

## D. 考察

### I. 独自のプログラムについて

多様なプログラムが実施されていることが判明した。標準化プログラムではカバーしきれなかったニーズが存在していたことの表れであり、復職時に求められる内容が変化してきているようで、体力面の強化や作業姿勢を意識したプログラムなどがみられた。疾患や性別に着目して、うつ病・うつ状態だけではなく、双極性障害や発達障害を中心としたものがあったり、女性への支援に特化したプログラムが見られたりした。今後のリワークプログラム内容の検討および普及に参考となる。

### II. 実地調査で明らかとなった問題点

本研究による実地調査は、訪問という形を取り、調査担当者の所感として多く問題点を明らかにした。以下にいくつかの視点からまとめる。

- 経済面：集患に苦勞したり、設備に多大な費用を投じなければならないなど、独自プログラムの運営には経営的な負担を伴うことも明らかとなった。非常に狭いスペースの中でプログラムを実施している施設もあり、経済面での裏付けが必要であると考えられた。
- 人材面：院長など医師の主導で開始されたプログラムが多く、いずれも熱意と先進性を感じさせるプログラムであった。しかし、多忙な医師がプログラムの運営に深く関わることは実際には困難であり、現実には非常勤スタッフがプログラムの中核を担っている施設が多く、引き継ぎも十分に行われておらず、統合的な運営ができていないのではないかと不安を感じさせた。さらに深刻な問題は、調査させてもらった施設のスタッフがそのような状況に対し疑問を持っていなかったというところである。常勤が全くいないという施設もあり、上記の経済的な問題と同時に人材

育成も喫緊の課題であると分かった。

- 研究面：さまざまなプログラムは各々に魅力的であるが、エビデンスとなるようなデータを収集している施設はほとんどなかった。人材不足の中、データを取る余裕がないことも予想されるが、研究方法自体を十分に理解していない可能性も考えられる。今後のうつ病リワーク研究会などのバックアップが期待される。
- 医療面：本研究を通じて観察された最も深刻な事態としては、復職準備性の評価や、再休職予防などのリワークプログラムの本質とも思われることが現場で軽視されていることであった。医療リワークであるならば、一定の段階を経て進み、ある程度の枠組が存在し、心理教育・疾病教育、職場との連携、各種の評価、効果の測定などが行われているのであるが、それらがほとんどなされていない施設もあった。再休職が予想される場合の積極的な介入などもなく、突然復帰すると言ったら復帰させてしまっている施設もあった。少ないながらも独自性があると思うものについて実際に見学に行ってみたが、基本的な医療リワークが全くできていない施設もあり、独自プログラムを実施する以前の基本的な課題があるのではないかと思われた施設も存在した。

## E. 結論

本研究を通じて、独自に工夫されたプログラムが誕生した背景などが明らかになった。プログラムの内容は、今後のリワークプログラムの開発・普及に参考となるものであった。

一方、実地調査からは、経済面、人材面、研究面、医療面での問題や課題が明らかになった。最終年度となる3年度目は本研究で明らかになった問題点に焦点をあてて、リワークプログラムの標準化を更に深化させ、リワークプログ

ラムを安定して続けていくためのガイドライン  
となる書籍の発行を目指す。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会報告 なし

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 なし

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

発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化

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	吉田友子	ベック研究所
	福田真也	あつぎ心療クリニック
	尾崎紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学
	神尾陽子	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	高橋秀俊	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	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

研究要旨

発達障害の診断基準を満たさないが、発達障害の特徴を有し、対人関係に障害がある者が、就労後職場での適応や業務の遂行に困難を来し、二次障害としてうつ状態を呈し、休職に至る事例が存在する。本研究は、発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援について、既にこういった対象を受け入れ支援を行っているリワークプログラムのスタッフおよび発達障害の専門家から情報収集を行うことを目的とした。リワークプログラムについては、一般の患者と一緒にプログラムへの参加を原則とするが、対人関係における自己特性の理解やコミュニケーションスキルへの支援、発達障害に関する心理教育を別個に実施することが望ましいと思われる。また、WAISなどの心理検査の実施、多岐にわたる配慮、職場との情報共有、相互交流を進める、という方針が考えられる。発達障害の観点からは、連絡ノートによる書面での確認の活用、言葉遣い・声の大きさなどの調整、トラブル時の具体的提案、職場における担当者の決定、大まかな業務スケジュールの決定・伝達などの提案が得られた。今回の情報収集によって、次年度に、「発達障害の傾向がある利用者への対応に関するガイド」といった資料を作成することが可能になった。

研究目的

発達障害を有する人は、学業の成績が優秀でも就労には困難があり、特別の支援を必要とすることが指摘されている（Lorenzら2014、Riedelら2015）。

厚生労働省は発達障害の診断を満たす人の就労支援の必要性を認め、ハローワークにおける職業相談・職業紹介、障害者トライアル雇用奨励金、若年コミュニケーション能力要支援者就

職プログラム、地域障害者職業センターにおける職業リハビリテーション、職業能力開発関係、発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金、発達障害者の就労支援者育成事業、発達障害のある人の雇用管理マニュアルの作成などの事業を行っている（[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/koyou/shougaishakoyou/06d.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06d.html)）。

一方、発達障害の診断基準を満たさないが、

発達障害の特徴を有し、対人関係に障害がある者が、就労後職場での適応や業務の遂行に困難を来し、二次障害としてうつ状態を呈し、休職に至る事例が存在する。

本研究の目的は、昨年度行われた情報収集に基づいて、「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」を作成することである。

