

質問20 プログラム受け入れにおいて学生の条件を定めていますか。
(質問12で「決めている」と答えた方)

表20-1	n=112	
	件数	
定めていない	40	(35.7%)
定めている	72	(64.3%)
合計	112	(100.0%)

定めている場合は該当するものに○を記入

表20-2	n=73	
	件数	
学生を受け入れている	10	(13.7%)
学生を受け入れていない	63	(86.3%)
合計	73	(100.0%)

質問21 プログラム受け入れにおいて学歴の条件を定めていますか。
(質問12で「決めている」と答えた方)

表21-1	n=112	
	件数	
定めていない	112	(100.0%)
定めている	0	(0.0%)
合計	112	(100.0%)

定めている場合は該当するものに○を記入

表21-2	n=1	
	件数	
大卒以上	0	(0.0%)
専門学校卒以上	0	(0.0%)
高卒以上	1	(100.0%)
中卒以上	0	(0.0%)
その他	0	(0.0%)
合計	1	(100.0%)

質問22 プログラム受け入れにおいて受け入れ会議を条件に定めていますか。
(質問12で「決めている」と答えた方)

表22	n=112	
	件数	
定めていない	36	(32.1%)
受け入れが必要	45	(40.2%)
特別な場合に受け入れ会議を開催する	31	(27.7%)
合計	112	(100.0%)

D. リワークプログラムの運用について

質問23 利用開始前の見学に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表23	n=124	
	件数	
本人のみ可	26	21.0%
家族も可	63	50.8%
見学は不可	35	28.2%
合計	124	(100.0%)

質問24 利用前の試験利用(継続して参加するかを判断するために単発的に利用すること)に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表24	n=121	
	件数	
試験利用は可	45	37.2%
試験利用は不可	76	62.8%
合計	121	(100.0%)

質問25 現時点におけるリワークプログラム開始までの待機期間(参加基準を満たしているが定員がいっぱいなため待機している期間)の有無に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表25-1	n=125	
	件数	
ある	17	13.6%
ない	108	86.4%
合計	125	(100.0%)

待機期間がある場合の日数

表25-2	n=17	
	件数	
10日	1	(5.9%)
14日	1	(5.9%)
15日	1	(5.9%)
30日	7	(41.2%)
60日	2	(11.8%)
80日	1	(5.9%)
30~60日	4	(23.5%)
合計	17	(100.0%)
mean	34.5	
SD	20.2	

質問26 プログラムの参加にあたり、利用規定はありますか。

表26	n=124	
	件数	
ある	111	89.5%
ない	13	10.5%
合計	124	(100.0%)

質問27 プログラムの参加にあたり、誓約書や同意書を取り交わしますか。

表27	n=125	
	件数	
取り交わす	116	92.8%
取り交わさず	9	7.2%
合計	125	(100.0%)

質問28 参加者やプログラムの利用の仕方(参加する曜日や日数、時間、期間、プログラムなど)に関し、該当するものに○を記入して下さい。

	件数	
本人の希望に任せる	15	12.1%
施設がルールを規定している	82	66.1%
その他	30	24.2%

(その他)

- 1、2のすり合わせ
- 話し合いによる
- 1・2の両方を考慮する
- 話し合いを通して
- 基本的には施設側の設定で行うが、時に本人の希望通りになることあり。
- 利用者と医師やスタッフが相談して決定
- 本人・スタッフによる相談で決める
- 本人と相談
- 本人と相談して決める。
- 本人とスタッフで相談し決定する。
- 本人・スタッフ相談の上決定
- スタッフと面接して本人の希望とすりあわせをして決定する
- ルールに基づいて本人と話し合う
- 状況に応じて変化
- スタッフと面談にて決める。
- 1を基本に、スタッフがアドバイス
- 本人と主治医で決める
- 本人の希望を調整して一部参加もあり
- 本人の希望を聞きながら個別面談、診察にて決定
- 医師の指示
- 受理面接時の話し合いで決定する
- 本人の希望とスタッフの判断を折りまげています。
- 本人とスタッフの合意
- 受入会議で判定
- 本人との相談
- 本人、主治医、スタッフ相談して決定
- 1と2の組み合わせ
- 話し合いを行い個別に決定する
- 本人の意向と施設のルールを照らし合わせ決定する
- 本人との話し合いで決める

質問29 プログラムの利用に関し、ステップ形式(回復状態や所定のルールにより参加日やプログラム内容について数段階のレベルを設定・運用している)を設定していますか。

	件数	
ステップなし	30	24.0%
段階的でステップ移行の開始条件が明確	42	33.6%
段階的だがステップ移行の開始条件は定めず	49	39.2%
その他	4	3.2%
合計	125	(100.0%)

(その他)

- 明確なstepはないが、現在参加中のプログラムへの出席率が良いことが条件
- ステップは面談で決める。
- 必要に応じて段階的な利用も可

質問30 利用日数の決定に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表30	n=124	
	件数	
利用者に任せている	11	8.9%
段階を定めている	32	25.8%
利用者や医師やスタッフが相談し決定	73	58.9%
その他	8	6.5%
合計	124	(100.0%)

