

□実践報告

気分障害患者に対するリワークプログラムの有効性の検討

吉原 絵理*¹ 岩井龍之介*² 田中佐千恵*³ 小林 正義*⁴ 鷲塚 伸介*⁵

要旨：リワークプログラムの有効性を検討する目的で、気分障害患者13名を対象にプログラムの前後、および復職群7名と継続群6名の認知機能（BACS）、社会適応度（SASS-J）、心理社会的機能（GAF）、うつ症状（HAM-D）、躁症状（YMRS）、復職準備性（PRRS）を比較した。プログラム前後の比較では、認知機能と復職準備性で有意なスコア増加を認め、プログラムの有効性が示唆された。プログラム終了時には、復職群は継続群よりSASS-Jの対人関係、GAF、PRRSの準備状況が有意に高く、気分障害患者の復職には対人関係技能と復職準備性の充実が重要と思われる。今後、サンプル数を増やした詳細な検討が必要である。

作業療法 37：352～360, 2018

Key Words：気分障害、就労支援、認知機能、（リワークプログラム）

はじめに

精神障害による休職者が増加し社会的問題となっている。国内企業に対する調査では、メンタルヘルスの問題による退職者や1ヵ月以上の休職者がいる事業所は、平成24（2012）年の8.1%から平成25（2013）年には10.0%に増加している^{1,2)}。また上場企業を対象とした調査では、29.2%の企業が心の病の増加傾向を指摘している²⁾。こうした休職者の多くが気分障害

をもち、3割は復帰後の職場適応が困難とされている^{3,4)}。

厚生労働省は、2004年に「心の健康問題により休業した労働者の手引き」を、2009年にはガイドラインを提示し、休職者の職場復帰支援を啓発している⁵⁾。医療施設では、1990年代にNTT東日本関東病院が開始した復職援助プログラムが知られている⁶⁾。その後、うつ病休職者の増加と復職の困難さが注目され、2008年にうつ病リワーク研究会が発足し、現在では復職支援は精神科リハビリテーションの新たな課題として認識されている⁴⁾。

リワークプログラムは、診療報酬上は精神科デイケアやショートケアの枠内で実施されることが多く、精神科作業療法（以下、精神科OT）の枠内で実施している施設は5.6%と少ない⁷⁾。プログラムは集団を利用したものが多く、個人プログラムの割合は10～20%程度とされている⁷⁾。精神科OTとしての実践報告や、認知機能を評価した報告は少なく、実証的な調査研究が求められている^{8～11)}。

信州大学医学部附属病院（以下、当院）では、気分障害とストレス関連障害の休職者（一部離職者を含む）を対象に、精神科医と作業療法士が中心となり、2014年より精神科OTの枠内で行うリワークプログラム（以下、プログラム）を開始した。研究の目的は、本プログラムの有効性を探索することである。有効性が

2017年4月12日受付、2017年10月18日受理

Examination of the effectiveness of the return to work program for patients with mood disorders

*1 特定医療法人楠会楠メンタルホスピタル（前所属；信州大学大学院医学系研究科）

Eri Yoshihara, OTR, MHS: Specified Medical Corporation Kusunokikai Kusunoki Mental Hospital (Former affiliation; Graduate School of Medicine, Shinshu University)

*2 信州大学医学部附属病院

Ryunosuke Iwai, OTR: Shinshu University Hospital

*3 信州大学医学部保健学科

Sachie Tanaka, OTR, PhD: School of Health Science, Shinshu University

*4 信州大学大学院医学系研究科

Masayoshi Kobayashi, OTR, PhD: Graduate School of Medicine, Shinshu University

*5 信州大学医学部精神医学教室

Shinsuke Washizuka, MD, PhD: Department of Psychiatry School of Medicine, Shinshu University

責任著者：吉原絵理（e-mail：erishikawa@shinshu-u.ac.jp）

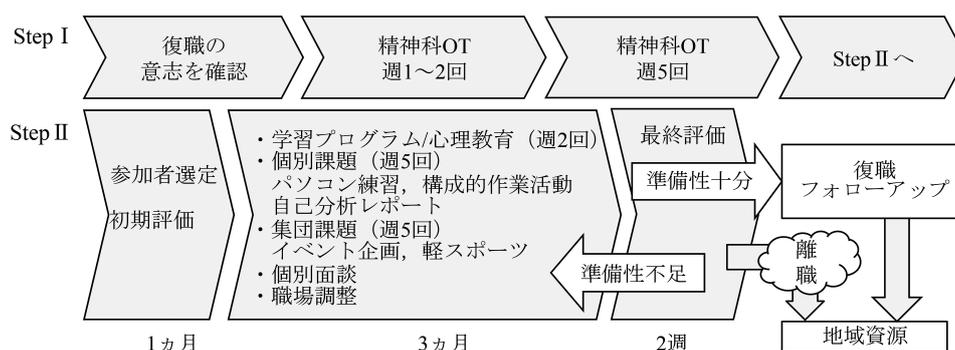


図1 リワークプログラムの概要

Step Iは生活リズムの調整を目的とする精神科 OTで、2時間×週5回の参加が可能になると初期評価を行い、職場復帰準備性評価シート（以下、PRRS）の平均が2.0以上を条件にStep IIに進む。Step IIは3ヵ月を1クールとし、2時間×週5回の精神科 OT（個別課題と集団課題）に2時間×週2回の学習プログラムを追加する。クール終了時にPRRSの平均が3.0以上を条件に復職申請の可否を検討する。復職後は月1回ほどの外来診察と精神科 OTにてフォローし、必要に応じて職場調整を図る。離職した場合には週5回の精神科 OTを継続してもらい、機能低下を予防するとともに関連機関と連携し再就職を検討する。

