

第5回

うつ病リワーク研究会 年次研究会

The 5th Depression Rework Research Association Annual Meeting

テーマ **リワーク活動の充実に向けて**

プログラム・抄録集

〔会 期〕

平成24年4月21日(土)・22日(日)

〔会 場〕

東 医 健 保 会 館 (東京)

〔当番世話人〕

五十嵐良雄

(医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門)

目次

当番世話人ご挨拶	1
交通アクセス	2
会場案内図	3
研究会日程表(1日目)	4
研究会日程表(2日目)	5
プログラム(1日目)	6
プログラム(2日目)	10
参加者へのご案内	15
座長・演者へのご案内	18
総会資料	22
記念講演	31
メインシンポジウム	35
シンポジウム I	41
シンポジウム II	49
シンポジウム III	55
シンポジウム IV	61
産業医・産業保健スタッフ向けプログラム	67
ランチオンセミナー	73
一般演題(ポスター発表)	79
協賛企業	109

第5回うつ病リワーク研究会年次研究会 ご挨拶

当番世話人 五十嵐 良雄 医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

第5回うつ病リワーク研究会年次研究会を平成24年4月21日(土)、22日(日)の2日間、東医健保会館(東京都新宿区)で開催いたします。当研究会は、うつ病を中心とする精神疾患で仕事を休む方が増加するなか、これらの方々に対し職場に復帰し、さらに再休職を予防することを目的に実施するリハビリテーション、復職支援(リワーク)プログラム、について調査研究と普及啓発の活動を行っております。

最近では当研究会の会員でリワークプログラムを実施している医療機関も全国で110施設を超え、医療関係者のみならず企業関係者にもリワークについてだいぶ浸透してきているように感じます。

昨年の名古屋総会より当研究会の会員以外の方にもご参加いただくようになり、その流れを基に今回のテーマは「リワーク活動の充実に向けて」といたしました。様々な立場の方にご登壇いただき、より広い視点からリワーク活動を考える場となるようにプログラムを構成いたしました。

当研究会会員の皆様には、自院のリワークプログラムの活動報告などを発表できる場としてポスター発表を企画しました。また、当研究会ワーキンググループの経過報告や成果もポスター発表に加え、会員相互の情報交換の場となることを期待しております。

指定演題では、記念講演として神経研究所の広瀬徹也先生に「“逃避型抑うつ”再考-リワーク対象拡大のために-」をご講演いただきます。メインシンポジウムは現在進行中のアウトカム調査について外部委員会から報告をしていただき、マスコミ関係者やEAPなどの外部に方から当研究会の今後の活動への期待を語っていただきたいと思います。

シンポジウムは、リワークプログラムに関するはじめてのシンポジウムを企画しました。「認知行動療法」の利用例について会員より発表いただき、コメンテーターとして大野裕先生を迎え議論いたします。また、昨年の年次総会で取り上げた双極性障害や発達障害をテーマとしたシンポジウムも行い、より深化した内容を目指します。さらに、地域での連携をテーマとしたシンポジウムとしてリワーク施設と関連機関との連携について考える場を設定いたしました。

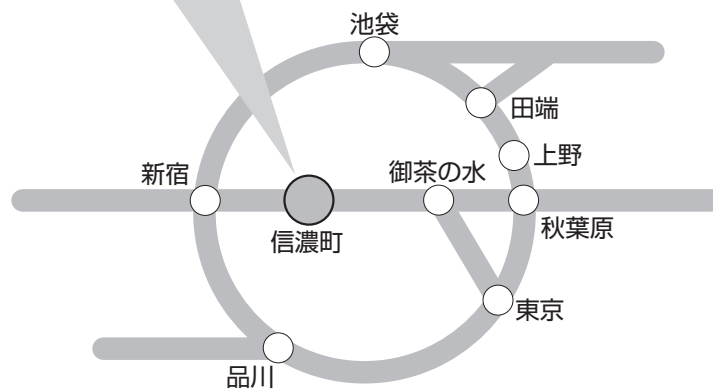
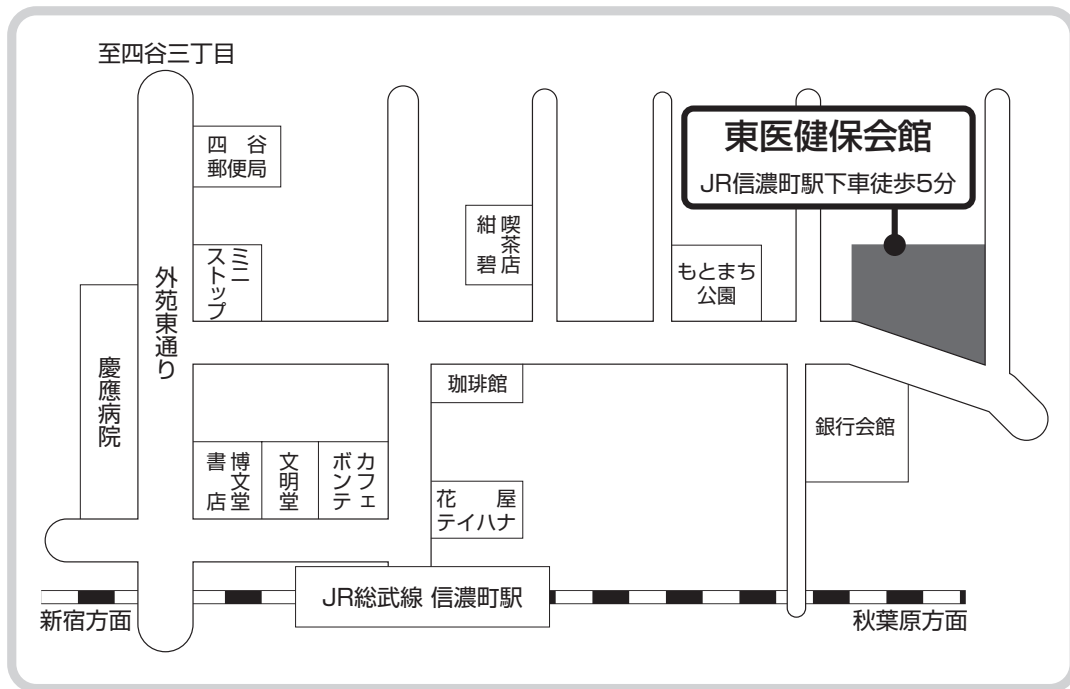
ランチョンセミナーでは、臨床診断の視点から「職場結合性うつ病」(加藤敏先生)、精神疾患のリハビリのトピックスである「認知リハビリテーション」(中込和幸先生)、心理臨床で注目されている「対人関係療法」(水島広子先生)、産業精神保健の領域から「メンタルヘルス疾患の労災認定基準の改定」(黒木宣夫先生)についてご講演いただきます。

はじめての試みとして産業医・産業保健スタッフの方々を対象としたプログラムとして「産業領域におけるリワークプログラムの使い方」を企画し、産業医や産業保健スタッフの方々の参加をお持ちしております。当研究会主催の研修会も対象者別に開設者・管理者向け、実際に1年以上リワークに携わっているスタッフ向け、これから携わる予定またはリワークに従事して間もないスタッフ向けの3コースを設定いたしました。

このような形で関係各位の力をお寄せいただき、医療従事者、産業保健関係者、企業の人事労務担当者、障害者職業センター、EAP関係者などうつ病を中心とした精神疾患からの復職支援に関係する多方面からのご参加いただく方々に役立つものとなるよう、主催者として準備してまいります。

多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

交通アクセス

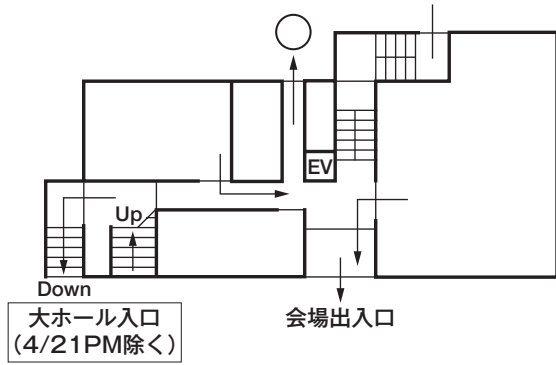


東医健保会館

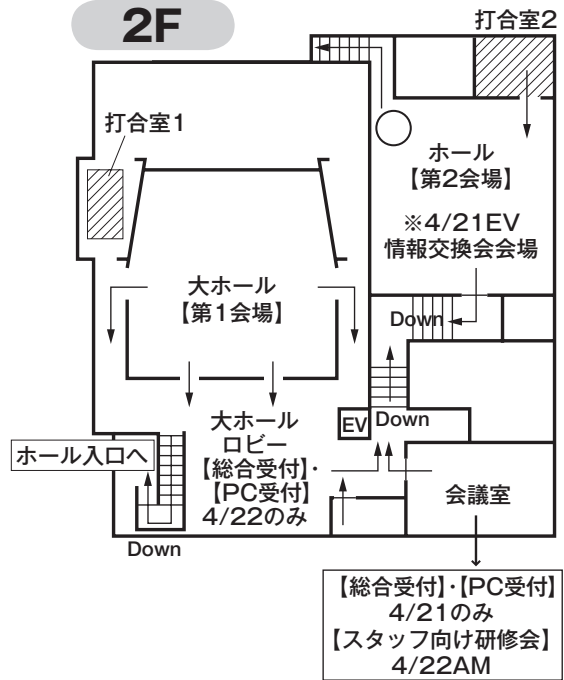
〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 TEL.03(3353)4311 FAX.03(3357)7553

会場案内図

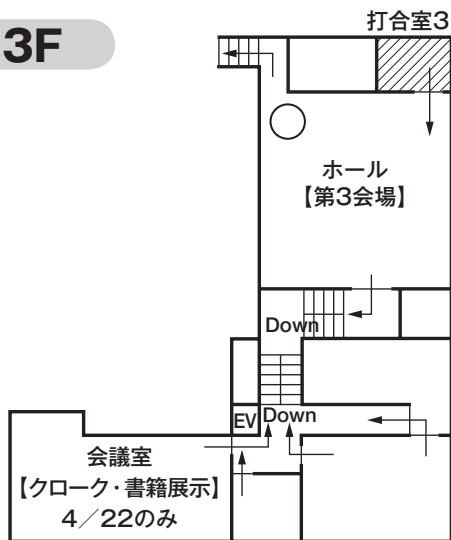
1F



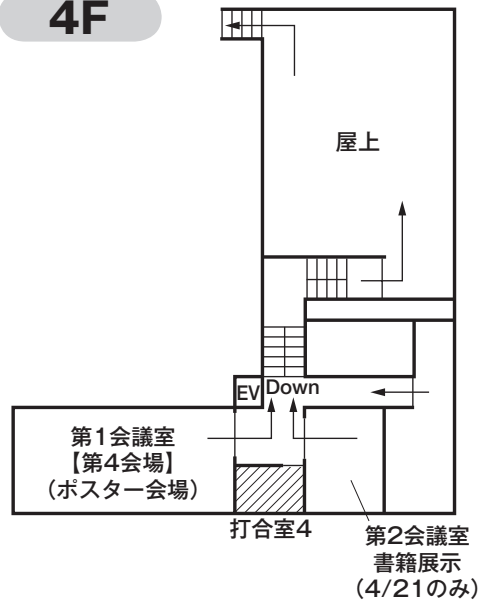
2F



3F



4F



第5回研究会日程表【4月21日(土)：1日目】

フロア	2階		3階	4階	
会場	【総合受付】 2階会議室	【第1会場】 大ホール	【第2会場】 2階ホール	【第3会場】 3階ホール	
7:30					
8:00					
8:30	8:30～ 参加受付		8:30～開場 (受付開始)		
9:00			9:00～10:30 (基礎コース) 医療従事者向け研修会		
9:30			講師： 1. 秋山 剛 (NTT東日本関東病院) 2. 横山太範 (さっぽろ駅前クリニック) 3. 飯島優子 (メディカルケア虎ノ門)		
10:00		9:45～9:55 開会、当番世話人挨拶 9:55～10:25 来賓挨拶			
10:30		10:25～11:10 記念講演 座長：五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) 演者：広瀬徹也 (財)神経研究所			
11:00		11:10～11:30 第5回総会			11:00～12:00
11:30					【ポスター貼付】
12:00			12:00～13:10 ランチョンセミナー1 (共催：クラクソ・スミスクライン) 座長：五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) 演者：加藤 敏 (自治医科大学)	12:00～13:10 ランチョンセミナー2 (共催：MSD) 座長：秋山 剛 (NTT東日本関東病院) 演者：中込和幸 (国立神経・精神医療研究センター)	12:00～16:00
12:30					ポスター閲覧 【13:00～14:52】 演題発表
13:00				13:20～16:20 シンポジウムI	
13:30		13:30～15:30 開設者・管理者向け研修会 講師： 1. 川淵孝一 (東京医科歯科大学) 2. 舟橋利彦 (仁大駅前クリニック) 3. 福島 南 (メディカルケア虎ノ門)	座長：秋山 剛 (NTT東日本関東病院) 尾崎紀夫 (名古屋大学大学院) シンポジスト： 1. 横山太範 (さっぽろ駅前クリニック) 2. 有馬秀晃 (品川駅前メンタルクリニック) 3. 森脇久視 (東京女子医科大学東医療センター) 4. 深間内文彦 (榎本クリニック) 5. 松原六郎 (財団法人松原病院) 6. 五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門)		
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30			16:40～開場 (受付開始)		
17:00			17:00～18:40		
17:30					
18:00			レセプション (情報交換会)		
18:30					
19:00					

第5回研究会日程表【4月22日(日)：2日目】

フロア	2階	3階	4階	2階			
会場	【総合受付】 大ホールロビー	【第1会場】 大ホール	【第2会場】 2階ホール	【第3会場】 3階ホール	【第4会場】 4階 第1会議室	2階会議室	
7:30							
8:00							
8:30	8:30~ 参加受付		8:30~開場 (受付開始)				
9:00			9:00~12:00 (基礎コース) 医療従事者向け研修会 講師： 1. 岡崎 渉 (NTT東日本関東病院) 2. 片桐陽子 (京都駅前メンタルクリニック)				
9:30						9:30~開場 (受付開始)	
10:00		10:00~12:00 メインシンポジウム 座長：五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) シンポジスト： 1. 山内慶太 (慶應義塾大学大学院) 2. 阪田英也 (日経BP社) 3. 市川佳居 (ピースマインド・イーブ(株)) 4. 加賀信寛 (障害者職業総合センター)		10:00~12:00 産業医・産業保健スタッフ 向けプログラム 座長： 尾崎紀夫 (名古屋大学大学院) 演者： 1. 森崎美奈子 (元帝京平成大学) 2. 中村 純 (産業医科大学) 3. 吉野 聡 (筑波大学)	10:00~11:30	10:00~11:50 (実践コース 経験者向け) 医療従事者向け研修会 講師： 横山太範 (さっぽろ駅前クリニック)	
10:30							
11:00							
11:30						【ポスター貼付】	
12:00						11:30~15:30 ポスター閲覧	
12:30						【13:00~14:52】 演題発表	
13:00		12:15~13:25 ランチョンセミナー3 (共催：MeijiSeikaファルマ) 座長：五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) 演者：黒木宣夫 (東邦大学佐倉病院)	12:15~13:25 ランチョンセミナー4 (共催：ファイザー) 座長：尾崎紀夫 (名古屋大学大学院) 演者：水島広子 (水島広子こころの健康クリニック)				
13:30							
14:00		13:40~16:00 シンポジウムII 座長：五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) シンポジスト： 1. 小林正子 (東京障害者職業センター) 2. 松山公一 (富士通株式会社) 3. 楳林理一郎 (湖南クリニック) 4. 口羽謙二 (港区医師会副会長)	13:40~15:40 シンポジウムIII 座長・コメンテーター： 大野 裕 (国立精神・神経医療研究センター) シンポジスト： 1. 伊藤光宏、佐藤葉月 (一陽会病院) 2. 鈴木文子 (あつぎ心療クリニック) 3. 石川いずみ (メディカルケア虎ノ門)	13:40~15:40 シンポジウムIV 座長： 大嶋正浩 (メンタルクリニック・タタ) シンポジスト： 1. 五十嵐美紀 (昭和大学鳥山病院) 2. 大村豊 (愛知県立城山病院) 3. 大嶋正浩 (メンタルクリニック・タタ) 4. 大濱伸昭、加藤祐介 (さっぽろ駅前クリニック)			
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30							
19:00							

プログラム【4月21日(土)：1日目】

第1会場

9:45~9:55

開会挨拶

当番世話人：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

9:55~10:25

来賓挨拶

野村総一郎（防衛医科大学校）

大野 裕（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）

10:25~11:10

記念講演

“逃避型抑うつ”再考－リワーク対象の拡大をめざして

座長：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

演者：広瀬徹也（公益財団法人 神経研究所・晴和病院）

11:10~11:30

第5回総会

第2会場

9:00~10:30

(基礎コース) 医療従事者向け研修会

■ 講師

1. 挨拶

秋山 剛（NTT東日本関東病院）

2. うつ病リワークプログラムの現代的意義、経緯と背景

横山太範（医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）

3. うつ病に関する心理教育、プログラム作成のポイント

飯島優子（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

12:00~13:10

ランチョンセミナー1（共催：グラクソ・スミスクライン株式会社）

職場結合性双極性障害および職場結合性うつ病の病態と治療

座長：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

演者：加藤 敏（自治医科大学 精神医学教室）

13:30~15:30 開設者・管理者向け研修会

■講師

1. 川渕孝一（東京医科歯科大学大学院医療経済学分野）
2. 舟橋利彦（医療法人明心会 仁大病院）
3. 福島 南（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

17:00~18:40 レセプション（情報交換会）

第3会場

12:00~13:10 ランチョンセミナー2（共催：MSD株式会社）

精神疾患に対する認知リハビリテーションの理論と実践

座長：秋山 剛（NTT東日本関東病院）

演者：中込和幸（国立精神・神経医療研究センター）

13:20~16:20 シンポジウム I

疾患に応じた個別的処遇の必要な場合①

双極性障害の社会心理教育シンポジウム

座長：秋山 剛（NTT東日本関東病院）

尾崎紀夫（名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野）

■シンポジスト

1. 臨床症状、診断、治療全般について
横山太範（医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）
2. 心理社会教育の概念と方法
有馬秀晃（品川駅前メンタルクリニック）
3. 疾病への気づき
森脇久視（東京女子医科大学東医療センター精神科）
4. 服薬アドヒアランスと物質関連障害への対応
深間内文彦（医療法人社団榎会 榎本クリニック）
5. エピソードへの早期の気づき
松原六郎（財団法人松原病院）
6. ストレス・コントロールと普段の生活での意思決定、
そして終結と心理教育の効果
五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

第4会場

13:00~14:52 一般演題（ポスター発表）

■調査・研究1

座長：加藤和子（医療法人生々堂厚生会 さくら・ら心療内科）

- P-01 うつ病者の復職後の傾向分析 (SDS検査を利用して)
森山美紀（中村古峽記念病院）
- P-02 地域連携に関するリワーク施設のスタッフの役割について
横山正幹（さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）
- P-03 リワークプログラムにおける集団認知行動療法
ーリワークプログラムの標準化に向けてー
石川いずみ（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

■リワークの実践、取り組み、経緯1

座長：白井麻理（小石川メンタルクリニック）

- P-04 気分障害による失職者への復職支援プログラム
～地方クリニックでの試み～
豊倉怜奈（武井内科クリニック）
- P-05 復職トレーニング専門デイケアに関する実践報告
船越香栄（京都駅前メンタルクリニック バックアップセンター・きょうと）
- P-06 リワークにおける集団を利用した再発防止への取り組み
安間香織（医療法人慶神会武田病院 リハビリテーション科デイケア）

■プログラムの効果、試み1

座長：武田龍太郎（医療法人社団慶神会 武田病院）

- P-07 リワークプログラムにおける治療的な機能をもつ
新評価制度の構築
飯島優子（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
- P-08 リワーク1年目の心理教育プログラムの取り組み
ーアンケート調査をもとにした効果的なプログラムのあり方についての検討ー
岡田 敦（財団法人信貴山病院分院 上野病院）

- P-09 リワークプログラムにおける芸術行動療法
(和太鼓プログラム) の効果
三浦ユミ (榎本クリニック うつ・リワークサポートセンター)

■ リワークの実践、取り組み、経緯 2

座長：三木秀樹 (医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院)

- P-10 リワークでの復職可能とする判断基準について
小田英男 (晴和病院)
- P-11 入院から外来に至る総合的リハビリテーションにより安定した
職場復帰が可能となった双極性障害患者の一例
池田沙弥香 (医療法人亀廣記念医学会 関西記念病院)
- P-12 うつ病患者へのリワークプログラムの試み
—新しい生き方の獲得の援助に着目して—
山口直美 (つくば木の花クリニック)

■ その他

座長：阿部哲夫 (医療法人社団讃友会 あべクリニック)

- P-13 復職支援プログラムの効果と予後の困難
落合幹恵 (医療法人和心会 あらたまこころのクリニック)
- P-14 うつ病患者の食生活と症状の関連
野口律奈 (ひもろぎ心のクリニック)

プログラム【4月22日(日)：2日目】

第1会場

10:00~12:00 メインシンポジウム

リワーク活動の充実のための条件

座長：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

■シンポジスト

1. リワーク・プログラム利用者の予後調査に関する報告
山内慶太（慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科）
2. ジャーナリストから見たうつ病治療とリワークの課題
阪田英也（日経BP社 21世紀医療フォーラム）
3. EAP（利用を勧める立場）から
市川佳居（ピースマインド・イーブ株式会社 国際EAP研究センター）
4. 精神科医療機関と職業リハ機関が連携した復職支援技法開発と
連携モデル構築のための試行的取り組み
加賀信寛（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター）

12:15~13:25 ランチョンセミナー3（共催：MeijiSeikaファルマ株式会社）

心理的負荷による精神障害の認定基準について
～労災認定の動向と見直しに関して～

座長：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

演者：黒木宣夫（東邦大学医療センター佐倉病院 精神神経医学研究室）

13:40~16:00 シンポジウムⅡ

地域での連携

座長：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

■シンポジスト

1. 地域障害者職業センターが行う職場復帰支援における
医療機関との連携の現状
～医療機関との密な連携をとった事例から～
小林正子（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 東京障害者職業センター）
2. 企業の復職支援におけるリワーク機関との連携
松山公一（富士通株式会社 健康推進本部 メンタルヘルスサービスセンター）

