

×：鵜呑みにする

◎：普段からしっかりと観察し、スタッフの立場からの評価ができるようにしておく。

テーマ：⑱復職が近づいた時期の観察のポイント

13) 総括レポート（自己分析や内省文などを含む）の内容が抽象的で具体性が乏しい場合の対応

×：こんなものだとスルーする

◎：具体的な対策などを書くように求める。自責と他責のバランスのとれた考え方が出来るように指導する。

テーマ：⑲後期のレポートの書き方・読み方（再休職予防に向けての対策など）

## V 終了期

14) 職場との連絡で不安になり、調整をスタッフに頼んできた場合の対応

×：伝書鳩のように患者に言われた事を職場に伝える。いろいろとお膳立てをする。

◎：不安に思っている点を明らかにし、自分で取り組めるように支援する。

テーマ：⑳復職直前の不安への対応

## VI その他

15) 各期（導入期、初期、中期、後期、終了期）の目的・課題について

テーマ：㉑各期の注意点

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  
分担研究総合報告書

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

（分担研究者） 五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

研究要旨；

3カ年にわたって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を行った。この3年間でリワークプログラムを実施する医療機関が110施設から168施設に増加し、関わるスタッフも484人から722人に増加した。3年間の結果はほぼ3年度目に集約されているので、3年度目の研究に関して報告する。特にプログラムに関しては、導入時から終了時まで幅広いプログラムが万遍なく行われるようになり各施設間の同質化が進んだ。利用者に関する調査では、休職回数が多く、休職期間も長い利用者がプログラムを利用しており、双極性障害を疑う症例が3割、発達障害を疑う症例が2割いることが示され、今後の課題が浮き彫りとなった。

研究協力者

林俊秀：うつ病リワーク研究会、メディカルケア虎ノ門

1. 調査目的

気分障害等で休職する労働者を対象としたリワークプログラムは、全国の医療機関に広がりつつある。うつ病リワーク研究会は、リワークプログラム（以下プログラム）を行う医療機関による研究会であり、2014年2月29日現在、同研究会会員であるプログラムを行う医療機関は43都道府県178施設である。

本調査は、同研究会において毎年行っている調査であり、医療機関で行われるプログラムの運営状況と利用者の背景を明らかにすることを目的としている。

2. 調査方法

2013年11月1日現在における、うつ病リワーク研究会正会員の所属する医療機関、およびその利用者を対象とした。調査は郵送によるアンケート方式で、2013年10月21日に発送し、2013年11月30日までに回収した。

調査票は、施設の運営状況等を調査する「施設票」と当該施設のプログラム利用者の状況等を調査する「個人票」に分かれている。いずれも回答は当該施設の医師またはスタッフに依頼した。「施設票」は、回答期間中の任意の1日の状況とした。「個人票」は、2013年10月1日から7日までの7日間に、当該施設においてプログラムに登録されている患者、登録制度がない場合は同期間内にプログラムに参加した患者を対象とし、利用者1名につき1枚の記入を依頼した。

アンケートは168施設に送付し、「施設票」で

は123施設から回答が得られ、73.2%の回収率だった。また「個人票」では、121施設から回答が得られ、72.0%の回収率であった。

### 3. 施設調査結果

#### A. リワーク施設情報

##### 医療機関施設情報

対象施設のうち47件(38.2%)が病院、76件(61.8%)が診療所であり、昨年より約4%病院の割合が増加した。病院の精神科病床数の平均は253.3床(SD153.5)であり、昨年より18床増加した。そのうちストレスケア病棟の平均病床数は40.6床(SD34.5)であった(表1、2、3)。

プログラムを運営するにあたりデイケアやショートケアなどを組み合わせて実施している施設が多い。そこでプログラムを行う施設の診療報酬上の区分で最も多く算定している種類を聞いたところ、精神科デイケアが最も多く83施設(66.9%)、次いで精神科ショートケア28施設(22.6%)、精神科作業療法7施設(5.6%)、精神科デイナイトケア3施設(2.4%)、通院集団精神療法3施設(2.4%)であった(表4)。その他に算定している診療報酬上の区分は、精神科ショートケアが最も多く72施設(53.7%)、次いで精神科デイケア28施設(20.9%)、通院集団精神療法11施設(8.2%)、精神科デイナイトケア9施設(6.7%)であった(表4-2)。

また精神科デイケア等全体におけるプログラムを行っている割合をみると、平成23年度精神保健福祉資料(厚生労働省)<sup>6)</sup>によると6月1か月間に1日以上実施した精神科デイケア等の実施施設数は1560施設のため、精神科デイケア等全体で復職支援(以下、リワーク)を行っている施設の割合としては10.7%であった。

プログラムを始めた年について最も多い年は2010年が22施設(18.0%)であり、次いで2007年と2011年が17施設(13.9%)、2012年16施設

(13.1%)、2009年15施設(12.3%)であり、2007年から年平均して18施設ほどが新たにプログラムを始めていた(表4-3)。

精神科デイケアと精神科ショートケアで実施している施設の規模は、大規模が68施設(60.2%)、小規模が45施設(39.8%)と昨年より大規模で実施している割合が10%ほど増加した(表4-4)。

プログラムの1週間あたりの開催日数は、5日が最も多く70施設(57.4%)、次いで6日が23施設(18.9%)、4日が16施設(13.1%)であり、平均4.8日(SD1.0)であり、昨年より0.4日増加した。また曜日では、月曜日と火曜日と金曜日が9割以上の施設で実施しており、水曜日と木曜日が8割以上、土曜日は3割、日曜日に実施している施設はなかった(表4-5-1、2)。

施設の定員数は、20~24人が最も多く27施設(23.3%)であり、20人未満が42施設(36.2%)、50人以上が17施設(14.6%)、平均24.7人(SD14.8)であった(表4-6)。

また、定員数の合計は116施設2,870人で、昨年度より363人増加した。

リワーク以外の対象者受け入れについては、「受け入れていない」が69施設(57.0%)、「受け入れている」が52施設(43.0%)であり、昨年より4%ほど「受け入れている」が減少した(表4-7)。リワーク以外の対象者を受け入れている場合の対象について複数回答で聞いたところ、「社会適応技術の習得を目的とした発達障害者(思春期、成人とも)」が34施設(64.2%)と最も多く、次いで「社会生活機能改善を目的とした主に統合失調症患者」が32施設(60.4%)、「居場所の提供を目的とした慢性期精神疾患患者」が28施設(52.8%)、「社会適応技術の習得を目的としたパーソナリティ障害者」が14施設(26.4%)であった。リワーク以外の対象者を受け入れている施設に対し、リワーク対象者と

