

平成28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(H26 精神 一般 002)

(総括)研究報告書

研究代表者 秋山 剛

NTT 東日本関東病院精神神経科部長

研究要旨

本研究では、精神障害者の就労移行状況における課題の把握(1. 中小企業との連携強化方法の提示、2. 短期間のリワークプログラムモデルの開発、3. 地域における諸機関との連携の標準化、4. 疾病・服薬の運転技能への影響の検討、5. 文献レビュー、6. 再休職状況の把握、うつ病患者をふくむ精神障害者に対する復職体制の構築(7. リワークプログラム利用群と非利用群の比較、8. リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究、9. リワークマニュアルの有効性の検証、10. リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究、11. リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化、12. 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)、精神障害者の就労支援(13. 医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討)を目的としている。

1. 中小企業との連携強化方法の提示

社会保険労務士(以下社労士)を対象とする短時間の研修で、精神疾患、復職対応、リワークプログラムについての理解、復職支援への自信が改善することが示された。精神疾患に罹患した従業員の支援に取り組んでいる社労士と医療機関が連携して復職支援に取り組むことで、中小規模事業場への支援を拡げられる可能性がある。

2. 短期間のリワークプログラムモデルの開発

プログラム開始から3ヵ月の変化について解析を行なったところ、短期型と既存型の両群において、プログラム開始から3ヵ月間で復職準備性、抑うつ症状、QOLの改善が認められた。既存型プログラム参加者のほうが3ヵ月間のQOLの改善が大きかったが、社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化は両群で差が認められなかった。今後、両プログラム間で、6ヵ月後までの変化、復職までに要する期間、復職後の再発率、復職後の就労継続期間、復職後のワークパフォーマンスに差が認められるかどうかについて検討する。

3. 地域における諸機関との連携の標準化

事業場が希望する連携は、復職前/復職時に本人の特性を基にした業務・職場への配慮事項について書面や診察面談によって行うことであった。こうした連携による支援を今後確立的なものにしていくためにも、経済的な対価を得て、連携できるリワーク・コーディネーターのようなスタッフを確保することが必要である。

4. 疾病・服薬の運転技能への影響の検討

病状の安定した双極性障害患者の運転技能は健常者に比し低下しておらず、処方薬の慢性投与が運転に与える影響は小さいことが示唆された。本研究結果は、一律に規定されている、法律の厳罰化や添付文書記載は、議論の余地があることを示している。

#### 5．文献レビュー

最近、リワーク支援プログラムに関する文献が新しく発表されており、文献レビューの対象論文を変更して、再度作業を進めている。

#### 6．再休職状況の把握

業務ストレスとプライベートのストレスに分けた場合には、3.00 という評価であり、分類の妥当性については、すべて、3.00 を越える評価を得た。再休職時ストレス要因シート全体の分かりやすさは、2.69 とやや低かったが、今後、再休職時のストレス要因を確認するために、今回作成されたシートを使用する妥当性が確認されたと考えられる。

#### 7．リワークプログラム利用群と非利用群の比較

対象者の診療録等の既存資料から後方視的に検討した。調査 Ⅰでは、85 施設のリワークプログラム利用者 5,014 人について検討した。リワークプログラムからの脱落率は 20.5% であり、利用者の復職 1 年後の就労継続推定値は 83.2% であった。調査 Ⅱでは、リワークプログラム利用者とは非利用者について、傾向スコアによりマッチングした 446 人の復職後の就労継続性を比較した。その結果、リワークプログラム利用者の就労継続性は有意に良好であった( $p=0.001$ )。Cox 比例ハザードモデルによる多変量解析においても、非利用の場合のハザード比は 2.343 (95%CI: 1.456-3.772) であり、リワークプログラムの再休職予防効果が示された。

#### 8．リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究

欠勤等により発生する労働生産性の損失である absenteeism、そして就労下において発生する罹病による労働生産性の損失である presenteeism について検討した。その結果、1 年間の追跡調査を通して有意な改善が見られていた。臨床的症状と労働生産性の回復には時間のズレが見られ、労働生産性の回復は復職後よりゆるやかに改善することが示唆された。

#### 9．リワーク指導マニュアルの RCT

リワークマニュアルを用いて、休職中の気分障害患者の復職に対する有効性の検討を無作為化比較試験を用いて行った。30 例が対象となり、介入群 (N=15)、非介入群 (N=10) 例をフォローアップした。

#### 10．リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究

研修で使用するテキストの作成を行い、書籍化した。研修会講師の養成に向け、一定の条件を満たす者をリストアップし実際の研修会に講師候補として参加した。スタッフ認定制度として認定スタッフと専門スタッフの 2 段階を設定し、リワークプログラムに対する理解度と実務経験をもとに区分するようにした。さらにスタッフ認定制度と連動したリワーク施設における実地研修や研修手帳による管理について具体的に検討した。

#### 11．リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化

前年度までに明らかになった問題点に焦点を当て、本質的な部分でリワークプログラムを安定して続けていくために必要な標準的中核プログラムと施設基準を示したガイドラインとなる書籍の発行を目指し、原稿を完成させた。

#### 12. 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

「手引きのわかりやすさ」「対象のわかりやすさ」「診断に関わらない支援の可能性」「スタッフへの有用性」「患者への有用性」については、3.00を越える評価であり、今回作成された資料をリワークスタッフが、発達障害の特徴を有する対人関係障害者への支援に用いることの妥当性が確認された。職域との連携については、さらに別な資料を作成する必要があるかもしれない。

#### 13. 医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討

援助付き雇用型サービスは利用者に多くの就労機会や長い就労期間、機能の改善をもたらす可能性がある。一方で、日本の文化では就労が利用者の主観的な生活の質やウェルビーイングの向上に必ずしも結びつかない可能性があり、今後の課題となった。

#### 研究分担者氏名・所属機関名及び所属研究機関における職名

五十嵐 良雄	メディカルケア虎ノ門	院長
尾崎 紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学	教授
酒井 佳永	跡見学園女子大学文学部臨床心理学科	准教授
堀 輝	産業医科大学医学部精神医学	助教授
山口 創生	国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部	室長
山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科	教授

#### A. 研究目的

今年度の本研究の各課題の目的は、以下である。

##### 【中小企業との連携強化方法の提示】

産業医、産業保健スタッフではない、精神保健に関する専門的な研修を積んでいない社会保険労務士や企業担当者などでも活用できる一次、二次、三次予防活動のための実務的なツールを整理し、ツールの使用や医療施設との連携に関する講習会を行い、その有用性について調査を行った。

##### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

短期型リワークプログラムと既存型リワークプログラムを実施し、プログラム前後および復職後のアウトカムを比較する

短期型リワークプログラムの医療経済的な評価を行う

復職後の職場におけるフォローアップ体制の探索的な検討を目的とする。

本報告書では、プログラム参加3ヵ月後の時点における社会機能、抑うつ症状、復

職準備性、QOL の変化について検討を行なう。

#### 【地域における諸機関との連携の標準化】

##### 1) 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

これまでの調査対象である治療機関側とは対になる事業場側に対して、治療施設との連携の実態、要望、阻害要因等を調査し治療機関側の医療サービスの質の向上を目指した。

##### 2) 連携標準化パンフレットの作成

連携の重要性と標準的な方法を理解してもらうためのパンフレットを作成し、諸機関との連携を強化し患者の支援に役立てることを目指した。

#### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

双極性障害は、長期休務や就労生産性低下などを伴いやすく、さらに厳罰化法制度や添付文書記載により運転中止を求められ、一層社会復帰を難しくしている。しかし、双極性障害患者の運転技能に関する検討はなく、これまでにうつ病患者を対象に運転技能を検討した実績を踏まえ、本研究では、病状の安定した双極性障害患者の運転技能を予備的に検討し、健常者との比較を試みた。

#### 【文献レビュー】

精神疾患を有している企業社員の、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で、コントロール群がある研究に関する文献を、MEDLINE、Psychoinfo、Web of science、Cochrane のエンジン検索でレビューした。

#### 【再休職状況の把握】

再発状況について、系統的に関連要因を把握するために開発されたシートの有用性について、産業医を対象に調査を行う。

#### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

調査 は、リワークプログラム利用者の復職状況および復職後 1 年間の就労継続性を明らかにすること、調査 はリワークプログラムの再休職予防の効果を、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することにより明らかにすることを目的とした。

#### 【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

罹病による労働生産性の損失は、欠勤等により発生する absenteeism と、就業しているものの作業能率の低下等により発生する presenteeism の 2 つに大別されるが、後者の方が相対的に大きいことが知られている。本研究では、リワークプログラムを利用した、気分障害による長期休職者を対象に、復職後の労働生産性の経時的変化を明らかにすることを目的として調査を実施した。

#### 【リワーク指導マニュアルの RCT】

復職の準備段階から通常勤務が可能となるまでの期間に、医療機関の治療スタッフ及び患者本人が利用するリワークマニュアルが作成されている。本研究では、リワークマニュアルに基づいた指導が、気分障害からの復職を目指す休職者の機能の改善、復職にいたるまでの期間短縮、および復職

後の再発予防にもたらす効果を検証する。

#### 【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

本研究の目的は、リワークプログラムの均てん化にある。そのための施策として、リワークスタッフ向けの教育・研修会の開催  
研修テキストの作成  
研修会講師の養成  
スタッフ認定制度の創設  
を行った。

#### 【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

前年度までの研究で明らかになった問題点に焦点を当て、本質的な部分でリワークプログラムを安定して続けていくための標準的中核プログラムと施設基準に関するガイドラインを作成することを目的とした。

#### 【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】

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ために開発された手引きについて、リワーク支援を行っているスタッフに有用性調査を行う。

#### 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

本研究では、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、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。より具体的な目的は、下記に要約される；

- ・統合失調症を持つ利用者における援助付き雇成型サービスの就労アウトカムおよび臨床アウトカムの効果を検証すること
- ・援助付き雇成型サービスにおける就労や就労期間に影響する個人要因を検証すること
- ・援助付き雇成型サービスにおける就労支援員とケースマネージャーのサービス提供量とサービス内容を検証すること

