第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

大都市のクリニックにおけるリワーク・プログラム

福島　南（医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門）

1．はじめに

従来，うつ病は薬物療法と休養で多くは改善すると考えられてきた．しかし，現在多くの医療機関において，病状は決して重症とはいえないが休職期間が長期化する，薬の反応性が良くない，身体症状が目立ち不安が強い，軽躁状態がみられるなどの患者が増えており，従来からの薬物療法と休養だけでは対応が困難と考えられるケースが少なくない．こうした中，2008 年春にうつ病休職者の職場復帰を支援するためのリワーク・プログラム（以下，リワーク）を行う医療機関の医師やパラメディカルスタッフが参加して組織した「うつ病リワーク研究会」[7] が発足したが，そのネットワークはこの 1 年で大きく広がりを見せている．厚生労働省の調査によると，うつ病などの気分障害の患者は，ここ 10 年で 2 倍以上に増え，中でも 30 代から 40 代の働き盛りの世代に多い．そのため休職者本人や家族だけでなく職場からのニーズも大きい．職場復帰に加え，最終目標を就労継続とするこのリワークは，いまや第 3 の治療技法と考えられている．

実際に多くの医療機関では患者の復職を支援するための医師による支持的精神療法や，臨床心理士らによる認知行動療法などのカウンセリングが行われているが，これらはいずれも個人を対象とし，時間的にも長くて 1 週間に 1 時間程度といった支援が多いと思われる．しかし，「精神科医が，診察室の中で面接や指導をしても，それだけでは援助として不十分だ」と秋山[2] が述べるとおり，診察や短時間のカウンセリング場面だけで，職場に戻っても再発せずに休まず仕事を続けられるかという，「復職準備性」を確認することはかなり困難である．そこでメディカルケア虎ノ門（以下，当院）でも 2005 年 1 月より診療報酬上の精神科デイケアの枠組みを利用し，うつ病や不安障害に疾患を限定した，終日型の復職支援マネジメントプログラム虎ノ門（以下，RAMP-T）[5,6,8] を開始し，2009 年 5 月までにリワーク・プログラムを終了し復職に至った患者数は 410 名を超えている．

今回は全国に先駆けて終日型デイケアを行ってきた当院のリワークについて，当院の特徴や大都市におけるニーズ，そして今後の課題などについて検討したい．

2．当院の特徴――地域性を中心に――

当院は東京都港区虎ノ門という，まさに日本のビジネスの中心地に存在する．港区は日本国内において企業が本社を最も多く構える区であり，虎ノ門，霞が関界隈には文部科学省，経済産業省，総務省，財務省などの官公庁に加え，日本郵政公社，日本たばこ産業，東日本高速道路といった伝統的な大企業が集中している．新橋，汐留周辺には電通，日本テレビ，共同通信社，パナソニックなどの大企業が，そして六本木周辺にはIT 企業や外資系企業が集中している．ビジネス街だけあり，港区の人口は東京都の人口の 1.48％にすぎず，したがって当院の患者もホワイトカラーのビジネスマンが全体の 95％以上を占めているのが特徴の 1 つである．以下，2008 年に行われた，厚生労働省のこころの健康科学研究事業『リワー

