

験し復職に至った双極性障害のケースを提示してみる。

【クライアント】A 50歳代 男性

【初診時診断】 双極II型障害

【家族】母親、妻、子供と同居。

【主訴】仕事に対して全く自信がなくなった、集中力・思考力が極端に低下、不眠

【既往歴】肝障害

【生育歴・現病歴】

一人子、長男として出生。出生時特記すべきことなし。B市公立小学校入学、成績上位。中学、高校ともに成績上位。高卒後、県外国立大学へ進学し、卒業後は現在の会社（製造業）へ就職。

20歳代半ばに結婚。翌年、仕事で悩むことがあった。20歳代後半に新居を設け、実両親との同居、家族内の問題などあり、気分が落ちた。その後会社では労組執行部を務め、調子よくやっていた。40歳代、室長になるも、仕事は多忙、部下の大きな問題などあり、気分が落ち込んだ。その後工場ですべて部長に抜擢され、その期待にこたえようと残業が増えたものの、疲れを感じることはなく、むしろ様々な対応をこなすことができ、アイデアも次々と湧いて、成果を上げる自分に高揚した気分、むしろ万能感を抱いて過ごす日々が続いたとのこと（家族は明らかに普段と異なる感じで、元気で

活動的、多幸的であった日が続いたと感じていたとのこと。また、特に会社を休むなどはなかったとのこと）。その後X-6年40歳代後半、海外現地会社社長としてヨーロッパ北部へ赴任。現地では言語や文化の違いにとまどいを感じたが、現地スタッフとのパーティーに連日、積極的に参加し、飲酒、マージャン、カジノに（日照時間が長い時期などもあり）夜遅くまでつきあったり、仕事上だけでなくプライベートでもゴルフやビリヤードをしながらコミュニケーションをとることで周囲との積極的な関係を築いていった。日照時間の関係もあり徹夜に近い状態が度々あり、その後一層活発な活動と高揚感を以て過ごす日々が続いたりしたとのこと。それにより、取引先や出向先とも人間関係でのやりとりをすることができ、次々に新しい仕事に挑戦しながらさばいていくことができ、強い達成感や万能を感じる毎日が続いたとのこと。ただし、仕事と共に対人交流も活発になり、ややトラブルに発展することも生じはじめていた。

X年1月末、数年の海外駐在を終えて、帰国。新しい仕事に異動。未経験の仕事ではあったが、これまでの知識、経験を踏まえ高い使命感と持ち前の責任感を持ってやっていたと思う。しかし実際にや

ってみると、部内での仕事内容がわからず、これまでの知識や経験をどう活用したらよいかわからないと感じた。さらに上司への対応に困る部下の状況をフォローできず、もどかしい気持ちであった。そういったことから、徐々に仕事内容やマネジメント能力に自信がなくなり、春前より上司や職場への拒否感が出現。抑うつ、集中力・思考力の低下、抑制、不眠(寝つきの悪さ)、食欲不振、体重減少（2週間で2～3kg減）も出現した。X年Y月下旬(春先)、社内診療所受診し、現在のうつ病エピソードを確認、さらに（本人同意の下で得られた職場での様子、職歴、活動等の情報などより）診察場面ではわかりにくい、発揚気質の存在とさらに軽躁病エピソードの既往の可能性と職務遂行レベルの高度さなどが確認され、それらを勘案し、リワーク・プログラムを含む休養での治療が必要ではと考えられた。同年3月初旬、クリニックの外来を紹介され初診となった。初診以後の面接で家族などからの情報も併せて、最近のうつ病エピソードと従来の発揚気質の存在に加え海外生活時を中心とした過去の軽躁病エピソードの可能性が確認され、治療が開始となった。初診以後2週間の間で、社会リズムの修正と連日の飲酒を改善指導することにより、気分は落ち着き始め抑うつ状

態も自制内になる様子を認めたため、本人と相談確認の上、抗うつ剤、気分安定薬等の処方控え、睡眠導入剤の調整のみで様子を見るところからのスタートとした。同時に気分の安定と並行して個別の面接時の心理教育が積極的に行なわれた。また、その後の集団への準備にあたる図書館を中心とした行動や認知、対人関係などの取り上げ、振り返りは、やや、本人の過剰な積極性なども見られるも、敢えて受け入れつつの進行によりおおむね順調に気分の変動性の減弱を認めたため、続く集団的プログラムの導入がなされた。

X年4月初旬より集団的プログラムである集団心理教育が開始された。初回から落ち着いて（むしろ既にどっしりとした様子で）参加し、「エネルギーが下がりそうであることを、手前で気づくことが大切」等、的を射た発言が認められたり、視点が鋭く多角的であり、治療者に自ら質問する場面も見られた。翌日の個別診察では集団精神療法について「気づきがあり楽しかった」と笑顔で話し、その気づきについて事例性を加味しながら細かく記入した自作ノートを持参し、20分ほどかけて治療者にプレゼンかの如く順序立てて説明した（以降毎週継続）。その後の集団的プログラムも毎回非常に集中して参加し、グループワークでは

自ら課題を設定し、同時期より参加の男性メンバーの意見を自然と引き出す等、全体を配慮した穏やかな様子が見られた。しかし発表となると一転し、発表役を自ら進んで引き受けたり、治療者が投げかけた質問に独断で答える等、自主的・積極的ではあるが他者配慮にやや欠ける特性が露わになることがあった。本人も「タスクが加わると一人で突っ走ってしまう、モードが切り替わる」と語った。2 クール目になり新しく目下の女性メンバーが集団に加わると、また少し様子が変わり、初歩的な質問がされると、やや不機嫌そうな表情をすることがあった。模擬職場を設定したりハビリ・プログラムにおいては、休養直後に立てたプランをベースにしながらも、リワーク開始後に得た自らの気づきをヒントに少しずつプランを変更する等、工夫していく様子が毎週のように見られ、その姿は楽しんでいるかのようにすら見えた。治療者は、本人の気づきの速さや深さ、それを楽しむ特性を尊重し、プランの作成や実施に関しては、本人の意向に任せる姿勢を取り続けた。ただし、これらの行動に対して見守りながらも、肯定的評価までは、あえて示さないように心掛けられた。これらは、集団の場面でも同様に行われた。これらのスタッフの姿勢を感度良く感じとり、翌日の個別の

