

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  
分担研究報告書

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

分担研究者 川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授  
研究協力者 土屋 政雄 東京大学大学院医学系研究科・特別研究学生  
井上 彰臣 東京大学大学院医学系研究科・院生  
今村幸太郎 東京大学大学院医学系研究科・院生

職域におけるうつ病の早期発見の新しい技術の開発と普及を行うため、本年度は、①うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討、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、③「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しの3つの研究を実施した。①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、K6 調査票を例として層化尤度比（SSLR）を、K6 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。その結果、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。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9項目選定し、これを配置して新しい構造化面接の素案を作成した。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。③「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しについては、本年度は十分な症例数が集まらず、来年度にかけて必要症例数を確保し、検討する予定である。

来年度には、本年度研究で明らかになった課題である、スクリーニング調査票の中程度得点者に対するメンタルヘルス教育のあり方、新しい構造化面接の臨床・産業現場における試行と精度の確認、さらに判定結果に対応した産業医の対応マニュアルの検討を行う必要がある。

A. はじめに

うつ病スクリーニングにはさまざまな課題がある。まず、これまでのうつ病スクリーニング調査票は、臨床場面における検討からはある程度の感度、特異度が得られていても、実際に地

域や職場で使用するときわめて疑陽性が多い（陽性反応適中度が低い）ことが知られている。これは感度、特異度を検討した集団と、地域、職場の一般集団とでは、疾病の事前確率が大きく異なることによる。近年、層別尤度比（SSLR）

の観点から、うつ病スクリーニング調査票のカットオフ点の見直しを行うアプローチがなされるようになってきた。SSLRを用いて、それぞれの集団に適したカットオフ点を選択できるようにするために、この点に関する知見の蓄積が必要である。

第二に、うつ病のスクリーニングでは疑陽性が多い(陽性反応適中度が低い)ために、医師等による面接による二次スクリーニングが必要となる。これまでに廣ら(2002)により労働者向けの簡便な構造化面接法であるBSIDが開発されている。しかしBSIDは、抑うつなどの気分・感情に関する質問からスタートするため、慣れない産業医にはやや使いづらいとの声がある。またその感度・特異度は報告されているものの、一般集団においてどの程度の事後確率を得られるものか十分な検討はされていない。また、川上らはKesslerらの開発したWHO 統合国際診断面接(WHO-CIDI)の短縮版(CIDI-SF)を日本語訳に翻訳した。この面接法はすでに大野ら(2001)によって地域におけるうつ病の把握のために使用されているが、その妥当性検討の結果は報告されていない。産業医がその臨床の中で、うつ病診断の補助として使用できる簡便な新しい構造化面接が必要である。

第三に、現在のうつ病のスクリーニング、診断を行うだけでなく、将来のうつ病リスクを評価し、これを対象者に教育的にフィードバックすることは効果的であると考えられる。平成16-18年度厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究費により開発された「過重労働等健康障害リスク予知チャート」うつ病版(川上, 2008)は、数少ないこの種のツールである。これをベースに、労働者自らがうつ病のリスクを評価できる「心の健康リスク評価ツール」を開発することが期待される。

本年度は、職域におけるうつ病の早期発見の新しい技術の開発と普及を行うため、本年度は、

①うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討、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、③「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しの3つの研究を実施した。

## B. 対象と方法

### 1. うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討

#### 1) 調査対象

本研究では、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)2002-2004年調査分のデータベースを利用して実施された(<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た。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。2002-2004年に調査が実施された地域は、岡山県(岡山市、玉野市)、鹿児島県(串木野市、吹上町、旧市来町および旧東市来町)、長崎県(長崎市)、栃木県(佐野市)である。各地域では原則として、選挙人名簿または住民台帳から地域住民を無作為に抽出して対象者とした。対象者に、依頼状を送付した後、調査員が電話ないし訪問で調査への参加を依頼するか、あるいは民生委員など地域のキーパーソンに対象者を訪問して調査への打診をしてもらい、同意した場合に調査員が連絡をとった。長崎市では、依頼状の郵送(リマインダーも含めて3回)に対して同意の回答を葉書で返した者のみに対して調査が実施されたため、回収率が他の地域とくらべて低くなっている。いずれの地区の調査においても、調査に同意した対象者からインフォームドコンセントを書面で得た。地域調査から得られた回答者は合計2463名(平均回答率

58.4%)である。調査への回答率は、完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者から対象外の者(日本語を使用しない者および調査時点で死亡、転居、入院または入所していた者)を除外した人数を分母として計算している。

WMHJ 調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部(岡山県)、長崎大学医学部(長崎市)および精神保健研究所(鹿児島県)における研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。調査では、個人同定可能な氏名、住所などの情報はカバーシートと呼ばれる台帳にしか記録せず、PCに保存される面接データには対象者IDのみが入力されることとした。また面接時に入力されたデータは、各地域の調査センターのパソコン上で管理され、調査終了後に技術支援センターに転送された。これらのデータ転送過程においては、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。

