

ふくしま

# 心の健康

〈第10回心うつくしまふくしまフォーラム  
「精神疾患による休職者への復職支援について」〉

46

---

2011

福島県精神保健福祉協会

# 第10回 心うつくしまふくしまフォーラム

## 「精神疾患による休職者への復職支援について」

日 時 平成23年 2月26日(土) 午後 1 時～午後 4 時

場 所 福島テルサ

主 催 福島県精神保健福祉協会

主 管 福島県精神保健福祉協会県北支部

### I. 基調講演「気分障害のリハビリテーション」 ～リワークプログラムの効果～

講 師 五十嵐良雄 氏

私は精神科医ですので、精神科医が臨床というか患者さんを診ていく中で、どうしてもこういうプログラムが必要だろうと感じて、虎ノ門という東京のビジネス街の中心地のようなところですが、そこで開業した後にこのプログラムを始めたという経緯も含めてお話をしたいと思います。

今日は、こういう内容でお話を進めてまいります。厚労省が、このようにすると復職がうまくいくのですという手引きを出しておりますので、それが改訂されたところからお話が始まります。そこには、復職時の課題がいろいろあるという認識が社会の中で広がって、厚労省がこういう手引きの改訂をしたという背景がございます。しかし、その背景には、気分障害が増えていくということもあって、しかも、その気分障害の中身や内容が少し昔とは変わってきているという背景もあるのではないかと思いますので、そこに少し触れまして、結局は安全に復職をしていただくことが大事だと、そのためにこのプログラムをしているのだという実際と、5年ほどこういうことをしておりますので、その結果をお示しして、皆様のご参考になればと思って基調講演をさせていただきます。

まず、職場復帰の流れということですが、これは厚労省が「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」という長い題名の手引きを出しているわけですが、一応これは大企業の人たちに対し、こういう流れで職場復帰支援をしたらいいのではないかと、これを厚労省が示しているわけです。ですから、中小企業では必ずしもこの流れで進むわけではなくて、常勤の産業医の先生がいるような職場ではこういうことだろうと思うわけですが、しかし、厚労省がこういう職場復帰支援の流れを出さざるを得なかった背景としては、やはりこういう問題が大きい、休職する方がとても増えているという背景が一つにはあったわけです。

それが2004年のことなのですが、この改訂は2009年に行われております。どういうところが問題だったかということ、復職支援が始まる前に病気で休むということから始まるわけです。これはどんな病気でもそうですけれども、主治医からの診断書が出てきて病気で仕事を休むということが始まるわけですが、そうなりますと、休んでよくなったら主治医の先生からの職場へ戻っ

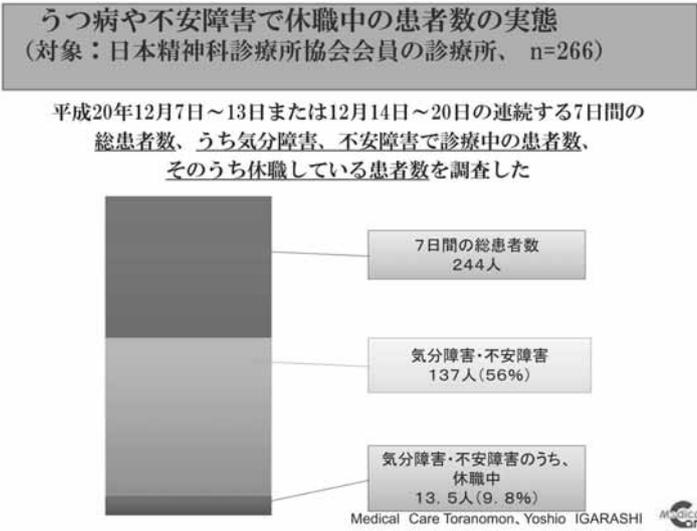
でも大丈夫だろうという診断書が出てこなければならぬわけです。そこをもって初めて会社としては社員の人たちを職場に戻していこうという判断を開始するわけです。その次に職場復帰支援プランのようなものを作って、最終的には会社が復職を決めて復職して、それで終わりというわけではなくて、復職後もフォローアップしてくださいというような流れをつくっているわけです。

問題点としましては、最初に出てきた診断書で休みなさいと、ある段階になって復職してもいいですよというような診断書が出てくるわけですがけれども、ここで本当に復職できる状況にあるのかどうか甚だ怪しくなってきたり、主治医の診断書というのはあまりあてにならないというようなことがいろいろ現場では感じ取れるようになってきたために、もう一度、手引きの改訂というものが行われました。なぜかといいますと、いったん復職させても何回も休職と復職を繰り返すというような人たちが出てきたわけで、産業医等による精査をして主治医へ情報提供しなさいというようなことが追加されております。

そういう背景が一つあって見直しが行われたということを知っていただきたいのですが、そのさらに裏側には何があるかということ、主治医側から見て、うつ病で休職している人はどのくらい増えているのだろうかという実態がなかなかわからなかったので、我々が調査をいたしました。これは358人のクリニックの精神科医の先生たちにアンケート調査をしたのですが、その結果として「非常に増えている」という方が17%おられて、「増えている」という方が72%ですから、9割方の精神科医はどもうつ病等で休職している人は最近増えていると実感していたわけです。

この調査のときに、私たちはもう少し具体的な数字が欲しかったので、これは1週間、連続する7日間、診療所で診ている患者さんをどのくらい診ていますかという調査をしました。数字を答えてもらったわけですがけれども、これは1診療所当たりの平均値です。7日間の総患者数で244人の方を1クリニック当たり診ていたと。そのうち半分ぐらいが気分障害・不安障害の人たちで、残りは統合失調症やさまざまな精神疾患の方を診ているわけですがけれども、全国平均にすると半分ぐらい、都市部だと9割ぐらいが、この気分障害・不安障害の方だという現実がございます。

その中で、休職中の方がどの程度いたかということを知りたかったわけですが、結果としましては1クリニック当たり気分障害の方たちの1割ぐらいが休職していたというような結果が出ました。この数字から、厚労省が出しているデータに割り戻していくと、平成20年度ですけれども、全国推計値としては、うつ病・不安障害で休職中の人は、少なく見積もっても20万人程度はいるのではないかと推計をいたしました。ということは、相当数の人が仕事を休んでいるということで、この調査では、仕事を辞めてしまった人は実は対象外にしていますので、さらに多くの人た



ちがこういった病気で職を休んだり失ったりしているのではないかという事実がおわかりになるかと思えます。

先ほどの診断書の話に関連してくるのですけれども、主治医として診察をしていて仕事を休んでいるうつ病の人たちの復職時や復職後に困ることはありませんかという質問をしましたら、「復職可能かどうかを判断することは非常に迷う」、それから「短期間で再休職してしまう」、これは裏腹の関係ですからほぼ同じようなことを聞いているわけですが、こういう設問を選んだクリニックの精神科医は55%、52%と、5割を少し超えるくらいの、要するに半分くらいの精神科医はこういった復職の判断を迷っているという現実があるということがわかりました。隣の数字は、日本精神科病院協会の常勤の精神科医の先生たちに同じ質問を翌年したのですが、ここも大体50%を超える精神科医が「復職の判断を非常に迷っている」、それから「短期間で再休職してしまう」ということを実感しているという数字が得られました。

それと同時に、主治医としては不十分な回復状態だと認識しているのだけれども、本人や家族から強い復職の希望があって対応に困っているという精神科医は、クリニックは50%近くの方、病院では3割くらいの精神科医がこういう経験をしています。要するに、主治医としては本当はまだ休んでほしいのだけれども、いろいろな事情がありなのだろうと思いますが、早く復職させてほしいという中で診断書が書かれるので、どうも、復職後の経過があまりよくないということがあのではないかということが推測されるわけです。

ほかにも設問を設けておきまして、主治医は会社とのコミュニケーションがうまくとれないと感じていて、そのためにスムーズに復職が進まないと感じていますので、そういったところをもっと充実させていくという必要もあろうかということを考えさせられる調査の結果でした。

そういった中で、厚労省の指針は「試し出勤制度」と名前を変えて、その場合に

いろいろな注意点を指示しておりますし、それから、心の健康問題の誤解や偏見の解決が必要だとか、ご家族への情報提供や支援をしなければいけないとか、職場にメンタルヘルス推進者を導入しなさいとか、我々が行っているようなデイケアもありますし、今日、この後登場されると思いますが、障害者職業センターのリワーク活動とか、そういった会社外の資源を利用しなさい

主治医が感じる、「うつ病休職者の復職時や復職後に困ること」 (五十嵐良雄：日精誌,104-112,2009)

	日精診 (350/358名)		日精協 (2154/2174名)	
復職可能な状態かの判断が難しく迷うことが多い	193	55.1%	1143	53.1%
復職しても短期間で再休職することが多い	185	52.9%	1246	57.8%
不十分な回復状態だが、本人や家族から強い復職の希望があり、対応に困る	172	49.1%	701	32.5%

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



主治医が感じる、「うつ病休職者の復職時や復職後に困ること」 (五十嵐良雄：日精誌,104-112,2009)

	日精診 (350/358人)		日精協 (2154/2174人)	
会社とのコミュニケーションが取れないのでスムーズに復職がすすまない	152	43.4%	827	38.4%
休職のための診断書や傷病手当金申請書などの書類の記入のみ要求する	114	32.6%	529	24.6%
通院しなくなる、または通院が不規則になる	101	28.9%	382	17.7%
服薬しなくなる、または服薬が不規則になる	83	23.7%	312	14.5%
投薬治療を最初から拒否する	31	8.9%	69	3.2%
病識がない	28	8.0%	114	5.3%

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



とか、セカンドオピニオンをとるとか、いろいろな施策を打とうとされているわけですが、なかなか決定的なものがまだないという現状ではないかと思えます。

精神科医が復職の判断に困る、治療している人を、本当にこの人を復職させていいのかどうか迷っているという現実の背景には一体何があるのだろうかということでございます。それを少し考えてみたいのですが、これは3年に1遍、厚労省が患者調査をした結果が、一昨年の12月になるのでしょうか、1年と少し前に2008年という最新のデータが出ました。先ほどお話もありましたが、104万人の気分障害の方がいるのだと。これは入院の方や外来の方も含めての数字、推計値も含まれますが、そういった方がこうした病名で治療を受けているということが新聞紙上をにぎわせたわけですが、ただ、100万人ということだけが重要なのではなくて、実は12年前の96年から見ると、このときは43万人ですから倍以上に増えている。ほかの精神疾患、例えば統合失調症はそんなに変わらないし、神経症性障害は徐々に増えていますけれども微増で気分障害ほど増加していない。どういう人たちが増えた分なのだろうかということが一つ疑問として残るわけです。

これは有名な図なのでですが、ある専門誌に載った九州大学の神庭先生と樽味先生が書かれた論文の図でございます。2005年に発表された雑誌に載っておりますが、若い人たちのうつ病というのは、1つはこういうタイプをとるのだということを示した論文で、こちら側に従来の古いタイプのうつ病の人たちの症状を載せて、対比するかのよう若い人たちのうつ病の類型を彼らは発表したわけです。

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年齢層	青年層
関連する気質	執着気質(下田) メランコリー性格(Tellenbach)	スチューデント アパシー(Walters) 退却傾向(笠原)と無気力
病前性格	社会的役割・規範への愛着 規範に関して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心	自己自身(役割ぬき)への愛着 規範に対して「ストレス」であると抵抗する 秩序への否定的感情と漠然とした万能感 もともと仕事熱心ではない
症候学的特徴	焦燥と抑制 疲弊と罪業感(申し訳なさの表現) 完結しかねない「熟慮した」自殺企図	不全感と倦怠 回避と他罰的感情(他者への非難) 衝動的な自傷、一方で「軽やかな」自殺企図
治療関係と経過	初期には「うつ病」の診断に抵抗する その後は、「うつ病」の経験から新たな 認知「無理しない生き方」を身につけ、 新たな役割意識となりうる	初期から「うつ病」の診断に協力的 その後も「うつ症状」の存在確認に終始しがちとなり 「うつ」の文脈からの離脱が困難、慢性化
薬物への反応	多くは良好(病み終える)	多くは部分的効果にとどまる(病み終えない)
認知と行動特性	疾病による行動変化が明らか	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か 不分明 「(単なる)私」から「うつ」の私」で固着し、新たな文 脈が形成されにくい
予後と環境変化	休養と服薬で全般に軽快しやすい 場・環境の変化は両面的である(時に 自責的となる)	休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善すること がある

樽味と神庭、日社精医誌 13: 129-136, 2005  
Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.

