

2019 年度

関西福祉科学大学大学院

社会福祉学研究科

心理臨床学専攻

修士論文題目

復職支援プログラム修了者の心理検査の結果と就労継続との関係及び就労継続に影響を与える要因について

指導教員（ 長見 まき子 ）

社会福祉学研究科心理臨床学専攻

学生番号 11820003

氏名 川口 尊士

## I. 問題

### 1. 職場におけるメンタルヘルス不調

2017年の厚生労働省による労働安全衛生調査によると、過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1か月以上休職した労働者の割合は0.4%であり、2016年、2015年の同調査と結果は変化していない。しかし、2018年の労働安全衛生調査によればメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合も2014年以降50%前後でほぼ横ばい状態にあり、メンタルヘルス対策への取り組みは特に中小企業ではまだまだ不十分であると考えられる。それにもかかわらず、休職後、復職する者に求められる職場での回復レベルは高く、五十嵐（2018）は2005年時点よりも2018年で求められる回復レベルは高くなっているとしており、休職し復職する者にとってはより一層厳しい状況になっている。特に、メンタルヘルス不調による労働者の長期の休業や再発・再休業は産業精神保健において大きな課題となっている（田島・今村・川上、2017）。独立行政法人労働政策研究・研修機構が2012年に実施した調査によると、病気休職制度の取得を経て復帰した社員の再発の繰り返し状況としては、「ほとんど再発はない」とする割合は、メンタルヘルスの場合が47.1%、その他の身体疾患の場合が79.3%となっており、その他の身体疾患の場合のほうが高い。「半分以上が再発」（「ほとんど（9割）が再発を繰り返している」「7～8割程度が再発を繰り返している」「半分程度が再発を繰り返している」の合計）は、メンタルヘルスの場合32.4%である。このような状況から、メンタルヘルス不調による休職者の対応における課題の1つとして、いかに復職後に職場に再適応し再休職を防ぐかが挙げられる（宮澤・前原、2019）。

### 2. メンタルヘルス対策や復職支援に関する取り組み

復職のための施策として2004年に厚生労働省は「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を作成し、2009年、2012年に改訂が行われ、広く活用されている。うつ病からの復職は職場のメンタルヘルスの三次予防における重要なテーマであり、労働者本人の健康のみならずその後の生活設計や企業にとっての労働力確保に直結する問題でもある。しかし、これまでは休業していた労働者が精神科医の「復職可」の診断書の提出のみで復職させると、復帰して早期に再休業になるケースが多いという実態があった（吉村・高野・島、2009）。また、柏木・田口・桃生・江花・芦原（2006）の事業場外主治医である精神科医・心療内科医の専門医846名、事業場内関係者（産業保健スタッフ・人事労務担当者等）543名を対象にしたメンタルヘルス不調者の職場復帰支援に関する質問紙調査では、復職判定に際しメンタルヘルス不調に関する客観的な判断基準がないために、「主治医の主観的判断に依らざるを得ない」と回答した専門医が66.2%、職場関係者を対象とした調査でも「主治医の診断書を最も尊重する」が68.6%と報告している。このような背景には、精神科医が職場の状況に精通していないこと、労働者が十分に回復していない段階で復職を焦って主治医にその許可を求め、企業側から精神科医へ情報交換の働きかけをするのに敷居の高さを感じるなどがある（吉村他、2009）。このような問題に対し円滑な職場復帰と業務の継続ができるようにするため、「心の健康問題により休業した労働者の職場

復帰支援の手引き」は、病気休業の開始から職場復帰後のフォローアップまでの流れを以下の5つのステップに分けている。

〈第1ステップ〉 病気休業開始及び休業中のケア

- ① 病気休業開始時の労働者からの診断書（病気休業診断書）の提出
- ② 管理監督者によるケアおよび事業場内産業保健スタッフ等によるケア
- ③ 病気休業期間中の労働者の安心感の醸成のための対応
- ④ その他

〈第2ステップ〉 主治医による職場復帰可能の判断

- ① 労働者からの職場復帰の意思表示と職場復帰可能の判断が記された診断書の提出
- ② 産業医による精査
- ③ 主治医への情報提供

〈第3ステップ〉 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

- ① 情報の収集と評価
  - ア 労働者の職場復帰に対する意思の確認
  - イ 産業医による主治医からの意見収集
  - ウ 労働者の状態等の評価
  - エ 職場環境等の評価
  - オ その他
- ② 職場復帰の可否についての判断
- ③ 職場復帰支援プランの作成
  - ア 職場復帰日
  - イ 管理監督者による就業上の配慮
  - ウ 人事労務管理上の対応
  - エ 産業医等による医学的見地から見た意見
  - オ フォローアップ
  - カ その他

〈第4ステップ〉 最終的な職場復帰の決定

- ① 労働者の状態の最終確認
- ② 就業上の配慮等に関する意見書の作成
- ③ 事業者による最終的な職場復帰の決定
- ④ その他

〈第5ステップ〉 職場復帰後のフォローアップ

- ① 疾患の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認
- ② 勤務状況および業務遂行能力の評価
- ③ 職場復帰支援プランの実施状況の確認
- ④ 治療状況の確認
- ⑤ 職場復帰支援プランの評価と見直し
- ⑥ 職場環境等の改善
- ⑦ 管理監督者、同僚等への配慮

また、2015年からはストレスチェック制度が開始され労働者数50名以上の事

業場においては、1年以内に1回「心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）」を実施することが義務付けられている。ストレスチェック制度の基本的な考え方として、国は以下の4項目を挙げている。

- ①労働者自身のストレスへの気づきを促し、個人のメンタルヘルス不調のリスクを低減させること
- ②検査結果を集団ごとに集計・分析し、職場におけるストレス要因を評価し、職場環境改善につなげることで、ストレスの要因そのものを低減させること
- ③ストレスの高い者を早期に発見し、医師による面接指導につなげることで、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止すること
- ④労働者のストレス状況の改善及び働きやすい職場の実現を通じて、生産性の向上につながるものであることに留意し、事業経営の一環として、積極的にストレスチェック制度の活用を進めていくこと

以上のように、ストレスチェック制度の目的は、主にメンタルヘルス不調の一次予防に置かれており、二次予防は副次的なものとして示されている。

「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰の手引き」や「心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）」によって、職場でのメンタルヘルス不調についての一次予防、二次予防、三次予防の体制は制度としては成り立っているが、十分にメンタルヘルス対策へ取り組んでいる事業場の割合は中小企業ではまだ低いというのが現状である。

北島（2008）は、復職後に職務遂行能力が十分回復しない事例が多いとし、復職自体がゴールではなく、復職後の能力回復がゴールであると考え、質の良い回復こそが必要であるとしている。杉本・松田（2009）の行ったメンタルヘルス疾患で休業していた従業員の復職後の就労状況についての調査では、休職中の過ごし方へのより効果的な指導の必要性を示唆しており、休職期間中のリワークプログラム等への参加は、復職を考えるうえで効果的ではないかと考えられる。

### 3. 復職支援プログラム（リワーク）

一般社団法人日本うつ病リワーク協会によると、リワークとは、return to workの略語で、気分障害などの精神疾患を原因として休職している労働者に対し、職場復帰に向けたリハビリテーション（リワーク）を実施する機関で行われているプログラムとされている。リワークは復職支援プログラムや職場復帰支援プログラムともいう。

リワークプログラムの始まりは、1997年に秋山により始められた職場復帰援助プログラム（RAP）である（五十嵐、2018）とされている。2008年には「うつ病リワーク研究会」が設立され、リワークプログラムは精神科デイケアを中心に様々な形で広がっていった。2018年には「一般社団法人日本うつ病リワーク協会」と法人化され、現在リワークプログラムは日本全国で220カ所以上の医療機関等で実施されている（五十嵐、2018）。

リワークは医療機関で行う“医療リワーク”、障害者職業センターで行う“職リハリワーク”、企業内や従業員支援プログラム（EAP）などで行われる“職場リワーク”の3つに分けて考えられている（五十嵐、2016）。なかでも、“医療リ

