

復職支援プログラムの参加者におけるエンパワメントの変化 およびエンパワメントと関連する要因

Changes in Empowerment among Participants of Return-to-work Support Program and its Associating Factors.

酒井 佳永
跡見学園女子大学
Yoshie Sakai
Atomi University

要 約

精神疾患による休職者において、エンパワメント、すなわち「精神疾患を持つ人が自信を高め、周囲に働きかけていこうとする心理的な側面」は復職後の予後に影響する可能性があり、復職支援プログラムで改善することが期待されるアウトカムである。そこで復職支援プログラムの参加時と6ヵ月後におけるエンパワメントの変化を検討するとともに、プログラム開始時および6ヵ月後のエンパワメントと関連する要因を検討した。首都圏の医療機関が実施する復職支援プログラムを利用した気分障害による休職者を対象に、プログラム開始時とプログラム開始6ヵ月後のエンパワメント、公共スティグマの認知、抑うつ症状、復職準備性、社会機能を評価した。その結果、プログラム開始から6ヵ月後にかけて、エンパワメント、抑うつ症状、復職準備性、社会機能が有意に改善することが示された。その一方で、公共スティグマの認知は改善しなかった。プログラム開始時のエンパワメントは、休職回数が多く、過去の総休職期間が長く、抑うつ症状が重く、復職準備性および社会機能が低く、公共スティグマを強く認識しているほど、低下している傾向が認められた。プログラム開始6ヵ月後のエンパワメントは、休職回数、過去の総休職期間、プログラム開始時の公共スティグマの認知、抑うつ症状、社会機能と有意に関連していた。今後、複数回の休職経験がある人、総休職期間の長い人、社会のスティグマを強く意識している人に対し、エンパワメントを高める支援の方法を検討することが望ましい。

【Key Words】セルフスティグマ、自己効力感、エンパワメント、復職支援、気分障害

I 問題と目的

平成29年度の労働安全衛生調査によれば、過去1年間にメンタルヘルス不調(精神疾患)により連続1か月以上休業した労

働者(派遣された労働者を除く)の割合は0.4%、退職した労働者の割合は0.3%となっている(厚生労働省, 2018)。平成27年度、平成28年度と同調査では、休業した労働者の割合が0.4%、退職した労働者の割合が

0.2%となっており、精神疾患により休業もしくは退職した労働者の割合は概ね横ばいとなっている。平成26年度以前は、この統計は発表されていないため、より長期的な推移は不明であるが、2000年から2014年に大阪府の事業所を対象として行った調査では、精神疾患による休職者数は平成12年から平成26年にかけて一貫して顕著に増加している(岩崎ら, 2018)。これらを考慮すると、全国的にも、ここ十数年の間に、精神疾患による休業や退職が大きく増加し、ここ数年は高い水準を維持していることが推測される。

精神疾患による休職者は、休職が長期化しやすい傾向(Koopmans, Roelen, & Groothoff, 2008), そして復職後に再発しやすい傾向(Endo et al., 2013; Koopmans et al., 2011)があることが報告されている。休職を必要以上に長引かせないこと、そして復職後の再発を防ぐことは、労働生産性の損失を縮小するうえでも、また休職者一人ひとりのリカバリーを達成する上でも重要である。

わが国では、精神疾患による休職者を対象として医療機関が実施する集団プログラムである復職支援プログラムが、職場への復帰と再発防止を目的として2000年代から実施されるようになった。2019年には全国で220箇所を超える医療機関に広がっている。復職支援プログラムを受けて復職したメンタルヘルス不調による休職者は、復職支援プログラムを受けずに復職したコントロール群と比較して、再休職せずに就労継続できる期間が長くなる効果があることが報告されている(大木, 五十嵐, & 山内, 2013)。

医療機関における復職支援プログラムの目的は、第一段階として生活リズムや症状の回復、第二段階として疾病の理解や発症要因の分析、第三段階として対人関係能力の改善を図ることであるとされる(五十嵐, 2017)。またその効果の検討については、復職プログラム前後の変化を評価した研究により、抑うつや不安などの精神症状(油谷, 眞柄, 陣内, & 堤, 2016), ストレス対処スキル(羽岡 et al., 2012), 認知機能(羽岡 et al., 2013)などが改善することが報告されている。

