

リワークプログラムの現状と課題

五十嵐良雄

(日本うつ病リワーク協会理事長)

本論では気分障害を主な対象としたリワークプログラムについて述べた。プログラムは単なる集団療法ではなく、集団療法と心理療法が一体として提供されていることが重要である。プログラムを必要とする背景として、気分障害圏の疾患の非定型化を基とした広がりや発達障害などを背景とする休職者が増加した社会的背景があったことも関係している。また、リワークには、医療機関で行われる精神科治療としての医療リワーク、障害者職業センターで行われる職業リハビリテーションとしての職業リワーク、そして、職場やEAPで行われる復職してよいかの見極めを行う職場リワークに分けられ、それぞれ役割が異なることを指摘した。プログラムの概要では、メディカルケア虎ノ門のプログラムを例にプログラムの治療構造についても言及し、復職してはじめてスタート地点に立つという意味で、復職後のフォローと治療も重要である点に触れた。また、プログラム終了後の就労継続性を指標としたアウトカムデータも示した。最後にうつ病リワーク研究会の10年間の活動を基に、日本うつ病リワーク協会として法人化することにも触れ、法人化の目的と今後の課題も整理した。

目次

- I はじめに
- II プログラムの黎明——集団療法としての側面
- III プログラムの深化——心理療法の導入
- IV プログラムの発展の背景
- V 三つのリワーク
- VI プログラムの概要
- VII プログラム終了後の関与
- VIII プログラムの効果
- IX おわりに——研究会から協会への発展と今後の課題

I はじめに

リワークプログラム（以下、プログラム）とは、精神疾患とりわけ気分障害によって休職している労働者を対象とするプログラムで、医療機関のデ

イケアなどで再休職の予防を最終目標とする治療プログラムである。現在、日本全国で220カ所以上の医療機関で実施されている。そのようなプログラムの発展の経緯を検討すると3つの大事な要素があると考えている。それは、①集団療法であるという点、②心理療法がプログラム化されていること、③時代性という背景、である。本論では、プログラムの概要やアウトカムに触れ、今後のプログラムの課題についても述べる。

II プログラムの黎明——集団療法としての側面

プログラムの嚆矢は1997年に秋山により始められた職場復帰援助プログラム（RAP）（秋山・岡崎・大塚 2014）であるが、当時は休職中の患者を集め、通所してオフィスワークなどの机上での作

業や卓球などの運動を集団で行う集団療法の域を出るものではなかった。それでも診察室内での診療で得られる情報と比べると、集団の場での言動は多くの貴重な情報が得られる点で大きな効果があった。

2005年1月より我々が診療報酬上での精神科デイケアでプログラムを始めたわけだが、プログラム中に観察していると、軽躁状態がかなり多い、あるいは、適応障害とはいうもののその背景に発達障害あるいはその傾向が潜んでいることなどがよく見えたことから、集団の場から得られる情報から診断が変更されることも珍しくないことを経験した。したがって、プログラムの役割は診断の場であると考え、薬物療法を見直す、あるいは、疾患や障害に焦点を当てたプログラムを開発することにより、より深いレベルでの診断に基づくリハビリテーションができることとなった。これらのことは集団療法としてのプログラムの存在価値が位置づけられたといえよう。

Ⅲ プログラムの深化——心理療法の導入

これまで述べたようにプログラムは集団を対象に行うので集団療法としての視点が基本的にあるのだが、手法としてのSST（社会技能訓練）などはこれまでも多用されてきた。しかし、精神科リ

