



外来精神医療

特集 リワークプログラムの使い勝手

「リワークプログラムの使い勝手」特集にあたって
〈民間企業における取組み①—人事部の立場から〉

中田 貴晃

11年間のメンタル不調者対応を振り返って

吉田 篤史

〈民間企業における取組み②—心理職の立場から〉

外部専門機関の資源を活用しながら人事担当者と協働で支援すること

隅谷 理子

リワークプログラムの使い勝手—産業医の立場から—

廣 尚典

リワークプログラム利用者からの声と医療リワークの役割

五十嵐 良雄

主治医変更を必須としないリワーク運営

西松 能子

再休職を防ぐための「ライフ・キャリア」の視点を取り入れたリワークプログラムの取組み

馬場 洋介

地域障害者職業センターのリワーク支援の取組

民間機関の立場から

高橋 佳子

特別寄稿

摂食障害治療の課題とこれから

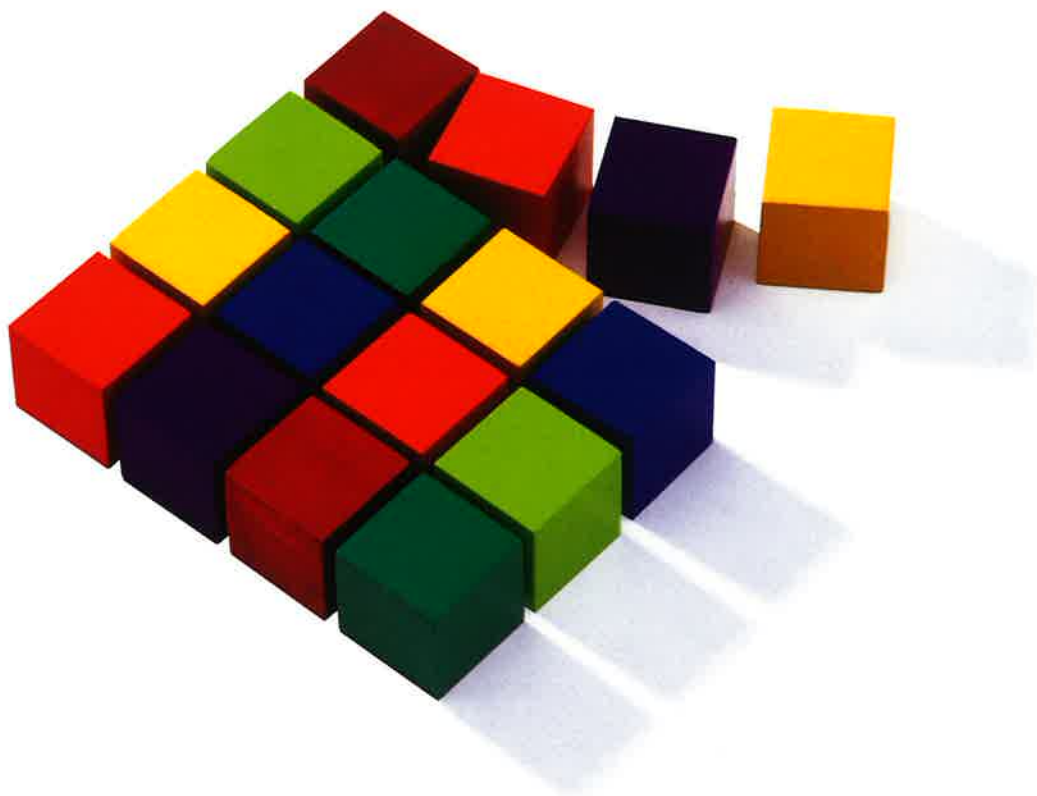
西園 マーハ文

日本外来精神医療学会誌

第23巻 第2号

2023

Vol.23/No.02



日本外来精神医療学会

The Japan Association of Ambulatory Psychiatric Service



西松 能子 ● 略歴

【略歴】

1979年大阪医科大学医学部卒業。日本医科大学附属千葉北総病院神経科部長、コーネル大学医学部ウェストチェスター部門客員教授を経て、2003年あいクリニック神田開設、現在に至る。2006年から2023年立正大学心理学部教授。

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会認定精神科専門医・指導医、心身医学科認定医、日本総合病院精神医学会専門医・指導医、日本医師会産業医、公認心理師

