

勤労者の absenteeism
～若年勤労者を中心とした調査研究～

調査研究報告書

平成 11 年 3 月

労働福祉事業団

神奈川産業保健推進センター

研究員名簿

研究者代表
共同研究者

産業保健相談員（メンタルヘルス）
東京電力株式会社産業医
産業保健相談員（メンタルヘルス）
神奈川産業保健推進センター 所長
産業保健相談員（メンタルヘルス）
横浜市立大学附属病院精神神経科

津久井 要
菊地 央
山口 悦子
野村 俊六郎
山本 晴義
津久井 はるみ

I. 調査目的

勤労者メンタルヘルスにかかわる立場の者にとり、精神神経科または心療内科などの一般外来診療にはじまり、企業関連診療所などを中心としてしばしば遭遇する領域のひとつに、心身の不調を契機に（無断）欠勤・遅刻・早退を繰り返す勤労者の取り扱いがあげられる。特に従来の確立された疾病概念とは趣を異にし、いわゆる不定愁訴を契機に欠勤を繰り返す事例では、診断、企業人への病態説明、治療法の選択といったさいに苦慮する場合が多い。実際、我々が産業医ないし治療者として関わった経験の中でも対処が最も難しい分野である。これが今回調査研究の対象として本テーマを採択した第一の理由である。すなわち、これまで出勤拒否、欠勤症、または出社困難とも呼称されてきたいわゆる“absenteeism”の問題である。

そもそも absenteeism（『欠勤症』と本邦では翻訳されることが多い）とは、1960年代から活発になったアメリカ産業精神保健活動の中心的人物、McLean, A. が産業精神保健における3Aとして注目したのがその始まりとされる¹⁾。3Aとは、absenteeism、accident repeating（事故頻発）、alcoholism（アルコール依存）を指し、この3者が職域でみられる不適応状態の代表的存在として注目された。しかし、ここで当初意味された absenteeism とは、主として精神疾患・薬物依存といった明らかな精神障害により、二次的結果として欠勤が生じる状況を意味していた。

一方、absenteeism 類似の概念として、本邦では職場不適応（症）という用語がある。本邦で最初にこの用語を使用した小沼²⁾は、職場不適応とは『事例』にとどまるもの、職場不適応症とは『症例』として捉えられるに至ったもの、つまり疾病とすべきものとして概念規定を行っている。そのうえで、両者の表現形の一特徴として『脱線』をあげ、この中で absenteeism についてふれている。これによれば absenteeism とは「欠勤・遅刻・早退の常習であり、ことに無断のものがある」と記載されている。これに関し佐々木³⁾は、absenteeism という概念が、職場不適応（事例にとどまるもの）として捉えられている一方で、職場不適応症（発病したもの）の範疇にも入れられているという概念の矛盾を指摘し、その要因として absenteeism そのものが、本邦で詳細に検索される機会が少なかった点をあげている。

その後、夏目ら⁴⁾は150名の職場不適応症に対し、面接を個別に行い詳細に検討したうえで、その分類を提案している。この職場不適応症の中には、もちろん欠勤を呈さないものも含まれている。そして、狭義の職場不適応症の概念を以下のように規定している。

“職場要因に対し個人の適応力不足のために、就業に対する不安、焦燥、恐怖感と共に部分的・選択的うつ状態を呈し職場適応が困難となり、受診するに至った者、ただし神経症やうつ病、精神分裂病、および身体障害に起因する二次的な職場不適応を除く。”

しかし、この分類で対象者数が最も多かった中核群に関しては、伊藤ら⁵⁾が指摘しているごとく、軽症うつ病から DSM-IVにある Adjustment disorders に近い適応障害までが含まれており、やや包括的な概念となっている側面は否めない。確かに、近年遭遇する機会が増え治療に難渋する場合の多い（無断）欠勤・遅刻を主な問題とする事例では、夏目ら⁴⁾の分類にある“中核群”にみられる性格特徴である“几帳面で、きまじめな性格の中間管理職”といったタイプとはやや異なった臨床像を呈している観がある。むしろ、以下のような諸特徴を有するという印象をもつ。

- ①欠勤の契機として、何らかの不定愁訴を伴う。
- ②欠勤に対し自責的になることは少なく、むしろ他責的でどこか他人事のようなものである。
- ③年齢的には、中間管理職までには至らない、むしろ若年の勤労者に多くみられる。

- ④大学修士に始まり、大学院博士課程修了者などの高学歴者にもみられる。
- ⑤職種的には、知的作業に関わるものにしばしばみられる。
- ⑥平素の職務能力は決して低いわけではなく、むしろ高い場合が多い。
- ⑦長期間（数か月から数年）にわたり、欠勤を繰り返す。
- ⑧自宅療養、入院治療などにより精神身体症状がいったんは改善しても、再入社後数か月程度のごく早期に再発（欠勤）をみるのがきわめて多く、有効な治療手段を欠く。
- ⑨欠勤を繰り返すものの、別段明らかな転職・退職希望があるわけでもなく、また特に将来的に何らかの展望があつてのうえでの行動でもない。

これらの諸点からは、本業における選択的退却・逃避がみられる笠原⁶⁾の退却神経症または広瀬⁷⁾の逃避型抑うつ⁷⁾の臨床概念に近いとの印象を持たざるをえない。なぜなら、欠勤が問題化したケースでは面接を重ねていくにつれ、アイデンティティや自己愛のテーマが顕在化してくることが多いためである。この退却神経症、逃避型抑うつ⁷⁾の臨床像を統合する概念モデルとして、広瀬⁸⁾は総説において、うつ病とアパシーを両端とする連続性のある病態スペクトラムを提唱している。そしてその中で、出勤に対し不安・恐怖症状を持つとされる出勤拒否をその中間態に位置付けている。この広瀬の出勤拒否への理解は、われわれが今回取りあげた absenteeism とかなり近いところにあるといえよう。

以上のような背景から、本研究では不定愁訴などを契機とした欠勤・遅刻により事例化した absenteeism を調査研究のテーマとして採択した。

ここで用語上の問題であるが、本調査研究では“若年勤労者の absenteeism”とテーマを設定したため、出勤拒否・無断欠勤・欠勤症・入社困難などの用語で従来表現され、事例化した勤労者の問題状況をすべて“absenteeism”として一括して以下記述する。しかし、我々の意図するイメージは、丁度“登校拒否”という従来の慣例的表現が近年は“不登校”と表現されるように改められたがごとく、『当事者は決して出勤を拒否しているわけではなく、出勤したいけれどどうしてもできずに、日々苦しんでいる』という深い葛藤状況があると考えており、厳密に言えば用語的にはむしろ“入社困難”の持つ語感の方が適切な表現形であると考えている心情をご理解願いたい。

さまざまな立場において勤労者メンタルヘルスにかかわる者にとり、最も扱いにくく、了解・説明困難であり、治療も難しいテーマに関する本調査研究が、若年者を中心とした absenteeism に応ずる手だてとして、何らかの解決の一端緒となれば幸いである。

II. 対象と方法

1. 対象：本研究の対象は、以下の条件を満たすものとした。

- a. 40歳未満の若年勤労者（性別は問わない）。
- b. 1991年4月～1998年10月の期間に欠勤により事例化し（職域で問題となり）、心療内科外来（主に労災病院）、企業内診療所、または企業関連病院外来を受診した事例。

ただし、欠勤を主要な問題として受診した多数事例のうち、以下の項目に該当するものは除外した。

《除外条件》

- ①身体疾患、定型的なうつ病／定型的な神経症／分裂病などの精神疾患、およびアルコール依

存が原因と考えられる欠勤は除く。

②十分に了解可能な勤労者の個人的価値観に基づく欠勤、および明確な転職希望者の欠勤は除く。

③欠勤に関し、明らかな心身症の病態がみられても、“客観的身体所見”が確認される身体疾患は除く。例：気管支喘息（心身症）の繰り返す再発による欠勤など。

c. 抑うつ状態像、不定愁訴状況などに明確な“状況選択性”がみられるもの。すなわち、本業場面（出勤時など）では症状が強くみられるものの本業回避場面（自宅療養中、入院中、および趣味の領域など）では、比較的速やかに症状が消失する傾向がみられるもの。

d. 経過観察期間としては、6か月間以上のフォローアップ期間が確保できたもの。

本調査研究では、上記 a～d の条件を全て満たした事例を absenteeism とした。

2. 方法

方法は調査研究員のうち、4名（産業医1名、臨床心理士1名、心療内科医1名、精神科医1名）が、各事例に対し1対1の半構造化面接を行い情報を収集した。そのさいは先行研究、啓蒙書などを参考にしたうえで、今回の調査研究に先立って開かれた予備調査検討会にて作成した“Absenteeism check sheet”（Appendix;1 参照）に基づき、各調査研究員が質問内容および形式をある程度定式化して聴取し、各調査研究員・各事例間において大きな相違が生じないように配慮した。

“Absenteeism check sheet”（Appendix;1 参照）は、absenteeism に影響を及ぼす可能性が推察される要因を抽出した以下のものから構成されている。個人の家族歴および生育歴を含む背景因子（11因子）、主要パーソナリティ傾向（DSM-IV 準拠）、事例の具体的陳述内容、欠勤パターン、診断（DSM-IV 準拠）、主要病態像、治療法とその効果、事例性、欠勤に対する家族および職場の対応（行動レベル）、出勤時の適応度、治療者側・職場側の事例に対する共感性の程度、欠勤による現実的な人事的／経済的デメリットなど、計28項目にわたる調査項目である。

解析においては、以上のようにして得られた各項目について検討を加えた。ただし、今回の対象である absenteeism という病態の特異性、さらには対象数が限定されていたことから、統計的解析は最低限度にとどめ、文献的検討を踏まえた精神病理学、社会病理学的な考察、特に現実的にどのように absenteeism に対応したら良いのか、という側面の検討に主眼をおいた。

III. 結果および考察

調査対象基準を満たした者は計 20 名であった。表 1 に対象の年齢、学歴、業種、業務内容、役職、発症までの期間、発症以前の適応レベルをまとめたものを示す。

性別は全員男性、年齢は 25～39 歳、平均年齢 32 ± 4.3 歳である。

大規模事業所に勤務する者 19 名 (95%)、小規模事業所 1 名 (5%) である。調査研究員の関与する企業がいずれも大規模事業所であったため、事業所の規模に偏りが生じている。業種別では、情報通信業 5 名 (25%)、製造業 9 名 (45%)、電力業 3 名 (15%)、運輸業 2 名 (10%)、その他 1 名 (5%) となっている。業務内容は、営業職、事務職、専門職、技術職、研究職など多岐にわたる。システムエンジニア (2 名) や、研究開発職 (5 名) などの専門知識を要求される知的作業従事者も多く、大学院 (修士課程)、大学卒が合わせて 17 名 (85%) と、高学歴者が中心である。

役職に関しては、一般職が 14 名 (70%) と大部分を占める。対象年齢が 40 才未満と限定されているためであろう。役職付きでも、まだ係長あるいは課長補佐レベルであるが、中には出世コースに乗ったエリート社員もみられる (事例 11、18)。

就職から発症までは 9～240 ケ月間に広く分布しており、平均期間は 78 ± 58 ケ月と、かなりのばらつきがある。発症までの適応レベルは、良いが 8 名 (40%)、やや良いが 5 名 (25%)、やや悪いが 6 名 (30%)、悪いが 1 名 (5%) で、比較的良好であったものが 65% を占めており、元来、適応レベルは決して悪くないことがわかる。また、適応の良かったグループ (良い、やや良い) 13 名と、悪かった (悪い、やや悪い) グループ 7 名とで発症までの期間を比較しても、77 ケ月と 79 ケ月と差は認められていない。

表 1 対象の年齢、学歴、職場、地位、発症までの期間と適応について

No.	年齢	学歴	業種	業務内容	役職	就職から 発症まで	発症までの 適応
1	25	高卒	情報通信	営業職	一般職	131M	やや悪い
2	32	大卒	情報通信	システムエンジニア	一般職	90M	やや悪い
3	31	大卒	情報通信	システムエンジニア	一般職	87M	やや悪い
4	27	大卒	情報通信	事務職	一般職	62M	悪い
5	32	院卒	情報通信	窓口業務	一般職	75M	やや悪い
6	27	大卒	製造業	販売促進業務	一般職	20M	良い
7	38	大卒	製造業	販売促進業務	課長補佐	144M	良い
8	33	大卒	製造業	営業職	一般職	9M	良い
9	37	大卒	製造業	総務職	課長補佐	108M	やや良い
10	33	大卒	製造業	営業職	一般職	50M	良い
11	39	大卒	製造業	技術研究職	課長補佐	154M	良い
12	31	大卒	製造業	技術研究職	一般職	12M	やや良い
13	32	院卒	製造業	設計開発職	一般職	54M	良い

