

うつ病になった勤労者の復職までの道筋を考えるための すごろくゲームの開発

小嶋 秀 幹*

I はじめに

筆者は、大学の心理コースで精神医学等を教える教員（精神科医）であるが、その傍らで約25年、企業や自治体の産業医として産業精神保健業務をしている。その経験をもとに、今回、うつ病になって休職した勤労者の復職までの過程を具体的に知ることができる、すごろくゲームを作成したので、その内容を報告する。

ストレス社会の日本において、うつ病になる勤労者が多いことは既に知られているが、近年は、若者を中心とした「ディスチミア型うつ病」の増加や業務形態の多様化により、うつ病になった勤労者の職場支援が難しくなっている。うつ病になり、病休や休職することになった勤労者自身も、原因を十分に振り返ることなく職場復帰を急ぎ、うつ病の再発を繰り返してしまうことが少なくない。この状況に対して、精神科病院やクリニックでは、うつ病で休職した勤労者の職場復帰や再発防止を目的に、リワークプログラムが実施されるようになった。しかし、現状では、リワークプログラムの参加者は必ずしも多くない。その原因の1つとして、うつ病になって仕事を休むことになった勤労者自身が、どのような道筋で復職していくかについてよく理解できていないことがあると筆者は考えている。うつ病の回復過程は多様であり、うつ病になった勤労者が一律にリワークプログラムに参加すればよいわけでもないという難しさもある。

そのような背景から、まずは、多くの人が勤労者のうつ病の回復過程を知り、回復過程で生じる問題に気づき、もし自分自身がうつ病になった際でも、自分に合った道筋で回復できるようになることを目的として、ゲームを作成した。このゲームは、うつ病になった勤労者ばかりでなく、職場の上司、同僚、家族、中学生、高校生年代の者でも実施できる内容になっている。

II ゲームの構想と開発経過

1. ゲームの開発経過

ゲームの開発に際して、まずは、勤労者のうつ病からの回復過程についての文献や、筆者の産業医経験をもとに、休職に至ったうつ病勤労者の復職までの経過図を描いた（図1）。さらにその経過中に起こる具体的な出来事をカードに書いて、1枚ずつ並べていくことで、勤労者のうつ病の回復過程を定めた。この作業をする中で、「すごろく」を作成する着想を得た。具体的な出来事は、図2で示したすごろくの1つ1つのマスの内容にした。

すごろくのコースを考える際には、うつ病の重症度やリワークプログラムへの参加の有無で、回復経過が違うことを示したいと考えた。そのような構想をもとに、すごろくの原版を作成し、すごろくを試行しながら、内容の修正を繰り返し、ボードゲーム版を完成させた。その後、ボードゲーム版の内容をもとにして、ゲーム制作会社に作成を依頼し、オンライン版を完成させた。

2. 休職に至ったうつ病勤労者の復職までの経過

「休職に至ったうつ病勤労者の復職までの経過図」（図1）について説明する。うつ病になった勤労者は、病休開始時点で、ディスチミア型うつ病か、メランコリー型うつ病かにより、その後の経過が異なりやすい。図中の実線がメランコリー型うつ病の勤労者がたどりやすい経過であり、点線がディスチミア型うつ病の勤労者がたどりやすい経過である。

ディスチミア型うつ病の者は、抑うつが軽症で、神経衰弱状態を呈することが多いため、病休期間（90日間）で抑うつ状態が軽快し、職場復帰する場合が少なくない。早期に職場復帰できるものの多くは、1、2か月程度、仕事を休み、休養を取ることで回復する者