確認できれば、プログラムの充実や復職支援に対する精神科 OTの効果を検証する研究につながる可能性がある。

対象と方法

1. 対象

2014年4月1日から2016年12月28日の間に、プログラムに参加した気分障害とストレス関連障害患者のうち、書面にて研究の趣旨を説明し、参加への同意の得られた患者14名（男性13名、女性1名、平均年齢39.0歳）を対象とした。参加者の内訳は、うつ病7名、双極性障害6名、適応障害1名であったが、双極性障害の1名はプログラム途中で中断となり、分析には13名のデータを使用した。

2. 方法

1) 研究デザイン

後方視的な観察研究とし、プログラムの開始時と終了時の評価尺度のスコアを比較検討した。また、プログラム終了後6ヵ月以内の復職を条件に参加者を2群に分け、評価尺度の結果を比較した。

2) プログラムの概要

プログラムは精神科 OTの枠内で実施した（図1）。参加定員は1~5名、スタッフは延べ11名（作業療法士3名、医師3名、臨床心理士2名、薬剤師2名、精神保健福祉士1名）で、1回の実施につき2~3名のスタッフが担当した。プログラムにはStep IとStep

IIがあり、参加者はStep Iから開始し、生活リズムの調整を図り週5日の定期的な通院を目標とした。Step IIの導入時には、症状、認知機能、社会適応度、復職準備性を評価し、職場復帰準備性評価シート（Psychiatric Rework Readiness Scale；以下、PRRS）¹²⁾の平均が2.0以上であることを条件とした。評価結果は参加者にフィードバックし、現状の把握、復職の動機づけ、目標の共有を行った。Step IIは3ヵ月を1クールとし、週5回の精神科 OTに集団で行う週2回の学習プログラムを追加した。学習プログラムでは、IMR（Illness Management and Recovery）¹³⁾に基づく心理教育と、認知行動療法、アサーション、アンガーマネジメントなどを扱った（表1）。精神科 OTでは、初期評価に基づく個別課題として集中力とスキルアップを目的としたパソコン練習、作業遂行技能や認知機能の向上を目的とした構成的作業活動、自己理解の促進と対処技能の向上を目的とした自己分析レポート（再発予防プラン）の作成などを行った。また、集団課題として役割遂行や対人交流技能を促すイベント企画や卓球などの軽スポーツを行った。プログラムの割合は、個別課題が6割、学習プログラムが3割、集団課題が1割程度で、必要時に個別面談と職場調整を行った。Step II終了時には最終評価を行い、本人の意向を確認し、スタッフミーティングを経て復職申請の可否を判断した。

3) 調査方法

参加者の基本情報（年齢、性別、診断名、同居家族

表1 学習プログラムの内容と実施回数

内 容	主な担当職種	回数
リハビリ	作業療法士	4
うつ病・双極性障害	作業療法士	1
薬物療法	薬剤師	1
社会資源	精神保健福祉士	1
認知行動療法	臨床心理士	2
対人関係・社会リズム療法	作業療法士	2
ストレスマネジメント	作業療法士	2
再発予防	作業療法士	2
アサーション	臨床心理士	2
アングーマネジメント	作業療法士	2

と配偶者、罹病期間、精神科入院歴・回数、最終学歴、累積就労期間、転職歴)、職種を、作業療法士が面接または電子カルテから収集した。Step II の開始時と終了時には、作業療法士が認知機能、社会適応度、心理社会的機能、復職準備性を評価し、臨床心理士が精神症状を評価した。終了時には、作業療法士が参加者個々からプログラムに対する感想を聴取した。本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認(承認番号3188)を得て実施した。

4) 評価尺度

認知機能の評価には、日本語版統合失調症認知機能評価尺度 (Japanese version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia; 以下, BACS)¹⁴⁻¹⁷⁾を使用した。BACSは言語性記憶、作動記憶、運動機能、言語流暢性、注意と処理速度、遂行機能を測定する神経心理学的検査で構成され、各検査のz-scoreを求める。z-scoreは健常者の母平均を0とする標準スコアで、「(素点-健常者平均)/当該年代・性別標準偏差」で求め、総合得点はz-scoreの平均である。z-scoreによる障害度の目安は、 $-0.5 \leq z < -1.0$ で軽度障害、 $-1.0 \leq z < -1.5$ で中等度障害、 $-1.5 \leq z$ で重度障害とされる。BACSはうつ病患者への適用が認められている。