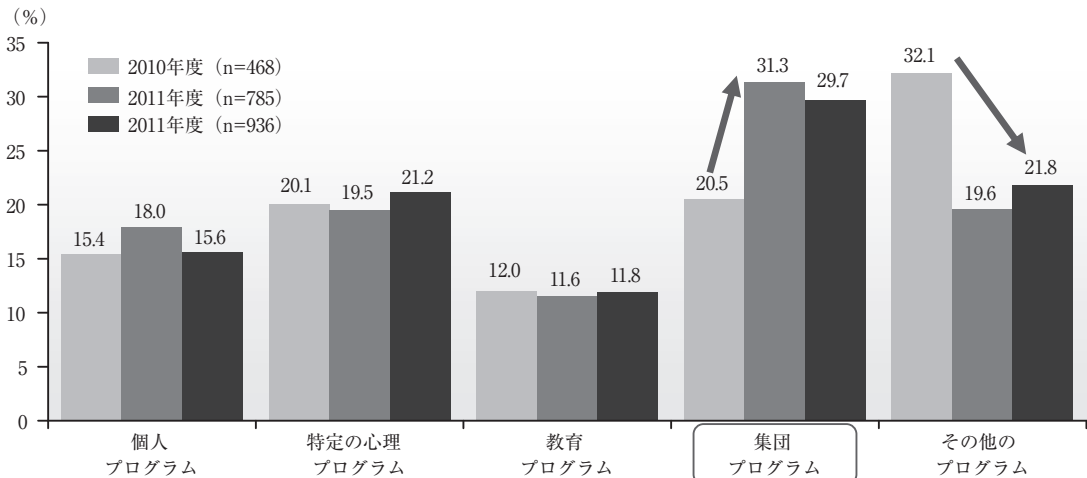
ハビリテーションの領域で心理療法をその治療プログラムに系統的に取り入れたのは、気分障害などの「抑うつ状態」を対象としたこのプログラムがおそらく最初である。

2005年1月に我々がプログラムを始め、同年7月からプログラムの一環として復職後に集団認知行動療法をクローズドグループで開始した。当時のプログラムの内容はまだまだ手探り状態で、運動プログラムとして卓球、自作のテキストを用いて疾患の勉強をする疾患教育、休職の原因を探る自己分析、オフィスワークなどが主なものであったことから、NTT 関東病院で実施されていた集団認知行動療法のスタッフを講師として招き、当院のスタッフも加わって復職後の再休職予防のプログラムとして取り入れた。

2008年3月には全国の34医療機関が集まりうつ病リワーク研究会が発足したが、その頃より認知行動療法等の心理療法をプログラムに取り入れる施設が増えてきた。2008年度より厚生科学研究でプログラムの標準化をテーマとした調査研究の結果、2010年には「標準化リワークプログラム」（林・五十嵐 2012）の一つのカテゴリーに心理療法が位置づけられ、プログラムを形成する一つの重要な要素となった。図1に示すように、現在では全国の医療機関で行われているプログラムのうち、約20%が心理プログラムで構成されて

図1 医療リワークプログラムの実施形態（推移）

●その他のプログラムが減少し、集団プログラムが増加



出所：林・五十嵐（2012）

いる。行われる心理療法は認知療法，認知行動療法，行動療法，対人関係療法，サイコドラマなど多彩である。

このように，精神疾患による休職中の労働者が復職や再休職の予防という共通の目的を持つ均一な集団が構成できたことは，リワークプログラムの成立には重要な点であるが，加えて心理療法的アプローチがプログラムを通してなされ，再休職予防への効果が発揮されている。そもそも職場で働くということは対人関係が主要な要素であり，集団療法と心理療法を取り入れたリワークプログラムの成り立ちは自然なものであったと考えられるが，うまく融合した形でプログラム化されていることが大事である。

IV プログラムの発展の背景

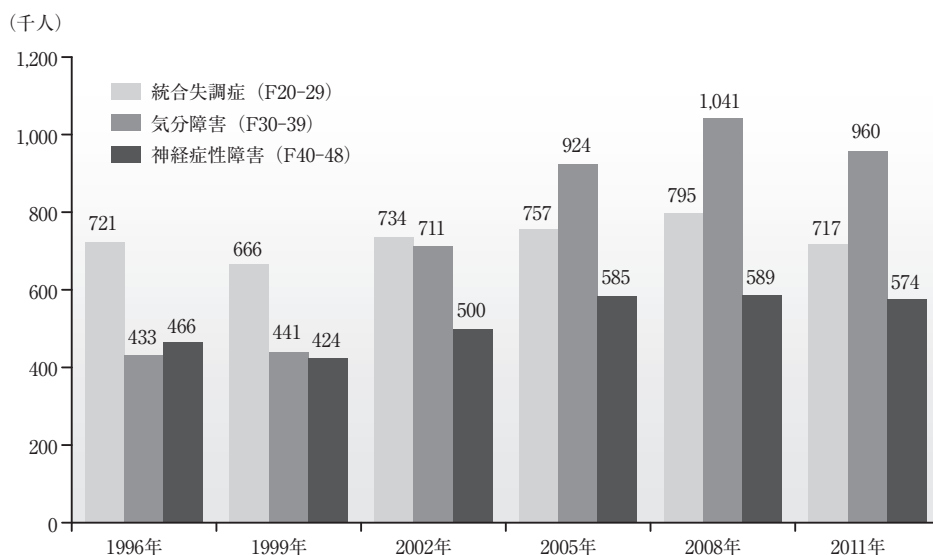
プログラムに発展をもたらしたもう一つ大きな要素は，時代的な背景である。厚生労働省の『患者調査』において精神疾患をみると，図2に示すように，2008年にうつ病や躁うつ病などの気分障害で治療中の患者数が100万人を超えた。ここで重要なことは，1996年と比較してわずか8年後の2008年に2倍以上に増えたという点である。このように10年間に気分障害が2倍に増えるな