(その他)

- 全日利用が原則
- 施設がスケジュールを決定(一律)
- 4日/W必須
- 2と3の併用
- 1を基本にスタッフがアドバイス
- クール制のため、実施日が決まっており、全日参加。
- 週5日、8週間の通所
- 2と3混合

質問31 プログラム開始時の1週間あたりの最低利用日数が決められている場合はその日数を記入して下さい。また、参加者自身の希望により決定する場合は、認められている最低利用日数を記入して下さい。

表31	n=125	
	件数	
決めている	76	60.8%
決めていない	49	39.2%
合計	125	(100.0%)

最低利用日数

(日/週)

表31-2	n=76	
	件数	
0.5日	1	(1.3%)
1日	21	(27.6%)
1.5日	2	(2.6%)
2日	27	(35.5%)
3日	19	(25.0%)
4日	3	(3.9%)
5日	3	(3.9%)
合計	76	(100.0%)
mean	2.1	
SD	1.0	

質問32 開始時と終了時それぞれにおける標準的な1週間のプログラム参加のべ時間

表32	n=112	n=113
	参加開始時	参加終了時
平均値	11.0	24.9
中央値	9.0	30
最頻値	6.0	30
SD	6.9	10.7
最小値	0.75	0.75
最大値	30.0	50

質問33 スタッフによる評価の実施状況に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表33-1	n=123	
	件数	
している	113	91.9%
していない	10	8.1%
合計	123	(100.0%)

「標準化リワークプログラム評価シート」を使用しています
 (スタッフによる評価の実施状況に関し、「している」と答えた方)

表33-2		n=113	
		件数	
使用している	69	61.1%	
使用していない	44	38.9%	
合計	113	(100.0%)	

質問34 リワークプログラム利用中に心理テストを実施していますか。

表34-1		n=123	
		件数	
している	96	78.0%	
していない	27	22.0%	
合計	123	(100.0%)	

質問35 リワークプログラムに他院患者を受け入れていますか。

表35		n=125	
		件数	
受け入れ可	89	71.2%	
受け入れ不可	36	28.8%	
合計	125	(100.0%)	

質問36 主治医との連絡方法について、最も該当するもの1つに○を記入して下さい。
 (質問35で「受け入れ可」と答えた方)

表36		n=89	
		件数	
定期的に文書で連絡	45	50.6%	
不定期に文書で連絡	28	31.5%	
連絡を取っていない	4	4.5%	
その他	12	13.5%	
合計	89	(100.0%)	

- (その他)
- 終了時レポート
 - 必要に応じ電話で連絡
 - まだ受け入れたことがありません
 - 準備中
 - 開始時、終了時、その他必要時 文書又は電話
 - 1度訪問、その後文書で不定期
 - まだ受け入れたことがありません
 - 必要に応じて、口頭、文書にて
 - 必要に応じ、文書やその他の方法

質問37 主治医との連絡の際に使用する文書に関し、最も該当するもの1つに○を記入して下さい。
 (質問36で「定期的に文書で連絡」、「不定期に文書で連絡」と答えた方)

表37		n=82	
		件数	
医師同士の診療情報提供書	24	29.3%	
リワーク専門の文書	48	58.5%	
その他	10	12.2%	
合計	82	(100.0%)	

(その他)

- 報告書形式
- 診療情報提供書とリワーク専用の文書
- 1の形にリワークスタッフ(PSW)の文を加えた文書
- 標準化リワークプログラム評価シート
- 必要に応じて1、2を使用
- どちらも利用する
- リワーク専用の文書と必要に応じて医師の診療情報提供書も使用します。
- 形式は定めていない
- 医師間の口頭
- 当院院長の指示を受け、スタッフがTELにて連絡

質問38 リワークプログラムを終了した利用者に対するプログラム等に関し、該当するものすべてに○を記入して

表38	n=111	
	件数	
リワークの一環としての復職者向けフォロープログラム	68	(61.3%)
医療機関も関与するリワークプログラムの終了者と現在参加者との交流	36	(32.4%)
OB・OG・同窓会的な医療機関の関与しない自主イベント	19	(17.1%)
その他	23	(20.7%)

(その他)

- プログラムなし
- スタッフ主催の同窓会
- 本人希望時単発的参加
- リワーク以外のデイケアプログラム
- 計画中
- いつでも相談可
- 個別のフォローアップ
- 開催したいができていない
- 実施していない
- OCP、PSW面接
- 個別面談による病状、生活リズム等の振り返り
- ない
- 卒業後3か月間は籍を残し、希望者は面談
- なし
- 特に無し
- 検討中
- 卒業生のつどい
- 検討中
- カウンセリング
- リワークプログラムに参加し、現在の参加者と交流する。
- 特に無い
- 外来フォロー

