

さらに実施形態と目的区分の関係をみるためにそれぞれの実施形態と目的区分のクロス集計を行った。

実施形態「①個人プログラム」では、目的区分「4 集中力」のみが22プログラムで当該実施形態の30.6%を占め、以下「1 症状自己理解」との組合せが14プログラム（19.4%）、「5 モチベーション」との組合せが13プログラム（18.1%）と続いた。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、目的区分「1 症状自己理解」と「3 自己洞察」の組合せが28プログラム（29.8%）、「1 症状自己理解」と「2 コミュニケーション」の組合せが19プログラム（20.2%）、「2 コミュニケーション」と「3 自己洞察」の組合せが18プログラム（19.1%）と多かった。

実施形態「③教育プログラム」では、目的区分「1 症状自己理解」と「3 自己洞察」の組合せが21プログラム（37.5%）、「1 症状自己理解」のみが13プログラム（23.2%）、「1 症状自己理解」と「2 コミュニケーション」の組合せが7プログラム（12.5%）と多かった。

実施形態「④集団プログラム」では、「2 コミュニケーション」と「3 自己洞察」の組合せが27プログラム（28.1%）、「2 コミュニケーション」と「5 モチベーション」の組合せが10プログラム（10.4%）、「2 コミュニケーション」のみと「2 コミュニケーション」と「1 症状自己理解」の組合せと「2 コミュニケーション」と「4 集中力」の組合せの3つがいずれも8プログラム（8.3%）であった。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、「6 リラクセーション」と「7 基礎体力」の組合せが23プログラム（15.3%）、「6 リラクセーション」のみが18プログラム（12.0%）、「2 コミュニケーション」と「7 基礎体力」の組合せが15プログラム（10.0%）と多かった。

（4）実施形態ごとのプログラム像

内容や進行手順をもとに5つの実施形態ごとに共通するプログラムを整理すると表6に示すように、それぞれの実施形態毎のプログラム像が浮かび上がる。

実施形態①個人プログラムでは、「読書、資格試験勉強」が一番多く、次いで仕事における実務作業に近い「PC操作、各種作業」がともに区分全体の4割弱のプログラムで行われていた。以下、自身の疾患に関する「休職経過の振り返り、内省」、直接仕事とは異なる形で頭を使う「クイズ、脳トレ、漢検、ビジネス能力検定、数独」、疾病理解を目的とした「疾患関係の読書や資料作成」が2割強のプログラム、新聞等を題材とした「作文、要約作成」、クレペリン検査や百マス計算などの「計算」と続いた。ただし、プログラムの行われている実態は、これらの要素を複数用意しておき、そこから参加者が選択をする形をとっているものが約9割であった。

実施形態②特定の心理プログラムでは、「認知行動療法」が約6割のプログラムで実施されており、次いで「SST、アサーション」が3割強であった。以下、「キャリアカウンセリング」、「対人関係療法」、認知リハビリテーション」が2プログラム、「サイコドラマ」、「内観療法」が1プログラムで行われていた。

実施形態③教育プログラムでは、疾患理解やセルフケア、ストレスマネジメントなどの「心理教育」を実施しているプログラムが約9割強を占めていた。そのうち約1割のプログラムでは生活習慣や栄養指導に関するテーマも取り入れていた。また心理教育を含まない生活習慣や栄養指導のみを講義しているプログラムが3つあった。

実施形態④集団プログラムでは、疾病理解やセルフケア、復職関連など心理教育的な要素をテーマにしたディスカッションが一番多く該当するプログラムの6割強で行われていた。次い

で時事、社会情勢など疾患とは直接関連のないテーマによるディスカッションが2割弱、プログラムの運営や企画・立案に関するグループミーティングが1割弱のプログラムで行われていた。

実施形態⑤その他のプログラムでは、卓球、ウォーキングや筋トレなどの「軽スポーツ」が3割強、「ヨガ・ストレッチ」が3割弱で実施され、次いで「呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法」と「絵画、書道、キャンドル、革細工、ペーパークラフト等」の創作活動が1割強、「個人面談」、「調理」、「アロマ」、スポーツではない室内向け「ゲーム」、合唱や合奏、鑑賞などの「音楽」、朝や夕、プログラム導入時などに行われるミーティング、農作業、「映画鑑賞」、各種測定等の「健康チェック」、「外出」、「音読、輪読」と続き、施設ごとに特色あるプログラムが多岐にわたり行われていた。

(5) 実施形態毎の代表的プログラムの抽出調査を行ったグループの構成、観察の要素、支援方法、運用時間を集計するために、上記のように実施形態毎のプログラムの特徴を生かしながら、各実施形態における代表的プログラムを抽出した。

実施形態「①個人プログラム」と実施形態「③教育プログラム」、実施形態「④集団プログラム」は、それぞれの実施形態におけるプログラムで実施している要素は分かれるが、プログラム自体の基本的な構造はほぼ同一のため、それぞれに該当するプログラムすべてを代表的プログラムとした。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、認知行動療法を扱っているプログラムが一番多かったことから、これを代表的なプログラムとした。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、上位3つの「軽スポーツ」と「ヨガ・ストレッチ」、「呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法」がともに身

体を動かすことによる効果を目的としている点とそれぞれが同一プログラム内で行われることが多い点から、これらをまとめて「軽スポーツ・リラクセーション」として代表的なプログラムとした。

(6) 代表的プログラムの「グループの構成」

実際に運営しているプログラムがどのような形で運営されているかについて代表的なプログラムをみると、①個人プログラムでは、該当する72プログラムのうち71プログラムが個人単位で実施、1プログラムが二人一組のペアになって実施していた。

②特定の心理プログラムの代表的プログラムとした「認知行動療法」では、該当する58プログラムのうち15プログラムが参加者を限定しないオープン形式で実施し、28プログラムが参加者を固定したクローズド形式で実施、3プログラムがセミクローズド形式で実施していた。グループの人数は表7-1に示すように、6名が一番多く21プログラムが該当した。次いで5名が18プログラム、4名が14プログラム、10名が13プログラムであった。一番少ない人数構成は1～5名、一番多い構成は15名前後であった。また、1クールあたりのセッション数としては、8回の設定が11プログラムで一番多く、以下12回が7プログラム、10回が6プログラム、6回が5プログラムであった。一番回数の少ないプログラムは3回、一番回数の多いプログラムは29回であった。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムのうち22プログラムがオープン形式で実施し、13プログラムがクローズド形式、2プログラムがセミクローズド形式で実施していた。また、実施におけるグループの人数としては表7-3に示すように、10名で実施する場合が一番多く11プログラムで行われ、5、6、9名で実施するプログラムが8プログラム、4、7、8名で実施が7プログラムで該当した。一番少な

