

労災疾病臨床研究事業費補助金

職域のうつ病回復モデル開発に関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宇都宮健輔

平成28（2016）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- 「職域のうつ病回復モデル開発」に関する研究 ----- 1
研究代表者 宇都宮健輔
(資料) なし

II. 分担研究報告

1. 簡易型CBTプログラム開発及びマニュアル作成に関する研究 ----- 6
分担研究者1 加藤典子
(資料) 実施者マニュアル[資料①] , 参加者ガイドブック[資料②]
実施記録用紙[資料③]
2. 研究デザイン及び統計解析に関する研究 ----- 10
分担研究者2 中島 俊
(資料) なし
3. 産業保健スタッフ育成に関する教育方法及び資材等の開発に関する研究 --- 12
分担研究者3 大野 裕
(資料) CBT及びMH研修アンケート [資料 I]
4. 主治医と産業保健スタッフとの連携マニュアルの作成に関する研究 ----- 14
分担研究者4 中村 純
(資料) 産業医から主治医への情報提供フォーマット集 [資料 1]
簡易CBT実施後の主治医への報告フォーマット [資料 2]
簡易CBT実施後の職場 (上司) への報告フォーマット [資料 3]

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 16

平成27年度労災疾病臨床研究事業費補助金
総括研究報告書

「職域のうつ病回復モデル開発」に関する研究

研究代表者 宇都宮健輔（産業医科大学医学部精神医学教室 非常勤講師）
研究協力者 堀 輝（産業医科大学医学部精神医学教室）
研究協力者 山田健治（産業医科大学医学部精神医学教室）
研究協力者 鎌田 壇（産業医科大学医学部精神医学教室）
研究協力者 菅 健太郎（産業医科大学医学部精神医学教室）

研究要旨

近年本邦では、労働者のうつ病、自殺、ストレスへの対策が大きな課題となっている。今日、うつ病は感情、身体、認知、行動の症状および状況要因（ストレス因子）によって特徴づけられた病気と考えられている。そこで我々は、仮説として、職域のうつ病回復モデルを作成した。本モデルは、感情と身体の症状をターゲットにした主治医の薬物療法、状況要因をターゲットにした会社側の職場環境調整、認知と行動をターゲットにした産業保健スタッフの簡易型認知行動療法の施行の3つの介入方法により成り立つ。メンタルヘルス不調（特にうつ病）の復職者に対しては、通常、薬物療法と職場環境調整の2つの根拠のある介入方法が実施されている現状がある。しかし、その職場適応及び再発予防効果は不十分と考えられる。その理由の1つとして、職場では多様なストレスに対して、考えや行動を柔軟にコントロールできるセルフケア技術の習得が十分でないことが考えられる。

本研究では、通常2つの介入方法に加えて、新たに簡易型認知行動療法を活用したセルフケア教育プログラム（以下、簡易型CBTプログラム）を産業現場で保健スタッフ（産業医・保健師・心理士）が追加施行することで、うつ病および適応障害復職者の職場適応や再発予防効果がより一層改善できると推察している。

そこで本研究では、『職域のうつ病回復モデルを開発すること、そのモデルの効果を検証すること』を主目的とする。そのため、「簡易型CBTプログラム開発及びマニュアル作成」「研究デザイン及び統計解析」「産業保健スタッフ育成に関する教育方法及び資材等の開発」「主治医と産業保健スタッフとの連携マニュアルの作成」について研究を分担し、本研究全体の遂行を検討した。平成26年度は、簡易型CBTプログラムの開発、本プログラムを実施できる保健スタッフの育成、研究遂行のための体制作りなど研究への準備を主体に実施した。

平成27年度は、うつ病および適応障害の復職者に対して、簡易型CBTプログラム介入（追加実施）群〔薬物療法＋職場環境調整＋簡易型CBTプログラム（6回）〕と対照群〔薬物療法＋職場環境調整＋保健指導（1回）〕との間で無作為化比較試験を開始した。また「本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成のためのCBT及び産業精神保健（職域メンタルヘルス）に関する研修」を6回実施した。簡易型CBT実施後の報告に関して、産業保健スタッフから「主治医への報告フォーマット」および「職場（上司）への報告フォーマット」を作成した。さらに、産業医と主治医との連携・協力を促進するために「産業医から主治医への情報提供・依頼に関する時系列（発見時・休業開始時・休業中・復職前・復職時・復職後）に応じた連携フォーマット集」を作成した。

研究分担者氏名・所属機関名及び所属研究機関における職名

加藤 典子	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	非常勤研究員
中島 俊	東京医科大学睡眠学寄附講座	兼任助教
大野 裕	一般社団法人認知行動療法研修開発センター	理事長
中村 純	産業医科大学精神医学	名誉教授

A. 研究目的

本研究の目的は、『職域のうつ病回復モデルを開発すること、そのモデルの効果を検証すること』である (Southwick and Charney, 2012; Padesky and Mooney, 1990)。さらに本研究の期待される成果として、1) うつ病再発の危険因子である残遺症状の改善 (Paykel et al, 1995)、2) うつ病回復職者の社会機能 (労務遂行能力や職場適応) の向上 (Hees et al, 2013; Bosc et al, 1997)、3) 産業保健スタッフが現場で実施可能な職域に適合した簡易型CBTプログラムの開発 (大野, 2011; Bennett-Levy, 2010)、4) 主治医・会社・産業保健スタッフの役割分担・連携 (中村, 2009; 中村・新開, 2012) の明確化が挙げられる。その他、再発率の低下・休業日数の減少などの就労継続性の評価 (Fava et al, 1998; Paykel et al, 1999) 等も視野に入れている。

