

うつ病リワーク研究会の会員施設での リワークプログラムの実施状況と医療機関における リワークプログラムの要素

うつ病リワーク研究会 代表世話人／医療法人雄仁会メディカルケア虎ノ門 院長 五十嵐 良雄
うつ病リワーク研究会 事務局長／医療法人雄仁会メディカルケア虎ノ門 林 俊秀

1 うつ病リワーク研究会発足までの経緯

平成19年に厚生労働省が実施した労働者健康状況調査¹⁾によると、過去1年間においてメンタルヘルス上の理由により連続1カ月以上休業または退職した労働者がいる事業場の割合は7.6%（常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約14,000事業所）となっている。常用労働者50人以下の事業所では8.7%以下、100～299人の事業場では37.5%と少ないものの、300～999人では67.0%、1,000人以上では90%以上となり、一定規模以上の事業場にとっては休職または退職した労働者をかなりの割合で抱えている。一方、厚生労働省の患者調査の推計患者数では、平成8年には気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）は60.3万人であったが、平成20年には108.81万人と大幅に増えており、受療率でも気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）の受療率は人口10万人あたり平成8年の48人から平成20年には85人と、ほぼ倍増している。

このような背景のもと、企業内でうつ病で休職する社員が増えるとともに、いったん復職しても再度休職する社員も多くみられるようになってきている。この要素としては、現代型といわれるうつ病が増えてきたとの指摘がなされており^{2,3,4)}、それまでの休養と薬物による治療では復職が困難な事例も多く発生するようになってきている。そのために新たな治療手法として、心理療法とリハビリテーションが注目されるようになったといえる。

休職中の社員に対して職場復帰を目的とする

リハビリテーションは、1997年に秋山が精神科作業療法の枠組みで始めた職場復帰支援プログラム（RAP）⁵⁾を先駆けとし、その後精神科デイケアを中心にショートケア、集団通院精神療法などの診療報酬上での枠組みを利用して全国の医療機関に広がっていった⁶⁾。

このような中、2007年6月30日に秋山（N T T東日本関東病院）、横山（さっぽろ駅前クリニック）、五十嵐（メディカルケア虎ノ門）の呼びかけで、第4回日本うつ病学会（札幌）終了後にリワークプログラムを持つ全国の10医療機関が集まり情報交換の場を設けた。それを母体として尾崎（名古屋大学）を加えた4人が発起人（世話人）となり、うつ病リワーク研究会設立に向けた準備会を経て、全国のリワークプログラムを持つ医療機関に対し当研究会設立を呼び掛け、趣旨に賛同した27施設91名の会員で2008年3月29日に設立総会を開催した⁷⁾。

2 発足後の活動経緯

設立総会を皮切りに現在まで、表1に示すような様々な活動を行ってきた。ここに記載のない活動も多くあるが、年間の大きな流れとしては、年度の始まりである4月に総会を開催し、年度のはじめは各種学会活動を重点的に行っている。同時にワーキングチームによる研究活動を推進しつつ、リワーク活動の啓発活動として秋には医療従事者向け研修会、冬に企業向け研修会を開催している。年度末に向けて各種活動の取りまとめを行い、次年度に向けた事業計画を策定し、次回総会の準備をして新しい年度を迎える。

表1 活動

2008年度	
3月29日	設立総会開催（都市センターホテル）
7月 8日	準会員制度を制定
7月25日	日本うつ病学会 ワークショップ実施「うつ病者の復職支援プログラム－始め方と実際－」
7月27日	不知火病院ストレスケア病棟・デイケア施設見学会実施
9月20日	日本デイケア学会第13回年次大会 分科会実施 「うつ病者を対象としたデイケアにおける復職に役立つプログラム」
11月 9日	第1回医療従事者向け研修会開催（品川イーストワンタワー） 「医療従事者のためのリワーク（復職支援）プログラム実践講座」
12月26日	ホームページ開設
2月19日	企業向け研修会実施（虎ノ門琴平タワー） 「職場のメンタルヘルスに精通した精神科医と労務問題専門の弁護士による『復職支援問題のすべて』」
2009年度	
4月18日	第2回総会開催（東京プリンスホテル）
6月 4日	（社）日本化学工業協会 人事労務講演会
6月21日	日本精神神経科診療所協会千葉大会
7月24日	第16回日本産業精神保健学会パネルディスカッション「精神疾患による休職者の復職にまつわる諸問題」
7月25日	第15回日本産業精神保健学会
7月28日	「うつ病リワークプログラムのはじめ方」出版
8月 1日	第6回日本うつ病学会総会 シンポジウム「うつ病の復職支援プログラムの技法と評価の発展」
8月22日	第105回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 「うつ病・不安障害に対するリハビリテーションの現代的役割－リワークプログラムの治療的意義－」
9月12日	日本デイケア学会第14回年次大会 シンポジウム「就労支援」
10月18日	第2回医療従事者向け研修会開催（品川イーストワンタワー）
11月22日	日本精神障害者リハビリテーション学会第17回福島大会 シンポジウム「リワークプログラムの治療的役割」
2月 5日	第2回企業向け研修会実施 「職場のメンタルヘルスに精通した精神科医による『専門医が教える復職支援トラブルの解決法』」
2月26日	第29回日本社会精神医学会 シンポジウム「職場復帰の工夫」
2010年度	
4月24日	第3回医療従事者向け研修会（NTT 東日本関東病院）
4月25日	第3回総会開催（NTT 東日本関東病院）
5月27日	第82回日本産業保健学会メインシンポジウム2「気分障害の復職支援と復職後の留意点」
6月20日	第16回日精診学術研究会ミニシンポジウム「気分障害を対象としたリワークプログラムの新たな試み」
7月25日	日本外来精神医療学会パネルディスカッション
9月 4日	産業精神フォーラム「メンタルヘルス対策における職場復帰」
11月 6日	SST 普及協会総会
11月14日	第4回医療従事者向け研修会（東京）
3月 4日	第30回日本社会精神医学会 シンポジウム「気分障害のリワーク」
2011年度	
4月23日	第5回医療従事者向け研修会（名古屋）
4月24日	第4回総会（名古屋）
5月19～21日	日本精神神経学会
7月16～17日	第10回日本外来精神医療学会
9月22～24日	日本デイケア学会

