

企業における双極性障害を有する者の
職場復帰及び支援状況の実態調査

2018年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

企業における双極性障害を有する者の 職場復帰及び支援状況の実態調査

まえがき

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーションの中核的機関として、職業リハビリテーションに関する調査・研究を始めとして、様々な業務に取り組んでいます。

本資料シリーズは、双極性障害を有する者に対するリワーク支援に係る技法開発に必要な基礎的な知見を得ることを目的として、リワーク支援の専門家や復職支援に取り組む企業に対してヒアリング調査を実施し、リワーク支援に当たっての留意点や企業における支援、復職の現状を調査し、その結果を取りまとめたものです。

本ヒアリング調査にご協力いただきました皆様に、心より御礼申し上げます。

本資料シリーズが、職業リハビリテーションに携わる多くの関係者の方々に活用され、我が国の職業リハビリテーションをさらに前進させるための一助になれば幸いです。

2018年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
研究主幹 木原 亜紀生

執筆担当

戸ヶ崎 文泰 障害者職業総合センター 統括研究員

研究担当者

本研究は、平成29年度に障害者職業総合センター障害者支援部門で担当した。
研究担当者は下記のとおりである。

戸ヶ崎 文泰	統括研究員
浅賀 英彦	主任研究員
相澤 欽一	主任研究員

目次

概要	1
第1章 研究の目的と方法の概要	3
第1節 研究の目的	3
第2節 実施方法の概要	3
第2章 文献調査	5
第1節 双極性障害を有する者へのリワーク支援に言及したもの	5
第2節 双極性障害に直接的に言及していないもの	6
第3節 リワークプログラム実施に当たって参考となるもの	7
第4節 まとめ	10
第3章 専門家ヒアリング	11
第1節 ヒアリングの実施方法	11
第2節 専門家ヒアリングⅠ	12
第3節 専門家ヒアリングⅡ	15
第4節 専門家ヒアリングⅢ	17
第5節 専門家ヒアリングⅣ	20
第6節 専門家ヒアリングⅤ	24
第7節 まとめ	26
第4章 企業ヒアリング	27
第1節 企業ヒアリングの方法等	27
第2節 企業においてリワーク支援を行っている場合	27
第3節 企業の産業医からのヒアリング	30
第4節 企業に対してメンタルヘルス支援を行っている企業	31
第5節 まとめ	32
第5章 考察	35
第1節 双極性障害を有する者へのリワーク支援の有効性	35
第2節 リワーク支援開始に当たっての留意点	35
第3節 リワークプログラム実施に当たっての留意点①	36
第4節 リワークプログラム実施に当たっての留意点②	36

第5節	リワークプログラム実施に当たっての留意点③	36
第6節	医師との連携	37
第7節	リワークアイデンティティ形成の必要性	37
第8節	家族に対する支援の必要性	38
第9節	復職に当たって留意すべき事項	38
第10節	今後の課題	38
文献		41
参考資料		43
	双極性障害（躁うつ病）とつきあうために	45
	双極性障害（躁うつ病）	78
	週間活動記録表	86
	社会行動リズム表	88

概 要

1 研究の背景と目的

当機構の地域障害者職業センター（以下「地域センター」）が実施する職場復帰支援（以下「リワーク支援」）は、その導入以降、支援開始者数が年々増加しており、毎年過去最高を更新している状況にある。

また、その対象障害者を疾患別にみると、「そううつ病」に区分される利用者が最も多く、その数は年々増加している。また、内部の統計値では、平成20(2008)年度から平成27(2015)年度の間のリワーク支援開始者数が約3倍であるのに対し、「そううつ病」に区分される利用者のうち、障害者台帳に「双極性」の表記のある対象障害者は約10倍に増加している。

一方、五十嵐らがリワークプログラムを実施している施設と利用者を対象として定期的に行っている「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」(2015)でも、双極Ⅱ型の可能性のある利用者は32.2%となっている。

このようなことから、今後のリワーク支援の実施にあたっては、双極性障害を有する利用者が一定程度存在することを前提にする必要があるが、現時点において、体系的なマニュアル等の対応方法等が確立されているわけではない。

そこで、今般の研究においては、双極性障害を有する利用者へのリワーク支援を実施している専門家から、今後の技法開発等に有用な知見を得るとともに、現時点における企業における職場復帰の状況を確認した。

2 研究方法の概要

まず、双極性障害を有する者へのリワーク支援に関する文献調査を行い、双極性障害を有する者へのリワーク支援を実施している専門家の選定を行う。

その上で、それら専門家へのヒアリング調査を行う。

また、これら専門家へのヒアリングの中から得られた助言等に基づき、企業ヒアリングの対象を選定し、企業へのヒアリングを実施した。

3 文献調査の実施

双極性障害を有する利用者に対するリワーク支援に係る文献調査では、直接的に双極性障害に言及した文献は非常に少数であり、かつ、2012年、2013年にある程度集中的に論文が発表されて以降は、ほとんど文献が見られない状況であった。

そのような状況の中、双極性障害を有する者に限定したリワークプログラムを実施したケースが紹介されるなど興味深い文献もあった。

4 専門家ヒアリングの実施

上記文献調査から得られた情報をもとに専門家ヒアリングの対象者を選定し、双極性障害を有する者へのリワーク支援実施に当たっての留意点をヒアリングした。

その中では、双極性障害の診断自体の困難性、単極性うつとは違ったリワーク支援実施に当たって留意すべき点、双極性障害に特有の問題への対応の困難性等について一定程度把握することができた。

5 企業ヒアリングの実施

近年、気分障害の中でも単極性うつに対する企業の認識は高まっているが、双極性障害に対しての企業の組織全体として理解が進んでいるとは言えない状況にある。

したがって、専門家ヒアリングの際に、企業のリワーク支援を実施、またはそれをサポートする立場の方で双極性障害に一定の理解がある方を紹介していただき、ヒアリングを行った。

しかしながら、双極性障害を有する者の復職状況は、現時点においては、全体として良好な状況にあるとは言い難い状況であった。

6 考察

双極性障害を有する者の復職及び復職後の雇用継続を困難としている要因は、単にリワーク支援の問題であるというよりは、医療現場における診断の困難性、企業における配慮や理解の不足といった休職後から復職及び復職後までのそれぞれのプロセスにそれぞれの問題があるであろうことが示唆された。

その中で、リワーク支援を行っていく上で有効であると思われる方法（心理教育の必要性、単極性うつに比してより一層の気分・生活習慣の管理が必要なこと、主治医との緊密な連携の必要性等）について考察した。

第1章 研究の目的と方法の概要

第1節 研究の目的

「概要」でも述べたように、現在、単極性うつ症状を有する者を主な対象とするリワーク支援実施機関において、双極性障害を有する者が一定割合入ってきている現実にある。

しかしながら、そのような状況にあるにもかかわらず、リワーク支援の中で、双極性障害に対して有効な対応方法が確立している状況でない。

このような状況の下、今後、地域センターにおけるリワーク支援においても、双極性障害を有する者が顕在化し、結果的に一定割合の利用者となってくることも予想される。

特に、双極性障害を有する者が軽躁状態になる、または躁転することにより、集団カリキュラムの実施、進行が阻害される危険性も高く、それらの者への対応は双極性障害を有する者だけでなく、リワーク支援全体の円滑な実施という観点からも非常に重要となってくる。

そこで、本研究は、双極性障害を有する者へのリワーク支援を実施している専門家へのヒアリングにより、リワーク支援の場において、これらの者に有効な支援方法や留意点等を確認するとともに、現時点における、企業の現場における双極性障害を有する者の復職状況を確認し、今後の支援の方向性を示唆することを目的に実施したところである。

第2節 実施方法の概要

現時点において、双極性障害を有する者に対して専門的なリワーク支援を実施している施設は限られている。また、専門家の数も多くない。

そこで、まず、文献調査では、双極性障害のリワーク支援に言及している論文のみならず、単極性うつを主な対象としているが、双極性障害のリワーク支援に参考となる文献の調査を行った。

その上で、これら論文内容より双極性障害のリワーク支援に対して一定の知見を有すると判断できる専門家ヒアリングを実施することとした。

一方、全国的にみて、双極性障害を有する者に対するリワーク支援が、十分になされていない状況における双極性障害を有する者の復職の実態を把握することにより、今後のリワーク支援の目指すべき方向性を示唆できればと考えて企業に対するヒアリングも一部実施することとした。

第2章 文献調査

第1節 双極性障害を有する者へのリワーク支援に言及したもの

双極性障害を有する者へのリワーク支援の必要性や実際に実施した有効性を検証した文献は非常に数が少ない。

その中で、特に着目すべきは、双極性障害を有する者に限定してリワークプログラムを実施し、その効果を検証した奥山、秋山の「双極性障害の復職に際して～双極Ⅱ型障害を中心に～」(2011)、奥山の「双極性障害のリワーク・プログラムー双極性障害に罹患して治療中に休務に至った勤労者への復職に際しての精神科リハビリテーション・プログラム」(2012)があった。

前者において、奥山は双極性障害の診断を受けた者を対象に、対人関係・社会リズム療法(第3節2参照)をベースに、奥山らが開発した「社会行動リズム表」を活用して、まずは、丁寧な個別的なリワークプログラムを実施し、①規則正しい社会リズムの確立、②安静・安息の効用への気づき、③躁状態を惹起するアルコール・カフェインの除去、④これらによる気分変動性の緩和を確立する重要性、すなわち「気分の波が躁的やうつ的に振れすぎずに、なるべく中心付近に位置するように意識する」ことが再発予防に効果的であることに気付かせていく。この個別的な支援の後に、10人以下での集団精神療法として、心理教育やグループワーク等が実施される。心理教育はColom Fによるバルセロナプログラム(第3節1参照)をベースに2か月間実施される。その際には双極性障害の疾病特性や対人関係、認知と行動のパターンの歪みなどの説明が行われる。

また、この心理教育と同等の時間を使って、集団討論、役割決めとシナリオの下でのロールプレイ、プロジェクトをイメージした共同作業、人前でのプレゼン等職務のシミュレーション等を行い、グループワークを実施し、集団の力動を利用して本人が職場などで発動してきたと思われる特性に気付かせ、修正に導いた。また、このグループワークの際に、やや軽躁的な状態になった場合であっても、前月から参加している者から穏やかにたしなめられたりして落ち着く効果があり、奥山は「同じ特性を持ち、同じ休職中という状況にあり、同じ復職という目的を持つものからの助言は患者にとって受け入れやすく、しばしば効果的である。これは、対人関係の問題に限らず軽躁への憧憬や、社会リズムの乱れ、そして気分を変動させる物質の乱用などへの介入にも同様の効果を発揮する。」と述べている。

なお、この集団精神療法と並行して、個別的プログラムも継続され、集団の場で発露した疾病特性とそれ由来する事例性を取り上げて必要な対応を行い、全体として個々の利用者に対して丁寧な対応が行われた。

また、後者においては、双極性障害の治療開始に伴う治療目標を設定する際の重要な点として、その目標設定を行う前に、それまでのばりばりと元気であった双極性障害を有する者の数々の特徴への「ねぎらいや受け入れ」を行うことに留意することを強調している。ただし、これには困難を伴うとして、奥山自身は「貴方の元気の良さは、今まで自分や周りの人や職場を支えてきた大切な特性です。しかし病気としては再発しやすさもあります。あなたの良さをこの先の人生の中で豊かに生かしていくためにも、これまでの特性に新たな“引き出し”を加えて、ライフスタイルを変えていくことが大切です。これから一緒にやってみませんか？」などと伝えてきたということであったが、非常に示唆に富む教示であると考えられる。

また、このような働きかけの効果として、リワークプログラム参加者は治療全体を好意的にとらえ、前向きにその後の薬物療法のみならず心理教育などの治療とリハビリテーションを受ける様子を認めたというこ

とであった。さらに、この論文では、前の論文でも触れられていた集団療法における他の参加者（特に既に参加している参加者）からの介入などを受け、やがて対他配慮に富み、気分を安定させてゆくようになる様子を多く認めた旨言及している。

その他の文献としては、まず、徳倉、尾崎の「リワークプログラムにおける双極性障害の扱い」（2012）がある。

本文献においては、双極性障害を有する者へのリワークプログラムの実施の困難性を指摘しつつ、リワークプログラムの利点として、①通常の外来治療では双極性障害の診断が定まっていない場合に、リワークプログラムの中でその診断材料が多いこと、②リワークの場で軽躁状態を呈した場合には、職場で同じような出来事がなかったかを一緒に振り返るよい機会になることがある旨指摘している。また、リワークプログラムにおける心理社会的介入には、心理教育と対人関係・社会リズム療法の少なくともエッセンスを盛り込むことが重要としている。

さらに、リワークプログラムの実施に当たっては、「可能であれば集団のプログラムが行われることが望ましい。」、また、「躁状態となった後もプログラムを継続していると、本人の病状に悪影響を及ぼすのみならず、他の利用者に対しても大きな被害が及ぶ可能性が高くなる。そのため、プログラム導入時にあらかじめ中止基準を明確にしておく必要がある。」としている。

また、大谷、秋山の「うつ病による休職者の復職支援について～双極性障害を見逃さないために～」(2011)においては、単極性のうつ病のリワークプログラムの実施に当たっては、五十嵐のいう「難治性うつ」の1つとして双極性障害をあげ、双極性障害を見逃さないためには、まずうつ状態の患者を診たときには、必ず双極性障害の可能性を疑うクセをつけることが大事であるとしている。

第2節 双極性障害に直接的に言及していないもの

上記のとおり、双極性障害のリワークプログラムの実施、リワーク支援に直接言及した文献は限られている。

一方、単極性のうつへのリワーク支援の実施に係るもので、双極性障害のリワーク支援の実施に当たって参考となりうる文献もあり、これらの調査についても行った。

まず、五十嵐、大木の「リワークプログラムの治療的要素およびその効果研究」（2012）である。五十嵐は気分障害に対するリワーク支援の実施に係る先駆者の1人であり、かつ、「うつ病リワーク研究会」の代表である。

この文献においては、近年の気分障害の特徴は①他罰性、②強い不安、③過剰な元気さに集約できるとして、3つ目の特徴としての「過剰な元気さ」は、「抑えられないテンションの高さともいえる。この高いテンションが続かなければ、気分・調子の波を形成することとなり、気分が揚がれば下がることになる。波が下がると、抑うつ状態が出現する。これにより復職と休職を繰り返すこととなるため、調子を上げるから気分が下がるので、揚げないという教育的な指導が重要である。」として、「これらの症状は反復性うつ病のように見えるが、軽微双極性障害あるいは双極性Ⅱ型障害という立派な病気である。」としている。

また、ここではリワークプログラムの標準化についての検討もなされている。その前提として、医療機関が行うリワークプログラムの要素は4点に整理されるとして、①「集団を対象に」、同じ悩みを持つ集団を対象に行われ、対人関係の問題を扱う場であること、②「対象を限定した」、主として気分障害圏の「抑うつ状態」による休職者で、復職と再休職の予防を目的とするという対象を限定したプログラムとして集団の凝集性を高めること、③「リハビリテーションの要素」、薬物療法と休養に続く第3の治療としての医学的リハビ

リテーションであり、症状の回復を指標として、段階を設けて負荷を高め、コメディカルと精神科医の協働によって実施され、職業準備性を確認する。④「心理社会療法」、リハビリの内容としては疾病教育やセルフマネジメントを教え、同時に発症メカニズムを自己理解することを通して服薬アドヒアランスを向上させると同時に、心理療法を実施して再発の予防策を身に付けることであるとしている。

その上で、全国のリワークプログラムを実施する医療機関でのプログラム内容を調査し、プログラムの主な目的である「症状自己理解」、「コミュニケーション」、「自己洞察」、「集中力」、「リラクゼーション」のため、①個人プログラム（読書、資格試験勉強、仕事に関連する作業や休職経過振り返り、疾病理解、クイズ・各種検定や作文、計算等）、②特定の心理プログラム（主に集団で実施する認知行動療法）、③教育プログラム（心理教育を中心に生活習慣や栄養についても触れている）、④集団プログラム（心理教育的なテーマを中心にグループワークやディスカッション、プレゼンテーションを盛り込み実施）、⑤その他のプログラム（卓球やウォーキング等の軽スポーツ、ヨガやストレッチ、自律訓練法や呼吸法、筋弛緩法）の5つのプログラム項目を内容とした標準化リワークプログラムを示した。

また、秋山は第105回日本精神神経学会総会におけるシンポジウムの「うつ病・不安障害に対するリハビリテーションの現代的な役割」の「プログラムにおける評価の標準化」の中で、気分障害発症前を「働き蜂アイデンティティ」、発症後を「病人アイデンティティ」と名付け、病人アイデンティティから働き蜂アイデンティティに戻ろうとすると病気が再発してしまうとして、「自分の脆弱性を理解し受け入れながら、資質を発揮していくことが大切である。仕事のストレスが体調にどんな影響を及ぼすのか、自分を見つめる自分がいること。これは新たなアイデンティティであり、私はこれをリワークアイデンティティと呼びたいと思う。」と述べている。また、このリワークアイデンティティは自分一人で形成されるものではなく、同じ病気を持つ仲間が存在が重要で、この仲間と励ましあうことにより形成されていくとも述べている。

なお、この論文では秋山らが復職可能性について評価するために開発した「標準化リワークプログラム評価シート」が紹介されているが、これについては、第1節で紹介した徳倉、尾崎の「リワークプログラムにおける双極性障害の扱い」（2012）において、「ルールを遵守できているか」、「適切な自己主張ができているか」、「相手を不快にする行動はないか」、「気持ちが安定しているか」といった項目があり、双極性障害の復職評価にも有用であると述べられている。

最後に加藤、森の「気分障害と不安障害のリカバリープログラム」（2013）である。本文献では、リワークプログラムの対象とならないプログラム中断者、失業者、引きこもり状態の者に対して、リワークプログラムより柔軟性の高いリカバリープログラムを実施している。

その具体的な内容については、石川、野中の「非メランコリー親和型気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する研究」（2016）の第2章第3節の7で詳細な説明がなされているが、ここで注目すべきは、このリカバリープログラム参加者の約43パーセントが双極Ⅱ型障害であるにもかかわらず、プログラム終了者の約半数が復職、就職、アルバイト等の社会復帰を果たしていることにある。

本文献では、双極性障害に特化した形での社会復帰状況は明確に記載されていないが、一般に、単極性うつよりも復職が困難と考えられる双極性障害に対してリワークプログラムより拘束性が少なく、受講者の自発的な対応が可能なプログラムにより一定の効果が得られていることを示唆する文献であった。

第3節 リワークプログラム実施に当たって参考となるもの

日本うつ病学会の双極性障害に係る治療ガイドライン（2012）において、有効な心理社会的な治療として、適切な薬物療法と併用して心理教育（Colom et al 2003）、集団心理教育（Colom et al 2009）、対人関係・社

会リズム療法 (Frank et al 2005) そして家族焦点化療法 (Miklowitz et al 2008)、また、一部有効性に疑問が残るものの認知行動療法 (Lam et al 2003) が挙げられている。

1 心理教育

Colomらの「心理教育」については、「双極性障害の心理教育マニュアル」(2012、尾崎、秋山監訳)として出版されている。

監訳者の尾崎によれば、「双極性障害の心理教育」の本質は「治療者と患者の双方向性と相互理解」にあるとしている。

その内容は、Colomらのエビデンスのあるバルセロナ心理教育プログラムから、セッションや症例を引用して、心理教育のグループを運営する方法を提示している。

具体的には、5つのユニット(障害への気づき、薬物アドヒアランス、精神活性物質乱用の回避、規則正しい生活習慣とストレスマネジメント)、21のセッションから構成されており、各セッションについては、目標、セッションの流れ、セッションのコツ、配布資料が記載されている。

2 対人関係・社会リズム療法

Frankの対人関係・社会リズム療法は「双極性障害の対人関係・社会リズム療法」(2016 監訳 阿部、監修 大賀)が出版されている。

この対人関係・社会リズム療法は、うつ病の心理療法として開発された対人関係療法と交代勤務者や睡眠障害を有する患者の生活習慣指導のために作られた社会リズム療法を統合したものである。

また、この基本要素は、うつ病に対する対人関係療法と同様、感情症状の管理マネジメントと対人関係問題の解決である。

感情症状の管理マネジメントにおいては、社会リズムの安定化が気分症状の管理マネジメントの鍵となる主たる側面であり、ソーシャル・リズム・メトリックを活用して日常生活のリズム性を測定していく。

一方、対人関係問題の解決では、従来の対人関係の4つの問題領域(未解決の悲哀、社会的役割の変化、対人関係上の(通常は夫婦、親、子供間の)役割をめぐる不和、より全般的な対人関係の欠如(慢性的な孤立、あるいはほぼすべてにわたる対人関係上の慢性的欠如感))に加えて、双極性障害に顕著にみられる新たな領域として、「健康な自己の喪失という悲哀」を加えた形で実施される。

3 家族焦点化療法

Miklowitzの家族焦点化療法は「双極性障害の家族焦点化療法」(2017 大野、三村監訳)として出版されている。

この家族焦点化療法の治療目標は6つあり、①双極性障害エピソードを伴う患者とその家族が経験した体験を整理する、②将来の双極性障害エピソードに対して脆弱性があるということについて、患者や家族の理解を促す、③症状管理のため気分安定薬を服用することの重要性について、患者と家族の理解を促す、④患者と家族が双極性障害による症状と元来の性格との違いを見分けられるようにさせる、⑤双極性障害の再発のきっかけとなりうるストレスフルなライフイベントへの対処法を患者と家族が理解、習得するのを支援する、⑥機能的な家族関係を双極性障害エピソード後に再構築できるよう支援する、である。

また、この家族焦点化療法は、上記の6つの目標に加えて、双極性障害エピソードと家族に焦点をあてた心理教育プログラムの療法に関連した、3つの核となる仮定がある。

1つは「双極性障害エピソードは家族システム全体に大きな危機をもたらす。」、2つ目は「他の危機と同様に、双極性障害の「各エピソード」は家族システムを混乱状態に陥らせる。」、そして3つ目は「家族

に焦点を置いた治療プログラムの全般的な目的は、家族が新たな安定状態を達成するよう支援することにある。」である。

そして、これらの問題に取り組むために、3つの比較的明瞭な治療ステップまたは、モジュールを開発した。

これらは、第1期として患者と家族が疾患の特徴とその深刻な影響を理解するのを助ける「心理教育」、第2期として、患者と家族がお互いに効果的なコミュニケーションパターンを確立、もしくは再構成することを助けることを目的とした「コミュニケーション・強化トレーニング」、最後に、衝突の効果的な解決方法についてトレーニングすることを目的とする「問題解決撤去」である。

4 認知行動療法

双極性障害に対する認知行動療法は、一部の研究で再発予防効果は得られなかったという報告もあるが、これらの手法は、Beckによる単極性うつを主な対象としたものではなく、Lamらによる「双極性障害の認知行動療法」(2012 監訳 北川、賀古)として出版されている。