### 研究方法

①昨年度行われたリワークプログラムスタッフおよび発達障害の専門家からの情報収集に基づいて、分担研究者が、手引きの原案を作成した。

#### ②原案の改訂

発達障害の専門家からのフィードバックに基づいて、20回、原案の改訂を行なった。

(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、「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」の第20版である。手引き第20版は、①はじめに、②対象、③評価と目標の設定、④一般のプログラムへの参加、⑤個別面談の活用、⑥支援の要点、⑦診断についてのリワークプログラムの立場、⑧職場での処遇に関する助言、⑨職場とのその他の協働、⑩この手引きやリワークプログラムにできること、できないこと、という構成になっている。手引きでは「発達障害」についての、安易な過剰診断を戒めながら、支援策や本人ができる工夫について関係者になるべく具体的に理解できることを目指している。

### 考察

発達障害の特性は、連続的な分布をなしていると言われ、診断基準は満たさないが、若干発達障害的な特性を持っている人が存在すると考えられる。特性の程度が軽度であれば、その人

なりの暮らし方を学びトラブルを生じないまま生涯を終える場合もあるが、ぎりぎりの適応を保っていた人の中には、就職や配置転換といった環境の変化のために、適応困難が顕在化し、不安、うつ、対人関係ストレスなどが生じる場合がある。リワークプログラムは、症状が難治であったり、職場適応に困難がある人が参加することが多く、現在、医療施設で行われているリワークプログラムの参加者にはある程度の割合で、こういった人が含まれている。発達障害的な特性を持った人への支援は、うつ病、双極性障害といった「疾病」を持った人への支援と、考え方や対応に異なる点があり、リワークプログラムのスタッフが戸惑うことも多い。今回、発達障害的な特性を持つ人への、リワークプログラムにおける支援や職場への助言をより円滑に行なうことを目的に、手引きの作成を試みた。発達障害の特性の程度には個人差があり、リワークプログラムの支援力にもプログラムによる差がある。主治医、産業医や産業保健スタッフの発達障害への理解にも差があり、職場復帰に関する児童精神医学の専門家による具体的な助言が得られることは、あまりないであろう。このように困難と限界があふれている中で、この手引きだけで、すべての問題が解決するなどということは想定できない。ただ、現在ほとんど手がつけられていないこの分野における取り組みを、少しでも前に進めるための資料として手引きを作成した。次年度に有用性について検討する。

### 結論

「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」第20版が作成され、次年度に有用性の検証を行うことが可能になった。

\*健康危険情報  
なし

#### 参考文献

Lorenz T, Heinitz K: Aspergers---different, not less: occupational strengths and job interests of individuals with Asperger's Syndrome. PLoS One. 2014 Jun 20;9(6):e100358. doi: 10.1371/journal.pone.0100358.

Riedel A, Schröck C, Ebert D, Fangmeier T, Bubl E, Tebartz van Elst L: Well Educated Unemployed – On Education, Employment and Comorbidities in Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorders in Germany. Psychiatr Prax. 2015 Apr 17. [Epub ahead of print] PMID: 25891885

#### 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

## 能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き（第20案）

### 1. はじめに

リワークプログラム参加者の中には、自然な対人交流や会話、相手への配慮、思考や行動の柔軟さなどに、知能に見合わない大きな困難が示される人たちがみられると思います。これらの困難はさまざまな原因でもたらされますが、発達障害<sup>注</sup>など発達過程の遅れや偏りもこれらの困難を生じる原因の一つです。この手引きでは、対人コミュニケーション困難や思考・行動の柔軟性の乏しさの原因に、軽度の発達過程の遅れや偏りが想定される状況を「能力発達のばらつき」と表現します。リワークプログラム参加者の場合、「能力発達のばらつき」はあっても、発達障害とは診断されない場合が多いと思います。

能力発達のばらつきによる困難が現れる時期や状況には個人差があります。幼児期や学童期に問題が明らかになる場合もあれば、その人なりの暮らし方を学びトラブルを生じないまま生涯を終える場合もあります。暮らし方を工夫してぎりぎりの適応を保っていた人の中には、就職や配置転換といった環境の変化のために、能力発達のばらつきによる困難が顕在化し、不安、うつ、対人関係ストレスなどが生じる場合があります。

こういったストレスのために、休職になる場合があるので、リワークプログラムの参加者には、能力発達のばらつきをもつ人たちがある程度の割合で存在しています。この手引きは、リワークプログラムのスタッフが、能力発達にばらつきがある人達のリワーク支援や職場への助言をより円滑に行なうことを目的に作成されています。この手引きを活用することによって、該当の人がリワークで困難を感じたり、他の参加者とトラブルになることも、ある程度回避できると思います。

注：発達障害とは生まれつきの特性で、「病気」とは異なります。発達障害はいくつかのタイプに分類されており、自閉症、アスペルガー症候群、注意欠如・多動性障害(ADHD)、学習障害、チック障害などが含まれます。これらは、生まれつき脳の一部の機能に障害があるという点が共通しています。同じ人に、いくつかのタイプの発達障害があることも珍しくなく、そのため、同じ障害がある人同士でもまったく似ていないように見えることがあります。個人差がとても大きいという点が、「発達障害」の特徴といえるかもしれません。

出典、厚生労働省「みんなのメンタルヘルス・発達障害とは

([http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease\\_develop.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_develop.html))」

## 2. 対象

この手引きは、能力発達のばらつきに配慮することが、職場復帰や定着に役立つ人々を広く対象としています。発達障害の診断を受けている人たちだけでなく、プログラム導入時点では診断を受けていない人たちや将来的にも発達障害の診断にはあたらないかもしれない人たちも対象としています。

能力発達のばらつきの現われ方はさまざまです。対人コミュニケーション能力の困難が、「人との関わりが乏しく孤立しがち」という形で示される人もいれば、「集団場面で一方的な発言が目立つ」「場の空気を読まずに仕切ろうとする」といった形で示される人もいます。どちらの場合でも、この手引きに記載した、職場で現実にかけていた困難に焦点をあてた目標設定や段階的な他者交流の設定などに関する支援は有用だと考えられます。また、この手引きを活用して有効な支援が見出せば、その情報は復帰後の職場適応にも役立つと思います。

