

うつ病復職支援デイケアの早期介入で大切なこと

－開始後5週目までの気分と疲労の特徴に着目して－

- 野際 陽子（爽風会佐々木病院 心の風クリニック うつ病復職支援デイケア 作業療法士）
平澤 勉（爽風会佐々木病院）
佐々木 一（爽風会佐々木病院 心の風クリニック）
竹内 夏子（心の風クリニック）

1 はじめに

近年、うつ病による休職者数が増加していることは周知の通りである。福島¹⁾の調査(2009年)では、うつ病や不安障害による休職者を17万人あまりと推計している。さらに薬物療法や休養だけでは回復困難な症例が増え、神経症圏や人格障害圏に伴ううつ状態など病態像も複雑化し、医療機関等における復職支援サービスのニーズが高まりつつある。しかし、復職支援の技術は十分に確立されているとは言い難く、様々なうつ病への支援方法を検討しなければならない。

当クリニックは、2008年4月より復職デイケアを開設。うつ病回復期段階の対象者らに対し、復職リハビリテーションを行っている。復職達成者がいる一方、デイケア中断および復職後短期で再休職になるケースも見られ、筆者らも復職準備性を判定する難しさを実感している。

筆者らはクリニックにおける臨床経験より、復職デイケア早期に対象者が実感する気分と疲労感とその後の復職成否に関連すると考えた。そこで本研究では、早い段階で復職を予測できる指標を明らかにすることを目的とする。より多くの復職リハビリテーションの成功へと導くための指標とは何かを明らかにし、早期介入の指針を考察したい。

2 心の風クリニックの概要

再発予防を念頭に、集団や個別の様々なプログラムを提供している。生活リズムの構築や体調管理の促進に加え、様々な精神療法を組み合わせたプログラムで構成されている。特にセルフモニタリング及びセルフコントロール能力の獲得、コミュニケーション能力の習得及び向上を意識した内容となっている(表1)。プログラムには開始数週間以内に「復職に至った経緯」のレポート、生

活史と気分の変動を時間軸に沿ってグラフ化した「ライフチャート」を提出する課題が含まれる。

表1 2011年度プログラム表

	月	火	水	木	金
午前	足湯/軽運動(体操、太極拳など)				
	個別カリキュラム	SST	個別又は再発予防グループ	個別カリキュラム	個別カリキュラム
午後	グループカウンセリング	軽スポーツ	リラクゼーション	アートセラピー	集団CBT復職レクチャー

3 研究方法

(1) 研究の目的

本研究は、デイケアメンバーを復職継続群と復職困難群に分け、復職の可能性に影響を与える要因を気分と疲労の変化から検討することを目的とする。

(2) 対象者とグループ分け

当クリニック“うつ病復職デイケア”メンバーで、平成20年4月から平成21年3月までのデイケア登録者。対象者の転帰を追跡調査し、復職し6ヵ月以上継続した者を復職継続群(起業1件含む)、デイケア中断者及び復職後6ヵ月以内に再休職となった者を復職困難群とした。

(3) 手順

Visual Analogue Scaleの評価「気分と疲労のチェックリスト」(信州大学開発)²⁾を毎週1回プログラム終了後に実施。チェックリストを使用する際、うつ病復職デイケアの特色を考慮し、パラメータの種類を一部変更し使用した。パラメータは以下の13種類である。

「体調」「緊張・不安」「抑うつ・自信喪失」「イライラ・ムシヤクシャ」「意欲・活力」「混乱・当惑」「あせり」「持続・集中」「仕事回復度(仕事が可能でいる状態を100とした場合の回復の程度)」「疲れやすさ」「人疲れ」「頭・思考

疲れ」「身体疲れ」

(4) 統計解析方法

SPSS14.0J for WindowsおよびStatMateIV for Windowsを使用した。パラメータ増減率からの群の予測にはロジスティック回帰分析を、2群間のスコア比較にはMann-WhitneyのU検定を、群内5週間分のデータの検定にはFriedman検定およびTukeyの多重比較法を用いた。有意水準5%以下で有意差ありとした。

(5) 倫理

倫理的配慮として、主治医の許可を得た後、文書および口頭にて対象者に研究の目的を説明し、書面による同意を得た。

4 結果

(1) 対象者の属性

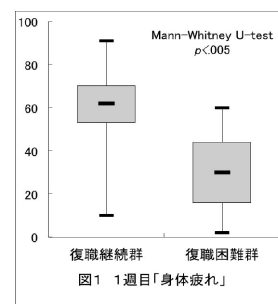
総数22名（男性19名、女性3名）。年齢は25～52歳で平均39.4（SD8.4）歳のうつ病および抑うつ状態の患者が対象であった。気分と疲労の評価期間が5週に満たない者は除外した。全ての項目において群間の有意差は見られなかった（表2）。

表2 対象者の属性

	復職 継続群 (n=14) (SD)	復職 困難群 (n=8) (SD)
年齢	40.6 (7.5)	37.3 (9.9)
累積休職期	22.6 (15.2)	28.5 (26.5)
休職回数	2.29 (1.07)	2.25 (1.58)
デイケア通所	145.1 (81.3)	142.6 (98.7)
		中断者(n=6)の通所期間 145.7 (113.3)
	人 (%)	人 (%)
性別		
男	13 (92.9%)	6 (75.0%)
女	1 (7.1%)	2 (25.0%)
扶養家族		
有	5 (35.7%)	2 (25.0%)
無	9 (64.3%)	6 (75.0%)
診断		
大うつ病性障害	10 (71.4%)	4 (50.0%)
双極性障害	2 (14.3%)	1 (12.5%)
その他	2 (14.3%)	3 (37.5%)
仕事内容		
公務員	5 (35.7%)	3 (37.5%)
専門・技術職	4 (28.6%)	3 (37.5%)
事務職	3 (21.4%)	1 (12.5%)
サービス職	1 (7.1%)	0 (0.0%)
その他	1 (7.1%)	1 (12.5%)

(2) 1週目スコアの両群間の比較

デイケア通所後間もない1週目の時点で、復職継続群は復職困難群に比べ、「身体疲れ」が有意に高かった（図1）。



(3) 5週目までの増減率の両群間の比較

デイケア開始後早期の、各パラメータの“5週目の得点－1週目の得点”（以下増減率）を比較した。両群間で有意に増減率に差があったのは「イライラ・ムシヤクシャ」「疲れやすさ」「身体疲れ」「仕事回復度」であった。これらのパラメータは全て、復職継続群の改善具合がより良好であった。

(4) 復職を予測するパラメータ

年齢と性別に加えて13の変数の5週目までの増減率を説明変数、復職継続／困難を目的変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。ワルドのステップワイズ法を用い、変数増加法によって変数選択を行った。その結果、「身体疲れ」の増減率のみが、群を有意に予測した(Wald=4.71、df =1、OR=.936、CI=.881-.994、p=.03)。

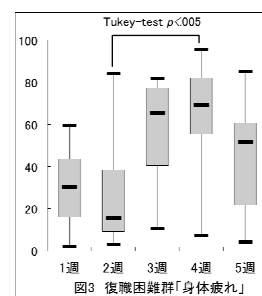
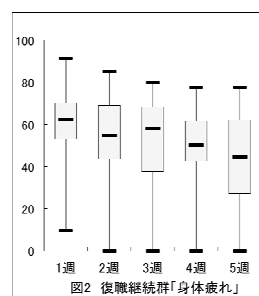
(5) 5週目までに変化の見られたパラメータ

復職継続群内のパラメータの多くは5週目までに改善傾向を示していた。有意に増加したパラメータは「体調」「意欲・活力」「持続・集中」「仕事回復度」であった。有意に減少したパラメータは、「人疲れ」「頭・思考疲れ」だった。

復職困難群内で5週目までに有意に改善したパラメータは見られなかった。

(6) 身体疲れの比較

身体疲れの動きに最も特徴的な違いが見られた（図2、図3）。復職継続群は復職困難群に比べて1週目に身体疲れを強く感じており、時間とともに漸減する傾向があった。



復職困難群は復職継続群に比べて1週目の「身体疲れ」は低かった。また2週目から4週目にかけては有意に上昇していた。

5 考察

～デイケアの早期介入に大切なことは何か～

(1) “身体疲労”の軽減が大事

本研究では、5週目までの「身体疲れ」の回復が良好なほど、その後の復職が継続しやすい傾向が明らかになった。復職継続群と復職困難群の比較では、抑うつ気分や不安に関する項目の有意差は見られず「疲れやすさ」「身体疲れ」「イライラ・ムシャクシャ」「仕事回復度」の増減率に有意な差があった。また「身体疲れ」の特徴として、復職継続群では1週目に比較的強く感じ、その後時間とともに漸減する傾向があった。復職困難群の動きは継続群とは異なり、始めの身体疲労は低く、2週目から4週目にかけて疲労感が増大し、その後の経過は定型的ではなかった。

横山³⁾の調査では、リワークプログラム参加段階でのうつ重症度が、その後の復職継続期間とは関連しないことを示しており、本研究も同様であった。復職リハビリテーションはその役割上、抑うつ気分が軽減し主たる症状が「おっくう感」だけになった頃から始めるのが一般的と思われる⁴⁾。このため導入時に対象者の感じる抑うつ気分には差が出にくく、うつ病であっても抑うつ気分には注目し過ぎない方がよいと考える。

今回の結果は、デイケア初期にメンバーの実感する身体の疲労感が、復職継続に関連することを示唆していた。復職困難群に見られた身体疲れの増加から、ストレスへの疲労反応が復職見通しの判断で大きな比重を占めると考えられる。

以上のことを踏まえ、デイケア利用早期の段階から“身体の疲労感”に着目し、先ずはその軽減を目指してアプローチすることが大切であると考える。

(2) 復職成功の特徴は“回復の実感”

復職継続群は、デイケア開始後1週目の時点で復職困難群に比べて「身体疲れ」を強く感じていた。開始5週目までに「体調」「意欲・活力」「持続・集中」「仕事回復度」「人疲れ」「頭・思考疲れ」が有意に改善していた。

