



当院のリワークプログラム参加者における 復職に関連する因子の検討*

原 田 泉 美** 松 田 康 裕** 盛 本 翼**
上 田 淳 哉** 山 内 孝 之** 永 野 龍 司**
井 上 慶 一** 大 塚 紀 朗** 岸 本 年 史**

Key Words : rework program, depression, bipolar disorder, sick leave, mental disease

はじめに

日本国内では1990年代後半から、精神科における作業療法やデイケアでリワークプログラムを行うことが広がっていき、うつ病リワーク協会によると同協会に登録している施設は220を超えている(2017年11月時点)¹⁾。当院でも2015年7月からデイケアのグループの1つとして、リワークプログラムを開始した。週に1.5日、12週間を1クールとしたクール制を採用しており、必要に応じて複数回の利用も可能としている。心理教育、認知行動療法、グループワーク、運動療法などをプログラムに取り入れている(図1)。当院リワークプログラム終了後に復職できた患者とそうでない患者がおり、その違いについて検討することで、今後のリワークプログラム運営に活かせるのではないかと考え、当院のリワークプログラム参加者を後の就労状況で復職群と非復職群に分け、復職と関連する因子の検討を行った。

方 法

1. 対 象

2015年7月1日から2019年9月30日までの間に当院のリワークプログラムに参加した患者を対象とした。対象者は当院精神科に通院中で、休職中であり、かつ復職を希望しているものとした。診断は、うつ病や双極性障害が主であるが、適応障害やその他も含まれた。プログラム開始基準として初回面談時の復職準備性評価シート²⁾の平均スコアが2.0以上のものとした。

2. 調 査 方 法

参加者のプログラム開始時の人口統計学的特徴、臨床的特徴、職業的特徴、および各種評価項目、また、プログラム終了時の評価項目は実施録を参照した。プログラム終了後6か月以内の就労状況は、診療録から情報を収集し、これらのデータを用いて後方視的に検討を行った。本研究は当院の倫理委員会で承認を受けており、対象者に向けてオプトアウトを行った。

プログラム開始時の調査項目は年齢、性別、教育歴、配偶者の有無、診断名(ICD-10)、プログラ

* Factors associated with return to work among participants in the rework program at Nara Medical University. (Accepted June 24, 2020)

** Izumi HARADA, M.D., Yasuhiro MATSUDA, M.D., Ph.D., Tsubasa MORIMOTO, M.D., Ph.D., Junya UEDA, M.D., Takayuki YAMAUCHI, M.D., Tatsushi NAGANO, M.D., Keiichi INOUE, M.D., Norio OTSUKA, M.D. & Toshifumi KISHIMOTO, M.D., Ph.D.: 奈良県立医科大学精神医学講座(〒634-8522 奈良県橿原市四条町 840) ; Department of Psychiatry, Nara Medical University, Kashihara, Nara 634-8522, JAPAN

	水曜日	金曜日
	自主課題	自主課題
午前	心理教育(4回) 認知行動療法(8回)	運動療法
	メンバーミーティング	
午後		グループワーク
		メンバーミーティング

図1 当院でのリワークプログラム・スケジュール

ム開始時までの治療期間, 入院回数, 休職回数, プログラム開始時までの休職期間, 職種, 職位, 企業規模, 産業医の有無, 復職準備性評価シート, ハミルトンうつ病評価尺度(HAM-D)³⁾とした。プログラム終了時の調査項目は復職準備性評価シート, HAM-D, 標準化リワークプログラム評価シート⁴⁾⁵⁾とした。

復職準備性評価シートは日本うつ病リワーク協会がホームページ上で公開しているもの⁶⁾を用いた。A 基本的な生活状況, B 症状, C 基本的社会性, D サポート状況, E 職場との関係, F 作業能力, 業務関連, G 準備状況, H 健康管理の合計23項目を1から4で患者自身が回答しスコアが高いほど復職準備性が高いとされている。

標準化リワークプログラム評価シートは秋山ら⁴⁾が開発したもので, I. 基本項目「出席率」, 「眠気・疲労」, 「集中の持続」, II. 対人交流6項目, III. 心理的側面3項目の12項目を4段階で評価する。当院では担当スタッフがプログラム終了時に評価している。この3領域12項目に加えて, 「疾病理解と心理的成長」領域3項目を含んだ品川駅前メンタルクリニックで用いられているシート⁵⁾を当院では用いている。