日本外来臨床精神医学会 理事
日本精神神経学会 委員

【著書など】

精神科プラクティス 第4巻 リエゾン精神医学（急性心筋梗塞の精神症状）星和書店
臨床精神医学講座 第7巻 人格障害（Munchausen 症候群）中山書店
臨床精神医学講座 第17巻 リエゾン精神医学・精神科救急医療（外傷患者）中山書店
精神科プラクティス 第3巻 神経症とその周辺（ヒステリー）星和書店
女性休職者に特化した復職支援プログラムの試み 臨床精神医学, 42巻10号 pp.1289-1297

主治医変更を必須としないリワーク運営

西松 能子（あいクリニック神田）

【はじめに】

職場を一旦離れた労働者に対し、ここ数年、ILOやOECD、世界経済フォーラムなどの国際機関がこぞって指摘してきたのがリスキリングの必要であるが、背景にはデジタル技術を活用して事業戦略やビジネスモデルの変革を急ぐなかで、働く人の保有するスキルが急速に陳腐化しようとしていることがある。デジタル技術を活用してビジネスモデルを変革する時、社会構造は土台から変化する。このような変化が今後、あらゆる職場で発生すると予想されている。リスキリングは、働く人の多くが新しい仕事に習熟し価値を生み出せるようになるために必要とされることとなった。現代社会はデジタル化のスピードがあまりに急激であり、リスキリングは社会にとって急務となっている。

一方、本邦においては、職場を一旦離れた労働者は、休職し、同一の職場への再就労が可能であり、リスキリングは前景に立たず、リワークデイケアの形で支援されてきた。リワークデイケアによる再就労の背景にあるのは、いわゆる日本型雇用であるが、一方では日本の雇用の全体像は、非正規雇用者が全労働者の1/3を超えるなど、大きく変容しつつある。このような社会構造の中で、リスキリングとリワークデイケアが併存する状況がある。

リワークデイケアによる復職支援プログラムは、職域病院から地域病院に移行したNTT東日本関東病院において、職域内再就労のモデルを

援用し、2003年に地域に開放され開始された。職域内の復職システムを、従来統合失調症の退院後システムとして機能していたデイケア、ショートケアとして医療の中に位置付けたものである。リワークデイケアの中には企業とタイアップして請け負う形の自費プログラムを運営する場合もあったが、個々の患者が保険を用いて復職の準備として行うことを企業も望み、患者も望んだことによって、保険診療の中に位置づけられた。通院中の診療所が院内にデイケア施設を持たない場合も多い（診療所で復職を目的とするデイケアを院内に持つ場合、約5%）ため、多機能診療所がその役割を担ってきた。

【主治医変更を必須としないリワーク運営】

精神科医療において、主治医一患者の治療関係は最も重視される技術（Art）の1つであるという立場から、筆者の診療所におけるリワークプログラム（デイケア）は2011年6月の発足以来、主治医を変更しない方針で運営されてきた。治療関係に侵襲的でないようふるまうのは、産業医の立場に似ている。当院のリワークプログラムにおいては、患者から聞かれない限り、時には聞かれた場合も主治医を尊重して話を傾聴する。以下にその概要を述べる。

特集「リワークプログラムの使い勝手」

【主治医との連携】

① 導入時に：新患面接以前の工夫：
見学と看護師による導入面接

あらかじめリワークデイケアに見学参加をし、相互の適性を検討する。看護師が導入面接をする。一定の比率で参加について難しいことをこの時点で当院スタッフが伝えたり、あるいは希望して来院したもののやっぱり合わないと感じ、他院リワークデイケア、あるいは就労移行支援事業所（休職中受け入れ可能）に参加を決める場合がある。見学後参加しなかった理由としてしばしば挙げられたのは、「皆がよく話すので気後れする」「職場とは雰囲気が違う」など個別的な個人や職場に関するミスマッチ感であった。2011年開設以来、見学者の90%前後が参加している。参加開始後10-20%が中断しており、中断の理由は病状悪化と上記と同様な理由であった。参加決定後に、主治医に診療情報提供書を依頼し、当院医師が初診診察を行う。

② 経過中：他院主治との連携

2014年まで2週に1回、現在は月に1回、デイケアスタッフから参加状況報告書を主治医に送付することで連携を行う。病状の明らかな変化、特に増悪が認められた時には、初診時に面接をした医師あるいはリワーク担当医が診療情報提供書によって病状について主治医と連携する。開設以来、主治医との連携を拒否した参加者はいなかった。