*相談室委員：福岡県立大学大学院人間社会学研究科 心理臨床専攻 教授

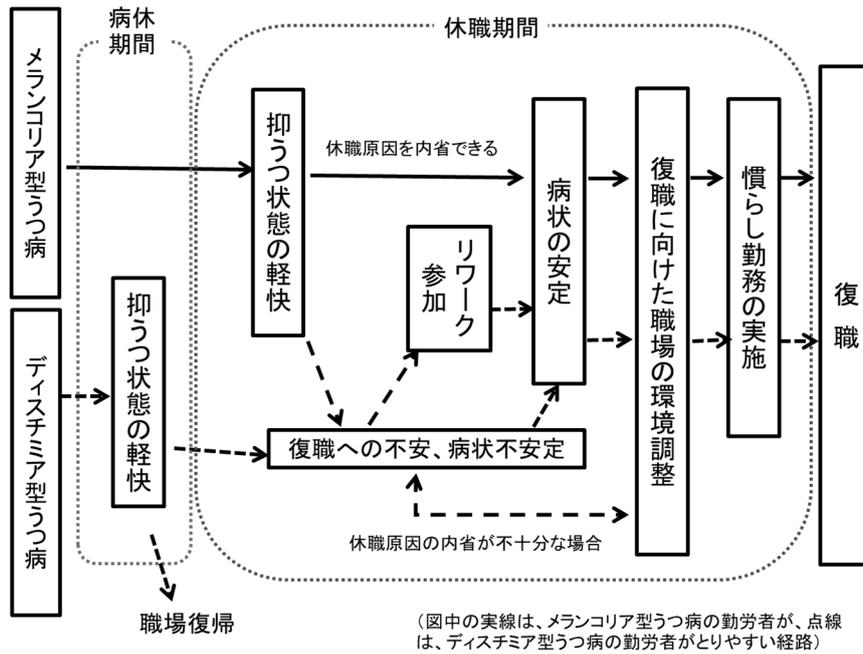


図1. 休職に至ったうつ病勤労者の復職までの経過図

や、業務の困難さや人間関係の問題など、職務上のストレス要因があっても、産業医や管理監督者（職場上司）とともに調整することにより、職場復帰する。

しかし、ディスチミア型うつ病であっても、病休期間中に回復できず、休職に入る者もいる。休職期間が長期になる者には、抑うつ状態の改善に時間がかかる者と抑うつ状態は軽快していても速やかに職場復帰できない者がいるが、ディスチミア型うつ病では、後者が多い。後者は、復職に向けて産業医や管理監督者が調整した業務内容に、本人の希望や能力が合致せず、復職への不安が高まっている。従って、早く職場復帰したい気持ちを持っている一方で、いざ復職を考えると不安で、調子が悪くなる。復職に際しての不安にうまく向き合えないために、復職に回避的な行動を続け、結果として休職期間が延びてしまう。主治医や産業医の視点から見ると、このような者は、復職に必要なセルフマネジメントや自己理解、認知の問題、対人コミュニケーション、合理的な問題解決スキル等に不十分さがある。従って、この時期に、主治医や産業医がリワークプログラムへの参加を勧めることができると、そのプログラムに参加する中で休職に至った経緯の言語化、認知の癖への気づき、コミュニケーションスキルの獲得等が得られ、復職への不安の軽減が起これ、復職に向かいやすい。なお、職場のストレスというよりも、育児や介護、親子関係、夫婦関係等、仕事外の

ストレス要因が大きく影響し、その改善が難しいために、抑うつ状態が続き、休職が長期に及ぶ者もいる。このような場合には、主治医や通院先の心理職による個人カウンセリングが治療の中心となる。

一方、メランコリー型うつ病の勤労者は、主に中～重度の抑うつ状態で、心身の疲弊が著しく、病休期間（90日間）では十分に回復しきれないことが多い。少数ではあるが、希死念慮が高まった者等は、精神科病院に入院して療養する。精神科病院やクリニックに受診し、抗うつ薬等の服薬を継続しながら療養すると、通常、休み始めて半年ぐらいすると、抑うつ症状は改善し、勤労意欲が出てくる。中～重度の抑うつ状態を呈した者でも、何かしら職場や職場外での過重なストレスがうつ病発症の契機になっているが、元来、ストレス対処スキルが高い者も多くいて、そのような者は、うつ病が軽快すると、発症の契機になったストレスについての環境調整をして、速やかに復職に至る。しかし、軽症うつ病の者と同様に、職場内外のストレスマネジメントがうまくいかず、抑うつ状態が軽快しても復職への不安から休職が長期に及ぶ者もいる。

