

パフォーマンス (WHO-HPQ)¹¹⁾を指標として用いて評価する。

3) 共変量

リワークプログラムの効果に影響を与える共変量として、性や年齢などの人口統計学的変数、職種、事業所規模、転職回数などの職業的要因、罹病期間、初発年齢などの臨床的要因、過去の休職回数および休職期間、残休職期間、気質およびパーソナリティを評価する。

5) 評価の盲検化

非薬物的介入であるため、対象者および介入者の盲検化はできない。ただし、対象者にはどのような介入にどのような効果が期待されているか、つまり集団リワークプログラムが介入群であり、個人生活保健指導が対照群であるということは伝えない。また評価者については、独立した評価者（臨床心理士の資格を持つ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という評価の盲検化を行った。評価の盲検化を確実にを行うため、対象者に対して、評価の際に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。

4. 統計解析

1) 介入群と対照群間に、介入前後の各指標の変化において有意な差が認められるかどうかを検討する（二元配置の分散分析）。

2) 介入群と対照群間に復職継続期間および再発率に有意な差が認められるかどうかを検討する（ロジスティック回帰分析、生存分析）。

3) 介入群と対照群間に、復職一定期間後の職場再適応を示す各指標に有意な差が認められるかどうかを検討する（分散分析）。

C. 結果

2011年12月から2013年3月の1年3ヶ月で55

人から応募があった。このうち応募後に15人が研究参加を辞退した。また6人が導入面接で導入基準を満たさないことが明らかになった。そのため、研究に導入された対象者は34人であった。

研究に導入された34人の社会人口統計学的特徴および職業的特徴を表1に示した。対象者の平均年齢は38.2歳 (SD 8.6) であり、およそ9割が男性であった。また教育水準の高さが特徴的であり、大学卒業がおよそ60%、大学院修了がおよそ25%を占めており、高校・専門学校卒業者は15%程度であった。また約8割の対象者が社員数1000人以上の大企業に勤務しており、社員数が300人以下の中小企業に勤務しているものは約2割であった。職階は非管理職が約6割、管理職が約4割であったが、管理職の半数近くは直属の部下のいない管理職であった。婚姻状態は未婚のものが約半数であった。また正社員としての勤務年数は平均12.9年 (SD 10.2) であり、中には正社員として半年しか勤務していないものも含まれていた。

次に、研究に導入された34人の臨床的特徴を表2に示した。研究導入時点における過去の総休職期間は平均が53.5週、およそ13ヶ月であり、平均すると研究導入以前に1年以上の休職をしている集団であった。また研究導入時点における今回の休職期間の平均は30.9週、およそ8ヶ月であり、平均すると半年以上の休職を経たあとに応募していることがうかがわれた。一方で、今回の休職期間が1ヶ月未満であるものも少数であるがおり、一度休職から復職したが、再休職となり、すぐに研究に応募してきたケースもあると考えられた。休職回数は1回のみのが15人 (44%)、2回のが13人 (38.2%)、3回のが3人 (8.8%)、4回のが3人 (8.8%) であった。半数以上が複数回の休職を経験しており、3回以上の休職を経験しているものも2割近くいることがわかった。

対象者の抑うつ程度は、ハミルトンうつ病評価尺度の平均が6.6 (SD 3.9) であった。平均は寛解の基準を上回る水準であり、客観的評価による抑うつ症状はほぼ改善した状態であることが示唆された。一方、BDIの平均は18.9 (SD 11.3) であり、軽度から中等度のうつ状態であることが示唆された。このことから主観的な評価による抑うつ症状は残存している状態であることが示唆された。

D. 考察

予定対象導入期間が終了するまでおよそ1年であるが、現時点における導入者数は未だ34人であり、必要症例数は120人であることを考慮すると非常に少ない人数であると言える。今後、対象者募集広告の見直し、関係機関への周知など、対象者募集方法に関して工夫を行っていく必要がある。

導入された対象者の特徴を検討したところ、年齢の平均は38.2歳、男性がおよそ9割であった。全国のリワークプログラム利用者に関する調査¹²⁾では、利用者の平均年齢は39.1歳、男性が73.9%であると報告されていることから、本研究の対象者の年齢は一般的なリワークプログラムの利用者を代表するものであるが、やや男性が多い傾向があると考えられた。一方、大学卒業以上の教育歴を持つ対象者が85% (23.5%の大学院修了者を含む)、社員数1000人以上の大企業に勤務するものがおよそ8割を占めているなど、非常に教育水準が高く、社会経済的な階層がかなり高い集団であると考えられた。これはリワークプログラムに参加するためには一定期間休職することが可能な環境が必要であることに加え、無作為化比較試験に対して関心や理解をしめす集団の特徴を示している可能性がある。こうした対象者の偏りについては結果の解釈をする際に慎重に考察する必要があるだろう。

対象者の臨床的特徴については、総休職期間の平均が約13ヶ月であった。また休職回数は1回が約44%、2回が約38%、3回以上が約18%であり、初めての休職であるものが半数以下であることが示された。一般的なリワークプログラムの参加者の特徴に関する調査¹²⁾においても1回目の休職で参加するものは全体の45.1%であることが報告されており、本研究の対象者とほぼ同程度であることがうかがわれた。

研究導入時点における対象者のうつ症状の重症度については、客観的なうつ症状評価尺度であるハミルトンうつ病評価尺度では平均が6.6と寛解の基準(7点)を下回っており、客観的なうつ症状評価尺度ではほぼ寛解状態と評価される集団であることがうかがわれた。導入基準にハミルトンうつ病評価尺度において15点未満という基準があることから、調査開始時点における客観的なうつ病症状の重症度についてはほぼ均質で、寛解に近い集団を導入することができていると考えられた。一方で、自記式うつ症状評価尺度であるベック抑うつ質問票では、平均が18.9、標準偏差が11.3、範囲が0点から46点であった。このことから、客観的なうつ症状についてはほぼ寛解しているものの、主観的なうつ症状については中等度の抑うつ状態であるものも多く、ばらつきもより大きいことが示された。これらの特徴が一般的なリワークプログラムの参加者を代表するものであるかどうかについては、今後検討していく必要がある。

