

201027052B

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

リワークプログラムを中心とする
うつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究

平成20～22年度 総合報告書

研究代表者 秋山 剛
平成23(2011)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. 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……………川上 憲人	49
2. 全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究 リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究 ……………五十嵐良雄	67
3. リワークプログラムの効果に関する無作為化比較試験……………酒井 佳永	83
4. 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	95
5. 職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究……………田中 克俊	103
6. 向精神薬・睡眠不足が就労技能に与える影響……………尾崎 紀夫	121

I 総括研究報告

平成20～22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法に関する研究

（総括）研究報告書

研究代表者 秋山 剛 N T T 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、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、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、向精神薬・睡眠不足が就労技能に与える影響などについて、包括的に検討することが必要である。

平成20～22年度に施行された本研究では、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として、①主要なうつ病尺度の層化尤度比（SSLR）の検討、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職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成、④ストレス・うつ病教育用ウェブサイトの効果評価、⑤うつ病スクリーニングに対する労働者の意見調査を行った。

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、⑥職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究、⑦全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、⑧リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究、⑨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、⑩リワークプログラムの効果を評価するための無作為化比較対象試験介入群と無介入群の比較、⑪非介入群の経過、に関する検討を行った。

職場復帰に関する指標の開発については、⑫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、⑬、社会適応評価ツールの有用性、⑭職場復帰に関する生物学的指標の開発、⑮復職前の夜間睡眠と復職後の経過との関連に関する研究、について検討を行った。

また、⑯向精神薬が就労技能に与える影響、⑰睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討、を行い、⑱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

【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】

職場におけるうつ病のスクリーニングの課題については、

- 1) 陽性反応的中率の低さ
- 2) 簡便な二次スクリーニング法の必要性
- 3) スクリーニング陽性者への情報提供の必要性
- 4) 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

などの検討課題がある。

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、3年間の研究期間に以下の5つの研究を実施した。

- 1) 主要なうつ病尺度の層化尤度比 (SSLR) の検討
- 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) 職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成
- 4) ストレス・うつ病教育用ウェブサイトの効果評価
- 5) うつ病スクリーニングに対する労働者の意見調査

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

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

【全国におけるリワークプログラムの実施状況

と利用者に関する調査研究】

本調査は、医療機関で行われるリワークプログラム（以下リワーク）の運営状況とその利用者の背景を明らかにすることを目的とした。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

全国で実施されているプログラムを調査してその内容を分析することにより、プログラムが目標とすべき標準的なレベルを提示して、リワークプログラムを医療機関で実施する実際のガイドラインを作成することを目的とした。

【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】

リワークプログラムを行っている施設で、標準的に使用できる「標準化リワークプログラム評価シート」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効果を評価するための無作為化比較対象試験介入群と無介入群の比較】

登録者数が必要症例数を下回ったことに加え、効果評価を行う介入開始後3カ月時点までに脱落してしまうものが少なかった。そこで、今後、対象者募集の方法、研究への導入方法、効果評価の方法、追跡方法など、研究計画を見直す必要があるかどうかについて検討を行うため、脱落と関連する要因について検討を行った。

【非介入群の経過】

休職中のうつ病患者に対して、通常の薬物療法、支持的精神療法を施行し、復職できた患者と復職できなかった患者の特徴を明らかにすること、復職後に再発した人の特徴を明らかにすることを目的とした。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

従来使用されていた職場復帰準備性評価シー

トを改訂し、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】

うつ病患者が改善した場合に求められるのは社会復帰であり、臨床場面でのうつ病の改善と復職とはかならずしも一致しない。したがって、本研究では、1)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目的とした。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

本研究では、身体疾患・精神障害に罹患していない健康な勤労者に対して職場ストレスが血中 BDNF、カテコールアミン代謝産物（血中 HVA, MHPG）、サイトカイン（IL-6, TNF α ）濃度に影響を与えるかを検討した。

また、Stress and Arousal Check List (SACL) 中のストレス項目だけを抽出した s-SACL および SASS でストレス度および社会適応度を評価し、職場ストレスが血中 BDNF、カテコールアミン代謝産物（血中 MHPG）濃度に影響を与えるかを検討した。また、性格特性を NEO-Five factor Inventory で検討し、血中 BDNF および血中 MHPG との関係性を明らかにした。

【復職前の夜間睡眠と復職後の経過との関連に関する研究】

精神症状の回復の様子を評価する際には、睡眠の評価が重要である。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、正確な判断が困難である。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。

【向精神薬が就労技能に与える影響】

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、前向き健忘などと言った影響を、急性投与だけでなく長期投与においてももたらすと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ブスピロン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。

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

睡眠リズムの失調は、集中力や記憶力を障害し、結果として、作業能率や交通事故を誘発する因子であることが報告されている。さらに、不眠など睡眠リズムの崩れがうつ病の誘発因子であることも報告されている。一般人口における不眠の有病率は 25% にのぼり、慢性的な症状である場合が多い。睡眠のはく奪は日中の眠気を生じさせるため、過度の眠気と交通事故や労働災害との関連や、認知機能障害や記憶障害との関連を考慮して、医療者は不眠が精神機能に与える影響をより詳細に理解する必要がある。本研究の目的は、睡眠不足が運転技能および認

