

た頃こそ、リハビリテーション開始の時期となる。

あるいは、リハビリテーションへのスイッチングの判断基準を認知行動療法的に定義するなら以下のようなだろうか。急性期に顕在化していた「否定的認知」によって、例えば「Aが駄目だからBもCも駄目に違いない」と抑うつ的になっていたり、些細なことで不安になっていたうつ病患者が、治療によって「否定的認知」が和らぎはじめた時期と考えられる。一方、この時期は、各段階に応じた行動を実行することによって自己の達成感を取り戻させ、興味関心、意欲の回復を図る時期と言っても良いであろう。

2. 職場復帰に向けた治療における認知行動療法的配慮

うつ病治療において、効果が立証されている治療法として抗うつ薬と共に認知行動療法があげられる。特に、認知行動療法が抗うつ薬に優る点として、再発予防効果が指摘されている。職場復帰に際して問題になるのは再発の危険性を回避しながら就労負荷をかけていくことである。したがって、うつ病治療自体に認知行動療法の持つ再発予防効果を加味することが重要である。また、職場復帰においては就労行動をスタートすることが求められるが、認知行動療法が持つ行動療法的側面がこの点でも有用である。したがって、我々はうつ病のリハビリテーションにおいて認知行動療法を取り入れている。ただし、定式化された認知行動療法を全例に行うことが難しい現状を踏まえ、認知行動療法のエッセンスの部分を日常診療に取り入れることにしている。

以下、上述したリハビリテーション開始の時期に我々が行っている具体的方策を示す。

治療当初の休務を取り始めた段階では、「一番楽な過ごし方」、すなわち「眠りたいときに眠り、起きたいときに起きれば良い」という指導が主であり、薬物療法的にも抗不安薬や睡眠導入剤を併用して、少し眠気があっても十分な休息が確保できるように留意している。一方、職場復帰に向けた治療時期に、まず実行してもらうことは「睡眠と覚醒のリズムを整える」ことであり、薬物も徐々に抗不安薬や睡眠導入剤の減量を開始して昼間に過度の鎮静が生じるのを防ぐ。また、職場復帰に備えて図書館通いなどを行ってもらい睡眠と覚醒のリズムを整えると同時に通勤の負荷にならずことや、図書館で書物を読んでそれをまとめて貰うなどの軽作業を徐々に行い、リハビリを励行してもらう。

うつ病のリハビリテーションを行っている時期に本人の睡眠覚醒リズムを確認する方法としては、睡眠覚醒リズム表とアクチグラフを利用している。睡眠覚醒リズム表（図1）は本人の主観に基づいて、床に入っている時間のうち、熟眠できる時間帯、うとうとしか眠れない時間帯、眠れない時間帯を記入してもらう。継続的につけてもらうことで、簡便に睡眠覚醒リズムの経時的な変化が確認できるという利点がある。

一方、アクチグラフは腕時計大の計器であるが、この計器によって腕の動きをモニターすることで、客観的かつ連続的に活動と休止のリズムを自然な生活を送る中で計測することが可能である。一回2週間ほどのデータをサンプリングし、その後PCにデータをダウンロードして解析する。そ

の結果、昼間の活動性の程度や、夜間の活動性の低下に基づき睡眠とみなせる状態が確認でき、社会復帰への目安を立てる上で参考になる。図2に一例を示したが、リハビリテーション前の段階では日中の活動性（図で縦線が記録されている部分）が十分ではないことが確認され、リハビリテーション後では日中の活動性が増加していることが客観化できる。また、このアクチグラフは睡眠覚醒リズム表と併用するのが基本であり、主観的な睡眠覚醒リズムと客観的活動休止の関係を確認することができる。

この様な行動療法的なアプローチに加えて、「急性期に生じた極端な認知」を徐々に修正していくことが再発予防上重要である。認知行動療法の導入においては、うつ病発症におけるストレスフルライフイベント、ソーシャルサポート、否定的認知の関係性を十分理解して貫く、すなわち心理教育的アプローチが重要である。特に、うつ病とあるストレスが単純な因果関係ではないということを、患者が理解する必要がある。そこで、我々は図3のモデルを活用して、ストレスフルライフイベントが重なり、まわりからのサポートが不足している状況がもうひとつ重なると、事態を処理すべき脳の処理能力を超え、脳の機能不全が起こる。この機能不全は、否定的な認知を生み出し、ストレスは実際以上に大きなものに見え、まわりのサポートは役に立たないように思えてしまう。この様な悪循環が生じているのがうつ病であると説明している。

この様なモデルを提示した後、急性期においては、「調子の悪さがひとつの心因（職場の状況）に全て帰結する」といった捉え方を取っていたことが、「極端なものとのとらえ方」によるものであり、実際は「多様なできごとがきっかけとして働いていた」といった考え方へと転換していくことを促している。

その上で、多数の要因が重なるような「無理なプランニングをしていた可能性」、「多数の要因の優先順位をつけていなかった可能性」、周囲のサポートを得ずに「自分一人で抱え込んでいた可能性」を確認する。その結果、今後の再発予防上のストレス対処行動として、「周囲と相談」して「優先順位を確認すること」、さらに「医療的援助を早期に受けること」を本人と徹底している。

3. 職場復帰に向けた薬物治療に関する留意点

職場復帰に際して、就労負荷によるうつ病の再発をいかに予防するかが重要なポイントになることを述べ、認知行動療法的治療に関して触れたが、うつ病の再発予防効果が医学的に立証されている方法として、抗うつ薬の継続投与が挙げられる。

寛解状態になったうつ病患者を対象に、抗うつ薬投与後群とプラセボ投与群で寛解状態の維持ができるか否かをランダム化比較試験で行われた研究が報告されている。その結果によると、うつ病が寛解状態になってから、少なくとも6ヶ月、しかも投与量も減らさずに抗うつ薬を継続投与することが再発予防上重要である。

したがって、就労復帰に際しても投薬を継続しておくことが必要になる。ところが、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入剤などの向精神薬は、添付文書上「本剤投与中は眠気、注意力・集中力・反射

運動能力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう注意すること」と記載されている。では、これらの向精神薬を服用していれば、いかなる薬物でも、いかなる服用方法でも、「自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう」するべきなのか？ここで、向精神薬が判断能力や運転技能にどのような影響を与えるかに関して検討結果を以下にまとめることにする。

向精神薬が、眠気、認知、記憶、作業能力などの個々の精神機能にどのような影響を与えるかは本邦を含む全世界で検討されている。さらに、より実際的な運転技能そのものに対する向精神薬の影響も、ヨーロッパ諸国を中心に詳細に検討されている。運転技能の中でもブレーキ操作に関する影響は、ブレーキ操作の遅れが事故に関係するという点で、その意義は大きく、以下の様な方法で検討されている。