診察で自ら話題として取り上げて反省を示したりした。そしてそこで初めて肯定的評価が示されることが繰り返された。プライベートでの生活は、趣味のビリヤードを休養以前からのペースで精力的に続けていたが、徐々に日数を減らす、夜遅くの時間帯は避ける等、睡眠に配慮するようにもなった。復職間近になると、雨の日にジョギングを行い、風邪をひいてしまうことがあったが、「少し軽躁になっていたかもしれない。最近は睡眠時間が減っても大丈夫。寝なくても平気になっており、自分でも危惧している。しかしそのことに気づけたことはよかった。これからも再発の前兆となるサインを見つけていけるようにしたい」と話し、復職後の再発予防にまで考えを巡らすようになった。X年Y月末、集団的プログラムを修了し、翌月初旬より復職。

●過去2年間の参加者

上記のケースをはじめ2009年4月から2011年3月までの約2年間において、26名の参加者をみとめ、前述のような様子をプログラムの現場で呈した。内訳は、男性20名、女性6名と男性が多く、平均年齢は、全体44.0±7.6才、男性45.3±5.6才、女性39.7±11.9才であった。男性は40歳代が女性30歳代

が多く認められた。主治医が関わりを持っていた職場に帰属していた方は 22 名（全体の約 85%）認めた。参加者 26 名全員が、社会行動リズム表を継続的に記入し、集団心理教育（平均：約 2.1 クール）を受けた。全員が、集団的プログラムを終了後 60 日以内に復職を果たし、復職後 90 日および 180 日以内での再休務を確認したケースはなかった。（表 1）

D. 考察

近年、うつ状態による長期休務からの復職に際して、一般的な精神科治療に加え職場環境に順応するためのリハビリテーション²³⁾が考えられ、うつ病の復職支援に特化したリワークセンターが新設され²⁴⁾効果を上げている。一方、リワークを経てもなかなか復職できなかつたり再度の休務に至つたり、なかにはリワークへの参加自体が継続できなかつたりする事例も多く認める。これには単純なうつ病ではなく、双極性障害によるうつ状態や不安障害・発達障害の併存などが指摘されている。それらには詳細な診断のもとでの適切な治療と介入が導入されるべき²⁵⁾と考えられているが、十分な確立に至っていない現状がある。今回、拡がりつつある双極性障害の概念の産業保健の現場での意味について考察するとともに、我が国における双極性障害へのリワーク・プログラムでの復職へ向けた数々の工夫とそれに対する反応などを検討し職場における対応を考察する。

に、我が国における双極性障害へのリワーク・プログラムでの復職へ向けた数々の工夫とそれに対する反応などを検討し職場における対応を考察する。

一般にはなじみの薄い「双極障害」といった概念、それは DSM-IV-TR による「気分障害」の内に含まれる概念で、なかには「双極 I 型障害」、「双極 II 型障害」や「気分循環性障害」などが内包される。それらは、一般にはまだなじみのある「躁うつ病」に近いものと言えるが定義上の相違を正しく理解することは診断上の齟齬を防ぐ上で大切である。

「双極 I 型障害」：これは「躁病エピソード」を単独で認めるか、加えて「大うつ病エピソード」を経過の中に認めるものと定義されている。

「躁病エピソード」とは

1. 気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、調子が上がりすぎたり、怒りっぽくなったりして、他人から普段と違うと思われてしまう
2. 自分が偉くなったように感じる
3. いつもよりおしゃべりになる
4. いろいろな考えが次々と頭に浮かぶ
5. 注意がそれやすい
6. 活動性が高まり、ひどくなると全くじっとしていられなくなる

7. 後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、馬鹿げた商売への投資など）に熱中してしまう

以上の症状のうち、少なくとも1を含む4つ以上（1が怒りっぽいだけの時は5つ以上）が一週間以上にわたり、それらにより仕事や勉強や人間関係に支障が出たり、ひいては入院が必要になるほどである場合と定義される。それは、「躁病エピソード」のみを以て障害としての診断を下すことが可能であり、もちろん「大うつ病エピソード」をその経過の中で伴っている場合もI型障害と診断される。

「大うつ病エピソード」とは

1. ほとんど一日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
2. ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやれていたことも楽しめなくなる
3. 食欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する
4. 寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚める等の不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまうなどの、睡眠の問題が起こる
5. 話し方や動作が鈍くなるか、あるいはイライラして落ち着きがなくなる
6. 疲れやすいと感じ、気力が低下する

7. 「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう

8. 何かに集中したり、決断を下すことが困難

9. 「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

以上の症状のうち、少なくとも1か2のどちらかを含む5つ以上が2週間以上（一日中、毎日）続くと定義される。

「双極II型障害」は「大うつ病エピソード」と更に過去に「軽躁病エピソード」を認めた場合にのみ診断される。（「軽躁病エピソード」単独では診断されない）

「軽躁病エピソード」とは

「躁病エピソード」で前述した1～7の症状のうち、少なくとも1を含む4つ以上（1が怒りっぽいだけの時は5つ以上）が4日以上（一週間ではない）にわたり、日頃とは異なるもののそれらにより仕事や勉強や人間関係に支障が出たりはしない、もちろん入院などは全く必要にならない場合と定義される。すなわち、こういった時期は、躁病エピソードとは異なり人生のアクティブでポジティブなエピソードと捉えられがちである（後述するように若干の問題を含む）。ここで問題となることは診断の場で精神科医が初見する時点では本人は「うつ状態」であ