#### B. 研究方法

##### 【中小企業との連携強化方法の提示】

これまでの研究で、中小企業において、一次、二次、三次予防の目的で使用できるツールが作成されていた。平成 29 年 2 月 24 日に、これらのツールの使用方法について社労士を対象とした講習会を行い、「精神疾患に対する理解」「復職する従業員への対応についての理解」「リワークプログラムについての理解」「復職する従業員を支援する自信」の 4 項目について、講習会の有用性について調査を行った。

本研究は実施に先立ち NTT 東日本関東病院の倫理委員会により審査され、承認された。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。

##### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

###### 1) 対象

本研究の対象は、調査実施機関である品川駅前メンタルクリニックにおいて実施する、短期型および既存型のリワークプログ

ラムの利用を希望する患者のうち、ICD-10の気分障害（F3）の診断基準を満たすものとする。除外基準はICD-10の統合失調症（F2）、脳器質性精神疾患（F0）、物質依存性障害（F1）の診断基準を満たすものとする。目標症例数は、各群30人とする。

## 2) 研究デザイン

本研究はランダム割り付けを伴わない前向き比較対照試験である。どちらのプログラムに参加するかは対象者の希望で決定する。

評価者の盲検化は行わないが、期待によるバイアスを避けるため、評価者はリワークプログラムの実施や研究に関わらない独立したリサーチアシスタントが担当する。

## 3) 介入内容

既存型リワークプログラムと短期型リワークプログラムは、ジョブトレーニング、心理社会教育、集団認知行動療法、グループワーク、スポーツなどのプログラムを通じて、社会機能の回復および再発予防を目指すプログラムである。既存型リワークプログラムと短期型リワークプログラムの違いは、プログラム実施期間であるが、そのほかにも以下のような違いがある。

既存型のリワークプログラムは内省モデルに基づいて行われるのに対し、短期型リワークプログラムは行動モデルに基づいて行われる。プログラム内容の特徴としては、既存型のリワークプログラムと比較して心理教育・演習の割合が少なく、ジョブトレ

ーニングの割合が多い。またプログラムにおいて達成すべき目標設定も、既存型リワークプログラムと比較して少ない。

また短期型プログラムは3ヵ月から6ヵ月程度しか休職することができないという社会的ニーズに対応し、比較的短期間でのプログラム卒業が可能であるが、既存型プログラムは最低1年間の休職期間が残っていることが望ましい。

各プログラムはそれぞれ担当の精神保健福祉士や心理士が配置され、週5日のプログラムを実施している。

介入期間は対象者の状態により個人差があるが、短期型プログラムについては4ヵ月から6ヵ月、既存型プログラムについては8ヵ月から12ヵ月程度となることが想定されている。

## 4) 評価項目

介入前後の変化に関する評価

プログラム開始時点、開始3/6ヵ月後、復職決定時に以下の評価を実施する。

- ・ 社会機能：Social Adaptation Self-evaluation Scale (Bosc et al., 1997)
- ・ 復職準備性：復職準備性評価尺度(酒井 et al., 2012)
- ・ 精神症状：ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton, 1960)、Beck Depression Index-II (Beck et al., 1996)
- ・ 非機能的態度：Dysfunctional Attitude Scale-24 (Power, 1995)
- ・ 健康関連 QOL (EQ-5D-5L; (Herdman et al., 2011))

## 共変量

リワークのプロセスに影響を与える可能性のある要因として、性、年齢、教育歴、婚姻状況、職位、職種、事業所規模、転職経験、精神科的診断（ICD-10）、罹病期間、初発年齢、過去の休職回数、過去の休職期間、今回休職期間等について調査を行う。

## 5) 解析

短期型リワークプログラム群と既存型リワークプログラム群の間に、介入開始から3ヵ月月後および6ヵ月月後までの主要評価項目および副次的評価項目の変化に差があるかどうかについて反復測定分散分析を用いて検討する。

統計解析はSPSS for Windows 21.0 (IBM, Armonk, NY, USA)を用いて行った。

本研究は実施に先立ちNTT東日本関東病院の倫理委員会により審査され、承認された。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。

## 【地域における諸機関との連携の標準化】

### 1) 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

うつ病リワーク研究会に所属する治療機関と関係性のある106事業場へ調査票を送付した。

### 2) 連携標準化パンフレットの作成

医療機関などで使用される各種パンフレットを参考にどのような形式・体裁のものが手軽に使用してもらえるかという点を検討した。これまでの諸機関との連携に関する研究を基にどのような連携を取ることが

スムーズな情報共有に繋がるかという点について要点を押え、コンパクトな内容とすることを目指した。

## 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】 対象

運転免許を有し、運転歴のある双極性障害患者30名(42.7±10才、男女比23:7)と年齢と性をマッチさせた健常者31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、ヤング躁病評価尺度(YMRS)、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。

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。

### 【文献レビュー】

二年目に、精神疾患を有している企業社員の、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で、コントロール群がある研究に関する文献を、MEDLINE、Psychoinfo、Web of science、Cochrane のエンジン検索でレビューを行った。三年目は、この知見に基づいて、英語論文を作成し投稿した。書き直しを指示され、二年目に行われたレビュー後に発表された論文の知見を加えて、英語論文の書き直しを行っている。

### 【再休職状況の把握】

再発状況の関連要因を評価するためのシートを完成し、産業医 16 名を対象に、「再休職時ストレス要因シート全体」「業務上ストレス」「プライベートのストレス」の「分かりやすさ」「分類の妥当性」について、1～4点で評価を求めた。

本研究は実施に先立ちNTT東日本関東病院の倫理委員会により審査され、承認された。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。

### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

調査、共に研究デザインは Retrospective Cohort Study であり、いずれも診療録等の既存資料より検討を行った。本調査の実施にあたり、うつ病リワーク研究会倫理審査委員会の承認(No.201501)を得た。情報の収集にあたっては、個人情報の取り扱いに十分配慮し実施した。

研究期間は、H27～28年度であり、調査対

象期間は、2007年 1月 1日～2015年12月31日である。

調査：リワークプログラム利用者の就労予後に関する大規模調査

対象施設は、リワークプログラム実施医療機関であり、うつ病リワーク研究会に2013年まで正会員として登録されていた施設である。対象者の組入基準は、精神疾患による休職した者のうち、2007年1月～2014年12月の8年間の復職者である。また、組入期間の8年間に休職と復職を複数回繰り返した者について生じた重複データは、対象者1人について1回のみ登録とし、当該期間における最初の復職後データを採用し、その後に発生した再復職の際のデータは使用しない。除外基準は、非就労者(失職者、学生、主婦等)、非正規雇用就労者(パートタイム、アルバイト等)、主治医が他院の患者とした。

対象者の復職から1年間の就労状況について調査を行った。1年間の就労継続性については、Kaplan-Meier法による評価を行った。この際、起算日を基準復職日とし、イベントを精神疾患による再休職、失職または自殺とした。ベースライン調査では、基本属性(性別、復職時年齢)、休職状況(休職回数、今回の休職期間)、疾病情報(ICD-10による主診断、DSM-による双極型障害の可能性、発達障害の可能性の有無)、就労情報(業種、企業規模)、リワークプログラム利用期間を調査した。調査：リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較

対象施設は、リワークプログラム利用者は、うつ病リワーク研究会正会員施設、非利用群は、企業の健康管理室である。対象

者は、2007年1月～2014年12月の8年間の復職者のうち、気分障害患者のみを対象とし、その就労継続性の比較検討を実施した。また、組入期間の8年間に休職と復職を複数回繰り返した者について生じた重複データについての取り扱いは、調査と同様とした。

主要評価項目は、復職後の1年間の就労継続日数および再休職の有無である。ベースライン調査では、基本属性（性別、復職時年齢）、休職状況（今回の休職期間）、疾病情報（DSM-による双極型障害の可能性）、就労情報（企業規模）を調査した。

リワークプログラム利用者と非利用者の就労継続性の比較検討に対する必要症例数は、先行研究<sup>1)</sup>データを参考に、1年後の就労継続率をリワークプログラム群 0.8、通常治療群 0.65 と仮定し、検出力 0.9、有意水準 0.05、割り付け比率 1:1 とした上で、380人（190人：190人）とした。

リワークプログラム利用者と非利用者の間には、その特性に差異があることが考えられる。リワークプログラムへの適用に伴う交絡を調整する目的により、リワークプログラムの有無を従属変数、ベースライン調査の5項目を共変量とした、傾向スコア<sup>2,3)</sup>によるマッチングを実施し、両群の属性のバランスを合わせた上で、就労継続性の比較を実施する。解析は、log-rank 検定を実施した。さらに、両群を一つの集団にした上で、多変量 Cox 比例ハザードモデルにより再休職要因の検討を実施した。

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

## 1) 対象

16 都道府県 26 の医療機関にて調査を実施した。対象者の組入基準は、気分障害、今回の復職にあたっての休職期間が 10 ヶ月以上であり、リワークプログラムを利用した者、20 歳以上、の全てに該当する長期休職者とした。

## 2) 調査方法と調査項目

調査は、復職時のベースライン調査、復職1、6、12 ヶ月後の復職後調査の計4回実施した。労働生産性および就労状況や治療状況などに関する自記式質問紙調査票を郵送により送付回収した。

主要評価は、HPQ<sup>4,5)</sup>(WHO Health and Work Performance Questionnaire short form 日本語版)により、出勤しているものの健康上の問題による労働生産性の低下を意味する presenteeism、欠勤等により発生する労働生産性の低下である absenteeism とした。また副次的評価として、CES-D<sup>6)</sup>(center for epidemiologic studies depression scale)によるうつ病自己評価尺度、BSDS<sup>7)</sup>(Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)による双極性障害のスクリーニング、EQ5-D<sup>8)</sup>による QOL 評価を実施した。

