

<実践報告>

復職支援プログラム「SPICE」において睡眠の客観的評価が 復職準備性を高めるために効果的に作用した症例

山本 春香・上田 和希・中富 康仁
Haruka Yamamoto・Kazuki Ueda・Yasuhito Nakatomi

ナカトミファティীগケアクリニック

要約

平成27年12月よりストレスチェック制度が義務化され、ますます企業におけるメンタルヘルス不調者への対応が課題となっている。メンタルヘルス疾患による休職では、休職期間が長期化する例や、復職を果たしても再燃により再休職する例があとを絶たない。我々はメンタルヘルス疾患により休職中の方を対象に、復職支援プログラム「SPICE」を院内にて実施しており、復職準備性を高める取り組みとして、睡眠状態の客観的指標を用いた評価を加えたプログラムを展開している。今回、プログラムの参加者に対し、睡眠活動度計を用いた睡眠リズムの評価を実施し、結果のフィードバックをおこなう中で、休職が長期化していた原因が明らかとなったことにより、問題意識が共有され、本人の理解と、周囲のサポートをともにすすめた症例を経験した。メンタルヘルス不調による休職者に対し客観的な睡眠状態の評価をおこなうことが、復職準備性という観点から有用であると考えられた。

キーワード：復職支援プログラム、メンタルヘルス、客観的評価、睡眠障害、復職準備性

I. はじめに

「労働安全衛生法の一部を改正する法律」に基づき、平成27年12月から企業におけるストレスチェックの実施が義務化された。ストレスチェック制度の導入には、うつ病などのメンタルヘルス疾患による休職者の増加や、労災補償の増加、あるいは労働者の自殺の問題などの要因が背景にある。企業は、高ストレスの労働者を早期に発見し、適切な対処・措置を取ることで、労働者全体のメンタルヘルス不調を予防することが求められている。このようなメンタルヘルス対策は1次予防に

該当するが、企業にとっては、信用信頼の維持や経済損失の防止にもつながり、ひいては生産性の向上や企業成長にも効果を発揮するため、積極的に取り組む必要がある。また、メンタルヘルス疾患による休職については、復職後に症状が再燃・悪化し、再度休職となるケースも少なくない。そこで重要となるのが、休職者の職場復帰のための支援と適切な復職時期の判断である。このような取り組みは3次予防に該当し、近年では職場復帰に際して復職支援プログラムの利用が活用され、その需要が高まっている。

我々は平成26年4月に疲労を専門としたク

リニックを大阪市のオフィス街である淀屋橋に開院し、平成27年5月からは関西福祉科学大学EAP研究所が医療法人あけぼの会と産学医連携において実施されていた復職支援プログラム「SPICE」を、院内にて引き継いでいる。「SPICE」は、うつ病などのメンタルヘルス疾患により休職中の方を対象に実施しており、復職準備性を高め、復職後の就労継続と再発予防策の獲得を目指している。復職準備性とは、主にうつ病リワークの分野で用いられる概念で、睡眠リズム・体力・作業能力の回復、再発予防・コミュニケーション能力の回復、職場との復職調整等の因子から成り立っており、仕事ができるレベルの病状の回復度合いの総称のことである¹⁾。当院では復職準備性を高める取り組みとして、特色である『疲労』に着目したプログラムと、疲労に深く関係する睡眠状態並びに自律神経機能の客観的指標を用いた評価を加えたプログラムを展開している²⁾。

復職支援プログラムの利用において、参加者の復職時期の見極めは非常に重要である。復職後、再度休職となるケースでは、復職後の職場による支援体制の乏しさや性急な薬物療法の中止などの他、症状の改善が十分ではなく復職の判断が時期尚早であったということも考えられる。その背景の一因として、睡眠の課題が存在すると考える。しかしながら、医療機関における睡眠の評価は、一般的に、当人の主観的な評価に頼らざるを得ないことが多いため、客観性や信頼性に大きな課題がある。そこで、当院では患者の睡眠を把握するために、Acti Watch Spectrum Plus（フィリップス・レスピロニクス合同会社）を用いた睡眠活動度計検査を実施している（図1）。軽量加速度センサーが搭載された腕時計型の機器で、被験者の非利き腕に3日から1週間、装着することで測定を行うものである。体動のレベルとその頻度に対応した信号を加速度

