

平成26～28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)

(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

一年目に、「中小企業において社員研修会等で使用できる一次予防スライドの作成」「復職時の伝達項目の整理」「復職後のフォローアップツールの改訂」、二年目に「中小企業において、一次予防のために、社員研修会で使用できる分かりやすい資料の出版」「復職後のフォローアップツールの改訂」「社会保険労務士を対象とする中小企業における包括的なメンタルヘルス対応に関する講演会の有効性の確認」を行ない、最終年度には、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

一年目に、短期リワークプログラムが1年間の復職継続率を高める可能性が示された。二年目に短期型を選択する患者と既存型を選択する患者には背景要因に違いがある可能性が示された。三年目に、プログラム開始3ヵ月間の変化を検討したところ、QOLがより低かっ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

一年目に、「他の医療機関との連携が進んでいる実態の把握」「事業場との連携から高度な情報提供が求められている傾向の把握」「事例対応の困難度に関連する要因の分析」「業務量・人件費の試算」を行った。二年目に他院との連携方法、治療機関と企業との連携方法、モデル文書の作成について、実態調査および問題点の抽出を行った。三年目の調査から、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。

4．疾病・服薬の運転技能への影響の検討

一年目に社会復帰準備期にあるうつ病患者では、残遺するうつ症状や認知機能障害があっても、運転技能については健常対照群と同等の水準であることを確認した。二年目に、向精神薬は慢性投与下ではその影響は小さいことが示された。三年目の研究では、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。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

一年目に、文献検索のアルゴリズムを確定した。二年目に、「復職支援に関する介入研究は数が少なく、また研究が行われている地域が、限局、偏在している」「対象が男性、精神科施設での介入、24 ヶ月以上の追跡調査が介入の有効性に関連している可能性がある」ことを示した。三年目には、英語論文を完成し、投稿した後、書き直しを行っている。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

一年目に、再発時のストレス状況、上司の対応を把握するシート案を作成した。二年目

に、再発時のストレス状況、上司の対応を把握するシートを作成した。三年目に、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。その結果、「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、それぞれ、「再休職時ストレス要因シート全体」2.69(0.79), 3.20(0.68), 「業務上ストレス」3.00(0.63), 3.25(0.77), 「プライベートのストレス」3.00(0.93), 3.50(0.73)というもので、概ね肯定的な評価を得ることができた。

7. リワークプログラム利用群と非利用群の比較

一年目に、リワークプログラム利用群の長期予後については、復職後平均 4.8 年、中央値 3.3 年継続して就労できること、教育歴や職位が就労継続に影響すること、復職後の就労中断は、そのおよそ半数が復職から 1 年以内に生じることを明らかにした。二年目には、大規模調査のための準備を行った。三年目には、対象者の診療録等の既存資料から後方視的調査を行った。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

一年目には、次年度以降に、データの収集と分析を行うための体制を整えた。二年目の研究では、間接費用、すなわち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 は復職時より比較的少なく、1 年を通して変化は見られなかった。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 については、1 年間の追跡の結果、有意な改善が見られていた。三年目の研究では、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。

9. リワーク指導マニュアルの RCT

一年目に、リワークマニュアルの改訂、リワークマニュアルの有効性を検証するための研究プロトコルの作成が行われた。二年目に復職決定時における活動性の維持は、復職継続率を高める可能性が示された。三年目の研究では、介入群（15 名）、対照群（10 名）についてフォローアップした結果を分析した。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。介入後 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。

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

一年目は、研修事業内の概要・研修項目がまとめられ、内部評価項目の検討が開始された。二年目は、「基礎コース」「専門コース」研修を実施された。各施設におけるプログラムの質の担保が確認できるような内部評価項目の検討を行い、外部評価を行うための方策の検討も実施した。三年目には、リワーク実施施設でのプログラムの均てん化を図るため、施設職員が受けるべき研修の内容について検討し、前年度の内容を改定した「基礎コース」と「専門コース」研修を実施した。また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、リストアップされた一定の条件を満たす者が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

一年目は、53施設で行われている111の独自性が高いプログラムについて分析を行った。二年目は、9施設の調査を実施し、経済面、人材面、研究面、医療面での問題や課題を明らかにした。三年目は、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

