

- ② 上司など他の人の認識と食い違う点があり、説明されれば、一部納得するが、一部納得しない点がある。
- ③ 上司など他の人の認識と食い違う点があるが、説明されれば納得する。
- ④ 上司など他の人の認識と食い違う点はない。

#### 24. フォロアーシップ

- ① 上司の指示に、従わない態度が明確にみられる。
- ② 上司の指示に、一部従わない部分がある。
- ③ 上司の指示は、言われたとおりに実行する。
- ④ 上司の指示を実行し、さらに、機転をきかして、応用して実行する。

#### 25. ミーティングなどでの行動

ミーティングなどで話し合いをする場合

- ① 指名されても意見を言わない。または、ミーティングに出る機会がない。
- ② 指名されれば、意見を述べる。
- ③ 自発的に意見を述べるが、ミーティングの長を務めることはない。
- ④ ミーティングの長を務めることがある。

#### 【総合評価】

#### 26. 職場の受け入れ（現在の職場において）

- ① 職場として、受け入れられる業務状況ではない。
- ② 職場として、受け入れられる、最低限の業務状況である。
- ③ 職場として、ほぼ受け入れられる業務状況である。
- ④ 職場として、受け入れに問題ない業務状況である。

表1 回答者 (N=36) および対象者 (N=80) の基本属性 (復職前)

		有効回答	%
判定者	性別		
	男性	7	19
	女性	29	81
	職種		
	看護職	20	56
	医師	14	39
	不明	2	6
	平均経験年数	9.8	(SD=7.1)
対象者	所属企業業種		
	建設業	9	11
	製造業	5	6
	電気・ガス・熱供給・水道業	1	1
	情報通信業	62	78
	複合サービス	1	1
	その他、サービス業	1	1
	不明	1	1
	所属企業規模		
	50人未満	6	8
	- 999人	17	21
	- 4999人	38	48
	5000人以上	19	24
	対象者性別		
	男性	62	78
	女性	18	23
	対象者婚姻		
	未婚	42	53
	既婚	31	39
	離別	5	6
	死別	2	3
	対象者学歴		
	高卒	35	44
	短大・専門学校卒	9	11
	大卒	26	33
	大学院卒	9	11
	不明	1	1
対象者職種			
営業	21	26	
生産	2	3	
開発・研究	11	14	
一般管理	17	21	
その他	29	36	
対象者職位			
非管理職	75	94	
管理職	5	6	
対象者雇用形態			
正社員	78	98	
その他	2	3	

表2 全体的評価との相関

1. 起床時間	0.211	
2. 熟眠感	0.287	
3. 身体的活動性	0.209	
4. 身だしなみ	0.437	***
5. 食生活	0.149	
6. 精神症状	0.370	***
7. 身体症状	0.302	**
8. 集中力	0.580	***
9. 理解力	0.489	***
10. 他人交流	0.289	*
11. 家族	0.053	
12. 主治医	0.313	**
13. 服薬	0.148	
14. 健康管理スタッフ	0.259	*
15. 業務への関心	0.532	***
16. 過度な不安	0.258	*
17. 対人葛藤	0.177	
18. 業務遂行能力	0.755	***
19. 意欲と努力	0.433	***
20. 健康管理スタッフ面接回数	0.210	
21. 上司接触回数	0.238	*
22. 業務への準備	0.402	***

Spearmanの相関係数, N=80

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

表3 判定者 (N=48) および対象者 (N=132) の基本属性 (復職後)

