

平成28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 (H26—精神—一般—002)
(分担研究報告書)

中小企業との連携強化、再発状況の把握、文献レビュー
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

研究分担者：○秋山 剛¹⁾

研究協力者：岩元健一郎²⁾，田島美幸²⁾，今井杏里³⁾，藤里紘子²⁾，川崎直樹⁴⁾，早坂佳津絵²⁾，吉原美沙紀²⁾，白川麻子²⁾，平林直次⁵⁾，堀越勝²⁾，山田晴男⁶⁾，市村玲子⁶⁾，香取美恵子⁶⁾，深澤理香⁶⁾，福本正勝⁷⁾，堤 明純³⁾，梶木繁之^{9),10)}，田川杏奈¹¹⁾，増田沙弓¹²⁾，吉田友子¹³⁾，福田真也¹⁴⁾，神尾陽子¹⁵⁾

- 1) NTT 東日本関東病院精神神経科
- 2) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター
- 3) 国立精神・神経医療研究センター病院デイケア
- 4) 日本女子大学人間社会学部心理学科
- 5) 国立精神・神経医療研究センター病院精神リハビリテーション部
- 6) 東京都社会保険労務士会武蔵野統括支部
- 7) 社会福祉法人 長岡福祉協会 首都圏事業部 介護老人保健施設 新橋ばらの園
- 8) 北里大学医学部
- 9) 産業医科大学産業生態科学研究所
- 10) 産業保健コンサルティング事務所アルク
- 11) 公益財団法人神経研究所 附属晴和病院
- 12) 上智大学大学院総合人間科学研究科心理学専攻
- 13) 子どもとおとなの心理学的医学教育研究所 iPEC
- 14) あつぎ心療クリニック
- 15) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部

研究要旨

目的：本研究は、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つ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の有用性についての有用性調査による中小企業との連携強化、リワーク支援プログラムに関する文献レビュー、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関する産業医調査による再発状況の把握、開発された手引きについての、リワーク支援を行っているスタッフへの有用性調査による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 を目的とする。

方法： 中小企業との連携強化：これまでに開発された一次、二次・三次予防ツールの使用方法について社会保険労務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。 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。再発状況の把握：再発状況の関連要因を評価するためのシートについて、産業医を対象に、「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。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：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ない、「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。

結果： 中小企業との連携強化：有効回答数は 74 名（回答率 98.7%）で、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($p<0.05$)。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。再発状況の把握：再発状況の関連要因を評価するためのシートについて、産業医 16 名から有用性に関する回答が得られた。「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。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：28 施設に回答を求め、26 施設、27 名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、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。

結論： 中小企業との連携強化：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とりく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上げられる可能性がある。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。再発状況の把握：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。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：「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ダ合成が確認された。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。

A. 研究の背景と目的

中小企業との連携強化

わが国の労働人口の 60%以上は中小企業で就労している。中小企業には、産業医、産業保健スタッフがいないことが多く、メンタルヘルスに関する一次、二次、三次予防活動が円滑に進められず、中小企業で就労する多くの労働者に、実効的なメンタルヘルス対策が行われていない。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つ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、講習会の有用性について調査を行った。

文献レビュー

リワーク支援プログラムに関する文献レビューは、まだ十分に行われていない。今回の研究では、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。

再発状況の把握

復職後の再発には、業務上ストレス（処遇、対人関係ストレス、作業ストレスなど）、業務外の個人的なストレス、精神症状や機能の回復状況などが複合的に影響する。

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。

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

先行研究によれば、気分障害等の診断で受診する成人患者に高い割合で発達障害の特性がみられる。発達障害の専門家が不足していたために、小児期に発達障害への診断や支援を受けることなく生育し、学業の遂行、就職は果たした

ものの就労継続に困難をきたし、気分障害等の診断を受けている対象が相当数存在する。本研究では、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。

B. 研究方法

中小企業との連携強化

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会保険労務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。

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。

再発状況の把握

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。

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

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なった。「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。

C. 研究結果

中小企業との連携強化

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完成しており、ツールについて社会保険労務士を対象とする講習会を開催し、「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。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(表1)。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増加した($p<0.001$)。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($p<0.05$)。

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

再発状況の把握

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。回答した産業医の属性は、表3の通りである。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、表4の通りで、「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。

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

「手引き」の有用性調査を行ない、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。また、回答者27名の職種は、表5の通りである。「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(表6～8)。

D. 考察

中小企業との連携強化

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とりく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。

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。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。

再発状況の把握

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。

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

「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、さらに別な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

らに別に資料を作成していかなければならない可能性がある。

E. 結論

中小企業との連携強化

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。

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。

再発状況の把握

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。

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

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

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

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。

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 .

Tsuyoshi Akiyama: KEYNOTE LECTURE
Recovery of Working Patients? WPA
Interzonal Congress. Vinius. 5.3-6, 2017

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 なし

引用文献

- 1) 1) 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

表 1 社会保険労務士講習会対象者属性と満足度

		度数	%
性別	男	45	60.8
	女	29	39.2
		平均	SD
社労士経験年数	5年未満	19	25.7
	5～9年	16	21.6
	10～14年	20	27.0
	15年以上	18	24.3
	欠損	1	1.4
これまでに経験した精神疾患を抱えた従業員数	なし	24	32.4
	1～4名	29	39.2
	5名以上	19	25.7
	欠損	2	2.7
研修に対する満足度 (CSQ-8J)		27.19	8.18

表2 研修の有用性

	開始時		終了時		t 値	有意確率 両側
	Av	SD	Av	SD		
職場でよく見られる精神疾患について理解している	2.89	0.73	3.29	0.67	-5.27	0.000
精神疾患での休職から復職する従業員への対応について理解している	2.63	0.75	3.27	0.91	-5.57	0.000
リワークプログラムについて理解している	2.25	0.81	3.33	0.94	-7.72	0.000
精神疾患から復職する従業員を支援する自信がある	2.32	0.70	2.91	0.66	-7.48	0.000

表3 産業医属性

性別	産業医経		再休職事		
	験年数		例数		
男性	10	5年未満	9	0-5	15
女性	6	5-9年	1	6-10	1
		10-14年	2		
		15年以上	4		
合計	16		16		16

表4 シート、ストレス項目の分かりやすさと分類の妥当性

「再休職時ストレス要因シート」		「業務上のストレス」		「プライベートのストレス」	
分かりやすさ	分類の妥当性	分かりやすさ	分類の妥当性	分かりやすさ	分類の妥当性
2.69	3.20	3.00	3.25	3.00	3.50
0.79	0.68	0.63	0.77	0.93	0.73

表5 回答率と回答者の職種

回答率 26/28 施設 27名 93%

職種

臨床心理士	11 (41%)
精神保健福祉士	8 (30%)
作業療法士	5 (19%)
看護師	2 (7%)
医師	1 (4%)
合計	27

表6 手引き、対象の分かりやすさ

手引きの分かりやすさ

分かりやすかった	12 (44%)
大体分かりやすかった	14 (52%)
やや分かりにくかった	0 (0%)
分かりにくかった	1 (4%)

対象の分かりやすさ

分かりやすかった	10 (37%)
大体分かりやすかった	15 (56%)
やや分かりにくかった	0 (0%)
分かりにくかった	1 (4%)
未回答	1 (4%)

表7 診断に関わらない支援の可能性、スタッフへの有用性

診断に関わらない支援は可能か	
可能だった	6 (22%)
大体可能だった	16 (59%)
かなり困難だった	5 (19%)
不可能だった	0 (0%)
スタッフに役立つか	
役立った	11 (41%)
大体役立った	13 (48%)
あまり役に立たなかった	1 (4%)
役に立たなかった	2 (7%)

表8 患者、職域への有用性

患者に役立つか	
役立った	5 (19%)
大体役立った	17 (63%)
あまり役立たなかった	3 (11%)
役に立たなかった	0 (0%)
未実施・回答	2 (7%)
職域に役立つか	
役立った	2 (7%)
大体役立った	8 (30%)
あまり役に立たなかった	2 (7%)

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

分担研究報告書

短期リワークプログラムの効果に関する研究

研究分担者 酒井 佳永 跡見学園女子大学文学部臨床心理学科 准教授
有馬 秀晃 品川駅前メンタルクリニック 院長

研究要旨

精神疾患による休職からの復帰を促進し、また復職後の再発防止と就労継続を目的とした心理社会的介入であるリワークプログラムが全国に広がっている。しかし中小企業社員の利用促進、医療経済的な効率の改善を図る上で、既存のリワークプログラムよりも短期間で実施される「短期型リワークプログラム」への社会的な要請が高まっている。

本研究の目的は、既存型リワークプログラムを比較対象とした短期型リワークプログラムの効果を明らかにすること、そして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について医療経済的な側面の比較を行なうことである。

研究方法は、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への参加者を対象に、プログラム開始から3ヶ月/6ヵ月間の社会機能、職場復帰準備性、抑うつ症状、QOLの変化、復職までの期間、復職後の就労継続とワークパフォーマンスを評価し、プログラムによる差の検討を行なう。

プログラム開始から3ヶ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。

A．研究目的

我が国において、精神疾患による休職者は年々増加している(労働安全衛生調査,2013)。また精神疾患による休職者の職場復帰後の予後をフォローアップした研究では、復職後に再休職する事例が少なくないことが複数の研究で報告されている(Endo et al., 2013)。復職後に再休職を繰り返すことは、患者の生産性や生活の質に大きな影響を及ぼすことが報告されていることを考慮すると(Lerner et al., 2008)、精神疾患による休職者が復職後に再発することなく、就労を継続できることを目的とした支援が必要である。

こうした背景から、我が国では精神疾患による休職者の復職および復職後の再休職防止を目的とした復職支援プログラム(以下リワークプログラムとする)が2000年頃より開始された。現在ではリワークプログラムは全国に広がり、リワークプログラムを実施している施設が入会できるうつ病リワーク研究会には全国で190以上の医療機関が入会している(うつ病リワーク研究会、平成27年2月時点)。

また、最近ではリワークプログラムの効果についての報告も行われており、全国のリワークプログラムを利用した群(リワークプログラム利用群)と、背景要因を統制するためにリワークプログラムを利用する条件付き確率(傾向スコア)でマッチングした通常治療群を比較したコホート研究では、リワークプログラム利用群が有意に長く就労を継続していることが報告されている(大木 et al., 2013)。対象者をリワークプログラム利用群と個人生活指導群に無作為に割り付け、介入開始から6か月間の社会機能、抑うつ症状、非機能的認知の変化を比較した研究では、リワーク利用群において、個人生活指導群よりも有意に非機能的認知が改善することが報告されている(酒井, 2014)。

しかしうつ病リワーク研究会によれば、リワーク参加期間は平均250.4日、標準偏差175.4、中央値211.0日とされており、これは特に中小企業においては許容できる休務期間を超える。また医療費の削減や労働生産性損失の削減といった医療経済的な側面からも、より短期間で実施されるリワークプログラムへの社会的な要請は高いと考えられる。一方で、短期型のプログラムであっても、既存型と同等の一定の就労継続効果があることが期待される。

そこで本研究では、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こと、短期型リワークプログラムの医療経済的な評価を行うこと、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。本研究の仮説は以下のとおりである。短期型リワークプログラムはプログラム前後の社会機能の変化、および復職後の就労継続において、既存型リワークプログラムと同等の効果を有する。短期型リワークプログラムは既存型リワークプログラムよりも医療経済的に優位である。

なお現時点では、対象者の多くが未だ復職していない状況にあるため、復職までの期間、および復職後の就労継続、復職後の就労継続による労働生産性損失の節約については検討することができない。よって本報告書では、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。

B．研究方法

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か月から6か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か月から6か月、既存型プログラムについては8か月から12か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か月後、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か月後および6か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。

(倫理面への配慮)

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。

C. 研究結果

(1) 対象者の導入状況

2015年11月から2017年3月までに、短期型プログラム群に14人、既存型プログラム群に12人の研究対象者が導入された。このうち、2017年3月までに3ヵ月後の評価を実施したものは短期プログラム11人、長期プログラム10人であった。6ヵ月後の評価を実施したものは短期プログラム6人、長期プログラム8人であった。本報告書では、2017年3月までに3ヵ月後の評価を実施した21人についてプログラム開始前から3ヵ月後までの変化に関する解析を行い、報告する。

(2) 対象者の特徴

対象者の基本的な特徴を表1に記す。年齢、性別、学歴、配偶者の有無、事業所規模、職位、転職回数、勤続年数、診断、初診時年齢、入院回数において、両群に有意な差は認められなかった。

表1 対象者の特徴

	短期型(N=11)		既存型(N=10)	
	平均(N)	SD(%)	平均(N)	SD(%)
年齢	40.6歳	10.6	39.2歳	8.5
性別	男性	8人 50.0%	8人	50.0%
	女性	3人 60.0%	2人	40.0%
学歴	大卒以上	11人 57.9%	8人	42.1%
	高校卒業	0人 0%	2人	100.0%
配偶者	あり	5人 55.6%	4人	44.4%
	なし	6人 50.0%	6人	50.0%
事業所規模	300人以上	11人 55.0%	9人	45.0%
	300人未満	0人 0.0%	1人	100.0%
職位	管理職	1人 50.0%	1人	50.0%
	非管理職	10人 50.0%	9人	45.0%
	平均(N)	SD(%)	平均(N)	SD(%)
転職回数	0回	8人 53.3%	7人	46.7%
	1回	0人 0%	2人	100.0%
	2回以上	3人 75.0%	1人	25.0%
勤続年数	15.7	9.5	14.7	7.8
診断(ICD10)	F31	0人 0%	1人	100%
	F32	4人 36.4%	7人	63.6%
	F33	6人 75.0%	2人	25.0%
	F34	1人 100.0%	0人	0.0%
初診時年齢	31.7歳	8.3	31.7歳	9.5
入院回数	0回	11人 55.0%	9人	45.0%
	1回	0人 0.0%	1人	100.0%

表1 対象者の特徴(続き)

次に、プログラム開始時点における休職状況を表3に示す。

表2 対象者の休職状況

	短期型(N=11)		既存型(N=10)	
	平均(N)	SD(%)	平均(N)	SD(%)
休職回数(今回含む)	2.0回	0.9	2.1回	1.0
過去の休職期間(月)	11.8	10.7	8.4	8.1
今回休職開始から介入開始の期間(日)	195.2	196.1	238.1	255.6
残休務期間(月)	17.4	8.3	26.3	9.2

休職回数、過去の休職期間、今回休職開始から介入開始までの期間については両群に有意な差はみとめられなかった。その一方で、残休務期間については両群に5%水準で有意な差が認められ、既存型プログラムを希望した対象者は、短期型プログラムを希望した対象者と比較して、残休務期間が長かった。

(3) 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3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3 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

(4) 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4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なった。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 ヶ月間の QOL の改善が大きいことが示された。

表 4 介入開始から 3 ヶ月間の変化

	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)

D. 考察

3 ヶ月間における評価尺度の変化をアウトカムとしたとき、短期型プログラム群と既存型プログラムの社会機能、職場復帰準備性、主観的、客観的な抑うつ症状について、その変化に有意な差は認められなかった。職場復帰準備性と主観的、客観的な抑うつ症状については、プログラムの種類に関わらず、3 ヶ月間に有意に改善しており、短期型プログラムも、既存型プログラムも、職場復帰準備性と主観的、客観的な抑うつ症状に効果をもたらす可能性が示された。

QOL についてのみ、既存型プログラムにおいて、短期型プログラムよりも QOL の改善が大きいという結果が示された。ただし、これは有意ではなかったものの、介入前評価の時点で、既存型プログラムの参加者のほうが短期型プログラムの参加者よりも QOL のスコアが低く、改善しやすかったことによる影響であった可能性がある。

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 ヶ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、一方で、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 ヶ月間の状態変化、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。

今後、6 ヶ月時点の評価を行なったものの人数、また復職したものの人数が増えてきた時点で、各プログラムにおける復職までの期間、復職後の再発率や就労継続期間、医療経済的な側面についても検討を続けていく必要がある。

E. 結論

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。今後、両プログラムの間で、6 ヶ月後までの変化、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。

F . 健康危機情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

なし

2 . 学会発表

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 .