## 2) 調査方法

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た。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。訓練は5日間で、調査の概要、調査手順、WMH 調査票の使用法、模擬面接などから構成された。

WMH 調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施するかを決めている。前半(Part I)は全ての対象者に対して実施され、後半(Part II)は対象者のうちからランダムに選択された者のみに対して追加調査として実施された。Part Iでは精神障害の診断、相談・受診行動を、Part IIではK6/K10 調査票が実施された。

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。K6/K10 調査票は、表1に示すような6項目、あるいは10項目、5段階の回答選択肢からなる気分・不安障害のスクリーニング調査票であり、米国、豪州およびわが国でその妥当性が検討済みである。この調査では、過去12ヶ月間で最も不調だった1ヶ月を想起してもらい、これに対してK6/K10の各項目を評定してもらった。

## 3) 解析方法

従来数多く開発されてきたスクリーニング尺度に見られた一つの大きな問題点は、提案されるカットオフポイントが研究ごとにしばしば異なっていることであった。異なるカットオフが提案される原因には様々な要因が考えられるが、実は有病率の違いが一つの大きな要因である。この点を明示的に取り扱い、カットオフによる分析に取って代わる解析方法として臨床疫学分野で最近推奨されている方法が層別尤度比SSLRである。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。従って、連続値を取る検査においては、検査値ごとに(もしくは検査値の層ごとに)SSLRを計算することが出来る。集団の有病率、もしくは個人の検査前確率と、SSLRを用いると、ある検査値を取った集団もしくは個人の検査後確率はベイズ理論に基づき次のように計算される。

$$\text{検査前オッズ} \times \text{SSLR} = \text{検査後オッズ}$$

$$\text{ただし、オッズ} = \text{確率} / (1 - \text{確率})。$$

従って、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。SSLR によるアプローチは、カットオフによるアプローチに比して、いくつかのすぐれた点を有する。第1に、連続値を取る検査に対してはもとの検査結果に含まれた情報量をできるだけ生かすことが出来る。第2に、SSLR 法は臨床的に直感的であり、Fagan のノモグラムを用いて、症例ごとに適用することが出来る。第3に、SSLR は有病率とは独立しているため、検査ごとにより一般性のある検査特性を得ることが出来る。

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。また 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いくつになるかを試算した。

## 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

### 1) 対象

産業医等を対象とするうつ病診断の簡便な新しい構造化面接法を開発するために、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 面接データを解析した。各地域調査から得られた回答者は合計4,134名(平均回答率55.1%)である。このうち、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。ただし症状項目選定の際には、食欲増加、過眠の項目は選定しなかった。また自殺の計画、自殺企図などの重症な項目も選ばなかった。

### 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素案を作成した。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。その上で、各ブロックごとに SSLR を計算して判定ロジックを作成した。判定ロジック作成にあたっては、SSLR に基づき事前確率を25%と設定した場合の、各ブロックでの症状数別の事後確率を求め、これが10%以下になれば大うつ病の可能性はなし、おおむね70%以上になれば大うつ病の可能性大、これらの中間はさらに追加の質問が必要とした。なお事前確率25%は、WHMJ2002-2006調査データにおける、これまでに数日間以上の抑うつ気分あるいは興味の減退のエピソードを経験した者における DSM-IV 大うつ病エピソードの生涯発生確率を用いている。

### 3. 「過重労働等健康障害リスク予知チャート」

の見直し

過重労働等健康障害リスク予知チャートうつ病版を、発症からの期間の短い、有職のうつ病患者30例程度に試行し、これまでに得られている正常対照群のデータと比較することで、その項目や係数を見直す。

## C. 結果

### 1. うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討

本研究に使用したデータでは、887名がPart II 面接に回答しており、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(図1)。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、以降の解析では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(表2)。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。

### 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

#### 1) ステップワイズロジスティックによる症状項目の選定

WHO-CIDI3.0では、過去に2週間以上の抑

うつ、興味減退、疲労のエピソードありと回答した者を対象として症状をたずねる方式をとっている。このため解析はこの基準に該当した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)において実施された。表3に示すように、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(Aブロック)。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(Bブロック)。Bブロックの直後には、そ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(Cブロック)。同様にCブロックで判定が困難な場合には④と⑤の質問を行って判定することとした(Dブロック)。作成した構造化面接の素案を資料1に示す。

#### 3) 判定ロジックの作成

作成した構造化面接のロジックに対応して、該当するDSM-IV大うつ病エピソードあり、なしのそれぞれ的人数、SSLR、さらに予想事後確率を表4に示した。予想事後確率に応じて、それぞれの判定方針も記載した。

#### 4) ROC 分析による評価

各ブロックまでの症状項目数による DSM-IV 大うつ病エピソードの予測効率を ROC 分析で図 2 に示した。A ブロックに使用した 3 症状ですでに十分に感度が高いが、追加の質問をすることで、主に特異度が増加することが観察された。