リワーク対象者以外の人数を比較したところ、リワーク対象者が多い施設とリワーク対象者以外が多い施設がそれぞれ28施設で同数であった(表4-8, 9)。また、リワーク対象者とリワーク対象者以外の参加者が一緒に参加するプログラムの有無について聞いたところ、「あり」が57施設(45.6%)あり、全体の約半数の施設がリワーク対象者と対象者以外の参加者が一緒に参加するプログラムを運営していた(表4-10)。

リワーク施設において医療専門職の実習や研修の受け入れについて聞いたところ、受け入れが可能な施設は65施設(52.0%)、不可能な施設は60施設(48.0%)とほぼ同じ割合であった(表11)。

## B. リワークに関わるスタッフ情報

### スタッフの作業

スタッフの作業のうち利用者全員分の個別記録を作成するために全スタッフが要する時間は、1日あたり30分～60分が最も多く26施設(21.3%)、次いで120分～180分が23施設(18.9%)であり、平均129.2分(SD139.1)であった(表5)。昨年と比較し、12.5分増加した。利用者1名の診療計画を作成するために要する時間は、30分が最も多く38施設(30.4%)、次いで60分が23施設(18.4%)であり、平均34.4分(SD32.5)、であった。診療計画の作成頻度は1ヶ月あたり1回が最も多く63施設(50.4%)であった(表6-1, 2)。

毎日の定例の打ち合わせ・業務連絡以外のスタッフミーティングの実施頻度は、1ヶ月あたり平均4.6回(SD8.4)、実施時間は61.7分(SD48.3)であり、昨年<sup>5)</sup>より6分増加した(表7-1, 2)。ケースカンファレンスの実施頻度は、1ヶ月あたり0回が最も多く32施設(25.6%)、次いで1回が27施設(21.6%)、平均3.1回(SD4.9)であり、実施時間は60分が

最も多く30施設(31.3%)、次いで30分が20施設(20.8%)、平均52.9分であり、前回調査<sup>5)</sup>より6分減少した。また、ケースカンファレンスの参加者はスタッフのみが25施設(24.8%)、医師も参加が76施設(75.2%)であり、前回調査より医師参加の割合が8.6%減少した(表8-1, 2, 3)。

### スタッフの資格等

回答を得た123施設に722人のスタッフ(医師を除く)が勤務していた。昨年調査<sup>5)</sup>時よりも144人の増であり、1施設当たりスタッフ数は4人が最も多く26施設(13.0%)あり、次いで6人が21施設(17.1%)、6人以下が89施設(72.3%)、平均7.7人であり昨年(5.5人)より2.2人増加した(表9)。スタッフの主な資格は、臨床心理士が最も多く、202人(28.0%)であった。次いで看護師164人(22.7%)、精神保健福祉士154人(21.3%)、作業療法士91人(12.6%)であった(表9-1)。前回調査<sup>5)</sup>と比較し、作業療法士の割合が1.9%増加した。

また、主な資格以外に175人(24.2%)が他の資格を有していた(表9-2-1)。主な資格以外の副資格としては、その他が77人(44.0%)と最も多く、次いで産業カウンセラーが34人(19.4%)、精神保健福祉士30人(17.1%)、キャリアコンサルタント17人(9.7%)、保健師15人(8.6%)、臨床心理士と看護師が13人(7.4%)、であった(表9-2-2)。

### スタッフの背景

性別は、女性497人(69.6%)、男性217人(30.4%)であった。平均年齢は38.2才であり、昨年<sup>5)</sup>とほぼ同じであった。主資格の経験年数は、10年～15年が最も多く122人(17.6%)であり、次いで5年～6年が56人(8.1%)、5年未満が219人(31.5%)、平均11.0年(SD9.2)であり、そのうちリワークの経験年数は平均2.9年(SD1.9)であった。

スタッフの勤務形態は、常勤が482人

(66.9%)、非常勤が239人(33.1%)であった。非常勤スタッフの勤務日数は、1週間あたり5日が最も多く115人(37.0%)、次いで1日(25.4%)、2日(13.8%)、平均3.2日(SD1.8)であった。非常勤スタッフの1週間あたりの勤務時間は、5時間未満が69.8%を占めたが、平均は18.5時間(SD22.8)であった。

企業での就労経験については、経験がないスタッフが、479人(69.8%)、産業保健スタッフ以外で就労経験がある者は150人(21.9%)、産業保健スタッフとして就労経験のある者は43人(6.3%)であった。産業保健スタッフ・それ以外の両方の就労経験がある者は14人(2.0%)であった。(表9-1~10)

#### C. リワークプログラムの利用開始について 利用開始時

プログラムの利用の決定方法は、主治医による決定が51施設(40.8%)と最も多く、次いで受け入れ会議で決定34施設(27.2%)、担当医が決定25施設(20.0%)であった(表10)。利用の決定の重要ポイントは、精神症状・身体症状の安定が58件(47.9%)と最も多く、次いで参加のモチベーション30件(24.8%)、通所できる体力の回復18件(14.9%)であった。

#### リワークプログラム受け入れの条件

プログラム受け入れにあたり、条件を定めている施設は106施設(84.8%)、定めていない16施設(12.8%)であった(表12)。

条件を定めている施設のうち、本人の症状による条件を定めているところは83施設(76.1%)であり、条件の内容は症状の安定が59施設(70.2%)で最も多く、次いで通所できる体力回復57施設(67.9%)であった(表13)。

参加者の生活レベルによる条件については47施設(43.1%)が定めており、条件の内容としては、「半日程度の外出が一定日」が31施設(66.0%)で最も多く、日数としては週3日以

上と定めた施設が35.5%で最も多く、次いで週2日以上と週5日以上が19.4%であった(表14)。

受け入れの除外疾患を定めている施設は88施設(79.3%)、定めていない23施設(20.7%)であった。定めている場合、除外疾患は複数回答で物質依存が64件(72.7%)で最も多く、次いで統合失調症54件(61.4%)、パーソナリティ障害46件(52.3%)、摂食障害32件(36.4%)、発達障害26件(29.5%)、気分障害以外すべて14件(15.9%)であった(表15-1, 2)。

勤労状態としては、条件を定めている施設が87施設(78.4%)で、休職者以外では復職者や勤労中の者を受け入れている施設が23施設(26.4%)、失職者を受け入れている施設が28施設(32.2%)であった(表16-1, 2)。