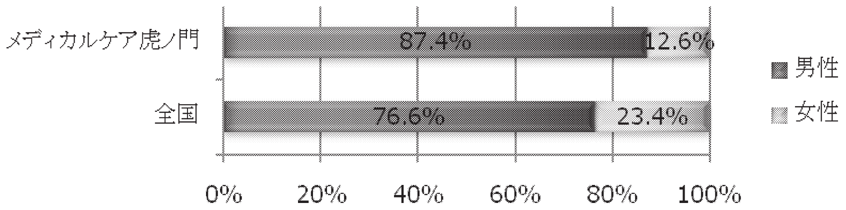

図1　利用者内訳（性別）

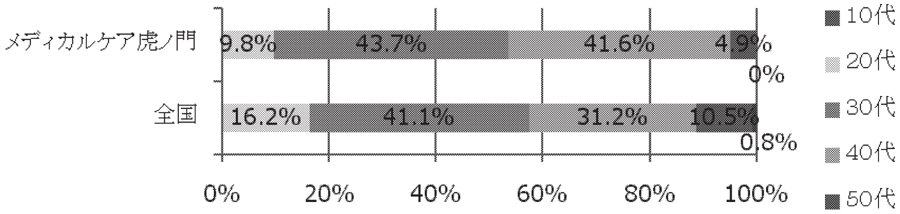

図2　利用者内訳（年代別）

表1　主診断（ICD-10）

	全　国	メディカルケア虎ノ門
躁病エピソード	0.2（%）	0（%）
双極性感情障害	14.8	28.2
うつ病エピソード	55	29.1
反復性うつ病性障害	16	14.6
持続性気分（感情）障害	7.1	22.3
他の気分（感情）障害	1.2	0
特定不能の気分（感情）障害	0.5	5.8
不明	5.2	0

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』（研究者：五十嵐良雄）[9] による全国調査と当院の比較を示す[4,11]．

利用者は全国平均に比べ男性が多く90％近い（図1）．年齢では，やはり30代が最も多いが40代も40％を超えており（図2），これはリワークを受けるために来院する患者が多く，その中には複数回の休職エピソードを有する患者が多いことも40代が多いデータと関連があると思われる．

主診断としては全国平均に比べ単極性うつ病が少なく，双極性や持続性気分（感情）障害が多い（表1）．DSM-IV-TRにおける双極II型障害の可能性に関しても，「可能性あり」が60％を超えているのも特徴的と考えられる．

先にも触れたように，休職回数（図3）に関しては初回は30％を下回り，3回以上が1/3を超え，年々休職回数が複数回に及ぶ患者が増える傾向にある．

産業医や人事労務担当者といった企業側からの紹介が多いのも，当院の特徴といえる．これは一度紹介した社員がリワークを通じて以前に比べスムーズに復職に至る場合，産業医や人事労務担当者がリワークの有用性を認識し，再度紹介をするケースが多いためと考えられる．

このように当院は地域性からもみられるように，

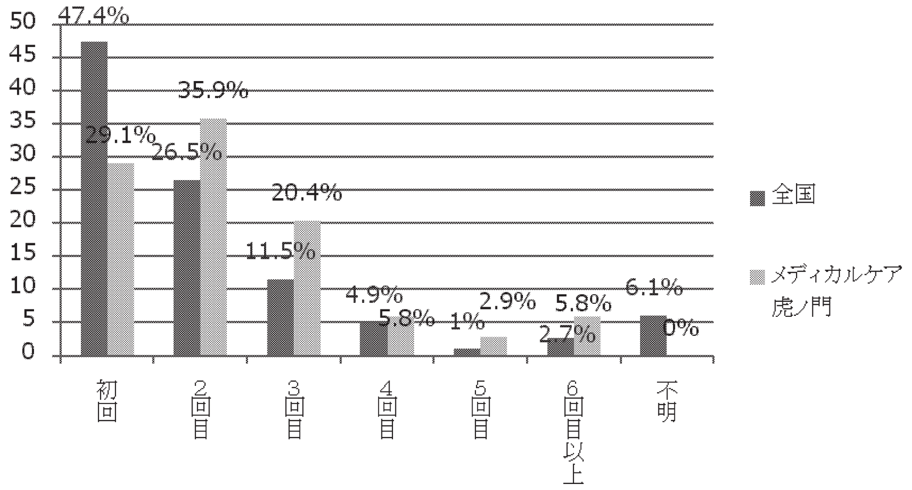

図 3　今までの休職回数

患者は男性ビジネスマンが多く，双極性障害が疑われる患者や休職が複数回に及ぶ遷延例が多いのが特徴である．また，大企業の労働者が比較的多いため事業場側からの紹介が多く，産業医との連携が可能なケースも多くある．しかし一方で，外資系企業などは試し勤務やリハビリ出勤制度がないため，復職時から通常のパフォーマンスを求められるなど，復職のハードルが高いケースも少なくない．