ることが大半であり、診断の決め手となる「軽躁病エピソード」を確認するには、（過去における存在を）本人などからの聞き取りに限られるため、診断が未遂に留まりやすく、その場合「うつ病」を中心とした対応に陥りがちとなることである。診断の違いに基づく対応の違いは日本うつ病学会治療ガイドライン I.双極性障害 2011²¹⁾にあるように気分安定薬に加えて抗うつ薬の慎重な取り扱いに象徴される薬物療法に主に現れる。さらにはガイドラインにも表現されているように（双極性障害に適した）心理社会的介入が極めて重要であるとされる。双極性障害の多くは、単なるうつ病と誤解され、うつ病と診断されたうち、およそ 10 人に 1 人が、最終的には双極性障害と判明するとのデータもある。適切な診断の下で適切な対応が早期から導入されることが肝要である²⁴⁾。

一方ではさらに先行する何人かの研究者の提唱により双極性障害の概念は拡大しつつあり、「うつ病性障害」の一部を軽微ではあるものの双極性特徴を認め、軽微な双極性障害として双極性障害として治療、経過観察したほうが有益ではないかとみなす考えがある⁹⁾。

一方、産業や教育の現場で「新型うつ

病」なる表現を散見する。日本うつ病学会では（ホームページ <http://www.secretariat.ne.jp/jsmd> での Q&A）「新型うつ病という専門用語はありません。むしろ精神医学的に厳密な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではありません。」と表現しつつ、「世間で新型うつ病とされるものは、1.若年者に多く、全体に軽症で、訴える症状は軽症のうつとの判断が難しい。2.仕事では抑うつ的になる、あるいは仕事を回避する傾向がある。ところが余暇は楽しく過ごせる。3.仕事や学業上の困難をきっかけに発症する。4.患者さんの病前性格として“成熟度が低く、規範や秩序あるいは他者への配慮に乏しい”などの特徴を持つと思われる」と趨勢を整理しながら「若年は、双極性障害のうつ病相や統合失調症の好発年齢であり、また軽度発達障害の方が社会に出て、適応困難を起こしやすい時期でもあります。これらの鑑別は極めて難しく、専門家が精神科診断面接を数多く重ねて初めて見えてくるものなので、安易に“新型うつ病”や“非定型うつ病”と決めつけることは誤診につながります。」としている。ただ、産業や教育といった、患者を巡る集団の現場の持つ気づ

きの感度の良さは看過できないものがある
と考える。

以上のように、気分障害と捉えられうる
病態は多岐にわたり複雑化しているのを分
かりつつも、メンタルヘルスとして職場の
理解を得るために、すでに根付いているス
ティグマと、たたかいながら広く“うつ病”
を、まずは紹介しようとすれば、“うつ病”
を典型化せざるをえなかった歴史がある。
一方、それゆえに、職場での典型外のケー
スへの困惑と対応の困難化を招いているこ
とも否めない事実であろう。実は、これら
の混乱は臨床精神医学の現場にも反映され
る。すなわち、マスメディアや職場での教
育を通じて“単極型のうつ病”と思い込ん
だ、または、そのような“触れ込み”を以
て訪れた勤労者の初診に臨んだ精神科医は、
大うつ病エピソードに付随するエピソード
や周辺部分の確認が、困難となる。本人へ
の正確な聞き取りが困難となった場合は、
「一対一の診察場面」では、詳細な診断に
つながる本人の様々な特徴は露呈しづらく、
適切な診断、ひいては適切な治療につな
がりにくいのは、言うまでもない。これを補
完しうるものが、集団での様子や、長い経
過での様子を知る者からの正確な情報であ
ろう。すなわち、家族とか同僚・上司とい
った存在ではなかろうか。特に、身内とい

う主観性が織り込まれた家族からの情報よ
り、職場の人間からの情報は、より客観性
に優れると考える。リワーク・プログラ
ムの現場は集団での様子を観察することが出
来るために、一対一の診察場面に比較して、
様々な情報を得ることが出来るが、出来う
ればより早期に正確な情報を得たいと考
える。今回、提示した事例をはじめ、プロ
グラム全体として好結果と考えられる経過を
参加者が示している要因の一つに、プロ
グラム実施の精神科医が参加者の当該事業所
に出務をしている場合が少なからずあり、
本人の同意と希望の下で、早い時点から「過
去から現在に至る職場での様子」を比較的
正確に得られていることがあたるのではな
いかと考える。逆説的に述べると、休務し
て治療の早い時点での、職場からの正確な
情報は、定説な診断の一助となり¹³⁾本人の
治療、職場復帰ひいては自殺予防および再
発予防につながるのではないかと考える。
もちろん、既に治療開始となっている医師
—患者関係に職場が介入することは慎重に
なるべきことであるが、治療前後ならびに
早期に正確な情報がもたらされることは、
治療者にとっても、もちろん本人にとっ
ても有益であると思われ、それを本人が自ら
同意、あるいは希望することが、自らの利
益につながることの涵養、教育を職場で行

うことも、産業保健が担うものであると考えた。

事例および全体例において認められた職場などからの治療者にとっての有益情報を、全体として列挙したが、これらは、診察などの対一場面では現れにくい、集団場面での対人関係などの様子などであり、これらの情報が主治医にもたらされると、これらを切り口に更なる確認を本人に行うことができ、軽躁病エピソードあるいは発揚気質、循環気質などの同定および、再発の早期発見につながるのではと考えた。また、双極性障害の場合は、家族および産業保健スタッフを通じてもたらされる情報としては、本人や周りの人にとって否定的な情報のみならず、本人や周りにとって肯定的な行動であっても再発を含めて疾病を早期に気づくには有用であることに、留意しなければならないと考えた。

また、職場と治療医（または、リワーク・スタッフ）が共有化する情報ツールとして社会行動リズム表などの生活リズムや気分などを経時的に記録したものが使われたケースが認められた。これは、①治療医の時点で導入され共有化されたケースと②職場で導入され共有化されたケースの2つのパターンが認められた。このようなツールの活用は今後検討に値するものではとの意見

