

平成27年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)))
精神障害者の就労移行を促進するための研究 (H26—精神—一般—002)

(総括) 研究報告書

研究代表者 秋山 剛 N T T東日本関東病院精神神経科部長

研究要旨

本研究では、精神障害者の就労移行状況における課題の把握 (1. 中小企業との連携強化方法の提示、2. 地域における諸機関との連携の標準化、3. 疾病・服薬の運転技能への影響の検討、4. 文献レビュー、5. 再休職状況の把握、6. 短期間のリワークプログラムモデルの開発)、うつ病患者をふくむ精神障害者に対する復職体制の構築 (7. リワークプログラム利用群の長期予後、8. リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究、9. リワークマニュアルの有効性の検証、10. リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究、11. リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化、12. 発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化)、精神障害の就労支援 (13. 医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討) を目的としている。このうち、7. リワークプログラム利用群の長期予後については、平成26年度までで分析を終えているので、今年度はその他の研究課題について報告する。

1. 中小企業との連携強化方法の提示については、①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 ②復職後のフォローアップツールの改訂、③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った。

2. 地域における諸機関との連携の標準化については、他院との連携方法、治療機関と企業との連携方法、モデル文書の作成について、実態調査および問題点の抽出を行った。

連携を適切に行うには治療機関側に担当者 (リワークコーディネーター) を置くことが効果的と考えられる。また、連携に関連する費用の経済的評価が必要と考えられる。

3. 疾病・服薬の運転技能への影響の検討では、治療中で社会復帰準備期にあるうつ病患者の運転技能を検討し、健常者との比較を試みた。向精神薬は慢性投与下ではその影響は小さいことが示唆され、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。

4. 文献レビューについては、①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、②対象が男性、精神科施設での介入、24ヵ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。

5. 再休職状況の把握については、業務内外ストレスシート、上司や職場の対応調査シートの改訂案が作成された。業務内外ストレスシートについては、項目を集約できる可能性について検討する必要がある。

6. 短期間のリワークプログラムモデルの開発については、短期型を選択する患者と既存型を選択する患者には背景要因に違いがある可能性が示された。両群の比較を行う際には、背景要因を統計的に統制する必要がある。

8. リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究では、間接費用、すなわち労働生産性の損失については、欠勤等により発生する労働生産性の損失である absenteeism は復職時より比較的少なく、1年を通して変化は見られなかった。就労下において発生する罹病による労働生産性の損失である presenteeism については、1年間の追跡の結果、有意な改善が見られていた。

9. リワーク指導マニュアルのRCTでは、復職決定時における活動性の維持は、復職継続率を高める可能性がある。リワークマニュアルの有効性に関しては次年度検討する予定となっている。

10. リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究については、「基礎コース」「専門コース」研修を実施した。各施設におけるプログラムの質の担保が確認できるような内部評価項目の検討を行い、外部評価を行うための方策の検討も実施した。

11. リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化については、9施設の調査を実施した。実地調査からは、経済面、人材面、研究面、医療面での問題や課題が明らかになった。

12. 発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化については、「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」第20版が作成され、次年度に有用性の検証を行うことが可能になった。

13. 医療機関から精神保健福祉士等がアウトリーチを行うことの有効性についての検討については、研究参加機関は5つの医療機関、13の地域就労支援機関の合計14機関（うち1機関は脱落）であった。13機関のフィデリティ得点、対象者の性別、平均年齢、GAF得点は、過去の援助付き雇用に関する研究における対象者の数値と比較し、統計的な有意差はなかった。

研究分担者氏名・所属機関名及び所属研究機関における職名

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

A. 研究目的

今年度の本研究の各課題の目的は、以下である。

【中小企業との連携強化方法の提示】

- ①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
- ②復職後のフォローアップツールの改訂
- ③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

【地域における諸機関との連携の標準化】

- ①治療機関と他院主治医との連携
- ②治療機関と企業との連携に関する実態調査
- ③連携時のモデル文書の作成

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

社会復帰準備期にあるうつ病患者の運転技能を検討し、健常者との比較

【文献レビュー】

- ①復職支援プログラムに関する論文の検討
- ②介入内容や効果についてのエビデンスの統合
- ③介入の有効性への関与要因の検討

【再休職状況の把握】

昨年度作成された資料の改訂

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

- ①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アウトカムの比較
- ②短期型リワークプログラムの医療経済的な評価
- ③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

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

- ①復職後の労働生産性の経時的変化の明確化
- ②復職後の労働生産性に関わる要因の検討

【リワーク指導マニュアルのRCT】

- ①リワークマニュアルを用いた指導の有効性のRCT
- ②通常治療下における復職継続に関連する要因の検討

【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

- ①実地研修を組み込んだ研修プログラムの作成
- ②リワーク施設び内部評価、外部評価のあり方の検討

【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】

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

【発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化】

「能力発達のばらつきへのリワーク支援の手引き」の作成

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

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

B. 研究方法

【中小企業との連携強化方法の提示】

①一次予防資料の出版

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、スライドに関する説明、一次予防研修の稟議書の作成方法などを、すべて収めた書籍を執筆し、刊行した。

②復職後のフォローアップツールの改訂

社会保険労務士からの聞き取りに基づいて資料の改訂を行った。

③社会保険労務士へのセミナーの有効性確認

社会保険労務士を対象とする、中小企業におけるメンタルヘルス管理についてのセミナーを行い、セミナーの前後で、メンタルヘルス管理に関する自信などについて、アンケート調査を行った。

【地域における諸機関との連携の標準化】

うつ病リワーク研究会に所属する医療機関に、調査票を用いた調査を行った。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

対象

運転免許を有し、運転歴のあるうつ病患者68名(41.6±7.1才、男女比62:6)と年齢と性をマッチさせた健常者67名であり、精神科診断面接(SCID)により精神疾患の有無を確認した。