		有効回答	%
判定者性別			
	男性	8	17
	女性	40	83
判定者職種			
	看護職	33	69
	医師	15	31
	その他		
判定者平均経験年数		13.8	SD=7.1
対象者業種			
	建設業	9	7
	製造業	7	5
	情報通信業	109	83
	運輸	2	2
	卸売り・小売業	1	1
	医療・福祉	1	1
	その他	3	2
規模			
	50人未満	1	1
	- 999人	19	14
	- 4999人	90	68
	5000人以上	22	17
対象者性別			
	男性	111	84
	女性	21	16
対象者婚姻			
	未婚	50	38
	既婚	69	52
	離別	9	7
	死別	4	3
対象者学歴			
	高卒	71	57
	短大・専門学校卒	13	11
	大卒	36	29
	大学院卒	4	3
	不明	8	6
対象者職種			
	営業	43	33
	生産	5	4
	開発・研究	14	11
	一般管理	32	24
	医療専門職	1	1
	その他	37	28
対象者職位			
	非管理職	121	92
	管理職	11	8
対象者雇用形態			
	正社員	132	100
	その他	0	0
対象者の平均正社員年数		21.1	SD=11.5
対象者の平均過去休業年数		1.7	SD=1.7
対象者の今回の平均休業期間 (月)		6.4	SD=8.0
平均継続就労期間 (月)		7.3	SD=7.2

表4 全体的評価との相関

1. 欠勤状況	0.251	**
2. 熟眠感	0.348	***
3. 余暇の過ごし方	0.457	***
4. 身だしなみ	0.332	***
5. 食生活	0.352	***
6. 精神症状	0.506	***
7. 身体症状	0.270	**
8. 他人交流	0.260	**
9. 家族	0.284	**
10. 主治医	0.268	**
11. 服薬	0.281	**
12. 健康管理スタッフ	0.273	**
13. 規律不遵守	0.512	***
14. そぐわない言動	0.287	***
15. 協調行動	0.596	***
16. 対人葛藤	0.379	***
17. 集中力	0.560	***
18. 理解	0.568	***
19. 迅速さ	0.672	***
20. 意思伝達	0.688	***
21. 課題解決	0.555	***
22. 業務への関心	0.630	***
23. 自己認識	0.752	***
24. フォロアーシップ	0.529	***
25. ミーティング行動	0.473	***

Spearmanの相関係数, N=132

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

## 2. うつ病復職判定ツール

分担研究者 尾崎 紀夫

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、我々がどの様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: M.I.N.I

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1）]

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%、PPV18.8、LR3.95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2）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3）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）を確認することになっている。

## 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>

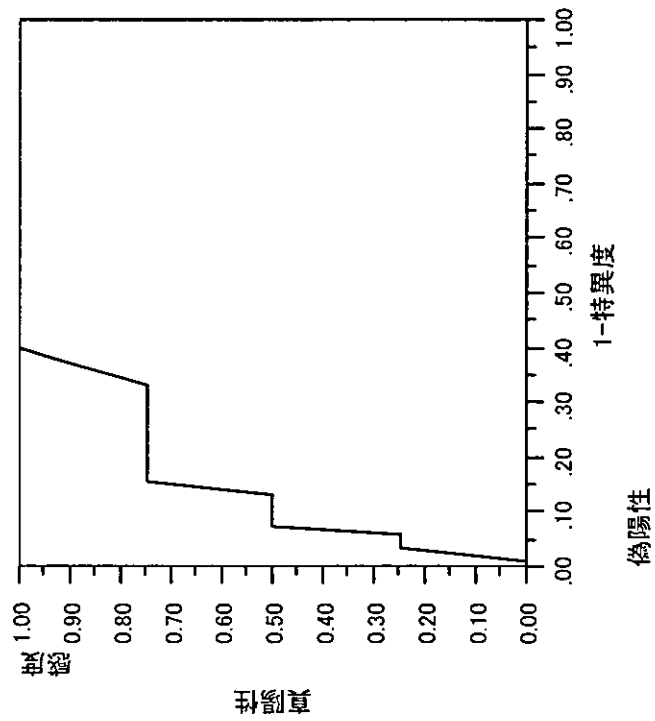
- 尾崎紀夫：うつ病による自殺をいかに予防するか 職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート. 臨床精神薬理 7 (4) : 698-706, 2004
- 尾崎紀夫：抗うつ薬と自動車運転：うつ病治療上の問題点. 自動車管理 (2) : 22-25, 2005
- 尾崎紀夫：精神科薬物療法の限界：精神科研修医に伝えたいこと. こころの科学 116 21-27, 2004
- 尾崎紀夫, 北上富常：うつ病に伴う睡眠障害（不眠）をいかに治療するか. カレントセラピー 22 (7) : 73-75, 2004