対象者の性別、年齢、婚姻状況、教育歴等の基本属性をはじめ、休職歴や試し出勤状況等の復職時状況、勤続年数、業種、職種、職階、企業規模、産業医体制、転職経験等の就労環境、診断名、リワークプログラム利用状況、治療期間、受診間隔、保険種類、医療費、自立支援医療利用状況、服薬内容、リワークプログラムに対する満足度(CSQ-8<sup>9)</sup>)などの治療関連状況の情報も併せて調査した。

本研究における「復職日」とは、事業場

の辞令に相当するものの発令による正式な復職日とした。試し出勤等の制度を利用した場合は、その後の復職日を正式な復職日とした。

### 3)研究期間

本研究は、平成 26～28 年度の 3 年間にわたり実施した。組入は、平成 26 年 10 月より開始し、すべての対象者の追跡期間終了まで実施した。

### 4)解析方法

復職後の労働生産性の回復の検討として、HPQ の評価方法に従い、absenteeism と presenteeism のそれぞれの絶対値の復職後の経時的変化を Friedman test により検討した。医療費については、平成 28 年度改訂診療報酬の基準により、再診料、通院在宅精神療法、薬剤料、調剤処方料を個別に算定し、それを実際の通院頻度に合わせ、1 カ月分に計算した。

本研究は、うつ病リワーク研究会倫理委員会による審査承認を得て実施した。対象施設のスタッフによる口頭および文書による説明ののち、文書による同意を得て実施した。

### 【リワーク指導マニュアルの RCT】

#### 選択基準

- ・気分障害により休職中である。
- ・リワークチェックリストの項目 1～9 の平均が 1.5 を超えている。
- ・職場の定める休職満了退職となる日までの期間が 6 ヶ月以上
- ・復職の希望を表明している

#### 介入内容

介入群：主治医による通常治療に加え、主治医とは異なる治療スタッフがリワークマ

ニュアルに基づいた指導を行う。リワークマニュアルは復職の手順を 11 のステップにわけ、患者の状態に応じて進行していく。ステップによっては、配布資料を用いる、同居者や職場への働きかけを行うという内容も含む。

対照群：主治医による通常治療を行う。

#### 対象者の割り付け

公正な第三者（川上憲人：東京大学大学院医学系研究科 教授）がコントローラーとなり、対象者を無作為に割り付ける。

#### 【評価】

#### 評価項目および評価実施時期

	介入開始前	介入 3M 後	介入 6M 後	復職時	復職後フォローアップ				
					3M	6M	1Y	1.5Y	2Y
基本情報	○								
SASS	○	○	○	○					
復職準備性	○	○	○	○					
HAMD	○	○	○	○					
BDI	○	○	○	○					
PDDS	○	○	○	○					
勤務状況		○	○		○	○	○	○	○
WHO-HPQ					○	○	○	○	○

SASS：Social Adaptation self-evaluation scale

HAM-D：Hamilton depression rating scale

BDI-II：Beck depression index-II

PDDS: Perceived Discrimination Devaluation Scale

#### 有効性の評価

##### （1）主要アウトカム

介入開始から 3 ヶ月/6 ヶ月後までの SASS および復職準備性評価尺度の変化

介入開始から復職までの期間  
復職後の就労継続

##### （2）副次的アウトカム

介入開始から 3 ヶ月/6 ヶ月後までの精神症状の変化

統計解析（主要アウトカム）

介入群と対照群間で介入開始から3ヶ月/6ヶ月後のSASS/復職準備性の変化を比較する

介入群と対照群の休職開始から復職までの期間を比較

介入群と対照群における復職後の就労継続期間を生存分析で比較する

本研究は、産業医科大学およびNTT東日本関東病院の倫理委員会の承認を受けており、対象者からは口頭および書面にて同意を得た。

#### 【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

うつ病リワーク研究会 ワーキングチームを次のように開催し検討を行った。

第1回 28年6月5日(日)9時～13時

第2回 28年6月19日(日)9時～13時

第3回 28年9月4日(日)9時～13時

第4回 28年10月2日(日)9時～13時

第5回 28年12月11日(日)9時～13時

第6回 29年2月12日(日)9時～13時

#### 【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

##### ワーキングチームの設置

リワークプログラムの本質的な部分を実践する標準的中核プログラムと施設基準を議論するために、多施設からリワークプログラムの経験の長い職員を集め、多職種で構成されるワーキングチームを設置した。

##### ガイドラインの作成

以下の内容についてワーキングチーム全体でレビューを行って各項目を定めた。編集方針に関しては公益財団法人 日本医療機能評価機構 編「病院機能評価 機能種別

版評価項目 精神科病院 評価の視点/評価の要素 2014年9月30日版」を参考にした。

- ・基準を定めるべき項目の選定
- ・各項目を「評価の視点」として定義
- ・各項目を Yes/No で答えられる「評価の要素」として細分化
- ・各項目に解説を付与

#### 【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】

エキスパートコンセンサスにより作成された「手引き」について、リワークプログラム 26 施設のスタッフを対象とした有用性調査を行った。「手引きのわかりやすさ」「対象のわかりやすさ」「診断に関わらない支援の容易さ」「スタッフに役に立つか」「職域に役に立つか」について、1～4点で、評価を求めた。

本研究は実施に先立ちNTT東日本関東病院の倫理委員会により審査され、承認された。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。

#### 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

##### 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。

##### 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 や援助付き雇用型サービスを提供する機関あるいは志向する機関を対象とした。具体的には、これまでに日本版個

別型援助付き雇用フィデリティ調査を受けたことがある機関に研究協力の依頼をした。これらのうち、本研究への参加に承諾を得た機関を対象とした。

対象者のリクルートには以下の 1)~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者とした。本研究は、効果測定研究ではないため、サンプルサイズの計算は行わなかった。各機関から 2 名から 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書にて、調査の目的や内容、拒否する権利、拒否による不利益は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、支援開始から 6 ヶ月後と 12 ヶ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。研究参加機関には、調査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、観察評価が必要な尺度

等は、研修に参加した各機関の研究協力者により評価された。

#### 1) 就労アウトカム

本研究では、就労アウトカムとして、12 ヶ月間の就労の有無、就労期間に関する情報を収集した。さらに最初の就労までの期間を計算した。本研究の就労は、就労継続 A 型および B 型や職場実習を除く、最低賃金が支払われる職場にて、1 日以上働くことを指す。

#### 2) 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。

#### 3) Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI)

LASMI は社会的機能を測定する尺度である。利用者のことをよく知るサービス提供者により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。点数が高いほど機能が低いと判定される。

#### 4) 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。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」の中から該当するものを選択するようになっている。

#### 5) 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 ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか」「過去 1 ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか」などの 8 項目の自記式評価尺度で、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。

#### 6) 心理的ウェルビーイング尺度：短縮版 (PWS)

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、西田により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。

下位尺度はそれぞれ 5 項目で構成され、「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。

#### 7) ストレングス志向性尺度：利用評価版 (SS-User)

ストレングス志向性尺度は、利用者がスタッフの態度を評価する尺度で、10 項目 4 段階評定である。項目例は、「スタッフは、あなたがやってみたいと言ったことに「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。

#### 5. プロセスデータ

##### 1) 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 (ケースマネージャーと就労支援員) 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、就労支援員が記入するものと、ケースマネージャーが記入するものの 2 種類を用意した。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、アウトリーチ型のケースマネジメントに関する研究でも使用された。

##### 2) 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、日本版個別型援助付き雇用フィデリティ尺度 (Japanese version of individualized Supported Employment Fidelity: JiSEF) を用いた調査を実施した。JiSEF 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。JiSEF 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すように、JiSEFの得点と就労率には相関関係がある。

## 6. 統計解析

本報告は、フィデリティ調査の結果を含む機関の属性および対象者のベースラインにおける基本属性およびアウトカムを示した。次に、就労率アウトカムの要約を示した。

各尺度の推移は、3時点の調査が揃った者を分析対象とし、One-way repeated ANOVAを用いて検定を実施した。また、就労の有無(二値変数)と就労期間(連続変数)を従属変数とし、GAF、LASMI、MOCESをそれぞれ仮説変数とし、そして性別、年齢、過去の就労経験を調整変数としたロジスティック回帰分析と重回帰分析を実施した。分析の際、有意確率は5%とした。

サービスコードの分析は、サービス提供日数や事業所提供日数、全体のサービス提供回数、サービス提供時間、1対1換算サービス提供時間などを指標として用いた。1対1換算サービス提供時間の計算式はBox 1に示されている。また、サービス提供日数や事業所提供日数、1対1換算サービス提供時間については、12ヵ月間の推移も図示した。

Box 1 1対1換算サービス提供時間の計算式

$$1 \text{ 対 } 1 \text{ 換算サービス提供時間} = \frac{\text{サービス提供時間}}{\text{利用者人数} \times \text{スタッフ人数}}$$

## C. 研究結果

### 【中小企業との連携強化方法の提示】

有効回答数は74名(回答率98.7%)、対象者の性別は男性60.8%、社労士の経験年数は5年未満:26.0%、5~9年:21.9%、10~14年:27.4%、15年以上:24.7%、これまでに経験した精神疾患に罹患した従業員数は0名:33.3%、1~4名:40.3%、5名以上:26.4%であった。研修の有用性は、4項目全てにおいて研修後に有意に得点が上昇した( $p < 0.001$ )。また、社労士の経験年数が高い人ほど、研修に対する満足度が高く( $p < 0.001$ )、これまでに経験した精神疾患に罹患した従業員数が多い人ほど、研修の質が高いと感じ( $p < 0.05$ )、必要とした研修が受けられたと感じ( $p < 0.05$ )、自分の問題に対処するのに役立ったと感じていた( $p < 0.05$ )。

### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

#### (1) 介入開始前の評価

短期型群、既存型群の介入開始前評価の結果を表1に記した。

介入開始前の評価は、両群間で有意な差は認められなかった。

表1 対象者の介入開始前評価

	短期型(N=11)		既存型(N=10)	
	平均	SD	平均	SD
SASS	32.9	8.0	27.8	6.6
復職準備性評価シート	63.6	10.2	60.2	8.4
HAM-D	6.7	4.5	10.6	6.0
BDI	11.5	9.4	15.1	7.8
EuroQol-5D5L Score	0.85	0.11	0.75	0.20
DAS	88.8	24.2	96.2	21.0

