

図1 対象者のフロー図

表1 対象者の属性

		(n=210)	
		n	%
性別	男性	172	81.9
	女性	38	18.1
年齢	(才, mean ± SD)	(40.6 ± 7.6)	
教育歴	(年, mean ± SD)	(15.5 ± 1.6)	
職種	専門的・技術的職業従事者	98	46.7
	事務従事者	87	41.4
	その他	25	11.9
	主病名 (ICD-10)	F31 双極性感情障害	60
	F32 うつ病エピソード	61	29.0
	F33 反復性うつ病性障害	58	27.6
	F34 持続性気分[感情]障害	10	4.8
	その他	21	10.0
治療期間(初発初診~復職)	(年, mean ± SD)	(5.1 ± 4.4)	
休職回数	(回, mean ± SD)	(2.3 ± 1.3)	
総休職期間	(月, mean ± SD)	(37.1 ± 20.1)	
主治医	自院(リワーク施設内)	177	84.3
	他院(リワーク施設外)	33	15.7
事業場規模	100人以下	8	3.8
	101~300人	14	6.7
	301~1000人	34	16.2
	1001人以上	154	73.3
産業医体制	いる	180	85.7
	いない・不明	30	14.3
産業保健スタッフ体制	いる	127	60.5
	いない・不明	83	39.5

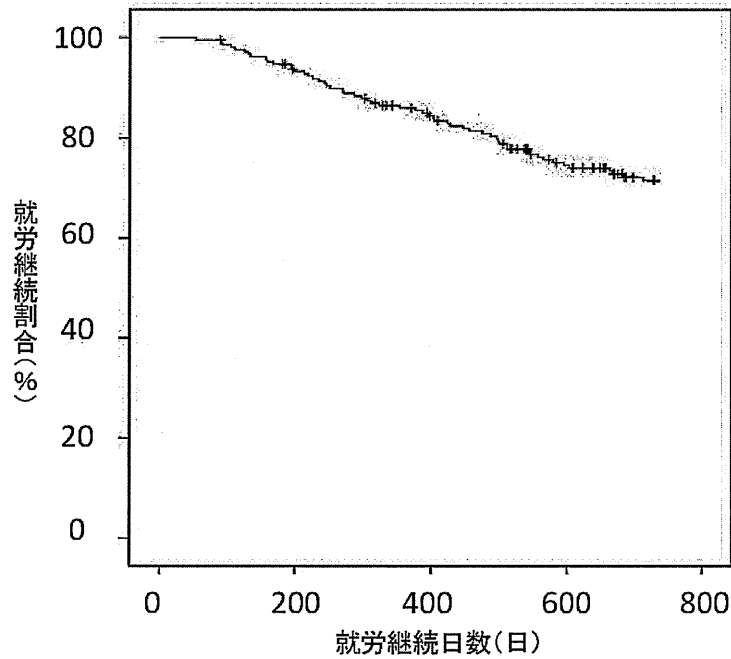


図2 復職後の就労継続性

表2 Cox比例ハザードモデルによる再休職関連因子の検討

(n=210)

		univariate analysis			multivariate analysis			
		p	Hazard ratio	95%CI	p	Hazard ratio	95%CI	
人口統計学的属性	性別	男性[ref]/女性	0.795	1.095	0.553-2.170			
	復職時年齢	20代 [ref]	0.934	1				
		30代	0.618	1.317	0.446-3.892			
		40代	0.525	1.407	0.491-4.034			
		50代	0.576	1.409	0.424-4.680			
	教育歴	(年)	0.044 *	0.853	0.731-0.995			
病歴	診断名(ICD-10)	F31 双極性感情障害 [ref]	0.531	1				
		F32うつ病エピソード	0.091	0.540	0.264-1.104			
		F33反復性うつ病性障害	0.501	0.801	0.420-1.529			
		F34持続性気分[感情]障害	0.518	0.619	0.145-2.648			
		その他	0.643	0.643	0.241-1.715			
		治療期間(初発初診～RP開始)	(年)	0.100	1.040	0.993-1.090		
	休職回数	(回)	0.016 *	1.238	1.040-1.475			
	総休職期間	(月)	0.004 **	1.017	1.005-1.028	0.003 **	1.018	1.006-1.029
	今回の休職期間	(日)	0.179	1.001	1.000-1.001			
プログラム関連	主治医	自院[ref]/他院	0.277	0.625	0.268-1.458			
	参加期間	(日)	0.595	1.000	0.998-1.001			
事業場関連	リハビリ出勤	あり[ref]/なし	0.572	1.163	0.689-1.965			
	リハビリ出勤日数	(日)	0.967	1.000	0.994-1.006			
	復職時の医療機関スタッフとの連携	あり[ref]/なし	0.424	1.323	0.667-2.625			
	企業規模	100人以下[ref]	0.829	1				
		101～300人	0.454	2.310	0.258-20.672			
		301～1000人	0.365	2.587	0.331-20.217			
		1001人以上	0.439	2.187	0.301-15.902			
	職種	専門的・技術的職業従事者[ref]	0.142	1				
	事務従事者	0.918	0.972	0.569-1.660				
	その他	0.050	0.238	0.057-0.998				
	産業医	いる[ref]/いない・不明	0.518	0.770	0.349-1.701			
	産業保健スタッフ	いる[ref]/いない・不明	0.468	0.817	0.473-1.411			

