

200905028A

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21年度 総括分担研究報告書

研究代表者 秋山 剛
平成22(2010)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に対する意識調査と
うつ病教育用ウェブサイトの開発 ……………川上 憲人 37
2. 職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成 ……………川上 憲人 57
3. 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 75
4. 全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究 ……………五十嵐良雄 85
5. 標準化リワーク評価シートの改訂 ……………秋山 剛 101
6. リワークプログラムの標準化に関する研究 ……………五十嵐良雄 109
7. 職場復帰準備性評価シートの開発 ……………秋山 剛 123
8. 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 127
9. 復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連 ……………田中 克俊 131
10. 抗不安薬の作業能力への影響の検討 ……………尾崎 紀夫 137
11. 地域保健版マニュアルの改訂 ……………大野 裕 141

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …………… 277

- IV. 研究成果の刊行物・別刷 …………… 279

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

職域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による職場復帰への援助、職場復帰に関する評価指標の開発、薬剤の作業能力に対する影響、地域の市町村職員、保健医療従事者との連携などについて、包括的に検討することが必要である。

今年度、本研究では、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に対する意識調査とうつ病教育用ウェブサイトの開発、②職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成を行った。

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、③リワークプログラムの効果を評価するための、Randomized Control Trial の継続と中間分析、④非介入群の経過、⑤全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究、⑥標準化リワークプログラム評価シートの改訂と内的整合性、評価者間信頼性の検証、⑦リワークプログラムの標準化に関する研究を行った。

職場復帰に関する指標の開発については、⑧職場復帰準備性評価シートの評価者間信頼性、内的整合性、就労継続に関する予測妥当性、⑨、社会適応評価ツールの有用性、⑩職場復帰に関する生物学的指標の開発、⑪復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連、について検討を行った。

薬剤の作業能力に対する影響については、本年度は、⑫抗不安薬の運転課題成績への影響に関する検討を行った。

⑬平成16年1月に地域におけるうつ対策検討会において作成された「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー」および「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」の改訂を行ない、地域の市町村職員、保健医療従事者がうつ病休職者の職場復帰支援を適切に行えるように内容を補完した。

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
大野 裕	慶應義塾大学保健管理センター	教授
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	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 つ病教育用ウェブサイトの開発
【うつ病スクリーニングに対する意識調査とうつ病スクリーニング尺度中得点者に対するうつ病

教育のための Web 教材 (University of Tokyo website for Stress Management and Education in Depression, UTSMed、略称「うつめど。」) を開発した。またうつ病スクリーニングに対する労働者の意見を、複数の市町村の公務員を対象に調査し、今後のうつ病スクリーニングのあり方を明らかとした。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

職域において産業保健スタッフが簡便に実施できる双極性障害のスクリーニング法を確立するために、気分障害あるいは不安障害を有する労働者を対象として、従来の臨床場面で使用されてきた尺度 (MDQ および BSDS 尺度) に加え、新たに開発した職場用双極性障害スクリーニング尺度を用いて、これらの尺度の内的整合性による信頼性および双極性障害をスクリーニングする効率 (感度、特異度、Area Under the Curve: AUC) を検討した。

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

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について、どのような効果をもたらすかについて実証的検証を開始している。今回は、2008年10月から2010年4月までに研究に応募してきた対象について、導入状況、対象者の特徴、研究から脱落した対象者の特徴をについて報告する。

【非介入群の経過】

産業医科大学において、非介入群の経過をまとめるため症例を集積した。

【全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究】

昨年の調査に引き続き定期的にうつ病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改訂】

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、平成20年度に作成された、「標準化リワークプログラム評価シート」について、内的整合性、評価者間信頼性の検証を行った後、評価シートの改訂を行い、改訂された評価シートについて内的整合性、評価者間信頼性の検証を行った。

【リワークプログラムの標準化に関する研究】

現在医療機関において実際に実施されているプログラムの要素を抽出し、それらの要素をグループ化することによって、プログラムの全体像が明らかとなる方法を確立し、標準的なプログラムを作る方法の確立を目的とした。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

平成20年度に、従来使用されていた職場復帰準備性評価シートの改訂が終了しており、本研究では、改訂されたシートについて、評価者間信頼性、内的整合性、就労継続に関する予測妥当性についての検証を行った。

【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 Social adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の有用性の検討を他覚的うつ状態の評価尺度であるハミルトンうつ病評価尺度 (Ham-D) および他の自記式うつ病評価尺度である Beck Depression Inventory (BDI) を用いて、健常者と休職者している人とを判別するために施行した。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

健常者と休職者とを区別する精神的ストレスの生物学的なマーカーを見出すことを目的とした。具体的には、自記式 SASS 日本語版の有用性を従来から利用されている自記式うつ病評価尺度の一つである BDI とを比較検討した。さらに、BDNF (脳由来栄養因子)、血漿中

MHPG、HVA などモノアミンの代謝産物を生物学的なマーカーとして経時的に測定した。

【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】

光電脈波センサと3軸加速度センサを内蔵する腕時計式の携帯型センサを用いて、復職前の労働者の夜間睡眠の状態を評価し、復職後の経過との関連について検討した。

【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

薬理作用の異なる抗不安薬が運転技能及び認知機能に与える影響を詳細に検討し、患者の社会復帰や日常生活を考慮した適切な抗不安薬薬物療法を明確化した。

【地域保健版マニュアルの改訂】

平成16年1月に地域におけるうつ対策検討会において作成された「うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために—」および「うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—」の改訂を行ない、地域の市町村職員、保健医療従事者がうつ病休職者の職場復帰支援を適切に行えるように、補遺を作成し内容を補完した。

B. 研究方法

【うつ病スクリーニングに対する意識調査とうつ病教育用ウェブサイトの開発】

1. うつ病教育 website の開発

1) うつ病教育・情報提供サイトのレビュー

うつ病に関する教育・情報提供ウェブサイトを検索し、特徴、コンテンツ、優れた点について評価を行った。

2) うつ病教育 website のコンテンツ設計

レビュー結果から、読みやすく必要十分な情報を提供するためのコンテンツやデザインについてまとめた。

3) うつ病教育 website (試行版) の作成

コンテンツ案に従い、website にくみ上げ、うつ病教育 website (試行版) を作成した。

2. うつ病スクリーニングに対する労働者の意見

1) 調査対象

対象者は、関東地方の6つの地方自治体の7つの事業場に勤務する公務員である。調査は2009年3月に実施された。性別、年齢、うつ病のスクリーニングに関する意識調査に回答があった1976名のうち、今回の調査にすべて回答した1957名について解析を行った。