どちらのタイプのうつ病でも復職前には、職場で1～3か月程度の慣らし勤務を実施し、病状の悪化がなく、出勤を継続できることを確認したうえで復職することが多い。

Ⅲ 開発したゲームの内容

1. ボードゲーム版 実施説明書

【ゲームの特徴】

すごろくで遊びながら、勤労者のうつ病のタイプの違いや、うつ病回復経過の分岐点、復職支援のためのリワークプログラム、職場の病休、休職、慣らし勤務、復職の流れについて学ぶことができる。ボードゲーム版の内容は図2に示した。

【遊び方】

(1) 開始の準備

1) プレーヤーの人数とコマの配置

通常のすごろくをするときのように、プレーヤー(3～4人程度)は、ゲームシートを囲んで座り、自分のコマをスタートに置く。

2) 親を決める

まず親を決める。親はうつ病発症ゾーンと復職準備ゾーンでプレーヤーにカードを配付したり、ストップで止まった際に、条件どおりのカードを取得できているかを確認する役割をする。

3) 使用するカードの内容

親は、プレーヤーの人数分のDep CardとSkill Card、リワーク修了証を手元においておく。親もプレーヤーとしてゲームに参加することができる。Dep CardとSkill Card、リワーク修了証の例を図3に示した。

(2) ゲーム進行上の注意点

基本的には、すごろくと同じルールである。スタート地点に各プレーヤーは自分の駒を置き、順番にサイコロを振り、出た目の数だけ自分の駒をゴールに向かって、駒を進ませる。早くゴールした人が勝ちとなる。

1) コース決め

スタートのマスに自分のコマを置き、プレーヤーは、まず1回ずつ、サイを振り、ディスチミア・コースを進むか、メランコリア・コースを進むかを決める。サイを振り、1～3が出たらディスチミア・コース、4～6が出たらメランコリア・コースを進むことになる。コースを決めたら、もう1回サイを振って、その目の数だけ進む。

2) 【うつ病発症ゾーン】の通り方

このゾーンでは、それぞれのコースによって決められた枚数のDep Cardを得る必要がある。具体的には、ディスチミア・コースの人は、1・2・3・4・9・10のマスに、メランコリア・コースの人は1～10のすべてのマスに1度ずつは止まらなないと、次のコースに進めない。

3) うつ病発症ゾーンでのDep Cardの取得

プレーヤーは、うつ病発症ゾーンで、自分の選択したコースに必要な1～10のマスに止まると、その都度、そのマスに書かれたDep Cardを親から1枚ずつ受け取る。自分の必要なDep Cardが集まるまでは、うつ病発症ゾーンを抜けることはできない。矢印に沿って出た目の数を進みながらDep Cardを集める。双方向の矢印がついたマスでは、その矢印に沿って進んだり戻ったりすることができる。Dep Cardはもらうのは初回に止まった時のみで、既に持っているカードのマスに再度止まった際には、Dep Cardをもらわない。

4) 【ストップ①】について

すべてのプレーヤーはここで必ず止まる。このマスに止まった際に、各プレーヤーは自分の集めたDep Cardを親に見せて確認を受ける必要がある。カードの確認後、次の順番がきたら、それぞれ最初に決めたコースに進む。もしカードがそろっていなかったら、そ

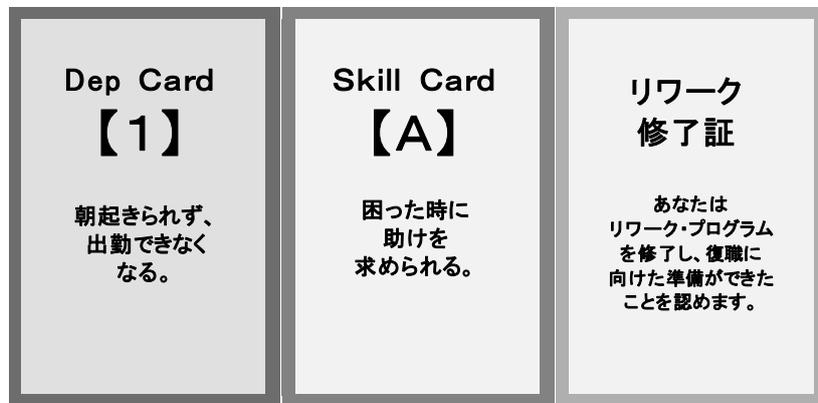


図3. すごろくで使用するカードの例

のプレイヤーはうつ病発症ゾーンの10のマスに戻り、不足したカードを獲得してから、もう一度ストップ①に来て、カードがそろっているか、再度チェックを受ける。

5)【ストップ②】について(2回目のコース選択場所)