い人数構成は2名、一番多い構成は30名であった。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムのうちグループを構成する人数としては、6名で実施する場合が一番多く17プログラムで行われ、次いで4,5,7名で実施する場合は15プログラム、3名で実施が13プログラム、8名で実施が11プログラムであった。一番少ない人数構成は1～3名、一番多い人数構成は15～20人であった。②特定の心理プログラムの「認知行動療法」と同じくグループを構成する人数について6名が一番多いが、これはそれぞれの内容に共通しているグループワークを運営するにあたり6名が適切な人数であるためと思われる。またプログラム運営上グループ分けをする際のグループ数としては、多くとも4グループであり、最も多いグループ数は2グループと3グループ、次いで4グループの編成で実施していた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」に該当する84プログラムのうち、卓球など複数名で実施する要素を含むものは32プログラムあった。またヨガやストレッチなど個人単位で実施するプログラムは52プログラムであった。

(7) 代表的プログラムの「観察の要素」

スタッフの参加者に対する観察の要素として注目している点について最大3点まで挙げてもらい、代表的プログラムにおいてその内容を整理してみた。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムで199の観察要素が挙げられた。最も多かったものは「集中力の持続や疲労、眠気」に関するもので79、次いで「課題の設定や進め方」が55、「課題処理能力、作業遂行能力」が33と続いた。

②特定の心理プログラムの「認知行動療法」では、該当する58プログラムで169の観察要素が挙げられた。最も多かったものは「プログラ

ムや課題の理解度、取り組み方」に関するもので61、次いで「休職の経過振り返り、自己洞察、内省」が43、「コミュニケーション、グループ内の相互作用」が42と続いた。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムで152の観察要素が挙げられた。最も多い観察要素が「プログラム・疾病の理解度、負荷の程度、セルフケア」に関するもので62、次いで「自己洞察、自己理解」が27、「ディスカッション時のコミュニケーション、参加者間の相互作用」が24と続いた。

④集団プログラムの中では、該当する96プログラムで270の観察要素が挙げられた。最も多いものが「コミュニケーション、対人関係、グループの交流、相互作用、協調性」に関連する観察要素で70、「参加態度（自発性、主体性、リーダーシップ）、自己表現（自己主張、自己開示、発言内容）」が58、「自己洞察、自己理解、振り返り」が42、「役割行動」が23、「集中力、疲労度、作業処理能力」が21と続いた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」では、該当する84プログラムで228の観察要素が挙げられた。最も多いものが「上達度、運動能力、基礎体力」で50、「コミュニケーション、相互作用、協調性」で45、次いで「体調、疲労度、取り組み方、セルフケア」が43と続いた。

(8) 代表的プログラムの「支援方法」

実際に運営しているプログラムにおいてスタッフとして参加者に対し支援しているポイントを最大3つまで挙げてもらった、代表的プログラムにおける支援方法を整理すると以下のようであった。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムで159要素が挙げられた。最も多いものは「課題設定や見直し」に関する要素で41、次いで「実績や成果の確認、参加者へのフィードバック（個人対応含む）」が37、「体調や疲労の自己管理の

促し」が25、「進行状況の確認、励まし」が23、「やり方の指導」が10と続いた。

②特定の心理プログラムの認知行動療法では、該当する58プログラムで135の要素が挙げられた。最も多い要素は「参加者に合わせた内容の検討、個人への面談等によるフィードバック」で45、次いで「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が42、「認知行動療法の理解・習得」が31と続いた。

③教育プログラムの心理教育では、該当する56プログラムで113の要素が挙げられた。最も多いものは「テーマや目的の理解度確認と習得、質疑応答」に関する要素で64、次いで「個人への面談等によるフィードバック」が11、「発言の促し、ファシリテート」が9、「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が8と続いた。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムで184の要素が挙げられた。最も多い要素は「プログラムのスムーズな運営（対人関係や発言の軌道修正、ファシリテート）」で42、次いで「個人への面談等によるフィードバック」が26、「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が23、「自由な発言や考えの促し」と「自己の洞察・分析・理解への支援」がともに19、「テーマや目的の理解度確認と習得、質疑応答対応」が14、「問題点と悩みの掘り下げ、感情変化時の評価と介入」と「積極的に関わらない、観察、見守り」がともに12と続いた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした軽スポーツ・リラクセーションでは、該当する84プログラムで167の要素が挙げられた。最も多い要素は「体調や疲労の自己管理の促し」が36、次いで「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が24、以下「個人への面談等によるフィードバック」が21、「プログラムの運営、進行」が19、「効果や目的・やり方の説明」が17と続いた。

（9）代表的プログラムの「運用時間」

各プログラムの1週間あたりの実施時間について、導入期（開始1カ月以内）、中期（開始2カ月目以降）、後期（終了1カ月以内）の3つの時期について調査し、代表的プログラムにおける運用時間を算出した。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムのうち導入期には58プログラムが平均247.5分実施し、中期には61プログラムが平均250.7分実施、後期には56プログラムが平均333.3分実施されていた。

②特定の心理プログラムの代表的プログラムとした「認知行動療法」では、該当する58プログラムのうち導入期には39プログラムが平均121.5分実施し、中期には47プログラムが平均135.2分実施、後期には45プログラムが平均110.4分実施されていた。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムのうち導入期には42プログラムが平均89.3分実施され、中期には41プログラムが117.0分実施、後期には38プログラムが平均105.0分実施されていた。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムのうち導入期には59プログラムが平均107.9分実施され、中期には79プログラムが平均117.0分実施、後期には78プログラムが平均114.9分実施されていた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」では、該当する84プログラムのうち導入期は71プログラムが平均118.8分実施され、中期には73プログラムが平均124.2分実施、後期には64プログラムが平均126.1分実施されていた。