#### <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 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1 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

表2 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。		
自らのと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、どうしよう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3 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。

### 3. 復職判定のツール（機能評価）

分担研究者 秋山 剛

#### 1. はじめに

復職を目指す在职精神障害者の機能評価を行うためには、職場復帰援助プログラムにおける状態を評価する必要がある。現在、NTT東日本関東病院、障害者職業総合センター職業センターのほか、中部精神保健福祉センタークリニックなど、数箇所で開催プログラムが行われるようになっており、異なった治療機関で、信頼性がある評価を行えば、復職判定上、非常に有益である。この章では、まず、スタッフによる評価の、評価者間信頼性について報告する。

復職を目指す在职精神障害は、しばしば、焦りから自己の状態を客観的に認識することができない。この状況を是正しなければ、職場復帰援助を適切に行うことができないばかりか、本人の「焦り」を「意欲」と主治医、産業医などが誤解し、復職と判定すると、精神障害が、再燃、再発する結果となる。本章では、職場復帰援助プログラム参加者の、自己評価とスタッフ評価のギャップについても報告する。

#### 2. 方法

##### 【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

評価シートの内的一貫性について、Cronbachの $\alpha$ 係数を算定した。評価者間信頼性については、評価が4件法であるため、級内相関係数を用いて検討した。評価者間の差については、Wilcoxonの符号付順位検定を用いて検討した。

##### 【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

主評価者と自己評価の一致度について、級内相関係数、主評価者と自己評価の差について、Wilcoxonの符号付順位検定を用いて検討した。

#### 3. 対象

##### 【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

平成16年11～12月、主、副2名の評価者による評価が可能な期間に、NTT東日本関東病院精神神経科の職場復帰援助プログラムに在籍した参加者24名である。

##### 【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

平成16年11～12月の間に、NTT東日本関東病院精神神経科の職場復帰援助プログラムに在籍し、自己評価に同意した参加者32名である。

## 4. 結果

### 【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

表1に、職場復帰援助プログラムスタッフ評価表の内的一貫性、表2に評価者間信頼性の結果を示す。スタッフ評価表の質問項目の、内的一貫性は高かった。出席を除く19項目中、15項目で、評価者間の相関が有意であり、評価者間信頼性が示された。有意な相関がみられなかった項目は、ルールの不遵守、協調行動、不快感を与える行動、意欲であった。一方、出席を除く19項目中、7項目で、評価者間の判定に有意な差があり、評価者間で、判定に差がある項目がみられた。有意な差がみられたのは、5%水準で挨拶と全体的評価、1%水準で迅速さと正確さ、0.1%水準で他者交流、協調行動、不快感を与える行動、意欲であり、各項目とも副評価者が低い評価をする傾向がみられた。

### 【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

表3に、自己評価とスタッフ評価の比較を示す。自己評価とスタッフ評価の間には、20項目中5項目しか有意な相関がみられなかった。相関が有意であったのは、1%水準で出席、5%水準でルールの不遵守、持続性、迅速さと正確さ、他者交流であった。自己評価とスタッフ評価の差については、20項目中9項目で有意な差がみられた。差が有意であったのは、5%水準で柔軟性、表現能力、不快感を与える行動、1%水準で持続性、問題解決能力、会話の内容、全体的な判断、0.1%水準で感情のコントロール、自己認知であった。全項目にわたって、自己評価がスタッフ評価より高い傾向がみられた。

