

# 快適な眠りのために

## 眠ることはなぜ大切？

快適な眠りのために



身体への影響



死亡率との関連



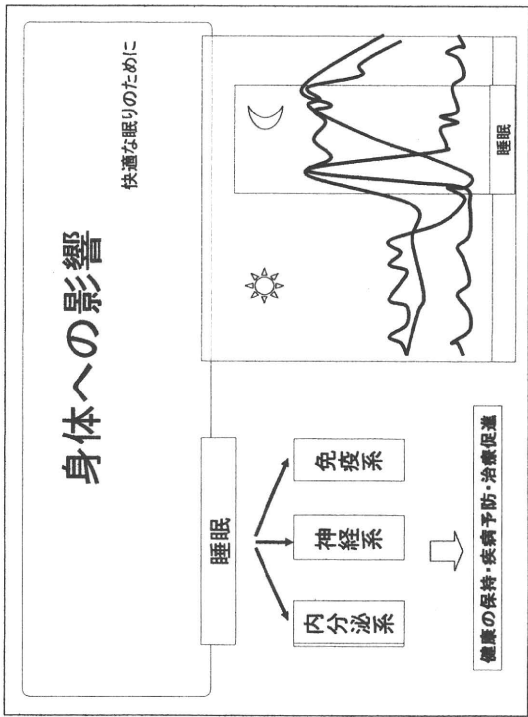
作業事故との関連



うつ病との関連

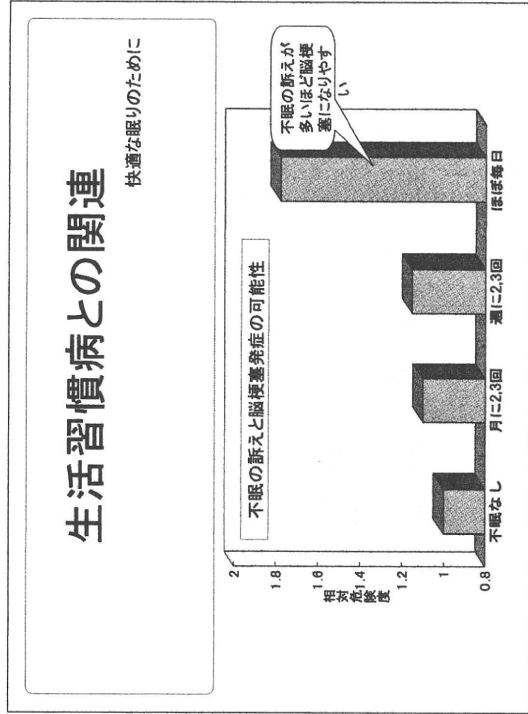
生活習慣病との関連

睡眠障害の有病率は世界的にも高く、社会的に大きな問題になっています。欧米の住民調査では、睡眠障害の有病率は9%から50%といわれており、日本での睡眠障害の有病率は、21.4%という報告があります。睡眠不足は体の成長や疲労の回復を阻害し、仕事中はパフォーマンスの低下や労働災害の割合も高いと報告されています。運転中の居眠り事故やスペースシャトルチャレンジャー号の爆発事故も睡眠不足が関係しているといわれています。また睡眠障害の健康への影響については、血圧上昇、耐糖能低下から生活習慣病と関連するといわれています。最近はうつ病の患者さんが増加していますが、うつ病の症状として眠れないという訴えは多いようです。さらに長い目で見ますと短時間睡眠は短命との報告もあります。現代の24時間社会では寝ることを犠牲にしながら生活する傾向にあります。しかし、睡眠をしっかりとらえないと今話したようなさまざまな影響がでることともわかっています。このスライドでは眠りの重要性を理解していただくことと快適な眠りのためのアドバイスをお話したいと思います。



睡眠をとることは身体にどのような影響を及ぼすのか考えてみましょう。 ←  
 まずは

睡眠時と覚醒時に変化するホルモンはいくつかあります。まず、寝る子は育つというように成長ホルモンは睡眠中に分泌されます。寝始めの深い睡眠で、成長ホルモンが分泌され、骨や筋肉など体の成長が促されます。また、成長ホルモンには細胞の修復作用もあるため、女性に気になるお肌の荒れも癒している間にきれいにする役目があります。次に体の代謝をコントロールする甲状腺刺激ホルモンです。このホルモンも日中は低い分泌レベルですが、夜から睡眠中に最大に分泌されます。血糖値や血圧、免疫系に関与するコルチゾールですが、覚醒そのもので分泌が促されます。睡眠初期は最低となり分泌はほとんどなくなります。入眠後数時間してからまた分泌され、早朝にピークを迎えます。中途覚醒が多いと夜間の分泌が増加してしまいます。安定した睡眠をしっかりととることで、こうしたホルモンのバランスもおおむね、体の機能のコントロール、体力や疲労の回復につながっています。

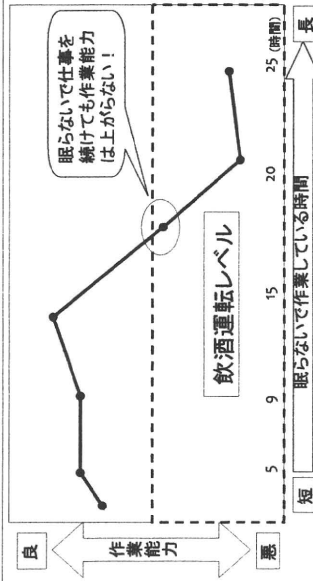


睡眠不足は高血圧、高脂血症、糖尿病との関連があると報告されています。不規則な睡眠習慣はコルチゾールの分泌増加や交感神経系の持続的亢進による血圧上昇、耐糖能異常により血糖値の上昇を認めるなど生活習慣病を発症します。この図は3000人以上の中国人を対象とした16年のコホート研究です。不眠の訴えのない人に比べると不眠の訴えのある人の脳梗塞発症率は1.8倍となることがわかっています。

Kuo-Liong Chien; Habitual Sleep Duration and Insomnia and the Risk of Cardiovascular Events and All-cause Death: Report from a Community-Based Cohort . *Sleep*. 2010 February 1; 33(2): 177-184

## 作業事故との関連

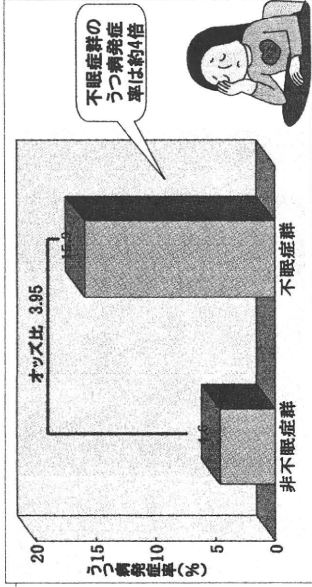
快適な眠りのために



スペースシャトルチャレンジャー号の爆発事故やスリーマイル島の原発事故は労働者の睡眠不足が原因であるといわれています。この図は24時間寝ないで単純作業をさせた場合の作業能力をみたものです。覚醒時間と作業能力には限界があり、24時間起きていて作業ができなくなります。その能力は一定の時間を超えると低下することがわかります。12時間から13時間が限界で、それ以上作業を続けると酒気帯び運転の状態と同じ作業能力でしかなくなることがわかります。17時間以上作業を続けた場合は、飲酒運転の状態と同じ能力しかありません。このように働かないで作業をしても作業能力を維持することはできず、かえって事故につながる可能性があります。忙しい時こそしっかりと睡眠をとり、効率の良い仕事をしましょう。(Dauson, D., Reid, K.: Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature, 388:235, 1997)