アルコールや向精神薬を服用した被検者は時速 110 キロメートルで自動車を運転するように命じられる。その上で、自動車のボンネットに取り付けられた赤いランプが点灯した場合、ブレーキを踏むように指示されている。薬剤服用中と未服用時で、ブレーキ作動の指示を受けてから実際に自動車が停止するまでの距離がどの程度影響を受けるかを検討して、薬剤服用がブレーキ操作に与える影響の指標としている。

その結果、従来、抗うつ薬の主流であった三環系抗うつ薬服用時は停止するまでの距離が未服薬時に比べて 3 m ほど延長し、アルコール血中濃度 0.8mg/ml に生じる延長 2 m と比しても、三環系抗うつ薬の影響の大きさを現している。ちなみに、このアルコール血中濃度はビール二缶飲んだ場合に相当するとされており、酒気帯び運転以上の問題を三環系抗うつ薬が引き起こすことがわかる。一方、近年抗うつ薬の主流となっている選択的セロトニン阻害薬 (SSRI) はブレーキ操作に対してはほとんど影響が見られない (図 4)。

ブレーキ操作以外で、運転技能に与える薬剤の影響を定量的に検討する方法として、Standard deviation of lateral position がある。薬剤服用中の運転者は一定のコースを一時間運転するように指示されており、その間にどれだけコースから外れたかを定量化するものである。この場合も、三環系抗うつ薬は、アルコール血中濃度 0.8mg/ml とほぼ同等のずれを来している。また、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬もずれを生じているが、SSRI やこれまた近年臨床で汎用されるようになった抗うつ薬である SNRI はほとんどずれが生じない。

三環系抗うつ薬は、抗コリン作用による認知・記憶障害、抗ヒスタミン作用による眠気、抗アドレナリン作用による平衡障害などを引き起こしうる。また、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬も脳内の GABA 系に働き認知障害や眠気を起こす可能性がある。このような薬理的に多様な副作用の結果、三環系抗うつ薬や、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬は運転技能に影響を与えられらる。

一方、SSRI や SNRI はこの様な副作用を来しうる薬理効果を有していないので、自動車運転技能に影響を与えないことが推測されていたが、実際にヨーロッパ圏のデータによって、SSRI や SNRI は自動車運転技能に影響を与えないことが立証されている。

これらのデータからすると、三環系抗うつ薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬を服用時に自動車運転は避けるべきであるが、SSRIやSNRIは避ける必要がないと考えられる。

4. 今後の展望

勤労者に多発し、自殺・休務等の問題を引きおこしているうつ病治療の最終目標は、健やかな職場復帰である。一方、うつ病の主症状は、自らに対する否定的見方（認知）であり、この否定的認知の修正が十分なされることが再発防止上も有用であることが、うつ病の認知行動療法の再発予防効果からも推測される。しかし、現時点で形式に則った認知行動療法をうつ病患者全員に導入することは困難である。本邦において、認知行動療法の普及を図るとともに、本報告で例示したような「認知行動療法的配慮」を生かすことは日常臨床でも十分可能であり、この様な「うつ病の職場復帰を目指す精神療法的配慮」を広めていくことも重要であろう。

また、職場復帰後、実際に就労するという「行動」によって、「自分ができる」という「認知」を回復することが真の就労復帰と治療に必須であろう。しかし、再発予防の目的で投与されている向精神薬の服用中に厳格な就業制限をかけ続けると、就労による達成感の回復が図れず、治療の進展が阻害される。一方、運転技能に対する影響等、就労上注意すべき副作用の程度に関して、向精神薬の種類によって大きな差異があることが海外のデータで立証されている。したがって、本邦においても同様のデータが再確認され、各薬剤の副作用惹起作用に基づいて添付文書が見直されることが望まれる。その結果、寛解状態になったうつ病患者が必要な向精神薬を服用することによって再発予防を図りながら、真の就労復帰が実現することが期待される。

II 職場復帰システム

復職に際して、「休務に至る原因となったもとの職場に戻るのはまずいのではないか」という議論もしばしば聞かれる。我々の見解は、「原則はもとの職場に戻る」こととしている。その理由を表1にまとめておいたが、本人の心因的解釈が極端な認知を背景にしている場合は、この極端な認知をもとの職場で修正することが望ましい。また周囲にとって、「この職場が原因でうつ病が発症した」といったレッテル貼りが生じないことにも留意が必要である。しかし、休務に至った職場内、職場外の環境因子を確認して、同一の職場における職種の変更や、サポート体制の見直しなどの職場環境の調整は必要に応じて行うべきである。また、人事配置上、客観的にも明らかに問題がある人事が背景にある場合や、発症後介入までに時間が経過して、二次的に周囲の評判が悪くなりすぎている場合や配置転換も念頭においた対応が必要である。

さて、「どこの職場に復帰するか」とともに「どの様に復帰するか」も重要な点である。Iで述べた「うつ病の治療」は主治医が行うべきことであるが、数ヶ月以上の休務から一足飛びに復帰を図っても、円滑な職場復帰は困難な場合が多い。職場外での模擬的な負荷状況を経た上で、実際の職場という状況の中で負荷を徐々に増やすという行動をとおして、患者の認知の修正を図り、一層

行動を進めるといふ、職場における認知行動療法的リハビリテーションが重要である。

各事業所の実情により職場復帰支援のシステムは異ならざるを得ないが、ここで我々が関与している制度を紹介する。この制度には職場で過ごす就労にはあたらない Warm-up 制度（これを一般にリハビリ出勤と称している）と就労に入ってから復職支援プログラムに大別される（図5参照）。まずは、Warm-up 制度から紹介することにする。

診察室での様子だけでは主治医にとっても、休務から一気に通常勤務に堪えうる状態であるかどうか判断しづらい場合が多い。また、回復途上において、焦りを感じた本人から主治医に対して出勤したい旨の申し出が強く、それに押し切られた形で出勤可という診断書に至る場合も見受けられる。加えて、職場にとっても、休務中は本人の状態がわからず、入社後の対応に戸惑うことが多く、職場におけるリハビリテーション中に本人の状態を確認し、正式出勤後の対応をあらかじめ準備することが必要である。そこで、より確実な職場復帰をはかるため、我々が関与している職域では、職場におけるリハビリテーション治療の一環として Warm-up と称する制度を導入している（表2）。

1. Warm-up 出勤の概要

Warm-up の基本的な目的は、「決められた時間に出社することができるか（朝一番での入社意欲が継続できるか）」「職場の雰囲気になれる」「出社できる自信を回復する」「上司や同僚に元気になった自分を見てもらい安心してもらう」ことである。その結果が良好であれば正式出勤を許可することにしており、具体的な手順は以下のとおりである。

