

資料3 治療スタッフコメント

全体

字が多いレイアウトに工夫が必要

歩行などの重要性は理解していただいたものの続きづらかった

実際に産業医に会ってお話することもでき、お互いの理解が深まった

昨年9月に開設し未だ復職者も数名で復職後も時間が経っていないため回答できない

リワークマニュアルの使用は、リワークデイケア開始後半年間の経験のみでまだ復職者がいない

正式使用者

・「標準化リワークプログラム評価シート」の点数がつけにくい。程度の差が点数差の項目もあれば、点数毎に違う要素について述べている項目もあるため、つける際に迷うことがある。

・今回のアンケートについて。「患者アンケート」の項目番号11「学歴」のところに、「②専門学校・大学中退」とありますが、「専門学校」と「大学中退」が並列されているところに非常に違和感を感じました。別項目にすべきではないでしょうか。

患者様の評価を行なう際の「標準化リワークプログラム評価シート」の得点付けの基準がよりわかりやすくなればよいと思います。現状、例えば「⑥適切な自己表現」の項目で、気持ちの表現はできても提案を断るのは苦手、というような方がおられる場合に得点をどうするか、等。

一部使用者

このマニュアルを一部分しか利用が出来なかった為、ご質問にお答えすることが難しく感じております。

・産業医の先生とお話しする機会があり、伺った所、「情報収集シート」は活用できれば上方共有が円滑になるが、「利用者様に開示するかどうか」で記載する内容も異なるのではないかとご指摘もいただいております。他の施設のみなさまは、どのように使用されているのかご報告を待ちたいと考えております。

※ マニュアルの流れは大変参考になりました。また、職場復帰準備性評価シートは、とても細かく利用者の状況が把握でき、また点数化できることで、利用者・スタッフ・院外主治医へも具体的な数値を提示できることで現段階を共有することができました。

配布資料については、その時期における準備の必要性が分かりやすくなっておりましたが、指導内容が詳細に設定されており、当院では、個別対応を重視しているため、全対象者に向けて利用することに難しさを感じました。

もう少し、短時間で施行できればよいと思いました

アンケートに回答させていただきましたが、このマニュアルに沿っての支援は実施できませんでした。

今回マニュアルの中で使わせていただいたのは、復職の準備としての生活記録です。

マニュアルの記録票がとても使いやすく、説明もしやすかったです。ただ、それだけを使うというのは制度の趣旨に反していて、申し訳なく思います。

今後、主治医、産業医、産業保健スタッフとの連携も課題ではありますが、このマニュアルも参考にし見直していきたいと思っております。

せっかく送っていただきながら、有効に活用できずたいへん申し訳ありませんでした。プロセスの考え方や評価項目についてはたいへん参考になりました。ありがとうございました。

リワークにいらした方々を対象としたことからステップ5以降の導入となりましたが導入にあたっての説明時に、情報量が多い、会社や家族とのやりとり等への負担感という印象を利用者の方々がもたれたことからご協力いただけなかったのではないかと考えています。
(1枚で表形式になっていると負担感も減ってくるのではないかと思います)

また、すでに当デイケアで導入しているプロセス、評価項目、また対象以外の方とのバランスなど全体として整合性をとることがなかなか難しかったことも一因としてあると思いますので、マニュアル活用時には導入先の運営状況との兼ね合いも重要ではないかとも感じました。

加えて、業務システムがMacのため、いただいた資料を使用するためには崩れた形式を直す必要があり(完全に互換ではないため)、そのためにわかりにくくなってしまったという点もありました。
通常多くの使用環境はWindowsのため、現状で問題ないかと思いますので大変恐縮ですが、文書ファイルは pdf で提供していただき、Excel だけでなく Mac版表計算ソフト(numbers)のものもご用意いただくなどご配慮いただけるとありがたく存じます。

復職準備性検査の得点とあわせて、利用者の現状が明確になったり、スタッフ間で共通理解をもちやすくなった印象はあります。地域性もありますが、産業医のいるような企業にお勤めでない利用者が多く、リワークや復職プログラムに馴染みのない職場上司や人事担当者などとのやりとりも現在模索しながらやっている状況です。

