

<p>9. 当連携に関連し 職場からどんな情報 が得られるか？</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>
<p>10. 費用</p>	<p>①保険診療 算定項目？ ()</p> <p>②自費 請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>	<p>①保険診療 算定項目？ ()</p> <p>②自費 請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>	<p>①保険診療 算定項目？ ()</p> <p>②自費 請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>

【ケース会議による連携】

II-問3. ケース会議による連携の有無について該当するものに○を付けて下さい

①ケース会議連携あり → II-問3-2△	②ケース会議連携なし → II-問4△ (11ページ目)
-----------------------	------------------------------



II-問3-2. 該当する項目に○を付け、設問7、10は記述もして下さい。

ケース会議による方法で複数のパターンがある場合は代表的なものを最大3つを頻度の高い順に左からご記入下さい。

	連携パターン①	連携パターン②	連携パターン③
1. 連携の時期	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他()	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他()	※いずれか1つを選択 ①リワーク開始前 ②リワーク開始時 ③リワーク参加中 ④復職前/復職時 ⑤復職後 ⑥その他()
2. 医療機関側担当	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ → 2-2△ ④その他 () ↓	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ → 2-2△ ④その他 () ↓	※複数回答可 ①主治医 ②リワーク担当医師 ③担当スタッフ → 2-2△ ④その他 () ↓
2-2. 担当スタッフの職種について	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 ()	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 ()	※複数回答可 ①看護師 ②保健師 ③精神保健福祉士 ④臨床心理士 ⑤作業療法士 ⑥心理士 ⑦その他 ()

3. 企業側 担当	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 ()	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 ()	※複数回答可 ①産業医 ②産業保健スタッフ ③人事労務担当 ④上司 ⑤その他 ()
4. 本人の 同意の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
5. 本人の 同席	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース	①同席する ②同席しない ③ケースバイケース
6. 場所	①クリニック ②職場 ③その他 ()	①クリニック ②職場 ③その他 ()	①クリニック ②職場 ③その他 ()
7. 所要時間	_____分 /回	_____分 /回	_____分 /回
8. 医療機関からの 情報提供内容は？	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 ()	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 ()	※複数回答可 ①現症 ②病名 ③服用薬 ④検査結果 ⑤治療内容 ⑥治療経過 ⑦本人の特性 ⑧評価表 (リワーク研究会書式) ⑨評価表 (リワーク研究会書式以外) ⑩今後の見通し ⑪業務への影響 ⑫配慮事項 ⑬担当窓口 ⑭その他 ()

<p>9. 当連携に関連し職場からどんな情報が得られるか？</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>	<p>※複数回答可</p> <p>①事業概要 ②職種 ③職務内容 ④職場環境 ⑤仕事ぶり ⑥対人交流 ⑦休職期間 ⑧休職中経済保障 ⑨復職時配慮内容 ⑩復職後配慮内容 ⑪担当窓口の確認 ⑫その他 ()</p>
<p>10. 費用</p>	<p>①保険診療算定項目？ ()</p> <p>②自費請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>	<p>①保険診療算定項目？ ()</p> <p>②自費請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>	<p>①保険診療算定項目？ ()</p> <p>②自費請求額は？ () 円</p> <p>③無料</p>

II-問4. それぞれ連携について課題、工夫がありましたらご記入下さい。

※なお、連携における標準化シートを作成し、研究会会員間における共有と診療報酬に向けた具体的提言に使用するため、各連携時に使用している書類一式を添付いただければ幸いです

※以上でアンケート終了となります。
ご協力いただきありがとうございました。

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

社会復帰準備期にある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：自動車運転死傷行為処罰法や改正道路交通法が施行され、精神障害や薬剤による影響と判断された交通事故や虚偽申告が厳罰の対象となっている。こうした一連の厳罰化の流れに加え、大多数の向精神薬の添付文書には服用中の運転中止が明記されている。向精神薬は再発予防効果を有し、社会復帰後も継続服用が不可欠であるため、これら一律の規定は、病状の如何にかかわらず、服用中の運転中止を求めざるを得ない。一部の大都市を除けば、うつ病患者の社会生活に大きな支障が生じているのが現状である。しかしながら、厳罰化や添付文書記載を裏付ける実証的データは乏しく、十分な証左がないまま議論されているのが現状である。そこで、本研究では、治療中で社会復帰準備期にあるうつ病患者の運転技能を検討し、健常者との比較を試みた。対象は、運転歴のあるうつ病患者68名と、性と年齢をマッチさせた健常者67名であり、うつ病患者の多くは寛解していた。運転技能については、両群で統計学的有意に異ならなかったが、課題成績のばらつきが大きく、年間走行距離が有意に影響していた。運転技能、認知機能、症状評価尺度について重回帰分析を行ったが、認知機能や症状評価尺度は十分な予測指標とはならなかった。運転課題の中でも、追従走行課題にばらつきが大きく、その要因を検討したところ、社会適応度、年間走行距離、注意機能といった要因が関与することが示唆された。向精神薬は慢性投与下ではその影響は小さいことが示唆され、運転適性判断においては、一律の規定ではなく、複合的要因に配慮した総合的な判断が必要である。