筆者らはデイケア開始後間もない時期には「予想以上に疲れを感じた」というメンバーの訴えを聞く機会が多く、五十嵐⁵⁾もそのような傾向を指摘している。復職継続群の感じる1週目の「身体疲れ」の強さは、療養生活からリハビリテーションに移行したことによるもので、その疲労をモニターできていると考える。

開始5週目までには「人疲れ」が軽減しているが、これはデイケアにおける新しい人的環境への適応の良さを表していると考えられる。

復職継続群は5週以内に「体調」「意欲・活力」「人疲れ」「頭・思考疲れ」といった身体や疲労の感覚、持続力や集中力の回復を実感しており、仕事ができる状態に向けての改善を感じていた。これら変化のあったパラメータも経過を慎重に観察することで、復職準備性を判断する参考になると思われる。

(3) “セルフモニタリング”は復職の武器になる

復職困難群の感じる気分や疲労の特徴は継続群に比べ明らかに傾向が違う。復職困難群の場合、1週目の「身体疲れ」が低く、また「身体疲れ」「疲れやすさ」「イライラ・ムシャクシャ」「仕事回復度」の5週目までの増減率にも差が見られた。

1週目の「身体疲れ」の相対的な低さは、復職困難群の“疲れに気付にくい”特性を示している可能性がある。北島⁶⁾の復職支援モデルでは、本人の気付かない消耗状態を“無理して頑張る”興奮性の要素で代償する傾向を指摘している。この傾向が長く続くタイプは回復しにくく復職にも時間がかかるため、興奮性の要素を十分に抑える必要があると述べている。復職困難群の生活状況において、傍目には過活動のように思えても、本人が疲労を訴えないケースが数例見受けられた。このような兆候が見られたら、デイケア参加当初は疲れやすいものであるということを十分に説明し、本人の気付にくい疲労の蓄積に注目しながら、活動と休息のセルフコントロールを促すべきだと考える。

「身体疲れ」のみが2週目から4週目にかけて有意に増加していたことは特徴的である。このような反応が抑うつ気分など他のパラメータに現れず、「身体疲れ」に限局していたことは、ストレスを認識するチャンネルの少なさを表している

考える。様々なストレスを自覚できないまま蓄積し、普段感じやすい身体の疲労感として急激に表れた反応だと推測する。気分や身体の疲労感にこだわらず様々なストレスを自覚できる手段を身につけてもらうことが大切である。例えば、活動記録表を用いて生活習慣の乱れや身体愁訴等をスタッフと共に確認する。このような取り組みによって、自己のストレス反応に気が付く習慣を付け、ストレスを軽減するための対処方法を促すアプローチが有効と考える。

「身体疲れ」のみが有意に反応していたことを“伝えるスキルの不足”と捉えれば、デイケアで無理なく過ごしているか、生活の乱れはないかをスタッフが注意深く確認し、また職場上司など受け手側である周囲の傾聴を促進するなどの環境調整も必要と考える。

「身体疲れ」「疲れやすさ」「イライラ・ムシクシヤ」「仕事回復度」の増減率に群間の差があったことから、復職困難群は継続群に比べ、リハビリテーションの効果を体感しておらず、仕事ができる状態に近づいている感覚に乏しく、現状に対して怒りを感じていた可能性が推測される。これは参加初期の時点で、デイケアプログラムが本人のニーズに合っていないサインとも考えられる。「身体疲れ」の増加など上記の兆候が見られたら介入できるチャンスと捉え、各々に見合ったデイケアの利用方法を再度検討する必要があるだろう。このような傾向の強い対象者には、直ちに支援の方向性を調整し、粘り強く介入を行いながら復職成功へ導くことが大切だと考える。

6 援助者に必要なこと

今回うつ病復職デイケアメンバー22名を対象とした復職成否に関する研究を行った。復職継続群と復職困難群にグループを分け、デイケア開始後5週以内の気分と疲労のチェックリストのスコアを分析した。

その結果、開始後5週目までの「身体疲れ」の増減率が、その後の復職成否を予測することが分かった。復職継続群のパラメータの改善度合いは困難群に比べて良好であり、特に1週目に「身体疲れ」をより強く感じ、多くのパラメータが5週目までに改善した。復職困難群は気分と疲労の有

意な改善が見られず、「身体疲れ」のみが有意に悪化した。

本研究の結果から「身体疲れ」の早期改善は、その後の復職成否を予測する指標として役立つ可能性が示された。

まずは復職を成功に導くために、対象者の気分変動だけでなく、疲労の変化、特に“身体の疲労感”に対して丁寧にセルフモニタリングを促すとよい。ストレスを早めに自覚する習慣を身につけることは、復帰後の再発予防に繋がると考える。デイケア利用早期の段階から、順調に回復しているという“実感”を得られるような介入を意識して関わるのが大切であると考えられる。

7 本研究の限界と今後の課題

今回の研究はn=22と少数であり、参加者を増やし結果の妥当性を高める必要がある。また本研究は当クリニック単独での調査であり、独自の環境が結果に影響していたと思われる。複数施設のデータを加え、またデイケア中断者と再休職者を別の群として比較検討すると、復職成否に影響する要因をより深く分析できると考える。復職しにくいケースに対する援助方針が妥当かどうか、介入し検討することが今後の課題である。

最後に、本研究の調査にご協力いただいたうつ病復職デイケアメンバーの皆様に心より感謝を申し上げます。

【参考文献】

- 1) 福島南,大木洋子,横山太範,五十嵐良雄:精神科診療所におけるうつ病・うつ状態による休職者の復職支援の実態. 産業精神保健第17巻(増刊号): p71,2009
- 2) 小林正義:作業療法成果の示し方 ニューロングステイをつくらない作業療法のコツ(日本作業療法士協会編),(社)日本作業療法士協会,p27-31,2006
- 3) 横山太範,横山正幹,五十嵐良雄:重症度により2群に分けたうつ病休職者の復職後の就労継続期間の比較. 産業精神保健18巻(増刊号):p84,2010
- 4) 新津幸靖,柴田恵理子,船橋利彦:ストレスケア病棟・リワークセンターでの気分障害患者の職場復帰の取り組み. 精神療法第36巻2号:p208-215,2010
- 5) 五十嵐良雄:精神科医療機関におけるうつ病・不安障害の職場復帰支援の現状と今後の課題. 日本精神科病院協会雑誌別刷第26巻11号:p43-50,2007
- 6) 北島潤一郎:双極II型障害は単極性うつ病に比べ復職に困難をきたすか? Bipolar Disorder7巻:p30-37,2009

平成 22・23 年度厚生労働省委託事業 治療と職業生活の両立等の支援手法開発

－脳血管障害患者の復職支援に関するモデル事業－

○豊田 章宏(独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院 勤労者リハビリテーションセンター長)
齊藤 陽子(医療法人社団KN I 北原国際病院リハビリテーション科)
八重田 淳(筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達専攻リハビリコース)

1 背景

(1) 就労年齢の脳卒中患者の転帰

自身も参加した平成 16 - 17 年度厚生労働科学研究委託費：「わが国における Stroke unit の有効性に関する多施設共同前向き研究」(主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫)におけるデータを分析すると、発症前に自立していた就労年代 890 例の脳卒中患者(くも膜下出血を除く)の発症 3 ヶ月後の転帰は、約 75%が自立した家庭生活を送っていることがわかった(図 1)。

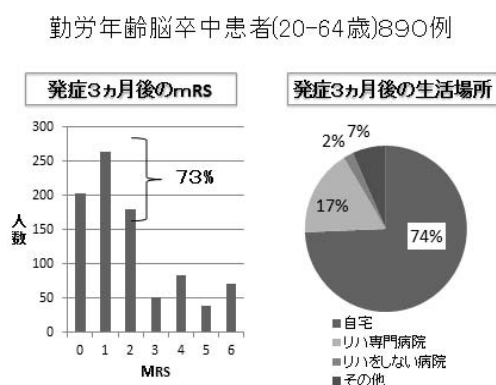


図 1 勤労年齢脳卒中患者の予後

(2) 脳卒中後の職場復帰

佐伯ら¹⁾は、1990年以降の70編の脳卒中後の復職に関する医学論文を概観した結果、発症前有職の8,810人の復職率は平均44%(範囲0~100%)であったとしている。また、就労年代脳卒中患者の復職を成功に至らせる要因として、①復職的な方向性を持ったリハビリの提供、②雇用主の柔軟性、③社会保障、④家族や介護者からのサポートを挙げている一方で、提供すべきリハビリサービスの内容もほとんど知られていないという医療分野における復職支援の希薄さを報告している。

さらに労働者健康福祉機構が行っている労災疾病関連13分野研究「職場復帰のためのリハビリテーション」²⁾では、2005-2006年の1年間で登録された464例の脳卒中リハ患者について発症直後から1年半後まで追跡調査を行っており、原職復帰に限ると42%が、配置転換と退職後新規就労を含めると51%が復職していた。

復職時期については発症3-6ヵ月後と1年半後の2峰性のピークが見られたが、徳本ら³⁾のサ

ブ解析によると、復職時期が発症6ヵ月以内の早期群とそれ以降1年半までの遅延群に分けて検討した結果、早期復職群では①発症時よりADL能力が高い、②易疲労性がない、③医療機関の復職支援があった、という3項目で有意差を認めたと報告している。

同時に行われた患者アンケートでは、医療機関に対して就労支援や産業医との連携を求める意見が多かったにも関わらず、実際の支援は記載のあった194例中の22%のみで、産業医との連携に至っては記載のあった148例中の12%に過ぎなかった。しかしながら、医療機関による支援があった群では46.5%が原職復帰したのに対し、支援がなかった群では27.2%と有意な差($p < 0.02$)が認められた。

(3) 医療制度の変遷

この10年間で医療制度は大きく変化し、特にここ数年間で急性期病院の在院日数は顕著に短縮された。継続性が最も重要視される脳卒中リハビリ治療は、急性期・回復期・生活期に分断され、リハビリの日数制限も設けられた。急性期病院は高度先端医療に特化し、回復期病床は未だ不足している地域も多く、外来リハビリを行う医療機関も激減した。こうした状況下で患者は家庭復帰にたどり着くまでも転院を余儀なくされ、そのまた先にある復職に至るまでの継続した治療を受けることさえままならない。

