

職場復帰支援における集団認知行動療法の効果 —プログラムの効果とその影響要因の検討—

鈴木 文子・森 和代・石川 利江

キーワード：集団認知行動療法・職場復帰・うつ病

抄録：本邦におけるうつ病患者数は増加傾向にある。それに伴い、企業従業員の休職・復職に関する問題が増加し、職場復帰に向けた支援が必要とされている。うつ病の治療に対して、認知行動療法の有効性が数多く示されているが、特に近年では集団形式で治療を行う集団認知行動療法が注目されており、職場復帰支援においても集団認知行動療法を用いたリハビリテーションの必要性が高まっている。しかし、本邦において介入の効果検討を行った研究は少なく、対象者の属性による効果の比較を行った研究はない。本論文では、集団認知行動療法のプログラムの効果検討を行い、対象者の休職前の状況や休職回数による効果の比較を行った。

職場復帰サポートコースに参加している気分障害および神経性障害患者93名に対し、集団認知行動療法を実施し、その効果を検討した。集団認知行動療法は、ベーシッククラス、アドバンスクラスの2クラス構成で認知面、行動面、コミュニケーション面について介入するものであった。

プログラムの実施前後での比較では、抑うつ症状の減少、自己効力感の増大や非機能的認知の変化が見られ、プログラムは一定の効果があることが示された。休職回数および休職前の職位による効果の差は認められず、就業期間や職場でのサポート状況など他の職場関連要因や婚姻状況、家庭でのサポート状況などの非職場要因も含め、さらに影響要因を検討する必要性が考えられた。今後は、対照群との比較や職場復帰の過程におけるプログラム導入時期による比較を行い、集団認知行動療法の効果検討をさらに進めていく必要がある。また、心理指標によるプログラムの効果測定だけでなく、復職の可否や復職後の就労状況も含めた総合的な検討が必要とされる。

1. 目的

近年の本邦におけるうつ病の患者数は増加傾向にあり、それに伴い精神疾患等のこころの問題により休職する労働者数も増加している。2010年の企業のメンタルヘルスに関する取り組みの調査では、過去3年間にける心の病が「増加傾向」とすると回答した企業が44.6%、「横ばい」45.4%であり、横ばいが増加傾向を少し上回り歯止めがかかったとしているが、依然として9割近くの企業において従業員の心の病における改善が見られていない現状である（メンタルヘルス研究所, 2010）。また、過去1年間で心の病のために1か月以上休職し、その後復職した従

業員がいる企業は74.3%であった（メンタルヘルス研究所，2009）。これらの結果は、大半の企業において精神疾患をもつ従業員の休職や復職の問題があること示している。また、うつ病等の精神疾患に対する労働災害補償費も年々増加しており、精神障害等の労災支給が決定された件数は平成16年度には130件（認定率30%）であったが、平成20年度には269件（認定率31%）（厚生労働省，2009）と、心の病や問題の増加は費用の面でも莫大な損失があると推測される。

うつ病患者が職場復帰する場合、再発・再燃により再休業に至るケースが少なくなく、再休業率が約60%との報告もある（鎗田，2005）。また、現在の経済状況の中では、職場復帰後に即戦力としての能力を求められるが、職場復帰訓練なしに復職するケースが多いという現状もある（山口，2006）。うつ病患者の職場復帰では、治療や休養により症状が改善するだけでなく、仕事に取り組めるような身体的・心理的な準備が必要であり、同時に職場復帰に向けたシステムづくりやリハビリ等の支援が必要である。

うつ病の治療において認知行動療法が注目されており、米国精神医学会の治療ガイドラインでは軽～中程度のうつ病に対する第一選択治療の1つとされている（American Psychiatric Association，2000）。本邦においても2010年4月より診療報酬の算定方法が改訂され、その中に認知行動療法が含まれている。