3 うつ病リワーク研究会の活動目的と内容

(1) 研究活動

研究会の第1の目的は、研究活動である。リワーク活動に関する研究は始まったばかりであり、様々な分野やテーマがある。2008年～2010年に研究費補助を受けた研究事業を表2に示すが、実際の研究活動はワーキングチームを組織し、テーマごとにグループに分かれて取り組んでいる。なお、2009年度のテーマと活動内容は以下のようであった。

①リワークプログラムの標準化

- ②難治性うつの実態とその要素に関する研究
- ③軽症うつ病におけるリワークプログラムの効果に関する研究
- ④リワークプログラム利用者の予後研究
- ⑤リワークプログラムの医療政策的研究
- ⑥リワークプログラム機関における主治医及び事業場との連携に関する研究
- ⑦精神科医向けリワークプログラム導入に向けてのリーフレット作成
- ⑧リワーク研究会 基礎調査
- ⑨リワーク施設の機能評価に関する研究

表2 研究活動

2008年度
厚生労働省こころの健康科学研究事業（平成20年度） 「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究」 主任研究者：秋山剛
社団法人日本精神神経科診療所協会「田中健記念研究助成事業」（平成20年度） 「精神科診療所におけるうつ病・不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究」 研究者：五十嵐良雄
社団法人日本精神保健福祉連盟 平成20年度障害者保健福祉推進事業 「うつ病者に対するリハビリテーション・システム構築のための調査研究」 分担研究者：五十嵐良雄
2009年度
厚生労働省こころの健康科学研究事業（平成21年度） 「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究」 主任研究者：秋山剛
社団法人日本精神神経科診療所協会「田中健記念研究助成事業」（平成21年度） 「精神科医療機関におけるうつ病・不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究および復職支援ガイドブックの作成事業」 研究者：五十嵐良雄
社団法人日本精神保健福祉連盟 医療福祉機構 「難治性うつ事例へのリハビリテーションシステム開発事業 リワーク実施施設での難治性うつの現状」 研究者：五十嵐良雄
公益信託今井きみ記念ストレス関連疾患研究助成基金 「休職中の軽症うつ病に対するリハビリテーションの効果」 主任研究者：横山太範、分担研究者：五十嵐良雄
2010年度
厚生労働省こころの健康科学研究事業（平成22年度） 「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究」 主任研究者：秋山剛
社団法人日本精神保健福祉連盟 医療福祉機構 「難治性うつ事例へのリハビリテーションシステム開発事業 リワーク実施施設での難治性うつの調査」 研究者：五十嵐良雄
社団法人日本精神神経科診療所協会「田中健記念研究助成事業」（平成22年度） 「精神科診療所におけるうつ病・不安障害で休職した患者の復職後の長期予後に関する効果研究」 研究者：五十嵐良雄
財団法人産業医学振興財団 平成22年度産業医学調査研究助成 「事業場との連携が医療機関におけるリワークプログラムの復職後の長期予後に及ぼす効果に関する研究」 研究者：五十嵐良雄

(2) 啓発活動

研究会の第2の目的はリワーク活動の啓発活動である。医療従事者等の専門家を対象とした活動と患者や企業、社会等に向けた一般向けの活動にわけられる。

専門家向けには、医療従事者向け研修会を開催し、これからリワーク活動を始めようという方や始めたばかりの方、または既に活動しているがレベルアップを目指している方を対象として、世話人を中心とした経験豊富な研究会の会員講師となり研修会を実施している。その内容は基本的な知識から実際に現場で発生する様々な事例への対応方法など幅広い分野を網羅しており、初級編ではこれからリワークプログラムを始めようとする際に役立つこと、必要なことに焦点を当てるとともに、実践編はすでにプログラムを実施している会員を対象とし、実施方法やリワークプログラムのレベルアップを図るための研修内容となっている。各種学会における活動も行っており、リワーク活動について周知されていない医師を始めとする医療従事者に向けての啓発的な活動として、シンポジウムの企画やシンポジストとしての参加、あるいはセミナーなどでの講演は非常に重要な活動であ