主治医から出勤可であるとの復職診断書が提出されたら、精神科医である管理医および産業医との面接を行う。この面接で、以下の Warm-up の可否を決定する。

- ・ 期間：原則 2 週間（場合によっては延長可。）
- ・ 回数：週 2 ～ 5 回（ただし、Warm-up を開始した週は隔日とする）
- ・ 時間：1 日あたり 2 時間（8:30 ～ 10:30）程度

Warm-up は本人にとって、リハビリとしての重要性を持つと同時に、周囲が本人の状態を確認し、復帰可能性および復帰後の処遇を決定する重要な時期である。したがって、産業精神衛生スタッフおよび職場の上司にチェックポイントを十分に理解しておく必要がある。その点に関しては別項、「職場復帰時の確認ツール」で述べることにする。

この Warm-up は、治療の一環であり、サービスの取り扱いは休務扱いとなる。そのため、交通費も自己負担、入社扱いではないため労災も適用されない。しかしながら、万が一、何らかの災害が発生した場合には、出勤途上あるいは業務上と判断され労災と認定される可能性が強い。したがって、Warm-up を認めていない事業所も多い。現状の解決策として、Warm-up は治療行為の一環であり労務の提供ではない点を、本人・家族に対して趣旨説明書によって説明し、出勤とは取り扱わない旨の確認書による同意を得ることにしている。

2. 職場復帰時の確認事項

Warm-up が概ね問題なく終了すれば、いよいよ正式な職場復帰となる。その際に、口頭だけでなく、文書で「職場復帰時の確認事項（表3）」を渡して注意点を確認している。何よりもここで重視されるべきことは、休務中に生じている種々の変更点を確認することが復帰直後に行うべきことである、という点であろう。そのために復帰後の一ヶ月をあて、「わからないままに、仕事をやろうとしてしまうこと」を押しとどめている。続く6ヶ月（復職支援プログラムの時期にあたる）が再燃の高い時期だけに、この間にゆっくりとしたペースで負荷を上げていくこと、として注意を促している。

また、上司には相談を受ける側の留意点として表4を渡しているが、ここで最も強調しているのは、上司が「聞くだけで良いと思って聞いていただくこと」である。すぐさま解決策を提示しようと焦ると、本人が「自分の話を聞かずに意見を押しつける」といった陰性感情を持つことにつながりうるからである。

3. 就労制限に関して

職場復帰の当初は、原則的に就労制限を課した上での復帰である。産業医は、医学的見地から就業制限の勧告を事業主に行うことができるが、勤労者の働く権利を損なう可能性に留意する必要がある。医学的見地から不要と判断した制限項目は速やかに解除すべき性質のものであることを忘れてはならない。例えば、無用に就業制限が多すぎると、勤労者は足かせをはずすために、治療中断する恐れもある。したがって、復帰直後に課した就労制限を何らかのかたちで、緩和していくことになる。我々は、職場復帰後、1-3ヶ月ごとに精神科医と面談を行い、就労制限を段階的緩和することにしており、医学的見地とともに業務の内容を勘案して、段階的緩和を実施している。

その際、問題になるのは、「職場復帰に向けた薬物治療に関する留意点」で述べた服薬との兼ね合いである。添付文書上は、ほぼ全ての向精神薬が「眠気を来す恐れがあり、運転等には注意すること」という注意がなされている。しかし、うつ病再発の予防的投与の段階で、夕食後や眠前1回のSSRI服用をしている職員に「添付文書がかくかくしかじかだから」、という理由で延々と就業制限を付けておくことは、問題であろう。一方で、本邦で汎用され、かつまた長期投与されがちなベンゾジアゼピン系薬剤を朝食後や昼食後に服用しているケースで、運転業務等の可能性が高い場合は、どの様な扱いにすべきか困惑する。基本的には、この様なケースで寛解に至っている場合は、主治医とも相談して、ベンゾジアゼピン系薬剤の中止等を進めてもらい、就業制限の緩和を実行している。各主治医も職場復帰を念頭において、ベンゾジアゼピン系薬剤や抗ヒスタミン作用のある向精神薬の使用を勘案していただくことが重要である。また向精神薬の眠気に関する検討を multiple sleep latency test 等で確認することを各製薬メーカーに義務づける様な制度が待たれるところである。

4. 復職支援プログラム：段階的な負荷の増加

就業制限内あるいは就業制限を緩和した範囲内で、勤労者に質的・量的にどのような負荷を掛けても良いのか、という点はどの職場でも最も苦慮する問題である。ことに、実績主義が強調される昨今、例えば管理職であって業務遂行実績が低すぎる場合は職級の見直し（すなわち降格人事）に発展することがあり得る。一方で、再発・再燃を防止するための安全配慮義務の励行が問われている。したがって、再発・再燃を来さず、できるだけ速やかに、本人の能力に見合った就労状態に戻す、ということが各職場に求められている。段階的な負荷の増加を如何にすべきかを定めるためには、1. 本人の心身の状態の評価、2. 本人の業務遂行能力の評価、3. 業務の質・量の評価、4. 職場の対人関係を中心とした状況の評価、といった多項目の複雑な評価を必要としており、立場の異なる上司、人事担当者、産業精神衛生スタッフが、十分な議論をした上でないと決定できない問題であろう。

そこで、筆者が関与している事業所では表5に概要を記した「復職支援プログラム」を立ち上げ、段階的負荷の増加を行っている。この際、重要なのは、本人の職種・業務あるいは能力にあわせて、レディーメードではなく、オーダーメードの復帰プログラムの策定を目指すことにある。さらに、本プログラム運用上の留意点を以下、明確化しておく。

まず、このプログラムの治療的意味合いとしては、本プログラムの策定、確認を通して、職場上司と本人が各段階の前後において綿密な協議を加えることを課しており、その中で上司と本人のコミュニケーションが図ることができるようになる。すなわち職場でのサポート体制が確立する。さらに、最終目標と各段階の目標を明確化し、各段階において目標値を達成することにより、うつ病発症後に消失しがちな達成感の回復を図ることにある。

さらに、最終目標は、「休務に至った就労状況と全く同じ就労状況に至ること」ではなく、「本来有する機能を発揮すること」であることを明確化することである。

5. 職場復帰システムのアウトカムに関する将来展望

ここで紹介した職場復帰システムの期待されるアウトカムとして、1.十分な職場復帰と2.再発予防があげられる。1の観点を検討することは困難が伴うが、2に関しては今後の十分なデータの蓄積が可能と考えている。再発時期に関しても復職後6ヶ月以内と長期2年以内での検討を加えることが必要と考える。この職場復帰システムが施行されて未だ年数が少なく、データを本年度において明らかにすることは不可能であるが、今後のデータを蓄積することで本システムの有用性が明確化されることが期待される。