かで，病気の表現型が変わってきた。現代の気分障害の特徴は，①「他罰性」，②「強い不安」，③「過剰な元気さ」に集約できると考えている。

他罰性は現代風なうつ病であるディスチミア親和型うつ病（樽味・神庭（2005））や未熟型うつ病（阿部 2001）というような病型の特徴ともされ，周囲の人への配慮がなく，つらい症状の源を自分以外に求める結果として他罰的言動となる。背景には自己へ向き合えない自己愛的で未熟な人格があり，現代型パーソナリティ障害との指摘もある（牛島ほか 2013）。家庭や学校における育ち方，育てられ方，少子化，逆境への経験不足などがあり，デイケアでのメンバー間での仲間体験が重要であるとも指摘されている（牛島ほか 2013）。

「強い不安」に関しては，現代のメランコリー親和型ともいえる職場結合性うつ病（加藤 2006）の中核的初期症状が不安症状であり，漠然とした不安感であるが，身体的な緊張感を伴い，不安が強くなれば自律神経症状（発汗，動悸，息苦しさ，下痢，腹痛，吐き気や嘔吐，発熱など）が出現する。特に対人関係で不安が強くなると，会議や発表，上司の前で極度に緊張する，かかりつけ医や内科医を受診しても，検査上でも所見がなくストレス性と診断され精神科医に紹介されてくる。しかし，このような身体症状が始まっても，いずれは

図2 精神疾患患者数の推移



出所：厚生労働省『患者調査』 総患者数（傷病基本分類）

“抑うつ状態”を呈するようになる。

「過剰な元気さ」は、抑えられないテンションの高さであるが、一生続けば発揚気質の人と理解される。しかし、このテンションが続かなければ、気分・調子の波を形成することとなり、気分が揚がってもやがて下がることになる。揚がるといっても、せいぜい110%程度の気分レベルであるが、下がる時は50%以下となり“抑うつ状態”だけが目立つことになるので、反復性うつ病と診断されることが多い。しかし、本人にとっては110%を100%と信じ、そこを目標とするので、時々テンションの高い時期があるものの、低い時期がすぐに来て、復職と休職を繰り返す。軽微双極性障害あるいは双極Ⅱ型障害（内海 2006）という立派な病気でありスペクトラムという連続性の中で捉えるという考え方もある。抗うつ剤ではなく気分安定薬が必要であるが、効果はなかなか得られず、薬物療法のみでのコントロールはなかなか難しく、しばしば休復職を繰り返すことになる。

