

平成22年度

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

# 難治性うつ事例への リハビリテーションシステム開発事業

(社)日本精神保健福祉連盟企画実行委員会

---

平成22年度

難治性うつ事例への  
リハビリテーションシステム開発事業

(社)日本精神保健福祉連盟企画実行委員会



研究代表者：保崎秀夫 (社)日本精神保健福祉連盟会長

主任研究者：大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟常務理事

研究協力者：五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門院長  
黒木宣夫 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室 教授  
桂川修一 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室准教授  
端こず恵 東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック  
長谷部マリ子 日本NCR健康保険組合

(社)日本精神保健福祉連盟企画実行委員会

委員長 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟 常務理事  
浅井 邦彦 医療法人社団静和会 浅井病院 理事長  
滝沢 武久 元(社)全国精神障害者家族会連合会 参与  
村田 信男 (財)日本精神衛生会理事  
五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長  
近藤 直司 山梨県精神保健福祉センター 所長  
大塚 淳子 (社)日本精神保健福祉士協会 常務理事  
小野 隆 (社福) 日本身体障害者団体連合会職業自立等相談員

---

## はじめに

---

(社)日本精神保健福祉連盟では、永年にわたり精神保健福祉の向上につながる研究調査活動を展開してきた。近年の社会情勢・社会構造の急激な変化、とりわけ未曾有の経済不況は国民のメンタルヘルスに関しても深刻な影響を与えている。その1つが、うつ病に罹患する勤労者の増加である。

国を挙げての自殺予防対策に関しても、その背景としてうつ病など精神疾患の存在が重要な鍵になるとの認識が高まっている。とはいえ、今日のうつ病の概念が多様化・拡散化したこともあり、勤労者のいわゆる難治性うつ事例が急増し、長期の休職を余儀なくされたり退職に至る事例が少なくない。そのため、当該労働者・家族はもちろん、職場関係者にとってもその対応に苦慮している。

こうした認識のもと、当連盟内の「企画実行委員会」を中心に、一部、外部委員を加えて、3年計画で事業を計画した。すなわち、難治性うつに関する実情を把握し、その原因・要因の解明し、難治性うつで悩む勤労者への支援システムの構築およびリハビリテーションプログラムの開発を目指したのである。

初年度にあたる平成21年度事業では、基礎的な調査と課題を明確化させることにあった。難治性うつに関する原因・要因の解明、難治性うつとして医療機関に受診している事例の実情把握のために、精神科医療機関やうつ病者のリワークを実施している医療機関、全国の障害者職業センターなどを対象にアンケート調査や聞き取り調査を実施した。

そして本22年度においては、実際にうつ病リワークを実施している医療機関などでのデータを解析し、リワークプログラムの見直しなどが検討された。詳しい内容は本論に譲るが、例えば、リワークプログラムの継続期間が90日以上の方が、再発の可能性が低い可能性があること、従来の集団療法的な手法が中心だったプログラムに加え、家族も含め個別のアプローチが求められているなど、興味ある結果が得られている。もちろん、こうした支援は対費用効果からも検討していく必要があり、来年度事業の大きな課題になると考えられる。

なお、本報告書だけではなく、関連学会での発表、当連盟ホームページ・連盟だより(年3回発行)・広報誌などでの啓発普及を継続している。

最後に、調査研究にご協力をいただいた各位に、深く感謝を申しあげる。

平成23年3月

保崎秀夫 (社)日本精神保健福祉連盟会長  
大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟常務理事

# 目 次

第1部 復職支援としての事業場外資源の活用 . . . . .	7
主任研究員 大西 守	
Ⅰ、復職支援における事業場外資源の位置づけ . . . . .	8
Ⅱ、障害者職業センターの現状 . . . . .	9
第2部 精神科医療機関での難治性気分障害に関するアンケート調査 . . .	13
第3部 リワーク実施施設での難治性うつに対する多面的な検討 . . . . .	29
第4部 職場復帰支援デイケアセンター利用者における 心理検査からみた難治性うつ病患者の性格面・知的面の特徴 . . .	49



## 第1部 復職支援としての事業場外資源の活用

主任研究者 大西 守



---

## 第1部、復職支援としての事業場外資源の活用

---

主任研究者 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟  
研究協力者 長谷部マリ子 (日本NCR健康保険組合)

### I、復職支援における事業場外資源の位置づけ

職場はリハビリテーション施設ではないにもかかわらず、日本ではリハビリ出勤や試し出勤が広く実施されている。しかしながら、うつ病をはじめ精神疾患の多くは、こうした回復期は症状的には不安定で、病状の像悪や自殺を引き起こす可能性の高い時期に相当する。

また、日本的リハビリ出勤は、休職(状態)のまま実施されるなど、法的な労働者性の問題もからんで、実施途上での事故に対する補償や賃金支払いなど責任範囲の不明瞭さも指摘されている。そのため、リハビリ出勤とは呼ばず、「適応観察」「会社ごっこ」など涙ぐましい職場側の配慮さえうかがえる。さらに、回復できないまま障害が残るケースや、他罰的で好訴的なケースなどに対して、性善説を前提とした労務管理や復職支援だけでは限界があるようだ。

こうした安易なりハビリ出勤制度導入を生み出した背景の1つが、2004年に厚生労働省から公表された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」で、2009年にはその改訂版が出ている。研究員もこの手引き作成に関わったが、やや誤解が存在するようである。この手引きは産業医をはじめ産業保健スタッフが存在し、人事労務部門も適正に機能していることが前提となっており、中小事業場や分散事業場においては適用できない部分も少なくない。また、前書きに「心の健康問題による休業者で、医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復した労働者を対象としたもの」と明記されているように、不十分な回復状態の勤労者にまで適用できる魔法の手引きではない。一見、好ましい復職支援と思われる安易なりハビリ制度が、うつ病の慢性化・遷延化、ひいては難治性うつを創りだす土壤になりかねないのである。

もちろん、複雑化した企業社会において、うつ病や不安障害で悩む勤労者に対しても、なんらかのリハビリ的な対応が求められるケースが増加しているのは間違いない。また、職場に対して復職に前後する合理的配慮が従来以上に求められてきているが、その明確な位地づけは不明瞭なままである。

したがって、勤労者・職場双方が負うリスクの軽減や有効なりハビリテーションを実現させるためには、事業場外での専門施設においてきちんと実施していくべきではないだろうか。最近では、うつ病勤労者を対象としたリハビリテーション(リワーク)を実施する医療機関などが少しずつ増えてきた。代表的なりワーク施設として

は、医療機関の集まりである「うつ病リワーク研究会」や高齢者・障害者雇用促進支援機構や各都道府県の障害者職業センターなどがあげられる。医療機関としてのリワーク施設は、精神科デイケアなどの医療費がかかること、まだ地域に偏りがあるなどの問題点があげられる。一方、障害者職業センターのリワークは各都道府県に設置され、無料で利用できるが、非医療機関であることからの専門性の限界や、公務員が利用できないなどの制約がある。

さらに、勤労者や職場関係者がリワーク仕組みや活用について十分理解できていないことが少なくない。したがって、うつ病で休職中の勤労者に対する復職支援システムの整備、事業場外のリワーク施設の活用方法などについて、さらに啓発していく必要があると考えられる。各職場には多様な組織形態・諸事情があり、各職場に即したオーダーメイドの復職支援システムを構築されることが重要である。

## Ⅱ、障害者職業センターの現状

### 1、はじめに

平成22年7月から11月にかけて、国内7カ所の障害者職業センター(以下、センター)を見学し、最近のメンタルヘルス相談の動向、うつ病リワークの実情、他機関・組織との連携、その他施設での特徴などを障害者職業センター所長、主任障害者職業カウンセラー、障害者職業カウンセラーなどスタッフから非公式な一般論として話を聴くことができた。

当然のことながら、各施設の特徴がある一方で、いくつかの共通する傾向が認められる。以下、それらを踏まえ、活用のあり方を考えたい。

まず感じたのは、研究者はここ3年間に同様の聴取を行ってきたが、リワークプログラム利用者が着実に増加していることである。センター全体の利用者をみても、センター全体の利用者の中で、従来は知的障害者が多かったが、現在は精神障害者が一番多いところがほとんどである。すなわち、リワーク関連事業の活動がセンター全体の活性化に寄与していると推測される。また、数的には多くないが、発達障害の利用者も最近では目だってきたという声も聞かれ、発達障害利用者への対応も今後の大きな課題である。

### 2、うつ病者を中心としたリワーク活動に関して

うつ病者を中心としたリワークの利用者数は、昨年度から非常に多くなったところがほとんどであった。以前は、大都市圏のセンターでは利用者が多く、地方においては低調なセンターもあったようだが、今は地方においてもリワークプログラム利用者が着実に増加している。なかには、そろそろ対応能力の限界であるセンターや、長期化例の対応を真剣に考えているセンターもあった。そのため、施設の拡充

や職員の補充といった問題も出てこよう。

センターの設置場所に関しては、駅前の交通至便なところから、車での通所に限られるところまでさまざまである。また、地域によっては地理的状况などから県内1ヵ所では対応できないため、支所でサテライトのような形で対応している所もあった。

また、リワークプログラム利用者はセンター所在地近郊に勤めているとは限らず、休職中で実家にいながら利用していたり、他県から交通至便なセンターを利用するものも意外に多かった。そのため、復職先が他県になる場合、実際の復職支援の調整などを他県のセンターに委ねられている事例も少なくない。このあたりのセンター相互の連携については、まだ検討を要する課題があるようだ。

利用者の性別・年代をみると、男性が比較的多いようで、女性利用者がほとんどない所もあった。年齢層としては、比較的若い人が多いようで、この傾向は本年度さらに顕著なものになっている。

リワークプログラム利用希望者は当然のことながら障害者という意識は低く、精神障害者保健福祉手帳所持者はほとんどいない。障害者手帳障害者職業センターという名称自体に拒絶感を抱く人もいるという。

当然ながら、リワークプログラム利用者のほとんどが一応うつ病である。しかし、診断名など多少適用が甘くなっている場合や、パーソナリティ障害、発達障害、適用障害など他の類似疾患が含まれることがまれにあるようだ。これは、リワークを紹介してくる精神科医療機関との関係性の深さにも影響されているようだ。主治医から期待される内容にバラツキがあることから、目標の共通認識をもつため、利用希望者や紹介元医療機関との調整など、どのセンターもリワークコーディネートをかなり丁寧に実施していた。

関係機関などとの連携に関しては、医療関係機関などとの連携は、地元医師会、精神科診療所協会、産業保健推進センターなどと情報交換をはかっているところが多い。しかしながら、産業医との連携や産業看護職との連携には、地域によってはまだ不十分なように感じられた

リワークプログラムの内容に関しては、当然のことながら、すべてのセンターが本部からの指示に従っている。また、外部スタッフを活用してセンター独自のプログラムを追加しているセンターもあった。たとえば、認知行動療法だけでなく、森田療法も活用を模索しているところもあった。

### 3、考 察

現在、精神保健福祉関係者にとって、うつ病者へのリワーク事業には大きな期待がある。しかしながら、精神科医療機関で実施しているところが増加してきたとはいえ、地方などではまだまだ少ないのが現状で、障害者職業センターでのリワーク事業への期待が高まっている。障害者職業センターの名称と存在感を一気に高めたといっても過言ではない。ただし、設立趣旨から公務員が利用できない不満が聞か

れた。

また、センターは精神科医療機関ではないので、スタッフの対応には限界があり、過度の期待は禁物である。事実、外部からの精神科医などの支援の不足を危惧しているセンターも認められた。どの回復レベルの利用者を受けいれて、復職のどのあたりまで介入するのか、ケースを重ねながら、これからの課題となろう。

いくつかの県では、精神保健福祉センターでもうつ病患者へのリワーク事業が始まっている。精神科治療も兼ねて実施されていることも多く、障害者職業センターが扱う利用者よりも回復レベルとしては低いことも多いようだ。すなわち、精神保健福祉センターでのうつ病患者へのリワークプログラム終了者が、障害者職業センターのリワークプログラムにつながってくる流れも一部ではできあがりつつある。重複利用の是非も論議する必要があるが、ひとつの住み分けのあり方かもしれない。

リワークプログラムの内容に関してもさらに検討する必要があるだろう。基本プログラムの充実はもちろんだが、スペースやスタッフの都合で限界があるとしても、やはり各センターの独白色を打ち出す必要がある。このあたりも試行錯誤していくしかないのだろうか。

また、利用者がうつ病中心となっても、実際はパーソナリティ障害や新型うつ病、発達障害が主病名と考えられるケースが散見され、精神科嘱託医の強化も必要と感じられた。

さらに、女性の利用者が全般的に少ないようで、女性利用者専用のスペース確保や専用プログラム、さらには育児支援など可能範囲での包括的な対応が求められよう。

第2部 精神科医療機関での難治性気分障害に関する  
アンケート調査

研究者 五十嵐 良雄



平成22年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）  
「難治性うつ事例へのリハビリテーションシステム開発事業」報告書

難治性の気分障害に対するリワークプログラムの開発に関する研究

保崎秀夫（社日本精神保健福祉連盟会長）  
浅井邦彦（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
大西 守（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
滝沢武久（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
村田信男（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
五十嵐良雄（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
近藤直司（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
小野 隆（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）  
大塚淳子（社日本精神保健福祉連盟企画実行委員）

研究者

五十嵐 良雄 （メディカルケア虎ノ門）

研究協力者

大木 洋子 （メディカルケア虎ノ門）  
福島 南 （メディカルケア虎ノ門）  
永田 彩（宇治おうばく病院）  
岡崎 渉 （N T T東日本関東病院）  
堀井 清香 （N T T東日本関東病院）  
横山 太範 （さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）  
横山 正幹 （さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）

1. はじめに

昨年の本研究において、長期間にわたり休職状態から脱することができない、あるいは複数回にわたって休職を繰り返す社会的に難治な「難治性うつ病」に関して、リワークプログラムに関与する医師やコメディカルスタッフらからのアンケート調査をおこなった。

本年度はリワークプログラムにおいて一定のリハビリテーションを受けたにも拘らず更に再休職となる利用者を「難治性の気分障害」と定義し、「難治性の気分障害」の要素を検討することを通して「難治性の気分障害」に対する効果的なリハビリテーションシステムを検討することを目的として本研究を行った。

## 2. 対象と方法

調査対象は、リワーク施設を有する4施設（宇治おうばく病院、NTT東日本関東病院、さっぽろ駅前クリニック、メディカルケア虎ノ門）のリワークプログラム（以下、プログラム）に参加して復職した利用者のうち、2008年11月1日から2010年10月31日の2年間のうちに再休職に至った主診断が気分障害圏の患者である。なお、再休職したものに限り、退職者は除外した。リワークプログラム担当者宛てに2010年10月15日に調査票を送付し、同年11月12日までに回収した。調査は以下の項目について行った。

### A 人口統計学的項目

年齢・性別・最終学歴・婚姻歴・居住形態・家族歴

### B ICD-10、DSM-IVtrによる診断

### C 臨床学的項目

処方内容・併存疾患・初発年齢・入院歴・アルコール飲用歴・自殺企図歴・リワークプログラムの実利用日数

### D 職業的要因

企業規模・職種・職位・勤続年数・転職回数・休職回数・産業医や産業保健スタッフの有無・制限勤務・リワークプログラム開始時点の総休職期間・リワークプログラム終了から再休職までの就労継続期間

### E 今回の再休職要因に関する項目

対象者を再休職までの就労継続期間により4群に分け、各項目における比較を行った。統計的検定は $\chi^2$ 検定、Kruskal-Wallis検定を行った。統計解析には、SPSS19.0を用い、有意水準は0.05とした。なお、調査内容及び調査票の倫理的配慮に関しては、うつ病リワーク研究会倫理審査委員会の承認を得て、実施した。

## 3. 結果

4施設から92例の回答を得た。

### 3-1. 対象者の背景

#### A. 人口統計学的項目（表1）

表1に示すように、性別は男性82例（89.1%）、女性10例（10.9%）、年齢は平均40.65歳（SD7.08）であった。最終学歴は、高卒15例（16.3%）、短大・専門卒10例（10.9%）、大学卒54例（58.7%）、大学院・6年生大学卒13例（14.1%）であった。婚姻状況は、未婚36例（39.1%）、既婚56例（60.9%）であり、離婚4例（4.3%）、死別した者はいなかった。居住は独居が29例（31.5%）、家族等と同居は63例（68.5%）であった。家族歴なし・不明は78例（84.8%）、ありは14例（15.2%）であった。家族歴がある対象者の内訳は、複数回答で単極性の気分障害が11例（12.0%）、双極性の気分障

害例はなく、それ以外の精神疾患が4例（4.3%）であった。

表1 人口統計学的項目 (n=92)

項目	n	%	項目	n	%
性別			離別	4	4.3
男性	82	89.1	死別	0	0.0
女性	10	10.9	居住		
年齢(歳、SD)	40.65±7.08		独居	29	31.5
最終学歴			家族等と同居	63	68.5
高卒	15	16.3	家族歴		
短大・専門学校卒	10	10.9	なし・不明	78	84.8
大学卒	54	58.7	あり	14	15.2
大学院・6年生大学卒	13	14.1	家族歴(複数回答 n=14)		
婚姻			単極性の気分障害	11	12.0
未婚	36	39.1	双極性の気分障害	0	0.0
既婚	56	60.9	上記以外	4	4.3

#### B-1. ICD-10、DSM-IVtrによる診断

ICD-10、DSM-IVtrによる第1診断を表2、3に示す。また、19例（20.7%）が第2診断を有しており、ICD-10、DSM-IVtrによる第2診断を表4、5に示す。ICD-10による第1診断ではF39詳細不明の気分障害を除き、概ね均等に存在していたが、F33反復性うつ病性障害が29例(31.5%)と一番多かった。またDSM-IVtrによる第1診断では、296.3x大うつ病性障害反復性が29例(31.5%)と一番多かった。第2診断を有する19例(20.7%)においては、ICD-10のF40恐怖性不安障害が12例(63.2%)、DSM-IVtrの300.23社会恐怖が10例(52.6%)と多かった。

表2 第1診断 (ICD-10)

項目	n	%
F31 双極性感情障害(躁うつ病)	24	26.1
F32 うつ病エピソード	22	23.9
F33 反復性うつ病性障害	29	31.5
F34 持続性気分(感情)障害	16	17.4
F39 詳細不明の気分(感情)障害	1	1.1
合計	92	100

表3 第1診断 (DSM-IVtr)

項目	n	%
296.2x 大うつ病性障害、単一エピソード	22	23.9
296.3x 大うつ病性障害、反復性	29	31.5
296.4x 双極Ⅰ型障害、最も新しいエピソードが躁病	1	1.1
296.89x 双極Ⅱ型障害(軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード)	23	25.0
300.4x 気分変調性障害	17	18.5
合計	92	100

表4 第2診断 (ICD-10)

項目	n	%
F34 持続性気分〈感情〉障害	1	5.3
F40 恐怖症性不安障害	12	63.2
F43 重度ストレスへの反応及び適応障害	2	10.5
F45 身体表現性障害	3	15.8
F95 チック障害	1	5.3
合計	19	100

表5 第2診断 (DSM-IVtr)

項目	n	%
300.xx 虚偽性障害	1	5.3
300.01 広場恐怖を伴わないパニック障害	2	10.5
300.23 社会恐怖	10	52.6
300.81 身体化障害	4	21.1
307.23 トウレット障害	1	5.3
309.xx 適応障害	1	5.3
合計	19	100

## B-2. ICD-10、DSM-IV trと家族歴とのクロス表

診断と家族歴のクロス表を表6、7に示す。家族歴がある14例のうち、複数回答で得た家族歴14例の内訳は、ICD-10による第1診断では、F31双極性感情障害では単極性の家族歴4例、F32うつ病エピソードでは単極性の家族歴2例、単極・双極以外の家族歴2例、F33反復性うつ病性障害では単極性の家族歴2例、F34持続性気分障害では単極性の家族歴3例、単極・双極以外の家族歴1例、F39詳細不明の気分障害では単極・双極以外の家族歴1例であった。