2) 調査方法

以下の4つの質問を行った。

(1) うつ病スクリーニングへの希望：「あなたは、自分の職場で、うつ病の「スクリーニング」が職場で実施されることを希望しますか？」

(2) スクリーニングへの回答に関する態度：「うつ病の「スクリーニング」が職場で実施された場合、あなたは本当の自分の状態を回答するでしょうか。あるいは、本当とは違った回答をするでしょうか。」(3) 二次面接への態度：「スクリーニングで、もし自分がうつ状態や高ストレスと判定された場合、医師や看護師の面接を受けることを希望しますか？」(4) うつ病スクリーニングに関して重要な点：「うつ病のスクリーニングの際に、あなたにとって大事と思うことを、以下から3つまで選んでください。」とたずね、9つの選択枝から3つまで回答を得た。

3) 統計解析

回答に性差、年齢差があるかどうかの検定をカイ二乗検定により行った。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

1. 調査対象

2009年9月～11月の期間に、都内のリワーク専門精神科クリニック（一箇所）に通院する気分障害および不安障害を持つ労働者55名が本調査に参加した。対象者には、職場用双極性障害スクリーニング尺度、Mood Disorder Questionnaire (MDQ) 日本語版、Bipolar Spectrum Di-

agnostic Scale (BSDS) 日本語版、人口統計学的情報（年齢、性別、教育歴、職種）に関する調査票を手渡し、記入を求めた。また主治医から ICD-10 による精神科診断の情報を得た。

2. 調査項目

1) 職場用双極性障害スクリーニング尺度

新たに職場用双極性障害スクリーニング尺度 (Workplace Bipolar Inventory: WBI) を作成した。WBI の作成においては、以下の2つの方法により、労働者における双極性障害のスクリーニングに有用と考えられる項目を収集した。

(1) 産業精神保健の専門家からのヒアリング

産業保健領域で実践活動に従事している専門家8名によって、職場における双極性障害（双極 I、II 型を含む）の症例の特徴的な症状や行動としてあげられた128項目を、産業精神保健の専門家2名および産業精神保健を学ぶ大学院生5名により KJ 法を用いて4の大分類（合計17の小分類）に分類した。小分類から、著者が最も適切を考える項目を1~3ずつ選択し、合計35個の最終項目候補を作成した。

(2) WHO 統合国際診断面接の項目からの採用

世界精神保健日本調査 (WMHJ) のデータベースを解析し、オッズ比が有意であった4つの質問（オッズ比は3.70~4.80）を WBI の項目候補として採用した。

以上によって収集された最終項目候補をもとに、WBI を、主要症状（質問A）と必要な関連症状（質問B）とに分けた、2段階式のスクリーニング尺度として作成した。

WBI については、開発中のものであるため、3種類のスクリーニング方式を検討することとした。第一は、質問Aの5つの症状項目のみによるスクリーニングである（以下、WBI-A）。この場合、5つの症状項目中の該当個数を尺度得点とした（0-5点）。第二は、質問A（5項目）と質問B（34項目、以下、WBI-B）を合

わせたものである（以下、WBI-AB）。この場合、質問Aと質問Bの症状項目合計39項目中の該当個数を尺度得点とした（0-39点）。第三は、質問Aと質問Bのうち世界精神保健日本調査 (WMHJ) のデータベースを解析から抽出された4項目によるものである（以下、WBI-AB4）。この場合には、質問Aと質問Bの4症状項目、合計9項目中の該当個数を尺度得点とした（0-9点）。

2) Mood Disorder Questionnaire (MDQ) 日本語版

今回は原著者の確認をへた後者の日本語版を使用した。

3) Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) 日本語版

BSDS は、双極スペクトラム障害を幅広くスクリーニングすることを目的とした尺度であり、原典の英語版は、現時点ではペルシア語版に翻訳され、信頼性・妥当性が確認されている。BSDS 日本語版は田中らにより作成され、その信頼性・妥当性が確認されている。

4) 人口統計学的情報

人口統計学的情報を調査票に記入するよう求めた。

3. 解析方法

主治医の臨床診断 (ICD-10) により、回答者を「双極性障害群」と「非双極性障害群」に区分した。

全対象者で、WBI (WBI-A、WBI-B、WBI-AB、および WBI-AB4)、MDQ、BSDS の信頼性係数を算出した。両群で WBI (WBI-A、WBI-AB、および WBI-AB4)、MDQ、BSDS の各尺度得点を比較した (t 検定)。WBI (WBI-A、WBI-AB、および WBI-AB4)、MDQ、BSDS の各尺度について、双極性障害群をスクリーニングすると仮定した場合のスクリーニング効率に関する ROC 曲線を作成し、AUC を算出して比較した。また最適カットオフ点を、

感度および特異度が最大になる尺度得点と定義し、各尺度について最適カットオフ点を求めた上で、その場合の感度、特異度を計算した。MDQおよびBSDSについては、標準的に使用されているカットオフ点を使用した場合の感度、特異度も計算した。WBIについては、項目ごとに双極性障害群の該当者およびオッズ比を算出し、スクリーニングに有効な項目を探索的に検討した。

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

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。同時に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）⁴⁾

④復職準備性尺度⁵⁾

⑤復職後のワークパフォーマンス（WHO-HPQ）⁶⁾

2) 副次的評価項目

①うつ症状（Beck Depression Inventory (BDI)⁷⁾、Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)⁸⁾

②非機能的態度（The Dysfunctional Attitude Scale）⁹⁾

③対処能力（Coping Inventory for Stressful Situations; CISS）¹⁰⁾

④主観的QOL（WHO-QOL）¹¹⁾

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^{12 14)}, Temperament and Character Index¹⁵⁾)
- ⑥養育体験 (Parental Bonding Instrument; PBI)¹⁶⁾
- ⑦ソーシャルサポート (Social Support Questionnaire 6 項目版; SSQ 6)¹⁷⁾
- 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。

【非介入群の経過】

産業医科大学神経精神科を受診した休職中のうつ状態の患者を DSM-IV で診断して対象とした。本研究のプロトコルに沿って、男性12名、女性4名の16名の大うつ病性患者を集積した。そして、対象登録時の SASS、登録時の