14	38	大卒	製造業	研究開発職	一般職	36M	良い
15	29	院卒	製造業	研究開発職	一般職	27M	やや悪い
16	35	大卒	電力業	事務職	係長	84M	やや良い
17	29	大卒	電力業	営業職	副主任	72M	やや良い
18	39	高卒	電力業	事務職	主任	240M	やや良い
19	27	大卒	団体	融資斡旋、税務	一般職	84M	やや悪い
20	29	中卒	運輸業	運行管理業務	一般職	20M	良い

次に対象の家族構成、生育歴について述べる（表2）。両親とも健在である者16名（80%）（ただしうち1名は長期別居期間あり）、父親と死別している者2名（10%）、両親が離婚している者2名（10%）である。同胞については、一人子1名（5%）、長子7名（35%）、末子9名（45%）、その他3名（15%）であり、末子が最も多く、1人子は予想外に少なかった。しかし、長子のうち5名（71%）が妹のみ、末子のうち5名（56%）が姉のみと、同胞が姉妹のみの場合が半数を占めているのは興味深い。特に、父親が仕事で不在がちな家庭の場合、母や姉妹などによる母性的環境に囲まれ、父性性の欠如したやや過保護な生育歴が示唆される。

幼少期の家庭で十分に愛情を注がれ、居心地の良い肯定的なイメージを抱いている者6名（30%）、両親の不仲や、温かな家族だんらんの欠如など否定的なイメージを抱いている者9名（45%）、どちらもいえない者5名（25%）で、否定的なイメージを抱く者が最も多いが半数には満たない。母子関係について、幼少時の共感性が十分にあった者3名（15%）、あまりなかった者8名（40%）、全くなかった者6名（30%）、不明3名（15%）で、十分に気持ちをわかってもらえたと感じている者が少ない。以上の幼少期の家庭に対するイメージおよび母子関係の結果から、幼少期において十分に自己愛が満たされていない可能性が示唆される。父子関係については、離別・死別で不在の4名（20%）を除き、関係良好4名（20%）、関係不良4名（20%）、不在・希薄8名（40%）であり、関係良好な実父が実在するものは20%に過ぎない。一方、その存在感については、ライバル的存在2名（10%）、いい意味でも（尊敬の対象など）悪い意味でも（圧迫感、息の詰まる）重い存在感のあるBig Father 10名（50%）、Small Father 8名（40%）となっている。

精神神経科的疾患の負因に関しては、2つの事例で認められる。事例12では、27歳時に父親が自殺を遂げており、事例15では、母方祖父母に精神疾患、アルコール依存を認めている。

婚姻については、既婚が4名（20%）、未婚が16名（80%）と、対象の年齢が20代後半から30代であることをかんがみても、一般集団に比較して明らかに未婚者が多いと思われる。未婚者のうち家族と同居している者9名（56%）、1人暮らしの者7名（44%）と、ほぼ半々である。

表2 幼少期の家庭状況、父子関係、家族歴、婚姻状況について

No.	両親	同胞	幼少期の 母の共感性	父子関係	父の 存在感	家族歴	婚姻 (同居者)
1	健在	末子	あまりなし	不在・希薄	Small Father	なし	未婚（1人）

2	健在	その他	あまりなし	関係不良	Small Father	なし	未婚 (両親)
3	健在	長子	全くなし	不在・希薄	Small Father	なし	未婚 (1人)
4	健在	その他	全くなし	関係不良	Small Father	なし	未婚 (1人)
5	健在	末子	全くなし	不在・希薄	Small Father	なし	未婚 (1人)
6	健在	長子	あまりなし	関係不良	Big Father	なし	未婚 (両親)
7	父死別	その他	あまりなし	不在	Small Father	なし	既婚 (妻子2人)
8	健在	長子	十分にあり	不在・希薄	Small Father	なし	未婚 (両親)
9	健在	一人子	あまりなし	関係良好	Big Father	なし	未婚 (両親)
10	健在	末子	あまりなし	関係良好	Big Father	なし	既婚 (妻子1人)
11	離婚	末子	全くなし	不在	Small Father	なし	未婚 (母、兄)
12	父自殺	末子	あまりなし	不在	Big Father	あり	未婚 (母)
13	健在	末子	十分にあり	関係良好	Big Father	なし	既婚 (妻子1人)
14	健在	長子	十分にあり	不在・希薄	Rival	なし	未婚 (両親)
15	健在	末子	全くなし	関係不良	Big Father	あり	未婚 (1人)
16	健在	長子	不明	不在・希薄	Big Father	なし	既婚 (妻)
17	離婚	長子	不明	不在	Rival	なし	未婚 (1人)
18	健在	末子	不明	不在・希薄	Big Father	なし	未婚 (両親)
19	健在	末子	全くなし	関係良好	Big Father	なし	未婚 (両親、長兄家族)
20	健在	長子	あまりなし	不在・希薄	Big Father	なし	未婚 (1人)

次に、受診時の主訴、受診経路、発症の契機を表3に示す。

主訴は複数あるが、頭痛、不眠、倦怠感、顔のほてりなどの身体症状は16名(80%)と大半の事例でみられ、気分の落ち込み、不安感などの精神症状は5名(25%)、会社に行けないなどその他の訴えは5名(25%)となっている(重複回答)。中でも、不眠は13名(65%)と大半の事例にみられる。absenteeismの事例では、思考抑制、身体的不調の訴えが多いが、これを不眠による二次的な症状であるとする佐々木の報告と一致する。身体症状も精神症状も訴えない者は3名(15%)のみで、大部分の事例は、何らかの症状を訴えている。

受診経路は、本人が自発的に受診するものはわずか1例(5%)で、他は上司経由14名(70%)、人事経由2名(10%)、保健婦経由2名(10%)など、職場の人が困って(職場から相談されて)受診を促している。(無断)欠勤に罪責感を持ち、本人が積極的に問題を解決しようとしなない特徴が現れている。家族を介してという例が1例(事例19)あるが、これは家族(叔父)が医師であり、そこからの相談という特殊なケースである。

欠勤に対する問題意識は、大いにあり、またはありと答えている者5名(25%)、少しありが5名(25%)、あまりなし、あるいはほとんどなしが10名(50%)と、問題意識を持ち合わせていない者が半数に達する。さらには欠勤の連絡さえしない者が6名みられ、absenteeismの特徴の1つと推察される。現実的には、治療者の評価によると、欠勤が本人にとって(周囲の評価、職場での居づらさ、職を解かれるなど)かなりマイナスになると推定される場合が16名(80%)と、ややマイナスになる4名をはるかに上回っており、本人の問題意識との間に大きな解離があるこ

とがわかる。

現実的な側面の代表である給与に関しては、今回の対象事業所が比較的恵まれているのだろうか、ほとんど減額されない者1名（5%）、減額されても75%以上支給される者が7名（35%）、50～75%に減額されるが12名（60%）であり、50%未満にまで減額されるケースは存在しない。欠勤しても経済的に追いつめられるところまではいかない保護的な状況は、良くも悪くも欠勤状態を自我親和的環境にするべく促進的に作用し、治療に対するモチベーションを難しくしている要因の1つと思われる。

発症の契機は、仕事の質（異動により不慣れな仕事に就く、管理職に昇進など）が13名（65%）と最も多く、ついで仕事の量（負荷が高い、連日の残業など）が9名（45%）、職場内対人関係（同僚上司とのトラブルなど）が5名（25%）、プライベート事項2名（10%）、その他3名（15%）である（重複回答）。しかし、明らかな契機を特定できない事例や、客観的に判断すれば決して過重ではない業務負荷が容易に契機となる例が多いことも特徴である。さらに、企業では、ある特定の業務内容のエキスパートを養成するというよりは、複数の部署での研鑽を積んでグローバルな視点を持つ企業人の育成を行うところが多いので、一定周期で仕事の質の転換は乗り越えていかねばならない課題である。

表3 主訴、受診経路、発症の経路について

No.	主訴	受診経路	発症の契機
1	出社できない 不眠	上司を介して	仕事の量－負荷が（主観的に）大きく、 プレッシャーに耐えられなかった
2	頭痛 不眠	上司を介して	仕事の量と質－プロジェクトのリーダー に抜擢される
3	不眠 過眠	上司を介して	仕事の量－連日深夜までの残業 徹夜も2日間
4	不眠 抑うつ気分	上司を介して	仕事の質－本人にとってやりがいのない 忙しいだけの仕事、連休明けから欠勤
5	全身倦怠感 不眠	上司を介して	仕事の質－社内の組織変更により、苦手な 対人業務を担当することに
6	朝気分が沈む 体全体の不快感	人事を介して	仕事の質－社内コンピュータシステムの大きな変更 職場内対人関係－厳しい上司に変更となる
7	気力が出ない 会社に行けない	上司を介して	仕事の量と質－年度計画立案（通常業務） と自分の昇進試験の時期が重複
8	不眠 心臓の圧迫感	人事を介して	仕事の量と質－他社に先駆けての研究開発 （成功の見込み低い）連日深夜までの残業
9	不眠 顔のほてり	上司を介して	仕事の質－長年従事した分野から全く未知 の分野に異動
10	不眠	上司を介して	仕事の質－ノルマと営業成績の厳しく評価

	頭重感		される職場に出向
11	会社に行けない	上司を介して	職場内対人関係一部下の前で上司に叱責 プライベートー見合いの失敗
12	起床時に吐き気 不眠	上司を介して	その他ー特に契機なし 本人の性格的要因強い
13	不安感 離人感 頭重感	保健婦を介して	仕事の質ー仕事に純粹に自分の理念を 反映できず、コストなどの現実を考える 事をくだらないと感じる
14	会社に行けない	上司を介して	その他ーはっきりした特徴的なものなし
15	朝気分が沈む 不眠	上司を介して	仕事の質ー職場の異動 職場内対人関係ー直属の上司と合わず
16	不眠 めまい	上司を介して	仕事の量ー企画・立案で多忙を極める 社内調整業務、詰めの作業失敗
17	不眠 体重減少 睡眠中に顔を引っ掻く	本人が自発的に	職場内対人関係 仕事の量と質ーパソコンに四苦八苦 職場内対人関係ー同僚とのトラブル プライベートー両親の離婚
18	全身倦怠感	上司を介して	仕事の量と質ーいま一つ明確な契機なし
19	会社に行けない	家族を介して	仕事の質ー業務内容の変更、ほかの部署や 企業との調整業務
20	不眠 風邪をひきやすい	保健婦を介して	仕事の量ー多忙を極める その他ー会社の雰囲気封建的、軍隊的

次に、実際の欠勤パターン、欠勤中の生活状況、治療状況と内容、診断などについてまとめる(表4・5)。

欠勤パターンでは、1週間未満の短期欠勤を頻回に繰り返す(10回以上)者が10名(50%)と多い一方、4か月以上継続して欠勤する長期欠勤者が7名(35%)認められる。発症の契機そのものが、長期休暇/連休明けという症例があるが(事例4)、休み明けに欠勤する傾向は実に16名(80%)に見られる。absenteeismの大きな特徴といえよう。

治療者が確認した主要病態像は、19名(95%)で何らかの精神症状が認められ、18名(90%)に身体症状がみられる。しかし、いわゆる引きこもり状態などが認められる一部の症例を除いて、長期欠勤期間中にもかかわらず海外旅行に出かけ出勤時に同僚に土産を配る、会社には行かないがパチンコに通いつめる、身体症状を訴えて欠勤しているさいに車で山に出かけキャンプを楽しむ、など職場外での活動性が高く保たれている事例が多く認められる。いわゆる本業に限定した選択的退却、部分的抑うつ状態像が顕著に示されている。

前述のとおり、発症前の適応は60%が比較的良好だが、現職へのモチベーションも、やりたかった6名(30%)、どちらでもない9名(45%)、やりたくなかった5名(25%)と、いやいや就いた仕事ではないことがわかる。

なお、出勤できた時の勤務状況は(たとえそれが長続きしない場合でも)、普通8名(40%)、

良い3名(15%)、たいへん良い3名(15%)と、70%が通常以上の業務をこなしており、職務適性の問題や、能力不足による単純な不適応とは質が異なるといえよう。客観的には適応も良好、仕事の成果もあげ、周囲(特に直属の上司など)から評価されているにもかかわらず、内的に満たされないものがあったり、他者からの批判や進言に過敏過ぎるあまり、不適応を起こす可能性も否定できない。

