

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26年度～28年度 総合研究報告書

研究代表者 宇都宮健輔

平成29（2017）年 3月

目 次

I. 総合研究報告

「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)

- ① 研究プロトコルマニュアル
- ② 研究への参加要件
- ③ 主治医への説明文書
- ④ 対照群用の参考資料
- ⑤ 実施者マニュアル
- ⑥ 参加者ガイドブック
- ⑦ 実施記録用紙
- ⑧ CBT及びMH研修アンケート
- ⑨ 産業医から主治医への情報提供フォーマット集
- ⑩ 簡易CBT実施後の主治医への報告フォーマット
- ⑪ 簡易CBT実施後の職場（上司）への報告フォーマット
- ⑫ 産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～
- ⑬ 復職支援の簡易型CBTプログラムの実施に関するFAQ（よくある質問）
- ⑭ 復職支援の簡易型CBTプログラムの運用に関するFAQ（よくある質問）
- ⑮ 職域のうつ病回復モデル（連携等に関する模範モデルの構築）

II. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	10
--------------------	-------	----

労災疾病臨床研究事業費補助金
総合研究報告書

「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、うつ病等の復職者が職場（現場）の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習得の機会や現場支援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（例えば、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・実施した。本研究は産業医科大学医学部倫理委員会で承認されている。

平成26年度は、研究デザインの作成、簡易型CBTプログラムの開発及びマニュアル作成、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。またプログラム実施に関する補助資料として「プログラム実施記録用紙」を作成した。

平成28年度は、「主治医と産業保健スタッフとの連携マニュアルの作成」の一環として、“産業医と主治医の連携・協力”および“現場の産業医等のメンタルヘルス対応”の促進・向上のために『産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～』を作成した。本マニュアルでは、産業医等のメンタルヘルス対応に関する体系的な臨床スキルとして、(1) 面談スキル、(2) 判断スキル、(3) 連携スキルの3つに焦点をあて、現場での事例対応において必要な知識およびスキルについて、健康（疾病）管理および労務管理の両方の観点から解説した内容になっている。さらに、『簡易型CBTプログラム（WP-SKIP）』について、“復職支援のストレス保健指導”としてマニュアル内で概要・特色を紹介している。その他、「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」および「簡易型CBTプログラム開発及びマニュアル作成」の一環として、保健スタッフ向けの教育資料である”復職支援（3次予防）の簡易型CBTプログラムに関するFAQ（よくある質問）”を実施と運用の観点から2種類作成した。

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	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	北九州古賀病院・学校法人産業医科大学	院長・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・田中, 2017; 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、5) 産業保健スタッフの専門性の向上及び本邦のメンタルヘルス対策の強化・発展などが挙げられる。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検討、4) またプログラム実施に関する補助資料の作成を検討した。

平成28年度は、1) 無作為化比較試験の継続、2) 復職支援の簡易型CBTプログラムを実施する産業保健スタッフへの教育資料 (FAQ) の作成、3) また産業医と主治医の連携・協力および現場の産業医等のメンタルヘルス対応の促進・向上のために、産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応

に必要な3つの臨床スキル～の作成を検討した。以下に各年度の詳細を記述した。

<平成26年度>

1) 研究デザインの検討

本研究では、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 (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実施する。サンプルサイズは、試験的無作為化比較試験で推奨される各群最小症例数35名に基づき、2群合計で70名、そしてドロップアウト率20%を考慮した合計84例を予定している。また、統制群への倫理的配慮から70%の症例数 (59名) に達した時点で0' Brien-Fleming法に基づいた中間解析を行い (0' Brien & Flemin, 1979)、簡易型CBTプログラム介入群と対照群の評価項目に有意差が見られた場合には試験を中止する予定である。対象者の選定は、株式会社東芝本社、東芝本社川崎地区、東芝府中事業所を主体に実施する。その他、医局 (産業医科大学精神医学教室) から産業医が派遣されている企業でも対象者の選定を検討する予定である。分担研究者の中島俊臨床心理士が本研究の無作為化に関する割り付け表の作成を検討・実施した。また本研究をUMIN臨床試験へ登録した。その他、研究遂行のための補助資料として、研究プロトコルマニュアル [資料①]、参加者要件資料 [資料②] を作成し、また主治医との連携を円滑に行うために主治医への説明文書 [資料③] を作成し、被験者の研究参加において主治医の書面同意を必須とした。また対照群のための保健指導用の資料 (セルフケアの8原則) [資料④] を作成した。