## うつ病との関連

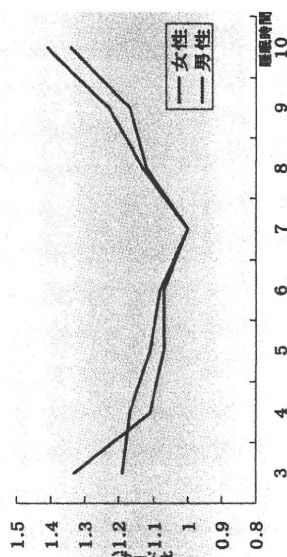
快適な眠りのために



うつ病の症状は、意欲の低下や不安、食欲の低下、胃腸障害などとさまざまですが、その中でも最初の兆候として入眠困難や中途覚醒といった睡眠障害があげられます。このグラフでもあるようにアメリカの調査によると3.5年のフォローアップによるうつ病の発症率は非不眠症群では4.6%であったのに対し、不眠症群では15.9%と高率です。オッズ比は3.95であり、不眠症群における大うつ病発症率は、非不眠症群に対し約4倍高いことがわかります。(Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry 1996 ; 39: 411-418.)

## 睡眠時間と死亡率との関連

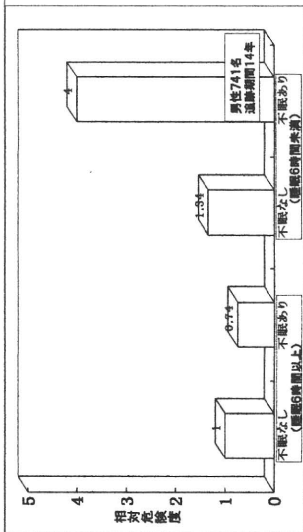
快適な眠りのために



睡眠時間と死亡率との関連を調べた多くの研究では、短時間睡眠と死亡率との間には有意な関連が示されていると報告しています。図で示しているのは、アメリカ人(110万人)の睡眠時間と死亡率との調査ですが、睡眠時間が7時間の人を基準にするとそれより睡眠時間が長くなると男性、女性とも死亡率は上昇する一方で、睡眠時間が短くなっても上昇していきません。睡眠時間と死亡率との関連は明らかになっていませんが、男性の場合は睡眠時間が短くなることにより死亡率が上昇していることをみると、何らかの仕事に関連した社会的要因が関係しているのではないかと考えます。(Mortality associated with sleep duration and insomnia; Kripke DF, 2002)

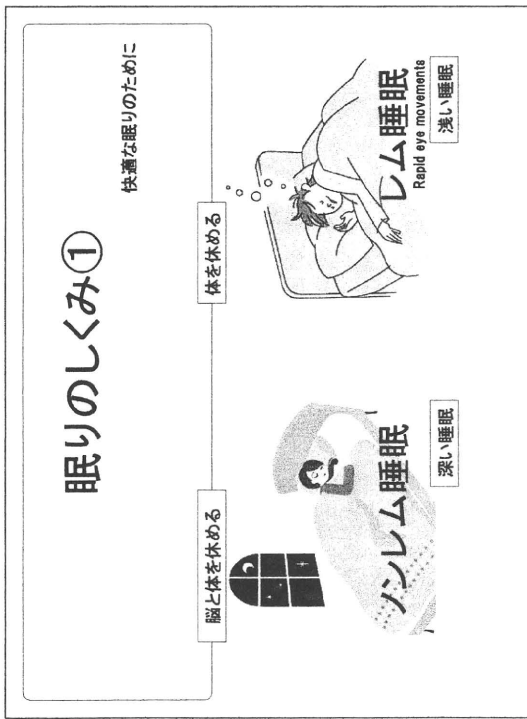
## 不眠と死亡率との関連

快適な眠りのために

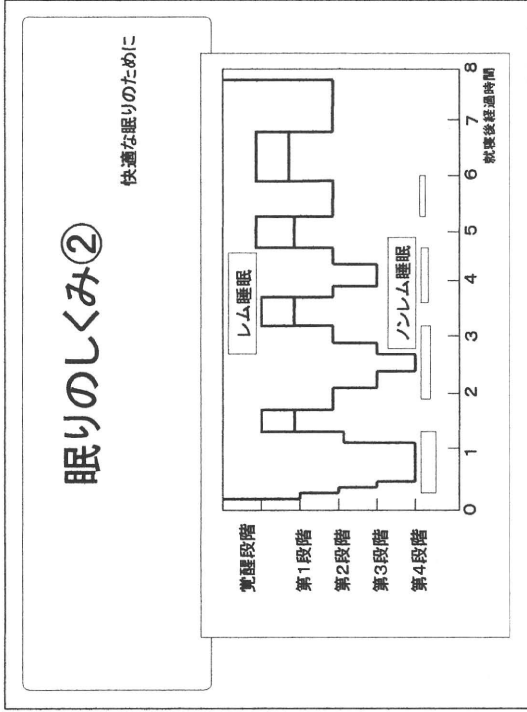


短時間睡眠と死亡率を調査した741人のコホート研究(14年)では、睡眠時間が6時間未満では死亡率の上昇を認めます。特に日頃から不眠の訴えがある睡眠時間6時間未満の男性の場合は、不眠の訴えがない睡眠時間6時間以上の人に比べると死亡率が4倍近いこととなります。

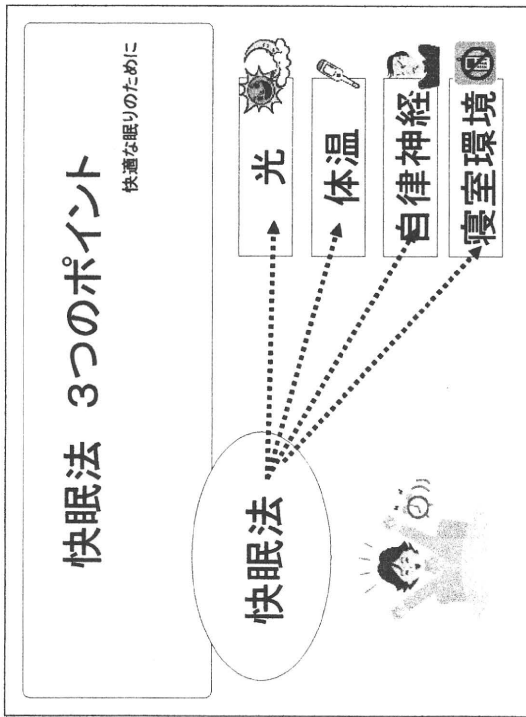
(Insomnia with short sleep duration and mortality; Alexandros N, sleep, vol. 33, No. 9, 2010)