ワーク”は、医療機関で行われる治療を目的としたリハビリテーションであり、復職支援に特化したプログラムが実施され、再休職の予防を目標とした、働き続けるための病状の回復と安定を目指した治療である。健康保険制度の下で厚生労働省が定める施設基準のあるデイケアや作業療法あるいは集団精神療法などとして行われ、利用者本人の自由意思に基づき行われ、費用の一部は自己負担となる。

うつ病リワーク協会（2009）によって、リワークは「集団療法」であり、「復職準備」をし、「セルフケア・再発予防」を促す3つの要素から構成されると定義されているが、リワークの実施内容は、機関によって様々である。リワークの実施形態としては、五十嵐が2016年に行ったうつ病リワーク研究会所属の166医療機関を対象とした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では、精神科ショートケアが最も多く86施設（61.9%）、次いで精神科デイケア35施設（25.2%）、精神科作業療法8施設（5.8%）、精神科デイトケア5施設（3.6%）、通院集団精神療法4施設（2.9%）であった。

有馬（2013）は、リワークの目的として、①「病状を回復すること」、「復職準備性を向上させること」、「再発予防のためのセルフケア」の3つを挙げている。これらの目的を可能にするためにリワークプログラムが備えるべき不可欠な要素には（1）通勤を模倣して定期的に通所できる場所、（2）厳しめのルールのもとで空間的・時間的に拘束させる枠組み・日課、（3）一定のノルマがある作業プロジェクト、（4）集団を対象とした心理社会教育プログラムの4つを挙げている。

北川他（2009）はリワークプログラムの目的・目標を①復職準備性の改善、②復職可能性の評価、③復職時の再発・再燃予防の3点であるとしている。①については、プログラムを遂行することによって作業能力や集中力の回復、対人交流の活性化、生活リズムの構築、体力回復を得ることを企図し、②については客観的指標の開発を念頭にさまざまな臨床評価を行い、③については、うつ病の心理教育や認知再構成法、問題解決技法などの技能獲得による予防を目指しているとしている。

吉野（2009）はリワーク利用のメリットについて次の8つの項目を挙げている。専門的な立場からのうつ病に対する正しい知識を習得できる、常に客観的に状況を判断することができるスタッフがいる、より職場に近い環境でプログラムを受けることができる、集団で行うプログラムによって、コミュニケーションスキルなどが獲得できる、同じ悩みを持ち、同じ境遇に置かれている仲間と一緒に職場復帰を目指せる、ソーシャルワーカーや専門のカウンセラーによる職場との環境調整が可能である、専門の機関におけるプログラムのため、復帰をする職場にも安心感を与えられる、再発予防教育など、職場復帰後も安心して就労できるようになる。このようにリワークに参加し復職へ向けての準備をすることは、職場に再適応し再休職を防ぐ上で有用ではないかと考えられる。

しかし、平井他（2012）が行った、茨城産業保健推進センター利用歴のある茨城県内の事業場に勤務する「心の健康問題による休業者の復職支援担当者」698名のうち回答を得られた244名を対象とした調査でリワークを知っているかどうかについての回答は「よく知っている」が20人（8.2%）、「名前を知っているが詳しくは知らない」が86人（35.2%）、「知らない」が124人（50.8%）、「無

回答」が 14 人（5.7%）であるとしている。このことは事業場外資源としてのリワークに対しての認知は低いというのが現状であるということを示している。そのため、今後さらにリワークの有用性について研究で明らかにしていくことが必要であると考えられる。

本研究で調査を実施した復職支援プログラム「SPICE」とは、関西福祉科学大学 EAP 研究所とナカトミファティীগケアクリニックが連携して行っている、職場復帰を支援するためのプログラムである。うつ病などによって休職中の者を対象として、他者との関わりやさまざまな作業活動を通じて精神機能の向上、対人関係能力、作業能力の改善を図っている。2004 年 11 月から関西福祉科学大学 EAP 研究所が医療法人あけぼの会と共同で実施していたものを、関西福祉科学大学 EAP 研究所移転に伴い、2015 年 5 月よりナカトミファティীগケアクリニックと連携して実施している。

復職支援プログラム「SPICE」は精神科ショートケアとして実施されている精神疾患患者を対象とした復職支援プログラムである。また、回復度等により午前のブラッシュアップコースと午後のウォーミングアップコースに分かれて実施されている。ウォーミングアップコースは睡眠など生活リズムがまだ整っていないような参加者が対象であり、ブラッシュアップコースはある程度生活リズムが整ってきて、毎朝出勤時間に規則的に起きられるようになっているような参加者を対象としている。そのため、コースによって実施するプログラムが異なる部分もある。各コース定員は 13 名である。各コースのプログラム内容とそれぞれのリワークの区分（五十嵐、2012）を Table 1 に示す。

Table 1

## 「SPICE」のコース別のプログラムとリワークの区分

ブラッシュアップコース (10:00～13:00)	
プログラム	リワークの区分 (五十嵐、2012)
作業療法 (個人) ワークエクササイズ	個人プログラム
認知行動療法 アサーショントレーニング ストレスマネジメント リラクセーション	特定の心理プログラム
グループミーティング 作業療法 (集団作業)	集団プログラム
キャリアセミナー ヘルスマネジメント	教育プログラム
個別面談 生活習慣チェック	その他のプログラム

ウォーミングアップコース (14:00～17:00)	
プログラム	リワークの区分 (五十嵐、2012)
ワークエクササイズ アートアクティビティ ボディワーク	個人プログラム
リラクセーション	特定の心理プログラム
グループミーティング	集団プログラム
コミュニケーションワーク ファティーグケア	教育プログラム
個別面談 生活習慣チェック	その他のプログラム

これらのプログラムはナカトミファティーグケアクリニックの心理職および関西福祉科学大学の教員により実施されている。参加に先立って説明会が実施され、参加を予定される患者や企業担当者の不安を取り除き安心して参加できるようにしている。

また、SPICE では内田クレペリン検査、GSES をプログラム参加時と終了時に実施し、CES-D、STAI (FormX) をプログラム参加時から終了時まで 1 か月ごとに実施している。

開始時と終了時の作業量の回復を確かめることを目的に内田クレペリン検査を実施している。1920年代から1930年代にかけて、内田勇三郎が Krapelin, E の作業曲線をもとに開発した心理検査である。内田クレペリン検査は、一桁の足し算を1分毎に行を変えながら、休憩をはさみ前半と後半で各15分間ずつ合計30分間行い、全体の計算量(作業量)、1分毎の計算量の変化の仕方(作業曲線)と誤

答から、被験者の能力面と性格や行動面の特徴を総合的に測定する。

開始時と終了時の何らかの行動をきちんと遂行できるかどうかというセルフ・エフィカシーを比較することを目的に GSES を実施している。GSES は 1986 年に坂野と東條によって作成された。GSES は一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale) の略で個人の一般的なセルフ・エフィカシー認知の高低を測定するための質問紙である。セルフ・エフィカシーとは何らかの行動をきちんと遂行できるかどうかという予期であるが、そういった予期の一般的な傾向を測定するために開発されたのが GSES である。

毎月の抑うつ度の変化を確かめることを目的に CES-D を実施している。CES-D は 1977 年に NIMH でうつ病の疫学研究を目的として作成されたもので (Rodloff、1977)、20 項目からなり、それぞれの項目が 4 段階に評価され、それらの合計点から抑うつ度を測る質問紙である。

毎月の不安の変化を確かめることを目的に STAI (FormX) を実施している。STAI (FormX) は 1970 年に Spielberger らによって発表された不安の 2 因子である、「状態不安」と「特性不安」を測定する質問紙である。

#### 4. 復職支援プログラム (リワーク) の有効性

リワークの広まりにより、社会的有用性の認識は徐々に広まっており、リワークの有効性についても研究が行われている。職場復帰の可否判断の基準とし医学領域では様々な検査や尺度を用いて病状評価がなされる。精神医学や心理学の分野では例えば、うつ傾向を測るには SDS、BDI-II、HAM-D、CES-D など、不安傾向であれば MAS や STAI、性格傾向であれば MMPI、PF-study、YG、TEG など、脳機能全般を測るのであれば WAIS-III、HDS-R、内田クレペリン検査、ブルドン抹消法検査などが用いられる (有馬、2013)。リワークの有効性についてそのような検査を用いた研究も行われている。