以下について違和感のある言動がみられる参加者がいたら、この手引きに沿った対応を試してみてください。

- 人との関わり方や集団場面での振る舞いの乏しさや奇妙さ
- 会話のすれ違いや言語指示での思いがけない誤解や聞き落とし
- 「空気を読めない」「先が読めない」などの社会的な勘のわるさ
- 切り替え・応用の苦手やこだわり
- 感覚過敏や極端な不器用
- 「聞きながら書く」など2つ以上の行為や活動を同時に行うのが極端に苦手

## 3. 評価と目標の設定

能力発達のばらつきが疑われる場合は、より詳細な評価にもとづく目標設定が必要となります。

### ① 職場での状況の聞き取り

能力発達のばらつきが疑われた時点で、職場でどのような困難があって休職にいたったのか、なるべく具体的、詳細に聞き取りを行なってください。本人からだけでなく、可能であれば、本人の同席のもと、リワークプログラムのなるべく早い段階で、職場の人からも聞き取りを行うとよいでしょう。また、どこまでの取り組みをゴールとするかも、職場に関する具体的な聞き取りをもとに話し合うとよいでしょう。能力発達のばらつきがあると応用が苦手になるので、職場で現実にかけていた困難に焦点をあてて支援するほうが、復帰後の安定に役立つことが多いからです。

### ② 心理検査

能力発達のばらつきが疑われる参加者に対しては、ばらつきを把握するための WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)、本人が自覚している行動特徴を把握するための AQ-J (Autism Spectrum Quotient 日本語版) を施行すると、支援のポイントや目標設定の参考になるでしょう。

#### 4. 一般のプログラムへの参加

能力発達のばらつきはプログラム参加後に明らかになることが多いと思いますし、一般のリワークプログラムへの参加自体には、通常問題はありません。発達障害の診断を受けている場合でも、通常の職場への復帰をめざしているのであれば、評価や復帰後に向けた助言のために一般のプログラムへの参加は有益であると考えられます。

#### 5. 個別面談の活用

能力発達のばらつきがあると、集団内でのできごとや指導内容を適切に自分の行動に結びつけて理解することが困難なことがよくあります。この問題に対応するために

1. 個別面談でのフォローを併用してください。
2. 個別面談では、集団プログラム参加への困難について話を聞き、具体的な解決策について話し合ってください。
3. 「6. 支援の要点」で述べるようなことについて、個別面談で話し合っていたかとよいでしょう。

#### 6. 支援の要点

以下に、リワークプログラムでの支援や工夫の要点をあげます。こうした支援や工夫が有効かどうか個別面談で本人と確認し、有効なものについては、職場にもどってから、周囲に協力を求める、自分で工夫する、などについて検討するようアドバイスしましょう。

##### ① 見てわかる情報の提示

能力発達のばらつきがある人は、耳で聞いて情報を把握するのが不得意ですが、目から情報を取り込むのは得意な場合が多くあります。見て確認したり、読みだりできる資料を活用しましょう。ただし、不注意や読み書きに困難がある場合には、「全体の文字数・行数を減らす」「文字を大きくし、行間をあける」など読みやすいレイアウトにする工夫が必要です。

##### ② 手順の明確化

生真面目に目標を達成したいと思うことが多いのですが、同時に複数の作

業を行うことが困難なために業務が完了できない場合もあります。複数の作業指示を避け、「一つ一つ順々に行く」「話が終わってから作業を始めてもらう」など、混乱しないように配慮します。そして個別面談で、こうした対応が有効だということ在具体例をあげて、本人と共有しましょう。

### ③ 感覚過敏への対応

能力発達のばらつきと一緒に、感覚過敏がよくみられます。パソコンのちょっとした音でいらいらしたり、大声に不安や苦痛を感じたり、雑音で作業効率が低下したりします（聴覚）。また、眩しい光に過敏に反応したり、蛍光灯やLEDに苦痛を感じることもあります（視覚）。肩に触れて呼びかけられると強い不快や驚愕を生じたり、作業衣など特定の肌触りに痛みにも近い不快感をもつ人もいます（触覚）。煙草の残り香など弱い臭いでも気分が悪くなったり（嗅覚）、温度感覚にズレがあって平均的室温では体調不良や作業効率の著しい低下をきたす人もいます。感覚過敏が心身の不調を悪化させているのに、本人が感覚過敏と不調の関連に気づいていない場合もあります。これらについて本人と一緒に振り返りを行い、静かな環境での作業やサングラス着用での作業などの対策を試してみてください。リワークプログラムでの経験に基づいて、職場に戻ったときにどのように感覚過敏に対応できるかについて個別面談で話し合うとよいでしょう。

### ④ リワークプログラム内の行動への対応

「生真面目」「一本気」「ルール遵守」などが裏目に出て、「プログラムの手順や進行の順序にこだわる」「言い分を譲らない」「正しいことに過度にこだわる」などして、他の参加者とトラブルになる場合があります。こういう場合は、個別面談で、本人がそのような行動に至った理由を聞き、本人なりの理由や経緯を確認してください。次に、本人の行動に対して他者が感じることについて、図なども交えながら整理し、代わりにとれる行動や問題自体を避ける手段について、具体的に話し合ってください。「他の参加者が平穩にリワークプログラムに参加できる権利を損なう迷惑行為は許容されない」という原則は明確にする必要があります。リワークプログラム中でみられる他人には迷惑ととられてしまう行動への理解や対応を通じて、職場での行動についての気づきや修正につながればとてもよいと思います。

### ⑤ 段階的な他者交流の設定

一般のリワークプログラムの集団活動に本人の負担感が大きかったり他の参加者の不利益が大きい場合は、枠組みや役割の不明確な集団活動への参加は見

合わせ、問題や課題を絞り込んで整理する構造化されたプログラムの参加から始めることを、本人と相談してみてください。集団認知行動療法で気分、自動思考の理解やセルフアセスメント、アサーショントレーニング、会社の様々な状況を想定したロールプレイを行うとよいかもしれません。SSTも目的や作業を明確にし、成果をその場でフィードバックすれば、参加しやすいと思われます。職場でも復職当初は本人が得意な業務を中心にしてもらえれば、適応が円滑になる可能性があります。