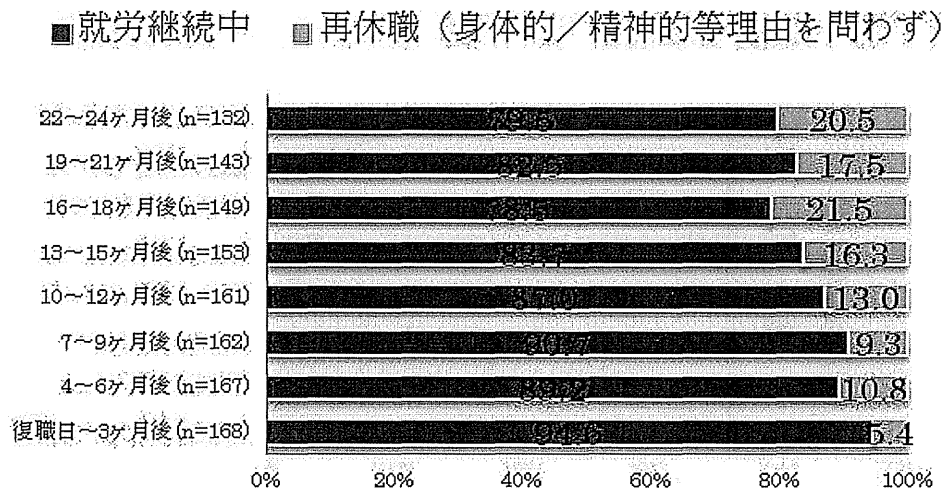


図3 復職後の再休職（身体的・精神的理由を問わず）の状況

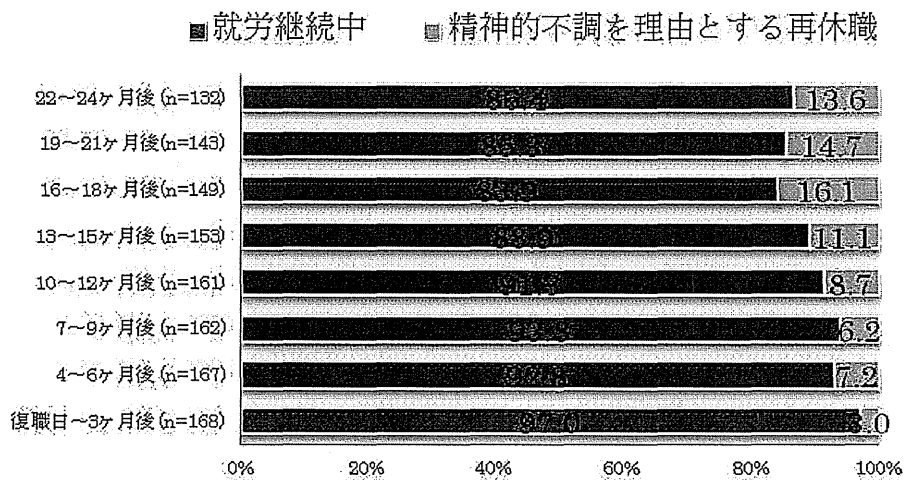


図4 精神的不調を利用とする再休職状況

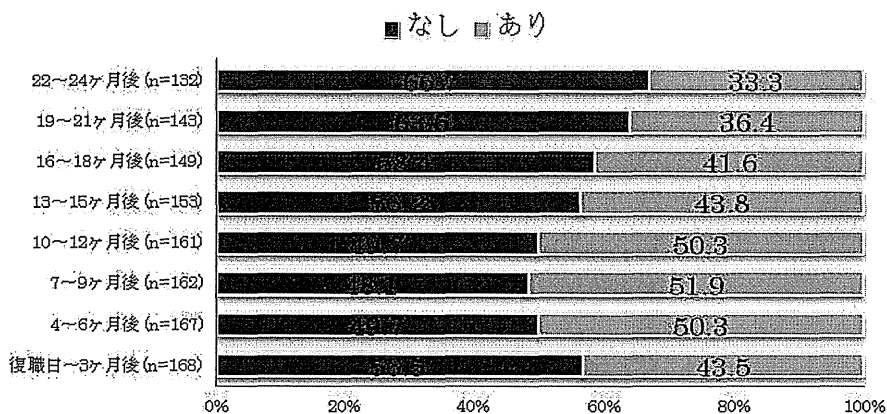


図5 体調不良を理由とする休暇取得状況（身体的／精神的理由を問わず）

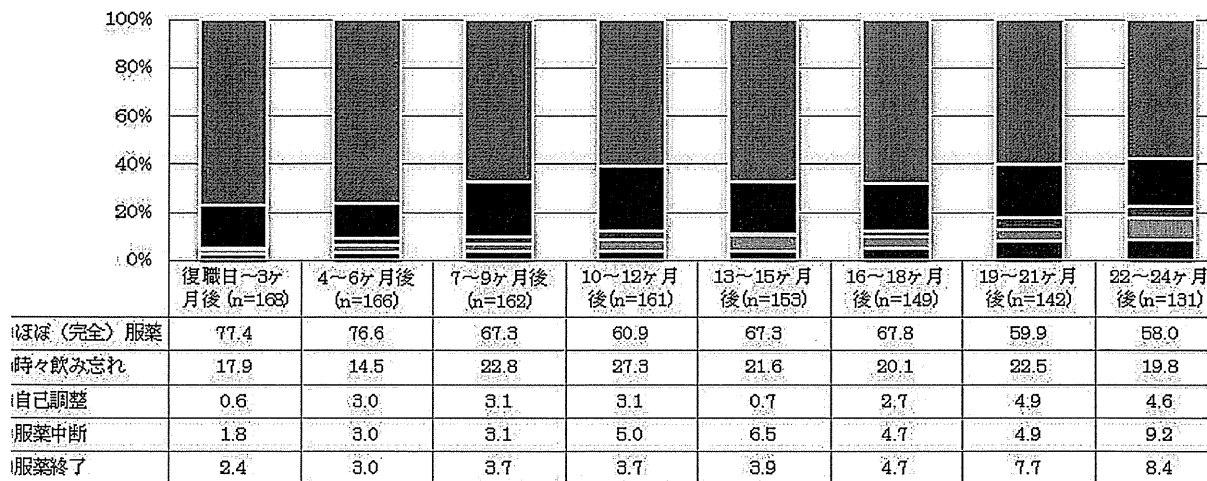


図6 復職後の服薬状況

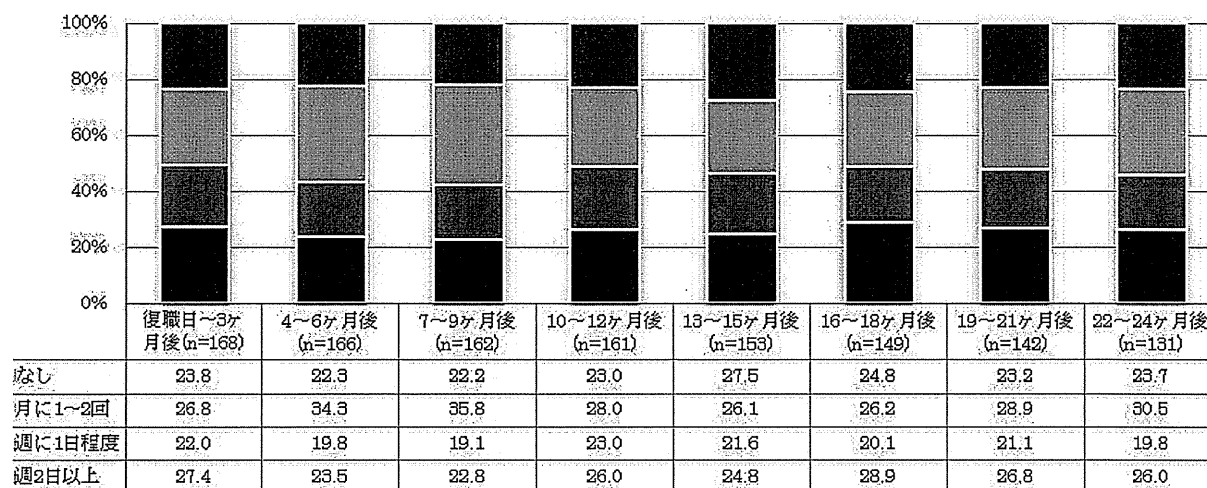


図7 復職後の睡眠不良の頻度

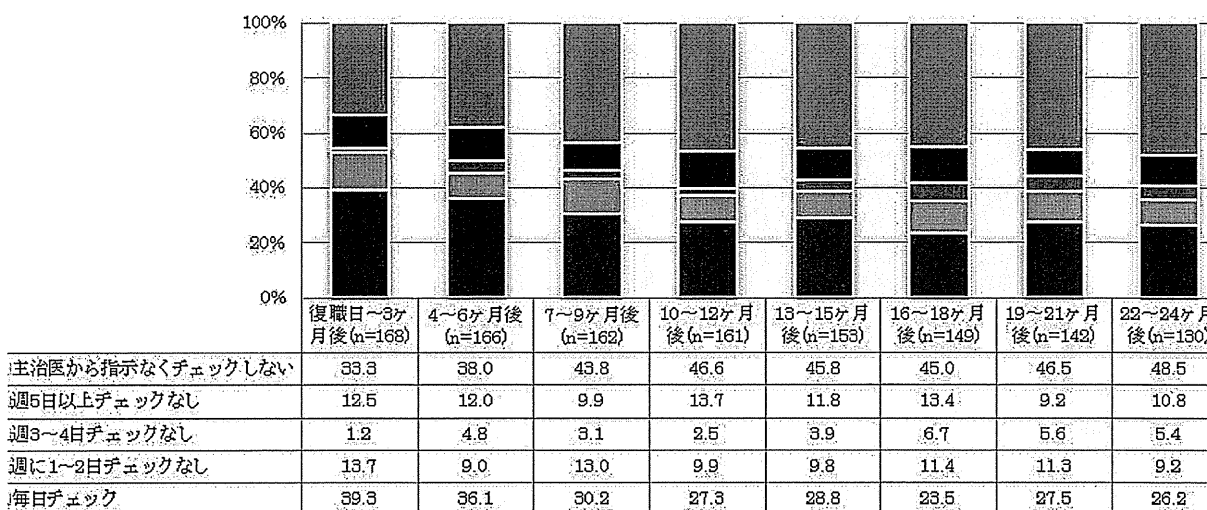