質問39 リワークプログラムとは別に家族を対象としたプログラムに関し、該当するものに○を記入して下さい。

表39-1	n=125	
	件数	
家族プログラムがある	25	20.0%
家族プログラムはない	100	80.0%
合計	125	(100.0%)

参加費用について該当するものに○を記入して下さい。

(リワークプログラムとは別に家族を対象としたプログラムに関し、「家族プログラムがある」と答えていた方)

表39-2	n=25	
	件数	
無料	9	36.0%
保険外	6	24.0%
保険適用	10	40.0%
合計	25	(100.0%)

質問40 利用中止基準(利用中止とは施設側の判断として通所中の参加者の利用継続を停止すること)に関し、最も該当する理由1つに○を記入して下さい。

表40	n=124	
	件数	
欠席回数	23	18.5%
症状の悪化	61	49.2%
他のメンバーへの迷惑行為	12	9.7%
施設の設定したルール違反	26	21.0%
その他	2	1.6%
合計	124	(100.0%)

(その他)
○上記全部
○検討中

質問41 利用中止(利用中止とは施設側の判断として通所中の参加者の利用継続を停止すること)の決定者に関し、最も該当するものに○を記入して下さい。

表41	n=124	
	件数	
リワーク施設管理医師	42	33.9%
リワーク施設スタッフ	14	11.3%
主治医	43	34.7%
判定会議	23	18.5%
その他	2	1.6%
合計	124	(100.0%)

質問42 利用中止(利用中止とは施設側の判断として通所中の参加者の利用継続を停止すること)の場合の再利用に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表42	n=121	
	件数	
再利用はない	23	19.0%
再利用がある	98	81.0%
合計	121	(100.0%)

質問43 脱落の原因(脱落とは利用者側の都合により利用継続を停止すること)として、最も該当する理由上位2つを記入して下さい。

表43-1 第1位	n=123	
	件数	
症状悪化により通所できない	92	74.8%
実家に帰省等、病状悪化を直接の原因とした理由で通所できない	2	1.6%
モチベーションの低下	19	15.4%
休職期間満了	4	3.3%
退職する意思を固めたため	3	2.4%
金銭的な理由のため	2	1.6%
利用開始時の回復が不十分なため	1	0.8%
合計	123	(100.0%)

表43-2 第2位	n=115	
	件数	
症状悪化により通所できない	16	13.9%
実家に帰省等、病状悪化を直接の原因とした理由で通所できない	12	10.4%
モチベーションの低下	59	51.3%
休職期間満了	11	9.6%
退職する意思を固めたため	10	8.7%
金銭的な理由のため	3	2.6%
利用期間満了のため	1	0.9%
再就職活動開始	1	0.9%
本人の復職を急ぐ気持ちから中断	1	0.9%
他所への通所	1	0.9%
合計	115	(100.0%)

質問44 最長利用期間の設定に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表44	n=123 件数	
開始時に定めている	53	43.1%
定めていない	70	56.9%
合計	123	(100.0%)

質問45 利用終了の決定条件に関し、最も該当するものを2つまで○を記入して下さい。

表45	n=124 件数	
期限を設定している	33	(26.6%)
受け入れ先の条件(復職、休職満了など)による	88	(71.0%)
実施した評価の結果を見て	9	(7.3%)
出席日数・出席率による	10	(8.1%)
判定会議での決定	23	(18.5%)
利用者の意見によって決める	30	(24.2%)
その他	7	(5.6%)

(その他)

- 本人と主治医で決める
- 医師の判断
- 主治医の指示
- 退院
- 主治医の判断
- スタッフミーティングか主治医の意見から決定する。
- 主治医との会議

質問46 復職時の勤務先企業との連絡や調整について、該当するものすべてに○を記入して下さい。

表46	n=124 件数	
産業医・産業保健スタッフに 書面にて実施	91	(73.4%)
産業医・産業保健スタッフに 訪問にて実施	22	(17.7%)
産業医・産業保健スタッフに 診察にて実施	41	(33.1%)
産業医・産業保健スタッフに していない	22	(17.7%)
人事労務担当者に 書面にて実施	64	(51.6%)
人事労務担当者に 訪問にて実施	21	(16.9%)
人事労務担当者に 診察にて実施	52	(41.9%)
人事労務担当者に していない	32	(25.8%)

質問47 復職後のフォロー体制について、該当するものすべてに○を記入して下さい。

表47	n=123	
	件数	
外来で診察	102	(82.9%)
スタッフが定期的に連絡	11	(8.9%)
復職後フォローアッププログラムへの参加	66	(53.7%)
その他	23	(18.7%)

(その他)

- 必要時面談
- ナイトケア利用時
- 本人希望時プログラム参加
- フォロー面談(全5回)
- 本人からの連絡
- カウンセリング
- 計画中
- 元の受診先へ戻している
- 患者からの相談に応じている
- 本人から定期的に連絡してもらう
- OCP、PSW面接
- 個別面談によるふり返り
- アンケート実施
- 外来的スタッフフォロー
- 外来でも利用可能なプログラム・カウンセリングへの参加
- まだ該当者おらず未定
- スタッフと定期・不定期に面談
- 不定期にデイケアorショートケアに参加
- 個別での相談に対応する
- スタッフとの面談 カウンセリング
- 「フリーディスカッション」というプログラムに参加
- 院外は特にしていない