知機能課題に与える影響を前頭葉の血流変化と共に詳細に検討し、睡眠不足が患者の社会復帰や日常生活に与える影響について明確化することである。

【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

【主要なうつ病尺度の層化尤度比（SSLR）の検討】

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。

検査前オッズ×SSLR＝検査後オッズ

ただし、オッズ＝確率／（1－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。

主要なうつ病尺度として、本研究ではK 6、職業性ストレス簡易調査票のうつ病尺度（下光他, 1999）および米国疫学研究センターうつ病尺度（CES-D）をとりあげ SSLR を算出した。K 6 について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計算した。職業性ストレス簡易調査票のうつ病尺度については、大野ら（1999）が報告書に公表しているうつ病、ストレス性障害患者の尺度得点分布データと、下光らが2004年までに収集しデータベース化している15,767人の労働者の職業性ストレス簡易調査データからうつ尺度の尺度得点分布データの提供を受けた。CES-D の SSLR については、Wada ら（2007）の論文に公表された SSLR と95%信頼区間を使用した。

【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】

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、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、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）を対象に、WHO-CIDI 3.0 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。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

抑うつ等を主訴として相談に訪れた労働者の双極性障害に早期に気づくことは産業保健スタッフが適切な治療に紹介しマネジメントを行うために重要である。本研究では、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、Mood Disorder Questionnaire (MDQ) および Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) 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 (Workplace Bipolar Inventory: WBI) を用いて、これらの尺度の信頼性およびスクリーニング効率を検討した。

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（81名）を対象に調査への参加を呼びかけ、55名（68%）が本調査に参加に同意した。対象者には、WBI、MDQ 日本語版、BSDS 日本語版、人口統計学的情報（年齢、性別、教育歴、職種）に関する調査票に記入を求めた。また主治医から ICD-10 による精神科診断の情報を得た。WBI は、産業精神保健の専門家からのヒアリングおよび WHO 統合国際診断面接の項目の分析により新たに作成された39項目の調査票であり、5問からなる WBI-A、9問からなる WBI-AB4、39問からなる WBI-AB の3種類を検討した。各尺度のクロンバック α 信頼性係数を計算した。双極性障害をスクリーニングする場合の ROC 曲線を求め AUC を計算した。また最適カットオフ点の場合の感度および特異度を計算した。

【ストレス・うつ病教育用ウェブサイトの効果評価】

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、ストレス・うつ病教育のための Web 教材 (UTSMed: University of Tokyo website for Stress Management and Education on Depression、略称「うつめど。」) を開発し、これが抑うつ症状およびストレス・うつ病に関する知識に与える効果が無作為化比較試験により検討した。

インターネット調査会社に委託し募集した参加同意者を無作為に介入群と対照群に割りつけた（各群618名）。介入群にはウェブサイト「うつめど。」を学習するように依頼し、1ヶ月後に両群ともにインターネットによる追跡調査を実施し531人（86%）、559人（90%）から回答を得た。ベースラインおよび追跡調査では抑うつ症状（K 6 および BDI-II 得点）、ストレスおよびうつ病に関する理解の自己評価（4項目）を調査した。

【うつ病スクリーニングに対する労働者の意見調査】

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。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

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

1. 調査内容

調査項目には下記の内容を含めた。

- 1) アンケート回答者の職種 (①人事労務担当者 ②衛生管理者 ③産業医 ④産業看護職 ⑤その他)
 - 2) 事業場の規模 (労働者数)
 - 3) 1年間の精神疾患による休業後の職場復帰者数
 - 4) 精神疾患の一回当たりの平均休業期間
 - 5) 精神疾患で休業した労働者のための職場復帰支援の仕組みやプログラムの整備状況
 - 6) 病気休業に関する規程の内容
 - 7) 職場復帰支援を進めていく上で必要と思われる情報や仕組みについて (9つの選択肢より優先度が高いと思われる3つを選択)
 - 8) 医療機関 (メンタルクリニック・病院等) における職場復帰リハビリテーションプログラム (リワークプログラムなど) についての認識
 - 9) 職場復帰支援に関わる自由記述
2. 解析

項目毎の頻度及び事業場規模毎のクロス集計を行った。

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

平成22年10月1日現在における、うつ病リワーク研究会正会員の所属する医療機関およびその利用者を対象とした。調査は以下の調査票により実施した。

I. プログラムの運営状況に関する調査

平成22年10月25日に Excel ファイルの調査票をメール添付にて送付し、平成22年10月31日までに回収した。

II. 登録者の利用状況に関する調査

平成22年10月25日に郵送にて調査票を送付し、平成22年11月5日までに回収した。

いずれの調査も、平成22年10月1日～31日の1か月間のうち、任意の1日の登録者に関して調査した。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