B. 研究方法

平成26年度は、1) 研究デザインの検討、2) 簡易型CBTプログラムの開発及びマニュアル作成の検討、3) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成のための教育方法、4) 本研究遂行のための体制作りなど、研究への準備を進める上での研究方法や体制作りを検討・実施した。

平成27年度は、1) 無作為化比較試験の開始検討、2) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成に関する教育研修の開催検討、3) 産業保健スタッフと主治医及び職場 (上司) との連携に関する各種フォーマットの作成を検討した。以下にその詳細を記述した。

1) 無作為化比較試験の開始検討

うつ病および適応障害の復職者に対して、簡易型CBTプログラム介入 (追加実施) 群 [薬物療法+職場環境調整+簡易型CBTプログラム (6回)] と対照群 [薬物療法+職場環境調整+保健指導 (1回)] との間で無作為化比較試験を東芝本社を中心に各企業にてサンプル収集の実施を検討した。参加対象者は、以下の7つの条件を満たす必要がある。

【1】主治医から復職診断書が提出され、産業医からも復職許可された復職者 (復職後4週以上～1年以内で、薬物療法、職場環境調整が施行されている者; その他、カウンセリングを施行されていない者)

【2】(株) 東芝・各事業所・関連会社、または医局から産業医を派遣している企業に所属する者

【3】休業の理由が、DSM-5にて、うつ病、適応障害のいずれかの診断に該当する者 (産業医または医師の判断の下、不適切なケースや切迫感のある希死念慮を認める者は除外とする)

【4】エントリーの時点で、抑うつ不安のスクリーニング尺度PHQ-9が5点以上～14点以下の者

【5】エントリーの時点で、社会適応度尺度SASS-Jが34点以下の者

【6】産業医または医師の判断の下、セルフケア教育 (ストレスマネジメント教育) が必要と考えられる者

【7】主治医から、職場での簡易型CBTプログラム施行に関して、了解をいただいているケース

またサンプルサイズは合計84例を予定しているが、産業医科大学倫理委員会から対照群への不利益 (有効な介入があるにもかかわらずそれを受けられないこと) への配慮を求められたため、両群あわせて59例のサンプルサイズでの中間解析を検討した (O'Brien & Flemin, 1979)。

本研究はH27年3月下旬に産業医科大学医学部倫理委員会で承認され、倫理面の配慮として、参加者に対する人権擁護上の配慮、不利益・危険性の排除や説明と同意を実施する。

2) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成に関する教育研修の開催検討

東芝に勤務する産業保健スタッフなどを対象にCBTおよび産業精神保健 (職域メンタルヘルス) 等に関する教育研修の開催を検討した。研修内容としては、①「CBTの基本エッセンスの習得」[講師は大野裕 (精神科医)]、②「CBTを活用したストレス対処のスキル (認知再構成法・問題解決技法・アサーション) の習得」[講師は加藤典子 (臨床心理士)]、③「CBTに関するコミュニケーションスキル (“共感と質問” など) についての面談スキル) の習得」[講師は堀越勝 (臨床心理士)、NCNPセンターCBTセンター]、④「産業精神保健に関する臨床スキル (産業保健スタッフの事例等に関する判断・連携スキル等) の習得」[講師は宇都宮健輔 (精神科産業医)] についての研修を企画・検討した。また各研修に関するアンケート施行を検討した。

3) 産業保健スタッフと主治医及び職場 (上司) と

の連携に関する各種フォーマットの作成検討
簡易型CBT実施後の報告に関しては、簡易型CBTを実施した産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）との連携向上の視点から、産業保健スタッフから「主治医への報告フォーマット」および「職場（上司）への報告フォーマット」の2種類の作成を検討した。さらに、産業医と主治医との連携・協力を促進するための参考資料として、「産業医から主治医への情報提供・依頼に関する連携フォーマット集」の作成を検討した。本フォーマット集の特色として、①時系列（発見時・休業開始時・休業中・復職前・復職時・復職後）に応じてフォーマットの内容を検討している旨、②産業現場で保健スタッフによる復職後の簡易CBTを実施する場合、事前に主治医からの同意を得て実施を検討している旨（簡易CBT実施に関する主治医からの同意取得フォーマットを作成）、③簡易CBT実施後の本人の就業状況については、本人の同意を得て主治医への情報提供を検討している旨（個人情報に関する本人からの同意取得フォームを作成）などが挙げられる。

C. 研究結果

平成27年度は、1) 無作為化比較試験の開始、2) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成に関する教育研修の開催、3) 産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）との連携に関する各種フォーマットの作成を実施した。

1) 無作為化比較試験の開始

うつ病および適応障害の復職者に対して、簡易型CBTプログラム介入（追加実施）群 [薬物療法＋職場環境調整＋簡易型CBTプログラム（6回）] と対照群 [薬物療法＋職場環境調整＋保健指導（1回）] との間で無作為化比較試験を開始し、東芝本社、東芝府中事業所を中心に各企業にてサンプル収集を実施・継続中である（現時点で、10例程度のサンプル収集を行った）。

2) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成に関する教育研修の開催

東芝に勤務する産業保健スタッフを対象にCBTおよび産業精神保健（職域メンタルヘルス）等に関する教育研修を6回実施した。例えば、H27年4月の大野裕（精神科医）による研修では、主に認知行動療法の基本エッセンス（「何が問題であるの

か」「何が考え過ぎの部分なのか」「大切なもの探し」「テーマを絞ること」「現実に目を向けること」「一緒に経験して確認していくこと」）およびインターネット認知行動療法についての説明を受け、実践に向けて強化を図った。同年5月の加藤典子（臨床心理士）による認知再構成法の研修では、コラム法についてグループワーク等を実施し、根拠・反証・適応的（バランス）思考などについてワーク実習を行った。同年9月の堀越勝（臨床心理士、NCNPセンターCBTセンター）によるCBTに関するコミュニケーション研修では、“共感と質問”に関するスキル習得を豊富な演習をとおして実施した（堀越・野村，2012；堀越，2015）。同年11月・12月には加藤典子（臨床心理士）による問題解決技法及びアサーション研修を実施し、損益分析など問題解決等に必要スキル習得に向けて練習を行った。H28年1月には宇都宮健輔（精神科産業医）による産業精神保健の臨床（産業医の判断と連携スキル等の習得）に関する研修を行い、産業精神保健におけるエビデンス（判断根拠）の重要性および産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）とのコミュニケーション（連携）のポイントについて豊富な事例等をとおして学習した（宇都宮・中村，2014；宇都宮，2015）。さらに、教育研修の効果に関しては参加者アンケートを施行した。

3) 産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）との連携に関する各種フォーマットの作成

主治医への報告フォーマットでは、簡易型CBTプログラム6回分のテーマ・内容・実施日、さらに産業保健スタッフからみたプログラム実施後の評価（仕事パフォーマンス発揮・職場適応に関する5段階評価）を主治医へ報告する形式とした [本報告に関しては本人からの同意を必要とした]。また職場（上司）への報告フォーマットでは、簡易型CBTプログラム6回分のテーマ・内容・実施日、さらに本人の自己評価（勤怠・業務調整力・仕事への意欲・体調・病状の変化に関する5段階評価）を本人から職場（上司）へ報告する形式 [任意] とした。

その他、主治医と産業医の連携・協力を促進するために「産業医から主治医への情報提供・依頼に関する時系列（発見時・休業開始時・休業中・復職前・復職時・復職後）に応じた連携フォーマット集」を作成し、状況・用途に応じて各種フォーマットを選択的に利用できる形式とした。

D. 考察

今後、無作為化比較試験によるアウトカム算出のために、目標サンプル数の獲得に向けて、東芝本社、東芝府中事業所以外にも、東芝本社川崎地区、東芝の各事業所、各関連会社、医局からの派遣企業において協力を打診し、研究フィールドを広げていく必要がある。

E. 結論

H27年4月から、本研究の無作為化比較試験を開始・継続している。H27年度は本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成に関する教育研修（6回）の開催、また産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）との連携に関して有用な3種類のフォーマットを作成した。本研究の主目的である『職域のうつ病回復モデルの開発、そのモデルの効果を検証すること』で、産業現場におけるうつ病回復のための成功モデルを構築し、延いては職域メンタルヘルスの活性化に繋げていければ幸甚である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

宇都宮健輔, 加藤典子

職域メンタルヘルスにおける対応・連携・回復に認知行動療法を応用する～産業精神保健の臨床～
第12回日本うつ病学会総会・第15回日本認知療法学会 合同企画 ワークショップ
東京 2015年7月

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

1. Southwick SM and Charney DS. The Science of Resilience: Implications for the Prevention and Treatment of Depression. *Science*. 2012, Oct 5; 338 (6103): 79-82.

2. Padesky CA, Mooney KA. Clinical tip: Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*. 1990, Retrieved October 13; 13-14.
3. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995, Nov; 25 (6): 1171-80.
4. Hees HL, Koeter MW, Schene AH. Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically treated patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2013, Jun; 148 (2-3): 272-7.
5. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997, Apr; 7 Suppl 1: S57-70.
6. 大野 裕. 産業現場で役立つ認知療法・認知行動療法. *産業ストレス研究* 18; 261-262, 2011.
7. Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P et al: *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions (Oxford Guides in Cognitive Behavioural Therapy)*. Oxford University Press, USA, 2010.
8. 中村 純ほか. [監修]. 産業医科大学精神医学教室[編]. 産業医のための精神科医との連携ハンドブック. 改訂新版. 京都: 昭和堂, 2009.
9. 中村 純, 新開隆弘 [監修]. 産業医科大学精神医学教室 [編集]. 事例に学ぶ職場のメンタルヘルス—産業医・精神科医のレポート. 東京: 中央労働災害防止協会, 2012.
10. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S et al. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1998, Sep; 55 (9): 816-20.
11. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD et al. Prevention of relapse in residual depression

by cognitive therapy: a controlled trial.
Arch Gen Psychiatry. 1999, Sep; 56(9):
829-35.

