

ステップ11
復職後フォロー

復職後の健康状態についてフォローを行いません。

主治医、産業医・産業保健
スタッフ

健康状態が悪化した場合、主治医が産業医・産業保健スタッフに情報提供することを本人が嫌がる場合もあります。しかし、健康状態の悪化がある程度以上進めば、遅刻、休み、業務の遅れなどが発生して、いずれ職場にも状態の悪化が分かるようになります。ある程度以上の健康状態の悪化がみられたら、主治医や治療スタッフが本人を説得して、産業医・産業保健スタッフと情報を共有した方が、本人への支援を、主治医と産業医・産業保健スタッフがよりよく協働して行うことができると勧めています。

産業医・産業保健スタッフが状態の悪化を把握した場合は、本人に早期に主治医を受診するように勧め、主治医に職場でみられる状態について情報を提供してください。

体調がよく、症状の再発のおそれがないければ、業務制限や健康管理を順次解除してください。

復職申請後のプロセス

1. 復職の申請

- ① 今回、主治医・治療スタッフに診断書、情報提供書に作成していただきました。
- ② 「活動記録表」で具体的な日常の活動状況を知らせてください。
- ③ 「主治医照会シート」に記入していただいて、あなたの状態について、より詳しい情報を伺います。
- ④ また、私たちの方でも、同様の項目について、あなたの状態を確認します。

2. 職場調整

復職時は、「元の職場に戻る」ことが原則です。「元の職場で本人にストレスが高かった」「休職する過程で、元の職場のスタッフに高い負担が発生しており、元の職場での受け入れが難しい」「休職中に、元の職場がなくなってしまった」といった場合は、復職を目指す職場をどこにするかという調整が行われます。ただし、就業規則や労働契約の成り立ちとして、(可能な配慮を行った上で) どの職場でどのような仕事を指示するかは会社が決定することであり、あなたが選択することはできません。

3. 試し出社また軽減勤務

会社によっては、復職前の通勤練習、軽い作業でのからだ慣らしを目的として、本人の同意や要望に基づいて、「試し出社」を施行するところがあります。「試し出社」が行われている間は、産業保健スタッフ、職場の上司が、体調をフォローしてくれます。もし、主治医の診察で、体調の変化が見られた場合は、産業保健スタッフや職場の上司に報告するよう、アドバイスいたします。同様の支援を、復職発令後の軽減勤務として行なう企業もあります。当社の状況について、説明します。

4. 復職判定

復職判定は、主治医の診断書、主治医照会シート、産業医・産業保健スタッフが確認したあなたの状態、(制度がある場合は) 試し出社の状況などを元に、産業医が指示を出し、人事担当の部署が発令します。主治医の評価と産業医の判断が食い違う場合は、最終的には産業医の判断に基づいて指示が出されます。

5. 復職後のフォロー

産業医、産業保健スタッフ、主治医・治療スタッフが協力して、復職後のフォローを行います。業務制限や健康管理が続いている間は、主治医・治療スタッフから情報をいただくことがあります。リワークの最終的な目的は、「業務制限や健康管理がなく、復職した人が、職場で期待されている仕事を再発しないで継続できるようになること」

です。体調がよく、症状の再発のおそれがないければ、業務制限や健康管理が解除されていきます。

* 主治医へのご依頼*

弊社の社員の治療につきましては、日頃からご協力いただき、篤く御礼申し上げます。今回、弊社の社員が復職を希望しており、本人の依頼に基づいて、最近の状態について、お伝えいただきますよう、お願い致します。お伝えいただいた情報は、産業医、産業保健スタッフ、本人の人事に関わる担当者以外が目にすることはありません。

社

同意署名

私は、現在 社への復職を希望しています。私の復職について、 社の産業保健師、産業医、私の人事に関わる担当者が適正な判断ができるように、産業医、産業保健スタッフ、私の人事に関わる担当者のみが情報に触れるという理解の元で、主治医が、私に関する以下の情報を、 社あてに送付することを依頼いたします。

平成 年 月 日

署名

最近1ヶ月の状態について、あてはまるものに○をつけてください。特にお知らせいただく情報がある場合には、コメントとして記載してください。(なければ結構です)

お答えになれない項目があれば、その旨コメントいただき、とばしてください。

A. 基本的な生活状況

1. 起床時刻

健康に出勤していたときの起床時刻より、1時間以上遅く起きることが平均して週に何回あるか。

(休日は、出勤していたときの休日の起床時刻を基準とする。健康なときは、病気になる以前、時間外勤務が月20時間以下であった状況を指す——常に20時間を越える時間外勤務をしていた場合は、時間外勤務が一番少なかった時期とする。)

- ① 週に3回以上、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる
- ② 週に2回程度、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる
- ③ 週に1回程度、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる
- ④ 週に0回(健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きることは殆どない)

〔情報をうるための標準質問〕

健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きることは週に何回くらいありますか？(この質問が理解できなければ)朝何時くらいに起きていますか？会社に行っていたときは、何時に起きていましたか？

コメント

2. 食生活リズム

健康なときと比べた食生活のリズム

(健康なときに朝食を抜く等の習慣があった場合は、この項目の「食事を抜かず」には、該当しない。健康なときの習慣からの変化を評価する。)

- ① いつも乱れている（週4回以上食事を抜かす）。
- ② 時に、不規則である（週2～3回食事を抜かす）。
- ③ だいたい問題ない（食事を抜かすのは、週0～1回である。健康なときの食事時間と2時間以上ずれることが、週3回以上ある）。
- ④ まったく問題ない（食事を抜かすのは、週0～1回である。健康なときの食事時間と2時間以上ずれることが、週2回以下である）。

〔情報をうるための標準質問〕

食事は一日何回、何時にとっていますか？日によって食事の回数や時間が違うことはありますか？食事を抜かすことはどのくらいありますか？一日のうちどのくらいありますか？（または）日によって食事の回数や時間が違うことはありますか？食事を抜かすことは、1週間のうちどのくらいありますか？