この認知行動療法の概要は、

(1) 心理教育

患者は、双極性疾患をストレス脆弱性疾患として教育される。双極性障害では顕著な遺伝的要素がみられることもあるが、ストレスがエピソードにつながる場合があると説明される。また、治療は、患者が問題解決スキルを学び、気分の変動を抑え、過剰なストレスを回避するための日常生活の日課を確立する手助けをするものとして紹介される。

(2) 前駆症状に対処する認知行動スキル

臨床的に、頻繁な再発という慢性の経過を呈する患者の一部では、正常範囲の気分変動とエピソードとを区別しがたいことが分かってきている。気分をモニタリングして評価することと、活動スケジュール上の出来事を気分変動に結びつける技法は、患者に正常な気分変動がどのようなもので、出来事がどのようにこれらに影響を及ぼすのかを教える。また、前駆症状とそれに対する有効な対処戦略を認識する能力を強化することも、ここでの目的であり、患者は、躁病の前駆期には目的志向的な活動をしようとする誘惑を我慢し、うつ病の前駆症状の期間には完全なエピソードを予防するためにじっとしていることを避けることを教えられる。

(3) 日課と睡眠の重要性

睡眠と日課が双極性障害患者にとって非常に重要である。また、ヒトにおける概日リズムは社会的イベントと日課に同調しているため、患者の概日リズムの乱れを最小限にするのに、彼らに適切な社会的日課をもつよう教育することの重要性を示している。また、その方法としては、活動スケジュール法のような行動的なスキルを教えられる。

(4) 長期間にわたる脆弱性への対処

過去のエピソードの誘因を慎重に評価することによって、たとえば周期的なストレスや再発につながる過度に達成追及的な行動のような、それぞれ固有のテーマに対する脆弱性が分かる。

とされている。

また、認知行動療法に基づく患者の自己学習用としてMonica Ramirez Bascoの「バイポーラワークブック」(第2版、2016 訳 野村)が出版されており、医療をはじめ、各種臨床現場で活用されている。

本書では、ステップが5段階に設定されている。

まず、第1段階は「大枠をつかむ」で、①気分の変動をコントロールする方法を理解する、②双極性

障害の症状を学ぶ、③本当のあなたと症状を区別するの3章により構成されている。

第2段階は「早いうちに気づく」で、①気分を認識してラベルづけする、②引き金を見分けて、対処法を改善するの2章により構成されており、第3段階は「悪化させない」で、①気分を悪化させる事柄を避ける、②感情に思考をコントロールさせない、③回避と先延ばしをやめるの3章の構成となっている。

第4段階は「症状を和らげる」で、①気持ちが圧倒されてしまったときにコントロールを取り戻す、②ネガティブな見通しを変える、③思考を分析する、④薬は必要ないという考えに取り組む、⑤薬の服用を改善するの5章の構成となっており、最後の第5段階は「対処スキルを高める」で、①問題を効果的に解決する、②ストレス管理スキルを高めて健康的な習慣を増やす、③よりよい決断をする、④身につけたものを維持するとなっている。

ただし、認知行動療法については、心理教育 (Colom et al 2003) の中で、「双極性うつ病では、一部の患者に不安定な期間の後の絶望感がみられるが、双極性うつ病に特有の認知の変化がみられるとは言えないようである。認知の変化がある場合でも、それはうつの原因ではなく、むしろうつの結果であることもある。うつ状態にある多くの双極性障害患者は、単極性うつ病によくみられる認知障害を有しているのではなく、虚無感を抱いている。うつ状態にある双極性障害患者の現実的なニーズに対応するためには、双極性うつ病の心理療法は認知よりも行動に焦点を当てる方がよい。」と述べられている。

第4節 まとめ

双極性障害を有する者に対するリワーク支援に係る論文は、非常に少ない。

また、数少ないこれら文献も、2011年から2013年に集中しており、双極性障害に対するリワーク支援の必要性や問題点等について言及されているが、それ以降直接的に言及した文献はほとんどない状況であった。

さらに、双極性障害への有効な心理社会的な治療は、適切な薬物療法と併用して心理教育 (Colom et al 2003)、集団心理教育 (Colom et al 2009)、対人関係・社会リズム療法 (Frank et al 2005) そして家族焦点化療法 (Miklowitz et al 2008)、また、一部有効性に疑問が残るものの認知行動療法 (Lam et al 2003) が挙げられており、リワーク支援にあたって有効な心理社会的な手法といえる。

第3章 専門家ヒアリング

第1節 ヒアリングの実施方法

第2章の文献調査により、2011年から2013年に双極性障害に焦点を当てたリワーク支援に関する文献が一定程度発表されていたが、その後現在に至るまで双極性障害のリワーク支援に直接的に言及したものがなかった。また、この時点における文献においても双極性障害へのリワークプログラムを実施し、その効果を一定程度検証しているのは、奥山によるもののみであった。

その理由として考えられたのは、①双極性障害のリワーク支援に効果がないか、または限定的であること、②双極性障害へのリワーク支援が当たり前になっていることの両極端が考えられた。

そこで、まず、うつ病リワーク研究会の代表である五十嵐良雄先生に話を聞くこととした。また、さらに、双極性障害のみのグループワークを実施していた奥山真司先生、集団療法としてリワークプログラムを初めて実施した秋山剛先生、Lamの「双極性障害の認知行動療法」の監訳者でもある北川信樹先生、通常のリワークプログラムより柔軟なリカバリープログラムを実施している加藤和子先生にヒアリングすることとした。

なお、上記①、②のような状況であったため、一番最初の五十嵐先生へのヒアリングに際しては

(1) 双極性障害へのリワーク支援プログラムの実施の有無

有の場合

- (2) リワーク支援プログラム実施の必要性
- (3) 実施プログラムの内容、その目的、特徴
- (4) プログラムの中で最も効果的なものは何か
- (4)-2 プログラムの中で症状の自己理解や自己受容のために有効なものは何か
- (4)-3 プログラムの中で自らの行動をコントロールする力の習得に有効なものは何か
- (5) 双極性障害のある人のリワーク支援実施の必要条件、準備性
- (6) 留意すべき点(単極性うつへのリワーク支援との相違点)
- (7) 双極性障害のみを対象とした集団的支援(グループワーク)の実施の有無とその理由
- (8) グループワークの効果としてどういった点が考えられるのか(服薬アドヒアランス、同じ症状への共感、安心感等)

無の場合

- (2) 双極性障害へのリワーク支援を実施していない理由
 - (3) 単極性うつのリワーク支援中に双極性障害が疑われる事案が生じた場合の取扱い(離脱させる場合の基準はあるのか)
 - (4) 単極性うつのリワーク支援の中で双極性障害への支援は困難なのか
 - (5) その困難性を除去する方法はないのか
 - (6) 今後、双極性障害をリワーク支援の対象としていくことは検討していないのか
- ということをヒアリング項目として想定していた。

第2節 専門家ヒアリング I

メディカルケア虎の門の五十嵐良雄先生のところでは、2005年より気分障害を有する者へのリワークプログラムを実施している。

その中で、当初単極性うつと診断されていた者の中に、一定程度双極性障害を有する者が存在しており、これらにも対応するようになった。

ヒアリング内容を上記の項目ごとに整理すると下記のとおりとなる。

なお、事前にヒアリング項目を五十嵐良雄先生には送付していたが、直接言及のなかった項目もあった。

(1) リワークプログラム実施の必要性

復職後の就労継続を指標とした予後を見た調査に関して双極性障害に着目して比較したとき、単極性障害とその他の疾患を含めて比較したとき、復職後の就労継続には有意差がみられず、リワークプログラムの双極性障害への治療効果のあることが判明している。

(2) 実施プログラムの内容、その目的、特徴

(3) プログラムの中で最も効果的なものは何か

(4)-2 プログラムの中で症状の自己理解や自己受容のために有効なものは何か

(4)-3 プログラムの中で自らの行動をコントロールする力の習得に有効なものは何か

(5) 双極性障害のある人のリワーク支援実施の必要条件、準備性

(6) 留意すべき点(単極性うつへのリワーク支援との相違点)

リワークプログラムの中では内省を通じての気づき、すなわち自己分析が最も重要となる。

このリワークプログラムは①週2～3回安定して参加でき、症状が比較的安定したレベルとなったことを確認、②オフィスワークの時間に休職に至った原因・誘因を分析させ、文章化して、主治医に提出させる。③この分析の目的の1つは、再休職を防止するために、今回までの休職に至るプロセスを振り返り、その要因を抽出する。④もう1つの目的は、このようなストレスを与えても病状が悪化しないことを確認することである。⑤また、その分析の要点は、初発時からの病状の変化と休職までのプロセス、自分を取り巻く環境要因の変化、環境の変化に対し影響を受けた自分側の要因である。

これらをA4、1枚から50枚で、場合によっては年表や図表入りのレポートを作成提出する。その後、主治医とディスカッションし、1、2回の追加や書き直しを行う。

また、この自己分析を行うに当たっては、文献調査でも触れた「バイポラーワークブック」(認知行動療法に基づく患者の自己学習用に関与された出版物)を3、4回読んでから作成させている。

なお、このレポートの作成は、週3回のプログラム参加を週4回の参加にしたり、別のグループに移り、心理プログラムや集団プログラムに参加する前提となる。

また、この集団プログラムが始まると、過活動などもしばしばみられるようになるが、その点をスタッフが指摘して治療的に介入する。そこで役立つのはセルフモニタリングであり、自己分析などによる自己の課題への気づきである。軽躁状態を捉えて自己の行動をコントロールすることにより、引き続き出現するかもしれない抑うつ状態を予防することとなる。

(7) 双極性障害のみを対象とした集団的支援(グループワーク)の実施の有無とその理由

双極性障害のみを対象としたプログラムを実施していない。

その理由は、大きく2つある。

1つは、リワークプログラムに参加するためには、本人の疾病の受容も必要であることから、診断が確定していない時期の利用者は対象とならず、かつ双極性障害の診断そのものが困難なケースも多く、

どの時期に参加させるかは微妙な判断になる。このため、双極性障害のためのプログラムの実施には困難を伴う。

また、最も大きな理由は、リワークプログラム中には双極性障害の利用者が30%程度入ると考えれば、特別な疾患ととらえないで、利用者個人に対する個別対応も可能であるからである。

教育プログラムである疾病教育では単極性うつ病をはじめとして、双極性障害や発達障害を取り上げることができる。教育をされれば利用者にとっても単極性うつ病だけではない仲間がいても違和感なく毎日のプログラムを受けることが可能となり、むしろそのような異質性を受け入れることによって自分の疾患の位置づけも明確になる。

(8) グループワークの効果としてどういった点が考えられるのか(服薬アドヒアランス、同じ症状への共感、安心感等)

疾病教育やバイポラーワークブックの熟読などを通じて、本人たちの自覚がだんだんできるようになって、利用者たちの中でサブグループのようなものができる。そうすると、お互いに、例えば「少しテンションが高いのではないか。」といった指摘をしあうようになる。この仲間から言われると、医者やスタッフから言われるのと全然違い、納得感が得られる。そこが一番重要である。

(9) その他ヒアリングで得られた有用な知見

① 双極性障害の診断の困難さ

双極性障害では、軽躁状態を見出すことが難しいといわれており、診断まで平均6年かかるという報告もある。現に診察室の中での対面の診察だけでは双極性Ⅱ型障害を診断するのは極めて困難である。

したがって、リワークプログラムは診断の場だと考えている。

このことは、双極性障害のみを対象としたリワークプログラムの実施を困難にしている理由でもある。

なお、当院では、光トポグラフィ（NIRS）を2014年から導入し、検査を実施している。

これらは4つのパターン（健常、双極、うつ病、統合失調症）があるといわれており、ここで双極パターンが出れば、これを念頭に置いてプログラムを実施して、その行動から双極性の診断に結びつけている。

② 単極性うつとの診断を受けている者がリワーク中に軽躁状態になった場合の対応

主治医に対して、主治医とは異なる地域センター等のリワーク支援機関のプログラムの中でどういった行動があったかをきちんと報告して、診断を変えてもらう必要がある。その結果、診断を変更して、投薬を変更してもらえれば、行動を鎮静化することができる。

その際に注意することは、いかに正確な情報を伝えるかということである。利用者本人を通じてやると、都合のいいことしか主治医に言わない危険性が高い。そのため、主治医に直接伝える方がいい。

③ 主治医の役割

地域センターのようにリワーク支援機関と主治医が別になっている場合には、診察室内の様子しか見ていない主治医が、プログラム中の様子で軽躁状態が見られたと報告されても、にわかには信じないケースも想定される。

その結果、リワーク支援機関のスタッフと主治医との情報共有が十分行えないような場合には、結果的に患者が不利益を被ることになりかねない。したがって、このような場合には、会社または支援機関から主治医の変更を申し出ることもやむを得ない対応といえる。

④ 双極性障害を有する者の自己理解促進の困難さ

双極性障害を有する者は、120%ぐらいに上がった軽躁状態を、調子がいいので100%と見ている。でも、120%にエンジンの回転数を上げるとうつ状態に落ちてくる。

これを抑えるというのは、本人にとって100%を抑えろと言っていることになる。要は本人の90%に抑えるということを理解させなければならないというのは、困難を伴う。「君の120%は他の人は経験しない。他の人は100%でリミットがかかるのに、君は120%までいくんだ。」ということを理解させないといけない。

そのためには、徹底的にセルフモニタリングをさせる必要がある。自分の危ない症状を全部抜き出させる。それで毎日チェックさせる。人によっては金遣いが荒くなる、ネットをやっている時間が長くなる、朝早く起きて気分がいいとか、いろいろ出てくる。それを毎日チェックさせると波打っているのが分かる。そして本人がこの波があることに気付くようにし、服薬の必要性を理解させる。

本人としては、120%に戻りたがっている。それを抑える薬を飲まされていると感じている。だから服薬をやめてしまう。

⑤ 家族に対する支援

リワークプログラムの有利な点の一つは、家族へのサポートが可能なことである。うつ病リワーク研究会の最新の基礎調査の結果からは15%の施設で家族への支援が実施されている。家族がリワークプログラムを探して来院する場合も多く、本人を支援することと同様に家族を支援することが復職後の安定した就労につながると期待できる。

当院ではリワークプログラムの開始直後より、家族や友人を対象とした家族教育、家族同士の交流会である「サポート・カレッジ」を開始した。

双極性障害の場合、参加する家族は、患者の配偶者、もしくは親である。双極性障害の患者の家族の場合、親は患者本人と似たような傾向を持つことが多く、双極性障害の既往はないものの、非常に活発に質問や発言をするような人が多く、講義を受けると「自分にも似たような傾向がある」という感想を持つケースが比較的多く見られた。親であることに加え、親自身も似たような傾向があることもあり、患者本人の逸脱行動に対しては寛容な印象があった。これに対して、配偶者の場合は、病気の症状とはいえ、軽躁状態のときの浪費・散財、暴言、強い苛立ち、横柄な態度などに対する怒りや不満を抱えているケースが多かった。そのため、フリートークでは、配偶者同士のグループと親同士のグループとを分けるようにしたところ、非常に共感性、凝集性が高まった。

この双極性障害に関する講義では、ア 双極性障害とは、イ 躁状態とうつ状態の症状（混合状態も含む。）、ウ 薬物療法について、エ 家族にできること、関わり方、オ 質疑応答となっている。特にエの「家族にできること、関わり方」の部分では、本人自身では気付きにくい躁状態やうつ状態の症状の予兆に気付き、本人へフィードバックしてもらい役割を担ってもらうことを勧めている。特に、躁状態の場合は、本人が調子がいいだけ、と受け止めてしまい、なかなか主治医に相談できないことが多いためである。

なお、この予兆が見られた場合に、まず、家族から本人へフィードバックしてもらおうようにしているのは、特に躁症状がでてきているときには、本人自身が気付かないだけでなく、本人との事前の合意がないまま家族がフィードバックを行っても、患者本人が受け入れないことが多く見られたためである。

第3節 専門家ヒアリングⅡ

第2章の文献調査で取り上げた文献の筆者の中から、双極性障害のみを対象としたリワークプログラムの実施実績があるトヨタ自動車株式会社の統括精神科医の奥山真司先生にヒアリングを行った。

また、第2節の五十嵐良雄先生からもコメントがあったため、双極性障害のみを対象としたグループワークは非常に困難との指摘もあったため、当面のヒアリング項目を下記のとおり設定し、ヒアリングを行った。

なお、このヒアリング項目は事前に送付していたが、奥山真司先生からは直接言及されない項目もあった。

(1) 双極性障害へのリワーク支援プログラムの実施(過去も含む)の有無

有り(メンタルクリニック在籍時に実施:現在は実施していない。)

有の場合

(2) リワークプログラム実施の必要性

産業保健の現場において、メンタルヘルスは喫緊の課題であり、単極性うつ病のみならず双極性障害のうつ状態の人が多く含まれていると考えられる。また、精神科臨床の場でも、その多くをうつ状態の人が占めているが、その少なからぬ割合を双極性障害が占めていると考えられる。

さらに、この双極性障害は易再発性や難治化そして自殺の危惧が指摘されている。

そういった中で、メンタルクリニックの臨床の場において、双極性障害に着目してリワークプログラムを実施することは、この臨床の場と企業の実際の職場という2つの現場の一助になると考えたものであり、実際に一定の有効性があったと考えている。

なお、論文等では発表していないが、この双極性障害を有する者に限定した形でのリワークプログラムを受けた者の復職2年後の在職率はきわめて高い。

(3) 実施プログラムの内容、その目的、特徴

まず、個別プログラムで、睡眠・覚醒リズム表に対人関係・社会リズム療法をベースにしたソーシャル・リズム・メトリック(社会活動を毎日、時刻ごとに主に数値で記入、(参考資料として添付))を書き入れる社会行動リズム表を作成し、社会リズムの修正や気分の変動、身体症状、精神症状さらにはアルコール等の気分を変動させる物質の摂取などが記入できるようにした。これにより、社会リズムの修正と後の心理教育の効果を高めることとした。

その後、個別の心理教育(疾病理解、薬物療法とその副作用、再発に早く気づくことの大切さ)を実施した。

この個別プログラムの途中から集団的プログラムを実施した。

(4) プログラムの中で最も効果的なものは何か

(4)-2 プログラムの中で症状の自己理解や自己受容のために有効なものは何か

上記(3)の社会行動リズム表を毎日つけて、自分の気分の波や睡眠の状態を把握すること。

(4)-3 プログラムの中で自らの行動をコントロールする力の習得に有効なものは何か

上記(3)のとおり、心理学及び精神科医などの心理専門職による個別及び集団での心理教育である。(これらは精神科リハビリテーションとして治療の一環として行われる。)

個別の心理教育においては、日本うつ病学会の患者用の「双極性障害(躁うつ病)とつきあうために」(参考資料として添付)など、まとまったテキストを活用すると円滑である。

また、集団心理教育においては、Colomらの双極性障害の集団心理教育(疾病理解、薬物療法、気分

を活性化する物質の危険性、早期発見の大切さ、規則正しい生活習慣とストレスマネジメントの方法についての5つの章(21のセッション)、Colom et al 2003)をもとに、さらに復職に際しての手順、心構え、産業医面接や復職後の注意点を加えた形で、週1コマ90分、月4回を1クールとして行われ、参加者は2~3クール繰り返す形で参加した。

すなわち、1か月の参加を終えた者にとって、2か月目は新たな参加者を迎え入れる形(屋根瓦方式)となり、これがグループ内での先輩からの助言として有効に機能した。

また、参加者は3~5名と少人数で行った。(スタッフは精神科医と心理専門職(ベテランの臨床心理士)の3名で行われる。)

(5) 双極性障害のある人のリワーク支援実施の必要条件、準備性

本人は躁・軽躁状態の時への憧憬がある。治療者としては本人の憧憬を受容しつつも、その後うつ状態になって大きく下がると辛かったよねと話して理解を得ていく。

ただし、この部分は医師やスタッフから言われるだけではなく、集団療法で他の参加者に言われた方が理解の進むケースも多い。

(6) 留意すべき点(単極性うつへのリワーク支援との相違点)

双極性障害の場合、個別プログラムを行わず、すぐに集団的プログラムを行うと、その集団の現場で双極性障害の特徴が好からぬ方向で強調され、高まった自尊感情と軽率さのもとで目的志向性の赴くままに行動しがちで、一見すると対他配慮のないようにみえてしまう対人行動が、人を傷つけ、グループの連帯感とやる気を低下させ、ついには自らが傷つき落ち込むこととなる。

(7) 双極性障害のみを対象とした集団的支援(グループワーク)の実施の有無(過去の経験も含む)とその理由

私(奥山)が双極性障害を有する人にリワークプログラムを始めた10年前は、精神医療の現場において双極性障害に着目されることが少なかった。また、企業も単極性うつ病に対策が必要だということは理解しているが、双極性障害への理解はまだままだであった。一方で、復職で困難を伴う時には、双極性障害の存在を無視はできない。

(8) グループワークの効果としてどういった点が考えられるのか(服薬アドヒアランス、同じ症状への共感、安心感等)

事前の個別プログラムの介入により、気分が適度に安定化し、病識が深化したのちに、集団的プログラムに参加するという前提であれば、集団の場面における数々の双極性の特徴は、過度の制動が必要とはならなかった。

むしろ、有効な治療機転となると思われた。例えば参加者自らが、あたかも治療者になったようにプログラムへの参加の仕方を発見し、スタッフがそれを受容することにより、参加者自らが、自らの気分を安定させる作業に主体性をもって取り組んでいく様子をしばしば認めた。

また、進行の上での工夫として、評価の力点を、課せられた課題そのものの達成度ではなく、いかに行動と気分のセルフ・スタビライズや対他配慮等が心がけられていたかに重きを置いた。

さらに、集団的プログラムに参加すると、最初は徐々に発揚的になりがちであるが、他の参加者(特に既に参加していた参加者)からの介入を受け、やがて対他配慮に富み、気分も安定させていくようになる様子を多く認めた。

(以上は、精神科医などの治療者が行っているゆえである。)

(9) 双極性障害のみを対象としたグループワークを行う上で困難な点

双極性障害を有する者のみを対象としたリワークプログラムを実施することは、スタッフに精神科治

療のスキルがあれば技術的には可能であり、方法としても有効だと思う。

しかしながら、コスト面を考えるとなかなか難しいのが実際である。小さなクリニックでは同時に進行できるプログラムはせいぜい2つ程度であろう。その1つを双極性専門に充ててしまうと経営的に成り立たないであろう。

また、双極性障害は診断が難しいので、リワークの場面で双極性の疑いがあったとしても主治医にはうまく伝わらない場面も想定される。そういった意味では、双極性障害の場合は、主治医とリワークを行う医師が同一医師、少なくとも極めて近い立場の医師が大前提である。

(10) その他ヒアリングで得られた有用な知見

① 経験上、双極性障害のみを有する者はそれほど多くないと感じている。軽微な発達障害の傾向を重複して有している人も少なくない。また、本当は発達障害なのに双極性障害と診断されているケースも推察された。

その場合は、単に双極性障害に対するリワーク支援をすればいいという話ではなくなる。

② 対人関係・社会リズム療法における社会リズム療法の部分だけでも大切である。生活・睡眠のリズムを一定にすることが大事である。

③ 自分をコントロールする術を身につけた人は、復職した後も社会リズム表を自分でずっと付けている。これが続けられるのは人生を楽しんでいるからである。本人にとって、活発なレベルは楽しいが、落ちるのが怖い。どのレベルで安定したら最もハッピーかを自分で考えて選ぶことができれば幸せである。