#### 3. 「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直し

本年度は、うつ病患者のリクルートに困難があり、3 例のみしか過重労働等健康障害リスク予知チャートうつ病版を試行することができなかった。来年度にはさらに症例数を増やし、30 例程度まで増加させる予定である。

#### D. 考察

##### 1. うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討

代表的なうつ・不安障害スクリーニング調査票である K6 を例に、SSLR の考え方によりそのスクリーニング効率を見直した。その結果、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。カットオフ点を引き上げることで見逃しが生じる可能性はあるが、5-9 点という中程度の得点者におけるうつ病は、比較的軽度であり、また短期間で自然に回復する可能性も高い。そのため、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。また、5-9 点という中程度得点者からは、その絶対数が多いため、将来のうつ病発症者の総数は大きくなることが予想される。これに対しては、スクリーニングによるハイリスクアプローチではなく、この群に対するポピュレーションアプローチが効果的である可能性がある。従って、中程度得点群には、スクリーニングよりも、むしろうつ病の理解と予防のための教育を提供することが効果的である可能性がある。

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。

##### 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

20-60 歳の地域住民調査のデータを利用して作成された簡便な新しい構造化面接法は、高い効率で、DSM-IV 大うつ病の診断を補助（あるいはスクリーニング）することができると思われた。特に SSLR と事後確率を基盤として作成された判定ロジックは、臨床医に使用しやすいものと期待される。

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 Depression: Management of depression in primary and secondary care (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>) 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。

### 3. 「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直し

「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しは、来年度に向けてさらに症例を集積し、来年度には一定の結論を出す予定である。

## E. 結論

職域におけるうつ病の早期発見の新しい技術の開発と普及を行うため、本年度は、①うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討、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、③「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しの3つの研究を実施した。①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、K6 調査票を例として層化尤度比 (SSLR) を、K6 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。その結果、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。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9項目選定し、これを配置して新しい構造化面接の素案を作成した。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。③「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しについては、本年度は十分な症例数が集まらず、来年度にかけて必要症例数を確保し、検討する予定である。

来年度には、本年度研究で明らかになった課題である、スクリーニング調査票中程度得点者に対するメンタルヘルス教育のあり方、新しい

構造化面接の臨床・産業現場における試行と精度の確認、さらに判定結果に対応した産業医の対応マニュアルの検討を行う必要がある。

#### F. 健康危険情報

該当せず。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし。

##### 2. 学会発表

該当なし。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

#### I. 謝辞

WMH-J 2002-2006調査の共同研究者は下記の通りである。また各地域の調査員および調査センタースタッフ、調査をご支援いただいた行政関係者、民生委員、愛育委員の皆様、調査にご協力いただいた対象者の方に深く感謝いたします。

川上憲人1, 大野 裕2, 中根允文3, 中村好一4, 深尾 彰5, 堀口逸子6, 立森久照7, 岩田 昇8, 宇田英典9, 中根秀之10, 渡邊至4, 大類真嗣5, 船山和志11, 長沼洋一7, 古川壽亮12, 畑 幸宏13, 小林雅典4, 阿彦忠之14, 山本祐子6, 三宅由子7, 竹島 正7, 吉川武彦15

1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野, 2 慶應義塾大学保健管理センター, 3 長崎国際大学人間社会学部, 4 自治医科大学公衆衛生学教室, 5 山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座, 6 順天堂大学医学部公衆衛生学教室, 7 国立精神・神経センター精神保健研究所, 8 広島国際大学心理科学部臨床心理学科, 9 鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部長 兼

鹿屋保健所長, 10 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, 11 横浜市鶴見福祉保健センター, 12 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野, 13 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学精神機能病学, 14 山形県村山保健所, 15 中部学院大学人間福祉学科

#### J. 引用文献

Furukawa TA, Kessler R, Andrews G, Slade T. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* 2003; 33: 357-62.

Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008; 17 (3): 152-8.

廣 尚典他. 職場における自殺予防対策の現状に関する検討. 平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ」研究成果報告書. 産業医科大学, 2002, pp. 55-63.

川上憲人. 過重労働等による労働者のストレス負荷の評価に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)総括研究報告書, 2008.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological*



Medicine 2002; 32: 959-76.

大野 裕他. うつ状態のスクリーニングとその  
転帰としての自殺の予防システム構築に関  
する研究 総合研究報告書, 平成11~12年  
度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉  
総合研究事業, 2001, pp. 3-24.

Saito M, Iwata N, Kawakami N, Matsuyama Y.  
World Mental Health Japan 2002-2003  
Collaborators. Evaluation of the DSM-IV  
and ICD-10 criteria for depressive  
disorders in a community population in  
Japan using item response theory.  
International Journal of Methods in  
Psychiatric Research (in press).