H . 知的財産権の出版・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

文献

- 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, Bonsel 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.

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）
精神障害者の就労移行を促進するための研究
分担研究報告書

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

（分担研究者） 五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

研究要旨：

うつ状態を呈する精神疾患で休職した労働者に対し、復職と再休職予防を目的とした治療プログラムであるリワークプログラム(以下、プログラム)を実施している医療機関(以下、治療機関)において、関連する諸機関との連携は欠かせないものである。特にプログラム利用者の所属する事業場との連携については、スムーズに職場復帰をするためには相互に必要な情報を取り交わすことが必要となる。そこで、本研究では事業場側に対して、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。また、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。

今調査から、「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、全員が継続を望んでいた。「現在の連携に対し改善すべき点」については、医療機関、企業それぞれに役割を理解した連携を希望、会社内に病気休職支援のプログラムがあるため、会社の制度とうまく組み合わせ合わせた情報共有を望む、との記載があった。「連携を希望する時期」については「復職前/復職時」が 100%で最も多く、次いで「リワーク参加中」が 79%であった。「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 95%で最も多く、次いで「本人の病状、特性に対する説明」が 92%、「本人のリワークプログラムへの参加状況」が 85%、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 97%で最も多く、次いで「業務への影響」が 94%、「配慮事項」が 92%、「今後の見通し」が 90%、「評価表」が 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 79%で最も多く、次いで「診察面談により」が 68%、「ケース会議により」が 42%であった。「連携に係る費用の負担者」については、「社員本人が負担」が 66%、事業者が負担が 26%であった。「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 円であった。

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。

研究協力者：林俊秀（うつ病リワーク研究会、メディカルケア虎ノ門）
森田哲也（株式会社リコー）
牧宏一（さくら・ら心療内科）
横山正幹（さっぽろ駅前クリニック）
古野洋一（うつ病リワーク研究会）
芳賀大輔（ワンモア豊中）

1. 研究目的

うつ状態を呈する精神疾患で休職した労働者に対し、職場復帰と再休職予防を目的としたリハビリテーションであるリワークプログラム(以下、プログラム)を実施する医療

機関(以下、治療機関)は全国で 200 施設を超えるほどになった。原則としては主治医とリワーク施設である治療機関が同一医療機関であることが望ましいが、過半数の治療機関は様々な理由から主治医を他院とす

る利用者を受け入れている実情がある。そのような場合には、プログラム運営上、またプログラムの成果を出すために参加開始から終了までの間、利用者の状態等について主治医と治療機関側で情報交換が必要となる。

また、休職者が復職をするときには所属先事業場との間で病状の回復状態について情報のやり取りの必要性が生まれてくる。その際は産業医や産業保健スタッフなどの医療専門職ばかりでなく、人事労務担当者や上司などが連携先となることもある。

本研究でこれらの連携を検討するにあたり、それぞれの機関とどのように連携を取っているかの実態を明らかにするため初年度では、うつ病リワーク研究会の基礎調査における各種連携の実態^{1)~6)}、連携を行う利用者は事例性の高い利用者である可能性が高いと考え、実際に連携を行った事例に関する調査の2つの研究を実施した。2年度目は、実態調査として「治療機関と他院主治医との連携」と「治療機関と企業との連携」に関する実態調査を実施した。また、治療機関が連携時に使用している各種帳票を提出していただき参考にしてモデル文書を作成した。3年度目の本年は、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。また、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。

2. 研究1 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

(1) 研究方法

2014年にうつ病リワーク研究会に所属する治療機関を対象に、リワークプログラムを通して連携し関係性のある事業場について調査したところ23治療機関より108事業場の報告があった。2016年に改めて当該治療機関に連携の現状を確認し、現在関係性のある106事業場へ調査票(別紙1)を送付した。その結果、62事業場63名の回答を得た(回答率59.4%)。

(2) 調査内容

調査内容は、
・治療機関との連携について、
・希望する連携、の2つの大項目で構成されている。

(3) 調査結果

・治療機関との連携について

調査票記入者の職種は、産業保健スタッフ(保健師)が最も多く27人(42%)であり産業保健スタッフ(看護師)2人と合すると29人(45%)であった。次いで人事労務担当者が19人(30%)、産業医が12人(19%)であった(表1)。

「治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(表2)。

「現在の連携に対し改善すべき点」については、以下の記述があった(表4)。

治療機関、企業それぞれに役割を理解した連携を希望する。業務内容について治療機関より指示があっても配慮に限界がある。

会社内に病気休職支援のプログラムがあるため、会社の制度とうまく組み合わせた情報共有を今後も望む。

・希望する連携

「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(表5)。

「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。「その他」の記述として、「プログラム参加による変化や気づき」、「フォロー

アップの状況」、「復職に関するルールの理解」、「職場における本人の課題」、等の希望があった(表 6)。

「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。その他の記述として、「リワークでのトラブルがあった際の様子と解決方法」、等の希望があった(表 7)。

「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。

また回答者の職種により回答の違いがみられると考えられたため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(表 8,9,10)。

「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(表 11)。

「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(表 12)。

「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(表 13)。

4. 研究 2 連携標準化パンフレットの作成

(1) 研究方法

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。使用いただく対象者として、a)リワークプログラムの利用を検討している患者、b)その家族、c)その主治医(他院含む)、d)勤務先の産業医や産業保健スタッフ、e)地域の関係諸機関、を想定した。また、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し、コンパクトな内容とすることを目指した。

(2) 研究内容

検討の結果、以下の項目立てによるパンフレット原稿を作成した。

(題名)

こころの病気のリハビリテーション
休職から復職まで

(目次)

はじめに

休職開始から職場復帰までの道のり

1. 治療専念期に必要なこと

自宅療養

2. リハビリ期に必要なこと

生活・睡眠覚醒リズムの回復

体力・集中力の回復

こころのリハビリ

リワークプログラムの活用

3. 職場復帰準備期に必要なこと

職場復帰の流れ

職場復帰における主治医、産業保健スタッフの役割

4. 職場復帰後に必要なこと

薬物療法継続の重要性

再発を予防するには

職場復帰した患者さんの体験談

Aさんの場合

Bさんの場合

セルフマネジメントシート

5. 研究 1 および研究 2 の考察

(1) 事業所と治療機関との連携に関するニーズ調査

本調査は、これまでに治療機関と連携し関係性のある事業場の方を対象に実施したニーズ調査のためか、ほとんどが「今後も連携を継続したい」との回答であった。これは、これまでの連携が事業場側にとって必要であり役に立っている実態が連携継続拒否の積極的な回答に繋がらなかったと考えられる。また、現在の連携について改善すべき点として挙げられた「医療機関から業務内容の指示をされる場合があるが、病状による業務上の配慮は職場の判断であり、医療機関と企業のそれぞれが役割を理解した連携を望む」については、事業場が治療機関や主治医に対し何を要望しているかについて医療側が理解することが求められている。ただし事業場ごとにその要望は異なる。そのため事業場の要望の把握方法については、昨年度⁸⁾本研究で作成した連携時に使用するモデル文書であるプログラム開始時の「リワーク導入時情報収集シート」や復職前/復職時の「復職時 情報収集シート」などを活用するとともに診察時の面談やケース会議において情報収集と理解を深めることが考えられる。

希望する連携の時期について「復職前/復職時」の100%は職場復帰を目的とするリワークプログラムとして当然であるが、「リワーク開始前」が60%、「リワーク参加中」が79%、「復職後(フォローアップ期)」が60%と、どの時期も連携を希望する割合が高い。これは、リワークの参加や通院中に体調や状況の変化があれば時期に関係なく連携をする必要があるからと考えられる。希望する連携の内容・情報について「業務・職場への配慮事項」、「本人の病状、特性に対する説明」、「業務への影響」、「配慮事項」、「今後の見通し」が高かったが、これらは復職時の対応を考える際に職場として必要な情報であり、当該情報を基に配置転換や就業上の措置、業務量の調整や指示方法などが検討されるからであろう。また「リワークの仕組みについての問い合わせ」が39%と低い理由として、既にリワークについていくつものケースを経験しプログラム等の仕組みを理解している方が今回の回答者であったからと考えられる。

希望する連携方法として「書面による」連携が79%と最も多かったが、通常は書面でやり取りをすることが基本であり、書面では情報として足りない場合に診察面談やケース会議が追加されると考えられる。事業場と治療機関の双方でマンパワーが足りない点と診断書等の書類発行による費用徴収の点から書面のやり取りが基本になるが、可能であるならば対面の機会を設定し実施する方が多くの情報を双方で共有することができるため望ましいと考えられ、その意味でテレビ会議や電話での連携の希望が挙げられたと考えられる。また、電話による連携は実務の上では問い合わせなどを中心に日常的に行われているのではないかと考えられる。情報通信技術の発達により新しい方法ができた場合は、適宜内容を検討し適切な情報共有ができることが望ましいと考えられる。職種による相違点として「書面による連携」は産業保健スタッフの方が13%多く、「診察面談による連携」は人事労務担当者が18%多かったが、医療知識の量の違いが理由と考えられる。医療知識のある産業保健スタッフは書面から必要な情報を把握することができるが、医学知識の少ない人事労務担当者は診察面談時に直接説明を受けることで必要な情報を得ていると考えられる。

費用については、「社員本人が負担」が66%と「事業所が負担」26%より40%多かった。これは、治療機関による書類発行に関して事業所指定の書式による情報提供書などの場合は事業所が負担することもあるが、診断書の発行費用は多くの場合社員本人が負担している実情からと考えられる。また、ケース会議の場合の費用負担については事業場としてどのような形で支出するかが見えにくいのではないかと考えられる。現実的に事業場として理解・説明できる内容でなければ支出に対して社内の了解を得ることが難しいと思われる。そのためか連携についてはリワークの費用に含まれることや無料であることを希望する意見が多かった。これまで⁷⁾⁸⁾の連携に関する調査では治療施設が連携をする場合にほとんどが無料で実施しており、治療機関側の費やす労力と企業からの要望について実施を検討するとリワークコーディネーターといった担当者

を配置する必要があるため、リワークプログラムに対する経済的な評価の見直しが必要と考えられる。

(2) 連携評価パンフレットの作成

本パンフレットは、当事者や家族に向け休職中の過ごし方やリワークについて理解を深めていただくための分かりやすい資料として活用してもらうことを目指している。本パンフレットでは休職から復職にかけての経過や治療機関や事業場とのやり取り、休職者の体験談などが記載されており、その内容を本人や周囲が理解することで休職期間中も安心して治療に専念することができる状況が築けるのではと考えている。

特に中小企業では社員の人数が少ないため休職する社員が現れても初めてのケースとなることが多い点や、産業保健スタッフがいることも少なく産業医も囑託で限られた活動となると人事労務担当者もどのように対応すべきか良くわからないことがあると考えられる。そのような場合に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。

6. 結論

今年度の研究により事業場と医療機関の連携に関する全体像を明らかにするとともに、より具体的で実務的な方法論を確立することを目指した。

・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。

・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。

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た。具体的な連携方法や帳票、啓発用パンフレットを作成した。

【今後に向けて】

今後は今回の研究で明らかになった連携パターン、使用する文書や内容に対する精査、実際に使用してみたの効果なども検証していくことが求められる。そして最終的には治療構造の一つとしての具体的で実務的な医療と企業の連携方法を確立していきたい。

7. 健康危険情報

なし

8. 研究発表

(1) 論文発表

なし

(2) 学会発表

なし

9. 知的財産権の出願・登録状況

なし(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

10. 文献

1) 五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況に関する調査、厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業(リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究)平成20年度総括分担研究報告書:43-91、2009.

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

3) 五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業(リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的

治療法に関する研究)平成 22 年度総括分担研究報告書：49-76、2011。

4)五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、厚生労働省障害者対策総合研究事業(うつ病患者に対する復職支援体制の確立・うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究)平成 23 年度総括分担研究報告書：47-70、2012。

5)五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業 精神障害分野)うつ病患者に対する復職支援体制の確立 うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究、117-156、2013。

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

(別紙1)

事業所とリワーク施設の連携に関するニーズ調査

連携の定義：復職に必要な患者情報を事業所・医療機関双方で共有すること。また協働していくこと。

人事労務担当者または産業医、産業保健スタッフがお返答ください

貴社名			
記入者名			
記入者職種	※いずれかに○をつけて下さい。また、③に当てはまる場合は、括弧内のいずれかに○・記入をしてください。 ①人事労務担当者 ②産業医 ③産業保健スタッフ 〔精神保健福祉士・臨床心理士・作業療法士・心理士・その他()〕		
住 所			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

※ご記入後、返信用封筒でうつ病リワーク研究会事務局宛にお送りくださいますようお願いいたします。

送付締切日 2016年9月30日(金)着

問合せ先

うつ病リワーク研究会事務局：担当 林

〒105-0001東京都港区虎ノ門1-16-16-3Fメディカルケア虎ノ門内

TEL・FAXとも 03-5512-1161

E-mail information@utsu-rework.org

I. 医療機関との連携の有無について

I-問1. 医療機関との連携を今後も継続したいですか？該当するものに○を付けてください。

①継続したい	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ.希望する連携△	②継続したくない	→ I-問2△
--------	---	----------	---------

I-問2. 継続したくない理由、または難しくしている要因についてご回答ください。
該当するもの全てに○を付けてください。

①マンパワー不足	②時間がない	③相談料や交通費などの経費がかかる
④社員が連携を望まない	⑤医療機関側が連携を望まない	⑥連携の方法・手段が分からない
⑦社員自身で行うものであると考えている	⑧連携しても効果がないと考えている	
⑨個人情報保護が心配である	⑩会社とは関係がないためするべきではない	
⑪その他 ()		

I-問3. 現在の連携に対し改善すべき点についてご回答ください。

※ I-問1で②を選択し、I-問2、I-問3をご回答いただいた方は
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。

Ⅱ. 希望する連携

ここからは実際の連携をどのように行いたいかについてお聞きします。
貴事業所で今後リワーク施設側と希望する代表的な連携パターンについて、該当する箇所すべてに○を
ご記入ください。

Ⅱ-問4. 時期について、以下のうち連携を希望する時期は何時でしょうか。

<input type="checkbox"/>	【1.リワーク開始前】・・・リワークプログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
<input type="checkbox"/>	【2.リワーク参加中】・・・リワークプログラムへの参加から終了するまでの期間(リハビリ出勤中は含まず)
<input type="checkbox"/>	【3.復職前/復職時】・・・概ね復職1ヶ月前からの復職に向けた具体的内容を話合う時期(リハビリ出勤中含む)
<input type="checkbox"/>	【4.復職後(フォローアップ期)】・・・復職後、概ね1年間の期間
<input type="checkbox"/>	【5.その他】・・・上記にある時期以外で連携をしていることがあれば、ご記入ください ()

Ⅱ－問5. 内容について、以下のどのような内容で連携を希望しますか。左欄に○を記入ください。

<input type="radio"/>	1. リワークの仕組みについて問い合わせ（リワーク導入時のポイント・注意点、流れなど）
<input type="radio"/>	2. 本人のリワークプログラムの参加状況
<input type="radio"/>	3. 本人の病状、特性に対する説明
<input type="radio"/>	4. 業務・職場への配慮事項
<input type="radio"/>	5. 今後の治療の見通し
<input type="radio"/>	6. その他・・・上記以外の内容で連携を希望していることがあればご記入ください ()