北川他 (2009) は、プログラムの種々の効果について、抑うつ症状の変化、非機能的認知機能に対する効果、心理社会機能の自覚的变化について報告している。抑うつ度の変化として HAM-D の低下傾向、BDI の有意な低下があり、非機能的認知に対する効果としては、ATQ-R、および JIBT-20 における全体で有意な低下があり、心理社会機能の自覚的变化として SF-36v2 における「全体的健康感」、「日常的役割機能 (精神)」の項目が有意に上昇したと報告されている。また、羽岡・吉野・鈴木・宇佐美・友常 (2013) のリワークプログラム利用者の認知機能の変化の研究では、調査開始時と比較して終了時の CES-D の得点の平均が有意に低下していた ( $p < 0.001$ ) ことが報告された。また、金子他 (2010) の行ったリワーク開始直後と終了直前の CES-D と SOC の得点の比較でも CES-D は開始直後の  $17.3 \pm 10.3$  から終了直前の  $10.4 \pm 7.2$  へと有意な改善が認められ、SOC の得点も  $109.0 \pm 22.1$  から  $123.6 \pm 20.2$  へと有意に上昇が認められたことを報告している。しかし、小林他 (2012) は復職後にリワーク参加中に変化した CES-D が上昇し SOC は低下したことから、リワーク参加中の変化は一時的であった可能性も示唆されたとも報告されている。これらの結果から、少なくともリワークプログラムに参加することによって一時的であれ抑うつ度の改善やストレス対処力の上昇があると考えられる。



鈴木・羽岡・吉野（2013）は、リワークプログラム開始直後と終了直前の1週間の平均歩数を比較検討し、プログラム開始直後の1日歩数は $6299 \pm 2820$ 歩であったが、終了前には $8423 \pm 2739$ 歩と増加を認め、有意な差を認めた（ $P < 0.001$ ）。さらに鈴木ら（2013）は、プログラム開始時のCES-D得点から対象者を正常群（CES-D $< 16$ ）と抑うつ群（CES-D $\geq 16$ ）に群分けし、それぞれの1日の歩数変化を検討した。それによると、正常群17名においては $7350 \pm 3581$ 歩から $9298 \pm 3509$ 歩と有意な増加が認められ（ $p < 0.05$ ）、抑うつ群においても $5637 \pm 2020$ 歩から $7872 \pm 2006$ 歩と有意な増加を認めた（ $p < 0.001$ ）とされている。このことは、リワークプログラムへの参加は認知機能の変化だけでなく身体活動の変化にも影響していると考えられる。

大木・五十嵐・山内（2012）が行ったリワークプログラムの効果研究に関する文献検討によると、短期的効果として、プログラム前後の比較による臨床的症状の回復、そして復職の達成が挙げられ、長期的効果としては、復職後の就労継続性を指標とした復職後の再休職予防が挙げられた。斉藤（2012）は従来型のうつ病は、病み終えることで再発は少なく、リワーク支援プログラムの必要性は低いが、新型うつや、さらには双極性障害などの自己コントロールが再発防止の鍵となるような症例において十分な回復と原因の除去という再発防止の条件をより確実にするために、リワークプログラムの活用が推奨されるとしている。副田（2016）のリワークプログラム利用者の特徴と復職の転帰に関する調査によると、リワークプログラム利用者の復職の転帰に寄与したと考えられた特徴は、復職意欲、プログラムの必要性の理解、元来の適応力、性格傾向であるという結果であった。

復職支援プログラムと就労継続との関係についてもいくつか研究がなされている。有馬・秋山（2015）によるとリワークプログラム利用者の復職後の就労予後に関して、プログラム利用者は有意に就労継続性が良好であるということが示されたとしている。また、五十嵐（2016）が行った、プログラム開始後10年間の復職者の就労継続性に関する予後調査では、リワークを利用した1155人のうち復職した者が925人で、プログラムからの脱落率は、19.1%であった。また、復職者の就労継続に関しては、1年後は78.4%、2年後は64.7%であったと報告している。また、堀井他（2019）のNTT東日本関東病院のリワークプログラムに参加し復職した76名中、研究の同意を得られた56名を対象とした調査では復職後の平均就労継続日数は715日で約2年に近かった。さらに、「復職前の復職準備評価スケール」は有意に就労継続を予測し、下位尺度の「基本的生活」、「症状」、「職場との関係」、「健康管理」が有意に復職後の就労継続期間を予測していることを示した。中川・井原（2016）は復職から再休職までの比較を行い、未婚者（推定平均値1086日、推定中央値427日）が既婚者より再休職までの期間が短く（ $p < 0.05$ ）、同様に単身生活者（推定平均値592日、推定中央値427日）が家族同居者より再休職までの期間が短かった（ $p < 0.05$ ）としている。

リワーク参加後の、就労継続に影響した要因や再休職に影響した要因についても研究がなされている。吉村・長見（2010）による職場復帰支援プログラム修了者を職場再適応群と不適応群で比較した調査で、職場適応群は「人事労務スタッフとの定期面談の機会があった」、症状再燃防止に役立っている工夫についての

回答では、「休職を良い転機だったと思う」と回答していると報告した。また、福島・大木・五十嵐（2010）は、リワークに参加後復職し、その後再休職した気分障害圏の患者についての調査から、再休職の要因として、職場の人間関係、家庭内の問題、業務負荷、生活リズムの乱れ、睡眠の問題が多くみられたと報告している。

## II. 目的

これまで述べたようにリワークプログラムを経て復職をした場合の就労予後が良好であり、就労継続も長いということは様々な研究で明らかにされているが、就労継続と心理検査の結果との関係について研究したものは少ない。また、リワークを経て復職したにも関わらず、数ヶ月で再休職に至るケースもあることから、復職後の個人要因、環境要因等、復職後の就労継続に影響を与える要因についても検討する必要がある。

そのため本研究では、復職支援プログラム「SPICE」を終了して復職した者を対象としてフォローアップ調査を行い、復職以前の心理検査（CES-D、GSES、STAI、内田クレペリン検査）の結果と就労継続の関連を分析することで、同検査の復職判定に対する有効性について検討するとともに、アンケートで得られた結果から、復職後の就労継続に影響を与える要因等について検討することを目的とする。

## III. 方法

### 1. 調査対象者

関西福祉科学大学 EAP 研究所が、ナカトミファティীগケアクリニックと連携して実施しているリワークプログラム「SPICE」（以下 SPICE と表記）を 2015 年～2019 年の間に利用し、2015 年 9 月から 2019 年 6 月の間に復職に至った利用者 60 名にアンケートを送付し同意を得られた男性 22 名、女性 7 名の合計 29 名を調査対象とした。

### 2. 調査方法

（1）アンケート調査（以下の項目について）

基本属性（性別、年齢）の他に、以下の項目からなるアンケート

- ① 復職後の勤労状況（復帰日と就労継続状況、休・退職日）
- ② 休職回数
- ③ 休職期間
- ④ 事業場の受け入れ体制
- ⑤ 復職後のライフイベント
- ⑥ 業務遂行レベル
- ⑦ 健康状態
- ⑧ 睡眠状況（時間、リズム）
- ⑨ SPICE 全般の満足度
- ⑩ SPICE で役立ったプログラム
- ⑪ SPICE で得たスキルとその活用状況
- ⑫ 抑うつ度を測る項目（CES-D）

(2) アンケート調査データと SPICE 参加中の心理検査データ等を利用した比較および分析。使用する心理検査について、内田クレペリン検査、GSES はプログラム参加時と終了時に実施し、CES-D、STAI (FormX) についてはプログラム参加時から終了時まで1か月ごとに実施した。