#### ⑥ 他の社員への迷惑

他の社員の迷惑となる言動が見られていた場合には、「会社には、他の社員も快適に業務に従事できるよう配慮する義務があり、他の社員への健康に影響が及ぶことは会社の安全配慮義務の観点から許容されない」という原則を説明してください。本人と一緒に職場で生じていたことを振り返る際に、リワークプログラムの集団活動でみられた言動や対処方法を手がかりにすることが有効な場合もあります。迷惑行為については、「他の社員の迷惑になっていることに気づいていない」「自分の言動が会社に貢献すると誤解している」「他の社員の安心・快適よりも自分の理屈を優先させている」など、いくつかのパターンがあります。本人なりの理由を聞き取った上で、代わりにとれる行動や問題自体を避ける手段について個別面談で話しあってください。

### 7. 診断についてのリワークプログラムの立場

- ① ワークプログラムでの言動や心理検査で発達障害を疑わせる特徴がみられたとしても、それだけで発達障害の診断を行うことはできません。リワークプログラムの役割は「診断」ではありません。参加して復職を目指す人がリワークや職場でどのような特性や困難があるのかを把握し、それに対して支援を行うことがリワークの役割です。
- ② 発達障害の診断名は不正確な使われ方をすることがあって、本人や職場が誤解してしまうことがあります。確定していない診断名について本人や職場にコメントすることは避けましょう。リワークプログラムでは、医学的な診断名にこだわることなく、特性や困難への支援を行うようにしてください。診断確定や本人への告知は、詳細な情報収集に基づいて、主治医や専門医が行うべき役割であって、リワークプログラムのスタッフが行なってはいけません。もしも本人から「私は発達障害ではないですか？」と質問された場合は「診断については主治医や専門医とよく相談するようにしてください、ただリワークや職場で

の行動で、XXXXXX という特徴や困難がありますね」と具体的に伝えるようにしてください。

- ③リワークプログラムや職場での本人の言動の特徴や困難について、主治医にも報告してください。主治医が、本人や家族に助言をしやすくなるように、リワークプログラムで有効だった対応について具体的に伝えてください。有効な対応について情報が得られると、本人、家族、主治医にとって大きな助けとなるでしょう。

## 8. 職場での処遇に関する助言

能力発達のばらつきがある人が復職する際に、職場からリワークプログラムのスタッフに職場での処遇に関する助言を求められることがあります。この場合は、以下の点をポイントとしてください。

### ① 本人処遇のための情報共有

職場への助言の原則は、「本人への適切な処遇のために、本人の依頼を受けて職場と情報共有する」ということです。職場への助言は、本人にとってもメリットがあります。本人から情報提供の依頼を受け、職場に助言するという形をとってください。また、職場には、「適切な処遇を行うという目的のためだけに情報を使用する」ことを約束してもらってください。

### ② 休職に至った経緯について得られた情報のフィードバック

聞き取りやリワークプログラムの参加中の状況から把握された、休職に至る誘因となった作業上、対人関係上の困難について職場に説明してください。感覚過敏について、職場の人は気がついていないことが多いと思いますので、助言してください。感覚過敏やこだわりは不安や緊張が高いと悪化するので、以下に述べるような対応によって復帰後の職場での不安や緊張が軽減すれば、感覚過敏やこだわりも軽減する可能性があることも伝えてください。

### ③ 大まかな業務スケジュールの決定・伝達

大まかな業務スケジュールが分かっていると、こころの準備ができますので、可能な範囲で前もって本人に伝えてもらってください。業務スケジュールが視覚的に示されていると、変更が生じたときに、本人がスケジュールを書き直せるので対応がスムーズになります。

### ④ 指示だしの明確化

複数の指示に優先順位をつけたり、課題に並行して取り組んで、ほどほどのところで別の課題に切り替えるのが苦手な場合があります。取り組むべき課題の順番、課題を終結させる判断の基準を説明してもらえると、本人の作業効率があがると思われます。業務を行なう順番を明示した方がよい場合もあります。同僚や上司との話が終わってから業務を始めるなど、複数の業務を同時に行うことは避け、重要な業務から一つ一つ順々に行うように、指示してもらえると混乱が避けられます。

#### ⑤ 感覚過敏への対応

可能な場合には、音、光、温度などについて環境をコントロールしてもらえるとよいでしょう。また、本人が感覚過敏や苦痛を避けるための、色の付いたメガネ、調整可能な服装、完全遮音しない程度の耳栓などの使用は、職場の迷惑にならない限りは、承認してもらえるとよいと思います。

#### ⑥ 相談役

職場では、上司、先輩などを復職時の相談役にすることが多いと思います。誰に相談すればよいか決まっていると混乱が避けられます。本人が職場で困難を感じたり、周囲に理解しにくい行動・場にそぐわない行動を取ったりした場合、相談役が本人と話し合い、具体的な解決策を提案するとよいでしょう。

#### ⑦ 主治医への相談

①の本人処遇のための情報共有と同じように、主治医が上司や相談役への助言を与えることについて、復職時に本人から依頼を得ておくとういでしょう。能力発達にはばらつきがある人へのマネジメントには負荷が発生しますので、上司や相談役が専門家に相談できる体制があると、本人の職場適応にとってもプラスに働くと思われます。

#### ⑧ 診断名の取り扱いについて

先に述べたように診断は主治医や専門医の役割です。職場との話し合いで「診断」について問われても、「それは主治医や専門医に聞いて下さい、ただリワークの中では、このように困ったことがありました。それを考えると、職場での対人関係や作業ではこうするとよりうまくいかもしれません、またこのような状況や刺激に敏感なので、もしできればそれを改善してあげたらどうでしょうか」などと回答してください。職場の人は、通常発達障害について知識がありませんので、リワークスタッフが「発達障害の診断」