すべてのプレイヤーはここで必ず止まる。このマスに止まったら、プレイヤーは、もう1回、サイを振り、リワーク・コースを進むか、メランコリア・コースを進むかを決める。サイを振り、1～3が出たらリワーク・コース、4～6が出たらメランコリア・コースに進む。【ストップ②】までは、メランコリア・コースを進んできたプレイヤーも、サイの目により、それ以降はリワーク・コースを進む可能性がある。

6)【ストップ③】【ストップ④】【ストップ⑤】について

メランコリア・コースを進んできたプレイヤーは【ストップ③】で必ず止まる。このマスに止まったら、プレイヤーは、もう1回、サイを振り、1～3が出たら右方向の進路に1つコマを進める。4～6が出たら左方向の進路に1つコマを進め、【ストップ④】に進む。【ストップ④】のマスに止まったプレイヤーは、次の自分の番がきたらサイを振り、1～3が出たら左方向の進路に1つ、4～6が出たら上方向の進路に1つコマを進める。【ストップ⑤】のマスに止まったプレイヤーは、【ストップ④】に戻ることになる。【ストップ③】のマスに止まったプレイヤーは、そのマスで、4～6を、【ストップ④】のマスに止まったプレイヤーは、そのマスで、1～3を出さなければ、このゾーンをぐるぐる回ってしまうことになる。

7)【ストップ⑥】について

すべてのプレイヤーはここで必ず止まる必要がある。このマスに止まったプレイヤーのうち、リワーク・コースを通過してきたプレイヤーは、リワーク修了証を親からもらい、次の【復職準備ゾーン】に進む。リワーク修了証を持っていると【復職準備ゾーン】で獲得すべきSkill Cardが少なくなる。リワーク・コースを通過したプレイヤーは、次の自分の番がきたらサイを振り、出た目の数だけ【復職準備ゾーン】の方向にコマを進める。

このマスに止まったプレイヤーのうち、リワーク・コースを通過していないプレイヤーは、次の自分の番がきたらサイを振り、1～3が出たら右方向の進路に1つ、4～6が出たら上方向の進路に1つコマを進める。

8) 復職準備ゾーンでのSkill Cardの取得

プレイヤーは、復職準備ゾーンで、A～Iのマスに止まるとそのマスに書かれたSkill Cardを親から1枚ずつ受け取る。自分の必要なSkill Cardが集まるまでは、復職準備ゾーンを抜けることはできない。リワーク修了証を持っているプレイヤーは、B・C・D・I・Jのカードを、修了カードがないプレイヤーはA～Iのすべてのカードを獲得しないと、次に進めない。矢印に沿って出た目の数を進みながらSkill Cardを集める。双方向の矢印がついたマスでは、その矢印に沿って進んだり戻ったりすることができる。Skill Cardをもらうのは初回に止まった時のみで、既に持っているカードのマスに再度止まった際には、Skill Cardをもらう必要はない。

9)【ストップ⑦】について

すべてのプレイヤーはここで必ず止まる。このマスに止まった際に、各プレイヤーは自分の集めたSkill Cardを親に見せて、カードがそろっているかチェックを受ける。カードを確認したら、次の順番でサイを振り、進行方向に進む。2以上の数が出た場合には、ゴールになる。もしカードがそろっていなかったら、そのプレイヤーは復職準備ゾーンのAのマスに戻り、不足したカードを獲得してから、もう一度ストップ⑦に来て、カードがそろっているか再度チェックを受けなくてはならない。

