

る。

3) 除外基準

①双極性障害、②アルコール依存症、③器質性精神疾患、④パーソナリティ障害を除外する。

4) 募集方法

企業の健康管理室、都内のクリニック、病院にDMもしくはEmailを送付する。同時にホームページを作成し、ホームページ上で対象者を募集する。

5) 対象者募集期間

2008年10月から2011年3月までの2年半。

2. 介入

1) 介入内容

対象者は3つのリワークプログラム群（NTT東日本関東病院、品川駅前クリニック、メディカルケア虎ノ門の3施設で実施されるリワークプログラムのいずれか）、もしくは対照群（NTT東日本関東病院精神科部長秋山剛医師による個人生活保健指導）の4群に、無作為に割り付けられた。

2) プログラム以外の治療

対象者は主治医による外来治療を続けながら、プログラムに参加する。その他、対象者が希望する治療を制限しない。ただし、対象者が研究参加期間に受けたその他の治療内容については、対象者より報告をうけ記録する。

3) 介入期間

各リワークプログラムおよび個人生活指導は3ヶ月～6ヶ月実施する。

4) 対象者の割り付け

公正な第三者がコントローラーとなり、対象者を無作為に割り付ける。

3. 評価

1) 主要評価項目

- ①プログラム開始から復職までの期間
- ②再休職にいたるまでの勤務継続期間
- ③自記式社会適応尺度（Social Adaptation

Self-evaluation Scale）（Bosc et al., 1997）

④復職準備性尺度

⑤復職後のワークパフォーマンス（WHO-HPQ）（Kessler et al., 2003）

2) 副次的評価項目

①うつ症状（Beck Depression Inventory（BDI）（Beck et al., 1996）、Hamilton Rating Scale for Depression（HAM-D）（Hamilton, 1960）

②対処能力（Coping Inventory for Stressful Situations; CISS）（Endler et al., 1990）

③主観的QOL（WHO-QOL）（WHO, 1993）

④認知機能（WAIS-III 数唱、WAIS-III 符号、N-back、CPT、WCST、Verbal Fluency Test）

3) 共変量

以下の項目を、リワークのプロセスに影響を与える可能性がある要因として調査する。

①年齢などの人口統計学的変数

②職業的要因

③罹病期間、初発年齢など臨床的要因

④過去の休職回数、休職期間、残休職回数

⑤気質およびパーソナリティ（Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - Autoquestionnaire version (TEMPS-A; Akiskal et al., 2005; Akiyama et al., 2005; Matsumoto et al., 2005), Temperament and Character Index (TCI; Cloninger et al., 1993)

4) 評価時期

介入開始前、介入開始後、介入3か月、介入終了時、復職時に調査を施行する。主要なアウトカムの評価は、介入開始3ヶ月時点の社会機能や抑うつ症状の評価に基づいて行う。さらに、職場復帰後の勤務継続に及ぼす効果を評価するため、職場復帰後のフォローアップ調査として、復職後3か月、6か月、9か月、1年、1年6か月、2年時に調査を行う。

5) 評価の盲検化

評価は独立した評価者（リサーチアシスタント）が行い、評価者は対象者の割り付け結果については知らされない。評価者の割り付け結果の盲検化を確保するため、対象者には、自分が受けている介入内容について評価者に話さないよう依頼した。また対象者に対しても、どのプログラムが介入群であり、どのプログラムが対照群であるかについては、伝えないよう配慮した。

6) 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会およびN T T 東日本関東病院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) 対象者の導入状況の検討

2008年10月から2010年11月までの間に、研究事務局に研究への参加を希望して連絡してきたのは70人であった。研究への紹介経路として最も多かったのは近隣の病院やクリニックからの紹介であり、全体のおよそ60%を占めていた。また産業医や企業の健康管理スタッフからの紹介は15%程度であった。ホームページなどを通じて、自ら研究事務局にアプローチしてきた応募者は25%程度であった。

