

第6回うつ病リワーク研究会年次研究会 ご挨拶

当番世話人 秋山 剛 NTT 東日本関東病院

うつ病リワーク研究会の年次研究会も、6回を迎えることができました。リワークプログラムは、草創期を過ぎて、プログラムの質を高めるべき時期に入っていると思います。今回の年次研究会では、プログラムが、復職支援に関わるいろいろな方々と、どのように、よりよい協働ができるかを探るために、「ネットワーク」をテーマとしてみました。

特別シンポジウム1では、昨年度行われた経済産業省ネットワークプロジェクトと、いろいろな方のアドバイスをいただいて、私が作成してみたリワーク指導マニュアルについての紹介があります。

特別シンポジウム2では、発達障害支援のネットワーク について、発達障害の専門家の先生方のお話をいただくほか、横山先生がさっぽろ駅前クリニックで行われているユニークな取り組みについてお話しいただける予定です。

スタッフのネットワークに関するシンポジウムは、五十嵐先生に企画をお願いし、いろいろな職種の方から、スタッフ間の協働を円滑にするための工夫についてお話しをいただきます。

リワークプログラムにとって、産業精神保健との協働は非常に重要なテーマなので、企業とのネットワークを2つ企画していただきました。大企業とのネットワークについては、有馬先生、中小企業とのネットワークについては、福本先生にお願い致しました。大企業には、リワークプログラムと連携するための「体力」があるので、連携のモデルを作っていければと思います。一方、地方には大企業はあまりないので、中小企業とのネットワークをどう作るかについても、現実的な検討を開始できればと思います。

リワークプログラムを地方に十分に展開することは、リワーク研究会にとって大きな課題です。これに関するシンポジウムは、三木先生、徳永先生に企画をお願いしました。

双極性障害の患者さんへの支援についても、引き続き検討を要します。この課題については、双極性障害の専門家である、尾崎先生に企画をお願いしました。

さらに、中堅スタッフの方々に、「プログラムで困ったときにどうするか」というシンポジウムを企画していただきました。スタッフの方は、いろいろな場面で困ることがあると思います。何か、役に立つヒントをつかんでいただければと思います。

メインシンポジウム、「当事者・家族・センター・行政とのネットワーク」では、当事者の演者、家族との活動についてお話をいただき、また、障害者職業訓練センター、精神保健福祉センター、行政機関とのネットワークについて考えてみたいと思います。

ランチョンセミナーでは、リワークと薬物療法、発達障害への就労支援、対人関係療法、韓国における復職支援などについて、お話を伺える予定です。

また、多くの興味深い一般演題も応募いただいております。

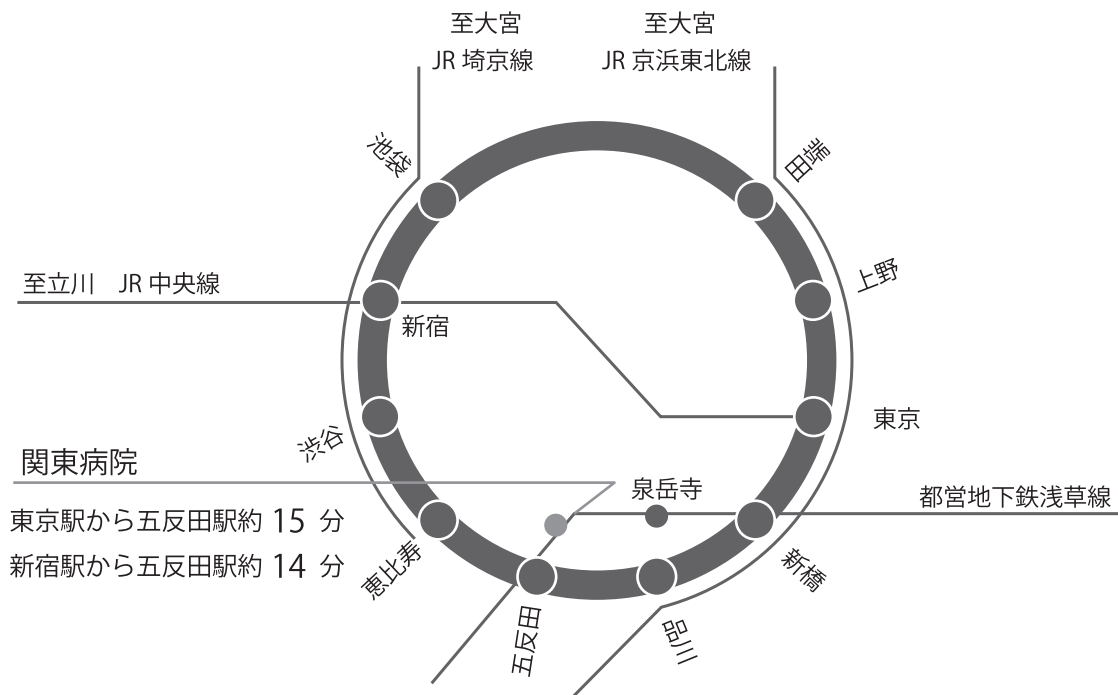
2日間が、みなさまにとって、有意義な時間になればと存じます。

目次

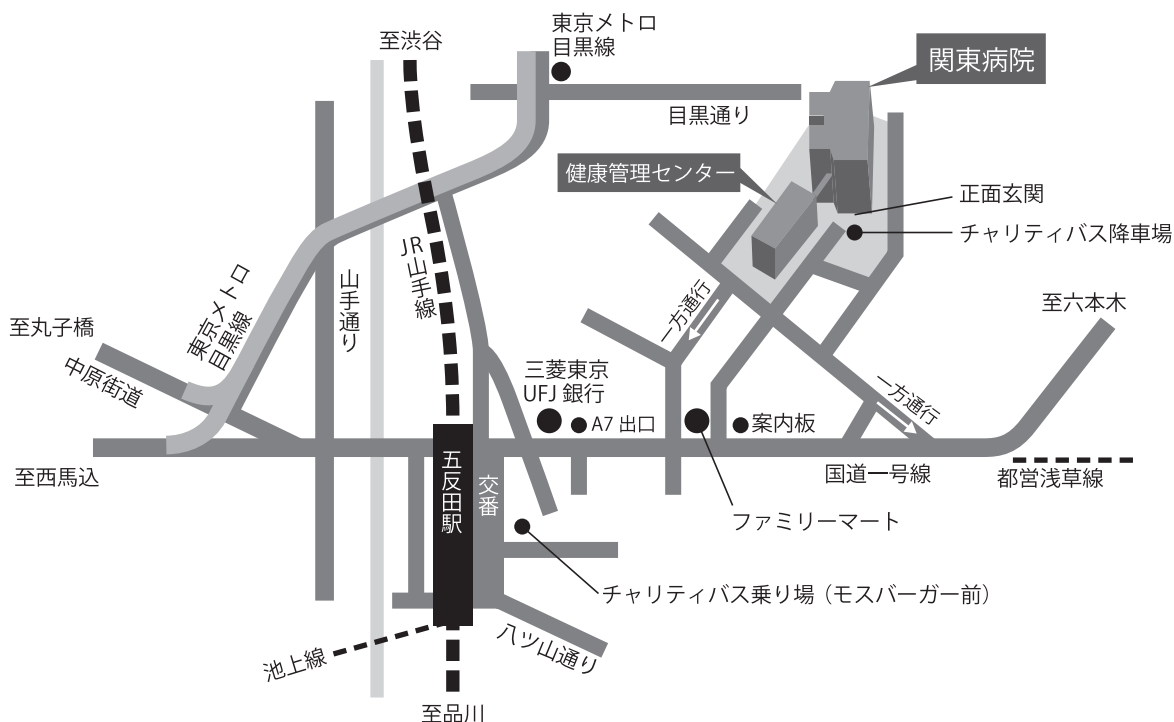
当番世話人ご挨拶.....	1
交通アクセス.....	3
会場案内図.....	4
研究会日程表（1日目）.....	6
研究会日程表（2日目）.....	7
プログラム（1日目）.....	8
プログラム（2日目）.....	12
参加者へのご案内.....	16
座長・演者へのご案内.....	19
総会資料.....	23
メインシンポジウム.....	29
特別シンポジウムⅠ.....	37
特別シンポジウムⅡ.....	43
企画シンポジウムⅠ（産業医学研修会）.....	49
企画シンポジウムⅡ.....	55
企画シンポジウムⅢ.....	61
企画シンポジウムⅣ（産業医学研修会）.....	67
企画シンポジウムⅤ.....	73
企画シンポジウムⅥ.....	79
ランチョンセミナー.....	85
一般演題（口頭発表）.....	91
協賛企業.....	111

交通アクセス

- 会場： NTT 東日本関東病院
- 所在地： 〒141-8625 品川区東五反田 5-9-22
TEL (03) 3448-6111 (代表)

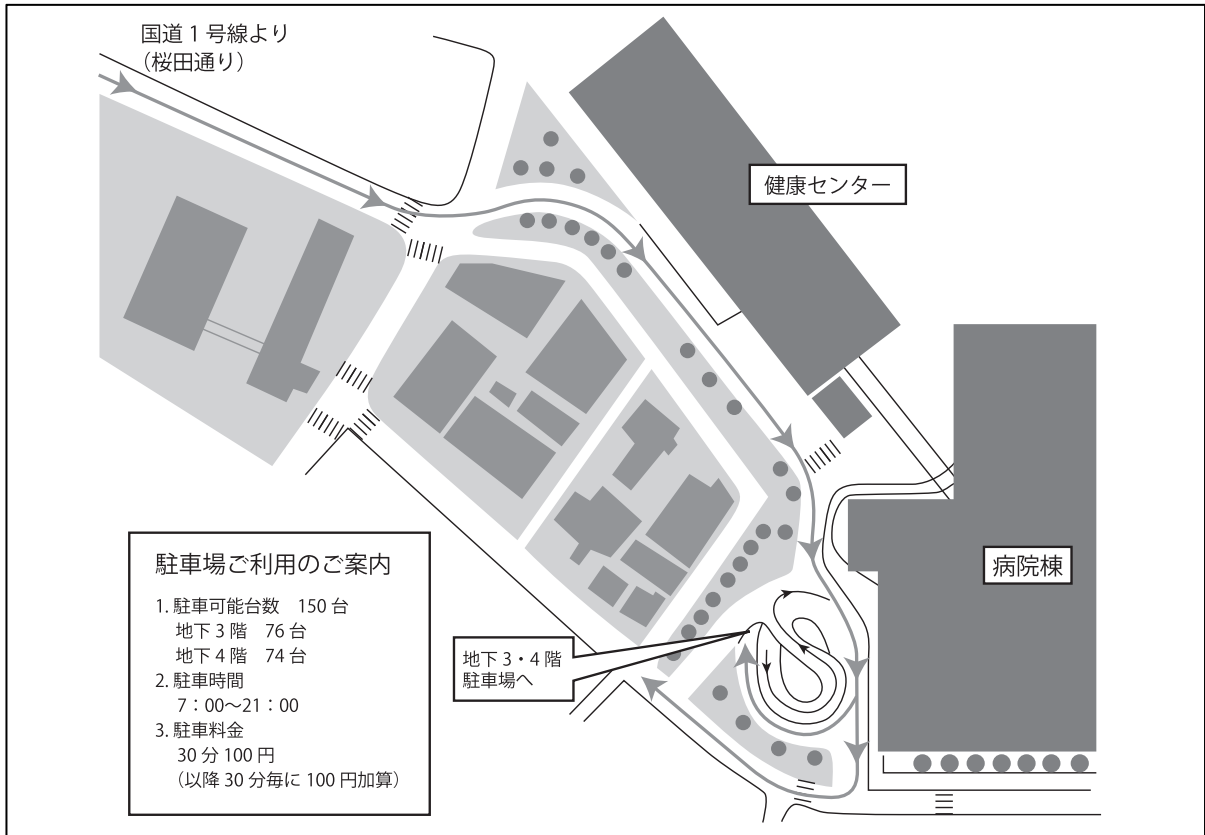


- JR 線山手線 東京駅から五反田駅約 15 分
- JR 線山手線 新宿駅から五反田駅約 14 分
- JR および池上線 五反田駅から徒歩約 7 分
- 都営地下鉄浅草線 五反田駅から徒歩約 5 分

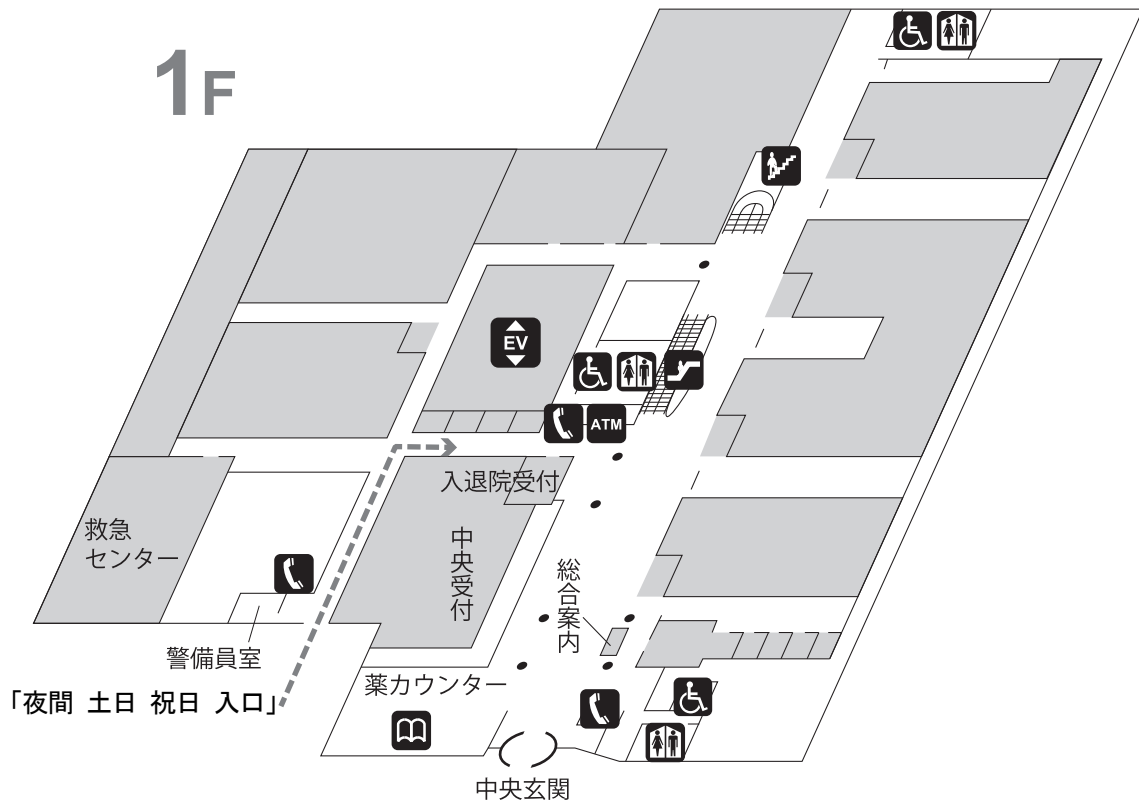


会場案内図

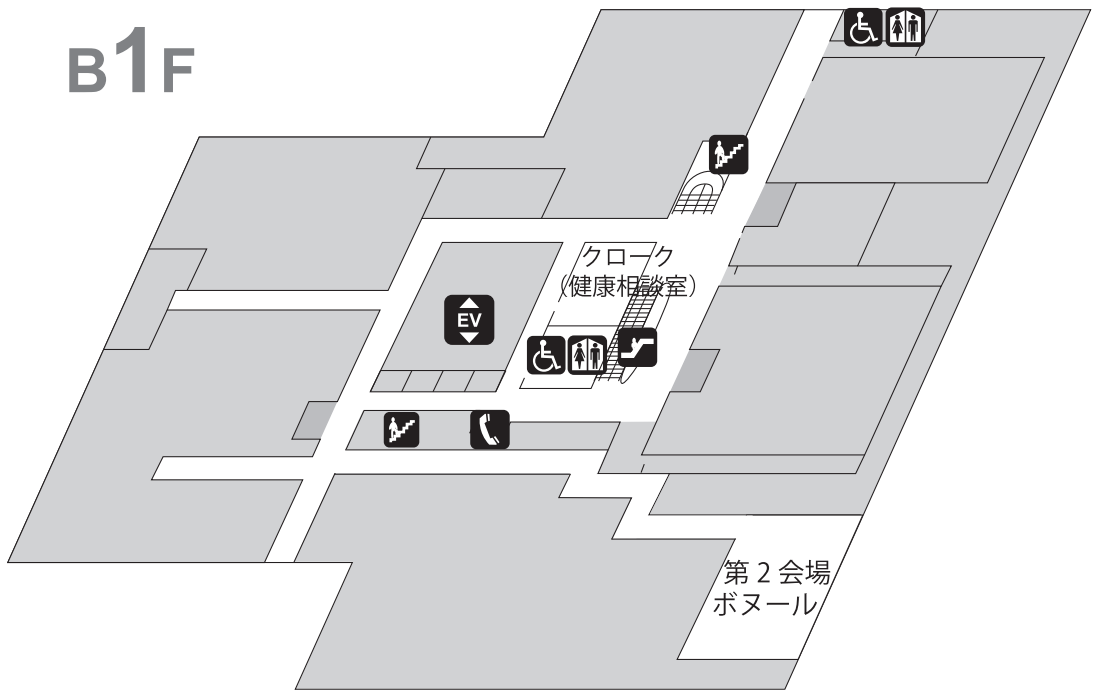
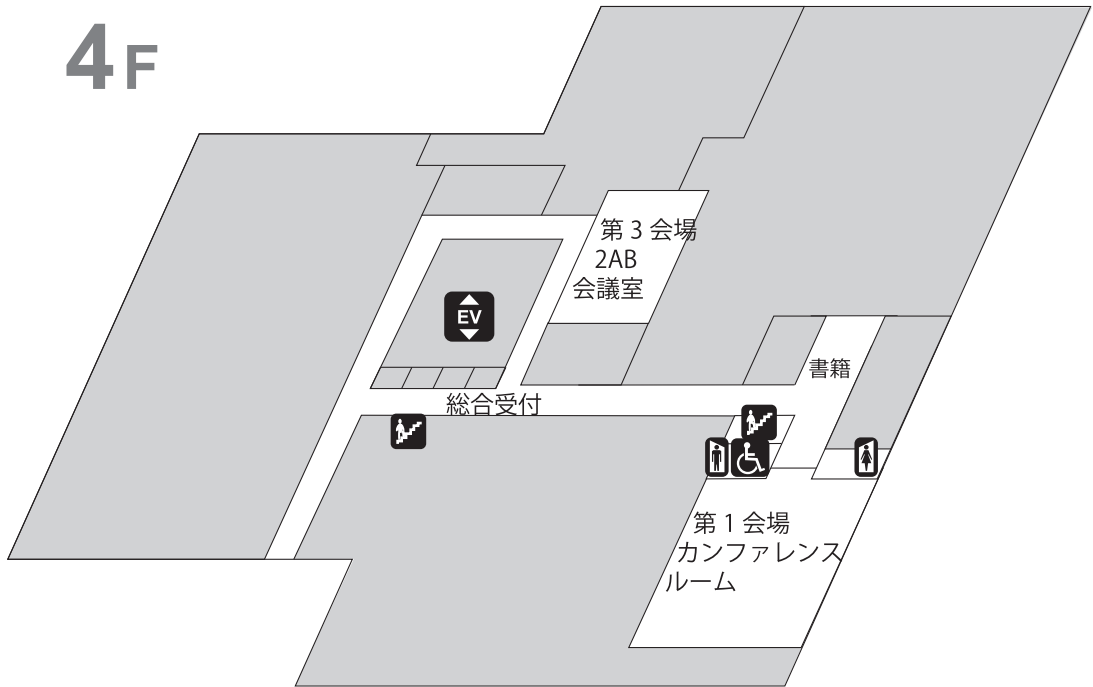
■ 駐車場案内 (B3F、B4F)



■ ご入場口案内： 会期は週末中なため、「夜間 土日 祝日 入口」からご入場ください。



会場案内図



第6回研究会日程表【4月27日(土):1日目】

フロア		病院棟4階 【第1会場】 カンファレンスルーム	病院棟地下1階 【第2会場】 ボナール	病院棟4階 【第3会場】 2AB会議室
8:00				
8:30	8:30~			
9:00				
9:30		9:30~9:45 開会の辞・来賓挨拶		
10:00		9:45~11:15 特別シンポジウム I 経済産業省ネットワークプロジェクトと リワーク指導マニュアル 座長:秋山 剛 (NTT東日本関東病院) シンポジスト: 1. 有馬秀晃 (品川駅前メンタルクリニック) 2. 奥山真司 (トヨタ自動車(株)) 3. 上野雄文 (九州大学大学院) 4. 秋山 剛 (NTT東日本関東病院) 5. 総合討論		
10:30				
11:00				
11:30		11:30~12:15 研究会の活動報告		
12:00		12:15~12:30 第6回総会		
12:30				
13:00		12:45~13:45 ランチョンセミナー I (共催:グラクソ・スミスクライン) 座長:中込和幸 (独)国立精神・神経医療研究センター) 演者:水島広子 (水島広子こころの健康クリニック)	12:45~13:45 ランチョンセミナー II (共催:ファイザー) 座長:三木秀樹 (宇治おほうく病院) 演者:市川宏伸 (社)日本発達障害ネットワーク)	
13:30				
14:00		14:00~15:30 企画シンポジウム I <産業医学研修会> 大企業とのネットワーク 座長:有馬秀晃 (品川駅前メンタルクリニック) シンポジスト: 1. 廣 尚典 (産業医科大学) 2. 小林由佳 (本田技研工業(株)) 3. 白波瀬丈一郎 (慶応義塾大学) 4. 五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) 5. 総合討論	14:00~15:30 企画シンポジウム II スタッフのネットワーク 企画:五十嵐良雄 (メディカルケア虎ノ門) 座長:横山太範 (さっぽろ駅前クリニック) シンポジスト: 1. 小林真実 ((公財)松原病院) 2. 前田佐織 (不知火病院) 3. 飯島優子 (メディカルケア虎ノ門) 4. 松田匡弘 (京都駅前メンタルクリニック) 5. 総合討論	14:00~15:30 企画シンポジウム III 双極性障害への支援 座長:尾崎紀夫 (名古屋大学大学院) シンポジスト: 1. 鈴木映二 (国際医療福祉大学) 2. 松原六郎 ((公財)松原病院) 3. 水島広子 (水島広子こころの健康クリニック) 4. 北川信樹 (北海道医療大学)
14:30				
15:00				
15:30				
16:00		15:45~17:45 特別シンポジウム II 発達障害支援のネットワーク 座長:秋山 剛 (NTT東日本関東病院) シンポジスト: 1. 神尾陽子 (独)国立精神・神経医療研究センター) 2. 市川宏伸 (社)日本発達障害ネットワーク) 3. 吉田友子 (よこはま発達クリニック) 4. 横山太範 (さっぽろ駅前クリニック) 5. 総合討論		15:45~17:15 一般演題 [実践報告1] 3題 座長:伊藤光宏 (一陽会病院) [実践報告2] 2題 座長:榎林理一郎 (湖南クリニック)
16:30				
17:00				
17:30			(受付)	
18:00			18:00~20:00 レセプション(情報交換会)	
20:00				