しかし、そのためには、上がった時と下がった時の両方を体験し、心理教育を受けて理解している必要がある。

※ 以上のことは、精神科リハビリテーションとして精神科治療の一環として行われるべきであり、精神科医とその監督下にあるベテランの心理職によって行われるべきである旨強調されていた。

第4節 専門家ヒアリングⅢ

五十嵐、奥山両先生のヒアリング調査により、双極性障害を有する者へのリワークプログラムは有効に機能しうること、また、双極性障害のみを対象としたグループワークは効果もあるが、現実的には実施が困難なことが明らかになった。

そこで、日本で集団療法としてのリワークプログラムを初めて実施し、かつ、リワークアイデンティティの提唱者であるNTT東日本関東病院の秋山剛先生に対しては、下記のヒアリング項目でヒアリングを実施することとした。

(1) 双極性障害へのリワークプログラム実施の現状

医療機関で実施しているリワークプログラムでは5、6年前ぐらい前までは双極性障害の方々への対応に非常に困っていた。

その理由は2つあって、1つは単極性うつ病と紹介されて来院されるが、そのつもりで対応しているとどうも違うようである。最初の紹介状の「うつ病」を信用していると混乱する。2点目としては、双極性障害と分かったとして、どう対応していいか分からないという点であった。

しかしながら、現在、医療機関の双極性障害のリワーク支援で大きく困っているところはそれほど多くないと思う。

端的にいうと、紹介された時に単極性うつ病という診断をあまり信用していない。リワークプログラ

ムに入れてみて、双極性の要素がどれぐらいあるか自分たちで考えるしかない。

また、双極性障害については心理教育などをやって、あなたは、こういうことをやった方がいいと対応している。

さらに、医療機関のプログラムであり、かつ参加者の半分程度は当院の患者なので、薬を変えられる。この薬を変えれば落ち着く。このように落ち着いたところで心理教育をして、「あなたの場合は単極性うつ病の人よりも、もっと自分の体調の管理に気を付けないといけない。」という話をすると、「はい、分かりました。」となるので、結果的に困っているという状態ではない。

(2) 主治医との関係性

単極性うつの診断でリワークプログラムに参加していた者が、双極性障害の疑いがあると分かった場合には、主治医とのコミュニケーションをいかににより一層強固にすればいいかを考えた方がいいのではないかと思う。口頭のみ報告では主治医にもわかには信じないかもしれないので、本人または家族に活動記録表等をつけてもらい、それを主治医に見せるなどが必要ではないか。

どうしても、主治医が自分の診断を変更しないなどコミュニケーションがとれない場合は主治医の変更もやむを得ないかもしれないが、大都市圏でない地方においては、主治医の変更は現実的ではないと思う。

例えば、地域センターでリワーク支援を行っているのであれば、そのスタッフが双極性障害の人と話をする時に、セルフモニタリングはどのようにやるのか、活動記録表をつけていて、どうなったら要注意なのかといった点を伝えて、主治医との相談を勧める。また、主治医が薬を変更してくれない場合には、スタッフが一緒に行って話をするのもいいと思う。

やはり、主治医が駄目というよりは、「先生、うつ病学会のガイドラインにはこう書いてあるのですが。」と言っていけるような関係性を構築した方がいい。

また、その際は、現在開発中のHL33という質問紙では、双極性障害の傾向のある人をピックアップできるようにしてあり、今後は、これも活用可能となるであろう。

また、このような関係性が本人とスタッフにできれば、本人にとってもいい経験になり、今度調子を落とすなりしたときには、産業医療スタッフに相談する等の対応方法を身に付けることができる可能性がある。

そもそも、主治医も地域センターに行くことを認めているので、医師と一緒にやっていくというスタンス、場合によっては、主治医とスタッフの勉強会を一緒にやる等、ポジティブにやっていくことが1つのモデルとして汎用性があるのではないかと思う。

(3) 単極性うつ病と双極性障害を有する者を一緒にグループワークを実施することについて

リワークプログラムのテーマの設定の仕方と工夫の問題だと思う。テーマ設定ということについては、例えば「リワークプログラムに通う時に、通える程度には体調を整える必要がある。そのためには、夜のインターネットやLINEは止めた方がいい。これは単極性うつ病でも双極性障害でも同じ。また、「復職のためには、再発予防ということも考えなければならない。」というのも同じ。

要は、同じ気分障害なのだから。結局、病気があるけど仕事に復帰したいという点は同じで、それは統合失調症も同様である。

したがって、そういった共通のテーマを取り上げていくよう働きかけるのであれば、同じグループでもリワークプログラムの実施は可能である。

(4) グループワーク中に軽躁状態または躁転した場合の対応

集団療法としてグループで実施する場合には、他の患者に迷惑行為が出たらグループは一度休んでも

らう必要がある。

例えば、軽躁状態になったので、一度休む。そして、薬の量を増やして安定した。本人は「もう一度グループに戻りたい。」と言っている。そして、グループに戻る前に医師の面接を受けたうえで復帰させればいい。

そして、仮に復帰したとなると、このような経験は、復職したときにも類似の状況というのは十分起こりうることである。したがって、「こういう風に行動しないとダメだ。」ということを目に付けるいい機会なのかもしれない。

すなわち、復職後も軽躁症状が出ることは十分あり得る。それが起きそうな時、起きた時、起きた結果周りに迷惑をかけてしまった時、どうしたらいいのかを学習しておくことは非常にポジティブなことだ。軽躁症状を絶対起こしてはいけないということではなく、起きた時にどのような働きかけをしていくかを学習していくようスタッフも考えておいた方がいい。

(5) 気分の変動波を最小化するのに最も適した方法

個々人により、病気になりやすさ、どの程度の症状が出るか、どの程度重いのかは個人差があるが、一番大きいのは薬物療法である。あとは早寝早起きといった社会的リズムを整えるといった非薬物的な治療も役に立つ。

(6) リワークアイデンティティについて

今でも「リワークアイデンティティ」という言葉を使うこともあるが、今では「リカバリー」という言葉の方を使っている。

ある脆弱性を持っていて、ある職場ストレスの中で病気になる。普通は、その脆弱性は一度発症すると増加するので再発しやすくなる。一方、復職する際には、元の職場に復帰するのが原則である。つまり、脆弱性が増した状態で元の病状が発症した職場に戻るのだから、再発の危険性が非常に高いのは当然である。実際、再発している者が多く存在している。

そのため、この脆弱性をカバーする方法を付加しない限りは再発してしまうことになる。

この脆弱性をカバーしてくれる方法は、アイデンティティ、ものの考え方を変えることである。

この考え方を変える必要性は、単極性うつの場合よりも、双極性障害の方が大きい。

双極性障害の人は病気になる前に比較的活躍していると周りから思われ、本人もそのように思っている場合が多い。病気になった後も少しは調子のいい時期があって、「私はやっぱりやれる。」という感じになる。ところが、その後うつになる。このうつになった後は、単極性うつ病よりもうつが長く続く。

そのため、このような人たちに対して「昔よかった思い出があるのは分かる、今も少しはいい時があることも分かる。でも、やりすぎでは駄目だ。」と話をしつつ、活動記録表をつける重要性、気分安定剤を飲んでもらうことの大切さ等について、心理教育等で説明し、考え方を変えてもらう必要がある。

しかしながら、このアイデンティティを変えていくことをネガティブにとらえる必要はない。

リカバリーというのは、「たとえ病があっても自分らしい人生が続けられる」ということなので、最近ではポジティブな意味合いも込めてリカバリーという表現を使っている。

いずれにせよ、自分なりの考え方や生き方とかを変えてもらわなければいけない必要性というのは、仕事に復帰したいすべての精神疾患の患者にあるが、双極性障害の人は、特にその必要性が高いというのは事実だと思う。

自分の体調をモニタリングする必要があるということを理解して、体調の変化が起きたら早めに私に報告してくれる人は、もうそんなに双極性障害は怖くない。自分の体調をモニタリングするとは、自分自身で活動記録表を書き続ける。あるいは自分の意見とは別に家族が家族から見た情報を私に提供して

くれるということだ。特に、うつに入るのはゆっくりであるにもかかわらず、躁転は早い。

したがって、社会的な予後をよくするため一番大事なことは、躁になりそうなのを早く把握して、薬で抑えることだ。

しかし、継続的に自分の体調をモニタリングしていくことは大変である。そこで、重要なことは、いかに「希望」を持つことができるかという点だ。

要は、「症状が出る前と全く同じとは言わないけれど、前の7、8割ぐらいのレベルだったら十分に到達、維持可能ですよ。それで十分に仕事は続けられるし、子供も育てられる。そういった希望を持って、今後やっていくのはどうですか。」というような形で希望をもってもらうようにしていく。

(7) 同じ症状を持つ者からの助言の効果

例えば、「希望を持たせる」といっても難しいという話が、リワークプログラムのスタッフから出るかもしれない。

そのような場合は、少々無理をしても、双極性障害を有する先輩、卒業生に来てもらいセッションを作れば良いと思う。地域センターのリワーク支援においても、「地域センターを利用し、復職して1年経過したけど、元気に働いている。最初の3か月ぐらいは言われたとおり注意していた。1年くらい経過したら前の8割ぐらいでやっていて元気だ」と話してくれそうな先輩を呼べばいい。そういった人たちは「生きた希望」だから。

この「卒業生に来てもらって明るい希望を語ってもらう」というのは絶対プログラム中に設定した方がいい。いくらスタッフが言っても聞かない可能性が高い。

例えば、私のところに来る患者が、私を信頼して言うことを聞いてくれるのは、私がたくさん患者を治したという実績があり、その経験で話をしてくれていると感じてくれるからだと思う。要は「何十人も何百人もの治した患者を思い出しながら自分に話をしてくれている。だから信用しようか。希望を持ってがんばろう。」ということにつながっているのではないか。

(8) その他ヒアリングで得られた有用な知見

① 今後の地域センターでの取組について

障害者職業総合センターでパッケージを作った方がいい。例えば、来所した時にどのような質問紙にするか。活動記録表はどうするか。問題事態としてどういったケースが考えられるか、その場合の対処方法といったマテリアルを一式作った方がいい。

特に大事なものは、早期把握、早期対応だ。双極性障害の傾向について、何もスクリーニングもアセスメントもなく分からないままなら、結局、その傾向が問題を起すことになる。だから、この、早期把握、早期対応が可能となるようなものを作る必要がある。

② 現在、医療リワークの現場で困っている点

現在、医療リワークで最も困っているのは発達障害だ。というか発達障害の軽症のものだ。さすがに、発達障害の診断が付く人は普通に会社に就職していないケースが多い。

普通に会社に就職して、単極性うつや双極性障害で来る人は、発達障害の手前ぐらいの人、我々の言葉で「閾値下」というものだ。

第5節 専門家ヒアリングⅣ

北川信樹先生は日本の双極性障害への認知行動療法の第一人者の1人である。また、ここまでの専門家ヒアリングも踏まえて、下記のとおり質問項目によりヒアリングを行った。

(1) 双極性障害への認知行動療法の効果について

まず、疾患の前提として、単極性うつ病や適応障害的なニュアンスの強いうつ状態といったものに比べて、双極性障害はやはり難治で生物学的な要因が強い疾患である。統合失調症に近いぐらい生物学的な素因は強い。

したがって、心理社会的な治療が介入できる範囲は単極性うつに比べると、限られてくる。

例えば、単極性うつ病に対する認知行動療法はかなり効果があるといわれているが、双極性障害に対する認知行動療法がそれと同等に効くかという点、そのようなことはない。

単極性うつ病に比べて薬物療法の担う役割が大きいので、まず、そこが適切であるという前提でないとうまくいかない。

双極性障害の治療では、心理教育、認知行動療法、対人関係・社会リズム療法、家族焦点化療法しかエビデンスがあるものはない。

その中で共通しているのは、やはり病相、症状が出た時に、それをある程度マネジメントしていくためのスキルを身に付ける、つまり前駆症状をどうやって捉えて、その時にどういう対処法を考えておくのかを予め話し合っておく。それから、服薬アドヒアランスが悪くなる人もいるので、心理教育をしっかりやっておく。さらに、これは社会リズム療法でも認知行動療法でもやることだが、できるだけ毎日の日課をそろえて規則正しく、刺激を避けた生活をするというのは大体共通している部分である。

(2) セルフモニタリングのために必要な留意点

双極性障害という診断を本人がどの程度受容していて、どの程度の知識があるかということ。そこをまず探ったうえで、心理教育をしていくことが必要となる。

その上で、本人の困りごとに焦点づけていくというところで治療関係を作っていくしかないと思う。

例えば、躁状態というのはこういう状態で、うつ状態はこういう状態で、普通の状態はこういう状態だということを確認しあつた上で、躁状態になった時には、こういったデメリットがあるので、そういった状態になったら、ここでのプログラムは一時停止することになるといった限界設定を最初にしっかりとしておくことが非常に重要になる。

それは、例えば、認知行動療法でやるライフチャートを使って振り返るという形でもいい。

(3) 躁転のサインの把握について（上記（2）と関連）

普段の正常な範囲内の心の動きと病的なもののある程度分けて定義づけしておく必要があり、それを本人と共有しておかなければならない。

人によって、これは躁転のサインだけでも、他の人だと違うということも起こりうる。そのため、ここの定義づけは時間をかけて行う。そうでないと、「あなたは気分が上がってますよ」と指摘しても納得しない人が多い。

なお、この定義づけは、落ち着いているときか、軽いうつ状態の時にできるだけそのような話をしておいて、心理教育を行うという形が1つの戦略になる。

双極性障害の場合は、上がってしまってからでは遅い。何を言っても耳に入らない状態になる。

躁転するのが、前駆症状が始まってから遅いか早いかは個人差がある。ただ、持続期間については統計的にも、圧倒的に躁状態の方が短くうつ状態が長い。

(4) 社会リズム療法のみ効果について

私のところでは、ソーシャル・リズム・メトリックを取り入れたものを活用している。

具体的には、睡眠覚醒リズムを書く下の段に人と会った時の刺激度を書くようにしている。1点から3点までの点数で記入し、その合計点を書いてもらい、あまり刺激的なものが多くなり過ぎないように

コントロールしてもらったためにやっている。

ただし、最初から決めつけしないで、こういう時に気分が上がってきているのではという話をしながら徐々に前駆症状を同定したり、だいたい何点ぐらいで済ませた方が調子がいいといった話をしながら、本人がうまく過ごせる勘所をつかめるようにしている。

これは、書くのにそんなに時間がかかるわけではないし、割と簡単にできるので、必ず付けてもらった方がいいと思う。

(5) 単極性うつ病と双極性障害を有する者を一緒にグループワークを実施することについて

基本的に、うつ病のリワークプログラムを実施する際には、何割かは双極性障害だと想定しておく必要がある。したがって、単極性うつ病の人向けのプログラムの中に仕掛けを作っておかないといけない。

私のところでは、集団認知行動療法の中で、途中で双極性障害と診断される人もいたので双極性障害の人と一緒にしているが、テキストには躁状態のことも記載しておくとか、こういう症状が出たらこういう病気なので主治医に相談しなければならない等の教育的なことを入れておいたりしている。認知行動療法の中でも、いわゆる双極性障害だったら「前駆症状を知ろう」といったセッションを準備して、「自分の前駆症状は何か」、また、「最初の時と中期ではどのように進行していくのか」といったことにも取り組む。

これは、単極性うつの人にも有効である。双極性障害の人に対しては「自分の場合は確かにこういうふうになっていって破たんするということもある。その時の対策を考えておこう。」といった話をしながら進行していくことも可能である。

このようにテキストに書いてあるものを見ただけで、「自分は双極性障害ではないか」と相談してくる人が結構いる。

極端な話、インテークの段階で「何かすごく元気すぎるような今とは逆の時期を経験したことはないか。」と聞くだけでも全然違ってくると思う。「いや、ありますね。」ということであれば、「そのことは主治医に話していますか。」と聞くと、たいてい「話してません。」と答えることが多いので、「そのことを主治医に相談した方がいいですよ」という形で進めていくこともいいと思う。

(6) 復職後一定年数以上続いている人の特徴

おそらく、今までの病相の反復回数が少ないというのも条件の一つであろう。反復すればするほど反復しやすくなる病気なので。

いわゆるキンドリング効果と言って、繰り返せば繰り返すほど、些細な契機ですぐ上下してしまう。この点はコンセンサスのあるところだ。

あとはやはり、元々のパーソナリティも関係があると思う。循環気質で周囲とうまくやれる人と非常に発揚型の気質で周りから疎まれる人とは違いがあると思う。

また、双極性障害の人は、良くなってしまうと、あまりくよくよ振り返ったり内省しない人も多い。それが復職に当たって、メリットになるかデメリットになるかは人によるが、単極性うつの人よりも病識に欠けるともいえる。だから、多少上がり気味だと「復職に当たって一切不安がありません。」というようなことを言うことも多い。

さらに、この点はあまり注目されていないと思うが、単極性うつの人よりも双極性障害の人は認知機能障害の程度が強い。いわゆる実行機能であるとか、記憶、集中力の持続、言語流暢性といった高次脳機能の認知機能障害は、統合失調症では、よく障害されるが、その次に障害されているのが双極性障害ではないか。

そのため、復職する時点で認知機能障害の程度が強ければ、復職に失敗する確率が高いといえる。た

ぶん、そういう認知機能の障害がどの程度残存しているかが、復職後の予後にかかわってくると思う。

(7) リカバリー（リワークアイデンティティ）について

それは一言でいうと疾病受容の程度によるということではないか。まず自分の疾病を受容することが出発点になり、一生つきあっていかなければならないということを受容しなければならない。その上で自分の人生をどうしていくかを考えていくことになる。

もちろん、その際には本人なりの「希望」を持てたらむろんいい。

支援する時に非常に大事なことは、疾病受容を進めていく、その過程に寄り添うことだと思う。

人によっては、双極性障害というレッテルを貼られること、上がっている、下がっていると指摘されることに非常に嫌悪感を持つとか、スティグマ的にとらえる人がいる。

そうなると、自分から治療に積極的に取り組もうとせず、服薬アドヒアランスも悪化して、病相を繰り返すことにつながっていく。

(8) 主治医との連携について

やはり、連携を密にしないと駄目であろう。

その際は、情報を密に伝えるということが基本だが、その情報の受け止めの度合いは主治医により異なるので、主治医がどういう情報を必要としているかを確認する必要がある。

私の場合も、睡眠覚醒リズム表を必ず付けてもらうので、最初に意義を十分に説明したうえで、本人も納得の上で何年も継続して付けてもらっている。そういった資料を揃えて連携を図っていく必要があるのではないか。

(9) その他ヒアリングで得られた有用な知見

① 家族に対する支援について

現在、私のところでは組織的には実施していないが、重要であると考えている。

特に配偶者が大事である。やはり、夫婦関係で葛藤を抱えている人も非常に多い。そこをサポートしないと結局離婚になってしまうケースも多い。

家族焦点化療法はどこでもできるというものではないので、一番良いのは感情表出を下げのための心理教育を家族にするのが一番取り組みやすいと思う。

前駆症状のようなサインを同定する時に、本人が気付いていなくても、「家族の人にこう言われるということはないか。」と聞くと「そう言えば、妻が必ずこういう時にこう言います。」というようなことが出てくることもある。それを契機に「少し危ないかもしれないので、奥さんの意見も取り入れた方がいい。」と予め話しておくこともある。

いずれにせよ、本人がやりすぎた時に出てくる兆候、妻と喧嘩になる、買い物をしたくなるといったものを、その本人の物差しで対策をしていく必要がある。

ここの物差しに基づいて、これ以上やり過ぎないためにどうしたらいいかを、リスト化しておくことが大事である。

② 現在、医療リワークの現場で困っている点

現在、リワークプログラムを修了できずに残ってくるのは、双極性障害と発達障害だと思う。

私のところでは、発達障害の診断をしてほしいと来院する人も多いので、最初の診断の段階から、疑いがあれば本人に伝える。一方、見て疑わしいけど本人にその意識がない場合は、まずデイケアに出席してもらい、周囲との関係性を見ていくと、やはり発達障害の特性が浮き彫りになることもある。

そういった人は、本人の困り感がどのくらいどこにあるのかを確認しながら、そのような困り感があるなら、こういった特性があるかもしれないので検査してみましようかと持ちかけて検査を実施す

る。そして、その検査結果に基づき再度話をしていくことになる。

この困り感は人によって強弱の差はあるが、どこまで自覚しているかは別にして、何らかの困り感、生きづらさを持っているのが通常である。

例えば、作業をしていて、ダブルタスクが全然できないとか、言葉で言われても理解できないというような人は、「今後仕事をしていく面で困ると思うので、どういう特性があるのか調べた方がいいのでは。」という形で診断に誘導していく方法もある。

また、やはりコミュニケーションで深刻に悩んでいるケースも多く、認知行動療法の途中でその特性が出てくることもあるので、それを契機に診断に誘導していくケースもある。

しかしながら、発達障害という診断のラベル貼りをするだけではあまり意味がない。

というのも、この診断を受けることで結果的にマイナスとなる人も結構いる。診断を受けた当初は今までの困り感の理由が分かったと安心しても、その後開き直って、「発達障害だからできなくても仕方ない。職場の周りが配慮すべきだ。」となってしまうたり、ひたすらそのことを嘆き受け入れがたくになってしまう人もいる。したがって、診断の告知も慎重に行う必要がある。

第6節 専門家ヒアリングV

加藤和子先生のさくら・ら心療内科では、リワークプログラムより内容や参加基準が柔軟なリカバリープログラムを実施しており、その終了者の中には一定程度復職している者もいる。

そこで、ここでは、リカバリープログラムから復職に至る要因とともに、今までのヒアリングで得られた知見に対する見解を確認することとした。

(1) リカバリープログラムの効果

そもそも、リカバリープログラムの目的は、回復過程において「自分らしく生きることを主体的に追求する」である。このプログラムには、気分障害や不安障害の症状が不安定な利用者も参加しているため、「復職や再就職が目標か否か」は不問とし、症状の安定、生活リズムの調整、体力回復、病気とうまく付き合う、対人場面に慣れる、メンバー同士で支えあう、将来を考えるとといったことがプログラムに織り込まれている。

また、このプログラムはリワークプログラムより少ない週4日で実施され、かつ、本人が参加プログラムを選択できる上に、参加せずに一つの空間で本を読むなどして過ごすこともできるものである。

先の文献調査で取り上げた加藤、森の「気分障害と不安障害のリカバリープログラム」(2013年)によると、2013年4月までの参加者全体100名のうち、双極性障害が27名と1/4を占めている。さらに、プログラム終了者のうち38%が復職、就職している。

この状況は今でも変化はない。

職場から言われてリワークプログラムに参加している人の中にはモチベーションが低い人もいる。一方、リカバリープログラムには、リワークプログラムに参加したいが期限が決まっていて短期間で対応しなければいけない人が参加しているケースもある。