10) 勝敗について

一番早くゴールにたどり着いたプレイヤーが勝ちになる。

2. 各ゾーンやコースの説明

(1) スタート～うつ病発症ゾーン～受診～病休の開始

スタート(うつ病発症)から病休の開始までの道筋は図2の右上1/4の部分に相当する。スタート地点は、精神面の不調を自覚する地点である。ゲームでは、この地点で、メランコリア型のうつ病か、ディスチミア型のうつ病かをサイコロを振って決めるようにしている。そして、サイの目により、うつ病発症ゾーンを抜けた後にメランコリア・コースかディスチミア・コースに分かれて、受診から病休期間を進んでいく。うつ病発症ゾーンも、サイの目により、メランコリア・コースを進む者は、10マスあるうつ症状にすべて止まる必要がある。ディスチミア・コースは、10マスのうち4マスに止まってから次のステージに進む。うつ病のタイプ別重症度で、メランコリア型は比較的重症のうつ病、ディスチミア型は、軽症のうつ病になりやす

いという特徴があり、それをゲームに反映している。

うつ病には大きく2つのタイプがあり、タイプにより症状や治療経過が異なる。ディスチミア型うつ病は、世界保健機関（1992）の診断基準ICD-10では「気分変動症」、アメリカ精神医学会（2022）の診断基準DSM-5-TRでは「持続性抑うつ症」という診断が該当する。

ディスチミア型うつ病では、うつ症状は比較的軽症であるが、長期間続くことが多く、つらさが持続しやすい。勤労者の場合、業務や対人関係のささいな変化で、うつ症状が悪化しやすい。比較的若い年代の勤労者がこのタイプのうつ病になりやすい。社会性の乏しさや、コミュニケーション能力の未熟さからうつ病になる者も多く、そのような者は、リワークプログラムへ参加しながら回復することが有効である。職場環境のストレスが原因となって不安・抑うつが出現し、不適応になったことが明らかな場合、「不安抑うつを伴う適応症」という診断が見つかることもある。

狭義のメランコリア型うつ病とは、「うつ病」の中でも、抑うつ気分（深い落胆、絶望、陰うつ）、空虚感、午前中に調子が悪い、早朝覚醒、著しい精神運動興奮または制止、食欲不振、または体重減少、著しいまたは不適切な罪責感といった、より重症な特徴を示すうつ病である。このタイプの者は、一般にうつ症状は重症だが、抗うつ薬の継続的な服用と休養により、回復しやすい。療養期間は人により異なり、自殺の危険が高まる人もいるので、十分に療養し、回復してから復職することが大切である。中高年の勤労者がなりやすく、うつ症状が軽快すれば、速やかに復職できる者が多いが、リワークプログラムへの参加が有効な者もいる。

ゲームでは、うつ病発症ゾーンのうつ症状をプレイヤーが自覚することにより、まだうつ病かどうかはわからないが、精神的な問題があることを自覚し、精神科クリニックに受診し、うつ病と診断されることになっている。その後、薬を処方され、出勤を続けようとするも、不調で出勤できず、主治医から「うつ病のため3ヶ月の病休が必要」という診断書をもって、病休に入る。病休期間中は、自宅で療養できることに安堵感を得る。

(2) 療養（病休期間3ヶ月～休職期間の初期～リワークプログラムへの参加あるいは、参加しないで復職に向けて療養する期間）

病休期間から休職開始への道筋は、図2の左上1/4の部分に相当する。この付近の道筋は、病休期間の

過ごし方として、ディスチミア型うつ病とメランコリア型うつ病の両タイプで経過が少し異なっていることを知ることができる内容になっている。

ここで病休、休職、慣らし勤務の制度について簡単に説明しておく。多くの中～大規模事業所には、病休、休職、慣らし勤務の制度がある。筆者が嘱託産業医をしている某自治体では、病休90日以内、休職3年以内、慣らし勤務3ヶ月となっている。慣らし勤務は、休職期間に、原則として、本人の希望によって実施する制度であるが、休職期間が半年を超える場合など、長期に及んだ場合には、産業医や管理監督者がその制度の利用を積極的に勧め、本人の同意を得て、実施される。慣らし勤務期間中は、例えば、最初は週2、3日午前中だけの軽作業から、徐々に勤務時間を延ばしていき、最終的には、病前の7割程度の業務内容を定時勤務で続けられるようになっていることを、産業医や管理監督者が確認して復職する。