Ⅱ－問6. 情報について、連携時にリワーク施設側からどのような情報を提供してもらいたいですか

<input type="radio"/>	1. 現症
<input type="radio"/>	2. 病名
<input type="radio"/>	3. 服用薬
<input type="radio"/>	4. 検査結果
<input type="radio"/>	5. 治療内容
<input type="radio"/>	6. 治療経過
<input type="radio"/>	7. 本人の特性
<input type="radio"/>	8. 評価表
<input type="radio"/>	9. 今後の見通し
<input type="radio"/>	10. 業務への影響
<input type="radio"/>	11. 配慮事項
<input type="radio"/>	12. 担当窓口
<input type="radio"/>	13. その他・・・上記以外の内容で連携を希望していることがあればご記入ください ()

Ⅱ－問7. 方法について、以下のどのような方法で連携を希望しますか。

<input type="radio"/>	1. 書面により
<input type="radio"/>	2. 診察・面談により
<input type="radio"/>	3. ケース会議により
<input type="radio"/>	4. その他・・・上記以外の内容で連携を希望していることがあればご記入ください ()

※ケース会議とは・・・3名以上の立場の異なるものが集まり、個別のケースの支援等に当たり、その援助方針、具体的な方法及び時期、各機関の役割分担、連携方法などを検討する協議の場

Ⅱ-問8. 連携の担当者について、以下の誰と連携を希望しますか

<input type="radio"/>	1. 主治医、リワーク担当医
<input type="radio"/>	2. リワークプログラムのスタッフ

Ⅱ-問9. 費用について、連携にかかる費用は誰が負担するのが適切と思われますか

<input type="radio"/>	1. 事業場が負担
<input type="radio"/>	2. 社員本人が負担
<input type="radio"/>	3. その他・・・上記以外の内容で連携を希望していることがあればご記入ください ()

Ⅱ-問10. 費用について、どのくらいの金額が適切と思われますか。

円

※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。

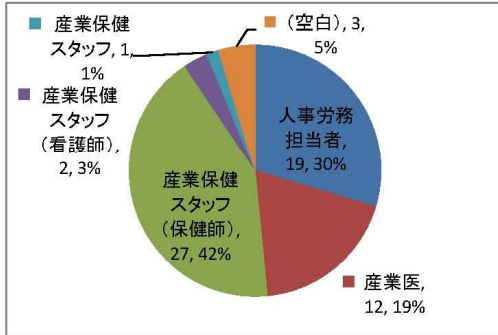
事業所とリワーク施設の連携に関するニーズ調査

連携の定義：復職に必要な患者情報を事業所・医療機関双方で共有すること。また協働していくこと。

人事労務担当者または産業医、産業保健スタッフがご回答ください。

＜記入者職種＞

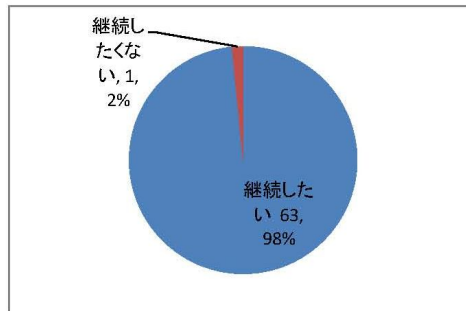
(表1)	
人事労務担当者	19
産業医	12
産業保健スタッフ(保健師)	27
産業保健スタッフ(看護師)	2
産業保健スタッフ	1
(空白)	3
総計	64



1. 医療機関との連携の有無について

I-問1. 医療機関との連携を今後も継続したいですか？

(表2)	
継続したい	63
継続したくない	1
総計	64



I-問2. 継続したくない理由、または難しくしている要因についてご回答ください。

(表3)	
①マンパワー不足	0
②時間がない	0
③相談料や交通費などの経費がかかる	0
④社員が連携を望まない	0
⑤医療機関側が連携を望まない	0
⑥連携の方法・集団が分からない	0
⑦社員自身で行うものであると考えている	0
⑧連携をしても効果がないと考えている	0
⑨個人情報保護が心配である	0
⑩会社とは関係がないためすべきではない	0
⑪その他(現在の連絡体制の継続を希望します)	1

I-問3. 現在の連携に対し改善すべき点についてご回答ください。(表4)

医療機関によって、業務内容について指示をされる場合がありますが、病状により業務上の配慮を行う事は、職場の判断だと感じます。本人(患者)の労働意欲や「組織として会社に属していきたいが、その会社の業務内容が苦手」というのは、職場での配慮に限界があります。医療機関、企業、それぞれが役割を理解した連携を希望します。
当所には病気休職支援のプログラムがあるため、医療機関のリワークを利用する可能性は低いと考えております。しかし、所内のプログラム開始前に生活習慣を整えるため、自信をつけるために医療機関のリワークを利用している職員もおり、現在も医療機関の皆さまにお世話になっております。現在と同様に今後も診療情報提供書を利用した情報の共有をお願いいたします。

Ⅱ. 希望する連携

Ⅱ-問4. 時期について、以下のうち連携を希望する時期は何時でしょうか？(複数回答 n=62)
(表5)

1.【リワーク開始前】	37	60%
2.【リワーク参加中】	49	79%
3.【復職前/復職時】	62	100%
4.【復職後(フォローアップ期)】	37	60%
5.【その他】	6	10%

その他内容

2に関連してリワークを中断した際 何か患者さんにかわったことがあった時 個人差があるので全ての人が1~4全ての時期に連携が必要とは限らない 受診時の職場の状況の共有など随時対応いただき助かっています その患者様の状態により時期は個別に検討されるものかと思っておりますので、それぞれで連携時期は異なってもよいと考えます。 体調の変化に伴い、連携が必要な時は随時 状況が変化した時
--

Ⅱ-問5. 内容について、以下のどのような内容で連携を希望しますか？(複数回答 n=62)
(表6)

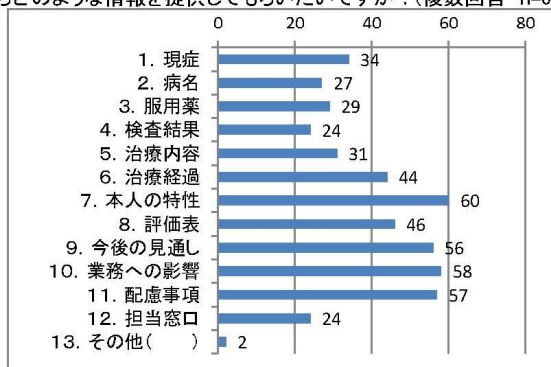
1. リワークの仕組みについて問い合わせ (リワーク導入時のポイント・注意点、流れなど)	24	39%
2. 本人のリワークプログラムの参加状況	53	85%
3. 本人の病状、特性に対する説明	57	92%
4. 業務・職場への配慮事項	59	95%
5. 今後の治療の見通し	46	74%
6. その他()	4	6%

その他内容

プログラム参加による変化や、本人の気付き等おきかせいただきたい。必要に応じた各種情報の共有化等、本人、会社、主治医が話し合える フォローアップの状況 ①職場の復職に関するルールをご理解いただきたい。②職場における本人の課題も把握して頂き、職場と連携を図りながらリワークにおいてもプログラムの中で課題克服に向けた取り組みをお願いしたい。 職場では復帰後、業務が可能か、どの程度可能か、職場が求めるもの(パフォーマンス)をだせるか、そのためにはどのくらいの期間どのような配慮が必要かなどの情報を求めています。これにかかわる連携ならば1.2.3.5も必要かと思えます。 本人の特性や適性、リワークでの取り組みの様子
--

Ⅱ-問6. 情報について、連携時にリワーク施設側からどのような情報を提供してもらいたいですか？(複数回答 n=62)
(表7)

1. 現症	34	55%
2. 病名	27	44%
3. 服用薬	29	47%
4. 検査結果	24	39%
5. 治療内容	31	50%
6. 治療経過	44	71%
7. 本人の特性	60	97%
8. 評価表	46	74%
9. 今後の見通し	56	90%
10. 業務への影響	58	94%
11. 配慮事項	57	92%
12. 担当窓口	24	39%
13. その他()	2	3%

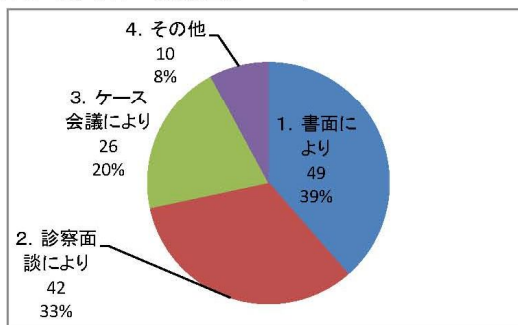


その他内容

出欠状況等
リワークでの様子(トラブルがあった際の様子と、その解決方法をどうしたか?)
ご本人の同意の上で、健康管理上必要な範囲で提供いただければ有難いです
II問5-6の解答と同じ

II-問7. 方法について、以下のどのような方法で連携を希望しますか?(複数回答 n=62)
(表8)

1. 書面により	49	79%
2. 診察面談により	42	68%
3. ケース会議により	26	42%
4. その他()	10	16%



産業保健スタッフ(n=42) (表9)

1. 書面により	35	43%
2. 診察面談により	22	27%
3. ケース会議により	19	23%
4. その他()	6	7%

人事労務担当者(n=19) (表10)

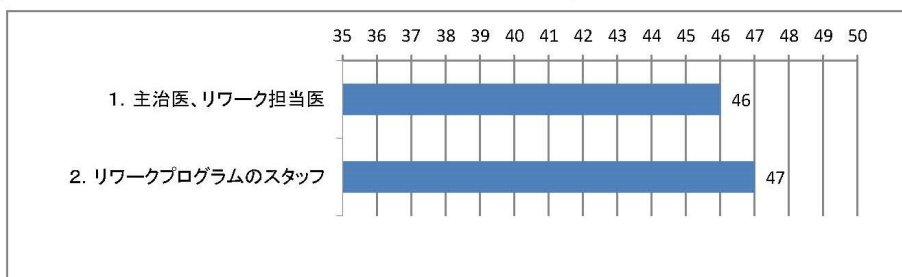
1. 書面により	12	30%
2. 診察面談により	18	45%
3. ケース会議により	6	15%
4. その他()	4	10%

その他内容

希望としてはテレビ会議ができるなら幸いです
リワークプログラム修了後に報告会を開催する等、関係者が集まり話し合える
2について、再就職の時
適宜必要に応じて電話など
個人差があるので全てのケースに必要とは限らないが、Tel連絡のみは必須と思います
電話での問い合わせ
貴研究会の一部リワーク施設について、連携が多少困難と感じられる施設がございます。当該施設の定めによるものと理解しておりますが、可能であればスタッフとの連携はお願いしたいと考えております。
担当スタッフによる報告会
2,3は大変望ましいが、関係者の時間と合せるのはかなり大変なため、まずは書面とさせていただきます。
電話にて
場合によっては電話による問い合わせ

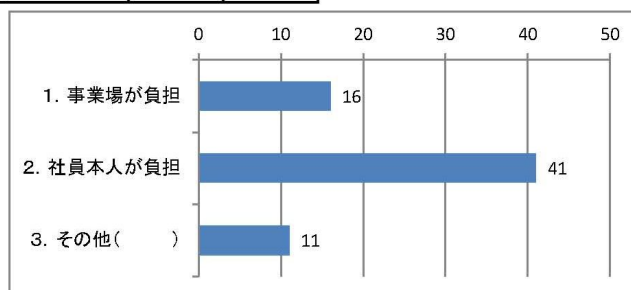
II-問8. 連携の担当者について、以下の誰と連携を希望しますか?(複数回答 n=62)
(表11)

1. 主治医、リワーク担当医	46	74%
2. リワークプログラムのスタッフ	47	76%



II-問9. 費用について、連携にかかる費用は誰が負担するのが適切だと思いますか？(複数回答 n=62)
(表12)

1. 事業場が負担	16	26%
2. 社員本人が負担	41	66%
3. その他()	11	18%



その他内容

費用がかからない連携を検討してほしい
書面のやりとりは医療費の範囲で。それ以外は必要に応じ事業場側で。
連携は本人にとっても会社にとってもすごく重要で大切な事だと思います。費用負担は・・となると、リワーク費用は本人負担で連携費用は会社とするも、分けて考えるのはとても難しいと思います。リワーク費用に含ませる形が自然に思えます。
当社では事業所で負担していますが、本来は2も一部必要と思います
大きな会社なら事業場が負担
(事業場か社員本人かは)内容による
費用の負担については分からない
円滑かつ効果ある復職に向けて連携は欠かせないと考えますが、費用は必ず負担しなければならないものでしょうか。
原則本人希望に基づいて本人負担と考えています。会社からの依頼となれば会社負担が適切と考えます。
義務(業務起因性高いケース)とするなら事業場、本人要因が強ければ本人が理想
但し、本人よりも事業所が強く希望している場合は事業場負担
保険診療で
本人の保険適用

II-問10. 費用について、どのくらいの金額が適切だと思いますか？
(表13)

平均	9,481 円
0円	4 15.4%
1000円	2 7.7%
1500円	1 3.8%
3000円	3 11.5%
4000円	1 3.8%
5000円	6 23.1%
7500円	2 7.7%
10000円	3 11.5%
15000円	2 7.7%
25000円	1 3.8%
100000円	1 3.8%

コメント回答

最大10,000円/月
保険診療内
相場がわからないので無回答とします
よくわかりません(他4名)
相場感がつかめてません

妥当な費用設定が想像できません
市は負担できません
診断書費用を目安としました
詳細なものであれば文書料として。簡単なものなら診療情報提供書の範囲でできればと考えます
500円/日
連携に関する費用は可能な限り無料であればと思います。
東京都障害者職業センターは雇用保険から費用捻出はございますが、無料と有料の差は大きいため出来る限りの安価が好ましく、また利用を勧めやすいです
不明(他1名)
できるだけ負担が少ないと助かります
受診への同行等を想定していますので、本人の受診料の範囲が適切かと思えます
連携方法等の条件にもよるため一概には申し上げづらいです
書面のみ連携は紹介状(診断書)作成くらいの費用。通所プログラム参加の費用は習い事くらいの費用。
保険を適用し自立支援医療を利用するのが基本だと思います。連携することがリワーク支援の前提でもあるように思います。連携にあたってその都度費用負担が発生すると、事業場・本人負担のいずれにしても抵抗感があるのではないのでしょうか。リワーク支援の包括費用の中でリワーク施設が許容できる範囲の負担で連携するしかないのでは。
文書一通あたり診断書と同額くらいでしょうか。
コメントできません

その他のコメント

各都道府県にある障害者職業センターや病院で行っているリワークプログラムを利用させて頂いておりますが、どの機関も熱心で必要に応じ情報共有化等の連携をしてくださり感謝しております。
最近ではリワークをしている施設と治療をしているHpが別ということが多い。なのでHp⇔リワーク⇔会社という三者での連携が大切な気がします。そういう意味で復帰直前にケース会議をして今後の注意点に対し共通認識を持っておくことは有意義な気がします。Hpやリワークが求めるような配慮≠会社でできる配慮なので、会社側の最終的な配慮事項をHpやリワークに伝えた上で、Hpもフォローできるので、治療にとっても良いのでは？ただ忙しい臨床(クリニック)の中で、ケース会議を都度するのはマンパワー的に難しいと思うので、何か共通のツールがあると良いかも。

(題名)

こころの病気のリハビリテーション

休職から復職後も働き続けるために

(目次)