一年目は、リワークプログラムにおいて原則とするべき方針、発達障害の観点から望ましいと考えられる助言をまとめた。二年目は、「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」を20回改訂した。三年目は、「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て、「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」「患者に役立つか」「職域に役に立つか」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。職域への有用性については、評価がやや低かったが、そのほかの項目については、概ね肯定的な評価を得ることができた。

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

一年目に、参加機関が一般就労を目指す援助付雇用としての水準を満たしていることを確認した。二年目に、参加13機関のフィデリティ得点、対象者の性別、平均年齢、GAF得点は、過去の援助付き雇用に関する研究における対象者の数値と比較し、統計的な有意差はないことを確認した。三年目は、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した。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。

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	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

本研究の各課題の目的は、以下のようである。

【中小企業との連携強化方法の提示】

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。

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た。また、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、社会保険労務士に対する講習会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】

これまでのリワークプログラムの平均参加期間は250.4日とされており、これは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。

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。

短期型リワークプログラムの医療経済的な評価を行う

ことを目的とする。

【地域における諸機関との連携の標準化】

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。

本研究でこれらの連携を検討するにあたり、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研究 1、実際に連携を行った事例に関する調査の研究 2 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」に関する実態調査研究 3、「治療機関と企業との連携」に関する実態調査研究 4 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たモデル文書の作成を研究 5 とした。3 年度目は、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研究 6 とした。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作成を研究 7 とし、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】

近年、自動車運転死傷行為処罰法や改正道路交通法が施行され、精神障害や薬剤による影響と判断された交通事故や虚偽申告が厳罰化されるという社会的背景に加え、大多数の向精神薬の添付文書が、服用中の運転中止を明記している。向精神薬は再発予防効果を有し、社会復帰後も継続服用が不可欠であるため、これら一律の規定は、病状の如何にかかわらず、服用中の運転中止を求めざるを得ない。一部の大都市を除けば、精神障害者の就労や社会生活に大きな支障が生じているのが現状である。しかしながら、厳罰化や添付文書記載を裏付ける実証的データは乏しく、十分な証左がな

いまま議論されているのが現状である。

そこで、本研究では、不眠が必発である精神疾患においても処方頻度の高い、作用機序の異なる睡眠薬が、運転技能に与える影響を検討した。次に、社会復帰準備期にあるうつ病患者の運転技能を検討した。最後に、うつ病患者での検討を踏まえ、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。

【再休職状況の把握】

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シートを開発し、シートの有用性について、産業医を対象に調査を行った。

【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

リワークプログラム利用群の就労予後を示し、大規模調査により利用群と非利用群の予後について、より一般化されたアウト

カムを明らかにする。

【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した。

【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】

地域や施設の実態による特徴的なプログラムの要素を分析し、特性を尊重しつつ質を担保されたプログラムを提供できる体制を強化する。

【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の系統化】

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手引きを開発し、リワーク支援を行っているスタッフを対象に手引きの有用性調査を行なった。

【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】

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

【中小企業との連携強化方法の提示】

一年目

中小企業の社員研修会の経験がある専門家で、集団認知行動療法の理論を背景としたメンタルヘルス一次予防のスライドおよび付帯資料を作成した。中小企業の健康管理に経験がある専門家で、復職時の伝達項目の整理を行った。中小企業の健康管理に経験がある分担研究者等の専門家で、先行研究で作成されていた資料の改訂を行った。

二年目

メンタルヘルス一次予防のスライドおよび付帯資料を収めた書籍を刊行した。社会保険労務士からの聞き取りに基づいて、復職後のフォローアップツールの改訂を行った。中小企業におけるメンタルヘルス管理について、社会保険労務士を対象とする、セミナーを行い、セミナーの効果検証を行った。

三年目

二年目までに作成されたツールを整理した。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項目に関する、講習会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】

1) 対象

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。

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)

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、今回休職の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ヵ月後および6ヵ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。

【地域における諸機関との連携の標準化】

研究 1

うつ病リワーク研究会の会員施設に対し毎年実施している基礎調査における連携と関連する項目について、平成 20～26 年度の7年間のデータを再集計した。

研究 2

研究 1 で得られた基礎調査の知見に基づき、連携を行っている治療機関に対し連携の内容に関するアンケート調査を 2 回実施した。

研究 3, 4

うつ病リワーク研究会の会員施設 194 施設に調査票を送付し、136 施設から回答が得られ、回収率としては 70.1%であった。

研究 5

うつ病リワーク研究会の会員施設 194 施設に対し実際に連携する際に使用している帳票の送付を依頼し、24 施設から 48 種の帳票を得ることができた。各帳票の利用方法と目的から共通する要素をまとめ、モデル帳票とその使用法を整理した。