方法

運転業務を模した課題として、運転シミュレータを用いて、追従走行課題(先行車との車間距離をどれだけ維持できるか)、車線維持課題(横方向での揺れの程度)、飛び出し課題(ブレーキ反応時間)の3課題を、十分な練習の上で施行した。また認知機能試験としては、Continuous Performance Test(CPT:持続的注意)、Wisconsin Card Sorting Test(WCST:遂行機能)、Trail Making Test(TMT:遂行機能、処理速度、視覚的注意)の3課題を行った。症状評価として、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。

【文献レビュー】

1. 選定基準

- 1) 精神疾患を有して休職している企業社員を対象としている
- 2) 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を実施している
- 3) 通常治療群もしくは通常処遇群を設定している
- 4) アウトカムとして復職までの期間または復職後の就労継続を評価している

5) 研究デザインが無作為割付試験または準実験デザインである

6) 日本語あるいは英語で書かれている研究である

2. 選定手順

選定基準に合致したキーワードを用いて、5つの学術データベース(Medline、Cochrane、Web of science、PsychoInfo、医中誌:最終アクセス日時2013年2月19日)で、関連する研究を検索し、検索された論文をスクリーニングし、全文を入手して、最終的な対象研究を選定した。

3. データの抽出と研究の質の評価

対象となった論文の研究の質の評価には、EPOC check listを使用し、2名の著者(SY、AN)がそれぞれ独立に論文を評価した。評価した後、それぞれの結果を共に照合し、最終的な評価結果を決定した。

4. エビデンスの統合

選定した論文のうち、介入効果があった論文と介入効果がなかった論文の2群に分け、抽出したデータを統計的処理に基づいて解析し、エビデンスを統合した。

【再休職状況の把握】

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。

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

1) 対象

ICD-10の気分障害(F3)の診断基準を満たすもの

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。

3) 介入内容

品川駅前メンタルクリニックにおける既存型

リワークプログラムと短期型リワークプログラム

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カ月から6カ月、既存型プログラムについては8カ月から12カ月程度となることが想定されている。

4) 評価項目

①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カ月後、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)
- 作業能力：内田クレペリン作業能力検査
- リワーク評価表 自己分析・再発予防項目
- 非機能的態度：Dysfunctional Attitude Scale -24 (Power, 1995)
- 公共ステイグマ：Perceived discrimination devaluation scale (Link et al., 2004)
- 健康関連 (EQ-5D-5L； (Herdman et al., 2011))

②復職後のフォローアップ評価

復職後は、1カ月に1回、以下の項目について調査を行う。

- 就労継続状況（精神疾患による再休職があった場合、再休職発生日および再復職辞令交付日を調査する）
- ワークパフォーマンス (WHO-HPQ; Kessler et al., 2003)
- 健康関連 QOL (EQ-5D-5L)

③費用

短期型プログラムおよび既存型プログラムの医療経済的評価を行うため、精神疾患の治療にかかる直接費用（医療費と薬剤費）および間接

費用（労働生産性損失）の算出を行う。

④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

①プログラムの効果に関する検討

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カ月後および6カ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線形混合モデルで検討する。

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、復職までの期間に差が見られるかについて生存分析で検討する。

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、復職後の勤務継続期間に差が見られるかどうかについて生存分析で検討する。

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、復職後のワークパフォーマンスの差があるかどうかを分散分析で検討する。

短期型と既存型リワークプログラム群の間に介入開始から1年間/2年間の勤務日数およびワークパフォーマンスに差があるかどうかについて分散分析で検討する。

②医療経済的評価に関する分析

(ア) 費用効用分析

分析の立場を公的医療支払者の立場とするとき、それぞれのプログラムにおける費用を分析期間の医療費と傷病手当金の総計、効用をEQ-5D-5Lから算出した質調整生存年 (QALY) とし、費用効用比 (医療費/QALY) を算出する。

また分析の立場を限定された社会の立場とするときは、費用を分析期間における医療費と傷病手当金の総計に労働生産性損失の推計も加えた総計とし、費用効用比（医療費＋労働生産性損失/QALY）を算出する。労働生産性損失は対象者の年齢の平均賃金から推計する。

（イ）費用効果分析

分析の立場を公的医療支払者の立場とするとき、費用を分析期間の医療費と傷病手当金の総計とし、効果を分析期間の総勤務日数としたうえで費用効果比（医療費の総計／総勤務日数＝1日勤務できることにかかる費用）を、それぞれのプログラムについて算出する。

（ウ）費用便益分析

分析の立場は限定された社会の立場となる。費用便益分析では、費用（分析期間における医療費と傷病手当金の総計）と便益（分析期間の労働生産性損失の節約。対象者の年齢の平均賃金から推計する）の差を、それぞれのプログラムについて算出する。

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

1) 対象

うつ病リワーク研究会の16都道府県26の正会員施設にてリクルートを行った。対象者の組入基準は、①気分障害、②今回の復職にあたっての休職期間が10ヶ月以上、③20歳以上の全てに該当する者とした。

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カ月後の復職後調査の計4回実施する。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する。

主要評価項目は、HPQ（WHO Health and Work Performance Questionnaire short form 日本語版）による、presenteeism、absenteeism

である。副次的評価として、CES-D（center for epidemiologic studies depression scale）によるうつ病自己評価尺度、BSDS（Bipolar Spectrum Diagnostic Scale）による双極性障害のスクリーニング、EQ5-DによるQOL評価を実施する。

また対象者の性別、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-8）などの治療関連状況の情報も併せて調査する。

3) 研究期間

本研究は、平成26～28年度の3年間にわたり実施する。組入は、平成26年10月より開始し、平成28年3月まで行う。

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の復職後の経時的変化を、One factor repeated measures ANOVAまたはFriedman testにより検討する。

復職後の労働生産性の損失等により発生している間接費用については、社会的立場に基づき検討する。復職後1、6、12カ月後の各時点の直近4週間に発生した労働生産性の損失により発生したコストを、対象者全例について個別に推計し、その経時的変化を検討する。