各心理検査の分析は開始時と終了時または終了直前クール時ともに受けていた者を対象とした。そのため CES-D については 27 名、STAI については 25 名、GSES については 16 名、内田クレペリン検査については 22 名を分析対象とした。

① SPICE 参加中の各種検査データの研究への利用については、プログラム参加時に同意を得ている。

② SPICE 参加中のデータについてはナカトミファティীগケアクリニックの同意を得たうえで、氏名をコード化したものを利用した。

③ アンケート調査データにおいても氏名をコード化したものを利用した。

### (3) 分析方法

観察開始時点を復職時とし、再休職もしくは疾病を原因とする退職を観察終了時点とし、その後の累積就労継続率を Kaplan-Meier 法にて算出した。

さらに CES-D の点数 (カットオフポイントの 16 点以上と未満)、GSES の標準得点、STAI の点数 (特性不安のカットオフポイントの男性 44 点、女性 45 点以上と未満、状態不安のカットオフポイントの男性 41 点、女性 42 点以上と未満)、年齢、性別を説明変数、就労継続・非就労継続 (再休職・疾病を原因とする退職の有無) を従属変数とし、コックスの比例ハザードモデルを用いて再休職、疾病を原因とする退職に関するリスク評価を行った。

本調査においては、CES-D の得点がカットオフ値以上を高得点域にある群として高得点群、STAI の特性不安のカットオフ値以上、状態不安のカットオフ値以上を高得点域にある群として高得点群、それ以外を健常群とし、それぞれの因子において、高得点群を「1」、健常群を「0」の 2 群に分けた。高得点群と健常群の就労継続の比較についてはログランク検定を行った。また、CES-D、STAI、GSES、内田クレペリン精神検査について開始時と終了時の得点または作業量について対応のある t 検定を行った。

復職後の就労継続に影響を与える要因等についてはアンケート結果と心理検査の結果等を用いて重回帰分析を行った。

なお本研究は関西福祉科学大学倫理委員会の承認を得て実施した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性

対象者の属性は男性 22 名、女性 7 名の合計 29 名であり、そのうち休・退職者は 2 名であった (Table 2 参照)。また、対象者の年代は 20 代が 2 名 (6.9%)、30 代が 8 名 (27.6%)、40 代が 9 名 (31.0%)、50 代が 10 名 (34.5%) であった。アンケート結果や心理検査の結果で欠損値があったものについて分析を行う場合は、それぞれその値を含まない残りのデータについてのみの分析を行った。

Table 2  
調査対象者の性別と就労状況(度数・%)

		就労状況		合計
		休・退職	継続	
性別	男性	2(9.1)	20(90.9)	22(100.0)
	女性	0(0.0)	7(100.0)	7(100.0)
合計		2(6.9)	27(93.1)	29(100.0)

主治医による診断を Table 3 に示す。

Table 3  
主治医による診断

反復性うつ病性障害	9
うつ病	8
うつ状態	1
適応障害	9
慢性疲労症候群	1
診断名が見つからない	1

休職期間は 4.0～33.0 か月で、平均休職期間は 13.9 か月（標準偏差 8.9）であった。また、休職期間が 1 年以上の者と 1 年未満の者の割合を Figure 1 に示す。

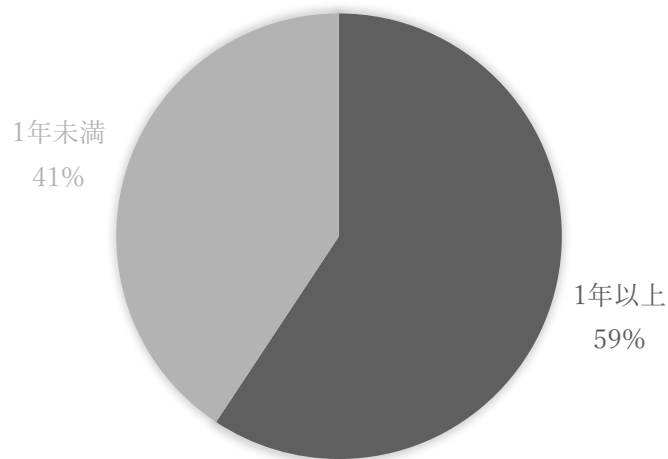


Figure 1. 休職期間の 1 年以上または 1 年未満の割合 (N=27)

休職回数は 1～6 回で、平均休職回数は 2.3 回（標準偏差 1.4）であった。休職回数の詳細を Figure 2 に示す。

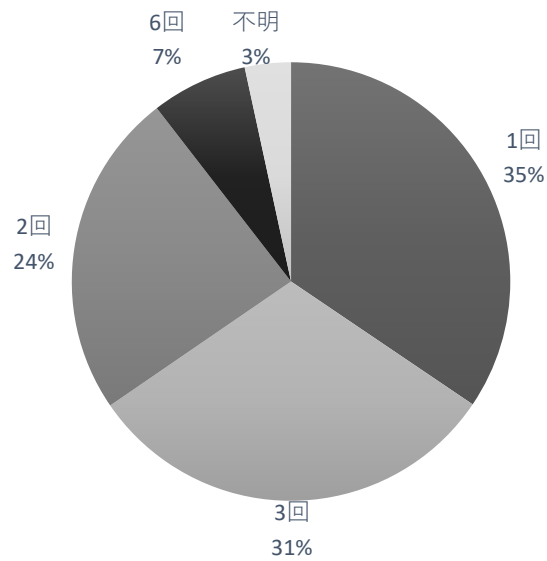


Figure 2. 休職回数の割合 (N=29)

## 2. SPICE 終了者の累積就労継続率

まず、観察開始日を復職日とし、再休職もしくは退職を観察終了時点とし、その後の累積就労継続率を Kaplan-Meier 法にて算出した。対象は正確な就労継続期間が不明の 1 名を除いた 28 名である。就労継続期間 (日) は最小値が 27、最大値が 1357、平均値が 303.5 (標準偏差 349.1) である。復職者の累積就労継続率に関しては、1 年後は 96% であった。詳細を Figure 3 に示す。

