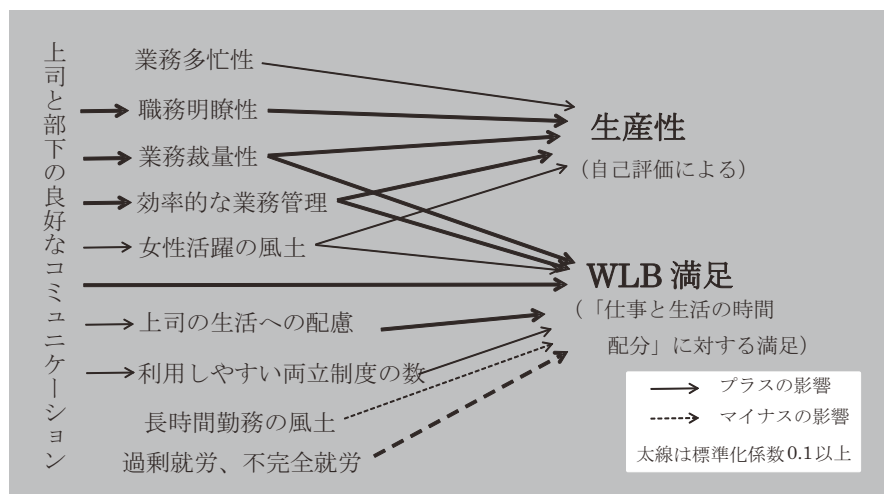


（佐藤, 2009）

憲章」を定めた。憲章では、仕事と生活の調和が実現した社会について「国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」と定義している。ワーク・ライフ・バランス支援は図1-12に示す3つの部分で構成される。

図1-12 3つの取り組みからなるWLB支援

また、ワーク・ライフ・バランスの満足は、職場のマネジメントや生産性とも図1-13に示すような関係にある（佐藤,2009）。こうしたことから重要な支援といえる。



（佐藤, 2009）

図1-13 職場マネジメントと生産性やWLB満足との関係



ワーク・ライフ・バランスをとろうと考える時、家庭と仕事の両立問題、すなわち、仕事からの要求が家庭での達成を阻害し、家庭からの要求が仕事での達成を阻害する可能性を無視することはできない。その上で表1-30に示す職業的キャリア発達段階と課題をみると、とりわけ働き盛りの年齢層が含まれる中期キャリア発達以降の各段階においては、職場関連の課題の他に、家庭や自己といったことがらと仕事のバランスに関する課題がみられる。こうしたことから、働き盛りの復職支援においてはワーク・ライフ・バランスの視点からの支援も重要となる。

表 1-30 職業的キャリア発達段階と課題

発達ステージ	直面する問題	具体的課題
成長 空想 探索 (21歳頃まで)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職業選択の基盤形成</li> <li>・現実的職業興味</li> <li>・教育や訓練を受ける</li> <li>・勤労習慣の形成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職業興味の形成</li> <li>・自己の職業的能力の自覚</li> <li>・職業モデル, 職業情報の獲得</li> <li>・目標, 動機づけの獲得</li> <li>・必要教育の達成</li> <li>・試行的職業経験 (バイトなど)</li> </ul>
仕事世界参入 (16~25歳) 基礎訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初職につく</li> <li>・自己の組織の要求との調整</li> <li>・組織メンバーとなる</li> <li>・現実ショックの克服</li> <li>・日常業務への適応</li> <li>・仕事のメンバーとして受け入れられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・求職活動, 応募, 面接の通過</li> <li>・仕事と会社の評価</li> <li>・現実的選択</li> <li>・不安, 幻滅感の克服</li> <li>・職場の文化や規範の受け入れ</li> <li>・上役や同僚とうまくやっていく</li> <li>・組織的社会化への適応</li> <li>・勤務規定の受け入れ</li> </ul>
初期キャリア (30歳頃まで)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初職での成功</li> <li>・昇進のもととなる能力形成</li> <li>・組織にとどまるか有利な仕事に移るかの検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有能な部下となること</li> <li>・主体性の回復</li> <li>・メンターとの出会い</li> <li>・転職可能性の吟味</li> <li>・成功, 失敗に伴う感情の処理</li> </ul>
中期キャリア (25~45歳)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門性の確立</li> <li>・管理職への展望</li> <li>・アイデンティティの確立</li> <li>・高い責任を引き受ける</li> <li>・生産的人間となる</li> <li>・長期キャリア計画の形成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤立感, 有能感の確立</li> <li>・職務遂行基準の形成</li> <li>・適性再吟味, 専門分野の再吟味</li> <li>・次段階での選択 (転職) 検討</li> <li>・メンターとの関係強化, 自分自身もメンターシップを発揮</li> <li>・家族, 自己, 職業とのバランス</li> </ul>
中期キャリア危機 (35~45歳)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初の野心と比較した現状の評価</li> <li>・夢と現実の調整</li> <li>・将来の見通し拡大, 頭打ち, 転職</li> <li>・仕事の意味の再吟味</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己のキャリア・アンカーの自覚</li> <li>・現状受容か変革かの選択</li> <li>・家庭との関係再構築</li> <li>・メンターとしての役割受容</li> </ul>
後期キャリア (40歳から定年まで) 非リーダーとして	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンター役割</li> <li>・専門的能力の深化</li> <li>・自己の重要性の低下の受容</li> <li>・“死木化”の受容</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・技術的有能性の確保</li> <li>・対人関係能力の獲得</li> <li>・若い意欲的管理者との対応</li> <li>・年長者としてのリーダー役割の獲得</li> <li>・“空の巣”問題への対応</li> </ul>
リーダーとして	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者の努力の統合</li> <li>・長期的, 中核的問題への関与</li> <li>・有能な部下の育成</li> <li>・広い視野と現実的思考</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己中心から組織中心の見方へ</li> <li>・高度な政治的状況への対応力</li> <li>・仕事と家庭とのバランス</li> <li>・高い責任と権力の享受</li> </ul>
下降と離脱 (定年退職まで)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・権限, 責任の減少の受容</li> <li>・減退する能力との共存</li> <li>・仕事外の生きがいへ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・仕事以外での満足発見</li> <li>・配偶者との関係再構築</li> <li>・退職準備</li> </ul>
退職	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新生活への適応</li> <li>・年長者役割の発見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自我同一性と自己有用性の維持</li> <li>・社会参加の機会の維持</li> <li>・能力, 経験の活用</li> </ul>

(Schein, E.H. (1987)・若林 (1988) (抄訳))

## 【文献】

- 天笠崇（2007）『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社.
- 荒井稔（2007）シンポジウムⅠ：増加し、混乱をきたしやすい職場の『うつ状態』への対応 職場での多様な「抑うつ状態」の診断と治療. 産業精神保健, Vol.15, No.4, p228-232, 日本産業精神保健学会.
- 石川球子（2011）『ディーセント・ワークの実現を視野においた「障害管理」に関する研究』資料シリーズ, No.60. 障害者職業総合センター.
- 小田切優子（2010）デンマークにおけるメンタルヘルス対策 平成 21 年度厚生労働科学研究労働安全総合研究事業『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防浸透手法に関する調査研究』.
- 川上憲人（2010）職場のメンタルヘルスの国際潮流と日本型枠組みの確立に向けて. 産業精神保健, Vol.18, 増刊号, 日本産業精神保健学会.
- 河野友信（2004）『メンタルヘルス 導入・展開の完全マニュアル』株式会社フィスメック.
- 貝谷久宣（2006）『社会不安障害のすべてがわかる本』講談社.
- 経営総合支援サイト「中小企業でもすぐにできるメンタルヘルス対策」日本ビスアップ株式会社（最終アクセス日 2012,2,10）<http://www.bizup.jp/member/netjarnal/repok45.pdf>
- 厚生労働省（2006a）平成 17 年度 職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書.  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1a.pdf>
- 厚生労働省（2006b）「今後の労働時間制度に関する研究会」報告書（概要）.
- 厚生労働省（2008）「平成 20 年版 労働経済の分析－働く人の意識と雇用管理の動向－」（労働経済白書）.
- 厚生労働省（2011）「自殺・うつ病の現状と今後のメンタルヘルス対策 地域・職域連携推進事業関係者会議資料」.
- 佐藤博樹（2009）企業によるワーク・ライフ・バランス支援は人材活用や生産性に貢献するのか：個人調査の結果から. 産業精神保健, Vol.17, No.3, 日本産業精神保健学会, p123-127.
- 障害者職業総合センター（2010）『うつ病を中心としたメンタルヘルス不全による退職者の職場復帰支援の実際と課題に関する文献研究』資料シリーズ No.53.
- 菅原誠（2009）うつ病リターンワークコースを活用した職場復帰訓練. 心と体のオアシス, Vol.10, p.16-20, 中央労働災害防止協会.
- 高田洋孝・大野和人（2007）キャノン株式会社の産業保健体制について. 産業精神保健, Vol.15, No.1, p30-34, 日本産業精神保健学会.
- 筒井晴彦（2010）『働くルールの国際比較』学習の友社.
- 中村純（2009）『専門医のための精神科臨床リュミエール 18－職場復帰のノウハウとスキル』中山書店.
- 仲本晴雄（2007）「事業場外資源の役割と連携」『産業精神保健マニュアル』 p160-164, 日本産業精神保健学会 編 中山書店.
- 永田頌史（2007）フレッシュマンのメンタルヘルス. 日本医師会雑誌, p45-49.
- 永田頌史・廣尚典（2009）『職場のメンタルヘルス対策－最新アプローチとすぐに役立つ実践事例－』

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健研究室編 中央労働災害防止協会.

夏目誠・藤井久和・浅尾博一他 (1982) 職場不応症について (第3報) - 治療的対応システムと産業医の役割を中心にして-. 産業医学, 28, p160-169, (社) 日本産業衛生学会.

夏目誠 (1998) 職場不応症 (特集働きざかりの心の健康). 教育と医学, 46, No.9, p752-757, 慶応義塾大学出版会.

夏目誠 (2007) シンポジウム I : 増加し、混乱をきたしやすい職場の『うつ状態』への対応 - うつ状態への問題提起と職場不応症の対応. 産業精神保健, Vol.15, No.4, p222-227, 日本産業精神保健学会.

日本生産性本部 (2010) 労働生産性の国際比較 2010 年版

<http://activity.jpc-net.jp/detail/01.data/activity001013/attached.pdf>

福西勇夫 (2008) 『不安障害がよくわかる本』主婦と生活社.

福地保馬 (2010) 『ディーセント・ワークの実現を - 労働安全衛生活動の基本-』学習の友社.

藤井久和・夏目誠・中村妙子他 (1977) 精神衛生の外来臨床からみた職場不応症の研究. 大阪府立公衆衛生研究所研究報告 精神衛生編, 15, p31-47, 1977, 大阪府立公衆衛生研究所.

松崎一葉 (2010) 職場不応症への実践的対応 - 未熟な人材をどのように支援し成長を促すか-. 産業精神保健, No.18, 増刊号, 日本産業精神保健学会.

真野俊樹 (2009) 『メンタルヘルス・マネジメント入門』ダイヤモンド社.

矢倉尚典・川端勇樹 (2009) 欧州におけるメンタルヘルス対策と取り組み - PRIMA-EF プロジェクトの成果の概要 -. 損保ジャパン総研クォーターリー, Vol. 53 .

柳川行雄 (2007) 事業場における心の健康づくりのための事業場外資源の活用について - メンタルヘルス対策を支援する事業場外資源のあり方検討委員会報告をめぐって -. 産業精神保健, Vol.15, No.3, p148-155, 日本産業精神保健学会.

労働政策・研修機構 (2009) 『データブック国際比較 2009』厚生労働省基準局推計.

若林満 (1988) 組織内キャリア発達とその環境. 『組織心理学』第 10 章, 福村出版.

渡辺登 (2009) 『職場不応症 - 会社内で急増する適応障害のことがよくわかる本』講談社.

渡辺洋一郎 (2010) シンポジウム I : さらなる精神科医と産業保健チームの連携. 産業精神保健, Vol.18, No.4, p307, 日本産業精神保健学会.

Agefiph (2010) 「Maintenir dans l'emploi un collaborateur handicapé」. Les Cahiers de l'Agefiph.  
<http://www.agefiph.fr/content/download/176480/3874019/file>

Dianne E.G. Dyck (2009) 『Disability management theory, strategy & industry practice』LexisNexis.

European Commission (2002) Guidance on work-related stress.

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/publications/2002/ke4502361\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.pdf). (visited Feb. 23, 2009)

European Trade Union Confederation (2004) Framework agreement on work-related stress.

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2004/oct/stress\\_agreement\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf). (visited April 7, 2009)

- Handipole 「Maintien dans l'emploi 」 <http://www.handipole.org> (2011 年 7 月時点)
- Leroy-Hatala, Claire (2007) 「Accueillir et intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise. Pistes de réflexion et propositions d'actions」, Rubrique Documentation <http://handicap.cnam.fr>
- Leka, S and Cox, T. (2008a) The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. I-WHO Publications, p.2. <http://prima-ef.org/book.aspx>. (visited April 9, 2009)
- Leka, S and Cox, T. (2008b) PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management – A Resource for Employers and Worker Representatives. WHO. <http://prima-ef.org/guide.aspx>. (visited April 9, 2009)
- Leka, S and Cox, T. (2008c) Best Practice in Interventions for the Prevention and Management of Work-related Stress and Work-place Violence and Bullying. in Leka, S. and Cox, T., 2008a, pp.136-173. Psychosocial Risk Management – Excellence Framework. <http://prima-ef.org/factsheets.aspx>
- Roozeboom, M. B. et al. (2008) Monitoring Psychosocial Risks at Work. in Leka, S. and Cox, T., 2008a, p32 Table 2.2.
- Schein, E.H. (1978) Career dynamics: Matching individual and organizational needs. Addison Wesley. (二村敏子, 三善勝代訳: キャリア・ダイナミックス, 白桃書房 1991.)
- Zwetsloot, G. et al. (2008) Corporate Social Responsibility & Psychosocial Risk Management. in Leka, S. and Cox, T., 2008a, p106 Table 6.5.



## 第2章

### 職場における心の病の多様化に伴う支援ニーズの変化

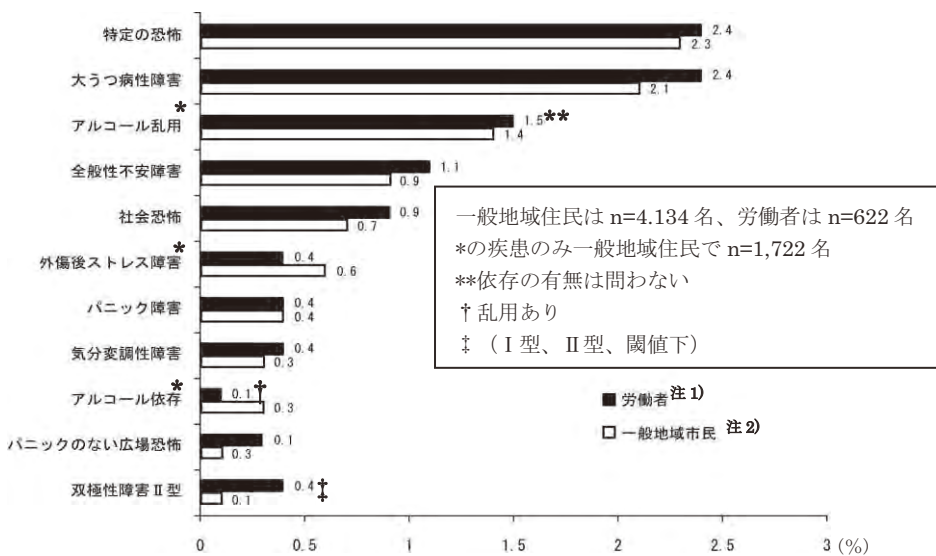
## 第2章 職場における心の病の多様化に伴う支援ニーズの変化

日本型枠組み「労働者の心の健康づくり」推進には、予防と健康増進（一次予防）はもとより、早期発見と支援（二次予防）、そして三次予防としての職場復帰支援が含まれる。そこで、本章では、第1章で検討した職場で問題化してくるケースの多い気分障害や適応障害、若い世代に多い不安障害などの職場における多様なメンタルヘルス不全のほかに、近年、増加傾向にあつて、職業に影響を及ぼす摂食障害及び心身症について、二次予防と職場復帰の視点から早期発見の必要性と具体的な支援ニーズをまとめた。

### 1 労働者の心の病の有病率と早期対応の必要性

日本の労働者及び一般地域住民における精神疾患の有病率は世界精神保健調査の日本における調査（WMHJ 調査）においてその詳細が報告されている。WMHJ 調査報告書と川上（2007）及び土屋らのデータを基にわが国における精神疾患の12ヶ月有病率を示したものが図2-1である（土屋・川上,2011）。

労働者及び一般住民ともに、特定の恐怖が最も多く、次に大うつ病、アルコール乱用、全般性不安障害、社会恐怖という順番になっている。労働者と一般住民での精神障害をグループ化した場合の有病率を見ると、



注1) 20歳以上60歳以下の働いている者（週20時間以上）

注2) 山形県から鹿児島県までの合計11地域の20歳以上の住民が対象

（土屋・川上,2011）

図2-1 世界精神保健日本調査（WMHJ）による精神疾患の12か月有病率

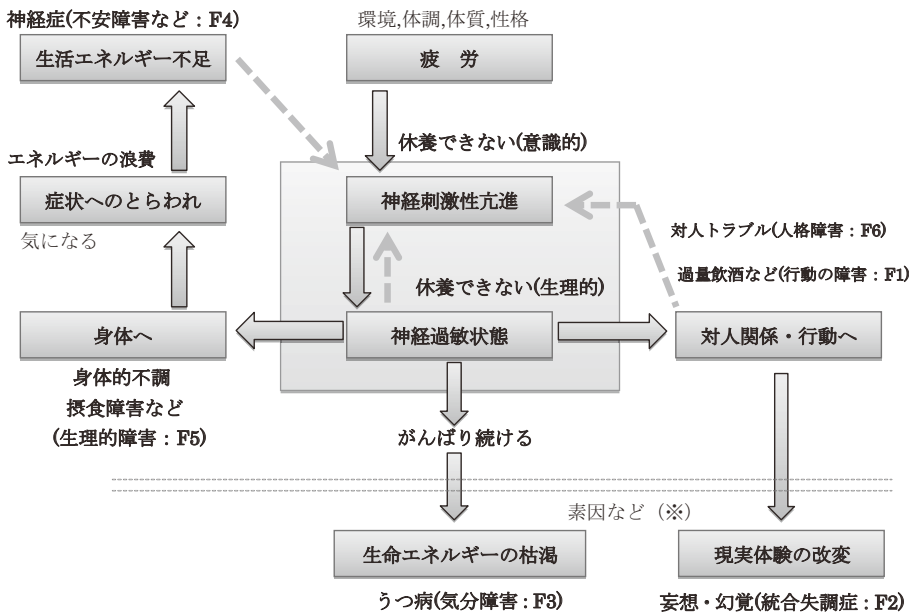
日本人の約11人に1人は過去1年間において何らかの精神疾患の診断が当てはまる状態であったことがわかる。土屋・川上(2011)は、各精神疾患と雇用状態（就業者対その他）の間に有意な関連がない（立森,2007）ということから、精神疾患有病率は、労働者とそれ以外の者において同様の割合であると推測している。

事業主がこうした多様な障害へ早期に対応することにより、労働力の損失を予防する支援が必要となっている。

## 2 職場における早期対応

### (1) 疲労による心の病の発症

職場におけるメンタルヘルス対策として、業務と関連のある不調への対応は、法的責務であり、優先度が高い。業務と関連のある不調の要因として職場に共通するものに過重労働がある。塚本によると、長時間労働などの過重労働と心の病との関係を理解するうえで、図2-2に示すように疲労を中心にとすると、心の病



に至るプロセスを理解しやすい(塚本,2011a)としている。こうした疲労により、労働者は、神経過敏状態に陥り、ひいては図中に示す、さまざまな心の病を発症するに至ることを理解すると、適切な対応もとりやすい。

図中のさまざまな心の病への具体的な対応についても本章にまとめた。

※うつ病や統合失調症の実際の発病には何らかの要因(素因など)が関与している可能性がある。

(塚本, 2011a)

図2-2 疲労から精神障害へのプロセス

### (2) 医療機関の受診

職場のメンタルヘルスの問題が起こった際の対応として、まず、医療機関への受診をどのように考えるかについて整理しておく。

#### ア 疾病性と事例性への着目

疾病性とは労働者の症状や病名に関することであり、専門家が判断する。一方、事例性とは生活の場での問題の度合いであり、周囲の人が気づく客観的事実である。職場でメンタルヘルスの問題が起こると、疾病性に目が行きがちではあるが、まずは事例性に着目し、情報を収集する。その上で医療の必要性があれば受診につなぎ、疾病性を扱う必要がある(吉村,2011)。



## イ 緊急時の対応

最初に相談を受けた人が対応の中心者となるが、まず即対応することの必要性について判断する。産業精神保健スタッフが対応者の支援を行う。緊急を要する場合は通常、家族に連絡をとり、その到着を待つ。

## ウ 医療機関への受診を推奨すべきかどうかの判断

まずは事例性に着目し情報を集め検討する。さらに、吉村は、医療機関への受診を勧める場合の判断基準として、「日常生活や業務に支障をきたすほどの症状がある」、「自責感、焦燥感が強い」、「自傷や自殺をほめかす」、「本人が受診を希望している」を挙げている（吉村,2011）。

## エ 労働者による受診の必要性の理解

欠勤や遅刻が目立つ等不調が明らかだが、本人が受診の必要性を感じていない場合にも対応が必要である。このような場合に、塚本は表2-1に示すモデルを推奨している（塚本,2011a）。このモデルでは、従業員本人が自己の状況について気付き（①）、期間内にできたことがあれば自己効力感が高まり（②）、その行動の継続を促す（③）。しかし、無理な場合には自己認識の歪みに気付くことで有効な対策が生まれる可能性が高まる（④）。さらに、できた部分を賞賛したうえで、不十分な部分への対応として受診を位置づける（⑤・⑥）ため本人が無力感を感じることなく受診できる。

表 2-1 受診拒否の場合の対応

① 体調の管理に気を付けるということの実際（具体的な対策）を教えてもらう
② ある機関を設定して、改善が見られるかどうかを評価する
③ 改善がみられた場合は、賞賛し努力の継続を支持する
④ 改善がみられない場合、その旨を指摘して今後の対応について本人の考えを尋ねる
⑤ その考えを基本的には支持して、再度ある期間を設定して評価する。しかし今回は、もし改善できなかった場合は、受診するなどの提案を出し、本人の了解を得ておく
⑥ 改善がみられない場合は、提案に基づき受診を勧奨

（塚本, 2011a）

## オ ラインに関連した職場環境の整備

職場において、人前でプライドを傷つけられるなどの結果としてうつ病を発症した場合には、休職や治療を行った上で、表2-2及び表2-3に示すことがらを客観的に検討し職場環境を整え、自己評価の回復を図る。

例えば、新入社員の不適応（第1章）を防ぐため、入社早々は、上司から積極的に声をかけ、新人が気軽に相談しやすい環境を作る。一方で上司についても、自分自身の仕事に加え、人間関係への気配りといったストレスがある。上司も部下も関係改善のために、思いこみに気づくことが大切である（表2-3）。

新入社員の関連事例については第2章5（6）アを参照されたい。

**表 2-2 上司が検討すべきポイント**

- ・見せしめ的に怒る
- ・注意をしつこくくり返す
- ・不可能なことを命じる

(渡辺, 2009)

**表 2-3 関係改善のためのコミュニケーションチェック**

- ・気持ちが伝わっていると思いきこんでいないか
- ・意図を理解している (いた) と思いきこんでいないか
- ・コミュニケーションがあいまいではないか
- ・沈黙してしまっていないか

(渡辺, 2009)

### 3 事業場外機関との連携による早期支援

疾病性を重視しなければならない主治医と職場における事例性を軽視できない産業精神保健スタッフとの間では、疾病性及び事例性のどちらにウエイトを置くかに関するこうした立場上のギャップが生じやすい。このようなギャップを埋めつつ、早期治療を図るには、事業場外機関の主治医と産業保健スタッフとの情報共有が重要となる (吉村,2011)。ここでは、事業場外機関との連携を念頭に疾病としてのメンタルヘルス不全 (不調) とそれへの対応について整理する。

#### (1) 不適応に関する治療の3段階

適度なストレスは、集中力や行動力を高める。一方職場で過剰なストレスによる負担を覚えた場合には、その原因と負担を感じた理由を知る必要がある。渡辺は、こうした過剰なストレスへの対処法を労働者自身が組み立てる過程で仕事への適性が高められるとしている (渡辺,2009)。

しかしながら、職場不適応に至った場合には、対応が必要となる。渡辺は、職場で不適応による専門医の受診と長期的治療の過程には大きく3つの段階が含まれるとしている。第1段階は、不適応の原因に本人が気づき学ぶための「教育的かかわり」である。第2段階では「急性期での介入」であり、症状を悪化させないために異動や休職などの具体的な対策を講じる。第3段階では「症状への対応」であり、ストレスの原因をできる限り除去し、適性を考える。また、ものの見方や生き方のような、生活上の無理を改善する。また、回復には時間が必要となることの理解が重要となる (渡辺,2009)。

#### (2) 薬物療法

第3段階 (症状への対応) では SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) がしばしば処方される。SSRI の長所と副作用を表 2-4 に示した。

**表 2-4 SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) の長所と副作用**

長所	副作用
・副作用が同類の薬よりも少ない	・吐き気
・安全性が高い	・不安
	・だるさ
	・頭痛

(渡辺, 2009)

### (3) 精神療法と SST

心の病気の治療には、薬物療法と平行して行われる精神療法が必要となる。精神療法は患者が語る自らの内面を精神科医やカウンセラー治療者が受容することにより、心の問題を軽減する。精神療法には、家族療法、精神分析療法、対人関係療法（後述（5））、認知行動療法（後述（4））など様々な種類がある。SST と認知行動療法と合わせて行うことも有用である。

以下に代表的なものとして、認知行動療法と対人関係療法についてまとめる。そしてさらに、これらの療法による疾患別の支援方法についても本章で後述する。

### (4) 認知行動療法

#### ア 認知のゆがみの軽減

認知行動療法は、行動療法と認知療法とを組み合わせを行い、欧米を中心に多く使われている（高木・浜中,2011）。行動療法では、悩んでいる問題について、習慣的な行動特性として理解し、その行動特性に対して、より生きやすくする行動を「学習する」ことによって治療する。それに対して、認知療法では、「認知のゆがみ」（表2-5）に焦点をあて、ネガティブな認知へのとらわれの軽減を目指す。目標はネガティブな認知を客観的な目でみることにある（水島,2010）。

表 2-5 「認知のゆがみ」の 10 パターン

①「すべてかゼロか」思考	すべてにおいて 0%か 100%かだけを価値基準の判断材料にしており、中間がないこと。完璧主義（一度失敗すれば、二度とその失敗を取り返せない）。
②一般化のしすぎ	一つか二つの事例を見て、「すべて（いつも）こうだ」と思いこむ傾向。
③選択的抽出	良いことよりも、ささいなネガティブなことに注意が向くこと。
④マイナス思考	悪いことばかりを思い出す、なんでもないことや、いいことまで悪く解釈してしまう。
⑤レッテル貼り	自分の駄目な部分を拡大して、それが自分の本質であるかのように思い込むこと。
⑥独断的推論	わずかな根拠から確証のない結論を下してしまうこと。他人が何か話しているのをみると、自分の悪口を言っているのではないかと思う。
⑦拡大解釈と過小評価	失敗などを大きく、反対に良くできていることは小さく考える。
⑧感情的決めつけ	証拠もないのに、自分の感情を根拠にネガティブな結論を引き出すこと
⑨「すべきである」思考	「こうすべきだ」「こうであらねばならない」と自分で厳しい条件を設けること。これも失敗を恐れる完璧主義の現れのひとつ。
⑩自己関連づけ	良くない出来事は全部自分が原因だと考えること。これが進むと、他人との関わり合いが恐ろしくなり、他人との交流ができなくなる。

（高木・浜中，2011；大野，2011）

#### イ コラム法

認知療法で行うことの原則はコラム法による。コラム法では、状況、気分、自動思考、根拠、反証、適応的思考、結果について検討することでネガティブな認知へのとらわれを軽くする。

まず、自分が苦しい気持ちになった状況と苦しみの強度をパーセントで示す。次に自動思考、すなわち、

その状況についての自分の解釈と解釈の根拠を書く。さらに、自動思考に関する反証を書き、続いて自動思考の代わりになりうる、適応的思考（事態をより楽にとらえられる考え方）を書く（水島,2010）。

こうしたプロセスを通して、自身のものごとのとらえ方のくせに気づき、自動思考が生じたとしても、ある程度の距離を置き、認知と感情の関連を客観的に見られるようになることを目指す。社会不安障害（第2章 10（2））に、コラム法の適用例をまとめた。

## (5) 対人関係療法

うつ病を患っている場合に、ストレスを引き起こす真の原因に気づかず、「自分の我慢が足りない」からと

**表 2-6 4つの問題領域**

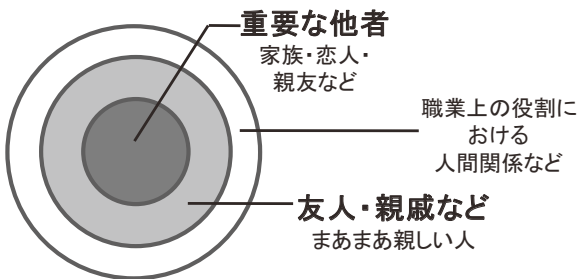
- ・ 悲哀
- ・ 役割をめぐる不一致
- ・ 役割の変化
- ・ 対人関係の欠如

(水島, 2009a)

してしまうことが多く見られる(水島,2011)。従って、対人関係と症状との関係の理解により支援することが有用となる。その方法について水島(2001)をもとに以下にまとめておく。

対人関係療法は期間を限定して短期支援及び維持支援<sup>9</sup>を行う。さらに、対人関係療法では、表 2-6 に示す 4 つの問題領域<sup>10</sup>を中心の領域として

取り組む。表中の「悲哀」とは、重要な人の死を十分に悲しめていないこと、「役割をめぐる不一致」とは、重要な人との不一致、「役割の変化」とは、生活上の変化に適応できていないこと、「対人関係の欠如」とは、前述の 3 つの問題領域のいずれにも該当せず、親しい関係がないことである(水島,2009a)。



(水島, 2009a)

**図 2-3 親しさのサークル**

これらの領域を選ぶ前に、まず親しい人との関係を親しさのサークル(図 2-3)に記入して振り返り、うつ病になってからの対人関係の変化を検討する。

特に、サークル内の重要な他者との現在の関係に焦点を当てて検討して行く。重要な他者との関係が損なわれるとうつ病などを発症する。こうした検討を行った後に、前述の 4 つの問題領域の中から、うつ病の発症に強い関係があり、治療の中で取り組んで変化させる

ことができる領域(水島,2011,p.61)を選ぶ。問題領域は、うつ病発症の直前(半年ぐらい)の出来事と対人関係質問項目から見えてくる現在の人間関係の様子から決める。

例えば、長年対人関係が苦手であるとの意識を持っていたが、それなりに機能してきた人が、最近の昇進でうつ病となった場合は、対人関係についてはそれなりに対応してきたことから、対人関係ではなく、最近の昇進に関する変化を中心に支援を展開する。

<sup>9</sup>うつ病の再発を予防するため 2 年ないし 3 年にわたって行われるもの

<sup>10</sup>これら 4 つの領域は、人がうつ病になる直前に何が起きているかを調査した結果を基に 4 つに分類したものである。

## (6) 対人関係カウンセリング

対人関係カウンセリングは、うつ病の診断基準を満たさない程度のうつに対する支援に用いる。日本の現状を考えると、医療現場に留まらず、教育現場、福祉現場などで、精神科に紹介するほどでない程度のストレス症状を持つ人に対して活用できる（水島,2011）。また、うつ患者は急増中であるが、うつ病を含む精神障害者のうち4人に3人は医療機関で治療を受けていない（川上他,2000）。具体的には、水島は対人関係カウンセリングに適した人として、軽い抑うつ症状のある人やストレスを抱えている人を挙げている。

対人関係カウンセリングで主に焦点を当てるのは、労働者の社会適応と対人関係の質の改善（対人関係のストレス領域への対策等）である。社会適応と対人関係の質が改善することにより、労働者（クライアント）の抱えるストレス症状の軽減を図る。

さらに、対人関係カウンセリングにおいては、ストレッサーを見つけ、それに対する対策を考えることで、周囲の力を引き出しながら自分で解決できるという自信を身につけることも1つの重要な目標である（水島,2011）。こうした自信は、仮に症状が再発した場合にも、自信をもって対処する姿勢につながると考えられる。

対人関係カウンセリングでは、まず、ライフイベント尺度でクライアントの直近のストレスを明確にし、その後のカウンセリングで焦点となる主要なストレス領域を前述の対人関係療法で扱うのと同じ4つの領域（表2—6）から選び取り組む。悲哀、対人関係の不和、役割の変化、社会的孤立の各領域に応じて、ストレス症状の軽減を図る。

対人関係療法により抑うつ症状が有意に改善されたとの報告がみられる（Klerman他,1987;Mossey他,1996）。水島は、精神科以外領域で対人関係療法を用いて軽度のうつに対する支援を受けら得る体制を整えておくことは以下の2つの理由から、重要な意義があるとしている。

第1は、精神科的障害の診断基準を満たさない人に対して精神科受診を勧めることは疑問がある。ストレス社会である中、マンパワーの問題から専門治療をできるだけ重症な場合のために確保しておくことが望ましい。

第2は、精神科受診に抵抗があり、精神科を紹介されても受診につながらないままに、医療からの脱落が起こりうる。また、不適切な受診行為（繰り返し身体的な検査を求める）が発生した場合、本人の福祉に貢献しないだけでなく、医療資源という社会的観点からも問題となる。

## 4 気分障害の分類

前節まで、メンタルヘルス不全について全般的に早期対応の必要性和事業場外機関による対応をみてきたが、本節では増加傾向にある気分障害（第1章）の分類（表2-7）と気分障害に含まれるうつ病性障害、双極性障害その他の気分障害に関する多様化の状況、相違点などについて簡単にまとめておく。気分障害の鑑別に注意を要するものとして表中2に適応障害と3にその他の疾患を含めている。

表2-7 気分障害の分類

病名		大うつ病 エピソード	躁病 エピソード	軽躁病 エピソード	混合性 エピソード
1. 気分障害					
A. うつ病性障害	・大うつ病性障害	必須	なし	なし	なし
	・気分変調性障害	閾値以下	なし	なし	なし
B. 双極性障害	・双極Ⅰ型障害	問わない	必須 <sup>1</sup>	問わない	必須
	・双極Ⅱ型障害	必須	なし	必須	なし
	・気分循環性障害	閾値以下	なし	必須	なし
C. その他 <sup>11</sup>	・身体疾患による 気分障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患の部分症状や薬物の直接作用として気分障害が表出</li> <li>・単なる気分障害の合併は除く</li> </ul>			
	・物質誘発性 気分障害				
2. 適応障害	・がん告知などの明確なストレスに対する過剰な反応				
3. その他の疾患 <sup>12</sup>	・死別反応、更年期、認知症				

(内藤, 2011)

<sup>11</sup>その他の気分障害には、一般身体疾患による気分障害と物質誘発性気分障害がある。一般身体疾患による気分障害は、単なる気分障害の合併ではなく、甲状腺機能低下症やパーキンソン病、脳腫瘍などの一般身体疾患の部分症状として気分障害を呈しているものである。物質誘発性障害は、ステロイドやインターフェロン、アルコールなどの、物質の直接の生理作用として気分障害を誘発したものである。

<sup>12</sup>その他の疾患に含まれる死別反応は、日常生活での機能面の低下は軽度であり、うつ状態も軽く長くは続かず、喪失後2か月以内は大うつ病の診断も保留となる。その他、うつ病を呈することがあるものには、女性の更年期の症状や不快気分症候群、アルツハイマー型認知症が含まれる。



## (1) うつ病性障害

### ア 大うつ病性障害と気分変調症

大うつ病性障害では、1回以上の大うつ病エピソードが存在する。経過中に軽躁病エピソード（後述表2-22）、躁病エピソード（後述表2-22）、混合性エピソードがないことを確認し、双極性障害（後述）とは治療法が異なるため、厳密に区別されなければならない（内藤,2011）。

気分変調性障害は、2年以上軽度の抑うつ気分が遷延しているが、経過中に大うつ病エピソードが一度もないことが条件である。長い経過の中では、大うつ病性障害が重畳することはあり得る（内藤,2011）。

### イ うつ病の有病率と働く女性のうつ病リスク

男性に比べて女性の方が1.5倍～2倍うつ病にかかりやすい。男女別の頻度を比較したものが表2-8である（倉林,2011）。

表 2-8 うつ病等の男女比

	女性の頻度 (%)	男性の頻度 (%)	女/男比 (日本)	女/男比 (米国)
大うつ病	8.3	4.2	1.98	1.53
何らかの気分障害	13.7	7.2	1.90	1.42
パニック障害	1.1	0.7	1.57	2.00
対人恐怖	1.3	1.9	0.68	1.17
アルコール乱用	1.0	3.7	0.27	0.44
何らかの精神障害	20.0	16.0	1.25	0.97

(倉林, 2011)

厚生労働省の労働者健康状況調査（2008）によると仕事や職業生活における強い悩み・不安・ストレスなどがある中、女性にとっては職場の人間関係が非常に重要であることがわかる（厚生労働省,2008）。また女性の場合、情緒的なソーシャルサポート（周囲の人との親しい交流関係）の度合いが高まると、うつ病発症のリスクが有意に低下する。こうしたことから働く女性のうつ病リスクを読み解くキーワードとして、「周囲からのサポート」が重要な役割を果たす可能性が示唆される（倉林,2011）。

## (2) 休職をくり返す勤労者と双極性障害

双極 I 型障害は、1回以上の明確な躁病エピソード、混合性エピソードを有する。経過中にうつ病エピソードの繰り返しが多い。また、躁あるいは混合性エピソードだけでうつ病エピソードを欠く事例もある。しばしば躁病エピソードが見逃され、反復性のうつ病として誤診されていることもある。



双極Ⅱ型障害は、大うつ病性障害同様に1回以上の大うつ病エピソードが存在し、経過中に1回以上の軽躁病エピソードも存在する。軽躁病エピソードは障害と扱わないので、うつ病エピソードの出現をもって発症とする。双極Ⅰ型障害以上に躁病エピソードが見逃され、反復性のうつ病として見逃されていることが多い。このため、休職を繰り返す勤労者には双極Ⅰ又はⅡ型障害を念頭に置いた診断の見直しが必要となる。

気分循環性障害は、2年以上、複数回の軽躁病エピソードと軽度の抑うつ状態を示す時期があったものである(内藤,2011)。

なお、双極性障害に関する支援事例を第4章にまとめておく。

### (3) 単極性と双極性の相違点

単極型と双極型では、年齢と社会および心理学的影響について違いがある(表2-9)。大半の双極型が20代半ばで発症するのに比べ、単極型は各年代に広く分布している。双極型は教育や社会的階層の高い人に多い。