直接費用には医療費、また再休職や失職をしている場合は、傷病手当金等の休業補償給付または求職者給付等を含める。間接費用は、absenteeismおよびpresenteeism、失職した場合は非就業費用を含める。

【リワーク指導マニュアルのRCT】

1) 対象患者の選択基準

- (ア) 気分障害により休職中
- (イ) リワークチェックリスト項目1～9の平均が1.5を超えている
- (ウ) 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
- (エ) 復職の希望を表明している

介入内容

- (ア) 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のステップに分け、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。

- (イ) 対象群：主治医による通常治療を行う
対象者の割り付け：公正な第三者がコントローラーとなり、対象者を無作為に割り付ける。

2) 評価

- (ア) 介入開始前調査：人口統計学的、臨床的、職業的基本情報、うつ症状（ハミルトンうつ病評価尺度（HAM-D）、Beck depression inventory（BDI））、社会機能及び復職準備性（Social Adaptation Self-evaluation Scale（SASS）、復職準備性尺度）
- (イ) 介入開始後調査（3カ月、6カ月後）：復職状況、うつ症状（HAM-D、BDI）、社会機能及び復職準備性（SASS、復職準備性尺度）
- (ウ) 復職時調査：うつ症状（HAM-D、BDI）、社会機能および復職準備性（SASS、復職準備性尺度）
- (エ) 復職後フォローアップ調査（3カ月、6カ月、1年、1年6カ月、2年、3年、

5年）：復職後の勤務状況（調査時点における勤務状況、前回調査からの再休職・軽減勤務措置の有無及び期間）、WHO The Health and Work Performance Questionnaire（HPQ）

[通常治療下における復職継続に関連する要因の検討]

産業医科大学病院神経・精神科、メンタルヘルスセンターに通院中の休職中のうつ病勤労者を74人が対象となった。研究期間中にそのうち、54人が復職した。復職決定時に背景情報（性別、年齢、休職回数、転職回数、入院回数、婚姻歴）、精神症状評価（ハミルトンのうつ病評価尺度）、社会適応度評価尺度（Social Adaptation Self-evaluation Scale）、認知機能評価（Wechsler Adult Intelligence Scale, Continues Performance Task, N-back task, verbal fluency test）、社会復帰準備性尺度を用いた。職場復帰準備性尺度の活動性の項目の平均値より活動性が高い対象者を活動性（+）群（N=30）、そうでない対象者を活動性（-）群（N=24）と定義し、その後の復職継続率を比較した。

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。

【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

平成27年5月9日、同年7月4日、同年10月17日、同年11月4日、平成28年1月23日の計5回リワーク研究会に所属する計4施設の担当者が会合を持ち、検討を行った。

【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

前年度の研究から実地調査を行うのに値すると思われた全国の14施設のうち6施設、およびワーキングチームメンバー所属の医療機関3施

設に、対象の焦点化の理由と方法、プログラム内容、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実地調査を行った。

【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の系統化】

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

②原案の改訂

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

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

1. 研究デザイン

ナチュラルコース・コホート研究

2. 研究参加機関と対象者

これまでに日本版援助付き雇用フィデリティ調査を受けたことのある機関のうち、本研究の参加に承諾を得た機関を対象とした。

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

3. 手順

平成26年12月1日から平成27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説明を行い、文書による同意書を得た。

4. アウトカム

本研究は、以下の包括的なアウトカム指標を用いた。

1) Global Assessment of Functioning (GAF)

2) Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI)

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

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

5) 心理的ウェルビーイング尺度：短縮版

6) ストレングス志向性尺度：利用評価版

5. コストおよびプロセスデータ

1) クライアントサービス受給指票

クライアントサービス受給指票 (Client Service Receipt Inventory) は、精神障害者個人に費やさる社会的コストの計算のために開発された面接調査ツールである。CSRIで収集される情報には、福祉サービスの利用回数/時間、所得保障額、労働で得た収入などが含まれる。

2) サービスコード票

研究対象者を支援するスタッフの支援内容と支援投入時間をモニタリングするために、サービスコード票を用いた調査を実施した。この指標は、平成23年度から平成25年度にかけて実施された厚労科研「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究にて作成された調査票を改訂したものである。

3) フィデリティ評価

各研究参加機関において、支援の質の評価として、日本版個別援助付き雇用フィデリティ評価を実施した。各研究参加機関における対象者のリクルート前に、調査員が研究参加機関を訪問し、フィデリティ尺度を用いたインタビューや記録の閲覧を通して、フィデリティ調査を実施した。すべての調査員は実際のフィデリティ調査の前に研修を受け、評価ガイドに沿って調査を実施した。

6. 統計解析

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

また、フィデリティ調査の結果も示した。

C. 研究結果

【中小企業との連携強化方法の提示】

①一次予防資料の出版

昨年度作成されていた、一次予防資料のスライドに基づいて、書籍を刊行した。

②復職後のフォローアップツールの改訂

昨年度作成されていた資料を改訂し、本人が体調を自己申告するシートと企業側が業務状況を評価するシートが改訂された。

③社会保険労務士へのセミナーの有効性確認

社会保険労務士を対象とする、中小企業におけるメンタルヘルスマネジメントについてのセミナーを行い、セミナーの前後でアンケート調査を行ったところ、いずれの項目についても、有意水準0.1%でセミナーの効果が確認された。

【地域における諸機関との連携の標準化】

1) 他院からの受け入れについて

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

2) 他院との連携について

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。

ア 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。

イ 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。

3) 企業との連携

ア 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。

イ 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、「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。

ウ 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。

4) モデル文書の作成

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、企業との連携におけるモデル帳票と活用方法の一覧が得られた。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