全応募者のおよそ3分の1にあたる25人は、主治医からの研究参加許可および診断を確認するための書類の提出を求めたところ、その後の連絡が途絶えた。主治医からの研究参加許可および診断を確認するための書類が提出された45人のうち、21人は導入基準を満たさず、研究に導入されなかった。除外理由は、抑うつ症状が中等度以上である、残休職期間が短い、導入面接時点においてアルコール依存症、双極性障害、などであった。最終的に、研究に導入されたのは24人だけであった。

研究に導入された24人のうち、12人が介入群に、12人が対照群に割り付けられた。

2) 脱落率

2010年11月の時点で、研究導入から3カ月後の効果評価時期を迎えていたのは22人であった。22人の人口統計学的特徴を表1に、導入時の評価を表2に示した。

この22人のうち、10人が介入群、12人が対照群であった。介入開始後3ヶ月の間に、研究から脱落していたものは22人中8人であった。なお、本人もしくは本人の主治医から研究の中止が申し入れられた場合、もしくは、対象者との連絡が取れなくなった場合を研究からの脱落とみなした。

介入群と対照群における脱落率を比較したところ、介入群では10人中6人（60.0%）が脱落していたが、対照群における脱落は12人中2人（16.7%）であり、介入群における脱落率が有意に高かった（ $\chi^2 = 4.43$, $p = 0.04$ ）（表3）。

3) 脱落と関連する要因の検討

脱落した群（脱落群）と脱落しなかった群（非脱落群）について、人口統計学的要因および導入時の評価項目の比較を行い、脱落と関連する要因について検討を行った（表4および表5）。年齢、正社員としての勤続年数、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、男性においては脱落したものが3人（21.4%）であったことと比較し、女性においては脱落したものが5人（62.5%）であり、女性における脱落の割合が有意に多かった（ $\chi^2 = 3.71$, $p = 0.05$ ）。

研究導入時のHAM-D、BDI、SASSは脱落群と非脱落群間に有意差はなく、導入時のうつ症状の重さや社会機能の低さと、脱落との関連は示されなかった。CISSで評価した対処にお

いて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 = 4.8) は、非脱落群 (Mean = 23.9, SD = 2.9) と比較して発揚気質が高かった ($Z = 2.66$, $p = 0.006$)。また脱落群 (Mean = 30.5, SD = 4.2) は、非脱落群 (Mean = 35.8, SD = 4.1) と比較して、TCI で評価した損害回避傾向が低かった。

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。

D. 考察

1) 対象者の導入に関する検討

2008年10月から2010年11月のおよそ2年間に導入できた対象者数は24人であり、研究開始時に設定した必要症例数 (180人) の6分の1にも満たなかった。24人では、効果評価に十分な症例数とは言えず、対象者の募集期間を延長せざるをえない状況となった。同時に、本研究の対象者の募集方法、広報方法、研究への導入手続きについて、見直しを行う必要が強く示唆された。

本研究において対象者数が十分に得られなかった原因の1つに研究への導入手続きが煩雑であり、時間を要するものであったことが予測される。本研究では、対象者の安全に配慮するため、外来主治医が対象者の研究参加について許可していることを文書で確認する手続きをとる。しかし、①対象者が研究事務局に研究参加の意思を示す、②研究事務局から対象者に、外来主治医に記入を依頼する書式を郵送する、③対象者が外来主治医に書式への記入を依頼する、④外来主治医が書式に記入をして研究事務局に郵送する、という一連の手続きには少なくとも1~2週間、長い場合には1ヶ月程度を要する。こうした手続きが、職場復帰を急ぐ対象者の参加を減少させる原因となっていた可能性がある。実際に、研究参加の意思を示した人の