社会適応度の評価には、日本語版自記式社会適応度評価尺度 (Social Adaptation Self-evaluation Scale-Japanese version; 以下, SASS-J)^{18,19)}を用いた。SASS-Jは対人関係、興味と好奇心、自己認識の3因子から構成され、20項目の質問に0~3点の4件法で回答し、合計点が高いほど社会適応が良好とされる。一般平均は36点で、うつ病患者での就労群と非就労群のカットオフは25/26点とされている。

心理社会的機能の評価には、機能の全体的評定尺度 (Global Assessment of Functioning; 以下, GAF)²⁰⁾を用いた。GAFは精神症状と社会的機能を総合的に評価する尺度で、0~100の範囲で点数が高いほど機能が高いことを表す。

うつ症状の評価には、ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression; 以下, HAM-D)²¹⁾を用いた。HAM-Dは重症度17と性質4の計21項目で構成され、7点以下で症状寛解とされる²²⁾。躁症状の評価には、ヤング躁病評価尺度 (Young Mania Rating Scale; 以下, YMRS)²³⁾を用いた。YMRSは気分高揚や活動増加を測る11項目の面接評価尺度で、スコアが高いほど重症、12点未満で症状寛解とされる。

復職準備性の評価には、うつ病リワーク研究会¹²⁾のPRRSを使用した。PRRSは基本的な生活状況、症状、基本的社会性、サポート状況、職場との関係、作業能力/業務関連、準備状況、健康管理の状態を4件法(1~4)で回答し、スコアが高いほど復職準備性が高く、全項目の平均が2.0以上でリワーク活動の開始、3.0以上が復職申請の目安とされる。

3. 分析方法

本研究ではStep IIの効果を検討するため、評価尺度のスコアをプログラム開始時と終了時で比較した。また、プログラム終了後6ヵ月以内に復職または就職した者を復職群、復職に至らずプログラムを継続した者を継続群とし、両群の基本情報とプログラムの感想、尺度スコアを比較した。なお、スコアは中央値(25-75パーセンタイル)を示した。統計は、カテゴリー変数の比較には χ^2 検定、数量化変数の比較にはWilcoxon符号付き順位検定とMann-Whitney U検定を用い、サンプルサイズに左右されない差の大きさを確認するために効果量(r)を算出した。統計解析にはエクセル統計2015を用い有意水準は5%未満とした。

結 果

1. 参加者の概要

治療方針の変更により1名がプログラムを中断したため、13名の基本情報と、復職群と継続群の概要を表2に示した。参加者は男性が12名と多く、11名が大学卒業以上の学歴を有し、精神科に入院歴のある者は3名、8名が既婚者であった。10年以上の就労経験をもつ者が多く、転職歴のある者はみられなかった。

表2 参加者の概要

		参加者全例 n=13	復職群 n=7	継続群 n=6	p 値	
年齢 (歳)	平均 (SD)	38.38 (9.54)	36.86 (10.96)	40.17 (8.21)	0.514	ns
性別 (名)	男性/女性	12/1	6/1	6/0	0.335	ns
診断名 (名)	うつ病	7	4	3	0.529	ns
	双極性障害	5	3	2		
	適応障害	1	0	1		
同居家族 (名)	平均 (SD)	1.38 (1.45)	1.43 (1.27)	1.33 (1.75)	0.907	ns
配偶者	有/無	8/5	5/2	3/3	0.429	ns
罹病期間 (年)	平均 (SD)	5.15 (4.56)	3.71 (3.25)	6.83 (5.56)	0.307	ns
精神科入院歴	有/無	3/10	1/6	2/4	0.439	ns
入院回数 (回)	平均 (SD)	0.23 (0.44)	0.14 (0.38)	0.33 (0.52)	0.559	ns
最終学歴	大学卒業以上	11	7	4	0.097	ns
	高校	2	0	2		
累積就労期間 (年)	平均 (SD)	13.77 (9.71)	12.43 (10.72)	15.33 (9.11)	0.464	ns
転職歴	有/無	0/13	0/7	0/6		

SD：標準偏差，Mann-Whitney U 検定， χ^2 検定；ns：not significant

職種は公務員，営業，団体職員，教員，製造業，建設業，販売など，さまざまであった。

プログラムを終了し6ヵ月以内に復職した者は7名（復職群），復職に至らなかった者は6名（継続群）であった。両群の基本情報に統計的な有意差は認められなかった（表2）。

2. プログラム前後のスコア比較

プログラムの開始時と終了時の評価結果を表3に示した。BACSのz-scoreは，終了時に多くの検査と総合得点で増加し，言語性記憶，言語流暢性，注意と処理速度，総合得点で有意差が認められた。SASS-Jのスコア変化には有意差は認められなかった。GAFは51から58に有意に増加したが，いずれも中等度の障害レベル²⁰⁾の範囲内であった。HAM-DとYMRSはすでに開始時に寛解レベルにあり，終了時には有意なスコア変化はみられなかった。PRRSは，終了時に基本的な生活状況，症状，職場との関係，作業能力/業務関連，準備状況で有意なスコア増加を認め，平均は復職申請可能の日安¹²⁾となる3.0を超えていた。