(倫理面への配慮)

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) 簡易型CBTプログラムの開発及びマニュアル作成の検討

平成26年度は、本研究の遂行に関する準備のため、簡易型CBTプログラム開発及びそのマニュアル作成を検討した。簡易型CBTプログラムは、認知行動療法や精神医学の専門家ではない現場の産業保健スタッフが実施可能な安全で有効な介入方法とするため、①インターネット認知行動療法（ICBT）を利用した本人のセルフトレーニングを主体としたプログラム作成、②産業保健スタッフのための具体的な手順を示した実施者マニュアルの作成、③被験者（参加者）のための容易で使いやすい参加者ガイドブックの作成を検討した。

3) 簡易型CBT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。基本的には、担当者マニュアルや参加者ガイドブックの流れに沿った形で、インターネット機能による本人のセルフトレーニングを主体として実施するため、産業保健スタッフは補助的なサポートの役割を担うと考えている。但し、本プログラム遂行において、保健スタッフが補助的なサポートを実施する場合でも、認知行動療法の基礎知識やポイントを最低限押さえ、ある程度理解して実施者として臨むことが、関係性構築、さらには参加者本人の学習効果やモチベーションを高めると推測できる。研修方法は、認知行動療法の専門家である大野裕（精神科医）によるCBT研修を企画した。

4) 研究遂行のための体制作り

研究を円滑に遂行するために現場フィールドの主体である東京に研究事務局を設置し、その事務員の雇用を行った。研究事務局（東京）では、本研究の効果検証（研究管理）の実施のために必要となる、研究における割り付け管理、対象者の研究登録、アンケート票の回収、医局および研究協力機関との事務連絡、研究の進捗状況の管理、各マニュアル（研究プロトコルマニュアル、実施者マニュアル、参加者ガイドブック、保健指導用の資料等）の印刷・整理など、本研究における事務全般と研究管理を遂行する。これらを実施するた

めに必要な備品等を全て揃え、滞りなく研究への準備を実施した。

<平成27年度>

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、東芝本社を中心に実施を検討した。また対象者の選択基準及び除外基準は以下を検討・実施した。

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（産業医科大学精神医学教室）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 [PHQ-9] の得点が 5 点以上 14 点以内の者
6. Social Adaptation Self-evaluation Scale Japanese version [SASS-J] 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) 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”などについての基本の面談スキル)の習得」[講師は堀越勝(臨床心理士)、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター]、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(産業医・精神科医)]についての研修を企画・検討した。また各研修のアンケート調査を検討した。

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。

4) プログラム実施に関する補助資料の作成検討

プログラム実施の補助資料として、「プログラム実施記録用紙」の作成を検討した。

<平成28年度>

1) 無作為化比較試験の継続

本研究では、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(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実施・継続する。無作為化比較試験は、株式会社東芝本社、東芝の事業所・関連会社、医局から産業医を派遣している企業にて実施を検討した。

2) 産業保健スタッフへの教育に関する資料作成

平成28年度は、保健スタッフ向けの教育資料として、「復職支援(3次予防)の簡易型CBTプログラムに関するFAQ(よくある質問)」を実施と運用の観点から2種類作成することを検討した。

3) 産業医と主治医の連携等に関する資料作成

産業医と主治医の連携・協力の促進および現場の産業医等のメンタルヘルス対応に関する教育用の資料として、「産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～」の作成を検討した。

C. 研究結果

平成26年度は、1) 簡易型CBTプログラムの開発及びマニュアル作成、2) 本プログラムを実施できる産業保健スタッフの育成など、研究への準備を主体に実施した。

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、4) またプログラム実施に関する補助資料の作成を行った。

平成28年度は、1) 無作為化比較試験の継続、2) 産業保健スタッフへの教育資料(FAQ)の作成、3) 産業医と主治医の連携・協力および現場の産業医等のメンタルヘルス対応の促進・向上のために、産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～を作成した。以下、各年度の詳細を記述した。