集団認知行動療法は、認知行動療法に対する期待が高まる中、集団形式で複数の患者に対して治療を行うもので、複数の患者を同時に治療できることや、患者間のサポートやモデリングなどの集団の効果も期待でき、近年さらに注目されている。集団認知行動療法に関するレビュー（松永・鈴木・岡本・木下・吉村・山脇，2007）によると、2006年3月までの文献で26件が抽出され、本邦における研究はわずか2件であった。集団認知行動療法に関する効果検証に関する研究として、木下・鈴木・松永・上田・岡本・山脇（2006）は、うつ病に対する集団認知行動療法プログラムを作成し、抑うつ症状、心理社会的機能、functional MRIを用いた脳機能評価を行っている。参加前後の短期的効果では、抑うつ症状、心理社会的機能、非機能的思考の改善に有意な効果が見られ、さらに6ヶ月後においても効果がほぼ維持されていたことを報告している。抑うつ症状の改善度が高い症例では、脳活動が健常者に近いレベルまで改善したとの結果であった。また、本邦における集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討では、うつ状態および不安状態の改善に有意な効果が認められている（中島・稗田・島田・島津，2009）。

近年特に注目される領域として、うつ病患者の職場復帰支援における集団認知行動療法に関する研究がある。職場復帰支援においては、通常の集団認知行動療法とは異なり、職場に最適応するためのリハビリテーションの要素が含まれる。復職という共通の目標があるためグループの焦点が明確であること、復職後の再発予防にセルフコントロールが役立つこと、グループ療法として集団のダイナミズムを利用できることにより（田島，2006）、職場復帰支援への導入が注目されている。田島・岡田・中村・大野・秋山（2010a）は、うつ病休職者55名に対して、休職が長期化する焦燥感や、復職に関する不安感等をテーマに集団認知行動療法を実施し、抑うつ症状、非機能的思考、自己効力感の改善が見られたことを報告している。また、北川・賀

古・渡邊・加藤・川井・小山 (2009) は、休職中の単極性うつ病の外来患者を対象に職場復帰支援プログラムを実施し、集団認知行動療法と作業療法を組み合わせたプログラムを12週間実施している。そして、その前後で抑うつ症状、非機能的認知、心理社会機能において有意な改善が見られたことを示している。また Wisconsin Card Sorting Test 等の認知機能検査を実施し、終了時に一定の有意な改善が認められたとしている。Employee Assistance Program (以下 EAP と略す) における職場復帰支援プログラムに関する報告では、グループカリキュラムの1つとして認知行動療法を実施し、参加者の多くが復職後半年以上就業を継続しており、一定の就業継続率を維持していると評価している (吉村・長見, 2010)。通常治療との比較に関する研究では、集団認知行動療法介入群と通常治療の対照群による比較により、集団認知行動療法介入群において、抑うつ状態、非機能的認知、社会的問題解決能力が有意に改善したことを示している (田島・中村・岡田・大野・秋山, 2010b)。

このように、現在までもいくつかの研究において職場復帰支援における集団認知行動療法の効果検証が行われているが本邦における研究はまだ少なく、今後さらに研究が進められる必要がある。また、これらはプログラムの前後での効果検討を行なっているが、対象者の属性による効果の違いを検討しているものはない。そこで、本研究では職場復帰支援における集団認知行動療法の効果検討を行い、対象者の休職前の職場での状況や、休職の回数などによる効果の違いについて検討することを目的とした。

2. 方法

1) 対象者

神奈川県内の A クリニック 職場復帰サポートコースに参加している気分障害患者および神経性障害患者 93 名で、うつ病 (80%) が最も多く、続いて双極性障害 (9%) であった。対象者の平均年齢は、 40.01 ± 6.96 歳 (男性 80 名, 女性 13 名) であった。年代別では、40 歳代がもっとも多く (48%), 続いて 30 歳代 (35%) であった (表 1)。

表 1 対象者の属性

年齢	平均値 (歳)	40.01 ± 6.96
性別	男性 (n)	80 名
	女性 (n)	13 名
年代別	20 ~ 29 歳	7 %
	30 ~ 39 歳	35 %
	40 ~ 49 歳	48 %
	50 ~ 59 歳	10 %
疾患	うつ病	80 %
	双極性障害	9 %
	適応障害	8 %
	気分変調症	1 %
	自律神経失調症	1 %
	強迫性障害	1 %