## (2) 介入開始から3ヵ月間の変化

介入開始から3ヵ月間の評価尺度の変化を表2にまとめた。

各尺度について、群(短期型 vs 既存型)と評価時期(開始前 vs 3ヵ月後)の2元配置の反復測定分散分析を行った。SASS については評価時期の主効果( $F=3.96, p=0.06$ )、群の主効果( $F=1.57, p=0.23$ )、評価時期と群の交互作用( $F=2.11, P=0.16$ )がいずれも有意ではなかった。

復職準備性評価シートについては評価時期の主効果( $F=8.87, p=0.008$ )のみ有意であり、群の主効果( $F=0.87, p=0.36$ )、評価時期と群の交互作用( $F=0.04, P=0.85$ )であった。このことから、参加したプログラムの種類に関わらず、復職準備性は改善する傾向があることが示された。

HAM-D については、評価時期の主効果( $F=13.81, p=0.001$ )のみ有意であり、群の主効果( $F=1.76, p=0.20$ )、評価時期と群の交互作用( $F=4.13, P=0.056$ )は有意ではなかった。このことから、参加したプログラムの種類に関わらず、抑うつ症状は改善する傾向があることが示された。また有意ではないが、既存型プログラムにおいて、抑うつ症状の改善が大きい傾向が示された。

BDI については、評価時期の主効果( $F=12.7, p=0.002$ )のみ有意であり、群の主効果( $F=0.43, p=0.52$ )および、評価時期と群の交互作用( $F=1.26, P=0.28$ )は有意ではなかった。このことから参加したプログラムに関わらず、対象者が自ら評価する抑うつ症状は、改善することが示された。

EQ-5D5L については、評価時期の主効果( $F=24.3, p < 0.001$ )と、評価時期と群の交互

作用( $F=8.69, p=0.008$ )が有意であり、既存型プログラム参加者と、短期型プログラム参加者ではEQ-5D5Lの変化に有意な差があり、既存型プログラム参加者のほうが、プログラム開始3ヵ月間のQOLの改善が大きいことが示された。

表2 介入開始から3ヵ月間の変化

	短期型(N=11)		既存型(N=10)	
	開始前 Mean(SD)	3ヵ月後 Mean(SD)	開始前 Mean(SD)	3ヵ月後 Mean(SD)
SASS	32.9(8.0)	33.5(6.8)	27.8(6.6)	31.3(6.4)
復職準備性評価シート	63.6(10.2)	68.3(7.5)	60.2(8.4)	65.6(6.6)
HAM-D	6.7(4.5)	5.8(3.8)	10.6(6.0)	7.5(5.3)
BDI	11.5(9.4)	8.6(7.3)	15.1(7.9)	9.7(9.8)
EuroQol-5D5L Score	0.85(0.11)	0.88(0.11)	0.75(0.20)	0.90(0.16)

## 【地域における諸機関との連携の標準化】

### 1) 事業場と治療機関との連携に関する二一ズ調査

62 事業場 63 名の回答を得た(回答率 59.4%)。

「医療機関との連携を今後も継続したいですか」については、継続したいが 63 人(98%)、継続したくないが 1 人(2%)であった。ただし、継続したくない理由としては、「現在の連絡体制の継続を希望する」であることから、継続の意思があると解釈でき、よって全員が継続を望んでいると理解できる。

「連携を希望する時期」について聞いたところ、「復職前/復職時」が 62 人(100%)で最も多く、次いで「リワーク参加中」が 49 人(79%)であり、「リワーク参加前」と「復職後(フォローアップ期)」が 37 人(60%)と続いた。また、「その他」の記述として、「中断や変わったこと等状況が変化

した時」、**「個人ごと状況が異なるため随時対応」**、等の希望があった。

「連携の内容」について聞いたところ、**「業務・職場への配慮事項」**が 59 人(95%)で最も多く、次いで**「本人の病状、特性に対する説明」**が 57 人(92%)、**「本人のリワークプログラムへの参加状況」**が 53 人(85%)、**「今後の治療の見通し」**が 46 人(74%)であった。

「治療施設側から希望する情報提供」について聞いたところ、**「本人の特性」**が 60 人(97%)で最も多く、次いで**「業務への影響」**が 58 人(94%)、**「配慮事項」**が 57 人(92%)、**「今後の見通し」**が 56 人(90%)、**「評価表」**が 46 人(74%)であった。

「連携の方法」について聞いたところ、**「書面により」**が 49 人(79%)で最も多く、次いで**「診察面談により」**が 42 人(68%)、**「ケース会議により」**が 26 人(42%)であった。その他の記述として、**「テレビ会議」「電話」「報告会」**等の希望があった。

産業保健スタッフと人事労務担当者に分けたところ、**「書面による連携」**は産業保健スタッフの回答の方が 13%多く、**「診察面談による連携」**は人事労務担当者の回答が 18%多く、**「ケース会議」**については産業保健スタッフの回答が 8%多かった。

「連携の担当者」については、**「主治医、リワーク担当医」**が 46 人(74%)、**「リワークプログラムのスタッフ」**が 47 人(76%)でほとんど変わらなかった。

「連携に係る費用の負担者」については、**「社員本人が負担」**が 41 人(66%)、**「事業者が負担」**が 16 人(26%)であった。「その他」11 人(18%)の記述として、**「医療費(リワーク費)の範囲で」「本人希望(要因)**

なら本人、会社依頼(業務起因性高い)ケースは会社」「費用がかからない連携」等の希望があった。

「連携に係る費用」についてどのくらいの金額が適切か聞いたところ、平均 9,481 円(n=26)であり、最高が 100,000 円、最低が 0 円、最も多い金額は 5000 円(23.1%)だった。本設問に対するコメントとして**「相場観がわからない」「文書(診断書)料や診療情報提供書の範囲」「連携に関する費用は無料で」「連携することがリワークの前提であり都度費用発生すると抵抗感が出るのでは」**などがあった。

## 2) 連携標準化パンフレットの作成

パンフレットが作成された。

### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

患者群の多くが寛解しており、処方内容は、気分安定薬処方率 70%、ベンゾジアゼピン併用率 53%、抗精神病薬併用率 57%、抗うつ薬併用率 33%、であった。また、患者群は健常者群に比し、教育歴、運転頻度、年間走行距離、SASS が有意に低く、BDI 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。認知機能は、CPT ( $p=0.05$ ) と WCST のカテゴリー達成度 ( $p=0.028$ ) およびセットの維持困難 ( $p=0.016$ ) が患者群で有意に低下していたが、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。

患者群について、運転技能と背景情報、症状評価尺度、認知機能の変数間において有意な関連は認めず、処方薬と運転技能についても明確な関連は認めなかった。

### 【文献レビュー】

英語論文を完成し、投稿した後、書き直しを行っている。

### 【再休職状況の把握】

再発状況の関連要因を評価するためのシートを完成し、産業医 16 名を対象に有用性調査を行った。有用性調査については、「再休職時ストレス要因シート全体」「業務上ストレス」「プライベートのストレス」の「分かりやすさ」「分類の妥当性」の評価(1~4)の平均および標準偏差は、「再休職時ストレス要因シート全体」の「分かりやすさ」「分類の妥当性」2.69(0.79), 3.20(0.68), 「業務上ストレス」の「分かりやすさ」「分類の妥当性」3.00(0.63), 3.25(0.77), 「プライベートのストレス」の「分かりやすさ」「分類の妥当性」3.00(0.93), 3.50(0.73)であった。

### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

調査 : リワークプログラム利用者の就労予後に関する大規模調査

うつ病リワーク研究会に 2013 年まで正会員として登録されていた 157 施設のうち、31 都道府県 85 施設(54.1%)より協力を得た。

リワークプログラムからの脱落については、各施設の 2014 年の新規利用登録者者り検討した。2014 年の新規利用登録者は 2,936 人であり、1 施設平均は 34.5 人(SD27.0)であった。このうち、開始時点において非就労または非正規雇用のものは 11.3%であった。プログラムからの脱落率は 20.5%であり、また 1 年を超えて利用を継続していた利用者は 5.3%であった。脱落理由は、利用者自

らの意思や都合で来所しなくなり、転院や行方不明となったケースは 52%、病状の悪化により中止となったケースは 21%、迷惑行為などによる中止となったケースは 1%、途中で自己都合・会社都合を問わず退職や失職し中止となったケースは 26%であった。

復職後 1 年間の就労継続については、5,014 人が対象となった。対象者の性別は男性が 79.2%と大半を占め、全体の平均年齢は 39.5 歳(SD8.7)であった。休職回数は平均 1.8 回(SD1.2)であり、本調査における休職の期間は平均 402.1 日(SD298.8)であり、そのうちリワークプログラムを利用した期間は平均 186.7 日(SD149.0)であった。ICD-10 による診断が気分障害圏の利用者は 84.5%であり、全体において DSM- による双極型の可能性のある者は 33.6%、発達障害の可能性のある者は 22.2%であった。業種に大きな偏りは見られなかったが、1,000 人以上の企業規模の企業の就労者が 63.5%であった。

復職後の 1 年間の就労継続状況は、762 人が再休職や失職または自殺に至っており、Kaplan-Meier 法による復職 1 年後の就労継続推定値は 83.2%であった。

調査 : リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較

リワークプログラム利用者 4,237 人、非利用者 259 人に対し、傾向スコアによるマッチングを実施し、446 人を抽出した。その 446 人について復職後 1 年間の就労継続状況を Log-rank 検定により検討した結果、リワークプログラム利用者は非利用者と比較して有意に良好であった ( $p=0.001$ )。また、両群を一つの集団にまとめ、全体に対し多