コメント

3. 戸外での活動

2時間以上戸外で活動している日が、平均して、週に何回あるか。

- ① 週1回～2回
- ② 週3回～5回
- ③ 週6回
- ④ 週7回（ほとんど毎日2時間以上戸外で活動する）

〔情報をうるための標準質問〕

家の外での活動はどのくらいしていますか？2時間以上家の外で活動する日は、週に何回ありますか？（戸外の活動とは、外出、戸外の畑仕事を指す——家の中での家事は含まない。）

コメント

B. 症状

4. 精神症状（例：ゆううつ、イライラ、不安、やる気のなさ等）のために

- ① 日常生活に、週の半分以上支障がある。
- ② 日常生活に、支障が出ることもある。
- ③ 精神症状がときにみられるが、日常生活への支障はない。
- ④ 精神症状は、まったくない。

〔情報をうるための標準質問〕

ゆううつ、いらいら、不安、やる気がない等の症状のために、生活していて差し障りがでること、日常生活が円滑に送れないことは、週に何回くらいありますか？（睡眠については、別項目で確認。）

コメント

5. 身体症状（頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気等）のために

- ① 日常生活に、週の半分以上支障がある。
- ② 日常生活に支障が出ることもある。
- ③ 身体症状がときにみられるが、日常生活への支障はない。
- ④ 身体症状は、まったくみられない。

〔情報をうるための標準質問〕

頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気等の、からだの症状のために、生活していて差し障りがでること

は、週に何回くらいありますか？（睡眠については、別項目で確認。）

コメント

6. 熟眠感

「よく眠れなかったと感じた日」が、平均して、週に何回あるか。

- ① 週3回以上、よく眠れなかったと感じた日があった
- ② 週2回程度、よく眠れなかったと感じた日があった
- ③ 週1回程度、よく眠れなかったと感じた日があった
- ④ 週0回（よく眠れなかったと感じた日はほとんどなかった）

〔情報をうるための標準質問〕

よく眠れなかったと感じた日は、平均して、週に何回ありますか？

コメント

7. 睡眠時間

健康なときと比べて、2時間以上、睡眠が短い、または長い日が、平均して、週に何回あるか。
（健康なときの定義は、1に同じ）

- ① 週4回以上（健康な時と比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
- ② 週3回程度（健康な時と比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
- ③ 週1～2回程度（健康な時と比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
- ④ 週0回程度（健康な時と比べて睡眠が長かったり、短かったりする事はほとんどない）

〔情報をうるための標準質問〕

睡眠時間が、健康なときと比べて、2時間以上短いとか、逆に2時間以上長い日は、平均して、週に何回ありますか？

コメント

8. 昼間の眠気 (Karolinska Sleepiness Scale 日本語版) ※下のスケールを見せて評価する

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
非常にはっきり目覚めている		目覚めている		どちらでもない		眠い		とても眠い（眠気と戦っている）

- ① 7以上
- ② 4～6
- ③ 3
- ④ 1～2

〔情報をうるための標準質問〕

午後2時頃の、あなたの眠気の状態をもっともよく表した数字に○をつけて下さい。

コメント

9. 興味・関心

- ① 何にも興味・関心がない。
- ② 元々興味・関心があったことの全部ではないが、一部に興味・関心を持っている。
- ③ 元々興味・関心があったことに、ほぼ興味・関心を持っている。または、元々興味・関心があったことには興味・関心を持たないが、それ以外のことから、興味・関心を持っている。
- ④ 元々興味・関心があったことに加えて、それ以外のことから、興味・関心を持っている。

〔情報をうるための標準質問〕

もともと興味や関心があったことに、興味や関心を持てますか？それ以外のことで、最近、興味や関心を持っていることはありますか？

コメント

C. 基本的社会性

10. 身だしなみ（洗顔、洗髪、歯磨き、清潔な身なり等）

（面接時の印象で面接者が主観的に評価する）

- ① 時に、どれか整っていない（週に1回くらい）。
- ② まれに、どれか整っていない（2週間から月に1回くらい）。
- ③ いつも標準的に整っている。
- ④ 身だしなみが一般の人よりすぐれている印象を与える。

〔情報をうるための標準質問〕

身だしなみは、いつも、今日と同じくらいにしていますか？

コメント

11. 他人との交流（他人とは、近所の人、知人、健康管理スタッフ、上司等を指す）

- ① 話しかけられても、返事をできないことがある。
- ② 話しかけられれば返事をする。自分から話しかけることはない。
- ③ 自分から話しかけるが、相手は、既に知っている人に限られる。
- ④ 初対面の人でも、必要なときは自分から話しかける。

〔情報をうるための標準質問〕

他の人に話しかけられて、返事をしないことはありますか？他の人に、自分から話しかけることはありますか？知らない人にでも、話しかけますか？

コメント

D. サポート状況

12. 家族との関係

- ① 家族とは悪化した関係で、家族との関係自体が負担である。
- ② 家族からのサポートは受けられない。または、単身で生活している。
- ③ 家族との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（一部ストレスがあるが、サポートの方が上回る）。
- ④ 家族との関係は良好であり、十分なサポートがある（家族とのストレスはない）。

〔情報をうるための標準質問〕

今、同居している家族はいますか？家族との関係は負担ですか、それともサポートしてくれますか？

コメント

13. 主治医との関係

(本人の話から、可能な範囲で面接者が評価する)

- ① 主治医に通院していない。
- ② 通院しているが、主治医の治療方針を守っていない。
- ③ 主治医の治療方針は守っているが、質問や話し合いが十分にできていない点がある。
- ④ 主治医と、質問や話し合いを十分にしている。

〔情報をうるための標準質問〕

今、通院していますか？主治医の治療方針を守っていますか？主治医と、十分に質問や話し合いができますか？

コメント

E. 職場との関係

14. ト라우マ感情

(トラウマ感情とは、「自分は、職場、会社の犠牲になって発病した」という感情を指す。この項目は、「事実」の有無に関わらず、本人の申し立てに基づいて、評価する。)

