

うつ病等休職者に対する低強度認知行動療法を中心とした心理療法の効果：集団認知行動および Internet CBT についての検討

著者	田島 美幸
学位授与年月日	2015-09-30
URL	http://doi.org/10.15083/00073395

博士論文

論文題名

うつ病等休職者に対する低強度認知行動療法を中心とした心理療法の効果～集団認知行動療法および Internet CBT についての検討～

氏 名 田島 美幸

うつ病等休職者に対する低強度認知行動療法を中心とした
心理療法の効果
～集団認知行動療法および Internet CBT についての検討～

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

紹介教員名 川上 憲人 教授

申請者名 田島 美幸

要 旨

本研究では、職場復帰を目指すうつ病等休職者に対して、精神科医療機関が行う効果的な心理的介入法が模索されている現状を踏まえて、2つの低強度認知行動療法プログラムを開発し効果検討を行った。研究①では通常診察群と集団認知行動療法群によるランダム化比較試験を行い、研究②では、リワークプログラムの補助ツールとしてのICBTの利用可能性を検討するために、リワークプログラム単独群とリワークプログラムとICBTの併用群による非ランダム化比較試験を実施した。主要評価項目の抑うつ症状は両研究ともに有意な改善を示

さなかった。本研究は、研究デザインや方法論上の問題を有しているため、これらの点を見直して更なる効果検討を実施する必要がある。

序 文

1. うつ病等休職者の復職支援に関する国際動向

企業労働者が抱える精神疾患の中で、うつ病の占める割合は高い。米国の大うつ病性障害の罹患率は全労働者の6%、年間の平均欠勤日数は27.2日であり[1]、休職に伴う雇用主の年間の人的資本損失は360億ドルともいわれている[2]。また、英国保健省の試算では、うつ病や不安障害等を含めた精神疾患に伴う労働収益の損失は年間261億ポンドとされている[3]。メンタルヘルス不調者の休業(Absenteeism)や健康問題による労務遂行能力や生産性の低下(Presenteeism)による企業損失は大きく、また、勤労者側も長期休職やそれに伴う収入の低下、社会的孤立に伴うQOLの低下など、さまざまな影響を被っている。

メンタルヘルス不調者の復職支援を労働施策の一環として位置づけているオランダでは、1990年代以降、社会保障受給者の労働市場への早期復帰を主眼とした改革を行った[4]。一連の改革は、従業員と雇用主の両者に職場復帰に向けた取り組みを求めるものであり、雇用障害者給付制度を設けて、求職活動を公的扶助の給付条件に含んだり、従業員が病気で就業できない場合には、雇用主

に給与の70%を2年間支払うことを義務づけた。また、精神的不調により休職した従業員の復職支援に関して、産業医向けのガイドライン[5]を2000年に発表し、復職支援の実践を担保した。このガイドラインは、気分障害や不安障害などの重篤な精神疾患ではなく、職場ストレスによる精神的不調者を対象としている点に特徴があり、症状が消失するまで長期間休職するよりも、早期復職に向けた積極的な介入を推奨している。

2. 日本におけるうつ病等休職者の増加とこれへの対応の現状

日本でも同様に、メンタルヘルス不調者は増加傾向にある。全国の14,000事業場を対象に実施した厚生労働省の労働安全衛生調査[6]では、メンタルヘルスの不調によって1か月以上休業または退職した労働者がいる事業場は全体の25.8%、1,000名以上の労働者を抱える大規模事業場では31.2%と報告している。また、国家公務員長期疾病病休者実態調査[7]では、長期休職者の総数は減少傾向にあるが、メンタルヘルスの不調による長期休職者は年々増加傾向にあり、総休職者の64.8%を占めると報告している。メンタルヘルス不調者の増加を踏まえて、労働基準局は「こころ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」を示し[8]、各事業場は職場復帰プログラムの策定や関連規定の整備などを義務付けられることになった。

日本の職場復帰支援の特徴として、事業所単位の復職支援プログラムに加えて、精神科医療機関においても、うつ病、あるいは、うつ状態を呈する適応障害などの精神疾患による休職者（以下、うつ病等休職者）向けのプログラムを実施している点を挙げるができる。近年、終身雇用制度などの日本的雇用慣行が変化したとはいえ、大規模事業場では病気休暇の取得や休職などの福利厚生が整っており、勤務年数に応じて数ヶ月から年単位の休職期間が確保される場合もある。そのため、特に長期間休職している勤労者にとっては、復職準備性を適切に評価して、職場復帰のタイミングを判断することが重要となるが、これを円滑に行うためには、事業場単位の復職支援に加えて、精神医療面からのサポートを必要とした。

精神科の診療場面では、医師は休職者の自己申告に基づいて復職準備性を検討せざるを得ないため、休職者自身が自分の状態を正しく把握できていない場合や、復職への焦りから自分の状態をより良く伝えてしまうような場合には、短時間の診療時間内に、復職準備性を判断するだけの情報が十分に得られないこともあった[9]。また、主治医の立場では、休職者の復帰後の職場の作業環境、内部組織の構成、就業規則や制度などを十分に把握できないこともあり、復職後の経過を事前に予測することが難しいという側面もあった[10]。そのため、専門の医療スタッフが復職準備性を定期的にアセスメントし、本人や主治医、

産業医や産業保健スタッフに対して、適切に情報提供する復職支援プログラムが必要とされるようになった。ちなみに、日本における復職支援プログラムは、精神科デイケアや精神科作業療法などとして実施されることが多く[11]、精神医療の枠内でサービスを受けられるため、治療中のうつ病等休職者にとっては利用しやすい支援形態といえる。

精神科医療機関が実施するこの復職支援プログラムは「リワーク (re-work) プログラム」と呼ばれ、①社会適応改善のための集団プログラム、②復職準備性を高めるプログラム、③再発予防のセルフケアが行えるような人間的成長を促す心理社会教育プログラムの3つの概念で定義づけられる[12]。NTT 東日本関東病院精神神経科[13]では、1997年から先駆的にリワークプログラムに取り組んでおり、それ以降、リワークプログラムを行う精神科医療機関は年々増加している[14]。リワークプログラムは精神科デイケアや精神科作業療法で実施され[11]、カリキュラムの内容は、パソコン作業や新聞の要約、読書などを行うオフィスワーク、心理教育、スポーツ、創作活動、レクリエーション、小グループなどで構成される[12]。うつ病等休職者はこれらのカリキュラムに参加しながら復職準備性を高め、一方、スタッフは参加者の心身の状態や参加時の様子を客観的に評価して、職場復帰の過程をサポートしていく[15]。

3. 復職支援プログラムの効果に関する研究の動向

メンタルヘルス不調者に対する復職支援プログラムに関する研究の国際動向に関しては、職場ストレスなどが誘因で発症する適応障害患者の復職支援[16]、および、うつ病患者の復職支援[17, 18]に関するコクランレビューが報告されている。

両疾患の復職支援に関するレビューでは、「臨床的な介入」と、本人を取り巻く「仕事面への介入」を効果的に組み合わせる有効性を強調している。ここでの「臨床的な介入」とは、抑うつ症状の軽減によって間接的に就労機能の改善を図る介入を指し、薬物療法、心理的介入、リラクゼーションやエクササイズなどの介入手法を含む。また、「仕事面への介入」とは、労働時間や仕事内容の調整、職場のサポート体制の整備など、直接的に労働条件や労働環境に働きかけるような介入を指す。

復職支援の過程においては、本人の状態や適性を加味して、労務内容や労働環境を調整したり、管理監督者や産業保健スタッフなど、本人を取り巻くサポート体制を整備したりする「仕事面への介入」は必須とされ、国内外のガイドラインや指針でも「仕事面への介入」のポイントを示している[5] [8] [19]。

また、「仕事面への介入」に関する介入効果も数多く報告されている。例えば、Van Oostrom ら[20]は、管理監督者と抑うつ症状を呈する従業員を対象にした参加型職場介入を実施している。この研究では、管理者と従業員が復職に向けた

アクションプランを一緒に検討し、そのプランに沿って復職の弊害を減らす介入を行った。その結果、参加型職場介入実施群では、通常ケア群と比較して休職期間に有意差は認められなかったが、ベースライン時に復職の意思が明確であった休職者を対象としたサブ解析では、介入群で有意に休職期間が短かったことが報告されている。また、産業医や産業保健スタッフなどの支援者に対する教育的介入も実施されている[21] [22]。van der FeltzCornelis ら[21]は、産業医に対して診断や治療法に関する心理教育やコンサルテーション、復職支援方法のトレーニングを行う特別プログラムを実施した結果、介入群では通常ケア群に比べて患者の休職期間や復職率、症状や QOL が有意に改善したとしている。また、Dewa ら[22]は産業医やプライマリーケア医などの多職種によるケースマネジメントを強化する Collaborative mental health care (CMHC) プログラムを実施したところ、介入群では障害給付額や長期休職が減ったとしている。

4. 疾患による「臨床的な介入」の違い

うつ病やうつ状態を呈する適応障害は、企業のメンタルヘルス不調による休職者に占める割合が高いことから、疾患の特性を踏まえた介入を行うことは、休職者の円滑な復職支援を促進すると予測される。適応障害やうつ病休職者の復職支援では、前述した「職場への介入」が必須であることは共通しているが、

両疾患の特性に合わせた「臨床的な介入」の違いについて言及すると、適応障害患者の復職支援では、ストレスの同定とストレス対処方略の検討、自律的に問題解決を図るスキルを獲得させる問題解決療法を用いた介入が有効といわれている[16]。

van der Klink ら[23]は、33 事業場の 192 名の適応障害患者を対象に、産業医がストレスの同定とそれに対する問題解決能力の向上を目指したストレスマネジメントプログラムを実施したところ、介入群では復職率が高く、休職期間が短く、かつ再発率も低かったとしている。しかし、Brouwers ら [24]は、van der Klink ら[23]と同内容の介入をプライマリーケア施設のソーシャルワーカーが施行した結果、通常ケアと比較して治療満足度は有意に向上したが休職期間は有意に短縮せず、Bakker ら[25]は、プライマリーケア医が休職者に短期間の問題解決志向の復職支援プログラムを実施したが、休職期間や症状改善に有意な差は認められなかった。これらの結果から、適応障害患者の復職支援には問題解決志向の介入が有効であり、かつ、産業保健スタッフ（産業医や会社のソーシャルワーカー等）や管理監督者が関与した場合に効果的であったことから、臨床的介入を実施する際にも、本人の仕事内容や職場環境を十分に考慮した介入が必要と考えられる。ちなみに、van der Klink ら[23]の研究結果は、オランダの産業医向けの復職支援ガイドラインにも反映されている[5]。

一方、うつ病患者の復職支援に関するコクランレビュー[17, 18]では、認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy) を用いた介入が効果的であると報告している。Hollingshurst ら [26]は、初発のうつ病患者に対してオンラインによる認知行動療法 (55 分×10 セッション) を行った結果、通常診療を継続した待機群と比較においては、InternetCBT 実施のコストは高いものの、抑うつ症状や質調整生存年 (QALY) の改善、介入後 8 ヶ月後のフォローアップ時点における欠勤日数の減少が認められたことを報告している。また、McCrone ら[27] もオンラインによる認知行動療法 (50 分×8 セッション) を実施したが、欠勤日数の減少抑うつ症状の改善、生産性の向上などの効果が認められたとしている。また、Bee ら[28]は、ソーシャルワーカーが電話による認知行動療法のセッション (12 週間) を実施した結果、欠勤日数が有意に減少したとしている。これらの研究は、電話やオンラインなど介入手法は異なるものの、うつ病患者の復職支援における非対面形式の認知行動療法の効果を報告しており、抑うつ症状の改善に加えて、休職期間の短縮や欠勤日数の減少などの効果を示している。

5. 認知行動療法とは

特にうつ病患者の復職支援で有効に活用されている認知行動療法とは、人間の気分や行動が認知のあり方 (ものの考え方や受け取り方) の影響を受けると

いう理解に基づいて、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって、うつや不安症状の改善を目指すことを目的とした短期の構造化された精神療法である[29]。うつ病をはじめ、さまざまな精神疾患に対する治療的効果が確認されており、アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、軽度から中等度のうつ病の第一治療選択の一つとされている。日本では、2010年から医師が一連の治療計画に基づいて認知療法・認知行動療法を30分以上実施した場合に、16回に限り診療報酬の算定が認められることになった。

認知行動療法を他の精神療法と比較した場合の特徴は、心の奥底を推測したり解釈するというよりは、情報処理の過程をシンプルに捉えて、患者の認知や行動、それらの機能に着目する点にある。つまり、認知行動療法の基本モデルでは、ある状況下における患者の感情や行動は、その状況に対する意味づけや解釈（認知）によって規定されると考えるのである。二つ目の特徴として、「今、ここで」の問題に焦点を当ててアプローチする点が挙げられる。患者の概念化（ケースフォーミュレーション）を行う際には、横断的な概念化に加えて、縦断的な概念化を行って包括的に捉えるが、各回の面接では、患者が現在悩んでいる問題を扱い、問題解決に向けた仮説を立てて、現実生活の中でそれを検証するプロセスを重視する。更なる特徴としては、認知行動療法はセルフヘルプの精神療法である点にある。自分に生じている悪循環を認知行動モデルに当て

はめて振り返り、非適応的な考えや振る舞いを合理的に修正するスキルを学習することで、直面した問題に自分で対応できるようになることを目指していく。

6. 認知行動療法の介入技法

認知行動療法で用いる技法は、認知面技法と行動的技法に分類できるが、本人の考え（認知）の幅を広げることで、適応的な行動や感情を導くことに重点を置く場合には、認知再構成法などの認知的な技法を中心に用いる。一方、本人に現実困難が生じている時には、行動的技法を用いることで目の前の問題へ対処できるようにサポートしていく。原則として、症状の重症度が重いほど行動的介入に比重を置き、症状が軽減するに従って認知的介入を増やすことが効果的とされている[29]。認知行動療法は、さまざまな技法が一つのパッケージにまとめられており、本人の問題や目標、症状の程度に合わせて、必要な技法を選択して活用する。代表的な介入技法は下記のとおりである。

1) 心理教育

心理教育は主に治療初期に行うことが多く、疾患と治療方法について正しい知識を伝達する。症状の発生と維持の仕組みを説明することで、本人の包括的な理解を促進する。また、個々の技法を用いる際にも、本人が抱える問題のどの部分に対して、どういう技法を、どのような目的で用いるのかを説明するこ

とで、治療終了後も自分で必要な技法を選択して活用できる力を養う。

2) 行動的技法

(1) 行動活性化

ダラダラと横になる、テレビを見て無為に過ごすなどの行動（回避行動）と抑うつ気分の関連をモニタリングして、行動の活性・不活性と気分の関連を理解してもらったり、回避行動を徐々に快行動（楽しみや達成感が感じられる行動）に置き換えるアプローチを行う。

(2) 問題解決技法

問題に立ち向かう問題解決志向を高め、問題を明確化して目標を設定する、また、解決策を案出し、実行に移すための解決策を決定して、実際に行動してみた結果を振り返るという一連の流れに沿って、効果的な問題解決のスキルを学習する。なお、適応障害患者の復職支援によく用いられる問題解決療法は、この問題解決技法を重点的に学び、複数セッションをかけて習得していく心理療法である。