3．リワーク・プログラムの具体的内容

(1) 当院の復職マネジメントプログラムの全体構成（図 4）

RAMP-T は専門医診察とリハビリテーションであるショートケア・デイケア・デイナイトケアを組み合わせた「リワーク・カレッジ®」・「リワーク・スクール」，家族に対する支援と教育の場である「サポート・カレッジ」，そしてメンタルヘルスに関する企業支援プログラム（CAP）である「メンタルヘルス・リサーチ＆コンサルティング」による上司や人事労務担当者へのコンサルテーションや教育研修などから構成されている．

「リワーク・スクール」，「リワーク・カレッジ®」の参加対象者については，表 2 のとおりである．

当院ではリワーク開設時より他院の患者は対象外としてきたが，これはリワークを当院での診療上での治療の一環と位置付けているからである．そのために主治医を当院の医師に変更していただき，リワークにおけるスタッフの観察と処方を含めた主治医の診察との情報共有をしている点は当院のリワークの重要なポイントであると考えている．そして主治医が診察の中で生活指導を行い，朝決まった時間に起床し，日中は図書館通いなどの活動ができているなど，実際にプログラムに参加できるレベルにまで達していることを確認している．

また，目的や特徴は表 3 に示すようであり，復職だけでなく再休職予防を最終目的として，個人ではなく集団に心理学的手法を用い，その中で復職準備性を確認するものであるが，あくまで主治医による正しい診立てや診断がその基礎となっている点が重要である．

職場は本来生産性を上げて利益を生むところであり，必ずしも休職明けの労働者を温かく迎え入れてくれるとは限らない．そうした職場に復帰することが目的であるため，リワークは患者に日中の居場所を提供することが目的ではもちろんない