- ① ト라우マ感情を表現し、パニック、興奮、身体症状等が出現し、生活上の機能に影響することがある。または、他人（同僚、健康管理スタッフ、家族等）の意見を聞かない。
- ② 発病に関するトラウマを表現し、パニック、興奮、身体症状等が出現することがあるが、生活上の機能には影響しない。または、他人の意見は聞くが、考え方・トラウマ感情は変わらない。
- ③ 発病に関するトラウマを表現するが、パニック、興奮、身体症状等は出現しない。または、他人の意見を聞いて、自分の考え方を振り返ることができる。
- ④ 発病に関するトラウマを表現しない。

〔情報をうるための標準質問〕

「職場や会社の犠牲になって病気になった」という気持ちはありますか？（あれば）犠牲になったということ思い出して、症状が出ることはありますか？生活に差し障りがでること、生活が円滑に送れなくなることはありますか？そういうことについて、他の人と話し合うことはありますか？（あれば）他の人の意見について、どう思いますか？

コメント

15. 就業規則、約束の不遵守 (この項目は、お分かりにならなければこちらで確認します)

(「就業規則の不遵守」とは、「無断欠勤」のように就業規則に従わない行為、「約束の不遵守」とは、就業規則には定められていないが、上司、同僚、顧客との約束を守らず、相手に迷惑をかける行為を指す。)

- ① 就業規則の不遵守が過去にあり、今後も行動を改めるつもりがない。
- ② 就業規則の不遵守が過去にあったが、今後は行動を改めると述べている。または約束の不遵守が過去にあり、今後も行動を改めるつもりがない。
- ③ 約束の不遵守のみ過去にみられ、今後は行動を改めると述べている。
- ④ 就業規則、約束の不遵守がみられたことはない。

〔情報をうるための標準質問〕

調子が悪かったとき、無断欠勤等で「就業規則を守っていない」と言われたこと、または、上司、同僚、お客さんとの約束を守れなかったことはありますか？（あれば）そのことについて、今ふりかえてみてどう思いますか？

コメント

F. 作業能力、業務関連

16. 集中力

TV をみる、雑誌・新聞・本を読む等、集中しようとした場合

（本に集中できれば、内容にかかわらず、③または④と評価する）

- ① ほとんど集中できない。または、集中しようとする事ができない、集中したい気持ちがあっても、実際にはできない。
- ② TV、雑誌、新聞等一般的な内容であれば集中できる。
- ③ 業務関連ではない内容の本に集中できる。
- ④ 業務関連の内容の本に集中できる。

〔情報をうるための標準質問〕

TV、雑誌、新聞に集中できますか？本を読むとき、集中できますか？業務関連の内容の本を、集中して読めますか？

コメント

17. 業務への関心・理解（この項目は、お分かりにならなければこちらで確認します）

- ① 自発的な関心を示さず、上司や健康管理スタッフとの話し合いでも、関心、理解を示さない。または、主治医から仕事の話が禁じられている。
- ② 自発的には関心を示さないが、上司や健康管理スタッフとの話し合いにより、関心、理解を示す。
- ③ 自発的に関心を持っているが、上司の説明を一部理解していない点がある。
- ④ 自発的に関心を持ち、上司の説明を理解している。

〔情報をうるための標準質問〕

復職したら、どんな仕事をしたいと思っていますか？仕事の内容について、上司と話し合いをしていますか？（していれば）上司の話は理解できますか？

コメント

18. 業務遂行能力（以前の仕事に戻るとして）（この項目は、お分かりにならなければこちらで確認します）

現在から6ヶ月以内に、健康時の業務遂行能力の何割が達成されると思われるか？

- ① 8割未満の業務遂行能力
- ② 8割以上、9割未満の業務遂行能力
- ③ 9割以上、10割未満の業務遂行能力
- ④ 10割の業務遂行能力

〔情報をうるための標準質問〕

以前の仕事に戻るとして、現在から6ヶ月以内に、健康時の仕事能力の何割まで回復できると思いますか？

コメント

G. 準備状況

19. 職場上司との接触（この項目は、お分かりにならないければこちらで確認します）

職場の上司と面接、電話で接触回数（メールは含まない）が平均して、月に何回あるか。

休業が3ヶ月以上の場合、直近の過去3ヶ月の平均で評価する。

休業が1～3ヶ月の場合、休業期間中の月平均で評価する。

休業が1ヶ月未満の場合、面接が「なし」は0、「あり」は回数を休業期間で割って評価する。

（例：2週間の休業で1回面接していれば、 $1 \div 0.5$ （ヶ月）＝2回）

- ① 全く接触がない、もしくは平均して月1回未満
- ② 平均して月1回以上、2回未満の接触
- ③ 平均して月2以上4回未満の接触
- ④ 平均して月4回以上の接触

〔情報をうるための標準質問〕

職場の上司とは、月に何回くらい、直接会ったり、電話で話したりしていますか？メールのやりとりは含みません。

コメント

20. 業務への準備

業務への準備として、「睡眠・覚醒のリズムを整える」「作業能力の準備をする」「職場の情報を入手する」「通勤練習をする」のうち、いくつを行っているか。

（作業能力の準備は、職種によって異なる。例えば、「パソコンの練習をする」「業務関係の本や雑誌を読む」「業務関係のサイトを探索する」「（工場勤務等では）体力を鍛える」等。職場の情報の入手については、「他の社員や上司とメールや電話で連絡する」「他の社員や上司と直接会って話す」等。）

- ① ほとんどしていない（1つ以下）
- ② 少ししている（2つ）
- ③ だいたいしている（3つ）
- ④ ほとんどしている（4つ以上）

〔情報をうるための標準質問〕

仕事に戻るための努力として、「睡眠・覚醒のリズムを整える」「作業能力の準備をする」「職場の情報を手に入れる」「通勤の練習をする」のうち、いくつを行っていますか？

コメント

H. 健康管理

21. 服薬へのコンプライアンス

- ① 主治医に相談せずに、服薬を完全に中断する。
- ② 主治医に相談せずに、服薬を一部中断する。
- ③ 主治医に相談せずに、服薬を中断することはない。服薬の一部自己調整について、主治医と話し合ったことはない。
- ④ 主治医に相談せずに、服薬を中断することはない。服薬の一部自己調整について、主治医と話し合っている。