DSM-IV trによる第1診断では、296.2x大うつ病性障害単一エピソードでは、単極性の家族歴2例、家族歴単極・双極以外2例、296.3大うつ病性障害反復性では、単極性の家族歴2例、296.4x双極Ⅰ型障害（もっとも新しいエピソードが躁病）では家族歴はなく、296.89双極Ⅱ型障害（軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード）では、家族歴の単極性4例、300.4x気分変調性障害では単極性の家族歴3例、家族歴単極・双極以外2例であった。

表6 第1診断 (ICD-10) x 家族歴

(複数回答n=14)

	F31 双極性感情障害 〈躁うつ病〉	F32 うつ病 エピソード	F33 反復性 うつ病性障害	F34 持続性 気分〈感情〉障害	F39 詳細不明の 気分〈感情〉障害	合計
家族歴単極性	4	2	2	3	0	11
家族歴双極性	0	0	0	0	0	0
家族歴それ以外	0	2	0	1	1	4
合計	4	4	2	3	1	14

表7 第1診断 (DSM-IVtr)×家族歴

(複数回答n=14)

	296.2x 大うつ病性障害、 単一エピソード	296.3x 大うつ病性障害、 反復性	296.4x 双極 I 型障害、 最も新しいエピソード が躁病	296.89 双極 II 型障害 (軽躁病エピソードを 伴う反復性大うつ病 エピソード)	300.4x 気分変調性障害	合計
家族歴単極性	2	2	0	4	3	11
家族歴双極性	0	0	0	0	0	0
家族歴それ以外	2	0	0	0	2	4
合計	4	2	0	4	4	14

## B-3. ICD-10、DSM-IVtr診断群と家族歴との比較

対象者をICD-10、DSM-IVtrによる診断群により5群に分け、家族歴の有無との比較を行ったが、いずれにおいても有意差は認められなかった (表8、9)。

表8 ICD-10による診断群×家族歴の有無

家族歴	F31 双極性感情 障害 (躁うつ病)	F32 うつ病 エピソード	F33 反復性 うつ病性障害	F34 持続性 気分(感情) 障害	F39 詳細不明の 気分(感情) 障害	合計
なし・不明	20	18	27	13	0	78
あり	4	4	2	3	1	14
合計	24	22	29	16	1	92

p=0.113 (not significant)

表9 DSM-IVtrによる診断群×家族歴の有無

家族歴	296.2x 大うつ病性障害、 単一エピソード	296.3x 大うつ病性障害、 反復性	296.4x 双極 I 型障害、 最も新しいエピソード が躁病	296.89 双極 II 型障害 (軽躁病エピソードを 伴う反復性大うつ病 エピソード)	300.4x 気分変調性障害	合計
なし・不明	18	27	1	19	13	78
あり	4	2	0	4	4	14
合計	22	29	1	23	17	92

p=0.578 (not significant)

## C. 臨床学的要因

主治医が自院である、または他院だが処方内容を知っている例は92例 (100%) であった。処方内容は複数回答で、抗うつ薬が84例 (91.3%)、抗不安薬・睡眠導入剤が74例 (80.4%)、抗精神病薬が34例 (37.0%)、気分安定薬が44例 (47.8%) であった (図1)。それぞれの処方内容は複数回答で抗うつ薬は、SSRI 55例 (59.8%)、SNRI 14例 (15.2%)、三環系 20例 (21.7%)、四環系6例 (6.5%)、NaSSA 17例 (18.5%)、その他9例 (9.8%) であった (図2)。抗不安薬・睡眠導入剤は、非ベンゾジアゼピ

ン11例（12.0%）、ベンゾジアゼピン71例（77.2%）であった（図3）。抗精神病薬は、定型抗精神病薬7例（7.6%）、非定型抗精神病薬30例（32.6%）であった（図4）。気分安定薬は、リチウムが33例（35.9%）、バルプロ酸ナトリウム27例（29.3%）、カルバマゼピン2例（2.2%）であった（図5）。

このように4割で抗精神病薬が投与され、そのうちの大半が非定型抗精神病薬であり、また、リチウムが35%、バルプロ酸が29%で使用されており、投薬内容からみても難治性を反映していると推測された。

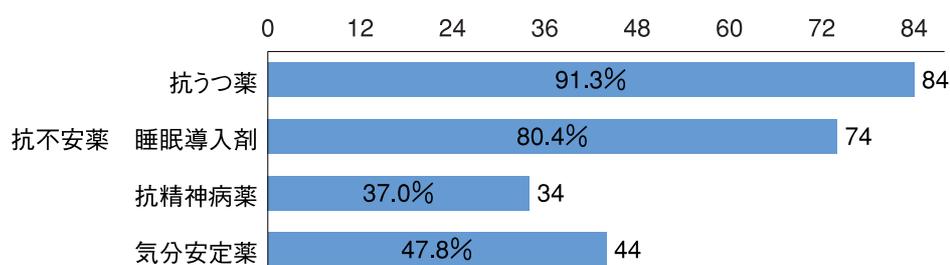


図1 処方内容（複数回答n=92）

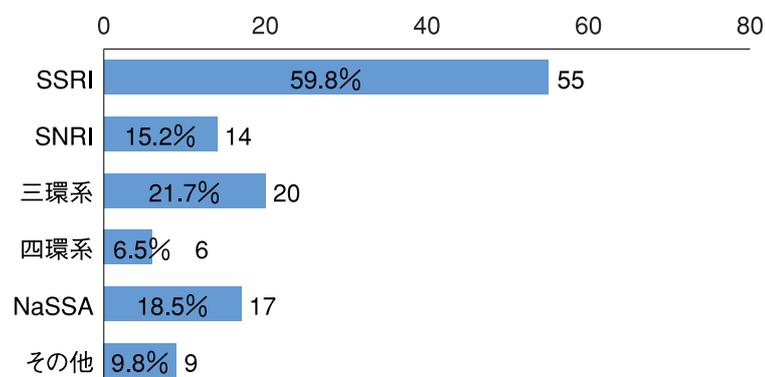


図2 抗うつ薬処方内容（複数回答n=92）

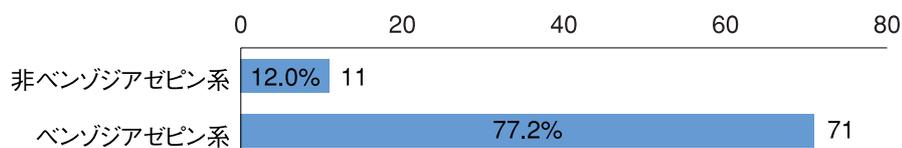


図3 抗不安薬・睡眠導入剤処方内容（複数回答n=92）

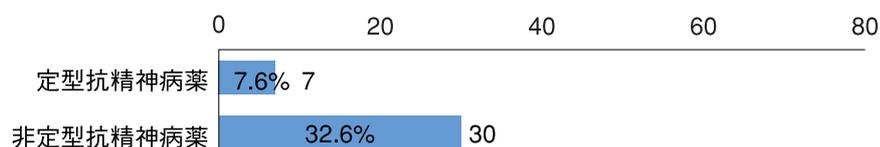


図4 抗精神病薬処方内容（複数回答n=92）

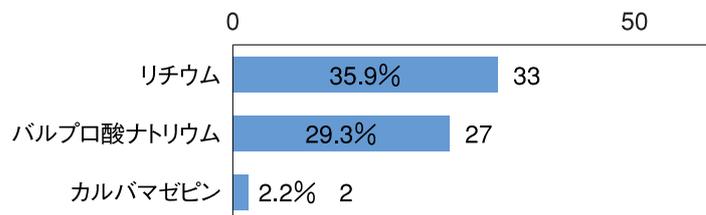


図5 気分安定薬処方内容 (複数回答n=92)

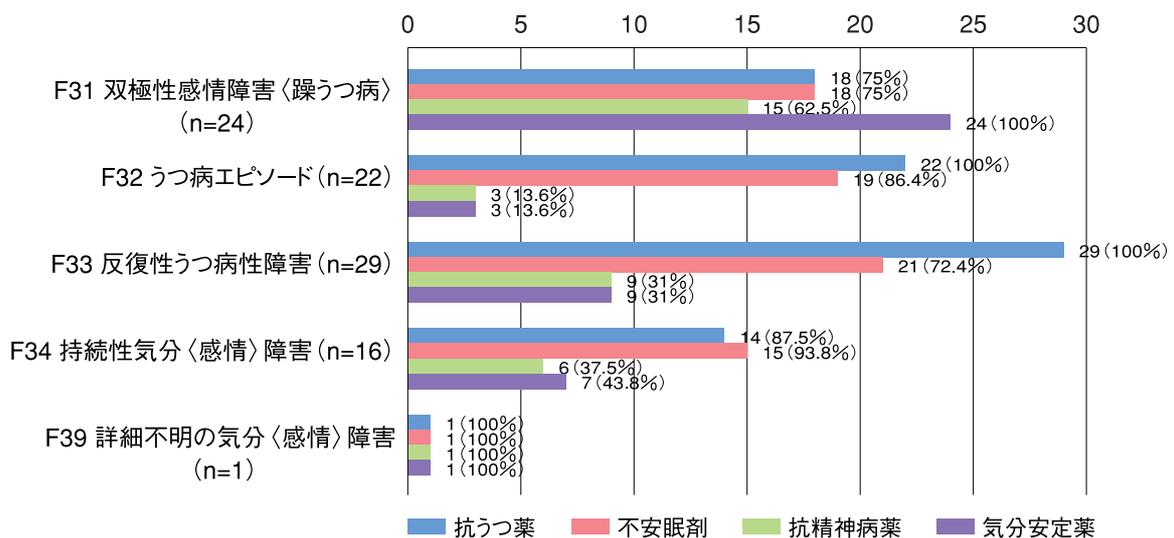


図6 併存疾患 (複数回答n=92)

併存疾患を有する例は25例 (27.2%) であり、複数回答で不安障害14例 (15.2%)、適応障害5例 (5.4%)、人格障害4例 (4.3%)、摂食障害1例 (1.1%)、発達障害3例 (3.3%) であった (図7)

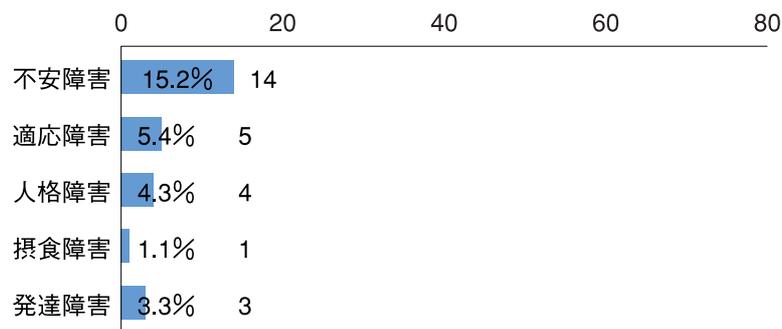


図7 併存疾患 (複数回答n=92)

表10に示すように、初発年齢は平均35.39歳 (SD7.01) であり、入院歴は18例 (19.6%) にあり、3例 (3.3%) は不明であった。入院回数は1回が10例 (10.9%)、2回は2例 (2.2%)、3回以上は6例 (6.5%) であった。入院期間の平均は4.83月 (SD5.49)

であった。アルコール飲用歴は、35例（38.0%）はなく、53例（57.6%）はあり、4例（4.3%）は不明であった。自殺企図歴は、78例（84.8%）はなく、12例（13.0%）はあり、2例（2.2%）は不明であった。復職前のリワークプログラムの利用実日数は74.11日（SD46.24）であった（表10、図8）。しかし、図8に示すようにリワークプログラムの利用実日数50日未満が25%、99日までを入れると83%に上り、利用期間が圧倒的に少ないことが観察される。このことは、リワークプログラムを十分に利用するだけの時間的余裕がないことや、本人が復職を焦り十分に回復していないレベルで復職した結果である可能性が大きい。

表10 臨床学的要因 (n=92)

項目	n	%	項目	n	%
初発年齢(歳、SD)	35.39±7.01		アルコール飲用歴		
入院歴			なし	35	38.0
なし	71	77.2	あり	53	57.6
あり	18	19.6	不明	4	4.3
不明	3	3.3	自殺企図歴		
入院1回	10	10.9	なし・不明	78	84.8
入院2回	2	2.2	あり	12	13.0
入院3回以上	6	6.5	不明	2	2.2
入院期間(月、SD)	4.83±5.49		プログラム利用実日数	74.11±46.24	

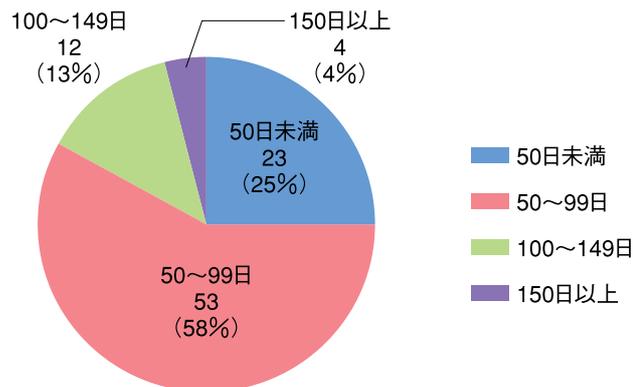


図8 リワークプログラム利用実日数

診断と入院歴、診断と自殺企図歴の関係を表11~14に示す。表11に示すように、入院歴のある18例のうち、第1診断がICD-10によるF31双極性感情障害8例、F32うつ病エピソード3例、F33反復性うつ病性障害3例、F34持続性気分障害4例、F39詳細不明の気分障害では入院歴はなかった。ICD-10による第1診断と入院歴の間に有意な関係はなかった(p=0.240)。

また、表12に示すように、第1診断がDSM-IV trによる296.2x大うつ病性障害単一エピソード4例、296.3x大うつ病性障害反復性3例、296.4x双極I型障害には入院歴はなく、296.89双極II型障害7例、300.4x気分変調性障害4例であった。DSM-IV trに

よる第1診断と入院歴の間に有意な関係はなかった( $p=0.443$ )。

表13に示すように、自殺企図歴のある12例のうち、第1診断がICD-10によるF31双極性感情障害4例、F32うつ病エピソード3例、F33反復性うつ病性障害2例、F34持続性気分障害3例、F39詳細不明の気分障害には自殺企図歴はなかった。ICD-10による第1診断と自殺企図歴の間に有意な関係はなかった( $p=0.761$ )。

また、表14に示すように、第1診断がDSM-IV trによる296.2x大うつ病性障害単一エピソード3例、296.3x大うつ病性障害反復性2例、296.4x双極I型障害には自殺企図歴はなく、296.89双極II型障害4例、300.4x気分変調性障害3例であった。DSM-IV trによる第1診断と自殺企図歴の間に有意な関係はなかった( $p=0.768$ )。

表11 第1診断 (ICD-10) × 入院歴

入院歴	F31 双極性感情障害<躁うつ病>	F32 うつ病エピソード	F33 反復性うつ病性障害	F34 持続性気分<感情>障害	F39 詳細不明の気分<感情>障害	合計
入院歴なし・不明	16	19	26	12	1	74
入院歴あり	8	3	3	4	0	18
合計	24	22	29	16	1	92

$p=0.240$  (not significant)

表12 第1診断 (DSM-IVtr) × 入院歴

入院歴	296.2x 大うつ病性障害、 単一エピソード	296.3x 大うつ病性障害、 反復性	296.4x 双極I型障害、 最も新しいエピソード が躁病	296.89 双極II型障害 (軽躁病エピソードを 伴う反復性大うつ病 エピソード)	300.4x 気分変調性障害	合計
入院歴なし・不明	18	26	1	16	13	74
入院歴あり	4	3	0	7	4	18
合計	22	29	1	23	7	92

$p=0.443$  (not significant)

表13 第1診断 (ICD-10) × 自殺企図歴

自殺企図歴	F31 双極性感情障害<躁うつ病>	F32 うつ病エピソード	F33 反復性うつ病性障害	F34 持続性気分<感情>障害	F39 詳細不明の気分<感情>障害	合計
なし・不明	20	19	27	13	1	80
あり	4	3	2	3	0	12
合計	24	22	29	16	1	92

$p=0.761$  (not significant)

表14 第1診断 (DSM-IVtr) × 自殺企図歴

自殺企図歴	296.2x 大うつ病性障害、 単一エピソード	296.3x 大うつ病性障害、 反復性	296.4x 双極I型障害、 最も新しいエピソード が躁病	296.89 双極II型障害 (軽躁病エピソードを 伴う反復性大うつ病 エピソード)	300.4x 気分変調性障害	合計
なし・不明	19	27	1	19	14	80
あり	3	2	0	4	3	12
合計	22	29	1	23	7	92

$p=0.768$  (not significant)

D. 職業的要因 (表15)

事業場全体の規模は、49人以下1例 (1.1%)、50～99人10例 (10.9%)、100～299人7例 (7.6%)、300～999人6例 (6.5%)、1001人以上が68例 (73.9%) と最も多くを占めた。業種は専門的・技術的職業従事者41例 (44.6%)、管理的職業従事者3例 (3.3%)、事務従事者40例 (43.5%)、サービス職業従事者2例 (2.2%)、保安職業従事者1例 (1.1%)、生産工程・労務従事者1例 (1.1%)、分類不能の職業4例 (4.3%) であった。職位は非管理職81例 (88.0%)、管理職11例 (12.0%) であった。勤続年数は、3年未満3例 (3.3%)、3年以上5年未満2例 (2.2%)、5年以上10年未満8例 (8.7%)、10年以上20年未満45例 (48.9%)、20年以上34例 (37.0%) であった。転職経験はなしが71例 (77.2%)、1回12例 (13.0%)、2回4例 (4.3%)、3回以上5例 (5.4%) であった。

産業医については、いない・不明12例 (13.0%)、いる80例 (87.0%) であった。産業保健スタッフについては、いない・不明44例 (47.8%)、いる48例 (52.2%) であった。リワークプログラムを経て復職した後の勤務制限は、なし23例 (25.0%)、3ヶ月以内34例 (37.0%)、6ヶ月以内20例 (21.7%)、1年以内3例 (3.3%)、1年以上7例 (7.6%)、不明5例 (5.4%) であった。リワークプログラム開始時点までの総休職期間は、平均21.25月 (SD19.17) であった。リワークプログラム終了から再休職までの就労継続期間は、平均14.23月 (SD10.65) であった (図9)。

表15 職業的要因 (n=92)

項目	n	%	項目	n	%
事業場全体の規模			勤続年数		
49人以下	1	1.1	3年未満	3	3.3
50～99人	10	10.9	3年以上5年未満	2	2.2
100～299人	7	7.6	5年以上10年未満	8	8.7
300～999人	6	6.5	10年以上20年未満	45	48.9
1001人以上	68	73.9	20年以上	34	37
業種転職経験			業種転職経験		
専門的・技術的職業従事者	41	44.6	なし	71	77.2
管理的職業従事者	3	3.3	1回	12	13
事務従事者	40	43.5	2回	4	4.3
サービス職業従事者	2	2.2	3回以上	5	5.4
保安職業従事者	1	1.1	産業医		
生産工程・労務従事者	1	1.1	いない・不明	12	13.0
分類不能の従事者	4	4.3	いる	80	87.0
職位			保健スタッフ		
非管理職	81	88.0	いない・不明	44	47.8
管理職	11	12.0	いる	48	52.2
リワークプログラム開始時点の 総休職期間(月、SD)	21.25±19.17		復職後の制限勤務		
リワークプログラム終了から 再休職までの就労継続期間(月、SD)	14.23±10.65		なし	23	25.0
			3ヶ月以内	34	37.0
			6ヶ月以内	20	21.7
			1年以内	3	3.3
			1年以上	7	7.6
			不明	5	5.4