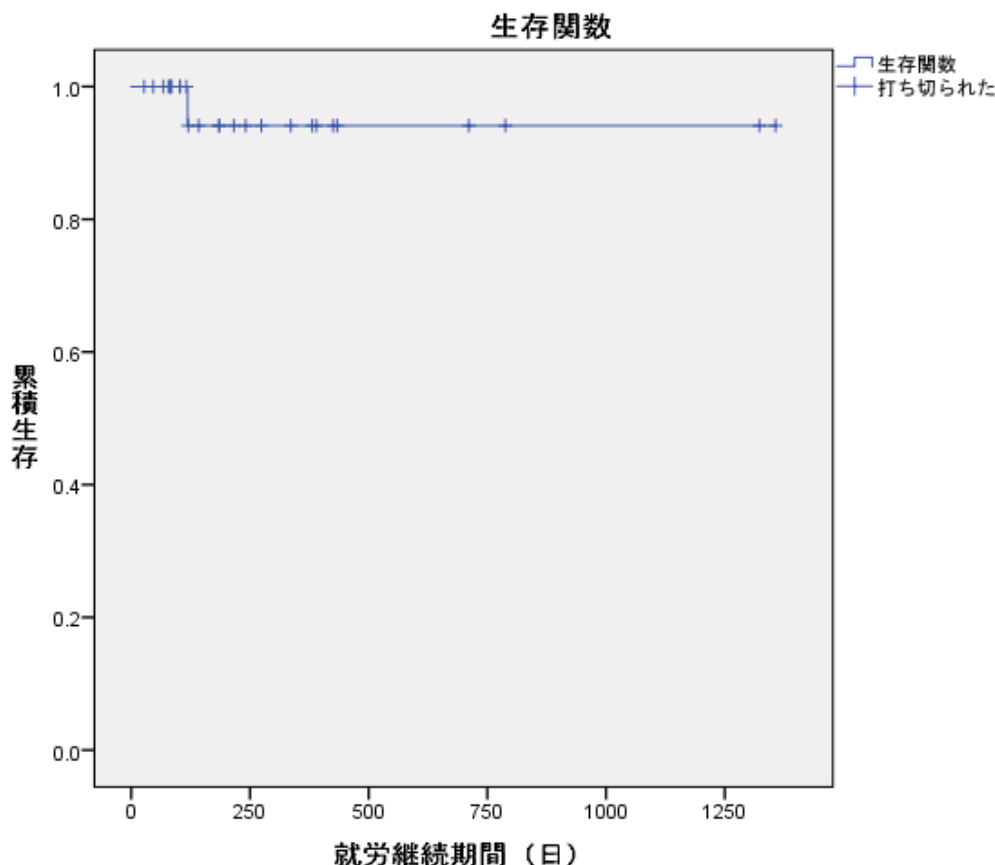


Figure 3. SPICE 終了者の累積就労継続率

### 3. 就労継続と心理検査の関連性

就労継続と心理検査の得点について、SPICE 終了時の CES-D、STAI をそれぞれ得点によって高得点群、健常群に分け、ログランク検定を行い 2 群間の就労継続の差を比較した。その結果、SPICE 終了時の CES-D、STAI の高得点群と健常群の間に有意差は認められなかった。また、GSES においても自己効力感が普通より低いに分類される者を低得点群、普通以上に分類されるものを高得点群としログランク検定を行い 2 群間の就労継続の差を比較した。その結果、GSES においても低得点群、高得点群の間に有意差は認められなかった。そのため、コックスの比例ハザードモデルを用いて再休職、疾病を原因とする退職に関するリスク評価を行ったが有意差は認められなかった。

SPICE 開始時と終了時の CES-D、STAI、GSES それぞれの得点について対応のある t 検定を行った結果、SPICE 開始時と比べて終了時の CES-D、STAI の特性不安・状態不安の得点は有意に低くなり、GSES の標準化得点は有意に高くなることが認められた。また、SPICE 開始時と終了時の内田クレペリン検査の全平均作業量についても対応のある t 検定を行った結果、全平均作業量は有意に増加した。詳細を Table 4 に示す。

Table 4  
 SPICE 開始時・終了時の各心理検査の対応のある t 検定の結果

	開始時			終了時		t
	N	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
CES-D	27	17.78	10.62	8.75	6.81	6.037**
STAI 状態不安	25	48.84	10.58	40.00	12.03	3.545**
STAI 特性不安	25	50.88	11.66	40.92	11.91	4.920**
GSES	16	35.38	10.58	40.88	11.51	-2.199*
内田クレペリン検査	22	54.69	13.23	60.09	13.40	-5.436**

\*\*p<.01 \*p<.05

また、内田クレペリン検査について、SPICE 開始前と終了時の個別の全平均作業量の変化を Figure4 に示す。

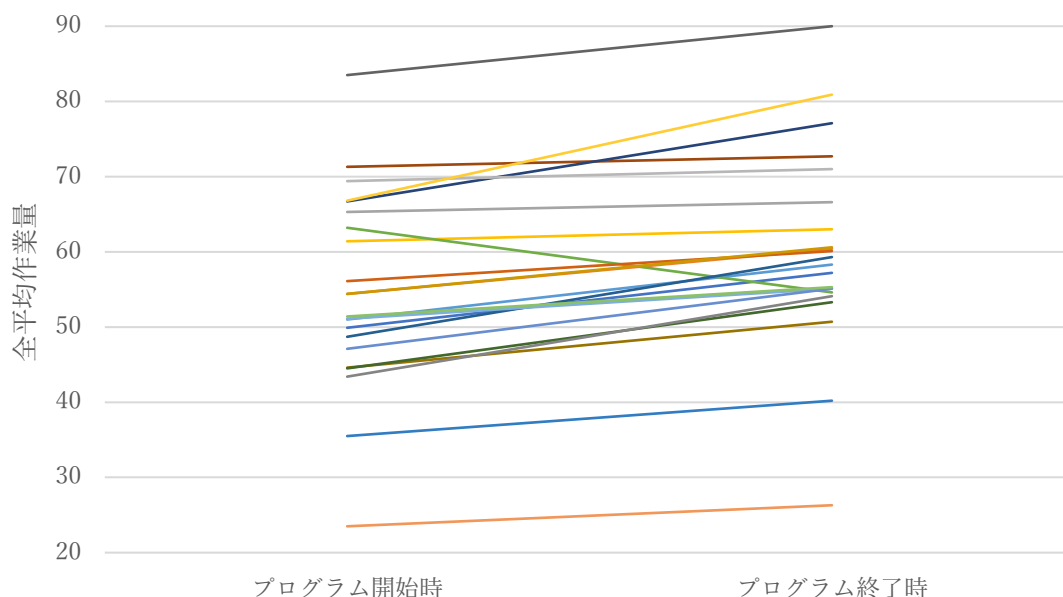


Figure4. 内田クレペリン検査全平均作業量の変化 (N=22)

1 名を除く 21 名がプログラム開始時と比べてプログラム終了時、内田クレペリン検査の全平均作業量が増加するという結果であった。プログラム開始時と終了時の内田クレペリン検査の前期平均作業量と後期平均作業量について対応のある t 検定を行った結果、前期平均作業量、後期平均作業量のいずれも有意に増加することが認められた。詳細を Table 5 に示す。

Table 5

内田クレペリン検査プログラム開始時と終了時の前期平均作業量と後期平均作業量についての対応のある t 検定の結果

	前期平均作業量				後期平均作業量		
	N	平均値	標準 偏差	t	平均値	標準 偏差	t
プログラム開始時	22	52.09	13.17	-6.018**	57.26	13.43	-4.520**
プログラム終了時	22	58.21	13.33		62.04	13.39	

\*\*p<.01

プログラム開始時と終了時の前期平均作業量と後期平均作業量を比較すると、前期平均作業量のほうが後期平均作業量より増加するという結果であった。

さらに、プログラム開始時と終了時の内田クレペリン検査の前期初頭部の作業量と後期初頭部の作業量について対応のある t 検定を行った結果、前期初頭部の作業量、後期初頭部の作業量のいずれも有意に増加することが認められた。詳細を Table 6 に示す。

Table 6

内田クレペリン検査プログラム開始時と終了時の前期初頭部の作業量と後期初頭部の作業量についての対応のある t 検定の結果

	前期初頭部の作業量				後期初頭部の作業量		
	N	平均値	標準 偏差	t	平均値	標準 偏差	t
プログラム開始時	22	54.36	13.10	-5.833**	60.50	16.80	-3.244**
プログラム終了時	22	62.41	15.43		65.59	15.87	

\*\*p<.01

また、プログラム開始時と終了時の後期増減率についても対応のある t 検定を行った結果、プログラム開始時と終了時の間に有意差が認められた。詳細を Table 7 に示す。

Table 7

内田クレペリン検査プログラム開始時と終了時の後期増減率についての対応のある t 検定の結果

	N	平均値	後期増減率	
			標準偏差	t
プログラム開始時	22	110.45	6.20	2.708*
プログラム終了時	22	106.95	4.42	

\*p<.05



#### 4. 復職後の就労継続に影響を与える要因

現在の CES-D の得点を従属変数、性別、年代、休職回数、企業規模、職場の受け入れ体制（試し出勤の有無、短時間勤務の有無、残業制限の有無、業務内容の配慮の有無、業務量の配慮の有無、産業医の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）との定期面談の有無、職場での病気に関する上司の理解の有無、職場での病気に関する同僚の理解の有無）、SPICE 満足度、業務遂行レベル、健康状態、睡眠状況（時間・リズム）、通院服薬それぞれの有無を独立変数とし重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、現在の抑うつ度に関しては復職支援プログラム SPICE 満足度、業務遂行レベル、健康状態が有意な影響を与えていた。詳細を Table 8 に示す。

Table 8  
現在の CES-D 得点における重回帰分析

		現在の CES-D 得点のベータ
モデル 1	SPICE 満足度	-.816**
	R <sup>2</sup>	.665**
モデル 2	SPICE 満足度	-.649**
	業務遂行レベル	-.329**
	R <sup>2</sup>	.746**
モデル 3	SPICE 満足度	-.478**
	業務遂行レベル	-.280*
	健康状態	-.308**
	R <sup>2</sup>	.769**