(3) アサーション（自己主張訓練）や生活技能訓練（SST）

対人関係を中心とする社会的技能を向上させることを目的に、具体的な対人場面で自分の考えや気持ちをどのように伝えるかを検討し、ロールプレイングなどの手法でトレーニングを行う。

3) 認知的技法

主に認知再構成法の手法を用いて、抑うつや不安などの気分を引き起こした考え（認知）を同定し、その考えの妥当性を検討して、バランスのとれた適応的な思考をみつけていく。

7. 復職支援への認知行動療法導入の有用性

うつ病による休職者に対する認知行動療法の有用性については、コクランレビュー[17, 18]によって既に示されていることは前述した。では、認知行動療法のどのような点が作用して、うつ病休職者の復職支援に有効に機能するのだろうか。まず、認知行動療法は問題解決志向の高い精神療法であるため、復職を目指すうつ病等休職者にフィットしやすいことが挙げられる。また、短期の構造化された治療構造であるため、休職期間中に導入しやすいという利点も有している。

また、うつ病等休職者の抑うつ症状の誘因や持続要因には、仕事の量や質、本人を取り巻く職場のサポート体制などの環境要因、既往歴や家族歴などの生物学的要因に加えて、本人の認知的評価が影響する場合がある[30]。その場合には、どのような状況で本人の中に認知や行動の悪循環が生じ、その悪循環が短期的・長期的に周囲の環境にどのような影響を与えたのかを理解して、問題

を維持・悪化させていた認知や行動のパターンを明らかにする必要がある。認知行動療法を受けることによって、本人自らがこのパターンを発見し理解することで、復職後に同様のストレスを体験した際にも、状況を客観的に俯瞰する視点を持てるようになると考えられる。

さらに、休職中に行動活性化や問題解決技法、アサーションなどの行動的技法、認知再構成法などの認知的技法を学ぶことで、復職後に自分が不得手とする状況に遭遇した場合にも、休職前とは異なったコーピングスタイルを選択でき、復職後のうつ症状の再燃や再休職の予防に繋がる可能性を高めることができると考えられる。

8. 日本の精神科医療機関が提供する復職支援への認知行動療法の活用

うつ病等休職者の復職支援に対する有用性が認められている認知行動療法を、日本のうつ病等休職者に対しても広く提供することの臨床的意義は高い。日本の精神科医療機関が行う復職支援は、精神科医や臨床心理技術者などが診察や心理面接時に行う個別のアプローチと、精神科デイケアや作業療法で実施される日本独自のリワークプログラムに大別される。また、認知行動療法には、高強度認知行動療法 (High-intensity CBT) と低強度認知行動療法 (Low-intensity CBT) の実施形態がある [31]。高強度認知行動療法とは、16–20 回程度の個人セ

セッションを4～9ヶ月程度かけて実施する形態を指し、日本の診療報酬上の「認知療法・認知行動療法（30分以上、16回）」は、この高強度の認知行動療法に分類される。また、低強度認知行動療法とは、セッション数の少ない個人セッション、書籍やインターネットを介した支援、グループ形式の認知行動療法などを指す。

日本の精神科医療機関が行う復職支援に認知行動療法を導入する場合には、高強度、低強度の2つのタイプの認知行動療法を活用する必要がある。しかし、全国の精神科医療機関を対象にした認知行動療法の実施に関する調査[32]では、総合病院精神科の約80%、単科精神病院の約75%が、「認知行動療法（個人）を希望する患者のニーズに充分に対応出来ていない」と回答していることから、現時点では、全国の精神科医療機関で十分に認知行動療法の均霑化が図られているとはいえない現状がある。このような現状を踏まえると、日本の精神科医療機関が行う復職支援においても、個人面接で行う定型的な認知行動療法を休職者一人一人に提供することの実施可能性は低いといえる。そのため、復職支援の場における低強度認知行動療法の有効な活用方法を開発する必要があると考えられる。

9. 低強度認知行動療法（集団認知行動療法との Internet CBT）の活用

そこで、本研究では、低強度認知行動療法の一形態である集団認知行動療法と、Internet-based Cognitive Behavior Therapy に着目した。その理由は、両アプローチは通常診療の補助ツールとして活用しやすい形態であること、高強度認知行動療法と比較すると両治療法は費用対効果が高い[33] [27]といわれていることが挙げられる。また、集団認知行動療法では、うつ病等休職者同士のピアサポート効果が期待でき[34]、一方、Internet CBT では、定期的な診療との併用における抑うつ症状の改善効果が報告[35, 36]されていることなどから、両介入法は復職支援の場に適していると考えられた。

うつ病等休職者の復職支援を目的とした集団認知行動療法は、これまでに国外で2つの介入研究[37] [38]が報告されている。しかし、両研究の職場復帰に関する介入効果は一定ではない。また、国内においては、近年、うつ病等休職者を対象とした集団認知行動療法の実践例がいくつか報告[39] [40] [41]されており、プログラムの介入前後の比較において、抑うつ症状や認知機能が改善することが報告されている。しかし、通常診療を受け続けた休職者との比較によるランダム化比較試験は実施されていない。うつ病等休職者の復職支援を目的とした集団認知行動療法の効果検討研究は世界的にも少ないことを踏まえて、本研究では、通常診療を継続する対照群を設置したランダム化比較試験を実施し、休職者の症状の改善効果が認められるかどうかを検証することで、復職支

援における集団認知行動療法の利用可能性を検討することにした。

また、インターネットを使った認知行動療法に関しては、うつ病等休職者を対象とした先行研究[26] [27]が2つ報告されており、これらの研究では、抑うつ症状や質調整生存年（QALY）の改善、欠勤日数の減少、生産性の向上などの効果が認められている。しかし、国内では復職支援における Internet CBT の活用例は報告がなく、その効果検討も行われていない。そこで、本研究では、非対面による介入時に起こりうる希死念慮や自傷行動の察知などの安全確保[42]を考慮し、リワークプログラムのスタッフの協力が得られる環境下において、復職支援における Internet CBT の効果検討を行うこととした。

10. 本研究の構成と目的

本研究では、うつ病等休職者の復職支援における低強度認知行動療法の活用方法について検討するために、2つの介入研究を実施する。研究①では、集団療法としての低強度認知行動療法の効果を検討するために、通常診療を継続する対照群を設置したランダム化比較試験を実施し、うつ症状などの改善効果が認められるかどうかを検証する。また、研究②では、リワークプログラムの補助ツールとしての ICBT 活用の可能性を検討するために、リワークプログラムに通ううつ病等休職者を対象として、リワークプログラム単独実施群とリワーク

プログラムと ICBT の併用群とを比較した非ランダム化比較試験により、うつ症
状などの改善効果が認められるかどうかを検証する。

研究① うつ病等休職者を対象にした集団認知行動療法の効果検討

背 景

1. うつ病の集団認知行動療法

低強度認知行動療法の一形態として集団療法として行う認知行動療法があるが、英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence；以下、Nice）の治療ガイドライン[43]では、うつ病性障害と強迫性障害における有効な治療法の一つとして、集団認知行動療法を推奨している。集団認知行動療法は、複数の患者を同時に扱うことができるために時間的、経済的効率が高く、参加者同士のサポート機能、教育やモデリングの機能、強化の機能などを有するとされている[34]。

以下①～⑦は、集団認知療法を構成する主なグループプロセスの要素[44]である。①楽観主義；症状回復や問題解決に対する楽観主義や希望を生み、動機づけを高める雰囲気有する、②共有；メンバー同士が問題を共有することで、所属感を高めて孤立感を緩和させる、③集団学習；メンバー同士がさまざまなレベルで学習し合う機会を提供する、④自己焦点からのシフト；メンバー同士の関わりを通して、自己焦点から他者焦点の視点へと移行する、⑤機能不全の人間関係パターンの修正；グループ内で生じた非機能的な対人交流を修正して

いく過程を参加者同士が共有する、⑥グループへの一体感；グループでの協働作業を通してメンバーの認知や行動の変容を促進する、⑦グループ内の感情プロセス；グループが安全に感情を表出できる場として機能する。

一方、集団認知行動療法は、個人療法に比べて個別の問題を十分に扱うことができないというデメリットを有する。従来、中重症のうつ病患者には集団療法は適さないとされており、Yalomら[45]はその理由として、①回復過程にある他のメンバーと比較することで否定的な自己評価がさらに高まる、②自己に注意が集中し悲観的思考に固執して他人の言葉を拒絶するなど、治療的なグループプロセスが妨げられるリスクについて指摘した。この点に関して、Beck[46]は他者との比較で生じた否定的な認知自体がうつ病患者の特徴であり、その現象を治療介入のチャンスと捉えて、グループ内で生じた「今、ここ」での認知に焦点を当てることで、自己理解や変化が起りやすくなると述べている。

2. 集団認知行動療法で用いる技法

集団認知行動療法は、個人療法と同様に、認知的技法と行動的技法とを含んだパッケージ療法であるため、グループの目的に従って、各技法の比重やプログラムの構成を変えていく。グループで認知行動療法を行う場合も、認知再構成法などの認知的技法、行動活性化、問題解決技法、アサーションなどの行動

的技法の両介入手法を用いる。また、集団認知行動療法は、参加者同士が体験を共有し合うグループプロセスに重点を置いた Yalom のモデルと、基本的な認知行動スキルを学習する教育的関わりに重点を置いた Burlingame のモデルの 2 つの特徴(44)を有する。そのため、集団認知行動療法では、個人療法の時よりも心理教育の比重が高く、テキストを用いた講義やワークシートを活用したスキルの演習などの学習的な要素を取り入れつつ、参加者同士の交流を促すグループプロセスを作り上げて介入を行う。

3. うつ病の集団認知行動療法の効果

うつ病患者を対象とした集団認知行動療法に関する先行研究では、等質な単極性のうつ病患者を対象にする際に最も大きな効果が期待でき、構造化された時間制限のある介入が有効としている[46]。うつ病患者を対象とした集団認知行動療法に関するメタアナリシスでは、集団認知行動療法は、通常診療単独よりも抑うつ症状が顕著に改善し、改善効果も維持されたと報告している[47][48]。また、集団認知行動療法と個人で行う認知行動療法との比較では、集団認知行動療法は中程度の効果を示したが、症状改善の維持効果は個人療法として行う認知行動療法の方が高かったとしている[47]。これらのことから、うつ症状の改善効果は、集団認知行動療法は通常診療単独よりも高く、個人で行う

認知行動療法よりは低いということができる。

4. 復職支援における集団認知行動療法の活用

集団認知行動療法は、復職支援のツールとしても有効に活用できる可能性がある。その理由として、うつ病等休者は、休職の長期化に伴って復職に対する不安や焦りを抱え、周囲との関わりが減ることから、社会的な孤立感を深めることが多い。そのため、集団認知行動療法の場で、休職者同士が共通の体験を語り合うことで、「悩んでいるのは自分だけではない」という気づきを得たり、復職に対する不安や怖れなどの感情を吐露し合うなど、集団精神療法の効能[45]を活かしたピアサポート効果を提供できる。また、集団認知行動療法のセッション中に、他の休職者の考え方や対処法に触れることによって、認知的、行動的技法の学習過程におけるモデリング効果が期待できる。さらに、復職後に遭遇するであろう、ストレスフルな対人場面を想定したロールプレイングを休職者同士が実施するなど、個人療法では行いにくい介入を実施することもできる。

また、集団認知行動療法は、特にうつ病患者や子供を対象とした場合に費用対効果が高い[33]ことが知られており、複数のうつ病等休職者に対して、同時に同質の治療を提供できる点においても、効率的な治療法であるといえる。ま

た、集団認知行動療法は、通院集団精神療法や精神科デイケアとして実施できることから、精神科医療機関が行う復職支援に導入しやすい形態であると考えられる。

5. 復職支援の集団認知行動療法の先行研究

うつ病等休職者の復職支援を目的とした集団認知行動療法は、これまでに2つの介入研究が報告されている。Willert ら[37]は、職場ストレスに対するコーピングスキルの習得を目的とした集団認知行動療法を実施した。プログラムの構成要素は、認知行動療法やストレスに関する心理教育、非機能的思考の同定や修正、コミュニケーションスキルトレーニング、仕事の対処法の検討などである。うつ病等休職者を対象に集団認知行動療法ストレスマネジメントプログラム（3時間×8回、前半4回は週1回、後半4回は隔週）を実施したところ、ウェイティングリスト群と比較して、介入群では16週間後の欠勤回数が有意に減少したことを報告している。

一方、de Vente ら（2008）のランダム化比較研究[38]では、1対1で行う認知行動療法に基づいたストレスマネジメントトレーニング群（1時間×12回）、同ストレスマネジメントを8名程度の集団で行う群（2時間×12回）、通常診療の三群比較を行っている。このストレスマネジメントプログラムは、心理教育、

認知再構成法、タイムマネジメントや目標設定の方法、アサーションスキル、再発予防などで構成された。その結果、ストレスマネジメントトレーニング群（個人および集団の両群）では、通常診療群と比較して治療満足度や主観的効果は有意に向上したが、休職日数等に関しては各群で有意差は認められなかった。また、精神症状に関しては、うつ症状が個人で行うストレスマネジメントトレーニング群で、通常診療群よりも有意に症状が改善したとしている。両研究では、設定した対照群の違いやプログラムの構造（回数や時間）、プログラム内容も異なっており、職場復帰に関する介入効果は一致していない。

また、国内においては、近年、うつ病等休職者を対象とした集団認知行動療法の実践例がいくつか報告[39] [40] [41]されている。北川ら(2009)は、うつ病休職者を対象とした復職支援プログラム（集団認知行動療法と作業療法として実施するリワークプログラムを組み合わせたもの）を 12 週間施行したところ、終了時には抑うつ症状、非機能的認知、心理社会機能において、一定程度の改善効果が認められたことを報告している[40]。また、田上ら（2012）は、単極性うつ病休職者 22 名を対象に、集団認知行動療法プログラム（10 回）を実施したところ、うつ症状の低減と社会機能の回復が示されたとしている[41]。

6. うつ病等休職者を対象とした集団認知行動療法の予備的研究

また、筆者らは、2003年から「職場復帰のための集団認知行動療法」を開始した[13]。このプログラムは、週1回1セッション90分、全7回のセッション（オリエンテーション1回を含む）で構成されたクローズドグループであり、プログラムには否定的認知の同定や修正などの認知的介入、行動活性化や問題解決技法などの行動的介入をプログラムに組み込んだ。

うつ病等休職者55名を対象にした予備的研究[39]では、介入前後で抑うつ症状、非機能的認知、セルフエスティームにおいて、有意な改善を示した。また、セッション5回目以降に、抑うつ症状が有意に改善を示したことから、介入期間をもう少し延ばしてプログラムの充実を図るとよいと考えられた。プログラムの改訂に際しては、「うつ病等休職者は、休職前に強い職場ストレスを感じており、複数回の休職経験者は、単回休職者に比べて社内でのグループ内対人葛藤をより強く感じている」という指摘[49]を踏まえて、コミュニケーションスキルの改善を目的としたアサーションプログラムの導入を検討した。