追跡終了はプログラム終了後6か月後もしくはプログラムを中断した時点, または当院での通院が終了となった時点とした。この間に復職を達成したものを復職群, それ以外を非復職群とした。復職の定義は, 復職可能の診断書が発行され勤務を開始している, もしくは慣らし勤務などの名称で休職扱いではあるが, 業務は行っている

もの⁶⁾とした。業務に携わらない試し通勤のみ行っている状態のものは非復職群とした。プログラムを中断した患者については, 欠席や症状悪化によって中断した患者は非復職群, プログラム途中で復職が決定したために中断した患者は復職群とした。

3. 解析方法

復職群と非復職群の間で, プログラム開始時点での調査項目の違いについて t 検定と χ^2 検定を用いて調べた。プログラム終了時の, 評価項目の比較には交絡因子の影響をできるだけ小さくするために傾向スコアマッチングを用いた。先行研究で女性および40歳以上が復職困難因子として報告されているため⁷⁾, 性別, 年齢と疾患の重症度として開始時のHAM-Dおよび復職準備性評価シートスコアの4項目を交絡因子と仮定した。傾向スコアは, 説明変数を性別, 年齢, 開始時のHAM-Dおよび復職準備性評価シートのスコア, 目的変数をプログラム終了後の各評価項目がカットオフ値以上かそれ未満であったかとして算出し, 傾向スコアの標準偏差の0.25倍をキャリアーとしてマッチングを行った。その上でプログラム終了時の復職準備性評価シート, 標準化リワークプログラム評価シート, HAM-Dの点数について復職群と非復職群の間で違いがあるか解析を行った。

カットオフ値は, 復職準備性評価シートについては復職申請の目安として平均スコアが3.0以上あることとされているため, 各項目のスコアが3をカットオフ値とし, どの項目が復職と関連し

ているかを項目ごとに χ^2 検定またはFisherの正確確率検定を行った。標準化リワークプログラム評価シートについても、復職の基準として合計で75%以上の点数であることが提唱されており、3点をカットオフ値として各項目で復職との関連を調べるために同様の検定を行った。HAM-Dは7点以下で症状寛解とされるため、7点をカットオフ値として復職との関連を調べるために同様に検定を行った。

以上の統計解析にはIBM SPSS Statistics 26を用い、有意水準は $P < 0.05$ とした。

結 果

2015年7月1日から2019年9月30日までの間に当院のリワークプログラムに参加した患者は、延べ58例、複数回利用者を除くと実数は49例であった。平均年齢は 37.33 ± 10.35 歳、男性が38人(77.6%)、女性が11人(22.4%)であった。教育歴は平均 15.27 ± 1.66 年と高校卒業以上の人が多かった。診断はうつ病が最も多く31例(63.3%)で、次いで双極性障害8例(16.3%)、適応障害3例(6.1%)であった。プログラムを中断したものは10例で、理由の内訳は、中止基準の欠席回数4回に達したためが7例、症状が悪化し入院したためが1例、プログラム途中で復職したためが1例、本人都合が1例であった。リワークプログラム終了後6か月以内に復職を達成したのは25人で、残りの24人を非復職群とした。

リワークプログラム開始時の人口統計学的特徴、職業的特徴、臨床的特徴、プログラム開始時の抗うつ薬の種類、ベンゾジアゼピン系薬、気分安定薬および抗精神病薬の有無について、復職群と非復職群の間に有意な違いは認められなかった(表1)。HAM-Dの点数は、復職群平均 5.50 ± 3.26 点、非復職群平均 9.86 ± 5.24 点と復職群の方が有意に低かった($P < 0.01$)。また復職準備性評価シートの平均スコアは、復職群 2.85 ± 0.31 、非復職群は 2.53 ± 0.27 と復職群の方が有意に高かった($P < 0.01$)。

プログラム終了時の評価の解析については、傾向スコアマッチングにおいて目的変数をそれぞれの評価項目として複数のマッチングを行った。目的変数としてプログラム終了時の復職準備性

評価シートの全体の平均スコアを設定した場合のベースライン時の評価を表2に示す。交絡因子が調整された結果、プログラム終了時の評価シートの点数の平均スコアが3.0以上あったか否かで分けると、すべての項目で有意な違いを認めなかった。