うち、この手続きを完遂したものは3分の2程度であった。

また、近隣のクリニックや病院から紹介された対象者は、抑うつの評価尺度の得点が中等度以上、双極性障害やアルコール依存症の診断がつく、残休職期間が足りないなどの理由で、研究の導入基準を満たさない人が多かった。これは紹介医師が「職場復帰プログラムは一般の外来治療のみでは復職できないほどに重症である患者を対象としている」と認識していたためである可能性が考えられる。今後、近隣の病院およびクリニックの医師に、本研究の対象者の基準とともに、より軽症の対象者にも効果が期待できることを広報するとともに、予定する休職期間が短い患者が研究に参加しやすいよう、研究参加手続きにかかる時間を短縮する必要があると考えられた。

2) 研究参加者の脱落に関する分析

2008年10月から2010年11月までに研究に導入され、3カ月が経過した22人の対象者のうち、8人が研究を続行できず、中断となった。4人は介入前調査を行い、その後介入機関に紹介されたものの、介入が開始される前に中断となっている。このことから、介入機関への紹介をよりスムーズに行うことができるよう、手続きを工夫することが必要だと考えられた。

また、脱落群は非脱落群と比較して、有意に女性が多く、発揚気質が高く、損害回避傾向が低い傾向が認められた。一方、社会機能、抑うつ症状、認知機能には有意差が認められなかった。このことから、脱落が症状の重症度のために生じているのではなく、むしろ、他機関での治療を求めて自ら行動することによって生じている可能性が示唆された。そのため、研究手続きを簡素化し、できるだけ通常のリワークプログラムと同じように介入できるよう、工夫することが重要だと考えられた。

E. 結論

リワークプログラムの効果を評価するために無作為化比較試験を実施したが、2008年10月から2010年11月までに目標症例数を研究に導入することができなかった。対象者募集期間を延長するとともに、研究手続きの簡素化、対象者募集の広報の工夫など、研究方法を一部見直す必要があることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

I. 引用文献

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 秋山剛, 岡崎渉, 富永真己ほか. 職場復帰援助プログラム評価シート (Rework Assist Program Assessment Sheet: RAPAS) の信頼性と妥当性. *精神科治療学*, 22(5), 571-582, 2007.
- 4) 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
- 5) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- 6) 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.
- 7) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50, 975-990, 1993
- 8) Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Multi-Health Systems, Toronto, 1990.
- 9) Hamilton M A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 23: 56-62, 1960.
- 10) 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.
- 11) 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
- 12) 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
- 13) Parker G, Tupling H, Brown L.B. A Paren-

- tal Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10, 1979.
- 14) 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.
 - 15) 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.
 - 16) 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.
 - 17) 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
 - 18) 富永真己, 秋山剛, 三宅由子ほか. 職場復帰前チェックシートに関する産業保健スタッフによる評価の信頼性、妥当性. 精神医学, 50(7), 689-699, 2008.
 - 19) World Health Organization. WHOQoL Study Protocol. WHO, 1993.

表 1. 研究参加者 (N=22) の人口統計学的特徴

		Mean	SD	Range
年齢		38.4	8.3	25-56
正社員としての勤続年数		13.6	8.6	0-31
休職回数		1.9	0.9	1-4
積算休職週数		52.9	26.1	5-102
初診時年齢		32.6	7.2	20-43
		N	%	
性別	男性	14	63.6	
	女性	8	36.4	
教育暦	高校・専門学校卒以下	5	22.7	
	大学卒業以上	17	77.3	
配偶者	なし	13	57.1	
	あり	9	42.9	
職階	非管理職	19	86.4	
	管理職	3	13.6	
転職経験	なし	9	40.9	
	あり	13	59.1	
精神科診断	大うつ病性障害	16	72.7	
	それ以外の気分障害	6	27.3	

