

表2
基本属性の分布と就労継続日数との関連

	n	平均就労継続日数
全体(層別なし)	23	346.8
性		
男性	16	373.3
女性	5	222.3
		p=.232
年齢		
40以下	12	358.8
41歳以上	8	288.7
		p=.830
教育		
大卒以下	17	370.0
大学院卒	3	165.0
		p=.426
婚姻		
配偶者あり	14	330.2
配偶者なし	6	311.8
		p=.783
診断		
気分障害	16	390.2
気分障害以外	4	137.8
		p=.053
職種		
システムエンジニア	11	287
その他	9	340.5
		p=.336
職階		
部課長	3	144.3
係長・主任	8	235.3
一般	9	448.0
		p=.368

表3
就労継続日数と有意な関連が見られた項

	n	平均就労継続日数
(2)食生活リズム		
(2,3)	3	107.0
(4)	20	392.0
		p=.0005
(6)熟眠感		
(0)	11	305.0
(1-6)	12	256.7
		p=.031
(8)昼間の眠気		
(1-3)	17	390.4
(3,43-8)	6	130.2
		p=.013
(10)身だしなみ		
(1,2)	2	110.5
(3,4)	21	376.6
		p=.004
(16)集中力		
(1-3)	8	55.9
(4)	15	395.3
		p=.021
(20)職場上司との接触		
(1-3)	9	124.6
(4)	14	411.8
		p=.001
(22)健康管理スタッフとの関係		
(3)	2	117.0
(4)	21	376.4
		p=.006

Cronbach α 係数=0.82

平成20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

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

分担研究者 中村 純 産業医科大学医学部精神医学教室教授（H21年）

研究要旨

本年度は、

- 1) 休職中の労働者に対して特別なリワークプログラムを用いなくて通常の精神科診療を行って、どのような経過をたどるのか、休職中にうつ状態を呈して外来を受診した人の経過を臨床評価尺度およびいくつかの生物学的マーカーを指標に検討した。その結果、休職中のうつ状態の患者16名（男性12名：女性4名）を集積することができた。通常の診療を行って6か月後まで復職継続できていた人は6名中3名であった。次いで対象患者の背景について解析した。
- 2) 昨年度から継続している SASS、BDI による評価をより対象患者を増やして検討した。

A 研究目的

研究1：われわれの教室は、リワークのための訓練施設であるデイケアなどの復職支援プログラムを有さないため、非介入群の経過をまとめるため症例を集積した。

研究2：うつ病患者が改善した場合に求められるのは社会復帰であるが、うつ病の改善と復職とはかならずしも一致しないことがある。したがって、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。また、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。

B 対象と方法

研究1：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。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。

研究2：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。本研究は産業医科大学倫理委員会の承認を受けており、対象者からは文書による同意を得た。

C 結果

研究1：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、VFC45.2±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。

表1

	社会復帰	群非社会復帰	群 p 値
SASS 得点 (252例)	34.4±7.6点	25.0±7.4点	<0.001
BDI 得点 (193例)	14.6±11.5点	26.5±12.0点	<0.001
Ham-D 得点 (106例)	5.8±5.4点	14.2±7.6点	<0.001

研究2：社会復帰群（132名）と非社会復帰群（120例）を比較した。社会復帰群、非社会復帰群の平均年齢は、42.3±10.8歳、42.8±10.8歳であり、入社10数年の経験者の休職が目立った。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。

