付録2

双極性障害スクリーニング尺度(WBI)使用マニュアル

○ 双極性障害スクリーニング尺度（Workplace Bipolar Inventory: WBI）の特徴

・本尺度は、双極性障害（そううつ病）の検出を目的として作成されています。双極性障害は見逃されやすい疾患ですが、本尺度は気分障害患者から双極性障害患者を検出することへの一定の有用性が確認されており、職場で抑うつ症状を示している従業員に使用することで双極性障害の可能性を査定できます。

○ WBIの使用が推奨されるケース

・以下のようなケースに対してWBIの使用が推奨されます。

・抑うつ症状を主訴として来談しているケース

・双極性障害は対象者の抑うつ症状にばかり注目してしまうことで見落とされるケースが多いため、抑うつ症状を主訴として来談しているケースにWBIを使用することで双極性障害の見落としのリスクを減らすことができます。

・うつにより休職を繰り返すケース

・うつにより復職と再休職を繰り返すケースでは、通常のケースと比較して双極性障害である可能性がより高いと考えられます。そのようなケースにWBIを使用することで、双極性障害のリスクを確認できます。

・職場での口論や、他の従業員との不仲が報告されるケース

・双極性障害の症状の一つとして対人的な問題が起こっている可能性があるため、このようなケースに対してもWBIの使用が推奨されます。

・その他、面談時に一方的にしゃべられて口をはさめないなど、産業保健スタッフとして“対応が難しい”と感じられるケース、など

○ WBI(9項目版)の採点方法

- WBIの各質問について“はい”と答えた数の合計が得点となります。WBIでは下記の得点を超えた場合に双極性障害の可能性があると判定されます。
- WBIでは、2つの基準を採用しています。1つは、感度+特異度の最大値を基準としたもので、見落としを少なくした基準です(感度78%、特異度75%)。もうひとつは、尤度比を基準としたもので、これに該当した場合には高い確率で双極性障害と考えられます。

“はい”が6項目以上該当した場合(尤度比を基準)

- 双極性障害の可能性が50%以上と考えられます。

“はい”が3項目以上該当した場合(感度+特異度の最大値を基準)

- 対象者の家族や同僚、上司など周囲の人から、躁病軽躁病症状に関するヒアリングを行い、その結果躁病軽躁病症状に関する情報が得られれば、対象者が双極性障害である可能性が高いと考えられます。

“はい”が2項目以下だった場合

- 双極性障害の可能性は低いと考えられます。

○ WBI得点から双極性障害が疑われる場合の対応

- 以下のような対応が考えられます。

・周囲の人(上司、同僚、家族など)への説明

- 対象者が双極性障害の可能性がある場合、『対象者は気分の波が激しいタイプの人かもしれません』、『ハメを外しすぎる傾向にあるので、元気なときにも注意が必要です。』など、双極性障害の特性ついて上司や家族など周囲の人に説明し、困ったときには産業保健スタッフに相談するよう促しましょう。

・主治医への情報提供

- 対象者が既に受診をしている場合には、本人の同意を得たうえで結果について受診先の主治医へ情報提供を行うことが推奨されます。

○ WBIを使用する際の注意点

- WBIの結果だけで双極性障害を診断することはできません。専門医の診断や指示に従うようにしましょう。

双極性障害スクリーニング尺度(WBI)

質問A. これまでに、以下のような変化を数日以上続けて経験したことがありますか？			
1.	周囲の人（家族、友人、同僚など）からハイテンションだと指摘されるくらいにテンションが上がっていた。	はい	いいえ
2.	テンションが上がっているのが自分でも分かるくらい、気分が高揚していた。	**はい**	**いいえ**
3.	とても開放的な気分になって、普段ならしないようなことをした。	はい	いいえ
4.	普段より簡単にイライラしたり、我慢がきかなかったりした。	**はい**	**いいえ**
5.	何気ない些細なことで人と口論になりやすかった。	はい	いいえ

質問B.【質問A】で、ひとつでも『はい』と答えた方は、以下の質問にお答え下さい。 そのような期間中に、以下の質問のような変化を経験しましたか？			
1.	いつもよりずっとおしゃべりになったり、ずっと話し続けなくてはならないと感じたりした。	はい	いいえ
2.	とても落ち着かず、そわそわした気分になって、うろうろ歩きまわったり、じっとしていられなかった。	**はい**	**いいえ**
3.	例えば、普通は秘密にしておくようなことについてしゃべってしまったり、普通なら決まり悪く思うようなやりかたで行動してしまったりといったように、普段なら適切でないと考えるようなやり方で行動した。	はい	いいえ
4.	過剰に人と親しくなったり、社交的になったりした。	**はい**	**いいえ**

平成20～22年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
リワークプログラムを中心とする
うつ病の早期発見から復職支援に至る包括的治療に関する研究
分担研究総合報告書

全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究
リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究

五十嵐良雄　　メディカルケア虎ノ門　院長

研究要旨

３カ年にわたって上記の研究を行ったが、３年度目にほぼ結果が集約されているので、３年度目の研究に関して報告する。【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】ではこの３年でのリワークプログラムを実施する施設が増えてきて特にプログラムに関してはプログラム内容の充実やフォローアッププログラムの実施が増加する等が示された。また、企業との連携が徐々に充実して生きていることも判明した。

利用者に対する大規模な調査を行ったが、休職回数が多く、また、休職期間も長い利用者がプログラムを利用している現実が明らかとなり、双極性障害を疑う症例も２割を超えていることも示され、今後の課題が残されていると考える。【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】ははじめの２年間で予備的な研究を実施し、３年度目に全国のリワークプログラムを行う全医療機関を対象にプログラムの解析を行い、プログラムの実施形態と目的区分の組み合わせにより、実施形態ごとの代表的なプログラムを抽出し、また、プログラムの運用面での指針を作成し、標準化リワークプログラムを作成した。

A．研究目的

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

本調査は、医療機関で行われるリワークプログラム（以下リワーク）の運営状況とその利用者の背景を明らかにすることを目的とした。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

全国で実施されているプログラムを調査してその内容を分析することにより、プログラムが目標とすべき標準的なレベルを提示して、リワークプログラムを医療機関で実施する実際的なガイドラインを作成することを目的とした。

B．研究方法

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

平成22年10月１日現在における、うつ病リワーク研究会正会員の所属する医療機関およびその利用者を対象とした。調査は以下の調査票により実施した。

Ⅰ．プログラムの運営状況に関する調査

平成22年10月25日にExcelファイルの調査票をメール添付にて送付し、平成22年10月31日までに回収した。

Ⅱ．登録者の利用状況に関する調査

平成22年10月25日に郵送にて調査票を送付

し、平成22年11月５日までに回収した。

いずれの調査も、平成22年10月１日～31日の１か月間のうち、任意の１日の登録者に関して調査した。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