このような手法で、プログラム終了時のHAM-Dの点数、復職準備性評価シートの各項目のスコア、標準化リワークプログラムシートの各項目の点数および合計点について復職群と非復職群で比較検討を行った。プログラム終了後のHAM-Dの点数で復職群と非復職群で有意差は認めなかった(表3)。プログラム終了後の復職準備性評価シートの項目で復職群と非復職群に有意な差を認めたのは、身だしなみ、職場の犠牲になって発症したというトラウマ感情、業務への関心・理解の3項目であった(表4)。標準化リワークプログラムについては、自ら話しかけられるかといった会話、主観的うつ病体験の客観的受け止めの2項目について2群間で有意差を認めた(表5)。また、3領域12項目の合計で75%以上、つまり36点以上の点数の人が復職群に有意に多かった。また、品川駅前メンタルクリニックで用いられている項目を追加した4領域15項目の合計点を用いても、75%以上(45点以上)の点数の人が復職群に有意に多い結果となった。

考 察

1. リワークプログラムの効果について

リワークプログラムの実施効果については短期的効果と長期的効果があり、それぞれをアウトカムとした研究がある。短期的効果とは、抑うつ症状や自尊感情、認知機能などの臨床症状の改善や、復職を指している。それに対して、長期的効果には、再発予防や再休職予防などがあげられ、復職後の就労継続日数が評価尺度として用いられることが多い。今回の調査では短期的効果に含まれるリワーク終了後6か月以内に復職を達成したか否かを評価したところ、復職達成率は51.0%であり、復職達成率が63.6~72.7%であったとする他施設の報告⁹⁾¹⁰⁾よりも低い結果となった。これは、復職可能と判断されるまでプログラムが継続される施設では、リワーク終了時点での

表1 復職群と非復職群のリワークプログラム開始時点での比較

		全体 平均	n=49 SD	復職群 平均	n=25 SD	非復職群 平均	n=24 SD	P値
年齢(歳)		37.3	10.4	37.3	10.1	37.3	10.8	1.00
教育歴(年)		15.3	1.7	15.3	1.7	15.2	1.7	0.82
治療期間(月)		38.2	41.8	45.1	43.9	31.0	39.1	0.24
入院回数(回)		0.4	0.8	0.6	1.0	0.3	0.4	0.11
休職回数(回)		2.3	1.4	2.5	1.1	2.2	1.7	0.45
開始時点での休職期間(月)		7.1	5.7	6.1	5.3	8.2	6.1	0.21
職場復帰準備性評価<開始時>(平均点)*1		2.7	0.3	2.9	0.3	2.5	0.3	0.0005*6
HAM-D<開始時>(点)*2		7.6	4.8	5.5	3.3	9.9	5.2	0.003*6
		n	%	n	%	n	%	
性別	男	38	77.6	18	72.0	20	83.3	0.34
	女	11	22.4	7	28.0	4	16.7	
配偶者の有無	あり	21	42.9	11	44.0	10	41.7	0.87
	なし	28	57.1	14	56.0	14	58.3	
診断	うつ病	31	63.3	15	60.0	16	66.7	0.73
	双極性障害	8	16.3	4	16.0	4	16.7	
	適応障害	3	6.1	2	8.0	1	4.2	
	統合失調症	1	2.0	0	0.0	1	4.2	
	他の神経症性疾患*5	6	12.2	4	16.0	2	8.3	
職業	公務員	11	22.4	6	24.0	5	20.8	0.39
	他の事務職	10	20.4	8	32.0	2	8.3	
	教育関連	8	16.3	3	12.0	5	20.8	
	福祉	1	2.0	0	0.0	1	4.2	
	保安	2	4.1	1	4.0	1	4.2	
	他の専門/技術職	9	18.4	3	12.0	6	25.0	
	販売/営業職	4	8.2	3	12.0	1	4.2	
	輸送/機械操縦	1	2.0	0	0.0	1	4.2	
	生産工程従事者	3	6.1	1	4.0	2	8.3	
職位	管理職	37	75.5	18	72.0	19	79.2	0.56
	非管理職	12	24.5	7	28.0	5	20.8	
企業規模*3	1,000人以上	26	53.1	13	52.0	13	54.2	0.16
	1,000人未満50人以上	16	32.7	10	40.0	6	25.0	
	50人未満	6	12.2	1	4.0	5	20.8	
産業医の有無*4	あり	28	57.1	17	68.0	11	45.8	0.20
	なし	17	34.7	7	28.0	10	41.7	
抗うつ薬の服薬	SSRI	15	30.6	8	16.3	7	14.3	0.64
	SNRI	12	24.5	7	14.3	5	10.2	
	NaSSa	6	12.2	4	8.2	2	4.1	
	三環系および四環系抗うつ薬	3	6.1	2	4.1	1	2	
	その他(スルピリド等)	4	8.2	1	2	3	6.1	
	なし	9	18.4	3	6.1	6	12.2	
ベンゾジアゼピン系 薬剤の服薬の有無	あり	32	65.3	15	30.6	17	34.7	0.43
	なし	17	34.7	10	20.4	7	14.3	
気分安定薬の服薬の 有無	あり	9	18.4	6	12.2	3	6.1	0.46
	なし	40	81.6	19	38.8	21	42.9	
抗精神病薬の服薬の 有無	あり	17	34.7	8	16.3	9	18.4	0.69
	なし	32	34.7	17	30.6	15	65.3	