12. O'Brien PC & Fleming TR. A Multiple Testing Procedure for Clinical Trials. Biometrics. 1979, 35 (3): 549-556.
13. 堀越 勝, 野村俊明. 精神療法の基本: 支持から認知行動療法まで. 医学書院 2012.
14. 堀越 勝. ケアする人の対話スキル ABCD. 日本看護協会出版会 2015.
15. 宇都宮健輔, 中村 純. 職域メンタルヘルスにおける産業医の臨床技術を再考する ~コミュニケーションを基本とした新しい実践モデル「CERM model」の提唱~. 精神科治療学 第29巻 11号, 1459-66, 2014.
16. 宇都宮健輔. 産業医に必要な精神医学の知識. 最新精神医学 20巻 第1号, 3-10, 2015.

平成 27 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金「職域のうつ病回復モデル開発」研究
分担研究報告書

簡易型CBTプログラム開発及びマニュアル作成

研究分担者 加藤典子（国立精神神経医療研究センター認知行動療法センター 研究員）

研究要旨

本研究の目的は、うつ病・適応障害による休職からの復職者における、残遺症状の改善、再発・再休職の予防、および社会機能の向上を目的とするセルフケア教育プログラムを開発することである。

平成 26 年度には、職域において産業保健スタッフが簡便に実施できるセルフケア教育のツールとして、インターネットの認知行動療法サイト「こころのスキルアップトレーニング：うつ・不安ネット」のコンテンツを用いた簡易型認知行動療法プログラムを開発した。また、プログラムが安全かつ適切に実施されるよう、詳細な実施手順を記載した実施者用マニュアルと参加者用ガイドブックを作成した。

平成 27 年度には、前年度に開発したセルフケア教育のための簡易型認知行動療法プログラムに改良を加えた。今年度の改良による変更点は、下記の通りである。

第一に、インターネットの認知行動療法サイト「こころのスキルアップトレーニング：うつ・不安ネット」のリニューアルに合わせて、心理教育の主なツールを解説文から動画の視聴へと変更した。これは、先行研究の知見を参考に、マルチメディア機能を活用することによって、簡易型認知行動療法プログラムからの参加者の脱落のリスクを下げることを狙いとして行った。また、上記変更に伴い、担当者マニュアル（資料 1）と参加者用ガイドブック（資料 2）を改訂した。

第二に、本プログラムを用いた無作為化比較試験の開始に合わせて、複数の共同研究機関において本プログラムを実施するうえでの、介入の質の担保を目的とした実施内容のチェックリストを含む「プログラム実施記録用紙」を作成した（資料 3）。

今年度のプログラムの改良および補助ツールの追加により、本プログラムのより安全で効果的な実施が可能になったと考えられた。本プログラムを用いた介入の有効性が、無作為化割付臨床試験において検証されることが期待される。

A. 研究目的

メンタルヘルス不調とは、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むもの」と定義されている。平成 25 年度の厚生労働省による労働安全衛生調査では、メンタルヘルス不調により 1 か月以上休業または退職した労働者がいると回答した事業所、メンタルヘルス不調による休職から職場復帰した

労働者がいると回答した事業所の割合が増加傾向にあることが示されている。今後もメンタルヘルス不調による休職から職場復帰する労働者は増加するものと予想される。

メンタルヘルス不調において頻度の高いうつ病は再発率が高い疾患であり、1 回のうつ病エピソードを経験した場合の再発率は 50%程度、2 回以上経験した場合は 60%程度、3 回経験すると 90%以上が再発することが報告されている（Bockting et al., 2015）。職域における精神障害による休職者を対象とした先行研究において

も、職場復帰した労働者の 20%から 50%が数年の追跡期間内に再発・再休職にいたっており、その再休職の時期は復職後 3 年以内に集中していることが示されている (Koopmans et al., 2011; Endo et al., 2013)。しかし、休職回数の多さと休職期間の長さは、再発・再休職のリスクを高めることも指摘されている (Koopmans et al., 2008)。上述の背景から、メンタルヘルス不調による休職から職場復帰した直後の労働者に対する再発・再休職予防の支援は重要な課題であると考えられる。

認知行動療法は、うつ病の治療および再発予防における有効性が確立された治療法である。また、うつ病休職者における復職支援においても、認知行動療法を用いた介入が有効であったことが報告されている (Nieuwenhuijsen et al., 2014)。そのため、わが国におけるメンタルヘルス不調による休職から復職した後の労働者の残遺症状の改善、再発・再休職予防に対しても認知行動療法は有効であると予想される。また、認知行動療法は、対面式の精神療法として開発されたが、インターネットサイトを用いた低強度認知行動療法も開発されており、今後実施コストの削減と普及が期待されている。

そこで、本研究では、従来の支援である医療機関における薬物療法を主体とする治療と、管理監督者と産業保健スタッフによる職場環境調整に追加する支援のためのツールとして、インターネット認知行動療法を用いたセルフケア教育プログラムを開発して、実施のためのマニュアル等のツールを作成することを目的とした。

B. 研究方法

平成 26 年度には、うつ病・適応障害による休職から復職した直後の労働者を対象とした、インターネットの認知行動療法サイトを用いたセルフケア教育簡易型認知行動療法プログラムを開発した。プログラムは、1 回 40 分、全 6 回とした。プログラム内容としては、厚生労働省のうつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルを参考に、①導入と心理教育、②認

知再構成法 (5 コラム)、③認知再構成法 (7 コラム)、④問題解決法、⑤アサーション、⑥再発予防を選択した。本プログラムの特色は、先行研究の知見に基づき、インターネットサイトの複数のコンテンツと参考冊子によるマルチメディア機能を使用していること、部分的に産業保健スタッフによる支援を受ける形式で行われることである。プログラムの実施に向けて、詳細な担当者マニュアルと参加者用のガイドブックを作成した。