る。また、研修会や学会等に参加することが難しい方々にリワーク活動を知っていただくことを目的に「うつ病リワークプログラムのはじめ方」⁸⁾が医療従事者向けの解説書として出版され、また、企業の人事労務担当者向けに「復職支援のすべて」(日本リーダーズ協会)が出版の予定となっている。

一般向けの啓発活動として、企業の人事労務担当者や産業保健スタッフを対象とした「企業向け研修会」を開催している。人事担当者とりワーク活動は職場復帰の場面において密接な関係があり、研修会では職場のメンタルヘルスやリワーク活動に関する解説と併せ、具体的な問題対処方法について相互に意見交換をしている。また、各種マスコミからの取材や全国各地での講演等を通じて、より広く一般の方々へリワーク活動について知ってもらえるようPRを行っている。さらに、会員や一般の方に向けた情報提供としてホームページ(図1)を運営している。うつ病リワーク研究会やリワーク活動に関する情報提供として、会員リワーク施設の紹介、リワーク活動などに関する論文や記事、研修会開催の案内などを掲載し、広く社会へと情報を発信している。



図1 うつ病リワーク研究会ホームページ <http://utsu-rework.org>

4 組織、会員について

(1) 研究会の組織

当研究会の会員は、正会員と準会員の2種類に分かれている。正会員は、復職支援のためのリワークプログラムを実施する医療機関に勤務し、本会の趣旨に賛同する医師及び医療従事者である。準会員は、勤務している医療機関において復職支援のためのプログラムを実施していないが、うつ病に対するリワークプログラムに関心を持つとともに将来的に実践する予定があり、本会の趣旨に賛同する医師及び医療従事者である。入会に際しては、世話人の推薦を受けたのち、入会申請書を事務局へ提出し、世話人の承認を経たのち入会となる。年会費は正会員・準会員ともに医師は5,000円、医師以外の職種

は3,000円(年間)となっている。

役員には表3に示す方々に就任していただき、組織としては図2に示すように世話人会が組織されており、うつ病リワーク研究会の会務全体について企画・決定・運営を行っている。会計監査は、事務局の行う会計を監査し、顧問は、当研究会の発展向上を目的に会務に関して助言を与える。事務局は、世話人が行う会務を補佐することが主要な業務であり、具体的には入退会の管理、年会費・会財政の管理、会報の発行、各種事業の準備・運営を行っている。調査研究のためのワーキングチームと、当研究会会員が実施する研究について科学的合理性及び倫理的妥当性についての審査をするために、倫理審査委員会を設置している。

表3 役員一覧

役職	氏名
顧問	樋口 輝彦 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 理事長)
顧問	野村 総一郎 (防衛医科大学校精神科 教授)
顧問	大野 裕 (慶應義塾大学保健管理センター 教授)
代表世話人	五十嵐 良雄 (医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門 院長)
世話人	秋山 剛 (NTT東日本関東病院精神神経科 部長)
世話人	尾崎 紀夫 (名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学・親と子どもの診療学分野 教授)
世話人	横山 太範 (医療法人社団新劇会 さっぽろ駅前クリニック 院長)
会計監査	有馬 秀晃 (医療法人社団こころの会 品川駅前メンタルクリニック 院長)

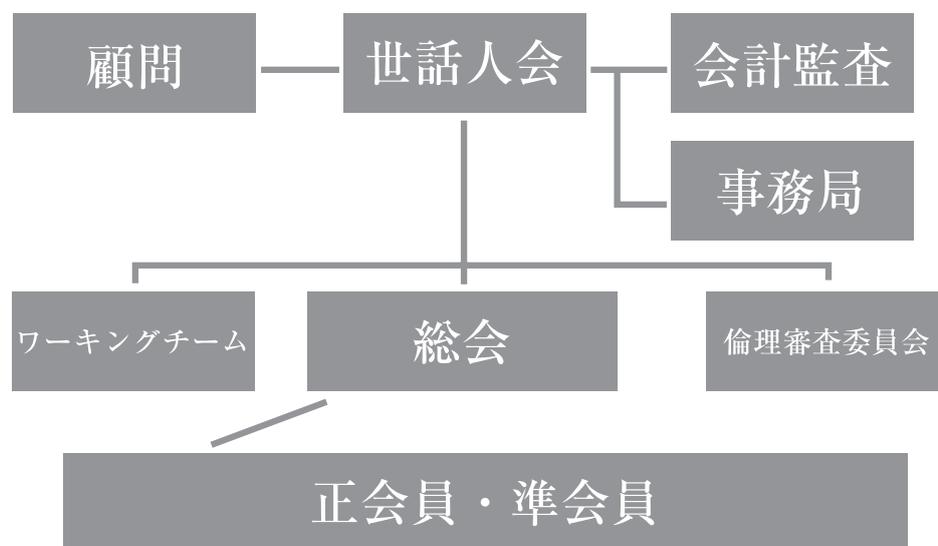


図2 組織図

(2) 会員数の推移

図3に示すように研究会の設立後、リワーク活動を実施する医療機関数は2008年に27施設であったものが、2009年には47施設、2010年

には76施設と増加し、2010年7月末段階では91施設となっている。また、正会員数も毎年100名ほどのペースで会員が増えて、リワーク活動に高い関心を持つスタッフも増加している。