表 2-9 単極型と双極型の違い

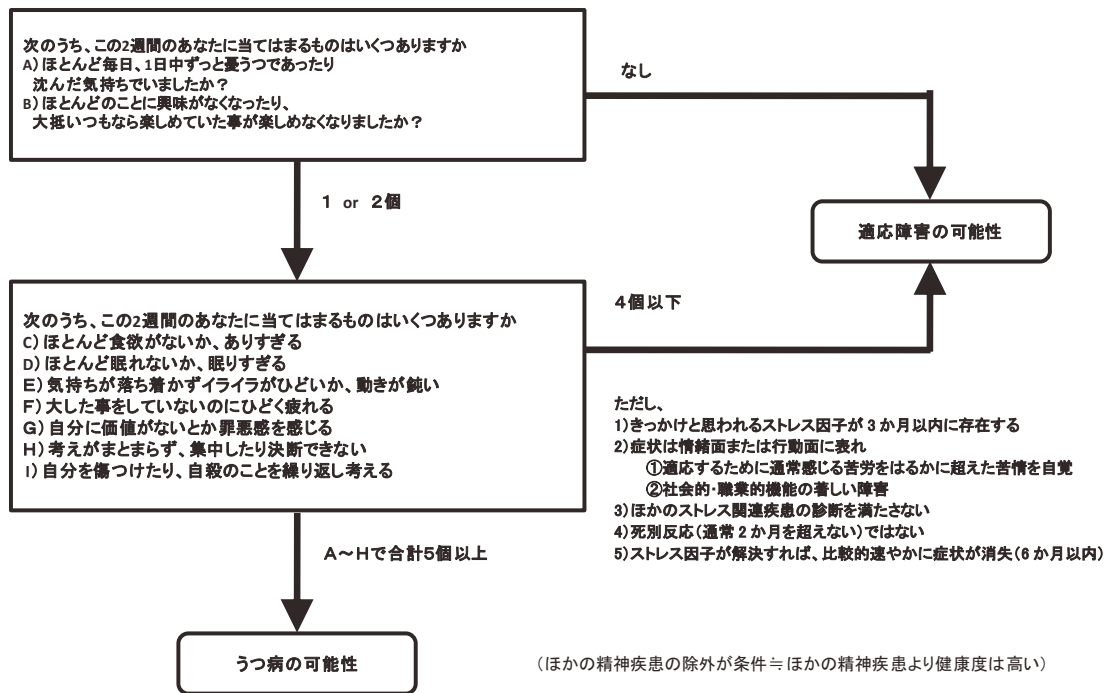
	年齢	社会および心理学的影響
単極型	平均年齢は24歳~27歳であり各年代に広く分布し、女性で若年発症が多い。	さまざまな社会的ストレスや配偶者との死別、離婚、別居との関連があり、都市部居住者に多いとされる。
双極型	20代半ばで男女とも95%が発症し、中年以降の発症は少ない。その理由として、双極型は遺伝的要因が大きいことが挙げられる。	教育年齢が高く、専門職にあるなど社会的階級が高い人に多い。

(上島他, 2007)

### (4) 気分障害との臨床上鑑別を要する適応障害

気分障害との臨床上鑑別を要するもの(表2-7)として、適応障害(後述)とその他の疾患がある。適応障害は、明確なストレス<sup>13</sup>を契機に、抑うつ気分や不安、焦燥等の情動面や無謀な行動等の行動面の異常を呈するものである。気分障害との鑑別は難しい。また、適応障害は気分障害に先行して発現することも少なくない。気分障害の基準を満たさず、さらに明確なストレス因子に反応してうつ状態を呈している場合は適応障害の診断(診断基準後述)が下される(内藤,2011)。うつ病と適応障害はいずれも職場で問題化するケースに多くみられるが、これら障害のいずれであるかを鑑別する方法の1つを示したものが、図2-4である。

<sup>13</sup>がんの病名告知、結婚や事業の失敗、医療事故や人身事故の当事者になる等



(高野, 2011)

図 2-4 うつ病と適応障害の鑑別

### (5) 気分障害の背後に存在するハンディキャップ

内藤によると気分障害の診断で職場との関係について留意する点の1つとして、気分障害の背後に存在するハンディキャップに注意が必要となることを挙げている(内藤,2011)。

気分障害の発症を契機に、軽度の知的障害や発達障害、パーソナリティ障害(後述)によるハンディキャップの存在が明らかになることがある。例えば、アスペルガー症候群では、適切な配慮がないと職場の関係性にも重大な影響を及ぼす。また、注意欠陥障害をもつ勤労者への支援も必要となる。なお、発達障害やうつ病の併存症の詳細については第3章を参照されたい。

## 5 うつ病の多面的診断の重要性と早期支援

### (1) 大うつ病の診断基準

大うつ病の DSM-IV-TR による診断基準を表 2-10 に示しておく。

**表 2-10 DSM-IV-TR における非定型うつ病の診断基準**

- 以下の症状のうち 5 つ (またはそれ以上) が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしていて、少なくとも 1 つは、抑うつ気分または興味または喜びの喪失である。
  - (1) その人自身の訴えか、家族などの他者の観察によって示される。ほとんど 1 日中の抑うつの気分。
  - (2) 1 日中又はほとんど毎日のすべてにおいて、すべての活動への興味や喜びが減退してしまう。
  - (3) 食事療法をしているわけでもないのに、著しく体重が減少または体重増加、食欲の減退または増加がある。
  - (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
  - (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止。
  - (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
  - (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感。
  - (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほぼ毎日認められる。
  - (9) 死についての反復思考 (死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図または自殺するためのはっきりとした計画。
- 症状は混合性エピソード (躁うつ病のこと) の基準を満たさない。
- 症状は、臨床的に著しい苦痛、または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- 症状は、物質 (例:乱用薬物、投薬) の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患 (例:甲状腺機能低下症) によるものではない。
- 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が 2 ヶ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動抑止があることで特徴づけられる。

(American Psychiatric Association, 2003)

### (2) うつ病の症状

うつ病の診断には、基本症状である「抑うつ気分」あるいは「興味・喜びの喪失」のいずれかが必須となる。内藤は、うつ病のスクリーニング法として 2 項目 (質問紙) 法 (TQ) が有用であるとしている (内藤,2011)。

質問紙では、「この 1 ヶ月、気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになることがあったか」と「この 1 ヶ月、気分が沈んだり、物事に対して興味がわからない、心から楽しめない感じがあったか」の 2 項目に回答する。両方に該当する場合の 88%は大うつ病エピソードとする可能性が高い (内藤,2011)。

渡辺 (2009) で示された図表をもとに、うつ病になりやすい性格とうつ病の症状とを表 2-11 と表 2-12 にまとめた。

**表 2-11 うつ病になりやすい性格**

まじめ	努力家	他人に尽くす
つねに全力投球	他人の評価を気にする	

**表 2-12 うつ病の症状**

あらゆる欲求の低下	妄想的な考え	マイナス思考
人嫌いになる	おっくう感	自分を責める

(渡辺, 2009)

渡辺によれば、うつ病は、仕事がある日だけでなく、休日でも体調不良が続く。日内変動があり、特に午前中は症状が重く、家を出るまでの間は最も症状が重くなる。さらに、渡辺は午前中は仕事をする気が起こらないが、午後には集中できない程度に改善はされる、少しは気分が軽くなるといった日内変動もみられるとしている（渡辺,2009）

### （3）うつ病の多面的診断の重要性

うつ病は広範囲で多様な病態を含むために治療方針を立てにくいいため、DSM では、表 2-13 に示した多軸診断を導入し、併存精神障害（Ⅰ軸）、パーソナリティ障害（Ⅱ軸）、身体合併症（Ⅲ軸）、心理社会因子（Ⅳ軸）、病前適応（Ⅴ軸）を評価する。これら 5つの軸の情報をもとに、個別に治療方針を立てる（尾崎,2007）。

表 2-13 DSM によるうつ病の多面的診断と評価

- 
- 1.精神障害：うつ病に併存を許可されているもの（不安障害の併存は特に多い）
  - 2.人格・知能：うつ病に併存しやすい（10%～15%）境界性パーソナリティ障害
  - 3.身体的疾患：併発している身体の病気
  - 4.心理・社会的事象<sup>14</sup>
  - 5.病前の社会適応度<sup>15</sup>
- 

（尾崎, 2007）

---

<sup>14</sup>心理的社会的及び環境的問題で、第 1 軸、第 2 軸の診断、治療、予後に影響することのあるもの。例えば、人生の不幸な出来事、環境的な困難又は欠如、対人関係のストレス、などがあげられてくる。

<http://www.interq.or.jp/model/rinshou/page025.html>

<sup>15</sup>治療目標を設定する上で重要である。例えば、病前の職場における適応について問題などである。

#### (4) うつ病の早期発見・支援ルートとしての富士モデル事業

厚生労働省の「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の中間報告においては、青少年及び中高年のうつ病に関して、その特徴と問題点及び自殺予防の観点からの介入ポイントと対策がまとめられている（表2-14）。自殺予防に関して青少年では早期介入、さらに中高年では、地域保健・産業保健領域でうつ病だけでなくアルコールの問題への対処も含めた対処が推奨されている。

表 2-14 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の中間報告より

	青少年 (30歳未満)	中高年 (30歳～40歳)
特徴と問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 学校・家庭での様々な問題（不登校・いじめ・親との離別など）</li> <li>● 早期発症の精神障害による社会参加困難</li> <li>● 精神科治療薬の誤用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会的問題（借金）を抱えた人の背景にアルコール問題</li> <li>➢ アルコールによる不眠への対処</li> <li>➢ アルコール問題とうつ病の合併</li> <li>➢ アルコール問題に対する援助を受けていない</li> </ul>
介入ポイントと対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 教育機関と保健機関・精神科医療機関との連携促進による早期介入</li> <li>● 精神科治療薬の適正使用のための対策</li> <li>● 精神障害者の家族支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域保健・産業保健領域でうつ病だけでなくアルコール問題も含めたメンタルヘルスプロモーション推進</li> <li>● 精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上</li> </ul>

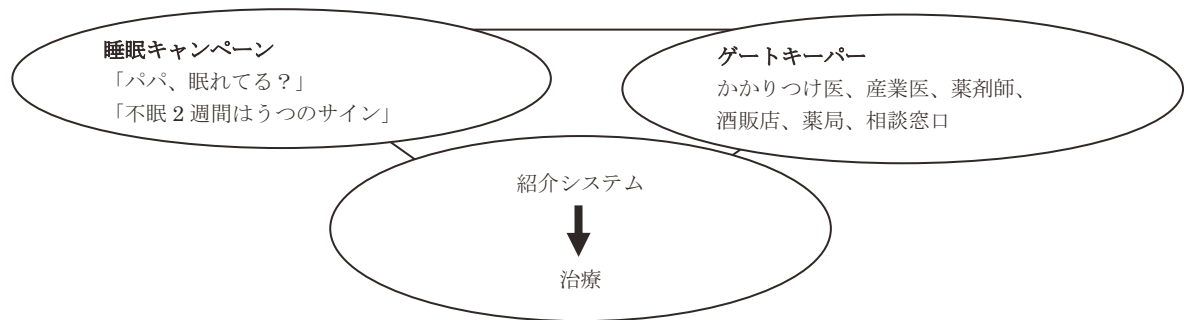
(厚生労働省, 2011a)

富士モデル（表2-15）では、こうしたことを地域において推進しているので、紹介する。富士モデル事業は、「睡眠キャンペーン」とかかりつけ医から精神科医への「紹介システム」という二本柱を軸に、「睡眠」というアプローチから、うつ病を早期発見・早期支援する。地域においてかかりつけ医、産業医、精神科医、薬剤師、酒販店、行政機関の職員、職場の同僚、家族、働き盛りの勤労者各人が、うつ病への気づきを高め、ゲートキーパーとなっており（図2-5）、こうした地域における取組みが重要となる。

表 2-15 富士モデル事業 まとめ

1. 日本の自殺の特徴をふまえ、働き盛り中高年世代の典型的うつ病の早期発見から自殺予防へつなげることを目的とする
2. 睡眠キャンペーンは、「不眠2週間はうつのサイン」というキャッチフレーズにより、うつ病への気づきを高める、中高年の心のバリアを踏まえた従来にはないうつ病啓発活動として、地域全体に広がっている
3. 紹介システムは、かかりつけ医・産業医と精神科医の協力のもとに、うつ病の早期発見から早期治療へのルートを構築し、うつ・自殺予防対策の上で地域全体の受け皿となることを目指す
4. 富士モデル事業は、睡眠キャンペーンと紹介システムを2本柱に、地域全体のつながり、ネットワークを作り、それが「地域おこし」にまで高まることを大きな目標としている

(松本, 2011)



(松本, 2011)

図 2-5 富士モデル事業の概念図

2007年1月から紹介システムがスタートし、専用紹介状が作成された。不眠を訴える中高年の外来患者に対し、従来ならば睡眠薬を処方する場面で、睡眠の状態を確認する。ここで、継続した不眠状態であればうつ病を疑い、専用紹介状でのチェックを開始する。

専用紹介状ではまず、「睡眠」「食欲」「倦怠感」をチェックする。これは、通常の診察でも行う身体症状の問診であり、かかりつけ医も聞きやすく、患者も答えやすい。身体状態の確認の後、「意欲低下」「気分の落ち込み」等精神症状の確認へと進む。「不眠の継続」以外にも、「不定愁訴」「自殺念慮」「その他うつ病の疑い」も紹介の対象とし、かかりつけ医から精神科医へのルートを網羅する。「二週間以上の継続した不眠状態」に焦点を当てることで、結果的に、「典型的なうつ病」が紹介される確率が高まった(松本,2011)。

参考までに睡眠障害の国際分類を表2-16に示しておく。

表 2-16 睡眠障害の国際分類

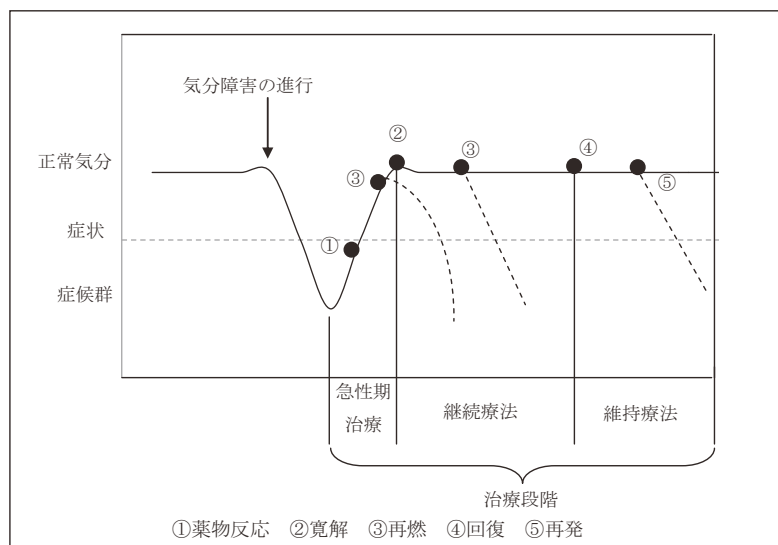
(The International Classification of Sleep Disorders, ICSD-2) 2005 年度版の概略文献 (4) から引用

1)	不眠症
2)	睡眠関連呼吸障害
3)	中枢性過眠症、概日リズム障害や睡眠関連呼吸障害によらない他の原因による夜間睡眠障害
4)	概日リズム障害
5)	睡眠時随伴症
6)	睡眠関連運動障害
7)	孤立性症候、明らかに正常を逸脱しているが不明事項
8)	他の睡眠障害
追補	A 内科疾患に関連する睡眠障害
追補	B 精神疾患に関連する睡眠障害

(日本産業精神保健学会, 2006)

## (5) 単極性うつ病の3つの治療段階 — 医師と労働者の共同作業 —

図2-6では、単極性うつ病の3つの治療段階（急性治療期、継続治療期、維持治療期）と経過の一覧を示している。①は薬物反応（response）、②は寛解（remission）、③は再燃（relapse）、④は回復（recovery）、⑤は再発（recurrence）という5Rsを表している。



(These ME & Sullivan LR, 1995)

図2-6 単極性うつ病の3段階の治療経過

急性治療期のうつ病患者の最初の治療目標は、抗うつ薬療法開始後3週間から6週間における症状の40%から60%の減少である。こうした治療反応が十分に得られると、継続治療期に入る。継続治療期の服薬量は変化しないが、通院回数は減少する。この時期の治療目標は再燃の予防と寛解への変換である。継続治療は、回復状態となると終了する。回復状態とは、正常気分が4ヵ月から6ヵ月間続いた状態である。

「寛解」とは、病前の機能レベルに達することであり、4ヵ月から6ヵ月間寛解状態が続くとうつ病から回復したとする。「再燃」は、治療開始から継続療法終了までの間にうつ病症状が症候レベルまで達した状態であり、多くの場合長期間の精神療法を必要とする。

再発又は新たなエピソードの再来は、別の感情障害が発症したと考えられる。しかし、回復を時間だけで定義するのは不十分である。

また、再燃の危険性の高い患者に対して継続治療後に維持療法が考慮される。対象患者は、再発エピソードの病歴をもつ者である。維持療法の実施は、ベネフィット／コスト・副作用のバランスを慎重に考える必要がある。こうした検討は、医師と患者間での重要な共同作業であり、家族の理解も非常に重要である。



## (6) うつ病に関する療法

うつ病の治療に有効であると科学的に検証されている療法には、薬物療法、認知行動療法、集団認知行動療法、対人関係療法<sup>16</sup>がある(水島,2011)。これらのうち、認知行動療法と薬物療法の治療反応率を示したものが図2-7である(厚生労働省,2011a)。

そこで、うつ病に対する対人関係療法と職場復帰を目指す休職者に行うのに適している集団認知行動療法の2つの療法について、以下に症例とともにまとめておく。なお、集団で行わない認知行動療法による治療については、非定型うつ病の事例(第2章6)により後述する。

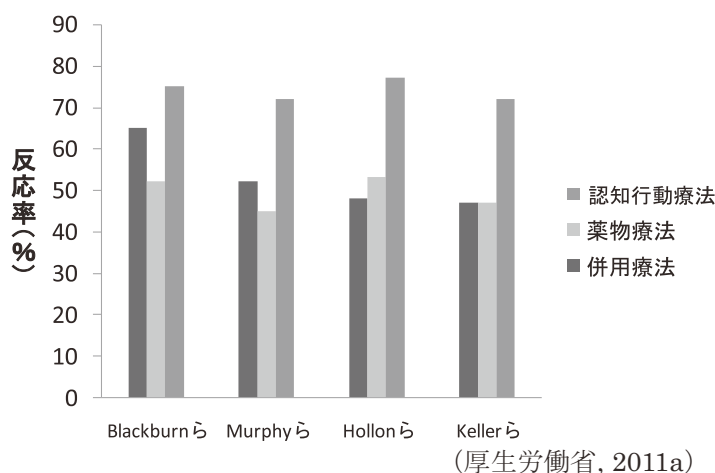


図 2-7 成人うつ病に対する認知行動療法と薬物療法の治療反応率

### ア 対人関係療法による支援復職の症例(水島, 2009a)

対人関係療法については第2章3(5)において記述した。ここでは復職の症例を示す。

大学卒業後、有能な先輩に囲まれ、新しいベンチャー企業の最初の新入社員であったが、夏頃から身体が重く、出勤できなくなる。うつ病の原因を身の程知らずに難しい会社に就職したこととし、さらに、うつ病のため、どこに行っても通用しないと思うようになる。

このケースを単なる過労うつ病として休息と薬物治療のみとせず、前述の4つの領域(p49)の中の「役割の変化」の問題として取り組んだ。その結果本人の新たな役割は、ベテラン社員に匹敵する程優秀に働くことではなく、経験のない新入社員らしく、上司に相談しながら働くことと気付き、安心して復職できた。

本人は入社時に何でも相談すると言われていたが、何かを相談することは、自らの無能を示すと思い、全く相談しなかった。一方、社長や上司は今後の採用や社員教育の参考となるよう、どこまでならできるかを正直に教えてほしいという実験的な役割を本人(初めて採用した新入社員)に対して求めていた。さらに事業主は、これからは、困っていることを教えてほしいとの意見であった。本症例は、第1章の新入社員に関する課題とも共通点がある症例でもある。

<sup>16</sup>Interpersonal Psychotherapy:IPT と呼ばれることもある。1960年代末から開発が始まり科学的な臨床研究の中で効果が検証されてきたエビデント・ベーストな治療法である。



## イ うつ病に対する集団認知行動療法による支援

### (ア) 集団認知行動療法の特徴

集団認知行動療法とは、個人を対象とする認知行動療法（前述3（4））を集団で行うものである。その特徴は、集団の作用（共通体験の分かち合い、安心感を得る）を活用しながら認知・行動の両面に関する知識や方法を獲得し、それがさらに集団に治療的に働くという相乗効果が期待できる点である。この相乗効果を利用し、社会生活上の問題の改善、課題の解決を可能にする。

セッション全体	
セッション	内容
プレセッション	状況・認知、気分、行動、身体つながり
第1回	うつの考え方の特徴
第2回	気分を確かめ、自動思考をみつめる方法
第3回	バランスのとれた考え方を導き出す方法（1）
第4回	バランスのとれた考え方を導き出す方法（2）
第5回	問題解決能力を高める方法
第6回	コミュニケーションの特徴とチェック
第7回	アサーションの方法

} 認知  
} 行動

各セッションの開始～終了まで	
導入（10分）	目標と内容確認、ホームワーク確認
個人ワーク（20分）	ワークシートによる個人作業
グループワーク（25分）	個人ワークに基づくグループディスカッション
まとめ（5分）	その日の学習内容の確認、宿題の提示

（大野，2011）

図 2-8 集団認知行動療法における構造化の例  
『女性のための集団認知行動療法』の場合

集団認知行動療法は、構造化され時間制限的な枠組みをもつ集団療法である。現在、まだ国内では、集団認知行動療法のプログラムが標準化されていないことから、どのように構造化するかは施設ごとに異なっていると考えられる（大野,2011）。女性のうつ病の有病率が高い（前述）ことから、参考として図2-8に、NTT 東日本病院で実施している『女性のための集団認知行動療法』の構造化の例をまとめておく。

休職中の社会との隔たり、家族も経済的サポートのために家を不在にするなど、労働者は日中孤立することが多い。就労せずに日中外出することへの罪悪感などから、引きこもりがちになることから孤独感を強める場合も少なくない。大野（2011）は、「うつ病で職場復帰を目指す休職者」という同質集団でおこなう集団認知行動療法への参加は、定期的な外出の機会になると同時に、「うつ病により休職中」という背景や「復職」という目的が共通した仲間同士での孤独感の解消や情報交換の機能も果たすとしている。

### (イ) 集団認知行動療法に関する症例（大野, 2011）

営業部門管理職の A さんは、仕事の悩みから抑うつ気分や不眠が生じ、対人場面でも緊張が強く、うつ病と診断されて休職した後、薬物療法により症状の改善が見られ、休職3ヵ月後に「職場復帰のための集団認知行動療法プログラム」に参加した。

参加後に、主治医、人事担当、上司を交えた面談があり、上司より、「復職した際、職務上の負担を軽減するために現在の役職を外すかどうか」の相談があった。これを受けて、Aさんは「もう、会社の即戦力として期待されていないのではないか」という自動思考となった。個人ワークにおいてその反証を考えたが、「一般的に、復職してすぐに即戦力として期待されることはない」としか思えず、気分も、不安 90%、怒り 70%、ショック 70%であった。しかし、Aさんは、他の参加者の意見を参考にして、それまで気づかなかった視点を取り入れ、「上司から、復職時に現在の役職を外すかどうか相談されたが、まだ相談の段階なので決まったわけではないし、外されたとしても、自分のペースを守って働いた方が長続きするとも考えられる。」というバランスのとれた考えを案出し、気分も、不安 50%、怒り 20%、ショック 20%に落ち着いた。

ディスカッションを通じて、Aさんの気分が改善したと同時に、他の参加者もAさんのために発言できたことで、人の役に立てたという経験が自信につながったようである。

## 6 非定型うつ病

### (1) 非定型うつ病の診断基準

臨床場面の調査によると、うつ病と診断される患者全体のうち、約3割から4割が非定型うつ病である。非定型うつ病は、うつ病よりも若い年齢で発症し、女性に多い。患者の約7割が女性であり、平均年齢は24.4歳である。

非定型うつ病のDSM-IVによる診断基準を表2-17に、その症状を表2-18に示しておく。非定型うつ病は、うつ病典型例(第2章6(2),メランコリー型うつ病)とは対照的で、表2-17に示すように、気分の反応性、すなわち、楽しい出来事を契機に気分が明るくなることを特徴とする。さらに、過食、過眠、鉛様麻痺(身体が重く感じて動けない状態)、他者の拒絶的言動に対する過敏性(長時間に及ぶ)の中の2つ以上を有するものである。また、非定型うつ病の特徴(表2-18)から、周囲から怠け者や自己中心的な態度であるとの誤解を持たれる傾向にある(松浪・上瀬, 2009)。参考に非定型うつ病の症例をあげておく。

**表 2-17 DSM-IVにおける非定型うつ病の診断基準**

- 
1. 気分の反応性(すなわち、現実のまたは可能性のある楽しい出来事に反応して気分が明るくなる)
  2. 次の特徴の内2つ(又はそれ以上)
    - (1) 著明な体重の増加又は食欲の増加
    - (2) 過眠
    - (3) 鉛様の麻痺(すなわち、手や足の重い、鉛のような感覚)
    - (4) 長時間にわたる、対人関係の拒絶に敏感であるという様式(気分障害のエピソードの間だけに限定されるものではない)で、著しい社会的または職業的障害を引き起こしている。
  3. 同一エピソードの間にメランコリー型の特徴を伴うもの、または緊張病性の特徴を伴うものの基準を満たさない。
- 

(American Psychiatric Association, 2003)

表 2-18 非定型うつ病の特徴

1. 従来型の症状は全部そろわないことが多く、総じて症状が軽い
2. 感情面での苦痛よりも、身体面での苦痛が生じやすい
3. 職場では「制止」状態を呈しているのに対して、趣味活動などは黙々と続けていることがある
4. 几帳面な人は少なく、社会的に承認された基準や規範にあまり従順にはみえない
5. 一見自己中心的に見られる
6. 仕事をし出したら一定のペースで確実にこなしたいという強迫性を持っている
7. 実際の仕事ぶりに自分なりの手順を守ろうとしている
8. 比較的早めに休みを取ろうとし、早期に専門医を受診する
9. これらのことより、周囲からは怠け者や自己中心的な態度である印象を持たれる

(松浪・上瀬, 2009)

### 〈非定型うつ病の症例（坂元, 2011）〉

**状況：**人事異動による仕事内容の変化に戸惑いながらも、上司や同僚に指示を仰ぎながら仕事を進めていたが、同僚の女子社員からの厭味に対して言い返すこともできず、会社を休んで自宅に引きこもる。食事量が急激に増加し、食べては寝てを繰り返す。

**考えられる原因：**職場環境や仕事内容の変化及び同僚からのいじめがストレスとなり、発症に至った。

**対応：**かかりつけの内科に相談し、精神科受診に至った。うつ症状に加え、過食・過眠傾向が目立つことから、非定型うつ病と診断された。

## (2) 非定型うつ病によるうつ病に関する支援ニーズの変化

メランコリー親和型性格<sup>17</sup>を基本とした内因性うつ病の治療では、休息と服薬を主眼においた対応がなされてきた。しかし、うつ病からの回復への支援に関して、以下のような近年における変化が報告されている。

産業構造の変化により、旧来とは異なる発症状況、とりわけ「職場での負荷が問題となって発症した症例」、すなわち、従来診断的には「心因性」のニュアンスが強いと考えざるを得ない症例が増加している。この場合、休息と服薬が確保されただけでは、うつ病相の治療が円滑に進まず、社会復帰に至らないケースが多いのも確かである（尾崎,2007,p205）。したがって、復職に際しては、何らかの職場での調整が重要となる（尾崎,2007,p205）。ここでの職場の調整は表 2-13 に示す DSM における 4 軸の心理社会的因子（前述）を踏まえた何らかの調整を指す。

典型的なうつ病が中年世代以上に多いのに対して、非定型うつ病は比較的、若年層に見られるのが特徴である。こうしたうつ病が急増している背景として松本は、「気分の落ち込み」や「興味がなくなったり、楽しめなくなる」が 2 週間以上にわたり続いていることが診断で優先されることから、不眠、食欲がないと

<sup>17</sup>几帳面で仕事好き、自分の役割に忠実であり、他人との円満な関係を重視するという秩序性、他者配慮性を指向する（尾崎,2007,p205）

った身体症状がなくともうつ病と診断されるようになったことを挙げている（松本,2011）。

非定型うつ病は、パーソナリティ障害や不安障害の併存を認めやすく、双極性障害の経過中にもみられる。なお、非定型うつ病とメランコリー型うつ病（従来型）とを対比し、示したものが表 2-19 である。また、非定型うつ病と従来型うつ病の共通点を示したものが表 2-20 である。

**表 2-19 非定型うつ病とメランコリー型うつ病**

	非定型うつ病	メランコリー型うつ病
病前性格	多様性があるが、自己愛的、自立心不足などがみられる	真面目で几帳面、責任感が強く、秩序を重んじる
病状の特徴	楽しいことがあると明るくなる (状況の影響を受ける) 職場では抑うつ気分	病相期はいつも抑うつ気分、倦怠感、意欲の低下が強い
生活リズム	夕方から夜に症状が強くなる	午前中に症状が強い
睡眠	普通または過眠傾向	入眠困難、浅眠、早朝覚醒
食欲	普通または過食傾向	食欲低下
対人関係	他罰傾向	自罰傾向
治療	薬の効果が限定的	休養と薬物療法が有効
職場調整	産業医、上司の支援が必要	通常の復職支援

(永田・廣, 2009)

**表 2-20 非定型うつ病と従来型うつ病の共通部分**

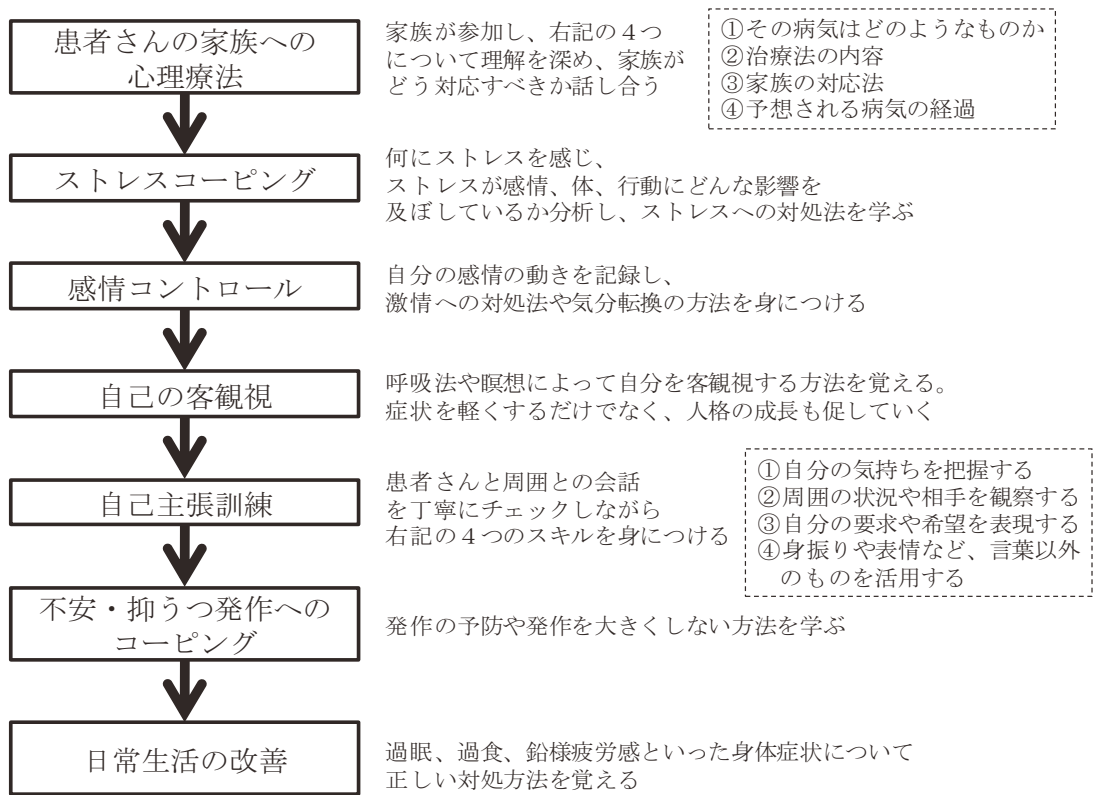
- 
1. 職場や生活における変化に対処するのに人一倍エネルギーを消費する
  2. 変化に弱い
  3. 生活リズムが一度乱れると、もとのリズムに復元するのが困難
- 

(中山, 2009)

### (3) 非定型うつ病と認知行動療法

非定型うつ病においても、薬物療法、認知行動療法、対人関係療法など、様々な方法によって治療がなされる。これらのうち認知行動療法は非定型うつ病の治療法として効果が高い（貝谷,2008）ことから、以下に、うつ病に対する認知行動療法についてまとめておく。

非定型うつ病の認知行動療法は、7つのカテゴリーからなり、カウンセリングを繰り返しながら、認知の枠組みやストレスへの対処法を学んでいく（図2-9）。認知行動療法では、マイナス思考に陥りがちな非定型うつ病の人のクセに気づき、直しながら、不安な気分やうつへの対処法を身につける。認知行動療法の他に、セルフ・モニタリングでものごとを多角的に考える自己訓練も可能である。



(貝谷, 2008)

図 2-9 非定型うつ病の認知行動療法における7つのカテゴリー

## 7 双極性障害

双極型の病相の多くはうつ病で始まり、躁病相とうつ病相を繰り返す。病相の機関は3ヵ月から6ヵ月であるが、より若く発症したものは病相期間が短く反復しやすい。双極型の長期予後は約30%の患者が慢性化し、社会適応が困難になる。双極性障害は再発の頻度が高いため、過去に2回以上病相がみられた場合は原則として永続的な服用が必要である（上島他,2007,p141）。第1選択薬は気分安定薬である。双極性障害は100人に1人程度にみられる（上島他,2007）。

なお、双極性障害の復職支援事例については、第4章を参照されたい。

### (1) 双極性障害の分類と診断基準

DSM-IV-TRにおいて双極I型とII型障害に分類されている（表2-21）。また、躁病エピソードと軽躁病エピソードの診断基準を表2-22に示す。なお、双極I型、II型障害、気分循環性障害の3つに分類する場合もある（渡部,2010）

**表 2-21 DSM-IV-TR における双極性障害の分類**

- |  |
|--|
| 1. 双極I型障害：躁病エピソードを満たし、大うつ病エピソードや軽躁病エピソードを経過中に伴うことが多い。通常入院を要するほど重症である。従来の双極型に該当する。              |
| 2. 双極II型障害：少なくとも1回の大うつ病エピソードと軽躁病エピソードを呈するが、躁病エピソードはない。女性に多く、しばしば他の精神疾患（摂食障害、人格障害）を伴い、自殺の頻度が高い。 |

(American Psychiatric Association, 2000)

**表 2-22 DSM-IV-TR における躁病エピソードと軽躁病エピソードの診断基準**

躁病エピソード	軽躁病エピソード
1. 気分の高揚または易怒的な状態が1週間以上続く（入院の場合期間は問わない）	1. 気分の高揚が4日以上続く
2. 次のうち3つ以上の項目を含む（易怒的なだけの場合4つ以上）	2. 躁病エピソードの2と同じ
① 自尊心の肥大、誇大	3. 社会的・職業的に著しい障害がなく入院を必要としない。また、精神病性の特徴は存在しない。
② 睡眠要求の減少	
③ 多弁	
④ 観念奔逸	
⑤ 注意散漫	
⑥ 目的指向性の活動の亢進	

(American Psychiatric Association, 2000)

### (2) 支援上の留意点

#### ア 双極I型障害

長期間、ほぼ生涯にわたる薬物療法が必要となる。そのため、病気の受容を目指し、薬の知識を持ってもらい、再発の初期徴候を家族と共に共有して再発に備える心理教育が重要である。躁状態にある本人との議論を避け、正常な部分を引き出し、ねばり強く交渉し、生活のリズムを保つことが重要である（大野,2011）。



## イ 双極Ⅱ型障害

治療・対処ともに双極Ⅰ型障害とほぼ同様と考えて良い。ただし、Ⅰ型と比べて、病相期と寛解期の境界が曖昧化しやすいため、ある程度受け入れていくべき気分の波と大うつ病エピソードとを峻別し、メリハリのついた治療を受けられる支援が必要となる（大野,2011）。

## 8 気分変調症

気分変調症の DSM-IVによる診断基準を表 2-23 に示しておく。

気分変調症は、概念自体が比較的新しいということもあり、疫学的な調査自体が十分に行われていない現状にある。女性に多いことが一貫して報告されており、具体的には、男女比は1：2又は1：3とされる。

**表 2-23 DSM-IVにおける気分変調症の診断基準**

- 
1. 抑うつ気分がほぼ1日中存在する。期間を通して抑うつ気分を感じる日の方が感じない日よりも多い。
  2. 抑うつ状態期間において、以下のうち2つ以上の症状がみられる。
    - (1) 食欲減退もしくは過食
    - (2) 不眠もしくは過眠
    - (3) 気力の低下または疲労
    - (4) 自尊心の低下
    - (5) 集中力低下または決断困難
    - (6) 絶望感
  3. 自覚症状としての抑うつ気分、また他者の観察による抑うつ気分が、成人では少なくとも2年間、幼年・少年・青年期では少なくとも1年間ある。青年期までの症状においてはいらいら感のこともある。
  4. この障害の2年の期間中（小児や青年については1年間）において、一度に2ヶ月を超える期間、基準1および2の症状が消えたことはない。
  5. 最初の2年間は（小児や青年については1年間）、大うつ病エピソードが存在したことはない。すなわち、この障害は、大うつ病性障害、慢性、あるいは、大うつ病性障害、部分寛解ではうまく説明できない。
  6. 躁病エピソード、混合性エピソード、あるいは軽躁病エピソードがあったことはなく、また気分循環性障害の基準を満たしたこともない。
  7. 障害は統合失調症や妄想障害のような慢性の精神病性障害の経過中にのみ起こるわけではない。
  8. 障害は、物質（例：乱用物質）または一般の身体疾患による、直接的な生理学的作用のためではない。
  9. 障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- 

(American Psychiatric Association, 2003)

## 9 適応障害

近年、日本でうつ病やうつ状態との診断が増加する中、内因性うつ病よりも、職場のストレスに起因してうつ状態を呈する反応性うつ病又は抑うつ反応の診断が増加している（亀山,2011）。さらに亀山は、職場にストレスがなければ不適応を起さなかったと推測され、少なくとも初期の段階でうつの程度が軽く、仕事を離れると抑うつ状態が消える場合には適応障害と診断するとしている（亀山,2011）。

### （1）適応障害の診断基準

適応障害の DSM-IVによる診断基準を表 2-24 に示しておく。適応障害はストレスへの過剰な反応であり、しかも重篤さをもたない（野村,2011）。特徴的な点として、ストレス因子がはっきりと確認でき、3ヶ月以内に症状がみられること、また、ストレス反応が終結後に症状が6ヶ月以上持続しないことが挙げられる。

**表 2-24 DSM-IVにおける適応障害の診断基準**

- 
- 1.はっきりと確認できるストレス因子に反応して、3ヶ月以内に症状が出現する。
  - 2.以下のどちらかで示されるほど重症である。
    - (1) そのストレス因子からの予測をはるかに超えた苦痛
    - (2) 社会的または職業的（学業上の）機能の著しい障害
  - 3.他の精神障害の基準を満たしていない。
  - 4.症状は死別反応を示すものではない。
  - 5.そのストレス因子が終結すると、症状は6ヶ月以上持続しない。
- 

(American Psychiatric Association, 2003)