2) 実験期間

2009年11月～2012年3月に、Aクリニックの職場復帰サポートコースで実施されている集団認知行動療法のプログラム内で実験を行なった。

3) グループ構成

集団認知行動療法は、1グループ8～10名程度で構成し、スタッフは、リーダー1名、サブリーダー1名が担当し、リーダーがメイン講師となり、サブリーダーは参加者のサポートやグループワークの補助を行った。

4) プログラム内容

プログラムは、ベーシッククラスとアドバンスクラスの2クラスで、各クラスとも1回100分、全6回の構成で、計12回であった(表2)。1回ごとのプログラムの流れは、講義→個人ワーク→グループワークとなっており、各回のテーマや状況に合わせて適宜時間を調整した。

① ベーシッククラス (CBT①)

認知再構成法を中心とし、ストレス場面における自動思考の検討ができるようになることを目的とした。クラスの前半ではThinking Error Scaleを用いた認知傾向のチェック、認知行動療法の基本モデルに基づき、個々のストレス体験についてまとめるアセスメントを実施した。クラスの後半では、ストレス場面における自動思考について非機能的思考記録表を用いて検討した。非機能的思考記録表の書き方を説明し、参加者の1人のケースを例として全員でディスカッションをしながら再構成を行い、また個々にホームワークで記録した内容についてグループでのディスカッションを実施した。

② アドバンスクラス (CBT②)

問題解決法、アサーショントレーニングなどによる、行動面、コミュニケーション面への介入を行い、認知行動療法を日常生活のさまざまな場面で使えるようになることを目的とした。問題解決法では、個人が持つ問題を明確化し、目標設定のポイントについて説明を行った。また、小グループに分かれて解決策のブレインストーミングを行い、幅広い視点から解決策を考えられるようにした。ホームワークにて解決策を実行し、次の回でその成果を点検した。アサーショントレーニングでは、攻撃的、非主張的、アサーティブな自己表現方法について、例題に沿ってロールプレイを行い、それぞれの自己表現が自己や他者に与える影響を体験してもらった。また、これまでの対人場面でコミュニケーションがうまくいかなかった場面について、どのようにうまくいかなかったのか、自分や他者の気持ちや考えはどうか、どのように自己表現すると良いかなどを分析してもらい、ロールプレイにより練習を実施した。さらに最終回では、再発予防について考えるため、自己の認知傾向や抑うつ症状の傾向、復職後に起こりうる困難場面の想定やそれへの対処などをまとめるオリジナルブックレットを作成してもらった。

表2 プログラムの概要

【ベーシッククラス CBT①】		【アドバンスクラス CBT②】	
回	内容	回	内容
1	認知行動療法の理論, モデルの理解	1	問題解決法① (問題の明確化, 目標の設定)
2	うつの特徴的思考パターンの理解	2	問題解決法② (解決策のブレインストーミング, 解決策の選択, 実行の計画)
3	気分・自動思考の理解, アセスメント	3	問題解決法③ (成果の点検, 目標の再設定, ブレインストーミング, 実行の計画)
4	アセスメントのまとめ	4	アサーショントレーニング① (ロールプレイを通じた体験)
5	非機能的思考記録表の理解	5	アサーショントレーニング② (自己表現の分析)
6	非機能的思考記録表の実践, CBT①のまとめ	6	まとめと再発予防 (CBTのまとめ, 再発予防について考える, オリジナルブックレットの作成)

5) 調査内容

プログラムの効果評価を行うために、以下の評価尺度を使用した。調査実施のタイミングは、各クラスのプログラム開始前および、プログラム(各クラス6回)終了後であった。

① 日本語版キャロル抑うつ自己評定尺度 (Carroll Self Rating Scale for Depression ; CRS, 島・鹿野・北村・浅井, 1985)

52項目2件法で、カットオフポイントは17点であった。

② 不合理な信念測定尺度短縮版 (Japanese Irrational Belief Test-20 ; JITB-20, 森・長谷川・石隈・嶋田・坂野, 1994)

20項目5件法で、得点が高いほど、不合理な信念が強いことを測定するものであった。

③ 一般性自己効力感尺度 (General Self-Efficacy Scale ; GSES, 坂野・東條, 1983)