あとは、大都市圏ではないので、会社が毎日リワークプログラムに参加しなさいということがない。結果的に自主的な取組みにならざるを得なくてリカバリーで戻るという人もいる。

要は、疾病理解もしっかりして、自分も理解して管理している人は、多少波があっても継続できている。波が来ても乗り切る力が付いている人。あとは主治医とのつながりが維持できている人、主治医以外でも土曜日にデイケアに来られる状況にあって、スタッフとつながっていて、いつでも相談できる人

だ。

そういった人は双極性障害が悪化して、治療に戻ってくるということは多くはない。

(2) 認知行動療法の効果

双極性障害は、遺伝的な要因があると思われるし、あの波を繰り返すのは、やはり生物学的な要因も大きいと思う。症状を繰り返していると全体のレベルも下がるし、そういった人には認知行動療法はなかなか効果を発揮しにくいと思う。

双極性障害のうつ状態は、何かエネルギー切れに近いようなイメージのうつ、意欲が低下し、過眠、過食これらは躁の結果としてのうつと言える状態でないかと思う。

その中でも、双極性障害のうつは長くて深い。それは、今まで上手くいかないことを繰り返していることで、内面的な部分でかなり傷ついていて、自分で処理できていないところが多くあるのではないかと思われる。

(3) 症状を何回も繰り返している場合について（上記（2）関連）

基本的に、大きな波を経験していると、失敗体験などにより、社会的にいろいろなものを失っている。症状だけでなく、これらの失敗体験により社会的にも仕事のにも自分が評価されない立場になってしまう。対人関係もなくしていくと、孤独がどんどん深くなっていく。

そういった人は、なかなかうつ状態から回復しないと思う。

(4) 自分をコントロールする方法

デイケアの中でもいろいろ工夫しながらやっていて、特に双極性障害に特化しているわけではない。いろいろなプログラムを使いながら自分をモニタリングしたり管理したりして、気分の波と付き合っていくという形に最終的にはなっていると思う。

本人の120%でないと納得できない背景は何か。当院でやっているのは、本人の成立ち、今まで生きてきた生活歴や親子関係を踏まえ、本人の希望する生き方をよく理解したうえで自分で波を起こさない力をつけるようにすることである。

これは、自分研究という形でやっていて、単に自分の過去を振り返るということにとどまらず、自分の分析的な、力動をどう見るかといった深い部分まで見てもらうようにしている。ここまでできると気分の波につきあいやすいかもしれない。

この自分研究は、グループで発表してもらい、自分のテーマを他の参加者と語り合いながら自己理解を深めていく。

ある例で言うと、まず、①正しい診断をする（当初は単極性うつの診断であったが、デイケア開始直後から軽躁状態が見られた。）、②本人に合った投薬、③疾病教育（双極性障害の理解の促進）、④ライフチャートの作成（季節性の波の確認、異動時にうつ転等、その時々症状の波に振り回されていたことの確認）、⑤睡眠、活動、気分のモニタリング（週間活動記録表（参考資料として添付）や睡眠・覚醒リズム表を使用）、⑥思考・行動パターンの整理、⑦予防・症状軽減（躁、うつの予防のための具体的な行動、躁症状、うつ症状を軽減するための具体的な対処方法の決定）

この例では、評価されたいというのが基にあって、評価されるように頑張りすぎると気分が上がってしまい、結果的に評価されずに落ち込んでしまうということをよく理解し、すでに復職、現在4年目となっている。

ただし、現在は、こういったことは外来診療でも支援しているので、リワークプログラムを使わなくても外来のみで対応できている。

ある程度、波が小さくなれば、後はどうやって管理していくかが大体分かってきている。

(5) 単極性うつ病と双極性障害を有する者を一緒にグループワークを実施することについて

単極性うつも双極性障害の人と一緒に対応している。そもそも、単極性うつの診断を受けた者の中に双極性障害の者が入っていることを考えれば一緒にやった方がいい。

心理教育の中で双極性障害の説明（参考資料に添付）も入れて、単極性うつの人でも双極性障害について理解しておいてもらう。そして、途中でグループ内でディスカッションして、自分の中で躁とか軽躁のような状態がなかったかを確認したりする。

(6) 主治医との連携について

主治医が別にいるのであれば、症状のコントロールがうまくいかない場合には、主治医と連携して、どういった点が困っているということを伝える必要がある。主治医に直接話をした方がいい。

心理教育の講座なりで、双極性障害の症状の説明や薬が違うことを説明していけば、本人が気付いて主治医に申し出るケースもあると思う。

第7節 まとめ

双極性障害を有する者のみを対象としたリワークプログラムを実施していた奥山先生は、現在は実施していなかった。

ヒアリングからは、双極性障害を有する者のみを対象としたリワークプログラムの実施は効果的ではあるが、経済的、リワーク施設の体制面の問題、また、五十嵐先生が指摘したようにどのタイミングで参加させるかの判断が困難等の理由により、その実施は困難な面が多いと分かった。

一方、現在では、単極性うつの方に対するリワークプログラムの中に双極性障害を有する者も一緒に参加しており、一定の効果が上がっている状況が確認できた。

ただし、その際には、単極性うつと診断された者の中に、一定割合の双極性障害を有する者が混在している可能性があるという前提で、双極性障害の可能性のある者を一定程度判別できるような工夫を取り入れているケースが多かった。

また、双極性障害に対する心理社会的な治療は、心理教育、対人関係・社会リズム療法、認知行動療法に基づき取り組まれているが、認知行動療法の効果は単極性うつに比して低い傾向があることが推測された。

さらに、双極性障害を有する者の中に一定程度、発達障害やパーソナリティ障害を併せ持つ者がおり、また、一定程度、認知機能に障害がある者もいる。その上、症状を繰り返すごとに認知機能障害が進行する傾向がある。

そのため、個々の状況に応じた個別的な支援の必要性が高いことが推測された。

第4章 企業ヒアリング

第1節 企業ヒアリングの方法等

本研究では、当初、企業サイドからみての双極性障害への復職支援の状況や企業に必要とされる状態像等を分析する予定であった。

しかしながら、前章の専門家ヒアリングの結果等を踏まえると、現時点において、企業が双極性障害に焦点を当てて復職支援を行っているということは、ほとんどないと想像された。

さらに、双極性障害に対する理解が進んでいる企業も非常に少ないと判断された。

そこで、企業での復職支援に関与している人で、一定程度双極性障害に対する理解がある人の紹介を、第3章の専門家ヒアリングの対象となった専門家の方々に依頼した。

結果的に、企業自らがリワーク施設を直接運営している企業、産業医を統括する立場の方が双極性障害に理解がある企業、リワークプログラムへのサポートも実施しているトータルヘルスケアコンサルティング企業から話を聞くことができた。

第2節 企業においてリワーク支援を行っている場合

A社においては、2012年より企業直営のリワーク支援施設を設立し、リワーク支援を行っている。

そこで、A社のメンタルヘルス対策の全体的な状況とともに、今までの双極性障害を有する者への支援の状況を確認することとした。

(1) メンタルヘルスケア活動の全体像

A社においては、大きく6つの活動を行っている。

- ① ストレスチェック（年1回、セルフケアとラインケアに活用）
- ② 相談カウンセリング
- ③ 職場改善活動
- ④ メンタル目的別研修（マネージャー向け（基礎編、ラインケア編、高度対応編）、一般層向け）
- ⑤ 復職プログラムによる適正な復職のサポート
- ⑥ 個別人事労務問題の解決

①のストレスチェックであるが、セルフケアは少し結果が悪いと、相談カウンセリングに誘導するようになっている。

また、ラインケアとしては組織分析をして、その結果に基づき職場改善活動を実施している。ここまですが1次予防を主眼にした取組となる。

今回のテーマに係る部分は、⑤の復職プログラムによる適正な復職のサポートとなるが、昔は40%程度の再発率（復職1年以内に30日以上のお休みになってしまう人の割合）があったが、現在では8%から9%の再発率に収まっている。

この復職プログラムの最大の目的は、「再発の防止」にあるとして、十分回復してからの復職、復職後の手厚いフォロー（6か月間の業務計画と毎月の面談）が大きな特徴となっており、対象者は30日以上休業した従業員全員としている。

そのため、このプログラムでは、リハビリ出勤なしで8時間勤務できるまで回復してから復職してもらうこととしている。そのため、リワーク支援が重要な役割を果たすことになる。

また、仕事のパフォーマンスが60%以上発揮できる状態で復職させることとしており、復職面談では、本人、産業医、職場の上司、人事が必ず揃った状態で実施される。

なお、この60%以上のパフォーマンス水準を設定する前までは、20~30%の水準でも復職させていたが、この場合には再発しやすいということを経験で理解していた。

この60%の判断基準は客観的な基準で運用しているわけではないが、業務上のレポートの提出や、自己の症状の分析や原因究明、症状回復に向けてのトレーニングや今後の対応策等について自分研究のようなレポートは必ず提出してもらっている。

また、リハビリ出勤があると、「とりあえず一度試してみる。」という方向に流れやすいため、再発のリスクが非常に高まる。逆にリハビリ出勤がないと、4者が相当の自信がないと復職の決断ができないので、この形にした。

さらに、基本的に、本人の療養中には会社は関与しないという方針で対応している。主治医がそろそろ復職を考えた方がいいのではないかと見立てた頃からリワーク支援を考えることになる。社内リワークプログラムは基本的には3か月だが、延長になることもある。

このリワークプログラムを終了した場合は、本人の意思表示として復職申請書と主治医の診断書を提出してもらう。その後、復職面談を行うこととなるが、1回で終わることは少なく、通常は複数回行うこととなる。

また、ここで復職が大丈夫ということになった場合には、復職の直前（1~2日前）に外部の臨床心理士に電話相談してもらっている。ここでは、会社に言えなかったような本音が出ることもあり、再発の隠れたリスクの回避を図っている。

この外部の臨床心理士による相談は復職後2~3週間後にも行っており、復職後の状況確認を行っている。

復職後6か月間を復職後プログラムとして、毎月どういった仕事をするのか、また毎月の面談の結果、この仕事はきつそうだったから業務変更を行う等対応しており、このプログラム終了後に通常勤務に復帰することとなる。

(2) 双極性障害を持つ者の復職の現状

2016年4月から2017年9月までに復職申請をした225件のうち、単極性うつ病またはうつ状態の者は132件で全体の58.7%で、双極性障害は8件で3.6%と極めて少ない数字になっている。ただし、この単極性うつ病やうつ状態と診断されている者の中にどの程度双極性障害の人が入っているのかはよくわからないのが現状である。

したがって、双極性障害が企業への復職に当たって、大きな問題となっているわけではない。

双極性障害を有する者への留意点としては、本人が睡眠リズム表等をしっかりと付けることである。軽躁状態または躁転の際には、睡眠時間の減少と夜型への移行のリスクが高い。

また、身だしなみの乱れにも注意している。単極性うつでもあるが、髭が伸び放題、髪がぼさぼさになるというようなことは、特に注意している。

特に双極性Ⅱ型の人については、本人の自覚が大事である。主治医が気付いていないようなケースも多いので、むしろ職場でその兆候を把握している場合には、人事、産業保健スタッフ並びに社内リワークスタッフに知らせたいという教育を内部で行っている。

あと、感じられる特徴としては、やはり症状を繰り返すケースが多い。このように繰り返している人

でも本人が強く復帰を希望する場合には復職させるが、その際には次に休職となった場合の対応振りについて確認することとしている。そういった場合、双極性障害を有する者は、あっさりと「わかりました。次に休職した場合には、辞めます。」と返答してくるケースが多く、自分への自信のようなものを感じることも多い。

なお、双極性障害を有する者で、リワークプログラムを通常の3か月で終了したケースは少なく、延長利用するケースが多い。そもそもリワークプログラムでは、コミュニケーション能力の向上や集団生活への適応を目指しているが、各自の目標に沿った成果物の提出等、そこに到達しない人もいる。

社内のリワークプログラム利用者約100名のうち、双極性障害またはその疑いのある人は5～6名である。

単極性うつや他の診断の人は90%以上復職できているが、双極性障害を有する人の復職率は低い。

やはり、双極性障害を有する者は、その背景には協調性が欠けていたり、集団生活への適応に問題があるケースが多い。またアルコール依存等の問題を併せ持つ人も多い。

決められた仕事を淡々とこなすことはできたとしても、突発的な出来事に対応すること、交渉ごとや折衝ごとに困難が見られることが、原職復帰を原則としている弊社においては、復職を難しくしている要因となっている。

(3) リワークプログラムでの双極性障害への対応について

このような双極性障害の特徴を踏まえた上で、通常のプログラムに追加して行っていることは、1日の生活をセルフモニタリングすること。セルフチェックを習慣化し、これらは本人のみならずスタッフも同時に行い、評価の違いについて話し合うようにしている。

また、認知行動療法の「行動活性化」という技法を用いて自発的に行動を起こすことで、気分の安定を図るように促している。

さらに、主治医との連携では、「情報提供書」で、リワークでの現在の状況、本人の課題、医師に確認したいことを提出しているケースもある。

(4) 認知行動療法について（リワークプログラム実施に当たって）

双極性障害を有する人には、客観的な視点を要する認知行動療法へのアプローチは難しい場合もある。

また、認知行動療法においてはホームワークの実施が必須となるが、決められたとおりにできなかったり、実施はするが、その内容や提出物にもミスが目立つ。

一方で、先に挙げた「行動活性化」のような行動面からのアプローチが有効な人もいた。

(5) 人事上の処遇等について

基本的に、過去に何があったとしても、現在の仕事のパフォーマンスに応じて処遇するというのが原則である。

また、休業や復職についても「パフォーマンスの水準が低下したから」休職するのであって、復職に当たっても、「パフォーマンスの水準が戻ったから」という視点で見ている。

したがって、病気が治ったから復帰するのではなく、あくまで仕事上でのパフォーマンスのレベルで考えており、それを社内に徹底している。そのため、主治医が復職可としていても会社としては駄目だという判断をするケースも多く存在する。

上記(1)の復職診断での「仕事のパフォーマンスが60%以上発揮できる」という判断も、そのまま60%が継続しそうな人は復帰できない。そのため、例えば6か月間で80%や100%に戻る可能性がある人しか復職させないこととしている。

第3節 企業の産業医からのヒアリング

産業医を統括する立場の人が双極性障害に対する理解がある企業で、各事業所に配置されている産業医が一堂に会する場において、双極性障害を有する者の復職状況や留意点についてヒアリングを行った。なお、産業医には精神科医の人もいたが、専門外の方も多く参加されていた。

(1) 双極性障害を有する者の復職の状況

復職して長く勤務を継続できている人はいるが、会社に貢献できるアウトプットを出せるという状況にはなっていない。

症状が長期になればなるほど、仕事のパフォーマンスの水準が少しずつ低下しているような感じがする。

また、双極性障害の特徴である気分の波が生じて、勤務不調を起こしやすい。会社はその勤務不調の体調に合わせる形で仕事を提供していくこととなった時、本人のタイミングと会社が期待するタイミングが合わないことが多い。

結果的に、会社側が配慮して雇用を継続させているケースの方が多いと思う。

また、治療が長くなってきたときに、主治医は躁転させないように治療をすると、結局だるいと感じる時期と少し調子のいい時期を繰り返していくので、その「だるい」時期になった時に休みがちになったりしているように感じる。診ている範囲内でのことだが、双極性障害を有する者は、ストレス耐性が低く、些細な負荷で休んでしまうケースが多いと感じている。

さらに、これらの人たちは、躁うつのエピソードのたびに段階的に落ちていくイメージがある。

また、発症年齢によっても、その後が大きく変わると思う。

要は、若くして発症してしまうと、その後頑張れないケースが多い。仕事の技能や技術を習得しなければいけないと、気持ちの上では理解できていても、知識が頭に入っていない等の理由により仕事のスキルを獲得することが困難となっている。

一方、30歳代などに発症する人の場合は、20歳代のうちに、職場に貢献できるだけの技術を習得してからの発症であれば、多少は仕事ができ、周囲の仲間と一緒にやっつけていける感じがする。

なお、復職して継続できているケースは、元の職場への復帰ではなく、業務負担が少ない部署に配置転換しているケースが多い。また、上司を始め職場の理解が得られているところであることが実際のところのようだ。

(2) リワーク支援機関に対する要望等

① 症状が一定程度寛解して、リワークプログラムの利用を柔軟にして、プログラムに入るまでの生活リズムを身につけるなどの部分も対応できるといいと感じる。

② リワーク支援を充実させていくためには、復職後のフォローが必要ではないか。6か月、1年、3年等定期的にフォローしていくとリワーク支援に必要なことが見えてくるのではないか。

③ 認知行動療法では、うまくいかない人では、認知がすごく苦手な人が多い。自分で自分を理解していない人も結構多い。認知行動療法の行動療法はいいが、認知療法については、このような人に対する工夫が必要ではないか。

④ 地域センターのリワークに参加していた人は、職場復帰前の振り返りをして、その中で必ず再発防止策として、このようなことが前兆としてあると思うといったことをリストとして書いてくる人が結構いる。これがあれば対処方法を事前に話し合うことも可能であり、復帰支援に役立てることができる。

また、勤務不調にならないための予防的行動をどうすればいいかを決めておくことも可能である。

このようなものがあれば効果的であると思う。

第4節 企業に対してメンタルヘルス支援を行っている企業

この企業は、メンタルヘルスの専門業者として、各種企業を支援しており、様々な企業において、双極性障害の事例に接している。

それらの情報を基にした知見等についてのヒアリングを行った。

(1) 双極性障害を有する者の復職に係る成功事例について

双極性障害で復職して継続している人は、元々の仕事のパフォーマンスのレベルが高かった人で、かつ、いわゆる「いい人」、周囲から協力を得られやすいような人といった印象がある。

基本的に、双極性障害は寛解期があって、躁状態とうつ状態の間は元に戻る。ただし、長い経過のうちには元に戻りきらずに仕事のパフォーマンスレベルが落ちたとしても、最初がある程度高ければ、多少落ちても職場に適應できるレベルを何とかキープできる。

逆に、元々が普通またはそれ以下の水準の人が、長い闘病生活で更にパフォーマンスレベルが下がった場合は、職場が求めるレベルに達しないケースが多いという印象である。

また、復職後、気分の変動を制御していくには、一度「このままではいけない」という体験をすることも必要だろうと思う。例えば、自己判断で服薬を中断して再発して、躁やうつが悪化すると本人は当然辛い経験をする事になり、それを経験して服薬遵守するようになる人はうまくいくのではないか。

あるケースでは、躁転してかなり気分が上がる状態になる人がいたが、この人は病気のことを周囲に開示していて周囲の理解を得ていた。特に上司や組織の理解があって、症状が悪化しそうな時は業務を減らして負荷を下げる、場合によっては休暇を取らせるといった対応を早めに行っている場合は勤務が継続できている。

(2) 双極性障害を有する者の復職が困難な理由について

単極性うつ病でも、うつを繰り返しても不思議ではない。また、強い症状のうつが出てきたら職場への適應は困難となる。治れば職場復職できる。その上下が逆になった話（躁が山、うつが谷のイメージ）なので、単極性うつ病が復職可能であれば、双極性障害も復職可能だと思うが、現実にはそうになっていない。

躁状態の時、全社員にメールを送付する等の問題行動をしてしまう人もいる。そういうことがあると、復職に企業が慎重にならざるを得ない面もあるかと思う。

また、双極性障害の人は、単極性うつの人に比べて再発のリスクがより高いとされている。

さらに、再発を繰り返すごとに、徐々に職場に適應する能力、仕事のパフォーマンスのレベルが低下していくような感じを受ける。そのため、原職復職を基本に考えると、これに應えられるだけの力が回復せず、結果的に不適應を起こして、再発してしまい再休職するという形になってしまう。

このように、復職をスムーズに進めるのが困難となるような機能低下がある人がいると思う。

(3) 双極性障害に対する認知が企業で進まない理由について

双極性障害には、Ⅰ型とⅡ型があるが、Ⅰ型の人々の適應はより困難だと感じている。

躁状態が激しくなると、どうしても社会的な不適應が大きくなって、会社での勤務を継続することが困難となるケースが多いように感じる。そのため、会社を辞めてしまうので、そもそも会社が「双極性障害Ⅰ型の人を復職させる」というケースの知見を蓄積できないということもあると思う。

一方、Ⅱ型の躁状態の時は、比較的軽いので職場の周囲の同僚たちが、それを病気として認識してい

ないことも結構ある。「何か、頑張ってる仕事しているな。夜遅くまで仕事しているな。でも、ミスは多いな。」といった感じで病的とは思っていない。そのためⅡ型についても企業の認知が進んでいない（単極性うつ病と思われてしまっている）と思う。

（４）職場において必要な配慮について

ラインケアが大事なことは、単極性うつでも双極性障害でも同じである。まず、上司が「いつもと違うな」というふうに気付くことが重要である。

また、双極性障害を繰り返すことで職場に適応する能力等が低下している者については、原職にこだわらずに、いかにその人に合った仕事で、かつある程度のモチベーションを維持できるような業務を提供していけるかが重要である。

さらに、産業医がどれだけ関与しているかも重要な点である。メンタルヘルスが苦手な産業医も多く存在するので、そういった産業医は積極的に関与してこないことが多い。産業医でも保健師でもいいので、そのような専門職の人がどれだけ双極性障害の人に関与できるかが、大きな問題だと思う。

（５）リワーク支援機関に対する要望等

① 家族への支援

企業のみで本人への支援をしていくことは本当に大変である。やはり家族に支援の協力をしてもらうことが重要だと思う。

会社の方から家族に連絡をするということには躊躇する企業も多い。家族への支援を企業が行うべきなのか、リワーク支援機関か医療機関なのか、その役割分担の議論はあるが、本人の復職に向けていろいろ準備を整えているそのネットワークに家族も参加するといった体制作りができれば、企業も関わりやすくなると思う。

家族が共通認識を持ち、事前の心構えができていると企業もやりやすいのではないかと思う。

② 企業との相談体制の維持

企業の人事担当者の相談先になり続けてほしい。リワークプログラム参加中だけでなく、終了後も相談できると助かる。

正直、人事担当者も病気に関して専門家ではないので、相談相手がない中で人事担当者が無意識に受入れに対する拒否的な感情が生じることもあると思う。産業医によるが、産業医が拒否的な対応であれば、人事担当者が孤立してしまう危険もある。

そういった意味で、リワーク支援機関が、人事担当者支援の一端を担ってくれるのであれば、非常にありがたい。

理想を言えば、リワークプログラム参加中にリワーク支援機関の専門家のスタッフと人事担当者、産業医との間にコミュニケーションができてることが望ましい。そうすると、人事からだけではなく、産業医がその専門職のスタッフと相談して、場合によっては、その産業医から主治医に働きかけてもらえるようになるのではないか。

そうであれば、産業医がメンタルヘルスの専門でなかったとしても、その相談相手としてリワーク支援機関の専門職のスタッフがいることで、主治医にも話しやすくなると思う。

第５節 まとめ

全体的に見て、双極性障害を有する者の復職・定着状況はあまり芳しくない。

その要因として考えられるのは、基本的には、本人が自らの気分の波をコントロールできていないことに

起因する場合が多いと考えられる。一方、先の専門家ヒアリングの結果からも、そもそも双極性障害の診断に困難性があることや双極性障害に十分対応できるリワーク支援機関が少ないことを勘案すると、社会的な「仕組」として、双極性障害の復職支援が十分に行える環境ではないことも大きな要因の1つであると考えられる。