3. 復職群と継続群のスコア比較

プログラム開始時の復職群と継続群の評価結果を比較した（表4）。復職群は継続群よりBACSのz-scoreが作動記憶と運動機能で有意に高かった。SASS-J，GAF，HAM-D，YMRS，PRRSでは，両群に有意

な差は認められなかった。

プログラム終了時の復職群と継続群の評価結果を比較した（表5）。BACSでは有意差はみられなかったが，SASS-Jでは復職群の合計点が一般平均の36点を上回り，対人関係のスコアが継続群より有意に高かった。また，復職群はGAFが61となり，継続群との間に有意差を認めた。HAM-DとYMRSでは有意差はみられなかった。PRRSは両群とも平均が復職申請の日安¹²⁾となる3.0を超え，復職群では準備状況のスコアが有意に高く，効果量は0.72であった。

4. プログラム参加者の感想

参加者の感想を表6に示した。両群ともに「生活リズムが整ってよかった」という感想が最も多かった。また，復職群では複数の参加者から「複数の視点で仕事をする知識やヒントを得た」，「他の人の意見が聞いて共有できてよかった」，「他の人から学ぶことが多かった」，「自分の特徴を理解でき，再発予防策が考えられた」などの感想が聞かれた。

考 察

1. プログラムの有効性

五十嵐によるうつ病リワーク研究会の全国調査⁷⁾では，プログラムの種別は集団プログラムが3割，特定の心理教育が2割，その他（運動，リラクゼーション，個人面談，創造，動機づけなど）が2割，個人プログラム（数字や文章を扱う机上作業）が1.5割であった。

表3 プログラム前後の評価尺度スコアの比較

		開始時 n=13	終了時 n=13	p 値	効果量 r	
BACS	言語性記憶	0.39 (-0.34 - 0.70)	1.11 (0.28 - 1.53)	0.003	**	0.82
	作動記憶	0.84 (-0.51 - 1.11)	1.11 (0.84 - 1.65)	0.230	ns	0.33
	運動機能	-0.53 (-1.15 - -0.23)	-0.38 (-0.53 - 0.08)	0.058	ns	0.53
	言語流暢性	0.13 (-0.35 - 1.10)	0.69 (0.29 - 1.18)	0.012	*	0.70
	注意と処理速度	-0.60 (-0.96 - 0.19)	0.19 (-0.60 - 0.19)	0.041	*	0.57
	遂行機能	0.59 (0.59 - 0.59)	0.59 (0.14 - 1.95)	0.266	ns	0.31
	総合得点	0.31 (-0.15 - 0.55)	0.57 (0.32 - 0.84)	0.004	**	0.80
SASS-J	合計点	34.00 (27.00 - 38.00)	36.00 (32.00 - 37.00)	0.158	ns	0.39
	対人関係	14.00 (11.00 - 15.00)	13.00 (10.00 - 17.00)	0.756	ns	0.09
	興味と好奇心	13.00 (13.00 - 14.00)	14.00 (14.00 - 15.00)	0.197	ns	0.36
	自己認識	7.00 (5.00 - 7.00)	7.00 (6.00 - 8.00)	0.885	ns	0.21
GAF		51.00 (51.00 - 51.00)	58.00 (54.00 - 61.00)	0.002	**	0.88
HAM-D		5.00 (3.00 - 5.00)	2.00 (1.00 - 4.00)	0.083	ns	0.48
YMRS		1.00 (0.00 - 2.00)	0.00 (0.00 - 1.00)	0.151	ns	0.40
PRRS	平均	2.64 (2.17 - 3.29)	3.09 (2.77 - 3.41)	0.002	**	0.88
	基本的な生活状況	2.33 (2.00 - 3.00)	3.33 (3.00 - 3.33)	0.010	**	0.72
	症状	2.67 (2.00 - 3.00)	3.17 (3.00 - 3.33)	0.003	**	0.82
	基本的社会性	3.00 (2.50 - 3.50)	3.00 (3.00 - 3.50)	0.068	ns	0.51
	サポート状況	3.00 (3.00 - 3.00)	3.00 (3.00 - 3.00)	0.225	ns	0.34
	職場との関係	3.00 (2.50 - 3.00)	3.50 (3.00 - 3.50)	0.042	*	0.56
	作業能力/業務関連	2.33 (2.00 - 2.67)	3.00 (2.67 - 3.33)	0.003	**	0.81
	準備状況	1.50 (1.50 - 2.00)	2.50 (2.00 - 2.50)	0.002	**	0.85
	健康管理	3.00 (2.67 - 3.33)	3.00 (3.00 - 3.67)	0.059	ns	0.52