A. 研究目的

うつ病患者の復職においては、安全安心に就労できることが必要不可欠であるが、病状が安定した後も、通勤や業務で利用する自動車運転の可否判断という難しい問題に直面する。その背景としては、自動車運転死傷行為処罰法や改正道路交通法が施行され、精神障害や薬剤による影響と判断された交通事故や虚偽申告が厳罰化されるという社会的背景に加え、大多数の向精神薬の添付文書が、服用中の運転中止を明記していることによる。向精神薬は再発予防効果を有し、社会復帰後も継続服用が不可欠であるため、これら一律の規定は、病状の如何にかか

わらず、服用中の運転中止を求めざるを得ない。一部の大都市を除けば、うつ病患者の就労や社会生活に大きな支障が生じているのが現状である。しかしながら、厳罰化や添付文書記載を裏付ける実証的データは乏しく、十分な証左がないまま議論されているのが現状である。

海外においてはいくつかの証左が存在し、うつ病や治療薬の交通事故リスクを算出する疫学研究と、実車走行や運転シミュレータを用いた実験的研究に大別される。疫学研究では、うつ病自体が明確なリスクであることを示す証左はなく、抗うつ薬と交通事故との関連を示す報告が存在する。従来は、三環系抗うつ薬のリスク

を述べるものが多かったが、近年では、新規抗うつ薬との関連も報告されている。しかしながら、病状や併用薬、服薬遵守、アルコールの影響など交絡因子が多く存在することから、抗うつ薬そのものが交通事故を引き起こすか否かは明確にできなかった。

一方、実験的研究では、健常者を対象に抗うつ薬を投与することにより、運転技能の変化を記述するものが多数存在するが、うつ病患者を対象とした検討は限られている。少数例の検討や、抗うつ薬単剤治療という設定、認知機能検査による運転適性の検証といった、実臨床下でのうつ病患者の運転技能を評価した検討はこれまで存在しなかった。そこで、本研究では、社会復帰準備期にあるうつ病患者の運転技能を検討し、健常者との比較を試みた。

B. 研究方法

対象

運転免許を有し、運転歴のあるうつ病患者68名 (41.6 ± 7.1 才、男女比62:6)と年齢と性をマッチさせた健常者67名であり、精神科診断面接(SCID)により精神疾患の有無を確認した。

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、Continuous Performance Test (CPT: 持続的注意)、Wisconsin Card Sorting Test (WCST: 遂行機能)、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。症状評価として、ハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)、ベック抑うつ質問票(BDI)、自記式社会適応度評価尺度(SASS)、Stanford

眠気尺度(SSS)を行い、その他、教育年数、運転歴、運転頻度、年間走行距離、処方薬を確認した。

(倫理面への配慮)

本研究は名古屋大学医学部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

うつ病患者群の多くが寛解しており、処方内容は、抗うつ薬単剤率64%、ベンゾジアゼピン併用率61%、抗精神病薬併用率33%であった。また、うつ病患者群は健常者群に比し、教育歴、運転頻度、年間走行距離、BDIが有意に低く、SASSが有意に高い結果であった。

運転課題においては、3課題のいずれについても両群で有意差はなかった。背景情報を考慮した共分散分析を行った所、追従走行課題のばらつきには年間走行距離が有意に影響していた($p < 0.05$)。認知機能は、WCSTのセットの維持困難がうつ病患者群で有意に低下していたが($p < 0.01$)、その他の認知課題については、両群で統計学的有意差は認めなかった。

