

なったりしており、1 回の睡眠でこの周期を4~5回繰り返す。浅い睡眠で目覚めるとすっきり目覚められるが、深い睡眠から目覚めると直後に眠気や作業能力低下が起こる。この現象を睡眠慣性という。10~20分程度の短い仮眠は眠気を解消するが、それ以上眠るとかえって眠気や倦怠感を感じることになる。

3. 2. 具体的な生活上のアドバイス内容

1) 概日リズムと睡眠/覚醒リズムを同調させる。

- ・朝の早い時間（遅くとも9時ごろまでに）は太陽の明るい光を取り入れる。

（明るい窓辺でも十分OK）

毎日決まった時間に起床する

ブライトライトの利用

- ・体温勾配の利用

睡眠前2時間前後にあまり熱くない温度で入浴（軽い運動も可）。 午後に運動ができれば良い。

- ・夜遅い時間の食事は控える。空腹も満腹も望ましくない。

- ・交替勤務者→交替勤務者用指導を参照

2) 夜以外の睡眠を避ける（睡眠のホメオスターシスを保つ）

昼間の仮眠をする場合は15~30分以内で。

3) 薬物・嗜好品への注意

- ・寝酒は控える。（睡眠の質を下げる、尿意による中途覚醒の増加）

- ・カフェインを含むものはできるだけ控える。午後~夕方以降の摂取は避ける。（お茶 コーヒー ココア チョコレート

大衆感冒薬・鎮咳剤

サプリメント、漢方、滋養強壮剤など

- ・不眠をきたす薬剤

抗パーキンソン剤 片頭痛薬 ステロイド、強心配糖体（ジギタリス、ジゴキシン）、気管支拡張剤、抗癌剤、禁煙補助剤

- ・中途覚醒時のタバコは避ける。

4. 寝室の環境を整える

- ・温度や湿度を快適に保つ（夏はやはり冷房が必要）

- ・部屋を暗く静かに保つ

- ・寝具を適切なものにする

マットはやわらか過ぎず硬すぎず

枕は高くしすぎない

かけ布団は保温性・通気性のよいもの

5) その他

夜間の尿意に対する対策（アルコール制限、泌尿器疾患、糖尿病等の検査治療）

4. 交代勤務者及び交代勤務職場への教育内容

まずは概日リズムの特性を考慮して、勤労者に負担の少ないシフトを組むことが重要である。概日リズムは外部要因でリセットされなければ、遅い時間にずれていくので、遅い時間にずれていく正循環（日勤→夕勤→夜勤など）の方が、逆循環（夜勤→夕勤→日勤など）よりも負担が少なくなる。夜勤が連続すると睡眠不足が蓄積していくので、夜勤の連続日をなるべく短く、できれば2~3夜までにすることも必要である。また、勤務間隔が短すぎる（同じ日の日勤

→夜勤など）と、次の勤務までの間に十分な睡眠が取れなくなる。次の勤務時間帯にローテーションする際には、少なくとも13～14時間以上、特に夜勤後は24時間以上あけることが望ましい。

夜勤中に仮眠を取ると、夜勤中の眠気改善や作業能力の維持、疲労を軽くするなどの効果がある。また概日リズムの乱れを最小限にすることができる。仮眠後の睡眠慣性を防ぐためには、浅い睡眠で目が覚めるように、仮眠時間を20～30分または90分～2時間にすると良い。特に夜勤の時間が長くなる二交替制では仮眠は必須である。

さらに勤労者に対して、上手な睡眠の取り方と夜勤中の眠気対策を指導することも必要である。夜勤後は概日リズムに逆らって眠るため、連続で長く眠ることができない。勤務直後に加えて、午後～夕方にもう一度眠るようにすると睡眠不足を補い、夜勤中の眠気も減る。勤務直後に眠るための工夫としては、夜勤後に退勤する際にサングラスをかけ日光を避けると良い。日光を浴びると目が覚めてしまい眠りにくくなってしまうためである。ただし自家用車を運転して退勤する場合は、運転中の眠気が問題となるので注意が必要である。また日中に眠る場合は、極力暗く静かな環境づくりも重要である。遮光カーテンやアイマスクで遮光、耳栓で防音すると良い。夜勤後に寝つきを良くするために寝酒を好む勤労者も多いが、飲酒は睡眠を浅くし、睡眠中のいびきや無呼吸も悪化させるので避けるべきである。睡眠薬を用いる場合には、精神科や睡眠の専門医に相談すると良い。

5. 不眠労働者に対する睡眠保健指導（個

別指導）

5. 1. 行動療法

1) 刺激調整法(Stimulus control)

不眠は睡眠に関連している時間（就寝時間）や環境（ベッド、寝室）の刺激への条件づけられた反応であることを前提としている。従って、この治療の目的は、睡眠と覚醒のスケジュールを持続させ、覚醒を促進する睡眠に不適切な活動を短縮させることによって、早期の入眠とベッドや寝室を再度条件づけるように訓練するものである。