うつ病患者群の多くが寛解しており、処方内容は、抗うつ薬単剤率64%、ベンゾジアゼピン併用率61%、抗精神病薬併用率33%であった。また、うつ病患者群は健常者群に比し、教育歴、運転頻度、年間走行距離、BDIが有意に低く、SASSが有意に高い結果であった。

運転課題においては、3課題のいずれについても両群で有意差はなかった。背景情報を考慮した共分散分析を行った所、追従走行課題のばらつきには年間走行距離が有意に影響していた

($p < 0.05$)。認知機能は、WCSTのセットの維持困難がうつ病患者群で有意に低下していたが ($p < 0.01$)、その他の認知課題については、両群で統計学的有意差は認められなかった。

うつ病患者群について、運転技能と背景情報、症状評価尺度、認知機能の関係を調べるため、相関分析を行ったところ、車線維持課題と年間走行距離 ($\rho = -0.30$, $p < 0.05$)、追従走行課題と年間走行距離 ($\rho = -0.33$, $p < 0.01$)、SASS ($\rho = -0.33$, $p < 0.01$) および TMT-A ($\rho = 0.32$, $p < 0.05$)、飛び出し課題と CPT ($r = -0.31$, $p < 0.05$) および TMT-B ($\rho = 0.34$, $p < 0.01$) において有意な関連を認めた。さらに、これら変数がうつ病患者群の運転技能を予測するかを検討するために重回帰分析を行ったところ、追従走行課題に対して年間走行距離が有意な影響を与えていたが ($p < 0.01$)、寄与率は低かった。

追従走行課題のばらつきの要因を検討したところ、処方薬の偏りはなく、SASS ($p < 0.01$)、年間走行距離 ($p < 0.05$)、CPT ($p = 0.06$)、TMT-A ($p = 0.06$) が関与する可能性が示唆された。

【文献レビュー】

RCT11本、CBA3本が本研究の対象となった。選定した論文14本のうち、介入効果のあった論文は4本であった。介入効果のあった論文では、男性参加者の比率が有意に高く、精神科施設での介入が多く、追跡期間が24ヵ月以上の論文が多かった。また、介入効果のあった論文において、気分障害を対象とし、介入内容に作業療法を含んでいる傾向がみられた。

【再休職状況の把握】

業務内外ストレスシート、上司や職場の対応調査シートの改訂案が得られた。

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

2016年3月の時点で10人が研究に導入された。このうち5人が短期型プログラムを選択し、5人が既存型プログラムを選択した。会社の規定によって休職満了となるまでに残された休職期間の平均は、短期型が18ヵ月 ($SD = 7.8$)、既存型が27.8ヵ月 ($SD = 9.5$) であり、有意ではないが既存型を選択した対象者は残休職期間が長い傾向があった。また、短期型プログラムを選択した人は、既存型プログラムを選択した人よりも抑うつ症状が軽症であった。

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

1) 組入状況

組入期間は平成28年3月までであり、平成28年1月現在、26医療機関より194人の対象者の同意を得て調査を行っている。

2) 復職後1年間の経時的変化

平成28年1月現在、復職1年後調査まで終了した対象者15人について、中間解析を行った。

就労状況については、軽減勤務が復職後1ヵ月後に20%見られたが、6ヵ月、12ヵ月後においては6.7%であった。また1年後においては、就労制限と通常勤務は各々46.7%と同割合であった。企業が期待する1週間の就労時間の平均は、1ヵ月後37.8時間、6ヵ月後39.1時間、12ヵ月後41.8時間であった。

1年間の労働生産性の経時的変化について、HPQにより算出した各時点の直近4週間の状況は、absenteeismおよびpresenteeismのそれぞれの絶対値をFriedman testによって検討した結果、absenteeismは有意な変化はみられなかった ($p = 0.128$)。presenteeismについては、有意に改善の傾向が見られた ($p = 0.011$)。

1年間の臨床的症状の変化をFriedman testによって検討した結果は、CES-Dによる抑うつ症状においては、cut-offの値の16点を切っ

たまま、有意な変化は見られなかった ($p=0.299$)。また BSDS による双極性症状も、cut off 値11点を切ったまま、有意な変化は見られなかった ($p=0.922$)。

【リワーク指導マニュアルの RCT】

①リワーク指導マニュアルの有効性の検証

現在11例の登録が完了している。

②通常治療下における復職継続に関連する要因の検討

復職決定時における、活動性(+)群の方が、活動性(-)群と比較して有意に復職継続率が高かった。また、Cox ハザード回帰分析において、ハザード比は3.28だった。

【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

1. 研修事業内容

i. 研修日程

今年度は「基礎コース」と「専門コース」の研修内容を作成し、平成28年3月20日に「基礎コース」を、平成28年3月20日、21日に「専門コース」を開催した。

ii. 研修内容

「基礎コース」では、リワークプログラムのスタッフとしての資質、基本的な知識を身に付けることを目指し、「専門コース」では、事例やプログラムの実例を多く盛り込み、リワークプログラムの実践の場で活用できる知識、技術について学ぶことを目指し、各研修内容を作成した。

iii. 研修認定

リワーク研修を修了した者については、受講認定を賦与し、リワーク施設内の医師1名、コメディカルスタッフ1名の計2名の認定者が所属することが、リワーク施設として認定される条件とすることとした。本年度は、各研修の参加者を募集する際に、今後、認定制度の導入を行

う予定があることについて周知した。なお、受講者に対しては、認定制度が開始したときに用いることができる「受講証」を発行した。

2. 内部評価および外部評価

前年度選定した項目をもとに、内部評価に関するチェックリストを作成する方向で準備を進めている。内部評価、外部評価ともに、精神科デイケアとリワークプログラムとの違いについて明らかにするために、リワーク実施各施設に対してリワークプログラム独自の項目、要素について、ヒアリングするアンケートを実施する方向で検討を進めた。外部評価に関しては、体制を構築するための情報収集を行った。