（10）標準化リワークプログラム

以上の結果から医療機関で行うべき標準化リワークプログラムは5つの実施形態で基本的には構成されている。

（11）医療機関毎のリワークプログラムの実施

の実態

ここまではリワークプログラムの内容について様々な角度からみてきたが、プログラムについて医療機関毎にどのように実施しているのかを整理する。

今回の調査では63医療機関より468プログラムの回答があり、実施プログラム数の平均は1医療機関あたり7.7プログラムとなる。このうち最も多くのプログラムを行っている医療機関は20プログラムであり、最も少ない医療機関は1プログラムであった。

実施形態ごとにみると、実施形態「①個人プログラム」に該当するプログラムを行っている医療機関は49ヶ所（全体の77.8%）あり、該当する医療機関1ヶ所あたりの平均プログラム数は1.5であった。実施形態「②特定の心理プログラム」を実施している医療機関は55ヶ所

（87.3%）であり、該当する医療機関1ヶ所あたりの平均プログラム数は1.7であった。実施形態「③教育プログラム」を実施している医療機関は41ヶ所（65.1%）であり、該当する医療機関1ヶ所あたりの平均プログラム数は1.4であった。実施形態「④集団プログラム」を実施している医療機関は50ヶ所（79.4%）であり、該当する医療機関1ヶ所あたりの平均プログラム数は1.9であった。実施形態「⑤その他のプログラム」を実施している医療機関は55ヶ所

（87.3%）であり、該当する医療機関1ヶ所あたりの平均プログラム数は2.7となっていた。

医療機関毎に実施しているプログラムの実施形態を集計すると、5区分の実施形態のうち、5区分すべてに該当するプログラムを行っている医療機関は23ヶ所（36.5%）であり、4実施区分に該当するプログラムを実施している医療機関は26ヶ所（41.3%）で全体の7割以上を占めた。また、3実施区分に該当するプログラムの実施医療機関は10ヶ所（15.9%）、2実施区分に該当する医療機関は1ヶ所（1.6%）、1実

施区分のみ実施している医療機関は2ヶ所（3.2%）であった。

さらに、診療報酬上の区分と1週間あたりの実施日数により分類した場合を集計すると、63医療機関のうちデイケア（デイナイトケア及びショートケア、精神科作業療法を並行して行っている場合を含む）で実施日数5日が一番多く32医療機関が該当し、全体の半数を超えていた。このうち実施形態の該当数では5実施形態に該当している医療機関が15ヶ所で一番多く、次いで4実施形態に該当している医療機関が12ヶ所であった。一方、デイケアとショートケアにおいて週3日以上実施していなければ5実施形態に該当する医療機関はなかった。精神科作業療法と通院集団精神療法においてはどの実施日においても5実施形態に該当する医療機関はなかった。

【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) 対象者の特徴

2010年11月までに22人が研究に参加し、リワークプログラム群に10人、対照群に12人が無作為に割り付けられた。研究参加者が研究参加の中止を申し出た場合、また研究参加の中止を申し出ることがなくても、研究参加者との連絡がとれなくなった場合を研究からの脱落と定義した。研究参加後3カ月時点において、22人のうち8人(36.4%)が研究から脱落しており、効果評価を行う事ができなかった。

次に脱落した群(以下、脱落群とする)と脱落しなかった群(以下、非脱落群)の特徴を検討した。

割り付けによる脱落率の違いを検討したところ、割付と脱落との間に有意な関連があり、介入群の脱落が10人中6人(60.0%)、対照群の脱落が12人中2人(16.7%)と、介入群において対照群よりも脱落が多い傾向が認められた($\chi^2=4.43$, $p=0.04$)。脱落の時期を検討したところ、介入群の脱落者6人のうち、4人は一度もリワークプログラムを行うことなく脱落していた。一方、対照群の脱落者は2人とも少なくとも1回の介入を受けた後に脱落していた。

さらに、脱落群と非脱落群における人口統計学的変数を比較した。年齢、勤続年数、過去の休職回数、過去の総休職週数、初診時年齢、教育水準、配偶者の有無、転職経験、診断に有意な差はなかった。性別のみが有意な関連を示した。脱落群では女性が5人(62.5%)、非脱落群では3人(21.4%)であり、脱落群における女性の割合が多い傾向があった($\chi^2=3.71$,

$p=0.05$)。

最後に、脱落群と非脱落群における導入時評価を比較した。HAM-D、BDI、SASSは脱落群と非脱落群間に有意差は認められず、導入時のうつ症状の重さや社会機能と、脱落することとの関連は示されなかった。CISSで評価した対処にも有意な差は認められなかった。一方、脱落群と非脱落群において、気質に有意差が認められた。脱落群(Mean=30.1, SD=5.1)は、非脱落群(Mean=24.9, SD=2.9)と比較して発揚気質が高かった($Z=2.7$, $p=0.006$, Mann-Whitney U検定)。

また、導入時の神経心理学的検査の結果は脱落群と非脱落群の間に有意な差は認められなかった。

【非介入群の経過】

- ① 復職後6ヶ月の時点で復職継続率は55.6%だった。
- ② 復職継続群と復職失敗群の復職時BDIとHAM-Dに有意差は認めなかった。
- ③ 復職継続群と復職失敗群の復職時のSASS得点に有意差は認めなかった。
- ④ 復職継続群と復職失敗群の復職時の認知機能検査においてはN-back検査の3-back検査における正答率が復職継続群の方が高い傾向を示した($p=0.09$)。その他のVerbal Fluency TestやN-backの正答率、反応時間には差異は認めなかった。
- ⑤ 復職継続群と復職失敗群の背景情報については、復職継続群の方が同居率は高い傾向を示し($p=0.088$)、復職失敗群は転職回数が、多い傾向を示した($p=0.058$)。

