

2008 33055A

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年度 総括分担研究報告書

研究代表者 秋山 剛  
平成21(2009)年3月

# 目 次

## I. 総括研究報告

- 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法に関する研究 .....秋山 剛 5

## II. 分担研究報告

1. うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討  
産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発 .....川上 憲人 23
2. リワークプログラムの効果を  
評価するための Randomized Control Trial .....酒井 佳永 37
3. リワークプログラム実施状況に関する調査  
(資料) リワーク実施状況図 .....五十嵐良雄 43
4. 標準化リワーク評価シートの作成 .....秋山 剛 93
5. 職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究 .....田中 克俊 99
6. 職場復帰準備性評価シートの開発 .....秋山 剛 119
7. 社会適応評価ツールの有用性の検討  
職場復帰に関する生物学的指標の開発 .....中村 純 147
8. 抗うつ薬の作業能力への影響の検討 .....尾崎 紀夫 149

## III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ..... 153

## IV. 研究成果の刊行物・別刷 ..... 154

# I 総括研究報告

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法に関する研究  
（総括）研究報告書

研究代表者 秋山 剛 NTT東日本関東病院精神神経科部長

### 研究要旨

職場におけるうつ病については、産業医等による早期発見や正確な診断、リワークプログラムや職場の体制による職場復帰への援助、職場復帰に関する指標の開発、抗うつ薬の作業能力に対する影響の検討などが重要である。

産業医等による早期発見や正確な診断については、①うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の見直し、②産業医等を対象とする簡便な新しい構造化面接法の開発を行った。

リワークプログラムや職場の体制による職場復帰への援助については、①リワークプログラムの効果を評価するための、Randomized Control Trialの準備と施行、②リワークプログラムの実施状況の調査、③リワークプログラムの標準化を進めるための「標準化リワークプログラム評価シート」の作成、④職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究、を行った。

職場復帰に関する指標の開発については、「職場復帰準備性評価シート」の作成、社会適応評価ツールの有用性の検討、および、職場復帰に関する生物学的指標の開発として、健常者と休職者している人とを判別するための精神的ストレスの生物学的なマーカーの検討を行なった。

抗うつ薬の作業能力に対する影響については、模擬運転装置を用いた運転課題成績への影響に関する検討を行った。

#### 研究分担者氏名・所属機関名及び所属研究機関における職名

五十嵐良雄	メディカルケア虎ノ門	院長
尾崎 紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科	教授
川上 憲人	東京大学大学院医学系研究科・精神保健学分野	教授
田中 克俊	北里大学医療系研究科産業精神保健学	准教授
中村 純	産業医科大学医学部精神医学	教授

#### A. 研究目的

【うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討】

うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討では、既存データを利用した分析により、層化尤度比（SSLR）をK6調査票の得点別にもとめ、異なる疾病の事前確率を持つ集団に、これを適応した場合の事後確率を比較した。

【産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発】

産業医等を対象とする簡便な新しい構造化面接法の開発では、やはり既存データを利用して、WHO-CIDI3.0 版面接票のうつ病関連症状項目16項目から最もよくDSM-IVうつ病エピソードを予測する項目を、ステップワイズ多重ロジスティック回帰により選定し、これを配置して



新しい構造化面接の素案を作成した。

【リワークプログラムの効果に関する Randomized Control Trial】

リワークプログラムの効果を評価するための、Randomized Control Trial では、休職中のうつ病患者を対象に、リワークプログラム参加群と非参加群を無作為に割り付け、リワークプログラムが①プログラム参加期間における社会適応や精神症状の改善、②休職期間の短縮、③退職者の減少、④職場復帰後の再発率の減少や再発までの期間の延長、において、どのような効果をもたらすかについて検討するための準備を行ない、一部調査を開始した。

【リワークプログラム実施状況に関する調査】

リワーク研究会に所属する医療機関における、リワークプログラムの実施状況について、調査を行った。

【標準化リワーク評価シートの作成】

リワークプログラムを行っている施設で、標準的に使用できる「標準化リワークプログラム評価シート」の作成を行った。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

職場復帰に関する事項は、就業規則や健康管理規定などで明確にそのルールが定められているべきであるが、現状ではどうなっているのかこれまで全国的な調査は行われていない。また、精神疾患の場合、業務遂行能力の評価にも確立された方法があるわけではなく、職場復帰支援には多くの困難を伴うことが少なくない。本調査は、これまでほとんど行われていない中小規模事業場も対象として、職場復帰に関する状況と、職場復帰支援におけるニーズを把握することを目的に実施された。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

職場復帰時の再発を防ぐための「職場復帰準備性」を評価するシートについて、

1. 従来作成されていたシートの改訂
2. 就労継続に関する追跡調査を行うための

データシートの作成

3. 改訂された職場復帰準備性評価シートの使用可能性に関する確認

4. 就労継続に関する追跡調査の開始を行なった。評価シートには、情報収集を確実にを行うための標準質問も付け加えた。

【社会適応評価ツールの有用性の検討】

うつ病患者の社会復帰に対する社会適応評価ツール social adaptation self-evaluation scale (SASS) 日本語版の有用性の検討を行った。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

健康者と休職者している人とを判別するための精神的ストレスの生物学的なマーカー検討を行った。

【抗うつ薬の作業能力への影響の検討】

抗うつ薬について、うつ病患者の社会復帰を目指した適切な抗うつ薬薬物療法を明確化するために、個人の薬物動態の差異が運転技能及び認知機能に与える影響を検討した。

## B. 研究方法

【うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討】

### 1) 対象

今回の分析対象は、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「こころの健康についての疫学調査」による世界精神保健日本調査（以下 WMH-J）2002-2004年調査分のデータベースである（<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/epi/index.html>）。

WMHJ の調査対象者は、各調査地域の20歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出され、調査参加に同意した対象者に対して、調査員が面接調査を実施した。調査には、WHO-CIDI 3.0 版のコンピュータ版（CAPI）が使用された。地域ごとに20-30名の調査員が募集され、調査員の訓練は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナーとその補

助員が実施した。

スクリーニングの対象とした疾患は、DSM-IV 診断による気分障害（大うつ病、気分変調症）、不安障害（パニック障害、広場恐怖、社会恐怖、全般性不安障害、PTSD）であり、過去12ヶ月間の診断ありの者をケースとした。気分・不安障害のスクリーニング調査票として、K6/K10 調査票が用いられた。