はじめに

休職開始から職場復帰までの道のり

1．治療専念期に必要なこと

自宅療養

2．リハビリ期に必要なこと

生活・睡眠覚醒リズムの回復

体力・集中力の回復

こころのリハビリ

リワークプログラムの活用

3．職場復帰準備期に必要なこと

職場復帰の流れ

職場復帰における主治医、産業保健スタッフの役割

4．職場復帰後に必要なこと

薬物療法継続の重要性

再発を予防するには

職場復帰した患者さんの体験談

Aさんの場合

Bさんの場合

セルフマネジメントシート

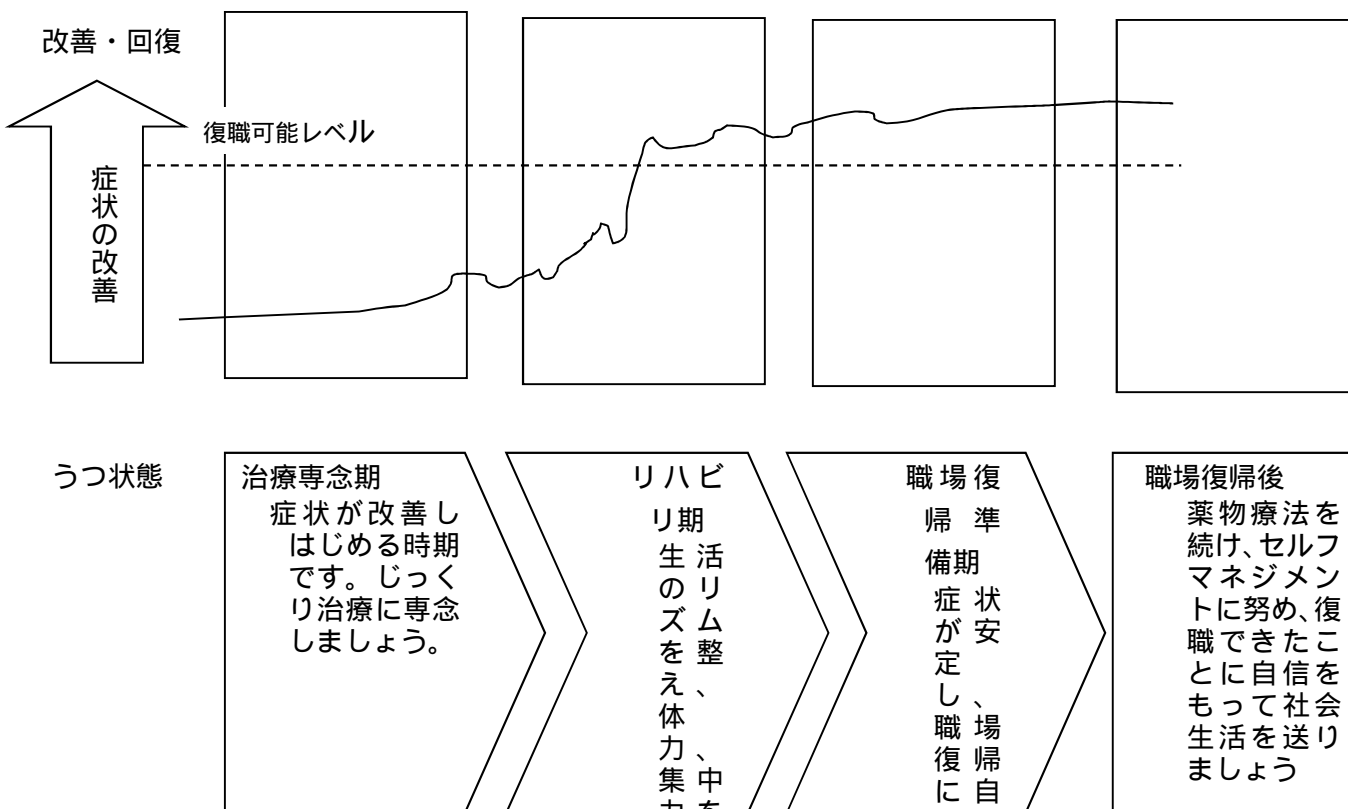
はじめに

うつ病などのこころの病気は治りにくい病気と思われがちですが、適切な薬物治療によって多くの患者さんが回復することができます。こころの病気で休職していた人も、症状が改善したら職場復帰することになります。

しかし、治療に専念していた環境からいきなり職場復帰するのは、体力的にも精神的にも容易ではありません。スムーズな職場復帰を果たすにはそれなりの準備が必要になります。また、職場復帰には職場との調整や連携が欠かせません。職場復帰後の再発や再休職を防ぐためには、自分の病気に対する理解を深め、セルフケアの方法を身につけることも必要になります。

この冊子では、こころの病気の発症から職場復帰までを4つの時期に分け、職場復帰に向けてそれぞれの時期に準備すること、その際のポイントを紹介しています。自分がどの時期にいるのかを理解し、急がず、着実にステップアップして職場復帰を目指してください。

職場復帰までの道のり あせらず、急がず、4つの時期に応じた準備が必要です



1 治療専念期に必要なこと

仕事や職場復帰のことはまだ考えず、治療に専念

主治医に「こころの病気のため自宅療養が必要」と診断されてから、「症状が改善しはじめてきた」と判断されるまでの期間が治療専念期です。気分の落ち込みやゆううつな気分、やる気が出ないといった精神症状や、頭痛、めまい、肩こり、動悸などの身体症状が現れます。この時期は、仕事のことは忘れて、じっくりと治療に専念することが重要です。

自宅療養

何もする気がおきない時期は、無理をせずに自宅で休養して、心身を休めましょう。のんびりとリラックスして、自然に気力が回復してくるのを待てばよいのです。

連携

休職前、治療専念期に職場に確認しておきたいこと

じっくりと自宅療養するためには、働いている職場にどのような休職制度があるか、また休職中の身分保障や給与などについて確認しておくことが安心です。家族やまわりの人のサポートを得て、職場の人事・労務担当部署等にたずねてみましょう。職場側でも休職時に必要なことを書面などで連絡できるようにしましょう。

職場の方に気をつけてもらいたいこと

職場は休職者の負担にならないよう1ヶ月に1回程度、診断書を提出してもらいたいタイミングで面談するなど状況確認をすることがいいでしょう。その際は窓口を一本化しておくことが大切です。

また、休職者の具合が悪くなった原因や不調が要因と考えられる職場で困ったことなどがありましたらまとめとておくといいでしょう。リワークプログラム参加時の情報共有時に利用することができます。

2 リハビリ期に必要なこと

職場復帰を見据えつつ、焦らずに気力・体力を整える

薬物と休養による治療の効果が徐々に現れてきて、こころの病気の症状が改善してくる時期です。ただし、ここで職場復帰を急ぐと、こころの病気が再発して結果的に職場復帰が遅くなってしまいます。この時期は職場復帰のためのウォーミングアップの時期と考えるとよいでしょう。

生活・睡眠覚醒リズムの回復

職場復帰に合わせた生活リズムを作るようにしましょう。決まった時間に起きて身支度を整え、散歩に行くなど、少しずつ生活リズムを元に戻していきましょう。

この時期最も重要なのが、睡眠覚醒リズムを整えることです。こころの病気が回復しても、不眠がいつまでも残ってしまう患者さんが少なくありません。出勤時間に合わせて決まった時間に起床し、短時間でも屋外に出て日光を浴びると、リズムが整いやすくなります。そして、夜は決まった時間に寝て健康な人の規則的な生活リズムを作りましょう。そこで役立つのが「セルフマネジメントシート」です。起床・就寝時間、食事の回数、服薬回数、憂うつ間、食欲、睡眠の状態などを毎日記入します。自分で生活リズムを確認することができます。

体力・集中力の回復

リハビリ期には、治療専念期に低下した体の機能を回復させ、職場復帰できるだけの体力をつけることが重要です。例えばラジオ体操や散歩、近所への買い物など、無理のないところからはじめましょう。

また集中力や注意力などを回復させる時期でもあります。興味のもてる新聞や雑誌などを読むのもいいでしょう。回復のきざしが見られたら、午前中を図書館で読書してみることをおすすめします。集中して読書ができるようになれば回復していると言えるでしょう。週 5 日間続けられるようになれば、だいぶ回復してきています。

こころのリハビリ

職場復帰すると、多くの場合こころの病気を発症したときと同じ環境に身をおくことになります。そこで、ストレスと上手に付き合っていくことが必要になります。そのため「自己分析」を試みることも大切です。休職までの経緯をていねいに振り返り、文章にしてみましょう。こころの病気になった自分の課題に気づき、自分の中で整理することができれば、対処法を考えることができます。

また、主治医に相談して、物事を柔軟に対処できる発想転換法のトレーニングを受けたり、ストレスを発散できる自分なりの方法をいくつか見つけておきましょう。

リワークプログラムの活用

リワークとは職場復帰(return to work)のことです。医療機関や障害者職業センターなどで復職への支援のためのリワークプログラムが実施されています。リワークプログラムを行っている医療機関があつまって「うつ病リワーク研究会」を組織しています。(<http://www.utsu-rework.org/>)

リワークプログラムでは、毎朝決まった時間に通うことによる通勤訓練や、職業能力回復訓練、こころの病気の再発予防教育などが行われます。初期のプログラムでは卓球などの運動を行い、体力をつけるとともに久しぶりの集団生活になじむことが目的です。参加を検討する際はまずプログラムを行っている施設へ参

加の方法や参加日、プログラムの内容など電話で問い合わせてみましょう。巻末に全国の医療機関で行っているリワーク施設の一覧があります。ひとりで行うリハビリに不安を感じる場合は、リワークプログラムに参加するとよいでしょう。なお、リワークプログラムに参加する際には、主治医の紹介状を必要とすることが多いようですので主治医に相談しましょう。復職後も働き続けるためには主治医との連携が重要です。そのためにもリワークプログラムを行う医療機関へ転院することを検討してみましょう。

リワークプログラムの概要

現在休職中の患者さんが復職・再休職予防を目的とする医学的リハビリテーション。参加することで、生活リズムの改善、共通の悩み・目的の仲間との交流、専門スタッフへの相談、等を行うことができます。

プログラムの種類

オフィスワークなどと呼ばれるプログラムで、レポート作成やパソコン作業など文字や数字、文章を扱う机上における作業を実施し集中力や作業能力の確認や向上を目的としています。

認知行動療法など心理学的な手法を用いた治療プログラムで、こころの病気の人によく見られる考え方の偏りを修正するための方法などを学びます。

症状を自己管理するために、自身の病気のことを理解するための教育プログラム。

職場という集団にもどることを想定し、グループにおける共同作業や役割分担、対人スキル向上を目的としたプログラム。

体力向上を目的とした軽スポーツや個人面談、リラクゼーションなどこれまでの4つに該当しないプログラム。

連携

リハビリ期の職場との連携

リハビリ期に入ったら、職場に連絡しておくとい良いでしょう。自分が現在職場復帰に向けトレーニングをしていることや、主治医からはあと何か月休養が必要と言われているか、どのようなプログラムに参加しているかなどを伝えましょう。また会社での職場復帰の手続き復帰後の待遇や配慮について確認しておくことも大切です。

主治医とリワークプログラムを行っている施設が違う場合は、主治医を受診する際にプログラムの参加状況について伝えるようにしましょう。またリワーク施設側からプログラムへ参加している時の状態について主治医へ情報提供を行うことがありますので、治療に役立ててもらいましょう。

さらに、リワーク施設と職場の間で職場復帰に向けて同意を得たうえで情報を共有する場合があります。病状やご自身の特性・傾向などについてリワーク施設のスタッフと相談しながら職場復帰に向けて準備を進めていきましょう。特に職場復帰時に困難さが予想される場合は職場とリワーク施設の間で連携を取ることが必要になるでしょう。

職場の方に気をつけてもらいたいこと

職場復帰時に診断書などどのような書類が必要になるか、余裕をもって休職者に伝えておくことが大切です。休職者から職場復帰の申出があつてからや、休職期間満了ギリギリで対応することの無いようにしましょう。

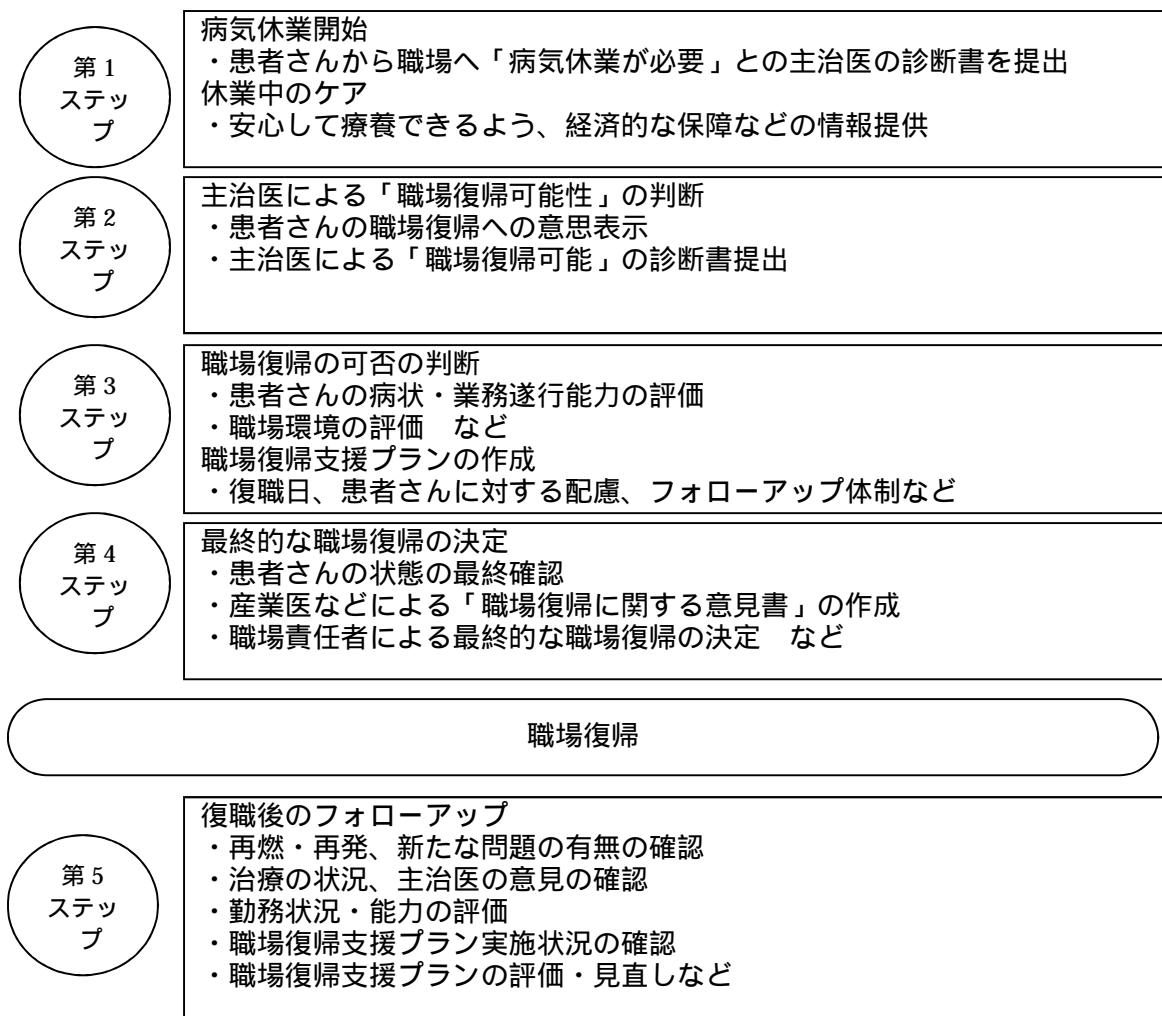
3 職場復帰準備期に必要なこと

職場復帰は目前。職場と相談しながら慣らし運転を開始。

症状が安定し、生活リズムも徐々にもどってきて、職場復帰に自信が出てくる時期です。主治医から職場復帰にGOサインが出たら、いよいよ職場復帰に向けての準備を開始しましょう。主治医や産業医、職場の上司や人事・労務担当部署と相談しながら、調整を開始します。

職場復帰の流れ

職場復帰は、厚生労働省が事業者向けに作成した『(改訂)こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き』に準じて行われます。ステップの流れを理解しておくといでしょう。



職場復帰における主治医、産業保健スタッフの役割

職場復帰は、主治医からの「職場復帰可能」という診断書が出てはじめて可能になります。主治医が正しい判断を下すため、自分の業務内容や会社の制度などを詳しく伝えましょう。