研究 6

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。

うつ病リワーク研究会の会員施設 23 治療機関と関係性のある 106 事業場へ調査票を送付した。その結果、62 事業場 63 名の回答を得た（回答率 59.4%）。

研究 7

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。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

対象

睡眠薬服薬群として、運転免許を有し、日常的に運転を行う健常男性 17 名。患者群として、運転免許を有し、運転歴のあるうつ病患者 68 名と年齢と性をマッチさせた健常対照者 67 名、運転免許を有し、運転歴

のある双極性障害患者 30 名と年齢と性をマッチさせた健常者 31 名であった。健常性については精神科診断面接（SCID）により身体疾患や精神障害を有さないことを確認した。

方法

睡眠薬服薬群に対しては、ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるトリアゾラム（TZM）0.125mg と、メラトニン作動薬であるラメルテオン（RMT）8mg、及びプラセボ（PCB）を用いた二重盲検、クロスオーバー試験法（Wash Out 期間は 1 週間以上）を行い、服用前、服用 1 時間後、4 時間後で運転技能、認知機能、平衡機能を評価した。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）、Trail Making Test（TMT：遂行機能、処理速度、視覚的注意）、N-back test（作業記憶）の 3 課題を行った。眠気の影響を検討するために、課題施行時の Stanford 眠気尺度（SSS）を評価した。平衡機能としては、重心動揺計を用い、開眼・閉眼時の重心動揺の外周面積を測定した。

患者群に対しては、運転シミュレータ 3 課題、認知機能試験としては、CPT、Wisconsin Card Sorting Test（WCST：遂行機能）、TMT 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（HAM-D）、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。

【文献レビュー】

一年目

PRISMA-P に関する指針に基づいて、サーチストラテジーを決定することとした。

二年目

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ない、エビデンスの統合を行った。

三年目

英語論文を完成し、投稿した後、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】

一年目

厚生労働省の「精神障害の労災認定基準平成 23 年 12 月」および、これまでに発表されている知見（Johnston ら 2015、Munir ら 2012、Lemieux ら 2011、塩崎ら 2010、井上ら 2010、原口ら 2009）に基づいて、再発時のストレス状況を確認するシートを作成した。

二年目

リワーク、産業精神保健、発達障害の専門家からの情報収集に基づいて、業務内外ストレスシート、上司の対応調査シートの改訂を行った。

三年目

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。

【リワークプログラム利用群と非利用群の比較】

1) リワークプログラム利用群の長期予後対象

本研究の対象者は、精神疾患のために休職し、2002 年 9 月から 2006 年 3 月にかけて NTT 東日本関東病院の復職支援プログラムに参加して復職した休職者 43 人のうち、調査への同意が得られなかった 5 人を除く 38 人（88.4%）であった。

評価項目

就労継続期間の定義は、復職辞令交付から、精神疾患を理由とした診断書による休職が生じるまでの期間とした。就労中断することがなく調査日を迎えたものは調査日で、退職したものについては退職日で観察終了とした。

2) 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。

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。

3) 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。

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^{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-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。

【リワーク指導マニュアルの RCT】

リワークマニュアルの改訂

リワークマニュアルを実践での使いやすさや現状に合わせた形にするために研究分担者で集まり、会議を行いさらに改訂をすすめた。

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

対象患者は以下の通りである

- ・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、配布資料を用いて、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。

【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

【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ための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】

一年目

情報収集のための質問紙を作成し、リワークプログラムスタッフ、発達障害の専門家から情報収集を行った。

二年目

分担研究者が、手引きの原案を作成し、発達障害の専門家からのフィードバックに基づいて、20回、原案の改訂を行った。

三年目

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。

【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)から構成され、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。

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くて言ったことに「いいね」と言ってくれる」「スタッフは、あなたのストレングスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる」などがある。点数が高いほど、利用者からみたスタッフのストレングス志向性が高いことを意味する。

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ーの中から自身の提供したサービスに最も近い項目を選択し、サービス提供時間、対象者数、スタッフ数等を記載した。サービスコード票は、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。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 に示した。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 ヶ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