表1 K6/K10 質問票

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。

1. 理由もなく疲れ切ったように感じましたか。(K10)
2. 神経過敏に感じましたか。(K6/K10)
3. どうしても落ち着けないうらいに、神経過敏に感じましたか。(K10)
4. 絶望的だと感じましたか。(K6/K10)
5. そわそわ、落ち着かなく感じましたか。(K6/K10)
6. じっと座ってられないほど、落ち着かなく感じましたか。(K10)
7. ゆううつに感じましたか。(K10)
8. 気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか。(K6/K10)
9. 何をするのも骨折りだと感じましたか。(K6/K10)
10. 自分は価値のない人間だと感じましたか。(K6/K10)

注1: K10は、K6に追加の4項目を加えて使用する。

注2: 回答選択肢は「1. 全くない」(0点)、「2. 少しだけ」(1点)、「3. ときどき」(2点)、「4. たいてい」(3点)、「5. いつも」(4点)の5段階で回答を求めて採点し、6項目(K6)ないし10項目(K10)の合計得点を計算する。

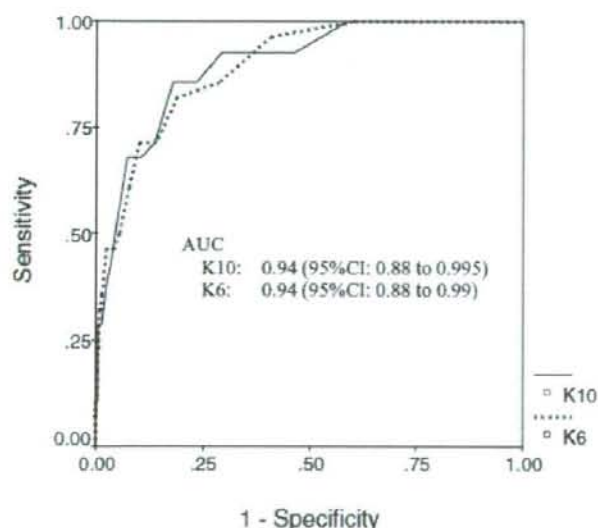


図1 K6およびK10尺度の気分・不安障害のスクリーニングにおけるROC曲線

表2 K6の得点別の層別尤度比と異なる検査前確率の集団における検査後確率の予想

	K6 得点		
	0-4	5-9	10+
層別尤度比, SSLR (尤度比の95%信頼区間)	0.33 (0.20-0.57)	2.24 (1.16-4.33)	18.15 (10.57-31.15)
労働者中の気分・不安障害の検査後確率(検査前確率を2%と仮定)	0.7%	4.4%	27.0%
中程度リスク集団(システムエンジニアなど)における気分・不安障害の検査後確率(検査前確率を10%と仮定)	3.5%	19.9%	66.9%
ハイリスク集団(慢性疾患有病者など)における気分・不安障害の検査後確率(検査前確率を30%と仮定)	12.4%	49.0%	88.6%

注: 事後オッズ=SSLR×事前オッズ. ただしオッズ=確率/(1-確率).

表3 DSM-IV 大うつ病（生涯診断）を目的変数とした WHO-CIDI3.0 の 16 症状項目によるステップ  
ワイズロジスティック回帰分析の結果取り込まれた変数（括弧内は WHO-CIDI3.0 の質問番号）（過去  
に 2 週間以上の抑うつ、興味減退、疲労のエピソードありと回答した 291 名の解析）\*

症状	回帰係数 (B)	標準誤差 (SE)	Wald $\chi^2$ 値	P 値	オッズ比
抑うつ気分(*D24a)	1.936	0.691	7.845	0.005	6.9
喜びの喪失(*D24e)	1.316	0.431	9.306	0.002	3.7
食欲低下(*D26a)	1.337	0.428	9.739	0.002	3.8
睡眠の問題(*D26g)	1.438	0.452	10.123	0.001	4.2
疲労・気力低下(*D26j)	1.767	0.473	13.969	0.000	5.9
思考速度の低下(*D26p)	0.884	0.467	3.588	0.058	2.4
集中困難(*D26r)	1.192	0.430	7.691	0.006	3.3
劣等感(*D26u)	0.934	0.502	3.467	0.063	2.5
死について考える(*D26aa)	1.451	0.481	9.086	0.003	4.3

\* 取り込み基準 P<0.10、除外基準 P>0.20.