第6回研究会日程表【4月28日(日):2日目】

フロア		病院棟4階 【第1会場】 カンファレンスルーム	病院棟地下1階 【第2会場】 ボナール	病院棟4階 【第3会場】 2AB会議室
8:00				
8:30	8:30~			
9:00		9:00~10:30 一般演題 [評価1] 2題 [評価2] 2題 座長:加藤和子(さくら・ら心療内科)	9:00~10:30 一般演題 [疾患別の支援] 2題 [症例検討] 2題 座長:柴田信義(たてばやし心療クリニック)	9:00~10:30 一般演題 [治療的要因] 3題 [患者への支援] 2題 座長:田代哲男(田代クリニック)
9:30				
10:00				
10:30				
11:00		10:45~12:15 企画シンポジウムⅣ<産業医学研修会> 中小企業とのネットワーク 座長:福本正勝((社)長岡福祉協会 福祉プラザさくら川 新橋ばらの園) シンポジスト: 1. 福本正勝 (福祉プラザさくら川 新橋ばらの園) 2. 中辻めぐみ (中村雅和社会保険労務士事務所) 3. 酒向雄介(構造計画研究所) 4. 大野貴士(さくらインターネット(株)) 5. 総合討論	10:45~12:15 企画シンポジウムⅤ 地方のネットワーク 座長:三木秀樹(宇治おうばく病院) 座長:徳永雄一郎(不知火病院) シンポジスト: 1. 松原六郎((公財)松原病院) 2. 牧由梨絵(あさかホスピタル) 3. 船越香栄(京都駅前メンタルクリニック) 4. 中垣朝子(不知火クリニック) 5. 総合討論	10:45~12:15 企画シンポジウムⅥ(事例セッション) プログラムで困ったときにどうするか 座長:岡崎涉(NTT東日本関東病院) 座長:片桐陽子(京都駅前メンタルクリニック) シンポジスト: 1. 石川いづみ(メディカルケア虎ノ門) 2. 前田英樹(さっぽろ駅前クリニック) 3. 牧 宏一(さくら・ら心療内科) 4. 川内昌平(信貴山病院分院上野病院) 5. 総合討論
11:30				
12:00				
12:30		12:30~13:30 ランチョンセミナーⅢ (共催:田辺三菱製薬/吉富薬品) 座長:横山太範(さっぽろ駅前クリニック) 演者:Jong Min Woo (Department of Psychiatry, Inje University Seoul Paik Hospital)	12:30~13:30 ランチョンセミナーⅣ (共催:Meiji Seika ファルマ) 座長:徳永雄一郎(不知火病院) 演者:尾崎紀夫 (名古屋大学大学院)	
13:00				
13:30				
14:00		13:45~15:45 メインシンポジウム(事例セッション) 当事者:家族・センター・行政とのネットワーク 座長:秋山 剛(NTT東日本関東病院) 1. 当事者:岡田 聡 紹介:深間内文彦(榎本クリニック) 2. 当事者:藤井麻里 紹介:五十嵐良雄(メディカルケア虎ノ門) シンポジスト: 3. 小田良光(総曲輪デイケアセンター) 4. 松原孝恵 (独)高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター) 5. 菅原 誠 (都立中部総合精神保健福祉センター) 6. 柏由紀夫 (兵庫県健康福祉部障害福祉局) 7. 総合討論		※事例セッションは、会員のみ参加可。
14:30				※直前に変更が生じた場合は、 当日会場掲示およびHP掲載にて ご案内します。
15:00				
15:30				
16:00		15:45~16:00 閉会式		

プログラム【4月27日(土):1日目】

9:30～ 9:45 開会の辞 【第1会場】

当番世話人：秋山 剛 (NTT 東日本関東病院)

来賓挨拶 【第1会場】

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)

9:45～ 11:15 特別シンポジウム I 【第1会場】

経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル
座長：秋山 剛 (NTT 東日本関東病院)

■シンポジスト

1. 経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル
—一次予防
有馬秀晃 (品川駅前メンタルクリニック)
2. 経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル
—二次予防
奥山真司 (トヨタ自動車株式会社)
3. 精神科医と産業医の間での情報共有について
～うつ病による休職者に対する IT を用いた情報連携による支援～
上野雄文 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野)
4. 経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル
秋山 剛 (NTT 東日本関東病院)
5. 総合討論

11:30～ 12:15 研究会の活動報告 【第1会場】

代表世話人：五十嵐良雄 (医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門)

12:15～ 12:30 第6回総会 【第1会場】

12:45～ 13:45 ランチョンセミナー I 【第1会場】

(共催：グラクソ・スミスクライン)

対人関係療法 (IPT) ——リワークに生かせる視点について

座長：中込和幸 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)

演者：水島広子 (水島広子こころの健康クリニック、慶應義塾大学医学部)

12:45～13:45 ランチョンセミナーⅡ

【第2会場】

(共催：ファイザー)

発達障害と就労

座長：三木秀樹（宇治おうばく病院）

演者：市川宏伸（一般社団法人 日本発達障害ネットワーク）

14:00～15:30 企画シンポジウムⅠ＜産業医学研修会＞

【第1会場】

大企業とのネットワーク

座長：有馬秀晃（品川駅前メンタルクリニック）

■シンポジスト

1. これからの復職支援—産業保健とリワーク事業との連携
廣 尚典（産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学）
2. リワークプログラムの有効活用と連携
小林由佳（本田技研工業株式会社 人事部 安全衛生管理センター）
3. 大企業が精神医療に期待するもの —KEAPの経験から—
白波瀬丈一郎（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）
4. メディカルケア虎ノ門における工夫
五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
5. 総合討論

14:00～15:30 企画シンポジウムⅡ

【第2会場】

スタッフのネットワーク

企画：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

座長：横山太範（さっぽろ駅前クリニック）

■シンポジスト

1. リワークの質の向上のために
小林真実（公益財団法人松原病院 デイケアよつ葉 リワークプログラム）
角亦祐子（公益財団法人松原病院 デイケアよつ葉 リワークプログラム）
黒田優希（公益財団法人松原病院 デイケアよつ葉 リワークプログラム）
2. 不知火病院におけるチーム・リハビリテーションの実践について
前田佐織（医療法人新光会 不知火病院 リハビリテーションセンター）
3. リワークプログラムにおける多職種連携について
～看護職の視点から～
飯島優子（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
4. スタッフのネットワーク
松田匡弘（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）
5. 総合討論

双極性障害への支援

座長：尾崎紀夫（名古屋大学大学院）

■シンポジスト

1. 双極性障害の薬物療法
鈴木映二（国際医療福祉大学熱海病院心療・精神科）
2. 躁病エピソードへの早期の気づきと対応
松原六郎（公益財団法人松原病院（福井県））
小林真実（公益財団法人松原病院（福井県））
黒田優希（公益財団法人松原病院（福井県））
3. 対人関係・社会リズム療法（IPSRT）
水島広子（水島広子こころの健康クリニック、慶應義塾大学医学部）
4. 双極性障害の認知行動療法とリワークへの援用
北川信樹（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科障害福祉学分野）

発達障害支援のネットワーク

座長：秋山 剛（NTT 東日本関東病院）

■シンポジスト

1. 未診断あるいは非罹患者における自閉症スペクトラム特性
神尾陽子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
森脇愛子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
武井麗子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
稲田尚子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
高橋秀俊（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター）
2. 発達障害支援のネットワーク
市川宏伸（一般社団法人 日本発達障害ネットワーク）
3. アスペルガー症候群の自己理解支援 ―日常臨床での診断告知―
吉田友子（ベック研究所・よこはま発達クリニック）
4. リワークデイケア内で行う発達障害者を対象としたサイコドラマ・SST
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）
5. 総合討論

【実践報告1】

座長：伊藤光宏（一陽会病院）

- R-01 リワークプログラムにおける精神保健福祉士の役割と実践についての考察
藏條三紀（響ストレスケア～こころとからだの診療所）
- R-02 秦野病院リワークデイケアの実践報告
並里美乃（医療法人社団秦和会 秦野病院）
- R-03 畑の運営を通じたリワークプログラム
～農作業を通して対象者は何を得たのか～
高橋章郎（北原リハビリテーション病院 メンタルケア・ユニット）

【実践報告2】

座長：榎林理一郎（湖南クリニック）

- R-04 クリニック外来における復職支援のためのグループセラピーの実践報告
稲村加奈子（石神井公園クリニック）
- R-05 心理療法に特化したうつ病デイケア（リワークプログラム）に関する実践報告
亀井 宗（医療法人清聖会 とわたり内科・心療内科）

プログラム【4月28日(日):2日目】

9:00～10:30 一般演題（口頭発表）

【第1会場】

【評価1】

座長：加藤和子（さくら・ら心療内科）

- R-06 リワーク準備性についてどう考えるか？
～当院ストレスケア病棟での経験を通じて～
信田広晶（医療法人社団 心癒会 しのだの森ホスピタル）
- R-07 リワークプログラムにおける作業能力評価の有用性
松田匡弘（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）

【評価2】

座長：加藤和子（さくら・ら心療内科）

- R-08 心の健康問題に関する職場復帰可否の判断基準
～精神科医と産業医としての立場から～
上田 均（もりおか心のクリニック）
- R-09 職場不適応患者における心理的評価と復職支援
～平成24年度「うつ病患者の職場復帰トレーニング事業」を経験して～
清水純也（室井整形外科心療内科）

9:00～10:30 一般演題（口頭発表）

【第2会場】

【疾患別の支援】

座長：柴田信義（たてばやし心療クリニック）

- R-10 自閉症スペクトラム者の「社会性の障害」について
～SSTのミニゲームから見えてきた情報選択の特徴～
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）
- R-11 アルコール依存症とうつ病に対する復職支援プログラムへの取り組み
栗田真里（国立病院機構 久里浜医療センター）

【症例検討】

座長：柴田信義（たてばやし心療クリニック）

- R-12 リワーク通所中に退職の決定をした26名を振り返って
～早期から職場連携を行う1つの意義について～
大磯宏昭（特定医療法人富尾会 桜が丘病院）
- R-13 リワーク利用期間内に自殺企図を行なうがその後、復職可能となったケース
を通して
小池奈緒美（医療法人財団厚生協会 東京足立病院デイケア）

【治療的要因】

座長：田代哲男（田代クリニック）

- R-14 入院リワークプログラムが就労継続に奏効した要因についての検討
～思考の反芻が顕著で就退職を繰り返していた一症例を通じて～
竹本千彰（医療法人内海慈仁会 有馬病院）
- R-15 キャリアの再構築に注目した職場復職支援のアプローチ
重田淳吾（医療法人あけぼの会）
- R-16 リワークプログラムにおける患者の心理的な変化
～再発予防の観点から～
山本智美（響ストレスケア～こころとからだの診療所/日本臨床心理研究所/山梨英和大学大学院）

【患者への支援】

座長：田代哲男（田代クリニック）

- R-17 リワークプログラムにおける失職者への支援
～「失職者に対する支援の実際、対応の工夫に関するアンケート調査」結果報告～
森 勇人（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
- R-18 個々の回復に向けて
～復職支援プログラム対象者の変化と当院の取り組み～
落合幹恵（医療法人和心会 あらたまこころのクリニック）

中小企業とのネットワーク

座長：福本正勝（社会福祉法人 長岡福祉協会 福祉プラザさくら川 新橋ばらの園）

■シンポジスト

1. 中小企業におけるメンタルヘルス対策
～嘱託産業医の経験からリワークを考える～
福本正勝（社会福祉法人 長岡福祉協会 福祉プラザさくら川 新橋ばらの園）
2. 中小企業におけるメンタルヘルス対策
～社会保険労務士から見た実態～
中辻めぐみ（中村雅和社会保険労務士事務所）
3. 構造計画研究所のメンタルヘルス対策の取り組みについて
酒向雄介（構造計画研究所）
小島有香子（構造計画研究所）
4. 中小企業におけるリワークへの取り組みと望む支援
大野貴士（さくらインターネット株式会社）
5. 総合討論

地方のネットワーク

座長：三木秀樹（宇治おうばく病院）

座長：徳永雄一郎（不知火病院）

■シンポジスト

1. **小規模精神科クリニックにとってのリワークデイケアの活用と課題**
松原六郎（公益財団法人松原病院（福井県））
小林真実（公益財団法人松原病院（福井県））
黒田優希（公益財団法人松原病院（福井県））
2. **事例でみるリワーク支援ネットワーク**
牧由利絵（あさかホスピタル 総合相談支援グループ さくまメンタルクリニック）
3. **京都府におけるリワークネットワーク**
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）
4. **リワークの現状と課題 ～地方都市・福岡からの報告～**
中垣朝子（医療法人新光会 不知火クリニック）
徳永雄一郎（医療法人新光会 不知火病院）
山下秀一（医療法人新光会 不知火クリニック）
5. **総合討論**

プログラムで困ったときにどうするか

座長：岡崎 渉（NTT 東日本関東病院）

座長：片桐陽子（京都駅前メンタルクリニック）

■シンポジスト

1. **プログラムで困ったこと**
石川いずみ（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）
2. **プログラムで困ったこと**
前田英樹（さっぽろ駅前クリニック 北海道リワークプラザ）
3. **プログラムで困ったこと ～当院の場合～**
牧 宏一（医療法人生々堂厚生会 さくら・ら心療内科）
4. **利用者不足の問題**
～それに伴う利用者枠の変更がもたらしたスタッフへの影響・負担増～
川内昌平（財団法人信貴山病院分院 上野病院 リハビリテーション部）
岡田 敦（財団法人信貴山病院分院 上野病院 診療部）
5. **総合討論**

12:30～13:30 ランチョンセミナーⅢ

【第1会場】

(共催：田辺三菱製薬/吉富薬品)

Current status of occupational mental health in Korean corporations and their efforts to develop return-to-work activities

座長：横山太範（さっぽろ駅前クリニック）

演者：Jong Min Woo

(Department of Psychiatry, Inje University Seoul Paik Hospital, Seoul, Korea)

12:30～13:30 ランチョンセミナーⅣ

【第2会場】

(共催：Meiji Seika ファルマ)

社会参加を目指したうつ病治療の留意点 – presenteeism の解消

座長：徳永雄一郎（不知火病院）

演者：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）

13:45～15:45 メインシンポジウム（事例セッション）

【第1会場】

当事者・家族・センター・行政とのネットワーク

座長：秋山 剛（NTT 東日本関東病院）

■シンポジスト

1. リワークプログラムに参加して

当事者：岡田 聡

紹介者：深間内文彦（榎本クリニック）

2. リワークプログラムを経験したうつ病患者の「変化」の実例

当事者：藤井麻里（都内公共就職支援機関の契約職員）

紹介者：五十嵐良雄（医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門）

3. うつ病・リワークデイケアの家族(会)の支援について

小田良光（医療法人社団和敬会 谷野医院 総曲輪デイケアセンター）

谷野美美子（医療法人社団和敬会 谷野医院 総曲輪デイケアセンター）

4. 職業リハビリテーション機関の立場から

松原孝恵（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）

5. 精神保健福祉センターが実践する復職リハビリテーション

菅原 誠（東京都立中部総合精神保健福祉センター 生活訓練科長）

6. 兵庫県における職場復帰トレーニング事業

柏由紀夫（兵庫県健康福祉部障害福祉局）

入江武信（兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室）

西口久代（兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室）

後藤智彦（兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室）

7. 総合討論

参加者へのご案内

1 参加登録（当日登録のみ）

◆受付場所

NTT 東日本関東病院 病院棟 4F エレベーターホール～渡り通路

◆受付時間

4月27日（土）8：30～17：00

4月28日（日）8：30～15：30

◆参加費

会 員：6,000 円

非会員：7,000 円

※事例セッション（「メインシンポジウム」「リワークプログラム」）に参加できるのは、
会員のみです。非会員の皆様は予めご了承ください。

(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

事前送付のプログラム抄録集にネームカード（カードホルダー付）を同封しております。
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。

《ご注意》

Web システムより事前登録をしていただいた方も、入金締切日に参加費ご入金を確認でき
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は、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 25 年 4 月 27 日（土）14：00～15：30 4F カンファレンスルーム

企画シンポジウムⅠ 「大企業とのネットワーク」

②平成 25 年 4 月 28 日（日）10：45～12：15 4F カンファレンスルーム

企画シンポジウムⅣ 「中小企業とのネットワーク」

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27日（土）18：00～20：00

会 場：NTT 東日本関東病院 ボヌール【第2会場】

会 費：3,000 円

※参加証に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

B1F 第4会場（健康相談室）に仮設クロークを設置致します。

開設時間： 4月27日（土）9：00～20：00

4月28日（日）8：30～16：00

※大型荷物のみお預かりいたします。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総合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

敷地内全面禁煙となっております。

7 各種会議・委員会

◆うつ病リワーク研究会第6回総会（会員対象）

4月27日（土）12：15～12：30 カンファレンスルーム 【第1会場】

8 研究会関連行事

◆研究会の活動報告（会員対象）

4月27日（土）11：30～12：15 カンファレンスルーム 【第1会場】

9 次回（第7回）年次研究会開催案内（予定）

当番世話人： 横山太範（さっぽろ駅前クリニック）

開催期日： 平成26年5月31日（土）～6月1日（日）

会場： アスティ45（北海道札幌市）

テーマ： 「リワークデイケアと精神医学的診断～精度の高い診断を目指して～」

座長・演者へのご案内

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。

- (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。

2 講演者・発表者へのご案内

- (1) 発表者は必ず参加受付を済ませた上で、ネームカードを着用してご登壇下さい。

(2) 倫理的配慮

- 1) 口演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) データの取り扱い

個人情報保護の観点から、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。

■ 口演要領

- (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。

※35 mm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) 当日会場でご用意する PC および対応アプリケーションは Windows 7、Windows 版 Microsoft Power Point (2003/2007/2010) となります。

解像度は、1024×768 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、当日各会場（ご自身が口演する会場）のオペレーター席にお持ち下さい。
※**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も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) 特別シンポジウム I →特別シンポ 1（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ください。

(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、各会場のオペレーター席にて受付を行い、データチェックをお願いします。総合受付傍のデータ確認コーナーもご活用下さい。
- 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ノート **PC** をご用意しております（またはお持込 **PC**）。演者ご自身で操作をお願いします。
- 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。

※予定が変更調整される場合は、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 延べ時間	演題数	1人当たり口演時間 (質疑応答)	総合討論
メインシンポジウム	120分	6題	15分(3分)	9分 (調整時間含む)
特別シンポジウムⅠ	90分	4題	15分(5分)	5分 (調整時間含む)
特別シンポジウムⅡ	120分	4題	20分(5分)	15分 (調整時間含む)
企画シンポジウムⅠ	90分	4題	12分(3分)	30分 (調整時間含む)
企画シンポジウムⅡ	90分	4題	12分(3分)	20分 (調整時間含む)
企画シンポジウムⅢ	90分	4題	17分(5分)	なし
企画シンポジウムⅣ	90分	4題	15分(5分)	10分 (調整時間含む)
企画シンポジウムⅤ	90分	4題	12分(3分)	30分 (調整時間含む)
企画シンポジウムⅥ	90分	4題	12分(3分)	30分 (調整時間含む)
一般演題・口頭発表	90分	4~5題	15分(3分)	なし

総会資料

うつ病リワーク研究会 平成 24 年度活動報告

会員数

平成 25 年 3 月 1 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

147 医療機関 526 名

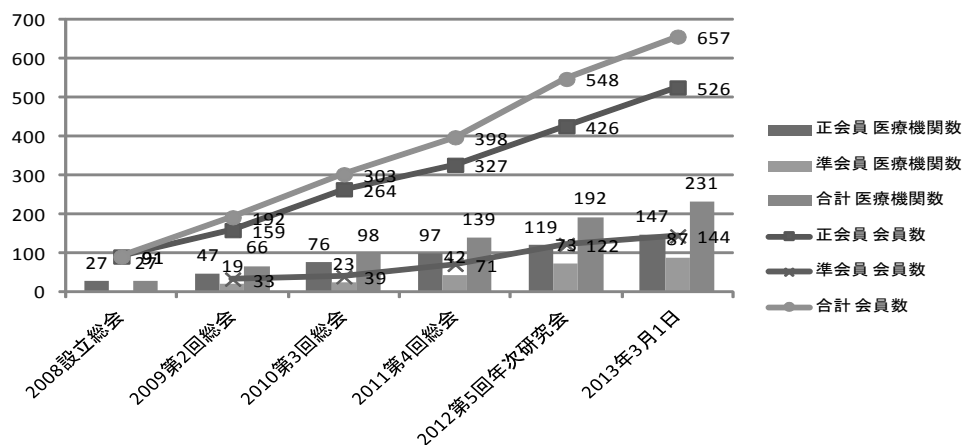
(第 5 回総会時より 28 医療機関、100 名増)

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

87 医療機関 144 名

(第 5 回総会時より 14 医療機関、22 名増)

基準日	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
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
2013 年 3 月 1 日	147	526	87	144	231	657



主な活動実績

2012 年

- 4 月 21, 22 日 第 5 回年次研究会 (東京)
- 5 月 24～26 日 第 108 回日本精神神経学会学術総会 (札幌)
- 6 月 8 日 北海道リワーク勉強会第 5 回総会 (札幌)
- 6 月 23～24 日 日本精神神経科診療所協会 (第 18 回) 学術研究会 (北九州市)
- 7 月 8 日 第 12 回日本外来精神医療学会 (東京)
- 7 月 13～14 日 日本産業精神保健学会 (大阪)
- 7 月 27～28 日 第 9 回日本うつ病学会総会 (東京)

- 9 月 1 日 日本スポーツ精神医学会 (東京)
- 9 月 9 日 医療従事者向け研修会開催 (大阪)

