

## 2. 対象者の特徴

研究に導入された対象者の平均年齢は38.3歳、男性の割合が57.9%、短大・専門学校以上の教育水準が78.9%、既婚者は4割に満たなかった。平均初診時年齢が32.0歳、応募時点における休職期間が45.9週であった。東京都立中部精神保健福祉センターにおける2005年から2006年の18ヶ月間にかけての利用者の特徴についての報告<sup>18)</sup>では、平均年齢が39.4歳、男性が73%、大卒以上が71%、配偶者がいない割合は56.7%、初診年齢は34.7歳、利用前の休職回数は1.9回、利用までの休職期間は15.4カ月とされている。この報告と比較すると、本研究の対象者はやや女性の割合が多く、導入時点における休職期間がやや短いと考えられるほか、一般のリワークプログラム利用者と大きく異なる集団ではないと考えられた。

職業に関する特徴としては、管理職は19人中3人のみであり、多く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割以上であり規模の大きい会社に所属している人が多かった。小人数の企業ではリワークプログラムに通うために十分な休職期間がとれない傾向があるのかもしれない。

臨床的な特徴としては、CIDIにおける大うつ病性障害の診断基準を満たすものが7割以上であった。現在もしくは過去のアルコール依存の既往があるもの、また応募時点におけるアルコール乱用のあるものは対象者から除外したが、それでも過去のアルコール乱用の既往があるものが3割以上含まれていた。これは休職中にアルコールにかかわる問題が生じやすいことを示唆していると考えられる。

## 3. 脱落例の特徴

研究からすでに脱落した5人の特徴について検討をおこなった。脱落群は5人であり、群間比較の統計解析を行うには少なすぎるという限界はあるものの、いくつかの特徴が示唆された。

職業的な側面としては、脱落群のほうが現在の職場における勤続年数が短い傾向があった。非脱落群のほうが現在の職場に勤めた期間が長く、そのために復職への動機づけがより高かった可能性が考えられる。また非脱落群のほうが過去に休職経験がある割合が多かった。過去に復職したけれども再休職してしまった経験がある対象者は、リワークプログラムを利用する必要性をより強く認識している可能性があることを示唆しているのかもしれない。

臨床的な側面では、非脱落群は脱落群よりもCIDIにおける大うつ病性障害の診断基準を満たす割合が多く、また研究導入時の評価において、より抑うつ症状が重い傾向が示唆された。脱落群は応募時の症状がより軽症であったために、大うつ病性障害の診断基準を満たさなくなっていた可能性、そして症状が軽症であるがゆえにリワークプログラムへの動機づけが低かった可能性が示唆される。

興味深かったのは、脱落群と非脱落群においてTCIで評価した気質に違いが認められたことである。脱落群は、非脱落群よりも新奇性追求傾向と自己志向傾向が有意に高かった。新奇性追求傾向は、リワークプログラムではない別の援助などを模索しやすいことと関係しているかもしれない。また自己志向性の高さは、自分自身で援助方法を選ぶことができないというRCTの構造になじまず、研究参加による不満が高まりやすかった可能性がある。

これらの知見を総合すると、研究導入時に研究参加およびリワークプログラムへの参加への動機づけがあまり高くない対象者がその後研究から脱落する可能性が高いことが示唆される。1カ月ごとのアンケート調査、2回の神経心理学的検査など、研究参加による調査の負担は少なくないことを考慮すると、謝礼などによって研究参加への動機づけを高める必要性があったのではないかと考えられた。

### 【非介入群の経過】

本研究に入る前に予測した通り、うつ状態・うつ病で休職している人は多いが、通常のコト外來治療では、復職に至るには時間がかかり、しかも復職できずに、辞職、転職する人も多いことが分かった。

### 【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】

リワーク施設の数がこの1年間で増え70施設となるとともに、利用者の定員も3000名近くになっていると思われる。プログラムの導入などの利用方法も施設によってまだ異なり、プログラム内容の標準化と合わせて重要な検討事項であろう。今年度の調査の一部をうつ病リワーク研究会のホームページ上で情報公開する試みも開始する予定である。

### 【標準化リワーク評価シートの作成】

評価シートの項目は、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。平成20年度に作成されたシートについて、良好な内的整合性がみられ、評価者間信頼性についても、満足すべき結果が得られた。

さらに、評価者間信頼性を改善するために改訂を行った後のシートでは、11項目が水準1%、1項目が水準1%とすべての項目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) 今回の調査結果から得られた知見とその解釈

9施設で実施されているプログラムの目的と実施される形態からみて、目的区分は「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」、「リラクゼーション」、「基礎体力」の8項目、そして実施形態は、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、の5項目に集約されることが判明した。

### (2) 医療機関で行うリワークプログラムの要素

医療機関で実施されているリワークプログラムは職場復帰を目的としたリハビリテーションとして位置づけられる。したがって、プログラムをリハビリテーションとして構成させる上で重要であると考えられる要素は、以下の4点に集約される可能性がある。

- ① 集団で実施される
- ② 対象を限定している
- ③ リハビリテーションの要素を持つ
- ④ 心理社会療法である

以下、この4点に関して今回の調査結果を踏まえながら説明する。

#### 集団で実施される

プログラムは診療報酬上での精神科デイケア、作業療法、集団精神療法でプログラムが実施されているが、その目的は多人数を集めて効率的にプログラムを実施することではなく、集団療法としての治療的効果を期待するのがその目的である。職場や家庭での人間関係を背景として疾病が発生してきたことを考えれば、個別的治疗の他に対人関係が基礎にある集団療法が必要である。他者の行動が自己に影響を及ぼすこともあり、集団となればその力動もある。協働した作業や役割分担を体験して職場での業務的感覚を取り戻すこともできる。また、スタッフにとっては利用者の言動を観察し、評価を行う場ともなる。このように本人にとってもスタッフにとっても、対人関係の課題を扱う練習の場としての役割がプログラムのベースである。とりわけ、今回の調査結果における「集団プログラム」においては、その点を意識したプログラム作りを行う必要があるといえよう。