③ 終結：復職直前

復職日について主治医から診断書が発行された後、産業医面接の準備など復職に向けて、個別に話し合い、再休職防止の方略を考える。グループワークで再発防止策を発し、ピアと共有する場を持つ。この時期には「再発防止策」として文書にまとめていく。疾病の振り返りをピアと共有し、心理教育を行っていく。復

職直前には、職場での外傷的体験が追体験されることもあり、この時期を慎重に共有し、病状を主治医と連携する。産業医面接や職場での復帰の挨拶のロールプレイも行われる。

【当院復職プログラムの特徴】

従来、復職支援プログラムは、休職中であることを要件とし、性別を問わない援助システムとして行われてきた。一方、女性患者から休職に際し、対人関係葛藤、心的外傷体験を訴えられることが多かった。厚生労働省の調査においても、女性が男性より対人関係でストレスを持ちやすいと報告されている（文献1）。異性がいる場では、発言しにくい、本音を言えない、自己開示がしにくいという外来臨床でのニーズに応える形で、女性のみを対象とした復職支援プログラムを開始した。2011年6月当時、女性休職者のみを対象としたプログラムは行われていなかった。筆者の診療所における女性のみを対象とした復職支援プログラムは、2011年6月1日より開始され現在に至る。

① プログラムの概要と構造

現在、筆者の診療所におけるリワークプログラムは、小規模デイケ

アとして行われ、現在、男女混合の復職支援プログラムと女性に特化したプログラムの2コースがある。医師1名、心理技術員4名、看護師1名、精神保健福祉士2名、社会保険労務士1名によって運営され、心理系大学院生がボランティアとして参加している。

女性に特化した復職支援プログラムは、休職のきっかけとなった心理的負荷に注目し、認知の修正や再び働く意欲を回復するなど認知的改善、対人葛藤への忍容性の醸成、環境制御力の育成など心理的側面への働きかけを中心にして構成されている（表1）。具体的なテーマの内容は、自己の中で就労をどのように位置づけるか、職場でどのようにふるまうか、など認知的働きかけや就労への対自化、心理教育が中心である。表1に示したように、うつ病、うつ状態、双極性感情障害（表2）、発達障害について、心理教育アプローチのプログラムを毎週行っている。通常は、当初午後から半日参加し、復職直前には終日、週4日から5日の参加となる。このような構造のため、プログラム参加者の中には、復職直前の参加者、プログラム参加直後の参加者、週日参加者、週に一回のみの参加者など多様な参加者が混在することになる。プログラムに参加し

表1 あいクリニック神田におけるリワークプログラム

月	火	水	木	金
<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 脳トレーニング：新聞記事の要約とそれについての意見、感想を発表 認知行動療法：ワーク「失敗や成功をした時に原因をどう考えますか」 心理教育：「うつと痛み」 うつの症状としての痛みに気付く 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック SST：コミュニケーションが上手いかない時、どうすればいいのかがふつと経くなる瞬間の心理学より SST：コミュニケーション互いの第1印象、他者から見た自分 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 参加者プレゼンテーション「住宅購入術」 不安について整理する 心理教育：関連トピックの紹介「情動の涙」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック マインドフルネスのワーク：呼吸に集中する、他 認知行動療法：ワーク「自分を大切に出来ない信念に気づく」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 今週の目標達成度のチェック、来週の目標設定確認 統合リワークセッション キャリア支援 復職過程：「うつとよりそう仕事術」より「うつ病患者が考えるうつ病患者との接し方」を読む
月	火	水	木	金
<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 脳トレーニング：新聞記事の要約とそれについての意見、感想を発表 心理教育：「気分障害その診断と症状、治療」 認知行動療法：ワーク「自動思考 その裏付けと反証」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック SST：問題解決法「桃太郎」の問題点をグループで検討する SST：3分スピーチ 認知行動療法：ワーク「もしもクイズ」もしも〜だったら自分はどうするか、どうなるかを検討 	<ul style="list-style-type: none"> 活動、気分のチェック 認知行動療法：サイトコラムより「思考のクセを直して心を健康にする」 認知行動療法：ワーク「完全主義の度合いを知ろう」 	<ul style="list-style-type: none"> 気分・活動のチェック ストレスコーピング：「生きがいがいー覧表」から興味ある活動を探す 未来へのブレインストーミング（最良と最悪を考える） 認知行動療法：ワーク「自分の欠点を他者から褒められる体験」 	<ul style="list-style-type: none"> 気分・活動のチェック 今週の目標達成度のチェック、来週の目標設定確認 ACT：「怒りについて『しつこい怒りが消えてなくなる本』より キャリア支援：「モチベーションを高める経営戦略としてのワーク-ライフ・バランス」

