

# 復職支援プログラムにおける認知行動療法

—第三世代の認知行動療法に着目して—

井上 裕美

## あらまし

近年、我が国では労働者のメンタルヘルスの不調や、精神障害による休職者の問題が着目されてきている。とりわけ、気分障害による休職者に関しては、再発率・再休職率の高さが深刻な問題となっており、3人に1人が復職後に不適応を起こしているとの報告がある（島、2004）。このような中、職場復帰支援の取り組みでは、職場へ復帰するためだけでなく、復職後も再発することなく業務を続けていくために、医療機関における治療者側と休職者を受け入れる企業側双方の理解と協力が求められている。こうした課題を受けて、回復期にある気分障害圏の患者を対象として復職への準備を整えることを目的とした復職支援プログラムは、治療者側と企業側とを繋ぐ役割を担う機関として運用が始動している。しかし、我が国の復職支援プログラムは歴史が浅く、プログラムの構成も標準化されていない段階にある。そして、プログラムの参加対象となっている気分障害には再発のリスクが伴うと言われているため、復職支援プログラムにおいて、再発予防も視野に入れた心理療法プログラムの在り方を検討していく必要がある。

本稿では、はじめに、気分障害による休職者が復職後の活動に備えるためのリハビリテーション機能を担う、復職支援プログラムの導入への流れを紹介した。次に、復職支援プログラムの中でも再発防止を視野に入れたセルフケア能力の向上を目的とする心理療法の在り方に焦点化し、気分障害に有効とされている認知行動療法の変遷について先行研究を基に示した。そして最後に、認知行動療法の変遷の中で見えてきた、自分自身の感情と上手に付き合っていく

ための「マインドフルネス」に基づく技法に焦点化し、復職支援プログラムへの有用性を検討していくことを今後の研究課題の視座とした。

## 1. 問題意識

1990年代に企業労働者の過労死・過労自殺が社会問題化したこともあり、現在では業務起因性が認められる場合、精神障害は労災補償の対象となっている。また、企業には社員に対する安全配慮義務があり、社員の心身の健康上の不調を予防し、不調が見られる者には早期に対応し、職場への適応や業務に起因するストレスにより休職し、復職してきた者に対しては、再発の防止に努める義務が課せられている。このような動向に伴い、労働者のメンタルヘルスの問題は、労働者本人だけでなく、企業の管理監督者にとってもリスクマネジメントの観点から重要視されるようになってきている。

しかし、精神障害による休職者の職場復帰については、再発率、再休職率の高さが大きな課題となっている（島、2004）。また、精神障害という病気の性質上、患者の症状がどの程度の回復段階にあるのかを見極めることが難しいと言われている。その上、精神障害により休職し、一度低下した集中力や業務遂行能力の向上にはリハビリテーションの機会が必要となる。つまり病状が回復しても、休職前と同じ働き方やストレス対処、健康管理をしては再発を防ぐことができないので、復職後に安定して働けるようになるためには、再発予防に向けたストレス対処や自己管理能力、業務遂行能力の促進などを視野に入れた支援が求められると考えられている（笠原、1996；うつ病リワーク研究会、

2009)。

こうした課題を受けて、本稿では、はじめに労働者のメンタルヘルス対策における職場復帰支援に焦点を当て、その現状と課題を示す。次に、職場復帰支援の対象の中心となっている精神障害へのアプローチを挙げ、その中でも特に復職支援において適用可能な心理療法（認知行動療法）の変遷を示す。そして最後に、職場復帰支援における認知行動療法の観点から、今後の研究課題を示す。

## 2. 労働者のメンタルヘルス状況

厚生労働省が5年ごとに実施している労働者健康状況調査によると、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスなどを感じている労働者の割合は58.0%（2008年）であり、過半数に及んでいることがわかる。その原因の内訳は、男性では「仕事の質」、「職場の人間関係」、「仕事の量」、女性では「職場の人間関係」、「仕事の質」、「仕事の量」の順に多いと報告されている（厚生労働省、2008）また、労働政策研究・研修機構による、農・漁業を除く全国の従業員10人以上の民間事業所を対象に実施した「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」でも、有効回答の5,250件中6割弱の事業所で、精神的な疲労、ストレス、悩みなどのメンタル

ヘルスに問題を抱えている正社員（以下「メンタル不調者（正社員）」）があり、そのうちの3割強（31.7%）の事業所で3年前に比べてメンタル不調者の数が増えたという結果が示されている（労働政策研究・研修機構、2012）。

