

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

分担研究報告書

短期リワークプログラムの効果に関する研究

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

研究要旨

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

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

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

プログラム開始から3ヶ月の変化について解析を行なったところ、短期型と既存型の両群において、プログラム開始から3ヶ月間で復職準備性、抑うつ症状、QOLの改善が認められた。既存型プログラム参加者のほうが3ヶ月間のQOLの改善が大きかったが、社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化は両群で差が認められなかった。今後、両プログラム間で、6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。

A．研究目的

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

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

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

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

そこで本研究では、短期型リワークプログラムと既存型リワークプログラムを実施し、プログラム前後および復職後のアウトカムを比較すること、短期型リワークプログラムの医療経済的な評価を行うこと、復職後の職場におけるフォローアップ体制の探索的な検討を目的とする。本研究の仮説は以下のとおりである。短期型リワークプログラムはプログラム前後の社会機能の変化、および復職後の就労継続において、既存型リワークプログラムと同等の効果を有する。短期型リワークプログラムは既存型リワークプログラムよりも医療経済的に優位である。

なお現時点では、対象者の多くが未だ復職していない状況にあるため、復職までの期間、および復職後の就労継続、復職後の就労継続による労働生産性損失の節約については検討することができない。よって本報告書では、プログラム参加3ヵ月後の時点における社会機能、抑うつ症状、復職準備性、QOLの変化について検討を行なう。

B．研究方法

1)対象

本研究の対象は、調査実施機関である品川駅前メンタルクリニックにおいて実施する、短期型および既存型のリワークプログラムの利用を希望する患者のうち、ICD-10の気分障害(F3)の診断基準を満たすものとする。除外基準はICD-10の統合失調症(F2)、脳器質性精神疾患(F0)、物質依存性障害(F1)の診断基準を満たすものとする。目標症例数は、各群30人とする。

2)研究デザイン

本研究はランダム割り付けを伴わない前向き比較対照試験である。どちらのプログラムに参加す

るかは対象者の希望で決定する。

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

3) 介入内容

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

既存型のリワークプログラムは内省モデルに基づいて行われるのに対し、短期型リワークプログラムは行動モデルに基づいて行われる。プログラム内容の特徴としては、既存型のリワークプログラムと比較して心理教育・演習の割合が少なく、ジョブトレーニングの割合が多い。またプログラムにおいて達成すべき目標設定も、既存型リワークプログラムと比較して少ない。

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

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

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

4) 評価項目

介入前後の変化に関する評価

プログラム開始時点、開始3/6か月後、復職決定時に以下の評価を実施する。

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

共変量

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

5) 解析

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

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

(倫理面への配慮)

本研究は実施に先立ち NTT 東日本関東病院の倫理委員会により審査され、承認された。参加者には本研究に関して十分な説明を行い、全員から書面による同意を得ている。

C. 研究結果

(1) 対象者の導入状況

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

(2) 対象者の特徴

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

表1 対象者の特徴

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

表1 対象者の特徴(続き)

次に、プログラム開始時点における休職状況を表3に示す。

表2 対象者の休職状況

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

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

(3) 介入開始前の評価

短期型群、既存型群の介入開始前評価の結果を表3に記した。

介入開始前の評価は、両群間で有意な差は認められなかった。

表3 対象者の介入開始前評価

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

(4) 介入開始から3ヵ月間の変化

介入開始から3ヵ月間の評価尺度の変化を表4にまとめた。

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

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

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

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

することが示された。

EQ-5D5L については、評価時期の主効果($F=24.3$, $p < 0.001$)と、評価時期と群の交互作用 ($F=8.69$, $p=0.008$) が有意であり、既存型プログラム参加者と、短期型プログラム参加者では EQ-5D5L の変化に有意な差があり、既存型プログラム参加者のほうが、プログラム開始 3 ヶ月間の QOL の改善が大きいことが示された。

表 4 介入開始から 3 ヶ月間の変化

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

D. 考察

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

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

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

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

E. 結論

短期型リワークプログラムと既存型リワークプログラムの両群において、プログラム開始からの 3 ヶ月間で復職準備性、抑うつ症状、QOL の改善が認められた。プログラムによる効果の違いとしては、プログラム開始前により QOL が低かった既存型プログラム参加者において、より 3 ヶ月間の QOL の改善が大きかったが、社会機能、復職準備性、抑うつ症状の変化については両群で差が認められなかった。今後、両プログラムの間で、6 ヶ月後までの変化、復職までに要する期間、復職後の再発率、復職後の就労継続期間、復職後のワ

ークパフォーマンスに差が認められるかどうかについて検討する。

F . 健康危機情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

なし

2 . 学会発表

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

H . 知的財産権の出版・登録状況

1 . 特許取得 なし

2 . 実用新案登録 なし

3 . その他 なし

文献

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