【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

実地調査を行った施設での調査結果および実地調査をしたスタッフの所感が資料としてまとめられた。

【発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化】

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

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

1. 対象者のエントリー状況

本研究に参加した機関は、これまで日本版個

別援助付き雇用フィデリティ調査を受けた25機関のうち14機関（1機関は後に調査への参加が不可能となった）であり、リクルート期間中、52名から、本研究の参加同意を得た。また、平成28年3月1日時点で、49名の追跡を実施している。

2. 研究参加機関の属性

参加機関の70%（ $n=9$ ）が関東および関西であり、約半数（ $n=6$ ）の機関が東京23区および政令指定都市に位置した。4機関が医療機関であり、9機関が地域事業所であった。4医療機関のうち、3機関がデイケアで就労サービスを提供しており、1機関がクリニック内の相談室で就労支援を展開していた。他方、9地域事業所のうち、8つが総合支援法下の就労移行支援事業所であった。13機関が所在する市町村の人口の平均値は701,307人（SD=574,627人）であった。また、都道府県における失業率の平均値は3.75%（SD=0.57%）であった。

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

3. 研究対象者の属性

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

4. アウトカム尺度の得点

表4は初回（ベースライン）調査における各アウトカム尺度の得点を示している。GAF得

点平均値は49.40（SD=11.96）であり、LASMI総合得点の平均値は57.45（SD=23.93）であった。また、モチベーション尺度は118.38（SD=15.21）であった。SF-8、心理的ウェルビーイング総合得点、ストレングス尺度（SS-user）の平均値については、それぞれ18.73（SD=5.77）、96.63（SD=11.86）、22.73（SD=3.75）であった。

D. 考察

【中小企業との連携強化方法の提示】

①一次予防資料の作成

これまでに発表されている資料は、すべてメンタルヘルスの専門用語が使用されており、中小企業の社員の一次予防研修資料として適切であるかについて、疑問がある。今回刊行された資料は、中小企業の一次予防資料として有力な選択肢となる可能性があり、今後、理解度や効果について検証を行う必要がある。

②復職後のフォローアップツールの改訂

中小企業のメンタルヘルスについては、社会保険労務士が大きな役割を担っていると考えられる。今回社会保険労務士からの聞き取りに基づいて資料が改訂されたことには、大きな意義があると考えられる。今後、これらの資料の有用性について、検証を進める必要がある。

③社会保険労務士へのセミナーの有効性確認

今年度行われた社会保険労務士を対象とするセミナーについて、有効性が確認されたことは、大きな意義を持つと考えられる。一次、二次、三次予防の資料を整理し、社会保険労務士等への普及を進めることによって、我が国の中小企業におけるメンタルヘルス施策が、大きく進む可能性がある。

【地域における諸機関との連携の標準化】

（1）治療機関と他院主治医との連携

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。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。「診察・面談」による連携を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施設の20.0%に留まる。

（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。個人情報扱われ方の難しさが障壁となっているとの意見がある。「書面による連携」が84施設、「診察・面談による連携」が95施設、「ケース会議による連携」が24施設であった。企業側担当は「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「上司」や「人事労務担当」が担当となる傾向があった。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

うつ病患者の運転技能はばらつきがあるものの、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。これは、一律に規定されている、法律の厳罰化や添付文書記載に、議論の余地があることを示しており、証左に基づいた検討を行う上で、その基礎資料を提供した点で、社会的行政的な意義が大きいと考えられる。

また、病状が安定したうつ病患者の場合、運転課題のばらつきには診断の有無ではなく、病状や服薬上の指導が影響していると考えられる年間走行距離の少なさが影響していた。今後は、精神障害者全般での検討が必要である。

先行研究は、うつ病患者群の運転技能が健常統制群と比較し有意に低下していることを報告しているが、本研究の対象が、より病状が安定している群であることが影響した可能性があ

る。先行研究では、残遺症状の影響が示唆されているが、これは、ばらつきに影響した社会適応度と重なる可能性があり、評価の簡便性から、臨床上ある程度有用となるかもしれない。

うつ病患者の運転技能には、背景情報、症状評価尺度、認知機能の一部に弱い相関関係を認めたり、ばらつきに影響したが、運転技能を十分に予測する指標とはなり得ず、運転適性判断においては、複合的要因に配慮した総合的な判断が必要である。

【文献レビュー】

本研究の対象として確認された論文は14本に過ぎず、ヨーロッパ諸国と日本からしか報告がなく、11本はオランダで研究が行われていた。つまり、この分野における研究は、数がきわめて限られていると同時に、研究が行われている地域が非常に、限局、偏在している。今回レビューの対象とされた論文は数が少なく、エビデンスのレベルも高いとは言えない。介入の有効性についても、報告していた論文が4本と、少数である。こういった限界を前提として、介入の有効性について関連しているかもしれない要因をあげれば、対象が男性であること、精神科施設での介入であること、介入終了後に24カ月以上追跡して調査していることがあげられた。また、気分障害を対象としていることや、作業療法を含む介入であることも介入効果の有効性に寄与する可能性が示唆された。

【再休職状況の把握】

ストレス要因については、起こる可能性があるものは、非常に多岐にわたる。しかし、将来再休職状況を把握する調査を行う場合には、あまりにも多岐にわたる調査項目では、かえって回答の信頼性が低下するおそれがある。そのため、「精神障害の労災認定基準 平成23年12月」の項目の集約化を進める必要性が議論の

中で指摘された。今回改訂された資料についてさらに検討を加える必要があると思われる。

業務内外ストレスシートは、「上司や職場の対応」に関する項目も含んでいる。これらの中には、「違法行為の強要」「退職の強要」といった、違法行為に属する行われることがあってはならない項目、「研修、会議への参加の強要」「早期退職制度の対象になる」など、避けることが望ましいが、違法とまでは言えない項目、「ノルマの未達成」「新規事業の担当」など、通常の業務状況でも発生しうるものに分類される。これらを勘案して、調査シートをさらに改訂した方がよいかもしれない。