治療の場については表には記載していないが、企業内診療所が最も多く10名(50%)、次いで企業関連病院6名(30%)、外部一般病院(主に労災病院心療内科)4名(20%)となっている。医師、あるいは医師と臨床心理士のペアで治療が行われているケースが多い。

治療予後に関しては、現在の勤務状況が良好である症例は5名(25%)、退職3名(15%)、療養中が7名(45%)と非常に厳しい状況である。

従来診断名、あるいは職場や本人への説明のための便宜的診断名は、抑うつ状態が9名(45%)、あるいはそれに類する軽症うつ病、逃避型抑うつなど感情障害範疇の診断名が5名(25%)、併せて70%と最も多く、一方、自律神経失調症は3名(15%)、身体疾患名は2名(10%)と少数派である。治療者にとり、absenteeismの本態を見極め、職場に対して了解しやすい形で現状説明や経過の見立てを伝えるのは、治療初期においては特に難しい課題である。加えて、行動面、身体面、情緒面において障害が生じていることは明らかであっても疾患名が特定できない場合も少なくなく、こういった要因が疾患名でなく状態診断名の占める比重を大きくしている理由と考えられる。

実際の診断に関しては、DSM-IVによっている。Axis IIの診断がないもの6名(30%)、診断がつくものは14名(重複診断あり)であった。これを検討すると、回避性人格障害13名(93%)、自己愛性人格障害7名(50%)、境界性人格障害と分裂病質人格障害5名(36%)であり、ほぼ全てに回避性人格障害が認められる。この結果は“非精神病性ひきこもり”に関する近藤¹¹⁾の報告と合致する。

本人の具体的陳述や職場内での言動から、上記の特徴をより明らかにしてみたい。

回避性人格障害では、「職場で自分がどう思われているか気になる」「自分が他人から好意を受けることなどない」「周りから能力のないやつだと思われたくない」「能力のないところを見せるのがすごく怖い」「わからないことがあっても人に聞けない」「期限を設定されると逃げ出したくなる」「勝てない議論には最初から参加しない」「自分より他の人がやった方がきつとうまくいく」などの発言がみられ、企業という競争場面や職場の上司や同僚との対人関係を回避したいという姿勢が推察される。理想の自分(自己愛が満たされ安心できる状態)と“やろうと思うことが現実にはできない”自分(傷つき、不安になる自分)とのギャップのはざままで、抑うつ感情やいわゆる引きこもり状態、身体的不調を繰り返す。自己評価が低く、自己の不全感や傷つきやすさを漠然と感じているからこそ、職場を回避し、さらには欠勤という“心地よい状態”から自分を引きずり出す可能性をもつ治療をも回避する、という形で自らを守らざるを得ないのであろうか。

一方、自己愛性人格障害では、「会社はいったい何を考えているんだろう、もっと自分の能力を有効利用してほしい」「人から(上司であっても)ああしろ、こうしろと指図されるのは我慢できない」などの陳述が見られ、「欠勤を繰り返すわりに、周囲の失笑を買うほど会議のプレゼンターを積極的にかつてでたり、あれこれと指図したりする」「実際は期待される仕事の3割もこなして

いないのに、自分では 120%の仕事をしていると吹聴する」などの不自然な行動が見られる。職場から『欠勤ばかりで職場に迷惑をかけるくせに、自己主張だけは一人前』と反感をかうタイプといえよう。

分裂病質人格障害の事例では、「元来、人とは最低限の話しかできない」「自分から友人を作ろうとは思わない」といった発言がみられ、対人関係を構築する資質の乏しさが伺われる。

なお、発症までの適応状態と人格障害との関連を見てみると、Axis II の診断が 5 つ以上についているもの（5 名）では、悪いが 1 名、やや悪いが 4 名、2～4 つのもの（4 名）では、やや悪いが 2 名、良いが 2 名、1 つのもの（4 名）では、良いが 3 名、やや良いが 1 名、診断のつかないもの（7 名）では良いが 3 名、やや良いが 4 名となっている。これをみると、人格障害が深刻であるほど、元々の適応レベルが悪かったことがわかる。同様に治療予後との関連を見ると、5 つ以上の 5 名のうち、2 名は退職、3 名は療養中、2～4 つの 4 名のうち、療養中が 1 名、一応の勤務が 3 名、1 つのもの 4 名のうち、療養中 1 名、一応の勤務 1 名、良好 2 名 診断のつかない 7 名のうち、退職 1 名、療養中 2 名、一応の勤務 1 名、良好 3 名となる。やはり治療予後も人格障害の重い群で際立って悪い。

Axis I では、該当診断のないものが 6 名（30%）である。診断のつくもののうち、最も多いのは適応障害の 10 名（50%）、次いで概日リズム睡眠障害 5 名（25%）、感情障害群 3 名（15%）となっている。absenteeism では、前述のような自己愛に関する問題や、職業人としてのアイデンティティの問題が深く関与している場合が多いため、明らかな精神疾患名がつかないケースがあっても不思議はないであろう。表には記載していないが、Axis IV では、職業上の問題 18 名（90%）に加え、配偶者との問題、同胞との問題、親子関係の問題など自己愛やアイデンティティの葛藤の背景となる問題が記載されている。

では、最も関心のあるところと思われるが、実際に行われた治療や対応とその効果についてまとめよう。

第 1 に、全例に対して薬物療法が試みられている。薬物の内容は、ほとんどが各種マイナートランキライザー、抗うつ薬であり、ごく一部にメジャートランキライザーが使用されている。一部の症例で、マイナートランキライザーが睡眠の改善に効果があり、身体症状や抑うつ感情の緩和にも役立っている。抗うつ薬は、うつ病における治療の場合と異なり、確実な効果は現れにくいようである。分裂病型人格障害のケースでは、メジャートランキライザーが有効とされるが、今回の対象では、分裂病質人格障害のうち、メジャートランキライザーを投与されていないものが 1 名、投与された 4 名でも欠勤に対する明らかな効果が認められたものはない。薬物の治療効果は、特に初期の段階で症状を緩和し、出勤への後押しとなるが、実際に出勤が実現する、あるいは出勤を継続させるためには力不足の感がある。加えて、事例の治療に対するモチベーションが低く、治療者に黙って服薬を自己中断することが少なくないことが治療効果の判定を難しくさせる要因と思われる。また、欠勤を繰り返すうちに当初は効果のあった薬物も次第に無効になることが多い。このことは、欠勤が長期化すればするほど、本人の性格的要因が問題の中核を形成するようになることと関連するのかもしれない。

次に、職場の環境調整は、16 例に対して行われている。まず職場に対し、ある一定期間の休養を認めてもらうため、職場上司と治療者との面談が行われることが多い。具体的な対応としては、業務負荷の軽減（残業、出張の制限も含む）が中心であり、職場そのものの異動、対人関係の問

題に配慮したスタッフの異動やグループ編成の変更、仕事の質の変更（営業→事務、対外業務→部内業務など）、上司との定期的な面談、なども積極的に行われている。しかし、外観的には病気に見えにくいところや、本人の苦悩感のなさなどにより、職場関係者の反感をかうケースが多い（怠け病、給料ドロボウなど）。このため、職場の協力を得るために治療者と職場の良好な関係作りが重要と思われる。また職場の異動が治療に有効な場合も少なくないが、現在の厳しい経済背景は、企業の包容力を低下させ、思うような調整がとれないことも多い。

最後に、心理療法については、本人に対しては支持的精神療法、認知療法、行動療法、絶食療法、内観療法などが行われ、その他家族療法が併用された事例もある。一般的に、精神療法は良好な治療者患者関係の確立が基本となるが、本人に問題意識や苦悩感が欠けていることが多いため、表層的な関係に終わる危険性が高い。絶食療法、内観療法など内省を促すことがポイントとなる療養は、本人の内省が深まらないことが多いことから、余り効果を得られていない。一方、認知療法、行動療法など、ある程度テーマを限定して、現実的に対応する方法の方が、たとえ一時的ではあっても効果が現れやすい。しかし、また違う状況に置かれた時、何かストレスフルイベントが生じたさいの再発率は高い。今回の研究対象で最も長期的な効果が得られた心理療法は、自己愛を注意深く支持しつつ、長期間の治療を要することを治療者が覚悟したうえで、時間をかけて良好な治療関係を確立し、徐々に現実を直面化していくインテンシブな面接であったと考えられる。

現時点で、特筆できる有効な治療法がなく、治療に難渋している absenteeism であるが本研究において、どのような方法が有効であったのかを探るため、現時点での適応が良好と判定されている5例について、治療の中で何が有効であったのか検討してみたい。

事例9は、自己愛性人格障害の特徴をよく表している。肥大した自己愛と社会的スキルの未熟さが問題の中核で、周囲は本人のシャラッとした態度に反感を示し、職場内対人関係は非常に悪い。自己愛の傷つきを最小限にとどめるように留意しつつ、不慣れな職場での適応を上司と治療者が時間をかけて高めていくよう試みたことが最も有効であった。職場の父性的対応は事態を悪化させる方向に働いたこと、本人の出勤時の態度がでしゃばりで遠慮ないなどの理由から、まず、職場の上司が事例の自己愛的側面を十分に理解することが必要であった。そして、その上で治療方針に協力的となりえたことが有効であったといえよう。

事例11では、心理療法は功を奏さなかったが、幸い関連会社に出向することができたことが大きかったように思われる。もともとエリート社員で、能力もある人なので、本人の自己愛がサポートされる職場環境が与えられたことで再適応することができた。

事例12は、回避性人格障害の典型的な例で、幼少期から愛された経験がないと感じ、セルフエフィカシーが低く、不安の強い人。やるなら完璧にしたい、できそうもないのなら逃げ出してしまうというアンビバレントな気持ちが常に強く、不適応に陥っていた。かなりインテンシブかつ長期にわたり傷つきやすい自己愛を支持しながら面接を続け、徐々に現実を直面化していったことが非常に有効であった。これまでは、『完璧に』という強迫観念に駆られるように走り続けてきた患者が、いったん立ち止まり、こうした心理療法を受けられたこと、その構造そのものにも意味があったように感じられる。また、午前中は業務関係の勉強、午後は趣味に時間を使うという行動療法的枠組も有効であった。しかし、薬物療法、絶食療法には効果はあまり認められなかった。

事例14は、余り症状の選択性（状況依存性）がはっきりしないケースである。100回以上に及

ぶ1週間未満の無断欠勤歴、2～3日間での症状変動、回復期にみられる自我違和的な情動の動揺とこれに伴う希死念慮の高まり、欠勤に対する問題意識の高さなど、今回対象とした absenteeism としては、やや例外的なケースである。職場の上司からの評価も極めて高い。しかし種々の薬物療法は無効であり、職場を実家から通勤できる余裕のある部署に異動したところ、現在は適応良好となっている。しかし、このケースは伊藤ら⁹⁾が短期反復型頻回欠勤の大切な鑑別診断として指摘している recurrent brief depression (Angst J, 1990)の可能性も否定できなかったため、現在大学病院外来にて精査中である。

事例 18 は、精密検査では所見が確認されていないものの、身体的要因のかかわりが否定しきれないケースであり、発症までの適応は良く、職場内での人間関係にも特に問題はない。DSM-IVでも Axis I、Axis IIともに診断名はついていない。しかし、欠勤の連絡を上司でなく同僚にしてくる、理由の明らかでない突然の欠勤がみられる、期限付きの業務が果たせないなど問題は残っている。このため、産業医による定期的な出勤への働きかけや治療遵守の働きかけが今後も必要であると考えられる。

表4 欠勤パターン、主要病態像、現職へのモチベーション、出勤時の勤務状況、現在の出勤状況について

No.	欠勤パターン 休み明けに 欠勤する傾向	主要病態像	現職への モチベーション	出勤できた時の 勤務状況	現在の状況
1	1W未満×3 1W～1M×1 2～3M×2 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 不眠・過眠 身体的不調	どちらでもない	普通	退職
2	1W未満×16 2～3M×2 4M以上×1 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 不眠・過眠 身体的不調	やりたくなかった	普通	療養中
3	1W未満×4 2～3M×1 4M以上×1 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 不眠・過眠 アパシー	どちらでもない	やや不良	療養中
4	1W～1M×7 傾向あり	引きこもり 不眠・過眠 アパシー	やりたくなかった	悪い	療養中
5	1W～1M×2 4M以上×2	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状	どちらでもない	普通	退職