医療機関からみれば、地域連携パス等を用いた病院間の連携を深める努力はなされているが、復職までを想定した継続的なリハビリ治療はますます困難な状況となってきている。このままでは患者の長期予後を知らないリハビリスタッフばかりが増えることになる。また、本来は社会復帰に重要な役割を果たしてきたメディカルソーシャルワーカーも転院先を探すことで精一杯の状況になっている。

こうした中で、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指したリハビリや情報を病院間で共有し、時機をみて雇用主側との連携を図るというような継続的な一貫性のある復職支援が可能な「復職コーディネーター」の存在が求められている。

2 研究内容

(1) 目的

脳卒中急性期から復職コーディネーター役の医療スタッフが事例介入し、その経過を追いながら、復職コーディネーターの果たすべき役割、患者・家族との関わり方、雇用者との関わり方、諸機関との連携の取り方、問題点の抽出などを行った。

同時に医療機関だけでなく事業主や行政機関においても事例に関する情報が共有化できるような新たな評価票（職業内容・身体機能）を作成し試行した（図2にその一部を示す）。尚、本評価票については、第39回日本職業リハビリテーション学会（愛知）において齊藤⁴⁾により発表された。

職業情報2

職業に必要な身体的能力・動作 (複数回答可)	□座位での活動	□立位での活動	□中腰での作業
	□しゃがんで行う作業	□外を歩く(平地)	□外を歩く(足場の悪い所)
□走る	□階段昇り降り	□ハンゴ昇り降り	
□物の運搬(方法)	□物を持ち上げる()kg	□重量のあるものを押す	
□重量のあるものを引く	□精密作業(細かい手作業)	□機械操作(内容)	
□自動運転	□パソコン作業(知識入力)	□パソコン作業(文字・文書入力)	
□パソコン作業(表・グラフ作成)	□パソコン作業(特定のソフト)	□パソコン作業(その他)	
□電卓計算	□電話対応	□接客	
□その他			
主な仕事環境	□屋外	□屋内	□屋外・屋内両方
	□高所	□その他	
	・階段	□有 □無	・エレベーター □有 □無
	・段差	□少ない □多い	・トイレ内手すり □有 □無
	・温度管理	□一定()℃ □変動	※温度調整 □可 □不可
	・休憩	□各自でとる	□休憩時間が決まっている
	・タバコ	□禁煙	□分煙

図2 評価票の一部抜粋

(2) 対象

対象は脳血管障害に罹患した15歳から64歳までの有職者で、本研究事業の趣旨を説明し同意を得たものとした。なお、研究の開始にあたっては該当医療機関における倫理委員会で承認を受け、個人情報等の管理等は厳格に行われた。

平成22年度事業において、急性期に本人の復職希望の意志が確認され、研究参加の同意が得られた事例は15例で、男性12例、女性3例であった。詳細を表1に示す。

表1 事例一覧

性別	年齢	障害名	障害内容	職業	雇用
1 男	48	脳出血	右片麻痺 言語障害	製煙所配運	派遣
2 女	62	<も>膜下出血	視覚	ホテルメイドチェック	派遣
3 男	50	脳梗塞	左片麻痺	通信機器製造	正社員 支店長
4 男	51	<も>膜下出血	視覚 失調	ハイヤー運転手	正社員
5 男	58	<も>膜下出血	高次脳機能障害	金融関連	正社員
6 男	47	小脳出血	失調	部品製造	自営業
7 男	57	小脳出血	失調 構音障害	メール仕分け	障害雇用
8 男	60	脳梗塞	左不全片麻痺	飲食店	自営業
9 女	57	脳出血	右片麻痺	事務職	パート
10 男	52	脳梗塞	高次脳機能障害失語	大型運転手	正社員
11 男	64	脳幹梗塞	左不全片麻痺 構音障害	空調設備	自営業
12 男	60	脳出血	左片麻痺	不動産関係	正社員
13 男	55	脳梗塞	左片麻痺	下水施設現場監督	正社員
14 男	61	<も>膜下出血	高次脳機能障害	浴槽業	自営業
15 女	52	<も>膜下出血	遠近性視覚障害	売店販売員	パート

病型別には、くも膜下出血5例（男/女：3/2）平均年齢56.8歳、脳梗塞5例（男/女：5/0）平均年齢56.2歳、脳出血5例（男/女：4/1）平均年齢53.8歳であった。雇用形態では正社員が6例、パートまたは派遣が5例、自営が4例であった。

(3) 方法

15例は同一の急性期病院で治療を受けている。復職コーディネーター役となったわれわれは、対象者のリハビリが開始され、概ねリハビリ出棟する時期に事業説明を行い、同意を得てから介入を開始した。復職コーディネーターの役割イメージは図3に示すが、以下に具体的な介入方法を示す。



図3 復職コーディネーターの役割

①対象者および家族に対して事業内容説明を行う。②評価票を用いた職業情報の収集、発症前状況、対象者や家族の希望などを聴取する。③診療録から疾患情報を収集する。④評価票を用いた対象者の身体機能の評価を担当リハビリスタッフに依頼する（急性期退院前・回復期退院前・外来リハビリ介入時）。⑤対象者の了承を得られた時点で、事業所への趣旨説明と事業者用の職業調査票依頼を送付または訪問して聞き取り調査を行う。⑥回復期転院先決定後に事業研究への協力を依頼し承諾を得る。⑦面談や問合せによって定期的状況把握する。少なくとも急性期2週毎、回復期以降1月毎に実施する。⑧復職に必要なと思われる関連医療機関ならびに事業所との対象者に関する情報の共有化、復職に際して必要な診断書の依頼などを行う。⑨医療機関退院後のリハビリ内容を確認する。⑩復職後のフォローアップを行う。

また、介入上の注意点として、①対象者のプライバシーには十分留意し、あくまで本人の希望を

優先。②受診や各種申請に関しては基本的に対象者または家族が行う。③コーディネーター役の担当はその範囲で行動し、直接的な治療や診断は行わない。などに留意した。

(4) 結果

介入開始が平成 22 年 6 月からであり、1 年後の平成 23 年 6 月時点での復職状況を図 4 に示す。

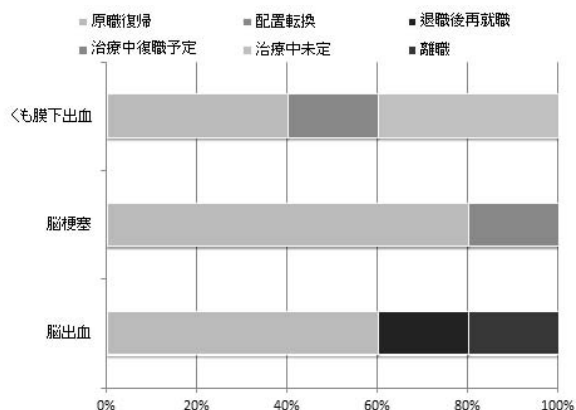


図 4 病型ごとの復職状況(介入開始 1 年後)

原職復帰率は、くも膜下出血では 40%、脳梗塞では 80%、脳出血では 60%であった。配置転換や退職後再就職などを含めると全体で 73.3%の復職率となる(図 5)。

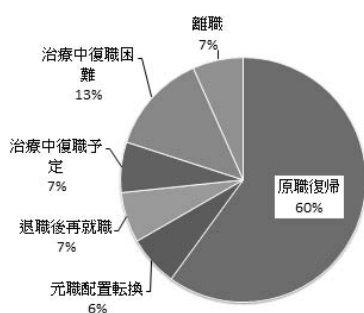


図 5 全体の復職状況(介入開始 1 年後)

逆に復職困難であった 4 例は、くも膜下出血後の脳血管攣縮で遷延性意識障害となった 1 例、高次脳機能障害で加療中の 1 例、派遣社員で雇用主との関係が不良であった 1 例、脳出血で定年数か月前発症の退職者が 1 例であった。

(5) 事業からみえた問題点

今回、実際に患者介入を行いながら改めて見えてきた問題点を整理してみた。医療の範疇で解決しない問題も含まれているが、多方面からの連携によって下記の諸問題に対処していくことが必要であろう。

① 医療機関または医療上の問題点

急性期病院では在院日数が著明に短縮され、患者の生活背景や職業に関する情報があまり積極的に収集されていない。また、特に若いスタッフには患者の長期予後を実体験として知らないものも多くなり、復職までを想定した病態や留意事項の説明が不足していることが多いため、患者側にも復職の過程が具体的にイメージされていない。さらに急性期では身体障害手帳や復職診断書などの復職に係る診断書類に関する知識も不足している。そこで回復期病院が ADL 獲得のためのリハの中核的存在となるが、脳卒中患者の年齢層が高いこともあり、復職を念頭に置いたプログラムを持った回復期病院は少ない。さらに、回復期病院はここ数年間で急増したため、MSW やリハスタッフも若いスタッフが多くなり、復職支援に関わった経験者が少ないという現状がある。

社会復帰の第一歩は自宅退院であるが、復職のためには更に手段的日常生活動作 (Instrumental Activity of Daily Living: IADL) を拡大させる必要がある。そのためには維持期リハビリ (外来リハビリ) が重要となるが、実際に介入してみると、医療保険で外来リハビリを行える施設自体が不足している。介護保険の適応にならない若年労働者についてはリハビリを行える施設は皆無に近い状態である。また障害者自立支援法による通所リハを受けるためには身体障害手帳が必要であるが、手帳申請には発症から 6 カ月間の観察期間が必要であり、回復期病院退院までには間に合わないケースが殆どである。特に高次脳機能障害を伴うケースでは、時間をかければ改善してくるケースも少なからず見受けられるが、長期治療を受けることができる病床は殆ど見当たらない。

② 患者・家族の問題点

患者自身の障害受容ができていないケース、経済状況などから復職への焦りが強いケース、逆に復職に対する不安が強いケースなどが問題となるが、病状や環境変化に対する理解不足や復職に対する知識不足が根底にあることが多い。その原因として主治医や医療スタッフからの説明不足があることも否定できない。

核家族化や家族関係の希薄化から、患者のメンタル面をサポートできるキーパーソンがいないケースが多い。また、雇用形態の変化から生活保障面でも厳しいケースが多く、キーパーソンが働きに出ないと収入面でもカバーしきれない。