## 2) 解析方法

今回の研究では、臨床疫学の分野で最近推奨されている方法が層別尤度比 SSLR について分析を行った。SSLR とは、疾患ありのものにおいて当該の検査結果が見られる確率を、疾患なしのものにおいて同じ検査結果が得られる確率で割ったものである。SSLR が1.0よりも大きいと、検査後確率は検査前確率よりも大きくなり、1.0であれば不変であり、1.0よりも小さければ小さくなる。目安として、0.1よりも小さい、もしくは10よりも大きい SSLR が得られると、検査後確率が大きく変化する。0.5から2の間の SSLR では、検査後確率は検査前確率からあまり変化しない。気分・不安障害を K6/K10 によりスクリーニングする場合の ROC 曲線を計算したうえで、K6 および K10 を、低値、中程度値、高値に区分し、それぞれにおける SSLR を計算した。また検査前確率を一般労働者（2%）、中程度リスク群（10%）、ハイリスク群（30%）とした場合に、各得点範囲において事後確率がどうなるかを試算した。

【産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発】

### 1) 対象

今回の分析では、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「こころの健康についての疫学調査」による世界精神保健日本調査（以下 WMH-J）2002-2006年調査分のデータベースの Part I 面接データで得られた回答のうち、労働者人口に該当する20-60歳男女2、

614名を解析した。

### 2) 方法

うつ病の診断は、WHO-CIDI で収集された情報をもとに DSM-IV 診断基準に従い、大うつ病エピソードの生涯診断を行った。また WHO-CIDI の大うつ病診断に使用された症状項目16項目の質問（「はい」あるいは「いいえ」で選択）を変数として採用した。

### 3) 統計解析

選定された16項目を説明変数とし、DSM-IV 大うつ病エピソードを目的変数として、モデルへの取り込み基準  $p < 0.10$ 、除外基準  $p > 0.20$  としてステップワイズロジスティック回帰を実施し、大うつ病エピソードを予測する最適な症状項目を選定した。これらの症状項目を組み合わせ、新しい構造化面接法の案を作成した。構造化面接を作成するにあたっては、いくつかの類似の症状からなるブロックから構成され、上位のブロックで判定が決まれば、下位のブロックの質問はしなくてもよいように構成した。また、産業医の質問しやすさに配慮し、睡眠、食欲など一般的な症状が上位に、思考の問題や死についての考えは下位に配置するようにした。

【リワークプログラムの効果に関する Randomized Control Trial】

リワークプログラムの効果を確認するために、Randomized Control Trial を行うこととした。Randomized Control Trial の計画は、以下のとおりである。

### 1. 対象

#### 1) 症例数

介入群 90例、対照群 90例を目標とする。

#### 2) 選択基準

①大うつ病性障害の診断、②抑うつ症状の寛解、③職場復帰の意志、④継続的にプログラムへの参加が可能、⑤主治医の許可、⑥研究への説明同意が選択基準である。

#### 3) 除外基準



①双極性障害、②アルコール依存症、③器質性精神疾患、④パーソナリティ障害

#### 4) 募集方法

企業の健康管理室、都内のクリニック、病院への案内、広告およびホームページでの募集

#### 5) 研究期間

2008年10月から2011年3月までの2年半。

### 2. 介入

#### 1) 介入内容

3つのリワークプログラム群および対照群の4群に無作為割り付けを行う。

#### 2) 介入期間

各リワークプログラムおよび個人生活指導は3ヶ月～6ヵ月実施される。

### 3. 評価項目および評価時期

#### 1) 主要評価項目

- ①プログラム開始から職場復帰までの期間
- ②再休職の有無と勤務継続期間
- ③自記式社会適応尺度 (SASS)
- ④職場復帰準備性
- ⑤職場復帰後のワークパフォーマンス (WHO-HPQ)

#### 2) 副次的評価項目

- ①うつ症状 (BDI、HAM-D)
- ②非効果的態度 (DAS)
- ③対処能力 (CISS)
- ④主観的 QOL (WHO-QOL)
- ⑤認知機能 (N-back、CPT、WCST、digit span、digit symbol、logical memory、verbal fluency test)

#### 3) 共変量

以下の項目を、リワークのプロセスに影響を与える可能性がある要因として調査する。

- ①性、年齢などの人口統計学的変数
- ②職種、事業所規模、転職回数などの職業的要因
- ③罹病期間、初発年齢など臨床的要因
- ④過去の休職回数、休職期間、残休職回数

⑤気質およびパーソナリティ

⑥養育体験

⑦ソーシャルサポート

⑧アルコール依存傾向

⑨介入施設

### 4. 統計解析

介入前後の各指標の変化 (二元配置の分散分析)、職場復帰までの期間・職場復帰の可否・職場復帰後就労継続期間・再発率 (ロジスティック回帰分析、生存分析)、職場復帰一定期間後の各指標 (分散分析) について、統計解析を行う。

#### 【リワークプログラム実施状況に関する調査】

リワーク研究会に所属する施設と利用者を対象とし、5種の調査票を用いて、スタッフ、リワークプログラムの運用、リワークプログラムの内容および登録者の利用状況に関する調査を行った。調査期間については、平成20年9月10日に調査票を各施設に送付し、同年12月中旬までに結果を回収し、結果をSASSで解析した。

#### 【標準化リワーク評価シートの作成】

リワークプログラムのモデルとなっている施設のスタッフが、検討会議を行ない、それぞれの機関でこれまでに用いられていた評価シートを改訂する形で、標準化評価シートを作成した。

#### 【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

全国事業場リストから無作為に8,000事業を抽出し、平成21年1月7日から平成21年2月20日にかけて郵送によるアンケート調査を行った。

#### 1. 調査内容

調査項目には下記の内容を含めた。

- 1) アンケート回答者の職種 (①人事労務担当者 ②衛生管理者 ③産業医 ④産業看護職 ⑤その他)
- 2) 事業場の規模 (労働者数)
- 3) 1年間の精神疾患による休業後の職場復帰者数

- 4) 精神疾患の一回当たりの平均休業期間
- 5) 精神疾患で休業した労働者のための職場復帰支援の仕組みやプログラムの整備状況
- 6) 病気休業に関する規程の内容
- 7) 職場復帰支援を進めていく上で必要と思われる情報や仕組みについて(9つの選択肢より優先度が高いと思われる3つを選択)
- 8) 医療機関(メンタルクリニック・病院等)における職場復帰リハビリテーションプログラム(リワークプログラムなど)についての認識
- 9) 職場復帰支援に関わる自由記述