特集「リワークプログラムの使い勝手」

表2 双極性障害の心理教育

	内容	配布資料・活動内容
1	双極性障害とは 治療法－薬物療法と心理療法 ライフチャートの作成	双極性障害についての知識テスト：双極性障害についての誤解、理解不足に気付く 『双極性障害（躁うつ病）とつきあうために』（日本うつ学会双極性障害委員会2012.3.12） 病気の理解と標準治療法を学ぶ 「ライフチャート」 これまでの躁うつ状態の経験をライフチャートに書き入れる
2	社会リズム療法とは 早期警報システムを作る	「社会リズム療法」：社会リズム療法を知り、自分に適したチェック項目を設定する。 「躁うつ症状リスト」「状態悪化への対応」：自分の躁うつ症状及び前駆兆候を特定し、その症状・兆候が現れた時の対策を考える
3	対人関係療法の紹介 規則正しい生活習慣とは	「対人関係調査票」「対人関係療法」： 躁うつ病患者が経験しやすい対人関係の問題を検討。 規則正しい生活習慣が気分の波のコントロールに重要であることを学ぶ。
4	服薬アドヒアランス 認知行動療法	「薬物療法の効果を最大限に得る」：服薬アドヒアランスの重要性を学ぶ 「否認の壁」「思考の誤りの認識と把握」「精神的マルチタスクを反転させる」などに基づいてCBTを行う
5	QOL向上のために 家族、周囲の人の理解と協力	「人生を双極性障害に翻弄されないために」 双極性障害を持つことの意味、将来の展望、人生設計などについて検討 「ご家族へのお願い」「双極性障害対策チーム」：家族や周囲の人の理解と協力が生活の維持、再発防止に不可欠なものであることを知る。

たばかりの参加者が、復職直前の参加者による産業医面談のためのロールプレイを見学したり、参加したりする構造である。また、参加期間についても、期間を限定していない。

② プログラムに参加する女性休職者の特徴

実際に本プログラムへの参加者は、どのような特性を持っているのだろうか。診断は、プログラム参加時にDSM-5（文献2）に基づいて行われた。休職に至るきっかけとなった心理的負荷の有無については、厚生労働省の精神障害の労災認定基準における出来事の類型を用い、業務外の心的負荷を加え、7種類の出来事の類型として分類した（表3 文

献3）。心理的負荷については複数回答を可とした。対象患者の内、うつ病性障害に対しては精神症状尺度としてBDI-II（文献4）をプログラム参加時と終了時に施行している。社会適応評価尺度としてSASS-J（文献5）を全対象に参加時、および終了時に施行する。復職6か月の時点で復職継続、あるいは再就職の継続を調査している。

参加者の年齢は、平成24年度厚生労働省障害者対策総合事業の一環として行われた「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」報告（文献6）における対象者の年齢とは有意な差があり、若年であった。教育歴についての比較で

は有意差はみとめなかった。長期の休職および復職可能な職場に勤務していることが高学歴を示唆することになる可能性があった。復帰プログラムへの参加者の教育歴については、先行研究においても比較して高く（文献6）、その背景には長期の病気休暇を許容できる事業所に就労しえる教育歴ということがあろう。生活環境については、単身、独身者が多く、都市で就労する高学歴常勤女性の特性に一致するものであった。

疾患については、最も多かった主診断は、うつ病性障害であり、適応障害が続いた。（図1）。また、自閉スペクトラム症を合併したり、自閉スペクトラム傾向を示す事例が増加傾向にあった。うつ病は、従来から復職支援のプログラムが対象とした患者群（文献6）であり、当院プログラムでも48%となった。適応障害群の患者は、休み始めには急速に軽快したものの、休職にまで至る場合には、外傷性機軸を示すことが多く、いざ復職しようとするとき身体化症状や抑うつ、不安発作など多彩な症状により出勤できなくなっていた。この群は、何回かの復職の試みの後、復職プログラムに参加していた。この群については、心理的負荷から長期に遠ざかっていることをもって適応障害と診断するべきではないとする見方もあろう。しかし、彼らは、限定された場では楽しく過ごすことができるが、心理的負荷のあった職場のことを考えると抑うつ不安、身体化症状など多彩な症状を出現し、職場に関連する悪夢を見、職場に近づくと動悸がしたり手に汗をかいたり、足が震えたりし、遷延化している。やはり、遷延化した外傷性機軸の適応障害と位置付けるべきだと考えた。外傷的心的負荷への働きかけが重要であると考えている。双極性障害群が次に位置したが、10%内外で経過しており、先行する復職支援プログラム（文献6）と類似の結果であった。調査期間中、プログラム