HAM-D、BDI、認知機能 VFL、VFC を検討した。さらに復職時、同様の検査を施行した。

【全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究】

平成21年11月1日現在における、うつ病リワーク研究会の正会員の所属する70医療機関を対象として、以下の5種の調査票により実施した。

調査票A：リワーク施設情報

調査票B：リワークに関わるスタッフ情報

調査票C：リワークプログラム利用開始時について

調査票D：リワークプログラムの運用について

調査票E：リワークプログラムと関与スタッフに関する情報

【標準化リワーク評価シートの作成】

1. 対象者 (評価者間信頼性)

平成20年度に作成された標準化評価シートを用いて、平成21年7月～8月の間、メディカルケア虎ノ門でリワークプログラムに参加した20名の被験者に対して、内的整合性、評価者間信頼性の分析を行った。

この分析結果に基づいて評価者間信頼性について検討し、評価シートを改訂した。改訂された評価シートについて、平成22年3月に、メディカルケア虎ノ門でリワークプログラムに参加した14名の被験者に対して、再度、内的整合性、評価者間信頼性の分析を行った。

【リワークプログラムの標準化に関する研究】

うつ病リワーク研究会に所属する9施設で、実施しているプログラムに関して、①目的 ②進行手順 ③内容 ④グループの構成、⑤観察の要素 ⑥支援方法 ⑦関与する職種 ⑧利用者数と平均スタッフ数 ⑨週あたりの実施時間、についてプログラム毎に調査を実施した。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

2. 対象者 (評価者間信頼性)

平成21年11月～平成22年3月の間に、NTT

東日本関東病院の職場復帰援助プログラムに参加した26名の企業社員。

方法 (評価者間信頼性)

NTT 東日本関東病院の職場復帰援助プログラムのアシスタントをしていて、復職を目指している社員の状態把握に経験がある臨床心理士1名、臨床心理大学院生1名が独立に、シートを用いて評価を行った。

対象者 (予測妥当性)

平成19年12月～21年10月までの間に復職し、就労継続に関するデータの分析調査への協力に同意した、23名の企業社員。

方法 (予測妥当性)

復職時に、職場復帰準備性評価シートを用いた評価と、基本データの聴取を行い、復職後の就労状況を、残業可、残業なしの定時勤務、軽減勤務、休務の4段階に分けて、復職後1カ月、3カ月、6カ月、1年、2年の時点で評価することとした。

【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252例を対象にSASSを1回施行した。対象者にHAM-D (106例)とBDI得点 (193例)を比較した。さらに各尺度のROC (receiver operating characteristic curve)を作成し、両者の精度を検討した。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

産業医科大学神経精神科を受診した休職中のうつ状態の患者をDSM-IVで診断して対象とし、数種の生物学的マーカーを検討するための採血を施行した。

【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】

うつ病の診断で休業し、2009年4月1日から2009年11月30日の期間に復職した労働者を対象とした。

夜間睡眠時の運動量および自律神経モニタリングを行うための腕時計式の携帯型センサ

(NEM-T1:東芝製)の夜間3日間(連続)の装着を依頼した。

NEM-T1で計測できる項目は下記の通りである。

- 入眠/覚醒時刻、睡眠時間、睡眠効率、入眠潜時、中途覚醒回数及び時間
- 体動頻度
- 脈波間隔平均
- LF値、HF値、LF/HF比

今回の報告では、睡眠時間、入眠潜時、睡眠効率、中途覚醒回数を睡眠指標として用いた。

復職後の経過に関する評価は、復職3ヵ月後の勤務状況を調査して行った。評価は、再休職、何らかの就業制限付で就業している制限勤務、ほとんど就業制限のない通常勤務の3段階で行った。

統計解析は、復職3ヶ月後の状態と上記睡眠指標(3日間の平均値)との関連を、一般化推定方程式による順位logistic回帰モデルを用いて調べた。

【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

被験者として、運転免許を有し、日常的に運転を行う、身体疾患や精神障害を有さない健常男性18名を対象とした。

タンドスピロン(TSP:アザピロン系抗不安薬)20mg、ジアゼパム(DZP:ベンゾジアゼピン系抗不安薬)5mg及びプラセボ(PCB)を用いた二重盲検、クロスオーバー試験法(Wash Out期間は1週間以上)を行った。認知機能に与える影響を確認する為に、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(Stanford眠気尺度)を、試験終了後には副作用をそれぞれ質問紙により確認した。運転業務負荷試験としては、追従走行課題(先行車との車間距離をどれだけ維持できるか)、車線維持課題(横方向での揺れの程度)、飛び出し課題(ブレーキ反

応時間)の3課題を、また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。

【地域保健版マニュアルの改訂】

補遺作成にあたっては、うつ病休職者の職場復帰支援、リワークプログラム等の実施運営や研究に携わる専門家が分担した。また、地域・職域連携の目的で平成21年3月に改訂が行われた「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の内容も反映できるようにし、精神保健福祉センター長会から、地域保健領域の観点から補遺内容について助言をいただいた。

C. 研究結果

【うつ病スクリーニングに対する意識調査とうつ病教育用ウェブサイトの開発】

1. うつ病教育 website の開発

1) うつ病教育・情報提供サイトのレビュー

レビューの対象としたうつ病教育・情報提供サイトの一覧し、特に参考となると考えられた8つのサイトの概要、コンテンツ、参考になる点をまとめた。

2) うつ病教育 website のコンテンツ設計

うつ病教育・情報提供サイトのレビューに基づき、うつ病教育 website のコンテンツ設計について、8つの方針を定め、サイトの色調や構造についても工夫することとした。

3) うつ病教育 website (試行版) の作成

コンテンツ案に従い、うつ病教育 website (試行版) を作成した。

2. うつ病スクリーニングに対する労働者の意見

うつ病の「スクリーニング」が職場で実施されることを希望する者は52%あった。スクリーニングに対しては大部分(97%)の者が、「本当のことを回答する」あるいは「おおむね、

本当のことを回答する」としていた。スクリーニング後の二次面接については、64%が積極的に希望し、28%が職場で決まれば参加すると回答していた。

うつ病のスクリーニングについて重要な点については、半数以上が「うつ状態や高ストレスと判定された場合、ストレスへの対処法なども教えてもらえること」、「精神科医やカウンセラーなど専門家が面接をしてくれること」、「自分の書いた内容が、医師や看護師以外の者には見られないこと」をあげていた。また「記入する質問票が簡単であること」も4割があげていた。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