〔情報をうるための標準質問〕

主治医に話さずに、薬をのむのをやめることはありますか？薬の一部を、自分で調整してのんでもよいか、主治医と話し合ったことはありますか？

コメント

2.2. 健康管理スタッフとの関係 (この項目は、お分かりにならなければこちらで確認します)

健康管理上の指導として面接に呼んだ場合

- ① 健康管理スタッフに会いに来ない。
- ② 健康管理スタッフに会いには来るが、指導を受け入れない。健康管理スタッフが、本人の回復状況・スケジュールの都合等で、まだ面接に呼んでいない場合も含める。
- ③ 健康管理スタッフの指導を、概ね受け入れるが、一部受け入れない点がある。
- ④ 健康管理スタッフの指導を受け入れる。

〔情報をうるための標準質問〕

会社の健康管理スタッフとは会っていますか？スタッフの指導は受け入れられますか？

コメント

2.3. 再発防止への心構え

- ① 再発の可能性について、話し合うことができない。
- ② 再発の可能性について話し合うことはできるが、主治医、健康管理スタッフのアドバイスを受け入れない。または、主治医、健康管理スタッフがアドバイスをしていない。自発的に考えているが、主治医、健康管理スタッフのアドバイスを受け入れない場合も含める。
- ③ 再発防止について、自発的に考えることはないが、主治医、健康管理スタッフのアドバイスは受け入れる。
- ④ 再発防止について、主治医、健康管理スタッフのアドバイスを受け入れ、また、自発的に考えている。

〔情報をうるための標準質問〕

復職後、再発しないように、自分で考えていることはありますか？主治医や健康管理スタッフは、アドバイスしてくれますか？（していれば）アドバイスを、どう思いますか？

コメント

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

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

（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；うつ病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。今回は5回目の調査であったが、137医療機関のうち105医療機関から回答を得た（回答率（76.6%）。病院が3割、診療所が7割で比率は昨年より診療所が6.1%増加した。リワーク以外の対象者をプログラムで受け入れている施設は47%あり、対象者は「社会生活機能改善を目的とした主に統合失調症患者」、「社会適応技術の習得を目的とした発達障害者（思春期、成人とも）」、「居場所の提供を目的とした慢性期精神疾患患者」の割合が多かった。診療報酬上、精神科デイケアの算定が最も多く6割で、週5日の開催は5割であった。スタッフの業務のうち1日あたりの個別記録作成時間は平均117分であった。現在運用されているリワーク施設全体の定員は2,507人であり、1施設平均は26人だった。105施設で合計578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、看護師、精神保健福祉士、作業療法士と続いた。プログラムの開始にあたり85%の施設では開始条件を定め、主治医変更を求めている施設は半数の52%であった。プログラム開始までの待機期間は平均39日であり、昨年より12日減少した。利用にあたって一定のステップを設けている施設は7割であった。スタッフによる評価を実施している施設は8割であり、「標準化リワークプログラム評価シート」は5割強の施設で利用されていた。7割の施設で他院の患者を受け入れており、うち8割の施設が主治医と文書で連絡を取っていた。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、書面が最も多く6割、診察時が3割であった。人事労務担当者に対しての連絡・調整は産業医・産業保健スタッフと比較し書面が少なく、診察時が多かった。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が53%にのぼった。プログラムの内容に関し88施設785プログラムを実施形態ごと5区分に分けたところ「集団プログラム」が3割、「その他のプログラム」と「特定の心理プログラム」と「個人プログラム」が約2割であった。医療機関ごとにみると5区分すべてに該当するプログラムを実施している医療機関は41%、4区分に該当している医療機関は35%であった。平成24年10月の7日間に登録されていたリワーク利用者1,827人について個別調査を実施した。休職回数は、平均1.9回、総休職期間は平均572日であった。利用者のICD-10による診断の内訳は、F3気分(感情)障害が77%、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性が14%であった。また、DSM-IV TRによる双極Ⅱ型の可能性がある利用者は28%で昨年と同率だった。

研究協力者

林 俊秀：うつ病リワーク研究会、メディカル
ケア虎ノ門

大木洋子：メディカルケア虎ノ門

1. 調査目的

気分障害等で休職する労働者を対象としたリワークプログラムは、全国の医療機関に広がりつつある。うつ病リワーク研究会は、リワークプログラム（以下リワーク）を行う医療機関による研究会であり、2013年2月29日現在、同研究会会員であるリワークを行う医療機関は36都道府県145施設である。

本調査は、同研究会において毎年行っている調査であり、医療機関で行われるリワークの運営状況と利用者の背景を明らかにすることを目的としている。

2. 調査方法

2012年11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。調査は郵送によるアンケート方式で、2012年10月2日に発送し、2012年12月5日までに回収した。

調査票は、施設の運営状況等を調査する「施設用」と当該施設のリワーク利用者の状況等を調査する「個人用」に分かれている。いずれも回答は当該施設の医師またはスタッフに依頼した。「施設用」は、回答期間中の任意の1日の状況とした。「個人用」は、2012年10月1日から7日までの7日間に、当該施設においてリワークに登録されている患者、登録制度がない場合は同期間内にリワークに参加した患者を対象とし、利用者1名につき1枚の記入を依頼した。

アンケートは137施設に送付し、「施設用」では105施設から回答が得られ、76.6%の回収率を得た。また「個人用」では、101施設から回

答が得られ、73.7%の回収率を得た。

3. 施設調査結果

A. リワーク施設情報

医療機関施設情報

対象施設のうち36件（34.3%）が病院、69件（65.7%）が診療所であった。病院の精神科病床数の平均は235.4床（SD142.9）であった。そのうちストレスケア病棟の平均病床数は44.3床（SD42.6）であった（表1、2、3）。