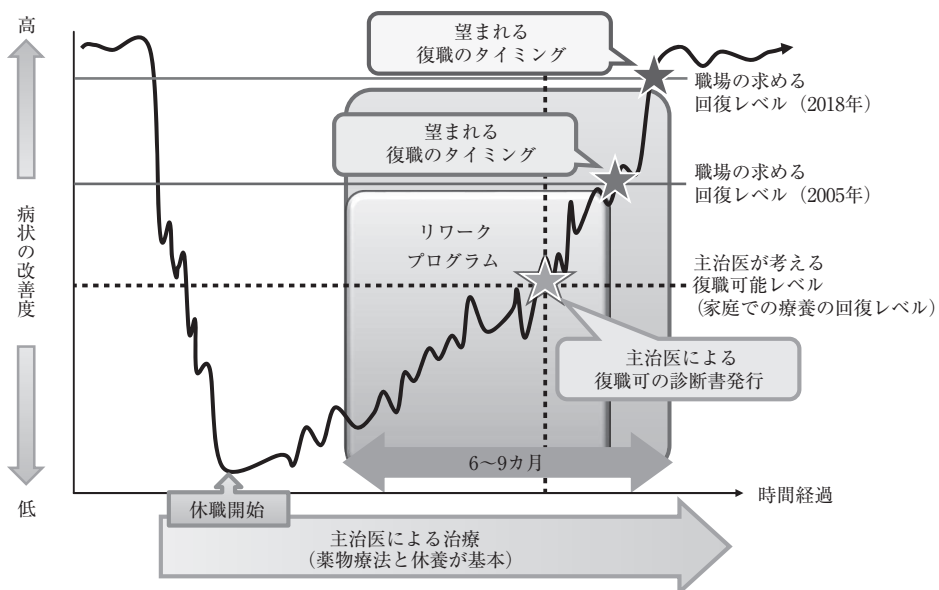
更に今後の職場における“抑うつ状態”の課題として、大人になって気付かれる発達障害（市川 2013）を念頭に入れることが必要である。知的能力は高いが、コミュニケーション能力は低く、入社して比較的時間もない頃に不適応による適応障害

を呈する例が、さほど珍しくない。そういう人たちの過去を辿っていくと、発達障害を背景とし、気分障害が児童・思春期に発症している例も少なくない。プログラムの利用者で発達障害を背景に持つ利用者は20～30%程度はいると考えておくべきであり、今後の大きな課題である（高橋・福島 2017）。

“抑うつ状態”のため休職となっても家庭で療養すれば病状は回復してくるが、複雑な病状や疾患の背景があり復職可能と判断する時期の見極めは困難をきわめる。就労を安全に継続できる病状の回復度をわれわれは復職準備性（図3）と呼んでいるが、図3に示す会社の求めるレベルが近年（図3中の2018年のレベル）では以前のレベル（図3中の2005年のレベル）より高くなっている可能性があり、経験のある精神科医によっても復職時期の見極めは容易ではないという認識は精神科医にも理解されてきている（五十嵐 2010）。このようなことからプログラムの主要な目的は、復職準備性を判断することであるといえ、この点が会社の産業医や産業保健スタッフの信用を勝ち得るところとなっている。

さらに日本における社会的背景である、働き方が大きく関係していることが指摘できる。過剰業

図3 休職中の病状の回復と復職準備性



をはじめとする労働者の自殺はその氷山の一角であり、職場のストレス要因は様々あることが指摘され、ストレスチェック制度へと結びついた。加藤が指摘する職場結合性気分障害（加藤 2006）では、単にうつ病だけではなく、双極性障害とりわけ双極Ⅱ型障害の発症に関して時代性も関連した発症メカニズムがあることが論じられている。

このようにいわゆるメランコリー親和型うつ病のような古典的なタイプのうつ病はプログラムの利用者には極めて少なく、多くはこれまで述べた気分障害しかも非定型的な病像を示す利用者が圧倒的に多く、この点も時代の背景がこのプログラムの必要度を上げていていると感じる。

V 三つのリワーク

近頃、「リワーク」という言葉が随所で様々な意味に使われ、概念が混乱している。このようなことから、私たちはリワークを表1に示すように、医療機関で行う「医療リワーク」、障害者職業センターで行う「職リハリワーク」、企業内や従業員支援プログラム（EAP）などで行われる「職場リワーク」に分けて考えている。

これら3つのリワークの違いを表1に示すが、「医療リワーク」は、本論で述べている医療機関で行われる治療を目的としたリハビリテーションである。復職支援に特化したプログラムが実施され、再休職の予防を最終目標とした働き続ける病状の回復と安定を目指した治療である。健康保険制度のもとで厚生労働省が定める施設基準のあるデイケアや作業療法あるいは集団精神療法などで行われ、利用者本人の自由意思に基づき、費用の一部は自己負担となる。