さらに、野村は個体側の要因とストレス状況要因の相互作用により障害が発生するという精神医学の病因論に基づくと、適応障害は、概して個体の脆弱性は著しくないが、幅広い脆弱性の範囲がある。またストレスの程度は極度ではないが、やはり範囲は広いということになろうと指摘している（野村,2011）。

適応障害の症状は規定されておらず、ストレスの種類もさまざまであることから、その人の個性と状況に応じて現れかたが異なる。DSM-IVでは、適応障害の6つのサブタイプを挙げている（表 2-25）。

**表 2-25 適応障害のサブタイプ**

- 
- |             |                  |            |
|-------------|------------------|------------|
| ①抑うつを伴うもの   | ②不安を伴うもの         | ③抑うつと不安の混合 |
| ④行為の障害を伴うもの | ⑥情動と行為の混合症状を伴うもの |            |
- 

(原田, 2011)

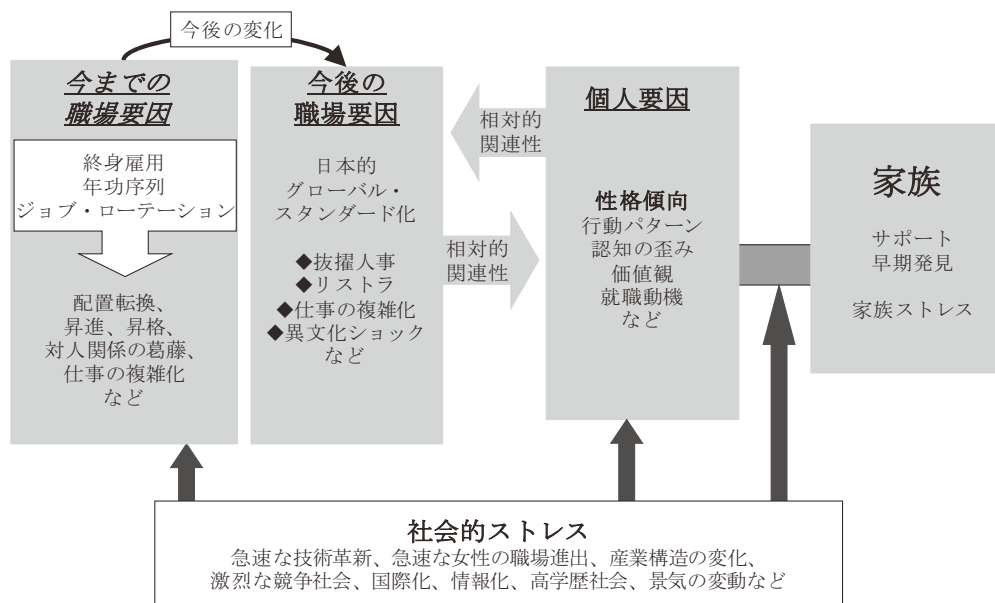
渡辺は適応障害の精神症状を「抑うつ気分」（絶望感、情緒不安定、喪失感）、「不安」（緊張、焦燥感、過度の心配症）、「行為の障害」（ルールの逸脱行為等）の大きく3つに分類できるとしている。これら3群、それぞれについて、抑うつ気分が優性であるとうつ病や非定型うつ病に、不安が優性であると不安症に、行為の障害が優性であると双極性障害やパーソナリティ障害と誤診されやすいとしており（渡辺,2009）、留意す



る必要がある。

適応障害ではこうした精神症状のほか、不眠、頭痛、めまい、動悸など、うつ病に似た症状が多くみられる。また、職場において病気と気づかれず、怠けやわがまま、未熟、甘えと誤解されがちである。

適応障害発症に関連する要因には、職場、個人、家族、社会的ストレスが含まれる。従来の適応障害発症に関する職場要因（配置転換など）が今後、年功序列・終身雇用から成果や業績を重視する日本的グローバル・スタンダード化に関連した仕事の複雑化などに変化する可能性があるとの指摘もある（図2-10）。こうした状況への対応が必要となる。



(夏目, 2011)

図 2-10 適応障害の発症メカニズム、現在と今後

### 〈適応障害の症例 (夏目, 2011)〉

真面目で社会達成欲求は強いが融通性は乏しい勤労者が大手メーカーの社内で期待されていた新製品作成プロジェクトチーム長に昇進した。1年で成果を出すというプロジェクトにもかかわらず、新製品を作成する難しさや人間関係の問題で、先が読めない状態となったため、身体症状も出現し、「自分の責任だ」と感じ、落ち込み、眠りも浅くなり、出勤できない状態となった。就業への不安・恐怖・緊張・焦燥症状が強く、仕事・会社に関することのみについてうつ症状を呈した。

### (2) 早期対応を必要とする適応障害

原田によると適応障害は早期対応を必要とする他、表2-26に示すとおり職場のストレスの調整、職務の変化などに対応する支援が必要となる(原田,2011)。さらに、職場のストレスには、人間関係の他に、表2-27に示すことがらが含まれる。

表 2-26 適応障害に対する対処の仕方の要点

- 
- (1) 早期の対応が必要
  - (2) 職場のストレスを正確に把握し、その調整をはかること
  - (3) 異動後の不適応の場合には、慣れて適応できるようになるか否かを見極めること
  - (4) 薬と休養で適応できるようになることもある
  - (5) 異動して良くなることが多い
  - (6) 降格させる時は本人のプライドに注意
- 

(原田, 2011)

表 2-27 職場のストレス

---

・仕事の量や質	・仕事への適性	・昇給や昇進
・雇用の安定性	・配置転換	・単身赴任
・事故や災害	・定年後の心配	・転勤に伴う転居

---

(渡辺, 2009)

### (3) 適応困難症

生活上の負担や環境への適応が困難になり、さまざまな心身の症状が現れてくるため、社会生活に支障をきたし、そのストレスの原因が主に職場にある場合には職場適応困難症と呼ばれる。

不安などの精神症状のほか、不眠、頭痛、めまいや動悸など、うつ病に似た症状が多くみられる。原因となるストレスを受けてすぐに症状が出るとは限らない。長引くことが多く、症状が6ヵ月以上続くこともある。病気と気づかれず、誤解されがちである。燃え尽き症候群<sup>18</sup>、ピーターパンシンドローム<sup>19</sup>、青い鳥症候群<sup>20</sup>、テクノストレス症候群<sup>21</sup>、休日神経症<sup>22</sup>、サンドイッチ症候群<sup>23</sup>のように、適応することが難しくなる。

---

<sup>18</sup>猛烈に働いていたビジネスマンが、どんなに努力をしても期待どおりには物事が進まないと感じた時、それまでの気力をとたんに消失してしまい、職場に適応できなくなる状態のこと。(早起き心身医学研究所)

<sup>19</sup>いつまでも子供でいたいという願望が強く、大人になることを拒否する行動が多くなる状態。(早起き心身医学研究所)

<sup>20</sup>青い鳥症候群は、幸福の「青い鳥」を求め探し続ける旅人のように、「もっと自分に適したものがあるに違いない」と定職につかなかつたり転職を繰り返したりする、漠然とした青年の思考パターンを意味する。(こころの心理学)

<sup>21</sup>コンピュータ社会のストレスが生む現代病。OA化された環境に適応できなくなり、あるいは、適応しすぎて、心身の不調を招くケースを「テクノストレス症候群」という。テクノストレス症候群には、「テクノ不安症」と「テクノ依存症」の2つがある。(こころの心理学)

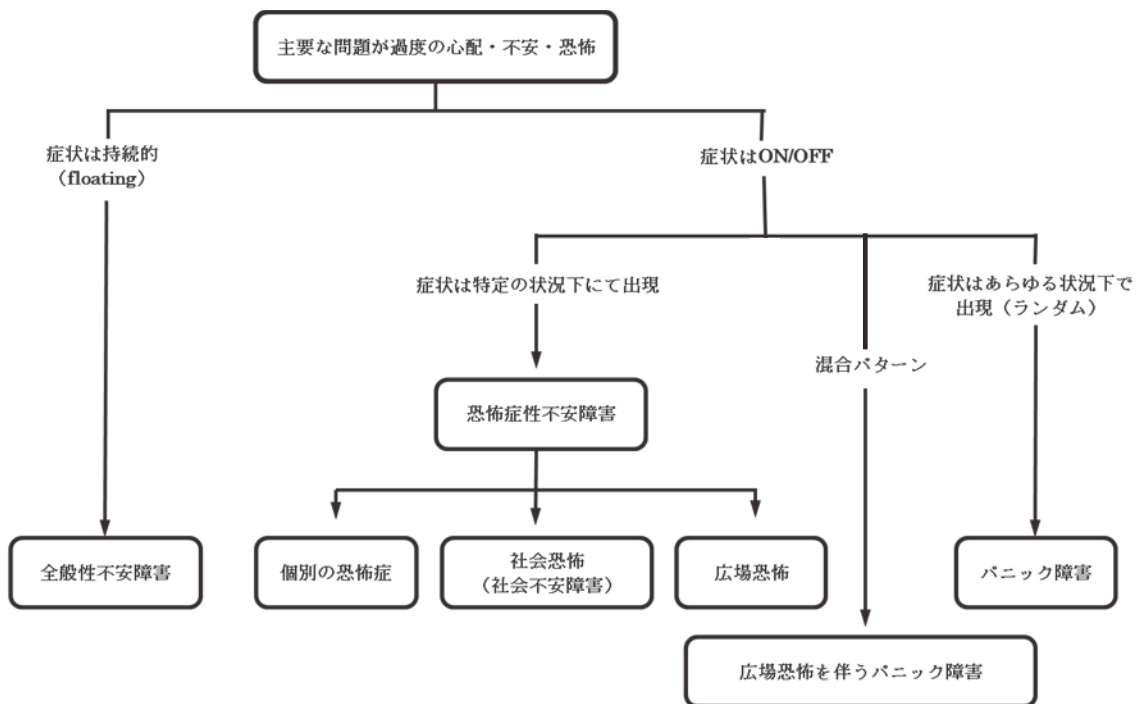
<sup>22</sup>休日になるとかえって気分が落ち着かず、虚脱感、無気力感に襲われること。(早起き心身医学研究所)

<sup>23</sup>上司や部下にはさまれた中間管理職に多発するためこう呼ばれているが、実はどちらの価値観にもついていけない自分自身に嫌悪を持ち、うつ症状を引き起こしていると考えられている。(早起き心身医学研究所)

## 10 不安障害

世界精神保健調査の日本における調査結果によると（図2-1）、労働者の間で特定の恐怖の12ヶ月有病率がうつ病と並んで最も高い（第2章1）。アメリカ精神医学会による診断基準であるDSM-IV-TR（以下、「DSM-IV-TR」という）では従来、不安神経症、恐怖症、強迫神経症としてきた病態を不安障害と診断している（日本産業精神保健学会,2007）。DSM-IV-TRの不安障害の疾患分類には、パニック障害、広場恐怖（パニック障害の既往症のない）、特定の恐怖症、社会不安（社会不安障害）、強迫性障害、外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、全般性不安障害、特定不能の不安障害が含まれる。

広場恐怖症を伴う事例では、出社できない、又は交通機関の利用が困難となり、治療を受けないと日常生活は大きな障害が生じる。これらの不安障害は、うつ病などを併発することが多くみられる。こうした併存する障害については、本章及び第3章にまとめておく。さらに、福西による健康な不安を病的な不安と比較を示したものが表2-28である。



(津久井, 2011)

図2-11 「不安障害」の診断をめぐるフローチャート

表2-28 健康な不安と病的な不安

	健康な不安	病的な不安
対象・理由	はっきりしている	漠然としている
持続性	長く続かない（不安の理由が除かれれば解消）	長く続く
自制	できる	できない
第三者が理解できるか	できる	できない

(福西, 2008)

## (1) パニック障害

### ア パニック障害の診断基準

米国その他の疫学調査によると、パニック障害の有病率は、6 ヶ月有病率で約 1 %、生涯有病率で 1.5% から 3.5% である。性別では女性が男性の約 2.5 倍多く、発症年齢は青年期後期から 30 歳代半ばといった働き盛りの年代が多い (上島他,2007)。DSM-IV-TR によるパニック障害の診断基準をまとめたものが表 2-29 である。

**表 2-29 DSM-IV-TR におけるパニック障害の診断基準**

1. 繰り返しパニック発作を起こす。
2. 発作を起こしてから以下のことを 1 つ以上満たす。
  - ・さらに発作が起る事への不安 (予期不安)
  - ・自分を失う、狂ってしまう、生命の危機を感じるという恐怖心
  - ・仕事を辞職したり、運動を避けるようになるなどの行動の変化
3. パニック発作は他の病気が原因ではないこと。

(American Psychiatric Association, 2004)

**表 2-30 パニック障害の誘因**

- ・遺伝的要因
- ・脳機能障害
- ・心理的要因(ショック、ストレス、心配事)
- ・身体的疲労(過労、睡眠不足、風邪)

(福西, 2008 ;坂本・深津・EAP 総研, 2009)

パニック発作の誘因には遺伝的要因等があり (表 2-30)、突然急激な不安に襲われる。また、パニック障害のうつ病の生涯有病率は 55.6 % と報告されている (坂本・深津・EAP 総研,2009)。

パニック障害においては、表 2-31 に示す発作の症状 (一人の時にも起こる) がみられる。パニック障害は、社会不安障害 (後述) と異なり、症状の出現は突然で予期できない命の危険を感じるような発作を繰り返す (貝谷,2009)。

**表 2-31 パニック発作の症状**

- ・動悸
- ・感覚が麻痺する、うずく感じ
- ・発汗
- ・頭が軽くなる感じ
- ・身震い、手足の震え
- ・気が遠くなる感じ
- ・息切れ感、息苦しさ
- ・周りのことが現実でない感じ
- ・窒息感
- ・自分自身から離れている感じ (離人症状)
- ・吐き気、腹部の不快感
- ・気が狂うのでは? という恐怖
- ・めまい、ふらふらする感じ
- ・死ぬのではないかと? という恐怖
- ・冷感や熱感

(福西, 2008)

### イ 支援症例 —異動によるパニックの症例への療養前・後の対応 (塚本, 2011b) —

28 歳、男性。10 年間継続して勤務し、常に張り合いのある仕事をしてきたが、職場異動にて、直接顧客対応しない比較的長いスパンの部門に配属となった。異動から約 2 週間後の出勤途中に倒れて病院へ搬送されたが、検査における異常は見られなかった。初回発作 (息苦しさ) の 1 週間後に同様の症状が出現。パニック障害と診断された。きっかけは職場異動による環境変化からの過度な緊張と疲労の蓄積であった。

この症例の療養後の職場復帰に関して、塚本は、産業保健スタッフは主治医の意見、職場の意見どちらかにも肩入れせず、主治医、職場、勤労者の意見を十分聞いた上で、独自に判断（意見）すべきとしている（塚本,2011b）。ただし、あくまで意見を述べることであり（実際上の決定の権限が職場にあるため）、下された決定が自身の意見と異なる場合も、それを尊重し対応する。職場の対応としては、主治医の意見（本症例では異動前の職場に戻る）に沿わない（沿えない）場合、その根拠を明確にする必要がある。本人への説明として、本症例では「疲労と悪循環による悪化（発症）」との仮説を出している。仮説は本人が了解しやすいものであり、またその具体的な対策が立てられるものであることが重要である。

本症例では職場の提案（類似した仕事を行っている別の職場への配属）に対して本人の同意を得ることができた。しかし、本人が職場の提案を拒否する又は主治医の反対が強い場合には、決定権は職場が有する。さらに本症例では、産業保健スタッフが、本勤労者の再発の不安についての支援も行っている。

## （２）社会不安障害

### ア 社会不安障害の診断基準

DSM-IV-TR による社会不安障害（社会恐怖）の診断基準をまとめたものが表 2-32 である。

**表 2-32 DSM-IVにおける社会不安障害の診断基準**

- 
1. 人前でのパフォーマンスで恥をかくのではないかと恐れる。
  2. そのようなパフォーマンスを行うと必ず不安が惹起される。
  3. その不安が過剰であることを認識している。
  4. そのようなパフォーマンスや対人相互関係を回避または苦痛に耐え忍んでいる。
  5. そのために社会生活上に支障をきたしている。
  6. 18 歳未満では少なくとも 6 ヶ月以上持続している。
  7. 物質乱用の結果やパニック障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、統合失調質パーソナリティ障害のためではない。
  8. パーキンソン病による震顫などの身体疾患による恐怖ではない。
- 

(American Psychiatric Association, 2003)

こうした社会不安障害の傾向があると考えられる人は、10 人に 1 人から 2 人の割合にのぼると報告されている（貝谷,2006）。社会不安障害を抱える人の割合と障害の程度を表 2-33 に示した。疫病調査では女性のほうが多いが、臨床では男女ほぼ同数か男性のほうが多い。発症年齢は 10 歳代半ばから 20 歳代前半が最も多く、平均発症年齢は 16 歳頃である。

また、社会不安症は、治療可能な障害であると認識されずに放置されてきた状況にある。社会不安障害に特徴的なこととして、アルコール症の併発が他の心の病に比べ 2 倍以上とも言われている（貝谷,2006）。また、社会不安症は表 2-34 に示す病気の併発がみられることがあり、統合失調症に類似している（福西,2008）。また表 2-35 に社会不安障害のさまざまな悩みについて示しておく。

表 2-33 社会不安障害を抱える人の割合

障害の程度	割合
・社会生活に問題が生じている、または苦痛を抱えている	18.7%
・社会生活に大きな問題が生じている、または本人の苦痛が著しい	7.1%
・社会生活に大きな問題が生じている	1.9%

(貝谷, 2006)

表 2-34 社会不安障害と関連する病気

併発がみられる病気	よく似た症状の病気
・パニック障害 ・うつ病 ・アルコールなどの依存症	・統合失調症

(福西, 2008)

表 2-35 社会不安障害のさまざまな悩み

・対人恐怖	・書頸、手の震え	・スピーチ	・電話恐怖
・視線恐怖	・表情のこわばり	・赤面	・発汗
・腹が鳴る	・おなら	・排尿困難	・食欲の低下

(貝谷, 2006)

## イ 支援症例 —薬物療法による回復例—

係長への昇進により、会議などで発表する機会が増え、会議前日から不眠となり、自ら精神科を受診（32歳男性）。高校在学中に社会不安障害を発症（発表でうまく話ができなかったこと以来、同じ緊張を繰り返すのではないかという不安から、人前で話すのを避ける）。抗不安薬と SSRI の処方により、対人場面での緊張感が軽減され、会議での司会の成功から徐々に自信が付き、復帰した（日本産業精神保健学会,2007）。

本症例は薬物療法のみで回復した症例だが、支援は薬物療法と精神療法の併用が望ましい。そこで、認知行動療法のコラム法（第2章3（4）イ）による不安障害の支援例（水島,2010）における改善例を併せて示しておく。

状況	話の始めに言葉がつかえたら上司がため息をついた。
気分	①情けない（90%）②不安（90%）③絶望（90%）
自動思考	上司はオドオドした自分にうんざりしている
根拠	どんな仕事でもハキハキしていることが有利だ
反証	ハキハキしていなくてもできる仕事がある
適応的思考	人前で話すことは苦手だが、せめて誠実に仕事をしていこう
結果	①情けない（90%）②不安（60%）③絶望（40%）

(水島, 2010)



### (3) 強迫性障害

#### ア 強迫性障害診断基準

強迫性障害は一般成人の約2%に認められる。発症年齢は平均すると20歳前後であるといわれるが、多くの患者は25歳以前には発症し、35歳以降の発症は稀である。発症早期に家族に相談したり自ら進んで医療機関を受診することが無く診断が遅れる場合が少なくない(有園,2008)。

強迫性障害はDSM-IV-TRによる強迫性障害の診断基準は、表2-36のとおりである。

**表 2-36 DSM-IV-TR における強迫性障害の診断基準**

- 1.強迫観念、強迫行為のいずれかがみられる。
- 2.障害の経過のある時点で、強迫観念または強迫行為が、過剰もしくは不合理であると認識したことがある(子供には適用されない)。
- 3.強迫観念または強迫行為により、著しい苦痛があるか、時間の浪費がある(1日1時間以上かかる)か、通常的生活習慣、職業(または学業)での業務、普通の社会活動や人間関係への無視できない妨げがある。
- 4.別のI軸(精神の臨床疾患)の障害がある場合、強迫観念または強迫行為の内容は、それに制約されたものではない(例:摂食障害がある場合の食物へのとらわれ、抜毛癖がある場合の毛抜き、身体醜形障害がある場合の外見への心配、物質使用障害がある場合の薬物へのとらわれ)。
- 5.障害は、物質(例:乱用物質)または一般の身体疾患による、直接的な生理学的作用のためではない。

(American Psychiatric Association, 2000)

また、関連する心の病気が多いことも、強迫性障害の特徴である。有園によると調査方法によって違いはあるが、およそ半数以上の人が、他の心の病気を併発している(有園,2008)。脅迫症状を併発する、あるいは、強迫性、衝動性が強迫性障害と似ている精神疾患のグループ(強迫性スペクトラム障害)には、パーソナリティ障害、解離性障害、摂食障害、統合失調症、チック、衝動制御の障害(強迫性買い物、病的賭博、自傷、抜け毛癖、神経学的障害(発達障害・てんかん)、身体表現性障害(心気症・身体醜形障害(第2章16))が含まれる。

有園によると、強迫性障害は、繰り返せば繰り返すほど強化され、習慣となり、悪循環となる(有園,2008)。強迫概念は、強迫性障害の症状を引き起こす特定の場面(トリガー)により生じ、強迫行為(思考を含む)を行うと一時的に不安が下がることが多く、こうした悪循環に陥る。

脅迫症状<sup>24</sup>に時間がかかり、疲労して行けない場所が増えると、日常生活に支障が出てくる。症状が比較的軽いうちは、学校や仕事に通うことができるが、症状が重くなると、起きている時間のうちの大半が症状に費やされ、毎日の生活が症状に支配されてしまう。症状による時間の浪費がおおむね1日に1時間を超えると、強迫性障害の可能性がある(有園,2008)。

#### イ 復帰の支援症例 ―外出時戸締まりチェックリストによる支援―

入社後、2年で寮を出て単身生活を始めると、鍵の確認などで、遅刻が頻繁となる。業務でも、仕事についてもミスをしていないかという頻回の確認作業のため業務をこなせなくなった。本人も悩み、また、遅刻

<sup>24</sup>戸締まりをしたかどうか不安になり、何度も確認するなど

が多いことを上司も心配し、精神科の受診を勧められた。抗不安薬と SSRI の服用及び外出時戸締りチェックリストを作ることで、治療開始2週間で戸締りの時間が短くなり、復帰した(日本産業精神保健学会,2007)。

## ウ 認知行動療法による支援

一般的な認知行動療法では、認知(強迫観念)・行動(強迫行為)・感情(不安や恐怖)・身体(緊張・疲れ)・環境(職場等)の5つが相互に影響し合っていることを基本モデルとして考える(有園,2008)。この5つのうち、精神療法として働きかけやすいのが、認知か行動である。

強迫性障害の治療では、行動に働きかける行動療法が中心となる。行動への働きかけがうまくいくと、強迫観念になっている認知や、不安や恐怖の感情も相互に影響し合い変わっていく(表2-37)。必要があれば、環境調整として、本人の精神的負担を和らげるために職場にも配慮を求める場合がある(有園,2008)。

表2-37は認知行動療法による強迫思考に対する働きかけについてまとめたものである。

表 2-37 強迫思考への認知行動療法

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| ① | 強迫観念と、それに反応した考えとを区別する          |
| ② | 強迫観念は、意識するとかえって頭から離れないという特徴を知る |
| ③ | 強迫行為は、認知行動療法の技法によって変えられる       |
| ④ | 他のことに注意を向ける                    |

(有園, 2008)

強迫性障害は、強迫行為を続けている限り改善しない。強迫観念と強迫行為との悪循環(前述)を断つために行動療法では、曝露<sup>25</sup>と反応妨害<sup>26</sup>である。例えば、汚いと思っていた床に手で触り、不安な感情と向き合う(曝露)ことで、頻回の手洗いを断つ(反応妨害)ように、馴化による脅迫症状の改善を目指す(有園,2008)。

曝露反応妨害は、いきなり行うわけではなく、事前に、支援者と本人とで無理のない程度に実施する準備をする。準備には、カウンセリング(科学的に正しい知識を学び、思考に幅を持たす)、行動実験(実際に、強迫観念通りのことが起こるかどうかが、できる範囲で実験をしてみる)、移行帯(簡単な課題から順番に行い、強迫症状に支配された状況から、少しずつコントロールできる部分を増やす)が含まれる(有園,2008)。

<sup>25</sup>エクスポージャーともいう。

強迫症状を引き起こすものに直面し、不安・苦痛はあっても、想像していたような危機は実際には起こらず、やがて不安や苦痛も自然に減っていくことを学習する(有園,2008,p70)。

<sup>26</sup>儀式妨害ともいう。

強迫衝動が起こっても、強迫行為を行わない方法を訓練する。



## (4) 全般性不安障害

### ア 全般性不安障害の診断基準

全般性不安障害の DSM-IV による強迫性障害の診断基準を表 2-38 に示した。全米の疫病調査によると、全般性不安障害の生涯有病者は約 5%、男女比は 1 対 2 で女性が多い。初発症年齢の特定は難しいが、小児期や思春期から徐々に発症し、寛解・増悪を繰り返しながら何年も持続する。患者の 50% から 90% で他の精神障害との合併があり、なかでもパニック障害など他の不安障害と気分障害の合併が多い（上島他, 2007）。

全般性不安障害の症状を表 2-39 に、原因については表 2-40 にまとめておく。

表 2-38 DSM-IV における全般性不安障害の診断基準

1. 多数の出来事、または活動について過剰な不安と心配が、最近 6 ヶ月間で、起こる日のほうが起こらない日よりも多い。
2. 上記の不安と心配を自分でコントロールすることが難しい。
3. 不安と心配は、下記の 6 つの症状のうち 3 つ以上が過去 6 ヶ月間に当てはまる日のほうが、当てはまらない日よりも多い。
  - (1) 落ち着きのなさ・緊張感・過敏
  - (2) 疲労しやすいこと
  - (3) 集中困難・心が空白になる
  - (4) いらだたしさ
  - (5) 筋肉の緊張
  - (6) 頭痛・頭が重い
  - (7) ふるえ・動悸・息苦しさ・めまい
  - (8) 頻尿・下痢
  - (9) 首や肩のこり
  - (10) 睡眠障害
4. 不安・心配・身体症状は、著しい苦痛を感じる。
5. 不安・心配・身体症状のために、社会的・学業的・職業的・家庭的に支障をきたしたり、問題を起こしている。
6. パニック発作、社会恐怖、強迫性障害、分離不安障害、神経性無食欲症、身体化障害、心気症ではない。
7. 障害は、物質（例：乱用物質）または一般の身体疾患による、直接的な生理学的作用のためではない。

(American Psychiatric Association, 2003)

表 2-39 全般性不安障害で現れる症状

精神的な症状		身体的な症状		
・神経過敏	・緊張	・肩こり	・頭痛	・倦怠感
・いらだち	・集中力欠如	・震え	・めまい	
・落ち着きのなさ	・心配	・息苦しさ	・不眠	
・離人感	・非現実感	・頻尿	・下痢	

(福西, 2008)

表 2-40 全般性不安障害の原因

・遺伝的要因	・過度なストレスや不安
・身体的な機能障害	・幼少時のショック体験
・性格(神経質、完璧主義など)	

(福西, 2008)

## イ 支援

### (ア) 薬物療法による回復

薬物療法<sup>27</sup>の他に、精神療法として支持的精神療法を基本に、認知行動療法、筋弛緩法、自律訓練法、腹式呼吸などが用いられる。入職後仕事上で不安により頻回に相談をし、仕事の能率に若干問題がみられたが、抗不安薬と睡眠導入剤による治療により、休務1ヵ月後に復職した症例がある(日本産業精神保健学会,2007)。

### (イ) 対人関係療法による支援例

社会不安障害により親しい人間関係を避るため、ソーシャルサポートがほとんどないという傾向にある。こうした社会不安障害の中心的な病理は、対人関係療法(第2章3(5))の適切なターゲットとなりうる(水島,2009b)。療法では新しい対人関係のオプションを探り、より効果的に機能することで、気持ちの改善も図る。こうした治療が健康に向けての「役割の変化」となる(第2章3(5))。不安障害により、自身の社会的機能について希望を感じない中、新しい社会的状況に入るためには、かなりの励まし、支え、ロールプレイを必要とする(水島,2009b)。以下に支援例をまとめておく。

#### 〈支援例(水島,2009b)〉

社会的価値の高い会社に就職後、自分だけが疎外されているという不安から、社内で徐々に孤立する。後輩が自分の上司になるという屈辱的体験などがきっかけとなり、大うつ病を発症し、休職した。大うつ病は抗うつ薬によって寛解したが、不安が強く復職が遅れ、年齢的に再就職の望みも薄いという焦りがあり、社会的不安障害と診断された。産業医や上司らと「復職」を目標とした対人関係療法による治療が行われ、その後、復職した。

---

<sup>27</sup>SSRI、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、アザピロン系薬物、睡眠薬などを使用

## (5) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

外傷体験から 30%から 50%は急性ストレス反応 (ASD) を発症し、そのうちの 50%が心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に発展する。急性ストレス障害の症状を表 2-41 に示しておく。その発症率は、7.2%から 33%である (上島他, 2007)。

**表 2-41 急性ストレス障害の症状**

・不安	・過敏	・緊張	・震え
・イライラ	・落ち着きがない	・めまい	・不眠
・集中力低下	・肩や首のこり	・息苦しさ	・動悸

(福西, 2008)

福西 (2008) は、心的外傷とストレス障害は、自責の念、アルコールへの依存、対人関係の困難といった影響をもたらし、トラウマとなる要因としては職場の人間関係や自然災害などがある (表 2-42)。外傷を体験してから PTSD の進展には性差があり、それぞれの生涯有病率、外傷体験の暴露率は、表 2-43 の通りである。身体的危険を伴う暴力やショックによる PTSD は、男性よりも女性において発症率が高い (上島他, 2007)。また、心的外傷体験の種類や程度によって、急性ストレス障害や外傷後ストレス障害 (PTSD) を発症するに至るリスクが高まる場合もある (表 2-44)。東日本大震災の影響による発症の可能性も考えられることから以下にまとめておく。

**表 2-42 トラウマとなりうるさまざまな要因**

・地震や洪水などの自然災害	・戦争や内乱		
・人災	・拷問	・テロリズム	・拉致監禁
・暴行	・虐待	・職場の人間関係	

(福西, 2008)

**表 2-43 性差による比較**

	生涯有病率	外傷体験の暴露率
男性	5%	61%
女性	10%	51%

(上島他, 2007)

**表 2-44 心的外傷体験(トラウマ)の種類による PTSD 発症率の違い**

体験内容	発症傾向
・性的被害、戦闘	・高い
・事故、自然災害	・比較的低い

(坂本・深津・EAP 総研, 2009)

## ア 心的外傷後ストレス障害（PTSD）の診断基準と症状

心的外傷後ストレス障害の DSM-IVによる診断基準を表 2-45 に、症状を表 2-46 に示しておく。

表 2-45 DSM-IVにおける心的外傷後ストレス障害の診断基準

1. 以下の 2 つがともに認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
  - (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1 度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
2. 外傷的な出来事が、以下のうちの 1 つ以上の形で再体験され続けている。
  - (1) 出来事の反復的、侵入的、かつ苦痛な想起で、それは心象、思考、または知覚を含む
  - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
  - (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする
  - (4) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
  - (5) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
3. 以下のうちの 3 つ以上によって示される外傷と関連した刺激の持続的回数と、全般的反応性の麻痺がある。
  - (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
  - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
  - (3) 外傷の重要な側面の想起不能
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
  - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
  - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情をもつことができない）
  - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない）
4. 持続的で覚醒亢進状態で、以下のうちの 2 つ以上によって示される。
  - (1) 入眠、または睡眠維持の困難
  - (2) いらだたしさまたは怒りの爆発
  - (3) 集中困難
  - (4) 過度の警戒心
  - (5) 過剰な驚愕反応
5. 障害（基準 2、3、および 4 の症状）が 1 ヶ月以上持続している。
6. 障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

(American Psychiatric Association, 2003)

表 2-46 心的外傷後ストレス障害の主な症状

- ・ 侵入的症狀(再体験)
- ・ 回避行動
- ・ 過覚醒症状

(福西, 2008)

## イ 外傷後ストレス障害（PTSD）に対する支援方法

PTSD の症状を最小限に食い止めるための対処を表 2-47 に示した（坂本・深津・EAP 総研,2009）。EMDR とは、眼球運動を伴いながら感情の処理過程を促進し、回想記憶に伴う苦痛な感情を脱感作する方法である（坂本・深津・EAP 総研,2009）。

**表 2-47 心的外傷後ストレス障害に対する支援**

- 
- ・薬物療法（SSRI など）
  - ・カウンセリング（主に認知行動療法）
  - ・EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing）
  - ・合併症の治療
- 

（坂本・深津・EAP 総研, 2009）

PTSD の治療として、対人関係療法が適用されつつある。対人関係療法ではトラウマそのものを焦点にはしないが、症状の改善につれ、患者のトラウマに対する自発的な向き合いが見られる（水島,2011）。対人関係療法は、トラウマ体験そのものに焦点を当てる曝露が怖くて出来ない、現在の「生きづらさ」が一番の悩みであるなどの場合により選択肢となる。また、対人トラウマの場合には、その影響が本来のトラウマ体験とは直接関係のない、広い領域にまで及んでいる場合がある。それを症状として認識するために、現在の対人関係機能に焦点を当てる支援が適している場合もある。対人関係療法で現在の対人機能が改善し、自分への信頼感を取り戻した人は、トラウマの記憶にも耐えられるという自信が回復する（水島,2011）。以下に、現在の対人関係機能に焦点を当てた支援の症例をまとめておく。

#### 〈対人関係療法による支援例（水島, 2011）〉

上司からのパワハラがきっかけとなり、PTSD の3症状（再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状）がみられた。3ヶ月の休職に入ったが、常にイライラした態度で、無言で自室に閉じこもといった対人過敏がみられた。トラウマそのものではなく現在の対人過敏に焦点を当てた対人関係療法の結果、本人と家族との間の、トラウマ体験に対する認識のずれが明らかとなった。家庭でのイライラは、本人にとっての脅威が正確に理解されていないために生じたものであり、改善された。

## 1 1 境界性パーソナリティ障害

### (1) さまざまなパーソナリティ障害

パーソナリティ障害は、DSM-IVにおいて表2-48のような3つのグループに分類されている。

表2-48 3タイプ10種類のパーソナリティ障害

A 群	<ul style="list-style-type: none"><li>・統合失調型パーソナリティ障害</li><li>・シゾイド・パーソナリティ障害</li><li>・妄想性パーソナリティ障害</li></ul>
B 群	<ul style="list-style-type: none"><li>・反社会性パーソナリティ障害</li><li>・境界性パーソナリティ障害</li><li>・演技性パーソナリティ障害</li><li>・自己愛性パーソナリティ障害</li></ul>
C 群	<ul style="list-style-type: none"><li>・回避性パーソナリティ障害</li><li>・依存性パーソナリティ障害</li><li>・強迫性パーソナリティ障害</li></ul>

(市橋, 2011)

A 群は統合失調症に近い障害である。B 群は、感情が激しく不安定となりやすい。移り気で行動も劇的な傾向がみられる。C 群は、不安、おびえ、引きこもりが強いという特徴がみられる。

パーソナリティ障害で最も多いのがB群に含まれる「境界性パーソナリティ障害」と「自己愛性パーソナリティ障害」である。

### (2) 境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder, BPD)

#### ア 境界性パーソナリティ障害の診断基準

境界性パーソナリティ障害 (以下、「BPD」という) の DSM-IVによる診断基準を表2-49に示す。表中の5つ以上の項目を満たす場合に、BPDと診断される。諸特徴が成人早期に現れ、その人の永続的な機能の典型的なものであり、初期の精神疾患のエピソード期間中にのみ起こるものではない場合にのみ BPD と診断すべきと考えられている。一般人口の約1%から2%が BPD の基準を満たすと推定される。また、BPD は男性よりも女性で診断されることが多い。

表2-49 DSM-IV-TRにおける境界性パーソナリティ障害の診断基準

1. 現実に、または想像の中で見捨てられることを避けようとする気も狂わんばかりの努力。  
\*基準 5) の自殺行為または自傷行為は含めないこと。
2. 理想化と脱価値化との両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式。
3. 同一性障害: 著名で持続的な不安定な自己像や自己観。
4. 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの。  
(例: 浪費、性行為、物質濫用、無謀な運転、むちゃ食い)  
\*基準 5) の自殺行為または自傷行為は含めないこと。
5. 自殺の行為、そぶり、脅し、または自傷行為のくり返し。
6. 顕著な気分反応性による感情不安定性。  
(例: 通常は2時間~3時間持続し、2日~3日以上持続することはまれな強い気分変動、いらいら、または不安)。
7. 慢性的な空虚感。
8. 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難。  
(例: しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いのけんかをくり返し)
9. 一過性のストレス関連性の妄想様観念、または重篤な解離性症状がある。

(American Psychiatric Association, 2000)

境界性パーソナリティ障害は、パーソナリティにおける偏りをもつ障害といわれる。精神発達の過程で生じたネガティブな行動様式と捉えることもできる（坂本・深津・EAP 総研,2009）。

**表 2-50 境界性パーソナリティ障害の症状**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己肯定感の低さ</li> <li>・柔軟性の欠如</li> <li>・過剰な対人意識</li> <li>・感情の起伏の激しさとコントロール困難による暴力、自傷行為</li> </ul>
---

（坂本・深津・EAP 総研, 2009）

## イ 鑑別に注意が必要となる他の障害

気分障害、不安障害、摂食障害、発達障害、注意欠陥多動性障害、他の人格障害、同一性の問題においては別格の注意が必要である。いずれの場合も、その状態がその人の永続的な機能の様式を現しているかを慎重に判断しなければならない。また、縦断的な視点を持つことが必要である。また、BPD と診断された場合も、どちらの障害が中心なのかを十分認識しておく必要がある。なお、表 2-51 は注意点と対処を示したものである。

**表 2-51 BPD の診断に注意が必要な障害**

障害		注意点	対処
気分障害	うつ病エピソード	横断的には BPD と同様の病像を示すことがある。	状態がその人の永続的な機能の様式を現しているかを慎重に判断する。うつ病中心なのか、BPD が中心なのかを十分認識する。
	双極性 II 型障害	BPD との類似点が多い（衝動性、気分の易変性、反復する自殺企図、対人関係の困難等）	縦断的な視点が必要。詳細な病歴の聴取を行い過去の軽躁病エピソードの有無を検討し、軽躁病エピソードを BPD の症状と捉えていないかを十分に確認する。
発達障害(特にアスペルガー障害)		BPD との類似点が多い（自己像の混乱、感情の不安定性、衝動性、反復する自殺企図、対人関係の困難、慢性的な空虚感、一過性の妄想様観念または乖離症状等）	詳細な生育歴の聴取が必要。生育歴の聴取にあたっては、幼児期、児童期、青年期、成人期のいずれの時期においても使用可能な PARS を用いるとよい。スクリーニング検査としては自己記入式評価尺度として AQ-J がある。それらに加え、一般的な発達歴、行動観察、学校・職場からの情報収集・心理・知能検査などを行い、総合的に診断していく必要がある。
注意欠陥多動性障害(AD/DH)		BPD と類似の状態像を呈する 경우가少なくない。	詳細な生育歴の聴取が必要。
他の人格障害		BPD と類似の状態像を呈する 경우가少なくない。	特異的な特徴の違いに基づいて区別する。