そして、企業労働者の過労死・過労自殺が社会問題化したこともあり、1999年には厚生労働省が「心理的負荷による精神障害などに係る業務上外の判断指針」を発表し、故意による自傷行為は労災保険の対象にならないが、業務による心理的負荷によって気分障害、重度のストレス障害などの精神障害が発症したと認められる者が自殺を図った場合には、原則として業務起因性が認められるようになった。このような経緯もあり、精神障害による労災請求件数および決定件数は、年々増え続けている（図1）。

さらに、先に述べた厚生労働省の調査によると、過去1年間においてメンタルヘルス上の理由により連続1か月以上休職または退職した労働者がいる事業所の割合は7.6%となっている。規模が100人～299人の事業所では37.5%と比較的少ないものの、300人～999人の事業所では67.0%、1000人以上の事業所では90%以上となり、規模の大きい事業所では、メンタル不調による休職者および退職者が多く存在していることが窺える。メンタル不調による休職者数の推移を示す統計資料は少ないが、就業障害者支援事業を行っているアドバンテッジリスク

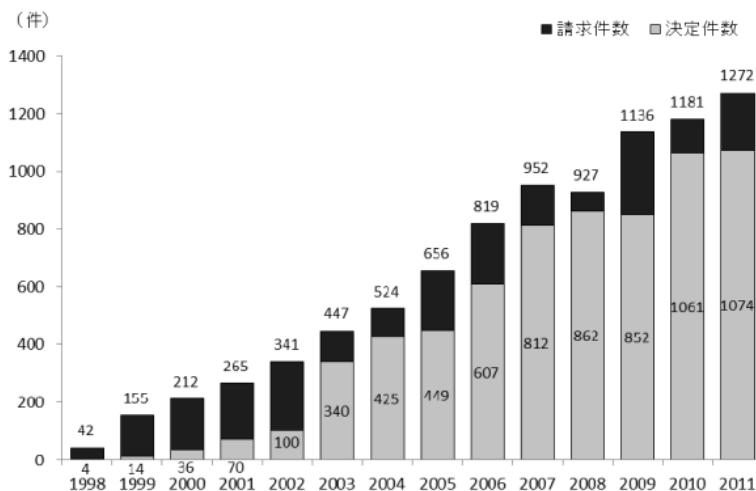


図1 精神障害による労災件数の推移

出所：厚生労働省『脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況』1998～2011年

(注) 図1の決定件数は、当該年度以前に請求されたものを含む。

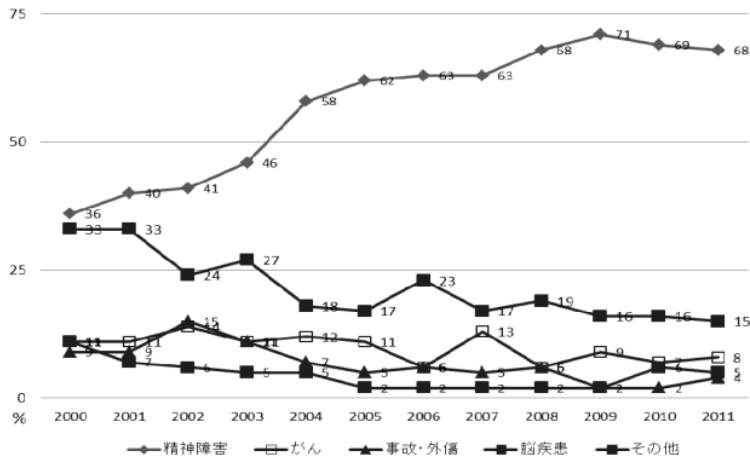


図2 長期休業の原因

出所：アドバンテッジリスク マネジメント『企業における長期休業者に関する実態調査』2012年

マネジメントによる、同社が提供するケガや疾病などの就業障害により30日以上 の休業に至ったケースのうち1,200例(男性791例、女性409例)を無作為抽出し、行った長期休業者の実態調査からは、長期休業の原因として精神障害の割合が増加傾向にあることが示されている(図2)。

### 3. 職場復帰支援について

前述したように、精神障害を理由とする休業者の増加が問題となっている現状を受けて、本章では休業者への職場復帰支援における課題

と、その対応策について紹介する。

#### 3.1 職場復帰支援における課題

職場メンタルヘルス対策の一環として、厚生労働省は中央労働災害防止協会に委託し、「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」を提示している。その中で職場復帰の支援の流れは、図3のようにモデル化されている。

有馬(2010)によると、こうしたガイドラインを出したことは、精神障害で休業した社員が復職できる目安を示し、治療者側(主治医ら、医療機関)と企業側(上司、人事労務担当者、