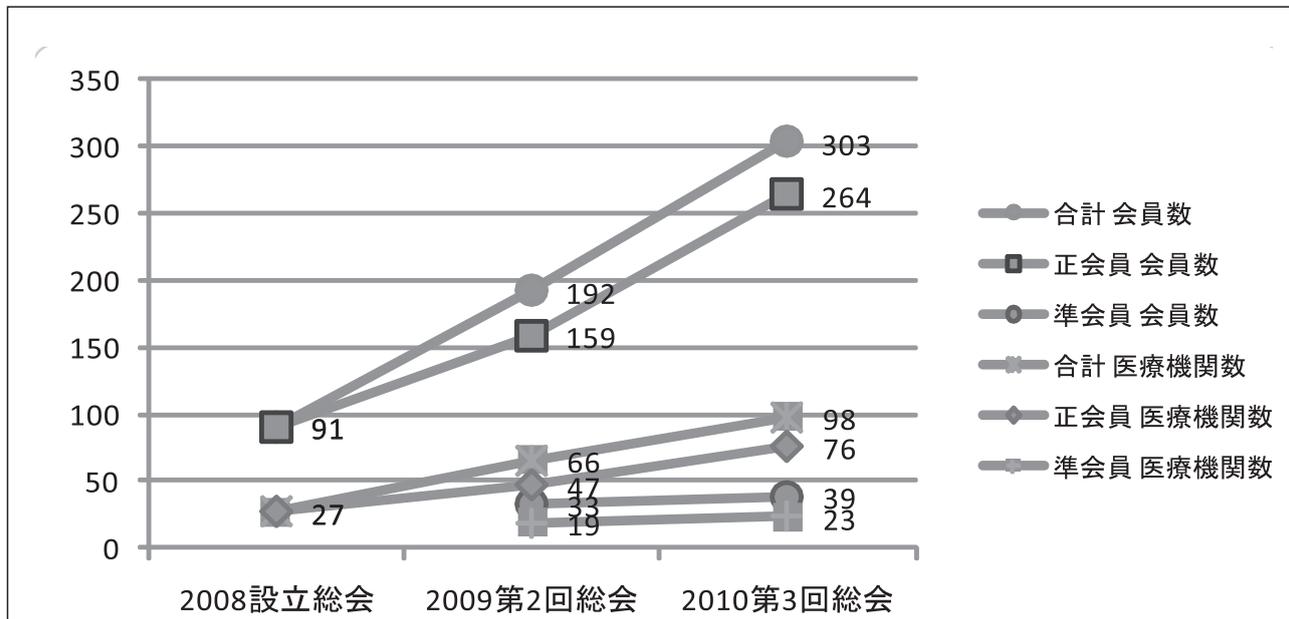


図3 会員数の推移

5 リワークプログラムの実施状況

研究会では正会員施設を対象として実施されているリワーク活動やリワークプログラムについて毎年調査を実施し報告を行っている。平成21年度の調査⁹⁾は、前年に引き続き2回目の調査であったが正会員70医療機関のうち63医療機関から回答を得た（回収率90%）。調査対象施設数は前年の38施設と比較し84%の増加であった。調査結果の概要は以下のようであった。

リワーク活動を行う医療機関の全体の7割が診療所で3割が入院施設を有し、そのうち半数以上がストレスケア病棟を有する病院であった。診療報酬上の区分では、重複して実施している施設も含めて算出すると、デイケアが65%と最も多く、ショートケアが51%、デイナイトケアが19%であった。うつ病等のリワーク専門の施設は約半数で、前年の調査と比べて変化はなかった。その他の施設は統合失調症などを対象としたプログラムの一部としてうつ病のリワークプログラムが実施されていた。

現在運用されているリワーク施設全体の定員は前年調査の1,650人から2,686人と増加した。スタッフは63施設で合計333名が勤務し、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師がそれぞれ4分の一程度を占めていたのは前年と同様の結果であった。

リワークプログラムの開始にあたり8割以上の施設では開始の条件を定めており、在職者のみ可としている施設は5割を超えていた。約半数の施設では主治医の変更を必要としたのは前年と同様であったが、条件を満たせばすぐにリワークプログラムが開始という施設が前年では50%であったのに対し、68%と増加した。一方で、リワークプログラムのスタートまでの待機期間が30日以上という施設も19%あった。利用開始時に、9割の施設で週あたり最低利用日数を定めており、そのなかで週2日が最も多かった。利用にあたって一定のステップを設けて負荷を段階的にかけている施設は約7割に達した。6割の施設で他院の患者を受け入れており、うち7割の施設が主治医と文書で情報を

交換していた。スタッフによる評価は、9割近くの施設で実施しており、うち復職準備性評価シートの利用が7割、心理テストの利用が8割であった。復職時の勤務先企業の産業医・産業保健スタッフに対する連絡調整は書面による場合が最も多く4割、連絡調整していない施設は3割であった。また、人事労務担当者に対する連絡・調整は、診察中に実施する場合が最も多く3割、していないと回答した施設は3割であった。

