

## 【原著】

# 心理臨床センターにおけるうつによる休職者を 対象にした「復職支援アカデミー」の実践

— 集団認知行動療法と集団ブリーフセラピーの試み —

岡田和久（明治学院大学心理学部）

## 要約

本論文では、うつ病休職者を対象とした「復職支援アカデミー」の実践報告とその効果について検討した。本プログラムは、うつ病の心理教育、集団認知行動療法、ストレスマネジメント、復職に向けての対応、の4つのテーマで構成されていた。BDI-IIとDACSを用いて抑うつの低減効果を検討した結果、アカデミー参加前に比べて参加後において有意な抑うつの低下が示された。また、追跡調査の結果、参加メンバーの復職率は67%を示していた。以上のことから、本プログラムがうつ病休職者に効果的である可能性が示唆された。

キーワード：うつ病、復職支援、集団認知行動療法、集団ブリーフセラピー

## I はじめに

世界保健機関（World Health Organization；WHO）の最新の報告（WHO，2012）によれば、うつ病で苦しむ人は世界で3億5000万人以上もいると推計されており、今やうつ病者への支援は急務である。例えば、イギリスはうつによる経済損失を埋める国策として認知行動療法セラピストの育成を予算立てている（小堀ら，2009）が、日本ではまだそこまでの十分な養成システムができているとはいいがたい。しかし、厚生労働省は「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（厚生労働省，2004，2009）で第3次予防を提唱し、2010年の診療報酬改定では認知療法・認知行動療法を420点の保険点数として算定できるようにし、そして、2011年には地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた4大疾病（がん、脳卒中、急性心

筋梗塞、糖尿病）に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めるなど、うつによる休職者への支援システムは構築されつつある。また、北川ら（2011）は薬物治療に重きが置かれていた日本のうつ病臨床において、「リワークは今や常識といっても過言ではない治療オプションとして考えられるようになってきた」と指摘している。日本初のリワークといえば、1997年よりNTT東日本関東病院が実施している職場復帰援助プログラム（Rework Assist Program；RAP）（岡田ら，2008；田島ら，2011）が有名である。リワークや職場復帰支援では主に集団認知行動療法が行われるが、プログラム内容については各施設が独自に行っているのが実情である。それゆえ、日本におけるリワークや職場復帰支援は、実績を蓄積しながらその効果を集約している時期にあると言える。

ところで、筆者が所属する心理臨床センター

では地域貢献の一つとして、うつによる休職者を対象にした「復職支援アカデミー」を開講している。これは、認知行動療法（以下、CBTと略記）とブリーフセラピー（以下、BTと略記）の両技法を少人数の集団に行う独自プログラムである。本プログラムの特徴は、うつによる休職者に対して集団CBTだけでなく、集団BTを取り入れていることにある。このようなプログラム構成にしたのは、海外の報告（例えば、Sharry, 2007/2009）に比べて日本では集団BTの実践研究が少なく、また個人を対象にCBTとBTを併用した報告（例えば、袴田, 2007, 2011；村上ら, 2010）は散見されるが、集団を対象に両技法を併用した報告は少なかつ

たためである。ゆえに、両技法を併用した集団プログラムを試行的に実施し、うつによる休職者への新たな治療技法の効果検討を行うことは臨床的意義があると考えられる。そこで本論文では、まず「復職支援アカデミー」の実践内容の概要を報告し、次に集団CBTと集団BTにおける参加メンバーの抑うつの低減効果について検討することを目的とする。

## II 「復職支援アカデミー」の概要

### 1. 募集方法と参加メンバーの特徴

募集方法は広告（図1）である。関係諸機関への郵送や当センターのホームページへの掲載

# 募集します！

# 復職支援アカデミー

明治学院大学心理臨床センターでは、うつ病で休職されている就労者の方に、少人数制による「復職支援」を実施いたします。

**内容：**集団認知行動療法、ストレスマネジメント

**募集人数：**定員6名まで（3名以上で開催）。

**対象：**以下の2つを満たされる方

- ①うつ病（双極性Ⅱ型のうつ状態を含む）の診断で症状が安定し、職場への復職を検討しはじめている方
- ②担当医より継続的なプログラム参加が可能と判断された方

**日時（予定）：**2011年11月中旬～12月中旬の週2回（月・金の各2時間を予定）、全8回コース。  
※なお、参加者のご都合をうかがって調整した後に日時は確定となります。

**場所：**明治学院大学心理臨床センター

**スタッフ：**センタースタッフ（臨床心理士）、相談研修員

**料金：**全8回16,000円一括前払い（2回分割払いもあります）

※お申し込み・お問い合わせは、お電話にて明治学院大学心理臨床センターまで、お気軽におかけください（申込〆切：2011年11月5日）。

明治学院大学心理臨床センター  
108-8636 東京都港区白金台1-2-37  
Tel : 03-5421-5444 (10:00~18:00)  
<http://psy.meijigakuin.ac.jp/clinic/>