## 5. 考察

### 【職場復帰援助プログラムスタッフ評価の評価者間信頼性】

職場復帰援助プログラムスタッフ評価表は、高い内的一貫性を持つことが確認された。評価者間の相関も、概ね満足すべきものであり、実用性が確認された。一方、ルールの不遵守、協調行動、不快感を与える行動、意欲について、相関が有意でなかった。これの項目については、他の項目よりも主観的な解釈が大きな比重を占めるのかもしれない。また、主評価者と副評価者の間で、9項目について、評価の差が見られた。主評価者は、職場復帰援助プログラムの経験が6年間におよぶのに対して、副評価者は1年間である。異なった治療機関、異なった治療者の間で、スタッフ評価表を職場復帰準備性の客観的な指標として用いるためには、評価についての研修が必要である。

### 【職場復帰援助プログラム参加者の自己評価】

今回の結果は、平成16年度の調査とほぼ同じ傾向を示した。つまり、自己評価はスタッフの客観的な評価とあまり相関せず、全体的にスタッフ評価より甘い傾向がある。これは、「復職希望者は自分の状態を甘く評価し、復職を焦りがちである」という臨床的印象とよく一致する。自己の状態を甘く評価して、復職を焦ると、当然、復職後の再燃、再発が起りやすくなる。今後、自己評

価とスタッフ評価の相違について指摘し、自己認識をより正確なものとして、復職に対する焦りを抑えるための治療的方策を検討する必要がある。

## 6. 結論

- ① スタッフ評価表は、研修を行えば、異なった治療機関の間で、復職可能性を判定するツールとして使用することができる。
- ② 在職精神障害者は、復職可能性について、自己の状態を甘く評価しがちであり、再燃、再発を防止するために、復職への焦りを抑えるための治療的方策について検討する必要がある。

表1 職場復帰援助プログラム評価表の内的一貫性

基本的な生活習慣	0.5891
作業能力	0.7045
知的理解力、認知	0.9468
対人交流	0.738
心理的側面	0.612
total	0.9199

表2 評価者間信頼性

	評価者間の相関 級内相関係数			評価者間の差 Wilcoxonの符号付順位検定	
	N	ICC	$p$	Z	$p$
1 出席	すべて一致(客観的事実のため)				
2 整容	24	0.465	0.009	0.000	1.000
3 ルールの不遵守	24	0.193	0.174	-0.816	0.414
4 持続性	24	0.717	0.000	-1.414	0.157
5 迅速さおよび正確さ	24	0.559	0.002	-3.162	0.002
6 指示の理解	24	0.516	0.004	0.000	1.000
7 問題解決能力	24	0.516	0.004	-1.897	0.058
8 柔軟性	24	0.337	0.047	-1.265	0.206
9 表現能力	24	0.628	0.000	-0.447	0.655
10 情報処理能力	24	0.911	0.000	-1.000	0.317
11 挨拶	24	0.575	0.001	-2.449	0.014
12 他者交流	24	0.432	0.014	-3.742	0.000
13 会話の内容	24	0.559	0.002	-0.447	0.655
14 協調行動	24	-0.484	0.993	-4.243	0.000
15 不快感を与える行動	24	-0.340	0.953	-4.243	0.000
16 役割行動	24	0.471	0.008	-1.414	0.157
17 感情のコントロール	24	0.471	0.008	-0.816	0.414
18 意欲	24	0.045	0.414	-3.606	0.000
19 自己認知	24	0.562	0.001	-0.816	0.414
20 全体的な判断	24	0.758	0.000	-2.000	0.046