表4 選択された症状による各ステップでの DSM-IV 大うつ病の SSLR、事後確率および判定（案）

症状数	DSM-IV 大うつ病		SSLR	事後確率*	判定(案)
	非該当 (人数)	該当 (人数)			
質問Aチェックポイント(抑うつ気分、疲労、喜びの減退)					
いずれも「いいえ」	17	-			非該当
いずれか「はい」	65	209	1.262	0.296	質問継続
質問Bチェックポイント(睡眠の問題と食欲低下)					
A チェックポイントで終了					
1 個	12	-	0.000	0.000	非該当
2 個	17	9	0.208	0.065	非該当
3 個	22	32	0.571	0.160	質問継続
4 個	10	81	3.178	0.514	質問継続
5 個	4	87	8.533	0.740	大うつ病
質問Cチェックポイント(思考速度の低下、集中困難)					
Bチェックポイントで終了					
2 個	6	1	0.065	0.021	非該当
3 個	21	11	0.206	0.064	非該当
4 個	17	25	0.577	0.161	質問継続
5 個	5	56	4.394	0.594	質問継続
6 個	1	67	26.287	0.898	大うつ病
7 個	3	49	6.408	0.681	大うつ病
質問Dチェックポイント(劣等感、死について考える)					
Cチェックポイントで終了					
4 個	14	5	0.140	0.045	非該当
5 個	4	38	3.727	0.554	(大うつ病)**
6 個	3	48	6.278	0.677	大うつ病
7 個	3	51	6.670	0.690	大うつ病
8 個	1	41	16.086	0.843	大うつ病
9 個	1	14	5.493	0.647	大うつ病
合計	82	209			

\* 質問Aへの該当者中の DSM-IV 大うつ病の事前確率を 25%と仮定した場合の試算。

\*\* この段階で DSM-IV 診断では A 基準の症状数を満たすことになるため、大うつ病に該当すると判断することとした。

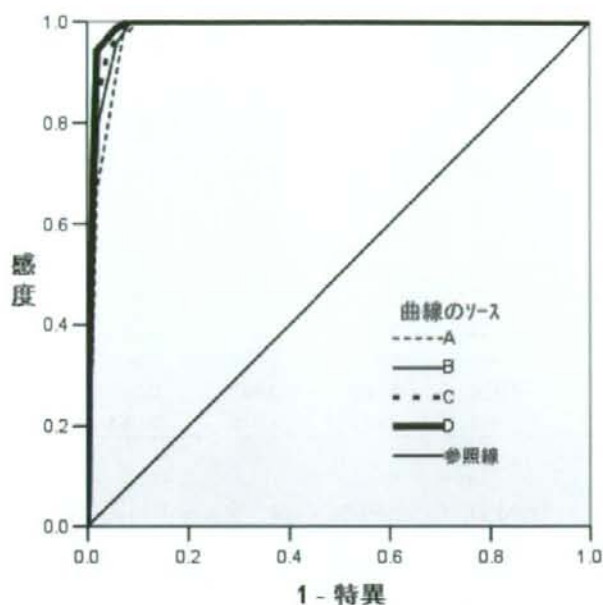


図2 産業医等を対象とするうつ病診断のための簡便な新しい構造化面接法における症状数のDSM-IV 大うつ病エピソード (生涯) スクリーニング効率。AはAブロックの3症状 (AUC=.977)、BはBブロックまでの5症状 (AUC=.984)、CはCブロックまでの7症状 (AUC=.988)、Dは9項目すべての症状数 (AUC=.990)により DSM-IV 大うつ病エピソード (生涯) を予測した場合を示す。詳細は資料1参照。

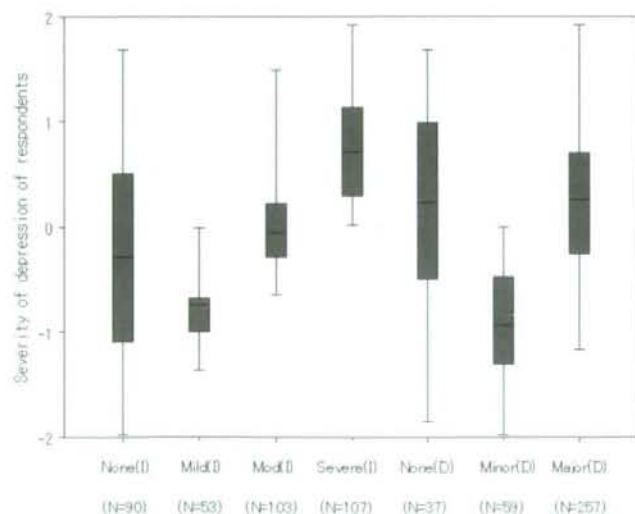


図3 DSM-IV 大うつ病、小うつ病エピソード [Major(D)および Minor(D)と記載]と ICD-10 軽症、中等症、重症うつ病エピソード [それぞれ Mild(I), Mod(I), Severe(I)と記載]の重症度の項目反応理論 (IRT) による比較 (Saito et al, in press)。縦軸は IRT により推定されたうつ病エピソードの重症度であり、上方ほど重症であることを示す。