※大学キャンパスとは別棟になりますのでご注意ください。

図1. 広告

により、希望者の申し込みを受け付けている。参加動機については、「クリニックにCBTを実施できる心理士がない」「他の復職支援施設は待機期間が長く、今後の復職プランに間に合わない」「復職プログラムに参加している集団の独特な雰囲気が自分に合わない」といった回答が多かった。したがって、本アカデミーの参加メンバー層は、CBTの必要性を感じながらも大人数の集団プログラムへの参加が困難な対象者を扱っていると考えられる。

## 2. 本プログラムの構造

### 1) 時間・回数

松永ら(2007)の文献展望によれば、集団CBTは軽症から中等症レベルの大うつ病患者を対象とし、治療プログラムは12セッションで週1回の実施が多いことが指摘されている。本アカデミーでは、スタッフのマンパワーやプログラム内容の構成などを考慮し、1回あたり2時間(うち休憩10分)、週2回、全8セッション、で実施することにした。

### 2) 場所

広めの部屋の中央に机を置き、その周りにファシリテーターと参加メンバーが着席する。部屋の一角にはお茶・お菓子コーナーを設置して自由に飲食しながら参加できるようにし、また、沈黙による緊張緩和のためにBGMを流している。もちろん、糖尿病などの身体疾患を併発している方にはお菓子等の提供を差し控えていることは言うまでもない。

### 3) スタッフ

ファシリテーターとして筆者、アシスタントとして当センタースタッフ(臨床心理士、臨床発達心理士)や大学院生が数名同席する。これは、当センターが大学付属の実習機関であるため、スタッフへの研修や大学院生への教育的効果を意図してのことである。

### 4) 教材

筆者が作成したパワーポイント資料を配布し、同じ内容をプロジェクターで投影しながら説明している。

### 5) 費用

医療機関でのリワークプログラムの費用は施設ごとに設定され(堀井, 2011)、統一されているわけではない。そこで本アカデミーでは、当センターにおける面接料金(2,000円)に準拠して計8回分(16,000円)を初回時に全額徴収している(ただし、場合によっては分割払いも認めている)。

### 6) 倫理的配慮

本プログラムを開始する前に同意書の内容(本アカデミー参加に伴う学術研究への協力、参加メンバーのプライバシー保護(情報の秘密保持)、参加終了後の秘密保持)を口頭で説明し、参加メンバーの理解を得たうえで同意書への署名と捺印をいただいている。

## 3. 各セッションの内容(表1)

第1回から第8回までの各セッションにおける実践内容を以下に記述する。

表1. 各セッションの内容

1)	初回オリエンテーション	}	認知行動療法をベースにしたセッション
2)	認知行動療法の説明		
3)	集団認知行動療法①	}	ブリーフセラピーをベースにしたセッション
4)	集団認知行動療法②		
5)	ストレスマネジメントと肯定的自己の振り返り	}	
6)	集団ブリーフセラピー①		
7)	集団ブリーフセラピー②		
8)	復職に向けての対策		

## 1) 第1回：初回オリエンテーション

ねらい：集団システムへのジョイニング，心理教育

## (1) 集団システムへのジョイニング

同意書を取り付けた後で、ベック抑うつ質問票（Beck Depression Inventory-Second Edition；BDI-II）（小嶋ら，2003）と Depression and Anxiety Cognition Scale（DACS）（福井，1998）を実施し，その結果も踏まえながらの自己紹介と本アカデミーにおける目標を話してもらう（ただし，DACSの結果については第2回で取り扱う）。その際，ファシリテーターは場を和ましたり，本アカデミーへの期待感を高めるような雰囲気作りや，参加メンバーの疲労度に配慮しながら適宜休憩を入れたりすることが大切である。もし，この段階で辛い体験を切々と語り始めるメンバーがいた場合，ファシリテーターは他の参加メンバーの精神的負担を考慮して早めに話を切り上げさせるといった丁寧な中断（Sharry，2007/2009）をすることも必要である。しかし，より重要な働きかけはジョイニングと呼ばれる技法である。ジョイニングとは治療に来た人たちがすでに持っている価値観や行動，コミュニケーションの取り方などに治療者が波長を合わせながらうまく溶け込んで仲間入りすること（東，2001）で，その後の治療的介入がしやすくなると言われている。初対面の参加メンバー同士であっても，そこには必ず集団システムが形成される。それゆえに，本プログラムの初回時には，このジョイニングの理念に沿った関わり方を構築して新たな集団システムにうまく入り込む作業がファシリテーターには必須と考える。

## (2) 心理教育

参加メンバー同士がお互いに慣れてきた時点で，ファシリテーターは質問に応じながら次の4点に関する心理教育を行う。

## ① うつ病について

WHO（2004）によれば，うつ病は世界の疾病負担（global burden of disease；GBD）の

第3位に位置しており，2020年までには第2位に達する可能性が指摘されている（[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html)，2011.2.20アクセス）。日本では，1996年に43.3万人だったうつ病等の気分障害の総患者数が2008年では104.1万人にまで増加している（厚生労働省，2008）。また，川上ら（2007）によれば，うつ病の生涯有病率は6.2%で，一生涯のうちに約16人に1人が経験する病気となっている。これらの情報提示による心理教育ではBTにおけるノーマライゼーションを意識した働きかけが有用と考えられる。ノーマライゼーションとは，ある心配事を否定的にとらえるよりも誰もが普通に体験するものであるかのように意味づけていく技法のことである。したがって，ストレスの多いこの現代社会では誰がうつ病に罹患しても不思議ではないくらいの病気であることを参加メンバーに伝えることは，うつ病に罹患したことへの否定的な気持ちに対して多少の安堵感を提供する効果があると考えられる。