メランコリア型のうつ病（図2ではメランコリア・コース）では、心身ともに疲弊しきった状態で病休に入る。疲弊状態で自宅療養に入っても、仕事のことが気になって、不安で、落ちつかず、イライラし、休んだ当初から何とか早く職場復帰しなくてはと焦る者も多い。療養当初は、うつ病を否認する気持ちから、病院で処方された薬の服用に猜疑心をもったり、副作用を過度に気にする者もいる。抑うつ状態や疲弊の程度は、本人が自覚より重いことが多く、不眠や食欲低下、憂うつ感、全身倦怠感、意欲低下、集中力低下、自責感等が続き、とてもつらい時期である。通院を続けるうち、徐々にうつ病と受け入れることができてくると、仕事のことを考えず自宅療養できるようになってくるが、そのような心境になるまでに既に2、3ヶ月経ってしまうことも少なくない。従って、3ヶ月間の病休では、うつ病が十分改善できないことも多く、主治医からはさらに休職して、服薬と自宅療養を言い渡されることになりやすい（ストップ②地点）。

ディスチミア型のうつ病（図2ではディスチミア・コース）は、本人にとって過重な職務負荷を契機に起こることが多いため、職場のストレスフルな環境から離れて自宅療養することになるだけでも、抑うつ状態がすみやかに軽減することが多い。しかし、病休期間中に、職場のストレスが本人にとって軽減しない場合があったり、本人も自分の職務遂行能力を適切に認識できていない場合があるため、職場から離れて療養しているうちはよくなったように感じても、いざ復職になると不安が強くなり、うつ症状が再燃してしまう。

従って、結果的に、病休して3ヶ月が経過した時点では、主治医から、さらに休職した方が良いという判断が出されることになりやすい（ストップ②地点）。

休職に入ったディスチミア型のうつ病の者の中には、主治医や職場の産業医等から、勤労者のうつ病を専門に治療している精神科の病院やクリニックに併設されている、うつ病のリワークプログラムへの参加を勧められる者もいる。リワークプログラムへの参加は任意で、参加する人とならない人がいるので、休職後（ストップ②地点以後）の療養は、大きく二つに分かれることになる。

(3) 休職療養中（リワークプログラムに参加あるいは、自宅療養を継続している時期）

休職中（リワークプログラム参加あるいは自宅療養を継続する時期）の道筋は、図2の左下1/4の部分に相当する。この付近の道筋は、休職期間の過ごし方として、自宅療養を継続する者とリワークプログラムを選択する者（ゲームでは、リワーク・コースをたどる者）で経過が異なっていることを知ることができる内容になっている。

リワークプログラムを選択する者（ゲームでは、リワーク・コースをたどる者）は、通常、平日の3～5日程度を病院やクリニックのデイケア施設で、うつ病の再発に有用なグループ療法や心理面接、リハビリテーション等を受ける。その主な内容がゲームのコマとして示されている。通常、3ヶ月程度を1クールとしたプログラムであることが多く、2クール（6ヶ月程度）参加するものが多い。プログラムの実施には、精神科医、看護師、臨床心理士、作業療法士等が関わる。臨床心理士は、休職の原因を振り返る個人面接や認知行動療法、マインドフルネスなどのグループ療法に関わっている。プログラムは、参加者の無理がないように十分配慮されているが、規則的な生活リズムを作っていくことや、自分自身の問題に向き合うことが難しく、継続的に参加できるようになるまでには時間がかかる者もいる。

一方、リワークプログラムに参加せず、自宅療養を継続する者は、主治医の助言を得て、復職に向けて自分なりに生活リズムを整えようとする。主治医の助言を受けながら、自分なりに生活リズムを整えて、職場での慣らし勤務にスムーズに移行していく者もあれば、なかなかうまくいかず、うつ症状が再燃してしまう者もいる。復職を焦る気持ちが強いのに心身の調子がついてこないため空回りした状態で何ヶ月も経過してし