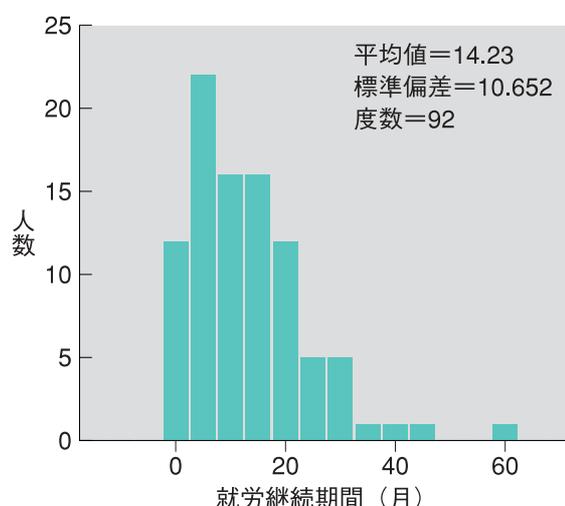


図9 リワークプログラム終了から再休職までの就労継続期間

### E. 再休職要因

リワークプログラム終了後に再休職となった要因は、複数回答で睡眠の問題12例（13.0%）、生活リズムの乱れ18例（19.6%）、職場の人間関係36例（39.1%）、業務負荷36例（39.1%）、家庭内の問題25例（27.2%）、病状悪化35例（38.0%）、その他の要因7例（7.6%）であった（図10）。このように、通常考えられる再発要因として職場の人間関係、業務負荷、病状の悪化の3つがあげられるが、それに続いて家庭内の問題が挙げられたのは注目に値する。

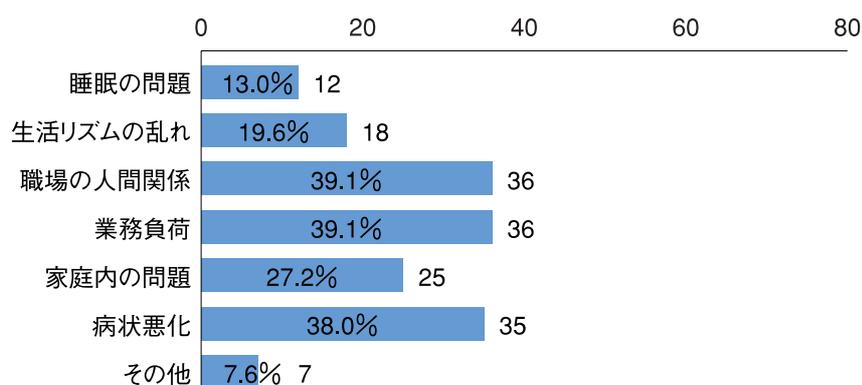


図10 リワークプログラム終了後の再就職の要因（複数回答n=92）

### 3-2. 再休職までの就労継続期間による比較

リワークプログラムを終了してから再休職するまでの就労継続期間により4群に分け（図11）、各項目との比較を行った（表16）。その結果、再休職までの就労継続期間の長さとは有意な関係があったのは、DSM-IV trによる第1診断、抗うつ薬の処方、事業場規模、休職回数であった。

DSM-IV trによる第1診断による双極性障害では、復職後早い時期に再休職に至る傾向がみられた（表17）。抗うつ薬が処方されている場合は、復職後1年以上経過した

後に再休職に至る傾向が見られ、抗うつ薬の処方がない場合は、復職後短期間で再休職に至る傾向がみられ(表18)、双極性障害との関連が推測される。

一方、企業規模では、99人以下の小規模企業では復職後早い時期に再休職に至る有意な傾向がみられ、1001人以上の大規模企業では、復職後早い時期ではないものの、1年以内に再休職に至る傾向が見られた(表19)。休職回数では、リワークプログラム利用時が1回目の休職者が復職後短期間で再休職に至る傾向がみられた(図12)。

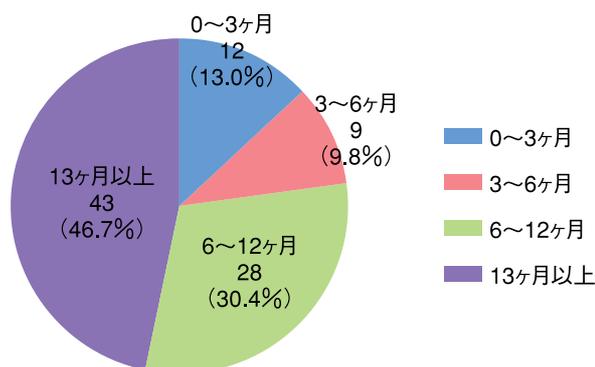


図11 再休職までの就労継続期間

表16 再休職までの就労継続期間による比較

項目	p値	項目	p値
人口統計学的項目		職業的要因	
性別	0.365n.s.	事業場規模	0.008 **
年齢	0.472n.s.	業種	0.811n.s.
最終学歴	0.743n.s.	職位	0.463n.s.
婚姻	0.211n.s.	勤続年数	0.170n.s.
離死別	0.635n.s.	転職回数	0.722n.s.
居住	0.074n.s.	休職回数	0.028 *
家族歴	0.329n.s.	産業医	0.438n.s.
診断		産業保健	0.519n.s.
第1診断 (ICD-10)	0.247n.s.	就労制限	0.529n.s.
第1診断 (DSM-、tr)	0.017 *	リワークプログラム	
臨床学的項目		開始時点までの総休職期間	0.120n.s.
処方内容 (抗うつ薬)	0.039 *	休職要因	
処方内容 (抗不安・睡眠導入薬)	0.115n.s.	睡眠の問題	0.106n.s.
処方内容 (抗精神病薬)	0.051n.s.	生活リズムの乱れ	0.478n.s.
処方内容 (気分安定薬)	0.129n.s.	職場の人間関係	0.301n.s.
併存疾患の有無	0.696n.s.	業務負荷	0.205n.s.
発症年齢	0.118n.s.	家庭内の問題	0.347n.s.
入院歴	0.083n.s.	病状悪化	0.238n.s.
アルコール飲用歴	0.608n.s.	その他	0.537n.s.
自殺企図	0.395n.s.		
総利用実日数	0.682n.s.		

\* p<0.05 \*\*p<0.01 n.s. not significant

表17 再休職までの就労継続期間×第1診断 (DSM-IVtr)

第1診断		就労継続期間				
		0～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ月	13ヶ月以上	合計
296.2x 大うつ病性障害、 単一エピソード	度数	5	1	3	13	22
	調整済み残差	1.5	-0.9	-2	1.3	
296.3x 大うつ病性障害、反復性	度数	2	2	10	15	29
	調整済み残差	-1.2	-0.6	0.6	0.7	
296.4x 双極Ⅰ型障害、 最も新しい エピソードが躁病	度数	1	0	0	0	1
	調整済み残差	2.6	-0.3	-0.7	-0.9	
296.89 双極Ⅱ型障害 (軽躁病エピソードを伴う 反復性大うつ病エピソード)	度数	1	6	9	7	23
	調整済み残差	-1.4	3	1	-1.8	
300.4x 気分変調性障害	度数	3	0	6	8	17
	調整済み残差	0.6	-1.5	0.5	0	
合計	度数	12	9	28	43	92

p=0.017\*

表18 再休職までの就労継続期間×抗うつ薬の処方

抗うつ薬の処方		就労継続期間				
		0～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ月	13ヶ月以上	合計
あり	度数	3	2	2	1	8
	調整済み残差	2.1	1.5	-0.3	-2	
なし	度数	9	7	26	42	84
	調整済み残差	-2.1	-1.5	0.3	2	
合計	度数	12	9	28	43	92

p=0.039\*

表18 再休職までの就労継続期間×企業規模

企業規模		就労継続期間				
		0～3ヶ月	4～6ヶ月	7～12ヶ月	13ヶ月以上	合計
49人以下	度数	1	0	0	0	1
	調整済み残差	2.6	-0.3	-0.7	-0.9	
50～99人	度数	0	3	1	6	10
	調整済み残差	-1.3	2.3	-1.5	0.9	
100～299人	度数	0	0	0	7	7
	調整済み残差	-1.1	-0.9	-1.8	2.9	
300～999人	度数	2	1	2	1	6
	調整済み残差	1.5	0.6	0.2	-1.5	
1000人以上	度数	9	5	25	29	68
	調整済み残差	0.1	-1.3	2.2	-1.3	
合計	度数	12	9	28	43	92

p=0.008\*\*

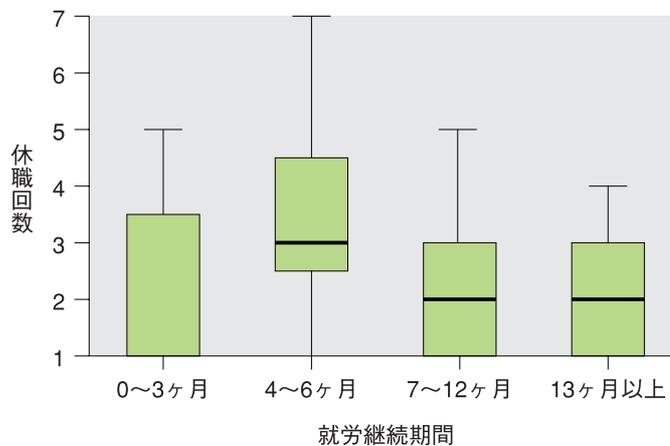


図12 再休職までの就労継続期間(p=0.028\*)

#### 4. 考察

本調査の結果から、家族歴、入院歴、処方内容、復職後早期の再休職などから見、双極Ⅱ型障害が難治例となる可能性がきわめて大きいことが示唆された。再休職の要因としては有意ではなかったものの、職場以外の要因である家庭内の問題が挙げられたのは注目される。また、再休職者の特徴として復職前のリワークプログラムの利用実日数が99日までが83%と大多数を占めていたことより、復職可能な回復状態にないまま復職した可能性が示唆され、プログラムの利用期間が短いことが再休職への大きなリスクと考えられた。

したがって、リハビリテーションシステム上での工夫としては、双極性障害へのリワークプログラム上での工夫の必要性をはじめとして、難治となる要因として家族の問題などの職場以外の要因を抱えている例に対して個別対応の必要性や家族会などを通じての支援体制の構築が求められる。また、プログラムの利用期間が短いことに対しては、企業規模など労働環境、産業医との連絡調整の必要性、障害者職業センターとの連携を通じて安全な復職を果たすよう支援する必要があると考えられた。

しかしながらによりも重要なことは、休職開始早期からの、とりわけ休職を繰り返す場合には2回目の休職時から、プログラム利用を促す必要があり、このような啓発活動が必要であるという点である。

### 第3部 リワーク実施施設での難治性うつに対する 多面的な検討

研究協力者 黒木 宣夫  
研究協力者 桂川 修一  
研究協力者 端 こそ恵



デイケア通所者からみる難治性うつ病の  
特徴に関する検討

分担研究者 桂川 修一

黒木 宣夫

東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室



## I. はじめに

うつ病休職者に対し、職場復帰に向けた治療（リハビリテーション）の一環として、デイケアなどの診療報酬上の仕組みを利用したリワーク（復職支援）プログラムを実施する医療機関が増えてきている。このリワークプログラムに参加している利用者のなかには、リワークプログラムを経て職場復帰を果たしたものの、その後就労を続けることができずに再び休職してしまう者やリワークプログラムを全うすることができずに復職可能の判断に至らない者も少なからずおり、職場復帰困難な難治性うつ病と位置づけられている。昨年は難治性うつ病に対して精神科医はどのような病態をイメージしているのかにつきアンケート調査を行ったが、今年度はデイケア通所者のなかで難治性うつ病に相当する事例を集めて特徴につき検討を行った。

## II. 調査対象と調査方法

東邦大学医療センター佐倉病院（以下当院）デイケアが開設された平成19年（2007年）11月より平成22年（2010年）6月30日までに当院デイケア（以下DCと略す）に通所した者189名の中から、難治性うつ病と考えられる事例を抽出して調査を行った。難治性うつ病の定義は明らかではないが、リワークプログラムにおいて一定のリハビリテーションを受けたにもかかわらずさらに再休職となってしまううつ病事例を示すことが多い。当院DCでは通所者全例を診療しているわけではないことから、DC終了後に再度休職に至ったかどうか追跡できないこともある。そこで本調査では当院DCに複数回リワーク目的で通所したものの、初回の利用であってもDC通所が180日を超えるものを難治性うつ病事例とみなして調査を行った。

## III. 調査結果

2007年11月から2010年6月末までの当院DC利用者は189名であり、その内訳を示した。複数回利用した者は男性11名、女性5名の計16名だった（表1および2）。またDC通所が180日を超える長期利用者は男性14名、女性8名の計22名だった（表3）。

### 1) DC複数回利用者の特徴

平均年齢は、男性 $42.1 \pm 6.8$ （ $\pm$ S.D.）、女性 $28.6 \pm 7.1$ 、全体で $37.9 \pm 9.3$ である。職種はさまざまだが、民間企業9（56%）、公務員5（31%）、その他2（13%）に大別された（図1）。過去の休職回数は、なし9（56%）、1回1（6%）、2回2（13%）、3回1（6%）、不明・その他が3（19%）だった（図2）。初回DCの継続期間は平均4.6ヶ月 $\pm$ 3.1であり、再参加までに要した期間は平均4.3ヶ月 $\pm$ 2.2、DC再参加後の利用期

間は平均5.9ヶ月±4.3だった。初回DC通所後の転帰は、中断8（50%）、中止4（25%）、復職4（25%）だった（図3）。再参加後の転帰では、復職9（56%）、中断2（12%）、中止2（13%）、退職1（6%）、自殺2（13%）となっていた（図4）。利用者の診断はさまざまに分かれてしまっているが、ICD-10に準拠してみると、F31双極性障害が3（19%）、F32うつ病エピソードが3（19%）、F33反復性うつ病性障害が2（12%）、F34持続性気分障害が5（31%）、F6人格障害が2（13%）、F8発達障害1（6%）となっていた（図5）。復職後の転帰をみると継続して就労できているものは6名（44%）であり、新たに勤めたものが1名（6%）のみであった。心理カウンセリングの併用の有無では、していないものが13名であり、3名が認知行動療法、臨床心理士による個別カウンセリング、あるいは両者の併用を行っているのみだった。

## 2) DC長期利用者の特徴

平均年齢は、男性44.9±9.7、女性38.0±9.9、全体で42.4±10.1である。職種はさまざまだが、民間企業12（55%）、公務員9（41%）、その他1（4%）に大別された（図6）。過去の休職回数は、なし10（45%）、1回7（32%）、2回3（14%）、3回1（4%）、不明が1（5%）だった（図7）。利用期間の全体の平均日数は281.1日±74.1だったが、仮出勤／リハビリり出勤を含めて復職したものの平均も280.9日±72.7だった。参加後の転帰では、復職13（59%）、観察出勤／リハビリり出勤中が2（9%）、復職後休職／退職が3（14%）、退職2（9%）、中止2（9%）となっていた（図8）。利用者の診断はさまざまだが、ICD-10に準拠してみると、F31双極性障害が5（23%）、F32うつ病エピソードが9（41%）、F33反復性うつ病性障害が3（13%）、F4不安障害が5（23%）となっていた（図9）。

## IV. 事例呈示

今回調査をした事例全ての経過を呈示する。個人の特定を避けるため個人情報や経過については事例の本質を損なわない程度に変更を行っている。

### 1) DC複数回利用事例

#### ①複数回利用後に復職に至った事例

【事例1】男性。DC開始時年齢52歳。役所勤務。休職回数不明。うつ病の診断にてリワークプログラム参加。X年10月下旬より午前中みのショートプログラム参加するも出席が安定せず。X+1年2月下旬に5回連続して欠席して中断となる。2ヶ月後に傷病手当金支給打ち切りが迫るなか同年10月に再開したいと希望した。それまで自宅にいながら週3回午前中図書館で過ごすなどして、自主的にリハビリテーションを行ってきた。10月より再参加。11月にはオフィスワークにおいても課題に真剣に持続力も保って取り組めるまで回復。12月末まで無遅刻無欠席で参加した。X+2年1

月に復職となり、その後2年経過するが現在まで問題なく就労できている。

【事例2】男性。DC開始時年齢41歳。製造会社に勤務。複数回の休職あり。気分変調症（統合失調性人格障害）の診断。今回はX年7月から休職して3ヶ月。早めの復職を希望して11月末より週2回のショートケアから開始。X+1年4月より会社の復職支援開始。4月中旬でDC参加終了。5月中旬より通常勤務となった。同年10月下旬から休み始めて11月より休職。11月末よりDC再参加するがうつ気分、意欲低下のため12月に一旦中止。X+2年4月よりDC通所再開。8月入り転属が決まって出勤。DC参加中に妻や産業医に自分の気持ちが伝えられるようになったことが進歩。現在まで欠勤や遅刻はあるものの、全面的な休業には至らず勤務が続けられている。

【事例3】男性。DC開始時年齢33歳。役所勤務。以前にも4ヶ月休職している。非定型うつ病（未熟型うつ病）の診断。X年9月から休職しており、11月にDC参加するが症状不安定で出席も安定せず。X+1年5月中旬に中断となった。7月初めから再参加。10月までDC継続してリハビリ勤務に入る。11月より半日勤務の復帰プログラムを経て復職し、その後は問題なく勤務が続けられている。

【事例4】男性。DC開始時年齢37歳。製造会社で設計を担当。休職2回。X-1年より3回目の休職。うつ病の診断。X年3月よりDC通所するが、うつ状態が改善しておらず4月中旬に中断した。同年7月中旬より通所再開。X+1年6月まで通所して復職。

【事例5】男性。DC開始時年齢51歳。建設業。これまで3回の休職。双極I型障害の診断。X年3月より休職となり、4月よりDC通所。X年9月にうつ状態増悪のためDC中止。12月に病状改善して再開。X+2年1月まで通所して復職となった。

【事例6】女性。DC開始時年齢30歳。電気通信会社に勤務。以前の休職なし。X年2月から休職中。非定型うつ病の診断。11月よりDC通所するが、同月下旬にうつ症状が増悪し中断。X+2年3月に再度受診し、生活リズムが整うのを待って6月より再参加。9月まで参加して終了。9月中旬よりリハビリ勤務となり、3ヶ月後正式に復職となった。その後は継続して勤務を続けている。

## ②復職後に退職した事例

【事例7】男性。DC開始時年齢50歳。役所勤務。以前の休職なし。X年1月より休職。うつ病の診断。2月にDC導入を試すが焦燥感強く不能。5月末より参加するが定期的な参加ができず、X+1年1月中旬でDC中止となった。3月初めより再開。10月初旬から職場のリハビリ勤務が始まり、11月下旬まで参加。12月1日より復職したがX+2年5月に仕事に疲れたという理由から退職。現在は無職となっている。

【事例8】男性。DC開始時年齢39歳。通信会社に勤務。X-2年より休職。X-1年6-9月に障害者職業センターでリワーク参加し、同10月より会社でリハビリ勤務を行ってきたが欠勤が多く復職は困難と判断された。X年11月に休職満了となることから、X年4月1日よりDC参加。気分変調症の診断。回避的傾向あり。5月末からDCも欠席したため7月上旬に中止の判断。自宅療養として9月中旬より再参加。11月末までDC参加は続けて12月1日復職。X+1年1月に連続して欠勤したことから休職期間満了となり、3月中旬に退職となった。

【事例9】男性。DC開始時年齢37歳。通信事業会社に勤務。休職回数不明。うつ病+発達障害疑い。X年10月23日より午前中のみショートプログラム参加。生活リズムの指導と援助を求める際の対人スキルの獲得を目的とした。欠席なくX+1年1月末まで参加して、休職期間満了にともない復職。5月下旬より不眠、焦燥の症状が出現。2週間毎のグループミーティングのみ参加する。7時間の軽減勤務で仕事が続けられていたが、12月中旬にDCを無断欠席し以後中断となる。出勤もできなくなり休職期間は終了したため、退職保留のまま通院も中断した。

