

C. 結果

Figure1 に、本研究の流れを示す。

当該事業場に勤務する 1358 名中、1007 名 (74%) から研究参加への同意とアテネ不眠尺度への回答が得られた。1007 名中、アテネ不眠尺度が 6 点以上の 223 名 (22%) を、介入群 111 名とコントロール群 112 名へ無作為割り付けを行った。

介入群 111 名中、男性 96 名 (86%)、コントロール群 112 名中、男性 98 名 (88%) であった。

介入群に割り付けられた 111 名中、出張、出向等で遠隔地勤務となったもの 5 名、介入を受けることを拒否したもの 2 名、育児休暇を取得することとなった 1 名、その他理由はわからないもの 15 名の合計 23 名が個人指導を受けなかった。これら 23 名については、個人指導 1 ヶ月、3 ヶ月後の PSQI 質問票調査への回答も得られなかった。フォローアップ調査残りの 88 名は、全員が予定された睡眠のための個人保健指導を完全に受けた。88 名中、1 ヶ月後及び 3 ヶ月後のいずれのフォローアップにおいても、PSQI への回答が得られなかったものは 6 名であった。コントロール群では、112 名中 43 名から 1 ヶ月後及び 3 ヶ月後のいずれにおいても、PSQI への回答が得られなかった。フォローアップ調査への回答が得られなかった理由について調査は行われていない。最終的に、介入群 82 名、コントロール群 69 名が解析対象となった。介入群、コントロール群の両群において、解析対象者と非対象者の介入前調査における基本属性、PSQI 得点に有意な差異は確認されなかった。

Table1 に、両群の demographic

characteristics を示す。

男性が多くをしめる事業場であったことから、本研究の参加者も男性が多く介入群の 89.0%、コントロール群の 82.6% が男性だった。平均年齢 (SD) は介入群 36.6 歳 (9.8)、コントロール群 37.0 歳 (10.2) であった。約半数が機器の設計開発業務に従事していた。当該事業場は非常に多忙な業務に従事している従業員が多い事業場であり、本研究の参加者においても残業時間が多かった。ベースライン時の参加者の特性で統計学的に有意な違いがあったのは、喫煙率と定期的な運動習慣の有無であった。

Table2 に、介入群とコントロール群における、介入前と介入 3 ヶ月後の間の PSQI 得点の変化量を示す。介入群では PSQI 得点は 1.0 ポイントの低下に対していたのに対し、コントロール群では、1.5 ポイント上昇していた。調整要因で調整されていない両群間の変化量の違いは 2.5 ポイント (95%信頼区間 1.2 - 3.7) と有意であった。調整後の介入群の PSQI 得点は 1.0 ポイント減少していたのに対し、コントロール群では 0.9 ポイント増加しており、両群の変化量の差は 1.9 (95%信頼区間 0.6 - 3.4) と有意であった。

D. 考察

本研究の結果、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を組み合わせた個人指導は、コントロール群に較べ 3 ヶ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唆された。本研究期間中は当該事業場における繁忙期と重なったためか、コントロール群では睡眠の質は悪化していたものの、介入群では睡眠の

質は改善していた。

本研究の特徴は、一般労働者を対象としたこと、約 30 分と非常に短時間で睡眠衛生教育及び睡眠のための行動療法についての個人指導を実施したこと、個人指導は睡眠の非専門家である産業保健スタッフが担当したことである。

不眠に対する非薬物療法の効果を調べた先行研究では、医療機関に通院中の不眠症患者を対象とした研究がほとんどであり、一般の労働者を対象とした介入研究は少ない。Kakinuma らは、労働者に対して 1 時間という短時間の集団睡眠衛生教育を実施し、介入群では対照群に比べ 14 時の眠気が有意に改善したものの PSQI 得点においては有意な改善は認められなかったと報告している³¹⁾。これまでの研究では、睡眠衛生教育だけの効果は不十分であり、睡眠衛生教育に、リラクゼーション法、刺激コントロール法、睡眠時間制限法などの行動療法や認知療法を追加することを勧めている^{17, 32, 33)}。本研究は、忙しい職場で働く労働者が対象であったが、睡眠衛生教育だけでなく、リラクゼーション法、刺激コントロール法、睡眠時間制限法といった行動療法が加わったことが、より有意に高い効果に結びついたと考える。中でもリラクゼーション法は、忙しい労働者であっても自分自身で自由に実施できる受け入れやすい方法であり睡眠の改善につなげることができる³⁴⁻³⁷⁾。実際に調査は行っていないが、我々は、指導場面での印象から多くの労働者がリラクゼーションを取り入れたのではないかと推測している。いくつかの研究は、睡眠刺激コントロール法や睡眠時間制限法が、リラクゼーション療法よりも不眠の症状を

軽減させると報告しているが³⁸⁻⁴¹⁾、本研究では、刺激コントロール法や睡眠時間制限法については、積極的に取り組もうとする人はリラクゼーション法より少ない印象であった。

Suzuki らは労働者を対象に、インターネットを用いて睡眠の質を向上させるための self-help プログラム（これは睡眠衛生の他に認知行動療法の内容を含む）効果を確かめるための RCT を行っているが、十分な効果は認められなかったと報告している⁴¹⁾。WEB を使った介入は簡便であるが、一方性のやりとりになりやすいため対象者の改善へのモチベーションをサポートする面で困難があるのかもしれない。不眠症状を訴えて自ら医療機関を受診する患者に比べると、労働者を対象とした介入の場合、不眠改善への動機付けが弱い人が多い可能性がある。本研究においては、双方向的な face to face の個人セッションを通じて産業保健スタッフが、望ましい睡眠習慣や行動療法を提案したことが、一方向的な教育よりもより大きな改善をもたらすことにつながったと考える。