ある行動をどの程度うまく行うことができるかという自信を測定するもので、16項目2件法であった。得点が高いほど自己効力感が高いことを示していた。

④ 属性(性別, 年齢, 休職前の職位, 休職回数)

6) 倫理的配慮

対象者には、職場復帰サポートコース参加開始時には書面にて、また、調査時に口頭及び書面にて、調査結果を研究に使用することについて了承を得た。回答結果の使用はいつでも取りやめることができ、それによる不利益を被らないことも説明した。

3. 結果

1) プログラムの効果検証

集団認知行動療法のプログラム効果を検証するため、抑うつ症状、非機能的認知、自己効力

感の各指標の変化を、CBT①、②のプログラム前後の比較により検討した。

① 抑うつ得点の変化 (図1)

CBT①の前後、CBT②の前後での抑うつ得点の変化を1要因分散分析(4水準)により検討した結果、抑うつ得点は有意に減少した($F(3,75) = 10.84, p < .01$)。多重比較の結果、CBT①の前後、CBT①前とCBT②前、CBT①前とCBT②後の間で1%水準の有意差が、CBT①後とCBT②後、CBT②の前後では5%水準の有意差が認められた。

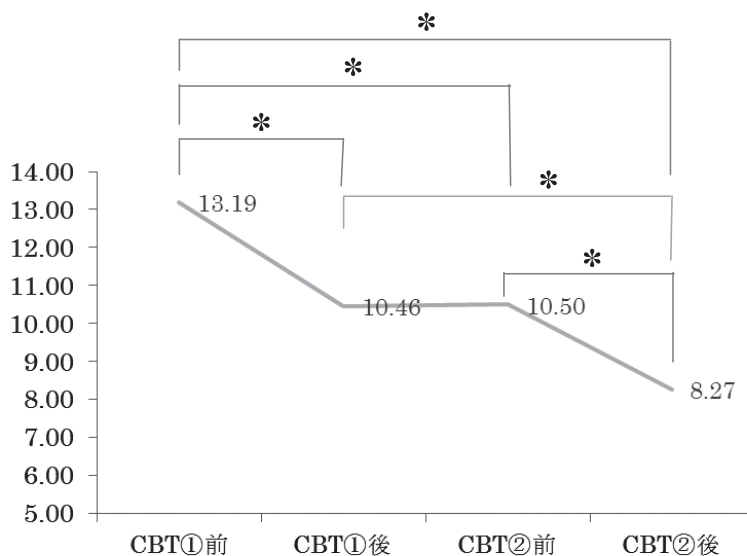


図1 キャロル抑うつ得点の変化 (n=26)

② 自己効力感の変化 (図2)

CBT①、②の各クラスの前後における自己効力感の変化を1要因分散分析(4水準)により検討した。その結果、抑うつ得点は有意に増加した($F(3,114) = 5.36, p < .01$)。多重比較の結果、CBT①前とCBT①後との間には5%水準で有意差が、CBT①前とCBT②前、CBT①前とCBT②後とのそれぞれの間には1%水準で有意差が認められた。

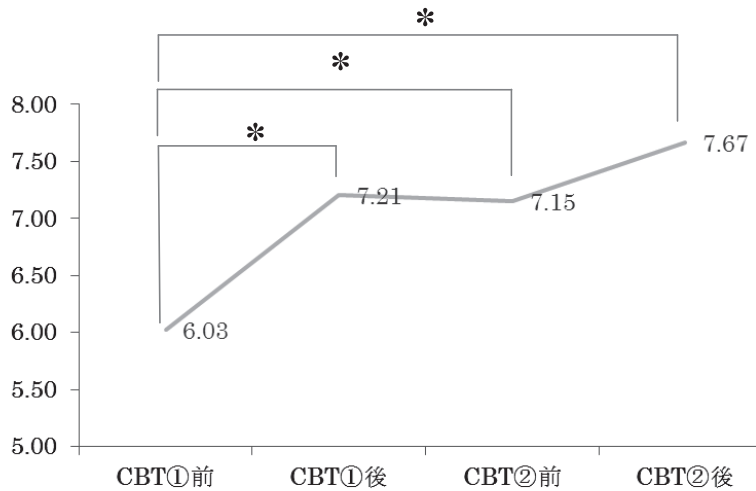


図2 一般性自己効力感得点の変化 (n=39)