マスコミ等の報道で「新型うつ病」といった名前が総称されますが、私は、新型ウイルスのように病原性が変わったというわけではないので、現代風のうつ病だろうと思うのですけれども、そういう人たちがバブル崩壊以降に増えてきたという現実があるのをこれは示しているのではないのでしょうか。細かいところまでの説明はなかなかできませんけれども、従来の、非常にまじめで几帳面で、規則をしっかり守っていくような人たちに対して、最近の若い人たちの無気力とか、規律に対して規律を守っていくことがストレスと感じるというような背景がありつつ、症状もやや違う。不安や倦怠感が強いような症状があって、以前のうつ病とは少し見え方が違う人たちがいると。薬の効果も、この若い人たちはあまり効きませんし、かなり長い間、慢性化して病状が続いていく。以前は休養と服薬をしてもらって、十分に治ったという段階で復職してもらえば十分仕事のできたのですけれども、休養と服薬だけではなかなか治っていかない。だけれども、置かれた場や環境の変化で急速に改善することがあるという特徴を神庭先生たちは挙げて、一群の

若い人たちのうつ病を定義しているわけです。それが「ディスチミア親和型」といわれる類型なわけです。この後も少しそういうことを説明いたしますが、このようなタイプの若い人たちのうつ病が増えてきているということをご認識ください。

これは自治医大に阿部先生という先生がおられて、「未熟型うつ病」というある類型をお示しになっているわけですが、阿部先生がおっしゃるには、未っ子に多くて、生活上過保護で葛藤がない生活であった。これは少子化で大事に大事に育てられてきて、そうなれば依存できてわがままで自己中心的で自己顕示的だと、こういう部分は誰にもあるわけですが、それがより突出して見えてくるような人たちに、ある時、自己を過大評価して転職を繰り返したり、独立を試みるようなやや無謀とも思えるようなイベントが起こって、ある時からうつ病に特有な意欲の低下、制止というのはものがうまく考えられない、頭が働かないといううつ病の基本的な症状なのですが、こういったものが出てきて、気分は朝起きたときが一番悪くて、だんだんよくなっていくのだけれども、また翌日になると朝から気分が悪いというような日内変動があるとか、早朝覚醒とか、典型的な昔のタイプのうつ病の症状から始まるのですが、病状が長くなると不安や焦燥感が出てきて、パニック発作という不安発作が出てくるとか、体の症状がいろいろ出てきて、リストカットをしたり自殺衝動を伴うようなことがあってというような人たち、この人たちは、自分を責めるといよりも周りを責めていくようなタイプで、自己愛的で、けれども庇護的な環境では対人関係は比較的良好だと。けれども、縦社会の会社に入るとどうもうまくいかないというような方たちで、軽躁状態を呈することもまれではない。この軽躁状態には後で触れますけれども、先ほどお話しした、自己を過大評価し、転職を繰り返したり独立を試みるというのは軽い躁状態で、気分の変動のようなものがあるのではないかと、このタイプを阿部先生は「未熟型うつ病」と呼んでおります。

そうしますと、昔のタイプの、几帳面できちんとしていてまじめなタイプのうつ病はどこかに行ってしまったのかと思うと、私は決してそうではないと思っていまして、虎ノ門で診療していてもたくさんこういうタイプの方を診るのですが、「職場結合性うつ病」という自治医大の加藤先生が提唱されているうつ病のタイプがあるのですが、職場での仕

### 未熟型うつ病 (阿部隆明)

- ▶ 末子に多い、過保護で葛藤のない生活史
- ▶ 依存的、わがまま、自己中心的、顕示的
- ▶ 循環気質で人付き合いは悪くない
- ▶ 自己を過大評価し転職を繰り返したり、独立を試みる
- ▶ 初期は制止意欲低下、日内変動、早朝覚醒、食欲低下など内因性の病像
- ▶ 遷延すると不安、焦燥、パニック発作、身体症状、行動化や強い自殺衝動を伴う
- ▶ 自責性に乏しく、他罰的
- ▶ 自己愛的。しかし、庇護的環境では対人関係比較的良好
- ▶ 軽躁状態を呈することもまれではない

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.



### 職場結合性うつ病 (加藤 敏)

- 職場での仕事が過重なため発症するうつ病
- 平均的な勤勉さ・誠実さ (メランコリー親和型とまではいかない)
- 発病要因は心身疲労と挫折体験 (不全感・挫折感)
- 仕事に追われゆとりのない毎日、睡眠時間の短縮を余儀なくされる、この時期に軽躁・躁状態がみられる例もある
- 仕事を消化、達成できず会社や上司の要求から取り残されたり、仕事の評価されず不全感、挫折感を体験する
- 初期症状として、不眠と心身疲労、頭痛、肩こりなど体の不調、いろいろ、不安、焦燥
- 制止症状より不安焦燥症状が優位、病識に乏しい
- 不安症状は社会不安障害や混合性不安抑うつ障害の形をとる
- 不安・焦燥症状の極期に自殺が生じうる
- 治療はまず精神的身体的休養、回復期に語りと傾聴、復職時には職場との連携

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.

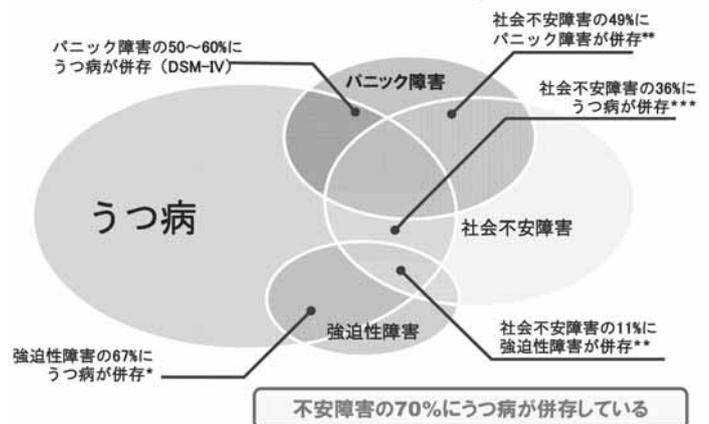


事が過重、これはどこでもそうですが、こういったために発症するうつ病を定義されています。平均的な勤勉さ、誠実さがあって、昔のタイプのうつ病の人たちほどではないけれども、まあまあまじめで誠実な人たちが、心身ともに疲れてきて、ある挫折体験をするとどうも発症してくる。当然仕事に追われてゆとりがない生活で、一生懸命に働いた分、睡眠時間は短くなるわけですから、その時期に軽い躁状態などが少し見られる例もあります。ずいぶん元気だと思っていたら、仕事がうまくいかなくなって上司の期待に応えられなくなったり評価されない。最近、会社は結構厳しく評価しますので、評価が下がったりすると、不全感、挫折感を当然体験するわけですが、そういった中で、最初の症状として、眠れない、ほかに心身疲労、頭痛、肩凝りというような体の不調感を挙げる。どうも体の病気ではないかと思って内科の先生のところに行くのですけれども、いくら検査をやっても何も出てこない。いらいら、不安感、焦燥感があって、うつ病に特有だといわれている頭がうまく回らないという症状はあまり最初は出てこなくて、不安や焦燥症状が優位という人たちが、なかなかクリニックなどにも来ないのであるけれども、社会不安障害とここに書いてありますが、みんなの前だと緊張してうまく話せないという症状が出てきたり、不安とともに抑うつ症状を伴うような形をとったりして、典型的なうつ病ではないのだけれども、この人たちは放っておくと本当にうつ病になってきて自殺が生じ得るようなことが起こる。ただ、始まり方としては不安がちょっと強いような印象がある人たちを「職場結合性うつ病」と加藤先生はおっしゃっているわけです。こういうタイプの方がおられるというのも実感いたします。

今お話ししてきましたように、パニック障害や社会不安障害、強迫性障害というのは、いわゆるノイローゼの一群であったわけで、その人たちがうつ病とオーバーラップしてくるといふ部分はもちろん昔からあるということは知られていたわけですが、うつ病の概念がかなり広がってオーバーラップしてくる人たちがかなり増えている。ここに書いてあるパーセンテージのようなものが一般的にある。いわば不安障害と一緒に重なってくるような病型がうつ病の中にあるというように感じます。

躁うつ病の話をここでさせていただきたいのですが、これは精神科医にとって、今、非常に重要なテーマなわけですが、昔の躁うつ病の非常に激しい躁状

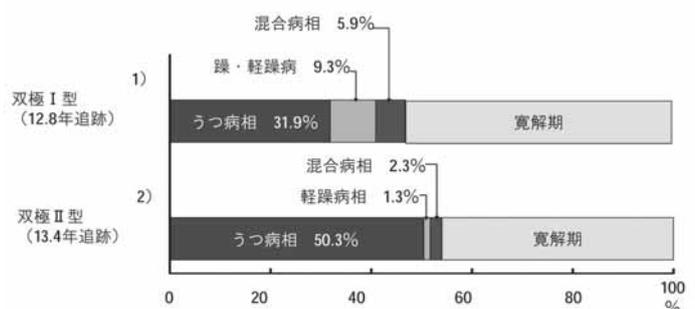
### うつ病と不安障害の併存



\*J Clin Psychiatry 1992;53(suppl):4-10.; \*\*J Affect Disord 1991;21:93-99.; \*\*\*Am J Psychiatry 2001; 158(12):1999-2007.

1) Arch Gen Psychiatry 59,6 p530-7,2002 2) Arch Gen Psychiatry 60,3 p261-9,2003

### 躁うつ病の経過中に各病相が占める割合



うつ病相の占める割合が高い！！

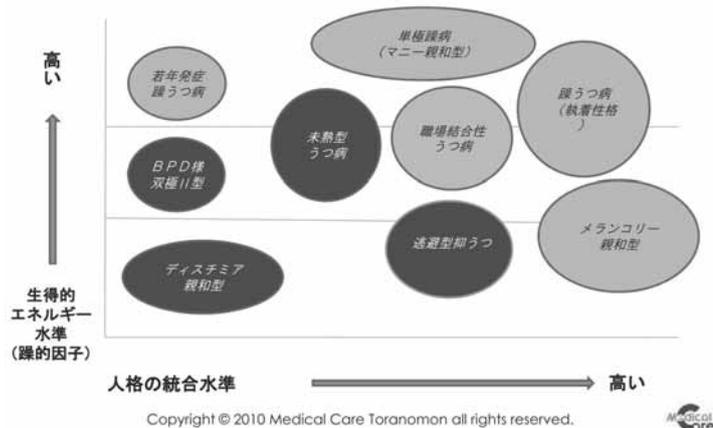
名古屋大 尾崎教授より提供

態、精神科病院に入院しなければならないほど激しい躁状態を呈する人たちの診断というのは割と楽で、うつ病相はありますけれども、躁病相が9.3%もある中で、診断は割と楽なわけです。そういう人たちを双極型障害と今は呼びます。

もう一つは、双極型障害という躁うつ病の形が定義されていまして、この人たちは軽い躁状態が、これは経過13年を追っているのですけれども、わずか1.3%ぐらいしかなくて、これがなかなか診察時にはわからないし、本人も気づかないし、周りの人もちょっと元気がいいくらいに認識していると、そこは見逃してしまうわけです。その状態があって、その次にうつ病相が来ます。うつだけ繰り返すように見えるけれども、でもその前には軽い躁状態がちょこちょこあるというような人たちを双極型障害というわけですが、なかなか診断がつかない。もっと重要なことは、治療のお薬が、これはうつ病を繰り返しているなと思うわけですからうつ病の薬が出るわけですが、逆にそういったうつ病の薬を使わずに気分安定薬というものを使うと収まる傾向があります。このように治療が違うという意味で重要なのですが、こういう人たちがかなりいるのではないかということは精神科医も徐々に認識し始めております。

そういった昔からの典型的な気分障害のほかに、いくつかのタイプ的气氛障害の人たちが出てきているということをお部先生はこういう図を使ってご説明なさっているのですが、この図は横軸に人格の統合水準と書いてありますが、要するに右に行くほど大人、左は子どもっぽいという、ある意味でのキャラクターをとります。縦軸はエネルギー水準を阿部先生はとっておられて、上に行くほど高いというような軸にしてあります。そうしますと、昔からの躁うつ病というのはこういうところに配置できますし、うつ病はこちらに出てきます。躁病だけのタイプもありますし、若いころに発症する躁うつ病というものもありますので、こういうところに従来の気分障害は配置できるわけです。

気分障害の病像と病型 (阿部隆明の図を改編)



双極型障害のうちの、例えばリストカットをしてみても、ちょっとボーダーラインパーソナリティのように見える人たちというのは人格の統合水準が低いのですけれども、アクティビティが高いというところで、このようなところに位置されます。

先ほどご説明したディスチミア親和型というのは、統合水準が低くてエネルギーも低いというところに位置されます。阿部先生自身が提唱されている未熟型うつ病というのは、少し軽躁などもあるのでこういうところにあります。それから、広瀬先生という先生が昔提唱されました逃避型抑うつというのはこういうところに阿部先生は配置されています。また、これは阿部先生の図には入っていないのですけれども、いわゆる職場結合性うつ病はこういうところではないかと、これは私が勝手に入れたものですが、こういったところの、要は従来のタイプとはちょっと

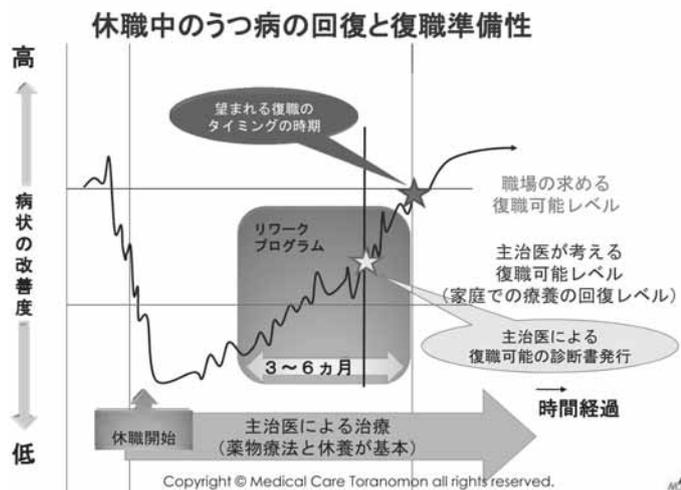
と違う領域の人たちがいて、この人たちが増えているのではないかと思うわけです。それが96年の43万人が100万人になってしまったということの意味はしないかということを経験の現場で見えますと感ずます。すなわち、昔のうつ病だと思っていたら、どうも症状が典型的ではないというような意味では、不安が強くて身体症状が強い場合も決して珍しくなくて診断が非常に難しい。一方、うつ病だと思ってうつ病を繰り返しているのだらうと思ったら、どうも軽い躁状態を伴っているという人もいるという中で、現代の気分障害の治療というのは、昔はうつ病であれば自殺が疑われれば入院させましたし、そういう入院をさせて休養させて、ないしは自宅でしっかり療養してもらって、お薬の治療をちゃんと行えば回復していたと思っていたのですけれども、どうも不安障害かうつ病がよくわからないような、不安障害だと思ったら本格的なうつ病になってしまったというような人たちは、なかなか休養と薬物だけでは復職が難しいという場合がしばしばあると実感しました。

こういった治療というのは、豊富な経験を持った精神科医にとっても必ずしも容易なものではないのだらうということで、最初にお示したように精神科医の先生たちにアンケートをとったところ、復職の判断に迷うというのはこの辺を表現しているものではないかと思うわけです。したがって、我々精神科医の現場でも大きな課題になっていまして、専門的な知識・経験を必要とする、難易度としては決して低くはない、むしろ高い診療なののだらうと感ずる次第です。