昨年からのリワークプログラムを始めたばかりで、ようやく自分達で作ったリワークの流れが馴染んできつつあるところだったので、再度マニュアルを新しくすることによるスタッフの混乱を鑑みて、自分達のマニュアルの改善・修正や復職準備性検査をいかに活用していくかを学ばせていただく資料として活用させていただきます。

一部使用 質問	回答者							平均	SD				
	1	2	3	4	5	6	7						
リワークプログラムありなし 8	1	1	2	1	1	1	2						
								あり	なし				
								5	2				
マニュアルの評価	思わない				あまり思わない		やや思う		思う		無回答	平均	SD
9 マニュアルの分かりやすさ	2	3	4	4	3	4	3	0	0	3	0	3.29	0.70
10 マニュアルの指導しやすさ	2	2	4	4	2	3	3	0	0	2	0	2.86	0.83
11 配布資料分かりやすさ	2	0	3	4	3	0	3	0	0	1	2	2.14	1.46
12 配付資料実行しやすさ	2	0	3	0	2	0	3	0	0	0	3	1.43	1.29
13 産業医との情報交換改善	2	3	2	0	0	0	3	0	0	0	3	1.43	1.29
14 復職の早期化	2	3	4	0	0	2	3	0	0	1	2	2.00	1.41
15 復職後の再発予防	2	3	4	0	0	0	3	0	0	1	3	1.71	1.58

平成23-25年度 厚生労働省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利用者の復職後の就労予後に関する調査研究

分担研究者：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

研究協力者：山内慶太（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

大木洋子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科医療マネジメント
専修、メディカルケア虎ノ門）

研究要旨：

リワークプログラム利用者の予後の実態を明らかにすることを目的として、3年にわたり調査を実施した。平成23,24年度は、リワークプログラムを利用した者と利用せずに復職した者の予後を後方視的に調査し、その就労継続性を比較することにより、リワークプログラムの再休職予防の効果を検討した。平成23年度は予備的研究として、リワークプログラム利用群に1医療機関のみの利用者を対象として解析し、平成24年度はその対象を多施設（6医療機関）に広げ、研究を行った。利用群と非利用群は propensity score による共変量調整法を用いたマッチングを行い、両群の属性をそろえた上で比較を行った。その結果、リワークプログラム利用者の就労継続性が有意に良好であることが示された。

平成25年度は、リワークプログラム利用者の復職後2年間を前方視的に追跡した研究を行った。13医療機関のリワークプログラムを利用し復職した210人を対象に、就労継続性を追跡した。対象者本人に復職後3月ごとに計8回、データベースプラットフォームを利用したメール配信によるアンケート調査を実施した。またリワークプログラムを実施する施設に対象者の主治医がいる場合に限り、情報の補完を目的として、復職後には同主治医に対し、郵送によるアンケート調査を計5回実施した。アンケート回答の手間を省くことのできる web 上のシステムを利用するなどの工夫を行った結果、フォローアップ率は97.7%であり、フォローアップ期間の平均は674.7日（SD130.5）であった。追跡調査の結果、就労継続推定値は1年後86.0%（SE2.4）、2年後71.5%（SE3.2）であった。また、再休職や失職に至った56人のその後の再復職・再就職状況を追跡したところ、フォローアップ期間中に再復職および再就職できたのは20人（35.7%）であった。それらの予後を含めた対象者全体のフォローアップ期間中の就労割合は89.5%であった。

A. 研究目的

労働者の精神疾患を原因とする休職から復職への治療上の働きかけにおいて、医療機関におけるリワークプログラム（以下、プログラム）の効果について予後調査を行うことは重要である。

プログラムの最終目的は再休職の予防であり、その効果を検証するためには、プログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することが必須である。しかしながら臨床の現場において、比較対照となるプログラムを経ずに復職したケースに関するデータを集めることは困難を極めることから、これまでに比較研究は実現していなかった。そこで平成23、24年度は、企業の健康管理室等の協力を仰ぎ、そこから対照群として組み入れた非利用者と医療機関のプログラム利用者の就労継続性の比較を実施した。

またこれまでのプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する調査¹⁻³⁾は、いずれも既存の診療録等を遡及的に調査した後方視的研究であったことから、転院や治療が終了したケース、また主治医がプログラム実施施設外にいる場合は、その予後が把握できない等の限界があった。そこで、より実態に即した復職後の就労継続性を明らかにすることを目的として、患者本人とその主治医を対象に、復職後2年間にわたり前方視的に調査し、平成25年度の報告とした。

B. 研究方法

1. 利用者と非利用者の就労継続性の比較

(平成24年度報告)

気分障害による休職を経て復職した患者を対象に、後ろ向きコホート研究を行った。対象者の組入れ基準は、休職2回以上または1回目であっても6ヶ月以上の休職期間を経て復職した者とした。同基準は、プログラムを実施する医療機関を対象とした調査⁴⁾より、平均的な休職

状況を参考とした。平成23年度の研究はプログラム利用群を1医療機関のみを対象とした予備的研究であり、本総合報告では、それらをふまえた平成24年度の高施設を対象とした本研究を報告する。

組入期間は、平成19年7月から平成23年6月の4年間とし、観察期間の終了は平成23年6月とした。プログラム利用群は、プログラムを実施する、北海道、東京、京都、大阪、福岡の6医療機関のプログラム利用者を対象とした。プログラム非利用群（以下、非利用群）は、北海道、東京の22企業の従業員を対象とし、そのうち組入基準を満たし、プログラム等の事業場外復職支援サービスを利用せずに復職した者とした。

必要症例数は、平成23年度の予備的研究の結果を参考に、非利用群の再休職のハザード比を2.9とし、検出力90%、有意水準5%、割り付け比率1:1とした上で、必要サンプル数は84名(42人:42人)とした。

利用群と非利用群を propensity score^{5,6)} による共変量調整法を用いたマッチングを行い、両群の属性をそろえた対象者を抽出し、その上でプログラム利用群と非利用群の就労継続性の比較を検討した。2群間の比較は、Log-rank検定により実施した。また、復職後の就労継続性に関連する背景因子を、多変量によるCox比例ハザードモデルを用いて検討した。

2. 復職後2年間の予後調査（平成25年度）

11都道府県13医療機関のリワークプログラムを利用し復職した者を対象に、2年間にわたり復職後の就労継続性の調査を実施した。対象者の組入の基準は、平成23-24年度の研究と同様のものとした。また、組入期間は平成22年9月1日から平成23年2月28日の6ヶ月間とし、平成23年12月31日までフォローアップを実施した。

調査は対象者本人に、復職後3ヶ月ごとに計8回(3、6、9、12、15、18、21、24ヶ月後)、web上のデータベースプラットフォームを利用したメール配信によるアンケートを実施した。同プラットフォームから携帯電話やPCのメールアドレスに、アンケートフォームへのURLを送付し、対象者はそこからweb上のアンケートフォームを開き、回答する。同アンケートフォームは、直近3ヶ月間の就労状況等を入力し、web上から返信する。回答必須項目に回答がない場合は返信できないシステムを構築し、欠損値をなくす工夫をした。また研究者への質問や連絡は、アンケート上の連絡欄および研究者への直接メールにて、いつでも連絡をとれる体制を整えた。なお、同システムでのアンケートの回答が不可能または希望しない対象者には、郵送によるアンケート調査を実施した。

アンケート調査配信後、10日を経過しても回答の返信がない場合、催促メールとアンケートの再配信を1回のみ行った。また、1回の回答ごとに謝礼として図書カード(500円分)を送付した。その際、謝礼に同封する礼状には、全8回の調査のうち、何回目の調査であることを明記し、調査スケジュールを対象者本人にも把握してもらうようにした。また、謝礼の郵送物は“親展”とし、同居の家族等へうつ病であることなどを知られたくない対象者に配慮し、全ての郵送物の封筒や差出人に“うつ病”や“リワーク”といった文字の記載のないものを使用した。また謝礼の送付やメールの問合せには、即日送付および即日回答を心がけた。

また、プログラム施設に対象者の主治医がいる場合に限り、情報の補完を目的として、復職後計5回(3、6、12、18、24ヶ月後)、同主治医に対し郵送によるアンケート調査を実施した。その際、当該施設内に窓口となる担当スタッフを決めてもらい、アンケート未回答の際は、担当者にメールまたは郵送にて複数回の催促を