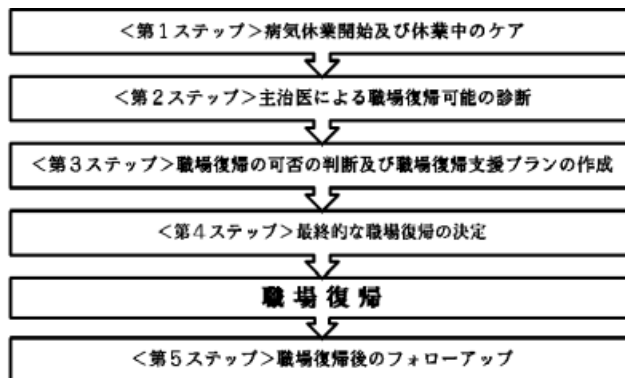


図3 職場復帰支援の流れ

出所：厚生労働省・中央労働災害防止協会『心の健康により休職した労働者の職場復帰支援の手引き』、2004年公表、2009年改訂

産業保健スタッフ)に共通の指針を持たせることに寄与したと解釈されている。一方、黒川ら(2009)が行った実態調査によると、企業側(人事労務担当者)における「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」の周知度は、24.1%に留まっており、医療機関が出す診断書の指示を遵守するといった受け身の姿勢が窺える現状であることが指摘されている。また、復職に際して事業場内の産業保健スタッフへの権限委譲は低調であるという調査結果も報告されており、治療者側と企業側の連携に課題が残っていることが窺える(黒川ら、2009)。

さらに、島(2004)において10の企業を対象に行われた調査では、精神障害で休職した者のうち87.3%は気分障害によるものであり、職場復帰支援の中心は気分障害圏の患者が対象となることが示されている。なお、気分障害とは、主として気分の落ち込みや食欲不振、不眠、倦怠感などの身体の不調が症状として出る精神障害の一つである。はっきりとした原因は明らかにされていないが、ストレスが影響していると言われており、大きな環境の変化や過度の緊張を経験し、メンタル不調が改善されないまま継続すれば、誰もが発症し得る可能性がある精神障害と考えられている。また、初期段階の治療には安静と安眠が必要とするため休職の対象となるが、気分障害は他の精神障害に比べて予後が良好と言われている。そのため、治療の経過には個人差があるものの(キャリアの見直しや職場適応など別の問題が障害となる場合はあるが)、気分障害そのものは治療を行えば復職可能な病と考えられている(笠原、1996)。しかし、最終目標が職場復帰となる場合、治療者側には病状の経過以外にも注意が必要となる。なぜなら、精神科の主治医が復職可能の診断を下すという重要な役割を担っているが、医療機関において診察と投薬管理を中心に行っている主治医の立場からは実際に復職後も問題なく就労を継続できるかどうかまでは判断がつきにくいことが指摘されているためである(島、2004;有馬、2010)。

以上のように、再発率や再休職率が高く、多くの者が職場再適応に困難を抱えているという問題の背景には、企業側と治療者側の連携の困難さという課題がある。企業側は社員に対する安全配慮義務があるため、メンタル不調者を見

逃し、その対応に遅れ、休職者を出したことについて検討し、復職してきた社員に対して再適応への支援を行う義務がある。そのため、本来であれば企業の産業保健スタッフが中心となり、復帰後継続して働けるように、本人の業務遂行能力を見立てて、リハビリ出勤などの制度を活用していくことが望ましいと考えられる。しかし、休職者の職場復帰の段階において、制度の上で医療機関側の診断書が唯一の判断資料となっている状況下では、その責任が治療者側(主治医)の判断に向けられやすい。

このような課題を受けて、回復期にある気分障害圏の患者を対象として復職への準備を整えるためのリハビリテーションを目的とした復職支援プログラムは、医療機関が母体となって、休職者を職場へ、そして治療者側と企業側とを繋ぐ役割を担うために運用が始動している。

### 3.2 復職支援プログラム

復職支援プログラムは、医療機関において主に回復期にある労働者を対象に、「病状を回復・安定させること」、「復職準備性を向上させること」、そして「再発防止のためのセルフケア能力を向上させること」の3つを目的として、デイケアや作業療法、集団精神療法などの診療報酬体系の枠組みで実施されている。これらの目的を可能にするために復職支援プログラムが備えるべき要素には、①通勤を模倣して定期的に通所できる場所、②厳しめのルールの下で空間的・時間的に拘束させる枠組み、③一定のノルマがある作業プログラム、④再発予防のセルフケアにつながる心理社会教育プログラムの4つが重要となる(うつ病リワーク研究会、2009)。復職支援プログラムが創められてからの歴史は浅く、五十嵐(2011)で報告されているうつ病リワーク研究会の会員施設を対象とした復職支援活動および復職支援プログラムの実施状況などを示す調査によると、リワーク機関自体は近年増加傾向にあるが、日本全体としては休職者に対する復職支援を行う医療機関が不足している状況にあるという。また、復職支援プログラムは主として集団療法の場であるため、参加者間での関係性や影響を考慮し、気分障害圏の在職者であることを参加条件としている機関が多い。復職支援プログラムの構成は実施機関に