同じような悩みを持ち、復職という同じ目的を持つ仲間を得ることになる。また、仲間は悩みを相互に理解し共有して助け合うことばかりではなく、同じ病気で悩んでいるという共通点

がある一方で、なかなか得られない友人であるため相互の距離が取りにくい場面もある。しかしながら、社会人としては適度な距離感を持ちつつ仲間としての関係性を維持していくことも重要であり、そのためにスタッフは必要に応じて介入をしなければならない時もある。これらの仲間との体験は復職後の大きな支えとなり、プログラムに継続した参加を果たすことにより得られる大きな収穫である。

#### 対象を限定している

気分障害圏や不安障害圏のような一定の範囲の疾病に限ってプログラムを実施している施設が多い。いろいろな疾患が混在するとプログラムの内容が運営の面で複雑になり、スタッフにとっては運営上の困難が生じる。したがって、疾患を限定すると均一な集団の凝集性は高くなり、利用者とスタッフ双方にとってきわめて大きい利点となる。

また、同様のことは、プログラムの対象者を休職中に限定して復職を支援する目的とするのか、または、失職中の利用者も受け入れ就労支援も目的とするかによって集団の内容は大きく影響を受ける。したがって、プログラムの利用者を現在休職中であり復職および再休職の予防を目的とすることに限ることができれば、プログラムを実施するうえで有利に働くといえる。

このようなことから一部の施設では失職中で就労を目的とした利用者を受け入れている施設もあるものの、この場合でも失職後一定期間の利用者に限って受入れている施設が多い。このように、均一な集団を作ることはプログラムの内容を決定する因子として大きく、また、プログラムの円滑な運営を行う上でも欠かせない点である。

#### リハビリテーションの要素を持つ

プログラムは医療機関で行われる治療の一環

としてのリハビリテーションである、という位置付けが重要である。

診療において睡眠覚醒リズムをはじめとする基本的な生活リズムを整え、症状をある程度以上に改善させ、多少の負荷を日中にかけても耐えられるであろうとの医学的な判断をもとに、無理ではない範囲の負荷でプログラムが開始されることが必要であることは言を待たない。すなわち、プログラムの開始に際して一定の基準が必要であり、その背景には適切な治療が行われて症状が改善し、的確な生活指導による生活リズムの回復が達成されていなければならない。このように治療が成功し症状が回復しつつあることが、リハビリテーション開始の前提といえる。

したがって、主治医は重要な存在であり、プログラムを提供するリワーク施設の医師が主治医となっていることが最も望ましい形態である。ただし、施設の立地条件などによっては十分な人数の利用者が集まらない場合もあり、施設外に主治医が存在する場合も珍しくはない。この際には施設のスタッフや医師と主治医との情報の共有化が極めて重要であり、リハビリの成否のカギを握ることになるので、リワーク施設と主治医との緊密な情報共有は今後の懸案である。

プログラム開始後は、病状の安定度やプログラムに遅刻せず休むことなく参加している継続性をみながら、また、参加中の言動や態度などを参考として、利用日数を増やして高度なプログラムへと導入するなどの負荷を段階的にかけていくことになる。プログラム参加後に症状が悪化したため参加が困難となった際には、中止という措置を取る必要がある。しかしながら、プログラムが中止となっても、もし復職していれば迎えたであろう再休職が発生したと認識して、その経験をその後に活かす必要がある。すなわち、何故プログラムが中止に至ったのかの

状況や理由に、休職に至るメカニズムを解明する大きなヒントが隠されていることが多い。

そして、安全に一定期間の継続が維持されればプログラムは終了となる。これらプログラムの開始、段階的負荷のかけ方、中止、終了のそれぞれの要件は施設により様々でありまだ統一的なものはないことより、今後の検討課題である。そして、プログラム参加中にスタッフによる評価が行われ、どの程度の安全性を持って復職に臨めるのかの復職準備性評価が行われる。評価結果は本人の了解の下で復職時の重要な情報となる一方で、本人に評価結果のフィードバックが行われることもある。これらの具体的方法や功罪に関しても一定の見解はまだ得られておらず、今後の検討課題となっている。

#### 心理社会療法である

今回の研究で示されたように実際のプログラムにおいては、いくつかの重要な目的がある。以下にプログラムにとって重要な目的をまとめてみる。

第一には、自らの症状を把握し、病状の安定度を測り、悪化の兆候があれば早期の対処を行うための症状や体調の自己管理である。今回の研究で目的区分における「症状自己管理」であり、目的の選択頻度としては最も高かった。

第二は、自己管理のためには自分の病気を知ることが症状などの理解に対して必要である。実施形態として「疾病教育」がおこなわれる必要がある点である。疾病の成り立ちや治療法、予後などを学ぶことを通じて、客観的に自己の症状を観察してその管理を行うことが出来るようになる。

第三には、病気の理解が為され、自己の症状がモニターできて、何故自分が病気となったのかの洞察が必要である。発症のメカニズムは似ていても人によってそのモメントは異なり、自分なりの発症メカニズムの理解が再発予防に

は必須である。今回の調査での目的区分の中の「自己洞察」である。自らを取り巻く環境要因に対して目が向きがちであるが、とりわけ自己の内的な要因にも十分に目を向けないと再発予防は困難である。