そういった中で復職がどれだけ安全に行われるかということをやはり見極めていかなければいけないのだらうと思ひまして、リワークプログラムというものを行うようになったわけです。気分障害は再発しやすい病気だという認識はもちろん我々の中にもあるのですけれども、病気と闘っていただかなければならない。ご本人にも理解してもらおうということとはとても重要なことと思ひます。目標は復職することだけではなくて、これは当たり前なのですが、復職後に業務負荷が加わりますし、1人だけで仕事もできませんので、みんなで仕事をしていくという中では対人ストレスも受けます。再休職しないということがやはりとても重要な目標になるわけです。そのための復職の準備性を確認するものがこのプログラムの目的のだらうと思うわけです。

これは便宜的に描いた図ですが、縦軸は病状の改善度と書いてありますから、例えば業務遂行性と読み替えていただいても構わないのですが、ブルーのラインを超えていれば仕事はできてい

る。それが、あるとき病気が始まると、だんだんその病状が悪くなってきて、どこかで会社に行けなくなるという時期が来るわけです。その前後に主治医にかかって治療が始まる。休養と薬物療法ということになって治療が始まっていくわけですが、時を経るにしたがってだんだんよくなるはなっていく。でも、どこまでよくなれば仕事が安全にできるかというラインというのはなかなか主治医の先生に見えない、ご本人も見えないという中



で、あるポイントで診断書が出されると、この黄色のポイントで出されたりすると、本当はここまで戻ってほしいという青のラインまではやまだ距離があるわけです。もうちょっと時間をかけて見ていけば、赤のポイントで診断書が出されれば、その後は安全かもしれない。模式的に描いた図ですけれども、しかし、この黄色のポイントから赤のポイントをどのように見つけ出すかというためにこのプログラムがあるのではないかと、あるプログラムを課していくことによって、この赤のポイントがしっかり見えてくるというふうにお考えいただければと思います。

そのプログラムを始めなければいけないと私が実感した理由としましては、入院が必要なほど重症ではなかったと。我々精神科医にとって入院が必要というのは重症度がある意味では表すわけです。けれども、それほど重くはないし、病状としては軽いのだろうと思いますけれども、休養と薬物療法だけで虎ノ門で治療していたらことごとく失敗するのです。一体なぜだろうと考えたわけですが、まず思い当たったのが、どうも規則正しい生活のリズムが

なぜ、リワークプログラムを必要としたか

- 入院が必要なほど重症ではないが、休養と薬物療法だけでは働けるレベルにならない
- 規則正しい生活リズムが確保出来ていない
- 日中の活動が不十分で通勤だけで疲れてしまう
- 他罰的・自己愛的傾向が強く、自らの疾病に直面できない例が多い
- 対人緊張が強く、他者とのコミュニケーションが下手な例が多い
- したがって、復職に必要なものは……復職準備性の確認

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.



確保できていないということが1つありました。夜、インターネットをやって昼間は寝ているというような生活で、日中の活動が不十分で、本当に仕事ができるほどの活動量が確保されなかったから通勤だけで疲れてしまう。東京あたりだと1～2時間の通勤は普通ですので、しかも満員電車で込んで、朝夕1時間半ずつという、それだけで疲れてしまうというようなところが反省点としてありました。

4番目には、どうしてあなたは会社を休むようになったのかと聞いたら、会社が私に過重な労働を強いたとか、上司が厳しかったとかとおっしゃる人が多かったのですけれども、私から見ていると、どうも自分の病気に直面できていないという例が多かった。もちろん会社の過重労働というものはあったでしょうし、上司の物言いの問題性もあるかもしれないけれども、その影響を受けた自分側の要因というものはやはりどこかにあるはずで、そこがちゃんとわかっていないから再休職してしまうのだろうと考えました。

それから、診察場面でもとても緊張が強く、自分の症状をうまく話せなかったりという患者さんが多く、人とのコミュニケーションがうまくとれているのか、上司の人にこの仕事をやれと言われたときに、こういう理由で今はちょっと難しいです、1週間遅らせてくださいということをこの人たちは言えるのだろうかというような、コミュニケーションがうまくとれない人たちが多いなと実感しました。

そこで、復職に必要なものは、復職しても大丈夫だということを何らかの形で確認すればいいというようなことを考えたわけです。そこでリワークプログラムというものを始めたわけですが、私たちのプログラムの出発点は主治医を変えていただいて生活指導をするというところから始まります。私が失敗したのは規則正しい睡眠覚醒リズムがとれていない人たちが多かった

ので、こうなるように処方を変更してリズムをつくっていただくとことをします。朝決まった時間に起きて夜決まった時間に寝るとするのは非常に重要なことで、それができるようになると日中の生活に時間的余裕がたくさん出てきますので、午前中は図書館に行ってください、午後は運動しなさいというわけですけれども、午前中に図書館に行く意味は、机の前で本が読める。家ではだめで、やはり人の目がある図書館、寝たい

と思っても寝られない場所で午前中を送れるというのは一つの目安としてとてもわかりやすい話なわけです。そういう生活を送ってもらう中で生活リズムを立て直して、これはやはり努力が必要なことです。そういう中で、お酒は飲んではいけないということを最初から言いますけれども、ぼろっとこういうものが出てくるのです。アルコールが足を引っ張っているという場合がありますので、そういう場合はアルコールをやめるような治療をしていただく場合もあります。

いずれにせよ、復職へのモチベーションをずっとご本人が維持しているというのはとても大事なわけで、医者だけが頑張って復職という壁を突破できるかということではなくて、ご本人のモチベーションがとても大事なわけです。これも持ち上げるようにして、こうなって初めてプログラムを見てもらって、すぐプログラムに参加してもらいます。要するに、自宅から虎ノ門まで通えるようになって、日中は図書館に週5日行けるようになって初めてプログラムに参加する。安全性も大事ですし、これからプログラムのご説明をいたしますけれども、段階的に組み立てられていますので、そういったことを安全に行うといったことも目的としていますけれども、一番大事なのはモチベーションの維持かと思えます。

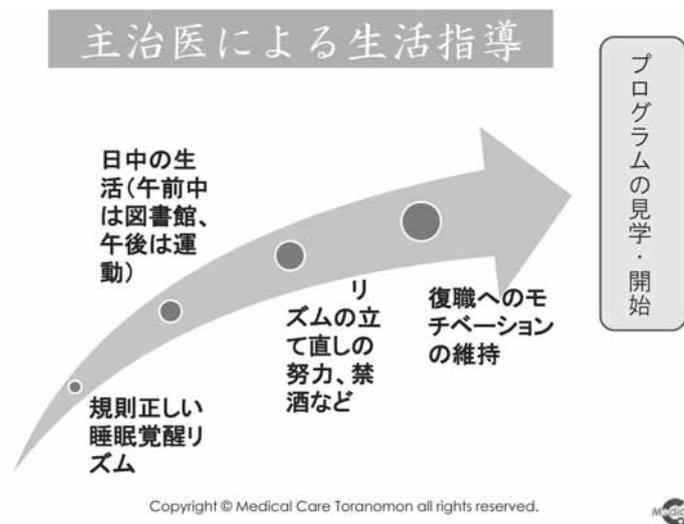
主治医を変えてここまでどのくらいの期間が必要かということ、これは人によって全然違います。1～2週間でも大丈夫な人もいるし、1年間かかってここまで到達する人もいました。いずれにせよ、この状態になればかなり成功に近づいていると思えます。

(DVD上映)

これは日本テレビで2007年8月に放映されたものの一部を持ってきました。これはクリニックの施設で、デイケアの施設です。机とパソコンがあるようなところです。

患者さんを診察していて、仕事を休んでもらって家庭で療養してどんどん症状がよくなっていくわけですが、本当に復職できるかどうかというのは復職してみないとわからない。それで、ここまで通勤してもらって病状を確認するということをやってみようと、朝の9時半から4時までやっているのですが、オフィスワークがほとんどです。

もう一つはセルフケアのような、自分の考えをまとめてみんなの前で発表するとか、そういう体験を積んでもらうということをやっていますけれども、その間に集中力がなくなるとか、眠くなるとか、そういうところがポイントです。



一定の場所で一定のことをやるというのが心理的な肉体的な負担になるわけです。それが仕事だともっと重いわけですが、そういう負荷をある程度かけたときに病状が安定しているのか悪くなるのかということを見極めていきます。まだ全国で、恐らく10カ所ぐらいではないかと思えます。ただ、今、そういうことを考えている医療施設も多々あるでしょうから、これからこういうリハビリテーションが広がっていくのではないのでしょうか。

うつ病の治療という意味で、会社に戻るという意味での復職のリハビリテーションというのは非常に重要だと思います。それは、やはり大企業ばかりではなく、中小の企業にとっても非常に安全な復職というのは重要な課題ですので、そこがもっといろいろなクリニックでこういう活動が始められて、そこが見極められるというのが私は必要かなと考えています。

これは、NHKの総合テレビで「ゆうどきネットワーク」というものを行っていますけれども、そこで2回にわたって放送されたものです。コ・メディカルがどういうふうに行っているかということも放送しています。2009年の2月の放送です。

(DVD上映)

イメージを少しつくっていただけたかと思えます。具体的にどういう内容でプログラムを行っているかをご説明していきたいと思えます。

まずは、診察のときにもこれは重要な点だったわけですが、生活リズムを確立して行って、自分の体調や症状をちゃんと自己管理しなければいけないということがあるわけです。

それから、3つ目には休職したメカニズムを振り返って自分で考えておくということが必要だろうと思っていて、そのためには疾病や療養についての教育をしなければいけない。デイケアという形で行っていますので、通常は1つのグループが20人ぐらいになりますので、集団を通じて対人交流スキルといいますか、人と交わるときにいろいろなトラブルも起こったりするので、上手にそれをくぐり抜けていく、ないしは受け止めるということが必要ですので、そういった一つのトレーニングをする。それからセルフケア、自分で自分の症状をちゃんとケアしてマネージして再休職を予防しましょうということがプログラムの大きな目的に

### リワークプログラムの内容と目的

- ① 生活リズムの確立
- ② 症状や体調の自己管理
- ③ 休職したメカニズムへの内省
- ④ 疾病や療養についての教育
- ⑤ 集団を通じての対人交流スキルの獲得
- ⑥ セルフケア、セルフマネジメントを通じての再発、再休職予防
- ⑦ スタッフ、主治医による復職準備性評価

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



### リワークプログラムの流れ

#### リワーク・スクール

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

#### リワーク・カレッジ®

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5日	デイケア4日
		デイナイトケア1日

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.



なるわけです。もう一つ、このプログラムの中でスタッフによる復職準備性の評価をしていますので、それを産業医の先生等にお返ししていくということをしております。

我々のデイケアのプログラムをご紹介しますと、2つのグループに分けておりまして、リワークスクールというグループとリワークカレッジというグループ、大体20人ちょっとのグループになっていますけれども、プログラムが違うのです。それはこれからご説明していきますが、最初の段階は週1日と週半日の1日半、デイケアとショートケアを1日ずつ組み合わせたものから始まります。それが2日、3日になっていき、さらに4日、5日になりますとプログラムを変えるという意味でこのグループが変わります。5日も、10時間のデイトケアを1日と普通のデイケアが4日の構成になっております。

これが最初のグループのプログラム例ですけれども、最初はこのグループに入っていきます。当然、家庭で療養していれば、自分ないしはご家族、せいぜい近所の方と顔を合わせるくらいですので集団に慣れていない。まず、集団に慣れるために、頭の体のストレッチというのはゲームのようなものですが、こういったものを通じて集団に慣れていくということを目指して、火曜日の午前か午後と木曜日の1日を過ごします。木曜日の

### リワーク・スクールのプログラム例

	月	火	水	木	金
AM	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
PM	オフィスワーク	オフィスワーク	セルフケア	利用ガイダンス	オフィスワーク

オフィスワーク：うつ病講座テキストの読書、自己分析レポートの作成、生活習慣講座

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



卓球というのは、ああいう虎ノ門のオフィスビルの中でできる運動ということと卓球ぐらいしかないわけですが、ここでもいろいろな役割がつけられますので、そういった卓球を行っております。それから利用のガイダンスというようなことをして、週2日の段階が大体1カ月ぐらい続きまして、それがうまく参加できるようになると月水金の週3日にしていきます。そこでは、卓球は残りますけれどもゲームはなくなってきて、オフィスワークというものが増えてくるわけです。同時にセルフケアという心理プログラムが入ってまいります。これは次に説明しますが、このオフィスワークでは私が作ったテキストブックがあって、それを一生懸命読んで病気の勉強をしてもらうということと、これも後に触れますが、自己分析レポートというものを書いてもらう。それから、生活習慣をしっかりキープしていくという意味での講座を保健師がしたりというようなプログラムになっています。

セルフケアは週1回入ってくるわけですが、いわば心理教育なわけです。心理士が行うプログラムで、例えばセルフモニタリング、休日の行動をどのように過ごすか、計画のある一週間を過ごしましょうといった話とか、自分の物事のとらえ方の癖を知るような認知の話をしたり、自己洞察の話をしたり、コミュニケーションのこととかアサーションとか、いろいろ心理士がプログラムを考えて、20ぐらいあるのですが、それを取っかえ引っかえやるということが始まってまいります。

週2～3回ぐらい安定して参加できて、休むこともなく徐々に段階が上がってきたというレベ

ルで、オフィスワークの時間が増えてきますので、主治医と一緒に、なぜ休職してしまったのかという原因というか誘因というか、なかなか難しいところですが、その分析をしてもらいます。なぜだろうと考えてもらって、考えるだけではなく文章化してもらい、それを主治医に提出する。要するに主治医としては治療の一環としてこれを位置づけておきまして、この目的は、再休職を防止するために、今回休職に至ったプロセスがしっかりわかっていて、

### リワーク・スクールで行う自己分析

- ◆ 週2～3回安定して参加でき、病状が比較的安定したレベルとなったことを確認
- ◆ オフィスワークの時間に休職に至った原因・誘因の分析をさせ、文章化して主治医に提出させる
- ◆ 目的①：再休職を防止するために、今回までの休職に至るプロセスを振り返り、その要因を抽出する
- ◆ 目的②：このようなストレスを与えても病状が変化しないことを確認
- ◆ 分析の要点：①初発時からの症状の変化と休職までのプロセス、②自分を取り巻く環境要因の変化、③環境の変化に対し影響を受けた自分側の要因
- ◆ A4で1枚～50枚、時には年表や図表付きのレポート
- ◆ 主治医とディスカッション、1-2回の追加や書き直し

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.