うつ病患者群について、運転技能と背景情報、症状評価尺度、認知機能の関係を調べるため、相関分析を行ったところ、車線維持課題と年間走行距離($\rho = -0.30$, $p < 0.05$)、追従走行課題と年間走行距離($\rho = -0.33$, $p < 0.01$)、SASS($\rho = -0.33$, $p < 0.01$)およびTMT-A($\rho = 0.32$, $p < 0.05$)、飛び出し課題とCPT($r = -0.31$, $p < 0.05$)およびTMT-B($\rho = 0.34$, $p < 0.01$)において有意な関連を認めた。さらに、これら変数がうつ病患者群の運転技能を予測するかを検討するために重回帰分析を行ったところ、追従走行課題に対して年間走行距離が有意な影響を与えていたが(p

<0.01)、寄与率は低かった。

追従走行課題のばらつきの要因を検討したところ、処方薬の偏りはなく、SASS($p < 0.01$)、年間走行距離 ($p < 0.05$)、CPT ($p = 0.06$)、TMT-A ($p = 0.06$) が関与する可能性が示唆された。

D. 考察

うつ病患者の運転技能はばらつきがあるものの、健常者に比して有意な低下は確認されず、向精神薬の慢性投与は、運転技能に強く影響しない可能性が示唆された。これは、一律に規定されている、法律の厳罰化や添付文書記載に、議論の余地があることを示しており、証左に基づいた検討を行う上で、その基礎資料を提供した点で、社会的行政的な意義が大きいと考えられる。

また、病状が安定したうつ病患者の場合、運転課題のばらつきには診断の有無ではなく、病状や服薬上の指導が影響していると考えられる年間走行距離の少なさが影響していた。今後は、精神障害者全般での検討が必要である。

先行研究は、うつ病患者群の運転技能が健常統制群と比較し有意に低下していることを報告しているが、本研究の対象が、より病状が安定している群であることが影響した可能性がある。先行研究では、残遺症状の影響が示唆されているが、これは、ばらつきに影響した社会適応度と重なる可能性があり、評価の簡便性から、臨床上ある程度有用となるかもしれない。

うつ病患者の運転技能には、背景情報、症状評価尺度、認知機能の一部に弱い相関関係を認めたり、ばらつきに影響したが、運転技能を十分に予測する指標とはなり得ず、運転適性判断においては、複合的要因に配慮した総合的な判断が必要である。

E. 結論

社会復帰準備期のうつ病患者の運転技能は、健常者と比し低下していなかった。運転適性判断では、社会適応度はある程度参考になる可能性があるが、認知機能や症状評価は十分な予測指標とはならず、一律の規程ではなく、複合的要因に配慮した総合的な判断が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Miyata S, Noda A, Iwamoto K, Kawano N, Banno M, Tsuruta Y, Noda Y, Ozaki N: Impaired cortical oxygenation is related to mood disturbance resulting from three nights of sleep restriction. *Sleep and Biological Rhythms* 13 387–394, 2015
2. Miyata A, Iwamoto K, Kawano N, Kohmura K, Yamamoto M, Aleksic B, Ebe K, Noda A, Noda Y, Iritani S, Ozaki N: The effects of acute treatment with ramelteon, triazolam, and placebo on driving performance, cognitive function, and equilibrium function in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl)* 232 (12):2127–37, 2015
3. Tokura T, Kimura H, Ito M, Nagashima W, Sato N, Kimura Y, Arao M, Aleksic B, Yoshida K, Kurita K, Ozaki N: Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 78 (5): 495–8, 2015
4. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, Kubota C, Uno Y, Tamaji A, Hayakawa N, Furumura K, Shiino T, Morita T, Ishikawa N, Ohoka H,

Usui H, Banno N, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N: Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. Sci Rep 5 10520, 2015

2. 学会発表

1. 岩本邦弘, 宮田明美, 河野直子, 藤田潔, 横山太範, 秋山剛, 五十嵐良雄, 尾崎紀夫: うつ病患者の自動車運転技能は低下しているのか?, in 第12回日本うつ病学会総会. 東京・京王プラザホテル (東京都新宿区), 2015年
2. 尾崎紀夫: うつ病の回復・社会復帰を踏まえた治療, in 神経精神薬理生物学的精神医学会合同年会ランチオン, 2015
3. 尾崎紀夫: 職場復帰に備えて睡眠と覚醒を整える, in H27うつ病リワーク研究会セミナー. 東京, 2015