【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】

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】

社会復帰群は Ham-D 得点が 5.8 ± 5.4 、非社会復帰群は 14.2 ± 7.6 であり、社会復帰群は、非社会復帰群と比較して SASS 得点が有意に高く（社会復帰群； 34.4 ± 7.6 、非社会復帰群 25.0 ± 7.4 , $P < 0.001$ ）、BDI 得点が有意に低かった（社会復帰群： 14.6 ± 11.5 、非社会復帰群： 26.5 ± 12.0 , $P < 0.001$ ）。以上の結果から SASS, BDI 共に社会復帰の指標となることが示唆された。さらに SASS と BDI の曲面下面積を比較したところ、SASS の方が BDI よりも曲面下面積が大きかった（SASS；0.80, BDI；0.77）。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

健康な医療従事者については、s-SACL 得点と血清 BDNF 濃度の間には負（ $\rho = -0.211$, $p = 0.002$ ）、血漿中 MHPG 濃度とは正（ $\rho = 0.416$, $p = 0.01$ ）の相関が認められた。血漿

HVA, IL-6 および $\text{TNF-}\alpha$ と s-SACL 得点には相関がなかった。

健康な労働者については、s-SACL は、 6.0 ± 3.4 、a-SACL は、 5.7 ± 2.3 、SASS は 33.7 ± 6.8 、血漿中 MHPG 濃度は、 5.8 ± 4.3 ng/ml、血中 BDNF 濃度は、 4.6 ± 3.1 ng/ml であった。そして、a-SACL 得点と血漿中 MHPG 値には正の相関が認められたが、a-SACL との間に関連はなかった。また、SASS 得点と血漿中 MHPG、血中 BDNF 濃度には正の相関を認めた。さらに血中 BDNF と s-SACL との間には負の相関があった。さらに NEO-FFI の開放性得点と血中 MHPG 濃度および外向性得点と血中 BDNF 濃度とは正の相関が認められた。

【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】

2011年1月31日時点で復職3ヶ月後のフォローが終了した30名（男性23名、女性7名）を解析対象とした。対象者の平均年齢（SD）は、38.2（7.9）であった。

復職3ヶ月後の経過は、8名（26.7%）が再休業となっていた。15名（50.0%）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、7名（23.3%）が特別な就業制限を受けない通常勤務を行っていた。

復職後の経過と休職前の睡眠指標との関連についての解析の結果、再休業者群の復職前の就寝時間は制限勤務群および通常勤務群に対して有意に長く、睡眠効率も再休業者群が制限勤務群および通常勤務群に対して有意に低かった。また、LF/HF 比は再休業者群が制限勤務群および通常勤務群よりも有意に高かった。HF 値は、再休業者群に対して通常勤務群が有意に高かった。

復職後の経過と休職前の就床時間、睡眠潜時、中途覚醒回数、睡眠中の LF 値においては有意な関連は認めなかった。

【向精神薬が就労機能に与える影響の検討】

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。

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

運転業務負荷試験では、飛び出し課題において、睡眠充足条件に比べて睡眠不足条件で、ブレーキ反応時間が有意に延長していることを確認した（ $p<0.05$ ）。また、認知機能試験では、CPTにおいて、睡眠充足条件に比べて睡眠不足条件で、正答率が有意に低下していることを確認した（ $p<0.05$ ）。その他の運転技能（追従走行技能、車線維持技能）および認知機能（遂行機能、作動記憶）については、2条件間で有意な差は確認されなかった。

NIRSの計測では、両側の前頭葉における言語想起中のoxyHb量のピークが、睡眠充足条件に比べて睡眠不足条件で有意に低い値を示すことを確認した（左側前頭葉： $p<0.001$ ；右側前頭葉： $p<0.01$ ）。なお、oxyHb量のピークについて、左右半球差は確認されなかった。

男女差について検討したところ、運転業務不

可試験、認知機能試験、NIRSの計測結果いずれにおいても、有意な差は確認されなかった。また、睡眠充足条件と睡眠不足条件の間のパフォーマンスの差について、NIRSにおいて計測された言語想起中のoxyHb量のピークの低減との関係を検討したところ、左右いずれの前頭葉においても有意な相関関係は確認されなかった。

【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

【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（K6、職業性スト

レス簡易調査票、CES-D) 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12~24と高く、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。二次スクリーニングを実施する資源が限られている場合には、K 6であれば10+、職業性ストレス簡易調査票のうつ病尺度では20+、CES-D では20+の者にまず二次スクリーニングを行うことが効率的である。

【産業医等を対象とする簡便な新しい構造化面接法の開発】

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

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

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。また BSDS もスクリーニング効率が高かった。WBI-AB4 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。

【ストレス・うつ病教育用ウェブサイトの効果評価】

過去1ヶ月間にストレス、うつ病などで専門家に相談、受診していた者では、K 6、BID-II いずれでも抑うつ症状の有意な軽減効果が観察された。ストレス対処の自己効力感に対して有意な効果が認められた。ストレス、うつ病などで専門家に相談、受診した者では、自らがストレスやうつ状態であるという自覚がある状況で、ストレス・うつ病に関する情報をウェブサ

イトから学習することで、ストレス対処法を理解し、改善することで抑うつ症状が軽減している可能性がある。これ以外の者ではベースラインでの抑うつ症状の有無にかかわらず、抑うつ症状の軽減効果は見られなかった。しかし抑うつ症状のない者では、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、効果量は0.2前後と小さいものの、介入群で対照群よりも有意に増加していた。ウェブサイトを通じたストレス・うつ病に関する学習は、ストレス・うつ病などで専門家に相談・受診した労働者で抑うつ症状を改善すること、また一般労働者ではうつ病に関する知識・対処を向上させる可能性が示された。

【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。

なお当初研究課題にあげていた「過重労働等健康障害リスク予知チャート」の見直しについては、本研究の期間内に十分な症例数が集まらず、検討ができなかった。今後検討する予定である。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

調査への回答率は低かったものの、これまで調査対象となることがなかった小中規模事業場からも多くの回答が得られた。調査の結果、事

業場規模に関わらず精神疾患による休職者は比較的高い割合で認められ、一回当たりの平均休業期間も約半年間と長かったことから、職場復帰支援は、大規模事業場だけでなく、小中規模事業場においても喫緊の課題であることが示唆された。しかしながら、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13.5%に過ぎず、特に小中規模事業場においては、職場復帰支援に関する規程が一切整備されていない事業場も多いことが示された。自由記述の内容からは、小中規模事業場においても前向きに取り組む姿勢も十分感じられたことから、今後は、小中規模事業場向けにいかに職場復帰支援のサポートを行うかを検討することが重要と考えられる。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関する質問で、多くの事業場から寄せられた、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などのニーズに対しては、今後具体的な情報や仕組みを提示する必要がある。また、多くの事業場が職場復帰リハビリテーションプログラムに対する期待を寄せており、これらの利用促進についても今後の検討が必要である。