行った。

これらデータの管理は、対象者本人等との連絡や対応を含め、外部委員会を設置し、同委員会にて行った。

統計解析は、第1に復職日を起点に精神疾患による再休職・失職・自殺をイベントとし、Kaplan-Meier法を用いて就労継続推定値を検討した。

第2に、再休職や失職に至った対象者のその後の再復職・再就職状況を追跡し、それらの予後を含めた対象者全体のフォローアップ期間中の就労割合を算出した。その際、それぞれのフォローアップ期間が異なるため、各期間の重みを加味した加重平均を算出した。

3. 用語の定義

平成23-25年度のいずれの研究においても、同研究における用語の定義は以下の通りとしている。「休職」および「再休職」は、精神疾患を理由に主治医が診断書を発行し、実質的な形で一定期間連続して勤務を休んでいる状態。「復職」および「再復職」は、正式復職やリハビリ勤務等を問わず、事業場の指示により実質的な形で勤務を開始した状態とした。

4. 倫理的配慮

いずれの研究も、うつ病リワーク研究会倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 利用者と非利用者の就労継続性の比較

(平成24年度報告)

組入基準に該当した323人を propensity score に基づくマッチングを実施し、100名(50名:50名)を抽出した。マッチング前後の2群間の共変量のバランスは、標準化効果量(7,8)により一般的にバランスが取れていると判断される10%を下回っていることを確認した。その

上で両群の就労継続性の比較を Log-rank 検定により検討した結果、プログラム利用者は有意に就労継続性が良好であることが示された ($p = 0.008$)。また Cox 比例ハザードモデルを用いた多変量解析においても、非利用者の再休職のハザード比は、2.871 ($p = 0.009$ 、95%CI 1.302-6.331) であり、リワークプログラム利用者の就労継続性が有意に良好であることが示された。

2. 復職後2年間の予後調査 (平成25年度)

プログラムを終了した215人のうち、未回答などにより調査が実施できなかった5人を除き、復職後のフォローアップを実施できたのは210人であり、フォローアップ率は97.7%であった。対象者210人が復職までにプログラムを利用した期間は、平均250.4日 (SD175.4)、利用実日数は平均122.7日 (SD92.9) であった。また復職時の事業場の対応は、リハビリ出勤制度を利用した者が107人 (51.0%) であり、平均リハビリ出勤期間は53.6日 (SD42.4) であった。また、復職時に事業場担当者やスタッフの事前面談等の連携を実施した者は、44人 (21.0%) であった。

復職後のフォローアップ期間の平均は、674.7日 (SD130.5) であった。フォローアップの内訳は、2年間 (730日) フォローアップすることができた者は153人 (72.9%)、途中から非回答となり、2年間追跡できなかった者が25人 (11.9%)、メールアドレスの変更により消息不明となり、2年間追跡できなかった者は18人 (8.6%)、調査期間の終了により、2年間の追跡に至らなかった者が12人 (5.7%)、死亡による追跡不能が2人 (1.0%) であった。また、対象者本人へのフォローアップ調査において、メール配信によるアンケートにより回答した者は195人 (92.9%)、郵送を希望した者は15人 (7.1%) であった。

復職後の就労継続状況を Kaplan-Meier 法により検討した。起点を復職日とし、イベントを精神疾患を理由とする再休職、失職、自殺とした。その結果、再休職、失職、自殺に至ったのは56人 (26.7%) であり、就労継続推定値は1年後86.0% (SE2.4)、2年後71.5% (SE3.2) であった。

復職後、就労継続できなかった56人の内訳は、再休職47人 (83.9%)、失職7人 (12.5%)、入院1人 (1.8%)、自殺1人 (1.8%) であった。これら56人の予後を追跡したところ、フォローアップ終了時の状況は、休職中のままが20人 (35.7%)、再休職の後に再復職や再就労した者が20人 (35.7%)、失職中が14人 (25.0%)、入院中が1人 (1.8%)、自殺1人 (1.8%) であった。