目 的

本研究では、予備的研究を踏まえてプログラムを改訂し、通常診察を継続する対照群と集団認知行動療法実施群とを比較したランダム化比較試験により、効果評価を行うことにした。プライマリーアウトカムは3ヶ月後の抑うつ症状

であり、セカンダリーアウトカムは非機能的認知、社会的問題解決能力、セルフエスティーム (Self Esteem)、認知的柔軟性 (Cognitive flexibility)、自己主張に関するスキル、復職に対する意識とした。

方 法

1. 参加者

(1) 選定基準

本研究の適応基準は、18歳～55歳であること、主治医による診断によって気分障害（双極性障害の場合にはうつ病層）、適応障害の診断を有した者、または精神病症状を有さないうつ症状を抱えた者、現在、病気休暇や休職中であり職場復帰を目指していることとした。また、希死念慮が顕著である者、器質因、認知機能障害、重度の身体合併症によりグループへの継続参加が難しい者、現在、失職中である者は除外した。

(2) 募集方法

都内総合病院・クリニック（808ヶ所）へ研究協力依頼書を送付した。また、研究実施医療機関のホームページ、および、院内掲示を通じて募集を行った。研究協力希望者から問い合わせがあった場合には、詳細な研究内容を通知して、適応基準と除外基準の確認を行った。主治医の許可が得られた時点で、研究協

力の仮登録を行った。仮登録者に対して説明会を実施し、書面によって参加同意を得た上で、研究協力者として本登録した。同募集および選考を4回実施した。

2. 研究デザイン

割付コードを知る方法としては封筒法を用いた。割り付けコードは本研究に従事しない第3者が作成し、割り付け作業は同人物が実施した。

3. 介入内容

(1) 対照群

対照群は標準治療対象とし、プレ調査実施後に通常診療を継続した。集団認知行動療法介入群の介入終了時にポスト調査を実施した。

(2) 介入群

プレ調査実施後、介入群では通常診療と平行して集団認知行動療法プログラムを実施した。プログラムの詳細[50, 51]は以下のとおりである。

【プログラムの内容】

(1) グループの形態

グループの形態は、プレセッションから最終セッションまで参加者を固定し

たクローズドグループとした。参加者は毎クール最大10名とし、参加費用は無料とした。

(2) クールの期間・回数・時間

毎週1回実施し、1クールは休職中の導入を考慮し、約3か月で終了するようにした。開始前に60分のプレセッションを実施し、その後、90分の本セッションを8回実施して計9回のプログラムとした。

(3) スタッフと主な役割

セッションはリーダー1名、コ・リーダー1名で構成した。スタッフは1クール固定制で実施した。スタッフは認知行動療法の実践歴を有し、精神保健領域および臨床心理領域で修士の学位を持つ者が行った。リーダーは参加者全体の様子を見ながらセッションを進行し、コ・リーダーは、参加者の個別の様子を観察しながら適宜リーダーを補佐した。また、演習の際には、各スタッフが分かれて、各参加者の演習状況を確認して助言を行った。発表時にはできるだけ参加者が均等に発言できるように配慮し、患者の言動には肯定的なフィードバックを行うことを心がけ、相互交流が活発になるように参加者間のやりとりを調整した。また、認知や行動変容を強要される雰囲気を作らないように配慮し、参加者自身が別の考えや行動に気づけるような問いかけを行った。欠席者に対しては、参加時に戸惑うことがないように、演習時などに個別にフォロー

を行った。

(4) 1 クールの展開方法・内容

各セッションの基本的な流れは、①講義、②個人演習、③グループ発表、および、ディスカッションとした。海外で実施されている先行研究[52, 53]を参考にしながら、休職期間中に導入しやすいように比較的短期のクールになるようセッション構成を工夫した。各セッションの具体的な内容は以下のとおりである。

【セッション内容】

プレセッション；うつ病の症状や治療法を解説する心理教育を行い、「考えや行動がその時の気分に影響を与える」という認知行動療法の基本的な考え方について解説した。

セッション1～4；認知的技法として認知再構成法について解説し、演習を行った。認知再構成法とは、抑うつ感や不安感を感じた際に、①不快な感情をもたらした状況、②その時の情緒反応の強さの評定、③その時の自動思考の具体的内容、④自動思考の妥当性の検討、⑤自動思考に対峙する適応的思考の具体的内容、⑥適応的思考をとった後の情緒的反応の強さを記録することで、セルフモニタリングする方法である。セッション1では考え方のクセを知る簡単な心理テストを行い、自分の考え方の特徴を振り返った。セッション2では自動

思考が気分に影響することを解説し、演習では自分が休職中に体験した状況を題材にして、状況と気分、思考の関連を書き出すワークを行った。セッション3・4では自動思考記録表の書き方を解説し、休職が長期化する焦燥感や復職への不安感などを主な題材に取り上げて、適応的な思考を導き出す演習を行った。なお、各セッションの演習後には、ワークシートに書いた内容を1～2人に発表してもらい、参加者全員でバランスの取れた見方や考え方を検討し合った。

セッション5・6；行動的技法として行動活性化や問題解決技法を紹介し、演習を行った。行動活性化とは、自分の活動パターンを理解して効率的でない行動を新しい行動に置き換えたり、新しい行動を生活に取り入れてみたことで達成感や楽しみがどのように変化したかを評価し、新しい行動の価値を判断するアプローチである。セッション1～4のホームワークとして記入を続けた活動記録表を題材に、セッション5では休職中の生活リズムを見直したり、活動と気分の関連を振り返ってもらった。また、セッション6では、休職中に生じている問題を取り上げて、解決策をブレインストーミングして、アクションプランを立てる問題解決技法を実践した。

セッション7・8；行動的技法としてアサーショントレーニング（主張訓練法）を紹介して演習を行った。アサーショントレーニングとは、自分の気持ち

や考えを正直に率直にその場にふさわしい方法で表現するとともに、相手にも同様に表現することを推奨するコミュニケーションスキルトレーニングである。参加者同士がペアになってロールプレイングを行い、復職後に遭遇するであろう場面を想定しながら、アサーティブに伝える方法を繰り返し練習した。

(5) ホームワーク

認知行動療法では、参加者の動機づけを高めたり、セッションで学んだことを実生活で活用するためにホームワークを重視する。本グループでは、同一内容の課題を提示するようになり、症状の程度によってはホームワーク自体が負担になってしまう可能性があったため、学習内容の復習や活動記録表の記入を定例のホームワークとし、その他は体調に応じて実施するよう指示して幅を持たせた。

(6) 教材

認知行動療法の基本的な内容や各技法を紹介したオリジナルのテキスト、および、ワークシートを作成した。うつ病等休職者Aさんが復職を目指す過程で認知行動療法を学んでいくストーリー仕立てにして、うつ病等休職者が休職中に直面するストレスフルな状況を例に挙げて、各技法を解説した。

表1 集団認知行動療法プログラムの内容

セッション	アプローチ	内容
プレ		うつ病の心理教育、認知行動療法の概要
1	認知再構成法	考え方のクセを知ろう
2		気分に注目しよう～状況・気分・自動思考の関連～
3		バランスのよい考え方をしよう
4		自分の自動思考記録表をつけてみよう
5	問題解決技法	日々の暮らしを振り返ろう～活動記録表の分析～
6		問題解決能力を高めよう
7	アサーション	自分を伝え相手の気持ちを知る①
8	トレーニング	自分を伝え相手の気持ちを知る②

活動記録表の記入
(行動活性化)

(7) セッション開始時の留意点

プレセッション時にグループ参加の留意点を説明し、グループ内で話されたことはプライバシー保護のために口外しないことを約束した。

4. 調査項目

下記の調査項目を測定した。

(1) ベースライン調査

ベースライン調査項目は、属性に関する情報（年齢・性別・最終学歴・婚姻状態）、臨床に関する情報（診断・入院回数）、勤務に関連する情報（勤務年数・職種）、および、休職に関連する情報（休職期間・休職回数・休職形態）である。

(2) プレ調査・ポスト調査

【プライマリーアウトカム】

プライマリーアウトカムは、3ヶ月後の抑うつ症状とした。その理由は、本介入はうつ症状に焦点を当てたプログラム構成であるためである。

① Beck Depression Inventory (BDI-II)

BDI-IIは Beck ら[54]が開発した自己記入式尺度の抑うつ尺度の日本語版[55]である。21項目から成り4件法で測定する（得点範囲は0-84点）。カットオフポイントは16点であり、0-10点は正常、11-16点は軽度のうつ症状、17-20点は臨床的な意味でのうつ状態との境界で治療が必要、21-30点は中程度のうつ状態、31-40点は重度のうつ状態、40点以上は極度のうつ状態とされる。日本語版は小島ら[55]により信頼性と妥当性が検討されている。

【セカンダリーアウトカム】

セカンダリーアウトカムは、非機能的認知、社会的問題解決能力、自己肯定感、認知的柔軟性 (Cognitive flexibility)、自己主張に関するスキル、復職に対する意識に関する項目とした。

① Dysfunctional Attitude Scale²⁴ Japanese version (DAS24-J)

Power ら [56] が開発した Dysfunctional Attitude Scale²⁴ の日本語版 [57] である。DAS24-J は非機能的認知を測定する自己記入式尺度であり、24 項目で構成され 7 件法で測定する (得点範囲は 40-280 点)。日本語版は田島ら [57] により信頼性と妥当性が確認されている。得点が高いほど非機能的認知の傾向が強いことを示す。

② Social Problem-solving Inventory-Revised (SPSI-R)

D' Zurilla & Goldfried らの社会的問題解決モデルに基づいて作成された社会的問題解決能力を測定する尺度の日本語版 [58] である。52 項目で構成され 5 件法で測定する (得点範囲は 0-20 点)。日本語版は佐藤ら [58] によって、信頼性と妥当性が確認されている。得点が高いほど社会的問題解決能力が高いことを示す。

③ Rosenberg Self esteem

④ Rosenberg ら [59] による Self-esteem Scale の日本語版 [60] である。自己の能力や価値に関する感情や感覚を測定する自己記入式尺度であり、10 項

目で構成され5件法で測定する（得点範囲は0-40点）。得点が高いほど自己肯定感が高いことを示す。

⑤ オリジナル項目

認知的柔軟性（Cognitive flexibility）に関する4項目、自己主張のスキルに関する3項目、復職に対する意識に関する3項目によって構成され5件法で測定する。質問項目は、認知的柔軟性（Cognitive flexibility）に関しては「自分の考え方のクセを知っている」、「どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるか分かっている」、「自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることができる」、「様々な視点から状況を捉えて考え方のレパートリーを増やそうとしている」、自己主張のスキルに関しては、「自分の気持ちや考えを上手に他人に伝えることができずにストレスを感じることもある」、「自分の気持ちや考えを主張すると、周りに迷惑をかけるのではないかと感じてしまう」、「どのようにすれば、自分の気持ちや考えを上手に相手に伝えることができるか分かっている」、復職に対する意識に関しては、「復職に関する不安や悩みを他の人に話す機会を持っている」、「復職のことを考えると気持ちが焦る」、「復職に向けて、今できることをやろうと思っている」で構成した。

統計解析

介入効果は、群を被験者間要因、時期を被験者内要因（反復測定）とする 2 要因混合計画による分散分析によって検討した。また、各群の介入前後の比較には、対応のある t 検定を用いた。なお、有意水準は Bonferroni 法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリーアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて 14 個であるため、有意な p 値は $p=0.05/14=0.004$ 未満と設定した。これらの検定は SPSS for Windows ver. 20.0J を用いた。また、標準化効果量の検定（Hedges' g）および 95%信頼区間の検定には R を用いた。

研究における倫理的配慮

口頭および書面で同意撤回の保障やプライバシーの保護、研究参加による症状悪化時の対応などについて説明し、書面による同意を得られた者のみを研究対象者とした。対照群に対しては、プログラムへの参加の機会を均等にするために、ポスト調査実施後に同内容の集団認知行動療法を実施した。なお、本研究は、研究実施医療機関（NTT東日本関東病院）の倫理審査委員会の承諾を得て実施した。

結 果

1. 研究協力者の属性

協力医療機関は 42 施設（15 名紹介が 1 施設、3 名紹介が 2 施設、3 名紹介が 2 施設、1 名紹介は 37 施設）であった。第 1～4 期の募集に応募した研究協力者は 62 名であり、復職が決定したために研究参加を辞退した者は 9 名、中断した者は 2 名であった。また、介入群に参加した者は 30 名、対照群に参加した者は 21 名であった（図 1）。本研究協力者の属性、臨床に関する情報、勤務に関連する情報および、休職に関連する情報は表 2 の通りである。両群の各項目に有意差は認められなかった。