3. 地域における産業精神保健ネットワークとリワーク
～地方都市における経験から～
植林理一郎（湖南クリニック）
4. 港区における「うつ病地域連携パス」の在り方について
口羽謙二（東京都港区医師会 副会長）

第2会場

9:00～12:00 (基礎コース) 医療従事者向け研修会

■講師

1. 評価方法のポイント
岡崎 渉（NTT東日本関東病院）
2. スタッフのかかわり、アクシデントへの対応
片桐陽子（京都駅前メンタルクリニック バックアップセンター・きょうと）

・グループディスカッション

12:15～13:25 ランチョンセミナー4（共催：ファイザー株式会社）

リワークに対人関係療法の視点を生かす

座長：尾崎紀夫（名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野）
演者：水島広子（水島広子こころの健康クリニック
（対人関係療法専門）、慶應義塾大学医学部）

13:40～15:40 シンポジウムⅢ

リワークプログラムにおける認知行動療法とは

座長・コメンテーター：

大野 裕（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）

■シンポジスト

1. リワークプログラム卒業者は認知行動療法を
実際にどう生かしているか？
伊藤光宏、佐藤葉月（社会医療法人一陽会 一陽会病院）
2. リワークデイケアにおける集団認知行動療法の実際とその課題
鈴木文子（医療法人社団青木末次郎記念会 あつぎ心療クリニック）
3. 復職・再休職予防を目的とした集団認知行動療法のあり方
石川いずみ（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

2F会議室

10:00~11:50

(実践コース 経験者向け) 医療従事者向け研修会

リワークにおいてうつ病以外で抑うつ症状を伴う精神疾患
(双極性障害、発達障害、パーソナリティ障害、軽度の統合
失調症等)の参加者への対応について

講師:

横山太範 (医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ)

- ・ 講義、論点整理
- ・ グループディスカッション (事例検討)

第3会場

10:00~12:00

産業医・産業保健スタッフ向けプログラム

産業領域におけるリワークプログラムの使い方

座長: 尾崎紀夫 (名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野)

■ 演者

1. 産業保健現場での課題とリワークプログラムの必要性に関して～
産業保健スタッフの立場から
森崎美奈子 (京都文教大学大学院、(元)帝京平成大学大学院)
2. うつ病の人が復職する時の目安ーリワークプログラムのニーズ
中村 純 (産業医科大学医学部精神医学教室)
3. 精神科産業医から見たリワークプログラムの有効性と課題
吉野 聡 (筑波大学 医学医療系、医療法人白翔会 浦和神経サナトリウム)

13:40~15:40

シンポジウムⅣ

疾患に応じた個別的処遇の必要な場合②

発達障害

座長: 大嶋正浩 (医療法人社団至空会 メンタルクリニック・ダダ)

■ シンポジスト

1. 発達障害専門デイケアにおける支援の実際
五十嵐美紀 (昭和大学附属烏山病院)
2. 発達障害をもつ方への支援の試み
ーピアカウンセリングとソーシャルネットワークワーキングサービスー
大村 豊 (愛知県立城山病院)

3. 発達障害者の就労支援における様々な問題
大嶋正浩（医療法人社団至空会 メンタルクリニック・ダダ）
4. 復職デイケアの一環としての成人の広汎性発達障害を
対象としたミューチャルコミュニケーションプログラムの概要
大濱伸昭、加藤祐介
（医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）

第4会場

13:00~14:52 一般演題（ポスター発表）

■調査・研究2

座長：深間内文彦（医療法人社団榎会 榎本クリニック）

- P-15 教育システム開発に関する研究第1報；
研修内容・方法に関する検討
飯島優子（医療法人社団雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
片桐陽子（京都駅前メンタルクリニック バックアップセンター・きょうと）
岡崎 渉（NTT東日本関東病院精神科）
- P-16 EAP機関とリワーク施設の連携に関する実態調査
牧 宏一（さくら・ら心療内科）
- P-17 「リワークプログラムにおける失職者への支援の在り方に関する
アンケート調査」結果の報告
森 勇人（医療法人社団雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
- P-18 リワークプログラムの復職後の長期予後に対する
効果研究中間報告
大木洋子（外部委員会）

■プログラムの効果、試み2

座長：三木和平（医療法人社団ラルゴ 三木メンタルクリニック）

- P-19 リワークデイケアにおけるSSTの活用と有用性について
加藤祐介（医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）
- P-20 うつ病患者を対象とした復職支援のための集団認知行動療法の効果
清水 馨（小石川メンタルクリニック）

- P-21 リワークプログラムのなかでの音楽療法の試み
山本智美（響ストレスケア～こころとからだの診療所）
- P-22 リワークデイケアにおけるキャリア・プログラムの
サービス品質評価の試み
小澤咲子（ひもろぎ心のクリニック）

■ リワークの実践、取り組み、経緯 3

座長：佐々木一（医療法人社団爽風会 佐々木病院）

- P-23 リワークプログラムを実施している精神科医療機関と職リハ機関が
連携した復職支援技法開発の取り組み
～精神科リハと職業リハの連携態様に関する検討と試行～
萩原健司（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
- P-24 薫風会山田病院でのリワークDCの歩みと問題点
～クリニックへの移転
河野純子（薫風会山田病院 精神科）
- P-25 オフィス的リワークから畑運営プロジェクトへ
近藤伸介（医療法人社団KNI 北原リハビリテーション病院）

■ スタッフの役割、関わり

座長：河野耕三（医療法人社団一誠会 河野医院）

- P-26 復職に向けて看護師としての自尊感情を高める関わり
～支持的な支援を通して自己受容を促す看護～
広瀬友美（響ストレスケア～こころとからだの診療所）
- P-27 個別型復職支援の中のPSWの役割
～職場調整が有効に働いた事例を通して考察する～
山本智恵（特定医療法人 富尾会 桜が丘病院）
- P-28 小規模リワーク（デイケア）におけるスタッフ交代の影響を
いかに減らすか - 治療の構造化の必要性 -
義村 勝（ストレスケア義村クリニック）

参加者へのご案内

1 参加登録（当日登録のみ）

- ・受付場所 ※1日目と2日目の受付場所が異なりますのでご注意ください。
4月21日(土) 東医健保会館 2F 会議室
4月22日(日) 東医健保会館 2F 大ホールロビー
- ・受付時間
4月21日(土) 8:30～16:30
4月22日(日) 8:30～15:30
- ・参加費
会 員：6,000円
非会員：7,000円

(1) 「参加申込書」に必要事項を明記下さい。

会 員

プログラム・抄録集に綴じ込んでおります。事前に用紙に必要事項を明記の上、参加当日ご持参下さい(事前登録していただいている方は不要です)。

非会員

会場受付に設置しております用紙に必要事項をご記入下さい。

- (2) 受付にて「参加申込書」を提出していただき、参加費を現金でお支払い下さい。
- (3) 引き換えにネームカード（カードホルダー付）とプログラム・抄録集をお渡し致します。
- (4) 記名台にてお渡し致しましたネームカードに所属・氏名をご記入下さい。
- (5) ネームカードをカードホルダーに入れ、会場内では必ず着用して下さい。

事前登録の方へ

事前にプログラム・抄録集と一緒にネームカード（カードホルダー付）を同封しております。予めネームカードに所属・氏名をご記入の上、来場の際は必ず着用の上入館していただきますようお願い致します。

※研修会参加者（医療従事者向け研修会・開設者・管理者向け研修会）はネームカードにシールを貼り付けております。

- ・医療従事者向け 基礎コース 青色
- ・医療従事者向け 実践コース 緑色
- ・開設者・管理者向け研修会 黄色

《ご注意》

パソコン上より事前登録をしていただいた方で、4月6日(金) 17時以降ご入金の確認できない場合は当日登録扱いとなります事をご了承下さい。

2 単位取得について

■ 日本医師会認定産業医制度における更新(生涯研修)のための単位

(1) 単位取得方法

「産業医学研修手帳(2)」(こげ茶の表紙)あるいは当該手帳の写し(日本医師会認定産業医制度番号が分かるもの)を必ず持参して下さい。

※紛失等により当該手帳をお持ちでない場合、ご本人がご所属の各都道府県医師会までお問合せ下さい。

※当日会場での発行はできませんので、事前のご準備をお願い致します。

当日会場の「日本医師会認定産業医制度 指定研修会受付」にて、受付をお願い致します。

下記指定研修会の開始前に必ず受付をお済ませ下さい。

※開始前に受付がお済みでない場合、単位の認定が出来ませんのでご注意下さい。

(2) 指定研修会(単位の対象となるプログラム)

①平成24年4月22日(日)10:00~12:00 2Fホール【第2会場】

産業医・産業保健スタッフ向けプログラム

「産業領域におけるリワークプログラムの使い方」

②平成24年4月22日(日)13:40~15:40 2Fホール【第1会場】

シンポジウムⅡ「地域での連携」

上記2講座受講で3単位取得となります。

3 プログラム・抄録集

会員及び事前登録の方には事前に配布しておりますので、当日会場までご持参下さい。

購入希望の方は1冊1,000円で販売致します。

4 レセプション(情報交換会)

期 日: 4月21日(土) 17:00~18:40

会 場: 東医健保会館 2Fホール【第2会場】

会 費: 3,000円

※参加者の方は赤色のシールを貼付します(事前登録で参加費を納入されている方は貼付済み)。

5 会場内でのご協力とお願い

(1) 個人情報保護の観点から講演(ポスター)会場内において、許可なく発表内容の撮影・録画・録音等は禁止させていただきます。

(2) 講演(ポスター)会場内での携帯電話・スマートフォン等については、予めマナーモードにしてください。また、講演会場内でのパソコンのご使用はお控え下さい。

6 会場内設備について

(1) クローク

4月21日(土)のクローク設置はございません。予めご了承下さい。

4月22日(日)は3F会議室に仮設クロークを設置致します。

開設時間：8：30～16：00

※貴重品・傘のお預けはご遠慮下さい。

(2) 呼出し業務

原則として呼出し業務は行いません。

(3) 紛失物に関して

会期中の忘れ物・落し物につきましては受付にて保管致します。

(4) 託児室

ご用意がございません。予めご了承下さい。

(5) 喫煙スペース

1F出入口真下に喫煙コーナーがございます(館内はすべて禁煙です)。

7 各種会議・委員会

・うつ病リワーク研究会第5回総会(会員対象)

4月21日(土) 11：10～11：30 2F大ホール【第1会場】

8 研究会関連行事

■ 4月21日(土)

(基礎コース) 医療従事者向け研修会

会場：2Fホール【第2会場】

時間：9：00～10：30

【講師】

1. 秋山 剛 (NTT東日本関東病院)
2. 横山太範 (さっぽろ駅前クリニック)
3. 飯島優子 (メディカルケア虎ノ門)

開設者・管理者向け研修会

会場：2Fホール【第2会場】

時間：13：30～15：30

【講師】

1. 川渕孝一 (東京医科歯科大学)
2. 舟橋利彦 (仁大駅前クリニック)
3. 福島 南 (メディカルケア虎ノ門)

■ 4月22日(日)

(基礎コース) 医療従事者向け研修会

会場：2Fホール【第2会場】

時間：9：00～12：00

【講師】

1. 岡崎 渉 (NTT東日本関東病院)
2. 片桐陽子 (京都駅前メンタルクリニック)

(実践コース) 医療従事者向け研修会

会場：2F会議室

時間：10：00～11：50

【講師】

横山太範 (さっぽろ駅前クリニック)

※上記研修会はすべて事前予約制です。予約を完了された方のみご参加できます。

9 次回(第6回)年次研究会開催案内(予定)

当番世話人：秋山 剛 (NTT東日本関東病院)

開催期日：平成25年4月27日(土)・28日(日)

会場：砂防会館(シェーンパッハ・サポー)(東京都千代田区)

テーマ：リワークとネットワーク

1 座長へのご案内

共通

予めプログラム時間をご確認の上、設定された時間内で発表や討論が円滑に進行するようにご配慮下さい。

■ 口演発表ご担当の方へ

- (1) ご担当セッション開始15分前までに会場の正面右手前方にあります、「次座長席」にご着席下さい。
- (2) 各会場に進行係が常駐し、各演者の発表・討論時間を計測致します。持ち時間が経過した場合はベルを鳴らしますので、進行が遅れないようにご協力をお願い致します。

■ ポスター発表ご担当の方へ

- (1) セッション開始時刻の15分前までに、発表会場（4F第1会議室【第4会場】）にお越し下さい。座長リボンをお渡し致します。
- (2) 座長ご担当前にスタッフより指示棒2本をお渡し致します。1本は座長用、1本は演者にお渡し下さい。
- (3) マイクの用意はございません。演者の声が小さい場合は大きな声で発表していただくようご案内をお願いします。
- (4) ポスター発表の進行に関しては座長にご一任致します。時間厳守のご協力をお願いします。

※1 演題あたり 発表：5分+質疑応答3分の計8分となります。

2 発表者へのご案内

共通

- (1) 発表者は必ず参加登録を済ませた上で発表して下さい。
- (2) 倫理的配慮
 - 1) 発表時に具体的な内容で言及して下さい（例：倫理委員会の許可、文書同意、口頭同意など）。
 - 2) 発表データの取り扱い
個人情報保護の観点から、発表する内容は患者様・関係者等、特定ができる情報を表示しないようご配慮下さい。特に画像・動画等明らかに人物を特定できる提示をせざるを得ないものにつきましては、必ず対象者ご本人の同意が得られている事が前提となります。

■ 口演演者の方へ ※一般（ポスター）演題発表を除くすべて

- (1) 発表はすべてPCによるプレゼンテーションとなります。
※35mmスライド及びビデオでの発表は出来ませんので予めご了承下さい。
- (2) 事前の発表データ作成について
 - 1) 当日会場での対応アプリケーションはWindows版Microsoft Power Point（2003/2007/2010）となります。
 - 2) 文字フォントはPowerPointに設定されている標準的なフォントをご使用下さい（特殊フォントの使用は控えて下さい）。
推奨フォント：日本語…MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
英 語…Century、Century Gothic
 - 3) 作成した発表データはUSBメモリーまたはCD-R（RWは不可）に保存して、当日PC受付にお持ち下さい。

※USBまたはCD-Rは事前にウイルスチェックを行ったうえでデータを保存願います。また、保存したデータは別のパソコンでコピーをしていただき、正常に再生される事をご確認下さい。

4) 保存したデータはファイル名にセッション名(タイトル不要)+氏名を必ず入力して下さい。
例) シンポジウムⅠ→シンポⅠ(氏名)

5) PowerPoint 以外のソフト及びMacintosh で作成されたデータは、パソコン本体をお持込み下さい。

※Macintosh を使用する場合は、必ず付属の変換コネクタもご用意下さい。

6) モニター出力端子はVGA ケーブル(D-sub15)を準備します。それ以外は受付できかねますのでご注意下さい。

(3) PC 受付において

1) ご自身のセッション(発表時間ではありません)開始30分前までに受付を行い、データチェックをお願いします。

2) お預かりしたデータは研究会終了後、事務局側で責任を持って消去致します。

パソコンをお持込みされる方へ

1) パソコンに保存されたデータの紛失を防ぐため、発表データは必ずUSB またはCD-R (RW は不可)にバックアップ用として予め保存し、当日持参して下さい。

2) ACアダプターを必ずご用意下さい。

3) Macintosh を使用する場合は、必ず付属の変換コネクタをご用意下さい。

4) スクリーンセーバー、省電力設定及びパスワード設定は事前に解除して下さい。

※パソコン本体は受付で確認終了後、発表会場のPCオペレーター席でお預かり致します。

なお、返却は会場内のPCオペレーター席で行いますので、終了後必ずお引き取り下さい。

(4) 発表において

1) 講演台には操作用のマウスとキーボードをご用意しております。演者ご自身で操作をお願いします。

※お持込みされたパソコンはPCオペレーター席にてプロジェクター接続を行います。そのため講演台には設置されませんので予めご了承下さい。

2) 発表時間は時間厳守をお願いします。持ち時間(質疑応答時間含む)が経過した場合はベルを鳴らしますので、進行が遅れないようにご協力をお願い致します。

3) 各セッションの発表時間は以下の通りです。

※記載のないセッションは当日座長の進行指示に従って下さい。

セッション名	セッション時間	1人当たり発表時間 (質疑応答含む)	総合討論
メインシンポジウム	120分	25分	20分
シンポジウムⅠ	180分	20分	60分 (調整時間含む)
シンポジウムⅡ	140分	30分	20分
シンポジウムⅢ	120分	30分 (コメント・質疑10分含む)	30分
シンポジウムⅣ	120分	20分	40分
産業医・産業保健 スタッフ向けプログラム	120分	30分	30分

■ 一般（ポスター）演題発表の方へ

(1) 事前の発表データ作成について

※ポスター文字のポイント（pt）については下記を参考に作成をお願いします。

1) 演題名、氏名、所属貼付部分寸法：縦20cm、横70cm

・演題名の文字：144pt 以上（2行にわたる場合は100pt 以上）

・氏名、所属の文字：72pt 以上

2) 本文（ポスター）貼付部分寸法：縦160cm、横90cm

・文字は出来る限り30pt 以上

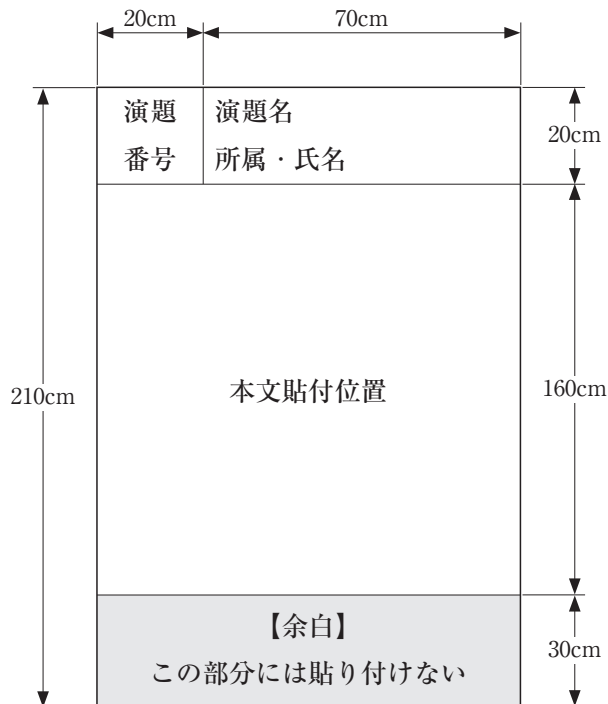
※最上段に目的と結論を掲示し、発表内容を高さ160cm、幅90cm の間に収まるようにグラフ、写真、カラー資料等を提示して下さい（A0サイズを目安にして下さい）。

(2) ポスター貼付時間：

■ 4月21日（土）発表の方：4月21日（土）11：00～12：00

■ 4月22日（日）発表の方：4月21日（土）11：00～12：00 または 4月22日（日）10：00～11：30

(3) ポスター会場内の展示パネルに演題番号を確認の上、貼付して下さい（下図参照）。



(4) 発表会場に来場されましたら、発表用リボンを受け取って下さい。なお、4月22日（日）発表者は発表当日にリボンをお渡し致します。

(5) 貼付のための画鋏及び演台番号は事務局で用意します（各パネルに用意）。

(6) 貼付の為の椅子を数か所に設置しますのでご利用下さい。

(7) 発表日時

■ 4月21日（土）13：00～

■ 4月22日（日）13：00～

※詳細の時間はプログラムを参照下さい。

(8) ポスター撤去時間

■ 4月22日(日) 15:00~16:00

※撤去時間以降放置されたポスターは、事務局にて処分(破棄)させていただきますので予めご了承下さい。

■ 発表において

- (1) 発表者はご自身の発表セッション(群)開始15分前までにご自身のポスター前にお越し下さい。
- (2) 発表時間は5分、質疑応答時間は3分です。マイクの用意はございません。
- (3) 発表は時間内に終了するように簡潔にお願いいたします。また、発表終了後も参加者との質疑応答、情報交換ができるように、ポスターパネルの前でしばらく待機して下さい。
- (4) 発表順は、各セッション内で座長の意向や発表中止等により多少変更する場合がありますので、各セッション開始時には余裕を持って会場へお集まり下さい。

※当日の演者変更の場合は、発表前に会場内の進行係へご連絡下さい。また、発表の際に演者変更案内していただきますようお願い致します。

總會資料

うつ病リワーク研究会 平成23年度活動報告

会員数

平成24年3月31日現在

正会員 復職支援のためのプログラムを実施する医療機関に勤務している医師および医療従事者

119医療機関 426名

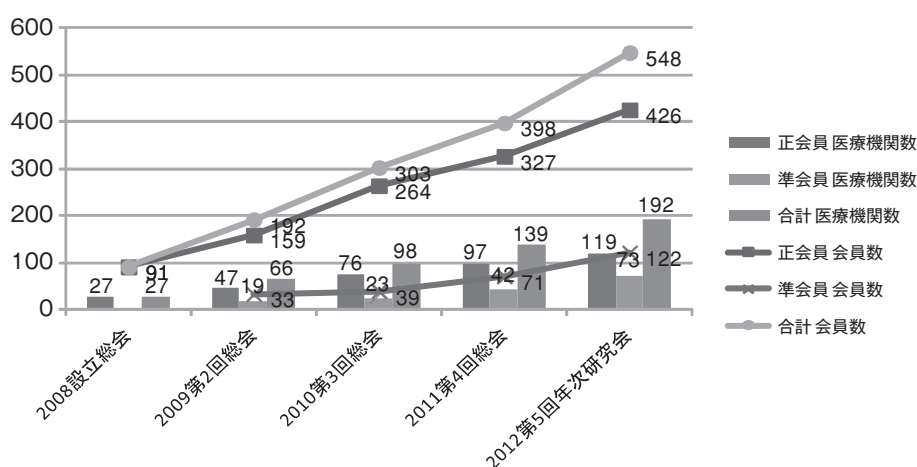
(第4回総会時より22医療機関、99名増)