表 2. 研究参加者 (N=22) の導入時評価

	Mean	SD	Range
社会機能 (SASS)	30.2	9.0	19-50
うつ病症状評価 (HAM-D)	9.0	4.5	0-15
うつ病自記式評価 (BDI)	22.6	9.5	9-46
CISS 課題優先対処	51.9	10.6	24-74
CISS 情緒優先対処	45.2	10.5	24-72
CISS 回避優先対処	40.4	8.3	31-60
TEMPS 抑うつ気質	27.1	3.9	20-35
TEMPS 循環気質	28.9	3.8	24-37
TEMPS 発揚気質	26.9	4.6	21-41
TCI 新奇性追求	28.6	2.9	23-34
TCI 損害回避	33.8	4.8	25-40
TCI 自己志向	39.3	5.2	31-49
WAIS-III 順唱 (素点)	10.6	2.3	8-15
WAIS-III 逆唱 (素点)	7.2	2.1	4-12
WAIS-III 符号 (評価点)	9.0	3.4	4-17
CPT Hit%	82.6	16.4	33-100
2-back 正答%	66.6	22.8	29-100
WCST 達成カテゴリー数	4.1	2.1	0-6
WCST 保続エラー数	3.1	4.4	0-14
Letter Fluency Test	40.6	10.1	22-63
Category Fluency Test	50.7	8.9	35-72

表 3. 脱落群、非脱落群における割り付けの比較

		非脱落群 (N=14)		脱落群 (N=8)		χ^2	p-value
		N	%	N	%		
割り付け	介入群	4	40.0	6	60.0	4.43	0.04
	対照群	10	83.3	2	16.7		

表 4. 脱落群、非脱落群における人口統計学的特徴の比較

		非脱落群 (N=14)		脱落群 (N=14)		統計値	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
年齢		39.4	9.3	36.8	6.5	0.7	NS
正社員としての勤続年数		14.3	9.6	12.4	7.0	0.4	NS
過去の休職回数		2.0	0.9	1.6	0.9	1.1	NS
過去の総休職週数		51.3	26.7	55.9	26.7	0.1	NS
初診時年齢		33.1	6.7	31.5	8.5	0.3	NS
		N	%	N	%	χ^2	p-value
性別	男性	11	78.6	3	21.4	3.71	0.05
	女性	3	37.5	5	62.5		
教育水準	高卒以下	2	40.0	3	60.0	1.56	NS
	大卒以上	12	70.6	5	29.4		
配偶者	なし	8	61.5	5	38.5	0.06	NS
	あり	6	66.7	3	33.3		
転職経験	なし	9	69.2	4	30.8	0.43	NS
	あり	5	55.6	4	44.4		
診断	大うつ病	11	68.8	5	31.2	0.67	NS
	それ以外	3	50.0	3	50.0		

表 5. 脱落群、非脱落群における導入時評価の比較

	非脱落群 (N=14)		脱落群 (N=8)		統計値	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
SASS	29.5	7.7	31.4	11.3	0.27	NS
HAM-D	9.0	4.8	9.0	4.3	0.06	NS
BDI	22.6	8.4	22.4	11.8	0.51	NS
CISS 課題優先対処	50.8	8.2	53.9	14.2	0.96	NS
CISS 情緒優先対処	47.2	10.6	41.6	9.9	1.16	NS
CISS 回避優先対処	39.7	6.8	41.6	10.9	0.03	NS
TEMPS 抑うつ気質	27.9	4.3	25.9	3.0	1.27	NS
TEMPS 循環気質	29.2	4.4	28.5	2.7	0.26	NS
TEMPS 発揚気質	23.9	2.9	30.1	4.8	2.66	0.006
TCI 新奇性追求	28.2	2.9	29.4	2.9	1.10	NS
TCI 損害回避	35.8	4.1	30.5	4.2	2.55	0.01
TCI 自己志向	38.1	5.9	41.3	3.4	1.60	NS
WAIS-III 順唱	11.1	2.3	9.5	1.9	1.69	0.09
WAIS-III 逆唱	7.5	2.3	11.2	5.1	0.83	NS
WAIS-III 符号	8.9	3.7	9.1	2.9	0.34	NS
CPT 正答%	79.8	18.8	87.5	10.6	1.03	NS
2back 正答%	67.3	23.1	65.2	24.0	0.28	NS
WCST 達成カテゴリー数	3.7	2.3	4.8	1.5	0.91	NS
WCST 保続エラー数	3.3	4.6	2.6	4.5	0.37	NS
Letter Fluency test	41.9	11.1	38.3	8.4	0.85	NS
Category Fluency Test	48.1	8.7	54.8	8.0	1.85	0.06