について云々することは避けてください。

## 9. 職場とのその他の協働

可能な場合は、職場と以下のような協働ができれば望ましいでしょう。

① 本人、治療スタッフ（主治医、リワークスタッフなど）、職場のキーパーソン（上長、人事担当者、産業保健スタッフ、社労士など）、家族（可能であれば）など関係者との合同面談を行い、リワークプログラムの中で役だった支援や工夫などについて伝え、職場にもどってから、周囲の協力が得られるか、本人の工夫を許容できるかについて情報を共有すると、本人の職場適応、定着に役立つと思います。

### ② 復職後のフォローや助言

リワークプログラムを行った施設（主治医、リワークスタッフなど）が、継続的な職場定着のために本人へのフォローや職場への助言を行うことができれば、望ましいでしょう。

## 10. この手引きやリワークプログラムにできること、できないこと

① リワークプログラムスタッフの働きかけで、自分の困難について理解し、これまでとは違う工夫ができる人は、この手引きなどを利用して、リワークプログラムで支援すれば、復職が達成されることが多いと思います。

② 特に、リワークプログラムで有効だった対応については、スタッフが一番よく分かります。この情報は、本人、家族、主治医、職場にとって貴重なものですから、是非伝えてください。

③ 能力発達のばらつきが強く、復職が達成されない場合は、発達障害の就労支援などのプログラムを紹介してください。

④ 職場が行える配慮には、職場ごとの違いがあります。これは、リワークプログラムによる支援の範囲を越えることで、やむをえません。

⑤ この手引き、リワークプログラムだけで、すべての問題が解決される訳ではありませんが、対象の方への支援の参考になればと考えています。

平成27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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））精神障害者の就労移行を促進するための研究

監修者

秋山 剛、吉田友子、福田真也

アドバイザー

神尾陽子、高橋秀俊、尾崎紀夫

作成日

平成28年3月24日

平成27年度厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）  
精神障害者の就労移行を促進するための研究（H27—精神—一般—002）

就労支援に取り組む精神科医療機関および就労移行支援事業所における就労支援プログラム  
新規利用者のナチュラルコース・コホート研究：ベースライン調査結果

研究分担者：○山口創生<sup>1)</sup>

研究協力者：水野雅之<sup>1)</sup>，佐藤さやか<sup>1)</sup>，堀尾奈都記<sup>1)2)</sup>，下平美智代<sup>3)</sup>，伊藤順一郎<sup>3)</sup>，藤井千代<sup>1)</sup>

- 1) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部
- 2) 東京大学大学院医学系研究科 公共健康科学専攻 精神保健学分野
- 3) メンタルヘルス診療所しっぽふあーれ

#### 研究要旨

目的：本研究は、援助付き雇用型支援を提供する機関における統合失調症の利用者を対象として、就労支援における効果的なサービス要素や就労アウトカムに影響する個人要因を検証することを目的とする。本稿では、進捗状況を報告するとともにベースライン調査の結果を報告する。

方法：援助付き雇用型支援を行う医療機関や地域の就労支援機関の新規利用者を対象に、12ヵ月の前向き調査を行う。アウトカム調査は、就労アウトカムや機能(Global Assessment of Functioning: GAF と Life Assessment Scale for the Mentally Ill: LASMI)、就労への動機付け(モチベーション尺度)、生活の質(SF-8)、心理的ウェルビーイング、利用者からみたスタッフのストレス志向性を包含する。また、プロセス調査として、支援の内容とその量(時間)をサービスコード票でモニタリングする。コストデータについても日本版クライアントサービス受給票(Client Service Receipt Inventory-Japanese version: CSRI-J)を用いて把握する。対象者のエントリー期間は、2014年12月1日から2015年11月30日までであった。また、各機関が提供する援助付き雇用型支援の質を評価するために、日本版個別援助付き雇用フィデリティ調査を実施した。本年度は初回(ベースライン調査)およびフィデリティ調査を完了した。

進捗：研究参加機関は5つの医療機関、13の地域就労支援機関の合計14機関(うち1機関は脱落)であった。13機関のフィデリティ得点の平均値は90.23(SD=12.18)であった。対象者は52名がエントリーした(3名が追跡不可になる可能性あり)。52名のうち、約7割(n=37)が男性であり、平均年齢は36.98歳(SD=8.51)であった。また、GAF得点の平均値は49.40(SD=11.96)であった。これらの数値は、過去の援助付き雇用に関する研究における対象者の数値と比較し、統計的な有意差はなかった。

#### A. 研究の背景と目的

精神障害者支援において、就労はリカバリーに関係する主要なアウトカムの一つである<sup>1)</sup>。

欧米における先行研究では、精神障害者の就労支援は、職業リハビリテーションと精神保健との統合モデルが効果的であるという知見が示さ

れている<sup>2)</sup>。その統合モデルのなかでも、individual placement and support (IPS) モデルは、雇用率の高さと就労継続についての顕著なエビデンスが蓄積されている<sup>3)</sup>。IPS モデルの特徴は、メンタルヘルスの専門家であるケースマネージャー (case manager : CMer) と就労支援担当者 (employment specialist : ES) がチームとなり、利用者に対してオフィス内支援ではなく、積極的にアウトリーチを行い、就職活動中から就労後の継続支援まで一貫したサービスを提供することにある<sup>4)</sup>。