## 2. 解析

項目毎の頻度及び事業場規模毎のクロス集計を行った。

### 【職場復帰準備性評価シートの作成】

#### 1. 対象

産業医、産業精神科医、産業カウンセラーが検討会議に参加した。

#### 2. 方法

それぞれの参加者が、職場復帰の可否を判定する際に、重視している項目を確認し、これまでに作成されていた職場復帰準備性評価シートを改訂する形で作業が行われた。また、就労継続に関する追跡調査を行うためのデータシートの作成も行った。作成された評価シートについて、産業保健に従事している臨床心理士6名が、各項目について、どのような情報が収集できれば評価が可能であるかを検討し、これに基づいて標準質問を作成し、改訂シートに付け加えた。また、完成したシートを用いて、職場復帰社員に対して、評価の試行を行なった。

### 【社会適応評価ツールの有用性の検討】

うつ病の外来患者のうち発病前に就労していた100例(男性:54名、女性:46名、平均年齢43±11歳)を対象にした。対象者を調査時点で就労している社会復帰群(45名)と非社会復帰群(55名)に分け、両群のSASSおよびBDI

得点を比較した。さらに両尺度のROC曲線(receiver operating characteristic curve)を作成し、精度を検討した。

### 【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

健康な医療従事者(106名、男性:42名、女性64名、平均年齢36±12歳)でStress and Arousal Check List(SACL)の中のストレス項目だけを抽出したs-SACLを施行した。さらに早朝8時に採血と行い、血漿中HVA、MHPG濃度はHPLC-ECD法、血清中BDNF、IL-6およびTNF $\alpha$ をsandwich ELISA法で測定した。

### 【抗うつ薬の作業能力への影響の検討】

#### 1. 対象

運転免許を有し、日常的に運転を行う健康男性で身体疾患や精神障害を有さないもの

#### 2. 方法

パロキセチン、アミトリプチリン及びプラセボを用いた二重盲検、クロスオーバー試験法を行った。薬物服用前、服用1時間後、服用4時間後で模擬運転装置による運転業務負荷試験と認知機能試験を行い、各測定時点で主観的な眠気、試験終了後には副作用を確認した。運転業務負荷試験としては、追従走行課題、車線維持課題、飛び出し課題の3課題を行い、認知機能試験としてはCPT(持続的注意)、WCST(遂行機能)、N-Back test(ワーキングメモリ)の3課題を行った。

## C. 研究結果

### 【うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討】

Part II 面接、K6/K10に完全回答したのは864名であった。K6およびK10のスクリーニング効率は十分に高かった。K6のベストカットオフ点は5点、K10のベストカットオフ点は10点であった。K6とK10では、スクリーニング効率に差がほとんどないことから、K6について



分析した。

K6の得点を0-4点、5-9点、10点以上に3区分し、それぞれについてSSLRを計算した。SSLRは特に10点以上で急激に増加していた。これに対して3種類の異なる気分・不安障害の頻度を持つ集団を仮定して、得られると予想される事後確率を計算した。有病率が2%程度(国民中の精神医療機関受診者割合程度)の一般集団では、5-9点では4%程度しか有病者はいないが、10点以上では27%程度に達した。有病率が10%程度と想定される中程度リスク集団では、5-9点では約20%、10点以上では2/3が有病者と予測された。有病率が30%であるハイリスク集団では、5-9点以上では半数が有病者であり、10点以上では9割が有病者と予測された。

【産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発】

解析は、WHO-CIDI3.0の基準に該当した291名(DSM-IV大うつ病エピソード生涯有病者209名、非該当者82名)について実施され、16の症状項目から9つの項目が選定された。

## 2) 構造化面接法の素案の作成

これらの9つの症状項目は、①うつ病エピソード診断のために最低限必要な幹症状(DSM-IVでは抑うつ気分と興味の減退の2つ、ICD-10では抑うつ気分、興味の減退、疲労の3つ)、②睡眠と食欲の問題、③思考速度低下と集中力低下、④劣等感、⑤死に関する考えに分類された。まず、①の幹症状を上位に配置し、これのいずれかの症状がない場合には、うつ病の診断がつかないで終了することとした。次いで②の身体症状の項目が、おそらく面接場面では抵抗感なくたずねることができ、また産業医との信頼関係の醸成にも役立つと考えられるため、これを配置することとした。その後、この時点までの症状項目数を数え、予想事後確率が10%より低い場合には診断なしとして終了、予想事後確率がおおむね70%より高い場合には大うつ病

の診断に十分と判定した。これらで判断のつかない場合には次にたずねやすいと考えられる集中力低下など③の症状質問をたずねることとした。これで判定が困難な場合に、④と⑤の質問を行って判定することとした。

【リワークプログラムの効果に関するRandomized Control Trial】

昨年10月から都内の病院およびクリニックにポスターを送付、掲示を依頼した。またホームページを開設して情報提供を行った。その結果、現在までに研究への導入基準を満たす6名が研究に応募し、2名が研究に導入されている。

共変量である、性格や気質、養育体験、ソーシャルサポートに関する評価バッテリーについては、以下のように決定した。

性格や気質については、Robert Cloningerにより開発されたTemperament and Character Inventoryの、Harm Avoidance、Novelty Seeking、Self-Directednessに関する項目、Hagop Akiskalらが開発したTemperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire version (TEMPS-A)の抑うつ気質、循環気質、発揚気質およびvonZerssenらが開発したMunich Personality Test (MPT)のメランコリー型性格に関する項目について調査することとした。養育体験については、Gordon Parkerらにより開発されたParental Bonding Instrument、ソーシャルサポートについては、Irwin Sarasonらにより開発されたSocial Support Questionnaire、アルコール依存傾向については、WHO/Audit問題飲酒指標を用いて調査を行う。

【リワークプログラム実施状況に関する調査】

38医療機関に調査票を配布し、34医療機関から回答を得た。診療報酬上の区分ではデイケア30件(81%)、精神科作業療法2件(5%)、通院集団精神療法5件(14%)でデイケアとして運用されている施設が多かった。立地は都市部

への集中と関連し、なかでも商業地域に多かった。リワークを専門としている施設は約半数であった。

定員の合計人数は、デイケア854人、ショートケア428人、デイナイトケア220人であった。37施設で合計174名のスタッフが勤務していた。主な資格は、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師とも4分の一程度を占めていた。雇用形態は常勤が6割を占めていた。リワークプログラムの経験年数は5年未満が9割以上を占め今後の研修の重要性がうかがえた。いずれの施設でも女性スタッフが6～8割を占め、年齢は30代が4割程度を占め最も多かった。