Ⅲ 復職判定ツール（うつ病に関して）

我々が関与している事業所では、精神障害の復職に際して、主治医の「復職可能」との診断書に

加えて、筆者ら精神科医が面談して復職の可否を判断している。その際、我々がどのような点に着目しているかを明らかにして、その点を簡便に検討できれば、精神科医が関与していない事業所において利するところ大であろうと思われる。また、我々にとっても検討すべき点を明確に意識することも意味があろう。

そこで、我々は試行的に質問紙である Beck Depression Inventory (BDI) と独自に開発したチェックリストを復職時に活用している。以下、BDI に関してはうつ病診断上の有用性の検証を行っているので、その報告から行う。

1. Beck Depression Inventory (BDI) の有用性検証

勤労者対照群において、質問紙法である BDI の記入とともに、Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) により大うつ病性障害の診断を行って、併存妥当性を検討した。

<方法>

複数企業の常勤職員を対象としてメンタルヘルスの講演を行うと同時に質問紙の妥当性検討に関する説明を行い、同意を得た対象に対して、質問紙の記入に加えて、精神科医師あるいは臨床心理士が MINI を用いて診断した。そのうち、質問紙の全問に回答していた 89 名の結果を解析した。

<質問紙>

・ Beck Depression Inventory : BDI

1961 年に Beck A.らが 21 の項目から構成された自己記入式うつ病評価尺度として BDI を考案した。採点はそれぞれの項目を重症度に応じて 0 - 3 点とし、合計点は 0 - 63 点である。BDI のうつ病スクリーニング手段として使用する場合のカットオフ値については多くの検討がなされている。

・ 至適基準 Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI

勤労者に対して施行した自己記入式質問紙の妥当性を検討するに当たり、精神障害診断が約 15 分で施行可能な構造化面接法である MINI を至適基準とした。MINI は DSM-IV, ICD-10 にある精神疾患（大うつ病性障害、気分変調症、自殺傾向、躁病、パニック障害、アゴラフォビア、ソーシャルフォビア、特定の恐怖症、強迫性障害、全般性不安障害、アルコール依存・乱用、薬物依存・乱用、精神病性障害、神経性無食欲症・大食症、外傷後ストレス障害、反社会性人格障害）の診断を行うためのものである。妥当性・信頼性は米と仏において検証されており、大うつ病性障害の感度は 86% で特異度は 84% であると報告されている。今回、我々は大坪天平、宮岡等、上島国利らが和訳した日本語版（2000 年、星和書店）を使用した。

【結果と考察（表 6）】

勤労者 89 名に対し MINI を至適基準として検討したところ、4 名が大うつ病性障害であり、BDI では CF 値 10 点で感度 75%、特異度 84.7%、PPV 18.8、LR 3.95 と概ね良好な結果が得られた。したがって、BDI は復職時にうつ病そのものの重篤度の指標とするのにも十分であると考えられた。

2. Warm-up 前後のチェックリスト

BDIに加え、独自に Warm-up 前に保健師、医師（産業医）が行うチェックリスト（表7）と、Warm-up 中に職場において上司が確認すべきチェックリスト（表8）を作成した。

Warm-up 前のチェックリストにおいて重視している点は、すでに「Ⅰ 職場復帰を踏まえたうつ病の治療」の項目で示した留意点を列挙し、確認項目を明確化したものである。

また、Warm-up 中に職場において上司が確認すべきチェックリストでは、本人がどのような点に留意しながら Warm-up を生かすかを強調し、できるかできないよりも、本人が各項目の方向での努力（意識を持っているか）を確認することにしている。

3. 今後の方向性

「Ⅱ 職場復帰システム」が適応され、これら BDI およびチェックリストを用いてデータ収集した勤労者の予後がどのようなようになるのか、今後の検証すべき課題であり、休務の再発等を予見することができるのか否かが今後データが集積された時点で明確化されるものとする。

関連業績

<論文>

- 尾崎紀夫：うつ病による自殺をいかに予防するか 職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート. 臨床精神薬理 7(4):698-706, 2004
- 尾崎紀夫: 抗うつ薬と自動車運転：うつ病治療上の問題点. 自動車管理(2):22-25, 2005
- 尾崎紀夫: 精神科薬物療法の限界：精神科研修医に伝えたいこと. こころの科学 116 21-27, 2004
- 尾崎紀夫, 北上富常：うつ病に伴う睡眠障害（不眠）をいかに治療するか. カレントセラピー 22(7):73-75, 2004

<学会発表>

- 尾崎紀夫: 職場復帰を目指したメンタルヘルス対策：うつ病を中心に. 日本産業衛生学会 北陸甲信越地方会総会 教育講演 福井. 2004
- 尾崎紀夫：運転業務とメンタルヘルス：向精神薬（抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入剤）が与える運転技能への影響を中心に. 第13回日本交通医学工学研究会・シンポジウム「人と車・環境」名古屋. 2004