資料1：産業医等を対象とするうつ病診断のための簡便な新しい構造化面接法（案）

質問A 最近のあなたの体調、お仕事、生活の様子について教えてください。 最近、調子の悪い状態がほぼ毎日、2週間以上続いていますか。 例えば、		
A1. たいして働いたわけでもないのに、疲れや気力のなさを感じますか(*D26j)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
A2. たとえ何かよいことがおきても、何も楽しくないように感じますか(*D24e)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
A3. ほとんど1日中、悲しい、むなししい、あるいはゆううつだと感じますか(*D24a)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
いずれも「いいえ」→評価1へ進む 自分から「毎日ではない」と回答→評価2へ進む 自分から「2週間は続いてない」と回答→2週間継続するかどうか、今後のフォローを計画し、質問を継続する。 いずれか「はい」→質問Bへ進む		

質問B 睡眠と食欲		
B1. 寝つきが悪かったり、ぐっすり眠れなかったり、あるいはあまりに早く目がさめることが、いつもより、かなり多いですか(*D26g)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B2. いつもより、ずっと食欲がないですか(*D26a)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
A1, A2, A3, B1, B2のうち 「はい」が2つ以下→判定2へ進む 「はい」が3～4つ→質問Cへ進む 「はい」が5つ →判定3へ進む		

質問C 思考速度と集中力		
C1.いつもより、考える速度がかなり遅くなった、あるいは考えがまとまりませんか(*D26p)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
C2. いつもより、かなり集中できませんでしたが(*D26r)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
A1, A2, A3, B1, B2, C1, C2のうち 「はい」が3つ以下→判定2へ進む 「はい」が4～5つ→質問Dへ進む 「はい」が6つ以上→判定3へ進む		

質問D 自信の低下や死について考えること		
D1.他の人たちほど能力がないと感じますか(*D26u)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
D2. あなた自身の死、誰か他人の死、あるいは死一般についてよく考えますか(*D26aa)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
A1, A2, A3, B1, B2, C1, C2, D1, D2のうち 「はい」が4つ以下→判定2へ進む 「はい」が5つ以上→判定3へ進む		

判定基準（案）

判定1 うつ病の可能性低い（10%以下）
判定2 軽度うつ状態（DSM-IV 小うつ病、ICD-10 軽症うつ病の可能性）。
判定3 うつ病（DSM-IV 大うつ病、ICD-10 中等症以上うつ病）の可能性高い（70%以上）。 なお、質問D2をたずねておき、対応の参考にすることが望ましい。

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  
分担研究報告書

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（研究協力者 報告書作成担当） 順天堂大学医学部精神医学教室助教  
秋山 剛（統括研究者） NTT 東日本関東病院精神神経科部長  
川上 憲人（分担研究者） 東京大学大学院医学系研究科教授

研究協力者

今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野 大学院生）  
鶴川 晃（アジア福祉教育財団難民事業本部 臨床心理士）  
村上 裕子（東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部  
EAP室 臨床心理士）  
久野裕美子（東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部  
EAP室 臨床心理士）  
佐藤 幸江（東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部  
EAP室 臨床心理士）  
近藤 知子（東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部  
EAP室 臨床心理士）  
高橋 千佳（東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部  
EAP室 臨床心理士）  
飯田 亜佳（湘南鎌倉総合病院 臨床心理士）  
梁 大樹（江戸川教育研究所 臨床心理士）  
大庭 輝（至誠ホーム 臨床心理士）

研究要旨

うつ病による休職者増に伴い、うつ病患者のスムーズな復職と復職後の再発を減少させるための職場復帰援助プログラムが実施されるようになってきたが、職場復帰援助プログラムの効果を実証的に検討した研究はない。そこで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るRCTにより、リワークプログラムの効果を実証的に検証する。今後の課題としては、研究対象者を増やすため、募集方法や広報活動の工夫などが挙げられる。

A. 研究目的

うつ病による休業者は増加傾向にある。これに従い、精神疾患による休職後にいかにスムー

ズに職場に復帰し、再発を防ぐかということが、患者、企業、医療機関にとって重要な課題となっている。しかしうつ病患者の中には、うつ症状

がある程度改善した後も復職が困難であるものは少なくない。その理由の1つとして、通常行われるうつ病の治療は、服薬と休息によって症状の改善をはかるものであるが、こうした治療によって症状が改善した状態と復職して仕事ができる状態との間には乖離が大きいことがあげられる。また復職が可能になったとしても、再発して再度休職に至る例も少なくない。

このような状況を受け、全国の自治体、医療機関、事業所がうつ病患者の復職を援助するプログラムを開始しつつある。このうち医療機関による職場復帰援助プログラム（リワークプログラム）としては、NTT 東日本関東病院をはじめとするいくつかの医療機関で、「生活リズムの改善」「基礎体力の向上」「集中力と意欲の向上」「対人関係能力や問題解決能力の向上」を目的としたプログラムが実施されている。休職者の増加に伴い、リワークプログラムへのニーズが増加していること、またリワークプログラムは経験的に有用だと考えられていることから、近年、リワークプログラムを実施する医療機関はますます増えてくることが予測される。