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

特記事項無し

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

文献レビュー

—復職支援に関する介入研究の文献的検討—

分担研究者	秋山 剛	N T T東日本関東病院精神神経科部長
研究協力者	長島 杏那	国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第三部
研究協力者	山口 創生	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰部
研究協力者	Peter Bernick	長崎大学障がい学生支援室
研究協力者	松本 聡子	N T T東日本関東病院
研究協力者	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
研究協力者	大木 洋子	メディカルケア虎ノ門
研究協力者	五十嵐 良雄	メディカルケア虎ノ門
研究協力者	酒井 佳永	跡見女子大学文学部臨床心理学科
研究協力者	Pedro de Moura	Department of Psychiatry and Mental Health, Santa Maria hospital, Lisbon, Portugal

研究要旨

気分障害により休職している患者の復職を支援するプログラムを実施している論文を検討し、介入内容や効果についてのエビデンスを統合する。また、介入の有効性への関与要因を検討した。1) 精神疾患を有して休職している企業社員を対象としている、2) 復職までの期間の短縮または復職後の就労継続を支援するための非薬物的介入を実施している、3) 通常治療群もしくは通常処遇群を設定している、4) アウトカムとして復職までの期間または復職後の就労継続を評価している、5) 研究デザインが無作為割付試験または準実験デザインである、6) 日本語あるいは英語で書かれている、を基準として、14本の論文が抽出され、そのうち4本が有効性を報告していた。①復職支援に関する介入研究は数が少なく、また研究が行われている地域が、限局、偏在している、②対象が男性、精神科施設での介入、24ヵ月以上の追跡調査が介入の有効性に関連している可能性があることが結論された。

研究目的

従来、精神疾患をもつ患者において、就労継続の困難、生産性の損失、早期退職などの問題が指摘されてきた（Lerner et al 2004, Karpansalo et al, 2005）。また気分障害患者の増加につれて、就労現場での支援が望まれており（Lerner and Henke, 2008）、精神疾患のために休職している人の復職困難、復職後の再発の問題が指摘

されている（Reis, 2011; Grande et al, 2012; Ervasti et al, 2014）。精神疾患をもつ患者が病気により職場を休職している間に、復職を目指して実施するリハビリテーションの1つに、リワークプログラムがあり、日本においては約190箇所を超える医療機関で実施されている。これまでに、リワークプログラムの評価は、個々の研究や報告があるものの（金子ら、2010; 五十

嵐, 2012), それらをまとめた報告はみられない。また他国における復職支援については、日本において実情が知られておらず、どのようなリハビリテーションやプログラムが実施されているかは知られていない。そこで本研究では、気分障害により休職している患者の復職を支援するプログラムを実施している論文を検討し、介入内容や効果についてのエビデンスを統合する。また、介入の有効性への関与要因を検討する。

研究方法

1. 選定基準

本研究における選定基準は、1) 精神疾患を有して休職している企業社員を対象としていること、2) 復職までの期間の短縮または復職後の就労継続を支援するための非薬物的介入を実施していること、3) 通常治療群もしくは通常処遇群を設定していること、4) アウトカムとして復職までの期間または復職後の就労継続を評価していること、5) 研究デザインが無作為割付試験または準実験デザインであること、6) 日本語あるいは英語で書かれている研究であることであった。1) ~ 6) のすべてを満たす研究を本研究の対象とした。

2. 選定手順

選定基準に合致したキーワードを用いて、5つの学術データベース (Medline, Cochrane, Web of science, PsychoInfo, 医中誌:最終アクセス日時2013年2月19日) で、関連する研究を検索した。また、検索した論文の文献リストから、関連する論文を探し出した。2名の著者 (TA, AN) がそれぞれに題名と抄録を照査し、検索された論文をスクリーニングした後、選定基準に合わない論文を除外した。2人のうち、どちらかが関連する論文については全文を入手した。全文を入手した論文について

対象研究となるか2名の著者がそれぞれ独立して判断した。2名の意見が不一致だった場合には、合議の上、最終的な対象研究を選定した。

3. データの抽出と研究の質の評価

選定した論文から、研究実施国、対象者数、対象者の平均年齢、性差、対象としている精神科診断名、介入実施機関、介入内容、評価項目、追跡期間のデータを抽出し、それぞれの論文における研究方法の評価を実施した。対象となった論文の研究の質の評価には、EPOC check listを使用し、2名の著者 (SY, AN) がそれぞれ独立に論文を評価した。評価した後、それぞれの結果を共に照合し、最終的な評価結果を決定した。