一方、厚生労働省傘下の独立行政法人高齢・障

害・求職者支援機構により都道府県に少なくとも1箇所置かれている地域障害者職業センターは、公共職業安定所と連携しながら職業相談から就労・復職支援および職場適応までの一貫した職業リハビリテーションサービスを提供している（加賀 2013）。そして、休職している労働者に提供されるサービスが「リワーク支援」であり、民間企業に在籍する休職者の職場復帰と職場適応および雇用主を支援していく職業リハビリテーションプログラム（加賀 2013）である。目的は職場適応と雇用主の支援であり、病状を回復させるための治療ではない点が、医療機関のプログラムとの最も大きな違いで、「職リハリワーク」と呼んでいる（表1）。もちろん、主治医の許可も得て「リワーク支援」は始められるが、主治医がうまく機能しないと病状の不安定な利用者との間でトラブルになりがちである。したがって、病状が安定しており、主治医－患者関係が良く、主治医も協力的であることが重要である。職場適応と雇用主への支援は、医療リワークでは現状のスタッフ配置では実施がなかなか困難なため、職場への支援が必要なケースに向くプログラムである。

企業内で行われる復職支援のためのプログラムなどを「リワーク」と呼ぶ場合がある（表1）。これは企業が社員に対し、安全に復職を果たすために行う支援である。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」で示した指針に盛り込まれた試し出勤やリハビリ出勤もこれにあたる。背景には主治医の発行する復職可能とする診断書どおりに復職させても再休職が多いという現実に対応する措置である。休職中に行われるため、業務はさせないが出勤が可能かを確認でき、職場での様子も観察することにより、復職させて安定した就労ができるのかを見極める

表1 3つの「リワーク」とその違い

	実施機関	費用	対象	主な目的
医療リワーク	医療機関	健康保険	休職者	精神科治療 再休職予防
職リハリワーク	障害者職業 センター	労働保険	休職者 事業主	支援プランに 基づく支援
職場リワーク	企業内、 EAPなど	企業負担	休職者	労働させて 良いかの見極め

ことが大きな目的であり、「職場リワーク」と呼んでいる。

この3つのリワークは目的も内容も異なるものであり、利用者の目的に応じた使い分けがされなければならない。病状が不安定で診断もはっきりしない利用者は医療リワークに導入しなければならない。治療を目的として職リハリワークに導入されると復職がうまく達成されないばかりでなく、病状の悪化や遷延化を招くことなりかねない。小規模事業所で社員の休職者の経験が少ないところでは、職リハリワークでは事業主に適切なアドバイスを与えることもできる。その違いを知って、上手に利用してほしい。

VI プログラムの概要

プログラムの基本的なステップは図4に示すものである。

第1段階では規則正しい生活リズムの中で病状を安定させる。主に通院治療により薬物療法に加え、自宅での療養中の生活指導では行動療法的なアプローチが用いられる。すなわち、規則正しい生活をするによって症状が回復することを通じ、自己コントロール感を取り戻す。通常は1～2日の参加から始め段階的に日数を増やしていくのは、リハビリテーションの原則である。

第2段階では集団に馴染むとともに疾病についての心理教育が行われる。また、休職によって業務は免じられるが、自らの疾病を直す Sick Role (パーソンズ 1974) への役割の転換を求められる。そして休職理由の自己理解を促し、自己の課題と環境におけるストレス要因を整理し、その相互関係の中で抑うつ気分が生じ休職に至ったことを知

ることを通じて認知の修正を促す。

第3段階として、復職後に休職時と同じ対処方で対処したのでは容易に再休職につながるの、行動療法に基づいた集団プログラムを行う。このことによりかつてとは異なるしなやかさを備えた行動へと変容させた対処行動を身に付け、復職後の再休職へ備える。

また、集団で行われるプログラムであるので、診察場面では得られない情報から、しばしば診断が変更される。とくに、双極性障害の軽躁病相、発達障害に由来するコミュニケーション障害、不注意やこだわりなどの存在を確認することができる。加えて、プログラムの工夫によってそれらに対しても治療的な関与(飯島ほか 2016)が可能である。

メディカルケア虎ノ門のプログラムの治療構造を図5に示す(飯島ほか 2016)。プログラムに入る前の時期はいわば建物でいうと土台を作る時期である、症状の改善はもちろんのこと、規則正しい生活リズムの回復が得られていることがプログラムを始める基本的な条件である、これが保証されないとその後のプログラムの継続は困難である。プログラムが始まると、当面の目標は集団での生活に慣れることである。その為に運動プログラムやレクリエーション的要素を入れたプログラムや疾病教育などが用意される。次いで休職理由を自分で整理して理解することが必要となる。プログラムの目標は再休職の予防であるから、休職に至ったプロセスを詳細に検討し、発症から休職に至る症状の推移を知り、ストレスと感じた環境の要因と自己の中にある要因や課題を整理する。当院ではこの作業を「自己分析」と名付け、一つの重要な段階と位置づけている。その段階が終わ