<平成26年度>

1) 簡易型CBTプログラム開発及びマニュアル作成

本研究では、介入群用の計6回の簡易型CBTプログラムおよび対照群用の1回の保健指導用の参考資料を作成した。簡易型CBTプログラムは、計6回(①心理教育及びセルフモニタリング・②認知再構成法[5コラム]・③認知再構成法[7コラム]・④問題解決技法・⑤コミュニケーショントレーニング[アサーション]・⑥再発予防とまとめ)、1回30～40分程度のセッション(本人のセルフトレーニング主体)、インターネット認知行動療法(Holländare et al, 2011)の利用などの特徴がある。本プログラム内容は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」研究班が作成したうつ病認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルを参考にして検討・作成された。簡易型CBTプログラムのサポート(Berger et al, 2011)および保健指導は、企業に所属する産業保健スタッフ(例えば、

産業医・心理士・保健師)が担当する。さらに研究を円滑に遂行できるように“被験者(参加者)用の参加者ガイドブック”[資料⑥]と“実施者(産業保健スタッフ)用の実施者マニュアル”[資料⑤]の2種類の資料を作成した。ICBTは、大野裕が監修する「こころのスキルアップトレーニング(こころトレ)」を一部利用する(研究期間における被験者のICBTの利用料は無料であり、被験者に費用は生じない)。さらに本プログラムは”アナログとデジタルの融合”を特色としている。その特色としては、“1回のセッション内におけるアナログとデジタルの融合化”および“6回のセッション全体の流れの中におけるアナログとデジタルの融合化”から二重構成されている。詳細には、本プログラムの1回のセッションの前半と後半部分は本人と産業保健スタッフのアナログ的なやりとりが重視されており、一方、中間部分はweb上のデジタル機能を活用した本人のセルフトレーニングが主体となっている(Ridgway and Williams, 2011)。さらに、本プログラム6回のうちセッション1回目(心理教育等)と6回目(再発予防とまとめ)は、その間の2回目～5回目のセッションと比較してより一層面接者と本人のアナログ的なやりとり(関係性の構築)が重視されている構造となっている。

保健指導については、セルフケアの8原則として、「SELF-CARE (Stress-coping/Enjoy/Life-work balance/Flexibility/Communication/Action/Relaxation/Education)」に関する内容の資料を作成した。本資料を用いて実施者が対照群の被験者に説明を行い、被験者が自分で内容を実施する運びとなっている。

2) 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

H27年1月23日(3時間程度)に、本プログラムの実施者として見込まれる産業保健スタッフ(産業医・保健師)に対して、大野裕(精神科医)による認知行動療法の教育研修を実施した。研修内容としては、主に認知行動療法の重要なポイントとして、「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」等についてのスライドを使った講義を中心として、さらにホームワーク(宿題)であった自身のコラム法などについて参加者間で討論するなどワークシートの使用により技法

の理解を深めた。またインターネット認知行動療法についての説明や、動画を使った面談シミュレーションの視聴により、実践に向けてイメージ強化を図った。

<平成27年度>

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、東芝本社川崎地区、東芝府中事業所を主体に対象者のリクルートを実施した(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教育・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および職域メンタルヘルス(産業精神保健)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、H27年1月の研修同様、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、自動思考・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、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)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”に関する面談の基本スキルの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や自分の気持ちを伝えるコツ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(産業医・精神科医)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〔資料⑧〕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〔資料⑩〕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〔資料⑪〕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」〔資料⑨〕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。本フォーマット集では、「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」「主治医への情報提供に関する本人からの個人情報の取り扱いについての同意取得フォーマット」が含まれる。

4) プログラム実施に関する補助資料の作成

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⑦〕を作成した。

<平成28年度>

1) 無作為化比較試験の継続

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、東芝京浜事業所、東芝関連会社、医局（産業医科大学精神医学教室）から産業医を派遣している企

業にて対象者のリクルートを実施・継続した。（現時点で、15例程度のサンプル収集を行った。）

2) 産業保健スタッフへの教育に関する資料作成

産業保健スタッフへの教育資料として「復職支援（3次予防）の簡易型CBTプログラムに関するFAQ（よくある質問）」を2種類作成した。それぞれ、簡易型CBTプログラムにおける“実施に関する要点・留意事項”〔資料⑬〕および“運用に関する要点・留意事項”〔資料⑭〕について説明した内容になっている。以下、2種類のFAQ（よくある質問）について具体的な質問項目を列挙した。