		引きこもり 不眠・過眠 アパシー			
	傾向あり	身体的不調			
6	1W～1M×2 4M以上×2	抑うつ感情 身体的不調	やりたかった	良い	退職
	傾向あり				
7	1W未満×15 1W～1M×1 4M以上×1	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状	やりたかった	普通	一応の勤務
	傾向あり	不眠			
8	1W未満×18 1W～1M×3 2～3M×2	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状 引きこもり 不眠	どちらでもない	普通	一応の勤務
	傾向なし	身体的不調			
9	1W未満×30 2～3M×1 4M以上×1	不眠 身体的不調	やりたくなかった	良い	良好
	傾向あり				
10	1W未満×18 1W～1M×2 2～3M×1	抑制症状 引きこもり 不眠	どちらでもない	普通	一応の勤務
	傾向あり				
11	1W未満×5 2～3M×2	抑制症状 引きこもり 不眠・過眠	やりたかった	普通	良好
	傾向あり	身体的不調			
12	1W未満×3 2～3M×2 4M以上×1	抑制症状 引きこもり 不眠・過眠	やりたかった	やや不良	良好
	傾向あり	身体的不調			
13	1W未満×>10 2～3M×3 4M以上×2	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状 過眠	どちらでもない	たいへん良い	療養中
	傾向あり				
14	1W未満×>100 1W～1M×4	不安・焦燥 抑うつ感情	やりたかった	たいへん良い	良好

		抑制症状 引きこもり 過眠 アパシー			
	傾向なし	身体的不調			
15	1 W未満×20 1 W～1 M×1 4 M以上×1 傾向あり	抑うつ感情 抑制症状 不眠	やりたくなかった	悪い	療養中
16	2～3 M×2 4 M以上×1 傾向なし	抑うつ感情 不眠 身体的不調	やりたくなかった	普通	療養中
17	1 W未満×15 1 W～1 M×1 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状	どちらでもない	やや不良	一応の勤務
18	1 W未満×10 傾向なし	引きこもり 抑うつ感情 不眠 身体的不調	どちらでもない	たいへん良い	良好
19	2～3 M×3 4 M以上×1 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状 引きこもり アパシー	どちらでもない	普通	一応の勤務
20	1 W未満×1 4 M以上×1 傾向あり	不安・焦燥 抑うつ感情 抑制症状 不眠	やりたかった	良い	療養中

表5 診断、治療およびその効果について

No.	従来診断名 (職場への 説明内容)	DSM-IV	DSM-IV	環境調整、各種心理療法の内容 欠勤に対する効果
		Axis I	Axis II	
1	抑うつ状態	適応障害 (抑うつ気分を 伴うもの)	自己愛性 境界性 回避性	負荷の少ない職場への異動 入院加療による休養 カウンセリング、認知療法

	概日リズム 睡眠障害	依存性	→いったん出勤可能に
2 抑うつ状態	適応障害 (抑うつ気分を 伴うもの)	自己愛性 境界性 回避性	負担となっているユーザー対応からはずす 業務の負荷の軽減 カウンセリング、認知療法、自律訓練法
	概日リズム 睡眠障害	依存性	→いったん出勤可能に (薬物療法は全く効果なし)
3 抑うつ状態	適応障害 (情緒と行動の 混合した障害 を伴うもの)	分裂病質 自己愛性 境界性 演技性	業務の負荷の軽減、残業禁止、出張禁止 →プライドが傷ついたらと反発 カウンセリング、認知療法
	概日リズム 睡眠障害	回避性 依存性	→いったん出勤可能に
4 抑うつ状態	適応障害 (抑うつ気分を 伴うもの)	分裂病質 自己愛性 境界性 演技性	上司との面談により、本人の希望になるべ くそう形で仕事内容の変更 →満足できず、再び欠勤
	概日リズム 睡眠障害	演技性 回避性 依存性	カウンセリング、認知療法 →いったん出勤可能に
5 抑うつ状態	適応障害 (特定不能)	分裂病質 自己愛性	業務の負荷の軽減、仕事内容の変更 頼りになる女性リーダーの下に配属
	概日リズム 睡眠障害	回避性	→出勤状況改善 カウンセリング、父親面接 →いったん出勤可能に
6 抑うつ状態	適応障害 (情緒と行動の 混合した障害 を伴うもの)	なし	業務の負荷の軽減、他社員の補助役として 復職→いったん出勤可能に 母親と面談、本人と両親との話し合い →両親との関係改善、セルフエフィカシーの高まり
7 抑うつ状態	特定不能の うつ病性障害	回避性	業務の負荷の軽減、プロジェクトリーダーの解任 直属上司との定期的な面接 →抑制症状の改善、出勤の後押し 嘱託産業医による定期的な面談で自己愛を サポートしながら環境調整
8 抑うつ状態	なし	分裂病質 回避性	営業職から営業部内の事務職へ業務変更 →あまり効果なし、身体症状の若干の改善 生活スケジュールなど行動療法的対応 →効果は一時的
9 自律神経 失調症	なし	自己愛性	過去のデータのファイリングなどでさりげ なく、新業務の内容把握を促す

			新人も参加する研究会に参加→プライドが傷つくと反感 認知療法的対応→効果なし
10 抑うつ状態	適応障害 (情緒と行動の 混合した障害 を伴うもの)	自己愛性 回避性	長期療養（2ヶ月）を設定。休養とともに 認知療法的対応で完璧性、強迫性の 行動療法的対応で回避行動の改善を図る →いったんは入社可能に
11 逃避型抑うつ	適応障害 (情緒と行動の 混合した障害 を伴うもの)	回避性	関連会社に異動→再適応可 絶食療法→表層的理解のみ、効果なし 行動療法（図書館に通う、運動） →あまり効果なし
12 逃避型抑うつ 境界性 人格構造	なし	回避性	環境要因少ないため、環境要因は特にせず 絶食療法→表層的理解のみ、効果なし 自己愛を守りながら面談、徐々に直面化 行動療法→長期を要するがかなり有効
13 軽症うつ病 (上司) 退却神経症 (本人)	適応障害 (情緒と行動の 混合した障害 を伴うもの)	回避性	自宅療養→症状消失し、自然な自分に戻る 入院加療→入院による速やかな症状消失 行動療法→生活のリズム作りに有効
14 急速交代型 感情障害	なし	なし	特に何もせず
15 うつ病	なし	境界性 回避性	本人の配属希望は実現されず 絶食療法→5日目に無断離院
16 自律神経 失調症	特定不能の うつ病性障害	なし	業務の負荷の軽減 定期的な産業医との面談 家族面接 →全体に余り効果なし
17 軽うつ状態	適応障害 (抑うつ気分を 伴うもの)	なし	症例に厳しく接していた同僚の異動 業務の負荷の軽減 産業医による定期的な支持的面談 →長期の欠勤からは脱出、短期欠勤はあり
18 肝機能障害	なし	なし	治療遵守不良の問題に関する指導 (職務に支障なく通院できる病院の紹介) →治療行動改善せず 業務の負荷の軽減 産業医による定期的な面談で生育歴や、現 在の状態について内省→問題意識深まらず
19 潰瘍性大腸炎 (心身症)	大うつ病性 障害	分裂病質 回避性	具体的な職場の環境調整なし 内観療法→ほとんど効果なし

20	自律神経失調症	なし	なし	行動療法（毎日図書館に通う）→できない 具体的な職場の環境調整なし 行動療法（毎日図書館に通う）→効果なし 朝の散歩→効果？
----	---------	----	----	---

最後に、事例に対する治療者及び職場の共感性、及び事例に対する治療者の総合的なコメントについてまとめる。

表6 事例に関する治療者の総合的コメント

1. 頼もしい母親と、優しい兄たちに囲まれて過保護に育てられた例。地元で自宅から通勤している時期はまったく問題なく適応。本社で最前線の仕事現場に配属されてから、本人の社会性の低い、依存的、回避的な性格から、不慣れな生活と高度で膨大な仕事から欠勤という形で逃げ出したケース。治療者としては、本人の生育歴や社会的な資質から現在の状態にやや共感できるころはあるが、職場としては年齢に比較して子供じみており何を考えているのか、という反応でまったく共感できない様子。

2. 祖母と母に過保護に育てられたケース。社会人としての責任感に乏しく、欠勤に対する問題意識はほとんどない。薬物療法は副作用を理由に勝手に中断し、他方カウンセラーに対しては、『しがみつき』の姿勢であった。確かに心理療法の効果はみられ、睡眠リズムも改善するが、状態の改善に伴いカウンセリングの間隔をあけるととたんに再発。ユーザー対応の大変な仕事、という面で治療者としては共感できる部分もあるが、職場に対する申し訳ないという気持ちの希薄さや、無責任さが目につく。職場は、『まるで他人事のようなふてぶてしい態度』に反感。

3. 治療に積極的に取り組む姿勢には共感できる。しかし、職場やユーザーに対する申し訳なさが余りにも感じられない。心理療法（認知療法）も奏功し、一時はすっかり改善したかに見えたが、9か月後に結婚話が具体化すると再発。仕事に限らず回避的な人。

4. 職場の環境要因というよりも、本人の性格的要因が問題の中核。とりわけ、自己愛性障害が問題で、職場では誰からも反感を抱かれ、孤立している。職場では、度重なる上司の働きかけや努力にまったく応えようとする姿勢がみられず、平然とした態度をとるためまったく周囲の共感を得られない。治療者もあまり共感できないケース。

5. 幼少時、父親は仕事人間で不在、母親は病気の姉にかかりきりと、両親どちらからも十分な愛情を得られなかった例。対人関係の障害（他人の気持ちや要求に無頓着）なところが目立つ。治療では、遠隔地に住む父親が来院し、父親との関係が改善したことが間接的に職場での対人関係の改善にもつながった。治療者は、配属のさいに本人の希望がまったく反映されず、にもかかわらず即戦力を期待されたことで、やや共感できるが、職場としては、無断欠勤を悩む様子のない本人に共感できず。

6. 幼少期から、自分の努力が相応に評価されないと感じ、健康なセルフエフィカシーが育成されなかったケース。さらに、家庭内で絶対的な権力を握っていた父親のもとで萎縮していた状態が、職場の上司との関係で再現されている。職場の評価に敏感で、被害的である。自分で自分を追い込む。やや現職場でや能力不足の感も否めず、治療者としてはやや共感できるが、職場からの出勤の働きかけには誠実に応じない開き直った態度はいただけない。職場もまったく共感できない状態。

7. 強迫的で頑固なパーソナリティー。一般職のころはそれがむしろ良い方向にも働き、適応に問題なく周囲の評価も高かった。しかし、それが災いしてむしろ同期より早いペースで上司から引き上げられ、自分の望む理想の姿と異なってしまった。自分でもどこかでそれを感じながら、かといっていまさら降格には耐えられないと。薬物療法、心理療法とも難渋。治療者としても、他責的で自分を過大評価し、周囲の迷惑を顧みることのできない患者に余り共感できない。職場の要因を否定はしないが、なぜそこまで職場だけに責任を転嫁するのかと思う。職場は、『病気を盾に管理職の責任を放棄して休む』と、患者に対しても治療者に対しても（病気のレッテルを貼った）怒りあり、我慢の限界。

8. 回避性障害の特徴的な例。本人なりには欠勤に対する問題意識はあるものの、「自分がいない間にすべての問題が解決してほしい」「自分ではできないかもしれない」という悪循環から抜けられない。対人関係の構築能力も低く、職場との関係は悪化する一方。治療者との関係も作れない。行動療法的な対応が精一杯だが、表面的な対応。職場は、患者が完全に『お荷物』になっているため、半ば投げやりに環境調整には何でも協力的。しかし、現在これがさらに患者を欠勤という心地よい状況に甘んじさせている感もあり。

9. 特に負荷が高いとも考えられない仕事内容の変更をきっかけに発症しているが、環境よりはむしろ本人の肥大した自己愛と社会的スキルの未熟性が問題。他人の気持ちや周囲の状況を客観的に把握する力のなさは、中間管理職の器ではないと感じる。職場では、自己中心的なずうずうしいやつと敬遠されているが、本人は他責的（会社の人事の失敗）。欠勤に対する問題意識もほとんどなく、治療者としては余り共感できない。職場でも敬遠。気長に自己愛を傷つけぬよう配慮しながらの心理療法のみ。