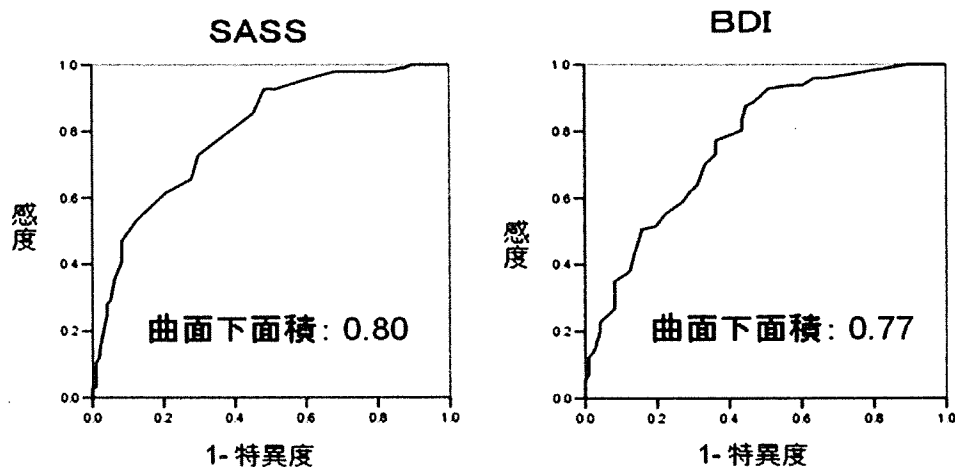
寛解群を対象に Ham-D 得点を社会復帰群と非社会復帰群とで比較した。その結果、寛解群86例のうち BDI で評価された症例は49例、各評価尺度得点から各評価尺度の中央値を引いた値を補正值として、それぞれの補正值を社会復帰群と非社会復帰群とで比較したものを表1に示す。SASS 補正值に関しては、社会復帰群の中央値は1（範囲：-1～23）であったのに対して、非社会復帰群の中央値は-7（範囲：-16～6）であり、その差は有意であった（ $p<0.01$ ）。一方、BDI 補正值および Ham-D 補正值に関しては、社会復帰群と非社会復帰群とで有意差は認めなかった。

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。（図1）

D 結論

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、通常精神科外来治療では、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。そこで薬物療法以外の何らかの介入が必要と考えられた。

また今回の結果より 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。なお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。



SASSの方がBDIよりもROC曲線において、曲線下面積が大きかったことよりSASSはBDIよりも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。

図1

研究発表

1. 論文発表

- 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
- 2) Umene-Nakano W, Yoshimura R, Ueda N, Suzuki A, Ikenouchi-Sugita A, Hori 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
- 3) Yoshimura R, Umene-Nakano W, Suzuki A, Ueda N, Miyamoto K, Ikenouchi-Sugita A, Hori 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

2. 学会発表

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

「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

復職前の夜間睡眠の状態と復職後の経過との関連

分担研究者	田中 克俊	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学教授
研究協力者	鎌田 直樹	北里大学医学部精神神経科
	川島 正敏	三菱重工業（株）汎用機・特車事業本部 診療所
	高野 知樹	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
	加来明希子	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
	西埜植 直	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

研究要旨

うつ病で休業した労働者の復職前の睡眠状態を評価することが、復職後の経過を予測するのに役立つかを調べるため、睡眠時間、入眠潜時、睡眠効率、中途覚醒回数等の睡眠指標（3日間の平均）と復職3ヵ月後の勤務状況（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）との関連を調べた。睡眠指標の測定には、3軸加速度センサ等を内蔵する腕時計式の携帯型センサを用いた。19名（男性15名、女性4名）を対象に、年齢、性別、過去の休業回数で調整した解析の結果、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、睡眠効率は復職後の経過と有意に関連していることが示唆された。休職前の睡眠時間と復職後の経過においても、再休業群（8時間30分）と制限勤務群（6時間44分）の間に有意な違いが認められた。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。本研究の結果、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が、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。

A. 研究目的

うつ病等の精神疾患により、休業する労働者の数が増加している。また、休業から復職した後、再び症状が悪化し、再度休業となる事例も少なくない。再度休業となるケースにおいては、職場による支援の問題や職場環境や早すぎる薬物治療の中止等の他に、そもそも症状の改善が十分ではなく復職の判断が早すぎたと思われるケースも少なくない。「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」で

は、精神症状の回復の様子を評価する際には、十分な睡眠が確保できているかの評価が重要なポイントであるとしている。また、労働者の復職にかかわる多く臨床家も、適切な睡眠の確保を復職可否判断の重要なポイントとしてあげている。しかしながら、睡眠についての評価は、労働者の主観的な評価に頼らざるを得ないため、正確な判断は困難である。客観的な睡眠状態の評価にはポリソムノグラフィーを用いた検査が必要だが、産業保健現場での利用は現実的

ではない。

本研究では、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。

B. 研究方法

神奈川県内の製造業および機械製作関連の研究所に勤務する労働者で、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。

復職の可否を判断する事前面談の際に、研究の目的や方法について説明し同意がえられた労働者に、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は、指先に装着する光電脈波センサと3軸加速度センサを内蔵している。（体動：0.05以上をカウント（10Hz相当）、脈波間隔：35～135bpm相当、連続計測時間：40時間
データ記憶容量：112時間分）