### ③復職に至らなかった事例

【事例10】女性。DC開始時年齢32歳。看護職。休職歴はなく、初診時もアルバイトで勤務中だった。不適応を起こしやすいパーソナリティ障害の診断。週1回のDC参加。X年12月中旬よりDC参加するが同月下旬に中止となった。X+1年7月に職場に適応できず休職、うつ状態を呈して3週間入院。8月より短縮勤務に加えて週1日のDC参加となった。12月までDC参加したが、その後退職。X+2年1月に別の病院に就職して現在に至る。

【事例11】男性。DC開始時年齢35歳。役所勤務。うつ病の診断。休職2回。X年6月よりDC通所。X+1年4月よりリハビリ出勤を経て6月に復職。11月より再び休みがちとなり、症状再燃のため12月から休職となっている。

### ④DC通所を中断した事例

【事例12】女性。DC開始時年齢22歳。医療系大学4年生。休職なし。過敏に反応しやすい人格障害の診断。X年6月実習がうまくできなかったことを契機に抑うつ状態となる。翌年から大学院進学が決まっていた。X+1年1月よりDCに参加するが、初日参加のみで中断。X+1年7月に3週間入院となり、特別の事情でDCに参加する。9月からの病院実習を前に週2回のDC導入となるが中断、実習にも参加できなかった。同年12月に週2日アルバイトを始めた。DC参加を勧めるが拒否し、12月末の受診を最後に通院も中断した。

【事例13】女性。DC開始時年齢21歳。通信事業会社に勤務。以前の休職はない。X-1年9月から休職中。高専を中退し、会社の就職試験を受けて合格し、X-1年1月から就労するが、7月に職場の配置換えを契機に欠勤するようになった。発達障害+人格障害の診断。X年2月よりDC通所するが、すぐに欠席するようになり利用を見合わせた。3月より再度通所するが、10月より遅刻無断欠席が目立つようになる。X+1年4月以降欠席が続き5月に中断。復職には至らず治療機関も他病院に転院となった。

【事例14】女性。DC開始時年齢38歳。役所勤務。以前の休職はない。X-2年4月配置転換となって人間関係に悩むようになった。気分変調症の診断。X-1年1月から休職しており、自宅でも日中寝てしまうなど生活習慣が確立できなかった。X年3月末よりDCに参加。12月末まで参加したが、妊娠が判明しDC中止となった。その後流産し、X+1年6月より復職を目指してDCに再参加する。順調にプログラムに参加していたが12月に妊娠が判明。体調不良のためDC通所を中断。休職期限満了となりX+2

年3月に退職となった。兄は無事出産した。

#### ⑤DC通所中に自殺に至った事例

【事例15】 男性。DC開始時年齢47歳。販売業。双極Ⅰ型障害の診断。X年10月から有給休暇となっていた。11月よりDC参加。X+1年3月まで参加して復職。その後うつ状態となり6月より休職。他院に紹介し短期間の入院。退院して7月よりDC再参加を希望するも欠席。自宅で病状不安定から自殺の転帰をとった。

【事例16】 男性。DC開始時年齢41歳。建設業。転職2回。X-1年7月より休職。双極Ⅰ型障害の診断。X年10月が休職期限で、同年1月よりDC参加。躁状態に移行して2月末に中断。4月中旬には家族への暴言などあって2ヶ月間入院治療。退院後2週間目からDC通所再開したが、1ヶ月後にうつ症状が増悪し中断。その後自宅で縊死自殺した。

### 2) DC長期利用者事例

#### ①復職した事例

【事例1】 男性。開始時年齢43歳。役所勤務。過去2回の休職歴あり。X-1年より休職して1年が経過。双極性障害の診断。休職期限は2年残っているが傷病手当金がなくなった。X年10月末よりDC参加。X+1年6月末まで利用して7月1日より復職。復職まじかの時点でやや気分の高揚がみられたが、勤務は続けられている。

【事例2】 男性。開始時年齢57歳。通信事業会社に勤務。過去の休職歴なし。X-2年8月から休職中。うつ病の診断。X年2月よりDC参加。X+1年4月下旬まで通所して復職。

【事例3】 男性。開始時年齢38歳。役所勤務。過去の休職歴なし。X-1年6月から休職中。うつ病の診断。25歳時に脳出血で右片麻痺あり。X年4月よりDC通所。10月1日より復職。有休を利用してDC通所を継続し、12月末で終了した。

【事例4】 男性。開始時年齢32歳。電気通信会社に勤務。過去の休職歴なし。月の残業が100～200時間と長時間労働が続きX-1年9月より休職。うつ病の診断。生活リズムの整わない状況でX年5月よりDC参加。X+1年1月休職期限となり軽減勤務に移行。DC終了となった。

【事例5】 男性。開始時年齢52歳。鉄道会社に勤務。過去にはDMで2回休職歴あり。メンタルでの休職は今回が初めてで、X-1年12月から休職中。パニック障害の診断。X年8月下旬よりDC参加。X+1年4月に復職が予定されていたが焦燥感高まり4月にDCは一旦中止。外来で薬物調整により落ち着く。6月中旬までDC通所を続けて復職。8月から通常勤務。X+2年11月までフォローアップして内服せず勤務も続けられるため治療終結。

【事例6】 男性。開始時年齢53歳。財団法人に勤務。以前の休職歴なし。50歳で官庁を退職して現在の職を得るが、PC作業ができないことから意欲低下。X年10月より休職。適応障害の診断。10月下旬よりDC参加。X+1年5月まで通所して、6月1日に

復職。その後1年半を経過するが勤務が続けられている。

【事例7】男性。開始時年齢36歳。製薬会社の営業職。これまで休職歴なし。うつ病の診断。X-1年10月中旬から休職。X年3月よりDC参加。6月にリハビリ出勤を始めるも順調ではなく復職には至らなかった。同年10月まで延長してDCに通所して終了。復職後に異動とする条件で復職を果たした。

【事例8】男性。開始時年齢40歳。輸出大型機器製造会社の設計。これまで休職歴2回。双極性障害の診断。X-2年より休職中。通院加療により気分が安定したことからX年6月よりDC参加。実家の売却や離婚など家庭内でもストレスとなる出来事があった。通所当初は軽躁状態だったが、その後抑うつ症状に移行、薬物療法を調整することで安定しDC通所は継続。X+1年1月まで通所して、復職を果たした。

【事例9】男性。開始時年齢60歳。航空会社の整備士。これまで休職歴なし。うつ病の診断。X年8月より休職中。10月よりDC参加し、X+1年1月に軽減勤務で復職。3月より通常勤務に戻したがDC通所も平行して行なった。勤務が続くことを確認して4月末にDC終了となった。同年11月には薬物療法も終了し問題なく勤務ができていることを確認した。

【事例10】女性。開始時年齢46歳。販売業。X-3年に異動を契機に不安、焦燥感、うつ気分が出現。X-2年からX-1年まで休職。その後復職したが業務量が増大して、不眠、不安、情動不安定となりX年10月より休職。同月よりDC参加。X+1年9月末より職場のリハビリ出勤が開始となり、1ヶ月後にフルタイム勤務で復職となった。DCは10月末で終了。臨床心理士による個別カウンセリングを併用した。復職後も順調に勤務が続けられている。

【事例11】女性。開始時年齢37歳。学校教諭。これまでの休職歴1回。神経症性障害の診断。X-1年に復職後は専科での指導であったが、X年から担任となり遅刻が増えて勤務ができなくなった。5月より休職となりX+1年12月からDCに参加。X+2年10月から仮出勤となり、X+3年3月末に復職となる。復職決定までDC通所して終了となった。

【事例12】女性。開始時年齢45歳。公務員。休職歴なし。うつ病の診断でX年1月より休職中。10月に復職したが出勤できず、12月よりDC参加。身体不調が強かったが利用により改善。10月までDC参加して復職した。

【事例13】女性。開始時年齢23歳。金融会社に勤務。就職前にうつ病エピソードあり。就職後に怠業にて症状再発。X-1年11月より休職中。X年5月よりDC参加。X+1年5月の復職まで通所を続けてDC終了となった。

【事例14】女性。開始時年齢52歳。学校教諭。これまで2回の休職歴あり。双極性障害の診断。X-1年10月よりうつ状態で休職。X年3月よりDC参加。参加当初は出勤できるという自信があり、リワークを行なうことの理解がなかった。6月には軽躁状態となったが、観察仮出勤の扱いで時間短縮勤務となり、DCと平行して進めた。10月までDCに通所して終了。1月の復職を目標に観察仮出勤を継続していくこととなった。

【事例15】女性。開始時年齢38歳。公務員。X-1年職場が異動となり業務量が増えた

ことでうつ状態となり5月から休職した。9月に復職したが、その後も安定せずX年6月から2度目の休職に入っていた。生活リズムが保てないため、6月よりDC参加開始。順調に経過してリハビリ出勤となった。平行してDC通所をX+1年4月まで継続して終了した。職場を時々休んでしまうため完全復職には至らずリハビリ出勤を続けている。

#### ②復職後に症状再燃して勤務が続けられないもの

【事例16】男性。開始時年齢53歳。販売業。過去の休職歴1回で今回2回目の休職。神経症圏障害の診断。X年10月末よりDC参加。X+1年4月までDC通所して4月下旬より復職。X+2年1月より休職。6月より障害者職業センターのリワークに通所し、7月に他のクリニックに紹介し当院での治療は終結。

【事例17】男性。開始時年齢54歳。公務員。過去の休職回数不明。うつ病の診断。X年11月よりDC参加。X+1年6月下旬まで参加して終了。6月よりリハビリ出勤を経て、7月末より通常勤務。X+3年3月より意欲減退、抑うつ症状再燃。4月に精神科病院に紹介入院。症状は改善したが休職期間満了となり退職となった。

【事例18】女性。開始時年齢26歳。役所勤務。これまでの休職歴はないが、X-2年より長期休職中で短期の精神科病院入院歴あり。復職を試みるが3回とも失敗している。双極性障害の診断。X年11月よりDC参加。X+1年8月まで通所して復職した。通所中は個別カウンセリングを併用した。X+2年5月過ぎより休みが増えてきて、7月末より出勤できなくなった。人事と相談して8月末に退職となった。

#### ③退職した事例

【事例19】男性。開始時年齢42歳。会社の研究所に勤務。休職過去3回。今回はX年10月から。X年12月よりDC参加。約1年通所を続けたが復職に関して職場の理解が得られず、本人も転職を考えるようになった。X+1年12月までDC通所して終了。復職せず退職となった。

【事例20】男性。開始時年齢30歳。コンピュータ会社のSE。これまで休職歴なし。うつ病の診断。X年3月よりDC参加。X+1年1月まで通所。その間会社側と復職の話し合いが持たれたが調整がつかず、本人は退職を決心してX+1年1月退職。3月に新しい職場に就職した。

#### ④DC通所を中断した事例

【事例21】男性。開始時年齢39歳。金融業。過去の休職歴1回。双極性障害の診断。今回はX年1月から休職中。6月よりDC参加。X+1年9月に欠席し以後中断となる。

【事例22】女性。開始時年齢37歳。公務員。休職歴1回。X年1月よりうつ状態で休職中。9月よりDC通所開始。X+1年4月まで通所するも連絡なく中断となった。

## V. 考察

### 1) DC複数回利用者に関して

この群の特徴は、なんといってもDC初回参加後の通所中に中止や中断となる例の多さであろう。つまり病状が安定しておらず、復職準備性も高まらないなかリワークプログラムが開始となって、結局は症状を増悪させている可能性がある。復職したもののその後の症状が再燃して再度リワークに参加する事例もあるが多くはない。再参加後の転帰では半数以上が復職を果たしているため復職準備性は初回利用に比べて高まるものと考えられる。CBTや個別カウンセリングを行ったものの数は少ないが、いずれも復職を果たしているため、リワークプログラムに追加する価値があるかもしれない。なお病状が安定しないなかでリワークを再開して不幸な転帰となった2事例も今回報告している。初回であっても再参加であっても、DC通所がある程度安定して行えるほどに回復しているとする評価が必要と考える。

### 2) DC長期利用者に関して

この群では、DCの利用期間は長いものの復職を果たす事例が多いということが指摘できる。DCを始めたものの復職準備性が高まらないため通所が長期化するおそれはあるが、逆に通常より長めの訓練により復職が可能となっていると考えることもできる。この群では長期通所となることから、民間企業でも休職期限に余裕が必要となる。そうでない場合は、充分回復しないで復職して症状が再燃するおそれがある。

## VI. まとめ

難治性うつ病の特徴を検討した。複数回の利用者ではDC利用時の病状の安定性や復職準備性を確かめる必要があると思われる。長期間のDC通所者では、訓練期間が長くなったことで復職可能性が高まることがわかった。今後もさまざまな視点から難治性うつ病に関する要素の検討が必要と思われる。

表2 DC 複数回利用者の一覧表

No	性別	開始時 年齢	職種	官民の 別属性	以前の 休職回数	初回DC 継続期間	再参加まで 要した期間	再参加後 利用期間	初回と再参 加後の転帰	診断	ICD-10	その後の転帰	心理カウンセリング の併用	有効だった治療法	備考
1	M	52	役所	公務員	不明	4M	7M	3M	中断 復職	うつ病	F34	現在、問題なく勤務	なし	DC通所と薬物治療	
2	M	41	製造業	民間企業	複数回	5M	7M	5M	復職 復職	気分変調症 ((S人格))	F34	現在、欠勤・遅刻はあるが、かろうじて勤務、有休は使い果たしが、全体的な休業にいたらずにきている。	個別 カウンセリング併用	DC通所と薬物治療	
3	M	33	市役所	公務員	1回	7M	2M	4M	中止 復職	非定型うつ病 (未熟型うつ病))	F33.9	現在、問題なく勤務	なし	DC通所と復職調整	
4	M	37	製造業	民間企業	2回	1M	3M	12M	中断 復職	うつ病	F32	初回参加後について症状が悪化して中断。再参加後は順調に経過して復職	なし	DC通所	
5	M	51	建設業	民間企業	3回	9M	3M	14M	中断 復職	双極1型障害	F31	通常勤務継続中	なし	DC通所と復職調整	復職後に気分が高揚するため、産業保健入 タツと密に連携した
6	F	30	電気 通信業	民間企業	なし	1M	7M	3M	中断 復職	非定型うつ病	F33.9	現在問題なく勤務	CBT、 個別カウンセリング	薬物療法に抵抗があったが、心理教育により適切な内服治療が可能となった。またDC、個別カウンセリングが奏功した。	
7	M	50	役所	公務員	なし	7M	2M	10M	中止 復職	うつ病	F32	通常勤務に至ったが、自ら退職を決め、現在、無職	なし	DC通所と薬物治療	
8	M	39	通信業	民間企業	なし	2M	2M	3M	中止 復職	持続性 気分障害	F34	復職後に連続して欠勤、休職満了して退職	CBT	DC通所と薬物治療で生活の立て直し はできた	
9	M	37	通信業	民間企業	不明	3M	4M	6M	復職 復職	うつ病+ 発達障害疑い	F34	7時間勤務を継続後に出勤できず、通院も中断	なし	薬物の反応は乏しく休職満了間際のDC通所が奏功	
10	F	32	医療	アルバイト	なし	1M	8M	5M	中断 退職	不適応を 起こしやすい パーソナリティ	F61	新たな職場で問題なく勤務ができている	なし	DC通所と環境調整	
11	M	35	役所	公務員	2回	9M	5M	1M	復職 中断	うつ病	F32	初回参加後復職、5ヶ月後に再参加したがうつ症状増悪のため中断	なし	なし	
12	F	22	学生	学生	なし	初回のみ	6M	2M	中断 中断	過敏に 反応しやすい 人格傾向	F61	中断	なし	中断	大学を卒業したものの、 就職先がなく中断
13	F	21	通信業	民間企業	なし	初回のみ	1M	13M	中断 中止	発達障害+ 人格障害	F84	他病院に転医	なし	中断	
14	F	38	役所	公務員	なし	9M	5M	6M	中止 中止	気分変調症	F34	退職	なし	DC通所により旧中の生活リズムが改善	妊娠により中断、流産 後に再参加したが妊娠 により退職
15	M	47	販売業	民間企業	なし	5M	4M	なし	復職 自殺	双極1型障害	F31	一日は復職するが3ヶ月後に症状増悪。その後自殺	なし	なし	合併身体疾患に トータル病あり
16	M	41	建設業	民間企業	なし	2M	3M	1M	中断 自殺	双極1型障害	F31	DC通所中に躁状態で中断、再参加後に抑うつで自殺	なし	なし	休職満了が近づくなか での自殺

表3 DC長期利用者の一覧表

No	性別	開始時 年齢	職業	官民の 別属性	過去の 休職回数	参加期間	終了後転帰	診断名	ICD-10	合併する 身体疾患
1	M	43	役所	公務員	2	242	復職	双極性感情障害、 特定不能のもの	F31.9	
2	M	57	通信	民間企業	なし	442	復職	うつ病	F32	
3	M	38	役所	公務員	なし	263	復職	うつ病	F32	脳出血後右麻痺
4	M	32	電気通信	民間企業	なし	247	復職	うつ病	F32	
5	M	52	鉄道	民間企業	なし	294	復職	パニック障害	F41	
6	M	53	財団法人	財団法人	なし	215	復職	適応障害	F43	
7	M	36	製薬業	民間企業	なし	203	復職	うつ病エピソード	F32	
8	M	40	製造業	民間企業	2	215	復職	双極性感情障害、 特定不能のもの	F31.9	
9	M	60	航空業	民間企業	なし	183	復職	うつ病	F32	
10	F	46	販売業	民間企業	1	364	復職	反復性うつ病性障害	F33	
11	F	37	教職	公務員	1	337	復職	神経症性障害、 特定不能のもの	F48.9	
12	F	45	公務員	公務員	なし	309	復職	うつ病	F32	
13	F	23	金融業	民間企業	なし	357	復職	反復性うつ病性障害	F33	
14	F	52	教職	公務員	2	228	観察仮出勤	双極性障害	F31.9	
15	F	38	公務員	公務員	1	315	リハ出勤	うつ病	F32	
16	M	53	販売業	民間企業	1	199	復職後休職	神経症性障害、 特定不能のもの	F48.9	
17	M	54	公務員	公務員	不明	220	復職後退職	うつ病エピソード、 特定不能のもの	F32.9	
18	F	26	役所	公務員	1	284	復職後退職	双極性感情障害、 特定不能のもの	F31.9	
19	M	42	研究職	民間企業	3	367	退職	非定型うつ病	F33.9	
20	M	30	SE	民間企業	なし	308	退職	うつ病	F32	
21	M	39	金融業	民間企業	1	402	中止	双極性障害	F31.9	
22	F	37	公務員	公務員	1	191	中止	神経症性障害、 特定不能のもの	F48.9	

(付録) 図表

表 1 DC 利用者の内訳 (2007 年 11 月～2010 年 6 月)