質問48 再休職後のプログラム再利用に関し、該当するものに○を記入して下さい。

表48-1	n=125	
	件数	
再利用は可能	112	(89.6%)
再利用は不可能	9	(7.2%)
その他	4	(3.2%)
合計	125	(100.0%)

利用するプログラムで該当するものに○を記入
(再休職後のプログラム再利用に関し、「再利用は可能」と答えた方)

表48-2	n=105	
	件数	
初回利用者と同じプログラム	102	(97.1%)
別のプログラム	3	(2.9%)
合計	105	(100.0%)

(その他)

- 再利用は可能、プログラムは同じものと別のものあり
- 状況による
- 再利用となった状況や本人の現在の状態から判断して利用を認めている。全員再利用できるわけではない。
- まだ該当者おらず未定
- 本人に応じた再プログラムを組む

表34-2

心理テスト名	実施時期			CBT参加	不定期に実施	合計
	初期に実施 (開始～3ヶ月)	利用途中、もしくは 終了時に実施	定期的実施 (週1～4ヶ月ごと)			
BDI						
ベック抑うつ質問票	11	4	12	0	2	29
BDI-I	0	0	0	0	1	1
BDI-II	3	1	4	1	4	13
SASS						
Social adaptation self-evaluation scale	12	6	13	0	6	37
SCI						
ラザルス式ストレスコーピングインベント	2	0	1	0	0	3
SCID	0	0	0	0	1	1
HAM-D						
ハミルトンうつ病評価尺度	7	6	2	0	3	18
TCI	2	0	0	0	1	3
SDS						
うつ性自己評価尺度	10	7	13	0	8	38
DAS-A Dysfunctional Attitude Scale Form-A						
非機能的態度尺度-フォームA	2	2	0	0	0	4
DAS-24-J	1	1	0	0	0	2
ATQ	2	2	0	0	0	4
WAIS						
ウエックラー式知能検査	2	1	0	0	6	9
WAIS-II	2	1	0	0		3
WAIS-III	3	1	0	0	4	8
WAIS-III-JART	1		0	0	0	1
WAIS-R	1	1	0	0	0	2
CES-D						
うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度	8	4	1	0	2	15
内田クレベリン精神検査	11	10	12	0	3	36
SCT						
文章完成テスト	0	2	0	0	1	3
AQ						
自閉症スペクトラム指数	3	1	0	0	0	4
AQ-J	1		1	0	1	3
WCST						
ウイコンシン・カード分類検査	5	5	0	0	2	12
バウムテスト	5	2	2	0	4	13
SAIS-III	1	0	0	0	0	1
TEG						
東大式エゴグラム	7	2	2	0	4	15
TEG-II	2	0	0	0	3	5
P-Fスタディ						
絵画欲求不満テスト	2	0	0	0	1	3
ロールシャッハ	3	1	0	0	4	8
認知機能検査	1	0	0	0	0	1
職適(厚生労働省編)	1	1	0	0	0	2
DAI-10	1	1	0	0	1	3
BADS	0	0	0	0	1	1
BASS	0	0	1	0	0	1
ブルドン抹消検査	3	3	2	0	1	9
MINI-124						
MMPI短縮版	0	0	0	0	1	1
SE	0	0	0	0	1	1
MAM-D17	0	0	0	0	1	1
Teg-II	0	0	0	0	1	1
STAI						
状態・特性不安検査	3	0	5	0	1	9
BSCP						
コーピング特性簡易尺度	2	1	0	0	1	4
コグニスタッド	1	1	0	0	0	2
SAS	1	0	1	0	0	2
ひもろぎ式SAS	0	0	0	0	1	1
L-SAS	1	0	0	0	0	1
LSAS-J						
Liebowitz Social Anxiety Scale	1	1	0	0	2	4
D-CAT						
注意機能スクリーニング	0	0	1	0	0	1
MMPI						
ミネソタ多面的人格目録	2	1	0	0	1	4
NEO	1	0	0	0	0	1
NEO FFI	1	0	0	0	0	1
POMS						
Profile of Mood States	0	0	1	0	0	1

実施しているプログラムの内容に関する情報

表49 実施形態(n=960)

	n	%
①個人プログラム	139	14.5
②特定の心理プログラ	199	20.7
③教育プログラム	125	13.0
④集団プログラム	294	30.6
⑤その他のプログラム	203	21.1

表50 実施目的(n=960)

	n	%
(1)症状自己管理	288	30.0
(2)コミュニケーション	342	35.6
(3)自己洞察	351	36.6
(4)集中力	201	20.9
(5)モチベーション	107	11.1
(6)リラクゼーション	144	15.0
(7)基礎体力	131	13.6
(8)感情表現	121	12.6