準会員 勤務している医療機関で復職支援のためのプログラムを実施していないが、関心を持つとともに将来実践する予定のある医師および医療従事者

73医療機関 122名

(第4回総会時より31医療機関、51名増)

基準日	会員数		正会員		準会員		合計	
	医療機関数	会員数	医療機関数	会員数	医療機関数	会員数	医療機関数	会員数
2008設立総会	27	91					27	91
2009第2回総会	47	159	19	33			66	192
2010第3回総会	76	264	23	39			98	303
2011第4回総会	97	327	42	71			139	398
2012第5回年次研究会	119	426	73	122			192	548



活動実績

2011年 4月9日 福島県会員医療機関訪問

4月23日 医療従事者向け研修会開催 (名古屋大学医学部附属病院)

4月24日 第4回総会開催 (名古屋大学医学部附属病院)

6月19, 20日 第16回日本精神神経科診療所協会神奈川大会

6月4日 第12回日本医学会公開フォーラム (東京)

6月9日 第52回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 (横浜)

6月10日 「うつ病リワークプログラムの続け方」出版

7月1, 2日 第18回日本産業精神保健学会 (東京)

7月14, 15日 第39回日本精神科病院協会精神医学会（札幌）
7月28日 神奈川県精神科病院協会・神奈川県精神・神経科診療所協会
合同講演会（横浜）
7月16, 17日 第11回日本外来精神医療学会（東京）
9月2日、3日 第9回日本スポーツ精神医学総会・学術総会（東京）
9月22～24日 日本デイケア学会第16回年次大会名古屋大会
10月26, 17日 第107回日本精神神経学会学術総会（東京）
11月20日 医療従事者向け研修会開催（東京）

2012年

2月18, 19日 （社）日本臨床心理士会 全国定例職能研修会Ⅳ（神戸）
3月8, 9日 第15回心理教育・家族教室ネットワーク全国研究集会（浜松）
4月21, 22日 第5回年次研究会
世話人会3回開催（5月22日、9月4日、12月11日）
ワーキングチーム研究会議4回開催（7月23日、10月9日、11月26日、1月14日）
予後調査 中間報告会議開催（8月6日）
会報5回発行（4月3日、6月15日、9月21日、12月22日、3月7日）

研究活動

厚生労働省障害者対策総合研究事業（精神障害分野）（平成23年度）

「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」

主任研究者：秋山剛

社団法人日本精神神経科診療所協会 第4回「田中健記念研究助成事業」（平成23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 産業医学調査研究助成（平成23年度）

「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：五十嵐良雄等

リワーク患者の会・家族の会に関する調査（平成23年3～4月実施）

EAP機関・リワーク施設の連携に関する実態調査（平成24年2～3月実施）

リワークプログラムにおける失職者への支援の在り方に関する調査（平成24年2～3月実施）

地域連携に関するリワーク施設のスタッフの役割に関する調査（平成24年2～3月実施）

啓発活動

出版活動 6月10日 南山堂 秋山剛世話人監修 うつ病リワーク研究会著

「リワークプログラムの続け方」

平成24年度の活動方針ならびに今後の方向性

平成20年3月に発足した本会は、4年間の活動を通じて一定の成果を挙げるとともに、会員も増えて現在では正会員が119医療機関、準会員が73医療機関で、正会員と準会員を合わせた会員数が約550名となりました。

このことは、時代の要請としてリワークプログラムが有効な治療として位置づけられつつあることを示すものである一方で、今後は私たちの行っているリワーク活動の内容が更に問われる時代となっています。

今年度より学術的な発表の場を年次研究会として開催することとし、豊富な内容を目指し一般演題もポスター発表として発表していただく場を作ります。昨年度は標準化プログラムを広めていくために、研修体制を充実させる資料を作成しましたが、今年度は画像を使った教材の開発を計画し、東京以外の地域での研修会も企画しております。更に一昨年度より実施しているプログラム利用者の予後調査も進んでおり、プログラムの有効性を実証することを通し、精神科医療の中でのリワークの位置付けを確かなものとしていく研究活動も行っています。また、今年度はリワーク施設の全国への浸透をより一層浸透させるために、再会員施設のない県におけるリワーク活動の啓発普及を目的とした講演会を、本研究会が主導して実施したいと考えております。

平成24年4月21日

代表世話人 五十嵐良雄

うつ病リワーク研究会 平成24年度事業計画

A. 研究調査活動

1. リワークプログラム利用者の予後調査研究（厚生労働科学研究、日精診田中健記念助成）
2. スタッフおよび管理者のための教育システムの開発と標準的なリワークプログラム教育ビデオの作製（厚生労働科学研究）
3. 定期基礎調査：平成24年9月頃、会員施設の概要やプログラムに関する情報を最新のものに修正、HP上での施設紹介に反映
4. その他、必要な調査等に関しては適時実施

B. 啓発活動

1. 医療機関向け研修会：初級編、実践編 年2回、東京、関西地区
2. 医療機関向け研修会：開設者・管理者向け研修会：年1回、東京
3. 産業医向け研修会：東京等
4. 地域啓発普及事業：正会員のいない県でのリワーク普及に向けた講演会の開催
5. 学会活動：日本精神神経学会、日本産業精神医学会、日本精神科診療所協会学術研究会、日本外来精神医療学会、日本デイケア学会、世界精神医学会（プラハ）など
6. 講演会活動：各地の要請により実施
7. 出版：“Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder”（Colom F, Vieta E 著）, Cambridge University Press 『双極性障害の心理教育マニュアル(仮題)』（医学書院）

C. 今後のあり方

1. 組織：世話人の増員（2人 関西地区、九州地区）
2. 活動内容：リワーク活動の機能評価、学術集会、研修会、研究などに関して
3. 事務局機能の充実

D. 会議

1. 世話人会：年6回（4, 8, 10, 12, 2, 3月）
2. ワーキンググループ会議：年4回（5, 7, 11, 1月）

うつ病リワーク研究会ワーキングチーム

平成23年度事業報告

平成24年4月21日

五十嵐良雄

テーマ1：リワークプログラムを利用して復職した利用者の予後に関する調査研究

うつ病リワーク研究会20医療機関の受診者を対象に平成22年9月より調査を開始した。平成23年2月末までの組み入れ期間中に273名が組み入れられた。組み入れ者の復職後2年間にわたり、定期的に就労状況などについて組み入れ者本人と主治医に対し調査を実施するが、中間報告について外部委員会より第5回年次研究会のメインシンポジウムと一般演題にて発表する。

テーマ2：スタッフおよび管理者のための教育システムの開発と標準的なリワークプログラム教育ビデオの作製

実施した研修会参加者からのアンケート調査や全国のリワーク未実施県の医療機関からの聞き取り調査などを基に今後の教育体制を検討した。また研修を実施する際の素材について映像媒体を作成するためのテスト撮影を実施し、次年度以降における注意点を検討した。

その結果報告は厚生労働科学研究に掲載するとともに第5回年次研究会の一般演題にて発表する。

テーマ3：医療機関のリワーク活動における地域での連携の在り方の研究

EAP機関・リワーク施設の連携に関する実態調査、リワークプログラムにおける失職者への支援の在り方に関する調査、地域連携に関するリワーク施設のスタッフの役割に関する調査を平成24年2～3月にかけて実施した。その結果報告は第5回年次研究会の一般演題にて発表する。

テーマ4：リワーク研究会 基礎調査

うつ病リワーク研究会正会員施設に対して年1回の基礎的な項目を調査し、厚生労働科学研究報告書に掲載した。また、各施設より公開の許可を得たデータを基にホームページにリワーク施設の情報提供用ページを更新する予定である。

平成24年度におけるうつ病リワーク研究会ワーキングチーム編成

平成24年4月21日

五十嵐良雄

- 1 平成23年度に編成したワーキングチームメンバーを基盤に、意欲的に活動しているリワーク施設スタッフから新しく参加してもらう人選を行う。
- 2 新年度のワーキングチームの研究テーマは、以下のように整理する。
テーマ1：リワークプログラムを利用して復職した利用者の予後に関する調査研究
テーマ2：スタッフおよび管理者のための教育システムの開発と標準的なリワークプログラム教育ビデオの制作
テーマ3：医療機関のリワーク活動における地域での連携の在り方の研究
テーマ5：リワーク研究会 基礎調査
- 3 委員の任期は1年とし、再任は妨げない。

記念講演

抄録

4月21日(土) 10:25~11:10

第1会場

“逃避型抑うつ” 再考ーリワーク対象の拡大をめざして

広瀬徹也 公益財団法人 神経研究所・晴和病院

多くの施設でリワークが行われるようになったが、その対象を大うつ病、とりわけ典型的な単極性うつ病に限る所が少なくない。それによって同質性が保たれ、治療の効率が上がるとみなされるからであろう。しかし、それでは昨今のうつ病の大多数はリワークからはじかれることになり、現実のニーズに応えることにならない。そこで昨今のいわゆる新型うつ病のはしり、原型ともいえる“逃避型抑うつ”（広瀬、1977）を復職との絡みで再考することは意義のあることと考える。

“逃避型抑うつ”は一見些細な契機で欠勤を始め、出社困難症といえる状態を呈するもので、欠勤症（absenteeism）の典型といえる。典型的なうつ病が無理に無理を重ね、遂に欠勤に追い込まれるのはまさに対照的である。初期は病識を欠き、欠勤中も一見悩まず、趣味や家族サービスもするため、周囲も病気と思えず、対応に戸惑いがちとなる。これが病気でなく、怠けとの誤解の元になるが、復職を目指す時期には不安、恐怖が強まる。朝家を出るまでが一苦勞となり、会社の近くまで来ると不安は最高潮に達し、引き返すことも稀でない。極端な場合は遁走もみられる。ここに至って漸く本人も周囲も治療が必要な病気と認めることになる。

そこで受診に至るが、薬物療法だけでは回復は不十分である。家族や上司の援助で出勤の壁を越えられれば、あとは何事もなかったかのように勤務を続ける例もあるが、一般にはほどなく欠勤が始まるなど、本人や関係者の悪戦苦闘の経過をたどる。そこで、一定期間休職して捲土重来を期することになるが、その間自宅休養と外来通院だけではマイナス要因や無駄が多いので、入院治療やリワークが推奨されることになる。

入院治療では一時会社、家庭からの完全解放で態勢を立て直し、生活リズムの早期の改善と、復職時、病院からの出勤（ナイトホスピタル）が彼らに特徴的な不安・恐怖の軽減に大きな力を発揮する。一方リワークでは、単に従前の仕事の負荷に耐えられるよう段階的に慣らすウオームアップ・プログラムでは不十分である。集団認知行動療法などが有効であるほか、彼らの病前性格であるプライドの高い弱力性のヒステリー性格にも関連する、他者（特に上司）の批判への過敏性（rejection sensitivity）を集団の中で自覚させ、減弱させる訓練が重要である。実際、度重なる長期欠勤のあと、約半年のリワークにより洞察を深め、安定した勤務を続けることができた症例もみられる。

メインシンポジウム

抄 録

リワーク活動の充実のための条件

4月22日(日) 10:00~12:00

第1会場

リワーク・プログラム利用者の予後調査に関する報告

山内慶太 慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科

リワーク・プログラムを実施する医療機関が次第に増えると共に、その意義への関心も高まる中で、リワーク・プログラムの標準化並びにプログラムの効果の検証が必要となっている。

そこで、うつ病リワーク研究会では正会員の17医療機関において「リワーク・プログラムの復職後の長期予後に対する効果研究」を実施して来た。2010年9月から2011年2月の間にリワーク・プログラムを利用した者のうち、組み入れ基準に該当し、参加への同意の得られた273人に対して継続的に調査し、定期的に就労状況、通院状況、体調等についての追跡調査を行っている。

当日は、本研究について、その概要を紹介すると共に中間報告を行いたい。また、合わせてリワーク・プログラムに関する他の調査結果にも適宜言及しながら、リワーク・プログラム活動の充実に求められる、調査研究上の課題について提示したい。

ジャーナリストから見たうつ病治療とリワークの課題

阪田英也 日経BP社 21世紀医療フォーラム エグゼクティブ・プロデューサー

日経BP社では、2009年1月から医療問題への解決型提言を行う組織として、「21世紀医療フォーラム」を立ち上げ、現在7つのワーキンググループ（WG）による活動を展開している。そのWGの1つである「うつ病リワーク推進協議会」は、国立精神・神経医療センター総長・理事長の樋口輝彦先生、横浜クリニック院長の山田和夫先生を中心に、うつ病患者のリワーク成功を目標として、WEBサイト「メンタルヘルスとリワーク」の運営や、2010年から今日まで合計3回のシンポジウムを開催している。

WEBサイトでは、うつ病治療に当たる医療者、リワーク医療機関、そしてEAPなどのインタビュー・取材を通じて、うつ病治療の難しさや患者を取り巻く関係者の連携の必要性、リワーク・プログラムの有用性などを取り上げてきた。また、2010年12月の東京を皮切りにスタートした「メンタルヘルスとリワーク」シンポジウムは、2011年7月大阪、同年12月東京で開催。主にリワーク・ソリューションをテーマに、聴衆と医療者が一体になり問題解決に向かうことを目標に3年目を迎え、今年も7月名古屋、12月東京を予定している。一方、私自身も医療雑誌「日経メディカル」、ビジネス誌「日経ビジネス」の記者であり、長くうつ病とリワークの問題に取り組んできた。

今回の講演では、「うつ病治療」の課題として、「医療者のスキル」「ガイドラインと実際の治療」「抗うつ剤の投与」、そして必要とされる「チーム医療」について、また「リワーク」の課題として、「主治医－産業医（産業保健チーム）－企業担当者の連携」、企業内の「嘱託精神科医」の必要性、「リワーク・プログラムのエビデンス」などについて言及し、聴衆のみなさんと一緒にこれらのソリューションを考えたい。

EAP（利用を勧める立場）から

市川佳居 ピースマインド・イーブ株式会社、国際EAPセンター

1. EAPと復職支援

国際EAP協会が発表しているEAPのコア・テクノロジーによれば、EAPの主要業務は8項目あり、それらは、1) 組織のリーダーへのコンサルテーションと研修、2) 従業員と家族へのEAPサービスの周知、3) 従業員の問題の明確化とアセスメント、4) 建設的直面化、動機づけ及び短期的介入、5) リファーマ、ケース・モニターリング、フォローアップ、6) 専門資源のネットワーク管理、7) 職場組織へのコンサルテーション、8) 効果の評価である。EAPは復職支援のみを専門にしているわけではないが、休職中の従業員に関わる際には、上記の5)において、リワーク機関にリファーマを行い、そのためには、上記6)に示されるように、多くのリワーク専門機関について情報を有しており、連携関係を持っていることが必須である。

2. EAPとリワークの連携に期待すること

EAP会社のサービス標準化、評価制度はまだ始まったばかりであり、EAP会社によって内容や品質が異なるというのが現状である。また、多くのEAP会社は人事系、心理系スタッフによって成り立っており、医療的知識やライセンスを持っていない。であるが、従業員のストレス、うつ病、休職の増加に伴い、EAP契約は増えており、EAPが精神科医やリワーク機関の専門性を活用して、職場へのコンサルテーションを成功させることが求められている。

具体的にEAP機関が職場復帰を成功させるために行う援助としては、1) 休職中の社員のケースマネジメント、2) 復職に向けてのカウンセリング、3) リハビリプログラムのアレンジメント、4) 職場復帰計画の作成支援、5) 職場の受け入れ準備のためのコンサルテーション、6) 復職後の再発防止カウンセリングが含まれる。ちなみにEAP発祥の地のアメリカでは、ワーク・アビリティ・プログラムといういわゆる民間リワーク機関を活用して、職場復帰を成功させている。

EAPの課題は、個々の企業の従業員のニーズに合致するリワーク施設を見つけること、雇用主にリワークの価値を認めてもらい積極的な活用を促すこと、また、リワーク施設の主治医と連携関係を構築し、主治医の意見を効果的な職場復帰に反映させることなどである。

精神科医療機関と職業リハ機関が連携した復職支援技法開発と連携モデル構築のための試行的取り組み

加賀信寛 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター

障害者職業総合センター（以下「総合センター」という。）は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」において、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が設置・運営している施設であり、障害者雇用に関する調査・研究、情報提供、支援技法の開発等を行っている。

現在、地域障害者職業センター（以下「地域職業センター」という。）が実施しているリワーク支援は、総合センター臨床研究部門が平成14～15年度にかけて開発した復職支援技法であり、平成16年度より全国の地域職業センターへ順次、導入して、うつ病等休職者に対する復職支援サービスを提供しているところである。

また、総合センター臨床研究部門においては、地域職業センターのリワーク支援を職業リハの視点で、さらにブラッシュアップしていくことを目的とし、復職後の職務遂行条件の変更（職務内容や所掌範囲、指示系統の変更等）の下で、職場再適応とキャリア再構築を図っていくための「職場再適応支援プログラム」- Job Design Support Program - (JDSP) の開発に取り組んでいる。

しかしながら、昨今、発達障害や人格障害、あるいは職業人に求められる基礎的要件の未熟性等がベースにあることによる職場不適応が社会的問題となっており、地域職業センターにおいても、これらが発症契機となって、うつ病等感情障害に罹患したと思料される者の利用が増加傾向にある。こうした状況の下では、これまでに構築してきた支援技法を適用しても円滑な復職準備が進まず、特に、疾病性が深く関与している攻撃行動が顕著な対象者への対応に苦慮している現状がある。

このため、精神科医療機関の協力と助言を得ながら既存の復職支援プログラムの内容を補強し、また、当方スタッフの対処スキルの向上を図りつつ、従来知見の下では支援効果が上がりにくい、うつ病等休職者に対する復職支援技法を新たに開発することが、地域職業センターのリワーク支援の円滑な実施に繋がると考えている。

今般、うつ病を対象とした復職支援専門デイケアを導入しているメディカルケア虎ノ門からの協力を得て、前記の障害傾向を有するうつ病等休職者に対する支援技法の開発を行うとともに、リワーク機能を有している精神科医療機関と地域職業センターとの望ましい連携態様についても共同して検討することとした。

本報告においては、メディカルケア虎ノ門と総合センターが連携した復職支援技法開発と連携モデル構築に関する、これまでの検討及び試行経過を中心に概略を紹介する。

シンポジウム I

抄 録

疾患に応じた個別的処遇の必要な場合① 双極性障害の社会心理教育シンポジウム

4月21日(土) 13:20~16:20

第3会場

臨床症状、診断、治療全般について

横山太範 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

一般に医学的に診断が付かない患者がいたとしたらどうするか。謎の病気を持った患者がいたとしたらどうするか。生活に支障があるほどであれば、おそらく入院させて経過を観察し、各種の検査を行い、診断を付け治療を行うであろう。そういった意味で、気分障害の患者への治療は難しい。何が難しいかと言えば、じっくりと診断を付け、腰を据えて治療する場所がないということである。統合失調症患者であれば、入院して24時間しっかりとした医療体制の下で診断・治療が行われる。もちろん入院に至らない統合失調症患者も多数いるとは思いますが、気分障害患者の場合、事例性があっても入院に至る割合は低く、短時間の外来での治療が主体となる。特に双極性障害の患者は、うつ状態の時には外来に通うが、躁状態の時には通ってこなくなってしまうので、果たしてうつ病の患者が回復したのか、双極性障害患者が単純に躁のフェーズに移行したのかの鑑別が付かないまま治療が中断となることが多い。入院が必要とならない程度の双極性障害については謎がまだまだ沢山あるように思われる。

恥ずかしい話だが、リワークデイケアの診療に関わるようになるまでは、こんなに双極性障害患者がいるとは想像もできなかったというのが正直なところである。私の精神科医としての経験が偏っていたのかもしれないが、リワークプログラムを実践している医療者の中には同じように感じている方が少なからずいるのではないだろうか。そして、患者にとっても医療者にとっても、リワークデイケアなどが、新しい医療の枠組みとして、気分障害患者と医師や他の医療スタッフが向き合える場となり得ることはとても意義深い。我々は、リワークという濃厚で長期に渡り患者と関わることのできる場をようやく手に入れ、これまで十分に把握することのできなかった入院するほど重症ではない双極性障害について診断・治療の新しい知見を集め始めたと言える。その基本になるのは臨床的な観察であり、記録を残すことである。かなり大げさな言い方をすれば、従来の双極性障害とは違う新しい病気を発見し、臨床的な特徴からその疾患を定義していく作業を求められているのだと考えている。

今回、初期には抑うつ状態を呈し、休職に至った後にリワークデイケアに参加し、経過の中で、臨床的な特徴が徐々に現れて、後に双極性障害と診断されるようになった自施設での事例を挙げながら、リワークの観点から、テーマである「臨床症状・診断・治療」について検討してみたい。

心理社会教育の概念と方法

有馬秀晃 品川駅前メンタルクリニック

心理社会教育のコンセプトは、医師 - 患者関係における本質的な関わりを充実させることにある。これは一見当たり前のことのようにだが、実際の臨床場面では、精神科医が診察に割ける時間は限られており、患者が必要とする教育を診察中に行うことは難しく、医師 - 患者関係が、教育的要素の全くない、薬の処方と服用に関する短時間の会話で終わってしまうことがよくある。それに対して、多職種からなる構造化された長期間の心理社会教育プログラムをおこなうことが出来れば、患者はケアの質が向上したと感じ、治療同盟や服薬アドヒアランスが改善し、症状再燃の初期に現れがちな自滅的思考や神経過敏性、自己関係づけが生じた際に、患者自らが助けを求められるようになる。さらに、構造化された心理社会教育を行うことで、セラピストのインスピレーションやカリスマ性といった曖昧で“自己流”の古い治療概念を排除することができ、そして「自分の力で救ってやろう」とする医師と「ひたすら受身的な患者」という望ましくない治療モデルを避けることもできる。たとえば糖尿病のような身体疾患を例にとれば、患者が疾患について教育を受けることは不可欠である。なぜならば、ダイエット、生活習慣の改善、症状への対処に患者がどう取り組むかが、疾患の予後に大きな影響を与えるからである。双極性障害における心理社会教育もこれに等しく、病気の理解や症状への対処を患者自身が学び、セルフケア能力を向上させることで予後を大きく改善することができる。