10. 家族の中で、1人だけ落ちこぼれと（自分では）感じ、セルフエフィカシーがとてつもなく低い。実際には、会社での仕事に支障をきたす能力ではないし、現実にも周囲からばかにされたような経験はまったくないが、『競争』『成績』に過敏で、営業成績でトップに立ちたい自分が理想にあり、現実には“中の上”の自分を受け入れられない。治療者としてはいわゆるヌケヌケとした態度が目立たない点からやや共感はできる。職場は人手不足で、患者をサボリと評価しており、まったく共感されていない。

11. 自己愛の傷つけられる職場での適応は極めて困難。しかし知的能力は極めて高いため自己愛

のサポートされる職場では器用に適応。治療者は余り共感できない。治療関係は形成しにくく、表層的な関係に終始。プライドの高さから治療者にも心を開かない。職場は病欠にもかかわらず麻雀、競馬、パチンコなどに修業者の如く通いつめる態度に反感。

12. 治療者の陽性逆転移もあり、かなりインテンシブに個人精神療法を行ったケース。客観的な不適応よりも、本人の強迫性に由来する主観的な不適応側面が強い。十分に休み、自分を見つめる時間を持つことができたことに意味があると考える。治療者としてはやや共感できるが、職場側は余りにも欠勤が多く、しかも長期にわたるため共感性は低い。治療以外に、友人やガールフレンドに支えられた側面も大きい。

13. 社会的地位も高く、内面的にも共に理想化対象である父との関係が十分に満たされなかったことから、理想主義的で現実面の脱価値化あり。働いて生活を支える、家族を養うといった社会的側面への配慮が少ない（否認している）。情緒的交流は悪くなく、尊大な印象は与えないが、あまり共感はできない。業務に対する脱価値化が問題の中核。現在療養中であるが、関係が希薄であった父親との寿司屋での話し合いや、手紙によるやり取りなど間接的な直面化を薦めてみたところ、治療者によるそれよりも本人の内界に素直に入った印象が強い。父親が自我理想である場合は、父親にソフトに直面化してもらうことは有効との感触あり。職場は共感というよりも黙認している状態。

14. 急速交代型感情障害に近い発症状況がみられ、そのうえ absenteeism に特徴的な症状の状況依存性や欠勤に対する否認的態度がない。症状に対しても自我異和的なところあり。しかし、問題意識はあってもどこか他人事でもある。治療者は、患者にとって欠勤の内的・外的なメリットがまったくないこと、発症が内因性を思わせる状況もあることからやや共感できる。職場の上司も共感的で、患者の仕事の埋め合わせをしている。現在精密検査中。

15. 両親、本人ともに情緒的問題が大きく、本人は情緒的にかなり未熟で極めて他責的。アルコールやギャンブル依存傾向もあり、人生を投げているような印象。治療者は、内省力のなさや他責的な面、雰囲気や外見の様子などから共感が難しく、職場も自己主張ばかり強い患者にサポートできる限界にあり。本人が現実的側面だけでも立ち直るきっかけとなり得そうなキーパーソンがまったくおらず、前途多難。

16. 欠勤に対する問題意識なく、職場の制度に保護された『怠惰』を積極的に解決しようという姿勢も必要性もない状態。会社の保護的な環境は、自分の能力に漠然とした不安を抱きながら、どっちつかずの生活を続ける本人の退行状況を促進しており、改善は難しい。会社も家族も強制的な介入ができず、手をこまねいて様子を見ているところ。治療者は、休養中には遊びで徹夜もする患者が『病気』を隠れみのに欠勤を続けることにまったく共感できない。職場も本人の気ままな生活に対する怒りが強く完全に信用失墜。職場の制度改正、あるいは家族からの積極的な働きかけを待たざるを得ないか。

17. 両親の不安定な関係の中で生育。アイデンティティの問題が大きい。過去にも適応障害の既往あり、負荷が高まると逃避。休養中に海外旅行や買い物など、さらにそれを職場内でアピールする無神経さから、職場ではまったく共感が得られない。治療者は、ソーシャルサポートの乏しさには共感できるが、困っている様子が余り感じられず、やや共感できるというところ。

18. 身体的要因の疑われるケース。しかし、精密検査でも異常所見は得られず、難しい。なんとなくつかみどころのないリアクションや理由の明らかなでない欠勤が続いており、今後さらに検討を要する。問題意識に乏しく、解決の意欲もみられないため、治療者として余り共感できない。職場も、同僚への配慮に欠ける点や、欠勤の理由が不明確なことから共感は得られず。

19. 基本的に資質に問題あり。IQは100前後であるが、ロールシャッハテストでは、極めて硬いパーソナリティが示され、柔軟な対処がまったくできない。しかし一方で、家業は『カッコ悪いから継ぎたくない』という。出勤できなくなると、無為自閉な生活が際限なく続く。このため、治療者も腹を括り、今回思いきって1年間の休養を本人に提示したところ、逆に本人の方から「そんな長く休むのは不安だから出勤したい……」と要望。父親の社会力もあり、周囲からは十分サポートされている（職場も極めて受容的）。治療者は本人の辛い心情は確かに推察できるが、『なぜ、そこまで、できないか?』を理解できず、共感困難な状況。

20. 出勤時の評価はかなり高い人。中学卒業後（しかも中学でも入院歴あり、通学は不十分）すぐに就職し、この学歴社会の中で、負けたくない一心でひたすらがむしゃらに走り続けてきた。あるときふと、すべてを虚しく感じる。現在の仕事につかずにいる状態は心地よく、自我親和的。青年期にモラトリアム期間をまったく経験していない人。“遅れてやってきた必要なモラトリアム期間”の枠組みでは理解できるものの、自宅療養中の生活の送り方にはあまり共感できない。現在、本来は不登校の子供たちのために設立され、最近では井戸端会議化している場所で定期的に時間を過ごしている。職場は、できれば自主的に退職してほしいという意向（「給料の保証の続くかぎり休んでいいが、これが切れたら辞めてくれ」）。

IV. 具体的な事例提示

以下に、今回の調査研究の対象となった absenteeism の事例を 4 例提示する。
(ただし、プライバシー上の配慮から、詳細については一部事実に変更を加えた)

事例. 20 歳代前半, 男性, 未婚

主訴: 朝起きられない

4 人家族の次男、鹿児島県出身で父親は大企業勤務、母親は地元の小規模事業所の事務長として勤務。専門学校卒業後、大企業の実験課（東京）に配属された。優秀な業績をあげ、同期の中で出世コースを順調に進む。5 年目より 1 週間前後の欠勤を繰り返すようになる。このため保健婦より紹介となる。欠勤の契機は明らかではなく、面接では「大卒の人が考えた設計に対する下請け作業的な業務はいやだ」「東京のもつ雰囲気が好きになれない」「地道にやるのは嫌だ、一夜漬けが僕の信条」などと、欠勤の契機としてはやや理解し難い内容を語るのみであった。

週末から翌週の前半にかけて睡眠相の後退がみられたため、睡眠導入薬をはじめとする薬物投与により睡眠覚醒リズムの是正を図った。これによりある程度主訴は改善したが、本人はこれを歓迎するようすもなく、欠勤傾向は一向に改善されなかった。しかし一方では、実験研究結果発表会で優秀者として表彰されるなど、出勤時には高い能力を発揮するため、職場関係者の間では戸惑いがみられた。東京には結婚を考えている恋人もおり、治療者からみるかぎり、公私共に充実した生活を送っているように理解された。

受診後、約半年後の正月に実家に休暇帰省し、そのまま会社に戻れず退職となった。帰省直前には、面接でも退職の話題はまったく出ず、本人も年明けからも頑張るといっていた矢先のできごとであった。両親は本人の帰省に強く賛成し、鹿児島では母親の勤務する事業所で事務員をするか、宅急便配達のアルバイトでもする予定であるという。

事例. 30 歳代後半男性, 未婚

主訴: 眠れない, 後頸部の痛み

5 歳時に父親のギャンブルが原因で両親離婚、本人は兄と共に母親に引きとられ育つ。一流大学卒業後、エンジニアとして就職し 15 年目。同期中では最も早く課長補佐の役職に就く。その後、プロジェクトの会議中、上司に部下の面前で叱責されたことを契機に欠勤が不定期に出現するようになる。無断欠勤の形をとるため、上司がアパートを訪ねたところ、食事も摂らず憔悴し情緒的に混乱していたため、保健婦を介して紹介となる。

初診時、抑うつ状態がみられたため抗うつ薬を投与。当初は功を奏したが、経過が長期化すると共に無効となる。しかし、診断書による自宅療養中でも趣味の囲碁には通い詰め仲間との交流を楽しむなど、抑うつ状態像に状況選択性が徐々に出現した。このため入院精査としたが、入院数日後から囲碁、パチンコのための外出を強く希望するなど、パーソナリティ障害の関与した抑うつ状態が推察された。このため、向精神薬を中止し絶食療法を適用した。患者も自主的に同療法を受けたものの、深い内的洞察は得られず表層的な知的理解にとどまった。

その後の職場復帰時には「もう僕は失敗できない、復帰時には完全に復活する」と意気揚々と語ったが、その 2 週間後には「以前の自分のように次々と業務がさばけない」と、やや高過ぎるハードルを超えられない自分を嘆き欠勤が再発。その後の面接では「能力がない自分を人にみせるのがすごく怖い」「自分が優位に立てない状況では逃げ出したくなる」「上司より部下の評価の

方が気になる」と語り、約3か月間の自宅療養となる。

2回目の自宅療養中は、精神療法的には患者の自己愛を徹底的に支持するコフォト的共感に努め、行動療法的には午前は図書館で業務関係の読書を3時間、午後は好きな囲碁をするという枠組みを課し、併せて患者および上司と相談した上で、本人のプライドがより保ちやすい得意とする業務へ異動とした。これにより職場復帰となり、現在は7か月経過するが、活躍している。

事例. 20歳代半ば、男性、未婚

主訴：頭が重い、気力が出ない

4人家族で父親は長期間にわたり北海道へ単身赴任中である。中卒後、輸送会社に就職し、その後、運転士の資格を採り4年目。10歳～15歳にかけ不登校歴があり、半年間ほど精神科入院歴がある。病名は神経症と告げられたといい、以降は治療を受けていない。

営業所の異動を契機に頭重感、気力低下が出現、欠勤が頻発するようになり、自ら心療内科外来を受診。当初は不眠、抑うつ感などがみられたため抗うつ薬を投与。しかし徐々に効果はなくなり、現在は薬物投与はしていない。

面接で本人が語るところによると、自分は中卒で就職したが、父親は高学歴のエリートであるため、常にライバル心があったという。そして、お金を貯めること、同年輩の大卒者と同レベルまで社内で昇格することを目標に、昼間は定時の勤務を夜はアルバイトをし身を粉にして頑張った。この結果、貯金も一千万円以上たまり、出世でも同年輩の大卒者に並んだ時、症状が出現し欠勤するようになったという。本人は「何もしたくない時が多い」「俺、すぐ熱が出るんです」「こんな毎日でいいのかなって、いつも悩んでいるんです」などと語り、現在は不登校児や出勤困難な社会人の集まる私的場所に毎日通い、仲間と雑談をしたり将棋をさす日々を過ごしている。現在も自宅療養中である。

事例. 20歳代後半、男性、未婚.