利用を開始するにあたり9割以上の施設で開始条件を定め、在職者のみ利用可とした施設は5割程度であった。主治医をリワーク施設に変更が必須としているのは4分の一の施設で、原則的に変更を加えると約半数が主治医の変更を必要とし、残りの半数の施設では利用者の意思に任せるというものであった。実際の利用者からみると主治医が施設内にいない利用者は20%程度存在した。開始の時期では条件を満たしてすぐプログラムが開始される施設が50%を超えていた。8割の施設で利用のルールを定めており、最低利用日数が週2回までを含めると8割を超えていた。他院からの利用者については6割の施設で受け入れていた。利用開始時に最長の利用期間を定めている施設は3割強ありそのうち半数が90日以内としていた。

7割近くの施設でプログラム中に何らかの評価尺度を用いて評価をしていたが、施設独自の評価票を用いているのは4施設のみであった。職場復帰時に利用者の勤務先企業と連絡・調整をしている施設は7割であった。職場復帰後のフォローは、9割近くの施設で実施しており、再休職後の再利用も9割の施設で認めていた。

プログラムについては全37施設より、計209個のプログラムについて回答がえられ、内容を

カテゴリーに分類すると、その他が3割を超え最も多く、次に心理教育が2割、運動、オフィスワークがともに15%程度であった。1つのプログラムの長さについては90分以内が3割を超えて最も多く、実施頻度は月4回以内が7割を超えて最も多かった。

平成20年7月1日～31日の1ヶ月間の、各施設での登録者は計593名であり、男性が76.6%であった。主診断は、うつ病エピソードが55.0%、反復性うつ病障害が16.0%、双極性感情障害が14.8%であった。双極Ⅱ型障害の可能性は3割弱であった。登録者のうち2割が失職中であった。1年以内の休職が最も多く5割を超え、休職回数は初回が約5割であった。主治医がリワーク施設内にいる登録者は8割弱を占め、プログラムの利用期間は、31日以上90日以内の登録者が3割であった一方で、181日以上1年以内の長期利用者も2割を占めた。週間あたりの利用日数は3日ならびに5日が各々2割を超えた。プログラムの再利用者は1割未満であった。

リワーク専門施設か非専門施設で層別化し比較すると、利用規定は専門施設で7割以上の施設で定めており、非専門施設では5割未満であった。また、専門施設の7割近くが利用にあたって利用日数に一定のステップを設けているのに対し、非専門施設で一定のステップを設けているのは4割弱であった。同様に、段階的なステップで開始条件を明確にしている施設は、専門施設で6割、非専門施設で2割弱であり、専門施設では施設の利用が構造化されている施設の多いことが示された。プログラムについては専門施設では、「その他」が3割と最も多く、次に「心理教育」、「オフィスワーク」となったが、非専門施設では、「その他」が4割弱と最も多く、次に「運動」が2割弱であり、「心理教育」は専門施設の半分程度の割合であった。プログラムに心理療法的な手法を利用している



施設は、専門施設・非専門施設とも6割を超えていた。専門施設の登録者は354名、非専門施設の登録者は237名であったが、この両群での差は以下のような点であった。初めて診断を受けてからの平均日数が専門施設では1296.19日、非専門施設859.82日であり、専門施設の利用者の方が病歴が有意に長かった。主診断以外の診断で「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)」が専門施設では22.6%であったのに対し、非専門施設では13.5%に過ぎず、専門施設で0.8%であった「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2)」は、非専門施設の登録者で6.3%と多かった。専門施設の登録者の方が上位職階の割合が多く、下位職階の割合が少なかった。登録者の利用・参加日数は専門施設の登録者の方が多い傾向が示された。

#### 【標準化リワーク評価シートの作成】

完成された評価シートの項目は、A. 基本項目 1. 出席率、2. 眠気・疲労、3. 集中の持続)、B. 対人交流 4. 他のメンバーやスタッフとの会話、5. 協調性、6. 適切な自己主張、7. 不快な行為、8. 役割行動、9. 対処行動、C. 心理的側面 10. 気持ちの安定、11. 積極性・意欲、12. 他のメンバーやスタッフからの注意や指摘への反応である。各項目は、1がもっとも好ましくない状態で、4がもっとも好ましい状態の4段階で判定される。各評価については、判定基準、アンカーポイントを示した。

#### 【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

アンケートを送付した8,000事業のうち、1000事業場(回答率12.5%)より回答が返送された。

##### 1. アンケート回答者の職種

人事労務担当者が599名(62.7%)と最も多く、ついで産業看護職88名(9.2%)、衛生管理者74名(7.7%)、産業医19名(2.0%)、その他175名(18.3%)であった。

##### 2. 事業場の規模(労働者数)

労働者数50人未満の事業場:522(44.7%)、以下50~99人:85(8.8%)、100~499人:211(21.8%)、500~999人:90(9.3%)、1000~4999人:132(13.7%)、5000人以上:17(1.8%)であり、多くの中小規模事業場からも回答が得られた。

中小規模事業場からも50人未満の事業場では主に人事労務担当者が回答し、大規模事業場では産業保健スタッフが回答する割合が高まる傾向があった。

##### 3. 精神疾患による1年間の休業後の職場復帰者数

1事業場あたりの1年間の職場復帰者数の平均(95%信頼区間)は2.29(1.89~2.68)人だった。50~99人の事業場の労働者数代表値を75人として労働者1000人当たりの平均件数を推測すると5.2人/千人であった。以下同様に100~499人の事業場の代表値を300人として計算すると2.8人/千人、500~999人の事業場の代表値を750人とすると4.6人/千人、1000~4999人の事業場の代表値を3000人と仮定して計算すると3.5人/千人の割合で、精神疾患によって休業した労働者が復職していると推測された。

##### 4. 精神疾患の一回当たりの平均休業期間

精神疾患による一回当たりの休業期間の平均(95%信頼区間)は5.8(5.3~6.3)ヵ月だった。また精神疾患による休業後はそのまま退職することが多いと答えた事業場も全体で19.1%に及んだ。

##### 5. 精神疾患で休業した労働者のための職場復帰支援の仕組みやプログラムの整備状況

職場復帰支援に関するプログラムが整備されている事業場は127(13.5%)に過ぎず、512(54.6%)は職場復帰支援に関する規程も整備されていなかった。特に中小規模事業場では、ほとんど規程等の整備は行われていなかった。一方1000名以上の大規模事業場では半数前後の