- ・眠いときにだけ、床につく。
- ・睡眠の時だけベッドや寝室を利用する。
- ・15～20分以内に眠れなければ、布団から出て、他の部屋に行く。そして再び眠くなった時だけ、布団に戻る。
- ・睡眠時間の如何に関わらず、起床時間を一定に維持する。
- ・昼寝を避ける。

2) 睡眠制限法(sleep restriction)

- ・2週間の平均睡眠時間を出し、その時間プラス15分だけ寝床に在る。 実際の睡眠時間が5時間以下の場合は、5時間寝床に在ること。
- ・いつもの起床時間から寝床に在る時間を逆算して、床に就く時間を決める。
- ・寝床に在る時間の90%（5時間なら、4時間30分）以上眠れる日が5日以上続いたら、床に就く時間を15分早くする。自分に必要なだけ眠れるようになるまで、それを繰り返す

3) リラクゼーション法

睡眠を発生させるというよりむしろ、睡眠機序が始動するレベルまで覚醒レベルを

低下させることにより、睡眠を可能にするものである。下記のような方法がある。

- ・眠りのための音楽の利用
- ・アロマセラピー
- ・漸進的筋弛緩法
- ・自律訓練法

6. 睡眠障害に対する個別的指導

1) 行動誘発性睡眠不足症候群に対する指導

体調不良や日中の眠気などの問題が、睡眠不足によって起きていることを十分に説明し、自覚してもらった上で、平日の睡眠時間を少しでも長くすること、平日の昼休みに 15 分程度の仮眠を取ること、休日の遅寝は 1 時間程度にとどめ不足分は 15 時まで 30 分程度の昼寝をすることで補うなどのアドバイスを。日中の眠気解消にはコーヒーや緑茶などのカフェイン飲料も効果があるが、夕方以降（特に就寝前 4 時間）は控えないと夜の睡眠に影響するので注意が必要である

2) 環境性睡眠障害に対する指導

真夏ではエアコンの設定温度を 27～28℃とし、しっかり除湿すると良い。ちなみに寝る前の水分補給は、体温を下げるために必要な汗の量に相当する 100ml くらいがちょうど良い。照明の明るさや色合いにも注意する。

3) 概日リズム睡眠障害（時差型）に対する指導

時差症状は一時的であり、現地で過ごす時間が長くなれば自然に消失していく。特に西方飛行では時差症状は短期間なので、特に治療の必要がないことも多い。東方飛

行では日光を浴びる時間帯を工夫することで、早めに現地の生活に適応することができる。たとえばアメリカ西海岸では、渡航 1 日目は午前中は日光を避け、午後日光を浴びると現地のリズムに早く近づくことになる。

また時差症状には、睡眠不足の蓄積が影響することもある。特に最初の 1～2 日はその影響が出やすいので、その間は寝つきを良くするタイプの睡眠薬を用いて睡眠を確保することも有効である。

4) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群が疑われる労働者に対する指導

閉塞性睡眠時無呼吸症候群は、適切な治療（CPAP 療法やマウスピースなど）により深く眠れるようになり、日中の眠気や脳卒中・心筋梗塞のリスクも下げられるので、早期発見・早期治療が重要であることを説明する。

D. 考察および今後の課題

労働者の健康の保持増進のためには、睡眠障害のスクリーニングと自分自身で睡眠のマネジメントを適切に行えるよう支援することが不可欠である。職域においては、一部の事業場で主に運転者に対して睡眠時無呼吸症候群のスクリーニングはおこなわれていたものの、不眠をはじめとする一般的な睡眠障害のスクリーニングは積極的にはおこなわれていない。今回の検討では、簡便な問診や質問票を用いてスクリーニングできる睡眠障害について検討したが、実際には睡眠呼吸障害を含め周期性四肢運動障害や睡眠関連運動障害、睡眠時随伴症など労働者個人からの情報だけではアセスメントできない睡眠障害も少なくない。現在、

赤外線モニタリングや体動計、脈波解析、簡易脳波測定による睡眠状態の把握が可能となっていることから、今後は職域でも睡眠状態を客観的に測定できる機器の利用によってより正確なスクリーニングが出来るようになることが望ましい。

睡眠衛生教育や保健指導有意な効果をもたらすことが示されていることから、今後は、職域においても、産業保健スタッフが、睡眠衛生教育及び保健指導を実施出来るようにしておく必要がある。もちろん、他の保健指導と同様、専門的な診断治療に結びつけるべき状態のアセスメント方法などについて事前に専門家による教育を受けておくことが望ましい。

交代勤務スケジュールは、各事業上の状態に応じてもっとも適切なスケジュール設計を行う必要があるが、これまでの慣習に従ってという理由だけできちんとした調査に基づいてスケジュール設計をしている事業はほとんどいない。交代勤務と各種疾病との関連が注目される中、交代勤務のスケジュールだけでなく、交代勤務による悪影響の軽減を図るための研究が今後必要となっている。

E. 結論（まとめ）

労働者の睡眠に対する介入においては、対象とすべき睡眠障害に対する問診とスクリーニングを行った上で、適切な睡眠衛生教育と睡眠個別指導を行うことが必要である。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

I. 引用文献

- ・高橋正也：睡眠障害の基礎知識，日本労務研究会，2008；66～92.
- ・柿沼充：IT企業における睡眠教育とその効果，産業ストレス研究，2008；15：247-250.