上司や職場の対応調査シートについては、「手続きの説明」「情報伝達時の本人の承認の確認」のように行うことが常時望ましいと思われるもの、「上司の怒り、説教」というように常時望ましくないとと思われるもののほか、「仕事以外の話し」「配置転換」のように、好ましい結果に結びつくかどうかは、状況によると思われるものがある。この調査シートによって、上司や職場が常にとった方がよい行動、常にとらない方がよい行動、状況によって使い分ける必要がある行動が明らかにできればと考えている。

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

対象者導入開始からの4カ月で10人が導入され、対象者導入のペースは順調である。

平成28年2月時点における対象者の特徴を検討したところ、短期型プログラムを選択する患者は、①プログラム開始時点の症状が軽症である、②過去の休職回数が少ない、③今回の休職開始からプログラム開始までの期間が長い、④残休職期間が短い、という特徴を持つ可能性が示唆された。未だ10人の対象者しか導入されていない段階であるため、この傾向が今度も維持されるかどうかについては不明であるが、現段階では短期型リワークプログラムを選択する人

は、既存型リワークプログラムを選択する人に対して、相対的に症状がより改善した時点で、最終的な復職準備としてプログラムを利用する傾向がある可能性が考えられた。一方で、既存型のリワークプログラムを選択する人は、短期型リワークプログラムを選択する人と比較して、休職開始後まだ症状が改善しきっていない段階であっても早めにリワークプログラムを利用しようとする人が多いこと、またこれには過去の休職体験の多さも関わっている可能性があると考えられた。

このように対象者の特徴が異なる可能性があるため、2つのプログラムの効果もしくは医療経済的な評価について、単純に比較することはできない。両群の比較を行う際には、短期型プログラムを選択する条件付き確率(傾向スコア)を利用するなどの方法で背景要因を統制する必要があると考えられる。

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

1) 就労状況

就労状況については、復職直後は就業時間の短縮などの軽減勤務が見られていたが、6カ月以降、軽減勤務はほとんど見られていない。しかし、6、12カ月後においても、約4割に残業や出張等の就労制限が見られ、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傾向が見られた。

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カ月後時点にカットオフ値を切っており、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については、1年を通して有意

な差は見られなかった。これは、上述の臨床的
症状の安定によるものと示唆された。また、統
計学的有意差はないものの、absenteeismは
徐々に改善の傾向が見られている。実際の労働
時間も、復職6カ月後には、事業場が期待する
就労時間と同時間の労働時間（中央値0.0）で
あり、復職12カ月後においては、残業の傾向（中
央値-10.0）が見られていた。

Adler らの調査が実施した18カ月にわたる追
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、臨床的症状の回復と業務遂行能
力の回復には、時間のずれがあると見られた。
それに対して本研究では、復職後1年間で pre-
senteeism の有意な改善が見られており、リ
ワークプログラムによる労働生産性の早期回復
の可能性が示唆された。

【リワーク指導マニュアルのRCT】

①リワーク指導マニュアルの有効性の検証

現在症例蓄積中である。当施設においては順
調に症例蓄積中である。

②通常治療下における復職継続に関連する要因 の検討

復職決定時にはある程度の活動性を保つことが
復職後の継続には必要なのかもしれない。おそ
らく、わが国ではうつ病治療に休養を重視する
姿勢があり、うつ状態の際には体力面の低下等
が背景にあるのかもしれない。また運動療法自
体がうつ状態の改善効果や再発予防効果に寄与
する可能性も示唆されているので、活動性は重
要な因子となりうる。

【リワーク施設職員の研修体制および評価に関 する研究】

本年度は、研修事業内の「基礎コース」と「専
門コース」の講師を選定し、各コースの研修会
を実施した。今後、今回のアンケート結果をも

とに再度研修内容の精査を行い、認定制度にふ
さわしい研修内容の充実を図るとともに、地方
都市での開催も視野に入れ、今回担当した講師
以外の方でも同じ内容のプログラムを担当でき
るよう、資料作成について工夫を重ねていく必
要がある。また、内部評価、外部評価の項目選
定に関しては、精神科デイケアとリワークプロ
グラムとの違いについて明らかにするために、
リワーク実施各施設に対してリワークプログラ
ム独自の項目、要素について、ヒアリングする
アンケートを実施し、その内容を参考にして、
内部評価のチェックリストを作成する。外部評
価に関しては、本年度実施した情報収集の内容
をもとにして、体制構築を行っていく予定であ
る。

【リワークプログラムの多様化に対応したプロ グラムのモデル化】

I. 独自のプログラムについて

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

II. 実地調査で明らかとなった問題点

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

・経済面：集患に苦労したり、設備に多大な費
用を投じなければならないなど、独自プログラ
ムの運営には経営的な負担を伴うことも明らか

となった。非常に狭いスペースの中でプログラムを実施している施設もあり、経済面での裏付けが必要であると考えられた。

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

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

・医療面：本研究を通じて観察された最も深刻な事態としては、復職準備性の評価や、再休職予防などのリワークプログラムの本質とも思われることが現場で軽視されていることであった。医療リワークであるならば、一定の段階を経て進み、ある程度の枠組が存在し、心理教育・疾病教育、職場との連携、各種の評価、効果の測定などが行われているのであるが、それらがほとんどなされていない施設もあった。再休職が予想される場合の積極的な介入などもなく、突然復帰すると言ったら復帰させてしまっている施設もあった。少ないながらも独自性があると思うものについて実際に見学に行ってみたが、基本的な医療リワークが全くできていない