BACS：日本語版統合失調症認知機能評価尺度，SASS-J：日本語版自記式社会適応度評価尺度，GAF：機能の全体的評定尺度，HAM-D：ハミルトンうつ病評価尺度，YMRS：ヤング躁病評価尺度，PRRS：職場復帰準備性評価シート
中央値 (25 - 75 パーセンタイル)，Wilcoxon 符号付き順位検定；* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，ns：not significant
 $r = 0.10$ (効果量小)， $r = 0.30$ (効果量中)， $r = 0.50$ (効果量大)

当院では精神科 OT の場を利用した個別課題が 6 割と多く，集団課題が少ないという特徴がある。プログラムの中断者は 1 名 (7%) で，先行調査²⁴⁾の 21% と比較して少なく，複数スタッフによるフォロー体制や個別性の高いプログラムが参加継続に好影響を与えた可能性がある。

プログラム終了時には，BACS の言語性記憶，言語流暢性，注意と処理速度，総合得点で有意なスコア増加を認め (表 3)，認知機能の改善に対する本プログラムの有効性が示唆された。羽岡ら¹¹⁾はリワークプログラムでの作業や学習，ディスカッションなどの情報処理活動が認知機能の改善に作用することを指摘している。本プログラムにおいても，多様な個別課題と学習，集団課題を実施しており，課題遂行時の試行錯誤や相互交流にともなう情報処理が，認知機能の改善に影響したものとと思われる。

SASS-J，HAM-D，YMRS の前後比較では有意な差は認められなかったが，終了時には SASS-J の合

計点は中央値で一般平均の 36 点に達しており (表 3)，表 5 より復職群の対人関係スコアの増加が影響を及ぼしていると思われる。また，終了時にみられた GAF のスコア増加は，表 5 に示されたように，復職群の GAF スコアが職業に就いたことで 61 と評価されたことが影響している。PRRS の前後比較では多くの項目で有意なスコア増加がみられた (表 3)。PRRS の「基本的な生活状況」は外出を含む生活リズムを，「職場との関係」はトラウマ感情や約束の遵守を，「作業能力/業務関連」は集中力，関心・理解，遂行能力を，「準備状況」は職場上司との接触と業務への準備をそれぞれ下位項目に含んでいる。これらの復職準備性に対しては，本プログラムに含まれる定期通院，個別課題，自己分析レポート，心理教育，集団課題，職場調整などが，職場復帰の練習または準備の機会として有効に作用したものとと思われる。

今回，6 ヶ月後の復職率は 53.8% であったが，これについては比較できるデータがなく評価は難しい。リ

表4 復職群と継続群の評価尺度スコアの比較（開始時）

		復職群 n=7	継続群 n=6	p 値	効果量 r	
BACS	言語性記憶	0.70 (0.39 - 0.96)	-0.14 (-1.20 - 0.39)	0.066	ns	0.52
	作動記憶	1.11 (0.97 - 1.78)	-0.11 (-0.72 - 0.50)	0.038	*	0.58
	運動機能	-0.53 (-0.53 - 0.00)	-1.30 (-1.91 - -1.03)	0.035	*	0.59
	言語流暢性	0.21 (-0.07 - 0.90)	-0.11 (-0.66 - 0.98)	0.731	ns	0.12
	注意と処理速度	-0.51 (-0.65 - 0.11)	-0.91 (-1.29 - 0.13)	0.534	ns	0.20
	遂行機能	0.59 (0.36 - 1.27)	0.59 (0.59 - 0.59)	0.630	ns	0.15
	総合得点	0.40 (0.27 - 0.56)	-0.22 (-0.62 - 0.24)	0.073	ns	0.52
	SASS-J	合計点	34.00 (32.00 - 38.50)	30.50 (24.00 - 34.75)	0.424	ns
対人関係		14.00 (13.00 - 17.50)	10.00 (9.00 - 13.25)	0.057	ns	0.54
興味と好奇心		13.00 (13.00 - 13.50)	14.00 (8.75 - 17.00)	0.600	ns	0.16
自己認識		7.00 (7.00 - 8.00)	6.00 (5.00 - 7.00)	0.102	ns	0.48
GAF		51.00 (51.00 - 52.50)	51.00 (45.75 - 51.00)	0.392	ns	0.32
HAM-D		5.00 (4.00 - 6.00)	4.00 (3.00 - 5.00)	0.521	ns	0.21
YMRS		1.00 (0.50 - 2.00)	0.50 (0.00 - 2.50)	0.799	ns	0.08
PRRS	平均	2.58 (2.50 - 2.71)	2.73 (2.38 - 2.86)	0.656	ns	0.14
	基本的な生活状況	2.33 (2.00 - 3.00)	2.50 (2.08 - 2.67)	0.973	ns	0.02
	症状	2.50 (2.00 - 2.83)	2.75 (2.17 - 3.21)	0.608	ns	0.16
	基本的社会性	3.00 (2.50 - 3.50)	3.00 (3.00 - 3.38)	0.977	ns	0.08
	サポート状況	3.00 (2.75 - 3.00)	3.00 (3.00 - 3.38)	0.392	ns	0.34
	職場との関係	3.00 (2.50 - 3.00)	3.00 (3.00 - 3.38)	0.376	ns	0.29
	作業能力/業務関連	2.33 (2.33 - 2.67)	2.17 (1.75 - 2.58)	0.522	ns	0.23
	準備状況	2.00 (1.50 - 2.00)	1.50 (1.50 - 1.50)	0.233	ns	0.41
	健康管理	3.00 (2.67 - 3.17)	3.33 (2.83 - 3.58)	0.313	ns	0.27