③ 非機能的認知の変化

プログラムの前後における非機能的認知の変化では、JITB-20得点が、CBT①において有意傾向であったが減少が認められた ($t(72) = 1.82, p < .10$)。

2) 休職回数による比較

休職回数による集団認知行動療法の効果の比較を行うため、休職1回目群と休職2回以上群に分け、抑うつ得点、JITB-20得点、自己効力感得点を従属変数とした2要因の分散分析を行った。休職回数による差は認められなかった (順に、 $F(3,72) = 10.77, n.s.$, $F(3,111) = 0.64, n.s.$, $F(3,105) = 1.11, n.s.$)。

3) 休職前の職位による比較

休職前の職位による効果の比較を行うため、係長相当以上の役職群と一般社員群に分けて分析を行った。抑うつ得点、JITB-20得点、自己効力感得点の職位による差は認められなかった (順に、 $F(2.57,105) = 1.30, n.s.$, $F(3,111) = 0.38, n.s.$, $F(3,72) = 1.32, n.s.$)。

4. 考察

本研究では、職場復帰支援における集団認知行動療法の効果検討を行った。その結果、当プログラムは、抑うつ症状、自己効力感、非機能的認知の改善に有効であることが示唆された。これらは、うつ病患者に対する集団認知行動療法の先行研究の結果を追認するものとなった。特に、抑うつ症状については、プログラム開始時にはカットオフポイントの17点以下であり、既に治療が進み症状がある程度改善している状態にも関わらず、さらに抑うつ症状の改善が見

られたことは、本プログラムがうつ病の改善に対し有効であることを示唆するものであると考えられる。また、認知面への介入を主とするCBT①において、非機能的認知に変化が認められたこともうつ病への効果を示すものであろう。職場復帰というリハビリ期においては、症状の改善に加え、休職の原因やきっかけとなった問題についての自己分析が必要であったり、職場への最適化を目指したコミュニケーションの練習が必要となり、心理的負荷がかかるものであるが(五十嵐, 2007)、プログラム全体を通して自己効力感の増加が見られたことは、患者が職場復帰に向けての準備状態を高めていることを示す結果となったと考えられる。

集団認知行動療法の効果検討に加え、本稿では対象者の属性として休職前の職場での状況や休職回数による効果の違いを検討したが、明確な違いは認められなかった。管理職者は一般社員とはストレスやサポート、コーピング方略が異なることや(宇佐美, 2008)、休職を繰り返す、職場復帰困難な事例は本人の病状や性格などの問題や職場側の協力が得られにくいといった職場側の問題が多い(永田・三島・石橋, 1996)といったことが、治療の効果にも影響することが考えられたが、本研究においてそれは示されなかった。職場復帰困難に関連する要因として、婚姻状況や非職場発症要因も指摘されており(島・佐藤, 2004)、家族等のサポート状況やライフイベントとの関連も視野にいたした検討が必要であると考えられる。治療効果に影響する要因が明らかとなれば、対象に合わせた介入方法が検討でき、より効果的な職場復帰支援につながると考えられる。休職中のうつ病患者においては、職場の要因や非職場要因が複雑に関連している例が多く、職場復帰にそのような要因へのアプローチが不可欠となるため、今後さらに検討を進める必要がある。また心理指標によるプログラムの効果測定だけでなく、復職の可否や、復職後の就労継続状況など、プログラム終了後の長期的な経過の検討をすべきであろう。

5. 結語

うつ病患者の職場復帰支援において、認知行動療法は非常に重要な役割を果たすものと言える。特に、集団認知行動療法は、職場復帰への焦りやプレッシャー、発症時の業務ストレスなどの心理的葛藤を共有し、支え合うという面での効果も大きい(北川ら, 2009)。また、職場で対人関係を改善したり維持するための練習として集団で行う意味も大きい。今後は、対照群との比較や職場復帰の過程におけるプログラム導入時期による比較を行うとともに、プログラム終了後の長期的な効果や、職場復帰後の就業状況なども含めて、集団認知行動療法の効果を検討する必要があると考えられる。また、職場復帰を促進する要因についてさらに検討し、休職者や職場のニーズに合わせたプログラムを提供していくことが望まれる。