運動機能障害よりも高次脳機能障害が問題となるケースが多いが、高次脳機能障害が家族や職場、社会一般にも十分理解されていない。

③ 事業所における問題点

正規雇用が減り派遣社員が増加するなど、雇用形態の変化や複雑化が復職の妨げとなっている。障害雇用率制度に関しても、雇用関係のある派遣元事業主に雇用義務が課せられ、各種助成金も一

部の例外を除き、派遣元に対して支給されており制度的な検討余地もある。加えて景気の低迷も大きな復職阻害要因である。

医療との連携という点では、医療側からの情報提供が不足しており、医療情報を理解する産業医や産業保健師などがきちんと配備されている事業所にも限りがある。

④ 労働行政・自治体における問題点

医療者側において根本的に就労に対する概念の理解が不十分な点があり、障害者における一般就労と福祉就労との違いを理解しておく必要がある。職業リハビリ領域における高次脳機能障害者の就労支援は、支援コーディネーター事業なども試行され、障害者職業センターによる機能評価やジョブコーチの利用などで比較的プログラム化されたものがあるが、医学的治療が終了した者が対象となるため、入院中から復職について相談することは事実上困難である。一方で医療分野における復職支援は近年ますますその機能を失いつつある。

3 考察

就労年齢の脳卒中患者の75%近くが3ヵ月後に自立した自宅生活を送っているにも関わらず、復職率は44%程度という約30%の開きがあることは重視されるべきである。復職時期からみると6ヵ月以内と1年半後の2つのピークがみられているが、医療機関のできることを、特に軽症例においては、復職コーディネーターの早期介入が原職復帰率の増加に貢献できる可能性がある。

しかし、この10年間で医療制度は大きく変化し、急性期・回復期・生活期と大きく分断されたために、長期予後を想定した治療と職業との両立がますます困難になりつつある。特に長期の関わりを要する高次脳機能障害者の就労支援に関しては、医療リハビリから職業リハビリへの連携をいかにスムーズにしていくかが医療側の重要課題となる。今回の事業においても、復職コーディネーター役のわれわれが介入することによって、最長介入期間が1年の時点で60%が原職復帰し、配置転換・離職後再就職を含めると73.3%が復職しており、その後も継続して就労している。

復職の見通しが立っていない4事例は、定年前の発症で復職を断念した例と派遣で職場での人間関係が良好でなかった例および重度高次脳機能障害2例で現在も治療中である。1例は遷延性意識障害となり入院加療中で、1例は発症1年を経過した時点でも身体障害手帳交付後に自立支援法での通所リハビリを継続している。

従来、障害者の就労に関しては、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の所管する地域障害者職業センターやハローワークなどが中心となって関わってきた経緯がある。職業評価に基づいた職業指導がなされ、職場での定着までを視野に入れた支援が行われてきた。しかし、脳卒中などの中途障害者においては原疾患の治療が終了している

ことが大前提となるため、医療機関との連携が欠かせないはずである。しかしながら、田谷ら⁵⁾の障害者職業センターを対象としたアンケート調査をみると、医療との連携は不十分という認識が強く、医療側からの情報提供も診断書くらいしかないという実情がある。

特に上述したような長期の関わりを要する高次脳機能障害者の就労支援に関しては、医療リハビリから職業リハビリへの連携をいかにスムーズなものにしていくかが今までも増して重要となり、医療側から情報提供をして行くという働きかけが課題となる。

4 まとめ

今なぜ「復職コーディネーター」養成を急ぐのか。少子化の進行が問題視されているわが国であるが、実は生活習慣の悪化から若年者脳卒中の増加も懸念されている。一人でも多くの中途障害者が復職することは、個人の生きがいはもとより国家の大計にも関わる大きなテーマである。

特に長期の医療や社会支援が必要となる脳卒中や脊髄損傷症例においては、急性期から一貫した関わりと評価が不可欠であるが、一方で医療制度改革はどんどん進んでいる。医療スタッフはみんな専門分化し、一人の患者に長期に関わる経験自体が出来なくなってきた。いわば個人を支えるヨーロッパ型の福祉制度と財政重視のアメリカ型の医療制度が混在するわが国では、その複雑な制度を利用するための水先案内人（復職コーディネーター）なしでは患者は路頭に迷うばかりである。

就労支援は、職業リハビリ分野ではこれまでに培われてきたノウハウがある。そのシステムに全て依存すればいいというものではない。医療リハビリのできる範疇はきちんと対応し、職業リハビリの適応があるものには切れ間を作ることなくスムーズに繋ぐという流れが必要であろう。人は人でしか救えないという面がある。組織やシステムが先行し、運用する人材が欠けていく前に急がなければならないと感じている。

【参考文献】

- 1) 佐伯覚、蜂須賀研二：脳卒中後の復職－近年の国際動向について、「総合リハ vol.39」、p.385-390、(2011)
- 2) 豊永敏宏：脳血管障害者における職場復帰可否の要因－Phase3(発症1年6ヵ月後)の結果から－、「日職災医誌 vol.57」、p.152-160、(2009)
- 3) 徳本雅子、甲斐雅子、豊田章宏、豊永敏宏：脳血管障害リハビリテーション患者における早期職場復帰要因の検討－労災疾病等13分野研究・開発・普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」より－、「日職災医誌 vol.58」、p.240-246、(2010)
- 4) 齊藤陽子：日本職業リハビリテーション学会 第39回愛知大会プログラム発表論文集、p.42-43 (2011)
- 5) 田谷勝夫：高次脳機能障害に対する理解と研究モデル事業の試行、「職リハネットワーク vol.60」、p.5-8、(2007)

リワーク支援利用者の主体性向上プロセスに関する一考察

浅井 孝一郎（宮崎障害者職業センター 障害者職業カウンセラー）

1 問題と目的

五十嵐¹⁾は職場復帰に向けた取り組みに必要な要素として「本人の意思で主体的に参加するというモチベーションを維持しつつプログラムに参加することが必要」としている。また、宮崎障害者職業センターでは「リワーク支援の本来の目的は職場復帰前のウォーミングアップの場であり、主体的に復職に向けて取り組むためのサポートの場である」とリワーク支援を位置づけている。そもそも主体性とは「自分の意志・判断で行動しようとする態度」を指すが、リワーク支援利用者（以下「利用者」という。）がリワーク支援で主体性を求められるのは職場復帰した後に1人の社員として業務を主体的に遂行するためのウォーミングアップを行っているためである。このことから支援者の役割は「職場復帰後のことも念頭に置いた上で利用者の主体性が向上するようにサポートすること」と考えることができる。しかし、利用者の中には主体性が向上しにくいと思われる者が少なくない。利用者の主体性向上が単に職場復帰を成し遂げるだけでなく、復職後の安定的な業務遂行に繋がっていくとすれば、主体性が向上することは再休職を予防する一要因とも考えることができる。そこで、利用者の「主体性向上プロセス」を分析し、支援者のアプローチ方法に反映することによって支援者としての機能をより向上できると考え、利用者・終了者からのインタビュー調査を実施した。データの分析方法として修正版グラウンデッド・セオリー（以下「M-GTA」という。）により概念化を試みた上で、「リワーク支援における主体性向上プロセス」について分析した後、利用者の主体性を向上するための支援者の役割について考察した。

2 方法

(1) 分析対象者とデータの収集方法

平成23年4月～9月に宮崎障害者職業センターのリワーク支援を利用した者で研究協力の了承が

得られた9人を対象とした。インタビューは質問項目を整理した半構造化面接の形式で行った。利用者の平均年齢は44.8歳。インタビューは8月～9月にかけて実施し、1人あたりのインタビュー時間は平均44.6分であった。

(2) 分析方法

①分析焦点者と分析テーマ

主体性の向上プロセスを明らかにするため、分析焦点者は「リワーク支援利用者」を対象とし、分析テーマは「リワーク支援利用者の主体性向上プロセス」とした。

②分析手順

分析焦点者と分析テーマの2つを基に概念を生成した。概念を生成するにあたっては分析ワークシートを作成した。分析ワークシートは概念名とその定義、データの具体的な記述を抜き出した具体例をもって概念（以下<>で表記）の生成を図った。また、概念をカテゴリー（以下【 】で表記）にまとめ、各概念の関係、プロセスを分析した。

3 結果と考察

分析の手順に従い「主体性向上プロセス」に関係する31の概念を生成し、6のカテゴリーに分類した。各カテゴリー間、概念間の関係を表1にまとめた。また、概念とカテゴリーの一覧を表2にまとめた。結果からは「主体性向上プロセス」は実態の行動と心理的な作用の両面で現れてくることが示唆された。以下で各カテゴリーの定義を示した上で、カテゴリー内の概念間の関連性や影響について結果を整理し、支援者の関わりについて考察する。

(1)【利用への葛藤】とは「利用を考えているが、支援を受け入れられない後ろ向きな気持ちと支援を受けることによって復職に前進する期待とが混在した葛藤状態」と定義した。

休職や発病した<現実の否認>と焦りや不安、病態によって生じる<自己認知の偏り>によって

現実感が損なわれ、リワーク支援の受講に少なからず、抵抗感を示す一方で、主治医などの＜専門家からの勧め＞や環境を変えることで一歩踏み出せる期待を＜センター利用への期待＞に持つアンビバレントな状態であるために主体性に揺らぎが生じるプロセスである。

自らの選択に葛藤が生じているプロセスであり、利用への動機付けに関係し、自らの方向性に揺らぎが生じやすい状況である。支援者は利用者の「辛さ」について支持的に関わり、利用者の行動について助言することが必要となる。利用者は「焦り」「不安」「自己像の不明確さ」など先の見えない不安感に苛まれている状態である。休職期間満了の問題はあるが、支援者は利用者の残された時間を考慮した上で、丁寧に利用者の考えを整理していくことが大切であろう。

(2)【生活環境】は「利用者各々がおかれた生活環境」と定義した。

休職期間に入り、復職までの＜時間的猶予＞や給与保障といった＜復職に関する制度＞など生活に関する諸条件、＜家族の存在＞状況によって＜切迫感＞は左右される。これらがあまりにも大きな負担であれば本人の主体的な行動意識を鈍らせることに繋がる。ただ、休職期間満了まで時間が残されていたり、＜家族の存在＞における配偶者の心理的、金銭的なフォローによっては＜切迫感＞が低減する。