近年、自己効力感(Self-efficacy)が精神疾患による休職者における休職期間や再発に対する影響に関する研究が行われるようになってきている。精神疾患による休職者においては、自己効力感が低いほど休職期間が長くなる傾向があること(Etuknwa, Daniels, & Eib, 2019; Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk, & Schaufeli, 2017; Nigatu et al., 2017), そして自己効力感が高いほど、復職後に再休職することなく一定期間働けること(Etuknwa et al., 2019)が報告されている。

自己効力感とは社会的学習理論における概念であり、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかに関する個人の確信である(坂野, 1986)。精神科リハビリテーションの領域においては、自己効力感は「エンパワーメント」概念の構成要素の1つとしても知られている。エンパワーメントとは「精神疾患を持つ人が自信を高め、周囲に働きかけていこうとする心理的な側面」(Rogers et al., 1997), 「自分自身の生活をコントロールする力をもつこと、そして、自分自身がおか

れた生活環境や社会環境に影響を与える力を持つこと」(Segal, Silverman, & Temkin, 1995)等と定義され、精神疾患を持つ人が地域で自立した生活を送る上で必要不可欠なものである。また精神疾患患者のスティグマに関する大規模研究では、精神疾患患者の多くが内在化されたスティグマ、すなわちセルフスティグマを有していること(Brohan, Gauci, Sartorius, Thornicroft, & Group, 2011)が報告されているが、内在化されたスティグマはエンパワメントや自己効力感の低下を引き起こすことが知られている(Corrigan, Rafacz, & Rusch, 2011)。

これらの先行研究を考慮すると、復職支援プログラムの参加者においても、セルフスティグマが存在する可能性、およびその結果としてエンパワメントや自己効力感が低下している可能性がある。

集団プログラムはセルフスティグマを軽減し、参加者をエンパワメントする効果が期待できる(Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe, & Lysaker, 2015)。これを考慮すると、集団プログラムである復職支援プログラムも、精神疾患による休職者のセルフスティグマを軽減し、参加者をエンパワメントする可能性はある。しかし、これまでに復職支援プログラムの参加者におけるセルフスティグマやエンパワメントを評価し、これらと関連する要因を検討した研究は行われていない。またプログラム参加者において、プログラムの前後にセルフスティグマ、エンパワメントがどのように変化するかを検討した研究はない。

そこで本研究では、①復職支援プログラムに参加した精神疾患による休職者において、セルフスティグマおよびエンパワメ

ントと関連する要因について明らかにすること、②復職支援プログラムに参加した精神疾患による休職者を対象として、復職支援プログラムへの参加前後に、セルフスティグマとエンパワメントがどのように変化するかを検討することを目的とする。

Ⅱ 方法

1. 対象者

2017年4月から2019年3月の間に、首都圏の精神科医療機関において復職支援プログラムに参加した患者のうち、①ICD-10の気分障害の診断基準を満たす、②気分障害の診断により会社を休職している、③復職支援プログラムのスタッフ、および本研究の調査員から本研究への参加について紙面による説明同意をしたもの、④少なくとも6ヶ月間プログラムを利用し、プログラム開始6ヵ月後の評価を受けたもの、という条件を満たす患者を解析対象とした。前述の条件を満たし、研究に参加した対象者は54人であった。

2. 介入内容

プログラムは週に5日、1日6時間のデイケアの枠組で実施された。プログラムの内容としては、心理教育、集団認知行動療法、グループミーティング、運動プログラム、オフィスワークがある。これらのプログラムは、疾患や治療について学んだり、ストレス対処力を高めたり、作業能力、集中力の向上を図ることを目的としている。

3. 評価項目

1) エンパワーメントスケール改訂短縮版 日本語版(Rogers, 2010)

休職者のエンパワーメントの状態を評価するために、プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後にエンパワーメントスケール改訂短縮版日本語版(以下、エンパワーメントスケールとする)を評価した。エンパワーメントスケールは、当事者であるセルフヘルプグループの代表者により作成された、精神疾患患者の主観的なエンパワーメントを評価する自記式尺度である(畑, 2003)。エンパワーメントスケールは自己効力感、無力感、コミュニティ活動と自律性、楽観性とコントロール感、正当な怒りを評価する25項目からなる。各項目は「大変そう思う」から「全くそう思わない」の4段階で回答する。得点が高いほどエンパワーメントが高い状態であることを示す。