なお、介入群の全 9 回の集団認知行動療法プログラムの出席率は、8.20 回 (SD=1.22) であった。

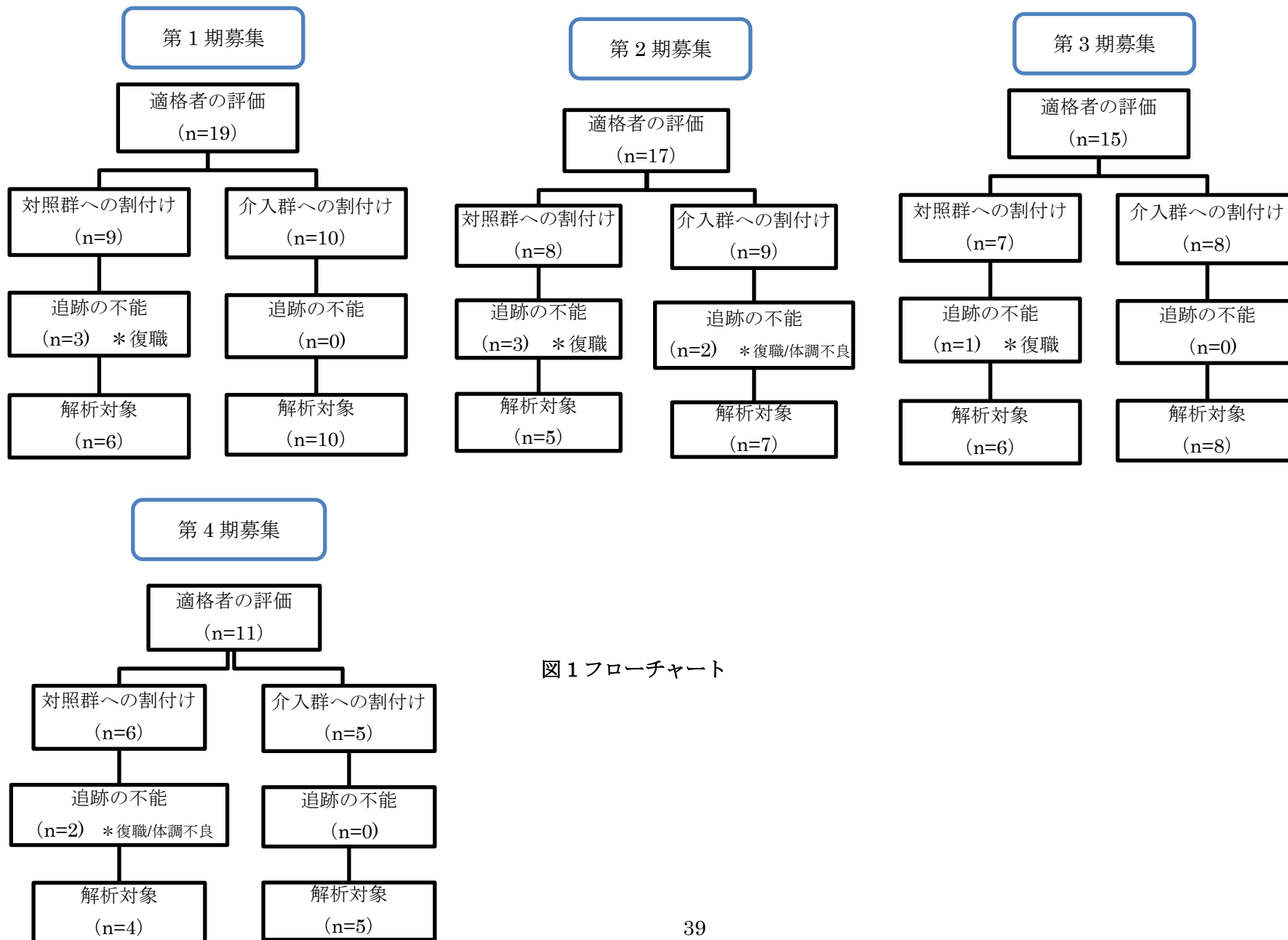


図1 フローチャート

表 2 対象者の属性

		介入群 (N=30)	対照群 (N=21)
		平均 (SD)	平均 (SD)
年齢		38.0(7.0)	41.1(7.3)
勤務年数		12.6(8.8)	14.2(8.5)
入院回数		0.3(0.5)	0.6(0.9)
休職回数		1.6(0.9)	2.1(1.2)
休職期間 (ヶ月)		12.9(12.9)	13.1(8.7)
		人 (%)	人 (%)
性別	男	23(76.7%)	16(76.2%)
	女	7(23.3%)	5(23.8%)
最終学歴	大卒未満	12(40.0%)	5(23.8%)
	大卒以上	18(60.0%)	16(76.2%)
婚姻状況	未婚・離婚	14(46.7%)	13(61.9%)
	既婚	16(53.3%)	8(38.1%)
診断	大うつ病性障害	19(63.3%)	17(81.0%)
	双極性障害	1(3.4%)	1(4.7%)
	気分変調性障害	4(13.3%)	0
	適応障害	6(20.0%)	3(14.3%)
職種	管理職	6(20.0%)	3(14.3%)
	専門職	9(30.0%)	11(52.4%)
	技術職	7(23.3%)	1(4.7%)
	事務職	7(23.3%)	6(28.6%)
	サービス職	1(3.3%)	0
休職形態	休職	18(60.0%)	18(85.7%)
	病気休暇	9(30.0%)	3(14.3%)
	有給休暇・その他	3(10.0%)	0

2. 集団認知行動療法介入群と対照群の得点の比較

BDI-II 得点は、介入群では20.87(SD=10.81)点、対照群では22.00(SD=10.05)点であり、中等度の抑うつ症状を有していた。プライマリーアウトカムである抑うつ症状 (BDI II) は、介入群、対照群ともに介入前後においても有意な得点

の変化が見られず（表3）、群を被験者間要因、時期を被験者内要因（反復測定）とする2要因混合計画による分散分析でも、交互作用は認められなかった（表4）。

セカンダリーアウトカムについては、DAS24-J、「様々な視点から状況を捉えて考え方のレパートリーを増やそうとしている」の項目では、介入群において、介入前後で有意な得点の変化が見られたが（表3）、群を被験者間要因、時期を被験者内要因（反復測定）とする2要因混合計画による分散分析では、交互作用が認められなかった（表4）。

表3 ランダム化比較試験によるうつ病等休職者における集団認知行動療法のプライマリー、セカンダリーアウトカムへの効果：介入群と通常診療群の介入前(Pre)と3ヶ月後(Post)の抑うつ症状、非機能的認知、社会的問題解決能力、およびセルフエスティームの各得点とPre, post得点の比較

		介入群				対照群				群間の変化量の差	
		Pre	Post	t	p	Pre	Post	t	p	ES	95%CI
		平均 (SD)	平均 (SD)			平均 (SD)	平均 (SD)				
BDI-II		20.87 (10.81)	16.43 (9.31)	2.62	0.014	22.00 (10.05)	20.72 (8.98)	0.71	0.490	-0.36	-0.95~0.23
DAS24-J		101.43 (18.50)	90.63 (16.91)	3.75	0.001*	105.83 (18.83)	100.22 (21.11)	2.35	0.031	-0.37	-0.96~0.22
SPSI-R		10.83 (2.21)	10.69 (1.88)	0.46	0.646	9.24 (2.73)	10.12 (1.66)	-1.62	0.123	-0.53	-1.12~0.06
Rosenberg Self esteem		27.77 (6.70)	30.03 (6.88)	-2.29	0.030	23.61 (6.59)	24.56 (6.82)	-0.87	0.394	0.26	-0.33~0.84
Cognitive Flexibility	①自分の考え方のクセを知っている	1.93 (1.08)	2.10 (0.66)	-1.22	0.231	1.67 (0.69)	1.61 (0.85)	0.29	0.772	0.30	-0.29~0.89
	②どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるか分かっている	1.67 (0.99)	2.10 (0.76)	-2.21	0.035	1.78 (1.06)	1.56 (0.98)	1.07	0.298	0.65	0.04~1.24
	③自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることができる	0.80 (0.81)	1.40 (0.97)	-3.07	0.005	0.67 (0.59)	0.89 (0.68)	-1.29	0.215	0.40	-0.20~0.98
	④様々な視点から状況を捉えて考え方のレパートリーを増やそうとしている	1.53 (0.97)	2.33 (0.84)	-3.89	0.001*	1.11 (0.90)	1.39 (0.92)	-1.23	0.236	0.49	-0.11~1.08

自己主張のスキル	⑤自分の気持ちや考えを上手に他人に伝えることができずにストレスを感じることがある	2.60 (1.13)	2.57 (0.94)	0.15	0.884	2.78 (1.31)	2.67 (1.03)	0.44	0.668	0.07	-0.52~0.65
	⑥自分の気持ちや考えを主張すると、周りに迷惑をかけるのではないかと感じてしまう	2.40 (1.30)	2.30 (0.84)	0.49	0.630	2.44 (1.15)	2.67 (1.24)	-0.85	0.409	-0.29	-0.87~0.30
	⑦どのようにすれば、自分の気持ちや考えを上手に相手に伝えることができるか分かっている	1.27 (0.83)	1.40 (0.72)	-0.60	0.555	0.78 (0.65)	0.89 (0.58)	-0.81	0.430	0.02	-0.57~0.60
復職に対する意識	⑧復職に関する不安や悩みを他の人に話す機会を持っている	1.47 (1.04)	1.90 (0.96)	-2.77	0.010	1.50 (1.30)	1.50 (1.04)	0.00	1.000	0.42	-0.18~1.00
	⑨復職のことを考えると気持ちが焦る	3.23 (0.86)	2.87 (0.94)	1.58	0.125	3.39 (0.78)	3.00 (0.97)	1.44	0.168	0.02	-0.57~0.60
	⑩復職に向けて、今できることをやろうと思っている	2.63 (1.03)	2.77 (0.94)	-0.75	0.459	2.83 (1.10)	2.56 (0.92)	0.89	0.384	0.37	-0.22~0.96

注) BDI-II; Beck Depression Inventory

DAS24-J; Dysfunctional Attitude Scale24 Japanese version

SPSI-R; Social Problem-solving Inventory-Revised

注) ES; Effect Size

注) 有意水準は Bonferroni 法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリーアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて 14 個であるため、有意な p 値は $p=0.05/14=0.004$ 未満と設定した

注) *は $P<0.004$

表4 ランダム化比較試験によるうつ病等休職者における集団認知行動療法のプライマリー、セカンダリーアウトカムへの効果: 群(被験者間要因)と時期(被験者内要因)の2要因混合計画による分散分析結果

			タイプⅢ平方和	自由度	平均平方	F	p	偏イータ ² 乗
BDI-II	被験者間要因	群	165.38	1.00	165.38	1.05	0.311	0.02
		誤差	7243.96	46.00	157.48			
	被験者内要因	時期	183.47	1.00	183.47	4.84	0.033	0.10
		時期×群	56.01	1.00	56.01	1.48	0.230	0.03
		誤差	1744.49	46.00	37.92			
DAS24-J	被験者間要因	群	1100.75	1.00	1100.75	1.85	0.180	0.04
		誤差	27331.41	46.00	594.16			
	被験者内要因	時期	1514.95	1.00	1514.95	15.53	0.000*	0.25
		時期×群	151.45	1.00	151.45	1.55	0.219	0.03
		誤差	4488.54	46.00	97.58			
SPSI-R	被験者間要因	群	26.24	1.00	26.24	3.63	0.063	0.07
		誤差	332.87	46.00	7.24			
	被験者内要因	時期	3.06	1.00	3.06	1.67	0.203	0.04
		時期×群	5.83	1.00	5.83	3.18	0.081	0.07
		誤差	84.37	46.00	1.83			
Rosenberg self esteem	被験者間要因	群	522.01	1.00	522.01	6.68	0.013	0.13
		誤差	3594.65	46.00	78.15			
	被験者内要因	時期	58.00	1.00	58.00	4.40	0.041	0.09
		時期×群	9.83	1.00	9.83	0.75	0.392	0.02

		誤差	606.41	46.00	13.18			
①自分の考え方のクセを知っている	被験者間要因	群	3.21	1.00	3.21	2.77	0.103	0.06
		誤差	53.29	46.00	1.16			
	被験者内要因	時期	0.07	1.00	0.07	0.24	0.630	0.01
		時期×群	0.28	1.00	0.28	0.94	0.337	0.02
		誤差	13.56	46.00	0.30			
②どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるか分かっている	被験者間要因	群	1.06	1.00	1.06	0.84	0.364	0.02
		誤差	57.68	46.00	1.25			
	被験者内要因	時期	0.25	1.00	0.25	0.50	0.485	0.01
		時期×群	2.42	1.00	2.42	4.79	0.034	0.09
		誤差	23.24	46.00	0.51			
③自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることができる	被験者間要因	群	2.34	1.00	2.34	2.78	0.102	0.06
		誤差	38.62	46.00	0.84			
	被験者内要因	時期	3.80	1.00	3.80	8.27	0.006	0.15
		時期×群	0.80	1.00	0.80	1.75	0.193	0.04
		誤差	21.16	46.00	0.46			
④様々な視点から状況を捉えて考え方のレパトリーを増やそうとしている	被験者間要因	群	10.51	1.00	10.51	9.67	0.003*	0.17
		誤差	49.98	46.00	1.09			
	被験者内要因	時期	6.53	1.00	6.53	11.47	0.001*	0.20
		時期×群	1.53	1.00	1.53	2.69	0.108	0.06
		誤差	26.21	46.00	0.57			
⑤自分の気持ちや考えを上手に他人に伝えることができずにストレスを	被験者間要因	群	0.43	1.00	0.43	0.26	0.614	0.01
		誤差	77.31	46.00	1.68			

感じることもある	被験者内要因	時期	0.12	1.00	0.12	0.17	0.685	0.00
		時期×群	0.03	1.00	0.03	0.05	0.827	0.00
		誤差	32.37	46.00	0.70			
⑥自分の気持ちや考えを主張すると、 周りに迷惑をかけるのではないかと 感じてしまう	被験者間要因	群	0.95	1.00	0.95	0.49	0.487	0.01
		誤差	89.04	46.00	1.94			
	被験者内要因	時期	0.08	1.00	0.08	0.13	0.716	0.00
		時期×群	0.58	1.00	0.58	0.93	0.340	0.02
		誤差	28.91	46.00	0.63			
⑦どのようにすれば、自分の気持ちや 考えを上手に相手に伝えることがで きるか分かっている	被験者間要因	群	5.63	1.00	5.63	11.09	0.002*	0.19
		誤差	23.33	46.00	0.51			
	被験者内要因	時期	0.34	1.00	0.34	0.63	0.432	0.01
		時期×群	0.00	1.00	0.00	0.01	0.943	0.00
		誤差	24.62	46.00	0.54			
⑧復職に関する不安や悩みを他の人 に話す機会を持っている	被験者間要因	群	0.76	1.00	0.76	0.43	0.514	0.01
		誤差	80.48	46.00	1.75			
	被験者内要因	時期	1.06	1.00	1.06	1.97	0.167	0.04
		時期×群	1.06	1.00	1.06	1.97	0.167	0.04
		誤差	24.68	46.00	0.54			
⑨復職のことを考えると気持ちが焦 る	被験者間要因	群	0.47	1.00	0.47	0.56	0.458	0.01
		誤差	38.49	46.00	0.84			
	被験者内要因	時期	3.21	1.00	3.21	4.27	0.045	0.09
		時期×群	0.00	1.00	0.00	0.00	0.952	0.00
		誤差	34.62	46.00	0.75			

⑩復職に向けて、今できることをやろうと思っている	被験者間要因	群	0.00	1.00	0.00	0.00	0.982	0.00
		誤差	62.74	46.00	1.36			
	被験者内要因	時期	0.12	1.00	0.12	0.19	0.666	0.00
		時期×群	0.95	1.00	0.95	1.53	0.222	0.03
		誤差	28.54	46.00	0.62			

注) BDI-II; Beck Depression Inventory

DAS24-J; Dysfunctional Attitude Scale24 Japanese version

SPSI-R; Social Problem-solving Inventory-Revised

注) 有意水準は Bonferroni 法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリーアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて 14 個であるため、有意な p 値は $p=0.05/14=0.004$ 未満と設定した

注) *は $P<0.004$

考 察

1. 研究協力者の属性

平均年齢は、介入群で38.0歳、対照群で41.1歳であり、30代後半から40代前半の男性の参加が多かった。また、平均休職回数は介入群1.6回、対照群2.1回と複数回の休職経験者の参加が多く、平均休職期間は介入群12.9ヶ月、対照群13.1ヶ月であり、休職が1年以上と長期化していた。リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究[11]では、リワークプログラム利用者の属性は男性が75.7%、平均年齢は男性で40.3歳 (SD=8.6)、女性で36.1歳 (SD=9.1) と報告しており、長期休職中の中年男性の参加という点において、うつ病等休職者の実態に合った対象者を選択できたといえる。

また、休職形態は、介入群で休職が60.0%、病気休暇が30.0%、対照群では休職が85.7%、病気休暇が14.3%と、対照群の方が休職の割合が高く、休職回数も介入群で1.6回、対照群で2.1回であった。研究対象者数が少ないため統計的検定力が低いことも影響して、両群の属性には統計的な有意差は認められないものの、対照群の方が症状の重い対象者が参加していた可能性がある。なお、全9回のプログラムの出席状況は平均8.20回であり、介入の頻度は十分に保つことができたといえる。