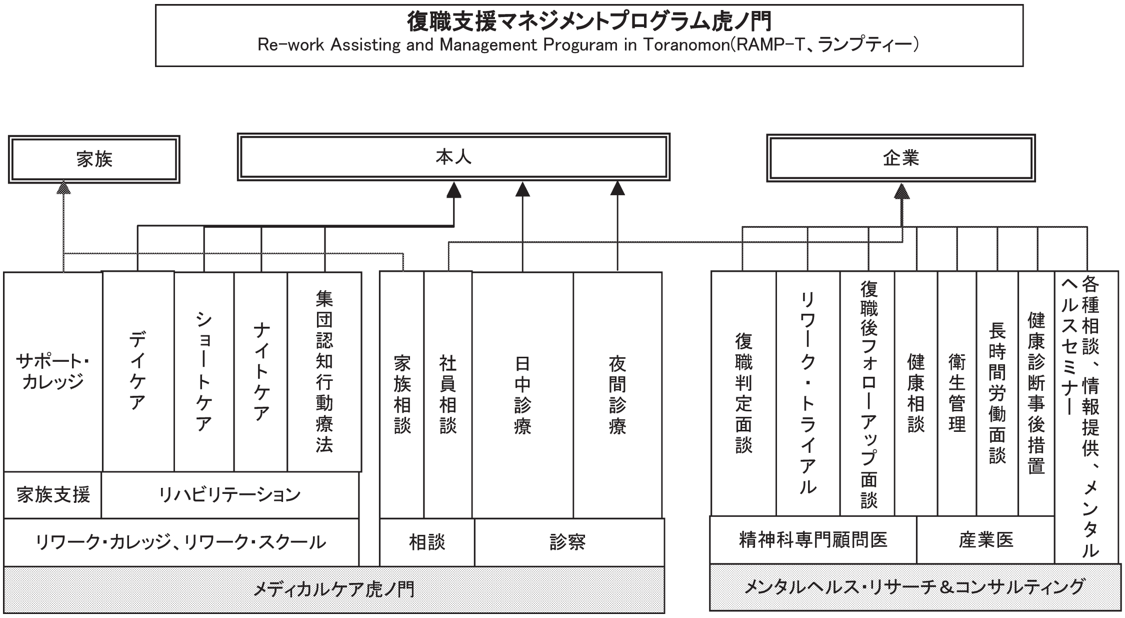

図4　復職マネジメントプログラム虎ノ門（RAMP-T）

表2　リワーク・プログラムの対象

1．休職中で復職への意欲がある
2．気分障害圏の疾患
3．プログラム開始時に一定レベルの病状の回復が必要
4．自院の患者のみのため，転院を条件

し，患者を受容し共感するだけでは患者を退行させかねない．そのため当院では週2日，3日までを対象とした「リワーク・スクール」，週4日，ナイトケアを含む週5日を対象とした「リワーク・カレッジ®」の中で症状の改善度合いに応じて参加日数や拘束時間という物理的負荷を段階的にかけていくレベル制をとっている（図5）．また，自らの疾病への直面化や，些細な理由で休まないなどの患者本人にとっては受け入れ難い精神的負荷を与えることも必要と考えている．このため「リワーク・スクール」では外的要因だけでなく，休職に至った自分自身の内的要因を分析し内省を深めることを実施している．このことを通じて自分の問題点や課題に気付き，復職後にも存在するストレスに立ち向かうコーピングスキルを身

表3　リワーク・プログラムの目的と特徴

【目的】
1．生活リズムの確立と就労継続のための基礎体力や活動性の向上
2．疾病や治療，療養についての教育→アドヒアランスの向上
3．休職に至った原因分析と自己への内省
4．気分・体調などの症状の自己管理：セルフモニタリングとセルフコントロールに関する知識やスキルの獲得による再発，再休職予防
5．集団で協働する経験を通しての対人交流の促進とスキルの獲得
6．スタッフ，主治医による復職準備性の評価

【特徴】
1．主治医とスタッフの密な連携や情報共有
2．レベル制　病状や改度合いに応じて段階的に負荷をかけていく
3．休職に至ったモメントの自己分析と内省
4．復職準備性の評価を事業場へのフィードバック
5．復職後も夜間診療と集団認知行動療法セミナーでフォローアップ
6．家族支援（サポート・カレッジ）と同窓会（club リワーク・カレッジ）
7．再休職者対象のプログラム再利用による休職期間の短縮化

リワーク・スクールのプログラム例

月	火	水	木	金
ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
卓球	頭と身体のストレッチ	オフィスワーク	卓球	オフィスワーク
オフィスワーク	オフィスワーク	セルフケア（心理教育）	オフィスワーク	オフィスワーク
ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング

Level 1　週 2 日　ショートケア 1 日
デイケア 1 日
Level 2　週 2 日　デイケア 2 日
Level 3　週 3 日　デイケア 3 日
ショートケア　：8：30〜11：30
デイケア　：8：30〜15：00

リワーク・カレッジ®のプログラム例

月	火	水	木	金
ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク
オフィスワーク	セルフケア（心理教育）	オフィスワーク	メンバー主体	セルフケア（心理教育）
ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
			CBGT ※ナイトケア	フォローアップ CBGT

Level 4　週 4 日　デイケア 4 日
Level 5　週 5 日　デイケア 5 日
Level 6　週 6 日　デイケア 4 日
ナイトケア 1 日
デイケア　：8：30〜15：00
デイ・ナイトケア：8：30〜18：30

図 5　プログラム例（2010 年 1 月より）

に付け，再発を防ぐための対応を検討することも重要と考えている．復職後には診療に加え，希望者には 10 名程度のグループによる再休職予防をテーマとした集団認知行動療法を行っている．その他，家族への疾病教育や患者への接し方，家族自身の悩みや情報交換の機会であるサポート・カレッジ（図 4），リワーク終了後で復職した患者とプログラム参加中の患者との交流会である club リワーク・カレッジも，両者にとっての治療的意味合いから貴重な機会と考えている．