を認めた。

さらに、職場での気づきは、あくまでも医師など専門職種が行うものではないので、メンタル不調者の職場における対応を円滑に適切化するために、パターン化し、それを利用する対応全体を構造化するという試み²⁶⁾は、極めて現実的で实际的であり、職場において待望されるだけでなく、復職を支援する治療者の立場からも実用性の期待を感じるものではと考えられた。その際に、双極性障害のリワーク・プログラムの現場にたずさわったものとして、事例などを通じて提言できることがあるとすれば、

1. 復職間もない時期を中心とした就労場面の双極性障害には、うつ状態だけではなく、躁状態、軽躁状態、発揚状態、混合状態なども問題化するということ、
2. 双極性障害のうつ状態と、双極性障害のうつ状態では行動面を中心に違いが存在すること、
3. 双極性障害の場合、普段や元来の様子が可及的速やかに入手されたいこと、
4. ソフトな発達障害や、不安障害などの併存に対応可能なアルゴリズム化が必要であること、等があげられた。

前述の試み²⁶⁾では、メンタル不調者を疾患診断を第一義とせずに

A パターン: メランコリー型うつ病など(古典的タイプ) の例の多くが該当する

B パターン：てんかん、統合失調症等の例の多くが該当する

C パターン：適応障害、パーソナリティー障害を伴う多くが該当する

D パターン：双極性障害等の例の多くが該当する

E パターン：アルコール依存症等の例の多くが該当する

F パターン：発達障害などの例の多くが該当する

G パターン：(A～F パターンに当てはまらないもの)

の7パターン²⁶⁾に、まずあてはめて、パターン化した対応を、その対応法としてが其々にあてられている。

A パターンを、

「普段は、コツコツ、まじめで几帳面、目立って活動的であったり高揚した様子を認めなく過ごしてきた方の抑うつ状態またはその回復維持期；メランコリー型うつ病など（古典的タイプ）の例の多くが該当する」とやや明確化し、

D パターンを、

D-1 普段から、バリバリとアクティブで極めて活発に過ごしてきたか、時に目立って活動的すぎる時期を認める方のうつ状態；双極性障害（主に II 型または軽微双極性障害²⁶⁾）等のうつ状態の例の多くが該当

する

その対応

・主治医、家族との定期的な情報交換を重視する。

・上司との継続的な連携を図る

・集団での様子（職場あるいはリーワークでの様子）の共有化を重視する。

・一見良好と評価できる情報（積極的な仕事ぶり、活発な社交性、強力なリーダーシップなど）も重要な情報であると産業保健スタッフは認識できるようにしておく。

・憂うつな状態は「悲しい、憂鬱」などの気分面だけではなく「決断力、問題処理能力、問題解決能力、交渉力、やる気、睡眠、食事」など行動面への着目も重視する。

・本人の信頼しているキーパーソンを確保する（論理的対応の出来る人）

・家族との連携を深めておく（家族の困惑、過去の振る舞いへの拒絶感などへの受け入れを含めて）

・復職にあたっては、（精神科医など専門職による）十分な心理教育と社会リズムのセルフ・モニタリングの習慣づけは必須とする。

・周りの者が、早期の時点から易再発性と自殺のおそれについて十分に認識しておく。

D-2 活動的すぎや（その人らしからぬ）

軽率であったり、気分が不安定でイライラと怒りっぽく周りを振り回してしまう状態とその回復維持期；双極性障害（おもにII型または軽微双極性障害²⁷⁾）等の、ややひどい軽躁、および混合状態の例の多くが該当する

その対応

- ・主治医、家族との定期的な情報交換を重視する。
- ・上司との継続的な連携を図る
- ・集団での様子（職場あるいはリーワークでの様子）の共有化を重視する。
- ・一見良好と評価できる情報（積極的な仕事ぶり、活発な社交性、強力なリーダーシップなど）も重要な情報であると産業保健スタッフは認識できるようにしておく。
- ・本人の信頼しているキーパーソンを確保する（論理的対応の出来る人）
- ・家族との連携を深めておく（家族の困惑、過去の振る舞いへの拒絶感などへの受け入れを含めて）
- ・復職にあたっては、（精神科医など専門職による）十分な心理教育と社会リズムのセルフ・モニタリングの習慣づけは必須とする。
- ・アルコールなど気分を変動させる物質へ嗜癖について、留意する。
- ・周りの者が、早期の時点から易再発性と

自殺のおそれについて十分に認識しておく。

- ・緊急事態への対応は迅速を旨とし、医療機関への連携はシームレスに確実にを行う
- ・周りの者へのケアも重視すべきである。（ハラスメント、過度な量とスピードの仕事の進め方、与え方など）

さらに、

D-3 会社に出て来れなくなったり、対人関係のトラブルを引き起こしたり、仕事に大きなトラブルを生じさせるような、極端に活動的すぎや（その人らしからぬ）軽率であったり、気分が不安定でイライラと怒りっぽく周りが困惑・疲弊してしまう状態とその回復維持期；双極性障害（おもにI型）等の、ひどい躁、および混合状態の例の多くが該当する

その対応

- ・主治医、家族との定期的な情報交換を重視する。
- ・上司との継続的な連携を図る
- ・集団での様子（職場あるいはリーワークでの様子）の共有化を重視する。
- ・一見良好と評価できる情報（積極的な仕事ぶり、活発な社交性、強力なリーダーシップなど）も重要な情報であると産業保健スタッフは認識できるようにしておく。
- ・本人の信頼しているキーパーソンを確保する（論理的対応の出来る人）