リワークプログラムを運営するにあたりデイケアやショートケアなどを組み合わせて実施している施設が多い。そこでリワークを行う施設の診療報酬上の区分で最も多く算定している種類を聞いたところ、精神科デイケアが最も多く59施設（58.4%）、次いで精神科ショートケア32施設（31.7%）、精神科デイナイトケア8施設（7.9%）、精神科作業療法6施設（5.9%）、通院集団精神療法3施設（3.0%）、精神科ナイトケア3施設（3.0%）であった（表4）。その他に算定している診療報酬上の区分は、精神科ショートケアが最も多く57施設（68.7%）、次いで精神科デイケア36施設（43.4%）、精神科デイナイトケア9施設（10.8%）であった（表4-2）。精神科デイケア等全体のうち、平成22年度精神保健福祉資料（厚生労働省）によると6月1か月間に1日以上実施した最も多い精神科デイケアで1,452施設であったため、精神科デイケア全体でリワークを行っている施設の割合としては6.5%だった。

リワークを始めた年について最も多い年は2007年が20施設（20.0%）であり、次いで2009年2011年が17施設（17.0%）、2010年16施設（16.0%）であり、最近5年間で始めた施設が8割超となった（表4-3）。

精神科デイケアと精神科ショートケアで実施している施設の規模は、大規模が46施設（50.5%）、小規模が45施設（49.5%）とほぼ

同じ割合であった（表4-4）。

リワークプログラムの1週間あたりの開催日数は、5日が最も多く53施設（52.0%）、次いで4日と6日が16施設（15.7%）であり、平均4.4日（SD1.4）であった。また曜日では、火曜日と金曜日が9割以上の施設で実施しており、月曜日と水曜日が8割以上、水曜日が7割強、土曜日は3割、日曜日に実施している施設はなかった（表4-5-1、2）。

リワーク施設の定員数は、20～24人が一番多く26施設（27.1%）であり、20人未満が34施設（35.4%）、50人以上が16施設（16.7%）、平均26.1人（SD17.3）であった（表4-6）。

また、定員数の合計は96施設2,507人で、昨年度超より836人増加した。

リワークプログラムにおいてリワーク以外の対象者受け入れについては、「受け入れていない」が54施設（52.9%）、「受け入れている」が48施設（47.1%）であった。昨年度調査と比較すると受け入れる施設が15%増加した（表4-7）。リワーク以外の対象者を受け入れている場合の対象について複数回答で聞いたところ、「社会生活機能改善を目的とした主に統合失調症患者」と「社会適応技術の習得を目的とした発達障害者（思春期、成人とも）」が25施設（56.8%）で最も多く、次いで「居場所の提供を目的とした慢性期精神疾患患者」が21施設（47.7%）、「社会適応技術の習得を目的としたパーソナリティ障害者」が12施設（27.3%）であった。リワーク以外の対象者を受け入れている施設に対し、リワーク対象者とリワーク対象者以外の人数を比較したところ、リワーク対象者が多い施設が24施設（51.1%）、リワーク対象者以外が多い施設は23施設（48.9%）であり、ほぼ同じ割合であった（表4-8、9）。また、リワーク対象者とリワーク対象者以外の参加者が一緒に実施するプログラムの有無について聞いたところ、「あり」が53施設あり、全体の半

数の施設がリワーク対象者と対象者以外の参加者が一緒に実施するプログラムを運営していた（表4-10）。

B. リワークに関わるスタッフ情報

スタッフの作業

スタッフの作業のうち利用者全員分の個別記録を作成するために全スタッフが要する時間は、1日あたり60分～90分が最も多く24施設（24.0%）、次いで30分～60分が22施設（22.0%）であり、平均116.7分（SD125.4）だった（表5）。昨年と比較し、46.3分増加した。利用者1名の診療計画を作成するために要する時間は、30分が最も多く32施設（30.5%）、次いで60分が19施設（20.1%）であり、平均42.1分（SD43.0）、であった。診療計画の作成頻度は1ヶ月あたり1回が最も多く53施設（58.2%）であった（表6-1、2）。

毎日定例の打ち合わせ・業務連絡以外のスタッフミーティングの実施頻度は、1ヶ月あたり平均4.3回（SD4.4）、実施時間は68.1分（SD77.6）であり、昨年より22分増加した（表7-1、2）。ケースカンファレンスの実施頻度は、1ヶ月あたり1回が最も多く31施設（31.6%）、次いで4回が22施設（22.4%）、平均3.1回（SD3.8）であり、実施時間は60分が最も多く30施設（38.5%）、次いで30分が20施設（25.6%）、平均59.1分であり、前回調査より19分増加した。また、ケースカンファレンスの参加者はスタッフのみが13施設（16.3%）、医師も参加が67施設（83.8%）であり、前回調査より医師参加の割合が7.3%増加した（表8-1、2、3）。

スタッフの資格等

回答を得た105施設に578人のスタッフが勤務していた。昨年調査時よりも18施設、94人の増であり、1施設当たりスタッフ数は3人と6人が最も多く17施設（16.2%）あり、6人以下が7割強、25人以上も2施設あり、平均5.5人で

あり昨年（5.6人）とほぼ同人数であった（表9）。スタッフの主な資格は、臨床心理士が最も多く、157人（27.2%）であった。次いで看護師135人（23.4%）、精神保健福祉士118人（20.4%）、作業療法士62人（10.7%）であった（表9-1）。前回調査と比較し、看護師の割合が4.6%増加した。

また、主な資格以外に148人（25.6%）が他の資格を有していた（表9-2-1）。主な資格以外の副資格としては、その他が64人（43.2%）と最も多く、次いで産業カウンセラーが31人（20.9%）、精神保健福祉士25人（16.9%）、保健師17人（11.5%）、看護師17人（11.5%）、キャリアコンサルタントが16人（10.8%）であった（表9-2-2）。

精神科医療機関全体との比較として平成22年度精神福祉資料における精神科病院と精神科診療所等を合計した従事者割合と比較した。リワークで最も多い職種にあたる臨床心理技術者は平成22年度精神福祉資料では2%強の割合で30%強の違い、精神科医療機関全体では最も多い職種である看護師・准看護師は85%以上を占めるがリワークでは23%と60%以上の開きがあった。作業療法士とソーシャルワーカー（精神保健士含む）は、リワークの方が占める割合が2～3倍ほど多かった。