よって様々であるが、概ねプログラムの実施目的としては、「症状自己管理」、「コミュニケーション」、「自己洞察」、「集中力」、「モチベーション」、「リラクゼーション」、「基礎体力」、「感情表現」の8カテゴリーの向上を目指して構成されていることが分かってきている（五十嵐・林、2010）。復職支援プログラムの今後の課題としては、休職者が利用できる機関の増設や、企業への周知に加えて、実施方法の標準化や各プログラムの有効性を検証していくことなどが挙げられている（うつ病リワーク研究会、2011）。とりわけ気分障害の治療では、再発率の高さが課題となるケースが多いため、復職や再発・再休職予防に対して復職支援プログラムや各プログラムの内容が、どの程度これらに寄与し得るものかを検証し、社会へ示していくことが求められるだろう。

#### 4. 気分障害に対するアプローチ

本章では、復職支援の対象となる気分障害の患者に有効と言われているアプローチを先行研究により調べ、特に、復職支援プログラムで行うセルフケア研修プログラムにおける介入の焦点について検討したい。

#### 4.1 気分障害とは

精神障害の分類と診断の手引きである DSM-IV -TR によると、気分障害とは、うつ病性障害、双極性障害（いわゆる躁うつ病）、一般身体疾患による気分障害、物質誘発性気分障害の総称であり、「ある程度の期間にわたり持続する気分（感情）の変調により、苦痛を感じたり、日常生活に支障をきたしたりする状態」を指す。特徴としては、一定期間以上「抑うつ気分」、あるいは「興味または喜びの喪失」が認められる状態であり、体重減少や睡眠への障害、集中力や決断力の欠如、自殺念慮などが挙げられる。

厚生労働省が3年に一度調査を行っている患者調査によると、気分障害（うつ病）の罹患率は年々増加傾向にある（図4）。さらに、2011年における年代別の罹患率をみると、特に男性は30歳代～50歳代の働く世代に多いことがわかる（図5）。

また、我が国では平成10年以来14年連続で3万人を超えるという深刻な事態となっており、表1に示すように、自殺既遂者の多くが気分障害（うつ病）をはじめとする何らかの精神疾患にかかっていたケースが多いことが報告されている（警察庁、2011）。

気分障害は一般に、適切な治療を行えば予後は良いとされているが、上記のような特徴を持つ疾患であるため、周囲の理解とサポートが必要となる。

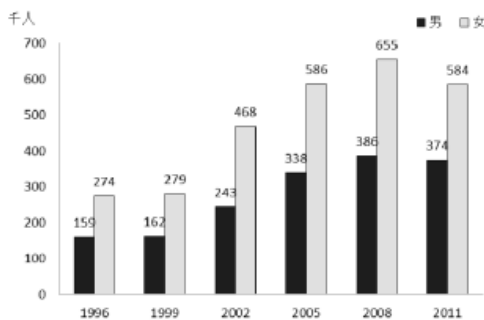


図4 気分障害（うつ病・躁うつ病など）の総患者数

出所：厚生労働省『患者調査』1996～2011年

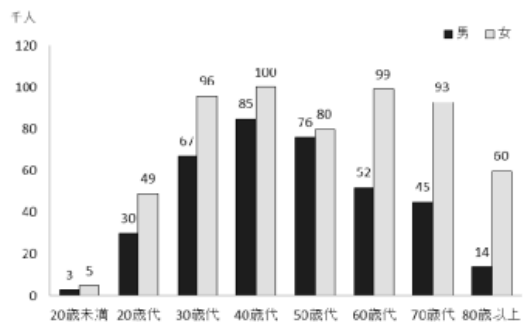


図5 男女年齢別気分障害の総患者数

出所：厚生労働省『患者調査』2011年

(注) 図4、図5における気分障害の総患者数は、うつ病および躁うつ病（双極性障害）の患者である。なお総患者数は、調査日に医療施設に行っていないが、継続的に医療を受けている者を含めた患者数である。2011年は、東日本大震災の影響により宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏、および福島県を除いた総患者数が算出されている。

表1 平成23年度の自殺原因理由の内訳

原因特定者	健康問題			経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
	病気 (うつ病)	病気 (身体)	病気 (統合失調症)						
31,451	14,621	6,513	4,659	6,406	4,547	2,689	1,138	429	1,621
			1,313						