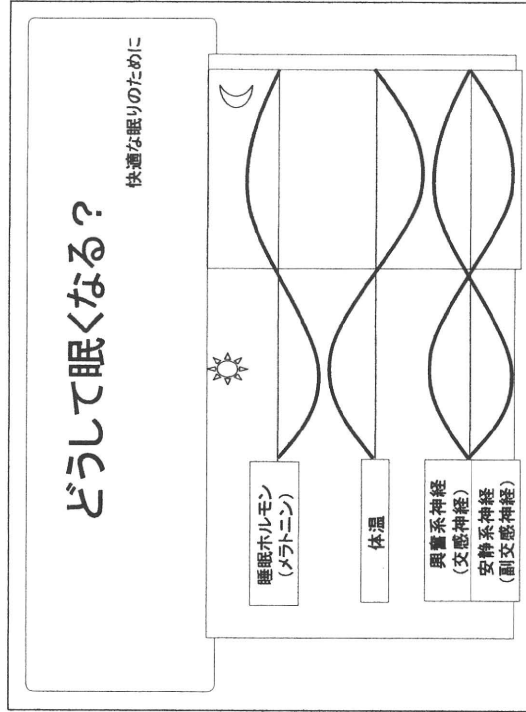
眠りには2つのタイプがあります。レム睡眠とノンレム睡眠です。レム睡眠とはRapid Eye Movementの略です。その名の通り眠っている間に眼球がウサギがぴょんぴょんと跳ねるかのようによく動くことがあります。レム睡眠では大脳は活性化していますが、全身の筋肉は緩み体がぐったりとしています。つまり体を休める浅い睡眠がレム睡眠ということになります。起きていた時の情報の整理や記憶の定着を行っています。夢はこの時に見ています。もう一つのタイプはレム睡眠ではない睡眠ということでノンレム睡眠とよばれています。ノンレム睡眠では大脳は休息状態になりますので深い睡眠とよびま



眠りはまずとうとうとしながらはじめられます。そしてすやすやぐぐつとりとノンレム睡眠の深い眠りにつきます。ノンレム睡眠は眠りの深さから第一段階から第四段階まで分類されます。いったん深い眠りにつくと徐々に浅い段階へ進んでいきます。レム睡眠は10分から30分程度続くと再度深いノンレム睡眠へと移行していきます。このノンレム睡眠とレム睡眠がセット90分程度であり、一晩に4から5回繰り返されていきます。眠りの深さそのものは、後半にいくにつれてだんだんと浅くなっていきます。レム睡眠は覚醒状態に近いので、この時に起こされると目覚めやすいこととなります。



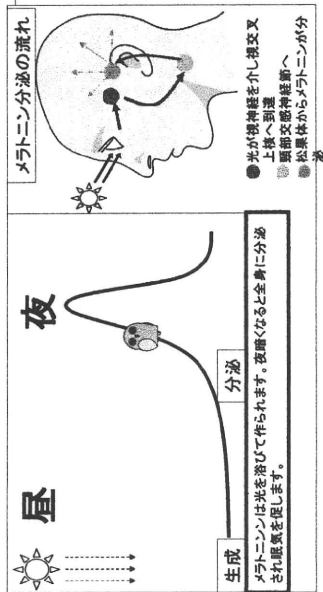
ここまでは睡眠の重要性や眠りのしくみについてお話しました。ここからは快適に眠るためにはどうしたらよいかお話したいと思います。快適な睡眠とは布団に入ったら速やかに眠れ、夜中に目覚めることもなく、朝氣持ちよく目覚めることです。昼間の眠気がないことも重要です。こうした状況を作るためにいくつかのポイントがあります。まず、光と眠気の関係です。朝日を浴びることで体を活動モードにすると同時に、夜の眠気の準備がはじまります。次に体温との関係です。体温は一日を通じて変化しています。この体温の変化と眠気が関係しています。次に自律神経と眠気との関係です。24時間昼夜を問わない生活からこのバランスが崩れてしまうことが多いようです。眠後に寢室の環境です。寢室がうるさかったり、明るすぎたり、暑かったりすることは入眠の妨げになります。快眠のポイントはこちらの条件を整えることにあります。



快眠法のポイントをもっと詳しくわかりやすく説明します。眠気には眠ホルモンメラトニンの分泌と自律神経のバランス、さらに体温の低下が関係しています。いずれも夕方から夜にかけてこの3つの条件が整いますと快適な睡眠がとれるということになります。

## メラトニンにより眠気は生じます

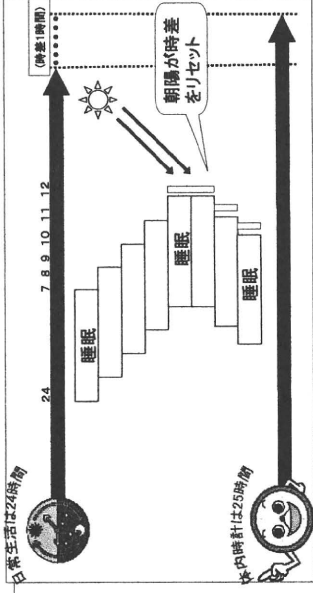
快適な眠りのために



眠気を生じさせる睡眠ホルモンメラトニンは朝陽を浴びることで作られます。光が視神経を介して視交叉上核、頭部交感神経節を経て、松果体でメラトニンが生成、分泌されるのです。実際に体全体に分泌されるのは日が落ち暗くなってからです。だいたい朝日起きてから14時間から16時間に分泌され眠気が生じるということになります。みなさんが夜眠くなるしくみがわかったと思います。夜明る環境ではメラトニンは分泌されにくいですから、夜は暗い環境が眠気を誘発するポイントになります。

## 眠りは体内時計に支配されます

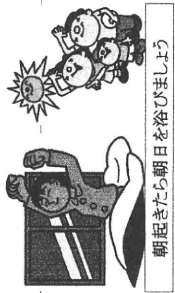
快適な眠りのために



私たちは1日24時間の中で生活しています。しかし、人間にそなわっている体内時計は25時間周期（概日リズム）なのです。よって、体内時計と24時間周期の生活では1時間のずれが生じます。このずれを修正してくれるのが朝陽なのです。もし光のない場所で生活したとすると体内時計と外部環境のずれがどんどんと開き、昼夜の逆転を生じてしまいます。

## 規則正しい食生活と運動

快適な眠りのために



朝起きたら朝日を浴びましょう



朝のラジオ体操やウォーキングをはじめましょう

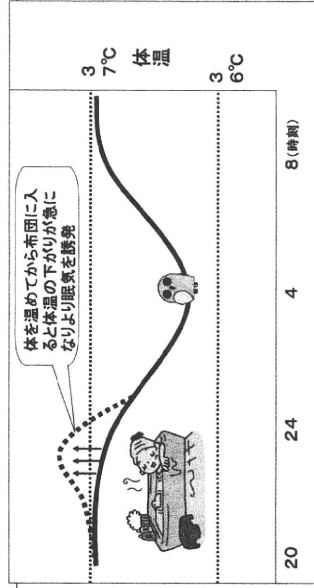


朝食を摂ることで心と体を目覚めさせましょう

体内時計をリセットするためにメラトニンを作ることが眼気のポイントですが、朝日を浴びるために起きたらラジオ体操をするのが一番良いかもしれませんが、しかし、時間に余裕がないとそうはいきません。朝日の入る窓際で新聞を読んだり朝食を摂るだけでも十分です。朝食は一日のリズムを作ることとエネルギー補給のために大切です。運動は朝だけでなく、夕方に行うことで適度な疲労感をまし入眠しやすい状態を作ります。