一方、職場の産業保健スタッフ(産業医や保健師、カウンセラー、労務担当者など)は、あなたが実際にその職場で働けるかを判断し、環境を整えてくれます。職場に産業医などのスタッフがいる場合には、これまで行ってきた治療や現在の病状、今後の治療計画などをきちんと伝えましょう。また、リワーク施設側より

リワークプログラムに参加していた状態について会社側へ情報提供を行う場合がありますので、職場復帰時に利用できるように作成をしてもらいましょう。

職場の方に気をつけてもらいたいこと

職場復帰の条件について休職者と確認をしましょう。勤務日数や勤務時間、部署や業務内容などがある程度分かることで主治医がより正しく判断をすることができます。また休職者本人も職場復帰に向けより具体的に準備を進めることができます。

4 職場復帰後に必要なこと

こころの病気は再発しやすい！薬は一定期間飲み続けて

職場復帰して1～3か月程度は、まだまだ不安定な状態です。今までの遅れを取り戻そう、早く信頼を回復しようと頑張りすぎないようにしましょう。復職後は、からだと頭を徐々にこころの病気の発症前の生活リズムに慣らしていくことが大切です。

職場の方に気をつけてもらいたいこと

復職直後は疲れやすいため、職場側も何度も食事に誘うなどの過干渉はさらに疲れるもととなる場合があるので注意しましょう。

再発を予防するには

薬物療法継続の重要性

職場復帰してだんだん調子が良くなると主治医は薬を減らしていきますが、職場側では逆に業務量が増えます。再発の可能性が高まっていますので主治医と職場の情報共有が必要になります。その点から上司や職場に次回の通院日を伝えるとよいでしょう。こころの病気の再発を予防するためには、薬物療法を継続することが非常に重要です。実際、こころの病気が改善した後も薬を一定期間飲み続けると、飲まない場合より再発が少ないことが知られています。いつまで飲み続けるべきかについては主治医とよく相談して決めましょう。

また薬は、急に中断するとめまいや吐き気、不眠などの症状が出る場合があります。自己判断で中断せずに、主治医の指示に従いましょう。

セルフマネジメントシートの継続

休職期間中につけていた「セルフマネジメントシート」に、起床・就寝時間、食事の回数、服薬回数、憂うつ感、食欲、睡眠の状態などを継続して毎日記入します。自分で気分の状態がわかり、不調な時は無理をしないなど適切な対処ができるようになります。

復職はゴールではなく、新たなスタートととらえ、セルフマネジメントを続け、復職できた自分に自信をもって充実した社会生活を送ってください。休職して復職した際に大事なことは、再休職しないことです。

実際のセルフマネジメントシートはP ～ P を参照

職場復帰した患者さんの体験談

本内容はあくまで個人の体験談であり、すべての患者さんが同様の経過をたどるとは限りません。

Cさん、26歳、男性

リワークに参加して自分を変えられた。他参加者からの厳しくも温かいフィードバックで、自分を見直すことができた。

大学卒業後に大手企業のSEとして入社したCさん。与えられた業務は同僚の誰より早く正確に処理され、業務面では同僚からは一目置かれていました。しかし、入社1年を過ぎた頃から、業務が滞ることが多くなりました。残業時間も徐々に長くなり、毎日のように0時を過ぎてからの帰宅が続いたところから、「眠れない」「考えがまとまらない」ことを自覚し、クリニックを受診、抑うつ状態と診断されて休職となりました。

自宅療養後、リワークデイケアに参加することとなったCさん。参加当初から年齢に比して尊大な言動が目立ち、他参加者からも距離を置かれるようになりました。

Cさんの職場上司とリワークスタッフの2者間で面談を行い、上司の視点からCさんのメンタル不調の要因を訊ねると「仕事は出来る。ただ、部下・同僚だけではなく上司にまで暴言や尊大な態度で、周囲は距離を置くようになり、結果的に孤立して仕事の相談もしなくなった。対人関係が要因です。このまま職場に戻ってきても困る」と語気強く話されました。

リワークデイケアでも繰り返されるパタンに、ある日、年配の参加者が厳しい指摘を与えながらも「あなたが損をしてしまう。もっと上手に自分の気持ちを伝えられたらいいね」と暖かい声掛けがありました。落涙しながら「感情が上手く表現出来ない、どうしたら良いか分からない」と自身の気持ちを吐露すると、他の参加者からは励ましや労いの言葉が届けられました。

以来、これまでのことを見つめ直し、行動練習にも積極的に取り組み、周囲から「変わってきたね」と言われると、「自分でも実感することがある」とこれまで見せなかった笑顔で返答。

復職後は、フォローアップのプログラムに参加し、時折「またやってしまった。どうしたら良いだろう」と他参加者の助けを得ながら、就労を継続しています。

Bさん、29歳、男性

休職中に心がけたのはセルフチェック。常に自分の状態をチェックすることで変化を察知し対処を可能に。

製造業で事業企画を担当していたBさん。成果主義の社風で残業も多く、週末も仕事のことが頭から離れませんでした。元来、物事を過剰にとらえてしまう性格。中途採用ということもあり人一倍頑張っていました。体調の変化に気づいたのは、朝どうしても起きられなくなったこと。朝、会社に電話しようと思ったらいつの間にか夕方に、そして気づいたら夜中。記憶が飛んでしまう日が何度も続き、身も心もクタクタに。クリニックを受診し抑うつ状態と診断されました。

再発・再休職予防には自分自身の変化を見逃さないこと

産業医から復職の条件として提示されたリワークプログラムに参加しました。集団プログラムに参加している時にアイデアが次々と浮かび話し続けていたところ、スタッフより気分の波について指摘を受けました。主治医にリワークプログラムの様子について報告し、診断の結果として病名が双極性障害に替わり、薬も変更になりました。思い返すと職場でも同じようなことがあったということに気づいたBさん。スタッフにアドバイスしてもらいながらプログラムに参加するなかで回復してきた体調を維持し、再発・再休職を予防するためにBさんが心がけたのが、セルフチェック。何かおかしいことはないか、気分の変化や手や声は震えていないかなど、常に自分自身を観察しセルフチェックすること。自分自身の変化に早く気がつけば、自分で対処することが可能になります。現在の体調を維持するためにもセルフチェックは続け、仕事以外のこと

にも目を向けてワークライフバランスを整えていきたいと抱負を語ってくれました。

参考資料

職場復帰時の回復度合いを評価するための指標として「職場復帰準備性評価シート」の一部を記載します。

基本的な生活状況	起床時間	サポート状況	家族との関係
	食生活リズム		主治医との関係
	戸外での活動	職場との関係	トラウマ感情
症状	精神症状	作業能力、業務関連	就業規則、約束の不順守
	身体症状		集中力
	熟眠感		業務への関心・理解
	睡眠時間	業務遂行能力	
	昼間の眠気 興味・関心	準備状況	職場上司との接触 業務への準備
基本的社会性	身だしなみ	健康管理	服薬へのコンプライアンス
	他人との交流		健康管理スタッフとの関係
			再発防止への心構え

秋山剛、職場復帰準備性評価シートの開発、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：119-146、2009。

セルフマネジメントとシート

▶ **セルフマネジメントシート**

あなた自身が毎日の症状を把握し、また、医師がそれに合う薬を処方するために、回復初期には毎日記入していきます。症状は、「はい」:0、「どちらでもない」:1、「いいえ」:2として数字を記入します。「2」が多くなるほど回復してきていることをあらわします。

	/	(/	(/	(/	(/	(/	(/	(/	(
うつ気分	朝から気分が沈んでいた															
	前向きな気持ちになれない															
不安・焦燥感	さびしくて誰かにそばにいてほしい															
	温然とした不安があり、落ち着かない 気分がイライラすることが多い これから先の自信がもてない															
おっくう感	日中の活動を始めるのがおっくう 人に会うのがおっくう															
	楽しいはずのことが面白くない															
睡眠障害	寝付きが悪い 途中で目覚めたり、朝早く目覚める 朝の気分が重くてすっきりしない															
	全身がなんとなくだるい															
身体症状	食欲がない、あるいは食べ過ぎる 動悸がしたり、息苦しいことがある															
	就業時間(例:23時)															
日常生活	起床時間(例:8時)															
	食事の回数															
	服薬した回数															
	便秘回数															
	コメント記入欄 医薬部などでの活動を記録し、その結果を記入する															

うつ病リワーク研究会 正会員施設連絡先一覧

双極性障害患者の運転技能に関する検討

研究分担者 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: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。対象は、運転歴のある双極性障害患者 30 名と、性と年齢をマッチさせた健常者 31 名であり、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、認知機能については、注意や遂行機能が患者群で有意に低下していた。運転技能、認知機能、症状評価尺度、年間走行距離などに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。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。

A．研究目的

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。

B．研究方法

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。

(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

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。

D. 考察

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。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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

- ・ 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
- ・ 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

・ 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

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

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
分担研究報告書

「リワークプログラム利用者の復職後 1 年間の就労継続性に関する大規模調査」

研究分担者 五十嵐 良雄 メディカルケア虎ノ門
研究協力者 大木 洋子 メディカルケア虎ノ門
林 俊秀 メディカルケア虎ノ門

研究要旨

リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性については、より一般化されたアウトカム調査が必要である。そこで本研究は調査 として、全国的な大規模調査により、リワークプログラム利用者の復職後 1 年間の就労継続性を検討した。また調査 として、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就労継続性を比較することにより明らかにした。

調査 、 いずれも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 では、85 施設のリワークプログラム利用者 5014 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 では、リワークプログラム利用者と非利用者について、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唆された。

A. 研究目的

2015 年には、リワークプログラムを実施する医療機関が 200 施設を超え、質の担保とそのアウトカムの明確化が課題となっている。各施設で実施されるプログラムは、標準化されたプログラムに基づき実施されるが、地域性等による利用者層の差異もあり、その内容は多様化していると言える。

リワークプログラムのアウトカムについては、厚生労働省障害者対策総合研究事業において、平成 23 年度より継続して研究報告を行っている。その中で多施設研究も実施しているが、現在のリワークプログラム実施医療機関数を鑑みると、アウトカムの一般化可能性が課題であると言える。そこで H27~28 年度の研究として、全国的な大規模調査を実施した。

調査は以下 2 点について実施した。調査 は、リワークプログラム利用者の復職状況お

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。

B. 研究方法

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。

なお、本研究における用語の定義は以下の通りである。「休職」は、職場に所属する者に対し精神疾患を理由に主治医が診断書発行し実質的な形で一定期間連続して勤務を休んでいる状態。「復職」は、正式復職またはリハビリ勤務を問わず、会社の指示により実質的な形で勤務を開始した状態。「再休職」は、復職後に精神疾患を理由に主治医が診断書を発行し一定期間連続して勤務を実質的に休んでいる状態とした。

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年までの正会員として登録された施設である。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群は、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¹⁾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^{2,3)}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。

C. 結果

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 年までの正会員として登録された 157 施設のうち、31 都道府県 85 施設（54.1%）より協力を得た。各施設の運営実態については、リワークプログラムの標準化プログラム⁴⁾を構成する各プログラムのうち、個人プログラムは 97.6%、特定の心理プログラムは 97.6%、教育プログラムは 83.1%、集団プログラムは 95.2%、その他のプログラムは 90.4%の施設で実施されていた。上記 5 つのすべてのプログラムを実施している施設は 71.8%であった。また、1 週間のプログラムの実施時間は、平均 27.2 時間（SD8.9）であり、最頻値は 30 時間であったことから、精神科デイ・ケア（6 時間）を週 5 日の実施が概ねの平均的運営実態であると思われた。

リワークプログラムからの脱落については、各施設の 2014 年の新規利用新規利用登録者より検討した。2014 年の新規利用登録者は 2936 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、5014 人が対象となった。対象者の属性を表 1 に示す。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。診断は ICD-10 による気分障害圏の利用者が 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、1000 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 法による復職後 1 年後の就労継続推定値は 83.2%であった（図 1）。

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 4237 人、非利用者非利用者 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(表 2)。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 ($p=0.001$) (図 2)。また、両群を一つの集団にまとめ、全体に対し多変量 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。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。

D. 考察

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。その結果、精神科デイ・ケア(6時間)を週 5 日の実施が概ねの平均的運営実態であると思われた。また多くの医療機関が標準化プログラムに沿ったプログラムを実施していることが示唆された。ただし、5 つの標準化プログラムのそれぞれの配分や詳細な実施内容については、さらに調査を進める必要があると思われた。ま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いた。復職後少なくとも 1 年間、復職者の経過を慎重に観察し、必要な支援を行う必要が示されたと考えられる。

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。

E. 結論

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

プログラム利用者の再休職予防効果が示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出版・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

I. 引用文献

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.

表1 対象者の属性

年齢, mean (SD), y	39.5 (8.7)
性別, n (%), 男性	3969 (79.2%)
休職回数, mean (SD), 回	1.8 (1.2)
今回の休職期間, mean (SD), day	402.1 (298.9)
診断, n (%)	
気分障害圏(F3)	4239 (84.5%)
不安障害圏(F4)	583 (11.6%)
その他	194 (3.8%)
双極II型の可能性, n (%), あり	1684 (33.6%)
発達障害の可能性, n (%), あり	1113 (22.2%)
利用期間, mean (SD), day	186.7 (149.0)
業種, n (%)	
製造業	1453 (29.0%)
情報業	776 (15.5%)
サービス業	894 (17.8%)
公務員	1057 (21.1%)
その他	834 (16.6%)
企業規模, n (%)	
1000人未満	1831 (36.5%)
1000人以上	3183 (63.5%)

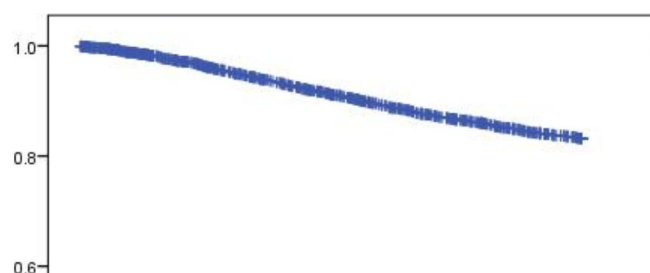


表2 リワークプログラム利用者と非利用者の属性の比較

	TAU (n=223)	RP+TAU (n=223)	p	standardize d
年齢, mean (SD), y	35.8 (7.2)	35.4 (7.8)	0.410	0.053
性別, n (%), 男性	164 (73.5%)	159 (71.3%)	0.596	0.050
企業規模, n (%)				
1000人未満	45 (20.2%)	48 (21.5%)	0.727	0.033
1000人以上	178 (79.8%)	175 (78.5%)		
診断, n (%)				
単極性	131 (58.7%)	128 (57.4%)	0.773	0.027
双極性	92 (41.3%)	95 (42.6%)		
今回の休職期間, mean (SD), d	274.7 (138.7)	286.0 (155.3)	0.782	0.077

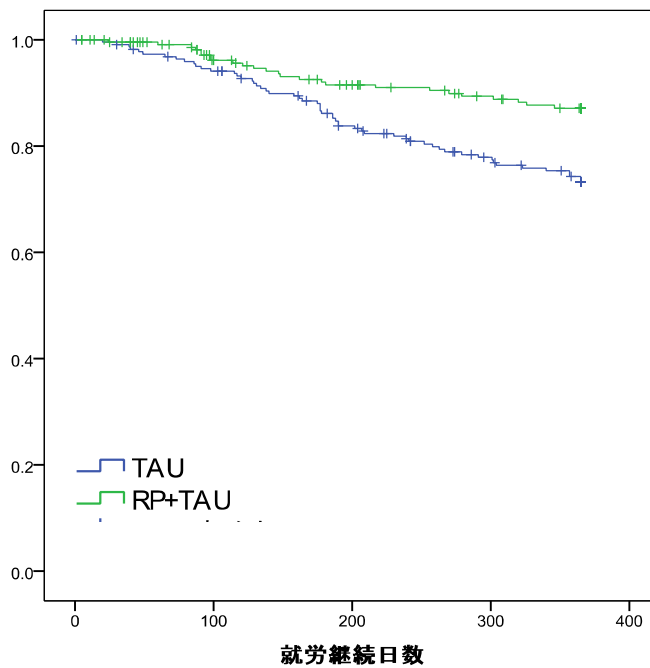


図2 リワークプログラム利用者の非利用者の復職後1年間の就労継続状況

表3 復職後の再休職要因の検討

		Hazard ratio	95% CI		p
			下限	上限	
年齢	—29歳 [ref]				0.084
	30-39歳	0.600	0.358	1.006	0.053
	40-49歳	0.565	0.297	1.074	0.081
	50-59歳	0.155	0.021	1.153	0.069
性別	男性 [ref] / 女性	0.721	0.422	1.232	0.232
企業規模	1000人未満 [ref] / 以上	1.389	0.739	2.612	0.307
診断	単極 [ref] / 双極	1.714	1.100	2.673	0.017
休職期間 (日)		1.000	0.999	1.002	0.601
リワークプログラム	利用 [ref] / 非利用	2.343	1.456	3.772	0.000