平成 27 年度には、本プログラムを用いた無作為化割付臨床試験が開始された。本研究では、臨床試験の開始に先立ち、プログラム実施担当者である産業保健スタッフ (産業医、保健師、臨床心理士) により、本プログラムを予備的に実施してもらい、マニュアルとガイドブックを使用しての感想、およびプログラム実施上の困難についてコメントを求めた。その結果、「実施者がプログラム内容を適切に実施できたか確認できない」、「参加者ガイドにのみ記入欄があり、実施者はプログラムの実施内容についての記録がつけられない」とのコメントが得られた。

また、今年度は、プログラムに使用しているインターネット認知行動療法サイトである「こころのスキルアップトレーニング：うつ・不安ネット」がリニューアルされ、動画を用いた認知行動療法の解説のコンテンツが追加されたため、その内容の確認を行った。

(倫理面への配慮)

本プログラムの介入研究は、産業医科大学の倫理委員会の承認を受けて実施されている。

C. 研究結果

インターネットの認知行動療法サイト「こころのスキルアップトレーニング：うつ・不安ネット」のリニューアルに伴い、前年度に開発した簡易型認知行動療法プログラムに改良を加えた。具体的には、プログラム内で実施されている心理教育の内容を、解説文から新たに追加さ

れた動画の視聴に変更した。この変更は、マルチメディア機能を活用することでインターネットサイトを用いた認知行動療法プログラムにおける参加者脱落のリスクが下がるという先行研究の知見に基づいて行った。また、その変更に合わせて、実施者用マニュアル（資料1）と参加者用ガイドブック（資料2）を改訂した。

さらに、プログラム実施者である産業保健スタッフからの予備実施後のコメントを反映させて、介入の質の担保を目的とした実施内容のチェックリストと、実施者によるプログラム内容の記載フォームを含む「プログラム実施記録用紙」（資料3）を作成した。

D. 考察

本研究では、前年度に開発したセルフケア教育のための簡易型認知行動療法プログラムの内容を改訂して、新たな実施補助ツールを作成した。今回のプログラム内容の改良により、前年度の内容と比較しても、インターネットサイトのマルチメディア機能をより活かしたプログラム構成となったと考えられた。また、職域において復職後の労働者のセルフケア教育を担う産業保健スタッフからのコメントに基づいて、実施の補助ツールを追加したことで、職域におけるより安全で適切な実施が可能になったと考えられた。

E. 結論

本研究では、平成26年度にセルフケア教育のための簡易型認知行動療法プログラムを開発して、平成27年度にプログラム内容の改良および補助ツールの作成を行った。平成28年度以降は、プログラムの有効性の検証と産業保健スタッフ向けの映像教材の作成が課題となると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

加藤典子・中川敦夫. うつ病に対するセラピスト支援型コンピュータ認知行動療法(CCBT) (特集 精神療法の新しい展開). 臨床精神医学 2015; 44(8): 1053-1057

2. 学会発表

・加藤典子・宇都宮健輔・大野裕. 職域におけるうつ病復職者に対する簡易型認知行動療法プログラムの開発 第15回日本認知療法学会大会企画シンポジウム うつ病治療におけるインターネット認知行動療法(iCBT)の可能性.

・宇都宮健輔・加藤典子. 職域メンタルヘルスにおける対応・連携・回復に認知行動療法を応用する～産業精神保健の臨床～ 第12回日本うつ病学会・第15回認知療法学会合同ワークショップ.

H. 知的財産研の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

1. 厚生労働省 (2014) 平成25年労働安全衛生調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h25-46-50.html>

2. Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. Clin Psychol Rev, 41, 16-26.

3. Endo, M., Muto, T., Haruyama, Y., Yuhara, M., Sairenchi, T., & Kato, R. (2014). Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees. Int Arch Occup Environ

Health. 88, 75–83

4. Koopmans, P. C., Bultmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*, 84, 193-201.
5. Koopmans, P. C., Roelen, C. A., & Groothoff, J. W. (2008). Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med*, 65, 494-499.
6. Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Bultmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, Cd006237.

平成27年度労災疾病臨床研究事業費補助金「職域のうつ病回復モデル開発」
分担研究報告書

簡易型認知行動療法プログラムに参加する者のデモグラフィック・データの特徴

研究分担者 中島 俊（東京医科大学睡眠学寄附講座 兼任助教）

研究要旨

【目的】本年度の目的は、復職のための簡易型認知行動療法プログラムに参加する職域の寛解うつ病患者の特徴を明らかにすることであった。

【方法】簡易型認知行動療法プログラムに関する臨床試験のエントリー時の特徴について対象者に回答を求めた。また対象者の復職に関する意欲及び簡易型認知行動療法プログラムの参加意欲について対象者と面談した産業保健スタッフによって3件法で評価を求めた。

【結果】本研究の対象者は9名（平均年齢は42.44±7.63歳）で、すべて男性であった。対象者の休職回数は初回の者が6名、2回目の休職が3名であり、3回以上休職をしている者はみられなかった。また、すべての対象者が職場での環境調整を受けることに加え、抗うつ薬または抗不安薬・睡眠薬を服用していた。