## 入浴の効果

快適な眠りのために

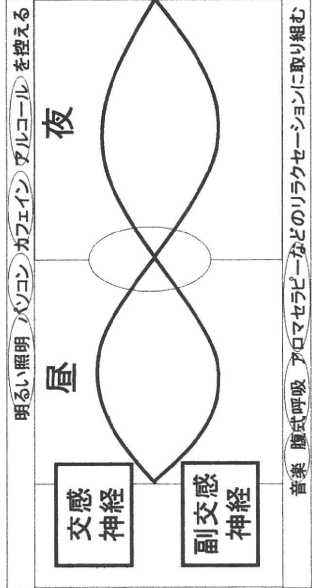


体温が下がるとともに眠気は誘発されます。寝る前にじっくりと湯船につかり体の芯から温めます。そして体がホカホカした状態で布団に入ることにより、体温の変化をきわなく感じることになります。入浴はシャワーだけで済ませずにじっくりと湯船につかる習慣をつけましょう。



## 入眠モードを整えましょう

快適な眠りのために



昼間は活動的な交感神経が優位となり、夜はリラクセスさせるような副交感神経が優位となります。夕方から夜にかけてこの2つの神経が逆転するわけですが、夜中になってもコンビニのような明るすぎる環境にあると交感神経は高ぶったまま入眠の状態に入れません。先ほども説明しましたが、寝る直前までのパソコンの操作や携帯電話でのメール、ゲームも入眠障害の原因になります。また、カフェインやタバコ、アルコールなど寝る前の摂取は習慣的にならうている方も多いようですが入眠の妨げになります。逆にリラクセスさせようとする副交感神経は夕方以降に優位になりますので、寝室でのリラクゼーションミュージックやアロマセラピー、腹式呼吸をすることは眠気につながります。

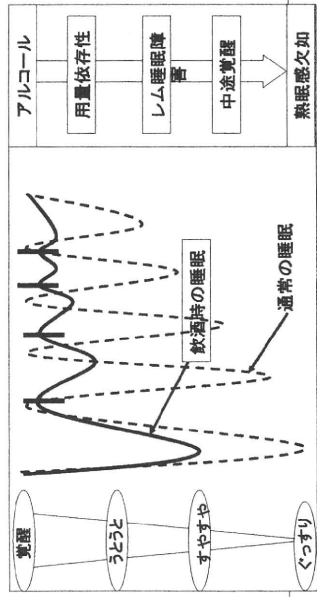
## カフェインは寝つきを悪くします

快適な眠りのために



カフェインは覚醒作用のある物質です。コーヒーを飲むとよく眠れないといえます。カフェインの効果は摂取後30分位から生じます。その効果は3時間から4時間続きます。だいたい100mgから150mg摂取するとはつきりとした覚醒作用を得られます。コーヒー100mlで60mgのカフェインが含まれています。マグカップ一杯(200ml)のコーヒーを飲むと目がパッチリするのがわかります。注意してほしいのは、カフェインはコーヒーだけに含まれていないのではありません。紅茶や緑茶でもカフェインは含まれています。また、栄養ドリンクなどもカフェインが含まれています。夜に栄養ドリンクを飲むと眼がさえますが、かえって眠れなくなることがあります。摂取したカフェインが体からなくなるには8時間くらいはかかります。午後から夕方にかけてはカフェインを含んだ飲み物は控えたほうがよいでしょう。最近ではノンカフェインといった飲料水もあります。

## お酒は眠りの妨げになります



夜寝る前にお酒を飲むと眠れるといった方がいますが、アルコールはリラクゼーション効果があり寝つきはよいのですが、睡眠そのものは浅く、また中途覚醒なども多く熟眠感は得られません。また、アルコールは依存性やアルコールの量が増えていく傾向にあり、体にとってもよくありません。

## リラクゼーションできる寝室の環境を

快適な眠りのために

- \* 寝室は暗く・静かで・過ごしやすい室温  
室温24～26℃(夏)、12～14℃(冬)、湿度50～60%
- \* 枕やマットレスの調整もポイント
- \* テレビやパソコンは持ち込まない

眠れない場合は、  
寝室を出て眠く  
なるのを待つ

快適に眠るための知識は十分に得ることができましたので、今度は寝室の環境についてお話しします。まず、寝室は暗く、静かで、過ごしやすい室温にすることです。寝る前には寝室をうす暗くしたり、間接照明などを使って心を落ち着かせます。朝日を浴びることは大切ですが、夏は日の出が早いですが遮光カーテンを使用するとよいでしょう。また、時計の音が気になる場合は、デジタル式の時計に変えるなど替えましょう。室温は夏であれば24～26℃くらい、冬であれば12～14℃くらいがよいでしょう。エアコンは一晩中使用するのではなくタイマーを使って2時間程度で切れるような設定がよいでしょう。室温だけでなく湿度も重要です。50～60%程度に設定するとよいでしょう。一晩中エアコンを使用するとかえって体調を悪くすることもあります。どうしても暑い場合は扇風機やエアコンのドライ機能を使いましょう。寝具や寝間着についても重要です。枕は高さや硬さがポイントになります。自分の首と頭につけにくい原因になります。高かったり硬すぎたりすると肩こりや寝つけにくい原因になります。デパートの寝具売り場では枕のアドバイザーがいるところもあるようです。ぜひ利用してみてください。寝間着については、体にフィットしたものはなくゆとりのあるものを選びましょう。肌触りも重要ですが、就寝中の発汗は意外と多いですから吸湿性の良い素材の寝間着を選びましょう。また、よく布団を変えたり、ベッドを変えたりすることで寝つけないということがあります。マットレスは硬すぎず、柔らかすぎず自分にあったものを選びましょう。寝室でテレビを見る人やインターネットをする人がいますが、テレビやインターネットを見ながらやいな映像や音が発信されますから、神経が高ぶってしまいます。寝室にはテレビやインターネットの環境をもちこまず寝るためだけの落ち着いた空間にしましょう。眠れない場合は一度寝室を出るのがよいでしょう。

## 自分にあったリラククス法を

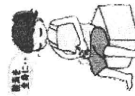
快適な眠りのために



寝る前にリラクゼーションミュージックやアロマセラピーを使用することで高ぶった神経を和ませる



ストレッチや腹式呼吸をすることでからだ全体をリラックス

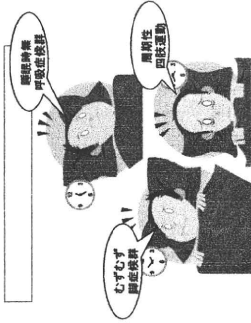


軽装で歩く

先ほどのスライドであったように寝る前に自分なりのリラククス法を見つけてることが大切です。最近ではリラクゼーションのための様々なアイテムが紹介されています。ラベンダーの香りは快眠のためのアロマとして注目されています。タイムルが必ず眠れるCDといったリラククス法を見つけてください。香りや音楽だけでなく筋肉を和らげるストレッチ、腹式呼吸をすることで心身がリラククス状態へと導かれます。こういった行為は睡眠儀式といわれ、寝る前にこれを行うことで眠れるのだという暗示的効果もあります。余談になりますが、昼間眠くなった場合の昼寝は30分程度にとめてください。睡眠のリズムがくわってしまいうため、夜眠れなくなってしまうです。