平成20年～平成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（H20年～22年）

研究要旨

1) うつ病患者の社会復帰に対する social adaptation self-evaluation scale (SASS) 日本語版の有用性を検討した。2) 健常者と休職者している人とを判別するための精神的ストレスの生物学的なマーカー検討を行った。その結果、ベックうつ病評価尺度 (BDI) よりも SASS の方が職場復帰の評価尺度として優れており、また血中 BDNF、MHPG 濃度が現在受けている職場ストレスの強さを反映している可能性が示唆された。3) さらに某出版社の従業員を対象にしたストレス評価、性格特性、血中 BDNF、MHPG 濃度を検討した研究では、血漿 MHPG、BDNF 濃度は仕事の心理的負荷や社会適応度さらには性格特性を反映する生物学的マーカーになる可能性があることが示唆された。4) リワークプログラムを持たない大学病院でうつ病による休職者の診療を行った。その結果、復職率はおよそ50%であった。また、同時に休職中のうつ病患者に各種認知機能検査を行い、その後、復職できた人とできなかった人で Verbal Fluency Test、N-back などの認知機能を評価した結果、認知機能に差は認めなかったが、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。

A-1. 研究目的（研究1）

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および2) 健常者と休職者している人とを判別するための精神的ストレスの生物学的なマーカー検討することを目的とした。具体的には、うつ病の他覚的評価尺度である Hamilton うつ病評価尺度 (Ham-D) と自記式 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。

B-1. 対象と方法

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。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-1. 結果

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 $\pm$ 7.4, $P<0.001$)、BDI 得点 が有意に低かった (社会復帰群: 14.6 $\pm$ 11.5、非社会復帰群: 26.5 $\pm$ 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)。

D-1. 結論

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。そして、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。

A-2. 研究目的 (研究2)

血中 BDNF (Brain-derived neurotrophic factor 脳由来栄養因子)、カテコールアミン代謝産物、サイトカイン濃度は、うつ病、自殺、不安状態だけでなく、うつに関連した人格特性にも関与するというエビデンスが増加しつつある。職場での精神的ストレスがうつ病や不安障害を引き起こすことはよく知られている。そこで本研究では、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。

B-2. 対象と方法

健康な医療従事者 (106名、男性: 42名、女性64名、平均年齢36 $\pm$ 12歳) で Stress and Arousal Check List (SACL) の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。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-2. 結果

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 TNF α と s-SACL 得点には相関がなかった。

D-2. 結論

本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。また、本研究から、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。

A-3. 研究目的 (研究3)

A-2 と同様な方法で某出版会社の従業員 (男性: 210名) を対象に Stress and Arousal Check List (SACL) の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する。

B-3. 対象と方法

某出版会社に勤務している健康な労働者、男性210名、平均年齢49 $\pm$ 10歳を対象に Stress and Arousal Check List (SACL) の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。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 - 3. 結果

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。

D - 3. 結論

これら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。さらに、健常人において、血漿 BDNF 濃度はうつ関連要素と負の相関関係があることが報告されており、今回の結果から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。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。

A - 4. 研究目的 (研究 4)

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を目的とした。さらに、復職後に再発した人の特徴も明らかにしたいと考えた。本研究は、リワークプログラムを有する施設での治療結果と比較するための対照群となる治療である。

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。

B - 4. 対象と方法

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。

C - 4. 結果

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 ($p=0.058$)。

D - 4. 結論

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。但し、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と考えている。

