

## 教員研修会 シンポジウム：教育現場における心のケア

## 2. 教育現場における心のケア — 教員を中心に —

小林 俊三\*

[Key Words] メンタルヘルス支援、教員、うつ病、復職支援会議、試し出勤

### はじめに

我が国の自殺者数は平成 24 年、15 年ぶりに 3 万人を下回ったが、そのうち約 2,500 人が勤務問題を原因や動機の一つとしている。また、同年度の精神障害等による労災認定件数は 475 件と前年比約 1.5 倍となり、過去最高を記録した。また、人事院が 5 年ごとに行っている平成 23 年度国家公務員長期病休者実態調査によれば、長期病休者（傷病によって 1 ヶ月以上勤務していない者）は 5,370 人（全職員の 1.95%）であり、原因となった傷病で最も多いのは精神疾患（精神及び行動の障害）の 3,468 人であった。精神疾患による長期病休は全長期病休者の 64.6% を占めており、14.9% であった平成 8 年度以降、調査年度ごとに前回を上回る状態が続いている。また年齢階層から見ると、精神疾患の占める割合は 20 歳代では 80.2%、30 歳代では 75.4% となり、若い世代ほど高率である。こうした統計が示唆するのは、社会が進もうとする方向性から鑑みて、労働者におけるメンタルヘルス問題が今後ますます増加し、複雑化するであろうということである。

### I. 学生と教員のメンタルヘルス支援

それでは大学における教職員のメンタルヘルスにはどのような現状と課題があるだろうか。それを考えるには、今回のシンポジウムのもう一つの柱である学生のメンタルヘルス支援を参照枠にする必要がある。学生メンタルヘルス支援と教員のメンタルヘルス支援には切り離せない相互関係がある。

学生のメンタルヘルス支援は、特定の支援を要する学生に対して個別の治療やカウンセリングを提供し、セーフティネットを用意するという、従来の医学モデルのやり方では対応できない状況が生じつつある。複数の要因があるが、その一つは、広義の発達障害等を有する学生の増加によって、授業、課題の提出、ゼミや実習における共同作業等、教員が学生と直接接する場面での困難が増えていることが挙げられるだろう。発達障害やうつ病、その他のメンタルヘルス上の課題を抱える学生を、低学力・低意欲学生へのより広い支援の中に含み込んでいく、包括的な学生支援の仕組みが大学に求められている。これは学生支援体制の医学モデルから教育モデルへの移行と呼べるかもしれない。その結果、学生支援のフロントに立つ教

\*神戸大学保健管理センター shunzok@kobe-u.ac.jp

員への支援とその体制の整備は、学生支援の仕組み作りには不可欠なものとなってきている。

## II. 教員のうつ病、抑うつ状態

### 1. うつ病

米国精神医学会は、本年改訂した DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition)<sup>1)</sup>において、従来「気分障害」としてひとくくりにしてきた「双極性障害」(従来病名では躁うつ病)と「うつ病性障害」をそれぞれ別の疾患単位に独立させた。遺伝学的、治療学的知見の蓄積が両者を異なる疾患と見る考え方を支持しているからである。ここでは後者のうつ病だけを取り上げよう。というのも、大学の教職員が陥るメンタルヘルス不全のうち、うつ病が最も多いからである。

「うつ病」は抑うつ気分と興味・喜びの喪失を2大主徴としているが、その中核的病態は睡眠や食欲、思考や運動といった生物としての人間の基礎部分を冒すものである。専門家はそれを従来から「生氣的悲哀感」と呼称してきた。「生氣的」という用語は、その悲哀感や抑うつ気分が心の表層ではなく、より深い身体的とも言える水準から生じるものを表現しようとしている。生氣的悲哀感とは、その抑うつ気分が外界の出来事に反応しないこと(気分の非反応性)と、典型的には朝に悪化し夜に軽快する日内変動を示すことを特徴とする。したがって中核的なうつ病では、ストレス因の消失やある喜ばしい出来事によってその抑うつ気分がすっかり改善するということはない。こうしたうつ病の場合の治療法は、抗うつ剤の内服と休養、心理教育等の支持的精神療法が中心となる。