【考察】本年度の成果により、復職のための簡易型認知行動療法プログラムにエントリーしている者の特徴の理解を深めることができた。

A. 研究目的

本研究の目的は、職域の寛解うつ病患者のうち、簡易型認知行動療法プログラムのエントリーの対象となる者の背景情報の特徴を検討することであった。

B. 方法

1) 対象者

本研究は、2015年4月21日～2016年3月31日の期間に職域のうつ病回復モデル開発：うつ病・適応障害復職者における簡易型認知行動療法プログラムの効果検証（UMIN 試験 ID：UMIN000017163）のエントリー対象者を選別する適格性の評価の一貫として調査を実施した。上記試験の対象者の選択基準及び除外基準は以下の通りである。

選択基準

1. 主治医から復職診断書が提出され、産業医からも復職許可された復職者（復職後4週以上～1年以内）
2. 薬物療法、職場環境調整が施行されている者
3. 株式会社東芝・各事業所・関連会社、または医局から産業医を派遣している企業に所属する者
4. 休業の理由が、DSM-5にて、うつ病、適応障害のいずれかの診断に該当する者

5. Patient Health Questionnaire-9 の得点が5点以上14点以内の者
6. Social Adaptation Self-evaluation Scale Japanese version の得点が34点以下の者
7. 産業医または医師の判断の下、セルフケア教育（ストレスマネジメント教育）が必要と考えられる者
8. 主治医から、職域現場での本プログラム実施に関して了解をいただいている者

除外基準

1. 構造化された心理療法をすでに受療している、または研究期間中に受療予定の者
2. 産業医または主治医の判断の下、不適切なケースや切迫感のある希死念慮を認める者

2) 測定項目及び評価時期

測定項目は対象者の年齢、性別、現在の薬物療法（抗うつ薬の服用・抗うつ薬の服用はなく、抗不安薬または睡眠薬の服用・服用なし）、職位（一般職・管理職）、職種（事務職・営業職・技術職・経理職・その他）、学歴（大学院修了・大学卒・高校または中学校卒）、休職理由（人間関係・業務量・業務内容・配置転換または異動・プライベート要因・その他）、休職回数、時間外または休日勤務制限（制限あり・なし）、復職への意欲（十分にある・

普通・なし)、簡易型認知行動療法プログラムへの意欲(十分になる・普通・なし)であり、産業保健スタッフ(産業医・保健師・心理士)が対象者に現在の状況を対面式の面接によって評価を実施した。評価面接は臨床試験の適格性の評価時に合わせて実施した。

C. 結果

本研究の対象者は9名であった。対象者9名の平均年齢は42.44±7.63歳(最少値33歳, 最大値52歳)であり, すべて男性であった。対象者の特徴を表1に示す。

D. 考察

本年度の成果により, 本プログラムの対象となりえる者の記述的な特徴が示された。すべての対象者が薬物療法を受療し, 時間外または休日勤務制限を受けていること, 3回以上の休職の者がみられなかったことは特記すべき特徴であると考えられる。

E. 結論

本年度の結果によって本臨床研究の対象者の臨床特徴の理解を深めることができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 対象者の特徴

	人数	%
職位		
一般職	8	88.9
管理職	1	11.1
学歴		
大学院修了	1	11.1
大卒	4	44.4
高校・中学校卒	4	44.4
職種		
事務職	2	22.2
営業職	2	22.2
技術職	4	44.4
経理職	1	11.1
その他	0	0.0
休職理由		
人間関係	1	11.1
業務量	1	11.1
業務内容	1	11.1
配置転換または異動	1	11.1
プライベート要因	0	0.0
その他	5	55.6
休職回数		
1回目	6	66.7
2回目	3	33.3
時間外または休日勤務制限		
あり	9	100.0
なし	0	0.0
薬物療法		
抗うつ薬	6	66.7
抗不安薬・睡眠薬	3	33.3
服用なし	0	0.0
復職への意欲		
十分にある	3	33.3
普通	6	66.7
なし	0	0.0
簡易型認知行動療法への意欲		
十分にある	3	33.3
普通	6	66.7
なし	0	0.0

平成27年度労災疾病臨床研究事業費補助金「職域のうつ病回復モデル開発」
分担研究報告書

産業保健スタッフ育成に関する教育方法及び資材等の開発

研究分担者 大野 裕（一般社団法人認知行動療法研修開発センター 理事長）

研究協力者 宇都宮健輔（国立精神・神経医療研究センターCBTセンター 客員研究員）

研究要旨

今年度は、研究を現場で実施する保健師、医師等を対象に認知行動療法（CBT）の基本概念の理解に加えて、基本となるスキル（例えば、認知再構成法、問題解決技法、アサーション、CBTに関するコミュニケーション）の習得向上を目指して教育研修（演習を中心としたもの）を5回に渡り実施した。認知行動療法は、医療現場では、熟練した医師が行った場合に診療報酬の対象となるが、近年は、こうした定型的な認知行動療法の他に、一人のユーザーに使用する人や時間を少なくしながらも効率的に認知行動療法を提供する簡易型（低強度）のアプローチが開発されている。こうしたアプローチは、地域のメンタルヘルス、産業領域の予防教育・復職支援、教育活動等で活用されつつある。また産業現場で簡易型（低強度）アプローチを活用した連携（主治医および職場上司）を推進するために産業精神保健（職域メンタルヘルス）についての研修を1回開催した。その他、研修の参加者に簡易アンケートを実施した。

