

医療リワークが精神科医療を変える日

さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ 横山太範

復職支援を行う前提には休職が存在する。内科や外科で考えた場合、労働者が休職すると言うのは病気が重症で入院しなければ治らないような場合に選択されるはずなのであるが、精神科の場合は入院しないままで休職になるケースが非常に多い。理由としては、宇都宮病院事件などに見られるように閉鎖的な入院医療が長年行われ、その反省からか、極端に入院を忌避するような傾向が精神科医療にはあるのではないかと筆者は推測している。

入院を避けることの弊害として精神科医療は常に情報不足に陥っていたのではないかと思う。復職を判断する際に産業医は長年にわたってその職員(患者)の様子を見てきた上司や同僚などから必要があれば十分な情報を得ることができるが、精神科主治医は外来の診察時間で得られる以外の情報を持ってはいない。病気については医療者である主治医が詳しいであろうが、その職員が安全に働き、心理面の健康を崩すことなく過ごすことができるかどうかについては産業医の得られる情報の方が有用なのである。

厚生労働省作成の『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改訂版』によると「主治医による診断書の内容は、病状の回復程度によって職場復帰の可能性を判断していることが多く、それは直ちにその職場で求められる業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らない」のだそうで、復職に際しては「産業医等が精査した上でとるべき対応について判断し意見を述べることが重要」なのだと言う(図1)。情報不足の我が国の精神科医療に対する信頼は地に落ちている。少なくとも産業医を中心とした産業保健領域の人々からの不信感は根強い。

そのような状況の中で、働くのと同じようなペースで医療機関に通い、復職までの数ヶ月間(1年を超えるようなことも多いが)を復職準備性の向上と再休職予防のために取り組むという医療リワークは、入院ではない枠組みとしてデイケアなどを活用し、産業医などが得られる情報以上のものを手に入れられる仕組みとして徐々に確立してきたように思う(図2)。診察室だけでは得られない情報が多職種のスタッフによる観察

シンポジウム1 リワーク全体を見渡す

から得られ、より客観的な評価が可能となり、再休職率を大きく引き下げたのは周知の事実である。

医療リワークが成果を上げる中で、職場で行われる復職支援にそのエッセンスを取り入れようとする動きが出てきたのはうなずける。しかし、職場で行われるリワークについては問題点を指摘する声もある。例えば、職場の指揮命令下に置かれているにも関わらず、給料は支払われないで傷病手当を受け取り続けなさいと言うのは労働契約という点から問題が多い上、病状が再燃した場合の責任の所在など職場にとっても患者にとってデメリットがあまりにも大きい。治療技法の観点からも(図3)、①職場内で行われる活動であるが故に職場に対する本音が語られにくく、職場に対する陰的感情などが扱われにくい、②集団精神療法の基本となるメンバー同士の双方向で平等な関わりが職場内の上下関係などによって成立しにくい、③自由意志による行動ではなく業務命令として行われるため良い社員を演じなければならず発症前と同じ状況に陥りやすい、④医療機関で行われるリワークに比べ少人数で行われるため、練習相手を選んだりする場合でも選択の幅が狭く、プレインストーミングを行う場合でも発想が広がっていかないなど、問題点が多々あり、治療は医療機関で行うものであり、医療リワークが存在する以上、職場でのリワーク的活動は直ちに中止すべきとまで筆者は考えていた。

しかし、当研究会の会員数が伸び悩む一方で職場リワークを行う企業・団体は増えてきており、法的・治療技法的な問題は棚上げにして、日本中で医療リワークが気軽に誰でも受けられるようになるまでは、職場との連携をこれまで以上に推進していかなければならないのではないかと考えるようになった。例えば(図3)、休職期間の短縮や再休職予防の向上、ストレスチェックなどを活用した休職そのものの予防も可能になるかもしれない。さらに言えば、かなり大袈裟な話だが、精神科医療に向けられている偏見や差別の解消を通じて公平な社会の実現につながるのではないかと考えている。

職場との連携を深めていく上で医療リワークが果たすべき責任とは何かを考えてみると、なんといっても、職場やその他の機関が提供できない最高のサービスを治療や支援において提供することであろう。特に治療においては長期化、反復、難治例など困難事例を引き受けていくことが重要である。労働者であり患者でもある個々人のため

にできることを連携して果たしていくことが今求められている。医療リワークが果たすべき責任を果たし、メンタル不調に陥ったとしても回復し、復職して元気に働く人が増えていくことで日本の精神科医療が変わっていくのだと信じている。

産業医が主治医診断書を 読む際の注意点

主治医による職場復帰可能の判断<第2ステップ>

- ・ 現状では、主治医による診断書の内容は、病状の回復程度によって職場復帰の可能性を判断していることが多く、それはただちにその職場で求められる **業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らない** ことにも留意すべきである。また、**労働者や家族の希望が含まれている場合も** ある。そのため、**主治医の判断と職場で必要とされる業務遂行能力の内容等について、産業医等が精査した上で採るべき対応について判断し、意見を述べる** ことが重要となる。

復職可能の診断の根拠

「外来のみ」



本人からの
自己申告

「復職デイケア」



本人からの自己申告
+
他職種のスタッフによる観察



客観的評価

職場で治療は不可能！！

- 職場に関する本音、陰性感情が扱えない
- 患者さん同士の相方向で平等な意見交換
・実験・練習ができない
- 自由意思による治療ではないので、良い社員を演じなければならない
- 比較的少人数であるため、選択の幅がない

治療は医療機関でやるもの！

医療リワークと職場の連携

- 連携することで休職期間を短縮できるのではないか。
- 連携することで再休職予防ができるのではないか。
- 連携がさらに進めば、休職予防もできるのではないか？ストレスチェックはその可能性があると思われる。
- 公平な社会の実現に繋がるのではないか。

医療リワークの責任

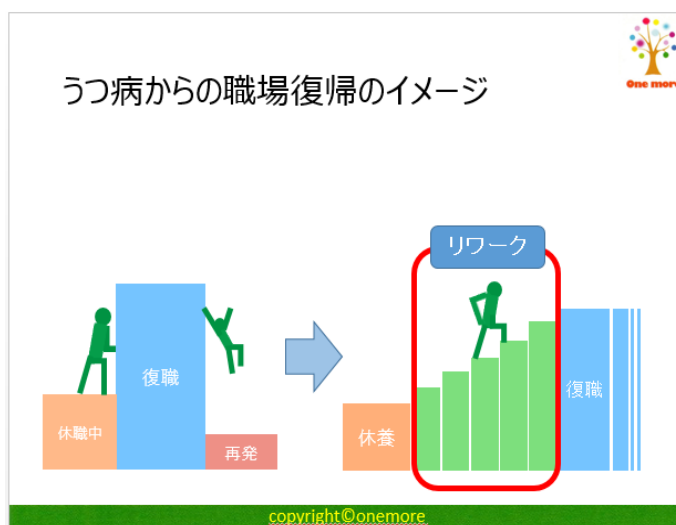
- 職場やその他の機関が提供できない最高のサービスを治療・支援において提供する責任がある。
- 困難事例（長期化、反復、難治など）はお任せ下さい。
- 連携し、労働者であり患者（障害者）である個々人のためにできることを実施。

「ワンモアでのリワークプログラムの取り組み」

NPO 法人日本学び協会ワンモア豊中
芳賀大輔

今回の発表では、ワンモア豊中の成り立ち、特徴的なプログラム、就労移行支援事業（福祉事業）でのリワークの強み、弱みについて話をする機会を頂いた。

ワンモアは2014年に市のリワーク推進モデル事業を受託した。その中でリワークの必要性や利用を希望する人の話を聞く機会を得た。その後、2015年にリワークだけでなく就労支援を実施する施設としてワンモア豊中を開設した。ワンモアのリワークではうつ病をはじめとした疾患では休養後すぐに復職するのではなく、段階的に参加日数やプログラム内容を段階付けることによって復職を目指すイメージを持っている。そのためワンモア



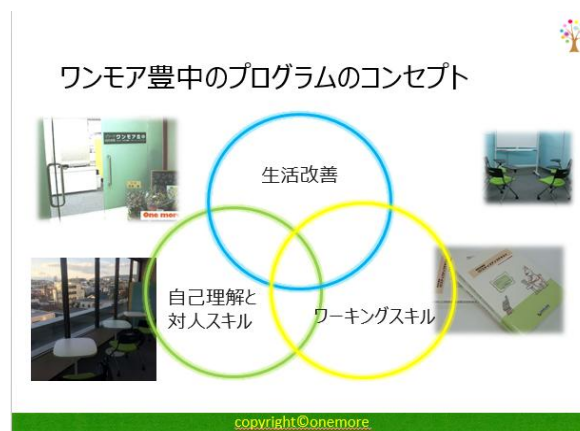
アでは医療や福祉の一定の知識を持った職員をできるだけ配置するようにしている。2016年3月末時点でスタッフ数は8名で内訳は、作業療法士の演者、その他に臨床心理士3名、精神保健福祉士1名、キャリアコンサルタント2名、ピアスタッフ1名で運営している。月～金で実施しており、土曜日は月1度開催している。その時は、現在リワークを受けている方と復職・再就職された方の両方が参加されており、交流の機会になっている。利用の対象はうつ病、双極性障がいを中心で高次脳機能障がい、発達障がい、統合失調症なども受け入れている。利用者は、30代40代が中心で疾患はICD-10でF3, F4が中心である。また、専門職、事務職、サービス業などの職業の方が利用している。

1日のプログラムのタイムスケジュールは、9時45分～16時まで実施して



シンポジウム1 リワーク全体を見渡す

いる。午前中は60分のプログラムを2コマ、午後は90分と60分のプログラムを2コマの1日4コマ実施している。復職までの段階として導入クラス・ステップアップクラス・復職クラスを設定している。導入クラスでは、生活リズムの確立、コミュニケーション実践、認知のパターンを知ることが目的にしている。ステップアップクラスでは自己理解を深める、認知のパターン理解を深める、仕事スキルを高めることを目的にしている。復職クラスでは、セルフケア知識とスキルの獲得・向上、就労場面総合的な能力の向上などを目的にしている。



特徴的なプログラムとして当事業所では3つのコンセプトで実施している。生活改善、自己理解と対人スキル、ワーキングスキルの3つである。生活改善では、生活記録表を通して日中活動睡眠のリズムの把握、疾患教育として心理教育、事業所内での有酸素運動や外でのスポーツ、栄養士による栄養相談などを実施している。生活改善のプログラムでのアセスメントでは、体力の回復はどうか、疲れはどうか、運動をやってみて気分の変化はどうか、睡眠と日中活動の関連はどうか、食事の食べ合わせと体調の関連はどうかなどを自己評価と支援者評価双方でのアセスメントを実施している。自己理解と対人スキルでは、コミュニケーション全般以外に認知行動療法、認知リハビリテーション、社会認知リハビリテーションなどを実施している。当事業所の認知リハは認知矯正のための神経心理学的・教育的アプローチ Neuropsychological and Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) を実施している。NEARでは、認知リハを学習と捉え、神経心理学と教育心理学の理論を導入して認知的枠組みの矯正をはかることを目的にしている。

社会認知のトレーニングでは、SCITを導入している。Social Cognition and Interaction Training: SCITの頭文字を取ったトレーニングである。D Penn(2006)らの論文では、

精神疾患の方の社会認知の低下を社会知覚の低下、表情知覚の低下、原因帰属の偏り、こころの理論の低下、結論への飛躍などで説明している。SCITの詳細は、第1段階では感情について学習する。第2段階では、対人場面でより確かな推測や対人場面

シンポジウム1 リワーク全体を見渡す

で結論への飛躍を避けることを学習する。第3段階では実生活のなかで応用することを目指している。

ワーキングスキルでは、パソコン練習以外に企画活動や共同活動などを取り入れている。課題への取り組み方・疲労・集中、交流や協調、役割行動、自己主張、他の参加者からの指摘に対する対処などをアセスメントしている。

福祉事業でのリワークの強みは、休職で利用開始した後に退職されたとしても継続して利用できる、職場などへの訪問が容易である点があげられる。弱みとしては、特定の医療機関の主治医との綿密な連絡がとりにくいなどがあげられる。今後の福祉事業でのリワークの課題は、復職した方の再休職率の把握、仕事の持続率などを通してプログラムの内容を検討する必要がある。また著者の私見であるが、リワーク研究会の中には、福祉事業(就労移行支援事業)でのリワークに対して否定的な意見があると感じることがある。今後もリワークのすそ野が広がる中でリワークの中心は医療機関であると思われるので福祉事業でのリワークを単に排除するのではなく、一定のスタッフの力量やプログラム内容をリワーク研究会で検討してもらい適切な連携ができればと思っています。

リハビリテーション概論

宮井一郎

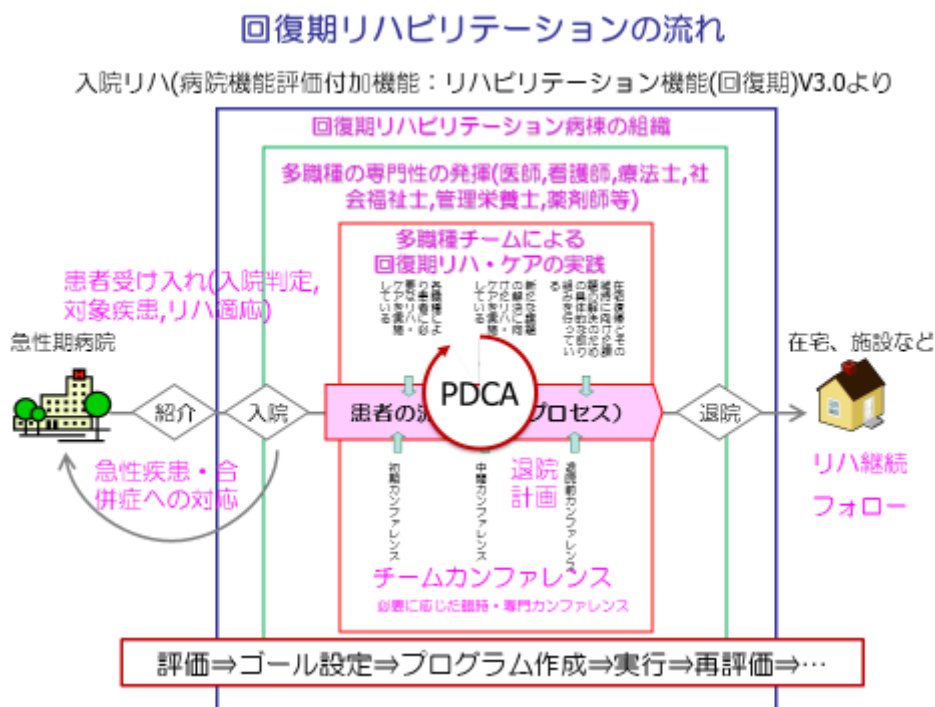
社会医療法人大道会副理事長

森之宮病院院長代理

WHOによる定義（1981年）では、リハビリテーション(re: 再び+ habilis: 適した)は能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。言い換えると、リハは患者の病気を治すという意味において完成形を提供できない医療である。医療者における「良くなる」と患者・家族の「良くなる」にはギャップがあるため、本質的に報酬期待誤差が生じる。各専門職と患者・家族が協働して、そのギャップを小さくすることとそのギャップを補完することが本質的に必要となる。ここでは、脳卒中に対するリハ医療を中心に現状や課題について議論したい。

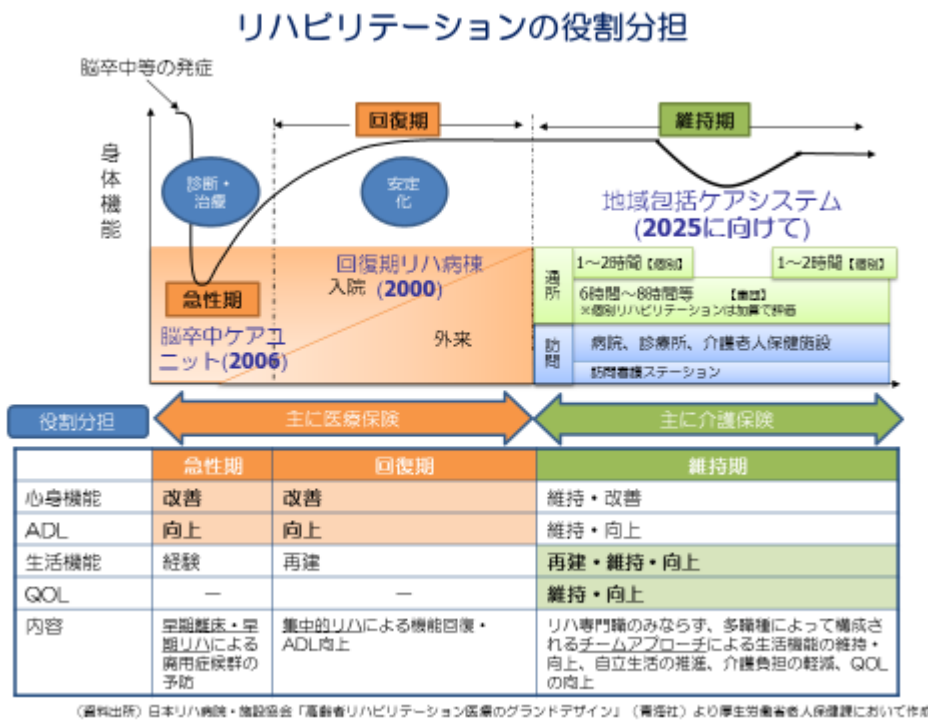
リハの過程は、まず評価が基本となり、それに基づいた目標とその到達期間を医学的な予測と患者・家族の希望が見合う形で設定、目標達成のためのリハ・ケア計画を策定・実行後、再評価し、目標・プログラムを修正していくというPDCAサイクルの繰り返しである。原因となる疾患の管理や再発予防、合併症の予防や管理、リハと連動した看護・介護職のケア、患者の能力や家族の介護力を補うための社会資源の活用など多方面からアプローチが、それぞれ患者の日常生活動作(ADL)改善や在宅復帰に貢献する。医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士、薬剤師といった専門職からなるチームの役割分担と共有がキーとなるといえる。(図1)

図1



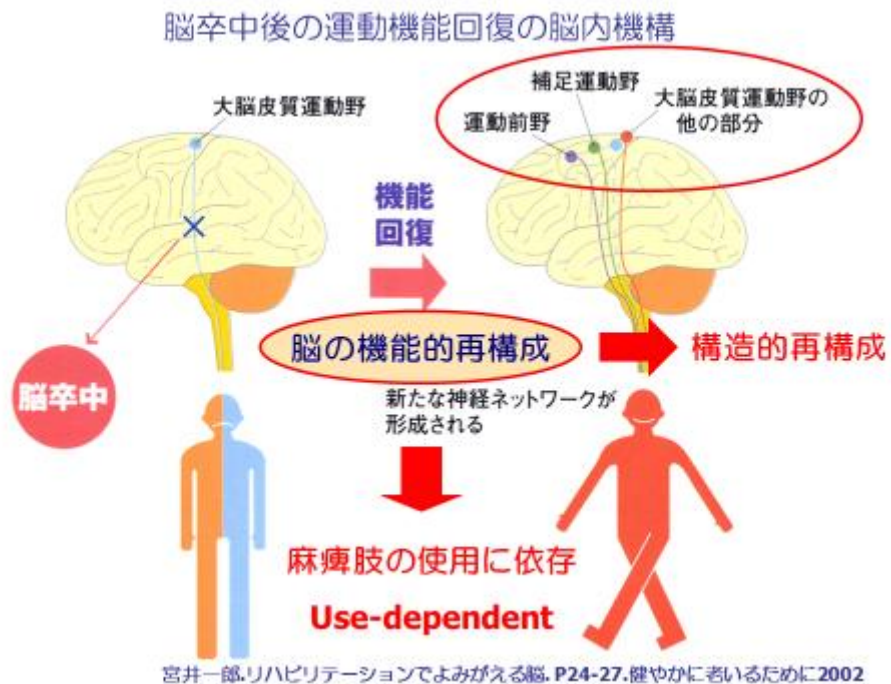
要介護状態の主要な原因疾患である脳卒中に対して、脳卒中ユニットにおける上記のようなチームによる介入が患者のADLや歩行能力を改善する。本邦では2000年に回復期リハ病棟が導入され、従来の療法士が訓練室で行うリハから、チームが病棟で提供するリハ・ケアへパラダイムシフトがおこった。回復期リハ病棟の量的整備は順調に進み、2015年には76,000床、人口10万あたり60床となった。質を担保するため、診療報酬にも質の評価が2008年より順次導入された。専門職配置などの構造指標、重症患者の受け入れやリハ供給量などのプロセス指標、ADL改善度や在宅復帰率といったアウトカム指標が含まれる。一方急性期は療法士の専従配置も定めた脳卒中ケアユニットが2006年に制定された。回復期以後の維持期に関しては、介護保険によるリハ介入の仕組みが2025年に向けて、地域包括ケアシステムの枠組みの中で整理されつつある。(図2)

図2



一方、脳卒中後の機能回復の神経基盤が use-dependent plasticity であるという理論的背景に基づいた課題指向型練習の効果検証が蓄積されており、練習量の効果は明確になってきた。(図3) 入院リハにおいては、より総合的な活動量の増加がポイントとなる。標的とする ADL にフォーカスした十分な個別リハ量の確保だけでなく、看護・介護職によるケアの充実(特に朝夕の実際的な ADL の時間帯での活動が介護でなく練習となる工夫、リハの復習)、自主練習や介護者との練習の提案・更新と状況把握(リハの自習)、認知面へのアプローチとしての集団活動などを含め、患者の一日の活動を、スタッフの係わりにくい時間を含めて管理することが重要である。在宅復帰に向けては、時間が来ればリハを受けるという受動的な考えでなく、活動は自ら高めていくという患者・家族の行動強化をもたらすための学習という観点も必要である。未達成部分を社会資源の活用や環境整備による支援のもと、機能維持・向上が可能な、在宅でのリハ・ケア継続につなげるには、地域包括ケアシステムとの双方向性の関わりも求められる

図 3



がん患者の就労支援

桜井 なおみ

キャンサー・ソリューションズ株式会社

1. 我が国における「がんと就労」の位置づけ

日本人のふたりに1人ががんに罹患をし、3人にひとりのがんで亡くなっている我が国において、がんと就労の問題は国家成長にも影響を及ぼす重要な疾病である。今後、本格的な高齢化社会を迎える日本では、自らの生活のためにも定年後も継続して働かざるを得ず、「病をもちながらどのように働き続けるか」を考えることは、国家戦略のひとつにもつながっている。

厚生労働省によると、仕事をもちながらがん治療で通院をしている者は32.5万人いると推計している（厚生労働省「平成22年国民基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの）。ところが、これらの就業者のうち、3人にひとり、診断後に離職をしていることが明らかとなり、大きくフォーカスされることとなった。

■ 図1 私たちとがん



こうした背景を踏まえ、平成24年に閣議決定されたがん対策推進基本計画では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という大きなテーマが加わり、「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が個別目標のひとつとして加えられた。

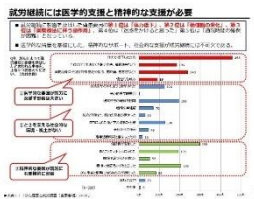
2. がんと就労の背景にあるもの

1) 離職背景

私たちが実施した「がん罹患と就労調査（当事者編）2016／調査実施：2015年12月」では、診断時に働いていた20歳から64歳までのがん患者（診断から10年未満）300人を対象に働き方の変化について調査を行っている。

この中で「就労に影響を及ぼした項目、上位3つを教えてください」という質問をしたところ、第一位が体力の低下（458点）、第二位が価値観の変化（298点）、第三位が薬物療法による副作用（240点）となっている。まとめると、「体力がおちた、価値観が変わったなど、身体的な要因や精神的な要因に応じた柔軟な働き方への変更が難しく、離職している」ことがわかる。