今後の課題としては、第一に予定対象導入期間により多くの対象者を導入できるよう、対象者募集に力を入れていくことがあげられる。第二に無作為化比較試験という研究の性質上、対象者の特徴に偏りが認められる可能性が否定できない。実際に、現時点で研究に導入されている対象者が社会経済的階層の高い集団に偏っていることが示唆された。こうした標本の偏りを最小にするよう募集をすすめていくとともに、

一般的なリワークプログラムの参加者やリワークプログラムを利用せずに復職する休職者の特徴について調査を行い、本研究の対象者の特徴と比較を行うこと、さらに一般的なリワークプログラムの参加者およびリワークプログラムを利用せずに復職する休職者の転帰に関する調査を実施していくことが重要だと考えられた。

E. 結論

2013年3月までにリワークプログラムの効果の評価するための無作為化比較試験に導入された対象者は34人であり、目標症例数を考慮すると対象者数がかなり不足している状況であることがわかった。また現時点で研究に導入されている対象者は社会経済的階層の高い集団に偏っている可能性が示唆された。今後の課題としては、募集方法を工夫するなどして対象者数を増やすことが挙げられる。また、本分担研究で実施中の、一般的なリワークプログラムに参加している休職者の特徴やその自然経過に関する調査、またリワークプログラムを利用せずに復職する休職者の特徴やその自然経過に関する調査も、リワークプログラムの効果を検討する上では重要であることが改めて示唆された。

F. 健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 酒井佳永、秋山剛、土屋政雄、堀井清香、富永真己、田中克俊、西山寿子、住吉健一、河村代志也、鈴木淳平. 復職準備性評価シート (Psychiatric Rework Readiness Scale; PRRS) の評価者間信頼性、内的整合性、予測妥当性の検討. 精神科治療学, 27(5), 655-667, 2012.

- 2) 酒井佳永、秋山剛. うつ病のリワークプログラムの現状と今後の可能性. 産業ストレス研究 19(3), 217-225, 2012.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

- 1) 厚生労働省. 労働安全衛生基本調査. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/49-22_4.pdf, 2010.
- 2) 日本経済生産性本部: 第5回『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. <http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity000996/attached.pdf>, 2010.
- 3) 島悟. 精神障害による休業者に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「うつ病を中心としたこころの健康障害をも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. 平成14年度~16年度 総合研究報告書, 32-34, 2004.
- 4) 厚生労働省: こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き, 2009.
- 5) 秋山剛: 総合病院における職場復帰援助プログラムと集団認知療法. 医学のあゆみ, 219, 997-1001, 2006.
- 6) 五十嵐良雄: わが国における復職支援の現状と課題. 心身医学, 51, 500, 2011.
- 7) Hamilton M: A rating scale for depres-

- sion. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23: 56–62, 1960.
- 8) 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.
 - 9) 酒井佳永、秋山剛、土屋政雄、堀井清香、富永真己、田中克俊、西山寿子、住吉健一、河村代志也、鈴木淳平. 復職準備性評価シート (Psychiatric Rework Readiness Scale; PRRS) の評価者間信頼性、内的整合性、予測妥当性の検討. *精神科治療学*, 27(5), 655–667, 2012.
 - 10) Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
 - 11) 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.
 - 12) 五十嵐良雄. 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. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業) うつ病患者に対する復職支援体制の確立・うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究 平成23年度分担研究報告書, 2012.

表 1. 対象者の社会人口統計学的および職業的特徴

	平均(N)	標準偏差(%)	範囲
年齢	38.2	8.6	24-57
性別			
男性	30	88.2%	
女性	4	11.8%	
教育歴			
高校・専門学校	5	14.7%	
大学卒業	21	61.8%	
大学院修了	8	23.5%	
婚姻状態			
未婚	17	50.0%	
既婚	15	44.1%	
離婚・死別	1	2.9%	
不明	1	2.9%	
会社規模			
1000人以上	27	79.4%	
300人以上	4	11.8%	
100人以上	2	5.9%	
99人以下	1	2.9%	
職階			
非管理職	21	61.8%	
管理職(直属の部下なし)	6	17.6%	
管理職(直属の部下あり)	7	20.6%	
正社員としての勤務年数	12.9	10.2	0.5-35.0

表 2. 対象者の臨床的特徴

	平均(N)	標準偏差(%)	範囲
総休職期間(週)	53.5	32.3	14.1-146.6
今回休職期間(週)	30.9	30.5	0.1-146.6
休職回数			
1回	15	44.1%	
2回	13	38.2%	
3回	3	8.8%	
4回	3	8.8%	
ハミルトンうつ病評価尺度	6.6	3.9	0-14
ベック抑うつ質問票	18.9	11.3	0-46

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

研究要旨：本研究は通常のうつ病治療における復職成功割合とその推移を知ること、さらに復職時の精神症状や SASS-J 得点、認知機能の観点から復職成功群と復職失敗群の差異を検討した。そして、復職後前向きに調査を行うことで、復職 6 ヶ月での成功割合とその推移について調査した。その結果、復職 6 ヶ月の時点での復職継続率は 44.1% だった。全うつ病患者の約 2 割が最初の 1 ヶ月で脱落していた（復職継続失敗者の 42.1%）。さらに復職時における復職成功群と復職失敗群の差異の検討を行ったところ、対象患者 37 名に対して、精神症状評価尺度に HAM-D、社会適応評価尺度に SASS-J、認知機能評価に Verbal Fluency Test、N-back、CPT 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（15 名）、6 ヶ月以内に再休職した患者を復職失敗群（19 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。その結果、復職継続群と復職失敗群の復職時 HAM-D 得点、SASS 得点に有意差は認めなかったが、下位項目では、「環境の制御」の項目で復職継続群の得点が有意に高い傾向があった。復職継続群と復職失敗群の復職時の認知機能検査に有意差は認めなかった。しかし、復職失敗群は転職回数が、多い傾向を示した。職場復帰準備性尺度においては、復職成功群の方が家族関係が有意に高得点であり、他人との交流における得点と、戸外での活動の得点が有意に高い傾向にあった。

A. 研究目的

職域における復職において、うつ病患者の復職は大きな問題の一つである。

今回の研究の目的は

- 1) 通常のうつ病治療における復職成功割合とその推移を知ること
- 2) 復職時の精神症状や SASS-J 得点、認知機能の観点から復職成功群と復職失敗群の差異を検討すること