これら再休職者や失職者の予後 (再復職・再就職状況) を含め、フォローアップ期間中の対象者全員の就労割合を算出した。フォローアップ期間の平均は674.7日 (SD130.5、median 730、minimum90、maximum730) であり、それぞれのフォローアップ期間が異なるため、各フォローアップ期間の重みを加味した加重平均を算出した結果、復職後の就労割合は89.5%であった。

D. 考察

1. 利用者と非利用者の就労継続性の比較 (平成24年度報告)

プログラムの再休職予防の効果の検討においては、先行研究と同様に、プログラム利用者の就労継続性は、有意に良好であることが示され、改めてプログラムの再休職予防の効果が示唆された。

本研究は後ろ向き観察研究であり、プログラム利用群は医療機関、非利用群は企業健康管理室等より情報を得た。その情報は、プログラム利用者は治療者と患者の関係、非利用者は雇用

主と従業員の関係の上に成り立って得たものであり、そこには情報バイアスが存在すると考えられた。具体的には、前職における過去の休職歴等に関し、非利用者は事業場側に事実を申告していない等の可能性があると考えられる。また病歴を休職歴からのみ検討しており、疾患の重症度の正確さが十分でないことが考えられた。

また、本研究はプログラムへの適応に伴う交絡を調整するために、propensity scoreによる共変量調整法を用いたマッチングを実施した。しかし、観察できなかった背景因子に関しては、調整が不可能であるという限界がある。

これらいくつかの課題や限界はあるものの、本研究は地域性や医療機関ごとのプログラム利用者の重症度、またプログラムの個別性などを考慮した、多施設による研究であり、プログラムの再休職予防効果の一般化可能性が示唆された。

2. 復職後2年間の予後調査（平成25年度）

2-1. 調査方法について

web上のデータベースプラットフォームを利用した、携帯電話メールやPCメールへのアンケートフォームの配信により、対象者の回答の手間を省くことが可能となった。また、主治医に対しても情報の補完を目的に調査を行うことにより、高いフォローアップ率を確保することができた。

また、これまでの後ろ向き調査では追跡することができなかった、主治医がプログラム施設外の利用者や、転院等により追跡することができなかった利用者に対しても調査が可能となったこと、そして調査票フォームのシステム上の工夫で欠損値をゼロとすることが可能となり、現実に即した予後の実態が明らかになったと考えられる。

通常、インターネットを利用した調査では、

年齢層によるバイアスが見られる。しかし本研究では、このようなシステムによるアンケートの回答ができない、または希望しない者には郵送によるアンケートの選択も可能とした。そして本研究の対象者の平均年齢は40歳前後であり、過去のリワークプログラム利用者を対象とした調査との間に年齢の差は見られないことから、年齢層によるセレクションバイアスの可能性は低いと考えられた。

また、組入時点で本調査への参加拒否は38.2%であった。本調査は、復職後2年間、最大8回調査を実施し、各回答ごとに謝礼を郵送した。本研究の研究協力者においても、自宅への郵送により家族等に知られる事を理由に謝礼を辞退する者や、自宅ではなく、通院中の医療機関での謝礼の受け取りを希望する者があるなど、疾患に対するスティグマが見られ、精神疾患を対象とした調査の難しさと限界があった。

2-2. 復職後の就労継続性

復職後の就労継続推定値は、過去の同じ組入基準で実施した研究と同様に良好であり、プログラム利用者の良好な就労継続性が示唆された。また、再休職や失職に至った者の予後を追跡することにより、フォローアップ期間中の就労割合を検討することが可能となり、約2年間（平均674.7日 SD130.5）の就労割合は89.5%であった。再休職や失職に至った56人のうち、フォローアップ期間中に再復職および再就職できたのは20人（35.7%）であったが、再休職や失職に至る時期がフォローアップ期間の後半であった対象者が大半であったため、その予後に関しては、さらに長期的なフォローアップが必要であると考えられた。

2-3. 復職後の再休職

総休職期間の長さが、再休職のリスク要因であることが示された。総休職期間と同様に疾患

の重症度を示すと思われた治療歴や休職回数においては、統計学的有意差は見られなかった。休職期間については、それぞれの対象者に与えられた休職可能な期間の条件が異なり、それは疾患の重症度とは無関係であることが考えられるため、それらの背景を含めた検討が今後において必要であると思われた。