心理社会教育は6ヶ月間をかけて、集団で行われる。そして、その方法は3つの段階からなる。第一段階は、基本的な目標からなり、もしこのレベルが達成されなければ、心理教育は機能しない。これには、「病気やエピソードについての理解（病識）」「服薬アドヒアランスの向上」「エピソードへの早期の気づき」の3つが含まれる。第二段階では、第一のレベルほど基本的ではないが、心理教育プログラムでの達成が望まれる二次的な目標があげられている。すなわち、「ストレス管理」「物質の使用や依存の回避」「規則正しいライフスタイルの確立」「自殺行為の予防」からなる。第三段階は、“最高のシナリオ”と考えられ、第一、第二のレベルが達成されれば、得られる可能性がある望ましい目標が設定されている。すなわち、「知識の向上、及び過去のエピソードと将来起こり得るエピソードに対する心理社会的因果関係に向き合うこと」「エピソード中の社会的かつ対人的活動の改善」「残遺症状および障害への対応」「健康増進およびQOLの向上」などである。こうした心理社会教育を通じて次のような効果が期待できる。すなわち、1. モデリングできる、2. 患者間のサポート意識が促される、3. ステイグマを減らせる、4. 病気の早期発見が促される、5. 患者の社会的ネットワークが増える、6. より効率的、経済的である、などである。

疾病への気づき

森脇久視 東京女子医科大学東医療センター精神科

近年、双極性障害が気分障害に占める割合は、従来考えられてきた以上に高いと報告され、心理社会教育に対する関心も高まっている。第一に正確な診断が求められるが、日常臨床の場では見逃されることも少なくない。特に双極Ⅱ型障害は、その多くがうつ状態で受診し、過去の軽躁病エピソードは自覚症状に乏しく正確に把握することが難しいため、大うつ病性障害をはじめとするうつ病性障害と診断されることが多い。プライマリケアでうつ病と診断されていた患者の9.6 (3.3–21.6) %が双極性障害であったという報告もある。(軽)躁病エピソードについては、病歴聴取の段階で、常に念頭におき細心の注意を払う必要がある。これまで一度も(軽)躁病エピソードが存在せず、うつ状態で受診した場合は、その時点では、うつ病性障害と診断されるが、経過中に自生的に(軽)躁病エピソードを呈する場合もある。いずれにせよ問題となるのは、双極Ⅱ型障害を見逃さないことと、(軽)躁病を予測することであり、その際、発症年齢、家族歴、病前気質、抗うつ薬服用中の躁転歴、再発回数などの双極性特徴(bipolarity)が参考になる。さらに、双極Ⅱ型障害は、アルコールなどの物質乱用、摂食障害、不安障害などの併存率が高く、これらの徴候にも留意する必要がある。

診察室で見逃されていた(軽)躁病エピソードが、うつ病を対象としたリワークの現場ではじめて気づかれることもある。特に軽躁病エピソードは、1対1の診察室よりは、集団のなかで、また日常生活のなかで、自尊心の高揚、軽率さ、易怒性、対人関係の問題として、認められることも多い。その場合は主治医とすみやかに連携をとり、診断の見直しと治療の最適化が図られるべきである。また、職場において、以前のエピソードや、復職後の様子から(軽)躁病エピソードが疑われることも少なくなく、産業医や産業スタッフとの連携も重要である。復職・休職を繰り返す「難治性うつ」のなかに双極性障害が含まれている可能性もある。

患者や家族はしばしば双極性障害をうつ病と捉えている。疾患への正しい理解には、適切な診断に基づいたインフォームドコンセントが不可欠である。心理社会教育では最初の段階で、「疾病への気づき」として、①双極性障害とは何か②病因または誘発因子について③躁病と軽躁病について④うつ状態と混合状態について⑤経過について、の各セッションが行われるべきである。現在のところ、双極性障害に対する復職支援や心理社会教育は、うつ病に比較すると少数であるが、今後は双極性障害に特化したこれらの取り組みの充実が望まれる。

服薬アドヒアランスと物質関連障害への対応

深間内文彦 医療法人社団 榎会 榎本クリニック

多くの双極性障害患者において、服薬アドヒアランスの不良が治療効果の妨げになっていることは明らかである。したがって、双極性障害に対する心理的介入の標的の一つとして、アドヒアランス向上に取り組む必要がある。薬物治療の中断は双極性障害患者にとっては再発の主たる要因であり、実際、維持療法の指示を順守していない患者では再発リスクはきわめて高率である。

患者が薬物治療を放棄した理由として、障害の否認、副作用、向精神薬を服用しなければならないことに対する不快感のほか、服薬による多幸感の時期の欠如などが理由として挙げられる。各患者の障害の程度や健康に対する信念はアドヒアランス不良の発生においてきわめて重要な役割を果たしており、「自分自身で気分をコントロールできる」と固く信じている双極性障害患者は、アドヒアランスの程度が明らかに低い。一方、障害によってもたらされる潜在的なマイナス面を告げられている患者や薬物治療の利点を認識できている患者は、アドヒアランスが良好である。家族間や対人関係の問題がアドヒアランス不良につながるリスクがあり、特に家族や周囲の人からの良好な支援がほとんど得られない環境ではこの傾向が強い。患者本人のみならず家族に対する心理教育は重要である。双極性障害への適応が拡大しつつある非定型抗精神病薬や抗てんかん薬の有害事象についても患者にきちんと説明しておく必要がある。

物質関連障害は、アドヒアランス不良に付随する別の要因である。アルコールへの依存は代表的なものである。習慣性飲酒に至る場合、抑うつ気分や不眠、あるいは併存しやすい不安障害の症状緩和目的が多く、うつ病診療においては、この点を常に念頭において治療にあたる必要がある。リワークプログラム中でのアルコール依存のサインとしては、体調不良を理由に遅刻・欠席が目立つようになったり（二日酔いや連続飲酒による生活リズムの乱れの可能性）、抑うつ気分の悪化、不安焦燥感の高まり、気分不安定性、睡眠障害の悪化、日中の活動性の低下や疲労感などが挙げられる。またニコチン依存とのクロスアディクションもある。抑制がとれた発言、酒臭、攻撃性などがあれば即刻参加を中止しなければならない。臨床場面では一次性か二次性かの鑑別は困難な場合が多いが、二次性アルコール依存の場合では、その背景となる心理的葛藤を分析し気づきの機会として役立てることができれば治療的意義は深まる。

精神活性物質の使用としては、現在では規制が厳しくなったが、メチルフェニデート（リタリン）やペモリン（ベタナミン）といった覚せい作用のある薬物を求めるうつの患者もいる。

さらに、常用量依存を含め処方薬、特にマイナートランキライザーへの依存は比較的多く、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や睡眠導入剤の処方はなるべく控えるべきである。また、「眠気覚まし」として売られている市販のカフェイン含有薬への耽溺や身体各部位の疼痛に対して鎮痛薬を求める患者も少なくなくこれらの薬物への依存にも留意すべきで必要に応じて薬物依存の専門的治療を優先させなければならない。

エピソードへの早期の気づき

松原六郎、小林真実、小林仁志 財団法人 松原病院（福井県）

はじめに：双極性障害の心理教育プログラムの中で患者自身が、「できるだけ早く再発に気づく」ことが自らの再発防止に有効である。うつ病エピソードの場合はまだまだ困難な点が多いが、躁病エピソードではかなりの成果を上げている。今回とくに軽躁エピソード、躁病エピソードの早期の気づきについて述べたい。

対象と方法：双極性障害の治療は、（１）診察や心理カウンセリングの場と、（２）リワークプログラムの中でのグループワークの場がある。また、グループワークは（２－１）行動面から早期に発見し、気づきを促すことと、（２－２）グループワークの約束事を確認して、行動を意識させるという方法がとられる。それぞれについて検討したい。

結果と考察：軽躁病エピソード、躁病エピソードについて上記のそれぞれの場面での工夫と患者の反応について述べる。

（１）診察や心理カウンセリングの場におけるエピソードへの早期の気づき

散歩の回数が増えたり、町内の役を引き受けたり、カラオケに行くなど生活を楽しむエピソードと思われるものでも、それが躁状態に先行する特徴となるかどうかを患者と検討する。その時には、これまでのエピソードを振り返ったり、家族や友人の意見を参考にしたりすることになる。その結果、患者が自主的に、そういった活動を減らしたりエスカレートすることを積極的に抑えたりすることにより、エピソードを防止する。

（２－１）リワークグループで躁を思わせる行動がみられた場合の個別対応

普段は躁状態を見つけにくくても、リワークのグループワークの中ではいち早く躁状態が行動として観察されるときがある。グループの対人関係やテーマが刺激となり、声の大きさ、質問の回数、表情の明るさ、笑い声、攻撃的な言い方などで、前回までとの違いをいち早く見ることができる。グループワーク後、すぐに個別対応で、グループワークでの行動を振り返り、変化が日常の出来事に由来するもの以上の意味があるかどうかを患者と検討して、気づきを促す。

（２－２）躁の行動がグループワークに影響を与えないための約束事を利用

グループでとくに個人的な内容の発表やテーマトークの場合、その度ごとに、グループワークの約束事を確認して、グループの場での行動の仕方を意識させる。例えば、①今は発表者のための時間であり、他の参加者はそれを守るよい聴衆となる。②発表者は離婚や職場での失敗など言いたくないことは無理には発言しない。③他の参加者は、発表者が自分のテーマと向かい合えるように、質問をする場合でも、発表者を傷つけるような発言、議論などは一切しない。④ここでの話はグループ外では話さない。これが毎回確認されると、その場においては行動を抑制しやすく、途中で制止されるときが、気づきのきっかけとなる。周りの参加者にも、ルールに抵触しているから制止されていると理解され、後の気づきの一助となる。

ストレス・コントロールと普段の生活での意思決定、そして終結と心理教育の効果

五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門

ストレス・コントロール

ストレスは双極性障害の原因ではないが、発症の引き金（誘因）として重要である。一方、再発を繰り返している、ストレスがなくとも症状の悪化や再発がみられるので、このことから、再発予防のための心理教育プログラムの重要性が理解されよう。出来事（ストレス）がポジティブかネガティブかは、それが引き起こす症状と、必ずしも合致しないことも強調する。第一の目標は、再発の引き金としてのストレスの重要性、いろいろな種類のストレスについて述べることである。第二の目標は、ストレスへの対処であり、客観的な見方をするとともに、必要に応じて、あるいは毎日行えるリラクゼーション法を学んでおくに役に立つ。また、「腹式呼吸」を学ぶと、どんなストレス環境でも有用である。

問題解決の戦略

「症状が現われているときには、物事を衝動的に決定してはいけない」と教えるので、意思決定について、患者が混乱する場合がある。また、患者は、疾病に関する知識を越えて、意思決定を生活のいろいろな場面で活用できると感じる、意思決定に関するセッションを好む傾向がある。そこで、病気について誰に話すのか、就労や就学の限界をどう設定するか、ストレスを減らしつつ毎日の決まりごとをいかにして行うか、休暇をどのように過ごすかなど、現実的で毎日起きる課題を取り上げる。問題解決技法をきちんと学ぶには数セッションが必要な、このセッションは、意思決定のプロセスを示すにとどめ、技法の習得は目標としていない。

終結

プログラムの参加を通じて、患者は多くの友人に囲まれ、安心を保證された状況にあったので、プログラムの終結によって、「見捨てられた」と感じないように働きかけることが、最も重要である。そのため、プログラムが終わった後でもいつでも相談できるようにしておく。セッションを通じて患者同士の結びつきが強まっているので、電話番号やメールアドレスを交換し合う患者は多いが、治療者がこれを推奨してはいけない。患者によってはプログラム外での交流を続けたくない者もいるし、過剰な友情がかえって弊害になることもある。セッション終結前、ルールを守って最後まで参加してくれたこと、参加者の協力なしにはプログラムは成り立たないこと、について感謝の気持ちを述べ、最後は握手をして送り出す。

心理教育は有効か？

効果研究に関するデータを当日供覧する。

シンポジウムⅡ

抄 録

地域での連携

4月22日(日) 13:40~16:00

第1会場

地域障害者職業センターが行う職場復帰支援における医療機関との連携の現状～医療機関との密な連携をとった事例から～

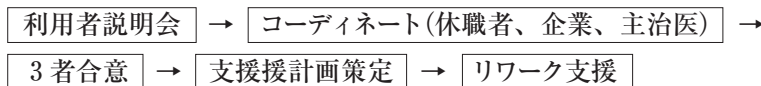
小林正子 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 東京障害者職業センター

高齢・障害・求職者雇用支援機構は、平成17年10月から全国の地域障害者職業センター（48センター）で「精神障害者職場復帰支援（以下「リワーク支援」という。）」を開始し、6年以上が経過した。平成17～22年度の間全国で5,500件弱のリワーク支援を開始し、職場復帰率は80%強という成果をあげてきている。

医療スタッフを持たない当機構のリワーク支援を効果あるものとするためには、主治医との連携は欠かせないものであり、主治医の協力をいかに得るかが重要な鍵の1つになっている。

今回は医療機関との連携の現状や課題について、事例を含め報告したい。

1 実施の流れ



2 特徴

(1) リワーク支援スタッフ

障害者職業カウンセラー、リワークカウンセラー、リワークアシスタント

*「精神科医」「看護師」「保健師」等、医療保健スタッフは不在

(2) 休職者の主治医との連携

①初回相談時、休職者を通じ「主治医の意見書」を依頼し医療情報を取得

②コーディネート時、主治医を訪問（休職者の受診に同席することが多い）し、専門的助言を受ける

③病状の悪化、出席率の低下等、リワーク支援の継続に不安が生起した場合に、訪問・電話・メール等により相談・助言を受け、支援のあり方について再検討を行う

(3) 医療情報助言者からの助言

・当機構では「医療情報助言者」として委嘱した医師（各センター2～4名以上）から、スタッフが様々な支援（雇用促進支援、雇用継続支援、職場復帰支援）を行う上で必要な助言を随時受けるシステムを設けている。

3 医療機関との連携に関する課題

1 病状の悪化等に対して適時に医療的な対応が取り難いこと

2 個人情報保護の観点から、当方に必要な医療情報を収集できないことが少なくない⇒限られた医療情報を基にリワーク支援を実施せざるを得ない

4 事例紹介（医療機関と密な連携を行った事例等）

企業の復職支援におけるリワーク機関との連携

松山公一 富士通株式会社 健康推進本部 メンタルヘルスサービスセンター

休業期間が長期に渡っていたり、以前に復職に失敗しているケースを中心にリワークを利用する者は増えてきている。休業者の中でも復職へのハードルが高い者ほどリワークを利用しているということになるが、企業の健康管理部門からみるとリワーク機関と連携という言葉で表現されるような関わりをもつことは案外少ないものである。

障害者職業センターはリワーク開始時と終了時に担当者が来社して下さり、職場の所属長、人事担当者、健康管理スタッフと面談をするが、他のリワーク機関とは必要があればやり取りをする程度で、その機会は少ない。

通院先にリワークがあってそこを利用する者を除けば、リワークを利用する際には勤務先に比較的近い施設を選択することが多いので、リワーク機関との連携は地域の医療機関との連携と同じようなものなのかもしれない。同じ施設に何人か社員がお世話になるうちに、リワーク機関の方でも会社の制度や復職時に求められるレベルを理解して下さるようになり、実際のやり取りがなくとも特に支障はない。

しかし実際にはリワークを利用しても復職がうまくいかない場合もあり、もう少しリワーク機関と連携を取りたいと感じることもあるので、当日はリワーク機関との望ましい連携のあり方について検討したい。

地域における産業精神保健ネットワークとリワーク ～地方都市における経験から～

榎林理一郎 湖南クリニック

1. 地域との連携

当院は1980年に滋賀県大津市（人口33.4万:H21）に開設され、1983年より地元の産業医の求めに応じる形で産業精神保健活動を開始した。活動が続ける中で、地域の産業医（多くは一般開業医）との顔見知りの関係が生まれ、また、企業保健師など産業看護職との連携が生まれた。多くの場合、講演・職員研修依頼や事業所内で発生する事例についてのコンサルテーション、必要な場合は治療も引き受けるという内容の連携であった。また、県医師会の産業医部会の活動や、最近では地元の産業医と精神科医の合同症例検討会、「大津G-Pネット」（H19）と呼ばれる一般医・産業医・精神科医の連携など、リワークの背景をなす地域のネットワークが徐々に形成されてきた。

2. 復職支援を巡る連携

1980年代中頃から、演者が精神科産業医として関与していたA市役所において、「勤務訓練」と呼ぶ復職支援制度が開始された。休職の身分のまま職場に出勤して単純作業などを行いながら職場環境に慣れ、円滑な復職を図ろうというもので、近年一般的となった「試し出勤」と同様のものであった。徐々に他のいくつかの事業所でも同様の配慮をされた復職事例も見られるようになったが、まだ制度というより上司など関係する個人の努力に負うところが大きかった。そのような職場上司を支援するため、演者は患者が復職する際に上司との同席面接をほぼ必ず行い、最低限の主治医と職場の連携を形成することを重視した。

3. リワークの開始と連携

当院では、平成21年6月に「リワーク・サポートこなん」を開設した。定員20名弱ほどの規模のいわば地方都市型のリワークである。

当院のリワークを巡る連携は、上述のような開院以来形成されてきたネットワークの上に乗ったものであり、現時点で特にリワーク活動に特化した連携があるわけではない。ポイントのみ取り上げると、①外部主治医との連携は最も重要と考えており、地域におけるリワークへの信頼を獲得することが目下の最重要課題となっている。なお、リワーク卒業時、復職可能と判定した結果を主治医や職場へ伝える上で、「標準化リワークプログラム評価シート」が連携の重要なツールとなっている。②復職事例を通じて事業所の人事、産業医・看護職との連携が出来ることも重視している。最近では、規模の大きな事業所では独自に「試し出勤制度」などを設けるところも増えており、リワークとの接続がテーマになることも多い。③復職支援に関する地域の資源は乏しく、隣市にある滋賀障害者職業センターには、当院リワークの利用基準に該当しない方を紹介したり、研修会で相互に情報交換するなどの連携がある。④企業に招かれて職場のメンタルヘルスの講演を行い、復職支援やリワークの必要性を述べるなど啓蒙活動を通じて地元企業の理解を深めようとしている。

港区における「うつ病地域連携パス」の在り方に関して

口羽謙二⁽¹⁾、五十嵐良雄、萩原健司⁽²⁾ 港区医師会副会長⁽¹⁾、メディカルケア虎ノ門⁽²⁾

昨年、社会保障審議会の医療部会は、都道府県が5年ごとに医療計画に記載するがん・糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞の4疾病に加え、精神疾患を追加することで合意した。これにより、精神科地域連携パスの策定及び運用が求められる可能性が高くなった。

港区医師会においても、昨年から、うつ病地域連携パスの導入の検討に入り、10月には、港区医師会としての取り組みが理事会で承認された。その後、今年1月に港区内の内科医、精神科医が集まり、導入に向けての会議を開催し、本格的な議論をスタートさせている。

内科医が直面する問題として、うつ病が疑われる患者さんをどこに紹介したら良いか、また、プライマリーケアをどこまで行ったら良いか、といったことがある。そういった問題に対して、気軽に相談でき、患者さんを一緒に診ていく精神科医の存在は、今後さらに必要になってくる。逆に、うつ病に糖尿病や循環器の病気を合併するケースも多く、すぐに内科医へ紹介できるツールがあれば、精神科医としてもメリットがあり、何より患者さんが安心して治療を受けることができる。

また、うつ病地域連携パス導入に向けての、重要な点として、顔が見える連携、情報交換ができる場を持つことが挙げられる。精神科医が、顔が見える内科医からの紹介を受けるためにも、今後は、定期的な勉強会を開催することが検討されている。また、各医療機関が積極的にそういった場に参加し、それぞれがネットワークを支える機関として責任を持つことも必要になってくる。

連携の内容としては、まずは①専門医間の外来・入院の診療レベルの連携、②専門医間でのリワークプログラム利用に関する連携、を実施の上で、かかりつけ医や産業医へと連携の輪を広げていく。

当日は、港区うつ病地域連携パス導入後の現状を紹介し、今後の連携の在り方についても検討したい。

シンポジウムⅢ

抄 録

リワークプログラムにおける認知行動療法とは

4月22日(日) 13:40~15:40

第2会場

リワークプログラム卒業者は認知行動療法を実際にどう生かしているか？

伊藤光宏、佐藤葉月 社会医療法人一陽会 一陽会病院

一陽会病院は福島市にある精神科病院である。当院では、平成21年11月より作業療法としてリワークプログラムを開始し、平成22年4月よりデイケアとしてのリワークプログラムとした。1日約10人が参加している。平成22年4月から平成23年12月までの登録者は81人、そのうち70人がプログラムを卒業し、62人が復職した。

リワークプログラムでは、臨床心理士が、週1回、合計8回の認知行動療法を行っている。各回のテーマは、第1回『認知行動療法の基本的な考え方』、第2回『バランスの良い考え方』、第3回『認知再構成法Ⅰ』、第4回『認知再構成法Ⅱ』、第5回『問題解決法Ⅰ』、第6回『問題解決法Ⅱ』、第7回『アサーションⅠ』、第8回『アサーションⅡ』である。参加した患者からは、「自分1人では思いつかないような意見を聞くことができた」という好意的な意見が寄せられた一方、「理論としてはそうかもしれないが、自分の実践に結びつかない」といった意見も寄せられている。

今回私達は、リワークプログラムの卒業者が、復職後に認知行動療法を実際にどう生かしているのかを知るために、卒業者にアンケートを実施した。これまでに、「落ち込むような場面で、『しょうがない』と考えられるようになった」「仕事がきつくて、危ない時にも、自分を客観的に見られるようになった」「リワークの認知行動療法で使った」といった答えが返ってきている。

復職後の就労維持については、病状が良くなっていること、職場の支援体制が整っていることももちろん重要ではあるが、これまで返ってきたアンケートの結果からは、本人の認知や行動の変化が、再休職を予防している可能性があると考えられた。