光電脈波は、LED（発光ダイオード）光源と皮膚からの反射光計測のための光電センサを一体化したヘッドを装着する簡便なものであり、装着によって睡眠を障害する等の不利益は生じない。

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、脈波間隔平均、LF値、HF値の算出が全て終了していないため、睡眠時間、入眠潜時、睡眠効率、中途覚醒回数のみ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。

本研究は、北里大学医学部倫理委員会の審査を受け実施許可を受けたのち実施された。

C. 結果

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。対象者の属性及び復職前の睡眠指標（全対象者）を表1に示す。対象者の平均年齢(SD)は、37.4(7.9)であった。

復職3ヵ月後の経過は、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。

表2に、復職後の経過と休職前の睡眠指標との関連を示す。ここで示す推定平均値は年齢、性別、過去の休業回数で調整されている。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。

D. 考察

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の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。また、睡眠時無呼吸症候群等の睡眠障害のスクリーニングを行っていないことが、本研究の重大な課題である。復職後の経過は、職場のサポートによっても大きな影響を受けるため、今後は、サポート状況も考慮した上で夜間睡眠の予測因子としての意義を検討していく必要がある。本研究ではまた、統計学的パワーは十分でなく、より多くの対象者を募る必要がある。

E. 結論

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。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

I. 引用文献

- 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.

表 1. 参加者属性および復職前の睡眠指標（全対象者）

		人数	パーセント
復職後の経過	再休業	7	36.8%
	制限勤務	9	47.4%
	通常勤務	3	15.8%
性別	男性	15	78.9%
	女性	4	21.1%
		平均	SD
年齢		37.4	7.9
過去休業回数		0.3	0.6
睡眠時間（時：分）		7:39	1:56
入眠潜時（分）		8.9	3.2
睡眠効率（%）		64.3	24.4
中途覚醒回数（回）		2.5	1.9

表 2. 復職後の経過と休職前の睡眠指標との関連（年齢、性別、過去の休業回数で調整）
復職後の経過と休職前の睡眠時間（時間：分）

復職後の経過	推定平均値	標準誤差	95% Wald 信頼区間	
			下限	上限
再休業	08:30	05:17	07:29	09:31
制限勤務	06:44	00:43	05:19	08:09
通常勤務	06:52	00:41	05:31	08:13

			p値
再休業	vs	制限勤務	.029
再休業	vs	通常勤務	.056
制限勤務	vs	通常勤務	.869

復職後の経過と休職前の睡眠潜時(分)

復職後の経過	推定平均値	標準誤差	95% Wald 信頼区間	
			下限	上限
再休業	8.3	1.74	4.8	11.7
制限勤務	8.2	1.34	5.6	10.8
通常勤務	9.8	1.08	7.6	11.9

p値			
再休業	vs	制限勤務	.976
再休業	vs	通常勤務	.432
制限勤務	vs	通常勤務	.253

復職後の経過と休職前の睡眠効率(%)

復職後の経過	推定平均値	標準誤差	95% Wald 信頼区間	
			下限	上限
再休業	47.7	7.96	32.1	63.3
制限勤務	72.8	6.38	60.3	85.4
通常勤務	97.2	5.43	86.6	107.9

p値			
再休業	vs	制限勤務	.012
再休業	vs	通常勤務	.000
制限勤務	vs	通常勤務	.001

**復職後の経過と休職前の中
途覚醒回数(回)**

復職後の経過	推定平均値	標準誤差	95% Wald 信頼区間	
			下限	上限
再休業	2.9	.68	1.6	4.3
制限勤務	2.3	.49	1.3	3.2
通常勤務	1.1	.61	-.07	2.3

			p値
再休業	vs	制限勤務	.501
再休業	vs	通常勤務	.052
制限勤務	vs	通常勤務	.146

平成21年度厚生労働省科学研究費補助金（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復職支援に至る包括的治療に関する研究