	男性	女性	計
復職プログラム	126 (11)	37 (5)	163 (16)
就労目的	17	9	26

( ) は再参加のもの

図 1 DC 複数回利用者の官民の別属性

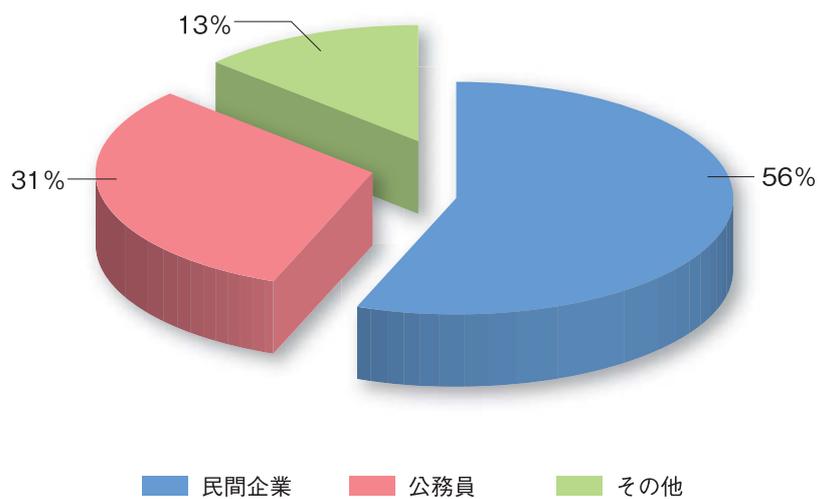


図2 DC 複数回利用者の過去の休職回数

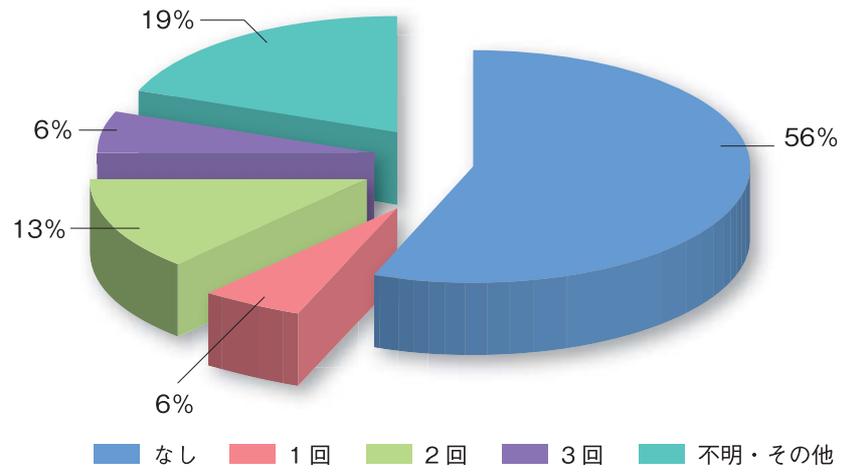


図3 DC 複数回利用者の初回通所後の転帰

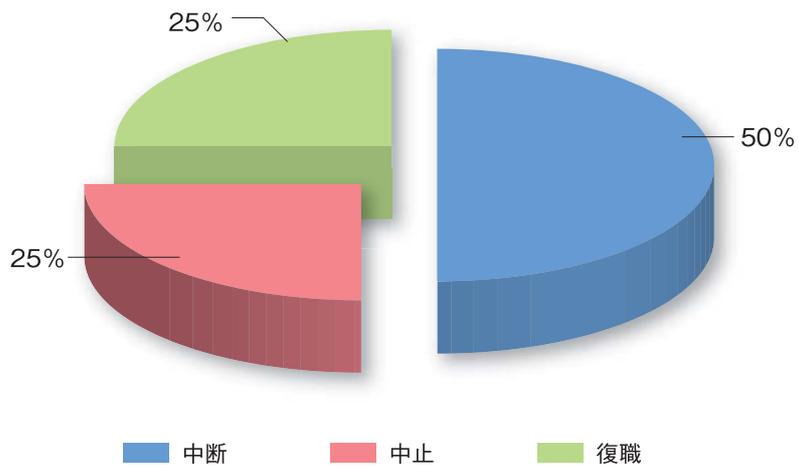


図4 DC 複数回利用者の再通所後の転帰

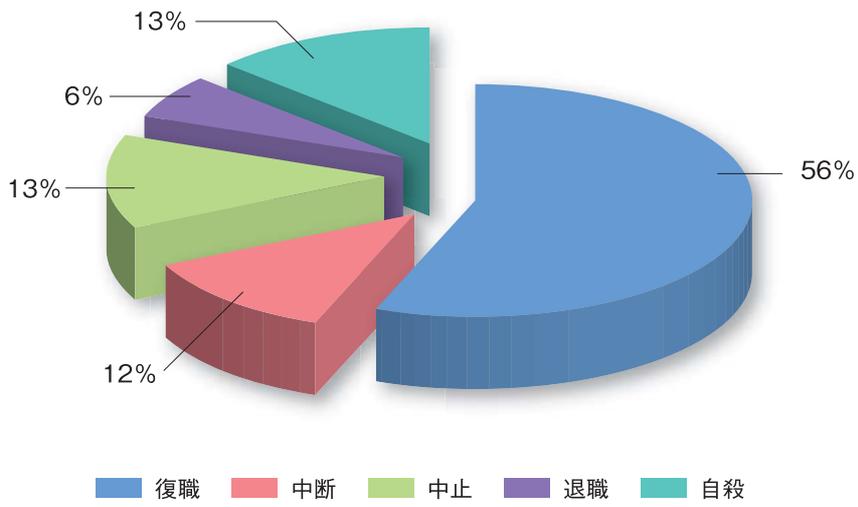


図5 DC 複数回利用者の診断分類

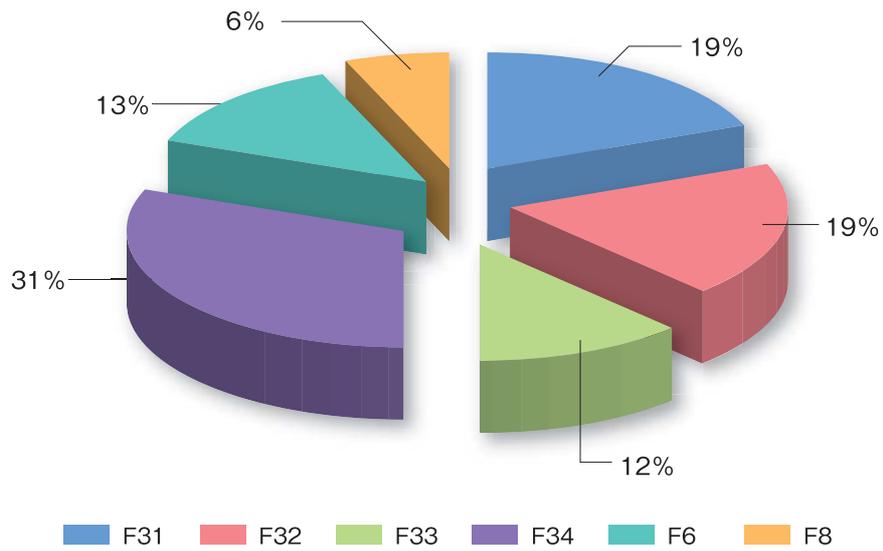


図6 DC長期利用者の官民の別属性

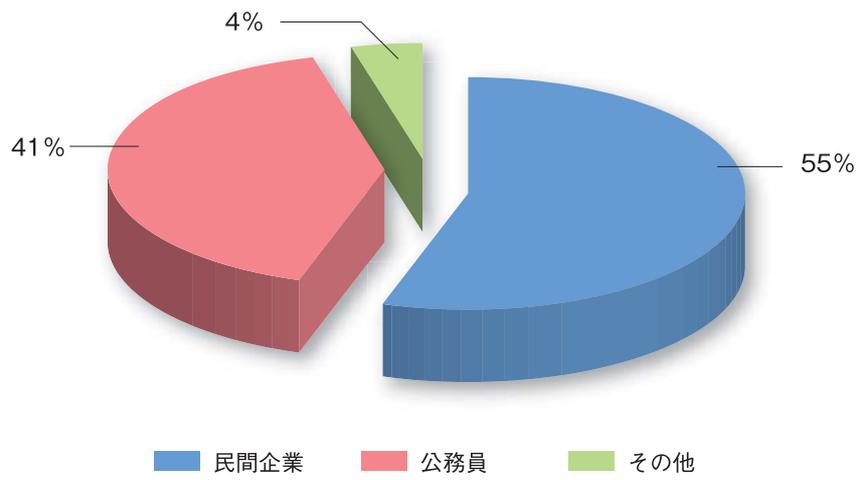


図7 DC長期利用者の過去の休職回数

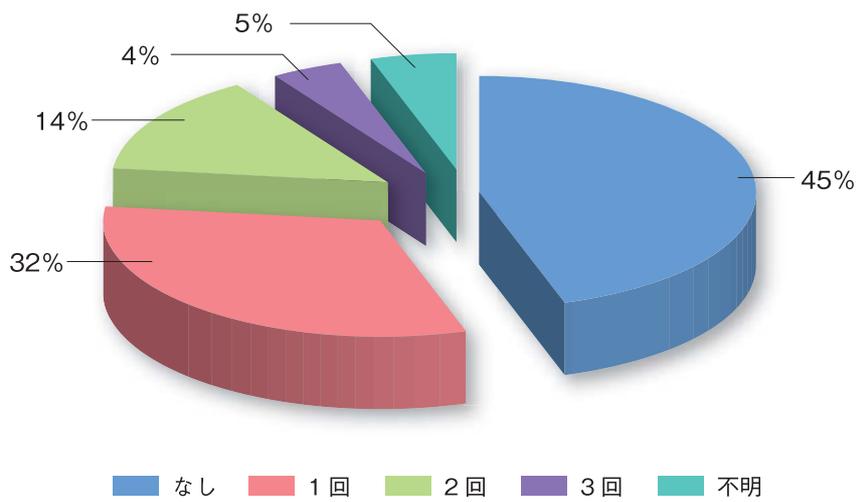


図8 DC長期利用者の通所後の転帰

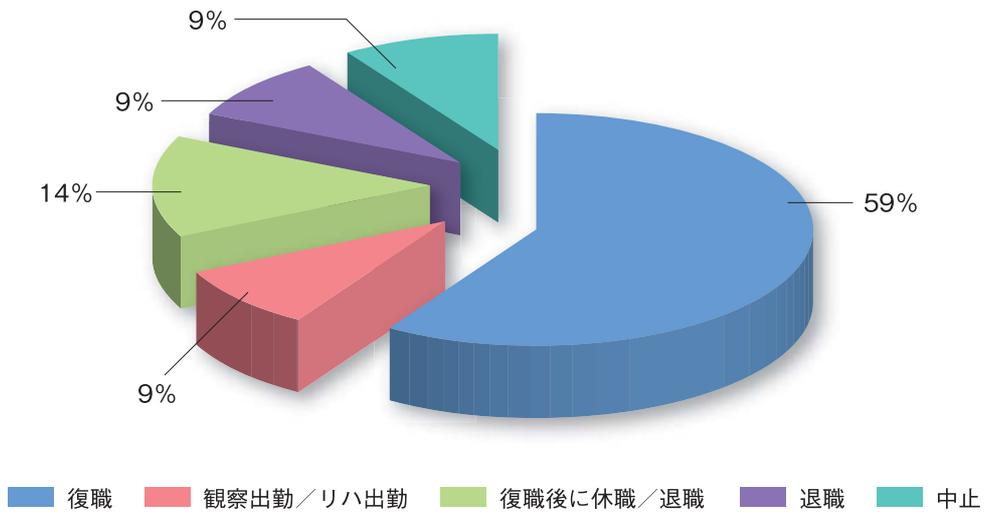
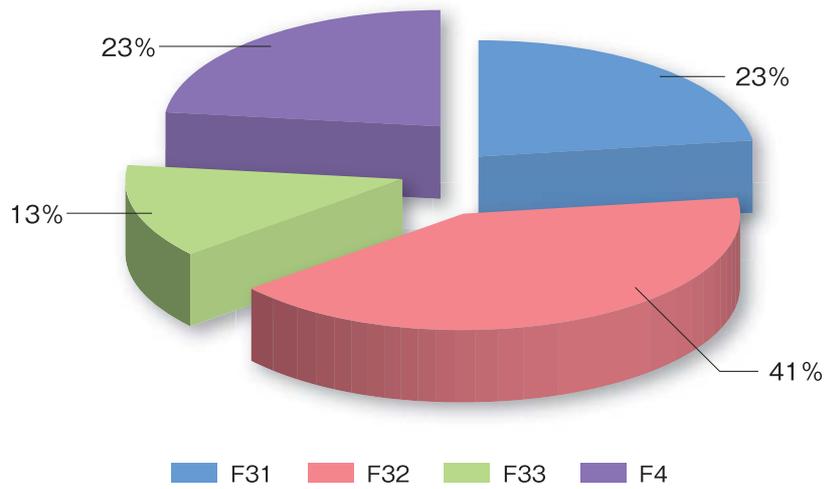


図9 DC長期利用者の診断分類





職場復帰支援デイケアセンター利用者における  
心理検査からみた難治性うつ病患者の性格面・知的面の特徴

分担研究者 端 こそ恵

研究協力者 桂川 修一

井上 直美

浅海 敬子

砂川 裕之

林 果林

黒木 宣夫

東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室



## A. 調査要旨

近年より、うつ病患者、抑うつ症状を抱えた休務者の増加と職場復帰困難が大きな社会問題になっている。このため医療機関によるリワーク等も多く立ち上がり、復帰に向けて様々な支援を行うようになった。当病院でも2006年より職場復帰支援デイケアセンターを開設し、プログラムとして、生活習慣の改善や体力作り、病気についての正しい知識を学ぶ心理教育、自己理解と行動パターンの見直し改善を目的とするストレスマネジメント、対人関係を学ぶコミュニケーショングループ、リハビリ復帰中の参加者を交えた情報交換を行うグループワーク、などを通して復帰への準備性を高め、これまでに多くの利用者が職場復帰を実現している。しかし、その一方で慢性化あるいは遷延化したうつ病患者の存在も散見し、在籍期間が長引くケースも少なくない。特に、数週間から数か月といった繰り返しの休務にあった者、初回エピソードから年単位で休務にある者は、プログラムを通して明確化されてくる自分なりの休務契機や理由が特定できないことも多く、内省不足なまま休務原因は職場環境や上司部下などの他者に責任転嫁されることも稀ではなく、自分自身の問題としての無自覚さが復帰準備を遅らせたり時期を逃したりすることに繋がっている。また薬物治療にも難渋し大きな壁が生じている。こうした患者の中には、従来のようなメランコリー親和型の病前性格とは異なる特性を持つことが臨床の中でも取り上げられるようになり、難治化やそれを助長させるような性格特性の影響の大きさも指摘されてきている。こうしたなかで、難治性うつ病患者の性格因子、知的因子に焦点を当て丁寧に状態を把握していくことは重要といえるだろう。当院では職場復帰支援プログラムの利用者を対象に必要なに応じて心理検査を実施しており、復帰を困難にしている問題の分析を行い復帰の手掛かりや材料として活用している。今回は、この心理検査の結果を休務経緯と共に事例として紹介し、慢性化や遷延化した難治性うつ病患者の性格面・知的面の関連を報告する。

## B. 調査目的

当院の職場復帰支援プログラムの利用者を対象に実施した心理検査の結果から、職場復帰困難性を強める個人の性格面・知的面について分析し、職場環境や業務内容との関連を明らかにするとともに、検査結果を復帰にいかに関活用していくべきかの検討を目的とする。

## C. 調査方法・内容

### 0) 用語の操作的定義

当院リワーク：東邦大学医療センター佐倉病院・職場復帰支援デイケアセンター。  
うつ病・不安障害に罹患し休務している労働者を対象にした復帰支援に特化している。

休 務：精神疾患を事由に有給休暇あるいは療養休暇、休務制度等を利用している状態。

復 帰：休務状態から賃金報酬の発生する状態で職場復帰すること。

リハビリ勤務：休務状態・賃金の発生しない状態で、職場で職務に相当する作業を行うこと。

プログラム：当院リワークで復帰訓練として行っているプログラムのこと。オフィスワーク、生活習慣、ストレスマネジメント、コミュニケーショングループ、心理教育、ボディワーク、グループミーティングを指す。

#### 1) 調査期間

2008年8月から2010年11月末。

#### 2) 調査対象者

当院リワークの利用者であり、かつ精神科医師より心理検査を勧められ、それを承諾した者。精神科医師が診察上で、休務回数や期間、治療経過や抵抗性などを含めて、心理検査を用いて性格面や知的面を把握する必要性が高いと感じた者。状態像が比較的安定しており、長時間の心理検査の受検が可能と精神科医師、及び検査実施者に判断された者。

なお疾患名が統合失調症、あるいは身体障害者、及び就労者は受検人数からは除外した。

##### ①受検人数

40名（男性36名、女性4名）。

##### ②受検時年齢

22歳～56歳。

#### 4) 心理検査方法

##### ①実施者

臨床心理士3名が個別に実施。

##### ②検査内容（受検者数）

知能検査； WAIS-III成人知能検査（20名）

作業検査； 内田クレペリン検査（24名）

記銘力検査； MMS（1名）

性格検査； ロールシャッハテスト（39名）、HTPおよび描画テスト（25名）

PFスタディ（1名）、SCT（1名）、TAT（2名）、MMPI（1名）

TEG-II（32名）、POMS（1名）、SDS（2名）、CMI健康調査表（2名）

#### 4) 休務回数・休務年数

うつ病等の傷病名で休務が1期間に1か月以上のものを1回として、当院リワークインテーク日を起点として換算した。

### ①休務回数

1回目14名、2回目12名、3回目7名、4回目以上7名。

### ②休務年数

6ヶ月未満12名、6ヶ月～1年未満8名、1年～2年未満12名、2年～3年未満7名、3年以上2名。このうち、休務回数が2回以上かつ休務年数が通算1年以上となる者は15名である。

### 5) 疾患名

精神科医師により診断されたもの。双極性感情障害4名、うつ病11名、その他気分障害11名、人格障害7名、神経症11名、発達障害6名、統合失調症疑い1名（重複疾患名あり）。

## C. 心理検査結果と考察

受検者のうち、主に休務回数が2回以上かつ休務年数が通算1年以上の事例を取り上げ、復帰に至った事例と復帰に至らなかった事例の性格特性や知的特徴を挙げる。心理検査は複数を組合せて分析しているが、性格検査はロールシャッハテストを、知能検査はWAIS-Ⅲ知能検査を主体に結果を示した。なお倫理的配慮として、受検者名、及び職場が特定できないよう事例については調査の論旨に沿う範囲内で加工している。

事例	年代	性別	病名	職業	休務回数	休務期間 (通算)	リワーク 利用期間	リワーク 利用期間
A	40代	男	うつ病	公務員	2回目	2年以上	約1年	中止・未復帰
B	40代	男	うつ病	研究職	4回目	1年半以上	約1年	中止・未復帰
C	40代	男	神経症	営業職	2回目	2年	3ヶ月	復帰
D	40代	男	うつ病	公務員	4回目	2年以上	約1年	復帰
E	40代	男	神経症	技術職	2回目	2年以上	約1年	終了・未復帰
F	40代	男	発達障害	交通機関	3回目	1年以上	約1年	中断・復帰
G	50代	男	うつ病	公務員	6回目	2年以上	約1年	復帰
H	30代	男	気分障害	公務員	初回	2年以上	9ヶ月	復帰

### 1) 性格検査からみた性格特性

#### ➤ 社会的対処力不全を基盤とする対人未熟型

#### ①性格検査結果

事例 A：40代後半既婚男性 うつ病 公務員 休務2回目 通算2年以上

高校卒業後、役所に就職し勤続25年以上となる。部署異動の経験は数回あるが、同僚より同一部署が長く一貫して水道関係業務に従事。X-5年に再婚、同年に部署異動により係長として昇格したが、残業や夜間の緊急呼び出しが多く疲弊状態となる。また係長権限で決断を任されたことに負担を感じ、不眠が出現。上司に事情を打ち明け、X-4年近医メンタルクリニックにて混合性不安抑うつ障害の診断でホリゾン、スルピリド、睡眠剤等の投薬加療開始。1年の休務を経て、X-3年に元の職場に復帰した。親しい上司のバックアップの下、残業なしの軽減業務で2年間安定していた。しかしX-1年に新年度の事情計画の発表に伴い、以前のような多忙の業務になるのではという不安が募り、息苦しさや抑うつ気分が出現、再休務となる。通院と自宅療養で1年が過ぎ、食欲や睡眠も安定、家業である農作業で身体を動かし、図書館での読書も可能となり、またボランティアで高齢者の話し相手や体操の手伝いをするなどしていた。X年2月には復帰に向けて通勤訓練を開始する予定であったが、直前に親族の葬儀中に視野狭窄、不安焦燥感が強まり、また職場より次回の休務は認めない旨の退職勧奨を受け、自信喪失となり復帰が延期となる。このため同年3月に当院リワークに紹介受診となった。本人の希望で服薬はしておらず、この時点で、過去6年以内に1年以上の休務を1回、2回目の休務が1年を超過した状態であり、休職期限は2年後であった。