今回の発表では、アンケートや面接を元に、①リワークプログラム卒業者が認知行動療法を職場でどう生かしているか、②復職後再休職した人と就労が維持できている人で職場での認知や行動に違いはあるのかについて検討し発表する予定である。

今回の発表とは関係ありませんが、この場をお借りして、会員の皆様に御礼申し上げます。平成23年3月11日に起きた東日本大震災におきましては、会員の皆様から、義援金をはじめとして心暖まるご支援を福島県内会員病院や福島県精神保健協会にいただきました。特に代表世話人の五十嵐良雄先生には、震災直後の交通事情の悪い時に、福島県内会員病院のお見舞いに来ていただきました。会員の皆様、五十嵐先生、本当にありがとうございました。

リワークデイケアにおける集団認知行動療法の実際とその課題

鈴木文子、福田真也、有賀和哉 医療法人社団青木末次郎記念会 あつぎ心療クリニック

はじめに

今日のうつ病患者の職場復帰支援において認知行動療法は欠かせないものとなっている。その中でも集団認知行動療法はその効果が示され（北川ら2009、木下ら2006、松永ら2008等）、複数の患者を同時に治療できることや、患者間のサポートやモデリングなどの集団の効果も期待でき（鈴木ら2010）、さらに期待が高まっている。本シンポジウムではうつ病の職場復帰支援における一例として、あつぎ心療クリニック（以下当クリニックと略）職場復帰サポートコースで実施している集団認知行動療法を報告し、その課題について考察する。

デイケアにおける集団認知行動療法

当クリニックでは2006年4月より大規模デイケアのプログラムの一環として職場復帰サポートコースを開始した。実施プログラムはデスクワークやグループワーク等の基礎的な作業能力の回復や対人関係の練習を行うプログラム、スポーツプログラム、グループ療法、社会的技能訓練、そして集団認知行動療法などの心理教育プログラムから構成されている。職場復帰までには Step1導入期⇒Step2安定期⇒Step3展開期⇒Step4復職準備期⇒職場復帰 というプロセスが想定されるが、集団認知行動療法は主にStep3とStep4に組み込まれている。

集団認知行動療法はCBT①の基礎クラスとCBT②のアドバンスクラスの2部構成で、それぞれ週1回6週にわたって実施している。CBT①は認知再構成法を中心とした構成で、基礎理論や非機能的思考記録表等を行なっている。CBT②ではアサーショントレーニングや問題解決法、下向き矢印法等を用いたスキーマへの理解を行なっている。さらに総まとめとして再発予防のためのオリジナルブックレットを患者自身が作成している。特に、復職後の場面を想定したロールプレイやグループディスカッションは患者の気づきを促し、患者からの好反応も得られている。また番外編として職場復帰への動機づけや準備性を高める働きかけも行なっている。

デイケアの中での集団認知行動療法

デイケアで実施する利点として集団の凝集性やサポート機能は比較的初期から得やすい、多様なプログラムと同時に展開しているためCBTの内容を他のプログラムで応用しやすい、デイケアで感じた問題をCBTのテーマとして即時に扱えること等が挙げられる。

今後の課題

課題として集団認知行動療法の効果検証をさらに進めることがあるが、本シンポジウムでは介入前後の効果測定の結果について報告する。またプログラムを進める中で個々人の職場復帰の段階に合わせた介入が難しい、幅広い年齢や他の疾患の合併が疑われるなど多様な対象者が混在する中でどう実施するか、多様なニーズにどう対応するか等の課題がある。

復職・再休職予防を目的とした集団認知行動療法のあり方

石川いずみ 医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

休職者の職場復帰を促進する新たな方法として、リワークプログラムが広がりを見せている。当クリニックでは、2005年からリワーク専門のデイケアを開設しており、軽運動や各種心理療法など様々な技法をプログラムの中に取り入れながら、日々、プログラムの充実化を図る努力を行っている。中でも認知行動療法は、リワークプログラムを実施する多くの医療施設において取り入れられているアプローチであり、リワークプログラムにおいて欠かせない要素であると考えられる。しかしながら、一口に「認知行動療法」といっても、各医療施設によって集団の規模やメンバーの属性、認知行動療法を取り入れる枠組み等は様々であり、当然、それぞれの施設毎にプログラムの作り方や運営の仕方、工夫するポイントは異なるであろう。

当クリニックで行われている認知行動療法関連の主なプログラムには、リワークプログラム参加中のメンバーを対象とした「ナイトケア」、復職後のメンバーを対象とした「再休職予防のためのうつの集団認知行動療法セミナー」の2つがある。どちらのプログラムも、「再休職予防」という大きな目的は同じであるが、集団の規模や、オープンかクローズドかというプログラムの形式、参加している方の状態などは大きく異なり、それに合わせてプログラムの内容を工夫する必要がある。そして、この2つのプログラム、またその他の多くのプログラムをうまく連動させることで、さらに再休職予防の効果を高めていくことが重要と考えている。

今回は、今現在リワークプログラム参加中のメンバーを対象としたプログラムである「ナイトケア」を中心に、その概要や特徴、残り2つのプログラムとの連動の仕方等についてご報告し、プログラムを運営していくうえでの課題について考えたい。

【プログラムの詳細】

1. 対象者：現在休職中（気分障害もしくは不安障害の診断による）で当院のリワークプログラム参加中であり、主治医より指示のあった方。
2. 実施方法：週1回、150分（16～18時半）、全6回
3. 実施形式：オープン形式
4. 参加人数：30名前後
5. 構成：①病気についての理解 ②コラム表の書き方 ③、⑥コラム表実践
④再休職予防の重要性／アサーションについての理解 ⑤、⑦コミュニケーション練習

シンポジウムⅣ

抄 録

疾患に応じた個別的処遇の必要な場合② 発達障害

4月22日(日) 13:40~15:40

第3会場

発達障害専門デイケアにおける支援の実際

五十嵐美紀 昭和大学附属烏山病院 精神保健福祉士

発達障害への支援は、平成17年に発達障害者支援法が制定されたことで拡大した。さらに発達障害について特集をする専門誌や各種メディアでの報道も増え、急速に認識が高まっている。それとともに幼少期・学童期と問題として気付かれることなく、大学のゼミや就職など濃密な対人関係を要求される成人期になり、初めて問題化し受診に至るケースが増えている。診断が遅れることは、本人が苦手とすることに対する周囲の厳しい評価や叱責にさらされ続けることとなりやすいため自尊心や自己評価の低下を招き、二次的に抑うつや不安を生じやすい。そのような場合、障害による生きづらさを一定程度低減し、他の機能で代替する支援や認知的介入が必要と考えられる。

昭和大学附属烏山病院（以下烏山病院とする）では平成18年より高機能広汎性発達障害の方を対象に、専門外来・デイケアを開設している。デイケアにおいては従来の統合失調症中心型から機能分化を図り、若干1名より開始した高機能広汎性発達障害の方への支援は、3年後には登録者約100名にまで拡大し、改めてニーズの高さと受け入れの限界を感じている。参加者は就労中、休職中の方から、学校卒業後に就労経験のない方まで広範にわたり、個々人の社会適応度もさまざまである。ニーズや適応度に合わせ、プログラムは平日に行うデイケア、ショートケア、就労中の方を中心とした土曜日のショートケア、夫婦のどちらかが発達障害を持つ夫婦グループなど、さまざまな取り組みを行ってきた。

デイケア（ショートケア）の役割としては、なによりも同じ生きづらさを抱えた者同士が出会い、支え合える場としての意義が大きいと思われる。その上でプログラムで行うコミュニケーションスキルの学習や自己理解の促進、さらに自分自身の長所を再確認するプロセスが生きづらさをやわらげていくのではないだろうか。

本発表では、烏山病院デイケア（ショートケア等含む）における臨床実践を足がかりとしてグループによる支援の意義を考察し、障害特性を考慮したさまざまな工夫について報告する。

発達障害をもつ方への支援の試み

ーピアカウンセリングとソーシャルネットワーキングサービスー

大村 豊 愛知県立城山病院

1980年代以降、自閉症概念が急速に拡大し、広汎性発達障害の有病率を2%程度とする報告も珍しくなくなってきている。自閉症スペクトラムを広くとらえていくと、同様の特徴を備えている人は、そのさらに数倍に達する可能性がある。また、ADHDの特徴をもつ人々が一般の人々の中にも広く存在するであろうことは、推測されていたことである。近年、当院でもこれらの人々の受診が増加している。とくに、2003年に年齢制限のない児童青年期専門外来を開いてから、発達障害をもつ成人の受診が顕著に増えてきている。「空気が読めない」、「片付けられない」ことを主訴にして精神科を受診してもよいという認識が、社会に広まりつつあるのかもしれない。

成人になって初めて医療機関を受診する契機となるのは、大学生では大学生活での不適応、卒業論文での行き詰まり、社会人では職場での不適応、とくに昇進に伴う不適応、結婚生活の不適応、うつ状態、アルコール依存、双極性障害などがある。それまでの方策が通用しない未知の状況に直面したときの適応障害と、引き続いて生じる症状、および元来もっていた脆弱性に由来する精神症状が受診のきっかけになっている。

発達障害を基盤にもち、そのために不適応を繰り返している人々への最初の重要な支援は、発達障害を正確に診断することである。しかし、乳幼児期からどのような認知と行動の様式および特徴をもっていたか、養育者と本人から詳細に聞き取って、診断する必要があるため、それなりの時間と労力を要し、診断確定に至らないこともある。

つぎに治療をどうするのかということが大きな問題になる。不適応の背景にある発達障害そのものにどのように介入していくか、とくに当事者の損なわれた自尊感情をいかに回復させるかということを目指したときに、従来の支持的療法だけでは不十分なことが多い。当院デイケアでは2005年に、就労歴あるいは結婚歴のある成人の発達障害をもつ人々のためのピアカウンセリンググループを始めた。月1回、60分、「PDDADDグループ」と称して行っている。医師と心理士が司会、記録係として同席し、メンバー間の関係をさらに支える構造をとっている。翌年から、月1回のグループの機能を補うため、グループメンバー専用のソーシャルネットワーキングサービス（SNS）を開設した。

デイケアでのグループワーク、メンバー専用のSNSのいずれにおいても相互支持的な雰囲気醸し出され、ピアカウンセリングとして機能している。これらの試みは、孤立感から解放され、挫折を乗り越え、自尊心を回復し、その人本来の生き方を取り戻すためにできる援助のひとつの形になりうると考えている。

発達障害者の就労支援における様々な問題

大嶋正浩 医療法人社団 至空会 メンタルクリニック・ダダ

当院は児童精神科医療を中心としたデイケア併設クリニックである。同時に援護寮（平成24年4月より宿泊型自立訓練施設）、地域活動支援センター、就業・生活支援センター・就業移行支援事業、就業継続事業B型、相談支援事業等を行っている。

当院の思春期デイケアは児童思春期が中心となっているため、そのなかに発達障害及びその傾向のあるメンバーが数多く存在する。また、登録者166名中一般雇用（短時間含む）34名、障害者就労20名を含み77名が何らかの就労体験をしている。これらは、デイケア独自の就労支援と福祉部門の就労支援の関わりによるものである。就業移行支援や就業・生活支援センターにも発達障害の方は多くみられる。

発達障害といっても、生来の発達障害の特徴の上にその人の生育環境の影響による結果としての状態像もあれば、発達障害の程度や特徴もそれぞれ違う。被害感が強くなってしまった方、こだわりが強くなった方、すぐ切れたり怒ったりする方、人の気持ちがわからず逆なですることが多い方、一方的な理屈を振り回すのが好きな方、大げさに感情表現して周囲を振り回すことを繰り返す方、ほとんど会話せず自分の世界を持っている方、ひきこもっていた方、自分の趣味や興味を押し付ける方など様々な方、がいる。また、自閉傾向が強い、知的障害を合併しているなどの特徴の方のフォローも行っている。加えて、発達障害の併存障害として、うつ病、精神病様状態を発症する人も多い。つまり、発達障害は生来性の特徴に加えて様々な性格傾向を増幅して示したり、精神的症状を発症させやすくする。また、ストレス体制が低く容易にトラウマとなりさまざまな不適応につながる。彼らのフォローをすることの大変さの理由はここにある。

彼らを就労に結び付けることは、彼ら個人の特徴をよく分かったうえで事業者に伝える必要がある。また、そうしても容易にドロップアウトしやすい。ちょっと怒られたことで傷つく、相手の説明がわからず齟齬が生じ怒れる、自分の発言が周囲へ与える影響がわかりにくい、過度に気を遣ったり不安になったりして疲れやすい、感情コントロールや衝動コントロールが不十分で問題を起こしやすい等がみられやすい。これらを乗り越えて就労を続けるためには、就労訓練の段階で自分の特徴を分かたりトラブルの時の対応法を身につけることである。しかし、そううまくはいかない。その時には、就労支援担当者と事業所の上司と本人の3者の関係がしっかりしていることである。

症例を提示しながら、彼らの就労について当法人の考えを述べる。

復職デイケアの一環としての成人の広汎性発達障害を対象とした ミューチャルコミュニケーションプログラムの概要

大濱伸昭、加藤祐介 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

はじめに

当院で実施している復職デイケアに参加している方の中に“対人コミュニケーションの問題”“実行能力の偏り”“問題解決様式の偏り”など発達障害を思わせる適応上の諸問題が主原因となってメンタル不調を訴え休職に至る事例が散見された。この問題が解決しないまま復職をしても症状の悪化や再発の危険性は高くなると考え、復職デイケアの中でも、広汎性発達障害についての理解や具体的支援のために早急な対策が必要とされた。こうした背景をうけて、当院では2011年8月から、患者の発達障害傾向の詳細をより具体的に捉え社会適応能力向上を支援することを目的とした復職支援プログラム「Mutual Communication Program」を開始した。

Mutual Communication Program（通称：ミューコム）の概要とSSTの実施内容

ミューコムは定員10名のクローズドで、SST（全11回）とサイコドラマ（全4回）との2つのプログラムから構成されている。対象は復職デイケアに参加中の方から、特に対人コミュニケーションに集中的なトレーニングが有効と思われる方を、本人の希望、医師・スタッフの観察をもとに抽出し、本人の同意をもって導入とした。プログラム開始前後でAQ、KISS-18、SASSを実施し、アセスメント及び効果測定の方法とした。

SSTは①ウォームアップ、②練習、③シェアリングから構成されている。練習においてはⅠ. 出来事に対して明確なスキルの獲得を目的とした場合は「基本訓練モデル」、Ⅱ. 出来事に対して対処スキルを検討する場合は「問題解決技法」、Ⅲ. 繰り返し起こる問題に対しての理解に対しては「当事者研究」を、参加者が課題を提示した課題に合わせて展開した。練習した参加者には「宿題カード」を渡し、練習した内容、実際にスキルを使用した場面、相手の反応、を観察し記載し次週報告するように設定した。

結果

「空気が読めない」「すぐ怒られる」という共通感覚が語られたことから“悩んでいるのが自分一人ではない”という安心感で徐々に失敗体験を笑いながら話す者が増え練習へと結びついた。こうしたアプローチによって自分の行動と相手の反応の対応関係が知的に理解され、デイケアのセッションや家庭での行動変容が見られKISS18の得点も有意に増加した。

課題と今後の展望

復職支援において最も大切とされることは再休職予防である。発達障害の特性ゆえの行動により会社内では奇異に映ることもあったと推測され、復職の時点でのPtと会社の関係性が望ましいもので無い場合も多い。せっかく練習したスキルも発揮しづらい環境であると当然再休職のリスクも増すこととなる。復職間際には関係性を再考慮したうえで具体的なトレーニングをするほか、徐々に出勤する時間を増やすなど環境面へのアプローチをすることで関係性の回復を促すことも求められる。

**産業医・産業保健
スタッフ向けプログラム**

抄 録

産業領域におけるリワークプログラムの使い方

4月22日(日) 10:00~12:00

第3会場

産業保健現場での課題とリワークプログラムの必要性に関して ～産業保健スタッフの立場から

森崎美奈子 京都文教大学大学院、(元)帝京平成大学大学院

1. はじめに

1998年以降、自殺者は年間3万人を越し、労働者の自殺率の急増は深刻な社会問題になっている。就労に困難を来し、休職にいたる勤労者のメンタルヘルス不調の多くはうつ病との報告もある。早急なメンタルヘルス対策、働く人々の心のケアは最重要課題である。企業にはメンタルヘルス対策をリスクマネジメントの一環に位置付けたストレス対策として、緊急に推進することが望まれる。特に職場復帰支援に関しては、事業者は社内規程や仕組みづくりへの、社内外関係者の連携体制の構築等に注力することが求められる。2009年3月には「職場復帰支援の手引き」が改訂され、産業保健現場では復職復帰支援のあり方が問い直されている。

2. うつ病の現代的变化、従来とは異なるか“うつ”への対応に戸惑う職場

世界規模の不況、先行きの見えない中で様々に打ち出される人事施策、経営方針は職場ストレスを高め、共同体を支える「大らかで緩やかな枠組み」が喪失して、労働者のストレスレベルは増強する一方である。うつ等メンタルヘルス不調労働者は一向に減少しない。従来、職場の“うつ”事例の殆どは単極性と言われてきたが、最近は軽い躁のエピソードを示す事例が増えている。そして、周囲を巻き込んで職場に混乱をもたらす人格障害や発達障害が疑われる職場不適応の増加等から、上司や仲間へ、「うつ病というけども、そうは見えない！、やろうと思えばできるんじゃないの…、俺だって出社したくない時ぐらいあるよ！、怠けただけじゃないか！、診断書を書いてもらって、楽しんでるよ！、若い者は根性が無くて困ったもんだ…」と困惑し、時に批判的な感情をあからさまにする。

3. 産業保健スタッフとしての有効なリワークとは

このような中で、産業保健スタッフとして一次予防（ストレスレベル軽減）のかかわりが可能かであろうか。実際には不調者への具体的マネジメント、休職期間の短縮、復職支援、再発防止等といった二次予防・三次予防へ関わらざるを得ないのが実態である。

職場復帰社員の再適応のためには社内体制強化（人事労務・上司・産業保健スタッフのチームワーク作り）が不可欠であり、特に職場上司を巻き込んだ復職プログラム作りが求められる。しかし昨今、上記2で述べた上司の困惑（不信）からか、職場復帰時の「緩やかできめ細やかな受け入れ」に対して、「ある程度の戦力を期待する」が強まった感がある。

復職のハードルに関する主治医等医療機関と職場の認識の差異は、復帰社員が窮地に陥ることになる。両者の補完としての“社外リワークプログラム”の活用と産業保健スタッフとして“リワークプログラム”への関りの実際について、当日言及させていただく。

うつ病の人が復職する時の目安ーリワークプログラムのニーズ

中村 純、堀 輝 産業医科大学医学部精神医学教室

職場において、ストレスを感じている人は多く、うつ状態・うつ病などの精神疾患で休職している人も多くなっている。また、平成10年以降、連続して3万人を超えている自殺者の中にうつ状態・うつ病とされた人が7千人以上いたことも報告されている。そして、うつ病と診断されて精神科や心療内科を受診している人もこの10年間で2.4倍以上増えて100万人を超えたとされているが、うつ病は多様化しており、従来の内因性うつ病の人が増加しているとは思えない。むしろ増加したうつ病の多くは、適応障害のうつ状態ではないかと思われる。そのような人が一旦休職してしまうとなかなか復職することは難しい。また、軽症うつ病であるから自殺が少ないとも言えない。われわれはうつ病で休職した54名を対象に復職6ヵ月の時点で復職が継続していた対象者を復職成功群、復職6ヶ月以内に再休職・退職した対象者を復職失敗群として比較検討した結果、復職成功率は復職後6ヶ月の時点で44.1%であった。そして、過去に転職回数が多いうつ病の勤労者は再休職に至りやすいこと、職場復帰準備性尺度（秋山）においては、復職成功群の方が有意に家族との関係が良好で、対人関係も良好であった。さらに、戸外での活動も多い傾向にあることがわかった。SASS（Social Adaptation Self-evaluation Scale）の下位項目では、周囲の環境との調整能力が高い患者ほど復職成功の可能性が高い傾向にあることが分かった。復職決定時の各種認知機能検査の結果ではその後復職が成功するかどうかは明らかにならなかった。このように従来の精神的アプローチのみでは、うつ病の人の職場復帰は非常に困難であり、復職決定時の臨床判断が難しいことも明らかになった。一般臨床では、相当のレベルまで体力、意欲が改善していなければ復職は困難と考えられる。したがって、一定のリワークプログラムを準備して社会復帰を目指すことは重要と思われる。最近、さまざまな医療機関でデイケアの一コマとしてリワークプログラムがなされてきているが、まだその効果についてのエビデンスはない。恐らく一律のプログラムの他に休職者に残された休職期間や環境調整の可能性の可否などを含めた職場や職位にそったきめ細かなプログラムがそれぞれの休職者に用意されなければ実際に復職することは難しいのではないかと思われる。現状では、精神科医がほとんど職場の実情を知らないまま職場復帰の診断書を書くことが多く、産業医や人事労務担当者も治療者と連携しない人も多い。したがって、治療者と産業医などの産業保健スタッフ及び人事労務担当者とのより密接な連携が必要と思われる。

精神科産業医から見たリワークプログラムの有効性と課題

吉野 聡⁽¹⁾⁽²⁾、羽岡健史⁽¹⁾、鈴木 瞬⁽¹⁾⁽²⁾、宇佐見和哉⁽²⁾、友常祐介⁽¹⁾⁽²⁾、菊池 章⁽²⁾、松崎一葉⁽¹⁾
筑波大学医学医療系⁽¹⁾、医療法人白翔会 浦和神経サナトリウム⁽²⁾

職場復帰可否の判断、および繰り返す休復職の防止は、精神科産業医にとって非常に重要なテーマである。

職場復帰可否の判断は最終的に事業主の責任において行われるものではあるが、復職後の再休職は復帰した労働者とそれを受け入れた職場の双方にとって大きな不利益になるため、客観的・合理的根拠に基づき慎重に行われるべきである。実際に、リハビリ勤務などの形態で、職場内で復帰を支援する制度を設ける職場も少なくないが、労務提供の場である職場においては、医療上適切と考えられる配慮が十分に施されていない事例も散見される。