BACS：日本語版統合失調症認知機能評価尺度，SASS-J：日本語版自記式社会適応度評価尺度，GAF：機能の全体的評定尺度，HAM-D：ハミルトンうつ病評価尺度，YMRS：ヤング躁病評価尺度，PRRS：職場復帰準備性評価シート
中央値（25-75パーセントイル），Mann-Whitney U 検定；* $p < .05$ ，ns：not significant
 $r = 0.10$ （効果量小）， $r = 0.30$ （効果量中）， $r = 0.50$ （効果量大）

ワークプログラムを経て復職したうつ病患者の追跡調査では，就労継続推定値は1年後が86.0%，2年後が71.5%とする報告がある²⁵⁾。しかし，復職率と就労継続にはりハビリ出勤の可否や，継続的な定着支援の有無など，さまざまな環境要因が影響するため⁷⁾，今後，多方面からの検討が必要と思われる。

2. 対人関係の重要性

復職群は，継続群よりプログラム開始時のBACSの作動記憶と運動機能が有意に高く（表4），これらが心理教育などのプログラムの学習効率に影響を及ぼした可能性が推測される。しかし，終了時のBACSでは復職群と継続群で差はなく，PRRSの平均が両群ともに3.0を超えていることから（表5），認知機能の改善が直接復職に影響したとは考えにくい。

復職群は，継続群よりプログラム終了時のSASS-Jの対人関係，PRRSの準備状況スコアが有意に高かった（表5）。SASS-Jの対人関係は他者や家族との関係，

社交性，社会的な魅力度や順応度などから構成され^{18,19)}，患者の社会適応度を左右する重要な要因であることが指摘されている²⁶⁻²⁸⁾。また，復職群と非復職群の比較研究では，復職意欲，回避傾向や過度の完璧主義などの性格傾向，プログラムの必要性の理解度などが転帰に影響するとされている²⁹⁾。

復職群の感想からは，「他の人の意見が聞けて共有できてよかった」，「他の人から学ぶことが多かった」などの対人交流から得られるプラスの経験に加えて，「複数の視点で仕事をする知識やヒントを得た」，「自分の特徴を理解でき，再発予防策が考えられた」のように，プログラムが患者の認知の幅を拡げ，自身の状態を振り返るメタ認知の働きを促進させたものと思われた。これらは，いずれも他者との交流や課題の共有を通して得られる経験と考えられ，気分障害患者の復職支援では，こうしたプラスの経験を背景とした対人関係技能の練習と，PRRSの準備状況が示す職場上司との接触や業務への準備性を高める支援が重要と思わ

表5 復職群と継続群の評価尺度スコアの比較（終了時）

		復職群 n=7	継続群 n=6	p 値	効果量 r	
BACS	言語性記憶	1.32 (0.65 - 1.69)	1.01 (0.44 - 1.35)	0.469	ns	0.22
	作動記憶	1.11 (0.97 - 1.65)	1.24 (0.70 - 1.58)	0.698	ns	0.12
	運動機能	-0.38 (-0.53 - 0.46)	-0.46 (-0.88 - -0.27)	0.362	ns	0.28
	言語流暢性	0.77 (0.65 - 1.06)	0.33 (0.17 - 0.98)	0.280	ns	0.32
	注意と処理速度	0.19 (-0.42 - 0.50)	-0.34 (-1.13 - 0.19)	0.272	ns	0.32
	遂行機能	0.59 (0.36 - 1.73)	0.82 (0.25 - 1.73)	0.860	ns	0.06
	総合得点	0.77 (0.43 - 1.10)	0.52 (0.30 - 0.67)	0.295	ns	0.32
SASS-J	合計点	37.00 (34.50 - 38.50)	31.00 (27.50 - 35.25)	0.066	ns	0.52
	対人関係	17.00 (14.00 - 17.00)	11.50 (10.00 - 13.00)	0.043	*	0.57
	興味と好奇心	14.00 (14.00 - 15.50)	14.50 (11.00 - 15.00)	0.682	ns	0.12
	自己認識	7.00 (6.00 - 7.50)	7.50 (6.25 - 8.00)	0.698	ns	0.12
GAF		61.00 (61.00 - 61.00)	54.00 (51.75 - 57.00)	0.002	**	0.84
HAM-D		3.00 (1.50 - 4.50)	2.00 (0.50 - 3.50)	0.416	ns	0.24
YMRS		0.00 (0.00 - 1.50)	0.00 (0.00 - 0.00)	0.364	ns	0.32
PRRS	平均	3.06 (3.04 - 3.24)	3.03 (2.86 - 3.15)	0.311	ns	0.30
	基本的な生活状況	3.33 (3.00 - 3.67)	3.17 (3.00 - 3.33)	0.442	ns	0.23
	症状	3.17 (3.08 - 3.25)	3.25 (2.92 - 3.22)	0.636	ns	0.14
	基本的社会性	3.00 (3.00 - 3.50)	3.25 (3.00 - 3.50)	1.000	ns	0.02
	サポート状況	3.00 (3.00 - 3.00)	3.00 (3.00 - 3.38)	0.731	ns	0.07
	職場との関係	3.00 (3.00 - 3.25)	3.50 (3.50 - 3.50)	0.150	ns	0.44
	作業能力／業務関連	3.33 (3.00 - 3.33)	2.67 (2.33 - 3.00)	0.167	ns	0.41
	準備状況	2.50 (2.50 - 3.25)	2.00 (2.00 - 2.38)	0.009	**	0.72
	健康管理	3.00 (3.00 - 3.33)	3.33 (2.75 - 3.92)	0.916	ns	0.04