■ 図2 がん罹患が及ぼした就労への影響

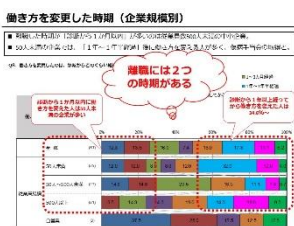


2) 二段階ある離職時期

離職した時期を調べたところ、診断直後に退職した人と、復職から1年以上経ってから退職したひとの二つの山が現れた。

診断直後に辞められた方の背景をみると、非正規雇用や女性の方が多く、離職予防には派遣業法などの法制度を変えるといった対処をしないかぎり雇用契約上、就労継続は困難である。一番の問題は復職から一年以降経過してから退職しているグループがいることである。今日のがん治療では、手術が終了した後も放射線治療や薬物療法を継続することが多く、これらの治療は目に見えない副作用を伴うものである。手術の後遺症などが仕事の面で表面化してくるのも、この時期である。職場に迷惑をかけたというメンタル不調や働くことへの不安なども重なり、せっかく復職しても退職している。この段階での離職は防げる離職なのではないかと私は考えている。

■ 図3 働き方を変更した時期



また、このうち、傷病手当金制度に着目をし、長期休職者の復職率を調べたところ、図5のような結果が得られた。つまり、長期休職は長期離職に結び付くということである。これの要因には、自立心の喪失や居づらさなどが考えられ、「完全に働かない」という現行の傷病手当金制度が生み出した離職ということも言える。

■ 図4 傷病手当金取得期間と離職

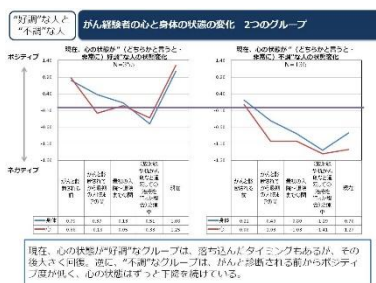


3) 心と身体の変化

2013年に実施した「働き盛りのがん経験者の心と身体の変化曲線（注4）」を実施した。調査では、心と身体の状態について、①がんになる前、②診断直後、③入院治療中、④通院治療中、⑤現在の自分、という五つの段階に分けて、4段階の尺度で自己評価を行っている。この結果から、患者の心と身体が一番落ち込んでいるのは、「通院治療中」ということがわかる。

がん告知が患者の心に大きなショックを与えることは容易に推測できよう。しかしながら、入院期間が短縮化された今の診療形態の中で、患者が最も不安定な状態になるのは「通院治療中」であり、前述の離職時期の二つ目の山がこの時期に相当することがみえてくる。

■ 図5 心と身体の落ち込み

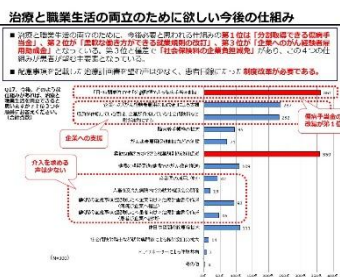


3. 解決に向けて

患者に「がんと就労の両立のために必要なサポート」について調査した結果が図6であり、第1位は「分割取得できる傷病手当金」、第2位が「柔軟な働き方ができる就業規則の改訂」、第3位が「企業へのがん経験者雇用助成金」となっている。第3位と僅差で「社会保険料の企業負担減免」があり、この4つの仕組みが患者の望む主要政策となっている。

柔軟な働き方を創出することを、企業任せにしているとも一向に進まない。国は立法府としての責務を果たして、旧来型の社会保障制度について改革を行うときがきているのではないだろうか。

■ 図6 今後の仕組み



4. おわりに

少子高齢化を迎える我が国においては、働き盛りを生きる時間はより長くなり、病氣治療だけではなく、子育てや介護など、様々なライフイベントに私たちは遭遇する。病氣も子育ても介護も、生きづらさを感じることなく「自分らしく、生きること応援するしくみ」を考えること、すなわち、「個人モデル」から「社会モデル」へのパラダイムシフトを私たちは考える必要がある。

そのためにも、働き方改革が問われる中、子育てや介護、若者支援とあわせて「病氣」の概念を雇用戦略の中に織り込んでいくことが重要である。

以上（2034文字）

脳梗塞・パーキンソン病をもった方たちの就労支援の実際 ～見える障害，見えない障害の環境調整から

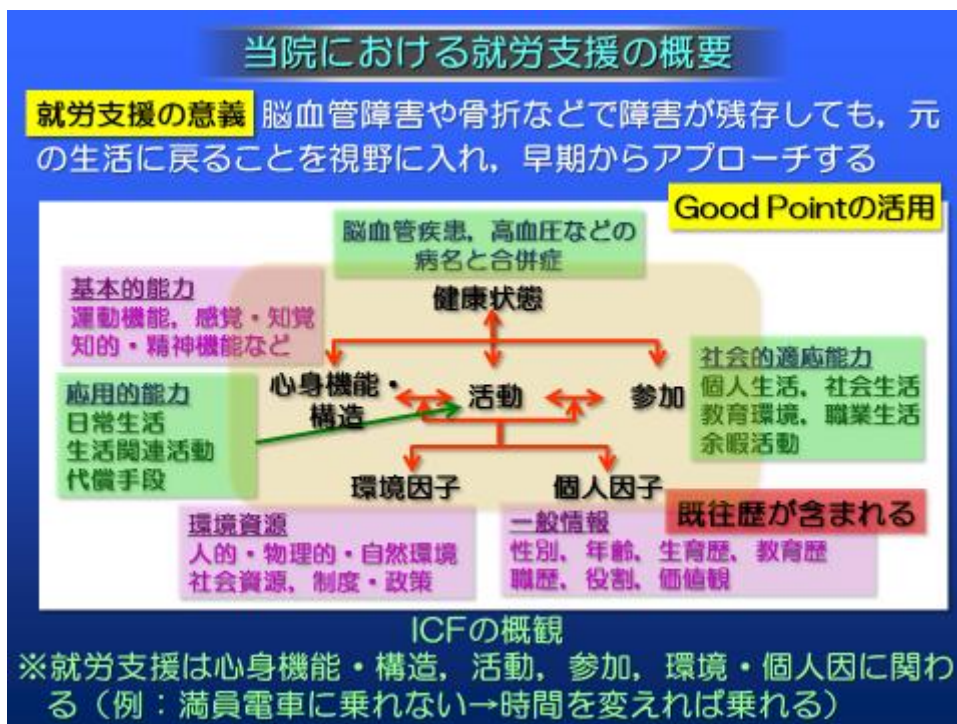
齋藤嘉子 京都民医連第二中央病院

【はじめに】

障害者の雇用者数が，過去最高を更新しており（2015 厚生労働省），身体障害者では，作業環境などに配慮すれば障害の制約を受けずに就業することが可能とされています。しかし，私が経験した就労支援では難渋するケースが多くあります。脳に障害が起こる疾患では手足の麻痺だけでなく，認知・高次脳機能障害などが重複するケースが少なくありません。そのため，就労につながらない，つながっても継続できないという問題が発生します。以下では，そのような方たちの就労支援について検討していくための基準となる国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF）の紹介，当院における就労支援の流れ，経験した2ケースの紹介，そして様々な障害における就労支援の現状と今後の課題を紹介していきます。

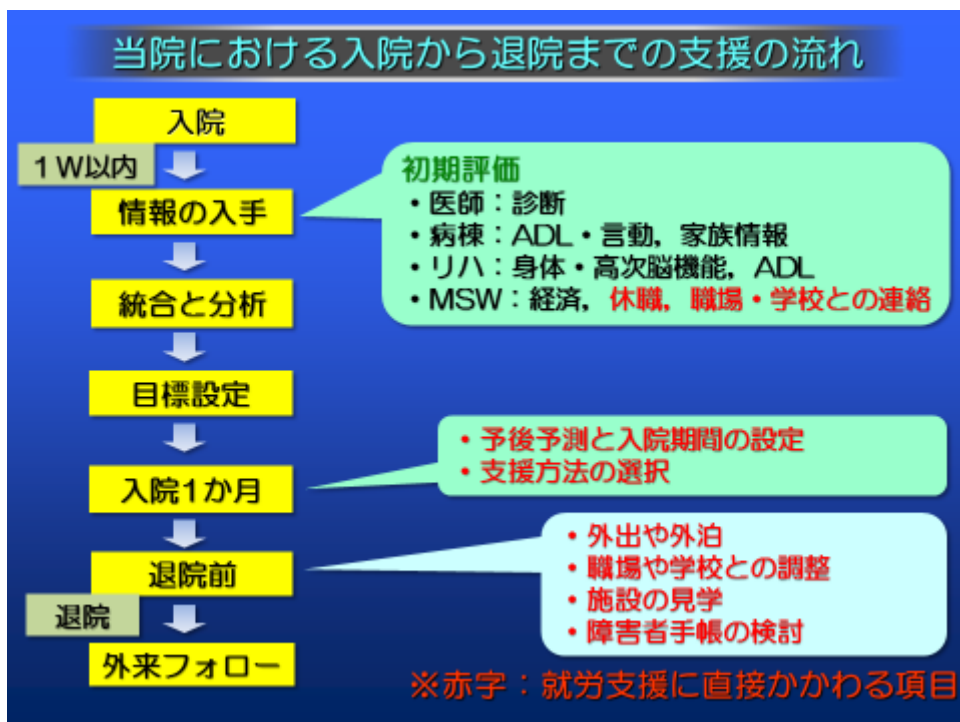
【当院における就労支援の概要】

ICF は大きく「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3要素と，「環境因子」「個人因子」の2要素で構成されます。心身機能や障害の状態は環境によって変化します。また，心身機能が同じ状態であっても，背景（個人因子）や，どこでだれと（環境因子）生活するかによって，日々の活動や参加の状態は異なります。このICFの概念をもとに，当院における就労支援では脳血管障害や骨折などへの直接介入を行い，障害が残ったとしても環境因子や個人因子により元の生活に戻ることを視野に入れた生活全般にわたる介入を行います。



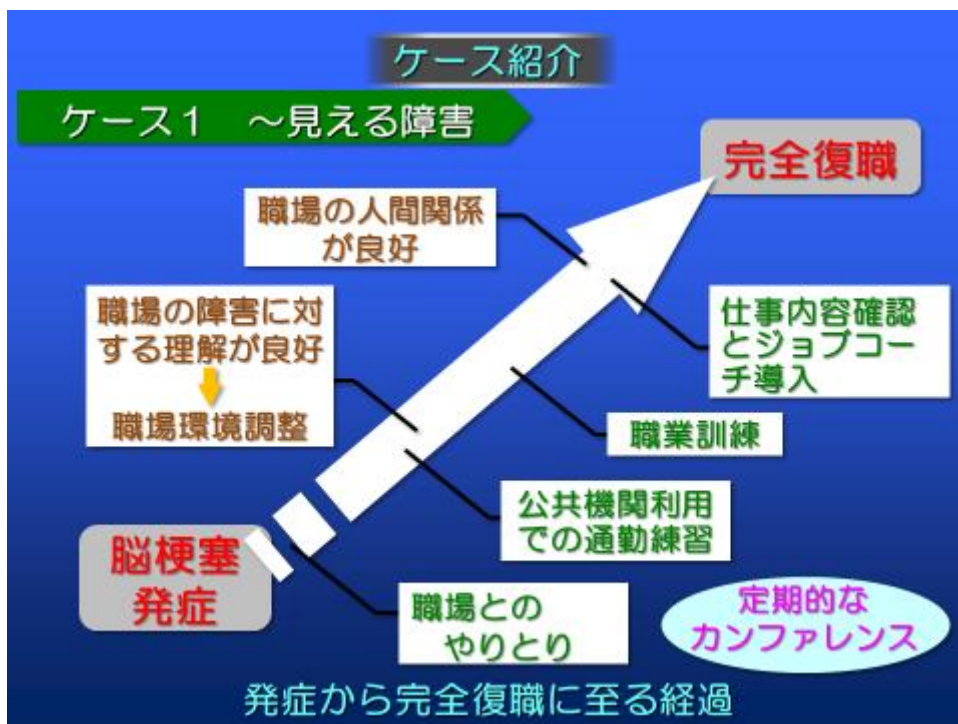
【当院における入院から退院までの支援の流れ】

入院から1週間以内で各職種による初期評価を行います。次に各職種から得られた情報から統合と分析を行い目標設定後具体的な介入を開始します。入院1か月で予後予測と入院期間の設定と支援方法の選択、退院前には、外出や外泊、職場や学校との調整、障害者手帳の検討などを行います。そして退院後は必要に応じて外来にてフォローしていきます。



【ケース紹介】

<ケース 1> 40歳代女性。脳出血後の右完全麻痺で「いわゆる見える障害」が残存しましたが、認知レベルは問題なく、杖歩行で自立した生活をされていました。復職に向けて、早期から職場上司とやりとりを通じた情報交換、定期的なカンファレンスの開催、公共交通機関を利用した通勤練習を実施しました。障害者職業センターと連携し、ジョブコーチを利用しました。以降は具体的な復職に向けての介入として、職場の上司と面談して復職方法を相談、ジョブコーチと通勤手段の検討や職場環境の整備を行い約1年間の外来リハビリとリハビリ勤務を経て、長年勤めていた職場へ復職できました。4年経過した現在も問題なく仕事できています。ここに到る経過の要因として、職場の障害に対する理解が良好であり職場環境調整がスムーズに進んだこと、職場の人間関係が良好であったことが挙げられます。前者についてはこのケースの障害が「いわゆる見える障害」であったことが影響していると考えられました。



<ケース2>50歳代女性。パーキンソン病で、手や足のふるえ・筋肉のこわばり・動作の緩慢さがみられていました。認知機能には問題ありませんでしたが、注意機能や遂行機能の低下に加えて突発性睡眠という「いわゆる見えない障害」が出現しました。このケースも早期から復職に向けて職場上司と面談を行ないました。施設使用については、公務員であり障害者職業センターを利用できませんでしたが、職場の環境調整後に復職をしました。その後、安静時振戦やON-OFF現象などの運動障害に対してはスムーズに対応してもらえましたが、書類のミスや作業スピードの遅さという注意障害、遂行機能障害に対しては理解が得られず、「やる気のない態度」と捉えられ復職継続ができず、3年間の外来リハビリとリハビリ勤務をしましたが、退職することとなりました。



【就労支援の現状と今後の課題】

様々な障害における就労支援の現状として、①障害や職業によって利用可能な社会資源が異なる、②肢体不自由は、ある程度認識され、目に見えてわかりやすい障害である一方、高次脳機能障害は、認識度が低く目で見えてわかりにくい障害のため、就労上の大きな問題になる傾向があることが考えられます。これらのことを踏まえ、今後の課題として、①支援機関や利用施設を知り顔の見える連携を図る、②高次脳機能障害など、わかりにくい障害への配慮、③就労支援の継続支援の構造化、④家族・職場支援の重要性の認識、⑤職域開発が挙げられます。

最後に、見えない障害に対しては理解が得られにくく、環境調整が難しいと実感しています。障害をもちながら就労することは本人の努力も必要ですが、周囲の理解を得るための働きかけや職場の努力も必要であると思います。障害者本人に加え職場のフォローをすることが、就労また就労の継続につながると思います。

様々な障害における就労支援の現状と今後の課題

現 状

- 障害や職業によって、利用可能な社会資源が異なる
- 肢体不自由は、社会的にある程度認識されており、目に見えてわかりやすい障害である一方、高次脳機能障害は、認識度が低く目で見えてわかりにくい障害のため、就労上の大きな問題になる傾向がある
- 日本における重複障害者の就労実態の研究、調査は少ない

今後の課題

- 支援機関や利用施設を知り、顔の見える連携
- 高次脳機能障害などのわかりづらい障害への配慮
- 就労支援の継続支援の構造化
- 家族・職場支援の重要性の認識
- 職域開発

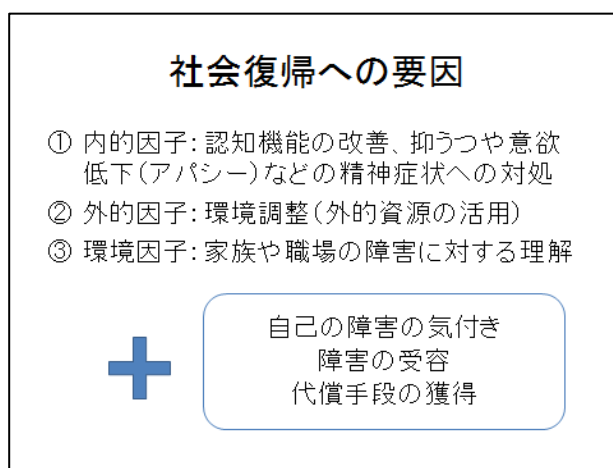
改善が認められている。注意機能は情報プロセスの基盤となっており、他の認知機能と相互的な関係を持っているだけでなく、社会的な生活における様々な行動や精神活動に関わっている。注意障害を呈する疾患は、頭部外傷や脳血管障害などの器質的疾患だけでなく、Parkinson 病や進行性核上性麻痺などの神経変性疾患、統合失調症や気分障害などの精神疾患、発達障害などでも認められ、注意障害へのアプローチはいずれの認知障害のリハビリテーションにおいても重要な役割を果たすと考えられる。

Sohlberg(2001)は、高次脳機能障害の認知リハビリテーションについて「認知能力の改善とその代償行動の獲得を目指すだけでなく、脳損傷によるパーソナリティや情動、社会的影響と認知機能との相互作用を治療計画や目標に組み入れる必要性があり、短期的あるいは長期的な情動的・社会的な支援が必要である」と述べている。一般的には認知障害の回復には時間を要すると考えられているが、短期間のリハビリテーションでも注意機能の改善がみられた要因として、他職種のチームによる集中的なリハビリテーションにおける機能そのものの回復、損なわれた機能を補うための代償手段の獲得、訓練における学習効果などが考えられる。

高次脳機能障害患者が社会に復帰する際に必要な要因は、①認知機能の改善、抑うつや意欲低下などの精神症状への対処などの内的因子、②社会資源の活用や環境調整（作業時間、休息など）などの外的因子、③家族や職場の障害に対する理解などの環境因子に加え、自己の障害への気づきが非常

に重要な要因であると考えている。なぜなら、就学や就業に際して、病識の欠如や意欲障害（アパシー）、抑うつ障害などの情動障害を含む社会的行動障害が、高次脳機能障害患者の社会参加を阻害する大きな要因になるからである。そのため、認知障害そのものの改善だけでなく、患者本人の症状についての正確な理解、障害受容、代償行動の獲得をするためのサポートが、社会復帰を目標としたリハビリテーションには欠かせないことがわかってきた。課題だけでなく日常生活行動全般における問題点を可視化しフィードバックすることで、患者の自己内統制を高め、その循環が効率的に働くようサポートすることが求められている。

高次脳機能障害の入院リハビリテーションにおける今後の目標として、客観的な指



シンポジウム2 リハビリの視点（身体モデル） 様々な疾患の復職支援

標を用いて認知リハビリテーションによる効果を評価すること、日常生活へ結びつく認知リハビリテーションを提供すること、他機関と連携し長期的かつ包括的な支援体制を構築することが挙げられる。

リワークとのかかわり～嘱託産業医の立場から～ 河合 早苗

皆さんもご承知のように、現在企業の専属産業医というのは全体の約5%程度と、ほとんどの事業所で嘱託産業医が活動をしているのが実情です。活動の中身を見ると、活動時間も2時間から10時間、月にすれば大体1回から2回程度の活動が大多数になっています。

安全衛生法では産業医の業務としてさまざまなものが規定されていますが、嘱託産業医も専属産業医と同様の活動をするのが当然求められています。

さらには、大半の企業では他の医療職の方、例えば保健師さんなどが常駐しておられることは少なく、やりとりをするのは人事総務の方という場合がほとんどです。そういった意味では、嘱託産業医というのは時間もなく、相談する相手もなく、情報もない、という大変孤独な仕事です。

その孤独な産業医の強い見方になってくれるのがリワークではないかと期待をしております。

リワークについては、いろいろな利点があります。ところが、現場ではリワーク自体をまだまだ知らない、という職場も少なからずあります。また、言葉は知っていても、本来の意味を理解しておらず、単に職業訓練の場所、と考えている方もいらっしゃいます。

そこで、実際に嘱託産業医としてかかわった事例からいくつか、問題点を拾っていきましょうと思います。

リワークを上手に利用できているか？ ～Aさんのケースからみえたもの～

- ‘とりあえず、リワーク’という考え方
- リワーク至上主義
- リワークに過度に適応してしまう方々

: もともと、生真面目でコツコツやるタイプの方、
枠組みが決まっていると混乱せずに行動できる
タイプの方などが当てはまる。リワークの期間
が長くなってしまったり、あるいはリワーク内
で問題を把握することなく復職に至ってしまう
事もある。

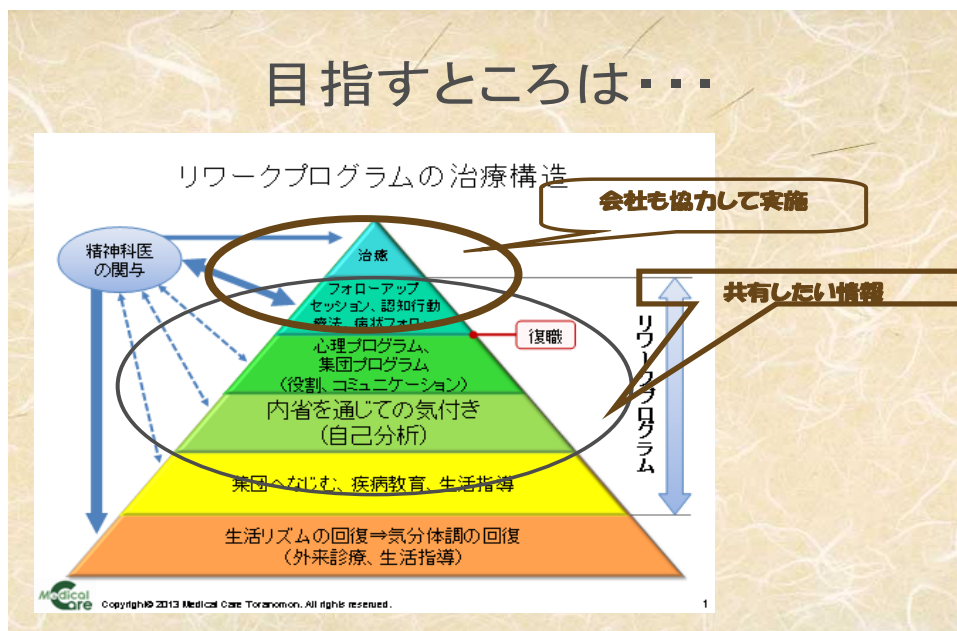
まず、‘とりあえずリワーク‘という考えで情報も共有せず、時間稼ぎのようにリワークを利用してしまいうり方です。折角リワークに参加していただいてもその結果が復職時に全く生かされないという事態を招いてしまいます。また、‘リワーク至上主義‘という考えも散見されます。これは、リワークさえ修了してもらえば、復職可能と会社が判断して他の調整を全くせずに復職を決定してしまう、という考え方でこれも情報共有がなされないままの復職を招いてしまいます。それから近年はリワークに過度に適応する方々も増えてきているように思います。適応が良いのでこの場合も問題点が明らかになることなく、復職してしまうケースになりえます。

情報共有の必要性

- せっかくリワークを利用して情報も共有されず、復職後も問題点を改善することができずにいるケースも珍しくない。
- 会社だけでなく、リワーク施設や主治医もそれぞれに情報が欲しい、と思っているのではないか？

**それぞれ、情報が欲しいと思っているはず・・・
→共有できるツールがあれば・・・**

このような問題点は、全て情報共有がきちんとできていないことが原因でおこってくるものだと思います。会社も、主治医も、そしてリワーク施設も、それぞれ情報が欲しいと思っているにもかかわらず、うまく共有が出来ていないのが現状だと思います。



五十嵐先生からご提供いただいた、リワークプログラムの治療構造のピラミッドです。こ共有したい情報とリワークの関与がぴったりと重なっているのがわかっていただけるかと思えます。ここが共有できれば、御本人が復職されてストレスをかけながら治療に向かっていきさいに会社も協力ができる体制になれると思っています。