\*\*p<.01 \*p<.05

また、業務遂行レベルに影響を与えている要因について検討するため、業務遂行レベルを従属変数、性別、年代、休職回数、休職期間、企業規模、職場の受け入れ体制（試し出勤の有無、短時間勤務の有無、残業制限の有無、業務内容の配慮の有無、業務量の配慮の有無、産業医の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）との定期面談の有無、職場での病気に関する上司の理解の有無、職場での病気に関する同僚の理解の有無）SPICE満足度を独立変数とし重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、年代、SPICE満足度との間において有意差が認められた。詳細をTable 9 に示す。

Table 9  
業務遂行レベルにおける重回帰分析

		業務遂行レベルのベータ
モデル 1	年代	.512*
	R <sup>2</sup>	.262*
モデル 2	年代	.554**
	SPICE 満足度	.548**
	R <sup>2</sup>	.561**

\*\*p<.01 \*p<.05

就労継続と、職場のサポートの関係について検討するため、就労継続日数を従属変数、職場の受け入れ体制（試し出勤の有無、短時間勤務の有無、残業制限の有無、業務内容の配慮の有無、業務量の配慮の有無、産業医の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）の有無、産業保健スタッフ（保健師・看護師等）との定期面談の有無、職場での病気に関する上司の理解の有無、職場での病気に関する同僚の理解の有無）を独立変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行ったが、就労継続日数に対して有意に影響しているものはなかった。

SPICE に関するアンケート調査によって、役立ったプログラムとして認知行動療法（85.2%）、生活習慣チェック（70.4%）、ストレスマネジメント（66.7%）、グループミーティング（55.6%）、キャリアセミナー（55.6%）の5つのプログラムを半数以上の参加者が選択した。中でも認知行動療法は85.2%、生活習慣チェックは70.4%の参加者が選択し、好評価であった。また、SPICE で得たスキルの活用状況は100%で、SPICE のプログラムの中で得たものを、プログラム終了後も活用・実行しているという結果となった。

## V. 考察

### 1. 考察

本研究では、復職支援プログラム「SPICE」を経て復職した者について、実施したアンケート、心理検査（CES-D、GSES、STAI、内田クレペリン検査）の結果、その他の変数要因と復職後の就労継続との関連について検討した。

リワーク利用者の就労継続についてはカプラン・マイヤー法によって求められた累積就労継続率についての報告が多い。復職1年後の累積就労継続率について秋山（2003）は82%、大木（2012）は75.5%という結果を報告している。本研究における復職1年後の累積就労継続率は96%と前述した2つの研究を大きく上回る結果であった。五十嵐（2012）は医療リワークプログラムの実施形態を「個人プログラム」、「特定の心理プログラム」、「教育プログラム」、「集団プログラム」、「その他のプログラム」の5つに分類している。五十嵐（2012）の調査では、5区分すべてを実施している機関は43.1%、4区分実施している機関は36.1%、3区分以下は24.1%であった。SPICE は5区分全てを実施しており、それぞれの内容別による効果を受けることができたことが累積就労継続率の高さにつながっ

ているのではないかと考えられる。また、難波（2012）が復職支援プログラムでの入社継続率が改善した工夫の1つとして生活記録表を用いた復職判定を挙げている。SPICEでも生活日誌に加え活動度計も利用し生活リズムの確認を行っており、このことが回復状況の把握に役立ち、就労継続率の高さにつながった可能性も考えられる。

CES-D得点はプログラム開始時の $17.8 \pm 10.6$ からプログラム終了直前時の $8.7 \pm 1.8$ へと有意な改善が認められた。このことは金子他（2010）の行ったリワーク開始直後と終了直前のCES-Dの比較でCES-Dは開始直後の $17.3 \pm 10.3$ から終了直前の $10.4 \pm 7.2$ へと有意な改善が認められたことと一致していた。この結果は、リワークプログラムだけでなく、自然経過やうつ病治療による効果があるということは否定しきれないが、メンタルヘルス不調により休業した労働者がリワークプログラムを利用することによって抑うつ度の改善につながるという可能性が示唆された。

また、そのほかの心理検査である、STAI（FormX）、GSES、内田クレペリン検査においても有意な改善が見られた。

STAI（FormX）の状態不安については得点の平均値が、プログラム開始時には不安が高いとされる得点（男性41点、女性42点以上）を超える48.84点であったが、プログラム終了時には平均値がその得点を下回る40.00点であり有意な低下が認められた。状態不安とは、外部からあるストレスを受けると、そのストレスに対してどのような意味があるかと認知的評価が起これ、有害なものとして判断したとき短時間に誘発される不安状態で「いま」不安によってどのようなようになったのかの不安尺度を問うものである。つまり、この結果はSPICEのプログラムは参加者に対し現在の不安面の改善効果が見られたものと考えられる。特にSTAIで不安の高い段階であるⅣ以上から普通とされるⅢの状態に低下したことは、プログラムを通して何らかの不安を緩和する効果が参加者の心理面に作用した可能性があるということが示唆された。

STAIの特性不安についても得点の平均値が、プログラム開始時には不安が高いとされる得点（男性44点、女性45点以上）を超える50.88点であったが、プログラム終了時には平均値がその得点を下回る40.92点であり有意な低下が認められた。特性不安とは、パーソナリティ特性としての不安であり、不安傾向として比較的安定したものとされているが本研究の結果では有意に低下していた。特性不安が有意に低下したことは、復職支援プログラム「SPICE」のプログラムが、参加者のストレスコーピング等に影響を与えたということが考えられる。どのような要因が特性不安に影響を与えたのか、本研究では明らかにすることはできなかったが、認知行動療法のプログラムによって、認知の仕方に変化があったことが作用した可能性があると考えられる。

GSESについて、坂野（1989）の研究によると、一般的セルフ・エフィカシーが向上するとうつ病は治ってきて行動の積極性が改善してくるとされている。今回の結果からGSESの得点の平均値がプログラム開始時は35.35点であったが、プログラム終了時は40.88点であり、有意な増加が認められたということはSPICEに参加することで、一般的セルフ・エフィカシーが向上し、積極性の改善につなが

ったと考えられる。また、嶋田（2002）は一般的セルフ・エフィカシーが十分に高い人の場合には、困難な状況において次の3つの特徴がみられることを明らかにした。それは、適切な問題解決行動に積極的になれること、困難な状況でも簡単にはあきらめず努力することができること、腹痛や不眠などの身体的ストレス反応や、不安や怒りといった心理的ストレス反応を引き起こさない適切なストレス対処行動ができ、かなりストレスフルな状況にも耐えられることの3つである。つまり、一般性セルフ・エフィカシーが高ければ、ストレスフルな状況に遭遇しても、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決行動をしていけると言える。そのため、GSESの得点が増加したということから、復職後のストレスフルな状況下であっても、身体的・精神的健康を損なわずに適切な行動や問題解決行動をしていけることが予測され、休職の繰り返しを予防することができるのではないかと考える。また、坂野（1989）はGSESは抑うつ度が高いときにその得点が低く、抑うつ度が低い時にはその得点が高い、あるいは抑うつ度が減少しているときには、それにつれて得点に上昇の傾向が認められることを明らかにしており、GSESの得点の変化を見ることで、抑うつ度の変化も見ることができると考えられる。このことは、本研究でGSESの得点がプログラム開始時と比べてプログラム終了時が有意に高かったことは、抑うつ度が下がったことを示していると考えられることも可能であると示唆している