計により発生させ、体動が活動量として記録される。睡眠活動度計検査は利用が簡易であることや、睡眠ポリソムノグラフィーの結果と比較すると、睡眠や覚醒のリズムが89%以上一致すると報告されており、信頼性の高い検査でもある³⁾。その他、睡眠活動度計には、覚醒時平均活動量、居眠り回数、睡眠時間、睡眠時平均活動量、中途覚醒（入眠後、睡眠の途中で目が覚める症状）、入眠潜時（覚醒状態から入眠までに要した時間）、睡眠効率（床に入っている時間に対して実際に眠っている時間の割合）などの指標がある。さらに、睡眠活動度計ではうつ病による活動量の減少や特徴的な睡眠障害も検知することが可能である^{4,5)}。うつ病により休職した会社員を対象とした研究では、休職前の睡眠効率が低いと復職後の再休業率が高まり、睡眠効率が高いほどより良好な経過が予測されることが示唆されている⁶⁾。睡眠効率の高さはスムーズな入眠による睡眠潜時の短さや、睡眠時活動量の少なさと関連しており、質の高い睡眠が取れていることを示している。

このように、睡眠リズムは復職準備性の1つの因子として位置付けられているように、就労を継続していく上で大きく関係している。そこで、「SPICE」の参加者に睡眠活動度計検査を用いたことで、復職準備性を高めていく上で効果的に作用した症例を報告したい。



図1 Acti Watch Spectrum Plus
（フィリップス・レスピロニクス合同会社）

II. 症例

1. 症例の概要

年齢：30代

性別：女性

業種：金融関係（総合職）

診断名：身体表現性障害

主治医：他院（復職支援プログラムのみ
当院）

SPICE利用期間：5ヶ月

2. 病歴

オーバーワークと職場での人間関係上のストレスが起因となり、耳鳴り・眩暈・頭痛が頻発。注意集中力や作業効率の低下により就労が困難となり、主治医（他院）のもとで身体表現性障害と診断を受け、休職を開始。同年、他機関の復職支援プログラムの利用を開始したが、アトピー性皮膚炎からカポジ水痘発疹を発症し、利用を中断。復職支援プログラムに意欲的に取り組もうとしていた矢先の出来事であり、身体症状により中断をせざるを得なかったことに本人は落胆し、意欲の低下が生じた。発疹が顔面に出現することから外出を控えるようになり、昼夜逆転の生活

となった。その後、約4年をかけて症状が軽快。休職開始から5年後に、「SPICE」の利用を開始した。参加開始時の服薬内容は、睡眠薬（短期作用型）・抗不安薬・抗ヒスタミン薬であった。

3. 睡眠活動度計検査の結果（利用初期）

1回目の検査は、「SPICE」利用初期に実施した。日中の活動量の指標となる活動時の合計活動カウントが平均178818回／分、入眠潜時が平均26分、中途覚醒時間が平均63分、覚醒の回数が平均36回であった（表1）。図2は、参加者の7日間の睡眠と活動をグラフとして示したものである。日の出の時間帯に白色光が上昇していることや、それと並行して睡眠時の活動量が上昇していることが認められた。また、7日間をとおして日中の活動量に不安定さが見られ、2日目と3日目には活動量が多くなり、その反動により4日目から7日目の活動量が急激に低下し疲労回復に時間を要していることが見て取れた。さらに、勤務開始時間を想定した時間に起床できている日は1日もなかった。以上の結果から、入眠困難や中途覚醒による睡眠の質の低下が認められ、睡眠障害が明らかとなった。

表1 利用初期と復職前の各指標の比較

	活動時の合計 活動カウント (回数)	入眠潜時 (分)	中途覚醒時間 (分)	覚醒の回数
利用初期	178818	26	63	36
復職前	205553	17	26	18

