

「うつ病リワーク」プログラムへの期待と展望



近年、社会的に非常に大きな課題となっているうつ病休職者の、復職支援を目的としたリハビリテーション（リワークプログラム）に取り組む医療機関が増加している。その先駆者である五十嵐良雄氏をゲストに招き、「うつ病リワーク」をめぐる現状（うつ病休職者の実態、プログラムへのニーズ）と、プログラムの特徴、運営メリットおよび課題についてお話をうかがった。

ゲスト 五十嵐 良雄（医療法人雄仁会メディカルケア虎ノ門理事長・院長）

聞き手 南 良武（医療法人桐葉会木島病院理事長・院長）

リワークプログラムの潜在ニーズは約20万人

南 先生が「うつ病リワーク」プログラムを開始された経緯からお聞かせください。

五十嵐 平成15年に開業し、その後の1年間で千人ぐらいの新患を診ましたが、半分がうつ病、残り半分が不安障害でした。そのうち診断書を書いて休職させた患者さんは、うつ病で3割、不安障害で1割ぐらいいました。

うつ病休職者への治療は従来、薬物療法と休養が基本となってきました。私もそうした治療を行い復職させていたのですが、これがうまくいかない。復職させてもすぐに再休職する方が多く、「薬と休養だけではだめだ」と治療方法を模索していたところ、出会ったのがNTT東日本関東病院の秋山剛先生のところで取り込まれていた職場復帰援助プログラム「RAP(rework assist program)」でした。「RAP」の実践を見学させていただき、こういうことが足りないんだと思いましたね。自宅で療養しているだけでは、本当に職場で仕事をできるレベルになっているのが見極められない。だからその場をつくってということで、秋山先生のところでは作業療法でプログラムを行っていましたが、2時間の作業療法では少し時間が短いと考え、われわれのところでは精神科デイケアの枠組みのなかで取り組み始めました。当院があるビルの別階のフロアが空いたのを機に、平成17年1月から始めました。

南 リワークプログラムをデイケアで実践されたのは先生のところがおそらく初めてだろうと聞いています。先駆者

として実践を積み重ねるなかで実感されているようなことはありますか。

五十嵐 平成12年頃から論文上では、うつ病と不安障害が併存するとか、最近盛んに言われている新しいタイプのうつ病について論じられていました。その真っ只中に私はクリニックを開業し、そこに新しいタイプの患者が集まってきた。開業当初から双極性障害の方もかなり含まれていました。疾病の変化が時代とともに確かにあり、私は従来の治療では足りないと感じられる患者の一群と出会い、薬物と休養にリハビリテーション治療をプラスオンした。その効果が実証されつつあるように感じています。

南 疾病変化の傾向は最近でも続いていますか。

五十嵐 ますます加速しているように思います。少なくともわれわれのようなクリニックでは、いわゆる従来型とされるメランコリー親和型にはほとんどお目にかからなくなりました。一方でとりわけ20代、30代では現代型と言われる他罰性の傾向、人格的に未熟な方が多くみられるようになってきました。病状は非定型的であり、自分の疾病と向き合うことがなかなかできない方が増えていることを感じます。

南 先生は最近、うつ病休職者の実態調査をされ発表されましたね。

五十嵐 リワークプログラムのニーズを明確にするため、平成20年12月に日本精神科診療所協会会員を対象に調査を行いました(回答:266件、回収率17.6%)。7日間の総診療患者数は1施設当たり平均244人、そのうち「気分障害・不安障害」が半分超の56%を占めており、

この気分障害・不安障害の約1割(9.8%)は休職中であるという実態が把握できました。この結果を厚生省から出ている各種データで割り戻してみると、うつ病休職者は全国で少なく見積もっても20万人程度はいるであろうと推計されました。

南 これまで経産省などから、うつ病休職者に注視したパブリックコメントは発表されていますが、具体的な数値は示されていません。おそらく日本で初めての推計値と思いますが、相当な数ですね。

生活リズムをつくる目的としての入院の必要性のある患者は意外に多い

南 先生は外来診療のなかでリワークをされていますが、そのなかで入院医療が必要な患者さんはいますか。

五十嵐 入院が必要な場合は3つあります。1つは、規則正しい生活リズムをつくる、すなわち睡眠・覚醒リズムを整えることを治療の目標としていますが、それが外来通院では整わない場合です。2番目は緊急避難的な場合で、自殺企図・念慮が強い場合です。しかしこれは現実にはそんなに多くはありません。3番目が難治性うつ病の方です。薬が効かない場合、復職・休職を何回も繰り返してこれ以上休めないなど追い詰められた状況にある場合には、最後の手段としてECTをお願いする場合があります。すなわち1番目は静養病棟、2番目は急性期病棟、