9月14日	第36回日本自殺予防学会学術総会（東京）
9月20～21日	日本デイケア学会（福岡）
11月18日	医療従事者向け研修会開催（東京）
10月20日	World Psychiatric Association International Congress2012（プラハ）
11月24日	石川県医師会うつ病研修会（石川）
12月1日	平成24年度産業医科大学「産業医学実践研修」（東京）
12月9日	うつ病に対する一般医と精神科医の連携強化研修会（福井）
2013年	
1月18日	第20回日本産業ストレス学会（千葉）
1月18日	徳島うつ病リワーク研究会開催（高松）
2月18日	医療従事者向け研修会開催（福岡）
2月27日	うつ病リワーク講演会（長野）
4月27,28日	第6回年次研究会

世話人会4回開催（4月20日、7月6日、10月5日、2月1日）

ワーキングチーム研究会議5回開催（5月12日、7月7日、9月15日、11月10日、1月12日）

利用者と非利用者の就労予後に関する比較効果研究 打ち合わせ会議開催（7月7日）

会報5回発行（5月22日、8月22日、11月9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24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5回「田中健記念研究助成事業」（平成24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

失職者に対する支援の実際、対応の工夫に関する調査（平成24年11月実施）

多施設・他機関・企業・マスメディアのリワーク施設見学における対応についての調査（平成24年11月実施）

啓発活動

出版活動

4月 医学書院 監訳：秋山 剛／尾崎 紀夫

「双極性障害の心理マニュアル 患者に何を、どう伝えるか」

6月 弘文堂 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はじめ方」重版

11月 アークメディア 臨床精神医学 第41巻 第11号

特集 気分障害のリワークプログラム

うつ病リワーク研究会 平成 25 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）
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 25 年 9 月頃実施、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（26 年 1 月）、北海道（7 月）
開設者・管理者向け研修会：年 1 回、東京（10 月）
2. 産業医向け研修会：京都（7 月）
3. 地域啓発普及事業：正会員の不在県もしくは少数県におけるリワーク普及に向けた講演会の開催
高知、山口、その他 製薬企業や各地の医療関係団体、大学等との共催で実施
4. 学会活動：日本精神神経学会、日本うつ病学会、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、など
5. 講演会活動：各地の要請により実施
6. 出版：健康ライブラリー・イラスト版 うつ病の職場復帰を成功させる本～支援のしくみ「リワーク・プログラム」活用術～：講談社
リワークプログラム教育 DVD（院内研修用）、リワークプログラムリーフレット：うつ病リワーク研究会

C. 今後のあり方

1. 組織：うつ病リワーク研究会 組織・体制の見直し
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 月,7 月,10 月,12 月,26 年 2 月,3 月）
2. ワーキンググループ会議：年 5 回（5 月,7 月,9 月,11 月,26 年 1 月）

E. 第 7 回年次研究会

横山太範世話人主幹で 5 月下旬に札幌で開催予定

うつ病リワーク研究会ワーキングチーム

●平成 24 年度事業報告

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、本年 12 月末で調査を終了し、その結果について逐次報告していく。

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

標準的なリワークプログラムの要素を整理し、5 期 26 項目に分類した。プログラムの導入期から終了期までの様々な重要な要素、その着目ポイントやエピソードを取りまとめ、次年度の映像完成に向けた基礎を作成した。その結果報告を厚生労働科学研究に掲載する。

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

リワーク施設に対する見学や取材の実態調査、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、リワークのリーフレット作成、厚生労働省への新規プロジェクトの提案を実施した。

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 25 年度におけるワーキングチーム活動計画

1 平成 24 年度に編成したワーキングチームメンバーを基盤に編成する。

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 4：うつ病リワーク研究会 基礎調査

テーマ 5：リワーク実施施設に対する評価のあり方の検討

テーマ 6：うつ病リワーク研究会 組織体制の検討

3 委員の任期は 1 年とし、再任は妨げない。

メインシンポジウム

抄 録

<事例セッション>

当事者・家族・センター・行政との ネットワーク

4月28日(日) 13:45~15:45

第1会場

リワークプログラムに参加して

当事者：岡田 聡

紹介者：深間内 文彦 榎本クリニック

<自己紹介、発症の経緯>

某建設会社にて事務担当を務める入社5年目。5人家族(3姉弟)の長男。勤務時間は、通常は8時半から19時。月あたりの残業時間は30時間程度。12年3月、某現場に1週間限定で事務支援要員として着任。引渡しが迫った突貫現場のため、毎朝7時から夜中2時まで業務にあたる。執務中、工事担当の従業員、工事作業員のサポートに務める。依頼から早急な対応が求め続けられたため、緊張状態が続いた。支援期間を終え、元の職場に戻るが、支援期間中の緊張は解けず、興奮状態が続き、過激な発言や他者から受けた発言の拡大解釈をしてしまう。情緒不安定になり、感情を整理できない状態になることが増え、職場の器物を破損してしまう。4月末、上司・産業医から休職を言い渡された。

<発症後の経過>

所属する企業の産業医から榎本クリニックでリワークプログラムを受けるよう指示を受けた。12年5月から1カ月間精神科に通院。同年6月から約5カ月間、榎本クリニック・リワークプログラムに参加。認知行動療法、芸術行動療法等、各種プログラムを経て10月中旬に復職。

<リワークプログラムを終えて>

安定的な生活習慣づくり（食事、睡眠、運動、精神）、対人能力の向上、精神的不安の低減といった効果があったと考える。

はじめは、睡眠時間の欠如、偏った食生活というように、生活リズムを崩していた。リワークプログラムでは決まった時間に起床、食事、睡眠、運動を行うことが基本となるので、プログラムを通じて体力向上と規則的な生活の習慣化を果たすことができた。

認知行動療法を通じて、物事の捉え方や感情の整理方法を学んだ。発症当初は感情の起伏が大きかったが、同療法で学んだことを活かすことで、精神面をうまくコントロールできるようになった。当時は復職することに焦っていたが、リワークプログラムを通じて、焦らず物事を考えることの重要性も合わせて学ぶことができた。

また、同世代の方や先輩方に対し、気兼ねなく相談することができるため、精神面で余裕ができた。似た境遇の方と交流できる環境は、大変重要だと思う。

<休職期間中に注意した点>

平日は読書や運動を積極的に行い、休日はスポーツに力を注いだ。物事に挑戦することや継続することで、気持ちを強く持つことができ、結果として復職に繋がったと考える。趣味や特技で、何か打ち込むものが1つあると、大変良いと思う。

<クリニックに対する要望>

・プログラムについて

各レベル（発症初期、回復期、復職期等）に合わせてプログラムを準備し、患者がプログラムを選択できるような制度があると良いと感じた。

<産業医、リワーク担当医に対する要望>

患者は症状がでると不安感に襲われ、薬に頼ってしまうが、極力、最小限の薬の量で復職できるよう促してほしい。また、患者に希望を与え、元気づける言葉を与えつづけてほしいと思う。

リワークプログラムを経験したうつ病患者の「変化」の実例

当事者：藤井 麻里 都内公共就職支援機関の契約職員
 紹介者：五十嵐 良雄 医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

抑うつ症状を呈す患者の思考に独特なものがあるのは周知の通りであるが、予後の良し悪しはこの思考から脱することが出来るか否かが鍵になるであろう。この思考を引きずったまま社会復帰をしたとしても、再発再燃の危険があることはもとより、働けなかった期間があることによる人生のマイナスを「経験」として変換することはできない。心の壁を取り除くことは困難で、他の症状は収まってもうつ思考は残りがちである。

リワークプログラムは主として「復職」に至るリハビリテーションだが、復職というステップは病気の治癒過程では途中段階にすぎず、真の意味での回復に到達するためには、復職をゴールラインとせず、その後に生きるプログラムが求められる。そのために、社会復帰のために必須となるフィジカル面でのトレーニング（外に出ることや生活リズムの調整）は個別指導で可能でも、メンタル面でのトレーニングは集団であることに意味があり、この体験があることによって参加者の「思考」に変化がもたらされる。まずは自分以外の同病者の存在を知り、居場所があることを確認して、他者とのコミュニケーション能力を取り戻すのである。プログラム提供者から得るものはもちろん大きなものだが、集団であるからこそそのメンバー同士の影響力は、それ以上のものがある。復職後にも治癒に至る経過の変化は続くので、よい形で人間関係による影響を受けることが、プログラムが長期的に生きることに繋がる。同志がいることの心の支えは、患者にとっては何よりも大きい。また、プログラム全体をひとつの集団としてとらえて、通所時期を問わない「交流会」により、復職前のメンバーが復職後や治療終了後の体験談を直接聞くことが出来たり、自分の経験を後輩に伝えることでの振り返りを通して回復を実感したりという、立体的な集団プログラムは、まさに復職後に長く効果的に生きるものである。

そうした経験をした患者の「変化」はプログラム中にも、またその後にも起きる。そして社会復帰後何年も経過して、働けなかった時期の存在を意味付けして、人生を変化させるメンバーもいる。2005年メディカルケア虎ノ門のリワーク・カレッジの初期参加者として見聞きしてきた事と、自分自身が時を経て「支援者」のサイドに立つことになった「変化」を、実際例として語る。

また、現在公的就職支援機関の相談員として就業している立場から、リワークプログラムに「キャリア教育」の視点が必要だと感じる根拠を示して、提案したい。

うつ病・リワークデイケアの家族(会)の支援について

○ 小田 良光 (PSW)、谷野 芙美子 (Dr.)

医療法人社団和敬会 谷野医院 総曲輪デイケアセンター

当院では、外来通院者やデイケアに通所するメンバーの治療や支援を行う場合、患者やメンバーが大半の時間を過ごす家庭の状況を把握すること、患者と医療スタッフだけではなく家族も含めた協働体制（チーム）を構築していくことが重要であると考えている。そのため、外来の初診患者の家族を対象とした家族教室や統合失調症メンバーの家族中心のデイケア家族会を定期的で開催し、家族と医療スタッフが「話し合える場」作りを行ってきた。

2007年7月に開設したうつリワークデイケアメンバーの家族に対しても、「話し合える場」の必要性を感じていたが、開設当初はプログラムの見直しや充実などに力を注いでいた時期だったこともあり、当面は既存している家族教室やデイケア家族会への参加を呼び掛けることとした。

しかし、うつリワークデイケアの幾人かのメンバーから「家族の理解がなくてしんどい」「家族に病気や症状の知識があれば、もっと分かり合えるのに」との声が上がり、ニーズに合わせた、さらなる家族(会)支援を行うこととし、うつリワークデイケア家族会を立ち上げ、院長(デイケア担当 Dr.)との個別懇談会を設けるなどの取り組みを始めたところである。

シンポジウム当日は、簡単に当院のうつリワークデイケアを紹介し、家族会の立ち上げまでの経過、家族会で語られた家族の思いを報告し、家族会の効果や家族(会)支援について若干考察を加えたい。また会場にお集まりの先生方と家族(会)の支援の在り方について一緒に考えてみたい。

【当院のうつリワークデイケアの紹介】

○特徴：リワーク（復職）に限定したものではなく、うつ病をはじめとする気分障害及び抑うつ状態の方も受け入れ、症状の安定、生活のリズムを整える、対人関係の改善、再発予防を目的としている。

○対象：①休職中の方 ②求職中の方 ③復学を目指す学生 ④主婦など、幅広い方が対象

○プログラム：集団認知行動療法が中心。ヨガ、ストレッチ体操、オフィスワークなど

○在籍者数：22名（休職者7名 求職者11名 休学中3名 その他1名）

○男女比：男性10名 女性12名

○平均年齢：31.3歳（10歳代2名 20歳代10名 30歳代6名 40歳代2名 50歳代2名）

<2013年1月1日現在>

職業リハビリテーション機関の立場から

松原 孝恵

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

1 はじめに

高齢・障害・求職者雇用支援機構では、平成16年度から全国の地域障害者職業センター48カ所において「リワーク支援」を順次導入し実施している。また、障害者職業総合センターにおいては、「リワーク支援」をブラッシュアップするための研究を行っている。

本報告では、地域障害者職業センターにおける「リワーク支援」の特徴について、特に医療機関のリワークプログラムとの相違点を整理し、併せて医療機関との連携やネットワーク構築の必要性についても述べる。

2 地域障害者職業センターにおける「リワーク支援」の特徴

(1) 職場復帰を希望する休職者と、雇用事業主の双方を支援する。利用にあたって、休職者・主治医・雇用事業主の三者同意を得ることとしている。

(2) 常駐スタッフとして、精神科医や看護師等の医療従事者はいない。精神科医療の適時対応は難しいため、主治医の協力や医療情報の収集が非常に重要である。

(3) 障害者の就職や職場適応のための制度や支援スキルを踏まえ、復職後の職場適応を図るための支援を行っている。

3 精神科医療機関と職業リハビリテーション機関が連携した「医療連携型復職支援プログラム」の試行

(1) 「医療連携型復職支援プログラム」の目的

メディカルケア虎ノ門のリワークプログラム終了者のうち、雇用事業主との綿密な復職調整や職務遂行力の向上が必要な者を対象とし、障害者職業総合センターの復職支援プログラム「ジョブデザイン・サポートプログラム」を実施することで、より円滑な復職と職場適応を実現していくための連携モデルを構築することを目的とする。

(2) 対象者像

社会不安障害やコミュニケーション能力の制限等により職場との復職調整を自身で進めることが難しい者、発達障害や職務遂行力の低下等により復職後の環境調整が必要な者等を支援対象として想定した。

(3) 進捗状況

平成25年2月末時点で、実施人数は2名である。

精神保健福祉センターが実践する復職リハビリテーション

菅原 誠

東京都立中部総合精神保健福祉センター 生活訓練科長

国立社会保障・人口問題研究所の調査によれば、我が国のうつ病による経済損失は、自殺者による経済損失抜きで7254億円、込みでは2兆7千億円にのぼるといふ。1人あたりの経済損失については、国の男女共同参画会議の試算では422万円、保健同人社および三井住友海上の試算では、企業規模1000人以下の企業に勤める30代前半男性社員（係長、年収600万円）がメンタルヘルス不調を発症し3ヵ月勤務、1年休職後、完全復職に3ヵ月要したケースでの企業に発生する損失コストは925万円と試算されており、社会生産性の見地からも大きな問題となっている。さらに、自殺者の統計を見ても、自殺者そのものの数はやや減少傾向であるが、若年層や働き盛りの年齢層の自殺者は減少していない。働き盛りの年齢層の自殺者に占める有職者の割合は一般同年齢層人口に占める有職者の割合より低く、離職や休職が自殺のリスク要因の一つになっている可能性も指摘されている。

様々な復職にまつわる問題を解決し、より確実に早期の復職を成し遂げるためには、精神科リハビリテーションおよび職業リハビリテーション双方の見地から生まれた、復職のためリハビリテーション、「復職リハビリテーション」を実施することが望ましいと考えている。当センターが実施する「復職リハビリテーション」は、職業能力回復訓練、通勤訓練、再発予防教育の三要素から構成されている。休職者自身が体と脳を働かして訓練を行うなかで回復性を実感し、心理教育プログラムを通してストレスコーピングなど必要な対処スキルを身につける一方で、復職支援機関側は中立的な立場かつ客観的な視点から復職への準備性を評価し、主治医医療機関と職場のスムーズな橋渡しを行った上で復職することが求められている。

東京都立中部総合精神保健福祉センターでは、より先駆的な精神科デイケアを模索して、2005年度より目的別、疾患別にコースに細分化した集中的かつ効果的なリハビリテーションを実施している。この中で復職を目指すコースには、気分障害向けの「うつ病リターンワークコース」、統合失調症などの方向けの「リターンワークコース」、広汎性発達障害向けの「ASAPリターンワークコース」があり、障害特性に応じたコース別のプログラムと合同で行うプログラムを実施している。講演ではうつ病休職者への「うつ病リターンワークコース」を中心に、「ASAPリターンワークコース」のプログラムに触れながらその内容や意義について紹介したい。

兵庫県における職場復帰トレーニング事業

○ 柏 由紀夫¹、入江 武信²、西口 久代²、後藤 智彦²

¹兵庫県健康福祉部障害福祉局、²兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室

1 事業の目的と取り組みの経緯

兵庫県の自殺者数は、平成10年に急増し、それ以降、14年間連続して毎年1300人を超える状況が続いてきた。平成24年には1225人と、前年と比べ78人の減少となり、ようやく、減少の兆しがみえはじめてきたところである。

しかしながら、自殺者を年齢階層別にみると、30～50歳代の働き盛り層が全体の6割を占め、また20、40歳代の年齢層においては前年よりも増加するなど、働き盛り層の自殺対策は重要な課題である。

国においては、「職場復帰支援の手引き」が作成され、メンタルヘルス不調により休業した労働者に対する職場復帰の取組が進められている。しかしながら、厳しい経済情勢のなか、職業生活等において強い不安、ストレス等を感じる労働者が約6割、また、メンタルヘルス上の理由により連続1カ月以上休業し、また、退職した労働者がいる事業場が7.6%となっている。

うつ病で療養中の家に閉じこもりがちな生活から、いきなり職場復帰することは心身ともにハードルが高く、休職中から、復職に向けて毎日の生活リズムを整えたり、目的をもって出かける習慣を持つことは、円滑な職場復帰に効果的である。「休職中で、職場復帰プログラムを受けたいがどこに相談したらよいか」という問い合わせも多い。

また、県内には職場復帰支援を実施する機関が少ないこともあり、平成22年度から、自殺対策緊急強化基金を活用して、「うつ病患者の職場復帰トレーニング事業」に取り組んでいる。その取組の状況を報告し、県の役割について述べる。

2 事業内容

うつ病で休職中の者が職場に円滑に復帰することは、本人、家族はもとより、企業にとっても重要な課題である。身近な地域で職場復帰支援が受けられるよう、22年度から、うつ病で休職中の者を対象に認知行動療法等を内容とする職場復帰プログラムを実施する医療機関に対し補助を行う「職場復帰トレーニング事業」に取り組んだ。

この「職場復帰トレーニング事業」は、①患者の考え方の歪みに気づかせ修正していく集団認知行動療法、②体力維持のための食事・運動療法、③対人関係技能の改善を目指す生活技能訓練、④いわゆる心理職等のコーディネーターによる職場復帰に向けた企業担当者との調整等を行うものである。

従来、県内で職場復帰プログラムを実施する機関は、教職員を対象とするプログラムを実施する病院が1か所と、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の障害者職業センターで実施されているものの2か所だけであった。しかし、当事業に取り組んだことにより、平成23年度末には4か所に増加し、さらに、平成24年度は新たに3か所の機関において開始された。

3 県の役割

県では、自殺の事前予防について社会全体で取り組むよう、関係機関、関係団体等と連携し、「年齢階層ごとの課題に応じた対策の展開」「必要な支援につなぐ仕組みの強化」「自殺ハイリスク者対策の強化」等、兵庫県自殺対策推進方策に基づき取り組んでいる。

今後も、引き続き、働き盛り層のうつ対策について、職場復帰トレーニング事業の他、「職場うつ病、認知行動療法等の研修」「定期健診等を活用したメンタルケア事業」「かかりつけ医と精神科医の連携強化事業」「年度末前後に働き盛り層を対象にしたこころの電話相談」「圏域レベルごとの、職域保健と地域保健の連携」など、労働関係機関・団体や医療関係機関等と連携して取り組んで参りたい。

特別シンポジウム I

抄 録

経済産業省ネットワークプロジェクトと リワーク指導マニュアル

4月27日(土) 9:45~11:15

第1会場

経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル ー一次予防

有馬 秀晃

品川駅前メンタルクリニック

本シンポジウムでは、平成24年度経済産業省メンタルヘルスネット事業のうち筆者らが関わった一次予防班ワーキンググループの成果を発表するものである。

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加傾向にあり、その未然防止（第一次予防）は事業場における健康管理の優先順位の高い課題となっている。メンタルヘルス不調の第一次予防においては、「労働者個人向けストレス対策」「管理監督者教育」「職場環境等の評価と改善」の3つの主要なアプローチがある。このうち、個人向けストレス対策は、労働者のセルフケア能力の向上を目的としており、自己のストレスに早期に気づき、適切に対処できるようになることを支援するものである。

個人向けストレス対策の効果については、いくつかの研究成果が国内外で蓄積され、どのような対策を行えば、セルフケア能力の向上やストレス反応の低下に繋がるかについて科学的根拠が整理されるようになってきた。我が国においては、厚生労働省の研究班「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸潤方法に関する調査研究」（主任：川上憲人東京大学教授）で、個人向けストレス対策の効果を実験的検証、あるいは比較対象試験によって評価した研究、およびそれらの研究をメタ分析した研究をレビューして、セルフケアを普及・浸透させるためのガイドラインが新たに作成された。

われわれ一次予防班では、この新しいガイドラインに則り次のようなプロセスでメンタルヘルス一次予防の e-learning コンテンツを作成した。まず、前述のガイドラインに則り、その効果にエビデンスがある内容のパワーポイントスライドを新たに6つ作成した（1話あたり5～10分+ワーク10分程度）。次に、それらのスライドを用いて実際に模擬プレゼンテーションを行った（6話を平成25年8月から9月の2か月間にそれぞれ2回ずつ）。e-learning として脚本や、登場人物デザイン・キャラクターを作成するにあたっては、映像技術、音声、視覚効果の専門家集団であるデジタルハリウッド大学院大学/株式会社ハルメージに制作を依頼し、パワーポイントによる模擬プレゼンテーションに参加してもらい、さらにその様子をビデオ撮影してスタジオへ持ち帰ってもらった。

出来上がった e-learning コンテンツ（平成25年1月版）を用いてインターネット上で評価アンケートを行ったところ（5点満点）、「内容のわかりやすさ」では産業医が平均3.6点、人事担当者が平均3.54点、一般社員が平均3.61であった。また、「社員に受講を薦めるか」については、産業医が平均2.89点、人事担当者が平均2.69点であった。