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

C. 研究結果

【中小企業との連携強化方法の提示】

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され、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。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 ヶ月間の変化

介入開始から 3 ヶ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 ヶ月後) 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 ヶ月後の QOL の改善が大きいことが示された。

表 2 介入開始から 3 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)

【地域における諸機関との連携の標準化】

研究 1 うつ病リワーク研究会基礎調査における各種連携の実態

(1) 主治医に関する調査

プログラムを実施していくうえではプログラムを行っている医療機関に転院して主治医を変えたほうが望ましいと考えているものの、現実的には近隣の医療機関との関係性もあり、他院で診療している患者も利用者としてプログラムに受け入れざるを得ない状況であるという結果であった。

(2) プログラム中の評価に関する調査

ほとんどの施設で標準化リワークプログラム評価シートと心理テストを活用した評価を実施していた。外部の主治医や事業場との連携の方策として評価結果を活用することが考えられる。また、事業場においてはこれらの評価は復職判定可否における重要な情報であった。

(3) 他院の主治医との連絡方法に関する調査

他院の患者を受け入れている施設の主治医との連携の際や、復職時の産業医や人事労務担当者との連絡調整の際は書面での連携方法が最も多かった。効率のかつ有効な連携が行われるためには、「書面」による文書料はもちろんのこと、「診察」や「訪問」

による情報提供に対する対価が明確にされる必要がある。

研究 2 実際に連携を行った事例に関する調査

(1) 成功事例と困難事例の要因

困難事例の本人要因としては、12 例中 8 例が発達障害で、本人の疾病理解の不足が 5 例と最も多く、次が「受入れ消極的」3 例であった。発達障害以外でも本人の病識欠如が 2 例あった。会社要因としては、人事、上司の受け入れが消極的である事例が 3 例と最も多かった。

成功事例の本人要因も 9 ケース中 5 ケースが発達障害のケースで、本人の疾病理解も 2 ケースあるが、上司が協力的(3)、人事が協力的(3) など職場の協力が主な成功要因としてあげられた。会社要因 17 ケースでは人事が協力的(8)、主治医とのリワーク活動の共有(7)、上司が協力的(6)、本人の疾病理解(4) が多かった。

(2) 連携をとる重要な相手について

困難事例では、本人要因の 1 位が主治医で、会社要因でも 2 位が主治医となっており主治医の重要度が高い。困難事例の要因として挙げられていた本人の疾病理解不足に対して治療面の中心人物である主治医の関わりが必要と考えられるからであろう。

会社要因では 1 位が上司、3 位が人事となっている。苦労した要因として挙げられていた人事や上司の意見が強すぎて問題がこじれているケースにおいて受け入れ側の変化や理解が解決へのポイントとなっていると考えられる。

成功事例では、本人要因の 1 位が主治医で、会社要因の 1 位は産業医・産保スタッ

フとなっている。困難事例、成功事例ともに本人要因では主治医の重要度が高く、会社要因では、産業医・産保スタッフ、上司、人事の重要度が高い傾向がみられた。

(3) 連携のための業務量

困難事例 1 事例あたりにかかる費用として困難事例全体の業務量の平均は 824.8 であるが時間換算すると 13.75 となり、これに全日本病院協会の「医療従事者の給与に関するアンケート調査」の「事務・その他」の時給 1,685 円を乗ずると 23,168 円の人件費と計算される。

成功事例 1 事例あたりにかかる費用として成功事例全体の業務量の平均は 951.8 であるが時間換算すると 15.86 となり、これに全日本病院協会の「医療従事者の給与に関するアンケート調査」の「事務・その他」の時給 1,685 円を乗ずると 26,724 円の人件費と計算される。

(4) 企業から提供してほしい主な情報

本人要因、会社要因ともに休職前の業務量、業務遂行能力、コミュニケーション能力、トラブルの原因などが多く、本人の能力と業務内容とのギャップやそれに伴うトラブルについての情報提供を求めているケースが多い。

(5) 職場から求められたコンサルテーション

あげられた回答数は患者の業務内容に関することが 19 と最も多く、その他には、症状や問題行動に関する対応方法についてが 10、復職後に配慮すべき事項が 7、本人情報等の家族への伝達の是非についてが 7、復職のタイミングに関することが 6、復職前後の処遇についてが 4 と続いている。