これまでの不眠症患者を対象とした個人セッションによる介入研究では、長期間の回数に及ぶセッションを要していた。ところが、職域で就業時間中に指導を行う場合には、現実的には、このように十分な時間がかけられないことが多い。今回、30 分間という短時間の個人指導は、通常の社内の労働衛生活動として実施することが可能と考える。しかしながら、先述の通り、刺激コントロール法や睡眠時間制限法についてきちんと理解させ生活に取り入れさせるためには、さすがに時間は不十分であると考

えられた。

本研究では、事前に教育を受けた産業保健スタッフが、睡眠衛生教育および睡眠のための行動療法の個人指導を担当して実施した。このことは、事業場内睡眠指導を継続的に行っていく上で不可欠なことである。現在、不眠症患者を対象とした非薬物治療として睡眠のための認知療法も広く行われているが、睡眠に対する偏った認知の再構成をはかることは、産業保健スタッフが行うには難しいケースも少なく、より多くの実施時間を要する。しかしながら、我々が実施した睡眠のための行動療法は、産業保健スタッフでも比較的スムーズに習得でき、安全に実施できると考えられる。

本研究の結果を一般化するには、いくつかの限界がある。1つ目は、参加者の属性が限られていることである。参加者は単一企業の1事業場に所属するホワイトカラー労働者に限られていた。2つめは、本研究の時期は事業場の繁忙期と重なっていたため、コントロール群における睡眠の質の悪化が大きかったことが、介入群との違いを有意なものにさせた可能性があることである。違う時期に研究を実施していた場合には違う結果が得られた可能性がある。3つ目は、研究対象者の評価のために、アテネ不眠尺度によるスクリーニングしか行っていないことである。本来、不眠に対する睡眠衛生教育や行動療法を行う前に、不眠症状を引き起こす睡眠呼吸障害やむずむず脚症候群などの睡眠障害、また不眠症の中でも、精神疾患や身体疾患による不眠症を鑑別しておくことが必要である。しかしながら本研究では、これらの疾患についてきちんとした評価方法を用いた除外診断は行っ

ていない。4つ目は、アウトカムである睡眠についての評価が、PSQI を使った主観的な評価のみで客観的な評価方法を用いなかったことである。ポリソムノグラフィの実施は現実的ではないものの、アクチノグラフィを用いた評価は比較的簡便であるため、その使用を検討するべきであった。5つめは、研究による参加者への負担を最小限にするため、アウトカムや調整要因に関する質問票調査は必要最小限なものに制限され、またフォローアップ期間が3か月と短かったことがあげられる。

E. 結論（まとめ）

我々は、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。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 参考文献

- 1) Damien Leger, Virginie Bayon (2010) Social costs of insomnia. Sleep Medicine Reviews 14, 379 - 89.
- 2) Arnaud Metlaine, Damien Leger, Dominique Choudat (2005) Socioeconomic Impact of insomnia in Working Populations. Industrial Health 43, 11-9.
- 3) Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M (2000) Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. J Sleep Res 9, 35 - 42.
- 4) Yuriko Doi, Masumi Minowa, Ttshiro Tango (2003) Impact and Correlates of Poor Sleep Quality in Japanese White-Collar Employees. Sleep 26, 467 - 471.
- 5) Akinori Nakata, Takashi Haratani, Norito Kawakami, Akiko Miki, Lumie Kurabayashi, Hiroyuki Shimazu (2000) Sleep Problem in White-Collar Male Workers in an Electric Equipment Manufacturing Company in Japan. Industrial Health 38, 62-8.
- 6) H. Tachibana, T. Izumi, S. Honda, I. Horiguchi, E. Manabe and T. Takemoto (1996) A study of the impact of occupational and domestic factors on insomnia among industrial workers of a manufacturing company in Japan. Occup. Med 46, 221-27.
- 7) Philip P, Leger D, Taillard J, Quera-Salva MA, Miedhammer I, Mosqueda JG, et al (1981) Insomniac complaints interfere with quality of life but not with absenteeism: respective role of depressive and organic comorbidity. Sleep Med 7, 585-91.
- 8) Metlaine A, Leger D, Choudat D (2005) Socioeconomic impact of insomnia in working populations. Industrial Health 43, 11-9.
- 9) Sivertsen B, Overland S, Bjorvatn B, Maeland JG, Mykletun A (2009) Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. J Psychosom Res 66, 67-74.
- 10) Akerstedt T, Kecklund G, Alfredsson L, Selen J et al (2007) Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. J Sleep Res 16, 341-45.
- 11) Deray M, Morin CM, Leblanc M, Gregoire JP, Savard J, Baillargeon L (2009) Insomnia and its relationship to health-care utilization, work