欠損データあり *1 n=46, *2 n=43, *3 n=48, *4 n=35, *5 他の神経症性疾患：解離性障害、転換性障害、全般性不安障害、醜形恐怖症、*6 P<0.01

表2 プログラム終了時復職準備性評価の平均スコアが3.0以上かそれ未満かを従属変数として傾向スコアマッチングを行った結果の集団のベースライン評価

プログラム終了時復職準備性評価の スコア平均		3.0未満 平均	n=6 SD	3.0以上 平均	n=18 SD	P値	有意差
年齢(歳)		34.2	8.5	37.9	11.2	0.46	
教育歴(年)		15.3	1.6	15.7	1.7	0.64	
治療期間(月)		29.0	35.2	34.5	38.3	0.76	
入院回数(回)		0.2	0.4	0.4	0.9	0.55	
開始時点での休職期間(月)		8.0	5.2	6.4	5.7	0.56	
職場復帰準備性評価<開始時>(平均点)		2.8	0.2	2.9	0.2	0.27	
HAM-D<開始時>(点)		8.7	2.9	5.2	4.3	0.08	
		n	総和の%	n	総和の%		
性別	男	4	16.7	12	50.0	0.70	
	女	2	8.3	6	25.0		
配偶者の有無	あり	1	4.2	10	41.7	0.10	
	なし	5	20.8	8	33.3		
診断	うつ病	4	16.7	13	54.2	0.25	
	双極性障害	0	0.0	2	8.3		
	適応障害	0	0.0	2	8.3		
	統合失調症圏	0	0.0	0	0.0		
	他の神経症性疾患	2	8.3	1	4.2		
職業	公務員	2	8.3	1	4.2	0.30	
	他の事務職	2	8.3	6	25.0		
	教育関連	1	4.2	3	12.5		
	福祉	0	0.0	1	4.2		
	保安	0	0.0	1	4.2		
	他の専門/技術職	0	0.0	4	16.7		
	販売/営業職	0	0.0	2	8.3		
	輸送/機械操縦	1	4.2	0	0.0		
	生産工程従事者	0	0.0	0	0.0		
職位	管理職	6	25.0	11	45.8	0.13	
	非管理職	0	0.0	7	29.2		
企業規模	1,000人以上	3	13.0	12	52.2	0.59	
	1,000人未満50人以上	2	8.7	4	17.4		
	50人未満	1	4.3	1	4.3		
産業医の有無	あり	5	22.7	13	59.1	0.54	
	なし	0	0.0	4	18.2		

復職達成率は自ずと高くなるが、当院ではクール制にしていることで、クール終了時点で復職準備性が不十分であっても利用終了となる者もいるため、利用終了後6か月以内での復職達成率が低かったのかもしれない。

また、日本うつ病リワーク協会では、プログラムは週に4日以上実施できることが望ましいとしているが、当院では週に1.5日の頻度で実施したため、強度として不十分であったのかもしれない。当院デイケアは施設構造上1つのフロアしかなく、また開所当時から統合失調症患者を主な

対象疾患としていたため、やむなくこの頻度に設定していた。しかし、今後は対人関係を中心とした生活技能を高めるために、統合失調症患者向けプログラムの social skills training (SST) や作業療法にも並行して参加可能とするなど、強度を上げる工夫を行う予定である。

2. 研究の対象者について

今回の調査では、対象者の平均年齢は37.3歳で、全国のリワーク実施施設での平均の40.7歳⁹⁾よりもやや低かった。男女の割合は全国で男性73.5%、女性25.5%に対して、今回は男性

表3 復職群と非復職群の間でのプログラム終了時HAM-D比較

プログラム終了時HAM-D(点)	計(人)	復職群 (人)	(%)	未復職 (人)	(%)	P	マッチした 人数
6点以下	15	10	50	5	25	0.13	20
7点以上	5	1	10	4	15		