出所：警察庁『自殺統計』，2011年

(注) 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上。

## 4.2 気分障害の治療原則

日本うつ病学会(2012)の治療ガイドラインによると、気分障害に対する治療原則は、患者が病気とその治療方法に関して十分に理解できるよう説明し、患者が治療上好ましい対処ができるよう支援を行う「心理教育」を基本に置く必要があるとされている。なぜなら、気分障害の治療は適切な薬物療法・心理療法・生活リズムの改善・リハビリテーションによって寛解に至るケースが多いものの、どのアプローチが効きやすいのかという内訳には個人差があるため、アドヒアランス(患者側からの積極的な治療への参加)が求められるためである。

気分障害へのアプローチとして、歴史的には抗うつ薬(脳内の神経伝達物質に作用するもの)の発展が先行してきた経緯がある。しかし、従来の薬物療法には、医師の経験に基づく抗うつ薬の多剤併用や十分な経過を観ないうちに投薬内容の変更が繰り返された結果、薬物による治療抵抗性の気分障害の患者を出しかねない可能性があることなどが問題視されてきた(堀・中村, 2010)。こうした経緯もあり、現在は精神科薬物療法研究会や日本うつ病学会において、日本の精神科医への調査結果を基に作成された実践的な治療アルゴリズムが示されており、典型的な気分障害の患者にとっては合理的な薬物療法が受けられるようになっている。しかし、近年職場などで増加してきている気分障害の患者には比較的軽症であるケースが多く、症状が軽症であればあるほど薬物療法の効果は落ちることが指摘されている(中村, 2012)。また、先行研究により薬物療法単独での治療効果は1年以内の再発率がプラセボ群と有意な変化が見られなかったことや、薬物療法と心理療法を併用した場合に比べて再発予防効果が低いことなどが示されている(Westen&Morrison, 2001; Cuijpers et al., 2009; Lynch et al., 2010)。

そのため、特に復職支援の対象となるような

気分障害患者のケースでは、薬物療法と心理療法の併用で行われることが多い。吉野ら(2012)では、こうした薬物療法と心理療法の併用は、患者により治療反応性が異なる(薬物療法に反応しやすい人もいれば、心理療法に反応しやすい人もいる)ため、両者を用いることで臨床的に効果が見られる患者の増加に繋がることや、薬物療法は神経伝達物質の乱れという症状へのアプローチとして機能し、心理療法は様々な対処法を身につけることによりストレス耐性を高める機能があり、焦点化しているところが異なるため双方の強みを活用できるといった利点があると考察されている。

## 4.3 気分障害への心理療法

気分障害に対して行われる心理療法の種類はいくつか存在するが、その中でも対人関係療法と認知行動療法は、研究において気分障害の診断基準を満たした臨床患者を対象とする介入法の検証が行われたこと、そして、薬物療法と同等以上の効果が示されていることにより、気分障害に対する主要な技法となっている(Gloaguen et al., 1998; DeRubeis et al., 2005; Rush et al., 2006; 水島, 2007; Cuijpers et al., 2009; Lynch et al., 2010; Wiles et al., 2012)。

対人関係療法とは、社会的役割と精神病理との関係は双方向であるという根拠に基づき、重要な他者との現在の関係に焦点を当てて、症状と対人関係問題の関連を理解し、対人関係の問題に対処する方法を身につけることを目指す技法である。この技法は、比較的重度の気分障害の急性期治療として有効であることが示唆されている(水島, 2007)。

一方、認知行動療法とは、心理的問題はその出来事もしくは体験をどのように捉えるか(認知)によって影響を受けているということに着目し、感情に及ぼしている非機能的な思い

込み（認知の歪み）を特定し、現実的で幅広く、適応的な認知に修正していくことで、気持ちのコントロールに役立てるといった技法である。この技法は、気分障害の中でも、うつ病性障害や、治療抵抗性のうつ病性障害（抗うつ薬を6週間以上投与しても Beck のうつ病調査票（BDI-II）スコアが14以上、国際疾病分類第10版（ICD-10）で、うつ病エピソードに分類される人々）にも効果があることが示唆されている（Gloaguen et al.,1998；DeRubeis et al.,2005；Lynch et al.,2010；Wiles,2012）。なお、認知行動療法と呼ばれるものの中にも多様な理論と技法が存在するが、気分障害への介入研究の際に使われる認知行動療法は、認知（考え方を変える）への介入を行っている者が比較的多い。その具体的な理由については次章で述べる。