- absenteesm, productivity, and accidents. *Sleep Med* 10, 427-38.
- 12) Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krosktad S, Pallesen S, et al (2006) The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *Am J Epidemiol* 163, 1018-24.
- 13) Lavie P (1981) Sleep habits and sleep disturbances in industrial workers in Israel: main findings and some characteristics of workers complaining of daytime sleepness. *Sleep* 4, 147-58.
- 14) Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M (2002) Medical and Socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 25, 625-29.
- 15) Nakata A, Ikeda T, Takahashi M, Haratani T, Houjyou M, Swanson NG, et al (2006) The prevalence and correlates of occupational injuries in small-scale manufacturing enterprises. *J Occup Health*. 48, 366-76.
- 16) Stoller MK (1994) Economic effects of insomnia. *Clinical Therapeutics*. 16, 263-87.
- 17) Sharon Schutte-Roden, Lauren Broch, Daniel Buysse, Cynthia Dorsey, Michael Sateia (2008) Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *J Clin Sleep Med*. 15, 487-504.
- 18) Sahoo Soddishha (2010) Diagnosis and treatment of chronic insomnia. *Ann Indian Acad Neurol*. 13, 94-102.
- 19) Charles M. Morin, James P. Cullbert, Steven M. Schwartz (1994) Nonpharmacological Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Treatment Efficacy. *Am J Psychiatry*. 151, 1172-80.
- 20) Andrew L. Chesson Jr., W. McDowell Anderson, Michael Littner, David Davila, Kristyna Hartse, Stephen Johnson, Merrill Wise, Jose Rafecas (1999) Practice Parameters for the Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia. *Sleep*. 22, 1128-33.
- 21) Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G, Nielsen GH, Havik OE, Johnsen BH, Skjotskift S (2003) Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. *Behav Res Ther*. 41, 31-48.
- 22) Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR (1999) Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia An American academy of sleep medicine review. *Sleep*. 22, 1134-56.
- 23) National Institute of Health (1999) Insomnia assessment and management in primary care. National heart, lung, and blood institute working group on insomnia. *Am Fam Physician* 59, 3029-38.
- 24) Constantin R. Soldatos, Dimitris G. Dikeos, Thomas J. Paparrigopoulos (2000) Athens Insomnia Scal:

- validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research* 48, 555-60.
- 25) Constantin R. Soldatos, Dimitris G. Dikeos, Thomas J. Paparrigopoulos (2003) The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 263-67.
- 26) Danie J. Buysse, Charles F. Reynolds III, Timothy H. Monk, Susan R. Berman, and David J. Kupfer (1988) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*. 28, 193-213.
- 27) Yuriko Doi, Masumi Minowa, Makoto Uchiyama, Masako Okawa, Keiko Kim, Kayo Shibui, Yuichi Kamei (2000) Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. 97, 165-172.
- 28) Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Hoch, C. C., Yeager, A. L., Kupfer, D. J (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28, 193-213.
- 29) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL et al (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32, 959-76.
- 30) Frukawa T (2002) Research about simple screening test for mental disorders in general population. *Reports of Research on Health Science*. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labour and Welfare, 2002: 127-130 (in Japanese).
- 31) Kakinuma M, Takahashi M, Kato N, Aratake Y, Watanabe M, Ishikawa Y, Kojima R, Shibaoka M, Tanaka K (2010) Effect of brief sleep hygiene education for workers of an information technology company. *Industrial Health* 48, 758-65.
- 32) Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL (2006) Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 29, 1398-414.
- 33) Edinger JD, Sampson WS (2003) A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 26, 177-82.
- 34) Turner RM, Ascher LM (1979) Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia. *J Consult Clin Psychol* 47, 500-8.
- 35) Harmat L, Takas J, Bodizs R (2008) Music improves sleep quality in students. *J Adv Nurs* 62, 327-35.
- 36) Hernandez-Ruiz E (2005) Effect of music therapy on the anxiety levels and

- sleep patterns of abused women in shelters. *J Music Ther* 42, 140-58.
- 37) Espie CA, Lindsay WR, Brooks DN, Hood EM, Turvey T (1989) A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep related insomnia. *Behav Ther* 27, 79-88.
- 38) Friedman L, Bliwise DL, Yesavage JA, Salom SR (1991) A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *J of Gerontology*. 46, 1-8.
- 39) Morin CM, Cullbert JP, Schwartz SM (1994) Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 151, 1172-80.
- 40) Murtagh DR, Greenwood KM (1995) Identifying effective psychological treatment for insomnia: A meta-analysis. *Consult Clin Psychol* 63, 79-89.
- 41) Etsji Suzuki, Masao Tsuchiya, Kumi Hirokawa, Toshiyo Taniguchi, Toshiharu Mitsuhashi and Norito Kawakami (2008) Evaluation of an Internet-Based Self-Help Program for Better Quality of Sleep among Japanese Workers: A Randomized Controlled Trial. *J Occup Health* 50, 387-99.