スタッフの背景

性別は、女性394人（70.0%）、男性169人（30.0%）であった。平均年齢は38.1才であり、昨年より3.3歳増加した。主資格の経験年数は、10年～15年が最も多く89人（16.5%）であり、次いで15年～20年が57人（10.5%）、5年未満が159人（29.4%）、平均10.6年（SD9.3）であり、そのうちリワークの経験年数は平均3.0年（SD2.7）であった。

スタッフの勤務形態は、常勤が398人（69.5%）、非常勤が175人（30.5%）であった。非常勤スタッフの勤務日数は、1週間あたり1

日が最も多く50人（30.1%）、次いで3日（20.5%）、2日（19.9%）、平均3.3日（SD1.6）であった。非常勤スタッフの1週間あたりの勤務時間は、9時間以下が4割を占めたが、平均は17.6時間（SD12.3）であった。

企業での就労経験がないスタッフは、394人（70.0%）、産業保健スタッフ以外で就労経験がある者は134人（23.8%）、産業保健スタッフとして就労経験のある者は25人（4.4%）であった。産業保健スタッフ・それ以外の両方の就労経験がある者は10人（1.8%）であった。（表9-1～10）

C. リワークプログラムの利用開始について 利用開始時

リワークの利用の決定方法は、主治医による決定が45施設（42.9%）と最も多く、次いで受け入れ会議で決定30施設（28.6%）、院長などの管理者が決定24施設（22.9%）であった（表10）。利用の決定の重要ポイントは、症状の安定が50件（48.5%）と最も多く、次いで通所できる体力の回復20件（19.4%）、通所できる体力33件（38.4%）、参加のモチベーション19件（18.1%）であった。重要ポイントを外出できる日数とした施設では週3日以上としているところが6割と最も多かった（表11）。

リワークプログラム受け入れの条件

プログラム受け入れにあたり、条件を定めている施設は87施設（85.3%）、決めていない15施設（14.7%）であった（表12）。

条件を定めている施設のうち、本人の症状による条件を定めているところは74施設（85.1%）であり、条件の内容は症状の安定が53施設（71.6%）で最も多く、次いで通所できる体力回復47施設（63.5%）、規則的な睡眠リズム32施設（43.2%）であった。

参加者の生活レベルによる条件については37施設（42.5%）が定めており、条件の内容とし

ては、「半日程度の外出が一定日」が22施設 (59.5%) で最も多く、日数としては週3日以上と定めた施設が4割で最も多かった。

受け入れの除外疾患を定めている施設は69施設 (79.3%)、定めていない17施設 (19.5%) であった。定めている場合、除外疾患は複数回答で物質依存が47件 (68.1%) で最も多く、次いで統合失調症38件 (55.1%)、パーソナリティ障害36件 (52.2%)、摂食障害25件 (36.2%)、発達障害18件 (26.1%)、気分障害以外すべて14件 (20.3%) であった (表15-1、2)。

勤労状態としては、条件を定めている施設が66施設 (75.9%) で、休職者以外では復職者や勤務中の者を受け入れている施設が18施設 (27.3%)、失職者を受け入れている施設が17施設 (25.8%) であった (表16-1、2)。

同一企業内の患者に関しては、条件を定めている施設が27施設 (31.0%) でそのうち参加者への意思確認が17施設 (63.0%)、同時期に行わないが4施設 (14.8%)、同記事でも実施が同じく4施設 (14.8%) であった。その他にも職種や勤務地で同じ場合は実施しないなどの条件もあった (表17-1、2)。

主治医の条件としては、定めているが45施設 (51.7%) で、そのうち主治医変更必須が16施設 (35.6%)、原則変更だが例外あり8施設 (17.8%)、利用者の意思によるが14施設 (31.1%) であった。その他として、グループ機関内に主治医がいる、他院紹介の場合リワーク期間中のみ主治医変更、他院主治医の場合に変更しなくてもいいが並行してリワーク施設側の診察も受診してもらうなどがあった (表18)。

年齢に関する条件では、定めているが8施設 (9.2%) でそのうち年齢条件の下限は18歳、上限は65歳であった (表19)。学生の受け入れに関する条件は、定めているが58施設 (66.7%) でそのうち条件は受け入れないが50施設 (86.2%) であった (表20)。

学歴の条件を定めている施設は、なかった (表21)。

受け入れ会議に関しては、受け入れ会議を必要33施設 (37.9%)、特別な場合に受け入れ会議を開催26施設 (29.9%) であり、7割近くの施設が受け入れ会議を条件に定めていた (表22)。

D. リワークプログラムの運用について 開始までの手続き

利用開始前の見学は、可能とする施設は76施設 (73.0%) でそのうち本人のみ可能が20施設 (19.0%)、家族も可能が56施設 (53.3%) であった。また、利用前の試験利用を認める施設は44施設 (43.1%) であった。リワーク開始までの待機期間は、ある施設が16施設 (15.4%) であり、平均39.2日 (SD24.3) であり、前回調査時より12.3日減少した。

利用規定を設けている施設は98施設 (94.2%) であり、前回調査時より6.6%増加した。利用にあたり誓約書・同意書を取り交わす施設は97施設 (92.4%) であり前回調査時より11.3%増加した。

利用開始後のステップ

参加者の利用の仕方は、ルールを制定している施設が58施設 (55.2%)、本人の希望に任せているが16施設 (15.2%)、その他が32施設 (30.5%) であり、その他の主なものとしては本院・スタッフ・担当医間での話し合いが多かった。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41施設 (39.0%)、ステップなし31施設 (29.5%)、段階的で開始条件を明確にしている28施設 (26.7%) であり、7割弱の施設でステップ形式を設定していた。利用日数の決定は、利用者や医師やスタッフとの相談による場合が65施設 (63.7%) と最も多く、次いで段階を定める26施設 (25.5%)、利用者に任せる7施設 (6.9%)