同一企業内の患者に関しては、条件を定めている施設が37施設(33.3%)でそのうち参加者への意思確認が25施設(67.6%)、同時期に行わないが4施設(10.8%)、同時期でも実施するが7施設(18.9%)であった。(表17-1, 2)。

主治医の条件としては、定めているが47施設(42.0%)で、そのうち主治医変更必須が19施設(28.8%)、原則変更だが例外あり20施設(30.3%)、利用者の意思によるが20施設(30.3%)であった。その他として、主治医変更は必要ないが当院医師に月1回定期受診、などがあった(表18)。

年齢に関する条件では、定めているが12施設(10.8%)でそのうち年齢条件の下限は18歳、上限は65歳であった(表19)。学生の受け入れに関する条件は、定めているが72施設(64.3%)で、受け入れないが63施設(86.3%)であった(表20)。

学歴の条件を定めている施設は、0施設であった(表21)。

受け入れ会議に関しては、受け入れ会議を必要と45施設(40.2%)、特別な場合に受け入れ

会議を開催が31施設（27.7%）であり、7割近くの施設が受け入れ会議を条件に定めていた（表22）。

#### D. リワークプログラムの運用について 開始までの手続き

利用開始前の見学は、可能とする施設は89施設（71.8%）でそのうち本人のみ可能が26施設（21.0%）、家族も可能が63施設（50.8%）であったが、35施設（28.2%）は見学不可であった。

また、利用前の試験利用を認める施設は45施設（37.2%）であった。リワーク開始までの待機期間は、「ある」施設が17施設（13.6%）であり、平均34.5日（SD20.2）であり、昨年<sup>5)</sup>より4.7日減少した（表23-25）。

利用規定を設けている施設は111施設（89.5%）であり、昨年<sup>5)</sup>より4.7%減少した。利用にあたり誓約書・同意書を取り交わす施設は116施設（92.8%）であり昨年<sup>5)</sup>とほぼ同数であった（表26, 27）。

#### 利用開始後のステップ

参加者の利用にあたって施設としてのルールを定めている施設が82施設（66.1%）、本人の希望に任せているが15施設（12.1%）、その他が30施設（24.2%）であり、その他の主なものとしては本人とスタッフ・担当医間での話し合いが多かった。

利用日数のステップの有無に関しては、段階的だが開始条件を定めていない施設は49施設（39.2%）、段階的で開始条件を明確にしている42施設（33.6%）、ステップなし30施設（24.0%）、であり、72.8%の施設でステップ形式を設定していた。

利用日数の決定は、利用者と医師やスタッフとの相談による場合が73施設（58.9%）と最も多く、段階を定める32施設（25.8%）、利用者に任せる11施設（8.9%）と続いた（表28-30）。

1週間あたりの最低利用日数は、「定めてい

る」が76施設（60.8%）であり、最低利用日数は2日が27施設（35.5%）、1日が21施設（27.6%）、3日が19施設（25.0%）、平均2.1日（SD1.0）であった（表31）。

開始時の標準的な1週間のプログラムの延時間は、有効回答112施設において、平均11.0時間（SD6.9、中央値9.0）であった。また、終了時の標準的な1週間のプログラムの延時間は、有効回答113施設において、平均24.9時間（SD10.7、中央値30.0）であった（表32）。

#### 評価

スタッフによる評価を実施している施設は、113施設（91.9%）であった。評価の方法として「標準化リワークプログラム評価シート」の使用は69施設（61.1%）が使用していた。

プログラム利用中の心理テストの実施については、96施設（78.0%）で行われていた。BDI（ベック抑うつ質問票）が最も多く43施設で実施しており、次いでSDS（うつ性自己評価尺度）が38施設、SASS（Social adaptation self-evaluation scale）が37施設、内田クレベリン精神検査が36施設、と続いた（表33, 34）。

#### 他院患者の受け入れ（表27）

現在他院の患者をリワーク利用者として受け入れている施設は89施設（71.2%）であった。そのうち主治医との連絡方法は、定期的な文書で行うが45施設（50.6%）、不定期的に文書で行うが28施設（31.5%）、連絡を取っていないが4施設（4.5%）であった。定期的・不定期的に文書で連絡を取っている82施設のうち、リワーク専用の文書の使用が48施設（58.5%）、診療情報提供書を使用している24施設（29.3%）であった（表35-37）。

#### 通常プログラム以外の運用

プログラムを終了した利用者に対するプログラムは、リワークの一環として実施する復職者向けフォロープログラムが68施設（61.3%）で最も多く、次いで医療機関も関与する終了者と

現在参加者の交流会が36施設 (32.4%)、医療機関の関与しない自主イベントが19施設 (17.1%)、その他が23施設 (20.7%)であった (表38)。また、家族向けプログラムは25施設 (20.0%)で行われており、その費用について無料が9施設 (36.0%)、保険適用10施設 (40.0%)、保険適用外6施設 (24.0%)であった (表39)。

#### 中止・脱落

施設が利用の継続を中止する場合の基準は、症状の悪化61施設 (49.2%)、ルール違反26施設 (21.0%)、欠席回数23施設 (18.5%)、他のメンバーへの迷惑行為12施設 (9.7%)であった。

利用中止の決定者は、主治医が43施設 (34.7%)、リワーク施設管理医師が42施設 (33.9%)、判定会議23施設 (18.5%)であった (表40, 41)。中止後の再利用は、「再利用あり」が98施設 (81.0%)であった (表42)。

利用者側の要因によりプログラムから脱落する場合、その原因について上位1位と2位を聞いたところ、1位の原因は症状悪化92件 (74.8%)、モチベーション低下19件 (15.4%)、休職期間満了4件 (3.3%)の順であり、2位とした原因はモチベーション低下59件 (51.3%)、症状悪化16件 (13.9%)、症状悪化以外の理由により通所不能12件 (10.4%)であった (表43)。

#### プログラムの利用終了時

最長利用期間の設定に関しては、開始時に定めていない施設は70施設 (56.9%)、定めている53施設 (43.1%)であった。

利用終了の決定条件に関し上位2つを聞いたところ、受け入れ先の条件 (復職・休職満了など) によるが最も多く88件 (71.0%)、次いで期限を設定33件 (26.6%)、利用者の意見30件 (24.2%)、判定会議での結果23件 (18.5%)、出席日数・出席率10件 (8.1%)、評価結果9件