1. 双極性障害群と非双極性障害群の基本的属性

対象者中、双極性障害群は27名、非双極性障害群は28名であった。

2. 各尺度の信頼性係数および双極性障害群と非双極性障害群における各尺度得点の比較

全対象者において各尺度の信頼性係数(クロンバック α 係数)を算出した結果、WBI-Aは.65、WBI-Bは.94、WBI-ABは.94、WBI-AB4は.78、MDQは.84、BSDSは.88であった。

3. 各尺度のスクリーニング効率の比較

AUC値は、BSDSが最も高く、ついでMDQ、WBI-AB4、WBI-AB、WBI-Aの順であった。各尺度ともAUCが.70以上と中程度の結果を示し、特にBSDSが最も高い値を示した。

各尺度の最適カットオフ点と、その場合の感度、特異度については、本研究から計算された最適カットオフ点を用いた場合のWBI-AB4の感度と特異度の合計値が最も高かった。感度は、WBI-AおよびWBI-AB4で78%と他の尺度より高い傾向にあり、特異度はMDQ(標準カットオフ点)で1と最も高く、ついでWBI-AB、BSDS(標準カットオフ点)の順であっ

た。標準カットオフ点を用いた場合には、MDQ、BSDSの特異度は高かったが、感度が低くなった。

4. WBI 各項目の陽性反応数およびオッズ比

WBI 各項目の2群における陽性反応数および双極性障害に対するオッズ比を比較した。質問Bの項目3、20、21、25においては両群ともに陽性反応数が20%以下と低かった。質問Aの項目1-4、質問Bの項目8、11、13、14、16、18、23、24、34において非双極性障害群に対して有意に高いオッズ比が認められた(オッズ比3.07~24.00、いずれも $p < 0.05$)。

5. WBI 使用マニュアルの作成

産業保健スタッフがWBI-AB4を使用する際のマニュアルを作成した。

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

1) 対象者の導入状況

研究事務局に研究への参加の意思表示をした人数は48人であった。ただし、そのうち14人が応募手続きを完了しなかったため研究導入面接に至らなかった。また7人は導入基準を満たさなかったために研究導入面接に至らなかった(残休職期間の不足2人、退職者1人、双極性障害4人)。よって27人に対して研究導入面接を行った。

研究導入面接の結果、8人が研究導入基準を満たさなかったため、19人が研究に導入された。導入面接後に除外された理由の内訳は、重症度に関する基準を満たさなかったものが2人、残休職期間の不足が1人、双極性障害もしくはアルコール依存の診断がついたものが5人であった。

2) 研究に導入された対象者の特徴

研究に導入された19人の特徴について述べる。年齢は25歳から52歳であり、平均年齢は38.3歳である。男性が11人であり全体の57.9%である。教育水準は短大・専門学校以上のものがお

よそ8割を占める。未婚者が11人であり、半数を超える。

職業的な側面としては、管理職は3人だけであり、8割以上が非管理職であった。会社規模は社員100人以上の会社が8割を超えており、比較的会社規模の大きい会社からの参加者が大多数を占めていた。勤続年数は、現在の会社で平均11.8年、転職前に勤めた会社も含めると平均13.5年であった。応募時点における休職期間は平均およそ46週であり、休職期間が長くなっている対象者の参加が多いと思われた。

臨床的な側面としては、主治医により大うつ病と診断された患者のみ研究に導入されているものの、CIDIによる評価では大うつ病性障害の基準を満たすものは14人(73.1%)のみであった。またアルコール依存の併存や、導入時面接時点でアルコール乱用の基準を満たすものは除外したものの、過去にアルコール乱用の既往がある対象者が6人(68.4%)含まれていた。

研究導入時の臨床評価としては、ハミルトンうつ病評価尺度の平均得点は9.3点であった。完全寛解の基準は7点以下であり、対象者の平均的なうつ症状の重症度は軽症であったことがうかがえる。一方、自記式のうつ病症状の重症度評価尺度であるBDIの平均得点は23.6点であった。BDIは20-28点の範囲では中等症と判断される。

JARTによる推定IQは平均111.5点であった。これはほぼ平均もしくは平均以上の知的水準であること示す数値である(通常のIQと対応)。

2) 研究から脱落した対象者の特徴

検査時点で追跡不可となっている対象者は5人である。5人についてはすべて主治医に病状を問い合わせ、主治医の臨床的判断により研究への参加を中止した。

脱落群(N=5)と、非脱落群(N=14)には、人口統計学的変数に有意な差は認められな

かった。職業的要因では、脱落群（5.4年）が非脱落群（14.1年）と比較して現在の職場での勤務年数が有意に短かった。また脱落群において過去に休職した経験がある患者の割合（20.0%）は、非脱落群（78.8%）と比較して有意に少ない傾向があった。臨床的要因では、CIDIの大うつ病性障害の診断基準を満たす患者の割合が、非脱落群（85.7%）のほうが、脱落群（40.0%）よりも多い傾向があった。

研究導入時の評価尺度では、TCIによる気質傾向が2群間で異なり、脱落群で新奇性追求および自己志向の得点が高い傾向があった。HAM-DとBDIはそれぞれ有意ではないが、脱落群においてより低い傾向があった。

【非介入群の経過】

対象となった患者の平均年齢は 40.9 ± 9.0 歳、登録時SASSは 23.0 ± 6.3 、HAM-Dは 11.8 ± 2.6 、BDIは 26.9 ± 12.4 、登録時の言語流暢性試験VFLでは、 38.9 ± 11.0 、登録時VFC（カテゴリー課題）は 43.5 ± 10.6 であった。復職者は、16名中わずか6名（37.5%）であった。復職時のHAM-Dは、 6.6 ± 2.2 、BDIは 13.7 ± 10.8 、SASSは 32.8 ± 4.6 となっていた。認知機能VFLは 49.2 ± 27.4 、VFC 45.2 ± 8.9 であった。さらに復職後3か月の時点で復職が継続できていた人は、6名中わずか3名で1名は辞職しており、2名は別の職場に再就職していた。復職継続者のBDIは、 18.2 ± 12.2 、SASSは、 30.7 ± 4.9 であった。

【全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究】

70医療機関のリワーク施設のうち、63医療機関から回答を得た。回収率は90.0%であった。各調査の回収率は以下の通りであった。

調査票A：全63施設

調査票B：全63施設333名

調査票C：全63施設

調査票D：全63施設

調査票E：全59施設414プログラム

A：リワーク施設情報

(1)併設の精神科入院施設

入院施設を有している施設は21件（33.3%）、ストレスケア病棟を有する施設は12件（19.0%）であった。

(2)診療報酬上の区分による施設情報

リワークプログラムを行う診療報酬上の区分としては、重複実施している施設を含め、精神科デイ・ケアが最も多く41件（65.1%）、次いで精神科ショート・ケアが32件（50.8%）、精神科デイナイト・ケアが12件（19.0%）、通院集団精神療法7件（11.1%）、精神科作業療法6件（9.5%）、自費1件（1.6%）であった。