施設もあり、独自プログラムを実施する以前の基本的な課題があるのではないかと思われた施設も存在した。

【発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化】

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

手引きを作成した。次年度に有用性について検討する。

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

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

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

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

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

た佐藤らの研究（ $n=94$ ）では、男性の割合は約60%（ $n=58$ ）であり、平均年齢は34.66（SD=6.86）であった。また、佐藤らの研究では、GAFについても調査しており、その平均値は52.09（SD=9.98）であった。これらの変数について、過去の2つの研究と本研究と間でCohen's d を算出したが、どの変数についてもCohen's d は0.35以下であり、有意な差を示す値はなかった。これらの検証から、本研究における研究対象者は、就労支援を受ける利用者／患者像から大幅に異なる利用者／患者ではなく、ある程度の代表性があると推測される。

E. 結論

【中小企業との連携強化方法の提示】

①一次予防資料の出版

昨年度作成されていた一次予防研修に関する資料に基づいて、書籍が刊行された。

②復職後のフォローアップツールの改訂

4名の社会保険労務士からの聞き取りに基づいて資料が改訂された。

③社会保険労務士へのセミナーの有効性確認

社会保険労務士を対象とするセミナーの有効性が確認された。一次、二次、三次予防の資料について、社会保険労務士等への普及を進めることによって、我が国の中小企業におけるメンタルヘルス施策が、大きく進む可能性がある。

【地域における諸機関との連携の標準化】

今年度の研究を基に今後の研究のテーマとして以下を計画している。これにより事業場と医療機関の連携に関する全体像を明らかにするとともに、より具体的で実務的な方法論を確立することを目指す。

・今調査から、自院でリワークプログラムを実施し、他院から参加者を受け入れている施設においては、非常に高い割合で他院との連携を必要と感じていることが分かった。

・連携のタイミングとしては「リワーク開始前」「リワーク参加中」「復職前／復職時」に行われていることが多いことが分かった。

・タイミングによって連携する適切な自院・他院担当者や、タイミングによって提供・収集する必要がある情報の項目を精査する必要がある。

・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。

高い割合で連携を行っているが多くの時間を費やし書面を作成し、診察・面談やケース会議を行っているが無報酬で行っている割合が非常に高い。連携の必要性は感じているが陣容などにより十分な対応ができていない部分がある。

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

社会復帰準備期のうつ病患者の運転技能は、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。

【文献レビュー】

①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

②対象が男性、精神科施設での介入、24カ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。

【再休職状況の把握】

業務内外ストレスシート、上司や職場の対応調査シートの改訂案が作成された。業務内外ストレスシートについては、項目を集約できる可能性について検討する必要がある。

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

短期型リワークマニュアルの効果を検討するための前向きコホート研究を実施しており、その詳細なプロトコルおよび進捗状況を述べた。結果については、来年度以降に中間解析を行い、公表する。

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

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1年間にわたり調査を実施した。現時点（平成28年1月）は、組入期間中であり、すでに調査が終了した対象者は15人のみである。その15人について中間解析を行ったところ、復職時点で臨床的症状は見られない程度に回復しており、1年間を通してその症状は安定していた。また、労働生産性については、復職時点でabsenteeismは比較的安定し1年間を通して変化は見られなかった。presenteeismについては、有意に改善が見られていた。

【リワーク指導マニュアルのRCT】

リワークマニュアルの有効性に関しては次年度検討する予定となっている。

復職決定時における活動性の維持は、復職継続率を高める可能性がある。リワークマニュアルにおいても活動性の評価及び介入があり有効である。

【リワーク施設職員の研修体制および評価に関する研究】

本年度は、研修事業内の「基礎コース」と「専門コース」を開催した。参加者募集の際、研修認定の導入について周知を行い、「専門コース」を受講した参加者に対して、研修認定が導入されたときに使用することができる「受講証」を

発行した。内部評価に関しては、昨年度に引き続き、リワークプログラムの質の担保を目指した内部評価項目の検討を行い、外部評価に関しては、体制構築に向けた情報収集を行った。

【リワークプログラムの多様化に対応したプログラムのモデル化】

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

一方、実地調査からは、経済面、人材面、研究面、医療面での問題や課題が明らかになった。最終年度となる3年度目は本研究で明らかになった問題点に焦点をあてて、リワークプログラムの標準化を更に深化させ、リワークプログラムを安定して続けていくためのガイドラインとなる書籍の発行を目指す。

【発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化】

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

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

来年度は、12カ後の追跡調査を実施するために、就労アウトカムと臨床アウトカムの推移を検証可能となる。これらの検証の過程で、就労に関連する個人要因を実証できると推測される。また、サービスコード票データの分析から、援助付き雇用型支援のサービス提供量、特にサービス種別（例：アウトリーチサービス、集団プログラム等）ごとのサービス提供量（全体および月別）を把握可能となる。これらの分析から、効果的な支援要素や就労者の多い事業所のサービス提供量とその内容等を検証可能とな

る。さらに、援助付き雇用型就労支援に費やされる社会的コストについてもデータ分析を進める予定である。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

1. Miyata S, Noda A, Iwamoto K, Kawano N, Banno M, Tsuruta Y, Noda Y, Ozaki N: Impaired cortical oxygenation is related to mood disturbance resulting from three nights of sleep restriction. *Sleep and Biological Rhythms* 13 387-394, 2015
2. Miyata A, Iwamoto K, Kawano N, Kohmura K, Yamamoto M, Aleksic B, Ebe K, Noda A, Noda Y, Iritani S, Ozaki N: The effects of acute treatment with ramelteon, triazolam, and placebo on driving performance, cognitive function, and equilibrium function in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl)* 232 (12): 2127-37, 2015
3. Tokura T, Kimura H, Ito M, Nagashima W, Sato N, Kimura Y, Arao M, Aleksic B, Yoshida K, Kurita K, Ozaki N: Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 78 (5): 495-8, 2015
4. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, Kubota C, Uno Y, Tamaji A, Hayakawa N, Furumura K, Shiino T, Morita T, Ishikawa N, Ohoka H, Usui H, Banno N, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N: Relationship be-

tween social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep* 5 10520, 2015