研究 3 治療施設と他院主治医との連携

(1) 他院からの受け入れについて

プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答したのは 90 施設と 68.7% を占め、「原則必須」と回答したのは 41 施設 (31.3%) であった。

(2) 連携について

プログラムの受け入れ時点で、自院への主治医変更が「原則必須ではない」と回答した 90 施設のうち、他院と連携しているのは 76 施設 (84.4%)、連携していないのは 14 施設 (15.6%) であった。

(3) 他院との連携の実際

診察・面談による「他院」の連携の代表的な例としては、「リワーク参加中に作業療法士を中心とする担当スタッフが他院主治医に対し 30 分『出欠席の状況』『作業能力の回復具合』『本人の特性』の情報提供について診察・面談を無報酬で行い、他院からは『現症』『治療経過』『主治医が考える復職可能な状態』について情報を得ている」となった。

研究 4 治療機関と企業との連携

企業との連携については、105 施設 (80.8%) が連携していた。

書面による連携の有無について、「書面連携あり」と回答したのは 84 施設 (82.4%)、「書面連携なし」と回答したのは 18 施設 (17.6%) であった。

診察・面談による連携の有無について、「診察・面談による連携あり」と回答したのは 95 施設 (91.3%)、「診察・面談による連携なし」と回答したのは 9 施設 (8.7%) であった。

ケース会議による連携の有無について、「ケース会議による連携あり」と回答したのは24施設(25.3%)、「ケース会議による連携なし」と回答したのは71施設(74.7%)であった。

研究5 モデル文書の作成

回収した48種の帳票を、リワーク開始時、リワーク参加中、復職前・復職時の3つの時期に分けて整理したところ、プログラム開始時の帳票が多かった。

研究6 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

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」などがあつた。

研究7 連携標準化パンフレットの作成

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

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

睡眠薬が運転技能に与える影響

TZM は RMT および PCB に比し、有意に車線維持技能を障害したが、コースアウト数は TZM も RMT もほぼ同数であった。また、TZM と RMT は、TMT_A と平衡機能について、PCB と比し有意に影響を与えた。投与後 4 時間後までにおいては影響を認めた。

うつ病患者の運転技能に関する検討

運転技能については、患者群と健常群で統計学的有意に異ならなかったが、患者群では課題成績のばらつきが大きく、年間走行距離が有意に影響していた。患者群の運転技能、認知機能、症状評価尺度について重回帰分析を行ったが、認知機能や症状評価尺度は十分な予測指標とはならなかった。患者群の運転課題の中でも、追従走行課題にばらつきが大きく、その要因を検討したところ、社会適応度と年間走行距離が関与することが示唆された。

双極性障害患者の運転技能に関する検討

運転技能については、患者群と健常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。患者群について、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。

【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】

1) リワークプログラム利用群の長期予後対象者の就労継続期間

就労継続に関する Kaplan-Meier の生存分析によると、対象者の推定平均就労継続期間は 4.75 年（95%信頼区間 3.44～6.05 年）、推定就労継続期間の中央値は 3.29、年（95%信頼区間 0～6.81 年）であった。15 人（39.4%）は調査終了時点で一度も就労中断することなく就労を継続していた。

就労継続と関連する要因

就労継続に影響する要因の Log rank 検定によると、教育歴は就労継続と有意に関連しており、教育歴が 16 年未満であるものは、16 年以上であるものと比べて有意に就労継続しにくい傾向が認められた。

就労継続が中断する時期

復職から 1 年ごとの就労中断が発生する率および就労中断の累積率の分析によると、就労中断がもっとも多く生じるのは 1 年目であり、28.9%が就労中断していた。1 年目に全就労中断の 47.8%であった。

2) 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。

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より検討した。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。対象者の属性については、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、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。