まう者もいる。この時期は、産業医面談で調子を尋ねると、「気分の波が出て、調子が安定しない」という者が多く、復職への不安を自己コントロールする難しさがあるように感じる。この時期に要する療養期間には、かなり個人差があるが、最終的には、ほとんどの人がこのトンネルを抜け出し、慣らし勤務へ移行する。しばらく休職したのちに、主治医と相談の上、リワークプログラムに参加する者もいる。

(4) 休職中（主に慣らし勤務をしている時期）～復職（ゴール）

休職中（主に慣らし勤務をしている時期から復職まで）の道筋は、図2の右下1/4の部分に相当する。この付近の道筋は、うつ症状もかなり改善し、安定した状態になった上で、あくまでも休職中ではあるが、職場に出て軽作業から心身を仕事に慣らししていく時期を表している。そして、最終的には、復職前の7割程度の業務はできるぐらいの調子に戻っていることを職場上司に確認してもらった上で復職（ゴール）する。

慣らし勤務とは、うつ病などのメンタルヘルス疾患になり、一定期間、休職した勤労者が復職に向けて、休職期間中に職場に出て、徐々に心と身体を仕事に慣らししていく制度である。1～3ヶ月程度が標準で、この期間に計画的に出勤し、業務に慣らしながら、最終的には、産業医面談で、病状の悪化がなく、慣らし勤務ができたことを確認した後に復職する。近年は、慣らし勤務制度をもつ職場が増えている。

リワークプログラムを経験してきた者は、職場でのコミュニケーションのとり方や、仕事を効率よく進めるための思考や対処方法を学び、病状が改善した状態で慣らし勤務に参加しているため、この時期はスムーズに経過して復職する。一方で、リワークプログラムを経験しないで慣らし勤務を開始する者の中には、自宅と職場のペースの違いについて行けなかったり、療養生活と職場環境のストレス度の違いから、不安が高まって、慣らし勤務を継続できなくなる者もいる。慣らし勤務を継続できなかった者は、いったん慣らし勤務を中止して自宅療養に戻り、病状が改善後、再度、慣らし勤務を実施して、復職する。

ゲームでは、復職前の主な確認内容が復職準備ゾーンのマス（A～J）として示されている。一般的に復職に必要な内容は、病前の7割程度の業務ができる程度の病状の改善であるが、このゲームでは、(D) 定時勤務内の業務を継続できる、(H) 職場の上司に報告・連絡・相談ができるといった、「基本的な生活習慣とコミ

コミュニケーションスキル」の項目以外にも、「アサーティブなコミュニケーション」、「合理的問題解決」の項目も含めている。「アサーティブなコミュニケーション」に該当するのは、(A) 困った時に助けを求められる、(B) 批判された時、感情的にならず、落ち着いて対応できる、(E) 協力できないときに、理由を説明して断れる、(F) わからないことは、すぐに質問できる、の4項目である。「合理的問題解決」に該当するのは、(C) 自分に求められる仕事内容やレベルが理解できている、(G) 途中で問題が生じて、やり直したり、軌道修正できる、(I) 複数の業務を並行して実施できる、(J) 先の見通しを持って準備できる、の4項目である。このすぐろくでは、「アサーティブなコミュニケーション」、「合理的問題解決」の項目も含めて、復職準備スキルをすべて獲得するように求めているが、実際の職場では、「基本的な生活習慣とコミュニケーションスキル」以外のスキル獲得は、復職時点で本人に厳しく求められてはいない。しかし、「アサーティブなコミュニケーション」や「合理的問題解決」の能力が不十分なまま復職した者では、うつ病の再発が起りやすい。そのため、復職前の面談で産業医は、それらのスキルが不十分と思われる者については、(本人同席の下で) 職場上司ともその旨を共有し、復職後のフォローを依頼する。このすぐろくでは、このようなスキルが職場で適応するために必要であることを知ってもらいたいという意図があり、あえて復職準備ゾーンの項目として示すこととした。また、リワークプログラムの参加者は、参加前よりも「アサーティブなコミュニケーション」