BACS：日本語版統合失調症認知機能評価尺度，SASS-J：日本語版自記式社会適応度評価尺度，GAF：機能の全体的評定尺度，HAM-D：ハミルトンうつ病評価尺度，YMRS：ヤング躁病評価尺度，PRRS：職場復帰準備性評価シート
中央値（25 - 75 パーセントイル），Mann-Whitney U 検定；* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，ns：not significant
 $r = 0.10$ （効果量小）， $r = 0.30$ （効果量中）， $r = 0.50$ （効果量大）

表6 参加者の感想

		人数 (%)
復職群 n=7	生活リズムが整ってよかった	4 (57.14)
	複数の視点で仕事をする知識やヒントを得た	3 (42.86)
	他の人の意見が聞いて共有できてよかった	3 (42.86)
	他の人から学ぶことが多かった	3 (42.86)
	自分の特徴を理解でき、再発予防策が考えられた	3 (42.86)
	スタッフに見てもらっている安心感があった	1 (14.29)
継続群 n=6	生活リズムが整ってよかった	3 (50.00)
	参加すること自体に意味があった	2 (33.33)
	認知行動療法などは繰り返し練習が必要だと思った	2 (33.33)
	過去の振り返りをした時に具合が悪くなって大変だった	1 (16.67)

重複回答あり

れる。

3. 研究の限界と課題

本研究の限界はサンプル数が少ないことである。このため予備的研究の域を出ず、追試が必要である。今

後は、サンプル数を増やすとともに環境要因や定着率などを変数に加え、プログラムの有効性を詳細に検討する必要がある。また、プログラムについては、集団課題の充実や、復職に向けて積極的な行動を喚起する動機づけ支援の強化が必要と考える。対人関係技能と

社会適応度を高める, 社会認知ならびに対人関係のトレーニング (Social Cognition and Interaction Training; SCIT)³⁰⁾や, 認知の幅を拡げるメタ認知訓練法 (the Metacognitive Training program for schizophrenia patients: MCT)³¹⁾が開発されており, これらの応用方法についても検討していきたい。

結 論

プログラム前後の比較では, 認知機能と復職準備性に有意なスコア増加を認め, 精神科 OT の個性を重視した本プログラムが, 認知機能と復職準備性の改善に有効である可能性が示された。プログラム終了時には, 復職群は継続群より SASS-J の対人関係, GAF, PRRS の準備状況が有意に高く, 気分障害患者の復職には対人関係技能と復職準備性の充実が重要と思われた。今後はサンプル数を増やした詳細な検討が必要である。