B. 研究方法

- 1) 復職後前向きに調査を行うことで、復職 6 ヶ月での成功割合とその推移について調査する。
- 2) 復職時における復職成功群と復職失敗群の差異の検討

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、休職中だったが復職した患者 37 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、社会適応評価尺度に SASS-J、認知機能評価に Verbal Fluency Test、N-back、CPT 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（15 名）、6 ヶ月以内に再休職した患者を復職失敗群（19 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。

本研究は産業医科大学倫理委員会の承認を受けており、患者からは口頭および書面にて同意を得た。

C. 研究結果

- 1) 通常のうつ病治療における復職成功割合と

その推移

復職6ヶ月の時点での復職継続率は44.1%だった。

全うつ病患者の約2割が最初の1ヶ月で脱落していた(復職継続失敗者の42.1%)

2) 復職時における復職成功群と復職失敗群の差異の検討

復職継続群と復職失敗群の復職時HAM-Dに有意差は認めなかった。

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が、下位項目では、「環境の制御」の項目で復職継続群の得点が有意に高い傾向があった。

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有意差は認めなかった。

復職継続群と復職失敗群の背景情報については、復職失敗群は転職回数が、多い傾向を示した。

職場復帰準備性尺度においては、復職成功群の方が家族関係が有意に高得点であり、他人との交流における得点と、戸外での活動の得点が有意に高い傾向にあった。

D. 考察

復職決定時の精神症状評価や認知機能評価では復職の成功の予測がつきにくい。それよりも対人関係や環境制御能力などを高く保つことの方が復職成功につながる可能性がある。

E. 結論

現在の通常うつ病治療では復職6ヶ月の時点で半分以上の患者が脱落してしまう。また、復職早期の脱落も多いので今後の課題出ると考えられる。復職決定時の精神症状からは復職継続を予測できずに、復職時の家族や他人との人間関係や戸外活動の状況、さらに周囲の環境調整

能力などが復職継続のカギになるかもしれない。また、転職回数が多いと復職継続可能性が低くなるかもしれない。

今後は、アクチグラムやバイオロジカルマーカーを用いた検討も含めて行っていきたいと考えている。

F. 論文発表

1. 論文発表

Ueda N, Suda A, Nakagawa M, Nakano H, Umene-Nakano W, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Yoshimura R, Nakamura J. Reliability, validity and clinical utility of a Japanese version of the Social Adaptation Self-evaluation Scale as calibrated using the Beck Depression Inventory. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011; 65(7): 624-629

Okuno K, Yoshimura R, Ueda N, Ikenouchi-Sugita A, Umene-Nakano W, Hori H, Hayashi K, Katsuki A, Chen HI, Nakamura J. 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*. 2011; 186(2-3): 326-332

Mitoma M, Yoshimura R, Sugita A, Umene W, Hori H, Nakano H, Ueda N, Nakamura J. 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? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*

2. 学会発表

堀輝、香月あすか、林健司、守田義平、吉村玲児、中村純

うつ病勤労者の復職継続群と復職失敗群における復職決定時における差異

～精神症状、社会適応度、認知機能、背景情報からの検討～

第8回うつ病学会 大阪 2011

堀輝、香月あすか、林健司、守田義平、吉村玲児、中村純

うつ病勤労者の復職成功のカギは何か？

第9回うつ病学会 東京 2012

堀輝、香月あすか、守田義平、中村純

うつ病患者は復職早期の脱落が多い

～復職成功者と復職失敗者で何が違うのか～

第32回日本社会精神医学会 熊本 2013

2010—2012業績

1. Umene-Nakano W, Yoshimura R, Ueda N, Suzuki A, Ikenouchi-Sugita A, Hori H, Otani K, Nakamura J: Predictive factors for responding to sertraline treatment: views from plasma catecholamine metabolites and serotonin transporter polymorphism. *Journal of Psychopharmacology*, 24: 1764-1771, 2010
2. Yoshimura R, Sugita A, Hori H, 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. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biologi-*

cal Psychiatry, 34: 308-312, 2010

3. Kishi T, Yoshimura R, Okochi T, Fukuo Y, Kitajima T, Okumura T, Nakano W, Naitoh H, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N: Association analysis of SIGMAR1 with major depressive disorder and SSRI response. *Neuropharmacology*, 58: 1168-1173, 2010
4. Fukuo Y, Kishi T, Yoshimura R, Kitajima T, Okochi T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Naitoh H, Nakano W, Inada T, Kunugi H, Kato T, Yoshikawa T, Ujike H, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N: Serotonin 6 receptor gene and mood disorders: case-control study and meta-analysis. *Neuroscience Research*, 67: 250-255, 2010
5. Kishi T, Fukuo Y, Yoshimura R, Okochi T, Kitajima T, Naitoh H, Nakano W, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N: Pharmacogenetic study of serotonin 6 receptor gene with antidepressant response in major depressive disorder in the Japanese population. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 25: 481-486, 2010
6. Yoshimura R, Nakano W, Ueda N, 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. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 25: 487-490, 2010
7. Kishi T, Yoshimura R, Kitajima T, Okochi T, Okumura T, Tsunoka T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Naitoh H, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N.: HTR2A is Associated with SSRI Response in Major