(7.3%)、であった (表44, 45)。

復職時に勤務先企業と行う連絡・調整について複数回答で聞いたところ、産業医・産業保健スタッフに書面で実施する場合が最も多く91件 (73.4%)で前回調査<sup>5)</sup>時より12%ほど増加、次いで人事労務担当者に書面で実施64件 (51.6%)、人事労務担当者に診察で実施52件 (41.9%)、産業医・産業保健スタッフに診察で実施41件 (33.1%)、人事労務担当者にしていな32件 (25.8%)、産業医・産業保健スタッフにしていな22件 (17.7%)であった (表46)。

#### 復職後のフォローと再利用

復職後のフォロー体制について複数回答で聞いたところ、外来にて診察が最も多く102件 (82.9%)、次いでフォローアッププログラム参加66件 (53.7%)、スタッフが定期的に連絡11件 (8.9%)、その他23件 (18.7%)であった。その他はフォローアップ面談やカウンセリング、参加可能なプログラムに参加するなどの回答が多かった (表46)。

また、復職後に再休職に至った後の再利用については112施設 (89.6%)が再利用可能で、そのうち102施設 (97.1%)が初回利用と同じプログラムを利用するとのことであった (表48)。

#### E. 実施しているプログラムの内容に関する情報

##### プログラムの実施形態

97施設より960プログラムの回答が得られた。1施設あたりの平均プログラム数は9.9であり、昨年調査<sup>5)</sup>より0.6増加した。

有効回答960プログラムについて集計した。それぞれのプログラムに関し、実施している形態から①個人プログラム ②特定の心理プログラム ③教育プログラム ④集団プログラム ⑤その他のプログラム、とした5つの区分より最もあてはまる一つを選択してもらった。

①個人プログラムは、他の参加者との交流を主な目的とせず、文字や数字、文章を扱う机上における作業を実施する中で、主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施しているプログラムの区分とした。その結果、139プログラム（14.5%）が該当した。これは昨年実施した調査<sup>5)</sup>より1.1%減少していた。

②特定の心理プログラムは、認知行動療法、SST、対人関係療法、グループカウンセリング、サイコドラマなどの特定の心理療法を実施するプログラムの区分と定義したが、199プログラム（20.7%）が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より0.5%減少した。

③教育プログラムは、疾病理解、症状の自己管理（セルフモニタリングとコントロール）を主目的とし、講師がいてテキストを使用するような講義形式で実施しているプログラムの区分と定義したところ、125プログラム（13.0%）が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より1.2%増加した。

④集団プログラムは、協同作業、役割分担、対人スキル向上などを主な目的として実施し、集団で行う意図が明らかなプログラムの区分とした。最も多い294プログラム（30.6%）が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より0.9%増加した。

⑤その他のプログラムは、運動、リラクゼーション、個人面談、創造、動機付け等、上記の①～④のいずれにも該当しないプログラムの区分と定義し、203プログラム（21.1%）が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>と比較して0.1%の減少であった（表49）。

#### プログラムの目的区分

プログラムの目的については、8つの目的区分（1症状自己管理、2コミュニケーション、3自己洞察、4集中力、5モチベーション、6リラクゼーション、7基礎体力、8感情表現）からプログラムごとに2つまでの区分を選択してもらった。

その結果、960プログラムより1,685の目的区

分が選択された。プログラム全体における目的区分の割合は、セルフモニタリングや自己洞察を目的とする「3自己洞察」が351プログラム（36.6%）と最も多く、次いでコミュニケーションスキルの向上や対人交流を目的とする「2コミュニケーション」が342プログラム（35.6%）、自己の体調や症状の自己管理を目的とする「1症状自己管理」が288プログラム（30.0%）、作業能率や作業能力の向上を目的とする「4集中力」が201プログラム（20.9%）、リラックス法や心身のバランスを目的とする「6リラクゼーション」が144プログラム（15.0%）、運動不足解消や体力向上を目的とする「7基礎体力」が131プログラム（13.6%）、非言語的表現や情操面を目的とする「8感情表現」が121プログラム（12.6%）、自主性や動機付けを目的とする「5モチベーション」が107プログラム（11.1%）であった。

昨年度調査<sup>5)</sup>と比較すると昨年度2位の「1症状自己管理」が本年度3位となり、昨年度3位の「2コミュニケーション」が本年度2位と入れ替わったが、これは一昨年度<sup>4)</sup>と同じ順位であった（表50）。

#### プログラムの実施形態ごとの目的、実施期間と時間

プログラムの実施の形態と目的との関連性を見るために、実施形態ごとの目的区分の選択度、実施時期、実施時間を調べた。

実施形態「①個人プログラム」では、最も多く選択された目的区分として「4集中力」が117プログラム（84.2%）であり、次いで「3自己洞察」が36プログラム（25.9%）、「5モチベーション」が33プログラム（23.7%）、「1症状自己管理」が18プログラム（12.9%）であった。

「①個人プログラム」の実施時期は、導入期（開始1カ月以内）が134プログラム（96.4%）、中期（開始2カ月目以降）が133プログラム（95.7%）、後期（終了1カ月以内）が134プロ



グラム（96.4%）であり、各時期を通してほとんどの施設で実施していた。それぞれの1週間あたりの実施時間は導入期が171.5分（SD224.3）、中期が224.0分（SD288.1）、後期が256.6分（SD339.6）であった。プログラムの実施時間はプログラム後期に向けて増加しており、前回調査<sup>5)</sup>と比較し各期とも1～2割ほど実施時間が増加していた。また他の実施形態と比較して実施時間は約2倍であった。

「②特定の心理プログラム」では、最も多く選択された目的区分として「3自己洞察」が131プログラム（65.8%）であり、次いで「1症状自己管理」が104プログラム（52.3%）、「2コミュニケーション」が76プログラム（38.2%）であった。

「②特定の心理プログラム」の実施時期は、導入期が184プログラム（92.5%）、中期が190プログラム（95.5%）、後期が185プログラム（93.0%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が75.9分（SD82.3）、中期が111.9分（SD80.1）、後期が115.8分（SD82.6）であった。導入期に実施するプログラム数は昨年<sup>5)</sup>と比べ3割ほど増加したが実施時間は逆に37分ほど短縮した。

「③教育プログラム」において最も多く選択された目的区分は「1症状自己管理」で108プログラム（86.4%）、次いで「3自己洞察」が77プログラム（61.6%）、「2コミュニケーション」が11プログラム（8.8%）であった。