気分障害に対する効果そのものに関しては、終結してから6か月後、12か月後、18か月後の時点において対人関係療法と認知行動療法の間で大差ないことが確認されている（Shea et al.,1992）。また、水島（2007）の報告の中でも両技法の使い分けについてのエビデンスはほとんど知られていないため、今後検討すべき課題として挙げられているが、対人関係療法は気分障害を対象とする場合、比較的重度の症状が出ている段階の治療に適しているという見解が示唆されている。

一方、復職支援において集団で実施する心理療法プログラムでは、認知行動療法に基づくカリキュラムが取り入れられていることが多い（うつ病リワーク研究会、2011）。これは、復職支援プログラムの参加対象者を想定すると、職場への適応課題やストレス要因は対人関係が影響しているケースが少なくないと思われるが、集団療法による支援が中心となる場面において個々の対人関係の在り方は明確な形で取り上げることが難しいためである。また、参加者の傾向としては回復期にあり、（個人差はあるものの）概ね数か月から半年前後でプログラムを修了して職

場復帰を果たすことを目標としているため、比較的短期間の関わりであることが多い。これらのような復職支援プログラムにおける構造上の制約を踏まえると、介入のポイントが患者のセルフコントロールを教授し、促進することにあり、限られたセッション回数でも組み込むことが可能な認知行動療法の適用が妥当であると考えられる。

## 5. 認知行動療法の変遷（気分障害への介入を中心に）

先に述べたとおり、認知行動療法には多様な理論と技法が存在する。Hayes（2004）では、これまでの認知行動療法における理論と技法の変遷を3つの波に例えて紹介されている。まず、第一の波（第一世代）は、Eysenk や Wolpe、Skinner らに代表される学習理論がベースとなっている技法である。これらは、「行動」を介入のターゲットとしており、行動の変容（不適応な行動を消去し、適応的な行動を習得させること）を目的としている。第二の波（第二世代）は、Ellis や Beck に代表される「認知（思考）」に焦点化した技法である。ここでは、出来事を体験したこと自体が気分や感情を動かしているのではなく、体験した出来事に対する個人の捉え方（認知の仕方）が気分や感情に影響しているという考えの基に、認知の内容を修正することで、不快な気分や感情を改善しようとするアプローチが取られる。そして、第三の波（第三世代）では、Linehan や Segal、そして Hayes に代表される「注意」と「文脈」の変化に着目した技法である。第三世代では、不快な気分や感情が生じること自体は人間にとって自然なことであり、避けられないので、何にどのように注意を向けるかを操作することで関わり方を変え、自身の気分や感情のコントロールを身につけることを目標としている。ここで、Hayes（2004）を参考に、認知行動療法における変遷の概略を表2に示す。なお、いずれの技法も新しいほど優

表2 Hayes（2004）による認知行動療法の変遷

	目 標	介入対象	代表的技法
第一世代	行動の変化	行動	曝露反応妨害法
第二世代	気分／感情の変化	認知（思考）	認知再構成法
第三世代	気分／感情のコントロール	注意・文脈	マインドフルネス技法

れた技法と解釈されるのではなく、臨床実践上では患者の障害となっているところをアセスメントした上で、ケースに合った技法が採択されることを付記しておきたい。

上述したように、多くの技法が存在する認知行動療法の中でも、特に気分障害の患者に着目して臨床実践と研究を行っていた Beck は、気分障害に対する脆弱性を持つ人には特有の「非機能的な思い込み」があり、それが長期にわたり持続することを指摘した。そして、「非機能的な思い込み」が気分障害の直接的な原因でなかったとしても、症状を維持する要因になり得ると想定されていた (Kovacs & Beck, 1978)。この考えに基づく第二世代の認知行動療法は、先にも述べたように気分障害に対して薬物療法と同等の効果を示したことで治療過程に貢献してきたと言える。

しかし、気分障害の再発予防に関する研究の中から、「非機能的な思い込み」そのものが再発の直接的な原因ではなく、それを誘発する気分の変化への脆弱性が気分障害に影響しているという重要な見解が示されるようになる。この見解を指摘した先行研究によると、気分障害の既往歴がない者は、気分の落ち込みを感じても「非機能的な思い込み」が生じないことに対し、気分障害の既往歴がある者は、気分の落ち込みを契機に非機能的な思い込みが大きく活性化してしまうことが示されている (Miranda et al., 1988 ; Miranda et al., 1990)。さらに、Teasdale et al., (1995) では、(第二世代の) 認知行動療法がどのように気分障害に効いているのかが理論的に分析されており、気分障害の患者が持つ「非機能的な思い込みの内容」よりも、「非機能的な思い込みへの囚われ」が抑うつ症状に影響しているとの見解と、このような思考や気分、感情と適切に距離を置くための関わり方を習得することの必要性が指摘されている。