表3 心理的負荷の種類

- ・業務上の事故や災害の体験
- ・仕事の失敗、過重な責任の発生
- ・仕事の量・質が過重
- ・役割・地位の変化
- ・業務上の対人関係
- ・職場のセクシャルハラスメント
- ・業務外の心理的負荷となる経験

特集「リワークプログラムの使い勝手」

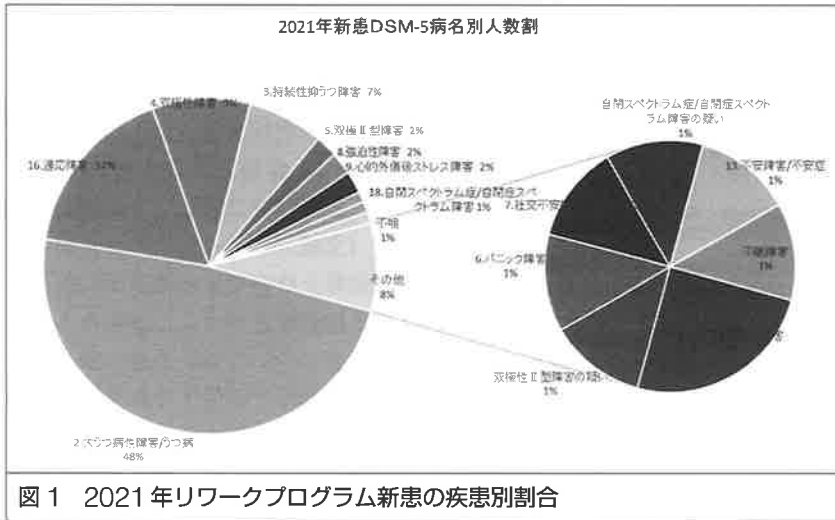


図1 2021年リワークプログラム新患の疾患別割合

には失声、失立を呈した転換性障害、摂食障害の悪化による休職者が参加していたが、心理的機制については、広義のストレス関連障害群として治療的取り組みをおこない、復職に結び付いた。

③ 集団の中で表出する休職に至るきっかけについて

休職に至るきっかけとなった心理的負荷については、厚生労働省の精神障害の労災認定に定められている業務における心理的負荷評価（文献3）に、業務外の心理的負荷になる経験を加え、7項目について回答を求めた（表3）。経験したすべての心理的負荷を回答したため、複数回答になった。97.2%において休職に至るきっかけとなった業務上の心理的負荷があった。33.3%において、1つ以上、職場における心理的負荷があった。もっとも多かった心理的負荷は、業務上の対人関係であり、ほとんど事例で経験されていた。上司から叱責を受けたり、詰め寄られたり、同僚から仲間はずれに逢うなどの心理的負荷が中心であったが、叩かれたなど実際に身体的暴力を受けた事例もあった。次には、仕事の量や質が過重であったと回答した。1年以上、深夜に帰宅し9時に出勤していたという事例や、1ヶ月に3回、海外に出張したという事例があった。業務

外の心理的負荷もあり、夫による家庭内暴行（DV）、流産後の家庭内葛藤、恋人との葛藤の関係などであった。休職に至るきっかけは、すべての症例にあり、2.8%を除きすべて業務上の心理的負荷を認めた。

認知の修正や再び働く意欲を回復するなど認知的改善、対人葛藤への忍容性の醸成、環境制御力の育成など心理的側面への働きかけを目的に構成されたプログラムは、これら心理的負荷の軽減を標的とした。終了時に転職をした群は、全員適応障害であった。職場からの退却は、言わば外傷機制とも言うべきであり、何らかの形で心的外傷を乗り越えない

限り、復職は困難であろう。これらの経緯について主治医と連携していく。

【ダイバーシティの時代に】

① プログラムの変容

2011年の発足以来、女性のみプログラムを運営してきたが、ダイバーシティが重視される時代背景の中で、男女を問わず、外傷規制や発達障害、疼痛性障害など障害特性に焦点を当て、プログラムを多様化してきた（表4）。集団プログラムを多様化し、特性に焦点を当て行う。また、プログラムの中で、プログラム開始時に診療情報提供書に示されていた疾患名とは異なり、背景にある発達障害が露呈することが増加している。また、ピアの中で自分は発達障害ではないかと訴えることもある。背景にある発達上の課題があると推定される場合には主治医の許可のもと発達検査を行うことがある。結果について主治医と連携する。