2. 介入効果

プライマリーアウトカムである抑うつ症状は、介入効果（群×時期の交互作用）は有意ではなかった。本研究対象のBDI-II得点は、両群ともに開始時の標準偏差値が高いことから、症状の程度にバラつきの多い群構成であったと考えられた。介入群のうち、介入前後で10点以上抑うつ症状が改善した6名は、開始時のBDI得点の平均は30.67点（SD=12.61）であったが、症状が5点以上悪化した3名の開始時のBDI-II得点の平均は17.33点（SD=22.23）であったことから、抑うつ症状の高い対象者において症状の改善が認められていた。また、BDI-II得点が10点以上改善した6名のうち3名が第1期募集のグループに参加していた。グループを進行したスタッフや使用したテキスト資材は同一であったが、参加するメンバー構成によってグループの雰囲気は大きく変わるため、グループダイナミズムがうまく機能したグループでは、症状改善が促進されることが考えられた。

一方、症状が5点以上悪化した3名は、抑うつ症状は軽度であったものの、1名は休職回数が4回、もう1人は現在の休職期間が1年9か月と休職が長期化したり再休職を繰り返していた。これらの対象に対しては、本人の抱えた問題に合わせたインテンシブな介入が必要であり、短期かつ集団の低強度認知行動療法以外のアプローチが適していた可能性があると考えられた。

3. プログラム

復職後の欠勤回数の減少を報告した Willert ら[37]のプログラムは、心理教育や認知再構成法、問題解決技法、コミュニケーションスキルトレーニングの構成要素から成り、この点は本研究と共通している。しかし、Willert ら[37]のプログラムの特徴は、職場のストレスを題材に扱いながら、コーピングスキルを高めることに主眼に置いている点にある。一方、本研究のプログラムでは、休職前の職場ストレスを積極的に題材に取り上げて対処法を検討するというよりは、休職中に日々体験するストレスフルな場면을題材に、認知行動療法の各技法を学習する介入を行った。「今、ここで」の問題に焦点を当ててアプローチする認知行動療法の基本に従って、このような介入内容を設定したのだが、序文で論じたように、適応障害患者の復職支援においては、職場のストレスの同定とストレスコーピングスキルの検討によって、自律的に問題解決を図る問題解決療法の有効性が報告[16]されている。また、本研究では、「社会的問題解決能力」や「復職に対する意識」の項目においても、有意な改善効果が認められなかったことを踏まえると、今後、復職支援を目的とした集団認知行動療法のプログラムを行う際には、行動的介入の中でも、問題解決技法の比重を増やしたプログラム構成が必要であり、かつ、実際に職場で経験したストレス要因を振り返りながら復職後の対処方略を検討し合うような、より実践的なアプローチを取り入れるとよいと考えられた。

また、休職が長期化している場合には、休職前の職場で起きていたストレスフ

ルな状況を取り上げて対処法を検討しようとしても、休職開始時から経過がありすぎて、現実味を帯びて問題に直面化することが難しくなっている場合もある。Willert ら[37]の研究では、対象者の適応基準の一つに、「4週間以内に職場復帰する予定があること」という項目を設け、最初の1ヶ月（休職中）は、集団認知行動療法ストレスマネジメントプログラムを週1回3時間×4回実施し、復職後は3時間×4回を隔週で実施しながら、復職前後の過程をサポートするプログラム構成にしている。このように、プログラムの導入時期を工夫することで、職場で直面する問題に対して、具体的にコーピングスキルを学ぶことへのモチベーションを高め、有効な介入を実施できるのではないかと考えられた。

4. アウトカム

本研究では、BDI-IIで測定した抑うつ症状をプライマリーアウトカムとしたが、de Venteら[38]は、情緒的消耗感を測定するバーンアウト尺度をプライマリーアウトカムに設定している。このように、うつ病等休職者を対象とした場合には、職場ストレスに関連した精神症状を測定できる尺度を選択するとよいと考えられた。また、復職率、復職後の休業（Absenteeism）や健康問題による労務遂行能力や生産性の低下（Presenteeism）などもアウトカムを加えることで、復職に対する集団形式で行う低強度認知行動療法の効果を直接的に検討することができると思われた。

5. 本研究の限界

本研究は、研究の方法論的に多くの限界点を有する。まずは、予備的研究を踏まえた効果量の測定を実施しなかったという重大な問題がある。また、休職者を対象としているため、症状の改善が認められた場合には職場に復帰したり、悪化した場合にはプログラムから脱落するなどのバイアスが生じた可能性がある。特に対照群の参加者に対しては、プログラムへの参加の機会を均等にするために、ポスト調査実施後（3ヶ月後）に同内容の集団認知行動療法を実施したが、最初の3ヶ月は心理指標の測定のみで通常診療を継続する期間が長いために、研究参加へのモチベーションを維持できず中断したり、対照群に割り付けられた段階で、休職期間を理由に参加の中断を申し出る者が多かった。脱落の大半は対照群で生じていることから、選択バイアスが生じた可能性が否定できず、サンプルに偏りが生じていた可能性がある。

介入効果の測定に関しては、参加者の主観的な評価のみで客観的な症状評価、および、復職に関する直接的なデータが欠けていた。さらに、介入群に情報バイアスが生じて、研究協力者が介入効果を意識した回答をした可能性もある。また、介入期間中に、適切に介入プログラムが実施されていたかを定期的に評価する介入プロセスの評価も行う必要があった。

なお、本研究の介入効果が集団療法として認知行動療法を実施した効果なの

か、認知行動療法自体の介入効果なのかを検証するためには、集団認知行動療法群と通常診療群との比較のみならず、個人療法として認知行動療法を実施する群との比較も行う必要がある。

本研究はこのように多くの限界点を有しているが、うつ病等休職者に対して医療機関が提供すべき復職支援の方法が模索されている現在、うつ症状の改善に効果が認められる認知行動療法に注目して、集団療法を活用した低強度認知行動療法のプログラムを開発し、通常診療群との比較を行った点に特徴がある。本結果では、通常診療と比較して有意な介入効果が認められなかったが、方法的な手法を改善するとともに、休職前に職場で経験した職場ストレスを振り返り、具体的な対処方法をグループの参加者同士がディスカッションするような実践的な介入手法を取り入れたり、休職前後の時期にプログラムを導入するなど、プログラム内容や導入時期を検討することで、うつ病等休職者の復職支援を有効にサポートする集団認知行動療法プログラムへと改訂できる可能性があると考えられた。

研究② うつ病等休職者を対象にしたInternet-based Cognitive Behavior Therapy (ICBT)の効果検討

背景

1. うつ病等休職者を対象としたリワークプログラム

日本の復職支援の特徴は、事業所単位の復職支援プログラムに加えて、うつ病等休職者に特化したリワークプログラムを精神科医療機関のデイケアや作業療法として実施している点にある。国内のリワークプログラムの実施施設は年々増加[14]する一方で、職場復帰を目的としたリハビリテーションの場で、どのようなプログラムが必要なのかについては、統一的な理解が得られているとは言いがたく、職場復帰の促進効果が期待できる標準的なリワークプログラム内容の確立が求められている[61]。

国内における先進的なリワークプログラムの実施施設を対象とした調査[61]では、プログラムの目的は、①症状自己管理、②自己洞察、③コミュニケーション、④集中力、⑤モチベーション、⑥感情表現、⑦リラクゼーション、⑧基本的体力の8要素が抽出され、実施形態としては、①個人プログラム、②特定の心理プログラム、③教育プログラム、④集団プログラム、⑤その他のプログラムの5つに分類できることが報告されている。また、5つの実施形態の一つである「特定の心理プログラム」はプログラム全体の約20%を占め[11]、具体的には生活技能訓練 (SST)、対人関係療法、グループカウンセリング、サイコ

ドラマなどの心理療法が実施されているが、認知行動療法もその一つに含まれる[11]。しかし、現在の国内の認知行動療法の普及や実施現状[32]を踏まえると、リワークプログラムにおける認知行動療法の活用も、まだ限定的なものであると考えられる。

デイケアや作業療法などの形態で実施されるリワークプログラムの場で認知行動療法を活用する場合には、一人一人に定型的な高強度の認知行動療法を行うことには限界があるが、低強度認知行動療法であれば、リワークプログラムの現場に即した形での活用可能性が高まると考えられる。

2. コンピューターを活用した認知行動療法

低強度認知行動療法の一つに、コンピューターを活用して認知行動療法を行う実施形態がある。NICE の治療ガイドライン[62]では、軽度のうつ病に対する低強度の心理社会的介入の一つとして、コンピューターを活用した認知行動療法の適用を示し、精神医療を助ける有力な手段の一つと位置づけている。

コンピューターを活用した認知行動療法は、コンピューターを用いて認知行動療法のさまざまな技法を実施する Computer-aided Cognitive Behavior Therapy (CCBT) と、コンピューターで仮想現実を作ってエクスポージャー（暴露療法）を実施する Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) とに二分され[63]、前者では気分障害や不安障害に関するものが、後者では高所恐怖、閉所恐怖、PTSD、社交不安障害などを対象にした各種プログラムが作成されている。

3. Internet-based Cognitive Behavior Therapy

近年ではインターネットの普及によって、Internet-based Cognitive Behavior Therapy (以下、ICBT)が、コンピューターを活用した認知行動療法の主流となっている。ICBTは、利用者のアクセシビリティが高く、自身のペースでプログラムを進めることができ、何度も繰り返してコンテンツを利用できるというメリットを有し[64]、また、ICBTを活用した治療では、精神科受診の際に生じがちなスティグマが軽減することも報告されている[65]。また、プログラムを提供する側にとっても、プログラム配信における効率性の高さや内容更新の容易さ、双方向性のやりとりが可能であること、マルチメディア性やエンターテイメント性の導入が可能なことなどのメリットを有する[66]。ICBTに関するランダム化比較試験は年々増加しており、成人のうつ病に関するICBTに関するメタアナリシス[64][67][68][69][70]では、通常治療群やウェイトングリスト群に比べて、抑うつ症状が有意に改善を示したことを報告している。

ICBTに関する研究は、主に①セルフヘルプ（自助）ツールとしてICBTを利用する場合と、②ICBTを診療補助ツールとして活用する場合とに分けられる。また、ICBTをセルフヘルプツールとして利用する場合には、ICBT単独利用とスタッフのサポートを併用するものに下位分類できる。ちなみに、先行研究ではICBTに加えてスタッフが電話やメールなどでサポートを行う場合の方が、治療効果が高いと指摘している[64][69]。

一方、ICBT を診療補助ツールとして活用する場合には、定期的な診療に加えて ICBT を利用するが、先行研究[35, 36]では抑うつ症状の改善効果が報告されており、日本でも ICBT を診療補助ツールとして活用した効果検討研究[71]が開始されている。前述したように、日本では定型的な認知行動療法を実施できる治療者が現状ではまだ少なく、認知行動療法に対するアクセシビリティが必ずしも高くないこと[32]を考慮すると、診療の補助ツールとして ICBT を活用することによって、有効な治療提供の機会を高めることができると考えられる。

4. うつ病等休職者の復職支援における ICBT の活用の可能性

うつ病等休職者の復職支援に関するコクランレビュー[18]では、ICBT を活用した研究として、以下の2つの研究を報告している。Hollingshurst ら[26]は、初発のうつ病患者に対して、オンラインによる認知行動療法（55分×10セッション）を行った結果、通常診療を比較すると ICBT は実施のコストが高いものの、抑うつ症状や質調整生存年（QALY）の改善、介入後8ヶ月後のフォローアップ時点における欠勤日数の減少が認められたことを報告している。また、McCrone ら[27]もオンラインによる認知行動療法（50分×8セッション）を実施し、通常診療群との比較において、欠勤日数の減少、抑うつ症状の改善、生産性の向上などを報告している。

5. リワークプログラムにおける ICBT の活用

リワークプログラム利用者の平均年齢[11]は、男性で 40.3 歳 (SD=8.6)、女性で 36.1 歳 (SD=9.1) であり、インターネットに対する親和性も高い。また、ICBT 利用時には、希死念慮や自傷行動の衝動を察知しにくいという安全確保の問題や脱落率の高さが指摘[42]されているが、リワークプログラムに ICBT を導入した場合には、プログラムを担当するスタッフが、利用時の本人の状態を観察して安全性を確認し、脱落を予防する役割を担うことができる。さらに、リワークプログラムでは、オフィスワーク（職場の業務に類似した課題）をプログラム構成に含むため、パソコンを備品として設置している施設が大半であり、ICBT を導入できる環境が整いやすいといえる。このように、リワークプログラムの補助ツールとして ICBT を活用することで、心理プログラムの一部を補完したり、既存の心理プログラムの学習効果を促進できる可能性がある。しかし、リワークプログラムと併用して ICBT を利用した研究は、これまでに報告がない。

目 的

本研究では、リワークプログラムの補助ツールとしての ICBT 活用の可能性を検討するために、リワークプログラムに通ううつ病等休職者を対象として、リワークプログラム単独実施群とリワークプログラムと ICBT の併用群とを比較した非ランダム化比較試験により、効果評価を行うことにした。

プライマリーアウトカム は1ヶ月後の抑うつ症状であり、セカンダリーアウトカムは健康関連 QOL、社会適応状態、非機能的認知、自己肯定感(Self Esteem)、

認知的柔軟性 (Cognitive Flexibility) および復職に対する意識である。

方 法

1. 参加者

(1) 選定基準

対象者は、研究実施期間内に研究実施機関のリワークプログラムに参加したうつ病等休職者である。本研究の適応基準は、18～55歳であること、主治医によって気分障害および適応障害の診断が付いていること、現在、病気休暇や休職中であり職場復帰を目指していることとした。また、希死念慮が顕著である者、器質因、認知機能障害、重度の身体合併症により研究への継続参加が難しい者、現在、失職中である者は除外した。

(2) 募集方法

リワークプログラム参加者に対して、リワークスタッフが研究概要をアナウンスし、研究参加の意向を示した者に対して、ICBTプログラムの講師が研究説明会を実施した。説明会では本研究の主旨、同意撤回の保障、プライバシーの保護などを説明し、文書にて同意を取得した。

2. 研究デザイン

同時期にリワークプログラムに参加する者を介入群、対照群にランダムに割り付けて別内容の介入を実施することが難しかったため、研究デザインは非ラ

ランダム化比較試験とした。割付は、研究実施機関のリワークプログラム登録時期によって行った。選定基準に合致する登録者のうち、2010年8～10月にリワークプログラムにエントリーした者を第1期参加者として対照群に、2010年10～12月にリワークプログラムにエントリーした者を第2期参加者として介入群に振り分けた。