そのような中で、リワークプログラムは職場復帰可否の判断の客観的・合理的根拠となり得るのか、また、療養中の労働者が職場復帰を果たす前の準備としてどの程度リワークプログラムが有効なのかを科学的に検討していくことが重要である。

我々の調査では、CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) を用いた抑うつ度の判定とStroop test、Trail Making test、三宅式記銘力検査などの各種の認知機能検査の結果には関連性がないことが明らかとなっている。つまり、本人の主観的な回復に基づく職場復帰では、その職場適応がうまく進まず、再休職に至る可能性が大きいといえる。また、リワークプログラム中の各種の指標の変化に関する調査では、リワークプログラム開始前に比べ終了時には復職準備性が有意に向上していることが明らかとなっており、その有効性が高いことが示されている。

しかしながら、未だに「リワークプログラムは医療機関における治療の一環であり、本当に企業で再び就業か可能かどうかは分からない」とする職場側の見解をよく耳にする。そこにはまだまだ職場におけるリワークプログラムの認知度が低く、それに対し我々がその有用性に関するエビデンスを多く蓄積していく努力が必要であることはもちろんのことである。

また、それに加え、リワークプログラムを実施する医療機関が復職先の企業との連携を密接に取り、企業側のニーズを十分に把握する必要があるといえる。つまり、職場復帰が上手くいくかどうかは、休職している労働者の病状回復の程度のみで絶対的に決まるわけではなく、復帰する職場の支援体制や復帰後の職務内容・職責などとの関係で相対的に決まることをより意識することが求められているのである。

具体的な課題としては、休業している労働者の復帰する職場を意識したプログラムが提供出来るかどうか、さらには発病前の職務遂行能力を職場との緊密な連携によりきちんと把握し、適切なゴールを設定できるのかなどがあげられる。もちろん、その多くが医療保険の範囲内で行われるリワークプログラムにおいて、一定の制約はあるものの、今後、医療機関の都合に合わせた画一的プログラムの提供だけでなく、企業との相互理解を深める中でプログラムを進めていくことが出来るかどうか重要なテーマなのだと考える。

ランチオンセミナー

抄 録

- ランチオンセミナー1 — 第2会場
4月21日(土) 12:00~13:10
- ランチオンセミナー2 — 第3会場
4月21日(土) 12:00~13:10
- ランチオンセミナー3 — 第1会場
4月22日(日) 12:15~13:25
- ランチオンセミナー4 — 第2会場
4月22日(日) 12:15~13:25

職場結合性双極性障害および職場結合性うつ病の病態と治療

加藤 敏 自治医科大学精神医学教室

21世紀の敷居をまたぐ前後から、精神科臨床の最前線で職場での仕事の荷重を発病状況にしたうつ病の事例がとみに増えてきている。演者は、こうしたうつ病を、病態が現代高度産業社会における職場での仕事に密接に結ばれているという認識のもとに、「職場結合性うつ病」と名付けた。ごく概括的にまとめると、1) 仕事に追われゆとりのない毎日を過ごし、少なからず睡眠時間の短縮を余儀なくされて、心身疲労が積み重なることが続くのに加え、2) 仕事課題を「消化」・達成できず、挫折体験をもつことが発病状況となることが多い。制止に比べ不安・焦燥が前景に出る不安・焦燥優位の病像をとる傾向があり、そのため医師のもとを受診しても、うつ病と診断されないことがしばしばである。

同類の病態として、「職場結合性双極性障害」と呼ぶことがふさわしい軽度の躁病相をもつ双極Ⅱ型障害、あるいは明らかな躁病相をもつ双極Ⅰ型障害の事例が増加傾向にあるように思う。軽躁病相、ないし躁病相において、アルコール多飲や性的逸脱、あるいは社内での攻撃的行動が出現することがしばしば認められる。こうした事例は、周囲から問題行動とのみ見なされ、職場でもっばら悪い評価が下され、精神疾患による病的な振舞いと受けとられないことが多い。職場結合性双極性障害は、微細にみると抑うつ成分を合わせもった混合状態を呈している事例が多いことも確認しておかなければならない。この種の職場結合性双極性障害は、適切な治療的介入がなされないまま、家族から見放され、自殺をはじめとした不幸な転帰に至ってしまう事例もあるので注意を要する。

当日はわれわれが行った多数例の調査をふまえ、職場結合性気分障害について論じたい。

ランチョンセミナー 2

精神疾患に対する認知リハビリテーションの理論と実践

中込和幸 国立精神・神経医療研究センター

近年、統合失調症における機能的転帰に及ぼす影響の強さから、認知機能障害に対する関心が強まりつつある。一方、うつ病をはじめとする気分障害においても、気分症状が改善しているにもかかわらず、十分な機能回復が果たせず、日常生活や職場における社会復帰が困難な事例が少なからず認められ、その背景に認知機能障害が存在することを示唆する報告が増えている。こうした持続的な認知機能障害は、社会生活における機能不全を引き起こし、自尊心の低下、自信の欠如など、主観的QOLの低下や再発脆弱性の増大をもたらすものとして、臨床場面での治療ターゲットとして重要な位置を占めるものである。

近年、認知機能の改善を目指すアプローチとして、薬物療法のみならず、認知リハビリテーションといった心理社会的アプローチの有効性が示唆されている。認知リハビリテーションは、従来のリハビリテーション技法と異なり、脳の神経可塑性をターゲットとしたアプローチであり、社会機能（就労率）ばかりでなく、脳機能や脳の解剖学的構造にまで影響を及ぼすとの報告が得られている。まだ、パイロットデータの段階であるが、適切な認知リハビリテーションによって、神経栄養因子であるBDNFの血漿中レベルが上昇することが報告されている。一方、注意、記憶、問題解決といった一般的な神経認知機能に対して、対人コミュニケーションなどの社会的場面で特異的に用いられる認知機能を指す社会認知が最近注目されている。統合失調症においては、社会認知は神経認知と比べて、社会機能の改善や社会的転帰との関連がむしろ強い可能性が指摘されている。社会認知の構成概念についてまだ定説はないが、統合失調症においては、感情認知、原因帰属様式、心の理論といった領域で障害が認められることが示唆されている。社会認知に対する薬物療法もオキシトシンなどの候補薬物が挙げられているが、社会認知機能の改善を目指した認知リハビリテーションのプログラムも開発されている。その多くは、感情認知など社会認知の一側面に焦点をあてたものであるが、米国のPennらが開発したSCIT（Social Cognition and Interaction Training）は、上記3側面を含む包括的なプログラムとして知られる。当日は、神経認知、社会認知領域に対する認知リハビリテーションについて概説する。

ランチョンセミナー 3

心理的負荷による精神障害の認定基準について ～労災認定の動向と見直しに関して～

黒木宣夫 東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室

精神障害の労災補償状況は毎年、報告されているが、2010年度の労災請求件数は1181件みられ、過去、最高の請求件数を記録し、実際に労災認定された件数は308件（認定率は29%）であった。

厚生労働省労働基準局補償課職業病認定対策室は、精神障害の労災認定の審査に係る期間（現在平均で約8.7か月）を迅速化・効率化を図るため、認定に至るまでの作業の簡素化、認定の基準の具体化や明確化により運用面での省略できるものがあるのではないかという観点から2010年10月15日より2011年11月21日まで「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会」が開催された。労災認定の基準の具体化や明確化のためには、認定事例、裁判例等を踏まえ、職場ストレスを客観的・中立公平に把握するという観点から判断指針の内容の検討が進められた。同検討会では1)「ストレス-脆弱性理論」を基本とした精神障害の成因の妥当性、2) 精神障害等の業務上外の判断枠組み-業務外要因や個体側要因の必要性、3) 業務による心理的負荷の評価基準の明確化-特別な出来事等の明確化、時間外労働の取扱いの明確化等、4) 出来事ごとの心理的負荷の強度の見直し、5) 心理的負荷の評価対象期間、6) 精神部会に合議する事案の限定化等が検討され、セクシャルハラスメントに関しては同事案特有の事情と課題があることからセクシャルハラスメント分科会が本検討会とは別に開催され、2011年6月23日に報告書が本検討会に提出された。

「ストレス-脆弱性理論」を基本とした精神障害の成因に関しては、多くの裁判事例で「現在の医学的知見によれば環境由来のストレス（業務上又は業務以外の心理的負荷）と個体側の反応性、脆弱性（個体側の要因）との関係で精神破綻が生じるか否かが決まり、ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神障害が起こるし、反対に個体側の脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずるとする『ストレス-脆弱性』理論が合理的である」と同理論が、精神医学会でも精神障害発症に関しては通説となっており、専門検討会でも同理論を基本とした考え方は妥当とされた。

本研究会では、労災認定の動向と見直しの概要、さらに今後の課題に関して報告する。

ランチョンセミナー 4

リワークに対人関係療法の視点を生かす

水島広子 水島広子こころの健康クリニック（対人関係療法専門）、慶應義塾大学医学部

エビデンス・ベーストな精神療法として認知行動療法と双璧をなす対人関係療法（interpersonal psychotherapy: IPT）は、大うつ病性障害の急性期治療における効果、反復性うつ病に対する維持治療効果、双極性障害に対する付加治療としてエピソード再発防止効果、うつ病エピソードの治療効果と心理社会機能の改善効果が示されているが、リワークにおいても役立つ視点が豊富にある。

まず、リワークは、IPTの問題領域の一つである「役割の変化」に当たる。「役割の変化」の時期であるという認識はそれ自体が治療的な効果を持つ。復職にあたり、あれもこれもやらなければいけない、と、ハードルばかりが高く感じられる多くの課題に圧倒されているときに、すべては「役割の変化」という共通のテーマに基づくものであり、その構造をよく理解することによって、ばらばらに見えた課題がまとまりを持って対処可能なものになってくる、という見通しを立てることができるからである。

リワークの際の「役割の変化」は、「病者の役割」から「回復途上にあるが残遺症状を持った病者の役割」あるいは「再燃や再発のリスクを負った寛解者の役割」へ、ということになる。「役割の変化」の際に特に注目するのは、ソーシャル・サポートの変化、感情の扱い、必要となるソーシャル・スキル等である。新たな役割を支えるソーシャル・サポートを育て、感情を適切に扱うことで変化を自らの中に位置づけ、必要なソーシャル・スキルを明確にし習熟することによって熟達感を育てる。中でもソーシャル・サポートは全てを支える基盤となる。復職失敗例では、新たな役割を「健康人の役割」と見てしまい、残遺症状に対処する上で、そして再燃や再発の防止に向けて、ソーシャル・サポートやソーシャル・スキルを構築していないということがある。

あらゆる対人関係のストレスを「役割期待のずれ」として見るIPTでは、職場の対人関係ストレスを減じソーシャル・サポートを増す新たな視点が提供されると同時に、リワークというテーマにおいて自らが期待されている役割を客観的に振り返ることも可能となる。リワーク失敗例では、やはりこの役割期待のずれから、本人が必要以上にがんばりすぎてしまい再燃するというようなものも少なくない。

医学モデルを採るIPTでは、再燃や再発を常に視野に入れ、本人の罪悪感を刺激せずに対人関係への対処能力を増すことを目指せる。二重うつ病の症例に対しても、病気という概念を明確にすることによってより適応的な視点を提供できる。症状と対人関係ストレスの関連の理解は、そのまま、再燃や再発の防止に寄与するものである。

当日はリワークに生かせる視点を中心に、IPTの基礎を概観する。

一般演題(ポスター発表)

抄 録

P01~P14 — 第4会場
4月21日(土) 13:00~14:52

P15~P28 — 第4会場
4月22日(日) 13:00~14:52

うつ病者の復職後の傾向分析（SDS検査を利用して）

森山美紀、泉水正幸 中村古峡記念病院

【目的】

日本版Self-rating Depression Scale (SDS) 検査を利用して、うつ病者の復職後の傾向を分析したので報告する。

【方法】

某企業においてうつ病または抑うつ状態という診断で休職し、X年9月1日からX+1年8月31日の期間に復職した人を対象とした。検査用紙は日本版SDS記録用紙を利用した。SDS検査は産業医面談の直前に実施した。復職直前のSDS検査得点が40点未満の人を復職とした。復職後は月1回、最長6ヶ月間、検査を実施した。復職後6ヶ月未満で再休職した群（再休職群）と復職後6ヶ月以上就業継続した群（継続群）の復職直前、復職後1ヶ月、復職後2ヶ月のSDS検査の得点変動、下位分類の得点変動について検討した。

【結果】

対象者は47人（男性42人、女性5人）であった。年齢は25才から51才（平均年齢36.47才）、休職期間は11日から714日（平均219日）、休職回数は1回から6回（平均1.625回）であった。再休職群は6人（12.8%）、継続群は41人（87.2%）であった。再休職群と継続群で性別、年齢、休職期間、休職回数について重回帰分析した結果、いずれの因子においても有意差は認められなかった。

再休職群では復職後1ヶ月でSDS得点が34点から39点に上昇した。その後の変動は少なかった。継続群ではSDS得点の変動は少なかった。また、再休職群ではSDS検査の下位分類では復職後1ヶ月で睡眠、便秘、疲労の項目の得点が上昇した。復職後2ヶ月では心悸亢進、疲労、希望のなさの項目の得点が上昇した。一方、継続群では下位分類の得点の変動は少なかった。

【考察】

復職後1ヶ月のSDS検査の得点の変動が復職予後と関連している可能性が示唆された。

地域連携に関するリワーク施設のスタッフの役割について

横山正幹 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

調査の目的；精神疾患のある有職者（以下、「有職患者」）への支援は、当該職員が在籍している企業、働く人のメンタルヘルスを支援する公的機関、医療機関、そして家族などが行っている。私たちが実践している医療機関における復職支援（以下「リワーク」）も支援資源の一つであるが、地域に存在する企業、各機関、家族との連携（以下「地域連携」）により、有職患者にとってより有益に機能する可能性があると考えられた。

そこで、リワークを実践している施設のスタッフが、有職患者の支援の一技法として、どのように地域と連携しているか、またその必要性をどのように感じているのかを調査することとした。

本調査の内容；本調査では、【地域】を次のA～Dに分けた。A. 有職患者が在籍する企業、B. 働く人のメンタルヘルスを支援する公的機関、C. 有職患者の主治医（リワーク施設以外にいる場合）、D. 有職患者の家族とした。

また、連携を行う【タイミング】を次の4つの時期に分けた。1. リワーク導入前（普及・啓発）、2. リワーク参加期間中、3. 復職時、4. 復職後とした。

調査の対象者；休職前、休職中、復職時、復職後を通じてリワークでの支援や治療や受けた有職患者を対象とし、同一施設に通っていたとしてもリワークの対象外となっている方については、想定から外してご回答いただいた。なお、指示のない設問に関しては、主治医が自院・他院は問わないこととした。

回答者；うつ病リワーク研究会に所属している各医療機関の管理者と、復職に向けた支援を主に担当している医療スタッフの責任者の計2名に、それぞれ回答をお願いした。

考察；結果について現在集計中であるが、発表を通じて、地域連携の重要性や困難さなどについて、フロアーの皆さんと共に検討したい。

リワークプログラムにおける集団認知行動療法 —リワークプログラムの標準化に向けて—

石川いずみ メディカルケア虎ノ門

うつ病リワーク研究会は、その発足以来、リワークプログラムを含めたリワーク活動の標準化を目指している。なぜなら、リワーク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を治療技法として確立するために欠かすことのできない要件だからである。つまり、今後、リワークプログラムがその有効性を実証し、治療効果を維持していくためには、これまでそれぞれの医療機関毎に創意工夫を凝らして作成してきたプログラムの内容を精査し、洗練させていくことが必要なのである。

さて、上述のようにリワークプログラムを実施している医療機関では、日夜プログラムの充実化に取り組んでいる。中でも、認知療法・認知行動療法はうつ病や不安障害などの精神疾患に有効であるという多くのエビデンスを持つ精神療法であり、リワークプログラムを行う多くの医療機関で、認知行動療法や、認知行動療法的なアプローチが取り入れられている。

一方、我が国で認知行動療法が注目されるようになってきたのは1980年代後半と、それほど前のことではない。ましてや、「集団」を対象とし、さらにはそれを「復職」「再休職予防」に応用するという試みはまだ始まったばかりであり、各施設が互いに情報を交換しながら、試行錯誤を繰り返し、再休職予防に対しより有効なプログラム作りに取り組んでいる段階である。

そこで今回は、「リワークプログラムにおける集団認知行動療法」のあり方を明確にするため、うつ病リワーク研究会正会員施設を対象に、リワークプログラム内で行っている認知行動療法プログラムに関するアンケートを実施し、各施設で行われている認知行動療法プログラムの実態を調査した。よって、その結果について発表する。今後は、この調査結果を元に、リワークプログラム内で行う集団認知療法の標準的な実施方法の確立へと繋いでいきたい。

気分障害による失職者への復職支援プログラム ～地方クリニックでの試み～

豊倉怜奈、武井美智子、岩重正一、福本成子、福本星河、窪田恵子、佐々木浩介、園田順一
武井内科クリニック

【目的】

気分障害による休職中に、余儀なく退職に至るケースは少なくない。当院でのリワークプログラム（ショートケア）開始当初は、休職者を主な対象者として実施していたが、安定した利用者確保のためにも、病気により退職を余儀なくされ再就職を必要とするメンバーも多く参加するようになった。そこで今回、リワークプログラム内での再就職者への支援結果について報告する。

【方法】

平成21年5月～平成23年12月までの利用者で、全利用者94名中、再就職が必要なメンバー22名（男性5名、女性17名）を対象とした。プログラム初回参加時と終了時に、BDI-II（ベック抑うつ性尺度）を実施した。支援方法として、①既存の復職者プログラムに参加してもらうこと、②必要に応じて個別カウンセリングの実施、③再就職のためハローワーク等関係機関との連携を図った。

【結果】

対象者は、単極性うつ病13名、双極スペクトラム障害8名であった。併存症として社交不安障害7名、アスペルガー障害が1名見られた。就職に至った者は11名（52.3%）であり、BDI-IIの平均得点が初回参加時に比べ、就職時は低くなった。退職理由として、双極スペクトラム障害では、対人関係のトラブルが多く挙げられ、社交不安障害を併存している者は、対人緊張やジョブマッチングの問題等が挙げられた。現在、9名がリハビリ中であるが、ハローワーク等の関係機関との連携を導入したことで、5名が関係機関に出向くなど就職活動への行動が活性化された。

【考察】

地方におけるリワークプログラムでは、安定した利用人数の確保のためにも休職者だけでなく再就職者の参加が望まれる。また支援方法として、失職者に特化したプログラムの充実、就労に必要な関係機関との連携強化することが必要である。また、就職だけでなく、復職者同様に就労後の定着支援も今後の課題である。

復職トレーニング専門デイケアに関する実践報告

船越香栄、鹿野麗子

医療法人栄仁会 京都駅前メンタルクリニック、復職トレーニング専門デイケア、バックアップセンター・きょうと

2006年2月の開始以来、のべ323名が利用し、うち219名が復職している。6年の経過を振り返り、今後の課題や展望について報告する。

第一期・宇治おうばく病院内に小規模デイケアとして「バックアップセンター・きょうと」(=以降、BUC)を開設

- ・当初は週4日(半年後に週5日)開所であり、午前はデスクワーク、午後はヨガ、スポーツ、アロマ、ストレスマネジメント講座を実施し、途中からSSTを追加
- ・2008年には利用待ちの状況となったため、カウンセリングや作業療法を利用し、空き次第、BUCへ導入するシステムを構築
- ・家族への心理教育と支援を目的に「ファミリー・ミーティング」を開始
- ・OB間の交流やOBと利用者の情報交換を目的に「OB交流会」を開始

第二期・2009年10月、利用待ち解消と生活リズムが確立のために復職専門の作業療法を別途開設し、BUCへと導入するシステムに変更

- ・2010年3月、個別担当制を廃止し、利用者間で振り返りを行う「課題報告会」を導入することでグループに対するアプローチを強化
- ・2010年6月、CBTやSSTの小グループ活動を開始

第三期・2011年7月、大規模デイケア発足(京都駅前移転)に伴い、回復度によってステージを設定

- ・通所初期は身体系のプログラムを設定し、後期には仕事の実践力をつけるプログラムを増やすなど、個人から集団、単純作業から複雑なものへと徐々に展開するように変更
- ・2011年12月、終了者のフォローアッププログラムを開始

現状では疾病別心理教育やキャリア講座が不足しているため、新規プログラムが望まれる。職業別の課題設定や、近年増加傾向の若年層向けアプローチも早期に取り組むべき課題といえる。さらに、フォローアップの効果を検証した上での再利用者向けプログラムや、早期利用が望ましいケースに対応するための関係先との連携強化策も検討していきたい。なお、詳細はポスターで報告する。

リワークにおける集団を利用した再発防止への取り組み

安間香織、和栗智子 医療法人慶神会武田病院 リハビリテーション科デイケア

当院のリワーク利用者からは時々「他のリワークと違うんですね」という声が聞かれる。どのように違うかを尋ねると、「座学や仕事に関するプログラムが少なく、行動で身につける機会が多い」という点が共通している。実際に、他のリワークでのプログラム案内と比較すると、その通りといえよう。

当院のリワークにおいては、開始より18年ほど経っている一般DCがそのベースになっている。スタッフの基本的なスタンスは、DCでのそれと変わらない。人権の尊重、自己決定や主体性の尊重、集団の持つ力を信じ、伴に居る姿勢である。「障害」や「疾病」に関わる医療モデルではなく「人」に関わる生活モデルともいえる。

プログラムの内容としては、PCを使うプログラム2コマを除くと、直接就業と結びつくプログラムは実施していない。また、個人で行うプログラムとしては上記の他に書道があるが、それ以外は集団で行うプログラム（7/10）となっている。

その理由は、殆どの企業においての業務は集団で行われており、集団の中でいかに円滑なコミュニケーションをとって疾病管理を行い再発を防ぐかが、復職後に重要となってくると考えている為である。就業の場において、コミュニケーション能力は重要なツールである。各々の個性を活かした上で、どのようなコミュニケーションを取って仕事をしていくかを気付き、イメージを持って、復職という新たなスタートを迎える為に伴走する事が、当リワークの役割と考えている。