ただしわが国においてリワークプログラムにどのような効果がどの程度あるかについて検討した研究はない。現在、全国的にリワークプログラムが広がりつつあることを考慮すると、医療機関における標準的なリワークプログラムが復職を希望するうつ病患者にもたらす効果について客観的に検討する必要がある。そこで我々は以下の研究計画を立案した。

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るRCTを行い、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復職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。

## B. 研究方法

### 1. 対象

#### 1) 必要症例数

リワークプログラムによる介入群 90例、対照群 90例。

#### 2) 選択基準

①大うつ病性障害、②ハミルトンうつ病評価尺度17項目版にて15点以下、③現在在職しており復職の意志がある、④症状が改善しておりプログラムに継続して参加可能、⑤主治医の許可が得られる、⑥研究への説明同意が得られている。

#### 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を除外する。

#### 4) 募集方法

企業の健康管理室、都内のクリニック、病院にDMもしくはEmailを発送する。

ホームページを作成し、ホームページ上で対象者を募集する。

#### 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

対象者は3つのリワークプログラム群（NTT 東日本関東病院、品川駅前クリニック、メディカルケア虎ノ門の3施設で実施されるリワークプログラムのいずれか）、もしくは対照群（NTT 東日本関東病院精神科部長秋山剛医師による個人生活保健指導）の4群に、無作為に割り付けられる。

#### 2) プログラム以外の治療

対象者は主治医による外来治療を続けながら、プログラムに参加する。その他、対象者が希望する治療を制限しない。ただし、対象者が研究参加期間に受けたその他の治療内容につい

ては、対象者より報告をうけ記録する。

### 3) 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。

### 4) 対象者の割り付け

公正な第三者がコントローラーとなり、対象者を無作為に割り付ける。

## 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復職までの期間
- ②再休職の有無と勤務継続期間
- ③自記式社会適応尺度 (Social Adaptation Self-evaluation Scale; Bosc et al., 1997)
- ④復職準備性尺度
- ⑤復職後のワークパフォーマンス (WHO-HPQ; Kessler et al., 2003)

### 2) 副次的評価項目

- ①うつ症状 (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1996, Hamilton Rating Scale for Depression; Hamilton, 1960)
- ②非効果的態度 (The Dysfunctional Attitude Scale; Power, 1995)
- ③対処能力 (Coping Inventory for Stressful Situations; CISS; Endler, 1990)
- ④主観的 QOL (WHO-QOL; WHO, 1993)
- 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 (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San

Diego - Autoquestionnaire version ; Akiskal et al., 1995, Temperament and Character Index ; Cloninger, 1993)

- ⑥養育体験 (Parental Bonding Instrument ; PBI; Parker, 1979)
- ⑦ソーシャルサポート (Social Support Questionnaire6 項目版; SSQ6; Sarason et al., 1983)
- ⑧アルコール依存傾向 (WHO/Audit 問題  
飲酒指標)
- ⑨介入施設

### 4) 評価時期

介入による短期的効果の評価として、介入前、介入開始後1か月、3か月、5か月、介入終了時、復職時に調査を行う。

さらに、介入後のフォローアップ調査として、復職後3か月、6か月、9か月、1年、1年6か月、2年時に調査を行う。

### 5) 評価の盲検化

評価は独立した評価者 (リサーチアシスタント) が行い、評価者は対象者の割り付け結果については知らされない。対象者に対して、介入内容について評価者に話さないように伝えておく。

また対象者に対しても、どのような介入にどのような効果が期待されているかについては伝えない。

## 4. 統計解析

1) 介入群と対照群間に、介入前後の各指標の変化の差が認められるかどうかを検討する (二元配置の分散分析)。

2) 介入群と対照群間に、復職までの期間および復職の可否に差が認められるかを検討する (ロジスティック回帰分析、生存分析)。

3) 介入群と対照群間に復職継続期間および再発率に差が認められるかどうかを検討する (ロジスティック回帰分析、生存分析)。



4) 介入群と対照群間に、復職一定期間後の各指標に差が認められるかを検討する(分散分析)。

## C. 研究結果

### 1. 先行研究のレビュー

これまでの先行研究について検討した結果、性格や気質については、Temperament and Character Inventory (Cloninger et al., 1993) の Harm Avoidance、Novelty Seeking、Self-Directedness に関する項目、Temperament Evaluation of Memphis、Pisa、Paris and San Diego-Autoquestionnaire version (TEMPS-A; Akiskal et al., 1995) の抑うつ気質、循環気質、発揚気質に関する項目、および Munich Personality Test (MPT; von Zerssen et al., 1988) のメランコリー型性格に関する項目について調査を行なうこととした。

養育体験については、Parental Bonding Instrument (Parker, 1979)、ソーシャルサポートについては、Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983)、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。