分担研究報告書

抗不安薬の作業能力への影響の検討

分担研究者 尾崎 紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

研究要旨：抗不安薬はうつ病や不安障害などの症状を緩和し、患者の社会復帰を促しているが、一方で抗不安薬が認知機能に悪影響を及ぼすことが報告されている。現代の車社会においては、自動車運転なしでの日常生活や就労業務は困難な状況にある。運転業務を含めて社会復帰を目指した、うつ病患者に対する適切な抗不安薬薬物療法についてはさらに詳細に検討する余地がある。そこで、本研究においては、健常者を対象に模擬運転装置を用いて、抗不安薬を服用した上で、経時的に運転作業課題と認知機能課題を施行し、その課題成績の推移を確認する。本年度の結果、ベンゾジアゼピン系抗不安薬であるジアゼパムがアザピロン系抗不安薬であるタンドスピロンと比較し、急ブレーキ操作と関わる運転技能を障害することが確認された。これらの結果から、抗不安薬の選択によっては、運転を含めた日常業務遂行など、うつ病患者の社会復帰を妨げ、労働災害に結びつく危険性があることが示唆された。効果と安全性の双方を考慮し、抗不安薬の適切な選択と薬物療法の最適化が重要であると考えられた。

研究協力者

岩本邦弘 1、高橋正洋 1、中村由嘉子 1、石原良子 1、飯高哲也 1、野田幸裕 2、

1 名古屋大学 大学院医学系研究科 精神医学・精神生物学分野

2 名城大学大学院薬学研究科病態解析学 I

A. 研究目的

抗不安薬は不安障害やうつ病など精神疾患の治療に広く利用され、不安の軽減といった症状緩和に寄与しているが、精神運動機能や認知機能に悪影響をもたらすと報告されている。抗不安薬であるベンゾジアゼピン系抗不安薬は、鎮静や眠気、精神運動遅延、前向き健忘などといった影響を、急性投与だけでなく長期投与においてももたらす繰り返し報告されている。こうし

た認知機能への悪影響は、自動車運転を含めた患者の就労や日常生活を制限することになる。また、疫学的研究においても、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が用量依存性に交通事故発生率を1.5～3倍に増加させると報告されている。こうした中で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬と異なる作用機序を有し、副作用が少ないアザピロン系抗不安薬が注目されている。海外ではアザピロン系抗不安薬である buspirone の知見が蓄積されているが、本邦で利用可能なアザピロン系抗不安薬であるタンドスピロンに関する検討は殆ど行われていない。本研究の目的は、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することである。

B. 研究方法

被験者として、運転免許を有し、日常的に運転を行う健常男性18名が参加し、問診や精神科診断面接 (SCID) により身体疾患や精神障害を有さないことを確認した。被験者の平均年齢は 37.1 ± 3.3 歳 (\pm に続く数値は標準偏差。以下同様) であり、年齢幅は32~44歳であった。

抗不安薬の影響を確認する為に、臨床的に汎用されている、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) 5 mg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。検査前には各被験者に操作方法を十分に教示した上で試験を行った。

倫理的配慮

本研究は名古屋大学倫理審査委員会の承認を得ており、対象者には本研究に関して十分な説明を行い、文書にて同意を取得した。

C. 研究結果

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群間において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22.2%とやや高かったが、その他の副作用はPCB群と差はなかった。

D. 考察と結論

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、5 mg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す、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。これらの結果

から、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。

G. 研究発表

1. 論文発表

・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

・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

・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

・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. *Neuromolecular Med* 11 (2): 53-7, 2009

・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

・足立康則、尾崎紀夫：うつ病の現状。臨床栄養 115 (7): 758-763, 2009

・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

・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

・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

・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

・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

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に関する研究

地域保健版マニュアルの改訂

分担研究者	大野 裕	慶應義塾大学保健管理センター	教授
	秋山 剛	NTT 東日本関東病院精神神経科	部長
	五十嵐良雄	メディカルケア虎ノ門	院長
	川上 憲人	東京大学大学院医学系研究科	教授
	田中 克俊	北里大学大学院医療研究課	准教授
協力研究者	仲本 晴男	沖縄県立総合精神保健福祉センター	所長
	田島 美幸	慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室	流動研究員

研究要旨

本研究の目的は、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」の改訂を行うことである。現在のマニュアルには、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い。そこで、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。今後、改訂版の両マニュアルについては、各都道府県に配布し内容を周知する予定である。

A. 研究目的

本研究の目的は、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」の改訂を行うことである。

現在のマニュアルには、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い。そこで、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することとした。

B. 研究方法

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、補遺を追加すべき点を検討し各専門を考慮して分担した。また、地域・職域連携については同様の目的で「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」の改訂が平成21年3月に行われているが、手引きの内容も補遺に反映できるように配慮した。

さらに、精神保健福祉センター長会から仲本晴男所長（沖縄県立総合精神保健福祉センター）にご協力いただき、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。