A. 研究目的

簡易型（低強度）のアプローチが産業領域の予防教育・復職支援で活用されるために、研究の実施主体である保健師や医師等を対象に認知行動療法の基本概念および基本となるスキルの理解や習得の向上を目的とした。

B. 研究方法

平成26年度は、本プログラムを実施できる産業保健スタッフ育成のための教育研修やその方法について計画・検討した。

平成27年度は、CBTの基本概念および基本となるスキルの理解や習得の向上を目指して、東芝に勤務する産業保健スタッフなどを対象にCBTおよび産業精神保健（職域メンタルヘルス）に関する教育研修の開催を検討した。研修内容としては、①「CBTの基本エッセンスの習得」[講師は大野裕（精神科医）]、②「CBTを活用したストレス対処のスキル（認知再構成法・問題解決技法・アサーション）の習得」[講師は加藤典子（臨床心理士）]、③「CBTに関するコミュニケーションスキル（“共感と質問”などについての面談スキル）の習得」[講師は堀越勝（臨床心理士）、NCNPセンターCBTセンター]、④「産業精神保健に関する臨床スキル（産業保健スタッフの事例等に関する判断・連携スキル等）の習得」[講師は宇都宮健輔（精神科産

業医）]についての研修を企画・検討した。また研修に関する簡易アンケートの施行を検討した。

C. 研究結果

平成26年度は、研究の実施主体である保健師や医師を対象に、認知行動療法の概念と基本となる方略（スキル）について講義を行った。基本となる方略（スキル）には、ストレス場面で浮かんでくる考えに目を向けて考えのバランスをとり状況に応じた適応的な考え方ができるように手助けする認知再構成法、自分の行動を振り返り達成感や喜びを感じられる行動を増やす行動活性化法、問題を絞り込んで解決冊を案出していく問題解決技法、自分の考えや気持ちを適切に伝えるアサーションが含まれている。さらに、認知行動療法活用サイト「こころのスキルアップ・トレーニング【ここトレ】」(<http://cvt.jp.net>)を用いたコンピュータ支援型認知行動療法が効果を上げた職場での研究事例を報告し、研究実施に向けての知的環境作りを行った。

平成27年度は、CBTの基本概念および基本となるスキルの理解や習得の向上を目指して、東芝に勤務する産業保健スタッフなどを対象にCBTおよび産業精神保健（職域メンタルヘルス）に関する教育研修（演習を中心としたもの）を6回実施した。例えば、H27年4月の大野裕（精神科医）による研

修では、主に認知行動療法の基本エッセンス（「何が問題であるのか」「何が考え過ぎの部分なのか」「大切なもの探し」「テーマを絞ること」「現実に目を向けること」「一緒に経験して確認していくこと」）およびインターネット認知行動療法についての説明を受け、実践に向けて強化を図った。同年5月の加藤典子（臨床心理士）による認知再構成法の研修では、コラム法についてグループワーク等を実施し、根拠・反証・適応的（バランス）思考などについてワーク実習を行った。同年9月の堀越勝（臨床心理士、NCNPセンターCBTセンター）によるCBTに関するコミュニケーション研修では、“共感と質問”に関するスキル習得を豊富な演習をとおして実施した。同年11月・12月には加藤典子（臨床心理士）による問題解決技法及びアサーション研修を実施し、損益分析など問題解決等に必要なスキル習得に向けて練習を行った。H28年1月には宇都宮健輔（精神科産業医）による産業精神保健の臨床（産業医の判断と連携スキル等の習得）に関する研修を行い、産業精神保健におけるエビデンス（判断根拠）の重要性および産業保健スタッフと主治医及び職場（上司）とのコミュニケーション（連携）のポイントについて豊富な事例等をとおして学習した。その他、研修の参加者に簡易アンケートを実施した。

D. 考察

本プログラム遂行において、保健スタッフが補助的なガイドやサポートを実施する場合でも、認知行動療法の基本概念や基本となるスキルの理解、習得の向上を目指して実施者として臨むことが参加者の学習効果やモチベーションを高めると推察できる。また、経験を積むことで実施者としての能力が高まると考えられる。

E. 結論

教育用資材の基礎となる資料等を作製し、アンケート等の結果もふまえ、効果が期待できることを確認した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし
3. 実用新案登録
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

平成27年度労災疾病臨床研究事業費補助金「職域のうつ病回復モデル開発」
分担研究報告書

主治医と産業保健スタッフとの連携マニュアルの作成

研究分担者 中村 純（産業医科大学名誉教授・精神医学）
研究協力者 宇都宮健輔（産業医科大学医学部精神医学教室）
研究協力者 増田つかさ（産業医科大学医学部精神医学教室）

研究要旨

企業で働く労働者がうつ病などのメンタルヘルス不調で休職し、復職する際に1) 主治医からの薬物療法を含めた治療内容の情報提供、2) 会社側からの職場環境調整、3) 産業保健スタッフが指導して行う簡易型認知行動療法の成果などの情報を共有し、連携することにより復職を円滑に行うための分かりやすいマニュアル作成を目指す。特に、簡易型認知行動療法は、労働者個人のメンタルヘルス向上に寄与し、メンタルヘルス不調を予防すること、さらに職場全体のメンタルヘルス改善に役立つことを示したいと考えている。本年度は、産業医（あるいは産業保健スタッフ）と主治医の連携促進を目的とした「産業医から主治医への情報提供フォーマット集」および「簡易型 CBT 実施後の主治医への報告フォーマット」を作成した。また、産業保健スタッフ及び本人と職場（上司）との連携向上を目指すために「簡易型 CBT 実施後の職場（上司）への報告フォーマット」を作成した。