第四には、気分障害に特徴的といわれる認知の歪みや考え方、物事の受け取り方の癖などを修正する方法を学ぶことである。具体的には認知・行動療法等が用いられており、「特定の心理プログラム」として実施されていることが多い。

第五には、集団での協働作業の中でのコミュニケーション能力は、職場に戻った際にすぐに必要とされることである。また、言いにくいことをアサーティブに表現する言動を身につける必要もあり、これらは「集団プログラム」の大きな目的である。

そして、第六には、これまでの就労経験の中で発症したことを通じてこれまでを振り返り、今後の働き方や生き方をもう一度考えて、キャリアの再構成を行うことが必要とされる。これは特定のプログラムによって達成されるというより、全てのプログラムを通じて貫かれる視点である。病気について知識を得て、自分の症状をモニターしながら、休職した理由を環境ばかりではなく自己の内部にもあることを知ることを通じ、自己の働き方ばかりではなく、生き方まで変容させていくことになる。これらのプロセスで獲得したものは、再発、再燃、再休職への強力な防御に役立ち、ひいては疾病の完全寛解、治癒へとつながっていく。

#### 【職場復帰準備性評価シートの作成】

平成20年度に作成された職場復帰準備性評価シートについて、評価者間信頼性、内的整合性および予測妥当性が確認された。

就労継続については、基本属性ではなく、シートで評価されるような「職場復帰準備性」が、就労継続を予測する可能性が高く、基本属性に

よらず、職場復帰準備性を高めることに意義がある可能性が示唆された。シートの総得点は、就労の継続しやすさを有意に予測しており、今回作成された評価シートが、職場復帰の妥当性について判断するための有用な資料となる可能性が示された。

#### 【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】

生物学的マーカーについては、症例数が少ないため今後症例数を増やして解析する予定である。

#### 【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】

休職前の睡眠効率が低いと復職後の再休業率が高まり、睡眠効率が低いほどより良好な経過が予測されることが示唆された。この結果は、再休業群の平均睡眠時間が他群に比べて長かったこととも関連していると考えられた。再休業群においては睡眠の質的な問題により代償的に睡眠時間が延長している可能性がある。今回は、夜間の自律神経モニタリングの結果は解析に含まれていないが、今後は夜間睡眠時の自律神経の状態をもとに、夜間睡眠の評価をより多角的に進めていく必要がある。

#### 【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

DZPはTSPと比較し、急ブレーキ操作に関わる運転技能を有意に障害し、ブレーキ反応の遅延が交通事故の増加につながる可能性があると考えられた。その他の運転技能（追従走行技能、車線維持技能）、認知機能（持続的注意、遂行機能、作動記憶）、主観的眠気については、3群間で統計学的に有意な影響は与えなかった。DZPは従来報告されてきたよりもより少ない、5mgという低用量でも急ブレーキ操作という運転技能に影響することが確認され

た。TSPの結果はPCBとほぼ同等であり、DZPよりは自動車運転を含めた患者の日常生活に対してより安全性が高いと考えられた。以上の結果は、これまで検討を行ってきたアミトリプチリンを含めた三環系抗うつ薬が影響する運転技能・認知機能とは異なることが示唆され、その要因として薬理学的特徴の相違が影響すると考えられた。本研究で用いたDZPと同じくベンゾジアゼピン系抗不安薬に分類される薬剤は、GABA受容体を介して鎮静作用と筋弛緩作用をもたらし、急ブレーキ操作と関わる運転技能を障害する可能性が考えられる。

#### 【地域保健版マニュアルの改訂】

うつ病休職者が増加する中、休職期間が長期化したり、再休職を繰り返したりする事例も増えており、本人を取り巻く支援は職域に限定されずに包括的に行われる必要がある。

今回、両マニュアルに追記された内容はうつ病休職者の復職支援の基本的なあり方や職域との連携のあり方、また、近年、各地の企業外機関で実施されているリワークプログラムや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）の活用の仕方等であり、地域の市町村職員、保健医療従事者が地域でうつ病休職者の支援にあたる際に知っておくべき基本的な内容を示している。本マニュアルは地域の行政、保健医療従事者がうつ病休職者の復職支援のノウハウを知り、地域の社会資源を把握して適切なサービスに繋げるための一助となると思われる。

#### E. 結論

#### 【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おいては、人数が多く、かつうつ病である確率が比較的低い中等度の得点群に対してどのような対応をすべきかが効果的な実施においての課題となる。本年度の

研究では、高得点者に対する保健医療スタッフによる面談と中得点者に対する web 学習による 2 段階の層別化うつ病スクリーニングシステムを開発するために、昨年度に開発した保健医療スタッフによるうつ病評価のための構造化面接に加えて、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(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、関東地方の地方公務員1976名を対象に調査した。主として国内のうつ病教育・情報提供サイトをレビューし、サイト構成および内容において優れた点を収集・整理し、これに基づいてコンテンツ構成案を作成し、うつ病教育 website の試行版を作成した。労働者に対する意識調査では、うつ病スクリーニングを希望する者は約半数であり、3 割が判断を保留していた。9 割がスクリーニングへの回答はおおむね本当のことを記入し、二次面接には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。うつ病スクリーニングにおいてはストレスマネジメントなどの情報提供と専門家の関与が重要と考えられた。以上から職場におけるうつ病スクリーニングのシステムに必要なツールがそろい、次年度の大規模試行に向けての準備が整った。

#### 【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

本研究の結論として、WBI、特に 9 項目の質問からなる WBI-AB 4 は気分障害および不安障害を有する労働者において双極性障害を検出するために有用なスクリーニングツールであ

