

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)
(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：遠藤彩子¹⁾，岡崎涉¹⁾，堀井清香¹⁾，松本聡子¹⁾，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⁾，高橋秀俊¹⁵⁾，大谷真¹⁶⁾，奥山真司¹⁷⁾，田村隆¹⁸⁾，竹内理恵¹⁹⁾，朝日真奈²⁰⁾，宗田美名子²¹⁾，有馬秀晃²²⁾，吉野聡²³⁾，横山正幹²⁴⁾，横山太範²⁴⁾，齋藤絵美²⁵⁾，田原智昭²⁶⁾，松原孝恵²⁷⁾，菅原誠²⁸⁾，黒木宣夫²⁹⁾，高野浩一³⁰⁾，高野美代恵³¹⁾，沖泰子³²⁾，長部ひろみ³³⁾，尾崎紀夫³⁴⁾，山口創生³⁵⁾，Peter Bernick³⁶⁾，大木洋子³⁷⁾，五十嵐良雄³⁷⁾，酒井佳永³⁸⁾，Pedro de Moura³⁹⁾

- 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
- 16) 東京大学医学部附属病院 心療内科
- 17) トヨタ自動車株式会社
- 18) 田村隆 日産車体株式会社
- 19) 富士ゼロックス総合教育研究所
- 20) 北大通こころのクリニック 北星学園大学
- 21) 医療法人山下会 かすみがうらクリニック
- 22) 品川駅前メンタルクリニック
- 23) 吉野聡産業医事務所

- 24) 医療法人社団 心劇会さっぽろ駅前クリニック
- 25) 晴和病院
- 26) 公益財団法人横浜市総合保健医療財団横浜市総合保健医療センター
- 27) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター
- 28) 都立中部総合精神保健福祉センター
- 29) 東邦大学医学部佐倉病院
- 30) 高野労務事務所
- 31) オフィス ME
- 32) オフィス YMOS
- 33) シトラス労務管理事務所
- 34) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学
- 35) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰部
- 36) 長崎大学障がい学生支援室
- 37) メディカルケア虎ノ門
- 38) 跡見女子大学文学部臨床心理学科
- 39) Department of Psychiatry and Mental Health, Santa Maria hospital, Lisbon, Portugal

研究要旨

目的：本研究は、

中小企業との連携強化方法の提示：社会保険労務士対象のセミナー、ツールの開発によって、中小企業におけるメンタルヘルス対策を改善する。

文献レビュー：リワーク支援に関する文献レビューを行う。

再発状況の把握：再発状況について、系統的に関連要因を把握するためのシートを開発する。

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：発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援に関するツールを開発する。

を目的とする。

方法：

中小企業との連携強化方法の提示：一年目に中小企業の社員研修会の経験がある専門家7名によって、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4名によって、復職時の伝達項目の整理と、資料の改訂を行った。二年目には、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資料の出版、社会保険労務士からの聞き取りに基づく復職後のフォローアップツールの改訂、社会保険労務士へのセミナーの有効性確認を行った。三年目は、これまでに作成された、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：一年目には、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。二年目には、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。三年目には、二年目の知見に基づいて、英語論文を作成し投稿した。書き直しを指示され、二年目に行われたレビュー後に発表された論文の知見を加えて、英語論文の書き直しを行っている。

再発状況の把握：一年目には、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。二年目には、リワーク、産業精神保健、発達障害の専門家からの情報収集に基づいて、業務内外ストレスシート、上司の対応調査シートの改訂を行った。三年目には、完成されたシートについて、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。

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：一年目には、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。二年目には、一年目に行われた情報収集に基づいて、分担研究者が、手引きの原案を作成し、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。三年目には、「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。

結果：

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上げられる可能性がある。

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

再発状況の把握：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うることができた。

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：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」「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うることができた。

結論：

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。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：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わかりやすさは、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。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なった。

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

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。

B. 研究方法

中小企業との連携強化

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。

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。

再発状況の把握

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。

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

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。

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（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。

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。

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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.

2 . 学会発表

- 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: 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
- 11) 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 .
- 12) 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 .
- 13) 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) Lorenz T, Heinitz K: Aspergers--different, not less: occupational strengths and job interests of individuals with Asperger's Syndrome. PLoS One. 2014 Jun

- 20;9(6):e100358. doi:
10.1371/journal.pone.0100358.
- 2) Riedel A, Schröck C, Ebert D, Fangmeier T, Bubl E, Tebartz van Elst L: Well Educated Unemployed - On Education, Employment and Comorbidities in Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorders in Germany.
 - 3) Psychiatr Prax. 2015 Apr 17. [Epub ahead of print] PMID: 25891885
 - 4) Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials.* 2007;2(6):e26.
 - 5) Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(3):223-9.
 - 6) Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health.* 2007;17(2):214-20.
 - 7) de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(3):214-31.
 - 8) Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2013;70(4):252-60.
 - 9) Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol.* 2012;17(2):220-34.
 - 10) Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health.* 2009;9:372.
 - 11) Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39(2):144-54.
 - 12) Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *BMC Public Health.* 2006;6:69.
 - 13) Ohki Y, Igarashi Y. A study of effectiveness of rework program for patients on sick leave due to mental

- disorders. *Occupational Mental Health*. 2012;20(4):335-45.
- 14) Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2009;51(3):305-12.
- 15) Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med*. 2007;37(3):351-62.
- 16) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:375-85.
- 17) van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 2003;60(6):429-37.
- 18) Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work : A mixed-methods study. *J Occup Rehabil*. 2015; 25: 3-11.
- 19) Munir F, Yarker J, Hicks B, Donaldson-Feilder E. Returning employees back to work : Developing a measure for supervisors to support return to Work (SSRW). *J Occup Rehabil*, 2012; 22: 196-208.
- 20) Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors ' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil*, 2011; 21: 293-303.
- 21) 塩崎一昌, 池田英二, 池田東香, 平安良雄. 精神疾患の復職支援要因の分析 地方公務員復職者に対するアンケート調査の結果 , *精神医学* 2010; 52(12) , 1181-1190 .
- 22) 井上 都, 安部 猛, 宮崎彰吾, 萩原明人. 症例報告に基づくうつ症状を呈するホワイトカラー従業員への復職支援の検討, *産業衛生学雑誌* 2010; 52 , 267-274 .
- 23) 原口 正, 清水栄司, 山内直人, 伊豫雅臣. うつ病治療後に職場復帰が成功するための条件因子についてのアンケート調査, *産業医学ジャーナル* 2009; 32(6) , 88-93 .
- 24) 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

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
（総合）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。

そこで本分担研究では、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を目的に、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におけるプログラム開始および3ヶ月/6ヵ月後の社会機能、職場復帰準備性の変化、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った。

研究事業1年目は、調査の準備期間とした。また既存のリワークプログラム参加者における長期的な職業的予後およびこれと関連する要因を検討するため、復職した既存型のリワークプログラム参加者を5年から9年にわたりフォローアップし、就労継続期間と関連する要因を検討した（研究1）。研究事業2年目は、短期型リワークプログラムの効果に関する研究の調査を開始した。研究事業3年目は短期型リワークプログラムの効果に関する前向き調査を継続するとともに、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におけるプログラム開始後3ヶ月間の評価尺度の変化を比較する解析を行なった（研究2）。研究2の結果、短期型と既存型のいずれのプログラムにおいても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が、社会機能、復職準備性、抑うつ症状の改善の大きさについては両群で差が認められなかった。

今後、本分担研究の対象者をフォローアップし、両プログラム間で、6ヵ月間の変化、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違いが認められるかどうかについても検討する予定である。

A．研究目的

精神疾患患者の多くが、働く能力を持っているにも関わらず、就労を維持できないことが報告されている (Slade et al., 2014, Morgan et al., 2010)。これを考慮すると、精神疾患を発症した人を長期的に追跡し、どの程度の期間にわたり就労継続できているかを明らかにすることは重要である。また、就労中断のリスク要因、そして職場復帰後からどのくらい経過した時期に就労中断してしまいがちかについて知ることも、精神疾患を持ちながら働く人への支援をするためには重要である。

しかし精神疾患による休職者における長期的な就労中断のリスク要因については未だ十分に検討されていない。そこで復職支援プログラムに参加した精神疾患による休職者を5年から9年追跡し、復職後の就労継続期間、復職後の就労継続と関連する要因、就労中断が生じる時期について検討した。

B．研究方法

1) 対象

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。

2) 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。フォローアップは郵送と電話によって行った。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。

対象者の人口統計学的な情報として、復職した時点における年齢、性、教育歴、婚姻状況、職位、過去の転職の有無、精神科診断、入院回数、過去の休職の有無、総休職期間を調査した。精神科診断にはICD-10の基準を用いた。年齢、性、教育歴、職位、精神科診断、過去の休職の有無、総休職期間は先行研究において、就労継続と有意な関連が報告されている。婚姻状況、過去の転職の有無、入院回数については、本研究で新たに就労継続への影響を検討した。

3) 統計解析

就労継続期間の推定についてはKaplan-Meier法を用いた。また就労継続と関連する要因の

検討には、Log rank 検定および多変量 Cox 比例ハザードモデルを行い、性と年齢を統制したうえで、ステップワイズ変数選択法を用いて、有意に就労継続日数を予測する独立変数を選択した。最後に、復職後1年ごとの再休職率を算出した。統計解析はSPSS for Windows 21.0 (IBM, Armonk, NY, USA)を用いた。

(倫理的配慮)

本研究は研究実施に先立ち 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。また全ての被験者から文書による同意を得た。

C . 研究結果

1) 就労継続期間

就労継続に関する Kaplan-Meier の生存曲線を図 1 に示す。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。

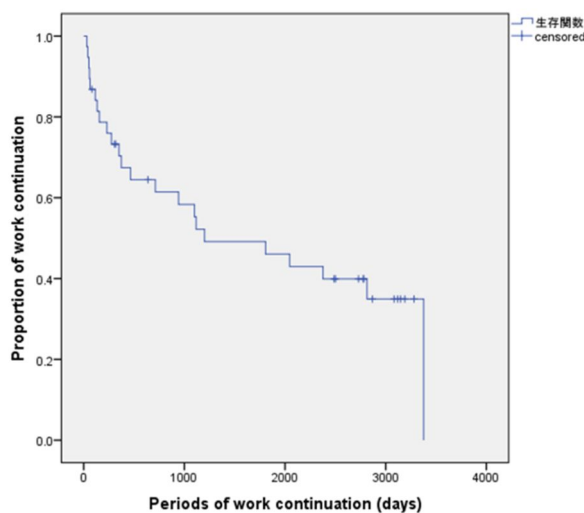


図 1 対象者の就労継続に関する Kaplan-Meier 生存曲線

2) 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 検定の結果を表 1 に示した。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。

次に年齢と性別をモデルに強制投入したうえで、その他の変数をステップワイズで選択する多変量 Cox 比例ハザード分析を行った。その結果、職位が有意ではないが就労継続に

影響を及ぼす傾向があり、管理職であることがより長い就労継続を予測していた（表2）。

3) 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を表3に示した。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。

表1 . Log rank 検定による就労継続に影響する要因の分析

説明変数	カテゴリー	Estimated survival days	SE	χ^2	P-value
年齢	□39	2125.9	342.9	2.18	0.14
	>40	1313.3	297.5		
性	男性	1676.1	249.3	0.66	0.42
	女性	2171.0	832.0		
教育歴	□16年	1007.1	369.5	4.42	0.04
	>16年	1955.5	286.1		
婚姻状況	未婚	1414.9	329.5	0.64	0.43
	既婚	1869.1	324.4		
ICD-10 診断	F2	1473.1	515.7	0.26	0.88
	F3	1776.6	276.7		
	F4	711.0	0		
職位	非管理職	1516.7	254.1	2.49	0.12
	管理職	2338.9	562.4		
入院回数	□0	1890.6	300.6	0.35	0.56
	□1	1515.6	386.5		
転職回数	□0	1693.3	259.4	0.12	0.73
	□1	1847.0	495.3		
休職回数	□1	2081.3	303.0	0.96	0.33
	□2	1509.8	317.5		
累積休職期間	<1年	1803.6	438.5	0.09	0.76
	1年	1686.4	276.9		

表2 . Cox 比例ハザードモデルによる就労継続に影響を及ぼす要因の分析

変数	カテゴリー	Hazard Ratio	95% CI	P-value
年齢	≤39	1.00		
	>40	1.78	0.80-4.66	0.14
性	女性	1.00		
	男性	1.77	0.06-3.51	0.45
職位	管理職	1.00		
	非管理職	3.05	0.89-10.4	0.08

表3 . 復職から1年毎の再休職の発生率および累積率

(年)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
再休職の発生率(%)	28.9	7.9	2.7	7.9	2.6	2.6	2.7	2.6	2.6
再休職の累積率(%)	28.9	36.8	39.5	47.4	50.0	52.6	55.3	57.9	60.5

D . 考察

リワークプログラムを利用した後に復職した休職者を5年から9年にわたって追跡した結果、再休職にいたるまでの就労継続期間の中央値は3.29年、平均値は4.75年であることがわかった。

就労中断と関連する要因については、単変量解析において、教育歴のみが就労中断を有意に予測する要因であり、大学卒業以上の学歴を持つ対象者は就労中断のリスクが低かった。しかし多変量Cox回帰モデルで、年齢と性別を統制したところ、学歴は有意な予測変数ではなくなり、職位が有意確率10%で就労継続と関連する傾向があり、管理職であることが就労継続しやすさに影響する傾向が認められた。

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。この結果から就労中断の多くは復職から比較的早い時期に生じることが示された。

E . 結論

1 . 復職支援プログラムに参加した本研究の対象者は、平均3.4回の休職回数、平均23.7ヶ月の累積休職期間という特徴を持つ集団であったが、復職後は平均4.8年、中央値3.3年継続して就労できることが示された。

2 . 就労継続ができなくなることには教育歴の短さや職位の低さが影響する可能性が示唆された。

3. 復職後の就労中断は、そのおよそ半数が復職から1年以内に生じており、復職早期に重点的なサポートを行う必要性が示唆された。

研究2 短期リワークプログラムの効果に関する研究

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こと(労働安全衛生調査, 2013)、精神疾患による休職者は復職後に再休職する事例が少ないこと(Endo et al., 2013)を考慮すると、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。

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。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、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、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)。

しかし既存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。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。

なお本報告書においては、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において、プログラム参加時および参加3ヶ月後の社会機能、抑うつ症状、復職準備性、QOLを評価し、プログラム間で社会機能、抑うつ症状、職場復帰準備性、QOLの変化に差があるかどうかを検討する。

B. 研究方法

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。また全ての被験者から文書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か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か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。

(2) 対象者の特徴

対象者の基本的な特徴を表4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4 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 52.6%	9人	47.4%

		短期型(N=11)		既存型(N=10)	
		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%

次に、プログラム開始時点における休職状況を表5に示す。

表5 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6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 6 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7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ヵ月間のQOLの改善が大きいことが示された。

表7 介入開始から3ヵ月間の変化

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

D. 考察

3ヵ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、改善しやすい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。

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ヵ月間で復職準備性、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.
- Morgan VA, Waterreus A, Jablensky A, Mackinnon A, McGrath JJ, Carr V et al. People living with psychotic illness 2010. Report on the second Australian national survey. Department of Health and Ageing, 2011.
- 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.
- Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2014;13(1):12-20.

平成 26～28 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[精神障害分野]）
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	

要旨：精神疾患で休職した労働者に対する治療プログラムとしてリワークプログラムを実施している医療機関(以下、治療機関)には地域において様々な連携が求められる。特に事業場と治療機関とは別の外部医療機関の主治医との連携は非常に重要である。本研究では1年度目に「外部主治医と事業場に対する連携の実態(研究1)」と「リワークプログラムにおける具体的な対応事例から事業場との連携・情報の共有について必要とされる要素等(研究2)」について分析した。2年度目には、「治療機関と他院主治医との連携(研究3)」と「治療機関と企業との連携(研究4)」に関する調査を実施した。また、連携時に使用している各種帳票を提出していただきモデル文書(研究5)を作成した。3年度目には、事業場側に対して、治療施設との連携の実態、要望、障害要因等を調査(研究6)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(研究7)、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。

研究1のリワーク施設への基礎調査からは、事業場との連携においては対面による連携が求められ、文書で提供されるレベル以上の高度な情報提供が事業場より求められていると考えられた。研究2の具体的な事例調査では、成功事例および困難事例の各々の要因を分析した結果、いずれも発達障害が多くを占めることが判明した。しかし、連携においては連携先となる人物を定めて連携を取ることが重要であり、それにより効果的な対応となると考えられた。「治療機関と他院主治医との連携(研究3)」と「治療機関と企業との連携(研究4)」では、治療機関では必要性を感じ各時期において主治医や事業場と、様々な手法で連携を工夫して行っていることが明らかになった。モデル文書(研究3)の作成では、リワーク開始から復職前後を4期に分け、各期で他院主治医や企業と連携する際の書式を作成した。事業所側への調査(調査6)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。

しかし、現状では多くの連携対応は診療報酬の対象外の業務となり、これらの経費は全て治療施設の持ち出しとなっている。連携しない理由のマンパワー不足や時間が無いといった理由とも関連するが、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。

A . 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として研究 1^{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」に関する実態調査を研究 3、「治療機関と企業との連携」に関する実態調査として研究 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てモデル文書

作成を研究 5 とした。3 年度目は、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。

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

B . 研究方法

リワークプログラムを実施している医療機関が組織しているうつ病リワーク研究会で会員施設に対し毎年実施している基礎調査がある。その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。

C . 研究結果

以下に(1)主治医に関する調査、(2)プログラム中の評価に関する調査、(3)他院の主治医との連絡方法に関する調査に分けて、平成 20 年度から平成 26 年度までの調査結果を示す。

1 . 主治医に関する調査結果

プログラムにおける主治医の条件の有無についての設問があり、直近 4 年の調査では主治医の条件を定めている施設が 5 割強、主治医の条件を定めていない施設が 4 割強であった。