このような動向の中で台頭してきたのが、不快な気分や感情との関わり方に着目した、第三世代の「マインドフルネス (mindfulness)」の考えに基づく技法である。Kabat-Zinn (2003) によると、「マインドフルネスの実践における操作的定義は、現在の瞬間において、目的と、瞬間瞬間の経験の展開に価値判断せずに注意を払うことを通して生じる認識 (145 ページ)」とされている。そして、この考えに基づく技法

では、「いま、ここで」の自らの思考、感情、そして身体感覚に価値判断を行うことなく、ありのままの状態への気づき促す訓練を行い、自身の気分が落ち込みやすい時期を初期段階のうちに自覚できるようになるための支援が行われる。第二世代の認知行動療法が、気分障害の患者特有の「非機能的な思い込み (認知)」の内容を修正させて感情の変化を試みたことに対し、マインドフルネス技法をベースとする第三世代の認知行動療法では、「非機能的な思い込み」を喚起させ得るあらゆる状態や変化への注意 (気づき) を、より早い段階で促すという工夫が施されており、海外では近年その有用性が実証されてきている (Ma & Teasdale, 2004 ; Kenny & Williams, 2007)。

これらの流れからは、「ありのままの自身の (気分・感情の) 状態に気づく」ためのマインドフルネス技法を中心として、患者自身が気分や感情と上手に付き合っていくスキルを身につけていることが、気分障害の治療に貢献する可能性が窺える。

## 6. 今後の研究課題

職場復帰を目的とするリハビリテーションに、どのようなプログラムが必要かということについて、現段階では統一的な理解が得られておらず、プログラムの構成や有用性の検討が求められているのは、先にも述べたとおりである。そのような中、復職支援プログラムの参加者が、気分障害の回復期にあり、復職を目前としていることを想定すると、自分自身の力で今後起こり得る様々な出来事や、気分・感情の変化に対して適切に対処するためのスキルを習得できるような支援が求められるだろう。それには、当然ながら心理的側面に限らず、あらゆる自己管理能力 (例えば、体力面や社会適応力の側面) を促進していく必要があるということは、ここで断っておきたい。

その上で、本稿においては心理的側面に焦点化し、集団療法が中心となる復職支援プログラムにおいても実践可能な認知行動療法について述べてきた。認知行動療法の変遷を気分障害への介入に焦点化して辿ってみると、主に第二世代の認知行動療法を用いて、気分障害に特有の



「非機能的な思い込み」の内容を修正することで、後続する感情を変化させる試みが行われてきた経緯がある。さらに先行研究からは、「非機能的な思い込み」の活性化は、気分の落ち込みへの弱さが要因となっていることが明らかにされ、そのような自分自身の状態や気分の変化への気づきを促し、不快な状態との関わり方を変化させるというマインドフルネス技法の必要性が認められてきている。一方で、我が国における認知行動療法の実践は、保険適用化が2010年によく果たされたものの、海外に比べて大きく遅れを取っていると言われている。とりわけ、復職支援プログラムにおける第三世代の認知行動療法の実践例や研究報告は、ほとんど知られていないため、職場復帰への支援や再発・再休職の予防にどのように貢献できるのかといった観点から、「マインドフルネス」に基づくプログラム導入に向けての可能性を検討していく必要があると考えられる。

以上を踏まえて今後の研究では、復職支援プログラムの参加者を対象としての「マインドフルネス」の有用性について検証し、マインドフルネス技法を取り入れた第三世代の認知行動療法プログラム導入に向けての可能性について検討することを課題としたい。

## 参考文献

有馬秀晃「職場復帰をいかに支えるかーリワークプログラムを通じた復職支援の取り組み(特集 健康と労働)」2010年、『日本労働研究雑誌』52巻8号、74-85ページ。

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年〈<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0100.pdf>〉(2013年1月4日)

Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., & Andersson, G.. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.70, No.9, 2009, pp.1219-1229.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . , Brown, L. L., Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, Vol.62, No.4, 2005, pp409-416.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. ,A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, Vol.49, No.1, 1998, pp. 59-72.

Hayes, S. C. ,Acceptance and commitment therapy, relational frame

theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, Vol.35, No.4, 2004 pp.639-665.