事業場が、職場復帰支援に関するプログラムが整備されていると回答した。

#### 6. 病気休業に関する規程の内容

・休業が発令されるまでの欠勤期間の平均(95%信頼区間)は88.2(76.4-94.0)日だった。

・就業規則で定める休業期間の長さの平均(95%信頼区間)は12.5(11.2-13.8)ヵ月だった。

314(61.1%)の事業場では、復職により休業期間がリセットされる規則を有していた。リセットされるのに必要な勤務日数の平均(95%信頼区間)は149.9(119.3-180.5)日だった。

#### 7. 職場復帰支援を進めていく上で必要と思われる情報や仕組みについて

事業場の規模に関わりなく、職場復帰支援を進めていく上で必要な情報及び仕組みについては、「復職後に必要な就業上の配慮の内容と期間」、「事業者が職場復帰可否の判断を行うための基準」、「主治医とスムーズな情報交換を行うための仕組み」、「就労能力についての適切な評価方法」があげられた。

#### 8. 医療機関(メンタルクリニック・病院等)における職場復帰リハビリテーションプログラム(リワークプログラムなど)について

「医療機関で行うリワークプログラムがあることを知っているか」の質問に対して、381(41.1%)の回答者が知っていると答えた。しかしながら小中規模事業場の回答者はほとんど知らないとの回答だった。「医療機関によるリワークプログラムを利用したいか」との質問に対しては、600(68.9%)の回答者が利用したと答えた。

9. このほか、職場復帰支援に関わる自由記述が得られている。

#### 【職場復帰準備性評価シートの作成】

改訂シートは、以下の項目からなる。

#### A. 基本的な生活状況

1. 起床時刻、2. 食生活リズム、3. 戸外での活動

#### B. 症状

4. 精神症状の影響、5. 身体症状の影響、6. 熟眠感、7. 睡眠時間、8. 昼間の眠気

9. 興味・関心

#### C. 基本的社会性

10. 身だしなみ、11. 他人との交流

#### D. サポート状況

12. 家族との関係、13. 主治医との関係

#### E. 職場との関係

14. トラウマ感情、15. 就業規則、約束の不遵守、

#### F. 作業能力、業務関連

16. 集中力、17. 業務への関心・理解、18. 業務遂行能力

#### G. 準備状況

19. 職場上司との接触、20. 業務への準備

#### H. 健康管理

21. 服薬へのコンプライアンス、22. 健康管理スタッフとの関係、23. 再発防止への心構え

の、8分野23項目について、評価を行うことになった。各項目は、望ましくない状態から、優良な状態まで、4段階で評価することになっており、各段階について基準が記載されている。

#### 2. 標準質問の追加

各項目の、主な標準質問は以下のようである。

1. 起床時刻：健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きることは週に何回くらいありますか？

2. 食生活リズム：食事は一日何回、何時にしていますか？

3. 戸外での活動：家の外での活動はどのくらいしていますか？

4. 精神症状：ゆううつ、いらいら、不安、やる気がない等の症状のために、生活していて差し障りがでること、日常生活が円滑に送れないことは、週に何回くらいありますか？

5. 身体症状：頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気等の、からだの症状のために、生活していて差し障りができることは、週に何回くらいありますか？
6. 熟眠感：よく眠れなかったと感じた日は、平均して、週に何回ありますか？
7. 睡眠時間：睡眠時間が、健康なときと比べて、2時間以上短いとか、逆に2時間以上長い日は、平均して、週に何回ありますか？
8. 昼間の眠気：午後2時頃の、あなたの眠気の状態をもっともよく表した数字に○をつけて下さい。
9. 興味・関心：もともと興味や関心があったことに、興味や関心を持てますか？それ以外のことで、最近、興味や関心を持っていることはありますか？
10. 身だしなみ：身だしなみは、いつも、今日と同じくらいにしていますか？
11. 他人との交流：他の人に話しかけられて、返事をしないことはありますか？
12. 家族との関係：今、同居している家族はいますか？
13. 主治医との関係：主治医と、十分に質問や話し合いができますか？
14. トラウマ感情：職場や会社の犠牲になって病気になった」という気持ちはありますか？
15. 就業規則、約束の不遵守：調子が悪かったとき、無断欠勤等で「就業規則を守っていない」と言われたこと、または、上司、同僚、お客さんとの約束を守れなかったことはありますか？
16. 集中力：TV、雑誌、新聞に集中できますか？
17. 業務への関心・理解：職場復帰したら、どんな仕事をしたいと思っていますか？
18. 業務遂行能力：以前の仕事に戻るとして、現在から6ヶ月以内に、健康時の仕事能力の何割まで回復できると思いますか？

19. 職場上司との接触：職場の上司とは、月に何回くらい、直接会ったり、電話で話したりしていますか？
20. 業務への準備：仕事に戻るための努力として、「睡眠・覚醒のリズムを整える」「作業能力の準備をする」「職場の情報を手に入れる」「通勤の練習をする」のうち、いくつを行っていますか？
21. 服薬へのコンプライアンス：主治医に話さずに、薬をのむのをやめることはありますか？
22. 健康管理スタッフとの関係：会社の健康管理スタッフとは会っていますか？
23. 再発防止への心構え：職場復帰後、再発ないように、自分で考えていることはありますか？

### 3. 就労継続追跡調査データシート

就労継続追跡調査データシートについては、以下の項目についてデータをとることが決定された。

#### ①追跡のタイミング

職場復帰職1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月、24ヵ月後

#### ②確認項目

勤務状況、職場復帰から各時点までの間の休務日数、軽減勤務日数

#### 4. 評価の試行

産業医1名、産業精神科医4名によって、16名の職場復帰社員を対象に評価が試行され、産業医、産業精神科医から、「評価が困難である」という意見はみられなかった。

#### 【社会適応評価ツールの有用性の検討】

社会復帰群では非社会復帰群と比較してSASS得点が有意に高く、BDI得点が有意に低かった。さらにSASSとBDIの曲面下面積を比較したところ、SASSの方がBDIよりも曲面下面積が大きかった。

#### 【職場復帰に関する生物学的指標の開発】



s-SACL 得点と血清 BDNF 濃度の間には負 ( $\rho = -0.211, p = 0.002$ )、血漿 MHPG 濃度とは正 ( $\rho = 0.416, p = 0.01$ ) の相関が認められた。血漿 HVA、IL-6 および TNF  $\alpha$  と s-SACL 得点には相関がなかった。