本研究では、2010年に発表された改訂短縮版(Rogers, et al., 2010)の日本語版を使用した。改訂短縮版の日本語版は原著者の許可を得て、逆翻訳の手続きを経て作成され、の内的整合性、基準関連妥当性はすでに確認されている(酒井ら, 2017)。

2) Perceived Devaluation and Discrimination Scale (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004)

プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後に Perceived Devaluation and Discrimination Scale による評価を行った。これは「精神疾患を持つ人を見下したり、差別したりする態度を、社会の多くの人がある程度持っているか」と認識しているかを尋ねる12項目の自記式尺度である。精神疾患をもつ本人に使用する場合、内在化する

スティグマ、すなわちセルフスティグマを測定する尺度として使用でき、得点が高いほど、深刻なセルフスティグマを持つことを意味する。日本語版の信頼性および妥当性はすでに検証されており、日本でも適用可能な尺度となっている(下津ら, 2010)。日本語版は Link スティグマ尺度という名称となっているため、以下は Link スティグマ尺度と記載する。

3) 復職準備性評価スケール(酒井ら, 2012)

プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後に復職準備性評価スケール(Psychiatric Rework Readiness Scale; 以下 PRRS)による評価を行った。PRRS は、面接評価尺度であり、復職準備性、すなわち評価時点において「復職して、再休職せずに就労可能かどうか」に関して、「基本的な生活」、「症状」、「社会性」、「サポート状況」、「職場との関係」、「作業能力」、「準備状況」、「健康管理」の8つの側面から総合的に評価するものである。PRRS は、評価者間信頼性、内的整合性、および一般の復職者の就労継続に関する予測妥当性を有する尺度であることが報告されている。

4) ハミルトンうつ病評価尺度17項目版 (Hamilton, 1960)

プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後にハミルトンうつ病評価尺度(以下 HAMD とする)を用いて対象者の抑うつ症状の重症度を評価した。HAMD は、世界で広く利用されているうつ病の症状の重症度を評価するための面接評価尺度である。各項目の重症度は0から2の3段階評価または0から4の5段階評価となっている。得点が高いほど、うつ病症状が重症で

あることを示す。今回は評価の信頼性を高めるため、症状の程度と頻度のクロス表に基づいて最終的な評点が決定される Grid HAMD 構造化面接を用いて評価を行った。

5) Social Adaptation Self-evaluation Scale (Bosc ら, 1997)

プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後に Social Adaptation Self-evaluation Scale(以下 SASS とする)を用いて社会機能の評価を行った。SASS は1997年に Bosc らが発表した自己記入式の評価尺度である。うつ病患者の社会参加意欲、社会行動などを測定し、社会適応の程度を評価する。20項目で構成されており、得点が高いほど社会機能が良好であることを示す。日本語版の信頼性と妥当性も確認されている(後藤ら, 2005)。

4. 調査方法

復職支援プログラムの開始時およびプログラム開始後に、面接調査および自記式質問紙による調査を実施した。またプログラム開始時の年齢、性別、教育歴、配偶者の有無、勤続年数、事業所規模、職階、休職回数、過去の休職期間(月数)、初診時年齢、ICD10による診断をカルテより調査した。

5. 統計解析

最初に対象者の特徴に関する記述統計を行った。次に対象者におけるプログラム開始時とプログラム開始6ヵ月後のセルフステイグマ、エンパワメントスケールの尺度得点および下位尺度得点、抑うつ症状、PRRS、社会機能の変化について、Wilcoxon の順位相関検定を用いて検討した。またプログラム開始時およびプログラム開始

6ヵ月後のエンパワメントスケールと、年齢、勤続年数、初診時年齢、休職回数、過去の休職期間等の基本的情報との相関関係について、Spearman 順位相関係数を算出して検討した。また性別、教育歴、配偶者の有無、事業所規模、職階、ICD 診断により、エンパワメントスケールに有意な差があるかどうかを Mann-Whitney 検定もしくは Kruskal-Wallis 検定を用いて検討した。

すべての統計解析には IBM SPSS Statistics ver24を用いた。

6. 倫理的配慮

復職支援プログラムのスタッフが研究に関する説明を口頭で行い、研究参加の意志が確認できたものに、さらに調査員が紙面による説明同意を得た。調査票には、個人を特定できる情報は記載せず、個人を識別する符号のみを記し、氏名等の個人情報と符号との連結表は復職支援プログラムを実施する医療機関内の鍵のかかる場所に保管した。また本研究は NTT 東日本関東病院の倫理審査委員会において審査を受け、承認された後に実施した。