・家族との連携を深めておく（家族の困惑、過去の振る舞いへの拒絶感などへの受け入れを含めて）

・復職にあたっては、（精神科医など専門職による）十分な心理教育と社会リズムのセルフ・モニタリングの習慣づけは必須とする。

・服薬の維持に対するアドヒアランスを本人はもちろん、周囲の者も徹底する。

・アルコールなど気分を変動させる物質へ嗜癖について、留意する。

・周りの者が、早期の時点から易再発性と自殺のおそれについて十分に認識しておく。

・今後に起こりうる緊急事態への危機介入の取り決めをあらかじめ本人・家族としておく（例：安全配慮上の出社停止など）

・緊急事態への対応は迅速を旨とし、医療機関への連携はシームレスに確実に行う

・周りの者へのケアも重視すべきである。（ハラスメント、過度な量とスピードの仕事の進め方、与え方など）

以上の三部に、分割し、

（個別の留意点に関する特記事項）

・双極Ⅰ型障害と、それ以外の場合とは（確定診断が判明している場合）、分けて留意点を整理する。（ただし、経過に従いⅠ型への移行もあることに留意する）

・EパターンとFパターンへの変更の可能

性について常に留意しておく。

・重度の躁状態へは、一人での対応は避け、然るべき専門機関との連携を図る。

などのように、双極性障害の拡がりつつある概念と状態の変動への対応を勘案することを提言する。

また、Aパターンから、三つのDパターンへの移行、さらにDパターンから、Cパターン、EパターンおよびFパターンへの移行は常に留意すべきであろう。また、三つのDパターン間の移行も留意すべきではないだろうか。

D. 今後の展望

今後、リワーク・プログラムを経験して復職した参加者の経過を検討し、①有効なリワークでの対応と②有効な職場との連携および③有効な休務中の方への職場のかかわり方の検証を行うことが望まれる。また、以上を円滑に導入するための職場での日頃の啓蒙活動などについても検討を行うことが望まれる。

E. まとめ

双極性障害のリワーク・プログラムの現場を通じて、そこで認められた参加者の特徴的行動や認知パターンと、それらに対して行われた対応と事例を紹介し検討を行い、

「双極性障害」(なかには発揚気質者のうつなど双極性スペクトラムを含む) に対する産業保健の現場における対応として、休務して治療の早い時点で、詳細な診断につながる本人の様々な特徴「過去から現在に至る職場での様子」を、職場の人間から(本人の同意と希望の下で)治療者と共有化することとの重要性を提言した。また、職場と治療医(または、リワーク・スタッフ)が共有化する情報ツールとして、生活リズムや気分などを経時的に記録する社会行動リズム表などの活用は今後、さらなる検討に値するものではと提言した。さらに、メンタル不調者の職場における対応を円滑に適切化するために、パターン化し、それを利用する対応全体を構造化する試みに当たり、双極性障害のリワーク・プログラムの現場での経験的知見を基に、1. 復職間もない時期を中心とした就労場面の双極性障害には、うつ状態だけではなく、躁状態、軽躁状態、発揚状態、混合状態なども問題化するということ、2. 単極型うつ病のうつ状態と、双極性障害のうつ状態では行動面を中心に違いが存在すること、3. 双極性障害の場合、普段や元来の様子が可及的速やかに入手されたいこと、4. ソフトな発達障害や、不安障害などの併存に対応可能なアルゴリズム化が必要であること、等

を提言をした。これらが適切に行われることにより、本人の治療、職場復帰については自殺予防および再発予防につながればと考えた。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

H. 引用文献

- 1) 日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員会：
http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/110702.pdf
- 2) Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., et al : A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen psychiatry 60 ; 402-407 , 2003
- 3) Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. : Group psychoeducation for stabilized bipolar disorder: 5-year outcome of a randomized clinical trial. Br J Psychiatr, 194 : 260-265, 2009
- 4) Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M.E.

- et al : Two-year Outcomes for Interpersonal and social rhythm therapy in Individuals With bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatr, 62 ; 996-1004, 2005
- 5) 奥山真司, 秋山剛 : 双極 II 型障害のためのリワークプログラム. 病院, 1 ; 11-14, 2011
- 6) 奥山真司, 秋山剛 : 双極性障害の復職に際して～双極 II 型障害を中心に～. 臨床精神医学, 40 ; 349-360, 2011
- 7) 奥山真司, 石川理恵 : 診断によるかわり “双極 II 型障害” : うつ病リワークプログラムの続け方—スタッフのために. 南山堂, 東京, p12-26. 2011
- 8) 奥山真司 : 双極性障害のリワークでの工夫—双極スペクトラム : 双極 II 型および IV 型を中心に— : 精神神経 電子版 (投稿中)
- 9) Akiskal, H. S., Pinto, O. : The evolving bipolar spectrum. Prototype I, II, III and VI. Psychiatr Clin North Am, 22 ; 517-534, 1999
- 10) Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A. : A randomized study of family- focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen psychiatry 60 ; 904-912, 2003
- 11) Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., et al ; A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder : outcome of the first year. ; Arch Gen Psychiatry, 60 ; 145-152, 2003
- 12) Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., et al ; Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? ; Can J Psychiatry, 53 ; 441-448, 2008
- 13) 廣尚典, 渡辺洋一郎, 鍵本伸明 : メンタルヘルス不調を抱える労働者への支援をめぐる精神科医と産業保健スタッフの連携職場に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 平成 22 年度 総括・分担研究報告書 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, p33-50, 2011
- 14) 日本うつ病学会 : 双極性障害 (躁うつ病) とつきあうために. 日本うつ病学会ホームページ, <http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>, 2011
- 15) Frank E, Hlastala S, Ritenour A et al : Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients : Results from the Maintenance Therapies