る可能性が示された。また BSDS もスクリーニング効率が高かった。本研究成果にもとづいて産業保健スタッフが WBI-AB 4 を使用する際のマニュアルを作成した。WBI-AB 4 あるいは BSDS を利用して、職場において産業保健スタッフが双極性障害に早期に気づくことが可能になると期待される。

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

リワークプログラムの効果に関する無作為化比較対照試験の進捗状況を報告した。研究に導入された対象者は一般のリワークプログラム利用者の特徴とほぼ一致しており、対象者の導入基準および除外基準は適切であると考えられた。一方、対象者の募集状況は順調とはいえない。2011年3月の研究終了までにより多くの対象者を導入し、脱落を防ぐためには、研究導入に際しての手続きをサポートする体制づくり、研究対象の基準に合った対象者を紹介してもらうための地域の開業医との連携強化、研究参加への動機づけを高めるための工夫など、研究遂行上の手続きを工夫する必要があると考えられた。

#### 【非介入群の経過】

うつ状態・うつ病で休職している人には、薬物療法以外の何らかの介入が必要と考えられた。

#### 【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】

リワーク施設は増加の一途をたどっており、今後も調査を継続していくとともに、その利用は施設の情報公開に利用する予定である。

#### 【標準化リワーク評価シートの作成】

今回改訂されたシートで、良好な内的整合性、評価者間信頼性が得られたので、平成22年度は、併存妥当性（別な評価バッテリーによる評価と有意な相関を示すか）、基準妥当性（リワークプログラム終了時の評価点数が復職後の就労継

続を予測するか) などについて、分析を行う予定である。

#### 【リワークプログラムの標準化に関する研究】

9施設において実施されているリワークプログラムを分析し、プログラムの8項目の目的区分と5項目の実施形態に要素が抽出できた。今後、全国で実施されているプログラムに関して調査を行い、プログラムにおけるミニマムな条件を定めると同時に、目標とすべきレベルを提示して、リワークプログラムを医療機関で実施するためのガイドラインを作成し、プログラムの実施方法を具体化する。

#### 【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評価者間信頼性が確認された。
2. 職場復帰準備性評価シートの内的整合性が確認された。
3. 職場復帰準備性評価シートの就労継続に関する予測妥当性が確認された。

#### 【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】

生物学的マーカーについては、症例数が少ないため今後症例数を増やして解析する予定である。

#### 【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】

休職前の睡眠効率は、復職後の経過の有意な予測因子であることが示唆された。ただし本研究は多くの限界を含んでおり、今後より詳細な研究が必要である。

#### 【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

抗不安薬の選択によっては、運転を含めた日常業務の遂行など、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、効果と安全性の双方を考慮し適切な薬物療

法を実施することが重要であると考えられた。

#### 【地域保健版マニュアルの改訂】

職場復帰支援を含めたうつ病における地域・職域連携についての記述が乏しかったため、本研究では「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—」の改訂を行った。

今後、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、改訂版の両マニュアルを各都道府県に配布し内容を周知する予定である。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

#### 【非介入群の経過】

1. 中村 純：職場復帰のノウハウとスキル。総編集：中村 純，中山書店，東京，pp2-14, pp234-235, 2009

#### 【標準化リワーク評価シートの作成】

1. 秋山剛：プログラムにおける評価の標準化。精神神経誌，112(3)；258-263, 2010
2. Akiyama T et al, Rework Program in Japan: Innovative High Level Rehabilitation, Asia Pacific Psychiatry (in submission)

#### 【リワークプログラムの標準化に関する研究】

1. 五十嵐良雄他：医療機関におけるリワークプログラムの要素からみたリハビリテーションにおける位置、リハビリテーション研究：143：投稿中、2010.
2. 五十嵐良雄他：難治性うつ病の職場復帰におけるリワークプログラムの治療的役割、精神療法36(5)：投稿中、2010.
3. 五十嵐良雄他：医療機関におけるリワーク

活動と治療的根拠、「医療従事者のための産業保健」（日本精神神経学会「精神保健に関する委員会編集）、執筆中、新興医学出版社、東京、2010.

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

1. Umene-Nakano W, Yoshimura R, Ueda N, Suzuki A, Ikenouchi-Sugita A, Horii H, Otani K, Nakamura J.: Predictive factors for responding to sertraline treatment: views from plasma catecholamine metabolites and serotonin transporter polymorphism. *J Psychopharmacol*, OnlineFirst in press, 2009
2. Yoshimura R, Umene-Nakano W, Suzuki A, Ueda N, Miyamoto K, Ikenouchi-Sugita A, Horii H, Otani K, Nakamura J.: Rapid response to paroxetine is associated with plasma paroxetine levels at 4 but not 8 weeks of treatment, and is independent of serotonin transporter promoter polymorphism in Japanese depressed patients. *Human Psychopharmacol*, 24: 489-494, 2009

【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

1. Tsunoka T, Kishi T, Ikeda M, Kitajima T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Okochi T, Okumura T, Inada T, Ozaki N, Iwata N: Association analysis of Group II metabotropic glutamate receptor genes (GRM2 and GRM3) with mood disorders and fluvoxamine response in a Japanese population. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33 (5): 875-9, 2009
2. Nishiyama T, Ozaki N, Iwata N: Practice-based depression screening for psychiatry outpatients: feasibility comparison of two-types of Center for Epidemiologic Studies Depression Scales. *Psychiatry Clin Neurosci* 63 (5): 632-8, 2009