【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】

1. リワーク研究会所属の施設と利用者を対象とし、リワーク（復職支援）プログラムの実施状況を調査したところ、病院の比率が昨年より10%程度増加した。
2. 63施設で合計343名のスタッフが勤務していたが、臨床心理士が最も多く全体の3割を占め、精神保健福祉士、看護師が2割強であり、心理士の占める割合が昨年より増加した点が注目される。
3. 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7割の施設で

行っており、書面が最も多く7割、診察時が5割、訪問が2割を占めており、いずれも昨年と比較して割合が増加していた。人事労務担当者に対しての連絡・調整も7割の施設で実施しており、診察や書面が最も多く各々6割であった。

4. 復職後のフォローは外来診療が最も多く8割であったが、復職後のフォローアッププログラムを実施している施設も35%にのぼり注目された。
5. 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が昨年同様9割を占めた。利用後に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6割、家族対象のプログラムを行っている施設は16%と昨年に比べ増加した。
6. 今回の調査では、平成22年10月の任意の1日に登録されていたリワーク利用者700人について個別調査も実施した。休職回数は、初回が46%で2回目以上が54%であった。今回の休職期間は平均406.1日で総休職期間は574.0日であったように、頻回かつ長期間の休職状態にある利用者が多いことが判明した。また、DSM-IV trによる双極Ⅱ型の可能性がある利用者は22%であった。このように診断としても双極性障害の可能性を持つ利用者が多く、難治性の気分障害が対象となっていることが浮き彫りとなった。

【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）結果のまとめ

今回の研究で現在実際に行われているリワークプログラムを調査し解析した結果、以下の点が明らかになった。

1. プログラムの実施形態と目的区分を組み合わせると5つの実施形態毎の目的区分

が明確となった。

2. したがって、実施形態毎の代表的プログラムを抽出するとモデルとなりうるプログラム像が明らかとなった。
3. この代表的プログラムに関して、グループの構成、スタッフの観察の要素、支援方法のポイント、運用時間を集計すると、より具体的なプログラム像が浮かび上がった。
4. 一方、調査を行った医療機関毎の実施形態によるプログラム実施状況をみると7割以上の施設で4以上の実施形態でプログラムが行われていた。
5. そして、4以上の実施形態をプログラム上で実現するには、デイケアにおきて少なくとも週4日、できれば週5日でプログラムが提供されていることが望ましいと考えられた。

(2) 標準的プログラムガイドラインとその運用について

以上のことから標準化リワークプログラムとしては、プログラムをどのような形態で実施するかの実施形態と、プログラム実施の目的との間には密接な関係があり、実施形態毎の代表的プログラムを提示することが出来た。そして、代表的プログラムを実施していくためのグループの構成、スタッフの観察の要素、支援方法のポイント、運用時間なども示している。

しかしながら、5区分の実施形態を持つプログラムを提供していくためにはデイケアでも週当たり4日以上、すなわち実質的に20時間以上のリハビリテーションでなければ実現は困難と考えられるので、通院集団精神療法、精神科作業療法、ショートケアのみで実施されているプログラムにおいては、本研究で示す標準化リワークプログラムを適応することは困難と考えられる。したがって、これらの診療報酬区分におけるプログラムのあり方は別途検討する必要がある。

【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】

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ばられている。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】

研究参加者22人のうち、3割以上にあたる8人が脱落していた。特に介入群においては、割り付けられた10人の半数以上にあたる6人が脱落していた。一方、対照群における脱落率は12人中2人であり、介入群と対照群における脱落率は有意に異なっていた。脱落した6人のうち4人がリワークプログラム導入前に脱落していることから、リワークプログラムのネガティブな効果による脱落ではなく、参加者が研究事務局にアクセスしてから、研究に導入し、リワークプログラムを開始するまでの手順がやや煩雑であることが、脱落と関連している可能性が示唆された。今後、脱落を減少させるため、研究導入時の手続きを簡便にしていく工夫が必要だと考えられる。

脱落と人口統計学的特徴との関係を検討したところ、性別のみが脱落と有意な関連を示しており、女性において脱落する割合が有意に多かった。平成20年の雇用労働調査によれば、本研究の参加者の平均年齢である35歳から39歳における離職率は、男性では8.2%であるのと比較して、女性では14.5%と高い(厚生労働省、2008)。女性における離職傾向の高さが、リワークプログラム、そして本研究参加への動機づけ

の低さと関連している可能性はある。また、医療機関におけるリワークプログラムの参加者は一般的に男性がほとんどであり、一般的な参加者として男性が想定されていることが多い。こうしたことも、女性における脱落率の高さと関連している可能性がある。

導入時の評価と脱落との関連では、症状の重症度、社会機能の高さ、対処方法については脱落群と非脱落群に有意な差は見られないが、TEMPS および TCI で評価した気質について、有意な差が認められた。脱落群は、非脱落群と比較して、有意に TEMPS で評価した発揚気質が高い傾向があり、TCI で評価した損害回避傾向が低い傾向があった。発揚気質の高さ、損害回避傾向の低さは、ともに行動的であること、新しい事柄に気軽に挑戦することと関連すると考えられる。そのため、本研究への参加にこだわることなく、別の期間で行っているリワークプログラムに参加する、あるいは、復職にこだわることなく、退職して別の職場への再就職を目指す、といった理由での脱落が多かった可能性がある。また、自分自身で介入を行う医療機関を選択することができないという RCT の構造自体が、発揚気質が高い対象者にはなじまないという問題もあるかもしれない。

今後、導入手続きを簡便にする、研究参加者であっても、できるだけ通常のリワークプログラムと同様の医療サービスが受けられるように配慮するなどの工夫を行う事により、研究導入後の動機づけを高く維持することができるのではないかと考えられた。