A. 研究目的

労働者の中でメンタルヘル不調のために休職する人が増加しているが、復職はかならずしも円滑にできていないのが現状である（堀ら、2013）。また、復職しても病気が再発して再休職する労働者も多い。治療者と職場の産業保健スタッフとの連携が円滑にできれば復職継続も可能になると考えられる。そこで企業の産業保健スタッフと治療者との連携をはかる目的で産業保健スタッフが指導して行う簡易型認知行動療法をツールの一つとして取り上げる。そして、簡易型認知行動療法を行うことにより、個人のメンタルヘルス不調を予防し、職場全体のメンタルヘルス改善がなされることを目標としたい。さらに、簡易型認知行動療法がストレスチェック制度の中でもストレスチェック後の面接指導のツールの一つとなり、結果的には職場ストレスの改善にもつながることを示したいと考えている。

B. 研究方法

メンタルヘルス不調（特にうつ病）の復職者に対しては、通常、薬物療法と職場環境調整の2つの根拠のある介入方法が実施されている。本研究では、通常の2つの介入方法に加えて、新たに簡

易型認知行動療法を活用したセルフケア教育プログラム（以下、簡易型 CBT プログラム）を産業現場で保健スタッフ（産業医・保健師・心理士）が追加施行する方法を検討した。そのため研究デザインとして、うつ病および適応障害の復職者に対して、簡易型 CBT プログラム介入群 [薬物療法+職場環境調整+簡易型 CBT プログラム (6回)] と対照群 [薬物療法+職場環境調整+保健指導 (1回)] との間で無作為化比較試験の実施を検討した。また被験者（参加者）の本研究への同意取得については、担当の産業医と主治医の両者の同意を確認後、本人から最終的に同意を取得する手順とした。特に、主治医からの同意取得については、主治医への説明文書資料を作成して、主治医から同意サインをもらう形式を採用した。さらに今回は、産業医（あるいは産業保健スタッフ）と主治医の円滑な連携に有用と考えられる「産業医から主治医への情報提供フォーマット集」および「簡易型 CBT 実施後の主治医への報告フォーマット」の作成を検討した。また産業保健スタッフ及び本人と職場（上司）との連携向上のための「簡易型 CBT 実施後の職場（上司）への報告フォーマット」の作成も検討した。

C. 研究結果

本年度は、産業医（あるいは産業保健スタッフ）と主治医の連携促進を目的とした「産業医から主治医への情報提供フォーマット集」および「簡易型CBT実施後の主治医への報告フォーマット」を作成した。「産業医から主治医への情報提供フォーマット集」の特色として、①時系列（発見時・休業開始時・休業中・復職前・復職時・復職後）に応じてフォーマットの内容を検討している旨、②産業現場で保健スタッフによる復職後の簡易CBTを実施する場合、事前に主治医からの同意を得て実施を検討している旨（簡易CBT実施に関する主治医からの同意取得フォーマットを作成）、③簡易CBT実施後の本人の就業状況については、本人の同意を得て主治医への情報提供を検討している旨（個人情報に関する本人からの同意取得フォームを作成）などが挙げられる。

「簡易型CBT実施後の主治医への報告フォーマット」では、簡易型CBTプログラム6回分のテーマ・内容・実施日、さらに産業保健スタッフからみたプログラム実施後の評価（仕事パフォーマンス発揮・職場適応に関する5段階評価）を主治医へ報告する形式とした〔本報告に関しては、原則、本人からの同意を必要とした〕。

また、産業保健スタッフ及び本人と職場（上司）との連携向上を目指すために「簡易型CBT実施後の職場（上司）への報告フォーマット」を作成した。本フォーマットでは、簡易型CBTプログラム6回分のテーマ・内容・実施日、さらに本人の自己評価（勤怠・業務調整力・仕事への意欲・体調・病状の変化に関する5段階評価）を本人から職場（上司）へ報告する形式〔任意〕とした。

D. 考察

産業保健スタッフと治療者との連携の必要性については、以前から指摘されていたが、具体的な方策などについてのエビデンスはない。具体的な連携については、まずは事例を通して産業保健スタッフと治療者が連携を行うが、そのツールとして簡易型認知行動療法を用いて教育した労働者とそうでない労働者の復職率などでその効果を明らかにしていきたい。今回の試みがストレスチェック制度における面接指導後の精神科医との連携にも役立つと考えている。

E. 結論

我々の仮説にそって、具体的に産業保健スタッフと治療者との連携を深め治療者には産業保健に対する理解が深まり、産業保健スタッフにとっては、労働者の復職支援さらには職場のメンタルヘルスの改善に繋がることを期待している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

- 堀 輝・香月 あすか・守田 義平・吉村 玲児・中村 純：うつ病勤労者の復職成功者と復職失敗者の差異の検討. 精神科治療学 28(8): 1063-1066, 2013.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	特になし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
加藤典子・中川敦夫	うつ病に対するセラピスト支援型コンピュータ認知行動療法(CCBT) (特集 精神療法の新しい展開).	臨床精神医学	44(8)	1053-1057	2015