F. 研究発表

1 論文発表

- 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) Yoshimura R, Kakihara S, Umene-Nakano W, Sugita A, Hori H, Ueda N, Nakamura J: Acute risperidone treatment did not increase daily cigarette consumption or plasma levels of cotinine and caffeine: a pilot study. Hum Psychopharmacol 23: 327-32, 2008
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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
- 10) Ueda N, Yoshimura R, Umene-Nakano W, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Hayashi K, Ko-

- dama Y, Nakamura J: Grapefruit juice alters plasma sertraline levels after single ingestion of sertraline in healthy volunteers. *World J Biol Psychiatry* 10: 832-5, 2009
- 11) Hori H, Yoshimura R, Ueda N, Ikenouchi-Sugita A, Umene-Nakano W, Nakamura J: A case with occurring adverse effects when cross-over titration from fluvoxamine to paroxetine associated with increasing the plasma fluvoxamine level in major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 10: 620-2, 2009
 - 12) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Ueda N, Nakamura J: Trichotillomania responding to low-dose fluvoxamine. *Psychiatry Clin Neurosci* 63: 701-2, 2009
 - 13) 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 Arch Pharmacol* 380: 479-86, 2009
 - 14) 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
 - 15) Yoshimura R, Ikenouchi-Sugita A, Umene-Nakano W, Hori H, Ueda N, Nakamura J: Nonadherence to paroxetine: a study based on monitoring plasma paroxetine levels. *J Clin Psychopharmacol* 30: 82-3, 2010
 - 16) 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
 - 17) Yoshimura R, Umene-Nakano W, Ueda N, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Katsuki A, Hayashi K, Miyamoto K, Kodama Y, Nakamura J: No difference in adherence to paroxetine between depressed patients with early remission and those with late remission based on monitoring of plasma paroxetine concentrations. *Hum Psychopharmacol* 25: 487-90, 2010.
 - 18) 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 Research*, 186: 326-322, 2011
 - 19) 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
2. 学会発表
- 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) 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 self-evaluation scale (SASS) 日本語版のカットオフ値に対する検討. 第104回 日本精神神経学会総会 東京 2008
- 3) 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
- 4) 吉村玲児, 中野和歌子, 杉田篤子, 上田展久, 中村 純: カテコールアミン代謝産物ならびに脳由来栄養因子 (BDNF) の血中動態からの検討. 第30回 日本アルコール関連問題学会 広島 2008
- 5) Nakano W, Yoshimura R, Nakano W, Sugita A, Hori H, Ueda N, Nakamura J.: Increase of blood levels of BDNF and HVA are associated with its clinical efficacy in depressed patients. 26th CINP Congress Munich 2008
- 6) Ueda N, Yoshimura R, Nakano W, Sugita A, Hayashi K, Kodama Y, Nakamura J.: Grapefruit juice inhibits the pharmacokinetics of sertraline. 26th CINP Congress Munich 2008
- 7) Yoshimura R, Ueda N, Sugita A, Nakano W, Hori H, Nakamura J.: Effects of atypical antipsychotics drugs addition to antidepressants for refractory depression. 26th CINP Congress Munich 2008
- 8) 中村 純: 抗うつ薬と自殺関連事象 - SSRI を中心に 第5回 日本うつ病学会総会 福岡 2008
- 9) Yoshimura R, Nakamura J., Ueda N, Sugita A, Nakano W.: A heterogeneity of depression: view from dynamics of blood levels of catecholamine metabolites and brain-derived neurotrophic factor (BDNF). 21st ECNP Congress Barcelona 2008
- 10) 中野和歌子, 吉村玲児, 中村 純: 禁煙治療にも成功した二次性抑うつを伴うアルコール依存症の1例. 第43回 日本アルコール・薬物医学会 第20回 日本アルコール精神医学会 第11回 ニコチン・薬物依存研究フォーラム 第28回 アルコール医学生物学研究会 平成20年度合同学術総会 横浜 2008
- 11) 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
- 12) 中野和歌子, 吉村玲児, 上田展久, 堀 輝, 杉田篤子, 鈴木昭仁, 大谷浩一, 中村 純: Sertraline がカテコールアミン神経系へ及ぼす影響. 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
- 13) 上田展久, 吉村玲児, 中野和歌子, 杉田篤子, 堀 輝, 林 健司, 児玉有紀, 中村 純: グレープフルーツジュースが sertraline 代謝に及ぼす影響. 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
- 14) 吉村玲児, 中野和歌子, 上田展久, 杉田篤子, 堀 輝, 中村 純: Sertlaline 抵抗性うつ病に対する少量の risperidone 追加療法. 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
- 15) 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