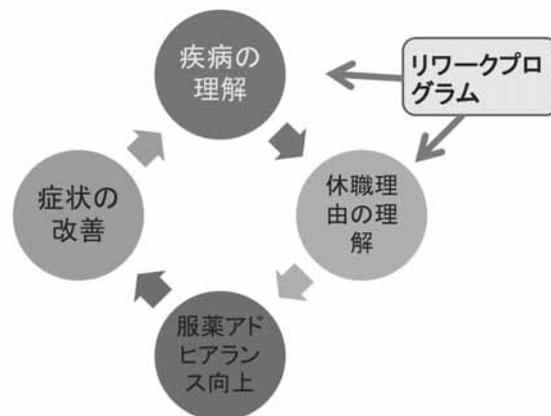


その要因が自分でもちゃんと了解できていないと、危ないときにわからないわけですから、これは一つ重要な目的になるわけです。それから、もう一つの目的は、こういうストレスを与えても病状が変化しない、嫌なことを考えて昔のことをほじくり出すようなことをするわけですから、病状が変化しないということを確認するというのもしております。

分析の要点としては、初発時の症状から、だんだん症状がいろいろ変化して症状が加わってきて、それで休職したという状態になったということですから、これが3回あれば3回とも全部思い出してもらおう。その時々環境要因の変化を思い出してもらおうことが2点目の要点なわけですが、これは職場の要因もいろいろあります。家庭のこともあるでしょう。例えば、親の介護が入ってきたとか、息子の進学心配があったとか、そういうこともあるかもしれません。そういうことを思い出してもらおう。

3番目には、環境の変化に対し影響を受けた自分側の要因、これがとても大事だと思っただけで、自分の物事の受け取り方とか、先ほど出ていました考え方の癖だとか、自分にとってとても苦手な状況があったり、上司に仕事を命じられて断れない自分がいたり、このような要因をしっかりと考えておく。それに対して、これは週3日までのクラスでこれをやるわけですが、週4～5日になってから、そこに対して働きかけていくようなプログラムとなっておりますので、これは全員でやっていただいております。これを主治医とディスカッションしながら1～2回書き直して、その段階を経るとさらに上のクラスに上がっていくわけです。

### 疾病理解と休職理由の理解



Copyright © 2010 Medical Care Toranomon all rights reserved.



ここでやっていることは、一応、自分の病気はどのような病気なのか理解するということをしてしながら、自分にとって休職した

理由を理解するという事は、もう一つ深く病気を考えていることになるわけです。そこで初めてやはり薬をしっかり飲まなければいけないということになるわけですから、そうすると病状が改善するといういい循環に入って行くわけで、このプログラムは、疾病を理解し、なおかつ休職理由がちゃんとわかっているというところまでいかないといけないのだろうと考えております。

この段階での目標は、病者の役割というお話をします。復職することが最優先課題であって、治療に専念してくださいというようなこととお話ししながら疾病教育をします。それから、ちょっとしたことで回避しない。天気が悪いとか雪が降って寒いとか、暑い日も我慢して通うということが大事なのだという話をします。それから、今お話ししました自己への内省ということをしてしながら、週5日はちゃんと生活できるのだけれども、週末の過ごし方がめちゃくちゃだったら月曜がないわけですから、そういったところを指導しながら、集団にだんだんなじんできます。同じ悩みの仲間ができています。でも、この仲間とデイケアが終わってからどこかの喫茶店で何時間も話をしているようでは困るので、ある程度の距離をとりながらということを習得することを指導することもあります。

この段階では病気を受容して、今何をなすべきかという優先順位を考えてもらうということをしつつ、それが終わった人たちはこういったプログラムに移っていきます。週4～5日のグループなのですが、このセルフケアという心理プログラムが2コマに増えます。それから、先ほどNHKの映像で出ていた集団プログラム、これは大体4週から6週かけて、メンバーが自分で決めた題材に合わせたような再休職予防の方法を考えていた

#### リワーク・カレッジ®のプログラム例

	月	火	水	木	金
AM	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
PM	オフィスワーク	セルフケア	オフィスワーク	メンバー主体	セルフケア
ナイトケア				認知行動療法	

オフィスワーク：作業遂行機能、認知機能の改善プログラムなど  
自己課題に対する作業

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



くというようなプログラムなのですが、そういったところで共同作業をしたりして職場への感覚を取り戻していくということをしてします。このたくさんあるオフィスワークはメンバー主体プログラムの準備をしたり、自分で作業遂行機能を測ったり、認知機能を改善するプログラムをやったり、自分で課題を持ってきてやったり、かなりいろいろ自分で工夫して、時にはスタッフに指導を受けて過ごしております。

ナイトケアが1日あるわけですがけれども、これは認知行動療法のごく初期の段階のものをナイトケアで、今、7週間で1クールになるようにやっております。ここでの目標は、安定した出席をする。とにかく休まないでいらっしやい。それから、最後の段階ですので、これから復職になっていくわけですから、もう一度、復職後の働き方について、今までのことを振り返って今後のことを問い直すという時期でもあります。それから、対人スキルの獲得をしていくという意味では、デイケア内でいろいろな人間関係がありますから、それはデイケア内だけのことでなくて、むしろ職場へ帰ってからの人間関係で生じる点ですので、そこでの課題もあります。

それから、最後に教えることは復職する役割への変化で、いつまでもデイケアのグループに所

属していたいとか、みんなと離れたくないとか、それでは困るわけで、ここから巣立っていくと  
いうことをしなければならぬわけです。

これは先日、NHKスペシャルで放送された認知行動療法についての映像です。

(DVD上映)

このような中で集団認知行動療法をやっております。

復職直前に職場との連携というものも我々はとっているわけですがけれども、これからお話しし  
ます復職準備性の評価をスタッフがしていますので、これを診断情報提供書として産業医の先生  
に情報提供する場合がありますし、外来の診療時に職場側から人事や保健師さんたち、上司の人  
たち、場合によっては産業医の先生も来て、ここで復職面談をしてしまうこともあります。

それで、復職準備性の評価シートの話ですが、基本的な項目としては、スタッフが一つ大事に  
しているのは出席率と、そのときの眠気や疲労や集中力の持続みたいな基本的な項目があります。  
それをもとに、さらに大事なこととしては対人交流のところで、メンバーやスタッフとの会話が  
スムーズに流れているかどうかとか、協調性があるかどうか、適切に自己表現しているかどうか、不  
快な行為がないかどうか、役割行動をとっていて対処行動もとれるというような対人交流場面でど  
う評価されるかということが一つあります。それから心理的側面として、気持ちが安定して過ご  
せるか、積極性があるか、意欲があるか、何か注意を受けたときにどういう反応を示すのかとい  
うことも大事な要素です。このようなこ

### 標準化復職準備性評価シート

A.基本項目	1. 出席率 2. 眠気・疲労 3. 集中の持続
B.対人交流	4. 他のメンバーやスタッフとの会話 5. 協調性 6. 適切な自己表現 7. 不快な行為 8. 役割行動 9. 対処行動
C.心理的側面	10. 気持ちの安定 11. 積極性・意欲 12. 他のメンバーやスタッフからの注意 や指摘への反応
D.全体的な判断	現時点で想定される業務を行った場合 を推測

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



## 復職後のフォローアップ

### 土曜フォローアップ (ショートケア)

心身の調子を崩しやすく再休職の危険が非常に高い復職して1年以内は  
をフォローアップ

【目的】 生活リズムを保ちながら、1週間の振り返りをおこない、ス  
トレスを溜め込まずに、翌週からの生活を迎えられるようにし、再休  
職を予防する

【対象】 リワーク・カレッジ®、およびαの修了者

【日時】 毎週土曜日：10時～13時、13時～16時

【場所】 交洋ビル7階

主治医の指示により、毎週もしくは2週間に1回程度、参加



実際に復職してからのことですが、土  
曜日にフォローアップセッションをやっ  
ております。午前の10時から13時の3時  
間か、13時から16時の3時間のどちらか  
に出てきていただくわけですがけれども、  
もう復職していますし、復職直後の人が  
多いのですけれども、1週間を振り返っ  
て、こんな嫌なことがあったとか、こん  
なことで困ってしまったということ、  
では誰に相談できるかということ、仲間  
にしか相談できないのです。ここに集ま  
ってくる仲間に相談をしてそれをフィード  
バックしてもらおうと、とてもその次の1  
週間が楽になります。そういうところ  
でお互いに助け合って、もちろんスタッ  
プはいますけれども、そういったフォロー  
アップセッションをして再休職を防いで  
いくということをしております。

もう一つは、先ほどのNHKの場面と

## 再発・再休職予防のための集団認知行動療法セミナー

【目的】 ストレス対処能力向上と再休職予防  
 【対象】 リワーク・カレッジ®修了の希望者 定員約10名  
 全10回（1回90分）毎週金曜日 19時～20時半

- ・メインテーマは「復職後の諸問題の解決や再休職予防」
- ・参加メンバーはすべて当院の復職プログラム「リワーク・カレッジ®」の卒業生であるため、セミナー開始時より集団としての凝集性が高い
- ・参加メンバーすべてが復職後1～3か月程度と似たような状況にあるため、テーマを限定しやすい
- ・就労制限中の19時は通いやすく、週末金曜日のため仕事への影響がない

Copyright © 2010 Medical Care Toranomon, all right reserved.

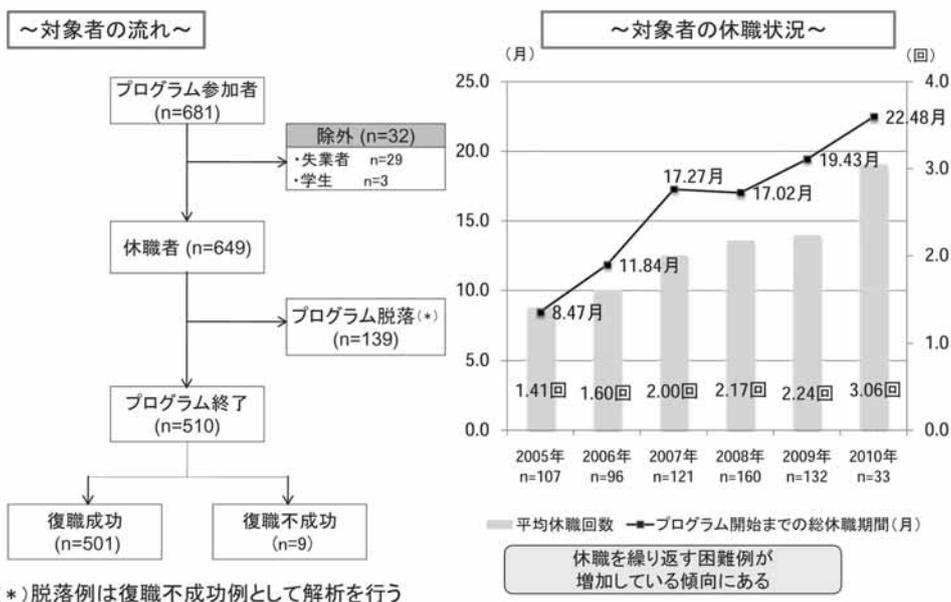


はちょっと違うのですが、集団認知行動療法の正式バージョン、これは集団で行っておりますけれども、デイケアが終わった人たちだけで、大体10人ぐらいを1グループとして、全10回、毎週金曜日の夜、復職後に起こるいろいろな諸問題をどうやって解決するか、再休職を予防するというのをテーマに、1クール10回で認知行動療法をしております。こういったことをして再休職を予防しているわけです。

2005年の1月にデイケアを始めまして、5年半ぐらいたったところでプログラムに参加した人が681人おりました。そのうち、失職した人が29人と学生が3人いたのでこの人たちを除外しまして、休職している人だけを対象にして解析をいたしました。そのうち、プログラムに参加した人が510人いて、すなわち途中で脱落した人が139人おられました。この510人の方のうち、復職してくださいとって、残念ながら復職が不成功だったという人が9人おられましたけれども、残りの人は、とにかくいったんは復職しました。この後の予後はこれからお話しします。

右側の図は、2005年からデイケアを始めましたので、そのとき107人が参加していますけれども、その参加者の平均の休職回数が1.41回とブルーで示してありまして、ポイントのほうは8.47カ月休んでいたというように読んでいただければいいのですが、最近では3.06回と、何回も復職と休職を繰り返すような人たちで、しかも平均の休職日数も22カ月と飛躍的に延びて、非常に重い人たちが我々のクリニックに来ているという実態がおわかりかと思えます。

リワークプログラム 参加者のアウトカム (2005/1 - 2010/8)



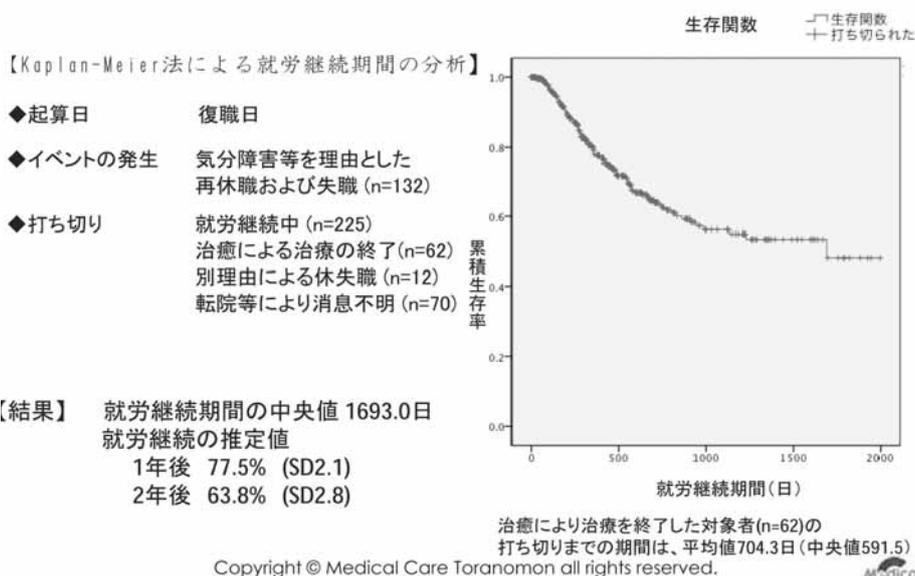
Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