4. エビデンスの統合

選定した論文のうち、介入効果があった論文と介入効果がなかった論文の2群に分け、抽出したデータを統計的処理に基づいて解析し、エビデンスを統合した。抽出したデータのうち、数量的データはt検定を実施し、質的データはカイ二乗検定を実施した。本研究では対象となる論文数が少ないため、統計的有意水準は10%に設定した。統計解析にはSPSS12.0 for Windowsを用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、発表された論文に関するレビューであり、倫理面への配慮は不要とされた。

研究結果

1. 対象論文の選定

それぞれの学術データベースで検索された論文のうち、重複して検索された論文1,810本を除外した9,100本が検索された。選定基準に合致する研究を照査した結果、RCT11本、CBA3本が本研究の対象となった (表1)。表1では、介入が有効であったと報告していたものを、

*印で示している。

2. 有効性を報告していた論文の特徴

選定した論文14本のうち、介入効果のあった論文は4本であった。介入の有効性への関与要因を検討するため、対象者数、対象者の平均年齢、性差について、介入効果のあった論文となかった論文で2群を比較した。その結果、介入効果のあった論文において、男性の比率が有意に高かった ($t=2.55$, $p=.025$)。精神科診断において気分障害であるかないか、介入実施機関において精神科での介入であるかないか、介入内容において作業療法を含んでいるかいないか、評価項目として就労継続性の調査を実施しているかいないか、追跡期間として24ヵ月以上か未満かについて、介入効果のあった論文となかった論文で2群を比較した結果、介入効果のあった論文において、精神科での介入が有意に多く ($\chi^2=5.92$, $p=.015$)、追跡期間が24ヵ月以上の論文が有意に多かった ($\chi^2=5.83$, $p=.016$)。また、介入効果のあった論文において、気分障害を対象としている論文が有意に多い傾向があり ($\chi^2=2.72$, $p=.099$)、介入内容に作業療法を含んでいる論文が有意に多い傾向にあった ($\chi^2=2.72$, $p=.099$) (表2)。

考察

本研究の対象として確認された論文は14本に過ぎず、ヨーロッパ諸国と日本からしか報告がなく、11本はオランダで研究が行われていた。つまり、この分野における研究は、数がきわめて限られていると同時に、研究が行われている地域が非常に、限局、偏在している。今回レビューの対象とされた論文は数が少なく、エビデンスのレベルも高いとは言えない。介入の有効性についても、報告していた論文が4本と、少数である。こういった限界を前提として、介入の有効性について関連しているかもしれない要因をあげれば、対象が男性であること、精

神科施設での介入であること、介入終了後に24ヵ月以上追跡して調査していることがあげられた。また、気分障害を対象としていることや、作業療法を含む介入であることも介入効果の有効性に寄与する可能性が示唆された。

結論

- ①復職支援に関する介入研究は数が少なく、また研究が行われている地域が、限局、偏在している
- ②対象が男性、精神科施設での介入、24ヵ月以上の追跡調査が介入の有効性に関連している可能性がある。

*健康危険情報
なし

文献

1. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials*. 2007; 2(6): e26.
2. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(3): 223-9.
3. Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health*. 2007;

- 17(2):214–20.
4. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* 2008; 13(3): 214–31.
 5. Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2013; 70(4): 252–60.
 6. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol.* 2012; 17(2): 220–34.
 7. Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health.* 2009; 9: 372.
 8. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2013; 39(2): 144–54.
 9. Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *BMC Public Health.* 2006; 6: 69.
 10. Ohki Y, Igarashi Y. A study of effectiveness of rework program for patients on sick leave due to mental disorders. *Occupational Mental Health.* 2012; 20(4): 335–45.
 11. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009; 51(3): 305–12.
 12. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med.* 2007; 37(3): 351–62.
 13. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010; 6: 375–85.
 14. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med.* 2003; 60(6): 429–37.

研究発表

論文発表

なし

学会発表

- 1) Tsuyoshi Akiyama: Holistic recovery of workforce patients: Re-work. 5th World Congress of Asian Psychiatry. Fukuoka, Japan, 3.3-6, 2015.
- 2) Tsuyoshi Akiyama (Chairperson): Re-Work, holistic recovery and partnership. World Psychiatric Association Regional Congress and The Japanese Society of Psychiatry and Neurology 111th. Osaka, Japan, 6.4-6, 2015.
- 3) Tsuyoshi Akiyama (Chairperson): Effectiveness of Re-Work program: Recovery facilitation and relapse prevention for workplace. World Psychiatric Association International Congress. Bucharest, Romania, 6.24-27, 2015.
- 4) 秋山剛 (座長). 働く人への集団認知行動療法の活用について考える. 第12回日本うつ病学会総会・第15回日本認知療法学会総会. 東京, 7.17-19, 2015.
- 5) Tsuyoshi Akiyama: Holistic Recovery for Workforce: Concept and Practice of Re-Work. World Federation for Mental Health Regional Congress. Singapore, 10.1-3, 2015.
- 6) Tsuyoshi Akiyama (Chair): Re-work program: Recovery for the future: Theory and international applicability of re-work program. WPA international congress. Taiwan, 11.18-22, 2015.