- in Bipolar Disorder Protocol. Biol Psychiatry,41 : 1165-1173, 1997
- 16) Frank, E., Swartz, H. A., Boland, E. : Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. Dialogues in clinical neuroscience, 9 : 325-332, 2007
- 17) 奥山真司, 目片隆宏, 北島剛司 ほか : リワーク・プログラムにおけるリズム表(社会行動リズム表)の活用. 精神神経, 111 ; 884-885,2009
- 18) 目片隆宏, 北島剛司, 服部美穂 他 : 簡易症状自己記入法を加えた睡眠リズム表によって臨床症状の変化を評価することができた睡眠相後退症候群の一例. 精神神経, 109 : 492, 2007
- 19) 粥川裕平, 阿比留烈, 早河敏治 ほか : 睡眠障害 その3—精神科臨床における睡眠日誌 log(sleep diary)の有用性—. 思春期青年期精神医学会会誌, 7 ; 163-178, 1997
- 20) 奥山真司, 目片隆宏, 赤松拓 ほか : 情報端末装置を利用した社会行動リズム表の作成の試み.日本睡眠学会第36回定期学術集会プログラム・抄録集,p251.2011
- 21) Post RM, Roy-Byrne PP, Uhde TW : Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorder. Am J Psychiatry,145 : 844-848, 1988
- 22) Colom, F., Vieta, E. : Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press, Cambridge, 2006
- 23) 秋山剛, 岡崎渉, 沼初枝 他 : 復職への取り組みの実際—総合病院における職場復帰援助プログラム:—現代のエスプリ別冊—心の病からの職場復帰.至文堂,東京,p208-217. 2004
- 24) 五十嵐良雄 : うつ病, 不安障害を対象としたメンタルクリニックにおける職場復帰支援.医学のあゆみ, 219 : 1002-1006, 2006
- 25) 尾崎紀夫 : 気分障害 : 標準精神医学. 編集 野村総一郎,樋口輝彦,尾崎紀夫.医学書院, 東京, p289-315. 2009
- 26) 廣尚典,田中克俊 : メンタルヘルス不調者の職場における対応のパターン化と支援活動の構造化に関する研究.厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)平成22年度 総括・分担研究報告書 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,p51-74,2011
- 27) 阿部隆明 : Soft bipolar disorder(軽微双極性障害)概念について. 臨床精神医学, 35 : 1407-1411, 2006