※数値は全て平均

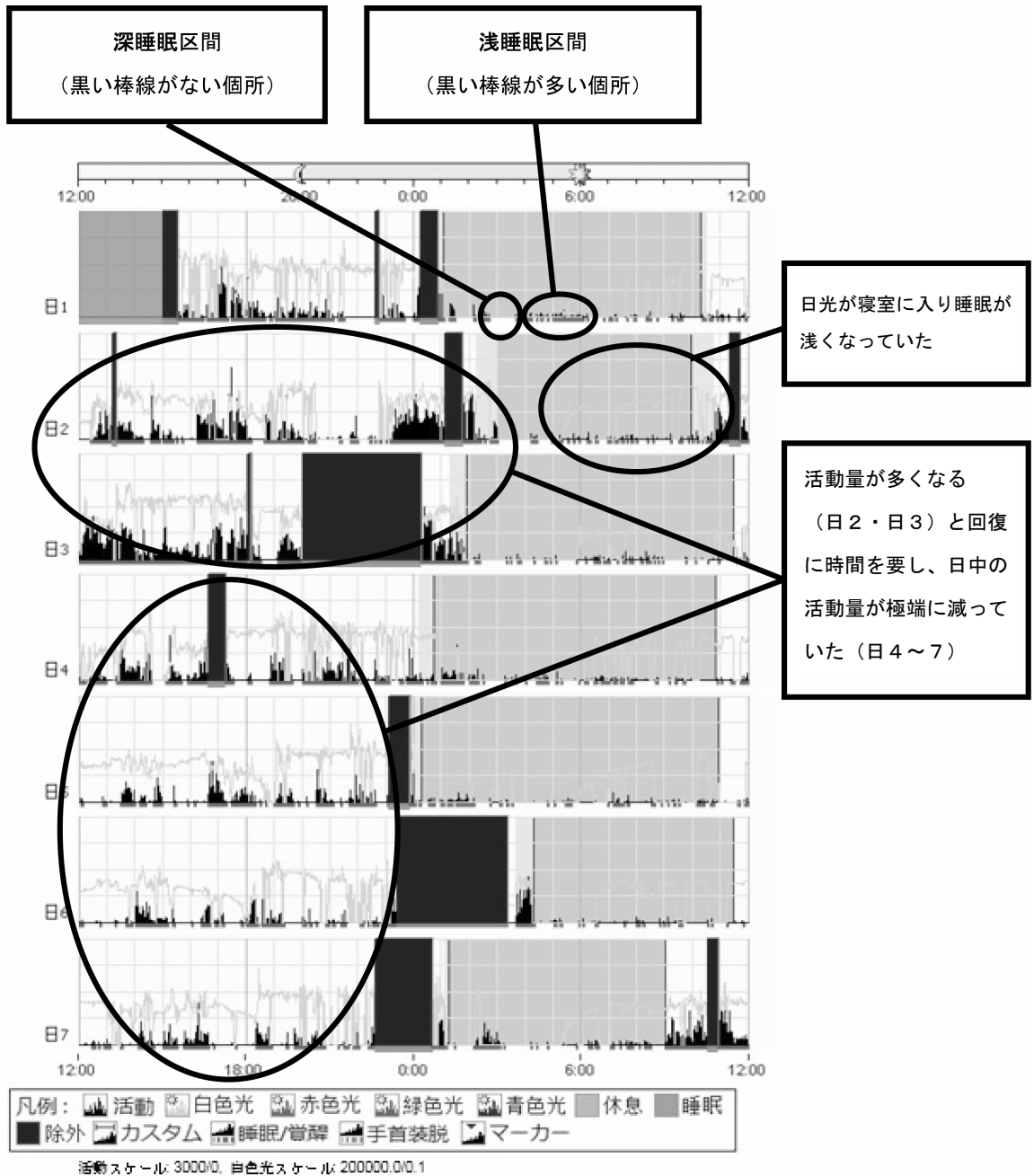


図2 利用初期の睡眠活動度計検査の結果(フィリップス・レスピロニクス合同会社)