表51

		①個人プログラム (n=139)		②特定の心理 プログラム (n=199)		③教育プログラム (n=125)		④集団プログラム (n=294)		⑤その他のプログラム (n=203)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		プログラム実施時期 (複数回答)	導入期	134	96.4	184	92.5	121	96.8	279	94.9
	中期	133	95.7	190	95.5	117	93.6	285	96.9	201	99.0
	後期	134	96.4	185	93.0	113	90.4	281	95.6	198	97.5
		mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
実施時間(分/週)	導入期	171.5	224.3	75.9	82.3	77.9	68.3	76.1	77.5	83.6	82.9
	中期	224.0	288.1	111.9	80.1	84.7	59.6	115.1	91.6	102.8	85.3
	後期	256.6	339.6	115.8	82.6	76.9	62.7	119.7	90.5	102.9	86.9

表52

		①個人プログラム (n=139)		②特定の心理 プログラム (n=199)		③教育プログラム (n=125)		④集団プログラム (n=294)		⑤その他のプログラム (n=203)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		プログラムの目的 (最も該当するもの1ま たは2つ選択)	(1)症状自己管理	18	12.9	104	52.3	108	86.4	35	11.9
	(2)コミュニケーション	8	5.8	76	38.2	11	8.8	208	70.7	38	18.7
	(3)自己洞察	36	25.9	131	65.8	77	61.6	76	25.9	30	14.8
	(4)集中力	117	84.2	9	4.5	3	2.4	52	17.7	18	8.9
	(5)モチベーション	33	23.7	10	5.0	3	2.4	37	12.6	23	11.3
	(6)リラクゼーション	5	3.6	6	3.0	5	4.0	36	12.2	90	44.3
	(7)基礎体力	8	5.8	0	0.0	0	0.0	34	11.6	88	43.3
	(8)感情表現	5	3.6	36	18.1	2	1.6	48	16.3	30	14.8

表53 医療機関ごとの実施状況

	(n=97)	
	n	%
実施状況	5区分すべて実施	#REF!
	4区分実施	#REF!
	3区分実施	#REF!
	2区分実施	#REF!
	1区分実施	#REF!
実施形態の区分の内訳	①個人プログラム	#REF!
	②特定の心理プログラ	#REF!
	③教育プログラム	#REF!
	④集団プログラム	#REF!
	⑤その他のプログラム	#REF!

登録者の利用状況に関する調査

Q1 性別

表53		n=2246	
		件数	
男性		1677	74.7%
女性		569	25.3%
合計		2246	(100.0%)

Q2 年齢

表54		n=2225	
		平均年齢	SD
男性		40.7歳	8.6
女性		36.6歳	8.8
合計		39.7歳	8.8

Q3 主診断としてICD診断名で該当する箇所

表55		n=2216	
		件数	
症状性を含む器質性精神障害(F0)		4	0.2%
精神作用物質使用による精神および行動の障害(F1)		16	0.7%
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F2)		74	3.3%
気分(感情)障害(F3)		1751	79.0%
神経症障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)		301	13.6%
生理的障害および身体的要因の関連した行動症候群(F5)		6	0.3%
成人のパーソナリティおよび行動の障害(F6)		23	1.0%
精神遅滞[知的障害](F7)		3	0.1%
心理的発達障害(F8)		34	1.5%
小児期および青年期に通常発達する行動及び情緒の障害(F9)		4	0.2%
合計		2216	(100.0%)

Q4 DSM4TRによる双極Ⅱ型の可能性

表56		n=2232	
		件数	
なし		1573	70.5%
あり		659	29.5%
合計		2232	(100.0%)

Q5 DSM4TRによる発達障害の可能性

表57		n=2230	
		件数	
なし		1763	79.1%
あり		467	20.9%
合計		2230	(100.0%)

Q6 現在の就労状況

表58		n=2230	
		件数	
未就労(今までに一度も就労していない)		53	2.4%
失職中(就労していたが、辞めてしまった)		295	13.2%
休業中(就労しており、在職中である)		1646	73.8%
就労中(復職後フォローアッププログラムに参加)		236	10.6%
合計		2230	(100.0%)

Q7 婚姻状況

表59	n=2230	
	件数	
未婚	1284	57.6%
既婚	946	42.4%
合計	2230	(100.0%)

Q8 主治医

表60	n=2238	
	件数	
リワーク施設内	1607	71.8%
リワーク施設外	631	28.2%
合計	2238	(100.0%)

Q9 本人が登録(参加)しているリハビリテーションの区分

表61	n=2236	
	件数	
デイケア	1515	(67.8%)
ショートケア	1169	(52.3%)
デイナイトケア	197	(8.8%)
ナイトケア	33	(1.5%)
精神科作業療法	92	(4.1%)
通院集団精神療法	90	(4.0%)
自費		(0.0%)
その他	9	(0.4%)
合計	3105	(100.0%)