図1 睡眠覚醒リズム表

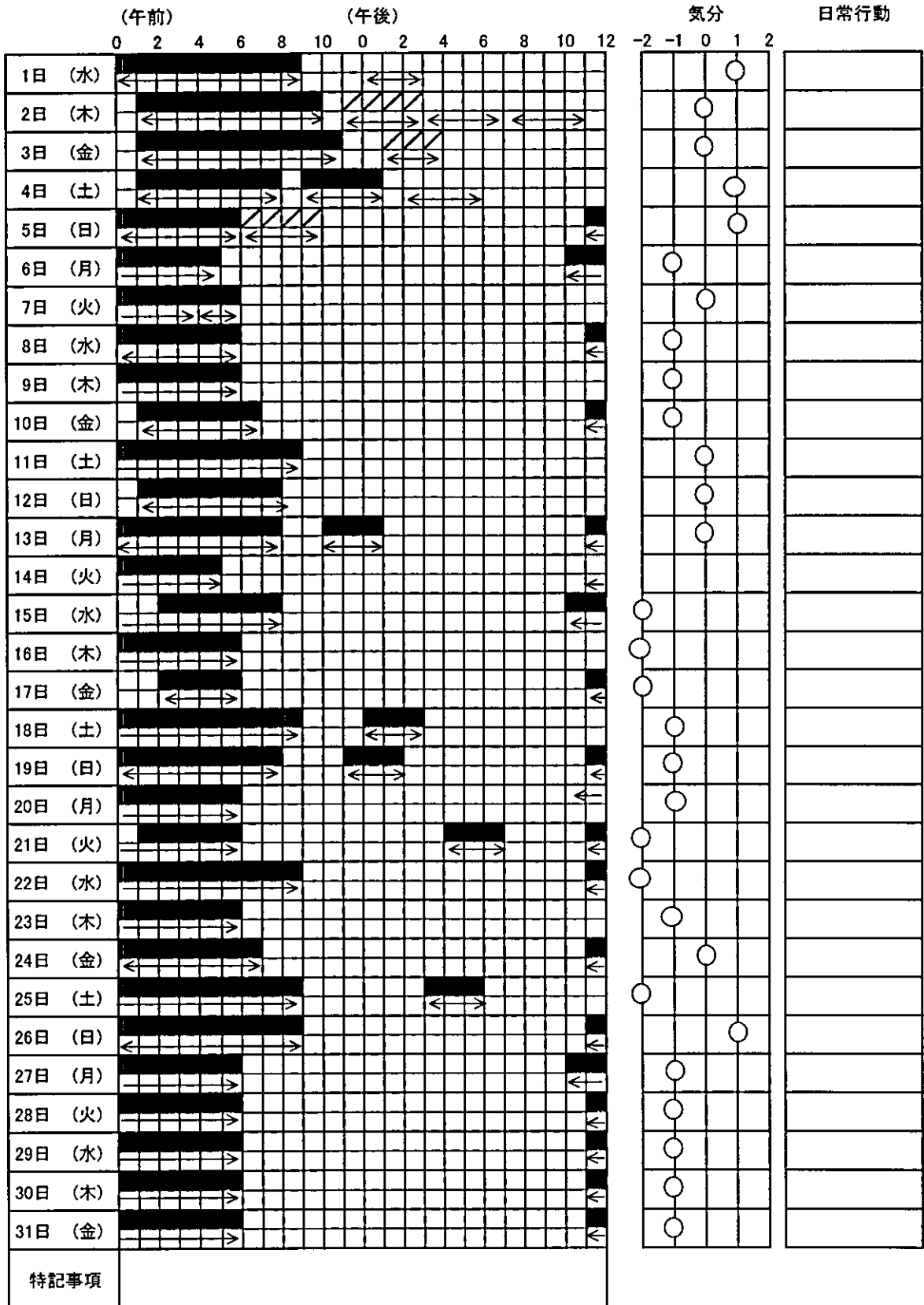


図2 アクチグラフによるうつ病の経過例

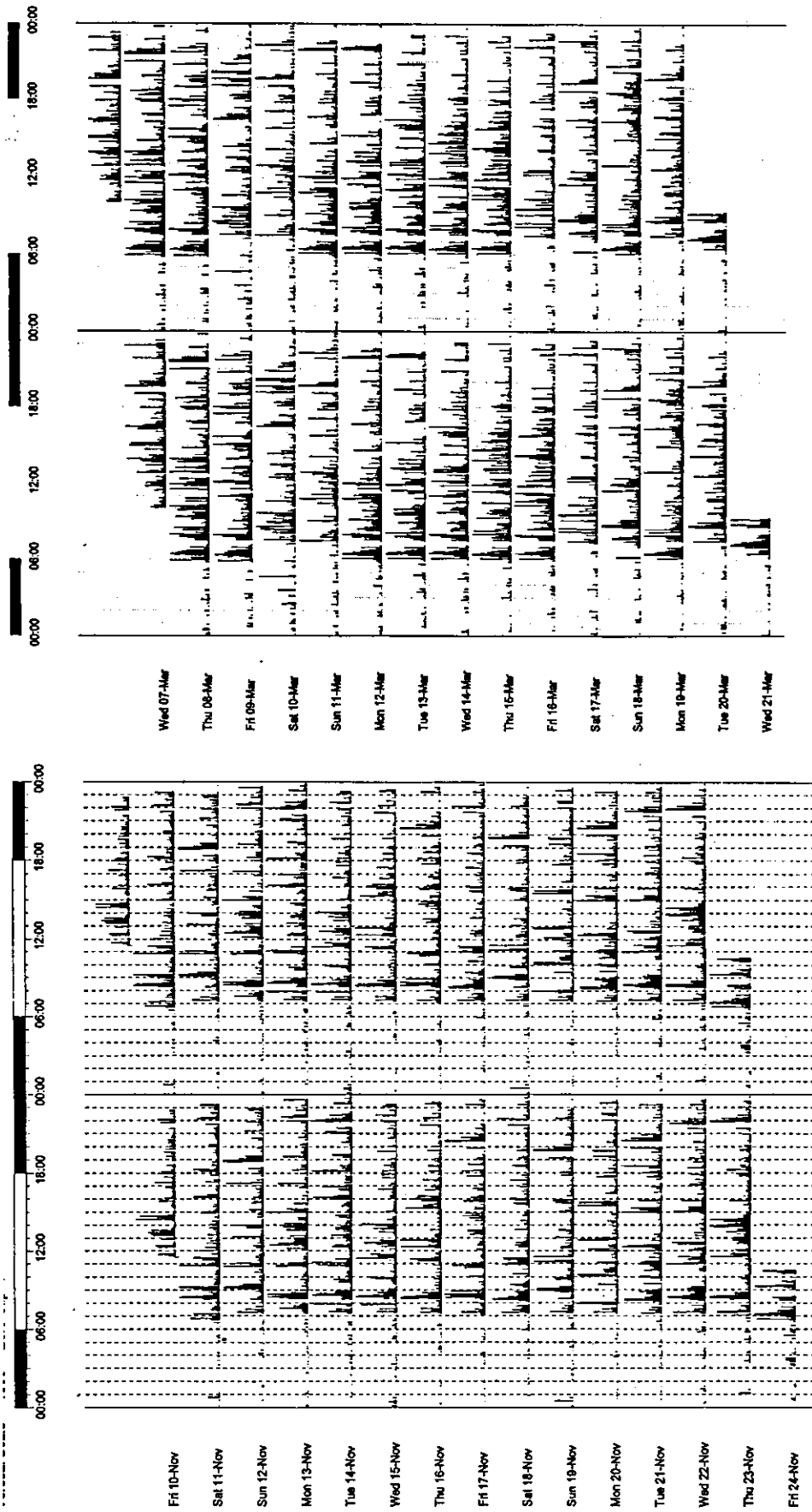


図3 「きっかけ」と「サポート」とうつ病の関係