図8 復職後のセルフモニタリングの状況

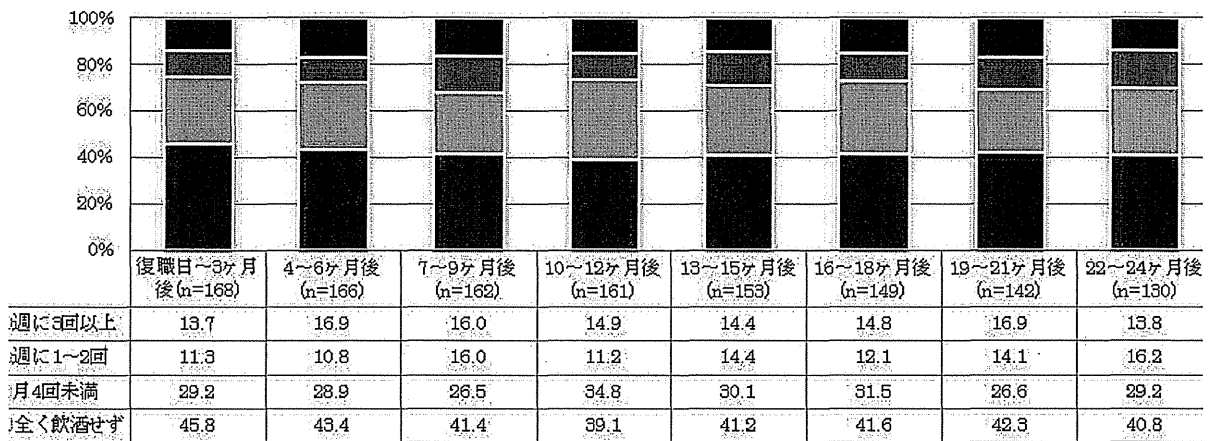


図9 復職後の飲酒状況

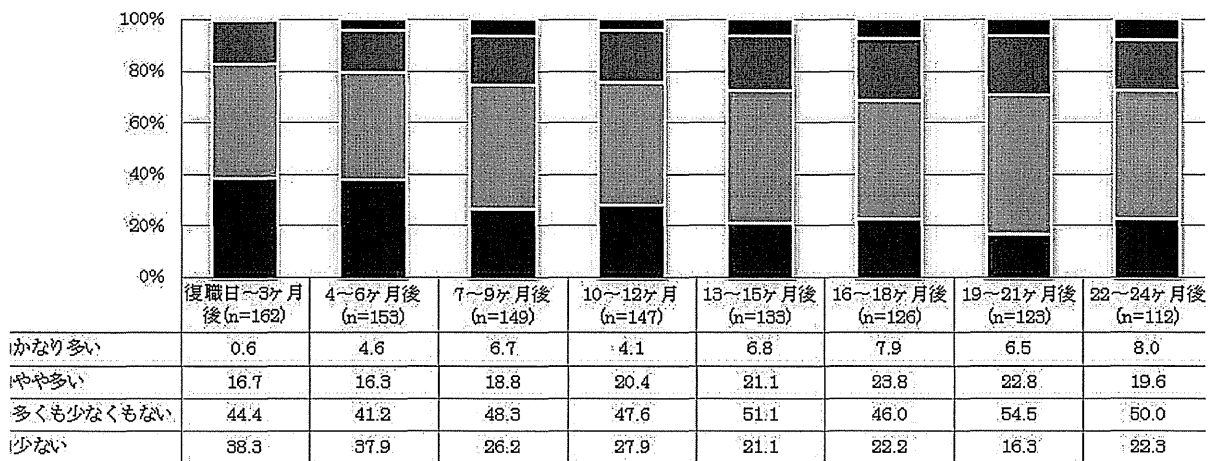


図10 復職後の仕事量

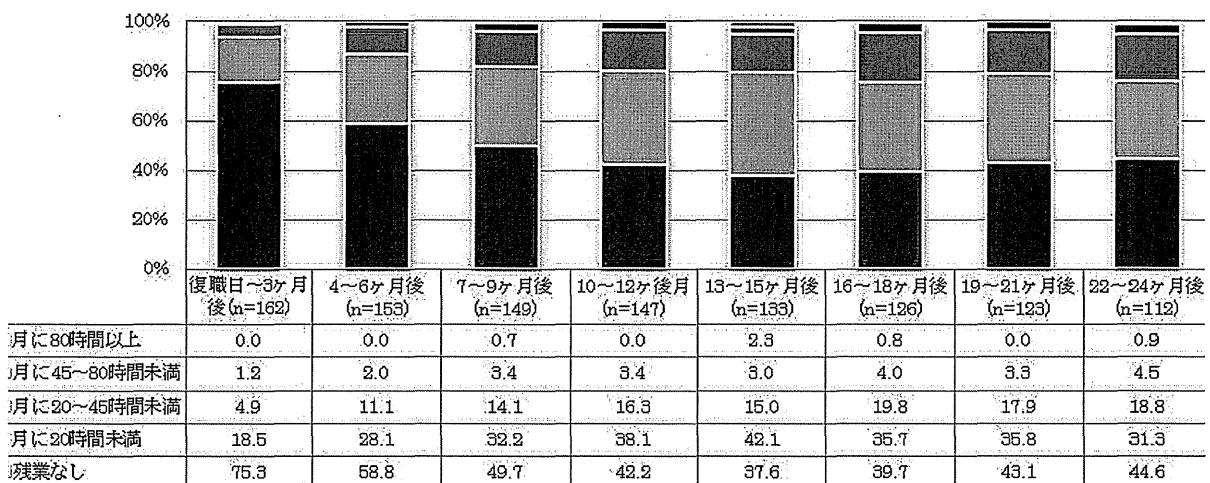


図11 復職後の残業状況

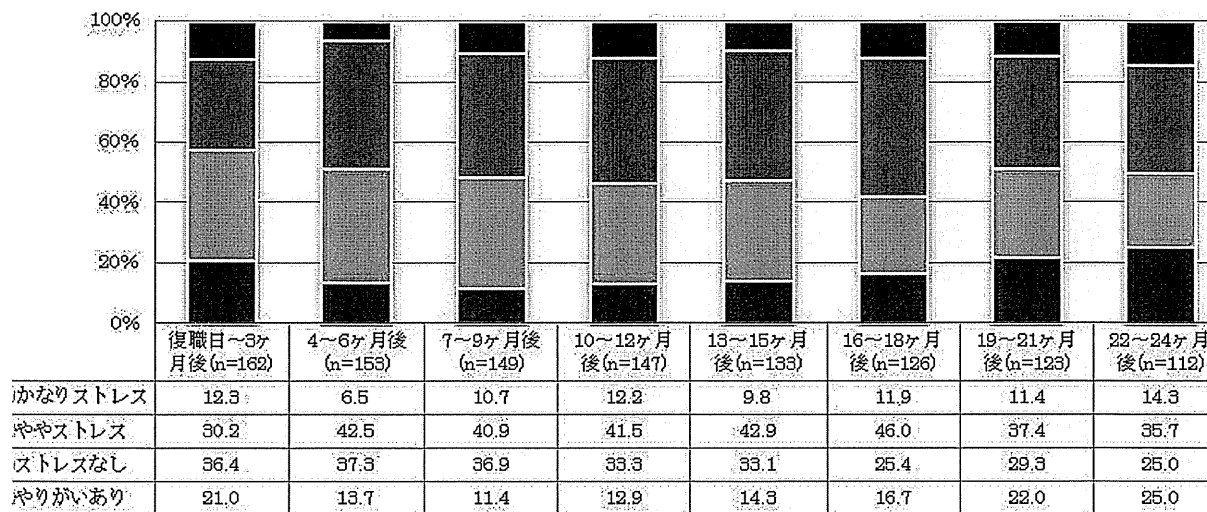


図12 復職後の仕事の質や内容

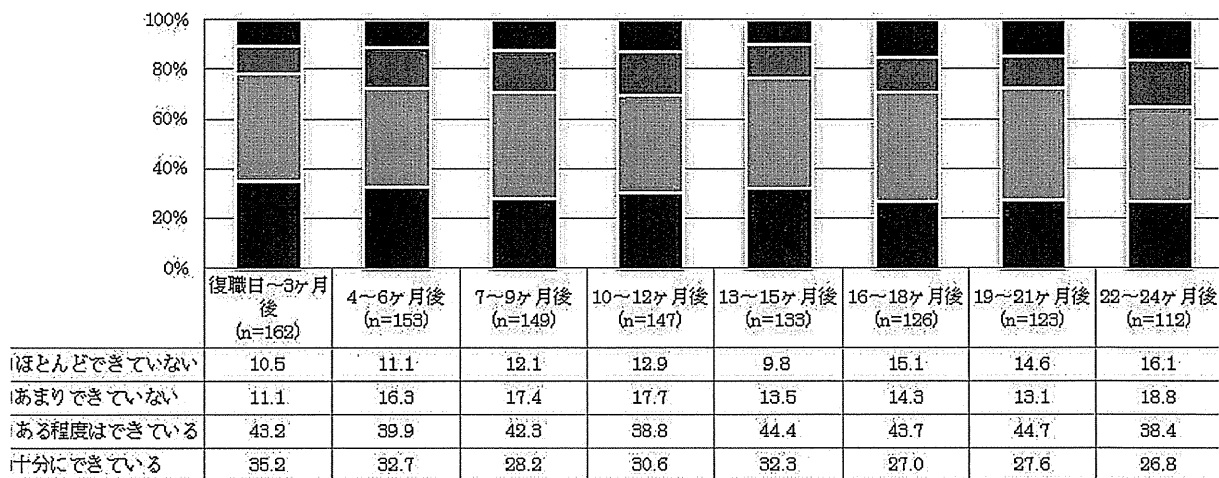


図13 復職後の上司との関係（相談・報告）

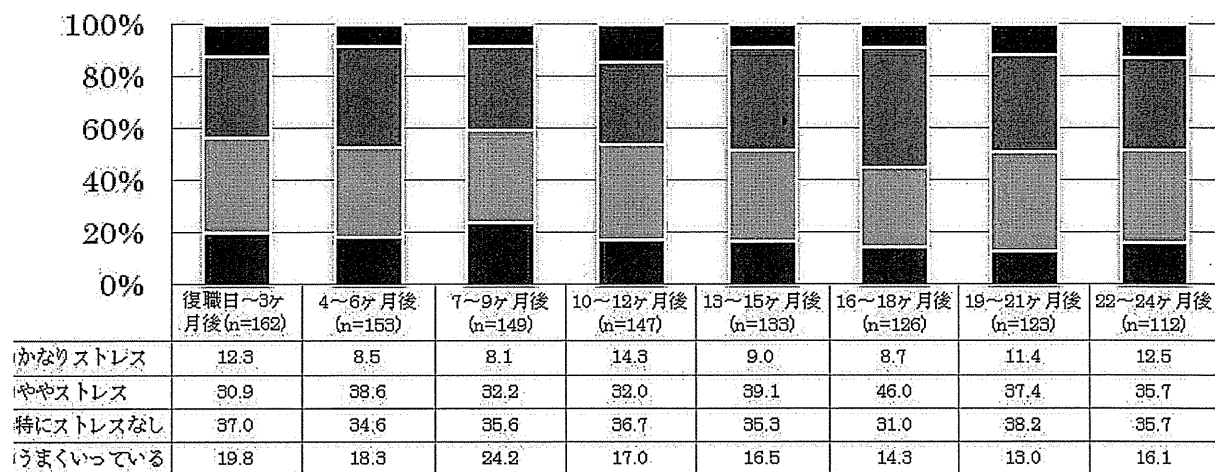