3番目はどの病棟でもできる。そういったタイプの入院がありますね。

南 入院が必要な方はどれくらいいるとお考えですか。

五十嵐 1番目の静養病棟に関して言えば、休業中の方の1割程度はいると思います。

南 意外と多いのですね。ちょっと驚きました。

五十嵐 このタイプの入院は、外来では3~4カ月要してしまうものが入院では1カ月で整うかもしれず、そうなれば全体の休職期間を縮めることもできるので、ベネフィットは大きいと考えます。費用の面やご本人の理解が必要なことなどから実数は今のところ多くはありませんが、必要性は大きいと思います。

リワークプログラムに取り組む場合の4つのポイント

南 うつ病リワークプログラムとしてのデイケアに取り組む場合、一般的な精神科デイケアと、どのような点が違うと考えておけばよいでしょうか。

五十嵐 リワークプログラムの要素としては、大きく分けて4点あります(表)。まずは治療の一環だということです。薬物療法、休息に加えての第3の治療技法としての医学的リハビリテーションであることを十分認識しなくてはなりません。ですから診察が非常に重要です。主治医による的確な診断と治療がベースにないと効果は期待できません。

表 リワークプログラムの4要素

<p>1. 治療の一環であるリハビリテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 休息と薬物療法に加えて第3の治療技法としての医学的リハビリテーション ● 病状の改善度とプログラム負荷の相互関係を重視する →主治医による的確な診断と治療が重要 ● プログラムの開始条件は、症状の一定程度の改善 →睡眠覚醒リズムの回復と抑うつ気分の消失 ● 通所し、一定時間のプログラムに参加するという身体的、心理的拘束が負荷の内容 ● 症状が安定していれば負荷を増やす、悪化すれば中断する必要性 	<p>2. 集団において心理学的手法を利用</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 集団での協働作業や役割分担を通じての対人交流スキルの獲得 ● 認知療法などの心理学的手法 ● 疾病や療養についての教育を通じ、疾患への理解と服薬アドヒアランスが向上 ● 自己の体調や症状の自己管理(セルフケア)を通じての再発、再休職予防
<p>3. 復職準備性の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 安定したプログラムへの参加; 出欠の確認 ● 業務的負荷をかけた状況での症状の安定 ● 集団のなかでの態度・行動・言動の評価 ● スタッフによる客観的評価 ● 標準化復職準備性評価シート ● 産業界にとっては、復職時における重要な資料 	<p>4. 再休職予防が最終目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 同じような状況下で再発が起こる ● 休職に至るモメントの分析 →内的・外的要因を自己で分析 ● 外的要因; 労働環境、対人関係、家族内の悩みなど ● 内的要因; 気質、性格、価値基準、困った時の判断の仕方、苦手な状況、苦手なタイプの人など ● 内的・外的要因に対する心理療法を応用したプログラムの工夫 ● 復職後は外的要因に注意しつつ、内的要因に対処し、再休職の予防につなげる

(メディカルケア虎ノ門作成)



五十嵐 良雄
(いがらし よしお)

もし他院の先生が主治医で、自院ではリワークプログラムだけを提供する場合は、患者さんの病状がどこまで治って安定しているのかをしっかりと把握しておく必要があります。その上で提供するプログラムについて、病状が安定していれば負荷を増やし、逆に悪化すれば中断するといった調整をする

必要があります。

南 同じプログラムをただ繰り返すだけではだめだということですね。

五十嵐 2つ目は、集団において心理学的手法を利用している点です。ケアでの協働作業や役割分担というのは職場での業務に近く、対人交流のスキルを獲得していく、働くということを思い出していく効果が期待できます。この時に認知療法など心理学的手法を使うのが特徴です。同時に、自身の病気や治療方法などの教育も行います。たとえば、なぜ薬を飲まなければならないのか、どうして薬が効いているのかを教育することで、服薬アドヒアランスの向上に結びつけます。もう1つ重要なのが体調や症状の自己管理＝セルフケアで、職場復帰後にまた体調が悪くなる場合もありますから、どういう時にどう対処すればよいのか教育しておく必要があります。これらはいずれも再発・再休職予防を目的に行うもので、心理学的手法が生きてきます。