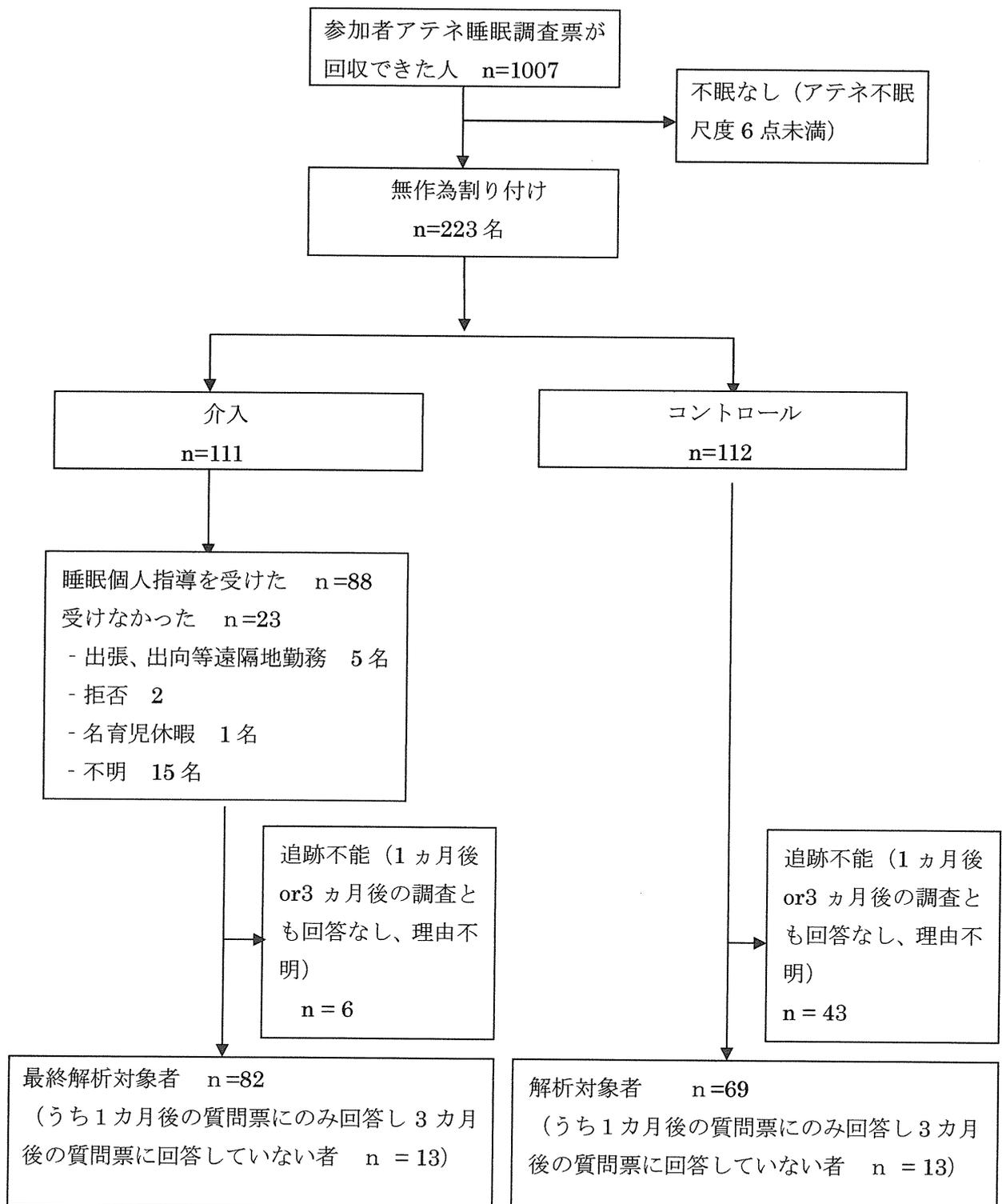


図 1. フローダイアグラム

Table 1. 参加者属性

	Total N = 151	介入群 N = 82	コントロール群 N = 69	P値
Gender, male, n (%)	130 (86.1)	73 (89.0)	57 (82.6)	0.36
Age, years (SD)	36.2(9.9)	35.6(9.8)	37.0(10.2)	0.39
職位, n (%)				
課長相当職以上	25 (16.5)	12(14.6)	13 (18.8)	
技師・主任・研究員	37 (24.5)	22(26.9)	15(21.7)	0.66
その他	64 (42.4)	36(43.9)	28(40.7)	
未回収	25(16.6)	12(14.6)	13(18.8)	
職種, n (%)				
設計部門	74(49.0)	42(51.2)	32(46.4)	
研究部門	20(13.2)	10(12.2)	10(14.5)	0.84
その他	33(21.9)	19(23.2)	14(20.3)	
未回収	24(15.9)	11(13.4)	13(18.8)	
ここ3カ月の平均残業時間, n (%)				
45時間未満	69 (45.6)	43(52.4)	26(37.7)	
45時間以上～60時間未満	33 (21.9)	15(18.4)	18(26.1)	0.23
60時間以上	24 (15.9)	12(14.6)	12(17.4)	
未回収	25(16.6)	12(14.6)	13(18.8)	
婚姻状況, n (%)				
既婚	59(39.1)	32(39.1)	27(39.1)	
未婚	63(41.7)	35(42.6)	28(40.6)	0.99
未回収	29(19.2)	15(18.3)	14(20.3)	
喫煙, n (%)				
吸う	23(15.2)	7(8.5)	16(23.2)	
吸わない	100(66.3)	60(73.2)	40(58.0)	0.02
未回収	28(18.5)	15(18.3)	13(18.8)	
週に何日飲みますか, n (%)				
0日	34(22.5)	22(26.8)	12(17.4)	
1日～2日	44(29.2)	21(25.6)	23(33.3)	
3日～5日	23(15.2)	13(15.8)	10(14.5)	0.39
6日以上	18(11.9)	8(9.8)	10(14.5)	
未回収	32(21.2)	18(22.0)	14(20.3)	
定期的な運動, n (%)				
している	38(25.1)	28(34.1)	10(14.5)	
特にしていない	86(57.0)	40(48.8)	46(66.7)	0.01
未回収	27(17.9)	14(17.1)	13(18.8)	
K6, mean (SD)	4.48(4.09)	4.48(4.35)	4.48(3.79)	0.76
PSQI, mean (SD)	8.43(2.83)	8.37(3.00)	8.52(2.68)	1.00
≥6, n (%)	126(83.4)	68(82.9)	58(84.1)	0.49

略語: SD, standard deviation; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index

カテゴリー変数は Fisher's exact testで、連続変数は t-testによって解析された

Table 2. 睡眠保健指導の効果

	介入前後の変化(SE) ¹⁾		差(95%CI) ¹⁾	p 値
	介入群	コントロール群		
PSQI スコア	-1.0 (0.4)	1.5 (0.5)	2.4 (1.2 - 3.7)	< 0.01