変数 Cox 比例ハザードモデルにより再休職要因の検討を実施した。その結果、リワークプログラムの利用状況と診断が有意な再休職要因であった。リワークプログラム非利用者のハザード比は 2.343 (95%CI: 1.456-3.772)、双極性障害のハザード比は 1.714 (95%CI: 1.100-2.673)であった。

#### 【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

##### 1) 組入・追跡状況

組入期間は平成 26 年 10 月より平成 28 年 3 月までであり、26 医療機関より 214 人の対象者の同意を得て組み入れた。そのうち、本人からの調査中止の申出 2 人、追跡不能となった 19 人を除く 193 人が対象となった。平成 28 年度末現在、180 人のフォローアップが終了した。

##### 2) 対象者の属性

年齢は平均 41.2 歳(SD7.9)であり、男性が(80.8%)が多かった。臨床的特徴としては、本研究の対象疾患は気分障害としたが、その内訳は ICD-10 によるうつ病エピソード(46.1%)と双極性感情障害(42.0%)が大半を占めていた。また治療歴や休職歴が長い傾向が見られた。就労関連の特徴としては、事務職(32.1%)や専門的技術職(33.2%)が多く、職階は一般職が大半を占めていた(80.3%)。また多くは大企業の従業員であり、リハビリ出勤制度を利用し復職した者が約半数みられた(51.8%)。対象者の経済的特徴としては、すべてが健康保険を利用し治療を受けており、その上で窓口負担割合が通常の 3 割から 1 割となる自立支援医療制度(通院精神)を利用するものが殆どであっ

た(95.3%)。リワークプログラム関連の特徴としては、平均で 291.2(SD150.7)日間プログラムを利用していた。

##### 3) 復職後 1 年間の経時的変化

平成 28 年度末現在までに調査が終了した対象者について、復職後の就労に関する経時的変化を検討した。復職直後は、就労制限や軽減勤務が大半を占めていたが、6 ヶ月後以降は、通常勤務が多くを占めるようになっていた。治療状況は、向精神薬の薬剤数や 1 ヶ月分の保険医療費については、ゆるやかな減剤、減額の傾向がみられた。

復職後の臨床的症状の変化は、CES-D および BSDS により検討したが、いずれも有意な変化は見られなかった。1 年間の労働生産性の経時的変化について、HPQ により算出した各時点の直近 4 週間の状況を Friedman test によって検討した結果、absenteeism( $p=0.002$ ),presenteeism( $p<0.000$ )であり、いずれも有意に改善の傾向が見られた。

#### 【リワーク指導マニュアルの RCT】

##### (1) 対象患者の特徴

今回エントリーした対象者は介入群、対照群の間にベースライン調査項目に差異は認められなかった。

##### (2) 介入開始前の評価

介入開始前の、復職準備性、抑うつ症状、SASS 得点に両群の差異は認められなかった。

##### (3) 3 ヶ月・6 ヶ月における両群の変化

介入開始、3 ヶ月、6 ヶ月時点で両群間の

変化の差異は認められなかった。

#### 【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

リワークスタッフ向けの教育・研修会の開催

教育・研修チームが行った平成28年度スタッフ研修会の実績は次の通りである。

第1回 28年10月1日(土)10時~16時  
基礎コース 場所：全国町村会館（東京）

第2回 29年3月19日(日)10時~16時  
基礎コース及び専門コース

29年3月20日(月・祝)10時~16時 専門コース

いずれも場所は全国町村会館（東京）

研修会の内容は、基礎コース（1日間）が、対象者を「現在リワークプログラムを担当しているが、改めて基本を学びたい方」「リワーク業務をこれから始める予定のスタッフ、または関心のある医療従事者」として、次のようなテーマで行った。

1. うつ病リワークプログラムの現代的意義、経緯と背景
2. 標準化リワークプログラムとプログラム作成のポイント
3. リワークにおける就労支援
4. 疾患（病態）別のポイント（主治医として）
5. グループディスカッション

一方、専門コース（2日間）は、対象者を「これまでに基礎コースを受講済みのうつ病リワーク研究会の会員の方」として、次のようなテーマで行った。

1. リワークプログラムにとって重要なこと

2. 疾患ごとの特徴とかかわり方のポイント（時期によるポイント、各疾患・症状など

3. プログラム運営上必要な連携の取り方（企業、家族、主治医、他院受け入れなど）

4. 評価のポイント（標準化評価シートの使い方、心理検査、生活記録表など）

5. 施設ごとのプログラム内容の紹介（内容、時間割、集団プログラムなど）

6. プログラム上のアクシデントへの対応（プログラムに乗らないケース、予防、書式など）

7. 職種ごとの役割、関係の取り方（専門職種のアイデンティティ、情報共有の仕方）

8. 個人面接の仕方（集団とのかかわり方、距離の取り方、担当制など）

9. グループディスカッション

研修テキストの作成

2017年3月19日（日）、2017年3月20日（月・祝）の研修会時に配布した。

研修会の参加者のテキストに対する感想として、「研修会後にリワーク施設にもどった後でも繰り返し使用できる」という声と「研修時にテキストのどの部分を説明しているか分かりにくかった」という声があった。

研修会講師の養成

研修会講師を増やすことでこれまで以上に各地で研修会を開催することが可能になり、リワーク施設の均てん化を進めることができるようになる。そのため講師の養成を進めていく方法を検討した。講師候補の選定方法として「専門コース」研修会受講歴があり、リワークでの実務経験が3年以上、職種は問わないという要件で抽出した。その結果、6名該当者がいたため、今後の

研修会講師ということ为前提に研修会に参加してもらった。今後の養成方法としてスタッフ認定制度と連動して講師有資格者を選定することとした。

#### スタッフ認定制度

リワークに携わるスタッフに対し、理解度や実務経験によって専門性の取得状況を区別するためスタッフ個人に対する認定制度を検討した。リワーク研究会認定スタッフとより高度なリワーク研究会専門スタッフの2つに分けて段階的に設定することとした。

専門スタッフの要件にある実地研修について目的や実施方法等を検討した。実地研修は専門コースを受講した方が参加可能となっている。実地研修の狙いとしては、評価の方法やアクシデント対応などリワークの全体を把握し運営するためのスキルを学んでもらうこととした。そのためただの見学ではなく実習担当スタッフについてプログラムを運営するスタッフの動きを観察してもらい業務・役割を確認してもらうこととした。実地研修の進捗状況を管理するために「研修手帳」を作成することとした。

「研修手帳」の項目として受講記録の欄に、プログラム種別に加え、別項目で「基礎コース」「専門コース」で教える項目について実地研修担当者よりスーパービジョンを受け、その受講証明印を押印することとした。

また、実地研修担当者に対し実地研修のねらい、習得する内容、指導方針について事前に理解してもらう必要があり、実地研修の指導マニュアルを作成する必要があることが明らかになった。

#### 【リワークプログラムの多様化に対応した

#### プログラムのモデル化】

#### ガイドラインの作成

ガイドラインとして示すべき標準的中核プログラムと施設基準として34項目を選定し、各項目を細分化し、評価の要素として118要素を抽出した。項目は3領域、9章に編集された。

#### 第 領域 構造

#### 1章 施設概要

(1) 開所(プログラム提供)日数

(2) 職場を想定した環境や雰囲気を提供

(3) リワークプログラム以外のプログラムが同時に行われている医療機関において、リワークプログラムが独立して運営されているか。

#### 2章 導入

(1) 利用者を受けける基準

(2) 利用者を受けける手順

(3) 休務以外の利用者を受けける場合の基準

#### 3章 プログラム

(1) コアプログラムの実施形態

(2) 8つの目的の達成

(3) 回復段階に応じたプログラム

(4) 個人プログラム

(5) 特定の心理プログラム：認知行動療法、SST、アサーショントレーニングなどを集団を対象に行っているか。

(6) 教育プログラム

(7) 集団プログラム

(8) 発症要因分析・対処法

#### 第 領域 スタッフ

#### 1章 スタッフ配置と医師の関わり

(1) スタッフ配置

(2) 医師の関わり

#### 2章 教育・研修

- ( 1 ) 職員への教育
- ( 2 ) うつ病リワーク研究会の発展への寄与や貢献

## 第 領域 運営

### 1 章 出欠席管理

- ( 1 ) 参加日数
- ( 2 ) 欠席、遅刻、早退
- ( 3 ) プログラムへの不参加
- ( 4 ) 中断

### 2 章 評価

- ( 1 ) 復職準備性に関する評価項目
- ( 2 ) 評価のタイミングと頻度
- ( 3 ) 評価のための会議やトレーニング
- ( 4 ) 主治医との情報共有
- ( 5 ) 評価のフィードバック
- ( 6 ) 復職可能判断

### 3 章 連携

- ( 1 ) 他医療機関との連携
- ( 2 ) 職場との連携
- ( 3 ) 就労・復職支援機関との連携
- ( 4 ) 家族との連携

### 4 章 情報公開

- ( 1 ) アウトカム
- ( 2 ) 情報公開

## 【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】

「手引き」の有用性調査を行い、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を行っている 27 名から回答を得ることができた。28 施設に回答を求め、26 施設から回答が得られた。「手引きのわかりやすさ」「対象のわかりやすさ」「診断に関わらない支援の可能性」「スタッフへの有用性」「患者への有用性」「職域への有用性」について、評価( 1 ~ 4 )を求めたところ、

それぞれの評価の平均および標準偏差は、3.37(0.69), 3.31(0.68), 3.04(0.65), 3.22(0.85), 3.08(0.57), 2.85(0.80) であった。

## 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

### 1. 対象者のエントリー状況

研究開始前に日本版個別型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 機関が参加に同意した。1 機関について、調査への参加を同意した後に、就労支援員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 51 名から、本研究の参加同意を得た。また、サービスコード調査については、12 機関 (  $n = 49$  ) が分析対象となった。

### 2. 研究参加機関の属性

参加機関の 61.5% (  $n = 8$  ) が首都圏にあった。また、4 機関が医療機関であり、9 機関が地域事業所であった。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 3.8% (  $SD = 0.6\%$  ) 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、89.6 (  $SD = 12.2$  ) であった。