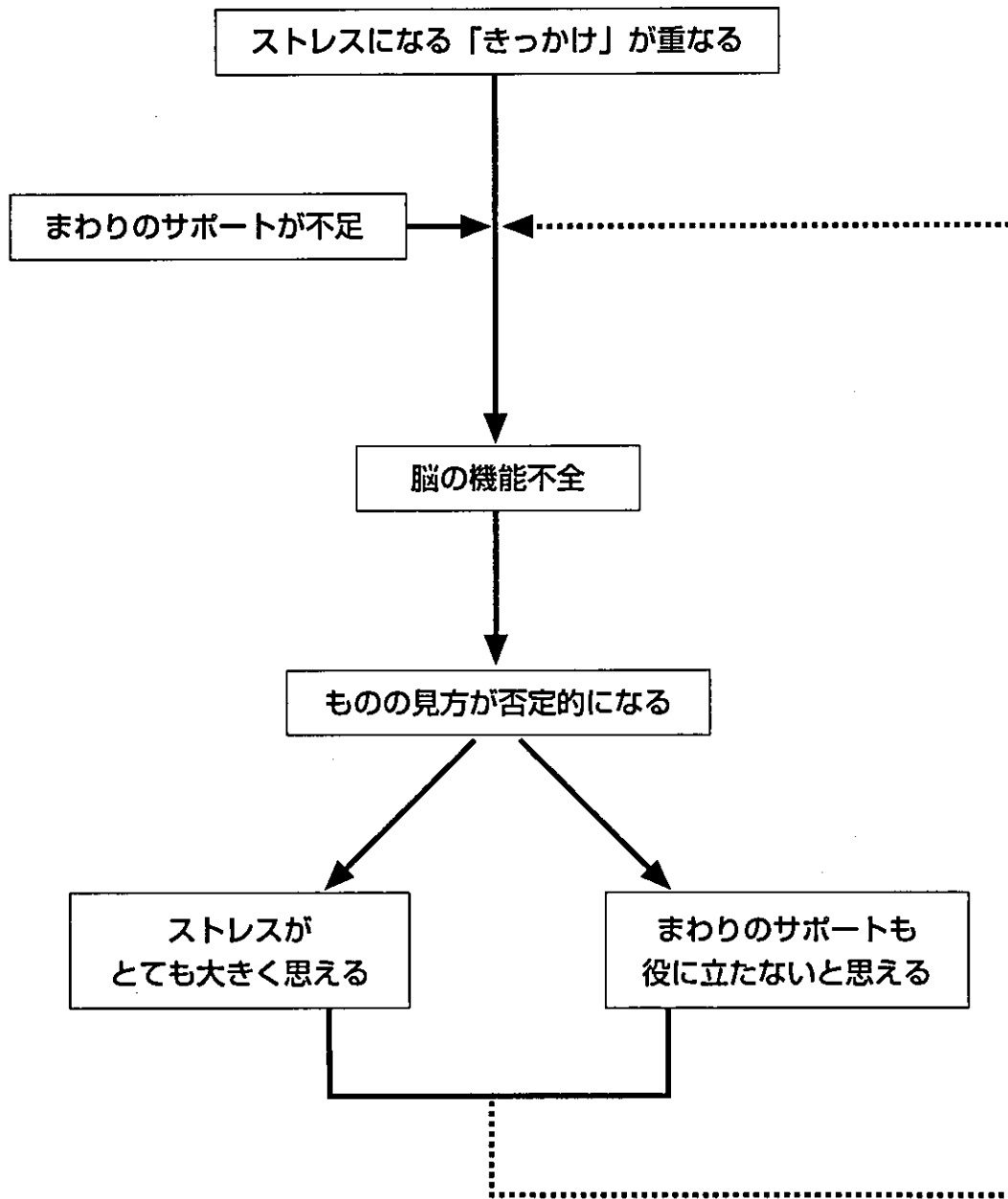


図4 110kmで走っている場合の制動距離

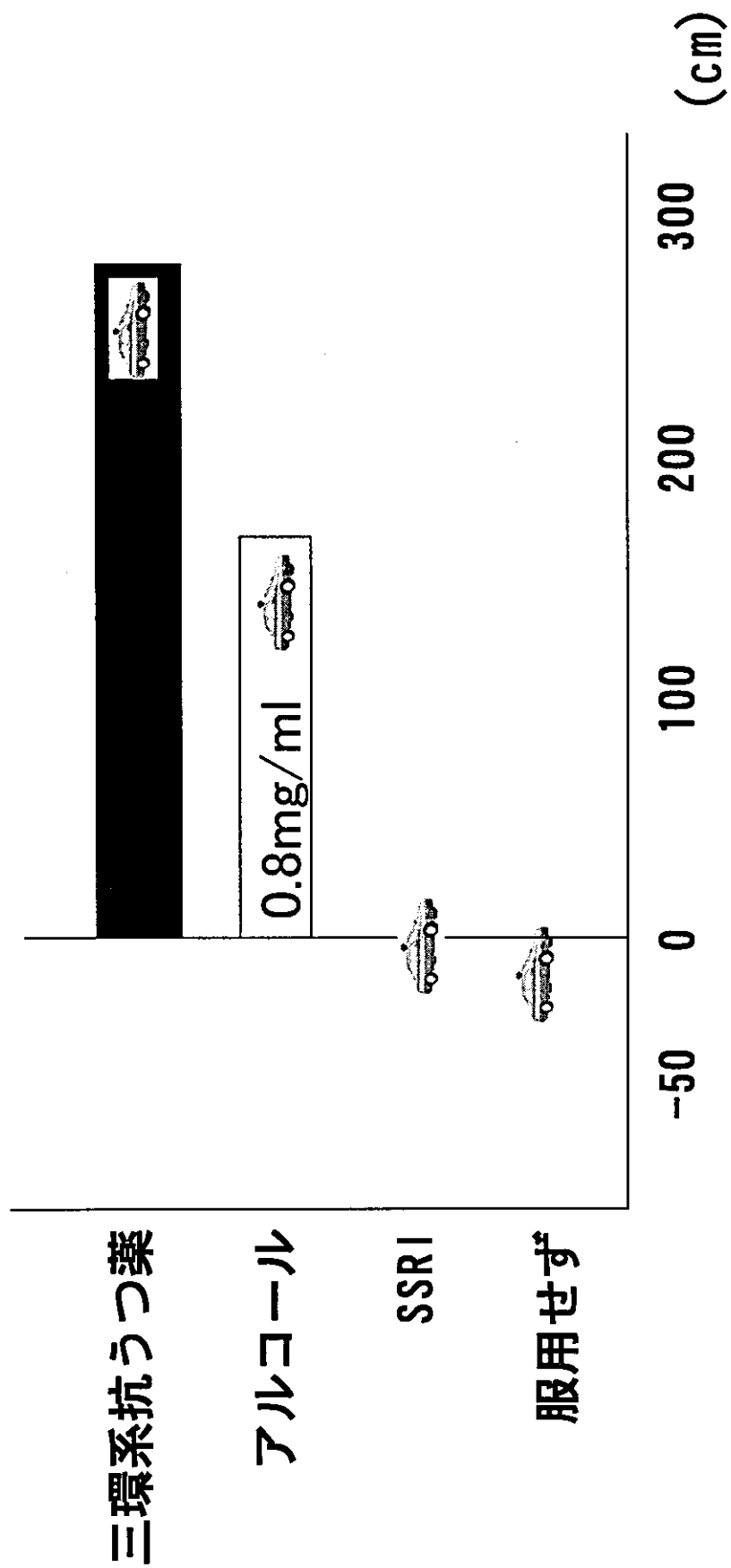
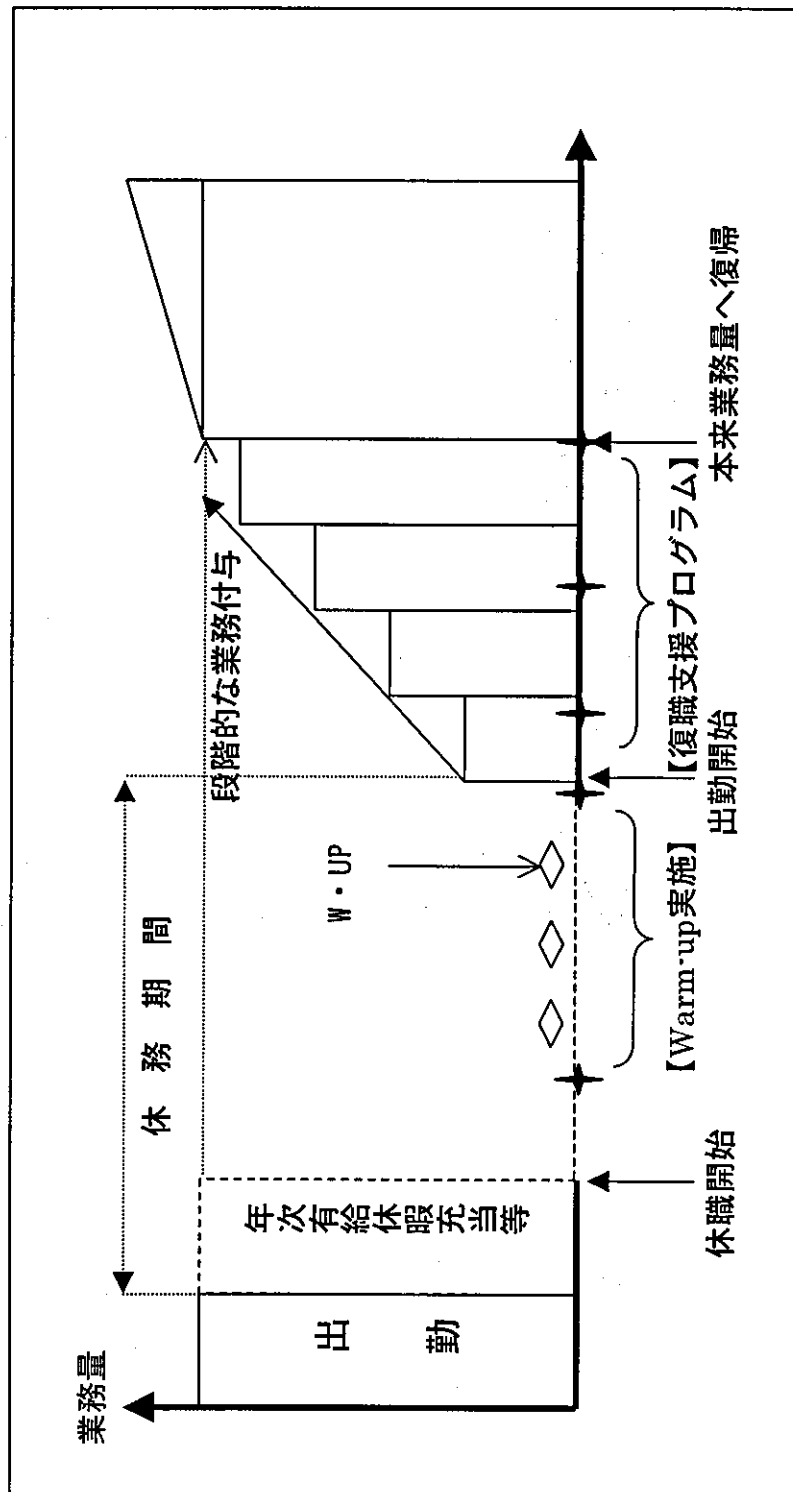