77.6%, 女性22.4%であった。疾患の割合は全国ではICD-10による診断で気分障害が78.1%となっており, これは今回の調査の79.6%と類似している。双極性障害の診断については全国では疑いのあるものが27.5%であるのに対し, 今回の対象者では診断を受けているものは16.3%と少なかった。これは今回の調査では確定診断を主治医から申告してもらっていたため, 情報の収集方法が異なるという点と, 1クール12週間のみの利用であった場合, 他の施設よりも観察期間が短いことも関連しているかもしれない。

宮田らによると, 復職準備の際の薬物療法について, 以下の点に留意した薬剤選択が望ましいとしている。①日中の眠気が少ない薬剤選択, 具体的には抗ヒスタミン作用を有さない選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬の使用, およびベンゾジアゼピン系薬の最小限の使用, ②社会機能に影響するとされる認知機能障害を改善させる抗うつ薬の使用, ③認知機能障害に悪影響を及ぼす抗コリン作用を有する三環系抗うつ薬(TCA)は控える¹⁰⁾。Tollefsonらは抗うつ薬の種類によって労働者の欠勤状態の割合に違いがあるかを調査し, うつ病未治療群, TCA群に比べSSRI群では有意に欠勤割合が減少していたと報告している¹¹⁾。Sou  treらも同様の調査を行い, SSRI群がTCA群より有意に休業率が低かったと報告している¹²⁾。今回, 復職群と非復職群の間でプログラム開始時の向精神薬の有無および抗うつ薬の種類について調査したところ違いは認めなかったが, それぞれの薬剤を使用する患者数が少なかったため, 今後検討する必要はある。

また, 人口統計的な要素における復職困難要因として菅原ら⁷⁾は, 年齢が40歳以上, 女性, 配偶者がいない, 単身生活者, 罹病期間が長い, などをあげているが, 今回の調査では復職群と非復職群でベースラインのこれらの項目では違いがみ

られなかった。

その他Koopmansら¹³⁾は教育および公的機関, 商業, 福祉に携わる人で抑うつ症状による休職機関が長かったと報告している。今回の調査では復職と非復職群で職種に差はみられなかったが, リワークプログラムの利用者全体では公務員, その他の事務職, 教職員の順に多かった。一般的に公務員や教職員は休職できる期間が一般中小企業と比べると長いため, 数か月間という期間を要するリワークプログラムに参加しやすい可能性があると考えた。

3. プログラム終了時の評価について

今回の調査ではプログラム終了時のHAM-Dの点数については, 寛解とされる7点以上か否かで調べた結果, 復職群と非復職群では差は認めなかった。横山らの調査でリワークプログラム参加者において, うつ病の重症度は復職継続期間とは関連しないとされている¹⁴⁾。他の先行研究でも終了時のHAM-Dの点数が復職群とプログラムの利用継続群で違いがなかったとするものがあり¹⁵⁾¹⁶⁾, 今回の結果と合致する。復職群の方が点数は低い傾向は認めたものの, リワークプログラム利用者は, そもそも抑うつ症状が改善している状態で参加していることが多いため, 両群間で有意差がみられなかったと考えられる。

酒井ら²⁾は復職困難因子として, 復職準備性評価シートの点数が低かったものとしている。今回の調査では復職準備性評価シートの合計スコアの平均が3.0以上かどうかを評価したところ, プログラム終了後6か月以内での復職との有意な関連は認めなかった。しかし, 項目ごとに分けて解析すると, 身だしなみ, トラウマ感情, 業務への関心・理解の3項目で復職群と非復職群に違いを認めた。「身だしなみ」については基本的な項目ではあるが, 実際に非復職群には, 仕事に不適切な普段着でプログラムに参加している患者がおり, 身だしなみという社会生活を営む上で基本