図14 復職後の仕事の人間関係のストレス

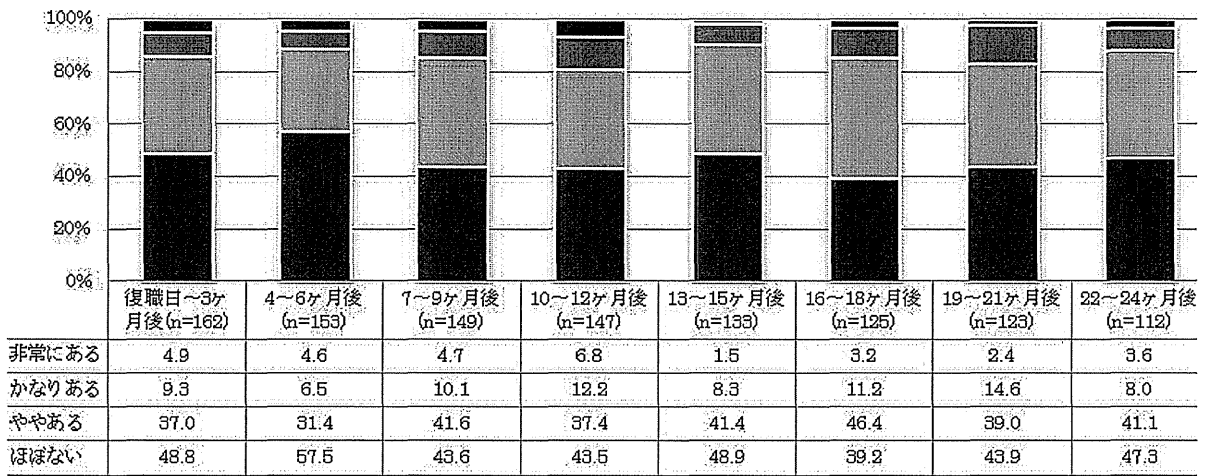


図15 復職後の仕事以外のストレス

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；

今年度の研究は標準的なリワークプログラムを実施するうえでの教育ビデオのためのシナリオ制作が中心となった。映像関係の専門家を加えて、リワークプログラムにおける援助職者が陥りやすい15の場面、21のテーマについて抽出した。映像化により悪い対応・良い対応の直接比較などが可能となることで改善が期待される。臨床現場だけではなく産業保健の領域でもうつ病患者などの早期発見に資すると思われる。また、映像の2次利用により、精神障害者に対する社会の偏見の解消にもつながることが期待できる。