## 睡眠障害は専門医に相談を

快適な眠りのために



\* 寝つけない  
\* 夜中に目が覚めてしまう  
\* 朝早く目が覚めてしまう  
\* 熟眠感がない  
\* 寝てるのに昼間眠い  
上記の場合は、睡眠専門医に相談することをおすすめします。

今まで話したことを取り組んでも快適な睡眠をえられない場合は、睡眠の専門医に相談することをおすすめします。例えば睡眠時無呼吸症候群がありまたり、これは肥満で気道が狭くなったり、舌、扁桃腺が大きいたいびきをかいり性四肢運動といて、夜間に足に異常な感覚を覚え、足を動かしたいという衝動にかられ不眠をもたらししてしまいます。いずれも適切な治療をすることにより睡眠障害が改善します。生活習慣の見直しをほかっても睡眠障害が改善しない場合は、睡眠専門医に相談しましょう。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

研究課題名：職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に  
関する研究  
分担研究報告書

大学病院における復職支援ダイケアで  
実施されている復職支援プログラムから見た、  
新たな精神疾患罹患労働者への対応に関する留意点の検討

研究分担者 黒木 宣夫 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・教授

研究協力者 時田 征人 東邦大学医療センター佐倉病院  
(報告書作成者) メンタルヘルスクリニック職場復帰支援ダイケアセンター

研究協力者 大塚 太 〃  
松田由美江 〃  
砂川 裕之 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・助教  
桂川 修一 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・准教授

研究要旨

躁うつ病を含む気分障害患者が増え続けている。この要因の一つには従来型のうつ病と異なった気分障害圏の病態を呈する“うつ病”患者が増えていると指摘されている。このことは、同時に職域において“うつ病”患者が休務に至る事例が増えていることと無関係とは言えない。職域においてこうした労働者への復職支援はまだ完全とは言えず、その支援のための人材育成を含めたシステム構築が急務である。

一方こうした労働者の治療にあたる医療においては、事業場外施設としてのリワークが、医療機関では精神科ダイケアや外来作業療法と言う形での復職支援を行っている。リワークは、当初は従来型のうつ病を想定して始まった。当院においてもそのように想定して開始した。しかし、現在では従来型のうつ病と異なった気分障害圏の病態を有する労働者を受け入れざるを得なくなっている。

そこで、本論文では、当院における復職支援への取り組みの実践活動を、具体的な事例とともに整理し、その上で職域と臨床の連携を精査して、労働者に対して適切な対応をいかに行うべきかについて検討を行った。また最近では、利用者の半数近くを公務員が占めることがあるため、公務員と民間企業に分けての考察を試みた。

## A. 研究目的

厚生労働省患者調査が示しているように躁うつ病を含む気分障害患者が増え続けている<sup>1)</sup>。この増加の一つには従来型のうつ病と異なった気分障害圏の病態を呈する“うつ病”患者が増えていると指摘されている<sup>2)3)4)</sup>。このことは、同時に職域において“うつ病”患者が休務に至る事例が増えている<sup>5)6)7)</sup>ことと無関係とは言えないだろう。職域においてこうした労働者への復職支援はまだ完全とは言えず、その支援のための人材育成を含めたシステム構築が急務である。

一方こうした労働者の治療にあたる医療においては、事業場外施設としてのリワークが、医療機関では精神科デイケアや外来作業療法と言う形での復職支援を行っている。リワークの歴史は1997年からと浅いが、当初は従来型のうつ病を想定して始まった。当院においてもそのように想定して開始した。しかし、現在では従来型のうつ病と異なった気分障害圏の病態を有する労働者を受け入れざるを得なくなったのも事実である。

当院においても、その病態は様々である。そこで本論文では職場における新たな精神疾患に罹患した労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究の一部として、当院における復職支援への取り組みの実践を報告し、かつまた実践的な対応としての示唆を得るために事例を紹介し、その上で職域と臨床の連携を精査し、労働者に対して適切な対応をいかに行うべきか示唆を得ることを目的とする。また最近では実に利用者の半数近くを公務員が占めることがあるので、公務員と民間企業に分けての考察を試みる。

当院における復職支援への取り組みから、職域と臨床の連携を精査し、労働者に対して適切な対応をいかに行うべきか示唆を得ることを目的とする。

## B. 研究方法

当院復職支援デイケアの実践および事例を報告し、利用者の特徴を捉える。

対象：東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニックデイケアセンター（以下当院リワーク）の利用した者で、在職にある者。

（倫理的配慮）

利用者の氏名や所属先が特定出来ないように配慮する。また事例に関しては、本稿の論旨に沿うように差し障りのない範囲で加工する。

（用語の操作的定義）

利用者：当院デイケア利用者。

休務：精神疾患を事由に有給休暇・療養休暇や休職制度等を利用している状態。

復職：休務の状態から賃金の発生する状態で職場に復帰すること。

リハビリ勤務：休務の状態・賃金の発生しない状態で職場で職務に近い作業をすること。

デイケア終了：復職・リハビリ勤務やそれに準じた事由でのデイケア利用の終了。

デイケア中断：デイケア再利用を視野に入れたデイケア利用の一時的な休止の状態。

デイケア中止：デイケアの再利用を視野に入れないデイケア利用の終了。

## C. 研究結果

### C-1. 当院デイケアについて

当院のデイケアは2007年10月に開設をした。施設基準は大規模デイケア（131.94平米）である。従来のデイケアとされる統合失調症モデルではなく、うつ病・不安障害に罹患し休務している労働者を対象とした復職支援に特化したデイケアである。

スタッフは常勤専従スタッフとして作業療法士1名・精神保健福祉士1名・看護師1名、常勤非専従スタッフとして臨床心理士1名が週1回3時間従事している。また精神科医1名が隔週1回3時間従事している。

当院は周辺病院や診療所との連携を強化しており、主治医を変更せずに、つまり転院せずにデイケアのみの利用を可能としている。但しその場合にも当院の医師の診察は当然受けることとなる。デイケアでの状況は、利用者が主治医受診時に報告することももちろんであるが、デイケアスタッフが作成する活動状況報告書を、本人経由で主治医へ渡し、定期的に情報の提供を行っている。

運営は月曜日から金曜日、9時30分から16時までとし、うち9時30分から12時30分を午前ショートケア、13時から16時までを午後ショートケアとしている。

各プログラムは以下に示す通りであり、週替わりや月替わりとしたことはなく年間を通して固定したプログラムを行っている（表1）。各プログラムの概要については①オフィスワークは基礎的作業能力回復支援である。②生活習慣プログラムは生活習慣改善支援であり、療養期間における生活指導である。③ストレスマネジメントプログラムはストレスに対する対処技能獲得訓練である。④スモールグループコミュニケ

ーションはコミュニケーションに視点を置いた支援である。⑤心理教育は再発予防のための疾病教育支援である。⑥ボディワークは基礎体力回復支援である。⑦グループミーティングは復職間近あるいは強く意識した者を対象にしたさらに凝集性の高いグループで、実際に職場に行っている者と次に続く者どうしでのエンパワメントを目的としたプログラムである。これら7つのプログラムは、生活習慣プログラムを残る6つのプログラムが囲むような概念イメージである<sup>8)</sup>。