（牛島, 2008）



## ウ 職場における支援ニーズ

BPD 者において、職場で以下のような「逸脱」がしばしばみられる。BPD に特徴的な目的論的姿勢 (Bateman, A. & Fonagy, P., 2008) と呼ばれる思考様式があり、目的論的姿勢では、例えば、同僚が偶然にドアをボタンと音を立てて閉めた行為を、同僚が BPD 者のことを嫌っている証拠として取り扱うことがある。

また、目的論的姿勢では、他者の気持ちは物理的行為を通してしか変えられないとするため、自らのつらさが同僚に伝わっていないと感じると、自傷行為を含む様々な逸脱行為をエスカレートさせる。実際は、こうした逸脱行為に遭った同僚がやむなく希望を聞き入れたのだが、本人は自分の大変さがようやく通じたと認識する。

### 〈支援例 —注意を要する悪循環— (白波, 2011)〉

職場の周囲の人々の配慮や特別扱いが、実はパーソナリティ障害を良くするどころか、障害を持続させることがあるので注意を要する。以下にこうした悪循環の例をまとめた。

A さんは入社後上司の期待に応え業務成績もよかったが、入社3年目に母親をなくしたことを契機に不調をきたす。自宅に帰ると母親のことを思い出すとこの理由で夜中まで出歩き、生活リズムが乱れた。職場では、情緒不安定で、涙が止まらない状態や過呼吸発作などがみられた。時期がたっても状態は安定せず、勤怠がみられた。A さんを支えようと庇うような対応を続けた。しかし、手首を切るなどの状況に至り、職場の上司も同僚も休養を A さんに勧めるようになった。しかし、A さんは、上司・同僚の休養の勧めに対して裏切られたという思いから上司や同僚を非難。人事担当者と職場上司は、対処に困り、臨床心理士に相談を持ちかけ、A さんは BPD と診断された。

白波は周囲の対応における重要点として、周囲の人々が、本人に本人が直面している問題を解決する潜在能力があると信じることを求められるとしている (白波, 2011)。また、本人が自らの力や潜在能力に気付くためにも、周囲の人々は、本人自傷行為などを、不安や心許なさの表れと受け取り、一定期間耐えることで、BPD 者は自らの状態を実感し、改善の方向に向かう。



## 1 2 統合失調症

### (1) 統合失調症の診断基準

統合失調症の DSM-IVによる診断基準を表 2-52、その症状を表 2-53 に示す。

**表 2-52 DSM-IV-TR における統合失調症の診断基準**

1. 病気の症状が少なくとも 6 ヶ月間にわたって存在している。
2. 仕事の能力や社会的役割、身の回りの世話などの面で、以前より機能が低下している。
3. 器質性精神障害や知的障害による症状とは考えられない。
4. 躁うつ病を示唆する症状は認められない。
5. 以下の (1) ~ (3) のいずれか 1 つが認められる。
  - (1) 以下のうち 2 つが少なくとも 1 ヶ月、ほとんどいつも認められる。
    - ・妄想
    - ・幻覚
    - ・まとまりのない会話
    - ・ひどくまとまりのない行動、あるいは緊張病性の行動
    - ・陰性症状 (感情の平板化、無関心など)
  - (2) 本人が属する文化集団にとって、思いもよらない奇抜な妄想 (例えば、自分の考えが頭から抜き取られると信じていること)
  - (3) 行動を絶えずあれこれ批評される幻聴、あるいは 2 人かそれ以上の声が会話している幻聴が顕著に見られる。

(American Psychiatric Association, 2000)

**表 2-53 統合失調症の症状**

陽性症状	陰性症状
<ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠障害</li> <li>・感覚過敏</li> <li>・幻覚</li> <li>・思考障害</li> <li>・妄想</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自発性や自主性の低下</li> <li>・情報処理能力の低下</li> <li>・集中力の低下</li> <li>・過緊張</li> <li>・悲観的思想</li> <li>・疲労感の増大</li> </ul>

(坂本・深津・EAP 総研, 2009)

上島他 (2007) によると、統合失調症の発症頻度は一般人口のほぼ 0.7%~0.8% であり、この数字は諸外国

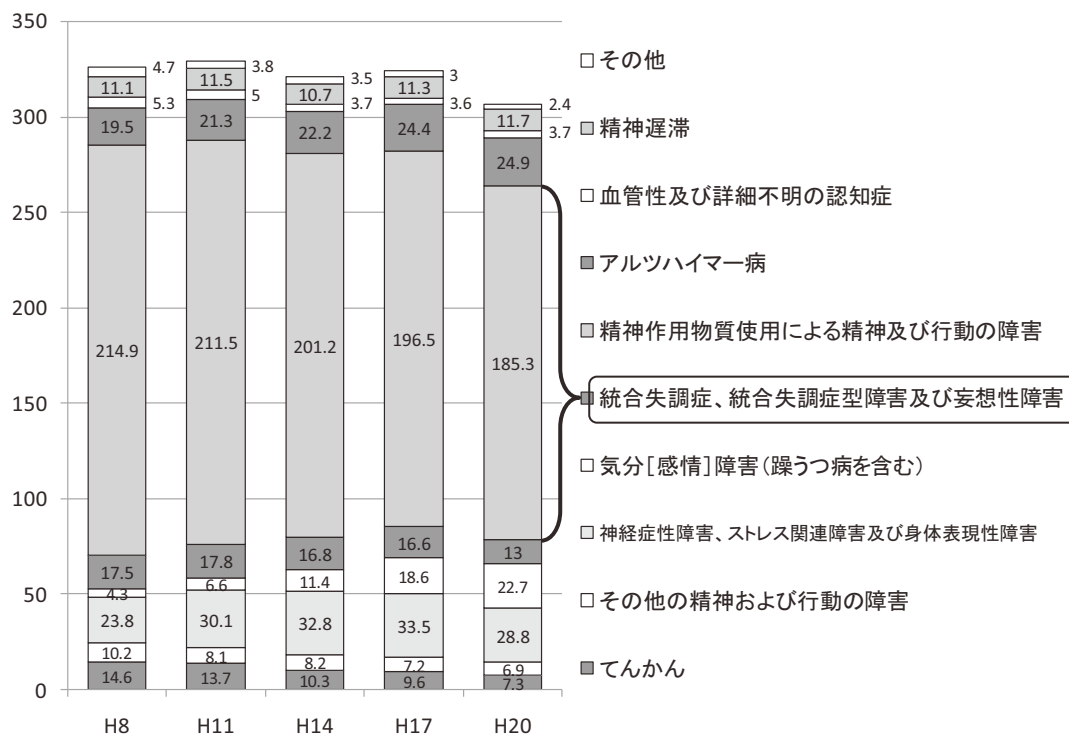
**表 2-54 統合失調症 平成 20 年患者調査**

年次	推定患者数 (単位: 千人)			受療率 (人口10万対)		総患者数 (単位: 千人)
	総数	入院	外来	入院	外来	
昭和59年	220.8	202.7	18.0	169	15	...
昭和62年	225.9	206.9	19.0	169	16	431
平成2年	238.6	213.8	24.8	173	20	485
平成5年	226.2	202.7	23.6	162	19	449
平成8年	235.7	200.6	35.1	...	...	569
平成11年	235.8	199.5	36.3	...	...	...
平成14年	239.0	191.6	47.4	...	...	...
平成17年	245.6	189.7	55.9	...	...	...
平成20年	237.4	178.6	58.8	...	...	...

(厚生労働省, 2008)

国におけるそれと大差はなく、また、時代によっても大きな違いがみられない。性差については、発病率に差はほとんど無いものの、発病の仕方、経過、予後などには性差がみられるといわれ、一般的には男性の経過が早く、転帰も不良と考えられている。また男性の方が発症時期も早いといわれている。統合失調症に遺伝的要因が関与しているとされている。患者の第一度親族の発病危険率はおよそ 10% と高く、両親がともに統合失調症であると危険率は 50% に高まる。ただし、遺伝的要因のみでなく、心理社会的要因や環境的ストレスも発症に関与している。

日本における精神病床入院患者の疾病別内訳をみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の占める割合が最も高いことがわかる（図2-12）。こうしたことから、入院期間が他の疾患に比べ長くなっていることも予想される（厚生労働省,2011a）。統合失調症の勤労者の事例は第4章にまとめた。



(厚生労働省, 2011a)

図 2-12 精神病床入院患者の疾病別内訳

## (2) 統合失調症の支援 —早期介入の重要性—

1990年代後半から始まった英国精神保健医療改革では、統合失調症等の精神病性疾患<sup>28</sup>を発病した若者とその家族を地域で支援する早期支援サービス（Early Intervention Service）が全国的に普及した。この国家的取り組みの背景には、精神病性疾患の支援や治療の改善に取り組む家族と専門家グループ（IRIS）の発足と IRIS によるサービス改善運動の推進がある。こうした運動が英国における精神保健医療における早期サービスの全国的普及に結実した。さらに、こうした当事者と家族のニーズに基づくサービス改善運動は、WHO と国際早期精神病学会（IAPA）の共同による精神病早期支援宣言（Early Psychosis Declaration）に発展した（Shiers,2011）。

統合失調症は自覚しにくい病気であるため、再発の場合も発症に気づくまでに時間がかかる。統合失調症は再発しやすく、発病初期の5年～10年間の再発リスクが高いとされている。再発を繰り返すことで重病化

<sup>28</sup>精神病に該当するのは、双極性障害と統合失調症。

し、回復が困難となるため、早期介入が不可欠である（中込,2011）。

統合失調症について、特に重要となるのは、疾患・障害モデルではなく、健康を改善し属性を足場とすることに焦点を当てたモデルへの移行である。精神病を患う若者が有意義な仕事を得るのをどう支援すればよいのだろうかという視点から、英国では、精神病早期介入を国家的に推進している。

精神病早期介入は、精神病状態の早期発見、精神病末治療期間の短縮、発症後の3年～5年（臨界期）が後の生物学的、心理的および社会的転帰にとって重要であるという3つの概念からなるエビデンスに基づく（Shiers et al.,2011）。

## ア 精神病末治療期間（DUP）の短縮と経済的効果

精神病状態発現ハイリスク（ARMS）の若者に対しては、薬物療法ではなく、CBT やケースマネジメントによる支援が第一義的になされる必要がある（French,2011）。

早期介入は患者の権利であり、治療の遅れは許されないという考えであったと考察している。早期介入の普及によるコスト節約は、6,500万ポンド（86億円）と推定されている（French,2011b）。早期介入によって、DUPの短縮（英国保健局によると中央値を3か月とし、6か月を超えないこと）が可能となる。一方で、低い病前機能、早期兆候の穏徐な進行、思春期発症は、DUPを延長させる（Brunet et al.,2011）。

急性期入院の場合には、辛さのマネジメント、早期治療による外傷、回復期によい状態を維持する戦略に関する心理的アプローチが不可欠である（Graig et al.,2011）。

精神病早期介入は、一次予防、健康増進、反スティグマから、援助希求、アクセス、評価、最良の介入、回復等、統合失調症患者の様々なニーズに焦点を当てている（Dodgson et al.,2011）。また、二次的に生じうる問題、社会不安、憂鬱な気分、自尊心の低下に対して、認知行動療法が用いられる。早期精神病宣言に則って回復を支援するためには、精神病状態の早期段階から認知行動療法の容易な利用を可能にする必要がある。認知行動療法（後述）は早期精神病宣言に謳われている価値の多くを共通に持っているため、早期精神病的介入に適した位置づけとなっている（Newton et al.,2011 p95）。

## イ 早期介入と家族支援

早期介入では、家族支援は不可欠なサービスの1つとなる。しかし、両親や配偶者への支援が中心となり、兄弟・姉妹への支援はその重要性にも関わらずそれほど注目されてこなかった。しかし、英国では家族支援のための援助者養成プログラムが存在し、スタッフが受講する項目の中に兄弟姉妹への支援が含まれている（Smith,2011）。

## ウ 早期発見と支援

統合失調症の予防は、慢性症状を最小限に食い止めることであり、周囲の理解や医療への迅速なアクセスが必要である（坂本・深津・EAP 総研,2009）。

表 2-55 統合失調症の誘因

・ 遺伝的要因	・ 母胎内でのウイルス感染
・ 生下時の虚血や低酸素血症による脳の微細な障害	
・ 環境との間の慢性的なストレス	・ 社会不適応

(坂本・深津・EAP 総研, 2009)

表 2-56 統合失調症の治療

薬物療法	リハビリテーション
・ 非定型抗精神薬	・ 病気の自己理解 ・ 症状と服薬の自己コントロール

(坂本・深津・EAP 総研, 2009)

## エ 統合失調症患者の職場復帰の可否判断

可否判断に際しては、症状回復、業務遂行能力についての評価（幻覚・妄想及び疲れやすさの把握）、治療状況の把握（内服継続と通院の状況）、投薬内容の推移と副作用（投薬内容の安定性と判断能力、運動機能、眠気などに対する副作用）、発症に関与した職場要因への対処方法（環境的要因の排除（過度な仕事量、仕事内容、人間関係上のストレスなど）、症状再燃の可能性と初期症状の把握について検討する。再燃を認めた場合でも、初期段階で適切な対応ができれば症状悪化の程度は軽く回復も早くなる。そして、初期症状としての事例性を把握しておくことも速やかな対応に必要となる。なお、統合失調症の勤労者の事例については第4章にまとめた。

### （3）再発予防

#### ア 薬物療法

水野は、再発に至った場合でも、事前からの服薬は再発後のエピソードをより早く終息させるとしている（水野,2009）。一方で、薬物の副作用や鎮静効果が社会活動に向けての意欲や技能の発揮を妨げる可能性、服薬行為自体が病気という認識を不必要に強める可能性にも留意する必要がある。

近年、服薬アドヒアランス（積極性）の大切さが強調されている。薬物の主作用・副作用を伝え、服薬行動の強化を促した上で、服薬の決定を当事者にゆだね、当事者が服薬の積極性・能動性を獲得した上での、自己管理に期待するものである（水野,2009）。

#### イ 認知行動療法

統合失調症の経過において、対人交流や生活技能のような社会機能の低下が見られる。また、意欲や感情反応の低下のような陰性症状が見られることもある。さらに、薬物療法の調整をもってしても、幻想や妄想などの病的体験（陽性症状）が続くこともある。家庭においては、家族からの批判や家族の常道的巻き込みによって、再発可能性が高まることもある（水野,2009）。これらの課題に対しては、疾患を克服するための

能力を獲得・強化するアプローチの一つに、認知行動療法が含まれる。以下に認知行動療法の例をいくつか挙げる（水野,2009）。

#### 1) 社会機能の強化

医療機関で行われている作業療法や生活技能訓練等や、地域福祉施設での作業活動の採用を検討する。社会機能の不十分さはストレスレベルを高めることから、再発予防に社会機能強化は重要である（水野,2009）。

#### 2) 対処

薬物療法を調整しても幻聴などが持続する場合に、症状出現時の思考や行動を能動的に変容させる。対処により、症状自体の軽減だけでなく、症状がもたらす苦痛の軽減を目指す。

#### 3) 想起警告サイン

再発までの前駆的症状を見逃さないことが重要である。緊張、いらいら、不安、抑うつ等の精神症状、睡眠障害、食欲障害、痛みなどの身体症状に対する、家族や支援スタッフの確認が、社会機能の変化につながることもある。

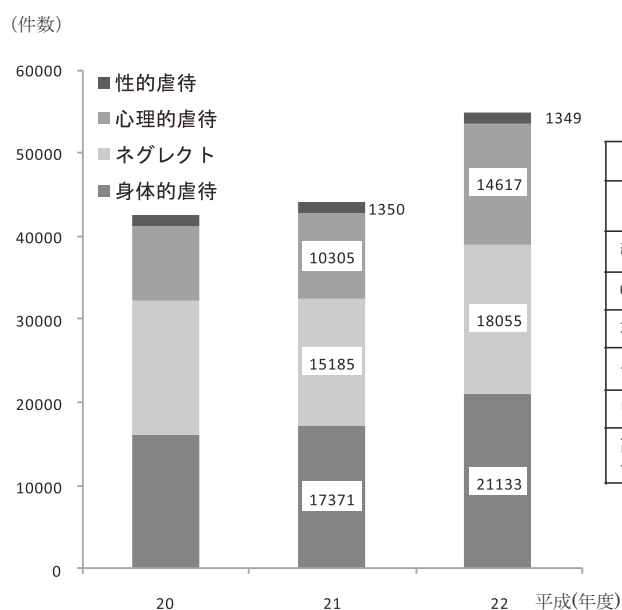
#### 4) 心理教育

本人と家族のいずれもが対象となる。知識の教育に加え、想起警告サインの同定と対処法の策定、問題解決技能の向上と言った、練習などを採用する機能強化プログラムがある（水野,2009）。

### 13 解離性障害

平成22年度中に児童相談所が対応した養護相談のうち「児童虐待相談の対応件数」は55,154件となっている(図2-13)。相談の種類別にみると、「身体的虐待」が21,133件と最も多く、次いで「保護の怠慢・拒否(ネグレクト)」が18,055件となっている(厚生労働省,2011b)。

また、被虐待者の年齢別にみると「小学生」が20,097件、「3歳～学齢前」が13,354件、「0歳～3歳未満」が10,834件となっている(厚生労働省,2011b)。このように近年著しく増加する虐待の経験は、解離性障害の発症にも影響する(後述)とされており、虐待防止の対策がこうした障害の予防にもつながる。



※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県、福島県を除いて集計した数値である。

(厚生労働省, 2011b)

図2-13 児童虐待の相談種別対応件数

表2-57 被虐待者の年齢別対応件数の年次推移

	平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	件数	構成割合 (%)	件数	構成割合 (%)	件数	構成割合 (%)
総数	42664	100.0	44211	100.0	55154	100.0
0～3歳未満	7728	18.1	8078	18.3	10834	19.6
3歳～学齢前	10211	23.9	10477	23.7	13354	24.2
小学生	15814	37.1	16623	37.6	20097	36.4
中学生	6261	14.7	6501	14.7	7297	13.2
高校生・その他	2650	6.2	2532	5.7	3572	6.5

(厚生労働省, 2011b)

#### (1) 解離性健忘

解離性健忘は若成人に多くみられる健忘の一種で、心の傷やストレスなどの精神的な原因で自身にとって重要な情報が思い出せなくなる状態をいう(心理療法研究会,2010)。一般的知識や日常的な習慣は忘れないが、「自分は誰か」「どこへ行ったか」「何をしたか」「その時どう感じたか」など、自分が関わった出来事に関する記憶、いわゆるエピソード記憶を喪失する特徴がある。記憶の空白期間は事例によって様々であるが、大半は「時間を失った」ことを認識している。健忘によって軽度の抑うつ状態や大きな苦痛に悩まされることもある。また、情報自体は思い出せなくとも、自身の行動に引き続き影響を与える場合もある。



解離性健忘の DSM-IVによる診断基準を表 2-58 に示す。戦争や事故、自然災害などを体験した場合や、小児期の虐待の記憶が失われて成人になってから思い出す場合などがある。解離性健忘の有病率は不明であるが、災害の後や戦争中に多いと考えられている。男性より女性に多く、青年期や成人期に多いとされている。

**表 2-58 DSM-IV-TR における解離性健忘の診断基準**

1. 優勢な障害は、重要な個人的情報で、通常外傷的またはストレスの強い性質をもつものの想起が不可能になり、それがあまりにも広範囲にわたるため通常の物忘れでは説明できないような、1つまたはそれ以上のエピソードである。
2. この障害は解離性同一性障害、解離性トン走、外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、または身体化障害の経過中にみ起こるものではなく、物質(例：乱用薬物、投薬)または神経疾患または他の一般身体疾患(例：頭部外傷による健忘性障害)の直接的な生理学的作用によるものではない。
3. その症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

(American Psychiatric Association, 2000)

### 〈症例（心理療法研究会, 2010）〉

20 歳代後半の女性。就職した後に結婚退職したが、家庭内不和から自傷行為を行うようになった。当人は後になって、その出来事を覚えておらず、解離性健忘と診断された。

### 治療・対応

日常において解離が生じた場合、その時々自分の行動や発言を忘れてしまうこともある。その結果、周囲から嘘つきや不真面目などと誤解されてしまうことは少なくない。本人も、自分自身に対して不安になる。このような症状は、職場での勤務に影響を及ぼすと考えられる。また、解離性健忘には、解離性同一性障害における人格交代や、PTSD に伴う回避の心性などが関連している場合もあり、記憶の空白による不安から抑うつ症状を示すこともある。

外傷体験、慢性的葛藤状態、うつ状態、希死念慮の可能性を配慮し、休養を最優先させる。健忘自体が無意識的な防衛機能を担っているため、健忘の解消を第一目標としない。心身の消耗が回復し、外傷的記憶を抑圧する必要性が減じて現実に再直面することが可能となる時期まで待つ。信頼できる関係性の中で健忘の背景にある要因への理解が進み、記憶が回復することもある。

## (2) 解離性遁走

解離性遁走は、突然、家庭や職場から離れて放浪してしまうことを主症状とする解離性障害である。遁走の期間は、数時間～数か月、それ以上長くなることもある。解離性遁走は、事故や自然災害といった極度のストレスとの関連が多くみられる。人口に対する解離性遁走発症の割合は、100 人中 2 人程度と推定されている。支援は、解離性健忘に準じる。



### 〈症例（日本産業精神保健学会, 2007）〉

課長に昇進したが、複雑な人間関係がストレス要因ともなり、責任者として関わっていた仕事でミスが発覚してから3日間、自宅と職場から遁走した。上司、家族が付き添ってすぐに精神科を受診し、自殺念慮も見られたことから投薬と2週間の自宅療養を行った。3か月後に復職したが、本人の希望を考慮して、他の部門へと異動した。

### （3）解離性同一性障害

解離性同一性障害は近年非常に増えている。その原因の1つは診断基準の明確化だが、そのみならず幼児虐待の増加（図2-13；表2-57）によって解離現象が多重人格に向かってしまうということも多くなっていると考えられる。町沢は、日本でも、幼児虐待を中心とするものが急速に増えており、それは都市化とともに増えているとも言えると指摘している（町沢, 2002）。解離性同一障害の診断基準を表2-59に示しておく。

解離性同一障害は、多重人格障害とも呼ばれる。1人の人間に、明確に独立した性格や記憶、属性を有する複数の人格が出現する障害である。薬物療法によって不安や抑うつ症状が軽くなることはあるが、障害自体を消失させる薬はない。通常は、多数の人格を1つに統合することを目的とした心理療法がおこなわれるが、治療は長期にわたる。自殺を図る可能性もあるため、周囲の配慮が必要である。

上島他（2007）によると、解離性同一性障害は一般人口においては0.2%～1%、精神科患者においては10%に認められ、症状が明らかになるのは多くの場合10歳代後半～20歳代である。また、男性より女性に多いと考えられ、成人女性が成人男性の3倍～9倍多いとする報告もある。

**表 2-59 DSM-IV-TR における解離性同一性障害の診断基準**

- 
- |    |   |
|----|---|
| A. | 2つまたはそれ以上の、はっきりと他と区別される同一性またはパーソナリティ状態の存在（そのおののは、環境および自己について知覚し、かかわり、思考する、比較的持続する独自の様式をもっている） |
| B. | これらの同一性またはパーソナリティ状態の少なくとも2つが反復的に患者の行動を統制する  |
| C. | 重要な個人情報（例：名前、生年月日）の想起が不能であり、それは普通の物忘れでは説明できないほど強い   |
| D. | この障害は、物質（例：アルコール中毒時のブラックアウトまたは混乱した行動）または他の一般的身体疾患（例：複雑部分発作）の直接的な生理学的作用によるものではない               |
- 

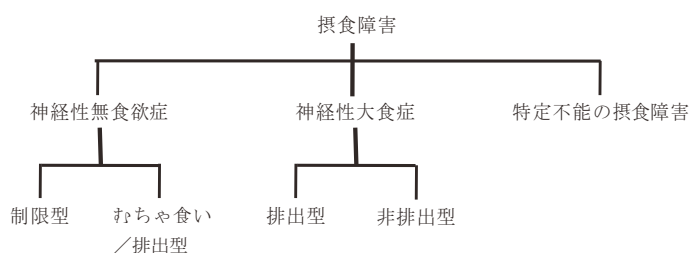
（細澤, 2008）

## 1 4 摂食障害

摂食障害は増加傾向にあり、対応が遅れると生命に関わる危険性も生じる。摂食障害は職業生活にも影響を及ぼすことから、職域においても摂食障害への早期対応が重要となるため、以下にまとめておく。

### (1) 摂食障害の分類

摂食障害は依存症の一種であり、「拒食の要素」と「過食の要素」の2つの要素に大きく分けられる(水島,2007)。拒食のみの方は心配性で粘り強い人が多く、それに対して、過食を伴う人は心配性なのと同時に冒険好きでもある人が多い。いずれの場合も、実際に体重が減って嬉しい体験をした後は、今度は体重が増える事への心配性や恐怖症が出てくるという、ご褒美と恐怖の二重構造となっている(後述)。



(石川, 2009)

図 2-14 摂食障害の分類

磯村は、過食を伴う人の場合、一口食べると止まらなくなるという反応が起こり、さらに、過食の後に嘔吐することを覚えると、体重増加への恐怖を打ち消せるため、それを繰り返す悪循環となるとしている(磯村,2011)。さらに、磯村は、肥満症の人の場合には、過食すればする程に普通の幸せや安らぎが失われる危険性があると指摘している(磯村,2011)。

表 2-60 パーソナリティを考慮したパニック障害、摂食障害の分類

	パニック障害		神経性過食症
高機能	14%	高機能・完全主義	42%
情緒統制障害	29%	統制障害	27%
制止／回避	41%	抑制的	31%
身体化	16%		

(Powers et al., 2009)

### (2) 摂食障害の診断基準と生涯有病率

摂食障害の診断基準について、神経性無食欲症を表 2-61 に、神経性大食症を表 2-62 にそれぞれ示した。さらに、男女比は 1 : 6 ~ 1 : 10 で、女性に多く、女性における、AN の生涯有病率は 0.5% ~ 3.7%、BN の生涯有病率は 1.1% ~ 4.2% である(上島他,2007)。

DSM-IV-TR には、摂食障害と関連する症状として抑うつ気分、引きこもり、不眠症や性的欲求の減少などが挙げられている。これらすべては厳格なカロリー制限による半飢餓状態により二次的に生じる様である。また、強迫行為も多くみられるが、これもまた栄養障害による可能性がある。

**表 2-61 DSM-IV-TR における神経性無食欲症 (AN) の診断基準**

- 
- A. 年齢と身長による正常体重の最低限を維持することの拒否（例えば、標準体重の 85%以下になるような体重減少、または成長期の場合、期待される体重増加が得られず、標準体重の 85%以下になる）
  - B. 標準体重以下であっても体重増加や太ることへの強い恐怖
  - C. 体重や体形についての認識の障害。自己評価が体重や体形に過度に影響を受けている。現在の低体重の深刻さを否認。
  - D. 初潮後の女性では、無月経。少なくとも 3 カ月以上の無月経（エストロゲンなどホルモン投与後のみ月経が見られる場合も含める）

<分類>

制限型：規則的な過食や排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤の誤用）を認めない

過食／排出型：規則的な過食や排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤の誤用）を認める

---

(American Psychiatric Association, 2000)

**表 2-62 DSM-IV-TR における神経性大食症 (BN) の診断基準**

- 
- A. 過食のエピソードを繰り返す。過食のエピソードは次の 2 項目で特徴づけられる。
    - (1) 一定の時間内（例えば 2 時間）に、大部分の人が食べるより明らかに大量の食物を摂取する。
    - (2) その間、摂食を自制できないという感じを伴う（例えば、食べるのを途中で止められない感じや、何をどれだけ食べるかをコントロールできない感じ）。
  - B. 体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸剤や利尿剤の誤用、絶食、激しい運動などを繰り返し行う。
  - C. 過食と体重増加を防ぐ行為が最低週 2 回以上、3 か月間続くこと。
  - D. 自己評価が、体重や体形に過度に影響を受けている。
  - E. AN のエピソード中ではない。

<分類>

排出型：規則的に自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤を誤用している

非排出型：自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤の誤用によらず、絶食や過度の運動により体重増加を防いでいる

---

(American Psychiatric Association, 2000)

摂食障害と深い関連のある症状として身体醜形障害がある。身体醜形障害は、自分の顔や身体が醜いと思ひこみ、外出できなくなるなどの社会的な支障をきたす症状である。周囲が否定や説得を繰り返したとしても自分の考えを改めることができないことから、一種の強迫観念と考えられる。なお、DSM-IV における診断基準を表 2-63 に示しておく。

**表 2-63 DSM-IV における身体醜形障害の診断基準**

- 
- 1. 特定の対象や状況に対して理屈に合わない恐怖を感じる。
  - 2. ほとんどの場合、すぐに強い不安に襲われパニック発作が生じることもある。本人も頭では恐怖を感じるようなことではないと理解しているが、理屈よりも先に強い恐怖に打ち負かされてしまう。
  - 3. 恐怖になる対象や状況を避けているが、強い不安や苦痛を感じながら耐えている。
  - 4. 1～3 のために、日常生活や仕事・学校、対人関係などに支障がある。
  - 5. 18 歳未満の場合、6 か月以上続いている。
- 

(American Psychiatric Association, 2003)

### (3) 神経性無食欲症と神経性大食症の症例

神経性無食欲症と神経性大食症のそれぞれについて勤労者の症例をまとめておく。

#### 〈神経性無食欲症のある勤労者の症例（切池, 2008）〉

異動で経理事務担当となる。一日中座っているため、肥満するのではないかと危惧し、穀物やカロリーの高い物を意識的に避け、その結果1年で10kg減少した（162cm, 37kg）。会社の健診で神経性食思不振症制限型と診断され、2ヵ月後休職となった。

#### 〈神経性大食症の勤労者の症例（切池, 2008）〉

地方に単身赴任後に仕事上のストレスと淋しさで過食傾向になり、食べ出すと止まらない状態（後述）となり、体重が46kg（160cm）から、56kgまで増加した。抑うつ症状を訴えて精神科を受診し、うつ病と診断され、治療を受けた8ヵ月後より休職して実家に帰る。実家でのダイエットにより、体重が42kgまで減少した。精神科医院に通院してうつ症状が改善した後、家から通える会社で事務の仕事に復職した。

### (4) 認知行動療法による支援

現在、摂食障害治療の「第1の選択」は、心理療法であると考えられている。そして、摂食障害のための最も臨床結果に基づいた治療は、認知行動療法である。

#### ア 第1段階としての勤労者の5つの側面に関する心理教育

心理教育は、摂食障害におけるすべての心理的アプローチにおいて不可欠であり、認知行動療法の初期段階の重要なステップである。目的は、本人や家族が病気を理解し、問題や治療の情報を獲得することにある。また、単に摂食障害を理解するだけでなく、各個人の問題の重大さも含めて理解することを目指す。本人が自分の状態を理解する手段として、「RU (where aRe yoU now) 曲線」(Touyz et al., 2011)がある。患者と治療者がそれぞれ5つの側面（身体状態、栄養状態、社会機能、感情的苦痛、現在の体重）について現状を記入し、本人と治療者との現状把握についての乖離を理解する。この方法により、治療期間を通して本人の達成度をモニターし、自身の状態についての歪んだ見方についてもフィードバックをする。

さらに、こうした心理教育により、患者やその家族は自身の問題が稀ではなく、自分だけでないことに気付き、自分の感情や思考、行動の一部は摂食障害の直接的な結果であることを知り、安心することが多い。

#### イ 神経性無食欲症の場合の認知行動療法

神経性無食欲症患者に対する認知行動療法では、認知、感情、行動の相互作用に注目し、食行動の正常化を図る。本人は、感情的な葛藤を解決するために、心理的な治療を希望する場合も多い。しかし、最終的に

は表2-64に示す食事や体重に関するテーマと心理的なテーマの双方に取り組むが、まず食事と体重に関することから始める。ここで重要となるのが Garner 他 (1997) による「二重」アプローチである (表2-63)。

表 2-64 AN 患者の治療における二重アプローチ

食事と体重に関するテーマ	心理的テーマ
1 体重	1 低い自尊心
2 過食	2 貧しい自己概念
3 嘔吐	3 「悪い」完全主義
4 摂食	4 感情の統制
5 過剰運動	5 衝動性コントロール
6 下剤乱用	6 家族力動
7 身体合併症	7 対人関係機能

(Touyz et al., 2011)

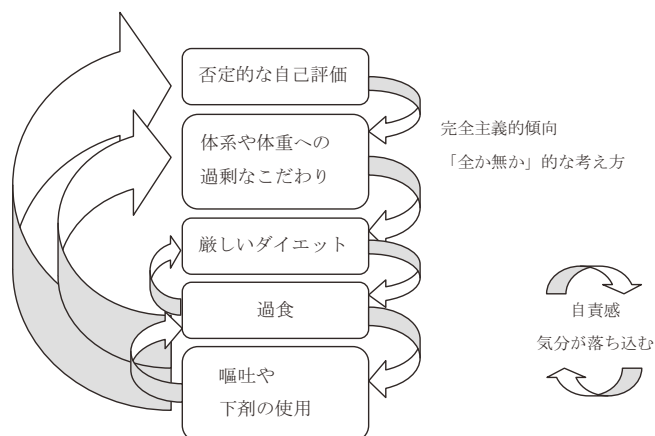
### ウ 神経性大食症の場合の認知行動療法

神経性大食症患者に対する認知行動療法は、部分的に重なり合う3つの段階 (成人用) からなる。第1段階では、摂食障害についての教育を行い、規則正しい食生活を強化し、過食や排出に抵抗するための援助を行う。症状日誌と食事日誌を始める。第2段階では、摂食抑制を減らす手順を開始する。食事計画を立てる場合は表2-65に示すことに留意する。第3段階は維持期間である。さらに再発予防の戦略を立てる。改善したことを本人と熟考したり、治療初期に用いた評価尺度を再度行うことも有用である。

表 2-65 食事計画を立てる際の留意点

- ・ 食事の時間を決める
- ・ 何を食べるか前もって決める
- ・ 計画を守る
- ・ 過食や特別な食事の「帳尻を合わせる」ことを避ける (絶食したりせずに、計画を守り続ける)
- ・ 過食および嘔吐への衝動に抵抗する (気を逸らして代替行動を行うために、前もって行動リストを作っておく)
- ・ たとえ非常に少量でもすべての食物を含め、禁止食物を作らない
- ・ 食事を楽しむ

(Touyz et al., 2011)



(Fairburn CG, 1997 ; 伊豫, 2003)

表 2-66 認知行動療法での7段階の問題解決法

ステップ1	問題は何か? 箇条書きにする
ステップ2	思いつく限りの多くの解決法を考えてみる
ステップ3	ひとつひとつの選択肢を詳しく見直し、検討してみる 全ての選択肢のプラス面、マイナス面を書き出してみる
ステップ4	自分に合った解決策を選択する
ステップ5	選択した解決策を実行する方法を考える 実行するために必要な全てのステップを考える
ステップ6	これらのステップをひとつずつ実行に移す
ステップ7	結果をチェックして、解決策が正しかったかを確認する

(Shmidt et al., 1993 ; 友竹他, 2007)

## (5) 摂食障害の勤労者の職業生活における課題

### ア 職域における摂食障害に対する理解

表 2-67 事業場における摂食障害に関する知識

	度数	%
<b>摂食障害</b>		
よく知っている	138	24.1
本で読んだことがある	109	19.0
聞いたことがある	251	43.8
知らない	60	10.5
<b>神経性食思不振症(AN)</b>		
よく知っている	145	25.3
本で読んだことがある	111	19.4
聞いたことがある	277	48.3
知らない	31	5.4
<b>神経性過食症(BN)</b>		
よく知っている	146	25.5
本で読んだことがある	113	19.7
聞いたことがある	288	50.3
知らない	19	3.3
<b>夜食症候群(NES)</b>		
よく知っている	48	8.4
本で読んだことがある	66	11.5
聞いたことがある	211	36.8
知らない	233	40.7

(井上, 2010)

摂食障害は職域においてあまり知られていない可能性が考えられる。井上による調査では、事業場において、摂食障害について「聞いたことがある」人は4割程度であったと報告されている(井上,2010)。

表 2-67 は、事業における摂食障害に関する疾患知識についてまとめたものである。摂食障害について聞いたことがあるが40%程度であり、約2割の人が「よく知っている」としている。

「まったく知らない人」は1割程度であった。「よく知っている」は神経性食思不振症、神経性過食症については2割超、夜食症候群については8%程度であった。さらに、「聞いたことがある」は、(神経性食思不振症 48.3%、神経性過食症 50.3%、夜食症候群 36.8%)であった。

### イ 摂食障害をもつ人の仕事に関する課題

職場のストレスは摂食行動に影響を与える。摂食障害の病態は多岐にわたり、その相互移行も認め、また治療も長期となる場合がある。こうしたことから、職場においても疾患を患者の人生の一部として理解した対応が必要である。摂食障害を持ちながらも一定レベルで働ければ労働上の問題は生じない。しかし、人間関係を含めたさまざまな職業性ストレスは、食行動に影響し、摂食量の低下や過食の誘因となり得る。

健康管理の観点からは、疾患によると思われる身体的症状、精神的症状、行動面での症状(遅刻や欠席の増加など)が存在し、就労状況に変化を認めた場合には保健指導が必要となる。状況によっては、医療の導入や休養も必要となる。また、西園による摂食障害をもつ勤労者の仕事に関する課題をまとめたものが、表 2-68 である。職場側もこうした課題を理解し、本人に接する必要があると同時に、勤労者とその周囲(家族など)も疾患に関する正しい理解が必要となる(西園,2004)。



表 2-68 摂食障害の患者の課題

仕事に就く前	仕事をする意味	摂食障害では、食事に対してかなりの経費がかかる。自ら働き、収入を得るといった体験は、食事を中心とした生活習慣全般を見つめる機会を作り、現実感覚を活性化する。
	準備	フルタイムに出かけられる体力の余裕が必要。体重などの数値で機械的に体調を評価するのではない体力の評価が必要となってくる。ボランティアに参加し、それほど負担の大きくない形で「顔を出すことが期待される感覚」を経験し、過食代の出費というマイナスを減らすのも良い。
	仕事選び	摂食障害の治療では、理想と現実のギャップを小さくすることが重要。理想で仕事を決めない。職場でも自分の食事習慣で食事ができるのか。できない場合にはどのような工夫が可能か等を検討する。
	履歴書書き	履歴書を書くことを通して、「こうあるべき」という理想ではなく、現実に関心がある位置を確認する。
	面接	摂食障害の患者は自己評価がすぐに低下しやすいため、アピールするのが苦手。練習をして面接に臨むとよい。面接を通して、病気の受容や自分をよく知る。
仕事に就いた後	病気のことを伝える	摂食障害で社会生活からしばらく遠ざかると「職場の同僚」「顔見知り」といった中間的な人間関係の持ち方が分からず、困惑する事が多い。仕事を円滑に進める上で、病気の事を知っておいてほしい方には、病名開示だけでなく、きちんと治療を受けていること、その人にはどう関わってほしいか示すことが重要。
	昼食	昼食をどうするかは摂食障害の患者が仕事をする上で大きな問題である。就職がどんどん少なくなったり、抜いてしまったりということになりがち。通院中の病院で、栄養士さんに相談することが望まれる。
	新生活	摂食障害の経過が長いと、生活がパターン化して変化に対応する力が弱くなる。そのため、睡眠や趣味の時間など、少しずつ確認しながら新しい生活設計をしていくのがよい。
	仕事後同僚とのつきあい	新年会や忘年会等で何も食べられないのは苦痛のため、参加しないこともあり得る。しかし、職場での人間関係に影響が出てくる可能性もある。一度に仲良くなろうとせず、少しずつ様々な付き合いを試してみると良い。

(西園, 2004)

こうした課題を抱える摂食障害をもつ人にとっては地域で治療や支援を受けながら仕事を続けられる体制が必要となる。このような困難性に配慮したシームレスなサービスによる摂食障害の早期発見と治療を目指すニュージーランド政府の取り組みは参考となる(石川,2010)。



## 15 心身症

心身症は心の病ではないが、心が引き起こす身体疾患であるため以下にまとめておく。

心身症は急速に増加している。厚生労働省の患者調査によると、1996年は入院365人、通院5,603人であったのが1999年には入院761人、通院13,434人まで増加した。長期化する雇用状況の悪化や、それと関連して激変する人間関係が背景にあるとみられる。

宮岡によると、心身症と判断するには以下の2つの条件を満たす必要がある。第1は身体疾患の診断が確定していることである。第2は、環境の変化に時間的に一致して、身体症状が変動することである。例えば、仕事が忙しいとき、緊張したときに身体症状や検査所見が増悪することで判断される(宮岡,2005)。消化性潰瘍、気管支喘息などの身体疾患ではこの特徴を有する頻度が高い。確かに身体疾患があり、その症状に「心理社会的ストレス」が関わっている場合は、心身症と考えられる可能性が高いと言える。

職場における心身症の特徴をみると、時に過剰なまでに業務に従事しているようであるが、その内的世界は意外と空疎であり、ストレス状況や業務負荷量・質が一定レベルを超えても容易に軌道修正できず過重労働に巻き込まれやすい。また、時に突飛な言動で欲求不満が表出されるという、一見相反した様相を呈する素因を持っている。表2-69は心身症患者の心理行動特徴である(日本産業精神保健学会, 2007)。

表 2-69 心身症患者の心理行動特徴

	行動特徴
1.アレキシサイミア (alexithymia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自らの情動や感情を心の中に保ったり、言葉にして表出することが不得手。</li> <li>・感情を言葉で表現することが困難</li> <li>・事実関係を詳しく述べるが、感情を伴わない</li> <li>・面談者とのコミュニケーションが困難</li> <li>・感情を表現するのに言葉より行動が使われやすい</li> </ul> 以上のような諸特徴の結果、現実や業務に一見適応しているようであっても、実は思考の不毛性と想像力の貧困があると推測される。
2. 過剰反応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生真面目</li> <li>・仕事への過剰なめり込み</li> <li>・がんばり屋</li> <li>・人から頼まれると断れない</li> <li>・過剰に気を遣う</li> <li>・自己犠牲的</li> </ul> 以上のような諸特徴の結果、自らの感情を抑えようと過剰な適応努力をほらい、心身症になりやすい。
3. タイプA型行動パターン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間切迫感</li> <li>・焦燥感を伴う敏速な行動</li> <li>・熱中の・精力的傾向</li> <li>・他者に対する敵意・攻撃性</li> <li>・仕事中毒的傾向</li> </ul> 過剰反応と並び、過労死の重要な因子の1つ
4. 行動化	1, 2, 3のような心理行動特徴をもつため、周囲に過剰に合わせることにより社会適応を果たしている事が多いが、同時に、積み重なった怒りや葛藤が行動化という形で突発的に表出されることも珍しくない。

(日本産業精神保健学会, 2007)

心身症に対する対応としては、医師に心身症と診断された場合は、身体疾患に対する治療に加え、「心理社会的ストレス」に対する適切な対処が必要となる。薬物療法と非薬物療法により対応する。非薬物療法には、認知行動療法による認識の修正、心理療法による情緒的緊張の緩和、自立訓練法による身体的緊張の緩和が含まれる（石津,2011）。この他、軽いうつの場合には対人関係カウンセリング（第2章3（6））も選択肢の1つと考えられる。

### （1）職場における心身症 —慢性疲労症候群—

慢性疲労症候群は近年、日本においても報告が増えている。また、慢性疲労症候群は、その原因が未だに明らかにされていない病気の1つでもある。あらゆる年代や職業の人について発症が確認されている。ただ、疲れの原因がはっきりしている「慢性疲労」とは区別され、ひとつの疾患であることは証明されている。

日本では1991年に厚生労働省（旧厚生省）の疲労調査研究班が発足、翌年にはCDCのCFS診断基準を参考に、一般の診療で用いることのできる厚生省CFS診断基準が作成され、病因・病態の解明に向けたさまざまな活動が行われてきた。研究班が一般地域住民4000名を対象に疫学調査（有効回答数3015）を行ったところ、3分の1を超える人々が半年以上続く慢性的な疲労を感じており、その半数近くが日常生活や社会生活に何らかの支障をきたしており、慢性疲労症候群も0.3%存在していることが明らかになった。この成績をもとに慢性的な疲労によって引き起こされる日本における経済損失を算出したところ、医療費を除いて年間約1.2兆円に及び、経済的損失という観点からも大きな社会問題であることが示されている。

米国では1万人あたり約40人が発症している。主に、20歳～50歳の人が発症し、男性より女性に約1.5倍多くみられる。有病率を正確に述べることは不可能で、10万人当たり7人～38人と様々である。

慢性疲労症候群は、原因不明の重篤な疲労が6ヶ月以上の長期間に渡って続き、日常生活に支障をきたすほどになってしまう病気である。慢性疲労症候群のDSM-IVによる診断基準を表2-70に示す。表中の前提I、II、IIIすべてを満たしたときに、臨床症候から慢性疲労症候群と判断する。また、前提I、II、IIIすべてを満たす訳ではないが、原因不明の疲労病態がある場合、特発性慢性疲労（Idiopathic Chronic Fatigue, ICF）と診断し、経過観察する。

表 2-70 日本疲労学会による慢性疲労症候群の診断基準

前提 I.