我が国においても、無作為化比較試験 (randomised controlled trial : RCT) の結果、IPS モデルに準ずる援助付雇用型の支援は、従来支援群よりも高い就労率をもたらすことが明らかになっている<sup>5)</sup>。また、IPS モデルを基にした日本版個別援助付き雇用フィデリティ尺度の開発も進んでいる<sup>6)</sup>。臨床場面においも、IPS の概念は徐々に広がりを見せ、国内でも援助付き雇用型のサービスを提供する就労移行支援事業所や精神科デイケア、精神科訪問看護ステーション、assertive community treatment (ACT) チームなどが存在する<sup>6)</sup>。他方、援助付き雇用型支援のように国内で効果が実証された有用なサービスの普及の壁として、現在の制度との分離が指摘されている<sup>5)</sup>。今後、援助付き雇用型支援などの有効なサービスの社会実装や普及には、診療報酬制度や総合支援法における報酬対価の改正など、制度的な裏付けが不可欠である。現在まで、日本における IPS や援助付き雇用型支援に関する研究はフィデリティ調査などが中心であったが、行政的な課題に対応するためには、援助付き雇用型支援のなかで、実際のサービスをあり方や対象者像を検証する必要がある。そこで、本研究は、重い精神障害 (本研究では統合失調症) を抱える者を対象として、複数の尺度やツールを用いて、複合的なアウトカムやサービス提供量、コストを測定し、効果的

なサービスを模索することを目的とする。本研究におけるより具体的な目的は、下記に要約される；

- 1) 援助付き雇用型支援における ES と CMer のサービス提供量とサービス内容の検証、特にアウトリーチ型サービスの提供時間と就労アウトカムの関連の検証
- 2) 援助付き雇用型支援における就職や就職継続に影響する個人要因の検証
- 3) 援助付き雇用型支援におけるコストの検証

本研究は、2015年11月30日で対象者のリクルートが終了し、2015年2月で初回調査が終了した。よって、本報告では初回調査の結果の報告を主とする。

## B. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究の基本デザインは、ナチュラルコース・コホート研究であった。12ヵ月後のデータを収集後、フィデリティ得点で対象を2群にして、比較する予定である。

### 2. 研究参加機関と対象者

本研究は、精神障害者に対する就労サービス (保護／福祉的就労ではなく、利用者の一般企業での就職を目指す) を提供する機関のうち、IPS を志向する機関あるいは援助付き雇用型支援を実践する機関を対象とした。具体的には、これまでに日本版援助付き雇用フィデリティ調査を受けたことのある機関に研究協力の依頼をした。これらのうち、本研究の参加に承諾を得た機関を対象とした。

本研究の対象者のリクルートには4の導入基準を定めた；1) ICD-10 の F2 (統合失調症圏) の診断がある者、2) 年齢20歳以上60歳未満の者、3) 研究協力機関の就労支援を新規で

受ける利用者、4) 書面での同意を得られる者。これら4つの基準を全て満たす者を本研究の対象とした。本研究は、効果測定研究でないため、サンプルサイズの計算はせず、各機関から3～5名程度をエントリーし、合計50名を分析対象とすることを目標とした。

### 3. 手順

2014年12月1日から2015年11月30日までの間に、各研究参加機関の担当スタッフが導入基準に合う者全てに口頭および文章にて、調査の目的や内容、拒否する権利、拒否による不利益が生じないことなどを説明した。調査への参加に承諾した対象者からは、文書による同意書を得た。本研究は、国立精神神経・医療研究センターの倫理審査委員会にて審査を受け承認を得ている (No. A2014-078)。

文書による同意を得た対象者には、ベースライン調査の協力を依頼した。ベースライン調査の後、対象者は各機関の就労支援を受け始める。支援開始から3ヵ月後、6ヵ月後、12ヵ月後に追跡調査を実施した。

### 4. アウトカム

本研究は、包括的なアウトカム指標を用いた。研究に参加する機関には、調査の説明や尺度等の説明を含めた研修を実施した。以下に紹介する尺度に関して、観察評価を必要とする尺度等については、研修に参加した各機関の研究協力が評価を行った。

#### 1) Global Assessment of Functioning (GAF)

GAFは国際的に広く精神科領域で用いられている観察評価尺度で、患者の社会機能と精神症状の双方の観点から対象者の全般的機能を評価する<sup>7)</sup>。

#### 2) Life Assessment Scale for the Mentally Ill

#### (LASMI)

LASMIは社会的機能を測定する尺度であり、利用者をよく知るサービス提供者によって評価される観察評価尺度である。「日常生活」(12項目)、「対人関係」(13項目)、「労働または課題の遂行」(10項目)、「持続性・安定性」(2項目)、「自己認識」(3項目)構成され、各項目は4段階で評定される<sup>8)</sup>。点数が高いほど機能が低いと判定される。

#### 3) Motivation for competitive employment scale for persons with severe mental illness (MOCES)

MOCESは、Horioによって開発中の精神障害者における競争的雇用に関するモチベーションを測定する尺度である<sup>9)</sup>。4件法で本人が回答する自記式尺度である。本尺度の項目例として、「仕事をするのは楽しいと思うから」、「仕事をする事で、他の人と話す時間を増やしたい」、「経済的に自立した生活を送りたい」などがある。また、就職したい気持ちの強さとしては、「強くない」「あまり強くない」「やや強い」「強い」の中から該当する強さを選択するようになっている。

#### 4) Medical Outcome Study 8-Item Short-Form Health Survey (SF-8)

SF-8は健康関連の生活の質 (quality of life: QOL)を測定する尺度であり、「全般的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか」「過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか」などの8項目からなる自記式評価尺度である。5段階で評定される。点数が高いほど、QOLが高いと判断される<sup>10)</sup>。

#### 5) 心理的ウェルビーイング尺度：短縮版

心理的ウェルビーイング尺度は、RyffとKeysによって開発され<sup>11)</sup>、西田によって日本

語版とその短縮版が作成されている。この短縮版は6つの下位尺度からなる30項目の自記式尺度であり、各項目は5段階で評定される<sup>12,13)</sup>。

下位尺度はそれぞれ5項目ずつで構成され、「人格的成長」、「人生における目的」、「自律性」、「自己受容」、「環境制御力」、「積極的な他者関係」の6つである。点数が高いほど心理的ウェルビーイングが高いとみなされる。