#### 【抗うつ薬の作業能力への影響の検討】

アミトリプチリン血中濃度は、 $15.3 \pm 6.4 \text{ ng/ml}$  (濃度幅:  $8.5\text{--}32.9 \text{ ng/ml}$ ) であった。アミトリプチリン血中濃度と運転業務負荷試験および認知機能試験の成績について、相関分析を行ったところ、アミトリプチリン血中濃度と車線維持課題において、有意な正の相関を認めた。他の運転業務負荷試験である追従走行課題および飛び出し課題については、有意な相関を認めなかった。認知機能試験の各課題については、CPT、WCST のカテゴリー達成度、WCST の保続性の誤り、WCST のセットの維持困難、N-back test の 2back task と、いずれも有意な相関は認めなかった。主観的な眠気を評価する Stanford 眠気尺度についても、有意な相関を認めなかった。アミトリプチリンが運転業務負荷試験、認知機能試験、主観的な眠気に及ぼす影響については、内服 4 時間後において、車線維持課題、追従走行課題、CPT、主観的な眠気で有意な障害がみられた。

#### D. 考察

##### 【うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討】

感度と特異度の合計をする旧来のカットオフ点の考え方から発展し、疾病の事前確率によりスクリーニングカットオフ点を変更することが効果的であることが示唆された。事前確率が 2% 程度である一般労働者に対してうつ病のスクリーニングを実施する際には、K6 で 5 点以上をカットオフとして採用すると事後確率 (陽性反応適中度) が 4% 程度ときわめて小さく、二次スクリーニングが不効率なものになる。む

しろカットオフ点を 10 点として、27% の事後確率が見込める集団に二次スクリーニングを行うことが効果的であると予想される。高得点者にスクリーニングを集中することの方が、費用対効果が高まる可能性がある。一方、よりリスクの高いハイリスク職種や身体疾患などを合併するハイリスク群では、K6 のカットオフ点 5 点を使用することで、ハイリスク群を同定し、効果的に二次スクリーニングを実施することができると予想される。このような、事前確率によりスクリーニングのカットオフ点を変更する工夫、および中程度得点群に対する教育的アプローチのあり方について、次年度以降検討する必要がある。

##### 【産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発】

今回の面接法は DSM-IV 大うつ病エピソードを診断する目的で作成された。一方、ICD-10 によるうつ病との関連性は検討していない。近年の研究では、DSM-IV 大うつ病エピソードは、その重症度からみて、ICD-10 中等症および重症うつ病エピソードとはほぼ同一のものであり、ICD-10 軽症うつ病エピソードは DSM-IV では、閾値下うつ病エピソード (あるいは小うつ病エピソード) と呼ばれるものと類似の重症度にあることが示された (Saito et al. in press)。英国国立医療技術評価機構 (NICE) のプライマリケア医向けのうつ病診療ガイドラインでは、ICD-10 軽症うつ病エピソードには、抗うつ剤投与はメリットよりも副作用などの弊害が大きく推奨されず、むしろ睡眠や不安のマネジメント教育、2 週間以内のフォローアップ (watchful waiting)、ストレスマネジメントのガイドブックを用いた保健指導などが推奨されている。抗うつ剤投与は、中等症うつ病エピソードから推奨される。このガイドラインからは、従って、おおむね DSM-IV 大うつ病エピソード (ICD-10 中等症・重症うつ病エピソード)



に該当する者に対しては受診を勧め、それよりも軽症のうつ状態（ICD-10 軽症うつ病エピソード）に対しては、観察や助言、保健指導を行うことが好ましいと考えられる。本研究で開発した面接法において、判定2「うつ状態」と評価された者に対しては、このような対応が産業医から提供できる状況を作ることが期待される。

本研究で作成した構造化面接は、同一データから作成したため、元データには適合性は当然高く、必ずしもその予測精度が保証されたとはいえない。また生涯の症状経験をもとに作成しているため、現在の症状により評価した場合には異なった結果になる可能性がある。本構造化面接を、臨床場面や産業医に試用してもらい、その予測精度を確認する必要がある。

#### 【リワークプログラムの効果に関する Randomized Control Trial】

現在のところ、応募者は当初予定していたよりも少ない。病院、クリニックにポスターを掲示するという方法のみをとっているため、対象者の確保が難しくなると同時に、対象者に偏りが生じている可能性があり、結果の一般化に問題が生じる可能性が考えられる。

今後、応募者を増やし、対象者の偏りを軽減するために、より広く広報活動を行なう予定である。方法としては、①嘱託産業医への広報、②事業所（総務、人事など）への広報、③関連機関のセミナーやシンポジウムなどでの周知、④新聞などのメディアでの広告、などの方法について検討している。

#### 【リワークプログラム実施状況に関する調査】

①うつ病などの職場復帰支援を行う医療機関の実態としてはデイケアで実施しているところが圧倒的に多い。今後の施策展開としては集団精神療法や作業療法に考慮しつつも、主としてデイケアに焦点を当てていく必要があると思われる。

②スタッフは看護師、精神保健福祉士、心理職がほぼ同数であったが、これは現状の施設基準を表していると考えられる。プログラムとしては心理教育や心理療法的な手法を用いるプログラムが多く、その素養をスタッフが持つことが期待されていることから、今後の研修などでこの点に焦点を当てていく必要がある。

③約半数の施設では他院の医師が主治医である利用者を受け入れ、実際の利用者からみると主治医が施設内にいない利用者は20%程度存在し、リハビリテーションは治療の一環であるということを考慮すると、円滑なリハビリテーションを進めていくには診断情報の共有やスタッフと主治医との十分な情報交換が必要である。

④リワーク施設の定員の合計数は多く見積もっても1650人程度（デイケア等と作業療法の定員合計数）であり、絶対数の不足は明らかであろう。また、立地が都市部の商業地域に多いことは、一定数の利用者を集める必要があることと関連していると思われ、今後施設の収益構造を明らかにし、施設を開設し円滑な運営が行われていくような施策を展開し、更なる施設の増加を促していく必要がある。

⑤実際の登録者を分析するとうつ病圏が8割以上を占めていたとはいえ双極性障害が15%は存在し、DSM4Rによる双極II型障害の可能性のあるものが3割弱であったとの結果は海外の文献とも一致した結果といえよう。したがって、これらのリワークプログラムの対象者は単にうつ病だけではなく、双極性障害に対するリハビリテーションを確立していくことが早急に求められているといえ、この点は緊急の課題である。