- ※薄い帯は睡眠区間
- ※濃い帯は機器非装着区間(解析から除外)
- ※縦に伸びる黒い線は活動があったことを示している
- ※折れ線は睡眠活動度計の周囲の光を表している
- ※本人の自己申告時間に合わせて任意で睡眠・非装着の区間を調整

4. 睡眠リズムの改善に向けた取り組み

睡眠活動度計検査の結果について本人にフィードバックし、以下のような睡眠リズム改善に向けた取り組みのアドバイスを行った。まず、日の出の時間帯に白色光が上昇していたため本人に就寝時の睡眠環境を確認したところ、遮光していないことが明らかとなった。日の出以降日光が部屋に入り、睡眠の質を悪化させる原因の一つとなっていることを伝え、就寝時にカーテンを閉めることを助言した。本人からも「熟睡感がない」との訴えがあり、睡眠の質に課題があることが裏付けられた。次に、睡眠潜時が平均26分であったため、就寝前にアロマなどを用いて副交感神経を優位にすることでリラックスすることや、就寝時に決まった行為を行うことでスムーズに入眠できるよう助言をした。数日間活動的な生活を送ることで、その後の数日間の活動量が低下することに関しては、本人の自覚はなかったものの、過去を振り返ると同様のパターンを繰り返していたことに気付くことができた。そこで、日中の活動量が過剰にならないよう段階的な活動量の増加と体力回復を目指し、改善に向けて取り組んだ。また、勤務開始時間を想定した時間に起床できている日がなかったため、睡眠リズムの安定のために具体的な入床時間と起床時間を目標として設定するよう睡眠衛生指導を行った。これらの取り組みは、「SPICE」のプログラムの一つとして週1回実施している生活習慣チェック（睡眠・体力・作業能力の回復のためのプログラム）において、自記式の生活日誌への記録を通して睡眠・活動リズムをセルフモニタリングすることで、段階的な睡眠リズムの改善を図っていった。その後約2ヶ月かけ、徐々に日中の活動量を増やし、合わせて入床時間と起床時間が維持できているか1週間ごとに生活習慣チェック内でセルフモニタリングと改善を繰り返していった。

5. 睡眠活動度計検査の結果（復職前）

2回目の検査は、「SPICE」利用約3ヶ月後の復職前に実施をした。活動時の合計活動カウントが平均205553回／分、入眠潜時が平均17分、中途覚醒時間が平均26分、覚醒の回数が平均18回であった（表1）。各数値は、1回目の検査の利用初期と比べ改善していた。図3は、2回目の検査の参加者の7日間の睡眠と活動をグラフとして示したものである。睡眠環境については、遮光カーテンを使い、日光による睡眠の質への影響は低くなってきていると確認できた。入眠潜時も平均26分から17分に減少しており、寝付きやすくなったことが認められた。日中の活動量に関しても、「SPICE」利用初期と比べると大幅な改善が見られた。また、利用初期と比べると入床時間や起床時間が規則的になり、おおよそ勤務を想定した睡眠リズムにまで回復していた。

しかし、復職直前も日によって起床時間と入床時間にばらつきが認められたため、復職後も生活日誌への記録を続け、睡眠・活動リズムをモニタリングしていくよう助言した。また、本人が自身の睡眠に課題があることを認識し、自ら主治医に睡眠活動度計検査の結果を報告したことで、睡眠薬の調整が行われた。