Q10 現在の1週間あたりの利用予定日数

表62	n=2247	
	平均日数	
利用日数	3.67日	
無回答・0日	68名	

Q11 リワークプログラムの再利用者

表63	n=2230	
	件数	
いいえ(初回利用者)	1905	85.4%
はい(2回目以上)	325	14.6%
合計	2230	(100.0%)

Q12 今回のリワークへの参加開始日

表64	n=2207	
	件数	
2006年	2	0.1%
2008年	5	0.2%
2009年	3	0.1%
2010年	30	1.4%
2011年	95	4.3%
2012年	351	15.9%
2013年	1721	78.0%
合計	2207	(100.0%)

Q13 今回の休業開始日

表65	n=2026	
	件数	
1986年	1	0.0%
1997年	1	0.0%
1999年	1	0.0%
2000年	1	0.0%
2003年	2	0.1%
2004年	2	0.1%
2006年	4	0.2%
2007年	9	0.4%
2008年	11	0.5%
2009年	29	1.4%
2010年	88	4.3%
2011年	277	13.7%
2012年	695	34.3%
2013年	905	44.7%
合計	2026	(100.0%)

Q14 今までの休業回数

表66	n=2247	
	平均回数	SD
休業回数(全体)	1.97回	1.4

Q15 今までの総休業期間

表67	n=2247	
	平均日数	
休業期間	594.4日	
SD	543	

勤労者うつ病患者のリワーク非利用群における、復職成功予測因子の検索

分担研究者 中村 純

産業医科大学医学部精神医学 教授

研究要旨：休職したうつ病患者を対象に通常の薬物療法や精神療法を行い、生活リズムや精神症状が十分回復し、うつ病が寛解した患者を対象に復職判定の生物学的指標を見出すことを目標に研究を行った。対象患者は、精神科医が復職を決定時期に活動性が高いうつ病とそうでない人とを分けた。その結果、活動性が低い人は高い人に比べて約3倍再休職に至ることが明らかになったが、復職決定時に測定した脳由来栄養因子（BDNF）値は、回復したうつ病患者を活動性が高い人と低い人を区別できなかった。そして、血中BDNF値は、復職判定時の生物学的指標にはならないことが明らかになった。今後は、われわれが行っている認知機能検査、復職準備性評価シートに加えて、アクチグラムの結果やモノアミン代謝産物、さらには免疫関連物質などの生物学的な指標を多角的に組み合わせて、復職判定の指標を見出したいと考えている。

A. 研究目的

今までに、我々は勤労者うつ病患者がリワークプログラムを使用しないで通常診療では、復職継続率が低いことを報告した(堀ら 2013)。今回我々は、リワーク非利用患者が復職時に復職成功を予測するバイオリジカルマーカー等の検索を行った。

B. 研究方法

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54名を対象とした。復職決定時に活動性の高い群（N=30）と低い群（N=24）に分け、その後の復職継続率を追跡調査した。また復職決定時に血中BDNF値を測定し、復職成功群と復職失敗群とを比較検討した。本研究は、産業医科大学倫理委員会の承認を得ており、被験者からは全て口頭および文書にて同意を得ている。

C. 研究結果

活動性の低い群では高い群と比較して累積生

存率は低く Log-rank test で、 $\chi^2 = 4.65$, $p = 0.03$ だった。Cox 比例ハザードモデルを使用して分析したところ、再休職のハザード比は 3.28 だった。復職決定時の血中 BDNF 濃度は復職成功群と失敗群で差はなかった。

D. 考察

復職決定時に活動性の評価や生活リズムの確立は精神症状が十分改善した勤労者うつ病患者のリワーク非利用患者では復職予測する可能性がある。その一方で血中 BDNF 濃度からは復職予測は難しい。

E. 結論

うつ病勤労者がリワーク非利用時には精神症状評価以外に、活動性の評価を行うことが有用であることが示唆された。その一方で、復職成功を予測する生物学的な指標は現時点では明らかではない。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし (2014年度の学会で発表予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

うつ病患者の運転技能に関する検討

分担研究者 尾崎 紀夫

名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野 教授

研究要旨：一部の大都市を除き、殆どの地域において交通手段は自動車であり、自動車運転は日常生活や就労など地域生活に不可欠な行為である。これは社会で暮らす精神疾患患者においても例外ではない。しかしながら、先般、国会では精神疾患患者の運転事故に対する厳罰化の方針が打ち出された。また、再発予防上、向精神薬の服薬継続は必須であるが、添付文書により向精神薬服用中は運転中止が注意喚起され、患者の社会生活は大きく制限されている。現在までに、精神疾患患者の事故が多い、あるいは全ての向精神薬が一様に悪影響を及ぼすという証左はなく、十分な科学的検討が無いままに議論が進行し、患者の社会参画が妨げられているのが現状である。そこで、本研究では、これまでに、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠不足、加齢等、諸要因の運転技能への影響を明確化してきた実績を踏まえ、職域に多いうつ病患者を対象として、運転技能の実態と、諸症状、向精神薬との関係を検証した。その結果、社会復帰準備中のうつ病患者は、健常対照群と比較し、一部の認知機能については有意に低下していたものの、運転技能については統計学的に有意に異なることが示された。また運転技能はうつ症状の症状評価尺度得点とも関連せず、主剤である抗うつ薬による影響の違いは検出されなかった。本研究結果は、うつ病患者の社会復帰の在り方について、議論の余地があることを示唆する。