E. 結論

平成23、24年度の研究では、プログラムの最終的な目的である再休職予防の効果を、プログラム利用者と非利用者の復職後の就労継続性を比較することにより検討した。

propensity scoreに基づくマッチングを行い、プログラム利用者と非利用者の特性の差異や、適応の違いに伴う交絡を調整し、より実際の臨床場面に則した効果の検討を実施できたと考えられる。その上で、プログラム利用者は非利用者と比較して、復職後の就労継続性が良好であることが示され、プログラムの再休職予防の効果が示唆された。

平成25年度の研究では、多施設のプログラム利用者およびその主治医を対象に、2年間にわたり復職後の就労の実態を調査した。web上のシステムを利用するなどの工夫により、アンケート回答の手間を省き、高いフォローアップ率を確保することができた。また、これまでの後ろ向き調査では追跡することができなかった主治医が他施設の利用者や、転院により追跡することができなかった利用者に対しても調査が可能となり、現実に即した予後の実態を明らかにすることができた。そこから明らかになった復職後の就労継続性は良好であり、プログラムの有用性が示唆された。

今後は、構成する個々のプログラムの予後への影響（効果）等、プログラムの質の向上のための更なる検証、また臨床的視点にとどまらず、社会的視点に基づく効果の科学的検証も必要で

あると考えられる。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 五十嵐良雄：うつ病リワークと情報化社会，外来精神医療 14(1)；12-15 2014
- 2) 五十嵐良雄：気分障害の復職支援，日本医事新報 4643；30-36 2013
- 3) 林俊秀，五十嵐良雄：うつ病リワーク研究会の現状～現在までの成果～，Depression Frontier 1182)；69-78 2013
- 4) 五十嵐良雄，大木洋子：事業場と医療機関のリワークプログラムスタッフの復職時の連携が復職後の就労継続性に及ぼす効果に関する研究，産業医学ジャーナル 36(1)；73-79 2013
- 5) 五十嵐良雄，大木洋子：休職復職を繰り返す気分障害患者の治療における薬物療法の留意点，臨床精神薬理 16(2)；205-214 2013
- 6) 五十嵐良雄：職場復帰困難例におけるリワークプログラムの役割，産業ストレス研究 20；279-286 2013
- 7) 五十嵐良雄：わが国における復職支援の現状と課題，心身医学 52(8)；726-733 2012
- 8) 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
- 9) 五十嵐良雄：リワークプログラムの広がりにもみる現代的な意義，臨床精神医学 41(11)；1503-1508 2012
- 10) 五十嵐良雄，大木洋子：リワークプログラムの治療的要素およびその効果研究，産業ストレス研究 19；207-216 2012
- 11) 大木洋子，五十嵐良雄：リワークプログラ

ムの効果研究 一国内研究のアウトカムと海外研究の動向一, 臨床精神医学 41(11); 1561-1571 2012

- 12) 大木洋子, 五十嵐良雄, 山内慶太: メンタルクリニックにおけるリワークプログラムの治療構造とアウトカム, 精神医学 55(8); 761-767 2013

2. 学会報告

- 1) 大木洋子, 五十嵐良雄, 山内慶太: 医療機関におけるリワークプログラムのアウトカムと予後, 第18回 日本産業精神保健学会 東京 2011
- 2) Y.Igarashi : Effect of Rework Program. World Psychiatric Association International Congress Prague, Czech, 2012
- 3) 大木洋子, 五十嵐良雄, 山内慶太: 気分障害による休職者を対象としたリワークプログラムの再休職予防効果の検討: 傾向スコアを用いた多施設後ろ向き研究, 第10回日本うつ病学会総会 北九州 2013

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

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) 秋山剛. 職場復帰援助プログラムの予後調査. うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 島悟), 厚生労働科学研究研究費補助金労働安全衛生総合研究事業; 2003.
- 2) 北川信樹, 賀古勇輝, 渡邊紀子, ほか. うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効

性. 心身医学. 2009; 49(2): 123-131.