調査はうつ病リワーク研究会に所属するリワークプログラムを実施している医療機関86施設を対象に実施した。

調査票を用い、実施しているプログラムにおける、①実施形態 ②目的区分(最大2つ選択) ③内容 ④グループの構成 ⑤観察の要素(最大3つ記入) ⑥支援方法(最大3つ記入) ⑦週当たり実施時間(導入期・開始1か月以内、中期・開始2か月以降、後期・終了1か月以内のそれぞれの時期)、についてプログラム毎の記入を各施設の実施担当者に依頼し、結果を回収した。

【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】

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効果を評価するための無作為化比較対象試験介入群と無介入群の比較】

1) 対象

企業の健康管理室および都内クリニック、病院にFAXを送付し、対象者を募集した。またホームページを作成し、ホームページ上でも対象者を募集した。

研究への導入基準は、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(Hamilton,1960)にて15点以下、③現在休職中であり、

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、であった。双極性障害のもの、アルコール依存症のもの、アルコール依存症、器質性精神疾患、パーソナリティ障害のものは除外した。目標症例数は介入群90人、対照群90人とした。

2) 方法

介入

対象者は3つのリワークプログラム群（3医療機関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（産業精神医学を専門とする医師による個人生活指導）に、無作為に割りつけられた。各リワークプログラムおよび個人生活指導は、3カ月から6カ月実施された。評価項目

評価は介入開始時、介入開始後3カ月、介入終了時、復職時に行った。

本研究の主要アウトカムは、社会機能 (Social Adjustment Self-evaluating Scale (以下 SASS; Bosc, 1997) とした。また副次的アウトカムは、抑うつ症状 (Beck Depression Inventory; BDI (Beck, 1996)、ハミルトンうつ病評価尺度 (HAM-D)、職場復帰準備性 (職場復帰準備性評価尺度; 秋山ら, 2007; 富永ら, 2008) とした。さらに、職場復帰後の予後の主要アウトカムとして、職場復帰から勤務を継続できた期間を評価した。また職場復帰後の予後の副次的アウトカムとして、職場復帰後のワークパフォーマンスを WHO-HPQ (Kessler et al., 2003) を用いて評価した。

対象者の基本属性として、性別、年齢、教育歴、婚姻、職階、勤続年数、転職の有無、過去の休職の有無、研究開始時点における累積休職期間、診断、初診時年齢を評価した。また対象者の特徴として、対処、気質傾向、認知機能を評価した。対処の評価には、Coping Inventory for Stressful Situations (CISS; Endler et al.,

1990)、気質傾向の評価には、Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS; Matsumoto et al., 2005)、および Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, 1993) を用いた。認知機能の評価には、Verbal Fluency Test (以下 VFT)、N-Back、Continuous Performance test (以下 CPT)、WAIS-III 数唱、WAIS-III 符号、Wisconsin Card Sorting Test (以下 WCST) を用いた。

3) 解析

割り付け、人口統計学的特徴、研究導入時の評価尺度得点について、脱落した群としなかった群を比較し、脱落と関連する要因を検討した。

【非介入群の経過】

産業医科大学病院神経・精神科外来通院患者の中で DSM-IV で大うつ病性障害の診断基準を満たし、休職した36名の患者のうち復職した18名を対象とした。対象患者に対して、精神症状評価尺度に HAM-D、BDI、社会適応評価尺度に SASS、認知機能評価に Verbal Fluency Test、N-back を用いた。背景情報としては投与している薬剤とその投与量、家族背景、本人の生活状況について調査した。復職6ヶ月の時点で復職継続していた患者を復職継続群（10名）、6ヶ月以内に再休職した患者を復職失敗群（8名）と定義しその2群を復職決定時に差があるのかを比較検討した。

【職場復帰準備性評価シートの作成】

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、N T T 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）

N T T 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（男性：141名、女性：111名、平均年齢 43 ± 11 歳）を対象にした。対象者を調査時点で就労している社会復帰群（132名）と非社会復帰群（120名）に分け、両群のSASSおよびBDI得点を比較した。さらに各尺度のROC曲線（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】

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

また、健康な労働者、男性210名、平均年齢 49 ± 10 歳を対象にStress and Arousal Check List (SACL) 中のストレス項目だけを抽出したs-SACL (stress)、a-SACL (arousal)、性格傾向をNEO-Five-factor-Inventory (NEO-FFI) で外向性、開放性を検討しさらにSASSを施行した。また、早朝8時に採血を行い、血漿中MHPG濃度はHPLC-ECD法、血清中BDNFはsandwich ELISA法で測定した。

【復職前の夜間睡眠と復職後の経過との関連に

関する研究】

製造業、サービス業、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2010年1月31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、脈波間隔：35～135 bpm 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、睡眠潜時、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

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ヵ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。

【向精神薬が就労機能に与える影響の検討】

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（±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）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。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。