それで、復職後の予後を就労継続の日数という形で生存分析というものを書きました。結果を申し上げますと、どのくらい就労継続が推計されるかということ、1年後に就労が継続している人が78%くらいあって、この数字自体は驚くべき数字だと思いますけれども、逆にいいますと22%の方は再休職したと、残念ながらそういう結果に終わったわけですが、2年後を推計するとこのくらいの数字になります。

この下の小さい字を見ていただきたいのですが、治療を続けていって治療が終了した、要するに我々のほうで薬を減らしていってやめられて、しかも就労が続いていた人たちが62例ありました。それまでの期間は復職してから平均704日ということでしたので、こういう数字であると読んでいただければと思います。

復職後の就労継続



これは疾患別で予後を見たのですが、時間の関係もありまして省略いたします。

どういふ方たちが対象だったかということ、男性が圧倒的に多く、年齢でいうと平均が37歳くらいの方が多かったです。また、独身で独居の方が3割くらいいたということも特徴的かもしれません。それから、企業規模別には3,000人以上の大企業が半分なのですが、中小の企業の方もそこそこおられて、必ずしも大企業だけではないとご理解いただければと思います。診

患者背景③ 就労に関する項目(2)

		n	%
職階	経営層・事業場長相当以上	7	1.1
	部・課長相当	71	10.9
	係長・主任相当	152	23.4
	一般社員	415	63.9
	その他	4	.6
企業規模	49名以下	28	4.3
	50~499名	115	17.7
	500~999名	60	9.2
	1000~3000名	138	21.3
	3001名以上	308	47.5
転職経験	なし	470	72.4
	あり	161	24.8
	不明	18	2.8
産業医	内科医等のみいる	282	43.5
	精神科医がいる	269	41.4
	いない	53	8.2
	不明	45	6.9
産保スタッフ	いる	308	47.5
	いない	265	40.8
	不明	76	11.7



## 患者背景⑤ 疾患に関する項目(1)

		n	%
主病名	F20 統合失調症	3	.5
	F23 急性一過性精神病性障害	1	.2
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	184	28.4
	F32 うつ病エピソード	140	21.6
	F33 反復性うつ病性障害	133	20.5
	F34 持続性気分(感情)障害	140	21.6
	F40 恐怖症性不安障害	27	4.2
	F41 その他の不安障害	3	.5
	F42 脅迫性障害(脅迫神経症)	1	.2
	F43 重度ストレスへの反応及び適応障害	13	2.0
F45 身体表現性障害	4	.6	
併存病名	なし	524	80.7
	あり	125	19.3
併存病名	F10 アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害	1	.2
	F20 統合失調症	1	.2
	F33 反復性うつ病性障害	4	.6
	F34 持続性気分(感情)障害	2	.3
	F40 恐怖症性不安障害	85	13.1
	F41 その他の不安障害	5	.8
	F42 強迫性障害(強迫神経症)	2	.3
	F43 重度ストレスへの反応及び適応障害	14	2.2
	F45 身体表現性障害	6	.9
	F84 広汎性発達障害	4	.6
	F95 チック障害	1	.2



## 患者背景⑧ その他の情報に関する項目

		n	%
家族向け勉強会	不参加	541	83.4
	参加	108	16.6
自立支援医療制度	利用	594	91.5
	利用せず	55	8.5
自立支援窓口上限額	30%	223	34.4
	10% (自立支援医療利用 一定所得以上)	88	8.5
	10% (自立支援医療利用 中間所得層)	305	47.0
	10% (自立支援医療利用 低所得層)	91	14.0
	5% (旧公費32条利用)	110	16.9
受診経路	会社・産業医のすすめ	238	36.7
	自分で探して	223	34.4
	他院からの紹介	107	16.5
	家族・友人等のすすめ	81	12.5

Copyright © Medical Care Toranomon all rights reserved.



断名でいきますと、3割近くの方が先ほどお話しした双極性障害という診断になりますし、うつ病の方は残り60%ぐらいですから、90%ぐらいはこういった人たちということです。そのほかの情報ですが、受診経路としまして、会社や産業医の勧めでいらっしゃる方が36%で一番多かったというのは、会社や産業医の先生が困って転院を勧めて自分の意志で来られるという方が一番多く、その次は自分で探してという方がおられました。

こういったプログラムを始めてわかったことは、診察場面で診る姿というのはごく一部で、デ

イケアというフィールドでいろいろな姿が観察できて、我々にとって診断に役立つ、それから利用者にとっては仲間を得るということになりますので、それが非常に一つの要素として大事だろうと。それから、モチベーションを維持していくことによって彼らが自分の力で再休職を防いでいくことができるのではないかと。それから、強い認知の偏りがある、やはり心理情報がとても重要だと思いますし、対人不安を持つ人たちも多くてコミュニケーション能力は決して高くないので、そういったものに対する心理療法もすごく重要だなと感じております。

それをまとめますと、医療機関で集団で行うリワークというのは対象を限定したりハビリテーションという治療なのだろうと思いますし、見方を変えれば心理社会療法と定義できるのだろうと思います。我々の活動の4つの要素として挙げておりますのは、1つは治療としてこういうことを行っているし、集団で心理学的な手法を利用していますし、これだけ安全に復職できますという準備性を確認して、最終目標としては再休職を予防するというようなことで行っております。これは研究会のホームページで、昨日現在で93医療機関がこういったプログラムを行っておりますので、これから福島県内の医療機関も出てくるとは思いますが、そういった事務局を我々のところでやっております。

これで私の話を終わりますが、本当に時間を超過して申し訳ございません。ご清聴ありがとうございました。

---

## II. シンポジウム

### 「精神疾患による休職者への復職支援について」

コーディネーター 伊藤 光宏 氏 (社会医療法人一陽会 一陽会病院 院長)  
シンポジスト 佐藤 美恵 氏 (福島キヤノン株式会社健康支援室 看護師)  
野澤 紀子 氏 (福島障害者職業センター 主任障害者職業カウンセラー)  
神山 寛之 氏 (医療法人あさかホスピタル 精神保健福祉士)  
菅野 寿洋 氏 (社会医療法人一陽会 一陽会病院 作業療法士)

#### 福島キヤノン株式会社健康支援室 看護師 佐藤 美恵 氏

それでは、福島キヤノン株式会社健康支援室、佐藤です。我が社のメンタルヘルス対策ということで、今日は復職支援に関してということについて発表をさせていただきます。

まず、我が社の概要について少しお話をいたします。所在地は福島市佐倉というところがございます。創業が1970年、社員数は2011年の1月1日現在1,807名です。平均年齢は38.4歳、主な事業は、インクジェットプリントヘッド、インクタンク、プリンターの生産、キヤノン製品のソフト評価などを行っている会社です。

産業保健体制ですが、1,000名を超える従業員がおりますので、専属の産業医、常勤で1名、嘱託産業医としまして精神科の医師、日赤と県立医大のほうからそれぞれ1名ずつ、月1回ずつ来ていただいております。それから、保健師、看護師、それぞれ1名がおります。

こちらが健康支援室の内部の写真になります。特にメンタルヘルス関係の相談については、健康相談室、右上のほうにあります。あのお部屋を使って実施をしております。

次に、我が社のメンタルヘルス施策ということですが、1次予防、2次予防、3次予防、それぞれの役割で実施をしております。今日は詳しく説明をすることはできないのですが、社員が健康で生き生きと働くことができるようということで、心と体の健康づくりということでいろいろと実施をしております。

それでは、職場復帰までの全体の流れということで、こちらのほうを説明していきたいと思うのですが、まず休職中に主治医のほうから復職をしていいだろうという診断書が出た場合は、主治医の診断に基づき、また本人が復職をしたいという意思があって主治医の診断書が出た場合に、それが会社のほうに提出をされるわけです。それに基づきまして、会社のほうではリハビリ出社を適用するかどうかという検討をいたします。リハビリ出社というのがなくてリハビリ出社適用なしということであれば、復職面談というものを産業医により実施いたします。この場合、人事の担当の者とか職場の上司、私たち産業看護スタッフが一堂に会しまして、この方についての復職というのを決めていきます。いろいろな就業制限もつく場合もございますが、復職が可ということになれば復職ということになっていきます。

ここのリハビリ出社の検討のときに、この方についてはリハビリ出社をやろう、必要だという

こととなりますと、1つが障害者職業センターを使わせていただいてリハビリ出社をするという方法と、社内で、会社の中でのリハビリ出社という方法がございます。この社内でのリハビリ出社というものについて少し詳しくお話をさせていただきたいと思います。

私どもの会社ではリハビリ出社というふうに呼んでおりますが、職場復帰支援プログラムです。こちらのほう、人事の手続の中に定めておまして、職場復帰支援プログラムは、主として心の健康問題により休業した社員を対象として、円滑に職場に復帰して継続的かつ安定的に業務に従事することができるように支援することを目的とするというふうになっております。対象者はメンタルヘルス不全により長期に休業した社員で、主治医の診断に基づき、産業医、人事の判断により適用対象としています。適用期間については、主治医の診断に基づき、産業医、人事の判断により個別で決定をしておりますが、最低で2週間、概ね多くても4週間と一応決めております。

このリハビリ出社を実施するに当たり、本人に同意書というのをいただいております。内容なのですが、このたび、下記事項を了承の上、会社より提供された職場復帰支援プログラムに参加することに同意いたします」ということで、3つの内容がうたっております。1つは、このプログラムはあくまで復職に向けての治療の延長であって、労働ではありませんので、会社に来ていただいても賃金は出ませんよということ、それから会社に来ていただくわけなので、会社に来て、それからまた家に帰るまで何かあった場合に、通災とか労災という適用になりません。それで、国内旅行保険に加入をしていただきます。何かあった場合でも、その傷害保険により支払われるもの以外は出ませんよというようなことをあらかじめ同意をいただいて始めるということになっております。

このリハビリ出社、ステップが2つありまして、まずステップ1ですけれども、こちらの目的は、休業中に崩れてしまった生活リズムの安定を図るとともに基礎体力の向上を図りながら、始業時間に出社することに慣れてもらう期間と定めております。このステップ1は、出社時間を9時としまして、お昼を食べずに午前中で帰っていただくということになっています。こちら、問題なく出社ができ、かつ継続性があるかを確認します。職場に戻って仕事をするのではなくて、あくまで健康支援室、先ほどご紹介しましたあのお部屋のほうで作業をしていただきます。ツールとしましては、チェックリスト、スケジュール表などを使いながら、産業医が直接本人と面談をする形で毎日確認をしていきます。

やっていただく作業なのですが、1週間は新聞を読んで、自分の関心のある事柄についてレポート用紙にまとめてもらうという作業をさせていただきます。内容や字数については問いません。この期間は5日間、最大でも10日間というふうに決めております。原則としまして、5日間のうち3日間出社できなかった場合は、残念ながらプログラムを中止させていただいております。

次に、ステップ2というところなのですが、こちらのほうは本人が会社に十分適応し、安定的かつ継続的な勤務状態となることを支援する期間です。通常の社員が出勤する時間と同じ8時まで出社していただいて、終業時間も社員と同じ16時45分までとなっております。こちら、場所は健康支援室に通ってきていただきます。こちらのほうも、チェックリスト、スケジュール表を活用しながら、産業医が本人と直接面接をしながら毎日適応状態を確認していきます。この段階

---

ですと、職場の上司や人事担当者も同席して確認をする場合があります。こちらの期間は最低5日間、最大で15日間と決めております。プログラムの後半はちょっと自分の職場に行ってみるといような期間も設けております。こちらのほうは、原則として入社予定日の8割以上出勤できなかった場合はプログラムを中止するというふうに決めております。

こちらがステップ1からステップ2に進むときの判断するポイントになります。また、ステップ2から復職に進む場合のポイントというのもございます。こちらがうまく適応状態ができたというところになると、次のステップに進むということになります。

こちら、私どもで実際にやっておりますリハビリ出社の実際なのですけれども、2006年から2011年の末まで、実際に実施した方は8名です。8名ですが、実施回数が12回ということで、うち2回実施された方が4名いらっしゃいます。男性が5名、女性が3名、年齢は20代が1名、30代の方は7名です。初回リハビリ開始までの休職期間が、短い方で1年、長い方は2年11カ月でリハビリ出社をいたしました。リハビリ期間が、2週間が2回、3週間が2回、4週間が8回です。この中の8名のうち4名はリワークセンターのほうも利用させていただいております。

結果ですけれども、8名の中、復職に至った方6名です。ただし、その後もまた休職した方2名を含んでおります。復職時の就業上の配慮ということで、半日勤務ですとか残業、休日出勤を禁止、それから深夜業禁止、出張禁止、配置転換、それから役職免除等のソフトランディング期間という配慮をしております、1カ月から半年ぐらいを目安にこのような期間を設けております。

これは実際に復職まで至る経過の例ですけれども、休職をしていた方が復職をしてから半日勤務という勤務形態を過ごした後に普通の勤務に戻るという場合もありますし、休業していて、社内のリハビリ出社というのを経て通常の勤務に復職するという場合もありますし、休業していた方がリワークセンターを利用させていただいて、それから社内のリハビリ出社を利用して復職に至るという場合もございます。また、休業していて、社内のリハビリ出社をして、いったんは復職したのですけれども、また再休職してしまったという場合、次のときはリワークセンターを利用させていただいて、そして会社のリハビリ出社をしていただいで復職に至ったというような例もございます。