再休職予防に対するリワークプログラム上の工夫として、休職に至るモメントの自己理解と受容の促しを実施している施設が9割を占めていた。59施設より、計414個のプログラムについて回答があり、そのうち集団を対象として実施するリワークプログラムが8割以上を占めていた。また、既に終了した利用者との交流を目的としたリワークプログラムを実施している施設は3割、家族を対象としたプログラムを実施している施設は約2割あった。リワークプログラムに関与するスタッフの延べ人数は1,042人であり、その内訳は看護師が最も多く27%、次いで精神保健福祉士が24%、臨床心理士が21%、作業療法士が8%、その他の心理職が7%であった。

6 リワークプログラムの治療的な要素は何か？

復職を目的としたリハビリテーションとしてどのような内容のプログラムが必要であるのかについては、研究会内部においても現段階で統一的な理解が得られているとは言い難い。このような現状に対し、一定のリワークプログラム構成のもとにリハビリテーションを行うことにより復職促進の効果が期待できるような、標準的なプログラムの確立が求められている。

このため、うつ病リワーク研究会に所属する9施設（宇治おうばく病院、NTT東日本関東病院、心の風クリニック、さくらクリニック、さっぽろ駅前クリニック、品川駅前メンタルクリニック、順天堂越谷病院、メディカルケア虎

ノ門、横浜ストレスケアクリニック）を対象として、実施しているリワークプログラム（以下「プログラム」という。）に関して、①目的（主な目的を2つ）、②進行手順、③内容、④グループの構成、⑤観察の要素 ⑥支援方法、⑦関与する職種、⑧利用者数と平均スタッフ数、⑨週あたりの実施時間、を調査しその結果よりプログラムの要素を抽出すると以下のようであった¹⁰。

調査対象とした9施設で実施している68プログラムが寄せられた。各施設で実施しているプログラムの目的をスタッフの表現で原則として2つ挙げてもらった。記入された用語のうち相互に関連するものをグループ化した結果、表4に示すようにプログラム実施の目的は、「症状の自己管理と不安の軽減」、「疾理解」、「セルフケア、セルフコントロール」、「再発予防」、「復職準備性」、「モニタリング・行動の振り返り」、「自己理解・内省・洞察」、「コミュニケーションスキル」、「対人交流・共有・相互・協調」、「作業能力・集中力」、「自主的課題取り組み」、「動機づけ」、「非言語的表現」、「感性」、「リラクゼーション」、「心身のバランス」、「基礎体力」の17群の用語群に整理された。これらの用語群で内容が相互に関連しているものを、更にグループ化した結果、表4に示すように17用語群は「症状自己管理」、「自己洞察」、「コミュニケーション」、「集中力」、「モチベーション」、「感情表現」、「リラクゼーション」、「基礎体力」の8つの目的区分にグループ化できた。そして、調査で確認した68プログラムに対して目的を2つ挙げてもらったことから、1プログラムに2ポイントを与えて表4に示す目的区分の選択度を見た。その結果、表5に示すように「症状自己管理」が40.5ポイントで最も多く選択され、次いで「コミュニケーション」が32.4ポイント、「自己洞察」が19.1ポイントと続き、これらが重要な目的であると確認できた。

表4 用語群の分類と目的区分

用語群	目的区分
症状の自己管理と不安の軽減	症状自己管理
疾病理解	
セルフケア・セルフコントロール	
再発予防	
復職準備性	
モニタリング・行動の振り返り	自己洞察
自己理解・内省・洞察	
コミュニケーションスキル	コミュニケーション
対人交流・共有・相互・協調	
作業能力・集中力	集中力
自己課題取り組み	モチベーション
動機づけ	
非言語的表現	感情表現
感性	
リラクセーション	リラクセーション
心身のバランス	
基礎体力	基礎体力

表5 目的区分の選択

目的区分	選択度
症状自己管理	40.5
コミュニケーション	32.4
自己洞察	19.1
集中力	15.7
モチベーション	12.0
リラクセーション	7.7
基礎体力	5.7
感情表現	3.2

一方、プログラムがどのような仕組みや形態で実施されているかについて検討したところ、個人プログラム、特定の心理療法プログラム、教育プログラム、集団を前提としたプログラム、その他のプログラム という5つのカテゴリーに分けられた。

例えばメディカルケア虎ノ門のプログラムの

目的と実施を示せば、図4のようである。ただし、調査した9施設はリワークプログラムの運営経験が比較的豊富な施設であり、得られた結果は、プログラムの質も比較的高く、全国のリワーク施設の平均的なレベルからは偏っている可能性のあることも注意しておかなければならない。

基本形態 目的区分	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
症状自己管理					
自己洞察					
集中力					
モチベーション					
コミュニケーション					
感情表現					
リラクセーション					
基礎体力					

図4 メディカル虎ノ門のプログラムの目的区分と基本形態

7 医療機関で行うプログラムの要素

医療機関で実施されているプログラムは職場復帰を目的としたリハビリテーションとして位置づけられる。先に述べた調査結果を勘案すると、プログラムをリハビリテーションとして構成させる上で重要であると考えられる要素は、以下の4点に集約される。すなわち、①集団で実施、②対象を限定、③リハビリテーションの要素、④心理社会療法の4点であり、それらに関して説明する。