定めている場合の条件としては、7 年間の調査結果の推移をみると、「主治医変更を必須」とする施設が増加しており、「原則的に

主治医を変更するが例外あり」とする施設と「利用者の意思に任せる」とする施設が減少傾向にあった。平成 26 年度の調査では「主治医変更を必須」とする施設が 40.8%、「原則的に主治医を変更するが例外あり」とする施設が 21.1%、「利用者の意思に任せる」とする施設が 14.5%であった。リワークプログラムへの他院患者の受け入れについては、7 年の経過をみると「受け入れ可」とする施設が増加傾向にあり、平成 26 年度調査では 73.2%であった。利用者の個別調査では、主治医がリワーク施設内にいる利用者の割合の方が多く、ほぼ毎年減少傾向にあり、平成 26 年度調査では主治医が「リワーク施設内」が 1,747 人(70.4%)、「リワーク施設外」が 733 人(29.6%)であった。

主治医に関する調査結果のまとめ

主治医についての条件を定めている施設は年々増加しており、平成 26 年度の調査では、6 割近くの施設が何らかの条件を定め、その中では「主治医変更を必須」としている施設と「原則的に主治医変更、ただし例外あり」の施設を合わせると約 6 割に達している。一方、リワークプログラムに他院患者を受け入れ可能としている施設も年々増加し、平成 26 年度では 7 割を超えている。一方、利用者の個別調査によると、実際に主治医がリワーク施設内にいる人数は 7 割であり、主治医がリワーク施設外にいる利用者は 3 割である。これらの結果は、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考えられる。とりわけ、新しくリワークプログラムを始めた医療機関では参加者を確保するために主治医が他院の患者も受け入れる施設が多く、今後もしリワーク施設外に主治医を持つ患者の割合は増加していくと考えられる。したがって他院の主治医との連携はプログラムを実施していくうえで重要な課題である。復職時にはリワーク側と主治医側との連携が必要となり、そのような機会も今後さらに増えていくと考えられる。

2. プログラム中の評価

スタッフによるプログラム中の評価の実施状況に関する調査では、実施している施設は平成 26 年度調査で 115 施設、83.3%となっている。また、評価を実施している 115 施設の中で、厚生労働科学研究「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に関する研究」で開発された標準化リワークプログラム評価シートを使用している施設は、81 施設、71.1%となっている。さらに 137 施設の中で、リワークプログラム中に心理テストを実施している施設は、106 施設、77.4%となっている。リワークプログラム利用中における心理テスト実施に関する調査では、「している」が平成 21 年から 24 年までは 8 割を超える施設で実施していたが、平成 25 年度に 6 割に減少した後、平成 26 年度では 8 割弱まで増加していた。

プログラム中の評価のまとめ

スタッフによるプログラム中の利用者の評価の実施状況は、過去7年間の調査では多少のばらつきはあるがほぼ8~9割の施設で評価を実施していた。標準化リワークプログラム評価シートを使用している施設は、7割程度となっている。また、プログラム中に心理テストを実施している施設は、8割近くとなっている。

このように評価については、ほとんどの施設で実施しており、その大部分で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活用していた。したがって、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る。

3. 他院の主治医との連携方法

他院からの患者の受け入れを可とするリワーク施設における他院の主治医との連絡方法については、過去7年間の調査では「定期的に文書で連絡」をしている施設が増加傾向にあり、調査開始当初の平成20年度は27.8%であったが平成26年度は54.5%であった。一方、「不定期に文書で連絡」と「連絡を取っていない」とする施設は減少傾向にあり、平成26年度調査ではそれぞれ26.7%と3.0%であった。

他院の主治医と定期的・不定期に文書で連絡をしている施設の場合、主治医との連絡の際に使用する書式は、調査年度いずれにおいても「リワーク専用の文書」が最も多く使用されており、平成26年度調査では60.5%であった。

復職時の勤務先企業との連絡や調整について産業医・産業保健スタッフと人事労務担

当者のそれぞれに対し実施している方法を調査した。産業医・産業保健スタッフについては「書面にて実施」している割合がいずれの年度においても最も高く平成26年度では72.8%であった。次いで「診察にて実施」が32.1%、「訪問にて実施」が21.0%であり、「訪問にて実施」は7年間調査で最も増加していた。人事労務担当者については「書面にて実施」の割合が最も多く平成26年度調査で「書面にて実施」51.9%であり、次いで「訪問にて実施」が22.2%であり、いずれも増加傾向にあった。

他院の主治医との連絡方法のまとめ

他院患者の受け入れ可能な施設における主治医との連携方法では、「定期的に書面で連絡」が増加傾向にあり、平成26年度では、5割を超えていた。また、「不定期に文書で連絡」も合わせると8割を超えていた。主治医との連絡の際に使用する文書ではリワーク専用の文書が増加傾向にあり、平成26年度では、6割を占めている。復職時の勤務先企業との連絡や調整は、産業医・産業保健スタッフに書面にて実施が7割を超え、人事労務担当者に書面にて実施が5割を超えて第一位を占めていた。また、連携の方法として「診察で」が産業医・産業保健スタッフ、人事労務担当者に診察にて実施が3割を超えて2位となっている。以上の調査結果から、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。しかし、事業場との連携では、「診察」に同行する場合も3割以上行われており、また、「訪問」による連携も2割程度実施されて

いる。したがって、情報を共有する手段として「書面」が十分な機能を果たせないため、「診察」や「訪問」が行われている実態があると考えられる。これらに対する医療機関への経済的保障は一定の基準がなく医療機関側に任されている。効率的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しての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

B . 研究方法

研究 1 で得られた基礎調査の知見に基づき、治療機関に対し事業場との連携の有無を調査し、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。

C . 研究結果

1 . 第 1 次調査：うつ病リワーク研究会全会員施設（181 施設）を対象として復職にあたり人事労務担当や産業保健スタッフ（産業医含む）との連携の有無、ならびに関係のあった企業の紹介、という内容であった。回収率は 54.1%（98 / 181 施設）で 39 施設が連携を「あり」とする企業 108 社が紹介された。

2 . 第 2 次調査：この調査は第 1 次調査で「連携あり」と回答した 39 施設から具体例を集めるために実施した。回収率は 74.5%（29 / 39 施設）で、連携を行っている経験から「A 連携にあたり困難を感じた事例（以

下、困難事例）」、「B スムーズな復職に繋がられたと考える成功事例（以下、成功事例）」、「C プログラム参加中の患者の対応で苦慮しているケース」の事例を各々挙げてもらい、連携先と連携の内容、連携内容毎に要した時間・スタッフ人数・回数について回答を得た。更に、復職時に事業場から求められる「D 職場へのコンサルテーション」と思われる助言に関しても調査した。

調査は、上記の A,B,C の事例に対して、事例の概要、連携に困難を感じた要因あるいは成功した要因、連携先の重要度、連携に費やした業務量について回答してもらった。各事例の要因を「 . 本人」、「 . 会社」、「 . 外部」、「 . その他」に分類したうえで結果を整理した。また、D に関しては、回答内容を精査しどのようなニーズがあるかを分析した。

（ 1 ）成功事例と困難事例の要因

ア 調査方法

リワークプログラム参加者で、「職場 - 患者 - クリニック」の関係で連携に際して困難事例と成功事例を連携の相手〔1.本人、2.主治医（外部主治医を含む）、3.職場の上司、4.職場の人事担当者、5.産業医や産業保健スタッフ、6.家族、7.行政機関などその他の連携先〕ごとに回答してもらった。その回答結果について、 . 本人要因、 . 会社要因、 . 外部要因（その他）に分類した。困難事例と成功事例の要因別の代表的な例と主な理由を示す。なお、括弧内の数はそれぞれのケース数を示した。

イ 困難事例の要因について

困難事例の代表例

(ア) 本人要因(発達障害): リワークで ASD(自閉症スペクトラム障害)が疑われたが本人は病識欠如。職場の環境調整がないと復職しても苦手な仕事が多い。くり返し行えばできるようになるので、リワーク内で行うワークについて職場に情報提供を依頼したが、コンプライアンスに反するのでできないとのこと。また、気に入らない仕事はしない、人とトラブルになる、そこをどうにかしてほしいと言われた。結局、本人の検査結果を含めた情報を伝えて、職場側での工夫についてもまとめた文書を送り、環境調整をしてもらった。

(イ) 会社要因: 職場上司と患者の話に大きな違いがあり、お互いリワークスタッフに「何とかしてほしい」と言うものの3者で話し合う際は2人とも当たり障りのないことしか言わない。上司は「本人の仕事上のスキル、人間関係に大きな問題があり、皆困っている」、患者は「上司がワンマン。同僚たちも皆疲労が強く不満を言っており、ピリピリムード。皆困っている」と見解が分かれたケース。

(ウ) 外部要因: 外部主治医の対象者を障害者職業センター経由で職場復帰させた事例。かなり作業レベルが低いことを本人は自覚しておらず、外部主治医は復職可と診断。職場側としては、受け入れは拒否、家族の理解も低く、早く復職させて欲しいという状況に。当院と職業センターが板挟みになった。当院としては、外来、デイケアともに対象者との医療的な接点はないが、職業センターに紹介、職場とのケース会議もしていた手前、抜けられず、微妙な立場

で関わった。

困難事例の要因のまとめ

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「受け入れ消極的」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。

やはり発達障害の事例性が高いことが示されたが、それ以外の疾患でも現場での受け入れが悪いと連携が困難なこととなった。

ウ 成功事例の要因について

成功事例の代表例

(ア) 本人要因: ASD(自閉症スペクトラム障害)の特徴を持つ職員が配属されている部署では十分に能力を発揮できないことを説明した。職場の人事担当者は、本人の特徴を理解し、瞬時の判断を求められるところではなく、事務処理を行う部署へと配属先を考慮してくれた。本人は仕事の内容が変わったが、やりがいはあると述べていた。

(イ) 会社要因: 人事課長に来院してもらい、本人、人事課長、主治医、リワークスタッフにて4者面談。病状及び治療経過について報告し、会社側から理解を得られた。また、主治医から環境調整の提案を行い、本人希望も含めて復職時の配属が決められた。

(ウ) その他の要因: ADHD(注意欠如多動性障害)・双極性障害の患者。リワークプ

プログラムの後、障害者職業センターにて訓練を経て、得手、不得手を整理し（作業時間に限度がある等）職場と共有し、環境配慮や不調のサインについて共通理解が持てたことで、スムーズな復職になった。その後、地域の窓口として就業・生活支援センターへつなぎ連携した。上司、人事ともに障害理解、環境配慮や声かけの仕方など、サポートティブな姿勢があった。

成功事例の要因のまとめ

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。全体的には、本人の疾病理解、上司、人事の協力が成功要因として共通していた。

(2) 連携をとる重要な相手について

ア 調査方法

リワーク施設のスタッフとして連携を取る際に重要な相手〔1.主治医（外部主治医も含む）、2.職場の上司、3.職場の人事担当者、4.産業医や産業保健スタッフ、5.家族、6.行政機関などその他の連携先〕を困難事例と成功事例について、それぞれ重要な順に上位3つの相手を答えてもらい、その順番とした理由についても回答してもらった。

その回答結果をもとに、困難となった要因、成功した要因をそれぞれ 本人要因、

会社要因、外部要因（その他の要因）ごとに仕分けし、重要な相手ごとに1位から3位の順位をつけた。そのうえで1位、2位、3位の集計結果に対して、重みづけとして1位、2位、3位に各々3、2、1の数値を掛け、それらの数値を合計して重要度を集計した。以下に、苦労したケース、成功したケースの本人要因、会社要因、外部要因（その他の要因）ごとの重要な連携先（重要度）について示す。なお、括弧内の数が重要度の数値とする。

イ 困難事例における連携先の重要度

困難事例の代表例

（ア）本人要因：職場の受け入れが消極的なケースで、主治医とリワークスタッフと職場との復職時期の意思統一が必要なため主治医の重要度が高い。

（イ）会社要因：職場が本人と医療機関側に不信感を表しているケース。本人は復職できるように見えるが、まだ休みが必要なのかといったもの。リワークスタッフから見て、再休職の可能性が高い点を共有しておきたいため、上司の重要度が高い。

（ウ）外部要因：職場の産業医と主治医の見解が異なるケース。復職可の診断に対して検討を必要とするため、主治医の重要度が高い。

困難事例の連携先の重要度のまとめ

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。苦勞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。

ウ 成功事例における連携先の重要度

成功事例の代表例

(ア) 本人要因：主治医は、職場に本人の特性を伝えるのに一番説得力があるため最も主治医の重要度が高い。

(イ) 会社要因：産業医産業保健スタッフは、上司を説得してもらうなど、復職時の環境調整の中心的な役割を担っているため重要度が高い。

(ウ) その他の要因：上司は、公務員で休職を繰り返しているケースで上司が具体的なエピソードを挙げて、休職前の様子や職務上求められる能力を提示するなどの情報提供をしてくれるため重要度が高い。

成功事例の連携先の重要度のまとめ

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。要因として挙げられていた会社側の協力姿勢が重要な連携先として数値としても表れている。

(3) 連携のための業務量

ア 調査方法

困難事例と成功事例それぞれの連携を行うために、連携の種類〔1.本人や家族との面談、2.会社・産業医や産業保健スタッフの人が来院して面談、3.会社に出かけて行っの面談、4.主治医の診察に同席、5.主治医(含む外部の主治医)に文書や口頭で説明、6.面談や会議のための電話(メール)連絡、7.病状などを電話(メール)で連絡、8.その他の連携〕ごとに、連携の頻度(連携の合計回数、対応1回あたりの時間(分)、1回に關与するスタッフの人数)をそれぞれ回答してもらい、その集計結果を .本人要因、 .会社要因、 .外部要因(その他の要因)別に分類した。分類した3つの要因ごとの連携の頻度の各合計を要因ごとのケース数で割ることで回数、時間、人数の各平均値を算出し、各平均値をそれぞれ回数×時間×人数で計算して業務量を算出した。連携の種類ごとの業務量を順位づけした結果を以下に示す。なお括弧内の数が業務量の数値とする。

イ 困難事例における業務量

困難事例の代表例

(ア) 本人要因：発達障害の疑いで降格人事、部署異動を行ったケース。本人や家族との面談 65回×1回の大凡の時間 35分×1回に關与するスタッフの人数 1人 = 2,275

(イ) 会社要因：本人と上司との間に話の食い違いがあったケース。本人や家族との面談 10回×1回の大凡の時間 60分×1回

に關与するスタッフの人数 1 人 = 600

(ウ) 外部要因：外部主治医の対象者を障害者職業センター経由で職場復歸させたケース。本人や家族との面談 18 回 × 1 回の大凡の時間 75 分 × 1 回に關与するスタッフの人数 1.5 人 = 2,025

困難事例における業務量のまとめ

困難事例では本人要因、会社要因、外部要因ともに「本人や家族と面談」が最も業務量が多かった。ただし会社要因は本人要因や外部要因と比べ約 6 割の業務量と少ないが、これは人事や上司などの意見が強く調整が難しいケースなどで医療機関スタッフとして出来ることが限られてしまうことが考えられる。また本人要因と会社要因では「主治医（外部主治医含む）に文書や口頭で説明」が 2 位、「会社・産業医や産保スタッフの人が来院して面談」が 3 位となっている。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」⁷⁾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。職種を「事務・その他」としたのは主に連携を担当する職種が精神保健福祉士と想定されるためである。

ウ 成功事例における業務量

成功事例の代表例

(ア) 本人要因：真面目で自己主張できずに過重労働で休職したケース。本人や家族と面談 48 回 × 1 回の大凡の時間 30 分 × 1 回に關与するスタッフの人数 = 1,440

(イ) 会社要因：ADHD（注意欠如多動性障害）疑いの患者で心理検査をもとに主治医と職場関係者との 3 者面談を行い、復職に結びついたケース。本人や家族と面談 20 回 × 1 回の大凡の時間 240 分 × 1 回のスタッフの人数 1 人 = 4,800

(ウ) その他の要因：ADHD と双極性障害でリワークプログラム終了後、障害者職業センターを経て復職したケース。本人や家族と面談 5 回 × 1 回の大凡の時間 20 分 × 1 回のスタッフの人数 2 人 = 200

成功事例における業務量のまとめ

本人要因では、「本人や家族と面談」が 1 位、「主治医（外部主治医含む）に文書や口頭で説明」が 2 位、会社要因では逆に「主治医（外部主治医含む）に文書や口頭で説明」が 1 位、「本人や家族と面談」が 2 位となっている。その他の要因でも「主治医（外部主治医含む）に文書や口頭で説明」が 1 位となっている。困難事例ではいずれの要因においても「本人や家族と面談」が最も業務量が多かったが、成功事例では本人要因のみで「本人や家族と面談」が最も多く、会社要因とその他の要因では「主治医に文書や口頭で説明」が最も業務量が多かった。会社要因とその他の要因では本人や家族に対応する必要性が少なく済み、主治医への対応を中心に実施していることが考えられる。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」⁷⁾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

ア 調査方法

リワークに参加中の患者の対応で困難事例の中で、企業から提供してほしい情報に関してアンケートを実施した。まずは、対応に苦慮する場合の概要を回答してもらい、さらにどのようなことに関する情報が必要かについて、休職前の業務内容、休職前の勤務状況、休職前の社内での対人関係上でのトラブルの有無とその内容、職場で観察された症状、家族に関する情報（保証人の情報も含む）その他に分けて具体的な情報内容も回答してもらった。その内容を本人要因、会社要因、その他の要因に仕分けして、要因ごとの企業から提供してほしい情報を抽出した。なお、括弧内の数はケース数となる。

イ 企業から提供してほしい情報

企業から提供してほしい情報の代表例

(ア) 本人要因(発達障害): 会社が適性ありと考える業務内容やその逆の適性なしと考える業務内容。また、指示を適切に理解したか、報告できたかなど、コミュニケーション全般についての情報。

(双極性障害): トラブルについての相手、原因、状況など。どのような場面で病気の症状が確認されたか。(残業が続いた時、通常業務の時など)

(その他): 本人の問題点が不明確で、本人のリワークへの動機づけもできず、リワーク継続が困難なケース。本人の業務態度や

業務遂行能力、周囲とのコミュニケーション能力など。

(イ) 会社要因: 本人が上司からパワハラを受けたと訴えたケース。上司、同僚、部下との関係性、上司への報連相、感情の起伏、転職歴、入社した経緯、異動前の業務と適応、以前にあったトラブルなど。

(ウ) その他の要因: 障害者枠で本人は体力をつければ復職できると言っているケース。どんな仕事をしているか、本人の訴えと会社の思いとのギャップなど。

企業から提供してほしい情報のまとめ

本人要因では、発達障害や双極性障害のケースが多く、会社要因ではパワハラなどのトラブルが6ケースと最も多かった。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。これらはリワークプログラムの利用者に対する情報収集時の基本項目として活用することが考えられる。