本研究は JSPS 科研費 JP26780305 の助成を受けた。

文 献

- 厚生労働省：平成 25 年労働安全衛生調査 (実態調査) 結果の概要 (2013)。http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h25-46-50_01.pdf (参照 2017-04-06)。
- 日本生産性本部：第 7 回『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果 (2014)。http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity001425/attached.pdf (参照 2017-04-06)。
- 島 悟：精神障害による休業者に関する調査。厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「うつ病を中心としたところの健康障害をも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～16 年度総合研究報告書, 2004, pp.32-34。
- 酒井佳永, 秋山 剛：うつ病のリワークプログラムの現状と今後の可能性。産業ストレス研究 19(3)：217-225, 2012。
- 厚生労働省：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://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/syokubahukki_h24kaitei.pdf (参照 2017-04-06)。
- 秋山 剛：総合病院における職場復帰援助プログラムと集団認知療法。医学のあゆみ 219(13)：997-1001, 2006。
- 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 25 年度分担研究報告書, 2014, pp.77-117。
- 西谷美保子, 児嶋優子：精神科作業療法における気分障害を呈した利用者に向けたリワークの取り組み。日本作業療法学会抄録集 2015：p1150f, 2015。
- 松田匡弘, 金坂佳奈子：気分障害のリワークプログラムにおいて, 再発リスク要因を明確化するための試み—作業能力評価を用いて—。日本作業療法学会抄録集 2015：p2574f, 2015。
- 加藤ちえ, 岸 展江, 菅原由衣, 北川信樹, 賀古勇輝, 他：うつ病患者に対する職場復帰支援プログラムの取り組み。北海道作業療法 26(1)：34-43, 2009。
- 羽岡健史, 吉野 聡, 鈴木 瞬, 小林直紀, 宇佐見和哉, 他：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, 2013。
- うつ病リワーク研究会・編：職業復帰準備性評価シート。http://www.utsu-rework.org/info/cstaff/s_sfjh.pdf (参照 2017-04-06)。
- アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部・編 (日本精神障害者リハビリテーション学会・監訳)：IMR・疾病管理とリハビリ (EBP ツールキット第 5 巻 I・II)。日本精神障害者リハビリテーション学会, 2009。
- Keefe RS, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, et al: The brief assessment of cognition in schizophrenia: Reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. Schizophr Res 68 (2-3): 283-297, 2004。
- Kaneda Y, Sumiyoshi T, Keefe R, Ishimoto Y, Numata S, et al: Brief assessment of cognition in schizophrenia: Validation of the Japanese version. Psychiatry Clin Neurosci 61 (6): 602-609, 2007。
- 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 沼田周助, 田中恒彦, 他：統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (BACS-J)。精神医学 50(9)：913-917, 2008。
- 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 池澤 聡, 大森哲郎, 他：統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (BACS-J) 標準化の試み。精神医学 55(2)：167-175, 2013。
- Bosc M, Dubini A, Polin V: Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol 7(Suppl 1): S57-S70, 1997。
- 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児, 柿原信吾, 加治恭子, 他：Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の信頼性および妥当性。精神医学 47(5)：483-489, 2005。
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G: A brief mental health outcome scale—reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry 166 (5): 654-659, 1995。
- Hamilton MA: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 23(Feb): 56-62, 1960。
- 尾崎紀夫：気分障害。野村総一郎, 樋口輝彦・編, 標準精神医学, 第 6 版, 医学書院, 2015, pp.321-350。
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA: A rat-

- ing scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133(Nov): 429-435, 1978.
- 24) 五十嵐良雄：リワークプログラム利用者の復職後2年間の予後調査. 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25年度分担研究報告書, 2014, pp.57-70.
- 25) 五十嵐良雄：リワークプログラム利用者の復職後の就労予後に関する調査研究. 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23~25年度総合研究報告書, 2014, pp.67-73.
- 26) 相方謙一郎, 横山太範, 長谷川直実, 三浦 彌：うつ病・うつ状態で休職した労働者の社会復帰状況の評価指標—社会適応能力評価尺度 (SASS) の有効性について—. *臨床精神医学* 42(10): 1281-1287, 2013.
- 27) 酒井佳永：大うつ病を対象としたリワークプログラムの効果に関する無作為化比較試験. 厚生労働省障害対策総合研究事業「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23~25年度総合研究報告書, 2014, pp.39-66.
- 28) 杉村直哉, 小林正義：うつ病患者の社会適応状態とIADL・就労準備性との関連性. *作業療法* 34(3): 238-248, 2015.
- 29) 副田秀二：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, 2016.
- 30) David LR, David LP, Dennis RC (中込和幸・監訳)：社会認知ならびに対人関係のトレーニング (SCIT) 治療マニュアル. 星和書店, 2011.
- 31) Moritz S, Woodward TS: Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 20(6): 619-625, 2007.

Examination of the effectiveness of the return to work program for patients with mood disorders

Eri Yoshihara*¹ Ryunosuke Iwai*² Sachie Tanaka*³ Masayoshi Kobayashi*⁴ Shinsuke Washizuka*⁵

*¹ Specified Medical Corporation Kusunokikai Kusunoki Mental Hospital
(Former affiliation; Graduate School of Medicine, Shinshu University)

*² Shinshu University Hospital

*³ School of Health Science, Shinshu University

*⁴ Graduate School of Medicine, Shinshu University

*⁵ Department of Psychiatry School of Medicine, Shinshu University

The purpose of the study was to examine the effectiveness of the return to work (rework) program and to determine factors associated with reinstatement. Participants of the rework program were diagnosed with mood disorders. The three-month course comprised psychoeducation based on illness management and recovery twice a week and occupational therapy five times a week. The participants were evaluated using Japanese version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS), the Social Adaptation Self-evaluation Scale-Japanese version (SASS-J), the Global Assessment of Functioning (GAF), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS), and the Psychiatric Rework Readiness Scale (PRRS) before and after the program. These measures compared the reinstatement group (RG) that was able to return to work and the continuation group (CG) that was not able to return to work. Thirteen patients participated in the program. The BACS scores and the PRRS scores significantly increased after the program. The improvement in cognitive function and reinstatement readiness were the main outcomes of this program. After the program, the personal relationship scores of the PRRS were seen more in the RG than in the CG. Furthermore, significantly higher preparation conditions of the PRRS were seen in the RG than in the CG. The improvement of personal relationship skills and reinstatement readiness were considered important. It is necessary to replicate the study using an increase in the sample size in the future.

Key words: Mood disorder, Employment support, Cognitive function, Return to work program