「③教育プログラム」の実施時期は、導入期が121プログラム（96.8%）、中期が117プログラム（93.6%）、後期が113プログラム（90.4%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が77.9分（SD68.3）、中期が84.7分（SD59.6）、後期が76.9分（SD62.7）であった。実施時期のいずれにおいても昨年より12%ほどプログラム数が増加しているが、実施している時間はいずれの時期においても昨年<sup>5)</sup>より12分ほど減少

しており、他区分と比較しても最も短かった。

「④集団プログラム」において最も多く選択された目的区分は、「2コミュニケーション」が208プログラム（70.7%）であり、次いで「3自己洞察」が76プログラム（25.9%）、「3集中力」が52プログラム（17.7%）であった。

「④集団プログラム」の実施時期は、導入期が279プログラム（94.9%）、中期が285プログラム（96.9%）、後期が281プログラム（95.6%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が76.1分（SD77.5）、中期が115.1分（SD91.6）、後期が119.7分（SD90.5）であった。実施時期のいずれにおいても他区分と比較し最も長く実施されていた。昨年度調査<sup>5)</sup>と比較すると、実施時期は各期とも増加し特に導入期で15.0%増加しているが、実施時間は逆に各期とも短くなっており特に導入期が38.7分短くなっていた。

「⑤その他のプログラム」で最も多く選択された目的区分は、「6リラクゼーション」で90プログラム（44.3%）であり、次いで「7基礎体力」88プログラム（43.3%）、「2コミュニケーション」38プログラム（18.7%）であった。

「⑤その他のプログラム」の実施時期は、導入期が199プログラム（98.1%）、中期が201プログラム（89.0%）、後期が198プログラム（97.5%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が83.6分（SD82.9）、中期が102.8分（SD85.3）、後期が102.9分（SD86.9）であった。プログラムの内容に幅があるため目的は分散しているが、プログラムの実施時期からみるといずれの時期においてもほとんどすべてのプログラムが実施されていた（表51, 52）。

#### 医療機関ごとのリワークプログラムの実施の実態

今回の調査では100施設より960プログラムの有効回答があったが、実施形態ごとにみると、「①個人プログラム」に該当するプログラムを

実施している医療機関は83施設（85.6%）で昨年度調査<sup>5)</sup>時の割合より1.9%増加していた。

「②特定の心理プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は81施設（83.5%）で昨年度調査<sup>5)</sup>時の割合より3.1%減少していた。「③教育プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は77施設（79.4%）で昨年度調査<sup>5)</sup>時の割合より8.2%増加していた。「④集団プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は89施設（91.8%）で昨年度調査時の割合より7.2%増加していた。「⑤その他のプログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は71施設（73.2%）で昨年度調査<sup>5)</sup>時の割合より6.6%減少していた。

医療機関ごとに実施しているプログラムの実施形態を集計してみると、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46施設（47.4%）であり、4実施区分に該当している医療機関は30施設（30.9%）で全体の8割弱を占め、昨年度調査<sup>5)</sup>時の割合と比較すると2.4%増加した。また、3実施区分に該当している医療機関は12ヶ所（12.4%）、2実施区分に該当している医療機関は6ヶ所（6.2%）、1実施区分に該当している医療機関は3ヶ所（3.1%）であった（表53）。

標準的な像としては、実施形態として4ないし5つの実施区分を網羅するプログラムを10種類ほど揃え、週5日実施する中で、時間としては個人プログラム、プログラム数としては集団プログラムについて重点的に配分したスケジュールで実施していると言えるだろう。

#### F. 登録者の利用状況に関する調査

平成25年10月1日から7日の7日間にわたり、プログラムを実施している施設において、その日にデイケア、ショートケア、デイナイト

ケア、ナイトケア、精神科作業療法、集団通院精神療法、または自費参加によるプログラムに登録されている方、および登録制度がない場合はこの期間中に参加した方、について調査を実施し121施設から2,246人の登録者等の調査票を回収した。

#### 利用者背景

利用者の性別は、男性1,677人（74.7%）、女性569人（25.3%）であった。平均年齢は男性40.7歳（SD8.6）、女性36.6歳（SD8.8）、全体39.7歳（SD8.8）であり、最年少は16歳、最年長は66歳であった。

就業状況は休業中1,646人（73.8%）で前回調査<sup>5)</sup>より3.3%増加、失職中295人（13.2%）で前回<sup>5)</sup>より2.3%減少、就労中236人（10.6%）で0.5%減少、未就労53人（2.4%）で0.1%増加であった。婚姻状況は未婚1,284人（57.6%）、既婚946人（42.4%）であった（表53, 54, 58, 59）。

休業の状態に関しては、本調査における“休業”の定義を精神疾患等の理由により一定期間以上会社を休んでいる状態とし、休業期間に関しては、1カ月を30日に換算し、利用者から得られる情報をもとに記入を依頼した。平均休業回数は全体で1.97回（SD1.4）であった。総休業期間は平均594.4日（SD543）で前回調査<sup>5)</sup>より22.3日増加した（表66, 67）。

利用状況は、初回利用者が1,905人（85.4%）、再利用者325人（14.6%）であった。利用予定日数は、1週間当たり平均3.67日であった。主治医が自院である利用者は1,607人（71.8%）、他院が631人（28.2%）であった。今回のプログラムへの参加開始日は、調査年度である2013年が1,721人（78.0%）で最も多く、その前年2012年は351人（15.9%）、2011年は95人（4.3%）であった（表60, 62-64）。

#### 診断別の利用者数（表55）

利用者のICD-10による診断の内訳は、F3気分（感情）障害が1,751人（79.0%）、F4神

経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害301人（13.6%）、F 2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害74人（3.3%）、F 8 心理的発達の障害34人（1.5%）、F 6 成人のパーソナリティおよび行動の障害23人（1.0%）、F 1 精神作用物質使用による精神および行動の障害16人（0.7%）、F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群6人（0.3%）、F 0 症状性を含む器質性精神障害4人（0.2%）、F 9 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4人（0.2%）、F 7 精神遅滞〔知的障害〕3人（0.1%）であった。また、DSM-IV TRによる「双極Ⅱ型」の可能性のある利用者は659人（29.5%）であった。また、「発達障害」の可能性のある利用者は467人（20.9%）であった。

これまでに実施した調査と比較すると、平成20年7月に実施した調査<sup>1)</sup>では1ヶ月の対象期間における登録者数は593人、平成22年10月に実施した調査<sup>2)</sup>では任意の1日における登録者数は700人、平成23年10月<sup>3)</sup>の7日間の登録者数は1,417人、平成24年10月<sup>4)</sup>の7日間の登録者数は1,827人、今回平成25年10月の7日間の登録者数は2,246人と着実に増加していることが判明した。また平成23年度の精神保健福祉資料<sup>6)</sup>によると6月の1日間のデイケア等の利用者数は49,104人であったため、精神科デイケア等全体に占めるリワークの割合は4.6%であった。