<精神科デイ・ケア>

リワーク専門としている施設は21件（51.2%）であり、その他施設は、統合失調症などを対象としたプログラムの一部として、うつ病のリワークプログラムが実施されていた。

<精神科ショート・ケア>

リワーク専門としている施設は21件（67.7%）であった。定員の合計は604名であった。

<精神科デイナイト・ケア>

リワーク専門である施設は、5件（45.5%）であった。定員の合計は611名であった。

<精神科作業療法>

精神科作業療法においては、リワーク非専門としている施設が5件（83.3%）と大多数を占め、定員の合計は242名であった。

(3)その他の施設情報

各施設の備品としては、利用者専用ロッカーが34件（54.0%）の施設に設置されており、パソコンは1台以上5台以下が33件（54.4%）、6台以上10台以下が15件（23.8%）であった。ケースカンファレンスに関しては、52件（82.5%）の施設で行っていた。ケースカンファレンスの実施頻度は月1回が33件（63.5%）、実施時間は31分以上60分以下が25件（48.1%）

と最も多かった。

B：リワークに関わるスタッフ情報

回答を得た63施設に333名のスタッフが勤務していた。

スタッフの主な資格は、臨床心理士89名(26.7%)、看護師87名(26.1%)、精神保健福祉士75名(22.5%)、作業療法士26名(7.8%)、その他の心理職21名(6.3%)、産業カウンセラー6名(1.8%)、保健師4名(1.2%)、理学療法士、産業カウンセラーは0名(0.0%)で、その他25名(7.5%)であった。主な資格以外にも、54名(16.2%)が他の資格を有していた。主な資格以外に有する資格としては、産業カウンセラーが最も多く16名(29.6%)、次いで精神保健福祉士12名(22.2%)であった。

雇用形態は常勤が216名(64.9%)、非常勤が117名(35.1%)であった。非常勤スタッフの場合、1週間当たりの勤務時間は8時間以上16時間未満が最も多かった41名(35.7%)。

C：リワークプログラム利用開始時について

(1)利用開始の条件

リワークプログラムの利用にあたり、利用の決定者は主治医28件(44.4%)が最も多く、次いで会議で決定が23件(36.5%)であった。リワークプログラムの開始にあたり51件(86.4%)の施設で開始条件を定めており、勤労条件を在職者のみとしている施設は31件(55.4%)であった。

(2)適応疾患の条件

適応疾患を特定の疾患に限定している施設は53件(84.1%)であり、限定される疾患の分類は重複回答を含め、気分障害48件(90.6%)、適応障害30件(56.6%)、不安障害30件(56.6%)、神経症23件(43.4%)、発達障害4件(7.5%)、摂食障害4件(7.5%)、統合失調症2件(3.8%)、その他5件(9.4%)であった。

除外疾患を特定の疾患に限定している施設は58件(92.1%)であり、そこで除外疾患として

限定される疾患の分類は重複回答を含め、統合失調症31件(53.4%)、物質依存28件(48.3%)、人格障害28件(48.3%)、発達障害20件(34.5%)、摂食障害15件(25.9%)、気分障害以外13件(22.4%)、双極性障害11件(19.0%)、パニック障害6件(10.3%)、その他4件(6.9%)であった。

回復度(重症度)に関する条件は、回答を得た全ての施設で定めており、重複回答を含め医師の判断56件(88.9%)、通所可否で判断19件(30.2%)、質問紙で判断17件(27.0%)、その他の基準が14件(22.2%)であった。

D：リワークプログラムの運用について

(1)利用前の見学や待機

リワークプログラム利用前に見学を認めている施設は50件(79.4%)であり、本人のみならず家族の見学も認めている施設は37件(74.0%)であった。また、27件(43.5%)の施設は利用前の試験利用を認めていた。

プログラム開始までの待機期間は43件(68.3%)がなしと回答し、待機期間30日以上が12件(19.0%)、8日以上29日以内が5件(7.9%)、7日以内が3件(4.8%)であった。

(2)利用規定のルール

利用規定を定めている施設は52件(85.2%)であり、利用時に誓約書・同意書の取り交わしを行っている施設は50件(82.0%)であった。

(3)利用回数の決め方

利用開始時に、57件(91.9%)の施設が1週間の最低利用日数を定めており、週2日と定める施設が最も多く23件(40.4%)、週1日、週3日はそれぞれ16件(28.1%)であった。

(4)利用の中止・脱落

利用の中止にあたり、基準を定めている施設は56件(88.9%)であり、重複回答を含め、他のメンバーへの迷惑行為を基準としているのは53件(94.6%)、症状の悪化を基準としているのは46件(82.1%)、その他が15件(26.8%)

であった。

脱落に関する判断基準は、重複回答を含め、欠席状況が53件(84.1%)と最も多く、モチベーションの低下が31件(49.2%)、その他が12件(19.0%)であった。

(5) 他院患者の受け入れ

他院の患者については、42件(67.7%)の施設で受け入れており、うち主治医と文書で連絡を取っている施設は32件(72.7%)であり、定期的に連絡を取っている施設は17件(38.6%)、不定期に文書で連絡を取っている施設は15件(34.1%)であった。

(6) 利用日数と終了

利用日数の決定に関して、段階を決めている施設は20件(31.7%)、利用者に任せている施設は17件(27.0%)であった。最長利用期間の決定を設定していない施設は41件(70.7%)であった。

(7) スタッフによる評価

スタッフによる評価は、54件(88.5%)の施設で実施しており、うち評価シートの利用は38件(70.4%)が、心理テストの利用は46件(85.2%)が行っていた。また、50件(92.6%)施設が、それらの評価結果を利用していると回答した。

(8) 復職時・復職後・再休職時

復職時の勤務先企業の産業医・産業保健スタッフに対する連絡・調整は、重複回答を含め書面にて実施が最も多く26件(41.3%)、診察にて実施が14件(22.2%)、訪問にて実施が4件(6.3%)、していないと回答した施設は19件(30.2%)であった。人事労務担当者に対しては、診察にて実施が最も多く22件(34.9%)、書面にて実施は19件(30.2%)、訪問にて実施が6件(9.5%)、していないと回答した施設は22件(34.9%)であった。