平成 28 年度分担研究報告書

リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済学的研究

～気分障害による長期休職者の復職後の労働生産性に関する調査～

研究分担者 山内 慶太 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授

研究協力者 大木 洋子 メディカルケア虎ノ門

五十嵐 良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

要旨： 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について調査した。調査は復職後1年間であり、リワークプログラム終了時、復職1、6、12ヶ月後の計4回にわたり、郵送による自記式質問紙調査を実施した。26医療機関より193人の対象者の同意を得て調査を実施した。平成28年度末現在、180人のフォローアップが終了した。復職時点において、臨床的症状は見られない程度に症状は回復しており、復職後1年を通してその症状は安定していた。また、労働生産性の損失については、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。

A. 研究目的

疾病費用研究においては、医療費など直接的に発生する費用より、労働生産性の損失など、間接的に発生する損失の方が概して大きく、なかでもうつ病は他疾患に比べてその傾向が高いことが知られている¹⁾。本邦における調査でも同様の結果であり、うつ病では、労働生産性の損失により発生する費用が大部分を占めている²⁾。

初年度の研究である平成26年度は、大うつ病性障害による長期休職者50人を対象とし、復職後1年間に再休職・失職することにより生じた社会的コストについて、社会的立場から推計した。

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^{1),3)}。従って、うつ病における医療経済評価研究においては、この点に留意する必要がある。初年度の研究における課題となった。またこれまでの本邦の調査では、実際の患者を対象にして、presenteeism と absenteeism の両方を直接個別に調査したものはなく推計に留まっていた。

そこで、第2、第3年度の平成27、28年度は、これらの課題をふまえ、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。

B. 研究方法

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^{4),5)}(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-D⁶⁾(center for epidemiologic studies depression scale)によるうつ病自己評価尺度、BSDS⁷⁾(Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)による双極性

障害のスクリーニング、EQ5-D⁸⁾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、保健種類、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-8⁹⁾)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 ヶ月分に計算した。

5) 倫理的配慮

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うち、文書による同意を得て実施した。

C. 結果

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

対象者の基本属性を表 1 に示す。人口統計学的特徴としては、年齢は平均 41.2 歳(SD7.9)であり、男性が多く(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(図1)。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(図3、4)。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週間の状況を図5、6に示す。それぞれの絶対値を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。

D. 考察

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¹⁰⁾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

改善が業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。

E. 今後の課題

初年度である平成26年度は、absenteeismに着目し、リワークプログラム利用者と非利用者の復職後の再休職・失職により生じた社会的コストの推計を行った。第2、3年度の平成27-28年度は、これまで本邦で実際の患者への調査による把握が十分行われていなかったpresenteeismに着目し、調査を実施した。但し、本調査は、リワークプログラム利用者のみを対象としたものであり、非利用者との比較は行っていない。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唆された。この労働生産性の改善に関わる関連要因を検討すると同時に、リワークプログラムの復職後の労働生産性改善に与える影響を医療経済的視点から検討することを今後の課題としたい。

F. 健康危険情報 なし

G). 研究発表 なし

H. 知的財産権の出版・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

I. 引用文献

- 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.

表1 対象者の基本属性

(n=193)

		n	%
性別	男性	156	80.8
年齢	歳 (mean,SD)	41.2	7.9
婚姻	既婚	118	61.1
	非婚	75	38.9
同居者人数(自分を含め)	人 (mean,SD)	2.9	1.3
教育歴	年 (mean,SD)	15.6	1.7
診断(ICD-10)	F31 双極性感情障害	81	42.0
	F32 うつ病エピソード	89	46.1
	F33 反復性うつ病性障害	20	10.4
	F34 持続性気分[感情]障害	3	1.6
治療期間	月 (mean,SD)	68.9	57.2
休職回数	回 (mean,SD)	2.0	1.3
今回の休職期間	日 (mean,SD)	581.5	260.1
総休職期間	月 (mean,SD)	25.2	15.1
業種	製造業	54	28.0
	公務員	41	21.2
	情報・通信業	34	17.6
	金融・保険業	18	9.3
	運輸業	8	4.1
	教育業	7	3.6
	その他	31	16.1
職種	事務職	62	32.1
	システムエンジニア	22	11.4
	営業・販売職	22	11.4
	専門的技術職	64	33.2
	その他	23	11.9
職階	一般職	155	80.3
	管理職	33	17.1
	その他	5	2.6
企業規模	50人未満	12	6.2
	50 1000人	60	31.1
	1001 3000人	28	14.5
	3001人以上	93	48.2
リハビリ出勤制度	あり・利用した	100	51.8
	あり・利用しなかった	5	2.6
	なし・分からない	88	45.6
リハビリ出勤期間 (n=100)	日 (mean,SD)	47.5	36.8
産業医	精神科医がいる	84	43.5
	内科医等のみ	83	43.0
	いない・不明	26	13.5
勤続年数	年 (mean,SD)	17.2	8.6
転職歴	あり	53	27.5
	なし	140	72.5
傷病手当金	受給	140	72.5
	非受給	53	27.5
傷病手当金受給期間 (n=140)	月 (mean,SD)	14.5	6.3
保健種類	健康保険	193	100.0
	労災保険	0	0.0
	自費	0	0.0
自立支援医療制度	利用	184	95.3
	非利用	9	4.7
自立支援医療制度上限額 (n=184)	0円	4	2.2
	2500円	14	7.6
	5000円	27	14.7
	10000円	116	63.0
	20000円	23	12.5
リワークプログラム期間	日 (mean,SD)	291.2	150.7
リワークプログラム利用実日数	日 (mean,SD)	146.8	90.0
主治医	自院主治医	143	74.1
	他院主治医	50	25.9
満足度 (CSQ-8Jスコア)	点 (mean,SD)	28.0	3.3

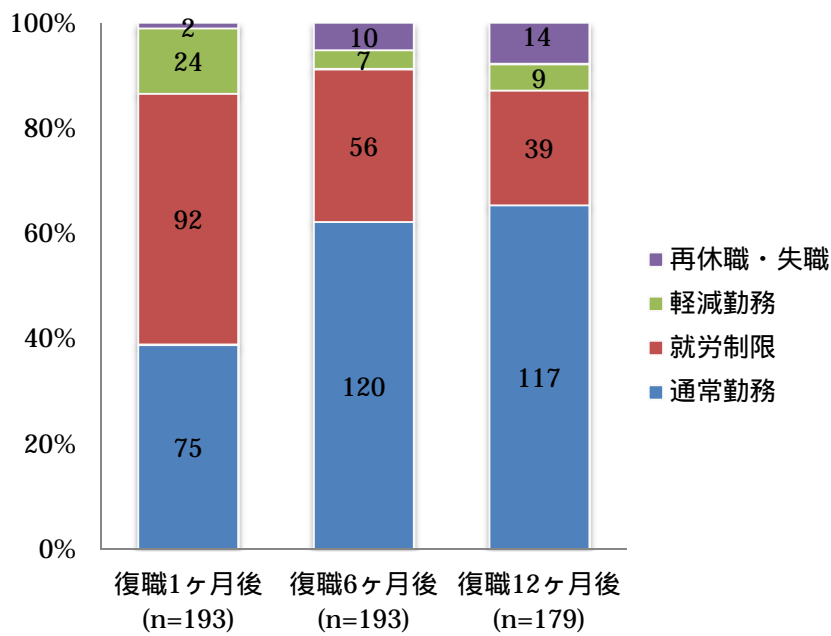


図1 復職後の就労状況

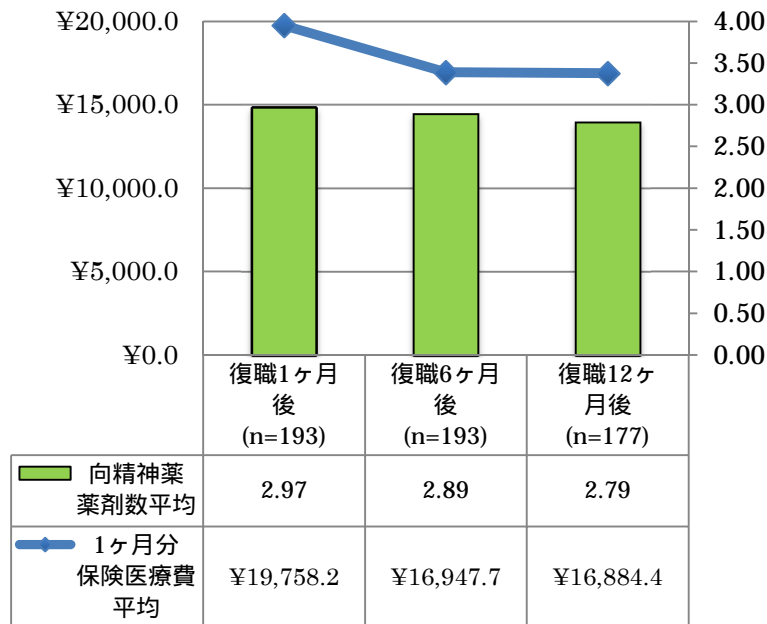


図2 復職後の通院治療状況

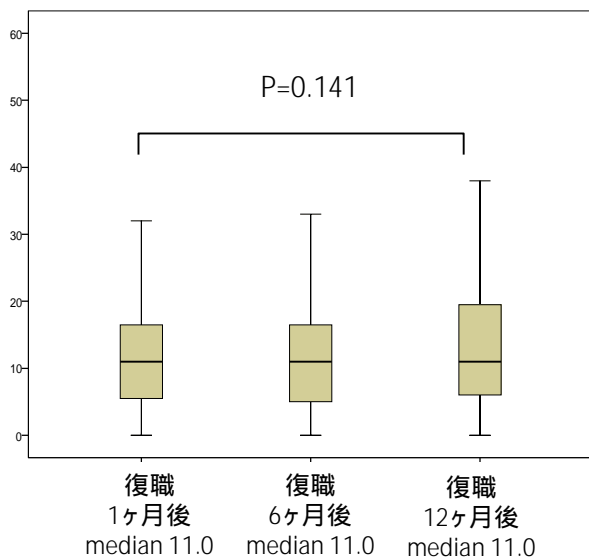


図3 CES-D 復職後の経時的推移

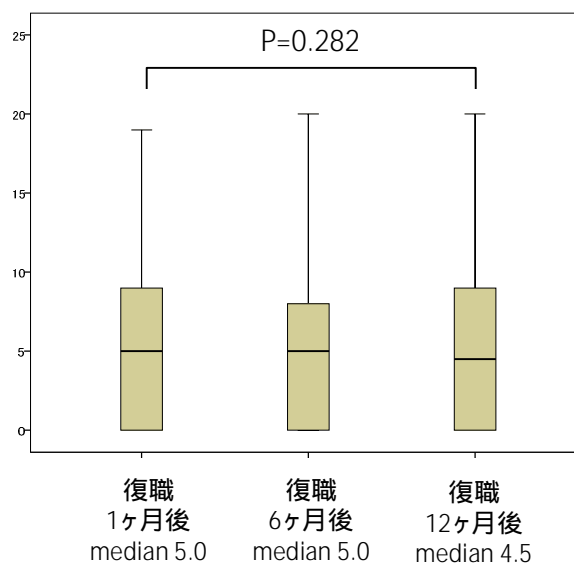


図4 BSDS 復職後の経時的推移

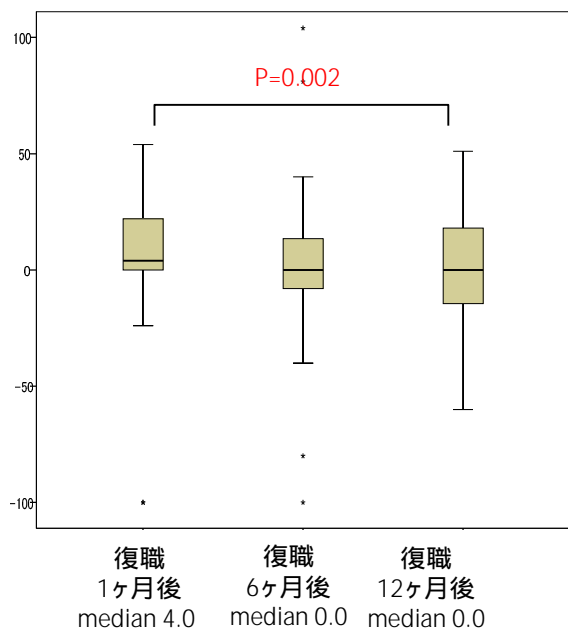


図5 absenteeism 復職後の経時的推移

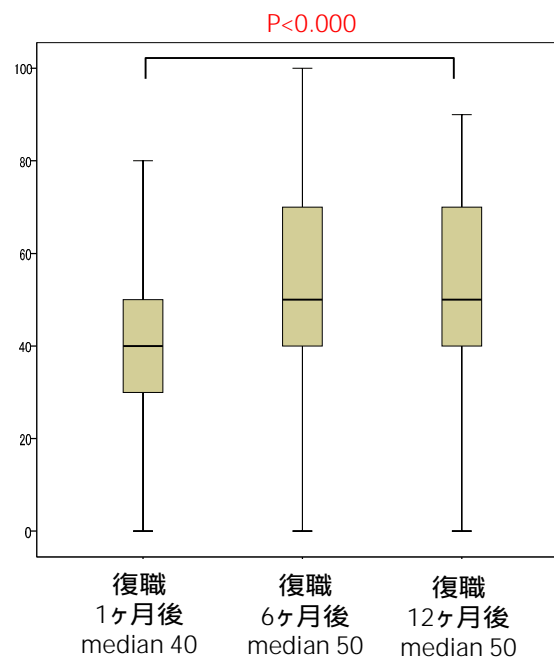


図6 presentism 復職後の経時的推移

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
分担研究報告書

リワークマニュアルを用いた気分障害患者の復職に対する有効性の研究

研究分担者 堀 輝 産業医科大学精神医学教室 講師
酒井 佳永 跡見学園女子大学文学部臨床心理学科 准教授

研究要旨

気分障害による休業者は増加している（Okuma and Higuchi 2011）が、休業から復職した後に、再休職に至る症例が多いことも複数報告されている（堀ら 2013; Endo et al., 2013; Sado et al., 2014）。しかし、休職から復職後の最初の1年に最も頻繁に再発や再休職に至る（堀ら 2013; Endo et al., 2013）。現在リワーク活動が全国で盛んにされているが、そのためにはある程度の人員や期間等を要するために、多くの勤労者を対応するとはいいがたい。本研究では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。

A．研究目的

気分障害による休業者は増加している（Hensing et al., 2006; Knudsen et al., 2013; Okuma and Higuchi 2011; Roelen et al., 2010）。また最近の研究では、精神疾患による休業から復職した後に、再度休職する人が少ないことも報告されている（Endo et al., 2013; Koopmans et al., 2011; Sado et al., 2014; Virtanen et al., 2011; 堀ら 2013）。精神疾患による休職からの復職後、復職後の最初の1年にもっとも頻繁に再発が起こることが報告されており（Endo et al., 2013; Koopmans et al., 2011）復職前後の時期に適切な指導を行うことが重要だと考えられる。しかし、一般の精神科外来では、復職の指導を適切に行うことが困難であると感じている医師が多いことが報告されている（五十嵐 2009）。