1. 病歴、身体所見、臨床検査を精確に行い、慢性疲労を来たす疾患を除外する。
2.
  - A) 下記疾患に関しては、当該疾患が改善され、慢性疲労との因果関係が明確になるまで、CFS の診断を保留にして経過を十分観察する。
    - 1) 治療薬長期服用者（抗アレルギー剤、降圧剤、睡眠薬など）
    - 2) 肥満（BMI>40）
  - B) 下記の疾患については併存疾患として取り扱う
    - 1) 気分障害（双極性障害、精神病性うつ病を除く）、身体表現性障害、不安障害
    - 2) 線維筋痛症

前提 II.

以上の検索によっても慢性疲労の原因が不明で、かつ下記の 4 項目を満たす。

- 1) この全身倦怠感は新しく発症したものであり、急激に始まった。
- 2) 十分な休養を取っても回復しない。
- 3) 現在行っている仕事や生活習慣のせいではない。
- 4) 日常の生活活動が、発症前に比べて 50% 以下となっている。あるいは疲労感のため、月に数日は社会生活や仕事ができず休んでいる。

前提 III.

以下の自覚症状と他覚的所見 10 項目のうち 5 項目以上を認める。

- 1) 労作後疲労感（労作後休んでも 24 時間以上続く）
- 2) 筋肉痛
- 3) 多発性関節痛 腫脹はない
- 4) 頭痛
- 5) 咽頭痛
- 6) 睡眠障害（不眠、過眠、睡眠相遅延）
- 7) 思考力・集中力低下

以下の他覚的所見は、医師が少なくとも 1 ヶ月以上の間隔をおいて 2 回認める。

- 8) 微熱
- 9) 頸部リンパ節腫脹（明らかに病的腫脹と考えられる場合）
- 10) 筋力低下

（日本疲労学会，2008）

慢性疲労症候群が完治することは稀だが、専門医にかかり、投薬による対処療法を行うことによって症状を軽減することができる。人によって症状の重さは様々で、月に数日休まなければならない程度から、生活に介助が必要となる場合までである。

慢性疲労症候群は、あるとき風邪や気管支炎などを患い、それがいつまでも長引くようにして発症することが多い病気である。摂食障害や不眠などを伴っている場合は要注意である。血液検査などの検査結果から異常が見つからないとき、慢性疲労症候群が疑われる。認知度が低く専門医も少ない病気のため、自律神経失調症や更年期障害などの心因性の病気と誤診されることも少なくない。

〈支援症例 野添（1997）〉

優秀な職員として評価されていた公務員。しかし、異動によりストレスがたまり次第に電話の対応も出来なくなる。かぜ症状に続いて疲労感、頭痛。血圧が上昇、不眠・寝汗・微熱が持続。通常の病院での検査では原因不明であった。心療内科における診断は、高血圧症、抑うつ状態、職場恐怖症、免疫力の低下であった。抗うつ薬などの薬物治療とカウンセリングなどによる 6 ヶ月間の治療後に復帰した。

ストレス病の原因はすべて職場だけにあるとは限らない。そのためその人の性格、適応力、生き方等も関係してくる。各人の適性を見抜いた上で配置させる気配りが大切である。

## （２）職場における心身症 — 出社拒否症 —

出社拒否症とは、激しい吐き気、動悸や頭痛、息苦しさにより出社できなくなる状態を指す。出社拒否症は、真面目で頑張り屋の人が大きな仕事や責任が生じたときなどに、急に症状があらわれる傾向がある。能力には自信があるのに成果が出せない、周りについていけないと感じた時になることが多い。

入社して10年以上経過、中間管理職的な立場に置かれている人にも出社拒否症は現れる。一方で、20代、30代若手社員の引きこもりも問題になっている。表2-71に示すようなタイプの人は出社拒否症になりやすい傾向がある。社会生活からの逃避・退却という特徴からまずうつ病の存在を想定する必要がある。カウンセリング時には、時間をかけて心を解きほぐすと同時に、日常生活の規則化、社会人としての自覚の促進といった働きかけも行う。出社拒否症では、人事や上司などの周囲の理解が得られにくい場合がある。しかし、本来の能力は優秀な人が多いため、職場で育てていく姿勢も必要となる。

表 2-71 出社拒否症になりやすい性格タイプ

---

几帳面、まじめ、完璧主義
がんばり屋
仕事が生きがいである
自分の能力に自信を持っている
自分の能力を超える仕事も、一人でかかえこむ傾向がある
会社での自分の評価がとても気になる
ささいな指摘を受けても、すぐに自分の評価ダウンに結びつけて考えがち

---

(自律神経 support)

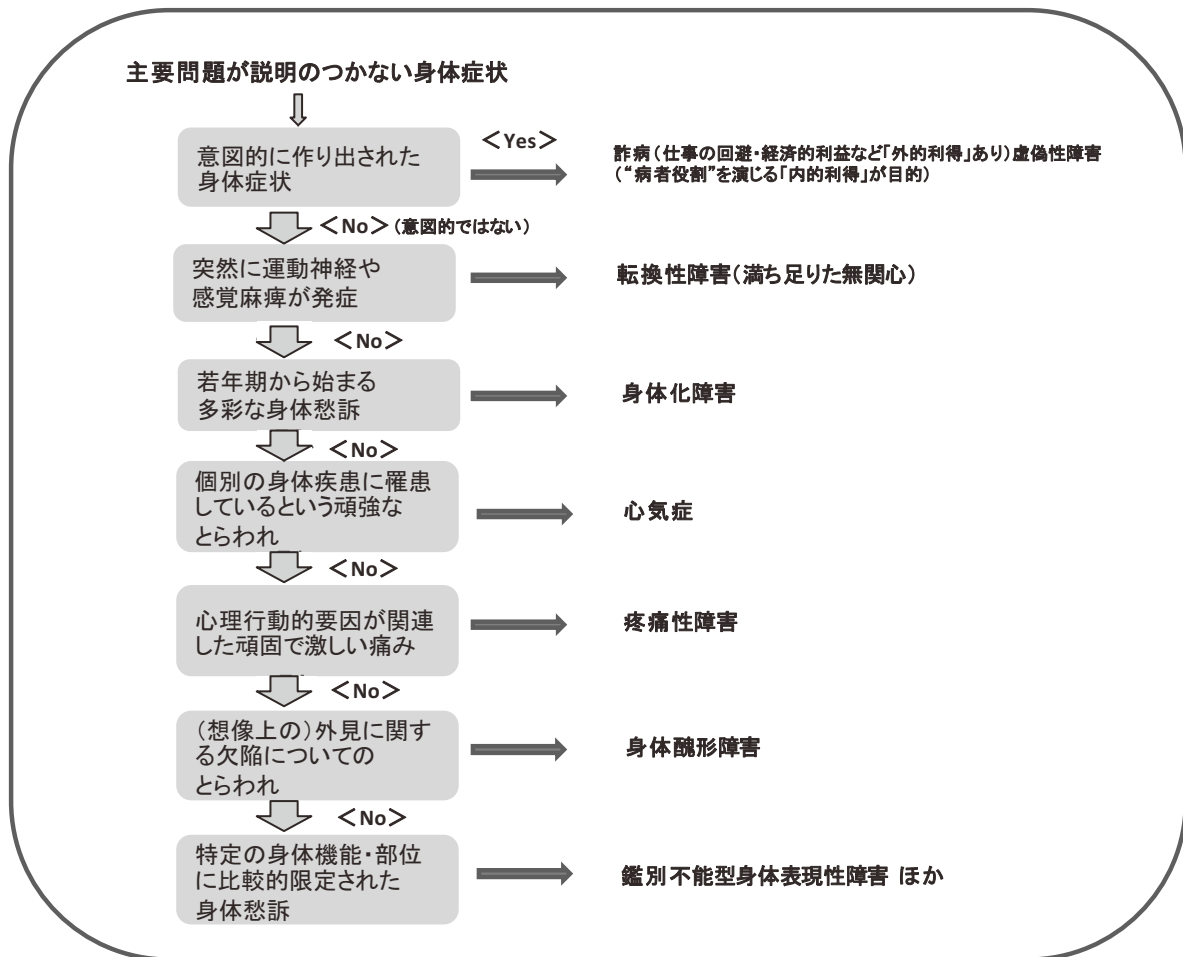
### 〈支援症例（夏目他, 1986）〉

大卒で入社して9年間、購買業務に就いていた。本社の財務部に抜擢され転属となった。職務内容が変化し手間取り配属から2か月で「仕事についていけない、出勤するのが怖い」と訴え、職場内診療所精神科を受診し休職となった。その後、産業医が段階的な復職を支えた。また、産業医が上司との面談で、本人の職務適性に合った部署への配置転換を勧め、無事復職した。

## 16 身体表現性障害

主要問題が説明のつかない身体症状は職場での対応が難しい。そこで、図2-15に身体表現性障害に属する障害の特徴と診断についてまとめておく。

図2-15 「身体表現性障害」の診断をめぐるフローチャート



(津久井, 2011)

## 【文献】

- 有園正俊 (2008) 『よくわかる強迫性障害』主婦の友社.
- 石川球子 (2010) 「摂食障害克服のためのティアドサービスモデル」第14回日本摂食障害学会総会・学術集会抄録集, p72, 日本摂食障害学会.
- 石川俊男 (2009) コミュニケーションストレスと摂食障害. ストレス科学, Vol.24, No.1, p10-15 日本ストレス学会.
- 石津宏 (2011) 『専門医のための精神科臨床リュミエール 27 精神科領域からみた心身症』中山書店.
- 磯村毅 (2011) 『依存症のカラクリ』秀和システム.
- 市橋秀夫 (2011) 『図解・決定版パーソナリティ障害を乗り越える！正しい理解と最新知識』日東書院.
- 井上幸紀 (2010) 『摂食障害と産業精神保健』産業精神保健, No.4, p315-320, 日本産業精神保健学会.
- 上島国利・平島奈津子・上別府圭子 (2007) 『知っておきたい精神医学の基礎知識—サイコロジストとコメディカルのために』誠信書房.
- 大野裕 (2011) 『うつ病治療ハンドブック—診療のコツ—』金剛出版.
- 尾崎紀夫 (2007) 現在の精神医学診断体系におけるうつ病の位置づけ: 今一度、うつ病とは何かを考える. 産業精神保健, Vol.15, No.4, p205-210, 日本産業精神保健学会.
- 貝谷久宣 (2006) 『社会不安障害のすべてがわかる本』講談社.
- 貝谷久宣 (2008) 『非定型うつ病のことがよくわかる本』講談社.
- 貝谷久宣 (2009) 『非定型うつ病 パニック障害・社交不安障害 よくわかる最新医学』主婦の友社.
- 亀山知道 (2011) 「職場の適応障害」『適応障害』原田誠一編 日本評論社.
- 川上憲人・大野裕・宇田英典・中根允文・竹島正 (2003) 「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」  
『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』(平成14年度厚生労働科学特別研究事業).
- 川上憲人 (2007) 『こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書』 p1-21.
- 牛島定信 (2008) 『境界性パーソナリティ障害<日本版治療ガイドライン>』金剛書店.
- 切池信夫 (2008) 『働く女性の摂食障害』産業精神保健, No.4, p205-209, 日本産業精神保健学会.
- 倉林るみい (2011) 女性労働者とうつ病. 労働の科学, Vol66, No.12 (財)労働科学研究所.
- 厚生労働省 (2008) 平成20年患者調査(傷病分類編)  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/suihyo18.html>
- 厚生労働省 (2011a) 「自殺・うつ病の現状と今後のメンタルヘルス対策 地域・職域連携推進事業関係者会議資料」
- 厚生労働省 (2011b) 平成22年度福祉行政報告例の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/10/dl/gaikyo.pdf>
- こころの心理学 [http://www.s3wam.net/mental-health/psychology/ps\\_top.html](http://www.s3wam.net/mental-health/psychology/ps_top.html)
- 坂元薫 (2011) 『最新医学がとことんわかる 非定型うつ病』PHP研究所.
- 坂本直紀・深津伸子・EAP総研 (2009) 『職場のメンタルヘルス対策の実務と法』民事法研究会.



- 日本産業精神保健学会（2006）用語解説シリーズ⑩. 産業精神保健, Vol.14, No.3, p183-187, 日本産業精神保健学会.
- 白波瀬丈一郎（2011）特集：疾患に応じた復職支援の実態（ポイント）—パーソナリティ障害を持つ社員の復帰後支援～枠組みを作るアプローチ～. 産業精神保健, Vol.19, No.3, p157-161, 日本産業精神保健学会.
- 心理療法研究会（2010）『わかりやすい「解離性障害」入門』星和書店.
- 自律神経 support <http://genki-go.com/factor/syndrome/05.html>
- 高木洲一郎・浜中禎子（2011）『最新版 拒食症・過食症の治し方がわかる本』主婦と生活社.
- 高野知樹（2011）chapter3-E 専門医紹介で気をつけたいこと.『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p216-221（日本産業精神保健学会編, 南山堂）.
- 立森久照（2007）『こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書』 p1-21.
- 塚本浩二（2011a）chapter3-B 主な精神障害の対応において気をつけたいこと.『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p197-201（日本産業精神保健学会編 南山堂）.
- 塚本浩二（2011b）chapter3-I 事例からみる不調への対応法.『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p233-245（日本産業精神保健学会編, 南山堂）.
- 津久井要（2011）chapter2-F 主な精神障害の診断・鑑別・治療法を知りたい『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p112-122（日本産業精神保健学会編, 南山堂）.
- 土屋政雄・川上憲人（2011）chapter1-A 主な精神疾患の罹患率・有病率を知りたい.『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p2-5（日本精神保健学会編, 南山堂）.
- 内藤宏（2011）chapter2-F 主な精神障害の診断・鑑別・治療法を知りたい.『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』 p94-112（日本産業精神保健学会編, 南山堂）.
- 中込和幸（2011）統合失調症の再発予防に向けた対策. 日本精神保健・予防学会セミナー, 2011年12月4日.
- 永田頌史・廣尚典（2009）『職場のメンタルヘルス対策—最新アプローチとすぐに役立つ実践例—』産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室編 中央労働災害防止協会.
- 中山和彦（2009）激変する職場環境—普遍的課題は何か. 産業精神保健, Vol.17, No.4, p215-221, 日本産業精神保健学会.
- 夏目誠（2011）特集：疾患に応じた復職支援の実態（ポイント）— 適応障害の視点から. 日本産業精神保健. Vol.19, No.3, p168-174 日本産業精神保健学会.
- 夏目誠・太田義隆・古我貴史・南野寿重・浅尾博一・藤井久和（1986）職場不適應症について（第3報）治療的対応システムと産業医の役割を中心にして. 産業医学, Vol.28, p160-169 日本産業衛生学会.
- 西園文（2004）『生活しながら治す摂食障害』女子栄養大学出版社.
- 日本産業精神保健学会（2007）『産業精神保健マニュアル』中山書店.
- 日本疲労学会（2008）『特集号 慢性疲労症候群診断基準の改定に向けて』日本疲労学会雑誌, 3（2）, p1-40.
- 野村総一郎（2011）適応障害をどうとらえるか.『こころの科学セレクション』（原田誠一編）日本評論社.
- 野添新一（1997）『ストレス社会を生きる—心身症の原因と治療—』 旺史社.



早起き心身医学研究所 [http://www.hayaoki-shinshin.jp/mental\\_sickness/index.html](http://www.hayaoki-shinshin.jp/mental_sickness/index.html)

原田誠一（2011）『適応障害』日本評論社.

福西勇夫（2008）『不安障害がよくわかる本』主婦と生活社.

細澤仁（2008）『解離性障害の治療技法』みすず書房.

町沢静夫（2002）解離性同一性障害（多重人格）の原因と治療について. 立教大学コミュニティ福祉学部紀要, 第4号.

松浪克文・上瀬大樹（2009）うつ病態の精神療法 現代型うつ病. 精神療法, 32, p308-317 金剛出版.

松本晃明（2011）『うつ自殺を止めるー＜睡眠＞からのアプローチ』ちくま新書.

宮岡等（2005.5）身体表現性障害の概要.日医雑誌, 第134巻第2号 日本医師会.

水島広子（2007）『拒食症・過食症を対人関係治療法で治す』紀伊國屋書店.

水島広子（2009a）『対人関係療法でなおすうつ病』創元社.

水島広子（2009b）『対人関係療法マスターブック』金剛出版.

水島広子（2010）『ぐっと身近にわかるシリーズ 正しく知る不安障害 ー不安を理解し怖れを手放すー』技術評論社.

水島広子（2011）『対人関係療法で治すトラウマ・PTSD』創元社.

水野雅文（2009）『統合失調症の早期診断と早期介入』中山書店.

吉村靖司（2011）「アセスメントのポイントを知りたい」『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』（日本産業精神保健学会編, 南山堂）p190-196.

渡辺登（2009）『職場不適応症 会社内で急増する適応障害のことがよくわかる本』講談社.

渡部芳徳（2010）『職場のうつ 社会復帰プログラム』主婦の友社.

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV -TR 4th edition (text Revision) .

American Psychiatric Association（編著），高橋三郎，大野裕，染矢俊幸（訳）（2003）『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と手引 新訂版』医学書院.

American Psychiatric Association（編著），高橋三郎，大野裕，染矢俊幸（訳）（2004）『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル（新訂版）』医学書院.

Bateman A. & Fonagy P.（監訳：狩野力八郎，白波瀬丈一郎）（2008）メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害ー MBT が拓く精神分析的な精神療法の新たな展開. 岩崎学術出版社.

Brunet, K & Birchwood, M. (2011) 2章精神病未治療期間（DUP）と受診経路. 『精神病早期介入 回復のための実践マニュアル』p17-29 日本評論社.

Dodgson, G & McGowan, S. (2011) 6章早期介入サービスモデル. 『精神病早期介入 回復のための実践マニュアル』p80-94 日本評論社.

Fairburn, C.G. (1997) Eating disorders. Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. Clark, D.M.

- & Fairburn, C.G. (eds). (伊豫雅臣監訳 (2003)) 『認知行動療法の科学と実践』 p157-191 東京：星和書店.
- French, P. (2011) 11 章 精神病状態発現ハイリスクにある人に対する早期発見・早期治療. 『精神病早期介入回復のための実践マニュアル』 p169-178 日本評論社.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997) Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa, In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds), Handbook of treatments for eating disorders, p99-144.
- Graig, T. & Power, P. (2011) 3 章 早期精神病の入院治療. 『精神病早期介入 回復のための実践マニュアル』 p30-47 日本評論社.
- Klerman, GL, Budman, S, Berwick, D, Weissman, MM, Damico-White, J, Demby, A, et al. (1987) Efficacy of a Brief Psychosocial Intervention for Symptoms of Stress and Distress among Patients in Primary Care. *Med Care*, 25, vol.11, p1078-1088.
- Mossey, JM, Knott, KA, Higgins, M, & Talerico, K. (1996) Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 51, vol.4, p172-178.
- Newton, E. & Cotes, E. (2011) 7 章 早期介入サービスにおける認知行動療法. 『精神病早期介入 回復のための実践マニュアル』 p95-117 日本評論社.
- Powers, A., & Westen, D. (2009) Personality subtypes in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 50, p164-172.
- Schmidt, U. & Treasure, J. Getting Better Bit(e) by Bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders. (1993) (友竹正人 中里道子 吉岡美佐緒訳 (2007)) 『過食症サバイバルキット』 東京：金剛出版.
- Sheirs, D. (2011) 英国における早期支援の発展過程と当事者・家族のニーズ 日本精神保健・予防学会 特別講演 平成 23 年 12 月 4 日
- Sheirs, D., & Smith, J. (2011) 1 章 はじめに. 『精神病早期介入 回復のための実践マニュアル』 p1-13 日本評論社.
- Smith, J. (2011) 病初期の家族を支えるための支援技術入門 日本精神保健・予防学会 ワークショップ 平成 23 年 12 月 4 日
- Stephen W. Touyz, Janet Polivy, & Phillipa Hay (切池信夫・監訳) (2011) 『摂食障害 Eating Disorders』 エビデンス・ベイスト心理療法シリーズ, 金剛出版
- These, ME & Sullivan, LR (翻訳：貝谷久宣) (1995) Relapse and Recurrence of Depression. A practical approach for prevention. *CNS Drugs* 4, 261-277, [http://www.fuanclinic.com/byouki/a\\_21.htm](http://www.fuanclinic.com/byouki/a_21.htm)



## 第3章

### 重複障害及び二次障害に関する支援ニーズ

## 第3章 重複障害及び二次障害に関する支援ニーズ

重複障害とは、2つ以上の障害を併せ持つ状態を指す。障害は疾患が治癒した後にも続くことがある一方精神障害においては疾患と障害が同時に存在する場合も多い。また、併存とは、同一人物に複数の疾患が一定期間存在することと定義されているが、こうした状況は機能全体の悪化へとつながりかねないため支援が必要である。本章では、こうした重複障害及び従来の職場復帰プログラムでは十分な対応が困難なため職業上支援を必要とする発達障害の二次障害について、主として二次予防の観点からまとめておく。なお、本章では疾患が複数存在する場合、併存としている。

### 1 うつ病との重複

第2章(5(3))でも述べたように、DSM-IIIでは多軸診断の概念が導入され、DSM-III-Rでは、各々の疾患の診断基準を満たせば、I軸の中での気分障害と不安障害の併存という診断が可能となっている。松原(2011)は、この併存による複数診断の臨床的意義は、診断と治療・支援をより密接に結びつけた点であるとしている。これは、併存の診断により、多角的に症状を評価し、症状に対して最も適切な治療・支援を考えられるからである。

大うつ病に併存する不安障害の生涯有病率について全米併存疾患調査をもとに示したものが表3-1である(松原,2011)。うつ病は種々の精神疾患に併存しやすいことがわかる。なかでも、種々の不安障害、アルコール依存症、パーソナリティ障害は職場のメンタルヘルスケアにおいて対応を求められることが多い。そこで、以下に、うつ病と不安障害、パニック障害、アルコール依存症、パーソナリティ障害との併存について、必要となる支援をまとめておく。

表 3-1 大うつ病性障害に併存する不安障害の内訳

	生涯有病率 (%)	オッズ比
全般性不安障害	17.2%	6.0
広場恐怖	16.3%	3.4
特定の恐怖症	24.3%	3.1
社会不安障害	27.1%	2.9
パニック障害	9.9%	4.0
外傷後ストレス障害	19.5%	4.0

(松原,2011)

## (1) うつ病と不安障害の併存

吉村は、うつ病を罹患している労働者が職場に復帰できるかどうか、社会参加できるかといった社会機能も含めてうつ病の予後を評価するときに社交不安障害の併存は大きなファクターとなると考えられ、うつ病の診断を下す場合、社会不安障害の併存を常に考慮すべきであろうとしている (Paxil.jp,2010.1)。

松原 (2011) によると米国の一般人口における大うつ病に併存する不安障害の生涯有病率 (オッズ比) は 58.0% (4.2) であったとの報告がある。さらに、松原は、併存しない場合に比べて、自殺の危険性が高く、治療抵抗性であることが示唆されているとしている。しかし、その併存が考慮されていないことが少なくない (松原,2011,p177)。うつ病に先行する不安障害をきちんと治療することがうつ病発病の危険性を少なくする可能性や、うつ病の症状の消退後に残る不安障害の有無に留意する必要がある (松原,2011)。

うつ病と不安障害の併存の場合には、薬物療法と精神療法の併用が単独療法より有効であると示唆されている。SSRI (第 1 章) のような比較的新しい抗うつ剤は、うつ病のみでなく、種々の不安症に対する効果がある。松原によると、併存の場合にも薬物療法として抗うつ薬の投与が勧められるが、留意点として、不安障害の種類により用量や効果判定に要する期間に相違があることを指摘している (松原,2011)。精神療法としては、うつ病や不安障害の治療で一般的に用いられる認知行動療法などが行われる。

### ア うつ病とパニック障害の併存

パニック障害を併存する場合の薬物療法は、抗うつ薬の投与が原則であり、症状によってはこれに抗不安薬を併用する。また、精神療法については、うつ病とパニック障害ではその方針に相違がある (第 2 章)。うつ病が主体の場合には症状に逆らわずに、あせらずに回復を待つが、パニック障害が主体であれば病気に逃げ込まないよう症状に立ち向かう方針を一般的にとる。そのため、精神療法の内容を決定する上での留意点の 1 つとして、うつ病とパニック障害のどちらが主体であるかを検討することが必要となる (松原,2011)。

### イ うつ病と全般性不安障害の併存

全般性不安障害は他の精神疾患と併存しやすい (第 2 章 10 (4)) が見逃されやすく、うつ病の治療のみに留まることが少なくなかった。精神療法では、うつ病と全般性不安障害の両側面からの支援が必要となる。松原は、全般性不安障害はうつ病発病の危険因子でもあるため、うつ病に先行する、あるいは、うつ病軽快後の全般性不安障害には特に注意が必要であるとしている (松原,2011)。

### ウ うつ病と社会不安障害の併存

社会不安障害 (第 2 章 10 (2)) が他の精神疾患と併存する場合に社会不安障害が先行する割合は 71% と報告されている (Chartier et al.,2003)。社会不安障害のみで治療を受けることは少ないため、うつ病の症状が出てはじめて治療を受けることになる。このため、治療を受けるまでに長期間が経過していることが多いことに留意し、思春期からの生活歴を詳細に聴取することが重要となる (松原,2011)。

## (2) うつ病とアルコール依存症の併存

松原は、アルコール依存症自体がうつ病の危険因子であるとしている（松原,2011）。うつ病とアルコール依存症の併存の場合、断酒することは当然必要であるが、うつ病が先行する場合には、断酒に対する強い動機付けがより重要となる。どちらが先行の場合にも、うつ病治療と同時に、飲酒自体が抗うつ症状を増悪させていること等の教育が必要となる。薬物療法としては、抗うつ薬が有効であるとされ、同時に抗不安薬や睡眠薬を使用することがある。アルコール依存症と他の精神疾患との関係については本章3を参照されたい。

## (3) うつ病とパーソナリティ障害の併存

うつ病患者の内、全般性不安障害を併存するのは約10人中3人の割合であるといわれている（松原,2011）。うつ病とパーソナリティ障害が併存している患者を、第2章（11（1））で述べたようなA、B、C群に分けてみると、C群が最も多かったと報告されている（Doyle et al.,1999）。うつ病とパーソナリティ障害が併存すると治療反応性が悪く、予後が不良であるとされている。薬物療法としては、うつ病の症状に対して抗うつ薬が第一選択となるが、抗うつ薬だけでは効果が不十分であることが多く、衝動性に対しては気分安定薬など、新規抗精神病薬が併用されることもある。また、パーソナリティ障害に対しては精神分析療法など、専門的な精神療法も並行して行われる。

## 2 強迫性障害との重複障害

強迫性障害は、うつ病の他に、不安障害、依存症、気分障害の併存も見られる（有園,2008）ことから、こうした併存の可能性についても注意し、併存する障害についても支援が必要となる。

### 不安障害

強迫性障害の患者が不安障害を経験する場合がある。

#### 全般性不安障害（GAD）

理由のはっきり定まらない不安や心配が過剰になり長く続き、日常生活にきたす病気。

#### 社会不安性障害（SAD）

人前で不安や緊張に悩まされ、そのために日常生活に支障をきたすもの。

#### 心的外傷後ストレス障害（PTSD）

事件や事故などトラウマとなる出来事の後に、不安や不眠、感情麻痺などの症状に悩まされるようになるもの。

#### パニック障害

不安や恐怖から、呼吸困難や手足のしびれなど

### 依存症

アルコールや薬物などへの依存を併発する。ギャンブルや買い物への依存は、衝動を制御する脳機能の障害と考えられることもある。

### 気分障害

うつ病のほか、双極性障害（躁うつ病）、気分変調症など

（有園,2008）

図3-1 強迫障害とさまざまな病気との関連



### 3 アルコール依存症と精神障害

#### (1) アルコール依存症の現状

日本では約6000万人の飲酒人口がいるとされる。そのうちアルコール依存症やそれに近いと推定される大量飲酒、問題飲酒の人口は240万人～300万人といわれ、国民医療費の6.9%が飲酒に関連したものであると推定されている（厚生労働省,2011）。

表 3-2 アルコール依存症 平成 20 年患者調査

年次	推定患者数(単位:千人)			受療率(人口10万対)		総患者数(単位:千人)
	総数	入院	外来	入院	外来	
昭和59年	17.9	16.4	1.4	14	1	...
昭和62年	19.6	17.9	1.8	15	1	34
平成2年	19.3	16.6	2.7	13	2	41
平成5年	16.9	14.6	2.2	12	2	32
平成8年	21.7	14.0	7.7	...	...	47
平成11年	17.1	13.5	3.6	...	...	37
平成14年	17.1	12.2	4.8	...	...	42
平成17年	16.7	12.1	4.6	...	...	43
平成20年	13.1	9.1	4.0	...	...	44

(厚生労働省, 2011)

#### (2) アルコール依存症の診断基準

国際疾病分類（ICD-10）による精神作用物質依存症候群に即したアルコール依存症の診断基準をまとめたものが表 3-3 である。

表 3-3 ICD-10 による精神作用物質依存症候群に従ったアルコール依存症の診断基準

以下の 6 項目のうち、3 項目以上が過去 1 年間のある時期に繰り返し認められるとき、アルコール依存症と診断する

1. 飲酒したいという強烈的な欲求、渴望
2. 飲酒の開始、終了あるいは飲酒量をコントロールすることが困難
3. 飲酒の中断あるいは減少による身体的離脱状態。離脱症候群の出現、あるいは離脱症状を軽減、回避する意図で飲酒することが明らかである
4. 耐性の出現による飲酒量の増大
5. 飲酒のために、他の楽しみや興味が薄れ、アルコールの摂取時間が長くなり、また酔いが醒めるのに長時間を要するようになる
6. 明らかに有害な結果がわかっているにもかかわらずそれを無視して飲酒を続ける（過度の飲酒による臓器障害や大量飲酒による精神障害など）（負の強化への抵抗）

(土田, 2010)

#### (3) アルコール依存症と併存症

アルコール依存症の特徴のひとつに身体及び精神科の併存症が多いという点が挙げられる。また、アルコールそのものが他の精神疾患を誘発することも知られている。

アルコール依存症に併存することの多い精神科疾患には気分障害、不安障害、睡眠障害、外傷後ストレス障害、注意欠陥／多動性障害、反社会性パーソナリティ障害、他の物質依存・乱用、病的賭博、発達障害など多岐に及ぶ。その中でも特に多い、うつ病・不安障害とアルコール依存症との併存について表 3-4 にまとめた。うつ病、不安障害ともにアルコールによる誘発、離脱症状の一部、アルコールとは独立した併存症の可能性があり、鑑別は困難な場合も多い。しかし、飲酒を中止することで軽快することも少なくないことから、アルコールの問題が疑われる場合には積極的に、たとえ短期間でも断酒を勧めて、断酒中の症状の変

化を観察することから始める必要がある。

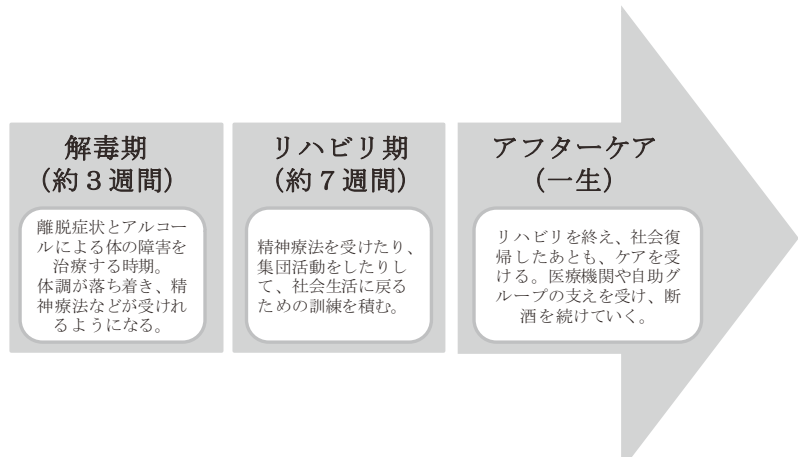
表 3-4 アルコール依存症と他の精神疾患

精神疾患		アルコール依存症患者における精神疾患生涯有病率	精神疾患患者におけるアルコール依存症の合併率	特徴	薬物治療	
うつ病		15%~50%	13%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール依存症治療開始後のうつ病や追跡期間中のうつ病併存は、アルコール依存症治療の成績を低下させる。</li> </ul>	抗うつ薬はうつ病を併存するアルコール依存症の治療成績を有意に改善する	
不安障害	全般性不安障害	—	90%がアルコールなど物質使用障害を合併	アルコール依存症の回復の初期には不安障害は離脱症状のひとつであり、時間とともに回復する。しかし、不安障害が続く場合にはアルコール依存症の再発に注意する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール依存症の合併は全般性不安障害の回復の可能性を下げ、悪化のリスクを高める。</li> <li>● 全般性不安障害の症状はアルコールの酩酊や離脱症状と類似するため症状と飲酒との関係についてよく聴取することが必要。</li> </ul>	アルコール依存症を併存した場合の特異的な治療法にはあまりない。
	社会不安障害	20%以上	約 20%		<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール依存症は社会不安障害の後に出現することが多く、飲酒は自己治療のひとつと思われる。</li> <li>● アルコール依存症治療は原則として集団で行われるため社会不安障害を合併している人には不向き。</li> </ul>	社会不安障害において有効な薬物療法はアルコール依存症の再発率には効果がない。
	パニック障害	アルコール依存症の無い場合の2~4倍	—		<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール離脱はパニック発作の原因になるが、数週間で著明に改善する。</li> <li>● パニック障害では発作を減らす目的で飲酒する結果、アルコール使用障害を発症する場合もある。</li> </ul>	パニック障害において有用な薬物療法の内いくつかはアルコール依存症を併存した場合にも有効である。

(松下, 2011)

#### (4) アルコール依存症に対する支援

アルコール依存症の治療は、症状を抑える「解毒期」、生活を元に戻す「リハビリ期」、再発を防ぐ「アフターケア期」の3期に分けることができる。



(樋口, 2011)