Ⅲ 結果

1. 対象者の特徴および尺度の記述統計

対象者の特徴を表1に示した。性別は男性40人(74.1%)、女性14人(25.9%)であった。平均年齢は 40.3 ± 8.0 歳であった。教育歴は高校卒業が6人(11.1%)、専門学校/短大卒業が6人(11.1%)、大学卒業が30人(55.6%)、大学院修了が12人(22.2%)であった。配偶者がいる人は16人(29.6%)、配偶者のいない人は38人(70.4%)であった。

表1 対象者の特徴

| | | Mean | SD |
|-------------|-----------|------|------|
| 年齢 | | 40.3 | 8.0 |
| 勤続年数 | | 15.5 | 7.9 |
| 初診時年齢 | | 32.5 | 9.0 |
| 休職回数 | | 2.2 | 0.9 |
| 過去の休職期間(月数) | | 13.6 | 15.8 |
| | | N | % |
| 性別 | 男性 | 40 | 74.1 |
| | 女性 | 14 | 25.9 |
| 教育歴 | 高校卒業 | 6 | 11.1 |
| | 短大/専門学校 | 6 | 11.1 |
| | 大学卒業 | 30 | 55.6 |
| | 大学院修了 | 12 | 22.2 |
| 配偶者の有無 | あり | 16 | 29.6 |
| | なし | 38 | 70.4 |
| 事業所規模 | 1000人以上 | 48 | 88.9 |
| | 300人以上 | 4 | 7.4 |
| | 49人未満 | 2 | 3.7 |
| 職階 | 非管理職 | 50 | 92.6 |
| | 管理職 | 4 | 7.4 |
| 休職回数 | 1回 | 12 | 22.2 |
| | 2回 | 22 | 40.7 |
| | 3回 | 14 | 25.9 |
| | 4回 | 4 | 7.4 |
| ICD10診断 | うつ病エピソード | 30 | 55.6 |
| | 反復性うつ病性障害 | 22 | 40.7 |
| | 持続性気分障害 | 2 | 3.7 |

対象者が勤める事業所の規模については、従業員1000人以上の大規模な事業所に勤めるものが48人(88.9%)と大多数を占め、300人以上100人未満の事業所が4人(7.4%)、50人未満の事業所が2人(3.7%)であった。職階は管理職であるものが4人(7.4%)、非管理職50人(92.6%)であった。調査時点における勤続年数の平均は15.5±7.9年であった。

ICD10による診断では、うつ病エピソードが30人(55.6%)、反復性うつ病性障害が22人(40.7%)持続性気分障害が2人(3.7%)であった。初診時年齢の平均は32.5±9.0歳であった。

調査時点における過去の休職期間の合計は13.6±15.8ヶ月であり、今回の休職を含む休職回数は4回が4人(7.4%)、3回が14人(25.9%)、2回が22(40.7%)人、1回が12人(22.2%)であり、8割ちかくが複数回の休職を繰り返していた。休職回数の平均値は2.2±0.9回であった。

2. プログラム開始時から6ヶ月間のエンパワーメント、セルフスティグマ 復職準備性、抑うつ症状、社会機能の変化
プログラム開始時点からプログラム開始

表2 プログラム開始時からプログラム開始6ヵ月後までの各尺度得点の変化

| | プログラム開始時 | | プログラム開始6ヵ月後 | | Wilcoxon順位和検定 | |
|---|----------|-----|-------------|-----|---------------|--------|
| | Mean | SD | Mean | SD | Z | P値 |
| エンパワーメントスケール | 63.8 | 7.1 | 64.6 | 6.4 | -2.05 | 0.04 |
| Link スティグマ尺度 | 32.3 | 5.8 | 32.2 | 5.1 | -0.23 | 0.82 |
| 復職準備性評価尺度 | 60.4 | 8.9 | 68.1 | 7.1 | -5.50 | < 0.01 |
| ハミルトンうつ病評価尺度 | 8.9 | 4.7 | 7.0 | 5.3 | -3.58 | < 0.01 |
| Social Adaptation Self-evaluation Scale | 29.5 | 7.3 | 32.3 | 7.4 | -3.33 | < 0.01 |