であった。

1週間あたりの最低利用日数は、定めている場合が61施設(59.2%)であり、最低利用日数は2日が22施設(36.1%)、3日が20施設(32.8%)、1日が11施設(18.0%)、平均2.3日(SD1.0)であった。

評価

スタッフによる評価を実施している施設は、88施設(83.8%)であった。評価の方法として「標準化リワークプログラム評価シート」の使用は48施設(54.5%)が使用していた。

リワークプログラム利用中の心理テストの実施については、88施設(86.3%)で行われていた。BDI(ベック抑うつ質問票)が最も多く25施設で実施しており、次いで内田クレペリン精神検査が23施設、SASS(Social adaptation self-evaluation scale)が21施設と続いた。

他院患者の受け入れ(表27)

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69施設(66.3%)であった。そのうち主治医との連絡方法は、定期に文書で行うが32施設(46.4%)、不定期的に文書で行うが24施設(35.3%)、連絡を取っていないが2施設(2.9%)であった。定期的・不定期的に文書で連絡を取っている56施設のうち、リワーク専用の文書の使用が37施設(67.3%)、診療情報提供書を使用している16施設(29.1%)であった。

通常プログラム以外の運用

リワークプログラムを終了した利用者に対するプログラムは、リワークの一環として実施する復職者向けフォロープログラムが57施設(54.3%)で最も多く、次いで医療機関も関与する終了者と現在参加者の交流会が22施設(21.0%)、医療機関の関与しない自主イベントが14施設(13.3%)、その他が25施設(23.8%)であった(表37)。

また家族向けプログラムは19施設(18.3%)

で行われており、その費用について無料が9施設(50.0%)、保険適用5施設(27.8%)、保険適用外4施設(21.1%)であった(表38)。

中止・脱落

利用中、施設側の意思として利用の継続を中止する場合の基準は、症状の悪化47施設(45.2%)、ルール違反26施設(25.0%)、欠席回数15施設(14.4%)、他のメンバーへの迷惑行為12施設(11.4%)であった。利用中止の決定者は、主治医が44施設(42.7%)、リワーク施設管理医師が34施設(33.0%)、判定会議17施設(16.5%)であった(表40)。中止する場合の再利用は、再利用ありが85施設(82.5%)であった(表41)。

利用者側の要因により利用継続から脱落する場合、その原因について上位1位と2位を聞いたところ、1位は症状悪化68件(66.0%)、モチベーション低下22件(21.0%)、退職意思決定7件(6.7%)の順であり、2位はモチベーション低下42件(44.2%)、症状悪化20件(21.0%)、症状悪化以外の理由により通所不能10件(10.5%)であった(表42)。

プログラムの利用終了時

最長利用期間の設定に関しては、開始時に定めていない施設は60施設(57.7%)、定めている44施設(42.3%)であった。

利用終了の決定条件に関し上位2つまで聞いたところ、受け入れ先の条件によるが最も多く73件(69.5%)、次いで期限を決定34件(32.4%)、利用者の意見31件(29.5%)、評価結果11件(10.5%)、判定会議結果10件(9.5%)、出席日数・出席率6件(5.7%)であった。

復職時に勤務先企業と行う連絡・調整について複数回答で聞いたところ、産業医・産業保健スタッフに書面で実施する場合は最も多く65件(61.9%)で前回調査時より10%ほど増加、次いで人事労務担当者に書面で実施49件(46.7%)、人事労務担当者に診察で実施39件

(37.1%)、産業医・産業保健スタッフに診察で実施34件(32.4%)、人事労務担当者にしていない24件(22.9%)、産業医・産業保健スタッフにしていない22件(21.0%)であった。

復職後のフォローと再利用

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82件(78.1%)、次いでフォローアッププログラム参加56件(53.5%)で前回調査時より11.5%増加、スタッフが定期的に連絡11件(10.5%)、その他17件(16.2%)であった。その他はフォローアップ面談やカウンセリングなどの回答が多かった(表46)。またリワーク終了後に再休職に至った後の再利用については95施設(90.5%)が再利用可能で、そのうち86施設(90.5%)が初回利用と同じプログラムを利用するとのことであった。

E. 実施しているプログラムの内容に関する情報

プログラムの実施形態

104施設より970プログラムの回答が得られた。1施設あたりの平均プログラム数は9.3(SD 4.9)であり、昨年調査より0.4増加した。

有効回答936プログラムについて集計した。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。

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、146プログラム(15.6%)が該当した。これは昨年実施した調査より2.4%減少していた。

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、198プログラム(21.2%)が該当し、昨年度調査より1.7%増加した。

③教育プログラムは、疾病理解、症状の自己管理(セルフモニタリングとコントロール)を主目的とし、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、110プログラム(11.8%)該当し、昨年度調査より0.2%増加した。

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。最も多い278プログラム(29.7%)が該当し、昨年度調査より1.68%減少した。

⑤その他のプログラムは、運動、個人面談、創造、動機付け等、上記の①～④のいずれにも該当しないプログラムの区分と定義し、204プログラム(21.2%)が該当し、昨年度調査と比較して2.2%の増加であった(表48)。

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)からプログラムごとに2つの区分を選択してもらった。

その結果、936プログラムより1,678の目的区分が選択された。プログラム全体における目的区分の割合は、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373プログラム(39.9%)と最も多く、次いで自己の体調や症状の自己管理を目的とする「1症状自己管理」が313プログラム(33.4%)、コミュニケーション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306プログラム(32.7%)、作業能率や作業能力の向上を目的とする「4集

中力」が196プログラム（20.9%）、リラックス法や心身のバランスを目的とする「6 リラクション」が154プログラム（16.5%）、運動不足解消や体力向上を目的とする「7 基礎体力」が132プログラム（14.1%）、非言語的表現や情操面を目的とする「8 感情表現」が104プログラム（11.1%）、自主性や動機付けを目的とする「5モチベーション」が100プログラム（10.7%）であった。