研究協力者

横山 太範 さっぽろ駅前クリニック  
片桐 陽子 京都駅前メンタルクリニック  
松村 英也 三木クリニック  
飯島 優子 メディカルケア虎ノ門  
福島 南 メディカルケア虎ノ門  
鈴木 聖史 脚本家、映画監督

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（以下、プログラム）を実施する医療機関（医療リワーク施設）が増えている。休職者数に比して医療リワーク施設が圧倒的に少ない状況のため施設数の増加も必要であるが、うつ病リワーク研究会において標準化リワークプログラム<sup>1)</sup>は作成されているものの、提供される内容には医療機関毎の差が大きいとの指摘もされている。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ビデオのような映像媒体が有効と考えた。

したがって本研究は、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標準的なプログラムの実施手順を定義し、③プログラムの全容が理解されるような教育ビデオのシナリ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教育ビデオを作製することを目的とした。但し、③については取り組むべき課題が膨大であったため、「③-1 教育ビデオ作製の基礎的な技術・方法の検討」と、「③-2 教育ビデオ作製の具体的な技術・方法の検討」とに分けて研究を行った。

前年は②および③-1について研究を行った結果、プログラムの標準的な実施手順が経時的には5期27項目から成り立ち、また、援助技法の詳細を検討する中で再休職予防に重点を置いたプログラム提供時の技術的側面の標準化を進めた。また、今後の課題として、i) 統合失調症患者に対する支援との違いの意識化、ii) プログラム内容のいっそうの構造化、iii) 観察・介入技法の向上、などが浮かび上がった。

今年度は、教育ビデオ作製に向け③-2および④について一括して検討した。教育ビデオは情報伝達量が豊富であり、プログラムの普及啓発のカギを握ると思われるが、映像化するためには脚本家、演出家、映画監督などの専門職との連携が不可欠である。我々はプログラムの専



門家として事例を通じて支援や関わり方等の提示を行い、合わせて、これまでの紙媒体や研修会スライド提示などの静的な情報提供では十分に伝えられなかった内容を、映像という動的な媒体で伝えるための場面を厳選し解説を加え、教育ビデオのシナリオを作成することを目指した。

## B. 研究方法

シナリオの助言・提案は複数施設から選ばれた共同研究者らが議論しながら行い、特定の技法への偏りや極端な地域背景などが影響を与えないように注意を払った。特に脚本制作に関しては、文書での提出を原則とし、担当者は自施設の中で更に情報収集を行うなどして実際の現場での感覚や実践が十分に表現されるように努めた。同時に映画製作の専門家を交えた企画立案・脚本制作が進められ、臨床家として助言・提案を行った。また、映像という動的な媒体でなければ伝えにくい部分を意識して場面の選択にも工夫を凝らし、ストーリー性をもったドラマを本編としながら、教育的な部分は本編のドラマからは独立させたレクチャーパートとして映像化することとした。

(倫理面への配慮)

出演者はプロの役者であり、映像化することに倫理上の問題はなかった。研修内容として相応しくなるよう複数の事例から、内容に意図的な変更が生じない範囲で脚色し、個々の事例のプライバシーが映像から推測されることのないように配慮した。

## C. 研究結果

本編であるドラマパートは、うつ病患者の苦悩や、援助職者らが抱える葛藤、そして回復のプロセスなどを理解しやすい形で映像化し、うつ病患者に対する偏見の解消や、燃え尽きが問題となっているプログラム従事者などを勇気づ

ける内容とした。

一方、プログラムに精通していない援助職者が誤った対応をとりがちな状況を厳選してレクチャーパートとして15場面に絞り込み、各場面で学ぶべき重要課題として21テーマが抽出された(別紙1)。映像での提供という特徴を生かし悪い対応、良い対応といった実例を挙げながら実際に見てもらい、その後、詳細な説明を加えた。

なお、このシナリオに基づいて映像化を今後行うこととなっている。映像化に関してはリワークプログラムの普及啓発のための映像制作委員会を立ち上げ、制作や販売をおこなうこととしている。

## D. 考察

リワークプログラムは徐々に普及してきているが、従来より精神科で行われてきていた、統合失調症患者の再入院予防に重点を置いたデイケア治療とは大きく異なるため、プログラムの構成や運営に関しては精神科デイケアの経験があるスタッフほど戸惑うことが多い。デイケアなどを居場所と考えるのであれば、援助職者の関わりは保護的なものであるが、治療の場であれば対人場面の行動観察ならびに病理的場面への積極的な介入が必要となる。リワークプログラムは後者になる。この点については、前年までの我々の研究においても、統合失調症患者に対する支援との違いの意識化や、援助職者の観察・介入技法の向上などが重要な課題として挙げられている。

このような違いについて研修会などで積極的に取り上げてはきたが、理解を得る事は困難なこともしばしばあった。しかし、百聞は一見にしかずと言うように、見学等を受け入れている医療機関ではしばしば見学者より、「見ることによって初めてよく理解できました」と言われることがある。普及啓発のために動画という媒

体を用いたことの意義は、まさにここにあると言える。特に今回の研究ではレクチャーパートにおいて悪い対応・良い対応の比較を行ったことによって教育的な効果がいっそう高まることが期待される。

また、普段はメンタル不調者を見ることの少ない保健師や職場の管理職者などにとっては観察のポイントなどが明らかとなり、メンタル不調者の早期の発見にも資するものと考えられる。

#### E. 結論

教育ビデオの完成に向けて、映像関係の専門家とのディスカッションを行い、リワークプログラムにおける援助職者が陥りやすい15の場面、21のテーマについて抽出した。これらは従来の精神科デイケアでの経験があるほど、むしろ、修正が困難となることもしばしばであったが、映像化により自身の経験などとの直接の比較などが可能となることで改善が期待される。

臨床現場だけではなく産業保健の領域でもうつ病患者などの早期発見に資するものと思われる。回復のプロセスを明確に示した内容からは精神障害者への偏見の解消につながるものと思われる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

五十嵐良雄、鈴木聖史：リワークプログラムを素材とした職場のメンタルヘルスに関する啓発映画の企画、アンチスティグマ国際会議（東京）、2014.

#### 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

#### I. 引用文献

- 1) 林俊秀、五十嵐良雄：リワークプログラムの標準化、臨床精神医学 41(11)、1509-1519、2012.