表3 自己評価とスタッフ評価

	評価の相関 級内相関係数			評価の差 Wilcoxonの符号付順位検定	
	N	ICC	$p$	Z	$p$
1 出席	19	0.653	0.001	0.000	1.000
2 整容	32	0.287	0.051	-1.265	0.206
3 ルールの不遵守	32	0.396	0.011	-0.577	0.564
4 持続性	31	0.321	0.035	-2.744	0.006
5 迅速さおよび正確さ	26	0.356	0.032	-0.585	0.559
6 指示の理解	32	0.215	0.112	-0.881	0.378
7 問題解決能力	32	0.177	0.160	-2.688	0.007
8 柔軟性	32	0.213	0.114	-2.527	0.011
9 表現能力	30	0.127	0.245	-2.556	0.011
10 情報処理能力	27	0.125	0.260	-0.966	0.334
11 挨拶	32	0.255	0.074	-1.292	0.196
12 他者交流	32	0.356	0.020	-1.127	0.260
13 会話の内容	31	0.089	0.311	-2.668	0.008
14 協調行動	31	-0.168	0.822	-1.882	0.060
15 不快感を与える行動	32	-0.180	0.843	-1.964	0.050
16 役割行動	26	-0.074	0.644	-1.508	0.132
17 感情のコントロール	32	-0.058	0.625	-3.854	0.000
18 意欲	32	0.057	0.375	-1.685	0.092
19 自己認知	32	-0.103	0.717	-3.762	0.000
20 全体的な判断	32	0.226	0.101	-2.562	0.010

N数のばらつきは、個別の事情による(パソコン作業が遅れてつけられないなど)

## VI. 疾患別の復職支援

### 1. うつ病における職場復帰支援

分担研究者 尾崎 紀夫

#### 1. 職場復帰を踏まえたうつ病の治療

うつ病は生涯発症率が約15%と頻度が高い上、心筋梗塞、悪性腫瘍と並び大きな社会的負担をもたらす疾患とされている。例えば、米国の1990年時点での調査では、うつ病の社会的負担が43.7億USドルに達していると試算されている。しかも、うつ病がもたらす社会的負担のうち、自殺や休職による生産性の低下などの「間接費用」が71.6%と診断や治療にかかる「直接費用」を遥かに上まっており、心筋梗塞等身体疾患において「直接費用」が大きな割合を占めるのと対照的である。

また、本邦での現状を振り返ると、年間自殺数が1998年以来3万人を突破したまま現在に至っているが、自殺者の少なくとも半数はうつ病であるとされている。加えて、平成13年に人事院が報告した資料によると、1ヶ月以上にわたる長期休務者の30%を精神障害（そのほとんどはうつ病と考えられている）が占め、長期休務の原因疾患の第一位となっている。これは、国家公務員に限らず、複数の民間企業で筆者が確認したところでも、同様の結果となっている。

すなわち、国内外を問わず、うつ病がもたらす自殺と休務の問題は看過し得ない焦眉の課題となっている。

うつ病治療においては旧来、急性期治療に焦点が当てられ、「うつ病の人にがんばりは禁句」という点での啓蒙は一般にまで浸透している。さらに、うつ病治療導入期における抗うつ薬の使用に加えて、笠原が提唱した「小精神療法」は診療科を越えて多くの臨床医に広まっているように思う。ところが、急性期を過ぎ、職場復帰に向かうにはどのような治療的配慮が必要なのかについては、浸透していないのが現状であろう。

そこで本論は、うつ病急性期を過ぎた時点で職場復帰を目指した治療上の配慮をまとめることにする。

#### 2. 職場復帰に向けた治療に転換するタイミング

先に述べたように、うつ病治療の急性期は、服薬と休養が重要なことは、すでにスタンダードになっている。しかしながら、「頑張るな」から「そろそろ復職を考えよう」というリハビリテーションへのスイッチングはいかなるタイミングが良いかについては、一般化していない。

我々は臨床的視点から、休息から社会復帰に向けたリハビリテーションに移行するのは、主たる症状がおっくう感だけになった頃からと考えている。うつ病の諸症状のうち、抑うつ気分、不安症状が顕在化している時期は、職場復帰を強く意識すると休息が取れず、焦りが生じ、逆効果となっ

てしまう。一方、うつ病の急性期治療により抑うつ気分や不安症状が軽減し、抑制症状だけになった頃こそ、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になるか。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」と抑うつのようになっていたり、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。

### 3. 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実践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。

このよう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貰う、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。このよう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。

このよう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。

#### 4. 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やこれまた近年临床上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。