- 3) 大木洋子. 気分障害等を対象としたリワークプログラムのアウトカム 一利用者の就労予後に関する検討一. デイケア実践研究. 2012; 16(1): 34-41.
- 4) 五十嵐良雄. リワークプログラム実施状況に関する調査. 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法に関する研究 H20年度総括分担研究報告書(研究代表者: 秋山剛): 厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業, 2009: 43-91.
- 5) Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*. 1983; 70: 41-55.
- 6) Rosenbaum PR, Rubin DB. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *J Am Stat Asso*. 1984; 79: 516-524.
- 7) Austin PC. Propensity-score matching in the cardiovascular surgery literature from 2004 to 2006: a systematic review and suggestions for improvement. *J Thorac Cardiovasc Surg*. Nov 2007; 134(5): 1128-1135.
- 8) J C. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.

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；

3年間にわたりリワークプログラムの普及のために、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の実施手順を定義し、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教育ビデオのシナリオを作製することを目的とした研究を行った。今後は、制作されたシナリオをもとにビデオの製作段階に入るが、その完成により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。また、偏見の解消にもつながるであろう。

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
岡崎渉	NTT東日本関東病院
三浦ユミ	榎本クリニック
蔵屋鉄平	品川駅前メンタルクリニック
前田佐織	不知火病院
石川いずみ	メディカルケア虎ノ門
今関純宇	メディカルケア虎ノ門
上田知子	榎本クリニック
古野洋一	うつ病リワーク研究会事務局

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教育ビデオの作製が有効と考えた。

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プログラムの標準的な実施手順を検討し、③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教育ビデオのためのシナリオを作製することを目的とした。以下、H23年度からH25年度までに行われた研究について①から④の順番で報告する。

◎本研究について

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¹⁾は作成さ

①スタッフおよび管理者のための教育システムの開発

A. 研究目的

うつ病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、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、復職支援の本質を理解して貰えるような研修を行った。その後、平成24年2月当時は未実施であった経験者向け研修や管理者向け研修などが追加された。しかし、どのような研修会が必要なのかは十分な調査が行われてはいないため、プログラムの普及のための適切な教育システムの開発を目的とした。

B. 研究方法

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。

(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、医療リワーク施設の増加に伴い、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、より良い医療リワーク施設の運営のためには、現場で治療に当たるスタッフがプログラム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。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たが、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と考えられた。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）などが上げられた。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、医療リワーク施設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指摘された。

・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た。

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た。

・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問題が多い。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、容易ではないとされた。

・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と考えられた。

・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いえ、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、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考えた。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とされた。

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。

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、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、費用の問題などの課題があった。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。

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

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

先進的にプログラムを提供している全国の7つの医療機関の、実際にプログラムを運営しているスタッフの合議により、リワークプログラムの導入から終了後のフォローアップまでの流れと、個々のプログラム内容の詳細や実施上の注意点などについて比較・検討した。

（倫理面への配慮）

各医療機関で行われているプログラム内容の精査であり、倫理面での配慮は特段行われなかった。

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.

②リワークプログラムの標準的な実施手順についての研究

A. 研究目的

研究①では、教育システムについて、対象者、年間開催回数、開催場所、参加人数、講師の構成、研修内容と方法などについて、必要な検討を行った。その結果、以前に比べて効率的な教育・研修を実施できた。また、実際の研修を通じて標準的と考えられるプログラムの実施手順の概要を捉えることができた。そこで研究②では、プログラムの質を維持・向上し、その普及を図るため、これまで施設間でばらつきがみられたプログラム内容を精査した上でプログラムの標準的な実施手順を検討することとした。

B. 研究方法

C. 研究結果

プログラムの流れは導入期、初期、中期、後期、終了期（復職後のフォローアップを含む）の5期に分けられ、各期で行った方が良いプログラムと複数期にまたがって継続的に行われるプログラム（目的は期ごとに異なる）があり、合計で紹介すべきプログラムは27項目あることが明らかになった。（表1）

D. 考察

5期27項目を抽出することにより、個別性が強いと思われていたプログラムの実施に関して一定の流れが明瞭になり、企業側からの要望が高い、復職時期の予測などが以前よりも高い精度で行いえる可能性が示唆された。