リワークに携わる方々も、産業医と同様、時間に追われて仕事をされていることは十分理解しておりますが、それでも一番情報を持っているリワークから情報を発信していただけないかをお願いをしたいと思います。

回覧板のような、皆が共有できるようなツールがあれば、とか考えておりますが、具体的な方法に関しては是非、今後リワーク研究会で議論をしていただければと期待しております。

精神科主治医にとっての医療リワーク

高木神経科医院

浜垣 誠司

1. 医院について

演者は、京都市の中心部で一般精神科診療所を行っている。オフィス街にあるので、受診者はうつ病や不安障害が多いが、統合失調症を中心とした精神科デイケアも併設しているため、同種の「ビル診療所」に比べると、統合失調症圏も若干多い。

当院の2015年の診療患者数は1528名で、その内訳は、F2の統合失調症圏が14.7%、F3の気分障害圏が40.1%、F4の神経症圏が31.0%であった。リワークの潜在的対象群を「気分障害または適応障害」とすれば、F3にF4の適応障害を合わせたものは、総計で46.7%（713名）となった。

2. 対象群における復職支援施設利用

この713名のうち、これまで病休を取ったことがあったのは138名で、さらにそのうち、回復して復職をしたのは118名だった。そしてこの118名の復職者のうちで、復職前に何らかの復職支援施設を利用したのは10名であった。この10名の部分が、本日のお話に関わってくる。

一般に、病気休職後の復職前には、何かの形でリハビリテーションを行っておくことが望ましいが、その具体的方法としては、①自分で図書館に通ったり運動をする等の「個人的リハビリ」、②会社の「慣らし出勤」制度など職場プログラムの利用、③地域障害者職業センターが行っている「リワーク支援」の利用、④本日のテーマである医療リワーク（復職支援デイケア等）の利用、⑤一般精神科デイケアの利用などがありうる。2015年の当院受診者で何らかの復職支援施設を利用した前述の10名では、③のリワーク支援の利用者が2名、④の医療リワークの利用者が7名、⑤の一般精神科デイケア利用者が1名であった。

3. 復職支援施設利用の役割

一般に、単純な（uncomplicated）うつ病で、3か月程度の休職期間で回復する例では、上記①の「個人的

3～6か月では回復・復職できない例

○ 何か、問題を困難化・複雑化させている要因（complication）が存在する

- ① 職場の側の問題（ひどい上司、苛酷な処遇等）
 - 診断書での言及
 - 必要なら主治医から職場への働きかけ

② 本人が以前から持っていた適応上の問題

③ 職場における状況が本人にとって「外傷体験化」

治療的な課題

リハビリ」のみでも、十分円滑に復職できることが多いが、中には長期の休職期間でも復職が困難な例があり、原因に応じた対処が必要になってくる。

その中で、労働環境があまりに苛酷であるとか、ひどい上司がいるなど、職場側の問題が復職困難の主要因である場合には、診断書で指摘したり、主治医から職場に働きかけるなどして、職場としてその問題の改善を図ってもらう必要がある。

これ以外は、どちらかという職場よりも本人の側に復職困難の要因があるということになるが、それをさらに分けると、「本人が以前から持っていた適応上の問題」による場合と、「職場の状況が本人にとって外傷体験化している」という場合がある。

前者の例としては、もともと社交不安障害、パニック障害等の併存症を抱えていたり、軽度の自閉スペクトラム傾向など他の適応上の問題が潜在していたという場合があり、後者の例としては、上司の執拗な強圧的言動が一種のトラウマとなり、休職後もフラッシュバックとしてその体験が侵襲的に想起され続けるという場合がある。

前者のうち、併存症はある程度は薬物療法で軽減できうるが、それ以外の問題は、なかなか通常の外来診療だけでは解決しにくく、ここに復職支援施設でのリハビリテーションに期待する領域がある。

4. 復職支援施設への期待

すなわち、社交不安障害等の併存症が復職の支障となっている場合には、集団活動への定期的な参加や認知行動療法的な取り組みが、問題を改善してくれる可能性があるし、軽度の自閉スペクトラム傾向に対しても、心理教育的アプローチや集団における SST 的な関与は、それなりに有効だろう。

また、「職場状況の外傷体験化」という問題は、これまであまり大きく取り上げられてこなかったが、復職困難な例の一定の割合に認められる問題と思われ、そのような体験を共有している人同士のグループワーク

「② 本人の適応上の問題」への対処

- 社交不安障害、パニック障害、強迫性障害などの併存症
 - その症状の治療
 - 職場に準じた環境での練習・リハビリ(行動療法)
 - 軽い自閉スペクトラム傾向
 - 心理教育的／認知行動療法的アプローチ
 - 本人に合った職場環境の調整
- ☞ 種々の復職支援施設通所に期待できる部分大きい

「③ 職場の状況の外傷体験化」

- 原因は、上司等からの度重なる威嚇的・否定的言動など
 - 休職後もしばらくは、悪夢、フラッシュバック、恐怖感、動悸、回避症状等が続く
 - 休職して1~2か月すると、普段はフラッシュバックや生理的反応は出なくなるが、その後も復職の話題やその他のきっかけで、再び出現する
 - 多くの原因状況は、「死や重傷や性暴力(の脅威)」とまでは言えないため、PTSDの診断基準には該当しない
 - 復職のためには、原因となった人物との分離が不可欠
 - 時に、薬物療法と自宅療養だけではなかなか回復せず、職場との連絡や接近もできない状態が遷延
- ☞ 集団的リハビリテーションの可能性 (グループワーク等)

など、集団リハビリテーションの現場における今後の取り組みに期待したい。

5. 精神科主治医にとっての復職支援施設

2の③の地域障害者職業センターにおけるリワーク支援は、民間企業の休職者が対象という制約があるが、費用が無料であり、職場への働きかけや連携も積極的に行ってくれるという長所がある。

④の医療リワークは、医療という枠組みを主治医と共有していることにより、相互に連携をしやすい側面がある。ただ施設によっては、主治医もリワーク施設に変更しなければならない所があり、治療とリハビリに一貫性を持たせるという利点はあるだろうが、患者にとっては主治医変更は不安を伴う。

⑤の一般精神科デイケアは、年余の比較的長期のリハビリを要する例では、復職専門の施設より焦らず自分のペースで進めていける可能性がある。

精神科主治医は、休職者が復職を目ざしていく過程において、このような様々な社会資源を把握しておき、患者の課題に応じて適切なタイプの利用を検討していく必要がある。

精神科主治医にとっての医療リワーク

- 主治医として、患者の復職のために利用できる資源が増えていくのは、とにかく有り難い
 - 就労向け、構造化された・集団的・規則的活動
 - うつに対する認知療法的アプローチや心理教育は、診察でも多少は心がけるが、限界がある
 - 患者に対して、別角度からの専門的視点が入る
- 医療の枠組みで(医師同士)話が通じやすい
 - (それが患者にどうメリットがあるかは別だが)
- 主治医は交代しない方が(主治医としては)有り難い
 - 患者にとってはどうか？
- 外傷体験化した事例への対処の期待

リワークとのかかわり～企業の立場から～

先山 浩司

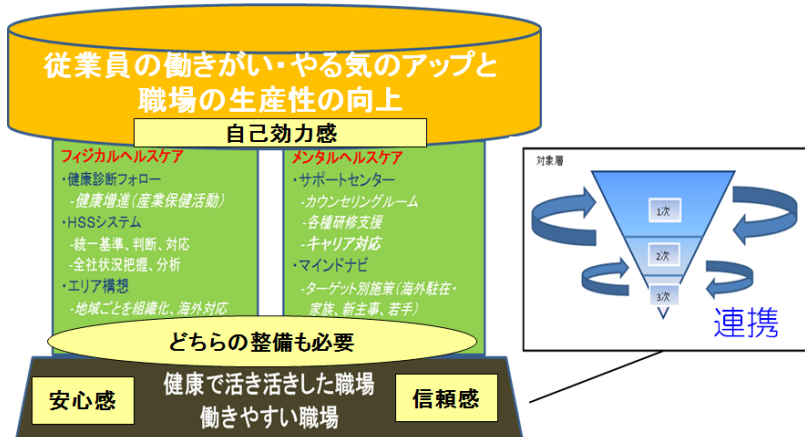
積水化学工業株式会社 人事部 厚生・健康支援グループ

私は企業の人事部の厚生・健康支援グループ長として、国内グループ23,000人の従業員の「こころとからだの健康増進」の支援活動を行っている。

積水化学工業では、「従業員は社会からお預かりした貴重な財産」という人材理念を元に、2011年10月に「こころとからだの健康管理方針」（以下の三つ）1. 従業員は「自分の健康は自分で守る」という自覚を持ち、会社はその健康増進を支援する。2. こころのケア（メンタルヘルス）とからだのケア（健康診断フォロー）双方の健康増進を図る。3. 安全衛生マネジメントシステム（OHSMS）のなかに盛り込み、事業場主体で推進する。と制定している。健康管理は事業場主体で行い、本社においては、定期的な実態把握（年に一度）、メンタルヘルスケアにおける支援組織の構築や、フィジカルケア支援のための施策策定を行っており、従業員と企業双方のメリットに向けて、健康経営の施策展開を進めている。

健康経営施策の展開(生産性を生み出す投資)

・健康管理体制の整備(G全体)方針の明示と実態調査の結果に基づく



その活動の中において、メンタルヘルス不全を起こした従業員の対応については、現在本社や研究所、また産業保健スタッフの常駐する工場において試行錯誤の対応をしているのが実態である。

2008年に、厚生労働省の示す4つのケアに沿って企業としてのメンタルヘルスケア指針を策定し、一次、二次、三次の予防にそれぞれ注力するようにしているが、工場・研究所の人事担当からはやはりメンタル不全による長期休職者の復帰に際しての相談

が多かった。その一つが主治医からの「復職可」の診断書だけで、復職許可をだしていいものか？会社として判断したいが判断するための材料が乏しいという事であった。当時の京都研究所で試行していた「職場復帰のための復職フロー」を、本社人事でもためし各事業場にも本人・上司・主治医・産業医が会社で仕事をする事に向き合うと展開した。

3-2. 休職から職場復帰までのステップ



同じく 2008 年 4 月に、私傷病による休職者に対する「職場復帰のための短時間勤務制度」を導入し、それまで各事業場で行っていたリハビリ勤務を認めないようにしたことにより、長期間（およそ一年以上）の休職から職場復帰する際にリワークの利用を強く進めるようにしてきた。ここで挙げる 30 代から 50 代の男女 4 名の事例は、いずれも長期休職者、家族との連携ありと言う部分が共通であり、職種はさまざまである。

（具体事例省略）

これら 15 年ほどの私の対応事例から見た、あくまでも私見ではあるが、医療リワークと公的リワークにはそれぞれメリット・デメリットがあるが、お互い（リワーク側、企業側）の相互理解がまだまだ必要だと感じている。

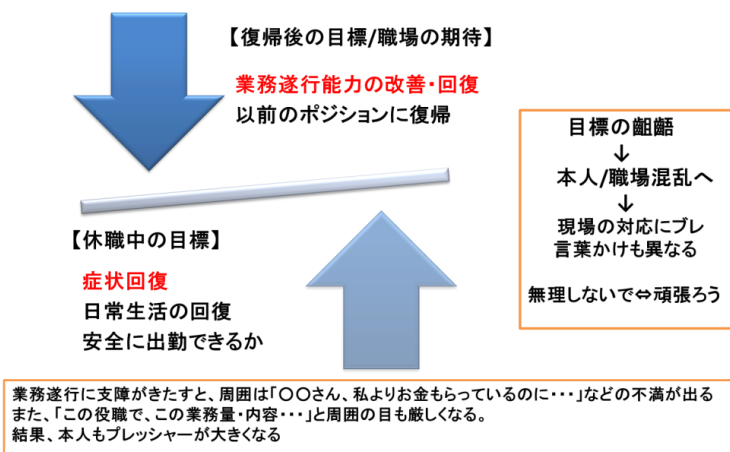
3-7. 人事から見る 医療リワークと公的リワーク

	メリット	デメリット
医療リワーク	<ul style="list-style-type: none"> ・主治(専門)医として関わる ・プロのトレーナー ・信頼性の高いプログラム (本人の気づきレベル高) ・復職までの通所が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・企業との連携が薄め? (医療であるが故?) ・従業員のハードル高い (有料、主治医の変更)
公的リワーク	<ul style="list-style-type: none"> ・企業との連携が密 (ジョブトレーナーと関わる) ・従業員のハードル低い (無料、主治医変更なし) 	<ul style="list-style-type: none"> ・待機期間が長い ・基本三ヶ月で卒業 (私的見解) ・トレーナーのレベル差有 ・プログラムをこなす

また、これもあくまでも私の私見であるが、企業人事としてリワーク機関に期待しているのは、以下の通り1. リハビリ勤務の代替機能と2. 企業への復職判断材料の提供、であり、この部分で、リワーク機関と企業が相互協力することで、より多くの従業員がメンタル不全からの復職をスムーズにすることが出来ると考えている。

最後に、企業が抱える復職者支援の課題について少し触れておきたい。休職者が一人発生することによって、上司や人事は「休んでいる従業員への理解・配慮」に加えて「周囲の従業員への環境調整等」が必要になるということである。当事者の復職に向けた不安に寄り添うとともに、職場にも当事者が復職してくることに對する不安・不満があり調整する必要がある。当事者と職場や上司の『復職についての目標の相違』がしばしば起こっている。(下図)

4-4. 復職について～目標の相違～

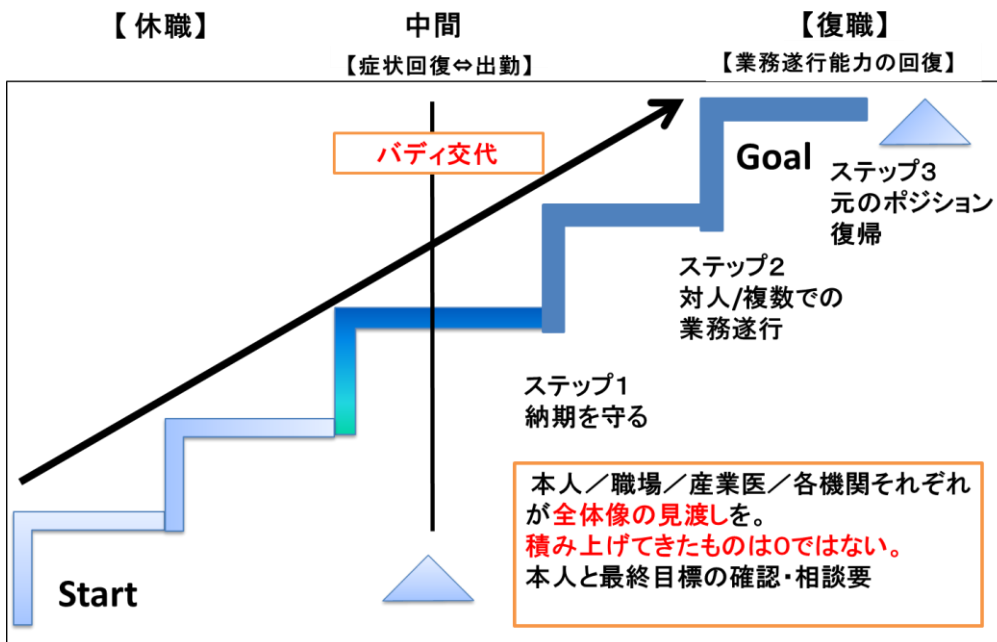


シンポジウム3 医療リワークを多角的に捉える

いつの間にか当事者にとっては「復職がゴール」になっており、職場が思う「ここからがスタート」と言う思いと乖離が生まれそのギャップに当事者も職場や上司もお互いにまたストレスを感じるという悪循環につながっている場合が多く見られる。

そこで、今日の話の最後に私が思うリワーク機関との企業の目指す姿をお伝えしたい。図にあるように、休職中のリワーク開始から一段ずつ復職に向けた階段を上り、職場での通常業務に戻るまでが復職ステップとし、リワーク機関と企業が継ぎ目の無い復職支援を行い症状回復の中間点を「バディ交代」の地点として、精神科医などの専門医療機関の支えの元、メンタルヘルス不全からの復帰者に寄り添っていきたいと考えています。

4-6. 復職について～目指す姿～



以上

再就職支援の取り組み ～その現状と課題～ ～キャリア・カウンセラーの立場から～

株式会社キャリア開発サポーターズ

浅野衣子

職業選択や能力開発等に関する相談・助言を行う専門家として「キャリアコンサルタント」の国家資格化が法案を通り、平成28年4月より施行された。キャリアコンサルタントはキャリアコンサルティングを通じて労働者を支援する。キャリアコンサルティングとは、労働者の職業の選択、職業生活設計又は職業能力の開発及び向上に関する相談に応じ、助言及び指導を行うことをいう（職業能力開発促進法第2条第5項）。キャリアコンサルタントには、登録制（5年の更新）、名称独占、守秘義務が課せられる。

キャリアコンサルタントについて

- キャリアコンサルタントは、職業選択、職業生活設計、職業能力開発に関する相談に応じ、助言・指導（キャリアコンサルティング）を行う専門家（名称独占）

※第189回通常国会で成立した勤労青少年福祉法等の一部改正する法律（平成27年法律第72号）による職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）の一部改正により、平成28年4月1日より「キャリアコンサルタント」が国家資格化。

- ・キャリアコンサルタントは何の専門職なのか？
- ・キャリアコンサルタントはカウンセラーなのか？

キャリアコンサルタントとキャリア・カウンセラーは同義語なのか異なるのか。何の専門家なのか。再就職を希望する利用者にとっては、きちんと再就職を支援してくれるのであれば名称は大した問題ではないのだと思う。どちらにしても、来談者の役に立つ支援が出来れば良いのである。しかし、来談者に役に立つサービスが提供されているとは言い難い現状がある。

現状がどのようなになっているかを見ておきたい。まずこれまでの成り立ちから押さえておきたい。キャリアコンサルタントの成り立ちとキャリア・カウンセラーの成り立ちは密接に関わりがある。キャリア・コンサルティングについては、平成 13 年策定の「第 7 次職業能力開発基本計画」において、労働市場のインフラの一つとして初めて明記され、その年に厚生労働省が 5 年間で 5 万人のキャリア・コンサルタント育成計画をうたったのである。それをうけ、民間企業約 10 社がキャリア・コンサルタント養成講座を開講し、各々の養成講座の名称を「キャリア・コンサルタント（キャリア・カウンセラー）養成講座」とした企業もあり、キャリア・カウンセラーが世に知られ始めた。以来 10 数年を経て、リワークプログラムの中で、キャリア・カウンセラーが活動している場面が登場してきた。

このようにキャリアコンサルタント、キャリア・カウンセラーが登場した背景がある中、再就職支援の取り組みをキャリア・カウンセラーの立場から現状を分析すると、いくつかの課題があげられる。まずキャリア・カウンセラーの専門職としての知識・スキルレベルが人により異なるということである。またキャリア・カウンセラーに期待される役割が明確になっているかどうかも問題である。キャリアの定義も時代によって変化してきており、職業マッチングからライフキャリア（人生そのもの）を支援するように変化してきており、キャリア・カウンセラー自身がどこに重点をおいて支援しているかも個人の力量によるところが大きい。

キャリアコンサルタントの課題

- 知識・スキルが人によって異なる
- ネットワークの活用が不十分

うつ病からの回復、改善、再就職、職場適応を支援するのに、キャリア・カウンセラー、キャリアコンサルタントが何が出来、何が期待され、どのような役割の中で活動するかが、明確に語られていないことに現状の問題と課題が見受けられる。

このような現状と課題を他の立場の支援者に理解していただき、今後何をどのように連携していけば来談者の役に立つかをリワークを支援する人たちと共に考えたい。

以上

復職支援の取り組み ～当事業所における経験から～

境 浩史

株式会社 島津製作所 人事部

弊社においても、うつ病を含む精神疾患により、欠勤・休職になる従業員は世間と同様に年々増加しており、生産性の低下や間接費用の増加など企業活動における大きな損出となっている。

職場復帰支援は、産業保健スタッフによる面談、臨床心理士によるカウンセリング、EAP等の外部のツールによってサポートをしているが、約半数が再発し、退職に至るケースも少なくない。職場復帰には、主治医・産業医・会社の同意が最終的に必要となるが、産業医の専門が精神疾患の分野でない場合、復職判定が甘くなる傾向にあり、職場復帰に向けたリハビリ・リワーク等を十分にこなさず早期復帰し再発した例も多く、今後の大きな課題である。

現在、弊社では「ストレスチェック」「健康経営」「ダイバーシティ」など様々なことに取組んでいるが、なかでもダイバーシティ（多様な人たちを活用して、組織やチームのパフォーマンスを高める）には障がい者雇用も項目に含まれている。

ダイバーシティ/健康経営/ストレスチェック

ダイバーシティ

従業員に女性を増やす？

従業員に外国人を増やす？

高齢者・障がい者の活用？

多様な人たちを活用して、組織やチームのパフォーマンスを高める。

健康経営

ストレスチェック

Lead the Way — Best for Our Customers —

-3-

The image is a promotional graphic for Shimadzu's Diversity, Health Management, and Stress Check initiatives. It features a central message box stating '多様な人たちを活用して、組織やチームのパフォーマンスを高める。' (Utilize diverse people to improve organizational and team performance). Above this are three speech bubbles asking '従業員に女性を増やす？' (Increase female employees?), '従業員に外国人を増やす？' (Increase foreign employees?), and '高齢者・障がい者の活用？' (Utilize elderly and disabled people?). Below the message box are two boxes labeled '健康経営' (Health Management) and 'ストレスチェック' (Stress Check). The bottom of the graphic includes the Shimadzu logo, the slogan 'Lead the Way — Best for Our Customers —', and a page number '-3-'. A runner is visible in the bottom right corner.