A. 研究目的

我が国において、一部の大都市を除き、殆どの地域において交通手段は自動車であり、自動車運転は日常生活や就労など地域生活に不可欠な行為である。これは、5大疾病の一つに位置づけられた精神疾患を持ちながら、社会で暮らす患者においても例外ではない。しかしながら、先般、国会では「自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律」が可決され、精神疾患患者の運転事故に対する厳罰化の方針が打ち出された。また、再発予防上、向精神薬の服薬継続は症状軽快後の精神疾患患者にとって必須であり、服薬継続しながら社会参画を目指すことになる。ところが、添付文書により向精神薬服用中は運転中止が注意喚起され、こう

した状況により、患者の社会生活は大きく制限されている。

自動車運転の可否は、個人の権利と公共の安全性とのバランスの上に成り立つが、精神疾患患者の事故が多い、あるいは全ての向精神薬が一様に悪影響を及ぼすという証左はなく、十分な科学的検討が無いままに議論が進行し、患者の社会参画が妨げられているのが現状である。今こそ、車社会での真の社会復帰の在り方を議論するためのエビデンスが求められている。これまでに、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠不足、加齢による認知機能の低下等、諸要因の運転技能への影響を明確化してきた実績を踏まえ、本研究では特に、職域に多いうつ病患者を対象として、運転技能の実態と、諸症状、向精神薬との

関係を明確化し、真の社会復帰の方策に繋げることを企図する。

B. 研究方法

対象

運転免許を有し、実際に運転歴を有する、DSM-IV-TRにて大うつ病性障害と診断された患者29名（男性28名、女性1名）であり、既にうつ病は急性期を脱し、社会復帰準備中にある者が参加した。また、運転免許を有し、実際に運転歴を有する、性と年齢をマッチさせた健常者29名（男性28名、女性1名）も対照群として参加し、問診と精神科診断面接（SCID）により身体疾患や精神障害を有さないことを確認した。うつ病患者の平均年齢は 41.7 ± 7.7 （±に続く数値は標準偏差。以下同様）、年齢幅は29～57歳であった。健常者の平均年齢は 42.3 ± 5.0 、年齢幅は33～51歳であった。

方法

運転業務を模した課題として、運転シミュレータを用いて、追従走行課題（先行車との車間距離をどれだけ維持できるか）、車線維持課題（横方向での揺れの程度）、飛び出し課題（ブレーキ反応時間）の3課題を、十分な練習の上で施行した。また認知機能試験としてはWisconsin Card Sorting Test（WCST：遂行機能）、Continuous Performance Test（CPT：持続的注意）、Trail Making Test（TMT：遂行機能、処理速度、視覚的注意）の3課題を行った。眠気の影響を検討するために、課題施行時のStanford 眠気尺度（SSS）を評価した。うつ病患者群に対しては、症状評価として、ハミルトンうつ病評価尺度（HAM-D）、ベックうつ病自己記入式尺度（BDI）、社会適応度自己記入式尺度（SASS）を行った。また、使用している向精神薬を調査し、主剤である抗うつ薬の種類により、群分けした。

（倫理面への配慮）

本研究は名古屋大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院生命倫理審査委員会にて承認を受け、参加者には本研究に関して十分な説明を行い、全員から書面による同意を得ている。

C. 研究結果

うつ病患者群のHAM-Dは 5.8 ± 5.3 点、BDIは 15.3 ± 9.7 点、SASSは 30.2 ± 8.7 点であった。SSSは 2.3 ± 0.6 点であった。初発エピソードが14例、2回目のエピソードが9例、3回以上のエピソードが2例、不詳が4例であった。使用抗うつ薬としては、SSRI使用群が10例、SNRI使用群が7例、NaSSA群が1例、TCA群が1例、併用群が1例、その他（不詳3例を含む）が9例であった。

運転歴はうつ病患者群（ 21.9 ± 8.6 年）と健常対照群（ 23.5 ± 4.4 年）とで統計学的な有意差は認められなかった。

運転課題において、追従走行課題成績、車線維持課題成績、飛び出し課題成績はいずれも、うつ病患者群と対照群で統計学的な有意差は認められなかった（追従走行課題はMann-Whitney test、車線維持課題および飛び出し課題はT-test）。シミュレータ酔いは両群において認められなかった。主観的眠気についても、統計学的な有意差は認められなかった。認知課題において、CPTで計測されるd-primeで（ $t=2.12$, $p=0.038$ ）、TMT-B partの遂行時間で（ $t=2.04$, $p=0.048$ ）とうつ病患者群で有意に成績が低下していた。その他の認知課題成績については、2群間で統計学的有意差は認められなかった。