本シンポジウム内で、最新版の e-learning コンテンツを視聴して頂く予定である。

経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル ー二次予防

奥山 真司

トヨタ自動車株式会社

リーマンショック以降、モノづくりを中心とした経済産業界は連続する受難に見舞われ、いまや六重苦と表現されている現状がある。さらに一昨年の大きな震災は、被災地の方々をはじめ、あまねく国民の心に深い傷を負わせたのではと考える（勤労者、非勤労者の区別なく、もちろん、筆者も決して例外ではない）。故に、メンタルヘルスにおける予防活動は、今まで以上に大きな意味を有すると考える。一次予防（健康増進・未然予防）と二次予防（早期発見・早期治療）は、境目なく丁寧な取り組みが求められると感じる。すなわち、一見元気に振る舞い日常生活を繰り返す多くの人々、その心の内にストレスの履歴が勘案されるべきであり、一次予防を施行している際にも二次予防につなげられるように漏れなく継ぎ目のない配慮が、二次予防のプログラムも一次予防で求められるような動機づけが困難な方々でも取り組みやすく敷居が低くなる工夫や配慮が求められると考える。すなわち①生活の場で役立つなど実用性に富んでいること②わかりやすくなじみやすい③メンタルヘルスにまつわる偏見を惹起させず抵抗感がない④職場で応用しやすい⑤短時間でできて手軽に取り組める⑥受け手の年齢に対する制限を伴わない内容⑦必要な対象者には、もれなく相談対応（早期発見・早期対応）につながる工夫⑧対象者への受容・尊重をあまねく丁寧に行う⑨ネットワークのインフラさえあれば、過大な人的資源を必要とせずに行えるなどが、求められると考えた。職場で役立つテーマとして、いくつかの心理学的アプローチが考えられるが、なかでも今回、「認知再構成」「問題解決」「適切な自己表現とコミュニケーション」などを、分かりやすく抵抗感の少ない表現を心がけて取り上げてみた。

今回、以下の一連の工程を行った。1) 全国において職域や学域などで、様々な対象者に集団認知行動療法等の心理学的アプローチを中心に予防研修などを実際に行っている現場サイドのエキスパート（集団認知行動療法研究会一次予防ワーキンググループを中心に）をウェブ上も含めネットワーク化 2) 其々の研修資源（スライドベース）を持ち寄り統合化 3) 上記の旨に沿い修正・再構成化 4) 現場での再確認 5) ストレス対応・睡眠・やりの維持などの他内容部分との統一性共有化 6) 監修者による監修：一次成果物完成 7) 音声・動画を含む、より高度な視聴覚化への概念共有化 8) 一次成果物の高度視聴覚化 9) ネットワーク化 10) 総監修者による監修：最終成果物完成等である。

当日は、主に1～7)の工程上の工夫と併せて一次ならびに最終成果物を紹介するとともに、職場研修やリワーク・プログラムとの連携、更には有用性の検証等の今後の課題点を述べる予定である。

今回の活動が、我が国の勤労者さらには被災地の被災者の方々、被災地を支え続けている方々のメンタルヘルスに寄与し、力強い復興に繋がればと考える。

精神科医と産業医の間での情報共有について ～うつ病による休職者に対する IT を用いた情報連携による支援～

上野 雄文

九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野

昨今、政府の5大疾患の一つにうつ病が掲げられ、職場におけるメンタルヘルスの重要性が指摘されています。WHO の世界の10の問題の中でもうつ病、アルコール関連障害、自傷・自殺、統合失調症が取り上げられ、世界的に重要な問題と認識されています。特に働く世代の休職は経済的にも損失が大きく、職場のメンタルヘルスへの働きかけが急務です。

今回は産業保健現場と精神科医における連携の最近の試みを紹介します。平成22年度より精神医学分野でも始まった政府の推進している医療情報化事業は精神医療のみならず産業との連携によって、うつ病による休職に対して情報連携をすることで復職に役立てようという試みです。産業医と精神科医の現場の情報連携を、情報技術を応用したシステムの構築をすることにより復職に関するきめ細かいサポートを行うこととしています。

平成23年度事業では精神科医師と産業医を中心とし、うつ病治療でどのような情報を共有すべきかを検討しました。その結果80項目にわたる情報項目を洗い出し、IT上でその情報を共有するためのツールを開発しました。運用のルールも検討され、昨年11月から臨床上での運用が開始されました。患者情報、家庭・家族情報等、グループ毎にアクセス制限を行うこととし、情報項目をグループに分け、そのグループ毎にアクセス制限を設定し、開示の制御を患者の同意をもとに行うこととしています。現在約10施設でこのシステムが試験的に運用され情報の交換が始まっています。医療機関では診察の際にこのシステムを使用して、選択項目を選ぶことで簡便に記事を記載することが可能であり、その情報は即時的に患者の求める機関に共有されます。また産業医が面接する際にも情報を簡便に記載でき、医療機関との情報連携を図ることができます。

患者は長い面接を繰り返すことなく診察を受け、また情報をもらうために紹介状を待つ手間も省け、復職のための条件を精神科医が簡便に理解することができるということが期待されます。現在は情報を保持するためのサーバーを維持する人的経済的リソースをどう解決するかが課題となっています。今後情報化が進む社会の中で医療情報が有機的・効率的に活用されることでうつ病の診療に役立てられることが期待されます。

経済産業省ネットワークプロジェクトとリワーク指導マニュアル

秋山 剛

NTT 東日本関東病院

リワーク指導マニュアル

復職支援には、精神医療と産業精神保健についての両方の知識が必要であるために、これらの知識がある医師は、リワークのための指導を円滑に行えるけれども、知識がない医師は、リワークの指導に戸惑ってしまうというのが現状かと思います。そこで、ある程度の経験がある主治医、産業医であれば、円滑にリワーク指導がおこなえるための、リワーク指導マニュアルを作成してみました。これは、私が考えた原案に、リワーク指導の経験が豊富な、主治医、産業医のコメントを得て、「リワーク指導マニュアル」として作成したものです。

リワーク指導マニュアルでは、リワークのプロセスを以下の 11 に区分し、各ステップの手順、次のステップに進むと判定するための進行基準、以前のステップに戻るべきであると判定するためのバリエーション基準を定めています。

- ① リワークの希望の確認
- ② 指導開始
- ③ 復職基本情報の確認
- ④ 基礎となる体調の調整
- ⑤ リワーク活動（リワークプログラムへの参加を含む）
- ⑥ 復職申請の検討
- ⑦ 復職の申請
- ⑧ 職場調整
- ⑨ 試し出社または軽減勤務
- ⑩ 復職判定
- ⑪ 復職後のフォロー

このマニュアルでは、リワーク指導を始めるときに、ステップ 3 として、主治医と産業医の間で、復職基本情報を確認するよう勧めているのが、大きな特色です。今年度は、この「リワーク指導マニュアル」の有用性の検証を行ないます。研究会の会員の方々にも、検証にも是非、ご協力をいただければと思います。ご協力いただける方は、秋山 剛<akiyama@east.ntt.co.jp>まで、ご連絡ください。

特別シンポジウムⅡ

抄 録

発達障害支援のネットワーク

4月27日(土) 15:45~17:45

第1会場

未診断あるいは非罹患患者における自閉症スペクトラム特性

○ 神尾 陽子、森脇 愛子、武井 麗子、稲田 尚子、高橋 秀俊

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

平均知能を有する自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorders: ASD)児が未診断のまま成人となるケースは予想以上に多く、ASD 全体の多くを占めると推測される。近年、こうしたケースへの気づきの高まりは、ASD の診断基準を超えないが中等度以上の自閉症状が認められる ASD 診断閾下ケースに臨床家の目が注がれることとなった。彼らを ASD と診断するのは過剰診断であるが、彼らの持つ精神医学的ニーズはきわめて大きい。その病像は、自閉症状と合併精神症状が混在し、あるいは増強しあい、独特な臨床像を形成する。このような閾下ケースのなかには、診断閾ケースと変わらない程度に社会生活上の困難を抱えている場合も稀ではないが、閾下にある人々についての臨床研究は乏しい。当日は、大規模な一般児童および一般成人サンプルを対象とした疫学的エビデンスを呈示し、彼らの精神医学的問題について問題提起する。

第1に、全国の小・中学校通常学級に通う児童・生徒 22,529 人についてのデータから、自閉症的行動特性は一般集団内でなめらかに分布し、診断閾を示すカットオフに対応する不連続点は存在しなかった。

第2に、全国の児童データの分析から、全般的な精神医学的リスクは、自閉症状を持たない児童と比べて、診断閾レベルおよび閾下レベルの自閉症状を持つ児童ではそれぞれ 200 倍(95%CI: 152.12-264.33)、13 倍 (95%CI: 11.52-14.18)高いことがわかった。情緒の問題だけに限定すると、診断閾レベルおよび閾下レベルの自閉症状を持つ児童ではそれぞれ 20 倍(95%CI: 17.00-24.00)、6 倍 (95%CI: 5.29-6.58) 高かった。

第3に、同データによると、全般的な精神医学的リスクが臨床閾にある児童 2,250 人の内訳は、自閉症状が診断閾レベル、閾下レベルにある児童では、それぞれ 21%、44%と、閾下ケースが最多であった。

これらの結果は、自閉症状が閾下にあり、ASD と診断されたことはないが、特性を有する精神科患者が有する、臨床ニーズの高さを示唆し、今後、これらの患者に焦点を当てた臨床と研究の発展が望まれる。

発達障害支援のネットワーク

市川 宏伸

一般社団法人 日本発達障害ネットワーク

1 発達障害の特徴

発達障害の特徴としては、①境界が分かりにくくその数の多い、②ライフステージを通じて支援が必要、③さまざまな分野での支援が必要などが挙げられる。

1) その数の多さ：文部科学省による平成24年の調査では、通常学級在籍者のうち、「教育上の配慮を要する児童・生徒」（調査は発達障害関連の質問紙を使用）の割合は6.5%とされている。この時点で、特別支援教育を受けている者が1.4%とされており、合わせると7.9%となる。発達障害は連続体（スペクトラム）であり、環境や対応によって外見上の症状は目立たなくなることがある。

2) ライフステージを通じた支援：発達障害は低年齢で生じてくるが、その程度によって、気付く時期は異なる。初期は学童年齢で話題になったが、幼稚園・保育園、中学校、高校、短大・大学だけでなく、社会に出てからも話題になっている。

3) さまざまな分野での支援：近年、社会的話題になっているものに、いじめ、からかい、不登校、ひきこもり、虐待、自傷、自殺、理解できない犯罪などが挙げられる。これらの背景を考えると、“発達障害”というキーワードが浮かんでくる。これらの事象に関連する子どもには、「友達を作るのが難しい」、「コミュニケーションが苦手である」、「特定のものだけに興味を持つ」、「考え方に柔軟性がなく、暗黙の了解がない」、「感覚の感受性が特別である」、「知的水準と関係なく、学習上の困難を抱えている」、「指向性のある注意が出来ない」、「自己コントロールが苦手である」などの特徴がある。

2 実際の支援

1) 教育における支援：通常学級において、学習上の困難を抱えている生徒の増加に伴い、平成19年より特別支援教育が始まっている。これにより、通常学級、特別支援教育、特別支援学校などの種別間の連携が重視されるようになった。

2) 保健・医療における支援：低年齢で発達障害の存在に気づき、対応できることを目指すための健診が考慮され、保護者の心理的負担低減を目指した制度が作られつつある。

3) 就労における支援：発達障害者の場合、作業能力はあっても、職場の上司や同僚との関係で仕事が続けなくなることがある。就労環境や発達障害者の特性にあった、作業内容を考慮する必要がある。高校生年齢からの実習などが考慮されている。

4) 司法における支援：発達障害者は自分の置かれている状況が理解できず、警察・検察の尋問で誘導されやすく、不利な判決を受けやすい。発達障害を適切に理解している司法関係者、精神鑑定医の啓発を進めている。

アスペルガー症候群の自己理解支援 ―日常臨床での診断告知―

吉田 友子

ベック研究所・よこはま発達クリニック

自閉症スペクトラム障害では自己認知や社会的自己理解に本質的困難を有する。自分の緊張や疲弊を自覚することの困難、自分に合わない活動内容や手順を不得手と認識できず選択してしまうこと、周囲から自分がどのようにみえているかについての無頓着や誤解、あるいは逆に周囲の思惑が直感的に分からないが故の評価への過敏さや執着などは、しばしば経験される。こうした特徴（発達特性）を患者にただ指摘しても治療効果は乏しい。それらの指摘は同意されないか、言葉の上だけで納得されてしまい、生活の改善につながらない。

治療者はまず生活・学業・就労などの困難を具体的に把握し、助言や指導（本人への、周囲への）、薬物療法等によって問題の解決・改善をはかる。そして、生活上の問題が改善・解決した際に、その困難が出現したいきさつ（認知特性の弱点としての側面）や、その改善の鍵となった特徴（認知特性の長所としての側面）を、平易な言葉・本人の同意できる表現で整理し共有していく。心理学的医学教育（告知）は日常診療からかけ離れた特別なアプローチではなく、日々の精神科治療の中でキーワードの受け渡しを通じて自己理解を支援する精神療法である。

たとえば、勉強を一旦始めてしまうと適度な休憩がとれずに根を詰め過ぎて結局は頓挫してしまう患者がいたとする。彼に、携帯電話のアラーム機能を使って50分ごとに5分の休みを自分に知らせることを助言し（その場で手順を試行させ）、安定した勉強習慣の獲得に成功したら、以下のような教育的情報提供を行う；やり始めると没頭できて完了までやりきりたいという特徴は長所だが、切り替えの苦手という弱点とも表裏一体のものである。また自分の精神的疲労にリアルタイムで気づきにくいという弱点も関係している。アラームで区切る作戦は、パターンが定まれば迷いなく繰り返せるという長所（融通の効かなさの裏返しとしての長所）を活用して、弱点を補う方法である。活動ごとに適切な休憩の入れ方を支援者と見出していけば、たとえ自分の疲労に気づきにくくても、あなたは今後の破綻の危険性を小さくできる。

発達障害、特にアスペルガー症候群について玉石混淆の情報が溢れる中で、本人も周囲も時には治療者までも、診断名が確定しさえすれば問題が改善するという幻想を抱きがちである。しかし診断名を知ったからといって、昨日もっていなかった技術が今日手に入る訳ではない。心理学的医学教育（告知）の基盤となるのは具体的な治療（助言・指導、時に薬物療法の併用）による改善である。その成果とともに自己理解のキーワードを患者に手渡し、それらのキーワードを統括する概念として診断名を告知する。

演者は児童・思春期症例を主な臨床対象としているが、演者の臨床経験が成人症例の復職支援・安定就労支援に応用されることを期待して、自己理解支援としての心理学的医学教育について報告する。

リワークデイケア内で行う発達障害者を対象としたサイコドラマ・SST

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

うつ病をはじめとした労働者のメンタルヘルスが社会問題となって久しいが、厚生労働省による「労働者健康状況調査(2007)」において“職場の人間関係”が“業務内容”や“業務量”を超えて最上位となっているにも関わらず、人間関係に焦点を当てたプログラムの提供は十分ではない。当院復職デイケアでは、主体的な対人関係構築とストレスマネジメントスキルの向上を目的としてロールプレイやSSTを活用したリワーク（復職支援）プログラムを以前より提供してきた。

最近では在学時には明らかとならなかったコミュニケーションの不得手さや注意の欠如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ており、リワークデイケアの中でも、広汎性発達障害（以後PDD）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ている。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。プログラム定員10名のクロズドグループで、サイコドラマとSSTの2つのアクションメソッドで構成されている。

〈PDD者のサイコドラマの特徴について〉

PDD者は社会的情緒交互性の障害や発達段階に相応した対人関係を発展させ、維持することと、社会的な文脈に行動を適応させることに困難さが有ると言われている。その点に関して、サイコドラマは①情動体験及びその表現の促進、②自己や他者への気づきや理解の促進、③集団における仲間関係の形成に意義があるという報告がされている（滝吉他,2010）。さらに高原ら（2009）は、発達障害者に及ぼす心理劇の効果の1つとして、「気がつかなかった自分に気づき、それを認める」ことを挙げているが、当院においても、この効果は実証されていると考えられる。サイコドラマを通して、上司・親の立場や思いを理解し、関係が改善された事例も見られている。言語だけでなく、場面を通して、自身の振る舞いや考え方の癖を見つめ、理解できること、また、他者の立場になって自分を見つめてみるという体験が出来る事は、PDD者に対して、サイコドラマを行なうことの有効性の1つだと思われる。

〈PDD者のSSTの特徴について〉

SSTのセッションは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。練習後は「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。さらに、職場場面での般化への工夫として、「応用可能な場面」を検討し、職場場面を再現した復職デイケアでの実践を試みることで般化学習を促した。PDD者を対象としたSSTでは支援者が教育的に関わる実践が多く、マナー講座化されているとの批判も多いが、当院では参加者は回を重ねる事に表面的なスキルの練習課題から、「相手に声をかける」「自分の状態を説明する」「感謝を伝える」などの他者配慮スキル獲得に課題がシフトしていき、結果的に復職デイケア内において日々の対人関係の構築と維持が形成され復職に結びつく事例を徐々に積み上げていくことができた。

企画シンポジウム I

抄 録

<産業医学研修会>

大企業とのネットワーク

4月27日(土) 14:00~15:30

第1会場

これからの復職支援—産業保健とリワーク事業との連携

廣 尚典

産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学

数多くの職場で、精神疾患により休業する労働者が増加しており、その復職支援に関して、リワーク・プログラムへの関心と期待が高まっている。関係者の創意工夫が産業現場のニーズにも後押しされ、リワーク・プログラムの内容の充実化、発展は目を見張るものがある。今後もさらなる洗練（標準化）と全国規模の普及を望みたい。ここでは、その過程で検討を願いたい事項を申し述べる。

①リワーク・サービス機関と産業保健スタッフとの連携モデルの開発

リワーク・プログラムへの信頼と依存が、復職支援に向けた職場側の取り組みを希薄化させ、結果としてその活動の低調化を招くという逆説的な現象が生じうる。労働者の職場復帰とその後の職場再適応は、当該労働者個人の振り返りやストレス脆弱性等への対処に加え、職場側の環境調整があつてこそ、良好な結果を生むものであり、それは事業者責任の面からも軽視されるべきではない。他方、労働者への働きかけの中には、事業場内で実施が可能であっても、事業場外サービスに委ねたほうがよい活動もあるはずである。両者の役割分担と連携方法の標準形を模索する時期にきていると思われる。

②リワーク・プログラムのカスタマイズ化

中小企業では、休業者の長期にわたるプログラムへの参加が認められるところは少ないのが現状である。大企業においても、昨今のうつ病の多様化等を背景として、傷病により休業できる期間やクーリング期間の見直しを検討するところが散見されるようになっており、その多くは前者の短縮と後者の延長である。この傾向が続くと、リワーク・サービス機関が良質のプログラムを開発しても、それを利用できる者は一層限られてしまう事態が懸念される。運営が困難になる面もあるが、企業の業種、規模、労働者の職種、求められる業務、休業前に起こした問題、職場の支援体制等によって、参加するプログラムの内容をより柔軟に変えられるシステムの構築が望まれる。プログラムの選択には、産業保健スタッフが関与することも考えられよう。

③職場の復職支援活動への提言発信

リワーク・プログラムを通じて得られた知見のうち、多くの休業者に共通して重要であり、職場内においても一定の条件下に実施が可能である事項については、具体的な内容を産業保健領域に発信願いたい。それらが職場に委ねられれば、リワーク・プログラムの期間が圧縮化され、より多くの活用が見込まれることにもつながると考えられる。

リワークプログラムの有効活用と連携

小林 由佳

本田技研工業株式会社 人事部 安全衛生管理センター

Honda グループでは、対応する人材や環境に左右されることなく、円滑な職場復帰を促すために、厚労省の手引きを基本にした『Honda 復職支援プログラム』を規定している。復職支援を進めるにあたっては、特に「事前準備として復職支援プログラムの従業員への周知と主治医への体制説明」、「休業開始時の連絡窓口の設定」、「休業中の連絡（月に1回程度）」、「復職前の主治医の意見確認」、「復職前支援の実施」、「上司との連携による業務プラン（復帰後のロードマップ）の設定と環境調整」、「試し出社の必要性の検討」、「復職判定会の実施」、「復職後のフォロー（支援状況確認会議）」を必須項目としている。復職前支援としては、ケースに合わせて通勤訓練や模擬出社、試し出社などを実施しており、主治医と連携して職場の環境調整なども進められている。これらの事業場内での復職前支援の実施により、復帰後の再発率の減少傾向がみられている。

弊社は各事業所の従業員規模が比較的大きいため、拠点ごとに健康管理部門が整備され、専門職の配置が充実しており、恵まれた環境といえる。しかしこのような環境においても、繰り返しの多いケース、休職期間の長いケース、主治医との連携が取りにくいケースなどには苦慮しており、結果的に退職や再休業となった場合には関係者の徒労感も大きい。これらのケースには、治療サイドと事業所サイドが連携して、より高い専門性ときめ細かい適応支援を行う必要がある。そのため、リワークプログラムを利用するケースも増えてきている。

リワークプログラムを利用し復職したケースでは、自身の問題への直面化、グループでの問題共有、成功事例のロールモデルが得られたことなどが効果的だったとの声が多い。支援者からも、リワーク機関によるアプローチで負担が減っているとの感想が聞かれる。

リワークプログラムを活用していくにあたり、事業所内で復職支援をする立場として今後検討していくべき課題のひとつは、プログラムの導入時にある。休業者がもともとリワークプログラムのある医療機関で治療を受けている場合を除いては、プログラムを勧めるべき休業者の判断、転医が必要な場合の促し方、休業期限や経済面をふまえてのタイミングなど、事業所側が考慮すべき点が多く、アプローチのための手間も必要となる。リワークプログラムを受けることをルール化する方法もあるが、受け入れ人数の限度、費用面など、クリアすべき課題がある。全国の医療機関がリワークプログラムへのアクセスをもち、連携がより促されることが望まれる。

また、より効果的な復職支援をしていくためには、やはりリワークプログラムと事業所内の復職支援とが連携していくことが有効であり、事業所のリソースごとに連携のガイドラインを設けて成功事例を積み重ねていくなど、関係者の理解を促すことが必要であると考えられる。

大企業が精神医療に期待するもの —KEAPの経験から—

白波瀬 丈一郎

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

ネットワーク構築にあたっては、ネットワークでつながろうとする者たちは互いに相手が自分に何を望み、自分は相手に何を提供できるかを明らかにする必要がある。その摺り合わせと実行を通してネットワークは構築される。

大企業とのネットワークというテーマで演者が貢献できるのは、KEAPで得た、大企業が精神医療に期待するものについてである。KEAP (KEIO Employee Assistance Program : キープ) とは、内部EAP体制による、三次予防を中心としたメンタル支援プログラムである。我々は2009年から、従業員1万人規模のいわゆる大企業とKEAPの共同開発を進めている。そこで我々が求められたのは、職場復帰を目指す労働者の働く能力に関する専門的な評価である。従前の労働力を期待できるのか。できないならば、どの程度の業務量であれば可能なのか、またどのくらいの期間で従前の労働力を発揮できるようになるのか。これらの問いに専門家として答えることである。