直接介入しにくいプロセスと思慮されるが、まずは現状を整理することが大切である。なぜなら、切迫感が焦りから生じるものであれば一定の解消が図れるからである。利用者の中にはすでに一定の整理ができている者もいれば現在進行形で本人の主体性に寄与していくこともある。職業生活は生活環境に基づくものであり、生活環境に揺らぎが生じることは職場復帰後の利用者の心理状態に多大な影響を与える。利用者の中には他機関が生活面に介入することによって職場復帰への主体的な行動意欲が向上したケースもあり、地域の社会資源の利用が問題解決の糸口になる場合もあると考えられよう。

(3)【行動への働きかけ】は「リワーク支援等を通じて、自らに復職行動を促していくこと」と定義され、①自己の関心によるプロセスと②支援者

との関わりによって生じるプロセスがある。

①はリワーク支援が開始され、利用を通して＜カリキュラムへの関心＞が高まることで復職への取り組みが具体化し、支援者から提示された＜支援計画の理解＞を通して今後の見通しを立てていくプロセスである。こうしたプロセスが＜職業センターへの期待＞に繋がる。

利用者の関心・理解を高めることが主体性に繋がるため、利用者の状況を確認しながら理解を促していくことが必要と言える。現状を把握することによってセンターへの期待が高まっていくが、この期待感が依存心にならないよう、当初から支援者の姿勢を示すことが大切である。

②は支援者との関係性が自らの行動化に影響するプロセスである。少なからず休職によって自信を無くしている利用者は＜支援者からの肯定的な働きかけ＞によって被受容感を高め、支援者とのラポールの形成や支援の動機付けに寄与する。また、＜プログラムの実践＞への取り組み状況にも影響する。そうしたプロセスを経て、自らの＜行動の変容＞を確認することとなる。

職場復帰への取り組みの必要性を考えることと実行に移すことは別のプロセスと考え【行動への働きかけ】を2つのプロセスに分離した。②は①に基づいて実行に移すプロセスである。実行に際しては周囲の後押しや達成感などこれまでの休職期間で感じられなかった感覚を取り戻すことが主体性向上に繋がっていくことになる。ゆえに支援者からの受容やプログラムの実践によって行動に移せたこと、行動の変容による達成感等が本人の主体性の変容に寄与すると考える。

(4)【会社との関係性】は「会社とのやり取りとそれによって生じた利用者の感情」と定義し、様々な立場での対応が含まれ、利用者の感情に寄与すると考える。

利用者が個々に勤めている会社には＜メンタルヘルスに関する会社の姿勢＞があり、うつ病などの捉え方は各々異なり、利用者への＜会社の理解・配慮＞は様々である。＜同僚・上司のアプローチ＞を受ける事で利用者は自らが復帰した時の人間関係を予見し、その後の行動に影響する。また、＜産業保健スタッフのサポート＞は必ずしも全ての会社で受けられるわけではないが、上手く機能

すればくメンタルヘルスに関する会社の姿勢>にも影響し、利用者の安心感に繋がる。一方で、休職するに至ったきっかけである<会社への否定的な感情>が進捗の抵抗となる。会社からのサポートや職場からの働きかけは会社への<所属感の再確認>に寄与する。

会社の反応は休職中であるがゆえに敏感であり、肯定的な反応を得ることによって帰属感が増し、「戻る場所」の存在を確認することができる。一方で、会社側の反応が鈍ければ帰属感は低減し、自らの「戻る場所」は意識しにくく、職場復帰への取り組みを主体的に行うのみならず、職場復帰後の主体性にも寄与するプロセスと考える。このプロセスにおける利用者に対する支援としては利用者が主体的に会社と関わっていけるように確認事項や連絡の手段、伝え方等を一緒に検討していくことが挙げられる。支援が進む中で職業センターが会社と必要な調整をすることはあるが、必要以上に前面にでることなく、利用者の行動を損なわない対応が求められる。その意味で、利用者の主体性向上を単に利用者だけの問題として取り扱うのではなく、支援者の関わり方も利用者の主体性に寄与することを支援者自身が意識して支援を行う必要があるだろう。一方、会社への支援としては利用者の主体性が向上するような環境調整が支援者の主たる役割であろう。会社の態度は利用者の休職前の就労態度によって異なり、場合によっては会社が直接的な連絡に躊躇する場面も考えられるが、職業センターが必要以上に中継基地にならないよう、会社に対しても利用者に対する声掛け、関わり方を助言する立場であることを意識しておく必要がある。

(5)【集団との相互作用】は「共感的な存在との直接的・間接的な関わりの中で相互に生じる心理・行動的な刺激」と定義した。

リワーク支援を利用する前は家族はいても、自分と重なる存在はいなかったが、利用後は同じ復職を目指す<共感的な存在>が生まれる。リワーク支援ではグループワークを実施しており、そうした集団場面を通じて<他者の考え・境遇を聞く機会>を得る。その経験を通して<他者との比較>をすることで自己のおかれた境遇を客観的に捉えることとなり<安心感>に繋がることもある。

それらは<考え方の多様性>に繋がる。

リワークにおける集団について五十嵐は「多人数を集めて効率的にプログラムを集めて効率的にプログラムを実施することではなく、集団療法としての治療効果を狙うことが目的である。他者の行動が自己に影響を及ぼし、集団の力動もある」としている。確かに集団は他の利用者の職場復帰した姿や工夫、解決策を参考（モデリング）にすることができる点で効果的な側面が多い。しかし、一方で凝集性が高まりすぎ、集団の「心地よさ」が際立ってしまうことも懸念される。それ故に支援者は効果的な集団形成を図れるような雰囲気作りもさることながら、集団の目標（ここでは復職）を適宜明確に示すことによって、凝集性が高まりすぎないように目を向ける必要がある。

(6)【自己の気づき】は「自己理解が進むことで明確になった復職への課題によって生じる正負の感情」と定義した。

様々なプロセスを経て、<自己理解の深化>が進み、自己の特徴を把握する。それにより復職に関する向けての<自己課題の整理>を行い、復職への見通しが立ち始め<復職への手応え>となる。課題が明確になることで、以前休職経験のある会社への<職場復帰への不安>を感じる。また、病状についても理解が進むことで、<病状再燃の不安感>につながっていく。こうした不安感も<自己理解の深化>や<自己課題の整理>を進めることになり、相互に関係している。

このカテゴリーは自己理解や課題を整理することによって、主体性向上に繋がるプロセスと、これまでクリアでなかった問題に直面化することになり、その不安感から主体性が低下するプロセスとも考えられる。ただ、課題の直面化は復職には避けて通れず、不安が高まった時の対処法を事前に身につけたり、支持的な面接を繰り返したりするなど、個々の状況に応じた対応が支援者に求められると考える。

4 結語

「利用者の主体性向上」を図るための支援者の関わりをまとめると以下の通りである。

1) 時間的制約はあるものの、利用者の辛さに支持的な対応を通して共感を示し、必要な整理は丁

寧に行う姿勢が求められる。一方で、過度に関わりすぎないように常に利用者との距離感を意識し、支援者自身のモニタリングが必要と考える。

2) 支援者は利用者へ答えを与えるのではなく、やり方を一緒に考え、利用者が自らの行動として選択することを見守ることが大切である。一方利用者本人だけの力では解決できない(しにくい)会社の環境調整については一定の介入によって主体性が変容することが推察される。

3) 少なからず、自信を失い、孤独を感じている利用者が被受容感を持ち、共感的な関係をリワークで形成していくための枠組み作りを支援することが大切である。一方で凝集性が高まるにつれて、集団の「心地よさ」が際立つ場合も考えられ、利用者にとっての集団の意味を常に注視する必要がある。

ある。

最後に、本研究におけるインタビュー調査に快くご協力いただいたリワーク支援利用者に対し、ここに記して心から感謝申し上げます。

【引用・参考文献】

1) 五十嵐良雄:うつ病リワーク研究会の会員施設でのリワークプログラムの実施状況と医療機関におけるリワークプログラムの要素「職リハネットワークNo.67」(2010)
 ・リワークプログラムとその支援技法在職精神障害者の職場復帰支援プログラムとその試行について
 ・木下 康仁:ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法修正版 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂 (2007)

表1 主体性向上プロセスの概念図

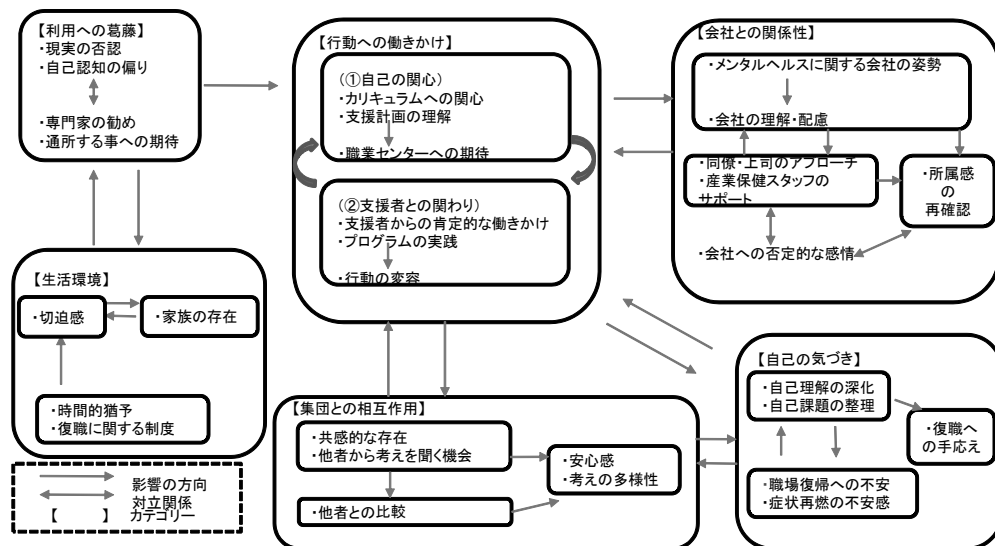


表2 主体性向上プロセス概念一覧

No	概念	定義	概念	定義
Category1: 【利用への葛藤】				
1	現実の否認	自らが発病したことや施設を利用する事になった現実を否定したい心境	メンタルヘルスに関する会社の姿勢	利用者が所属する会社が示すメンタルヘルスの姿勢
2	自己認知の偏り	健康的な自己評価が崩れ、自己認識に誤解・偏りが生じている状態	会社の理解・配慮	利用者が感じる会社側から示された病気への理解や配慮の程度
3	専門家の勧め	一定の信頼関係のある主治医などからリワーク支援の利用勧奨を受ける	同僚・上司からのアプローチ	利用者の同僚や上司から発せられる肯定的・否定的な働きかけ
4	通所への期待	環境の変化や支援を受ける事による期待感	産業保健スタッフのサポート	産業医や保健師等産業保健スタッフから受けるサポート
Category2: 【生活環境】				
5	家族の存在	家族の存在によって生じる肯定的・否定的な考え	会社への否定的な思い	発病原因を会社に帰属させたり、会社の対応に不満を持つ等利用者の会社に対する
6	切迫感	本人を取り巻く生活環境が本人に与える切迫感	所属感の再確認	会社との面談を通じて、自己の所属感を再確認する過程
7	時間的猶予	会社の規定で決まっている休職期限満了までの残された時間	共感的な存在	自らと同じ境遇のリワークメンバーの存在が利用者にと与える影響
8	復職に関する制度	それぞれの所属会社で規定されている給与保障やリハ出勤制度など決められた枠組	自己理解の深化	自己の病識や性格的な部分等について自己の気づきや他者との関わりの中で獲得した理解
Category3: 【行動への働きかけ】				
9	カリキュラムへの関心	リワーク支援で行うカリキュラムについて利用者が示す関心	他者との比較	メンバーと自らを対比させて自らの置かれた現状や病状についての確認行為
10	支援計画の理解	2~3ヶ月を標準とした個別の支援計画書について対象者が示す理解	安心感	他者の存在や現状の整理を行うことによって生じる安心感
11	職業センターへの期待	利用者が職業センターに示す期待感	多様な考え方	メンバーとのやり取りを通して一義的な考えではなく、多様な考え方に気付く
12	支援者からの肯定的な働きかけ	利用者が支援者から受ける肯定的な働きかけ・反応	自己理解の深化	自己の病識や性格的な部分等について自己の気づきや他者との関わりの中で獲得した理解
13	プログラムの実践	リワーク支援で紹介されたストレス対処法やアサーショントレーニングを対象者が実践	自己課題の明確化	自己理解を進める上で自己の課題について直視し、整理・明確化
14	行動の変容	利用者が感じる心理・行動的変化	職場復帰への不安	見通しが立ったことで復職という現実が間近に迫ったことによって生じる不安感
			症状再燃を懸念	症状が再燃して復帰した後に再休職となるのではないかという心配
			復職への自信	利用者が職場復帰支援を受けたことによって感じる手応え

うつ病などメンタルヘルス不全者の 職場適応を支援する技法に関する一考察

ーナビゲーションブックの活用事例からー

関根 和臣（福井障害者職業センター リワークカウンセラー）

1 はじめに

福井障害者職業センター（以下「福井センター」という。）では、平成22年度、福井県内の事業所800社を対象に、メンタルヘルス不全体職者の職場復帰に関するアンケート調査を実施するとともに、リワーク支援終了後に復職した20名を対象に、復職後のセルフケアに関するアンケート調査を実施した。

その結果、事業所調査では、職場復帰のプロセス（過程）に「問題が多い」と回答した事業所が全体の6割弱（58.1%）と多く、職場復帰に際して、企業が困難さを感じていることは、「病状のわかりづらさ」（76.3%）、「復職の可否判断が困難」（72.0%）、「上司が本人との接し方に悩む」（56.5%）、「周囲の従業員の理解が得られない」（48.3%）の順であった。また復職者調査では、職場復帰後に仕事（職場）への適応を優先するため、疾病管理のために必要なセルフケアを維持・継続できないといった問題が指摘された¹⁾。

これらの課題に対処するため、福井センターでは、平成22年8月から職場復帰（リワーク）支援において、復職者の抱える職場適応上の課題と、事業主の労務管理の方法について情報の整理を行うことを目的に、『復職ナビゲーションブック』の作成を試行している。この『復職ナビゲーションブック』は、復職者ご本人が主治医やリワーク支援の担当職員の助言を受けて作成し、職場復帰に際して、事業主に提出するものであって、①残遺する課題、②その課題の自己管理の方法（セルフケア）、③その課題へ事業主に配慮（ラインケア、産業保健スタッフによるケア）を望むことの3点で構成されるものである。

今回、過去1年間のリワーク支援終了者（復職者）が作成した『復職ナビゲーションブック』を調査対象として集計し、復職者の求めるラインケア等やセルフケアの方法について調査・分析したので、報告する。

2 調査対象

平成22年8月～平成23年9月の期間に福井センターのリワーク支援を終了し、『復職ナビゲーションブック』の作成及び事業主への提出に同意した21名の『復職ナビゲーションブック』（21件）を調査対象とした。

3 結果

(1) 復職者の概要

『復職ナビゲーションブック』を作成した復職者（21名）の概要を示す。

①性別、年齢

性別は、男性16名（76.2%）、女性5名（23.8%）であった。年齢は、50歳代が1名、40歳代が10名、30歳代が8名、20歳代が2名であって、平均39.3歳であった。

②疾患別（診断名）

うつ病（単極性）が12名（57.1%）、双極性障害が4名（19.0%）、統合失調症が2名（9.5%）、不安障害、適応障害、自律神経失調症がそれぞれ1名（4.8%）であった。

③復職先の職種別

製造業が15名（71.4%）、非製造業が6名（28.6%）であった。

(2) 『復職ナビゲーションブック』記載内容

表1に、復職者が「課題」として記載した内容を示す。「業務遂行能力の低下」が13人（61.9%）で最も多く、次いで「対人関係に不安がある」と「認知に偏りがある」がそれぞれ9人（42.9%）であった。「過緊張、パニック状態」と「残遺症状（不眠、めまい、頭痛等）」がそれぞれ5人（23.8%）であった。

表2に、復職者が「課題」に対して挙げた対策（セルフケア）の内容を示す。対策は合計で62件あり、「認知行動療法の考え方」を援用することが12件（19.4%）で最も多く、次いで「アサーティブな対応」が11件（17.7%）、「上長らへの相談」

表1 職場復帰時の課題 (N=21)

内 容	人数	割合
業務遂行能力低下	13	61.9%
対人関係に不安がある	9	42.9%
認知の偏りがある	9	42.9%
過緊張、パニック状態	5	23.8%
残遺症状(不眠、めまい、頭痛等)	5	23.8%
記憶力の低下	4	19.0%
病気があることへの負い目	3	14.3%
過剰適応しがち	3	14.3%
体力の低下	2	9.5%
悩み・不安	2	9.5%
ブランクにより仕事が終わらない	1	4.8%
治療中であること	1	4.8%
発想、発案力の低下	1	4.8%

表2 課題への対策(セルフケア)

内 容	件数	割合
認知行動療法の考え方	12	19.4%
アサーティブな対応	11	17.7%
上長への相談	10	16.1%
体調の自己管理を徹底	9	14.5%
補完手段の活用	8	12.9%
リラクゼーション	6	9.7%
メモの活用	3	4.8%
業務量の自己管理	2	3.2%
能力回復のためのセルフトレーニング	1	1.6%
合計	62	100.0%

表3 課題について事業所への要望(ラインケア等)

内 容	件数	割合
相談に応じて欲しい	23	26.4%
声かけして欲しい	17	19.5%
業務量の軽減	11	12.6%
適応するまで時間が欲しい	10	11.5%
業務内容の軽減	6	6.9%
仕事を教えて欲しい	6	6.9%
通院することへの理解	3	3.4%
仕事が遅くなっていることへの理解	3	3.4%
休息の工夫を了解して欲しい	3	3.4%
単独作業を回避してほしい	3	3.4%
補完手段を了解して欲しい	1	1.1%
職場環境の調整	1	1.1%
合計	87	100.0%

が10件(16.1%)、「体調の自己管理を徹底」が9件(14.5%)と続いた。

表3に、復職者がセルフケアの対策を講じた上で事業所に求める配慮(ラインケア等)について、その内容を示す。要望は合計で87件あり、「相談に応じて欲しい」が23件(26.4%)と最も多く、次

いで「声かけして欲しい」が17件(19.5%)であった。この「相談」と「声かけ」を合わせて46.0%であって、要望全体の半数近くとなった。次いで、「業務量の軽減」が11件(12.6%)、(職場復帰してから)「適応するまで時間が欲しい」が10件(11.5%)であった。

(3) 課題に対する対策と要望の関係について

表1に示す復職者が職場復帰時の課題として挙げたもののうち、特に多くの復職者が挙げた課題について、その対策(セルフケア)と事業所への要望(ラインケア等)について、結果を示す。

① 業務遂行能力の低下

表4に、「業務遂行能力の低下」についての復職者自身の「対策」と事業主への「要望」を示す。対策は「補完手段の活用」が8人(61.5%)と最多で、次いで「リラクゼーション」2人(15.4%)と続いた。

事業主への要望は、「声かけして欲しい」が3人(23.1%)で、「相談に応じて欲しい」、「業務内容の軽減」、「単独作業を回避して欲しい」がそれぞれ2人(15.4%)と続いた。事業主への要望は、さまざまな内容のものが数多く挙げられた。

表4 業務遂行能力の低下(N=13)

	内 容	人数	割合
対策	補完手段の活用	8	61.5%
	リラクゼーション	2	15.4%
	業務量の自己管理	1	7.7%
	能力回復のためのセルフトレーニング	1	7.7%
	上長への相談	1	7.7%
事業主への要望	声かけして欲しい	3	23.1%
	相談に応じて欲しい	2	15.4%
	業務内容の軽減	2	15.4%
	単独作業を回避して欲しい	2	15.4%
	業務量の軽減	1	7.7%
	適応するまで時間が欲しい	1	7.7%
	仕事を教えて欲しい	1	7.7%
	休息の工夫を了解して欲しい	1	7.7%
	仕事が遅いことを了解して欲しい	1	7.7%