復職後のフォロー体制としては、重複回答を含め外来で診察が最も多く、50件(79.4%)、

スタッフが定期的に連絡をするが7件(11.1%)、その他が32件(50.8%)であった。

再休職後の再利用に関しては、54件(91.5%)の施設が利用を認めている。

(9) 個別記録作成時間

利用者の個別記録の作成については、49件(86.0%)の施設で実施しており、作成に要する時間は、60分以上が最も多く22件(44.9%)、次いで30分以上60分未満12件(24.5%)、10分以上30分未満が11件(22.4%)であった。

(10) 再休職予防に対するプログラムの工夫

再休職予防に対するプログラムの工夫として、休職に至るモメントの自己理解と受容の促しを実施している施設は57件(93.4%)であった。介入担当者については、重複回答を含め、スタッフが54件(85.7%)、主治医が31件(49.2%)であった。本人へのフィードバックの方法については、重複回答を含め、集団でのプログラムを通してが45件(71.4%)、スタッフとの面談においてが43件(38.3%)、主治医とのディスカッションが26件(43.3%)、その他が5件(7.9%)であった。また、再休職予防の観点から、休職に至るモメントの自己理解と受容の工夫を45件(76.3%)の施設がプログラム上で行っていると回答した。

E：リワークプログラムと関与スタッフに関する情報

プログラム、および関与スタッフに関する情報は、全59施設414プログラムの回答を得た。

プログラムに関しては、すでに終了した利用者との交流を目的としたプログラムを有している施設は21件(35.6%)であった。集団を対象とするプログラムは306件(84.3%)、個人を対象とするプログラムは46件(12.7%)、個人または集団とするものが11件(3.0%)であった。

1回のプログラムの長さとしては61分～90分以内が最も多く122件(29.5%)、次いで91分～120分以内が118件(28.5%)、31分～60分以内86件(20.8%)、130分以上49件、30分以内39件

(9.4%)であった。

また、414プログラムに参与するスタッフの延べ人数1042人の内訳は、看護師が最も多い291人(27.9%)、次いで精神保健福祉士257人(24.7%)、臨床心理士228人(21.9%)、作業療法士84人(8.1%)、その他の心理職77人(7.4%)、保健師8人(0.8%)、キャリア・コンサルタント5人(0.5%)、産業カウンセラー4人(0.4%)、理学療法士1人(0.1%)、その他87人(8.3%)であった。

【標準化リワーク評価シートの作成】

平成20年度に作成された評価シートを用いて、平成21年7月～8月の間に、メディカルケア虎ノ門でリワークプログラムに参加した20名の被験者に対して、内的整合性、評価者間信頼性の分析を行ったところ、内的整合性については、Cronbachの α 係数0.88と良好な結果であった。評価者間信頼性についても、8項目について水準1%、2項目について水準5%、1項目について水準10%で有意な相関がみられた。

平成21年11月に、有意な相関の水準が5%および10%であった項目5、6、11について、評価基準の解釈に相違が生じた原因について検討を行ない、評価シートの改訂を行った。

改訂された評価シートを用いて、平成22年3月に、メディカルケア虎ノ門でリワークプログラムに参加した14名の被験者に対して、再度、内的整合性、評価者間信頼性の分析を行ったところ、内的整合性については、Cronbachの α 係数0.91と良好な結果であった。評価者間信頼性についても、11項目について水準1%、1項目について水準5%で有意な相関がみられた。

【リワークプログラムの標準化に関する研究】

(1) プログラム実施の目的の整理

調査対象とした9施設より68プログラムの回答が得られた。プログラムの目的は、「症状自己管理」、「自己洞察」、「コミュニケーション」、

「集中力」、「モチベーション」、「感情表現」、「リラクセーション」、「基礎体力」の8つにグループ化できた(目的区分)。

(2) 目的区分の選択度

調査票では原則として目的を2つ記入してもらった。目的区分がどの程度の頻度で選択されているかをみるために、目的1項目あたり1ポイント、1つのプログラムについて合計2ポイントを与え、目的区分の選択の頻度を算出した。なお、1つのプログラムに目的が2以外の場合は、2ポイントを満点として記入された目的の数に応じて案分した得点を与えた。

その結果、目的区分毎の得点数は、自己の体調や症状の自己管理を目的とする「症状自己理解」の得点が一番高く40.5ポイントであった。次いで、コミュニケーションスキルの向上や対人交流を目的とする「コミュニケーション」が32.4ポイントであった。次いで、モニタリングや自己洞察を目的とする「自己洞察」が19.1ポイント、作業能率や作業能力の向上を目的とする「集中力」が15.7ポイント、自主性や動機づけを目的とする「モチベーション」が12ポイント、リラクセーションや心身のバランスを目的とする「リラクセーション」が7.7ポイント、運動不足解消や体力向上を目的とする「基礎体力」が5.7ポイント、非言語的表現や情操面を目的とする「感情表現」が3.2ポイントであった。

(3) プログラムの実施形態

プログラムの実施形態として、①個人プログラム、②特定の心理療法プログラム、③教育プログラム、④集団を前提としたプログラム、⑤その他のプログラムという5つのカテゴリーに分けられた。これらの5つの実施形態別に9施設のプログラムを整理した。

(4) プログラムの目的区分と実施形態の関連

これまで述べてきたように、プログラムの目的の要素は8項目の目的区分としてまとめられ、また、プログラムの実施形態からみて5項

目の要素にまとめられた。目的区分と実施形態の分布は医療機関毎に特徴がある。

調査した9施設におけるプログラムの目的区分と実施形態の関連をみると、実施形態の「個人プログラム」は目的区分の「集中力」や「モチベーション」との関連が深く、実施形態の「特定の心理プログラム」は「症状自己管理」と「コミュニケーション」を目的としたプログラムであることがうかがえる。また、実施形態の「教育プログラム」は「症状自己管理」と「コミュニケーション」を目的とするもので、実施形態の「集団を前提とするプログラム」では「症状自己管理」や「自己洞察」を目的とするものの、「コミュニケーション」も重要な要素であるといえよう。実施形態の「その他のプログラム」は目的が広汎であるが、その中でも「コミュニケーション」や「リラクセーション」、「基礎体力」との関連が比較的強いといえる。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