3. 介入内容

(1) 対照群

対照群は標準治療対象とし、プレ調査実施後、通常診療およびリワークプログラムを1ヶ月間継続してもらい、ポスト調査を実施した。

(2) 介入群

介入群の対象者には、プレ調査実施後、通常診療およびリワークプログラムと並行して、1か月間のICBTプログラム（表5）に参加してもらい、ポスト調査を実施した。

【ICBTプログラムの内容】

(1) プログラムの期間・回数・時間

1クールは1か月間であり、説明会（2時間）、個人課題（1週間）、フォローアップ説明会（2時間）、個人課題（3週間）で構成した。

(2) スタッフと主な役割

スタッフは計3名配置した。講師は認知行動療法の実践歴を有し、精神保健

領域で修士の学位を持つ者が担当し、説明会とフォローアップ説明会で認知行動療法、および ICBT の利用方法を解説した。また、リワークスタッフは個人課題を行う際に同席し、ICBT の利用方法などの疑問点に対応した。

(3) プログラムの展開方法・内容

ICBT プログラムは施設内のパソコンルームで行い、プログラム内容は、以下のとおりに構成した[72]。

【プログラム内容】

(1) 説明会

研究協力者に対して 2 時間の説明会を実施した。説明会では、講師が認知行動療法の基本的な考え方について解説し、その後、演習として考え方のクセを知る簡単な心理テストを実施して、自分の考え方の特徴を把握してもらった。

次に、講師は認知的技法の一つである認知再構成法の解説を行った。認知再構成法とは、抑うつ感や不安感を感じた際に、①不快な感情をもたらした状況、②その時の情緒的反応の強さの評定、③その気分を抱いた時の自動思考の具体的内容、④自動思考の妥当性の検討、⑤自動思考に対峙する適応的思考の具体的内容、⑥適応的思考をとった後の情緒的反応の強さを記録することによってセルフモニタリングする方法である。解説後、各参加者につき 1 台のパソコンを配置し、実際に ICBT 「うつ・不安ネット こころのスキルアップ・トレーニング」 [73] の chapter 1 にアクセスして認知再構成法を実施してもらった。その際、講師は ICBT の操作方法なども併せて説明し、使用上の疑問点の解消に努

めた。なお、ICBT 使用の際には、各自に ID とパスワードを配布し、学習内容を保存管理できるようにして秘密性の保持を確保した。

(2) 個人課題（1 週間）

研究対象者には、リワークプログラムの「パソコン」の時間帯（週 2 回、各 1 時間）に、ICBT にアクセスして認知再構成法を行ってもらった（1 週間）。

個人課題を行う際には、リワークプログラムのスタッフ 2 名が在籍し、ICBT 利用中に生じた不明点に対応した。

(3) フォローアップ説明会

1 週間の個人課題終了後に、2 時間のフォローアップ説明会を実施した。講師は再度、認知再構成法の解説を行い学習内容の復習をしたところで、質疑応答の時間を設け、1 週間 ICBT を利用してみて生じた疑問点や不明点に対応した。その後、各自に ICBT を使用して認知再構成を行ってもらった。

(4) 個人課題（3 週間）

研究対象者には、リワークプログラムの「パソコン」の時間帯（週 2 回、各 1 時間）に ICBT にアクセスして、認知再構成法を行ってもらった（3 週間）。

個人課題を行う際には、リワークプログラムのスタッフ 2 名が在籍し、ICBT 利用時に生じた不明点に対応した。

表 3 ICBT プログラムの内容

	時間	内容
--	----	----

説明会	2時間	① 講義 認知行動療法の解説 ② ワーク 「考え方のクセを知るテスト」実施 ③ 講義 認知再構成法の解説 ④ ワーク ICBT「うつ・不安ネット http://www.cbt.jp.net/ 」にて認知再構成法を実施
個人課題	1週間	各自が ICBT を使用して認知再構成法を実施
フォローアップ説明会	2時間	① 講義 認知再構成法の復習 ② ワーク ICBT「うつ・不安ネット http://www.cbt.jp.net/ 」にて認知再構成法を実施
個人課題	3週間	各自が ICBT を使用して認知再構成法を実施

4. 調査項目

下記の調査項目を測定した。

(1) ベースライン調査

属性（年齢、性別、学歴、婚姻歴）、臨床に関する情報（診断・入院回数）、勤務に関連する情報（勤続年数・職種）、および、休職に関連する情報（休職期間・休職回数・休職形態）

(2) プレ調査・ポスト調査

プレ調査・ポスト調査項目は、下記のとおりである。

【プライマリーアウトカム】

プライマリーアウトカムは、1ヶ月後の抑うつ症状とした。その理由は、本介入はうつ症状に焦点を当てたプログラム構成であるためである。

① Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-J)

John Rush らが開発した簡易抑うつ症状尺度の日本語版[74]である。16 項目から成り 4 件法で測定する (得点範囲は 0-64 点)。QIDS 得点は、0-5 点が正常、6-10 点が軽度、11-15 点が中等度、16-20 点が重度、21-27 点がきわめて重度とされている。日本語版は藤澤ら[74]により信頼性と妥当性が検討されている。得点が高いほど抑うつ症状が強いことを示す。

【セカンダリーアウトカム】

セカンダリーアウトカムは健康関連 QOL、社会適応状態、非機能的認知、自己肯定感 (Self Esteem)、認知的柔軟性 (Cognitive Flexibility) および復職に対する意識とした。

① SF-8 Health survey (SF-8)

健康関連 QOL を測定する自己記入式尺度[75]であり、身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能 (精神)、心の健康の 8 下位尺度がある (得点範囲は 8-42 点)。日本語版は福原ら[75]により信頼性と妥当性が検討されている。得点が低いほど健康関連 QOL が高いことを示す。

② Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)

Bosc らが開発したうつ病者の社会適応状態を測定する自己記入式評価尺度[76]である。20 項目から成り 4 件法で測定する (得点範囲は 0-60 点)。日本語版は後藤ら[76]により信頼性と妥当性が検討されている。得点が高いほど社会適応状況が良いことを示す。

③ Dysfunctional Attitude Scale²⁴ 日本語版 (DAS24-J)

Power ら [56] が開発した Dysfunctional Attitude Scale²⁴ の日本語版 [57] である。DAS24-J は非機能的認知を測定する自己記入式尺度であり、24 項目で構成され 7 件法で測定する (得点範囲は 40-280 点)。日本語版は田島ら [57] により信頼性と妥当性が確認されている。得点が高いほど非機能的認知の傾向が強いことを示す。

④ Rosenberg Self Esteem scale

⑤ Rosenberg ら [59] による Self-Esteem Scale の日本語版 [60] である。自己の能力や価値に関する感情や感覚を測定する自己記入式尺度であり、10 項目で構成され 5 件法で測定する (得点範囲は 0-40 点)。得点が高いほど自己肯定感が高いことを示す。認知面、復職準備性を問うオリジナル項目

認知的柔軟性 (Cognitive flexibility) に関する 4 項目、復職に対する意識に関する 3 項目によって構成したオリジナルな項目である。質問項目は、認知的柔軟性に関しては「自分の考え方のクセを知っている」「どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるか分かっている」「自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることができる」「様々な視点から状況を捉えて考え方のレパートリーを増やそうとしている」「復職に対する意識に関しては、「復職に関する不安や悩みを他の人に話す機会を持っている」「復職のことを考えると気持ちが焦る」「復職に向けて、今できることをやろうと思っている」で構成した。

統計的解析

介入効果は、群を被験者間要因、時期を被験者内要因（反復測定）とする2要因混合計画による分散分析によって検討した。また、各群の介入前後の比較には、対応のある t 検定を用いた。なお、有意水準は Bonferroni 法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリーアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて12個なので、有意な p 値は $p=0.05/12=0.004$ 未満と設定した。これらの検定は SPSS for Windows ver. 20.0J を用いた。また、標準化効果量の検定 (Hedges' g) および 95%信頼区間の検定には R を用いた。

研究における倫理的配慮

口頭および書面で同意撤回の保障やプライバシーの保護、研究参加による症状悪化時の対応などについて説明し、書面による同意を得られた者のみを研究対象者とした。対照群の参加者に対しては、介入群の介入内容に準じたサービスを提供するために、ポスト調査終了後に ICBT の使い方を解説した DVD 教材を配布し、ICBT を無料で1ヶ月間使用してもらった。なお、本研究は研究実施機関（武田病院）の倫理審査委員会の承認を経て実施した。

結果

1. 研究協力者の属性

第1、2期の募集に応募した研究協力者は38名であり、中断した者は2名であった。また、介入群に参加した者は14名、対照群に参加した者は22名であった(図3)。本研究協力者の属性、臨床に関する情報、勤務に関連する情報および休職に関連する情報は表6の通りであった。

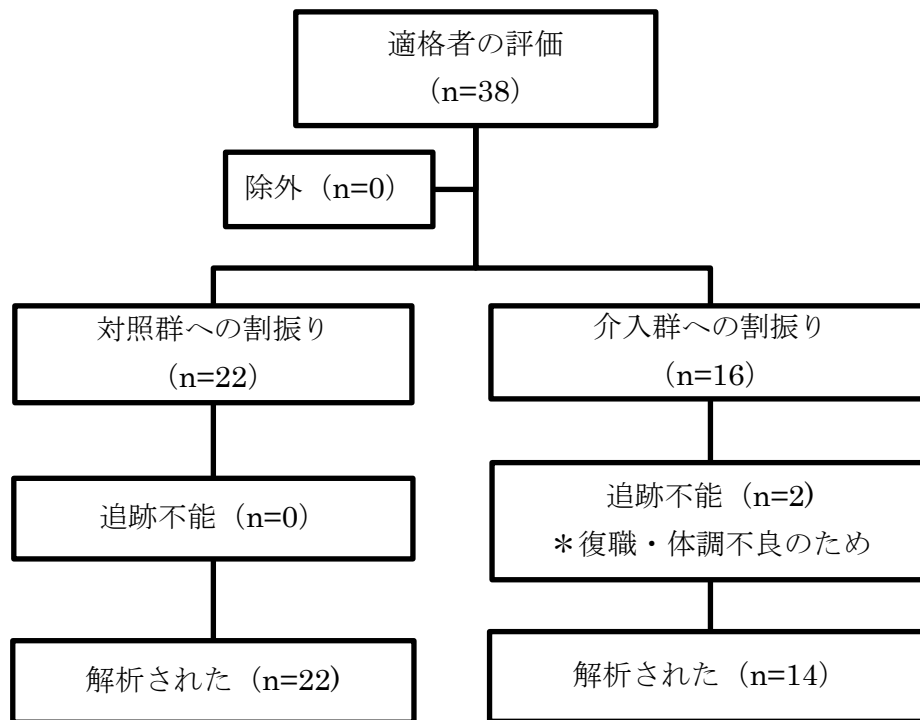


図3 フローチャート

表 4 対象者の属性

		介入群 (N=14)	対照群 (N=22)
		平均 (SD)	平均 (SD)
年齢		41.7 (6.6)	40.0 (5.6)
勤続年数 (年)		17.4 (7.4)	15.7 (6.0)
休職期間 (ヶ月)		14.5 (14.3)	14.6 (7.3)
休職回数		2.4 (2.1)	2.4 (1.3)
入院回数		0.4 (0.7)	0.4 (0.6)
		人 (%)	人 (%)
性別	男性	14 (100.0%)	20 (90.1%)
	女性	0 (0.0%)	2 (9.1%)
診断	大うつ病性障害	11 (78.6%)	16 (72.7%)
	双極性障害	2 (14.3%)	3 (13.6%)
	気分変調性障害	1 (6.3%)	0 (0.0%)
	適応障害	0 (0.0%)	3 (13.7%)
婚姻状況	既婚	8 (57.1%)	13 (59.1%)
	未婚	5 (35.7%)	7 (31.8%)
	離婚	1 (7.1%)	2 (9.10%)
最終学歴	高校、専門学校、短大	2 (14.3%)	5 (22.7%)
	大学	11 (78.6%)	14 (63.6%)
	大学院	1 (7.1%)	3 (13.6%)
職種	事務職	6 (42.9%)	8 (36.4%)
	専門職	5 (35.7%)	4 (18.2%)
	技術職	2 (14.3%)	9 (40.9%)
	サービス職	1 (7.1%)	1 (4.6%)
	生産技能職	0 (0.0%)	0 (0.0%)
休職形態	病気休暇	1 (7.1%)	0 (0.0%)
	休職	12 (85.7%)	22 (100.0%)
	有給休暇・その他	1 (7.1%)	0 (0.0%)

2. 介入群の ICBT へのアクセス状況

介入群の介入期間（1ヶ月間）の全アクセス回数は89回であった。一人あたりの平均アクセス回数は5.31(SD=3.48)回であった。最もアクセス回数が多かった時間帯は13時が34回(38.20%)、10時が30回(33.70%)、14時が21回(23.60%)であった。なお、介入群の脱落率は12.5%であった。

3. 介入群と対照群の得点の比較

QIDS得点は、介入群では7.36(SD=4.07)点、対照群で6.62(SD=4.33)点であり、軽度の抑うつ症状を有していた。プライマリーアウトカムである抑うつ症状は、介入群、対照群ともに介入前後においても有意な得点の変化が見られず(表7)、群を被験者間要因、時期を被験者内要因(反復測定)とする2要因混合計画による分散分析でも、交互作用は認められなかった(表8)。

セカンダリーアウトカムについても、介入前後で有意な得点の変化が見られず(表7)、群を被験者間要因、時期を被験者内要因(反復測定)とする2要因混合計画による分散分析でも、交互作用が認められなかった(表8)。

表 7 非ランダム化比較試験によるうつ病等休職者における ICBT プログラムのプライマリー、セカンダリーアウトカムへの効果：介入群と通常診療群との間での事前(Pre)および1ヶ月後(Post)の抑うつ症状、健康関連 QOL、社会適応状態、非機能的認知および Self Esteem の各得点と Pre, post 得点の比較

	介入群				対照群				群間の変化量の差		
	Pre 平均(SD)	Post 平均(SD)	t	p	Pre 平均(SD)	Post 平均(SD)	t	p	ES	95%CI	
QIDS-J	7.36 (4.07)	5.29 (4.43)	2.75	0.016	6.62 (4.33)	5.29 (3.69)	1.59	0.127	-0.21	-0.89～ 0.47	
SF-8	21.71 (6.55)	18.29 (5.11)	2.20	0.047	19.18 (5.62)	18.59 (5.47)	0.64	0.532	-0.57	-1.25～ 0.12	
SASS	30.57 (6.39)	32.29 (5.86)	-1.99	0.068	31.73 (7.58)	31.77 (6.70)	-0.05	0.961	0.42	-0.26～ 1.09	
DAS24-J	93.43 (15.60)	85.36 (18.68)	2.33	0.036	83.91 (15.06)	79.36 (15.87)	1.35	0.192	-0.24	-0.91～ 0.44	
Rosenberg Self esteem	31.93 (8.53)	33.0 7(7.25)	-1.01	0.332	32.86 (6.30)	34.41 (5.02)	-1.34	0.196	-0.08	-0.75～ 0.59	
Cognitive	①自分の考え方のクセを理解している	2.50 (0.76)	2.50 (0.86)	0.00	1.000	2.64 (0.66)	2.50 (0.74)	0.90	0.378	0.23	-0.44～ 0.90
	②どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるのか理解している	2.36 (0.93)	2.43 (0.85)	-0.56	0.583	2.45 (0.74)	2.45 (0.74)	0.00	1.000	0.09	-0.58～ 0.76
	③自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることが	1.29 (0.73)	2.00 (0.78)	-2.69	0.019	2.00 (0.76)	2.09 (0.81)	-0.70	0.492	0.80	0.09～ 1.49