表4 復職群と非復職群の間でのプログラム終了時復職準備性評価比較

	スコア	復職群(人)	非復職群(人)	有意確率	マッチした人数
A. 基本的な生活状況					
1. 起床時刻	3 以上	6	4	0.70	20
	それ未満	7	3		
2. 食生活リズム	3 以上	16	15	0.67	37
	それ未満	4	2		
3. 戸外での活動	3 以上	6	2	0.29	13
	それ未満	2	3		
小計	9 以上	12	13	0.24	34
	それ未満	7	2		
B. 症状					
4. 精神症状	3 以上	17	12	0.63	34
	それ未満	2	3		
5. 身体症状	3 以上	17	11	0.15	33
	それ未満	1	4		
6. 熟眠感	3 以上	15	12	1.0	37
	それ未満	5	5		
7. 睡眠時間	3 以上	14	9	0.69	31
	それ未満	4	4		
8. 昼間の眠気	3 以上	15	8	0.09	35
	それ未満	4	8		
9. 興味・関心	3 以上	16	9	0.40	32
	それ未満	3	4		
小計	18 以上	19	11	0.07	36
	それ未満	1	5		
C. 基本的社会性					
10. 身だしなみ	3 以上	19	11	0.033**	37
	それ未満	1	6		
11. 他人との交流	3 以上	19	15	1.0	36
	それ未満	1	1		
小計	6 以上	20	11	0.012**	36
	それ未満	0	5		
D. サポート状況					
12. 家族との関係	3 以上	17	15	0.61	36
	それ未満	3	1		
13. 主治医との関係	3 以上	18	17	1.0	36
	それ未満	1	0		
小計	6 以上	18	15	0.59	37
	それ未満	1	2		
E. 職場との関係					
14. トラウマ感情	3 以上	19	11	0.013**	35
	それ未満	0	5		
15. 就業規則, 約束の不遵守	3 以上	*			3
	それ未満				
小計	6 以上	19	14	0.20	35
	それ未満	0	2		
F. 作業能力, 業務関連					
16. 集中力	3 以上	12	10	1.0	34
	それ未満	7	5		
17. 業務への関心・理解	3 以上	17	8	0.047**	33
	それ未満	2	6		
18. 業務遂行能力	3 以上	6	1	0.49	11
	それ未満	2	2		
小計	9 以上	14	7	0.27	33
	それ未満	5	7		

G. 準備状況					
19. 職場上司との接触	3以上	11	4		
	それ未満	5	5	0.40	25
20. 業務への準備	3以上	12	3		
	それ未満	3	3	0.29	21
小計	6以上	12	3		
	それ未満	5	7	0.057	27
H. 健康管理					
21. 服薬へのコンプライアンス	3以上	19	16		
	それ未満	1	1	0.72	37
22. 健康管理スタッフとの関係	3以上	15	14		
	それ未満	3	2	0.56	34
23. 再発防止への心構え	3以上	18	10		
	それ未満	1	4	0.14	33
小計	9以上	19	16		
	それ未満	1	2	1.0	38
平均スコア	3.0以上	13	5		
	それ未満	3	3	0.362	24

* スコアが3未満の例がなく解析対象から除外, ** $P < 0.05$

的な項目で有意差がみられたと考えられる。今回はアウトカムを就労継続日数ではなく、復職したか否かという点においたため、より基本的な項目で違いが出た可能性はある。

プログラム終了時の標準化リワークプログラム評価シートでは、合計点が75%以上あったかどうかで比較すると、復職群の方が非復職群よりも有意に高い結果となった。先行研究においてこの評価の作成時に、目標点を暫定的に各項目で75%以上と設定しており⁵⁾、今回の結果はこの目標点の妥当性を支持するものといえる。項目ごとにみると会話、うつ病体験の客観的受け止めの項目で復職群と非復職群で違いを認めた。「会話」の項目は「誰に対しても自ら話しかけ、会話ができる」が満点となっており、相手が限定されている、自分からは話しかけられない場合は点数が低く設定されている。実際に利用者の感想として「休憩中の雑談が難しい」といったことが話題に上る。職場とは、業務を行うのみならず、周囲の人との適切なかわりも維持しなければならない場であり、復職のためには他者とのコミュニケーション力を高めるSSTを実施する必要性があると考えられた。そのほかに、平澤ら¹⁷⁾は身体の疲れがリワークプログラム早期に改善することが復職の予測因子となると報告している。評価シート内でも眠気疲労は基本項目としてあげられている。今回の調査では、この項目において復職

群と非復職群で有意差は認められなかったが、復職群で点数が高い傾向にあり、眠気疲労が早期に改善できるよう支援することは復職の可能性を高めると考えられた。

復職にかかわる因子として、本人の要因のほか、職場での同僚や上司との関係、業務量の調整などの職場要因や家族の理解や協力が得られるかといった家族要因もあげられる。Lauら¹⁸⁾は、仕事で自己の裁量権があることや同僚のサポートがあることが復職と正の相関関係があると、職場環境と復職との関連について報告している。今回の調査でも職場に対する「トラウマ感情」の項目が復職群と非復職群で差を認めており休職者本人と職場との関係性は重要と考えられる。また、Landstadら¹⁹⁾は家族がいないことを復職困難要因としてあげており、家族のサポートも重要といえる。当院でも面談の中で、家族との関係性について聴取し、個別に支援している。これを一定の尺度で評価したり比較したりすることは行っていないため、今後は実施した家族支援をどのように評価していくかも課題である。