我々は、職場復帰の前後で次の二つの方法により、労働者の働く能力を労働者本人、上司、および人事担当者（以下「関係者」とする）で共有しながら明確化している。①職場復帰前に、職場復帰準備性（病状、日常生活リズム、活動性、作業能力）を確認すると共に、実効性のある再発予防策がどの程度できているかを評価する。これらをもとに、その労働者の現在の働く能力を評価すると共に、将来的な到達点を見立てる。②上司と本人を中心として復帰6ヶ月後の業務上のゴールを具体化し、さらに復帰後2ヶ月毎のマイルストーンとなる業務量をゴールから遡る方法で具体化して、職場復帰プランを作成する。このプランを関係者で共有して、職場復帰後のプロセスを開始する。復帰後、我々は精神医学的評価を行いながら、プラン達成を支援する。基本的に、就業制限の緩和を定期的に提案しながら、職場での出来事を **here-and-now** で取り上げ、本人の適応能力や働く能力の向上を促す。ただし、能力的にプロセスについていけず、さらなる継続は病状悪化の可能性が高いと判断した場合は、関係者に終了を提案する。こうして、我々は本人の働く能力の到達地点を関係者が共有できる形で明確化する。復帰プランの達成により本人は自信を、そして周囲の人々は安心を手にすることができる。一方、道半ばの終了は本人と周囲の人々に、この段階で何ができるかという検討を促す。

このようにして、我々は大企業の期待に応えている。それはあたかも企業内におけるイントラネットのようなネットワークを形成している。発表当日は、このネットワークを、リワークプログラムをはじめとするさまざまな取り組みとつながることのできる、インターネットのような開放型のネットワークに展開していく可能性について議論できればと考えている。

メディカルケア虎ノ門における工夫

五十嵐 良雄

医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

当院の立地からいって、当院のリワークプログラムの利用者のうち大企業に所属する社員が占める割合はきわめて高い。リワークデイケアを開始して 2011 年末までのプログラム終了者は 799 名に達したが、そのうち企業規模が 3001 名以上の企業に属する利用者は 48.9%、社員数 3000~1000 名の企業は 20.0%であり、1000 名以上の企業に属する利用者が 7 割に達する。また、職種で 36.9%が事務系、30.0%が技術系であった。このような利用者の背景を考慮して新たなプログラムとして、2012 年 1 月よりリワーク・カレッジ®における基本的な枠組みを会社組織に模した組織とし、その中で業務的な作業と役割分担を持つ Work Simulation Program (WSP)を開始している。

当院のリワークプログラムは週 2, 3 日のリワーク・スクールと週 4, 5 日でプログラムが行われるリワーク・カレッジ®とではそれぞれ別のプログラムを実施しており、日数だけではなくプログラム内容も大きく変わる。そのため、スクールからカレッジへと進んでいく条件は、安定した出席と「休職した理由の自己分析」の完成としている。この「自己分析」を行うことによって休職に至った理由が自らの内的な要因もあると理解し、自らの課題を明確化できていることが、再休職予防を目指すリワークプログラムの一つの大きな役割であると考えている。そして、自らの課題が明確に認識されてこそ、認知行動療法等の心理プログラムの必要性がわかり、主体的に学ぶことができるようになる。

先に触れたように WSP はリワーク・カレッジ®で採用されている。カレッジへと進んだメンバーは必ず「企画部」、「システム部」、「事務部」のいずれかに所属し、「企画部」が立案する全体のミッション、例えば社内報の作成、と関連する所属部のルーチンワークに携わりながら、日々のプログラムに取り組む。各部にはゼネラルマネジャー、マネージャー、チーフという役職を作り、上下関係を設けている。そして、役職者になると他のメンバーのマネジメントも求められ、実際の職場に近い環境を作り出し、そこでの生活を通して自身の働き方を振り返る。WSP の導入により、休職前と同じ働き方やコミュニケーションパターン、上下関係がある中での対人葛藤が再現される場面が多くみられ、各メンバーにとっては職場に戻る前の時期における実践的な場での「自己分析」の機会となっている。

当日は当院のプログラム全体を説明する中で、特に「自己分析」と WSP に焦点をあてて、その治療的な役割について述べる。

企画シンポジウムⅡ

抄 録

スタッフのネットワーク

4月27日(土) 14:00~15:30

第2会場

リワークの質の向上のために

○ 小林 真実、角亦 祐子、黒田 優希

公益財団法人松原病院デイケアよつ葉 リワークプログラム

松原病院精神デイケアよつ葉リワークプログラムは、平成 21 年（2009 年）7 月開所であり、もうすぐ 4 年になる。デイケアよつ葉は、平成 7 年開設の精神科病院の一般の大規模デイケア（70 人枠）であり、統合失調症、感情障害、発達障害等の方がいる。よつ葉は 3 つのグループに分かれており、だいたい 40 歳を区切りに若い人のグループと年配のグループ、リワーク（復職支援のみ）である。リワーク以外は合同活動を持つが、リワークは通常ほぼ完全に独立している。ただし、夏のデイケア祭りにはコーヒー店を出店し、出し物をするなど交流活動も行ってきた。

当院デイケアスタッフは、Ns 4 名、OT 3 名、Cp 2 名、PSW 産休中、のスタッフ構成で、そのうちリワークは Cp 2 名、Ns 1 名である。

リワークとしては Cp が 3 人のうち 2 人というのは珍しいかもしれないが、リワークプログラムの中核に心理教育、各人のうつ病の回復促進の面談、グループワーク、前後のアセスメント等があることを考えれば、通常の心理士の業務とほぼ重なるため、リワーク以前でもデイケア・外来・病棟で心理士が主に担当してきている分野でもあり、リワークの実務上、2 名は必要という実感がある。PSW がいる時は治療施設の雰囲気が薄く、現在はストレス病棟の経験ある看護師が入っていてより専門性が高くなった印象がある。

専門性の高さは、患者が医療の期待するものであり、治療を適切・効果的に進めるために欠かせない。しかし、会社に復帰したのちには、診察のみとなりフォローを受けられない場合も多いため、リワーク参加時に身に付けた視点や方法でその後の再発予防に役に立てていただけるように、より多くの人に平易に理解していただけるように、特殊な療法や専門家の指導が必要な技法は使用しないようにしている。最終的にはセルフケアとして取り入れられるものがよいと考えている。

その結果が、スタッフの専門性を問わずアプローチが可能なプログラム内容となっている。

- 1、リワーク治療構造≡グループワーク＋個人面談＋心理アセスメント（クレペリン・エゴグラム・BDI）＋スポーツ＋事務作業リハビリなどの自主学习＋会社との連携＋主治医・会社・スタッフ・本人のカンファレンス
- 2、スタッフ間のより正確な情報の共有が最も重要。（同じ情報から違った視点が出されるため）、会社との連携についても同様である。事実の共有をしっかりと行った上で初めて専門性や立場の違いの有用性が生きて、効果的な業務の分担が可能である。
- 3、概念の共有（スタッフの専門性を越え、患者と共有できるもの。実際的なもの）のため、認知行動療法の考え方やスキルを多く取り入れている。
- 4、他のスタッフの力を借りる。デイケアの他の Ns, OT に意見や感想を求める。事務職等、院内の一般職員を講師に招く。（より広い視点やスキル向上）

院内連携：主治医、病棟

院外連携：他院主治医、産業医・産業保健スタッフ・職場上司、他リワークとの情報交換

不知火病院におけるチーム・リハビリテーションの実践について

前田 佐織

医療法人新光会 不知火病院 リハビリテーションセンター

不知火病院は、熊本県と隣接した福岡県大牟田市にある。もとは炭鉱で栄えた町であったが、1997年(平成9年)最後の鉱山閉山後は目立った産業も無く、23万人いた人口は現在12万人、65歳以上の高齢化率は30.6%を越え「市」としては福岡県内でも上位となった地域である。1960年(昭和35年)6月に単科の精神科病院として開設し、現在病床数は219床、うちストレスケア病棟48床を有している。

近年、不知火病院の患者動向は、新患の90%がストレス疾患であり、そのうちの70%が有職者である。ストレスケア病棟への入院患者68%が福岡県内からであり、九州圏内は27%にすぎず、残りの5%は関東・関西からの入院である。入院時より、精神保健福祉士が(以下PSW)個別に復職のためのソーシャルワークをすすめていくが、企業が求める「退院直後の完全復帰」等ニーズに応えきれない状況であった。これらから、2003年(平成15年)ストレスケア病棟での治療プラン・退院準備期よりうつ病患者の復職支援・リハビリテーション・プログラムとして、「復職サポートプログラム」をスタートさせた。

しかし、入院は必要ないが休職に至るケースは年々増加傾向にあり、必然とPSWは産業ソーシャルワークに追われた。外来での復職支援の必要性をPSWは訴え『リワーク・プロジェクト』を立ち上げ検討に入るが、スタートまでには4年を要した。2007年(平成19年)9月にデイケア科で復職のための専門プログラム「リ・スタート・プログラム」を開始した。再三のプログラム見直し、検討を重ねた末、現在は3構造の段階に応じた復職支援(リ・スタート・プログラム、トライ・ワーク、フリースペース)を展開している。外来でスタートさせるにあたり、4年の歳月がかかったのには、リワーク・チームとしての体制の確立や教育等、リハビリテーションを展開するまでの通らざる得ないプロセスがあった。

現在、スタッフは看護師・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士の7名で実践している。当日は各スタッフの専門性と連携に焦点を当て、チーム・リハビリテーションについて報告したい。

リワークプログラムにおける多職種連携について ～看護職の視点から～

飯島 優子

医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

うつ病リワーク研究会の調査によると、リワークプログラムに携わるスタッフは、臨床心理士が3割と最も多く、精神保健福祉士が2割強、看護師2割弱と報告されている。当院においても、精神科医師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、看護師、保健師、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなど、多職種のスタッフが精神科デイケアの枠組みでリワークプログラムの運営に従事し、協働している。

プログラムに携わるスタッフは、デイケアスタッフとして共通した『ジェネラリスト』としての役割を担いつつ、それぞれの職種の専門領域について『スペシャリスト』としての役割を担うことが求められる。

しかし、ときに『ジェネラリスト』としての役割が求められる場面において期待される行動がとれず、『スペシャリスト』としての役割のみに傾倒してしまうようなケースや、他職種の専門領域を侵してしまう等、職種間における葛藤や役割の混乱を引き起こしてしまうケースが見受けられる。

多職種の連携を円滑にし、その効果を発揮するためには、①各職種の専門性に関する理解、②チーム医療に関する理解と経験、③職種間で存在する「異文化」を受け止め尊重し合うコミュニケーション能力、④専門性の発揮が求められる領域と個人の職業アイデンティティとの一致、の4点が重要ではないかと演者は考える。

看護職の立場からリワークプログラムにおける専門性を考えると、他職種と重なる領域の広さに悩まされることが多い。看護職の中では、『精神看護』『精神科看護』といった分野が確立されており、社団法人 精神科看護技術協会の定義によると「精神科看護とは、精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本理念として、専門的知識と技術を用い、自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるよう支援することである」と定義されている。ここでいう「専門的知識と技術」とは、「コミュニケーション能力や看護過程における精神状態を適正にアセスメントする能力、セルフケアを高めるための援助技術などが含まれる」とされている。看護職は、身体面のケアのみを専門としているわけではなく精神面のケアや心理社会的な側面も含め全人的に対象者を捉え看護するものである、という教育を受けるが、リワークプログラムで協働する他職種からは『身体面のケアを専門とする職種』と認識されている印象がある。これは「他職種の専門領域との重なりが少ない領域＝その職種の専門性」という切り口から看護の専門性を捉えたのではないかと推測できる。自己が認識している専門性と他職種からみた専門性、各職場で求められる専門性は異なるのではないかと考える。

当日は、リワークプログラムの目的である『再休職予防』の効果を高めるためのスタッフ間の連携の在り方について考えたい。

スタッフのネットワーク

松田 匡弘

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

作業療法士の専門性とは何であろうか。作業療法士は、対象者の「こんなことをしてみたい」という希望や「こんな生活をおくれるようになりたい」という目標を、具体的な作業を媒介にして、援助する。作業療法（Occupational therapy）の occupational の語源は occupy であり、「(物・時間)を占める」「費やす」などの意味をもつ。作業療法士は、生活を構成するすべての作業活動に視点を置いており、その幅広い作業活動に対して、医学的な知識を背景に設定された作業を用いて、対象者の生活を再構築する援助をしている職種といえる。

リワークプログラムでは、対象者の生活を見ることに変わりはないが、特に仕事という作業活動に焦点を当てて支援していく。当デイケアプログラムの多くは、複数の職種で運営されている。その中で、対象者の同じ場面を評価していても、作業療法士は作業効率、問題や変更にもなう対処能力などの作業遂行能力や、活動と休息のバランスに視点を置いて関わっている。

このような作業療法士としての専門性を、リワークの中で生かし、他職種と連携を取るときに気をつけている点を挙げる。一点目は、カンファレンスやその他さまざまな場面で、何ができて、何ができないかだけでなく、その作業を遂行するために必要な要素まで細かく分析した評価結果を報告していること。二点目は、対象者の健康的な部分にも着目し、復職後に生かせるポイントとしてスタッフ間で共有できるようにしていることである。各職種は専門性を背景に協業しながら一人の対象者に関わっているため、職種間で意見交換し、対象者の全体像を整理しながら関わりの方向性を決めていく大切さを実感している。しかし、作業療法士の専門性を意識しながらも、身体的側面を含む病状の管理や、心理的なフォローをしていく役割と知識を求められることに対して、専門性が揺らいでしまうことを何度となく経験している。今回のシンポジウムを通して、専門性やスタッフ間の連携・協業するポイントについて、自身も一緒に学んでいきたいと思う。

企画シンポジウムⅢ

抄 録

双極性障害への支援

4月27日(土) 14:00~15:30

第3会場

双極性障害の薬物療法

鈴木 映二

国際医療福祉大学熱海病院心療・精神科

最近になって、従来の気分安定薬などに加え非定型抗精神病薬が双極性障害の治療薬の仲間入りを果たしました。今回は各薬の効果と薬物相互作用について解説します。

ラモトリギンは双極性障害の急性期に対する有効性が証明されていません。しかし、再発予防に効果が期待できます。オランザピンは急性期の症状（うつ病にも躁病にも）に効果が期待できます。その効果は、ハロペリドールよりも優れ、しかも副作用が少ないかもしれません。アリピプラゾールは、双極性障害の躁状態に対してリチウムと同等の効果があると考えられています。また、アリピプラゾールはハロペリドールと比べて海外では再発予防効果がある事が示されています。

新しい双極性障害治療薬は薬物動態学的プロフィールが多様です。これらは、脂溶性で、塩基性で、分布容積も大きいので、特に代謝の過程で相互作用が起きやすいと考えられます。実際の臨床でも、従来以上に薬の飲み合わせに注意する必要があると思われます。当日は、まず各薬の吸収、分布、代謝、排泄の各過程における特徴と薬の相互作用について解説します。

最後に新しい治療薬をより安全に使うための情報をお伝えします。たとえば、オランザピンは煙草によりクリアランスが2倍以上に増加し、男性のほうが女性よりもクリアランスが高い薬です。またオランザピンには海外で原因不明のプアメタボライザーがいることが報告されています。ラモトリギンは肝あるいは腎機能の低下に伴うクリアランスの低下が著明なので注意が必要です。また、これらの薬は、必ず胎盤や母乳を介して児に移動します。それが許容範囲なのか危険な範囲なのかを科学的に判断することは大変難しいことです。当日は詳細なデータを含め紹介したいと思います。

躁病エピソードへの早期の気づきと対応

○ 松原 六郎、小林 真実、黒田 優希

公益財団法人松原病院(福井県)

はじめに：

双極性障害の心理プログラムの中では、患者が自身の再発を予防するために、できるだけ早く再発に気づくためのスキルを身に付けることが重要であると言われている。

また、うつ病相の場合は、警告兆候からうつ病エピソードに陥るまでに通常、数週間かかるが、軽躁病相や躁病相の場合は、数日間や、時には数時間でエピソードに移行してしまうといわれている。そのため、リワークの現場では、とくに軽躁病相や躁病相の早期発見のための有効な手法が求められてきた。

当院リワークでは、『双極性障害の心理教育マニュアル』を参考にして、再発予防のためのプログラムを実施している。今回、この結果を踏まえ、軽躁病相や躁病相の早期発見と対応について検討したい。

対象と方法：

当院のリワークプログラムに参加している双極性障害の患者に『双極性障害の心理教育マニュアル』を参考に、エピソードへの早期の気づきと対応についてのグループワークセッションを試みた。参加者およびスタッフにはセッション後にアンケートを取り、このセッションの評価を依頼した。

結果と考察：

当院のリワークプログラムにおいて行った、双極性障害の早期への気づきのためのグループセッションは、まだ事例が少なく一般的な傾向を論じるには至っていない。しかし、アンケート結果には、それぞれの職場や家庭の状況に違いはあるものの、このような手法は再発予防の効果があるという意見が多かった。

とくに、参加者からは、一人で考えるだけではエピソードへの気づきや、感じ取れる兆候は極めて少なく、気づくことがかなり遅くなってしまうが、このように、文章化するだけでも振り返りの機会を増やすことができるようになるとの意見が聞かれた。

具体的な例としては、ダイエットを始めることや、たばこをやめるということは身体に良いことなので、それがエピソードの始まりだと気づくことは難しいという意見が多く聞かれた。

スタッフからも、このようなプログラムが、少なくとも「再発予防の意識付け」になったという評価が多く聞かれた。

また、内容はさまざまであったが、家族などの身近な支援者がいると、「家族に注意してもらう」など気づきが得られやすい傾向があり、これらの支援者が単身者と比較してエピソードの悪化を防ぐ重要な要因となることが認められた。

対人関係・社会リズム療法 (IPSRT)

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

対人関係・社会リズム療法 (interpersonal and social rhythm therapy: IPSRT) は、双極性障害の治療法として Frank によって開発された治療法であり、対人関係療法 (interpersonal psychotherapy: IPT) と行動療法的アプローチを組み合わせた初めての試みである。双極 I 型障害に対して、薬物療法の付加治療として、エピソード再発予防効果が示されている他、双極 I 型障害・双極 II 型障害のうつ病エピソードの治療効果も示されている。双極 II 型障害に対する単独治療としての効果も、パイロット研究で示されたところである。

気分安定薬を服用中の双極性障害患者が新たなエピソードをきたす主なパターンには、(1) 服薬遵守不良、(2) ストレスフルなライフイベント、特に対人関係イベントや社会的役割の変化、(3) 社会リズムの乱れ、があると言われている。IPSRT では、Social Rhythm Metric (SRM) を用いて社会リズムを規則正しくすると共に、IPT によって、対人関係ストレスを減じ、社会的役割の変化にスムーズに適應できるようになることを目指す。対人関係ストレスは様々な要因を介して社会リズムを乱すものであり、社会的役割の変化は、それがストレスフルな場合はもちろんのこと、ストレスがほとんどない性質のものであっても、社会リズムに影響を与える。社会リズムの乱れが双極性障害のエピソード再発につながることを考えると、IPSRT の治療焦点はいずれも双極性障害に有効なものであると言える。

また、双極性障害においては、特に躁病エピソード、そしてうつ病エピソードにおいても、対人関係上の不和が生まれることが多いが、対人関係に焦点を当てた IPT によって、役割期待を調整することによって不和の解決をはかることもできる。

IPT は、1960年代末から Klerman や Weissman らによって開発された期間限定精神療法であり、現在では認知行動療法と並んでエビデンス・ベーストな精神療法の双璧をなしている。現在の重要な対人関係と症状の双方向の関連に注目して、「悲哀」「対人関係上の役割をめぐる不和」「役割の変化」「対人関係の欠如」という4つの問題領域の1つか2つに焦点を当てて治療を進めていく戦略的な精神療法である。IPSRT における IPT も、基本的な考え方や進め方は同じであるが、双極性障害特有の特徴的な修正が加えられている。それは、「健康な自己の喪失についての悲哀」という新たな問題領域の追加である。これは、双極性障害という診断および生涯にわたる治療を受け入れることの困難を扱う問題領域であるが、双極性障害の治療において肝要な治療遵守を高める効果が示されている。

当日は、リワークという「役割の変化」、それに伴う社会リズムの変化、そして職場や家庭における「対人関係上の役割をめぐる不和」などを視野に入れつつ、IPSRT のエッセンスを紹介する。

双極性障害の認知行動療法とリワークへの援用

北川 信樹

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科障害福祉学分野

双極性障害は、従来から生物学的要因が強調され薬物療法が主役であった。しかし、最新の薬物療法をもってしても臨床的、社会的転帰の改善は十分ではない。高い再発率、服薬アドヒアランスの低さ、社会生活機能の低さ、自殺完遂率の高さなど、疾病がもたらす心理社会的影響は極めて甚大であることが明らかにされている。復職を妨げる疾病要因として双極性障害は最も大きいものの一つでもあり、プログラムに対するニーズは極めて高い。しかし、状態像によっては集団を基礎としたリワークプログラムへの適応自体も問題となる。彼らの抱える問題は、単極性うつ病とさまざまな面で異なり複雑なため、単極性を念頭としたプログラムだけでは対応が難しいと言える。

一方、双極性障害に対する心理療法が近年いくつか登場してきたが、中でも認知行動療法（CBT）はこの10年ほどで最も多くRCTが行われプログラムも進展してきた。効果のエビデンスからは、再発予防効果に関する結論は必ずしもまだ定まっていないものの、症状の緩和や心理社会機能、アドヒアランスの向上などには一定の成果がみられている。

双極性障害に対するCBTは、ストレス-脆弱性モデルに基づいており、アプローチの基本として、①常に協同作業的に行われる、②あくまで薬物療法の補助として行われる、③再発予防に役立つ多彩なスキルの獲得を目指す、④患者がある程度洞察し協力できる症状レベルで行うなどがあげられる。例えばLamら¹⁾による双極性障害のCBTの手順では、1) 認知モデルの導入と事例定式化、治療目標の設定（ライフチャート、心理教育）、2) 症状のマネジメントと認知的技法の適用（セルフモニタリング、概日リズムの安定化）、3) 再発予防の技法（前駆症状に対処する認知行動スキル獲得）、4) 治療アドヒアランスや長期間にわたる脆弱性に関連する問題や信念に対する認知行動アプローチ（過度に目的達成的な信念や行動など）などと進んでいく。