## ② 診断と診察について

次に，DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引新訂版（APA，2000/2003）の診断基準を提示し，精神科医による診断や診察の仕組みについて説明する。筆者がこの内容を本プログラムに取り入れた理由は，担当医が自分の悩んでいる話を聞いてくれないことに不満を抱く患者からの相談経験が少なくなかったからである。実際に参加メンバーの中にも同様の不満を述べた方が少なくなかった。これは，一般的に精神医学と臨床心理学を区別しづらいために生じやすい誤解といえよう。そこで，精神科医による診断や診察と臨床心理士によるカウンセリングは，それぞれ置かれた社会的立場の違いによって扱う話題が異なってくることを説明すると，納得する参加メンバーが多い。このような説明は，話を聞いてくれないというそれまでの誤解を解くことや今後の担当医との関わり方のコツを習得することにもつながり，より良好な治療

関係の再構築に有用と考えられる。

### ③ 医学用語について

うつ病の治療でよく使われる医学用語を正しく理解することは治療過程を良好に進めるために有用である。ここでは「寛解」という医学用語を一例としてあげる。この「寛解」という言葉は、「症状が落ち着いて安定した状態」という意味であるが、この言葉の認知率は実に13.9%という低さである（国立国語研究所「病院の言葉」委員会，2009）。筆者は、診断書に「治癒」とか「完治」といった記述がないために患者自身も職場側も「まだうつが治っていない」と誤解して復職に取りかかれないといった相談を受けた経験が少なくなかった。つまり、医学用語の意味を正しく理解されていないために復職が進まない事態を招く可能性があるのである。そこで、うつ病の治療過程においては「治癒」とか「完治」という言葉はあまり使われないこと、むしろ「寛解」と言われたらそれは復職に取り組んでもよい状態を示していること、そしてこのことを参加メンバー本人だけでなく家族や職場にも理解してもらう必要があることを伝えている。これは今後の復職に向けて医学用語が妨害要因として働かないように布石を打っていると言えよう。

### ④ 薬物治療について

最後に、うつ病に用いられる薬物の効果と一般的な治療過程（急性期治療－持続療法－維持療法）について説明し、症状が改善してもすぐに薬物の減量や中止が行われるわけではないことを説明する。これらの情報提供によって改めて服薬順守の重要性を再認識させることは、今後の治療や復職への取り組みに向けて有用に作用すると考える。

#### 2) 第2回：CBTの説明

ねらい：否定的自動思考、体系的な推論の誤り、認知再構成法の記入方法の理解

第2回では推論の誤りを測定する Thinking Errors Scale (TES) 尺度（丹野ら，1997）を実施する。そして、否定的自動思考と体系的な

推論の誤りについて説明した後、前回実施した DACS と TES の結果を見ながら各自の感想を発表してもらい、メンバー間で共有する。これらは CBT の実施前に自身の否定的自動思考や体系的な推論の誤りの程度を把握するだけでなく、他の参加メンバーも同様に否定的な考えを持つ傾向があることを共有することで、ノーマライゼーション効果を高めることが期待できる。次に、CBT で有名な認知再構成法のコラム表の記入方法について具体例を示しながら説明する。そして、質疑応答などで理解度をチェックした後は、次回までのホームワークとして、比較的容易なレベルの不快な出来事についてコラム表の作成を指示する。その際、もしコラム表の作成が難しければ完全にやり遂げなくてもよいことを伝える。未完でもよいことをあらかじめ伝えておくことは、完全にやり遂げられなかった場合の本人の自尊心低下を防止する布石となる。

#### 3) 第3回：集団 CBT ①

ねらい：認知再構成法の実施と共有

参加メンバーから発表されたホームワークの内容をパソコンに入力し、プロジェクターでその画面を投影する。そして、スクリーンに投影されたコラム表を眺めながら、自分だったらどのように考えるかを他の参加メンバーに意見を求め、そのアイデアを画面に追加入力していく。このようなワークは、他の参加メンバーにとって否定的自動思考の修正の練習になるだけでなく、自力で考え出すことが難しかった合理的思考を参加メンバー同士が協力し合いながら一体感を持って取り組むことで仲間からのサポート意識を高める効果もある。これは個人 CBT では見られない集団 CBT のメリットと言えよう。なお、合理的思考の見つけ方としては伊藤（2006）に詳しいが、一般的にうつの場合にはその症状のために合理的思考を考え出すことが難しいと予想される。このとき、ファシリテーターは否定的自動思考に代わる合理的思考を書き急がせることで記入者の気分を悪化させたり