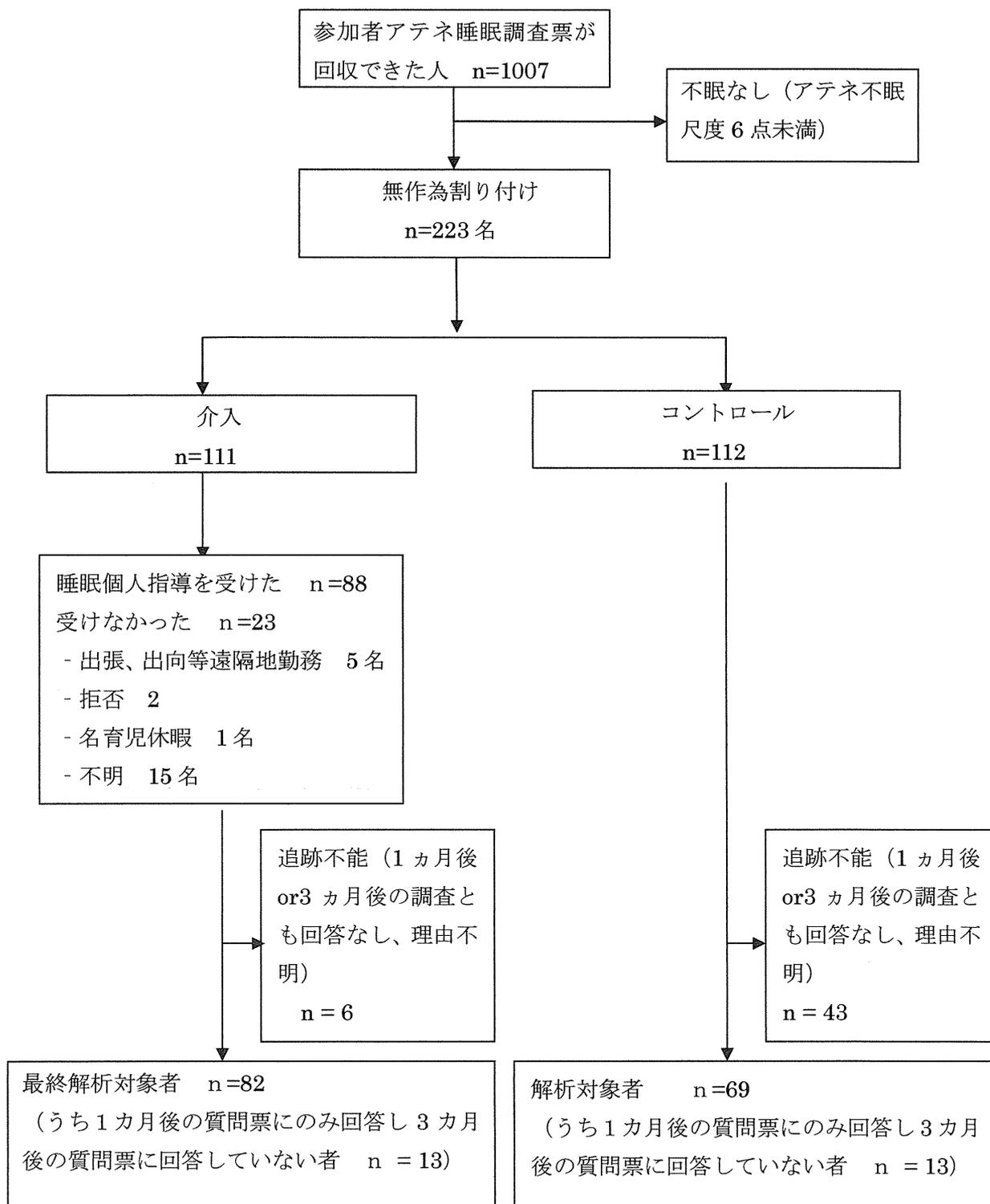


図 1. フローダイアグラム

表1 リワーク・プログラムへの過去2年間の参加者の概要

ケース	性別	年齢 (十歳単位)	類型 (I型/II型)	リズム表 記入	集団心理教育 (クール数)	担当医と職場の かかわりの有無	再休務 ~90日	再休務 ~180日
A	女性	50歳代	II	+	2	無し	-	-
B	女性	40歳代	II	+	1	無し	-	-
C	女性	30歳代	II	+	1	有り	-	-
D	女性	30歳代	II	+	4	有り	-	-
E	女性	30歳代	II	+	2	有り	-	-
F	女性	20歳代	II	+	3	有り	-	-
G	男性	50歳代	II	+	1	有り	-	-
H	男性	50歳代	II	+	2	有り	-	-
I	男性	50歳代	II	+	2	有り	-	-
J	男性	50歳代	II	+	2	無し	-	-
K	男性	50歳代	II	+	1	有り	-	-
L	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
M	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
N	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
O	男性	40歳代	II	+	3	有り	-	-
P	男性	40歳代	II	+	3	無し	-	-
Q	男性	40歳代	II	+	3	有り	-	-
R	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
S	男性	40歳代	II	+	1	有り	-	-
T	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
U	男性	40歳代	II	+	1	有り	-	-
V	男性	40歳代	II	+	4	有り	-	-
W	男性	40歳代	II	+	1	有り	-	-
X	男性	40歳代	II	+	2	有り	-	-
Y	男性	30歳代	II	+	2	無し	-	-
Z	男性	30歳代	II	+	2	有り	-	-

平成 23 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

不眠労働者に対する睡眠保健指導による介入

分担研究者 田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学・教授

研究協力者 加藤 憲忠 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
高野 知樹 〃
加来 明子 〃
西埜植 なお 〃
衛藤 理砂 〃
岡野谷 純 〃
森 まきこ 〃
佐々木 規夫 〃
染村 宏法 〃

不眠をもつ労働者を対象として、産業保健スタッフによる睡眠衛生教育と睡眠のための行動療法（リラクゼーション法、刺激コントロール法、睡眠時間制限法）を組み合わせた30分の短い個人指導が、労働者の睡眠の質を改善させるかを調べるため、RCTを実施した。その結果、睡眠衛生教育と睡眠のための行動療法の個人指導は、3ヵ月後の労働者の睡眠の質をより有意に改善させることが示された。労働者の不眠は、健康や安全、生産性に関して重要なリスク要因であることから、これに対する非薬物的介入は非常に重要である。本研究の結果は、不眠を抱える労働者に対する、非専門家である産業保健スタッフによる短時間の非薬物治療の有効性を示唆している。今後より様々な介入プログラムを用いて、広範囲の職種や年齢の労働者を対象とした大規模かつ長期間の観察期間を有するRCTがおこなわれることが期待される。

A. 研究目的

これまで、多くの研究が、労働者における不眠の弊害とその対策の必要性について

指摘している^{1,2)}。

不眠症は労働者の中でもありふれた問題であり、日本の労働者における睡眠障害の

割合は 20%から 30%といわれている³⁻⁶⁾。不眠労働者は良眠労働者に比べ、QOL が低く^{7, 8)}、病気等で欠勤する割合が高いこと示唆されている⁹⁻¹¹⁾。また、不眠は仕事の生産性を低下させ¹²⁾、さらに、業務上の事故をより高い割合で起こすことが明らかにされている¹³⁻¹⁵⁾。そのため不眠によって引き起こされる経済損失も莫大な額に及ぶ¹⁶⁾。

不眠に対する介入としては、睡眠薬を用いた治療がよく行われている。急性または一時的な睡眠障害に対して、睡眠薬の短期間の使用は効果的だが、不眠労働者に対し長期に睡眠薬を用いた療法を実施することは持ち越し効果による昼間の眠気につながり、労働者の労働生産性の低下や事故の発生に結びつく可能性が指摘されている¹⁷⁾。

これまでの不眠症の患者を対象とした研究で、睡眠衛生教育と、睡眠のための行動療法（リラクゼーション、刺激コントロール法、睡眠制限法）や認知療法などを組み合わせた非薬物的な介入が臨床的に効果的であると言われている¹⁷⁻²⁰⁾。Pallesenらは、不眠症患者を対象とした研究において、睡眠衛生教育とリラクゼーション法を組み合わせた群や睡眠衛生教育と刺激コントロール法を組み合わせた群は、コントロール群と比較し有意に睡眠を改善させたと報告している²¹⁾。米国睡眠学会²²⁾や米国国立衛生研究所が多くの無作為試験の成績を総括し、不眠症に対して行動療法は薬物療法に優先する第一選択の治療と結論した^{22, 23)}。

しかしながら、これまで労働者を対象に非薬物的介入が不眠の改善に与える効果について調べた研究はごくわずかである。

日本の企業は、労働者が抱える様々な健康問題に対して、就業時間中に産業保健ス

タッフ（産業医および保健師）による個人保健指導のサービスを提供しているが、不眠を抱える労働者に対して何らかの介入を行っている職場は少ない。不眠労働者に対しても職域での個人指導の中でアプローチすることが望ましい。しかしながら、職場での個人指導の実施においては、一人一人に長い時間をかけられない時間的な制約と、本来睡眠の非専門家である産業保健スタッフだけで実施しなければならないという人的な制約があるため、睡眠に対する個人指導は短時間で、かつ産業保健スタッフだけで実施可能な簡便なものであることが要求される。

我々は、不眠を呈する労働者に対する、睡眠衛生教育と睡眠のための行動療法（リラクゼーション、刺激コントロール法、睡眠制限法）についての短時間の産業保健スタッフによる個人指導が、労働者の睡眠の質の改善に効果があるかを調べることを目的として無作為化比較試験を行った。

B. 方法

1) 参加者と研究デザイン

本研究の対象者は、日本の電機製造業の設計開発を行う事業場に勤務する正規労働者（全員日勤労働者）1,358名の中で、不眠が認められる者とした。研究への参加は個人の自由意志によるものとした。適格基準は、研究への同意が得られたものの中で、不眠が認められたもの（アテネ不眠尺度²⁴⁾が6点以上）とし、不眠が認められないもの（アテネ不眠尺度が6点未満）労働者は研究対象から除外された。それ以外に除外基準は設けなかった。