表5 対人関係が不得手(N=9)

	内 容	人数	割合
対策	アサーティブな対応	7	77.8%
	上長への相談	2	22.2%
要望	相談に応じて欲しい	7	77.8%
	声かけして欲しい	3	33.3%
	適応するまで時間が欲しい	1	11.1%

表6 認知の偏り(N=9)

	内 容	人数	割合
対策	認知行動療法の考え方	9	100.0%
要望	声かけして欲しい	8	88.9%
	相談に応じて欲しい	4	44.4%

表7 過緊張、パニック状態(N=5)

	内 容	人数	割合
対策	リラクゼーション	3	60.0%
	体調の自己管理	1	20.0%
	認知行動療法	1	20.0%
要望	業務量の軽減	2	40.0%
	業務内容の軽減	1	20.0%
	適応するまで時間が欲しい	1	20.0%
	通院することへの了解	1	20.0%

表8 残遺症状(N=5)

	内 容	人数	割合
対策	体調の自己管理	5	100.0%
要望	相談に応じて欲しい	4	80.0%
	職場環境の調整	1	20.0%

②対人関係が不得手

表5に、「対人関係が不得手」についての復職者自身の「対策」と事業主への「要望」を示す。

対策は「アサーティブな対応」を取ることが7人(77.8%)と最も高く、次いで「上長らへの相談」が2人(22.2%)と続いた。

事業主への要望は、「相談に応じて欲しい」が7人(77.8%)と最多で、次いで「声かけして欲しい」が3人(33.3%)であった。

対人関係の問題については、「対策」も「要望」も2～3程度の限られたものとなっていた。

③認知の偏り

表6に、「認知の偏り」についての復職者自身の「対策」と事業主への「要望」を示す。

対策は「認知行動療法の考え方」を援用することを全員(100.0%)が挙げた。

事業主への要望は、「声かけして欲しい」が8人(88.9%)と最多で、次いで「相談に応じて欲しい」が4人(44.4%)であった。1人を除いて、上長らからの「声かけ」を要望しており、これに「相談に応じて欲しい」が続く結果であった。

④過緊張、パニック状態

表7に、「過緊張、パニック状態」についての復職者自身の「対策」と事業主への「要望」を示す。対策は「リラクゼーション」(自律訓練法等)が最多で3人(60.0%)であった。

事業主への要望は、「業務量の軽減」が2人(40.0%)で、「業務内容の軽減」、「適応するまで時間が欲しい」、「通院することへの了解」がそれぞれ1人(20.0%)であった。

⑤残遺症状

表8に、「残遺症状」についての復職者自身の「対策」と事業主への「要望」を示す。

対策は「体調の自己管理」を取ることを全員(100.0%)が挙げた。

事業主への要望は、「相談に応じて欲しい」が4人(80.0%)で、「職場環境の調整」が1人(20.0%)であった。

4 考察

休職者が職場復帰に際して、最も「課題」と捉えたことは「業務遂行能力の低下」であった。福井センターのリワーク支援では、月～木の午前中2時間を作業課題カリキュラムとしており、トータルパッケージ(M-ワークサンプル)を用いて、主に事務作業、OA機器操作の作業の正確さ(正答率)及び作業時間の健常者標準比を測ることとしている。併せて、利用者は作業への集中力の低下の程度、易疲労性等も体験する。

このカリキュラムを通じて、利用者はどの程度の精神運動制止(集中力、記憶力、判断力等の低下)が生じているか自己の状態を客観的に把握し、職場復帰時の対策として挙げていると思われる。

また、事業主もうつ病などの気分障害に関して、悲観的思考が症状の主体であって、判断力などの能力の低下が一時的であっても生じていることを知らされていない事例が少なくない。

このため、復職時に復職者ご本人が事業主に対して、一定程度の能力低下が生じていることをオープンに伝えていくことは、復職後の労務管理上きわめて重要な情報となっていると考えられる。

「業務遂行能力の低下」に対する対策は、補完手段の活用が主であるが、事業所への要望については、特定の要望に絞られず多岐にわたった。これは、復職先の事業所の規模や環境によって、事

業主に「要望できること」と「要望できないこと」があることの影響と推測される。

「過緊張、パニック状態」についても、同様に事業所（職場）の状況によって、求めていく配慮が異なる傾向があると考えられる。

他方、「対人関係が不得手」や「認知の偏り」、「残遺症状」の課題については、セルフケアの対策もシンプルであり、事業主への要望も「声かけして欲しい」、「相談に応じて欲しい」などに限られている。このような課題に対しては、事業所の規模や環境、業種に関係なく、求める配慮や労務管理も同じであると推察される。

また、「対人関係が不得手」では、事業所に求める配慮について、「相談に応じて欲しい」[自分→上長] (77.8%)が「声かけして欲しい」[上長→自分] (33.3%)の2倍以上であるのに対して、「認知の偏り」では、反対に「声かけして欲しい」[上長→自分] (88.9%)が、「相談に応じて欲しい」[自分→上長] (44.4%)の2倍となっていた。

これは、対人関係の問題であれば、自らアサーティブな主張を心掛けて解決しようとするのに対し、認知の偏りが生じた場合は、自身の様子を変であれば「声かけして欲しい」と上長らのラインケア等を強く求めているものと推測される。

このように、「課題」となっていることの特性によっても、セルフケアやラインケア等のあり方が変わってくるものと考えられる。

結果全体を概観すると、平成22年度の調査結果から事業主が最も苦慮している問題の「病状がわかりづらい」については、復職者自身が「課題」として挙げたとおりで、特に予想外の内容などはなく、一般的にメンタルヘルス不全者が抱える課題であった。問題なのは、この疾病の特徴を事業主が十分に知らされていないことであって、今後、復職コーディネーター等の場面を通じて、事業主に繰り返し伝えていくことが重要と思われる。

また、復職者自身の課題への対応（セルフケア）については、認知行動療法の考え方を活用していくことや、アサーション、上長らへの相談、体調の自己管理、補完手段の活用、リラクゼーションなどであって、これまでも職場復帰支援において必要と指摘されてきたスキルであって²⁾、休職者が確実にこれらのスキルを獲得できるよう

に、支援を行うことの必要性を再確認できる。

さらに、復職後の課題に関して、復職者が事業主に求めている要望は、「相談に応じて欲しい」、「声かけして欲しい」といった職場上長や同僚とのコミュニケーションが中心であって、業務の量や質（業務内容）の軽減は、その次に求めているという事実である。

メンタルヘルス不全体職者の職場復帰の際には、緩和勤務や負担の少ない作業から始めること等を事業主の配慮として掲げる例が少なくないが、実際に復職する当事者が求めている配慮とはズレが生じている可能性も示唆される。この点について、職場復帰支援における事業主支援の場面等を通じ、真に必要な労務管理や配慮が何であるかを、事業主、復職者、主治医らの意見を十分に確認して明らかにしていくことが重要と思われる。

5 今後の課題

『復職ナビゲーションブック』の試行開始後、1年を経過し、復職者、事業主の双方から高く評価されている。また、安定した職場適応（復職継続率）にも効果がみられている。

本調査によって、復職する当事者が何を課題と考え、どのような対策を講じ、どんな配慮を求めかについて、その概要を示すことができた。

今後は、復職者の職場定着により役立つ形に『復職ナビゲーションブック』を改良していくとともに、復職支援に従事する支援者が、どのようなセルフケアと、ラインケア等が職場復帰に有効であるのか、改めて検証していくことが今後の課題と言えよう。

【参考文献】

- 1) 関根和臣:うつ病などメンタルヘルス不全体職者の復職後職場定着への事業主及び復職者のニーズに関する一考察,第18回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集(2010).
- 2) 野口洋平:メンタルヘルス不全体職者の復職支援における課題について,日本精神障害者リハビリテーション学会第16回大会抄録集(2008)

障害の多様化に対応する事業主支援の推進と課題

石川 球子（障害者職業総合センター 主任研究員）

1 目的

近年、若い世代を中心にその職業生活に影響を及ぼす非定型うつ病¹⁾や不安障害が増えており、職場のメンタルヘルスにおけるこうした障害の多様化への対応を迫られている。

こうした現状を踏まえ、「障害の多様化に対応する事業主支援に関する研究」では、支援者が職業リハビリテーションの一環として事業主と連携し、速やかに行う職業生活への復帰支援が3次予防の観点からも重要となることに焦点をあて、研究を行っている。

そこで、本稿では、職場のメンタルヘルスと事業主と連携した職業リハビリテーションに焦点をあて、障害の多様化に対応する事業主支援ニーズの変化を地域障害者職業センターの実践等もまじえつつまとめ、さらに復職支援における課題について障害者のニーズ、事業主のニーズ、労働環境、そしてこころの健康づくりの側面から考察することを目的とした。

2 方法

ネットワークを含む内外の研究機関を介して、公開情報を活用するとともに、就職・職場復帰支援についての海外での枠組みとして障害管理

(disability management) の考え方に基づくマネジメント基準²⁾などとも照らし合わせつつ、専門家ヒアリング及び文献検索等により情報を収集し、検討を行った。

3 障害の多様化と事業主支援ニーズの変化

(1) 障害の多様化への支援の必要性

メンタルヘルス不全とは、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指す³⁾。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、不適応や意欲の低下、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⁴⁾。日本においてメンタルヘルス不全の社会現象は、増加傾向にある⁵⁾。また、同様の傾向は海外にもみられ、こうした現象に起因する経済的損失が危惧される²⁾。支援が必要となる職場におけるメンタルヘルス不全には表1に示す多様な症状⁶⁾の他に、摂食障害などの依存症が含まれる。

表1 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
 - ・ 統合失調症
 - ・ 心的外傷後ストレス障害
-

(渡辺,2009)⁶⁾

主要な労働人口である20代から50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代、40代に患者数が多いことが特に問題となる。

メンタルヘルス不全に陥る従業員の発生は、従業員本人や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、社会的信用などの大きな損失を伴う⁴⁾可能性がある。