改正障害者雇用促進法の施行により、2018年4月からは、法定雇用率（現在2%）の算定基礎の対象に、新たに精神障がい者が追加され、法定雇用率も引き上げら

れる方向である。精神障がい者の雇用も義務付けられることになり、精神障がい者保健福祉手帳を取得している者にとっての就労機会は拡大されて行くと思われる。



障がい者の就職件数 (平成26年度)

単位：件数

障がい者の就職	84,602	対前年度比8.6%
身体障がい	28,175	
精神障がい	34,538	

(参照：2015年5月厚生労働省公表「平成26年度・障がい者の職業紹介状況等」)

2018年4月から法定雇用率算定基礎の対象に精神障がい者が追加

精神障がい者の就職件数のさらなる増加が予想される

Lead the Way — Best for Our Customers —

-6-

その反面、新規雇用となり就業しても、何らかの要因によってミスマッチがおこり、雇用契約を終了しようとしても「雇止め法理」により困難となり、新たに精神疾患不調者を抱えるリスクを負うことも考えられる。

受入体制構築に苦慮していることも現実である。受入体制におけるクリアにすべき問題点は大きく4つに分類される。

- ① 現役従業員の精神疾患に起因する欠勤・休職に対してのネガティブな風評
- ② 受入部署の病気への理解
- ③ 適正な業務内容の設定
- ④ 多岐に渡る配慮すべき事項

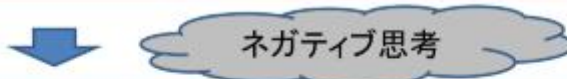
上記の対応策として、まずは現役従業員の職場復帰において、成功事例を多く出すことが挙げられる。個々により職場復帰へのプロセスは異なるが、その過程においてリワークプログラムの果たす役割は大きいと感じる。



メンタル疾患に対するネガティブ思考

在籍中の社員がメンタル不調を発症し、休職と復職を繰り返し周囲が苦勞した。受入部署の理解困難。

メンタル疾患の症状が悪化し、就業困難⇒退職



知識不足・理解不足・ノウハウ不足

Lead the Way — Best for Our Customers —

-9-



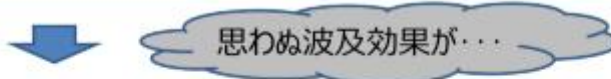
数少ない成功事例として、リワークで自己理解をしっかりとし、生活記録表を特性に合わせアレンジし作成、職場復帰後に上司とのコミュニケーションツールとして活用したことで安定的に就労しているケース。メモをこまめにとることを繰り返し訓練。復帰後に作業指示をメモすることでスムーズに理解し、円滑に作業ができるようになったケースもある。



対策

XX年に精神障がい者（うつ病）を東京支社で新規雇用（大きな決断）⇒ 京都から遠隔で支援

リワーク経験ある。配属予定職場課員に、うつ病についての知識・配慮すべき事項の事前教育を実施



「成功事例の積み重ね」
⇒ 「負のスパイラル」からの脱却！

Lead the Way — Best for Our Customers —

-13-



個別対応は費用対効果の観点からみても、非常に難しいと思われるが、定着に繋が

シンポジウム 4 再就労支援の取り組み～その現状と課題～

るメリットは大きいと考えている。

リワークにおけるPSWの専門性と他職種との連携

一般財団法人 信貴山病院分院 上野病院
精神保健福祉士 内藤 親市

はじめに、精神保健福祉士（以下、PSW）は、一人一人の精神疾患・障害をもった本人、家族が地域の中で安心して暮すことができるように医療機関をはじめ、社会復帰施設等々でソーシャルワークを実践してきた。現在ではPSWを取り巻く様々な法制度も毎年変化し、社会から求められるニーズも多様化し、役割がますます拡大してきている。昨今、ストレス社会の中で医療リワークが求められてきたことは言うまでもない。その中でPSWの役割も重要であると考え。しかしながら、リワークデイケアでのPSWの専門性は十分に確立しているとはいえ、時に専門職としての存在意識が揺らいでしまう時もある。今回は、リワークデイケアにおけるPSWの専門性を再確認するとともに、他職種の連携について専門的な視点と立場をどのように活用していけば良いか紹介していきたい。

○医療機関におけるPSWの専門性

PSW（Psychiatric Social Worker）は名称の中にもあるように、ソーシャルワーカーの知識・技術を有し、その手法を実践で行っている専門職である。ソーシャルワークの構成技術としては、①ケースワーク（個別援助技術）②グループワーク（集団援助技術）③カウンセリング（個別面談）④コミュニティワーク（地域援助技術）が挙げられる。それぞれの業務には、受診援助や入院援助、就労問題援助や家族問題調整などケースワークを中心に、SSTを実践したり地域への社会資源の開発を試みたりと多岐に渡る。そんな中でPSWは対象者を生活者として捉え、疾病や障害が原因で社会的機能低下が長期的・持続的・固定的な場合に、そこでの社会的機能障害に対処していこうとするのがPSWの業務といえる（精神科ソーシャルワーカー業務指針抜粋）

専門職の中で唯一、福祉を専門としている職種であり、精神科領域で「精神保健（医療）」と「福祉」の両面を持ち合わせている特徴がある。

○リワークにおけるPSWの専門性

リワークにおけるPSWの業務は幅が広い。インテーク・情報収集を行い、クライアントとのラポールを形成して集団の中に溶け込みやすい雰囲気を作ったり、他機関（病院やクリニックなど）との連携、職場担当者との調整業務などがある。また、地

域の企業に向けて啓蒙活動を行うことも地域活動業務にあたるであろう。

医療機関におけるPSWの専門性

- 専門職の中で唯一、福祉を専門としている職種である。
- 精神保健（医療）と福祉の両面を持ち合わせている特徴がある。
※精神保健福祉士法2条→日常生活訓練
- 医師との関係が「指示」ではなく「指導」

リワークにおける専門性とは

- インテーク・情報収集。
- クライアントとのラポールの形成。集団の中に溶け込みやすい雰囲気づくり。
- 関係機関とのネットワークを構築。
⇒コーディネータ的な役割
- 企業や地域への啓蒙活動・普及活動の企画や実践。

さらに、ソーシャルワークの要素から見ていけば、経済的問題、家族との問題、日常生活援助などのケースワークのスキル、CBT や SST など集団でのプログラムを行う際のグループワークのスキル、個別面談も比較的多い中でカウンセリングのスキルも大切になってくる。関係機関や地域、企業とのネットワークを構築し、コーディネータ的な役割を果たすには、コミュニティワークのスキルが当然必要である。こう考えると、リワークデイケアの中で、ソーシャルワークの技術が非常に有効であり、その技術を学び、有している PSW の存在意義は大きいと言える。また、クライアントの側面に寄り添ったり、自己決定を応援したり、真正面に立って考えさせる時間を与えたり、遠くで見守り事態が動き始めるのを待ったりとソーシャルワーカーの関わり方は幅広いが、これらの幅広い関わりこそが PSW の専門性であり、リワークデイケアの利用者にも有益になることは間違いない。

○他職種との連携

多くの専門職が感じる、他職種連携の難しさは私自身も感じる場所である。いくつか原因を考えてみると、①よくも悪くも、医療従事者の専門家としてのアイデンティティやプライドの高さが邪魔をすることがある。②専門家としての視点の偏りがある。③業務を兼務している者も多いため、物理的な時間・ミーティングの場の共有が難しい。などが挙げられる。これらの困難さを解消していくにはまず自身の視点や立場を確認することが重要である。Ⅰ 基本的人権の尊重と人権擁護、Ⅱ 主体性の尊重、Ⅲ 知る権利の優先、Ⅳ 自己決定の保障、Ⅴ プライバシーの尊重、の視点が大切であるの言うまでもない。これらの視点やそれに基づいた関わりは PSW の特徴でもあり、他職種との連携の際に「PSW の得意なこと、出来ること」として伝えていく必要がある。またそれらが、利用者にとって、どのようなメリットがあるかを明確にすることも重要なポイントの一つである。

ワークショップ1 振り返ってみよう！職種の特門性と多職種連係

○まとめ

・PSWの支援は多面的な要素が多く、時に自身の専門性が薄らいでしまうこともある。専門職は自身の専門性をコアな部分に求める傾向にあるが、ソーシャルワーカーは「人と人、人と環境などをうまくつなげることを仕事としている」（南井・相原）とあるように、視野の広さや柔軟な考え方が専門性であるといえる。さらに、その専門性はリワークケアのように、多面的な支援を必要としたり、他職種・他機関とのスムーズな連携が求められる中で、必要不可欠ではないかと考える。

他職種の中でどう伝えるか

- まずは、他職種のことをよく知る。
- 自分の専門性をよく知る。出来ることや得意な分野をまずは自分が知っておく。
- それがリワークの中で、どのように生きてくるのか。利用者にとってどういうメリットがあるのか。

ミーティングや、意見交換の場を設け、互いの専門性について話しあってみる機会を作るのも一つの方法。

まとめ

- PSWの専門性は多角的な要素が多く、時に自身の専門性が薄らいでしまうこともある。
- ソーシャルワークという、PSWの専門的技法を用いることで、リワークプログラムの中で専門性を見出すことも出来るのではないかな。
- 他職種との連携も、コーディネーターとしての役割・調整力に長けたPSWの活躍で来る場ではないかな。

関西リワーク情報交換会主催

振り返ってみよう！職種の専門性と多職種連携

「リワークプログラムにおける看護の専門性」

小泉恭子 杏和会阪南病院

当院の復職支援（リワーク）は、専任にて精神科認定看護師（領域うつ病看護）、兼任にて医師、薬剤師、栄養士、歯科医師、作業療法士、臨床心理士、心理士、精神保健福祉士から構成されたチームでプログラムを運営している。今回、看護の専門性からリワークプログラムにおける役割について考察した。

ナイチンゲールは看護について「看護がすべきことは、自然が患者に働きかけるための最善の条件下におくことである。看護者は患者に全人的なケアを行なうこと」¹⁾と述べている。日本精神科看護技術協会では精神科看護について「精神的健康について援助を必要としている人に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本的理念とし、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」と定義をしている²⁾。病気は、生活の在り方によって健康にも不健康にもなり社会や人間の作り出す生活など総合的な影響を受け形成される。病気という現象は、健康を阻害した影響を除去しようとする自然の回復過程であり、心身を癒すには自然の働きを促進させなければならない。看護の役割として患者の自然治癒力を高め回復過程を促進させる環境作り、日常生活から自立・自律に向け、精神面・身体面・社会的側面から全人的なケアが必要であると考えられる。

上記の視点から看護師として「安心できる治療環境の整備」「心身の状態に関する情報と健康状態についての評価」「自立・自律性を回復し、その人らしい生活を獲得するための支援」を実践している。安心して治療を受けるためには、まず、信頼関係の構築が重要である。利用者の多くは、将来や治療、病気などの不安を抱えている。利用者の話を傾聴し、信頼関係を構築するとともに不安に応じたケアを行っている。そして、利用者が納得して薬物療法をはじめとする治療を受けることも「安心して治療を受ける環境作り」であると考えられる。「何故こころのリハビリが必要なのか」などリワークプログラムの意義について話し合い、納得して治療が受けられるよう支援をしている。薬物療法では、利用者と副作用や薬効の確認をし、現段階の症状について話し合い評価をしている。主治医に相談するポイントについても話し合い、効果的な診察が受けられるよう支援している。これらの支援を通じ心身の状態を評価しつつ安心して治療を受けられる環境を整えている。次に環境作りとして重要と考えていることは、復職に向け効果的に展開されるような

グループ作りである。利用者の多くは自信を失っている。希望を持ち、自分の力を信じ、自尊心が回復できるグループ作りが重要であると考えている。互いに励まし合い、自立・自律に向け自己責任で行動できるよう利用者自身がグループで役割をどう担うのかを話し合っている。安心して自己開示できる環境を整え、側面的にグループ作りを支援している。

「自律性を回復し、その人らしい生活を獲得する」ためのプロセスでは、全人的に対象者を理解することが重要であると考えている。生活において心と体に影響するような生活習慣はないか、再発の要因となる認知や行動のパターン、ストレスがかかりやすい状況、今後どう生きていきたいのか価値観なども含め自己理解が深められるよう話し合っている。リフレクソロジーやアナグリウス式庭園療法、ヨガなど自己治癒力を高める方法、自分自身を癒す方法を自己にて実践できるよう教育的関わりもしている。セルフケア能力を高めることを目指し、各プログラムでの学びを振り返り、本人のライフスタイルに合った自己管理について利用者と共に検討している。生活の中で利用者自身が対処法を実行できるよう支援している。また、利用者の多くは、人に相談することが少ない。利用者自ら「人と人をつなぐ」環境に働きかける力を育むことも重要な支援であると考えている。

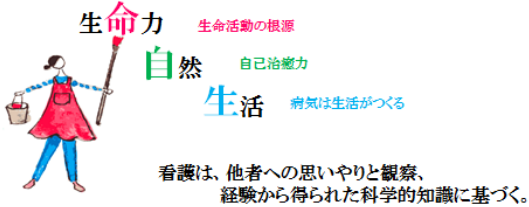
最後に、多職種連携における看護師の役割について述べる。当院のリワークでは、看護師がリワークプログラム全体をマネジメントしており、必要に応じ利用者と各専門職種に支援をつなげている。利用者との関わりでは、各プログラムでの学びや各専門職種の関わりを統合しながら復職や再休職予防に向け話し合っている。留意点として、各専門職種によって視点の違いがあるため、多職種で方向性を共有し本人にフィードバックしていることである。多職種連携において各専門職種の強みを理解し、役割を明確にするとともに自己の専門分野に視点が偏らないよう情報共有が重要であると考えている。

1) アン・J・デービス, 太田勝正: コンサインズ看護論, 看護とは何か, 看護の原点と漢語倫理. 照林社, p 16, 2004.

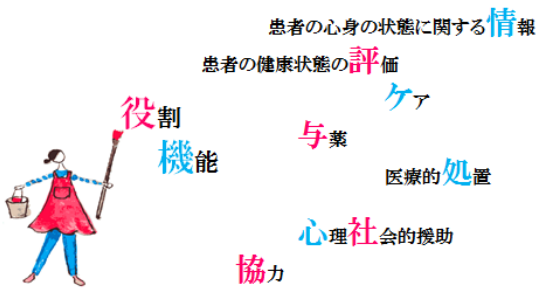
2) 一般社団法人日本精神科看護協会: 精神科看護の定義. <http://jpna.jp/outline/define.html> (2016年8月28日)

ナイチンゲール

看護がすべきことは、
 自然が患者に働きかけるための
 最善の条件下に患者を置くことである。
 看護者は患者に全人的なケアを行う。



個々の患者に対する**配慮**に基づく活動
 看護**知識・技能**に基づく様々な活動



精神科看護の基本

安全・安心の保障

その**らしい**生活を
 獲得するための支援

自律性回復への支援

看護師の役割

環境作り
 信頼関係を築き、
 安心できる治療的環境作り

自律性回復への支援
 身体的・心理社会的、多様な面から
 対象を理解
 心身ともに体調管理できるための支援
 自尊心・自信の回復に向けての支援

つなぐ
 心・身体・人をつなぐ
 利用者とスタッフをつなぐ



振り返ってみよう！職種の専門性と多職種連携 ～心理職の視点から～

伊東武志

医療法人碧江会 影山メンタルクリニック 千里リワークセンター

多職種連携が有効に機能するためには、個々の職種が専門性を発揮しながら、分断することなく相互に協力・尊重しながらチームとして機能することで、より良い支援ができると思われる。

そして、臨床心理学でいわれる心理士の専門性のひとつとして、自分の見方や主観からではなく、他者の内的枠組みから物事を見ようとする視点と、その視点を携えて人と関わり、心理を理解しようとし、その理解を本人や関係者の利益に繋げていく活動、というものがある。

それでは、心理職の専門性をリワークプログラムの中でどのように発揮するかという点、心理的プログラムの実施や運営はもちろんであるが、これらの視点を基にして「アセスメント（見立て）」を行うことが、心理職の基本的な強みとして挙げられるのではないかとと思われる。

リワークの中でどのように専門性を出すか



■ アセスメント（見立て）

問題の状況や課題などを、面接、観察、心理検査などによって多面的に理解し、自己理解や支援に役立てる

個人に対して	グループに対して
<ul style="list-style-type: none">● 過去とその影響、現在の状況、今後の可能性から検討する	<ul style="list-style-type: none">● 利用者間、利用者－スタッフ間、スタッフ間など、全体をみる● グループで目標に向かって活動する際に起こる、協力・発展・成長、または停滞・摩擦・葛藤などの状態に注意を払う

心理的な面からの情報を取りまとめ、支援の方向性を組み立てたり、多職種が効果的に介入できるよう提案する

アセスメントとは、問題の状況や課題などを、面接、観察、心理検査などによって多面的に理解し、その人の自己理解や支援に役立てることを目的とするものである。

個人に対して行うときは、人格・能力・発達・他者関係などいろいろな面を検討するが、ポイントとしては、過去とその影響、現在の状況、今後の可能性の3点を明らかにすると、他の専門職にとってもイメージしやすいと思われる。

また、アセスメントは個人に対してだけではなく、グループに対しても役に立つものである。

グループに対しては、利用者間、利用者とスタッフ間、そしてスタッフ間などグループ全体の変化を見ていく。グループの状態は常に変化していくため、例えば、スタッフが利用者グループに対してどのような困難を抱えているのか、または、スタッフ間での問題認識にどのようなすれ違いが生じているのかなどを見つけて、フィードバックを行うこともある。これによって、利用者支援のみならず、スタッフがバラバラに行動することなく一定のコンセンサスを保つ効果やスタッフの働きやすさの向上に繋がることが考えられる。

ここで、大切なこととしては、アセスメントから実際の支援の方向性を示して、多職種が効果的に介入できるよう提案することであり、そのためには心理的な見方のみからではなく、生物的・社会的な視点を持つことが有効である。

多職種連携の視点



■ 生物・心理・社会モデルを意識する

- 生物（身体・脳・遺伝など）
- 心理（認知・感情・信念や価値観・精神的ストレス・対人関係など）
- 社会（環境・組織・経済状況など）



■ 自分の役割と限界を知る

- 役割（実際の介入）⇒ 心理的プログラム、心理的ケア・サポートなどの心理臨床的アプローチ
- 生物面・社会面の領域に関しては、それぞれの視点を持った専門職に繋げていく

これら生物・心理・社会の3つの側面は独立しているのではなく、相互に影響しあっており、多面的な理解が必要となる。そして、アセスメント段階で3つの視点をもってアセスメントしたとしても、実際にその人にアプローチをする際は、心理職は心理的プログラムや面接などを通してその人が抱える問題や症状に対応できるようサポートし、生物面は医師や看護師に、社会面においては精神保健福祉士に繋げていくこと

が有効と考えられる。

多職種連携の視点



■ 専門職を超えたチーム力を発揮するために



単に情報を共有するだけではなく
「何のために情報を共有しているのか（ゴールや目標）」
を確認・共有する

「自分の役割」や「自分がどの点に寄与しているのか」
を考えていくことができる

こうした多職種連携において、最も重要なことは、複数の専門職が同じ目標に向かうことである。

医療リワークはチーム医療であるため、ひとつの職種から見た情報や関わりを単に伝えるだけではなく、何のために情報を共有するのか、何を目指せばいいのかという共通の目標が共有されてこそ、効果的にチームとして機能できると考えられる。心理職を例にすると、リワークの中で分かりやすい役割は心理的プログラムの実施などがあり、それはもちろん大事な役割である。しかし、それにも増して大切なことは、それぞれの事例についてチーム全体として何に取り組んでいくのかを共有し、他の職種の動きを考えながら、自分の役割や貢献できることは何かということを常に探したり考えていく姿勢であり、それによって自らの独自性も深めていけるのではないかと思われる。

最後に、心理職の視点の伝え方についてであるが、まずその難しさとしては、言葉や行動に表れる目に見える部分と、感情や能力など目に見えない部分を繋げて、具体的に伝えることは簡単ではないということである。

そのため、他の職種に伝える際に心がける点や工夫する点としては、分かりやすい言葉や決めつけにならないように気をつけることはもちろんであるが、アセスメントの結果だけではなく、「この点とこの点からするとこう考えられる」などと根拠を挙げながら具体的にイメージしやすいよう話すこと、また、情報量が多いとかえって分かり

ワークショップ1 振り返ってみよう！職種の専門性と多職種関係

にくくなることもあるため、相手やその場のニーズに即して情報量や要点を絞って明確に伝えることも大事である。

そして、伝えるだけで終わるのではなく、そこから話し合っ
て考えていくことでスタッフ間の共通認識や目標が定まり、支援の方向性がより良く補強されたり修正出来ていくと思われる。

運営の主体をスタッフから通所者に移したプログラムの紹介とそのメリットについての考察

藤井 朋広、鹿野 麗子

医療法人栄仁会 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

【目的】

当施設では通所者がテーマに沿ったミーティングを行うプログラムを週1回実施している。当初はスタッフがテーマを決めていたが、通所者から「マンネリ感がある」等の声があがったことを機に、一人の通所者の提案から通所者数名による検討会が発足し、プログラムの在りかたについて議論した結果、通所者自身がテーマを決めることになった。そこで本発表では、プログラムの詳細を紹介したうえで、検討会の発足以降プログラムがどう変遷していったか？ 検討会に参加した通所者自身がどう変化したか？ 今回の取り組みがどのように復職に役立っているのか？ についても考察したい。

◆検討会はどうやって発足したのか

ミーティングプログラム

時間：週1回、40分程度
内容：6～8人程度のグループ

スタッフが設定していたテーマ

- ①復職、人間関係、生活・その他の3テーマ
- ②フリートーク ※①②を交互に実施

ある通所者からスタッフへのミーティングの改善提案

通所が長くなると話題のネタ切れ、マンネリ感がある。通所初期の方は、何を話してよいのかわからず困っている。次のように改善したい。

- (1)ミーティングの主体を通所者に変更する
- (2)通所者が話したいテーマを決め、選定する
- (3)通所者にミーティング前にテーマを予告し、選択の時間を設ける



➡ 通所者3名とスタッフ1名による検討会がスタート

【方法】

検討会に参加する通所者は基本的に立候補制で、これまでに17名の通所者が参加している。本研究は、検討会の立ち上げに携わったスタッフ1人とプログラムへの参加経験のあるスタッフ5人による観察記録に加え、検討会に2ヶ月以上参加している現役通所者3人と検討会への参加経験のある通所者OB7人へのアンケート結果をまとめたものである。

【結果】

検討会に参加した通所者からは、「リーダーを務めたことでグループのまとめ方が理解できた」、「PDCA サイクルの体験になり仕事に近い感覚を思い出せた」、「役割をもつことで気持ちに張りができた」等のアンケート結果が寄せられた。スタッフからは、検討会発足後のプログラムの変化について、「検討会発足前に比べ話が盛り上がる様になった」等の意見が聞かれた。

結果と考察

「検討会に参加した通所者自身がどう変化したか？」

アンケート「検討会に参加していかがでしたか？活動してみたの感想などご自由にお書きください。」から抜粋

自己効力感の向上

- 立ち上げに参画することができ、楽しかった。自分の意見を具申することができ、意見が採用されると嬉しかった。
- 通所者の皆さんが何を求め、どういったミーティングになれば最良なのかを考えることが楽しかった。
- 提案したテーマが採用され、評価が高かった時に喜びを感じられた。



自信の回復

- 課題をこなすだけでなく、役割を持つことでBUCでの生活に張りができた。役割を負担感なく出来るようになると、自信につながった。
- 一つのことをやり遂げたことは大きな自信になっている。

病状の回復

- 自分の病状に関係なく、他の通所者の方と定期的にコミュニケーションを図れた。病状や復職に関して話す機会が増え、刺激を受けることも多かったことは大変良かった。

結果と考察

「検討会に参加した通所者自身がどう変化したか？」

アンケート「検討会に参加していかがでしたか？活動してみてもの感想などご自由にお書きください。」から抜粋

実践力の向上、知的活動能力の回復

- PDCAサイクルの体験になり、仕事の感覚を思い出せた。
- 限られた時間での議論は、時間の有効活用の練習になった。
- ミーティングに慣れることができた。
- 会議に必要な能力を身につけることが出来た。
- 他者の意見を聞き整理することで、集中力・注意力が向上した。
- 打ち合わせを進めるために、色々なことを想定し準備したことが役に立っている。
- 通所者のニーズに合ったテーマをアンケートから抽出する作業は、復職後の企画、立案に役立つ。
- ミーティングの目的・意義を考えたことが、実際の仕事においても役立っている。
- 話し合いにおいて、自分が集団の中でどのような役割があるかということを認識することができた。
- 人前で話すことの練習になった。

結果と考察

「今回の取り組みがどのように復職に役立っているのか」

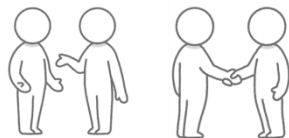
アンケート「検討会は、復職にどのように役立ったと感じますか？（得られたこと、成果など）」から抜粋

仕事を抱え込まない訓練

- 一人で仕事を抱え込まないよう依頼をしたり、断ったりする練習になった。
- 仕事を抱え込みがちだが、他の人に頼んだり、議論しながら、効率的に作業を進められ、実践的でよい経験になった。

グループ運営能力の向上

- チームとしての力を発揮させるための役割分担の仕方や組織内のコミュニケーションの大切さを痛感した。
- 立ち上げ時に「ミーティングのあるべき姿」を確認して、チームとしてベクトルを合わせて行動することができた。



【考察】

運営の主体をスタッフから通所者に移す今回の取り組みを通じて、検討会を行うこと自体が、知的活動能力の回復、グループ運営能力の向上といった通所者にとって有益な変化をもたらしたと考える。また、プログラムを自分たちで運営しているという意識が通所者の自己効力感を高めたと感じている。当日は観察記録やアンケート結果

を含めて詳細な結果を報告する。

結論

検討委員を務めた 通所者にとってのメリット

通所者自身の変化
自己効力感の向上、自信の回復、
病状の回復が確認された。
復職に役立った点
実践力の向上や
知的活動能力の回復、
仕事を抱え込まない訓練や
グループ運営能力の向上が
確認された。