後6ヶ月の各尺度得点の平均および標準偏差を表2に示した。プログラム開始時点とプログラム開始後6ヶ月の間に有意に各尺度得点に変化したかどうかについて Wilcoxon 順位和検定を実施した結果、エンパワメントスケール得点は5%水準で有意に改善していた。Link ステイグマ尺度の得点に変化は認められなかった。PRRS, ハミルトンうつ病評価尺度, SASS はいずれも1%水準で有意に改善していた。

3. プログラム開始時のエンパワメントと関連する要因の検討(表3)

プログラム開始時のエンパワメントと対象者の基本的情報およびプログラム開始時点の評価との Spearman の順位相関を表

3に示した。対象者の基本的特徴のうち、休職回数と過去の総休職期間はプログラム開始時のエンパワメントと、有意な負の中程度の相関を示し、休職回数が多く、過去の休職期間が長いほどエンパワメントが低い傾向が示された。年齢、勤続年数、初診時年齢はエンパワメントスケールと有意な相関を示さなかった。Mann-Whitney 検定, Kruskal-Wallis 検定の結果、プログラム開始時のエンパワメントは、教育歴、配偶者の有無、事業所規模、職階、休職回数、ICD 診断による有意な差が認められなかった。

プログラム開始時のエンパワメントスケールは、プログラム開始時のLink ステイグマ尺度との間に中程度の負の相関があ

表3 プログラム開始時およびプログラム開始6ヵ月後のエンパワメントおよび自己効力感と基本的情報および他の評価尺度の相関係数

| | プログラム開始時 エンパワメントスケール | プログラム開始6ヵ月後 エンパワメントスケール |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|
| 年齢 | 0.01 | 0.12 |
| 勤続年数 | 0.12 | 0.17 |
| 休職回数 | -0.55** | -0.57** |
| 過去の総休職期間 | -0.53** | -0.56** |
| 初診時年齢 | 0.20 | 0.20 |
| プログラム開始時評価 | | |
| Link ステイグマ尺度 | -0.53** | -0.49** |
| 復職準備性評価尺度 | 0.33* | 0.26 |
| ハミルトンうつ病評価尺度 | -0.49** | -0.29* |
| SASS ^{a)} | 0.60** | 0.43** |
| プログラム開始6ヵ月後評価 | | |
| Link ステイグマ尺度 | -0.33* | -0.20 |
| 復職準備性評価スケール | 0.53** | 0.46** |
| ハミルトンうつ病評価尺度 | -0.42** | -0.54** |
| SASS | 0.53** | 0.64** |

^{a)} SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale

*p < 0.01, **p < 0.05

り、公共スティグマを強く認知しているほどエンパワーメントが低い傾向が認められた。またプログラム開始時のエンパワーメントスケールと、プログラム開始時のPRRS、ハミルトンうつ病評価尺度、SASSの間には、有意な弱いもしくは中程度の相関があり、復職準備性が高く、うつ症状が軽症であり、社会機能が高いほどエンパワーメントが高い傾向が認められた。

プログラム開始時のエンパワーメントスケールは、プログラム開始6ヶ月後のPRRS、ハミルトンうつ病評価尺度、SASSとの間に有意な中程度の相関があり、プログラム開始時にエンパワーメントが高いほど、プログラム開始6ヶ月後の復職準備性と社会機能は高く、うつ症状は軽症である傾向が認められた。またプログラム開始時のエンパワーメントスケールはプログラム開始6ヶ月後のLinkスティグマ尺度との間に弱い負の相関を示し、プログラム開始時のエンパワーメントが低い人ほど、プログラム開始6か月後に公共スティグマを強く認知している傾向が示された。

4. プログラム開始6ヶ月後のエンパワーメントとプログラム開始時の基本的情報および尺度得点との関連

Mann-Whitney 検定, Kruskal-Wallis 検定の結果、プログラム開始6ヶ月後のエンパワーメントは、教育歴、配偶者の有無、事業所規模、職階、休職回数、ICD 診断による有意な差が認められなかった。対象者の基本的情報およびプログラム開始時点の評価と、プログラム開始6ヶ月後のエンパワーメントとの関連について、Spearman の順位和検定で検討した(表3)。そ