(玉井, 2007), 価値観の押し問答になったり(鈴木, 2011) しないよう, 注意を払いつつ進めていくことが肝要である。次回ホームワークは, 今回よりももう少し困難なレベルの不快な出来事についてコラム表を作成するよう指示する。

#### 4) 第4回: 集団 CBT ②

##### ねらい: 認知再構成法の実施と習得

第4回のプログラム内容は第3回とほぼ同様なので, ここでは事例をあげる。ある参加メンバーは, 状況: 仕事と責任は増えているが雇用形態の制度で給料がずっと上がらない, という出来事に対して, 感情: 不安(90%), 失望(80%), といった不快感情を伴い, 自動思考: このままの給料では10年後には生活できない(100%), いつになったら給料が上がるのか(80%), という考えが浮かんでいると報告した。スクリーンに投影されたこれらのコラム表を見ながら, 他の参加メンバーよりいろいろなアイデアを出してもらった。その結果, 合理的思考: 今を転職するための準備期間として3年プランでの転職を考えてみる(90%), もっと有利な専門的資格の取得を目指す(80%), といった合理的思考を見つけられた。そして, 結果: 不安(30%), 失望(30%), となり, 不快な感情が低下した。

ところで, こうしたワークをしていると, 参加メンバー同士は次第に「自動思考」という言葉を用いて会話をするようになる。そして, そういった会話自体が本人の認知の歪みへの気づきを促すきっかけになることは CBT の副次的な効果として有用である。なお, パソコンに入力した認知再構成法のコラム表は, 後ほど印刷して各参加メンバーに渡している。これにより, アカデミー終了後も自宅に持ち帰っての振り返りが可能となる。

#### 5) 第5回: ストレスマネジメントと肯定的自己の振り返り

##### ねらい: 内的・外的リソース探し

これまでの CBT の効果測定のために BDI-II と DACS を再実施し, 第1回のそれぞれの結果と比較してもらう。そして, お互いの感想

を共有した後, プログラム内容を CBT からストレスマネジメント・問題解決という新たなテーマへと移し, 以下2点を実施する。

#### (1) 各参加メンバーのストレス対処法の歴史

厚生労働省(2000)によるストレス対処法のデータや Lazarus et al(1984/1991)のストレスコーピングスタイル(情動中心型対処行動, 問題中心型対処行動)など, ストレスマネジメントに関する概要を説明した後, 各自のコーピングスタイルを把握するためにラザルス式ストレスコーピングインベントリー(Lazarus Type Stress Coping Inventory; SCI)(日本健康心理学研究所, 1996)を実施する。その結果を踏まえ, 現在の自分自身のストレスコーピングについて発表し共有してもらう。次に, 筆者が作成したワークシート(図2)を用いて, これまでの自分のストレス対処法の歴史を振り返って記入し, 発表してもらう。このワークでは, かつて効果的だったストレス対処法を思い出してもらったり, 他の参加メンバーのさまざまなストレス対処法を見聞きたりしながら, 今後の有効な対処法として活用してもらうことを意図している。BT的に言えば, このワークによって, 忘れていた自身の内的リソースや有効な外的リソースの発見につながると考えられる。

		あなたのストレス対処法の歴史は？			
		小学生	中・高校生	大学・専門学校	現在
一人	一人	TV ゲーム プラモデル	ゲーム ピアノ 音楽鑑賞	ゲーム 音楽鑑賞	映画鑑賞 ゲーム
	友人・同僚		部活動	サークル 飲み会 カラオケ	飲み会
	家族・身内		旅行 野球観戦		温泉 旅行 スキー

図2. ストレス対処の歴史のワークシート(例)

## (2) 各参加メンバーの武勇伝

次に、「武勇伝」と称して、これまでの人生で頑張れたことや乗り越えてきたことなどについて、筆者が作成したワークシート（図3）に記入し、発表してもらおう。これは、頑張れたエピソードなどを思い出すことにより、自己肯定感を高めることを意図したものである。

あなたの「武勇伝」の歴史は？			
	小学生	中・高校生	大学・専門学校
一人	学校がなくても、不登校にならなかった	成績優秀 電車での一人旅	長時間かけての遠距離通勤
友人・同僚		部活の代表のときに優秀賞をもらった	友人の相談役
家族・身内		親の死を乗り越えた	親の介護

Copyright © 2011 Masahisa Okada All rights reserved.