調査はうつ病リワーク研究会に所属するリワークプログラムを実施している医療機関86施設を対象に実施した。

調査票を用い、実施しているプログラムにおける、①実施形態　②目的区分(最大２つ選択)　③内容　④グループの構成　⑤観察の要素（最大３つ記入）　⑥支援方法（最大３つ記入）　⑦週当たり実施時間（導入期・開始１カ月以内、中期・開始２カ月以降、後期・終了１カ月以内のそれぞれの時期)、についてプログラム毎の記入を各施設の実施担当者に依頼し、結果を回収した。

C．研究結果

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

Ⅰ．プログラム運営状況に関する調査

うつ病リワーク研究会正会員が所属する施設88施設のうち、63施設から回答を得た。回収率は、71.6%であった。

①リワーク施設情報

医療機関施設情報

対象施設のうち24件(38.1%)が病院であり、39件（61.9%）が診療所であった。病院の精神科病床数の平均は215.7床（SD150.1）であった。そのうちストレスケア病棟を有する施設は13件（54.2%）であり、ストレスケア病棟の平均病床数は56.4床（SD50.0）であった。リワーク施設としての年数は、平均2.5年（SD1.8）であった。

リワークを専門としている施設は46件(73.0%）であり、非専門施設は17件（27.0%）であった。リワーク専門施設の開設年数は平均2.4年（SD1.8)、非専門施設は平均2.8年（SD1.8）であった。

診療報酬上の区分

リワークを行う診療報酬上の区分は、複数回答で精神科デイケア42件（66.7%)、合計定員数1257人、精神科ショートケア38件(60.3%)、合計定員数777人であった。精神科デイナイトケアは９件（14.3%）で合計定員数が317人であった。精神科作業療法は４件（6.3%）で合計定員数が112人、通院集団精神療法は７件(11.1%）で合計定員数18人、自費１件（1.6%）で定員数４人であった。定員数の総合計は2488人であった。

精神科デイケア施設のうち、小規模デイケアは18件（42.9%)、大規模は24件（57.1%）であった。デイケア施設の施設専用面積は、平均204.2㎡（SD173.7）であり、定員数は平均33.6人（SD19.3）であった。またデイケア施設の１週間の開催日数は、平均4.6日（SD1.0）であった。

精神科ショートケア施設のうち、小規模は24件（63.2%)、大規模は12件（31.6%）であった。施設専用面積は、平均140.3㎡（SD118.1）であり、定員数は平均23.6人（SD16.4）であった。また、ショートケア施設の１週間の開催日数は、平均4.6日（SD1.6）であった。

精神科デイナイトケア施設の施設専用面積は、平均316.4㎡（SD172.2）であり、定員数は平均42.4人（SD20.3）であった。また、デイナイトケア施設の１週間の開催日数は、平均4.4日（SD1.9）であった。

精神科作業療法を行う施設の施設専用面積は、平均133.3㎡（SD100.8）であり、定員数は平均33.3人（SD14.4）で、１週間の開催日数は、平均3.3日（SD2.1）であった。また、通院集団精神療法を行う施設の施設専用面積は、平均16.5㎡（SD2.1）であり、１週間の開

催日数は平均1.3回（SD0.6）であった。また、自費によりリワークを行う施設の定員数は、1施設のみであり、定員は7名であった。

設備・什器について

各施設に備えられる設備・什器は、ＰＣは平均5.8台（SD4.2）、プロジェクタースクリーンは平均1.1台（SD0.3）、大型テレビ・モニターは平均1.2台（SD0.5）であった。

②リワークに関わるスタッフ情報

スタッフの資格等

回答を得た63施設に343人のスタッフが勤務していた。スタッフの主な資格は、臨床心理士が最も多く、101人（29.4%）であった。次いで精神保健福祉士78人（22.7%）、看護師73人（21.3%）、作業療法士36人（10.5%）、その他の心理職15人（4.4%）、産業カウンセラー８人（2.3%）、保健師６人（1.7%）、その他は24人（7.0%）であった。

また、主な資格以外に67人（19.5%）が他の資格を有していた。主な資格以外の副資格としては、産業カウンセラーが14人（20.9%）と最も多く、次いで精神保健福祉士13人(19.4%)、臨床心理士６人(9.0%)、看護師５人(7.5%)、保健師４人（6.0%）、キャリアコンサルタント３人（4.5%）、その他の心理職２人（3.0%）、その他18人（26.9%）であった。

スタッフの背景

性別は、女性245人(71.4%)、男性98人(28.6%)であり、平均年齢は36.0歳（SD21）であった。主資格の経験年数は、平均9.1年（SD7.9）であり、そのうちリワークの経験年数は平均2.0年（SD1.3）であった。

スタッフの勤務形態は、常勤が228人(66.5%)、非常勤が115人（33.5%）であった。非常勤スタッフの勤務時間は、１週間平均2.0日（SD1.2）、12.1時間（SD9.7）であった。

企業での就労経験がないスタッフは、237人(69.1%)、産業保健スタッフ以外で就労経験がある者は82人（23.9%）、産業保健スタッフとして就労経験のある者は18人（5.2%）、産業保健スタッフ・それ以外の両方の就労経験のある者は２人（0.6%）であった。

③利用の決定・開始条件に関する情報

利用の決定

リワークの利用の決定方法は、主治医による決定が25件（39.7%）と最も多く、次いで会議で決定19件（30.2%）、院長などの管理者が決定が12件（19.0%）、その他が４件（6.3%）であった。利用の決定の重要ポイントは、病状の安定が27件（42.9%）と最も多く、次いで日中の生活レベル14件(22.2%)、参加へのモチベーション10件（15.9%）、睡眠覚醒リズムの回復４件（6.3%）、その他４件（6.3%）であった。

プログラム開始の条件

開始条件のうち就労に関して在職者のみとする施設は27件（42.9%）、失職者も可能としている施設は34件（54.0%）であった。

適用疾患を特定の疾患に限定している場合、限定される疾患は複数回答で気分障害が最も多く48件(76.2%)、次いで適応障害35件(55.6%)、不安障害35件(55.6%)、神経症24件(38.1%)、発達障害10件(15.9%)、摂食障害５件(7.9%)、統合失調症３件（4.8%）、その他５件（7.9%）であった。

また除外疾患として特定の疾患を設けている場合、除外疾患は複数回答で統合失調症31件（49.2%）が最も多く、次いで物質依存30件（47.6%）、人格障害28件（44.4%）、発達障害21件（33.3%）、摂食障害16件（25.4%）、気分障害以外12件(19.0%)、双極性障害６件(9.5%)、パニック障害６件(9.5%)、その他４件(6.3%)であった。

回復度（重症度）に関する条件では、医師の判断が45件（71.4%）と最も多く、通所可否で判断が４件（6.3%）、その他の基準による判断が１件（1.6%）であった。