【リワーク指導マニュアルのRCT】

- 1) Morita G, Hori H, Katsuki A, Nishii S, Shibata Y, Kubo T, Suga K, Yoshimura R, Nakamura J; STAND UP JOE Group. Decreased activity at the time of return to work predicts repeated sick leave in depressed Japanese patients. *J Occup Environ Med* 2016; 58(2): e56-57.
- 2) 堀 輝 ・ 杉田 篤子 ・ 香月 あすか ・ 吉村 玲児 ・ 中村 純：
勤労者における運動療法の可能性：うつ病の予防から治療、社会復帰まで
日本生物学的精神医学会誌 26(1)::64-68 2015年3月

2. 学会発表

【中小企業との連携強化方法の提示】

【文献レビュー】

- 1) Tsuyoshi Akiyama: Holistic recovery of workforce patients: Re-work. 5th World Congress of Asian Psychiatry. Fukuoka, Japan, 3.3-6, 2015.
- 2) 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.
- 3) Tsuyoshi Akiyama (Chairperson): Effectiveness of Re-Work program: Recovery facilitation and relapse prevention for workplace. World Psychiatric Association International Congress. Bucharest, Roma-

nia, 6.24-27, 2015.

- 4) 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.
- 5) Tsuyoshi Akiyama: Holistic Recovery for Workforce: Concept and Practice of Re-Work. World Federation for Mental Health Regional Congress. Singapore, 10.1-3, 2015.
- 6) 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.

【疾病・服薬の運転技能への影響の検討】

1. 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?, in 第12回日本うつ病学会総会. 東京・京王プラザホテル (東京都新宿区), 2015年
2. 尾崎紀夫: うつ病の回復・社会復帰を踏まえた治療, in 神経精神薬理生物学的精神医学会合同年会ランチオン, 2015
3. 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

【リワーク指導マニュアルのRCT】

- 1) 堀 輝：
就労継続を目指した双極性障害治療
第22回日本産業精神保健学会
東京 2015年6月
- 2) 堀 輝 ・ 杉田篤子 ・ 吉村玲児 ・ 中村 純：
職域におけるウォーキングの睡眠に対する影響

第12回日本うつ病学会総会

東京 2015年7月

- 3) 堀 輝・杉田篤子・中村 純・吉村 玲
児：職域におけるうつ病一次予防を目指した
ウォーキングの睡眠に対する 影響
第35回日本社会精神医学会
岡山 2016年1月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

【地域における諸機関との連携の標準化】

- 1) 五十嵐良雄、リワークプログラムの実施状況に関する調査、厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成20年度総括分担研究報告書：43-91、2009.
- 2) 五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究、厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究）平成21年度総括分担研究報告書：85-100、2010.
- 3) 五十嵐良雄、全国におけるリワークプログラム24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) 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
- 8) 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

【文献レビュー】

1. 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.
2. 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.
3. 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.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. 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.
 14. 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.

【再休職状況の把握】

Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work : A mixed-methods study. *J Occup Rehabil.* 2015; 25: 3-11.

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.

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.

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.

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.

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.

【短期間のリワークプログラムモデルの開発】

1) Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

2) 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.

3) 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.

4) Hamilton, M. A. Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 56-62, 1960.

5) Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, Bonnel 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.

6) 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.

7) 厚生労働省 労働安全衛生調査, 2013.

8) 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.

9) Link BG, Yang LH, Phelan JC & Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin* 30: 511-41, 2004.

10) 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.

- 11) 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.

【リワークプログラムの費用と効果に関する医療経済的研究】

1. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML : The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005, 47 : 547-557.
2. Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, Ono Y, Furukawa TA, Tsuchiya M, Tajima M, Kashima H, Nakane Y, Nakamura Y, et al : Cost of depression among adults in Japan in 2005. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65 : 442-450.
3. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D : Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama* 2003, 289 : 3135-3144.
4. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P : The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* 2003, 45 : 156-174.
5. Kessler RC, Ames M, Hymel PA, Loeppke R, McKenas DK, Richling DE, Stang PE, Ustun TB : Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indi-

rect workplace costs of illness. *J Occup Environ Med* 2004, 46 : S23-37.

6. Radloff LS : The CES-D scale : A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977, 1 : 385-401.
7. Shabani A, Koohi-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N : The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Archives of Iranian medicine* 2009, 12 : 41-47.
8. Group E : EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, 16 : 199-208.
9. 立森久照, 伊藤弘人 : 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. 精神医学 1999, 41 : 711-717.
10. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D : Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006, 163 : 1569-1576.

【発達障害の特徴を有する対人関係障害者へのリワーク支援の系統化】

- Lorenz T, Heinitz K : Aspergers—different, not less : occupational strengths and job interests of individuals with Asperger's Syndrome. *PLoS One*. 2014 Jun 20 ; 9(6) : e100358. doi : 10.1371/journal.pone.0100358.
- Riedel A, Schröck C, Ebert D, Fangmeier T, Bubl E, Tebartz van Elst L : Well Educated Unemployed – On Education, Employment and Comorbidities in Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorders in Germany.

Psychiatr Prax. 2015 Apr 17. [Epub ahead of print] PMID : 25891885

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

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

- 17) Chisholm D, Knapp M: Client socio-demographic and service receipt inventory-European version In: Thornicroft G, Becker T, Knapp M, ed. International outcomes measures in mental health, Gaskell, London, , pp.63-82, 2006.
- 18) 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. 精神医学, 54:1225-1236, 2012.
- 19) 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.
- 20) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the revised Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25). Psychiatric Services 63: 758-763, 2012.
- 21) Tooth L, Ware R, Bain C, et al: Quality of reporting of observational longitudinal research. American Journal of Epidemiology 161: 280-288, 2005.
- 22) 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.
- 23) 佐藤さやか, 山口創生, 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: 臨床関連アウトカムおよび就労関連アウトカムに関する報告. 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.97-125, 2014.