脱落率の高さは、研究の信頼性を損なう重大な課題である。リワークプログラムの効果を適切に検討するためには、本研究の研究導入時、および研究導入後の手続きを見直す必要があると考えられた。

【非介入群の経過】

復職時の精神症状や社会適応度からは、その

後の継続の可能性は予測できない可能性があるが、本人の生活状況や過去の転職回数、認知機能の観点からその後の継続率を予測できる可能性がある。

【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】

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】

今回の結果より BDI よりも SASS の方がより社会復帰の自記式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】

健康な医療従者に関する研究の結果から健康な健常者においても職場での精神的ストレスは血清 BDNF 濃度を下げ、血漿 MHPG 濃度を上げる可能性が示された。すなわち、精神的ストレスがノルアドレナリン神経の過活動と関連し、脳内 BDNF 産生を減少させる可能性があることが示唆された。

健康な労働者に関する研究の結果から仕事の心理的負荷は血漿 BDNF 濃度を減少させること、十分量の血漿 BDNF 濃度は社会適応を維持するのに必要であることが明らかになった。また、血漿 MHPG 濃度が高いほど、開放性が高く、社会適応度も高かった。

【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】

休職前の中途覚醒時間が長いこと、睡眠効率が低いこと、睡眠中の LF/HF 比が高いことが、復職後の再休業率の高さと関連することが示唆された。また、復職前の睡眠中の HF 値が高いことは、復職 3 ヶ月後に就業制限のない通常勤務を行うことの予測因子であることが示唆された。再休業群で中途覚醒時間が長くなり、睡眠効率が低下していたことは、これらを生じさせる何らかの睡眠の質的な問題を抱えたまま復職した可能性が示唆される。また、睡眠中の交感神経活動の高さと復職後の再休業率も有意に関連しており、さらに睡眠中の副交感神経活動の高さと復職後の回復の早さが関連していたことは、やはり復職前の睡眠の質が、復職後の重要な予測因子であることを伺わせる。これらのことから、復職後の再休業を防ぎ、通常勤務に復する可能性を高めるためには、復職前の睡眠状態にも注意し、リワーク活動の中で、適宜睡眠に対する必要な介入（リラクセーションや睡眠時間制限法などの睡眠の認知行動療法も含めて）を行う必要性があると考えられた。

【向精神薬が就労機能に与える影響の検討】

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、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。

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

本研究によって、ひと晩だけの睡眠はく奪であっても、睡眠充足時と比べて、急ブレーキ操作に関わる運転技能を有意に障害し、持続的注意力の低下を引き起こすことが明らかとなった。さらにその影響は、脳血流量の変化という生理指標においても確認された。ブレーキ反応の遅延や持続的注意力の低下は交通事故や労働災害の増加につながる可能性があると考えられる。医療関係者は不眠に対して、十分な配慮をするべきである。

うつ病治療に用いられる向精神薬の中には、睡眠状態に影響を与えることが報告されているものも存在する。本研究の結果から、不眠によって、運転を含めた日常業務の遂行など患者の社会復帰が妨げられ兼ねず、労働災害に結びつく危険性もあることが示唆された。

【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

【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（K 6、職業性ストレス簡易調査票、CES-D）のSSLRは、通常のカットオフ点よりも上の得点を使用した場合に12～24と高く、一般労働者の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。二次スクリーニングを実施する資源が限られている場合には、K 6であれば10+、職業性ストレス簡易調査票のうつ病尺度では20+、CES-Dでは20+の者にこれを行うことが効率的である。

【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】

WHO-CIDI3.0 版面接票のうつ病関連症状項目から最もよくDSM-IV うつ病エピソードを予測する9項目を選定し新しい構造化面接を作成した。新しい構造化面接は、DSM-IV うつ病エピソードを高い感度・特異度により予測することができ、診断補助や二次スクリーニングに有用と考えられた。

【職場用双極性障害スクリーニング尺度の作成】

9項目の質問からなるWBI尺度は気分・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。産業保健スタッフがWBI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】

ウェブサイトを通じたストレス・うつ病に関する学習は、ストレス・うつ病等で相談・受診した労働者ではその症状を改善し、一般労働者

ではうつ病に関する知識を向上させる可能性が示された。

【うつ病スクリーニングに対する労働者の意見調査】

うつ病スクリーニングを希望する者は約半数であったが、3割が判断を保留していた。9割が二次面接には参加すると回答していた。「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」が重要な点としてあげられ、うつ病スクリーニングの実施において配慮すべきと考えられた。

【職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究】

小規模事業場を中心に、職場復帰支援の取り組みはまだ不十分な状況であることが示された。職場復帰支援を進めていく上で必要なニーズとしては、情報及び仕組みに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の他、医療機関での職場復帰リハビリテーションプログラムの利用も多くよせられており、今後これらのニーズに対する具体的な取り組みについて検討する必要がある。

【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】

プログラムに関してはプログラム内容の充実やフォローアッププログラムの実施が増加する等が示された。また、企業との連携が徐々に充実して生きていることも判明した。

利用者に対する大規模な調査を行ったが、休職回数が多く、また、休職期間も長い利用者がプログラムを利用している現実が明らかとなり、双極性障害を疑う症例も2割を超えていることも示され、今後の課題が残されていると考

える。

【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】

プログラムの実施形態と目的区分の組み合わせにより、実施形態ごとの代表的なプログラムを抽出し、また、プログラムの運用面での指針を作成し、標準化リワークプログラムを作成した。なお、デイケアにおいてはこの標準化プログラムを実施するには時間的にデイケアでのみ適用できると考えられた。

【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】

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。今後、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、分析を行う必要がある。

【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】

2008年10月から2010年11月までに22人が研究に参加したが、そのうち8人が研究から脱落した。介入群において有意に高い脱落率が認められたが、その半数以上がリワークプログラムへの導入以前に脱落していた。このことから、脱落はリワークプログラムそのものの影響によって起こったのではなく、研究への導入手続きの過程に影響された可能性が高いと考えられた。また、脱落は症状の重症度や社会機能とは関連はなかったものの、性別、気質と関連があり、女性、高い発揚気質、低い損害回避傾向が、脱落しやすいと有意に関連していた。