## (別紙1) レクチャーパートとして扱うべき場面(1~15)とテーマ(①~⑩)

各場面で×印の後は陥りがちな誤った対応、◎印の後は適切と思われる対応

### I 導入期

#### 1) 軽スポーツやゲームなどで輪に入れない人への対応

×：すぐに手を引っ張って「さあ一緒にやりましょう」などと参加を強く促す。

◎：すぐには動かさず観察する。体調不良かどうか見極め後、時期やその人の抱える課題などを考慮しながら援助方法について検討する。

テーマ：①集団になじめない人への援助

#### 2) オフィスワークなどの時間に難しい本を読んで眠そうにしている(あるいは眠っている)人への対応

×：内容の精査もしないまま、寝ないように注意したり、眠っている場合に起こそうとする。

◎：取り組んでいる課題や本の内容が難しすぎる場合があるので、レベルについて本人と相談する。また、居眠りの時間などの記録も残す。

テーマ：②課題の設定の仕方。③居眠りの扱い。

#### 3) 利用開始直後、何か説明するたびにあれこれと質問を多数投げかけてくる人への対応

×：すべて真面目に答えてしまう

◎：本人の不安を扱う。例えば、「どんなことが心配なのでしょうか」など

注意：これからデイケア利用を開始しようかどうか迷っている人に対しては真面目に答えた方がよい。

テーマ：④初期不安への対応

#### 4) インテイク面接(あるいは利用開始直後の面接)などでの注意点

×：項目を埋めるために細かく聞きすぎたり、相手が答えづらそうにしているにも関わらず自分が重要と思ったら深く聞きすぎたりする。

◎：ラポールの形成を目指し、話したくない気持ちを尊重する。

テーマ：⑤インテイク面接。⑥ラポールの形成。

#### 5) 休憩時間などでずっとスマートフォンをいじっている人への対応

×：休憩時間なので何をしていても自由だと考え、放っておき、スタッフルームにすぐに引き上げる。

◎：インフォーマルグループでの行動として注意深く観察する

テーマ：⑦休憩時間のスタッフのあり方。⑧インフォーマルグループの扱い方。

#### 6) デイケアで起こった出来事や個人が特定できるような内容をネット上にアップしてしまった場合の対応

×：慌てふためいて注意したり怒ったりする

◎：そうならないために事前に治療契約として文書などに禁止事項として盛り込んでおく。

テーマ：⑨治療契約。⑩SNSなどの取り扱い。

## II 初期

7) 振り返りシートなどの提出書類に人の悪口を書き連ねて、スタッフに解決せよと迫る。

×：「分かったわ、私が言ってきてあげる」といて不用意に引き受ける。

◎：「アサーティブに伝えてみましょう」「過去にもこのようにして誰かに解決を迫った事はありますか」などと治療的に扱う。

テーマ：⑪信頼関係構築と依存。

8) 自己分析などで体調を崩してしまった人への対応

×：叱咤激励し分析を続けるように促す

◎：一緒に考える姿勢を示しながら、進めて行くペースなどで助言を与える。

テーマ：⑫初期のレポートの書き方・読み方（発症要因の分析など）

## III 中期

9) 遅刻や欠席などが増加し、中だるみのように見える人への対応

×：「もっとがんばりましょう」「気合を入れましょう」とひたすらに励ます

◎：行動記録表などで状況を分析したり、状況を報告して医師との連携を図ったりする。家族関係などにも注目する（遅刻欠席を、当然、家族は知っているはず）。

テーマ：⑬行動記録表などのツールの活用。⑭医師との連携。⑮家族の問題。

## IV 後期

10) シビアな内容のロールプレイなどで、泣いたり傷ついたりした人への対応

×：「本人の希望に沿って場面を設定しているのだから仕方がない」と開き直ったり、固まって何もできなくなったりする。

◎：セッションを仕切っていくのはスタッフの責任なのだから、どの程度シビアなロールプレイができるのか事前に十分に評価しておく。危険だと思ったらきちんと止める。

テーマ：⑯ロールプレイの進め方

11) プレゼンなどで頑張りすぎたり、仕切りすぎたりする人への対応

×：スゴイと誉めたり、本人の希望だからとやらせたりする。

◎：バイポラリティなども考慮し、ブレーキをかけることも必要だと自覚を促すような関わり方を  
する

テーマ：⑰軽躁状態への対応。

12) 復職に向けた話し合いなどで自己評価が非常に高い人への対応

×：鵜呑みにする

◎：普段からしっかりと観察し、スタッフの立場からの評価ができるようにしておく。

テーマ：⑱復職が近づいた時期の観察のポイント

13) 総括レポート（自己分析や内省文などを含む）の内容が抽象的で具体性が乏しい場合の対応

×：こんなものだとスルーする

◎：具体的な対策などを書くように求める。自責と他責のバランスのとれた考え方が出来るように指導する。

テーマ：⑲後期のレポートの書き方・読み方（再休職予防に向けての対策など）

## V 終了期

14) 職場との連絡で不安になり、調整をスタッフに頼んできた場合の対応

×：伝書鳩のように患者に言われた事を職場に伝える。いろいろとお膳立てをする。

◎：不安に思っている点を明らかにし、自分で取り組めるように支援する。

テーマ：⑳復職直前の不安への対応

## VI その他

15) 各期（導入期、初期、中期、後期、終了期）の目的・課題について

テーマ：㉑各期の注意点

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 うつ病リワーク研究会、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、リワークプログラム（以下プログラム）の実施状況を調査した。今回は5回目の調査であったが、168医療機関のうち123医療機関から回答を得た（回答率（73.2%）。病院が38%、診療所が62%で比率は昨年より病院が4%増加した。復職支援（以下リワーク）以外の対象者をプログラムで受け入れている施設は43%あり、対象者は「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）」、「社会生活機能改善を目的とした主に統合失調症患者」、「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、最も多い区分は精神科デイケアで67%、週5日の開催は57%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129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2,870人であり、1施設平均は25人であった。123施設で合計722名のスタッフが勤務していたが、心理職が最も多く全体の35%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ており、主治医変更を求めている施設は59%であった。プログラム開始までの待機期間は14%の施設であり平均35日であった。利用にあたって一定のステップを設けている施設は73%であった。スタッフによる評価を実施している施設は84%であり、うち「標準化リワークプログラム評価シート」は55%の施設で利用されていた。71%の施設で他院の患者を受け入れており、うち82%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・調整の方法は、書面が最も多く73%、診察時が18%であった。人事労務担当者に対しての連絡・調整の方法は産業医・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83%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54%にのぼった。プログラムの内容に関し100施設960プログラムを実施形態毎に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」が約2割であった。医療機関毎にみると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47%、4区分に該当している医療機関は31%であった。平成25年10月の7日間に登録されていたリワーク利用者2,246人について個別調査を実施した。休職回数は、平均2.0回、総休職期間は平均594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79%、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30%、発達障害の可能性がある利用者は21%であった。

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

## 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（以下プログラム）を行う医療機関による研究会であり、2014年2月29日現在、同研究会会員であるプログラムを行う医療機関は43都道府県178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プログラム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

2013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、2013年10月21日に発送し、2013年11月30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「施設票」と当該施設のプログラム利用者の状況等を調査する「個人票」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。「施設票」は、回答期間中の任意の1日の状況とした。「個人票」は、2013年10月1日から7日までの7日間に、当該施設においてプログラム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プログラム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168施設に送付し、「施設票」では123施設から回答が得られ、73.2%の回収率だった。また「個人票」では、121施設から回答が得られ、72.0%の回収率であった。