3. Kishi T, Kitajima T, Ikeda M, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Okochi T, Ozaki N, Iwata N: Orphan Nuclear Receptor Rev-erb Alpha Gene (NR1D1) and Fluvoxamine Response in Major Depressive Disorder in the Japanese Population. *Neuropsychobiology* 59 (4): 234-238, 2009
4. Kishi T, Kitajima T, Ikeda M, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Okochi T, Okumura T, Tsunoka T, Ozaki N, Iwata N: CLOCK may predict the response to fluvoxamine treatment in Japanese major depressive disorder patients. *Neuro-molecular Med* 11 (2): 53-7, 2009
5. Hakamata Y, Iwase M, Iwata H, Kobayashi T, Tamaki T, Nishio M, Matsuda H, Ozaki N, Inada T: Gender difference in relationship between anxiety-related personality traits and cerebral brain glucose metabolism. *Psychiatry Res* 173 (3): 206-11, 2009
6. 足立康則、尾崎紀夫：うつ病の現状。臨床栄養 115 (7): 758-763, 2009
7. 田中聡、尾崎紀夫：精神科医・心療内科医などの治療者の役割、in Book 精神科医・心療内科医などの治療者の役割、Edited by 中村純、東京、中山書店、2009, pp 16-26
8. 小笠原一能、尾崎紀夫：うつ病の体質は？うつ病になりやすい体質がありましたら教えてください。Q&A でわかる肥満と糖尿病 8 35-36, 2009
9. 大岡治恵、尾崎紀夫：産後うつ病・産後精神病、分子精神医学 9 67-68, 2009
10. 伊藤圭人、尾崎紀夫：抗うつ薬とゲノム薬理学、臨床精神医学 38 (8): 1039-1048, 2009

2. 学会発表

【標準化リワーク評価シートの作成】



1. 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、第105回日本精神神経学会総会 神戸 2009

2. Rework Program for Mood Disorder、世界精神医学会地域大会 ダッカ 2010

【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】 および 【リワークプログラムの標準化に関する研究】

1. 第83回日本産業衛生学会シンポジウム「気分障害の復職支援と復職後の留意点」(平成22年5月27日、福井)

2. 第16回日本精神科診療所協会総会シンポジウム「気分障害を中心としたリワークプログラムの新たな試み」(平成22年6月20日、横浜)

3. 第10回日本外来精神医療学会パネルディスカッション「難治性うつに対するリワーク」(平成22年7月25日、東京)

【社会適応評価ツールの有用性の検討】

1. 中野英樹、上田展久、中野和歌子、杉田篤子、吉村玲児、中村 純：うつ病患者の社会復帰に対する social adaptation self-evaluation scale(SASS) 日本語版の臨床的有用性の臨床的有用性。第105回 日本精神神経学会総会 神戸 2009

【抗不安薬の作業能力への影響の検討】

尾崎紀夫：うつ病復職支援プログラムにおける心理教育。精神障害者リハビリテーション学会 郡山 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

【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】

Christensen H, Leach LS, Barney L, Mackinnon

AJ, Griffiths KM. The effect of web based depression interventions on self reported help seeking: randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2006; 6: 13.

Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B. et al.: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. Plos Medicine, 5 (2): e45, 2008.

Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 136(10): 765-76.

UK National Institute of Clinical Excellence (NICE). Depression: Management of depression in primary and secondary care (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>)

Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. JAMA. 2007 Sep 26; 298(12): 1401-11.

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

1. Glick ID. Undiagnosed bipolar disorder: New syndromes and new treatments. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004; 6 (1): 27-33.

2. Piver A, Yatham LN, Lam RW. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. Can Fam Physician. 2002; 48: 896-904.

3. Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnosis

- tic entity. *Bipolar Disord.* 2008 ; 10 : 163-178.
- 4 . Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, Gross R, Neria Y, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA.* 2005 ; 293 (8) : 956-63.
  - 5 . Mantere O, Suominen K, Leppämäki S, Valtonen H, Arvilommi P, Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disord.* 2004 ; 6 (5) : 395-405.
  - 6 . Mantere O, Suominen K, Arvilommi P, Valtonen H, Leppämäki S, Isometsä E. Clinical predictors of unrecognized bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord.* 2008 ; 10 (2) : 238-44.
  - 7 . Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord.* 2003 ; 5 (6) : 456-63.
  - 8 . Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord.* 1994 ; 31 (4) : 281-94.
  - 9 . Berk M, Dodd S. Bipolar II disorder: a review. *Bipolar Disord.* 2005 ; 7 (1) : 11-21.
  - 10 . Skeppar P, Adolfsson R. Bipolar II and the bipolar spectrum. *Nord J Psychiatry.* 2006 ; 60 (1) : 7-26.
  - 11 . Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract.* 2001 ; 7 (5) : 287-97.
  - 12 . Stang P, Frank C, Ulcickas Yood M, Wells K, Burch S. Impact of Bipolar Disorder: Results From a Screening Study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007 ; 9 (1) : 42-47.
  - 13 . Laxman KE, Lovibond KS, Hassan MK. Impact of bipolar disorder in employed populations. *Am J Manag Care.* 2008 ; 14 (11) : 757-64.
  - 14 . Gardner HH, Kleinman NL, Brook RA, Rajagopalan K, Brizee TJ, Smeeding JE. The economic impact of bipolar disorder in an employed population from an employer perspective. *J Clin Psychiatry.* 2006 ; 67 (8) : 1209-18.
  - 15 . Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord.* 2007 ; 9 (1-2) : 126-43.
  - 16 . Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Jin R, Merikangas KR, Simon GE, Wang PS. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry.* 2006 ; 163 (9) : 1561-8.
  - 17 . Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000 ; 157 (11) : 1873-5.
  - 18 . Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, Calabrese JR, Carta MG. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar

- disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005 ; 1 : 8.
19. Isometsä E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Pippingsköld M, Arvilommi P. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2003 ; 3 : 8.
  20. Chung KF, Tso KC, Cheung E, Wong M. Validation of the Chinese version of the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 ; 62 (4) : 464-71.
  21. Shabani A, Koochi-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N. The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Arch Iran Med*. 2009 ; 12 (1) : 41-7.
  22. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H, Atik L. Validation of the Turkish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2007 ; 18 (2).
  23. Gervasoni N, Weber Rouget B, Miguez M, Dubuis V, Bizzini V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Performance of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) according to bipolar subtype and symptom severity. *Eur Psychiatry*. 2009 ; 24 (5) : 341-4.
  24. Twiss J, Jones S, Anderson I. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample. *J Affect Disord*. 2008 ; 110 (1-2) : 180-4.
  25. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004 ; 81 (2) : 167-71.
  26. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord*. 2005 ; 88 (1) : 103-8.
  27. Kim B, Wang HR, Son JI, Kim CY, Joo YH. Bipolarity in depressive patients without histories of diagnosis of bipolar disorder and the use of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolarity. *Compr Psychiatry*. 2008 ; 49 (5) : 469-75.
  28. de Dios C, Ezquiaga E, García A, Montes JM, Avedillo C, Soler B. Usefulness of the Spanish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorder in routine clinical practice in outpatients with major depression. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2008 ; 4 : 14.
  29. Nassir Ghaemi S, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*. 2005 ; 84 (2-3) : 273-7.
  30. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J. The HCL-32 : towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*. 2005 ; 88 (2) : 217-33.
  31. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, Gamma A, Angst J. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and

- comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006; 2: 2.
32. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, Pérez F, Oliveras MA, Valle J, Lahuerta J, Angst J; EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord*. 2007; 101 (1-3): 43-55.
  33. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Fraser C, Gordon-Smith K, Craddock N. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32). *J Affect Disord*. 2009; 114 (1-3): 68-73.
  34. Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, Skeppar P, Adolfsson R, Angst J. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. *Compr Psychiatry*. 2007; 48 (1): 79-87.
  35. 田中輝明、井上 猛、鈴木克治、増井拓哉、小山 司. 単極性うつ病か? 双極性うつ病か? 自己記入式評価スケールの有用性に関する検討. *Bipolar Disorder*. 2007; 5: 21-27.
  36. 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成16~18年度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関する研究」総合研究報告書. 2007; 1-21.
  37. 稲田俊也、岩本邦弘、堀 宏治、稲垣 中、中谷真樹、樋口輝彦. ヤング躁病評価尺度日本語版(YMRS-J)による躁病の臨床評価. *じほう*. 2005.
- 【リワークプログラムの効果に関する Randomized Control Trial】
- 1) 社会経済生産性本部. 『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果、2006
  - 2) 島悟. 精神障害による休業者に関する研究. うつ病を中心としたこころの健康障害を持つ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究(主任研究者 島悟). 厚生労働省科学研究補助金労働安全衛生総合研究事業平成14年度~16年度総合研究報告書、pp32-34, 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) 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.
  - 5) 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.
  - 6) 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.
  - 7) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
  - 8) Hamilton M A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23: 56-62, 1960.
  - 9) 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.
- 10) Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Multi-Health Systems, Toronto, 1990.
  - 11) World Health Organization. WHOQoL Study Protocol. WHO, 1993.
  - 12) 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.
  - 13) 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
  - 14) 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
  - 15) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50, 975-990, 1993
  - 16) Parker G, Tupling H, Brown L.B. A Parental Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10, 1979.
  - 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) 菅原誠. 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. 精神医学、49, 787-796, 2007.  
【復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連】
    - 1) 厚生労働省「こころ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」(平成16年10月)
    - 2) メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 東京: 中山書店; 2005.

## II 分担研究報告

平成21年度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学研から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」  
分担研究書

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

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

分担研究者 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）  
研究協力者 谷川 洋美（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・短時間雇用職員）  
土屋 政雄（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・客員研究員）  
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）  
島田 恭子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）  
津野香奈美（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）  
井上 彰臣（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）  
難波 克行（中外製薬株式会社・統括産業医）

うつ病スクリーニングにおいては、人数が多く、かつうつ病である確率が比較的低い中等度の得点群に対してどのような対応をすべきかが効果的な実施においての課題となる。本年度の研究では、高得点者に対する保健医療スタッフによる面談と中得点者に対する web 学習による 2 段階の層別化うつ病スクリーニングシステムを開発するために、昨年度に開発した保健医療スタッフによるうつ病評価のための構造化面接に加えて、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（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、関東地方の地方公務員1976名を対象に調査した。主として国内のうつ病教育・情報提供サイトをレビューし、サイト構成および内容において優れた点を収集・整理し、これに基づいてコンテンツ構成案を作成し、うつ病教育 website の試行版を作成した。労働者に対する意識調査では、うつ病スクリーニングを希望する者は約半数であり、3 割が判断を保留していた。9 割がスクリーニングへの回答はおおむね本当のことを記入し、二次面接には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。うつ病スクリーニングにおいてはストレスマネジメントなどの情報提供と専門家の関与が重要と考えられた。以上から職場におけるうつ病スクリーニングのシステムに必要なツールがそろい、次年度の大規模試行に向けての準備が整った。