(1) 集団で実施

プログラムは診療報酬上での精神科デイケア、作業療法、集団精神療法において実施されているが、その目的は、多人数を集めて効率的にプログラムを実施することにあるのではなく、集団療法としての治療効果をねらうことがその目的である。職場や家庭での対人関係を背景として疾病が発生してきたことを考えれば、個別の治療の他に対人関係を基礎とする集団療法が必要であることは、むしろ自然といえる。他者の行動が自己に影響を及ぼし、集団の力動もある。協働した作業や役割分担を体験して職場での業務的感覚を取り戻すこともできる。また、スタッフにとっては利用者の言動を観察し評価を行う場であるとともに、主治医にとっては診断が確認できる場ともなる。このように本人にとってもスタッフや医師にとっても、対人関係の課題を扱う練習の場としての役割がプログラムのベースである。とりわけ、「集団プログラム」においては、その点を意識したプログラム作りを行う必要があるといえよう。

プログラムは普通少なくとも数人で実施される。そこに参加すると、同じような悩みを持ち、復職という同じ目的を持つ仲間を得ることになる。また、同じ病気で悩んでいる仲間は悩みを相互に理解し共有して助け合う場面的一方で、なかなか得られない友人であるため相互の距離を取りにくい場面もある。しかしながら、社会人としては適度な距離感を持ちつつ仲間としての関係性を維持していくことは重要であり、そ

のためにスタッフは必要に応じて介入をしなければならない時もある。これらの仲間との体験は復職後の大きな支えとなり、プログラムに継続した参加を果たすことにより得られる大きな収穫である。

(2) 対象を限定

気分障害圏や不安障害圏のような一定の範囲の疾病の利用者に限ってプログラムを実施している施設が多い。いろいろな疾患が混在するとプログラムの運営が複雑になり、スタッフにとっては運営上の困難が生じる。したがって、疾患を限定することによって集団の凝集性は高くなり、利用者とスタッフ双方にとってきわめて大きい利点となる。

また、同様のことは、プログラムの対象者を休職中に限定して復職を支援する目的とするのか、または、失職中の利用者も受け入れて就労支援も行うかによっても集団の内容は大きく影響を受ける。したがって、プログラムの利用者を気分障害で現在休職中に限定し、目的を復職および再休職の予防とすることができれば、プログラムを実施するうえで有利に働くといえる。

このようなことから一部の施設では失職中で就労を目的とした利用者を受け入れている施設もあるものの、失職後一定期間の利用者に限って受入れている施設が多い。以上のように、均一な集団とすることはプログラムの内容を規定する因子として大きく、また、スタッフの負荷を減らし、プログラムの円滑な運営を行う上でも欠かせない点である。

(3) リハビリテーションの要素

プログラムは医療機関で行われる治療の一環としてのリハビリテーションである、という位置付けが重要である。

診療において睡眠覚醒リズムをはじめとする基本的な生活リズムを整え、症状を改善させ、多少の負荷を日中にかけても耐えられるであろうとの医学的な判断をもとに、無理ではない範

困の負荷からプログラムが開始されることが必要であることは言を待たない。すなわち、プログラムの開始に際して一定の基準が必要であり、その背景には適切な治療が行われて症状が改善し、的確な生活指導による生活リズム、とりわけ睡眠覚醒リズムの回復が達成されていなければならない。このように治療が成功し症状が回復しつつあることが、リハビリテーション開始の前提といえる。例えば当院では、①規則的な睡眠覚醒リズムが取り戻している、②虎ノ門に午前8時30分までに到着できる時間に起床している、③午前中は図書館に通い午後は運動が出来る等の日中に活動が出来ている、の条件を満たしてプログラムが開始される。

したがって、主治医は症状を回復させるという重要な役割を担っており、プログラムを提供する施設の医師が主治医であることが最も望ましい。しかしながら、施設の立地条件などによっては十分な利用者数が集まらない場合もあり、施設外の主治医の利用者も引き受けざるを得ない場合も珍しくはない。この際にはリワーク施設のスタッフや医師と外部の主治医との情報の共有化が極めて重要であり、リハビリテーションの成否のカギを握ることになる。したがって、リワーク施設と主治医との緊密な情報共有は今後の重要な懸案である。

プログラム開始後は、病状の安定度やプログラムに遅刻せず休むことなく参加している利用の継続性や参加中の言動や態度などを参考として、利用日数を増やして内容も高度なプログラムへと導入するなどの負荷を段階的にかけていくことになる。プログラム参加後に症状が悪化して参加が困難となった際には、中止という措置を取る必要がある。しかしながら、プログラムが中止となっても、もし復職していれば迎えたであろう再休職が発生したと考え、その経験をその後に活かすことが必要である。すなわち、何故プログラムが中止に至ったのかの状況や理由には、休職に至るメカニズムを解明する大きなヒントが隠されている場合が多い。

そして、一定期間のプログラムの継続が安全

に維持されれば、利用は終了となる。これらプログラムの開始、段階的負荷のかけ方、中止、終了のそれぞれの要領は施設により様々でありまだ統一的なものはないことより、今後の検討課題として残されている。そして、プログラム参加中にスタッフによる評価が行われ、どの程度の安全性を保って復職に臨めるのかの復職準備性評価¹¹⁾が行われる。評価結果は本人の了解の下で復職時の重要な情報となる一方で、本人に評価結果のフィードバックが行われることもある。これらの具体的方法や功罪に関しても一定の見解はまだ得られておらず、今後の検討課題となっている。