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

被験者として、運転免許を有し、日常的に運転を行う健常若年成人19名が参加した。被験者の平均年齢は 29.2 ± 8.1 歳であり、男性10名、女性9名であった。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。

睡眠不足の影響を確認する為に、約8時間臥床した時（睡眠充足条件）と4時間未満の臥床であった時（睡眠不足条件）を比較した。睡眠充足条件において被験者は、実験室にて午後10

時に就寝し、午後11時から翌朝の午前7時までの約8時間、臥床した。他方、睡眠不足条件において被験者は、午前3時に就寝し、翌朝の午前7時までの約4時間、臥床した。2種類の睡眠条件を与える順序は被験者間でカウンターバランスされ、被験者はランダムに2群に割りつけられた。

睡眠条件が運転技能を含めた認知機能に与える影響を確認する為に、各条件において、午前7時30分から、擬運転装置による運転業務負荷試験、認知機能試験、近赤外線分光法（NIRS）を用いた前頭葉機能の計測を行った。

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。NIRSの計測は、語流暢性課題を負荷した条件下で行われ、52チャンネルのプロープを用いて前頭葉の血流変化（oxyhaemoglobin level: oxyHb 量）が測定された。

【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

【主要なうつ病尺度の層化尤度比（SSLR）の検討】

3つの主要なうつ病尺度のSSLRは、通常使用されるカットオフ点よりも上の得点を使用した場合に急激に高くなっていた。最も高得点の層ではSSLRは12~24であり、一般労働者を仮定したスクリーニングではこの層の得点者は気分・不安障害を20~33%含むと予想された。一方、中程度ハイリスク群のスクリーニングでは中得点層の者でも気分・不安障害が20~30%、ハイリスク群では半数以上にみられると予想された。

【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】

抽出された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ち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ブロックの直後では、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、なしのそれぞれの人数、SSLR、さらに予想事

後確率を算出し、予想事後確率に応じて、それぞれの判定方針も記載した。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

各尺度のクロンバック α 信頼性係数は中等度以上であった。ROC曲線ではAUC値はBSDS(0.83)が最も高く、ついでMDQおよびWBI-AB4、さらにWBI-ABおよびWBI-Aの順であった。本研究から計算された最適カットオフ点を用いた場合にはWBI-AB4の感度および特異度が78%および75%と高かった。MDQおよびBSDSでは、特異度は高かったが、感度が低い傾向にあった。WBI、特に9項目の質問からなるWBI-AB4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。本研究成果にもとづいて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。

【ストレス・うつ病教育用ウェブサイトの効果評価】

うつ病等受診ありの層では、介入群におけるK6およびBDI-II得点の減少は対照群に比べて有意に大きく($p < 0.05$)、その効果量は -0.55 [SE, 0.22] および 0.56 [SE, 0.22] であった。また、ストレス対処の効力感も介入群で有意に増加していた($p < 0.05$, 効果量 0.63 [SE, 0.22])。抑うつあり群ではいずれのアウトカム指標にも有意な効果は認められなかった($p > 0.05$)。抑うつなし群では、うつ病についての理解、うつ病になった時の対処の自己効力感が介入群で対照群よりも有意に増加していた($p < 0.05$, 効果量はそれぞれ 0.21 [SE, 0.09] および 0.28 [SE, 0.09])。全対象者では、うつ病になった時の対処の自己効力感が介入群で対照群よりも有意に増加していた($p < 0.05$, 効果量は 0.15 [SE, 0.06])。

【うつ病スクリーニングに対する労働者の意見調査】

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。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。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。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

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

1. アンケート回答者の職種

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

2. 事業場の規模(労働者数)

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

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

3. 精神疾患による1年間の休業後の職場復帰者数

1事業場あたりの1年間の職場復帰者数の平均(95%信頼区間)は2.29(1.89～2.68)人だった。50～99人の事業場の労働者数代表値を75人として労働者1000人当たりの平均件数を推測す

ると5.2人/千人であった。以下同様に100～499人の事業場の代表値を300人として計算すると2.8人/千人、500～999人の事業場の代表値を750人とする4.6人/千人、1000～4999人の事業場の代表値を3000人と仮定して計算すると3.5人/千人の割合で、精神疾患によって休業した労働者が復職していると推測された。

4. 精神疾患の一回当たりの平均休業期間

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

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

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

6. 病気休業に関する規程の内容

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

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

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

7. 職場復帰支援を進めていく上で必要と思われる情報や仕組みについて

事業場の規模に関わりなく、職場復帰支援を進めていく上で必要な情報及び仕組みについて

は、「復職後に必要な就業上の配慮の内容と期間」、「事業者が職場復帰可否の判断を行うための基準」、「主治医とスムーズな情報交換を行うための仕組み」、「就労能力についての適切な評価方法」があげられた。