主訴：出社時に吐き気がする

5人家族の次男。両親は家庭内別居状態であったが、患者が18歳時に父は借金苦で自殺（縊死）している。一流大学卒業後研究職として就職し、約1年後より主訴出現。大学病院精神科受診し“不安神経症／軽症うつ”と診断された。しかし薬物治療は功を奏さず、やがて欠勤が頻発するようになった。ほどなく上司から「もう君は信用できない」と叱責され、職場内カウンセラーにも「君は病気じゃない、やるっきゃない！」と強く支持された。しかし状況は一向に改善せず4年間が経過。この間に服薬自殺未遂歴がある。

入社後6年目に当科受診。自宅療養中でも過酷な肉体労働のアルバイト、趣味のスポーツ等は活発に行えるが、いざ出社の段となると「自分はだめだ」「上司が評価してくれない」等のイメージを語り、欠勤が再発するパターンが何度も繰り返された。このため内因性うつ病の関与は考えにくく、絶食療法を適用した。しかし絶食療法でも表層的理解にとどまり、職場復帰後1か月で欠勤再発。このため休職となった。

休職の1年2か月の間、原則として週1回50分の面接を行う。欠勤の要因について当人は「仕事の量や質、人間関係に問題はない。周囲の人と比較して“できない自分”を感じるとたまらなくなり、逃げ出したくなる」と語った。また、過干渉で共感性の低い母親像や攻撃的・自分勝手・

無責任イメージの強い父親像などが語られた。

休職中の後半4か月間は図書館での読書およびジムで運動をするという枠組みの達成を課題とし行動療法的対処を試みた。読書では当初は自己理解を深めるために absenteeism 関連文献を推薦し、後半は自我理想形成の一助にと治療者が推薦した宮本武蔵（吉川英治著）、鬼平犯科帳（池波正太郎著）などを全巻読破し、少しずつ自分を内省する姿勢が見受けられた。そして、徐々に現実を受容する傾向が見受けられるようになり、現在復職後1年以上経過しているが、1～2か月に一回程度の通院で元気に勤務している。この事例では、復職時に母親との同居をやめ寮での独り暮らしを開始したことも、その情緒的安定性にプラスに働いたと推察される。

IV. 文献的 review を含めた考察

前述のとおり、absenteeism(出勤困難)に焦点を絞った調査研究は本邦では余り多いとはいえない。先にも少しふれたが、本邦ではまず職場不適應(症)という観点から小沼²⁾が概念規定を行い、続いて夏目³⁾が職場不適應症 150 事例について検討し、以下の5群に分類することを提案している。

- ①中核群：几帳面、きまじめで融通性にかける人が異動・昇進などを契機に発症する群。
- ②ドロップアウト群：未熟で自己中心的な人が職務の複雑化に伴い発症する群。
- ③専門職不適應群：就職動機や職業選択に問題(職務適性の問題)がみられる群。
- ④一過性反応群：新入社員に多く、不適應要因が明確にみられる群。
- ⑤その他群：まじめで完璧癖を有する者が職業的アイデンティティを求められたさいに、仕事に対してのみ無気力となる群。

上記職場不適應症の大半では、本調査研究対象のような長期にわたる欠勤が主要な問題ではないため単純な比較はできないが、absenteeismはこの5群の中では、未熟で自己中心的、強迫性とアイデンティティなどの諸点から“②ドロップアウト群”“⑤その他群”と共通の臨床的特徴を有するといえる。

absenteeismに直接焦点をあてた研究としては、佐々木³⁾の報告があげられる。彼は自験例17例を検討し、“Absenteeism syndrome”(アブセンティズム症候群)なるものを提唱している。その特徴は以下の7点にまとめられている。

- ①不眠(上司の些細な注意などで生じ、朝方出勤時になっても覚醒しない)。
- ②不眠は4日間、長くて6日程度で改善される。
- ③抑うつ気分、思考抑制、身体不調を訴えるが、これらは不眠による二次的な症状でありうつ病の症状とは異なる。これら諸症状は不眠が4～6日で改善すると共に消失する。
- ④無断で欠勤したことに対して罪責感はまったく持ち合わせていない。
- ⑤職場環境という状況因により誘発される。特に上司が関与していることが多い。
この心理的背景として、部下が上司に同一化できないことが推定される。
- ⑥分裂病型人格障害に極めて類似した性格傾向を有する。
- ⑦抗うつ薬は無効、ハロペリドール 2.25mg/ 程度が有効である場合が多い。

このように同報告では、absenteeismは表現形として不定愁訴およびうつ状態を呈することが多いものの、本態は分裂病型人格障害に近いところにあると考察しており、今回の我々の対象とは、やや質を異にするといえよう。

しかしこの8年後、佐々木³⁾は同症候群の捉え方に修正を加えたうえで、その類型化について報告している。この中で彼はabsenteeismと診断された自験例47例を検討し、回避性人格障害のカテゴリーに入る者が33名(70%)、分裂病型人格障害のカテゴリーに入る者が11名(23%)、睡眠相遅延症候群のカテゴリーに入る者は3名(7%)であったとし、この3カテゴリーによる分類案を提示している。そして、その治療および予後にも言及し、回避性人格障害のグループはもっぱら受容的に接するしか方策はなく、予後は必ずしも良くないとしている。一方、分裂病型人格障害のグループでは薬物療法が有効であるため予後は良いとしている。さらに精神病理学的観点にもふれ、absenteeismの成因として“narcissismに基づく防衛機制”を中心病理として捉えている。このため、治療過程では個人的価値観に基づいた治療者の逆転移の処理こそがポイントであると

指摘しており、今回我々が得た知見とより近いものになっている。

上記の回避性人格障害、narcissism といった key word と深く関連するものに近年、社会的問題となりつつある、いわゆる“ひきこもり”があげられる。その精神医学的定義はいまだ確定してはいないが、斉藤¹⁰⁾は“社会的引きこもり”を『20代後半までに問題化し、6か月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの』と定義している。そのうえで、その多くは社会恐怖ないし回避性人格障害のいずれかに近い病態であり、国際的にもみられる現象であると報告している。一方、近藤¹¹⁾は“非精神病性ひきこもり”を『社会・経済的活動を回避した生活が1年以上に及んでおり、精神分裂病を背景としていない』という2条件を満たすものと定義し、18例について報告している。その結果をみると、DSM-IVの第I軸診断では①強迫性障害、社会恐怖、パニック障害などの不安障害群、②気分変調性障害、大うつ病性障害といった気分障害群、が多くみられその他、アイデンティティの問題、概日リズム睡眠障害などが一部報告されている。一方、第II軸診断では①回避性人格障害、②分裂病質人格障害、が大半を占め、一部自己愛性人格障害もみられたという。この第II軸診断に関する結果は、今回の調査結果とかなり類似するものである。これらをかんがみるといづれの結果においても、回避性人格障害が病態の首座を占めている点が興味深いといえよう。

さらに精神分析的視点から、近藤¹¹⁾も非精神病性引きこもりの精神病理について 佐々木⁹⁾と同様 narcissism に注目し、Gabbard G の自己愛人格性障害の二つのタイプを紹介している (表7)。

表7 自己愛性人格障害の2つのタイプ (Gabbard G 1989 ; 文献11より引用, 一部改編)

周囲を気にかけない自己愛的な人 (無自覚タイプ) The Oblivious Narcissist	周囲を過剰に気にする自己愛的な人 (過剰警戒タイプ) The Hypervigilant Narcissist
1. 他の人々の反応に気がつかない・無頓着	1. 他の人々の反応に過敏である
2. 傲慢で攻撃的	2. 抑制的、内気、目立つことを避ける
3. 自分に夢中である (自己陶醉)	3. 自分よりも他の人々に注意を向ける
4. 注目的であろうとする	4. 注目的になることを避ける
5. “送り手、よりも受け手”	5. 他者の話に軽蔑や批判の証拠を注意深くさがす
6. 他者に傷つけられる感情を持つことを受けつけない	6. 容易に傷つけられたという感情を抱く : 恥と屈辱の感情を起こしやすい

この中で近藤は“hypervigilant type”の自己愛障害を非分裂病性ひきこもりの中心的精神病理と想定している。上記2タイプの自己愛性人格障害を DSM-IVによる人格障害の診断基準と照合させると、自己愛性人格障害は The Oblivious Narcissist に、回避性人格障害は The Hypervigilant Narcissist に極めてよく対応することがわかる。この観点から検討すると、佐々木⁹⁾の指摘する absenteeism における narcissism の特色は、DSM-IVにおける自己愛性人格障害より、hypervigilant type と多くの共通点をもつ回避性人格障害の病理と理解する方が妥当と考

えられる。

確かに、absenteeism では職域における人間関係を含めた葛藤状況の回避、換言すれば対人関係（特に社会的な他者からの評価）の中で自己愛が傷つくのを恐れるあまり本業部分から“ひきこもり”状態と理解でき、両者が共通の病態を有する可能性は高い。上記の“The Hypervigilant Narcissist”という概念は、自己愛性人格傾向、回避性人格傾向、分裂病質人格傾向、社会的ひきこもり、narcissism といった概念と absenteeism の病態の根底に共通してみられる有用な鍵概念と思われる。今回の対象でもその9割以上で回避性人格障害がみられたが、その中核には“hypervigilant narcissism”が関与している可能性が強く示唆される。

こういった自己愛の病理、誇大的自己をめぐる病理はフロイトの研究（1914、『自己愛について』）にはじまる。フロイトは、narcissism を自己に対してのみ愛情を集中させる心的態度であり、リビドーが自我に逆流している状態と定義した。すなわち、成熟と共に人間が発達させるべき“自体愛→自己愛→対象愛”という発展過程が発達途上でとどまった未熟なものとして位置付けられた。これに対し、コフート¹²⁾は、自己愛とは対象愛とは別途の発達を遂げるという立場をとり、幼少期におけるいわば健康的な誇大的・幼児的自己愛が母親にほどよく受容されなかったために、その時点で発達停止したまま残存している“欠陥状態”と理解した。彼はこういった幼少期の誇大的自己をもつ人を“自己愛パーソナリティ”と命名し、その臨床像を以下の2者に分けた。①誇大的で要求がましく、自信過剰なタイプ、②自己評価が低く、羞恥傾向があり、しばしば心身の不調を訴えるタイプ、そして、この両者の根底にあるのは、自己が満たされない空虚感と傷つきやすさ、そして再度傷つけられることへの強い怒りであるとした。このようにコフートは自己愛パーソナリティ成因に関しては、母親を中心とした成育環境からの拒絶が主要因であると位置付け、正常な幼児的自己愛という観点から理解した。一方、カーンバーグ¹³⁾は異なる立場をとり、病的自己愛を強調した。彼のいう病的自己愛とは、“相手に対する羨望や、認めがたい依存欲求を防衛するために、そういった自分の中にある認めがたい感情を投影し、相手を軽蔑・脱価値化し、一方で自分は他者に依存する必要のない満ち足りた存在であると感じるもの。”とされる。そして、成因についてもコフートとは大きく異なり、『子供の体質的な羨望の強さにより』『これを補おうと母親が特別な子供扱いすること』を指摘している。以上のような自己愛に関する歴史的変遷を踏まえると、Gabbard G の自己愛性人格障害の2タイプは、自己愛性人格障害のもつ幅広い病態スペクトラムの両端と考えられ、コフートとカーンバーグのいう自己愛パーソナリティは、このスペクトラム上に位置付けられるといえよう。さらには、本調査研究のテーマである absenteeism も、その母親の共感性の低さに関する結果を考慮すると、この病態スペクトラム上に位置して何ら不思議でないと思われる。

以上みてきたように“ひきこもり”と absenteeism は、かなり共通した精神病理上の特徴をもつと想定されるが、定義の項でふれたように、“自宅にひきこもり半年から1年の間いっさいの社会的活動がみられない”という点が、本業にのみ限定した選択的退却を呈し、副業的側面では比較的高い活動性の保たれた absenteeism とは決定的に異なる。

absenteeism の鑑別診断を考える場合、第一に問題となるのはうつ病との異同である。特に青年期、近年では30代半ばにまで延長しつつあるとされるが、若年者ではパーソナリティ形成が成熟途上であるため、うつ状態に陥った場合、ある程度パーソナリティの完成した成人と比較すると、非定型的なうつ病像を呈することが多い。船橋¹⁴⁾は青年期うつ状態にみられる特色を表8に

示すようにまとめている。しかし本調査研究結果にみられる absenteeism の特徴とは、

- ①無気力反応や制止が“生活領域の全般”を覆う点、
- ②治療意欲が旺盛な点、
- ③自殺念慮が認められる点、
- ④睡眠障害がみられない点、
- ⑤高学歴でない者に多く認められる点、の5点において大きく異なるといえよう。

表8 青年期うつ状態の特色（船橋¹⁰⁾による）

- 制止、無気力感が症状の中心をなすうつ状態。
主観的には憂うつ感、悲哀感、自責感に乏しい。
- 内因性うつ病に特徴的にみられる、睡眠障害、食欲不振、体重減少といった身体症状はみられない。
- 経過は慢性化しやすく、『波状型』である。
- 臨床症状の増悪期には、抗うつ薬が比較的有効である。
- 受診は規則的で、治療意欲が認められる（症状は自我違和的）。
- 病前性格には強迫性、対人関係における過敏さが認められる。
- アイデンティティをめぐる葛藤が存在する。
- 男性、高学歴でない者、に多く認められる。

今回の調査対象の最大の特徴は、無気力状態・不定愁訴などが出勤状況に限定してみられる点であり、先の“ひきこもり”との相違点でもある。このように“本業部分”に対してのみ病状の状況選択性が強くみられる病理として従来から着目されている疾患としては、笠原の退却神経症、広瀬の逃避型抑うつがあげられる。両者の特徴、相違点と共通点を表9に示す。