### 3. 研究対象者の属性

研究対象者 51 名のうち、約 70% (  $n = 36$  ) は男性であり、平均年齢は 37.2 歳 (  $SD = 8.4$  ) であった。約半数 (  $n = 24, 47.1\%$  ) の最終学歴が高等学校であった。また、対象者の多

くが未婚( $n = 42$ )あるいは離婚経験あり( $n = 6$ )であった。さらに約70%( $n = 36$ )が家族等と同居していた。過去に最低賃金が支払われる一般企業などで働いた経験がある者は15%以下( $n = 7$ )であった。

### 3. 就労アウトカム

12ヵ月間で、約半数( $n = 26$ , 51.0%)が就労を経験した。対象者全体の平均就労期間は104.8日( $SD = 127.7$ )であり、就労者のみの平均就労期間は205.6日( $SD = 105.1$ )であった。また、対象者全体および就労者のみの最初の就労までの期間は、それぞれ251.8日( $SD = 132.5$ )と142.9日( $SD = 99.9$ )であった。

### 4. 機能・心理社会的アウトカム

3時点の評価が可能だった対象では、GAFの得点( $F = 9.39$ ,  $p < 0.001$ )とLASMIの得点( $F = 5.28$ ,  $p = 0.008$ )がベースライン時と比較し、有意に改善していた。他方、心理的ウェルビーイングの尺度の得点は、ベースライン時と比較し、尺度全体では6ヵ月目の評価時には得点が低下していた( $F = 3.85$ ,  $p = 0.027$ )。特に「人格的成長」の下位尺度( $F = 49.85$ ,  $p < 0.001$ )で6ヵ月目と12ヵ月目で有意に低下していた。一方で、「自己受容」の下位尺度( $F = 22.27$ ,  $p < 0.001$ )は、有意に増加していた。

### 5. 就労アウトカムに関連する要因

多変量解析の結果、12ヵ月間の就労の有無は、ベースラインのLASMIの得点が低いことと関連していた( $B = -0.03$ , 95%CI =  $-0.06, -0.01$ ,  $p = 0.028$ )。他方、就労の有無と他の尺度に有意な関連は見られなかった。また、就労期間はどの尺度も関連していなかった。

### 6. サービスコード分析

12の対象機関から合計5,802枚が回収された。12ヵ月間のサービス提供日数と事業所利用日数の平均値は、それぞれ82日( $SD = 56$ )と69日( $SD = 51$ )であった。また、サービス提供時間は193時間( $SD = 199$ )で、1対1換算のサービス提供時間は118時間( $SD = 128$ )であった。

1対1換算サービス提供時間のうち、75%は事業所内でのサービスであり、22%は事業所外でのサービスであった。電話やメール等のサービスは、3%と割合は非常に小さかった。また、集団プログラムと個別支援はおおよそ同じ割合であった。1対1換算サービス提供時間における就労支援員とケースマネージャーの割合は、72%と28%であった。特に、事業所外のサービスで就労支援員の割合(93%)が高かった。

サービスコード枚数やサービス提供日数、事業所利用日数の指標で、サービス量は3ヵ月目にピークを迎え、全就労者数( $n = 26$ )のうち約65%( $n = 17$ )が就労を果たした7ヵ月目を目処に減少し、その後8,9ヵ月目に一度微増し12ヵ月目に向けて再び減少していた。12ヵ月間で、特に事業所内での支援が減少している傾向にあった。

### D. 考察

#### 【中小企業との連携強化方法の提示】

社労士を対象とする短時間の研修で、精神疾患、復職対応、リワークプログラムについての理解、復職支援への自信が改善することが示された。社労士の経験年数、これまでに経験した精神疾患に罹患した従業員数が、研修への評価に影響することが明らかになった。精神疾患に罹患した従業員の支援に取り組んでいる社労士と医療機

関が連携して復職支援に取り組むことで、中小規模事業場への支援を拡げられる可能性がある。一次、二次、三次予防の資料を整理し、社労士等への普及を進めることによって、我が国の中小企業におけるメンタルヘルス施策が、大きく進む可能性がある。

#### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

本報告の分析結果より、短期型プログラムと既存型プログラムでは、3ヵ月間の評価尺度の変化という点では、効果において差はあまり認められない可能性が示唆された。短期型プログラムは既存型プログラムよりも、より早い復職が目指されやすいこと、一方、既存型プログラムは、時間は多く要するものの再発防止をより強く意識して作られたプログラムであることから、6ヵ月間の状態変化、復職までの期間、復職後の就労継続期間、再発率、ワークパフォーマンスには有意な違いが認められる可能性はある。また、こうした効果の違いにより、費用対効果や費用対効用といった医療経済的な指標に違いが認められる可能性もある。

#### 【地域における諸機関との連携の標準化】

##### 1) 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

今調査から、事業場が希望する連携は、復職前/復職時に本人の特性を基にした業務・職場への配慮事項について書面や診察面談によって行うことであった。

##### 2) 連携標準化パンフレットの作成

事業場や主治医から休職する社員に本パンフレットを手渡すことにより休職中の過

ごし方や復職への準備の仕方を伝えることが出来るとともに事業所側も何を準備すべきか確認をすることができると考えられる。

また本パンフレットは、事業場との連携、他院主治医との連携、地域の諸機関（就労移行支援事業所、障害者職業センター等）との連携など様々な場面における連携についても触れているため、治療機関として近隣の諸機関との連携を推進・確認する際の資料や他院主治医が治療機関を紹介する際の資料としても活用できると考えている。

#### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

双極性障害患者の運転技能は、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。双極性障害患者の運転技能についてはこれまで証左がなく、新しい知見を提供した点で学術的意義が大きく、また、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、今後の検討を行う上での基礎資料を提供した点で、社会的行政的な意義も大きいと考えられる。

今後は、サンプルサイズの拡大と精神障害者全般での検討が必要である。

#### 【文献レビュー】

論文の書き直しに関するコメントは、レビューの対象論文のエビデンスレベルが低いというものであった。近年、リワーク支援プログラムに関する文献が新しく発表されており、文献レビューの対象論文を変更して、再度作業を進めている。

### 【再休職状況の把握】

再休職時ストレス要因シート全体の分かりやすさは、2.69 とやや低いですが、業務ストレスとプライベートのストレスに分けた場合には、3.00 という評価であり、分類の妥当性については、すべて 3.00 を越える評価を得ている。今後、再休職時のストレス要因を確認するために、今回作成されたシートを使用する妥当性が確認されたと考えられる。

### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

調査：リワークプログラム利用者の就労予後に関する大規模調査

本調査はリワークプログラムの利用の実態を初めて大規模に実施した。脱落率については、各医療機関のリワークプログラムの開始の基準やプログラム内容、さらに利用者の臨床症状の差異を検討した上で、脱落要因を解明する必要があると思われた。

復職後の 1 年間の就労継続状況は、762 人が再休職や失職または自殺に至っており、復職後少なくとも 1 年間は、慎重に経過を観察し、支援を行う必要性が示唆された。

調査：リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較

リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較により、リワークプログラム利用者の再休職予防効果が示唆された。本調査は無作為化比較試験ではないため、両群の属性を傾向スコアによるマッチングにより調整した。しかし、本調査で収集可能であった調査項目は 5 項目と少なく、特に復職時の臨床症状の評価を

検討することができなかった。すべての対象者が主治医や事業場より復職可能の評価や判断に基づき復職に至っていることを前提としたものではあるが、復職の基準は対象者の就労条件などにより大きく異なることが考えられる。復職時の臨床症状や社会機能の評価、そしてさらに再休職要因と考えられる情報を加えた上で効果の検討をすることを今後の課題としたい。

### 【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

#### 1) 就労状況

就労状況については、復職直後は軽減勤務や就労制限が大半であったが、6 ヶ月以降は、通常勤務が半数以上となっていた。しかし、6,12 ヶ月後においても、軽減勤務や就労制限は一定の割合で見られ、多くの事業場で復職後 1 年にわたって復職者への配慮を継続して実施している実態が明らかになった。

#### 2) 臨床的症状の経時的変化

抑うつ症状や双極性障害の症状については、いずれも復職 1 ヶ月後時点でカットオフ値 (CSD-D:16 点、BSDS:11 点) を下回っており、臨床的症状は、その後 1 年を通して安定していたと言える。

#### 3) 労働生産性の経時的変化

absenteeism および presenteeism のいずれにおいても、有意な改善の傾向が見られた。Adler らが実施した 18 ヶ月にわたる追跡調査では、臨床的症状の回復が見られたものの、業務遂行能力は調査期間を通して悪い状態のままであり、うつ病の症状の改善が

労務遂行能力の改善を必ずしも意味しない、すなわち臨床的症状の回復と業務遂行能力の回復には、時間のずれがあることが示唆されていた。これに対して、本研究では、臨床的症状と労働生産性の回復にはズレが見られたが、労働生産性においては、復職後1年間で absenteeism と presenteeism の双方に有意な改善が見られた。

#### 【リワーク指導マニュアルの RCT】

本研究結果を総括すると、リワークマニュアルを利用して復職指導を行った群と通常治療群の間に、3カ月後/6ヶ月後の社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化に有意な差は認めなかった。また介入群と対照群の総休職期間にも有意差は見られなかった。リワークマニュアル群において、抑うつ症状の改善が大きい可能性があった。

これらの研究結果について考察すると、第一に症例数が少ないことが影響していることが考えられる。予定症例数よりも少ない症例における解析が影響していると思われる。また復職継続評価期間が短いことが影響している可能性もある。これまでの報告でも比較的長い評価期間を持った研究でリワーク介入効果がでやすいことが報告されており今後の追跡を行うことで変わってくる可能性もある。さらに、本研究対象者は多くの症例を産業医科大学病院に通院中の患者が対象となっている。このことは、産業精神保健に精通した精神科医が担当していたことから、リワークマニュアルの効果を出しにくかった可能性がある。