知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 分析対象の論文一覧

著者 (年)	国名	調査人数 (介入群)	介入群の平均年齢(標準偏差)***	介入群の男性 (%)***	診断
van der Klink et al. (2003)*	オランダ	192 (109)	39 (8.0)	66	適応障害
Brouwers et al. (2006)	オランダ	194 (98)	40 (9.0)	40	軽症のストレス
Nystuen & Hagen (2006)	ノルウェー	103 (53)	38.4 (10.1)	24.4	心因性ストレス
Brouwers et al. (2007)	オランダ	194 (98)	39.4 (9.1)	41.8	軽症のストレス
Bakker et al. (2007)	オランダ	433 (227)	42.0 (8.8)	33	心因性ストレス
Schene et al. (2007)*	オランダ	62 (30)	46.6 (7.4)	50	気分障害
de Vente et al. (2008)	オランダ	82 (56)	41.6 (9.9)	58.9	軽症のストレス
Lander, Friche et al. (2009)	デンマーク	161 (72)	42.9 (8.6)	19.4	心因性ストレス
Rebergen, Bruinvels, Bezemer et al. (2009)	オランダ	240 (125)	38.8 (8.4)	51.2	軽症のストレス
van der Feltz-Cornelis et al. (2010)	オランダ	60 (29)	42 (NR**)	48	軽症のストレス
Ohki & Igarashi (2012)*	日本	90 (45)	37.2 (7.8)	86.7	気分障害
Lagerveld et al. (2012)*	オランダ	168 (89)	40.7 (9.9)	46	軽症のストレス
Hees et al. (2013)	オランダ	117 (39)	43.8 (9.0)	53	気分障害
Noordik et al. (2013)	オランダ	160 (75)	44.9 (9.8)	24.3	軽症のストレス

*介入が有意に効果的だった論文

**NR: 論文内に記載なし

***年齢、性別における数字の表記(整数・少数)は、原文の表記に従っている。

ピンク→変更箇所アリ(小さい字句の修正含む) みどり→質問・コメント

変更点 2015/3/12時点

①AgeとMale sex (%) 整数と小数点1桁が混在している件、Talbeで原文からの引用である旨、一言加筆。テーブルの値に関する一言を加筆"Values for age and sex list both whole and decimal numbers; these differences reflect reporting style differences contained in the original studies."

②Lagerveld et al. (2012)*のsample sizeのSDを加筆

表1. 分析対象の論文一覧 (続き)

著者 (年)	領域	介入内容	評価項目	追跡期間
van der Klink et al. (2003)*	非精神科	問題解決	休職期間、復職後の再発までの期間	12ヶ月
Brouwers et al. (2006)	非精神科	問題解決	休職期間	18ヶ月
Nystuen & Hagen (2006)	非精神科	問題解決	休職期間	12ヶ月
Brouwers et al. (2007)	非精神科	問題解決	休職期間	18ヶ月
Bakker et al. (2007)	非精神科	心理教育と問題解決	休職期間、復職後少なくとも4週間以上再発せずに勤務できていた期間	12ヶ月
Schene et al. (2007)*	精神科	作業療法	復職までの期間、復職後の勤務時間や勤務割合	42ヶ月
de Vente, W., Kamphuis et al. (2008)	非精神科	認知行動療法	休職期間	10ヶ月
Lander, Friche et al. (2009)	非精神科	心理教育	休職期間	17ヶ月
Rebergen, Bruinvels, Bezemer et al. (2009)	非精神科	問題解決	休職期間	12ヶ月
van der Feltz-Cornelis et al. (2010)	非精神科	問題解決	休職期間	6ヶ月
Ohki & Igarashi (2012)*	精神科	リワークプログラム	復職後の勤務継続期間	60ヶ月
Lagerveld et al. (2012)*	精神科	認知行動療法	休職期間	12ヶ月
Hees et al. (2013)	精神科	作業療法	休職期間	18ヶ月
Noordik et al. (2013)	非精神科	暴露療法	休職期間	12ヶ月