また、双極性障害の症状を繰り返すことにより、認知機能障害の程度が進む危険性が高いことを考慮すると、原則、元の職場への復帰を目指すリワーク支援自体に困難を伴うことが予想される。

第5章 考察

本考察は、基本的に専門家ヒアリングにより得た知見に基づき考察をしたものである。

第1節 双極性障害を有する者へのリワーク支援の有効性

双極性障害のみを対象としてリワークプログラムを実施するか否かは別にして、全体としては、双極性障害を有する者へのリワーク支援は有効であると判断できる。

しかしながら、現時点では双極性障害を有する者をリワーク支援の対象として明確に位置付けて対応できているリワーク支援機関は限られており、かつ、大都市部に集中する傾向にある。

したがって、日本全国で平均的に、双極性障害を有する者に対するリワーク支援が円滑に運営され、効果を発揮しているとは言えない状況であると推測できる。

また、双極性障害、特に双極性Ⅱ型は診断が困難なケースが多く、双極性障害を有する者の半数が診断までに6年経過しているというデータ（Hirschfeld, et al.: J Clin Psych 2003）もあり、医療現場での診断の困難さもリワーク支援の困難性に大きな影響を与えていると思われる。

第2節 リワーク支援開始に当たっての留意点

双極性障害を有する者のみを対象としたリワークプログラムは一定の効果があると判断されるが、その実施に当たっては、実施機関側の経済的な理由、実施機関の体制の問題、開始時点判断の困難さ等を考慮すると、困難性が高いと推測される。

また、専門家ヒアリングでも、大半の方から、単極性うつも含めた中での実施が現実的であり、かつ効果的であるとの指摘を受けた。さらに、現実の問題として、単極性うつの診断を受けた者のうち双極性障害を有する者が一定割合いるということからも、単極性うつと双極性障害を一緒にリワーク支援していかざるを得ないというのが実情である。

ただし、その際には、当然「双極性障害を有する者がリワークプログラムに参加している」という前提での対応策が必要である。

特に、双極性Ⅰ型の者が躁転した場合は、参加者のみならずリワーク支援機関のスタッフも含め周りにかんがりの影響を及ぼすことが想定されるので、その場合の離脱基準、例えば「他人に迷惑を与えた場合は一度プログラムを停止する」等を定め、本人に事前に説明しておく必要がある。

さらに、例えば、インテークの面接の段階で過去に気分が非常に盛り上がり、その後うつとなった経験がないかその有無を確認する、個別または集団での心理教育の際に双極性障害についても説明し、その対処法についても教示する等が必要である。その際には、日本うつ病学会の双極性障害委員会が公開している「双極性障害（躁うつ病）とつきあうために」（参考資料として添付）を活用することも有効であると思われる。また、秋山が開発しているHL33という質問紙では、症状でなく行動パターンで双極性障害の疑いのある者をピックアップできるようになっており、これを活用する方法もある。

また、仮にリワークプログラム実施期間中に軽躁状態や躁転の兆しがあった場合には、本人に活動記録表やソーシャル・リズム・メトリック等により記録をつけさせ（参考資料として「社会行動リズム表」を添付）、これを主治医に提出する等事前に対処方法を決定しておく必要もあるであろう。

第3節 リワークプログラム実施に当たっての留意点①

本稿でも何度か引用したが、双極性障害に対する心理社会的な治療は、適切な薬物療法と併用しての心理教育、対人関係・社会リズム療法、家族焦点化療法、認知行動療法に基づき取り組まれているが、専門家ヒアリングの結果、認知行動療法の効果は単極性うつに比して効果が低い傾向であることが推測された。

双極性障害の場合、気分の波の上下についてコントロールする必要があることから、この気分の波が起こる兆候、前駆症状を早期に把握する必要がある。その際には、通常気分の波の範囲と躁状態、うつ状態をある程度区分しておく必要があるであろう。

そのためには、ライフチャートを活用して過去の気分の波とライフイベントや季節の相関関係を確認するとともに、活動記録表やソーシャル・リズム・メトリックにより日々の気分の状態を把握しておく必要がある。特に躁転、軽躁状態の前駆症状としては、睡眠時間の短縮が見られるので睡眠時間の確認は必須であると思われる。なお、認知行動療法についても行動療法からのアプローチ、対人関係・社会リズム療法については、社会リズム療法からのアプローチの方が有効であるとのヒアリング結果もあるので、この部分は特に重要であると思われる。

また、これらの前駆症状の把握とともに、その対処法についても十分本人理解が必要である。専門家ヒアリングにおいて、一部のリワーク支援機関において行われている、いわゆる「自分研究」として症状が出た状況を分析し、その対処方法をレポートにまとめ、グループワークで公表して、グループメンバーからのコメントをフィードバックする方法も有効であろう。さらに、この「自分研究」作成にあたって、バイポーラワークブックを活用している事例もあり、これも参考になると思われる。

これらの対応をどこまで医療機関以外のリワーク支援機関が担うのかは、今後議論が必要であると思われるが、少なくとも主治医と地域センター等のリワーク支援機関で一定程度の分担を行う必要があると思慮される。

第4節 リワークプログラム実施に当たっての留意点②

双極性障害を有する者へのリワークプログラム実施にあたって、主な留意すべき点は上記第3節のとおりであるが、双極性障害を有する者のうち認知機能障害を有する者が多いことにも十分留意する必要があると思われる。

これら認知機能障害が発達障害によるものであれ、本人の元からの認知機能障害あるいは症状を繰り返すことによって生じたものかは別にして、このような認知機能障害を有する者へは認知行動療法の認知療法での対応が困難となると予想される。そのため、その程度に応じて個別対応を行う必要があるであろう。

また、休職の原因となった症状により認知機能が低下している場合には、元の職場への復帰のみを選択肢とすることは、本人にとってプラスとはならないケースも想定できる。

第5節 リワークプログラム実施に当たっての留意点③

奥山が実施していた双極性障害を有する者のみを対象としたリワークプログラムの中の集団的プログラムの中で、最も効果的な側面の一つは他の同じ症状を有する者からの介入により、対他配慮に富み、気分も安定してきたことにある。

また、秋山からは、他の気分障害や精神障害の者に比して、双極性障害を有する者は、リワーク支援のス

スタッフよりも、同じ症状を有する者からの意見や助言の方をよく聞く傾向にあるという話の下、リワークプログラムにおいて、同じ症状を持つ先輩から体験談を話してもらうことの有効性が指摘された。

第6節 医師との連携

第2節、第3節の考察から判断して、また、そもそも、双極性障害は薬物療法のウエイトが高い障害であることから、双極性障害を有する者へのリワーク支援の実施に当たっては、主治医との連携が必要不可欠である。

特に、診断上は単極性うつの方が、リワークプログラム参加中に軽躁状態になった場合は、その軽躁状態について主治医に正確に報告しておく必要がある。そもそも、単極性うつと双極性障害では投薬される薬の種類が異なるため、主治医に診断の変更を依頼する必要がある。

また、その際には、その主治医が双極性障害について詳しくない、あるいは症例としてあまり取り扱ったことがないケースも想定されるが、その場合でも、主治医とリワーク支援機関のスタッフがともに対処策を考え、学んでいく必要があると思われる。

なお、一部専門家から指摘があったように、どうしても主治医の理解が得られない場合は、主治医の変更を依頼することもやむを得ないと思われるが、大都市圏でない場合には、代わりになりうる精神科医が地域に存在しない可能性もあり、まずは連携を図ることが現実的であると思われる。

第7節 リワークアイデンティティ形成の必要性

リワークアイデンティティとは、秋山が提唱した概念であり、症状により脆弱性が増加した者が、今までの考え方やライフスタイルを変えていく必要があるため、新たな自己の再構築が必要ではないかということである。

Frank (2016) の対人関係・社会リズム療法では、対人関係問題領域として、双極性障害独自の分野として「健康な自己の喪失という悲哀」が加えられており、Frankによれば、双極性障害を有する者は過去の健康な頃の自己と疾病発症後の自己を区別して捉える傾向があるとしている。

また、専門家ヒアリングにおいても、双極性障害を有する者は、過去に活躍していた、又は、活躍していたと認識しているケースが多いという話もあった。さらに、双極性障害を有するということに対するスティグマの意識も非常に強い傾向があるといわれている。

一方、双極性障害は再発しやすい障害であり、再発を繰り返すうちに、キンドリング現象で容易に再発しやすいという特性も持っている。

さらに、双極性障害は、薬物療法の比率が高いので、服薬アドヒアランスを遵守する必要がある。

このような点から考えると、単極性うつ病で秋山が提案した「リワークアイデンティティ」の形成の必要性が、単極性うつよりも双極性障害の方が高いと感じる。

このリワークアイデンティティは、当然、本人の疾病受容の程度とセルフコントロールする力の程度を高めなければいけないが、長い病気とのつきあいであることを考えると、夢や希望となりうる具体的な将来像を持つ必要があると考える。

したがって、リワークプログラムの中でも、復帰後の本人が希望する将来像を形成して、それを目標として継続してセルフコントロールしていく力を身につける必要性が高い。例えば、「自分研究」の中での自己分析とともに、現時点における本人の能力レベルに合った具体的な将来像を形成していく等が考えられる。

第8節 家族に対する支援の必要性

通常のリワーク支援機関においては、双極性障害への有効な心理社会的治療の一つである家族焦点化療法を組織的に対応するのは困難であるケースが多いと考えられるが、家族に対する心理教育を行うなど初歩的な対応でも一定の効果があると思われる。

特に、本人の前駆症状の把握において、本人と家族との関係性の変化、家族から必ず言われる言葉の把握が役立つだけでなく、本人が気付いていない前駆症状を家族が客観的に把握できるケースも多いと考える。

なお、この家族への支援の必要性は、企業ヒアリングの中でも指摘を受けた事項ではあるが、これをリワーク支援機関が行うのか、医療機関が行うのかは今後議論が必要な点である。

第9節 復職に当たって留意すべき事項

第4章の第5節でも述べたように、今回のヒアリング対象が3社のみであったこともあり、全体として、双極性障害を有する者の復職状況は良好なものではなかった。

その要因としては、本人のセルフコントロールや病状受容といった個人的な問題、診断の困難さやリワーク支援機関における双極性障害への対応が不十分であること、企業の認識不足等の社会的な問題が複合していると推測されるが、今回の研究では、その詳しい分析まで至ることはできなかった。

しかしながら、成功事例として挙げられた例では、元の高い仕事のパフォーマンスレベルが、今回の症状により低下しても何とか持ちこたえられるケースであったこと、また、復職に当たって、比較的厳しいパフォーマンスレベルを課している企業での復職がほとんどなされていないこと等を勘案するに、双極性障害を有する者は、今回の休職に至る症状の発現により、認知機能の障害の程度が増して、仕事上のパフォーマンスレベルが低下している可能性が高いことが推測される。

そのような中で、実際の復職で元の職場での元の仕事に適応できる可能性は、単極性うつに比して低い可能性が示唆されているように感じる。

また、企業における双極性障害に対する認知が進んでいない中で、双極性障害に理解があるリワーク支援機関に対して復職後のフォローアップが期待されているとも感じた。

第10節 今後の課題

(1) 双極性障害を念頭に置いたリワークプログラムの開発の必要性

単極性うつの診断の下リワークプログラムに参加してくるものが一定割合いるというのが現実であり、リワークプログラムの実施に当たっても、それを前提にプログラム内容を構成しておく必要がある。例えば、

- ① 双極性障害の疑いのある者の特定に必要なインテークの方法
- ② 質問票等による事前チェック方法
- ③ 心理教育における双極性障害に係る内容の記載
- ④ 活動記録表やソーシャル・リズム・メトリックの活用
- ⑤ ライフチャートの作成

⑥ 自分研究等の自己分析方法（躁への対応）

等が考えられる。

これらの作成については、一部の専門家から積極的な協力の申し出もあり、今後作成に向けた動きが具体化していくことが期待される。

(2) 発達障害を併存している双極性障害を有する者への対応

双極性障害を併せ持つか否かは別にして、発達障害、特に発達障害の診断は受けていないがそのような傾向のある人へのリワーク支援もリワークプログラム実施に当たっての大きな問題点となっている旨の指摘が、何人かの専門家からあった。

今後、発達障害に対するリワーク支援の現状や問題点等を整理していく必要があると思われる。

文献

概要

五十嵐良雄：リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究，p. 13，2015

第2章

秋山剛：プログラムにおける評価の標準化，精神経誌112巻第3号，p. 258-261，2010

D. H. ラム S. H. ジョーンズ P. ヘイワード（北川信樹 賀古勇輝監訳）：双極性障害の認知行動療法，岩崎学術出版社，2012

エレン・フランク（阿部又一郎監訳 大賀健太郎監修）：双極性障害の対人関係社会リズム療法，星和書店，2016

Francesc Colom, Eduard Vieta（秋山剛 尾崎紀夫監訳）：双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を，どう伝えるか，医学書院，2012

五十嵐良雄 大木洋子：リワークプログラムの治療的要素およびその効果研究，産業ストレス研究，19，p. 207-216，2012

石川球子 野中由彦：非メランコリー親和型の気分障害を有する若年者の休業と復職支援の動向に関する研究，障害者職業総合センター 資料シリーズ No. 90，2016

加藤和子 森玄房：気分障害と不安障害のリカバリープログラム，臨床精神医学第42巻第10号別刷，2013

Miklowitz（大野、三村監訳）：双極性障害の家族焦点化療法，金剛出版，2017

モニカ・ラミレッツ・バスコ（野村総一郎訳）：バイポラーワークブック第2版，星和書店，2016

日本うつ病学会治療ガイドラインⅠ．双極性障害，2012

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(3)，p. 349-360，2011)

奥山真司：双極性障害のリワーク・プログラムー双極性障害に罹患して治療中に休務に至った勤労者への復職に際しての精神科リハビリテーション・プログラムー，産業ストレス研究，19，p. 227-234，2012

大谷真 秋山剛：うつ病による休職者の復職支援について～双極性障害を見逃さないために～，心身医学，Vol. 51，No. 11，p. 1035-1040，2011

徳倉達也 尾崎紀夫：リワークプログラムにおける双極性障害の扱い，臨床精神医学，41(11)，p. 1535-1542，2012

第3章

エレン・フランク（阿部又一郎監訳 大賀健太郎監修）：双極性障害の対人関係社会リズム療法，星和書店，2016

Francesc Colom, Eduard Vieta（秋山剛 尾崎紀夫監訳）：双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を，どう伝えるか，医学書院，2012

モニカ・ラミレッツ・バスコ（野村総一郎訳）：バイポラーワークブック第2版，星和書店，2016

加藤和子 森玄房：気分障害と不安障害のリカバリープログラム，臨床精神医学第42巻第10号別刷，2013

第5章

秋山剛：プログラムにおける評価の標準化．精神経誌112巻第3号，p. 258-261，2010

Hirschfeld, et al.: J Clin Psychol : Perceptions and impact of bipolar disorder, Psych, 2003

エレン・フランク（阿部又一郎監訳 大賀健太郎監修）：双極性障害の対人関係社会リズム療法，星和書店，
2016

参考資料

- ・ 双極性障害（躁うつ病）とつきあうために：日本うつ病学会 双極性障害委員会
- ・ 社会行動リズム表：藤田保健衛生大学睡眠外来ホームページ
(<http://www.fujita-hu.ac.jp/~psychi/html/suimin.html>)
- ・ 双極性障害（躁うつ病）：さくら・ら心療内科 加藤和子
- ・ 週間活動記録表：さくら・ら心療内科 牧宏一

双極性障害（躁うつ病）と つきあうために



2015年 10月 12日

日本うつ病学会 双極性障害委員会

1. 双極性障害(躁うつ病)だと気づくことが第一歩

私たちは、だれでも気分のいい日や悪い日があります。何か良いことがあると、ついうきうきして、おしゃべりになったり、逆に悲しいことがあると元気がなくなったりします。しかし、この文で説明する「双極性障害」(躁うつ病と呼ばれていましたが、アメリカ精神医学会による国際診断基準である DSM-5 では双極性障害と呼ばれており、我が国でも双極性障害という病名が一般的になりつつあります)は、そういった誰でもあるような気分の浮き沈みを越えて、自分ではコントロールできないほどの激しい躁状態や、苦しくて生きているのがつらいほどのうつ状態を繰り返す、病気のことです。

うつ病の時期だけが起こる病気、すなわち「うつ病」は、男性で 10 人に 1 人、女性で 5 人に 1 人くらいが、一生のうちに一度は経験する、非常によく起こる病気です。ところが、うつ病のように見えて、実は双極性障害であるケースも意外と少なくありません。およそ 100 人に 1 人くらいは、一生のうちに一度は双極性障害になると言われています。また、うつ病と違い、双極性障害のなりやすさに女性と男性の差はほとんどありません。

双極性障害患者さんは、単なるうつ病と誤解されている方も少なくありません。うつ病だと最初思われていた人のおよそ 10 人に 1 人が、最終的に双極性障害と判明します。その中には、最初の診断時に、まだ躁状態も軽躁状態もなく、その後双極性障害に変わる方と、本当は双極性障害なのに、正しい診断がなされていないためにうつ病と診断されている方の、両方が含まれていると考えられます。しかし、双極性障害とうつ病では、治療目標も使う薬も異なります。うつ病は「うつを良くする」ことが治療目標ですが、双極性障害では、「躁・うつの波をどうやってコントロールするか」が最大の治療目標になるのです。したがって、単なるうつ病と誤解されている双極性障害の方は、適切な治療を受けていないことになります。その第一の理由は、双極性障害のうつ状態の症状

だけでは、うつ病と区別できないことが挙げられます。双極性障害と診断するには、以前に躁状態の時期があったことを確認する必要があります。ところが、うつ状態の時は患者さん本人も苦しいので、「何とかして欲しい」と言って受診をされるのですが、躁状態の時は「仕事がバリバリできてちょうど良い」などと考えて受診しませんし、躁状態のことを主治医から尋ねられても「あの時こそが本来の調子だった」などと答えてしまう方も多いようです。「何度も繰り返すうつ病で、コントロールがなかなかうまくいかない」場合、双極性障害の可能性が考えられますので、ご自身の経過、特にうつ状態になる前の状態を、周囲の方と振り返ってみましょう。

例えば、うつ状態になる前に、「頑張り」が過ぎていた次のような時期がなかったでしょうか？

- ・睡眠時間が短くても頑張れた
- ・良いアイデアが次々浮かぶ
- ・仕事がバリバリ出来る
- ・自信を持って、話すことができる
- ・でも、何だかイライラして腹が立つことがある



もし、思い当たるようであれば、主治医に相談してみることをお勧めします。どんな病気の場合でも、「診断がはっきりする」ことが、治療の第一歩です。

2. 双極性障害の症状を知ろう

双極性障害でどのような症状が現れるのかを知っていただくことは、治療を受ける上で、とても重要です。次に、この点をご説明したいと思います。

双極性障害は、「躁状態」と呼ばれる気分が高ぶったとき、「うつ状態」と呼ばれる気分が低下したときが、交代して起こる病気です。躁状態やうつ状態がおさまった時には、何の症状もありません。この「躁状態でもうつ状態でもない時」には、病気でない人とどこも変わりがないのも、この病気の特徴です。双極性障害自体が、躁状態か、うつ状態のどちらで始まるかは、およそ半々です。この病気が発症する年齢は、30歳くらいが平均的ですが、中学生から高齢者まで、さまざまな年齢で発症します。また、一般的な検査では異常がありませんが、血液や尿の検査で異常がある身体の病気や脳のCTやMRIでわかる脳の病気によって、双極性障害と同じ状態になることもあるので、一般的な検査は必要です。

うつ病の時期とは、DSM-5 診断基準によれば、毎日のように

- (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、朝早く目が覚めるなどの不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
- (5) 話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいら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、決断を下すことが難しい
- (9) 「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える



といった症状のうち、少なくとも（１）か（２）のどちらかを含む５つ以上の症状が、２週間以上続く場合を指します。

うつ状態では、何週間も、一日中、毎日毎日、ゆううつな気分が続きます。いやな気分は朝に強いことが多いようです。食欲もなくなり、体重が減ってしまう場合もあります。朝、暗いうちから目がさめてしまい、いやなことばかりが頭にうかびます。ひどいときには、体が全く動かず、寝たきりになり、何を考えようとしても、まったく考えが進みません。また、重症になると、「破産した」「恐ろしい罪をおかした」などの妄想がでることもあります。逃げ場のない苦しみから、生きていてもしかたない、と考える人もいます。



また、うつ状態では、さまざまな自律神経の症状も現れます。のどがかかわく、便秘、立ちくらみなどです。このように、身体の働きが全体的に悪くなってしまいます。



何かうまくいかないことがあって気分が落ち込むといったことは誰でもありますが、これほどの症状が毎日のように２週間も続くとなると、そうそうあることではないということがおわかりいただけるでしょう。

一方、躁病の時期は、DSM-5 では、

- 1) 気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、怒りっぽくなったりして、他人から普段のあなたとは違うと思われる
- 2) 少ししか眠らなくても平気になる
- 3) 自分が偉くなったように感じる
- 4) いつもよりおしゃべりになる
- 5) 色々な考えが次々と頭に浮かぶ
- 6) 注意がそれやすい
- 7) 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
- 8) 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、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまう

といった症状のうち、少なくとも（1）を含む、4つ以上（1が怒りっぽいだけの場合は5つ以上）の症状が、1週間以上続く場合を指します。

これらの症状により、仕事や人間関係に差しつかえたり、入院が必要になるほどであれば、躁状態と診断されます。

一方、同じような状態が4日以上続き、他の人から見て明らかなほどだが、仕事や家庭の人間関係に支障を来さない程度であれば、軽躁状態と診断されます。

躁状態では、気分は楽しく、やる気まんまんで、どんどん新しいことを始めますが、すぐ気が変わってしまうので、実際には仕事はかどりません。基本的にはとても上機嫌ですが、ちょっとしたことでひどくイライラして怒りっぽくな



ります。何週間もあまり眠らず、休まずに行動し、ひどい場合には、ふだんはまじめでおとなしい人が、何百万円ものむだな買物をしたり、暴力や恥ずかしい行動をしたりして、金銭的に損をしたり、これまで長い間かけて築いてきた人間関係を一瞬にして失ってしまう結果を引きおこす場合があります。