当院のリワークの2007年10月から2010年10月時点で利用を終えた者（終了・中止・中断）は、168名であった（男性133名、女性35名、延べ人数）（表2）。利用開始時の平均年齢は41.0歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が5.4%、25歳以上29歳未満が4.8%、30歳以上34歳未満が13.1%、35歳以上39歳未満が22.0%、40歳以上44歳未満および45歳以上49歳位未満が16.7%、50歳以上54歳未満が17.3%、55歳以上59歳未満が3.6%、60歳以上が0.6%であった（図1）。紹介患者は62%であり、転院は3%であり、当院の患者は35%であった（図2）。民間企業の在職者は64%、国家公務員・地方公務員の在職者は32%、公的機関（便宜上準公務員とした）に在職するものは4%いた（図3）。平均の利用期間（利用初日から利用最終日までの期間）は179日であった（表3）。疾病分類を見るとうつ病（F31）66%、双極性感情障害（F31）9%、他の不安障害（F41）3%、適応障害（F43）2%、他の神経症性障害（F48）15%、統合失調症（F20）3%、その他2%となっている（図4）。つまり気分障害（F3）75%、神経症障

害（F4）20%、統合失調症（F20）3%、その他2%であった（図5）。休務からデイケア利用までの期間（不明の2名除く）は、30日未満が18.1%、30日以上60日未満が9.0%、60日以上90日未満が7.8%、90日以上120日未満が5.4%、120日以上150日未満が4.2%、150日以上180日未満が6.6%、180日以上210日未満が7.2%、210日以上240日未満が3.6%、240日以上270日未満が2.4%、270日以上300日未満および300日以上330日未満がともに4.2%、330日以上360日未満が3.0%、360日以上が24.1%であった（図6）。転帰理由を見ると終了が71%、中断が8%、中止が21%であった（図7）。詳細を見ると復職が62%、リハビリ勤務開始が4%、転職が1%、他機関への移動が2%、退職が2%、症状悪化が8%、その他21%であった（図8）。上記前者3項目を復職達成とみなすと復職達成群が65%、未達成群が35%であった（図9）。復職達成群は110名（男性93名、女性17名、延べ人数）（表2）であり、平均利用期間は185.0日であった（表3）。復職達成群の利用開始時の平均年齢は42.4歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が1.8%、25歳以上29歳未満が4.5%、30歳以上34歳未満が11.8%、35歳以上39歳未満が20.9%、40歳以上44歳未満が17.3%、45歳以上49歳未満および50歳以上54歳未満がともに19.1%、55歳以上59歳未満が4.5%、60歳以上が0.9%であった（図10）。復職達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明の1名除く）は、30日未満が20.2%、30日以上60日未満が9.2%、60日以上90日未満および90日以上120日未満がともに6.4%、120日以上150日未満が5.5%、150日以上180

日未満が7.3%、180日以上210日未満が5.5%、210日以上240日未満が4.6%、240日未満および300日以上330日未満がともに4.6%、330日以上360日未満が1.8%、360日以上が22.9%であった（図12）。対して復職未達成群は58名（男性40名、女性18名、延べ人数）（表2）であり、平均利用期間は167.7日であった（表3）。復職達成群の利用開始時の平均年齢は38.3歳であった。内訳は20歳以上24歳未満が12.1%、25歳以上29歳未満が5.2%、30歳以上34歳未満が15.5%、35歳以上39歳未満が24.1%、40歳以上44歳未満が15.5%、45歳以上49歳未満が12.1%、50歳以上54歳未満が13.8%、55歳以上59歳未満が1.7%であった（図11）。復職未達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明の1名除く）は、30日未満が14.0%、30日以上60日未満が8.8%、60日以上90日未満が10.5%、90日以上120日未満が3.5%、120日以上150日未満が1.8%、150日以上180日未満が5.3%、180日以上210日未満が10.5%、210日以上240日未満が1.8%、240日以上270日未満が5.3%、270日以上300日未満および300日以上330日未満がともに3.5%、330日以上360日未満が5.3%、360日以上が26.3%であった（図13）。

当院は医療機関のリワークデイケアであるので、公務員の利用が静的に半数を占めることがある。次に民間企業と公務員のデータをそれぞれ示す。

当院のリワークの2007年10月から2010年10月時点で利用を終えた者（終了・中止・中断）のうち民間企業の者は、108名である（男性87名、女性21名、延べ人数）

（表 2）。利用開始時の平均年齢は 40.5 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 4.6%、25 歳以上 29 歳未満が 5.6%、30 歳以上 34 歳未満が 13.0%、35 歳以上 39 歳未満が 20.4%、40 歳以上 44 歳未満が 22.2%、45 歳以上 49 歳位未満が 18.5%、50 歳以上 54 歳未満が 12.0%、55 歳以上 59 歳未満が 2.8%、60 歳以上が 0.9%であった（図 14）。紹介患者は 60%であり、転院は 5%であり、当院の患者は 35%であった（図 15）。平均の利用期間（利用初日から利用最終日までの期間）は 164.5 日であった（表 3）。疾病分類を見るとうつ病（F31）60%、双極性感情障害（F31）10%、他の不安障害（F41）3%、適応障害（F43）4%、他の神経症性障害（F48）17%、統合失調症（F20）3%、その他 3%となっている（図 16）。つまり気分障害（F3）71%、神経症障害（F4）23%、統合失調症（F20）3%、その他 3%であった（図 17）。休務からデイケア利用までの期間（不明の 1 名除く）は、30 日未満が 18.7%、30 日以上 60 日未満が 11.2%、60 日以上 90 日未満が 6.5%、90 日以上 120 日未満および 120 日以上 150 日未満がともに 4.7%、150 日以上 180 日未満が 5.6%、180 日以上 210 日未満が 7.5%、210 日以上 240 日未満が 4.7%、240 日以上 270 日未満が 2.8%、270 日以上 300 日未満が 5.6%、300 日以上 330 日未満が 4.7%、330 日以上 360 日未満が 1.9%、360 日以上が 21.5%であった（図 18）。転帰を見ると終了が 75%、中断が 7%、中止が 18%であった（図 19）。詳細を見ると復職が 64%、リハビリ勤務開始が 1%、転職が 1%、他機関への移動が 4%、退職が 4%、症状悪化が 9%、その他 17%であった（図 20）。上記前者 3 項目を復職達成とすると復職達成群