今回の調査の限界点として、サンプルサイズが小さい点があげられる。また、対照群を設置しておらず、プログラムの有効性を評価することが困難であった。また、疾患別による復職群と非復職群の相違について検討できていない。さらに、今回の評価に含まれていなかった項目が復職に影

表5 プログラム終了時標準化リワークプログラム評価

	スコア	復職群(人)	非復職群(人)	有意確率	マッチした人数
1. 基本項目					
1-1. 出席率	3点以上	13	10		
	それ未満	7	1	0.20	31
	4点以上	9	6		
	それ未満	8	4	1.0	27
1-2. 眠気疲労	3点以上	21	12		
	それ未満	1	3	0.28	37
	4点以上	15	3		
	それ未満	3	5	0.06	26
1-3. 集中力	3点以上	21	12		
	それ未満	0	1	0.38	34
	4点以上	10	3		
	それ未満	6	3	0.66	22
小計	9点以上	18	9		
	それ未満	3	5	0.22	35
2. 対人交流					
2-4. 会話	3点以上	21	11		
	それ未満	0	4	0.023**	36
2-5. 協調性	3点以上	18	10		
	それ未満	2	3	0.36	33
2-6. 自己主張	3点以上	19	10		
	それ未満	2	6	0.055	37
2-7. 不快な行為	3点以上	20	14		
	それ未満	1	2	0.57	37
2-8. 役割行動	3点以上	19	10		
	それ未満	1	3	0.28	33
2-9. 対処行動	3点以上	14	9		
	それ未満	6	5	1.0	34
小計	18点以上	17	9		
	それ未満	5	8	0.17	39
3. 心理的側面					
3-10. 気持ちの安定	3点以上	18	13		
	それ未満	3	1	0.64	35
3-11. 積極性意欲	3点以上	19	11		
	それ未満	0	3	0.07	33
3-12. 注意, 指摘への反応	3点以上	19	11		
	それ未満	1	4	0.14	35
小計	9点以上	18	10		
	それ未満	2	6	0.10	36
4. 疾病理解と心理的成長					
4-13. セルフケア	3点以上	16	13		
	それ未満	5	3	1.0	37
4-14. うつ病体験の客観的受け止め	3点以上	19	10		
	それ未満	0	5	0.011**	34
4-15. 再発防止のための認知修正	3点以上	16	9		
	それ未満	3	5	0.24	33
小計	9点以上	14	8		
	それ未満	5	6	0.46	33
1～3の合計	36点以上	18	8		
	それ未満	2	7	0.022**	35
1～4の合計	45点以上	18	7		
	それ未満	1	8	0.004**	34

** $P < 0.05$

響していた可能性もある。その他、プログラム終了後6か月以内での復職の成否をみており、復職後の再休職については評価できなかった。今後さらに症例数を増し、長期の調査を行うことで、疾患による違いや就労継続日数などをアウトカムとして再休職まで評価できるようにしていきたい。また、今回の研究で復職群と非復職群で違いを認めた評価項目について積極的に介入することで、これらの項目の改善が復職率を高められるかについて今後の研究課題としたい。

謝辞：データの解析にあたりご助言を頂きました奈良県立医科大学公衆衛生学講座・今村知明教授、西岡祐一助教に心から御礼申し上げます。また、調査の実施にあたり協力いただいた奈良県立医科大学精神医学講座・上田昇太郎先生、奈良県立医科大学附属病院精神医療センター・有田恵亮氏、松本那奈子氏、奈良県立医科大学附属病院医療技術センター・田中尚平氏に感謝の意を表します。