（2） リワーク・スクールにおけるプログラムの目的

リワーク・スクールでは生活リズムを整えることを基本とし，虎ノ門までの通勤訓練を行い，集団での作業を通じて復職に向けての心身の基盤を整えることを目的としている．

リワーク・プログラムに参加するには，主治医による生活指導により回復度合いが一定レベルに達していることが条件となるが，それに加えて大切なのは本人の復職に対するモチベーションである．この段階ではまず，Persons[12] による sick role model の理解を徹底させる．休職することにより仕事を遂行する責任から解放される代わりに，治療に専念するという義務が生ずるという「病者の役割」を理解してもらうことはリワークに主体的に参加するために大きな意義を持つ．現代型でのうつ病に分類されるような未熟型うつ病[1] やディスチミア親和型うつ病[13] と思われる患者は休職にはさほどの抵抗感を示さず，むしろ自分から初診時に休職の診断書の発行を求めることも少なくないが，病者としての義務については見逃しがちとなる．これは服薬アドヒアランスや生活リズム，特に休日の過ごし方などに現れる．そ

表4　セルフケア（心理教育）の具体例

- セルフモニタリング
- 休日の行動の振り返りと計画の作成
- 認知（ものごとの捉え方のクセを知る）と自己洞察
- コミュニケーション
- アサーショントレーニング
- リフレーム（認知再構成法）
- 交流分析理論とエゴグラムを用いた自己理解
- ストレスマネジメントとコーピングスキル
- 不安や怒りのメカニズムとセルフコントロール
- キャリアの再構築〔キャリアアンカーを検討し，これからのライフキャリア（働き方や生き方）を問い直す〕など

のため初期の段階からモチベーションを維持することに加え，疾病教育などを通じて，病気を受容しつつ今何をすべきか，その優先順位を意識させる．その他，安易に参加を回避せずに生活リズムを確立すること，自宅療養から集団にスムースに馴染むことを目的にロールプレイなどにより，患者間のコミュニケーションや距離感の取り方を学んでいかれるよう，スタッフは患者に適宜介入している．このようにスタッフはラポールを築き，モチベーションの維持や積極性が出てくることを支援しながら，次のステップへとつなげていく．またヨガやストレッチ体操など，身体を動かすことで心身の緊張を緩めるプログラムや簡単に生活の中に取り入れられる腹式呼吸や筋弛緩法なども日常的に実施している．

(3) リワーク・カレッジ® におけるプログラムの目的

リワーク・スクールで週3日安定した参加ができるようになると，リワーク・カレッジ® にステップアップする（図5）．この頃は疲労や風邪を理由に安易に休まないことで，安定感や復職に向けた自信が出てくる．オフィスワークの時間が増え，職場を意識して新聞や社内報を読んだり，業務に関連する参考書の読書や資料作成，パソコンのスキルトレーニングを主な課題とし，スタッフが達成状況を確認しながら，ワークパフォーマンスや集中力の回復を図っていく．集団での協働作業であるメンバー主体プログラムでは，5〜6名を1グループとしたプロジェクト形式でグループワークを行い，納期を設定し最終的にプレゼンテーションを実施する．これは互いの役割分担を意識しながら復職へのモチベーションを喚起する機能も担っている[10]．この作業を通じて職場の人間関係で生じる問題と類似した問題点が浮かび上がることも多く，復職後に向けた対処を学ぶ機会ともなる．セルフケア（心理教育）が週2コマに増え，表4のような内容での職場を意識したさまざまなプログラムを通じて自己理解や問題解決能力を高めることを支援している[3]．

またこの時期になると，以前よりも自己理解が進んだことにより自己分析を再考し，自分自身への振り返りやリワークで学んだこと，今後気を付けていくことをまとめ，来るべき復職判定面談に備える者もいる．またリワーク開始時に学んだ「病者の役割」について，再発を抱えつつ復職して働く企業人としての役割へと変化すること，デイケア内の仲間から職場を含む新しいソーシャルサポートを獲得することを意識させる．週5日間安定してプログラムに参加できるようになると，患者は「1日も早く復職したい」と訴え焦りが強くなるが，この時期に焦って復職すると失敗も多い．またこの時期には復職が現実味を帯びてくることもあり，不安が高まる者も多い．