#### 6) ストレングス志向性尺度：利用評価版

ストレングス志向性尺度は、利用者がスタッフの態度について評価する尺度で、10項目4段階評定である。項目例としては、「スタッフは、あなたがやってみたくて言ったことに「いいね」と言ってくれる」、「スタッフは、あなたのストレングスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる」などがある。点数が高いほど、利用者からみたスタッフのストレングス志向性が高いことを意味する<sup>14)</sup>。

### 5. コストおよびプロセスデータ

#### 1) クライアントサービス受給指票

クライアントサービス受給指票 (Client Service Receipt Inventory) は、精神障害者個人に費やさる社会的コストの計算のために開発された面接調査ツールである。CSRIで収集される情報には、福祉サービスの利用回数/時間、所得保障額、労働で得た収入などが含まれる<sup>15-17)</sup>。CSRIの日本語版 (Client Service Receipt Inventory - Japanese version: CSRI-J) は、日本の制度の実情に合わせて開発されたものであり、原版CSRI同様に利用したサービスだけでなく、雇用状況と賃金、障害者手帳、年金受給額、その他の公的扶助等の情報を収集する包括的なアセスメントツールとなっている<sup>18)</sup>。すなわち、CSRI-Jは、就労アウトカム of 調査票にもなっている。研修に参加した各機関の支援上の主担当者がCSRI-Jを用いた面接調査を行っ

た。

#### 2) サービスコード票

研究対象者を支援するスタッフの支援内容と支援投入時間をモニタリングするために、サービスコード票を用いた調査を実施した。支援スタッフ (CMerとES) は、対象者にサービスを提供した日に、サービスコード票に用意されたカテゴリーの中から自身の提供したサービスに最も近い項目を選択し、サービス提供時間、対象者数、スタッフ数等を記載した。サービスコード票は、ESが記入するものと、CMerが記入するものの2種類がある (URL : <http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/tool/>)。この指標は、2011年度から2013年度にかけて実施された厚労科研「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究にて作成された調査票を改訂したものである<sup>19)</sup>。

#### 3) フィデリティ評価

各研究参加機関において、支援の質の評価として、日本版個別援助付き雇用フィデリティ評価を実施した。日本版個別援助付き雇用フィデリティ尺度は、米国で開発されたIPSのフィデリティ尺度であるIPS-25を、日本の現状に合わせて修正したものである<sup>6,21)</sup>。日本版個別援助付き雇用フィデリティ尺度は、「全般的組織指標 (General Organisation index : GOI) (10項目: 0-10点) とフィデリティ項目 (25項目: 25-125点) で構成される。特に、フィデリティ項目については、「スタッフ配置」(3項目)、「組織」(8項目)、「サービス」(14項目) の3つの下位尺度があり、それぞれの項目は5段階で評定されるIPS-25がフィデリティ得点と就労率の関係を示しているように<sup>20)</sup>、日本版個別援助付き雇用フィデリティ尺度の得点と就労率には相関関係がある<sup>6)</sup>。

各研究参加機関における対象者のリクルート前に、調査員が研究参加機関を訪問し、フィデリティ尺度を用いたインタビューや記録の閲覧を通して、フィデリティ調査を実施した。すべての調査員は実際のフィデリティ調査の前に研修を受け、評価ガイドに沿って調査を実施した (URL: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/JPNipsmanual.pdf>)。

## 6. 統計解析

本報告は、ベースライン調査の結果を示した。そのため、複雑な統計解析を行わず、対象者の属性や尺度の平均値や標準偏差等を算出した。また、フィデリティ調査の結果も示した。

## C. 研究結果

### 1. 対象者のエントリー状況

本研究に参加した機関は、これまで日本版個別援助付き雇用フィデリティ調査を受けた25機関のうち、14機関であった。また、1機関について、調査への参加を同意した後に、ESの休職により調査への参加が不可能となった。リクルート期間中、13機関における導入基準に合致する利用者は93名であった。そのうち、68名が各機関の担当者から本研究の説明を受けた。最終的に52名から、本研究の参加同意を得た。また、2016年3月1日時点で追跡が難しい可能性がある者が3名であり、49名の追跡を実施している (図1)<sup>20</sup>。現時点では最終的に追跡が不可能になる対象者の人数を把握できないため、本報告では同意を得ている52名についての分析結果を示した。

### 2. 研究参加機関の属性

表1は研究参加機関の属性を示している。参加機関の70% (n=9) が関東および関西であり、約半数 (n=6) の機関が東京23区および政令指定都市に位置した。4機関が医療機関で

あり、9機関が地域事業所であった。4医療機関のうち、3機関がデイケアで就労サービスを提供しており、1機関がクリニック内の相談室で就労支援を展開していた。他方、9地域事業所のうち、8つが総合支援法下の就労移行支援事業所であった。13機関が所在する市町村の人口の平均値は701,307人 (SD=574,627人) であった。また、都道府県における失業率の平均値は3.75% (SD=0.57%) であった。

フィデリティ調査の結果について、13機関のGOIの平均値は7.15 (SD=1.72) であった。フィデリティ尺度の合計得点の平均値は、90.23 (SD=12.18) であった。また、下位尺度 (スタッフ、組織、サービス) の平均値は、それぞれ9.54 (SD=2.47)、26.54 (SD=4.54)、54.15 (SD=8.27) であった (表2)。

### 3. 研究対象者の属性

研究対象者52名のうち、約7割 (n=37) が男性であり、平均年齢は36.98歳 (SD=8.51) であった。約半数 (n=25) の最終学歴が高等学校であり、約1/4 (n=12) の最終学歴が大学であった。また、対象者の多くが未婚者 (n=43) あるいは離婚経験者 (n=6) であった。さらに約7割 (n=37) が家族等と同居していた (表3)。