【増加する発達障害群】

当院では前述したように、リワークケアの対象をうつ病に限定していない。年々、発達障害群が増加

表4 あいクリニック神田におけるグループプログラム

プログラム名	技法
職業適性検査による能力と適性の自己分析	職業適性検査
マインドフルネス&アクセプタンスの認知行動療法	マインドフルネス
コンパッション・フォーカスト・セラピー	コンパッション
ウーマンズグループ(私のストーリーを取り戻す)	ナラティブ
心理教育	心理教育
大人の発達障害ハビリテーション・グループ	ハビリテーション
慢性疼痛の認知行動療法	ペインマネジメント

特集「リワークプログラムの使い勝手」

している状況がある。

① 集団精神療法の工夫

発達障害について心理教育や認知行動療法を行うプログラムを増やしている。報連相ができにくいことや段取りのしにくさなど特性から由来する職場不適應について、1つ1つの対策をピアが協働して解決していくプログラムを行っている。それぞれが抱える困難さを共有し、集団で話し合うことによってより質の高い工夫ができる。

② 2次障害への対処

2次障害としてうつ病やパニック障害など他の精神疾患を招来する場合と行動化が表出し、対人関係が悪化する場合がある。逆に2次障害で受診したが、集団の中で発達特性に気づかれる場合がある。発達障害における2次障害について、集団の中で付き合い方、向き合い方を発見していく。この過程でピアの力が大きく作用する。

考 察

当院は、主治医一患者関係を尊重

し、心理面に焦点を当て、リワークデイケアを運営してきた。うつ病リワーク研究会の調査結果(文献7)では、自院への主治医変更が原則必須ではないと施設が68.7%であった。他方、原則必須と回答した施設は31.8%であった。精神科医療において、主治医一患者関係が重要であることを考慮すると、過半数を占めるのは妥当であろう。主治医変更を必須とした施設においてリワークデイケア終了後に元の主治医に復帰することが原則である施設は14.6%と報告されている。これは、いわば入院中に主治医変更することと同義と理解される。結果として全体の83.3%が治療関係を重視していることが推定された。医療リワークデイケアは、日本型の就労システムの中で大規模な職域病院であったNTT 関東病院からスタートし、現在に至り、現職に戻ることを原則とするシステムである。産業医が職場での患者に焦点付けて患者を診るように、他院主治医を治療の主軸に置き、復職に焦点づけて患者を診ていくのが望ましいと考察する。しかし、現在のリワークデイケアにおけるリワーク担当医師は、産業医と比較し十分な時間を

取りにくい。また、就労移行支援事業所がデジタル技術など新しいスキルの習得に力を入れている現状と比較すると、そのようなリスクリングに焦点を当てた働きかけは医療機関では限定的である。

今後の運営においては、それぞれのリワークデイケアが特性を生かしたプログラムを運営し、緩やかな連携の中で、社会化を図っていくことが望ましいと考察した。

終わりに

日本社会の急速な変化の中で、リワークデイケアすなわち同一の企業に同一の職種で復職することを前提としたシステムが今後どのように変化していくのであろうか。医療がリスクリングを提供することは可能であろうか、実際、就労移行支援事業所の多くはリスクリングに舵を切っていることがホームページなどから伺うことができる。発達障害に焦点を当てた遠隔教育を行っている就労移行支援事業所もある。このような社会環境の中で、医療が提供できる資源を今後も探索し、臨床が引き受けられることを見つけていきたい。

文献

- 1) 厚生労働省. 労働者健康状況調査.2007.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/r1.html>
- 2) 高橋三郎, 大野裕 (監訳). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2014.
- 3) 厚生労働省. 精神障害の労災認定.2018.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/dl/120427.pdf>
- 4) 小嶋 雅代, 永谷 照男, 徳留 信寛ほか. 日本語版 Beck Depression Inventory-II (BDI-II) の開発. Journal of epidemiology 2002; 12: 179.
- 5) 後藤 牧子, 上田 展久, 吉村 玲児. Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の信頼性および妥当性. 精神医学 2005; 47: 483-489.
- 6) 秋山剛. 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 24 年度総括分担研究報告書. 2013.
- 7) 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. 2017.
http://utsu-rework.org/info/2017_bi.pdf