- 16) 杉田篤子, 吉村玲児, 豊平由美子, 柳原延章, 中村 純: 抗うつ薬が脳内一酸化窒素及び脳由来神経栄養因子の発現に与える影響. 第31回 日本生物学的精神医学会 京都 2009
- 17) 中野和歌子, 吉村玲児, 上田展久, 杉田篤子, 堀 輝, 中村 純: うつ病とアルコール依存症合併例での抗うつ症状に対する抗うつ薬の効果: 臨床精神薬理学的予備検討. 第31回 日本生物学的精神医学会 京都 2009
- 18) 小嶋秀幹, 中野英樹, 宮川浩美, 木村 忍, 松村久美, 竹井憲一, 山下文恵, 中村 純: 精神障害の啓発ツールとしての全戸配布リーフレットの有効性の検討. 第33回 日本自殺予防学会総会 大阪
- 19) Nakano W, Yoshimura R, Nakamura J.: Alcohol dependence and depression-view from dynamics of brain-derived neurotrophic factor and catecholamines. Korean Society of Biological Psychiatry, Soul 2009
- 20) 吉村玲児, 杉田篤子, 堀 輝, 中野和歌子, 上田展久, 中村 純: うつ病寛解後の抗うつ薬の服薬コンプライアンス: 血中薬物濃度を指標とした検討. 第6回 日本うつ病学会総会 東京 2009
- 21) 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
- 22) 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
- 23) Yoshimura R, Hori H, Sugita A, Nakano W, Hahashi K, Katsuki A, Nakamura J.: Higher plasma interleukin-6(IL-6) level is associated with SSRI- or SNRI-refractory depression. 27th CINP Congress Hong Kong, 2010
- 24) Nakamura J., Yoshimura R, Sugita A, Hori H, Nakano W.: Nonadherence to SSRI: a study based on monitoring plasma levels of anti-depressant. 27th CINP Congress Hong Kong
- 25) 中野和歌子, 吉村玲児, 上田展久, 鈴木昭仁, 杉田篤子, 堀 輝, 大谷浩一, 中村 純: セルトラリンの反応性予測因子: 血漿中カテコラミン代謝産物及びセロトニントランスポーター遺伝子多型からの検討. 第20回 日本臨床精神神経薬理学会 仙台 2010
- 26) Yoshimura R, Sugita A, Hori H, Nakano W, Katsuki A, Hayashi K, Ueda N, Nakamura J.: Efficacies of a low dose atypical antipsychotic drug addition to an antidepressant and its effects on plasma brain-derived neurotrophic factor levels in refractory depression. 第20回 日本臨床精神神経薬理学会 仙台 2010
- 27) Nakamura J., Yoshimura R, Sugita A, Hori H, Nakano W, Katsuki A, Ueda N.: Non-adherence to paroxetine: comparison between early-remitters and late-remitters. 22^{ed} European Neuropsychopharmacology (ECNP) Amsterdam 2010
- 28) Yoshimura R, Sugita A, Hori H, Nakano W, Katsuki A, Hayashi K, Nakamura J.: Adding an atypical antipsychotic drug induced a rapid increase of plasma BDNF levels in

refractory depression. 22ed European Neuropsychopharmacology (ECNP) Amsterdam 2010