図4 プログラムの三段階

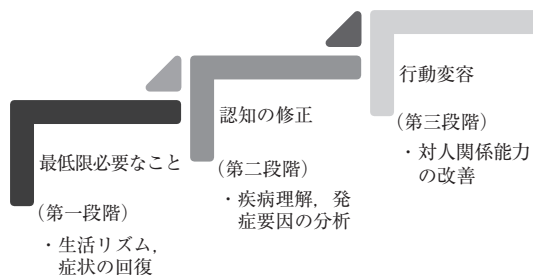
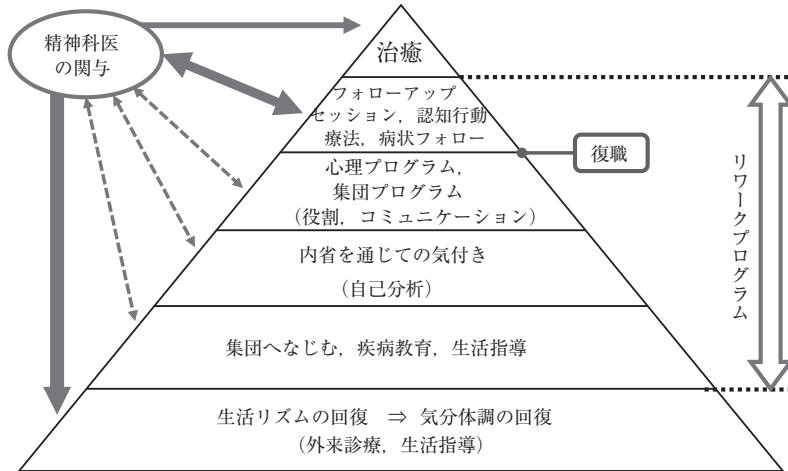


図5 リワークプログラムの治療構造



ると心理プログラムが本格的に始まるが、環境と自己に関連する休職要因が整理されている状態であるので、心理プログラムにも積極的に参加することができる。同時に、復職してからの再休職予防のために行動療法的な集団プログラムでは、ストレス場面での自己の課題が再現され、その際の行動変容を促すようにスタッフが介入することが非常に大事である。復職後にも診療は継続されるが、復職後に生じる悩みや相談を行う場であるフォローアップのためのプログラムや集団認知行動療法が実施され、再休職の予防を図る。そして、プログラムにおける評価も産業医へ提供され、復職判定の一助とされる。

Ⅶ プログラム終了後の関与

プログラムが終了すると復職となるが、ここで大事な点は、復職はプログラムの終了ではなく新たな再スタート地点に過ぎないことである（図5）。復職後にもフォローアップセッションを持っている施設も多く、再休職予防への寄与度は高い。そして何より大切なのは主治医による病状のフォローである。

主治医による治療は復職後当面の間は続く。復職後経過が良いと会社では復職時の就業制限が解除されてくる。復職後半年から1年のうちにも周囲の上司や同僚も本人が休職していたことを忘れ

たかのように業務上の忙しさが戻ってくる。休職前と同じようなストレス場面も出てくる。このような時に通常は薬は減らさない。ストレス状況が続き、十分に病状が安定していることを確認してから徐々に減薬を始める。それを繰り返していけば、投薬は終了する。通常にストレスにさらされながらも病状は再燃しない状態が観察されるが、その時点が治療である。当院に転院してプログラムをはじめて3～5年くらいのうちにこのような状態へと進んでいく。もちろんこれは理想的にうまくいった場合であり、再休職する場合ももちろんある。

Ⅷ プログラムの効果

プログラムの効果を検討する際、その最終目標は再休職予防であるため、主となるアウトカムの指標は、復職後の就労継続性である。しかし、少なくとも次の2つの段階において検討することが求められる。1つ目は、復職を達成したか否か、そして2つ目は、最終目標である再休職予防の効果、すなわち、復職を達成した後に、再休職することなく就労を継続できているかどうかである。

復職の達成については、プログラムを完遂し、主治医による復職可能の診断書が事業場に提出されると、現状では事業場の復職判定はその殆どが「復職可」となる。これはプログラムの途中で脱