堀輝・中村純「うつ病の薬物療法と治療アルゴリズム(特集 うつを診る)」『総合臨床』, 第59巻第5号, 2010年, 1181-1186ページ。

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(障害者対策総合研究事業)うつ病患者に対する復職支援体制の確立ーうつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究. 分担研究報告書.」2011年〈<http://www.utsu-rework.org/info/003.pdf>〉

五十嵐良雄・林俊秀「うつ病リワーク研究会の会員施設でのリワークプログラムの実施状況と医療機関におけるリワークプログラムの要素(特集 復職支援の現状)」『職リハネットワーク』第67巻, 2010年, 5-17ページ.

Kabat - Zinn, J. Mindfulness - Based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.10, No.2, 2003, pp.144-156.

株式会社 アドバンテッジ リスク マネジメント「企業における長期休業者に関する実態調査」2012年. 〈<http://pdf.irpocket.com/C8769/JA1b/iSqboPwx.pdf>〉(2013年1月4日)

警察庁「平成23年度中における自殺の状況」2012年〈<http://www.npa.go.jp/safetylife/scianki/H23jisatu-huroku.pdf>〉(2013年1月4日)

笠原嘉『軽症うつ病』, 1996年, pp.14-19,44-72, 156-162. 講談社現代新書

Kenny, M., & Williams, J. Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.45, No.3, 2007, pp. 617-625.

厚生労働省「平成23年度脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」2012年〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002coxc.html>〉(2013年1月4日)

厚生労働省「平成19年労働者健康状況調査結果の概況」2008年〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzhen/kenkou07/dl/kenkou07.pdf>〉(2013年1月4日)

厚生労働省「患者調査」2011年〈[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?\\_toGL08020101\\_&tstatCode=000001031167&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001031167&requestSender=dsearch)〉(2012年12月30日)

厚生労働省「心理的負荷による精神障害などに係る業務上外の判断指針」1999年〈<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/04/dl/h0406-2a.pdf>〉(2013年1月4日)

厚生労働省・中央労働災害防止協会「心の健康により心の健康により休職した労働者の職場復帰支援の手引き」2009年〈<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzhen/dl/101004-1.pdf>〉(2013年1月23日)

Kovacs, M., & Beck, A. T., Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, Vol.135, No.5, 1987, pp. 525-533.

黒川淳一・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏「メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められること」日本職業・災害医学会会誌 = *Japanese Journal of Occupational Medicine and*

- Traumatology*, 第57巻第3号, 2009年, 92-108 ページ.
- 黒川淳一・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏「メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること」日本職業・災害医学学会誌, 第57巻第2号, 2009年, 73-85 ページ.
- Lynch, D., Laws, K., & McKenna, P. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, Vol. 40, No. 01, 2010, pp. 9-24.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72, No. 1, 2004, pp. 31-40.
- Miranda, J., & Persons, J. B. Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 97, No. 1, 1988, pp. 76-79.
- Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. N. Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 99, No. 3, 1990, pp. 237-241.
- 水島広子. 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分担研究報告書「対人関係療法 (IPT) の有効性に関する研究」2007年 (<http://www.hirokom.org/ipt/2007report.pdf>) (2013年1月23日)
- 中村純「抗うつ薬プラクティカルガイド」2012年, pp. 8-9. 中外医学者.
- 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会「日本うつ病学会治療ガイドライン」2012年 ([http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood\\_disorder/img/120726.pdf](http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/120726.pdf)) (2013年3月26日)
- Robert J. D., Steven D. H., Jay D. A., Richard C. S., Paula R. Y., Ronald M. S., John P. O., Margaret L. L., Madeline M. G., Laurel L. B., Robert G. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62, No. 4, 2005, pp. 409-416.
- Rush, A., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Stewart, J., Warden, D., Lebowitz, B. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR\* D report. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, No. 11, 2006年, pp. 1905-1917.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T., Parloff, M. B., Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 49, No. 10, 1992, pp. 782-787.
- 島 悟 精神障害による休業者に関する調査. 厚生労働省科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成14年度～16年度. 総合研究報告書, 2004年, 32-34 ページ. (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/shimal6/shimal6-9.pdf>) (2013年3月27日)
- 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き』2002年, pp. 137-170. 医学書院.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G., How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33, No. 1, 1995, pp. 25-39.
- うつ病リワーク研究会『うつ病リワークプログラムのはじめかた』2009年, 弘文堂
- うつ病リワーク研究会『うつ病リワークプログラムの続け方』2011年, 南山堂
- Westen, D., & Morrison, K., A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, No. 6, 2001, pp. 875-899.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Kessler, D. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaIT randomised controlled trial, *The Lancet*, Vol. 381, 2012, pp. 375-384.
- 吉野敦・神人蘭・岡本泰「認知行動療法と薬物療法の併用効果 (特集 認知行動療法の技法と治療効果)」『臨床精神医学』, 第41巻第8号, 2012年, 1009-1015 ページ。