#### 【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

リワーク施設におけるプログラムの均てん化を図るためリワーク施設のスタッフに対する教育研修について1,2年度目から引き続き検討した。スタッフとして必要な知識を得ることができるよう研修内容を精査するとともに、全国各地で研修会を開催することができるよう研修で使用するテキストを作成し書籍化した。これにより講師も研修内容について基本的な項目を網羅することができ、講師によって教育の内容が大きく変わるということは無くなった。講師にとっても伝えるべき内容が明確になっているため事前準備の負担が少なくなった。また、研修会参加者にとっても研修後やリワーク施設に戻った時に見直すことができるようになった。

経験年数や研修の履修状況によりリワークに対する習熟度を明らかにするため、スタッフ個人に対する資格認定制度を検討した。認定スタッフと専門スタッフの2つを設定し実地研修やレポート提出による認定要件を定め、専門性の習得状況を研修手帳を利用して管理・確認できるようにした。明確な要件が定められたことにより、資格取得を目指して多くのスタッフが取り組むことで各リワーク施設の均てん化が進められていくと考えられる。スタッフに対する資格認定は施設に対する認定と連動するようになっており、その点からもリワークプログラムの施設全体の医療サービスとしての質の向上にも繋がると考えられる。

#### 【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

今回作成された標準的中核プログラムと施設基準を示したガイドラインでは、リワ

ークプログラムの理念の普及と標準化を強  
力に推し進めることが意図された。3領域、  
9章、34項目、118要素よりなる本ガ  
イドラインは、リワークプログラムの中核  
をなす「復職準備性の評価」「再休職の予防」  
という、統合失調症の入院治療から出発し  
発展してきた従来型のうつ病休職者治療・  
支援では重要視されてこなかった実践内容  
の実現を各施設に求めるものとなった。

本研究「リワークプログラムの多様化に  
対応したプログラムのモデル化に関する研  
究」は、当初は、多様化するリワークプロ  
グラムに対するニーズに対応した、独自の  
ノウハウで運営されるプログラムの視察・  
紹介を通じて、新たなリワークプログラ  
ムのモデル化を目指すためにスタートしたが、  
実地調査というこれまで行われたことのな  
い研究手法により様々な問題が明らかとな  
り、標準的中核プログラムと施設基準を示  
したガイドラインの作成・提示に帰着した。  
独自に実施されているプログラムの問題点  
と実地調査の意義については、前年度の報  
告書にて報告しているが、リワークプロ  
グラムの理念や、うつ病リワーク研究会が進  
めてきた標準化が実は十分に浸透していな  
かったことの現れであったのかもしれない。

これまでにリワークプログラムに関して  
多数の参考図書が発行されてきたが、文章  
から想像し得る内容は幅が広く、そこに治  
療者の思いも加わり、自由な解釈が成り立  
つ。ニーズの多様化も手伝い、基本的な理  
念を良く理解しないまま様々なプログラム  
が独自に生まれてしまったものと考えられ  
る。ガイドラインは通常の参考図書と違い、  
「当てはまるか否か」の二分法で解釈の自  
由度は極端に低くなるため、理念や中核的

プログラムの適切な普及と、医療施設のサ  
ービス提供の水準の向上が期待される。

一方、今回のガイドラインにはさまざま  
な問題点も潜んでいる。無機質な基準を並  
べただけのガイドラインになってしまい、  
心の治療を行うリワークプログラム実施医  
療機関の施設基準としてはあまりに冷たい  
内容と捉えられるかもしれない。その観点  
からは精神療法の専門家などの参画を求め  
ることも必要である。また、これからリワ  
ークプログラムを始めようとする医療機関  
にとっては、目標となる一方で、ハードル  
が高すぎるために新規の参入を諦める医療  
機関がでてくるようであれば、利用者の立  
場からは本末転倒で、選択肢を狭める結果  
になりかねない。新規参入をサポートする  
ような研修会や見学の場の提供等について  
も早急な対応が求められるであろう。

#### 【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】

「手引きのわかりやすさ」「対象のわかり  
やすさ」「診断に関わらない支援の可能性」  
「スタッフへの有用性」「患者への有用性」  
については3.00を越える評価であり、今回  
作成された資料をリワークスタッフが、発  
達障害の特徴を有する対人関係障害者への  
支援に用いることの妥当性が確認されたと  
考えられる。

職域への有用性については、使用された  
数が少なかったという状況があるが、評価  
は3.00を下回っている。職域との連携につ  
いては、さらに資料を作成する必要がある  
かもしれない。また、自由記載のコメント  
には、「困難事例には、この手引きだけでは  
対応できないかもしれない」という意見も

あった。今回作成された手引きを、基本的な資料として活用するとしても、今後さらに資料を作成していかなければならない可能性がある。

【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

調査の結果、12ヵ月間で対象者の約半数が就労を経験し、平均就労期間は3ヵ月を超えていた（就労者だけの平均では6ヵ月以上）。厚生労働省の調査では、日本の就労移行支援事業所の平均就労率は25%で<sup>22)</sup>、本研究の対象機関は利用者に多くの就労機会をもたらしたと言えるだろう。また、日本で行われた2つのIPS/援助付き雇用のRCTにおいても、利用者の約半数が就労しており、本研究は過去の知見と重なる結果となった。就労期間については、日本の精神障害者の就労に離職者が多いことが特徴であり、また就労者の約25%が1ヵ月以内に離職したとするデータと比較すると、本研究の対象者における就労期間は短くないと考えられた。

本研究では、12ヵ月間に一部の臨床アウトカムに関する尺度得点の変化を観察した。特にGAFやLASMIなど機能を測定する尺度ではその改善が報告された。一方、モチベーションやQOL、ストレングス志向性には変化が見られず、心理的ウェルビーイングの下位尺度「人格的成長」では有意な低下が見られた。統合失調症の利用者の就労あるいは援助付き雇用型サービスの利用と機能は、欧米の研究でも改善が報告されており、本研究に限ったことではない。一方で、欧米では就労や援助付き雇用が主観的

なQOLやパーソナル・リカバリーの向上に関係する可能性が示されているが、本研究ではその関連は示さなかった<sup>26)</sup>。障害者雇用が進み、精神障害者の雇用機会が増加する中、就労と生活に関する主観的なアウトカムの向上は必ずしも結びつかない可能性があり、今後の課題となると示唆される。

本研究の利用者は、就労の有無に関連する変数として、ベースライン時のLASMI得点が低いこと（機能が低いこと）が示された。対象機関で社会的機能が比較的高い利用者が就労しやすかった可能性がある。ただし、他の尺度は就労アウトカムと関連しておらず、LASMIも就労期間の長さとは関連しなかったことから、機能の高低や就労へのモチベーションの高低が全ての就労アウトカムと関連しているとはいえないだろう。

サービスコード票を用いたプロセスデータの分析から、対象者1人あたりに費やされた1対1換算のサービス提供時間は約118時間であった。そのうち、20%以上が事業所外のサービスであり、就労支援員によるサービスが70%以上であった。一方、集団プログラムの割合が約半分を占め、必ずしも個別支援だけに多くの時間が割かれていたわけではなかった。日本の文化においては集団サービスにも有効性があるかもしれない。他方、本研究の対象機関は精神科デイケアが含まれており、精神科デイケアの診療報酬は集団サービスを前提としている。また、他の対象機関の事業種別である就労移行支援事業や生活訓練事業の報酬単価は、個別サービスと集団サービスによって違いない。よって、集団サービスに長い時間が費やされている側面には、経営的な側面

もあるかもしれないと考えられた。

12 ヶ月間のサービスコードデータの経時的な推移をみると、特に最初の 3 ヶ月間に多くのサービスが提供されており、その後、就労者の増加とともに 9 ヶ月目以降にサービス量が減っていた。ここには 2 つの理由があると推測される。第 1 に、対象者の就労のための集中的なサービスは長期的に継続されるものではなく、支援開始初期に行われることがあげられる。第 2 に、就労後のサービスはコンタクト頻度が減り、また全ての対象者に継続支援が必要でないことである。前者について、英国での IPS-LITE では IPS 型の集中的なサービスを利用者に提供するの 9 ヶ月としており、本研究もその知見を実証的なプロセス調査の側面から支持するものとなった<sup>27)</sup>。

## E. 結論

### 【中小企業との連携強化方法の提示】

今回の研究の成果を活用することによって、中小企業におけるメンタルヘルスが大きく改善する可能性がある。

### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

短期型リワークプログラムと既存型リワークプログラムの両群において、プログラム開始からの 3 ヶ月間で復職準備性、抑うつ症状、QOL の改善が認められた。プログラムによる効果の違いとしては、プログラム開始前により QOL が低かった既存型プログラム参加者において、より 3 ヶ月間の QOL の改善が大きかったが、社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化については両

群で差が認められなかった

### 【地域における諸機関との連携の標準化】

#### 1) 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

連携による支援を今後確立的なものにしていくためにも、経済的な対価を得て、連携できるリワーク・コーディネーターのようなスタッフを確保することが必要である。

#### 2) 連携標準化パンフレットの作成

3 年間の研究により、患者情報の共有について治療機関と他院主治医と事業場のそれぞれについて実情を調べ、啓発用パンフレットを作成した。

### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

予備的検討ながら、病状の安定した双極性障害患者の運転技能は、健常者と比し低下していなかった。また、処方薬と運転技能の関連も明確ではなく、患者の運転適性については一律の規程ではなく、証左に基づいた検討が期待される。

### 【文献レビュー】

文献レビューの対象論文を変更して、再度作業を進めている。

### 【再休職状況の把握】

今後、再休職時のストレス要因を確認するために、今回作成されたシートを使用することができる。

### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

調査 : リワークプログラム利用者の就労予後に関する大規模調査

復職後少なくとも1年間、復職者の経過を慎重に観察し、支援を行う必要性が示された。

調査：リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較

リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続状況の比較により、リワークプログラム利用者の再休職予防効果が示された。