(5) 職場から求められたコンサルテーション

ア 調査方法

リワーク機関では、復職にあたって患者の社内での処遇や待遇上での注意点やアドバイスを企業から求められることがあるが、その具体的内容についてのアンケートを実施した。具体的内容については、復職に

関すること、 .患者が会社で行う業務に関すること、 .症状とそれによっておこる問題行動などに関すること、 .再発時や再休職時に関すること、 .家族への対応に関すること、 .その他、「職場へのコンサルテーション」に含まれるのではないかと思われること、の6項目ごとに回答してもらった。なお、括弧内の数はケース数を示した。

イ 職場から求められたコンサルテーションについてのまとめ

あげられた回答数は患者の業務内容に関すること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。復職後の患者に割り振る業務内容や患者への対応方法、家族への対応などに職場が苦慮していることが伺われる。業務内容についてはリワークプログラム実施時に実施する評価の情報提供を活用することで具体的な助言をすることができると考えられる。また、患者への対応についてはセミナー等による疾病教育を職場で実施する、家族への対応については基本的な対応ルールの制定を助言することにより職場を支援し適切な職場復帰を進めることに繋がると考えられる。

研究3 治療施設と他院主治医との連携

B.研究方法

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関

を対象とした。194施設に別添資料に示す調査票を送付し、136施設から回答が得られ、回収率としては70.1%であった。

調査内容

調査内容は、 .回答者について、 .他院からの受入について、 .連携について、 .他院との連携の実際、の4つの大項目で構成されている。

においては、他院から自院が実施しているプログラムに受け入れる際の主治医変更を必須としているか否か、必須としない場合はその理由を回答してもらった。においては、他院から自院が実施しているプログラムに参加している患者がいる場合に、他院との連携を行っているか否か、またそれぞれの理由を回答してもらった。においては、「書面」「診察・面談」の2つの方法に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を回答いただいた。なお、「書面」「診察・面談」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることが予測されたため、最大3つの連携方法が記載できるように回答欄を設け、頻度の高い順に連携方法を記載いただいた。なお、本調査において連携とは「他院主治医で、自院が実施するプログラムに参加予定/参加中/参加後の患者の、情報共有や協働支援のこと」と定義した。

なお、各時期における定義は以下の通りである。

・リワーク開始前・・・プログラムへの参加検

討段階から参加するまでの期間

・リワーク開始時…プログラムに参加後概ね2週間の期間

・リワーク参加中…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)

・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)

・復職後(フォローアップ期)…復職後、概ね1年間の期間

・その他…上記にある時期以外で連携をしている期間

C. 調査結果

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。

主治医変更を原則必須としている41施設において、プログラム終了後の主治医変更について「特に規定はない」と回答したのは23施設(56.1%)、「原則プログラム終了後も自院主治医のままでフォローする」と回答したのは12施設(29.3%)、「原則リワークプログラム終了後は元の主治医に変更してもらおう」と回答したのは6施設(14.6%)であった。

自院への主治医変更を必須としない、または一時的なもの(プログラム参加中のみや、その他一時的に主治医を変更するなど)としている理由を回答(複数回答)いただいた

たところ、最も多く選択された理由は「主治医変更を望まない患者が多いため」で54施設(61.4%)、次いで「集患の関係で他院からの紹介が減るため」が35施設(39.8%)、「本来、主治医変更は適切ではないと考えているため」が21施設(23.9%)、「その他」が20施設(22.7%)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。

他院と連携している理由(複数回答)として、最も多く選択された理由は「必要を感じているため」で73施設(96.1%)、次いで「患者から要望があるため」が25施設(32.9%)、「他院から要望があるため」が19施設(25.0%)、「その他」が2施設(2.6%)であった。

他院と連携していない、または難しくしている要因(複数回答)として、最も多く選択された要因は「マンパワー不足」「時間がない」で各5施設(38.5%)、次いで「他院側が連携を望まないため」「個人情報の取り扱いに苦慮するため」が各4施設(30.8%)、「連携の方法・手段が分からないため」「その他」が各3施設(23.1%)、「診療報酬で請求できないため」「患者自身が行うものであると考えているため」が各2施設(15.4%)、「患者が連携を望まないため」が1施設(7.7%)、「連携しても効果がないと考えているため」と回答した施設はなかった。

3. 他院との連携の実際

「書面」「診察・面談」の2つの方法に関して、実際の連携がどのように行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を集計した。なお、「書面」「診察・面談」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることも予測されたため、最大3つの連携方法が記載できるように回答欄を設け、「最も多い連携」「2番目に多い連携」「3番目に多い連携」として連携頻度の高い連携方法を順に回答していただいた。

(1) 書面による連携

書面による連携の有無について、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、「書面連携あり」と回答したのは74施設(98.7%)、「書面連携なし」と回答したのは1施設(1.3%)であった。

書面による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「リワーク開始前」が29施設(39.7%)で最も多く、次いで「リワーク参加中」が22施設(30.1%)、「リワーク開始時」15施設(20.5%)であった。「2番目に多い連携」時期としては、「リワーク参加中」が最も多く27施設(50.9%)であった。「3番目に多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が最も多く19施設(52.8%)であった。連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「

リワーク開始前」と「リワーク開始時」、「2番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」、「3番目に多い連携」時期における「復職前/復職時」を代表的な書面による連携方法として以下にまとめる。

ア.「最も多い連携」時期における「リワーク開始前」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、リワーク担当医師が最も多く21施設(72.4%)であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに9施設(81.8%)で最も多かった。
- 他院側担当としては、主治医が28施設(100%)であった。
- 本人の同意については、27施設(96.4%)が同意を得ていた。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均32.1分(SD35.9)であった。
- 自院からの情報提供については、19施設(70.4%)が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「リワークプログラム参加の適・不適」が最も多く17施設(89.5%)であり、次いで「本人の特性」が6施設(31.6%)であった。
- 他院からの情報提供については、29施設(100%)が得ていた。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」と「病名」と「治療経過」が最も多く28施設(96.6%)であった。次いで「治療内容」が27施設(93.1%)、「服用薬」が25施設(86.2%)であった。
- 徴収費用としては、21施設(75.9%)

が無報酬、7 施設(25.0%)が保険診療項目で請求していた。

書面による「リワーク開始前」の連携の代表的な例としては、「自院側担当として主治医が他院主治医に対し、リワークプログラムの適・不適を中心に無報酬で情報提供する書面を約 30 分作成に費やし、他院からは『現症』『病名』『治療経過』の情報を得る」となった。

イ.「最も多い連携」時期における「リワーク開始時」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが最も多く 10 施設 (66.7%) であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに 8 施設 (66.7%) で最も多かった。
- 他院側担当としては、主治医が 15 施設 (100%) であった。
- 本人の同意については、13 施設 (100.0%) が同意を得ていた。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 37.5 分 (SD 39.1) であった。
- 自院からの情報提供については、15 施設 (100.0%) が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「プログラム参加の適・不適」が最も多く 10 施設 (66.7%) であり、次いで「生活リズム」「出欠席の状況」「日中の居眠り / 眠気の有無」「対人関係能力」が 5 施設 (33.3%) であった。
- 他院からの情報提供については、12 施設 (80.0%) が得ていた。
- 他院からの情報提供の内容としては、「病名」が最も多く 12 施設 (100.0%) であった。次いで「現症」「服用薬」「治

療経過」が 11 施設 (91.7%) であった。

- 徴収費用としては、11 施設 (78.6%) が無報酬で、3 施設 (21.4%) が保険診療項目で請求した。

書面による「リワーク開始時」の連携の代表的な例としては、「精神保健福祉士や臨床心理士の自院担当スタッフが他院主治医に対し 40 分ほど時間をかけてプログラムの参加の適・不適を中心とする情報提供の書面を無報酬で作成し、他院からは『現症』『服用薬』『治療経過』について情報を得ている」となった。

ウ.「二番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが 25 施設 (96.2%) であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 20 施設 (74.1%)、次いで臨床心理士が 19 施設 (70.4%) であった。
- 他院側担当としては、主治医 22 施設 (88.0%) であった。
- 本人の同意については、23 施設 (92.0%) が同意を得ていた。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 69.2 分 (SD 50.5) であった。
- 自院からの情報提供については、26 施設 (100.0%) が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「生活リズム」「出欠席の状況」「対人関係能力」が最も多く 23 施設 (92.0%) であり、次いで「日中の居眠り / 眠気の有無」が 22 施設 (88.0%) であった。
- 他院からの情報提供については、得ている施設と得ていない施設が同数の 12 施

設（50.0%）であった。

- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」と「治療経過」が最も多く7施設（70.0%）であった。次いで「病名」が6施設（60.0%）であった。
- 徴収費用としては、21施設（95.5%）が無報酬で、1施設（4.5%）が保険診療項目で請求していた。

書面による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「精神保健福祉士を中心とする自院スタッフが他院主治医に対し約70分『生活リズム』『出欠席の状況』『対人関係能力』の情報提供について書面を無報酬で作成し、他院からは『現症』『治療経過』について情報を得ている」となった。

エ.「3番目に多い連携」時期における「復職前/復職時」の書面による連携方法

- 自院側担当としては、担当スタッフが16施設（88.9%）であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く14施設（82.4%）、次いで精神保健福祉士が10施設（58.8%）、看護師が9施設（52.9%）であった。
- 他院側担当としては、主治医12施設（92.3%）であった。
- 本人の同意については、15施設（93.8%）が同意を得ていた。
- 作成に係る所要時間としては、平均73.9分（SD66.5）であった。
- 自院からの情報提供については、18施設（100.0%）が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「出欠席の状況」が最も多く15施設

（93.8%）であり、次いで「生活リズム」「作業能力の回復度合」「対人関係能力」が14施設（87.5%）であった。

- 他院からの情報提供については、得ている施設が8施設（53.3%）であった。
- 他院からの情報提供の内容としては、「治療経過」と「主治医が考える復職可能な状態」が最も多く5施設（62.5%）であった。
- 徴収費用としては、12施設（75.0%）が無報酬で、4施設（25.0%）が保険診療項目で請求していた。

書面による「復職前/復職時」の連携の代表的な例としては、「臨床心理士を中心とする自院スタッフが他院主治医に対し約70分をかけて『出欠席の状況』『生活リズム』『作業能力の回復度合』『対人関係能力』の情報提供について書面を無報酬で作成し、他院からは『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。

（2）診察・面談による連携

診察・面談による連携の有無について、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、「診察・面談による連携あり」と回答したのは18施設（24.0%）、「診察・面談による連携なし」と回答したのは54施設（72.0%）であった。

診察・面談による連携について、連携を行う場所による違いが方法の違いに大きく関係するため、自院で実施する場合と他院で実施する場合に分けて分析した。また、全体的に診察・面談による連携を実施している治療機関は少ないため、「最も多い連携」

方法を代表的な診察・面談の連携方法としてまとめる。

ア.「自院で連携」する場合の診察・面談による連携方法

- 連携の時期に関し、「リワーク開始前」が6施設(54.5%)で最も多かった。
- 自院側担当としては、リワーク担当医師が7施設(63.6%)であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が6施設(75.0%)で最も多かった。
- 他院側担当としては、主治医が6施設(60.0%)であった。
- 本人の同意については、11施設(100.0%)が同意を得ていた。
- 本人の同席については、「同席する」が6施設(54.5%)であった。
- 診察・面談の所要時間としては、平均36.4分(SD23.0)であった。
- 自院からの情報提供については、8施設(80.0%)が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「プログラム参加の適・不適」が最も多く7施設(87.5%)であった。
- 他院からの情報提供については、9施設(90.0%)が得ていた。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」「治療経過」が最も多く7施設であった。次いで「病名」「服用薬」「検査結果」「治療内容」が6施設(66.7%)であった。
- 徴収費用としては、7施設(70.0%)が無報酬で、3施設(30%)が保険診療項目で請求していた。

診察・面談による「自院」の連携の代表的

な例としては、「リワーク開始前にリワーク担当医師が他院主治医に対し約40分『プログラム参加の適・不適』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』について情報を得ている」となった。

イ.「他院で連携」する場合の診察・面談による連携方法

- 連携の時期に関し、「リワーク参加中」が7施設(77.8%)で最も多かった。
- 自院側担当としては、担当スタッフが9施設(100.0%)であった。
- 自院側担当スタッフの職種としては、作業療法士が6施設(66.7%)で最も多く、次いで臨床心理士と心理士がともに4施設(44.4%)であった。
- 他院側担当としては、主治医が9施設(100.0%)であった。
- 本人の同意については、9施設(100.0%)が同意を得ていた。
- 本人の同席については、「同席する」が5施設(55.6%)であった。
- 診察・面談の所要時間としては、平均30.0分(SD18.5)であった。
- 自院からの情報提供については、9施設(100.0%)が情報提供していた。
- 自院からの情報提供の内容としては、「出欠席の状況」「作業能力の回復割合」「本人の特性」が最も多く7施設(77.8%)であった。
- 他院からの情報提供については、8施設(88.9%)が得ていた。
- 他院からの情報提供の内容としては、「現症」「治療経過」「主治医が考える復職可能な状態」が最も多く5施設

(62.5%)であった。

- 請求費用としては、7 施設 (77.8%) が無報酬で、2 施設(22.2%)が保険診療項目で請求していた。

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』『作業能力の回復度合』『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

B . 研究方法

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関を対象とした。194 施設に添付資料に示す調査票を送付し、136 施設から回答が得られ、回収率としては 70.1%であった。

調査内容

調査内容は、企業との連携の有無、書面、診察・面談、ケース会議それぞれにおける連携の実際の大項目で構成されている。については、各方法において、時期、医療機関側担当と職種、企業側担当、本人同意の有無、本人の同席、場所、所要時間、医療機関側からの情報提供、職場から得られる情報、費用、について回答を得た。また時期による連携内容の違いに着目し、時期を軸にした集計も行った。本調査において連携とは「復職に必要な患者情報を企業・医療機関双方で共有すること、あるいは、協働してい

くこと」と定義した。

なお、各時期における定義は以下の通り。

- ・リワーク開始前・・・プログラムへの参加検討段階から参加するまでの期間
- ・リワーク開始時・・・プログラムに参加後概ね 2 週間の期間
- ・リワーク参加中・・・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)
- ・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)
- ・復職後(フォローアップ期)・・・復職後、概ね 1 年間の期間
- ・その他・・・上記にある時期以外で連携をしている期間

C . 調査結果

1 . 企業との連携の有無について
企業との連携については、105 施設 (80.8%) が連携していた。

「連携していない」と回答した 25 施設 (19.2%) の治療機関は、連携していない理由として「マンパワー不足」が 15 施設 (62.5%) で最も多く、次いで「時間がない」13 施設 (54.2%)、「患者自身が行うものであると考えている」9 施設 (37.5%)、「個人情報心配である」6 施設 (25.0%)、「連携の方法・手段が分からない」5 施設(20.8%)であった。

2 . 企業との連携の実際

「書面」「診察・面談」「ケース会議」の 3 つの方法に関して、実際の連携がどのよう

に行われているのかを、『いつ、だれが、だれに、どこで、どんな内容を、いくらで』おこなっているか、具体的内容とその方法、労力を集計した。なお、「書面」「診察・面談」「ケース会議」のいずれの連携方法についても、複数の方法があることも予測されたため、最大3つの連携方法が記載できるように回答箇所を設け、「最も多い連携」「2番目に多い連携」「3番目に多い連携」として連携頻度の高い連携方法を順に回答していただいた。

(1) 書面による連携

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。

書面による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が36施設(43.4%)で最も多く、次いで「リワーク参加中」が19施設(22.9%)、「リワーク開始時」16施設(19.3%)であった。「2番目に多い連携」時期としては、「リワーク参加中」が最も多く33施設(62.3%)であった。「3番目に多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が最も多く16施設(66.7%)であった。連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「リワーク開始時」、「2番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」、「3番目に多い連携」時期における「復職前/復職時」を代表的な書面による連携方法として以下にまとめる。

ア.「最も多い連携」時期における「リワーク開始時」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが最も多く11施設(68.8%)であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士がともに9施設(69.2%)で最も多かった。
- 企業側担当としては、産業医が7施設(43.8%)であった。
- 本人の同意については、15施設(100.0%)が同意を得ていた。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均39.6分(SD60.4)であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療内容」が最も多く6施設(40.0%)であった。
- 職場からの情報提供については、13施設(86.7%)が得ていた。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職種」が最も多く11施設(84.6%)であり、次いで「職務内容」が10施設(76.9%)であった。
- 徴収費用としては、10施設(76.9%)が無報酬であった。

書面による「リワーク開始時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが産業医に対し約40分『治療内容』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは『職種』『職務内容』について情報を得ている」となった。

イ.「二番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッ

フが 27 施設 (81.8%) であった。

- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 16 施設 (55.2%)、次いで臨床心理士が 15 施設 (51.7%) であった。
- 企業側担当としては、産業医 13 施設 (40.6%) であった。
- 本人の同意については、31 施設 (96.9%) が同意を得ていた。
- 書面作成に係る所要時間としては、平均 49.5 分 (SD42.1) であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「今後の見通し」が最も多く 20 施設 (64.5%) であり、「本人の特性」が 19 施設 (61.3%)、「治療経過」が 18 施設 (58.1%) であった。
- 職場からの情報提供については、15 施設 (51.7%) が得ていた。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」と「担当窓口の確認」が最も多く 10 施設 (66.7%) であった。次いで「仕事ぶり」が 9 施設 (60.0%) であった。
- 徴収費用としては、20 施設 (66.7%) が無報酬であった。自費は 5 施設あり、費用は平均 2534.0 円 (SD821.9) であった。

書面による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが産業医に対し約 50 分『今後の見通し』『本人の特性』『治療経過』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは『職務内容』『担当窓口の確認』について情報を得ている」となった。