そこで、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を作成した。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。

B．研究方法

産業医科大学病院神経・精神科及びメンタルヘルスセンター、NTT 東日本関東病院精神・神経科

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

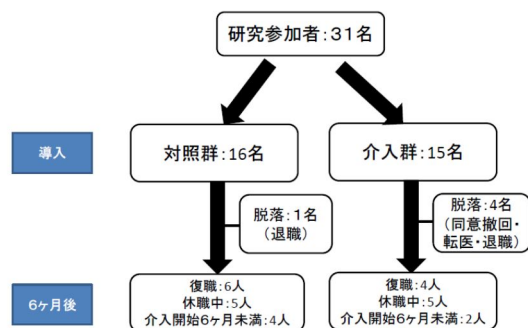
統計解析 (主要アウトカム)

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

(研究参加者の内訳)



本研究は、産業医科大学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。

C . 研究結果

(1) 対象患者の特徴

今回エントリーした対象者は介入群、対照群ともにベースラインに差異は認めなかった。

いずれの要因も
両群に有意な差なし

対象者の特徴

	介入群(N=15)		対照群(N=16)	
	Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)
年齢	38.1	11.6	42.1	10.2
性別 男性	12	80.0%	13	81.3%
女性	3	20.0%	3	18.8%
学歴 大卒未満	9	60.0%	8	50.0%
大卒以上	6	40.0%	8	50.0%
配偶者 あり	6	40.0%	11	68.8%
なし	9	60.0%	5	31.3%
企業規模300人以上	8	46.7%	8	50.0%
300人未満	7	53.3%	8	50.0%
職階 管理職	4	26.7%	6	37.5%
非管理職	11	73.3%	10	62.5%
休職回数	1.4	1.3	1.4	1.4
休職期間(日数)	63.3	70.1	110.1	149.0

(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なかった。

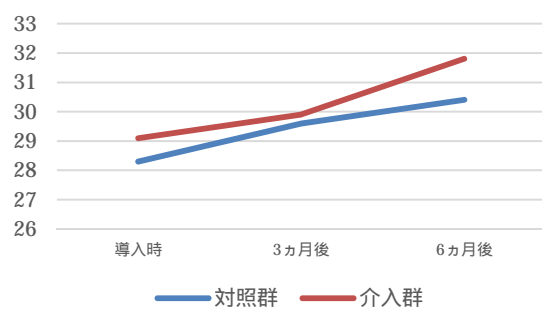
	介入群(N=15)		対照群(N=16)		統計値	
	Mean	SD	Mean	SD	t値	p値
復職準備性評価シート	56.3	7.1	58.2	7.1	0.75	NS
HAMD	12.8	7.2	9.6	6.5	1.26	NS
SASS	29.1	4.6	28.8	7.8	0.14	NS
BDI	23.1	9.1	20.8	11.7	0.62	NS

(3) 3 ヶ月・6 ヶ月における両群の変化

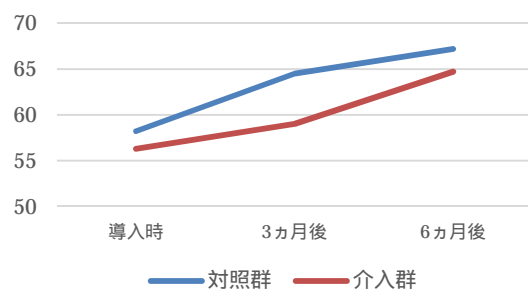
介入開始、3 ヶ月、6 ヶ月時点で両群間の変化の差異は認めなかった。

	介入群		対照群		統計値	
	Mean	SD	Mean	SD	p値	効果量
復職準備性変化 3ヶ月	1.7	13.2	5.8	9.5	NS	0.36
復職準備性変化 6ヶ月	8.1	15.2	8.5	7.9	NS	0.03
HAMD変化 3ヶ月	-4.2	6.2	-2.1	3.4	NS	0.42
HAMD変化 6ヶ月	-4.2	5.4	-3.1	3.8	NS	0.40
SASS変化 3ヶ月	0.7	6.1	1.8	5.9	NS	0.19
SASS変化 6ヶ月	2.7	5.8	2.6	8.7	NS	0.03
BDI変化 3ヶ月	-5.6	8.3	-0.8	7.4	NS	0.61
BDI変化 6ヶ月	-6.3	11.9	-1.7	11.1	NS	0.40

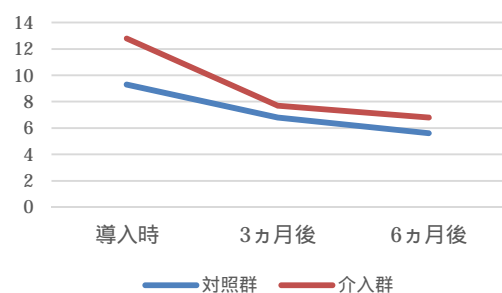
(SASS 得点の推移)



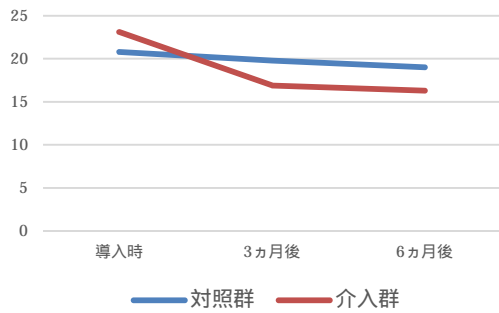
(復職準備性の推移)



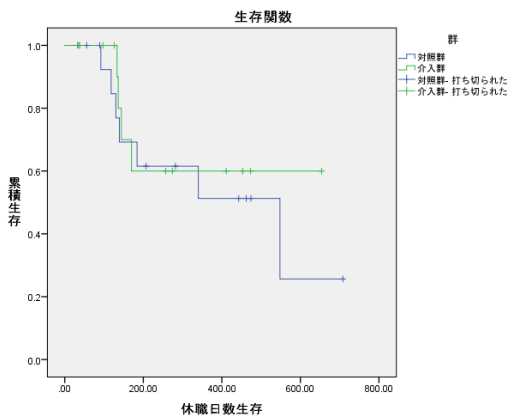
(ハミルトンのうつ病評価尺度の推移)



(BDI の推移)



(6) 休職開始から復職までの日数



D. 考察

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ヵ月後/6ヵ月後の社会機能、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が見られなかった。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、まず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。

E. 結論

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。

F．健康危機情報　なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出版・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

平成28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(H26—精神—一般—002)
(分担研究報告書)

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：追跡結果

研究分担者：○山口創生¹⁾

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

16) 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

17) メンタルヘルス診療所しっぽふぁーれ

研究要旨

目的：本研究は、援助付き雇用型サービス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、1) 就労アウトカムと臨床アウトカムの効果、2) 就労アウトカムに影響する個人要因、3) サービス提供内容とサービス提供量を検証することを目的とした。

方法：援助付き雇用型サービスを行う就労支援機関における新規の統合失調症の利用者を対象に、12ヵ月の前向き調査を行った。各機関が提供する援助付き雇用型サービス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。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（MOCES）、生活の質（SF-8）、心理的ウェルビーイング（WPS）、利用者からみたスタッフのストレングス志向性を包含した。また、プロセス調査として、サービスコード票を用いて、支援の内容とその量（時間）をモニタリングした。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。

結果：12ヵ月間の追跡において、研究対象者51名のうち26名が就労を経験し、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。臨床アウトカムは、ベースライン時と比較し、追跡調査時ではGAF（ $F = 9.39, p < 0.001$ ）やLASMI（ $F = 5.28, p = 0.008$ ）の得点は向上したが、心理的ウェルビーイングの得点は一時的に下がっていた（ $F = 3.85, p = 0.027$ ）。12ヵ月間における一人当たりの1対1換算のサービス提供時間は118時間（SD = 128）であった。そのうち、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。また、集団プログラムと個別支援は約50%ずつであった。サービス提供量は3ヵ月目にピークに達し、7ヵ月目から減少に転じ、その後8,9ヵ月目に一度微増、12ヵ月目に向けて再び減少していた。

結論：援助付き雇用型サービスは利用者によ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。

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¹⁾。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²⁾。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³⁾。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と就労支援員がチームとなり、利用者に対して事業所内支援だけではなく、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⁴⁾。

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き雇用型サービスは、従来型就労支援よりも高い就労率をもたらすことが明らかになっており⁵⁾、費用対効果の側面でも優位性があることが示されている⁶⁾。

また、IPS モデルを基にした日本版個別型援助付き雇用フィデリティ尺度の開発も進んでいる⁷⁾。臨床場面においても、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⁸⁾。他方、援助付き雇用型サービスのように国内で効果が実証された有用な支援の普及の壁として、現在の制度との解離が指摘されている⁵⁾。今後、援助付き雇用型サービスなどの有効なサービスの社会実装や普及には、診療報酬制度や障害者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 や援助付き雇用型サービスに関する研究は、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、援助付き雇用型サービスのなかで、実際のサービスのあり方や対象者像を検証する必要がある。そこで、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用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
- ・援助付き雇用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
- ・援助付き雇用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

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ヵ月後と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ヵ月間の就労の有無、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⁹⁾。

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¹⁰⁾。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¹¹⁾。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¹²⁾。

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¹³⁾、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^{14,15)}。

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くてと言ったことに「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、利用者から見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^{16,17)}。

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種類が用意された(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¹⁸⁾、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¹⁹⁾。

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^{7,20)}。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²⁰⁾、JISEFの得点と就労率には相関関係がある⁷⁾。

各研究参加機関における対象者のリクルート前に、調査員が対象機関を訪問し、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/JPNips_manual.pdf)。

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¹⁹⁾。また、サービス提供日数や事業所提供日数、1対1換算サ

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

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

C. 研究結果

1. 対象者のエントリー状況

本研究に参加した機関および参加者のエントリー状況は、STROBE flow diagram にまとめられている(図1)。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

表1に研究参加機関の属性を示した。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(表2)。

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(表3)。

4. 機能・心理社会的アウトカム

表4と表5に、各尺度の結果を示した。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(表6)。

6. サービスコード分析

12の対象機関から合計5802枚が回収された(補

足資料 1,2 参照)。12 ヶ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 (表 7)。

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 (表 8)。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 (表 9)。

図 2 は一人あたりの 12 ヶ月間のサービス提供量の推移を示している。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 ヶ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 ヶ月目を目処に減少し、その後 8,9 ヶ月目に一度微増し 12 ヶ月目に向けて再び減少していた。図 3 は 1 対 1 換算のサービス提供時間を用いて示している。12 ヶ月間で、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

本研究は、IPS/援助付き雇用型のサービスを提供あるいは志向する機関の利用者を対象に、就労アウトカムや臨床アウトカムの変化を検証した。また、サービスコード調査により、支援プロセスの分析を実施した。

調査の結果、12 ヶ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 ヶ月を超えていた (就労者だけの平均では 6 ヶ月以上)。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²²⁾、本研究の対象機関は利用者によ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^{6,23)}、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²⁴⁾、また就労者の約 25%が 1 ヶ月以内に離職したとするデータと比較すると²⁵⁾、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 ヶ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²⁶⁾。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²⁶⁾。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がない。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ヵ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ヵ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ヵ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、支援開始初期に行なわれることがあげられる。第2には、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は9ヵ月としており、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²⁷⁾。

本研究はいくつかの限界を抱える。まず、調査者にとって負担の大きいサービスコード調査を包含したため、各機関からのエントリー数は限られていた。また、GAFやLASMIといった他者評価の尺度は、マスクされた評価者によって実施されていなかった。これらの限界から、本研究は特に臨床アウトカムの検証に関するサンプルサイズの不足や観測者バイアスが存在する可能性がある。

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

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.

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・リハビリ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, リハビリキャラバン隊). 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ング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 Service 63: 758-763, 2012.
 - 21) Vandembroucke 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_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

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.

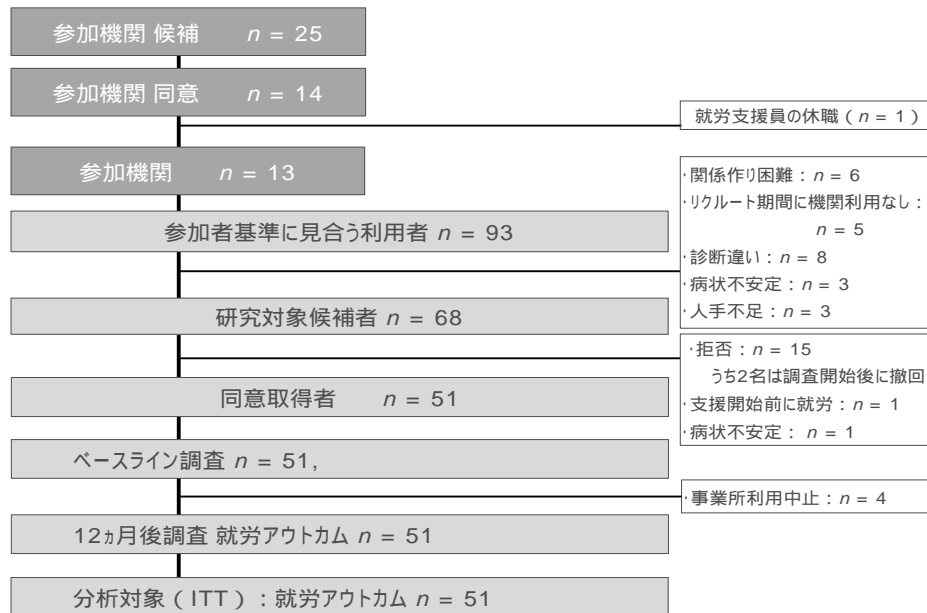


図 1 STROBE flow diagram : 参加者のリクルートとフォローアップ状況

表 1 参加機関の属性

項目	n / Mean	% / SD
場所	首都圏	5 (38.5)
	首都圏以外	8 (61.5)
機関種別	医療機関	4 (30.8)
	地域事業所	9 (69.2)
サービス種別	精神科デイケア	3 (23.1)
	相談室	1 (7.7)
	就労移行支援	8 (61.5)
	生活訓練	1 (7.7)
人口規模 ¹⁾	701,306	(574,627)
完全失業率(都道府県)	3.8%	(0.6%)
開所からの機関(月)	48.7	34.5
フィデリティ得点:	GOI	7.2 1.7
	合計	89.6 (12.2)
	スタッフ(下位尺度 1)	9.3 (2.6)
	組織(下位尺度 2)	26.0 (4.1)
	サービス(下位尺度 3)	54.3 (8.2)

表2 参加者の基本属性

項目		n / Mean	% / SD
性別	女性	15	(29.4)
	男性	36	(70.6)
年齢	mean, (sd)	37.2	(8.4)
最終学歴	中学校	6	(11.8)
	高等学校	24	(47.1)
	専門学校	6	(11.8)
	短期大学	3	(5.9)
	大学	12	(23.5)
婚姻状況	未婚	42	(84.0)
	既婚	2	(4.0)
	離婚	6	(12.0)
住居	家族等同居	36	(70.6)
	1人暮らし	13	(25.5)
	グループホーム	2	(3.9)
過去の就労経験	あり	7	(13.7)
	なし	44	(86.3)

表3 参加者の就労アウトカム

項目	n / Mean	% / SD
就労者数	26	(51.0)
就労期間	104.8	(127.7)
(就労者のみ)	205.6	(105.1)
最初の就労までの期間	251.8	(132.5)
(就労者のみ)	142.9	(99.9)

表 4 各尺度の得点 (全ケース)