適格基準を満たした労働者は、無作為に、

睡眠衛生教育及び睡眠の行動療法の個人指導を受ける介入群と、何も介入を受けないコントロール群に割り付けられた。

倫理的配慮から、コントロール群に対しても研究終了後、介入群と同様の個人指導を行った。

本研究は、当該事業場の安全衛生委員会と北里大学倫理委員会による承認を得て実施された。

2) 介入

介入群は、睡眠衛生教育とリラクゼーション法、刺激コントロール法、睡眠制限法についての個人指導を受けた。個人指導は約30分を目途に実施された。個人指導を担当した産業保健スタッフは、産業医2名と保健師2名で、全員が事前に専門医からこれらの指導を行うためのトレーニングを2時間受けた。

睡眠衛生に関する指導は、日本の厚労省の研究班から出された「睡眠障害の対応と治療ガイドライン」と米国の国立衛生研究所(National Institutes of Health, NIH)が作成したマニュアル、および、米国睡眠医学会(AMERICAN ACADEMY SLEEP OF MEDICINE, AASM)が一般者向けに作成した16の提言をおりまぜながら実施した。その主な内容は①毎日同じ時間に起きる②起きたら朝日を浴びる③食事は規則正しく摂る④激しい運動は寝る2時間前に終わらせる⑤入浴はぬるめのお湯にゆっくりと入る⑥夕方以降のカフェイン摂取は控える⑦寝る前のアルコールは控える⑧寝る前のパソコン操作や明るい環境下での作業は控える、であった。

リラクゼーション法として、呼吸法、音楽、アロマセラピーを用いた方法を説明し、

自分にあった方法を少なくとも一つは生活に取り入れるよう指導した。刺激コントロール法については、ベッドは睡眠以外に使用しないことや眠れない場合はベッドを離れることを中心に指導した。睡眠制限法として、睡眠時間にとらわれて眠れてもいないのずっとベッドにいるのはかえって睡眠の質を低下させることを説明した。その上で、必要な人に対して、ここ最近の平均睡眠時間より15分以上寝床にいないこと（もし睡眠時間が5時間以下の場合は、5時間寝床にいないこと）、いつもの起床時間から寝床にいる時間を逆算して、床に就く時間を決めること、寝床にいる時間の90%以上眠れる日が5日以上続いたら床に就く時間を15分早くすることを中心に指導した。

3) 測定項目

①不眠のスクリーニング

不眠のスクリーニングはアテネ不眠尺度²⁴⁾を用いて行った。アテネ不眠尺度はICD-10の診断分類の基づいた睡眠の困難さを定量化するよう作成された簡便な尺度である。過去一ヶ月間の様子を聞く8項目からなり、最初の5項目は中途覚醒、早朝覚醒、総睡眠時間、睡眠の質などについて、後の3項目はwell-beingや昼間の活動性、昼間の眠気について調べる。本尺度は、臨床場面においても睡眠関連問題や不眠の診断のスクリーニング法として妥当性が高いことが確認されており、合計得点が6点以上の場合不眠症の可能性があると判断される²⁵⁾。

②アウトカム

介入群、対照群とも、介入前と個人指導

3 ヶ月後にピッツバーグ睡眠尺度

(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) を用いて睡眠の質が評価された。出張が多い忙しい職場であり、3 ヶ月後のフォローアップ調査に応じられない労働者が多数いることを想定して、集団睡眠衛生教育終了1 ヶ月後にも PSQI の質問票調査が行われた。PSQI は臨床研究や疫学研究で広く使用されており、日本語版の信頼性、妥当性も確かめられている^{26,27)}。PSQI は、睡眠の質、睡眠潜時、睡眠時間、睡眠効率、睡眠の障害、睡眠薬の使用の有無、昼間の機能障害についてそれぞれ過去1 ヶ月間の状態を評価し、スコア（0-21 点）を算出することで、総合的な睡眠の質を評価する。点数が高いほど睡眠の質が低いと評価され、6 点以上で睡眠の質が不良であると判断される²⁸⁾。本研究では、介入群、対照群の2 群間における、介入前と介入3 ヶ月後の間の PSQI 得点の変化量の差をメインアウトカムとした。介入3 ヶ月後のフォローアップ時の PSQI の調査が実施できなかった場合には介入1 ヶ月後の PSQI 得点を用いて評価した。

(Last-observation-carried-forward method)

介入前には、PSQI の他に、調整要因として、基本属性、職位、職種、最近3 ヶ月間の平均残業時間、婚姻状況、喫煙習慣の有無、1 週間の飲酒頻度、定期的な運動習慣の有無、K6 を用いて評価した精神健康度が、自記式質問票を用いて調査された。K6 質問票は、気分・不安障害のスクリーニングを目的として開発された6 項目からなる自記式質問票で、不安、抑うつ症状の頻度を5 件法で求め、その合計得点（range：6-30

点）が高いほど気分・不安障害の可能性が高いと評価する²⁹⁾。日本語版は古川らによってその信頼性妥当性が確かめられている³⁰⁾。

③無作為化

無作為割付は置換ブロック法（ブロックサイズは4）を用いて行われた。マスク化は行っていない。

4) 統計解析

Last-observation-carried-forward method を用いた Intention-to-treat analysis が実施された。介入群とコントロール群における睡眠の質の変化を比較するために、両群それぞれにおける介入前と介入3 ヶ月後の間の PSQI 得点の変化、および、両群間の変化量の差を算出した。最終的な effect size は性別、年齢、職位、職種、最近3 ヶ月間の平均残業時間、婚姻状況、喫煙習慣の有無、1 週間の飲酒頻度、定期的な運動習慣の有無、K6、ベースライン時の PSQI 得点で調整された。PSQI の7 つの下位尺度得点毎の解析については、想定される effect size が小さくなるため、十分なサンプルサイズを確保するのが難しい本研究においては不規則に β の過誤が生じる可能性が高いこと、検定を多数回繰り返すことによって α の過誤が増大することから、実施しなかった。

統計解析ソフトウェアとして IBM SPSS Statistics Ver.19 (IBM Inc., New York, USA) を使用し、平均値の推定には、Generalized estimating equation (GEE) を用いた。GEE では、欠測値を含むレコードも分析に含めることが可能である。全てのテストの有意水準は0.05（両側）にセットされた。