図 3-2 アルコール依存症の治療

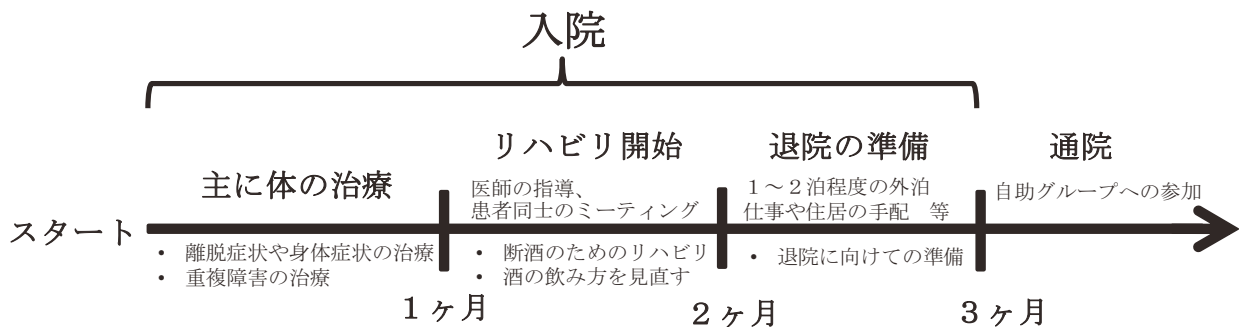
#### ア 入院治療

アルコール依存症の治療では、原則的に入院治療が選択される。表 3-5 は入院となる条件を示したものである。条件のうち1つでも当てはまる場合には、入院治療がすすめられる。期間は一般的に2ヵ月～3ヵ月で、最近ではその期間を短くする傾向がある(樋口,2011)。また、退院直後の再発が多いため、この時期には注意を要する。

表 3-5 入院となる条件

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重度の症状</li> <li>● 精神的に不安定</li> <li>● 自力で酒を断てない</li> <li>● 家族が疲労困憊</li> </ul>
--

(樋口, 2011)



(樋口, 2011)

図 3-3 入院治療の流れ

## イ 通院治療

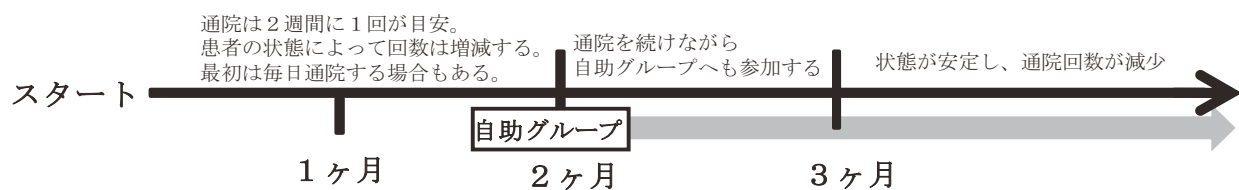
アルコール依存症治療の第一の選択肢は入院だが、軽症例では外来でも入院と同様の効果が期待でき、通院治療によって回復を目指すこともある。表3-6に通院治療となる条件を示しておく（樋口,2011）。

通院治療では、専門機関に通い、主治医の診察を受け、グループミーティングに参加したりする。医師と対話することで治療経過を確認する。確認する機会を定期的に設けることが、治療継続に結びつくのである（図3-4）。

表3-6 通院となる条件

- 本人・家族ともに体力的な余裕があり、生活を維持しながら通院することが苦にならない
- 本人の治療意欲が高い
- 家族が依存症を理解していて、協力的である

（樋口, 2011）

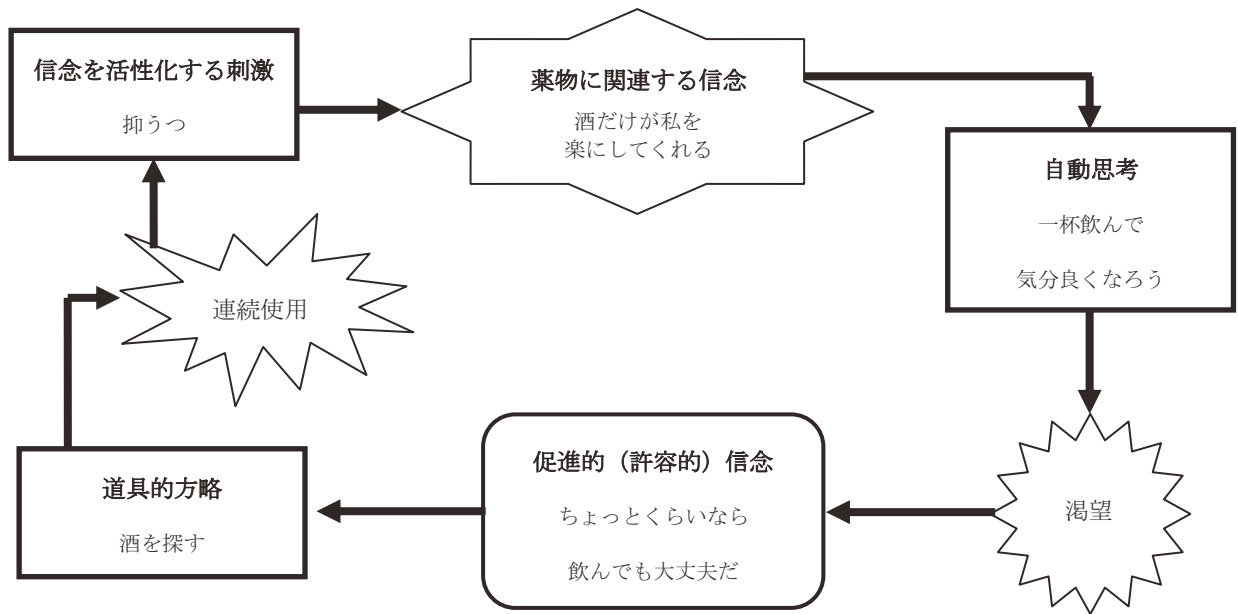


（樋口, 2011）

図3-4 通院治療の流れ

### （5）認知モデルと認知行動療法

アルコール依存症の支援は、「飲酒することなく、飲酒以外の健康な方法で生活上の困難に対処し、生活の質を高める」ことを目標としている。土田（2010）によると、アルコール依存症は、抑うつが薬物に関連する信念（飲酒だけが楽になる方法）を活性化し、自動思考、渴望、促進的信念（ちょっとくらいなら大丈夫）、道具的方略という流れで連続使用の悪循環に陥るとしている（図3-5）。



(土田, 2010)

図 3-5 アルコール依存症の認知モデル

アルコール依存症の治療の基本は、「断酒」である。治療のアプローチとしては、行動療法、内観療法、森田療法、家族療法、従業員援助プログラムなど様々なアプローチがあるが、その中で主要なアプローチである認知行動療法について概説する。

アメリカ精神医学会の診断ガイドライン (American Psychiatric Association, 1995) によると、認知行動療法は4つの目的を実施する (表 3-7)。さらに、物質使用障害への認知行動療法的アプローチの基礎となっている9つの要点 (表 3-8) に説明される。

表 3-7 認知行動療法の目的

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 不適応行動をもたらす認知過程の改変</li> <li>(2) 薬物使用に至る行動連鎖への介入</li> <li>(3) 渴望を効果的に処理するための援助</li> <li>(4) 寛解を維持するための生活技能や行動の形成・強化</li> </ul> |
|---|

(American Psychiatric Association, 1995)

表 3-8 認知行動療法の基礎となる 9 つの要点 (Marlatt & Gordon, 1985 より改変)

1. 嗜癖行動は、学習された不適応行動の範疇に入るものである。生物学的要素が嗜癖に陥りやすくする可能性もあるが、物質使用のパターンは学習されるものである
2. 嗜癖行動は、連続した使用により生じる
3. 連続使用の全ての段階が、学習と同じ原則により影響される
4. 嗜癖行動は、他の習慣と同様に解析可能な学習された習慣である
5. 嗜癖行動の決定因子は、状況や環境因子、信条、期待、その物質使用に関する家族歴と本人がこれまで学習した経験などが挙げられる。物質使用の結果もまた嗜癖行動を制御する
6. 社会的要因は嗜癖行動の獲得と実行において重要である
7. 嗜癖行動は、ストレスに満ちた状況下でしばしば出現する。その意味で、嗜癖行動は不適応的な対処反応を表している
8. 嗜癖行動は、嗜癖行動を行うことにより達成し得る効果を期待することにより、強く掻き立てられる。自己効用感（物質使用なしで状況に対処すること）もまた、物質使用の決定因子となる
9. セルフマネジメント・プログラムにおいて新しい技能と認知を獲得することにより、嗜癖行動を変化させることができる。新しい行動は、認識と意思決定の認知過程の制御下で生まれ、その結果、行動の変化と行動を維持することの責任を本人が感じられるようになる

(土田, 2010)

飲酒行動をとめるには、飲酒しないで渴望（図 3-5）に対処する技能を身につける必要がある。最も基本的な技能は渴望を惹き起こすような状況を避けることだが、避けられない状況での対処としては、表 3-9 のような方法が挙げられる。その他、渴望への対処を援助する方法としては、注意拡散法<sup>29</sup>、フラッシュカード<sup>30</sup>の使用、イメージ法、思考記録、活動の計画、リラクゼーション訓練がある。

表 3-9 渴望への対処法

- ① 気持ちをそらす
- ② 信頼する友人と渴望感について話す
- ③ その渴望感と戦ったり屈したりすることなく、その渴望感が治まっていくまで身を任せる
- ④ 飲酒による悪い結末を思い起こす
- ⑤ 渴望感に伴い患者に「飲まなければならない」と囁いてくる自動思考を打ち消すような「独り言」をいう

(土田, 2010)

<sup>29</sup>アルコール以外で気を紛らわす方法

<sup>30</sup>「断酒の利点」と「再飲酒の問題点」を裏表にして箇条書きで書き込んだカード

## (6) アルコール依存症における復職

アルコール依存症回復者の復職にあたっての確認事項と本人への働きかけのポイントを表3-10と表3-11にそれぞれ示しておく(廣,2006)。

**表 3-10 アルコール依存症者の復職にあたっての確認事項**

---

① 本人が断酒の必要性を認識し、かつその時点で継続できていること
② 本人が復職を希望していること
③ 主治医が復職可能であるという判断をしていること

---

(廣, 2006)

**表 3-11 復職にあたっての本人への働きかけのポイント**

---

① 主治医から受けている生活面の注意点、指導内容を確認し、後押しする
② 通院および抗酒剤服用の継続、自助グループ(断酒会、AA)につながっている場合にはそれへの継続的な参加の重要性を強調する
③ 職場内あるいは職務関連で飲酒を誘発する恐れのある場面について話し合い、そこでの対処法を相談する

---

(廣, 2006)

## (7) 症例(樋口, 2011)

アルコール依存症と摂食障害の併発の症例を1例あげておく。

仕事のストレスを食べることで解消するのが習慣化している。しかし、太りたくないという思いも強く、食べても嘔吐していた。しばらくすると、食べてもあまりすっきりしなくなり、飲酒により気分が晴れる気がした。初期は週に1回程度のストレス解消であった。回数が徐々に増え、やがて毎晩のように大量飲酒となり、太ることへの嫌悪感が変わらず、摂食障害の症状も続いた。



## 4 境界性パーソナリティ障害における併存症

うつ病にアルコール依存症、パーソナリティ障害（第2章）やアスペルガー症候群（後述）などを併発している場合、うつ状態よりも、併発している疾病が根深いためにしばしば難治例、再発例となりやすい（前述）。さらに、就労パフォーマンス低下を来す要因が、労働者を取り巻く作業環境よりもむしろ個別の疾病要素に強く認められることが多く、職場での作業環境調整、就労配慮によってのみでは解決されないことが多い。

このため、まず、根本となる併発している障害と先行の障害の双方についての支援を優先することが、労働者及び企業側双方にとって好ましいことが多い。境界性パーソナリティ障害における合併症についても同様の支援が必要と考えられる。

**表 3-12 境界性パーソナリティ障害との合併症**

- ・気分障害
- ・物質関連障害

（坂本・深津・EAP 総研, 2009）

**表 3-13 境界性パーソナリティ障害の治療**

薬物療法	カウンセリング
・抗精神薬	・適切な対処行動の学習
・感情調整薬	・就労などに対する周囲のサポート

（坂本・深津・EAP 総研, 2009）

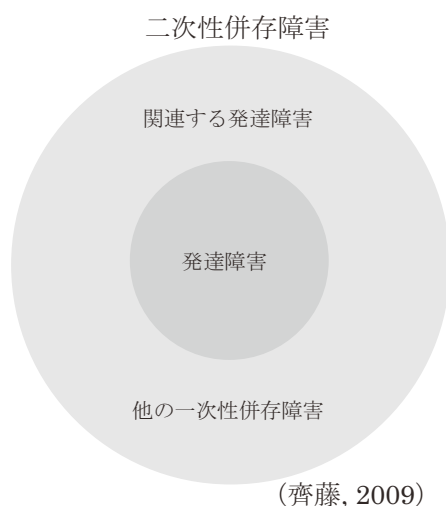
境界性パーソナリティの支援では、薬物療法は不安や抑うつを和らげるためのカウンセリングも自己肯定感を育むために行われる（坂本・深津・EAP 総研, 2009）。また、病態の見立てを企業の産業保健スタッフに正確に伝えることは、職場の就労配慮や予後の改善という点から極めて重要である（有馬・秋山, 2011）。

## 5 発達障害が引き起こす二次障害と支援ニーズ

### (1) 発達障害の包括的理解

生地(2011)は職域でうつ病を罹患する人たちの中に、知的障害を伴わない発達障害をもつ人たちがおり、こうしたケースでは、従来のうつ病の治療や職場復帰プログラムでは十分に対応できないということが職域で認識されるようになったと考えられるとしている。さらに、生地はこうした知的障害を伴わない発達障害者への職場での不適応等に対する支援が課題となっているとも指摘している。そこで以下に発達障害の二次障害及び併存する障害についてまとめておく。

発達障害の二次障害を理解し、支援する上で発達障害を包括的に理解しておく必要があると考えられる。齊藤は発達障害の全体像を理解するためには、図3-6に示したような発達障害の障害としての構造を包括的に理解しておく必要があるとしている(齊藤,2009)。



発達障害を包括的理解するためには、発達障害の主症状(図の核の部分)を見出すに留まらず、関連する発達障害(例えばADHDにおけるLD)や他の一次性障害(チックなど)といった発達障害の一次性併存障害(図の核を取り巻く第2層)、そして発達障害児・者の外傷的な生育環境(児童虐待など)やライフイベント(いじめなど)と本人との相互作用による二次性併存障害(図の外層部)をも合わせて理解する必要がある。以下において、こうした併存障害についてまとめておく。

(齊藤, 2009)

図3-6 発達障害の包括的な横断面の評価

発達障害のある人は、精神障害を併発するリスクがより高いとの報告もある。リスクの高さに影響しているものは、生物学的脆弱性と環境からのストレス要因である。発達障害者の精神障害の罹患率は、人口全体の罹患率の約5倍である(Liberman,2011,p353)。精神障害の併発に影響を与えるストレス要因を表3-14にまとめておく。

表3-14 精神障害の併発に影響を与えるストレス要因

- 1) 学習と社会生活へ順応する過程で失敗経験を重ねることによる影響
- 2) 風変りな容姿と行動に対してスティグマを伴う反応を向けられることによる影響
- 3) 家族、世話人、及び一般の人に挑発的な行動をとることによる影響

(Liberman, 2011)

## (2) 発達障害の現状と職場における支援

発達障害について我が国の現状をみていく。発達障害には、知的障害を伴う自閉症から高機能自閉症、広汎性発達障害、アスペルガー症候群を含む自閉症スペクトラムや、注意欠陥多動性障害、学習障害がある。障害ごとに特徴が異なるだけでなく、知的障害を有するかどうか、併存症があるかどうかなどによっても様々な状態が考えられる（菅原,2011）。

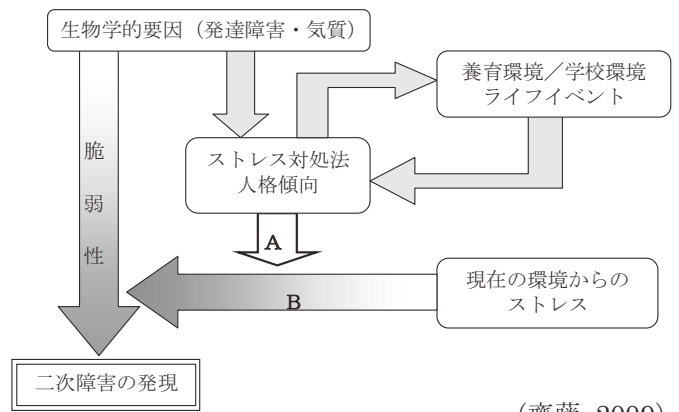
発達障害者の社会生活において重要なキーワードとなるのが「自尊心及び自己効力感の向上」である。広汎性発達障害者は、成長する中ですでに多くの嫌な経験を強いられ、自己効力感が低下していることが懸念される。職場でのある出来事がきっかけでタイムスリップ現象が生じ、パニック状態になることが多い。このような事例に対し、周囲の人間がどのような支援を行うか、社内にどのような支援環境が設置されているかということが重要になる。例えば、一人になって落ち着ける場所を用意しておいたり、落ち着いてから冷静に適切な行動をアドバイスしたりすることが求められる（菅原,2011）。

## (3) 発達障害の二次障害に対する支援

二次障害は、発達障害への不十分な対応によっても生じる反応である。発達障害における二次障害の発現機制をまとめたものが図3-7である（齊藤,2009）。

発達障害による行動特性は脳機能の偏りによるもので、本人がうまくコントロールすることは難しい。二次障害が引き起こされる背景には、こうした本人の状況に対する周囲の無理解から叱責や非難を受けることが多く、「自分のことをわかってもらえない」という孤独感があると指摘されている。また、発達障害児・者の成長過程において、周囲の理解不足から適切な支援を受けられなかった場合も自己効力感が低下し、二次障害が発生する。

さらに、備瀬（2011）は発達障害における脳機能の偏り自体も二次障害に影響するとしている。発達障害では、生まれつき、人間の精神活動に関わる重要な役割を担っている神経伝達機構に機能障害があり、心理的・社会的ストレスを受けると二次障害である精神疾患が現れやすいといえる。



（齊藤, 2009）

図3-7 発達障害における二次障害の発現機制

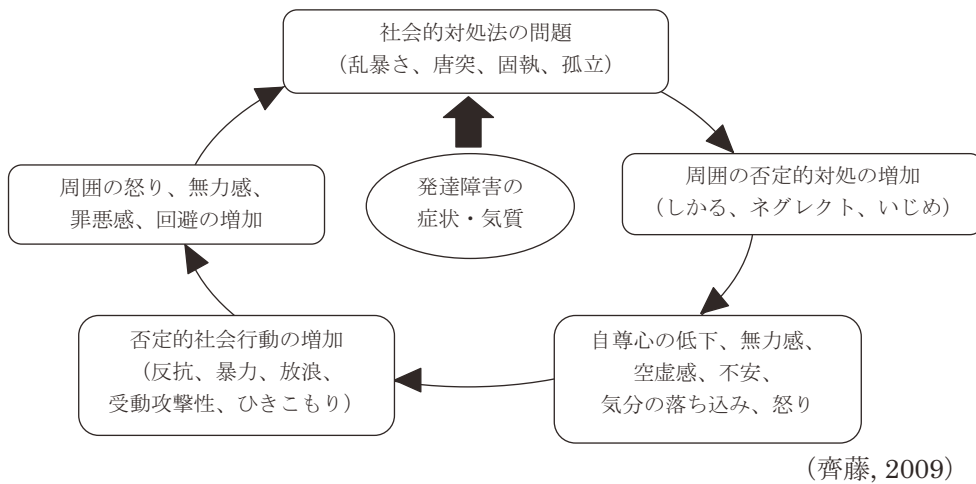


図 3-8 二次障害出現の悪循環

成長過程において叱責や非難を浴びることが多かった事例ほど、自尊感情が育ちにくく、自己否定感が生じやすいが、二次障害が生じたとしても、周囲の理解が得られれば問題は解消できる。しかし、周囲の理解や支援が得られない場合、図 3-8 に示す悪循環に陥ることになる。

#### (4) 職業生活に影響を及ぼす発達障害の二次障害としての精神疾患

##### ア うつ病

二次障害がエスカレートすると、社会参加への義務感や周囲からの圧迫感による自分の無力感や劣等感が高じ、うつ状態の発症、家庭内暴力などの二次障害の方が発達障害そのものよりも深刻となることがまれにみられる。備瀬 (2011) や星野 (2011) は、二次障害では、うつ症状が一番多く見られるとしている。職場で周りの人から否定的に扱われる、そのために職場不適應でうつ症状が見られる。また、発達障害がうつ病を合併しやすい大きな理由として、脳の機能障害や遺伝的な要因を指摘している (表 3-15)。

表 3-15 うつ病を引き起こす原因となる発達障害の特徴

- ・ ストレス耐性が低い
- ・ 度重なる挫折体験で自己評価や自尊心が著しく低下している
- ・ 自分自身の体調や精神状態を把握したり言葉で説明したりすることが苦手

(備瀬, 2011; 星野, 2011)

## イ 依存症

星野は、発達障害でうつ病と並んで多い二次障害に依存症があるとしている（星野,2011）。依存症により、アルコール、薬物、買い物、ギャンブルなどを続け、経済的、身体的、精神的に自らを傷つけることになる。発達障害者が様々な依存症や嗜癖行動に走りやすいのは、一般的に表3-16のような事が大きな理由とされている。

**表 3-16 発達障害者が依存症を引き起こしやすい理由**

- ・ ストレス耐性が低い
- ・ 感情が不安定で不安感が強い
- ・ 新奇追求傾向が強い
- ・ 衝動性が強い

（星野, 2011）

また、表に示した理由の他に、先にも述べた自己評価や自尊心が低いなどから、発達障害者は心に不安を抱えやすい。こうした不安の解消のために、衝動が抑えられないものに逃避的、刹那的に走り、依存する傾向にある。

うつ病や依存症の他に、適応障害、PTSD、社会不安障害が主な二次障害としての精神疾患が挙げられる。備瀬はこうした二次障害による職場での問題と表3-17に示した発達障害の特徴との関連を指摘している（備瀬, 2011）。さらに、表3-18に示す二次障害として現れやすい症状についても早期発見、支援を行う必要がある。

**表 3-17 二次障害に関連する発達障害の主な特徴**

適応障害： 環境の変化への対応、コミュニケーションが苦手なこと。

PTSD： 記憶力が高いためフラッシュバックが発現しやすいのに加えて、ストレス耐性が低いこと。

社会性不安障害： ストレス耐性が低い、自己評価が低い、社交場面が苦手。最近では、セロトニン系のバランスが崩れる事が発症に関与しているという説もある。

（備瀬, 2011）

**表 3-18 二次障害として現れやすい症状**

### ・ タイムスリップ現象

過去に極度の苦痛や不快感を伴う体験をしたために、その記憶が突然よみがえる現象。今、現実に行っているようにありありと浮かび、ひどいときはパニック状態になったり、自傷行為におよぶこともある。

### ・ うつ病

叱責や非難、自己否定感などからストレス過剰になり、エネルギーが枯渇した状態。気分が落ち込み、自責感も強くなり、自殺願望が生まれやすくなる。身体的な症状も多く、睡眠障害、倦怠感、便秘、めまい、頭痛などに悩まされる。

### ・ 薬物乱用

医療上の目的以外に薬を使用するもので、覚醒剤、シンナー、向精神薬（精神安定薬や睡眠導入剤、抗うつ薬など）への依存症がある。耐性が生じるため、使用するたびに量が多くなるという悪循環におちいる。

### ・ アルコール依存症

不安や緊張感、憂うつ感から、アルコールを精神安定薬代わりに用いて飲酒を自分でコントロールできなくなる状態。連続飲酒をし、やがて幻覚や妄想をきたす。

### ・ ひきこもり

他者とのかかわりが苦痛になり、社会から逃避する状態。文部科学省の定義では、「自宅にひきこもって社会的参加（就労や就学）をしていない状態が6か月以上続いており、精神障害が原因とは考えにくいもの」とされている

### ・ ネット依存症

インターネットの世界に熱中し、自分の意志ではネットをやめることができなくなった状態。ネットをしていないと強い不安に襲われるなど、うつ状態やアルコール依存症などと同じような精神症状が現れる。

（中山・小野, 2010）

## ウ 発達障害と強迫性障害

発達障害に併存しやすい精神疾患として、強迫性障害が挙げられる。有園によると発達障害のうち、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害を強迫性障害（第2章）と関連する主な発達障害としている（図3-9）（有園,2008）。さらに、広汎性発達障害については、表3-19に示す特性を強迫性障害に関連する特性としている。

また、こうした強迫性障害は、うつ病を併発しやすく、併発した場合には、図3-10に示すような精神面や身体面での問題が生じる（有園,2008）。このような発達障害と強迫性障害やうつ病の併存症については、発達障害のみならず、それぞれの障害についても支援を行うことが必要となる。

### 広汎性発達障害（PDD）

自閉症、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）などの総称。自閉症スペクトラムともいわれる。知能がIQ70以上の高機能自閉症なども含む。

### 学習障害（LD）

知能的には低くなく、脳の認識などの機能に問題があるために、文字を読む・書く・計算することが困難である。

### 注意欠陥・多動性障害（ADHD）

#### 多動性

体を常に動かしたり、話し出したりする。過活動で、じっとしたり集中したりすることが困難である。

#### 注意欠陥

物事への集中、持続、順序だった行動が困難である。

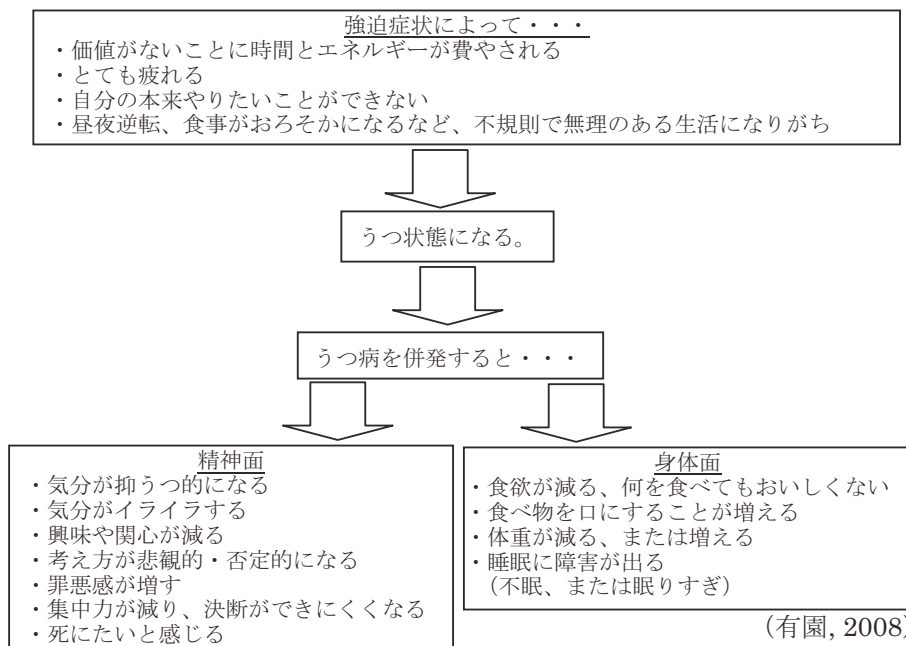
（有園, 2008）

図 3-9 強迫性障害と関連する主な発達障害

表 3-19 広汎性発達障害の特性のうち強迫性障害に関連するもの

- ・こだわりが強い
- ・自分なりのルールをつくと安心できる
- ・同一性保持（同じものばかりを好む、位置や場所が同じでないと嫌がるなど）
- ・特定のものへの感覚が鋭い
- ・言葉を字義通りに受け取る
- ・会話が一方通行
- ・他人とのコミュニケーションや理解に、特徴的なかたよりのある
- ・集団での活動や交流が苦手

（有園, 2008）



（有園, 2008）

図 3-10 強迫症状とうつ病の併発



## (5) 発達障害の二次障害予防のための支援

### ア 予防のための支援ニーズ

発達障害の二次障害を防ぐには、健康に関心を持ち、体によい健康的なライフスタイルを心がけることが必要である。さらに、星野は、表3-20に示す5つの点が重要であるとしている(星野,2011)。また、中山他(2010)は自立に向けて必要となるサポートとして表3-21に示す4つの注意点と表3-22に示す職場などにおける指導と指示のポイントに留意する必要があるとしている。

**表3-20 二次障害を防ぐ5つの注意点**

- 
- (1) 適度な運動や趣味、レジャーでストレスコーピングを心がける
  - (2) 規則正しい睡眠を心がける
  - (3) アルコールやタバコ、コーヒーを飲み過ぎない
  - (4) インターネットやゲームなどをやりすぎない
  - (5) バランスのとれた食生活を心がける
- 

(星野, 2011)

**表3-21 自立に向けたサポート**

- 
- ・家族や職場の上司・同僚、友人、医療関係者など、周囲が連携してサポートする
  - ・障害ではなく個性ととらえる
  - ・問題点はいっしょに改善していく
  - ・できるようになったら、支援を少しずつ減らしていく
- 

(中山・小野, 2010)

**表3-22 実際に指導・指示するときのポイント**

- 
1. 「大人だから」という先入観をもたず、噛んで含めるように説明する。ただし、相手を尊重し、子供に対するような口調は避ける。
  2. 「この前と同じ」という指導の仕方ではなく、本人が覚えるまではそのつど最初から丁寧に教える。
  3. 一度に言うのではなく、1つずつ指示を出す。
  4. 「ちょっと」「すぐに」ではなく、「5分間」「3時まで」というように、時間をはっきり指示する。
  5. 変更が生じたときは早めに伝え、その後何をすればよいかを説明し、全体の流れを把握させる。
  6. 口頭で指示するだけでなく、図や写真を使って目で見てわかるようにしておく。
- 

(中山・小野, 2010)

また、中山他(2010)をもとに、職場において必要となる構造化や配慮を表3-23と表3-24に示しておく。さらに、問題行動への対応時の留意点を表3-25にまとめた。こうした配慮の目的は、想像力に問題があるため、自由に使えるフリースペースや自由時間、手順が複雑な作業が苦手なことによるパニック状態の回避にある。「構造化(視覚化)」により、空間、時間、手順を目で見えて理解でき、安心して行動できるようにする。



**表 3-23 空間・時間・手順の構造化**

- 
- ・ **空間の構造化**  
作業場所、休憩場所というように、場所ごとに用途を決めて意味づけをする
  - ・ **時間の構造化**  
1日の時間割、曜日ごとの日程表を掲示する
  - ・ **手順の構造化**  
作業の手順を文字や図、写真を使って示す
- 

(中山・小野, 2010)

発達障害には、音やまぶしさなど通常何でもないことが、耐えられないほど不快に感じられるといった感覚異常の付随症状が現れる場合がある。このため、職場環境のアセスメントを必ず行い、発達障害のある人の能力を最大限に生かせる対策が必要となる。表 3-24 に示すような補助の道具を用いても、耐えられない場合には、別の部署への配置が必要となる。

**表 3-24 感覚過敏のある人に配慮すべき点**

- 
- ・ **耳栓の使用を許可する**  
聴覚過敏の場合、静かな音楽でさえ耐えられないほど不快に感じることもある。耳栓を使用したり、息抜きの時間を設ける必要がある。
  - ・ **照明を調節する**  
視覚過敏の場合、光が非常にまぶしく感じられる。本人がサングラス着用を希望する場合、室内での着用を許可する。
  - ・ **身体接触を強要しない**  
感覚過敏の場合、体に触れられることが苦手である。握手や腕組みなどの身体的接触を強要しない。
  - ・ **マスクの着用を許可する**  
嗅覚過敏の場合、マスクの着用や脱臭器の活用が有効である。
  - ・ **休息を促す**  
限界がくるまで疲れや空腹、痛み、睡眠不足などを自覚しにくい場合がある。また、心身の不調を言葉で表現しにくい場合もある。周囲が気を配り、休息を促すようにする。
- 

(中山・小野, 2010)

**表 3-25 問題行動への効果的な対処法**

- 
1. 問題行動を起こした時の本人の気持ちを推測する。
  2. 本人の気持ちが落ち着くまで干渉しない。場合によっては別室での休憩を促す。
  3. 平静さを取り戻した時や、問題行動をがまんできたときには、すぐに評価する。
  4. 評価するとともに、正しいコミュニケーションの仕方をアドバイスする。
- 

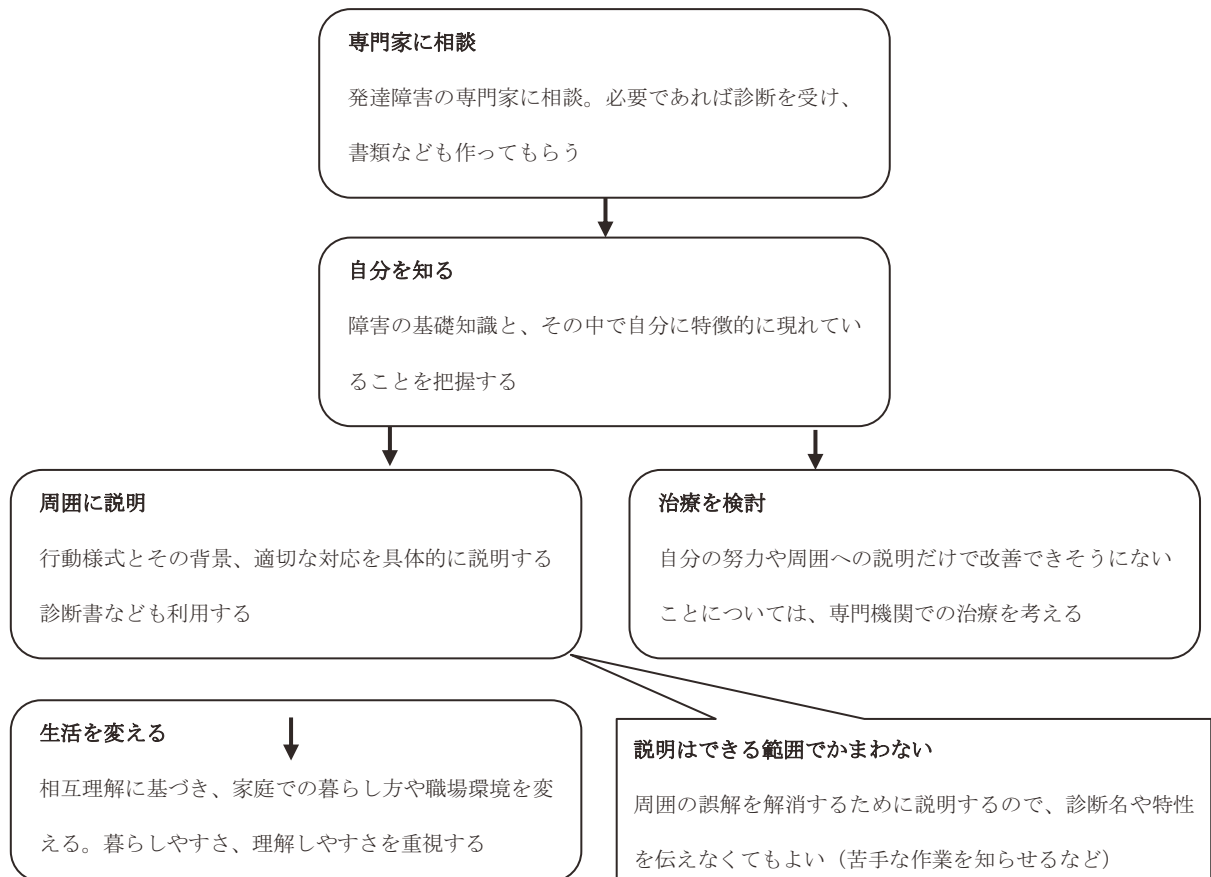
(中山・小野, 2010)

## イ 心理療法と認知行動療法

発達障害では、失敗体験等により自己イメージや自尊感情が低下している。心理療法は、カウンセリングによって本人の気持ちや抱える問題を整理し、適切な対処方法により本人や家族の変化や成長を促す（星野, 2011）。また、二次障害でうつ病やパーソナリティ障害を併発している場合には、「全か無か思考」「マイナス思考」「過度の一般化」などの認知の歪みが多く見られる。そこで、歪みを修正するには認知行動療法や TEACCH の手法等を用いることも効果的である（星野, 2011）。

## ウ アスペルガー症候群における二次障害への支援

アスペルガー症候群の非言語的コミュニケーション（視線、表情など）の困難、こだわりの強さ、常同行動といった特徴がある。アスペルガー症候群は、診断基準によって多少の違いはあるが、おおむね 200 人～500 人に 1 人程度（0.3%～0.5%）の率で現れる。男女比は約 9：1 で、自閉症よりも男子に多く見られる傾向がある。アスペルガー症候群の場合の二次障害への対応として、図 3-11 に示すことがらが必要となる（佐々木他,2008）。



（佐々木・梅永, 2008）

図 3-11 二次障害に対する対応

また、注意することとして、アスペルガー症候群と統合失調症との鑑別が時に難しい場合があることが挙げられる。幻覚、妄想、会話の脱線、感情の平板化に関するアスペルガー症候群の特徴をまとめたものが表 3-26 である。さらに加藤によると、これらの特徴を統合失調症と比較すると、声が聞こえるなどの幻聴が多い、幻聴が被害妄想を引き起こし、周囲の対応に過敏に反応する、思考に統合性がない、病気が進むと外界への関心がなくなり、内にひきこもってしまうといった異なる傾向がみられる（加藤,2009）。

表 3-26 アスペルガー症候群と統合失調症の相違点

	アスペルガー症候群	統合失調症
幻覚	突然の記憶想起やファンタジーが、「幻視」と間違われることがある。	声が聞こえるなどの「幻聴」が多い。
妄想	嫌な出来事を急に思い出す。ファンタジーに没入しやすい。しかし、どちらも妄想ではない。	幻聴が被害妄想を引き起こし、周囲の対応に過敏に反応する。
会話の脱線	自分の関心のあることにしか興味がないため、話題が突然脱線してしまう。	思考に統合性がないため、周囲には支離滅裂なことを話していると受け取られる。
感情の平板化	表情認知が苦手なため、自分も感情の表わし方がよくわからない。結果、無表情になる。	病気が進むと外界への関心がなくなり、内にひきこもってしまう。

(加藤, 2009)

## エ 症例

### (ア) ADHD における症例 (星野, 2011)

29 歳、女性

主訴：幼少時より言葉の遅れがあり、多動的であった。法律事務所に就職するが課程の問題から郷里へ戻った。この頃よりパニック発作や抑うつ症状が激しくなったため、精神科を受診した。

状況：ADHD に加え、二次障害としてうつ病、パニック障害、PTSD を抱える

対応：自身の ADHD 特性を洞察して感情コントロールを目指す心理療法を行った。具体的には、日記を通して自己洞察を深めた。PTSD の治療には EMDR を行った。薬物療法では SSRI、抗不安薬を投与した。結果、抑うつ症状が改善し、パニック障害、PTSD などの症状も改善した。IT 関係の会社に就職し、私生活も順調になった。

### (イ) ADHD 症例 (星野, 2011)

45 歳、男性、自営業

主訴：仕事のミスが多く、車の運転も乱暴で何度も事故を起こしていた。アルコールとタバコに依存していた。職場や家庭では癩癩を起こすことが多かった。妻が付き添って外来を受診した。