最後になりますけれども、長期の休業者においては、スムーズな復職のための一定の期間をかけた復職リハビリテーションが効果的であろうと思われます。休業の期間、病態に応じて社外のリワークセンターの利用や社内でのリハビリ出社を導入することで、本人の就業意欲や生活習慣、職場の受け入れ態勢を段階的に整えていくことができると思われます。また、復職の見きわめを確実にすることができ、早過ぎた復職によって再休職を何度も繰り返すことを防ぐことができると考えています。

しかし、社内でのリハビリ出社は、担当者のマンパワーや専用の場所の確保が必要であり、人事、職場担当者との協力体制を含めた環境の整備が十分でないとな実施がなかなか困難だといところがあります。復職後も定期的なフォローアップで就業制限の見直しを行うなど、心の問題で休業した社員が円滑に復職できる一連の社内体制の整備が大変重要だと思われます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

**福島障害者職業センター 主任障害者職業カウンセラー 野澤 紀子 氏**

福島障害者職業センターの野澤と申します。私のほうからは、当センターで行っていますリワーク支援について説明をさせていただきます。

まず、障害者職業センター、ご存じの方もご存じでない方もいらっしゃると思いますが、障害者の雇用の促進等に関する法律として設置されている就労支援機関です。ですので、公共職業安定所等、さまざまな関係機関と連携してリハビリテーションサービスを実施しています。全国に52カ所ありますけれども、大体県庁所在地に設置されていまして、福島県の場合、この福島市腰浜町にあります。ですので、リワーク支援だけではなく、就職の支援、定着の支援、定着の支援の中にリワーク支援が位置づけられているというふうに見ていただければと思います。

リワーク支援の対象なのですが、うつ病等さまざまな精神疾患がありますけれども、それで休職中で主治医が職場復帰のための活動開始を了解している方ということで、やはり主治医の先生の診断がきちんと受けられていて、復帰に向けての活動をしてよいと言っている方ではないとちょっと難しいです。

あと、雇用保険の被保険者であることというところがあまり知られていないのですが、私どものセンターが独立行政法人であり、雇用保険を財源として運営していますので、主に民間企業の方が対象となります。ですので、公務員の方は雇用保険はかけておられないので対象とはならないという、ちょっと対象の制限があります。ただ、リワーク支援そのもののシステムに利用いただかなくても相談等は対応することはできますので、ご相談があれば受け付けたいと思います。

リワーク支援の特徴というのは、個別の計画を立てます。そして、復帰に向けたウォーミングアップの支援ということで、これはご本人に対して、先ほども五十嵐先生のお話がありましたが、やっぱりまず生活リズムを整えるとか、そういう自分の体調管理を行う場合に、やはり通える場所がないとなかなかウォーミングアップもしづらいということがありますので、ウォーミングアップ支援ということで、本格的な支援は、戻られた職場の中できちんと職務についてどれくらいやっていけるかというのを見ていかないといけないのですけれども、ウォーミングアップとして参加いただく。

事業所に対しては、受け入れ態勢等の整備に係る助言・援助ということで、こういう助言・援助が必要でない事業所の方もいらっしゃいますし、必要な事業所の方もいらっしゃいますので、それは場合によって実施しています。事業主、本人、主治医、3者の同意が必要である、このリワーク支援を始めるに当たって、ご本人だけが受けたいと言っても、それはちょっと受け付けられないという、この3者が協力して、きちんと活動を始めてよいということで確認をとらせていただいています。

リワーク支援の流れについては、段階がありますけれども、先ほど同意をとると言ったところがこの部分です。同意をとってから支援計画を策定する、その前の段階というのは、相談を行ってコーディネート、3者のコーディネートを行うという段階になります。ですので、まず私のような職業カウンセラーがこの3者の連絡調整を行って、どういうふうな過程を経て復帰を目指していけばいいのか、職場での支援制度はどのようなものがあるのかまちまちだと思います。リハ

---

ビリ出勤の制度がある事業所、そういう短時間勤務から始められる事業所、そうではない事業所、産業保健スタッフの方がいらっしゃるかいらっしゃらないかでも全く変わってきますので、そのあたりをちょっと確認させていただいて、そして支援計画を立てるという流れです。リワーク支援の中では、大きく4点、主に実施するという事で挙げてはいますが、その後、復帰された後はフォローアップを、これはきちんと定型化して行っていないのですけれども、今相談が上がってきた方に対して支援を行っているというふうな流れです。

1週間のプログラム、これは例であって、個別に内容は変わってきますが、朝の9時から4時というのが標準というか、一番長いパターンです。朝、みんなで何人か、この日集まっている方がミーティングをして、ストレッチなどもして、午前と午後のカリキュラムを大きくは決めていますがけれども、事務作業、製造作業、そういう具体的な何か作業がないとなかなか時間を過ごすことが難しいこともありますので、事務作業に向いている方、製造に向いている方、そういう適性も見ながら行っていきます。こういうふうなイメージです。

作業の中、ちょっとこちらのセンターのほうで設定している内容が、こういう文字とか数字を扱うような作業、パソコンを扱うような作業、あとは、ちょっとこういうのは苦手だなという方は、具体的な部品を扱って組み立てたり選別したりという作業、製造の場合は主に立ち作業が中心になりますけれども、体力的にそろそろ立ち作業をならしていきたいという場合に取り組んでいただいたりします。自主課題の場合は、これもさまざまですけれども、やっぱり本を読んで、思考力が今どれくらい戻っているのか、読んで頭に入ってくるのかとか要約ができるのかという、このあたりを自分で確認していただいたりとか、資料を作成することができる方は作成していただいてまとめるという作業をしていただくということもあります。

個別の作業だけではなくて、グループミーティングということで、今通っていらっしゃる方が、五十嵐先生のところのように何十人もいらっしゃらないのですが、3~4名とか5~6名いらっしゃると、そこでグループミーティングということで、ストレスについて考えてみましょうとか、認知療法というストレス場面における考え方の偏りについてちょっと考えてみましょうというふうな、みんなで勉強して、人の意見を聞いて、自分はどののだろうか確認をする、ちょっともう一步、自分に適したストレス対処法とか考え方をどういうふうに適応的に変えていったらいいかということも考えるきっかけになるかと思います。

あとは、アサーショントレーニングといって、コミュニケーションをうまくとるための方法、自分の言いたいことを相手にきちんと伝えられているとか、我慢して伝えられていない方がほとんどなのですが、逆に伝え過ぎて相手が不快な思いをしたりとか、そういうことがないように上手なコミュニケーションをとっていきましょうという練習をしたり、緊張の強い方、肩凝りとか頭痛とか、そういうことがやっぱり身体症状としてある方もありますので、リラクゼーションとして常に緊張をほぐす練習など、そういうことも取り入れています。

リハビリ出勤支援といって、これはリワーク支援の中で位置づけていますので、休職中のまま職場に出勤させていただくという、出勤という言葉が適切ではないのですが、職場の中にリワークの場所を設けていただくという意味です。ですので、事業主の協力を得て復帰予定の職場で作業を行うという、これはどういう効果があるかという、やっぱり自分がこれから戻る予定であ

るところで上司や同僚と交流するとか職場の雰囲気を感じることで、ここには職場復帰への心構えを身につけると言いましたけれども、やっぱり不安でいっぱい、それでちょっと押しつぶされてしまいそうな場合に、事前に、まだ復職ではないのだけれども、職場に行ってみた、ちょっと作業してみたということで、意外と自分も戻れるかもしれないというふうな感覚を身につけていただいたり、周りの方と接して、周りの方はそんなに自分のことを悪く思っていないのだなとか待ってくれていたのだなというふうなことを確認して自信がつくというふうな効果があります。

ただ、事業主の協力を得て行うわけで、そういう受け入れは難しいですという場合は実施はできませんが、可能な場合とか、あと本人さんの不安が強い場合にちょっとお願いして実施することがあります。あと、短時間勤務等の制度が事業所にない場合、いきなりフルタイムでというときに、やっぱり気持ちはやりたいのだけれども体がついていけないという場合もあって、それで自信をなくされるといけないので、その前にリハビリ出勤で短時間から始めていくということで、フルタイムで復帰できるような準備を行います。

そして、職場復帰されてフォローアップの段階なのですが、これは随時、必要に応じて行っています。ですので、当然、復職の可否は事業主、産業医の判断です。当センターが判断するものではないですし、復職と同時にリワーク支援は終了します。そして、フォローアップに移行することで、随時、こちらから訪問したり、電話をいただいたり、ファクス、メールなどで支援を行っています。

リワーク支援の実績ですが、17年の10月から全国に導入されたと思うのですが、福島の場合はちょっとスタートダッシュが遅いというか、なかなかPRがうまくできていなかったと思います。ですので、18年から利用していただいている、18年に初めて終了された方があったように思いますが、1月末までのところで開始者42名、終了者37名ということで、まだ継続の方が中にいらっしゃるのでも、終了者は少ないですけれども、復職者が27名で、その10名ぐらいの方はもう辞めたいということで退職された方とか、なかなか、事業所からの復職の判断が否と出てしまった方とか、それぞれ状況はありますけれども、地域別に見ますと、当センターが県北地域にありますので、78%、約8割の方が県北の方、そして県中の方、そして県南、相双、いわき、会津と1名ずついらっしゃるのですけれども、これは来ていただいたり、こちらから時々出張させていただいたりという形ですので、十分な支援ができているとは言えません。

年齢別ではこういう傾向で、30代の方がやっぱり多い、半分ぐらい占めているなということと、支援期間は、期限は定めていないのですが、やはり4カ月以上が一番多くなっています。ただ、2カ月未満の方も25%ぐらいいらっしゃるのでも、短期で集中して戻られるというパターンもあります。

課題点として、これは福島センターの課題点なのですが、遠隔地の方への対応とかというのは、どうして福島市にあるのだというふうなことをよく言われるのですけれども、遠い方にサービスが行き届かないというふうなご迷惑をおかけしているのですけれども、2番目の遠隔地の方への対応についても、今後ニーズがあればどんなやり方があるのかというのを考えていきたいですし、併せて、リワーク支援がまだ早い方への対応、復職したいという気持ちはあって相談はしても、イコールすぐ活動したいかどうかというのはその方によって違うと思うので、ただ、選択肢がな

---

くて、リワークを受けたら復職するという一本道しかないと思われるとすごくプレッシャーがあると思います。休職期間にもうちょっと余裕がある場合になるのですけれども、もう少し前の段階、段階的に時間をかけて、1年とか時間をかけて準備できるような対応策がないかなと思うので、例えば遠隔地の方が自分の家の近くでちょっと利用できるようなところがあって、それを経て、例えばリワーク支援を利用したいと思われたらリワーク支援のほうにきちんと期間を決めて利用していただくとか、そういうことができるといいなと思います。ですので、ちょっとこれはまだ今後の模索していかないといけないところです。

3番目の雇用支援制度の活用というのは、これもほとんど活用していない方が多いですけれども、復職のときに、やっぱり精神疾患で休んでいらっしゃって復職というと、行政の面からなのですけれども、事業所がいろいろ配慮したことに対して助成金が支給されたりということがあります。ただ、それは条件があるので誰でもというわけではないのですけれども、そういうふうな利用できる雇用支援制度を使って、うまく戻りやすくできる場合もあるのではないかなということでもちょっとここに載せさせていただきました。

ということで、職場復帰のニーズというのは、事業所の方からご本人からも主治医の先生からも、いろいろなところからいただくのですけれども、やっぱりこういう障害者職業センターというところがリワーク支援をしているということをちょっと幅広くお知らせできていない部分もありますので、今日のような機会でもたまたま県北地域の方に知っていただければなと思います。

以上です。ありがとうございます。

## **医療法人あさかホスピタル 精神保健福祉士 神山 寛之 氏**

あさかホスピタルの神山と申します。どうぞよろしく申し上げます。

今日は、ストレスケア病棟、リワークデイケア、EAPサービスの連携と実際ということをお話しさせていただきますが、当院の実践中のリワークプログラムに関する報告、あと関連施設で取り組んでいるEAPサービス、従業員援助サービスについて特徴を報告したいと思います。

これは飛ばしていきます。当院の外観です。

グループ概念図で、リワーク支援等に限らず、複合的なサービスを提供しているのが当院の特徴になっています。

今日は、真ん中から下の部分についてお話ししたいと思います。まず外来、ストレスケア病棟に入院、メンタルクリニックに通院してリワークプログラムを、そして職場復帰という流れ、この流れをまず説明していきたいと思います。

入院直後、まず一定期間の治療と休養後ですが、まず個別活動、個別支援が始まります。ドクター、薬剤師、看護師による個別支援、その後、ある一定程度休息がとれて回復したという方をもとに元気サポートクラブという心理教育、ストレスに関する心理教育を行います。その後、アドバンスグループと呼ばれる認知行動療法を導入して、約3カ月ぐらいをめでに入院治療を行います。これが当院の復職支援の流れになっています。大体3カ月をめでに、本人の役割、本人を取り巻く職場であったり家族の支援の目安、かわり方、あとは治療の進捗具合とか、進み方、流れなどが確認できるようなものになっております。

これは、病棟から通院につながるさくまメンタルクリニックデイケアまで、一連の流れがわかるように示しているものです。

元気サポートプログラムは、このような内容になっております。

認知行動療法、アドバンスグループもこのような形で行っております。

これが病棟の様子です。

その後、さくまメンタルクリニックのほうに通院、もちろんそのまま退院後復職される方もいらっしゃると思いますが、基本的にはさくまメンタルクリニックのリワークプログラムを利用させていただきます。

まずは、ストレスケアプログラムという、先ほどから出ています生活リズムの維持とか改善、そういったものを目標に、日中、一定時間に外に出て外で過ごして、また一定時間に帰っていくというプログラムをまず通していただきます。その中で、個人の要因であったりアセスメントを行われます。環境、個人の要因、休職に至った経過、復職に関する思い、休職期間、ソーシャルサポート、総合的にアセスメントしたりしていきます。そういったものをもとに復職支援計画という復職支援プランが策定されて、復職支援プログラムというものが導入されます。実際は、定期的な面接を繰り返して、評価・修正を行いながら復職という形に進んでいきます。これもやはり、6カ月と上のほうに書いてあるのですが、大体3カ月から6カ月ぐらいをめどに行っております。