図3. 武勇伝のワークシート（例）

ところで、一般的にうつになるとその病気の影響を受けてどうしても否定的な話題を中心とした相互作用が生じやすくなる。一方、BTはこのような固定化した相互作用が問題を持続させるという維持論的な視点に基づいていることから、それまでとは異なる新たな相互作用を生じさせることが問題解決の一助になると考えられている。上記のワークは会話のやり取りをネガティブトークからポジティブトークへと変化させ、肯定的な話題を中心とした新たな相互作用を生じさせるきっかけとして寄与すると考えられる。このようなワークは他のリワークプログラムではあまり見られず、本プログラム独自のものと言える。また、これらを通して内的・外的リソースと自己肯定感を再確認することは、第6回以降に行う問題解決・対処法を考える際のリソースとして有用と考えられる。

6) 第6回：集団BT①（効果的な問題解決・対処法の検討）

ねらい：円環的因果律・相互作用的なものの見

方の理解

ここではBT的な視点に基づいた問題解決・対処法を探索するのに有用な円環的因果律に基づく考え方を説明する。円環的因果律とは原因(P)によって結果(Q)が生じることがあれば、Qが原因となってPの結果が生じることでもあるという考え方で、どちらも原因にも結果にもなりうる(P⇄Q)という相互作用的なものの見方のことである。そして、この相互作用的視点に基づきながらBTの一技法である表裏のアプローチ(若島ら, 2000)を提示し、このようなものの見方が効果的な問題解決や対処法の検討に役立つことを説明する。しかし、一般的には原因(P)によって結果(Q)が生じる(P→Q)という直線的因果律に基づく考え方が浸透しているため、円環的なものの見方は容易には理解されない。しかし、第5回のワークが実はそれらの見方に基づいていたことを種明かしすると、そのときの実体験を手がかりにして理解が促進されることが少なくない。参加メンバーの理解度を確認した後は、次のホームワークとして自身が困っている問題を持ち寄ることを指示する。

7) 第7回：集団BT②（効果的な問題解決・対処法の検討）

ねらい：偽解決の発見と代替案の構築

BTでは、効果がないのに繰り返し行われる対処行動のことを偽解決と呼ぶ。このときの問題と偽解決の間には円環的な相互作用が形成されるため、問題が解決しないまま維持されてしまう可能性がある。そのような場合、表裏のアプローチを用いて偽解決に代わる新たな対処行動を構築することが有用である。ここでは、そのようなBT的な視点に基づきながら問題解決のための具体的な対処行動を検討する。参加メンバーが持ち寄った問題について、筆者が作成したワークシート(図4)に沿って、対処法とその効果の程度(○, △, ×)を記入し、発表してもらおう。以下に実例をあげる。

53 あなたの「問題」への関わり方は？				
今ある問題	解決努力： 問題に対する これまでの対処法	その効果 ○、△、×	さしあたりの 達成可能な目標	実行価値の ある対処法
職場の上司 からプレッ シャーのか かる手紙が 何度も届く	・上司への感謝を 示す ・プレッシャーが かかるので手紙の 中身を見ない	△  ×	上司からの手紙 が来なくなる	これまでの手 紙への感謝を 伝えつつ、ま だ手紙に目を 通す元気が 戻っていない ことを伝える

図4. 問題解決のワークシート（例）

ある参加メンバーは、今ある問題：職場の上司からプレッシャーのかかる手紙が何度も届く、という出来事に対して、解決努力：上司への感謝を示す、プレッシャーがかかるので手紙の中身を見ない、といった対処法が行われていたが、その効果：△と×、であった。ここで、効果が○ではない対処法は偽解決であることを指摘し、他の参加メンバーとともに新たな対処行動を検討させた。そして、良い目標の立て方（森ら、2002）を参考にしながら、さしあたりの達成可能な目標：上司からの手紙が来なくなる、ことへと目標を設定し直し、それに対して、実行価値のある対処法：これまでの手紙への感謝を伝えつつ、まだ手紙に目を通す元気が戻っていないことを伝える、という新たな代替案を構築した。他の参加メンバーからの後押しもあり、本人がその対処法を実行したところ、上司から手紙が来なくなり、気分が楽になったと報告した。このように、参加メンバーからのアイデアによって新たな対処行動を構築したり、適度な集団圧力が機能して新たな行動に移せたりできることが、個人BTでは得られない集団BTの効果といえよう。

#### 8) 第8回：復職に向けての対策

#### ねらい：休職制度等の確認、復職後にうつを再発させないための対処法の検討

参加メンバーの多くは復職を検討し始めているため、今後の復職に向けた対策を検討させる

ことは必須のテーマである。具体的には、職場の休職制度やリハビリ出勤制度の中身の確認、リハビリ勤務中の留意点、うつの再発防止に効果的な対処法（第7回でのワークの応用）、などについて検討し、参加メンバー間で共有する。これらは、今後の無理のない復職プランの構築と復職後のストレスによるうつの再発防止に有用と思われる。

最後に、BDI- II、DACS、プログラム内容に関するアンケート、を実施した後、本アカデミーに通い続けられた証として修了証を一人一人に手渡しして終了となる。

### Ⅲ 「復職支援アカデミー」の効果検討

#### 1. 目的と方法

本研究では、抑うつを測定する尺度としてBDI- II、自動思考を測定する尺度としてDACS、の2尺度を用いてその低減効果を検討することを目的とする（なお、TESは推論の誤りを、SCIはコーピングスタイルを把握する目的での使用のため、本研究の効果検討では除外した）。これらの尺度は、ワーク未実施（第1回）、集団CBT実施後（第5回）、集団BT実施後（第8回）、に施行された。対象は2011年6～7月に参加した3名、同年11～12月に参加した4名の計7名で、男性3名（平均年齢38.33歳±12.10）、女性4名（平均年齢36.00歳±9.80）であった。なお、初回時においては全体の58%が中等度以上の抑うつレベル（表2）であったが、途中でドロップアウトした参