	介入前後の変化(SE) ²⁾		差(95%CI) ¹⁾	p 値
	介入群	コントロール群		
PSQI スコア	-1.0 (0.4)	0.9 (0.5)	1.9 (0.6 - 3.4)	0.004

略語: SE, standard error; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index

¹⁾ 未調整の平均値

²⁾ 調整済の推定平均値

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

メンタルヘルス不調による休職者における職場再適応方法の検討 ～労働者の適性を重視した職場異動の有効性～

分担研究者 渡辺洋一郎 渡辺クリニック・院長

要旨

著者が平成 22 年度からメンタルヘルス担当産業医として活動している A 社において平成 22 年度に著者が関わった従業員 35 名において就業状態などの経過を調査した。休職中の従業員の復職に際しては著者の方針として出来る限りの本人の適性に合わせた環境調整をはかった。そのため復職した者 15 名のうち業務変更した者が 13 名であった。その結果、現時点でのフォロー期間は 10 カ月～22 ヶ月であるが、休職者が 35 名中 16 名から 2 名に減少し、通常勤務者が 35 名中 17 名から 30 名（定年退職者 1 名を含む）に増加した。全体的にはまずまず良好な結果と考える。今回の比較的良好的経過においては業務変更が好影響を与えたのではないかと推測している。また、厚労省編職業一般適性検査を施行したところ能力に大きな偏りをもっている従業員も多く、適性を正確に把握するためにはこのような検査の使用も有用と考えられた。

メンタルヘルス不調から休職に至っている従業員の復職再適応を順調に進めるためには、従業員の適性を正確に把握した上で、その適性にあった職種、業務への異動を行うことが有用な方法として示唆された。

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による長期休業者の復職支援が企業にとって大きな課題となっている。復職の目標は単に復職するのみならず充実した再適応を図ることである。症

状が再発しないのみならず充実した職業生活を継続できること、企業にとっても満足できる雇用であることが最も望まれるところであろう。しかしながら、メンタルヘルス不調による休職者の再発率は高いことが

報告されている¹⁾。いかにすれば再発を防ぎ再適応を図ることが出来るかを労働者の職業適性という観点から検討した。

B. 研究方法

著者がH22年4月よりメンタルヘルス担当の産業医をしているA社において、メンタルヘルス不調により休職しており、A社人事部のメンタルヘルス担当者が必要と判断して著者の面談を受けることになった労働者を対象とした。

A社は大阪に本社を置く一部上場企業で従業員数は全社で約2000名、業種はサービス業である。専属の産業医、産業保健スタッフはおらず、内科医が産業医として選任されている。平成22年4月より著者がメンタルヘルス担当産業医として就任。月に3日、各日2.5時間ずつ訪問することとなる。

スタッフとしては人事部所属の男性1名がメンタルヘルス担当者として従業員のメンタルヘルス不調による休職など情報収集と接触を行い、著者の面談を受けるのが望ましいと判断したケースを面談予約する。このようなケース以外にも一般の従業員の希望があれば面談を受けることもある。

今回の研究対象は、平成22年度に著者が面談した35例である。さらに、35名中面談時に休職中だった17名につき復職に関する情報、復職後の経過などを調べた。

C. 研究結果

1. 平成22年度に面談した従業員の背景

著者がメンタルヘルス担当産業医として面談した従業員は35名（表1）であり、その背景は表2に示したごとくである。男性23名、女性12名で職務内容は営業18名、

事務11名、製造6名である。また初回面談時に休職中であったもの16名、勤務中が19名（うち2名は制限勤務）であった。年齢分布では35名中13名が45歳以上50歳未満で40歳以上、45歳未満6名、25歳未満5名、25歳以上30歳未満が4名と続いている。平均年齢は39.0歳であった。

病名に関しては表3に示すごとく診断書提出者においては抑うつ状態・うつ状態が10名、うつ病8名などであったが、著者の面談における診断では適応障害と思われるものが35名中16名と最も多かった。

2. 初回面談時における休職者16名の背景

著者が面談した35名のうち面談時に休職していたものが16名である。その一覧を表4に示した。男性11名女性5名、平均年齢は41.1歳、著者による診断はうつ病、適応障害圏と考えられたものがそれぞれ7名、不安障害1名身体表現性障害1名であった。面談時点までの休職期間は平均5.3か月（最短1か月、最長15か月）であった。

3. 初回面談時35名における就業状態の経過

H22年度に面談した35名におけるその後の就業状態を表5にまとめ、割合を図1に示した。その詳細は次項に記す。

4. 初回面談時における休職者16名の経過の詳細

面談時に休職していた従業員の経過を表6に示した。H22年度面談時に休職中だった16名においては、H23年3月末時点では10名が通常勤務にもどり、休職継続は6名であった。

H23年3月末時点で休職継続していた6名においてはH24年1月末時点において、通常勤務にもどったものが3名、休職期間満了のため退職に至ったものが1名、一旦復職後希望退職した者が1名、復職後再休職した者が1名である。休職期間満了で退職に至ったものは、適応障害レベルのうつ状態と思われたが、性格的な要素が非常に強く、休職期間満了前に面談した際にも日常生活レベルにおいても抑うつ症状や強度の不眠が続いており復職レベルに至らず退職をよぎなくされた。希望退職した者は復職後症状の悪化はなかったが本人の希望で退職したところである。復職後に再休職した者が1名あるがこの者は性格的要素の強いうつ病であり、職場以外の環境要素の影響も大きい模様である。