利用者の診断について前回調査<sup>5)</sup>と割合を比較すると減少はF 2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害-2.2%、F 4 神経症性障害-0.3%、F 7 精神遅滞〔知的障害〕とF 8 心理的発達の障害、F 9 小児期及び青年期に通常発生する行動及び情緒の障害は-0.1%、であり、増加はF 3 気分（感情）障害2.3%、F 6 成人のパーソナリティおよび行動の障害0.2%、F 1 精神作用物質使用による精神およ

び行動の障害0.1%、であった。

DSM-IV TRによる「双極Ⅱ型」の可能性のある利用者の割合については1.8%増加し29.5%であった。今回初めてDSM-IV TRによる「発達障害」の可能性のある利用者の割合について調査したところ「あり」が20.9%とのことであった。また疾患分類について精神科デイケア等全体と比較したところ、平成23年度の精神保健福祉資料<sup>6)</sup>によると6月の1日間のデイケア等利用者の疾患として最も多いF 2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害の割合は66.8%であり3.3%のリワークの約20倍多く、次に多いF 3 気分（感情）障害は14.0%のため79.0%のリワークの1/5ほどであった。F 4 神経症性障害は3.6%のため13.6%のリワークの1/4であった。

#### G. まとめ

1. リワーク研究会所属の施設と利用者を対象とし、プログラムの実施状況を調査したところ、診療報酬区分としては精神科デイケアを中心に精神科ショートケアを組み合わせで運営している医療機関が多いことが判明した。
2. 123施設で合計722名のスタッフが勤務し昨年より144人増加した。臨床心理士が最も多く全体の3割を占め、看護師が2割強、精神保健福祉士が2割、作業療法士が1割であった。
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、書面が最も多く7割、診察時が3割強、訪問が2割弱を占めていた。人事労務担当者に対しての連絡・調整は、書面が5割、診察が4割であった。昨年と比較して産業医・産業保健スタッフとは書面、人事労務担当者とは診察時の割合が増加していた。
4. 開始時の標準的な1週間のプログラムの延

時間は、平均11.0時間であった。また終了時の標準的な1週間のプログラムの延時間は、平均24.9時間であった。

5. 復職後のフォローは外来診療が最も多く8割であった。また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は54%であった。
6. プログラムの内容に関し実施形態により5区分に分類したところ「集団プログラム」が3割、「その他のプログラム」と「特定の心理プログラム」が2割であった。医療機関ごとに見ると5区分すべてに該当するプログラムを実施している医療機関は47%、4区分に該当している医療機関は31%であり、昨年より2.4%増加した。
7. 今回の調査では、平成25年10月の7日間に登録されていた利用者2,246人について個別調査も実施した。休業回数は平均2.0回、総休業期間は平均594日で昨年より22日増加し、昨年同様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30%で昨年とほぼ同率であった。また今回よりDSM-IV TRによる発達障害の可能性がある利用者について聞いたところ21%であった。近年の傾向として診断としても双極性障害や発達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改めて浮き彫りとなった。

## H. 結論

これまで6年間にわたり基礎調査を行ってきた。調査対象施設が著しく増加してきたため回収率は前年と比べ3.4%回収率が下落した。

プログラムに関しては集団プログラムを中心とするプログラム内容の充実やフォローアッププログラムの定着が示された。

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3割、発達障害を疑う症例も2割いることも示され、今後の課題が浮き彫りされた。

## I. 健康危険情報

なし

## J. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 五十嵐良雄、飯島洋子、大木洋子、林俊秀、福島南：うつ病などを対象としたリワークプログラム、カレントセラピー、2014（印刷中）。
- 2) 林俊秀、五十嵐良雄、うつ病リワーク研究会の現状～現在までの成果～、Depression Frontier, 11(2): 69-78, 2013.
- 3) 五十嵐良雄、リワークプログラムからみた職場のメンタルヘルス、臨床精神医学、42(10): 1265-1271, 2013.
- 4) 五十嵐良雄：安全な復職（リワーク）のための支援とは、精神医学、55(8): 715-718, 2013.
- 5) 五十嵐良雄：気分障害の復職支援、日本医事新報、4643: 30-36, 2013.
- 6) 五十嵐良雄：リワークプログラムの広がりに見る現代的な意義、臨床精神医学、41(11): 1503-1508, 2012.
- 7) 林俊秀、五十嵐良雄：リワークプログラムの標準化、臨床精神医学 41(11)、1509-1519, 2012.
- 8) 五十嵐良雄、大木洋子：リワークプログラムの治療的要素およびその効果研究、産業ストレス研究、19(3): 207-216, 2012.
- 9) 五十嵐良雄、大木洋子、飯島優子、石川いずみ、福島南：抑うつ状態の外来リハビリ

テーション～リワークプログラムの役割  
～、精神科、20(6):582-592, 2012.

- 10) 五十嵐良雄：リワークプログラムとその治療的要素、Pharama Medica、30(3):43-48, 2012.
- 11) 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の発展、今後の展望、最新精神医学、16(2):133-140, 2011.
- 12) 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誌、20(1):45-52, 2011.

## 2. 学会発表

- 1) 林俊秀：うつ病リワーク研究会の調査からみたプログラムの発展と現状. 日本うつ病学会シンポジウム「リワークプログラムの将来的な課題～質の担保と標準化～」, 2013.

K. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## L. 文献

- 1) 五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況に関する調査、厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成20年度総括分担研究報告書：43-91, 2009.
- 2) 五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究、厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成21年度総括分担研究報告書：85-100, 2010.
- 3) 五十嵐良雄、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、厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成22年度総括分担研究報告書：49-76, 2011.

- 4) 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）平成23年度総括分担研究報告書：47-70, 2012.

- 5) 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、平成24年度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）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, 117-156, 2013.