表2. 初回時の参加メンバーのBDI- IIの結果 (N=7)

	人数	全体の割合
極軽症 (0～13点)	2名	29%
軽症 (14～19点)	1名	14%
中等症 (20～28点)	2名	29%
重症 (29～63点)	2名	29%

(注)小数点以下を四捨五入しているため、合計が100%にはならない。



加者はなく、本プログラム継続参加率は100%であった。統計ソフトはIBM SPSS Statistics Ver.19を使用した。

## 2. 結果

### 1) BDI- II 値の変化

プログラム内容による抑うつの変化を見るために、ワーク未実施、集団CBT実施後、集団BT実施後におけるBDI- IIの平均値について

一要因分散分析(被験者内計画)を行った(表3)。その結果、 $F(2,12)=16.17$  ( $p<.01$ )で有意差が認められたためBonferroniの平均値間の差の検定を行ったところ、ワーク未実施>集団CBT実施後、ワーク未実施>集団BT実施後、において5%水準の有意差が認められ、集団CBT実施後>集団BT実施後、において10%水準で有意傾向であった。

表3. BDI- IIの値の変化

ワーク未実施	集団CBT実施後	集団BT実施後	F値	有意差
22.29	13.14	8.71	16.17**	ワーク未実施>集団CBT実施後* ワーク未実施>集団BT実施後* 集団CBT実施後>集団BT実施後† (* : $p<.01$ , * : $p<.05$ , † : $p<.10$ )

### 2) DACS 値の変化

次に、プログラム内容による自動思考の変化を見るために、ワーク未実施、集団CBT実施後、

集団BT実施後におけるDACSの5尺度の平均値について、それぞれ一要因分散分析(被験者内計画)を行った(表4)。

表4. DACSの各尺度値の変化

	ワーク未実施	集団CBT実施後	集団BT実施後	F値	有意差
将来予測	64.29	60.43	51.57	9.01**	ワーク未実施>集団BT実施後* 集団CBT実施後>集団BT実施後†
脅威予測	51.57	48.71	42.00	3.87†	集団CBT実施後>集団BT実施後†
自己否定	64.29	58.43	50.86	7.30**	ワーク未実施>集団BT実施後* 集団CBT実施後>集団BT実施後†
過去否定	55.86	55.71	45.00	3.74†	n.s.
対人関係 脅威度	46.43	44.43	38.57	2.54	n.s.

(\* :  $p<.01$ , \* :  $p<.05$ , † :  $p<.10$ )

#### (1) 将来否定

$F(2,12)=9.01$  ( $p<.01$ )で有意差が認められたためBonferroniの平均値間の差の検定を行ったところ、ワーク未実施>集団BT実施後、

において5%水準の有意差が認められ、集団CBT実施後>集団BT実施後、において10%水準で有意傾向であった。

## (2) 脅威予測

$F(2,12) = 3.87$  ( $p < .10$ ) で有意傾向が認められたため Bonferroni の平均値間の差の検定を行ったところ、集団 CBT 実施後 > 集団 BT 実施後、において 10% 水準で有意傾向であった。

## (3) 自己否定

$F(2,12) = 7.30$  ( $p < .01$ ) で有意差が認められたため Bonferroni の平均値間の差の検定を行ったところ、ワーク未実施 > 集団 BT 実施後、において 5% 水準の有意差が認められ、集団 CBT 実施後 > 集団 BT 実施後、において 10% 水準で有意傾向であった。

## (4) 過去否定

$F(2,12) = 3.74$  ( $p < .10$ ) で有意傾向が認められたため Bonferroni の平均値間の差の検定を行ったが、プログラム内容の間に有意差は認められなかった。

## (5) 対人関係脅威度

$F(2,12) = 2.54$  (*n.s.*) で有意差は認められなかった。

## 3) 参加メンバーの追跡調査

全参加メンバーへの郵送による追跡調査の結果、6名の回答が得られた（回収率は86%）。

## (1) 参加メンバーの転帰

職場復帰していたのは6名中4名（67%）で、他のリワーク施設に通所中が1名（17%）、休職中が1名（17%）であった。なお、職場復帰した4名の復職時期の平均値は本アカデミー終了後5.3ヶ月（最小値は0ヶ月、最大値は9ヶ月）であった。

## (2) 本アカデミー終了後のプログラム内容の活用度

① うつの知識（第1回）、② CBT（第2回～第4回）、③ ストレスマネジメント・問題解決（第5回～第7回）、④ 復職後の対策（第8回）、の4種類のプログラム内容について、「1. 役立っている、2. まあまあ役立っている、3. どちらともいえない、4. あまり役立っていない、5. 役立っていない」の5件法による回答を求めた。その結果、役立っている（1. と 2.）と回答し

た割合は、① 67%、② 83%、③ 83%、④ 50%、であった。したがって、CBTとBTに基づくストレスマネジメント・問題解決の活用度が高いことが示唆された。