### 2. 抑うつ状態

上述した中核群と健常との間により広義の「抑うつ状態」が連続体として存在する。

ここでは「抑うつ状態」を、上述の生氣的悲哀感ではないが抑うつ気分がある一定期間持続するものの総称として、便宜上提示することとする。うつ病と抑うつ状態を分ける含意は、前者の抑うつ気分がより生物学的基盤によるものを想定し、後者のそれは心理的・社会的に理解可能な心理反

応と捉えうるものを想定しているからである。

抑うつ状態の抑うつ気分が生氣的性質を持っていないからといって、それが軽症であるとは限らず、著しい苦悩をもたらす場合がある。逆に苦悩が軽症に見えても、その本質が中核的うつ病の軽症型である場合もあるため、注意が必要である。

心理反応として理解できる抑うつ状態を考える際に、その反応を引き起こしている要因を個体要因と環境要因に大別することは有用だろう。個体側の要因としては、幼少期からの主として両親との関係から形成されてきたパーソナリティの構造や成熟度、認知や行動のパターン等があるだろう。環境要因としては現在の家族関係、家族以外の重要人物との関係、職場の要因等があげられる。職場の要因はさらに、業務内容や量の負荷、研究・教育・雑務のバランス、上司・同僚・部下・学生との関係、ハラスメントや嫌がらせ等の要因に分けられるが、通常は複数が関与している。後者の環境要因が大きい場合は、配置転換を含む環境調整や精神療法が有効になるだろう。

### 3. 難治性、遷延性うつ状態

様々な抗うつ剤に反応せず、また何度か環境調整を行っても改善しない、難治性もしくは遷延性の抑うつ状態が存在する。そのようなケースでは、前述したパーソナリティの構造や成熟度に課題を残していることがしばしば認められる。

そうした人々の内的世界ではどのようなことが生じているのだろうか。私たちが生きることは、対象喪失(自分が愛着していた人、物、心的な事柄を失うこと)に出会うことの連続である。それは、親や配偶者の喪失というマクロな喪失から、対人関係における自己愛の傷つきのようなミクロな喪失まで、広範囲にわたっている。これらの対象喪失を知的に知ることと、その喪失を真に受容できることとは異なっており、後者は前者より時間的に遅れて可能になる。その間、人は喪失の衝撃に圧倒されるあまりその事実を否認したり、激しい怒りを感じたりするが、次第に対象への自身の怒りが対象の破壊や喪失を招いたのではないかという罪悪感や抑うつ、心的痛みを体験するようになる。それは「健康な抑うつ」とでも言いうる

プロセスである。そうしたプロセスを経て、漸く私たちは対象の喪失をしみじみと悲しむことができる段階へと至る。この内的作業のプロセスは「喪の作業」と呼ばれる。私たちはこの喪の作業を通して、失った対象や対象との関係が持っていた価値や機能を内在化し、心的に成長することが可能となる。うつ状態とは、対象喪失、喪の作業、心的成長という一連のプロセスのどこかが滞っている状態であるとも考えることも可能だろう。遷延性のうつ状態とは、対象喪失を受容することができずに否認し続けていたり、怒り恨み続けていたり、悔やみ続けていたりする状態なのである<sup>2)</sup>。こうしたケースの場合は、精神分析的治療のような探索的治療が適応となるだろう。

### III. 回復への支援

#### 1. 回復過程

うつ病やうつ状態の典型例では、まず夜間不眠を伴う不安や焦燥感が現れ、次に起きてから出勤するまでの憂うつな気分が出現するようになり、最後に何をすることもおっくうな感覚(思考運動抑制)が生じてくる。回復するときも、ほぼこの順序で症状が消えていくことが多い。取りかかりにくさや取りかかっても集中力を持続することが難しい、思考運動抑制に属する症状は最後に消えるのである。したがって、回復過程にある教員は授業等のルーティンの仕事はこなせるが、オリジナリティを発揮することを求められる研究能力を最後に回復する。高度な知的作業に対する興味や関心、喜び、集中力、持続力が戻ってくるには、思考や運動にブレーキがかかっている状態がほぼ消失する必要があるのである。このことを本人や周囲が理解し、待つことができることが回復には重要になる。