また、H23年3月時点で通常勤務にもどった10名のうち、H24年1月末時点で症状が再発し再休職となった者は1名であるがこの者は適応障害レベルのうつ状態で、会社への不満感が根強くあり、職場環境要素より性格的要素が強いと思われる。9名は通常勤務を継続している。

H22年度の初回面談時に制限勤務を行っていた2名については、H23年3月末時点で休職に至ったもの1名、制限勤務を継続したものが1名であった。H24年1月末時点においては休職していたものは通常勤務に復し、制限勤務をしている者は引き続き制限勤務を続けている。この制限勤務者はパニック障害でシフト性勤務が困難で就業時間を定時勤務に制限しているものである。

H22年度の初回面談時に、通常勤務をしていた17名については、その後H23年3月末時点、H24年1月末時点においても経

過は良好で、全員通常勤務を継続している。

5. 初回面談時における休職者16名の復職後の業務について

A社においては休職者の復職先の選定に関してはメンタルヘルス担当産業医である著者の意見を全面的にとり入れる方針であり、著者の意見をもとに人事部が当該従業員の復職先を検討し、異動する方が良いと判断した場合には積極的に異動を行っている。

初回面談時に休職中であった16名のうち復職期間満了にて退職した1名を除く15名においてはその後復職したが、これら15名に復職前と復職後の業務変更に関して表7にまとめた。その結果、復職後の業務を変更した者が14名、復職前と復職後で業務変更を行わなかった者が2名となっている。業務変更を行わなかった2名においては症状の発症要因として業務内容の影響は少ないと判断したものである。

6. 初回面談時休職者の就業状態の経過

初回面談時休職していた16名のその後の就業状態の経緯と復職時の業務変更の有無を表8に示した。業務変更した13名においては1名が復職するも再発し再休職になっているが12名は順調に継続勤務している(1名は定年退職)。業務変更しなかった2名については、1名は復職後に順調に就労していたが半年後に希望退職をした。その理由は明確ではないが病状の悪化はなかった。もう1名は、H23年3月時点で通常勤務に戻り、その後H24年2月時点においても経過は良好で通常勤務を継続している。

7. 厚労省編一般職業適性検査の施行結果

この検査は仕事を遂行するために必要とされる代表的な7種類の能力を測定することで個人の能力に適した仕事を見つけるための検査である。アメリカに手開発されたものを旧労働省が日本の実情に適するように修正したものである。本検査は、11種類の紙筆検査（円打点検査、記号記入検査、形態照合検査、名詞比較検査、図柄照合検査、平面図判断検査、計算検査、語意検査、立体図判断検査、文章完成検査、算数応用検査）と、4種類の器具検査（さし込み検査、さし替え検査、組み合わせ検査、分解検査）で構成されており、9つの適性能力（知的能力、言語能力、数理能力、書記的知覚、空間判断力、形態知覚、運動能力、指先の器用さ、手腕の器用さ）を調べる検査である。そして、これらの結果を基に、13領域40適性職業群に編成され設定された基準と、個人の適性プロフィールを照合することによって、幅広く適職を吟味することができるものである。今回著者は、この検査を必要と思われたものを中心に9例に施行した。

その結果の一部を表9に示した（著者のクリニック以外の精神科診療所で施行された5事例においては、器具検査は施行されていない）。

9例と症例数が少ないこともあり、断定はできないが、今回施行した9例をみると、適性能力に差が大きい者が目立つ。優秀と思われる能力（AおよびB評価）と、乏しいと思われる能力（EおよびF評価）の両者が存在する者が5名あった。これらの労働者においては優秀な能力と能力の乏しい部分が共存していることになり、業務を検

討する際には慎重に選定する必要がある。今回我々はこの結果を出来る限り参考として本人の能力の乏しいところがあまり影響しない業務を選定することを心がけた。

D. 考察

1) 調査結果に関して

今回の報告は、著者が平成22年度からメンタルヘルス担当産業医として活動しているA社において平成22年度に著者が関わった従業員35名における調査である。著者の面談の対象となるのは、原則として、メンタルヘルス関連病名の診断書で休職しているもの、人事部のメンタルヘルス担当者が各職場の上司などからの情報でメンタルヘルス問題が疑われる従業員に著者の面談をすすめるもの、あるいは上司の立場の者から著者との面談を勧められ来室するもの、あるいは上司にあたるものがメンタルヘルス担当者に相談をもちかけ、そのすすめで来室するもの、また、従業員本人からの希望で来室するものなどである。

結果に示したように、診断書病名では適応障害は1名もなかったが、著者の面談からは適応障害のものが最多であった。この理由は定かではないが、適応障害としても出現している症状は抑うつ症状がほとんどであること、そして適応障害と言う病名がまだ一般になじみが乏しいことを考慮して精神科主治医は診断書病名としてはうつ状態、あるいは抑うつ状態と記載することが推測される。面談した35名の就業状況とその経過は表5、図1、表6に示したごとくである。現時点でのフォロー期間は10カ月～22ヶ月であるが、休職者が35名中16名から2名に減少し、通常勤務者が35名中17

名から30名（定年退職者1名を含む）に増加したことは全体的にはまずまずの結果と考える。ただし、退職者が2名あった。1名は復職後順調に就労していたものの本人の希望で退職したものであり病状とは直接関係のない退職と思われる。もう1名の退職者は長期間にわたって職場不適應でこれまでも休職、復職を繰り返していたケースである。このケースは休職満了時においても面談したが抑うつ感や易疲労性、頑固な不眠などが続いており、就労可能とは判断できず結局退職を余儀なくされたものである。また、復職した15名のうちで再発し再休職に至ったものは2名だった。この2名はいずれも性格的要素が強く職場異動など職場環境調整をはかるもそのみでは十分ではなかったと考えられる。