図5 Warm-up制度および復職支援プログラム



✦ 産業医（管理医）と面接

表1 「もとの職場」に復帰するのが望ましい理由

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・本人自身のために、 <ul style="list-style-type: none"> — 「この職場は自分にあわない」→「仕事ができない。うつ病になってしまった」という考えが、「極端な認知」に基づいている場合が多い — 「この職場は苦手な部分もあるが、できる部分もある」という認知の修正を、もとの職場で行えることが理想 ・周囲のために <ul style="list-style-type: none"> — 「周囲のせいで調子を崩した」というレッテルを避ける ・注意：職種の持ち替え等、職場環境の調整は適宜実行 ・例外 <ul style="list-style-type: none"> — 人事配置上の問題が客観的に明確 — 調子を崩してから時間が経ち、本人の評価が下がりすぎている |
|--|

表2 リハビリ出勤 Warm-up制度の場合

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・対象：精神障害により休務し、産業医が必要性を認め、本人がリハビリ出勤の治療的意義を理解して同意したもの ・目的： <ul style="list-style-type: none"> — 確認事項：日常リズムの安定、定時出勤可能性 — 職場の雰囲気慣れ、職場復帰の適否を最終確認 <ul style="list-style-type: none"> ・他者の視線に過敏で、緊張感の高い時期を克服 ・期間・内容：管理医が本人の状態により決める <ul style="list-style-type: none"> — 二週、場合によってはそれ以上 — 朝は定時、隔日から始めて連日 ・上司：本人の訓練状況および内容を定期的に保健師に報告 ・この期間は休務 <ul style="list-style-type: none"> — 交通費……自己負担 — 災害時の補償……あり |
|--|

表3 職場復帰時の確認事項

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・復帰当初の抑制症状（おっくうさ）は、次第に軽減していくことを予告 ・就業制限に関する確認 <ul style="list-style-type: none"> — 時間外、休日・夜間勤務などを制限してスタート — 向精神薬服用中：運転業務・危険業務制限 — 管理医の面接により制限緩和 — 「骨折したときのギブス」と同じで「うっとうしく」思えるが、「やりすぎ」を防ぐために必要 ・再発予防のための確認 <ul style="list-style-type: none"> — 休職を取り返そうと焦らず、最初の一ヶ月は「会社に来るだけで良い」「職場の状況がわかることが先決」 — 6ヶ月かけて元に戻す気持ち — 受診を自己中断しない；職場、家族にも周知 |
|---|

表4 相談される側の留意点

- ・自分自身に余裕のある時に
 - 時間がないときに受けた相談は、中途半端に聞くより、「今は時間がないこと」を告げ、「改めて時間を作ること」を確認
- ・最初は酒の場ではなく
 - 酒が入ると、つい自分の意見の押しつけになりがち
- ・自分一人で抱え込まない
 - 社内の専門職とのチームプレー
- ・まず聞いてあげるだけで良い：本人が客観化できることを目標に
 - 原因追究にこだわらない
 - すぐに結論（解決策）を出そうとしない
 - 相談される側が焦らない