ウ。「3 番目に多い連携」時期における「

復職前 / 復職時」の書面による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 13 施設 (86.7%) であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く 9 施設 (64.3%)、次いで看護師が 8 施設 (57.1%) であった。
- 企業側担当としては、人事労務担当者が 5 施設 (31.3%) で最も多く、次いで産業医と上司が 4 施設 (25.0%) であった。
- 本人の同意については、16 施設 (100.0%) が同意を得ていた。
- 作成に係る所要時間としては、平均 96.0 分 (SD55.7) であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「本人の特性」が最も多く 12 施設 (75.0%) であり、次いで「業務への影響」「配慮事項」が 11 施設 (68.8%) であった。
- 職場からの情報提供については、得ている施設が 8 施設 (61.5%) であった。
- 職場からの情報提供の内容としては、「復職時配慮事項」が最も多く 6 施設 (75.0%) であり、「復職後配慮事項」と「窓口担当の確認」が 5 施設 (62.5%) と続いた。
- 徴収費用としては、9 施設 (60.0%) が無報酬であった。4 施設 (26.7%) が自費として平均 3605.0 円 (SD2,725.9) を請求していた。

書面による「復職前 / 復職時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが人事労務担当者に対し約 100 分『本人の特性』『業務への影響』『配慮事項』の情報提供について書面の作成を無報酬で行い、職場からは

『復職時配慮事項』について情報を得ている」となった。

(2) 診察・面談による連携

診察・面談の定義として通常診察場面やそれ以外の時間を使って個別に行われる面談と設定した。

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。

診察・面談による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が42施設(44.2%)で最も多く、次いで「リワーク参加中」が35施設(36.8%)であった。「2番目に多い連携」時期としては、「リワーク参加中」が最も多く31施設(55.4%)であった。「3番目に多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が最も多く12施設(50.0%)であった。

連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「復職前/復職時」と「2番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」を代表的な診察・面談による連携方法として以下にまとめる。

ア.「最も多い連携」時期における「復職前/復職時」診察・面談による連携方法

- 治療機関側担当としては、主治医が29施設(69.0%)、担当スタッフが28施設(66.7%)であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種として

は、精神保健福祉士が最も多く22施設(73.3%)、次いで臨床心理士が20施設(66.7%)であった。

- 企業側担当としては、人事労務担当者¹と上司がともに37施設(88.1%)で最も多かった。
- 本人の同意については、42施設(100.0%)が同意を得ていた。
- 本人の同席については、同席するが23施設(54.8%)で最も多く、ケースバイケースが19施設(45.2%)と続いた。
- 診察・面談の場所については、医療機関側が39施設(92.9%)だった。
- 診察・面談に係る所要時間としては、平均44.1分(SD21.2)であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」が最も多く38施設(90.5%)であり、次いで「配慮事項」が37施設(88.1%)、「今後の見通し」が35施設(83.3%)であった。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」が最も多く35施設(83.3%)であり、「職場環境」と「復職後配慮内容」が33施設(78.6%)と続いた。
- 徴収費用としては、22施設(53.7%)が無報酬であり、保険診療項目として14施設(34.1%)が請求していた。4施設(26.7%)が自費として平均5888.0円(SD2481.7)を請求していた。

診察・面談による「復職前/復職時」の連携の代表的な例としては、「主治医と担当スタッフが人事労務担当者¹と上司に対し約40分『治療経過』『配慮事項』『今後の見通し』の情報提供について医療機関で診察・面談を主に無報酬で行い、職場からは『職務内

容』『職場環境』『復職後配慮内容』について情報を得ている」となった。

イ.「2番目に多い連携」時期における「リワーク参加中」の診察・面談による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが27施設（87.1%）であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、臨床心理士が最も多く17施設（63.0%）、次いで精神保健福祉士が14施設（51.9%）であった。
- 企業側担当としては、上司25施設（83.3%）が最も多く、次いで人事労務担当者21施設（70.0%）、産業保健スタッフ19施設（63.3%）であった。
- 本人の同意については、27施設（100.0%）が同意を得ていた。
- 本人の同席については、ケースバイケースが15施設（50%）、同席するが12施設（40%）だった。
- 診察・面談の場所については、医療機関側が27施設（90%）だった。
- 診察・面談に係る所要時間としては、平均51.4分（SD16.3）であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「今後の見通し」が最も多く29施設（100.0%）であり、「治療経過」が26施設（89.7%）、「本人の特性」が21施設（72.4%）であった。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職場環境」が最も多く28施設（93.3%）であり、「職務内容」が27施設（90.0%）、「対人交流」が26施設（86.7%）と続いた。
- 徴収費用としては、19施設（63.3%）

が無報酬であり、保険診療項目は8施設（26.7%）だった。自費は3施設であった。

診察・面談による「リワーク参加中」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが上司に対し約50分『今後の見通し』『治療経過』『本人の特性』の情報提供について医療機関で診察・面談を無報酬で行い、職場からは『職場環境』『職務内容』について情報を得ている」となった。

（3）ケース会議による連携

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。

ケース会議による連携について、連携の時期を見たところ「最も多い連携」時期としては、「復職前/復職時」が12施設（52.5%）で最も多く、次いで「リワーク参加中」が10施設（43.5%）であった。「2番目に多い連携」時期としては、「リワーク参加中」が最も多く7施設（53.8%）であり、次いで「復職前・復職時」が6施設（46.2%）だった。「3番目に多い連携」時期としては、2施設のみでの回答だった。連携の時期により特徴的な連携方法が見られるため、「最も多い連携」時期における「リワーク参加中」と「復職前/復職時」を代表的なケース会議による連携方法として以下にまとめる。

ア.「最も多い連携」時期における「リワ

ーク参加中」のケース会議による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 10 施設（100.0%）であり、主治医は 2 施設（20.0%）であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士と臨床心理士が最も多く 7 施設（70.0%）、次いで作業療法士が 4 施設（40.0%）であった。
- 企業側担当としては、人事労務担当者が 8 施設（80.0%）で最も多く、次いで上司 7 施設（70.0%）、産業保健スタッフ 6 施設（60.0%）であった。
- 本人の同意については、10 施設（100.0%）が同意を得ていた。
- 本人の同席については、ケースバイケースが 6 施設（66.7%）、同席しないが 2 施設（22.2%）だった。
- ケース会議の場所については、医療機関が 6 施設（60.0%）で職場が 3 施設（30.0%）だった。
- ケース会議に係る所要時間としては、平均 63.0 分（SD22.1）であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」と「本人の特性」が最も多く 10 施設（100.0%）であり、「今後の見通し」が 9 施設（90.0%）であった。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職務内容」「仕事ぶり」「対人交流」が最も多く 10 施設（100.0%）であり、「職場環境」が 9 施設（90.0%）であった。
- 徴収費用としては、9 施設（90.0%）が無報酬であり、保険診療項目は 1 施設（10.0%）だった。

ケース会議による「リワーク参加中」の連

携の代表的な例としては、「担当スタッフが人事労務担当者に対し約 60 分『治療経過』『本人の特性』の情報提供についてケース会議を医療機関で無報酬で行い、職場からは『職務内容』『仕事ぶり』『対人交流』について情報を得ている」となった。

イ、「最も多い連携」時期における「復職前/復職時」のケース会議による連携方法

- 治療機関側担当としては、担当スタッフが 11 施設（91.7%）、主治医が 7 施設（58.3%）であった。
- 治療機関側担当スタッフの職種としては、精神保健福祉士が最も多く 8 施設（66.7%）、次いで臨床心理士が 7 施設（58.3%）であった。
- 企業側担当としては、上司が 12 施設（100.0%）で最も多く、次いで人事労務担当者が 10 施設（83.3%）だった。
- 本人の同意については、12 施設（100.0%）が同意を得ていた。
- 本人の同席については、同席するが 7 施設（58.3%）で最も多く、ケースバイケースが 5 施設（41.7%）と続いた。
- ケース会議の場所については、職場が 7 施設（58.3%）、医療機関が 5 施設（41.7%）だった。
- ケース会議に係る所要時間としては、平均 58.8 分（SD13.5）であった。
- 治療機関からの情報提供の内容としては、「治療経過」、「本人の特性」、「今後の見通し」が最も多く 11 施設（91.7%）であった。
- 職場からの情報提供の内容としては、「職場環境」、「復職時配慮事項」、「復職後配慮内容」が最も多く 9 施設

(90.0%)であった。
 ● 徴収費用としては、9 施設 (81.8%) が無報酬であり、保険診療項目として 2 施設 (18.2%) が請求していた。

ケース会議による「復職前/復職時」の連携の代表的な例としては、「担当スタッフが上司に対し約 60 分『治療経過』『本人の特性』『今後の見通し』の情報提供についてケース会議を職場で無報酬で行い、職場からは『職場環境』『復職時配慮事項』『復職後配慮内容』について情報を得ている」となった。

(表 1)

研究 5 モデル文書の作成

B . 研究方法

	企業とリワーク施設の連携	他院とリワーク施設の連携
リワーク開始時	15	9
リワーク参加中	4	7
復職前/復職時	8	5
計	27	21

モデル帳票の作成にあたり、今回送付してもらった帳票とリワークマニュアル⁷⁾、研究 1、研究 2 のアンケート結果を踏まえて検討した。また「他院と連携をしていない、又は難しくしている要因」として挙げられていた個人情報の取り扱いについては、医療機関が他院や企業へ患者情報を提供することは個人情報保護法の第三者提供にあたるため本人から同意を取る必要がある。そのため参加者本人からの同意確認として自署してもらいリワークプログラム利用開始時に取り交わすような書式とした。また、

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関を対象とした 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。

研究内容

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以下(表 1)のようにプログラム開始時の帳票が多かった。

使用方法としては、書面のやり取りのみに使用するのではなく、評価シートを基に診察・面談時やケース会議時に説明用資料として使用することも想定している。その時には書面に記載されない口頭での情報交換も併せより詳細な情報の共有を図ることが出来ると思われる。ただし、相手が医師等の医療専門職であるか、企業の人事労務担当者や上司の場合では医学的情報の理解度に差がある点と求めている内容が異なっていることがあるため情報提供とその説明において十分注意することが必要である。

1. 他院主治医との連携におけるモデル帳票と活用方法の一覧を以下に掲載する。

時期	帳票名	目的
リワーク開始前	リワークプログラム導入時 情報提供書	治療施設が、利用予定者のリワーク導入の可否を決めるために他院主治医よりリワーク利用予定者の症状経過等に関する情報提供をしてもらう帳票。受理後に導入面談や診察、受け入れ会議等を実施し決定する。
	リワークプログラム利用に 関する同意書	治療施設が、利用者本人、事業所担当者、他院主治医から情報交換等を行うことへの同意を得るための帳票。リワーク開始までに受理できるよう事前に配布する。
リワーク開始時	リワークプログラム開始報告書	治療施設が、参加決定後にリワークプログラムの開始時の情報を他院主治医へ報告するための帳票。
リワーク参加中	復職デイケア参加状況について	治療施設が、利用者のリワーク参加状況について他院主治医へ情報提供をするための帳票。定期的に提供するなど治療施設側のルールを決める必要がある。
	標準化リワークプログラム 評価シート	治療施設が、利用者のある2週間のリワークプログラム参加状況について評価シートで情報提供するための帳票。
	情報提供書（他院主治医から 意見書）	治療施設が、主治医より処方内容や病状の変更、復職時期の見通し等について情報提供してもらう。事前にどのような場合に提供してもらうかルールを取り決めておく必要あり。
復職前/復職時	リワーク参加中と同一帳票を使用	他院主治医が復職に関する診断書を発行する際の評価材料として使用する。

2. 企業との連携におけるモデル帳票と活用方法の一覧を以下に掲載する。

時期	帳票名	目的
----	-----	----

リワーク開始前	リワークプログラム利用に関する同意書	治療施設が、利用者本人、事業所担当者、他院主治医から情報交換等を行うことへの同意を得るための帳票。
リワーク開始時	復職支援に関する情報提供依頼書	治療施設が、企業より利用者の情報を収集するための案内文。
	リワーク導入時情報収集シート	治療機関が、企業より利用者の情報を収集するための項目が挙げられた帳票。開始時までには受理できるよう事前に利用者へ配布する必要あり。
リワーク参加中	利用者の復職準備性評価について 項目説明付	治療施設が、利用者のリワークプログラムの参加状況について評価シートを提供する時の案内文と項目の説明文（復職準備性評価シートを使用の場合）。
	標準化リワークプログラム評価シート	治療施設が、利用者のある2週間のリワークプログラム参加状況について評価シートで情報提供する。
復職前 / 復職時	復職時 情報収集シート	治療機関が、企業に対し利用者の復職にあたり復職後の部署等の情報を収集するため。事前に情報収集のできなかった場合に使用する。
	復職時 配慮に必要な情報提供書	治療機関が、企業に対し利用者の復職にあたり配慮が必要な場合の情報を提供するため。

研究6 事業場と治療機関との連携に関するニーズ調査

B. 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%）。

調査内容

調査内容は、 医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。

C. 調査結果

1. 医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。

「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。

「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。

医療機関、企業それぞれに役割を理解した連携を希望する。業務内容について医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。

2. 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。

「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。

「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。

「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。

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

「連携に係る費用の負担者」については、「社員本人が負担」が 41 人（66%）、事業者が負担」が 16 人（26%）であった。「その他」11 人（18%）の記述として、「医療費（リワーク費）の範囲で」、「本人希望（要因）なら本人、会社依頼（業務起因性高い）ケースは会社」、「費用がかからない連携」、等の希望があった。

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

研究7 連携標準化パンフレットの作成

B. 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え、コンパクトな内容とすることを目指した。

C．研究結果

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

D．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割の施設では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。実際の利用者をみると約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には8割を超えるが、近年は事業場を訪問の割合が増加していた。これら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性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員費が算出できた。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。

D．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

主治医変更に関して、90施設(68.7%)が「原則必須ではない」という結果であった。その理由として、最も多く選択された(複数回答可)のが「主治医変更を望まない患者が多い」が54施設(61.4%)、次いで「集患の関係で他院からの紹介が減るため」で35施設(39.8%)であった。

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。

主治医変更が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%)であり、連携をしている理由としては「必要性を感じているから」と回答したのは73施設(96.1%)であった。一方、「他院から要望があるため」と回答したのは19施設(25.0%)にとどまり、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。

なお、他院と連携していない14施設の理由として、多く選択された(複数回答可)のは「マンパワー不足」「時間がない」という物理的、業務優先度の低さを理由としてそれぞれ5施設(38.5%)、「他院側が連携を望まない」で4施設(30.8%)が挙げられ、「連携しても効果がないと考えている」と回答した施設はなかった。

以上より、意図する・しないにかかわらず、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。

(1) 書面による連携

書面による連携を行っている施設において、「最も多い連携」時期(n=73)では「リワーク開始前」が最も多く選択され29施設(39.7%)、「2番目に多い連携」時期(n=53)では「リワーク参加中」で27施設(50.9%)、「3番目に多い連携」時期(n=36)では「復職/復職時」が最も多く選択され19施設(52.8%)であった。

このことから、複数回異なった時期に連携を行っている施設が多く存在し、約半数の治療機関においては少なくとも3回以上異なった時期に連携を行っている(3つ以上の連携方法を持っている)ことが分かった。なお、「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の3項目は、連携方法頻度別のいずれにおいて高い割合を占めている。しかし、「復職後」の選択項目に関しては、先の3つに比べて、連携方法頻度別のいずれにおいてもさほど高い割合ではなかった。書面による連携は「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の時期を中心に行われていることが分かった。

自院側と他院側の担当者について、他院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、主治医が9割を超

えた。自院側担当者については、連携方法頻度別で「リワーク担当医」と「担当スタッフ」との割合に以下のように、やや変化がみられた。

- ・「最も多い連携」(n=74);「担当スタッフ」48施設(64.9%)、「リワーク担当医」25施設(33.8%)、「その他」1施設(1.4%)
- ・「2番目に多い連携」(n=52);「担当スタッフ」46施設(88.5%)、「リワーク担当医」6施設(11.5%)、「その他」0施設(0.0%)
- ・「3番目に多い連携」(n=34);「担当スタッフ」25施設(73.5%)、「リワーク担当医」8施設(23.5%)、「その他」1施設(2.9%)

リワーク担当医師の割合が高い理由として、「最も多い連携」時期では「リワーク開始前」時期の連携の割合が高く、参加受入についての判断のためリワーク担当医師が関わることが多くなると考えられた。また、「3番目に多い連携」時期では、「復職前/復職時」の連携の割合が高く、この時期は復職の適否判断があるためと考えられた。

本人への同意はいずれの連携方法頻度別でも「同意有り」が9割を超えた。

提供する項目と収集する項目について、時期によって項目が異なり。このことから、情報の提供と収集のいずれの場合であっても、時期によって必要な項目と不必要な項目とがあることが考えられた。自院からの情報提供については、リワーク開始前では「リワークプログラム参加の適・不適」「本人の特性」が挙げられ、リワーク開始時には「リワークプログラム参加の適・不適」「生活リズム」「出欠席の状況」「日中の居眠り/眠気の有無」「対人関係能力」が挙げられた。リワーク参加中と復職前/復職時になると内容が変わり、「生活リズム」「出欠席の状況」「対人関係能力」「日中の居眠り/眠気の有無」「作業能力の回復度合」「対人関係能力」が挙げられた。他院からの情報収集については、リワーク開始前とリワーク開始時では「病名」「現症」「服用薬」「治療経過」が挙げられ、リワーク参加中と復職前/復職時では「現症」「治療経過」「病名」「主治医が考える復職可能な状態」が挙げられた。

また、連携するために作成する資料の作成時間(/回)は、「最も多い連携」においては42.0分、「2番目に多い連携」では60.2分、「3番目に多い連携」では75.4分であり、時期によって作成に要する時間に差があった。これは、「リワーク開始前」に比べ「リワーク参加中」や「復職前/復職時」の方がリワークの参加状況の評価を報告するため盛り込む内容や記載の量が多く資料作成に時間を要していると考えられる。

費用に関しては、無報酬で行っていることが多く、保険診療項目として費用を請求しているのは一部に留まり、自費による請求を行っている割合は非常に低かった。特に「リワーク参加中」は約91%が無報酬で行っており、自院側スタッフがコメディカルスタッフの割合が高い場合に無報酬で行っている割合が高かった。

(2) 診察・面談による連携

先述したように、「診察・面談」による連携は「書面」による連携と比べて、実施している施設は1/4程度であり、主治医変更を「原則必須としていない」90施設で考えると20.0%に留まる。

「診察・面談」による連携を行っている施設において、「最も多い連携」時期(n=18)では「リワーク参加中」が最も多く選択され7施設(38.9%)、「2番目に多い連携」時期(n=7)では「リワーク参加中」「復職/復職時」で各3施設(42.9%)、「3番目に多い連携」時期(n=4)では「復職/復職時」が最も多く選択され2施設であった。