### 4. アウトカム尺度の得点

表4は初回 (ベースライン) 調査における各アウトカム尺度の得点を示している。GAF得点平均値は49.40 (SD=11.96) であり、LASMI総合得点の平均値は57.45 (SD=23.93) であった。また、モチベーション尺度は118.38 (SD=15.21) であった。SF-8、心理的ウェルビーイング総合得点、ストレス尺度 (SS-user) の平均値については、それぞれ18.73 (SD=5.77)、96.63 (SD=11.86)、22.73 (SD=3.75) であった。

#### D. 考察

本研究は、統合失調症の利用者を対象として、就労支援における効果的なサービス要素や就労アウトカムに影響する個人要因を検証することを目的とする。本稿では、進捗状況を報告するとともにベースライン調査の結果を報告した。

進捗について、本年度は研究プロトコルで規定した50名のエントリー目標を達成し（52名から同意所得）、現在49名を追跡中である。今後は、現在の対象者について、アウトカムの追跡調査だけではなく、サービス提供量やコストに関するデータの収集を平行して実施する。また、本年度において、研究参加機関のフィデリティ調査についても完了した。

本報告においては、追跡調査の結果がそろっていないため、過去の研究と今回の調査結果を比較し、研究参加機関および研究対象者の特性を考察する。フィデリティ得点について、下平らが実施した過去の調査では17機関の平均得点が86.2 (SD=10.4) であり<sup>6)</sup>、本研究 (n=13, 90.23, SD = 12.18) の結果と大きな違いはないと考えられる (Cohen's d=0.36 [95% CIs: -0.37 to 1.09])。ただし、本研究で使用したフィデリティ尺度は、下平らの調査で使用した尺度から項目の微調整を図ったものであるため、直接の比較は不可能である。

対象者の基本属性やアウトカムについては、過去の援助付き雇用に関する無作為化比較試験の対象者と比較する。地域事業所の利用者を対象とした Oshima らの研究 (n=37) では対象者の約75%が男性 (n=28) となっており、平均年齢は約40歳となっていた (論文内に対象者全体の平均値の記載なし)<sup>22)</sup>。また、精神科病院および精神科クリニックの外来患者を対象とした佐藤らの研究 (n=94) では、男性の割合は約60% (n=58) であり、平均年齢は34.66 (SD=6.86) であった<sup>23)</sup>。また、佐藤らの研

究では、GAF についても調査しており、その平均値は52.09 (SD=9.98) であった<sup>23)</sup>。これらの変数について、過去の2つの研究と本研究と間で Cohen's d を算出したが、どの変数についても Cohen's d は0.35以下であり、有意な差を示す値はなかった。これらの検証から、本研究における研究対象者は、就労支援を受ける利用者／患者像から大幅に異なる利用者／患者ではなく、ある程度の代表性があると推測される。

最後に、来年度以降に期待される成果を列挙する。来年度は、12ヵ月後の追跡調査を実施するために、就労アウトカムと臨床アウトカムの推移を検証可能となる。これらの検証の過程で、就労に関連する個人要因を実証できると推測される。また、サービスコード票データの分析から、援助付き雇用型支援のサービス提供量、特にサービス種別 (例：アウトリーチサービス、集団プログラム等) ごとのサービス提供量 (全体および月別) を把握可能となる。これらの分析から、効果的な支援要素や就労者の多い事業所のサービス提供量とその内容等を検証可能となる。さらに、援助付き雇用型就労支援に費やされる社会的コストについてもデータ分析を進める予定である。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### G. 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

## 引用文献

- 1) 山口創生, 松長麻美, 堀尾奈都記: 重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か?. 精神保健学 62, 2016.
- 2) Becker DR, Drake RE: A working life for people with severe mental illness, Oxford University Press, New York, 2003.
- 3) Bond GR, Drake RE, Becker DR: Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry 11: 32-39, 2012.
- 4) Bond GR: Principles of the individual placement and support model: empirical support. Psychiatric Rehabilitation Journal 22: 11-23, 1998.
- 5) 山口創生. IPSの現状の課題. IPSの課題. Q & Aで理解するIPS: 精神疾患がある人の魅力と可能性を活かす就労支援. リカバリーキャラバン隊編, 印刷中.
- 6) 下平美智代, 山口創生, 吉田光爾, 他: 日本版IPS型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究. 厚生労働科学研究費補助金『「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』平成25年度総括・研究分担報告書(研究代表者: 伊藤順一郎). pp.359-381, 2014.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition. APA, Washington DC, 1994.
- 8) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発. 信頼性の検討(第1報). 精神医学 36: 1139-1151, 1994.
- 9) Horio N: Development of the scale of the motivation for competitive employment among persons with severe mental illness. Master thesis, Tokyo: University of Tokyo; 2016.
- 10) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: 健康関連QOL尺度 - SF-8とSF-36. 医学の歩み 13: 133-136, 2005.
- 11) Ryff CD, Keyes CLM: The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 69: 719-727, 1995.
- 12) 西田裕紀子: 成人女性の多様なライフスタイルと心理的well-beingに関する研究. 教育心理学研究 48: 433-443, 2000.
- 13) 藤本忠明, 東正訓: ワークシヨップ 人間関係の心理学. ナカニシヤ出版, 京都, 2004.
- 14) 種田綾乃, 贅川信幸, 山口創生, 他: 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討: 利用者版評価に基づく検討. 厚生労働科学研究費補助金『「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』平成25年度総括・研究分担報告書(研究代表者: 伊藤順一郎). pp.333-348, 2014.
- 15) Beecham J, Knapp M: Costing psychiatric interventions, In: Thornicroft G, ed. Measuring Mental Health Needs: 2nd edition. Gaskell, London, pp200-224, 2001.
- 16) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, et al: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. British Journal of Psychiatry 177: s28-s33, 2000.
- 17) Chisholm D, Knapp M: Client socio-demographic and service receipt inventory-European version In: Thornicroft G, Becker T, Knapp M, ed. International out-