そのためこの時期に合わせて週1回のナイトケアで認知行動療法の基礎編に導入する．6週間で1クールとし，復職後に想定される問題への対処法として，認知再構成法やロールプレイにより事前に考え方を検討し，リハーサルを行う．ロールプレイでは実際に復職したケースを参考に，「復職最初の挨拶」，「復職判定面談」，「体調不良で寝坊して職場に電話をかける時」，「同僚に飲み会に誘われた時」といった場面をリハーサルする．この段階では，患者にとって厳しいと感じられることでも自分の問題に向き合うことが復職後の周囲とのズレの解消につながるとの観点から，あえて客観的な評価を患者間でフィードバックしてもらい，スタッフも含めてその現実をどう改善できる

か共に考える機会としている．

主治医により復職可能の目途がつく頃となると，主治医から患者自身が実際に職場とコンタクトをとって復職交渉を開始するよう指示が出る．ここでも患者が主体的に行動することが重要となる．患者本人が職場に復職の意思を伝え，主治医による復職可能の診断書を用意し，産業医面談などが進み，復職判定会議の結果復職日が決定する．この間人事労務担当者や上司，産業保健スタッフなどの希望により，外来で面談を行う場合もある．RAMP-T の利用期間は個々の病状や復職後の職場環境によって異なるが，概ね 4〜6 ヶ月程度である．

（4）復職後のフォローアップ

復職後 1〜3 ヶ月は非常に不安定な時期であり，ストレス対処能力向上と再休職予防を目的に，リワーク・カレッジ® 修了者を対象として全 10 回（1 回 90 分）の集団認知行動療法セミナーを，毎週金曜 19 時から実施している．

4．今後の課題と問題提議

当院のリワークはこれまで試行錯誤を繰り返し，改善を重ねてきた結果としてできあがってきたものである．したがって今後もさらに変化を遂げ，より良い内容となっていくものと考えている．現状での課題としては以下の点が挙げられる．

（1）事業場との連携強化

現在の連携方法は主に復職準備性評価表や診断情報提供書などの書面でのやり取りや外来時における面談が基本となるが，プログラム参加時の様子や今後の見通しなどをより詳細に伝えることができれば，職場の環境調整に役立つと考えられる．また復職後の再休職を防ぐためのフォローアップミーティングの実施も効果が期待できると考えられる．物理的に解決すべき問題（時間や費用）はあるが，主治医だけでなくスタッフからも情報をフィードバックできる体制の構築が望まれる．

（2）双極スペクトラム障害に対するプログラムの工夫

疾病教育においては現在でも単極性うつ病に限らず，双極性障害に対しての教育も行っているが，双極II型障害の患者数の更なる増加も予測されるため，長期的な疾患管理のための疾患に特徴的な気分や行動を正常時と区別できるようなセルフモニタリングや，疾病が日常生活に及ぼしている影響を評価するようなプログラムの作成や個別のマネジメントシートの作成が求められる．また家族や職場といった周囲に対する疾病理解や対応に関する情報提供も必要と考えられる．

（3）再休職者への支援内容の検討

リワークを開始して 2010 年 1 月で満 5 年となるが，修了して復職した患者は約 500 名となる．これだけの数となると一定数の再休職者が存在することも事実である．プログラムで一定の心理教育や集団におけるコミュニケーションスキルを学んだにもかかわらず再休職に至ったケースに関しその問題点を検討し，2010 年春から再休職者に特化した新たなプログラムの提供を予定している．