1. 評価者間信頼性

評価者間信頼性については、23項目とも、有意水準0.1%で有意な相関を示した。

2. 内的整合性

内的整合性に関する Cronbach の α 係数は、評価者間信頼性調査サンプルで0.76、予測妥当性調査サンプルでは0.82であった。

3. 就労継続に関する予測妥当性

基本属性の就労継続への関連については、気分障害の対象は、そのほかの診断の対象よりも、就労継続日数が長い可能性が示唆されたが、有意水準は満たさなかった。そのほかには、就労継続への関連を示した項目はみられなかった。

シートの各項目を4点満点で採点し、逆転項目を反転させた総得点（高いほうが良好な状態を示す）のハザード解析では、ハザード比=0.90、95%信頼区間0.82-0.99で、評価シートの点数が高い対象の方が、有意に就労が継続しやすい傾向が示された。

各シート項目の中では、食生活リズム、職場の上司との接触が、有意水準0.1%、身だしなみ、健康管理スタッフとの関係が有意水準1%、熟眠感、昼間の眠気、集中力が有意水準5%で就労継続日数と有意な関連を示した。

【社会適応評価ツールの有用性の検討】

社会復帰群（132名）と非社会復帰群（120例）を比較した。SASS 得点は社会復帰群が非社会復帰群に比べて、有意に高く（社会復帰群； 34.5 ± 7.6 、非社会復帰群 25.0 ± 7.4 、 $P < 0.001$ ）、また BDI 得点は社会復帰群が有意に低かった（社会復帰群： 14.6 ± 11.5 、非社会復帰群： 26.5 ± 12.0 、 $P < 0.01$ ）。さらに Ham-D 得点も社会復帰群 5.8 ± 5.4 点、非社会復帰群 14.2 ± 7.6 点であり、社会復帰群の方が有意に低値であった。

寛解群を対象に Ham-D 得点を社会復帰群と非社会復帰群とで比較した。その結果、寛解群86例のうち BDI で評価された症例は49例、各評価尺度得点から各評価尺度の中央値を引いた値を補正值として、それぞれの補正值を社会復帰群と非社会復帰群とで比較した。SASS 補正值に関しては、社会復帰群の中央値は1（範囲：-1~23）であったのに対して、非社会復帰群の中央値は-7（範囲：-16~6）であり、その差は有意であった（ $p < 0.01$ ）。一方、BDI 補正值および Ham-D 補正值に関しては、社会復帰群と非社会復帰群とで有意差は認めなかった。

抑うつ状態を BDI で評価した193例に対する ROC 曲線を図1に示す。SASS の曲面下面積は0.80であり、BDI の曲面下面積0.77を上回っていた。また同様に抑うつ状態を Ham-D で評価した106例においても SASS の曲面下面積は0.86であり、Ham-D の曲面下面積0.81を上回っていた。

【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】

合計24名のエントリー中、2010年3月8日時

点で復職3ヶ月後のフォローが終了した19名（男性15名、女性4名）を解析対象とした。復職3ヶ月後の経過は、7名（36.8%）が再休業となっていた。9名（47.4%）が残業制限等の就業制限を受けながら勤務を継続中であり、3名（15.8%）が特別な就業制限を受けない通常勤務を行っていた。

復職前の睡眠指標の中で、復職後の経過と有意な関連を示したのは睡眠効率であった。再休業者群の復職前の睡眠効率は47.7%であったのに対し、制限勤務群では72.8%、通常勤務群では97.2%であり、再休業 vs 制限勤務、再休業 vs 通常勤務、制限勤務 vs 通常勤務間で有意な違いが認められた。その他、復職後の経過と休職前の睡眠時間において、再休業群の平均睡眠時間（8時間30分）は制限勤務群の睡眠時間（6時間44分）より有意に長かった。

復職後の経過と休職前の睡眠潜時、復職後の経過と休職前の中途覚醒回数においては有意な関連は認めなかった。

【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

運転業務負荷試験では、飛び出し課題において3群間に有意な薬剤×測定時間の交互作用を認め（反復測定二元配置分散分析、 $p = 0.039$ ）、対比によりTSP群とDZP群間に有意な交互作用を認めた（ $p = 0.0072$ ）。測定時間毎に一元配置分散分析を行ったところ、服用4時間後のDZP群のブレーキ反応時間（変化率）がTSP群と比較し有意に遅延していた（ $p = 0.002$ ）。DZP群とPCB群間、TSP群とPCB群間では対比による交互作用は認めなかった。その他の追従走行課題や車線維持課題の運転業務負荷試験及び3つの認知課題、主観的眠気については3群間で有意な交互作用を認めなかった。

主観的な副作用はDZP群で高頻度に認め、眠気の出現率は38.9%、眩暈は22.2%、頭重感

は16.7%であった。TSP群では眠気の頻度が

【地域保健版マニュアルの改訂】

今回のマニュアル改訂によって、「うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために」には、1) うつ病休職者の復職支援の基本的なあり方について、2) うつ病休職者のリワークプログラムについて、3) 社会復帰支援に係るサービス（精神保健福祉センター、障害者職業センター、医療機関等）の活用の仕方について、4) 連携をとるべき職域側の機関について等の内容が追記された。その他、事業場への働きかけについて、職場におけるメンタルヘルス対策の現状、事業場との連携のあり方を現状に合わせて改訂した。

また、「うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—」には、1) うつ病休職者の復職支援の基本的なあり方について、2) うつ病休職者のリワークプログラムについて、3) 職域との連携のあり方について、4) 社会復帰支援に係るサービス（精神保健福祉センター、障害者職業センター、医療機関等）の活用の仕方について等の内容が追記された。また、地域におけるスクリーニングやフォローについては、介護予防事業における「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」に合わせてスクリーニング方法を改訂した。

D. 考察

【うつ病スクリーニングに対する意識調査とうつ病教育用ウェブサイトの開発】

うつ病スクリーニングに対する労働者の意見では、約半数がうつ病スクリーニングの実施を希望するものの、3割は態度を保留しており、この群に参加してもらうためには、実施上の工夫が必要と思われた。うつ病スクリーニングの実施において労働者が重視する点は、ストレス対処などの方法を教えてもらえること、精神科

医やカウンセラーなどの専門家による二次面接が受けられること、スクリーニングへの回答が保健医療職以外にはみられないことであった。

スクリーニングを早期発見としてだけでなく、教育の機会としてとらえ、ストレス対処法やうつ病に関する知識提供の機会と位置づけることが効果的と思われる。本年度研究で開発したうつ病教育 website は、研究開発職、事務職などインターネットへのアクセスが可能な職種では、この目的のために活用できると思われる。一方、製造組み立て、労務などではインターネットへのアクセスの機会が全ての労働者に与えられていないため、パンフレットや小冊子などの媒体で情報提供がなされることが望まれる。