- Depressive Disorder in a Japanese Cohort. *Neuromolecular Medicine*, 12: 237–242, 2010
8. Kishi T, Yoshimura R, Kitajima T, Okochi T, Okumura T, Tsunoka T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Fukuo Y, Naitoh H, Umene–Nakano W, Inada T, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N: SIRT1 gene is associated with major depressive disorder in the Japanese population. *Journal of Affective Disorder* 2010; 126: 167–173.
 9. Okuno K, Yoshimura R, Ueda N, Ikenouchi–Sugita A, Umene–Nakano W, Hori H, Hayashi K, Katsuki A, Chen HI, Nakamura J: 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: 326–332, 2010
 10. Yoshimura R, Umene–Nakano W, Hoshuyama T, Atsuko Ikenouchi–Sugita, Hikaru Hori, Asuka Katsuki, Kenji Hayashi, Kiyokazu Atake, Jun Nakamura: Plasma levels of brain–derived neurotrophic factor and interleukin–6 in patients with dysthymic disorder: comparison with age– and sex–matched major depressed patients and healthy controls. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 25: 566–569, 2010
 11. Yoshimura R, Kishi T, Suzuki A, Umene–Nakano W, Ikenouchi–Sugita A, Hori H, Otani K, Iwata N, Nakamura J: The brain–derived neurotrophic factor (BDNF) polymorphism Val66Met is associated with neither serum BDNF level nor response to selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients. *Progress in Neuro–Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 35: 1022–1025, 2011
 12. Kishi T, Yoshimura R, Fukuo Y, Kitajima T, Okochi T, Matsunaga S, Inada T, Kunugi H, Kato T, Yoshikawa T, Ujiike H, Umene–Nakano W, Nakamura J, Ozaki N, Seretti A, Correll CU, Iwata N: The CLOCK gene and mood disorders: A case–control study and meta–analysis. *Chronobiol Int* 28: 825–833, 2011
 13. Ikenouchi–Sugita A, Yoshimura R, Kishi T, Umene–Nakano W, Hori H, Hayashi K, Ueda N, Iwata N, Nakamura J: Three polymorphisms of the eNOS gene and plasma levels of metabolites of nitric oxide in depressed Japanese patients: a preliminary study. *Hum Psychopharmacol*, 26: 531–534, 2011
 14. Tokutsu Y, Umene–Nakano W, Yoshimura R, Katsuki A, Atake K, Nakamura J: The case of depressed man who exhibited hyperprolactinemia and galactopoiesis after electroconvulsive therapy. *J ECT* 2011 Jul 20 [Epub ahead of print]
 15. Fukuo Y, Kishi T, Kushima I, Yoshimura R, Okochi T, Kitajima T, Matsunaga S, Kawashima K, Umene–Nakano W, Naitoh H, Inada T, Nakamura J, Ozaki N, Iwata N: Possible association between ubiquitin–specific peptidase 48 gene and major depressive disorders in the Japanese population. *J Affect Disord.*, 133: 15–157, 2011
 16. 中村 純、新開隆弘 (監修) 事例に学ぶ職場のメンタルヘルス —産業医・精神科医のレポート—。中災防新書 東京, 2012

17. 永田 昌子・堤 明純・中野 和歌子・中村 純・森 晃爾：職域における広汎性発達障害者の頻度と対応：産業医経験を有する精神科医を対象とした調査. 産業衛生学雑誌 54(1) : 29-36, 2012
18. Yoshimura, R. ·Taro Kishi-Hori, H.·Sugita, A.·Nakano, W.·Katsuki, A.·Hayashi, K.·Nakao Iwata·Nakamura, J. : No Association between the Response to the Addition of an Atypical Antipsychotic Drug to an SSRI or SNRI and the BDNF(Val66Met) Polymorphism in Refractory Major Depressive Disorder in Japanese Patients. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience 10 : 49 - 53, 2012
19. Tokutsu, Y. ·Nakano, W.·Yoshimura, R.·Katsuki, A.·Atake, K.·Nakamura, J. : The case of a depressed man who exhibited hyperprolactinemia and galactopoiesis after electroconvulsive therapy. Brief Clinical Report letter 28(1) : 56, 2012
20. Sasayama,D. ·Hiraishi,A.·Tatsumi,M.·Kamijima,K.·Ikeda,M.·Nakano, W.·Yoshimura, R.·Nakamura, J.·Iwata,N.·Kunugi,H. : Possible association of CUX1 gene polymorphisms with antidepressant response in major depressive disorder.The Pharmacogenomics Journal () : 1 - 5, 2012
21. Yoshimura, R. ·Kishi,T·Hori, H.·Sugita, A.·Nakano, W.·Katsuki, A.·Hayashi, K.·Iwata, N.·Nakamura, J. : No Association between the Response to the addition of an atypical antipsychotic drug to an SSRI or SNRI and the BDNF(Val66Met) polymorphism in refractory major depressive disorder in Japanese patients. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience 10(1) : 49 - 53, 2012
22. Yoshimura, R.·Kishi, T·Hori, H. Ikenouchi-Sugita, A.·Katuski, A.·Umene-Nakano, W.·Iwata, N, Nakamura, J : Comparison of the efficacy between paroxetine and sertraline augmented with aripiprazole in patients with refractory major depressive disorder. Prog in Neruo-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 39 : 355-357, 2012
23. 杉田 篤子・中村 純：多様化したうつ状態・うつ病への産業医への対応 最新精神医学 17(5) : 415 - 420, 2012
24. 中村 純：職場における適応障害・うつ病の早期発見・早期介入. 精神神経学雑誌 114(9) : 1093 - 1099, 2012

厚厚生労働省障害者対策総合研究事業
「うつ病患者に対する復職支援体制の確立
うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」

分担研究報告書

リワークプログラム利用者と非利用者の就労予後に関する比較効果研究

分担研究者：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

研究協力者：大木洋子（メディカルケア虎ノ門、慶應義塾大学大学院健康マネジメント
研究科医療マネジメント専修）

研究要旨：

【目的】 リワークプログラムの再休職予防の効果を、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することにより検討した。

【方法】 2007年7月～2011年6月の間に気分障害による休職を経て復職した患者を対象に、後ろ向きコホート研究を行った。6医療機関のリワークプログラム利用者、22企業の健康管理室より情報を得たリワークプログラム非利用者の計323名に対し、propensity scoreによる共変量調整法を用いたマッチングを行い、そこで抽出した100名を対象に、アウトカム指標を復職後の就労継続日数とした就労継続性の比較を行った。

【結果】 Log-rank 検定の結果、リワークプログラム利用者は非利用者と比較して就労継続性は有意に良好であった ($p=0.008$)。Cox 比例ハザードモデルを用いた多変量解析においても、非利用者の再休職のハザード比は、2.871 ($p=0.009$, 95%CI 1.302-6.331) であり、リワークプログラム利用者の就労継続性が有意に良好であることが示された。

【結論】 本研究は、地域性や医療機関ごとの個別性を考慮した多施設による研究であり、リワークプログラムの再休職予防効果の一般化可能性が示唆された。また、propensity scoreに基づくマッチングにより、利用者と非利用者の特性の差異や、適応の違いに伴う交絡を調整し、より実診療の場面に則した効果の検討を実施できたと考えられる。

A. 研究目的

近年、気分障害をはじめとする休職者を対象としたリワークプログラム（復職支援プログラム）を実施する医療機関が増加している。リワークプログラムの目的は、復職準備性の確認であり、また最終的な目的は再休職の予防である^{1,2}。精神科デイケアなど診療報酬上の枠組みを利用して、看護師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士など多職種の医療