ミーティング内容が 変わったことによるメリット

通所者の意識改善、
ミーティングに参加することへの
安心感の芽生えがみられた。

検討委員の主体的な取り組みは、
スタッフに「通所者にプログラムを
任せてよい」という印象を与えた。

以上

気分障害患者に対して森林セラピーを実施した研究報告

永田彩 片桐陽子 奥宮裕正 露木美也子

医療法人栄仁会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

岡正悟 医療法人栄仁会 宇治おうばく病院

近藤 久勝 近藤神経科医院

目的：森林浴とは「森林環境の自然が彩なす風景や香り、音色や肌触りなど、森林生態系の生命や生命力に対して、五感を通じて感ずることによって、人々の心と身体
の健康回復・維持・増進を図ること」であり（林野庁,1982）、森林浴にはリラックス
によるストレス軽減効果があると従来から言われている（武田,2009）。

この効果を活かした森林セラピーは「科学的エビデンスに裏付けられた森林浴効果」
と定義され（宮崎,2009）、免疫力の向上（Li,2008）や健常者におけるうつ状態の改善
（李,2014）といった効果が実証されているが、気分障害群患者における効果は検証
されていない。

そこで本研究では、気分障害群患者における森林セラピーの効果を検証する試みとし
て、気分障害群者を対象に森林セラピーを実施した結果を報告する。

方法：気分障害と診断されている当復職専門デイケア通所者 6 名を被験者として 2015
年 10 月、鳥取県智頭町の森林セラピー基地で森林セラピーを実施した。被験者の抑
うつ気分を評価するために、POMS（Profile of mood states：気分プロフィール検査）
短縮版と CES-D（The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale：うつ病
自己評価尺度）を森林セラピーの前後に行った。

倫理的配慮：なお本研究は、事前に被験者の同意と医療法人栄仁会倫理委員会に同意
と承認を得たうえで実施した。

結果：6 名中 6 名全員が POMS（総合的気分状態）の数値低下（＝気分の改善）を示
し、6 名中 4 名が CES-D の数値低下（＝抑うつ気分の低下）を示した。被験者からは
「気持ちが落ち着いた」「自然と一体になった気がした」との感想が聞かれた。

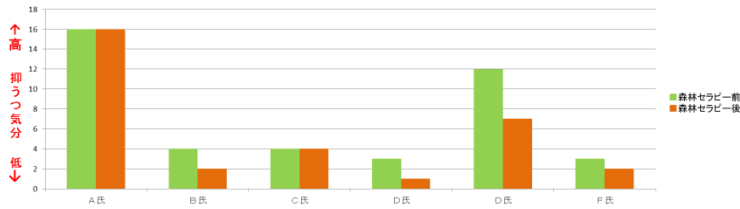
考察：森林セラピーの実施前に比べて実施後は、POMS と CES-D とともに数値が低下した。すなわち、negative な気分が減った＝抑うつ気分が軽減したことを示している。今回は被験者数が少ない上、コントロール群の欠如した研究にとどまったため、今後は被験者数の増加とコントロール群の設定を試み、気分障害群患者において森林セラピーが気分改善効果を示すのかどうか検証を続けたい。

【被験者の感想（シェアリング）】

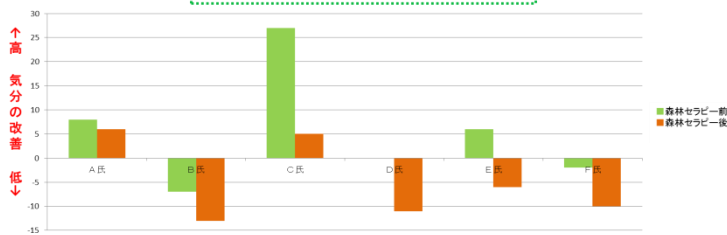
- 地面を踏みしめている感や、風や音を感じる。雨が降って、木に触って始めは葉っぱが付いているのが嫌だったが、終わる頃には気にならなくなった。雨の時、心落ち着いた、穏やかになった。
- 葉っぱが付いていても嫌じゃない。自然の一部なんだと思った。自然と一体化した感じで自分もその一部だと思った。
- 帰ってからも、携帯が煩わしいとか良い物を食べようと思った。感覚が良い意味で敏感になった。楽しめた。
- 自然の川は川の連続性の中にいることを感じる。自分も続いているものの一部であると感じた。マインドフルネス的。気持ちが良かった。自然と一体になった気がした。木のことばかり考えていた。抱き着きたくなった。
- 都会でも忘れないようにしたい。気持ちの穏やかさは勿論のこと、森から言葉で言い表せないパワーをもらった。目を閉じて他の感覚に研ぎ澄ましたり、嫌なことを滝に流したり、森の空気で腹式呼吸をしたり、木と一体となってパワーをもらったり。都会では体験できない神秘的な時間を過ごした。また定期的に訪れたい。
- 自然と触れ合えることが出来て気持ちが落ち着いてきた。垣根無しに楽しかった。これからも自然と触れ合えることが好きなので続けていきたい。
- 雨もはらいたくなくなって、かわいくて、木が愛おしく、苔も葉っぱもありも。そうしたら自分も愛おしいと思った。自然の優しい空気や自然の力強さを感じ、自分も自然の一部だなと感じたら雨も嫌じゃないと思った。すべてが自然の一部と感じて受け入れられた。自分も自然の一部と忘れず生きていきたい。心が穏やか、安定した感じ、波が安定した。初めてやったけど、すごく楽しかった。
- 普段聞こえないことも集中して聞こうとしたらすごく音が入ってきた。そしたら普通に意識していても一体化していて、普通に周りの音がどんどん入ってく

る感じ。森の中に居る感じ、こんなに音に囲まれているのに、気づいていなかった。

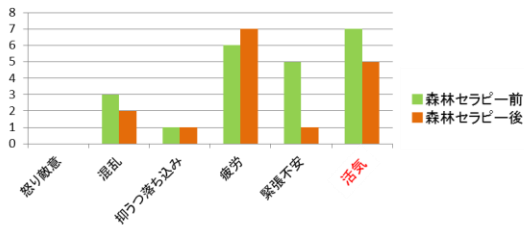
CES-Dの変化



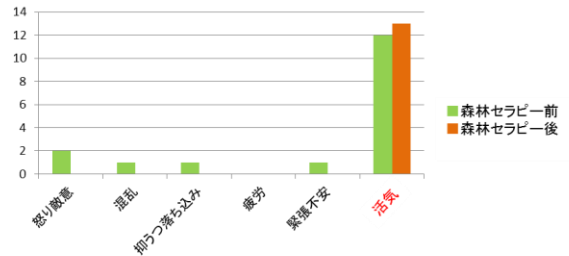
POMSの変化



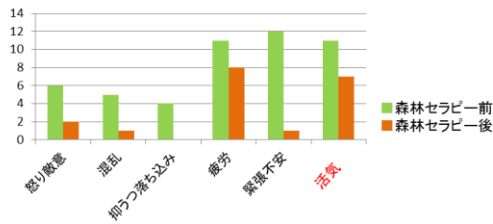
A氏POMS各項目の変化



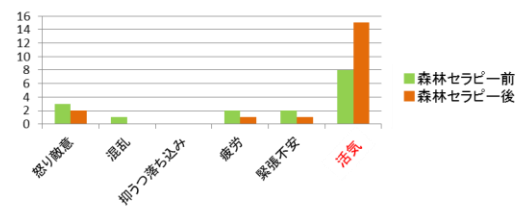
B氏POMS各項目の変化



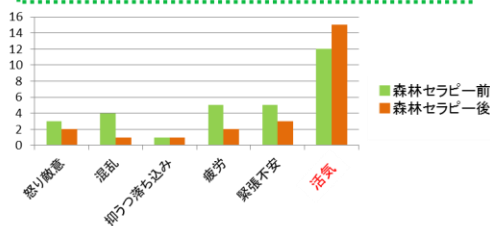
C氏POMS各項目の変化



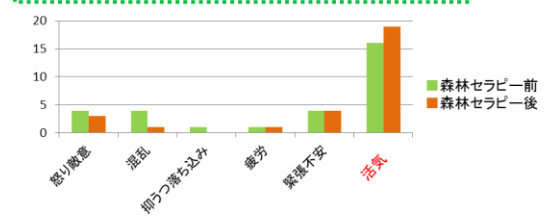
D氏POMS各項目の変化



E氏POMS各項目の変化



F氏POMS各項目の変化



森林セラピーの様子①



うつ病離職者の復職にむけた保健医療による支援を効果的に行うための基礎調査

山形さくら町病院 佐藤大輔 後藤剛

山形県立保健医療大学 安保寛明

【研究背景】労働者のメンタルヘルスは1次,2次,3次予防のすべての段階において重要である。また,平成25年4月以降は職員数50人以上の企業すべてで,精神障害を含む障害者雇用義務が発生している一方で,精神的不調をもつ者の労働環境及び業務調整などによる合理的配慮の知見はまだ一般に知られていない。さらに,精神的不調を呈して休職した者の職場復帰にあたって,職場理解もさることながら,職場の受け入れ態勢も重要となる。その中で,精神的な問題による休職の主たるうつ病休職者の復職にむけた支援(以下リワーク)について,プログラム効果は立証されているものの,企業側としてうつ病休職者並びにリワークに対してどのような理解がされているかまだ明確な見解はない。そのため,今回は実際に企業に調査を行うこととし,今後に向けた基礎資料を得ることとした。

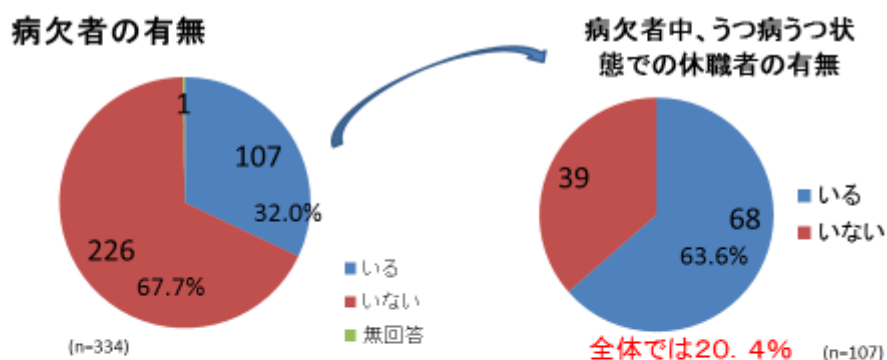
【目的】うつ病離職者の復職にむけた保健医療による支援を効果的に行うための現場状況把握と医療リワークの役割に関する検証を目的とした。

【方法】従業員50名以上の事業所567か所にアンケートを送付。あて先は,企業代表者および企業内における職員のメンタルヘルス担当者の併記とした。担当回収期間は平成27年10月22日から平成27年11月20日である。内容は産業分類,従業員数,うつ病休職者の有無,うつ病休職者で困ったこと,うつ病の職場理解の程度,リワークの認知度,自社での復職レベル,産業メンタルヘルスへの興味や取り組み,自社での復帰プログラムの有無,他である。郵送にて回収し,統計的に処理した。倫理的配慮として無記名で任意参加,回収をもって同意とすること,不参加による不利益な生じないこと,結果の公表を行うことを紙面にて通知した。さらに,山形さくら町病院,山形県立保健医療大学の倫理審査を経て調査を行った。本調査は,山形県立保健医療大学の共同研究事業により採択された,山形県立保健医療大学と山形さくら町病院の共同研究である。

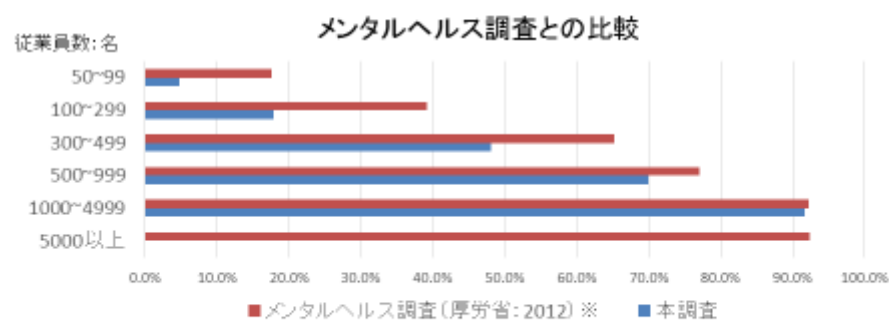
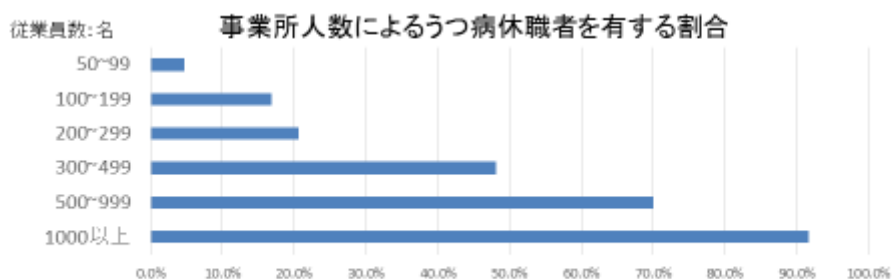
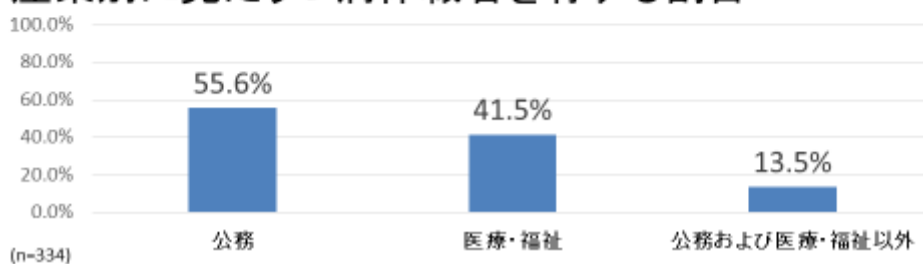
【結果】334の事業所より返信があり,回収率58.9%であった。従業員数100名以下の企業が全体の7割を占めた。解答担当者は,総務職が最も多く,次いで人事労務,会社役員,安全衛生と続いた。産業保健師・看護師はごく少数であった。全体では20.4%の事業所でうつ病休職者を抱え,産業別では公務が55.6%,医療・福祉が41.5%,それ以外

が 13.5%でうつ病休職者が存在していた。身体疾患を含む病気休職者の中で、うつ病休職者の割合を聞いたところ、63.6%であった。従業員数別による企業のうつ病休職者の存在割合は、100名未満の企業では 10%未満であるが、100名から 299名までの企業では 20%前後になり、500名から 999名では 70%、1000名以上では 90%を超えた。うつ病を抱える事業所で、うつ病休職者について困ったことがある、と答えたところは 73.5%であった。困ったことの具体的内容については、「突発的な休みが多い」「作業能力の低下」「周囲への影響」「周囲との関係性悪化」「集中不足」「接し方が分からない」「単独での仕事を与えられない」が上位を占めた。企業における今回のアンケート回答担当者による“リワーク”という言葉の認知度は 26.6%であった。休職者へのリワーク推進は 31.7%が「勧めたい」に対し、「勧めない」2.7%、「何とも言えない」62.6%であった。休職者の独自復帰プログラムは 17.1%の企業で有していた。メンタルヘルスの出前職場研修については、14.7%が取り入れており、「すぐにでも・機会が整えば行ってみたい」というところが 61.4%であった。しかし 22.5%が「興味なし・多忙でそれどころではない」という回答であった。

【考察】従業員数が増加すれば、うつ病休職者が存在する割合も上昇する。従業員を多く抱える企業・事業所では、早急に対策を講じる必要があると考えられる。また、医療側からも積極的に情報を発信していく必要がある。多くの事業所でうつ病休職者を抱えるものの、疾患理解や復帰プログラムの確立までは至っていない。また、職場も困難を抱えている。医療リワークの役割としては、事業所と連携をとり、疾患とリワークへの理解を得る重要性が示唆された。



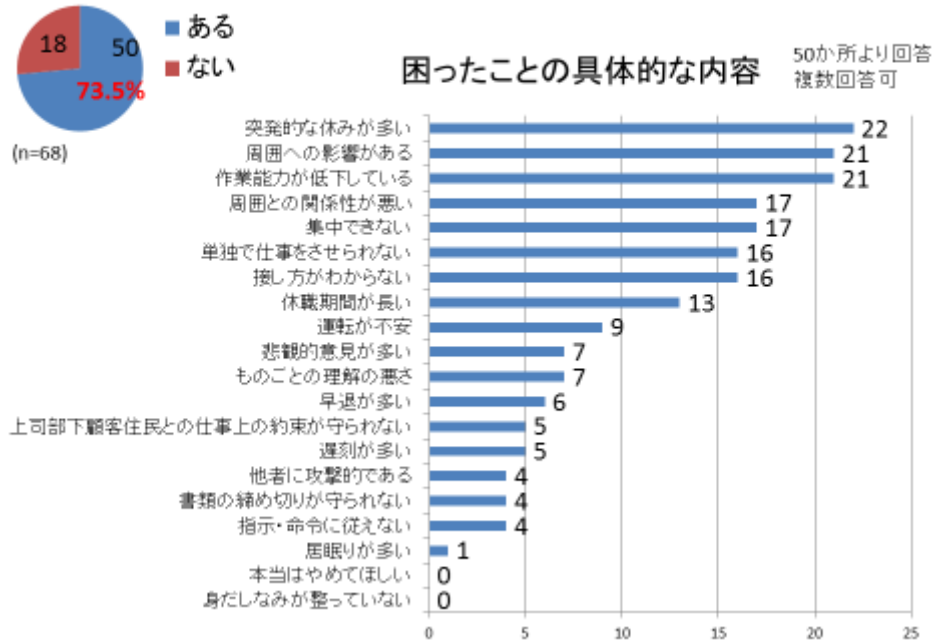
産業別に見たうつ病休職者を有する割合



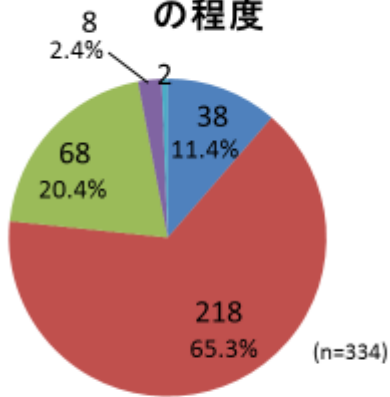
※厚生労働省:労働者健康状況調査2012(平成24年) 結果より

過去1年間でメンタルヘルスが原因で連続1カ月以上休業または退職した労働者がいる割合必ずしも「うつ病」に特化したものではないため、あくまで参考程度として掲載。

うつ病休職者について困ったこと

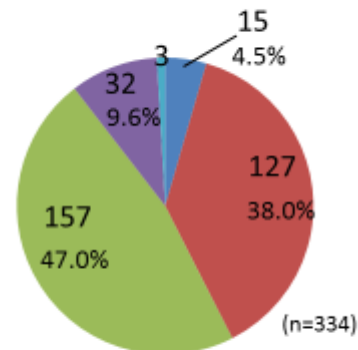


回答者のうつへの理解の程度



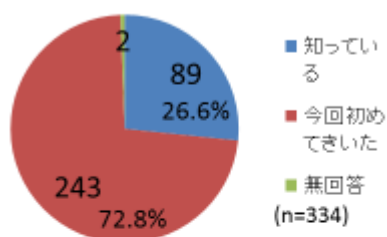
- 十分理解している
- ある程度理解している
- あまり理解していない
- ほとんど理解していない
- 無回答

職員のうつへの理解の程度

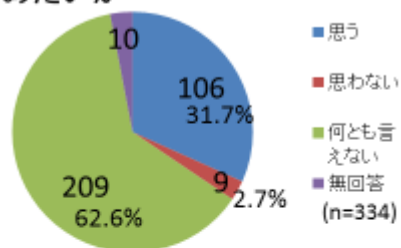


- 大多数の職員は理解している
- 半数程度の職員は理解している
- 少数の職員しか理解できていない
- ほとんどの職員は理解できていない
- 無回答

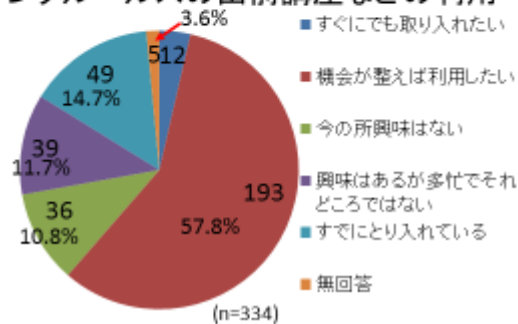
“リワーク”という言葉について



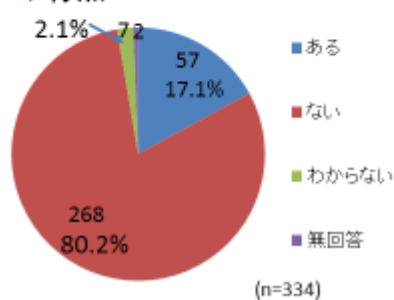
“リワーク”をうつ病休職者に勧めたいか



メンタルヘルスの出前講座などの利用



職場独自の復帰プログラムの有無



リワークにおけるフォローアッププログラムの必要性について —アンケート調査からその意義を考える—

杉井智子

医療法人社団 有朋会 栗田病院

【目的】

近年、メンタルヘルスへの注目は高くなり、一部企業を除き、ストレスチェックの実施が義務化された。そのような中、リワークプログラムは3次予防として位置づけることが出来、その重要性を示すかのように利用者は増え続けている。

当院では、2007年より、うつ病による求職者のためのリワークデイケア(リワーク)を運営してきた。うつ病の再発率は高いとよく聞くが、利用者の中には2度・3度通所するものもあり、その難治性を実感する。利用者自身も、復職前の段階において復職後の再発を懸念しており、復職後のサポートを望む者も少なくない。そこで、本研究では、当院リワーク終了者を対象にアンケート調査を行い、休職期間のみならず、復職後も支援する仕組みを構築する意義を検討する。

【方法】

対象者：2015年11月（調査開始時期）より遡り、約2年半の間にリワークデイケアに通所し、終了したメンバー45名

調査方法：無記名によるアンケート調査

調査内容：質問内容を①『フォローアッププログラム（以下、FP）の必要性について』
②『現在の状況』の2項目に大別。それぞれの項目に2～4個の下位質問を設定。

【結果】

調査対象者45名中、返送者は23名（アンケート回収率51%）。返送者のうち、FPの「必要あり」と回答した者は17名、「必要なし」と回答した者は5名、「今は必要ないが今後必要」と回答したものが1名いた。また、FPの「必要あり」と回答した者について、復職経過期間別に詳細を見ていくと、いずれの経過期間においても支援を希望しており、特に復職後2年以上を経過した場合において、支援の希望が多い傾向にあった。

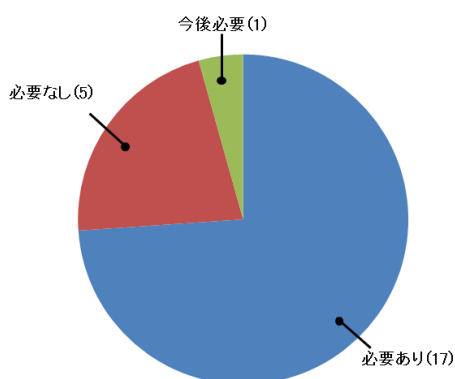


Figure1 FPの必要性について

Table 1 復職経過期間とFP希望の関係性

	3ヶ月未満	3ヶ月以上～ 6ヶ月未満	6ヶ月以上～ 1年未満	1年以上～ 2年未満	2年以上
必要あり(17)	2	3	3	3	6
必要なし(5)	1	1	—	3	—
今後必要(1)	—	—	—	—	1

【結論】

本調査の結果、多くのリワーク終了者、特に、復職後2年以上経過した場合でより多くの者が支援の必要性を感じていることが明らかとなった。この結果には、一定期間、症状の再燃なく過ごすことで、職場からのフォローやサポートが減少する可能性が高くなることも関係しているだろう。復帰後問題なく経過しているという現実がある一方で、個人内においては支援要請の気持ちが強まっている、こうした“現実”と“個人内”のギャップを埋めることは再休職予防の上では必須であり、今後メンタル不調者に対し、長期にわたる継続的な支援が本研究より示唆されたと言えるだろう。