E. 結論

本年度の研究としては、標準的なプログラムが経時的には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標準的な実施手順を明らかにすることができた。今後の共通課題として、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。次年度において、本研究の最終目的である、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ためのシナリオ作製に向けて、具体的な技術・方法の検討が行われる必要があるとされた。

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

なし

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

③教育ビデオ作製のための技術・方法の検討

A. 研究目的

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、プログラム提供時の技術的側面の標準化を進めた。

B. 研究方法

映画撮影の専門家を交えた登場人物のキャラクター設定のため、現場で良く見かけるような架空の事例と新人職員を創造し、専門的援助技法の詳細について情報提供を行った。また、②で検討された27項目の解説を行った。

(倫理面への配慮)

事例を用いたビデオ制作を目指した為、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を生じない範囲で脚色し、事例のプライバシーに配慮した。

C. 研究結果

主たる症例を40代男性単極性のうつ病（家族の理解、協力が不十分）、従たる症例を30代男性双極性障害Ⅱ型（職場の受け入れに問題あり）と定め、主人公たるリワークデイケア新人職員を20代女性看護師（精神科経験5年）とし、職員としての視点を通じることで、視聴者となるプログラム提供施設の職員にプログラムの特徴をより強く印象付けることが可能なストーリーが描かれた。また、登場人物間の交流を通じて、再休職予防に重点を置いた、支援や関わり方などの技術的側面の標準的なスタンスが明確になった。

D. 考察

施設ごとの支援などに対する考え方に違いはみられたが、支援方法に関する共通課題として、再休職予防を目標とし、i) 従来の精神科デイケアが主な支援の対象としてきた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) 技術者、援助者としてのスタッフの観察・介入技法のさらなる向上、などが浮かび上がり、また、精神疾患全般のスティグマの除去（アンチスティグマ）に貢献しうる可能性が示唆された。

E. 結論

映像化する上で最も重要とも言える登場人物のキャラクター設定を行った。キャラクター作りを通じて、今後の共通課題として、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。

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

なし

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

④教育ビデオのためのシナリオ作製

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無かった。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事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、良い対応といった事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。映像化に関してはその費用面での課題があり、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

プログラムは徐々に普及してきているが、従来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り、精神科デイケアの経験があるもの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、援助職者の代わりは保護的なものとなるのだが、治療の場と考えるなら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。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効果がいっそう高まったと考えられる。

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資するものと考えられた。

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

(表1) 標準的なリワークプログラムの実施手順 5期 27項目

1. 導入期	① 不調時に医療機関を受診
	② 主治医より休職指示
	③ 産業医面談などにより休職開始
	④ a主治医より指示
	b産業医より指示
	c主治医から復職可能の診断書
	d本人、家族の意思
	⑤ (外部の主治医を認めている施設と認めていない施設) 通所条件の確認
	⑥ 事前見学
	⑦ オリエンテーション
	⑧ 本人に対するアセスメント面接
2. 初期	⑨ スタッフ間で情報の共有 (受け入れ会議など)
	⑩ オフィスワーク
	⑪ 心理教育
	⑫ 軽スポーツ
	⑬ その他 (アート、リラクゼーション、アロマセラピー)
3. 中期	⑭ 個人面談
	⑩ 〃 オフィスワーク (徐々に負荷を増やして)
	⑮ 集団認知行動療法
	⑯ SST
	⑰ アサーショントレーニング
	⑫ 〃 軽スポーツ (集団での役割を意識して)
	⑱ プレゼン (集団での役割を意識して)
	⑲ テーマトーク (集団での役割を意識して)
	⑭ 〃 個人面談 (能動型利用)
	⑳ 内省・振り返り
	㉑ 復職時期の話し合い
	㉒ 作業検査、心理検査
	㉓ グループ共同作業
4. 後期	⑫ 〃 ㉓ 〃 集団活動 (リーダー役割をとってみる)
	⑭ 〃 個人面談
	⑯ 〃 SSTなどのロールプレイ (職場を意識して)
5. 終了期	㉔ リワーク施設内評価会議
	㉕ 職場との連絡
	㉖ 復職判定面談への準備
	⑭ 〃 個人面談
復職後	㉗ Follow Up 面談

(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」といっ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