表5 復職支援プログラム

- ・原則：休務前の所属で実施
- ・治療的意味合い
 - 本人と上司が本プログラムの過程でコミュニケーションを図る
 - 本人の目標値を明確化し、達成感の回復へ
- ・上司
 - 産業医（管理医）・保健師・衛生担当・人事担当等の助言を受け、個別に作成
 - 段階終了毎に衛生担当部署に状況を報告し、必要に応じ適宜復職支援プログラムを修正
- ・休務前の通常業務となることが最終目標
 - 本人が有する本来の機能発揮が目標
 - 休務に至った状況と全く同じ状況を再現すること（再発予防の観点から望ましくない）が目標ではない

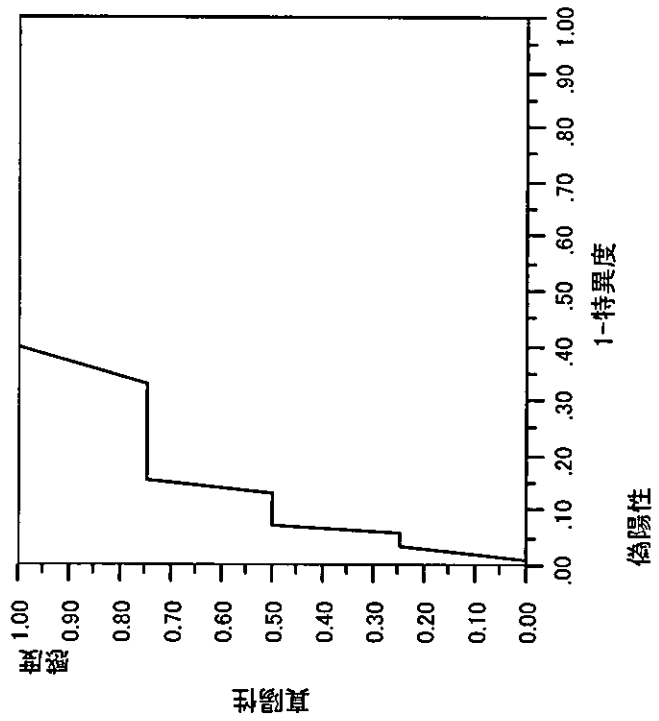
表6 MINIでMDDが陽性となった者のBDI得点

89名中、MINIでMDDが陽性となった者は4名
質問紙の得点は下記の通り

| MINI陽性者 | BDI |
|---------|-----|
| No.1 | 5 |
| No.2 | 10 |
| No.3 | 15 |
| No.4 | 18 |

図6. BDIのカットオフポイントとROC曲線

| カットオフ値 | 感度 | 特異度 | PPV | LR |
|--------|----|------|------|------|
| 10 | 75 | 84.7 | 18.8 | 3.95 |



曲線の下領域=0.85147

表7 Warm-up前に確認する事項

| チェック項目 | 医師 | 保健師 |
|---|----|-----|
| 主治医・管理医・産業医の指示に従い、服薬・通院等ができる。 | | |
| 自らのこころと身体の調子の良・不良が判断できる。調子が悪いことに気づき、それを周りに相談することができる。 | | |
| 睡眠と覚醒のリズムが整っている。 | | |
| ①朝目覚めて、定時出勤することができる。 | | |
| ②昼間、定時時間内で、どうしてもない眠気をもよおすことがない。 | | |
| ③夜、睡眠がとれ、たとえ途中で目が覚めても再度眠りにつける。 | | |
| 出社に対する意欲を持っている。 | | |
| 通勤の負荷に耐えられる。 | | |
| 公共の図書館に通う等の負荷に耐えられる。 | | |
| 一日に5～10行程度の日記を継続して書くことができる。 | | |
| 新聞・雑誌・インターネット等から当社に関する情報をみつけることができる。 | | |
| 症状が軽快し、かつ安定している。 | | |

できる：○ できない：× できそう：△ できそうにない：▲

表8 Warm-up中に上司が確認する事項

| 努力目標* | 努力している：○ | 努力していない：× | わからない：△ |
|--|----------|-----------|---------|
| 組織の決まりが理解でき、それに従うことができる。 | | | |
| 交通安全・作業安全に注意して行動できる。 | | | |
| 復帰職場での受け入れ体制が整っている。 ①上長・職場内で受入に対しての不安感が解消できている。 (病気についての知識、具体的対応方法等) ②復職後の支援体制ができている。 | | | |
| 職場のメンバーとの挨拶や雑談ができる。 | | | |
| 一人で問題を抱え込まず、周りに相談することができる。 | | | |

*努力目標…各項目についての意識を持った行動が、W-up中に確認できることが望ましい。

6. 不安障害における職場復帰支援

分担研究者 秋山 剛 (NTT東日本関東病院精神神経科)

6. 不安障害における職場復帰支援

分担研究者 秋山 剛

1. はじめに

不安障害のために、長期の休業を余儀なくされる症例は、不安障害の診断で治療を受けている患者で、大きな割合を占めるとは考えられにくい。つまり、長期の休業を余儀なくされた事例は、不安障害としては重症であることになる。不安障害は、気分障害と異なり、病相性の疾患ではない。また、統合失調症と異なり、経過が長期化しても、人格変化や作業能力の低下を来たしにくい。そのため、復職可能性の判定が、他の疾患よりも難しい場合がある。

2. 復職判定上の注意

復職の判定は、患者の状態の「事実」に基づいて行われなければならない。「働けると思う」というような、対象者の発言は、復職に関する意欲の一つの表れとして評価すべきであり、復職判定をするための必要条件であるが、十分条件ではない。これは、「退院できると思う」という患者の意欲は、退院の必要条件であるが、十分条件でないことと同じである。

統合失調症や気分障害の場合には、対象者の状態が、ある程度悪ければ、本人の言明に関わらず、状態の判定をすることができる。しかし、不安障害の場合には、本人の言明によらずして、通常の診察で対象者の状態を判定することはより困難である。そのため、職場復帰援助プログラムや試験入社を行うことの重要性がより大きい。

3. 気質（性格）への考慮

不安障害の発生には、気質（性格）が関与する。これらの要因に加えて、筆者らの研究によって、気質（基本的な性格）が、職場ストレスに大きな影響を及ぼすことが明らかになっている。不安障害の対象者が復職する際には、気質に関して考慮した処遇を行う必要がある。いかに、気質の影響について示す。

4. 対象

2001年5月から2002年5月に行われた調査で、Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire version (TEMPS-A)、フォンツェルセンらによるMunich Personality Test (MPT)、および米国国立労働安全衛生研究所 (National Institute of Occupational Safety and Health, NIOSH) により開発された、一般的職場ストレス質問表 (Generic Job Stress Questionnaire, GJSQ) にすべて回答し、学術研究への説明同意が得られた企業社員1209名である。