南 集団を通したほうが患者さんも理解しやすいということですね。

五十嵐 3つ目は、復職準備性の確認です。どこまで病状がよくなっていけば復職できるのかは、診察室のなか

では絶対にわからない。私の“失敗”はそこにありました。リワークプログラムに参加してもらおうと、これだけよくなれば安全に復職できますということが言えるのです。

南 復職準備性についてもう少し解説いただけますか。

五十嵐 図をご覧ください。縦軸が病状の改善度、横軸は時間軸です。休職と主治医による治療が始まると、症状は徐々に改善していきます。その時、主治医が判断する復職可能レベルと職場が求める復職レベルがずれていれば、当然ですが復職しても就労は継続しません。そこで改善の過程にリワークプログラムを行い、そこで客観的評価を実施することで、両者のポイント、すなわち復職準備性が明確になるというわけです。

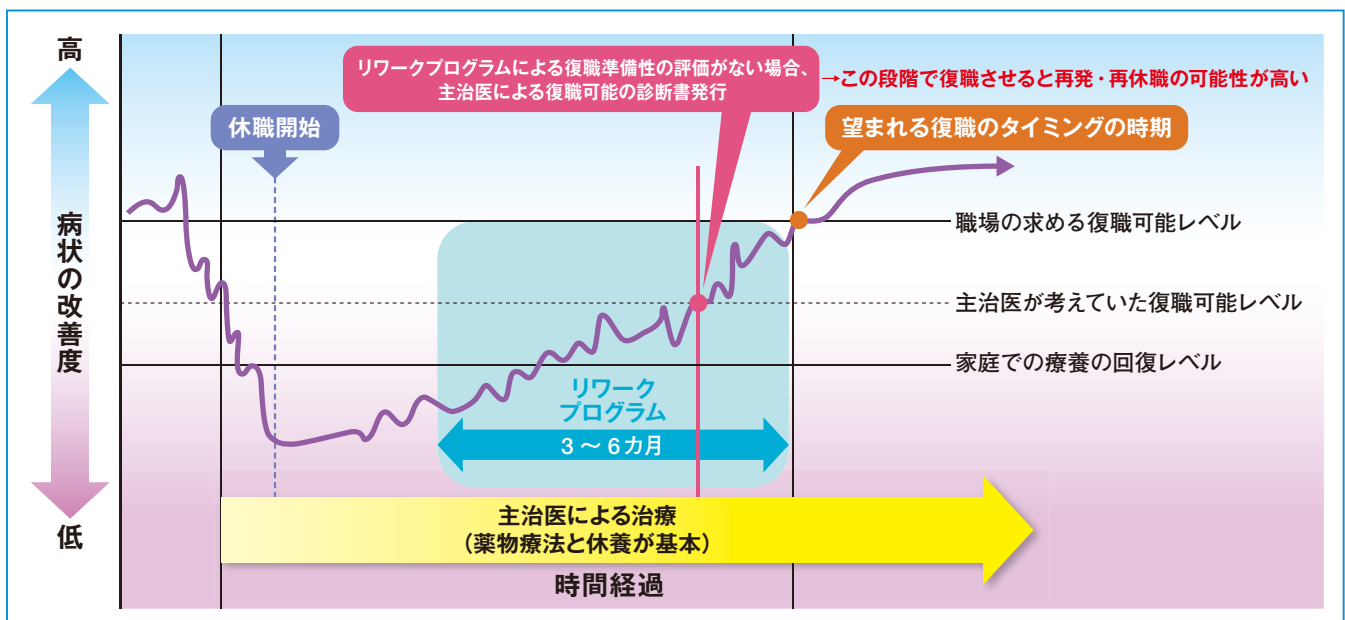
南 確認のポイントは？

五十嵐 まず休まず参加できるということが大事です。それから業務の負荷がかかっている時にも症状が安定していること、集団のなかでの態度、行動、言動は非常に重要です。それらをスタッフが評価するわけですが、現在、できるだけ客観的評価するため標準化した復職準備性評価シートを作成しようと平成20年3月に立ち上げた「うつ病リワーク研究会」(<http://www.utsu-rework.org/>)で秋山先生を中心に取り組んでいるところです(本号p6-7参照)。シートには、評価結果を産業医に渡して復職時の資料として活用できるというメリットもあると考えています。

南 何より客観的な評価指標の標準化は、職場と患者双方にとっても期待されることですね。

五十嵐 4番目は、プログラムの最終目標は再休職予防であるということです。そのためにも休職に至った要因を、患者さん自身で分析し認識しておいてもらうことが重要です。ところが経験的に患者さんは、外的要因(労働環境が悪い、上司との人間関係が悪い、家族内に悩みが

図 休職中のうつ病の回復と復職準備性



(メディカルケア虎ノ門作成)