の結果、休職回数および総休職期間、プログラム開始時のLinkスティグマ尺度、ハミルトンうつ病評価尺度、SASSは、プログラム開始6ヶ月後のエンパワーメントと有意な相関があり、休職回数が多く、総休職期間が長く、プログラム開始時に公共スティグマを強く意識しており、プログラム開始時のうつ症状が重く、社会機能が低い参加者ほど、プログラム開始6ヶ月後のエンパワーメントが低い傾向が認められた。

IV 考察

1. 復職支援プログラムによる参加者の変化について

参加者のエンパワーメントは、プログラム開始時と比較して、プログラム開始6ヶ月後に有意に改善する傾向が認められた。その一方で、公共スティグマの認知、すなわち、「世間の人は精神疾患を持つ人に偏見を持っているだろう」という認識は、プログラムの参加前後で変化することはなかった。

先行研究では「プログラム卒業時のプレゼンテーション」を行っている復職支援プログラムの参加者において、一般性セルフ・エフィカシーが改善したという報告(堀ら, 2014)、復職支援プログラムの中で行われた集団認知行動療法の前後で、一般性セルフ・エフィカシーが改善したという報告(鈴木・石川, 2015)がある。本研究の対象者が参加した復職支援プログラムにおいても、プレゼンテーションや集団認知行動療法がプログラムの1つとして位置づけられている。自己効力感(セルフ・エフィカシー)はエンパワーメントの構成要素の1つであることを考慮すると、本研究の参

加者においてもプレゼンテーションや集団認知行動療法を通じて自己効力感およびエンパワメントも改善した可能性がある。ただし、先行研究も本研究も、いずれも対照群を設けていないため、先行研究で報告された自己効力感の改善や、本研究で認められたエンパワメントの改善が、プログラム参加による効果であるとはいえない。今後、対照群を設けた検討を行う必要がある。

また本研究では、エンパワメントだけではなく、リワークプログラム参加の前後で抑うつ症状、復職準備性、社会機能も改善していることが示された。復職準備性や社会機能の改善は復職支援プログラムの重要なアウトカムである。本研究の対象者においても、プログラム利用期間に復職に向けて精神症状や社会機能など、状態の改善が認められていたことが示唆される。

2. プログラム開始時のエンパワメントと関連する要因について

休職回数が多く、総休職期間の長い人ほどエンパワメントが低下している傾向が示唆された。復職支援プログラムには、一度復職した後に再度休職してしまった人や、休職が長期間にわたっている人の参加は珍しくなく、休職回数の平均値は2回を超えていることが報告されている(五十嵐, 2017)。休職回数が多い、もしくは、総休職期間が長期にわたっている人は、エンパワメントの低下に留意する必要がある。

またエンパワメントは、抑うつ症状、復職準備性、社会機能と中程度の相関を示していた。このことから、復職支援プログラムのなかで、抑うつ症状、復職準備性、

社会機能が改善することにより、エンパワメントも改善する可能性が示唆される。

3. プログラム開始6ヵ月後のエンパワメントと関連する要因について

参加者の基本的な特徴やプログラム開始時の評価と、プログラム開始6ヵ月後のエンパワメントとの関連を検討したところ、休職回数が多く、過去の総休職期間が長く、プログラム開始時の公共スティグマを強く認識しており、プログラム開始時の抑うつ症状が重く、社会機能が低い人ほど、プログラム開始6ヵ月後のエンパワメントが低い傾向が示唆された。休職回数も多く、総休職期間が長い人や、プログラム開始時の抑うつ症状が重症であったり、社会機能が低下している人については、特にエンパワメントの低下に留意する必要がある。またプログラム開始時の公共スティグマの認知は6ヵ月後のエンパワメントの低さと関連していたが、公共スティグマの認知はプログラムでの変化が認められていない。今後、現在行われているプログラムに加え、公共スティグマをより強く意識することと関連する要因を検討し、公共スティグマに対する認知を変容させるための介入についても検討することが期待される。また職場における精神疾患に対する偏見を改善するための社員教育など、周囲の環境における公共スティグマをターゲットとした予防的な介入も効果をもたらす可能性がある。

4. 本研究の限界と今後の展望について

先述したように、本研究は対照群のないプログラム前後の比較をする研究デザイン

であり、本研究で認められた対象者の変化をプログラムの効果ということはできない。プログラムの効果を検討するために最も適した方法は無作為化比較試験を行うことである。しかし復職支援プログラムには3ヶ月から9ヶ月程度の比較的長期間にわたるものがほとんどである一方で、休職者はそれぞれが所属する会社によって定められた休職の期限があることから、ウェイトिंगリスト群を設けたデザインの無作為化比較試験を行うことは困難である。今後、休職回数や休職期間、復職準備性、社会機能など、エンパワーメントと有意な関連を示す要因でマッチングした比較対照群を設ける方法について、検討する必要がある。

〈謝辞〉

本研究は平成30年度跡見学園女子大学特別研究助成費の助成を受けて行われたものです。

文献

Bosc M, Dubini A, Polin V (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol. Suppl 1*, S57-S70.

Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Group, G. A.-E. S. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAM-IAN-Europe study. *J Affect Disord*,

129(1-3), 56-63.

- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rusch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*, 189(3), 339-343. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.024
- Endo, M., Haruyama, Y., Muto, T., Yuhara, M., Asada, K., & Kato, R. (2013). Recurrence of sickness absence due to depression after returning to work at a Japanese IT company. *Ind Health*, 51(2), 165-171.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occup Rehabil*, 29(4), 679-700. doi:10.1007/s10926-019-09832-7
- 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児ほか(2005). 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.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- 羽岡健史, 吉野聡, 鈴木瞬ほか(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.
- 羽岡健史, 鈴木瞬, 小林直紀ほか(2012). リワークプログラム利用中のストレス関連要因の変化. *臨床精神医学*, 41(12), 1749-1755.
- 畑哲信, 前田恵子, 辻井和男他(2003). 統合失調症患者に対するエンパワーメン

- トスケールの適用. 精神医学, 45(7), 733-740.
- 堀弘子, 石井睦子, 平岩一馬ほか(2014). リワークにおける卒業プレゼンテーションプログラム導入の効果—セルフ・エフィカシーの観点から—. 病院・地域精神医学, 56(2), 94.
- 五十嵐良雄(2017). うつ病の治療 リワークプログラムの治療的効果. 日本臨床, 75(10), 1562-1568.
- 岩崎進一, 出口裕彦, 井上幸紀(2018). 職域のメンタルヘルス不調における最近の知見. 産業医学レビュー, 31(2), 129-151.
- Johanson, S., & Bejerholm, U. (2017). The role of empowerment and quality of life in depression severity among unemployed people with affective disorders receiving mental health-care. *Disabil Rehabil*, 39(18), 1807-1813.
- Koopmans, P. C., Bultmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*, 84(2), 193-201.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A., & Groothoff, J. W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*, 81(6), 711-719. doi:10.1007/s00420-007-0243-7
- 厚生労働省(2018). 平成29年「労働安全衛生調査(実態調査)」の概況.
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res*, 210(3), 1136-1146.
- Lagerveld, S. E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R. W., Twisk, J., & Schaufeli, W. B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occup Environ Med*, 74(5), 381-383. doi:10.1136/oemed-2016-104039
- Lasalvia, A., Penta, E., Sartorius, N., & Henderson, S. (2015). Should the label “schizophrenia” be abandoned? *Schizophr Res*, 162(1-3), 276-284.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30(3), 511-541.
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S., & Wang, J. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(10), 1205-1215. doi:10.1007/s00127-017-1402-0
- 大木洋子, 五十嵐良雄, 山内慶太(2013). 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(8), 761-767.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empower-

- ment among users of mental health services. *Psychiatr Serv*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatr Serv*, 61(9), 933-936.
- 酒井佳永, 秋山剛, 土屋政雄ほか(2012). 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(5), 655-667.
- 酒井佳永(2018). 気分障害患者におけるエンパワーメントスケール日本語版の信頼性と妥当性の検討. *跡見学園女子大学文学部紀要*, (53), 35-48.
- 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(1), 73-82.
- Segal, S. P., Silverman, C., & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Ment Health J*, 31(3), 215-227.
- 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史ほか(2006). Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学*, 21, 521-528.
- 鈴木文子, 石川利江(2015). 職場復帰の目標を明確化した介入プログラム作成の試み 復職セルフエフィカシー尺度を用いたセルフアセスメントプログラムの開発. *日本心理学会大会発表論文集*, 79回, 1232.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J*, 38(2), 171-178. doi:10.1037/prj0000100
- 油谷元規, 眞柄正隆, 陣内沙織, 堤康彦(2016). けやきの森病院リワークプログラムのアウトカム. *神奈川県精神医学会誌*(65), 11-18.