3) 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。

【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、対照群ともにベースラインに差異は認めなかった。

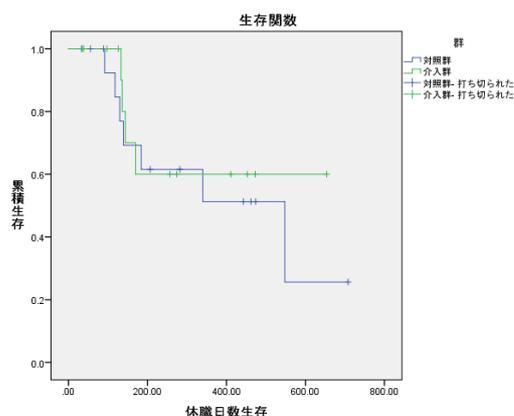
(2) 介入開始前の評価

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なかった。

(4) 休職開始から復職までの日数



【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を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) 利用者を受け取る基準
(2) 利用者を受け取る手順
(3) 休務以外の利用者を受け取る場合の基準

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 28 施設に回答を求め、26 施設、27 名から回答を得ることができた。「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

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。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、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。1対1換算のサービス提供時間については、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。

社会保険労務士等との連携を進めることによって、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】

研究1および研究2の考察

研究1のリワーク施設への基礎調査からは、7割の施設が他院の患者を受け入れており、6割の施設が他院患者を受け入れる場合に原則主治医を変更する条件を定めている。実際の利用者を見ると約3割が外部の医療機関に主治医がおり、その主治医との情報共有と連携が重要になる。

主治医との情報共有に関し、リワークプログラム参加時の状態評価については標準化リワークプログラム評価シートと心理テストを基に多くの施設で実施されている。評価情報については主に主治医との間で治療的に活用されるが、職場復帰時には事業場側へ復職準備性の情報提供として使用されるものである。

復職時の事業場側との情報提供については、書面で実施される場合が多く産業医・産業保健スタッフ宛が8割を超えるが、近年は事業場を訪問する割合が増加していた。これらにより事業場との連携の重要性が認識され実際に実施されることが増加しており、方法としても対面などさらに高度な情報提供が事業場より求められている傾向にあることが明らかとなった。

研究2の具体的なケースによる調査からは、実際の事例ごとに対応方法を変化させる必要があることが明らかになった。ケースにおける要因を分析し、重要な連携先となる人物を定めることが重要であり、より効果的に事例に対応することが可能となる。

各事例の対応に求められる業務量から大凡の人件費が算出できた。これらの事例対応のほとんどは現在の診療報酬の対象外の業務となるため適切な対応が求められる。また治療や職場復帰に役立てるために事業場と連携する中でどのような情報を収集することが必要であるかが明らかとなった。さらにメンタルヘルス対応について苦慮している職場から求められる要素が明らかになった。

研究3および研究4、研究5の考察

1. 治療機関と他院主治医との連携

このことから、主治医変更を原則必須にしていないのは、治療機関側の意向というよりは、外的な要因により「せざるを得ない」状況であると考えられた。

連携の必要性について、治療機関と主治医側施設との捉え方に、大きな隔たりがあった。その理由として治療機関に通院している時点における利用者(患者)との関わり

りの度合いの差による意識の差、治療・処方・復職判断などの決定権は他院主治医にあるため治療機関側は情報を提供しなければならない、ことが考えられる。

現状として多くの治療機関においては主治医が他施設にいる参加者を受け入れていることが分かった。また、ほとんどの治療機関においては、主治医施設と治療機関が異なる場合には連携が必要であると感じていることが分かった。

他院との連携が実際にどのようにおこなわれているかについて、「書面」による連携と「診察・面談」による連携について調査を行った。連携を行っている76施設中、74施設(98.7%)が書面による連携を行っているのに対して、診察・面談による連携を行っているのは18施設(24.0%)と1/4以下に留まった。日常業務として診断情報提供書等の書面のやり取りを行っており慣れていることが書面による連携の高さに繋がっていると考えられる。

2. 治療機関と企業との連携

企業との連携は8割の治療機関が行っていた。連携をしていない25施設の理由として「マンパワー不足」と「時間がない」が挙げられていたが、その要因として、連携に充てるスタッフ数の不足と業務の優先順位が低いことが影響していることが窺われ、「個人情報心配である」やその他の自由記載にあった「ご本人にとって不利益な情報として扱われる可能性」といった、個人情報やその扱われ方の難しさが障壁となっているとの意見もあり、個人情報保護の観点とご本人、事業所双方のためになる情報提供の仕方といった視点も考慮していく必要性のあることが示唆された。