付記

プログラムにご参加くださいました患者の皆様、および、プログラム作成・実施にご協力・ご助言くださいました、あつぎ診療クリニック福田信也先生、有賀和也先生に深く御礼申し上げます。また、本論文作成にあたり、石川利江教授、森和代教授には多大なるご指導・ご助言

をいただきました。心より感謝申し上げます。

文献

- American Psychiatric Association (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 1-45.
- 五十嵐良雄 (2007). メンタルクリニックにおける治療プラン こころの科学, 135, 56-60.
- 木下亜紀子・鈴木伸一・松永美希・上田一貴・岡本泰昌・山脇成人 (2006). うつ病を対象とした集団認知行動療法プログラムの有用性 精神神経学雑誌, 108 (2), 166-171.
- 北川信樹・賀古勇輝・渡邊紀子・加藤ちえ・川井朋子・小山司 (2009). 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, 123-131.
- 厚生労働省労働基準局労災補償部補償課 (2009). 精神障害等の労災補償状況
 〈<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/06/h0608-1.html>〉 (2010年11月11日)
- 鎗田圭一郎 (2005). 職場復帰・その後のフォローの方策 社団法人日本産業衛生学会産業医部会編 産業活動をする人々のために 財団法人産業医学振興財団 247-250.
- 松永美希・鈴木伸一・岡本泰昌・木下亜紀子・吉村晋平・山脇成人 (2007). うつ病に対する集団認知行動療法の展望 精神科治療学, 22 (9), 1081-1091.
- メンタルヘルス研究所 (2009). 産業人メンタルヘルス白書 東京：社会生産性本部 メンタルヘルス研究所.
- メンタルヘルス研究所 (2010). 産業人メンタルヘルス白書 東京：社会生産性本部 メンタルヘルス研究所.
- 森治子・長谷川浩一・石隈利紀・嶋田洋徳・坂野雄二 (1994). 不合理な信念測定尺度 (JITB-20) の開発の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, 3, 13-58.
- 永田頌史・三島徳雄・石橋信一郎 (1996). 職場復帰困難事例における復職に影響を及ぼす要因 心身医学, 36, 426-430.
- 中島美鈴・稗田道成・島田敏郎・島津明人 (2009). 集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討 (1) 精神科治療学, 24 (7), 851-858.
- 杉本洋子・松田幹 (2009). メンタルヘルス疾患で休業していた従業員の予後調査 メンタルヘルス疾患で休業していた従業員の復職後の就労状況についての調査研究 松仁会医学誌, 48 (2), 135-143.
- 坂野雄二・東條光彦 (1986). 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み 行動療法研究, 12, 73-82.
- 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ自己評価尺度について 精神医学, 27 (6), 717-723.
- 島悟・佐藤恵美 (2004). 精神障害による疾病休業に関する調査 産業精神保健, 12, 51-54.
- 田島美幸 (2006). 集団認知行動療法を用いた復職支援の実践—うつ病休職者を対象に— ストレス科学, 20 (4), 207-217.
- 田島美幸・岡田佳詠・中村聡美・大野裕・秋山剛 (2010a). 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 (10), (1371-1378).
- 田島美幸・中村聡美・岡田佳詠・大野裕・秋山剛 (2010b). うつ病休職者のための集団認知行動療法の効果の検証 産業医学ジャーナル, 33 (1), 56-59.
- 宇佐美尋子・小杉正太郎 (2008). ソーシャルサポートとコーピング方略との関連 管理職者・非管理職者別の検討 産業ストレス研究, 15 (4), 277-285.
- 山口律子 (2006). うつ病サラリーマンのための復職支援プログラム—Back To Work キャリアサポートセミナー— 精神科臨床サービス, 6, 71-74.
- 吉村美幸・長見まき子 (2010). EAPにおける職場復帰支援プログラムの実績—5年間の実績および

職場再適応群と不適応群の比較— 産業精神保健, 18 (1), 55-61.