昨年度調査と比較すると昨年度3位の「1 症状自己管理」が本年度2位となり、昨年度2位の「2 コミュニケーション」が本年度3位と入れ替わった（表49）。

プログラムの実施形態ごとの目的、実施期間と時間

プログラムの形態と目的の関連性を見るために、実施形態ごとの目的区分の選択度、実施時期、実施時間を調べた。

実施形態「①個人プログラム」では、最も多く選択された目的区分として「4 集中力」が119プログラム（81.5%）であり、次いで「3 自己洞察」が39プログラム（26.7%）、「5モチベーション」が33プログラム（22.6%）、「1 症状自己管理」が29プログラム（19.9%）であった。

「①個人プログラム」の実施時期は、導入期（開始1カ月以内）が126プログラム（86.3%）、中期（開始2カ月目以降）が135プログラム（92.5%）、後期（終了1カ月以内）が136プログラム（93.2%）であり、各時期とも9割近くの施設で実施していた。それぞれの1週間あたりの実施時間は導入期が207.5分（SD289.5）、中期が237.3分（SD311.2）、後期が261.0分（SD350.4）だった。プログラムの実施時期、時間ともプログラム後期に向けて増加しており、前回調査と比較し各期とも1～2割ほど実施時間が増加していた。また他の実施形態と比較して実施時間は一番長かった。

「②特定の心理プログラム」では、最も多く

選択された目的区分として「3 自己洞察」が146プログラム（73.7%）であり、次いで「1 症状自己管理」が109プログラム（55.1%）、「2 コミュニケーション」が71プログラム（35.9%）であった。

「②特定の心理プログラム」の実施時期は、導入期が141プログラム（71.2%）、中期が178プログラム（89.9%）、後期が170プログラム（85.9%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が113.1分（SD77.7）、中期が121.3分（SD87.7）、後期が123.5分（SD89.2）であった。実施時期は他の実施区分と比較して導入期に実施する施設が最も少なかった。実施時間は「①個人プログラム」、「④集団プログラム」に次ぐ長さであった。

「③教育プログラム」において最も多く選択された目的区分は「1 症状自己管理」で73プログラム（80.2%）、次いで「3 自己洞察」が52プログラム（57.1%）、「2 コミュニケーション」が12プログラム（13.2%）であった。

「③教育プログラム」の実施時期は、導入期が91プログラム（82.7%）、中期が94プログラム（85.5%）、後期が86プログラム（78.2%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が89.3分（SD42.7）、中期が95.3分（SD55.6）、後期が90.5分（SD42.3）であった。実施区分の中では最も実施している施設が少なく、実施している時間も他区分と比較し最も短かった。

「④集団プログラム」において最も多く選択された目的区分は、「2 コミュニケーション」が176プログラム（63.3%）であり、次いで「3 自己洞察」が98プログラム（35.3%）、「8 感情表現」が48プログラム（17.3%）であった。

「④集団プログラム」の実施時期は、導入期が222プログラム（79.9%）、中期が260プログラム（93.5%）、後期が253プログラム（91.0%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が114.8分（SD66.4）、中期が124.8分（SD82.8）、

後期が125.2分（SD88.0）であった。実施時期は他区分と比較し中期で最も多く実施されており、時間について導入期から後期まで常に「①個人プログラム」に次ぐ量の実施がされていた。

「⑤その他のプログラム」で最も多く選択された目的区分は、「6 リラクゼーション」で91プログラム（44.6%）であり、次いで「7 基礎体力」77プログラム（37.7%）、「2 コミュニケーション」45プログラム（22.1%）であった。

「⑤その他のプログラム」の実施時期は、導入期が172プログラム（84.3%）、中期が179プログラム（87.7%）、後期が171プログラム（83.8%）であり、1週間あたりの実施時間は導入期が95.1分（SD61.8）、中期が98.6分（SD67.4）、後期が95.5分（60.1）であった。プログラムの内容に幅があるため目的は分散しているが、プログラムの実施時期と実施時間のいずれにおいても一定の実施がみられる（表50、51）。

医療機関ごとのリワークプログラムの実施の実態

今回の調査では104施設より936プログラムの有効回答があったが、実施形態ごとにみると、

「①個人プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は87施設（83.7%）で昨年度調査時の割合より3.0%増加していた。「②特定の心理プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は89施設（86.6%）で昨年度調査時の割合より6.1%増加していた。

「③教育プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は74施設（71.2%）で昨年度調査時の割合より1.2%増加していた。「④集団プログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は88施設（84.6%）で昨年度調査時の割合より1.8%減少していた。「⑤その他のプログラム」に該当するプログラムを実施している医療機関は83施設（79.8%）で昨年度調査時の割合より7.1%増加していた。

医療機関ごとに実施しているプログラムの実

施形態を集計してみると、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43施設（41.3%）であり、4実施区分に該当している医療機関は36施設（34.6%）で全体の8割弱を占め、昨年度調査時の割合と比較すると5.4%増加した。また、3実施区分に該当している医療機関は15ヶ所（14.4%）、2実施区分に該当している医療機関は7ヶ所（6.7%）、1実施区分に該当している医療機関は3ヶ所（2.9%）であった。

1医療機関あたりの平均プログラム数は昨年より増加し、4実施区分以上に該当する医療機関の割合が増加したということは従来から行っているリワーク施設における追加プログラムや新しく開設したリワーク施設におけるプログラムの設定においてバリエーションのあるプログラムを導入しているためと思われる。

F. 登録者の利用状況に関する調査

平成24年10月1日から7日の7日間に、リワークプログラムを実施している施設において、その日にデイケア、ショートケア、デイナイトケア、ナイトケア、精神科作業療法、集団通院精神療法、または自費参加によるリワークプログラムに登録されている方、および登録制度がない場合はこの期間中に参加した方、について調査を実施し101施設から1,827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1,380人（75.7%）、女性444人（24.3%）であった。平均年齢は男性40.3歳（SD8.6）、女性36.1歳（SD9.1）、全体39.3歳（SD8.9）であり、最年少は17歳、最年長は66歳であった。就業状況は休業中1275人（70.5%）で前回調査より4.3%減少、失職中291人（16.1%）で前回と同一、就労中201人（11.1%）で4.7%増加、未就労41人（2.3%）で0.4%減少であった（表48、49、52）。