同一企業内の患者に関しては、条件なしが49件（77.8%）、同時期のリワーク参加を不可とする施設は5件(7.9%)、その他が7件(11.1%)であった。

主治医の条件としては、条件なし24件（38.1%）、原則的に主治医を変更とするが14件(22.2%)、利用者に意思によるが13件(20.6%)、主治医の変更を必須とするが11件（17.5%）、その他1件（1.6%）であった。

年齢に関する条件では、条件を設定していない施設は59件（93.7%）、設定している施設は4件（6.3%）であった。また、学生の受け入れに関しては、受け入れ可とする施設は21件（33.3%）、不可とする施設は42件（66.7%）であった。学歴の条件を設定している施設は1件（1.6%）であり、中卒以を条件としていた。受け入れ会議に関しては、受け入れ会議を必要とする施設は29件（46.0%）、受け入れ会議の条件なしとする施設は34件(54.0%)であった。この他に何等かの条件を設けている施設は、11件（17.5%）であった。

④リワークの運用に関する情報

利用に至るまでの情報

利用前の見学は、本人のみ見学可とする施設は11件(17.5%)、家族も可能が42件(66.7%)、見学不可10件（15.9%）であった。また、利用前の試験利用を認める施設は28件（44.4%）であった。リワーク開始までの待機期間は、平均10.4日（SD20.0）であり、開始時の1週間の最低利用日数は、平均2.0日（SD1.0）であった。

利用規定等

利用規定を設けている施設は59件(93.7%)、利用規定なしは4件（6.3%）であった。利用にあたり誓約書・同意書の取り交わしを行う施設は59件（93.7%）であった。参加者の利用の仕方は、ルールを制定している施設は53件（84.1%）、本人の希望に任せている施設は10件（15.9%）であった。

利用ステップの有無に関しては、段階的だが開始条件を定めていない施設は27件(42.9%)、段階的で開始条件を明確にしている施設は20件（31.7%）、ステップなしは16件（25.4%）であった。利用日数の決定は、段階を設定している施設が29件（46.0%）と最も多く、利用者に一任している施設は15件（23.8%）、その他15件（23.8%）であった。

利用期間の設定に関しては、最長利用期間を使用開始時に定めていない施設は43件(68.3%)、定めている施設は20施設（31.7%）であった。利用終了の決定条件は、受入先の条件によるが20件（31.7%）、期限設定によるが13件（20.6%）、評価の実施によるが10件（15.9%）、出席日数・率が3件（4.8%）、その他7件（11.1%）であった。

中止・脱落基準等

利用中、施設側の意向として利用の継続を中止する場合の基準は、症状の悪化24件(38.1%)、他のメンバーへの迷惑行為18件（28.6%）、その他11件（17.5%）、特になしは4件（6.3%）であった。利用中止の決定者は、リワーク施設管理医師33件(52.4%)、主治医17件(27.0%)、リワークスタッフ4件（6.3%）、その他4件(6.3%)であった。中止する場合の再利用は、再利用ありが50件（79.4%）であった。

利用者側の要因により利用継続から脱落する場合、その判断基準は欠席状況40件（63.5%）が最も多く、モチベーションの低下9件（14.3%）、その他6件（9.5%）であった。

他院患者の受入れ

現在他院の患者をリワーク利用者として受け入れている施設は45施設（71.4%）であり、現在の受け入れ人数は、平均6.2人（SD10.9）であった。他院患者を受けている45施設のうち、主治医との連絡の方法は、定期的に文書で行うか20件（44.4%）と最も多く、不定期に文書で

連絡を取るが15件（33.3%）、その他4件（8.9%）、取っていないが3件（6.7%）であった。また、文書で連絡を取っている35施設のうち、主治医との連絡文書の書式は、リワーク専用文書が19件（54.3%）、診断情報提供所を使用している施設が11件（31.4%）、両方を使用が1件（2.9%）であった。

スタッフによる評価

スタッフによる評価を実施している施設は、59施設（93.7%）であった。評価の方法は複数回答で心理テストの利用49件（83.1%）、評価シートの利用42件（71.2%）であった。スタッフによる評価の利用に関しては、評価結果を利用している施設は56件（94.9%）であった。スタッフによる評価結果の利用を利用する者は、複数回答で主治医48件（85.7%）、患者本人33件（58.9%）、産業医21件（37.5%）、産業保健スタッフ15件（26.8%）、その他12件（21.4%）であった。

復職時・復職後

復職時に勤務先の産業医・産業保健スタッフに対し、連絡・調整を行っている施設は45件（71.4%）であった。その方法については複数回答で書面にて実施が最も多い31件（68.9%）、診察時に実施23件（51.1%）、訪問にて実施9件（20.0%）であった。また復職時に人事労務担当者に対し、連絡・調整を行っている施設は45件（71.4%）であった。その方法については複数回答で診察時に実施が最も多い28件（62.2%）、書面にて実施が26件（57.8%）、訪問に実施が11件（24.4%）であった。

復職後のフォロー体制については、複数回答で外来にて診察が最も多く53件（84.1%）、復職後フォロープログラムが22件（34.9%）、スタッフが定期的に連絡7件（11.1%）、その他26件（41.3%）であった。またリワーク終了の後に再休職に至った場合のリワークの再利用に関しては、56件（88.9%）が再利用可としていた。

記録・ケースカンファレンス等

個別記録作成時間の平均は42.3分（SD38.4）であった。また、スタッフミーティングを行っている施設は50件（79.4%）であった。その実施頻度は月に平均4.5回（SD5.0）であり、実施時間は1回平均46.6分（SD25.5）であった。ケースカンファレンスを行っている施設は45件（71.4%）であった。その実施頻度は月に平均4.3回（SD5.3）であり、実施時間は1回平均48.5分（SD29.7）であった。ケースカンファレンス参加者は、医師も参加が36件（80.0%）、スタッフのみ参加9件（20.0%）であった。

プログラムの工夫

プログラムにおいて休職に至るモメントの自己理解と受容の促しを行っている施設は56件（88.9%）、行っていない6件（9.5）であった。行っている施設のうち、モメントの促しの介入者に関しては、複数回答でスタッフが54件（96.4%）、主治医が32件（57.1%）であった。また、本人への結果のフィードバック方法は、複数回答でスタッフとの面談においてが45件（80.4%）、集団でのプログラムを通じて行うが43件（76.8%）、主治医とのディスカッションが27件（48.2%）、その他4件（7.1%）であった。

利用を終了した利用者との交流を目的としたプログラムを行っている施設は35件（55.6%）、家族を対象としたプログラムを行っている施設は10件（15.9%）であった。

Ⅱ．登録者の利用状況に関する調査

平成22年10月1日～31日の1か月間のうち、任意の1日を選択してもらい、その日に登録されていたリワーク利用者について調査を実施し56施設から700人の登録者の調査票を回収した。

利用者背景

利用者の性別は、男性545人（77.9%）、女性155人（22.1%）であった。平均年齢は39.0歳

（SD8.7）であり、最年少は18歳、最年長は68歳であった。婚姻状況は、未婚376人(53.7%)、既婚324人（46.3%）であった。就業状況は、在職中594人（84.9%)、失職中106人（15.1%）であった。