## 3. 考察

## 1) 本プログラムにおける抑うつの低減効果

抑うつに関しては、ワーク未実施と集団 CBT 実施後、ワーク未実施と集団 BT 実施後、集団 CBT 実施後と集団 BT 実施後、の間に有意な低下が認められた。これは、集団 CBT が抑うつを有意に低減させ、集団 BT がさらに抑うつを低減させた可能性が考えられる。また、初回時の BDI- II の平均値は 22.29（中等症レベル）であったが、終了時には 8.71（極軽症レベル）まで低下していた。したがって、本プログラムにおける抑うつの低減効果が示唆されたと考えられる。

## 2) 本プログラムにおける自動思考の低減効果

自動思考に関しては、「将来否定」と「自己否定」の平均値においてワーク未実施と集団 BT 実施後の間に有意な低下が認められた。DACS を開発した福井（1998）のモデル（図 5）によれば、「自己否定」→「将来否定」→「抑うつ気分」へと影響を与えていることから、上述の BDI- II 値の有意な低下はこれらの結果と一致するものと考えられる。また、「将来否定」「脅威予測」「自己否定」の平均値においては集団 CBT 実施後では有意な低減効果は見られなかったものの、集団 BT 実施後では低減効果が生じた可能性が示唆された。

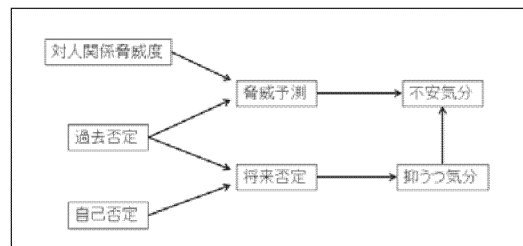


図 5. 抑うつと不安に関する認知行動モデル  
（福井（1998）より作成）

次に、「脅威予測」「過去否定」「対人関係脅威度」の平均値については有意差が認められなかった。DACSの標準化得点は60点以上でその下位尺度の自動思考が強いと判定されるが、ワーク未実施における平均値はいずれも60点未満であった。それゆえ、もともとこの3尺度に強い傾向がなかったために有意な変化が生じなかった可能性が考えられる。

### 3) 参加メンバーの転帰と本プログラムの活用度

本アカデミー参加後の復職率は67%で、復職時期は本アカデミー終了後0～9ヶ月と幅があった。これは、本人の状態像だけでなく、担当医や職場側による復職時期の判断など複数の要因が絡んでいると思われる。次に、プログラム内容の活用度はCBTとBTが83%でいずれも高く、本アカデミー終了後には両技法が活用されていたことが示唆された。一方、復職後の対策については50%の活用度であった。これは、復職達成者が6名中4名のため、実際に復職した方のみが回答可能な質問内容であったためかもしれない。

## IV 総合考察と今後の課題

以上の結果から、本プログラムにおける集団CBTは抑うつを有意に低減させるが自動思考は低減させず、一方、集団BTは抑うつの低減だけでなく自動思考をも部分的に低減させる可能性が示唆された。抑うつに対する集団CBTの効果は広く認められているが、抑うつと自動思考に対する集団BTの効果を示唆されたことは大きな意義があると考えられる。袴田(2007)は個人臨床において抑うつのタイプによってCBTとBTを使い分けることを指摘している。しかし、CBTは治療者側の枠組みをベースとし、BTはクライアント側の枠組みをベースとする(神村, 2009)ことから、これらの両技法を集団プログラムの中で併用することは相補的な治療効果が期待できるだけでなく、各参加メンバーが自分にフィットする技法を選択して取り

組めるという点で、幅広い層のうつ病者をカバーする汎用性の高いプログラムになるのではないかと期待される。

しかし、本研究は統制群がないままで検討されていることが限界点であり、集団BTの単独効果や集団CBTとの組み合わせ効果などについても検討する必要がある。また、近年では復職支援においてBDI-IIなどの抑うつ尺度を測定するだけでは不十分とされ、復職後の社会復帰まで見据えたSocial Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)(後藤ら, 2005; 中野ら, 2011)の活用の必要性が指摘されている。今後はサンプル数を増やしつつ、集団CBTと集団BTの実施順序を変えたクロスオーバーデザインによる効果検討などを行い、プログラム内容の精度と質を高めていく必要がある。

<付記>「復職支援アカデミー」にご参加いただいたメンバーの方々、センタースタッフ、院生の皆様に深謝いたします。なお、本研究は2011年度明治学院大学付属研究所特別プロジェクト助成を用いて行われたものである。

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2003): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 医学書院
- 後藤牧子・上田展久・吉村玲児・柿原慎吾・加治恭子・山田恭久・新開浩二・中島満美・岩田昇・樋口輝彦・中村純(2005). 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 (5), 483-489.
- 袴田俊一(2007). 危機状態としての抑うつに対する心理的介入—プロセスに対応した技法の適用を中心に 関西福祉学大学紀要,