状況：小児期より多動、不注意、衝動的・攻撃的な行動が見られており、多動・衝動性優勢型の ADHD と診断された。

対応：メチルフェニデートと SSRI を処方され、衝動性・攻撃性が改善した。集中力が増して忘れ物やミスが減り、仕事の能率が上昇した。運転が慎重になり、アルコールやタバコへの依存も軽減した。過食なども改善して睡眠効率が上昇した。職場や家庭での人間関係も改善した。本人は、「頭の中がすっきりして一つのことにとこだわらなくなった」と実感している。

### (ウ) ADHD における症例 (星野, 2011)

主訴：小学生の頃、抜毛癖と自殺願望から精神科を短期間受診していた。友人が少なく、浪費癖があった。起床時に不安感が強く、全身倦怠感と頭痛を理由に週に1度は会社を欠勤していた。

状況：ADHD に浪費癖、抜毛癖、不安障害を合併している。養育環境的には機能不全家族の要素もあった。

対応：メチルフェニデートと SSRI の他に漢方薬を処方され、和食中心の食事療法を実施した。浪費癖がなくなり、抜毛癖や不安障害も軽減した。両親が本人の障害を理解し、過干渉的に接することがなくなったことも改善につながった。

### (エ) アスペルガー症候群における症例 (斉藤, 2009)

20代、男性

主 訴：アスペルガー症候群、社会恐怖、強迫性障害、引きこもり

状 況：就学前の療育や学校での特別な支援などを全く受けずに育ってきた。アスペルガー症候群を疑い、両親だけが発達障害者支援センターに相談。本人は当初、相談を拒んだが、1年間の家族相談を経て本人も来談するようになった。本人は、「相手との距離感がわからない。大学の後輩にも敬語を使ったところ、笑われてしまった」など、対人場面を築くことの困難さを訴えていた。また、感情と表情が一致しにくいいため、困っていることが相手に理解されにくく、誤解を受けやすい。小学生の頃から「自分はみんなと違う」という違和感を抱き、周囲に合わせるように気をつけてきたが、「弱みを見せたらつけこまれる」などとも感じており、葛藤的な状況であった。中学生の頃から対人緊張が高まり、視線恐怖などが高まった。大学へ進学したが就職活動の時期に症状が悪化し、医療機関で薬物療法を受けていた。

対 応：薬物療法と並行した心理療法を行った。心理療法では、本人からの訴えを聞き取ったり、人とのほどよい距離の取り方を一緒に考えるなど、具体的な取り組みを実践する心理教育的支援も取り入れた。加えて所属感を体験できるよう、グループ活動にも参加した。その結果、ジョブガイダンスに取り組めるようになり、就労支援ワーカーとも協働し、地域障害者職業センターで就労準備支援のプログラムに参加するなど活動の場が広がった。

ポイント：粘り強さや他者に対する礼儀正しさなどを肯定的に評価される経験を通して、少しずつ自己評価を回復させ、自身の発達特性について理解できるような支援が必要である。

## 【文献】

- 有園正俊（2008）『よくわかる強迫性障害』 上島国利監修 主婦の友社.
- 有馬秀晃・秋山剛（2011）特集：疾患に応じた復職後支援の実際（ポイント）気分障害の視点から．産業精神保健, Vol.19, p145-156 日本産業精神保健学会.
- 生地新（2011）「発達障害」『ここが知りたい職場のメンタルヘルス』p.145-p.150（日本産業精神保健学会 南山堂）.
- 井上和臣（2003）アルコール依存症の認知療法．日本アルコール精神医学雑誌, Vol.10, p35-39.
- 貝谷久宣（2008）『パニック障害 治療・ケアに役立つ事例集』主婦の友社
- 加藤進昌（2009）『ササッとわかる「大人のアスペルガー症候群」との接し方』講談社
- 廣尚典（2006）アルコール依存症例の職場復帰支援マニュアルについて．産業精神保健, Vol.14, No.3, p176-182 日本産業精神保健学会.
- 厚生労働省（2011）平成 20 年患者調査（傷病分類編）  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/suihyo18.html>
- 齊藤万比古（2009）『発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート』学習研究社
- 坂本直紀・深津伸子・EAP 総研（2009）『職場のメンタルヘルス対策の実務と法』民事法研究会
- 佐々木正美・梅永雄二（2008）『大人のアスペルガー症候群』講談社
- 白波瀬丈一郎（2011）特集：疾患に応じた復職後支援の実際（ポイント）パーソナリティ障害を持つ社員の復職後支援～枠組みを作るアプローチ～．産業精神保健, Vol19, p157-16 日本産業精神保健学会.
- 菅原誠（2011）精神障害者・発達障害者を対象とした復職支援の取り組み 9月15日会議資料 障害者職業総合センター
- 土田英人（2010）アルコール問題に対する認知行動療法．産業精神保健, Vol.18, No.2, p125-131 日本産業精神保健学会.
- 中山和彦・小野和哉（2010）『図解よくわかる大人の発達障害』ナツメ社
- 備瀬哲弘（2011）『発達障害でつまづく人、うまくいく人』ワニブックス【PLUS】新書
- 樋口進（2011）『アルコール依存症から抜け出す本』講談社
- 星野仁彦（2011）『発達障害に気づかない大人たち＜職場編＞』祥伝社新書
- 松下幸生（2011）特集：職域におけるアルコール問題再考 アルコール依存と他の精神障害—職場における留意点．産業精神保健, Vol.19, No.2, p85-92 日本産業精神保健学会.
- 松原良次（2011）chapter2-G 精神疾患の併存例へどう対応するか？『ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア』p174-182（日本産業精神保健学会編，南山堂）.
- 宮尾益知（2009）『アスペルガー症候群 治療の現場から』出版館ブック・クラブ
- Paxil.jp（2010.1）「大切なのは、うつ病の背後に潜む社交不安障害を見逃さないこと」グラクソ・スミスクライン  
<http://paxil.jp/documents/da/mf/mf009.php>

- American Psychiatric Association (1995) Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, p1-59.
- Chartier,MJ,Walker,JR, & Stein, MB (2003) Considering comorbidity in social phobia. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* .38.12.p728-734.
- Doyle,TJ,Tsuang,MT, & Lyons,MJ (1999) Comorbidity of depressive illness and personality disorders disorders,p105-155, MerceL Dekker.
- Robert Paul Liberman (著), 西園昌久 (総監修), 池淵恵美 (監訳), SST 普及協会 (訳) (2011) 『精神障害と回復ーリバーマンのリハビリテーション・マニュアルー』 星和書店
- Marlatt GA, Gordon J. *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, 1985.
- World Health Organization: In: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO, Geneva, 1992.





## 第4章

### 地域障害者職業センターの事業主支援

## 第4章 地域障害者職業センターの事業主支援

本章では、地域障害者職業総合センターの事業主支援の取り組みに焦点をあて、事業主と連携した職業生活への復帰と定着支援に関する職業リハビリテーション機関の果たす役割について、労働者の心の健康づくり、とりわけ三次予防（職場復帰・定着支援）の観点からまとめておく。

### 1 地域障害者職業センターの復職及び定着のための支援

地域障害者職業センターのリワーク支援及びジョブコーチ支援は期間を限定した目標指向の支援である。以下にこれらの支援の特徴をまとめておく。

#### （1）リワーク支援

地域障害者職業センターのリワーク支援では、メンタルヘルス不調による休職者に対する支援が中心となる。リワーク支援では、休職者、主治医、企業担当者の三者との合意を得ながら、復職日までの計画を具体的に立案し、職場復帰に向けて休職者や事業主のモチベーションを保ちながら支援を行う。休職者に対して支援を提供するとともに、事業主に対しても支援に関する情報（実施の状況等）を共有しながら、進めていく。さらに、復職した後もフォローアップの支援を行う。

#### （2）ジョブコーチ支援

ジョブコーチによる支援の対象者は、職場での支援が必要な障害者（休職者又は在職者）である。支援計画の策定は障害者カウンセラーが、支援を必要とする障害者、事業主との相談を通じて職場の現状を十分把握した上で、双方の同意を得て個別支援計画を策定する。個別支援計画に基づき、ジョブコーチを派遣する。支援期間は2ヶ月～4ヶ月を想定しており、支援終了後においても、必要に応じてフォローアップを行う。

ジョブコーチ支援には、障害者、事業主、家族への支援が含まれる。障害者に対する支援には、適応促進（作業能率の向上等）、人間関係や職場でのコミュニケーションの改善が含まれる。事業主に対しては、障害を適切に理解し、配慮するための助言や仕事の内容及び指導方法を改善するための助言が含まれる。また、障害者の職業生活を支えるための家族に対する助言も含まれる。

ジョブコーチ支援では、集中支援期と移行支援期のそれぞれの段階に応じた支援を実施する。集中支援期では障害者及び事業主の支援ニーズに応じて、職場適応上の課題を改善するための支援を集中的に行う。さらに、移行支援期では、必要な支援を継続しつつ、障害者の支援方法を事業所の担当者に伝達し、支援の主体を事業所の担当者に移行させていく。

次節において、主としてこれらの事業による地域障害者職業センターにおける事業主と連携した職業リハビリテーションの推進について、医療や事業主との連携をとりながらの支援を特に必要とする重複障害及び双極性障害、発達障害の二次障害の事例によりまとめておく。

## 2 重複障害に関する復帰事例にみる事業主支援

メンタルヘルス不全による休職に関する課題の1つに重複障害が多く見られること、さらに、発達障害における二次障害が支援上注意を要することについて第3章にまとめた。そこで、本節ではこうした重複障害及び発達障害の二次障害に関する職場復帰及び定着支援等の事例を紹介することにより、地域障害者職業センターの支援について、事業主支援の視点を軸にまとめておく。

### (1) うつ病を伴う広汎性発達障害（事例1）

本事例は、同一事業主の下、異なる仕事で復職した事例である。

#### ア 仕事内容

半導体製造に係る機器の点検等。

#### イ 支援ニーズ

復職にあたってのコミュニケーション能力の向上、ストレス対処能力の向上、対人恐怖に対する自分の回復、復職にあたっての配置部署に係る助言、生活リズム作り・体力作り。

#### ウ センターによる支援の内容

##### (ア) 本人への支援

発達障害者がベースであるため、リワーク室ではなく模擬的就労場面を活用した。

##### (イ) 医療機関等の他機関との連携状況

病状についての留意点や確認等（主治医との連携のみ）

##### (ウ) その他

ハローワーク（休職して困っているという相談はハローワーク経由であったため）がサポート。復職にあたってのケース会議には担当者が同席してくれている。

#### エ 事業所に対する支援

- ① リワーク支援：不安やストレスは何か、発達障害による能力の得意不得意は何か、障害特性は何か等のリワーク支援結果の説明をした。また、障害特性に応じた作業内容の選定に係る情報提供や、現場の上司に対して発達障害の特性についての説明を行った。

- ② ジョブコーチ支援:復職して1ヶ月～2ヶ月で不適応が生じたため、ジョブコーチ支援で職場に介入した。しかし、現場は機密事項が多いため、現場ではなく、健康相談室を借りて面接を行い、その結果を産業医や現場の上司等に伝えるなど、本人、家族、事業所の橋渡しを行った。

## オ 配慮、調整事項

当初は発達障害者ではなくうつ病者と誤解されていたため、会社のサポートが適切に受けられず、意欲・やる気がない等、本人の問題であると誤解されていた。そのため、発達障害がベースにあることを上司に分かりやすく伝えることとし、本人の悩む要因が障害特性によるものが多いことを理解してもらえるように調整した。しかしながら、二次障害の要素が大きいなど、発達障害の特性の説明だけでは納得してもらえないことも生じた。

## カ 成功要因と考えられることがら

本人が重複障害であることについて、本人・家族・事業所（産業医）・主治医が正確に理解したことが成功要因となった。しかしながら、正社員で採用されていることから、事業所の要求水準も高く、また、本人も二次障害の影響から過去の失敗経験をなかなか頭から離すことができず、実行に移る前から不安・心配が先に立ち、どんなに相談・助言を行っても困難な面がみられた。具体的な状況としては、他の社員と一緒に食事が摂れず、トイレに籠って食事をとる、体調不調を訴えて欠勤が発生するなどの事態も生じた。

## (2) うつ病を伴う広汎性発達障害（事例2）

本事例は就職に関する事例で、新たな事業主のもとで、経験のある仕事に類似した仕事に復帰している。

【特性】コミュニケーションや臨機応変な対応が苦手。うつ病の症状は、比較的安定していた。他面、前職の経緯から、ストレス下では自傷行為が就職後数ヶ月して見られ始めた。

【経過】一般高校卒業後、1社で勤務経験あり。社内異動が3回あったが、異動のたびに仕事が減っていった。同僚との人間関係も悪くなり、体調を崩した。上司から精神科受診を勧められて、うつ病の診断が下り、休職を経て退職。発達障害については退職後に診断を受けた。

## ア 仕事内容

- ・ 倉庫内、返品検品業務及びダンボールの組立て等の補助業務
- ・ 同じ作業に5名従事しており、チームとして動いているが、基本的には個別作業。週30時間勤務。

## イ 支援ニーズ

- ・ 初めての発達障害者の雇用にあたり、事業所からジョブコーチ支援の依頼。
- ・ 本人からも、就職後におけるジョブコーチ支援の利用希望があった。

## ウ センターによる支援の内容

### (ア) 本人への支援

ジョブコーチ支援の他、就職前に職業評価及び職業準備支援も実施した。職業センター来所当初、診断を受けて定期通院していたものの、障害者手帳は不所持。就職活動にあたり「障害のことを後から伝えたのでは具合が悪いため、始めに伝える」、「障害者手帳を持つ気持ちにはなれない」との発言があった。職業準備支援にて、適性や働き方の整理とともに、障害者手帳を申請し、障害者求人も含めて求人応募を検討した。上記仕事には実習を経て、採用となった。

ジョブコーチ支援では、①作業定着にかかる支援、②安定した職業生活を送るための助言（休日の過ごし方、睡眠時間の確保等）を支援目標とした。入職当初は意欲的で、仕事自体の習得は比較的順調だったが、2ヶ月～3ヶ月経過後から上司や同じ建物で作業している他社従業員の反応を過度に気にするようになり、また、大きな音に反応して、次第に自傷行為がみられるようになった。

定期的なジョブコーチ訪問（フォローアップ）の中で、ヒアリングを中心に本人の状況を確認し、適宜捉え方の修正や安心しても大丈夫なことを促した。また、職場内でゆっくりと話をしにくいいため、月1回程度、職業センターでの面談も設定している。

### (イ) 医療機関等の他機関との連携状況

本人として、支援経過の中で、支援を受ける意向や手帳取得の意向を確認できたが、医療機関との連絡・連携や、ご家族との連絡・相談については同意されなかった。ジョブコーチ支援中も、不調傾向は続いているため、何回か主治医との連絡を打診してみたが、本人の意向は変わっていない状況が続いている。

### (ウ) その他

地域の相談支援事業所等も紹介して、連携しながらの支援継続も検討したが、本人としては他機関の新規登録や利用についても希望がない状況にある。

## エ 事業所に対する支援（職場とセンターとの連携）

ジョブコーチ支援計画における事業主支援としては、①発達障害の特性伝達や雇用管理ポイントにかかる助言、②ご本人への対応方法や指導方法の助言を支援目標とした。このように、初期段階において職場定着が比較的スムーズに図られたため、週2回～3回の訪問から徐々に訪問頻度を少なくし、ナチュラルサポート移行を図った。

2ヶ月～3ヶ月後から見受けられ始めた自傷行為に対しては、職場だけの対応では限界があるため、月1回のジョブコーチフォローアップを当面継続しつつ、様子に変化が見られた時には、逐一担当カウンセラー及びジョブコーチと連絡を取る体制を作った。

## オ 配慮、調整事項

- ① 作業見通しや臨機応変な対応が苦手な発達障害者でも対応しやすいように、手順や判断基準が決まっている職務の設定を事業所が行った。
- ② 倉庫内に専属の担当者を配置し、常に障害者従業員の様子を見られる体制を整えた。
- ③ 自傷行為については、何かしらのストレスや過負担が要因になっているであろうとの推測から、月1回の週末（金曜）は定時で仕事を切り上げて、職業センターにて定期面談が行えるような配慮を事業所にいただいた。
- ④ 自傷行為のきっかけとして、大きな音（前職場での嫌な場面を想起させてしまう状況）が一つとしてあったため、ジョブコーチとの相談で、耳栓の使用を試みた。
- ⑤ 定期通院についても確保できるような配慮をいただいた。
- ⑥ 障害者従業員との相談と同じレベルで、事業所担当者への相談・ケアも支援として重視した。

## カ 成功要因と考えられることから

課題が完全に解消されたわけではなく、家族や医療機関等との連携も見込めないため、おそらくすぐには根本的な課題改善は図れない状態である。こうした状況において、雇用が継続している要因として、以下の点が考えられる（現在、継続1年経過中）；

- ① 職場の理解があること（上司、同僚ともに）。
- ② 日々の作業は精力的に取り組み、一定の結果を出していること（業務遂行や継続出勤に大きく支障が出る程度の症状ではないこと）。
- ③ 職場として、本人特性と職業的課題を切り分けて捉えることができていること（自傷行為に対してはすぐに解決する問題ではないとの認識をもってもらえている）。
- ④ 不特定多数の顧客や業者の出入りはないため、影響が少ないこと。
- ⑤ 指摘や注意事項が職場で上司から適切に伝えられていること（調子や状態を過度に心配して特別扱いのような対応はしていない）。
- ⑥ 事業所担当者と支援機関（ジョブコーチ）との連絡フォロー体制ができていること。

### (3) うつ病を伴う発達障害

本事例は、新たな事業主の下で、経験のある仕事に類似した仕事における就職した後の職場不適應の状況改善に関する事例である。

#### ア 仕事内容

小売店店員（レジ、包装、商品陳列、店内整理、発注など）。

#### イ 支援ニーズ

【事業所本社（以下「人事担当者」）の支援ニーズ】

障害者雇用に関する社内啓発を図りたい。

当該現場担当者（店長）は若年で従業員管理の経験も浅い。雇用率の維持・向上のためにも、店長には当該対象者が職場定着できるよう取り組む方向へ意識を変化させたい。また、事業所全体で知的障害・精神障害・発達障害の雇用経験はあるが、各現場担当者の障害者に関する知識や使用経験はそれぞれ異なる。そのため、全国展開の事業所につき、本社から各現場担当者への指導やフォローも行き届かない。障害者雇用に関する社内意識向上のため、各現場担当者に対して情報提供等をしてほしい。

【事業所現場担当者（以下「店長」）のニーズ】

- ① 職務遂行の自立性を高めてほしい。
- ② 自ら気づいて仕事に取り組んでほしい。
- ③ 常に指示をする時間的・心理的余裕がないため、わからないことは自発的に相談や質問をしてほしい。
- ④ 前向きな態度を学んでほしい。
  - ・明るい表情や態度が大切であることを学んでほしい。
  - ・店長はじめ他のスタッフと積極的にコミュニケーションをとってほしい。

#### ウ センターによる支援の内容

##### (ア) 本人への支援

ジョブコーチ支援： 対象者が行う作業内容を明確にし、それぞれの作業方法や留意事項等を記したカードを作成し、それをカードリングでまとめ携行することとした。これを必要な時（次に何をすればいいかわからない。作業が正しくできているかどうか心配など）に見直して自発的な作業ができるようにした。また、マイナス思考やイメージの不足等から不安になりがちな対象者であるため、休憩時間や場合によってはセンターにおいて聴取を行うなど、時間をかけての聴取を心がけた。対象者から不安の訴えがあ



る場合は、実態を確認の上、ギャップがある場合には思考の修正を促した。また、対象者が相談しやすいキーパーソンを選任するなど体制づくりを行うことにより不安軽減を図った。

## (イ) 医療機関等の他機関との連携状況

### 【精神障害者地域活動支援センター】

母体は医療法人で、同法人のクリニックが対象者の主治医であることから、主治医との連携は同機関の担当者を通じて行っている。また、対象者は同機関の支援により、ハローワーク及びセンター利用につながった。対象者は就職後も随時、相談や交流の目的で同機関を訪問しており、職場に関する相談を受けた際には、担当者からセンターへ連絡があり、センターからも支援経過を随時報告し、担当者とは常に情報共有を行っている。

### 【ハローワーク】

センターの職業評価結果を受けて職場開拓、職業紹介をしている。対象者の就職後は、センターや地域活動支援センターからの経過報告を受けて、必要に応じ相談場面などにハローワーク担当者が同席している。

## エ 事業所に対する支援

対象者の就職前に職場において職務試行法を実施したところ、指示されたことはほぼ問題なく対応できたため雇用となった。対象者の特性上、様々なことに不安を感じて不適応となることが予想されたが、事業所の店長からは、支援者の介入を好まない意向（店長の家族が障害者につき、「障害者に対する理解はある」という自負と、センターなど外部機関とやりとりすることの煩わしさ）を示され、雇用と同時のジョブコーチ支援は実施しなかった。しかし、就職後ほどなく対象者からセンターへ相談があり、職場不適応の状況を把握し、これによりセンターから事業所（人事担当者及び店長）へ状況確認を行って「支援ニーズ（前述）」を把握した。

まずは、店長の意識を変えるため、対象者の職場定着に向けて取り組む店長の負担感軽減を図るべく、店長の直属上司となるエリアマネージャーも本件の体制の中に組み込むことを人事担当者に提案、同意を得た。併せて、社内啓発の一環として当該エリアマネージャーが担当する店長らを集めて行う定例会議の場で、センターから障害者の雇用管理等に関する講話をしてほしいと本社から要請を受け、講話を実施した。その他、調整等（後述）により当初の不適応状況や職場の困り感は改善されたが、引き続き1ヶ月～2ヶ月に1回程度、事業所訪問によるフォローアップを行い、状況を確認中である。

## オ 配慮、調整事項

- ① ジョブコーチ支援等、職場定着のための相談や支援介入について店長の協力を得られるよう、人事担当者から店長への働きかけを提案した。また、本取り組みについて、店長をフォローする社内体制を明確にすることは、店長の負担感の軽減ともなり協力を得られやすいことを人事担当者に説明、エリアマネージャーの活用を提案した。それぞれの提案について人事担当者の同意を得る。
- ② 対象者の問題（と事業所が感じている）点の原因として考えられることや、その改善に向けた対策として考えられることを、店長及びエリアマネージャーに説明を行い、対象者の障害特性等について改めて理解を求めた。
- ③ 対象者の作業遂行に係る支援ツール作成を対象者及び店長に提案。作成にあたり作業内容の選定や各作業の留意事項等の確認など、店長の協力を得た。
- ④ 店長以外のキーパーソンを選定することを、対象者及び店長に提案。対象者・店長双方から信頼を得ている従業員をキーパーソンとし、対象者への作業指導や悩み事の相談、対象者・店長との仲介等を担ってもらうこととした。

## カ 成功要因と考えられることがら

- ① 対象者の自己理解が明確で、支援機関に自発的な相談があったこと、また、対象者が不調を自覚すると、すぐにセンターあるいは医療機関等の他の機関のいずれかに対象者から相談が寄せられ、早期に問題を把握することができた。
- ② 関係機関の役割分担が明確で、情報共有も円滑であったこと、初めに対象者から相談を受けた機関で問題を整理した上で、各関係機関に報告・相談を行ったことにより早期に対応の検討を行うことができた。
- ③ 本社（人事担当者）の障害者雇用に関する意識が高かったこと、外部機関（センター）から店長へ直接アプローチした段階では定着支援等への協力を得ることが難しく、人事担当者からのアプローチを行った。内部（人事担当者）から店長への働きかけ（事業所が障害者雇用に取り組むことの意義や、本社・エリアマネージャー等のフォロー体制が担保されていることなどの説明）をしたことが、店長の態度軟化につながったと思われる。
- ④ 対象者・現場担当者（店長）双方の負担軽減が図られたこと・支援ツールの作成で作業遂行の自立性が高まったことにより、対象者にとっては「何をすればいいかわからず（かといって質問もできず）怒られるのではないか」という不安が減った。店長やキーパーソンにとっても、作業指導や対象者用の仕事を探す負担が減ったと思われる。
- ⑤ 対象者と店長双方に苦手意識が定着していたため、当初、関係修復は難しい状況にあった。店長以外のキーパーソンを選任したことで、対象者と店長との接触が減り、双方の心理的負担軽減や、店長の受容的態度等につながったと思われる。

## (4) 強迫神経症を伴う知的障害

本事例は、就労経験のないケースの就職事例である。

### ア 仕事内容

アパレル店舗における清掃、商品の品出し業務。

### イ 支援ニーズ

本事例の対象者は就労経験がない。

ジョブコーチ支援を実施し、開店前までに店舗内清掃を終わらせる。

### ウ センターが行った支援等

#### (ア) 本人への支援

- ① 作業指導
- ② 気持ちの聴き取り（不安が高い時には、出勤前に電話を入れる）
- ③ 家族との連絡調整
- ④ 店長との調整
- ⑤ 通院の促し及び再開に向けての調整

#### (イ) 医療機関等の他機関との連携状況

前所属福祉施設A作業所と連携し、精神科への通院に向けての調整。

- ・ 拡大ケース会議への参加要請
- ・ 定期的に支援内容についての情報交換の場の設定。

#### (ウ) その他

事業所へ障害を改めて説明をし、配慮事項について確認する機会を設けた。

### エ 事業所に対する支援

支援を開始し、把握できた障害特性について整理し、事業所へ対処法及び配慮を含め提示した。

### オ 配慮、調整事項

一度、厳しく注意されると、その場所ばかりが気になり、同じところを数十回掃除してしまう（例：掃除機をその場で上下に30回以上動かす等）ため、注意の仕方について“厳しく”ではなく“具体的に説明”

するようにした。また、同じ場所を執拗に掃除している場面を見かけたら、「次に行こうか」と声かけをするようにした。

## カ 成功要因と考えられることから

- ① 精神科医への通院、服薬を開始し体調の安定化を図った。
- ② 事業所に本人の障害特性について改めて説明をし、対処法を知ってもらった。

## (5) 抑うつ状態を伴うパニック障害

本事例は、同一事業主のもとで異なる仕事（事業所にすでにあった）に復帰した事例である。

### ア 仕事内容

営業。

### イ 支援ニーズ

1度復職にチャレンジして失敗したことから自信をなくし、どうすればよいのか分からなくなり、主治医からの紹介で、リワーク支援を希望した。

### ウ センターが行った支援等

#### (ア) 本人への支援

リワーク支援の中で、体調管理とストレス対処法、キャリア再構築について重点的に支援を行った。

#### (イ) 医療機関等の他機関との連携状況

主治医とは、本人の受診に同行し、復職に向けての目標や支援内容について助言をもらい、支援の状況報告を行う中で、細やかな服薬調整を行った。

### エ 事業所に対する支援

復職部署や職務内容について助言を行い、営業所の営業業務から、本社での内勤業務で復職を検討した。また、職務内容の検討を含め、本人を交えての復職に向けての調整を数回設定し、具体的な検討を行った。

### オ 配慮、調整事項

負荷の高い営業での復職は困難と思われたため、内勤業務で検討し、本人の経験が生かせる営業のサポート業務で復職した。内勤業務であるが、営業への道が閉ざされたわけではなく、今後本人の申し出があれば

営業に戻れる状況を残した。復職後については、通院日、職業センターでの定期的なフォローアップについては休みが取りやすいように配慮した。

#### カ 成功要因と考えられることから

対象者自身が、今までの自分の働き方を整理し、復職後の働き方について自分なりにイメージを持つことができたこと。自分のストレス要因を理解し、ある程度対処することが出来るようになり、必要に応じて相談することが出来るようになったこと。事業所が本人の状況を理解して配属先や職種について柔軟に対応し、環境が整ったこと。

### 3 双極性障害をもつ若年労働者の復職事例

本事例は同一事業主のもとで異なる仕事に復帰した事例である。

#### (1) 仕事内容

担当業務は営業関連の仕事であった。

#### (2) 支援ニーズ

入社2年目で発病し、休職し、復職に向けての支援依頼が事業所からあった。

#### (3) センターが行った支援等

##### ア 本人への支援

リワーク支援の中で、ストレス対処法と、今後の働き方について職務内容の検討も含め支援を行った。

##### イ 医療機関等の他機関との連携状況

主治医とは、本人の受診に同行し、復職に向けての目標や支援内容について助言を頂き、復職にあたっては事業所に対して配慮事項などの助言をもらった。

##### ウ その他

両親に対し、面談を行い、本人への接し方等について相談に乗り、助言を行った。

#### (4) 事業所に対する支援

復職部署や職務内容について助言を行い、営業所の営業業務から、本社の人事部付け事務職で復職した。また、復職前のリハビリ出勤に関して、スケジュールや作業内容について具体的に助言を行った。

#### (5) 配慮、調整事項

安定した生活リズムを継続することが重要であることや、営業の業務に対してマイナスのイメージが強いこと等から、家事の負担軽減やソーシャルサポートを受けやすい実家から通える本社での復職を調整した。職務内容については、やるべきことが明確で見通しの立てやすい業務が望ましいということで事務の仕事で復職。また、通勤時間が長くなるため、会社や通勤に慣れるためにリハビリ出勤を実施し、時間をかけて出勤リズムに慣らしていくことが出来た。

## (6) 成功要因と考えられることがら

本人自身が、働くことについてゆっくり考え、自分の特性上、職種転換することが必要であると思えたこと。また、自分のストレス要因を理解し、ある程度対処することが出来、必要に応じて相談することが出来るようになったこと。事業所が本人の状況を理解して配属先や職種について柔軟に対応し、環境が整ったことが挙げられる。

## 4 中立な立場の職業リハビリテーション機関の重要性

障害者職業カウンセラーは、事業場及び休職者の双方と主治医を中立的な立場で理解し、事業主、休職者、主治医それぞれを支援する。事業主（人事、労働者の上司、産業医など）に対しては、不安低減のために復職後の労働条件や職務内容を具体的に提案する。休職者については、生活習慣（適度な日中活動、服薬遵守など）、認知特性（第2章）、キャリア観、ストレスコーピングの改善、通勤適応等の支援により、従業員の生産性の維持・向上を図る。また、主治医に対して投薬の種類や量等の調整を提案することにより、休職者の症状変化に対応する。こうした支援を行う職業リハビリテーション機関の重要性について以下にまとめておく。

堤他（2008）は表4-1に示したことがらを産業保健スタッフと専門医療機関の連携にあたって両者からあげられる課題としている。これらの項目をみると、事業場の状況と労働者の状況を理解している障害者職業カウンセラーによる、三者合意による復職支援は、事業主と専門医療機関の連携の橋渡しとなるとともに、休職者の速やかな復帰にもつながるものと考えられる。

表 4-1 産業保健スタッフと専門医療機関の連携に関して両者からあげられる課題

産業保健スタッフサイド	専門医療機関サイド
<ul style="list-style-type: none"><li>・必ずしも正確な診断名ではない診断書</li><li>・復職可診断書と職場での復職可能性とのギャップ</li><li>・症状や治療内容に関する説明などが提供されない</li><li>・具体的な対応策が提示されない</li><li>・問い合わせに対する無返答、連絡の困難</li><li>・整備されていない制度（リハビリ出勤制度等）へのリクエスト</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・第三者への説明にかかわること（プライバシー）</li><li>・復職可の診断が（理由不明のまま）却下される</li><li>・受診者の就業状況（職場・仕事の内容）の不明</li><li>・事業場の就業規則（休業可能期間など）の不明</li><li>・連絡の困難（窓口の不明）、診療報酬外のサービス</li><li>・治療上適当と思われる復職システムがなく患者の復職が受け入れられない</li><li>・服薬中の復職が認められない</li></ul>

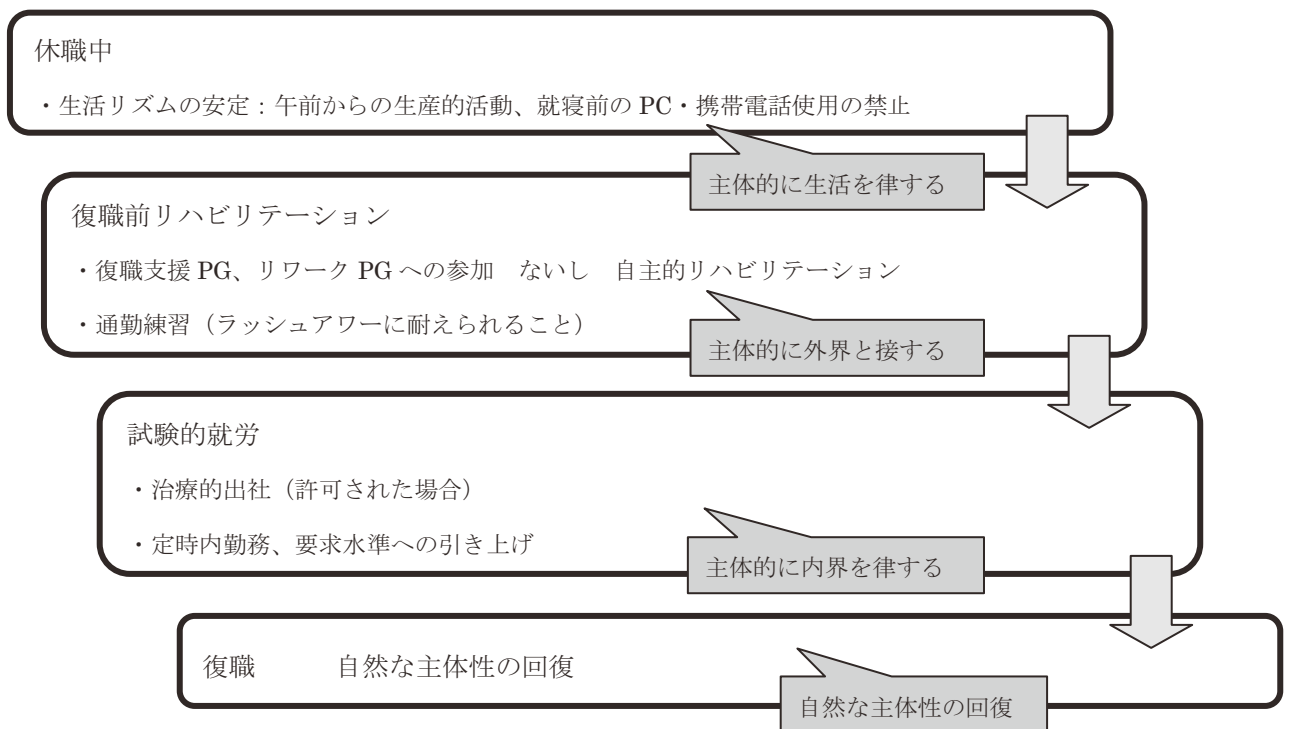
（堤他, 2008）



また、中嶋（2009）は、時代の社会的要請が産業精神保健サービスに求めているものとして、「主体性」の強調が重要な概念であるとしている。復職の過程を例にとると、休職者の「主体性」の役割は主体的に生活を律する、主体的に下界と接する、主体的に内界と接するの順で達成され、最終的に復職した段階では自然な主体性の回復（以前同様働くことがあたりまえと感じられる状態）となる（図4-1）。

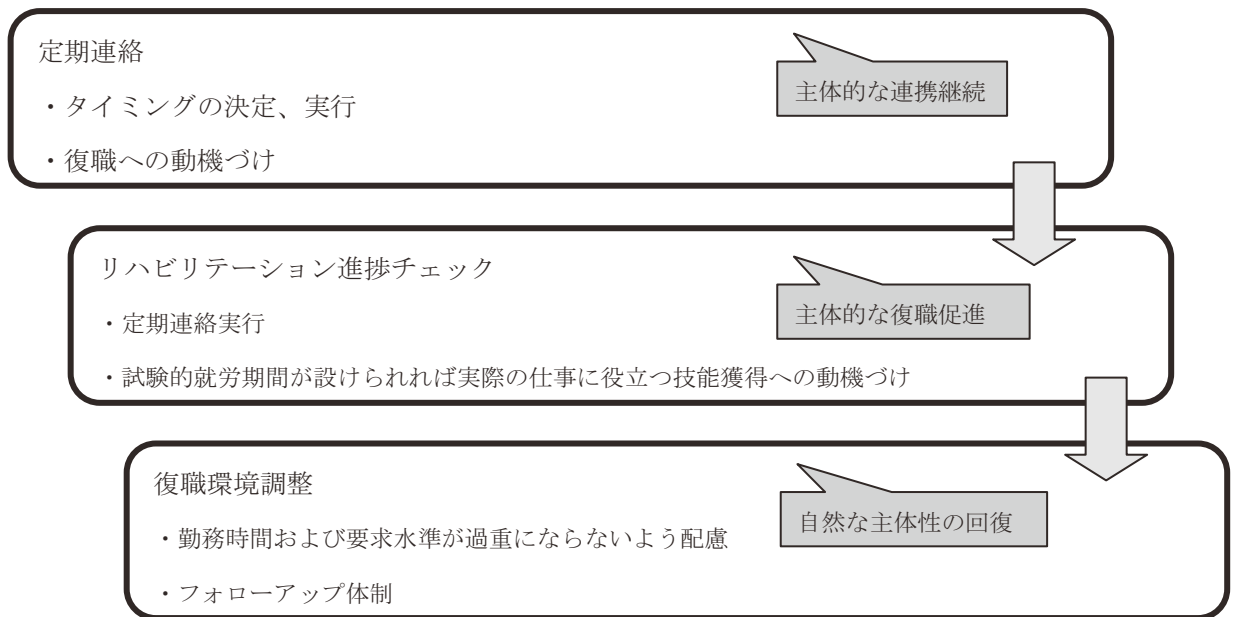
さらに、産業精神保健専門職に求められる「主体性」について、休職中は主体的な連携継続（定期連絡や復職への動機付け）、主体的な復帰促進（試験的な就労期間がある場合は、その期間における技能習得の動機付けなど）、自然な主体性の回復（復職環境調整など）の順で達成される。

地域障害者職業センターの支援の内容をみると、産業精神保健サービスに求めているこうした自然な主体性の回復を可能にする流れとなっていると考えられる。



（中嶋, 2009）

図 4-1 復職する労働者の主体的参加の必要性



(中嶋, 2009)

図 4-2 復職する労働者に対する組織と専門職の主体的参加

## 【文献】

- 堤明純（2008）特集：産業保健スタッフと精神科・心療内科医との連携：良好な関係構築に向けて．産業精神保健, Vol.16, No.1, p1-27 日本産業精神保健学会.
- 中嶋義文（2009）産業精神保健サービスによるコンサルテーション・リエゾン．産業精神保健, Vol.17, No.4, p274-280 日本産業精神保健学会.
- 中村純（2009）『専門医のための精神科臨床リュミエール 18－職場復帰のノウハウとスキル』中山書店.