	ベースライン(T1)			6ヵ月後(T2)			12ヵ月後(T3)		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
GAF	51	49.6	(12.0)	46	54.1	(11.3)	43	57.9	(12.8)
LASMI	51	57.7	(24.2)	42	51.2	(23.2)	42	46.6	(21.9)
- 日常生活	51	13.5	(8.3)	42	11.6	(7.6)	42	11.0	(7.4)
- 対人関係	51	18.5	(8.3)	42	16.7	(7.5)	42	15.5	(7.0)
- 労働・課題の遂行	51	16.2	(7.6)	42	14.6	(7.1)	42	12.9	(6.3)
- 持続性・安定性	51	4.9	(2.3)	42	4.3	(2.3)	42	3.6	(2.3)
- 自己認識	51	4.5	(2.3)	42	4.0	(1.9)	42	3.6	(2.2)
MOCS	51	118.1	(15.2)	39	113.9	(18.1)	36	116.7	(17.3)
SF-8	51	22.2	(5.8)	42	21.3	(5.7)	38	20.9	(5.3)
PWS	51	96.4	(13.1)	42	91.6	(6.2)	38	94.3	(7.8)
- 人格的成長	51	20.1	(3.3)	42	14.8	(1.8)	38	14.3	(1.8)
- 人生における目的	51	15.8	(4.1)	42	15.8	(1.3)	38	15.4	(1.8)
- 自律性	51	14.9	(3.1)	42	15.9	(2.4)	38	15.2	(2.5)
- 自己受容	51	13.6	(3.6)	42	13.9	(3.5)	38	17.7	(3.2)
- 環境制御力	51	15.5	(3.7)	42	14.6	(2.6)	38	15.2	(3.6)
- 積極的な他者関係	51	16.5	(3.4)	42	16.7	(2.2)	38	16.5	(2.6)
SS-user	51	22.6	(3.7)	42	23.7	(3.3)	37	23.7	(3.5)

表 5 各尺度の得点 (3時点データがあるケース)

	ベースライン(T1)			6ヵ月後(T2)		12ヵ月後(T3)		F 値	p 値	Post-hoc
	n	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
GAF	42	49.4	(11.8)	54.6	(11.5)	57.8	(13)	9.39	<0.001	T1<T3, T2<T3
LASMI	33	58.0	(24.4)	50.5	(23.2)	49.5	(22.6)	5.28	0.008	T1>T2, T1>T3
- 日常生活	33	13.8	(8.0)	11.4	(7.5)	11.9	(7.6)	3.43	0.038	T1>T2
- 対人関係	33	18.0	(8.2)	16.8	(7.6)	16.1	(7.2)	1.32	0.275	
- 労働・課題の遂行	33	15.8	(7.6)	14.1	(7.1)	13.7	(6.5)	2.55	0.086	
- 持続性・安定性	33	5.5	(2.2)	4.4	(2.3)	4.0	(2.3)	10.75	<0.001	T1>T2, T1>T3
- 自己認識	33	4.9	(2.3)	3.8	(1.7)	3.8	(2.2)	8.41	<0.001	T1>T2, T1>T3
MOCS	31	116.3	(15.6)	110.9	(17.7)	114.5	(17.4)	2.38	0.101	
SF-8	35	22.5	(6.0)	22.4	(5.3)	20.6	(5.4)	2.17	0.122	
PWS	32	95.4	(12.3)	91.5	(6.5)	94.0	(7.7)	3.85	0.027	T1>T2
- 人格的成長	32	19.6	(3.5)	15.1	(1.8)	14.3	(1.9)	49.85	<0.001	T1>T2, T1>T3
- 人生における目的	32	15.4	(4.3)	15.8	(1.3)	15.4	(1.8)	0.26	0.771	
- 自律性	32	14.9	(2.5)	15.5	(2.2)	15.0	(2.5)	0.80	0.452	
- 自己受容	32	14.2	(3.4)	14.3	(3.5)	17.6	(3.4)	22.27	<0.001	T1<T3, T2<T3
- 環境制御力	32	15.1	(3.6)	14.4	(2.8)	14.9	(3.6)	0.75	0.476	
- 積極的な他者関係	32	16.2	(3.1)	16.3	(2.1)	16.8	(2.5)	0.52	0.595	
SS-user	35	22.8	(3.6)	23.8	(3.2)	23.8	(3.5)	1.75	0.184	

表 6 就労アウトカムに関する要因

	就労の有無			就労期間		
	B ^{1,2}	95%CI	p	B ²	95%CI	p
GAF	0.03	(-0.01, 0.08)	0.173	1.84	(-1.39, 5.06)	0.257
LASMI	-0.03	(-0.06, -0.01)	0.028	-1.08	(-2.66, 0.49)	0.174
MOCES	-0.01	(-0.05, 0.02)	0.467	-1.14	(-3.66, 1.39)	0.370

1 ロジスティック分析の結果はオッズ比ではなく、回帰係数で表示

2. 調整要因：性別、年齢、過去の就労経験

表 7 12 ヶ月間の一人当りのサービス提供量

n = 49	合計		事業所外		事業所内		電話・メール	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
サービス提供日数 ¹	82	(56)						
事業所利用日数 ¹	69	(51)						
サービス提供回数 ²	131	(102)	16	(16)	102	(87)	13	(19)
サービス提供時間 ³	193	(199)	33	(51)	152	(158)	3	(4)
1対1換算サービス提供時間 ³	118	(128)	26	(35)	89	(100)	3	(4)

1 単位：日, 2 単位：回数, 3 単位：時間

表 8 1対1換算サービス提供時間における支援内容のサマリー

n = 49	時間	全体に占める割合
合計	118	
事業所外支援	26	22%
事業所内支援	89	75%
電話・メール等	3	3%
対面の事業所外支援	23	19%
対面の事業内支援	50	42%
集団プログラム	56	47%
個別支援	62	53%

表 9 1対1換算サービス提供量における就労支援員とケースマネージャーの割合

n = 49	就労支援員		ケースマネージャー	
	時間	割合	時間	割合
合計	85	72%	34	28%
事業所外支援	24	93%	2	7%
事業所内支援	56	65%	30	35%
電話・メール等	2	67%	1	33%

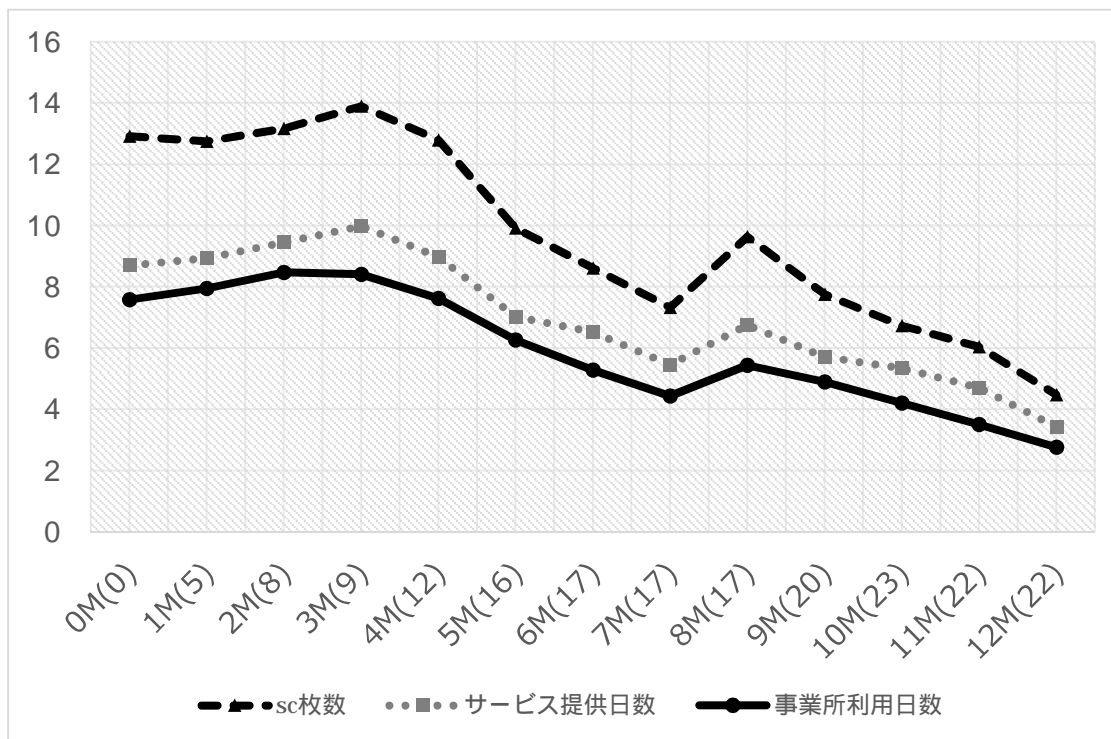


図2 12ヵ月のサービスコード枚数、サービス提供日数、事業所利用日数の推移

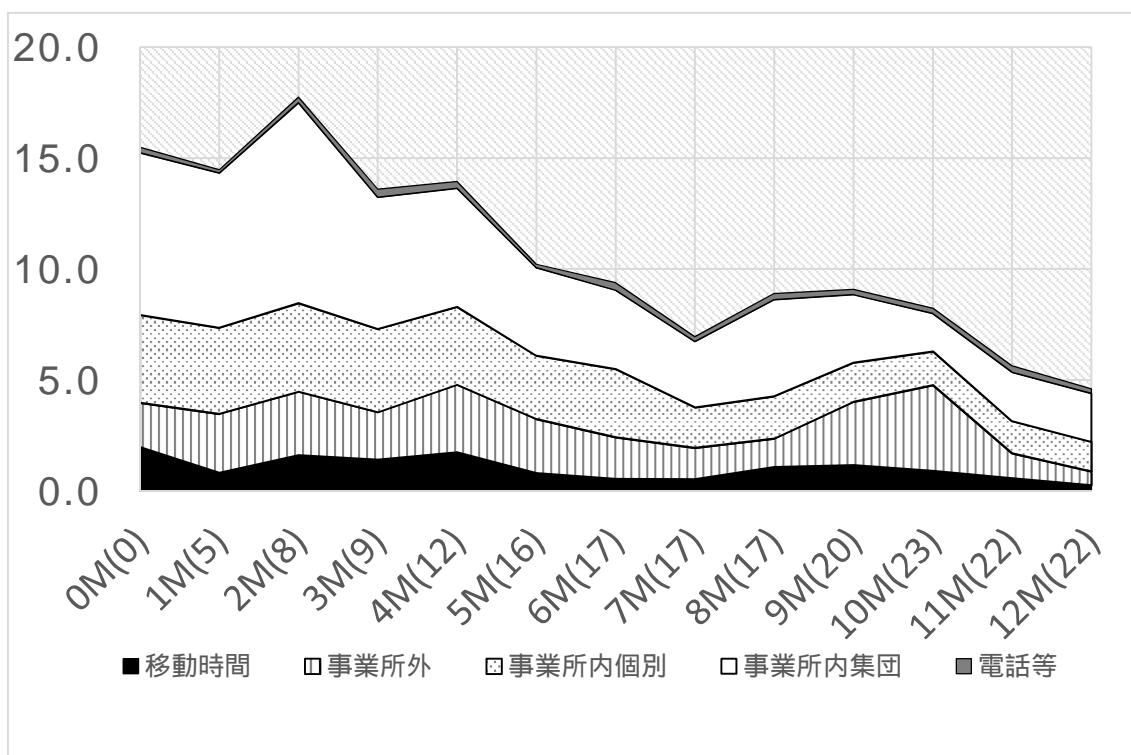


図3 12ヵ月間の一人あたりの1対1換算サービス提供時間の推移

補足表1 就労支援員 サービスコード 各支援の平均値

	活動内容	活動場所	サービス提供回数 ¹	サービス提供時間 ²	1対1換算時間 ²
1	インテーク・アセスメント	1. 事業所外	0.1	4.1	4.1
		2. 事業所内	1.1	46.4	51.7
		3. 電話・メール等	0.1	0.4	0.4
2	プランニング・個別就労相談	1. 事業所外	0.3	16.7	18.0
		2. 事業所内	13.2	508.2	649.1
		3. 電話・メール等	2.4	34.4	37.9
3	ビジネス等々の個別支援	1. 事業所外	0.3	31.6	31.2
		2. 事業所内	4.1	207.9	219.1
		3. 電話・メール等	0.1	0.9	0.9
4	職場開発・同行支援	1. 事業所外	11.5	1620.5	1227.7
		2. 事業所内	0.8	41.8	27.5
		3. 電話・メール等	2.9	34.5	35.7
5	就労後の継続支援	1. 事業所外	1.2	89.2	105.6
		2. 事業所内	3.2	107.6	148.2
		3. 電話・メール等	3.1	33.8	34.8
6	他機関との連携	1. 事業所外	1.0	55.9	52.3
		2. 事業所内	0.5	16.0	18.4
		3. 電話・メール等	1.0	12.8	13.4
7	機関内の他職種連携	1. 事業所外	0.1	0.6	0.6
		2. 事業所内	1.6	13.2	33.6
		3. 電話・メール等	0.1	1.4	1.6
8	ES 医療/生活支援	1. 事業所外	0.2	23.3	30.7
		2. 事業所内	2.3	97.9	101.1
		3. 電話・メール等	0.5	5.9	5.9
9	その他	1. 事業所外	0.1	1.2	1.2
		2. 事業所内	0.1	1.5	1.5
		3. 電話・メール等	0.0	0.0	0.0
10	集団プログラム	1. 就労系	16.3	2795.4	1661.6
		2. 認知・行動	2.3	234.1	65.5
		3. 疾病・生活管理	2.2	212.6	72.1
		4. その他	13.1	1407.9	419.4

1 単位：回数, 2 単位：分

補足表2 ケースマネージャー サービスコード 各支援の平均値

	活動内容	活動場所	サービス提供 回数 ¹	サービス提供 時間 ²	1対1換算 時間 ²
1	インテーク・アセスメント	1. 事業所外	0.1	1.8	1.8
		2. 事業所内	0.7	37.7	39.5
		3. 電話・メール等	0.1	0.1	0.1
2	プランニング・個別就労相談	1. 事業所外	0.1	1.7	1.7
		2. 事業所内	4.2	157.3	169.9
		3. 電話・メール等	1.1	24.8	24.8
3	生活技術/医療等の個別支援	1. 事業所外	0.5	21.3	21.3
		2. 事業所内	4.6	40.7	45.7
		3. 電話・メール等	0.6	4.7	4.7
4	他機関との連携	1. 事業所外	0.0	1.4	1.4
		2. 事業所内	0.9	29.2	32.0
		3. 電話・メール等	0.7	5.3	5.3
5	機関内の他職種連携	1. 事業所外	0.2	14.3	14.3
		2. 事業所内	0.1	1.2	4.9
		3. 電話・メール等	0.3	2.8	2.8
6	他機関との連携	1. 事業所外	0.0	0.0	0.0
		2. 事業所内	1.0	21.0	32.8
		3. 電話・メール等	0.2	1.5	1.8
7	ケア会議（MDT）	1. 事業所外	0.1	3.7	3.7
		2. 事業所内	0.1	1.8	11.0
		3. 電話・メール等	0.1	0.4	0.4
8	CM 就労支援	1. 事業所外	0.8	62.1	67.7
		2. 事業所内	3.8	451.7	378.2
		3. 電話・メール等	0.8	8.6	9.0
9	家族支援	1. 事業所外	0.0	0.0	0.0
		2. 事業所内	0.2	20.2	8.3
		3. 電話・メール等	0.1	1.3	1.3
10	その他	1. 事業所外	0.1	5.3	5.0
		2. 事業所内	0.1	7.2	5.4
		3. 電話・メール等	0.0	0.5	0.8
11	集団プログラム	1. 就労系	5.4	620.7	286.3
		2. 認知・行動	6.2	525.5	172.4
		3. 疾病・生活管理	4.2	382.7	98.6
		4. その他	13.8	1476.7	561.2

1 単位：回数, 2 単位：分