内田クレペリン検査ではプログラム開始時と比較してプログラム終了時の全平均作業量は有意に増加していた。このことは、仕事（作業）の処理能力、積極性、活動のテンポ、意欲、気働き等が高くなったことを示唆していると考えられる。しかし、うつ病の回復指標として考えられる休憩効果による後期平均作業量の増加は見られなかった。休憩効果による後期平均作業量の増加が見られなかった要因としては、本研究の対象者がうつ病だけでなく適応障害等ほかの疾患を持っている者も含まれているということが考えられる。全平均作業量のプログラム開始時とプログラム終了時の比較では22名中21名の作業量が増加しているという結果であった。全平均作業量がプログラム開始時よりプログラム終了時のほうが低下していた者については、その他のCES-D、STAI（状態不安・特性不安）についても得点が上がっており、抑うつ度や不安の改善が見られない時点での検査であったためそのような結果になった可能性があると考えられる。有馬（2017）も「標準化リワークプログラム評価シート」を利用した評価として、「基本項目（出席率、眠気・疲労、集中の持続）」については比較的短期間で基準点に達しているが、「対人交流」、「心理的側面」などの評価項目は基準点に達するのにはしばしば時間がかかるとしており、「心理的側面」が改善していなかったことには利用期間も影響している可能性があると考えられる。さらに復職を前にして不安が高くなっているということも考えられる。また、後期増減率において有意差は認められなかったが、プログラム開始時と比べてプログラム終了時の前期・後期初頭部の作業量は有意に増加していた。このことは仕事への取りかかりや意欲というものが回復しているということを示唆している。

これらのことからプログラム開始時と比較してプログラム終了時では心理検査（CES-D、GSES、STAI、内田クレペリン検査）の結果は、有意に改善しているという

ことは言えたが、就労継続日数との関係で有意差があるものは認められず、プログラム終了時の心理検査(CES-D、GSES、STAI、内田クレペリン検査)の結果と就労継続の関連を分析することで、同検査の復職判定に対する有用性について検討することはできなかった。しかし、参加者の回復度を見ていくうえで心理検査結果の変化を見ていくことは重要ではないかと考える。

次に、現在のCES-Dの得点について、SPICE全般の満足度、業務遂行レベル、健康状態が有意な影響を与えていた。SPICE全般の満足度が現在のCES-Dの得点に影響を与えたということは、プログラムで学んだことが関係しており、プログラムで学んだことを復職後実践できているかどうか、現在の抑うつ度に影響を与えている可能性があるのではないかと考えた。業務遂行能力がCES-Dの得点に影響を与えていたということは、職場復帰に際して業務遂行レベルの回復は必要なことであるが、現在の業務遂行レベルも抑うつ度に影響を与えていることが分かった。現在のCES-Dの得点に健康状態が影響したことから、健康状態が心理的な側面である抑うつ度にも影響していることが分かった。

また、業務遂行レベルに影響を与えている要因について検討するため、業務遂行レベルを従属変数、性別、年代、休職回数、休職期間、企業規模、職場の受け入れ体制、SPICE全般の満足度を独立変数とし重回帰分析(ステップワイズ法)を行った結果、年代、プログラム満足度との間において有意差が認められた。

年代が上がるほど業務遂行レベルが高かったことには、職場での今までの経験の差が職場での再適応に影響を与えたためではないかと考えられる。

副田(2016)は医療系リワークを経て復職した者のうち復職が成功した例に共通するものとして復職意欲、プログラムの必要性の理解、課題や作業を継続できる力、40歳代などを挙げている。反対に復職に失敗した例として復職意欲の乏しさ、プログラムの必要性の理解不足、発達障害、課題や作業を継続できないほどの回避傾向を挙げている。このことから、本研究で、業務遂行レベルにSPICE全般の満足度が影響していた理由として、プログラムの必要性の理解が関係するのではないかと考えた。つまり、様々なプログラムの必要性を理解したうえでリワークに参加し復職するということが満足度につながり、その満足度の高さが業務遂行レベルに影響を与え現在の抑うつ度の低さにつながったのではないかということが示唆された。現在の抑うつ度が低いことから、うつ病等の疾病の再発というリスクを低減することができ、復職後、再休職や退職をせず就労を継続できているのではないかと考えられる。そのため、業務遂行レベルの高さやSPICE全般の満足度の高さは、復職後、就労を継続することにつながるのではないかということが考えられる。

田島他(2017)の行った文献レビューではメンタルヘルス不調者の復職やその後の就労継続に影響する上司の態度および行動は、復職者とのコミュニケーション、復職者の業務管理、復職者への情緒的配慮、メンタルヘルス不調や復職制度・法的責任の理解、チームの組織管理、専門職との連携、復職者の配置転換の7つの内容に分類されるとしているが、本研究では就労継続日数に関して業務量の配慮の有無、業務内容の配慮の有無、上司の理解の有無は影響していなかった。

SPICEに関するアンケート調査によって、役立ったプログラムとして認知行動

療法を 85.2%、生活習慣チェックを 70.4%の参加者が選択し好評価であった。

認知行動療法では、本人が不快だと感じる感情（悲しみ、不安、怒り等）を体験した際、その感情に飲み込まれてしまうのではなく「その出来事をどう捉えたために、どのような感情が湧き、どのように行動したか」を自分で分析できるようになることを目指す（田島・白川、2017）。ストレス状況における認知は客観的に観察可能でないことから、それに続く非適応的な行動が周囲から理解されず、人間関係の問題に発展する可能性もあると考えられる（中村、2015）。このようなことから、自身の認知パターンを知り、悪循環を起こしていることを認知行動面からアプローチすることができ、自分自身の力で復職後起こり得る出来事や気分・感情の変化に対して適切に対処するためのスキルを学ぶことができる認知行動療法のプログラムが好評価であった可能性が考えられる。このような自分自身で実践できるスキルを得ることができ、それを実際復職後の場面で実践できていることが SPICE 全般の満足度に関係しているという可能性もある。

また生活習慣チェックにおいても、復職後も生活日誌をつけるなど自分の生活リズム等を確認することができるもので、このことも自分自身で実践することができるものであることが好評価につながったのではないかと考えられた。

このようなことから、復職後も自分自身で実践可能なスキルを学ぶことができたものが役立ったプログラムとして選択されたのではないかと考えられる。

## 2. 本研究の限界・課題

### (1) 対象者の人数について

本研究におけるアンケートの回収率は約 50%であり、対象者の人数も 29 名であった。また、心理検査等も欠損のあるものもあったため、さらに対象となるサンプル数が少なくなってしまった。このことから、統計的に有意差が得られるものが少なかった。今後、サンプル数を確保することができれば、本研究で有意差が認められなかったものについても再検討していくことが必要である。

### (2) 本研究の結果の一般化について

SPICE は、五十嵐（2012）が示した医療リワークプログラムの実施形態の 5 区分をすべて実施しているが、前述したサンプル数の少なさや、単一施設のみであったため対象者の職種や年齢層に偏りがあるという可能性があり、本研究の結果を一般化するという事は難しいと考えられる。また、医療機関によってプログラムの個別性や患者の重症度などにばらつきがある可能性も考えられる（大木他、2012）。今後、長期的に調査を積み重ねていくことが必要である。

### (3) 復職支援プログラムのみ効果について

本研究ではリワーク利用者のみを対象としており、リワーク非利用者との比較を行うことができなかった。そのため、服薬や通院などの治療も心理検査等の変化に影響していると考えられ純粋な復職支援プログラムのみ効果についての結果は得られなかった。しかし、SPICE 終了者の現在の状況や動向を把握することはできた。今後、リワーク非利用者との比較を行うことができればよりプログラム

の効果を検討することができると考えられる。

(4) 就労継続に影響を与える要因について

今回、就労継続に影響を与える要因に関して、就労継続率の高さやサンプル数の少なさ、リワーク終了後間もない者も調査対象としていたので、就労継続に直接影響する要因を明らかにすることができなかつた。今後、リワーク終了者の就労状況を長期的に追跡調査することで、就労継続に影響を与える要因について明らかにできる可能性がある。

(5) SPICE 全般の満足度について

本研究では、業務遂行レベルや、現在の CES-D の得点に SPICE 全般の満足度が影響を与えていることが示された。しかし、その満足度はプログラムの内容が影響しているのか、他の参加者との関わりが影響しているのか、またはそれ以外の要因が影響しているのかを本研究で実施したアンケートでは明らかにすることができなかつた。今後、満足度に SPICE のどのような要因が関係しているのかを調査する必要があり、その要因を明らかにすることができれば、さらに良い復職支援プログラムを実施していくことができるのではないかと考えられる。