平成23年度精神保健福祉資料；厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」研究班

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]）  
総合研究報告書

うつ病患者の通常診療下における職場復帰後継続率と  
復職成功予測因子及びそのバイオリジカルマーカーの探索

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：われわれの調査では休職したうつ病患者に通常の薬物療法や支持的精神療法などの治療的な介入を行い、復職判定を行うと6か月以上復職が継続できた人はわずか4割程度、しかも2割の患者は1か月以内に再休職することが明らかになった。そこで精神科医が復職判定する時に精神症状、社会適応度の自己評価尺度（SASS）、さらにいくつかの認知機能評価を行い、復職判定に用いる生物学的な指標を明らかにすることを目的に研究を行った。その結果、復職判定時の精神症状や認知機能検査では、何ら復職継続の指標となる認知機能検査は見いだせなかった。但し、復職準備性評価シート（秋山）では、活動性の多寡、家族との交流度などは復職継続の指標となりうるということが明らかになった。さらにSASSでは、仕事の裁量権を有する人は復職継続ができる傾向を示した。したがって、今回の研究では、通常の外来治療では復職継続は非常に困難であること。そして、復職継続の指標となる生物学的な指標は見だせなかったので、今後はアクトグラムを用いた客観的な生活リズムやモノアミンの代謝産物、他のサイトカインの動向などを測定して復職判定を効率的に行う生物学的な指標を見出したいと考えている。

A. 研究目的

うつ病治療において職場復帰は重要であるが、通常診療下での復職継続率は明らかにされていない。本研究の目的は、通常診療下での職場復帰継続率を調査し、復職成功予測因子とそのバイオリジカルマーカーを検索することである。

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。対象患者に対して、HAM-D、SASS-J、Verbal Fluency Test、N-back、CPTを用いた。復職6ヶ月の時点で復職継続している群を復職成功群、脱落した群を復職失敗群と定

義した。また復職決定時に血中BDNF値を測定しその両群を比較検討した。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

復職2年の時点での復職継続率は27.5%

復職後1ヶ月以内に約2割の患者が脱落した。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。

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

通常診療科での復職継続率は低く、特に早期の脱落が多い。復職成功時の活動性の評価が復職予測するかもしれないが、現時点では血中 BDNF 濃度からは復職予測は難しい。

#### E. 結論

現在の通常うつ病治療では復職2年間で3割弱の勤労者しか復職に成功しない。また、復職早期の脱落も多い点も着目すべきである。復職決定時の精神症状からは復職継続を予測できないが、復職決定時に活動性が保たれているほど復職が成功するかもしれない。

現時点で復職成功を予測できるような生物学的な予測因子は明らかではないが、今後多種類のサイトカインやアクチグラムなどを用いて多方面からの検索を行っていきたいと考えている。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

堀 輝、香月あすか、守田義平、吉村玲児、中村純：うつ病勤労者の復職成功者と復職失敗者の差異の検討、精神科治療学 28(8)1063-1066, 2013

Okuno K, Yoshimura R, Ueda N, et al., 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

##### 2. 学会発表

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

堀輝、香月あすか、守田義平、吉村玲児、中村純：復職うつ病勤労者の2年間の復職継続率と休職に至る勤労者の特徴 第10回日本うつ病学会 北九州

#### 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

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]）  
総合研究報告書

研究課題：気分障害患者の運転技能に関する検討

研究分担者：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 尾崎紀夫

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気分障害患者においても例外ではないが、精神疾患患者の運転事故に対する厳罰化や、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、①強い眠気を惹起する抗うつ薬の連続投与が運転技能に与える影響、続いて②うつ病が中高年者に多く、定年延長などの雇用形態の変化等、高齢化社会を迎えた背景において、加齢が運転技能に与える影響、以上を踏まえて、最終年では③うつ病患者の運転技能、について検討した。その結果、①鎮静系抗うつ薬は連続投与にて運転技能への影響が消失すること、②高齢者では十分な練習の上で運転技能を評価し、認知機能検査が運転技能を考える際にある程度有用であること、③社会復帰準備中のうつ病患者の運転技能は、健常対照群と比較して有意に低下していないこと、を明確にした。今後も検討を重ね、証左に基づいた気分障害患者の社会復帰・社会参画を促進させる方略を議論する必要がある。

#### A. 研究目的

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、特に職域に多いうつ病患者を念頭に、先ず、抗うつ薬の連続投与が運転技能、認知機能、脳活動性に与える影響を検討した。次に、うつ病が中高年者に多く、定年延長などの雇用形態の変化等、高齢化社会を迎えた背景において、加齢が運転技能に与える影響を検討した。最後に、これまでの研究成果を踏まえ、社会復帰準備中のうつ病患者の運転技能について検討を行った。

#### B. 研究方法

対象

患者群として、運転免許を有し、実際に運転歴を持つ、DSM-IV-TRにて大うつ病性障害



と診断された、社会復帰準備中にある者を対象とした。健常群として、運転免許を有し、実際に運転歴を持つ、精神科診断面接（SCID）にて精神疾患を有さないことを確認した者を対象とした。高齢者群はそのうち60歳以上とし、高齢者（軽度認知機能障害）群については、Clinical Dementia Ratingにて0.5に相当する記憶障害型の軽度認知障害者を対象とした。

#### 課題

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、車線維持課題、飛び出し課題の3課題を施行した。また、認知課題としては、CPT（持続的注意）、WCST（遂行機能）、N-Back test（作業記憶）、TMT（遂行機能、処理速度、視覚的注意）を、高齢者群に対してはWAIS-Rの下位項目である数唱課題（注意力）、Stroop test（遂行機能）、Clock Drawing Test（遂行機能、視空間認知）、立方体模写（視空間認知）を施行した。前頭葉活動性試験については、近赤外分光法（NIRS）にて言語流暢性課題実施中の前頭部の酸化型ヘモグロビン量の計測を行った。課題測定時の主観的眠気をStanford眠気尺度にて評価し、うつ症状については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。

#### 手続き

抗うつ薬の連続投与については、強い眠気を惹起する、ミルタザピン15mg、トラゾドン25mg、プラセボを用いた二重盲検交差法（Wash Out 期間は1週間以上）とした。就眠前の投与とし、薬物内服前、内服翌日、内服9日後の午前の時間帯において、課題を実施した。運転課題は、事前に十分に練習を行った上で試験を行った。

（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

##### ①抗うつ薬の連続投与が運転技能に与える影響

投与初期のミルタザピンは有意に車線維持技能に影響したが、連続投与では有意な影響が消失した。一方、連続投与時のミルタザピンは前頭葉活動性を増加させた。

##### ②加齢が運転技能に与える影響

高齢者では運転課題に対する有意な練習効果を認めた。また、追従走行技能において、正常加齢と病的加齢（軽度認知機能障害）では、異なる影響様相を呈し、追従走行課題成績は、遂行機能を評価する認知機能検査（TMT、Stroop test）にてある程度予測可能であることを示唆した。