*介入が有意に効果的であった論文

表2. 介入効果に関わる評価項目

	効果あり		効果なし		<i>p</i> value
	M	SD	M	SD	
調査人数	88	(63.4)	87.2	(57.2)	0.98
年齢	40.8	(4.1)	41.4	(2.2)	0.71
男性	62.2 % (18.5)		39.5 % (13.7)		0.03
	効果あり		効果なし		<i>p</i> value
復職後の再休職／再発までの期間を調査している論文の数	3/4		0/10		0.002
精神科領域	3/4		1/10		0.015
追跡期間 ≥ 24 months	2/4		0/10		0.016
気分障害	2/4		1/10		0.099
OT* を含む	2/4		1/10		0.099

*OT = 作業療法

再休職状況の把握

分担研究者	秋山 剛	N T T東日本関東病院精神神経科
研究協力者	有馬秀晃	品川駅前メンタルクリニック
	黒木宣夫	東邦大学医学部佐倉病院
	大谷 真	東京大学医学部付属病院 心療内科
	奥山 真司	トヨタ自動車株式会社
	田村 隆	日産車体株式会社
	竹内 理恵	富士ゼロックス総合教育研究所
	長島杏那	国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第三部 上智大学大学院総合人間科学研究科心理学専攻
	遠藤 彩子	N T T東日本関東病院

研究要旨

復職後、精神症状が再発、再燃し、再休職にいたる事例がある。再休職にいたる状況を把握するための研究方法は、現在のところ確立していない。本研究では、再休職時にどのようなストレス要因が発生していたのか、また上司や職場がどのような対応を行っており、その対応が社員本人にどのように受け取られているのかを把握するための業務内外ストレスシート、上司の対応調査シートの改訂案を作成した。職場ストレスに関する項目があまり多数では、かえって回答の信頼性が低下するおそれがあるので、今回改訂された資料についてさらに検討を加え、「精神障害の労災認定基準 平成23年12月」の項目の集約化を妥当な形で進める必要があると考えられる。今回改訂された上司や職場の対応調査シートによって、上司や職場が常にとった方がよい行動、常にとらない方がよい行動、状況によって使い分ける必要がある行動が明らかにできることが望まれる。

研究目的

復職後、精神症状が再発、再燃し、再休職にいたる事例がある。再休職にいたる状況を把握するための研究方法は、現在のところ確立していない。本研究では、再休職時にどのようなストレス要因が発生していたのか、また上司や職場がどのような対応を行っており、その対応が社員本人にどのように受け取られているのかを把握するための業務内外ストレスシート、上司の対応調査シートの作成を最終目的としてい

る。今年度は、昨年度作成された原案に基づいて、エキスパートコンセンサスによる資料の改訂を行うことを目的とした。

研究方法

厚生労働省の「精神障害の労災認定基準 平成23年12月」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/dl/120215-01.pdf>) および、これまでに発表されている知見 (Johnstonら 2015、Munirら 2012、Lemieux

ら 2011、塩崎ら 2010、井上ら 2010、原口ら 2009) に基づいて、再発時のストレス状況を確認するシートの原案が昨年度作成されていた。今年度は、リワーク、産業精神保健、発達障害の専門家からの情報収集に基づいて、業務内外ストレスシート、上司の対応調査シートの改訂を行った。

(倫理面への配慮)

本研究では調査研究は行っていない。

研究結果

資料1が、業務内外ストレスシートの改訂案である。「精神障害の労災認定基準 平成23年12月」は、内容が網羅的に多項目にわたっており、将来使用する調査シートとしては、項目を選択、統合する必要があると考えられている。そのため、このシートでは、回答者に各項目の妥当性を尋ねる形式としている。

資料2が上司や職場の対応調査シートである。対応については、行われている場合と行われていない場合があり、かつ行われている場合の受け取られる方について回答を得る必要があるために、なるべく分かりやすい形式とした。

考察

ストレス要因については、起こる可能性があるものは、非常に多岐にわたる。しかし、将来再休職状況を把握する調査を行う場合には、あまりにも多岐にわたる調査項目では、かえって回答の信頼性が低下するおそれがある。そのため、「精神障害の労災認定基準 平成23年12月」の項目の集約化を進める必要性が議論の中で指摘された。今回改訂された資料についてさらに検討を加える必要があると思われる。