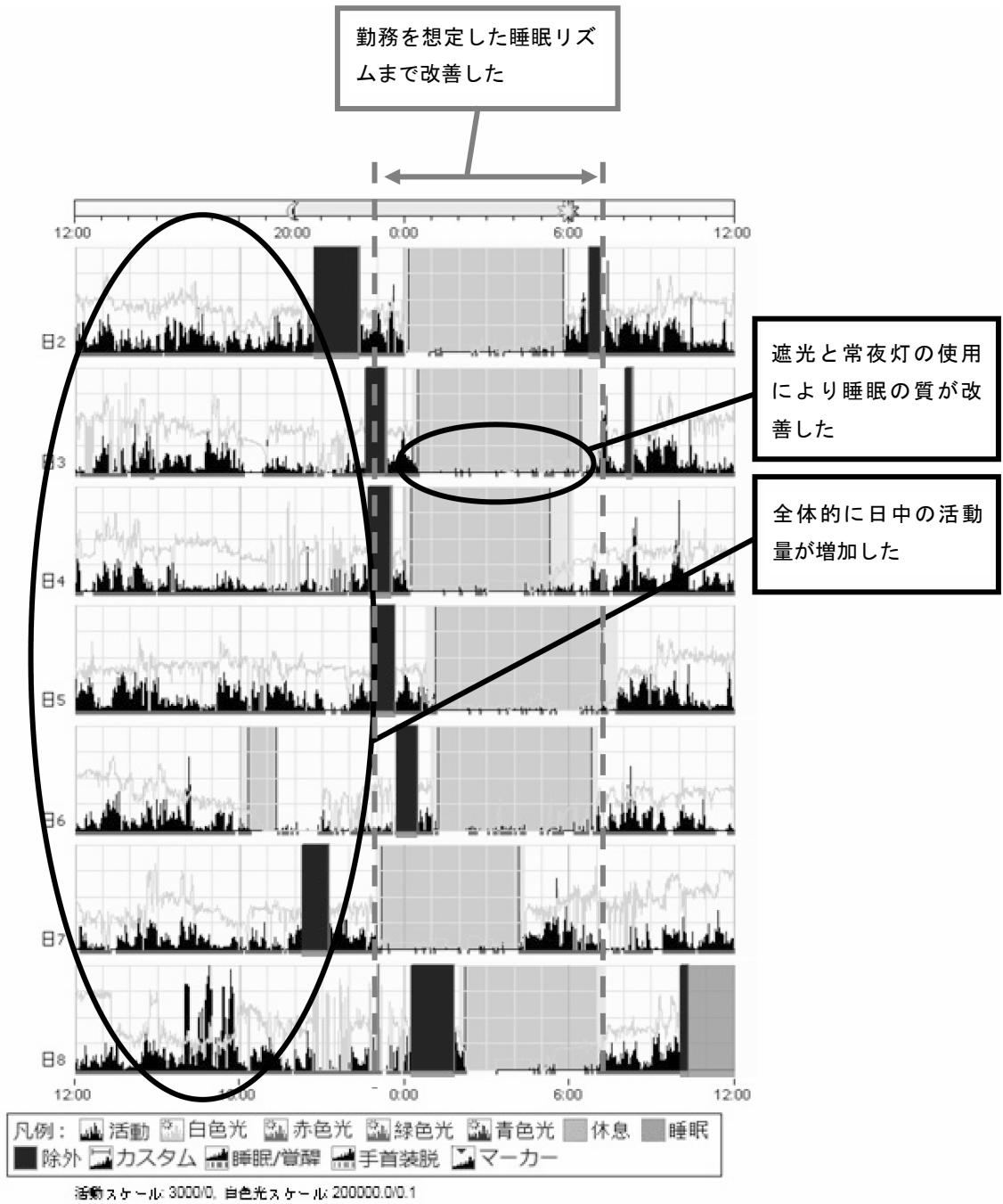


図3 復職前の睡眠活動度計検査の結果（フィリップス・レスピロニクス合同会社）

※薄い帯は睡眠区間

※濃い帯は機器非装着区間（解析から除外）

※縦に伸びる黒い線は活動があったことを示している

※折れ線は睡眠活動度計の周囲の光を表している

※本人の自己申告時間に合わせて任意で睡眠・非装着の区間を調整

6. その後の経過

2回目の睡眠活動度計検査の結果に関しては、本人から「改善の実感が裏付けられ今後の意欲につながる」との発言があり、変化が前向きに作用しているようであった。その後、生活リズム改善に加え、再発予防に向けたプログラムも全て受講し、「SPICE」を修了した。現在は会社での試し出勤が順調に経過しており、復職が可能な見込みの状態である。