当院リワークインテーク時は、「降格でも公務員でいたい。今回がラストチャンスなので慎重になっている」と言いリワークへの過度な期待も伺えたが、生活習慣は保たれており週2回から利用を導入した。ところが過緊張で来院するもリワーク室に単独入室できないことが頻発、電話をかけてくるなどし、待合室にスタッフが迎えに行くといったサポートが必要であった。「リワークに来ることは自分のためになると理解はしているが最後の一步が出ない」と言い、プログラム時間外に妻や姉同伴で来室し、スタッフと面談をすることもしばしばで、リワークそのものへの適応に非常に時間がかかった。また家庭内では妻と子育ての意見の相違で揉め、当初は協力的であった妻から離婚を切り出されたこともあり、また前妻と子への養育費など経済的な家庭問題を抱えていた。リワークを開始して5ヶ月目を過ぎるとようやく通所自体が安定したが、大人しく静かで、対人交流が多いプログラムは緊張が強く、指示理解の遅さと意思表示に困難がみられた。8ヶ月頃には利用者と交流ができるようになり、定期的な職場面談や、他院で希望したカウンセリングを受けるようにもなったが、職場面談の内容や同僚の態度に左右され落ち込むことも多く、またリハビリ出勤の条件や対人関係に不安が強く、次第に家業を継ぐか迷いまで生じたことから復帰準備に至らず、リワーク利用は1年を超過し、担当医と相談の上、一旦中止となった。他院での通院のみ継続している。

性格検査からは、社会的な対処能力の不足と、それに伴う対人関係の構築の不器用と苦手意識の強さが目立ち、周囲からの様々な要請に応じるだけの対処策の持ち合わせがなく、意思決定力と行動力に欠け、状況が複雑化すると総合的に物事を把握しきれず、複数の負荷が加わると対処不全に陥りやすいことが示された。環境変化には脆弱であり、ひとたび変則的な事態に直面すると不適応状態を起しやす

といえる。また何事にも積極的に挑戦するような姿勢に乏しく、試行錯誤することもないゆえ経験不足が上記傾向をなおさら強めている。モチベーションや目標設定も低く努力の足りなさも示された。また対人面では、対人希求は強いものの自発的に集団に接近できず孤立感が強まりやすく、一方で自分のこの状態を他者がなんとかしてくれるだろうという期待を持ち、時間が過ぎ去るのを待つような姿勢と依存的な面が見られた。また自己への関心は高いものの過去の言動の内省や行動変容には繋がらず、他者と比較して自身の能力不足に対する不満足感を刺激するに留まっておらず不安を煽るだけであった。新規の物事への導入には他者よりも出遅れやすく慣れに時間がかかり、職場の指針の変化、家庭内の変化についていけず心身の不調を招きやすいため、環境変化には注意を要する。重要な局面にあたって物事を決定できず判断に迷うばかりで停滞しやすいため、周囲との相談や助言を仰いでいく必要があることが示された。

#### 事例 B；40代前半既婚男性 うつ病 研究職 休務4回目通算1年半以上

国立大学卒業後、土木建築会社に研究職として就職、勤続20年となる。入社時より10年以上、研究に従事していたが、X-5年に地方の技術サービス部門に課長代理として異動。X-3年頃からクレーム処理等で顧客の要求にうまく対応できず、また部下からの突き上げもあり、欠勤がちとなる。X-2年には子会社に課長として再異動となるも、業務は多忙、部下への命令や指示に慣れておらず対人関係に悩み、また管理業務の困難さ等から、朝が起きられなくなった。6月には抑うつ感や意欲低下が出現。8月にメンタルクリニックに受診し、フルボキサミンやエチゾラムが処方され加療開始となった。同時に上司に訴え、元の研究所に戻ることにしたが、再び数ヶ月休務。薬物療法に並行して、読書や散歩を指導され、X-1年にリハビリ復帰となったが、やはり朝が起きられず、意欲の湧かなさを理由に、以降も数ヶ月で休務を繰り返した。休務すると症状は軽快するも、復帰わずかで再び増悪の一進一退であり、X年に当院リワークを希望にて紹介受診となった。この時点で、過去3年以内に数ヶ月の休務を3回、4回目の休務が1年を超過した状態であり、休職期限は1年後となっていた。妻と二人暮らしである。

当院リワークインテーク時は、「出社はできるので意欲さえあれば復帰できる」とのことであったが、休務と復帰を繰り返す経緯について詳細は語れず、現実感の乏しさが目立ち、またリワーク利用についても、明日からでもと参加を勧める妻の横で腰が引けた印象であった。休務中はほぼ自宅で過ごし、することがないと食後に午睡をとり、パソコンを操作する程度の生活パターンであった。リワークは週2回より導入したが、集団内での過緊張が目立ち、表情はぎこちなく、周囲との交流は少なく避けがちで消極的であった。職場の健康相談室から復帰の難しさを指摘され落ち込むことがあったが、リワークのプログラムはこなすことができ、また散歩等の体力作りに励むなどし、次第に表情は固いながらも利用者から話しかけられると笑顔を見せるようになった。コミュニケーショングループでは緊張度が高く、皆の前で発言する際は、指先の震えや声の震えが目立った。利用開始から3ヶ月後には日常

生活も安定し、主治医よりリハビリ出勤を勧められたが、「コミュニケーションに自信がない」「仕事のことになると気持ちが重くなる」との理由で保留。4ヶ月後には週5日のリワーク利用となったが遅刻や早退、欠席もなく経過した。しかし、「業務でわからないことを聞けない」を繰り返し対人関係の不安を強く訴え、職場から再三促されるも希望部署を決めかねるまま時間が過ぎた。複数回及び長期化した休務の経緯の振り返りに乏しく、またリワークでの発言や記録物の内容は量的に少なく、学歴等に比し稚拙さえ感じさせるものがあった。以降も職場面談を定期的に行っていたが、コミュニケーションの問題を踏まえると復帰の話が進展せず、また10ヶ月を過ぎた頃に職場から要請され提出した課題レポートが見本よりも出来が低いことにショックを受け、転職を考えるまでになる。また外来での認知行動療法プログラムにも参加したが、一見すると熟考しているが休務に関する内省に乏しく具体的な行動への移行も見られなかった。リワークは利用1年を超過したところで、転職を口にしたまま通院とともに自己中断となった。

性格検査からは、主に現在の状態像を反映する結果が表されていると考えられたが、社会的な対処能力の圧倒的不足が特徴的で、慣れ親しんでいるはずの日常生活上の問題でさえも対処困難を極め、周囲からの要請にもわずかな情緒的反応を示すのみで、思考力に欠け現実判断力の低下が示された。熟考する力は弱化しており計画性に乏しく行動力に欠け、また感情表出は極端に抑制され周囲には読み取りにくいもので、しかし秘めた怒りの感情によって判断力が鈍りやすく、負荷が加わると感情コントロールが緩む可能性も見受けられた。また思考は硬く1つのことに固執する傾向から発想を転換し辛く、自分の視点や見解にとらわれ、柔軟に立ち回れない面がある。また対人面における共感性の乏しさは明白で、他者の言動の意図を推察したり理解したりする力の低さが顕著である。その一方で、他者が自分の思惑通りに動いてくれて当然という非現実的な期待を抱くような依存心を持っているなど、対人関係の未熟さが全面に表されている。自覚的には、他者評価に敏感で非主張的だが集団内では協調的であるとしていたが、現実的な対人理解を伴うものとは言い難く、しばしば対人場面で誤解が起りやすいことが窺えた。

#### 事例C；40代後半既婚男性 神経症 医療関係会社課長 休務2回目通算2年

専門学校中退後、企業に就職するも裏事情を察知して半年で転職。その後、医療関係会社に15年勤務し、ヘッドハンティングでX-8年に現在の歯科関係会社に営業として就職した。X-4年には、本人曰く「上司が原因で」、くも膜下出血を起こし数か月欠務。復帰後、会社の組織変更で子会社同士が合併しており、他部担当となるが、上司はいるものの実質一人で事業をまわしていたという。ところがX-3年に「信頼していた上司に気に食わないと言われた。裏切られて会社に行くのが嫌になった」と対人関係のこじれを理由に出勤できなくなり、また身体が動かない、うまく歩けない、動悸等の症状が出現した。X-2年に精神科病院に受診し不安障害と診断され、エスタゾラム、プロチゾラムを服用し4ヶ月休務した。経済面の心配から復帰したところ、以前の上司が異動していたが、新しい上司は「変わった感覚の人です

れている。パワハラを受け追い詰められた」として、復帰後半年を経てX-1年7月にメンタルクリニックに職場の勧めで転院、うつ病診断で再休務した。1年を過ぎ、主治医との相性の問題や、職場より休務延長や復帰条件としてリワーク利用を条件として出されたためにX年11月に当院へ転院した。スルピリド、ロラゼパム等を服用。この時点で、過去4年以内に半年の休務を1回、2回目1年を超過しており職場からは年内復帰を求められていた。妻と2子の4人暮らしである。

当院リワークインテーク時には、休務要因を上司のみとし内省は乏しく、自己判断で減薬し、また競馬やパチンコへの逃避行動も見られ不規則な生活リズムであった。リワーク開始後しばらくして睡眠は安定したが、過去同様に服薬遵守に問題があり自己調整し不調を訴えた。復帰への焦りを感じて積極的にプログラムに参加する姿勢も見られたが、他方で時間を持て余すと漫然と過ごしている時間もあり、リワークでのルールや時間にはルーズであった。年内復帰を延長し職場面談を繰り返したが、休務原因をパワハラによるものとし元の職場に戻ることを頑なに拒否、面談後に気分の不安定さを訴えリワークまで遅刻や早退、欠席することがあった。X+1年2月には最終的に職場から提示されていた軽作業の業務に洪々応じ、リワークは利用3ヶ月で職場復帰となった。復帰後1年になり業務自体はミスもなく継続しているが、この間に本人の希望業務と職場との意見の相違により人事面談が繰り返され、一時には退職勧奨や斡旋企業への紹介等が持ち上がり本人が労働基準監督署へ相談することもあった。主治医の診察内で、職場より、本人が休務前に直属の上司を通さず勝手な営業をするなど問題行動の多かったことが情報として挙がっている。

性格検査からは、社会的な対処能力の不足についての自覚が希薄で、自分の能力以上の目標設定を課して失敗あるいは行き詰まることの多さが目立つ。内省傾向はあるものの自己を客観視できておらず適切な洞察には至らず、繰り返す失敗に自己否定や悲観的になり抑うつ感が強まり、自己評価が下がることが窺えた。また、社会慣習的な振る舞いが身につけておらず、周囲と共通した視点を共有しにくく、共感性の足りなさや協調性の低さが目立ち、対人関係のスキルの乏しさに基づく対人関係上の問題が起りやすいことが示された。大勢の人が集う場面や社交的な交流を優先するより、一人で行動することを好み、他者の心情や意向を慮ることが困難であるため、他者の言動を誤認することも多い。また他者が自分に寛容で自分に都合よく動いてくれることを期待しており、しかしその依存心が満たされないときには、傷つきやすく怒りの感情を持つ傾向が見受けられた。

## ②性格検査考察

事例A、B、及びCに共通するのは、社会的な対処力スキル不足を基盤とした対人関係の未熟さである。経験不足も関係するが、情緒的交流が狭小化しており、他者との共感性が低く、協調的で協力的な関係が年齢相当に構築されていない。自己表現は貧弱で不明確であり、周囲からの助言や援助が必要なきにも身動きせず、示しても不器用で伝達力に欠ける。その裏では年齢不相応な依存心を持ち、周囲が問

題を解決してくれるという期待と時間に身を任せる姿も見られる。多くの場合、直面した課題を乗り越えるようと対処策を練るような思考力は低下しており、達成に向けて試行錯誤する行動力の不足から、自分にはどうにもできないという諦めと落胆が生じ、無力さが抑うつ感情を往々にして引き起こすことがある。これらタイプは、周囲の適確な指示や温かな支持、環境調整で負荷が解消されたりすることで抑うつ感は比較的消褪する一面を持っているが、確実に保護的で安心できる環境が確保されたと感じられない限り不安が解消せず、消極的に復帰への難色を示したり回避的な態度をとり復帰の目途が立ちにくくなる傾向を持っている。

事例Aをみると結婚と昇格というライフイベントを契機として変調し休務したが、復帰後は親しい上司の下、軽減業務が許容された配慮のある環境にあることで数年の勤務を継続できており、周囲の援助によって負荷の解消と抑うつ感の軽減を容易にしている。しかし実質、複数業務を処理するには力不足があり、裁量を任されることに心理的な負担を感じやすく、新規場面や想定外の事態では不安が先立つために解決策を自ら考えだすことや、経験値を増やすような行動の獲得には至らないでいる。これは指示や助言指導を仰げる環境を確保することで一時的には安心感が得られる反面、僅かな不安が生じるだけでお手上げ状態となり、周囲の援助が離れたり失ったりするとすぐに均衡が崩れてしまうことを示している。また依存傾向も大きな問題であり、孤立感を伴う対人希求性に影響して強められ、他者追従的となり、リワークのなかでも入室自体に不安を訴えスタッフのお迎えを必要とし、他の利用者以上に丁寧な介入をしなければならなかった。また面談には母や姉を同伴するなど一見すると家族協力は得られているが、自発性を削ぎ落とし受動的で人任せの態度を強めさせることになっている。家庭でも福祉に従事する妻が寛容的で支持的であることを期待し依存していたのだろう。日常的と思われるような夫婦内での口論があるとすぐに落ち込み、妻が独立した態度を示すようになると容易に動揺し生活が立ち行かなくなっていた。

また事例Bも、異動と昇格によって対人関係の問題が表面化しているが、研究職として閉鎖的な環境下で限定された対人交流や業務に従事してきたために、目立つトラブルもなく自覚的にも対人関係に困難を感じることはなかったようである。異動により、初めての部下や顧客を相手に対人接触の場が拡大し、そこに交渉等のコミュニケーションスキルが必要となり、また新しい立場や役割に柔軟に移行できなかったために抑うつ症状を呈した。数回の移動の後、長年居た研究所に戻っているが、その後繰り返す休務と復帰には、異動による失敗や挫折は過去の研究職としての実績や自信を覆すほどの衝撃であり、自信喪失に陥り、以前の自己像とともに職場の安全をも保障できなくなったと考えられる。自分の弱点に直視することには無意識的に抑制がかかっているために、「コミュニケーションに自信がない」という漠然とした理由を口にすることはできても、復帰に必要な自己課題について思考が及ばなかった。また内省を勧めるスタッフ側には一見従順な姿を見せるも、現実味はなく回避的で、助言指導も受入れにくいものとなっていた。また思考の凝り固まりや決断力の低下は、希望部署や業務等の要望案の打ち出しを遅らせ、感情表現の乏

しさゆえ意思疎通も不十分となり、職場側としても配慮や留意点を把握しきれず職場面談の進展を阻んでいる。リワーク内では、こうした個人の詳細な点に踏み込みにくく扱いきれない部分も多く対応が不十分となっていたと思われる。

他方、職場復帰した事例Cは、AとBに共通・類似する性格特性が示されたが、業務内容や職場での行動など様相は随分と異なるものである。一見すると、Cにとって営業は心理的に負荷の高い環境といえるが、対人交渉の多い業務をむしろ好んで選択している。また対人トラブルは隠すことなく、職場に訴え、上司を批判し、主張的で自分勝手な行動も目立つ。おそらく、これまでの職場や業務では周囲からの援助や協力を得られていたのだろう。それを自身の能力として過信し、社会性の不足や対人未熟性ゆえに無自覚なまますり抜けてきた可能性がある。ただし自己統制力が弱く考えは浅薄で感情的ではあるものの、その率直な表現や提示方法は拙いながらも職場側に見てわかりやすく、少なくとも復帰の進捗は早かった。またAやBと比べると悲観思考があり、不安や焦燥感に煽られ問題行動を引き起こしやすくさせていたが、休職期限が差し迫っているとう深刻さを維持し行動の原動力にもなっている。最終的に業務変更の選択肢を不服ながらも受け入れ復帰したが、勤務が継続されている理由には、職場側の譲歩もさることながら、対人接触が少なく、本人の判断に影響を受けないルーチン化された業務であるからに間違いはない。また主治医も中立的な態度を崩さず一定の関係を保っていることで通院が継続されており、医師による第三者介入でもって客観的判断が加わり双方の摩擦が最小限に抑えられている。

これらから治療上では、他者によって対処力を補充するのではなく自らが底上げする必要性を自覚させ、自己理解を含めて行動パターンの見直しと工夫、コミュニケーションスキルの獲得に重点を置く必要があるといえる。職場復帰には、業務軽減や上司との関係の調整だけでなく、社会的な対処スキルの向上が不可欠であることを自覚させる促しを行うべきであるだろう。またBのように専門職に従事する者の中には、対人接触が少なく情緒的な刺激に暴露されにくい職場を獲得し、一定の枠組みの中で一貫した業務遂行力を発揮していることも多く、職場異動や昇格によって初めて対人関係の未熟さが露呈や顕在化することも稀なことではない。彼らにとっては経験値の不足も大きく影響している。しばしば社員育成の一環として複数の職場や部署で研修制度を設けている企業もあるが、こうした活動はモデルを知り自分を知る1つの材料ともなり意味は大きい。また通院中の場合は勿論のこと、異動昇格や業務量の増加時は、職場と本人の状況報告等を徹底し、実際の業務遂行能力がどの程度であるか自他評価した上で、職場の健康管理室等のなかで上司を含めて定期的な状態確認や情報の共有が必要である。このなかには、ときとして本来なら職場と切り離すべき家庭内の相談等が含まれてくることも予防的観点からは否めないだろう。

## ▶ 過大評価された理想自己と現実自己との葛藤型

### ① 性格検査結果

事例D；40代後半既婚男性 うつ病 公務員 休務4回目通算2年以上

大学卒業後、大手金融会社に就職するが、20代半ばで公務員に転職し勤続20年以上となる。X-6年頃に出勤時に動悸や手の震えが生じたために、メンタルクリニック受診。その際は異動を希望することができ症状は改善した。X-4年4月に部署異動したが、若い人の多い職場の中でイニシアチブをとるつもりが単純な仕事を間違え、次第に頭痛出現。CT検査では異常を認めなかったが、欠勤がちとなり、また希死念慮が見られたことから三環形抗うつ薬中心に投薬治療が開始された。X-2年4月から休務し、X-1年2月から職場にあるリワークを開始したが、身内の不幸も重なり満足に利用できず症状悪化し、アリピプラゾール、スルピリド、アミトリプチリン、ロラゼパム、プロチゾラムを処方される。その半年後には復帰するも、数日復帰し再び休務を繰り返し、X年2月に入社できなくなり再休務。4月には舌がもつれ呂律が回らず、口渇、落ち着きのなさが出現し、更にレボメプロマジン、ビペリデン、睡眠剤等が処方されたが症状改善せずうつ状態も遷延化し、4回目の休務になったところで入院を勧められるなか同年5月に当院に紹介受診となった。この時点で、過去2年以内に数ヶ月の休務を4回繰り返し休務年数は2年を超過し、休職期限は2年後であった。妻と子の3人暮らしである。