が 67%、未達成群が 33%であった（図 21）。民間企業の復職達成群は 72 名（男性 62 名、女性 10 名、延べ人数）（表 2）であり、平均利用期間は 168.9 日であった（表 3）。民間企業の復職達成群の利用開始時の平均年齢は 41.9 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 1.4%、25 歳以上 29 歳未満が 4.2%、30 歳以上 34 歳未満が 11.1%、35 歳以上 39 歳未満が 19.4%、40 歳以上 44 歳未満が 23.6%、45 歳以上 49 歳未満が 22.2%、50 歳以上 54 歳未満が 12.5%、55 歳以上 59 歳未満が 4.2%、60 歳以上が 1.4%であった（図 22）。民間企業の復職達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明の 1 名除く）は、30 日未満が 21.1%、30 日以上 60 日未満が 11.3%、60 日以上 90 日未満が 5.6%、90 日以上 120 日未満が 7.0%、120 日以上 150 日未満が 5.6%、150 日以上 180 日未満が 7.0%、180 日以上 210 日未満および 210 日以上 240 日未満が 5.6%、240 日以上 270 日未満が 1.4%、270 日以上 300 日未満が 5.6%、300 日以上 330 日未満が 4.2%、360 日以上が 19.7%であった（図 24）。民間企業の復職未達成群は 36 名（男性 25 名、女性 11 名、延べ人数）（表 2）であり、平均利用期間は 155.6 日であった（表 3）。民間企業の復職未達成群の利用開始時の平均年齢は 37.6 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 11.1%、25 歳以上 29 歳未満が 8.3%、30 歳以上 34 歳未満が 16.7%、35 歳以上 39 歳未満が 22.2%、40 歳以上 44 歳未満が 19.4%、45 歳以上 49 歳未満および 50 歳以上 54 歳未満がともに 11.1%であった（図 23）。民間企業の復職未達成群の休務からデイケア利用までの期間は、30 日未満が 13.9%、30 日以上 60 日未満が 11.1%、60



日以上 90 日未満が 8.3%、120 日以上 150 日未満および 150 日以上 180 日未満がともに 2.8%、180 日以上 210 日未満が 11.1%、210 日以上 240 日未満が 2.8%、240 日以上 270 日未満・270 日以上 300 日未満・300 日以上 330 日未満および 330 日以上 360 日未満がともに 5.6%、360 日以上が 25.0%であった（図 25）。

次いで当院のリワークの 2007 年 10 月から 2010 年 10 月時点で利用を終えた者（終了・中止・中断）のうち公務員は、60 名であった（男性 46 名、女性 14 名、延べ人数）（表 2）。利用開始時の平均年齢は 41.9 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 6.7%、25 歳以上 29 歳未満が 3.3%、30 歳以上 34 歳未満が 13.3%、35 歳以上 39 歳未満が 25.0%、40 歳以上 44 歳未満が 6.7%、45 歳以上 49 歳未満が 13.3%、50 歳以上 54 歳未満が 26.7%、55 歳以上 59 歳未満が 5.0%であった。（図 26）。紹介患者は 67%であり、当院の患者は 33%であった（図 27）。平均の利用期間（利用初日から利用最終日までの期間）は 205.2 日であった（表 3）。疾病分類を見るとうつ病（F31）75%、双極性感情障害（F31）7%、他の不安障害（F41）3%、他の神経症性障害（F48）12%、統合失調症（F20）3%となっている（図 28）。つまり気分障害（F3）82%、神経症障害（F4）15%、統合失調症（F20）3%となる（図 29）。休務からデイケア利用までの期間（不明の 1 名除く）は、30 日未満が 17.5%、30 日以上 60 日未満が 5.3%、60 日以上 90 日未満が 10.5%、90 日以上 120 日未満が 7.0%、120 日以上 150 日未満が 3.5%、150 日以上 180 日未満が 8.8%、180 日以上 210 日未満が 7.0%、210 日以上 240 日未満・240 以上 270 日未満および 270 日

以上 300 日未満がともに 1.8%、300 日以上 330 日未満が 3.5%、330 日以上 360 日未満が 5.3%、360 日以上が 29.8%であった（図 30）。転帰理由を見ると終了が 63%、中断が 10%、中止が 27%であった（図 31）。詳細を見ると復職が 55%、リハビリ勤務開始が 8%、症状悪化が 7%、その他 30%であった（図 32）。上記前者 2 項目を復職達成とすると復職達成群が 63%、未達成群が 37%であった（図 33）。公務員の復職達成群は 38 名（男性 31 名、女性 7 名、延べ人数）（表 2）であり、平均利用期間は 215.5 日であった（表 3）。公務員の復職達成群の利用開始時の平均年齢は 43.2 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満が 2.6%、25 歳以上 29 歳未満が 5.3%、30 歳以上 34 歳未満が 13.2%、35 歳以上 39 歳未満が 23.7%、40 歳以上 44 歳未満が 5.3%、45 歳以上 49 歳未満が 13.2%、50 歳以上 54 歳未満が 31.6%、55 歳以上 59 歳未満が 5.3%であった（図 34）。公務員の復職達成群の休務からデイケア利用までの期間は、30 日未満が 18.4%、30 日以上 60 日未満が 5.3%、60 日以上 90 日未満が 7.9%、90 日以上 120 日未満および 120 日以上 150 日未満がともに 5.3%、150 日以上 180 日未満が 7.9%、180 日以上 210 日未満が 5.3%、210 日以上 240 日未満および 270 日以上 300 日未満がともに 2.6%、300 日以上 330 日未満および 330 日以上 360 日未満がともに 5.3%、360 日以上が 28.9%であった（図 36）。公務員の復職未達成群は 22 名（男性 15 名、女性 7 名、延べ人数）（表 2）であり、平均利用期間は 187.4 日であった（表 3）。公務員の復職未達成群の利用開始時の平均年齢は 39.6 歳であった。内訳は 20 歳以上 24 歳未満および 30 歳

以上 34 歳未満が 13.6%、35 歳以上 39 歳未満が 27.3%、40 歳以上 44 歳未満が 9.1%、45 歳以上 49 歳未満が 13.6%、50 歳以上 54 歳未満が 18.2%、55 歳以上 59 歳未満が 4.5%であった（図 35）。公務員の復職未達成群の休務からデイケア利用までの期間（不明 1 名除く）は、30 日未満が 14.3%、30 日以上 60 日未満が 4.8%、60 日以上 90 日未満が 14.3%、90 日以上 120 日未満・150 日以上 180 日未満および 180 日以上 210 日未満がともに 9.5%、240 日以上 270 日未満および 330 日以上 360 日未満がともに 4.8%、360 日以上が 28.6%であった（図 37）。

## C-2. 事例検討

### ・事例 1

50 歳代。大学卒業後地方公務員として就職。現部署への異動後に発症、休務となった。

X 年それまでの業務とは異なる課への異動となった。X+1 年仕事が手に付かなくなり、職場に行っても何をしてよいのかわからない状態になった。また上司より業務内容に指導が入り、1 年間で徒労と終わったと感じたと言う。年度明けに A 病院を受診、薬物療法開始とともに休務なった。同年 Y 月になり復職を願い出たところ、上司の勧めもありリワークプログラム利用のために B 病院へ転院となった。

デイケア利用前インタビュー面接時自宅療養時の生活状況は 0 時就寝 10 時起床と言うも、何かあれば起きられるということで、午前中（9：30-12：30）のプログラムを導入した。プログラムを漸増していき、比較的順調に Y+2 月に週 5 日デイケア（9：30-16：00）に至った。プログラムを通して

労働生活に沿った睡眠・起床のリズムの獲得は早々に達成された。

デイケア：対人緊張が高く、コメントが長くなると震えや発言内容がまとまりに欠けることがあった。集団やという流れの中でのコメントは不得手なようで発言内容は表層的となることが目立った。

診察室：デイケアが週 5 日を導入した週に「毎日デイケアに参加できています」と主治医に報告し、三者面談（職場関係者同席の診察）を希望した。Y+3 月 1 回目の三者面談となり、Y+5 月からのリハビリ勤務を希望した。しかしさらなる一定期間のデイケア利用を伝えられると「先週休んだのが（デイケアスタッフに）印象が悪くなった」と発言した。このとき職場関係者に対しては、所属部署が合わないことを伝えた。同時に主治医より、業務について合わない点を整理するという課題を出された。