表9 選択的退却がみられる病理の比較（文献15,16,より改編）

	退却神経症（笠原）	相 違 点	逃避型抑うつ（広瀬）
発症	青年後期からプレ成人期	←→	プレ成人期
症状	気力・目標の喪失	←→	寝込み・蒸発・無断欠勤
性格	類強迫的傾向／分裂気質的	←→	弱力性ヒステリー傾向／自己愛的性格
葛藤	アイデンティティ関連	←→	自己愛をめぐる葛藤
異性	異性関係は希薄	←→	異性関係は豊か
対象	男性に多い	←→	エリートサラリーマンに多い

共通点

- ①本業に対する“選択的”退却、本業に限定した“部分的”抑うつ状態がみられる。
- ②不安・焦燥・苦悶を内的に体験しない（症状は自我親和的）。
ゆえに、受診に対し、やや拒否的である場合が多い。
- ③上記①、②の臨床像も関与した結果、“ヌケヌケとした印象”を周囲に与える。

本調査研究の事例では、相違点にあげられた両者の諸特徴はどちらかに偏る傾向はなく混在してみられた。一方、共通点のうち選択的退却、部分的抑うつ状態、ヌケヌケとした印象を周囲に与える傾向は合致してみられたが、不安・焦燥は多少なりとも自覚されており、必ずしも症状がすべて自我親和的とは見受けられなかった。いずれにせよ、青年期うつ状態など内因性うつ病の諸特徴と比較すると、選択的退却を呈する病態に absenteeism の本態はかなり近いと推察された。

選択的退却を呈する病態の葛藤事項は、退却神経症で“アイデンティティ関連”、逃避型抑うつで“自己愛をめぐる葛藤”とされている。今回の調査対象でもアイデンティティの揺れもしくは自己愛の傷つきが欠勤発生の契機として深く関与している事例が多くみられた。すなわち、欠勤へ至る契機として一般的に了解しやすいような職場環境変化、疾病性といった外在化可能な要因は不明確である場合が大半で、多くの事例では他者評価に過敏となり、自分の在り方・価値観に時として非現実的ともいえる程のこだわりを示していた。こういう自己愛の問題（特に先に述べた The Hypervigilant Narcissist）、これと深く関連する回避性人格傾向およびアイデンティティをめぐる葛藤といった、極めて個人的で内的問題は他者には了解困難であり、時に職域という立場からは了解する必要性もないため、職場関係者の共感を妨げる大きな要因といえる。別の表現をすれば、ある程度仕事はでき客観的には適応できているにもかかわらず、“主観的不適応”ないし“自己イメージ不適応”をきたし、自らの内的イメージ世界における悪循環により『自滅』しているといつてもよいかもしれない。

absenteeism の治療法であるが、選択的退却を提唱した笠原は、その治療上のポイントとして、本調査研究会での講演において、以下のような非常に示唆に富む諸点を指摘している(1999. 3. 27. 新横浜)。

- ①心理的疲労回復に配慮する。軽症うつ病に準じ、治療期間を長めにとり、薬も試み、できることなら家族とも会う。そして、休息後に行動訓練的な対処も検討する。
- ②心理療法は困難だが、まずは“傷つけられやすさへの共感”から入る。特に、治療者の陰性逆転移（『だめなやつだ』『人間のクズだ』式発想）に要注意。

そして、そのさいには治療者は齊藤¹⁰⁾の考えを参考に「今回の傷は、ゆっくり時間をかけて治しましょう」といったイメージをもち、柔軟に対応することが有用。

- ③職場への説明をし、人事職員と治療者が協同すること。

今回の調査結果でも、治療予後が良かった事例では、結果として上記のような対処ができたものであり、absenteeism の治療方針の指針ともいえるものである。

さらに笠原はその治療転機として、異性愛が絡んでくること、自我理想たり得る人物との出会いの重要性を指摘している。確かに事例 13 では非常に尊敬はするが関係の遠かった父との寿司屋

のカウンターで語り合い、手紙のやりとりをしたことを契機に大きく変化がみられた。一方、逆の観点では、absenteeism 事例ではどこか上司や職場同僚を脱価値化していることが多いのも事実である。治療者が自我理想的存在になることは難しいため、事例の周囲にそういう人物がいれば、積極的に治療構造に入れることも有用であろう。

この他、精神分析的治療として野々村¹⁷⁾、小宮¹⁸⁾は逃避型抑うつに対して“無気力・回避行動の背景にある感情や抵抗を明確化・徹底操作し自己洞察を得る”ことが有効であると報告している。また、館¹⁹⁾は、自己愛的対象関係という視点から出勤拒否を考察している。これによれば、出勤拒否の本態は社会的ひきこもりという回避(avoidance)であり、回避の根には依存性の問題があるとす。すなわち、依存的でありながら依存しようとする強い不安と罪悪感が呼び起こされるため、依存対象(上司、治療者などである場合が多い)を破壊せずにはならなくなり、この結果、対象との関係を持つことなしにすまそうとするという。以上のことを踏まえ、治療目標の設定が重要であるとし、①健康な依存ができない病理、自己と対象に対する破壊性をはじめとする“対象関係の病理”を明らかにすべく洞察的精神療法をする。②職場復帰を目的として当人の病的な依存性を引き受けつつ指示的に接し、職場復帰に何が役立つかを具体的に考え対処してゆく、のいずれかであろうと述べている。職場復帰に限定すると②の方が有効であり、治療者側には“患者の破壊性に充分耐える強さ”が要求されるという。これは先の笠原の指摘する“治療者の柔軟性”と共通するものともいえよう。いずれにせよ専門的技法とインテンシブな治療、そして“竹”のような柔軟な粘り腰を必要とされるといえよう。

心療内科の立場から川原²⁰⁾は絶食療法という行動療法的枠組みの中で、absenteeism に対し洞察を得る治療法を試みている。特に、治療導入部分ではあくまで当人の自由意志で治療を受けるか否か決定させることが重要であるとしている。なぜなら、それまでの切迫感のない受動的なスタンスから能動的、主体的なスタンスへの変化を強いられるためである。さらに心理社会的に隔絶された15日間に生じる自己対決、治療達成感により得られるセルフ・エフィカシーの高まり、などが傷ついた自己愛の修復に有効であると考察している。また、治療過程での主治医の父性的役割、看護婦の母性的役割分担が、当人が健康な自己像を再構築していくうえで重要であると指摘している。今回の対象では絶食療法は直接的な治癒機転とは評価できなかったが、今後検討を重ねる意味は大きいであろう。

absenteeism に影響を及ぼしている可能性が推察される心理社会的要因については、その範囲が社会、経済、文化、歴史に及ぶため広汎な要素があろうがここでは代表的な3つの見解を紹介する。吉松²¹⁾は総説の中で包括的に現代社会病理にふれている。この中でabsenteeismに関連性のありそうなものとしては、以下のものがあげられる。

1) 社会経済環境に関して

- 肉体労働と身体的休養という単純な図式では解決し得ない類の精神的な疲労の蓄積。
- 何のための産業振興か、また経済繁栄か、という価値観の問題。
- 食生活の質的・量的変化などに代表される、潜在的に進行している日常意識の変化。
- 経済的ゆとりと、心理的ゆとりの非連続性。
- テレビ、ビデオ、ファミコンなどによる擬似映像世界と現実世界の混乱あるいは逆転。
- テレビ(ゲーム)、ビデオ、インターネットの普及による現実逃避的側面の促進。

2) 家庭環境の変化に関して

戦前の拡大家族→戦後の核家族化および少子化（同胞葛藤を経験する機会の減少）。
 世代間境界の不鮮明化
 家庭における父親像の希薄化→子供の超自我モデルの不在化。
 父親不在の家庭における母親の空虚感、その結果としての母子密着現象。
 母子密着の結果生じる子供の自我発達阻害、または母親の強さによる精神的萎縮。
 母親が十分な愛情をもって子供を育てていない現象（母親自身の母子関係不全）。

3) 学校環境の変化

学校教育における知育教育的役割の著しい増大、倫理・情操教育という視点の減少。
 “尊敬”という倫理関係の希薄化。

吉松は以上のような現代社会の病理を列挙したうえで、価値観に直接つながる倫理的権威が失墜し、価値観の多様化したものが現代社会であるとしている。このため精神疾患の病態も曖昧化し、精神的安定の基盤も不安定になりつつあると指摘している。特に、“父権の失墜により超自我、さらには自我理想が曖昧といった結果、子供や若者にとっては努力して目指すべき目標がみつからなくなっている”という記述は今回の absenteeism における父親の存在・その関係に関する結果と非常に良く合致する。

また、市橋²²⁾も現代人の心性を論じた中で、しっかりとした疾患構造を持った内因性精神疾患の減少と軽症化にふれ、軽症のパーソナリティ障害（境界性、自己愛性）の抑うつが増えていると疾患構造の変化を指摘している。そしてその背景にある現代青年の特徴を以下のように記述している。“現代青年を明るく、幸せ、葛藤が浅いとみるのは本質的な誤りである。仲間には明るく振舞っているが、実はものすごく寂しく孤独で、それを語る大人や友達が少ない。傷つきやすい自尊心をもち、自分は特別な人間だと信じる一方で、背後には索莫たる空虚感が広がっている。これらのことは境界性人格構造や自己愛性人格構造と共通している。彼らは子供時代に『コードモ』をしておらず、親から無条件に愛されていたという実感に乏しいようである”（一部改編）。ここでも家族機能の変化、父親機能の喪失、さらには社会文化の持つ超自我機能の衰弱が危惧されている。同時に、absenteeism もしくはひきこもりに関する精神病理学的考察と、かなりの共通点を持つといえよう。

こういった社会状況を踏まえ、牛島²³⁾は思春期という観点からこの数十年にわたるその病態、人格傾向、家族構造の時代的推移を表 10 のようにまとめている。

表 10 思春期の病態と家族構造の時代的推移（文献 23 より引用）。

年代	病 態	人格傾向	家族構造
1950 年代	対人恐怖症	伝統志向型	家父長型
1960 年代	登校拒否	他者志向型	マイホーム型
1970 年代	家庭内暴力	モラトリアム型	ニューファミリー型
1980 年代	イジメ	ボーダーライン型	非婚の母親
1990 年代	児童虐待	スキゾイド型	夫婦別姓

この表から今回の調査結果を単純には誘導できないが、1960年代の他者思考型時代は回避性人格障害に、モラトリアム型およびボーダーライン型は自己愛性および境界性人格障害に、そしてスキゾイド型は分裂病質人格障害という病理を介して absenteeism 心性と深い関連性を有しているといっは言い過ぎであろうか。

absenteeism を治療するさいには、その満たされなかった自己愛的世界（極端なまでの傷つけられやすさ）自体を了解し、共感することが、治療の出発点であり、そのために現代のこういった社会的背景を踏まえることは有用といえよう。

V. まとめ

今回定義した absenteeism 20 事例について調査検討した結果、以下のようにまとめられた。

- 1) 全例男性であり、主に大規模事業所に属し、高学歴者、未婚者が大半を占めた。
- 2) 就職から発症までの期間は9～240 か月と幅広い分布を示した。
- 3) 発症以前の適応レベルは6割で比較的良好以上であり、決して悪いとはいえない。
- 4) 半数の事例において、同胞は女性のみであった。
- 5) 母親の共感性に関しては、“不良”なケースが7割を占めた。
- 6) 父親が不在、実在しても関係が希薄・不良なケースが8割を占めた。
- 7) 特に家族的負因は認められなかった。
- 8) 65%に不眠がみられ、85%で何らかの精神身体症状を呈した。
- 9) 自発的に受診したものは1例(5%)のみで、大半は職場関係者の紹介によった。
- 10) 欠勤に対する問題意識を持ち合わせている者は4分の1に過ぎなかった。
- 11) 全事例において、欠勤中であっても50%以上の賞与が給付されていた。
- 12) 休み明けに欠勤する傾向は8割でみられた。
- 13) 長期欠勤中であっても高い活動性を示す事例が多く見られた。
- 14) 現職へのモチベーションでは、“不良”な事例は4分の1に過ぎなかった。
- 15) 出勤できたさいの勤務状況では、7割の事例で平均以上の業務をこなせていた。
- 16) 事例の半数は企業内診療所で加療されていた。
- 17) 『診断書病名』では抑うつ状態が約半数と最も多く、これに軽症うつ病・逃避型抑うつなどの25%、自律神経失調症の15%、が続いた。
- 18) 治療予後を見ると、勤務状況が良好となったものは4分の1に過ぎなかった。
- 19) DSM-IVに準拠した診断では、Axis Iでは適応障害が50%と最も多く、これに概日リズム睡眠障害の25%、感情障害群15%と続いた。一方で該当する診断の存在しないものは30%みられた。
- 20) Axis IIでは、その70%で何らかの人格障害の基準をみたした。この内訳を検討すると9割以上で回避性人格障害が、半数で自己愛性人格障害が該当した。境界性人格障害および分裂病質人格障害と考えられた事例は各々約3分の1であった。加えて複数の人格障害に該当する事例が多く、そのパーソナリティ病理の深さが推察された。
また人格障害の該当項目数が多いほど、発症前の適応レベルは不良であり、治療予後不良な傾向も確認された。
- 21) Axis IVでは、職業上の問題が90%を占め、1次支持グループに関する問題がこれに続いた。
- 22) 向精神薬による治療効果は、病初期の一時期を除き、余り得られなかった。
- 23) 職場側の対応としては、一定期間の休養を認めた後に、業務負荷軽減・異動などが、とられていた。職域からは反感をかうことの多い absenteeism では、治療者と職場関係者間での十分な情報交換、良好な関係形成が治療上重要と考えられた。
- 24) 精神療法では治療者－患者関係の形成・維持が難しく、表層的な関係に終始する可能性が示唆された。また、内省を促す内観療法・絶食療法などでも表層的理解にとどまるケースが多くみられた。