【今後の課題】

今回の調査は無記名による実施であり、返送者と非返送者間の関係性までは言及できていない。また、精神科疾患という個別性の高い状況下においては、対象の特性と置かれた環境との関連性をよく吟味する必要がある。更に、調査対象者を、調査期間より遡って2年半と区切ったことで、対象者を十分に確保することができず、数値の信頼性に欠ける結果となり、より一般化した結論を導き出すことが難しくなってしまった。これらを踏まえ、今後は調査対象期間を拡大すると共に、質問項目数を増やすなどのより詳細な調査が必要であると考えられる。

各レベルの滞在日数の違いにおけるメンバーの類型とその特徴

○田中伸明¹⁾・森脇正詞¹⁾・大嶋淑子¹⁾・玉腰聡樹¹⁾・赤木祐太郎¹⁾・佐藤奈美¹⁾・蔦嶋枝里子²⁾・松平有加²⁾・代田渉²⁾・都築祐子¹⁾・藤田潔²⁾

1) 医療法人静心会 藤田メンタルケアサテライト徳重北リワークセンター

2) 医療法人静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター

【目的】

当リワークセンターは、レベル 1 からレベル 3 に向かって段階的にステップアップしながら卒業に至る仕組みを採用している。レベル 1 は生活リズムの回復、レベル 2 は休職に至る経過の振り返り、レベル 3 は再発予防という課題に取り組み、復職準備を進めていく。

本研究は、まず各レベルの滞在日数の違いにより、メンバーがどのような類型に分類できるかを探索的に検討する。その後、各類型に属するメンバーの特徴を明らかにする。これらの検討から、当リワークの利用実態やその効果について示唆を得ることを目的とする。

【方法】

本研究は医療法人静心会桶狭間病院における、藤田こころケアセンター臨床研究倫理委員会の承認を得ている。

対象者：研究参加に同意し、2014/12/1～2015/12/31 に通所を開始して終了したメンバーが 28 名であった。そのうち、通所初日で中断した 1 名を除く 27 名を、最終的な対象者とした。

各レベルの滞在日数の類型：各メンバーのレベル 1～3 の滞在日数を求め、クラスター分析（平均ユークリッド距離を用いた Ward 法）を実施した。

類型ごとのメンバーの特徴：各類型に属するメンバーの、

(A) デモグラフィック（年齢、性別、最終学歴等）と、リワーク開始までの就労状

況（転職経験、休職状況等）

(B) 病状（診断名、精神症状や社会機能等）

(C) リワークの効果（精神症状、社会機能、標準化リワークプログラム評価シートの点数の変化、卒業後の転帰など）

を類型ごとに求めた。その後、類型ごとの違いを明らかにするために、(A)、(B)ではクラスカル・ウォリス検定を、(C)ではウィルコクソンの符号順位検定を行った。

【結果】

各レベルの滞在日数の類型：解釈可能性の観点から 3 クラスター解が採用された。

各クラスターは早期卒業型（平均滞在日数 46.8 日）、標準型（平均滞在日数 147.3 日）、長期利用型（平均滞在日数 216.0 日）と解釈された。

類型ごとのメンバーの特徴：

(A) デモグラフィックとリワーク開始までの就労状況については、すべての指標について類型ごとに有意差はみられなかった。

(B) リワーク開始時の病状に関する特徴についても、すべての指標について類型ごとに有意差は見られなかった。

(C) リワークの効果に関する特徴については、リワーク全体（3 類型合算）では、BDI-II、SASS、標準化リワークプログラム評価シート、BSCP（Brief Scales for Coping Profile）の下位尺度である「発想の転換」において、それぞれリワーク開始時と卒業時の間で有意な改善を示していた。次に、類型ごとに分析した結果、標準型では BDI-II、SASS、BSCP の下位尺度である「発想の転換」において、早期卒業型では SASS おいてのみ、それぞれリワーク開始時と卒業時の間で有意な改善を示していた。長期利用型では有意な改善を示した指標はなかった。

【考察】

各レベルの滞在日数の類型：リワークの滞在日数に着目した場合、どのような類型がみられるのか統計的に検討した研究は少ない。本研究はクラスター分析によって探索的に検討した結果、スタッフが目安としている期間に近い標準型、それよ

りも早く卒業する早期卒業型、それよりも遅く卒業する長期滞在型の3類型が示された。

類型ごとのメンバーの特徴：(A)・(B)より、リワーク開始時のメンバーの特徴と滞在日数の3類型との関連性は、Nの少なさも十分に検討できなかった。(C)より、リワーク全体(3類型の合算)では、抑うつ改善、社会機能の回復、復職準備性の向上に一定の効果がみられた。ただし、ストレスへのコーピング特性は、部分的な改善しか認められなかった。このことから、効果の出やすい指標と出にくい指標に分かれる可能性が示唆された。各レベルの滞在日数の類型とリワークの効果との関係は、標準型が最も効果が高く、それよりも短い早期卒業型と、長い長期利用型では、十分な効果が得られなかった。本研究の結果から、他のリワーク施設でも標準型と同じ147.3日という滞在日数が最も効果が高いと容易に一般化するのは避けるべきであるが、少なくとも、リワークの滞在日数が長くても、短くても効果につながりにくいこと、スタッフが計画した滞在期間にマッチしたメンバーほど効果が得られやすい可能性があると考えられる。

結果① 各レベルの滞在日数の類型

- 解釈可能性の観点から3クラスター解を採用した(図6)。
- 各クラスターの特徴を明らかにするために、レベル1~3の滞在日数を各クラスターごとに比較した。比較にはクラスカル・ウォリス検定を行い、有意差が認められた場合はボンフェローニ法により有意水準を $\alpha = .05 / 3$ として、マン・ホイットニーのU検定を用いて多重比較を行った。結果を図1~4に示す。その結果、各クラスターは**早期卒業型、標準型、長期利用型**と解釈された。

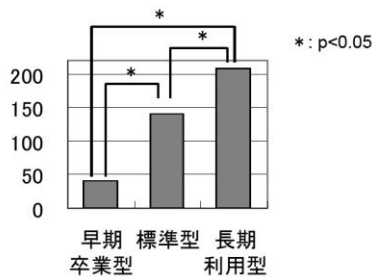


図1 全期間の平均滞在日数の比較

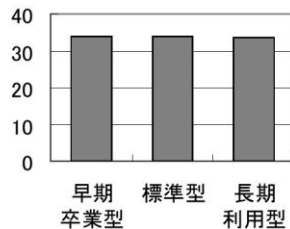


図2 レベル1の平均滞在日数の比較

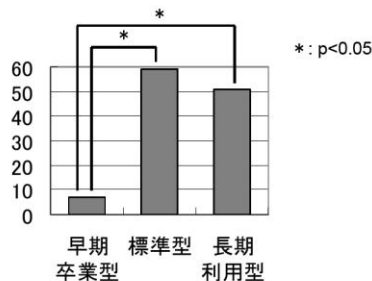


図3 レベル2の平均滞在日数の比較

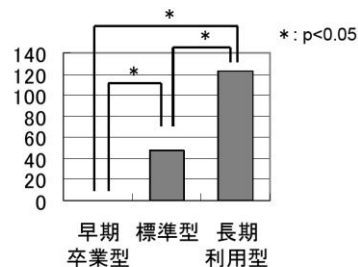


図4 レベル3の平均滞在日数の比較

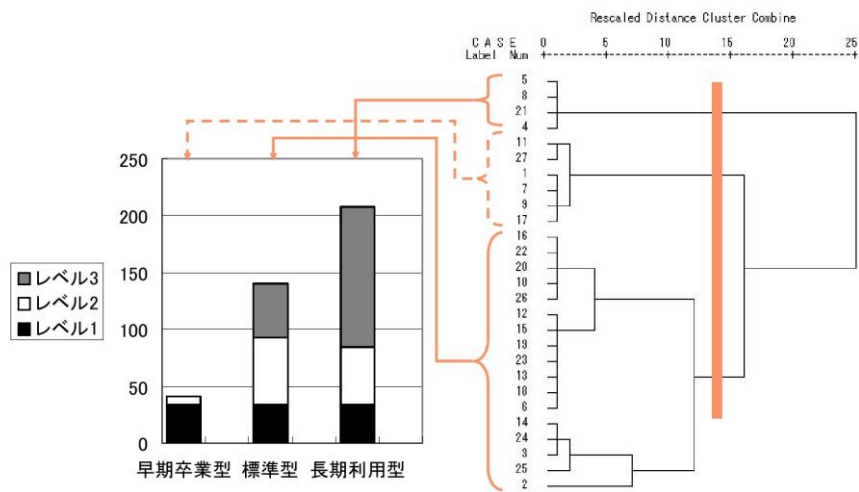


図5 類型ごとの各レベルにおける滞在日数の特徴

図6 クラスター分析（平均ユークリッド距離を用いたWard法）によって得られたデンドログラム

表2 類型ごとの各レベルにおける平均滞在日数の特徴

	早期卒業型 (N=6)		標準型 (N=17)		長期利用型 (N=4)		全体平均 (N=27)	
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
レベル1	32.0	11.7	37.5	19.2	33.5	1.3	35.7	16.1
レベル2	14.8	18.7	66.4	27.4	52.8	4.2	52.9	31.4
レベル3	0.0	0.0	43.4	30.2	129.8	20.8	46.6	46.7
全期間	46.8		147.3		216.0			

結果② 類型ごとのメンバーの特徴

A) デモグラフィックとリワーク開始までの就労状況

- 性別、最終学歴、転職経験、リワーク開始時の状況として休職中・離職中について、類型ごとに集計した(表3)。その結果、Nの少なさから統計的手法による検討が実施できなかった。
- 年齢、転職回数、休職回数、リワーク開始までの休職日数について、類型ごとの特徴を明らかにするために、クラスカル・ウォリス検定を行った。その結果、類型ごとの有意差はみられなかった。結果を表4に示す。

表3 デモグラフィックとリワーク開始までの就労状況に関する類型ごとの集計結果

		早期卒業型		標準型		長期利用型	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
性別	男性	3	(50.0%)	14	(82.4%)	4	(100.0%)
	女性	3	(50.0%)	3	(17.6%)	0	(0.0%)
最終学歴	高校	1	(16.7%)	4	(23.5%)	0	(0.0%)
	専門学校	0	(0.0%)	1	(5.9%)	1	(25.0%)
	大学	4	(66.7%)	11	(64.7%)	2	(50.0%)
	大学院	1	(16.7%)	1	(5.9%)	1	(25.0%)
転職経験	あり	2	(33.30%)	3	(17.60%)	2	(50.00%)
	なし	4	(66.7%)	14	(82.4%)	2	(50.0%)
リワーク開始時の状況	休職中	5	(83.3%)	14	(82.4%)	2	(50.0%)
	離職中	1	(16.7%)	3	(17.6%)	2	(50.0%)

表4 デモグラフィックとリワーク開始までの就労状況に関する類型ごとの比較

	早期卒業型			標準型			長期利用型			クラスカル・ウォリス検定の結果
	N	M	S.D.	N	M	S.D.	N	M	S.D.	
年齢(歳)	6	34.2	7.2	17	36.6	9.3	4	37.0	9.6	<i>n.s.</i>
転職経験者の 転職回数(回)	2	3.0	1.1	3	2.0	1.7	2	305.0	3.5	<i>n.s.</i>
リワーク開始時、休職中 の者の休職回数(回)	5	1.4	0.5	14	1.9	1.3	2	7.0	8.5	<i>n.s.</i>
リワーク開始時、休職中 の者の休職日数(日)	5	177.8	141.2	14	435.0	759.6	2	747.5	949.6	<i>n.s.</i>

B)リワーク開始時の病状に関する特徴

- メンバーの診断名について、類型ごとに集計した(表5)。その結果、Nの少なさから統計的手法による検討が実施できなかった。
- リワーク開始時のBDI-II、SASS(Social Adaptation Self-evaluation Scale)、自閉症スペクトラム指数について、類型ごとの特徴を明らかにするために、クラスカル・ウォリス検定を行った。その際、データに欠損値がある場合は分析から除外した。結果、類型ごとの有意差はみられなかった。結果を表6に示す。
- 自閉症スペクトラム指数において若林(2004)で示されたカットオフ値33点以上だった者は、各類型に1名ずついた。

表5 診断名についての類型ごとの集計結果

診断名	標準型		早期卒業型		長期利用型		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大うつ病性障害	8	(47.1%)	3	(50.0%)	1	(25.0%)	12	(44.4%)
双極性障害	6	(35.3%)	1	(16.7%)	3	(75.0%)	10	(37.0%)
うつ状態	0	(0.0%)	1	(16.7%)	0	(0.0%)	1	(3.7%)
適応障害	2	(11.8%)	1	(16.7%)	0	(0.0%)	3	(11.1%)
パニック障害	1	(5.9%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(3.7%)

表6 病状に関する類型ごとの比較

リワーク開始時	早期卒業型			標準型			長期利用型			クラスカル・ウォリス検定の結果	
	N	M	S.D.	N	M	S.D.	N	M	S.D.		
BDI-II	6	22.5	10.0	17	22.5	11.9	4	18.5	10.3	<i>n.s.</i>	
SASS	6	27.8	7.9	15	29.7	6.1	4	28.3	5.9	<i>n.s.</i>	
自閉症スペクトラム指数(AQ)	下位尺度										
	社会的スキル	6	5.2	9.2	17	6.1	6.9	4	5.3	8.3	<i>n.s.</i>
	注意の切替え	6	5.3	2.8	17	5.3	2.7	4	6.0	2.9	<i>n.s.</i>
	細部への注意	6	3.3	2.9	17	4.2	1.9	4	4.5	1.6	<i>n.s.</i>
	コミュニケーション	6	4.2	2.0	17	3.8	1.9	4	4.5	1.3	<i>n.s.</i>
	想像力	6	2.8	2.4	17	4.1	2.4	4	5.8	3.0	<i>n.s.</i>
	全体尺度得点	6	20.8	9.2	17	23.5	6.9	4	26.0	8.3	<i>n.s.</i>

C)リワークの効果に関する特徴

- BDI- II、SASS、標準化リワークプログラム評価シート、BSCP (Brief Scales for Coping Profile) について、リワーク全体の効果を検討するために、ウィルコクソンの符号順位検定を行った。その際、欠損値は除外して分析した。結果を表7に示す。

表7 リワーク全体(3類型合算)における効果

下位 尺度		全体			検定 結果	
		N	M	S.D.		
BDI- II	開始時	27	21.9	11.0	*	
	卒業時	23	8.4	7.2		
SASS	開始時	25	29.0	7.1	*	
	卒業時	22	36.4	7.5		
標準化リワークプログラム評価シート	開始時	24	42.7	4.4	*	
	卒業時	23	46.2	3.8		
BSCP	発想の 転換	開始時	27	8.6	2.3	*
		卒業時	23	10.7	3.4	
	気分 転換	開始時	27	10.1	3.7	
		卒業時	23	11.6	3.3	
	情動 発散	開始時	27	7.2	3.3	
		卒業時	23	7.2	2.8	
	逃避と 抑制	開始時	27	10.3	3.8	
		卒業時	23	9.8	2.5	
	解決の 相談 問題 解決	開始時	27	11.5	4.1	
		卒業時	23	13.2	3.4	
		開始時	27	13.4	3.2	
		卒業時	23	15.0	2.1	

* : p<0.05

- 次に、類型ごとの特徴を検討するために、類型ごとにウィルコクソンの符号順位検定を行った。その際、欠損値は除外して分析した。結果を表8に示す。

表8 リワークの効果に関する類型ごとの比較

下位 尺度		早期卒業型			検定 結果	標準型			検定 結果	長期利用型			検定 結果	
		N	M	S.D.		N	M	S.D.		N	M	S.D.		
BDI- II	開始時	6	22.5	10.0		17	22.5	11.9	*	4	18.5	10.3		
	卒業時	5	10.8	6.3		14	6.7	5.4		4	11.5	13.0		
SASS	開始時	6	27.8	8.6	*	15	29.7	7.3	*	4	28.3	5.4		
	卒業時	5	34.4	8.3		13	37.6	6.6		4	34.8	10.8		
標準化リワークプログラム評価シート	開始時	3	41.3	6.4		17	43.0	3.9		4	42.5	6.0		
	卒業時	5	44.4	3.6		14	46.0	3.9		4	49.0	3.2		
BSCP	発想の 転換	開始時	6	8.0	1.8		17	9.0	2.3	*	4	7.5	3.1	
		卒業時	5	10.0	2.3		14	10.9	3.5		4	10.8	4.9	
	気分 転換	開始時	6	9.8	3.7		17	10.5	4.1		4	8.8	2.4	
		卒業時	5	9.0	3.0		14	13.0	3.1		4	10.0	1.4	
	情動 発散	開始時	6	7.0	3.3		17	6.9	3.3		4	8.5	4.0	
		卒業時	5	6.8	3.4		14	7.1	2.6		4	8.3	3.3	
	逃避と 抑制	開始時	6	8.3	2.3		17	11.1	3.8		4	9.8	5.3	
		卒業時	5	10.6	3.0		14	10.4	2.0		4	6.8	1.0	
	解決の 相談 問題 解決	開始時	6	10.0	4.4		17	11.9	4.3		4	12.0	2.9	
		卒業時	5	10.4	4.5		14	13.4	2.6		4	16.0	2.2	
		開始時	6	12.7	3.8		17	13.6	3.0		4	13.8	3.7	
		卒業時	5	13.6	3.2		14	15.4	1.5		4	15.5	1.7	

* : p<0.05

振り返りレポートを用いた休職要因の分析 ～休職者自身の声からリワーク施設の役割を考える～

服部 彩花、渋谷 沙由理、伊藤 純、古屋敷 恒平、伊東 武志、門矢
規久子、影山 航

医療法人碧江会 影山メンタルクリニック 千里リワークセンター

目的

当施設では、休職者が自身の課題や休職に至った経緯、環境等を把握することを目的に、休職者による「振り返りレポート」の作成をリワークプログラムにおける必須の課題としている。本研究では、この「振り返りレポート」に基づき、休職に至る要因としてどのような問題が存在するのかを分析し、あわせてリワーク施設の役割についても検討した。

対象

当施設のリワークプログラムを経て復職した休職者のうち、調査協力への承諾が得られた 8 名（男性 6 名、女性 2 名、平均年齢 37.9±5.6 歳）の振り返りレポートを分析の対象とした。

方法

振り返りレポートの本文から休職に関連すると考えられる要因を抽出し、対象者間の比較によってそれぞれの要因の内容の共通性を確認した上、カテゴリー化して分類した。コード名は、本人が振り返りレポートに記載した表現を尊重した。また、研究者間でカテゴリー分類の一致を確認し、客観性の確保に努めた。

結果

①身体的問題

サブカテゴリー	コード
全身の不調	体力低下
	疲労困憊になる
	慢性的な痛み
	慢性的な倦怠感
	力が入らない
局所的な不調	頭痛
	胸痛

	腹痛
	血便
	下痢
	胃炎
	発汗
	嘔気・嘔吐
	食欲不振
	足の震え
	肩凝り
	皮膚症状

②精神的問題

サブカテゴリー	コード
精神的不調	思考力の低下
	集中力の低下
	落涙
	苛立ち
	落ち着きがなくなる
	不快な経験を思い出す
	喪失感
	喜怒哀楽の消失
	精神的な疲労
	無力感
	落ち込みが続く
	楽しかったことが楽しめなくなる
	意欲の減退
	希死念慮
問題行動	自殺の準備を行う
	自傷行為
	自己判断による服薬の中断
	後先を考えない自暴自棄な行動
	過食

①身体的問題・②精神的問題…心身に多彩な自覚症状が認められ、「希死念慮」「自傷行為」など重篤なものもみられた。

③生活上の問題

サブカテゴリー	コード
余暇の過ごし方	リフレッシュができない
	公私の切り替えができない
	ストレス発散ができない
	外出ができない
生活リズムの乱れ	不眠
	睡眠不足
	朝 起きにくい
家庭環境の変化	家族の看護
	結婚

	ペットの死
--	-------

④業務の問題

サブカテゴリー	コード
量的負担	過剰な業務量
	時間外労働
	業務量の増加
質的負担	ハイリスクな業務内容
	苦手意識のある業務
	過密な納期スケジュール
	職場と取引先との板ばさみ
通常業務以外の負担	通勤の負担
	昇級試験の負荷
	不祥事の後始末に追われる

③生活上の問題…生活を送る上で「外出ができない」、「睡眠不足」になるといった個人の問題に加え、「家族の看護」など外的な問題がみられた。

④業務上の問題…業務時間・量の多さだけでなく、本人にとって負荷のかかる業務内容や、イレギュラーな出来事、日頃の通勤も負荷になることが挙げられた。

⑤職場環境の問題

サブカテゴリー	コード
職場の雰囲気	無秩序な雰囲気
	排他的な雰囲気
	張り詰めた雰囲気
	雰囲気の悪化
	女性ばかりの職場
	清潔感の無い職場
組織体制	連携不足
	人員不足
	職員の育成不足
	適切な相談先が分からない
環境の変化	自身の人事異動
	キーパーソン（上司、部下など）の人事異動
職場の人間関係	気軽に話せる相手がいない
	職員同士の関係の悪さ

	希薄な人間関係
	同期とのコミュニケーション不足
職場内の特定人物との人間関係	突き放した態度を取られる
	追い込むような言葉を掛けられる
	高圧的な態度を取られる
	失礼な態度を取られる
	同僚から愚痴を聞かされる
	後輩の急成長への焦り
	上司からのプレッシャー
	上司と性格的に合わない
	やる気の無い同僚への苛立ち
	喧嘩の仲裁役
	板ばさみになる
	自己主張ができない関係性
ハラスメント	セクシャルハラスメント
	不名誉な噂の流布
	極端に低い人事評価をつけられる
組織・他者への不信感	職場で人間不信になる
	会社・職場へ不信感を持つ

⑥本人の問題

サブカテゴリー	コード
職務遂行能力の問題	知識・能力・経験の不足
	業務を抱え込む
	積極的・主体的に取り組めない
人との関わり方	対人交流への苦手意識
	協力を求められない
	相談できない
	相手の立場に立って考えられない
	人に迷惑をかけることへの強い不安
	苦手な相手を回避する
	特定の人から否定され、責められていると思いつむ
	相手の顔色を窺う
性格傾向	生真面目
	融通がきかない
	自責的
	心配性
	人見知り
	内向的

	自信が持てない
考え方のくせ	悪い予測がエスカレートする
	完璧主義
	不安の先読み
	低い自己肯定感
	「～すべき」という思考
	レッテル貼り
	自己関連付け
	過度な責任感
	過度の一般化
	迷惑をかけたと感じたことに対する過度な罪悪感
感情が引き起こす問題	業務・関係他者に対する恐怖感
	感情が顔や態度に出やすい
	感情を溜め込みやすい
	コントロールできない情動的な行為
適切でない働き方	健康状態を省みない出勤
	体調が悪化していくなかでの残業
	勤怠の乱れ
	現実的でない無理な復職

⑤職場環境の問題…「職場の雰囲気」などの感覚的な負荷から、直接的な他者との関わりによる負荷まで含まれた。また、「組織体制」や「ハラスメント」といった、職場側の抱える問題に関する訴えもみられた。

⑥本人の問題…本人の「考え方のくせ」や「性格傾向」といった内面的な問題と、「人との関わり方」や「適切でない働き方」など表面化した問題の両面がみられた。

結論

休職要因として、【身体的問題】【精神的問題】【生活上の問題】【業務の問題】【職場環境の問題】【本人の問題】の6つのカテゴリーが抽出された。

これらの要因は単独で作用し休職の引き金となるというよりも、相互に影響しあっているものと考えられる。そのため、リワークプログラムにおいても、本人に焦点を当てた関わりだけではなく、会社に対してもアプローチを行うなど、より複合的・多角的な取り組みが重要だといえる。

考察

休職に至る経緯の背景には、複数の要因が関係していることが示唆された。これらは連続性を持ち、相互に影響を与えていたと考えられる。心身にも様々なサインが出ており、多くはそれに気がついていたことを振り返っている。しかし、「過度の責任感」