デイケア：上記課題に取り組む様子も見られず、スタッフが介入し開始した。作成後スタッフに提出してきたが、その内容は「現部署に異動になるまではアットホームな雰囲気・気楽に楽しく仕事できた」「内輪話ができない」「明るく、冗談を言える人がいない」「休憩室に将棋を打ちに行けない」「役職付きになのに電話対応をしなければいけない」「単身の上司は他にすることがないから仕事人間、部下も仕事人間」「間違いなく自分が昇進すべきだったのにできなかった」と環境や状況に対する不満が散見された。担当スタッフとの個別面談を通して、話の内容は深まらず、終始先の面談で異動を考慮してくれたので、現職場でなければ問題はないということをやんわりと主張した。またプログラム内におい

でも、自身の職場環境の悪さをことさら強調していた。しかしこの際は他メンバーからの同意は得られず、他メンバーの発する助言に顔をしかめる姿もあった。

デイケア：週5日のデイケアは遅刻・欠席はなく経過するも、職場環境を休務の要因ととらえず原因ととらえる発言は継続する。また異動の対象となる時期を気にしだし、それに合わせるように人事担当者が作成するような業務配慮を記した書類を作成しスタッフに示してやることもあった。担当スタッフとの面接時は、自身に都合が悪いと感じると話の途中でも、「はい。わかりました。」を繰り返し、話を最後まで聴こうとしない態度であった。その都度、指摘し内省を促した。

診察室：Y+5月2回目の三者面談。デイケアの出席率が高く、抑うつ症状が消退していることを確認し、Y+6から1ヶ月間のリハビリ勤務が内定する。リハビリ勤務期間はデイケアと併用であったが、スタッフに対して、デイケアの軽減を求めてきた。これは主治医に確認し断る事になり、本人もすんなり受け入れた。以降はデイケア内では目立つことなくリハビリ勤務が開始された。

#### ・事例2

30代男性。大学を卒業後地方公務員として就職。X年に現職場に異動となる。上司からの厳しい指導を受け、人前で叱責を受けることもあった。当初は我慢をしていたが、X+1年業務負荷も大きくなり、不眠・集中力低下出現、Dクリニック受診・治療開始、休務となった。1ヶ月ほどで症状安定し、自ら午前中に新聞を読む・体力をつ

けるために外出をするという行動がとれていた。インターネットでリワークプログラムを調べ、主治医に相談し、B病院のリワークプログラムを利用開始となった。B病院の初診時やインテーク面接では、「現在は仕事をしていないことに罪悪感がある」と言い、1ヶ月後のY月からの復職を希望した。この時点で起床・就寝のリズムはほぼ確立していた。休務からおよそ3ヶ月を経たのデイケア利用であった。「また同じことを繰り返してしまうのではないかと不安はある」という一方で、利用開始直後より1ヶ月後の復職を希望し、考えを変えることはなかった。主治医とも1ヶ月後の復職の方向で話が進められており、調整は難しいと思われた。体調の自己評価は「よくなっている」というも、デイケアスタッフからの他覚的な評価は表情に乏しいというものであった。利用開始10日後には、主治医と1ヶ月後の復職を確認し、かつ職場関係者との連絡をとって復職の段取りを確認したとの報告を受ける。この時点でデイケアスタッフから再発予防の重要性や職場環境の調整の重要性を伝えるも本人の復職への意思が固いことを認めるに至った。その上でリワークプログラムの限界を説明し、プログラムの増加をイレギュラーな形ではあったが増やすこととした。並行して本人と職場関係者と話し合いがもたれ、リハビリ勤務は利用可能であったが、異動という配慮がなされたこともあり、「異動させてくれた期待に応えたい」という思いが強く、Y月から復職が決定となった。スタッフとの面接では、都度内省を促したが「異動させてもらえるので大丈夫です」と内省には至らなかった。また同時にリハビリ勤務を

利用するように促したが本人が受け入れることはなかった。その後復職可の診断書が提出され本人の希望通りに Y 月から復職となった。デイケアの利用期間は 26 日であった。D クリニックの患者であったためその後の経過は不明であったが、復職してから 3 ヶ月後に外来に「不安で仕事が手につかない。転院をしたい。」との連絡が入った。外来スタッフが転院の手続きを説明したが、その後の連絡はなく、経過は不明である。

#### D. 考察

##### D-1. 当院デイケアについて

当院リワーク利用者の特徴は、年齢は 35 歳以上 39 歳未満が 22.0%と一番多く、40 歳以上 44 歳未満および 45 歳以上 49 歳未満がともに 16.7%、50 歳以上 54 歳未満は 17.3%と拮抗している。民間企業では 40 歳以上 44 歳未満が 22.2%を中央としほぼ正規分布をなしている。対して公務員は、35 歳以上 39 歳未満と 50 歳以上 54 歳未満の二峰性のグラフを形成した。35 歳以上 39 歳未満は 1971 年から 1975 年生まれであり、就職時（1994-1998 頃）はバブル経済崩壊直後の世代であり、50 歳以上 54 歳未満は 1956 年から 1960 年生まれで、就職時（1979-1983 頃）はバブル経済の幕開け直前に当たる。

休務からデイケア利用までの期間をみると、全利用者・民間企業・公務員共に 360 日以上つまりおよそ 1 年以上の自宅療養を経ての利用者が一番多い。自宅療養期間が長ければ労働生活とは異なった生活習慣が形成され、労働生活に見合った生活習慣を再構築することは容易とは言えない。また長期療養期間によって、復職へのイメー

ジがつきにくくなり、さらに療養期間が長期化することが予想される。そうした悪循環が復職を困難にさせている要因の一つではないだろうか。自治体や企業の産業保健スタッフが事業場外資源としてリワーク利用の情報提供を休務者に行うことがスムーズな復職の要因になると考える。また、従来型でないうつ病の場合には、必ずしも長期の療養が効を奏さないことが多いことが指摘されている<sup>9)</sup>ことから、休務している労働者に対してタイミングを見てリワーク利用の情報提供を行うことは、スムーズな復職の要因になりえると考えられる。そしてこのタイミングをつかむためには、休務している労働者と定期的に連絡をとることが、休務者に対する安全配慮となる<sup>10)</sup>。さらに現実的には諸問題はあろうと思われる<sup>11)</sup>が、ターニングポイントにおいて主治医の診察に同伴し、回復の程度・復職時の勤務形態（残業制限・時短勤務・リハビリ勤務の可否等）を確認していくことが必要となるであろう。このときには、上記の確認に加えて、休務している労働者の職場での状況を主治医に伝えていくことも重要である。もちろん個人情報保護の問題をクリアにすることは当然である。

リワークの転帰であるが、復職達成群が全体では 65%であったが、民間企業と公務員とで見ると、民間企業は 67%であり、公務員は 63%であった。利用期間の平均をみると全体では 179.0 日であり、民間企業は 164.5 日、公務員は 205.2 日であり、公務員の方がおよそ 40 日多い。これは、民間企業は規模にもよるが公務員と単純に比較すると、設定される療養期間が短期である傾向がみられること、給与保障等の制度的・