フォロー期間がまだ10～22カ月と十分ではないものの休職者が16名から2名に減少したこと、復職者15名中再発者が2名というのは比較的良好な結果ではないであろうか。

前述したように復職に際しては著者の方針として出来る限りの本人の適性にあわせた環境調整をはかった。その結果、表7に示したように復職した者15名のうち業務変更した者が13名であった。今回の比較的良好な経過においてこの業務変更が好影響を与えたのではないかと著者は推測している。

2) メンタルヘルス不調による休職者の職場異動に関して

メンタルヘルス障害により休職した労働者の職場復帰に際しての職場異動の是非に関しては従来より話題にはなっている。しかしながらこの問題に関する研究は少ない。

廣はうつ病圏の労働者における職場復帰にあたっての職場において行われた諸配慮と復職後の経過の関係を検討しているが²⁾、その中で職場再適應に寄与した因子の一つとして「職場異動がなされた」が認められたとしている。しかし、多くの例で重要と評価されているものの実施されていない例が多いこと、一般的には元の職場への復帰が望ましいと言われているが、実施を検討する余地がある例も散見される。しかし、現実的には容易ではないであろうと述べている。元の職場への復帰が原則という考え方は確かによく聞くところである。この根拠はどこから来たのであろうか。その根拠を示した論文を著者はまだ見たことがない。推測であるが、この考え方は企業における現実的な事情から企業原理に則って言われているのではないであろうか。確かに一人を異動するという事は関係部署の人員構成にも影響し企業にとって多大な労力を要する問題であろうし、また、他の従業員の心理面への影響も少なくないであろう。一人の従業員の希望を聞くと不適應感をもつ多くの従業員が異動の希望をだすのではないかという人事関係者の危惧もよく聞くところである。このような考え方も理解できるところである。

しかしながら、職場のメンタルヘルス不調の発生に職場環境が大きく関与していることは周知のところである。廣の調査においても全体の72.9%で職場因子が少なからず発症に関与していたという。そして、職場因子として「仕事の適性の問題」などがある場合には「長時間労働」などよりも順調な職場復帰が少ない傾向があったとし、その理由として前者の方が復職にあたって

の対応が困難だからであろうと推測している。

これらの見解をまとめると、メンタルヘルス不調から休職に至った労働者の復職、再適応を順調にすすめるためには、「仕事の適性」、「職場異動」という因子が重要である、しかしながらこれらを実現することは企業においては困難なテーマであるため実現が難しいということになる。

著者は就労においては出来る限り従業員の適性を活かした仕事に従事することが従業員のモチベーションの向上のためにも、メンタルヘルス不調の発症を抑えるためにも、さらには、本人の能力を最大限活かすことから企業にとってもメリットのあることと考えている。このような考えから、休職者の復職にあたっては、本人の適性を正確に把握し、出来る限りその適性にあった仕事内容に従事してもらうことを原則とした。このような考え方を実践していくためには企業の経営者層、人事部スタッフなどの納得が不可欠である。幸い A 社においては職場におけるメンタルヘルス活動を積極的に取り入れていこうという機運が高く、著者がメンタルヘルス担当産業医と言う形で関与する 2 年前から職場におけるメンタルヘルス問題への取り組みに関して相談に來られ、この 2 年間に幹部スタッフへの研修、人事スタッフ向けの研修、管理職研修などを相当回数施行し、メンタルヘルス活動における一次予防の意義に関しても理解を得ていた。こうした背景もあり、人事部は休業社員の復職に際して、該当従業員の適性を再度確認し、必要に応じて積極的に異動を行うという考え方を十分に理解していた。また、人事部においてメンタルヘル

ス活動の窓口となったのは A 社に 40 年営業職、支店長などとして勤務し A 社のことを知り尽くし、人脈も非常に豊富なものであった。著者は精神科医として、該当従業員の適性、特徴などを出来る限り正確に把握することに努め、その後、知り得た情報をこの担当スタッフに伝え、該当従業員の適性に合った職場、仕事内容を一緒に検討するという作業をおこない、さらに、人事部で必要な調整を行って異動を現実化することが可能であった。

もう 1 つのポイントとして、該当従業員の適性をどこまで正確に把握することが出来るかという点がある。好きか嫌いか、あるいはしたいかしたくないかというレベルではなく、その従業員の能力、適性を出来る限り客観的に把握することが非常に重要である。今回著者は次項にも記す、厚労省の一般職業適性検査のほか、クレッペリン作業能力検査、TEG、バウムテストといった心理検査も使用した。そしてこの結果も業務の選定に際して非常に参考となった。得意極めて大きな能力の偏りを示すものが少なくなかったことは大きな発見であり、それは一段と業務選定の重要さを裏付けるものであった。

前述のような企業環境のもと、休職者の復職時に積極的に異動など環境調整をはかったところ休職者の再適応に比較的良好な結果を得られた。従業員の異動を行うということは企業にとって大きな労力を要することであるのは理解できるところであるが、休職者の再発リスクを減じ、順調な再適応を可能にするのであれば積極的な異動も検討する価値があると考えられる。