「書面」による連携を行っている施設と同様に、「診察・面談」で複数回異なった時期に連携を行っている

施設も存在しているものの、少なくとも3回以上異なった時期に連携を行っている(3つ以上のパターンを持っている)のは18施設中で4施設のみであった。

なお、「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」の3選択項目は、連携方法頻度別のいずれかにおいて高い割合を占めている。しかし、「リワーク開始時」「復職後」の2つの選択項目に関しては、先の3つに比べて、連携方法頻度別のいずれにおいてもさほど高い割合ではなかった。診察・面接による連携においても「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前/復職時」のタイミングを中心に行われていることが分かった。

本人への同意はいずれのパターンでも「同意有り」が100.0%であった。また同席するかしなかについても、「同席する」または「ケースバイケース」を合わせると、いずれのパターンでも7割を超えた。

担当者について、他院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、主治医とコメディカルが主な担当となっているが、「書面」による連携の同内容の質問と比べると主治医の割合は低い。自院側担当者は連携方法頻度別のいずれにおいても、コメディカルの割合がリワーク担当医の割合と比べて非常に高く、「書面」による連携の同内容の質問と比べてもコメディカルの割合が高くなっている。「診察・面談」による連携は、「書面」による連携と比べ、総じて医師が関わる割合が低くコメディカルの関わる割合が高くなっている。実施場所で見ると自院で実施する時は医師が担当する割合は6割超であるが他院で実施する場合はコメディカルが担当する割合が100%であった。

診察・面談による連携をする際の所要時間は、「最も多い連携」においては31.4分、「2番目に多い連携」では37.9分、「3番目に多い連携」では30.0分であり、時期によって差異はみられなかった。

提供する項目と収集する項目について、いずれの場合であっても連携方法頻度別において、選択される割合が大きく変化している項目があった。このことから、情報の提供と収集のいずれの場合であっても、時期によって必要な項目と不必要な項目とがあることが考えられた。

費用に関しては、「無報酬」で行っていることが7,8割と多く、「保険診療項目」として費用を請求しているのは一部に留まり、「自費」による請求はいずれのパターンにおいても行っている施設はなかった。

かかりつけ医や病診連携、一般科や産婦人科と精神科との連携など様々な連携が精神科領域でも注目されているが大枠だけでなく具体的効果的な連携についてさらに踏み込んで仕組みを作る必要があると考えられる。その一つとして精神保健福祉士等の医療専門職がプログラムに関する連携の担当者(リワーク・コーディネーター⁸⁾)として治療施設に配置し、他院の主治医やコメディカルのみならず企業や地域障害者職業センターなどの関係諸機関と積極的に連携できる体制ができることが望まれる。特に発達障害や双極性障害を背景とした難しい事例の場合は、書面だけではなく診察・面談やケース会議などで多くの情報を共有する必要があるためリワーク・コーディネーターが関連諸機関との中継点としてプログラムにおける状況や復職準備性、復職時の配慮事項などを情報提供しながら調整し、本人へフィードバックをしていくことは治療的にも有効であると考えられる。

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」が挙がっていたが、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。

「連携している」と回答した治療機関の連携方法としては、「書面による連携」が 84 施設(82.4%)(n=102)、「診察・面談による連携」が 95 施設(91.3%)(n=104)、「ケース会議による連携」が 24 施設(25.3%)(n=95)となっており、「書面」以上に「診察・面談」による連携が多いことが分かった。その原因として費用に関し保険診療で請求している割合が 3 割以上あり、他の連携がほとんど無報酬で実施していることと比べると金銭的な評価があることが連携強化に繋がっていると考えられる。また「連携している」約 4 分の 1 の治療機関では「ケース会議」による連携を実施しており、各治療機関における連携に対する意識や重要性の高さが窺われた。

複雑化する復職支援において、リワーク機関と企業との連携は必須になってきていることが分かった。それぞれの時期においてそれぞれの目的や意図をもった連携は、もはやリワークプログラムの「治療」として重要なファクターと言える。

また連携が行われていない治療機関においても今後は連携を考えていきたいといった方向性にあり、現状の「連携」への障壁には、半数以上が挙げている連携に携わるスタッフ不足、2 割強が挙げている個人情報保護の課題や対象者の絞り方や実際の連携の仕方、連携対応に対する金銭的な評価等があり、連携体制やルールの構築が必要であることが示唆された。

連携の時期としては、「復職前/復職時」と「リワーク参加中」に集中しており、その他「書面」においては「リワーク開始時」、「診察・面談」においては「リワーク参加前」の連携が多いことが明らかとなった。各時期に行われていた連携の内容は、「復職前/復職時」では復職に向けた情報共有が主となり、「リワーク参加中」は治療やりハビリの進捗状況の情報共有や職場側意見のすり合わせ、「リワーク参加時」は今後リワークプログラムを進めていく上での方向性のすり合わせ、「リワーク参加前」はリワークプログラムに参加するか否かの判断が行われていた。いずれの期間においてもリワークプログラムという治療・リハビリテーションを進めて行く上で、また患者の予後考えた上でも重要な連携であると言える。

企業側担当は、医療の窓口として「産業医」や「産業保健スタッフ」が担うものと予想していたが、「書面」においては「産業医」が中心であるのに対し、「診察・面談」「ケース会議」では意外にも「上司」や「人事労務担当」が担当となる傾向にあり、顔を合わせた連携では、より詳細な現場サイドに近いやり取りがなされていることが明らかとなった。治療機関側の担当としては、「担当スタッフ」が中心となり、職種については「臨床心理士」や「精神保健福祉士」が多かった。うつ病リワーク研究会の基礎調査¹⁾でのスタッフ資格の結果でも「臨床心理士」が一番多いことや、「連携」分野を得意とする「精神保健福祉士」の職域が影響しているものと推察される。一方、「主治医」が直接的に連携に参画することも少なからずあることが今回分かった。特に「診察・面談」においては、「主治医」が中心を担い、診察場面を使って担当スタッフが同席する形で連携していたと想定される。

これらによりリワーク機関、企業双方において目的や役割を意識した濃密な連携が実践されていることが明らかとなった。

場所に関しては、「診察・面談」が医療機関であることが多く、主治医が参加しやすい環境にあると言える。一方「ケース会議」は、「医療機関」と「職場」が凡そ半分ずつで、主治医が参加する場合は「医療機関」、

職場の状況把握や多くの企業側担当者の参加によって、より多くの情報収集を目的に加えるのであれば「職場」で実施といった具合に、主治医の参加の有無と目的によって場所は使い分けられていると考えられる。

これら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、その必要性和重要性にあると考える。これらマンパワー不足や費用請求の難しさは、自由記述による「連携についての課題や工夫」の部分でも多数声が挙がっている部分でもある。また上記以外の連携の工夫では「電話」による情報交換を実践している治療機関も増えてきていることが分かった。時間的な制約から解放される一方、簡便さゆえの個人情報の扱いや費用面での課題も残る。

D. 研究6および研究7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」連係が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須と考えられる。

(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。

E. 結論

- ・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。

【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。

F. 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)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

疾病・服薬の運転技能への影響に関する検討

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:自動車運転死傷行為処罰法や改正道路交通法が施行され、精神障害や薬剤による影響と判断された交通事故や虚偽申告が厳罰の対象となっている。こうした一連の厳罰化の流れに加え、大多数の向精神薬の添付文書には服用中の運転中止が明記されている。向精神薬は再発予防効果を有し、社会復帰後も継続服用が不可欠であるため、これら一律の規定は、病状の如何にかかわらず、服用中の運転中止を求めざるを得ない。一部の大都市を除けば、精神障害者の就労など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、不眠が必発の精神障害者を想定し、睡眠薬が運転技能に与える影響、続いてうつ病患者の運転技能、最終年には双極性障害患者の運転技能、について検討した。その結果、作用機序の異なる睡眠薬は服用4時間後まで運転技能に影響したこと、社会復帰準備期うつ病患者の運転技能は、健常群と比較して有意に低下しておらず、処方薬の慢性投与が運転に与える影響は小さいこと、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。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。

A．研究目的

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。

B．研究方法

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（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

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。

D. 考察

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。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・ 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

・ 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

・ 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

・ 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

・ 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. 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

・ 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

・ 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ョン, 2015

・ 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

・ 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

・ 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ョンセミナー. 小倉, 2014

・ 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

・ 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

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

し

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

平成 26～28 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とあり、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労務遂行能力の改善を必ずしも意味しない、すなわち臨床的症状の回復と業務遂行能力の回復には、時間のずれがあることが示唆されていた。これに対して、本研究では、臨床的症状と労働生産性の回復にはズレが見られたが、労働生産性においては、復職後1年間でabsenteeismとpresenteeismの双方に有意な改善が見られた。

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

1. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML: The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005, 47:547-557.
2. Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, Ono Y, Furukawa TA, Tsuchiya M, Tajima M, Kashima H, Nakane Y, Nakamura Y, et al: Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65:442-450.
3. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D: Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama* 2003, 289:3135-3144.
4. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P: The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* 2003, 45:156-174.
5. Kessler RC, Ames M, Hymel PA, Loeppke R, McKenas DK, Richling DE, Stang PE, Ustun TB: Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *J Occup Environ Med* 2004, 46:S23-37.
6. Radloff LS: The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1:385-401.
7. Shabani A, Koohi-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N: The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Archives of Iranian medicine* 2009, 12:41-47.
8. Group E: EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, 16:199-208.
9. 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. *精神医学* 1999, 41:711-717.
10. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers

WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner
D: Job performance deficits due to
depression. *Am J Psychiatry* 2006,
163:1569-1576.

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

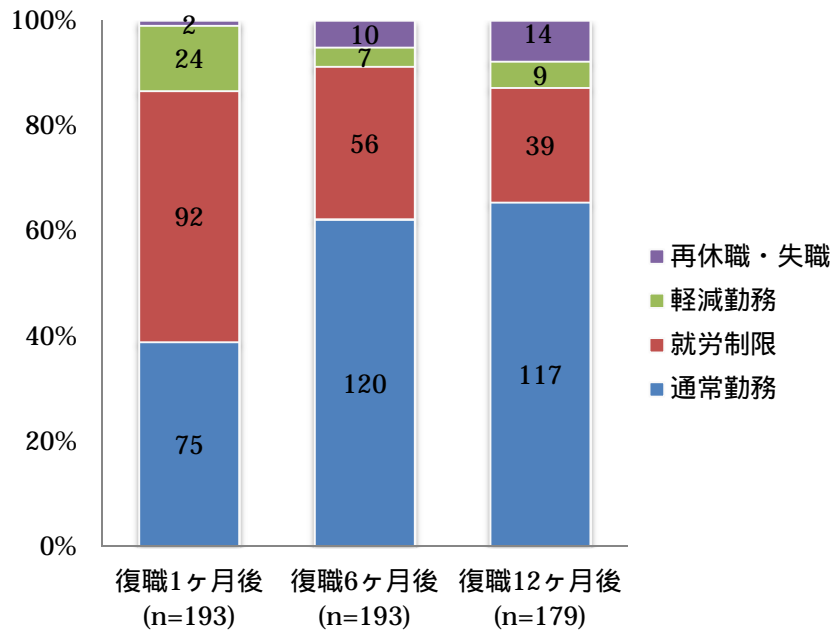


図1 復職後の
就業状況

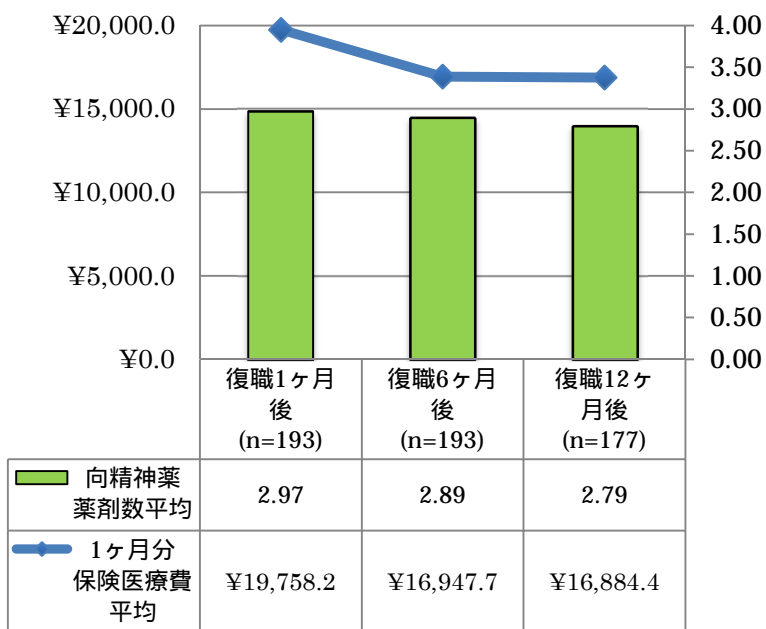


図2 復職後の通院

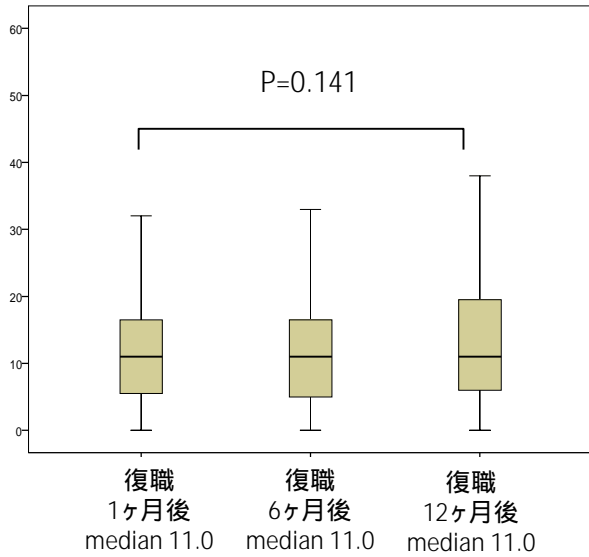


図3 CES-D 復職後の経時的推移

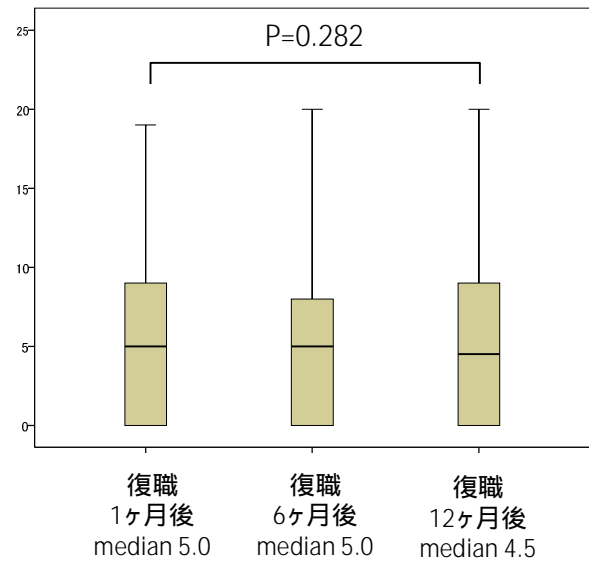


図4 BSDS 復職後の経時的推移

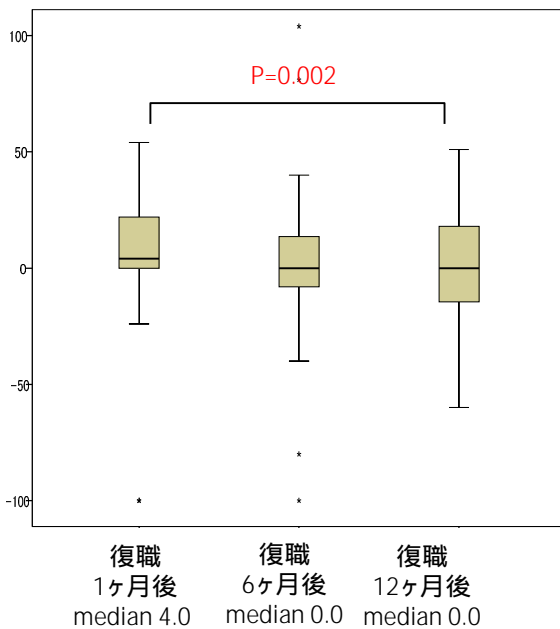


図5 absenteeism 復職後の経時的推移

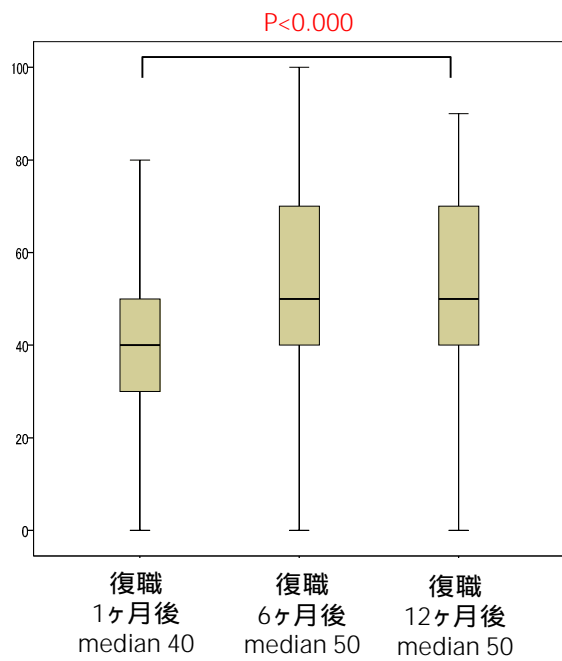


図6 presenteeism 復職後の経時的推移

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

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)。本研究では、リワークマニュアルを実用可能なものにするために、改訂するための会議を行い、最新版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。マニュアル使用で抑うつ症状の改善が期待される。

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

リワークマニュアルの改訂

リワークマニュアルを実戦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。

【評価】

評価項目および評価実施時期

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

SASS : Social Adaptation self-evaluation scale

HAM-D : Hamilton depression rating scale

BDI-II : Beck depression index-II

PDDS: Perceived Discrimination Devaluation Scale

有効性の評価

(1) 主要アウトカム

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

介入開始から復職までの期間

復職後の就労継続

(2) 副次的アウトカム

介入開始から 3 ヶ月/6 ヶ月後までの精神症状の変化

統計解析 (主要アウトカム)