などから「無理な出勤」をしたり、「休日に休めない」ことが重なったりと、適切な対処が取れていなかったことが病状の悪化に繋がった可能性が考えられる。

他者へ迷惑を掛けること、頼ること、相談・協力を求めることなどに対する抵抗感が強くみられ、悩みや感情を溜め込みやすい考え方の癖・性格傾向が共通してみられた。

溜め込んだ感情を適切に表出できず、自身や他者を危険にさらすような行動に発展し、それが本人に更なる負荷を与えることに繋がったと考えられる。

本人の要因だけではなく、業務や職場環境の要因も影響していた。本人にとって「雰囲気良くない」と感じられる職場の様子も、休職に至る要因の1つとして受け止められていた。

また、職場全体での人間関係の問題が挙げられる一方、特定人物との関係における問題も影響していた。「どんな相手と、どのような状況でうまくいかなかったか」という点を丁寧に見ていくことが、リワークでの取り組みには重要だと考えられる。

過去に重篤な症状が出ていても、適切な治療とリワークプログラムを経て復職できていることは、リワークプログラムの有用性を示す結果の1つになるのではないだろうか。

休職には複数の要因が関係していることから、個人に対してのアプローチのみではなく、会社等組織に対して働きかけることも、リワークの役割として大切であると考えられる。

医療リワークと就労支援施設との共存～多様性の観点から～

医療法人内海慈仁会 内海メンタルクリニック

リワーク・デイケア

小谷友里 石川久美 塚本久美子 中澤千恵 井上和臣

目的

医療機関や公的機関、福祉系機関など、近年リワーク・プログラムを実施する施設が多様化している。利用者の中には失職者や無就労者などリワーク・デイケアの利用対象から外れるような場合も少なからず見られ、医療リワークの利用者も多様化している。「医療リワーク」として、復職先がない利用者に対する支援のあり方を検討することは当院の課題の一つと考えられる。

方法

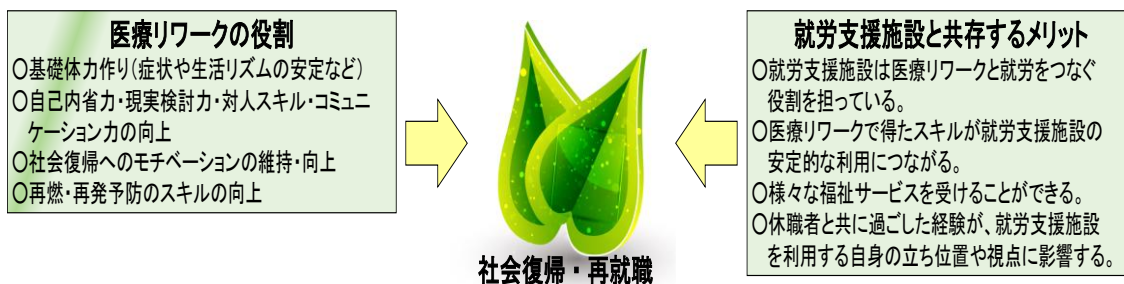
当院の利用者(2012年～2015年)のうち、当院利用後に就労支援施設へ移行した3事例を振り返り、医療リワークとしての役割や他施設との共存について検討した。

考察

事例を検討した結果、医療リワークが果たすべき重要な役割には、①社会復帰するための基礎体力作り（症状の安定、生活リズムの安定、参加を継続するための精神的・身体的な体力作り）、②集団精神療法による自己内省力・現実検討力・対人スキル・コミュニケーション力の向上、などが考えられた。さらに、失職者や無就労者が医療リワークを利用するメリットとして、休職者と一緒にプログラムに参加することで、職場復帰がイメージしやすく、就労へのモチベーションを維持・向上させやすい、などが考えられた。医療リワークを経ることで上にあげたような力が身についた利用者は、就労支援施設に移った後も安定した状態で利用を継続することができるのではないかと思われた。安定的に就労支援を受けることによって、就労に必要かつより具体的なスキルを身につけたり、自身の現実に即した職業選択が可能になると考えられた。このように、医療リワークと就労支援施設が「共存」し、互いの役割を發揮することで利用者の社会復帰を促進できると考えた。

まとめ

医療リワークは他機関と「競合」するという視点から「共存」「協働」という視点へシフトしそれぞれの長所を生かして利用者を社会復帰につなげていく必要があると考えられた。



就労移行支援事業所と協働して行った再就労支援の報告 ～協働支援の際に求められているリワークの役割について～

医療法人 浜江堂 油山病院

奥田 一平

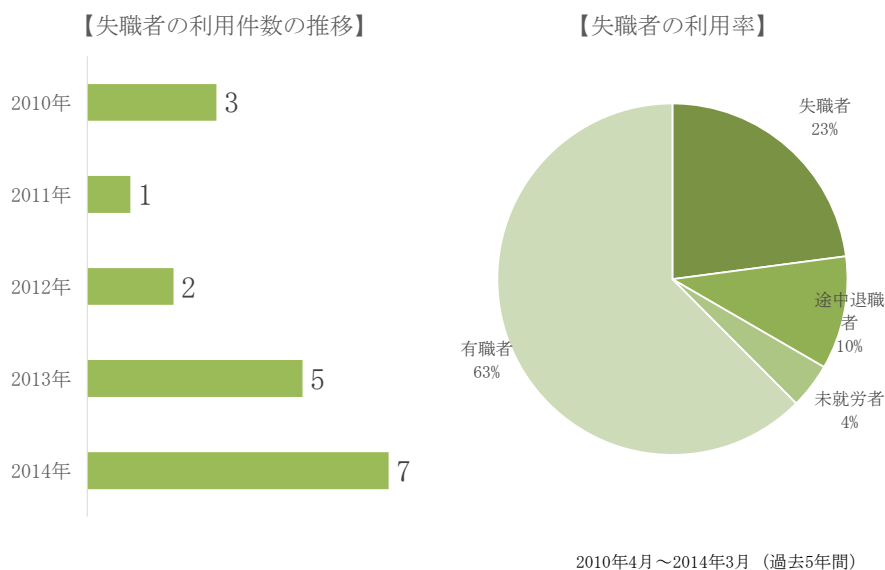
I はじめに

油山病院リワークプログラム（以下：リワーク）は2010年4月に開設し、今年で7年目を迎えた。「気分障害圏の休職者」を対象に復職支援プログラムを展開してきたが、近年、休職期間満了などの理由により失業した方（以下：失職者）の利用件数が増えている（図1）。

失職者の再就労支援については、復職者と同じプログラムに導入し、個別プログラムの時間を使って就職活動（以下：就活）の準備を整えてきたが、（図2）のような課題に直面するなど、その難しさを感じている。

そこで、失職者の再就労支援を強化すべく、当院の支援方針に賛同していただける就労移行支援事業所（以下：事業所）と連携し、協働支援という形での再就労支援を開始した。今発表では、一症例の振り返りを行い、協働支援を行う意義と、その際に求められるリワークの専門性について考察したいと思う。

（図1）当院リワークにおける失職者の利用状



(図 2) 当院のリワークプログラムと再就労支援の課

当院のプログラム *白枠は気分障がいデイケアと合同プログラム

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
AM 10:00 ~ 12:00	クラフト	個人ワーク	運動療法	集団ワーク	自主学習
PM 13:30 ~ 15:30	リラクセーション or フットサル	心理教育	コミュニケーション トレーニング	認知行動療法	音楽活動 or スポーツ

課 題

当院の再就労支援における課題

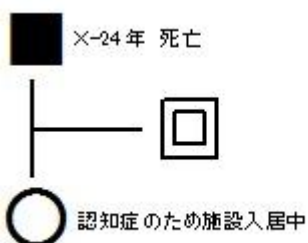
- 置かれている状況（無職という社会的立場、経済的不安）に加え、度重なる就職活動の失敗により傷つき、調子を崩すメンバーが散見された。
- 再就職を焦り、就活の範囲を拡げた結果、苦手な業務、厳しい労働条件で働くこととなり、就労が長続きしないメンバーが散見された。

II 倫理的配慮

今発表については、事例提供者に発表の目的や個人情報保護について、書面と口頭で説明を行い、同意を得た。

III 事例紹介

A氏 50代 男性 反復性うつ病性障害



【現病歴】

X-9年、部長に昇進。業務量増に加え、業績不振の責任を感じて、抑うつ症状が出現、同年6月に精神科初診。以後、4度の休職、入退院を繰り返した結果、X-1年7月に退職。同年9月よりリワークに参加した。

【薬物療法】

デュロキセチン塩酸塩 30mg 2cap	1日 1回(朝)
フルボキサミンマレイン酸塩錠 50mg 2錠	1日 2回(朝・夕)
フルボキサミンマレイン酸塩錠 25mg 2錠	
オランザピン 2.5mg 1錠	1日 1回(就寝前)
プロマゼパム 2mg 1錠	
エスニピクロン 1mg 2錠	

IV 協働支援の内容 (図 3)

X年1月より、協働支援開始(リワーク:3日/w、事業所:2日/w)。リワークでは、日々の体調管理のサポートに加え、心理教育、CBT、SSTなどの治療プログラムを用いて再発予防スキルの獲得・向上を図った。事業所には、履歴書と職務経歴書の作成、面接練習、パソコンスキルの向上など、就活に関する支援を委託した。月に1度は支援会議を実施し、情報の共有、支援計画の見直しも図った。

V A氏の課題と協働支援の結果 (図 3)

①障がい受容

障がい受容が進むことで、再発防止についての意識に良い変化が生じた(以下②、③)。また、現実的な就活目標を設定できた(障がい者雇用)。

②生活習慣の改善

朝型の生活、運動の習慣化(ウォーキング:1万歩/日)、禁酒、自炊等の生活習慣が身についた。

③体調の自己管理

日々の体調チェックを習慣化し、不調のサインが現れた際は、本人なりの対策が取れるようになった。

④事務職のスキル向上

本人の希望する職種(事務職)に必要なパソコンスキル、ビジネスマナーを取得できた。

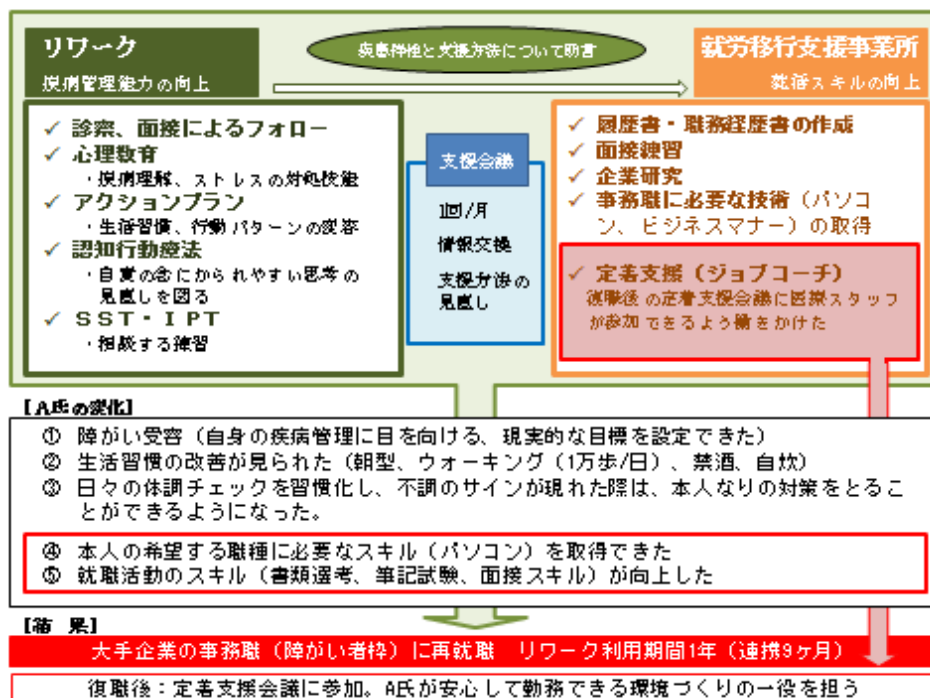
⑤就活スキルの向上

履歴書・職務経歴書の作成スキルと面接スキルの向上が認められた。
 など、医療リワークだけでは得ることが難しかった効果も得ることができた。

その結果、協働支援から9ヶ月後に本人が希望する大手企業の事務職(障がい者枠)に就職が決まった。

また、再就職後のフォローについても、事業所の協力により、企業側との定期的な支援会議の実施が可能となった。

(図3) 協働支援の内容と結果



VI 考察

1) 協働支援の意義について

失職者の再就労支援の場合、就労準備（体力向上、作業能力の回復）や再発予防を図る取り組みに加え、履歴書・職務経歴書の作成、面接試験の対応など、就活準備に特化した支援も必要である。前者については、その有効性（*1）が数多く報告されている医療リワークの取り組みで対応できるが、後者については、医療従事者の専門ではなく、それらの指導、助言を行うのには限界がある。そこで、企業連携や就活支援を専門とし、それらの支援体制が整っている事業所の協力を得ることで、医療リワークの弱点を補い、より効果的な再就労支援が提供できると考える。

2) 協働支援の際に求められる医療リワークの専門性について

失職者の場合、元々の精神症状の不安定さに加え、環境的にも劣等感や不安感、焦燥感を抱きやすい状況にあるため、医療スタッフによる体調管理のサポートは必要と考える。また、協働支援を行う相手が福祉機関である以上、事業所へのコンサルティング（疾患特性の説明、支援方法の助言）も重要な役割と考える。

VII 課題

- ①メンバーのニーズに応じた事業所を紹介できるよう、各事業所の特徴（支援方針、活動内容）を把握する。
- ②情報共有やコンサルティングの方法について整備を図る。（書式の作成等）

VIII まとめ

当院は区内で唯一の入院設備を持った精神科病院である。その機能特性上、慢性的な抑うつ症状に苦しむ長期休職者、失職者のリワーク利用率が高く、それらのニーズに応じた復職・再就労支援が求められている。今発表で報告した再就労支援の取り組みは、その選択肢の1つになり得るのではないかと考える。

IX 文献

- *1) リワークプログラム効果研究（大木・五十嵐・山内）. 臨床精神医学. 2012

復職希望者と再就職希望者の復職準備への取り組みの相違

ーリワークデイケア利用者へのフォーカスグループインタビュー法を用いた検証ー

佐賀 良太（医療法人五風会 福住メンタルクリニック デイケアクルール）

甲斐 沙羅（医療法人五風会 福住メンタルクリニック デイケアクルール）

尾形 多佳士（医療法人五風会 さっぽろ香雪病院）

はじめに

リワークデイケア「クルール」は、本来のリワーク（復職準備）の意味でもある利用者への「復職支援」を一義的な運営目的としながらも、「リラクセーション（ストレス緩和）」の機能をもう1本の基軸とするプログラムを行っており、「復職支援」のみならず「再就職支援」や「就労支援」にも力を入れることでリワークデイケアと精神科デイケアの折衷的ポジションを独自に築き上げている。この中で多種多様なニーズを抱える利用者の地域生活支援を可能にしているが、「復職希望者」と「再就職希望者」という2つの利用者の属性において、通所目的やプログラム参加のスタンスに相違があることがスタッフ間で感じられていた。

研究目的

本研究では、クルール利用者を対象にフォーカスグループインタビュー法を用いた調査研究を行い、「就労準備」に対する取り組み方やその認識（スタンス）を明らかにすることを目的とした。

研究方法

デイケアクルールにおいて就労を意識して通所している利用者を調査対象とし、フォーカスグループインタビュー法による質的記述的研究を行った。復職希望者の5人と再就職希望者の5人を2つのグループに分け、各グループ1回のインタビュー調査を実施した。1回あたりのインタビュー時間は1時間30分から2時間であり、インタビュアーの他にサブインタビュアー、観察者兼記録者を配置し、すべての会話はICレコーダーで録音し、インタビュー終了後に観察記録および逐語記録を作成した。

調査内容は、復職希望者・再就職希望者それぞれに対して感じている事、プログラム中に意識していること、通所してからの自分自身の変化や変化して得たもの、抱え

ている不安の4点とした。分析方法は、調査対象者のありのままの声を反映させるために、「記述分析法」と、「内容分析法」を採用した。インタビューにより得られた逐語記録から分析データを作成し、そのデータを調査内容の4つの観点からコード化し、それぞれの抽象度を高めて最終的にカテゴリーとしてまとめた。さらに、コードおよびカテゴリー間の関連をみて、「利用者の就労準備に対するスタンス」を明らかにした。

研究結果

調査対象者10名の属性は、復職希望者のグループの平均年齢38歳、男性5名、女性0名であった。再就職希望者のグループの平均年齢35歳、男性4名、女性1名であった。復職希望者のグループの逐語記録から、397個の「分析データ」が得られた後、88の「1次コード」、39の「2次コード」、12の「3次コード」、最後に「復職後の不安」、「再就職希望者へ求めるもの」、「復職へ重圧」、「主体的な参加姿勢」の4つの「カテゴリー」にまとめられた。再就職希望者のグループの逐語記録からは、541の「分析データ」、73の「1次コード」、39の「2次コード」、11の「3次コード」、最後に「他者比較による自己認識」、「承認欲求」、「漠然とした不安」、「回復の実感」の4つの「カテゴリー」にまとめられた。

考察

それぞれが語る言葉の内容や意味を分析すると、復職希望者は「復職へのモチベーション」が、再就職希望者は「他者から認められたい欲求」が各々のカテゴリー間の関連へ強烈な影響を与えており、これは、バーバルのみならず、特にノンバーバルなメッセージ（態度や表情、声色や身体の動きなど）から多く確認することができた。これにより、復職希望者は「復職」という明確な目標を、再就職希望者は「承認欲求」という無意識化での要求を軸に各カテゴリー間の関連をみることが可能であった。

復職希望者における「復職への重圧」は、「復職後の不安」、「主体的な参加姿勢」、「再就職希望者へ求めるもの」との顕著な関連を示しており、復職への重圧が良くも悪くも復職準備への取り組み方やその認識に大きな影響を与えていた。他方、再就職希望者における「承認欲求」は、「他者比較による自己認識」、「漠然とした不安」、「回復の実感」との強い関連を示しており、他者を意識しそれを比較して順位を決めつける傾向があることが示唆されている。



結論としては、復職希望者はどの項目に置いても「復職」という明確な目標が背景にあり、その達成のために主体性を持って治療に取り組んでいることが示された。一方、再就職希望者は「働くこと」よりも他者への依存や他者からの評価を強く意識しているという事が示された。どちらのグループも、最終的には「就労」という共通の目的を持っているはずであるものの、両者が現在進行形で経験しているプロセスには確かな相違があることが示唆されるものであった。

結論

- 復職希望者は、「復職」という明確な目標を背景に就労準備を行っている。復職に向けた不安軽減のために、再発予防や自己分析に主体的に取り組む意識を持っている。これには職場復帰への重圧も関連しており、主体的治療態度でリハビリに取り組んでいると考えられる。(図1,2を参照)
- 再就職希望者は、「承認欲求」が無意識下にあり、他者評価を強く意識している。病状の回復を実感する一方で、治療場面でのStや復職希望者への依存傾向は強く、受動的治療態度となりがち。また、社会的劣等感や将来的不安を持ちながら就労へのプロセスをたどっていると考えられる。(図3,4を参照)

↓

最終的には「就労」という共通の目的を持っているはずであるものの、両者が経験しているプロセスには相違があることが示唆された。

『リワークからすま』における実践報告（1） -プログラム内容や経過の振り返りと今後の課題-

重田 淳吾

杉本医院からすま錦メンタルクリニック リワークからすま

当院では、2011年10月にショートケアの枠組みで復職支援プログラム『リワークからすま』を開始した。プログラムの具体的な内容を報告するとともに、これまでの経過を振り返り今後の課題を検討する。

『リワークからすま』は、企業・団体に籍のある休職者で回復期にある方に対し、他の人たちとのかかわりや具体的な作業活動（日常生活関連活動、業務関連活動等）を通して、精神機能の向上、対人関係能力・作業能力の改善をはかり、円滑な職場復帰と職場への再適応、就労継続に結び付けていくことを目的としたプログラムである。他院を受診中であっても主治医を変更せずに利用することができる。参加中は担当スタッフから主治医宛に利用状況報告書を送り連携を図っている。また、必要に応じてご家族や企業担当者とも三者面談などにより連携を図ることができる。

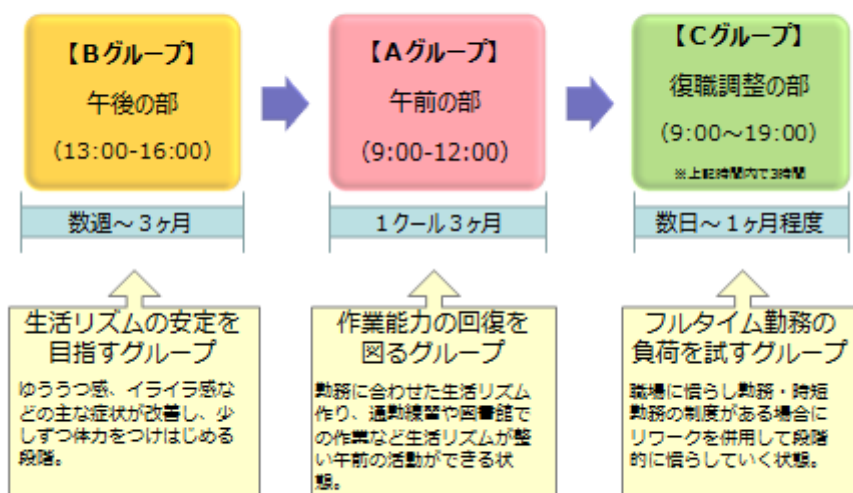
リワークからすま利用の流れ



プログラムは生活リズム等を整えて復職に向けたウォーミングアップを図る午後

のグループと、復職へ向けて積極的に負荷を高めてゆく午前のグループの2グループ構成で実施され、回復のレベルに応じていずれかのグループに参加できる。また、慣らし・時短勤務と併用しながら復職調整を進めるために利用することも可能としている。

リワーク参加者のグループ分け



プログラムでは機能回復と再発予防、再適応促進、職場への橋渡し等を目的とした各種カリキュラムを実施しており、17のグループカリキュラム（生活習慣チェック、アサーショントレーニング、キャリアセミナー、認知行動療法、ボディワーク、テーマワーク、リラクセーション、グループミーティング、ティータイム、コラージュ、ストレスマネジメント、怒りの対処法、不安との付き合い方、行動活性化、エゴグラムによる自己理解、マインドフルネス：2016年2月現在）と2つの個別カリキュラム（ワークエクササイズ、個別相談）、不定期に開催されるイベント（季節毎のイベントや修了者座談会等）で構成されている。カリキュラムの講師は『リワークからすま』のスタッフと大学教員とが担当し、事業場や主治医との連携も行っている。

プログラムの概要

<精神科ショートケアを利用した1日3時間のプログラム>

	月	火	水	木	金	土
【A】 9:00 ~ 12:00	生活習慣 チェック	アド・ハ・スト・ アサーション	認知行動療法 アサーション キャリアセミナー (月替りで開催)	ホ・テ・イ・ワ・ク ヘルスアップセミナー	テ・マ・ワ・ク リラクゼーション	グ・ル・プ ミーティング
【B】 13:00 ~ 16:00	生活習慣 チェック	コ・ラ・ジ・1	水曜セミナー	ヘルスアップセミナー ティータイム	リラクゼーション	-

**グループ
カリキュラム**

集団の中での気づき
知識の獲得

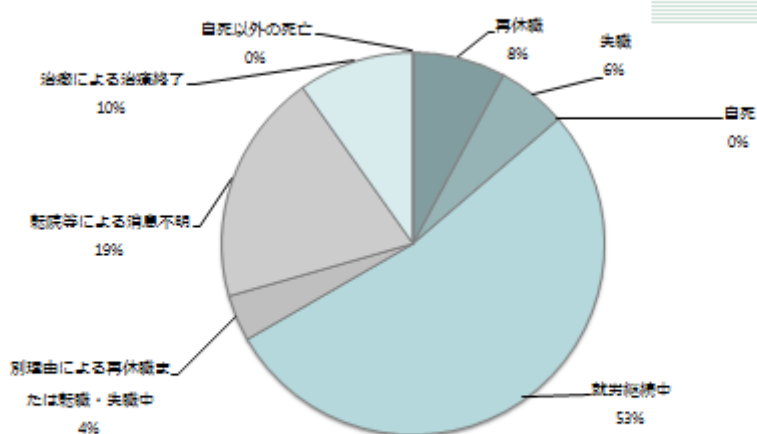
**個別
カリキュラム**

集中力、作業能力の
回復、個別のフォロー

※試し出勤, リハビリ出勤にも対応

開始以来、2016年2月15日までにのべ409名(2月15日時点で参加中の53名含む)が利用し319名が復職している。うつ病リワーク研究会2015年度研究に提供した際の弊院データ(2007年1月~2014年12月における弊院患者様でリワークからすまを利用された方)の復職後の転機は以下の図のとおりである。