- 29) Nakano W, Yoshimura R, Ueda N, Suzuki A, Sugita A, Hori H, Otani K, Nakamura J.: Plasma homovanillic acid levels and 5-HTTLPR gene polymorphism are predictive factors for sertraline in Japanese depressed patients. 22ed European Neuropsychopharmacology (ECNP) Amsterdam 2010
- 30) Katsuki A, Yoshimura R, Sugita A, Hori H, Nakano W, Hayashi K, Nakamura J.: Effects of mirtazapine on brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and catecholamine metabolites. 22ed European Neuropsychopharmacology (ECNP) Amsterdam 2010
- 31) 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
- 32) 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
- 33) 中野和歌子, 吉村玲児, 中村 純: アルコール依存症とうつ病の合併症に関する臨床薬理学的観点からの検討. 平成22年度アルコール・薬物依存関連合同学術総会 北九州
- 34) 吉村玲児, 中野和歌子, 中村 純: 統合失調症、うつ病でのアルコール・ニコチン依存の合併とその治療. 平成22年度アルコール・薬物依存関連合同学術総会 北九州
- 35) 吉村玲児, 杉田篤子, 堀 輝, 中野和歌子, 中村 純: うつ病での脳由来神経栄養因子の血中動態. 第32回 日本生物学的精神

医学会 北九州

- 36) 中野和歌子, 吉村玲児, 上田展久, 鈴木昭仁, 杉田篤子, 堀 輝, 大谷浩一, 中村 純: セルトラリンの治療反応予測: 血漿HVA 濃度、セロトニントランスポータープロモーター領域遺伝子多型から. 第32回 日本生物学的精神医学会 北九州
- 37) 香月あすか, 吉村玲児, 杉田篤子, 堀 輝, 中野和歌子, 林 健司, 中村 純: ミルタザピンの4週間投与は血清BDNF濃度を増加させる可能性がある. 第32回 日本生物学的精神医学会 北九州
- 38) 中村 純: 精神疾患の生物学的マーカー—われわれの教室の研究から—. 第32回 日本生物学的精神医学会 北九州

G. 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

総合報告書（田中分）

職場復帰支援に関する職域のニーズ調査研究

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准教授
研究協力者	鎌田 直樹	北里大学医学部精神神経科
	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

無作為に抽出された全国8,000事業場を対象に、職場復帰に関する実態調査及び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ニーズ調査を実施した。8,000事業場のうち1,000事業場より回答が寄せられた（回答率12.5%）。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（年間およそ2－5人／1,000人）、一回当たりの平均休業期間の平均（95%信頼区間）は5.8（5.3－6.3）ヵ月だった。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%）の事業場は関連する規程も何ら整備されていなかった。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などがあげられた。医療機関で提供されているリワークプログラムのについては、600（68.9%）の事業場が利用したいと回答した。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。

A. 研究目的

職場復帰支援に関するルール作りの手引きとして、平成16年10月に厚生労働省より「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」が発表された。本手引きの目的は、事業者がきちんとしたルールに従って職場復帰支援を行うことを促進し、そのために必要な事業場独自の職場復帰支援プログラムの策定をサポートすることにある。本来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、診断書病名によって直接その病

因や予後の予測が示唆されることも多くはないため、職場復帰支援には多くの困難を伴うことが少なくない。精神疾患によって休業した労働者の職場復帰支援に対して、どのような情報や仕組みが必要なのかを把握することは、今後の対策を考えて行く上で重要な資料となりうる。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。

B. 研究方法

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。事業場及び回答者が特定されないよう、事業場名と回答者名の記入は求めなかった。

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。

C. 結果

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。(表1)

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。(表2)

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. 1年間の精神疾患による休業後の職場復帰者数

事業場規模別の結果を表3に示す。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

事業場規模別の結果を表4に示す。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

事業場規模別の結果を表5に示す。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

事業場規模別の結果を表6に示す。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。（表7及び8）

D. 考察

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。

E. 結論

小中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