の専門職によって実施され、復職支援の医学的リハビリテーションとしてその有用性が認識されつつある。

リワークプログラムのアウトカムについては、これまでにいくつかの報告がある。短期的効果として臨床的症状の回復³⁻⁶、および復職の達成^{3,7-9}が、長期的効果として再休職予防の効果^{3,7,9}が報告されている。リワークプログラムの最終目的である再休職予防の効果について

ては、利用者と非利用者の比較による検討はこれまでに実施されておらず、本研究は両者の比較による効果の検討を目的としている。本年度は、1医療機関を対象とした平成23年度の研究¹⁰を発展させた研究であり、地域性や医療機関ごとの個別性を考慮し、全国各地のリワークプログラム実施医療機関および事業場の健康管理室の協力を得て実施した。

B. 研究方法

1. 研究デザインと対象者

気分障害による休職を経て復職した患者を対象に、後ろ向きコホート研究を行った。対象者の組入基準は、休職2回以上または1回目であっても6ヶ月以上の休職期間を経て復職した者とした。同基準は、リワークプログラムを実施する医療機関を対象とした調査¹¹より、平均的な休職状況を参考とした。

組入期間は、2007年7月から2011年6月の4年間とし、観察期間の終了は2012年6月とした。

2. リワークプログラム利用群

リワークプログラム利用群は、リワークプログラムを実施する、さっぽろ駅前クリニック(北海道)、品川駅前メンタルクリニック(東京都)、ひもろぎ心のクリニック(東京都)、京都駅前メンタルクリニック(京都府)、さくらクリニック(大阪府)、河野医院(福岡県)の5都道府県6医療機関のリワークプログラム利用者を対象とした。6医療機関はいずれも診療所であり、うち2施設は精神科病院のサテライトクリニックである。診療報酬上の精神科デイケア(1日6時間)を中心に、1週間に平均5.2日プログラムを実施している。

3. リワークプログラム非利用群

リワークプログラム非利用群(以下、非利用群)は、北海道、東京の22企業の従業員を対象

とし、そのうち組入基準を満たし、リワークプログラム等の事業場外復職支援サービスを利用せずに復職した者とした。

4. 調査項目

リワークプログラムの再休職予防の効果の指標を、復職後の就労継続性とし、復職後の就労継続日数を観察した。観察期間の間に再休職と復職を繰り返している場合は、基準とした復職日から最初に再休職に至った日までを就労継続日数とした。

基本属性は、復職日をベースラインとし、性別、年齢、主診断(双極性障害または単極性障害)、休職回数、総休職期間、業種、企業規模を調査した。リワークプログラム利用群は当該医療機関のリワークプログラムスタッフ、非利用群は当該企業の健康管理室スタッフに対し、それぞれ郵送により調査票を配布し回収した。

本研究では、「休職」「復職」「再休職」を以下の通り定義した。「休職」は、職場に所属する者に対し精神疾患を理由に主治医が診断書を発行し、実質的な形で一定期間連続して勤務を休んでいる状態。「復職」は、正式復職またはリハビリ勤務を問わず、会社の指示により実質的な形で勤務を開始した状態。「再休職」は、復職後に精神疾患を理由に主治医が診断書を発行し一定期間連続して勤務を実質的に休んでいる状態とした。

5. propensity score によるマッチング

本研究は観察研究であり、リワークプログラム利用者と非利用者の間には、その特性に差異があると考えられた。そこで、リワークプログラムへの適用に伴う交絡(confounding by indication)を調整するため、propensity score^{12, 13}によるマッチングを行った。

リワークプログラムの利用の有無を従属変数、前述の調査項目に休職回数と業種の交互作

用項を加えて共変量とした多重ロジスティック回帰分析を実施し、リワークプログラムを利用する条件付き確率 (=propensity score: 傾向スコア) を算出した。算出した propensity score に基づき、コントロール群 (=非利用者群) からその確率の差が最少である 1 名の対象者をマッチングさせた (one-to-one matching)。マッチング前後の共変量間のバランスは、標準化効果量および両群の属性の比較により確認した。

6. サンプルサイズ

本研究のパイロット研究である昨年度の研究¹⁰を参考に、非利用群の再休職のハザード比を 2.9 とし、検出力 90%、有意水準 5%、割り付け比率 1 : 1 とした上で、必要サンプル数は 84 名 (42 人 : 42 人) とした。

7. 統計・分析方法

ベースラインにおける両群の属性の比較は、質的変数は χ^2 検定、量的変数は t 検定または Mann-Whitney U 検定を行った。

リワークプログラムの再休職予防の効果の検討は、リワークプログラム利用群と非利用群の就労継続性の比較を Log-rank 検定により実施した。その際、起算日を復職日とし、イベントを精神疾患による再休職または失職とした。また、復職後の就労継続性に関連する背景因子の検討を、Cox 比例ハザードモデルを用いて実施した。同検討においては、年齢は 10 歳ごとに区切った上でカテゴリー化し実施した。

統計解析には、SPSS20.0 for Mac を用い、両側 5% を有意とみなした。

8. 倫理的配慮

本研究は、うつ病リワーク研究会倫理審査委員会の承認 (2012 年 5 月) を得て実施した。分析を実施するデータセットには、氏名、生年月

日、患者 ID、従業員 ID、医療機関名、企業名など個人を特定できる情報は含まないように配慮し実施した。

C. 研究結果

1. 対象者

対象者の属性と両群の属性の比較を表 1 に示す。propensity score によるマッチング実施前の 323 名 (=overall cohort) においては、調査項目すべてに有意差がみられた。

2. propensity score によるマッチング

propensity score に基づくマッチングにより、100 名 (50 名 : 50 名) を抽出した。マッチング前後の 2 群間の共変量のバランスを、標準化効果量^{14, 15}により確認した結果、マッチング後はすべての共変量において、一般的にバランスが取れていると判断される 10% を下回っていた。(図 1)。また、マッチング後の 100 名 (=matched cohort) の属性の比較では、すべての調査項目において有意差はみられなかった (表 1)。