(4) 心理社会療法

実施されるプログラムにおいては、いくつかの重要な目的があり、今回の調査をもとにまとめてみる。

第1の目的は、自らの症状を把握して病状の安定度を測り、悪化の兆候があれば早期の対処を行うための症状や体調の自己管理である。先ほど述べた目的区分における「症状自己管理」は9施設の調査では、最も選択頻度の高い目的であった。

第2の目的は、自己管理のためには自分の病気を知ることが症状などの理解に対して必要である。実施形態として「疾病教育」がおこなわれる必要がある点である。疾病の成り立ちや治療法、予後などを学ぶことを通じて、客観的に自己の症状を観察してその管理を行うことが出来るようになる。

第3の目的は、病気の理解が為され、自己の症状がモニターできても、何故自分が病気となったのかの洞察が必要である。発症のメカニズムは似ていても人によってそのモメントは異なり、自分なりの発症メカニズムの理解が再発予防には必須である。今回の調査での目的区分の中の「自己洞察」である。しかも、とかく自らを取り巻く環境要因に対して目が向きがちであるが、とりわけ自己の内的要因に十分に目を向けないと再発予防は困難である。

第4の目的は、気分障害に特徴的な認知の歪みや考え方、物事の受け取り方のパターン化された思考などを修正する心理学的手法を学び身につけることである。具体的には認知・行動療法等が用いられる場合が多いが、「特定の心理プログラム」として実施されていることが多い。

第5の目的は、集団での協働作業の中でのコミュニケーション能力の回復である。職場に戻った際にすぐに必要とされることであり、また、言いにくいことを上手に表現する言動を身につける必要もあり、これらは「集団プログラム」の大きな目的である。

そして、第6の目的は、これまでの就労経験の中で発症したことを通してこれまでに振り返り、今後の働き方や生き方をもう一度考えて、キャリアの再構成を行うことである。これは特定のプログラムによって達成されるというより、全てのプログラムを通じて貫かれる視点である。病気について知識を得て、自分の症状をモニターしながら、休職した理由を環境ばかりではなく自己の内部にもあることを知ることで、自己の働き方ばかりではなく、生き方まで変容させていくことになる。これらのプロセスで獲得したものは、再発、再燃、再休職への強力な防御となり、疾病の完全寛解、治癒へとつながる源となる。

以上のような諸点を達成するためには bio-psycho-social な視点を欠くことができず、その意味で、医療機関で実施されるプログラムは、心理社会療法に位置付けられる。

8 リワーク活動の要素

これまで説明してきたようにプログラムは医療機関においてはデイケア、作業療法や集団精神療法等の診療報酬体系の枠組みで実施されている。プログラムの提供の仕方をリワーク活動と考えれば、その要素を挙げると図5に示す4点に集約できる。

第1には、医療機関においてプログラムを実施することが治療行為である、という位置付けを医師とスタッフが確認する必要がある。本人

の意思で主体的に参加するというモチベーションを維持しつつプログラムに参加して、復職を果たすことが必要である。会社や家族から強く勧められて参加しても、本人の意欲がなければ治療としては効果を発揮することはできない。そのために当院では転院を必須の条件としており、プログラム終了後も治癒まで責任を持って一貫した治療を継続するという医療者としての意思表示である。

第2には、集団でプログラムが行われることに意義があり、そこで心理学的手法が多用されることがプログラムを構成する重要な要素であり、この点に関してはこれまで述べてきた。

第3に、プログラム実施のひとつの大きな目的は、復職にあたりどの程度安全に復職できるかを多面的に評価する復職準備性評価を行うことである。そして、その結果を産業医や産業保健スタッフと共有できる情報として活用できれば、復職に資することも出来る。また、このような評価により本人のモチベーションを維持する効果もある。

第4には、再休職予防を最終目標であると掲げることが重要である。そのためには今回までの休職の理由が自分自身で整理され、復職後の再休職予防策が用意されている必要がある。そのために、当院では主治医と休職に至った自己分析を実施し、休職に至るまでの病状の変化、その間の環境因子に加えて、自分に潜む内的な因子を考え、文章化することを実施している。この「自己洞察」のプロセスで利用者は多くのことを学ぶとともに、自己の内面に目を向けて、今後の仕事の仕方や対処の仕方、場合によっては生き方まで変えていく機会になる。

プログラムを実施していて実感することとして、利用者のモチベーションが維持され、進んでプログラムに参加し、主体的に考え行動するようになるとプログラムで得られたことが実っていくように熟成してくる。全ての利用者が復職を果たして後、再休職せずに治療の終結まで行けるわけではないし、その間も長い道のりであるが、プログラムに参加して得られたことが

彼らとその家族にとって重い体験であることだけは間違いがない。粘り強く治療を続けられ、その重い体験からいずれは解放されると信じ、

私たち医師もスタッフもリワーク活動を行っていききたいものだと考えている

1 治療の一環としてのリハビリテーション

休養と薬物療法に加え、第3の治療技法

2 集団において心理学的手法を利用

集団での協働作業や役割分担を通じて対人交流スキルを獲得
疾病教育や心理社会教育による自己管理（セルフケア）

3 復職準備性の確認

復職後に再発しないか、症状寛解だけでなく、生活リズム、活動性、
対人交流、ストレス耐性を確認し、産業保健スタッフと情報共有

4 復職だけでなく、再休職予防が最終目標

外的要因だけでなく、休職に至った内的要因を分析し、再発を防ぐ

図5 医療機関におけるリワークの4要素

9 今後のうつ病リワーク研究会とリワークプログラムの方向性

今後の研究会の活動やプログラムの方向性を考えてみたい。まず、第1には日本全体の休職者に対しまだまだリワーク活動を行う医療機関は不足しており、まずは医療機関におけるリワーク活動の活性化を目指し、実施する機関を増やすことが大事な時期であると考えている。