文 献

- 1) 日本うつ病リワーク協会。URL : <https://www.utsu-rework.org/about/index.html>.
- 2) 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 2012 ; 27 : 655.
- 3) Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 ; 23 : 56.
- 4) 有馬秀晃, 秋山 剛. うつ病休職者の標準化リワークプログラム評価シートについて. 精神科治療学 2011 ; 26 : 173.
- 5) 有馬秀晃. リワークプログラムにおける評価とその利用法. 臨床精神医学 2012 ; 41 : 1527.
- 6) 北川信樹, 賀古勇輝, 渡邊紀子, ほか. 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 2009 ; 49 : 123.
- 7) 菅原 誠, 福田達矢, 野津 眞. 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. 精神医学 2007 ; 49 : 787.
- 8) 秋山 剛. 職場復帰援助プログラムの予後調査. うつ病を中心としたこ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年度総括・分担研究報告書 (主任研究者 : 島 悟). 厚生労働科学研究研究費補助金労働安全衛生総合研究事業. 2003.
- 9) 五十嵐良雄. 2016年度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. URL : http://www.utsu-rework.org/info/2017_bi.pdf.
- 10) 宮田明美, 岩本邦弘, 尾崎紀夫. うつ病患者の社会復帰を考える際に望ましい薬物療法とは. 臨床精神薬理 2017 ; 20 : 277.
- 11) Tollefson GD, Souetre E, Thomander L, Potvin JH. Comorbid anxious signs and symptoms in major depression : impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. Int Clin Psychopharmacol 1993 ; 8 : 281.
- 12) Souetre E, Lozet H, Cimarosti I. Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. Eur J Epidemiol 1997 ; 13 : 87.
- 13) Koopmans PC, Roelen CAM, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. Int Arch Occup Environ Health 2008 ; 81 : 711.
- 14) 横山太範, 横山正幹, 五十嵐良雄. 重症度により2群に分けたうつ病休職者の復職後の就労継続期間の比較. 産業精神保健 2010 ; 8 : 84.
- 15) 吉原絵理, 岩井龍之介, 田中佐千恵, ほか. 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. 作業療法 2018 ; 37 : 352.
- 16) 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) の有用性について—. 臨床精神医学 2013 ; 142 : 1281.
- 17) 平澤 勉, 野際陽子. デイケア終了後の復職を予測するものは何か?—うつ病復職デイケア開始後5週目までの気分および疲労感の特徴に着目して—. 作業療法 2011 ; 30 : 707.
- 18) Lau B, Shiryayeva O, Ruud T, Victor M. What are they returning to? Psychosocial work environment as a predictor of returning to work among employees in treatment for common mental disorders : A prospective observational pre-post study. PLoS One 2019 ; 14 : e0215354.
- 19) Landstad BJ, Wendelborg C, Hedlund M. Factors explaining return to work for longterm sick workers in Norway. Disabil Rehabil 2009 ; 31 : 1215.

<Abstract>

**Factors associated with return to work among
participants in the rework program
at Nara Medical University.**

by

Izumi HARADA, M.D., Yasuhiro MATSUDA, M.D.,
Ph.D., Tsubasa MORIMOTO, M.D., Ph.D.,
Junya UEDA, M.D., Takayuki YAMAUCHI,
M.D., Tatsushi NAGANO, M.D., Keiichi INOUE,
M.D., Norio OTSUKA, M.D.
and Toshifumi KISHIMOTO, M.D., Ph.D.

from

Department of Psychiatry, Nara Medical University,
Kashihara, Nara, JAPAN

Corresponding author: Izumi HARADA, M.D., De-
partment of Psychiatry, Nara Medical University, 840
Shijo-Cho, Kashihara-shi, Nara 634-8522, JAPAN

Since the 1990s, many psychiatric clinics and hospitals in Japan have started rehabilitation programs for patients who have had long-term absence from work because of mental disorders. At Nara Medical University Hospital, we started a program for returning to work from 2015. In this study we investigated factors associated with return to work among participants in Nara Medical University Hospital's rework program from July 1, 2015, to September 30, 2019, who were examined through a retrospective study. In our program, sessions were held twice a week over 12 weeks. Most participants had been diagnosed with depression or bipolar disorder, but patients with other diseases were also accepted.

A total of 49 patients participated in the study, 25 of

whom could return to work and 24 who could not within 6 months after the program. The average age was 37.33, with 38 (77.6%) men and 11 (22.4%) women. Of the participants, 63.3% had a diagnosis of depression, 16.3% bipolar disorder, and 6.1% adjustment disorder.

The baseline survey found no differences in demographic characteristics, occupational characteristics, or clinical features between those able to return to work and those who were unable. Due to significant differences in scores on the HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) and PRRS (Psychiatric Rework Readiness Scale) at the beginning of the program, gender, age, and HAM-D and PRRS scores were assumed to be confounding factors. Propensity score matching was used to analyze the data. However, there was no difference between the HAM-D scores of the two groups at the end of the program. On the PRRS, the scores for "grooming," "feeling a trauma against their workplace," and "interest in work" were higher in the group that could return to work. In the Standardized Assessment Sheet of the Rework Program, the two items of "conversation" and "objective comprehension of the disease" showed differences between the two groups. The possibility that improvement of these items will lead to early return to work has been suggested. Limitations of our study are that the sample size was small and we could not evaluate the effect of the program because there was no control group. Since we set as the outcome only success or failure in returning to work, we could not investigate repeated sick leave or relapse. Further long-term study in larger samples is necessary to verify the factors associated with another sick leave or relapse and we expect it will help patients to keep working.

*

*

*