当院リワークインテーク時には、「出世コースを外れた」ことで自責的になっており、苛立ちが強く、家庭では子どもに当たることがあった。午前中は家事をして過ごすも、午後や休日は臥床していることが多く意欲低下や疲労感も強かった。リワークは週1から開始、当初より周囲と雑談を交わすなど集団適応は比較的スムーズであり、孤独感も薄れたとのことで穏やかに過ごす様子が見られた。仕事については「熱中するとキリがつけられない」と言い、また休務前は単純業務の多さに不満を感じていたこと、課内の年齢層が若く気を遣われていたことを振り返り、休務によって後輩や同僚から遅れてしまうことを懸念する姿が見られた。3ヶ月後には娯楽や外出を楽しめるようになり、自分のペース配分を掴んでプログラム数を徐々に増やした。半年後には病気の父が死去したが大きな動揺はなく、淡々とリワークを利用した。しかし定期的な職場面談で職場や産業医側から復帰許可が下りないことで疑問を口にするこゝもあったが、本人なりに理由を考え不満を漏らすほどではなかった。また自己理解を深めるプログラムでは、「自責的な面を修正しようとして今度は相手が悪いと行過ぎてしまう。今は復帰への希望が出てきているが、権利を主張しすぎないように抑えるよう保健師と話している」など極端な思考を自覚し統制しようとする様子が見られた。10ヶ月後にはリワークと並行して心理面接も導入。公務員に転職し数年の遅れを取り戻そうとずっと躍起になってきたこと、理想に追い求め完璧主義に徹したが何事にも時間がかかり業務が停滞し現実とのギャップに苦しんでいたことを口にするようになり、また自責的な一方で周囲への恨みや被害感を

持っていること、しかし職場での自分の行動や表現方法の工夫も必要であることなど復帰に際して自己変容しようとする兆しが見られるまでになった。職場とともに復帰案を作成、リハビリ出勤を開始しリワークは利用1年で終了となった。

性格検査では、自己への関心が高く自身について思い巡らすことにエネルギーや時間を費やし、自分中心に物事を考える傾向があり、一見すると自己評価が高い。しかし周囲との比較を通して自己の不足に着目しやすく、また内省傾向が悲観的予測を煽りやすいことから、理想と現実の自己との間に矛盾が生じており、現在の自分と対峙することや受容することが困難で過度の自己否定を強めている。また自己の確立や自立といった自己を巡る葛藤を大きく抱えており、これらに刺激されて気分も動揺しやすいことが示された。また対人面では協調的で良好な関係の構築を試みるものの、上記のような自己の価値下げが他者に投影され、他者から傷つけられたりおびやかれたり支配されるような感覚が強まるために、気心を許せず、親密な関係を望む一方で、自ら相手を頼り社会的に程よい依存関係を持ったりすることには不安が強い。ただ、社会的な容認を得るために、常識的で慣習的行動を優先し表面的には優等生的言動がとることはできる。しかし問題解決に際しては、失敗を恐れ、やりたいことがたくさんあるにも関わらず過度に慎重となり行動を起こせず、加えて思考は悲観的で熟考しても建設的な結論を見出しにくくなっている。また自分の見解に頑固で、他者のやり方を見習いにくく新しい対処方法を学びにくい。感情に委ねて衝動的に行動することはないが、最終的には決定権は他者に渡すことで責任を回避する傾向が見られた。こうした相反する欲求や感情、思考が存在し、内的に葛藤が多いことから、目の前の問題に集中することが困難になりがちで、置かれた環境を客観的に判断し意思決定ができず、状況に合わせて適切に遂行する力が下がりやすいことが示されている。

#### ケースE；40代前半既婚男性 神経症 設計技師 休務2回目通算2年半

大学卒業後、現職に就職し勤続20年以上。入職当初より上長と折り合いの悪い時期もあった。しかし理解ある上司に助けられ業務はこなせていた。X-6年に職場異動で新しい業務内容に取り掛かり始めた頃に眩暈等があったもののしばらくは順調に過ごせていた。しかし途中より上長と衝突し、また業務の厳しさにストレスを感じ不眠や眩暈等が出現。自らの希望で職場のカウンセリングを受けている。X-5年4月に職場異動と同時に開発業務に携わるが、対人関係での悩みから集中困難、イライラ感、眩暈が継続して出現し、思考力も低下し、職場のカウンセラーに促され半年後に事業内診療所に受診し休務となる。当初は食べて寝るだけの生活であったが、徐々に行動範囲も広がり、X-4年には別のメンタルクリニックに転院し、ミルナシプラン、トラゾドンなどの投薬加療を開始。1年後の11月に職場復帰したが、2ヵ月後には通常勤務、半年後には超過残業で、さらにX-3年8月に業務内容が変化し工程も厳しく、本人曰く、「仕事をしない同僚」との衝突もあるなかで2年間どうにか仕事を継続した。しかしX-1年4月に部署異動となり新設部署で何をするか決まっておらず、上長はいるが実質単独業務をする環境で、焦燥感や集中困難が生じ、また新

設社屋での居心地の悪さを感じ年休等による欠勤が増え、5月に再休務となる。以降、通院と自宅療養のなかで1年が過ぎ、X年9月に当院リワーク利用を目的に、他院主治医を変えず紹介受診となった。この時点で、過去4年以内に1年半の休務1回と、2回目の休務が1年を超過していた。妻と二人暮らしである。

当院リワークインテーク時には、自宅でTV、パソコン、読書、買い物などの外出はできていたが、睡眠時間が乱れ、全般的に活動性が低下していた。週2回からのリワークを開始したが、当初より胃部痛、背部痛、顎関節の違和感、下肢の痺れなどの身体症状の訴えが目立った。集団適応には大きな問題はみられず、復帰への意欲も表面上は保持されていたが、経済的には困っていないと言いつつも交通費を理由にプログラムを増やすことに消極的で、オフィスワークは自宅でできるといい、認知行動療法などの興味のあるプログラムのみを選択して利用する姿が見られた。講義形式のプログラムでは意欲的に発言する姿を見せ、「対人関係で攻撃的な表現をとりやすい。人を思いやる余裕がないみたい」「典型的なうつではなく現代型も入っているみたい」などの理解を示した。しかしスタッフの促しをよそに3ヶ月経過しても、経済的理由や物理的距離を理由に、プログラムの増加をやんわり拒んだ。また5ヶ月後に本人より手渡すはずの他院主治医宛のリワーク報告書を開封し、「記載表現が意にそぐわない。評価基準を示してほしい」「読み手の受け止め方によってはマイナスイメージを与える。職場へ間違えて提出されれば評価が下がる」と、記載内容への不満と修正を求めることが起こった。スタッフとの話し合いですぐに終息はしたものの、開封したことは正当化された。以降も通常通りリワークを利用、日数を増やすことはなく、日常生活においては趣味のスポーツ等は楽しむ姿があった。半年後には外来の集団認知行動療法や心理面接を受けることになったが、休務理由を職場環境や同僚に帰し不満と憤りを見せ、本人なりの正論を口にするものの周囲との相互的連絡や相談の不足について気付きはなく、自分の問題として取り組めず洞察が進展しないまま、いずれも数回で自己中断となった。リワーク利用も1年を超過し、本人により職場面談に力を入れたいという希望で当院通院とともに終了となった。

性格検査では、警戒心が高く周囲への不信感が根深く、表向きは友好的な対人交流をとることができるものの、自分が主導権を握るか自分の味方であると確信できるまでは距離をとり、非常に用心深い構えを持つことが特徴的に表されている。これは自己愛傾向からの影響も大きく、つまり自分を特別視し自己中心に都合よくものを受け取るきらいがあり、勇ましく過大評価された自己像を維持するために、周囲からの承認や賞賛を求め、これが得られる相手とは協力的な関係を進んで持つが、自分を評価しない相手や環境には不満を持ち関係を断ちやすいという態度を強めている。また自己防衛に攻撃性が使われるために、他罰的になることがあり、適応に問題が生じる可能性が示されている。理想を追求して粘り強く努力する姿勢はあり、向上心も高いものの、現実的で確実な目標設定に欠け、能力以上のことに手を出しかえって詰めが甘くなり成果が出せないところがある。何事も自分が納得する結論を出すまで熟考に時間を割くが、そのために行動が後回しにされ、やりたいことも

実現化せず欲求不満が募っていく。自分の描いた筋道で事が進むことを好み、自分の価値観や見解に頑固で、環境に合わせて柔軟に行動を変化させていくことが苦手である。また想定外のことが起こると動揺し普段は抑制している感情のコントロールが緩みやすく、また解消されず蓄積した苛立ちや怒りの影響も相まって、一時的に現実判断を損ねる傾向が見られた。習慣的な内省傾向も認められたが、自分を正当化するような防衛が働くために自己の弱点や不足は否認されやすいことが示されている。

## ②性格検査考察

事例D、Eに共通するのは、自己への過大評価を賞賛や承認によって維持しようとする自己愛傾向の強さ、そこに絡んだ対人関係の構築及び維持の複雑化である。自分を特別視する一方で自己像が脆弱であるために他者からの評価に過敏であり、他者との関係性は表面上になりがち、相手の評価次第で友好的で協力的にも、敵意的にもなる。また自己に対する理想や目標設定が高く、能力以上を求めて努力するが、何事も思考優位で慎重に熟考するために判断に迷いが増え現実的な行動は遅れがちで、目標達成には非常に時間を要する。決断は他者に委ね責任回避することも多い。複数の問題が重なったり想定外の事態に直面したりすれば、一層、対処に時間がかかり自ら過負荷状態に陥ったり、欲求不満を引き起こす。また自分の価値観や見解に頑固でこれを優先するために、環境に合わせて自分を変化させたり他者の視点ややり方を取り入れたりすることが苦手である。内省力は自己愛の影響を受けて、客観的な視点を妨げやすく建設的に機能しにくいと思われる。

事例Dは、職場の業務上での失敗を契機に、そこに理想の自己像と懸け離れた現実の自分に直面したことで自己愛の傷つきという大きな痛手を負って発症している。出世コースから外れたことに対する自責感が強いが、希死念慮まで生じたのは、自分の弱点や不足が周囲の目に暴露されることへのとてつもない恐怖心や失墜による極端な自己喪失感、それを刺激した周囲への怒りも関係していたと思われる。しかし、他者との比較による自身への疑問視や懐疑心は若年より持っており、内省によって引き起こされていた強い自己否定と悲観思考は、自己矛盾の理解を重要視する治療的介入によって客観性を帯びてきた。心理面接の中では、幼少期から虚弱体質に劣等感を覚えその否認と補強のために学力第一にしてきたこと、自分の価値を証明するために大会社に就職したものの業務過多で身体不調を呈し敗北感を味わったこと、劣等感や挫折感を打ち消すために目標を正義心に変え公務員となるも、失敗を過度に恐れ完璧主義にとらわれて業務が滞ってしまったことなど、繰り返す休務と内的葛藤が言語化されるようになった。また職場復帰に際しては担当医の診察に上司が同行、以前のようなスピードを要求される複数部署との仲介的役割よりも、慎重で思案と思索に時間をかける丁寧さや追究姿勢を考慮し、知識を生かした経営分析や計画案を作成する業務へと配置換えが行われ、復帰1年半を過ぎ軌道に乗って経過は順調である。ここには長年の自己を巡る葛藤を洞察する過程と理解が、復帰後のDを支えていることは言うまでもなく、表面上の行動特性に焦点を当てた業務

変更だけでは不十分であったといえるだろう。

一方、事例Eは、理想化された自己像に著しいまでの関心を払い自己価値観を肥大させているが、Dと異なり、これを守るべく過剰な警戒心が臨戦態勢を働かせ、頑なにまで自己愛的傾向の維持と現実否認が起こっている。したがって治療的介入は自己評価を引き下げる非難として曲解され、悉く拒否され続けた。自己防衛としての警戒心は他者への不信感や疑心暗鬼を伴うために、休務の経緯や自身の問題に照準を合わせることは困難であったのだろう。一見すると内省的で、自分の言動について過不足を口にするにはできるが、表層的で現実味を帯びなかったことも頷ける。リワークでも自分の関心のあるプログラム以外の参加には自己都合で一貫して断っているし、他者評価に対する過敏性は、リワーク報告書を勝手に開封し記載内容の訂正を求めるといった逸脱行動に、攻撃感情とともに顕在化している。こうしたタイプは些細なことを理由に関係性が容易に破綻しやすく、治療においてもドロップアウトする可能性が高く、関与には細心の注意が必要であったといえるが、十分な介入には至らず復帰準備は進捗せぬままリワークは終了となった。終始、問題は職場側にあると譲らず変化を認め難かったが、こうした有りようはおそらく職場内でも同様であるのだろう。

近年こうした特徴を持つ患者が目立ってきているが、両者とも一見すると感情抑制が強くそれなりの内省を示し、自己評価の高さや対人過敏性は見られるものの、明らかな自己顕示的な態度や承認欲求等は表現されることは少なく、自己愛にまつわる問題が難治化に影響を及ぼしていることがわかりにくい。しかし休務の経緯とともに本人の人生観や価値観を丁寧に聴取し、行動観察していくと、現代のうつ病患者のなかに多いとされる自己愛パーソナリティの特徴に照合する部分も多くみられる。事例Eにおいては主治医が他院であり、当院では家族や職場側からの情報収集が充分行えず、また職場面談の経過も本人を通して報告されるに留まり、詳細な事実確認や問題把握に難渋した。ここには患者を受容し味方となるキーパーソンを確保しながら関与することだけでなく、リワークと主治医、職場、家族等との連携による現実の患者像の把握がいかに重要であるかが示唆されている。

## 2) 知能検査からみた能力特性

### ①知能検査結果

事例F；40代前半既婚男性 発達障害 交通機関 休務3回目通算1年以上

高校卒業後、交通機関に就職し20年以上勤続。職場異動後、X-6年頃より、上司からの業務命令で休日出勤が増したが、パソコン操作が苦手な業務が滞り始め、また「仕事を押しってくる威圧的な上司」の存在も重なり、X-5年5月には腹痛を起こし救急車を要請する。しかし検査の結果、異常はなく、上司から「気が弛んでいる」「自己管理ができていない。気持ちの問題」と叱責された上、同時期に後

輩から陰口をたたかれていることに気付き、落ち込みが出現。入社前に憂鬱となり6月より休務した。メンタルクリニックに受診し、自律神経失調症診断でスルピリドによる服薬加療を開始。半年後のX-4年1月に復帰したが、出札や電話番が一人でできず、体のふらつき、電車で吸い込まれる感覚が出現、欠勤がちとなり5月から半年再休務となる。X-3年1月に復帰し軽業務から開始したが殆どは補助を必要とし、しかし職場の理解とフォローにより2年半勤務することができた。X-1年10月に職場異動により遺失物担当となったが、業務内容と自分の性格が合わないと感じていた。電話応対や券売のシステム機能変更の多さにもついていけず、手順もわからないことが多く、また「職場で客の対応で怒鳴られて嫌」と言い、半年経たず再々休務となる。X年3月、リワーク利用目的で当院に紹介され転院した。ルジオミール、ドグマチール、メイラックス服用。この時点で、過去5年以内に数か月の休務を3回、休職期限は2年後であった。両親と妻と子の5人暮らし、子は発達障害で療養センターに通所している。

当院リワークインテーク時には、抑うつ気分は軽減していたが午前中の意欲は湧かず、熟眠感がなく、妻の協力で散歩に出かけるが、やることがないと臥床傾向にあった。職場への診断書等は自分で持参していたが、病状経過や診察内容は妻が代わりに毎週報告していた。リワーク開始時は、緊張と困惑した硬い表情で、感情表出も乏しく、利用者との交流も希薄であり、プログラムには受動的な参加の仕方であった。3ヶ月後にスタッフに促されパソコンに向かい、ネット閲覧、タイピングの練習をするようになり、また苦手意識を持ちながらもコミュニケーショングループに懸命に参加する様子が見られた。懇意の上司の転勤で気落ちする様子もあったが、日常生活やリワーク利用に大きな影響はなく少しずつ自信をつけつつあったが、パソコン操作等の拙さは否めなかった。半年後の職場面談で、復帰業務として電話対応担当の話が持ち上がったが、これにひどく動揺し、不安を訴え、家庭で親と衝突するなど衝動コントロールの不良が見られだした。その後も職場が配慮の上で呈示してきた新人が担当する負荷の少ない業務に対しても強い不安感、自信のなさを訴え、単独業務を渋り対人交渉のない業務を希望した。復帰が延長となるとリワークの参加にも足が遠いてしまい、リワークは7か月で中止となった。通院を継続するなかで、「部署異動で具合が悪くなった」「職場の病気に対する理解がない。もう5～6年苦しんでいるのに助けてくれようとしない」「自分が何をしたらいいかわからない」と不満を述べた。その後、現病歴や生活歴の再聴取、心理検査の結果から、担当医より発達障害を疑われ、Fや家族へその旨説明が行われた。すぐには受容し難い様子であったが、次第に「うつ病ではないと言われて気持ちが楽になった」と納得し、本人了承の上、担当医から職場側に障害者として考慮を申し出ることとなり、X+1年1月より補助付きの見習い勤務から始めることとなった。1ヶ月後の診察では、復帰すぐに同僚らに「何もできないけど宜しく頼むと頭を下げた」とのことで、周囲の援助により次第に不安が軽減してきたこと、配慮に感謝していることを述べた。なお幼少期には発達の問題は指摘されていないが、小学校高学年から自分の意見を貫き周囲とぶつかることが多くいじめにあっており、中学ではテスト中の行動がカ

ンニングと誤解されたり、女子の着替えの最中に間違っ教室に入ったりして周囲から疎外されることが多かったようである。妻からは、非常に几帳面で融通が利かないという情報が得られている。

知能検査では、全検査IQ88と＜平均の下＞水準で、言語性IQ103と＜平均＞であるものの、動作性IQ70と＜特に低い～境界線＞にあり、統計的な有意差を認めた。群指数では、言語理解力に大きな問題は認めず、検査上では、言語的な情報や知識を用いた状況判断や応用力があり、社会的なルールの理解や日常生活における常識性は年齢相応に備えていた。だが生活場面などで見慣れたはずの事物と記憶の照合がスムーズでなく、一般化や応用の利かない一面が見られる。また、知覚統合力と処理速度は同年齢群の平均を大きく下回る＜特に低い～境界線＞にあり、このことから視覚・空間認知が弱く、非言語的推理力が低く、計画力に欠け、複数の視覚情報の操作と統合的処理能力が著しく劣り作業速度も極めて遅いといえる。同時並行で複数業務を担うにあたっては何を優先すべきかを絞りこめず、新規の場面では方略がわからず作業が出遅れ、時間を要し遂行能力が明らかに落ちる。このため、状況を正確に判断し機転を利かせて素早く動作に移すことができず、咄嗟の対応には困難が伴いやすいことが示されている。

#### 事例G：50代既婚男性 うつ病 公務員 休務6回目通算2年以上

大学卒業後、市役所に就職し勤続30年以上。入職時から同職場で25年近く勤務、同僚とも関わりの少ない部署で自分のペースで書籍の整理や保存等の業務に従事していた。X-7年身内の死により抑うつ症状が出現。X-6年、初めて職場異動となり窓口担当となる。X-5年4月には班長に昇格したが、上司と部下の板挟みで対人関係に悩み、不眠や胃腸の調子を崩すなど身体不全を訴えるようになり、また血糖コントロール不良で内科より紹介されて、同月に精神科に受診、不安神経症と診断され、パロキセチン、ロフラゼプ酸エチル、ミアンセリン等処方され1ヶ月の休務となった。復帰後も環境は変わらず、以降も数週間から数カ月の休務を繰り返し、X-4年4月には人事配慮で異動が行われたが、今度は専門職との連携がうまくいかないことを理由に7月からX-3年3月まで9ヶ月休務となる。同年4月に部内異動したところ業務も軽減、部内人数も少なく1年間継続して働くことができた。しかし再びX-2年に部署異動、X-1年には苦情対応をすることになり困難を極め、以降も休務と復帰、X年に入ってから同様に、9月には病気の親族の死を契機に不眠、胃腸不良、血糖コントロール不良、抑うつ感が強まり休務している。業務上では、「納得できないと次に進めないため人より仕事が遅くなる」こと、対人関係での傷つきやすさや苦手さを自覚していた。11月に自らリワーク希望にて当院に受診。この時点で、過去5年以内に数週間から数カ月の休務と復帰を再三再四繰り返し、少なくとも月単位の休務は6回以上、通年2年を超過しており、休職期限は同年12月であった。両親、妻、2子の6人暮らし。