このように双極性障害の認知行動療法は、単極性のそれとモデルも力点もかなり異なり、治療者側にもより一層柔軟性、専門性が必要とされる。したがって、リワークの中では単極性と別個にプログラムを提供するのが理想的である。しかし、実際上はプログラム中に診断に気付かれるケースも多く、現実的には困難なことも多い。また、既に診断がついている場合でも、機械的にプログラムに参加させるのではなく、その前に協同作業でアセスメントを行いながら、目標設定、事例定式化、動機付けを深めた上で行わない限り効果は不完全なものとなるだろう。今後は、単極性と双極性に共通の要素を抽出あるいは付加した新たな双極性対応のプログラムを構築していく必要があるだろう。当日は、CBTの治療的要素からその工夫について考察したい。

参考文献

- 1) ラム DH, ジョーンズ SH, ヘイワード P: 双極性障害の認知行動療法 (北川信樹, 賀古勇輝監訳). 岩崎学術出版社, 東京, 2012

企画シンポジウムⅣ

抄 録

<産業医学研修会>

中小企業とのネットワーク

4月28日(日) 10:45~12:15

第1会場

中小企業におけるメンタルヘルス対策 ～嘱託産業医の経験からリワークを考える～

福本 正勝

社会福祉法人 長岡福祉協会 福祉プラザさくら川 新橋ばらの園 施設長

1. はじめに

日本における企業は99%以上が中小企業である。「施設・業務の種別で見た医師数」では、産業医は941名（平成22年12月31日現在）であった。医師全体の0.3%である。他方、日本医師会認定産業医は8万人を超えている。産業医の多くは内科医である。また、中辻らの発表では、産業医が契約した企業に訪問する機会は非常に少ない。産業医の役割ともに、中小企業におけるメンタルヘルス対策の現状と、リワーク実践の課題などを考察した。

2. 中小企業におけるメンタルヘルス体制の現状と課題

様々な職種、規模の中小企業について、経験をもとに産業衛生体制、メンタルヘルス体制、リワークに対する対応・体制を紹介し、それぞれの課題を示す。

3. 産業医の責務

メンタルヘルス体制並びにリワーク体制への支援を中心に、産業医の役割と企業と他職種との連携について、経験を踏まえて提案を行う。

①衛生管理者の活用、②社会保険労務士との連携、③EAP、カウンセラーとの連携

4. まとめ

メンタルヘルス体制の構築、またリワーク体制の構築は急務の課題である。優秀な人材を確保するためには、メンタルヘルス体制、特にリワーク体制の確立は重要な課題である。企業、それぞれの職種の役割を見直し、企業の規模にあわせた無理のない体制作りが重要である。

参考：「社会保険労務士の労働安全衛生に関するアンケート調査の検討 労働安全衛生活動活性化に対する関与の現状と今後の産業保健スタッフとの連携について」（福本正勝ら） 日本産業衛生学会産業医・産業看護全国協議会 2012

中小企業におけるメンタルヘルス対策～社会保険労務士から見た実態～

中辻 めぐみ

中村雅和社会保険労務士事務所

1. はじめに

我々社会保険労務士（社労士）は、主に中小企業の人事労務管理を支援している。近年、職場におけるメンタルヘルス不調者は増加傾向にあり、中小企業においても同様の傾向がみられる。*1 調査によれば、社労士が顧問先企業から安全衛生に関する相談を受けたことがあると答えた割合は 61%、産業カウンセラーなどの資格を所有している別の社労士グループを対象とした*2 調査では 81%と、いずれも過半数以上の者が安全衛生に係る相談の経験を有している。

2. 弊所の取り組み

弊所は平成 18 年 2 月に開業登録をし、中小企業のメンタルヘルス対策を中心に活動を行っている。

3. 活動の実際

(1) 就業規則の変更

メンタルヘルス不調者に対して、早期発見・早期治療につながるような休職制度の見直し、復職時において適切な復職が図れるための仕組みを取り入れた復職制度の見直しなど、従業員側・企業側にとってもバランスの取れた就業規則の変更の見直しを行っている。

(2) 安全衛生委員会、復職判定委員会、ハラスメント判定委員会等のオブザーバー参加

メンタルヘルス対策において重要な位置を占めるこれらの委員会に、オブザーバーとして参加している。当該企業の就業規則の解釈、判例や他社事例などを伝えている。

(3) 地域産業保健センターの活用

産業医の選任義務のない規模の企業の場合に、地域産業保健センターを活用するように企業に促している。メンタルヘルス不調者への対応の際に、精神科医であり産業医である医師に医学的な意見を求め、それらを参考にしよう企業に伝えている。

(4) メンタルヘルス対策マニュアルの作成

人事・管理職に向けて、当該企業の就業規則や実際の運用に応じたメンタルヘルス対策のマニュアルを作成し、メンタルヘルス不調者への対応、休職者、復職者への対応などの基本的な対応を掲載し、人事担当者や管理者が人事異動しても企業として一貫した対応ができるようにしている。

(5) 教育研修（社内研修・公共機関や民間企業主催による研修講師活動）

社内研修や公共機関などが主催するメンタルヘルス啓発の研修講師活動を行っている。

4. 結果・考察

これらにより、早期発見・早期治療に繋がり職場復帰を果たせた、通常勤務に戻れたなどのケースなどが増えてきた。その一方で、休職期間満了後も体調が戻らず退職となったケースも少なくない。企業規模が小さく休職期間が短い、復帰後の受け入れ先がない、軽減された業務そのものがない等が挙げられる。そのため休職期間が短くても戻ってこられるよう、早期発見・早期治療に繋がる正しい知識の啓蒙・啓発から取り組んでいきたいと考えている。

*1：「財団法人 産業医学振興財団 平成 22 年度 産業医学調査研究助成研究報告書『中企業の産業保健活動活性化をめざした産業医等産業保健スタッフと社会保険労務士との連携に関する課題』（代表研究者 武藤孝司）」

*2：「社会保険労務士の労働安全衛生に関するアンケート調査の検討 労働安全衛生活動活性化に対する関与の現状と今後の産業保健スタッフとの連携について」（福本正勝ら）」

構造計画研究所のメンタルヘルス対策の取り組みについて

○ 酒向 雄介¹、小島 有香子²

¹構造計画研究所 総務部 室長、²構造計画研究所 総務部

構造計画研究所は、社員約 550 名。建設、情報通信、製造分野向けにエンジニアリング技術をベースにした専門コンサルティングおよびシステム開発を行う企業です。

《取り組みの背景》

弊社では、2007 年ころから鬱をはじめとしたメンタル疾患による休職が増加したことを契機にメンタルヘルス対策に力を入れて取り組んできました。その背景と概要についてご紹介します。

《復職プロセス》

メンタル疾患による休職に対して、復職へのプロセスを定義し、円滑な復職への支援に取り組んできました。弊社では内部に保健師等の専門職を置けず社内資源に限りがあるため、EAPをはじめとした外部資源を活用しています。社内担当者は、関係者が必要なコミュニケーションをとれるようにコーディネートする役割を意識しています。円滑な復職の為には、休職者本人のケアも当然ですが、復職先の上司のケアも重要である考え、注力しています。

ポイントとして以下についてご説明します。

- ・社内担当者の育成
- ・外部EAPとの連携、役割分担
- ・復職先の上司へのサポートと巻き込み
- ・自主トレーニングの目的
 - 再発防止のために、振り返りと生活改善、体力作りを重視
- ・リワーク出社の考え方
 - 経済的な制約、安全配慮義務や労災との微妙なバランス
 - 位置付けの整理と関係者への説明の徹底
- ・復職後の定期的なケア

《今後の課題と取り組み》

メンタルヘルス対策や休復職支援は、人事労務施策の一部です。私たちの目標は、社員が元気に生き生きと働けるいい会社を作る事だと考えています。そのためには、メンタルヘルスにのみフォーカスせず、組織活性化の取り組み、健康に働ける環境づくり、キャリア開発など多面的な活動と一体となって、メンタルヘルス対策にも取り組んでいくべきだと考えています。

中小企業におけるリワークへの取り組みと望む支援

大野 貴士

さくらインターネット株式会社 執行役員 総務部 部長

(1) 目的

メンタル不全による休職者の職場復帰につき、聞き取り調査したメンタル不全の発症原因とリワーク・プログラムの報告を通じ、中小企業が望む支援策についてまとめる。

(2) 事例報告

①過去5年間の間に発生したメンタルヘルスによる休職（15件）につき、主なリワーク・プログラムを紹介する。

（通勤訓練の実施、リハビリ勤務、部署・業務変更、在宅勤務など）

②上記につき、当社において調査したメンタル不全の原因と思われる理由を紹介する。

(3) 考察・まとめ

企業にとっての復職とは、職場復帰がゴールではなく、復帰した後、再び戦力として活躍して頂くことであり、それがメンタル不全の再発防止にも効果的であると考えます。当然、就業に耐えうる万全の状態をもって職場復帰して頂くことが必要不可欠であり、そのためにも充分なリワーク支援期間を経て復職することが望ましい。

しかしながら、現在はリワーク支援期間に関する法の支援が万全ではなく、企業または休職者本人がリスクを負うケースが発生するため、復帰を焦ってリワーク・プログラムを軽視する傾向がある。

特に以下の二点について、企業・休職者の双方にとって助けとなる法整備等による支援を望みたい。

①傷病給付金の支給期間に起因する休職者の生活リスク解消

メンタル不全による休職は、1年6か月の間傷病給付金が支給されるが、リワーク支援期間を治療期間としなかったり、リワーク支援期間を就業期間としない場合、休職者の収入減が断たれ生活に支障が生ずることとなる。

この結果、回復が長引き、明らかに職場復帰が難しい方でも、充分なリワーク・プログラムを受けずに、ほぼ必ず1年6か月の傷病給付期間が終わるタイミングで復職の意思を表明することとなり、企業としては非常に難しい対応・判断を迫られてしまう。

例えば、治療が進みリワーク支援が可能となった方については支援期間中の援助を行うとか、企業主体でリワーク支援を行っている場合に補助金を支給するなど、休職者本人が万全の状態で職場復帰できるよう、支援を行って頂きたい。

②リワーク支援期間における労災等のリスク解消

職場復帰に向けた労働を伴わないリワーク支援（通勤訓練等）や復職プログラムの策定期間を就業期間とするかは企業に任されており、給与支給や労災のリスクを避けるあまり、リワーク支援を休職者任せにしてしまう恐れがある。

この点についても、企業側のリスクを低減するための法整備を進め、復職に向けた支援を行って欲しい。

企画シンポジウムV

抄 録

地方のネットワーク

4月28日(日) 10:45~12:15

第2会場

小規模精神科クリニックにとってのリワークデイケアの活用と課題

○ 松原 六郎、小林 真実、黒田 優希

公益財団法人松原病院(福井県)

はじめに：

(医) 福井心のクリニックは、精神科小規模クリニックであり、医師1名、看護師1名、臨床心理士1名で運営されている。そのため、うつ病のリワークに関しては、他の医療機関のデイケアに依頼している。その依頼先は、主に(公財)松原病院であり松原病院は、リワークデイケアや心理カウンセリングやストレスケア病棟の体制を有している。患者はこの2つの病院を行き来することになり、メリットやデメリットがあることが予想される。

対象と方法：

今回、クリニックと病院の外来、およびリワークデイケアに患者のデータを集計し、うつ病リワークデイケアの患者の動きを調べた。また、リワーク終了後、復職する患者についてクリニックや病院外来をおとずれている状況も調査した。

結果と考察：

松原病院は、単科の精神科病院であり、近年、認知症やうつ病に特化した幅広い診療をおこなっているものの、地域の人達には、まだまだ精神病院という偏見を持たれがちである。従って、うつ病の初診者は、心のクリニックの方へ受診することが多く、そこから病院のリワークを紹介され転院することが多い。

また、うつ病リワークプログラムを終了して復職を果たした後、多くの患者はナイトケアを利用したいと望んでいるが、松原病院での診療は午前中であり定期的に会社を休んで受診することを強いられてしまう。心のクリニックでは、午後6時過ぎまで診察しているため仕事帰りに受診することが可能となるが、ナイトケアは行われていない。そのため患者は、診察のために会社を休むか、ナイトケアの参加を諦めるかのどちらかを選択せざるをえなくなる。地方都市におけるうつ病リワークは、受診者の数も必ずしも多くなく、クリニックで行うにはリスクが大きい。やむをえず体制の整っている病院がそれを担うことになり、これからもクリニックとの連携は欠かせないものとなる。

事例でみるリワーク支援ネットワーク

牧 由利絵

あさかホスピタル 総合相談支援グループ さくまメンタルクリニック デイケア非常勤

あさかホスピタル(以下当院)は、福島県郡山市に位置する。福島県は、全国でも3番目に面積が広く、医療過疎地域が少ない実情がある。

当院が県内医療機関の中でもリワーク支援を先駆けて導入した経緯もあり、特に、関連のさくまメンタルクリニックにおいては、デイケアにおいて県内でも数少ないリワークプログラムを実施していることから、県内遠方の診療所や企業、公的機関などから、リワーク支援を目的とした紹介による利用者が多い。

リワーク支援を行うにあたっては、支援者に関する機関との連携が必須であることは言うまでも無いが、さくまメンタルクリニックのリワークデイケアでは、通院先が異なる方の受入れも多く、通院先が異なる場合の主治医との情報共有が課題となる。

当院は、ストレスケア病棟研究会(以下研究会)に所属しており、研究会医療機関にて利用されている「復職支援経過報告書」を導入している。「復職支援経過報告書」は、リワーク支援を行う際に、関係機関との情報共有や連携を目的としたツールとして考案されたものであり、現在もPSW部会にて研究が進められているものである。

シンポジウムでは、当院あさかホスピタルと関連施設で行っているリワーク支援の概要について紹介し、リワーク支援を行う中での地域診療所や企業との連携について「復職支援経過報告書」を用いた状況も含め、事例を挙げながら現状の報告を行なう。さらに、実践の中で見えてきた他機関との連携に関する課題や、当院としての役割について考察する。

京都府におけるリワークネットワーク

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

京都府は南北に長く、人口262万人のうち83%が京都府南部地域で生活をしている。府下でのリワーク支援を行う施設は医療機関3ヶ所に加え、障害者職業センターを含めても4ヶ所のみであり、受け入れ定員は多いとは言えない。また、そのすべてが京都府南部地域に集中している。一方、京都府中部地域および北部地域にはリワーク施設がなく、リワーク支援を利用したくてもできない状況にあるといえる。

バックセンター・きょうと（以下、当デイケア）は2006年2月に京都府宇治市に開設し、2011年に交通の利便性のよい京都駅前に移転した。利用者の居住地分布をみると、滋賀、奈良など他府県からの通所が一定の割合を占めている。これらはリワーク支援を行っている医療機関が少ないこと、交通網が発達しており、比較的通所しやすいことが挙げられる。京都駅前への移転を機に京都府北部地域からの利用が増えるようにはなったが、交通機関が十分には発達しておらず、県外からの通所に比べ困難が伴っている。

リワーク施設だけでなく、精神科医療機関も京都府南部地域に集中しており、京都府北部地域では世間体を気にして他府県の医療機関を受診したり、内科医から投薬してもらったケースも少なくない。

当デイケアでは通所と共に医療機関の変更をお願いしている。他の医療機関からの紹介や職場関係者（産業医・人事・健康保健スタッフ）からの紹介の他、ホームページなどから利用につながるケースが多い中、京都府北部地域からの利用は法人内のストレスケア病棟への入院を経て、利用につながっていることが特徴といえる。

当日は京都府および当デイケアの現状を報告し、医療機関同士でのネットワークについて、また産業保健推進センターや障害者職業センターとの連携のあり方について考える中で、地方でのリワーク支援の可能性と難しさについて検討したい。

リワークの現状と課題 ～地方都市・福岡からの報告～

○ 中垣 朝子¹、徳永 雄一郎²、 山下 秀一¹¹医療法人新光会不知火クリニック、²医療法人新光会不知火病院

不知火クリニックは、政令指定都市福岡市の中心地である博多区で診療活動を行っている。ビジネス街であることから、感情障害圏内の勤労者の受診が多いのが特徴である。以前より、休職者に対しては主治医による上司面談、ソーシャルワーカーによる職場との連携など、個別的な復職支援を行ってきたが、病状の回復だけでは、復職し、勤務を継続することが難しいケースが増え、復職前段階のトレーニングの必要性を感じていた。そのため、2008年5月より、休職者を対象としたリワークプログラム（当クリニックではリ・スタートプログラム）を開始した。

当クリニックにおいては、①期限を設けることでメンバー、スタッフの緊張感を維持すること②デイケア施設を有していないことから、週に2回の通院集団精神療法という形でプログラムを実施している。また、集団における治療効果を高めるため、1回の参加者は10名以内の中集団とした。プログラム開始から現在までに100名を超すメンバーが参加し、その75%が卒業した。復職後6ヶ月の勤務継続率は、82.8%である。

近年、福岡市内でも多くの精神科医療機関がリワークプログラムを立ち上げている。方法としては、ショートケア、デイケア、集団精神療法など、さまざまであり、ショートケア、デイケアで行っている機関でも復職専門のショートケア、デイケアを立ち上げている機関もあれば、従来のショートケア、デイケアの中で復職グループを行っている機関もある。また、実施曜日・回数もさまざまである。

しかしながら、福岡市内で診療を行っている135（福岡県医療情報ネット）の精神科医療機関において、リワークプログラムを実施している医療機関は8機関（リワーク研究会所属機関数＋当クリニック調べ）であり、5.9%に過ぎない。そのため、リワークプログラムを持たない医療機関からの紹介や、障害者職業センターを含め、よりご本人の状況にあった機関への紹介など、周辺機関との連携の必要性を感じている。

研究会当日は、当クリニックリワークプログラムを含め、福岡市における現状と課題について、報告したい。

企画シンポジウムVI

抄 録

<事例セッション>

プログラムで困ったときにどうするか

4月28日(日) 10:45~12:15

第3会場

プログラムで困ったこと

石川 いずみ

医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門

平成 22 年に厚生労働省が実施した労働安全衛生基礎調査によると、メンタルヘルス上の理由により連続 1 カ月以上休業または退職した労働者がいる事業所の割合は 7.3%と報告されている。ただし、これを事業所規模別に見た場合、労働者数が 10～29 人の小規模事業所では 3.3%であるのに対し、500～999 人の事業所では 76.1%、1000 人以上の事業所では 89.1%と、一定規模以上の事業所のほとんどが、メンタルヘルス上の理由により休職または退職する労働者を抱えていることが分かる。その他、職業生活等において強い不安、ストレス等を感じる労働者は約 6 割に上るとも報告されており、近年、メンタルヘルス不調に悩む労働者の増加は、大きな社会問題となっている。

このような背景の元、1997 年に休職中の社員の職場復帰を目的として始められたリワークプログラムは、2012 年には 119 の医療機関がうつ病リワーク研究会の正会員としてリワークプログラムを実施しているほど、年々広がりを見せている。うつ病リワーク研究会としても、今現在リワークプログラムを実施している、もしくはこれからリワークプログラムを始めようとしている医療従事者向けの研修会を定期的開催し、さらなるリワークプログラムの発展のために尽力しているところである。研修会では、参加者から多くの「プログラムで困ったこと」が寄せられ、それらについて講義や事例検討を通して学ぶ中で、スタッフのスキルアップや、リワーク全体の質の向上を目指している。

当日は、この研修会で得られたアンケートの結果を元に、実際にリワークプログラムに関わるスタッフが、プログラムの立ち上げ・実施・運営等、どのようなことに困難を感じているのかをお示しし、それらの困難に対する対応を各シンポジストの先生方や会場の皆様と共に考えたい。

プログラムで困ったこと

前田 英樹

さっぽろ駅前クリニック 北海道リワークプラザ

I. はじめに

さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザは、2006年からリワークデイケア(以下DCと称す)を開設し、主にうつ状態の休職者を対象に支援を行っています。DCのスタッフは現在20名を超え、その約半数が1～2年のキャリアの新人スタッフで構成されています。今回のテーマについて考えると、自分自身が困ることは減った代わりに、新人スタッフの困りごとをどうフォローするかということについて困っていることを改めて認識しました。現在の自分の立場から困りごとについてどう関わっていくか検討していきたいと思います。

II. スタッフが困ること

スタッフはどのような場面で困るか、同僚からインタビューした結果を以下にまとめました。

- ・発達障害や依存症などが基礎疾患として疑われる利用者への個別対応が生じた際に困る。
- ・ルール逸脱への注意喚起に戸惑う
- ・暴力、逸脱行為、体調不良者への対応など不測の事態への対応に困る。
- ・グループの中に居る利用者の何を観察していいかわからない。
- ・グループで起こる現象をどのように解釈しどう働きかけるのかわからない。

III. 困りごとから見えるスタッフの課題

新人だった頃の自分自身は、困った場面を医師や他スタッフと共有しながらプログラムを創ることができたため、ルールや枠組みの意味や利用者に関わることを学んでいくことが出来ていました。現在は治療構造の枠組みがしっかりしており安全にプログラムを運用できるようになった反面、枠組みやルールの根拠が見えにくくなっているのではないかと感じています。枠組みがしっかりしているために困る機会も以前より少なくなっており、それに伴い先輩スタッフとの相談や話し合いも減っていると思います。また、日々の業務を優先しているため困りごとを共有する十分な時間を設けることができていません。IIで挙げた困りごとの多くは、利用者様の病態や復職支援の意義、グループの枠組みやルールの意図が分かると解消できることがほとんどです。困ることは学びを得る大切な機会です。新人が困りごとにしっかりと向き合い他スタッフと共有し、その場しのぎの対応ではなく、本当の意味での支援を展開していけるようにフォローしていくことが課題だと感じています。

IV. 終わりに

リワークのスタッフとして、利用者の困りごとについて表面的な対応や回答を探すのではなく、利用者と一緒に悩みながら復職に向かっていくことこそが大切な支援であるということを、新人スタッフが実感できるようフォローしていきたいと思っています。しかし、日常の業務の中で十分な時間を確保するのが難しく、また、フォローの体制も十分な形では整ってはいません。本日のシンポジウムで各施設での取り組みについて共有したいと思います。

プログラムで困ったこと ～当院の場合～

牧 宏一

医療法人生々堂厚生会 さくら・ら心療内科

【はじめに】

うつ病リワーク研究会が発足し5年が経過した。正会員施設数は年々増加し、現在は140を超えるまでになっている。

とは言え、休職者に対しリワーク活動を行う医療機関が不足している現状を鑑みると、これからも会員数を増やしながら一定の質を担保し、リワーク活動を普及させていく必要がある。当然その過程においては、プログラムを運営する上での課題や悩みが各々繰り返されていくものと思われる。