ある、医者がちゃんと診てくれない、薬が合わないなど)については語るのですが、内的要因(自身の気質や性格、価値観、困った時の判断や苦手な状況に対する対処の仕方のくせなど)についてはあまり考えていません。しかし再休職の予防という観点からすると、外的要因という“敵”は復職後もいくらでもあるわけですから、内的要因の認識こそが鍵になります。また内的要因に対する認識は、プログラムで働きかける心理療法を受け入れる素地としても重要です。われわれのところではプログラムの前半で、なぜ休職に至ったのかについて自分自身で文章化させ、認識状況を把握した上で最終目標の再休職予防に必要なプログラムを進めていくようにしています。

病棟機能と外来機能を結ぶ治療モデル

南 先生の実践開始後、先ほどお話に出た「うつ病リワーク研究会」が発足するなど全国的にプログラムを学び導入する機運が高まっていますね。

五十嵐 研究会発足当時、プログラムの実施機関は全国で30施設ほどでしたが、それから1年半で63施設(平成21年11月現在)に倍増しました。クリニックはもちろん、病院もすでに相当数参入していますが、20万人という患者ニーズからするとまだまだ足りません。

南 二の足を踏む施設もあるようですが、今後の普及のポイントとしては、どのようなことが挙げられますか。

五十嵐 1つは集団でのプログラムですので、一定の利用者数が集まる環境を整える必要があります。そのためには周辺医療機関と上手に提携していく仕組みづくりが欠かせず、先ほど述べたように、リワークプログラムだけを提供する場合の医師同士の連携、デイケアスタッフと主治医のコミュニケーションをいかに円滑するかが重要です。うつ病リワークプログラムの必要性は今や広く認識されるようになってきており、精神科医以上に産業医からの紹介が増えており、それだけ会社が困っているという実態も見えてきます。そうしたさまざまな要因を踏まえ、連携のあり方について現在、研究会で研究課題の1つとして取り組んでいます。そこがスムーズになれば、一定の利用者が集まってくる仕組みもできると考えます。(リワークプログラム側から主治医・産業医への)フィードバックの方法を含めたフォームができれば配布していきたいと思っています。

南 うつ病リワークとしてのデイケアと、統合失調症のデイケアとでは、スタッフに対して求めるところも違うと思われそうですが、いかがでしょうか。

五十嵐 PSW、臨床心理士、看護師のなかで、集団を維持していくことは、看護師は必ずしも上手ではないように思います。彼らは集団よりも個別の対応に優れています。しかし、プログラムには個別の要素も必要ですから、

そこは看護師が担いながら職種間で連携していくことが大事ではないかと思います。またそういうセンスを持っている看護師は、病院のなかでも必ずいます。

南 うつ病リワークのほうが、より明確な結果が求められると思いますが、先生のところの結果はいかがですか。

五十嵐 現在、3～4年の経過をみた時点での再休職率はだいたい20%です。再休職率がそれぐらいに抑えられているのであれば非常にうまくいっていると言えるのではないかと思います。

南 現実的な話として、結果を出すにはやはりそれなりの人的資源やコストがかかると思います。プログラムの難易度も高いと思いますし、個別対応が非常に多く時間もかかります。診療報酬や運営面での経済性は見合うものなのでしょうか。

五十嵐 波及効果としての増患で多少のプラスはあると思います。しかしクリニックの場合は、新たなフロアの賃借料や人件費増で収入がとんでしまい、デイケアだけで採算を取るのには難しいですね。将来的には、診療報酬上の評価を日精協と協力して要望していきたいと思っています。

南 最後に、今後の導入を考えている先生方、スタッフの方にメッセージをいただけますか。

五十嵐 病院経営者の方には、この取り組みは病棟機能と外来機能をいかに結ぶかという1つのよいモデルであることをお伝えしておきます。入院治療と外来治療に連続性があり、薬物療法の不足分にリハビリを加味するという意味で、すごく良い治療モデルです。その取り組みが病院全体のレベルを上げ、地域における評判を上げていくという波及効果は決して少なくないでしょう。病院にいる臨床心理士はじめスタッフをリソースとして最大限活用する有効な手段だとも思います。

スタッフの方には、新しいフィールドだからこそ取り組む意欲を持ってほしい。「うつ病の作業療法なんて教えてもらっていない」とか「認知療法なんて学んでいない」などと言うのではなく、自分たちで新しいものを創り上げていくという気概を持ってほしいと思います。もちろん新しいフィールドだからこそ興味を持つスタッフも多く、われわれのところにも実践研修を兼ねてアルバイトにくる若い医師やスタッフが大量にいます。今後の彼らの活躍に期待をしています。

南 うつ病リワークプログラムは今後かなり普及が期待される治療であることは間違いありません。取り組む施設もますます増えていくことでしょう。

本日はありがとうございました。



南 良武
(みなみ よしたけ)