休職の状態に関しては、本調査における“休職”の定義は、精神疾患等の理由により、一定期間以上会社を休んでいる状態とした。また休職期間に関しては、1か月を30日に換算し、利用者から得られる情報をもとに記入を依頼した。そこで得た休職回数は、初回319人(45.6%)、2回目165人（23.6%)、3回目93人（13.3%)、4回目39人（5.6%)、5回目15人（2.1%)、6回目以上19人（2.7%）であった。今回の休職期間は平均406.1日（SD377.5／median330)、総休職期間は574.0日（SD465.9／median465）であった。

リワークの利用状況は、初回利用者が626人(89.4%)、再利用者74人（10.6%）であった。利用予定日数は、1週間あたり平均4.1日（SD 1.2）であった。主治医が自院である利用者は523人（74.7%)、他院177人（25.3%）であった。

診断別の利用者数

利用者のICD-10による診断の内訳は、F3気分（感情）障害が575人（82.1%)、F4　神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性67人（9.6%)、F2統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害38人（5.4%)、F8心理的発達の障害9人(1.3%)、F7精神遅滞[知的障害］4人（0.6%)、F0症状性を含む器質性精神障害3人（0.4%)、F6成人のパーソナリティおよび行動の障害3人（0.4%)、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害1人（0.1%）であった。また、DSM-Ⅳtrによる双極Ⅱ型の可能性がある利用者は155人（22.1%）であった。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

（1）プログラムの実施形態

調査対象86施設のうち63施設より468プログラムの回答が得られた。

それぞれのプログラムに関し、実施している形態から①個人プログラム　②特定の心理プログラム　③教育プログラム　④集団プログラム　⑤その他のプログラム、とした5つの区分より最もあてはまる一つを選択してもらった。しかしながら回答を取りまとめたところ、運営している一つのプログラムの中に様々な内容を取り入れているプログラムも多く、また実務担当者による各区分に対する選択基準も幅があるため、同一内容と思われるプログラムが様々な区分に拡散していた。そのため、改めて研究担当者が各プログラム内の実施割合や内容を表1に示す選択基準に従い、選択を再度行って集計用のデータを作成した。

①個人プログラムは、他の参加者との交流を主な目的とせず、文字や数字、文章を扱う机上における作業を実施する中で、主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施しているプログラムの区分とした。その結果、表2に示すように72プログラムが該当し、全体の15.4%を占めた。これは昨年9施設で実施した予備調査より2.1%増加していた。

②特定の心理プログラムは、認知行動療法、SST、対人関係療法、グループカウンセリング、サイコドラマなどの特定の心理療法を実施するプログラムの区分と定義したが、94プログラム、20.1%を占め、昨年度調査より5.4%増であった。

③教育プログラムは、疾病理解、症状の自己理解（セルフモニタリングとコントロール）を主目的として講師がいてテキストを使用するような講義形式で実施しているプログラムの区分と定義したところ、56プログラム、12.0%を占め、昨年度調査より1.3%減であった。

④集団プログラムは、協同作業、役割分担、対人スキル向上などを主な目的として実施し集団で行う意図が明らかなプログラムの区分とした。96プログラム（20.5%）が該当し、昨年度調査と比較すると7.4%減であった。

⑤その他のプログラムは、運動、個人面談、創造、動機付け等、①～④に該当しないプログラムの区分と定義したが、150プログラム（32.1%）が該当し、昨年度調査より1.2%増であった。

（2）プログラムの目的区分

プログラムの目的については、8つの目的区分（1症状自己管理、2コミュニケーション、3自己洞察、4集中力、5モチベーション、6リラクセーション、7基礎体力、8感情表現）からプログラム毎に2つの区分を選択してもらった。そして、これらの目的区分がどの程度の頻度で選択されているかをみるために、目的区分1項目あたり1ポイント、1つのプログラムについて合計2ポイントを与え、目的区分の選択の頻度を計算した。なお、1つのプログラムに目的が2以外の場合は、2ポイントを満点として記入された目的区分数に応じて案分した得点を与えた。

その結果、目的区分ごとの得点数は、自己の体調や症状の自己管理を目的とする「1症状自己理解」の得点が一番高く192.6ポイントであった。次いでほぼ同ポイントでコミュニケーションスキルの向上や対人交流を目的とする「2コミュニケーション」が192.3ポイント、次いで、セルフモニタリングや自己洞察を目的とする「3自己洞察」が157.0ポイント、作業能率や作業能力の向上を目的とする「4集中力」が124.3ポイント、リラックス法や心身のバランスを目的とする「6リラクセーション」が88.7ポイント、運動不足解消や体力向上を目的とする「7基礎体力」が73.0ポイント、自主性や動機付けを目的とする「5モチベーション」が62.3ポイント、非言語的表現や情操面を目的とする「8感情表現」が45.8ポイントであった。

昨年度の調査と比較すると昨年度の調査時は上位5番目に位置していた「5モチベーション」が7番目に変更した以外の順番は変わらなかったが、上位2つの目的区分「1症状自己理解」と「2コミュニケーション」のポイント全体に占める割合が昨年より12.3%減少していた。今回の調査では、実施している各プログラムにおいて昨年度調査より幅広い目的を目指して設定されており、各目的区分間の差が少なくなったといえる。

（3）プログラムの実施形態と目的区分の関連性

プログラムの形態と目的の関連性をみるために、実施形態毎の目的区分の選択度を調べた。

実施形態「①個人プログラム」では、「4集中力」が一番多く83.0ポイントと本目的区分全体の6割弱を占め、次いで「1症状自己管理」が21.0ポイント、「3自己洞察」と「5リラクセーション」がともに16.0ポイントであった。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、「1症状自己管理」が60.8ポイント、「2コミュニケーション」が53.3ポイント、「3自己洞察」が51.3ポイントと、この3つの目的区分で約9割を占めた。

実施形態「③教育プログラム」では、「1症状自己管理」が一番多く63.8ポイントと6割弱を占めた。次いで「3自己洞察」が25.8ポイント、「2コミュニケーション」が10.2ポイントであった。

実施形態「④集団プログラム」では、「2コミュニケーション」が76.5ポイントで約4割を占め、以下「3自己洞察」が44.5ポイント、「1症状自己管理」が25.5ポイントと続いた。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、「6基礎体力」が80.0ポイント、「7モチベーション」が70.0ポイント、「2コミュニケーション」

が47.5ポイントであった。本実施形態には様々な目的を持ったプログラムが含まれているため、目的区分の選択度が他の実施形態と比較して全体的に拡散していた。

さらに実施形態と目的区分の関係をみるためにそれぞれの実施形態と目的区分のクロス集計を行った。

実施形態「①個人プログラム」では、目的区分「4集中力」のみが22プログラムで当該実施形態の30.6%を占め　、以下「1症状自己理解」との組合せが14プログラム　(19.4%)、「5モチベーション」との組合せが13プログラム　(18.1%)　と続いた。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、目的区分「1症状自己理解」と「3自己洞察」の組合せが28プログラム　(29.8%)、「1症状自己理解」と「2コミュニケーション」の組合せが19プログラム　(20.2%)、「2コミュニケーション」と「3自己洞察」の組合せが18プログラム　(19.1%)　と多かった。

実施形態「③教育プログラム」では、目的区分「1症状自己理解」と「3自己洞察」の組合せが21プログラム(37.5%)、「1症状自己理解」のみが13プログラム　(23.2%)、「1症状自己理解」と「2コミュニケーション」の組合せが7プログラム　(12.5%)　と多かった。

実施形態「④集団プログラム」では、「2コミュニケーション」と「3自己洞察」の組合せが27プログラム　(28.1%)、「2コミュニケーション」と「5モチベーション」の組合せが10プログラム(10.4%)、「2コミュニケーション」のみと「2コミュニケーション」と「1症状自己理解」の組合せと「2コミュニケーション」と「4集中力」の組合せの3つがいずれも8プログラム　(8.3%)　であった。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、「6リラクセーション」と「7基礎体力」の組合せが23プログラム　(15.3%)、「6リラクセーション」のみが18プログラム　(12.0%)、「2コミュニケーション」と「7基礎体力」の組合せが15プログラム　(10.0%)　と多かった。

(4)　実施形態ごとのプログラム像

内容や進行手順をもとに5つの実施形態ごとに共通するプログラムを整理すると表6に示すように、それぞれの実施形態毎のプログラム像が浮かび上がる。

実施形態①個人プログラムでは、「読書、資格試験勉強」が一番多く、次いで仕事における実務作業に近い「PC操作、各種作業」がともに区分全体の4割弱のプログラムで行われていた。以下、自身の疾患に関する「休職経過の振り返り、内省」、直接仕事とは異なる形で頭を使う「クイズ、脳トレ、漢検、ビジネス能力検定、数独」、疾病理解を目的とした「疾患関係の読書や資料作成」が2割強のプログラム、新聞等を題材とした「作文、要約作成」、クレペリン検査や百マス計算などの「計算」と続いた。ただし、プログラムの行われている実態は、これらの要素を複数用意しておき、そこから参加者が選択をする形をとっているものが約9割であった。

実施形態②特定の心理プログラムでは、「認知行動療法」が約6割のプログラムで実施されており、次いで「SST、アサーション」が3割強であった。以下、「キャリアカウンセリング」、「対人関係療法」、認知リハビリテーション」が2プログラム、「サイコドラマ」、「内観療法」が1プログラムで行われていた。

実施形態③教育プログラムでは、疾患理解やセルフケア、ストレスマネジメントなどの「心理教育」を実施しているプログラムが約9割強を占めていた。そのうち約1割のプログラムでは生活習慣や栄養指導に関するテーマも取り入れていた。また心理教育を含まない生活習慣や栄養指導のみを講義しているプログラムが3つあった。

実施形態④集団プログラムでは、疾病理解やセルフケア、復職関連など心理教育的な要素をテーマにしたディスカッションが一番多く該当するプログラムの6割強で行われていた。次いで時事、社会情勢など疾患とは直接関連のないテーマによるディスカッションが2割弱、プログラムの運営や企画・立案に関するグループミーティングが1割弱のプログラムで行われていた。

実施形態⑤その他のプログラムでは、卓球、ウオーキングや筋トレなどの「軽スポーツ」が3割強、「ヨガ・ストレッチ」が3割弱で実施され、次いで「呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法」と「絵画、書道、キャンドル、革細工、ペーパークラフト等」の創作活動が1割強、「個人面談」、「調理」、「アロマ」、スポーツではない室内向け「ゲーム」、合唱や合奏、鑑賞などの「音楽」、朝や夕、プログラム導入時などに行われるミーティング、農作業、「映画鑑賞」、各種測定等の「健康チェック」、「外出」、「音読、輪読」と続き、施設ごとに特色あるプログラムが多岐にわたり行われていた。

（5）実施形態毎の代表的なプログラムの抽出

調査を行ったグループの構成、観察の要素、支援方法、運用時間を集計するために、上記のように実施形態毎のプログラムの特徴を生かしながら、各実施形態における代表的プログラムを抽出した。

実施形態「①個人プログラム」と実施形態「③教育プログラム」、実施形態「④集団プログラム」は、それぞれの実施形態におけるプログラムで実施している要素は分かれるが、プログラム自体の基本的な構造はほぼ同一のため、それぞれに該当するプログラムすべてを代表的プログラムとした。

実施形態「②特定の心理プログラム」では、認知行動療法を扱っているプログラムが一番多かったことから、これを代表的なプログラムとした。

実施形態「⑤その他のプログラム」では、上位3つの「軽スポーツ」と「ヨガ・ストレッチ」、「呼吸法、筋弛緩法、自律訓練法」がともに身体を動かすことによる効果を目的としている点とそれぞれが同一プログラム内で行われることが多い点から、これらをまとめて「軽スポーツ・リラクセーション」として代表的なプログラムとした。

（6）代表的プログラムの「グループの構成」

実際に運営しているプログラムがどのような形で運営されているかについて代表的なプログラムをみると、①個人プログラムでは、該当する72プログラムのうち71プログラムが個人単位で実施、1プログラムが二人一組のペアになって実施していた。

②特定の心理プログラムの代表的プログラムとした「認知行動療法」では、該当する58プログラムのうち15プログラムが参加者を限定しないオープン形式で実施し、28プログラムが参加者を固定したクローズド形式で実施、3プログラムがセミクローズド形式で実施していた。グループの人数は表7－1に示すように、6名が一番多く21プログラムが該当した。次いで5名が18プログラム、4名が14プログラム、10名が13プログラムであった。一番少ない人数構成は1～5名、一番多い構成は15名前後であった。また、1クールあたりのセッション数としては、8回の設定が11プログラムで一番多く、以下12回が7プログラム、10回が6プログラム、6回が5プログラムであった。一番回数の少ないプログラムは3回、一番回数の多いプログラムは29回であった。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムのうち22プログラムがオープン形式で実施し、13プログラムがクローズド形式、2プログラムがセミクローズド形式で実施していた。また、実施におけるグループの人数としては表7

－3に示すように、10名で実施する場合が一番多く11プログラムで行われ、5,6,9名で実施するプログラムが8プログラム、4,7,8名で実施が7プログラムで該当した。一番少ない人数構成は2名、一番多い構成は30名であった。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムのうちグループを構成する人数としては、6名で実施する場合が一番多く17プログラムで行われ、次いで4,5,7名で実施する場合は15プログラム、3名で実施が13プログラム、8名で実施が11プログラムであった。一番少ない人数構成は1～3名、一番多い人数構成は15～20人であった。②特定の心理プログラムの「認知行動療法」と同じくグループを構成する人数について6名が一番多いが、これはそれぞれの内容に共通しているグループワークを運営するにあたり6名が適切な人数であるためと思われる。またプログラム運営上グループ分けをする際のグループ数としては、多くとも4グループであり、最も多いグループ数は2グループと3グループ、次いで4グループの編成で実施していた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」に該当する84プログラムのうち、卓球など複数名で実施する要素を含むものは32プログラムあった。またヨガやストレッチなど個人単位で実施するプログラムは52プログラムであった。

（7）代表的プログラムの「観察の要素」

スタッフの参加者に対する観察の要素として注目している点について最大3点まで挙げてもらい、代表的プログラムにおいてその内容を整理してみた。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムで199の観察要素が挙げられた。最も多かったものは「集中力の持続や疲労、眠気の程度」に関するもので79、次いで「課題の設定や進め方」が55、「課題処理能力、作業遂行能力」が33と続いた。

②特定の心理プログラムの「認知行動療法」では、該当する58プログラムで169の観察要素が挙げられた。最も多かったものは「プログラムや課題の理解度、取り組み方」に関するもので61、次いで「休職の経過振り返り、自己洞察、内省」が43、「コミュニケーション、グループ内の相互作用」が42と続いた。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムで152の観察要素が挙げられた。最も多い観察要素が「プログラム・疾病の理解度、負荷の程度、セルフケア」に関するもので62、次いで「自己洞察、自己理解」が27、「ディスカッション時のコミュニケーション、参加者間の相互作用」が24と続いた。

④集団プログラムのでは、該当する96プログラムで270の観察要素が挙げられた。最も多いものが「コミュニケーション、対人関係、グループの交流、相互作用、協調性」に関連する観察要素で70、「参加態度（自発性、主体性、リーダーシップ）、自己表現(自己主張、自己開示、発言内容)」が58、「自己洞察、自己理解、振り返り」が42、「役割行動」が23、「集中力、疲労度、作業処理能力」が21と続いた。

⑤その他プログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」では、該当する84プログラムで228の観察要素が挙げられた。最も多いものが「上達度、運動能力、基礎体力」で50、「コミュニケーション、相互作用、協調性」で45、次いで「体調、疲労度、取り組み方、セルフケア」が43と続いた。

（8）代表的プログラムの「支援方法」

実際に運営しているプログラムにおいてスタッフとして参加者に対し支援しているポイントを最大3つまで挙げてもらった、代表的プログラムにおける支援方法を整理すると以下のようであった。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムで159要素が挙げられた。最も多いものは「課

題設定や見直し」に関する要素で41、次いで「実績や成果の確認、参加者へのフィードバック(個人対応含む)」が37、「体調や疲労の自己管理の促し」が25、「進行状況の確認、励まし」が23、「やり方の指導」が10と続いた。

②特定の心理プログラムの認知行動療法では、該当する58プログラムで135の要素が挙げられた。最も多い要素は「参加者に合わせた内容の検討、個人への面談等によるフィードバック」で45、次いで「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が42、「認知行動療法の理解・習得」が31と続いた。

③教育プログラムの心理教育では、該当する56プログラムで113の要素が挙げられた。最も多いものは「テーマや目的の理解度確認と習得、質疑応答」に関する要素で64、次いで「個人への面談等によるフィードバック」が11、「発言の促し、ファシリテート」が9、「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が8と続いた。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムで184の要素が挙げられた。最も多い要素は「プログラムのスムーズな運営(対人関係や発言の軌道修正、ファシリテート)」で42、次いで「個人への面談等によるフィードバック」が26、「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が23、「自由な発言や考えの促し」と「自己の洞察・分析・理解への支援」がともに19、「テーマや目的の理解度確認と習得、質疑応答対応」が14、「問題点と悩みの掘り下げ、感情変化時の評価と介入」と「積極的に関わらない、観察、見守り」がともに12と続いた。

⑤その他のプログラムの代表的プログラムとした軽スポーツ・リラクセーションでは、該当する84プログラムで167の要素が挙げられた。最も多い要素は「体調や疲労の自己管理の促し」が36、次いで「共有、共感、相互作用に向けたグループへの支援」が24、以下「個人への面談等によるフィードバック」が21、「プログラムの運営、進行」が19、「効果や目的・やり方の説明」が17と続いた。

(9)代表的プログラムの「運用時間」

各プログラムの1週間あたりの実施時間について、導入期(開始1カ月以内)、中期(開始2カ月目以降)、後期(終了1カ月以内)の3つの時期について調査し、代表的プログラムにおける運用時間を算出した。

①個人プログラムでは、該当する72プログラムのうち導入期には58プログラムが平均247.5分実施し、中期には61プログラムが平均250.7分実施、後期には56プログラムが平均333.3分実施されていた。

②特定の心理プログラムの代表的プログラムとした「認知行動療法」では、該当する58プログラムのうち導入期には39プログラムが平均121.5分実施し、中期には47プログラムが平均135.2分実施、後期には45プログラムが平均110.4分実施されていた。

③教育プログラムでは、該当する56プログラムのうち導入期には42プログラムが平均89.3分実施され、中期には41プログラムが117.0分実施、後期には38プログラムが平均105.0分実施されていた。

④集団プログラムでは、該当する96プログラムのうち導入期には59プログラムが平均107.9分実施され、中期には79プログラムが平均117.0分実施、後期には78プログラムが平均114.9分実施されていた。

⑤その他プログラムの代表的プログラムとした「軽スポーツ・リラクセーション」では、該当する84プログラムのうち導入期は71プログラムが平均118.8分実施され、中期には73プログラムが平均124.2分実施、後期には64プログラムが平均126.1分実施されていた。

(10) 標準化リワークプログラム

以上の結果から医療機関で行うべき標準化リ

ワークプログラムは５つの実施形態で基本的には構成されている。

(11) 医療機関毎のリワークプログラムの実施の実態

ここまではリワークプログラムの内容について様々な角度からみてきたが、プログラムについて医療機関毎にどのように実施しているのかを整理する。

今回の調査では63医療機関より468プログラムの回答があり、実施プログラム数の平均は１医療機関あたり7.7プログラムとなる。、このうち最も多くのプログラムを行っている医療機関は20プログラムであり、最も少ない医療機関は１プログラムであった。

実施形態ごとにみると、実施形態「①個人プログラム」に該当するプログラムを行っている医療機関は49ヶ所（全体の77.8%）あり、該当する医療機関１ヶ所あたりの平均プログラム数は1.5であった。実施形態「②特定の心理プログラム」を実施している医療機関は55ヶ所（87.3%）であり、該当する医療機関１ヶ所あたりの平均プログラム数は1.7であった。実施形態「③教育プログラム」を実施している医療機関は41ヶ所（65.1%）であり、該当する医療機関１ヶ所あたりの平均プログラム数は1.4であった。実施形態「④集団プログラム」を実施している医療機関は50ヶ所（79.4%）であり、該当する医療機関１ヶ所あたりの平均プログラム数は1.9であった。実施形態「⑤その他のプログラム」を実施している医療機関は55ヶ所（87.3%）であり、該当する医療機関１ヶ所あたりの平均プログラム数は2.7となっていた。

医療機関毎に実施しているプログラムの実施形態を集計すると、５区分の実施形態のうち、５区分すべてに該当するプログラムを行っている医療機関は23ヶ所（36.5%）であり、４実施区分に該当するプログラムを実施している医療機関は26か所（41.3%）で全体の７割以上を占めた。また、３実施区分に該当するプログラムの実施医療機関は10か所（15.9%）、２実施区分に該当する医療機関は１ヶ所（1.6%）、１実施区分のみ実施している医療機関は２ヶ所（3.2%）であった。

さらに、診療報酬上の区分と１週間あたりの実施日数により分類した場合を集計すると、63医療機関のうちデイケア（デイナイトケア及びショートケア、精神科作業療法を並行して行っている場合を含む）で実施日数５日が一番多く32医療機関が該当し、全体の半数を超えていた。このうち実施形態の該当数では５実施形態に該当している医療機関が15ヶ所で一番多く、次いで４実施形態に該当している医療機関が12ヶ所であった。一方、デイケアとショートケアにおいて週３日以上実施していなければ５実施形態に該当する医療機関はなかった。精神科作業療法と通院集団精神療法においてはどの実施日においても５実施形態に該当する医療機関はなかった。

D．考察

【全国におけるリワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究】

1．リワーク研究会所属の施設と利用者を対象とし、リワーク（復職支援）プログラムの実施状況を調査したところ、病院の比率が昨年より10%程度増加した。

2．63施設で合計343名のスタッフが勤務していたが、臨床心理士が最も多く全体の３割を占め、精神保健福祉士、看護師が２割強であり、心理士の占める割合が昨年より増加した点が注目される。

3．復職時の勤務先企業の産業医・産業保健スタッフに対する連絡・調整は７割の施設で行っており、書面が最も多く７割、診察時が５割、訪問が２割を占めており、いずれも昨年と比較して割合が増加していた。人

事労務担当者に対しての連絡・調整も7割の施設で実施しており、診察や書面が最も多く各々6割であった。

4．復職後のフォローは外来診療が最も多く8割であったが、復職後のフォローアッププログラムを実施している施設も35%にのぼり注目された。

5．再休職予防に対するプログラムの工夫として、休職に至るモメントの自己理解と受容の促しを実施している施設が昨年同様9割を占めた。利用後に終了した利用者との交流を目的としたプログラムを行っている施設は6割、家族対象のプログラムを行っている施設は16%と昨年に比べ増加した。

6．今回の調査では、平成22年10月の任意の1日に登録されていたリワーク利用者700人について個別調査も実施した。休職回数は、初回が46%で2回目以上が54%であった。今回の休職期間は平均406.1日で総休職期間は574.0日であったように、頻回かつ長期間の休職状態にある利用者が多いことが判明した。また、DSM-Ⅳ trによる双極Ⅱ型の可能性がある利用者は22%であった。このように診断としても双極性障害の可能性を持つ利用者が多く、難治性の気分障害が対象となっていることが浮き彫りとなった。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

（1）結果のまとめ

今回の研究で現在実際に行われているリワークプログラムを調査し解析した結果、以下の点が明らかになった。

1．プログラムの実施形態と目的区分を組み合わせてみると5つの実施形態毎の目的区分が明確となった。

2．したがって、実施形態毎の代表的プログラムを抽出するとモデルとなりうるプログラム像が明らかとなった。

3．この代表的プログラムに関して、グループの構成、スタッフの観察の要素、支援方法のポイント、運用時間を集計すると、より具体的なプログラム像が浮かび上がった。

4．一方、調査を行った医療機関毎の実施形態によるプログラム実施状況をみると7割以上の施設で4以上の実施形態でプログラムが行われていた。

5．そして、4以上の実施形態をプログラム上で実現するには、デイケアにおきて少なくとも週4日、できれば週5日でプログラムが提供されていることが望ましいと考えられた。

（2）標準的プログラムガイドラインとその運用について

以上のことから標準化リワークプログラムとしては、プログラムをどのような形態で実施するかの実施形態と、プログラム実施の目的との間には密接な関係があり、実施形態毎の代表的プログラムを提示することが出来た。そして、代表的プログラムを実施していくためのグループの構成、スタッフの観察の要素、支援方法のポイント、運用時間なども示している。

しかしながら、5区分の実施形態を持つプログラムを提供していくためにはデイケアでも週当たり4日以上、すなわち実質的に20時間以上のリハビリテーションでなければ実現は困難と考えられるので、通院集団精神療法、精神科作業療法、ショートケアのみで実施されているプログラムにおいては、本研究で示す標準化リワークプログラムを適応することは困難と考えられる。したがって、これらの診療報酬区分におけるプログラムのあり方は別途検討する必要があろう。

E．結論

【全国におけるリワークプログラムの実施状況

と利用者に関する調査研究】

プログラムに関してはプログラム内容の充実やフォローアッププログラムの実施が増加する等が示された。また、企業との連携が徐々に充実して生きていることも判明した。

利用者に対する大規模な調査を行ったが、休職回数が多く、また、休職期間も長い利用者がプログラムを利用している現実が明らかとなり、双極性障害を疑う症例も2割を超えていることも示され、今後の課題が残されていると考える。

【リワークプログラムの標準化ガイドラインの作成と実施のための医療政策的研究】

プログラムの実施形態と目的区分の組み合わせにより、実施形態ごとの代表的なプログラムを抽出し、また、プログラムの運用面での指針を作成し、標準化リワークプログラムを作成した。なお、デイケアにおいてはこの標準化プログラムを実施するには時間的にデイケアでのみ適用できると考えられた。

G．研究発表

1．論文発表

1．五十嵐良雄：医療機関におけるリワーク活動とうつ病リワーク研究会の発展、今後の展望、最新精神医学、16(2):133-140、2011.

2．五十嵐良雄：気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義、日本社会精神医学会雑誌、20(1):45-52、2011.

3．五十嵐良雄：職場復帰から見た難治性うつ病とその治療上での工夫、精神療法　36(5):627-632,2010.

4．五十嵐良雄：復職支援を通じての気分障害へのリハビリテーションとその位置付け、リハ研究　143:13-18,2010.

5．五十嵐良雄：デイケアにおける復職支援、デイケア実践研究　13(1):63-76、2009.

6．五十嵐良雄：うつ病、不安障害の復職支援、こころのクリニック　10:81-94、2009.

7．五十嵐良雄：うつ病を対象とした職場復帰支援とその研究、心と社会、134:74-78、2008.

8．五十嵐良雄：復職支援のためのネットワークと精神科医療－うつ病のリハビリテーションの現代的役割－精神科治療学、23(11):1313-1317、2008.

2．学会発表

1．第83回日本産業衛生学会メインシンポジウム「気分障害の復職支援と復職後の留意点」（平成22年5月27日、福井）

2．第16回日本精神科診療所協会総会シンポジウム「リワークプログラムを構成する重要な要素」（平成22年6月20日、横浜）

3．第10回日本外来精神医療学会パネルディスカッション「難治性うつに対するリワーク」（平成22年7月25日、東京）

4．13th Pan-pacific Rim Collage of Psychiatrist Scientific Meeting, Rework program for patients with affective disorder and anxiety disorder under condition of suspension from a work in psychiatric clinics in Japan, (2008/10/30, Tokyo)

5．平成21年度北海道精神神経学会学術研修会「気分障害における心理社会的治療の進歩—集団療法（デイケア）—」（平成21年9月6日、札幌）

6．第13回日本デイケア学会年次大会：メインシンポジウム「デイケアにおける復職支援」（平成20年9月9日）

7．第29回日本社会精神医学会シンポジウム「気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義」（平成22年2月26日、松江）

8．第17回日本精神障害者リハビリテーション学会シンポジウム「医療機関におけるリ

ワークプログラムの役割」（平成21年11月
23日）

平成20～22年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究
分担研究報告書

リワークプログラムの効果に関する無作為化比較試験

分担研究者　秋山　剛（ＮＴＴ東日本関東病院精神神経科　部長）
研究協力者　酒井　佳永（跡見学園女子大学文学部臨床心理学科　准教授）
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科専攻精神保健学分野　大学院生）
鵜川　晃（アジア福祉教育財団難民事業本部　臨床心理士）
村上　裕子（東京海上日動メディカルサービス株式会社
健康プロモーション事業部ＥＡＰ室　臨床心理士）
久野裕美子（東京海上日動メディカルサービス株式会社
健康プロモーション事業部ＥＡＰ室　臨床心理士）
佐藤　幸江（東京海上日動メディカルサービス株式会社
健康プロモーション事業部ＥＡＰ室　臨床心理士）
近藤　知子（東京海上日動メディカルサービス株式会社
健康プロモーション事業部ＥＡＰ室　臨床心理士）
高橋　千佳（東京海上日動メディカルサービス株式会社
健康プロモーション事業部ＥＡＰ室　臨床心理士）
飯田　亜佳（湘南鎌倉総合病院　臨床心理士）
梁　大樹（江戸川教育研究所　臨床心理士）
大庭　輝（至誠ホーム　臨床心理士）
成田　彩乃（明治学院大学大学院　大学院生）
渡辺　愛祈（明治学院大学大学院　大学院生）
村松　智美（ＮＬＰメディックスジャパン）

研究要旨
近年、職場を休職した気分障害患者を対象とした集団職場復帰援助プログラム（以下、リワークプログラム）のニーズが高まっている。2008年度から2010年度の３年間で、リワークプログラムの効果を明らかにするため、大うつ病による休職者をリワークプログラム群と対照群に無作為に割り付け、３カ月後の社会機能をアウトカムとする無作為化比較試験を実施した。2008年10月から2010年11月にかけて、24人がプログラムに導入され、介入群、対照群に無作為に割り付けられた。しかし、2010年11月の時点において、目標症例数を大きく下回っていた。また、効果評価時期である導入３ヶ月後を迎えた22人（介入群10人、対照群12人）のうち、調査施行できたものは14人であり、８人が脱落していた。特に、介入群においては６割の対象者が脱落しており、研究手続きの改善の必要性が示唆された。脱落した群は、脱落しなかった群と比較して、女性が多く、発揚気質が高く、損害回避傾向が低かった。今後の課題として、必要症例数を確保するために、研究の広報や対象者募

集の方法を改善すること、また研究導入過程における脱落を減少させるために、研究導入から介入開始までのプロセスをよりスムーズに行うことが必要だと考えられた。また介入開始後の脱落を防ぐため、より通常のリワークプログラムに近い介入となるよう研究手続きを工夫することにより、介入開始後の動機付けを高く維持する必要が示唆された。

A．研究の目的

うつ病による休職者は年々増加傾向にある（社会経済生産性本部、2006)。休職後にいかにスムーズに職場に復帰し、再発を防ぐかということが、患者、企業、医療機関にとって重要な課題となっている。従来、うつ病の治療は休養と薬物療法が中心であり、リハビリテーションの必要性が指摘されることは少なかった。しかし近年うつ病患者の中に、うつ症状がある程度改善した後も復職が困難であるものや、復職後に再発して再度休職に至るものが少なくないことが指摘されるようになった（島、2005、菅原ら、2007)。この理由として、休養と薬物療法によって症状が改善した状態と、復職して仕事ができる状態との間には乖離が大きいことがあげられる（秋山ら、2005)。また職場の状況を詳細には知ることのできない精神科医師による短時間の外来診察のみでは、その患者の体力、作業能力、集中力などが、職場で要求されるレベルにまで改善しているかどうかを判断できないことも、復職可能と診断された患者が実際には復職できるレベルではないという事例が多いことと関連しているだろう。

こうした現状を改善するために、全国の自治体、医療機関、事業所がうつ病患者の復職を援助するプログラムを開始しつつある。このうち医療機関による職場復帰援助プログラム（以下リワークプログラムとする）としては、ＮＴＴ東日本関東病院をはじめとするいくつかの医療機関で、「生活リズムの改善」「基礎体力の向上」「集中力と意欲の向上」「対人関係能力や問題解決能力の向上」を目的としたプログラムが実施されている（岡崎ら、2004)。休職者の増加に伴い、リワークプログラムへのニーズが増加していること、またリワークプログラムは経験的に有用だと考えられていることから、近年、リワークプログラムを実施する医療機関はますます増えてくることが予測される。

ただし、わが国においてリワークプログラムにどのような効果がどの程度あるかについて検討した研究はない。現在、全国的にリワークプログラムが広がりつつあることを考慮すると、医療機関における標準的なリワークプログラムが休職中のうつ病患者にもたらす効果について客観的に検討する必要がある。

そこで我々は休職中のうつ病患者を対象に、リワークプログラム参加群と非参加群を無作為に割り付ける無作為化比較対照試験（以下ＲＣＴとする）を実施した。研究目的は、リワークプログラムが①プログラム参加期間における社会適応や精神症状の改善、②休職期間の短縮、③退職者の減少、④復職後の再発率の減少や再発までの期間の延長、において、どのような効果をもたらすかを検討することである。

B．対象と方法

1．対象

1）必要症例数

リワークプログラムによる介入群　90例、対照群　90例。

2）選択基準

①大うつ病性障害、②ハミルトンうつ病評価尺度17項目版にて15点以下、③現在在職しており復職の意志がある、④症状が改善しておりプログラムに継続して参加可能、⑤主治医の許可が得られる、⑥研究への説明同意が得られてい