第2には、プログラムを含めたりワーク活動の標準化である。実施しているプログラムが一定のレベルを満たし、実施の方法も一定の範囲にあることは、リハビリテーションの治療技法としての確立にとって欠かすことのできない要件である。今後、うつ病リワーク研究会に属する全会員施設を対象としたリワークプログラムの要素や実施の方法に関する調査を行い、プログラムとして満たすべきミニマムな条件を絞りこむと同時に、目標とすべきレベルを提示することにより、医療機関で行われるプログラムを実施する際のガイドラインを作成することにしていく。また、同時にプログラムの開始から終了までの標準的な実施方法もあわせて明確化し、全国の医療機関で実施されるリワーク活動

全体の標準化を進めていく。これらのことを通じて、精神科リハビリテーションにおける新たな分野としてのリワーク活動を位置づけ、その枠組みと内容を確認していきたい。

第3は、プログラムが復職と再休職予防にどの程度寄与するかを明らかにすることを通して、リワーク活動の有効性を示すことである。現在、医療機関で実施されているリワークプログラムの効果に対するエビデンスを得るため、平成20年度より3年間の予定で厚生労働科学研究（主任研究者：秋山剛）が実施されている。その研究の中で中心的な研究は現在進行中のランダム化比較試験であるが、今後は大規模なオープントライアルによる予後研究を計画しており、これらの研究により、近い将来にはプログラムの有効性が実証されるものと期待している。

第4は、リワーク活動の機能を強化するとともに、その経済的評価を確立することである。行政による地域障害者職業センターで実施されるリワーク活動があるが、プログラム内容は似ているものの職業リハビリテーションの側面が強い。医療機関のリワーク活動は、症状の安定

度を確認しながら薬物治療も行う中でのリハビリテーションである。理想的には医療機関でのプログラムを受け、その後、地域障害者職業センターのプログラムで職場との連携を行い復職することが望ましいが、時間的にも困難であり実際的ではない場合が多く、今後の展望として医学的リハビリテーションに職業リハビリテーションを機能として併せ持ったリワーク施設が必要となると考えている。現実的には、プログラムを終了して復職時に職場との連携が求められているものの、現在のリワーク施設の人員基準では職場への訪問はもちろんのこと、主治医との連携さえおぼつかない。それを解消するためには訓練された精神保健福祉士等が本人および家族と職場の橋渡しをすることが望ましい。疾病の重さと職場復帰への困難さが予想されれば、場合によっては障害者雇用を見据えた復職プランが考慮されてもよいだろう。一般企業に

において一向に増えない精神障害者の雇用を促進していくために医療機関のプログラムへの労働施策上での支援の方策を考えていく時期に来ている。

最後に、リワーク活動の重要性を広く社会に働きかけ、社会的に重要なテーマであるという啓発活動を展開していくことである。それに伴いリワーク活動を始めようとする医療機関も増えるであろうし、利用者も増えてくるであろう。うつ病などで休職する労働者の社会的コストは決して小さいわけではない。日本の人口構成からいえば今後、労働力人口が減っていくことが予想されている中で、社内で育成してきた社員が一定の期間にせよ就労が出来ないことが、企業にとっては大きな損失であることを社会や経済人に知らしめる必要があり、そのための活動を為されなければならないであろう。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：労働者健康状況調査、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/>
- 2) 樽味伸、神庭重信：うつ病の社会文化的試論－特に「ディスチミア親和型うつ病」について－、日社精医誌、13：129-136、2005.
- 3) 多田幸司他、非定形うつ病の症例研究、精神神経誌、107（4）：323-340、2005.
- 4) 阿部隆明：未熟型うつ病、最新精神医学 6：135-143、2001.
- 5) 秋山剛他：心の病からの職場復帰、現代のエスプリ別冊、pp208-221、至文堂、東京、2004.
- 6) 五十嵐良雄：医療機関最前線のメンタルクリニックの復職支援に果たす役割、精神科臨床サービス、6：65-70、2006.
- 7) 五十嵐良雄：復職支援のためのネットワークと精神科医療、精神科治療学、23：1313-1317、2008.
- 8) うつ病リワーク研究会：「リワークプログラムのはじめ方」、弘文堂、東京、2009.
- 9) 五十嵐良雄：全国におけるリワークプログラムの実施状況に関する研究、平成21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究報告書、85-100、2010.
- 10) 五十嵐良雄：リワークプログラム標準化に関する研究、平成21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療法に関する研究報告書、109-122、2010.
- 11) 秋山剛：うつ病休職者の職場復帰準備性－リワークプログラムにおける標準化評価シート－、http://www.utsu-rework.org/info/nol5_02.pdf