うつ病患者群について、運転課題成績と症状評価尺度得点との関連を検討したところ、いずれの運転課題成績もHAM-D、BDI、SASS、SSSとの有意な関連を認めなかった（Spearman）。また、使用している抗うつ薬群で運転

課題成績を比較したところ、薬剤群間でのサンプル数が異なるが、いずれの運転課題についても抗うつ薬間で統計学的に有意差は認められなかった（追従走行課題はKruskal Wallis test、車線維持課題および飛び出し課題は一元配置分散分析）。

D. 考 察

社会復帰準備中にあるうつ病患者群は健常対照群と比較し、運転技能について同等の水準であることが示唆された。一方、認知機能については、うつ病患者群では持続的注意および遂行機能で統計学的に有意に成績が低下していた。また、うつ病患者群の運転技能については、症候学的評価と関連がなく、使用している抗うつ薬によっても有意な差異は示唆されなかった。本研究に参加したうつ病患者群は、既に急性期を脱し社会復帰準備中にある、うつ病症状は軽度の患者群であるが、残遺症状や残遺する認知機能障害のみで、運転技能が低下している、あるいは危険運転のリスクがあるという、考えを支持しない結果であった。本研究結果は、少数例の検討であり、今後サンプル数を拡大して、検証を継続する必要があるが、精神疾患という病名に基づいた画一的な対応ではなく、証左に基づいた、真の社会参画の在り方を議論する余地があることを示唆している。

E. 結 論

社会復帰準備中のうつ病患者では、残遺するうつ症状や残遺する認知機能障害を認めたが、運転技能については健常対照群と同等の水準であった。特に社会復帰準備中のうつ病患者群の運転技能は、症候学的評価と関連は認めず、使用抗うつ薬間で統計学的に異ならないことを示唆した。今後、症例数を増やして検討することを企図している。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

- Sasada K, Iwamoto K, Kawano N, Kohmura K, Yamamoto M, Aleksic B, Ebe K, Noda Y, Ozaki N: Effects of repeated dosing with mirtazapine, trazodone, or placebo on driving performance and cognitive function in healthy volunteers. *Hum Psychopharmacol* 28 (3): 281-6, 2013
- Miyata S, Noda A, Iwamoto K, Kawano N, Okuda M, Ozaki N: Poor sleep quality impairs cognitive performance in older adults. *J Sleep Res* 22 (5): 535-41, 2013
- Kohmura K, Iwamoto K, Aleksic B, Sasada K, Kawano N, Katayama H, Noda Y, Noda A, Iidaka T, Ozaki N: Effects of sedative antidepressants on prefrontal cortex activity during verbal fluency task in healthy subjects: a near-infrared spectroscopy study. *Psychopharmacology (Berl)* 226 (1): 75-81, 2013
- Kawano N, Awata S, Ijuin M, Iwamoto K, Ozaki N: Necessity of normative data on the Japanese version of the Wechsler Memory Scale-Revised Logical Memory subtest for old-old people. *Geriatr Gerontol Int* 13 (3): 726-30, 2013
- Iwamoto K, Kawano N, Sasada K, Kohmura K, Yamamoto M, Ebe K, Noda Y, Ozaki N: Effects of low-dose mirtazapine on driving performance in healthy volunteers. *Hum Psychopharmacol* 28 (5): 523-8, 2013

学会発表

- 岩本邦弘、野田明子、阪野正大、河野直子、尾崎紀夫：ヒトおよび動物における睡眠時非

侵襲的記録の最前線精神疾患における感圧センサーシートによる睡眠時生体信号測定 of 臨床的意義. 第38回日本睡眠学会定期学術集会 シンポジウム 秋田, 2013

- ・尾崎紀夫：ランチョンセミナー：妊産婦のうつ病の理解とその対応：前向きコホート研究の成果から. 日本臨床精神神経薬理学会・神経精神薬理学会合同年会 沖縄, 2013
- ・尾崎紀夫：統合失調症診療に関して総合病院精神医学が果たすべき役割. 総合病院精神医学会 2013
- ・尾崎紀夫：精神疾患を性差の観点から考える：妊産婦のうつ病と摂食障害を中心に. 社会神経科学研究会 生理研, 2013
- ・尾崎紀夫：早期診断シンポジウム：周産期リエゾン精神医学における気分障害の早期診断. 日本精神科診断学会 大津, 2013
- ・尾崎紀夫：社会参加を目指したうつ病治療の留意点—presenteeism の解消. うつ病リワーク研究会年次研究会ランチョンセミナー 東京, 2013
- ・尾崎紀夫：不安障害の治療計画策定—診断と評価の重要性. 不安障害学会 札幌, 2013
- ・尾崎紀夫：双極性障害への心理教育的アプローチ：我々が知るべきこと、伝えるべきこと. 第109回日本精神神経学会学術総会教育講演 福岡, 2013
- ・尾崎紀夫：出産後の気分障害：妊産婦を対象とした前向きコホート研究結果から. 第6回性差医学・医療学会 シンポジウム 脳科学から見た性差医学・医療 仙台, 2013

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし