

表6 リワーク施設の状況

		n	%
施設基準 (n=84)	デイケア	57	67.9
	ショートケア	63	75.0
	デイナイトケア	9	10.7
	ナイトケア	5	6.0
	精神科作業療法	5	6.0
	通院集団精神療法	6	7.1
	その他	3	3.6
リワーク開始年 (n=85)	1997年	1.2	1.2
	2003年	1.2	1.2
	2004年	3.5	3.5
	2005年	2.4	2.4
	2006年	7.1	7.1
	2007年	22.4	22.4
	2008年	15.3	15.3
	2009年	21.2	21.2
	2010年	18.8	18.8
	2011年	7.1	7.1
規模 (n=76)	大規模	40	52.6
	小規模	36	47.4
		mean	SD
1週間の開催日数 (n=83)		4.5	1.1
リワーク定員数 (n=79)		21.2	15.1

表7 リワーク以外の受入れ

		n	%
受入の可否 (n=84)	受入れている	27	32.1
	受入れていない	57	67.9
リワーク以外の対象者内訳 (n=27)	社会生活機能改善	15	55.6
	居場所の提供を目的	10	37.0
	各種依存症からの	4	14.8
	社会適応技術の習得	19	70.4
	社会適応技術の習得	2	7.4
リワーク対象者との比率 (n=27)	リワーク対象者が多い	15	55.6
	それ以外が多い	12	44.4
リワーク対象者と一緒にプログラム (n=27)	あり	25	92.6
	なし	2	7.4

表8 リワークに関わるスタッフ

		mean	SD
1日の個別記録作成時間 (n=82)	(分)	70.4	54.8
1ヶ月のスタッフミーティング開催数 (n=89)	(回)	4.3	5.3
スタッフミーティングの1回の開催時間 (n=89)	(分)	46	42.5
1ヶ月のケースカンファレンス開催数 (n=89)	(回)	3.1	4.6
ケースカンファレンスの1回の開催時間 (n=89)	(分)	40.0	37.0
		n	%
ケースカンファレンス参加者内訳 (n=68)	スタッフのみ	16	23.5
	医師も参加	52	76.5

表9 リワークに関わるスタッフの主な資 (n=484)

	n	%
臨床心理士	141	29.1
精神保健福祉士	101	20.9
看護師	91	18.8
作業療法士	54	11.2
その他の心理職	29	6.0
保健師	7	1.4
産業カウンセラー	7	1.4
理学療法士	1	0.2
キャリアコンサルタント	1	0.2
その他	52	10.7

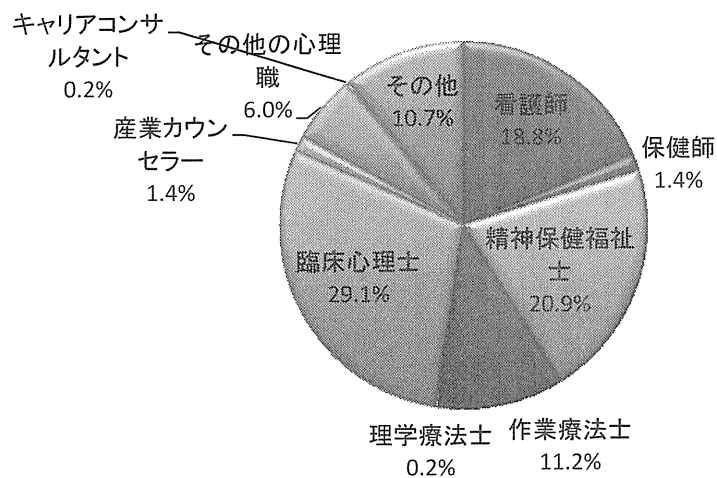


図1 スタッフの主な資格

表10 副資格の有無 (n=484)

	n	%
主資格のみ	379	78.3
副資格あり	105	21.7

表11 主な資格以外の資格(複数回答) (n=105)

	n	%
看護師	11	10.5
保健師	4	3.8
精神保健福祉士	15	14.3
作業療法士	1	1.0
心療心理士	2	1.9
産業カウンセラー	22	21.0
その他の心理職	6	5.7
キャリアコンサルタント	4	3.8
その他	47	44.8

表12 リワークスタッフの背景 (n=484)

		n	%
性別	男性	138	28.5
	女性	343	70.9
	不明	3	0.6
勤務形態	常勤	329	68.0
	非常勤	155	32.0
企業での就労経験	なし	320	66.1
	産業保健スタッフとして	26	5.4
	産業保健スタッフ以外として	117	24.2
	両方として	11	2.3
	不明	10	2.1
		mean	SD
年齢	(歳)	34.8	12.8
主資格の経験年数	(年)	9.1	8.8
リワークプログラム経験年数	(年)	2.6	1.7

表13 非常勤スタッフの勤務状況 (n=155)

		mean	SD
勤務日数	(日/週)	1.2	1.8
勤務時間	(時間/週)	5.3	9.9

表14 利用開始 (n=89)

	n	%
主治医	49	55.1
院長など	14	15.7
会議	22	24.7
その他	4	4.5

表15 利用開始のポイント(複数回答) (n=86)

	n	%
(症状)規則的な睡眠リズムの回復	21	24.4
(症状)精神症状・身体症状の安定	59	68.6
(症状)集中力・理解力の回復	1	1.2
(症状)通所できる体力の回復	33	38.4
(生活レベル)一定日外出できる日がある	2	2.3
(生活レベル)身だしなみが整ってきた	0	0.0
(生活レベル)食生活リズムの安定	0	0.0
プログラム参加へのモチベーション	48	55.8
家族の協力がある	0	0.0
その他	1	1.2

表16 受入条件 (n=87)

	n	%
決めている	74	85.1
決めていない	12	13.8

表17 除外疾患 (n=72)

	n	%
定めている	57	77
決めていない	15	20.3

表18 除外疾患の内訳(複数選択) (n=58)

	n	%
気分障害以外すべて	17	29.3
双極性障害	4	6.9
依存症	36	62.1
パーソナリティ	29	50.0
発達障害	22	37.9
摂食障害	24	41.4
パニック障害	8	13.8
統合失調症	35	60.3
その他	2	3.4

表19 同一企業内の条件

		n	%
条件の設定 (n=74)	定めている	60	81.1
	決めていない	14	18.9
条件の内容 (n=60)	同一企業内社員は同時期に行わない	58	96.4
	参加者の意思を確認して決める	1	1.7
	その他	1	1.7

表20 主治医の条件

		n	%
条件の設定 (n=74)	定めている	41	55.4
	定めていない	33	44.6
条件の内容 (n=41)	主治医の変更必須	18	43.9
	原則的に主治医変更、ただし例外あり	12	29.3
	利用者の意思に任せる	7	17.1
	その他	4	9.8

表21 年齢の条件

		n	%
条件の設定 (n=74)	定めている	8	10.8
	定めていない	66	89.2
		mean	SD
年齢条件下限 (n=7)		19.4	1.0
年齢条件上限 (n=7)		60.0	2.9

表22 学生受入れの条件

		n	%
条件の設定 (n=76)	定めている	50	56.2
	定めていない	26	29.2
条件の内容 (n=50)	受入れる	0.0	0.0
	受入れない	50.0	100.0

表23 その他の条件

		(n=74)	
		n	%
学歴の条件	定めている	1	1.4
	定めていない	74	98.6
受入れ会議の条件	定めている	43	58.1
	受入れ会議が必要	31	41.9

表24 プログラム開始までの手続き

		n	%
見学 (n=89)	本人のみ可	17	19.1
	家族も可	52	58.4
	見学は不可	20	22.5
試験利用 (n=88)	試験利用可	39	44.3
	試験利用不可	49	55.7
待機期間 (n=88)	待機期間あり	17	19.3
	待機期間なし	71	79.8
利用規定 (n=87)	利用規定あり	78	89.7
	利用規定なし	9	10.3
誓約書・同意書	取り交わす	73	83.0
	取り交わさず	15	17.0
		mean	SD
待機期間	(日)	51.5	39.3

表25 利用開始後のステップ

		n	%
利用の仕方 (n=88)	本人の希望に任せる	14	15.9
	施設がルールを制定している	52	59.1
	その他	22	25.0
ステップの形式 (n=89)	ステップなし	25	28.1
	段階的でステップ移行の開始条件が明確	20	22.5
	段階的だがステップ移行の開始条件は定めず	41	46.1
	その他	3	3.4
	利用者に任せる	5	5.6
利用日数の決定 (n=89)	段階を定める	18	20.2
	利用者と医師やスタッフが相談	60	67.4
	その他	6	6.7
	施設が制定	67	75.3
最低利用日数 (n=89)	制定せず	22	24.7
		mean	SD
定めている最低利用日数 (n=67)	(日/週)	2.3	1.0

表26 評価の実施

		n	%
スタッフによる評価の実施 (n=89)	実施	80	89.9
	実施していない	9	10.1
標準化リワークプログラム評価シートによる評価 (n=75)	実施	38	50.7
	実施していない	37	49.3
心理テストの実施 (n=89)	実施	72	80.9
	実施していない	17	19.1

表27 他院患者の受入れ

		n	%
他院患者の受入れ (n=88)	受入れ可	60	68.2
	受入れ不可	28	31.8
主治医との連絡方法 (n=60)	定期的に文書で連絡	22	37.3
	不定期に文書で連絡	23	39.0
	連絡を取っていない	5	8.5
	その他	9	15.3
	文書で連絡を行う場合 (n=43)	医師同士の診療情報提供書	7
	リワーク専用の文書	34	79.1
	その他	2	4.7

表28 通常プログラム以外の運用 (複数回答)

		(n=75)	
		n	%
リワークの一環としての復職者向けフォロープログラム		40	53.3
医療機関も関与するリワークプログラムの終了者と現在参加者との交流会		21	28.0
OB・OG・同窓会的な医療機関の関与しない自主イベント		7	9.3
その他		20	26.7

表29 家族を対象としたプログラム

		n	%
家族プログラム (n=88)	ある	15	17.0
	ない	73	83.0
家族プログラムの参加費 (n=14)	無料	7	50.0
	保険外	3	21.4
	保険適用	4	28.6

表30 中止・脱落

		n	%
利用中止基準 (n=89)	特に定めていない	9	10.1
	症状の悪化	36	40.4
	迷惑行為	12	13.5
	施設の制定したルール違反	26	29.2
	その他	3	6.7
利用中止の決定者 (n=87)	リワーク施設管理医師	33	37.9
	リワークスタッフ	9	10.3
	主治医	33	37.9
	判定会議	11	12.6
	その他	1	1.1

表31 再利用 (n=86)

	n	%
再利用がない	18	20.9
再利用がある	68	79.1

表32 脱落原因

		n	%
第1位 (n=69)	症状の悪化により通所できない	46	66.7
	症状の悪化を直接の原因とせず通所できない	1	1.4
	モチベーションの低下	16	23.2
	休職期間満了	2	2.9
	退職の意思を固めたため	4	5.8
	家族の協力がいない	0	0.0
	金銭的理由	0	0.0
第2位 (n=66)	症状の悪化により通所できない	12	18.2
	症状の悪化を直接の原因とせず通所できない	6	9.1
	モチベーションの低下	29	43.9
	休職期間満了	5	7.6
	退職の意思を固めたため	6	9.1
	家族の協力がいない	1	1.5
	金銭的理由	6	9.1
	その他	1	1.5

表33 プログラム利用終了時

		n	%
最長利用期間の設定 (n=88)	定めている	37	42.0
	定めていない	51	58.0
終了決定条件 (n=86) (2つまで複数回答)	期限を設定	25	29.1
	受入れ先条件による	56	65.1
	評価の結果を見て	10	11.6
	出席日数・出席率	6	7.0
	判定会議で決定	9	10.5
	利用者の意見による	26	30.2
	その他	5	5.8
復職時の企業との連絡・調整 (n=87) (複数回答)	産業医・産業保健スタッフに 書面にて実施	45	51.7
	産業医・産業保健スタッフに 訪問にて実施	12	13.8
	産業医・産業保健スタッフに 診察にて実施	30	34.5
	産業医・産業保健スタッフに していない	22	25.3
	人事労務担当者に 書面にて実施	41	47.1
	人事労務担当者に 訪問にて実施	11	12.6
	人事労務担当者に 診察にて実施	41	47.1
人事労務担当者に していない	22	25.3	

表34 復職後のフォローと再利用

		n	%
復職後のフォロー体制 (n=88) (複数回答)	外来で診察	74	84.1
	スタッフが定期的に連絡	11	12.5
	復職後フォローアッププログラムへ参加	37	42.0
	その他	22	25.0
再休職後のプログラム再利用 (n=89)	再利用可	79	88.8
	再利用不可	3	4.5
	その他	5	6.7
再利用の場合の内容 (n=74)	初回利用と同じプログラム	71	95.9
	別プログラム	3	4.1

表35 プログラムの実施形態 (n=785)

	n	%
①個人プログラム	141	18.0
②特定の心理プログラム	153	19.5
③教育プログラム	91	11.6
④集団プログラム	246	31.3
⑤その他のプログラム	154	19.6

表36 プログラムの目的区分(複数回答) (n=774)

	n	%
症状自己管理	230	29.7
コミュニケーション	272	35.1
自己洞察	316	40.8
集中力	154	19.9
モチベーション	66	8.5
リラクセーション	126	16.3
基礎体力	122	15.8
感情表現	94	12.1

表37 プログラム実施時期と実施時間

		①個人プログラム (n=141)		②特定の心理プログラム (n=153)		③教育プログラム (n=91)		④集団プログラム (n=245)		⑤その他のプログラム (n=154)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
プログラム実施時期 (複数回答)	導入期	24	17.0	50	32.7	25	27.5	60	24.5	25	16.2
	中期	21	14.9	31	20.3	29	31.9	51	20.8	34	22.1
	後期	19	13.5	32	20.9	34	37.4	59	24.1	36	23.4
		mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
実施時間	導入期実施時間(分/週)	159.4	210.0	78.5	92.9	67.7	58.0	83.7	76.3	78.3	66.1
	中期実施時間(分/週)	172.2	194.0	103.5	136.5	64.3	55.8	89.4	78.5	79.9	82.5
	後期実施時間(分/週)	227.2	236.2	117.6	109.2	84.3	49.1	108.0	72.3	97.9	92.5

表38 プログラム実施時期と実施時間

		①個人プログラム (n=139)		②特定の心理プログラム (n=153)		③教育プログラム (n=91)		④集団プログラム (n=245)		⑤その他のプログラム (n=146)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
プログラムの目的 (複数回答)	目的(1) 症状自己管理	34	24.5	78	51	73	80.2	27	11.0	18	12.3
	目的(2) コミュニケーション	8	5.8	55	35.9	12	13.2	164	66.9	33	22.6
	目的(3) 自己洞察	44	31.7	121	79.1	52	57.1	77	31.4	22	15.1
	目的(4) 集中力	99	71.2	1	0.7	5	5.5	32	13.1	17	11.6
	目的(5) モチベーション	20	14.4	5	3.3	3	3.3	25	10.2	13	8.9
	目的(6) リラクセーション	7	5.0	5	3.3	6	6.6	42	17.1	66	45.2
	目的(7) 基礎体力	17	12.2	1	0.7	5	5.5	38	15.5	61	41.8
	目的(8) 感情表現	2	1.4	28	18.3	5	5.5	41	16.7	18	12.3

表39 医療機関ごとの実施状況

(n=88)

		n	%
実施形態区分の内訳	①個人プログラムを実施	71	80.7
	②特定の心理プログラムを実施	70	79.5
	③教育プログラムを実施	62	70.5
	④集団プログラムを実施	76	86.4
	⑤その他のプログラムを実施	64	72.7
実施形態の状況	5区分全て実施	32	36.4
	4区分実施	30	34.1
	3区分実施	17	19.3
	2区分実施	5	5.7
	1区分実施	4	4.5

表40 利用者の属性

		n	%
性別 (n=1415)	男性	1046	73.9
	女性	369	26.1
婚姻 (n=1409)	未婚	758	53.8
	既婚	638	45.3
	離婚	12	0.9
	死別	1	0.1
就労状況 (n=1406)	未就労	38	2.7
	失職中	226	16.1
	休業中	1052	74.8
	就労中	90	6.4
		mean	SD
年齢 (n=1411)	(歳)	39.1	8.7
休職回数 (n=1304)	(回)	2.1	1.5
総休職期間 (n=1229)	(日)	608.9	538.8

表41 診断

		n	%
ICD-10による主診断 (n=1400)	F0 症状性を含む気質性精神障害	14	1.0
	F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	2	0.1
	F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	78	5.6
	F3 気分(感情)障害	1098	78.4
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	163	11.6
	F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	1	0.1
	F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	20	1.4
	F7 精神遅滞[知的障害]	0	0.0
	F8 心理的発達障害	19	1.4
	F9 小児期および青年期に通常発達する行動及び情緒の障害	4	0.3
	G40 転換	1	0.1
DSMIV-trによる双極Ⅱ型の 可能性 (n=1404)	あり	1006	71.7
	なし	398	28.3

表42 利用状況

		mean	SD
参加予定日数 (n=1415)	(日)	3.6	1.5
		n	%
利用状況 (n=1407)	初回	1207	85.8
	再利用	200	14.2
リハビリテーション区分 (n=1414) (複数回答)	デイケア	857	60.6
	ショートケア	660	46.7
	デイナイトケア	222	15.7
	ナイトケア	50	3.5
	精神科作業療法	87	6.2
	通院集団精神療法	92	6.5
	自費	15	1.1
	その他	14	1.0

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

うつ病患者に対する復職支援体制の確立
うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究
分担研究報告書

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

（分担研究者） 五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門 院長

研究要旨：

本年度の研究としては、スタッフおよび管理者のための教育システム開発に向けた検討を行った。講師間の検討や参加者からのアンケート調査などを中心に分析を行った。その結果、研修は、スタッフに対しては基礎的なものと経験者向けの二つに分け、管理者向け研修は別途対象を限定して行うことが望ましいとされた。全国各地での開催が望まれているが、そのためには、講師の育成が必要で、費用の問題など乗り越えなければならない課題が多々あり、早急に標準的なリワークプログラムを定義し、講師の養成を進める一方で、ビデオ教材の作成が望まれる。

研究協力者

飯島 優子	メディカルケア虎ノ門
片桐 陽子	京都駅前メンタルクリニック／ 宇治おうばく病院
岡崎 渉	N T T東日本関東病院
松村 英哉	三木メンタルクリニック
蔵屋 鉄平	品川駅前メンタルクリニック
福島 南	メディカルケア虎ノ門
今関 純宇	メディカルケア虎ノ門
石川いずみ	メディカルケア虎ノ門
上田 知子	榎本クリニック
横山 太範	さっぽろ駅前クリニック
古野 洋一	うつ病リワーク研究会事務局

ばしいことだが、提供される治療内容が統一されているわけではなく、医療機関ごとの差が大きいと推測される。また、これからプログラムを始めようとする医療機関においては、どのような内容で始めたら良いのかという不安も聞かれた。そこで、スタッフおよび管理者のための教育システムを開発し、標準的なリワークプログラムを理解して貰うことが喫緊の課題と考えられ、情報量の多さなどから教育ビデオの作製が有効と考えられた。

従って、本研究は①スタッフおよび管理者のための教育システムを開発し、②標準的なリワークプログラムを定義し、③リワークプログラムの全容が理解されるような教育ビデオを作製するのに必要な技術や方法を検討し、最終的には、④教育ビデオを作成することを目的とする。

また、リワークの実施に積極的に取り組もうとしている方が必要としている情報は、講師側でも接触が多く要望を把握しやすい。しかし、リ

A. 研究目的

うつ病などの精神疾患を理由に休職した方の復職支援を行うリワークプログラムを実施する医療機関（以下、リワーク医療機関）が増えている。休職者数に比してリワーク医療機関が圧倒的に少ない状況が続いており、数の増加は喜

ワークへの意欲や関心はあるが何らかの障害があるためリワークへの取り組みを控えているような方の場合、どのようなニーズがあるかについてこれまで十分に把握する方法がなかった。そのためリワークの教育システムを作成するにあたりプログラムを開始する基盤を理解するため、あえて現在リワークを行っていない医療機関の管理者に対し、ヒアリングを実施し現状について調査した。

B. 研究方法

研究は上記①から④の順序で計画的に行う。本年は①について研究を行った。リワーク研究会では、これまでも様々な研修会などを通じて、リワークプログラムの普及に努めてきた。初期には主に基礎的な内容の研修がなされて、リワーク医療機関やこれから始めようとしている医療機関のスタッフや管理者に対して、リワークの本質を理解して貰えるような研修を行った。その後、経験者向け研修（実施済み）や管理者向け研修（H24. 2. 29現在未実施）などが追加された。各種研修会を通じて、教育システムについて試行錯誤を続け、対象者、年間開催回数、開催場所、参加人数、講師の構成、研修内容と方法について、1)講師同士の情報交換、2)参加者からの聞き取り、3)会場でのアンケート調査などをもとに検討し、理想的な教育システムの構築を目指した。

リワークプログラムに関するニーズの聞き取り調査に関し時期は2012年2月から3月にかけて行い、四国地方（愛媛県、高知県、徳島県、香川県）、長野県、中国地方（鳥取県、島根県、岡山県、広島県）、九州地方（佐賀県、長崎県）、東北地方（岩手県、山形県）12県33施設を訪問した。

（倫理面への配慮）

参加者からの聞き取りは任意・匿名で行い、アンケート調査などは無記名とし、非侵襲性・

プライバシーに十分配慮した。

C. 研究結果

- ・対象者；当初は基礎研修として対象を区別せずに実施してきたが、リワーク医療機関の増加に伴い、実践経験を持った臨床家を対象とした研修の必要性が認められた。また、より良いリワーク医療機関の運営のためには、現場で治療に当たるスタッフがリワークについて理解するだけでなく、管理的立場にある者の理解・協力が不可欠との認識に至った。
- ・年間開催回数；基礎研修は、現状では年2回程度の開催であるが、うつ病などで休職している患者数に比べて圧倒的に少ない施設数であることを考えるとさらに研修会を行う必要があると思われた。一方、経験者向けの研修は、現状では年1回で十分と思われるが、今後は実践家の増加に伴い、複数回の開催も必要となると予想された。また、管理者向けの研修は当面年1回の開催で十分と考えられた。
- ・開催場所；現状では東京中心の開催となっているが、各種の研修は全国で行われることが必要という共通認識が得られた。しかし、基礎研修などは、内容が多岐にわたるため講師の人数も必然的に多くなり、その事が地方開催の足かせとなっているとの指摘もあった。
- ・参加人数；研修方法とも大いに関連するが、基礎研修で小グループでのディスカッションを含むような実践的な研修を行うのであれば、大規模な研修は困難で、100名以下で行う研修が望ましい。経験者向け研修や管理者向け研修では、より多くのディスカッションが必要と思われ、50名以下が妥当と考えられた。
- ・講師の構成；スタッフ向けの研修は、基礎研修、経験者向け研修のいずれにおいても、多職種の講師が望ましい。具体的には、医師（うつ病、その他の精神疾患に精通した精神科専

門医が望ましい)、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士(臨床心理士資格保持者が望ましい)などが挙げられた。管理者向け研修では、病院長や診療部長などの経営・人事にある程度の権限を持った医師、医療経済や税務などに精通した経済学者や専門家、リワーク医療機関で実務経験のある事務長、などが講師としてふさわしいと思われた。

・研修内容と方法;最も多くの議論がなされた部分である。基礎研修では、伝えなければならぬ内容が多岐にわたり、研修内容が膨大で詰め込みすぎになっていること、講師間で内容に重複が見られること、座学ばかりで参加者同士のネットワーク形成の機会がないことなどが問題となった。経験者向けの研修会では、小グループのディスカッションを実施したが1グループの人数が10名以上と多く、議論が深まり難かったこと、経験者と言っても経験のレベルに差が大きかったこと、講義の時間が多く参加者の経験や悩みなどの共有が進まなかったことなどが課題として上がった。管理職向け研修では、治療としての重要性のみでなく、自殺予防が叫ばれる現状の中で、うつ病休職者支援の社会貢献や地域への責任といった側面を伝え、経営面でのメリットも理解して貰うことが必要と考えている。

リワークプログラムに関するニーズの聞き取り調査に関し、内訳は、病院(大学病院、総合病院を含む)が14施設(42.4%)、診療所が17施設(51.5%)、その他が2施設(6.1%)であった。デイケア施設保有は、17施設(51.5%)であり、そのうち12施設(70.6%)が病院、5施設(29.4%)が診療所であった。

施設所在地について、県庁所在地にある施設が19施設(57.6%)であり、所在都市人口平均は約459,000人であった。県庁所在地以外にある施設は14施設(42.4%)であり、所

在都市人口平均は約170,000人であった。医療機関に関連する団体役員の就任状況をみたところ、就任している方が7人(20%)であった。産業医資格の有無については、6名(17.1%)が保有していることが明らかになった。

26施設(78.8%)よりリワークプログラムに対し興味や関心・検討との反応があり、そのうち、リワーク施設の検討や勉強会開催、研修会参加、地域におけるうつ病リワークの組織形成など強く関心を持っている施設は20施設(60.6%)であった。強く関心を持っている施設20施設のうち、デイケア施設を保有しているところは、13施設(65.0%)、県庁所在地にある施設は10施設(50.0%)、所在都市人口平均352,000人、地域医療団体の役員就任者4名、産業医資格を有する医師は全6名中5人を占めた。関心を持っている施設の特徴として、デイケア施設をすでに保有している(88.2%)、病院(85.7%)、県庁所在地(84.2%)が挙げられた。

関心のない8施設(24.2%)について、6施設(75.0%)が診療所、デイケア保有が2施設(25%)、県庁所在地3ヶ所(37.5%)、所在都市人口平均287,000人、地域医療団体役員就任者3人、産業医資格保有1名であった。地域別では高知県2施設(100.0%)、長野県2施設(66.7%)、佐賀県1施設(50.0%)が挙げられた(表1)。

D. 考察

・対象者について

レベルや目的別に3種類の研修を行うことが必要だという事が明らかになった。研修を対象者別に分けて行うことで参加動機を高め、また、対象者毎に必要な情報提供も可能となり、研修会としての質の向上に繋がると思われる。

・開催回数、場所、参加人数について

十分な普及が進んでいない中で、開催回数の増加と地方での開催を期待する声が多いというのは当然のこととして、予想された。しかし、回数を増やし地方で行うこととなると、講師謝金や移動の経費などの経済的な側面や人材確保の困難さなど、解決しなければならない課題が多い。また、参加人数については、少人数であれば中身の濃い研修になると思われるが、参加費の高騰が懸念され、容易ではない。

・講師の構成について

多職種の講師による研修会運営が行われることは望ましいが、多職種であるほど人材の確保はより困難になる。今後は、講師の育成が必要で、スタッフや管理者の研修の他、講師育成を目的とした研修の準備が必要となるだろう。

・研修内容と方法について

特に基礎研修では、数回の実施を経て、量の膨大さを指摘する声が多い一方、講師間での内容の重複も指摘された。これはリワーク研究会に所属しているとは言え、個々の講師は各々に異なる実践経験を持った別々の医療機関から集められた人材から成り立っており止むを得なかったことと言えよう。今後は重複を避けると同時に標準的・本質的リワークプログラムを定義し、講師毎の差の少ない研修内容が望まれる。そのためには相互に訪問することやビデオなどの媒体を用いた情報交換が必要で、この点は次年度の研究の中心的なテーマになると思われる。一方、経験者向け研修や管理者向け研修は内容の精査をするだけの蓄積がまだなく、継続的な検討が必要となるだろう。研修方法については、座学が中心となるのは止むを得ないが、多くの研修参加者がディスカッションを含む、少人数での相互交流の時間を望んでいることが明らかになった。しかし、経験者向けの研修では、各々のレベルに差があることから少人数のグループになるとしても分け方を工夫することが必要と思われた。

リワークプログラムに関するニーズの聞き取り調査に関し、全体としてリワークに関し予想以上に認知していると思われるが、一方関心の無い施設の反応としては、地域として他に優先事項がある（高知県 自殺対策とアルコール対策）や、多忙や遠距離、体力など院長の物理的な問題、患者層（外来患者数、うつ病患者やサラリーマンの割合）などがあつた。

このような関心の薄い場合も、近くで研修会や講習会があり参加する機会があれば認識も変化し、新たな取り組みを検討することも十分考えられるため、全国各地で研修会を実施することが非常に重要である。また、リワークプログラムに対して「プログラムに基づいた」、「システムの」、「シナリオに沿った」という発言があつたが、これらからも実施方法について研修を通して習得するものという印象を受け、研修に対するニーズを感じた。また、精神科病院でデイケア施設を保有している施設のニーズは高く（11施設 91.7%）、精神科デイケアからどのようにすればリワークプログラムを導入することが出来るかについて研修内容に盛り込むことが受講者のニーズを満たすことになると思われる。

E. 結論

本年度の研究としては、スタッフおよび管理者のための教育システム開発に向けた検討を行った。現状では教育システムの中心は研修会と言わざるを得ない。研修会は、スタッフに対しては基礎的なものと経験者向けの二つに分け、管理者向け研修は別途対象を限定して行い、聞き取り調査からも判明したように全国各地での開催が望まれているが、そのためには、講師の育成が必要で、費用の問題など乗り越えなければならない課題が多々あつた。徐々にではあるが、各種研修会で伝えなければならない内容については明確になってきており、次年度には、

標準的なリワークプログラムを定義し、講師の養成を進める一方で、普及に向けた速効性のある対応として標準的なプログラムを網羅したビデオ教材の作成が望まれる。本研究の最終的な課題である。

F. 健康危険情報

省略

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

飯島優子 (メディカルケア虎ノ門)、片桐陽子 (京都駅前メンタルクリニック/宇治おうばく病院)、他 「教育システム開発に関する研究第1報：研修内容・方法に関する検討」 第5回うつ病リワーク研究会年次研究会

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

- (5) あなたが携わっている(携わる予定の)リワークプログラムの中で、現在何か困っていることはありますか？あれば、どんなことでお困りか具体的にお教えてください。

7. 本日の研修のご感想を、各項目ごとにお尋ねします。

(1) 『うつ病リワークプログラムの経緯と背景、現代的意義』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった

②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

(2) 『うつ病に関する心理教育、プログラム作成のポイント』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった

②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

(3) 『評価方法のポイント』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった

②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

(4) 『スタッフのかかわり、アクシデントへの対応』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった

②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

(5) 『グループディスカッション』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった

②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

8. 本日の研修の内容で、特に印象に残っていることをお教えてください。

9. 今後、どのような内容の研修を希望しますか？

10. あらかじめ、以下の2冊の本はお読みになられてきましたか？ **(複数回答可)**

- ・『うつ病リワークプログラムのはじめ方』
- ・『うつ病リワークプログラムの続け方—スタッフのために』
 - ア. 『はじめ方』の方をしっかりと読んできた
 - イ. 『はじめ方』の方を一応読んできた
 - ウ. 『はじめ方』の方を読んだが、ほとんど読めていない
 - エ. 『続け方』の方も読んできた