スクリーニングへの回答が保健医療職以外にはみられないことが重要な点としてあげられたことは、スクリーニングの実施はできるだけ産業医、看護職などの保健医療職が実施し、またスクリーニングで得た情報を保健医療職のみが扱うと取り決めし、これをスクリーニング参加者に周知することが重要と考えられる。一方、精神科医やカウンセラーなどの専門家が二次面接を行うことについては、事業場内にこれらの専門家を雇用していたり、あるいは EAP などの専門外部機関に面接を委託できる場合には効果的であると考えられる。しかし多くの事業場では専門家による二次面接の体制をつくることは費用の面で困難な場合が多い。この点をどのように解決するかは今後の課題である。

スクリーニングには 9 割以上がおおむね本当のことを回答するとしていた。またスクリーニング後の二次面接を希望する者は 6 割程度であるが、職場で決まった場合には参加するという者を含めると 9 割以上に及び、これらは職場でのスクリーニングの実施の妥当性を支持する材料である。

うつ病に関する教育・情報提供ウェブサイトはすでに国内に多数あるが、その質はまちまち

であった。特に参考となると考えられたサイトの優れた点を整理することで、効果的なうつ病教育サイト作成のヒントが得られた。これに基づいて本研究では、うつ病スクリーニングにおいて中程度得点であった、うつ病よりも、軽症のうつ病、うつ状態を多く含むと考えられる群に対して訪問を呼びかけ、うつ病およびストレスマネジメントについて学習してもらう website の試行版を作成した。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

本研究では、気分障害あるいは不安障害を持つ労働者において、新たに作成した尺度である WBI (WBI-A、WBI-AB、WBI-AB4)、さらに MDQ、BSDS のいずれも中等度以上の内的整合性による信頼性の高さを示した。このうち WBI-AB4 が双極性障害の検出にもっとも高い感度を示し、かつ特異度も比較的高いことが明らかになった。また AUC の点からは、BSDS が最もスクリーニング効率が高かった。

WBI-AB4 は本研究において検討した尺度の中で最も高い感度と特異度の合計値を示した。少ない項目数で一定のスクリーニング能力が得られることは、職場の産業保健職が抑うつ症状を呈している相談者に対して簡便に使用できる点からも重要であり、その点においても有用な結果が示されたと考えられる。

本研究においては、BSDS が最も高い AUC を示した (0.83)。先行研究では、BSDS の感度、特異度は各研究の最適カットオフ点 (11~14点) においてそれぞれ 52~63%、73~79%、標準カットオフ点においてそれぞれ 53~75%、72~93% と報告されている。わが国での検討では BSDS の最適カットオフ点 11+ で、感度 63%、特異度 73% と報告されている。本研究での最適カットオフ点での感度、特異度はこれよりもやや良好であった。先行研究と比較すると本研究における最適カットオフ点 (8点) は小さい値であった。BSDS は、最適カットオフ

点および標準カットオフ点ともに WBI-AB 4 にくらべて感度が低かったが、特異度および AUC では、BSDS は WBI-AB 4 を上回っていた。最適カットオフ点ではなく、得点別の疾患確率を求める層化尤度比による診断アプローチの場合には、BSDS の方が効果的である可能性がある。また、ROC 曲線上、本研究では、BSDS は MDQ よりも高いスクリーニング効率 (AUC) を示した。これは、先行研究で、MDQ (感度63~65%、特異度71~83%) の方が BSDS (感度52~63%、特異度50~79%) よりも高いスクリーニング効率を示した先行研究と異なった結果である。この理由として、BSDS は双極 II 型障害や特定不能の双極性障害など、軽躁症状を有する疾患に対してより高いスクリーニング能力を発揮する点から、本研究の双極性障害群では軽躁症状を有する者が多かった可能性が考えられる。軽躁症状は躁症状と比較して社会機能障害が少なく (定義上はなく)、職場においてより顕在化しにくい病態であると考えられる。職場での双極性障害のスクリーニングにおいては軽躁症状の診断がより重要となることを考慮すると、これらの結果は BSDS の職場での有用性を示唆していると考えられる。

WBI-AB は、そのサブセットである WBI-AB 4 とくらべて AUC がほぼ同程度であり、特異度は高いものの、感度は低い結果となった。本研究では、職場において特に生じやすい躁病・軽躁病エピソードの症状を使用しなくとも、WHO-CIDI に使用されているような一般的な症状を使用するだけで十分に双極性障害をスクリーニングできることが示された。しかしながら、今後本研究で得られた陽性反応数とオッズ比をもとに、より効率的に双極性障害群をスクリーニングできる項目のサブセットを作成し、WBI-AB 4 よりも感度、特異度が高いスクリーニング尺度を作成できる可能性はあると考える。

MDQ のスクリーニング能力については、本研究と同様に臨床群を対象とした先行研究において、最適カットオフ点 (5~9 点以上) で感度63~90%、特異度59~95%、標準カットオフ点で感度29~85%、特異度47~98%と報告されており、それらと比較してやや低い結果となった。本研究における最適カットオフ点 (5 点) についても小さかった。今回の結果は、前述の BSDS の結果を考慮すると、本研究における双極性障害群には双極 II 型障害に類する特徴を持った対象が多い可能性があり、それによって双極 I 型障害に対して高い親和性のある MDQ のスクリーニング効率が低くなり、あるいは最適カットオフ点が低くなった可能性が考えられる。

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

1. 対象者の導入状況

2008年10月に研究が開始し、予定研究期間の終了が予定されている2011年3月までに1年をきっている2010年4月までに研究に導入できたのは19人であり、必要症例数の180人 (介入群90人、対照群90人) にはるかに及ばない。研究への参加の意思を表明したおよそ3分の1にあたる14症例が、主治医チェックリストを送付しないなど、手続きを完了することができなかったことを考慮すると、導入時の手続きについてサポートする体制を強化することなどが、症例数の増加につながるかもしれない。

また明らかに導入基準を満たさない対象の応募が多いという問題もある。対象者自身は、自分自身の診断について正確に把握していないことも多いと思われることから、研究対象の基準にあった患者を紹介してもらえよう、地域の診療所の主治医との連携を強化していくことも必要であろう。主治医との連携を強化することは、参加予定者の研究導入手続きのサポートとしても機能する可能性があるだろう。