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

介入群と対照群の休職開始から復職までの期間を比較

介入群と対照群における復職後の就労継続期間を生存分析で比較する

本研究は、産業医科大学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。

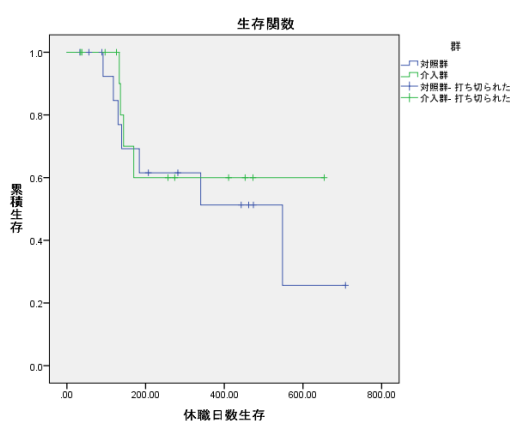
(2) 介入開始前の評価

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



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カ月後/6ヶ月後の社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化に有意な差は認めなかった。また介入群と対照群の総休職期間にも有意差が見られなかった。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。

E. 結論

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。

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

平成 26～28 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[精神障害分野])
分担研究報告書

リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究

分担研究者：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

研究協力者：有馬秀晃（品川駅前メンタルクリニック）

飯島優子（メディカルケア虎ノ門）

蔵屋鉄平（品川駅前メンタルクリニック）

仙頭彩奈（心の風クリニック）

林俊秀（メディカルケア虎ノ門、うつ病リワーク研究会）

研究要旨：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、一定の条件を満たす者をリストアップし実際の研修会に講師候補
として参加した。スタッフ認定制度として認定スタッフと専門スタッフの2段階を設定
し、リワークプログラムに対する理解度と実務経験をもとに区分するようにした。さら
にスタッフ認定制度と連動したリワーク施設における実地研修や研修手帳による管理に
ついて具体的に検討した。

A. 研究目的

研究の目的

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は、

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、な
どを行った。

B. 研究方法

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

C. 研究結果の概要

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。研修内容を基に執筆を分担して担当し、以下のように体裁を統一した。

【体裁】

- ・「ですます調」
- ・タイトルは、研修の「テーマ」のみ記載する
- ・参考文献はテーマごとに掲載しない
- ・参考文献は「リワークプログラムのはじめ方」などの書籍を挙げるのみとする
- ・最後のページに、奥付をつける
- ・図表に関しては、（スライド○）というように、当日の配布資料のスライド番号を指定するような表記に統一する

研修ではテキストを配布。講義を聴くときにはスライドとテキストを見てもらい、後日復習する際にテキストを利用するという位置づけとする。
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。

認定スタッフ：次の要件____のみを満たす者を、『うつ病リワーク研究会認定スタッ

フ(略称：リワーク認定スタッフ)』として認定

研修会(基礎および専門)を受講し、専門コース受講時に渡される修了証を取得している

常勤または週4日以上のリワーク勤務経験が通算1年以上ある

専門スタッフ：次の要件____を全て満たす者を、『うつ病リワーク研究会専門スタッフ(略称：リワーク専門スタッフ)』として認定し、研修会の講師担当および実地研修の指導員の資格を兼ねることとする

実地研修済みであること

レポート提出

および____の総合評価で審査に合格している

常勤または週4日以上のリワーク勤務経験が通算3年以上ある

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。

【研修手帳の仕様】

- ・カバー付、ポケットサイズ（できるだけ携帯性の高いもの）

- ・カバーには、カードサイズの認定証を入れることができるようなポケットを付ける

- ・研修種別、研修を受講した日付、受講証明印の欄を作成

- ・実地研修のページでは、標準化リワークプログラムの各項目にあたるプログラムの受講証明印の押印欄、実地研修の受講時間を記載する欄を設ける

D. 考察

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

- ・レポート審査の際に、レポートと一緒に研修手帳をうつ病リワーク研究会事務局宛に郵送してもらい、レポート審査の可否について記載。審査を通った方は、認定証（カードサイズ）とともに手帳を返送

実地研修の運用方法について検討した。特に、受入れ施設への依頼方法、必要書類、研究会事務局から受け入れ施設に支払う報酬、書類の流れなど、実地研修の受け入れ時期に必要な事項について検討し、実地研修の運用方法、受入れ手順については、フローを作成することとなった。受入れ時の書類、受入れ施設の報酬に関しては、医療専門職の実習受入れの実例を参考にすることとした。

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。

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会報告 なし

E. 結論

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。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 研究により得られた成果の今後の活用・提供：研修用テキスト（基礎コース、専門コース）を作成した。今後の研修会で配布する予定。

I. 引用文献 なし

平成 26～28 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[精神障害分野]）
分担研究報告書

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

分担研究者：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

研究協力者：横山太範（さっぽろ駅前クリニック）

福島南（メディカルケア虎ノ門）

片桐陽子（京都駅前メンタルクリニック）

前田佐織（不知火病院）

岡崎渉（NTT東日本関東病院）

高橋望（メディカルケア虎ノ門）

研究要旨：

全国の医療機関で様々なリワークプログラムが行われている。平成 22、23 年度の厚生労働科学研究でリワークプログラムの標準化をテーマに研究し、5 つのカテゴリーに分けた標準化リワークプログラムを作成した。うつ病リワーク研究会では所属する全国の医療機関で基礎調査を実施しているが、プログラムに関する調査項目も含まれている。その結果、各施設は様々な工夫を行い、年々その内容が変化していることが判明している。そこで本研究では、初年度には独自に行っている工夫について、その内容を 1.性別、2.年代、3.利用時期、4.疾患、5.職業、6.就労状況、7.生活状況、8.業務内容、9.その他の 9 項目に分類し、うつ病リワーク研究会会員施設に対し各施設で独自の取り組みと考えるプログラムに関するアンケート調査を実施し、その結果を取りまとめた。2 年度目には、初年度の結果を踏まえ、モデルプログラムとなりうるプログラムを実施しているリワーク施設への実地調査を行った。調査受け入れ可能施設が限られており、実地調査は 6 件に留まったが、これに、ワーキングチームメンバーが勤務する 3 施設を加えて、各施設で独自に実施されているプログラムについて、対象の焦点化の理由と方法、プログラム内容と構成、施設背景における必然性を説明する要素、アウトカムなどに関して調査を行った。その結果、独自に工夫されたプログラムが誕生した背景などを知ることができた。一方、経済面、人材面、研究面、医療面でリワークプログラムの基礎的な部分が疎かにされていることが現地に赴いて実際に調査することにより明らかになった。最終年度となった本年度は本研究で明らかになった問題点に焦点を当て、本質的な部分でリワークプログラムを安定して続けていくために必要な標準の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。

A. 研究目的

全国の医療機関で医療リワークプログラムが広く行われるようになり、それぞれの実施医療機関が地域の実情や参加者の構成などにより工夫をこらしながら実践を続けている。初年度は独自に行っている工夫について、その内容を1.性別、2.年代、3.利用時期、4.疾患、5.職業、6.就労状況、7.生活状況、8.業務内容、9.その他の9項目に分類し、うつ病リワーク研究会会員施設に対しアンケート調査を実施した。2年度目は、初年度の結果を踏まえ、モデルプログラムとなりうるプログラムを実施しているリワーク施設への実地調査を行った。その結果、独自に工夫されたプログラムが誕生した背景などを知ることができたが、一方、調査担当者の所感として多く問題点も明らかになった。以下、前年度の研究から引用する。

経済面:集患に苦勞したり、設備に多大な費用を投じなければならないなど、独自プログラムの運営には経営的な苦勞を伴う。非常に狭いスペースの中でプログラムを実施している施設もあり、経済面の裏付けが必要と思われた。

人材面:院長など医師の主導で開始されたプログラムが多く、いずれも熱意と先進性を感じさせるプログラムだった。しかし、医師が深く関わることは実際には困難で、現実には非常勤スタッフがプログラムの中核を担っている施設が多く、引き継ぎも十分に行われておらず、統合的な運営ができていないのではないかと感じた。さらに問題なのは、調査させてもらった施設のスタッフがそのような状況を疑問に思っていなかったというところである。常勤が全くいないという施設もあり、上記の経済的な問題と同時に人材育成も喫緊の課題であると分かった。

研究面:さまざまなプログラムは各々に魅力的であるが、エビデンスとなるようなデータを収集している施設はほとんどなかった。人材不足の中、データを取る余裕がないことも予想されるが、研究方法自体を十分に理解していない可能性も考えられる。うつ病リワーク研究会などのバックアップが期待される。

医療面:本研究を通じて最も深刻な事態は、プログラム利用者の復職準備性の評価や、再休職予防などのリワークの本質とも思われることが軽視されていることであった。医療リワークにあるべき枠組みの存在や、心理教育・疾病教育、職場との連携、各種の評価、効果の測定などが必要であるにもかかわらず、ほとんどなされていない施設もあった。再休職が予想される場合の積極的な介入などもなく、突然復帰すると言ったら復帰させてしまっている施設もあった。基本的な医療リワークの枠組みが全くできていない施設もあり、独自のプログラムをやる前に基本的な枠組みの見直しが必要なのではないかと思われた。

これまでリワークプログラムに関する書籍は多数出版されてきたが、理念や仕組みを語る事が中心で、どのように解釈し、医療としてどのように実践するかは各々の施設にゆだねられていた。そのため解釈の違いによる実践内容の差は大きくなるばかりで、前述のような問題を生じさせたと考えられた。

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

B. 研究方法

あいまいな解釈の入る余地をできる限り減らした厳密な標準的中核プログラムに関する実施方法と施設基準に関するガイドラインを定めることを目指して、以下のような方法で研究を行った。

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する。

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メンバーによるブレインストーミングを中心に自由な意見の交換を行い、担当者による起案および副担当者による推敲を経て、最終的に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。なお、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

C. 研究結果

1 ワーキングチームの設置

5施設から協力を得て6名の職員で構成された。リワークプログラムの経験年数は平均11.5年で、事務局担当者を除く5施設5名は全員が10年以上のリワークプログラムの経験を有し、その平均値は12.8年であった。職種は精神科医、看護師、作業療法士、臨床心理士であった。

2 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。目次及び本文を以下に示す。

目次

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) 利用者を受け入れる基準
- (2) 利用者を受け入れる手順
- (3) 休務以外の利用者を受け入れる場合の基準

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

本文

第 領域 構造

1 施設概要

(1) 開所(プログラム提供)日数

評価の視点：週4日以上プログラムを提供しているか。または、4日未満の場合、それを補うシステムを構築しているか。

評価の要素

精神科デイケア(あるいは精神科ショートケア)として週4日以上リワークプログラムとしてのプログラムを提供している。

週4日に満たない場合、それを補う治療(精神科作業療法や通院集団精神療法等)をリワークプログラムの一環として提供している。

[解説]

リワークプログラムは職場復帰を目指すリハビリテーションであることから、勤務に準じた日数でプログラムを提供する必要がある。1日6時間（デイケア）以上のプログラムを週4日以上提供していることが望ましいが、それに満たない場合はそれを補うと判断されるプログラムを提供している必要がある。

（2）職場を想定した環境や雰囲気を提供

評価の視点：職場を想定した環境や雰囲気を提供できているか。

評価の要素：

人数分の机・椅子、十分な数のパソコン等のOA備品が準備されている。

個別作業やミーティングなどを行う十分な作業スペースが確保されている。

職場にはそぐわない設備に重点が置かれていない。

[解説]

リワークプログラムは職場復帰を目指すリハビリテーションであることから、その日参加したすべての人が個別作業（パソコン作業や読書等）を行える机や椅子が準備されており、多くの職場で求められるパソコン作業が行えるOA備品が準備されている必要がある。加えて個別作業やミーティングを行えるスペースも十分に確保されていることが重要である。また、例えば不釣り合いに大きなキッチンや数多くの運動器具など、職場にはそぐわない設備に重点が置かれていないことも評価のポイントとなる。

（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。

評価の視点：リワークプログラムの空間・時間・参加者・プログラム内容等が、その他のプログラムから独立しているか。

評価の要素：

リワークプログラムとその他のプログラム（例えば統合失調症対象の就労支援を目的としたデイケア等）の利用者が、同じ時間に同じ空間を利用していない。

リワークプログラムとその他のプログラムの利用者が、例外的に同じ活動に参加する場合、その割合は総プログラム数の20%以下となっている。

[解説]

リワークプログラムを行っている医療機関が、その他のリハビリテーションプログラム、例えば統合失調症患者の就労支援を目的としたデイケアや、慢性の精神疾患患者のための居場所型デイケアなども提供している場合、リワークプログラムの利用者とその他のプログラムの利用者が、同じ時間に同じ空間を利用している場合は、この要件を満たさない。ただし、例外的に同じ活動に参加することは認められるが（例えば、スポーツプログラムのみ合同で行うなど）、その割合は総プログラム数の20%以下となっていることが求められる。

2 導入

（1）利用者を受け入れる基準

評価の視点：受け入れの基準を設けているか

評価の要素

プログラムをこなせる回復状態にあるかを評価している

対象疾患を定めている

F 3、F 4 以外の疾患を受け入れる場合、その比率の上限を設けている

[解説]

体調の回復が十分でない状態でプログラムへの導入を図ると、病状の悪化を招き、中断や脱落する可能性が高くなるため、プログラムの参加に耐えうる状態がどうかを見極めることが重要である。病状や睡眠覚醒リズム、日常的な活動性などについて評価していることが求められる。

また、集団の凝集性や心理教育の効果などを考えた場合、利用者の疾患が同一であることが望ましい。それが難しい場合は、F 3、F 4 以外の疾患の比率の条件を設けることで、集団の凝集性が弱まらないように配慮していることが求められる。。

(2) 利用者を受け取る手順

評価の視点：受け入れの手順を設けているか

評価の要素

導入の可否を主治医（他院主治医の場合はリワーク担当医）が行っている

利用規則や中断規定の説明を行い、同意書を取っている

個別計画を立てている

プログラムを受け入れない場合、その基準や、その後のフォローの手順が定められている

[解説]

リワークプログラムは集団療法であるため、治療の枠組みが重要であり、構造化を図ることが大切である。もしそれらが不十分な場合、漫然とした治療に陥りかねず、治療の意味合いが薄れるであろう。また治療の枠組みを設定することで、場における公正性を保つことができ、利用者に安心感を与えることができる。スタッフにとっても、安定したプログラム運営を図りやすくなる。

(3) 休務以外の利用者を受け取る場合の基準

評価の視点：休務以外の利用者を受け入れ場合、受け入れ基準を設けているか

評価の要素

休務以外の利用者の受け入れ比率の上限を設定している

休務以外の利用者の参加期間の期限を設けている

休務以外の利用者のプログラムが利用期間の満了期間を迎えた際のフォローの手順が決められている

[解説]

休務中の利用者は、休務満了期限が定められているため、一定の期間内にプログラムを修了するのに対し、休務以外の利用者は、そのような期限が設けられていないため、参加期間が長期化する傾向がある。徒に参加期間が長引けば、治療の意味合いは薄れ、居場所という性質になりかねない。また他の利用者のモチベーションに影響を及ぼす可能性もある。集団の凝集性を考えても、休務以外の利用者の参加の基準を設けることが望ましい。

休務以外の利用者を受け入れる場合は、利用期間が満了しても就職が決まっていない場合もある。そうした場合のフォローの手順も決めておく必要がある。

3 プログラム

(1) コアプログラムの実施形態

評価の視点:コアプログラムが、リワークプログラムとしてふさわしい実施形態、時間で行われているか。

評価の要素

個人、特定、教育、集団の4種類のコアプログラムを実施している。

個人プログラムの割合は50%以下となっている。

その他のプログラム(料理、スポーツ、陶芸、手芸など)は20%以下となっている。

90分間以上連続して行われるプログラム(短時間の休憩を含む)を1日に2つ以上実施している(デイケアまたはデイナイトケアの場合)。

[解説]

コアプログラムは、職場場面を再現するような様々なプログラムを利用者に提供し、ある程度継続的に身体的・心理的負荷が加わる中で、良好な体調を維持しながら業務が遂行できるのかを評価したり、対処法を学んだりするために行う。特に対人関係でのストレスで体調不良に陥っていることが多いので、集団プログラムの比率を高くする。レクリエーションの要素が強いプログラムなどは必要以上設けない。

(2) 8つの目的の達成

評価の視点:リワークプログラムが備えるべき8つの目的(症状自己理解、コミュニケーション、自己洞察、集中力、モチベーション、リラクゼーション、基礎体力、感情表現)について、すべてカバーできているか。

評価の要素

8つの目的についてすべてカバーできている。

内容に偏りは無い。

達成すべき目的は、段階に応じて適切に設定されている。

達成すべき目的はスタッフ・利用者ともに明確である。

定期的に内容を見直している。

[解説]

リワークは最終的には利用者を勤務可能なレベルまで回復させ、再休職せずに就労を継続できるようにする取り組みである。そのためコアプログラムを中心に何か一つの目的に偏るのではなく少なくともうつ病リワーク研究会が提起する8つの目的がバランス良く達成できるようにすることが必要である。同時にすべての目的を達成するのは参加者の負担増加に繋がりがねないので、各施設で協議し、初期、中期、後期などに分けて段階的に負荷をかけるような設定がされることや定期的にこれまでの活動を振り返り内容を見直すことが望ましい。

(3) 回復段階に応じたプログラム

評価の視点:利用開始から復帰後の再休職予防まで回復段階に応じたプログラムを用意しているか。

評価の要素

回復段階は3段階以上に区分されている。

利用者にわかりやすいように回復段階を示して、プログラムを提供している。

[解説]

少なくとも初期・中期・後期などに分けて各段階の目標を明確する。例えば初期には回復過程についての心理教育を実施し、状態に応じたプログラムの利用方法について説明を実施する。また、回復段階が明確に把握しやすいように、数値化された評価指標などを用いて評価することが望ましい。なお、プログラムを軸に治療が進められるが、一元的な治療とならないよう、医療者の考える回復と、利用者自身が思い描く回復のイメージの刷り合わせを、定期的に行える支援体制が築かれていることも重要である。