一方、認知療法・行動療法などである程度テーマを限定し（事例の人格には余り関わらな

い浅いレベルに限定したテーマ)、現実的対処を高める方法は一時的には効果を得られやすかった。しかし、新たな局面で葛藤状況に直面したさいの再発率は高い傾向がみられた。

25) 現在経過が良好な5例について、その対応上有効であったと推察されるポイント。

①自己愛を傷つけない慎重な配慮

“極端な傷つけられやすさに対する共感からの出発”(笠原)

②職場上司に事例の精神病理を十分に説明し了解してもらい治療者サイドにつける。

③上司の父性的な強い対応は事態を悪化させるのでこれを避ける。

④可能であれば、事例の自己愛が満たされる職場への異動も積極的に検討する。

⑤良好な治療者-患者関係を十分な時間(半年以上を覚悟)をかけ構築する。そして治療者側の陰性逆転移に注意し、徐々に行うソフトな直面化。焦らない態度。

⑥午前中は定時に図書館に通い、午後は身体を動かす、という行動療法的枠組み。

以上のことが、今回の調査研究で明らかにされた。これは従来の診断名でいうところの退却神経症から逃避型抑うつの特徴を幅広く有した。人格傾向の観点からは、圧倒的に回避性人格障害が多くみられた。中心病理は自己愛性障害と推察され、その背景には幼少期に始まる母親の共感性不全、父親との関係不全が強く示唆された。自己愛性障害としては、Oblivious typeよりはHypervigilant typeにより近い病理が存在すると考えられた。このため、強い父性的対応は無効の場合が多く、一方で十分に自己愛を支持し関係を構築したうえで行った時間をかけた治療プロセスが有効な場合がみられた。しかし、人格障害の診断が複数項目にわたるような事例では、治療者を含めた周囲との人間関係の構築がむずかしく、治療的対応も極めて困難な側面があると推察された。

《謝辞》稿を終えるにあたり、ご講演にて多くのご示唆を賜った笠原嘉名古屋大学名誉教授に深甚なる謝意を捧げます。また、事例の提供に快く応じて下さった関連企業の方々、さらには、患者さんの治療者として直接本調査研究にご指導・ご協力いただきました企業内診療所・企業関連病院の医療スタッフの方々、横浜労災病院心療内科の江花昭一副部長、川原健資医長、境洋二郎医師、秋庭篤代臨床心理士、そして弘前大学精神神経科天保英明助手に深謝いたします。

《文 献》

- 1) 加藤正明. 産業精神保健活動の歴史. 産業精神保健 1993;1:3-10.
- 2) 小沼十寸穂. 産業における精神衛生, 職場不適応と不適応症の実態. 佐藤孝三, 宮本忠夫編: 現代精神医学大系 23B, 東京: 中山書店, 1979:154-55.
- 3) 佐々木時雄. うつ状態を呈する absenteeism の精神医学的考察. 日本災害医学学会会誌 1984;12:872-82.
- 4) 夏目誠, 太田義隆, 浅尾博一他. 職場不適応症について—受診状況調査, 発症要因と治療を中心として—. 産業医学 1982;24:455-64.
- 5) 伊藤彰紀, 笠原嘉. 勤労者にみられる短期反復型頻回欠勤について. 精神医学 1993;35 :627-34.
- 6) 笠原嘉. 無気力状態の精神病理学への一寄与—「退却神経症」あるいは「退却反応」の提唱—. 北陸神経精神医学雑誌 1989;3:1-8.
- 7) 広瀬徹也. 「逃避型抑うつ」について. 宮本忠雄編: 躁うつ病の精神病理 2. 東京: 弘文堂, 1977:61-86.
- 8) 広瀬徹也. 出勤拒否. 臨床精神医学 1996;25:863-67.
- 9) 佐々木時雄. いわゆる無断欠勤者の類型化に関する研究. 日本災害医学学会会誌 1992;40:811-16.
- 10) 齊藤環. 社会的ひきこもり. 東京: PHP 研究所, 1998:25-91.
- 11) 近藤直司. 非精神病性ひきこもりの現在. 臨床精神医学 1997;26:1159-1167.
- 12) ハイイツ・コフト著. 水野信義, 笠原嘉監訳. 自己の分析. 東京: みすず書房, 1994.
- 13) 福井敏. 誇大的な自己—自己愛性障害. こころの科学 1998;82:75-80.
- 14) 舟橋龍秀. 青年期うつ状態に関する一考察. 臨床精神病理 1986;7(1):59-71.
- 15) 笠原嘉. アパシー・シンドローム (退却神経症). 臨床精神医学 1994; (増刊号) :217-220.
- 16) 広瀬徹也. 職域のうつ病. 産業精神保健 1994;2:227-232.
- 17) 野々村説子. 逃避型抑うつ患者の精神分析的精神療法. 精神分析研究 1992;36:245-52.
- 18) 小宮豊. 出勤拒否と内的抑うつ. 精神科治療学 1995;10:51-56.
- 19) 館直彦. 出勤恐怖、出勤拒否にみられる自己愛の精神病理の一考察. 大阪府立公衆衛生研究所研究報告 精神衛生編 1990;No. 28:131-138.
- 20) 川原健資. 特集: 不定愁訴と absenteeism 心身医学の立場から. 産業精神保健 1999;7:11-21.
- 21) 吉松和哉. 現代の社会病理. 精神医学レビュー 1993;No. 7:5-13.
- 22) 上島国利, 大平健, 市橋秀夫, 福島章. 現代日本人の心性と社会的異常現象をどうみるか. 日本医師会雑誌 1998;119:1355-1370.
- 23) 牛島定信. 思春期のこころ. 日本医師会雑誌 1998;119:1391-1395.

Appendix ; 1

《Absenteeism / check sheet》

記載者名： _____

▼氏名 イニシャルのみでも可 (I. D. _____)

1) 年齢 _____ 歳 性別：男・女 婚歴：既婚・未婚・その他 _____

2) 最終学歴 ①中卒 ②高卒 ③専門学校／短大卒 ④大卒 ⑤修士／博士課程修了
卒業学部・専攻分野など _____

3) 初診時の主訴： _____

4) 受診経路 ①本人が自発的に来所 ②上司／人事を介して ③保健婦を介して
④家族を介して ⑤その他 (_____)

5) 家族

①同胞 _____

②父像 _____ 母像 _____

③幼少期の家庭状況 _____

④母子関係について

1) 幼少期の本人の寂しさ・悲しみ・喜び etc を母親が
共感してくれた感じ：①十分にあった ②余りなし
③全くなかった ④不明

2) 本人のコメント _____

【家族構成】

⑤父親の具体的存在と本人との現実的・心的関係

(①は、父親との関係、②は同関係の上下関係または支配・被支配関係で記載)

①健在：本人との現実的関係→①関係良好 ②関係不良 ③不在・希薄

②不在：①死別 (死因 IP 歳時) ②離婚 (IP 歳時) ③別居 (IP 歳時)

③本人にとっての父親の存在→①big father (被支配感あり) ②rival 的存在

③small father

6) 既往歴 (不登校歴、精神疾患／身体疾患歴) _____

7) 家族歴 ◆うつ病：①有り () ②無し ◆アルコール依存：①有り () ②無し

8) 職歴 _____

(現在の役職) _____ (業務内容) _____

9) 就職から欠勤が事例化するまでの期間： _____ 年 _____ か月

10) 発症までの適応 ①良い ②やや良い ③やや悪い ④悪い

11) 発症の契機 ①仕事の量 ②仕事の質 ③職場内対人関係 ④プライベート事項

⑤その他 具体的契機： _____

12) 主要なパーソナリティ障害/傾向(trait); DSM-IV準拠: () に項目数を記載

ClusterA: 妄想性 人格障害④ () 分裂病質人格障害④ ()
分裂病型人格障害⑤ ()

ClusterB: 反社会性人格障害③ () 境界性 人格障害⑤ ()
演技性 人格障害⑤ () 自己愛性人格障害⑤ ()

ClusterC: 回避性 人格障害④ () 依存性 人格障害⑤ ()
強迫性 人格障害④ ()

13) 事例の具体的陳述例 (いくつかの特徴的な発言・センテンスをそのまま記載「～」)

14) 欠勤パターン ① 1週間未満 ② 1週間～1か月 ③ 2～3か月 ④ 4か月以上
(診断書での休養期間も含む)

① × _____ 回, ② × _____ 回, ③ × _____ 回, ④ × _____ 回,

● 月曜日、連休、休暇あけに欠勤する傾向: 1. 有り 0. 無し

15) 診断

① 従来の診断名 (上司への説明に使用したものなど): _____

② DSM-IV Axis I (『なし』も可、特に適応障害に注意) _____

Axis II 上記9)を使用 _____

Axis III _____

Axis IV _____

Axis V _____

16) 主要状態像: 複数○可 ① 不安・焦燥感 ② 抑うつ感 ③ 抑制症状 ④ 不眠 ⑤ 過眠

⑥ 引きこもり ⑦ 被害関係念慮 ⑧ アパシー ⑨ 身体的不調 ⑩ その他 _____

17) 治療的対処とその反応性について

① 治療を行った主要な場 ① 企業内診療所 ② 企業関連病院 ③ 一般病院 (外部)

② 治療者の立場 ① (専属・嘱託) 産業医 ② 企業内診療所医師 ③ 外部一般医師

③ 薬物治療の内容と反応:

1) _____ → 無効 有効 2) _____ → 無効 有効

3) _____ → 無効 有効 4) _____ → 無効 有効

5) _____ → 無効 有効 6) _____ → 無効 有効

④ 環境調整とその反応: _____

⑤ 心理療法など、その他の治療法 (絶食療法, 内観療法, 行動療法 etc) とその効果

1) 治療法 (対処法): _____

2) 効果 (出勤できるようになったか?): _____

3) 経過または効果に関する考察: _____

18) 現時点の適応状態 ① 良好 ② 一応の勤務 ③ 療養中 ④ 退職

ひとこと _____

19) 事例性

職場サイドが欠勤により困っていた点 _____

20) 周囲の具体的反応または対応（行動レベルにおける対応を記述）

①職場内 _____

②家族 _____

③上記における父性的対処の有無、およびそれに対する事例の反応

職場内 _____

家族 _____

21) 入社時の仕事ぶり・適応度 ①大変良い ②良い ③普通 ④やや不良 ⑤悪い

コメント _____

22) 現職のモチベーション ①やりたかった ②どちらでもない ③やりたくなかった

23) 治療者側の事例に対する逆転移状況

①強く共感できる ②やや共感できる ③余り共感できない ④全く共感できない

24) “共感できる／共感できない” 要因について

①治療者側 _____

②職場側 _____

25) 欠勤に対する本人の問題意識の有無

①あり ②少しはある ③余りない ④ほとんどなし

26) 欠勤する際の上司に対する説明（釈明）

誰がしてくるのか？ 1) 当人 2) 当人以外 _____

説明内容： _____

27) 欠勤による実際の・現実的デメリット

①人事面・勤務評価 ①かなりマイナスになる ②ややマイナスになる

③あまり問題とならない

②収入面 ①50% 未満に減額される ②50～75% に減額される

③減額されるが75% 以上支給される ④ほとんど減額されない

28) 事例に対するコメント _____

【メモ欄】