## 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47件（38.2%）が病院、76件（61.8%）が診療所であり、昨年より約4%病院の割合が増加した。病院の精神科病床数の平均は253.3床（SD153.5）であり、昨年より18床増加した。そのうちストレスケア病棟の平均病床数は40.6床（SD34.5）であった（表1、2、3）。

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。そこでプログラム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83施設（66.9%）、次いで精神科ショートケア28施設（22.6%）、精神科作業療法7施設（5.6%）、精神科デイナイトケア3施設（2.4%）、通院集団精神療法3施設（2.4%）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72施設（53.7%）、次いで精神科デイケア28施設（20.9%）、通院集団精神療法11施設（8.2%）、精神科デイナイトケア9施設（6.7%）であった（表4-2）。

また精神科デイケア等全体におけるプログラムを行っている割合をみると、平成23年度精神保健福祉資料（厚生労働省）6によると6月1か月間に1日以上実施した精神科デイケア等の実施施設数は1560施設のため、精神科デイケア等全体で復職支援（以下、リワーク）を行っている施設の割合としては10.7%であった。

プログラムを始めた年について最も多い年は2010年が22施設（18.0%）であり、次いで2007年と2011年が17施設（13.9%）、2012年16施設（13.1%）、2009年15施設（12.3%）であり、2007年から年平均して18施設ほどが新たにプログラムを始めていた（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68施設(60.2%)、小規模が45施設(39.8%)と昨年より大規模で実施している割合が10%ほど増加した(表4-4)。

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70施設(57.4%)、次いで6日が23施設(18.9%)、4日が16施設(13.1%)であり、平均4.8日(SD1.0)であり、昨年より0.4日増加した。また曜日では、月曜日と火曜日と金曜日が9割以上の施設で実施しており、水曜日と木曜日が8割以上、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)。

施設の定員数は、20~24人が最も多く27施設(23.3%)であり、20人未満が42施設(36.2%)、50人以上が17施設(14.6%)、平均24.7人(SD14.8)であった(表4-6)。

また、定員数の合計は116施設2,870人で、昨年度より363人増加した。

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69施設(57.0%)、「受け入れている」が52施設(43.0%)であり、昨年より4%ほど「受け入れている」が減少した(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34施設(64.2%)と最も多く、次いで「社会生活機能改善を目的とした主に統合失調症患者」が32施設(60.4%)、「居場所の提供を目的とした慢性期精神疾患患者」が28施設(52.8%)、「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14施設(26.4%)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とリワーク対象者以外が多い施設がそれぞれ28施設で同数であった

(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参加するプログラムの有無について聞いたところ、「あり」が57施設(45.6%)あり、全体の約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参加するプログラムを運営していた(表4-10)。

リワーク施設において医療専門職の実習や研修の受け入れについて聞いたところ、受け入れが可能な施設は65施設(52.0%)、不可能な施設は60施設(48.0%)とほぼ同じ割合であった(表11)。

## 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30分~60分が最も多く26施設(21.3%)、次いで120分~180分が23施設(18.9%)であり、平均129.2分(SD139.1)であった(表5)。昨年と比較し、12.5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38施設(30.4%)、次いで60分が23施設(18.4%)であり、平均34.4分(SD32.5)、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63施設(50.4%)であった(表6-1, 2)。

毎日の定例の打ち合わせ・業務連絡以外のスタッフミーティングの実施頻度は、1カ月あたり平均4.6回(SD8.4)、実施時間は61.7分(SD48.3)であり、昨年<sup>5)</sup>より6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カ月あたり0回が最も多く32施設(25.6%)、次いで1回が27施設(21.6%)、平均3.1回(SD4.9)であり、実施時間は60分が最も多く30施設(31.3%)、次いで30分が20施設(20.8%)、平均52.9分であり、前回調査<sup>5)</sup>より6分減少した。また、ケースカンファレンスの参加者はスタッフのみが25施設(24.8%)、医師も参加が



76施設 (75.2%) であり、前回調査より医師参加の割合が8.6%減少した(表8-1, 2, 3)。

#### スタッフの資格等

回答を得た123施設に722人のスタッフ(医師を除く)が勤務していた。昨年調査<sup>5)</sup>時よりも144人の増であり、1施設当たりスタッフ数は4人が最も多く26施設(13.0%)あり、次いで6人が21施設(17.1%)、6人以下が89施設(72.3%)、平均7.7人であり昨年(5.5人)より2.2人増加した(表9)。スタッフの主な資格は、臨床心理士が最も多く、202人(28.0%)であった。次いで看護師164人(22.7%)、精神保健福祉士154人(21.3%)、作業療法士91人(12.6%)であった(表9-1)。前回調査<sup>3)</sup>と比較し、作業療法士の割合が1.9%増加した。

また、主な資格以外に175人(24.2%)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77人(44.0%)と最も多く、次いで産業カウンセラーが34人(19.4%)、精神保健福祉士30人(17.1%)、キャリアコンサルタント17人(9.7%)、保健師15人(8.6%)、臨床心理士と看護師が13人(7.4%)であった(表9-2-2)。

#### スタッフの背景

性別は、女性497人(69.6%)、男性217人(30.4%)であった。平均年齢は38.2才であり、昨年<sup>5)</sup>とほぼ同じであった。主資格の経験年数は、10年~15年が最も多く122人(17.6%)であり、次いで5年~6年が56人(8.1%)、5年未満が219人(31.5%)、平均11.0年(SD9.2)であり、そのうちリワークの経験年数は平均2.9年(SD1.9)であった。

スタッフの勤務形態は、常勤が482人(66.9%)、非常勤が239人(33.1%)であった。非常勤スタッフの勤務日数は、1週間あたり5日が最も多く115人(37.0%)、次いで1日(25.4%)、2日(13.8%)、平均3.2日(SD1.8)であった。非常勤スタッフの1週間あたりの勤

務時間は、5時間未満が69.8%を占めたが、平均は18.5時間(SD22.8)であった。

企業での就労経験については、経験がないスタッフが、479人(69.8%)、産業保健スタッフ以外で就労経験がある者は150人(21.9%)、産業保健スタッフとして就労経験のある者は43人(6.3%)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14人(2.0%)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

プログラムの利用の決定方法は、主治医による決定が51施設(40.8%)と最も多く、次いで受け入れ会議で決定34施設(27.2%)、担当医が決定25施設(20.0%)であった(表10)。利用の決定の重要ポイントは、精神症状・身体症状の安定が58件(47.9%)と最も多く、次いで参加のモチベーション30件(24.8%)、通所できる体力の回復18件(14.9%)であった。

#### 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106施設(84.8%)、定めていない16施設(12.8%)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83施設(76.1%)であり、条件の内容は症状の安定が59施設(70.2%)で最も多く、次いで通所できる体力回復57施設(67.9%)であった(表13)。

参加者の生活レベルによる条件については47施設(43.1%)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31施設(66.0%)で最も多く、日数としては週3日以上と定めた施設が35.5%で最も多く、次いで週2日以上と週5日以上が19.4%であった(表14)。

受け入れの除外疾患を定めている施設は88施設(79.3%)、定めていない23施設(20.7%)