こうした課題や悩みを解決しながら、リワークプログラムの質を維持、向上させていくことは、リワーク活動の地位を確立するために欠かせない要件であると考ええる。

【当院プログラム運営上の課題】

当院は、栃木県宇都宮市で平成20年よりリワークデイケアを実践している。

地方リワークデイケアの大きな課題に「集患」がある。都市部のリワーク施設と違い「空き待ち」ということは稀で、いかに普及・啓発を図りつつ質を担保し、かつ利用者を確保していくかということは、今後地方でリワーク活動を考える上で避けて通れない課題である。

この集患・普及啓発の課題を解決するには以下の3つの方法が考えられるが、いずれも新たなプログラム運営上での課題が生じる。

① 他院からの紹介

転院に主治医が難色を示すケースや患者自らが拒否するケースがある。そこで主治医を変更せずにリワークデイケア開始となるが、ここで出てくる課題が「連携」である。急変時の対応や薬物調整、復職の意見の摺合せ等、タイミングを逸する、意志の疎通が上手くいかないことがある。

② 産業医からの紹介

この場合、会社の指示ということで、元々「本人のプログラムに対するモチベーションが低く、治療効果を得にくい」という課題がある。またそうした取り組み姿勢が伝播し他メンバーへの悪影響となったり、プログラムに乗れず「デイケア中断」となるケースもある。

③ 再就職希望者の受け入れ

『リワーク』の狭義の概念からすれば、再就職者は対象外だが、外来では気分障害・不安障害患者の再就職希望者でリハビリが必要なケースも多く、社会資源が乏しい地方では無視できない現状がある。ここでも「復職を目指すメンバーのモチベーションに対する影響」や「デイケア中断」の課題がある。

【当院の実践とこれから】

今回のシンポジウムでは、上記のような「連携」「利用者のモチベーション」「デイケア中断」の課題にどのように対処し、地方都市の大課題「集患」をクリアしてきたのか、当院のこれまでの実践をお示ししたい。またフロアの皆様と問題意識の共有をし、新たな視点、対処法を得る機会にできればと考えている。

利用者不足の問題

～それに伴う利用者枠の変更がもたらしたスタッフへの影響・負担増～

○ 川内 昌平¹、岡田 敦²

¹財団法人信貴山病院分院 上野病院 リハビリテーション部、²財団法人信貴山病院分院 上野病院 診療部

1. はじめに

当院は三重県伊賀市に位置し、昭和 31 年の開院以来、地域に根差した精神医療に取り組む精神科病院である。平成 8 年に精神科デイケアを開設、平成 23 年 6 月より、復職およびうつ病の再発予防を目的としたリワークデイケアを開設した。今回は、開設から近く 2 年を迎えるにあたり、当院リワークのプログラム運営に関する取り組みと課題について報告を行う。

2. 開設当初

リワーク利用の受け入れ条件として、「対象をうつ病に限定(双極性障害、発達障害は除外)」、「休職中の方に限定(退職者除く)」、「原則 6 カ月以上利用」、「復職の意志が明確な方」を条件とした。実際にプログラムが始まると、地域性的問題もあり受け入れ条件に当てはまる患者様が少ないことが分かった。当然利用者が少ないため、集団の効果が十分に発揮できず、個別の関わりが中心となった。

3. 対策「アピール」

そこで利用者増加のために、「企業回り」「院内のリワーク普及活動」「リワークのない他医療機関への営業」に取り組んだ。

4. 結果

その結果、徐々に問い合わせや紹介が増えていったが、「うつ病でない」「6 カ月利用できない」「転職や退職も考えている」といった患者様が多く、直接利用者増に結びつくものではなかった。

5. 再対策「受け入れ条件の見直し」

上記の状況を打開、利用者数を増加し、集団による効果を発揮するために、受け入れ枠を①「短期間でも可」、②「転職・退職を考慮している方も可」など変更した。それに伴い、利用者への影響が考慮されたため「短期間プログラムの作成」、「利用者の担当スタッフを固定」するなどの準備をした。

6. 現状

その結果、「利用人数が増加」し、「集団プログラムにおいて集団の効果を発揮できる」ようになってきた。統一されていない集団がもたらす利用者への影響については、事前の準備が功を奏して、現在のところ大きな混乱はみられていない。

しかし、様々な状況の利用者が増えたため、新たな問題として、利用者側から次のような課題（ニーズ）が現れている。①利用期間に合わせた復職計画と実施（例えば短期間の利用でリワークでの目標を何にしてどんな活動をしていけばよいか）。②キャリア支援（例えば、復職せずに転職した方がよいか、退職した方がよいか）。

7. 今後…

これらの課題（ニーズ）は、個別の問題のため現在は担当スタッフが対応していることから、担当スタッフの負担が増している。また、担当スタッフとして「リワーク」ではどの程度（範囲）これらの個別の問題を扱えばよいか苦慮しながら対応をしているところである。当院リワーク支援の方向性と、支援の基準を改めて見直すことが必要になっている。

ランチョンセミナー

抄 録

ランチョンセミナーⅠ 第1会場

4月27日(土) 12:45~13:45

ランチョンセミナーⅡ 第2会場

4月27日(土) 12:45~13:45

ランチョンセミナーⅢ 第1会場

4月28日(日) 12:30~13:30

ランチョンセミナーⅣ 第2会場

4月28日(日) 12:30~13:30

ランチオンセミナー I

対人関係療法 (IPT)——リワークに生かせる視点について

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

対人関係療法 (interpersonal psychotherapy: IPT) は、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し、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の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。

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。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。

何と言ってもリワークは、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、あれもこれもできなければならない、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、その感じ方も「役割の変化」特有のもので、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。

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。また、IPT そのものではないが、双極性障害用の修正版である対人関係・社会リズム療法 (IPSR T) の実際に基づいて、社会リズムについても若干触れる予定である。

ランチョンセミナーⅡ

発達障害と就労

市川 宏伸

一般社団法人 日本発達障害ネットワーク

1 発達障害と就労

就労においては、長らく知的障害のある者は作業能力が低く就労が困難と考えられていた。しかし知的障害のない者も、要求水準と現実能力の間で心理的に悩み、作業能力はあるものの対人関係の破綻が契機でつまずき、転職や退職を余儀なくされることが珍しくない。発達障害が社会的に十分に知られていないため、発達障害を考慮した就労システム自体が不十分であったり、再就労にも時間を要することが指摘されている。

2 就労に際して配慮すべきこと

1) 就労までの配慮

就労に目標を特化している高等特別支援学校などでは、在学中から就労実習の充実などが図られている。作業能力以前の、「あいさつの仕方」、「相手に合った話し方」などの学習に重点が置かれる。職業訓練センターなどでの職業訓練においても、発達障害者への配慮が行われつつある。作業環境や対応の仕方、発達障害者の作業能力は大きく異なるため、発達障害者を受け入れる職場で、発達障害者の理解が進む必要がある。

2) 就労に際しての配慮

一般就労が難しい場合は、ハローワークなどによる特別枠就労が可能である。この場合は知的障害者療育手帳や精神保健福祉手帳などの存在が有効である。しかしながら、特別就労期間の限定などがあり、対応は十分とは言えない。発達障害の存在が前提となった就労に際しては、専門性のあるジョブコーチによる橋渡しなどが有効である。

3) 就労後の配慮

就労したとしても、置かれる職場での人間関係などにより、作業意欲や入社意欲が大きく異なることがある。職場では、発達障害者の特性や特徴を把握し、作業能力を十分に発揮できる職場の提供など、受け入れを整えることが大切である。

4) 再就労への配慮

知的障害のない場合、発達障害者の持つプライドが傷つくと、立ち直りは遅くなる。障害者就労センターなどが、発達障害の再就労事業にもあたっているが、対象者数は限定されており十分とは言えない。

5) その他

発達障害者の中には、厳しい職場に置かれ、理解者もなく、精神的に追い込まれ、抑うつ感、不安感、被害感などが強まり、いわゆる二次的症状が出現する場合がある。一方で、自己不全感、劣等感、自責感にさいなまれている場合もある。後者では、向精神薬の使用で改善が見られる場合があり、産業医などの理解が必要である。

ランチオンセミナーⅢ

Current status of occupational mental health in Korean corporations and their efforts to develop return-to-work activities

Jong Min Woo, MD, MPH, PhD

Department of Psychiatry, Inje University Seoul Paik Hospital, Seoul, Korea

Korean companies and organizations have been suffering from ever increasing number of committing suicide and incidence of mood disorders including major depression. However, comprehensive intervention including Return To Work (RTW) program is yet to be disseminated.

In Korea, more and more companies and public organizations have been adopting various types of employee assistance programs (EAPs) to help workers with distress. Some conglomerates are hiring dozens of board-certified psychiatrists and hundreds of psychologists to their large-sized factories/urban locations to help employees with mental health problems. The presenter myself has been working with some large-sized banks and other companies to diagnose and treat workers with mood disorders and to help managers in the human resources (HR) department to take care of the administrative things, such as medical leave and job relocation, for the workers. For now, individual effort to reintegrate depressed workers to their workplace is much more popular than group-based RTW program in Korea. In terms of group-based RTW, Ministry of Labor and Welfare has been providing group psychological rehabilitation programs to help patients with occupational "physical" injury (not for depression) to reduce stress and anxiety and restore mental strength.

ランチオンセミナーⅣ

社会参加を目指したうつ病治療の留意点—presenteeismの解消

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

うつ病の治療目標は寛解状態を維持し、社会的機能を改善することができる回復を達成することにあるが、回復に到達することは容易ではないことがこれまでの研究で確認されている。例えば、疾病による労働生産性の低下は、absenteeism「休業している状態」とpresenteeism「出勤している労働者の健康問題による労働遂行能力の低下であり、主観的に測定が可能なもの」に大別される。うつ病に罹患した労働者のabsenteeismおよびpresenteeismによる損失コストについて検討した結果、総労働損失コストの中でpresenteeismの占める割合は81.1%におよび、absenteeismの占める割合は相対的に少ないことが示されている。

実際、「出勤はなんとかできるが、仕事はほとんどできない。負荷の高い労働に従事させることにより、健康状態悪化のおそれがあり、また、本来なら当該社員の行うべき業務のしわ寄せが他の社員におよび、士気の低下や健康障害の招来が懸念される」といったうつ病に伴うpresenteeismに起因する問題が、産業保健現場では顕在化している。

本講演では、うつ病に伴い得るpresenteeismの問題を解消する上で、どのような治療上の留意点があるか、以下の諸点を踏まえて、確認したい。

治療の第一歩は正確な診断であり、例えば、抑うつ状態を呈する患者の中から一般身体疾患による気分障害や双極性障害を診断し、あるいは自閉症スペクトラム障害などの併存にも留意して、診断に沿った治療方針を立てる必要がある。

急性期治療においては、心理教育が重要であり、うつ病及び治療方針に関する患者との共通理解を得て治療を進める必要がある。心理教育を進める上で、医療関係者自身がうつ病について十分な知識を持ち、患者の置かれた状況を踏まえ、一方的な知識伝授にならない配慮が重要である。

維持・継続治療期における、生活リズムの安定化、作業能力の回復、対人ストレス対処能力の向上、などを図るためにリワークプログラムの活用が広まりつつある。作業能力の回復にあたっては、認知リハビリテーションをリワークプログラムに組み込むことも有用と思われる。さらに、作業能力の指標として、要素的な認知機能に加えて、認知・運動系の総体としての運転技能を定量化して活用することも考え得る。

一般演題(口頭発表)

抄 録

R01～R05 第3会場 4月27日(土) 15:45～17:15

R06～R09 第1会場 4月28日(日) 9:00～10:30

R10～R13 第2会場 4月28日(日) 9:00～10:30

R14～R18 第3会場 4月28日(日) 9:00～10:30

リワークプログラムにおける精神保健福祉士の役割と実践についての考察

○ 藏條 三紀¹、大橋 昌資¹、山本 智美^{1,2}、藤原 茂樹³

¹響ストレスケア～こころとからだの診療所、²日本臨床心理研究所、³藤原医院

当院では、2008年9月より気分障害の休職者を対象にしたリワークプログラムを行っている。当院リワークプログラムの特徴は、小規模ショートケア（定員10名、3時間、週3ないし4日間）であること、地方都市に位置しているため、利用者の職種・年齢・生活背景等がバラバラであることなどである。そのため、当院では集団で実施するコアプログラム、個人で取り組む個別プログラム、プログラム以外の時間でのリハビリ、を組み合わせることで、個人に合ったリワークプランを作成・実施してきた。

医療機関で行われているリワークプログラムは、集団力動を利用した心理療法的な治療プログラムを多職種のスタッフが関わることで実施していることが多い。当院では、2008年の開所当初は臨床心理士と看護師が、2011年4月より臨床心理士に代わり演者である精神保健福祉士（以下、PSW）がそれらを実践してきた。演者は、前任者からの業務を引き継ぎつつ、PSWとしての専門性をどのように生かしたらよいかについて試行錯誤してきた。

PSWの専門性の実践である“ソーシャルワーク”は“人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する”と日本精神保健福祉士協会で定義されている。一般的には、「うつ病リワークプログラムの続け方」（発行：南山堂、編集：うつ病リワーク研究会）でメディカルケア虎ノ門・福島氏にも言うように、PSWには当事者の問題解決のための関係機関・家族との連携業務が期待されていると思われる。

そこで、演者が当院で復職支援を行った事例を通して演者と利用者とのかかわりを振り返り、PSWの専門性の実践について検証・考察する。さらに、リワークプログラムにおいて、職種を問わず求められるスキルとPSWとして求められる役割が何であるのかを将来性を含めた視点で考察し、報告する。

秦野病院リワークデイケアの実践報告

二宮 雅之、○並里 美乃

医療法人社団秦和会 秦野病院

当院のリワークデイケアは、平成21年7月より、週1回開催。これまでの延べ利用者数は85名で、52名が復職をしている。

平成22年4月から、土曜日に開催し、週2回となる。平成23年10月より、月曜日にリワークデイケアを開始。現在は、週3回開催している。

今回の発表を機に、3年6か月を振り返り、当院のプログラムの特徴や、問題点、今後の展望について触れたい。

- リワークプログラムの概要 -

現在、月・水・土の週3日開催。9時20分～16時00分

当院のプログラムの特色は、医師、薬剤師、管理栄養士、精神保健福祉士によるセミナーを実施。グループディスカッションが活発に行われている。

臨床心理士が中心になり、認知行動療法を実施。対人関係療法を取り入れることや、実践練習として、SSTも合わせて行っている。

週3日のリワークデイケアに補うかたちで、就労支援デイケアの参加も可能。セルフモニタリングや認知行動療法を実施している。

平成23年2月～ ジョブトレーニングプログラムの追加。隣接する社会福祉法人成和会ジョブライフはたの が行っている自立支援法上の就労移行支援事業と連携しており、火曜・木曜日を中心に参加することを進めている。軽作業を通して、復職へ向けての具体的な準備、トレーニングを行っている。

日常生活支援デイケアへの参加するメンバーもあり、個人ワークの時間にあてている。

本人の選択に応じて、週6日の日中活動が可能となっている。

畑の運営を通したリワークプログラム ～農作業を通して対象者は何を得たのか～

高橋 章郎

北原リハビリテーション病院 メンタルケア・ユニット

都心から車で約40分、東京都八王子市の小高い丘の上に当院がある。病院の裏手には原っぱと森が広がり、悠然とした自然の力を存分に生かしながら日々リハビリを行っている。

その原っぱに畑を開墾し、野菜の生産から販売を含めた畑の運営を行いながら復職を目指す畑プロジェクトを開始して3年が経過した。その変遷については昨年の本年次研究会で報告した通りである。一昨年の試験栽培（数十品種）から昨年は、ニンニク、ミニトマト、トウガラシ等数種類に栽培品種を絞り、数万円の収入を得た。「休職をしても家族の為に出来ることは何かないだろうか？」一人の対象者の発言から、通院費ぐらいは自分で稼ぐ、をスローガンとし家に報酬を持ち帰るというサラリーマンの役割を何らかの形で果たそうと始まったのが畑プロジェクトである。貨幣とは違う形であるが、自分が育てた野菜を家に持ち帰り、食卓に並ぶという体験は、本人にとってサラリーマンとしてのアイデンティティを補強するものであったと考える。今出来る最低限の役割遂行の為に対象者は、次々起こる自然からの難問（害虫の発生や台風等）に対し、汗だくになりながら仲間と話し合い、畑や野菜、自然と向き合っていたのだろうと考える。

今回は、終了時に行っているアンケート結果から、対象者はこの畑プロジェクトで何を感じ、何を復職へのきっかけとしてつかんだのかを報告する。その上で、人と自然、畑という治療構造の中で何が起きているのか考察を加える。

クリニック外来における復職支援のためのグループセラピーの実践報告

○ 稲村 加奈子、越川 裕樹

石神井公園クリニック

石神井公園クリニックでは、2011年4月よりうつ病での休職者を対象とした集団精神療法（グループセラピー）を行っている。

多くのリワークプログラムがデイケアやショートケアの形をとり、週5日のプログラムであることに對し、このグループは、週1回1時間で、10名までの小グループである。主治医と心理スタッフ3名（ファシリテーター、コ・ファシリテーター、書記）が連携してグループを運営している。

グループは3か月を1クール（約12回）とし、年に4クール行われる。メンバーは2クールまでの連続参加が認められる。そのため、各クールには毎回前クールから連続参加の先輩メンバーと、新たに参加した後輩メンバーがいることになる。各クールの開始前と終了後に SDS および TEG を施行している。

当院のグループはフリートークで行われ、スタッフがプログラムを行ったり、テーマを決めることはない。グループで話される内容は、毎回メンバーからの自発的な問題提起によるものとしている。

本発表では、2011年4月から2012年12月までの7クールを対象とし、参加者の心理検査得点の推移、グループ参加後の経過を報告する。また、具体的事例を心理検査の結果とともに紹介することと合わせて、復職支援においてグループセラピーがどのように援助となりうるか検討したい。

心理療法に特化したうつ病デイケア(リワークプログラム)に関する実践報告

○ 亀井 宗、唐渡 雅行

医療法人清聖会 とわたり内科・心療内科

「心理療法に特化したうつ病デイケア(リワークプログラム)」について、プログラムの内容や結果の詳細を報告する。

当院のリワークプログラムは、再発予防のためのプログラムを徹底して行っている。そのために、心理療法、心理教育プログラムを中心とした集団での取り組みがほとんどとなり、個人で行う作業療法プログラムがほとんどない。より多くの時間を個人ではなく、集団で取り組むことによって、対人関係の密度の濃い中で、復職に向けてのリハビリテーションを行っていることが特徴といえる。

2008年から、個人療法と集団療法の力動を包括したリワークプログラムを自由診療として実践した(第16回日本デイケア学会 ランチョンセミナー)。定員8名までの少人数の集団療法と個人療法(認知行動療法)を1ヶ月単位の短期集中型のプログラムとして行った。「復職準備性の向上」「再発予防」へのアプローチとして、集団療法では、作業療法主体ではなく、「集団認知行動療法」「ストレスマネジメント」「アサーション」「キャリア・カウンセリング」「スポーツ」「リラクゼーション」といった、心理療法、心理教育を主体としたプログラムを行った。その結果、高い再発予防率を得ることができた。

2012年からは、これまでの3年半の自由診療として実施してきた経験を活かし「うつ病デイケア」ルームを新設し、新たなリワークプログラムを開始した。保険診療となることで、20名ほどの人数を受け入れられるようになり、「心理療法に特化したリワークプログラム」をより多くの方に提供できるようになった。また、1ヶ月単位の短期集中の限定したものではなく、最大1年まで通所可能なプログラムとなった。

「うつ病デイケア(リワークプログラム)」開設から1年が経過し、発表当日は当院で試行してきたユニークなリワークプログラムの実際とその成果について、詳細報告を行う。

リワーク準備性についてどう考えるか？ ～当院ストレスケア病棟での経験を通じて～

信田 広晶

医療法人社団 心癒会 しのだの森ホスピタル

うつ病の復職支援プログラム（リワーク）を実施する医療機関は確実に増えてきているが、うつ病休職者の復職困難事例は後を絶たず、うつ病者の復職の問題は企業においても切実となっている。うつ病リワークにとって必要不可欠なものは一体何であろうか。

当院ストレスケア病棟「なごみ」では、リワーク準備入院といったコースを設け、既存のリワークプログラムになかなか導入できない休職者や再休職を繰り返す休職者を対象にリワーク準備プログラムを実施している。復職準備性を高めるための「睡眠生活リズムの安定」「作業能力、体力の回復」「心理教育」を柱としているが、当院のプログラムを特徴づけるものは「リワークスターティング」と称するものである。オリエンテーションや講義形式、個人心理療法などでリワークプログラムに参加する意義やその重要性を理解してもらい、復職へのモチベーションを高めることを意図したものである。従来の自責的なうつ病者と異なり、現代のうつ病者の多くは他責的であり、休職に至った要因を職場や上司の側のみに求める傾向がある。自らの問題には目を向けず、自己分析や内省のできない休職者も多い。そういった現代の休職者の他罰性がリワークプログラム参加のモチベーションの低さにつながり、再休職が多くなっている一因であると我々は考える。リワークプログラム参加へのモチベーションを高めることが、うつ病リワーク成功への第一歩となることは間違いないであろう。復職できるかどうかの判断指標である「復職準備性」に対して、リワークプログラムに導入できるかどうかの判断指標を当院では「リワーク準備性」と名づけている。復職準備性を高めるには、まずリワーク準備性から高めねばならない。そのリワーク準備性の核となるのは、休職者のリワーク活動の意義に対する理解とそのモチベーションの強化にあると我々は考えている。

リワークプログラムにおける作業能力評価の有用性

松田 匡弘

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

【はじめに】

リワークプログラムにおいて作業能力を正確に評価し、参加者の自覚や行動変容を促していくことは、復職後の再発予防に大きな影響を及ぼすと考えられる。

当院では、2012年7月より作業能力評価プログラム（プログラム名：サーキットトレーニング）を実施している。山根¹⁾の「作業遂行機能評価表」を基に既存のプログラムを分析し、十分に評価できていなかった遂行要素（並行作業、正確さ、手先の巧緻性、急な変更に対する対応など）を含む作業を選び、プログラム化した。