のスキルが改善している印象を筆者は持っており、このすぐろくでも、リワーク・コース修了者でも、その分、Skill Cardの必要数を少なく設定している。

3. オンラインすぐろくの特徴

スマートフォンやPCで、すぐろくをしながら、うつ病で休職した勤労者の復職までの道筋を考えることができる。内容は、ボードゲーム版とほぼ同じだが、異なるのは、プレイヤーとコンピューターの相手(CPU)が1対1でゴールを目指すことである。CPUは、プレイヤーの選ぶコースとは、違うコースを選んで出発し、プレイヤーと違う道筋でゴールを目指すようにできている。オンラインすぐろく画面の一部を図4に示した。

何人かの人にゲームをしてもらい、感想を聞いたところ、「すぐろくの勝敗に気を取られて、道筋にあるマスの内容をしっかりと読まずに、焦ってゴールを目指してしまった」といった意見や、「ゴールまでの道筋が画面上で把握できないため、不安になる」という意見があった。そのような体感を意図して作成したわけではないが、こういう感じは、うつ病で休職した勤労者の心境(不安、焦燥感)に似ていると思う。オンラインすぐろくのURLを以下に示す。

<https://www.mediaimpact.co.jp/hukushoku/>

IV おわりに

このすぐろくの面白さは、なかなかゴールにたどり着かないもどかしさや、時にはゴールまでスーッと行ってしまうあっけなさを体験する中で、うつ病になっ

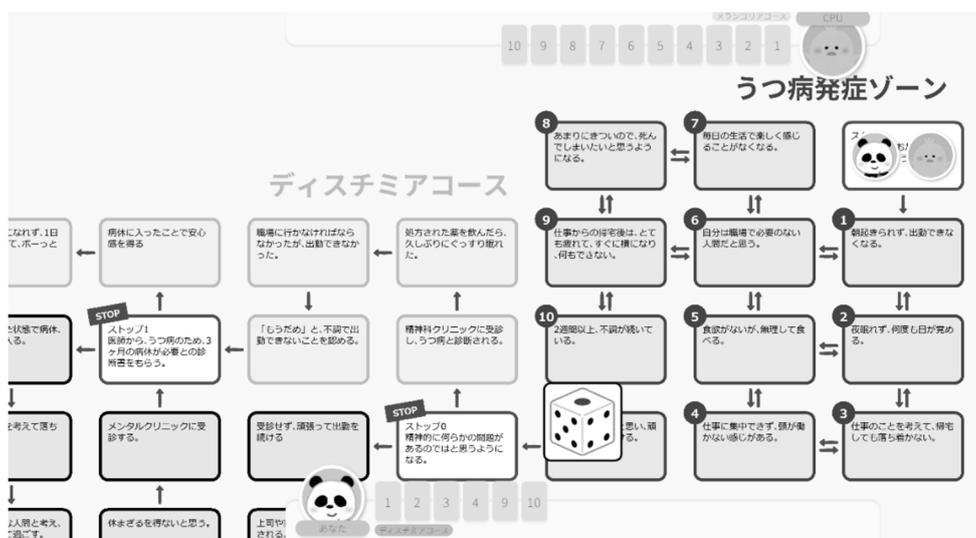


図4. オンラインすぐろく画面の一部

た勤労者の回復過程を疑似体験できることにある。心理教育として利用するならば、ボードゲーム版を、リワークプログラム等で、心理職と対話しながら一緒にやってみるのがよいかもしれない。うつ病の回復過程には、当事者の様々な心の動きがあると思うので、すごろくをきっかけにして、それらを言語化してもらいたい。どのような道筋をたどってゴールまでたどり着いたかをメモしながら、他のプレイヤーと道筋を共有することでも、うつ病の回復経過の多様性についての理解が進むと思う。

今後は、このゲームを勤労者のみならず、大学生や一般の人向けのうつ病教育の場でも実施してもらうことにより、勤労者のうつ病の予防に役立てたい。

謝辞

本稿のゲーム開発は、科学技術融合振興財団2021年度助成を受けて実施した。

引用文献

- American Psychiatric Association (2022). DESK REFERENCE TO THE DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-5-TR. (高橋三郎・大野裕 (監訳) (2023) DSM-5-TR精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院)
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (融道男・中根允文・小宮山実・岡崎祐士・大久保善朗 (監訳) (1993) ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院)