(4) 個人プログラム

評価の視点:個人の課題・状態をスタッフが把握し、利用者がその時間を活用できるように関わっているか。

評価の要素

利用者の課題・作業内容をスタッフが把握している。

利用者のフィジカル・メンタル状態をスタッフが常時観察している。

利用者の課題・状態を利用者自身が理解できるような働きかけをしている。

観察された内容はスタッフ間で共有されている。

[解説]

職場場面を想定した個人作業の様子を観察できる時間として、個人プログラムは重要である。個人プログラムでは、主に「眠気」、「集中の持続力」、「作業遂行能力」、「作業の時間配分」などを観察し、個人の課題・状態を把握する。作業内容は、スタッフ側が用意した統一作業と、メンバー自身が必要と考える個別設定の作業がある。統一作業は、相対的な評価が可能となり、スタッフ間でも回復の度も共有しやすい。また、個別設定の作業は、復職に向けて必要としている考えが作業に反映されやすく、選択した作業の内容も観察のポイントとなる。

(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。

評価の視点:個人の支援として汎用化されている特定の心理プログラムであっても、集団を対象として工夫して行っているか。

評価の要素

特定の心理プログラムの知識は十分にある。

集団精神療法の知識は十分にある。

利用者ごとの理解力にあわせて提供できている。

利用者ごとの理解度を評価している。

[解説]

上記に記載のある各種心理療法やプログラムは構造が明確になっている。従って、まずは構造や目的、有用性などを理解する必要がある。実施前には各地で行われている研修会などへの参加や自己学習を重ね、可能であれば支援者自身が各種心理療法を一度体験し、その有用性を理解しておくことが重要である。また、各種質問紙やアンケートなどを行い、参加者の理解度や効果を確認し、参加者の特性や理解度に合わせて実践することも重要である。

(6) 教育プログラム

評価の視点: 疾病理解、服薬や生活リズムの重要性、復職までの過程などの心理教育を早期から行っているか。

評価の要素

疾病理解、服薬や生活リズムの重要性、復職までの過程など必要な内容が網羅されている。

適切な段階でふさわしい内容が提供されている。

講義のみではなく、ディスカッションの時間は確保されている。

[解説]

利用者の中には、自分の状態が「怠け」や「性格的なもの」と捉え治療が必要と思っていない者もいる。疾病理解や治療についての正しい知識は、復職に向けたトレーニングの導入をスムーズにし、モチベーションを高める。特に、タイムリミテッドな復職支援では、利用者の主体性を高めることが重要だが、集団で実施する事が多い心理教育は、互いに悩みや目標を共有し、治療効果や動機付けを高められる。

(7) 集団プログラム

評価の視点: メンバーが復帰していく職場場면을想起し得る様な集団活動が行われているか。

評価の要素

職場場面と類似した内容となっている。

職場場面と類似した人間関係が再現されるような工夫がされている。

職場場面と類似した評価が利用者に伝わるようになっている。

集団プログラムを行うのにふさわしい人数の利用者(おおむね6名以上)で行われている。

[解説]

職場での対人関係を背景として疾病が発生したことを考えれば、上司や部下、同僚といった縦や横の役割関係を中心とする職場場면을想定したプログラムの実施が重要である。その際には職場内での対人葛藤や不適応な対人パターンが再現されるような工夫が必要である(協働作業課題や集団討議など)。また、スタッフは利用者に対して都度適切なフィードバックを行う中で気付きを促し、対人パターンを修正、新たな社会適応技術が獲得できるよう励ますことが重要である。あまりにも少人数では集団の効果は発揮されないことがある。

(8) 発症要因分析・対処法

評価の視点: 再休職予防のために重要な発症要因の分析と具体的な対処法の検討がなされるような支援を行っているか。

評価の要素

環境要因・個人要因など、発症当時の状況を客観的に理解できるような支援を行っている。
過度に自責的にならずに、自己の問題点に目を向けられるような支援を行っている。
問題点を自己に関連付けて、自身ができる工夫について検討できるような支援を行っている。
案出された工夫は具体的かつ現実的なものなのかを利用者と評価・共有できている。

[解説]

リワークプログラム利用の初期段階において、発症要因を十分振り返ることが出来るプログラムを設定することが重要である。発症要因の分析では、環境要因・個人要因などをバランス良く振り返ることが必要である。状態や段階に合わせ、個人・集団と適切な支援方法を用いることが、治療効果をより上げるだろう。また、スタッフだけではなく医師も含め、多職種で評価・共有するだけでなく、利用者本人とも評価・共有することによって、客観的かつ具体的な内容になるだろう。

第 領域 スタッフ

1 スタッフ配置と医師の関わり

(1) スタッフ配置

評価の視点：リワークプログラムを適切かつ安全に実施するためにスタッフを配置しているか
評価の要素

スタッフが多職種で構成されている

リワークプログラムに専従するスタッフが1名以上配置されている。

リワークプログラムを熟知しており、その運営に精通したスタッフが配置されている。

プログラムの全体像を把握し、運営を図る責任者を置いている。

[解説]

質の高いリワークプログラムを適切に提供するためには、スタッフが、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士などの多職種から構成されおり、それぞれの専門性を活かし、協働する体制が必要である。

管理・責任体制が確立されるためには、うつ病リワーク研究会主催の研修を受講し、認定されたリワークプログラムに専従するスタッフが1名以上配置されており、かつ、その責任者は、週4日以上勤務しているスタッフであることが望ましい。さらに、プログラムの運営に長けているスタッフがいるとよいであろう。

(2) 医師の関わり

評価の視点：医師がリワークに積極的にかかわっているか

評価の要素

うつ病リワーク研究会から認定された医師が1名以上配置されている。

産業医の資格を有している。

カンファレンスなど参加し情報を共有している。

プログラム内容等を熟知している。

[解説]

リワークチームにおいて、医師は適切なリーダーシップを発揮してチームをまとめる役が期待されている。リワークを担当する医師は、うつ病リワーク研究会主催の研修会を受講し、認定された資格があることが望ましく、さらに産業医の資格を有していることが望ましい。

主治医とコメディカルスタッフの連携や情報の共有を図るため、多職種で行うカンファレンスへの主治医の参加は重要である。リハ評価や症状の変化に応じた対応、目標の再設定などを、チームで検討し実施されていれば適切であるが、リワークプログラムを熟知した医師が、それらへの関与があれば高く評価したい。

2 教育・研修

(1) 職員への教育

評価の視点：職員に十分な教育や研修の機会を与えているか

評価の要素

職員にカンファレンスやスーパーバイズなどの教育の機会を与えている

職員にうつ病リワーク研究会をはじめとする関連学会に参加する機会を与えている

職員にプログラムの運営に必要な事項を教育する時間を設けている

[解説]

リワーク施設の質の維持・向上のためには、スタッフの教育は欠かせない。入職時から、定期的かつ継続的に学習や研修を受ける機会を持てる環境があり、そのような場を提供することが必要である。 については、施設側が業務としての参加を認め、参加費用等を負担していることを意味している。

(2) うつ病リワーク研究会の発展への寄与や貢献

評価の視点：うつ病リワーク研究会の発展のための活動や取り組みを行っているか

評価の要素

職員がうつ病リワーク研究会や学会を通し、自施設の取り組みを外部に伝える機会を設けている

見学や実習を受け入れ、リワークへの理解を深めてもらい、その普及に努めている

うつ病リワーク研究会の調査研究に協力している

依頼があった場合、研修会の講師、うつ病リワーク研究会や学会でシンポジストや座長を引き受けている

[解説]

プログラムの運営や内容が独善的なものにならないためには、自施設が行っていることと、他施設で行っていることとを照らし合わせ、適切な運営が行われているか、また適切なプログラムの内容や構成であるかを検証し、確認することが求められる。

また、うつ病リワーク研究会が発展するためには、各施設が情報を提供し合い、プログラムに活かす取り組みが必要である。他施設の取り組みを取り入れることで、よりよい自施設のプログラ

ムの提供が可能になる。

第 領域 運営

1 出欠席管理

(1) 参加日数

評価の視点：病状の回復度合いや復職準備性を確認して、参加日数を調整する工夫がなされているか。

評価の要素：

睡眠覚醒リズムが整っているか、参加意欲があるかなど、参加時点での患者の状態がリワーク導入に適切かを把握している。

参加日数を調整際に確認すべき内容や基準、ルールが決められている。

それらの内容や基準、ルールについて、利用者にあらかじめ説明がなされている。

[解説]

リワークはリハビリテーションである以上、睡眠覚醒リズムの改善やプログラム参加に対する意欲があるかなど、利用者が一定の条件をクリアしていることが参加の条件となる。また、事前に利用者にステップアップに関するルールを開示しておくこともトラブルを防ぐためにも必要である。いずれにせよ、利用者の病状をしっかりと把握しておくことが欠かせない。

(2) 欠席、遅刻、早退

評価の視点：居場所機能ではなく復職するためのリハビリであることを理解し、そのために利用者の欠席や遅刻、早退等の理由を具体的に把握する必要性を理解しているか。

評価の要素

欠席や遅刻についての連絡方法がルールとして決まっている。

欠席や遅刻の理由をスタッフは具体的に把握している。

早退の場合、正当な理由があるか、もしくは適切かをスタッフが判断できている。

[解説]

従来型の精神科デイケアとは目的が異なり、リワークは復職のための訓練の場でもある。まずはその点を十分に理解する必要がある。つまり、リワークは治療の場であるだけでなく、模擬職場的な場所でもあるため、職場に準じたルールが求められる。欠席や遅刻、早退の理由をスタッフは詳しく把握し、復職した際にも通用するような正当な理由と考えられるかを判断して対応することが求められる。

(3) プログラムへの不参加

評価の視点：リワークでは業務に準じ、指示されたすべてのプログラムに参加することが重要視されていることを理解し、プログラムに不参加の場合はその理由を把握できているか。

評価の要素

プログラム不参加の理由を具体的に把握している。

プログラム不参加の理由に正当性が認められない場合、プログラムへの参加を促している。

プログラム不参加の理由が利用者の問題や課題と関連している場合、利用者がその点について検討し得るような対応や支援をおこなっている。

[解説]

リワークは復職のための訓練の場でもあるため、自主性を重んじると同時に職場同様ある程度プログラムへの参加を課すことがある。自分の気分や興味に応じて業務を選択できないことと同じように、利用者は与えられたプログラムに参加することがルールとなる。にもかかわらず、プログラムへ不参加となる場合には、スタッフは容易に認めるのではなく、不参加の理由を具体的に把握しその理由が妥当かを判断してその後の対応につなげることが求められる。

(4) 中断

評価の視点：個人に最適な治療を提供し、かつ、集団プログラムとしての構造、規律を維持するために、プログラム利用の中断に関する制度を設けているか。

評価の要素

中断の基準を設定している。

中断の基準には、本人の病状に関する内容及び集団内での行動に関する内容が含まれている。

中断の基準をプログラム開始前に本人に説明し、同意を得ている。

[解説]

リワークプログラムは「居場所」ではなく「治療」「リハビリテーション」なので、当然ながら、利用者の状態に応じた治療が必要である。プログラムへの継続参加が治療として妥当か否か、の判断基準、すなわち利用中断の基準を定めていることが求められる。また、集団で実施するプログラムであるので、他利用者の治療に大きく悪影響を与えたり、集団の力動に悪影響を与えるような言動があった場合にも定めた基準にもとづき、利用を中断することが必要である。

2 評価

(1) 復職準備性に関する評価項目

評価の視点：病状の回復度合いや復職準備性を多角的かつ適切に評価するために必要な項目が設定されているか。

評価の要素

復職準備性について評価する項目とプログラムの内容に関連性がある。

業種や職種にかかわらず、職場で必要とされる要素を不足なく含んだ項目となっている。

うつ病リワーク研究会で作成した復職準備性評価シートを基に評価項目を設定している。

[解説]

リワークは精神科デイケアというリハビリテーションである以上、病状や気分、集中力や職務遂行機能などの回復度合いを定期的に評価することが必要とされている。リワークにおける評価で重要なのは、業務や職種にかかわらず職場で必要とされる要素を評価項目に設定していることである。また、実際にそれらが実施しているプログラム中の利用者の観察から得られる情報と関連している必要もある。

(2) 評価のタイミングと頻度

評価の視点：利用者の状態を把握し、復職準備性を確認するために定期的に評価をおこなっているか。

評価の要素

スタッフだけでなく医師も回復段階に応じて復職準備性の評価に加わっている。

評価は定期的または特定のタイミングでおこなっている。

回復段階に応じた評価基準をもとに評価をおこなっている。

[解説]

前述の通り、リハビリテーションには定期的又は特定のタイミングで評価をすることが義務付けられている。このタイミングとは、具体的にはリワーク導入時やステップアップの段階、リワーク終了を判断する時期などである。こうした評価に関しては、スタッフ任せにせず、医師も評価に加わることは非常に重要である。評価のための客観的な評価基準を設定していることが望ましい。

(3) 評価のための会議やトレーニング

評価の視点：できるだけ客観的な評価をするために会議などをおこなっているか。

評価の要素

スタッフだけでなく医師も評価に関する会議に加わっている。

複数のスタッフの観察をもとに評価をおこなっている。

スタッフは復職準備性を適切に評価するためのトレーニングを受けている。

[解説]

評価の信頼性を考える際、評価をおこなうスタッフはトレーニングを受け、客観的な視点で評価ができるよう努めなくてはならない。リワークおよび評価に関する経験の少ないスタッフに関しては、経験豊富なスタッフとペアを組むなどして複数で評価に当たると良いだろう。また、前述にもあるように、医師は評価をスタッフ任せにせず、評価に関する会議などに参加し自らも評価をおこなうことが求められる。

(4) 主治医との情報共有

評価の視点：リワークは治療の一環であるので、スタッフは参加者の状態について定期的な連携だけでなく、トラブル時などにも臨機応変に医師と情報共有ができていないか。

評価の要素

週1回から2週間に1回程度の頻度で参加者の状態をスタッフは医師に報告している。

参加者の急な心身の不調時やトラブルの際に、スタッフと医師の間で情報共有している。

医師からも診察時の様子や変調などに関し、スタッフに情報共有している。

[解説]

リワークは治療の一環であり、チーム医療でおこなうものである。つまり、医師は診察のみ、スタッフはリワークのみとそれぞれが分断するのではなく、双方で連携し合いながら治療を進めていくことで効果的となる。この場合の連携とは、利用者の病状悪化などのトラブル時は勿論であ

るが、そうしたケース以外でも定期的（週1回から2週間に1回程度）に連携し、利用者の情報共有をおこなうことが欠かせない。

（5）評価のフィードバック

評価の視点；定期的に評価をおこなうことを事前に利用者に説明し、その評価についてフィードバックをし、利用者の課題への気づきや対処法の検討を支援しているか。

評価の要素

評価の内容について、スタッフは利用者に具体的に説明している。

スタッフは評価の内容から把握できる利用者の課題や問題点について、利用者自身が理解し対処できるように支援をおこなっている。

利用者自身も同様な内容の評価をおこなっている場合（自己評価）、スタッフの評価と自己評価との違いについて、利用者自身が客観的な視点が持てるよう支援している。

評価内容から利用者が導き出した課題についての対処法について、具体的かつ現実的なものかを確認し、フィードバックできている。

[解説]

どのような業種や職種においても職場で必要とされる項目で多角的に構成された評価を医師やスタッフにより定期的に実施しても、こうした評価を利用者にフィードバックしなくては何の意味もない。評価を効果的に利用するためにも、スタッフは評価から得られた利用者の課題を把握し、利用者の気づきや具体的な対処につなげる支援となるようなフィードバックをおこなわなければならない。

（6）復職可能判断

評価の視点：スタッフからの評価に基づきリワーク担当医が客観的・総合的な判断をしているか。

評価の要素

復職可能と判断する評価の基準があるか。

復職にあたって職場の状況を把握しているか。

上記二項をふまえてリワーク担当医が再休職予防を含めて、復職可能と判断をしているか。

[解説]

リワーク担当医は、診察時にみられる利用者の病状の回復や生活リズム、仕事への意欲を捉える他に日頃よりリワークプログラムで利用者を観察、介入している多職種のスタッフが復職準備性評価シートなどを基に評価した内容を踏まえ、更には職場の受け入れ体制を加味して復職に支障の少ない時期を判断することが望ましい。その際、職場が求める就労可能のレベルまで病状が改善し、再休職予防まで含めて、十分な寛解の状態に至っているかを判断する必要がある。

3 連携

（1）他医療機関との連携

評価の視点：主治医が他院の場合、リワークプログラムの導入、プログラム参加中の状態、プ

プログラム終了の判断等について医療機関間で情報共有しているか。

評価の要素

他の医療機関との連携の基準、方法を定めている。

プログラム開始にあたり、主治医の医療機関から情報提供を受けている。

プログラム参加中、2ヶ月に1回以上、主治医の医療機関へ情報提供を実施している。

プログラム終了について主治医の医療機関へ情報提供を実施している。

利用者の急な心身の不調時やトラブルの際に、医療機関間で情報共有することが可能である。

[解説]

プログラムを提供する施設の医師が主治医であることが最も望ましいが、さまざまな理由で施設外の医師が主治医となっている場合は、主治医とプログラム実施施設の間で情報共有されていることが極めて重要である。そのことにより、それぞれの医療機関が提供する治療方法の強みがより発揮されることにつながる。

(2) 職場との連携

評価の視点：利用者の職場での状態、職場内での評価等の情報を入手し、治療方針に反映しているか。また、復職可否判断及び復職後のフォローアップに活用していただけるよう、プログラム参加に関する情報を職場に提供しているか。

評価の要素

職場との連携の基準、方法を定めている。

職場との連携可否及び連携する内容について、利用者に事前説明し、利用者の意向を確認する仕組みを有している。

連携の窓口（医療機関側）を定めている。

職場側の窓口の職種(人事・労務部門、産保スタッフ、産業医等)によって提供する情報の基準を定めている。

[解説]

円滑な復職を進めるためには、医療機関として職場と連携をとることが重要である。休職に関する職場の制度（含む経済面）、休職期限等や職場での本人の状況に関する情報を入手し治療方針に反映していくことが望ましい。また、プログラムへの参加状況等利用者の状態を職場へ情報提供することで、プログラムの有用性を職場側に再認識していただくことも重要である。

(3) 就労・復職支援機関との連携

評価の視点：就労・復職支援機関が実施する職場との連携（ジョブコーチ等）に反映、活用していただけるよう、プログラム参加に関する情報を就労・復職支援機関に提供しているか。