【プログラム概要】

サーキットトレーニングでは4つの作業（PCの並行作業、折り紙、ボールペン組み立て、企画）を各25分ずつ行い、それぞれに必要な作業遂行要素を評価している。頻度は2週間に1回、1人の対象者につき計2回実施し、参加者は実施ごとに自己評価表を記載する。スタッフは作業場面の観察と作業の結果を評価し、プログラム中は参加者からの質問などがあれば応える程度で、観察者としてのスタンスをとっている。2回実施後に個別面談を行い、参加者の自己評価とスタッフ評価の相違や、作業特性などを振り返る。

【結果】

2013年1月末までに24名が参加した。構成化された作業体験は、参加者自身の気づきを促しやすく、客観的に作業特性を振り返る機会となった。参加者の自己評価結果を分析すると、スタッフ評価との間に差がみられることがあり、両者の評価を擦り合わせる意義を強く感じた。また、実際の作業結果（事実）を扱うことは、参加者にとっては実感を伴った理解にもつながりやすく、自身の特性も受け入れやすい。当日は、詳細なプログラム内容、作業能力評価の有用性について考察したものを発表する。

1) 山根寛：精神障害と作業療法 第3版 三輪書店,東京,2010,P324

心の健康問題に関する職場復帰可否の判断基準 ～精神科医と産業医としての立場から～

上田 均

もりおか心のクリニック

心の健康問題に関する職場復帰に際しては、患者-精神科医-職場-産業医が十分な情報の共有と連携が重要である。精神科医から復職可能の診断書が出された後、復職決定までには、①精神疾患の場合、精神科医は状態像のみで本当の診断名を書かないことがある、②精神科医は患者の経済的理由や「いつまでも休んでいられない」などの理由から、病気が十分に回復していなくても復職診断書を書くことがある、③精神科医は患者の置かれている職場環境、受け入れ体制を無視して復職診断書を書くことがある、④精神科医は患者についての守秘義務、個人情報保護法の影響により、不十分な情報しか提供しないことがある、などの留意点がある。以上の可能性を考慮して、場合によっては産業医から精神科医へ直接連絡をとることでクリアにできる部分が増える。

復職可否の判断は、病名や状態にこだわらず、患者のパフォーマンスがどれだけ回復しているか、再発・再燃の可能性の有無がどの程度あるかについて十分吟味して行う必要がある。厚労省による「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」によると、①労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示している、②通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる、③会社が設定している決まった勤務日、時間に就労が継続して可能である、④業務に必要な作業（読書およびコンピュータ作業、軽度の運動等）ができる、⑤作業による疲労が翌日までに十分回復する、⑥適切な睡眠覚醒リズムが整っている、⑦昼間に眠気がない、⑧業務遂行に必要な注意力・集中力が回復している、などの判断基準例が挙げられている。

精神科医からの復職診断書は一方的で根拠が示されないことがしばしばある。そのため職場や産業医から精神科医に対して、上記を具申することが必要になる。また、患者の回復度に疑問がある場合、症状評価尺度を使って客観的に評価するのも一つの方法である。

職場不応症患者における心理的評価と復職支援 ～平成 24 年度「うつ病患者の職場復帰トレーニング事業」を経験して～

清水 純也

室井整形外科心療内科

1. はじめに： 「うつ病」あるいは「抑うつ状態」などの診断でなかなか復職できなかつたり、復職してもすぐに出勤できなくなつたりしてしまう職員が近年増加している。

職場不応症は「職員個人における諸要因と、職場における所要因の両方が原因となって事例化した不応状態」とされる。私たちはこれまで職場不応症に対して、心理的評価、社会技能訓練、集団認知行動療法を復職支援として行ってきた。

今回、兵庫県により平成 24 年度「うつ病患者の職場復帰トレーニング事業」の補助を受け復職支援について 8 例の職場不応症を経験したので報告する。

2. 対象と方法： 当院及び他院より紹介を受けたうつ病あるいは抑うつ状態と診断された職場不応症の 8 名が対象である。年齢は 35.5 ± 9.4 歳、男性 5 例、女性 3 例である。職場不応症患者に平成 24 年 10 月 16 日より平成 25 年 2 月 12 日までの期間に集団認知行動療法やリラクゼーション法を週 1 回実施した。心理評価としてツングうつ自己評価尺度、MMPI, WAIS-III, 行動指標として PHILIPS 社製 Actiwatch2 を利用した。

3. 結果： ツングうつ自己評価尺度については集団認知行動療法で改善した。MMPI については臨床尺度 D および Pa、Pt、Sc が高値を示す傾向を認めた。WAIS-III については 1 例に軽度知的障害、3 例に言語性 IQ、動作性 IQ の 15% の有意差が認められた。Actiwatch2 については睡眠障害、概日リズム障害を認めた。

当日は、8 症例のうちの個別に 2 症例について報告する予定である。

自閉症スペクトラム者の「社会性の障害」について ～SSTのミニゲームから見えてきた情報選択の特徴～

○加藤 祐介、花井 直人、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

【はじめに】

近年、うつ病をはじめとした労働者のメンタルヘルスが社会問題となっている（五十嵐,2009、横山他,2009）。職場で不応を起し、抑うつ症状を呈して休職となったリワークデイケア参加者の中には、従来の生真面目で仕事を頼めない、断れない等のメランコリー親和型の特徴とはまた違った、社会性やコミュニケーションの問題、感覚過敏などをもつ自閉症スペクトラム傾向を疑わせる参加者がいる。当院では2011年8月から、自閉症スペクトラム傾向をもつ方を対象に、社会適応能力向上の支援を目的とした復職支援プログラム「Mutual Communication Program」を行っている。

【目的】

ロールプレイを用いたプログラムやSSTのミニゲームを通して、彼らが単語の意味や状態などの情報を伝達する際に、非言語情報（表情、声の調子、態度、仕草など）よりも、言語情報（言葉、単語、文章、既存の知識など）に極端に偏って説明、回答するという特徴的なパターンが観察された。そこで以下のような手続きによって詳細なデータを収集した。

【方法】

リワークデイケア参加者を対象に、単語リストを使用した①言語のみでの説明課題、②非言語のみでの説明課題、③言語・非言語両方での説明課題を実施した。その際、AQ-Jの得点によって課題成績に差が見られるかを検討した。

【結果と考察】

自閉症スペクトラム傾向者同士のプレテストでは「言葉のみでの判断の方が“楽”」という意見が多数聞かれている。「ジェスチャーが入ると自分のイメージとの差が生じて混乱する」と話し閉眼して言語情報のみを頼りにする者もいた。これは自閉症スペクトラムの視覚優位、聴覚過敏の傾向や、“メッセージの受け手が声の調子や身体言語を重視する”というメラビアンの法則とは異なっている。結果をもとに、彼らの日常生活における困難さの理解やロールプレイを用いた支援の工夫について、当日みなさんとともに考察したい。

アルコール依存症とうつ病に対する復職支援プログラムへの取り組み

○ 栗田 真里、伊藤 満、上野 千恵、樟山 真理、越野 仁美、松下 幸生、樋口 進

国立病院機構 久里浜医療センター

【はじめに】

当センターは、昭和 38 年に日本で初めてアルコール依存症専門病棟を設立し、WHO（世界保健機関）から日本で唯一のアルコール関連問題の施設として指定されている。

現在、精神疾患による休職者の内訳をみると、アルコール依存症（以下 AI 症）も多く、AI 症を合併しているうつ病患者も少なくない。しかし、リワークプログラムでは、AI 症を併発している患者に対して十分な医療を提供できないなどの理由から、リワークにおいて除外疾患とされていることが多い。そのため、AI 症者に対する復職支援プログラムは、全国でもまだ実施されている機関がほとんどないのが現状である。したがって、当センターの特徴であるアルコール専門医療機関において、気分障害圏だけではなく AI 症者に対する復職支援プログラムを平成 24 年 2 月末から実施することとした。これまで 12 名が修了し、11 名が就職・再就職している。内訳は復職 9 人（気分障害圏 5 人、AI 症 4 人）、再就職 2 人（気分障害圏 1 人、AI 症 1 人）である。

今回は、当センターでの復職支援プログラムの試みを報告する。

【内容】

平成 24 年 2 月末の開始以来、利用者は 22 名である。内訳はうつ病・うつ状態 12 人、双極性障害 3 人、AI 症 1 人、AI 症とうつ病の合併 6 名である。10 名前後のグループで行っている。

AI 症者の参加条件は、アルコールの専門的治療を受けていること、断酒が継続できている状態であること、断酒への意識や復職（再就職）への意欲があること、リワーク以外にアルコールデイケアに通所すること、参加前に毎回呼気テストを行うこととしている。

プログラムは、週 3 日のデイケアである。内容は、作業（オフィスワーク、園芸）・運動・疾病教育・グループワーク（CBT、SST、ミーティング、メンバー会議）・イベントである。

リワーク通所中に退職の決定をした 26 名を振り返って ～早期から職場連携を行う 1 つの意義について～

牧 賢美、原田 健一、○大磯 宏昭

特定医療法人富尾会 桜が丘病院

【はじめに】当院リワークセンターは 2007 年 11 月に開設して 5 年余が経過し、通所開始期から職場連携を行って個別の復職条件を勘案した支援を実践してきた。これまでに 192 名の通所終了者があり、146 名（76%）が在籍する事業場（異動を含む）に復職を果たした一方、通所中または一旦復職して間もなく 26 名（14%）が退職の決断に至った（2013 年 1 月末現在）。今回はその 26 名を振り返って、早期から職場連携する意義について考察した。

【退職者 26 名の概要】①性別：男性 12 名、女性 24 名、②年齢：20 才代 2 名、30 才代 9 名、40 才代 12 名、50 才代 3 名、③主診断：双極性感情障害（F31）7 名、反復性うつ病性障害（F33）16 名、持続性気分障害（F34）2 名、パーソナリティ障害（F6）1 名。

【主たる退職決断の理由】①予期せぬ休職期限切れ：1 名、②明らかな病状回復不十分：4 名、③残存症状または性格因や職業適性による職場適応困難：21 名。

【退職への納得度】①積極的に決断：3 名、②やむを得ない状況と自己決定：8 名、③会社の方針や勧告を了承：14 名、④納得されずトラブル：1 名。

【転帰】①再就労：7 名、②他機関への就労支援主体の移行：6 名、③家業：1 名、④主夫主婦：4 名、⑤無職・未定：8 名。

【まとめ】当院リワークセンターでは本人の承諾下で通所開始期からほぼ全例において継続的な職場連携を行い、休職期限や復帰条件などの確認や様々な職場調整を行っている。その結果、予期しない形で休職期限切れを迎えて退職に至る事態は（連絡を拒否された 1 例を除き）回避されていた。また、やむを得ず退職になる場合であっても本人なりの一応の納得が得られていた。これは、復職に求められる明確な条件を本人と職場側と共有したりハビリが早期から行えていることや退職後の経済保障制度や再就労相談についての情報提供ができていていること等、退職の決断に至る過程を具体的に援助できていることに因ると考えられた。

リワーク利用期間内に自殺企図を行なうがその後、復職可能となったケースを通して

○ 小池 奈緒美、大熊 政之

医療法人財団厚生協会 東京足立病院デイケア

はじめに

当院では以前から主に統合失調症の方を対象に大規模デイケアを行なっていたが平成22年9月から統合失調症のデイケアとは別にうつ病の復職支援を目的としたリワークデイケアを開始した。

今回、リワークを利用するが病状が思うように回復せずその絶望から自殺企図を行なうが、その後リワークを再開し復職できたケースを振り返り、今後の支援にどのように役立てられるか検討していきたい。

経過

30代男性。人事異動に伴う昇進、仕事の重圧をきっかけにうつ病を発症。

X-2年6月から休職。10月に復職する。

X-1年6月に再発し再休職となる。自宅療養後の9月にリワーク開始。

12月職場からの復職許可が出ず、一気に気分が落ち込み2日間失踪。

X年1月復職許可が出ない事で希死念慮が強くなり自殺未遂を図る。リワークデイケア中止となる。

その後、後遺症も無く自宅療養を行ない4月にリワーク再開となる。

しかし居眠りや苦手なプログラムは欠席する事も多く本人のペースでの参加が続いていた。

9月に休職期限が残り3ヶ月となり復職する意志があるのか本人・家族ともに確認し、プログラムの課題設定を調整。そしてスタッフとの面接を繰り返す事で復職に対する意欲と自信を築いていった。

その結果、12月に無事復職となる。

その後はフォローアッププログラムに定期的に参加し、X+1年12月に復職をして1年を迎えた。

まとめ

「リワークに参加しても復職できない」という思いがあったA氏がリワークを再開し復職できたのは本人だけでなく家族・主治医・リワークスタッフ、メンバーといった周囲のサポートから自信を取り戻していった為だといえる。当日はA氏の現在の心情も含め発表してみたい。

入院リワークプログラムが就労継続に奏効した要因についての検討 ～思考の反芻が顕著で就退職を繰り返していた一症例を通じて～

○ 竹本 千彰、左雲 寛之、中村 嘉宏、桐山 知彦、川嶋 祥樹、三田 達雄、内海 浩彦、
矢部 都

医療法人内海慈仁会 有馬病院

【背景と目的】入院リワークプログラム(以下 RP)の実施により、退院後 6 カ月時点でもなお、症状コントロールおよび就労継続が可能となっている症例を通じ、就労継続に奏効した要因を検討した。

【症例】40 歳代前半の男性で、診断名はうつ病であり、1～3 カ月程度での就退職を 5,6 回繰り返していた。

【経過と転機】入院時点での心理検査は、BDI=26, STAI(Y1)=62, (Y2)=61 であった。入院後、マインドフルネストレーニング (以下 MT) を導入すると共に、反芻への自覚と対処が意識的に出来るように、練習場を設定した。その後、認知的概念化図を作成し、戦略的対処として回避を選択する傾向が自覚された。その上で、回避行動に替わる認知・行動を挙げ、RP を通じて行動実験を行った結果、入院 9 週目に BDI=5, STAI(Y1)=42, (Y2)=45 となり、この時点でプログラムを終了した。6 カ月後のフォローアップにて、「退院時点では否定的な考えを流すことのみしていた。その後、意図的に別の考えはないか、友人だったらどう考えるかを考えるようにするなかで、自分で別の考えも出せるようになっていった。前なら断っていた仕事でも受けられるようになった」との供述を得、抑うつ症状のコントロールと就労継続が確認された。

【考察】就労継続を困難にした要因として、思考の反芻と戦略的対処としての回避が想定された。反芻への対処として、入院初期から退院前まで MT 課題を設定し続けており、このような継続的訓練が、退院直後におけるマインドフルネス実践に役立ったのではないかと考える。回避については、認知的概念化図に基づき、認知・行動的対処のリストアップを行い、RP にてそれら対処を繰り返し実践したことが奏効したと考える。このように、入院環境下にて反復的にスキルを実践し続けられるようにしたことが、スキル定着を促し、就労継続を可能にしたと考えられる。

キャリアの再構築に注目した職場復職支援のアプローチ

○ 重田 淳吾¹、吉村 美幸¹、長見 まき子²

¹医療法人あけぼの会、²関西福祉科学大学健康福祉学部/EAP 研究所

【背景】我々はうつ病等による休職者を対象とした復職支援プログラムを、2004年9月より産学医連携で実施している。参加者の多くは休職を複数回繰り返しており、プログラムには認知行動療法などの他にキャリアセミナーが再発予防教育の一つとして組み込まれている。休職前と同じ価値観で同じように働けば再発の可能性もあるため、再適応には働く事に対する価値観の転換が重要と考えるためである。

【着眼点】復職支援プログラムでキャリアセミナーを実施する機関はまだ少数であると思われる。また休職者を対象としたキャリアセミナーは働く人を対象とした場合と重点を置くべき項目が異なる。そこで本報告ではセミナーの概要と効果、及び実施における工夫点について考察する。

【概要】参加者数：各回5～10名程度。テーマ：1回目、キャリアセミナー概要。2回目、自分の価値観の振り返り。3回目、強みと資源の確認・外部からの要請を検討。4回目、キャリア展望を検討。毎回ホームワーク、グループワークでのシェアを行う。

【効果】参加者からは「混乱している自分の考えや感じ方を見つめ直す良い機会になった」、「自分の傾向が見えた」といった感想があり、自己理解に役立っていると考えられ、こうしたケースでは復職後の適応も良い傾向が見受けられる。一方「思い出したくない」、「将来のイメージを肯定的に描けない」といった感想もあり、マイナス面に目がゆき振り返りが困難となるケースもあり、これらのケースは退職や再休職といった経過をたどる者も多い傾向にある。

【まとめ】職場復帰を目指すキャリアセミナーでは、自身の強みや資源を再確認し今後のストレス対処の展望を整理する事で、休職体験を良い転機と捉えてゆく事に役立つものと考えられる。また、働く事の意味や人生における様々な役割を改めて考える事で、新たな価値観とキャリア展望を構築する事ができ再発予防に役立つと考えられる。

リワークプログラムにおける患者の心理的な変化 ～再発予防の観点から～

○ 山本 智美^{1,2,4}、大橋 昌資¹、藏條 三紀¹、藤原 茂樹³、黒田 浩司⁴

¹響ストレスケア～ころとからだの診療所、²日本臨床心理研究所、³藤原医院、⁴山梨英和大学大学院

当院は2008年9月より、小規模ショートケア（定員10名、34㎡）の形態で、リワークを実施している。県内においては気分障害に特化したリワークを専門的に行う唯一の医療機関である。利用者は30代後半から40代前半の働き盛りの男性が多い。診断は、約8割がうつ病の患者である。終了者の参加期間は平均が6.7カ月であるが、複数回の休職などの背景がある参加者も多く、12ヶ月以上の期間を要することも稀ではない。プログラムは、心理教育、振り返り、音楽療法、ヨガなどのコアプログラムと、個別プログラムを組み合わせ実施している。

開所から2013年1月まで（55ヶ月）の参加者の延べ人数は53名である。終了者は44名で、参加継続者は6名である。7名は参加中断となり、2名は再利用後に復職を果たしている。復職後フォローできているのは39名で、32名が復職または再就職している。

リワークの目的の一つに再発予防が挙げられている。再発予防に対するリワークの効果を検証するにあたって、今回はリワーク終了者に対するアンケートおよびインタビューを実施し、追跡的な調査を行った。その結果、復職者の多くは症状が十分に回復していないと認識しており、症状を抱えながらも、再発予防に取り組みつつ復職しているという実態が見えてきた。また、リワーク利用によって疾病や再発予防に関する知識は獲得されている一方で、復職者の約半数が具体的な対処方法を持っていないと回答した。インタビュー調査のプロセス分析からは、再発予防については復職後のフォローによる知識の内在化が重要な課題の一つではないかとの結果が得られた。当日は、両調査の結果を報告し、リワークプログラムの何が再発予防に役立っているのか、また再休職に関わるリスク因子は何かを明確にし、今後のリワークプログラムの課題について考察したい。

リワークプログラムにおける失職者への支援 ～「失職者に対する支援の実際、対応の工夫に関するアンケート調査」 結果報告～

○ 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}

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

近年、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する復職支援を目的としたリワークプログラムを実施する医療機関は増加傾向にある。リワークプログラムを実施している医療機関の中には、失職者を利用対象者として受け入れている医療機関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医療機関など、様々な形で失職者に対する支援を行っている医療機関が約6割という現状が昨年度の予備調査で明らかとなった。

リワークプログラムを利用する失職者には、「復職」という目的をもった休職者とは異なる側面を持つため、その特性に応じて復職支援とは別の支援を必要とするケースも多い。リワークプログラムが失職者に対しても有効性を保ち、治療効果を維持していくためには失職者への支援内容や対応について検討する必要があると考えられる。

そこでうつ病リワーク研究会では、リワークプログラムにおける失職者への対応や支援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が所属する医療機関を対象に、各医療機関で取り組まれている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実施し、その実態を調査した。

アンケートは[A]失職者の受け入れ方針、[B]プログラム開始時、[C]プログラム参加時、[D]プログラム終了時、の4項目に分類して設問を構成しており、失職者の受け入れルールや失職者に対して実施しているプログラムの形態、リワークプログラム以外の支援などについて質問している。

当日はアンケート調査の集計結果に関する報告を行い、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などについての考察もお伝えしたい。

個々の回復に向けて ～復職支援プログラム対象者の変化と当院の取り組み～

○ 落合 幹恵、関口 裕子、山澤 直美、田中 裕香、加藤 正

医療法人和心会 あらたまこころのクリニック

当院では平成 20 年より「うつ病による休職者」を対象としたプログラムを開始した。しかし最近では、患者の抱える問題や疾患は多様化しており、従来のプログラムのままでは参加対象とならないケースが増えてきている。具体的には、うつ病だけでなく社会不安障害、パニック障害など別の疾患も抱えているケース、休職期間が十分に残されておらず、プログラムに参加することが出来ないまま復職を迫られるケース、プログラム参加中に退職となってしまうケースなどが挙げられる。また、20～30 代の若いうつ病患者の増加も特徴的な変化の一つである。彼らは休職の原因を周囲の環境にあると考え、会社に対してネガティブな感情を持っている傾向が強い。そのため、患者の抱える問題が見えづらくなってしまっているため、会社に対する陰性感情も取り扱っていく必要がある。

これらの現状を踏まえ、当院では復職支援プログラムの対象者を拡大し、個々の課題、状況に合わせたプログラムの提供を目指している。うつ病の休職者のみとしていた対象者を離職者まで広げ、疾患も、躁うつ病、不安障害などの方も必要に応じて参加可能とした。また、少人数での参加しやすい場として、外来のグループをプログラムの入り口とし、その後のプログラム参加の仕方も、それぞれの問題・状況に合わせて利用できるよう試みている。また、会社とのネットワーク構築、情報の共有のため、休職者については職場復帰前面談として、職場の上司や産業医、休職中の本人、主治医、プログラムスタッフの四者での面談を行い、それぞれの持つ不安などをすり合わせるようにしている。

限られた休職期間の中で、再発を防ぎ、復職後も長く仕事を継続できるようになるためにはどのような工夫ができるのか。決まった治療の型に患者を合わせようとするのではなく、個々の抱える様々な問題にあった治療の提供はどのようにしていけばいいのか。当院の取り組みを報告する。

協賛企業

第6回うつ病リワーク研究会年次研究会・総会の開催に当たりまして
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
吉富製薬株式会社

五十音順

研究会抄録

発行日 2013年4月10日
発行 第6回うつ病リワーク研究会年次研究会
運営事務局
162-0801 東京都新宿区山吹町358番地5
アカデミーセンター
Fax.03-3368-2827
印刷 株式会社国際文献社

※無断転写禁止