また、抑うつ気分や自殺念慮が残っているのに、思考運動抑制が緩んでくる時期が回復過程にはある。それは、ほとんど生産的なことができない自分の現状と、取り残されてきた周りの現実とのギャップが見え始める時期でもある。そうした時期に自殺企図が生じやすいことはよく知られている。つまり、思考運動抑制が強力であらゆる行動に抑

制がかかっていた状態から回復してきて、本人も家族もほっとしかかったときに、むしろより注意が必要になる。そのような時期があることを本人も周囲も知っておくことが大切である。

#### 2. 復職支援会議

メンタルヘルス不全を持ちながらも、学内外の相談機関や医療機関の支援を受けながら回復していく教職員は意外に多い。だが、不幸にして病気休暇や休職が必要になるケースもまた存在する。休暇・休職から復職を果たす際に、大学が行う復職判定には大きく分けて下記の3タイプがある。

- ① 主治医から「復職可能」の診断書が提出されれば、復職が認められる。
- ② 主治医による診断書が提出されたことを受け、産業医が面接をして職場復帰の可否を決定する。
- ③ 主治医の診断書、産業医の面接を経て、復職判定(支援)会議によって復帰の可否を判断する。

職場復帰を果たしたものの1日8時間の勤務に耐えられず、再発して再び休職に入る例は少なからず見られる。それを繰り返す内に離職や自殺という不幸な転機をたどる例もある。こうした事態の多くは、主治医が病状の軽快を復帰の判断としているのに対して、実際の職務復帰には、通勤に耐えられること、集中力とその持続、思考・認知の能力、コミュニケーション能力の回復等が求められるからである。こうしたギャップの経験から、復職の判定において、従来からの主治医や産業医の意見だけでなく、直属の上司や人事担当者等の意見を反映させる「復職支援会議」を設置しようという試みがなされ始めている。これは大きな規模の大学では、通常、保健管理センター長、産業医、人事担当者、直属の上司、本人によって構成される。

#### 3. 試し出勤とリハビリ勤務

復職支援会議の設置は、ある一定期間、短時間の通勤や勤務に慣らしていく「試し出勤」や「リハビリ勤務」とセットで導入を検討されることが多い。

- ① 試し出勤は、病気休職の期間に正規の復職の

前に職場への出勤を行うものである。交通費や傷病手当金以外の給与が支給されないことに本人の同意が必要である。また、通勤や勤務中の事故(自殺を含む)に労働災害保険が適用されないため、大学は民間の保険に加入する必要がある。また、業務上のミスに誰が責任を負うかという問題が生じるため、ごく簡単な軽作業以上のことは本人に課せられない。これらの負荷がかかるとはいえ、試し出勤は行うに足る価値を有している。というのは、このときの本人の状態や様子から、復職支援会議は復職の可否や異動の適否、業務軽減の具体的内容を推し量ることができるからである。

- ② リハビリ勤務は、正規の復職後に行う勤務時間の軽減を主とする措置である。うつ病は午前中に抑うつ気分や思考運動抑制が強いこと

が多いので、午後からの半日勤務を1ヵ月間続ける等のことがこれに当たる。この間の午前中の休みは病気休暇として処理することとなる。

この二つの新しい支援体制をすでに取り入れている先進的な大学もあるが、大半の大学はこれらの導入を検討している段階にある。発症から休養、職場復帰、その後の適応というプロセスへの理解と支援は、複雑でエネルギーを要する作業である。しかし、学生と教職員への支援は、大学の生産性を向上させる大きな礎となるものである。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association. diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. 2013.
- 2) S.フロイト. 喪とメランコリー. フロイト全集 14. 2010: 273-93.