Ⅲ. 考察

睡眠生活リズムの乱れから、休職期間が5年と長期化していたと考えられた症例であった。「SPICE」にて睡眠活動度計検査を実施したことで、睡眠リズムの不安定さと睡眠の質の低下が浮き彫りとなった。スタッフが検査結果を本人にフィードバックし、改善点や目標設定などの助言を行い、「SPICE」のプログラム内で生活日誌への記録を通して睡眠・活動リズムのセルフモニタリングを行なったことにより、本人自身が睡眠・生活リズムを是正することができた。また、本人からあらためて主治医に睡眠薬の相談が行なえたことで服薬調整も可能となり、睡眠リズムと日中の活動量を安定させることに成功した。当院の復職支援プログラムを利用する以前も、主治医から睡眠薬の調整が試みられていたが、睡眠薬の持ち越し効果や本人の服薬への抵抗から調整が困難な状況にあった。「SPICE」での睡眠活動度計検査により、本人に睡眠に対する課題への自覚が生まれたことや、主治医側の症状の把握が合致したことなども効果を生んだ要因と考えられる。通常、精神科領域での薬物調整は、あくまで患者から訴えた症状をもとに行われるため、睡眠薬の選択も困難となることがある。また、睡眠障害に関しては、薬物療法による治療のみでは増量される傾向が多く、持ち越し効果により、かえって睡眠リズムが崩れてしまうこともある。

そのため、起床時間を設定するなど、睡眠のメカニズムの理解と、睡眠や生活リズムを保つための本人の努力も必要となることが多い。今回、睡眠の客観的指標をもとに患者自身が睡眠の問題に正面から向き合い、主治医ともあらためて話し合えたことも症状回復の重要な要素と考えられる。

今回の症例のように、メンタルヘルス疾患により休職している場合、睡眠の問題を抱えていることが多い。特に、うつ病患者の場合は、抗うつ薬などの薬物療法によりうつ症状が改善した後も、不眠や睡眠障害が残っていることがあり、予後に悪影響を及ぼすことが明らかとなっている⁷⁾。不眠はうつ病の症状の一つでもあり、うつ病患者の50-90%と高率に認められる⁸⁾。大うつ病性障害の患者を対象とした調査では、全体の86.3%に何らの睡眠障害が認められ、そのうち入眠障害が59.8%、中途・早朝覚醒が65.7%、熟睡障害が63.3%、日中の眠気が33.3%に見られた⁹⁾。疫学研究では長期間の追跡調査から、不眠の既往があるとうつ病に罹患しやすいことが明らかとなっており、睡眠の問題がうつ病の危険因子になり得ることが示唆されている¹⁰⁻¹¹⁾。また、健常者を対象に睡眠時間と抑うつの関連を検討した調査では、睡眠時間が6時間未満と8時間以上の人では、6時間以上8時間未満の人と比べて抑うつ的であることを見出している¹²⁾。不眠を伴う大うつ病性障害の患者を対象にSSRI (fluoxetine) を投与し、加えて無作為二重盲検法で就寝前にベンゾジアゼピン受容体作動性の睡眠薬 (eszopiclone) あるいはプラセボを投与して8週間の経過観察を行った調査では、睡眠薬を併用した群ではプラセボ群よりも抑うつ症状の改善が早いことが明らかとなった¹³⁾。

このように、メンタルヘルス疾患そのものに不眠や睡眠障害の併存が多く見られるだけでなく、疾患と睡眠障害の双方が密接に関連

しているという特徴がある。また、休職者に対する復職判断には、通常、精神症状の改善だけでなく、日中の活動レベルと睡眠状態の適切な評価と治療を行うことが求められる。睡眠の問題が改善することにより、気分や意欲の回復に加え、夜間の睡眠の質の向上や日中の眠気の減少が活動量の増加につながり、復職準備性が整うこととなる。復職支援プログラムでもこのような視点に立ち、参加者の睡眠状態の把握とコントロールを行うことが、メンタルヘルス疾患の再発予防に寄与すると考えている。その際、睡眠活動度計検査のような指標を用いることで、睡眠状態を客観的に把握することができ、参加者自身が問題意識を持って改善に向けて取り組むことにつながる。また、主治医が他院で復職支援プログラムのみ当院を利用している参加者の場合は、主治医へ本検査結果を情報提供することで睡眠薬の調整など治療に役立てて頂くことも可能となる。参加者も短い診察時間の中で十分な情報を伝えるための有効な手段として認識しつつある。これらのことから、睡眠活動度計検査は睡眠評価や経過観察として、さらに治療方針の決定において復職支援プログラムの1つとして有効性が高いと感じている。