## 5. 今後の展望

勤労者に多発し、自殺・休務等の問題を引き起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。

図1. 睡眠覚醒リズム表

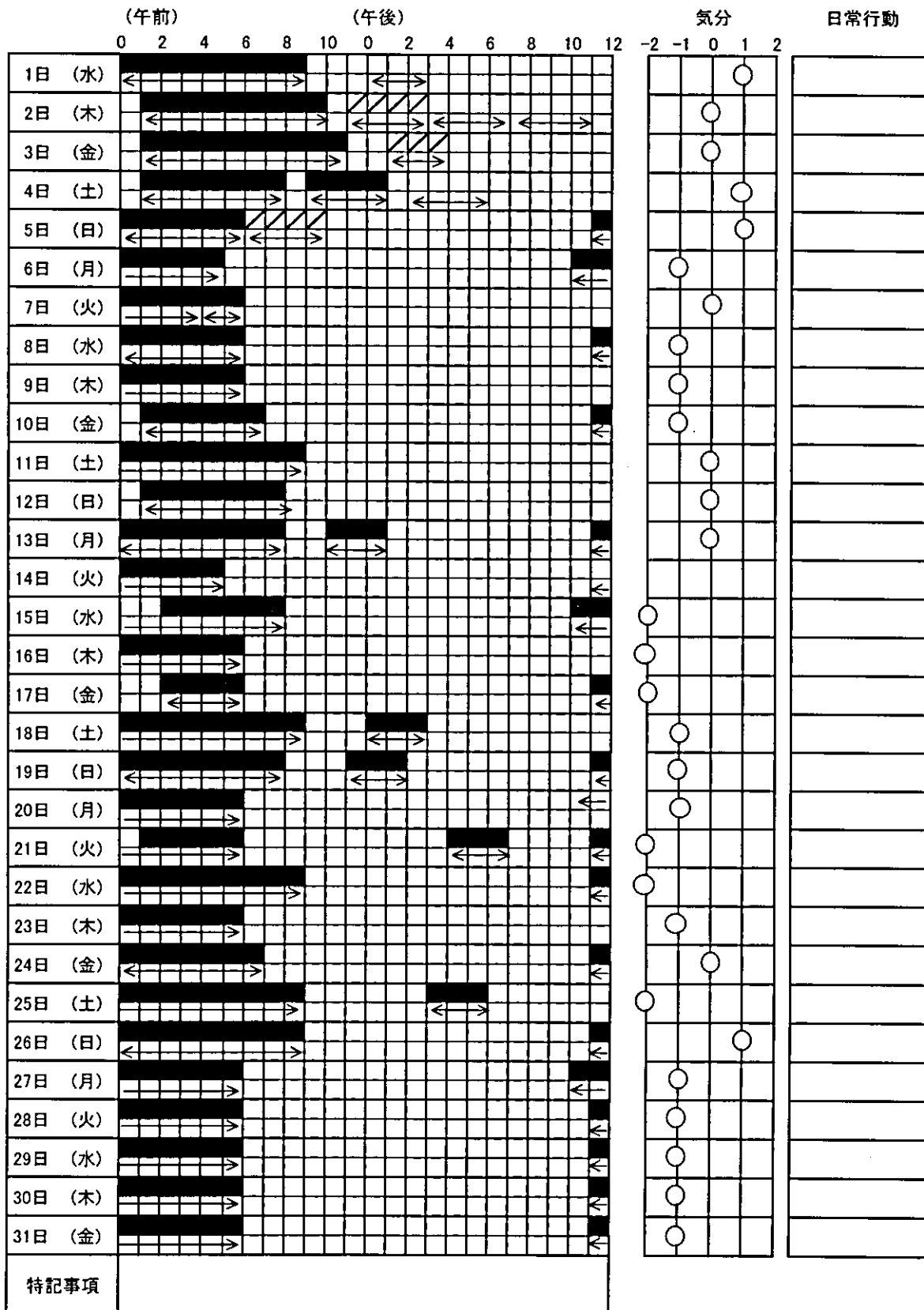
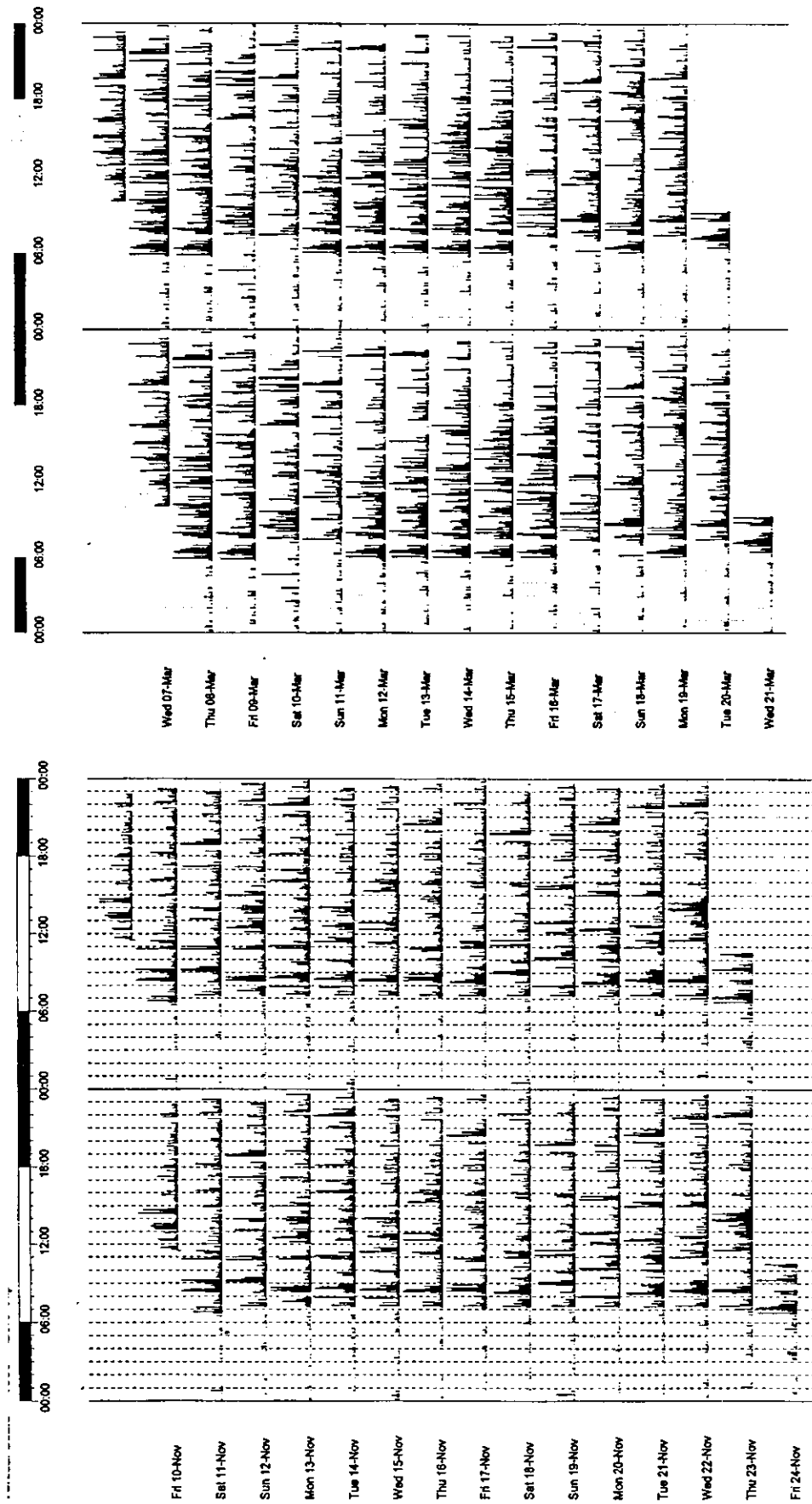


図2 アクチグラフによるうつ病の経過例



前

後