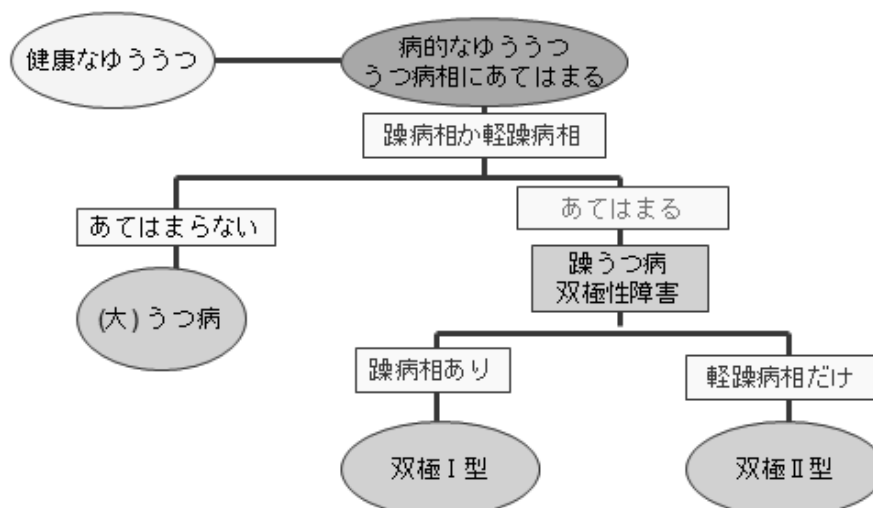
躁がひどくなると、「電話一本で何千人でも友だちを呼べる」とか、「自分はすごい超能力がある」と、誇大妄想（こだいもうそう）などがでたりします。本人は気分が高ぶっているため、「自分は病気ではない」と思っており、心配して治療を受けさせようとする家族をじゃま者と考えてしまい、そのため家族もひどく疲れてしまいます。初めての躁状態では、多くの場合、治療のために入院が必要になります。

軽躁状態では、あまり眠らなくても元気で、きげんがよく、友だちとの交流も活発で、はげしく怒ったり、妄想がでたりすることもないので、何も問題ないように見えます。しかし、コントロールせずに放っておくと、いずれ逆のうつ状態になってしまいますので注意が必要です。ご本人にとっては、調子がよい、とか気分がよい、怒りっぽくなっているとしか感じられないのですが、その人をよく知っている人から見ると明らかにいつもとは違います。



双極性障害を分類する場合、躁状態がある場合は双極Ⅰ型、躁状態はなく軽躁状態までの場合を双極Ⅱ型とわけています（下の図をご覧ください）。

うつ病相がある場合の分類



躁状態からうつ状態へ、あるいはうつ状態から躁状態へ変わるときなどに、「混合状態」と呼ばれる状態が出ることもあります。例えば、気分は落ち込んだり、不安が強いのに、頭の中では「ああでもない、こうでもない」と色々考えて、じっとしてられない、というように、気分はうつなのに、考えや行動は躁の症状になっている、あるいはひどく興奮して行動は活発でしゃべり続けているのに、気分は死にたくなってしまうほどゆううつだ、という風に、躁とうつの症状が混ざってでてくる状態です（次ページの表をご覧ください）。



躁うつ混合状態

1. 興奮して行動は活発で、嫌な考えばかり浮んでしゃべり続けているが、気分は死にたくなってしまうほどゆううつな場合				2. 気分は落ち込み、不安が強く、何も考えることが出来ないのに、身の置き所がなくじっとしてられない場合			
状態	気分	思考	行動	状態	気分	思考	行動
躁	↑	↑	↑	躁	↑	↑	↑
うつ	↓	↓	↓	うつ	↓	↓	↓

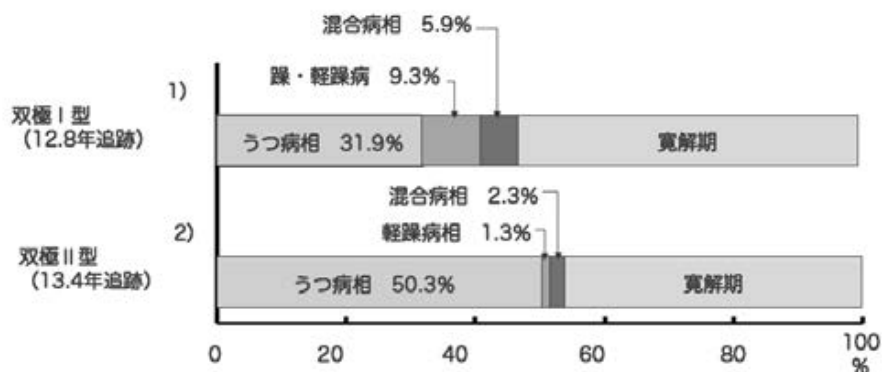
経過について

躁状態は急に起こってどんどん進み、治療を受けなかった場合2～3カ月くらい続きます。軽躁状態やうつ状態は、治療しないと6カ月以上続くこともまれではありません。ときに、年に4回以上も躁、うつを繰り返す状態になることがあります。

双極性障害において、躁状態やうつ状態が一度きりですむことはめったになく、一生のうち、何度も繰り返すことがほとんどです。また、双極性障害の経過を見ると、双極I型の人で3分の1、双極II型の人では約半分の期間を、うつ状態で過ごすと言われています（次ページの図をご覧ください）。患者さんがうつ状態の時だけ受診する傾向が多いことに加えて、このようにうつ状態の期間の方が躁状態よりかはるかに長いこともあって、多くの双極性障害の方が「うつ病」だと間違われているようです。

1) Arch Gen Psychiatry 59,6 p530-7,2002 2) Arch Gen Psychiatry 60,3 p261-9,2003

躁うつ病の経過中に各病相が占める割合



うつ病相の占める割合が高い！！

最初の躁状態、うつ状態から次の再発までは、たいてい5年くらい間があきますが、放っておくとだんだんその間隔が短くなり、次第に年に何回も再発するようになってしまいます。再発を繰り返すと、ますます再発しやすくなる傾向があるようです。したがって、再発予防に注意を払うことが、何よりも重要です。

3. 双極性障害とつきあうために：患者さんご自身が心がけること

双極性障害を治療せず放置しておくと、重症化したり、再発を繰り返したりします。何よりもうつ状態がひどくなると、「この世から消えて無くなった方が良い」などと考え、最悪の事態を招く場合もあります。専門医による適切な治療を受けることは、ご本人にとって、とても重要です。

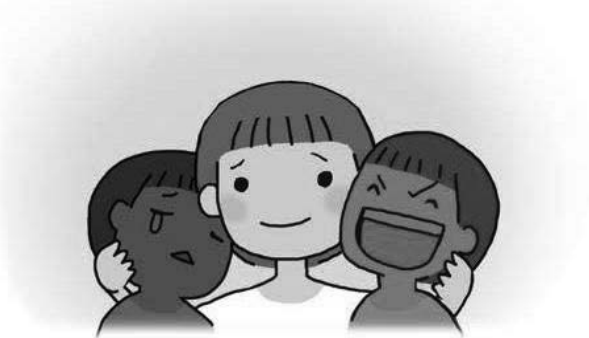
ご本人が気をつけていただくことによって、治療は十分な効果を発揮できるようになります。例えば、「甘い物が好きだから、甘い物を食べながら治療を受

けたい」と考えて、生活習慣を変えずに薬だけで糖尿病を治そうとしても、効果は期待できません。同じように、双極性障害の場合も、生活習慣を整えた上で薬をのむことによって、はじめて十分な効果が期待できます。

以下、双極性障害とつきあうために、患者さんご自身に心がけていただくべきことをご紹介します。

1) 医学的な治療を十分に受けること

多くの再発した患者さんは、しばらく薬を服用すると、「もう治ったから」といって薬をやめてしまっています。また、「忙しいから」と言って、外来に来なくなってしまう人もいます。しかし、その結果、再発して、入院することになれば大きな不利益です。二週間～三ヶ月に一回、きちんと診察を受け、薬をのむことは、あなたの今の生活を守るためになくってはならないことなのです。



双極性障害の場合、状態によって治療が異なります。状態に応じた治療の原則を次に紹介しておきます。

うつ状態の治療には、薬をのみながら、可能な限りストレスを避けること、そして自殺を予防することが必要です。また「元気になろう」とあせらず、むしろ「気持ちが楽になる」ことをまずは目指して下さい。重い場合には、仕事をはなれて家でゆっくり休んだり、入院することも必要になります。何とか仕事ができる程度の軽うつ状態の場合には、100%を目指さず、今は調子が悪いのだから悪いなりにやっておこう、と無理をせずにやり過ごすことも大事になります。また、同じストレスにさらされても軽く受け止められるように、認知療

法の考え方を身につけると、うつ状態を乗り切るために大きな力となります。

躁状態の時は、ほとんどの場合、入院して、薬で気持ちを穏やかにすることが必要です。ご本人の気分は上々で、「入院の必要はない」と言う場合が多いのですが、放っておくと、怪我をしてしまったり、他人を傷つけてしまったり、社会的に信用を失ったり、浪費してしまうなど、本人や家族が不利益を被ることになってしまう可能性があります。

軽躁状態は、ご本人も、周りの人も、あまり困っていないのが一般的です。しかし、放っておくと、軽躁状態、うつ状態を何度もくり返すようになってしまう場合があることから、やはり治療を受けた方が良いでしょう。

安定期になっても、再発予防のために薬を服用し続けます。どのくらいの間服用すべきかという点は、その人によってちがいますから、主治医とよく相談することが大切ですが、双極Ⅰ型で数回躁、うつを繰り返した場合は、予防治療をずっと続けるのが普通です。

2) 自分の今の気分の状態をよく知ること

ひどい躁やうつになってしまうと、自分が病気だということが分からなくなりますから、なりかけの、ごく初めのうちに、自分で気づけるように心がけて下さい。そのためには、安定している状態から、躁になったらどうなるか、うつになったらどうなるかをメモして、ご家族と一緒に確認して下さい。

躁状態、うつ状態になったときにどうするかは、ふだんから考えておかなければなりません。うつや躁になったら、早く主治医に相談して、きちんと治療（薬や、場合によっては入院）を受けることです。

3) 治療目標の設定を明確にすること

すでにご説明したように、双極性障害の患者さんは、自分がうつ状態なのか、ちょうど良いのか、躁状態なのか、しばしばわからなくなります。その結果、まわりから見ると、「ちょうど良い状態だ」、と思えるのに、双極性障害の患者さんは、「まだ不十分である」と判断し、むしろ躁状態の頃を、「元気な、本来の自分」と考え、それを目標にしてしまうことがあります。その結果、焦って疲れて、うつ状態になってしまいか、上がりすぎた目標に突き進んで躁状態になってしまうことがあります。治療目標を明確にするため、主治医や、ご家族に確認することがとても大切です。

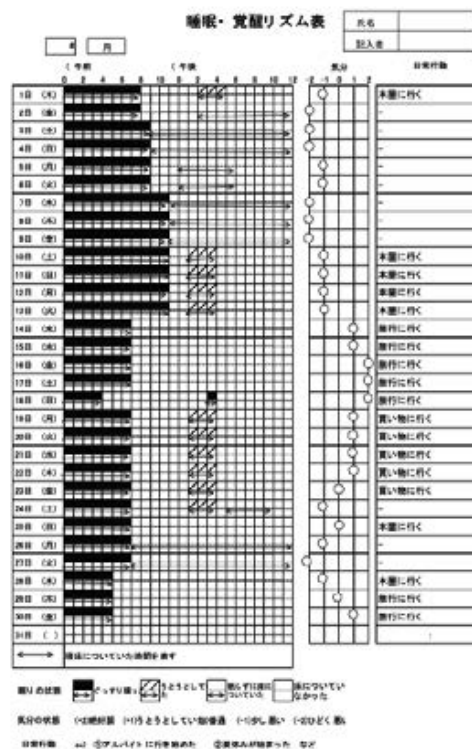
4) 生活のリズムを整えること

徹夜したりして、睡眠時間が短くなると、躁状態を起こしやすくすることがわかっているので、忙しいときでも睡眠時間を確保して、生活のリズムを一定にするよう、心がけることはとても大切です。

また、自分自身のリズムの経過を知るために、睡眠覚醒リズム表（実際のリズム表を別添しておきました：睡眠覚醒のリズムと気分と日常の行動を連続的に記録します）を続けてつけてみることをお勧めします。また、睡眠覚醒リズム表をつけていくことで、気分の波と、睡眠覚醒リズムの関係や日常の行動との関係を知ることが出来ます（次ページの図をご覧ください）。特に、気分と日常の行動の部分は、ご家族にもつけてもらい、気分の自己評価とご家族の評価のずれや、ご家族が注目した日常行動が何か、をはっきりさせるのにも役に立ちます（ご家族はうつ状態を軽く考え、逆に患者さんは躁状態を軽く考えすぎてしまう傾向があります）。

睡眠・覚醒リズム表を使って経過の確認

- ◆ 経過を確認
- ◆ 睡眠覚醒リズムと気分の波の関係を確認
- ◆ 気分と日常行動の項目はご本人と他者（家族）の両方につけてもらう
 - ◆ 主観と客観のずれを確認
 - ◆ 他者の評価を受け入れる



5) ストレスとの付き合い方を学ぶこと

双極性障害の方は、ストレス、特に人との関係から生じるストレスがきっかけで調子を崩し、うつ状態や躁状態に陥ることがあります。うつ状態になる前の状況を振り返ってみると、(1)「あれもこれもやらなければならない」と考え、優先順位がつかず、無理なプランを立てていなかったでしょうか？(2)「自分がやらねばならない」という意識が強すぎて、「一人で抱え込む」といったことは起きていなかったでしょうか？また、困難やつらい体験を乗り越えようと頑張りすぎることもあります。

双極性障害とつきあう上で大切なことは、(1)優先順位をつけて、「これはやるが、これはおいておく」と決めること、(2)自分ひとりで問題を抱え込まず、身近な人に相談すること、を心がけていただくことです。

6) これまでの経過を理解すること

双極性障害の治療目標は、おちいったうつあるいは躁を良くすることではなく、「躁とうつの波をどうやってコントロールするか」である、と申し上げました。この「波のコントロール」を実現するために、これまでの経過（波）を振り返り、「躁やうつのきっかけとなったことがら」を理解して、対策を立てることができれば、大変有用です。

経過（波）を振り返るには、「ライフチャート」（うつ病学会のホームページをご覧ください）を書くことが役に立ちます。「ライフチャート」には、1. きっかけとして働いた可能性のある事柄、2. うつあるいは躁によってどんな結果になったか、3. 抜け出すのに何が効果的だったか、を書き入れてください。

「躁やうつのきっかけ」になりがちな事柄として、「薬ののみ忘れ」、「睡眠と覚醒の乱れ」、「高過ぎる設定目標」、「人との関係から生じるストレス」といった、既に申し上げて来たものがあります。それ以外のきっかけとしては、季節の移り変わり（例：冬はうつ状態で、夏は躁状態）、女性の場合は出産（例：出産後に気分の波が起こる）や生理の周期（例：月経前にうつになりがち）といったものもあります。

ご自身の経過を理解して、主治医やご家族と相談して、「波」をコントロールする対策を立ててみて下さい。

7) 治療の仕上げにリハビリを

一昔前なら、双極性障害を発症した場合、療養期間はだまか3カ月くらいと見込んでいましたが、最近ではもう少し時間をかけた方がよいという意見が多いようです。とくに治り際は、一過性に不安定になったり、社会復帰をあせつ

たりして悪化する危険があります。また、今の経済・社会状況では、復職後に求められる仕事のレベルが、かつてより高いものとなる傾向があります。

それゆえ、社会復帰の最後の仕上げに、リハビリテーションをすることが有益です。それほど難しいことではなく、体力づくりや、新聞を読んだり短い文章を作成する簡単なデスクワーク、あるいは通勤の練習などです。主治医や心理士、あるいはその他のスタッフと相談しながら進めてみてください。最近では、医療機関や行政でリワーク・プログラムを行っている場所もあります。

8) 社会からの援助（福祉制度）を活用すること

双極性障害はかなりコントロールできる病気であり、多くの方が何の支障もなく社会に復帰して活躍されています。しかしながら、治療によって症状がある程度良くなっても、その患者さんがもともと果たしていた社会（仕事場、学校、家庭内など）での役割に復帰出来ない方もいらっしゃいます。そのため、経済的な問題が生じて治療を続けることが難しいと感じる方や、経済的な問題そのものがストレスになって病状が良くならない方もおられます。

双極性障害に限らず病気を持つ患者さんにとって、国や都道府県、市町村から受けることができる援助（福祉制度）がいくつかあります。病気の種類や病状、あるいは住んでいらっしゃる地域によって細かい点は異なりますが、医療費の援助や障害年金を受ける可能性があります。経済的な理由から治療が受けられず、そのため病状を悪化させるのはとても残念なことです。継続して適切な治療を受けることが出来るように、福祉制度を活用することを考えてみられてはどうでしょうか。また、仕事につけず、家族の助けも得られず、医療費どころか日々の生活にも困ってしまうという方もいらっしゃいます。そのような場合にも、何らかの援助が受けられる場合があります。

多くの病院には、精神保健福祉士あるいはソーシャルワーカーといった、福

祉制度に関する専門スタッフが働いています。経済的に困っていて、どうして良いか分からないことがあったら、専門スタッフにたずねてみることをお勧めします。各地域の保健所や精神保健福祉センターにも福祉制度に詳しい専門のスタッフがいます。また、経済的な問題を誰に相談したらよいか分からない場合は、まず主治医に相談してみてください。

経済的な問題について、「誰も助けてくれない」と一人で抱え込まず、相談できる窓口があることを知っておいていただくことは、双極性障害とつきあうために、とても重要です。

4. 双極性障害の治療薬の効果と副作用

次に、双極性障害の各状態と、それに有効な薬について、ご説明します。基本的には次のようにまとめることができます。

- 予防 = 気分安定薬、一部の抗精神病薬
- 躁 = 気分安定薬、抗精神病薬
- うつ = 気分安定薬、一部の抗精神病薬、抗うつ薬、
- 不眠 = 睡眠薬、一部の抗精神病薬

〈気分安定薬〉

双極性障害治療の中心となるものであり、その作用、副作用についてよく知っている必要があります。これらの薬は、気分の波を小さくし、安定化させる目的で使われます。双極性障害の躁状態、うつ状態、安定期の時期にかかわらず、基本薬として続けて服用します。ただし、妊娠中・授乳中の服用の安全性は、薬の種類によって注意点が異なります。欧米ではガイドラインが出されており、気分安定薬と抗精神病薬に関してまとめたものを表 1 と 2 にしましたの

で、参考にしてください。妊娠の可能性がある場合や、授乳中の服用に関しては、主治医やご家族と相談して、薬をのむことの利点と問題点を考慮して、方針を決めて下さい。

表 1 : 妊娠と薬

	一般名	添付文書	FDA	オーストラリア
気分安定薬	リチウム	禁忌	D	D
	カルバマゼピン	★	D	D
	バルプロ酸	原則禁忌	D	D
	ラモトリギン	★	C	B
抗精神病薬	リスペリドン	★	C	B
	オランザピン	★	C	B
	クエチアピン	★	C	記載なし
	アリピプラゾール	★	C	記載なし

★ 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないため、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与する。

FDA(Food and Drug Administration:アメリカ合衆国政府機関) 薬剤胎児危険度分類基準

A : ヒト対照試験で危険性がないと判断された。B : ヒトでの危険性があるという証拠はない。
C : 危険性はあるが、投薬のベネフィットがリスクを上回る場合は使用を考慮する。D : 明らかに危険であるという証拠があるが、容認される場合もある。X : 禁忌。

オーストラリア基準 : オーストラリア政府による治療ガイドライン(2007)

A : 多数の妊婦に使用されてきたが、奇形や胎児に対する悪影響の頻度が増大するといういかなる証拠もない。B : 妊婦へのデータは不十分であるが、奇形や胎児に対する悪影響の頻度が増大するといういかなる証拠もない。C : 催奇形性はないが、胎児に有害作用を引き起こす可能性がある。D : 胎児の奇形や不可逆的な障害の発生頻度を増す可能性があると思われる。X : 胎児に永久的な障害を引き起こすリスクが高く、妊娠中は使用すべきでない。

表 2 : 授乳と薬-Pediatrics. 2001 Sep;108(3):776-89.