当日は、ポスターを利用して詳細を説明し、これからのリワークのあり方についてみなさんと考えていきたい。

リワークプログラムにおける治療的な機能をもつ新評価制度の構築

飯島優子、五十嵐良雄 医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

当院では、産業医に対して復職準備性に関する情報提供を目的として、参加メンバーに対するスタッフによる評価を、従来から実施してきた。今回、リワーク・カレッジ®における評価を見直すなかで、単に評価を行うばかりでなく治療的な意味合いを持たせた新評価制度の導入を開始した。

新評価制度では次の4点に留意した。①産業医に対して利用スタッフの復職を目的として復職準備性に関する客観的な情報を提供するため、主治医や複数のスタッフの評価を行うこととした。②定期的に自己評価を行い、プログラムへの取組みや症状について自己の振り返りを行うこととした。③参加メンバーの評価を行うスタッフは担当制とした。そして、参加メンバーは客観的な視点からの評価を受けるばかりではなく、評価担当スタッフによる面談を実施し、日頃のプログラムへの取組みについて話し合いを行い、復職・再休職予防に必要な課題を明確にする治療的介入のプロセスを加えた。ただし、スタッフが個別担当となることによる利用メンバーとの相互依存的な二者関係となる可能性を避けるため、担当は評価場面のみ限定した。④更に、個別担当スタッフばかりではなく、主治医や各プログラムを担当するスタッフが評価の一部に参加し、より多角的な視点からの観察による状態評価も重要であると考え、『担当スタッフによる評価』に加え、『主治医による評価（治療経過など）』および『プログラム担当による評価』も導入した。

主治医、複数のスタッフ（個別評価担当、プログラム担当）というように多くの者が評価に関わることになるため、運用面についての課題を抱えているものの、この試行の結果について報告したい。

リワーク1年目の心理教育プログラムの取り組み ーアンケート調査をもとにした効果的なプログラムのあり方についての検討ー

岡田 敦 財団法人信貴山病院分院上野病院

〈問題と目的〉

当院では平成23年6月よりうつ病患者を対象としたリワーク・デイケアを開所し、①うつ病の再発、再燃予防のための基礎的な知識の学習②認知行動療法や運動療法など他プログラムへの動機付けの2点を目的とした心理教育プログラムを、リワーク導入時に実施している。プログラム構成は週1回(60分)の講義形式。テーマは「ストレス」「うつ病」「生活習慣」「人間関係」「薬物療法」の5つである。利用者が理解しやすいよう教材の情報を視覚化する、各テーマに対する感想と質問に個別フィードバックを行う、各テーマにおいて他プログラムの意味付けを行う(例：うつ病と悲観的思考の関係を挙げ、認知行動療法が有効であることを伝える)などの工夫を行なっている。本研究では、心理教育修了者に行ったアンケート調査結果から、効果的なプログラムのあり方について検討した。

〈方法〉

対象者：心理教育修了者7名(男性4名,女性3名),平均年齢41.9歳,CES-D平均点22.8点。調査材料：アンケート。内容は「理解のしやすさ」,「他プログラムの理解の手助け度」などのプログラム全体の評価(評定法),5テーマの評価の順位付け(順位法),修了後の感想(自由記述)である。

〈結果と考察〉

プログラム全体の「理解のしやすさ」と「他プログラムの理解の手助け度」では5段階中(段階が上がるほど高評価)「4」「5」を6/7人から得ることができた。教材情報の視覚化や個別フィードバック,各テーマでの他プログラムの意味付けが有効だったと思われる。テーマ評価の平均順位は高い順に「人間関係」「生活習慣」「うつ病」「ストレス」「薬物療法」となった。「人間関係」「生活週間」が上位だったのは,他のテーマに比べ参加者が現在直面している問題であったことが考えられる。

当日は詳細なプログラム内容と調査結果を報告し,みなさんからご意見を伺いたい。

リワークプログラムにおける芸術行動療法(和太鼓プログラム)の効果

三浦ユミ、上田知子、深間内文彦、榎本 稔 医療法人社団榎会 榎本クリニック

1. はじめに

榎本クリニックでは、統合失調症、アルコール・薬物等の依存症、気分障害など多様な精神疾患に対応すべく、フロア毎に専門分化したデイ・ナイトケア治療を行っている。その一つに、気分障害のリワークプログラムがある。

リワークプログラムでは、「休職」者以外に「求職」「再就職」を目的とする方も対象に総合的なアプローチを行っている。朝9時～夜7時までの職場と同様の時間を過ごすことで、復職に向けての規則正しい生活習慣・体力づくりができ、集団行動を通して人との付き合い方や、相談相手を作ることができる。また安心できる環境で自分を見つめなおし、再休職を予防し具体的な復職への準備ができるような支援を目指している。

プログラムの中に週3回、芸術行動療法という治療プログラムがある。当院の芸術行動療法は、非言語表現や運動などを扱ったプログラムであり、音楽、ボクシング、よさこい、ボールゲーム、アート、テーブルゲーム、和太鼓のグループがある。各フロアに参加する多様な疾患のメンバーが、フロアの垣根を越えて自ら選んだグループに参加するのが特徴で、和太鼓プログラムは、リワークプログラムのメンバーに人気の種目である。

2. 内容

和太鼓プログラムは、普段は専門家の指導を受けて練習し、定期的に外部の高齢者施設等で発表する機会がある。発表を経験したリワークプログラムのメンバーから「太鼓に合わせて手拍子してくれたことに感動した」「普段人前で演奏することなどないので、緊張した」「復職後もやりたい」などという声が聞かれた。また、気分転換になるばかりでなく、和太鼓をやることで体調が変わったなどという声もあった。

2. 目的と方法

和太鼓プログラムが、リワークプログラムに通う気分障害やうつ病の利用者にどのような効果があるかアンケート等を用いて調査し、その意義を考察するとともに今後のプログラム運営やリワークプログラムの構成について考えたい。

和太鼓に参加しているリワークプログラム利用者に対し、「和太鼓に参加してどうなったか」などのアンケートを実施、またある事例の和太鼓参加状況とアンケート結果を通して、当日内容を発表する。

リワークでの復職可能とする判断基準について

小田英男、三浦 恵、大野舞子、松尾裕子 晴和病院

リワークを終了して復職可とし、職場の復職システムに移行する段階について、明確な基準を示すことは難しい。当院リワークでは各主治医と相談しながら個別に色々な経過で復職可の判断をしているが、「週五日間午前午後のプログラムを、問題なく、四週間続けられること」を仮の基準とするようになりつつある。現在のところこの基準による復職の成功率は高く職場に復職可能の連絡をする時の根拠にも使っている。しかしこの基準に至らず難航するケースが勿論あり、基準を満たせるように回復するための対策が求められる。少数ながら基準を満たさないまま復職に至る例もある。また段階的に日数を増やしていく期間を入れるとリワークは最短二か月ということになるが、これは標準的なリワークプログラムの期間より短いようである。症状の重症度、休職の期限、などの条件の違いを始めとして様々な要因が考えられるが、標準的なリワークプログラムとの比較も踏まえて当院リワークはどのように位置づけられるか、検討したいと思う。

入院から外来に至る総合的リハビリテーションにより安定した職場復帰が可能となった双極性障害患者の一例

池田沙弥香、沼田あやの 医療法人亀廣記念医学会 関西記念病院

製造業勤務の40代男性。X-3年2月より業務効率が低下したためA診療所を受診し、うつ病と診断された。その後、異動をきっかけにX-2年11月から休職。X-1年9月よりBセンターにてリワーク支援プログラムに参加し、X年4月に一旦復職したが、症状再燃してX年7月には再休職となり、同年11月当院受診した。

初診時、希死念慮を含む抑うつ症状に加えて軽躁の既往を認めたことから双極Ⅱ型障害との診断にて当院医療保護入院となった。入院直後より、精神科病棟を経てストレスケアユニットおよび外来デイケアまでを想定した治療・リハビリ戦略を多職種で共有するためのカンファレンスを随時実施し介入した。薬物療法により焦燥、希死念慮が消失し、疾病教育を終えた時点でストレスケアユニットに転棟とし、復職リハビリテーションとしての作業療法を開始した。問題解決スキルの獲得を目標としたが、X+1年2月の退院時には目標への具体的な行動計画立案に課題が残ったため、当院デイケアの復職支援プログラムに移行した。

デイケアでは治療目的を常に確認しつつ、適切な課題設定に向けたアプローチを強化した。職場との復職交渉により復職意欲が低下する場面もあったが、対処状況の振り返りを行いながらリハビリテーションを継続したところ、入院時からの課題であった客観的事実に沿った解決策を模索することが可能となり、気分がより安定した。このため同年10月よりリハビリ出勤を開始し、1ヶ月後に復職となった。現在は復職後ミーティングに参加してストレス対処の確認などを行いつつ、順調に就労を継続できている。

当症例は、過去の外来復職支援プログラムのみでは継続した復職に至らなかったが、当院において精神科病棟からストレスケアユニットを経た外来通院、また院内作業療法からデイケアに至る統合的な治療、看護、リハビリテーションを施行できたことが、安定した復職に大きく寄与したと考える。

うつ病患者へのリワークプログラムの試み —新しい生き方の獲得の援助に着目して—

山口直美、小林 純、河野憲人、高橋照実 つくば木の花クリニック

【はじめに】

うつ病の社会復帰や再発予防には、病前より新たな価値観や適応の様式、すなわち新しい生き方を獲得することも重要と考える。当院では、うつ病を社会で新たな生き方を得るためのライフ・イベントとしてとらえ、その援助に重点をおいたプログラムを試行したので報告する。

【対象と方法】

平成22年2月から現在までの利用者は36名で、利用期間は平均5.1ヵ月である。プログラムは1回80分、週3～4回で、個別の作業課題、リラクゼーション、運動、創作、認知療法、SST等から構成され、生き方獲得援助の観点からは以下の3点が特徴的である。

1. 各人の個別性や相違点を興味深い態度で明確化したり、試行錯誤に肯定的評価をする。
2. 認知療法では、うつ病の予防ではなく、「自尊心」を保つことに焦点をあて、子供・動物などが登場するおとぎ話的なストーリーを教材とする。
3. SSTでは慢性の統合失調患者を対象に開発されたベラック方式を頻回に取り入れ、共通のスキルを1つずつ学ぶ。

【効果と考察】

1. 継続中を除いた24名中17名（70.8%）が何らかの形で社会復帰した（復職10名、非常勤を含んだ就職6名、復学1名）。
2. 認知療法では、自尊心を扱うことで、うつ病発症への挫折感を避け、おとぎ話的なストーリーを用いることで、現実的問題への直面化の程度を患者ごとに調節できた。SSTでは、苦手な社会スキルを認識し体験することができた。仮の場面や状況をそれぞれが設定できるため、現実的問題への直面化の程度を調節できた。
3. リワークプログラムには空間的・時間的な拘束や作業ノルマを重視する時間が大切である。加えて、新しい生き方を獲得するという観点から、試行錯誤や多様性を認め合う安全な場で、シンプルな課題を各個人に合わせて直面化の程度を調節しながら行う時間をもつことも重要と考えられた。

復職支援プログラムの効果と予後の困難

落合幹恵、関口裕子、山澤直美、牧野幸宏、田中裕香、加藤 正 あらたまこころのクリニック

【問題と目的】

うつ病等による休職者の増加に伴い、各地で復職支援プログラムが実施されるようになった。しかし、休職者にとってのゴールは職場復帰ではない。復帰後、再発を予防し、仕事を続けていくために、当院ではフォローアップのグループを行っている。

本研究では、休職者に対して復職支援プログラムを行い、うつ症状と社会適応が改善したことについて報告する。また、職場復帰後に出てくる困難について発表する。

【方法】

復職支援プログラムは、月曜日～金曜日の9:30～15:30で精神科デイケアの枠で実施した。このプログラムには、オフィスワーク、集団認知行動療法、SST、スポーツ、再発予防グループなどがある。平成22年4月～平成23年12月までに復職支援プログラムに参加し、職場復帰された23名を対象に、うつ症状と社会適応の状態を測定するためにBDI-IIとSASSを隔週で行った。

【結果】

BDI-IIの平均点は、開始時15.13点から終了時7.26点となり、統計的に有意となった ($t=5.46, p<.05$)。SASSの平均点は、開始時30.43点から終了時37.43点と、統計的に有意となり ($t=4.50, p<.05$)、後藤ら(2005)による研究で示された社会適応の状態まで改善した。以上の結果から、うつ症状と社会適応の状態は回復したと言える。

【考察】

多くの休職者はうつ症状が減少し、社会適応の状態が改善すると職場復帰につながるが、一方で再発を繰り返し、職場復帰につながらない、休職を繰り返す方がいるのも実際である。復帰後も安定して仕事を続けていくために、再発・再休職予防は重要となる。

【文献】

後藤牧子・上田展久・吉村玲児 他 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.

うつ病患者の食生活と症状の関連

野口律奈 ひもろぎ心のクリニック 管理栄養士

当院リワーク施設の管理栄養士業務は、治療的アプローチ（食事療法）と作業療法的アプローチ（調理実習）の2つに大別される。本施設では開所当初から管理栄養士が常駐し、2つのアプローチを実践、及び検証してきた。今回は、2アプローチのうち、食事療法について、その検証結果の一部を報告する。

1、栄養素の検証

うつ病食事療法としてエビデンスのあるビタミンB群（以下、VB群）とn-3系脂肪酸（以下、n-3系）について調査した。対象者は103名（男性60名、女性43名）で、血清濃度と1日の摂取量を調べ、うつ病症状との関連を調べた。うつ病症状は、身体・精神・不安の3つの症状に分けて解析した。その結果、VB群は精神症状と負の相関を示し、相関は男性のみで見られた。n-3系は不安症状と負の相関を示し、摂取量レベルでは男性、血清脂質レベルでは女性で関連が見られた。更に、大うつ病性障害と双極性障害の患者で比較した所、両栄養素共に双極性障害でより強い関連が示された。

2、食事摂取パターンの検証

204名の患者（男性133名、女性71名）を対象に食事調査を実施し、因子分析（主因子法）によって食事パターンを抽出後、1と同様、3つの症状との関連を検討した。

その結果、「野菜」「魚」「肉」「果物」という4つの食事摂取パターンが抽出され、「野菜」と「肉」が身体症状と負の相関を示した。更に、大うつ病性障害と双極性障害の患者で比較した所、双極性障害のみで、「野菜」と身体・精神症状が負の相関、「肉」と不安症状が正の相関、「果物」と精神症状が負の相関を示した。

本調査は横断的であり、因果関係を言及するには限界がある。しかし、本結果から、うつ病患者の食生活とその症状には何らかの関連があり、それは双極性障害において顕著である可能性が示唆された。

教育システム開発に関する研究第1報；研修内容・方法に関する検討

飯島優子⁽¹⁾、片桐陽子⁽²⁾⁽³⁾、岡崎 渉⁽⁴⁾、松村英哉⁽⁵⁾、蔵屋鉄平⁽⁶⁾、福島 南⁽¹⁾、
今関純宇⁽¹⁾、石川いずみ⁽¹⁾、上田知子⁽⁷⁾、横山太範⁽⁸⁾、五十嵐良雄⁽¹⁾

メディカルケア虎ノ門⁽¹⁾、京都駅前メンタルクリニック⁽²⁾、宇治おうばく病院⁽³⁾、NTT東日本関東病院⁽⁴⁾、
三木メンタルクリニック⁽⁵⁾、品川駅前メンタルクリニック⁽⁶⁾、榎本クリニック⁽⁷⁾、さっぽろ駅前クリニック⁽⁸⁾

うつ病などの精神疾患を理由に休職した方の復職支援を行うリワークプログラムを実施する医療機関（以下、リワーク医療機関）が増えている。休職者数に比してリワーク医療機関が圧倒的に少ない状況が続いており、数の増加は喜ばしいことだが、提供される治療内容が統一されているわけではなく、医療機関ごとの差が大きい。また、これからプログラムを始めようとする医療機関においては、どのような内容で始めたら良いのかという不安も聞かれた。うつ病リワーク研究会では、これまでも様々な研修会などを通じて、リワークプログラムの普及に努めてきたが、厚生労働科学研究として、リワーク医療機関やこれから始めようとしている医療機関のスタッフや管理者に対して、リワークの本質を理解して貰えるような教育システムの開発を進めていくことになった。その第一歩として基礎編と実践編の研修内容や研修方法について標準化を図り、一定の成果を得たので報告する。

1. 基礎編

うつ病リワーク研究会では、基礎編の研修会をH20年より年2回行っている。伝えなければならぬ内容が多岐にわたり、研修内容が詰め込みすぎになっていること、講師間で内容に重複が見られること、座学ばかりで参加者同士のネットワーク形成の機会がないことなどが問題となった。また、講師の人数も多く、東京以外での開催が困難で普及に足枷となっているといった点も指摘された。

2. 実践編

H23年より実践編の研修会を行っている。初回となった研修会では、1グループの人数が10名以上と多く議論が深まり難くかったこと、経験者と言っても経験のレベルに差が大きかったこと、講義の時間が多く参加者の経験や悩みなどの共有が進まなかったことなどが課題として上がった。

3. 今後の課題

ポスター発表にて、これらの課題について行った対策などについて報告したい。また、様々な検討を通じて、映像を用いる事の有用性が認められた。次年度以降の課題としたい。

EAP機関とリワーク施設の連携に関する実態調査

牧 宏一 うつ病リワーク研究会ワーキングチーム、さくら・ら心療内科

【目的】

うつ病などの気分障害（以下、うつ病）休職者が増加、再発・再燃を繰り返すことによる企業が負う社会的責任や経済的負担は年々大きなものになっており、職域におけるうつ病へのメンタルヘルス対策は、喫緊の課題となっている。

企業では、こうした課題に対し「外部EAP機関(以下、EAP機関)を利用した職場のメンタルヘルス対策」や「医療機関等が行うリワーク施設（以下、リワーク施設）の復職支援」等の事業場外資源を利用する動きが浸透してきている。

しかしEAP機関とリワーク施設は、三次予防の「休復職サポート」という共通項を持ちつつも、現時点では有機的な連携に至っていない。

そこで今回、双方の今後の連携・役割分担の在り方を探ることを目的としてアンケート調査を実施。現状における双方の理解や連携内容を把握し、比較検討した。

【方法】

1. 期間：2012年1月～2月
2. 対象：EAPコンサルティング普及協会所属のEAP機関、(独)労働者健康福祉機構の登録相談機関（以下、EAP機関）
うつ病リワーク研究会会員施設（以下、リワーク施設）
3. 方法：EAP機関はE-mailと郵送、リワーク施設は郵送でアンケート調査を依頼。
4. 内容：双方の役割に関する理解、現状の連携、今後の連携を調査

【結果・考察】

アンケート調査の結果に考察を加え、当日発表とする。

「リワークプログラムにおける失職者への支援の在り方に関するアンケート調査」結果の報告

森 勇人⁽¹⁾⁽⁴⁾、五十嵐良雄⁽¹⁾⁽⁴⁾、萩原健二⁽¹⁾⁽⁴⁾、横山正幹⁽²⁾⁽⁴⁾、牧 宏一⁽³⁾⁽⁴⁾

メディカルケア虎ノ門⁽¹⁾、さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ⁽²⁾、さくら・ら心療内科⁽³⁾、うつ病リワーク研究会⁽⁴⁾

リワークプログラム（精神科デイケア・精神科作業療法・集団精神療法など診療報酬上の枠組みを利用した復職支援プログラム）では、気分障害や不安障害などの精神疾患が原因で休職に至った方に対して職場復帰のための治療・リハビリテーションを展開している。

一方でリワークプログラムを実施している機関の中には失職者（就労していたが、現在何らかの理由で仕事に就いていない方）を利用対象としている施設や、プログラムの利用途中で失職しそのまま参加継続を許可している施設など、失職者に対しても様々な活動方針や実施方法をとっている施設もあり、活動の幅が広がっているといえる。

筆者が所属しているうつ病リワーク研究会ワーキングチームでは、リワーク活動に関する研究活動や啓発活動を行っており、今年度の研究テーマの1つとして、リワークプログラムにおける失職者への支援の現状を把握し、今後の支援の在り方について検討することになった。そこで今回、全国のうつ病リワーク研究会正会員が所属する施設を対象として「リワークプログラムにおける失職者への支援に関するアンケート調査」を行った。アンケート調査では失職者の利用状況、失職者のリワークプログラム利用目的、失職者へのプログラム対応などの質問項目について回答を得た。

当日は全国のリワーク施設における失職者への支援の現状やスタッフの意識についての集計結果を報告し、今後のリワークプログラムにおける失職者へのアプローチの方向性や方法についての考察をお伝えしたい。

リワークプログラムの復職後の長期予後に対する効果研究中間報告

大木洋子、山内慶太 外部委員会

【目的】

近年、リワークプログラムを実施する医療機関が増加しており、うつ病リワーク研究会会員施設では、32都道府県、約120施設がプログラムを実施している。今後さらなる普及を図るためには、リワークプログラムが復職に果たす効果を明確にし、その意義を確立することが社会的理解を深めるためにも必要と考えられる。

リワークプログラムを利用した、うつ病・不安障害等により休職した患者の復職後の就労状況等の予後を追跡することにより、リワークプログラムが復職に果たす効果を判定し、プログラムの治療的意義を確立する。また、研究の実施により医療機関が行うリワークプログラムや復職支援に対する社会的理解を高めることを目的としている。

【方法】

うつ病リワーク研究会正会員施設のリワークプログラムを利用する患者を対象とした前向きコホート研究。対象は、休職2回以上または休職1回目でも連続して180日以上勤務できない状態である者とした。対象者およびその主治医等に対しアンケート調査を行い、復職後の就労継続日数を指標とした予後の解析を行う。対象者の組入期間は、平成22年9月より平成23年2月までの6ヶ月間であり、観察期間は平成25年12月31日までを予定している。

アンケート調査は、対象者本人に対し、復職後3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24ヶ月後までの計8回、EメールとWEBを利用した調査システムにより調査を行っている。また対象者の主治医等に対しては、郵送で組入時、復職時、復職後3,6,12,18,24ヶ月後までの計7回の調査を行っている。