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（後述）が多い。また、パーソナリティ障害や発達障害の併存も少なくないとの報告⁷⁾もある。

(2) 職場での多様な「抑うつ状態」への対応

「抑うつ状態」を呈し得る精神及び行動の障害を国際疾病分類に従い表2⁸⁾にまとめた。

表2 「抑うつ状態」を呈しうる精神及び行動の障害

- ・器質性気分障害 (F06)
- ・精神作用物質 (アルコール等) 使用による精神及び行動の障害 (F10)
- ・気分 (感情) 障害 (F03)
- ・神経症性障害、ストレス関連性障害 (F04)

(荒井, 2007)⁸⁾

表3及び表4に示す就業状況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⁸⁾。こうした抑うつ状態の職員の勤務や休暇の取り方の問題、業務遂行能力の制限、頻回欠勤症、休業と復職の繰り返しへの対応が必要となるとの指摘⁸⁾がある。

表3 現在の職場の産業精神保健に関する外的問題点

- 業務による過剰な負荷が組織・個人に認められる
 - 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
 - ④利害関係の調整等が多い
 - ⑤業務の代替え要員が少ない
 - ⑥締め切りが短期間になっている
 - ⑦職位による仕事の分業ができない
 - ⑧担当者と管理者の立場が曖昧になっているなど

表4 現在の職場の産業精神保健に関する個人的問題

- 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
 - ③価値観の基盤が質より量に傾いている
 - ④ライフワークとして仕事が位置づけられていない
 - ⑤困難の原因を自分以外に帰属させる傾向が強い
 - ⑥家族・地域の対人関係が不安定
 - ⑦個人が生産者の立場よりも消費者としての視点が優性になったなど

(荒井, 2007)⁸⁾

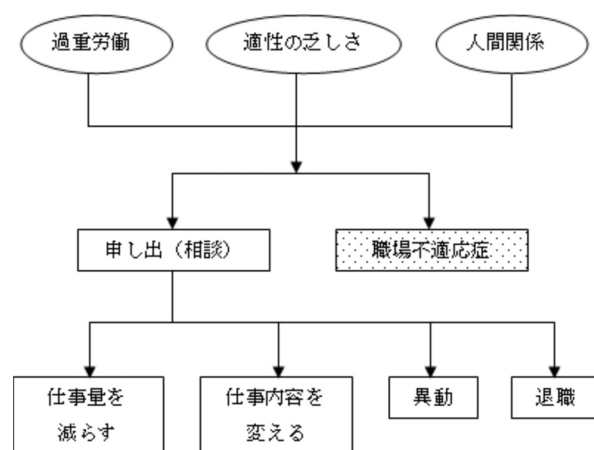
(3) 適応障害及び職場不適合症への対応

適応障害 (表1) とは生活上のストレスや環境などにうまく適応できず、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⁹⁾。ストレスの要因が職場にある場合を職場不適合症としている⁹⁾。

職場不適合症の多くは適応障害であるといわれている⁹⁾。職場不適合は40代以下の若い世代に急増している⁹⁾。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。

①職場不適合症となるきっかけ

図1に示すように職場不適合となるきっかけとして、過重労働、適性の乏しさ、人間関係が挙げられる⁶⁾。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合症になるおそれがある⁶⁾。

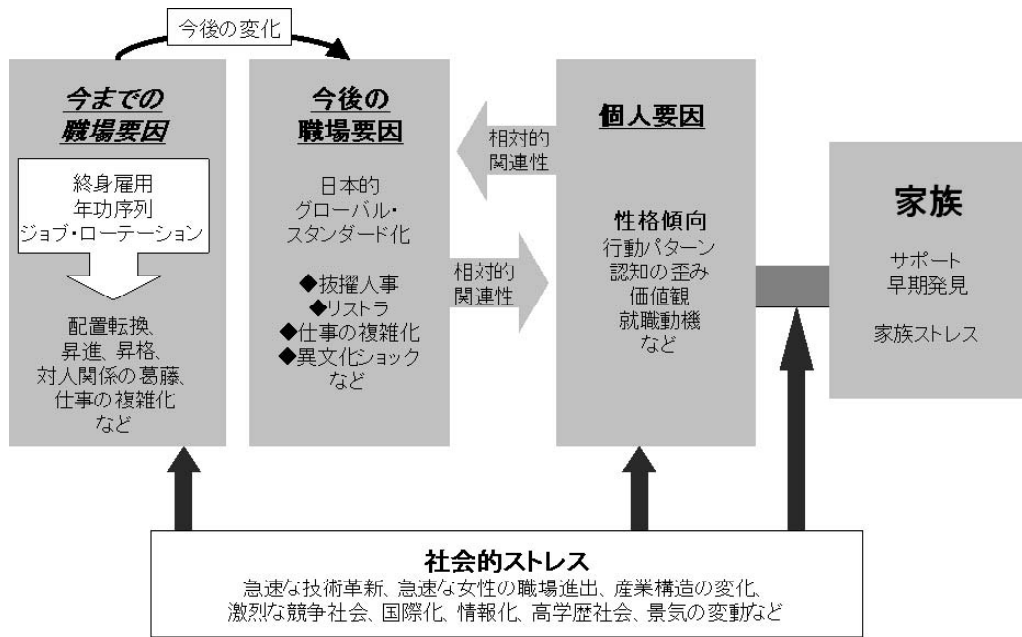


(渡辺, 2009)⁶⁾

図1 職場不適合症の3つの要因

②適応障害発症のメカニズム

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。適応障害発症に関する今迄の職場要因 (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¹⁰⁾もある (図2)。こうした状況への対応が必要となる。



(夏目, 2011) ¹⁰⁾

図2 適応障害の発症メカニズム、現在と今後

(4) 若年労働者のメンタルヘルス不調への対応
平成20年度版「労働経済の分析(労働経済白書)」(厚生労働省編) ¹¹⁾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。さらに、若い世代に不安障害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が増えている ¹²⁾。

また、新入社員について、その時期については一概には言えないが、研修が済んで責任のある仕事(役割)についてからメンタルヘルス不調を発症する事例が多い ¹²⁾ との指摘もある。

(5) 総合的なメンタルヘルス対策の構築

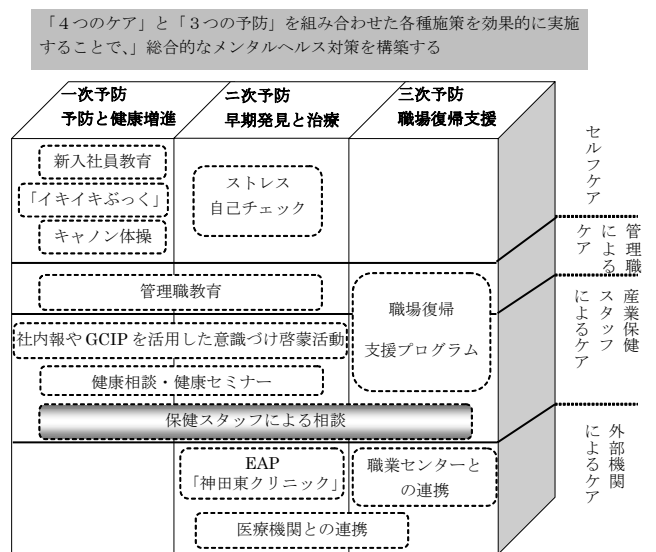
心の健康づくりで推奨されている「4つのケア」と「3つの予防」を組み合わせた各種施策を効果的に実施できる総合的なメンタルヘルス対策(図3)を構築することが重要となる ¹³⁾。障害が多様化する中、こうした対策は重要な役割を果たす。

(6) 地域障害者職業センターでのリワーク支援を経て復帰に成功したケース

図3にもあるメンタルヘルスにおける三次予防

とは、円滑な職場復帰を実現し、かつ再発を防止することを指す。

軽症うつ病のBさん(30代後半)は6ヶ月休職後、6ヶ月間勤務継続、再度長欠(1年間)となった。産業医の勧めや少しずつ負荷を上げられるシステムに安心感を持ち、地域障害者職業センターのリワーク支援事業により復職している ¹⁴⁾。



(高田・大野, 2007) ¹³⁾

図3 メンタルヘルス施策体系図

4 復職をめぐる事業主支援の課題

(1) 障害の多様化に伴うあらたなニーズ

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もしばしば、休職の際の診断書などに「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¹⁵⁾がある。

また、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¹⁵⁾。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¹⁵⁾。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考えられる。

(2) 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¹⁵⁾。

本稿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復職支援が推進されており、こうした支援が重要な役割を果たすと考えられる。

(3) 事業場側の阻害要因

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。

また、一企業で取り組むことが負担であるとの意見もあり²⁾、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。

【参考文献】

- 1 香川リカ:うつ病の増加と変化について、「ストレス科学」, Vol.24 ,No.1, p.3-9, 日本ストレス学会 (2009)
- 2 石川球子:『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 (2011)
- 3 笹尾社会保険労務士事務所:ストレス関連疾患(心身症)とメンタルヘルス不全
www.sr-sasao.jp/article/13951070.html
- 4 人事解決.COM:労務管理.
www.jinikaiketsu.com/blog/faq02/2010/10/post-119.html
- 5 障害者職業総合センター:『うつ病を中心としたメンタルヘルス不全による休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」(2010)
- 6 渡辺登:「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(2009)
- 7 渡辺洋一郎: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」, p.307, 日本産業精神保健学会(2010)
- 8 荒井稔: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」,p.228-232, 日本産業精神保健学会(2007)
- 9 メンタルヘルス対策・心の健康検査D-PAT
www.qol-souken.org/d-pat/column/110107.php.
- 10 夏目誠:特集:疾患に応じた復職支援の実際(ポイント) 適応障害の視点から「産業精神保健Vol.19, No.3」,p.168-174, 日本産業精神保健学会(2011)
- 11 厚生労働省:「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)(2008)
- 12 中央労働災害防止協会:「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—」(2009)
- 13 高田洋孝 大野和人: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」, p.30-34, 日本産業精神保健学会(2007)
- 14 牧野純:職場復帰の困難事例とその対応「心と体のオアシス Vol.10」,p.10-15, 中央災害防止協会(2009)
- 15 菅原誠: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, 中央災害防止協会(2009)