他方、「患者自身で行うものである」のようにリワークの意義から考えて、敢えて連携をしないケースや「連携の方法・手段が分からない」のようにそもそもの方法・手段が分からないといった意見もあり、連携対象の選定や実際の連携の仕方など、リワーク機関としてある一定のルール作りが必要ではないかとの見方もでき、現状では「連携していない」状態でありながら、連携の必要性は感じていることが窺われた。

連携にかかる時間と費用は、「書面」「診察・面談」で40～50分、「ケース会議」で約60分と多くの時間を要するものの費用に関しては多くが「無報酬」で行われていることが分かった。(ケース会議では自費請求なし)時間的制約、経済的対価の部分で苦慮しながらもこれだけ多くの治療機関が連携にエネルギーを費やしているのは、その必要性と重要性にあると考える。

研究6および研究7の考察

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】

これまで認知機能に影響しないと報告されることが多かったRMTであるが、急性投与4時間までは、運転技能に影響しうる可能性が示唆された。少量のTZMはさらに運転技能に影響した。本研究結果は、消失半減期を越えれば安全であるという考えは支持せず、処方医は、初回投与時においては、注意する必要がある。

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

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。予備的検討ながら、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いと考えられる。

【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】

1) リワークプログラム利用群の長期予後
Kaplan-Meier 法で推定した就労継続期間中央値は 3.29 年、平均値は 4.75 年であった。過去の報告と同様に、本研究においても、学歴が低いものや職位が低いものは、高いものと比較して就労中断しやすい傾向があるという知見が得られ、特にサポートを必要としている可能性が示唆された。

また就労中断したものの割合は全追跡期間でおよそ 6 割であったが、そのおよそ半数が 1 年以内に就労中断しており、5 年目以降に就労中断するものは毎年 1 人のみであった。復職後比較的早い時期に重点的なサポートを行うことが必要だと考えられた。

2) 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。

3) 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。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。

【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) 臨床的症狀の経時的変化

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、臨床的症狀は、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、臨床的症狀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、うつ病の症狀の改善が業務遂行能力の改善を必ずしも意味しない、すなわち臨床的症狀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、臨床的症狀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、抑うつ症狀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、抑うつ症狀の改善が大きい可能性があった。

【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って、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。

【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】

本研究は、IPS/援助付き雇用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ヵ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係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 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、マスキング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. 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し、社会保険労務士との連携を進めることによって、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。

今回の結果から、短期型リワークプログラムは、その効果において、既存型リワークプログラム非劣性であり、今後開発を進めていく意義があると考えられる。

【地域における諸機関との連携の標準化】

- ・ 3 年間の調査・研究により治療機関と他院主治医と事業場との連携の実態を明らかにすることができ、より効果的な連携方法の具体的ツールの作成をすることができた。
- ・ 発達障害や双極性障害の疾患を有する社員の休職・復職のケースが事例化しやすく医療機関側からの支援の必要性が明らかになった。
- ・ 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。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

運転適性判断においては、一律の規定ではなく、複合的要因に配慮した総合的な判断が必要であると考えられた。現状の厳罰化法制度や添付文書記載には、議論の余地があることを示しており、証左に基づいた検討が期待される。

【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】

- 1) リワークプログラム利用群の長期予後
Kaplan-Meier法で推定した就労継続期間中央値は3.29年、平均値は4.75年であった。学歴が低いものや職位が低いものは、高いものと比較して就労中断しやすい傾向がある。復職後比較的早い時期に重点的なサポートを行うことが必要と考えられた。
- 2) 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。
- 3) 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】

本3年間の研究では、リワークマニュアルを実用的なものに改訂することができた。少数例での無作為割り付け試験の結果では、復職継続率、復職までの期間、復職準備性の改善に差異は認めなかったが、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】

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】

明らかされ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、リワークスタッフによる、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

【中小企業との連携強化方法の提示】

奥山真司,大谷真,秋山剛.特集 職域における心理教育ツールの開発.最新精神医学. 20(1):11-20,2015.