（倫理面への配慮）

マニュアルの改訂作業のため、特になし。

C. 研究結果

補遺作成の分担は表1、2の通りである。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。

本研究の成果物については、本報告書別頁「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－改訂版」および「うつ対応マニュアル－保健医療従事者のために－改訂版」に示した。

D. 考察

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

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 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 参考文献

章	修正、補遺作成ポイント	担当
3. うつ病への気づきを促すために	修正、内容追記；職場におけるメンタルヘルス対策の現状、事業場との連携について	川上
6. 長期的な支援のために	補遺作成；うつ病休職者の復職支援一般について	秋山
6. 長期的な支援のために	補遺作成；うつ病休職者のリワークプログラムについて	五十嵐
6. 長期的な支援のために	補遺作成；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	仲本
7. 都道府県・市町村におけるうつ対策推進の実際	補遺作成；連携をとるべき職域側の機関について	田中

表1 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

章	修正点	担当
スクリーニングの実際とその後のフォロー	修正、追記；二次スクリーニング部分を「介護予防 うつ予防マニュアル」に合わせて改訂	大野
三次予防としてのうつ対策	補遺作成；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	仲本
三次予防としてのうつ対策	補遺作成；うつ病休職者の復職支援一般について。	秋山
三次予防としてのうつ対策	補遺作成；うつ病休職者のリワークプログラムについて	五十嵐
その他の関連者との連携	補遺作成； 職域との連携のあり方について	田中

うつ対策推進方策マニュアル改訂版

－ 都道府県・市町村職員のために －

平成22年3月

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

目 次

はじめに	1
1. なぜ、うつ対策？	1
2. うつ病を知る	2
(1) うつ病の一般的症状	
(2) 発症の要因：危険因子	
1) 性別、年齢	
2) その他の要因	
(3) 発生頻度	
3. うつ病への気づきを促すために	4
(1) 啓発活動の重要性	
(2) 啓発活動の方法	
1) 既存事業を活用した啓発活動	
2) 関係機関とのネットワークを活用した啓発活動	
3) 事業場への働きかけ	
4) マスメディアの活用	
5) インターネットの活用	
(3) 対象者の特性を考慮した情報提供	
4. 相談支援のために	10
(1) 相談窓口	
(2) 相談のための人材育成	
5. 適切な診断・治療のために	12
6. 長期的な支援のために	12
7. 都道府県・市町村におけるうつ対策推進の実際	17
(1) 地域の実態把握・地域診断	
1) 既存の資料の活用	
2) 意識調査	
(2) 対策推進のための組織・体制	
1) 庁舎内の組織づくり	
2) 対策検討会の設置	
(3) 市町村、保健所、精神保健福祉センター、本庁のうつ対策における役割	
(4) 関係部局・機関等との連携方策	
8. 都道府県・市町村の取り組み事例	23
うつ病を知っていますか？（国民向けパンフレット 案）	57

はじめに

誰でも時には気分が滅入ったり、孤独を感じたり、おっくうだったり、だるかったりすることがあるが、時間が解決することも多く、しばらくすると収まることがほとんどである。しかし、このような抑うつ的な状態が長く続き、うつ病になることがある。

一方、うつ病は抑うつ的な気分だけではなく、心や身体に様々な形で現れる。しかも、それがうつ病であることに気づくことが、本人にも家族やそばに一緒にいる人たちにも困難である。仕事や人間関係のせいとか、不眠や身体の病気のせいとか、自分自身の性格のせいとか思ってしまう。そのために、悩み苦しみ、ひきこもり、あるいは仕事につけないまま時を過ごしてしまう。時には死にたくなったり攻撃的にさえなったりする。

しかし、うつ病はきちんと治療することで回復できる病気である。うつ対策はまさにうつ病に対する気づきから始まる。このマニュアルは、住民がうつ病を知り、うつ病に気づき、うつ病に適切に対処できるように、地域保健活動の中でうつ対策に取り組む際の参考となるように作成したものである。

1. なぜ、うつ対策？

近年行われた国内調査で、一般住民の約15人に一人がこれまでにうつ病を経験しているにもかかわらず、うつ病を経験した者の4分の3は医療を受けていなかったことが示され、うつ病は決して一部の人々の問題ではないことが明らかになるとともに、その対応が適切になされていないことが示唆された。世界的にみても、世界保健機関（WHO）が行った障害調整生存年（DALY）による疾病負荷の将来予測によると、うつ病が2000年では総疾病の第4位であったのに対し、2020年には第2位になると予測されており、今後も大きな健康課題になると考えられている。

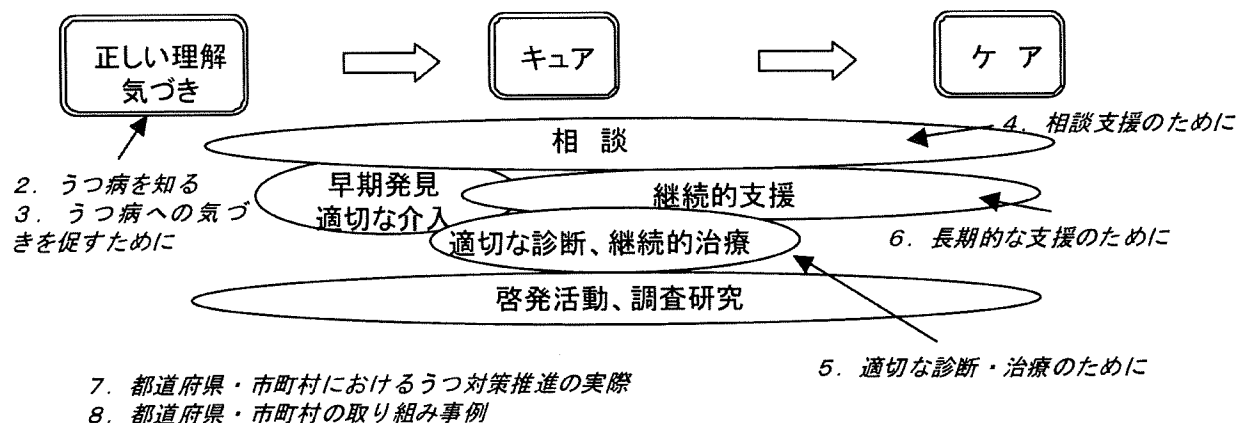
しかし、うつ病は本人をはじめ家族や知人が適切に対処し、また、環境を整えることで、早期発見・早期治療ができると言われている。そのためには、地域において、住民の活動、相談や治療を行う支援機関の活動など、さまざまな取り組みが展開されることが求められる。都道府県・市町村は、行政サービスとしてうつ対策を行うとともに、これらの活動の「取りまとめ役」として大きな役割を担うことが期待される。

具体的には次のような目的を掲げ、うつ対策を行っていくこととなる。

- ① 住民がうつ病について正しく理解することができる
- ② 抑うつ状態にあることに自ら早く気づくことができる
- ③ 周囲の人々が抑うつ状態にある人に気づくことができる
- ④ ストレスが高い状態や、生き甲斐のなさ、社会的役割喪失などに、一人で悩まず、気がねなく身近で相談することができる
- ⑤ 本人をはじめ周囲の人々が抑うつ状態を改善するための支援（相談、治療）を身近に得ることができる

本ガイドラインの構成

<うつ病対策の基本方策>



本マニュアルで重要視しているのは、正しい理解・気づき、キュアとケアという考え方。うつ病は個人を強く苦しめるのはもちろんのこと、社会にも大きな影響を及ぼす疾患で、こうした苦しみを早く解決するためには早期発見、早期治療が重要なことは言うまでもない。これがキュアという考え方。しかし、簡単に治らない場合や再発を繰り返す場合も少なくなく、そうした場合には、長期にわたってその人をケアすることが必要となる。

2. うつ病を知る

(1) うつ病の一般的症状

うつ病は、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったりして強い苦痛を感じ、日常生活に支障が現れるまでになった状態である。こうした状態は、日常的な軽度の落ち込みから重篤なものまで連続線上にあるものとしてとらえられていて、原因についてはまだはっきりとわかっていない。

うつ病の基本的な症状は、強い抑うつ気分、興味や喜びの喪失、食欲の障害、睡眠の障害、精神運動の障害（制止または焦燥）、疲れやすさ、気力の減退、強い罪責感、思考力や集中力の低下、死への思いであり、他に、身体の不特定愁訴を訴える人も多く、被害妄想などの精神病症状が認められることもある（厚生労働省地域におけるうつ対策検討会作成の保健医療従事者マニュアル参照）。

うつ病の危険因子

性別、年齢

つらい被養育体験

最近のライフイベント（ストレスとなった出来事）

心の傷（トラウマ）になるような出来事 など