今回の症例は、身体表現性障害の診断による休職であり、通常、病態機序から考えると、睡眠の問題が二の次となりがちであったことも、休職期間が長期化していた原因と考えられる。このように、うつ病だけでなく、メンタルヘルス疾患による休復職の判断には、睡眠活動リズムの状態を把握することが重要となる。事実、主治医から復職可能の診断書が提出されていたとしても、産業医を含め、産業保健スタッフにより、休職者の睡眠活動度の回復レベルを評価した結果、復職準備性が満たされていないと判断された場合、復職が認められない例も少なくない。この場合、主治医、産業現場でも、客観的な指標としての

睡眠活動度計の評価は、非常に有効である。メンタルヘルス不調により、休職を余儀なくされた場合でも、このような客観的な指標をもとに適切な判断をうけ、無事に復職を果たし、一人でも多くの方が、その後も安定した就労が継続できる状態を維持できるようになることを願ってやまない。

参考文献

- 1) 酒井佳永, 秋山剛, 土屋政雄: 復職準備性評価シート (Psychiatric Rework Readiness Scale) の評価者間信頼性, 内的整合性, 予測妥当性の検討, 精神科治療学, 27(5): 655-667, 2012.
- 2) 中富康仁, 山本春香: 復職支援プログラムにおける客観的疲労検査の有用性, 関西福祉科学大学EAP研究所紀要, 10: 29-36, 2016.
- 3) Lisa J. Meltzer, Colleen M. Walsh, Joel Traylo, Anna M. L. Westin.: Direct Comparison of Two New Actigraphs and Polysomnography in Children and Adolescents. SLEEP, Vol 35(1): 159-166, 2012.
- 4) Lemke MR, Broderick A, Zeitelberger M, Hartmann W.: Motor activity and daily variation of symptom intensity in depressed patients. Neuropsychobiology, Vol 36 (2): 57-61, 1997.
- 5) Finazzi ME, Mesquita ME, Lopes JR, Fu LI, Oliveira MG, Del Porto JA.: Motor activity and depression severity in adolescent outpatients. Neuropsychobiology, Vol 61 (1): 33-40, 2010.
- 6) 田中克俊, 鎌田直樹, 川島正敏, 高野知樹, 加来明希子, 西埜植直: 復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連に関する研究, 厚生労働科学研究費補助

- 金こころの健康科学研究事業「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」平成20-22年度総合報告書：113-119, 2011.
- 7) Cho HJ, Lavretsky H, Olmstead R, Levin MJ, Oxman MN, Irwin MR. : Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 165(12) : 1543-50, 2008.
- 8) Tsuno N1, Besset A, Ritchie K. : Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*, 66(10) : 1254-69, 2005.
- 9) 亀井雄一：【生活習慣病と睡眠障害】各臨床科でみられる睡眠障害 5)気分障害にみられる睡眠障害, *PROGRESS IN MEDICINE*, 24(4) : 1007-1012, 2004.
- 10) Ford DE, Kamerow DB. : Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* , 262(11) : 1479-84, 1989.
- 11) Uchiyama M, Inoue Y, Uchimura N, Kawamori R, Kurabayashi M, Kario K, Watada H. : Clinical significance and management of insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9(2) : 63-72, 2011.
- 12) Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M, Takemura S, Kawahara K, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, Fujita T. : The relationship between depression and sleep disturbances: a Japanese nationwide general population survey. *J Clin Psychiatry* , 67(2) : 196-203, 2006.
- 13) Fava M, Mc Call WV, Krystal A, Wessel T, Rubens R, Caron J, Amato D, Roth T. : Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry* , 59(11) : 1052-1060, 2006.