## 第5章

# 職業リハビリテーションとの連携による 心の健康づくり

## 第5章 職業リハビリテーションとの連携による心の健康づくり

発病及び受障の時期から、労働者が職場から切り離されることなく、就業の継続及職場復帰を果たすためには、社内における一次予防（一次予防と健康増進）及び二次予防（早期発見と治療）対策の構築とともに、三次予防（職場復帰支援・再発予防）が必要となる。

そこで、本章では、こうした社内における一次予防から三次予防対策構築の事例、さらに、復職（他社への就職を含む）及び採用の事例により、企業の取り組みをまとめておく。なお、これらは職業リハビリテーション機関との連携に関する事例でもある。

### 1 三次予防推進のためのA社の心の健康づくりの取り組み

A社では、障害の発生の予防と健康増進のための一次予防から、疾病の発見と職場環境等の問題点の把握と職務上の配慮を含むリスク発見を主眼とする二次予防、そして三次予防（再発の予防、職場復帰支援等）を実施している。以下にこうした取り組みについて紹介しておく。

#### （1）一次予防・予防教育

A社の健康管理は社員本人が主体となり、各部門・人事・健康相談室が三位一体となって社員を支援している（図5-1）。A社の取り組みの特徴は、早期発見を徹底しており、2700人の社員全員のメンタルヘルスの現状と傾向を把握している点である。同社では健康管理のキーパーソンは各部門であると考え、従業員の診断結果を社内に90～100ある部門ごとに集約して、3ヶ月ごとの傾向をつかんでいる。

次項でも言及する二次予防ツールとしても活用中の、全社員を対象としたMTOP（セルフストレスチェック）の結果を参考に、ストレスの増加が激しい部門を把握するとともに、どのようなストレス要因が大きくなっているのかまで把握する。その傾向は職場環境を効果的に改善するための手がかりとして、部門の平均値と部員の得点分布を算出したうえで、各部門長に渡している。

同社では2006年から早期発見・早期対応に尽力した。その結果、メンタル不調の発生数を減少させ、復職を安定させることに成功した（図5-2）。健康問題は、いったん発症すると回復に時間を要する。そこで、2009年度以降は積極予防をメンタルヘルス対策の主軸に据えた。会社のリスク管理、健康維持増進による生産性向上を目指して、より積極的な予防対策を実施している。

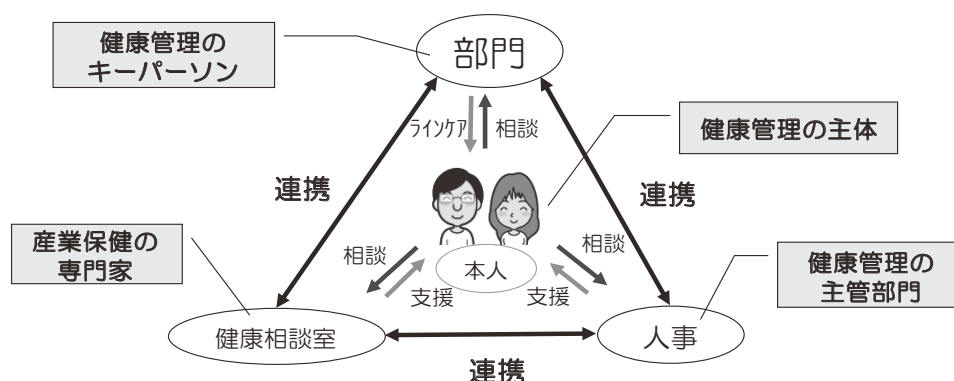


図 5-1 健康管理体制

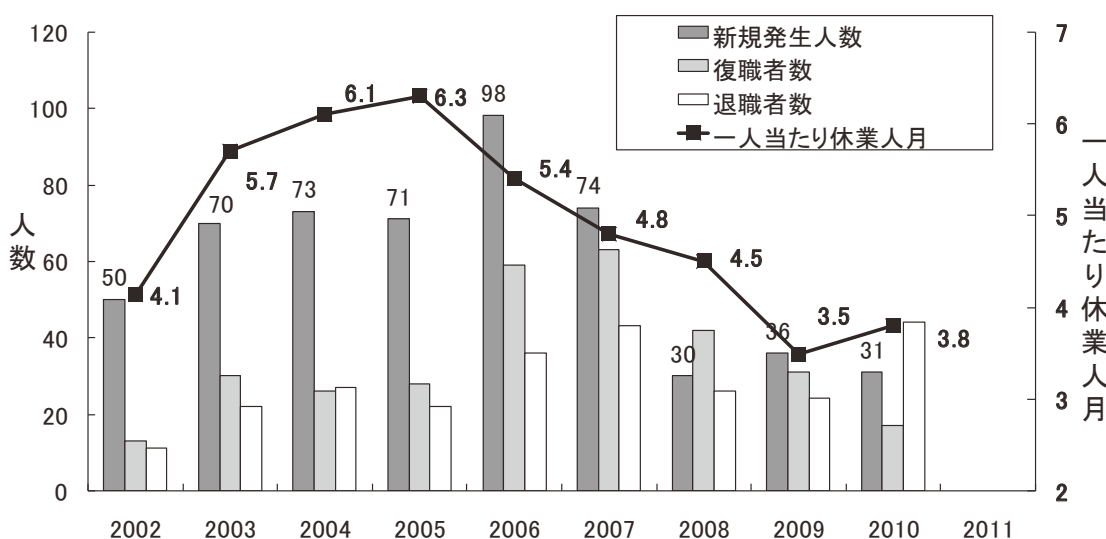


図 5-2 メンタルヘルス不調に関するデータ推移

積極予防においては、メンタルヘルスの理解と自己啓発が重要になる。同社では、2005 年度から e ラーニングを活用し、一般社員に向けては「心のセルフケア入門」、管理職に向けては「職場のメンタルヘルス」といった基礎教育メニューを提供している。新卒・キャリア採用者に対しては、入社説明会などで産業医から健康管理に関する講話を行い、入社時に e ラーニングの受講をすすめる。新任役職者に対しては昇格後に受講を促し、安全配慮事項や残業に関する規則などを教育する。

また、2009 年度から、社内での対応スキルや問題意識の均一化を図るため、職場のキーパーソンである管理職を対象としたメンタルヘルスケア集合研修を実施している。集合研修は、1 回 30 人程度で月に 1 回～2 回行われる。役職層だけでなく、若手のリーダー層も含めた研修である。研修の内容としては、管理者自身のセルフケアの推進や、パワハラ・セクハラといったハラスメントの防止が含まれる。ケーススタディを用いたディスカッションの機会を設ける場合もある。

## (2) 二次予防 —早期発見・早期対応—

全社員を対象とした MTOP（セルフストレスチェック）を 2005 年度から実施しており、毎回の実施率は 99%を越えている。セルフチェック制度では、従業員が約 80 項目の質問に答えた内容をもとに、ストレスの原因や大きさをコンピュータで自動解析し、診断結果をそれぞれの従業員と産業医が共有する。

2009 年からは、年に 3 回（6 月、10 月、2 月）実施され、チェック結果をもとに、必要に応じてフォローアップとして面談が義務づけられている。面談は産業保健の専門家により行われ、面談の結果、就業上の措置が必要と判断された場合は、本人の同意を得て産業医より健康管理の主幹部分である人事部に意見書が提出される。チェック結果をもとに組織別サマリを集計し、メンタルヘルス傾向と推移を Web および紙レポートとして社内にフィードバックする。その利用度は 6 割程度である。また、メールマガジンでメンタルヘルスの好事例に関するインタビューやノウハウを提供している。年に 1 回のメンタルヘルス報告会では、人事と看護職で事業部を訪問し、全社および部門の傾向や不調者対応の留意点などの意見を直接交換している。

また、特に不調者の多い部門については、月 1 回毎で順番に、部門長・役職者と産業医・看護職・人事で対応などに関する意見交換会を実施している。

## (3) 三次予防 —復職支援・再発予防—

休職からのスムーズな復帰を果たし、復職後の勤務を安定させるために、休職者に対してさまざまなフォローを行っている。休職中であっても、健康管理の主体である本人の体調を考慮しながら月 1 回程度のペースでコミュニケーションをとり続ける。健康管理の主幹部門である人事、あるいは産業保健の専門家である健康相談室は、メールや面談を通して本人からの近況報告を受ける（図 5-1）。その際、休職者の記入した生活状況記録表を参考に情報交換を行う。生活状況記録表には、毎日の起床・就寝時間やその日の行動、気分の変化などをできるだけ正確に記入する。メンタルヘルスの自己管理を目的とするため、場合によっては記入の仕方のアドバイスをする。

復職が現実的になってきた時点と復帰直後の 2 回、再発予防のために振り返りシートの記入を勧める場合がある。振り返りシートの記入によって、現時点で理解している発病の原因や復帰後の留意点などを確認することで、復職を安定させる効果が期待されている。

休職が長期にわたる者や、復職と休職を繰り返す者に対し、リワーク支援への参加を勧めている。リワーク支援における復職プログラムの全体概要を図 5-4 に示した。リワーク支援では、2 週間あるいは 1 カ月のリハビリ勤務を経て職場復帰を目指す。2008 年～2010 年までの参加者は 8 人とまだ少数であるが、復帰後の状況はおおむね好調である。リハビリ勤務に関しては、2006 年に勤務規定が定められた。リハビリ勤務中は勤務時間を短縮し、軽作業を行う。休まず毎日出勤できることを目標とする。復職扱いとなるので、賃金や通勤交通費が支給され、労災の対象となる。ただし、リハビリ勤務期間は賞与や退職金（確定給付分）



は対象外である。なお、この期間の人件費は人事部が負担する。リハビリ勤務中、本人は毎日の勤務記録を記入し、上司と週1以上、健康相談室と週1回の面談を行う。

リハビリ勤務の開始は、原則として定時勤務が可能な状態まで回復した時点とする。本人が希望し、主治医と産業医の承認を前提に、人事部長が承認する。この際、復職可能診断書は必須である。2週間あるいは1か月のリハビリ勤務期間を終えた時点で、リハビリ勤務記録と部門評価を参考に終了判定が行われる。予定外の遅刻や休暇の有無、勤務態度、作業パフォーマンスなどが評価され、産業医の承認を経て、人事部長が判定する。

リハビリ勤務の課題は、復帰後の安定勤務率（図5-5）である。2006年の導入当時は、7割程度が現場復帰を果たしていたが、2010年は4割程度に低下した。その原因は、リハビリ勤務を延長したり、復帰後もなく再発したりする者がみられたためと考えられる。そこで、リハビリ勤務の中止や延長に関してある程度明確な基準を設け、公平に運用するよう見直しがなされた。

なお、安定勤務率は、リハビリ勤務終了後の社員のうち、①1ヶ月で6回（6日）以上の突然の体調不良による休み・遅刻・早退がある場合（勤怠不安定と見なす）、②①のように断続的に休みを繰り返す以外にも、突然不調再発して連続して休む場合、③退職する社員以外を安定勤務とみなし、算出する。具体的には、上期、下期、通期で、安定勤務者数をその期間中のリハビリ勤務実施人数で割ったものに100をかけたものを安定勤務率とする。なお、勤怠の確認期間は、リハビリ終了後から産業医が勤務制限を解除するまでとしている。

◆ 生活状況記録 ◆

氏名 \_\_\_\_\_ 2009年9月

日	曜日	睡眠時間		一日の主な行動 (散歩/ごろ寝/家事など)	体調、気分の変化	通院 ○印
		起床	就寝			
1						
2						
3						
4						

+++ 再発を予防するために... +++

氏名 \_\_\_\_\_ 2009年9月4日

- ◆再発を予防する生活とは...?
- ◆再発を招きやすい生活とは...?
- ◆再発のサインとは...?
- ◆サインに気づいたときの適切な対応とは...?

◆ リハビリ勤務記録 ◆

氏名 \_\_\_\_\_

日	曜日	睡眠時間		勤務予定		実績		仕事っぷり自己評価 (○×△)コメント	体調、気分 の変化	通院 産業医	上司印
		起床	就寝	出社	退社	出社	退社				
1											
2											
3											
4											

図 5-3 生活状況記録表、振り返りシートおよびリハビリ勤務記録表



#### (4) カウンセリング

同社では、産業医だけでなく産業カウンセラーが活躍している。不調が長引く職員に対し、人事が指定して面談を予約する場合と、本人が直接予約する場合がある。人事指定の場合は、守秘義務の範囲内でカウンセラーから人事へのフィードバックがある。

#### (5) 今後の課題

同社は、メンタルヘルス不調の積極予防を実現するために、会社全体として健康管理に取り組む体制づくりを目指している。まず、健康管理を促進できる社内の風土醸成を目標として掲げている。健康問題を気軽に相談でき、自己管理意識を高める環境を整えるために、メンタルヘルスクアをわかりやすく周知する必要がある。

そこで、健康相談室や産業医とカウンセラーの役割を社内広報などで積極的にアピールするといった工夫が考えられている。また、長時間労働を削減するためのルールを設ける一方、アフター6を充実させるためのさまざまなイベントを考案し、実施している。その他にも、内定者向けの健康セミナーを開く、健康相談室からの情報発信を積極的に行うなど、積極的予防に向けた攻めの姿勢を強化している。

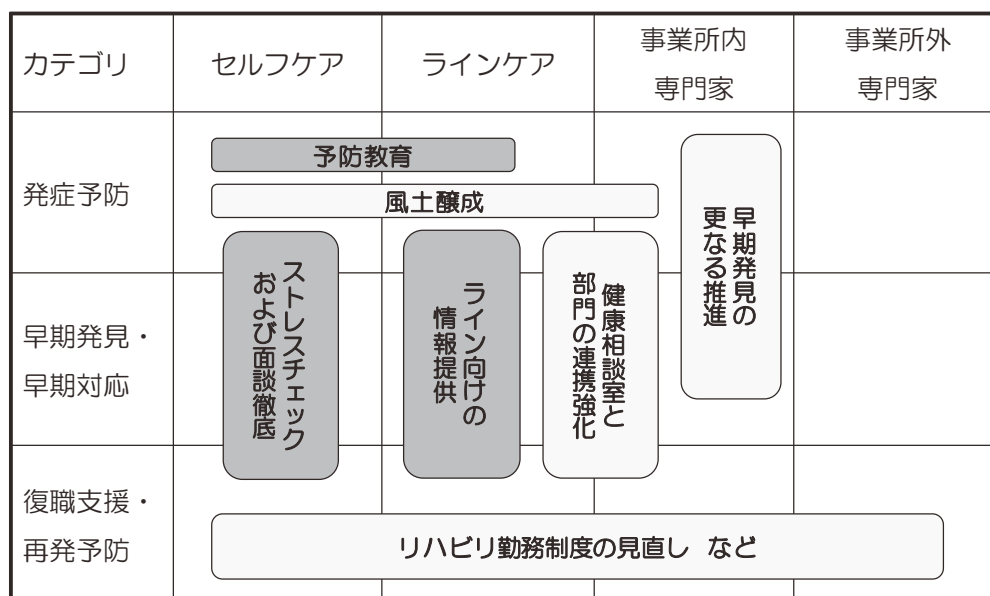


図 5-6 A 社におけるメンタルヘルス施策

## 2 B社における精神障害者採用に関する実践

B社では、自社の従業員に対する社内リワーク及び精神障害者の採用に積極的に取り組んでいる。そこで、以下において同社の精神障害者雇用の取り組みについてまとめておく。同社の障害者の採用及び雇用全般については、人事部ダイバーシティ推進室が担当し、さらに精神障害者雇用については、雇用促進チームと定着促進チームの2つのチームが組織されている。雇用促進チームは、理解の促進のための勉強会等会社内啓発の事と、外部機関との折衝や連絡等の対外活動を行う。それに対し、定着促進チームは実際に障害者を受け入れ、アセスメント、採用後の育成等を行っている。実際の雇用までの過程では、トライアル雇用3ヶ月を行った後に正式雇用となる。

### (1) 精神障害者採用の基本方針

B社の精神障害者雇用に関する方針のいくつかを示したものが表5-1である。

表 5-1 モデル事業を行う上での方針

- 
- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| ① | 精神障害者用の特別な仕事は作らず、現在ある仕事をやってもらう |
| ② | 障害の種類・病氣的なカテゴリー・障害の等級は問わない     |
| ③ | 年齢・性別・職歴の有無を問わない               |
| ④ | それぞれを異なる支援機関から採用する             |
| ⑤ | アセスメントを重視する                    |
- 

表中①にあるように、精神障害者用の仕事は作らず、今現在ある仕事をやってもらっている。精神障害者の仕事は、荷物を運んだり単純労働したりというのが多いが、同社では事務補助作業をやってもらっている。また、職場も一般従業員や社内リワークの人と同じ職場で働いている。定着促進チームのところではまずはこの仕事に取り組み、上手くいった段階で各部署に配置することになっている。

表中④のように決めた理由は、色々な支援機関と情報交換をしたかったためである。また、表中⑤のようにアセスメントを重視するために、産業医等ではなく、臨床心理士をチームに配置した。

### (2) 採用方法

同社では、公募での採用もしたが、それにあたって以下の3段階をとって採用を進めていった。なお、マッチングを図るために、障害をオープンにする形での公募であった。1段階目の書類選考では自作のフォーマットで履歴書と職務経歴書により選考した。また、支援機関に対しても、アセスメントつきの推薦書を提出するように求めた。2段階目は、筆記選考で、事務作業に必要な読み書き、論理問題のような算数、文章

力、書面指示の理解をみた。これは、試験中の様子も重要な評価の対象とし、書類の扱いや作業の効率性等をみた。3段階目は、面接であり、本人と支援機関の両方を個別に面接をした。本人の面接から、就業上配慮が必要な病気の事や労働意欲、資質などを聴取し、直接的なやりとりの中での指示理解力をみた。支援機関の方の面接からは、支援者としての資質もみている。

また、応募希望の有無に関わらず、見学をしてから実習（2週間～3週間、条件なし）をしたいという方も受け入れた。精神障害の方が働く姿は、一般の従業員にもインパクトを与え、精神障害者雇用に対する啓発的な効果をもたらした。

結果的に、採用した人の内、就業継続中の6名は、得手不得手はそれぞれだが、職場での仕事に対応していて、業務において求められることは処理できている。また、一般従業員との業務遂行上必要なコミュニケーションをとることができる。これらの点が、就労の継続を可能にする要素のうちのいくつかであったと考えられる。

### （3）仕事の切り出し

同社では、「雇ってから、その人は何ができるかを考えよう」というやり方をとってきた。アセスメントをしていて、こうした事務職に最低限必要だと思ふ事柄はある程度の理解力である。また、業務の切り出しを行っていく上で困った点は、一般的に考えられる事務の仕事（定型の入力、書類作成等）は子会社などへのアウトソーシングにより、いわゆる定型事務処理作業はほとんど無く、雇用後継続して同じ仕事ということもないことである。社内の事務はほぼ企画である。そこで目を付けたのは、書類の受付や各種のリストを作る等、細々とした庶務、業務の一部で発生する処理作業、企画をする上での調べ物や、紙の書類の電子媒体化などである。これらの仕事を組み合わせて、「ルーチンの個々の担当業務+単発で分量のある仕事」というように切り出した仕事の分担をしていく。つまり、“1つの事だけをずっとやる人”ではなく、“ある範囲内なら何でもやってくれる人”に育てていくようにした。つまり、業務ありきではなく、本人のアセスメントが優先される。そこで、トライアル雇用中に様々な点を見ていき、どのくらいできるのか、どういう仕事の組み合わせでできるのか等を考えて行く必要がある。

アセスメント結果をもとに、採用候補者の得意とすることを部署の方に流して、仕事の切り出しに生かしていく。また、実際の業務のやり方の指示（どういう順番でやって欲しいか等）は、かなり操作的に行っている。アセスメント→仕事の切り出し→アセスメント…というようにループさせていくことで、何の仕事ができるかよりも、この人ならどんな仕事だとどの程度でやってくれるか等、1人1人の労働力としての活かし方が見えてくる。ここが、常用雇用にむけての出発点となる。

精神障害者の方を会社としては戦力として使いたい。そのために、1人1人をアセスメントすることで仕事の内容、指示の仕方やその人の今後の進む方向性が見えてくるのである。また、そうなると部署の方からそのアセスメントに見合う仕事まわってくるようになってくる。精神障害者のアセスメントをすると同時に、職場の方でもどう活かしたらよいかというのが分かってくるのである。

また、同社では統合失調症の方を雇用している。この点に関して、統合失調症だからこの仕事が得意等、障害種別による職域というのではなく、(傾向はあるが) 障害の種類が職域を限定していくことはないと考えている。つまり、1人1人が持っている能力の方が大きく影響しており、1人1人を見て行きながら職域を拡げていくしかないとの方針である。

会社は、精神障害者の障害支援ではなく、“就業支援”が必要との考えかたに基づき、今まで述べてきたように、同社では、アセスメントを重視し、効果的に支援を行っている。就労経験がほとんど無い人が同社で働き続けられるのはこうした支援による。“障害者”だからこうしているのではなく、“その人”をアセスメントし、その人に力を発揮させるという方法をとっている。

#### (4) 今後さらに必要と考えられること

また、受け入れてから対処を考えるのではカバーしきれないことはある。つまり、専門家がいるからできるが、一般の従業員のみでは出来ないということもあるということである。また、一般の従業員は、どうしても障害者従業員に対して新卒などと同じような対応や期待をしてしまう。つまり、鍛えれば伸びるという発想であると、一般の従業員にとっても精神障害者の方にとっても辛い職場になってしまう。よって、今後の採用にあたって、会社として求める人材を明確化され、雇用側のニーズと従業員側のニーズが合致してはじめて継続就労が成立するのである。また、これが1人1人の能力を活かすことにもなると考えている。

障害者だから雇うのではなく、就業者として雇う上で、一定のスキルが必要となってくる。一緒に働いて行く上で必ず必要になってくる能力は、ある程度自律的に働けることである。上司も常にその人に指示ができるわけではない。そのため、職場における自律が必要になる。

また、安定して一定のレベルで従事出来ることも必要だと考えられる。今まで、病気や服薬に対する自己管理が出来ない例も多々あった。しかし、働くことを第一に考えるのは社会人として当然のことであり、自己管理は働く上で重要な要素であるとの方針である。

どの会社にも共通のノウハウというのは存在せず、1つのマニュアル通りというわけにはいかないと考えている。どのように雇用者のニーズと障害者のニーズをマッチングしていくかを考えることが必要である。



### 3 C社における各事業所内での精神障害者の雇用推進

C社は、ノーマライゼーションの理念に基づき精神障害者と共に働く環境を目指すことを目的として、特例子会社制度ではなく各事業所内での雇用推進を採用している。同社ではこうした考え方にに基づき各事業所内での採用を推進しているので、以下にこうしたC社の取り組みをまとめておく。

C社では精神障害を特異な事例と捉えるのではなく身近なものとして捉えさせ、社員が常に自分の能力を發揮できるような環境を作り、精神障害の誘因傾向を知るための施策として雇用を広めようとしている。

C社では障害者雇用に対する賛成の声は多いが、その推進については慎重な姿勢がみられた。精神障害に関する情報不足のため、社内全般がモデル事業に対する漠然とした不安を抱えていた。そこで、本社人事部から各事業所総務部及び各事業所の職へのトップダウンの働きかけによって推進チームが編成された。推進チームは本社人事部4名および各事業所総務部採用担当者7名で、各事業所において同時に雇用推進を図る目的で構成された。当初から、障害者雇用は1年契約の定期雇用社員制度を導入し、その採用は各部署で行われている。

情報不足を克服して独自のモデル事業を開拓するにあたり、まずいくつかの行政機関を活用した。厚生労働省、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の雇用促進アドバイザー、ハローワークの雇用指導官などと連携し、雇用促進制度や採用方法などを検討した。また、すでにモデル事業を展開する先進企業の視察を行った上で職種によってさまざまな業務の中で精神障害者一人ひとりの適性に合った雇用形態を独自に創造していくことを決定した。収集した情報をもとに各事業所内で業務開拓を推進した。

求人は、ハローワークを通じての合同面接会、ミニ面接会、指名求人、地域障害者職業センターや支援機関からの紹介などをもとに行われた。求人の対象となる母集団は合同面接会のような場においてより拡大するが、求人の条件と合致する割合は指名求人や関係機関からの紹介の方が高まる。しかし、いずれの場合も接触する機会を重ねるごとに精度が高まることから、初回面接からの継続的なコンタクトが重要であることを示している。

求人および面接のポイントは、求職者による職務内容の具体的把握である。そのために、面接だけでなく職場見学を実施している。たとえ同じ事務作業であっても、障害特性によって適性は異なる。特に、電話応対などの対人業務や作業手順における自己決定の有無などは大きな負荷になりうる。そこで、求人する業務の遂行の可否を詳細に確認する。その際、疾患名だけで判断するのではなく個人を見ることが大切である。同時に、当事者の要望を細かく聞き取り、作業しやすい環境を整える。また、面接に本人の障害に対する理解と自己管理状況、支援機関や主治医との関係を雇用側が把握し、職場における障害の周知に関して本人と合意を得ておく。

精神障害者の安定雇用を実現するために、求職者と雇用側のニーズのマッチングは不可欠である。症状の見えにくい精神障害者の雇用においては、一定の試用期間を設けて働く中での対応の検討が有効である。C社では、職業訓練校や地域障害者職業センターでの実習、助成金を活用したトライアル雇用やステップアップ雇用、アルバイト採用という4つの試用形態を実践している。また、地域障害者職業センターのジョブコ

ーチを活用することにより、職場環境を客観的に評価して改善を目指している。また、障害者の採用にあたっては、すでに雇用されている従業員が本来の仕事に戻れるように障害者の配置を考えている。

C社における職務例としては、軽作業、パソコン作業、対人業務、小売業独自の業務などのさまざまなものがあり、障害特性に応じた柔軟な職務管理を行っている（表5-2）。障害者個々人の適性やキャリアを尊重し、長期的に安定した業務の確保によりモチベーションを高めている。一方で、精神障害の特性に基づいた業務上の配慮を行うなど、支援体制の充実化を図っている（表5-3）。

C社では、有期雇用社員の勤務時間は1週15時間から柔軟に設定が可能である。業務監督者との日常的なやり取りやジョブコーチおよび支援機関との定期的な連携によって組織としての配慮を促している。このような支援体制は、同社のワーク・ライフ・バランスの取り組みへとつながっていく。精神障害者雇用を推進するために、雇用によってもたらされる企業利益を理解し、行政や支援機関との連携を深めていくことが重要である。

表 5-2 当社における職務例

軽作業	PC作業	対人業務	小売業的業務
社内書類仕分・配布・回収	ウェブ画面アップ前校正	庶務受付業務全般	催会場・食料品売り場におけるレジ専任
配送品回収・梱包・のし	商品情報データ入力		
掛け・紐かけ・搬送	販売スタッフ入退店登録管理		
ロッカー清掃・制服クリーニング出し	ギフトカード磁気不良対応		

表 5-3 業務管理における配慮

精神障害の特性	具体的配慮
心身ともに疲れやすい	随時休憩をとってもらう
心配性	戦力になっていると伝える
あいまいな状態が苦手	明確な指示
プレッシャーに弱い	締め切りを作らない
緊張する	一人になる時間をつくる

## 【文献】

日本産業精神保健学会（2007）『産業精神保健マニュアル』中山書店

## 終章

### 研究のまとめと今後の課題

## 終章 研究のまとめと今後の課題

産業精神保健の領域においては、社会的要請の変化に伴い、専門職に求められる役割の変化が急速である。こうした変化に適合していくための体制づくりが今後においても重要となる。さらに、心の病が多様化する中、とりわけ将来を担う若年労働者そして働き盛りの年齢の労働者が、近年における厳しい環境の中で、受障したとしても、キャリアの再構成を行い、継続してキャリアを積み上げられる対策の構築が必要となっている。

本章では、心の病の多様化についての研究成果を踏まえ、一次予防から三次予防を含めた総合的な心の健康づくりを職業リハビリテーション専門職や産業精神保健専門職が協働し、事業主とともに推進することの意義に焦点を当てて、本研究のテーマに関するまとめを行う。さらに、それらの知見をもとに、心の病の多様化に対応する事業主支援に関する今後の課題について提示したい。

### 1 メンタルヘルス不全による休職者の増加と一次予防

気分障害（躁うつ病を含む）の受療率は人口 10 万人当たり平成 8 年の 48 人から平成 20 年には 85 人と、ほぼ倍増している。このようにメンタル不全の社会現象が増加の傾向にあるわが国において、一次予防（障害の発生の予防）は重要な役割を果たす。企業における一次予防（予防と健康増進）の実施は、ストレスコーピング等による健康増進のみならず職場環境等改善を含めている。一次予防はリスク管理の視点に立ち改善を図り、心の健康問題を有する者のみならず全ての労働者をその対象とする（第 1 章）。こうした一次予防策の実施は、メンタルヘルスの問題を社内で上司や医療職に相談しやすい状況をうみだし（石川，2010）、ひいては早期治療にも結びつく（第 5 章）。

### 2 二次予防による早期発見と対処の必要性

二次予防において重要となるのは早期発見と対処である。二次予防の早期発見には、疾病発見とリスク発見がある。疾病発見では、管理監督者による日常の健康管理と相談機関（カウンセリング等）の利用が重要である。一方リスク発見において重要となるのは、職場環境等の問題点の把握と職務上の配慮である（第 1 章）。

心の病が多様化し、さまざまな症状（第 2 章）や障害の重複（第 3 章）といったケースが増加しており、こうした状況を発見し迅速な対応をとるためには、疾病発見とリスク発見の双方がより必要となる。さらに、早期対処のためには、医療機関そして職業リハビリテーション機関と事業主の連携が欠かせない。

### 3 三次予防の推進

三次予防（第4章、第5章）において重要となるのは、専門的治療・再発防止、職場復帰、そして職場適応である（第1章）。専門的治療・再発防止に必要となるのは、人事労務管理上の配慮と病気休職等である。職場復帰で重要となるのは専門家との連携と人事管理上の配慮である。さらに、職場適応については専門家との連携と職務上の配慮が重要である。

復帰支援はラインによるケアと事業場外機関による支援がある。復帰支援は、気分障害を主な対象とした医療機関によるものと職業リハビリテーション機関（第4章、第5章）によるものがある。五十嵐は、企業内でのうつ病でいったん復職しても再度休職する社員も増加しているが、この要素として、現代型のうつ病の増加に伴い、休養と薬物による従来の治療では復職が困難な事例も多く発生していることを指摘している（五十嵐,2011）（第2章）。こうしたことから、新たな治療方法として心理社会療法としてのプログラムが医療機関による復帰支援として実施されている。

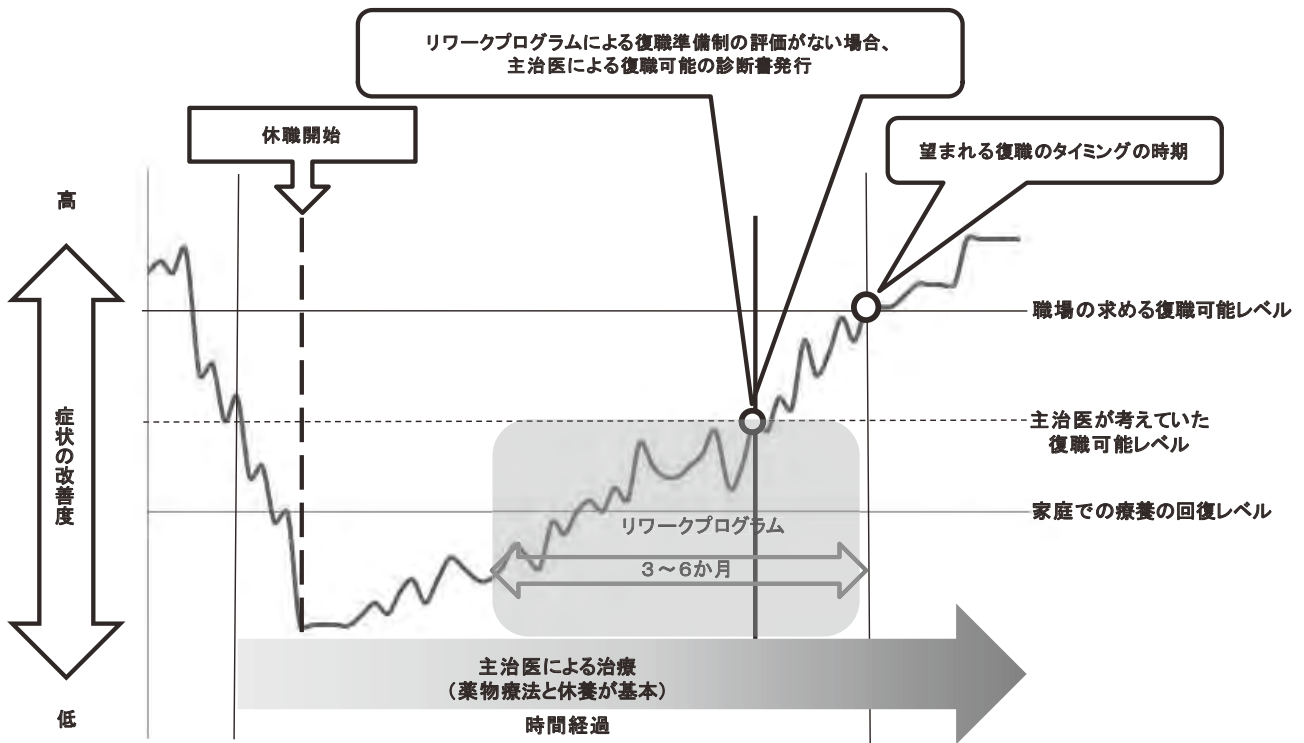
こうしたプログラムは、五十嵐によると、大きく以下の6つのことがらを目的としている。第1は、自らの症状の把握と病状の安定度を測り、悪化の兆候をみて、早期対応のための症状や体調の管理を行うことである。また、主治医への病状の確実な伝達も含まれる。第2は、疾病教育による客観的な自己の症状の観察である。第3は、再発予防に向けての病気の理解と症状のモニターができることに加え、なぜ病気になったのかを洞察できることである。第4は、気分障害に特徴的な認知の歪みや考え方、物事の受け取り方に関するパターン化された思考を修正するための心理的手法の習得である。認知行動療法やその他の心理療法が用いられる。第5は、病気療養中には対人関係が家族や友人に限定されてしまうことから、集団での協働作業を通じてコミュニケーション能力を回復させることである。すべてのプログラムを通じて貫かれる視点として、第6に、休職した理由が環境ばかりでなく自己の内部にあることを知り、働き方のみならず、生き方までを変容させていくことが挙げられる。

医療機関のこうした復帰プログラムは、復帰に向けたリハビリテーションと位置づけられ、その重要な要素として、集団による実施、対象の限定<sup>31</sup>、リハビリテーション、心理社会療法という4点が挙げられる（五十嵐,2011）。また、対象者の復職準備性（どの程度の安全性を保って復職に臨めるのか）についてはスタッフによりプログラム参加中に評価される。図6-1はプログラムにおける病状の改善と復職準備性の捉え方を示したものである。

---

<sup>31</sup>気分障害圏や不安障害圏のような一定の範囲の疾病の利用者に限定。

さらに気分障害などで現在休職中の利用者に限定する施設が多い。一部の施設では失業中で就労を目的とした利用者を受け入れている施設もあるが、失職後一定期間の利用者に限り受け入れている施設が多い。



(五十嵐, 2011)

図 6-1 病状の改善と復職準備制度

こうした医療機関で実施されている復職支援や第 4 章及び第 5 章にまとめた職業リハビリテーション機関による復職支援がその効力を発揮するためには、メンタルヘルス不全の問題をもつ労働者が社内での相談等を通してこうした支援につながるきっかけが必要となる。この点に関して、最も重要となるのは、労働者の職場において、一次予防と二次予防の取り組みが実施されていることであると考えられる。こうした取り組みが社内が無い場合、発症から適切な支援を受けるまでに時間がかかり過ぎる、あるいは、支援を受けることもできないといった事態が生じる可能性がある。こうした状況が発生すると、労働者が受障を境に、職場との必要なコンタクトがとれなくなり、離職せざるを得ない状況ともなる。

## 4 心の病の多様化に対応する事業主支援の今後の課題

### (1) 一次予防をめぐる課題

心の病の多様化により、近年増加傾向にある非定型うつ病や摂食障害等といった職域で比較的知られていない障害（第 2 章）や心の病全般についての情報普及そして健康増進と職場環境等の改善の取り組みが今まで以上に重要となっている。しかし、社内においてこうした対策を実施していない事業所もみられる（厚生労働省,平成 19 年労働者健康状況調査の概況）。その原因として、専門職が社内にはいない、対策を立てる方法がわからないなどが挙げられている。



## （２）二次予防をめぐる課題

うつ病についての課題では、さまざまな「うつ病」、特に若年発症傾向の強い比較的軽症のうつ病について精神科医のレベルでは理解されている。しかし、臨床場面では、これらの新しいうつ病の概念に加えて、不安障害や適応障害などによる抑うつ状態（第２章）も、しばしば、休職する際の診断書などに「うつ病」と表現される。このため、うつ病に対するあらたな偏見が形成されつつあるとの指摘（菅原,2010）がある。また、非定型うつ病では、その特徴により周囲から自己中心的な態度であると誤解される傾向にある（第２章）。こうした事態は早期発見の阻害要因ともなると考えられる。さらに、特にうつ病については、社内のみならず、富士モデル事業のような地域ぐるみの取り組み（第２章）が自殺予防の観点からも重要となる。

また、統合失調症については、疾患が次第に進行した場合に、抑うつや社会恐怖と混同されるといったことが早期発見の障壁となり、精神病末治療期間が長引くこととなる（フレンチ他,2011）。早期の発見と適切な対応が特に重要である。

第２章において各障害を見ていく中で、人事異動や入社が不適応のきっかけとして挙げられている。こうしたことから、社内のラインによるケアにおいて、このような状況にある労働者に対しては、特に注意を払う必要があると考えられる。また、重複障害に関して、双方の障害について平行して対処できる体制が必要となる（第３章）。

## （３）三次予防をめぐる課題

三次予防に関して、雇用状況が厳しい中で効果的な復職支援を推進するためには、うつ病にはさまざまな病態があることから、第１に、時短勤務などの復職制度を検討する必要がある（菅原,2009）との指摘がある。

さらに、増加傾向にあるさまざまな原因による職場不適応症や適応障害、併存する障害のある重複障害、そして依存症への復帰支援も必要と考えられる。復職支援機関での復職時期の見立てと復職準備性の客観的評価の重要性について、復職支援機関や事業場の専門家を中心に幅広く理解を深めて行くことが必要となる（菅原,2009）。

うつ病休職者の復職を妨げる要因には、事業場側、主治医側、そして休職者側の問題が組み合わさっており、こうした阻害要因の解決にも、客観的に復職準備性の判断ができ、中立・公平な立場で休職者の伴走者として援助可能な復職支援機関の存在が重要となる（菅原,2009）。第４章に報告した地域障害者職業センターの事例では事業主と連携し、各ステークホルダーとの調整を図りつつ、重複障害や二次障害のある労働者などへの復職支援が推進されており、こうした支援が今後さらに重要な役割を果たすと考えられる。

事業所サイドからの意見として、一企業で取り組むことが負担であるとの意見もあり、このような場合に事業主と連携し、各ステークホルダーとの調整を図りつつ推進する社外機関による復職支援が必要と考えられる。厚生労働省は、「心の健康問題で休業した労働者のための職場復帰支援の手引き」を策定し、積極的な休業労働者支援を企業が実施することを要請している。企業の積極的な取り組みが望まれる。



## 【文献】

石川球子(2010)『ディーセント・ワークの実現を視野においた障害管理に関する研究』, 資料シリーズ No.60  
障害者職業総合センター

厚生労働省 平成19年 労働者健康状況調査の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/ititan/roudou/saigai/anzenn/kenkou07/j4.html>

菅原誠(2009) うつ病リターンワークコースを活用した職場復帰訓練「こころと体のオアシス」Vol.10,p16-20  
中央災害防止協会

ポール・フレンチ ジョー・スミス デビット・シャイアズ マンディ・リード マーク・レイン

(2011)『精神病早期介入—回復のための実践マニュアル』岡崎祐士・笠井清登監修 針間博彦監訳 日本  
評論社

#### 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.or.jp/research/research.html>

#### 著作権等について

視覚障害その他の理由で活字のまま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）を希望されるときも、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. 66

「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」

---

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 2012年3月  
印刷・製本 株式会社 ディグ

---

**NIVR**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570

リサイクル適性 

この印刷物は、印刷用の紙へ  
リサイクルできます。