⑥うつ病などに特化した専門施設は約半数であったが、非専門施設と比較して利用規定や利用ステップがより構造化され、心理教育に力を入れており、長期の病歴を持つ気分障害や不安障害の登録者が大多数を占めていた。これらの

専門施設の治療構造を明らかにしていくことを通じて標準的な施設基準が明確化されると考える。

#### 【標準化リワーク評価シートの作成】

評価シートの項目は、今後、リワークプログラムを行っている施設で共通に含まれるべき項目、言い換えれば、人間が業務に従事する際、基本的に必要とされる項目にしぼられている。各施設で、別な項目を加えて使用するの自由と考えている。検討作業の中では、プログラムの参加者に対する働きかけ、観察の焦点について話し合い、理解を共有した。これらは、評価シートのみならず、リワークプログラムの標準化を進める上でも有用なプロセスであると考ええる。

#### 【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

調査への回答率は低かったものの、これまで調査対象となることがなかった小中規模事業場からも多くの回答が得られた。調査の結果、事業場規模に関わらず精神疾患による休職者は比較的高い割合で認められ、一回当たりの平均休業期間も約半年間と長かったことから、職場復帰支援は、大規模事業場だけでなく、小中規模事業場においても喫緊の課題であることが示唆された。しかしながら、職場復帰支援に関するプログラムが整備されている事業場は13.5%に過ぎず、特に小中規模事業場においては、職場復帰支援に関する規程が一切整備されていない事業場も多いことが示された。自由記述の内容からは、小中規模事業場においても前向きに取り組む姿勢も十分感じられたことから、今後は、小中規模事業場向けにいかに職場復帰支援のサポートを行うかを検討することが重要と考えられる。職場復帰支援を進めていく上で必要な情報及び仕組みに関する質問で、多くの事業場から寄せられた、復職後に必要な就業上の配慮の内容と期間、事業者が職場復帰可否の判断を行

うための基準、主治医とスムーズな情報交換を行うための仕組み、就労能力についての適切な評価方法などのニーズに対しては、今後具体的な情報や仕組みを提示する必要がある。また、多くの事業場が職場復帰リハビリテーションプログラムに対する期待を寄せており、これらの利用促進についても今後の検討が必要である。

#### 【職場復帰準備性評価シートの作成】

改訂評価シートの試行では、使用上の大きな困難は報告されておらず、本シートを用いて、評価を行うこと自体には、十分に可能であると考えられる。

今後は、評価者間信頼性に関する検討を行う必要がある。また、「職場復帰後の就労継続を予測できるか」という基準妥当性を検討するための、追跡調査を開始している。

#### 【社会適応評価ツールの有用性の検討】

今回の結果から、BDIよりもSASSの方がより社会復帰の評価尺度として精度が優れていると考えられた。

#### 【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

本研究の結果から健康な健常者においても職場での精神的ストレスは血清BDNF濃度を下げ、血漿MHPG濃度を上げる可能性が示された。すなわち、精神的ストレスがノルアドレナリン神経の過活動と関連し、脳内BDNF産生を減少させる可能性があることが示唆された。

#### 【抗うつ薬の作業能力への影響の検討】

アミトリプチリンは濃度依存性に車線維持課題の成績（車の横揺れ）を有意に障害し、この車の横揺れの増加が交通事故の増加につながると考えられた。その他の運転技能（追従走行課題、飛び出し課題）、認知機能（持続的注意、遂行機能、ワーキングメモリ）、主観的眠気については、血中濃度との相関は認められなかったが、これらの指標については、個人の薬物動態的差異よりも、個人の薬力学的差異が関与していると考えられた。うつ病患者においても認



知機能障害が認められると報告されているが、抗うつ薬がうつ病症状を改善したとしても、アミトリプチリンを含めた三環系抗うつ薬では回復した患者の運転技能・認知機能にも影響を及ぼすことが示唆された。また、アミトリプチリンの治療薬物モニタリングが、運転の困難さを予測する有用性も示唆した。なお、パロキセチン血中濃度と運転技能・認知機能の関連については次年度に報告したい。今後、抗不安薬であるジアゼパム及びタンドスピロンを用いて、運転技能及び認知機能に与える影響、また薬物血中濃度との関連を調査する予定である。

#### E. 結論

【うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討】

事前確率が2%程度の一般労働者集団では、通常のカットオフ点である5点以上では事後確率が低すぎて二次スクリーニングが効果的に行えない可能性があり、むしろ10点以上を基準とした方がいいこと、しかしハイリスク集団では5点を基準とした方がいいことが明らかになった。

【産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発】

新しい構造化面接では、DSM-IV うつ病エピソードの事後確率が10%以下になると「診断なし」、70%を越えると「可能性大」となるように判定ロジックを作成した。選ばれた9項目は、DSM-IV うつ病エピソードを高い感度・特異度により予測することができ、診断補助や二次スクリーニングに有用と考えられた。

【リワークプログラムの効果を評価するためのRandomized Control Trial】

日本において、初めて職場復帰援助プログラムの効果を実証的に検討する無作為化比較試験を計画し、実施中である。今後、対象者数を確保するための工夫が必要である。

【リワークプログラム実施状況に関する調査】

リワークプログラムの発展を促す今後の施策展開は集団精神療法や作業療法に考慮しつつも主としてデイケアに焦点を当て、うつ病などに特化した専門施設の治療構造を明らかにしていくことにより施設基準が明確化されるであろう。スタッフには心理療法的な素養が必要であり、その点に焦点を当てた研修が有効であろう。他の医療機関に主治医を持つ利用者を受け入れている施設では円滑なりハビリを進めていくためには主治医との情報共有が必要であり、この点に関して今後の調査で明らかにしていく必要がある。リワーク施設の設定員数はまだ少数であり、施設数を増やしていくには、施設の収益構造を明らかにすることにより施策展開が可能となる。これらのプログラムの対象に双極性障害が3割程度含まれている現状を考慮すると双極性障害のリハビリテーションを早急に確立する必要がある。

【標準化リワーク評価シートの作成】

作成されたシートを用いて、評価の試行を行った。今後、評価者間信頼性、併存妥当性、基準妥当性などについて、分析を行う予定である。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

小中規模事業場を中心に、職場復帰支援の取り組みはまだ不十分な状況であることが示された。職場復帰支援を進めていく上で必要なニーズとしては、情報及び仕組みに復職後に必要な就業上の配慮の内容と期間、事業者が職場復帰可否の判断を行うための基準、主治医とスムーズな情報交換を行うための仕組み、就労能力についての適切な評価方法の他、医療機関での職場復帰リハビリテーションプログラムの利用も多くよせられており、今後これらのニーズに対する具体的な取り組みについて検討する必要がある。