	できる										
	④様々な視点から状況を捉えて、考え方のレパトリーを増やそうとしている	2.21 (0.89)	2.79 (0.70)	-2.51	0.026	2.59 (0.91)	2.41 (1.10)	1.16	0.257	0.96	0.25～ 1.66
復職に関する意識	⑤復職に関する不安や悩みを他の人に話す機会を持っている	2.86 (0.86)	2.79 (0.89)	0.25	0.807	2.86 (0.89)	3.05 (0.65)	-1.16	0.257	-0.28	-0.96～ 0.39
	⑥復職のことを考えると気持ちが焦る	2.79 (0.70)	2.71 (0.83)	0.37	0.720	2.77 (0.87)	2.82 (0.50)	-0.25	0.803	-0.15	-0.82～ 0.52
	⑦復職に向けて、今出来ることをやろうと思っている	3.29(0.47)	3.36(0.63)	-0.43	0.671	3.36(0.49)	3.27(0.77)	0.53	0.605	0.22	-0.46～ 0.89

注) QIDS-J; Quick Inventory of Depressive Symptomatology
 SF-8; SF-8 Health survey
 SASS; Social Adaptation Self-evaluation Scale
 DAS24-J; Dysfunctional Attitude Scale24 Japanese version
 SPSI-R; Social Problem-solving Inventory-Revised

注) ES; Effect Size

注) 有意水準はBonferroni法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて12個なので、有意なp値は $p=0.05/12=0.004$ 未満と設定した

表 8 非ランダム化比較試験によるうつ病等休職者における ICBT プログラムのプライマリー、セカンダリーアウトカムへの効果: 群(被験者間要因)と時期(被験者内要因)の 2 要因混合計画による分散分析結果

			タイプIII平方和	自由度	平均平方	F	p	偏イータ ² 乗
QIDS-J	被験者間要因	群	2.29	1.00	2.29	0.08	0.776	0.00
		誤差	918.51	34.00	27.83			
	被験者内要因	時期	48.69	1.00	48.69	8.08	0.008	0.20
		時期×群	2.29	1.00	2.29	0.38	0.542	0.01
SF-8	被験者間要因	群	21.22	1.00	21.22	0.41	0.527	0.01
		誤差	1764.93	34.00	51.91			
	被験者内要因	時期	69.11	1.00	69.11	5.58	0.024	0.14
		時期×群	34.45	1.00	34.45	2.78	0.105	0.08
SASS	被験者間要因	群	1.77	1.00	1.77	0.02	0.886	0.00
		誤差	2860.61	34.00	84.14			
	被験者内要因	時期	13.25	1.00	13.25	1.69	0.202	0.05
		時期×群	11.91	1.00	11.91	1.52	0.226	0.04
DAS24-J	被験者間要因	群	1029.46	1.00	1029.46	2.49	0.124	0.07
		誤差	14032.36	34.00	412.72			
	被験者内要因	時期	680.96	1.00	680.96	6.23	0.018	0.16
		時期×群	53.18	1.00	53.18	0.49	0.490	0.01

		誤差	3717.19	34.00	109.33			
Rosenberg self esteem	被験者間要因	群	22.10	1.00	22.10	0.29	0.592	0.01
		誤差	2563.18	34.00	75.39			
	被験者内要因	時期	30.92	1.00	30.92	2.46	0.126	0.07
		時期×群	0.69	1.00	0.69	0.06	0.816	0.00
		誤差	426.58	34.00	12.55			
①自分の考え方のクセを知っている	被験者間要因	群	0.08	1.00	0.08	0.09	0.771	0.00
		誤差	31.30	34.00	0.92			
	被験者内要因	時期	0.08	1.00	0.08	0.43	0.517	0.01
		時期×群	0.08	1.00	0.08	0.43	0.517	0.01
		誤差	6.30	34.00	0.19			
②どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるか分かっている	被験者間要因	群	0.07	1.00	0.07	0.07	0.797	0.00
		誤差	33.09	34.00	0.97			
	被験者内要因	時期	0.02	1.00	0.02	0.07	0.792	0.00
		時期×群	0.02	1.00	0.02	0.07	0.792	0.00
		誤差	10.46	34.00	0.31			
③自分をいつも苦しめている考え方に気づいて、発想を切り替えることができる	被験者間要因	群	2.77	1.00	2.77	3.11	0.087	0.08
		誤差	30.34	34.00	0.89			
	被験者内要因	時期	2.77	1.00	2.77	9.12	0.005	0.21
		時期×群	1.66	1.00	1.66	5.47	0.025	0.14
		誤差	10.34	34.00	0.30			
④様々な視点から状況を捉えて考え方のレパートリーを増やそうとして	被験者間要因	群	0.00	1.00	0.00	0.00	1.000	0.00
		誤差	49.00	34.00	1.44			

いる	被験者内要因	時期	0.65	1.00	0.65	2.13	0.153	0.06
		時期×群	2.43	1.00	2.43	7.97	0.008	0.19
		誤差	10.35	34.00	0.30			
⑤復職に関する不安や悩みを他の人に話す機会を持っている	被験者間要因	群	0.30	1.00	0.30	0.32	0.577	0.01
		誤差	32.52	34.00	0.96			
	被験者内要因	時期	0.05	1.00	0.05	0.14	0.715	0.00
		時期×群	0.27	1.00	0.27	0.71	0.405	0.02
		誤差	13.10	34.00	0.39			
	⑥復職のことを考えると気持ちが焦る	被験者間要因	群	0.04	1.00	0.04	0.05	0.829
誤差			25.41	34.00	0.75			
被験者内要因		時期	0.00	1.00	0.00	0.01	0.925	0.00
	時期×群	0.06	1.00	0.06	0.18	0.673	0.01	
	誤差	10.94	34.00	0.32				
⑦復職に向けて、今できることをやろうと思っている	被験者間要因	群	0.00	1.00	0.00	0.00	0.985	0.00
		誤差	16.15	34.00	0.48			
	被験者内要因	時期	0.00	1.00	0.00	0.01	0.939	0.00
		時期×群	0.11	1.00	0.11	0.41	0.527	0.01
	誤差	9.37	34.00	0.28				

注) QIDS-J; Quick Inventory of Depressive Symptomatology
SF-8; SF-8 Health survey
SASS; Social Adaptation Self-evaluation Scale
DAS24-J; Dysfunctional Attitude Scale24 Japanese version
SPSI-R; Social Problem-solving Inventory-Revised

注) 有意水準は Bonferroni 法による補正を実施した。検定対象の変数の数はプライマリアウトカムとセカンダリーアウトカムを合わせて 12 個なので、有意な p 値は $p=0.05/12=0.004$ 未満と設定した

4. 内容分析

うつ病等休職者がどのような状況にストレスを感じていることが多いのかを把握するために、介入群の参加者が記載した自動思考記録表 89 枚について内容分析をおこなった。

表 5 自動思考記録表 89 枚の内容分析

		枚数	%
状況	休職中の産業保健スタッフや上司との関わり	20	22.50
	家族との関わり	16	18.00
	リワークプログラムに関する事	14	15.70
	復職に関する事	9	10.10
	病気や体調に関する事	9	10.10
	その他	21	23.60
自動思考の内容	自己に関する事	44	49.40
	世界・他者に関する事	25	28.10
	将来に関する事	20	22.50
自動思考の分類	先読み	22	24.70
	思いこみ	21	23.60
	べき思考	16	18.00
	深読み	13	14.60
	自己批判	12	13.50
	白黒思考	5	5.60
気分の改善	気持ちがラクになった	31	34.80
	少し気持ちがラクになった	53	59.60
	気持ちが重いまま続いている	4	4.50
	未記入	1	1.10

(1) 状況

2名の解析担当者が自動思考記録表の「状況」欄の記述内容を分析し、「休職中の産業保健スタッフや上司との関わり」「家族との関わり」「リワークプログラムに関すること」「復職に関すること」「病気や体調に関すること」「その他」の6ジャンルに分類した(表9)。

内容分析の結果、産業保健スタッフや上司からのメールや電話、産業医や産業保健スタッフ、上司との面談などの「休職中の産業保健スタッフや上司との関わり」についての記載が20件と最も多かった(22.50%)。続いて、妻や子供などの「家族との関わり」が16件(18.00%)、リワークプログラム内での他患やスタッフとのやりとりや課題が思うように進まないなどの「リワークプログラムに関すること」が14件(15.70%)、復職への焦りや不安などの「復職に関すること」が9件(10.10%)、うつ症状や体調悪化などの「病気や体調に関すること」が9件(10.10%)、いずれにも分類されなかった「その他」が21件(22.50%)であった。

(2) 否定的認知の三徴

2名の解析担当者が自動思考記録表に記載された「ホットな自動思考」の記述内容を分析し、Beckの否定的認知の三徴[29]に沿って分類した(表9)。内容分析の結果、自分を責めるような「自己に関すること」が44件(49.40%)、他人の思惑を気にするような「世界・他者に関すること」が25件(28.10%)、

今後、復職ができるのだろうかというような「将来に関すること」が20件
(22.50%)であった。

(3) 自動思考の分類

本ICBTでは、大野[77]の分類に沿って利用者自身が「自動思考」の特徴を分析できるようにプログラミングされている。ICBT上でチェックされた自動思考の特徴を集計した(表9)。その結果、「先読み」が22件(24.70%)、「思いこみ」が21件(23.60%)、「べき思考」が16件(18.00%)、「深読み」が13件(14.60%)、「自己批判」が12件(13.50%)、「白黒思考」が5件(5.60%)であった。

(4) 気分の改善度

本ICBTでは、利用者が気分の改善度を3段階で評価できるようにプログラミングされている。そこで、ICBTにアクセスして作成された自動思考記録表89枚の「気分の改善度」を集計したところ、「気持ちがラクになった」という回答が31件(34.80%)、「少し気持ちがラクになった」が53件(59.60%)、「気持ちが重いまま続いている」が4件(4.50%)、未記入が1件(1.10%)であった(表9)。

考 察

1. 研究協力者の属性

全研究協力者が男性であり、平均年齢は介入群で41.7歳(SD=6.6)、対照群で

40.0歳 (SD=5.7) と40代前後の参加者が多かった。また、平均休職期間は介入群で14.5ヶ月 (SD=14.3)、対照群で14.6ヶ月 (SD=7.3) であり、休職期間が1年以上と長期化していた。研究①と同様に、長期休職の中年男性の参加という点では、リワークプログラム利用者の実態[11]に合った対象を抽出できたといえる。

2. Internet CBTへのアクセス状況

1ヶ月間の平均アクセス回数は5.3 (SD=3.5) 回であったことから、週1～2回のペースで認知再構成法を行っていたことになり、一定の介入頻度を保つことができたといえる。本研究の脱落率は12.5%であり、先行研究[78]と比較すると脱落率は低かった。その理由として、単一の研究実施医療機関を研究対象としたこと、対象者が復職を目指しているためにICBTに対するモチベーションが高かったこと、リワークプログラムのスタッフがICBT利用時のサポートを行ったことが有効に働いたと推測された。

3. 介入効果

プライマリーアウトカムである抑うつ症状は、介入効果 (群×時期の交互作用) は有意ではなかった。本研究の介入期間は復職期間を考慮して1ヶ月間と設定したが、うつ病者を対象としたICBTに関するレビュー[79]で示されたICBTの使用期間は、平均7.6週間であることを考慮すると、うつ症状の改善に至るに

はもう少し長期の介入期間を要した可能性がある。また、成人うつ病患者を対象としたClarkeらの2つの介入研究[35, 36]では、7つのChapterで構成されたプログラムを介入に用いており、もう一方の18-24歳の若年層を対象とした研究[80]では、4タームから成るプログラムを用いていたのに対して、本研究では、リワークプログラムの実施中に無理なく導入できるボリュームを考慮して、うつ・不安ネット[73]の7つのChapterのうちの1 Chapter（認知再構成法）のみを介入プログラムとして用いた。しかし、抑うつ症状の改善を目的とする場合には、認知再構成法だけでなく、認知行動療法に関する複数のスキルを習得できるように介入内容を変更する必要があると考えられた。

4. プログラム内容

Hollingshurstら[26]は、初発のうつ病患者に対するオンラインによる認知行動療法の研究結果を報告している。これは、55分×10回のセッションを4ヶ月以内に実施するもので、プログラム実施期間中の担当サイコロジストとのやりとりは、メールによる間接的なコミュニケーションのみとし、プログラム自体はインターネットによって提供した。その結果、通常診療を受け続けた待機群と比較するとICBTは実施コストが高いものの、抑うつ症状や質調整生存年(QALY)の改善、介入後8ヶ月後のフォローアップ時点における欠勤日数の減少が認められたとしている。また、McCroneら[27]は、Beating the bluesと

いうオンラインによる認知行動療法プログラムの効果検討を実施している。15分の解説ビデオを見た後、50分×8セッションを実施してもらい、実施内容をプリントアウトしてもらいプライマリー医や看護師が進捗状況を確認するようにした。その結果、通常診療群との比較において、欠勤日数の減少、抑うつ症状の改善、生産性の向上などの効果が認められた。両研究ともに、介入は非対面のオンラインプログラムで完結するが、進行状況の確認や質疑応答の部分に、スタッフのサポートを組み合わせることで、利用者の理解の促進や脱落率の減少の一助にしている。本研究でも、リワークプログラムのスタッフが同席して利用時のサポートを行ったが、この形態であればスタッフの負担も少なく実施できたため、今後、リワークプログラムのカリキュラムの一つにICBTを組む際のモデルとなると考えられた。

5. 内容分析

うつ病等休職者が休職中に感じるストレス場面を分析することで、その実態を把握し、支援や介入のポイントを明らかにすることができる。そこで、研究参加者が記載した自動思考記録表の内容分析を行ったところ、うつ病等休職者は産業保健スタッフや上司からの電話やメール、産業医面談時などに強いストレスを感じて不安や焦燥感を高めていることが明らかとなった。続いて「家族との関わり」を取り上げる人が多く、その理由として、休職中には必然的に自

宅で過ごす時間が長くなり、家族との接触頻度が増すため、配偶者や子どもなど身近な人間関係で、気分の揺れを感じる人が多いのではないかと推測された。

Beckは、うつ病患者の認知の特徴として①自分自身、②自分を取り巻く世界、③自分の将来について悲観的に考える傾向があると指摘している[46, 81]。この3要素のうち、自分自身に関する否定的認知は、自分自身を否定的に見て自分を不完全で不適切で人から拒絶されている存在と捉え、不快な体験を自分の中にある欠陥や欠点に引き寄せて考える傾向と関連する[46, 81]。研究参加者の自動思考記録表では、「自己」に関する自動思考の記述が多く、「先読み」や「思い込み」の傾向が強かった。このことから、うつ病等休職者の復職支援においては、企業の産業保健スタッフや上司とのコンタクトを取る時や休職中の家族との関係において生じる、自己否定的な認知に焦点を当ててアプローチすると良いと考えられた。