<実施に関するFAQ [例]>

Q1 「こころのスキルアップトレーニング」の操作手順が分かりません。

Q2 「認知」、「認知再構成法」、「自動思考」、「アサーション」などプログラムに関連する用語の数が多く、参加者から覚えきれないと言われました。

Q3 第1回目の問題設定では、どのような問題を選択すれば良いでしょうか。

Q4 第1回目の問題設定で、産業保健スタッフから見ると重要性が低い問題を参加者が選択した場合、産業保健スタッフはどのように対応すれば良いでしょうか。

Q5 参加者の勤怠（例えば、遅刻や突発休）の問題を設定しても大丈夫でしょうか。

Q6 第1回目の目標の設定では、どのような目標を選択すれば良いでしょうか。

Q7 認知行動療法を学び始めたばかりの初学者です。このプログラムで参加者をサポートする時のポイントを教えてください。

Q8 「こころが晴れるコラム」、「問題解決」、「アサーション」の入力をサポートする時に、参加者の入力内容をどの程度修正する必要がありますか。

Q9 参加者のワークが20分で終わらない場合（あるいは、早く終わってしまう場合）はどのように対応すれば良いでしょうか。

<運用に関するFAQ [例]>

Q1 簡易型CBTとはどのようなものでしょうか。

Q2 簡易型CBTプログラムの特徴は何でしょうか。（カウンセリングとはどこが違うのでしょうか。）

Q3 簡易型CBTプログラムの対象者について教えてください。

Q4 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（こことレ）」とはどのようなものです

か。

Q5 保健師として、復職者に本プログラムを使用したいのですが、産業医からの許可は必要ですか。

Q6 簡易型CBTプログラム実施にあたり、主治医からの許可は必要でしょうか。

Q7 簡易型CBTプログラムを利用するにあたって、研修の受講は必要でしょうか。

Q8 簡易型CBTプログラムを導入・実施する場合、会社や職場へ説明する際のポイントを教えてください。

Q9 簡易型CBTプログラムの効果とはどのようなものでしょうか。

Q10 簡易型CBTプログラムの副作用はありますか。

Q11 簡易型CBTプログラムは、薬物療法、職場環境調整と併用できますか。

Q12 簡易CBTプログラムの実施者（参加者のガイド・サポートを行う者）は誰でもなれるのですか。

Q13 実施者用のマニュアルやガイドブックのようなものはありますか。

Q14 参加者用のマニュアルやガイドブックのようなものはありますか。

Q15 本プログラム実施後の結果を、職場上司や主治医へ報告する必要がありますか。

3) 産業医と主治医の連携等に関するマニュアル作成

産業医と主治医の連携・協力の促進および現場の産業医等のメンタルヘルス対応に関する教育用の資料として、『産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～』[資料⑫]を作成した。本マニュアルでは、産業医等のメンタルヘルス対応に関する体系的な臨床スキルとして、(1) 面談スキル、(2) 判断スキル、(3) 連携スキルの3つに焦点をあて、現場での事例対応において必要な知識およびスキルについて、健康（疾病）管理および労務管理の両方の観点から解説した内容になっている。さらに、うつ病等で休業していた復職者に対して現場で実施している『簡易型CBTプログラム（WP-SKIP）』について、“復職支援のストレス保健指導”としてマニュアル内で概要・特色などを紹介している。以下、産業医の臨床ポケットマニュアルの項目詳細について記述した。

《Prologue》

■職域のメンタルヘルス問診とは（病院問診との違いは？）

■仕事（職業生活）における3大ストレスとは

■ストレスが健康および仕事へ及ぼす影響

《Chapter 1: 産業医の臨床スキルTrias》

■「面談」→「判断」→「連携」の流れの大切さ

■面談スキル（産業医面談における具体的なステップ例）

※効率的な面談の進め方（アジェンダ設定→非言語コミュニケーション→言語コミュニケーションなど）。

■判断スキル（疾病性と事例性の相違点・関係性、事後措置の判断）

※疾病性とは、「診断・症状・治療など主治医側の視点」、つまり『体調や病状』に関すること。事例性とは、「勤怠（出勤や欠勤）や業務アウトプット、残業負荷など会社側の視点」、つまり『仕事』に関すること（宇都宮・中村，2014；宇都宮，2015）。※事後措置の判断（職場環境調整，受診指導，保健指導等）。