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

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

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

I. プログラム運営状況に関する調査

うつ病リワーク研究会正会員が所属する施設88施設のうち、63施設から回答を得た。回収率は、71.6%であった。

①リワーク施設情報

医療機関施設情報

対象施設のうち24件（38.1%）が病院であり、39件（61.9%）が診療所であった。病院の精神科病床数の平均は215.7床（SD150.1）であった。そのうちストレスケア病棟を有する施設は13件（54.2%）であり、ストレスケア病棟の平均病床数は56.4床（SD50.0）であった。リワーク施設としての年数は、平均2.5年（SD1.8）であった。

リワークを専門としている施設は46件（73.0%）であり、非専門施設は17件（27.0%）であった。リワーク専門施設の開設年数は平均2.4年（SD1.8）、非専門施設は平均2.8年（SD1.8）であった。

診療報酬上の区分

リワークを行う診療報酬上の区分は、複数回答で精神科デイケア42件（66.7%）、合計定員数1257人、精神科ショートケア38件（60.3%）、合計定員数777人であった。精神科デイナイトケアは9件（14.3%）で合計定員数が317人であった。精神科作業療法は4件（6.3%）で合計定員数が112人、通院集団精神療法は7件（11.1%）で合計定員数18人、自費1件（1.6%）で定員数4人であった。定員数の総合計は2488人であった。

精神科デイケア施設のうち、小規模デイケアは18件（42.9%）、大規模は24件（57.1%）であった。デイケア施設の施設専用面積は、平均204.2㎡（SD173.7）であり、定員数は平均33.6人（SD19.3）であった。またデイケア施設の1週間の開催日数は、平均4.6日（SD1.0）であった。

精神科ショートケア施設のうち、小規模は24件（63.2%）、大規模は12件（31.6%）であった。施設専用面積は、平均140.3㎡（SD118.1）であり、定員数は平均23.6人（SD16.4）であった。また、ショートケア施設の1週間の開催日数は、平均4.6日（SD1.6）であった。

精神科デイナイトケア施設の施設専用面積は、平均316.4㎡（SD172.2）であり、定員数は平均42.4人（SD20.3）であった。また、デイナイトケア施設の1週間の開催日数は、平均4.4日（SD1.9）であった。

精神科作業療法を行う施設の施設専用面積は、平均133.3㎡（SD100.8）であり、定員数は平均33.3人（SD14.4）で、1週間の開催日数は、平均3.3日（SD2.1）であった。また、通院集団精神療法を行う施設の施設専用面積は、平均16.5㎡（SD2.1）であり、1週間の開催日数は平均1.3回（SD0.6）であった。また、自費によりリワークを行う施設の定員数は、1施設のみであり、定員は7名であった。

設備・什器について

各施設に備えられる設備・什器は、PCは平均5.8台 (SD4.2)、プロジェクタースクリーンは平均1.1台 (SD0.3)、大型テレビ・モニターは平均1.2台 (SD0.5) であった。

②リワークに関わるスタッフ情報 スタッフの資格等

回答を得た63施設に343人のスタッフが勤務していた。スタッフの主な資格は、臨床心理士が最も多く、101人 (29.4%) であった。次いで精神保健福祉士78人 (22.7%)、看護師73人 (21.3%)、作業療法士36人 (10.5%)、その他の心理職15人 (4.4%)、産業カウンセラー8人 (2.3%)、保健師6人 (1.7%)、その他は24人 (7.0%) であった。

また、主な資格以外に67人 (19.5%) が他の資格を有していた。主な資格以外の副資格としては、産業カウンセラーが14人 (20.9%) と最も多く、次いで精神保健福祉士13人 (19.4%)、臨床心理士6人 (9.0%)、看護師5人 (7.5%)、保健師4人 (6.0%)、キャリアコンサルタント3人 (4.5%)、その他の心理職2人 (3.0%)、その他18人 (26.9%) であった。

スタッフの背景

性別は、女性245人 (71.4%)、男性98人 (28.6%) であり、平均年齢は36.0歳 (SD21) であった。主資格の経験年数は、平均9.1年 (SD7.9) であり、そのうちリワークの経験年数は平均2.0年 (SD1.3) であった。

スタッフの勤務形態は、常勤が228人 (66.5%)、非常勤が115人 (33.5%) であった。非常勤スタッフの勤務時間は、1週間平均2.0日 (SD1.2)、12.1時間 (SD9.7) であった。

企業での就労経験がないスタッフは、237人 (69.1%)、産業保健スタッフ以外で就労経験がある者は82人 (23.9%)、産業保健スタッフとして就労経験のある者は18人 (5.2%)、産業保健スタッフ・それ以外の両方の就労経験のある者は2人 (0.6%) であった。

③利用の決定・開始条件に関する情報 利用の決定

リワークの利用の決定方法は、主治医による決定が25件 (39.7%) と最も多く、次いで会議で決定19件 (30.2%)、院長などの管理者が決定が12件 (19.0%)、その他が4件 (6.3%) であった。利用の決定の重要ポイントは、病状の安定が27件 (42.9%) と最も多く、次いで日中の生活レベル14件 (22.2%)、参加へのモチベーション10件 (15.9%)、睡眠覚醒リズムの回復4件 (6.3%)、その他4件 (6.3%) であった。
プログラム開始の条件