評価の要素

就労・復職支援機関との連携の基準、方法を定めている。

就労・復職支援機関との連携可否及び連携する内容について、利用者に事前説明し利用者の意向を確認する仕組みを有している。

連携の窓口（医療機関側）を定めている。

就労・復職支援機関が職場と連携する内容に応じて、就労・復職支援機関へ提供する情報の基

準を定めている。

[解説]

障害者職業センター等の公的機関で実施されているリワーク支援には、個別性の高さ（支援プランにもとづく個別支援等） 職場との密な連携（ジョブコーチ等）といった強みがある。就労・復職支援機関と連携し、医療機関が持つ強みと組み合わせることで利用者の復職、安定就労に対する相乗効果が期待できる。

（４）家族との連携

評価の視点：治療上、重要な要素の一つである家族を支援しているか。

評価の要素

家族との連携の基準、方法を定めている。

家族との連携可否及び連携する内容について、利用者に事前説明し、利用者の意向を確認する仕組みを有している。

必要に応じて家族への情報提供及び家族からの情報入手を実施している。

必要に応じて家族と医師、スタッフとの面談の仕組みを有している。

[解説]

円滑な復職、安定した就労継続には「身体的要素」「心理的要素」「社会的要素」へのアプローチが必要である。「社会的要素」の内、利用者にとって最も重要な他者となり得るのは家族であり、家族との関係は心の健康に大きな影響を及ぼす。家族に治療チームの一員となっていただくべく、積極的な連携をとることが望ましい。

4 情報公開

（１）アウトカム

評価の視点：利用者数、修了者の割合、１年後の就労継続率、利用者の属性、利用期間などのアウトカムを、継続的に集計しているか。

評価の要素：

1日の平均利用者数

利用者総数、

修了者の割合、

修了者の１年後の就労継続率、

平均利用期間、

利用者の評価や感想

[解説]

効果的なリワークプログラムを運営するためには、定期的に出カムを集計し、それをプログラムの改善等に役立てることが求められる。

修了者の割合とは、復職などプログラムの修了規定に当てはまる人数を総利用者数で割ったものである。また、リワークプログラムは単にプログラムを修了することを目的にしているのではなく、就労継続を大きな目的としている。そのため、修了者の就労継続率を算出し、プログラムの

効果を把握することが重要である。ここでは、修了者の1年後の就労継続率を算出するものとする。

(2) 情報公開

評価の視点：プログラム内容やアウトカムなどをホームページ等に掲載し、情報公開に努めているか。

評価の要素

自施設のホームページにおいて、下に挙げる項目を掲載している。

プログラム内容、利用方法、料金、これまでの実績（開設時期、利用者総数、1日の平均利用者数）、利用者の属性（疾病、年齢、性別、業種）、利用者の評価や感想

ホームページに掲載した情報は適宜更新されている。

[解説]

リワークプログラムを利用しようとする人にとって役立つ情報を公開することが求められる。すなわち、利用方法や料金などのシステムや、受けられる支援やプログラムの内容、これまでの実績、どのような人が利用しているかという利用者の属性、これまで利用した人のプログラムや施設に対する評価や感想など、こうした情報を外部に公開しているかが評価のポイントとなる。

なお、パンフレットなどホームページ以外で情報公開をしても、自施設のホームページを持たない場合は、この要件を満たさないものとする。

上記以外の安全に関する基準や個人情報保護に関する基準などは「病院機能評価 機能種別版評価項目 精神科病院(公益財団法人日本医療機能評価機構、2014年9月30日版)」を参照のこと。

D. 考察

1 ワーキングチームの設置について

前年度の研究から、リワークプログラム実施医療機関と標榜していても内容に大きなばらつきがあり、「多様化」と呼ぶにはあまりにも無秩序・無計画な運営も行われているという実態が浮き彫りになった。それらの問題に対応するためのガイドラインを作成するのであれば、当然のことながら、リワークプログラム全体を熟知し、経験が豊富で、地域性や職種については多様性・中立性が担保されたメンバーで構成される必要があった。

今回のワーキングチームのメンバーは、事務局担当者である1名を除き、全員が10年以上のリワークプログラム実施経験を有し、今年10周年を迎えたうつ病リワーク研究会が設立される以前から地域で地道にリワークプログラムの提供を続け、うつ病リワーク研究会設立にも参画し、プログラムの普及啓発はもちろんのこと研究・開発にも貢献し続けてきた5施設からメンバーを得ることができた。地域的には、北海道1名、東京都3名(事務局担当者を含む)、京都府1名、福岡県1名となった。職種としては、精神科医、看護師、作業療法士、臨床心理士からなり、主要な職種の中で、精神保健福祉士が欠けたことから、福祉的視点や連携に関する情報収集などに問題点がなかったわけではないが、各施設での同僚の協力などを得て、十分に補えたのではないかと考えている。

ガイドラインは1度作られれば不変のものというわけではないので、いずれ改訂版が作成される際にはワーキングチームや委員会などが作られさらに公平・公正なガイドライン作成が期待されるわけであるが、今回のワーキングチームの構成などから検討すると、職種的には、精神科医、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士などの臨床系の職種のみではなく、産業医や産業カウンセラー、人事労務担当者などのユーザー側の視点や、医療機関の責任者である理事長や院長などの経営的な視点も必要なのではないかと思われた。また、今回のワーキングチームは保守的なガイドラインになってしまった可能性も否めない。行き過ぎた「多様化」に対する危機感からガイドライン作成に至ったという経緯を考えるとやむを得ない部分もあるが、フレッシュなアイデアを取り入れることも必要なのではないかと思われる。地域的には、東北地方や中国四国地方でリワークプログラムを提供している医療機関の協力を得ることができず、地域的な偏りが全くなかったかと言われれば、否定することは難しい。ワーキングチームメンバーの増員などは予算的な問題もあると思われるが、検討が必要であろう。

2 ガイドラインの作成について

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。項目選定の意図や概要を以下に記す。

第一領域「構造」は、施設概要、導入、プログラムの3章からなっている。

第1章「施設概要」の中に含まれる項目としては、(1)開所日数、(2)職場を想定した環境や雰囲気提供、(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のか、となっており、リワークプログラム提供日数が極端に少ない医療機関や、環境や雰囲気作りについて意識の低い医療機関に対して注意を促す内容となっている。また、同一室内で複数のプログラムが同時に行われていたり、異なる診断名の利用者による混合のプログラムが行われた場合の、グループの均質性という集団精神療法を効果的に行う際の注意点を具体化したものである。

第2章「導入」では、(1)利用者を受け入れる基準、(2)利用者を受け入れる手順、(3)休務以外の利用者を受け入れる場合の基準、が述べられている。リワークプログラムが復職に向けて復職準備性を高め、再休職を予防するためのリハビリテーションである以上、一定程度以上の負荷を利用者に課すものとなっている。したがって、利用者にも一定の基準を設け、準備が整っていない利用者については利用開始を延期せざるを得ない。経営的な理由からいわずに数を求めているはいけないということの警鐘でもある。

第3章「プログラム」では、リワークプログラムにおける標準的中核プログラムが詳細に述べられている。(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、(6)教育プログラム、(7)集団プログラ

ム、(8)発症要因分析・対処法の8項目があげられておりガイドライン全体を通じて最も項目数の多い章である。リワークは、個々のプログラムが断片的に行われるものではなく復職、そして復職後の再休職予防までを一連の活動と捉えた計画的リハビリテーションでなければならない。また、本人の病態や病状、回復程度に応じて個別的に計画されなければならない。さらに、心理療法的な発症要因の分析や復帰後の対処法などがプログラム内で行われる必要がある。リワークプログラムが単なる職業訓練やレクリエーションと区別されるためには適切なプログラム提供が重要である。

第二領域「スタッフ」はスタッフ配置と医師の関わり、教育・研修の2章からなっている。

第1章「スタッフ配置と医師の関わり」では、(1)スタッフ配置の必要事項として、多職種であることや専従スタッフを置くことなどを求め、利用者に直接関わるスタッフの質の向上を促すものとなっている。(2)医師の関わりの項目では文字通り積極的な医師の関わりを求めている。前年度に行われた実地調査でスタッフに任せきりにして、患者の状態やプログラム内容などを医療の責任者であるはずの医師が全く把握していなかったという医療機関が見られたことから設けられた項目である。

第2章「教育・研修」では、(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、について書かれている。リワークプログラムが医療技術として科学的根拠を持った技法として定着していくためには、働く職員の技術向上のため教育と研究・発表は欠かせない。リワークプログラム提供医療機関にはその機会を与える責任があることを明確にした章である。

第三領域「運営」は出欠席管理、評価、連携、情報公開の4章よりなっている。

第1章「出欠席管理」には、(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、が含まれる。リワークプログラムは医学的リハビリテーションであると同時に、復職を目指す上で若干の職業訓練的側面は否めないわけであり、出欠席管理や中断の基準を明確に定める事は重要である。また、このような基準を定めること自体が利用者のモチベーションをあげるということにも注目するべきであろう。

第2章「評価」は、(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、よりなっている。精神療法の基礎として共感と受容が重要であることを否定するものはないであろう。しかし、それらにばかり重点を置いていると、復職期限という時間的制約のあるリワークプログラムにおいては不十分で、適切な評価方法を定め、その内容を利用者にフィードバックし、復職準備性の判断に活用していくことが求められるのである。しかし、利用者の評価を個々の職員が個人の責任において行うという事は非常に負荷のかかる事であり、医療機関としての全体的な関わりが必要であり、その体制づくりも同様に重要と言えよう。

第3章「連携」では、(1)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)家族との連携があげられている。復職を目指す1人の利用者を中心に様々な機関や家族が連携をしていくことは重要で、医療機関のみが独善的に行う事は厳に慎まなければならない。

第4章「情報公開」では、(1)アウトカム、(2)情報公開について言及した。現状では一般の人々はおろか、医療者の間でさえ認知度が不十分なりワークプログラムは現在公開可能なアウトカムや

情報を積極的に発信し、リワークプログラムを必要としている方々が容易にアクセスし検討・選択しうるような状況を作り出す必要がある。また、前述と同様、独善的な治療に陥らないためにも重要であろう。

ここで、改めてガイドライン作成に至った経緯を振り返り、考察してみたい。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つて、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。

E. 結論

本研究の最終年度となった3年度目はこれまでに明らかになった問題点に焦点付けた、本質的な部分でリワークプログラムを安定して続けていくために必要な標準的中核プログラムと施設基準を示したガイドラインとなる書籍の発行を目指し、原稿を完成させた。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会報告 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 引用文献 なし

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)
(総合研究報告書)

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⁾

40) 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

41) 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(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ヵ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。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

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 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 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. 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_Shakai_hoshoutantou/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.

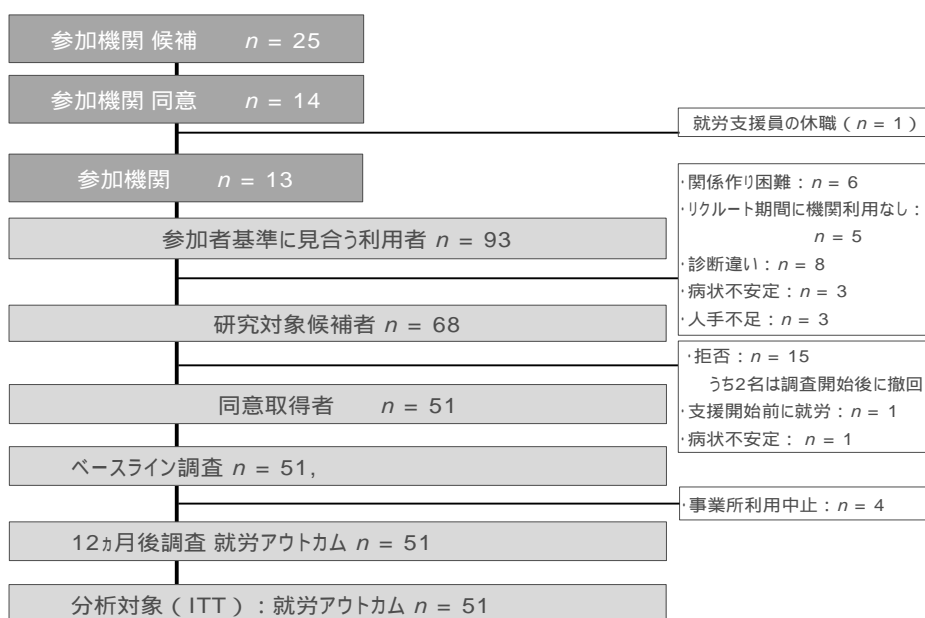


図 1 STROBE flow diagram : 参加者のリクルートとフォローアップ状況

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
GOI	7.2	1.7
合計	89.6	(12.2)
フィデリティ得点:		
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 ヶ月後 (T2)			12 ヶ月後 (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 ヶ月後 (T2)		12 ヶ月後 (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%

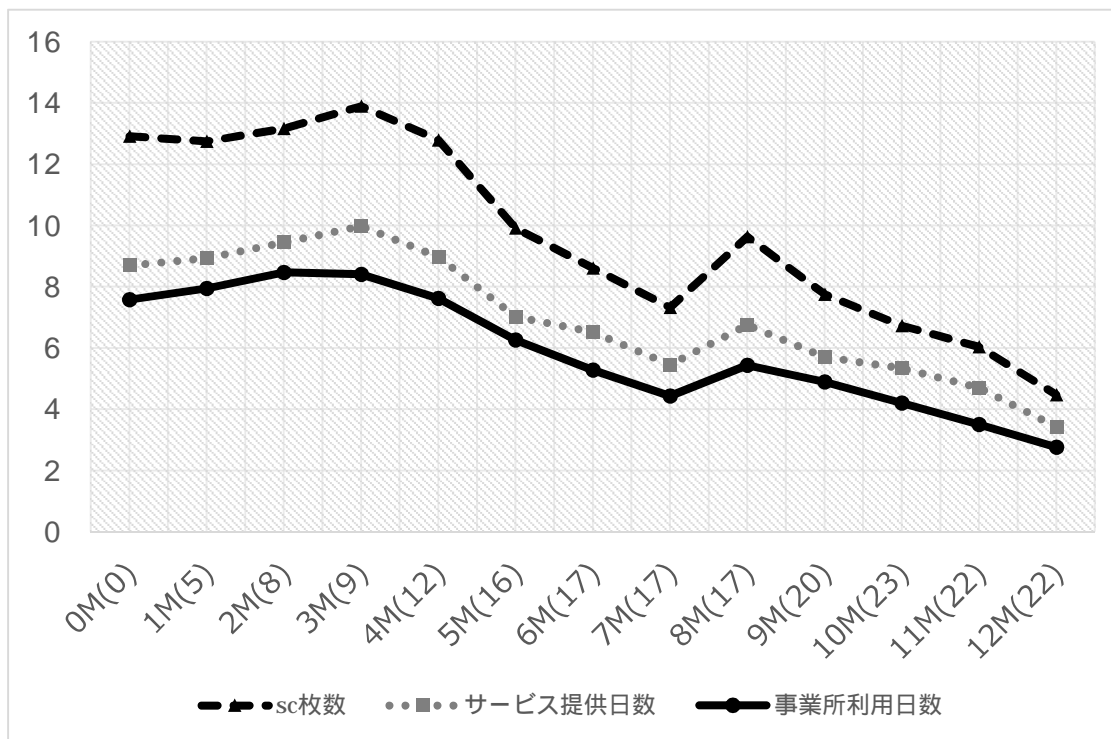


図2 12カ月のサービスコード枚数、サービス提供日数、事業所利用日数の推移

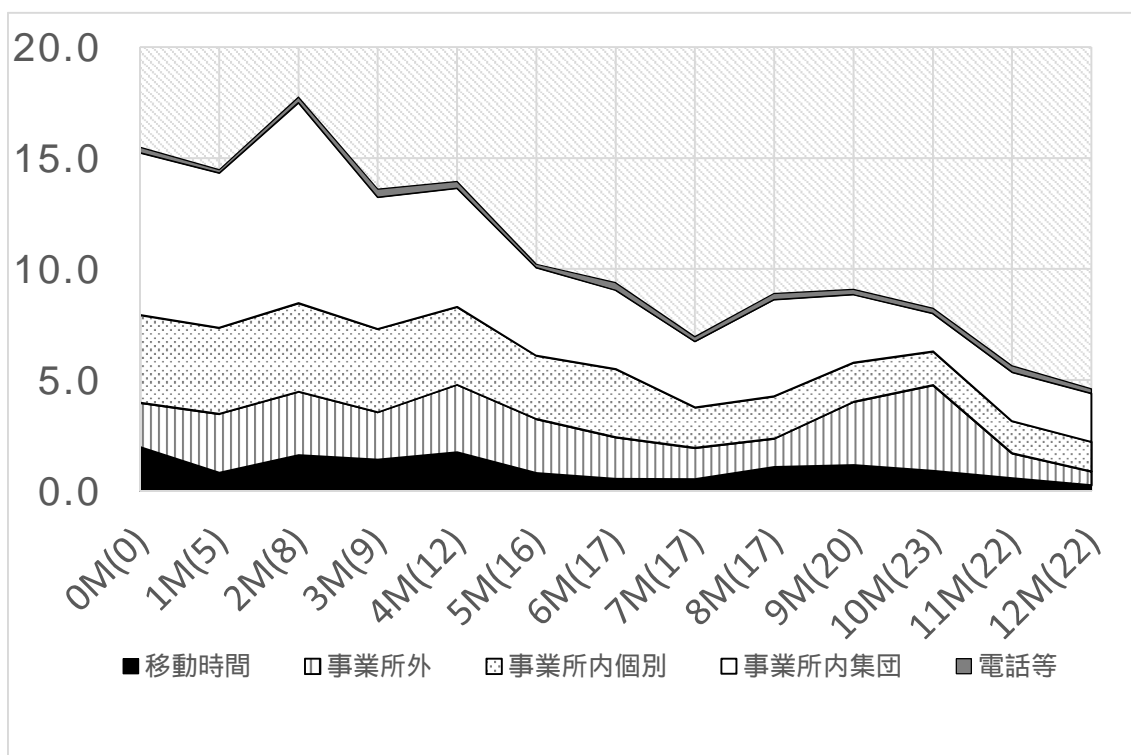


図3 12ヵ月間の一人あたりの1対1換算サービス提供時間の推移

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