※判断根拠（エビデンス）の種類（例えば、医学的根拠 [EBM] ・法令/就業規則・事実/エピソードなど）。

■連携スキル（職場上司および主治医との連携ポイント）

※職場との連携（例えば、職場上司とのコミュニケーション，職場上司への教育的アプローチ，個人情報保護への留意）。

※主治医との連携（例えば、守秘義務への留意，仕事に関する情報提供，情報提供書の書き方）。

■問題点（健康管理・労務管理上の問題点）と問題解決（事後措置・連携）

《Chapter 2: 復職支援のストレス保健指導》

■復職支援のストレス保健指導に必要な「簡易型認知行動アプローチ」とは

※簡易型CBTとは、より少ないマンパワーで効果のあるCBTを提供できるアプローチのこと。

■認知行動アプローチの「心の仕組み」を理解しよう

※心のクセおよび否定的認知の三徴

※ [具体例] 産業場面のコラム法（現実を目に向けてバランスのとれた考え方を探す方法）

■うつ病の脳における認知行動アプローチの作用機序

※うつ病の病態（悪循環パターン）はどうなっているのか。

■職域のうつ病回復モデル（薬物療法＋職場環境調整＋簡易CBTの併用）

※職域のうつ病回復モデルでは、うつ病等の復職者に対して、1）薬物療法〔主治医〕、2）職場環境調整〔職場・会社〕、3）簡易CBT〔本人＋保健〕の3つのアプローチおよび役割分担（連携）が、復職者の職場復帰後の回復のためにはより大切であるとの仮説を立て効果を検証している。

■メンタルヘルス臨床のアウトカム〔職場適応（仕事・働きやすさ）の促進・向上〕

D. 考察

現時点では目標サンプル数に到達していないため、解析は施行できていない。今後とも、「職域のうつ病回復モデル」を実証するために、目標サンプル数の到達に向けて、サンプル収集を継続していく予定である。さらに、本研究事業にて開発・作成した『簡易型CBTプログラム（WP-SKIP）』および『産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～』の両者を、産業保健スタッフの専門性の向上及び本邦における復職支援等のメンタルヘルス対策の強化、発展のために社会への発信（学会発表・論文文化）、普及活動（簡易型CBTやメンタルヘルス対応の知識・スキル習得に関する研修等）として検討・実施していく予定である。

E. 結論

平成26年度は、平成27年4月末からの本研究の無作為化比較試験の開始にあたり、研究デザインの作成、簡易型CBTプログラムの開発及びマニュアル作成、本プログラムを実施できる産業保健スタッフの育成、研究遂行のための体制作りなど、本研究を遂行するために必要な準備を実施した。

平成27年度は、本研究の無作為化比較試験の開始、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作成、またプログラム実施の補助資料としてプログラム実施記録用紙を作成した。

平成28年度は、保健スタッフ向けの教育資料である“復職支援（3次予防）の簡易型CBTプログラムに関するFAQ（よくある質問）”を実施と運用の観点から2種類作成した。さらに産業医と主治医の連携・協力の促進および現場の産業医等のメンタ

ルヘルス対応に関する“産業医の臨床ポケットマニュアル～メンタルヘルス対応に必要な3つの臨床スキル～”を作成した。

本研究の主目的は、『職域のうつ病回復モデルを開発し、そのモデルの効果を検証すること』である。今回、産業現場におけるうつ病回復のために、連携等に関する模範モデルを構築した〔資料⑮〕。本モデルが広く普及することで、本邦におけるメンタルヘルス対策の強化、発展に繋がれば幸いである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・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.
- ・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.
- ・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. うつ病におけるインターネット認知行動療法(iCBT)の可能性. 第9巻2号 128-130, 2016.

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. 東京2015年7月.
- ・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, 田中克俊 [著者/監修]. 保健、医療、福祉、教育にいかす 簡易型認知行動療法実践マニュアル. 東京: きずな出版 2017.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. O' Brien PC & Fleming TR. A Multiple Testing Procedure for Clinical Trials. *Biometrics*. 1979, 35 (3): 549- 556.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

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
大野裕.		大野裕, 田中克俊	保健、医療、福祉、教育にいかす簡易型認知行動療法実践マニュアル	きずな出版	東京	2017	153-155

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
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
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
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. うつ病におけるインターネット認知行動療法 (iCBT) の可能性.	認知療法研究	第9巻2号	128-130	2016