業務内外ストレスシートは、「上司や職場の対応」に関する項目も含んでいる。これらの中には、「違法行為の強要」「退職の強要」といっ

た、違法行為に属する行われることがあってはならない項目、「研修、会議への参加の強要」「早期退職制度の対象になる」など、避けることが望ましいが、違法とまでは言えない項目、「ノルマの未達成」「新規事業の担当」など、通常の業務状況でも発生しうるものに分類される。これらを勘案して、調査シートをさらに改訂した方がよいかもしれない。

資料2の上司や職場の対応調査シートについては、「手続きの説明」「情報伝達時の本人の承認の確認」のように行うことが常時望ましいと思われるもの、「上司の怒り、説教」というように常時望ましくないとと思われるもののほか、「仕事以外の話し」「配置転換」のように、好ましい結果に結びつくかどうかは、状況によると思われるものがある。この調査シートによって、上司や職場が常にとった方がよい行動、常にとらない方がよい行動、状況によって使い分ける必要がある行動が明らかにできればと考えている。

結論

業務内外ストレスシート、上司や職場の対応調査シートの改訂案が作成された。業務内外ストレスシートについては、項目を集約できる可能性について検討する必要がある。

*健康危険情報

なし

参考文献

- Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work : A mixed-methods study. J Occup Rehabil. 2015; 25: 3-11.
- Munir F, Yarker J, Hicks B, Donaldson-Feilder

E. Returning employees back to work : Developing a measure for supervisors to support return to Work (SSRW). J Occup Rehabil, 2012 ; 22 : 196-208.

Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. J Occup Rehabil, 2011 ; 21 : 293-303.

塩崎一昌, 池田英二, 池田東香, 平安良雄.

精神疾患の復職支援要因の分析—地方公務員復職者に対するアンケート調査の結果—, 精神医学 2010 ; 52 (12), 1181-1190.

井上 都, 安部 猛, 宮崎彰吾, 萩原明人.

症例報告に基づくうつ症状を呈するホワイトカラー従業員への復職支援の検討, 産業衛生学雑誌 2010 ; 52, 267-274.

原口 正, 清水栄司, 山内直人, 伊豫雅臣.

うつ病治療後に職場復帰が成功するための条件因子についてのアンケート調査, 産業医学ジャーナル 2009 ; 32 (6), 88-93.

研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

知的財産権の出願・登録状況

なし

資料 1

業務内外ストレスシート

復職してから今回休務するまでに、下記のような出来事・負担等がありましたか？
ストレスに関する項目に対して、なしの場合は0、ありの場合は1 と回答してください。

また、いくつかの項目をまとめて、分かりやすさ、あなたの場合だけでなく、一般にストレスとして関係する場合があると思うかについて質問しています。

【業務上のストレス】

- | | | | |
|---|----------------------|-----|-----|
| 1 | 重度の病氣やけがをした | 0なし | 1あり |
| 2 | 悲惨な事故や災害の体験もしくは目撃をした | 0なし | 1あり |

上記1～2の項目は分かりやすかったですか

- (1) 分かりにくかった (2) やや分かりにくかった (3) やや分かりやすかった (4) 分かりやすかった

特に分かりにくかった項目をあげてください（複数回答可）

上記1～2の項目が業務ストレスに関係する場合があると思いますか（あなたの場合だけでなく、一般に関係する場合があると思うか回答してください）

- (1) 思わない (2) やや思わない (3) やや思う (4) 思う

特に関係しそうな項目をあげてください（複数回答可）

- | | | | |
|----|--------------------------|-----|-----|
| 3 | 交通事故を起こした | 0なし | 1あり |
| 4 | 労働災害の発生に直接関与した | 0なし | 1あり |
| 5 | 会社の経営に影響する、重大な仕事のミスをおかした | 0なし | 1あり |
| 6 | 会社で起きた事故や事件について責任を問われた | 0なし | 1あり |
| 7 | ノルマが達成できなかった | 0なし | 1あり |
| 8 | 新規事業の担当になった | 0なし | 1あり |
| 9 | 会社の建て直しの担当になった | 0なし | 1あり |
| 10 | 違法行為を強要された | 0なし | 1あり |
| 11 | 自分が関係する仕事で多額の損失を出した | 0なし | 1あり |
| 12 | 顧客や取引先から無理な注文を受けた | 0なし | 1あり |
| 13 | 達成困難なノルマが課された | 0なし | 1あり |
| 14 | 顧客や取引先からクレームを受けた | 0なし | 1あり |