復職後の転機 (リワークからすまを利用した弊院患者)



2007年1月~14年12月における対象者数51名
 休職していた期間 (294.4日±185.2, 中央値244)
 リワーク終了時の参加日数 (169.7日±140.7, 中央値127)
(うつ病リワーク研究会2015年度研究に提供した際の弊院データ)

リワークからすまの特徴として、精神科ショートケアの枠組みの中で比較的柔軟な利用が可能な点が上げられる。試し出勤と併用し、午前中は職場にて勤務を行った後午後はリワークに参加して、終日活動できるように取り組んでおられる方もたくさんおられる。また、主治医の変更を必要としないため、治療継続性を保ったまま利用できるという点も特徴である。カリキュラムはグループワークを活用して行っており、『自分だけじゃない』という安心感や仲間意識を持ちながら再休職予防のために活動することができたり、他の方の様子を見ることで自分自身の回復イメージをつかんでいただけるよう工夫している。

課題としては、ショートケア（1日3時間）のプログラムのため本人の自己申告に基づく評価でしか1日を通した評価ができない、個別ワークはデスクワークが中心で現業職にあわせたプログラムがないなどが上げられる。課題を補うべく他施設との連携を重視しながら、復職後のフォローアップも含めた新たなプログラムを検討していきたいと考えている。

うつ病離職者の復職レベルの探索とリワーク推進の可否理由に関する調査

山形さくら町病院 佐藤大輔 後藤剛

山形県立保健医療大学 安保寛明

【研究背景】精神的不調を呈して休職した者の職場復帰にあたって、職場理解もさることながら、職場の受け入れ態勢も重要となる。実際にリワークを担当していると、職場によって復職受け入れの条件があることに直面した。そのため、企業側の状況を「うつ病離職者の復職にむけた保健医療による支援を効果的に行うための基礎調査」¹⁾として報告した。そして一般的に、復職するにあたり、職場での休職者の状況や職場としてのとらえ方を、どの程度のレベルであれば職場として復職可能と判断するのか、またリワークへの理解がどの程度浸透しているのか、また職場担当者としてリワークを推進するかどうか、またその理由を知る必要があると考え、本調査を行うこととした。

【目的】うつ病離職者の復職にむけた保健医療による支援を効果的に行うための調査を通じ、復職レベルの探索とリワーク推進の可否理由を明らかにすることを目的とした。

【方法】従業員 50 名以上の事業所 567 か所にアンケートを送付。あて先は、企業代表者および企業内における職員のメンタルヘルス担当者の併記とした。担当回収期間は平成 27 年 10 月 22 日から平成 27 年 11 月 20 日である。内容は基礎調査¹⁾のほか、担当者が考える復職レベルと、医療リワークを勧めたいかどうかの選択回答およびその理由を自記式で記入してもらった。郵送にて回収し、統計的に処理した。なお、自記式部分について、キーワードを選択収集し、集計した。倫理的配慮として無記名で任意参加、回収をもって同意とすること、不参加による不利益な生じないこと、結果の公表を行うことを紙面にて通知した。さらに、山形さくら町病院、山形県立保健医療大学の倫理審査を経て調査を行った。本調査は、山形県立保健医療大学の共同研究事業により採択された、山形県立保健医療大学と山形さくら町病院の共同研究である。

【結果】334 の事業所より返信があり、回収率 58.9%であった。そのうち、復職条件については 296 の事業所より記載を得た。主治医や産業医の医療判断を必要とするところは 68.9%で、その中でも診断書一任が 15.5%であった。産業側としては本来の勤務程度とするところが 26.4%であり、半日程度や 6~8 割の業務程度は 21.3%であった。復職判定会議など社内判断会議を有するところは 11.1%。リハビリ勤務を経て、というと

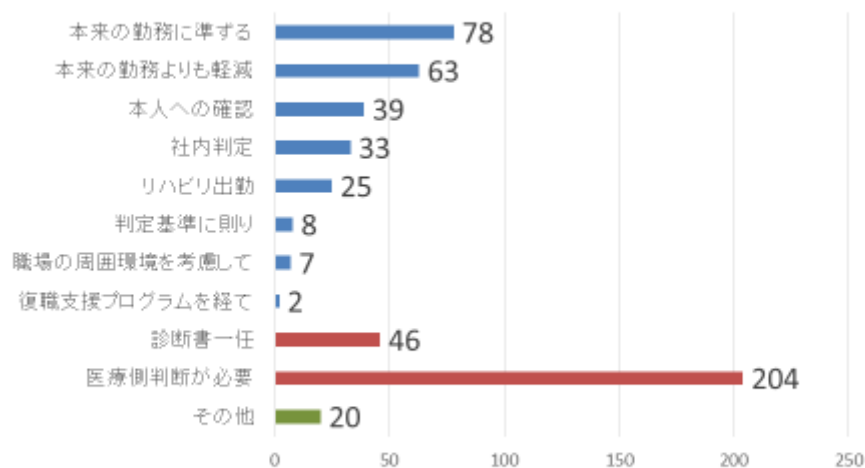
ころが 8.4%であった。休職者へのリワーク推進は 31.7%が「勧めたい」に対し、「勧めない」 2.7%、「何とも言えない」 62.6%であった。その理由として「勧めたい」はリワークを熟知している,実績を聞いたことがある,事業所の支援の在り方として,という意見や,本人や職場のためになる,社内支援が困難,という意見もあった。「勧めない」は,社内で対応可,内容がマッチするか不明,逆に負担では,という意見であった。「何とも言えない」は,リワークの内容が不明やリワークが理解できていない,あくまでも本人や状況次第,前例や該当者がいない,が上位を占めた。本人へ負担を強いてしまう,診断の実際の状況のギャップがある,近くにリワークの施設がない,仕事の内容とのマッチング,自社で対応する,リワークにかかる時間や余裕がない,という意見もあった。そのほか,少数意見として,会社に規定がない,個人情報の保護が困難になる,特別扱いはしない,仕事と関係ないうつ病はどうするのか,他の病気との整合性をどうとればよいのか,同じ職場に復帰させて良いのか,原因が人間関係だとしても中小企業では配置換えは困難,対して難しい仕事をしていないのに,そんなに簡単なことではない,仕事の内容から本来の業務ができないと復職は無理,職場を変えたほうがよい,という意見もあった。

【考察】企業や事業所全体では,復職にあたっては若干の業務軽減措置を講じてくれ,パフォーマンスが完全でない状態を許容するようであるが,やはり本来の業務遂行能力が望まれ,リワークにおける回復レベルの目標になることが示唆された。また,復職にあたっては,医療側判断が非常に大きいウエイトを占め,回復レベルや復職可能レベルを見極めるスキルが望まれる。また,リワークは少しずつ浸透してきているものの,内容理解を勧める活動を展開していく必要がある。さらには,リワークを提供できる施設のさらなる増加が望まれる。

(参考)

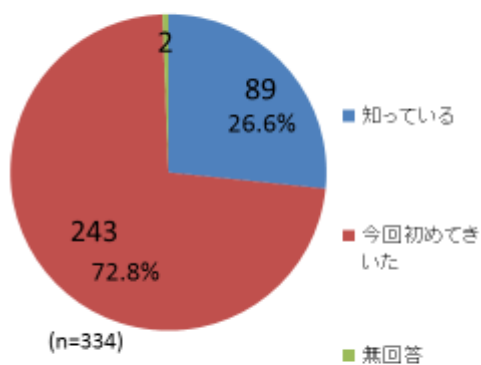
1) 佐藤大輔,後藤剛,安保寛明. うつ病離休職者の復職にむけた保健医療による支援を効果的に行うための基礎調査. 第9回うつ病リワーク研究会年次研究会抄録集,pp64,2016.

事業所担当者による復職の条件

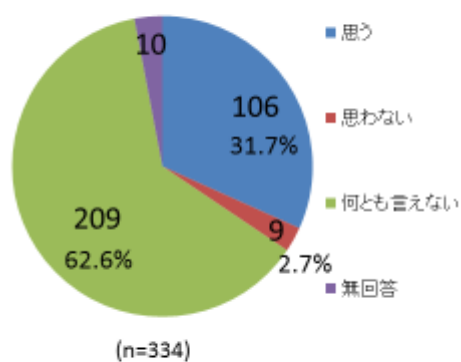


296か所より回答.文章よりキーワードを抽出し,同内容のものを集約. 1か所より複数のキーワードあり(全体でのキーワード数=477)

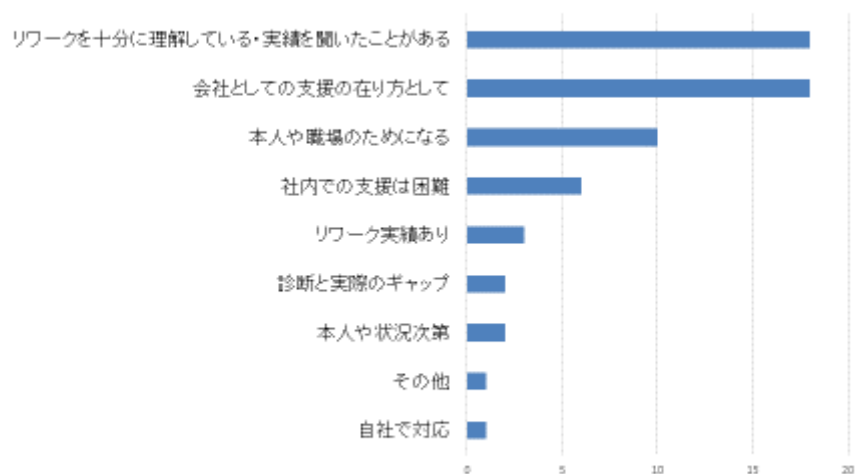
“リワーク”という言葉について



“リワーク”をうつ病休職者に勧めたいか

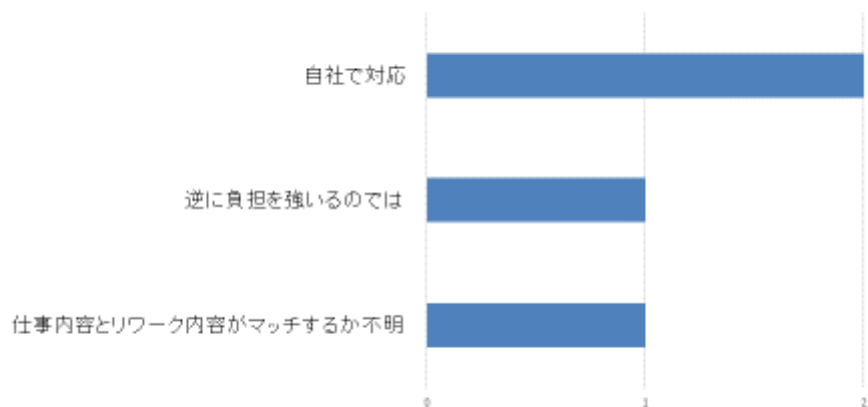


“リワーク”を勧めたい理由



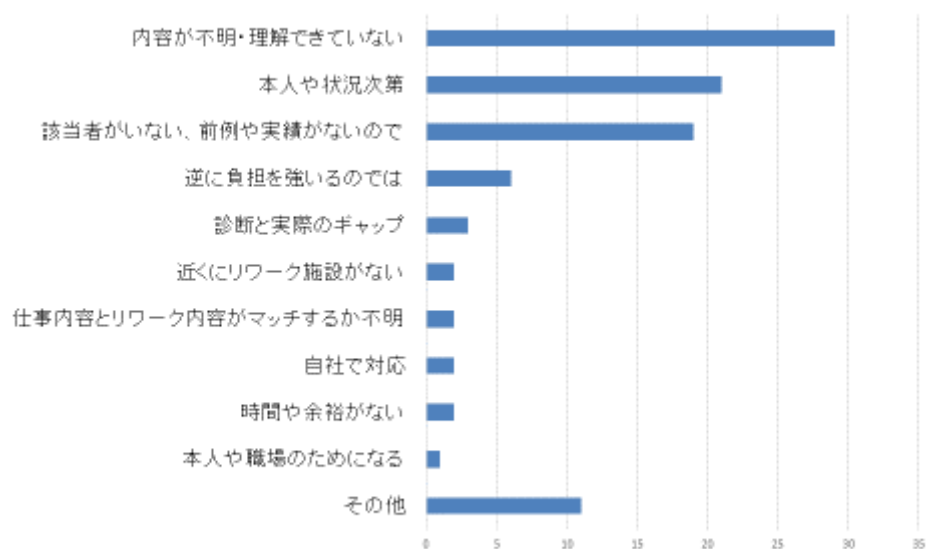
「勧めたい」106か所中、61か所より記載.文章を要約し、同意味内容のものを集約.

“リワーク”を勧めない理由



「勧めない」9か所中、4か所より記載.文章を要約し、同意味内容のものを集約.

“リワーク”の推進について何とも言えない理由



「何とも言えない」209か所中、98か所より記載.文章を要約し、同意味内容のものを集約.

精神科リワークデイケアにおける男性気分障害患者への昼食提供の意義の検討

野口律奈^{1) 2)}、若林健二²⁾、杉浦弘二³⁾、鈴木彩有里¹⁾、中村有香子¹⁾、川口純可¹⁾、塚本紗菜恵¹⁾、渡部芳徳¹⁾

1) 帝京平成大学健康マネジメント学部健康栄養学科、

2) 医療法人社団慈泉会ひもろぎ心のクリニック、 3) (有) 杉浦商店

【はじめに】

平成 23 年、うつ病は 4 大疾患に加え 5 大疾患となった。うつ病等のメンタル疾患に起因する退職・休職・再休職者の増加は、我が国の社会経済的問題となっており、精神科においてリワーク（復職支援）デイケアが注目を集めている。当院でも気分障害等の精神疾患によって休職又は退職された方々を対象に、復職・再就職支援を目的とした「リワークデイケア」を 2007 年から実施している。

精神科リワークデイケアのうち、施設側から昼食を提供している施設は少ないという現状の中、当院デイケアでは開所当初より、常勤管理栄養士と近隣の惣菜店とが協力し、デイケア利用者に昼食の提供を実施してきた。

今回、この昼食の提供が、デイケア利用者の食生活にどの程度影響しているのかについて検討した。

【目的】

精神科リワークデイケアで昼食を提供する栄養的意義を検討する。

【方法】

- ①対象者 10 名に 1 週間分の食事記録・写真をとっていただく。
- ②写真から、食材・料理の重量見積もりをし、エクセル栄養君を用いて栄養価算出。
- ③デイケア弁当は、全食材を計量後、②と同様の方法で栄養価算出。
- ④デイケア弁当有・無の日による、栄養摂取状況の変化を比較する (t-test)。

(本調査は、ひもろぎ心のクリニック倫理審査委員会の承認を得て実施した。)

【結果】

統計的有意差は見られなかった。デイケア弁当ありの日の方がなしの日比べて摂取量が多くなる傾向が見られた栄養素は、エネルギー、ビタミン類、ミネラル類で、摂取量が少なくなる傾向が見られた栄養素は脂質であった。

【考察】

デイケア弁当の提供は、対象者の栄養バランス、特にビタミン・ミネラルの補給に有効であると考えられる。また、有意差がみられなかった一因として、当院では常勤管理栄養士による栄養教育がプログラム化されている為、利用者の食事に対する意識が高かった可能性が考えられる。

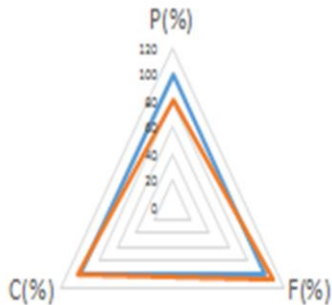
【結語】

デイケア弁当の提供は、対象者の栄養バランス向上に寄与する可能性がある。また、デイケア弁当は教育的意義（生きた教材）があると考えられる。

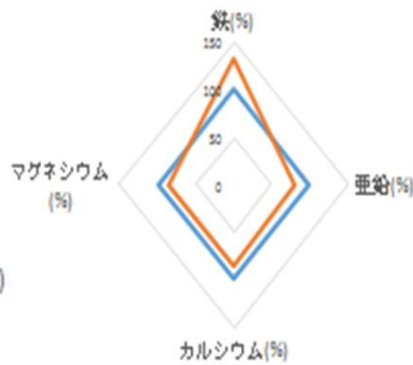
デイケア弁当栄養価(14食分の平均)

エネルギー(kcal)	たんぱく質(%)	脂質(%)	炭水化物(%)	鉄(mg)	亜鉛(mg)	カルシウム(mg)	マグネシウム(mg)	ビタミンB1(mg)	ビタミンB2(mg)	ビタミンB6(mg)	ビタミンB12(μg)	葉酸(μg)	ビタミンD(μg)
606.2	13.1	27.1	58.3	3.3	2.6	188.3	104.7	0.23	0.27	0.4	0.7	125.4	1.0

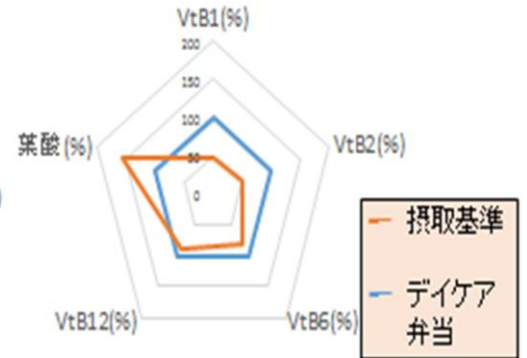
お弁当PFCバランス



お弁当ミネラル



お弁当ビタミン



日本人食事摂取基準2015年版を基に作成

対象者10名の栄養摂取状況

対象者	非当回数	E(kcal)	P(g)	F(g)	C(g)	Fe(mg)	Zn(mg)	Ca(mg)	Mg(mg)	VB1(mg)	VB2(mg)	VB6(mg)	VB12(μg)	葉酸(μg)	VD(μg)
①	有 4	2437±373	85.6±11.0	87.7±23.1	315.6±53.1	11.2±3.4	11.0±2.5	1121.6±467.9	351.3±108.0	1.18±0.44	2.50±1.36	1.8±1.0	9.1±8.1	461.5±269.2	8.4±7.5
	無 3	2427±73	83.7±12.7	100.6±19.5	210.7±73.5	6.5±1.6	9.7±2.1	1086.4±445.3	277.3±48.8	0.85±0.07	1.80±0.14	1.1±0.6	4.2±0.6	283.7±150.7	4.2±0.9
②	有 2	1930±239	62.8±0.8	50.5±19.9	289.7±29.3	8.0±1.3	7.4±0.5	576.3±93.2	322.7±87.3	0.93±0.11	0.98±0.02	1.3±0.4	3.4±3.0	282.1±2.0	3.0±2.3
	無 5	2206±388	83.7±23.4	76.5±33.0	279.9±42.6	10.3±2.4	9.4±1.8	553.2±109.3	291.9±59.2	0.93±0.26	1.44±0.34	1.3±0.6	7.7±5.6	322.3±168.7	7.6±6.3
③	有 4	2476±161	126.5±20.9	123.1±30.6	222.4±70.1	16.9±3.9	13.5±2.8	1165.4±261.1	515.8±114.9	1.65±0.56	1.91±0.42	2.2±0.5	8.4±2.8	486.0±99.4	6.8±3.3
	無 3	1941±610	99.9±12.4	93.8±19.3	198.0±85.4	12.8±0.1	10.8±2.8	1116.4±539.4	329.8±0.4	1.35±0.07	1.75±0.07	1.4±0.1	4.8±2.3	453.0±104.6	2.6±0.4
④	有 3	1818±399	58.2±3.4	54.7±5.4	232.8±48.2	8.5±2.5	7.0±1.6	493.2±203.1	231.2±55.3	0.73±0.21	1.10±0.26	1.4±0.5	8.6±11.3	301.0±121.2	7.2±8.3
	無 4	1654±251	60.3±9.0	48.4±25.5	232.7±58.4	7.1±1.2	6.6±1.5	442.4±321.5	220.6±21.7	0.68±0.25	1.06±0.57	1.0±0.1	10.9±9.4	254.7±52.7	11.2±5.0
⑤	有 3	1935±349	69.5±9.2	64.8±11.5	221.1±19.8	7.6±1.6	8.3±0.4	666.8±76.2	230.0±32.7	0.95±0.31	1.48±0.43	1.4±0.4	6.4±2.5	326.4±98.1	10.4±10.6
	無 4	1798±219	81.8±18.7	85.0±22.3	200.1±29.5	7.3±1.8	9.0±2.6	906.5±251.2	242.2±37.2	0.97±0.25	1.67±0.66	0.9±0.2	6.7±6.0	237.1±83.5	6.8±7.2
⑥	有 4	2035±151	69.1±11.9	65.0±14.7	273.2±3.2	11.1±1.8	44.8±70.7	511.3±114.6	309.4±54.5	0.73±0.22	1.40±0.30	1.5±0.6	3.9±2.2	486.4±257.7	4.0±2.9
	無 3	1458±266	63.4±16.6	42.8±21.1	282.0±57.1	8.7±1.1	7.8±2.6	226.1±37.4	259.0±0.9	0.84±0.05	0.93±0.01	1.0±0.1	2.1±0.4	365.1±40.3	2.6±0.9
⑦	有 2	2134±55	71.8±0.8	89.7±1.3	246.7±17.7	7.7±0.4	8.3±0.0	480.8±221.3	232.9±28.9	0.89±0.07	0.91±0.05	0.9±0.1	2.1±0.5	218.1±1.9	1.4±0.5
	無 5	2421±827	96.5±33.0	99.7±42.6	272.1±75.9	10.0±4.6	7.8±2.6	738.3±71.8	290.6±55.3	1.08±0.35	1.51±0.39	1.6±0.7	4.8±2.1	364.3±118.5	1.5±0.5
⑧	有 4	2243±269	115.7±35.6	85.9±13.6	252.2±12.1	14.6±1.5	9.8±1.2	1033.1±114.0	449.6±73.2	1.26±0.19	2.03±0.36	2.5±1.0	4.5±1.0	506.6±57.6	4.8±3.5
	無 3	1974±173	89.8±7.0	82.1±12.6	224.3±6.6	16.5±5.3	10.7±2.2	825.2±159.3	361.6±15.7	1.27±0.15	3.10±1.73	1.7±0.3	12.1±12.3	715.7±372.4	7.2±5.9
⑨	有 3	1627±428	62.3±21.1	50.8±15.3	220.9±58.4	6.3±1.4	6.4±1.2	408.0±79.9	195.1±51.3	0.95±0.42	0.73±0.08	0.8±0.4	1.5±0.1	140.8±39.1	1.1±0.2
	無 4	2283±282	96.9±11.7	89.7±27.7	280.2±38.2	8.3±2.7	9.0±1.4	394.4±234.6	245.3±48.7	1.21±0.21	1.26±0.36	1.6±0.4	3.1±1.5	256.6±128.2	4.4±3.4
⑩	有 3	1933±72	69.3±0.7	71.1±6.6	247.1±9.3	7.1±0.8	7.4±0.9	679.9±145.7	227.8±34.4	0.81±0.02	1.05±0.06	0.8±0.02	3.1±0.7	257.4±20.6	3.6±3.7
	無 4	1967±238	63.8±4.4	74.4±22.3	257.9±36.4	6.4±1.7	8.0±2.1	561.7±159.8	269.0±52.7	1.01±0.59	1.06±0.48	0.8±0.3	3.5±0.0	312.9±162.9	2.9±4.5

P<0.05 t-test(エネルギー値で調整)