3. リワークプログラムの再休職予防の効果

リワークプログラム利用群と非利用群の就労継続性の比較を Log-rank 検定により検討した結果、リワークプログラム利用者は有意に就労継続性が良好であることが示された (図 2)。

また復職後の就労継続性に関連する背景因子の検討を、Cox 比例ハザードモデルを用いて実施した (表 2)。その結果、単変量解析では、リワークプログラムの利用の有無と年齢が再休職に有意に関連する因子であった。単変量解析において有意差が認められた 2 項目に性別を加え調整し、多変量 Cox 比例ハザードモデルを行った。その結果においても、リワークプログラムの利用の有無と年齢が再休職に有意に関連する因子であった。

リワークプログラムの利用の有無では、非利用者のリワークプログラム利用者に対する再休職のハザード比は2.871 ($p=0.009$ 、95%CI 1.302-6.331) であり、リワークプログラム利用者の就労継続性が有意に良好であることが示された。また、年齢においては、20代が他年代と比較して再休職のハザード比が高い傾向があることが認められた。

D. 考察

本研究は、リワークプログラムの再休職予防の効果を、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することにより検討した。

リワークプログラムの再休職予防の効果の検討においては、先行研究と同様に、リワークプログラム利用者の就労継続性は、有意に良好であることが認められ、改めてリワークプログラムの再休職予防の効果が示唆された。

また20代は他年代と比較して、再休職や失職のリスクが高い傾向にあることが認められた。企業によって定められた休職可能な期間は、就業年数と比例することが一般的であり、就業年数が短い20代は、復職に向けて得られる時間的および経済的環境が他年代とは異なると考えられ、健康上の問題だけでは解決できない雇用問題との関連があると考えられた。

本研究の限界と課題を以下に挙げる。本研究は後ろ向き観察研究であり、リワークプログラム利用群は医療機関、非利用群は企業健康管理室より情報を得た。その情報は、リワークプログラム利用者は治療者と患者の関係、非利用者は雇用主と従業員の関係の上に成り立って得たものであり、そこには情報のバイアスが存在すると考えられた。具体的には、前職における過去の休職歴等に関し、非利用者は事業場側に事実を申告していない等の可能性があると考えられる。また病歴を休職歴からのみ検討しており、

疾患の重症度の正確さが十分でないことが考えられた。

また、本研究はリワークプログラムへの適用に伴う交絡を調整するために、propensity score による共変量調整法を用いたマッチングを実施した。しかし、観察できなかった背景因子に関しては、調整が不可能であるという限界があった。

これらいくつかの課題や限界はあるものの、本研究は地域性や医療機関ごとのリワークプログラム利用者の重症度、またプログラムの個性などを考慮した、多施設による研究であり、リワークプログラムの再休職予防効果の一般化可能性が示唆された。

E. 結論

リワークプログラムの最終的な目的である再休職予防の効果を、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することにより検討した。

propensity score に基づくマッチングを行い、リワークプログラム利用者と非利用者の特性の差異や、適応の違いに伴う交絡を調整し、より実際の臨床場面に則した効果の検討を実施できたと考えられる。その上で、リワークプログラム利用者は非利用者と比較して、復職後の就労継続性が良好であることが示され、リワークプログラムの再休職予防の効果が示唆された。

しかし、復職に対する問題は、すなわち雇用問題でもあり、臨床的解決のみで完結することは難しく、事業場や社会への理解が求められる。今後、その理解を更に深めるためには、臨床的視点にとどまらず、社会的視点に基づく効果の科学的検証も必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、さっぽろ駅前ク

リニック、品川駅前メンタルクリニック、ひもろぎ心のクリニック、京都駅前メンタルクリニック、さくらクリニック、河野医院の先生方、およびリワークプログラムスタッフの皆さま、そして企業健康管理室の関係者の皆さまに多大なご協力を頂きました。深く感謝の意を申し上げます。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Journal of Occupational Health に投稿準備中。

2. 学会報告

大木洋子、五十嵐良雄、山内慶太：気分障害による休職者を対象としたリワークプログラムの再休職予防効果の検討：傾向スコアを用いた多施設後ろ向き研究、第10回日本うつ病学会総会 北九州国際会議場 2013

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 引用文献

1. 岡崎渉、秋山剛、田島美幸. 総合病院における復職に向けたリハビリテーション. 精神科臨床サービス. 2006;6(1):60-64.
2. 五十嵐良雄. 医療機関最前線のメンタルクリニックの復職支援に果たす役割. 精神科臨床サービス. 2006;6(1):65-70.
3. 北川信樹、賀古勇輝、渡邊紀子、他. うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性. 心身医学. 2009;49(2):123-131.
4. 金子秀敏、小林直紀、関昭宏、他. リワークプログラムの効果に対する検討. 体力・栄養・免疫学雑誌. 2010;20(2):191-193.

5. 田島美幸、中村聡美、岡田佳詠、他. うつ病休職者のための集団認知行動療法の効果の検証. 産業医学ジャーナル. 2010;33(1):54-59.
6. 田島美幸、岡田佳詠、中村聡美、他. うつ病休職者を対象とした集団認知行動療法の効果検討. 精神科治療学. 2010;25(10):1371-1378.
7. 秋山剛. 職場復帰援助プログラムの予後調査. うつ病を中心としたこころの健康障害をも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 平成14年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟）、厚生労働科学研究研究費補助金労働安全衛生総合研究事業；2003.
8. 平澤勉、野際陽子. デイケア終了後の復職を予測するものは何か？ うつ病復職デイケア開始後5週目までの気分および疲労感の特徴に着目して. 作業療法. 2011;30(6):707-716.
9. 大木洋子. 気分障害等を対象としたリワークプログラムのアウトカム —利用者の就労予後に関する検討—. デイケア実践研究. 2012;16(1):34-41.
10. 大木洋子、五十嵐良雄. リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する効果研究. 産業精神保健. 2012;20(4):335-345.
11. 五十嵐良雄. リワークプログラム実施状況に関する調査. 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年度総括分担研究報告書（研究代表者：秋山剛）. 2009.
12. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika. 1983;70:41-55.

13. Rosenbaum PR, Rubin DB. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *J Am Stat Asso.* 1984; 79: 516–524.
14. Austin PC. Propensity–score matching in the cardiovascular surgery literature from 2004 to 2006: a systematic review and suggestions for improvement. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007; 134(5): 1128–1135.
15. J Cohen. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.