##### ③うつ病患者の運転技能に関する検討

社会復帰準備中のうつ病患者の運転技能は、健常対照群と有意に異ならなかった。また、運転技能は、うつ症状の症状評価尺度得点と関連せず、使用する抗うつ薬間で異ならなかった。

#### D. 考察

ミルタザピンなどの鎮静系抗うつ薬であっても、慎重かつ適切な使用により、運転を含めた日常業務遂行など、うつ病患者の社会復帰を妨げないことが示唆される。また、抗うつ薬は脳活動性に影響し、抗うつ薬の種類により異なることが確認された。効果と安全性の双方を考慮し、抗うつ薬の特性を熟知した上で、適切な抗うつ薬治療を行うことが重要であると考えられた。

高齢者の運転技能評価においては、十分な練習を行った上で施行する必要性が示唆された。また、加齢が運転技能に与える影響を運転シミュレータのみから予測することは困難であることが示唆されたが、遂行機能に関する認知機能検査は、机上の運転技能の評価としては有望であることが示唆された。

社会復帰準備中のうつ病患者では、残遺症状や残遺認知機能障害があっても、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。うつ病患者において、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される。

## E. 結論

本研究により、鎮静系抗うつ薬は連続投与にて運転技能への影響が消失すること、高齢者においては十分な練習の上で運転技能を評価し、認知機能検査が運転技能を考える際にある程度有用であること、社会復帰準備中のうつ病患者の運転技能は、健常対照群と比較して有意に低下しておらず、社会復帰の在り方を議論する余地があることが示唆された。

## F. 研究発表

### 1. 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

・ Tamaji A, Iwamoto K, Kawamura Y, Takahashi M, Ebe K, Kawano N, Kunimoto S, Aleksic B, Noda Y, Ozaki N: Differential effects of diazepam, tandospirone, and paroxetine on plasma brain-derived neurotrophic factor level under mental stress. *Hum Psychopharmacol* 27 (3): 329-33, 2012

・ Kikuchi T, Iwamoto K, Sasada K, Aleksic B, Yoshida K, Ozaki N: Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in Japanese schizophrenic patients taking antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 37 (1): 26-32, 2012

・ Kawano N, Iwamoto K, Ebe K, Suzuki Y, Hasegawa J, Ukai K, Umegaki H, Iidaka T, Ozaki N: Effects of mild cognitive impairment on driving performance in older drivers. *J Am Geriatr Soc* 60 (7): 1379-81, 2012

・ Kawano N, Iwamoto K, Ebe K, Aleksic B, Noda A, Umegaki H, Kuzuya M, Iidaka T, Ozaki N: Slower adaptation to driving simula-

tor and simulator sickness in older adults. *Ag-ing Clin Exp Res* 24 (3): 285-9, 2012

・Hagikura M, Iwamoto K, Aleksic B, Ozaki N: What is a rational antidepressant treatment for major depression in patients with Parkinson's disease? *Psychiatry Clin Neurosci* 66 (5): 463, 2012

・Kikuchi T, Iwamoto K, Sasada K, Aleksic B, Yoshida K, Ozaki N: Reliability and validity of a new sexual function questionnaire (Nagoya Sexual Function Questionnaire) for schizophrenic patients taking antipsychotics. *Hum Psychopharmacol* 26 300-06, 2011

## 2. 学会発表

・河野 直, 岩本 邦, 大川 佳, 西口 祐, 江部 和, 入谷 修, 尾崎 紀: 高齢ドライバーの認知機能低下と運転技能 ドライビング・シミュレーターを用いた検討. 老年社会科学 2013

・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

・河野直子, 岩本邦弘, 江部和俊, 鈴木裕介, 長谷川潤, 梅垣宏行, 飯高哲也, 尾崎紀夫: 高齢ドライバーにおける記憶障害型 MCI が運転技能に及ぼす影響. 第5回運転と認知機能研究会 東京, 2012

・岩本邦弘, 河野直子, 幸村州洋, 笹田和見, 山本真江里, 江部和俊, 野田幸裕, 尾崎紀夫: 低用量ミルタザピンが客観的・主観的鎮静に与える影響

Effects of low-dose mirtazapine on objective and subjective sedation in healthy volunteers. 臨床精神神経薬理学会 2012

・宮田聖子, 野田朋子, 本多久美子, 岩本邦弘, 尾崎紀夫: 加速度センサー内蔵歩数計による睡眠・覚醒リズム評価の検討. 日本睡眠学会第37回定期学術集会 パシフィコ横浜, 2012

・宮田聖子, 野田明子, 奥田将人, 岩本邦弘, 尾崎紀夫: 高齢者における睡眠・睡眠呼吸障害と認知機能との関連. 第48回睡眠呼吸障害研究会 東京, 2012

・菊池勤, 岩本邦弘, 尾崎紀夫: 抗精神病薬治療下の統合失調症における新規性機能関連質問紙法: 名大版 (Nagoya Sexual Function Questionnaire\*NSFQ) の作成と、同質問紙法を用いた性機能障害および高プロラクチン血症の実態調査. 第6回日本統合失調症学会 札幌, 2011

・菊池勤, 岩本邦弘, Aleksic B, 吉田契造, 笹田和見, 尾崎紀夫: 抗精神病薬内服中の日本人の統合失調症患者における、新規性機能関連質問紙法 (Nagoya Sexual Function Questionnaire: NSFQ) を用いた性機能障害と高プロラクチン血症の実態調査. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第41回日本神経精神薬理学会 合同年会 東京, 2011

・笹田和見, 幸村州洋, 河野直子, 岩本邦弘, 江部和俊, 野田幸裕, 尾崎紀夫: 抗うつ薬が前頭葉活動性に与える影響: 近赤外分光法 (NIRS) を用いた検討. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第41回日本神経精神薬理学会 合同年会 東京, 2011

・河野直子, 岩本邦弘, 幸村州洋, 笹田和見, 山本真江里, 鈴木裕介, 梅垣宏行, 飯高哲也, 尾崎紀夫: 加齢および軽度認知障害に伴う運転技能の変化 ドライビング・シミュレーターを用いた実験的検討. 認知症学会 2011

・幸村州洋, 片山寛人, 笹田和見, 河野直子, 岩本邦弘, 野田明子, 飯高哲也, 尾崎紀夫: 抗うつ薬が前頭葉活動性に与える影響: 近赤外分光法 (NIRS) を用いた検討. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第41回日本神経精神薬理

学会 合同年会 東京, 2011

G. 知的所有権の取得状況  
なし