開始条件のうち就労に関して在職者のみとする施設は27件 (42.9%)、失職者も可能としている施設は34件 (54.0%) であった。

適用疾患を特定の疾患に限定している場合、限定される疾患は複数回答で気分障害が最も多く48件 (76.2%)、次いで適応障害35件 (55.6%)、不安障害35件 (55.6%)、神経症24件 (38.1%)、発達障害10件 (15.9%)、摂食障害5件 (7.9%)、統合失調症3件 (4.8%)、その他5件 (7.9%) であった。

また除外疾患として特定の疾患を設けている場合、除外疾患は複数回答で統合失調症31件 (49.2%) が最も多く、次いで物質依存30件 (47.6%)、人格障害28件 (44.4%)、発達障害21件 (33.3%)、摂食障害16件 (25.4%)、気分障害以外12件 (19.0%)、双極性障害6件 (9.5%)、パニック障害6件 (9.5%)、その他4件 (6.3%) であった。

回復度 (重症度) に関する条件では、医師の判断が45件 (71.4%) と最も多く、通所可否で判断が4件 (6.3%)、その他の基準による判断が1件 (1.6%) であった。

同一企業内の患者に関しては、条件なしが49件 (77.8%)、同時期のリワーク参加を不可とする施設は5件 (7.9%)、その他が7件 (11.1%) であった。

主治医の条件としては、条件なし24件(38.1%)、原則的に主治医を変更とするが14件(22.2%)、利用者に意思によるが13件(20.6%)、主治医の変更を必須とするが11件(17.5%)、その他1件(1.6%)であった。

年齢に関する条件では、条件を設定していない施設は59件(93.7%)、設定している施設は4件(6.3%)であった。また、学生の受け入れに関しては、受け入れ可とする施設は21件(33.3%)、不可とする施設は42件(66.7%)であった。学歴の条件を設定している施設は1件(1.6%)であり、中卒以を条件としていた。受け入れ会議に関しては、受け入れ会議を必要とする施設は29件(46.0%)、受け入れ会議の条件なしとする施設は34件(54.0%)であった。この他に何等かの条件を設けている施設は、11件(17.5%)であった。

④リワークの運用に関する情報

利用に至るまでの情報

利用前の見学は、本人のみ見学可とする施設は11件(17.5%)、家族も可能が42件(66.7%)、見学不可10件(15.9%)であった。また、利用前の試験利用を認める施設は28件(44.4%)であった。リワーク開始までの待機期間は、平均10.4日(SD20.0)であり、開始時の1週間の最低利用日数は、平均2.0日(SD1.0)であった。

利用規定等

利用規定を設けている施設は59件(93.7%)、利用規定なしは4件(6.3%)であった。利用にあたり誓約書・同意書の取り交わしを行う施設は59件(93.7%)であった。参加者の利用の仕方は、ルールを制定している施設は53件(84.1%)、本人の希望に任せている施設は10件(15.9%)であった。

利用ステップの有無に関しては、段階的だが開始条件を定めていない施設は27件(42.9%)、段階的で開始条件を明確にしている施設は20件

(31.7%)、ステップなしは16件(25.4%)であった。利用日数の決定は、段階を設定している施設が29件(46.0%)と最も多く、利用者に一任している施設は15件(23.8%)、その他15件(23.8%)であった。

利用期間の設定に関しては、最長利用期間を使用開始時に定めていない施設は43件(68.3%)、定めている施設は20施設(31.7%)であった。利用終了の決定条件は、受入先の条件によるが20件(31.7%)、期限設定によるが13件(20.6%)、評価の実施によるが10件(15.9%)、出席日数・率が3件(4.8%)、その他7件(11.1%)であった。

中止・脱落基準等

利用中、施設側の意向として利用の継続を中止する場合の基準は、症状の悪化24件(38.1%)、他のメンバーへの迷惑行為18件(28.6%)、その他11件(17.5%)、特になしは4件(6.3%)であった。利用中止の決定者は、リワーク施設管理医師33件(52.4%)、主治医17件(27.0%)、リワークスタッフ4件(6.3%)、その他4件(6.3%)であった。中止する場合の再利用は、再利用ありが50件(79.4%)であった。

利用者側の要因により利用継続から脱落する場合、その判断基準は欠席状況40件(63.5%)が最も多く、モチベーションの低下9件(14.3%)、その他6件(9.5%)であった。

他院患者の受入れ

現在他院の患者をリワーク利用者として受け入れている施設は45施設(71.4%)であり、現在の受け入れ人数は、平均6.2人(SD10.9)であった。他院患者を受けている45施設のうち、主治医との連絡の方法は、定期的に文書で行うか20件(44.4%)と最も多く、不定期に文書で連絡を取るが15件(33.3%)、その他4件(8.9%)、取っていないが3件(6.7%)であった。また、文書で連絡を取っている35施設のうち、主治医との連絡文書の書式は、リワーク専用文書が19

件（54.3%）、診断情報提供所を使用している施設が11件（31.4%）、両方を使用が1件（2.9%）であった。

スタッフによる評価

スタッフによる評価を実施している施設は、59施設（93.7%）であった。評価の方法は複数回答で心理テストの利用49件（83.1%）、評価シートの利用42件（71.2%）であった。スタッフによる評価の利用に関しては、評価結果を利用している施設は56件（94.9%）であった。スタッフによる評価結果の利用を利用する者は、複数回答で主治医48件（85.7%）、患者本人33件（58.9%）、産業医21件（37.5%）、産業保健スタッフ15件（26.8%）、その他12件（21.4%）であった。

復職時・復職後

復職時に勤務先の産業医・産業保健スタッフに対し、連絡・調整を行っている施設は45件（71.4%）であった。その方法については複数回答で書面にて実施が最も多い31件（68.9%）、診察時に実施23件（51.1%）、訪問にて実施9件（20.0%）であった。また復職時に人事労務担当者に対し、連絡・調整を行っている施設は45件（71.4%）であった。その方法については複数回答で診察時に実施が最も多い28件（62.2%）、書面にて実施が26件（57.8%）、訪問に実施が11件（24.4%）であった。

復職後のフォロー体制については、複数回答で外来にて診察が最も多く53件（84.1%）、復職後フォロープログラムが22件（34.9%）、スタッフが定期的に連絡7件（11.1%）、その他26件（41.3%）であった。またリワーク終了の後に再休職に至った場合のリワークの再利用に関しては、56件（88.9%）が再利用可としていた。

記録・ケースカンファレンス等

個別記録作成時間の平均は42.3分（SD38.4）であった。また、スタッフミーティングを行っ

ている施設は50件（79.4%）であった。その実施頻度は月に平均4.5回（SD5.0）であり、実施時間は1回平均46.6分（SD25.5）であった。ケースカンファレンスを行っている施設は45件（71.4%）であった。その実施頻度は月に平均4.3回（SD5.3）であり、実施時間は1回平均48.5分（SD29.7）であった。ケースカンファレンス参加者は、医師も参加が36件（80.0%）、スタッフのみ参加9件（20.0%）であった。

プログラムの工夫

プログラムにおいて休職に至るモメントの自己理解と受容の促しを行っている施設は56件（88.9%）、行っていない6件（9.5）であった。行っている施設のうち、モメントの促しの介入者に関しては、複数回答でスタッフが54件（96.4%）、主治医が32件（57.1%）であった。また、本人への結果のフィードバック方法は、複数回答でスタッフとの面談においてが45件（80.4%）、集団でのプログラムを通じて行うが43件（76.8%）、主治医とのディスカッションが27件（48.2%）、その他4件（7.1%）であった。

利用を終了した利用者との交流を目的としたプログラムを行っている施設は35件（55.6%）、家族を対象としたプログラムを行っている施設は10件（15.9%）であった。

Ⅱ. 登録者の利用状況に関する調査

平成22年10月1日～31日の1か月間のうち、任意の1日を選択してもらい、その日に登録されていたリワーク利用者について調査を実施し56施設から700人の登録者の調査票を回収した。
利用者背景

利用者の性別は、男性545人（77.9%）、女性155人（22.1%）であった。平均年齢は39.0歳（SD8.7）であり、最年少は18歳、最年長は68歳であった。婚姻状況は、未婚376人（53.7%）、既婚324人（46.3%）であった。就業状況は、在職中594人（84.9%）、失職中106人（15.1%）

であった。

休職の状態に関しては、本調査における“休職”の定義は、精神疾患等の理由により、一定期間以上会社を休んでいる状態とした。また休職期間に関しては、1か月を30日に換算し、利用者から得られる情報をもとに記入を依頼した。そこで得た休職回数は、初回319人(45.6%)、2回目165人(23.6%)、3回目93人(13.3%)、4回目39人(5.6%)、5回目15人(2.1%)、6回目以上19人(2.7%)であった。今回の休職期間は平均406.1日(SD377.5/median330)、総休職期間は574.0日(SD465.9/median465)であった。

リワークの利用状況は、初回利用者が626人(89.4%)、再利用者74人(10.6%)であった。利用予定日数は、1週間あたり平均4.1日(SD1.2)であった。主治医が自院である利用者は523人(74.7%)、他院177人(25.3%)であった。

診断別の利用者数

利用者のICD-10による診断の内訳は、F3気分(感情)障害が575人(82.1%)、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害67人(9.6%)、F2統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害38人(5.4%)、F8心理的発達の障害9人(1.3%)、F7精神遅滞[知的障害]4人(0.6%)、F0症状性を含む器質性精神障害3人(0.4%)、F6成人のパーソナリティおよび行動の障害3人(0.4%)、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害1人(0.1%)であった。また、DSM-IV trによる双極Ⅱ型の可能性がある利用者は155人(22.1%)であった。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

(1) プログラムの実施形態

調査対象86施設のうち63施設より468プログラムの回答が得られた。

それぞれのプログラムに関し、実施している形態から①個人プログラム ②特定の心理プログラム ③教育プログラム ④集団プログラム ⑤その他のプログラム、とした5つの区分より最もあてはまる一つを選択してもらった。しかしながら回答を取りまとめたところ、運営している一つのプログラムの中に様々な内容を取り入れているプログラムも多く、また実務担当者による各区分に対する選択基準も幅があるため、同一内容と思われるプログラムが様々な区分に拡散していた。そのため、改めて研究担当者が各プログラム内の実施割合や内容を表1に示す選択基準に従い、選択を再度行って集計用のデータを作成した。

①個人プログラムは、他の参加者との交流を主な目的とせず、文字や数字、文章を扱う机上における作業を実施する中で、主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施しているプログラムの区分とした。その結果、表2に示すように72プログラムが該当し、全体の15.4%を占めた。これは昨年9施設で実施した予備調査より2.1%増加していた。

②特定の心理プログラムは、認知行動療法、SST、対人関係療法、グループカウンセリング、サイコドラマなどの特定の心理療法を実施するプログラムの区分と定義したが、94プログラム、20.1%を占め、昨年度調査より5.4%増であった。

③教育プログラムは、疾病理解、症状の自己理解(セルフモニタリングとコントロール)を主目的として講師がいてテキストを使用するような講義形式で実施しているプログラムの区分と定義したところ、56プログラム、12.0%を占め、昨年度調査より1.3%減であった。

④集団プログラムは、協同作業、役割分担、対人スキル向上などを主な目的として実施し集団で行う意図が明らかなプログラムの区分とした。96プログラム(20.5%)が該当し、昨年度

調査と比較すると7.4%減であった。

⑤その他のプログラムは、運動、個人面談、創造、動機付け等、①～④に該当しないプログラムの区分と定義したが、150プログラム(32.1%)が該当し、昨年度調査より1.2%増であった。

(2) プログラムの目的区分

プログラムの目的については、8つの目的区分(1 症状自己管理、2 コミュニケーション、3 自己洞察、4 集中力、5 モチベーション、6 リラクセーション、7 基礎体力、8 感情表現)からプログラム毎に2つの区分を選択してもらった。そして、これらの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、目的区分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計算した。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区分数に応じて案分した得点を与えた。

その結果、目的区分ごとの得点数は、自己の体調や症状の自己管理を目的とする「1 症状自己理解」の得点が一番高く192.6ポイントであった。次いでほぼ同ポイント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「2 コミュニケーション」が192.3ポイント、次いで、セルフモニタリングや自己洞察を目的とする「3 自己洞察」が157.0ポイント、作業能率や作業能力の向上を目的とする「4 集中力」が124.3ポイント、リラクセス法や心身のバランスを目的とする「6 リラクセーション」が88.7ポイント、運動不足解消や体力向上を目的とする「7 基礎体力」が73.0ポイント、自主性や動機付けを目的とする「5 モチベーション」が62.3ポイント、非言語的表現や情操面を目的とする「8 感情表現」が45.8ポイントであった。

昨年度の調査と比較すると昨年度の調査時は上位5番目に位置していた「5 モチベーション」

が7番目に変更した以外の順番は変わらなかったが、上位2つの目的区分「1 症状自己理解」と「2 コミュニケーション」のポイント全体に占める割合が昨年より12.3%減少していた。

今回の調査では、実施している各プログラムにおいて昨年度調査より幅広い目的を目指して設定されており、各目的区分間の差が少なくなったといえる。

(3) プログラムの実施形態と目的区分の関連性

プログラムの形態と目的の関連性をみるために、実施形態毎の目的区分の選択度を調べた。

実施形態「①個人プログラム」では、「4 集中力」が一番多く83.0ポイントと本目的区分全体の6割弱を占め、次いで「1 症状自己管理」が21.0ポイント、「3 自己洞察」と「5 リラクセーション」がともに16.0ポイントであった。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、「1 症状自己管理」が60.8ポイント、「2 コミュニケーション」が53.3ポイント、「3 自己洞察」が51.3ポイントと、この3つの目的区分で約9割を占めた。

実施形態「③教育プログラム」では、「1 症状自己管理」が一番多く63.8ポイントと6割弱を占めた。次いで「3 自己洞察」が25.8ポイント、「2 コミュニケーション」が10.2ポイントであった。

実施形態「④集団プログラム」では、「2 コミュニケーション」が76.5ポイントで約4割を占め、以下「3 自己洞察」が44.5ポイント、「1 症状自己管理」が25.5ポイントと続いた。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、「6 基礎体力」が80.0ポイント、「7 モチベーション」が70.0ポイント、「2 コミュニケーション」が47.5ポイントであった。本実施形態には様々な目的を持ったプログラムが含まれているため、目的区分の選択度が他の実施形態と比較して全体的に拡散していた。