	一般名	American Academy of Pediatrics
気分安定薬	リチウム	重大な副作用があるため注意して投与すべき
	カルバマゼピン	授乳可
	バルプロ酸	授乳可
	ラモトリギン	乳児への影響は不明であるが問題がある可能性あり
抗精神病薬	リスペリドン	データ不十分
	オランザピン	データ不十分
	クエチアピン	データ不十分
	アリピプラゾール	記載なし

気分安定薬には、「リチウム」、「バルプロ酸」、「カルバマゼピン」、「ラモトリギン」があります。これらの薬の特徴を知って頂き、その効果を十分に引き出すことが何よりも大切です。

リチウム（リーマス）は、塩と同じようなもの（ミネラル）で、人のからだに、元々少量ですが含まれています。リチウムが躁うつ病の特効薬であることが1949年に発見され、たくさんの患者さんがこの薬によって救われました。躁状態、うつ状態を改善する効果だけでなく、予防する効果もあります。

この薬をのむとき、気をつけなければいけないことは、のむ量の調節です。たくさんのみ過ぎると中毒になりますが、少ないと効き目がありません。そのため、ときどき血液検査をして、リチウムの濃度がちょうどいいことを確かめる必要があります。治療に必要な量を決定するためには、一日の間のリチウム

の最低血中濃度を確認することが重要です。リチウムを服用して数時間後に採血検査をすると最高血中濃度になってしまいます。採血する前、最後にいつ服薬したらよいか、主治医に確認してください。

副作用としては、手の震え、のどの渇きがよくでます。のどが渇くのは、リチウムの影響で尿がたくさん出るためです。のどが渇いた時には、水分を十分に取り、リチウムの濃度が上がりすぎるのを防いでください。リチウムの血清濃度が上がりすぎると、下痢をする、吐く、ひどくふらつくなどの中毒症状があらわれます。また、のんでいるリチウムの量が変わらなくても、腎臓病などの体の病気の悪化、抗炎症薬など他の薬と一緒にのむことなどによって、リチウムの血中濃度が上がり、中毒症状が出現することがあります。このような症状が出たときは、すぐ主治医に相談して下さい。

ラモトリギン（ラミクタール）は、抗てんかん薬として開発された薬ですが、躁状態・うつ状態を予防する効果があることが発見されたことから、欧米では10年ほど前から双極性障害の治療に使われてきました。日本でも、2011年7月に「双極性障害における気分エピソードの再発・再燃抑制」の適応を取得しました。躁状態・うつ状態を予防する効果があり、特にうつ状態を予防する効果が強いことが特徴です。また、うつ状態を改善する効果もある可能性が示されています。副作用としては、頭痛、眠気、めまい、吐き気、発疹などがあります。まれにですが（国内および海外臨床試験において、0.5%以下の頻度）、皮膚粘膜眼症候群（スチーブンス・ジョンソン症候群）や中毒性表皮壊死症（ライエル症候群）などの重篤な皮膚障害が現れることがあります。これらの重篤な皮膚障害は、1) 他の抗てんかん薬で皮疹が生じたことのある患者さん、2) 13歳以下の患者さん、3) 高い用量から始めた場合や急激に服用量を増やした場合、4) バルプロ酸と一緒に服用した場合、に多いことがわかっています。バルプロ酸をのんでいる患者さんは、ラモトリギンの血中濃度があがるため、特に少量から始めてゆっくり増やす必要があります。また、バルプロ酸以外の他の薬と

ラモトリギンを一緒に服用すると、ラモトリギンの血中濃度が変化することがあるので、他の薬を併用する際は、主治医や薬局の薬剤師に相談してください。服用中（特にのみ始めて 2 ヶ月以内）に何らかの発疹や発赤が出たときは、すぐに主治医に相談してください。

バルプロ酸（デパケン）は、抗けいれん（てんかん）薬として使われていましたが、躁・うつを予防する効果や躁状態に対する効果があることが発見されました。現在では、バルプロ酸はリチウムとともに、双極性障害の基本的な気分安定薬として多くの患者さんに使われています。副作用としては、まれですが、体質によっては肝臓に障害が起こる場合があります。したがって、この薬をのんでいるときも、ときどき血液検査をしなければなりません。

カルバマゼピン（テグレトール）も、抗てんかん薬として使われていましたが、躁・うつを予防する効果や躁状態に対する効果があることが日本で発見されました。体質によっては、全身に発疹がでて、多くの臓器の機能が障害される強い副作用（スティーブンス・ジョンソン症候群）が現れたり、白血球が減るなどの副作用があつて、少々使いにくいいため、使用頻度がやや減っていますが、効果が期待できる薬です。リチウムやバルプロ酸だけでコントロールできない場合は、少量からのみ始め、血液検査をしながら服用することで、こうした副作用を最小限にしながらこの薬を利用することができます。

〈抗精神病薬〉

オランザピン（ジプレキサ）、アリピプラゾール（エビリファイ）、クエチアピン（セロクエル）、リスペリドン（リスパダール）などがあります。これらは躁状態のいらいらをしずめ、気持ちをおだやかにする作用があります。また、眠る前にのむと睡眠を助ける働きも持っています。また、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールは再発予防効果、



オランザピン、クエチアピンは抗うつ効果があるとの報告もあります。日本では、オランザピン（躁状態、うつ状態）とアリプラゾール（躁状態）は、双極性障害が適応症として認められています。その他の薬に関しては、日本ではまだ双極性障害が適応症として認められていません。

オランザピンやクエチアピンは太ってしまうという副作用が生じることがあります。また、糖尿病と診断された方は服用することができませんし、糖尿病になりやすい体質を持つ方の場合、これらの薬の服用が糖尿病の発症のきっかけとなる場合もあります。また、特に躁状態のときは、これらの薬を多めにのまなければならず、眠気がでるときもありますが、躁状態がおさまってくれば量を加減して、眠気を少なくすることができます。まれに、手足がこわばる、舌がもつれる、じっとしていられず手足を動かさないと気がすまない（アカシジアと呼ばれます）といった副作用がでることもありますが、これらは副作用を治す薬（ビペリデン（アキネトン）など）をのむと治ります。

〈抗うつ薬〉

抗うつ薬をのみ続けているうちに、逆に躁状態になってしまったり、躁うつを頻回に繰り返すようになってしまうことがあります。したがって、原則として、双極性障害の方は気分安定薬や抗精神病薬なしに抗うつ薬だけを服用すべきではありません。特に、三環系抗うつ薬と呼ばれる古いタイプの抗うつ薬は、気分安定薬との併用であっても、なるべく用いない方が良いとされています。また、躁状態になったときは薬をやめなければなりませんので、なるべく早く主治医に連絡をとって下さい。

従来の抗うつ薬と比べ、効き目は同じでも副作用が少ない新しい抗うつ薬ーフルボキサミン（ルボックス、デプロメール）、パロキセチン（パキシル）、セルトラリン（ジェイゾロフト）、エスシタロプラム（レクサプロ）（これらをSSRIと呼びます）、およびミルナシプラン（トレドミン）、デュロキセチン（サ

インバルタ)、ベンラファキシン (イフェクサー) (これらをSNRIと呼びます) –が使われるようになって来ました。これらの薬は、効いてくるのに1～2週間かかります。薬によっては、吐き気が出る人が10人に1人くらいいますが、次第に副作用は治まってきます。しかし、気になるようでしたら吐き気止めを処方してもらうのも良いでしょう。それほど頻度が高いわけではありませんが、こうした薬によって、落ち着かなくなったり、攻撃的になったり、疑い深くなることがあります。本人には自覚しにくいことが多いので、周りの方も気をつけてみてあげてください。また、これらの薬を急にやめると副作用 (知覚障害、焦燥感など) がでる場合がありますので、やめ方は主治医によく相談してください。

従来の、副作用の強い抗うつ薬 (三環系抗うつ薬) は、は、目がかすむ、のどが渇く、立ちくらみがする、眠気などの副作用があります。

なお、24歳以下の方が抗うつ薬を使う場合は、そのメリット・デメリットを十分に検討する必要があるとされています。使用のメリット・デメリットについて、主治医と相談されることをお勧めします。

〈睡眠薬〉

不眠に対しては、いろいろな睡眠薬が一時的に使われます。寝つきが悪い、朝早く目がさめるなど症状に合わせて、それに合った薬を使います。近ごろの睡眠薬では、昔の薬のように、くせになってやめられなくなってしまうことはあまりありませんが、急にやめると、眠れなくなることが多いため、やめるときはすこしずつやめなければなりません。また、ほかの薬もそうですが、主治医に相談せずに勝手に量を増やしたり、お酒と一緒にのむと、興奮したり、自分の行動が抑えられないといった思わぬ副作用が出てとても危ないので、絶対にやめて下さい。

〈電気けいれん療法（E C T）〉

薬のほかに、頭に通電する、電気けいれん療法という治療法があります。この治療法はうつ状態に対してかなり高い有効性を持っています。躁状態にも有効と言われていています。最近では、麻酔をした上、筋弛緩剤を投与してから通電するため全くけいれんの起きない、無けいれん性E C Tを行う施設が増えており、安全に行えるようになっていますが、麻酔にかかわるリスクなども含め、よく説明を受けて下さい。副作用には、一過性の頭痛と、記憶障害などがあります。記憶障害は、数週間のうちの大抵治ります。この治療を最初から選択することは多くありませんが、うつ状態によって自殺の危険が切迫しているとき、昏迷状態（話もできず、食べ物も全く食べられないようなとき）、妄想が強いときなどには、抗うつ薬よりも有効性が高い上に、即効性があるので、最初から行う場合もあります。また、重症でなくても、抗うつ薬が効きにくくて、半年から一年もうつ状態が長引いてしまったときには、考えても良い治療法です。

5. 双極性障害の精神療法 〈対人関係・社会リズム療法（IPSRT）〉

双極性障害に対しては薬物療法が不可欠ですが、精神療法を併用することによってその効果をさらに高め、病気の経過や周りの人との関係を改善することができます。ご本人が日々の生活で気をつけていただくポイント、「3.双極性障害とつきあうために:患者さんご自身が心がけること」の中で、4) 生活のリズムを整えること、5) ストレスとの付き合い方を学ぶこと、をお伝えしました。この二点を、精神療法によって身につけることができます。

そのような効果が検証されている精神療法の一つに、対人関係・社会リズム療法（interpersonal and social rhythm therapy: IPSRT）があります。双極性障害の治療法として米国で開発され、対人関係療法（IPT）と社会リズム療法

(SRT) を組み合わせたものです。薬物療法と併用することによって、躁状態やうつ状態の予防効果、うつ状態の治療効果、うつ状態から回復する際の心理社会機能の改善効果が示されています。

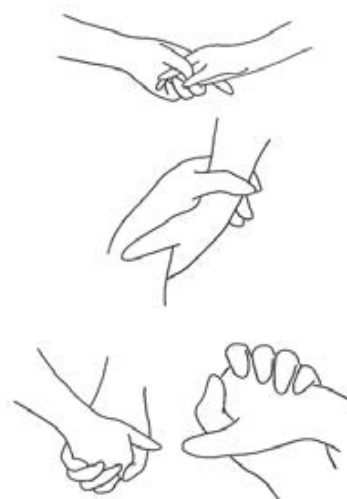
気分安定薬を服用中の患者さんが新たに躁状態やうつ状態へと至る主なパターンには、(1) 薬を決められた通りにのまなくなる、(2) ストレスを伴うような生活上の出来事（特に対人関係上の嫌な出来事）、(3) 社会リズム（生活の時間と社会的な刺激の規則正しさ）の乱れ、があると言われています。対人関係・社会リズム療法では、「ソーシャル・リズム・メトリック (SRM)」(うつ病学会のホームページをご覧ください) という表を用いて、社会リズムを規則正しくすると共に、対人関係療法によって、対人関係ストレスを減らし、生活上の変化への適応をスムーズにしていきます。また、双極性障害では、症状のために対人関係がうまくいかなることが多いのですが、対人関係療法はその点にも働きかけ、対人関係を円滑にし、ストレスを減らしていきます。

双極性障害という診断を受け入れて、治療をしていくという覚悟を決めるのは、とても難しいことです。対人関係療法では、双極性障害になることで失われたものもよく振り返っていくことによって、病気と共に生きる人生をより前向きに考えられるようになることも目指します。なお、対人関係・社会リズム療法は、日本ではまだまだ普及しておらず、本格的にこの治療を受けられる施設は少ないのが現状です。現時点では、正式な形で治療を受けることは難しいので、本などを用いて自ら学ぶと共に、役に立ちそうな要素を、主治医と相談して活用していくのが現実的でしょう。また、「3.双極性障害とつきあうために:患者さんご自身が心がけること」の4) 生活のリズムを整えること、5) ストレスとの付き合い方を学ぶこと、の内容も関連しますので、ご参照ください。

参考：水島広子著「対人関係療法でなおす双極性障害」創元社、2010

6. ご家族へのお願い

うつ状態、躁状態になった患者さんに対して、ご家族は、どのように対応して良いのか、途方にくれることもあると思います。しかし、ご家族が双極性障害について正しく理解し、可能であれば通院にも付き添うことで、医師と患者さんにご家族が一つのチームとなって治療を進められるようにサポートして下さることは、治療上、とても重要です。



うつ状態でのご家族の対応

うつ状態で元気のない患者さんに「頑張って」と声をかけたい気持ちは、ご家族なら当然です。しかし、うつ状態では、休息によって心と体をしっかりと休めることが大切ですから、“励まし”や“気晴らし”は控える必要があります。

うつ状態では、不安感や落ち着かない感じがあり、「どれは今やる必要がなく、今何をすればよいのか？」という優先順位がつけられない状態になっているからです。このため、ご家族から「頑張って」と励まされても、何を頑張ればよいのか、自分はどう頑張ればよいのかわかりません。それまで十分に頑張ってきて、もう自分の力ではどうにもならない、と助けを求めてきた患者さんにとって、頑張って、と言われることは、とてもつらいことです。

さらに、ものの見方が否定的になっているため、「家族の応援に応えられない自分はダメだ」と自分を責め、さらに状態が悪化してしまうこともあります。

また、うつ病の急性期には、物事に対する興味や楽しいと思う気持ちがなくなっているため、気晴らしをしても楽しいと思えず、気晴らしをすることへの興味や関心がもてない状態になっています。

しかし、ご家族や友人から、気晴らしに「旅行に行こう」「買い物に行こう」と誘われると、断っては悪いと考えたり、「せっかく誘ってくれているのだから一緒に行かねば」と「・・・ねばならい」という考え方が強く出てしまい、気晴らしも楽しめず、疲れるだけという結果になりがちです。

急性期のうつ病患者さんには、気晴らしを楽しめるだけのエネルギーがないことも知っておきましょう。

また、しょっちゅう「大丈夫？」と長々と話しかけるのも、「自分としては大丈夫だと思えないけれど、大丈夫と答えなければ申し訳ない」、と否定的に考えてしまうため、患者さんにとっては心の負担になります。やさしく温かく接し、そばにいながらもあまり干渉しすぎず、温かく見守る姿勢が患者さんにとってはありがたいのです。

うつ状態がひどいと、患者さんは「自分なんかこの世から消えてなくなりたい」と考えることがあります。自殺を図ってしまった人の多くは、「死にたい」と周囲に助けを求めています。

ご家族は、患者さんから「死にたい」と言われると、どぎまぎして、とっさにどう返事をしたらよいか分からないと思いますが、いきなり「死ぬのは悪いことだ」などと叱ってしまうと、患者さんは「自分の気持ちが分かってもらえなかった」などと、ますます思い詰めてしまいがちです。まず、患者さんの「死にたくなる気持ち」をよく聞いてあげた上で、「決して死なないで欲しい」、「あなた（患者さん）を大切に思っている」、「生きていてくれることだけで家族はうれしい」といったことを患者さんに伝えて下さい。その上で具体的にどう対応するかは、個々のケースによって異なりますので、自殺をほのめかす言動が見られた場合は、主治医に相談して下さい。

また、緊急時に、相談できる主治医がいること、かかりつけの医療機関があ

ること自体が、患者さん、ご家族にとって何よりのサポートになります。「今までと様子が違うな」、「少しおかしいな」と患者さんの不調にご家族が気づいていても、うつ状態の患者さん自身は、意欲が落ち「受診がおっくう」と思ったり、ものごとを否定的に捉え「医療では解決できない」と決めつけ、受診を先延ばしにして、病状が進んでしまうこともあります。

患者さんの不調にご家族が気づいた場合、ご家族から早めの受診を勧め、できればご家族と一緒に受診していただくことは、患者さんの治療にとって大きな支えになります。

躁状態でのご家族の対応

躁状態のときは、家族の方々も、患者さんにつきあうことに疲れきってしまいがちです。躁状態のまま、長い間家ですぐすと、家族の人たちは、だんだんと患者さんに対して、それまでのようなあたたかい気持ちをもつ心のゆとりがなくなり、怒りや恐怖感さえ持つようになります。ご本人とご家族の関係が悪くなり過ぎない前に、入院した方が良い場合があります。

躁状態の時、無性に腹が立ち、ついご家族に暴力をふるってしまう患者さんもいます。ご家族は「私さえ我慢すればよいのだから」と考え、問題を抱え込んでしまう場合があります。「本当は暴力をふるうような悪い人ではないのだから、我慢しよう」という、ご家族の気持ちはわかりますが、暴力に耐えて我慢しなければならないということはありません。特に、ご家族にお子さんやお年寄りがいる場合は、自分たちの身の安全を図ることも大切です。その場から逃げ出す、信頼できる人の家に避難する、といった対応が必要な場合もあります。躁状態で怖いものなしの患者さんは、ご家族の毅然とした態度がなければ、入院を決心することができません。

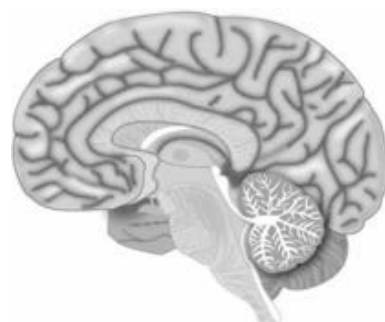
患者さんの暴力が繰り返されると、「本当は暴力をふるうような悪い人ではな

い] というご家族の気持ちも長続きせず、ご家族との信頼関係が崩れてしまいがちです。患者さんにご家族の関係が悪くなり過ぎないうちに入院をした方がよい場合もあります。できるだけ、暴力に至るような躁状態におちいる前に、入院治療を含めた十分な医学的治療を受けることが大切です。

また、ご家族の誰かが躁状態になってしまっているようだが、どうしてもご本人は受診をいやがる、という場合があります。こうした場合、まずご家族の方だけでも精神科、神経科を受診してみてください。ご家族自身も、一人で問題を抱え込まないことが大切です。

7. 双極性障害の原因

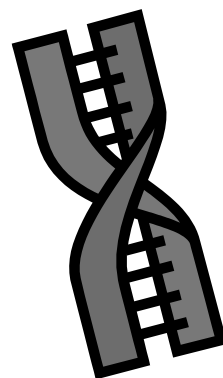
双極性障害患者さんの脳の中では、脳のはたらきを調節しているホルモンのようなもの(神経伝達物質)が、異常に増えたり、減ったり、バランスが崩れています。



双極性障害の原因は現時点で、まだはっきりしてはいませんが、遺伝子、環境、性格などの要素が関係していると考えられています。

〈遺伝子〉

遺伝子とは人間の身体をつくる設計図にあたるもので、ヒトには約3万個の遺伝子があると考えられています。脳を含めた人間の身体は、この遺伝子の指令に基づいて作られ、維持されています。こうした非常に大事な役割を持つ遺伝子の違いが、さまざまな病気にかかりやすいかどうかや、くすりの効き目や



副作用の出やすさに影響を与えます。この遺伝子が「病気のかかりやすさに与える影響」「くすりの効き目や副作用の出やすさに与える影響」は、非常に強い影響のものから、ごく弱い影響まで様々です。

ほとんどの病気（双極性障害を含めて糖尿病や高血圧などの病気）やくすりの効き目や副作用の出やすさは、その人がもって生まれた体質（遺伝素因と言います）と病原体、ストレス、生活習慣などの影響（環境因子と言います）の両者が複雑にからみ合って生じます。遺伝素因は遺伝子の違いに基づくものですが、遺伝子の違いがあればいつでも病気になるわけではなく、環境因子が重要な役割を果たしている場合もあります。また、病気を引き起こす環境因子への反応の違いが遺伝子の性質によって決まることも多く、一見遺伝しないように見える多くの病気やくすりの働きが遺伝子の違いによって引き起こされることも分かってきています。

双極性障害になりやすい遺伝素因の一部は、双極性障害になりやすい性格（例えば人づき合いがよく、親切、活動的で、熱中しやすい性格）という形で現れているのかも知れません。

〈環境〉

双極性障害が生じるには、遺伝子と環境の両方が関係していますが、発症や再発の時にはストレスが引き金になっていることが少なくありません。結婚、就職、肉親の死、出産、といった人と人との関係に関わる出来事がストレスになります。

初めて発症する時は、このようなストレスがきっかけとなることが多いのですが、再発を繰り返していると、次第にこういったストレスがないのに再発してしまうようになります。

ストレスが直接の原因になって、気分が少し落ち込むことは誰でもあります。

特に治療しなくても自然と改善し、短い期間で自然と回復するようなこうした反応は、双極性障害のうつ状態とは別のものです。双極性障害という持病を抱えているからといって、色々な出来事での心の動きを、全て病気だと考える必要はありません。

8. 双極性障害の診断・治療に専門的に取り組んでいる医師の見つけ方

双極性障害の治療を専門とするのは、精神科医です。心療内科医、神経内科医にとって、双極性障害は専門外です。

うつ状態の場合は、近くの精神科開業医（メンタルクリニック）を受診するのが良いでしょう。精神科開業医もさまざまな診療科目を掲示していますが、「心療内科・精神科」「神経内科・精神科」「神経科・精神科」などは、多くの場合精神科医でしょう。

初めての躁状態で、入院が必要になる可能性がある場合は、最初から、入院のできる精神科病院を受診しておく方がはるかに安心です。開業医で入院を勧められても、病院に行くまでにまたひと悶着がある可能性が高いからです。しかし、退院してからの予防療法は、近くの精神科開業医（メンタルクリニック）で大丈夫です。

どのような病院があるか、どの程度経験のある医師かなどについては、日本精神神経学会の研修病院名簿、指導医名簿が参考になるでしょう（<http://www.jspn.or.jp/specialist/search/index.html>）。

双極性障害の診断・治療に専門的に取り組んでいる医師については、日本うつ病学会の双極性障害委員会の委員とフェローのリストが参考になるでしょう。（<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/sokyoku/index.html#03>）

また、その地域担当の保健所のケースワーカーさんや担当保健師さんに聞く

と、近くの精神科の評判について教えてくれるかも知れません。

9. 双極性障害に関する研究について

世間では、双極性障害に限らず、精神疾患全般に対して、まだまだ偏見や誤解が少なくありません。いまだに世間の人たちがよくわかってくれないのはどうしてでしょうか？ 何よりもこの病気に関する正確な情報が不足しているということでしょう。ここまで述べたよう



に、双極性障害の治療は十分に確立しています。しかしながら、その原因が充分解明されていないため、脳が関係した病気であるにもかかわらず、単なる心の問題のように受け取られてしまう場合が少なくないようです。

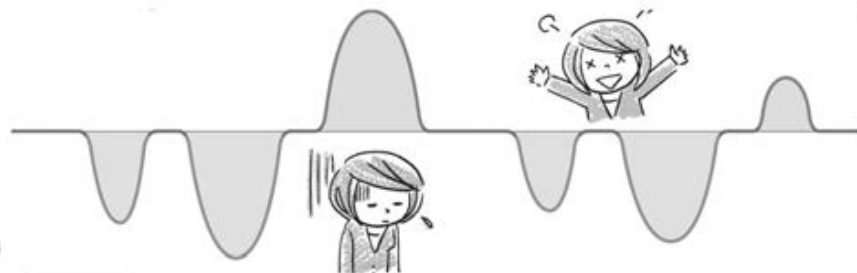
現在の医学的知識を幅広く伝えることに加え、医学的知識を積み上げ、より良い治療法や診断法を知るための研究を行うことも、精神医療に携わる者の責務です。それには患者さんやご家族のご協力を得ることが不可欠です。研究に関するお願いをすることがあるかも知れませんが、その際は、何卒、ご理解いただければと思います。



双極性障害 (躁うつ病)

双極性障害とは？

躁状態(ハイな状態)とうつ状態(落ち込んだ状態)が繰り返し現れる、再発しやすい病気です。



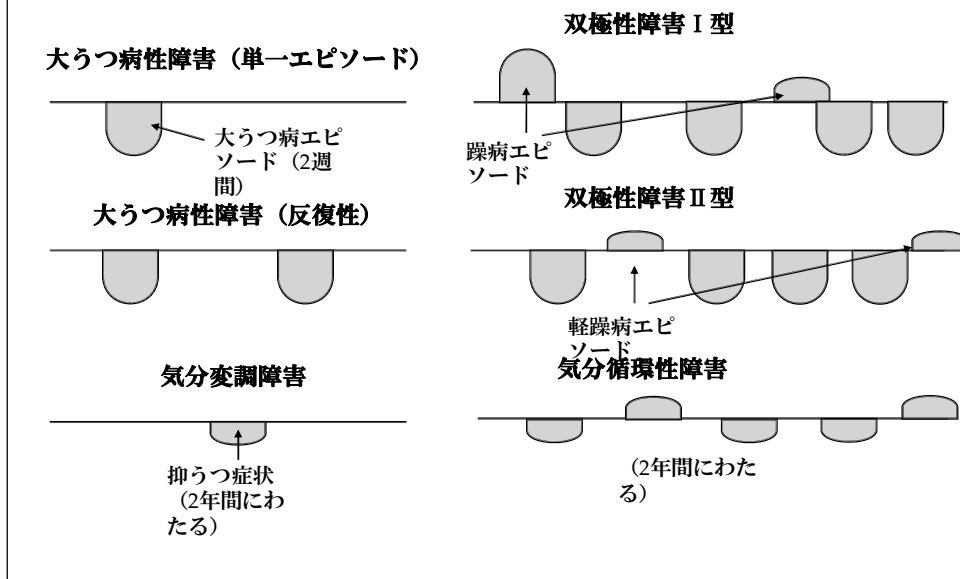
うつ状態

うつ状態になると……

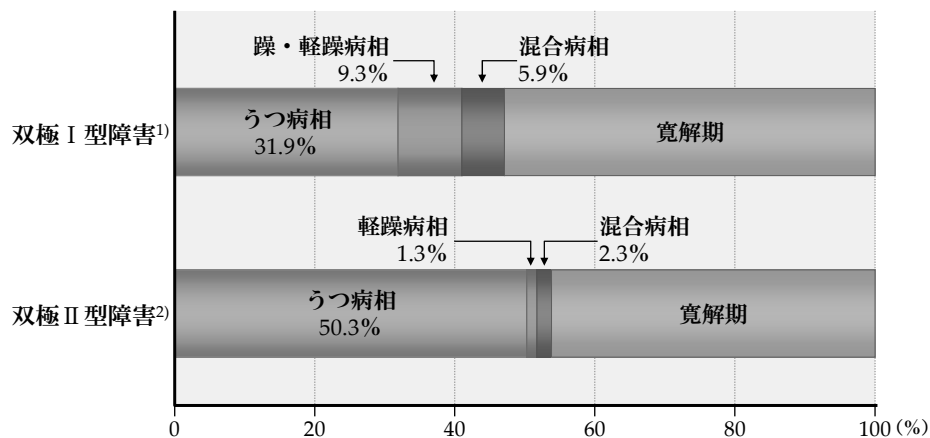
憂うつになり、やる気がなくなり、ひどい時には「もう死んでしまいたい」とまで思ったりします。