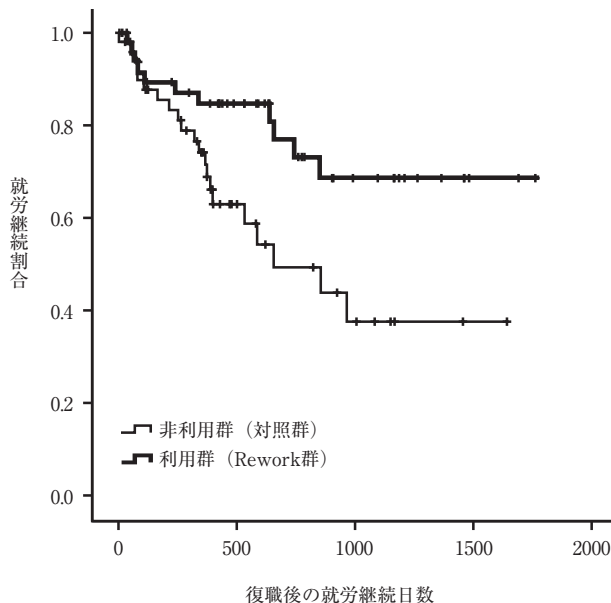
落せずに完遂することが、復職の達成とほぼ同義となっていること示す。しかしながら、復職以前にプログラムからの脱落者が一定の割合で発生することが考えられ、脱落状況を検討も、プログラムの効果の検討に不可欠なものとなっている。なお、当院で過去に行った脱落状況を含んだアウトカム研究（大木 2012）においては、プログラムからの脱落率は 22.8%であった。

再休職予防効果については、復職後の就労継続性をアウトカム指標とした研究がいくつかある。その中で、プログラム利用者と非利用者の比較を後ろ向きコホートにより検討した研究（大木 2012）の結果の一部を紹介する。組み入れの基準は、気分障害による休職を 2 回以上または 1 回目であっても 6 カ月以上休職した者である。プログラム利用群はリワークプログラム実施施設、非利用群は企業健康管理室よりデータを収集した。しかし、両群には収集した殆どの属性データ（年齢、性別、休職歴、主診断、業種）に差異が見られた。そこでプログラムへの適応に伴う交絡を調整するため、傾向スコア（Rosenbaum, Paul and Rubin 1983; 1984）によるマッチングを実施し、100 名（利用群：5 医療機関 50 人、非利用群：19 社 50 人）を抽出した。

属性のバランスを揃えた 100 名の就労継続性の比較を図 6 に示す。復職日を起点とし、イベントを病状の再燃による再休職、失職、自殺とした生存分析であり、log-rank 検定の結果、プログラム利用群は非利用群と比較し、就労継続性は良好であることが示された ($p=0.008$)。さらに、両群を単群にまとめ、属性にプログラムの利用状況を加えて Cox 比例ハザードモデルによる多変量解析を行った結果、リワークプログラム利用者に対し、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、プログラム利用群の就労継続性が良好であることが確認できた。しかしながら当該研究は、両群の臨床的症状の比較は休職回数と総休職期間の休職歴による情報のみであり、客観的な評価に基づく臨床的症状の重症度の比較ができていないなどの課題が残った。

プログラムの効果について、プログラム途中の脱落状況と復職後の就労継続性の 2 段階の指標に基づき、これまでの研究結果を紹介した。しかしプログラムは、復職や復職後の就労継続性という、社会的機能の回復を目指すリハビリテーションプログラムであるがゆえに、社会的な問題としての関心が高い。よって臨床的視点による評価の

図 6 リワークプログラム利用群と非利用群の比較



出所：大木（2012）

みならず、医療経済的視点による評価や、患者の主観的評価など、多様な視点による効果の評価が求められる。加えて、全国に普及したプログラムの質の担保及び均一化のため、実施する医療機関によるプログラムの質の評価も今後の重要な課題となっている。

IX おわりに——研究会から協会への発展と今後の課題

医療リワークを行う医療機関が組織するうつ病リワーク研究会は2018年3月で満10周年を迎えるにあたり、2018年2月に法人化を行い、「一般社団法人日本うつ病リワーク協会」として新たな法人として発足した。法人化の目的は、以下の点にまとめられる。①うつ病リワーク研究会の会員数が増加し、全国的な広がりを見せてきたことを背景として、プログラムの均一化が求められるようになり、スタッフや施設の認定が必要となってきた。②認定を進めるために任意団体からより公益性の高い団体となる必要性が生じた。③社会的信用度も高め、プログラムのさらなる広がりや経済的補償も得るために法人化が必要となった。