（4）リワーク施設の開設の困難さ

前述の 2008 年に行われた厚生労働科学研究における調査では，休職中の労働者は全国推計値として約 20 万人と推計された．それに対し，リワークを実施している医療機関は 2009 年 5 月現在で 48 施設，受け入れ患者数は約 2000 人であり，圧倒的にニーズに対して不足していると考えられる[4]．全国的な広がりは感じるが，東京や大阪といった都市部では思いの他開設が増えていない．都市部にはリワークを必要とする患者のニーズは高く，開設を検討している医療機関は決して少なくないと思われるが，自院のリワーク開設の経験から，開設へのハードルの高さも関係があるのではと考える．ビル診療所が主流となる都市部における別フロアの問題，賃料の高さ，専門性の高いパラメディカルスタッフの人件費など，都市部における経営は決して楽なものではない．休職者に

対する復職支援は今後ますます必要とされるものであり，施設基準などにおいて現実に即した柔軟な対応が望まれる．

（5）診療報酬体制の見直しの必要性

同上の調査によると，リワークを行っている施設では算定要因の必要数に加え臨床心理士などのスタッフを加配するなど，人件費が高くなる傾向がある．当院でも 2 単位の精神科デイケアに対し，常勤，非常勤を含め 9 名のスタッフが勤務しており，賃料の高さと相まって大きな出費を強いられているのも事実である．リワークにおける患者の在籍期間は統合失調症患者対象の一般的な精神科デイケアに比べ圧倒的に短く，長くても 1 年以内と考えられる．患者の多くは復職後一定の生産性を上げるべく社会で活躍しており，社会的ニーズや今後の広がりを支援する上でも，診療報酬上の加算や見直しが求められる．

謝　　辞

各調査にあたり，データ解析を行っていただいた当院スタッフの鳴海孝幸，大木洋子，林俊秀，そして日頃から熱意を持ってリワークにあたっている加藤由希をはじめとするスタッフに，厚く御礼申し上げます．

文　　献

1）阿部隆明，大塚公一郎，永野　満ほか：「未熟型うつ病」の臨床精神病理的検討―構造的力動論からみたうつ病の病前性格と臨床像．臨床精神病理，16；239-248, 1995

2）秋山　剛：うつ病リワークプログラムの経緯と背景．うつ病リワークプログラムのはじめ方（秋山　剛監修）．弘文堂，東京，p. 10-15, 2009

3）福島　南：心理教育・家族教育ネットワーク第 12 回研究集会．p. 216-219, 2009

4）福島　南，大木洋子，横山太範ほか：精神科診療所におけるうつ病・うつ状態による休職者の復職支援の実態．産業精神保健，17（Suppl）；71, 2009

5）五十嵐良雄：精神科クリニックにおけるビジネスマンのうつ病に対する復職支援．臨床精神医学，34-37；983-985, 2005

6）五十嵐良雄：うつ病，不安障害を対象としたメンタルクリニックにおける職場復帰支援．医学の歩み，219-213, 1002-1006, 2006

7）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；1313-1317, 2008

8）五十嵐良雄：うつ病，不安障害による休職者へのデイケアでの復職支援（リワーク・カレッジ）．日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」，12-1；110-116, 2008

9）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に関する研究．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業．p. 43-91, 2009

10）五十嵐良雄，加藤由希，山本貢司ほか：うつ病を対象とした復職に役立つプログラム．就労者のメンタルヘルスの現状と課題に関する調査研究事業報告書．日本精神保健福祉連盟，東京，p. 69-89, 2009

11）五十嵐良雄，大木洋子，福島　南ほか：「精神科診療所におけるうつ病・うつ状態による休職されている方への復職支援」に関する実態調査．うつ病者に対するリハビリテーション・システム構築のための調査研究．日本精神保健福祉連盟，東京，p. 63-69, 2009

12）Persons, T. Illness and the role of the physician：A sociological perspective. American Journal of Orthophychiatry, 21；452-460, 1951

13）樽味　伸，神庭重信：うつ病の社会文化的試論―特に「ディスチミア親和型うつ病」について―．日本社会精神医学会誌，13；129-136, 2005