気分障害の病型 (DSM-IV-TR)



双極性障害患者の長期予後



対象 双極 I 型障害患者146例, 双極 II 型障害患者86例

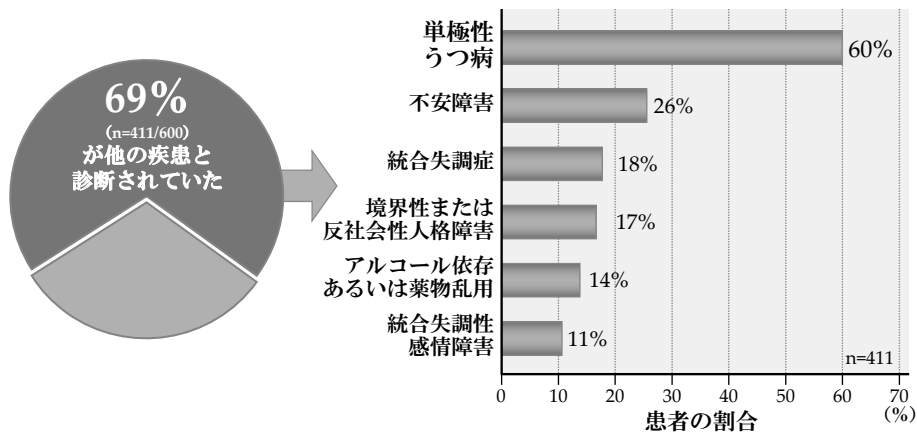
方法 1978~1981年にエントリーした患者を前向き調査し, 双極 I 型障害患者は平均12.8年, 双極 II 型障害患者は平均13.4年追跡し, 週ごとに症状の変化を記録した。

1) Judd LL et al.: Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 530-7より作図

2) Judd LL et al.: Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 261-9より作図

双極性障害は他の精神疾患、特に単極性うつ病との鑑別が非常に難しい

双極性障害患者が過去に受けた診断

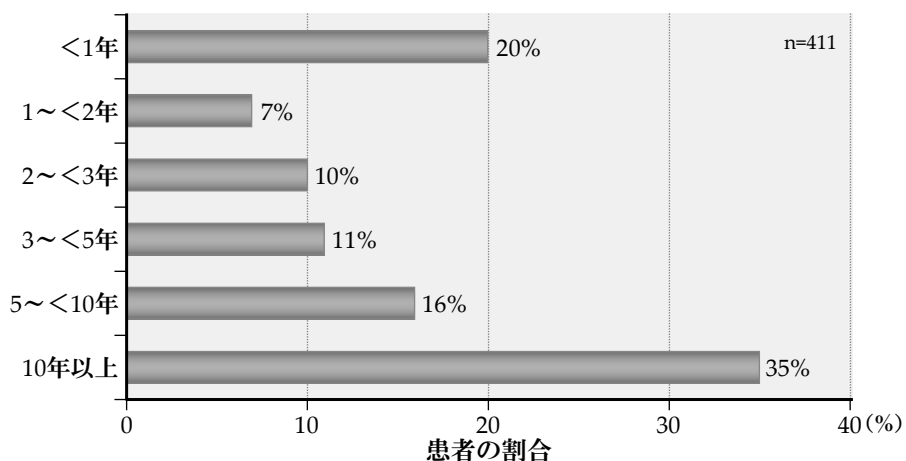


対象 NMDMAより双極性障害と診断された4,192人の患者にアンケートを送付し、回答した最初の600人
方法 アンケート調査により評価を行った。

Hirschfeld, et al.: J Clin Psych 2003; 64(2): 161-174より作図

双極性障害患者の約半数が、双極性障害と診断されるまでに平均6年かかっている

双極性障害と診断されるまでの期間



対象 NMDMAより双極性障害と診断された4,192人の患者にアンケートを送付し、回答した最初の600人
方法 アンケート調査により評価を行った。

Hirschfeld, et al.: J Clin Psych 2003; 64(2): 161-174より作図

躁病の症状（エピソード）（DSM-IV-TR）

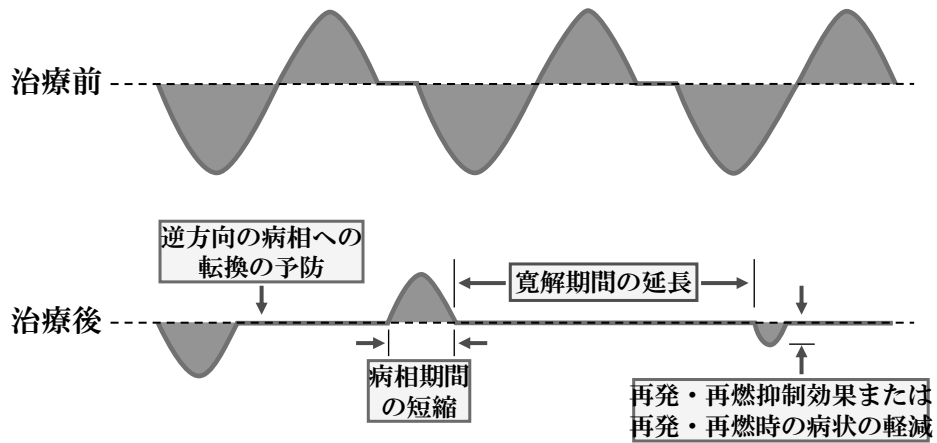
- A. 持続的に高揚した、開放的な、または易怒的な気分が、少なくとも4日間以上続く期間。それは抑うつのない通常気分とは明らかに異なっている。
- B. 気分障害の期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単に易怒的な場合は4つ）、はっきりと認められる程度に存在している。
1. 自尊心の肥大、または誇大（自分が偉く感じる）
 2. 睡眠要求の減少（例：3時間眠っただけ元気でいられる）
 3. 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 4. 観念奔逸（ほんいつ）、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 5. 注意散漫（注意があまりにも容易に、重要でないかまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）
 6. 目標志向性の活動（例：転職を繰り返す、浮気、離婚）
 7. まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例：制御のきかない買い漁り、性的無分別、またはばかげた商売への投資などに専念すること）

双極性うつ病と単極性うつ病の特徴の違い

項目	双極性うつ病の特徴	単極性うつ病の特徴
症状	過眠および/または昼寝の増加 過食および/または体重増加 「鉛様麻痺」などの他の「非定型」うつ症状 精神運動制止 精神病症状/罪業妄想 気分の不安定/躁状態	入眠困難/睡眠時間の減少 食欲減退および/または体重減少 活動性が不変もしくは減少 身体的愁訴
経過	若年発症(25歳未満) 過去に5回以上のうつ病相がある	発症が遅い(25歳より遅い) 現在の病相は6ヵ月以上
家族歴	双極性障害の家族歴がある	双極性障害の家族歴がない

Mitchell PB, et al.: Bipolar Disord 2008; 10: 144-152

双極性障害患者における治療戦略 -気分安定薬の効果-



近藤毅：臨床精神薬理，2011，14（9），1445-1454

40代男性 双極性障害

【現病歴】

- 幼少時より両親に対する反抗心ある一方、認められたい気持ちも強かった。
- 大学卒業後、就職し、理解ある上司の下では過剰適応、自分が嫌いな上司は無能と見下し自己流で仕事を進めた。
評価や賞賛を求め、エリートコースを望むも願いは叶わず悶々とした日々を送る。不満をぶつけるように徐々にスノボやマラソンにのめり込む。
- X-7年5月意欲・集中力低下も夏を迎える頃には症状消失。
- X-6年5月にも同様の症状出現。
- X-5年4月異動後に不眠、食欲不振、意欲低下出現し、Aクリニック初診。
うつ病の診断で服薬開始。GW明けには希死念慮も出現し**1回目**の休職となる。
- X-4年11月復職。
- X-2年4月異動。新しい上司への敵意、不満を募らせ症状悪化。
希死念慮も現れ、同年5月**2回目**の休職となる。
- X-1年8月に復職すると、突然仕事へのやりがい、毎日の充足感に満ちる。
しかし同年12月には不安感強め**3回目**の休職となった。
- X年2月メンタル相談を経てリワークデイケア利用目的で当院初診。
リワークデイケア開始となる。途中デイケア中断ありながらX+1年復職。

双極性障害の心理教育

①正しい診断

『うつ病』の診断で当院リワーク紹介もデイケアでは開始直後から軽躁状態見られる。多弁、過活動気味(ジョギング、ジム通い、美術館巡り)、攻撃的な言葉、スラング多用したレポート分量多く書き上げる等あり。

自分の履歴書を確認すると季節性の症状の波あり。

(GW前後に抑うつ状態→夏に向けて躁転)

②自分に合った薬

パロキセチン15_{mg}、オランザピン25_{mg}(X年2月転院時)→ラモトリギン25_{mg}、オランザピン5_{mg}→ラモトリギン25_{mg}、オランザピン25_{mg}→ラモトリギン25_{mg}、ミルタザピン15_{mg}→ラモトリギン100_{mg}、ミルタザピン15_{mg}→ラモトリギン125_{mg}、ミルタザピン15_{mg}→ラモトリギン100_{mg}(X+1年1月~現在)

双極性障害の心理教育

③疾病教育(病気の理解)

『双極性障害を理解しよう』

- 症状の波を繰り返す病気であること
- 症状の波と付き合っていく必要がある病気であること
- 自分の状態を把握できる必要があること(モニタリングの必要性)
- 症状との付き合い方
- 双極性障害の薬について
- ツール紹介(ライフチャート、睡眠覚醒リズム表、ソーシャルリズムメトリック等)

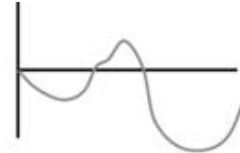
双極性障害の心理教育

④ライフチャートの作成

※躁状態、うつ状態の期間や程度、再発前のストレス、治療内容を
年表のように書き込む。再発のきっかけやどのような対策が
有効であったかを知り、今後の対策の手立てとなる。

【ご本人のパターン】

- 季節性の波(GW時期に抑うつ→夏に躁転)
- 異動時にうつ転(過度の期待と落胆)
- 復職時に躁転(取り戻したい、評価されたい)
- 自分が望むべき結果・評価を得られない時にうつ転
- 理解ある上司の下では躁転(認められたい→過剰適応)
- 理解ない上司の下ではうつ転(言動に敏感→イライラ感+)



*対策については特になく、その時々症状の波に振り回されてきた

双極性障害の心理教育

⑤睡眠、活動、気分のモニタリング

※週間活動記録表や睡眠・覚醒リズム表を用いて睡眠覚醒リズムと
活動量、気分の波の関係を確認する。自分自身を客観的に見つめ、
早め早めに状態悪化のサインに気付けるようにすることが目的。

【ご本人の気付き】

- 睡眠時間が減少しても疲れない(躁) ・ 休日の予定が増える(躁)
- お金の浪費(躁) ・ ランニングの距離が増える(躁)
- 夫婦喧嘩が増える(躁) ・ 一度立てた予定を何度も変更する(躁)
- 睡眠が減少して朝方から緊張感(うつ) ・ 睡眠導入までに時間がかかる(うつ)
- 活動量に対する疲労感(うつ)
- 天気が良い日も休日部屋に閉じこもりがちになる(うつ)
- 車の運転が怖くなる(うつ)

双極性障害の心理教育

⑥思考・行動パターンの整理

【ご本人のパターン】 point:意識変化と病気の受け入れ

- 上司の顔色を窺う→上司に評価を気にしてやり過ぎ(躁)→評価されず(うつ)
- 嫌な人・仕事に過敏に反応→自己判断で業務遂行→仕事を抱え込む→相談できず(うつ)
- 理想を追求→自分の感情・体調を無視(躁)→現実に落胆(うつ)
- 欲しい物があると我慢できない→どうにかなる(躁)→多額の借金→後悔(うつ)
- 熱心に仕事をする→自分に酔いしれる(躁)→疲労に気付かない(うつ)
- 冗談を言う→もっと喜ばせたい(躁)→辛くても元気を装う(うつ)

*ご両親との関係性にも通ずるものがあるとご本人

双極性障害の心理教育

⑦対処（予防・症状軽減）

【ご本人の対処】 point:行動変容までいかに落とし込めるか

躁の予防：就寝起床時間の一定化、予定が重なる場合は優先順位
週間活動記録表をつける、家計簿をつける
相手に「～すべき」を求めない、薬をしっかり服用する
妻や上司から指摘してもらい、3度休職の事実を忘れない

躁の症状軽減：

睡眠時間確保、活動量を減らす、刺激的なことは回避
PC・TV等の視覚的な刺激を避ける、医師に相談

うつの予防：

適度な運動、3度の食事を楽しむ、妻と会話する、薬の服用
音楽・読書を楽しむ、書いて整理、たまには自分にご褒美を

うつの症状軽減：

無理に体を動かそうとせずストレッチや軽い体操を行う
元氣なふりをせず相談する、認知行動療法の活用、医師に相談

週間活動記録表について

週間活動記録表は、うつ病の患者にも使用するものと同様のものを使用します。

基本的な使い方は、毎日1時間毎の「行動」内容を記載し、その行動に対し、予め決めた「気分」が、0～100でどのように変化するかを記載していきます。

モニターする「気分」は、うつ病の場合、特にその方が日々気になっている気分を選んでモニターしてもらいますが(不安、焦りなど)、双極性障害のモニターでは、爽快感や気分の昂り、怒り、イライラ感などの躁状態と思われる「気分」をモニターしてもらうのがポイントです。

さらに睡眠覚醒のリズムと症状の関係性も指摘されていることから、睡眠時間の長短と行動、気分の関係性も併せて見ていきます。

こうしたモニターを続けることで、生活リズムの安定から症状の改善を試みるのと同時に、どのような行動や睡眠覚醒リズムが、気分に影響するのかを理解していくことで、予め自分自身の気分の変動を察知することが可能となり、結果、症状を自らの力でコントロールする一助とすることができます。

様

週間活動記録表 (記録する気分 :)

各欄の「活動」を書き、その気分の程度を「点数」で書き込む (0~100)

時 間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
05 : 00~06 : 00	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
06 : 00~07 : 00							
07 : 00~08 : 00							
08 : 00~09 : 00							
09 : 00~10 : 00							
10 : 00~11 : 00							
11 : 00~12 : 00							
12 : 00~13 : 00							
13 : 00~14 : 00							
14 : 00~15 : 00							
15 : 00~16 : 00							
16 : 00~17 : 00							
17 : 00~18 : 00							
18 : 00~19 : 00							
19 : 00~20 : 00							
20 : 00~21 : 00							
21 : 00~22 : 00							
22 : 00~23 : 00							
23 : 00~00 : 00							
00 : 00~01 : 00							

社会行動リズム表(カラーリズム表)の書き方

この表は、あなたの社会行動リズムを詳しく記録しておくための大切な表です。認知行動療法にも活用されます。うつ病などで「休職中」や「復職時」の復職支援にも活用されます。睡眠障害はじめ様々な病気の方にも有用です。「社会行動リズム」「気分(自己評価)」「行動」「チェック」を出来るだけ正確に毎日書いて下さい。(まとめて書かないでください)ただし、書き忘れた日や後日記載する際に、どうしても思い出せない場合は空欄でも構いません。毎回の診察の時に、必ずご持参ください。また、1ヶ月終了時には回収させていただきます。お手元に控えをコピーされ、お持ちいただくとよろしいかと思われます。復職時の産業医面接にもご活用ください。又、ご家族の方も一緒につけられるのも効果的かと思われます。

(記入例)

チェック項目は9個ありますが、下の記入法を参考に簡単にチェックできます。

外來の受診日に、それまでの自己評価をご記入ください。(下記参照)

ここに、毎日の社会行動リズムを記録してください。(下記参照)

その日のおおまかな気分にご記入ください。

(自己評価)(家族評価) (0).....(100) 気分

体重(万歩計)

睡眠&身体チェック

		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
頭痛	全身倦怠感									
腹痛・吐気・胃腸症状	フラツキ・メマイ									
イライラ	目覚め後の眠気									
昼間や仕事中の眠気	睡眠前の睡眠導入剤									
アルコール										

月経周期が自分の揺れと関連すると思われる女性の方は、月経期間を記入されると参考になります。

社会行動リズム	上段…睡眠、下段…床(ベッド)についていたかどうか、を例のようにご記入ください。
□睡眠	ぐっすり眠った ウウトしていた 眠らずに床についていた 朝一番最初に明るい光を浴びた時と、夜PC・TV等を最後に観た時刻に、赤い線を入れてください。 目標とする起床時刻、就床時刻に青色の線を入れてください。
□睡眠以外	以下の該当する項目について、色で塗りつぶしてください。分類が困難な時は、色をつけなくてもかまいません。 安静的「何もしない休養」(ピンク色) 気晴らしの「活動的休養」(黄色) リハビリとして図書館やスポーツジムへ行かれている方(緑色) 食事(間食・夜食も) 会社(職場)、学校へ行った、(専業主婦として)家事をされた方(青色) 光照射療法をした(赤色) ※光照射療法をされている方のみご記入ください
□気分の状態	この欄には、その日のおおまかな気分を下記のうちから該当する箇所、「○」をご記入ください。 (-2)ひどく悪い (-1)普通だけ少し悪い (0)普通 (1)普通だけ少し良い (2)絶好調
□(自己評価)(家族評価)	病気になる前の調子よかった頃を100点として、クリニック受診日に、前回から今回までの自己評価を何点であったかつけてみてください(赤印 ●)。家族の方から見た評価もつけてもらってください(青印 ●)。
□行動	生活している中で、何か変化のあったことをご記載ください。受診された日もご記入ください。(例えば、「アルバイトに行き始めた」「コンサートへ行った」「友達と会った」「外来受診」など)5日・15日・25日は、体重を測定してご記入ください。()内には、万歩計カウント数をご記入ください。万歩計は、朝起床～夜就床時までつけてください。おおよその活動量がわかります。
□睡眠&身体チェック	チェック欄は、9項目あります。下記の要領で、上記の記入例を参考にしながらご記入ください。 ①頭痛: 頭痛や頭が重い感じがあった日は、「○」又は「◎」をつけてください。 ②全身倦怠感: なんとなく体がだるかったり、疲れやすい感じがあった日は、「○」又は「◎」をつけてください。 ③腹痛・吐気・胃腸症状: お腹が痛い、便秘、下痢などの症状があった日は、「○」または「◎」をつけてください。 ④フラツキ・メマイ: フラツキやメマイがあった日は、「○」又は「◎」をつけてください。 ⑤イライラ: イライラを感じた日は、「○」又は「◎」をつけてください。 ⑥目覚め後の眠気: 下記の中から、その日の目覚め後の眠気について該当する数字をご記入ください。 「-」…すっきりと起きることができた 「1」…眠気はあったが、自分で起きることができた 「2」…眠気が強かったが、誰かに起こしてもらって起きることができた 「3」…起こしてもらってもどんな方法でも起きることができず、自然に眼が覚めるまで眠ってしまった ⑦昼間や仕事中の眠気: 起きてから眠るまでの間の眠気について、該当する数字をご記入ください。 「-」…おおむね眠気を感じなかった 「1」…眠気があったが、起きていることができた 「2」…会議中や授業中、暗い場所にいた時に、眠気が強く眠ってしまった 「3」…起きていなくてもいけない状況や運転中にも眠ってしまった ⑧睡眠前の睡眠導入剤: 処方されている睡眠剤を飲んでから眠った場合には、「○」をつけてください。 ⑨アルコール: 午後～寝る前にかけて(夕食時含む)アルコールを摂取した場合には、「○」をつけてください。

©この社会行動リズム表およびその書き方については奥山真司、目片隆宏、および藤田保健衛生大学精神医学教室が著作権を有します。許可無く改変・再配布・掲載することを禁じます。

社会行動リズム表(カラーリズム表)

(Social Behavioral Rhythm diary)

H 年 月 氏名

(月経)

(午前)

(午後)

(自己評価)
(家族評価)
(0).....(100)
気分

行動
体重
(万歩計)

睡眠&身体チェック								
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
頭痛	全身倦怠感	腹痛・吐気・胃腸症状	フラツキ・メマイ	イライラ	目覚め後の眠気	昼間や仕事中の眠気	睡眠前の睡眠導入剤	アルコール

日	0 2 4 6 8 10 12										-2 -1 0 1 2			行動	体重 (万歩計)
	(午前)					(午後)					気分				
1日()															()
2日()															()
3日()															()
4日()															()
5日()															kg ()
6日()															()
7日()															()
8日()															()
9日()															()
10日()															()
11日()															()
12日()															()
13日()															()
14日()															()
15日()															kg ()
16日()															()
17日()															()
18日()															()
19日()															()
20日()															()
21日()															()
22日()															()
23日()															()
24日()															()
25日()															kg ()
26日()															()
27日()															()
28日()															()
29日()															()
30日()															()
31日()															()

特記事項

血中濃度

CES-D

/60

©この社会行動リズム表およびその書き方については奥山真司、目片隆宏、および藤田保健衛生大学精神医学教室が作成したものです。

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページからPDFファイルによりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.go.jp/>

著作権等について

当研究成果物については、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究その他の引用の目的上正当な範囲内であれば、自由に引用することができます。(著作権法第32条1項)

また、説明の材料として新聞紙、雑誌その他の刊行物に転載することが可能です。(著作権法第32条2項)

その際には出所を明示するなどして、必ず引用及び転載元を明示するとともに、下記までご連絡ください。

また、視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することも認めております。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル(文章のみ)を希望されるときもご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

資料シリーズ No. 99

企業における双極性障害を有する者の職場復帰及び支援状況の実態調査

編集・発行 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
〒261-0014
千葉県美浜区若葉 3-1-3
電話 043-297-9067
FAX 043-297-9057

発行日 2018年4月
印刷・製本 株式会社 コームラ



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570

リサイクル適性[Ⓐ]
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。