表1 対象者属性

Variables	overall cohort (n=323)			matched cohort (n=100)		
	リワーク プログラム 利用者 (n=190)	リワーク プログラム 非利用者 (n=133)	p	リワーク プログラム 利用者 (n=50)	リワーク プログラム 非利用者 (n=50)	p
年齢,mean (SD)	40.6 (7.8)	34.9 (6.6)	$p \leq 0.001^{***}$	37.1 (6.9)	37.7 (7.5)	0.688
性別,男性,n (%)	164 (86.3)	97 (72.9)	0.003**	41 (82.0)	41 (82.0)	1.000
診断 n (%)			0.005**			0.790
単極性障害	149 (78.4)	120 (90.2)		41 (82.0)	42 (84.0)	
双極性障害	41 (21.6)	13 (9.8)		9 (18.0)	8 (16.0)	
休職回数,mean (SD)	2.1 (1.4)	1.6 (1.0)	$p \leq 0.001^{***}$	1.8 (0.9)	1.7 (1.1)	0.330
総休職期間,days,mean (SD)	566.8 (402.9)	365.8 (214.5)	$p \leq 0.001^{***}$	443.4 (228.2)	456.4 (289.4)	0.746
業種,n (%)			$p \leq 0.001^{***}$			0.601
製造業	67 (35.3)	3 (2.3)		1 (2.0)	3 (6.0)	
情報業	33 (17.4)	81 (60.9)		29 (58.0)	28 (56.0)	
サービス業	24 (12.6)	22 (16.5)		8 (16.0)	5 (10.0)	
公務員	44 (23.2)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
その他	22 (11.6)	27 (20.3)		12 (24.0)	14 (28.0)	
企業規模,n (%)			$p \leq 0.001^{***}$			0.770
300人未満	26 (13.7)	22 (16.5)		12 (24.0)	13 (26.0)	
300~1000人	19 (10.0)	20 (15.0)		5 (10.0)	4 (8.0)	
1001~3000人	20 (10.5)	38 (28.6)		13 (26.0)	17 (34.0)	
3001人以上	125 (65.8)	53 (39.8)		20 (40.0)	16 (32.0)	

** $p < 0.01$ *** $p \leq 0.001$

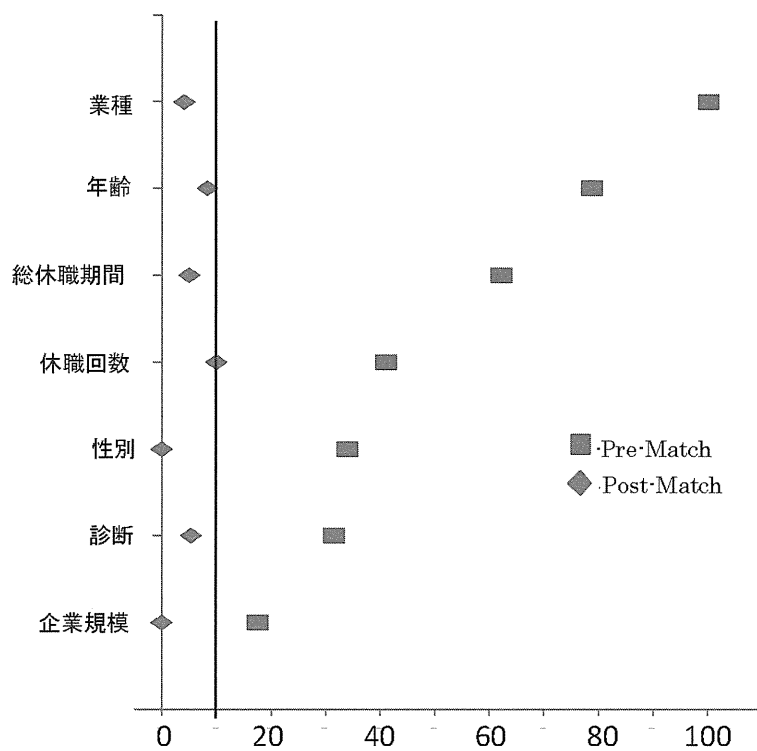


図1 Absolute Standardized Difference (%)

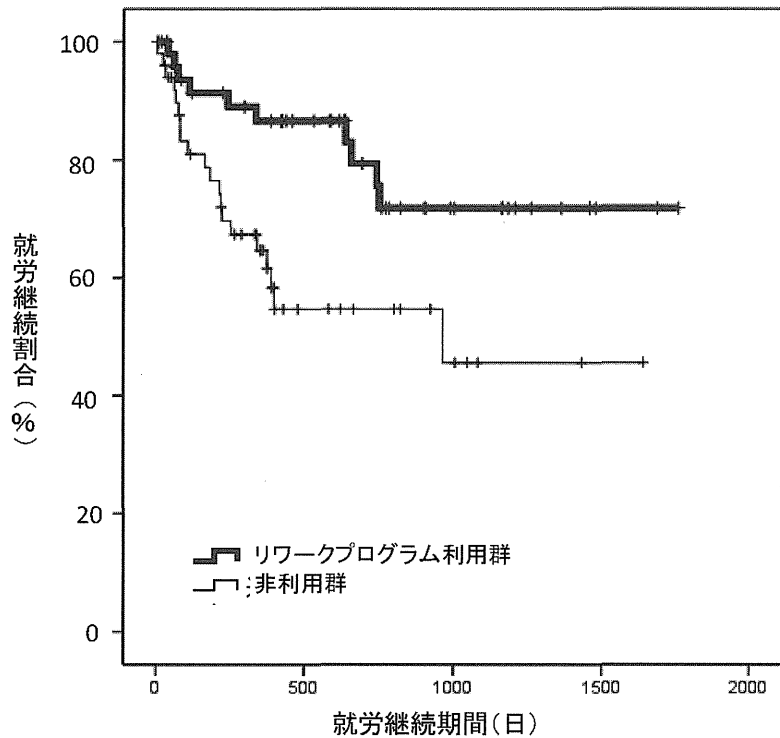


図2 復職後の就労継続性の比較 n=100
(Log rank検定 p=0.009)

表2 再休職との関連要因の検討

(n=100)