### 2. 研究の実施状況

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人が研究に応募し、2人がすでに研究に導入されている。

## D. 考察

応募者は当初予定していたよりも少ない傾向にある。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、予定対象者数の確保が難しくなると同時に、対象者の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う必要がある。方法としては、①嘱託産業医を対象に広報を行い、対象者の紹介を依頼する、②事業所(総務、人事など)を対象に広報を行い、対象者の紹介を依頼する、③研究班でセミナーやシンポジウムなどを開催し、一般に向けて広く周知する、④新聞などのメディアを利用し、一般に向けて研究を周知する、などの方法が挙げられる。

## E. 結論

日本において、初めて復職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。

## F. 健康危険情報

総括研究報告書に記入する。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

- 1) Tsuyoshi Akiyama: Depression in Japan. Symposium "Depression in Asia: Current Status and Future Perspectives" (Chair) The 11th Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health, Bangkok, 8.26-29.2008
- 2) Tsuyoshi Akiyama, Yoshie Sakai, Yoshiya Kawamura: Temperament and change of depressive mood in non-clinical population. Symposium "Current Implication of Personality in Psychiatry" 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Tokyo, 10.30-11.2.2008

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

I. 文献

- 1) Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, et al. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord.* ;85(1-2): 3-16., 2005.
- 2) 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.
- 3) Akiyama T, Tsuda H, Matsumoto S, Miyake Y, Kawamura Y, Noda T, Akiskal KK, Akiskal HS. The proposed factor structure of temperament and personality in Japan: combining traits from TEMPS-A and MPT. *J Affect Disord.* 85(1-2):93-100. 2005
- 4) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- 5) Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol. Suppl* 1, S57-S70, 1997.
- 6) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50, 975-990, 1993
- 7) Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Multi-Health Systems, Toronto, 1990.
- 8) Hamilton M A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 23: 56-62, 1960.
- 9) Kessler RC, Barber C, Beck A, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 45(2), 156-174, 2003.
- 10) 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
- 11) Matsumoto S, Akiyama T, Tsuda H, Miyake Y, Kawamura Y, Noda T, Akiskal KK, Akiskal HS. Reliability and validity of TEMPS-A in a Japanese non-clinical population: application to unipolar and bipolar depressives. *J Affect Disord.* 85(1-2), 85-92. 2005
- 12) 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
- 13) 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.
- 14) Parker G, Tupling H, Brown L.B. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology.* 52, 1-10, 1979.
- 15) Power MJ, Duggan CF, Lee AS, Murray RM. Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. *Psychol Med.* 25 : 87-93, 1995.
- 16) Sakai Y, Akiyama T, Miyake Y, Kawamura Y, Tsuda H, Kurabayashi L, Tominaga M, Noda T, Akiskal K, Akiskal H. Temperament and job stress in Japanese company employees. *J Affect Disord.* 85(1-2): 101-12. 2005
- 17) Sarason IG, Levine HM, Basham RB et al. Assessing social support: The social

- support questionnaire Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-149, 1983.
- 18) von Zerssen, D., Pfister, H., Koeller, D.M. The Munich Personality Test (MPT)-a short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: formal properties and clinical potential. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 238, 73-93.1988.
- 19) World Health Organization. WHOQoL Study Protocol. WHO, 1993.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究年度終了報告書

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  
分担研究報告書

リワークプログラム実施状況に関する調査

分担研究者 五十嵐 良雄（メディカルケア虎ノ門院長）

要旨：リワーク研究会所属の施設と利用者を対象とし、リワーク（復職支援）プログラムの実施状況を調査した。38医療機関のうち34医療機関から回答を得た。デイケアで運用の施設が8割を占め、都市部の商業地域に多かった。うつ病等のリワーク専門の施設は約半数で、現在運用されているリワーク施設全体の定員は1650人程度であった。37施設で合計174名のスタッフが勤務し、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師がそれぞれ4分の一程度を占めていた。約半数の施設では主治医の変更を必要とし、条件を満たせばすぐプログラムが開始という施設が50%を超えていた。施設独自の評価票は4施設のみで使用されていた。全37施設より、計209個のプログラムについて回答があり、「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。登録者は計593名であり、男性が7割を超え、ICD10の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%であり、双極Ⅱ型障害の可能性は3割弱であった。リワーク専門施設か否かで比較すると、非専門施設に比較して専門施設では利用規定や利用日数のステップが明確で利用が構造化されている施設が多かった。プログラムについては専門施設では「心理教育」が多く、利用者の病歴も有意に長く、主診断以外の診断で「神経症性障害（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（F2）」は、非専門施設の登録者で6.3%と多かった。これらのことより、①リワークプログラムの発展を促すためには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することにより施設基準が明確化される、②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る、③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効果的なりハビリを進めるために主治医との情報共有が必要であり、今後その調査を行う必要がある、④リワーク施設の定員数はまだ少数で施設の収益構造を明らかにすることにより施設数を増やす施策展開が可能となる、⑤利用者に双極性障害が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、という結論を得た。