なお本研究は、うつ病リワーク研究会の研究組織であるワーキングチームとデータ管理のために組織された外部委員会により実施しており、外部委員会では情報管理およびデータハンドリングを担当している。

【中間報告】

本研究の対象者は16医療機関273人である。組入後1年が経過した2012年2月29日現在、対象者の現状は、復職198人(72.5%)、プログラム途中の中止脱落50人(18.3%)、消息不明1人(0.4%)、現在もリワークプログラム中である者24人(8.8%)である。当日は復職者の就労予後の経過を中心に、最新の間接報告を行う予定である。

リワークデイケアにおけるSSTの活用と有用性について

加藤祐介、大濱伸昭、横山太範 さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

当院では、メンタルヘルスの問題により休職された方を対象に、対人関係の在り方の固定化を一つの問題ととらえ、再発予防のために柔軟で多様な役割の獲得を援助できるよう、集団精神療法の視点とロールプレイを取り入れたリワークデイケアを行っている。今回は主に発達障害の方を対象とした「Mutual Communication Program (MCP)」で行ったSSTの効果的な活用と有用性について発表する。

MCPは定員10名のクローズドで、SST（毎週全11回）とサイコドラマ（隔週全5回）の2つのプログラムから構成されている。SSTは各回練習を2～3事例とシェアリングを実施し、セッションの終わりにスキルの般化を目的として「宿題カード」を配布して、次回に実施場面、相手の反応、満足度を報告する。

リワークデイケアは主に職場場면을再現したロールプレイ形式のプログラムを実施しており、各役割や場面で再現された対人関係上の問題と、職場で症状が生じる内的要因・外的要因とを結びつけて振り返る。SSTではこうした材料を基に練習課題を設定する。練習後はリワークデイケア内で、同様の場面で活用するとともに、実践時はその場でスタッフより即時の強化を実施し、般化を促している。

リワークデイケアで明らかになった課題をSSTで練習し再度同じプログラムで実践を試みる構造は、結果として練習への動機づけを高めるだけでなく、成功体験の積み重ねにより認知面、行動面の強化や般化がされやすい。スクリーニングと効果測定の方法として用いた心理検査では、参加者のソーシャルスキルと社会適応状態の自己理解が高まった（KISS-18： $t(18)=3.20, p<.01$, SASS： $t(18)=1.83, p<.05$ ）。発達障害の支援においてSSTは非常に重要であり有効な方法であると言える。

当院ではその他にも外来患者を対象としたSSTを3グループ実施しており、復職支援ならびに復職後のフォローアップや再休職予防に役立てている。今後非精神病患者を対象としたリワークにとってもSSTは重要な構成要素となりうる可能性が示唆される。

うつ病患者を対象とした復職支援のための集団認知行動療法の効果

清水 馨⁽¹⁾⁽²⁾、田上明日香⁽³⁾、伊藤大輔⁽¹⁾⁽⁴⁾、大野真由子⁽¹⁾、岡山紀子⁽²⁾、宣 聖美⁽²⁾、瀬戸口和久⁽¹⁾、中村しげ子⁽¹⁾、堀江朋子⁽¹⁾、小野紘子⁽¹⁾、内堀麻衣子⁽¹⁾、白井麻理⁽¹⁾、鈴木伸一⁽⁵⁾

小石川メンタルクリニック⁽¹⁾、早稲田大学大学院人間科学研究科⁽²⁾、早稲田大学総合研究センター⁽³⁾、日本学術振興会特別研究員⁽⁴⁾、早稲田大学人間科学学術院⁽⁵⁾

1. 目的

うつ病は、職場で最も起こりやすく、休業、休職に結びつきやすい精神疾患と言われている（小嶋ら，2006）。当クリニックは平成20年より、うつ病患者を対象としたリワークデイケアを開設し、のべ登録者数228名のうち、109名が復職および再就職に至っている（平成23年7月現在）。また、近年では、集団認知行動療法（以下、CBGT）を用いた実践が注目を集め（田島ら，2006）、当クリニックにおいても実践を重ねてきた。そこで、これまで取り組んできた復職支援のためのCBGTの効果について検討する。

2. 方法

- 1) 分析対象：当クリニックデイケア利用者のうち、平成20年5月から平成23年9月までにCBGTに参加した、うつ病性障害患者、計48名（男性24名、女性24名、平均年齢 35.33 ± 6.7 歳）。
- 2) プログラム概要：プログラムはBeck（1979）とNezu（1989）に基づいて作成し、思考およびストレス対処パターンの分析、問題解決プロセスによる検討を行う。1グループ4～6名で、心理教育1回、治療セッション10回（1/w）、フォローアップ1回の計12回から構成。
- 3) 効果測度：うつ病評価尺度（BDI-II；Beck，1996およびHAM-D日本語版；中根ら，2004）、自動思考尺度（児玉ら，1994）、対処方略尺度（神村ら，1995）
- 4) 測定時期：CBGT開始前・開始後・3ヶ月後
- 5) 倫理的配慮：本研究は、早稲田大学倫理委員会により承認が得られている。

3. 結果

プログラム終了後3ヶ月時点で復職者は35名中15名であった。また、プログラム実施前後および3ヶ月フォローアップ時で、うつ症状の変化を比較検討したところ、HAM-D得点およびBDI得点の有意な得点の低下が認められ、さらに3ヶ月後においても維持されることが示された。CBGTの実施により、うつ症状および認知面・行動面の改善が示唆された。

リワークプログラムのなかでの音楽療法の試み

山本智美⁽¹⁾⁽²⁾、広瀬友美⁽¹⁾、藏條三紀⁽¹⁾、田中富美子⁽¹⁾、大橋昌資⁽¹⁾

響ストレスケア～こころとからだの診療所⁽¹⁾、日本臨床心理研究所⁽²⁾

当院は2008年9月よりうつ病を中心とした復職支援のための小規模ショートケアを行っている。メンバーの利用期間や開始時期もそれぞれ異なり、復職という大枠以外の目標設定は各自で異なることが多く、集団の均一性や凝集性を保つためには工夫を要するグループである。リワークにおいて、コミュニケーション能力の向上は再発予防の観点からも重要視されており、各機関で様々な集団プログラムの取り組みがされている。当院の音楽療法は2008年10月より日本臨床心理研究所の松井紀和先生、日本芸術療法学会理事の藤原茂樹先生の指導のもと、集団プログラムとして実施されている。リラクゼーションや、コミュニケーション能力の向上を目的とし、音楽鑑賞や、楽器を使った即興演奏や音楽表現、合奏などを参加者の状態に合わせて適宜組み合わせることで週1回、1時間のプログラムを行っている。プログラムに受動的な活動と能動的な活動を組み合わせることで徐々に自己表現を促すことや、同じ活動の中でも様々な役割を設定することで参加日数の浅い参加者でも無理なく参加できるようにする等の配慮をしてプログラムを組んでいる。参加者の殆どが教育課程の授業以外に楽器に触れた経験がなく、スタッフを含め全員が未知の非言語的な活動に最初は戸惑い、模索しながら参加する中で、集団内の交流が自然と促進され、自己表現が拡大し、次第に言語的な表現も促進されるといった経過をたどる参加者が複数見られる。また、楽しみの要素があることで参加者の構えがとれ、他の場面では見られなかった態度や発言が見られることもある。他のプログラムとの連携を行うことにより、参加者の対人交流の仕方について言語的にフィードバックする機会をつくるきっかけとなる場合もあり、音楽療法は参加者のコミュニケーションスキルを知ることができる場面の一つとも捉えられる。当日は実際の活動に触れながら、音楽療法の効果や今後の課題について報告する。

リワークデイケアにおけるキャリア・プログラムのサービス品質評価の試み

小澤咲子 ひもろぎ心のクリニック キャリアカウンセラー

当院では、リワークデイケアプログラムの1つとして、キャリアカウンセラーによる業務遂行能力の回復、円滑な復職支援、再就職のための準備などを目的としたキャリア・プログラムを実施している。

通常のプログラムにおいて参加者自身のふり返りは行っているが、プログラムそのものに対する評価は行っていなかった。プログラムは利用者に対するサービスであり、その効果を評価し、改善することはサービス提供者としての責任であると考えます。また、参加者によるプログラム評価は、サービス効果を評価するという主目的に加えて、業務復帰後多くが求められる「対象をある観点で評価する」といったフレームワークに関する理解の促進、また評価の機会をもつことによる自己効力感の回復等も副次的に目指している。

プログラムの効果とは、一般的にプログラム目標の達成度を主に考えるが、教育の観点からは、受講満足度や学習内容を活かそうとする意識や動機づけも重要とされている。

今回半年間にわたって実施したキャリア・プログラムについて（のべ110名参加）、企業における教育効果の評価として一般的なカークパトリックの4レベルの評価（満足度、学習目標達成度、活用度、業績効果）による分析結果を報告し、今後について検討する。評価にあたっては①満足度、②説明のわかりやすさ、③内容の興味深さ、④資料のわかりやすさ、⑤ワークシートやディスカッション役立ち度、⑥学習目標達成度、⑦活用意識の7項目について6段階評定法で行った。「満足度」は「内容の興味深さ」に影響を受け「活用意識」は「内容の興味深さ」と「ワークシートやディスカッション役立ち度」という具体的な活動を通じて動機づけられることがわかった。これによりキャリア・プログラムには、仕事感の回復機会として有効な内容、実際の現場をイメージできるツールやディスカッションの活用が重要であることが示唆された。

リワークプログラムを実施している精神科医療機関と職リハ機関が連携した 復職支援技法開発の取り組み～精神科リハと職業リハの連携態様に関する検討と試行～

萩原健司、飯島優子、石川いずみ、森 勇人 医療法人社団雄仁会 メディカルケア虎ノ門

当院では、平成17年からリワークプログラムを実施している。L1からL6までのレベル制を導入し、段階的に負荷をかけながら復職準備性を確認している。デイケアの枠組みを利用したプログラムになっているが、あくまでも包括的な治療プログラムの一環として実施している。

一方、地域職業センターにおいて実施されている「リワーク支援」は、障害者職業総合センターの臨床研究部門である、「職業センター」が開発した復職支援技法であり、平成16年度より各地域職業センターへ導入され、全国48か所の地域職業センターにおいて実施されている。医療機関でのリワークプログラムに比べると、職業訓練に重点を置いたプログラムになっている。

リワークプログラムを実施している精神科医療機関と職リハ機関の連携は、ほとんど行われていない状況であったが、昨年、障害者総合職業センターから当院に対し、研究協力の依頼があった。研究協力の内容としては、発達障害やパーソナリティ障害を合併している気分障害や、社会経験の少ない未熟性がベースにある気分障害などの障害傾向を有する利用者に対する支援技法開発及び精神科医療機関と職リハ機関の連携のあり方に関する研究協力の2点である。

職業センターの新規開発プログラムとしては、ビジネス基礎力再構築支援プログラムと医療連携型短期復職支援プログラムがあり、当院のメンバーの中から候補者を選定し、リワークプログラム（RAMP-T）終了後、職業センターでのプログラムに導入していく。ビジネス基礎力再構築プログラムは、気分障害の中でも、社会経験の少ない未熟性がベースにある若年者及び休職して数年経ち、ビジネススキルが落ちてしまっている中高年を対象とした。また、医療連携型短期復職支援プログラムは、発達障害の合併が疑われ、職場の理解が必要な者や、社会不安障害のため、面談場面などで、自分の病状や復職後の要望などを伝えられない者などを対象とした。

当日は、対象者選定からプログラム導入までの流れやプログラム導入後の状況などをご紹介します、今後の両機関の連携のあり方についても検討してみたい。

薫風会山田病院でのリワークDCの歩みと問題点～クリニックへの移転

河野純子⁽¹⁾、樋口 香⁽²⁾、澤田由紀子⁽²⁾、山田雄飛⁽¹⁾

薫風会山田病院 精神科⁽¹⁾、田無メンタルクリニック リワーク担当⁽²⁾

当院のリワークDCは2009年8月に小規模DCとして開始された。プログラムは看護師、ケースワーカー、作業療法士の3名が主に担当し、集団認知行動療法（臨床心理士）も行った。対象者は、原則、気分障害で回復期の休職者・離職者であり、他院からの依頼も可能とした。期間は限定されていないが、3ヶ月から長くても6ヶ月を目標とした。

2009年8月から2011年10月末までの統計では、登録人数は95人（男性75%、女性25%）他院からの紹介は65%。診断割合はうつ病59%、双極性障害18%、適応障害5%、強迫性障害4%、統合失調症4%、休職回数は1回42%、2回31%、3回以上27%、休職期間の平均は14ヶ月であった。

利用後の復職率は74%、中止15%、入院5%、就職3%であった。中止の理由としては、やる気がなくなり自己中断、病状悪化などであった。

約2年ほどではあるが、当院のリワークDC時の問題点として

- ①一定人数の確保の難しさ：受け入れの範囲を広げると復職率が下がるが、狭めると利用者が減る（一般DCと異なり、常に卒業していくため）
- ②プログラムへの不満、マンネリ化：受け入れ時にレベルの差あり→プログラムを分ける
- ③外部との連絡の難しさ：（主治医、産業医、人事）
主治医には1ヶ月、3ヶ月での評価表を示しているが、まだ十分な連携がとれているとはいえない→職場からの要望をもらう
- ④広報活動の手段、スタッフへの依存
などがあげられた。

復職後の問題点としては、①復職後のフォローアップの方法（当院では土曜スクールを開催、外来）②復職の受け入れが職場の受容度により異なる、軽作業的などに限定される③再休職、などがあげられた。

また2011年11月よりリワークDCが田無メンタルクリニックに移転し、大規模DCとなった。それに伴い、プログラム内容も変更された。今後はこれまでの問題点を徐々に改善し取り組んでいく予定である。

オフィスのリワークから畑運営プロジェクトへ

近藤伸介、高橋章郎 医療法人社団KNI 北原リハビリテーション病院

【はじめに】

当院は東京・八王子市にある脳卒中とうつ病に特化した病院で、精神科は開放病棟24床を有し、主にうつ病の急性期から回復期まで他職種協働で治療にあたっている。外来では休職者および失業者に対する復職支援プログラムを開設当初から実施してきた。これまでに2度大幅なプログラムの見直しを行い、以下に挙げる3通りの運営方法を経験した。①入院患者と同じスペースで、ストレッチ体操と手工芸を行う病棟プログラム。②復職支援プログラム専用のスペースを作り、ミーティングとパソコン作業を中心とした屋内プログラム。③畑作業を中心として管理・販売など運営まで行う屋外プログラム。今回はそれぞれの期間の特徴と問題点を振り返り、考察を加えたい。

【プログラムの変遷】

①期（2004～08年）では、作業療法として広く行われている方法論で、生活リズムの確立や耐久性・集中力の向上を目指した。しかし入院患者と作業能力に差があるため同じ治療空間で行うことに無理があること、外来でのニーズが高まったことを受けて専用スペースに移行した。②期（2008～10年）では、オフィスの空間を作り、心理教育やアサーションを取り入れたグループワークも行った。しかし能力の向上はみられるものの、働く喜びや生きる喜びといった生き気感情は十分に回復しなかった。③期（2010年～現在）では、敷地内の畑で農作業を行うプログラムに変更した。開墾、肥料作り、栽培スケジュール管理、販売、利益分配など、汗だくの作業から真剣な話し合いまで、模擬的な要素はなくなり、メンバーの能動性や生き気感情にも改善を認めた。さらに現在当法人が進める「医療のまちづくりプロジェクト」の一環として農業とリハビリを一体化したファーム事業が進行中で、メンバーが試験的に参加している。

【結論】

うつ病からの回復にはシミュレーションではなく本気で取り組む作業が必要である。

復職に向けて看護師としての自尊感情を高める関わり ～支持的な支援を通して自己受容を促す看護～

広瀬友美⁽¹⁾、山本智美⁽¹⁾⁽²⁾、藏條三紀⁽¹⁾、田中富美子⁽¹⁾、大橋昌資⁽¹⁾

響ストレスケア～こころとからだの診療所⁽¹⁾、日本臨床心理研究所⁽²⁾

現在、うつ病はその一部が生活習慣病のひとつと位置付けされつつある非常に身近な疾患である。そして、うつ病を発病し、やむなく休職すると復職を検討することになる。その復職を目的として行われているリワークにおける看護師としてのかかわりについて考えを述べる。まず、感じるのはうつ病となりリワークに参加される対象のほぼ全員が「うつ病になって休職してしまった。」という大きな劣等感を持っているということである。休職していることの後ろめたさや、罪悪感がある。更にそれは、自信の喪失となり自尊感情の低下をきたしていることとなり、復職しようとする上で大きな障害となっていると思われる。反面、早く復職したいという思いや、職場や家族などへの気兼ねなどの様々な焦りもある。また、再発はしたくないという思いも強い。このような様々な葛藤の中でリワークに参加することで最終的には対象自身が「復職する」という気持ちに切り替え、開き直り、前に進んでいかなくてはならない。そのために様々な職種が関わるリワークでの看護師の役割はそのような対象の心理を理解し、共感することで対象自身が自己受容でき、復職のための決意ができるよう支えることが重要であると考えられる。同じ目標に向け様々な職種が関わっているが、看護師はまずは対象の一番の支持者となる必要がある。そのためには日々対象に関心を払い、各々の精神状態に合わせて一定の距離を保ちつつ相互信頼を構築していく。そして対象には常に見守られている感を感じてもらい安心感を持てるようにすることで支持的な支援となる。そういった支えの中で対象は自己を見つめ直し徐々に自己受容ができ、うつ病になった自分を肯定的に考えることにつながるのではないかと考える。そしてそれが自尊感情を高めることとなり、復職へのきっかけとし対象が一步步前に進めるのではないかと考える。

個別型復職支援の中のPSWの役割 ～職場調整が有効に働いた事例を通して考察する～

山本智恵、原田健一、牧 賢美、大磯宏昭 特定医療法人 富尾会 桜が丘病院

【はじめに】

当院では、平成19年11月にうつ病で休職中の方を対象とした復職支援プログラム（リワーク・リハビリテーションセンター・桜が丘）をスタートした。

今回、職場復帰への焦りから、病状の回復が不十分にも関わらず早期の復職を希望していたが、PSWの早期介入により、スムーズな復職・職場定着に結びついた事例を経験した。リワーク導入時から職場調整、作成した復帰プランを基に展開した個別支援を通して、PSWの役割について考察し、報告する。

【事例紹介】

A氏、30代男性。うつ病。公務員。X-1年4月、転勤に伴う異動により職場環境に適応できずにうつ病を発症。クリニックに通院しながら仕事は続けていたが、X年1月より休職し、X年3月にリワーク利用目的にて当院を受診。

【経過】

利用開始時、A氏は復職への焦りから、早期の復職を希望。PSWの個別支援の中で職場との連携を開始し、A氏の意向、職場の意向を踏まえた復帰プランを作成。徐々に焦りは軽減し、再発予防に向けたリハビリに取り組むこととなった。

約1ヶ月後には定期通所が可能となった為、ケア会議を設定し、休職期間中の職場での試し出勤を実施することとなった。試し出勤中は仕事のイメージ作り、ストレスの対処方法の実践と面談の中で振り返りを行い、利用開始から3ヵ月後には復職した。今回のケースでは、職場調整と個別支援が復職・職場定着に有効に働いた。

【考察】

リワーク導入早期より職場調整・面談を行ったことで、本人の不安の軽減へと繋がり、リハビリに専念出来るようになった。一方、職場も不安の軽減と、病状の理解へと繋がり、受け入れ体制を整える事ができた。職場調整を通して共に考える事で、復職準備性についての現実的な検討が可能となり、本人の適切な自己決定・選択に繋がったと考える。

小規模リワーク（デイケア）におけるスタッフ交代の影響をいかに減らすかー治療の構造化の必要性ー

義村 勝⁽¹⁾、松本ちずみ⁽¹⁾、丸山由香子⁽²⁾

ストレスケア義村クリニック⁽¹⁾、東京大学大学院⁽²⁾

スタッフ数の少ない小規模のリワーク（デイケア）においては、休職、退職など理由は様々であるが、それによるスタッフ交代の治療に及ぼす影響は小規模なるが故にまたいよいよ計り知れないほど大きなものがある。当院でもリワーク開始から1年経たないうちに、中心的スタッフ（心理士）の退職という事態に残念ながら遭遇し、現場に動揺が生じた。とはいえ、これはいずこでもまた避けざらという性質のものでもあろう。そのため管理者には常にスタッフの交代という事態が生じることを想定し、かつその影響をいかに少なくするかという視点、覚悟が必要となる。

スタッフ交代による影響はいくつかに分けられる。

一つはスタッフの知識の問題である。リワークではプログラム内容の治療に及ぼす影響はもちろん大きい。テキストは多数出版されており、また当うつ病リワーク研究会による講習会など情報も多くなっている。そのためスタッフの研修、研鑽や決まったテキストを使用するなどによりある程度、調整可能であろう。

二つ目はスタッフの個人的資質、すなわちパーソナリティ、能力等の問題である。これは単なる知識よりも調整の難しい問題である。しかしながら意外にそのことについて触れられることは少ないように思う。

当院ではスタッフの交代前後に双方について大きな違いが見られた。

デイケアの責任者が辞めたのであり、リワークの担当スタッフ（心理士）が辞めたのでは無かったが、担当スタッフはリワークについては勉強途上であり専門的と言うほどではなかった。しかしスタッフ交代後に週2日参加するようになったのはリワーク専門の某NPO法人で講師を務める心理士であった。そういうスタッフ構成の変化がリワークに参加する患者達に当然、多大な影響を及ぼした。

当日はそうした変化に対して管理者たる演者（院長）がいくつかのミーティングの場を設け、治療構造的視点から介入して来た経緯について発表したい。

協賛企業

第5回うつ病リワーク研究会総会の開催にあたりまして、下記の企業から多大なるご協力、ご支援を賜りました。

ここに謹んで御礼申し上げます。

旭化成ファーマ株式会社

アステラス製薬株式会社

MSD株式会社

大塚製薬株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

社団法人雇用問題研究会

塩野義製薬株式会社

大日本住友製薬株式会社

武田薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

株式会社南山堂

日本イーライリリー株式会社

ファイザー株式会社

Meiji Seikaファルマ株式会社

五十音順