- (11), 1-10.
- 袴田俊一 (2011). ライフモデルを基盤とするソーシャルワークにおける心理的介入—認知療法と解決志向アプローチを中心に—総合福祉科学研究, (2), 25-34.
- 東豊 (2001). テクニックを磨こう 坂本真佐哉・和田憲明・東豊: 心理療法テクニックのススメ 金子書房 pp31-70.
- 堀井清香・岡崎渉・秋山剛 (2011). リワーク支援の現状と困難 精神科治療学, 26 (2), 141-147.
- 福井至 (1998). Depression and Anxiety Cognition Scale (DACCS) の開発—抑うつと不安の認知行動モデルの構築に向けて—行動療法研究, 24 (2), 57-70.
- 伊藤絵美 (2006). 認知療法・認知行動療法の実際 (DVD 版) 星和書店
- 神村栄一 (2009). 認知行動療法における工夫 乾吉佑・宮田敬一 (編): 心理療法がうまくいくための工夫 金剛出版 pp84-99.
- 川上憲人・土屋雅雄・高崎洋介・木村美枝子・富永真由美・船越明子・斉藤麻梨・須藤杏寿・立森久照・長沼洋一・横野葉月・岩田昇 (2007). 特定の精神障害の頻度, 危険因子, 受診行動, 社会生活への影響 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業): こころの健康についての疫学調査に関する研究 分担研究報告書 pp59-70.
- 北川信樹・加藤ちえ・小山司 (2011). うつ病に対する職場復帰支援プログラムにおける限界と工夫 精神科治療学, 26 (2), 149 - 156.
- 小堀修・清水栄司・伊豫雅臣 (2009). イギリスの認知行動療法セラピストを 7 年で 10,000 人養成する計画 千葉医学雑誌, 85 (2), 93-95.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). 日本版 BDI- II 手引 日本文化科学社
- 国立国語研究所「病院の言葉」委員会 (2009). 病院の言葉をわかりやすく 勁草書房
- 厚生労働省 (2000). ストレス対処法 平成 12 年保健福祉動向調査の概況
- 厚生労働省 (2004). 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
- 厚生労働省 (2008). 平成 20 年患者調査 (疾病分類編) <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/dyp.html> (2011.2.20 アクセス)
- 厚生労働省 (2009). 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company, Inc. 本明寛・春木豊・織田正美 (訳) (1991). ストレスの心理学 実務教育出版
- 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.
- 森俊夫・黒沢幸子 (2002). 解決志向ブリーフセラピー ほんの森出版
- 村上正人・松野俊夫・金外淑・三浦勝浩 (2010). 線維筋痛症と否定的感情 心身医学, 50 (12), 1157-1163.
- 中野英樹・上田展久・中野和歌子・杉田篤子・吉村玲児・中村純 (2011). うつ病患者の社会復帰に関する Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の臨床的有用性 精神医学, 53 (2), 185-190.
- 日本健康心理学研究所 (1996). ラザルス式ストレスコーピングインベントリー [SCI] 実務教育出版
- 岡田佳詠・田島美幸・中村聡美・秋山剛・大野裕 (2008). さあ! はじめよう うつ病の集団認知行動療法 医療映像教育センター
- Sharry, J. (2007). *Solution-Focused Groupwork*. Sage Publications of London. 袴田俊一・三田英二 (監訳) (2009): 解決志向グループワーク 晃洋書房
- 鈴木伸一 (2011). 「うつ」で休職中の患者へ

- の認知行動療法 精神科治療学, 26 (2), 181-187.
- 田島美幸・中村聡美・大谷真 (2011). うつ病休職者を対象とした職場復帰のための集団認知行動療法 精神科治療学, 26 (2), 189-195.
- 玉井仁 (2007). 集団認知行動療法 (CBGT) の効果と検討 アディクションと家族, 24 (1), 67-72.
- 丹野義彦・坂本真士 (1997). 論理的な推論の誤りと抑うつスキーマ—推論の誤り尺度 (TES) の作成— Cognitive and Behavioral Science Research Report, #97-J10. pp1-20.
- 若島孔文・長谷川啓三 (2000). よくわかる！短期療法ガイドブック 金剛出版
- World Health Organization (2004). *The global burden of disease*. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_part4.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf) (2011.2.20 アクセス)
- World Health Organization (2012). Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. [http://www.who.int/media-centre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/en/](http://www.who.int/media-centre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/) (2013.2.14 アクセス)

# Cognitive behavior group therapy and group brief therapy in supporting return-to-work for depressed employees

Kazuhisa OKADA  
(Faculty of Psychology, Meiji Gakuin University)

## Abstract

The practice and effects of the "return-to-work, support academy" for depressed company employees were investigated. This program consisted of four components: education about depression, group cognitive behavior therapy, stress management, and return-to-work. Improvements in depression were assessed by using Beck Depression Inventory- II and Depression and Anxiety Cognition Scale. Results indicated a significant post-participation reduction in depression, in comparison to pre-participation. Moreover, a follow-up survey indicated that the return-to-work rate of the participants was 67%. These results suggest that the return-to-work support academy is effective for depressed company employees.

Key Words : depression, return-to-work support, cognitive behavioral group therapy, group brief therapy