11. 今回の研修会はどこで知りましたか？ **(複数回答可)**

- ア. うつ病リワーク研究会 会報記事
- イ. うつ病リワーク研究会 ホームページから
- ウ. 専門誌から (書籍名)
- エ. ウェブの告知から (サイト名)
- オ. 学会・講演会から (学会・講演会名)
- カ. 知人からの紹介
- キ. 所属機関からの紹介
- ク. その他 ()

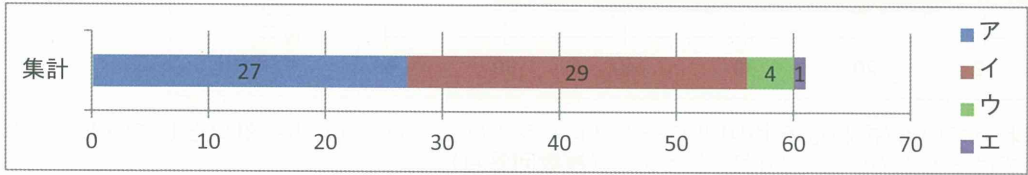
12. その他、何かお気づきのことがありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

(2) 『うつ病に関する心理教育、プログラム作成のポイント』について

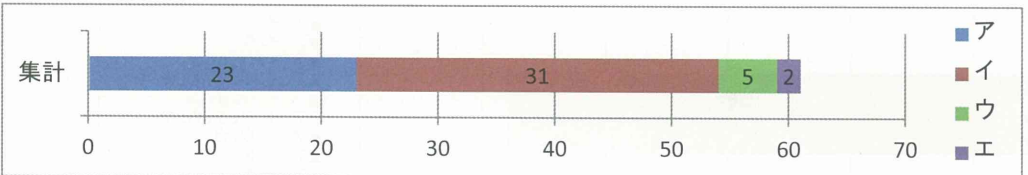
①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった



②今後どのくらい役立ちそうですか？

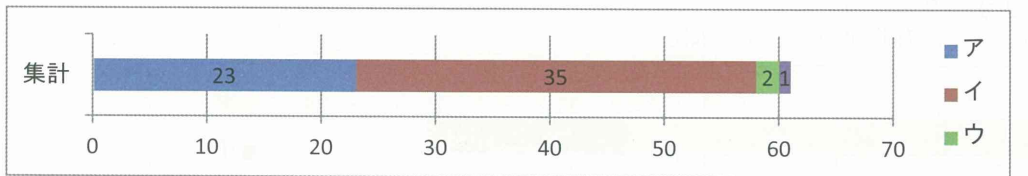
- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない



(3) 『評価方法のポイント』について

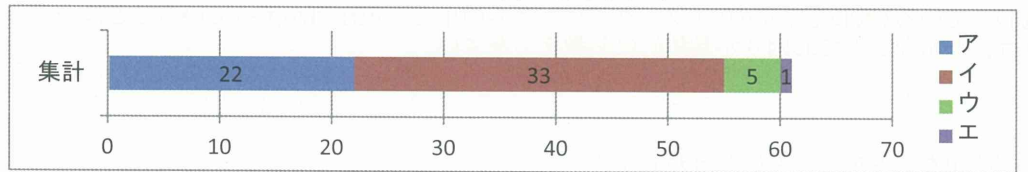
①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった



②今後どのくらい役立ちそうですか？

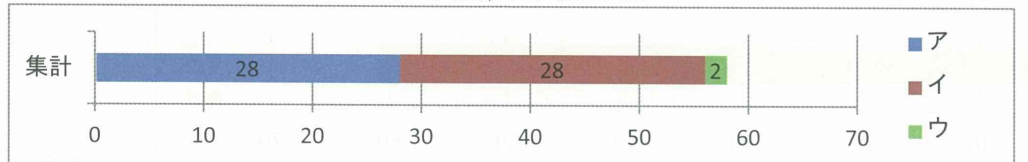
- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない



(4) 『スタッフのかかわり、アクシデントへの対応』について

①どのくらい理解できましたか？

- ア. 充分理解できた イ. ある程度理解できた ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり理解できなかった オ. 全く理解できなかった



②今後どのくらい役立ちそうですか？

- ア. 大変役立ちそう イ. ある程度役立ちそう ウ. どちらとも言えない
 エ. あまり役立ちそうにない オ. ほとんど役立ちそうにない