#### 【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

本研究においては、労働生産性は臨床的症状の回復の程度と時間的にズレがあり、復職後にゆるやかに改善することが示された。

#### 【リワーク指導マニュアルのRCT】

今回の少数のリワークマニュアルの効果研究では、復職継続率、復職までの期間、復職準備性、社会適応度にマニュアル使用群と非使用群で差異は認めなかった。マニュアルを使用することで抑うつ症状の改善が大きい可能性がある。

今後は、症例数を増やすこと、対象施設の枠組みの再考が必要と考えられた。

#### 【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

本年度は、リワークプログラムの均てん化に向けリワークスタッフ向けの教育・研修会の開催、研修テキストの作成、研修会講師の養成、スタッフ認定制度の創設、等具体的な施策の方法を検討し実施した。今後、スタッフ認定制度や実地研修が進むことでより質の高い支援体制を各地

で整えることが可能になると考えられる。

#### 【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

これまでに明らかになった問題点に焦点付けた、本質的な部分でリワークプログラムを安定して続けていくために必要な標準的中核プログラムと施設基準を示したガイドラインとなる書籍の発行を目指し、原稿を完成させた。

#### 【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】

今回作成された資料をリワークスタッフが、発達障害の特徴を有する対人関係障害者への支援に用いることができる。

#### 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

援助付き雇用型サービスは利用者に多くの就労機会や長い就労期間、機能の改善をもたらす可能性がある。一方で、日本の文化では就労が利用者の主観的な生活の質やウェルビーイングの向上に必ずしも結びつかない可能性があり、今後の課題となった。プロセスデータの解析から、本調査のように就労アウトカムに関する高い効果をもたらすサービスには事業所外でのサービスが含まれることを明らかにしたが、集中的なサービスは9ヵ月目までに提供されていた。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

## 1.論文発表

### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

1. 宮田明美, 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2017) うつ病患者の社会復帰を考える際に望ましい薬物療法とは. 臨床精神薬理 20:277-282
2. 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2017) 自動車運転と薬物問題 1. 向精神薬. Modern Physician 37:138-140
3. 尾崎紀夫 (2016) 精神障害者が自動車社会で暮らすために. 高速道路と自動車 59:6-9
4. 阪野正大, 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2016) 睡眠薬が認知機能に及ぼす影響. 臨床精神薬理 19:49-59

## 2.学会発表

### 【中小企業との連携強化方法の提示 および 文献レビュー】

- 1) 秋山剛: 基調講演 リワーク: 再休職、再発しない就労継続を実現するために. 第17回日本外来臨床精神医学会 東京. 2.19. 2017.
- 2) Tsuyoshi Akiyama: KEYNOTE LECTURE Recovery of Working Patients? WPA Interzonal Congress. Vinius. 5.3-6, 2017

### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

有馬秀晃. 再休職を防ぐために我々に何が  
できるか. 日本外来臨床精神医学会 第  
17回学術集会 2017年2月19日 東京.

### 【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

1. 尾崎紀夫: 精神神経疾患患者の自動車運転を巡る課題: 脳科学による解決の必要性, in 第39回日本神経科学大会ランチョンセミナー. 横浜, 2016

2. 尾崎紀夫: うつ病の回復・社会復帰を踏まえた診断と治療, in 第9回うつ病リワーク研究会ランチョンセミナー. 京都, 2016
3. 尾崎紀夫: 私のうつ病研究—治療計画の策定への寄与を目指して, in 第13回うつ病学会大会長講演. 名古屋, 2016

### 【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】

- 1) 秋山剛: 能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き作成の試み 第23回日本産業精神保健学会, 大阪, 6.17-18, 2016
- 2) 秋山剛: シンポジウム 2「成人後の発達障害の就労継続支援～手引きの活用、特製の確認、他の支援との使い分け」 S2-4 発達障害の特性をもつ人への包括的就労継続支援モデルの開発. 第10回うつ病リワーク研究会年次大会. 福岡. 4. 22-23. 2017.

### 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】

山口創生: Individual Placement and Support/日本版個別型援助付き雇用: フィデリティ調査の取り組み: 2013-2016年度 第5回IPS全国研修会岡山大会, 倉敷, 2017.

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## I. 文献

### 【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San

- Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- Bosc, M., Dubini, A., Polin, V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol Suppl 1*, S57-S70, 1997.
- Endo M, Haruyama Y, Muto T, Yuhara M, Asada K & Kato R. Recurrence of sickness absence due to depression after returning to work at a Japanese IT company. *Industrial health* 51:165-71, 2013.
- Hamilton, M. A. Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 56-62, 1960.
- Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, Bonse G & Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 20:1727-1736, 2011.
- Kessler, R.C., Barber, C., Beck, A., et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* 45, 156-174, 2003.
- 厚生労働省 労働安全衛生調査, 2013.
- Lerner D & Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 50:401-410, 2008.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC & Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin* 30:511-41, 2004.
- 大木洋子, 五十嵐良雄, 山内慶太. メンタルクリニックにおけるリワークプログラムの治療構造とアウトカム. *精神医学* 55:761-767, 2013.
- 酒井佳永, 秋山剛, 土屋政雄ほか. 復職準備性評価シート(Psychiatric Rework Readiness Scale)の評価者間信頼性、内的整合性、予測妥当性の検討. *精神科治療学* 27:655-667, 2012.
- 【地域における諸機関との連携の標準化】
- 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.

6) 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 25 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,77-117,2014.

7) 五十嵐良雄, 地域における就労活動のための諸機関との連携の標準化, 厚生労働省障害者対策総合研究事業 精神障害者の就労移行を促進するための研究分担報告書（主任研究者:秋山剛）,2015:p49-67

8) 五十嵐良雄, 地域における就労活動のための諸機関との連携の標準化, 厚生労働省障害者対策総合研究事業 精神障害者の就労移行を促進するための研究分担報告書（主任研究者:秋山剛）,2016:p46-146

#### 【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

1. 大木洋子, 五十嵐良雄. リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する効果研究 . 産業精神保健 . 2012;20(4):335-45.

2. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*. 1983;70:41-55.

3. Rosenbaum PR, Rubin DB. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *J Am Stat Asso*. 1984;79:516-24.

4. 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 . 2012;41(11):1509-19.

#### 【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

1. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML: The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005, 47:547-557.

2. Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, Ono Y, Furukawa TA, Tsuchiya M, Tajima M, Kashima H, Nakane Y, Nakamura Y, et al: Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65:442-450.

3. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D: Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama* 2003, 289:3135-3144.

4. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D,

- Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P: The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* 2003, 45:156-174.
5. Kessler RC, Ames M, Hymel PA, Loeppke R, McKenas DK, Richling DE, Stang PE, Ustun TB: Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *J Occup Environ Med* 2004, 46:S23-37.
  6. Radloff LS: The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1:385-401.
  7. Shabani A, Koohi-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N: The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Archives of Iranian medicine* 2009, 12:41-47.
  8. Group E: EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, 16:199-208.
  9. 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. *精神医学* 1999, 41:711-717.
  10. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D: Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006, 163:1569-1576.
- 【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】
- Matsuo J, Kamio Y, Takahashi H, Ota M, Teraishi T, Hori H, et al. (2015) Autistic-Like Traits in Adult Patients with Mood Disorders and Schizophrenia. *PLoS ONE* 10(4): e0122711. doi:10.1371/journal.pone.0122711
- 【医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討】
- 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 の研究と今後の課題 . Q&A で理解する就労支援 IPS : 精神疾患を持つ方の魅力と可能性を活かす就労支援(編著者: 中原さとみ, 飯野雄治, リカバリーキャラバン隊) . pp.153-168, (有) EDITEX, 東京, 2016 .

- 6) Yamaguchi S, Sato S, Horio N, et al: Cost-effectiveness of cognitive remediation and supported employment for people with mental illness: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 47:53-65, 2017.
- 7) Sasaki N, Yamaguchi S, Shimodaira M, et al: Development and validation of Japanese fidelity tools for supported employment. [submitted]
- 8) 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 .
- 9) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition*. APA, Washington DC, 1994.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) Ryff CD, Keyes CLM: The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69:719-727, 1995.
- 14) 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.
- 15) 藤本忠明, 東正訓: ワークショップ 人間関係の心理学. ナカニシヤ出版, 京都, 2004 .
- 16) 種田綾乃, 贅川信幸, 山口創生, 他: 精神科医療機関における多職種アウトリーチチームに携わるスタッフのストレス志向による支援態度: 利用者スタッフの双方の視点から. [投稿中]
- 17) 種田綾乃, 贅川信幸, 山口創生, 他: 重症精神障害者に対する認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究: サービスコード票を用いたプロセス調査. 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.127-148, 2014 .
- 18) 山口創生, 佐藤さやか, 下平美智代, 他: 重症精神障害者に対する認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究: サービスコード票を用いたプロセス調査. 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.127-148, 2014 .
- 19) 山口創生, 佐藤さやか, 松長麻美, 他: 精神科デイケアにおけるアウトリーチ

- 型ケースマネジメントの実装に関する  
プロセス調査：サービス量分析. 臨床精神医学 46:91-102, 2017.
- 20) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the revised Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25). *Psychiatric Services* 63: 758-763, 2012.
- 21) Vandenberg JP, von Elm E, Altman DG, et al: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 4:e297, 2007.
- 22) 厚生労働省:障害者の就労支援について . 厚生労働省 , 2015.(URL: [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_u\\_Shakaihoshoutantou/0000091254.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000091254.pdf))
- 23) Oshima I, Sono T, Bond GR, et al: A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37:137-143, 2014.
- 24) 福井信佳, 酒井ひとみ, 橋本卓也: 精神障がい者の離職率に関する研究：最近10年間の分析. *保健医療学雑誌* 5:15-21, 2014.
- 25) 相澤欽一: 精神障害者雇用の現状 . *心と社会* 43:109-114, 2012.
- 26) Charzyńska K, Kucharska K, Mortimer A: Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 28:407-418, 2015.
- 27) Burns T, Yeeles K, Langford O, et al: A randomised controlled trial of time-limited individual placement and support: IPS-LITE trial. *British Journal of Psychiatry* 207:351-356, 2015.