【職場復帰準備性評価シートの作成】



1. 職場復帰準備性評価シートの改訂版が完成された。
2. 就労継続に関する追跡調査を行うためのデータシートが完成された。
3. 職場復帰準備性評価シートの改訂版が使用可能であることが確認された。
4. 就労継続に関する追跡調査が開始されている。

【社会適応評価ツールの有用性の検討】

BDIよりもSASSの方がより社会復帰の評価尺度として精度が優れていると考えられた。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

本研究から、血中BDNF、MHPG濃度が職場ストレスの生物学的指標になりうる可能性が考えられる。

【抗うつ薬の作業能力への影響の検討】

抗うつ薬の選択によっては、運転を含めた日常業務の遂行など、うつ病患者の社会復帰を妨げ、労働災害にも結びつく危険性があることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yoshida K, Higuchi H, Takahashi H, Kamata M, Sato K, Inoue K, Suzuki T, Itoh K, Ozaki N: Influence of the tyrosine hydroxylase val11met polymorphism and catechol-O-methyltransferase val158met polymorphism on the antidepressant effect of milnacipran. *Hum Psychopharmacol* 23 (2): 121-8 (2008)
- 2) Miura H, Ozaki N, Shirokawa T, Isobe K: Changes in brain tryptophan metabolism elicited by ageing, social environment, and psychological stress in mice. *Stress* 11 (2):

160-9 (2008)

- 3) Miura H, Ozaki N, Sawada M, Isobe K, Ohta T, Nagatsu T: A link between stress and depression: shifts in the balance between the kynurenine and serotonin pathways of tryptophan metabolism and the etiology and pathophysiology of depression. *Stress* 11 (3): 198-209 (2008)
  - 4) Iwamoto K, Takahashi M, Nakamura Y, Kawamura Y, Ishihara R, Uchiyama Y, Ebe K, Noda A, Noda Y, Yoshida K, Iidaka T, Ozaki N: The effects of acute treatment with paroxetine, amitriptyline, and placebo on driving performance and cognitive function in healthy Japanese subjects: a double-blind crossover trial. *Hum Psychopharmacol* 23 (5): 399-407 (2008)
  - 5) Iwamoto K, Kawamura Y, Takahashi M, Uchiyama Y, Ebe K, Yoshida K, Iidaka T, Noda Y, Ozaki N: Plasma amitriptyline level after acute administration, and driving performance in healthy volunteers. *Psychiatry Clin Neurosci* 62 (5): 610-6 (2008)
2. 学会発表
- 1) 尾崎紀夫: ワークショップ-うつ病者の復職支援プログラム: うつ病復職支援プログラムでの心理教育. 日本うつ病学会, 2008
  - 2) Tsuyoshi Akiyama: Depression in Japan. Symposium "Depression in Asia: Current Status and Future Perspectives" (Chair) The 11<sup>th</sup> Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health, Bangkok, 8,26-29,2008
  - 3) Tsuyoshi Akiyama, Yoshie Sakai, Yoshiya Kawamura: Temperament and change of depressive mood in non-clinical

population. Symposium "Current Implication of Personality in Psychiatry" 13<sup>th</sup> Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. Tokyo, 10.30-11.2.2008

- 4) 秋山 剛：第105回日本精神神経学会総会シンポジウム、「うつ病・不安障害に対するリハビリテーションの現代的役割-リワーク・プログラムの治療的意義-」において標準化リワーク評価シートについて発表を行う予定である。
- 5) 五十嵐良雄：平成21年度日本うつ病学会（平成21年7月31日～8月1日）で【リワークプログラム実施状況に関する調査】の結果の一部を発表の予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

#### I. 文献

- 1) 音羽健司 秋山剛, うつ病による勤労者の障害と職場復帰援助. 精神科臨床サービス, 4(3)320-326, 2004.
- 2) 小山明日香, 田島美幸, 秋山剛, 職場におけるメンタルヘルスと職場復帰援助プログラム. カレントセラピー, 23(1)54-57, 2005
- 3) 岡崎渉, 音羽健司, 秋山剛, 職場復帰のメンタルヘルス; 職場復帰プログラム, 臨床看護, 31(1)35-39, 2004
- 4) 秋山剛, 酒井佳永, 産業精神保健とリスク, 臨床精神医学, 増刊号, 195-204, 2005.
- 5) 河村代志也, 秋山剛, 社員の性格と対処行動が職場のストレスに及ぼす影響, 産業医学ジャーナル, 29, 67-72, 2006
- 6) 秋山剛, 富永真己, 酒井佳永, 岡崎渉, 河村代志也, 復職をめぐる職場健康管理システムの現状, 問題点と対応策, 臨床精神医学, 35(8), 1069-1078, 2006
- 7) 富永真己, 秋山剛, 病休・休職中の生活の

送り方と職場関係者の接し方, 35(8), 1101-1108, 2006

- 8) 田島美幸, 岡田佳詠, 大野裕, 秋山剛, うつ病休職者を対象とした職場復帰援助のための集団認知療法, 産業精神保健14(3), 160-166, 2006
- 9) 秋山剛, 岡崎渉, 富永真己, 小坂守孝, 小山明日香, 田島美幸, 倉林るみい, 酒井佳永, 大塚太, 松本聡子, 三宅由子, 職場復帰援助プログラム評価シート (Rework Assist Program Assessment Sheet : RAPAS) の信頼性と妥当性, 精神科治療学22(5), 571-582, 2007.
- 10) 富永真己, 秋山剛, 三宅由子, 畑中純子, 加藤紀久, 神保恵子, 精神疾患による休職者の職場復帰後フォローアップシートの開発, 臨床精神医学36(10), 1299-1308, 2007.
- 11) Maki Tominaga, Takashi Asakura, Tsuyoshi Akiyama, The effect of micro and macro stressors in the work environment on computer professionals' subjective health status and productive behavior in Japan. Industrial Health, 2007 45(3): 474-86.
- 12) 富永真己, 秋山剛, 三宅由子, 酒井佳永, 畑中純子, 加藤紀久, 神保恵子, 倉林るみい, 田島美幸, 小山明日香, 岡崎渉, 音羽健司, 野田寿恵, 職場復帰前チェックシートに関する産業保健スタッフによる評価の信頼性, 妥当性, 精神医学 50(7):689-699, 2008.

## Ⅱ 分担研究報告