3) 厚生労働省編一般職業適性検査に関して

結果の項に記したが、今回施行した9例をみると、適性能力に差が大きい者が目立った。優秀と思われる能力（AおよびB評価）と、乏しいと思われる能力（EおよびF評価）の両者が存在する者が5名あった。このようなタイプの労働者においては業務を検討する際には慎重に選定する必要があるとかんがえ、我々は本人の能力の乏しいところができる限り露呈しない業務を探して選定することを心がけた。たとえば、事例No3, 4, 10に見られるように知的機能、言語機能、等が相当に高いにもかかわらず形態機能、共応機能、あるいは指先や手腕の機能が乏しいものでは、高度な知的業務はできる可能性を持っている半面、簡易な事務作業、事務機器の操作などが非常に不得手であることが示唆され、業務の選定に苦慮する。また、一般的に復職開始時には該当従業員への配慮から簡単な事務作業などから始めることが少なくないが、このようなケースではむしろ簡単な事務作業の方が拙劣である可能性があり、それが、能力不足、あるいはまだ復職困難と判断されてしまうことも推測された。

復職に際しての職場異動、業務変更に関しては周りへの影響も大きく、その実施においてはそれなりの根拠が必要である。精神科医としての面談は非精神科医の面談に比べれば性格傾向を見抜く力は長じていると思われるが、このような機能別の能力を推測することはまずできない。今回厚労省編一般職業適性検査を施行してみたところその有用性を非常に強く感じたところである。今後はこのような検査をさらに組み入

れ、従業員の適性把握に役立てていきたいと考えている。

E. 結論

今回、A社におけるメンタルヘルス担当産業医としての活動をまとめ、従業員の復職（再適応）には1）本人の適性に合わせた業務の検討が有効であることが示唆された。2）一般職業適性検査を施行した結果から職業適性に能力差が大きいものが少なくなることが分かった。今後従業員の適応、再適応を考える際にはこの検査を活用することも有用な方法であることが示唆された。今後、引き続き同様の活動を続け、適性を重視した就労支援の有用性を検討していく。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 倉林るみい：うつ病などの休職・復職に関連した文献研究．労働安全衛生総合研究事業「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成14年度～16年度総合研究報告書，2005
- 2) 廣 尚典：うつ病の職場復帰および職場

再適応に影響を及ぼす因子に関する検討。
労働安全衛生総合研究事業「うつ病を中心
としたところの健康障害をもつ労働者の職
場復帰および職場適応支援方策に関する研
究」平成14年度～16年度総合研究報告書、
2005.

表1 H22年度面談者35名の一覧

No	性	歳	初回面談	依頼者	勤務状況	精神医学的診断
1	男	46	H22.4.7	人事	休職中	適応障害(うつ)
2	男	44	H22.4.7	個人	通常勤務	不安障害
3	女	47	H22.4.14	人事	休職中	うつ病
4	男	38	H22.4.14	人事	休職中	適応障害(うつ)
5	男	50	H22.4.14	個人	通常勤務	適応障害(不安)
6	男	42	H22.4.21	人事	通常勤務	うつ病
7	男	58	H22.4.21	人事	休職中	うつ病
8	男	47	H22.4.21	人事	制限勤務	適応障害(うつ)
9	男	47	H22.4.28	人事	休職中	適応障害(うつ)
10	女	48	H22.4.28	個人	通常勤務	適応障害(身体症状)
11	女	24	H22.4.28	人事	休職中	適応障害(不安)
12	女	48	H22.5.11	人事	通常勤務	適応障害(身体症状)
13	男	24	H22.5.18	人事	通常勤務	恐怖症(閉所)
14	男	30	H22.5.27	人事	通常勤務	睡眠障害疑い
15	男	39	H22.5.27	人事	休職中	うつ病
16	男	40	H22.6.10	人事	通常勤務	不安障害(パニック)
17	女	47	H22.6.22	支店長	通常勤務	適応障害(不安)
18	男	46	H22.7.6	人事	休職中	適応障害(不安、うつ)
19	女	26	H22.7.20	支店長	制限勤務	不安障害(パニック)
20	男	47	H22.9.28	人事	休職中	不安障害(パニック)
21	男	23	H22.10.7	支店長	通常勤務	うつ病
22	男	49	H22.10.7	上司	通常勤務	不安障害(パニック)
23	男	46	H22.10.26	人事	休職中	適応障害(不安、うつ)
24	男	31	H22.11.9	個人	通常勤務	適応障害(うつ)
25	女	22	H22.11.9	支店長	通常勤務	適応障害(不安)
26	女	46	H22.11.24	組合	通常勤務	適応障害(不安)
27	男	43	H22.11.30	人事	休職中	適応障害(不安、うつ)
28	女	26	H22.12.21	上司	通常勤務	適応障害(行動化)
29	男	25	H23.1.20	人事	通常勤務	不安障害(パニック)
30	男	40	H23.1.25	人事	通常勤務	うつ病(既往)
31	女	27	H23.2.8	人事	休職中	うつ病
32	女	48	H23.2.22	人事	休職中	うつ病
33	男	43	H23.3.29	人事	休職中	うつ病
34	男	36	H23.3.30	人事	休職中	うつ病
35	女	23	H23.3.31	上司	休職中	身体表現性障害

表2 H22年度面談者の背景

年齢区分	面談者数	性別		職務内容			面談時就業状況	
		男	女	営業	事務	製造	休暇中	勤務中
25歳未満	5	2	3	4	1		2	3
30歳未満	4	1	3	2	1	1	1	3(1)
35歳未満	2	2		1	1		0	2
40歳未満	3	3		2	1		3	0
45歳未満	6	6		4	1	1	2	4
50歳未満	13	7	6	4	5	4	7	6(1)
50歳以上	2	2		1	1		1	1
合計	35	23	12	18	11	6	16	19

()制限勤務中