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64件(72.7%)で最も多く、次いで統合失調症54件(61.4%)、パーソナリティ障害46件(52.3%)、摂食障害32件(36.4%)、発達障害26件(29.5%)、気分障害以外すべて14件(15.9%)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87施設(78.4%)で、休職者以外では復職者や勤労中の者を受け入れている施設が23施設(26.4%)、失職者を受け入れている施設が28施設(32.2%)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37施設(33.3%)でそのうち参加者への意思確認が25施設(67.6%)、同時期に行わないが4施設(10.8%)、同時期でも実施するが7施設(18.9%)であった。(表17-1, 2)。

主治医の条件としては、定めているが47施設(42.0%)で、そのうち主治医変更必須が19施設(28.8%)、原則変更だが例外あり20施設(30.3%)、利用者の意思によるが20施設(30.3%)であった。その他として、主治医変更は必要ないが当院医師に月1回定期受診、などがあった(表18)。

年齢に関する条件では、定めているが12施設(10.8%)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72施設(64.3%)で、受け入れないが63施設(86.3%)であった(表20)。

学歴の条件を定めている施設は、0施設であった(表21)。

受け入れ会議に関しては、受け入れ会議を必要が45施設(40.2%)、特別な場合に受け入れ会議を開催が31施設(27.7%)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89施設(71.8%)でそのうち本人のみ可能が26施設(21.0%)、家族も可能が63施設(50.8%)であったが、35施設(28.2%)は見学不可であった。

また、利用前の試験利用を認める施設は45施設(37.2%)であった。リワーク開始までの待機期間は、「ある」施設が17施設(13.6%)であり、平均34.5日(SD20.2)であり、昨年<sup>5)</sup>より4.7日減少した(表23-25)。

利用規定を設けている施設は111施設(89.5%)であり、昨年<sup>5)</sup>より4.7%減少した。利用にあたり誓約書・同意書を取り交わす施設は116施設(92.8%)であり昨年<sup>5)</sup>とほぼ同数であった(表26, 27)。

#### 利用開始後のステップ

参加者の利用にあたって施設としてのルールを定めている施設が82施設(66.1%)、本人の希望に任せているが15施設(12.1%)、その他が30施設(24.2%)であり、その他の主なものとしては本人とスタッフ・担当医間での話し合いが多かった。

利用日数の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49施設(39.2%)、段階的で開始条件を明確にしている42施設(33.6%)、ステップなし30施設(24.0%)であり、72.8%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73施設(58.9%)と最も多く、段階を定める32施設(25.8%)、利用者に任せる11施設(8.9%)と続いた(表28-30)。

1週間あたりの最低利用日数は、「定めている」が76施設(60.8%)であり、最低利用日数は2日が27施設(35.5%)、1日が21施設(27.6%)、3日が19施設(25.0%)、平均2.1日(SD1.0)であった(表31)。

開始時の標準的な1週間のプログラムの延時間は、有効回答112施設において、平均11.0時間 (SD6.9、中央値9.0) であった。また、終了時の標準的な1週間のプログラムの延時間は、有効回答113施設において、平均24.9時間 (SD10.7、中央値30.0) であった (表32)。

#### 評価

スタッフによる評価を実施している施設は、113施設 (91.9%) 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69施設 (61.1%) が使用していた。

プログラム利用中の心理テストの実施については、96施設 (78.0%) で行われていた。BDI (バック抑うつ質問票) が最も多く43施設で実施しており、次いでSDS (うつ性自己評価尺度) が38施設、SASS (Social adaptation self-evaluation scale) が37施設、内田クレペリン精神検査が36施設、と続いた (表33, 34)。

#### 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89施設 (71.2%) であった。そのうち主治医との連絡方法は、定期的な文書で行うが45施設 (50.6%)、不定期的に文書で行うが28施設 (31.5%)、連絡を取っていないが4施設 (4.5%) であった。定期的・不定期的に文書で連絡を取っている82施設のうち、リワーク専用の文書の使用が48施設 (58.5%)、診療情報提供書を使用している24施設 (29.3%) であった (表35-37)。

#### 通常プログラム以外の運用

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68施設 (61.3%) 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36施設 (32.4%)、医療機関の関与しない自主イベントが19施設 (17.1%)、その他が23施設 (20.7%) であった (表38)。また、家族向けプログラムは25施設

(20.0%) で行われており、その費用について無料が9施設 (36.0%)、保険適用10施設 (40.0%)、保険適用外6施設 (24.0%) であった (表39)。

#### 中止・脱落

施設が利用の継続を中止する場合の基準は、症状の悪化61施設 (49.2%)、ルール違反26施設 (21.0%)、欠席回数23施設 (18.5%)、他のメンバーへの迷惑行為12施設 (9.7%) であった。

利用中止の決定者は、主治医が43施設 (34.7%)、リワーク施設管理医師が42施設 (33.9%)、判定会議23施設 (18.5%) であった (表40, 41)。中止後の再利用は、「再利用あり」が98施設 (81.0%) であった (表42)。

利用者側の要因によりプログラムから脱落する場合、その原因について上位1位と2位を聞いたところ、1位の原因は症状悪化92件 (74.8%)、モチベーション低下19件 (15.4%)、休職期間満了4件 (3.3%) の順であり、2位とした原因はモチベーション低下59件 (51.3%)、症状悪化16件 (13.9%)、症状悪化以外の理由により通所不能12件 (10.4%) であった (表43)。

#### 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70施設 (56.9%)、定めている53施設 (43.1%) であった。

利用終了の決定条件に関し上位2つを聞いたところ、受け入れ先の条件 (復職・休職満了など) によるが最も多く88件 (71.0%)、次いで期限を設定33件 (26.6%)、利用者の意見30件 (24.2%)、判定会議での結果23件 (18.5%)、出席日数・出席率10件 (8.1%)、評価結果9件 (7.3%)、であった (表44, 45)。

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91件

(73.4%)で前回調査<sup>5)</sup>時より12%ほど増加、次いで人事労務担当者に書面で実施64件(51.6%)、人事労務担当者に診察で実施52件(41.9%)、産業医・産業保健スタッフに診察で実施41件(33.1%)、人事労務担当者にしていない32件(25.8%)、産業医・産業保健スタッフにしていない22件(17.7%)であった(表46)。

#### 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複数回答で聞いたところ、外来にて診察が最も多く102件(82.9%)、次いでフォローアッププログラム参加66件(53.7%)、スタッフが定期的に連絡11件(8.9%)、その他23件(18.7%)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、参加可能なプログラムに参加するなどの回答が多かった(表46)。

また、復職後に再休職に至った後の再利用については112施設(89.6%)が再利用可能で、そのうち102施設(97.1%)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(表48)。

### 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

97施設より960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9.9であり、昨年調査<sup>5)</sup>より0.6増加した。

有効回答960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、139プログラム(14.5%)が該当した。これは昨年実施した調査<sup>5)</sup>より1.1%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、199プログラム(20.7%)が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より0.5%減少した。

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、125プログラム(13.0%)該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より1.2%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294プログラム(30.6%)が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>より0.9%増加した。

⑤その他のプログラムは、運動、リラクゼーション、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、203プログラム(21.1%)が該当し、昨年度調査<sup>5)</sup>と比較して0.1%の減少であった(表49)。

#### 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リラクゼーション、7基礎体力、8感情表現)からプログラムごとに2つまでの区分を選択してもらった。

その結果、960プログラムより1,685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351プログラム(36.6%)と最も多く、次いでコミュニケーショ