A. はじめに

1. 職場におけるうつ病のスクリーニングの  
問題点

職場におけるうつ病の早期発見においては、簡便な調査票によるスクリーニングが実施され、定められたカットオフ点よりも高得点を示

した者に対する保健医療スタッフによる面接などの二次スクリーニングによりうつ病を発見することが一般に実施されている。しかしながら、多くの場合には対象従業員の2～3割が高得点者となり、二次スクリーニングの実施に多くの時間と人員、費用が必要になる。また感度、特異度が90%以上という優れたスクリーニング尺度を利用したとしても、高得点者中のうつ病者の割合は一般には10%程度と理論的には予測される。実際の職場でのスクリーニングにおいても、二次スクリーニング対象者の大部分に問題がないことはよく経験されている。職場におけるうつ病スクリーニングをより効率的に実施するためには、現在のスクリーニングの考え方を大きく転換する必要がある。

一方で、スクリーニング効率（感度および特異度）が高いことと、スクリーニングによりうつ病の経過や予後により効果がみられるかどうかは別である。一般医受診者を対象としたうつ病スクリーニングの効果に関する無作為化比較試験のメタ分析では、うつ病スクリーニングの結果を医師に伝えることで、受診患者のうつ病・うつ状態の期間が短縮することが明らかになっている（Pignone et al. 2002）。しかし一般勤労集団を対象としたうつ病スクリーニングの効果についての研究はきわめて少ない。わずかに、スクリーニング陽性者に対して徹底的な受診勧奨とストレスマネジメントが実施された1研究で、抑うつ早期改善と労働生産性の維持効果が認められているのみである（Wang et al. 2007）。この1研究の結果に従うならば、職場におけるうつ病のスクリーニングでは、スクリーニング陽性者に十分な保健医療サービスが提供されることが、うつ病のスクリーニングが効果を持つ条件であることが示唆される。

## 2. 軽症うつ病、うつ状態に対する最近の治療動向

最近の一部の研究（Kirsh et al 2008）および

英国 NICE の公表した臨床ガイドライン（UK NICE）は、軽症のうつ病は自然回復が期待できるため、抗うつ剤の処方必ず患者にとって最善の対応ではないことを示している。英国 NICE ガイドラインは、ICD-10 軽症うつ病エピソード（DSM-IV では閾値下うつ病に該当）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ないとし、睡眠や不安をマネジメントするための教育、2週間以内のフォローアップ、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を推奨している。オーストラリア国立大学の研究では、抑うつ症状を持つ地域住民に対しては、うつ病に関する知識を提供するウェブサイト、あるいは認知行動療法などのストレスマネジメントを提供する教育が、抑うつの軽減に効果的であったとしている（Christensen et al. 2006）。

これらから、軽症うつ病あるいは診断基準を満たさないうつ状態をより多数含むと考えられる、うつ病スクリーニング尺度の陽性者のうち中等度の得点を示す群には、積極的な受診勧奨よりも、うつ病に関する知識やストレスマネジメントの提供が効果的であると想定される。一方、うつ病スクリーニング尺度の高得点者においては、うつ病者の確率が多いことから、保健医療スタッフによる面接による二次スクリーニングおよび必要に応じての受診勧奨が適切と考えられる。

## 3. うつ病のスクリーニングに対する労働者の視点の重要性

さらに、職場におけるうつ病のスクリーニングには労働安全衛生法等に定められた法的根拠はないため、一般に従業員の参加は任意となる（ただし、法定の一般健康診断の間診の一部としてこれを取り扱っている事業場もある）。職場におけるうつ病のスクリーニングへの従業員の参加率を高めることは、効果的なスクリーニングの実施において重要である。しかし、どの



ような条件があれば従業員がうつ病のスクリーニングに参加しやすくなるのかについての検討はまだなされていない。従業員がうつ病のスクリーニングに対して抱いている感覚や期待について聞き取り、これに合わせたスクリーニングの実施体制を構築することが望まれる。

#### 4. 本年度研究の目的

本年度の研究では、高得点者に対する保健医療スタッフによる面談と中得点者に対するweb学習による2段階層別化うつ病スクリーニングシステム(図1)を開発するために、昨年度に開発した保健医療スタッフによるうつ病評価のための構造化面接に加えて、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。

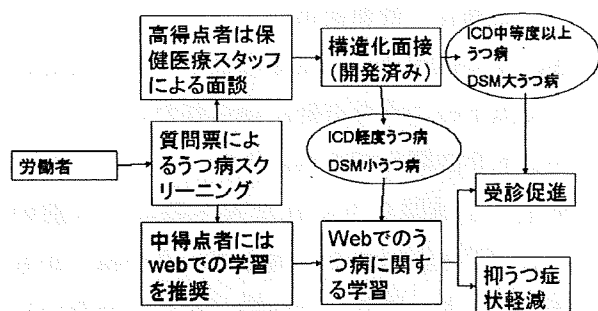


図1 高得点者に対する保健医療スタッフによる面談と中得点者に対するweb学習による層別化うつ病スクリーニングシステムの概要

## B. 対象と方法

### 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、その特徴、コンテンツ、うつ病教育サイトとしての優れた点について評価を行っ

た。主に国内の日本語ウェブサイトを対象としてとりあげたが、オーストラリア国立大学のBlue Pagesも参考とした(Christensen et al. 2006)。

#### 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そのデザインについて研究グループメンバーで討議を行い、まとめた。

#### 3) うつ病教育 website (試行版) の作成

上記で決定されたコンテンツ案に従い、研究グループメンバーが分担してコンテンツを作成し、これを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。労働組合を通じて4,072部の質問票を配布し、2,194名から回答を得た(回収率46.7%)。うち性別、年齢、うつ病のスクリーニングに関する意識調査に回答のあった1976名(男性48%、女性52%、平均年齢43.0歳)を解析対象とした。