これが復職支援プログラムの例です。そのほかにもこのようなものを行っております。

これが外観、デイケアのルームです。

復職、職場復帰支援プラン、こういうものも導入して、先ほどの流れプラスより細かい本人の目安、具体的にこの時期にはこんなことをしましょうとか、この期間のデイケアの参加はこんなふうに参加していきましょうというように、あと、その間にこんな評価を行いますよ、こんな検査を行いますよとか、自分の目標は何ですかというものを書き込めるようなものを使っています。そのほか、生活記録表などを使ったり、リワークプログラムであったり、職場復帰の準備機能評価みたいなものも我々のほうでも入れております。

職場復帰支援経過報告書ですが、実際、復職プログラムを活用した経過であったり、本人の内省であったり、そういったものを少し記載していただいたり、業務上の配慮事項を職場側であったり産業医の先生に提出するものとして準備したりしております。

まず、当院のほうの復職支援の特徴ですが、入院から行えるということで、ストレス関連疾患治療に特化した環境と治療プログラムが準備してあると、入院と同時に復職支援が始まるということが一つ言えます。あとは、入院からできるということで、発病から復職後まで連続性を持った支援サービスが展開できると。あとは、EAPというサービスも行っていますので、雇用者側の求める復職条件とか休職者へ期待する達成基準など、一般的な条件とか、そういったものも得られて、それらをプログラムに生かすことができているというふうに言えます。

次に、EAPサービスについて、復職支援の流れを説明していきたいと思います。実際、個別相談を契約している企業の従業員から受けます。明らかに相談を受けている際に医療機関の支援が必要そうだ、治療が必要そうだという患者様がいらっしゃった際に、従業員の方がいらしゃっ

---

た際に医療機関の情報提供を行います。医療機関の情報提供を行って、すぐさま本人の同意または職場の同意をもとに情報の共有が始まります。入院、外来通院、人それぞれ違ってきますが、それぞれの状況に応じた支援が始まりますので、この際に医療機関が、本人からの状況だけではなくて、実際働いている職場環境、職場側からの意見なんかもいただいたりします。そういったものを、医療機関と本人と職場側と、間に入って支援を行っております。

実際にリハビリが医療機関内で始まった際には、そういった復職支援、医療機関で行う復職支援へ積極的に参加して復職支援の調整を行います。この際、会社側が求める復職条件とか復職の達成基準とか、そういったものを医療機関に伝えるようにしております。そういったものを行ったりもしています。そういったものを行いながら復職ということを迎えることとなりますが、復職後も、メールであったり、電話であったり、面談による継続的な支援を行ったり、場合によっては上司の方と面談を行って、コンサルテーションを行うような場合もあります。

EAPサービスで行う支援なのですが、そういった復職支援のほかにも、個別相談、専門機関へのご紹介、オーダーメイドの研修会、定期報告、年間報告、危機介入支援やストレスチェック、こういったものも行っております。

面談室の様子です。

EAPあさかオフィスの特徴ですが、地域に根差したメンタルヘルス事業を地域企業と共同で開発することを目的に発足しております。県内で、医療機関をバックにということでは先駆的な取り組みかなというふうに思います。全国展開しているジャパンEAPシステムズと連携を図り、相互に取り組みに関する情報交換を行っております。あとは、当院のストレスケア病棟と復職支援プログラム、リワークプログラムと連携することによって、復職リハビリテーションを活用しながらの支援や復職準備性の確認が可能になっているという特徴があります。

以上、早口で申し訳ありませんが、このような形で当院で行っているところをまとめさせていただきました。医療と復職リハビリテーションが同時並行で行われている、もちろん病院というところがバックにありますので、EAPを行っていますが、病院臨床が中心にありますので、共通認識を持ってかかわっております。

支援体制ですが、入院から行えていますので、治療、レディネス構築、職場定着化まで連続性、一貫性のある支援サービスが提供できているかなと思います。あとは、発病、休職から復職まで、当事者であったり、人事の方であったり、そういった方々に支援過程を系統的に示すことができているかなというところ、あとはいくつかの方法がありますので、ちょっと不安定になって治療回復ラインからドロップアウトしたとしてもリスタートしやすいという特徴もあるかなと思います。

簡単ですが、以上で報告を終わりにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

## **社会医療法人一陽会 一陽会病院 作業療法士 菅野 寿洋 氏**

一陽会病院の作業療法士、菅野寿洋です。よろしくお願ひします。

まずは、社会医療法人一陽会の一陽会病院ということで、一陽会病院の復職支援専門デイケアによるリワークプログラムについてお話しさせていただきたいと思います。

社会生活サポートセンターMIRAIという名前なのですが、一陽会病院併設のデイケアになります。平成22年4月よりリワークプログラムを開始、運営スタッフとしては、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士のスタッフで行っています。

リワークプログラムとは、ここまで何度もご紹介ありましたが、復職支援を行うプログラムです。休職中の方を対象にしている、プログラム中はスケジュールに従って活動する、職場復帰に向けての準備をするプログラムになっています。

当院のリワークプログラムの対象としては、精神疾患のために職場を休んでいる方、主にうつ病、双極性障害のうつ状態、不安障害、適応障害の方が対象になっています。なおかつ、復職の意思がある方、また復職のリハビリテーションを行えるくらい病状が回復している方、またみずからが変わろうとする気持ちがある方を対象とさせていただきます。

プログラムの期間としては、基本的には4週間から8週間の継続参加をしていただいています。また、職場の状況によって8週間以上の継続利用、職場や本人、利用されている方の状態によって8週間以上の継続参加をしていただくことも可能になっています。プログラムの時間は9時半から午後3時半までの6時間、施設自体は9時から夕方5時まで利用可能なので、最長は8時間利用することができますようになっています。

当院のリワークプログラムの利用の仕方としては、既に一陽会病院を外来や入院などで利用されている方は主治医の判断と本人の意思、また主治医とスタッフと調整して参加していただいています。ほかの医療機関を利用されている方の場合は、主治医の紹介状から一陽会病院の医師の外来診察を受けていただきます。その後、担当医師の判断をもとにスタッフと調整して参加していただいています。いずれの場合も、プログラム利用中は一陽会病院の医師を主治医として診てもらっています。

当院のリワークプログラムの目的としては、生活のリズムを整えること、毎日通う習慣をつけること、コミュニケーション能力の改善をする、自分の特徴、自分の性格や考え方を理解すること、体力をつけること、病気についての理解を深めることといったことで、復職に必要な能力を身につけるために通っていただいています。

リワークプログラムの内容としては、午前中がピアカウンセリング、医師、栄養士、薬剤師からの講義、認知行動療法の1クール全8回のセッション、あとスポーツとグループワークといったように、午前中は集団での活動を中心に行っています。午後は、オフィスワークや個別の面談、あと週3回、リラクゼーションプログラムとしてヨガを行っています。このように、午後は個人での活動を中心に行っています。

当院リワークプログラム参加のメリットとしては、起床から帰宅までのリズムがつくれる、朝起きて、外に出かける準備をして、家を出て、日中、自宅以外の場所で過ごして夕方自宅に帰宅するといった職場への出勤のトレーニングになったり、生活のリズムを安定するといったことがメリットとして挙げられると思います。また、同じ悩みを持つ仲間と過ごすこと、家族や職場とは違う集団というか、違う場所での同じ悩みを持つ方との共感を得る体験やプログラム中での共有体験を促している。また、プログラムに参加することで、自分の考え方に幅を持てるようになる、休職の原因について振り返ったり、その原因についての対処法を身につけること、自分の病

---

気についての理解を深めることで、自分自身の考え方に幅を持っていただいて、少し自分が変わっていただければメリットになると思います。

次に、簡単ですが、社会生活サポートセンターMIRAIの紹介をしたいと思います。外観はこのようになっています。福島市の八島町にある一陽会病院の向かいに新しく建っています。

次に、セッションルームということで、こちらでピアカウンセリングや講義、認知行動療法、グループワークなど、午前中のプログラムを1つの集団で行っています。

次がオフィスルームです。オフィスワークの時間にパソコン作業を行ったり、またグループワークでの発表に向けたパワーポイント作成などを行っていただいています。プログラム時間外も利用可能になっています。

トレーニングルームでは、ランニングマシン、マッサージチェア、エアロバイクと、一番手前に乗馬がありまして、午後のオフィスワークの間に体力づくりの一環として行っていただいたり、プログラム外の時間をご希望があれば利用できるようになっています。

当院のリワークプログラムの現状としては、休職中の方が復職までの期間通所している、病状の安定や復職だけが目的ではなく、再休職をしないための準備をする、プログラムに参加し、同じ環境にいる利用者と協力しながら復職を目指しているといったところが皆さん参加していただいている現状になっています。

最後に、当院リワークプログラムの課題としては、なかなか、私たちスタッフも常に建物の中で利用されている方と一緒に過ごしているので、職場との調整ということが、基本的には利用者の方、利用者主体のために行ってもらっているので、細かいリハビリ出勤の予定とか、いつごろから復職といったところの細かい部分の調整がなかなか難しいなというふうに思っています。また、我々のほうでの職場訪問などができていないという現状があります。

次には、プログラム参加中に仕事を退職してしまったり、また、もともと参加する前に仕事を辞めてしまった方などへの対応としてなかなか目標設定が難しいことや、期間がどうしても長くなってしまふことというのが課題として挙げられます。

最後に、症状が不安定な方への対応として、ほかの利用者の方への影響がある場合や、本人がなかなかプログラムに通う状態になれないというか、体調が安定しない方への対応が課題として挙げられています。

最後に、実施状況について、平成22年4月から今年1月までの状況なのですが、該当期間の登録者は50名です。そのうち、プログラム終了された方が37名、37名のうち、終了時の復職になるのですが、復職された方は31名、終了時の復職率は84%になっています。23年1月末の登録者が13名ということで、なかなか人数のほうで、10名前後でずっとやっているものなので、期間がまだ始まってから短いということで、その後の追跡調査などは行えていないのですが、実施の状況としてはこのようになっています。これからまた期間が長くなっていくといろいろなデータが出たりとか、復職してから継続していくためにフォローしていったりとか、その後のデータということも出てくるとは思うのですがけれども、今現在の当院のリワークプログラムはこういった形で行われています。

以上で発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

## ディスカッション

【伊藤氏】 まず初めに、シンポジストの皆さん方のご発表に対して、五十嵐先生からちょっとコメントをいただきながら、野澤さんや菅野さんから出た課題というのは、既に五十嵐先生のさっきのご発表の中でもこんなことをされているという発表がありましたけれども、その辺についても少しアドバイスをいただけたらと思いますので、五十嵐先生、よろしく願いいたします。

【五十嵐氏】 まず、最初にご発表いただいた佐藤さんは、キャノンという大きな会社に属しておられて、1,800人の社員の方がおられるわけですが、なかなか手厚い就労支援が行われていると思います。そんなにたくさんの方が休職されているわけではないのでしょうか。その辺いかがでしょう。人数として、1年間にというか、大体常時何人ぐらいの方が社員として休職状態にあるのでしょうか。

【佐藤氏】 はっきりとらえていませんが、4～5名か5～6名くらいかと思います。

【五十嵐氏】 それで、かなり長い間休職されていて、社内でどういうふうに入れられるかという、業務がどの程度できるかということを見極めておられるわけですね。

【佐藤氏】 そうですね。職場のほうはやはり、もとやっていた仕事ができるようになって復職をしてほしいという考え方が大変強くて、いきなりそんなに最初の状態に戻れないので、最初は徐々にというふうにごちらのほうでお話をして職場のほうに戻っていただくということをお願いしています。

【五十嵐氏】 企業として当然のことですし、安全に社員に働いていただくということが会社の責務ですので当然の配慮だと思いますけれども、例えば福島市内だったら、一陽会さんのような民間の医療機関で、治療の一環として治療と一緒にやっていただくというやり方も今後はあるのかなと思うのですが、その辺いかがでしょう。

【佐藤氏】 一陽会病院さんをはじめ、病院のほうでリワークをやっていただいている社員もおります。

【五十嵐氏】 そこで実感しますのは、私はテレビの中で何回か言いましたけれども、医者にとっても、5分か10分ぐらい、せいぜい診察の間会っているだけではわからないことがいっぱいわかるのです。そこが治療的に働いてくるとご本人にとっても益するところが多いので、何かそういうものをもっと活用していただくといいのかなと思います。

【佐藤氏】 はい、ぜひ活用させていただきたいと思っています。

【五十嵐氏】 障害者職業センターの野澤さんからご発表いただきましたけれども、コメントというわけではないのですが、東京にも多々あって、なかなか順番待ちで東京あたりは大変なのですが、公務員の方が利用できないというのはちょっと残念ですね。逆に公務員の方は民間のリワークプログラムを、医療機関のリワークプログラムを利用するということが多いためから、そこは相互補完的にやっていかななくてはいけないなと思います。

我々の実感としましては、我々が例えば会社に行っても産業医の先生は会ってくれません。会社の中に入るということは医療機関の人間にとってはものすごくハードルが高いのです。ですから、皆さんのところは労働省という背景がありますので、ある意味で会社にとってはお上ですか

---

ら、そういうところで民間の医療機関のリワークと一緒にできないのかなというのが、最後の仕上げというか、事業場とのつなぎの職業リハビリのところは障害者職業センターにやっていたかくということも僕は将来考えていいのかなと思うのですけれども、いかがでしょうか。

**【野澤氏】** 東京は本当にすごく順番待ちで、そういうちょっと大きいところだとなかなか難しいのですけれども、福島の場合は順番待ちはないですので、相談がありましたらすぐ対応させていただきますが、確かに今言っていたような事業所との調整のところは、私たちの仕事の中でも事業主支援として、雇用の場面でも復職の場面でもそれは一緒ですので、分担してできたらなおスムーズになるかなという気はしました。リワーク支援の中でも、医療機関ではないのであまり深く掘り下げてはプログラムはできないという課題もあります。