今後、リワークプログラムへの導入前の脱落を少なくするよう、研究導入手続きを見直していく必要があると考えられた。

【非介入群の経過】

本研究はまだ症例数が少なく今後とも研究を

継続する必要がある。

【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】

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】

うつ病患者の改善の度合いを評価するためには、Ham-Dのような他覚的評価とSASSのような自覚的評価とを併用して評価する必要があると考えられた。

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

血中BDNF、MHPG濃度が職場ストレスの生物学的指標になりうる可能性も考えられる。外向性という性格傾向はうつ病を発症しにくく、社会適応能力が高い可能性が考えられた。

【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】

復職前の睡眠の質は、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。リワーク活動においては、睡眠に対する注意と適切な介入が必要である。

【向精神薬が就労機能に与える影響の検討】

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。

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

不眠によって、運転を含めた日常業務の遂行など患者の社会復帰が妨げられたり、労働災害に結びつく危険性もあるので、うつ病治療においては、復職支援を視野に入れて、効果と安全性の双方を考慮した薬物療法を実施することが肝

要であると考えられる。

【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

【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. 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：143：13-18、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)：627-632 2010.
3. 五十嵐良雄：医療機関におけるリワーク活動とうつ病リワーク研究会の発展、今後の展望、最新精神医学、16(2)：133-140、2011
4. 五十嵐良雄：気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義、日本社会精神医学会雑誌、20(1)：45-52、2011

【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】

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 Ja-

pan: Innovative High Level Rehabilitation, Asia Pacific Psychiatry 4(2)：208-216, 2010

3. 有馬秀晃、秋山 剛：うつ病休職者の標準化リワークプログラム評価シートについて、精神科治療学、26(2) 173-180、2011

【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

【社会適応評価ツールの有用性の検討】

- 1) Kanae Okuno, Reiji Yoshimura, Nobuhisa Ueda, Atusko Ikenouchi-Sugita, Wakako Umene-Nakano, Hikaru Hori, Kenji Hayashi, Asuka Katsuki, Hsin-I Chen, Jun Nakamura：Relationships between stress, social adaptation, personality traits, brain-derived neurotrophic factor and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol plasma concentrations in employees at a publishing company in Japan. Psychiatry Res. 30；186(2-3)：326-32. 2011
- 2) 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関する social adaptation self-evaluation scale (SASS) 日本語版の臨床的有用性の検討。精神医学、53(2)：185-190,2011

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

- 1) Masae Mitoma, Reiji Yoshimura, Atsuko Sugita, Wakako Umene, Hikaru Hori, Hideki Nakano, Nobuhisa Ueda, Jun Nakamura：Stress at work alters serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels and plasma 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG) levels in healthy volunteers: BDNF and MHPG as possible biological markers of mental stress? Progress

- in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 32 : 679-685, 2008
- 2) Yoshimura R, Umene-Nakano W, Ueda N, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Nakamura J : Addition of risperidone to sertraline improves sertraline-resistant refractory depression without influencing plasma concentrations of sertraline and desmethylsertraline. Hum Psychopharmacol 23 : 707-13, 2008
 - 3) Okamoto T, Yoshimura R, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Umene-Nakano W, Inoue Y, Ueda N, Nakamura J : Efficacy of electroconvulsive therapy is associated with changing blood levels of homovanillic acid and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in refractory depressed patients : a pilot study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 32 : 1185-90, 2008
 - 4) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Ueda N, Kodama Y, Umene-Nakano W, Nakamura J : Continuous decrease in serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in a neuropsychiatric syndrome of systemic lupus erythematosus patient with organic brain changes. Neuropsychiatr Dis Treat 4 : 1277-81, 2008
 - 5) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Hori H, Umene-Nakano W, Ueda N, Nakamura J : Effects of antidepressants on plasma metabolites of nitric oxide in major depressive disorder : comparison between milnacipran and paroxetine. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 33 : 1451-3, 2009
 - 6) 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. Hum Psychopharmacol 24 : 489-94, 2009
 - 7) Umene-Nakano W, Yoshimura R, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Hayashi K, Ueda N, Nakamura J : Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in comorbidity of depression and alcohol dependence. Hum Psychopharmacol 24 : 409-13, 2009
 - 8) Yoshimura R, Hori H, Ikenouchi-Sugita A, Umene-Nakano W, Ueda N, Nakamura J : Higher plasma interleukin-6 (IL-6) level is associated with SSRI- or SNRI-refractory depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 33 : 722-6, 2009
 - 9) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Ueda N, Nakamura J : Trichotillomania responding to low-dose fluvoxamine. Psychiatry Clin Neurosci 63 : 701-2, 2009
 - 10) Ikenouchi - Sugita A, Toyohira Y, Yoshimura R, Ueno S, Tsutsui M, Nakamura J, Yanagihara N : Opposite effects of milnacipran, a serotonin norepinephrine reuptake inhibitor, on the levels of nitric oxide and brain-derived neurotrophic factor in mouse brain cortex. Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol 380 : 479-86, 2009
 - 11) Yoshimura R, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Umene-Nakano W, Katsuki A, Hayashi K, Ueda N, Nakamura J : Adding a low dose atypical antipsychotic drug to an antidepressant induced a rapid increase of plasma brain-derived neurotrophic factor levels in patients with treatment-resistant depression. Prog Neuropsychopharmacol

Biol Psychiatry 34 : 308-312, 2010

- 12) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Okamoto T, Umene-Nakano W, Ueda N, Hori H, Katsuki A, Saito K, Tanaka Y, Nakamura J: Serum brain-derived neurotrophic factor levels as a novel biological marker for the activities of psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus. World J Biol Psychiatry 11 : 121-8, 2010
- 13) Kanae Okuno, Reiji Yoshimura, Nobuhisa Ueda, Atusko Ikenouchi-Sugita, Wakako Umene-Nakano, Hikaru Hori, Kenji Hayashi, Asuka Katsuki, Hsin-I Chen, Jun Nakamura Psychiatry Research, 186 : 326-322, 2011