(6) 内田クレペリン検査について

本研究では、内田クレペリン検査について量的なデータの解析にとどまっているため、今後、曲線類型等の質的なデータについて考えていく必要がある。

(7) 対象者のバイアスについて

本研究で、フォローアップ調査に協力しなかつた者の中に再休職や退職した者が含まれている可能性がある。また、SPICE 満足度が高い者が協力した可能性もあり、対象者にバイアスがかかっていることを考慮する必要がある。そのため、SPICE 全体の状況を反映できていない。今後、対象者数のみでなく回収率を高める必要がある。

これらの限界や課題点を検討しつつ、今後さらにデータ数を増やし、引き続き復職後の就労継続に影響を与える要因を検討しながら効果的な復職支援プログラムについての調査研究を続けていくことが重要であると考えられる。

## VI. 引用文献

秋山 剛 (2003). 厚生労働省労働安全衛生総合研究事業 うつ病を中心とした心の健康障害を持つ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究 平成 14 年度～平成 16 年度分担研究報告 職場復帰援助プログラムの予後調査

有馬 秀晃 (2013). 現代社会とうつ病 (25) 治療について—うつ病のリワーク— 最新医学、68(5)、1002-1007

有馬 秀晃・秋山 剛 (2015). うつ病患者に対する復職支援体制の確立 産業ストレス研究、22、97-105

- 有馬 秀晃 (2017). 復職リハビリ (リワーク) が思うような効果を上げないときの工夫 臨床精神医学、46(5)、599-606
- 嶋田 洋徳 (2002). セルフ・エフィカシーの臨床心理学 坂野雄二・前田基成 (編) 北大路書房 47-57
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構 (2013). メンタルヘルス・私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査 JILPT 調査シリーズ 112
- 羽岡 健史・吉野 聡・鈴木 瞬・宇佐美 和哉・友常 祐介 (2013). うつ病による長期休業者のリワークプログラム利用中の認知機能の変化 臨床精神医学、42(4)、497-503
- 平井 康仁・小林 直紀・友常 祐介・関 昭宏・大井 雄一・宇佐見 和哉…松崎一葉 (2014). 心の健康問題による休業者の復職支援：事業規模別の事業場外資源に対する認知について 体力・栄養・免疫学雑誌、24(2)、90-98
- 堀井 清香、酒井 佳永、田川 杏那・ピーター・バーニック・關 恵里子…立森久照 (2019). 復職準備評価スケール (Psychiatric Rework Readiness Scale) によるリワークプログラム参加者の就労継続の予測妥当性—就労継続に影響する要因— 精神神経学雑誌、122(6)、445-456
- 福島 南・大木 洋子・五十嵐 良雄 (2011). リワークプログラムにおける難治性気分障害 最新精神医学、16(2)、141-147
- 五十嵐 良雄 (2012). 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事業の確立 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 24 年度分担研究報告 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
- 五十嵐 良雄 (2016). リワークプログラムは再発予防に有効か 最新医学、71(7)、1527-1537
- 五十嵐 良雄 (2018). リワークプログラムの現状と課題 日本労働研究雑誌、60(6)、62-70
- 五十嵐 良雄・大木 洋子・福島 南 (2015). リワークプログラムのエッセンスを取り入れたビジネスモデル、精神科治療学、30(12)、1619-1626
- 大木 洋子 (2012). 気分障害等を対象としたリワークプログラムのアウトカム—利用者の就労予後に関する検討— デイケア実践研究、16(1)、34-41
- 大木 洋子・五十嵐 良雄・山内 慶太 (2012). リワークプログラムの効果研究—国内研究のアウトカムと海外研究の動向— 臨床精神医学、41(11)、1561-1571
- 金子 秀敏・小林 直紀・関昭 宏・商 真哲・大井 雄一・羽岡 健史…松崎 一葉 (2010). リワークプログラムの効果に対する検討 体力・栄養・免疫学雑誌、20(2)、191-193
- 柏木 雄次郎・田口 文人・桃生 寛一・江花 昭一・芦原 睦 (2006). メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究—事業場内・外関係者双方への質問紙調査結果— 日本産業・災害医学会会誌、54(3)、113-118
- 北川 信樹、賀古 勇輝、渡邊 紀子・加藤 ちえ・川井 朋子・小山 司 (2009). うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性 心身医学、49(2)、123-131
- 北島 潤一郎 (2008). うつ病患者への休業から復職までの多面的支援 精神



科臨床サービス、8(1)、48-54

小林 直紀・鈴木 瞬・道喜 将太郎・平井 康仁・金子 秀敏・関 昭宏…松崎 一葉 (2012). リワークプログラム修了後のストレス対処力と抑うつ度の変化に関する研究 体力・栄養・免疫学雑誌、22(3)、169-170

厚生労働省 改定 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195_00005.html) (2019年10月29日)

宮澤 史穂・前原 和明 (2019). メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰支援の現状と課題—医療機関のリワークプログラムと地域障害者職業センターのリワーク支援を中心に— ストレス科学、33(3)、286-292

中川 正俊・井原 一成 (2016). 初回エピソードうつ病患者の復職および再休職に影響する要因 臨床精神医学、45(11)、1475-1483

中村 聡美 (2015). うつ病の企業従業員の職場ストレス処理に関わる認知および行動のプロセス 応用心理学研究、41(2)、156-166

難波 克行 (2012). メンタルヘルス不調者の入社継続率を96.1%に改善した復職支援プログラムの効果 産業衛生学雑誌、54(6)、276-285

日本・精神技術研究所 (1973). 内田クレペリン精神検査基礎テキスト (株)日本・精神技術研究所

大木 洋子・五十 嵐良雄・山内 慶太 (2012). リワークプログラムの効果研究—国内研究のアウトカムと海外研究の動向— 臨床精神医学、41(11)、1561-1571

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Appl. Psychol. Measur., 1 : 385-401

斉藤 政彦 (2012). メンタルヘルス不調者の職場復帰 (リワーク) に関する考察と、リワーク支援プログラムの活用—産業医の立場で— 産業ストレス研究、19、235-241

坂野 雄二・東條 光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み 行動療法研究、12、73-82

坂野 雄二 (1989). 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討 早稲田大学人間科学研究、2(1)、91-98

副田 秀二 (2016). 復職支援 (リワーク) プログラム利用者の特徴と復職の転帰 産業医科大学雑誌、38(1)、47-51

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Consulting Psychologists Press, California

杉本 洋子・松田 幹 (2009). メンタルヘルス疾患で休業していた従業員の予後調査メンタルヘルス疾患で休業していた従業員の復職後の就労状況についての調査研究 松仁会医学誌、48(2)、135-143

鈴木 瞬・羽岡 健史、吉野 聡 (2013). うつ病休職者におけるリワークを通じた身体活動変化の検討 スポーツ精神医学、10、95-99

田島 美幸・白川 麻子 (2017). うつ病患者の社会復帰—改正障害者雇用促進法の施行を前に—再発予防と認知行動療法 Progress in Medicine、37(12)、1431-

田島 佐登史・今村 幸太郎・川上 憲人 (2017). メンタルヘルス不調者の復職や就労継続に影響する上司の態度および行動に関する文献レビュー 産業ストレス研究、24(4)、401-410

うつ病リワーク研究会 (2009). うつ病リワークプログラムの始め方 弘文堂

吉野 聡 (2009). 現役精神科産業医が教える「うつ」からの職場復帰のポイント 吉野 聡・松崎 一葉 (著) 株式会社秀和システム、

吉村 美幸・長見 まき子 (2010). EAPにおける職場復帰支援プログラムの実績—5年間の実績および職場再適応群と不適応群の比較— 産業精神保健、18(1)、55-61

吉村 靖司・高野 和樹・島 悟 (2009). うつ病の診断と治療 職場復帰 医学と薬学、61(1)、33-40