当院リワークインテーク時は、自宅ではTVや読書ができていたが外出は通院程度であり、利用は週2回から開始となった。礼儀正しく丁寧な言葉遣いであるが話が

迂遠で、「自分の思っていることをすべて伝えないと相手にも伝わらないと思ってしまふ。それで余計に伝わらなくなる」と話した。休職期限が間近に迫っており、焦燥感は強く慌てて行動するなどまとまりに欠けたが、主治医や職場との相談で休務延長となると落ち着いてリワークを利用できるようになった。X+1年に入り、リワーク中の個人活動には大きな問題は認めなかったが、発症契機は身内の死と振り返るだけで、繰り返す休務については十分に理解が得られないままであった。また自覚的に、他者への気遣いが多く自己表現が苦手であるといい、コミュニケーションのとり方を見直そうとする懸命な姿が見られたが、その一方で、リワークのなかでは他者の話の途中から喋りだしてしまうことがあり、スタッフに指摘されると一瞬険しい表情を見せることがあった。「自分が正論だと思いやすい」「相手に理解してもらいたいという思いが強く、話したいと思った途端に話してしまう。言い訳がましくなってしまう」と漏らした。半年を過ぎると、対人関係を含めた自己理解と見直しにストレスマネジメントを積極的に活用し、また定期的な職場面談と通勤訓練を開始、職場近くの公共施設で過ごすなど復帰準備を進めるようになった。それに並行して当院外来の認知行動療法に意欲的に参加し、「自分は不完全であるために人に好かれたい」という考えの偏りがあることを認識し対人関係にまつわる認知修正に励んだ。主治医より職場側には、対人接触が多く取り纏めをするような役割は負荷が高く、業務が滞る可能性があるため、窓口担当以外の部署への配置換えが望ましいことが伝えられ、パソコンを使った事務関係に異動となり、リワークは復帰を持って1年で終了となった。

知能検査では、全検査IQ105と＜平均＞水準であったが、言語性IQ120と＜平均の上～高い＞に比べ、動作性IQ84は＜平均の下～平均＞と統計的に有意差が認められた。相対的にみると知覚統合力と処理速度が低く、特に見本を基に正確な型や図案を構成する能力についてはその低さが目立つ。このような性質を含む事務処理を前にすると速度は遅くなりがちである。ただし言語意味理解や言語的推理、言語表現力などは同年齢群に比し高く、また過去の経験を踏まえた社会的ルールや常識的な行動基準の知識は充分備えており、結果の予測力や推理力もよく保たれていることが示されている。なお性格検査においては、対人面の特徴として、良好な関係を求める努力姿勢を持つ一方で、他者の意図を誤読し対人関係で躓きやすく、自己評価の低下や不全感を招きやすい傾向があり、これらの影響が能力を十分に生かせないものとさせている可能性が考えられた。

#### 事例H：30代前半未婚男性 気分障害 公務員 初回休務2年超過

専門学校卒業後、郵便局に契約社員として就職し配達業務を中心に勤務10年以上となる。短時間勤務とそれ以外はバイトで両立していた。X-6年、長年の友人に失言し傷つけたと感じ、相手に謝って許してもらえたが申し訳なさで一杯となり、次第に周囲に自分のことを悪く言われているような気になり、抑うつ気分、不眠が出現。内科にてフルボキサミン、パロキセチン、スルピリド、睡眠剤が処方されていた。約1年通院するなかで症状は一時的に安定したが、怠薬により次第に症状が再燃。

X-3年の夏にメンタルクリニックに受診し、薬物治療を再開し、症状も改善を認めた。X-2年には公務員資格を取得し正規採用となり、自信と不安の入り混じる中、4月に部署異動となり業務量が増加。また8月には1ヶ月毎に新しい配達地域を覚えなければならず、夜勤や休日出勤が重なり、配達業務のミスが多発したために同月より休務となった。セチプチリン、フルニトラゼパム、クロナゼパム等が追加処方となり、睡眠や食欲等は安定。趣味のゲーム等も楽しめるが、人と会うと体調を崩しやすいことから、対人関係の問題の改善等を含めて主治医は他院のまま、X年3月に当院リワークに紹介受診となった。この時にはリワーク利用意思が弱く一旦保留となり再度X+1年1月に受診。この時点で休務は初回であるが2年を超過しており、休職期限は同年11月であった。両親と兄弟の4人暮らしである。

当院リワークインテーク時には生活習慣が整っており、この数ヶ月は気分の落ち込みもなく、利用は週3日から開始となった。幾らか緊張した落ち着きのなさはあったが、集団適応に大きな問題は認めず、プログラム数も順調に増加したが、コミュニケーションのグループでは反応が遅く、時折、開口状態でぼんやり一点を見ている姿が目立った。特に講義形式のプログラムでは真剣に聴講している一方で話の文脈とは反れた反応をしたり、質問とは異なる的外れな返答をしたり、30分以上すると余所見をしたり落ち着きなく集中困難な様子が見られた。また「職場の人事に会うので良くなっていることを見せたい」と言うものの具体的に何が改善しているか挙げられず、不安に対する気付きも乏しかった。3ヶ月を過ぎた頃には笑顔を見せ自発的に対人交流を楽しむ姿が見られ、また通勤訓練も開始した。しかしプログラムの聴講中に閉眼して腕組み、携帯いじり、視線の定まらなさ、椅子にきちんと座らず姿勢が悪い様子が目立った。自主活動ではしばしば離席が見られたが、しかしスタッフやプログラムに対する反抗的態度とはやや異なる印象を受けた。他院での処方内容の懸念もあり、当院で脳波の精査も行われたが問題は特に認めなかった。しかし、「小さい頃から文章を理解するのが苦手」「新聞は読めるが本の内容は理解できないことが多い」「不意に何か言われると頭が真っ白になり、言われた通りにしてしまう」など述べるようになった。7か月後には、産業医や職場面談の末、復帰すぐに端末を使用する作業や複数集荷などの負荷の高い業務は避けて以前のような半日勤務の予定が組まれた。長期に渡る休務からの復帰には不安と緊張が高く再発を心配して落ち着かない様子が見られたが、ほぼ元の業務に戻ることが決定し、リワーク利用は9ヶ月、復帰を持って当院通院とともに終了となった。

知能検査では、全検査IQ86と<平均の下>水準であり、言語性IQ85と同様に<平均の下>であったが、動作性IQ90と<平均>であった。言語性IQを構成する群指数のうち、言語理解は73と境界線であり、世の中の仕組みや常識的な理解力に関しては年齢相応の能力を有していたが、言語によって物事を説明する力や、抽象的な思考力の弱さが目立つ。聴覚的な短期記憶や処理速度に大きな問題は認めなかったが、記憶を用いた複雑な操作を伴うと処理力は下がる傾向がある。また物事の完成状態の予測しながら行動すること、目標を見通して計画を立てて作業を遂行していくことは苦手であることが示されている。複数の視覚情報を同時に扱い処理していくこ

とも不得手である。また慣れ親しんだ情報も提示される形が変化するだけで理解が遅れるなど、視点の変換も弱いといえる。その場の情報を正確に把握し、状況の流れを察知、推測することは苦手であり、他者の表情を読み取ったり、意図することを適切に想像したりすることが困難で、状況を誤読する可能性が示されている。

## ②知能検査考察

事例F、G及びHは、全般的な知能水準に違いはあるものの、ディスクレパンシーといった能力間のアンバランスさが影響して、職場での業務遂行に大きな支障が及ぼされ、また性格傾向も相まって二次的に対人交渉などの社会的なコミュニケーション能力を下げ、周囲からの誤解やトラブルを招きやすくさせている。彼らからの訴えは対人関係の不得手さが前面に出ることが多いため、知的能力の問題が見逃されやすく注意が必要である。確認の意味を含めて丁寧に検査で能力を測り、業務内容との適合を把握しておくことが望まれる。

事例Fは、これまでうつ病診断の下で治療が行われてきた発達障害を疑う患者であるが、今回の復帰に際し障害名が職場に情報提供され、理解と納得が得られたことで比較的円滑に業務変更が行われ復帰に至っている。Fによると発症契機は異動における上司命令の業務増加であるが、実際のところ長年に渡り補助的な単一業務と面倒見の良い上司の下、指示を当然の如く受け取ってきたようである。性格面でも自己中心的で他者への共感性が低く配慮に欠け、しかし依存心は強いといった社会性のなさが目立つ。しかしながら、実際の業務と能力面との適合という点でみていくと、パソコン業務は複雑な視覚情報の操作と運動機能の協応を必要とするため、著しく落ち込んだ動作性能力からみて困難を極めたことは明らかである。臨機応変さの欠如ゆえ電話応対に苦慮することも当然で、また思考の転換が悪く固執性が強いためにシステム変更等の理解と順応には非常に時間を要したものと思われる。このような点から、職場側へは以下のように伝えている。1つ1つの指示自体は理解が可能だが複数の指示を総合的に把握しきれないため、できるだけ決まった手続きや手順の構造化された業務が望ましいこと、時間切迫の軽い業務のほうがミスや間違いが避けられること、見様見真似は苦手なため視覚的にわかりやすい見本の提示と明確な言語的指示が組み合わさると理解が早くなること、先を見通し業務をするためには時間的流れがわかるような予定表があるとよいこと、などである。またFには、周囲の指示は自分の言葉で再度確認し直す、書いて覚える習慣をつける、自分が業務をどれくらいの時間で行っているか実際の時間を計測し計画を立てること、を伝えている。

事例Gは、対人接触の多い部署異動後に問題が顕在化しており、対人関係の構築やコミュニケーションの問題の大きさに注目が置かれ、そこを中心としたリワークや治療が進められ復帰した事例である。しかし業務内容と能力面の関係性を十分に検討しないまま、復帰に検査結果が適切に生かされたか疑問が残る。検査結果からは、対人交渉に不可欠な言語理解力や推理力は充分有していたが、他者からの誤解

を怖れて自分の思いを全て伝達しようと必死になっていることや、自分を理解してもらいたいという思いが強いことが語られており、それらが枝葉末節にとらわれ迂遠で冗長な話し方を際立たせていると考えられた。しかしどの内容をどの順番で話すかといった情報を組立てる力の弱さも基盤にあり、本人の弁は、助長させているものに過ぎなかったかもしれない。また「上司と部下の板挟み」「専門職との連携」の不手際は、見掛け上、対人関係の問題として受け取れるが、これも分散した複数人の意見や情報を1つに統合する力の不十分さが多いに関係していたのだろう。書類作成や処理作業といった事務業務は決して得意ともいえず、仮に対人接触が減りストレスが軽減しても、業務量が増えれば症状が再燃する可能性も考えられる。性格上の、社会規範に忠実で正義や正論に頑固で融通性の利かない一面や、周囲に理解されない不満が鬱積し恨みに転じていたことなど、自他の関係性の整理や理解が深まったことはGにとって喜ばしいことであるが、対人面がクローズアップされ見逃された知的能力の部分については、復帰後の経過を慎重に辿って観察していく必要性を感じさせられた。

事例Hは、言語理解力の明らかな低さが、業務上の指示理解とそれに伴う機敏な動作を阻んでいることがわかる事例である。検査の結果から、異動前の長年行ってきた業務内容は確かに本人の能力特性とよく合致していたと思われ、この場合は元の業務に戻すことが最も妥当であると考えられた。しかしGと同様に、元来より対人関係が不得手と感じており、友人への失言等に端を発し変調が起きていること、休務中に抑うつ症状は改善しても他者交流で不安を訴えるなど、治療は対人面に焦点を絞って行われ、当院リワークも対人関係の問題改善を目的として利用を紹介されている。しかし問題は、言語理解や表現力の拙さゆえ、日常会話では他者の言葉を誤解したり、職場内では指示を誤って受け取ったりすることにあつたと思われる。また状況把握力や予測力の不足も大きく関係しており、見て察することができず気の利かない人という印象を与えかねない。H自身も、なぜ他者と行き違いが起ころのか理由が漠然としてわからないままであり、いつまでも対人不安が拭えず復帰への意欲が高まらないでいたのだろう。こうした点から、業務上では、指示が口頭だけに限定されると即座に理解しにくいいため、複数指示を同時に貰うことは避けるか、あるいはその都度指示を書きとめ期限を基準にして優先順位の高いものから順番に行っていくこと、また日常生活においても相手の言葉と自分の理解に間違いやずれがないか再度自分の言葉を使って確認することが必要であること、などをGに伝えている。

こうした能力特性に関する心理検査のフィードバックは、性格検査よりもはるかに患者らの受け容れが良いという印象を持つ。学業やその成績を通してある程度具体的に得意・不得意を認識していることが多いため、業務内容の詳細を検査結果と突き合わせて問題点を共有していくと、理解も得やすく、治療者や患者本人だけでなく職場側への情報提供としても利用しやすい。また上記3事例からは、二次的な対人面の訴えにとらわれず確実に能力的要因を押さえておくこと、Fのように発達障害の可能性を視野に入れておくことの必要性が示唆されている。加えて検査結果や

そこで得られた留意点を患者らが理解することは、いたずらに対人関係の不安を煽らずに済む安心材料にもなると考えられる。

#### D. 心理検査の有用性に関する考察

近年の難治性うつ病群の中には、潜在性の双極性障害、種々のパーソナリティ障害や不安障害の並存などが指摘されているが、薬物治療が奏功せず抵抗性も目立ち様相も大きく変化していることもあり、また従来うつ病者とは異なる性格特徴や行動パターンを示す者が目立つことから、治療においても様々な観点から多角的にアプローチしていくことが重要と考えられる。こうしたなかで心理士の立場からは、慢性化を強める複合的な因子のなかの、個体の性格及び知的因子に着目し、多種多様化するうつ病患者の職場復帰困難性の把握に心理検査を用いた。今回の調査では当院の職場復帰支援デイケアセンターの利用者に限定して、主に休務回数が2回以上かつ休務期間が1年以上の患者を選択し、性格検査と知能検査で得られた結果を事例紹介とともに考察した。

性格検査からは類似した特徴を持つ複数名の患者を抽出し、そこで社会的対処力不全を基盤とする対人未熟型と、過大評価された理想自己と現実自己との葛藤型、の2種類に注目して復帰事例と非復帰事例を比較した。前者では、情緒的交流が狭小で共感性が乏しく他者との協力関係を獲得しておらず、自己表現は貧弱で受身的、年齢不相応な依存性ゆえに他者に問題解決を期待し身を委ねる特徴が見られた。回避による経験不足が輪を掛け、対処策を見出せず試行錯誤もできず、諦めと落胆による無力さが抑うつ感情を引き起こしている。契機は業務量の増加や昇格の負荷であるが、そこには保護的な環境に逃げ込み他者の力で補強していた対人未熟性の露呈があり、自己防衛のために退却する形で休務は長期化している。業務軽減や上司部下関係の調整だけでは根本は変わらず、本人が自己理解を通して社会的な対処力を上げるためにも、コミュニケーションスキルの向上やストレス耐性の強化が必要であると思われた。また職場外でも問題を抱えていることも多く、可能であるならば職場で個人的な相談ができる場が設けられることは包括的な予防として重要と考えられる。また後者の型は、自己への過大評価を賞賛により維持しようとする自己愛傾向の強さが特徴で、自己を特別視する一方で自己像は脆弱、理想が高く努力家だが、思考優位で過度な慎重さが意思決定と行動を遅らせ、目標達成には時間を要し自ら過負荷状態に陥りやすい傾向が示されている。内省力は自己愛の影響を受けて客観的な視点を妨げ建設的に機能しにくく、職場への他罰化が休務を正当化させている。これらは自己愛パーソナリティを有する患者の特徴によく該当するが、対人過敏性はあるものの表面上の適応力もあり、顕示的な態度や承認への欲求は明確に表現されず一見それとはわからない。本人に不利益な休務原因も否認され隠されてしまう。また、こうした性格的要素は職場に情報提供しても受入れには困難な面もあり、個人へのフィードバックが主体となることが多い。まずは治療関係を作り、

本人の味方となるか中立な立場をとれるキーパーソンを確保しながら、職場での事実関係を明確していくことがなにより重要と考えられる。

知能検査からはディスクレパンシーに着目し、能力間のアンバランスが職場での業務遂行に多大な影響と適応不全を及ぼしている点について取り上げた。性格傾向も相まって二次的に対人交渉などの社会的なコミュニケーションが不十分となり、周囲からの誤解やトラブルを招きやすい特徴が示されている。彼らは対人関係の不得手さを問題視して訴えることが多いため、能力面の問題は後回しにされるか見逃されることも多い。特に、高学歴かつ専門分野で能力を発揮している場合は知識偏重に注意して丁寧に検査で確認しておくことも必要と思われる。加えて発達障害によるうつ状態という観点は不可避なものとなっており、診断基準を完全に満たないまでも発達障害圏の存在を視野に入れて治療と支援を行うことが必要である。知能検査は、結果が明確に数値化、グラフ化されるため自他確認しやすく、また本人の特性に適した、あるいは生かした配置部署、業務内容とのマッチング、助言指導等の具体的な留意点や方向性を指し示すポイントが凝縮されている。これらは本人に承諾を得た上で、職場の産業医らとも連携し、重要な資料として職場へ情報提供し、問題の共有と理解を促すことが復帰後の勤務維持に大きな役割を果たすといえるだろう。

## E. おわりに

当院リワークは主治医を変えずに利用できる性質上、他院の通院者については心理検査結果がどの程度職場復帰に活用されているか把握が不十分となっており、またリワーク中断者や終了者を含め復帰後の経過が追いきにくい難点も持っている。しかし、難治性うつ病患者の特徴として、数か月後や数年後に再び休務となる可能性も否定はできないことから、心理検査を実施した患者については可能な限り縦断的に経過を観察していく必要性を感じている。今後の課題としては、検査結果がどの程度職場側に理解され復帰後の継続維持に生かされているか調査すること、検査結果の統計的分析を含め治療・支援のアプローチについて検討することが挙げられる。また昨今のうつ病患者の特徴はメランコリー型に比べ否定的な面が取り上げられがちであるが、個人の機能や能力を十分に生かすための効果的、かつ本人に有益を齎されるような心理検査の利用の仕方が望まれる。

## F. 参考文献

- ジョン・E・エクスナー著 中村紀子／野田昌道 監訳 ロールシャッハの解釈  
金剛出版 2002
- 藤岡淳子著 包括システムによるロールシャッハ臨床 エクスナーの実践的応用  
誠信書房2004
- 北西憲二 難治性うつ病—見立てと精神療法的取り組み— 精神療法 vol.36 No.5  
pp.3-8 2010
- 中村敬 樋之口潤一郎 谷井一夫 難治性うつ病の精神療法 精神療法 vol.36 No.5  
pp.16-21 2010
- 傳田健三 佐藤祐基 児童・青年期における難治性うつ病 難知性うつ病 精神療  
法 vol.36 No.5 pp.47-52 2010
- 佐方哲彦 自己愛パーソナリティの測定 自己愛の時代 現代のエスプリ ぎょう  
せい pp.9-19 2011
- 福西朱美 福西勇夫 わが国に多い隠れナルシスト—非定型うつ病の精神病理との  
関連性より 自己愛の時代 現代のエスプリ ぎょうせい pp.41-50 2011

発 行 者 社団法人 日本精神保健福祉連盟  
会 長 保 崎 秀 夫

〒108-0023 東京都港区芝浦 3 -15-14

日精協会館内

T E L 03 ( 5232 ) 3308

F A X 03 ( 5232 ) 3309

制作 社会福祉法人 新樹会 創造印刷

T E L 042 ( 485 ) 4466

F A X 042 ( 481 ) 0766