協会としての事業の大きな柱は、①プログラムの社会への普及啓発、②プログラムの内容充実の為の研修体制の拡充、③プログラムに関わるスタッフと施設の認定を通じての質の確保、である。この3点は研究会が発足してから脈々と続けてきたワーキングチームの活動の集大成でもある。

気分障害等の精神疾患で休職する労働者は全国どこにでもいるものの、医療リワーク施設数はまだまだ不足していると思われる。一方、各施設での実施するスタッフのレベルがなるべく均一化し、プログラムの内容などがポイントを押さえたものであることが望ましい。上記にあげた協会の3つの役割は相互関連し、今後のリワークプログラムの発展拡充に寄与していくものと考えている。

なお、3カ年計画（2018～2021年）の重点施策として、(1) 社会的課題への取り組むための啓発活動、(2) リワークプログラムの質の向上、(3) 関連諸機関との連携、(4) 会員拡大、(5) 経済的

評価獲得への取り組み、の諸点を掲げて活動していく予定である。

参考文献

- 秋山剛・岡崎渉・大塚大 (2004) 「総合病院における職場復帰援助プログラム」 梶梧編『現代のエスプリ別冊 こころの病からの職場復帰』 pp. 208-221.
- 阿部隆明 (2001) 「『精神病理学 最近の進歩』未熟型うつ病(解説/症例報告/特集)『最新精神医学』第6巻2号, pp. 135-143.
- 飯島優子・高橋望・榎屋貴子・吉村淳・福島南・五十嵐良雄 (2016) 「リワークプログラムにおけるチーム医療」 山本賢司編『精神科領域のチーム医療実践マニュアル』 pp. 58-76.
- 五十嵐良雄 (2010) 「精神科医療機関におけるうつ病・不障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究および復職支援ガイドブックの作成事業報告書」『日精診ジャーナル』188号, pp. 158-166.
- 五十嵐良雄 (2013) 「リワークプログラム利用者と非利用者の就労予後に関する比較効果研究」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.
- 市川宏伸 (2013) 「高機能発達障害者のリワーク」『精神医学』55巻8号, pp. 735-740.
- 牛島定信・徳永雄一郎・武田龍太郎ほか (2013) 「『職場のメンタルヘルスと復職支援——その効果的な利用のために』パーソナリティ障害とその周辺のリワーク(解説/特集)』『精神医学』55巻8号, pp. 729-734.
- 内海健 (2006) 『うつ病新時代——双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.
- 大木洋子 (2012) 『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——利用者の就労予後に関する検討』デイクエア実践研究・日本デイクエア学会誌 Vol.16, pp. 34-41.
- 加賀信博 (2013) 「地域障害者職業センターのリワーク支援」『精神医学』55巻8号, pp. 777-784.
- 加藤敏 (2006) 「『うつ病態の精神療法』職場結合性うつ病の病態と治療(解説/特集)』『精神療法』32巻3号, pp. 284-292.
- 梅味伸・神庭重信 (2005) 「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」『日社精医誌』13巻3号, pp. 129-136.
- 高橋望・福島南 (2017) 「発達障害の心理社会療法」五十嵐良雄編『「はたらく」を支える！職場×発達障害』 pp. 88-100, 南山堂.
- 林俊秀・五十嵐良雄 (2012) 「リワークプログラムの標準化」『臨床精神医学』41巻11号, pp. 1509-1519.
- パーソンズ, T. (1974) 『現代社会学体系第14巻——社会体系論』, pp. 432-469, 青木書店.
- Rosenbaum, Paul R, and D.B.Rubin (1983) "The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects." *Biometrika* 70, pp. 41-55.
- Rosenbaum Paul R, and D.B.Rubin (1984) "Reducing Bias in Observational Studies Using Subclassification on the Propensity Score." *Journal of the American Statistical Association* Vol. 79 No. 387, pp. 516-524.

いがらし・よしお 日本うつ病リワーク協会理事長、メディカルケア虎ノ門院長。最近の主な著書に『「はたらく」を支える！職場×発達障害』南山堂、2017年。専門は気分障害等のリハビリ。