**【五十嵐氏】** そういう意味で、相互補完的にやっていかななくてはいけないのですけれども、民間と行政とがどういうふうによくやっていくかというのは今後のテーマかなと常々考えておりますので、どうぞよろしくをお願いします。

**【五十嵐氏】** 神山さんのご発表を聞いて、あさかホスピタルは昔からよく存じ上げている病院ですので、大体システムも完成の域になってきたかなという実感なのですけれども、やはり入院を中心にしておられるというのはすごい強みかなと。一クリニックにとって入院というのはなかなかあれで、我々も入院プログラムを持っている病院を紹介して、入院をして、それから生活リズムを整えてもらって帰ってきてということ、今、例えば東大附属病院と一緒にやっているのですけれども、病院のほうも、短期で1カ月から2カ月ぐらいで入院して、症状を治して戻ってきてくれるという意味でメリットがあるのです。ですから、そういうようなことをもうちょっと地域でやられるのもいいし、まさに内部でやっておられるのもあるわけなのですけれども、その辺はいかがでしょうか。

**【神山氏】** ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおり、今のところ1機関完結型というか、地域連携のほうは全然、まだまだ足りていないなというところが実感するところですので、入院のメリットの部分であったりとかリワークに特化したプログラムというものを地域と一緒に構築していければなというふうには感じます。

**【五十嵐氏】** 入院が必要なくて、外来からぱっと入れる人ももちろんいるわけです。そういう意味では、大体3カ月から6カ月とおっしゃっていましたが、我々のところは大体平均的にいうと5～6カ月以上なのです。ですから、重症度もいろいろあるのかもしれませんが、その辺はいかがでしょうか。

**【神山氏】** 実際、一応入院期間中も含めてというところでは、もう少し長くなることは多いです。7カ月ぐらいとか8カ月ぐらい、入院も含めるとかかることはあります。

**【五十嵐氏】** そうすると、そこそこ難治性の方を診ておられるというふうに理解してよろしいですね。

**【神山氏】** そうですね。精神科病院の特徴でもあるのかな、それで難治の方も含めて病院が地域と連携しながらやっていくのは、今後はそういったところなのかなというふうに思います。

**【五十嵐氏】** 入院中から診ていると、患者さんの診断とか治療に関してはかなりしっかりした

ものができてデイケアのほうに回っていくわけで、そこは短いかもしれませんが、ありがとうございます。

最後の一陽会の菅野さんに関しては、まだプログラムを始められたばかりで、さっきのご質問をさせていただいた入院というか、入院機能との連携みたいのがどうなっているのかなというのを教えていただきたかったのと、それから8週間ぐらいがめどというお話だったのですけれども、この期間は何か理由があって設定されているのかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

**【菅野氏】** まず、入院についてなのですが、入院されている方、基本的に併設の一陽会病院のほうで入院治療を受けていて、退院後復職したいという方は、入院されている間に見学に来たりとか、退院されてすぐにリワークプログラムのほうに通ったりとかということで、病院併設なので、対応というか連携がとりやすいというのはあるのですが、そういった形で入院治療を受けて、退院してからすぐ通っていただくということがあります。

次の大体8週間くらいというところなのですが、現状としてなかなか、参加してから、休職しからの期間もあるので、あまり最初から半年がかりで、1年がかりでというと、そこまで休めなくなってしまう方も実際に出てきてしまうというところがあって、実際に継続的な利用をして、考え方の部分や行動の部分にアプローチしていくと大体8週間ぐらいで少しずつ効果が見られてくるかなというところで、まだそこで休職期間に余裕がある方や、本人の希望や主治医の判断があればそのまま延長して通うということはあるのですけれども、必ず皆さん8週間で卒業ということにはなっていないくて、基本的な最初の目安が8週間ということで、割と通う方も最初の印象で通いやすくなるかなというところもあってやっているのが現状です。

**【五十嵐氏】** どうもありがとうございました。

これは全体を伺っての話もありますし、私の印象としましても強く感じているのですけれども、なぜもっと早く我々のところに到達できないのだろうかというのがいつも疑問で、初回の休職で復職してうまくいく人ももちろんいるのです。そういう人たちは結果においてリワークプログラムは必要ないのかもしれない。でも、2回目、繰り返す人たちは絶対に私は必要だと思うのですけれども、そういうところに来る方はまだまだ少ないのです。3回も4回も、実は来月も復職しないとクビなのですという人も来るわけです。ですから、もっと早くこのプログラムに入れないかというのは非常に大きな命題ではないかと思えますし、そのために入院という方法を選ばざるを得ない場合も多いのです。その辺、佐藤さん、いかがでしょうか。現場で、社員が休み始めたら、早くこういうものをという情報提供みたいのをさせていただくと、ずいぶん後もいいのかなと思うのですけれども、なかなかその辺はやりにくいのでしょうか。

**【佐藤氏】** 復職支援をやっている医療機関がまだまだ福島では少なく、もちろんそういうところを利用させていただきたいという気持ちはあるのですけれども、まだそんなにないというところがあります。そして、主治医の先生から復職可という診断書をもらい、本人も焦って出てくるというパターンがどうしても多いものですから、会社の中でリハビリ入社という形に今はなっているというのが現状です。

**【伊藤氏】** これはやっぱり私たち、私も精神科医ですけれども、私もこういったリワークプロ

---

グラムをやり始める前は、本当に病状がよくなるともう復帰できるものだとばかり思って、五十嵐先生のご発表にもありましたけれども、ついつい復職可能という診断書を書いてしまって会社に送り込んでいたということもあったのかなというふうに反省しているところもあるのです。病気がよくなるということと会社に復帰するということではやはりちょっと違うレベルがあって、こういったリワークプログラムに参加していただくと、五十嵐先生のご発表やコメントにもありましたように、本当に見えてくるものがあるというふうには思います。今ほどコメントにもありましたように、本当に初回ですぐに復帰できる方もたくさんいらっしゃると思うのですけれども、なかなか復帰に戸惑っているケースとか、再発を繰り返して休んでいるケースなどは、やはりこういったリワークプログラムをやっているところがあるということをごひ県民の皆さんにも知っていただけたらなと思います。

フロアの方でもいろいろ聞きたい方がいらっしゃるかもしれませんが、ぜひこの機会にご質問ある方がいらっしゃったら、恥ずかしがらずに手を挙げていただけたらと思います。

**【フロア】** 福島は、リワークプログラムを利用できる人というのはすごく恵まれている人だと思います。企業の従業員数でも、1,000人以上の従業員がいる会社などというのはほんの例外中の例外ですし、300人以上だって結局本当に一部でしかない。今、非正規社員が大体労働者の3分の1ぐらいいますけれども、雇用保険に入っていないという人も結構いるのです。雇用保険に入っていたというのは正社員でいたという人なので、すごく恵まれている。

それで、普通だったら、うつ病とかそういうのになったら、医者が結局、もう働いてもいいよというふうな許可がなければ働かせるのはちょっと難しいと思うのですけれども、実際問題、生活が貧しくて、例えば子どもがいたりして、自分が働かないと結局生活していけないなんていう人も中にはいるのです。そうすると、やっぱり働きたいと言うのだけれども、やらせてみても絶対無理だというのがあったり、だから、その辺のところをこれからぜひ考えていただきたいなというふうな強い希望を持っています。

**【五十嵐氏】** 先ほど私たちのデータをお示ししたと思いますけれども、私たちのところでもいわゆる大企業は半分ぐらいの方でありまして、中小の方もおられて、今おっしゃったように、簡単に診断書を出しただけでクビになってしまう小企業などもあって、そういう人たちを我々は何とかしていかなくてはいけないと考えているわけです。プログラムという面から見ると、休職中の方と、仕事を辞めてしまってもう一度仕事へ戻っていくという方を一緒になかなかできないもので、仕事をこれから探していくという就労支援もこれからやっていかなくてはいけないと思っていますのですけれども、まだちょっと後手後手に回っている状況ではあります。

でも、確実に言えることは、病状がしっかり回復していれば、いずれどこかで必ず働けるようになるということは確かですので、私は、そういう方たちは、辞めてしまった方たちも含めて、リワークプログラムを利用できない方は、毎週1回の診察で、アルバイトを見つけ、例えば障害年金をとるとか、いろいろな方法で復職してもらうように、就労してもらうようにしております。それは東京でも決してそういう方が少ないわけではなくて、実は結構そういう方のほうが多いのかもしれないというふうに思っています。

**【フロア】** 私は臨床心理士で、うつを中心にやっています。私は統合失調症に興味があるのですが、統合失調症の就労支援とか、そういったことというのは、やっぱりなかなか統合失調症の人は会社に復帰するということが難しいのでしょうか。五十嵐先生、お願いします。

**【五十嵐氏】** 統合失調症でも、どういうレベルの統合失調症かによってずいぶん違うのではないかと思いますし、会社が求める就労のレベル、それと相互に関係してくるので、会社が相当な配慮をしていただければ十分やっていけるのだらうと思いますし、もう一つ、ご本人の病識といたしますか、治療に対する意欲とか、そういうものも大いに関係していると思います。

これもちょっと話がずれるかもしれませんが、統合失調症もかなり軽度の方が僕は増えているように思っていて、とにかく、ある会社に採用された、それで休職したという中に非常に軽い統合失調症の方がおられるのです。そういう方は我々のプログラムと一緒に入ってしまって復職しています。ですから、そういうことももちろん可能だらうというふうに思います。でも一方で、非常に重い統合失調症の方はやはり精神科病院にお願いしなければいけないし、入院等になって、その後の就労支援のコースはあるにせよ、なかなかハードな予後の場合もあります。そういうふうに考えています。

**【フロア】** 質問させていただきます。

私は今回、休職予備軍という立場で参加させていただきまして、もし今後休職になった場合にどのような、今回、あらまほしき姿といたしますか、そういったのを聞かせていただきまして非常に参考になりました。

ただ、やっぱり、先ほどの発表の中で野澤様から、いったん休職に入ってしまうとなかなか職場環境によっては復職に至らずに退職に至ってしまうとか、いったん休職になってしまうと、やっぱり今後の生活が非常に苦しくなるというのも今回のシンポジウムで非常に痛感したところでございまして、頑張るしかないのかなというのがございます。今回、私は生活困窮もあって病院には通えない状況だったのですが、先ほどの基調講演の中で職場結合性うつ病という概念の紹介をいただきまして、まさに私の状況に何か近いような概念があったものですから、こういった状況なのかなと自分の中で認識できただけでも大きかったです。

それで、ちょっとお聞かせいただきたかったのは、福島はなかなか理解のある職場ばかりではないと思います。それこそ、休職を出したら、診断書を出したクビになるような状況の職場もいっぱいあります。そういった状況の中で、リワークに携わっている皆様の中で、何か苦労話あるいはこういった対策をしているのだとか、そういう経験があればお聞かせいただければと思います。よろしく願いいたします。

**【野澤氏】** 退職された方というのはいろいろな、多分、もうこの仕事は自分には合わないかなと判断されたりとかそういう方もいらっしゃるし、戻りたかったけれども、職場の判定が出なかったという方もいらっしゃるの、それは個別の問題で、休める状況があって、休んでもう一回頑張れる体力がつくのであれば、頑張り倒さずに休まれたほうがいいと思うのですが、そういうふうな制度があるかどうかだと思います。

私のほうでいろいろな方と相談していて、最初の同意のところかとれないとやっぱりリワーク

---

できないという話をしたのですけれども、本人さんは戻りたいけれども、事業所の方は例えば辞めてもらいたいなと思っていたら同意はとれないのです。最初にそこを確認しておかないと、戻るともりで始めていても、最終的にだめですと言われてたらすごくショックなので、そこは最初は本当にしっかり確認します。でも、確実に約束していただくわけではなく、きちんとプログラムが進んで、戻れる状態になればちゃんと復職できるようにというふうな話です。

**【伊藤氏】** 確かに、なかなか苦労して、やむを得ず退職されたケースもあると思いますけれども、実は今、障害者職業センターさんといろいろな会議などもやっていますけれども、障害者の方の雇用を促進しましょうというようなことで法律が改正になって、障害者雇用法というのが改正になって、昨年7月から、今まで301人以上の企業が障害者を雇わなければいけなかったのが、201人以上の企業になったのです。それがまた、平成27年の4月からは101人以上の企業が雇わなければいけないというふうになってきているのです。

もしも心の病気になって仕事を失った方について、福島では、軽いところの病気の方であっても、少し手帳を取得していただいて、障害者と言われるのはちょっと嫌かもしれないのですけれども、少し障害者の雇用の枠で何とか企業に入ってもらえないかなどという話を少し皆さん方としてしているところなんです。実際にそういった形で、うつ病の方で仕事を辞められた方も、少し企業に入られて頑張っておられる方を何人か私も知っています。もちろん、いろいろな方の支援を受けながら何とか頑張っていますなどということを先週も外来に来て言っておられました。

もう一つは、なかなか経済的な事情で病院に来られないというお話も今ありましたけれども、心療内科や精神科への通院については、病状によっては公的な公費の負担制度というのがありますので、その辺についても少し、福島県内にたくさんクリニックもありますし病院もありますし、いろいろなところがありますので、そういったところの窓口などでもご相談していただくと、ご自身の負担が少し軽くなって通院しやすくなるかなと思いますので、その辺もご検討いただけたらと思います。

そのほか、どなたか何かご質問ありますか。      なければ、最後に五十嵐先生から全体をまとめて一言お願いしたいと思います。

**【五十嵐】** 今日はこの場を与えていただいて本当にありがとうございます。

企業の方からのお話もありましたし、国の出先機関の障害者職業センターでどういうことをやっているかというのも皆さんおわかりになったと思いますし、医療機関がどういうことを目指してどういう活動をしているかというのもわかったと思いますので、先ほども申し上げましたけれども、2回目の休職というような事態になったらぜひご利用いただきたい。休職期限がどんどん少なくなってしまう中での利用というのは、ご本人は焦りますし、ご家族も心配でしょうから、ぜひ早目にそういうプログラムを受けていただくことが私は重要ななと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。

**【伊藤】** ありがとうございます。

シンポジストの皆さん、五十嵐先生、本当にありがとうございました。

(以 上)