【向精神薬が就労機能に与える影響の検討】

【睡眠不足が認知機能・運転技能に与える影響の検討】

1. Yoshida K, Higuchi H, Takahashi H, Kamata M, Sato K, Inoue K, Suzuki T, Itoh K, Ozaki N: Influence of the tyrosine hydroxylase val158met polymorphism and catechol-O-methyltransferase val158met polymorphism on the antidepressant effect of milnacipran. Hum Psychopharmacol 23 (2) : 121-8 (2008)
2. Miura H, Ozaki N, Shirokawa T, Isobe K: Changes in brain tryptophan metabolism elicited by ageing, social environment, and psychological stress in mice. Stress 11 (2) : 160-9 (2008)
3. Miura H, Ozaki N, Sawada M, Isobe K, Ohta T, Nagatsu T: A link between stress and depression: shifts in the balance between the kynurenine and serotonin pathways of tryptophan metabolism and the etiology and pathophysiology of depression. Stress 11 (3) : 198-209 (2008)
4. Iwamoto K, Takahashi M, Nakamura Y, Kawamura Y, Ishihara R, Uchiyama Y, Ebe K, Noda A, Noda Y, Yoshida K, Iidaka T, Ozaki N: The effects of acute treatment with paroxetine, amitriptyline, and placebo on driving performance and cognitive function in healthy Japanese subjects: a double-blind crossover trial. Hum Psychopharmacol 23 (5) : 399-407 (2008)
5. Iwamoto K, Kawamura Y, Takahashi M, Uchiyama Y, Ebe K, Yoshida K, Iidaka T, Noda Y, Ozaki N: Plasma amitriptyline level after acute administration, and driving performance in healthy volunteers. Psychiatry Clin Neurosci 62 (5) : 610-6 (2008)
6. 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
7. 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
8. 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

9. 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
10. 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
11. 足立康則, 尾崎紀夫: うつ病の現状. *臨床栄養* 115 (7): 758-763, 2009
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. Takahashi M, Iwamoto K, Kawamura Y, Nakamura Y, Ishihara R, Uchiyama Y, Ebe K, Noda A, Noda Y, Yoshida K, Iidaka T, Ozaki N: The effects of acute treatment with tandospirone, diazepam, and placebo on driving performance and cognitive function in healthy volunteers. *Hum Psychopharmacol* 25 (3): 260-7, 2010
17. Miyata S, Noda A, Ozaki N, Hara Y, Minoshima M, Iwamoto K, Takahashi M, Iidaka T, Koike Y: Insufficient sleep impairs driving performance and cognitive function. *Neurosci Lett* 469 (2): 229-33, 2010
18. Okuda A, Suzuki T, Kishi T, Yamanouchi Y, Umeda K, Haitoh H, Hashimoto S, Ozaki N, Iwata N: Duration of untreated illness and antidepressant fluvoxamine response in major depressive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 64 (3): 268-73, 2010
19. Adachi Y, Aleksic B, Ozaki N: Comparison of pharmacological profiles of serotonin norepinephrine reuptake inhibitors. *Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics* 1 10-15, 2010
20. Nishiyama T, Ozaki N: Measurement limit of quality-of-life questionnaires in psychiatric settings. *Qual Life Res* 19 (1): 25-30, 2010
21. 足立康則, 尾崎紀夫: 抗うつ薬の使用に伴う自殺念慮・行動のリスク. 日本語版 *Medical Practice* 2010
22. 奥田明子, 鈴木竜世, 山之内芳雄, 梅田和憲, 内藤宏, 尾崎紀夫, 岩田伸生: 大うつ病性障害における治療開始までの期間と希死念慮との関連. *精神医学* 52 (1): 33-39, 2010
23. 吉田契造, 尾崎紀夫: 【働く人のうつ病】うつ病の一次・二次・三次予防. *日本医師会雑誌* 138 (11): 2274-2278, 2010

2. 学会発表

【研究全般】

- 1) 尾崎紀夫: ワークショップ—うつ病者の復職支援プログラム: うつ病復職支援プログラムでの心理教育. 日本うつ病学会, 2008
- 2) Tsuyoshi Akiyama: Depression in Japan. Symposium "Depression in Asia: Current

Status and Future Perspectives" (Chair)

The 11th Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health, Bangkok, 8.26-29.2008

- 3) Tsuyoshi Akiyama, Yoshie Sakai, Yoshiya Kawamura: Temperament and change of depressive mood in non-clinical population. Symposium "Current Implication of Personality in Psychiatry" 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. Tokyo, 10.30-11.2.2008

【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】

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)

【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】

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

【非介入群の経過】

- 1) 杉田篤子, 堀 輝, 山田久美, 坂上真弓, 吉村玲児, 中村 純: 職域におけるワーキングプログラムのメンタルヘルスへの効果. 第106回 日本精神神経学会学術総

会 広島 2010

- 2) 宮川治美, 小嶋秀幹, 中村 純: 「こころの健康づくり事業」の有効性と今後の取り組みに向けての検討. 第34回 日本自殺予防学会総会 東京 2010
- 3) 松元知美, 児玉有紀, 下村泰斗, 中村 純: 当院におけるうつ病教室の取り組み—対象者に合わせたプログラム作成の工夫—. 第56回 九州精神保健学会 佐世保

【社会適応評価ツールの有用性】

- 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検討. 第104回 日本精神神経学会総会 東京 2008
- 2) 新開隆弘, 中村 純: 職場における「うつ」への対応: 困難事例への対応を含めて. 第15回 日本産業精神保健学会 大阪 2008
- 3) 中村 純: うつ病の多様性と職場復帰. 第18回 日本臨床精神神経薬理学会 第38回日本神経精神薬理学会 合同年会 東京 2008
- 4) Ueda N, Yoshimura R, Nakamura J.: Assessment and treatment of depression from the point of view of social adaptation. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting Tokyo 2008
- 5) 中野英樹, 上田展久, 中野和歌子, 杉田篤子, 吉村玲児, 中村 純: Social adaptation self-evaluation scale (SASS) 日本語版のうつ病患者における臨床的有用性の検討. 第105回 日本精神神経学会学術総会 神戸 2009

【職場復帰に関する生物学的指標の開発】

- 1) 上田展久, 中野英樹, 中野和歌子, 杉田篤子, 吉村玲児, 中村 純: Social adaptation