6. 本研究の限界および今後の展望

本研究は、研究の方法論的に多くの限界点を有する。まずは、予備的研究を踏まえた効果量の測定を実施しなかったという重大な欠点がある。統計的に有効な検出を行うためには、より多くの対象者数が必要であった。また、同時期にリワークプログラムに通う通所者をランダムに二群に振り分けて、異なる介

入を行うことへの協力に限界があったため、本研究では研究実施機関のリワークプログラム登録時期による非ランダム化比較試験を行った。さらに、研究②では、研究①と違って対照群における脱落例が少なかったが、単一の研究実施医療機関で実施したために、今回の対象者の属性に結果が左右されてしまい、一般化に限界があった。

研究協力施設では、ICBTの他にも認知行動療法関連のプログラムを実施していたが、本研究のICBTプログラムは、リワークプログラム参加後すぐに本プログラムを導入し、介入期間終了後に、他の認知行動療法関連プログラムを開始するようになった。しかし、本介入に従事したリワークプログラムのスタッフは、過去に認知行動療法に関するトレーニングを受けており、既に認知行動療法に関する知識やスキルを習得しているため、対照群の参加者に対しても、通常業務の関わりの中で認知行動療法的なコメントや関わりを行っていた可能性がある。また、リワークプログラムに同時期に通う利用者（本研究の対象者以外）の中には、既に研究実施施設の他の認知行動療法関連のプログラムを終了している者もいたため、参加者同士が本研究の介入時間外に認知行動療法に関して情報交換を行った可能性も否定できない。そのため、スタッフや他のリワークプログラム利用者との間にコンタミネーションが発生した可能性がある。

介入効果の測定に関しては、参加者の主観的な評価のみで客観的な症状評価に欠けていた。また、適切な介入の実施状況を定期的に評価するなどのプロセス評価を行う必要もあった。

本研究はこのように多くの限界点を有しているが、リワークプログラムにおいて、職場復帰の促進効果が期待できる標準的なプログラムの確立が求められている現状において、リワークプログラムの補助ツールとしてのICBTの活用可能性を検討した点に本研究の特徴があるといえる。本研究では、リワークプログラム単独実施群とリワークプログラムとICBTの併用群とを比較において、抑うつ症状で有意な介入効果は認められなかった。しかし、今後、方法論的な手法を見直し、プログラムの利用期間を延ばして反復学習を促進するとともに、複数の認知的・行動的スキルを学習できるようにプログラムの構成を改訂して、更なる効果検討を実施するとよいと考えられた。

結 論

本研究では、職場復帰を目指すうつ病等休職者に対して、精神科医療機関が提供する効果的な心理的介入法が模索されている国内の現状を踏まえて、2つの低強度認知行動療法プログラムを開発し、その効果検討を行った。研究①では、集団療法としての低強度認知行動療法の効果を検討するために、通常診療を継続する対照群を設置したランダム化比較試験を実施し、うつ症状などの改善効果が認められるかどうかを検証し、研究②では、リワークプログラムに通ううつ病等休職者を対象として、リワークプログラム単独実施群とリワークプログラムとICBTの併用群とを比較した非ランダム化比較試験により、うつ症状などの改善効果が認められるかどうかを検証した。

その結果、プライマリーアウトカムであるうつ症状は、両研究ともに対照群と比較して有意な改善が認められなかった。その理由として、研究デザインや方法論上の問題があり、この点を見直して更なる効果検討を実施する必要があると考えられた。また、研究①では、復職が具体的に検討されだした時期にプログラムを導入して復職後の対処方略を検討し合う、より実践的な問題解決のアプローチを取り入れたプログラムに改訂する必要があると考えられた。研究②では、ICBTの利用期間を延長し、認知行動療法の複数のスキルを学習できるような構成に改訂したプログラムを利用するとよいと考えられた。これらの点を見直して、対象者を増やして効果検討を実施することで、今後、うつ病等休職者の復職支援に役立つ低強度認知行動療法のあり方を示唆できると考えられ

る。

謝 辞

本研究の実施にあたり、多大なるご指導やご助言をいただきました紹介教員の東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野の川上憲人先生、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの大野裕先生、堀越勝先生、NTT東日本関東病院精神神経科の秋山剛先生、沼初恵先生、中村聡美先生、岡崎渉先生、筑波大学医学医療系の岡田佳詠先生、跡見女子学園大学の酒井佳永先生、独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターの松本聡子先生、武田病院の武田龍一郎先生、三村健先生をはじめ、ご協力をいただきました多くの先生方に深く感謝申し上げます。

なお、研究①は財団法人精神分析財団助成金「産業医学に関する調査研究助成金」を、研究②は財団法人メンタルヘルス岡本記念財団の研究助成金によって実施いたしました。両財団のご支援をいただいたことに深く感謝いたします。

引用文献

1. Kessler R.C., Akiskal H.S., Ames M., et al., Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1561-8, 2006.
2. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., et al., The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 23-33, 2009.
3. Aslam R., Bauer A., Beecham J., et al., Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case., 2011.
4. 島津明人, 今村幸太郎, 海外のリワーク事情—オランダの復職支援システムに注目して—。 *臨床精神医学*, 41, 1601-6, 2012.
5. Dutch Association of Occupational Physicians(NVAS)., *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten.*, 2012.
6. 独立行政法人労働政策研究・研修機構, 職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査, 2012.
7. 人事院, 平成 23 年度国家公務員長期病休者実態調査結果の概要, 2013.
8. 労働基準局, こころ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【改訂】, 2009.
9. 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, 弘文堂, 東京, 10-16, 2009.
10. 有馬秀晃, 産業保健スタッフとのコミュニケーション, うつ病リワークプログラムの続け方～スタッフのために～, 南山堂, 東京, 151-160, 2011.
11. 五十嵐良雄, リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究, 厚生労働科学研究費補助金「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」研究報告書, 2012.
12. 有馬秀晃, プログラム作成のポイント, うつ病リワークプログラムのはじめ方, 弘文堂, 東京, 34-53, 2009.
13. 岡崎渉, 秋山剛, 田島美幸, 特集 職場に戻るためのメンタルヘルス. 総合病院における復職に向けたリハビリテーション. *精神科臨床サービス*, 6, 60-4, 2006.
14. うつ病リワーク研究会, <http://www.utsu-rework.org/list/index.html>
15. 岡崎渉, 秋山剛, 田島美幸, 評価のポイント, うつ病リワークプログラムのはじめ方, 弘文堂, 東京, 54-71, 2009.
16. Arends I., Bruinvels D.J., Rebergen D.S., et al., Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd006389, 2012.
17. Nieuwenhuijsen K., Bultmann U., Neumeyer-Gromen A., et al., Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd006237, 2008.
18. Nieuwenhuijsen K., Faber B., Verbeek J.H., et al., Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, Cd006237, 2014.

19. 労働基準局, 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針, 2000.
20. van Oostrom S.H., van Mechelen W., Terluin B., et al., A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 67, 596-602, 2010.
21. van der Feltz-Cornelis C.M., Hoedeman R., de Jong F.J., et al., Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 375-85, 2010.
22. Dewa C.S., Hoch J.S., Carmen G., et al., Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54, 379-88, 2009.
23. van der Klink J.J., Blonk R.W., Schene A.H., et al., Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-37, 2003.
24. Brouwers E.P., Tiemens B.G., Terluin B., et al., Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*, 28, 223-9, 2006.
25. Bakker I.M., Terluin B., van Marwijk H.W., et al., A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clinical Trials*, 2, e26, 2007.
26. Hollinghurst S., Peters T.J., Kaur S., et al., Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioural therapy for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 197, 297-304, 2010.
27. McCrone P., Knapp M., Proudfoot J., et al., Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62, 2004.
28. Bee P.E., Bower P., Gilbody S., et al., Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General Hospital Psychiatry*, 32, 337-40, 2010.
29. 大野裕, 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド, 星和書店, 東京, 1-19, 2010.
30. Lazarus R.S., Folkman S. (本宮寛・春木豊・織田正美 監訳), ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究, 実務教育出版, 東京, 1991.
31. James Bennett-Levy D.R., Paul Farrand, Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care, *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*, Oxford, 3-18, 2010.
32. 堀越勝, 田島美幸, 大野裕, 認知療法・認知行動療法のニーズおよび施行状況に関する調査, 厚生労働科学研究費補助金「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」研究報告書, 11-26, 2015.

33. Tucker M., Oei T.P.S., Is Group More Cost Effective than Individual Cognitive Behaviour Therapy? The Evidence is not Solid Yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 77-91, 2007.
34. 鈴木伸一, 岡本泰昌, 松永美希, うつ病の集団認知行動療法 実践マニュアル—再発予防や復職支援に向けて—, 日本評論社, 東京, 5-19, 2011.
35. Clarke G., Reid E., Eubanks D., et al., Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4, E14, 2002.
36. Clarke G., Eubanks D., Reid E., et al., Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e16, 2005.
37. Willert M.V., Thulstrup A.M., Bonde J.P., Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37, 186-95, 2011.
38. de Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M., et al., Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 214-31, 2008.
39. 田島美幸, 岡田佳詠, 中村聡美他, うつ病休職者を対象とした集団認知行動療法の効果検討. *精神科治療学*, 25, 1371-8, 2010.
40. 北川信樹, 賀古勇輝, 渡邊紀子他, 職場のメンタルヘルス最前線 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*, 49, 123-31, 2009.
41. 田上明日香, 伊藤大輔, 清水馨他, 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法のエビデンス うつ病休職者に対する心理職による集団認知行動療法の効果 うつ症状、社会機能、職場復帰の困難感の視点から. *行動療法研究*, 38, 193-202, 2012.
42. 梅垣佑介, 末木新, 下山晴彦, インターネットを用いたうつへの認知行動療法の現状と今後の展望. *精神医学*, 54, 768-78, 2012.
43. British Psychological Society and Gaskell, National Institute for Health and Clinical Excellence: *Depression: The treatment and management of depression in adults.*, 2009.
44. Bieling P.J., McCabe R.E., Martin M. Antony, *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*, Guilford Press 2006.
45. 中久喜雅文, 川室優, ヤーロム, *グループサイコセラピー —理論と実践— (The Theory and Practice of Group Psychotherapy)*, 西村書店, 東京, 2012.
46. Beck A. T., Rush A.J., Shaw, B.F. et al., *Cognitive Therapy for Depression*, Guilford Press, New York, 1979.
47. Huntley A.L., Araya R., Salisbury C., Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200, 184-90, 2012.
48. Feng C.Y., Chu H., Chen C.H., et al., The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000-2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9, 2-17,

- 2012.
49. 中村聡美, 秋山剛, 酒井佳永他, うつ病休職者における職場ストレス要因の検討—初回休職者との比較調査—. 日本社会精神医学会雑誌 22, 10-9, 2013.
 50. 田島美幸, 中村聡美, 第2章 職場復帰のための集団認知行動療法, さあ! はじめよう うつ病の集団認知行動療法, 医学映像教育センター, 東京, 33-93, 2008.
 51. 田島美幸, 中村聡美, 岡田佳詠, 第2章 各施設の実践例 NTT 東日本関東病院精神神経科の場合, さあ! やってみよう集団認知行動療法 うつ・不安への支援のために, 医学映像教育センター, 東京, 106-119, 2011.
 52. Steven D H., Brian F. Show, Group cognitive therapy for depressed patients. In. Beck A. T., Rush A.J., Shaw, B.F. et al., Cognitive Therapy for Depression, Guilford Press, New York, 1979.
 53. Christine A. Padesky D.G., Clinicians guide to mind over mood, Guilford, New York, 1995.
 54. Beck AT. S.R., & Brown GK, Manual for the Beck Depression Inventory-2.
 55. Kojima M. F.T., Takahashi H. et al, Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II (BDI II) in Japan, Psychiatry Res, 110, 291-9, 2002.
 56. M.J. Power R.K., P. McGuffin., C.F. Duggan. et.at, The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A Comparison of Forms A and B and Proposals for a Nes Subscaled Version. Journal of Research in Personality, 28, 263-76, 1994.
 57. Tajima M. Akiyama.T., Numa H. et al, Reliability and validity of Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale, 19, 362-7, 2007.
 58. 佐藤寛 高橋史, 松尾雅他, Social Problem-Solving Inventory-Revised(SPSI-R)日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討, 32, 15-30, 2007.
 59. M, Rosenberg., Society and the adolescent self-image, Princeton University Press, 1965.
 60. 山本真理子 松井豊, 山成由起子, 認知された自己の諸側面の構造, 教育心理学研究 30, 64-8, 1982.
 61. 五十嵐良雄, リワークプログラムの治療的要素とアウトカム. 精神神経学雑誌, SS534-SS42, 2012.
 62. National Institute for Clinical Excellence(NICE)., Guidance on the Use of Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety and Depression. Technology Appraisal, 51, 2002.
 63. 福井至, 新しいメディアと認知行動療法—CCBT と VRET, 認知行動療法の技法と臨床, 日本評論社, 東京, 2008.
 64. Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., et al., Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychological Medicine, 37, 319-28, 2007.
 65. Gega L., Marks I., Mataix-Cols D., Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. Journal of Clinical Psychology, 60, 147-57, 2004.
 66. 宗未来, 成人うつに対するコンピュータ認知行動療法 (CCBT)の臨床効果、及び費用対効果についての系統的レビュー. RIETI Discussion Paper Series 14-J-003, 2014.

67. Gellatly J., Bower P., Hennessy S., et al., What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217-28, 2007.
68. Barak A., Hen L., Boniel-Nissim M., et al., A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-60, 2008.
69. Andersson G., Cuijpers P., Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205, 2009.
70. Andrews G., Cuijpers P., Craske M.G., et al., Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, 5, e13196, 2010.
71. 小口芳世, 加藤典子, 中川ゆう子他, うつ病に対するインターネット支援型認知行動療法の実践;2 症例報告, 第13回認知行動療法学会・日本行動療法学会第39回大会, 2013.
72. 田島美幸, 大野裕, ここまで進んだ認知行動療法 Internet-based CBT を使った職場のメンタルヘルス. *医学のあゆみ*, 242, 531-6, 2012.
73. 大野裕, うつ・不安ネットこころのスキルアップ・トレーニング, <http://www.cbt.jp.net>
74. 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸他, 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度(日本語版 QIDS-SR)の開発. *ストレス科学*, 25, 43-52, 2010.
75. 福原俊一, 鈴嶋よしみ, 健康関連 QOL 尺度—SF8 と SF36. *医学の歩み*, 213, 133-6, 2005.
76. 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児他, Social Adaptation Self-evaluation Scale(SASS)日本語版の信頼性および妥当性. *精神医学*, 47, 483-9, 2005.
77. 大野裕, はじめての認知療法, 講談社現代新書, 東京, 2011.
78. Kaltenthaler E., Parry G., Beverley C., et al., Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 181-4, 2008.
79. Kathleen M Griffiths., Louise F., Helen C., The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials, 192, 4-11, 2010.
80. Clarke G., Kelleher C., Hornbrook M., et al., Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 222-34, 2009.
81. 坂野雄二, 第1章 展望, うつ病の認知療法, 岩崎学術出版, 東京, 1-30, 2007.