### 2) 調査方法

質問票(付録1)において、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? (今現在、実施されているかどうかは別として、あなたのご意見をお聞かせください)」とたずね、「1. はい」、「2. いいえ」、「3. どちらとも言えない」で回答を求めた。

(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。」とたずね、「1. 本当のことを回答すると思う」、「2. おおむね、本当のことを回答すると思う」、「3. 本当のこととは違ったことを回答すると思う」のいずれかで回答を求めた。

(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？」とたずね「1. はい、面接を希望します」、「2. 面接は希望しませんが、職場で決まったことなら面接を受けます」、「3. 面接は希望しませんし、職場で決まったとしても面接は受けません」から回答を求めた。

(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、以下の9つの選択枝から3つまで回答を得た。

1. 記入する質問票が簡単であること
2. ホームページなどからいつでも行えること
3. うつ病の「スクリーニング」が効果的であることを事前に教えてもらえること
4. 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
5. 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
6. 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
7. うつ状態や高ストレスと判定された場合、医療機関を受診するかどうかは完全に自分で決められること
8. 年に1回など頻度が少ないこと
9. その他

なお、この質問に関してはさらに無回答者19名あったため、これを除いた1957名について解

析した。

### 3) 統計解析

合計および性別、年齢別に回答の分布を求めた。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。

### 倫理的配慮

うつ病スクリーニングに対する労働者の意見に関する研究の実施にあたっては、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会において研究目的および手順について審査を受け承認を得た。

### C. 結果

#### 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を表1に示す。また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、参考になる点を表2にまとめた。

##### 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以下のような方針が得られた。

#### ①サイトを訪問してくれた人へ

サイトを訪問してくれた人へのニーズ別のメッセージを表示する。例えば、うつ病（かもしれない）人、周りにうつ病（かもしれない）人がいる人、うつ病を理解したい人、うつ病を理解できない人、など。

#### ②うつ病かもしれないと考えている人への情報提供

自己診断：当てはまる項目を数えるタイプのもの。うつ病の具体的な症状・生活上の支障（ライフステージに特有な場面を想定し、文章または項目で説明するものなどを提供。

類似の他の疾患の説明：自己判断せず病院に行こうという意味で。

### ③初めての病院

うつ病ではじめて医療機関を受診する方への情報提供。受診への抵抗感をなくし、治療が有効かつ必要と知るための情報。

バーチャル診療により診療の流れを理解する（どんなことを訊かれるか、言われるか、どんな治療をするかなど）

医師や医療従事者からのコメント

他の患者さんの体験談など（病院は疲れる。うつ病のせいか医者が信じられないこともある。本当に変な医者もたまにいるみたい。いろいろ覚悟して行ってほしいなど）

病院検索：地域別の専門医療機関の検索ができるサイトへのリンクを行う

うつ病の薬について

受診時の費用について

医療保険や公費負担制度について

### ④病気の基礎について知る

症状・原因・経過・治療法・予後など。「治療を受けているかどうか」「本人か家族か」の4通りにガイドするのも良い。

治療方法について：薬、休養、心理療法（認知療法など）、日常場面での症状への対処法、生活の中での工夫といったものも広く紹介する。

休業した場合には、職場復帰までの一般的なステップについて説明する。

### ⑤情報提供コーナー

以下のような項目について説明し、必要に応じて訪問者が情報を得られるようにする。

- ・制度や法律についての情報
- ・仕事とうつ病について
- ・医療保険について
- ・相談先（保健医療機関・公共機関など）
- ・薬について
- ・うつ病に関する書籍
- ・優良サイトへのリンク
- ・うつ関連のニュース

・うつ病関連の英語

### ⑥うつ病の人が周囲にいる人へ

・うつ病の人への接し方のアドバイス、共倒れの危険を防ぐためのメッセージ

・家族会の紹介

・悩み相談や掲示板

### ⑦うつ病を持つ他の人たちのことを知ろう

・最近の調査結果の紹介

・掲示板

・医療従事者によるコラム

・闘病記やブログや手記などの紹介

### ⑧サイトへのフィードバック

・サイトアンケート

・Q&A コーナー

以上のコンテンツに加えて、サイトの色調や構造などの点についても工夫が必要と考えられた。

・サイトの名前は覚えやすいものに

・クールな色を基調としつつパステルで柔らかく、色を多用しすぎない

・曲線的なデザインにする。

・挿絵をいれる。ただし必要最低限にする。

・綺麗で明るい写真をいれる。

・文字はゴシック体で。

・アイコンなどは大きめに分かりやすく。

・ガイドをしっかりとする。

・文章は親身に、しかし馴れ馴れしすぎないように。

### 3) うつ病教育 website（試行版）の作成

以上のコンテンツ案に従い、うつ病教育 website（試行版）を作成した。一部画面のコピーを付録2に示す。またうつ病教育 website（試行版）は、以下のHPで閲覧することができる：  
<http://www.mental/m.u-tokyo.ac.jp/utsmidtrial>  
（平成22年3月末現在）

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(表3)。しかし希望しない者も17%、どちらとも言えないとする者も31%あった。女性の方が有意にどちらとも言えないと回答していた。

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。しかし3%程度は本当とは異なったことを回答するとしていた。40-49歳の者でこの傾向が強かった。

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。しかし8%は参加しないとしていた。女性の方が面接をより希望する傾向があった。

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(表4)。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。

#### D. 考察

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。職場でのうつ病スクリーニングにより多くの者

に参加してもらうために、これらの点を考慮する必要がある。

特にうつ病スクリーニングの結果に応じてストレス対処法の学習の機会があることは労働者のうつ病スクリーニングへの参加を促す重要な要因と考えられた。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