【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 (2014) うつ病、抗うつ薬と自動車運転. 最新医学 69:114-18
2. Miyata S, Noda A, Iwamoto K, Kawano N, Banno M, Tsuruta Y, Noda Y, Ozaki N (2015) Impaired cortical oxygenation is related to mood disturbance resulting from three nights of sleep restriction. Sleep and Biological Rhythms 13:387-394
3. Miyata A, Iwamoto K, Kawano N, Kohmura K, Yamamoto M, Aleksic B, Ebe K, Noda A, Noda Y, Iritani S, Ozaki N (2015) The effects of acute treatment with ramelteon, triazolam, and placebo on driving performance, cognitive function, and equilibrium function in healthy volunteers. Psychopharmacology (Berl) 232:2127-37
4. 宮田明美, 岩本邦弘, 河野直子, 小林健一, 尾崎紀夫 (2015) 睡眠薬と自動車運転. 睡眠医療 9:33-40
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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

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) Tsuyoshi Akiyama: Re-work program: Forgotten support for normal recovery to workplace. World Psychiatric Association. Madrid, Spain, 9.14-18, 2014.
- 2) Tsuyoshi Akiyama : Re-work program: Recovery facilitation and relapse prevention for workplace. WPA regional congress. Hong Kong, China, 12.12-14, 2014.
- 3) Tsuyoshi Akiyama: Holistic recovery of workforce patients: Re-work. 5th World Congress of Asian Psychiatry. Fukuoka, Japan, 3.3-6, 2015.
- 4) Tsuyoshi Akiyama: Holistic recovery of workforce patients: Re-work. 5th World Congress of Asian Psychiatry. Fukuoka, Japan, 3.3-6, 2015.
- 5) Tsuyoshi Akiyama (Chairperson): Re-Work, holistic recovery and partnership. World Psychiatric Association Regional Congress and The Japanese Society of Psychiatry and Neurology 111th. Osaka, Japan, 6.4-6, 2015.
- 6) Tsuyoshi Akiyama (Chairperson): Effectiveness of Re-Work program: Recovery facilitation and relapse prevention for workplace. World Psychiatric Association International Congress. Bucharest, Romania, 6.24-27, 2015.
- 7) 秋山剛 (座長). 働く人への集団認知行動療法の活用について考える .第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会総会 . 東京 , 7 . 17-19 , 2015.
- 8) Tsuyoshi Akiyama: Holistic Recovery for Workforce: Concept and Practice of Re-Work. World Federation for Mental Health Regional Congress. Singapore, 10. 1-3, 2015.
- 9) Tsuyoshi Akiyama (Chair): Re-work program: Recovery for the future: Theory and international applicability of re-work program. WPA international congress. Taiwan, 11.18-22, 2015.
- 10) 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 .
- 11)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

- 4) 岩本邦弘, 宮田明美, 河野直子, 藤田
潔, 横山太範, 秋山剛, 五十嵐良雄, 尾
崎紀夫: うつ病患者の自動車運転技能
は低下しているのか?, 第12回日本う
つ病学会総会. 東京・京王プラザホテ
ル, 2015年
- 5) 尾崎紀夫: うつ病の回復・社会復帰を
踏まえた治療, in 神経精神薬理生物学
的精神医学会合同年会ランチオン,
2015
- 6) 尾崎紀夫: 職場復帰に備えて睡眠と覚
醒を整える, in H27 うつ病リワーク研
究会セミナー. 東京, 2015
- 7) 尾崎紀夫: 特別講演: 双極性障害を知
り、伝え、支える, in 心理教育・家族
教室ネットワーク. 東京, 2015
- 8) 尾崎紀夫: 抗うつ薬等向精神薬の添付
文書記載に関する留意点, in 産業精神
保健学会ランチオンセミナー. 小倉,
2014
- 9) 尾崎紀夫: 精神障害の当事者が、自動
車社会で暮らすために, in 精神科医学
会教育講演. 名古屋, 2014
- 10) 宮田明美, 岩本邦弘, 河野直子, 江部
和俊, 藤田潔, 横山太範, 秋山剛, 五
十嵐良雄, 尾崎紀夫: 薬物療法中のう
つ病患者における自動車運転技能と認
知機能の検討, in 日本臨床精神神経薬
理学会・神経精神薬理学会合同年会.
名古屋, 2014

【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) 社団法人全日本病院協会 医療従事者委員会、医療従事者の給与に関するアンケート調査(平成 14 年 7 月実施),2003.

8) 秋山剛, リワーク指導マニュアルの作成, 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分担報告書(主任研究者:秋山剛),2013:p63-115

9) 五十嵐良雄,横山太範,加藤和子:リワークプログラムにおける就労支援,精神科,28(2):101-107,2016

【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, Koochi-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: 利用者と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) 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.