Variables	単変量Cox比例ハザードモデル			多変量Cox比例ハザードモデル			
	p	Hazard ratio	95%CI	p	Hazard ratio	95%CI	
年齢	20代 [ref]	0.009 **	1	0.006 **	1		
	30代	0.024 *	0.379	0.163-0.883	0.007 **	0.302	0.127-0.720
	40代	0.001 **	0.137	0.042-0.449	0.001 **	0.131	0.040-0.428
	50代	0.233	0.450	0.121-1.671	0.084	0.307	0.080-1.173
性別	男性[ref]/女性	0.283	0.561	0.195-1.611			
診断	単極性[ref]/双極性						
休職回数	(回)	0.775	0.948	0.660-1.364			
総休職期間	(月)	0.663	0.990	0.947-1.036			
リワークプログラム	利用[ref]/非利用	0.011 *	2.712	1.259-5.842	0.009 **	2.871	1.302-6.331
業種	情報業 [ref]/その他	0.477	0.764	0.363-1.606			
企業規模	1000人以下 [ref]/1001人以上	0.793	0.903	0.422-1.934			

*p<0.05 **p<0.01

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業 [精神障害分野]）
分担研究報告書

リワーク指導マニュアルの作成

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：

主治医やその他の治療スタッフ、あるいは、産業医や産業保健スタッフが、円滑にリワーク指導や復職支援を行えない場合がある。そこで、企業の状況に精通していない医師や治療スタッフや、メンタルヘルスに経験が乏しい産業医や産業保健スタッフでも、標準的なリワーク指導、復職支援を行えることを目的として、リワーク指導マニュアルを作成した。

研究者が原案を作成し、エキスパート13名にコメントを求めた。コメントに基づいて研究者が資料を改訂し、さらにエキスパートのコメントを求める作業を6回繰り返し、エキスパート間のコンセンサスに到達した。マニュアルでは、リワークのプロセスを11に区分し、次のステップに進む進行基準、以前のステップに戻るバリエーション基準を具体的に定めた。ステップ1～7では患者に配布するための資料も作成した。大きな特徴として、リワーク指導開始時に、主治医が、産業医または企業の担当者から情報を収集することとした。今年度、エキスパートのコメント、コンセンサスを得て、資料が完成したことには、大きな意義があると考えられる。今後、マニュアルの有用性などについて、検証する必要がある。

研究協力者

五十嵐良雄	メディカルケア虎ノ門
梅景正	東京大学
遠藤彩子	N T T 東日本関東病院
奥山真司	トヨタ自動車
尾崎紀夫	名古屋大学
河村代志也	東京大学
齊藤有希	東京大学
武井邦夫	東京大学
種市摂子	東京大学
田村隆	日産車体
長島杏奈	聖徳大学心理教育相談所
福本正勝	航空医学研究センター
松山公一	富士通
宮木幸一	国立国際医療研究センター
吉田契造	デンソー

研究目的

主治医やその他の治療スタッフがリワークや復職に関する指導や支援を適切に行うためには、狭義の医療に関する知識、経験のほかに、企業、職場、業務などに関する情報が必要である。

しかし、通常的主治医や治療スタッフは、こういった情報の必要性を認識していないか、認識していたとしても、どんな情報を、どの時期に、どのようなルートを通じて入手すればよいかということについて知らないことが多い。

また、産業医や産業保健スタッフにおいても、メンタルヘルスに経験が乏しいと、リワークや復職に関する指導や支援や、主治医や治療スタッフとの情報が円滑に行えない場合がある。

そこで、企業の状況に精通していない医師や

治療スタッフや、メンタルヘルスに経験が乏しい産業医や産業保健スタッフでも、標準的なリワーク指導、復職支援を行えることを目的として、リワーク指導マニュアルを作成した。

研究方法

これまでに研究者が得てきたリワーク指導、復職支援に関する知見^{1)~24)}、およびこれまでに発表されている知見^{25)~49)}に基づいて、研究者がリワーク指導マニュアルの原案を作成した。

この原案に対して、主に主治医・治療スタッフとしてリワーク指導、復職支援に関わっているエキスパート5名、主に産業医・治療スタッフとして関わっているエキスパート4名、両方の立場で関わっているエキスパート4名にコメントを求めた。

コメントに基づいて研究者が資料を改訂し、さらにエキスパートのコメントを求めた。この作業を6回繰り返し、リワーク指導マニュアルおよび関連の資料について、エキスパート間のコンセンサスに到達した。

研究結果

エキスパートのコンセンサスを得る過程で、リワークのプロセスを以下の11に区分することが適切であることが明らかになった。

1. 希望の確認
2. 指導開始
3. 復職基本情報の確認
4. 基礎となる体調の調整
5. リワーク活動
6. 復職申請の検討
7. 復職の申請
8. 職場調整
9. 試し出社または軽減勤務
10. 復職判定
11. 復職後のフォロー

指導マニュアルを使用する際の有用性を考

え、各ステップの手順、次のステップに進む進行基準、以前のステップに戻るとするバリエーション基準を具体的に定めた。進行基準、バリエーション基準については、就労継続の予測妥当性が確認されている職場復帰準備性評価シート²¹⁾の点数を客観指標とすることとした。

また、ステップ1~7では、患者に配布するための資料を作成した。今回作成したマニュアルにおいては、リワーク指導開始時に、産業医または企業の担当者から主治医が情報を収集することとした。これは、患者に対するリワーク指導を始める前に、職場に関する情報を得て、その後の指導を効率的に進め、復職準備に費やす期間が無駄にならないようするためである。また、復職の段階に達した時に、主治医と産業医、企業の担当者との連携が円滑に進むための基盤とするためである。

主治医・治療スタッフを対象とするマニュアルと、産業医・産業保健スタッフを対象とするマニュアルでは、可能な限り共通性をもたせることとした。これは、本マニュアルを用いて、主治医・治療スタッフと産業医・産業保健スタッフの間の協働が、なるべく円滑に進むようにするためである。

考察

これまで、リワークの指導が円滑に進まなかった主な原因は

1. 通常的主治医や治療スタッフは、患者が働いている企業、職場、業務について、ほとんど情報を持たずに、リワークの指導、復職支援を行っていた。
2. 精神疾患から回復して復職を目指す患者の状態を評価するためのツールがほとんどなかった。
3. 主治医や治療スタッフと産業医や産業保健スタッフの間で、どのような項目についてどのように情報交換を進めるべきか、明確に