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

研究課題名：職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に
関する研究
分担研究報告書

メンタルヘルス不調による休職者における職場再適応方法の検討 ～労働者の適性を重視した職場異動の有効性～ （その 2）

分担研究者 渡辺洋一郎 渡辺クリニック・院長

研究要旨

著者が平成 22 年度からメンタルヘルス担当産業医として活動している A 社において平成 22 年度に著者が関わった休職中の従業員は 16 名であった。復職に際しては方針として出来る限りの本人の適性にあわせた環境調整をはかった。16 名中復職できた者は 15 名であり、そのうち 13 名においては復職時に業務変更を行った。前回は 10 ヶ月～22 ヶ月の経過を報告した。今回は、さらに 1 年を経た経過を報告する。

15 名の休職者のうち、14 名は現在経過良好である（定年退職者、希望退職者各 1 名を含む）。全体的にはまずまず良好な結果と考える。その理由として、業務変更が好影響を与えたのではないかと推測している。メンタルヘルス不調から休職に至っている従業員の復職、再適応を順調に進めるためには、従業員の適性を正確に把握した上での異動が有用な方法であることが示唆された。今回は、職場適応と職業適性、適性検査の効用などについての文献考察を加えて検討した。

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による長期休業者の復職支援が企業にとって大きな課題となっている。しかしながら、メンタルヘルス不調による休職者の再発率は高いことが報告されている¹⁾。いかにすれば再発を防ぎ再適応を図ることが出来るかを労働者の職業

適性という観点から検討した。

B. 研究方法

著者が H22 年 4 月よりメンタルヘルス担当の産業医をしている A 社（大阪に本社を置く一部上場企業で従業員数は全社で約 2000 名、業種はサービス業）において、平

成 22 年度にメンタルヘルス不調により休職していた 16 名を対象とし、復職、復職後の経過について調べた。

さらに、「職場適応と職業適性」、「職業適性検査の効用」に関する文献を集め文献考察をした。

C. 研究結果

1. 平成 22 年度面談時における休職者 16 名の背景

休職者 16 名の性別は男性 11 名女性 5 名、平均年齢 41.1 歳、著者による診断はうつ病、適応障害圏と考えられたものがそれぞれ 7 名、不安障害 1 名身体表現性障害 1 名であった。面談時点までの休職期間は平均 5.3 か月（最短 1 カ月、最長 15 カ月）であった。復職した 15 名においては、復職前に著者の面談、あるいは厚労省編一般職業適性検査の施行などを通して適性などを検討し、人事担当者の協力を得て、必要となれば積極的に職場異動を検討し、13 名は職場異動を行った（表 1）。

2. 平成 22 年度面談時休職者 16 名の経過の詳細

面談時に休職していた従業員の経過を表 2 に示した。休職期間満了のため退職に至ったものが 1 名いたため、復職したものは 15 名である。退職に至った 1 名は適応障害レベルのうつ状態と思われたが、性格的な要素が非常に強く、休職期間満了前に面談した際にも日常生活レベルにおいても抑うつ症状や強度の不眠が続いており復職レベルに至らず退職を余議なくされた。復職した 15 名中、復職後に再発し再休職した者は 2 名であった。1 名はその後、結局自ら退職

したが、この女性は性格的要素の強いうつ病であり、職場以外の環境要素の影響も大きかった模様である。もう 1 名は復職後身体疾患罹患後に精神症状がやや増悪し短期間の再休職をしたが、間もなく回復して再復職し、以後は経過良好である。残りの 13 名においては再発なく経過良好である（復職後希望退職した者が 1 名あるがこの男性は症状の悪化はなかったが本人の希望で退職した）。

まとめると、復職者 15 名のうち、1 名は再発後自己退職に至ったが、13 名は再発なく経過良好（定年退職、希望退職各 2 名含む）で、1 名は一度再休職するもその後経過良好であった。

D. 考察

1. 調査結果に関して

今回の報告は、昨年につき、A 社において、長期休職から復職した従業員の経過を追ったものである。フォロー期間は 20 ヶ月～32 カ月となった。フォロー期間がまだ十分とは言えないが、15 名中 14 名が経過良好と言うのは比較的良い結果ではなかろうか。

復職に際しては著者の方針として出来る限りの本人の適性にあわせた環境調整をはかった。そのことが、今回の比較的良好的経過においてこの業務変更が好影響を与えたのではないかと著者は推測している。

2. 職業適性、適性検査に関する文献考察

1) 職業適性に関する考え方

1910 年代に頃までは F・W・テーラーの「科学的管理法」による能率主義の理論が中心だった。その後 1930 年ごろから、パーソン

ズのマッチング理論が提唱される²⁾。彼は「四角い杭を四角い穴に、丸い杭を丸い穴に」という表現を使った（図1）。特性・因子理論の原型となる考え方を提唱した彼は、①個人は、必ず他の人とは異なる能力または特性をもっていて、それは測定可能である。②個人の能力・特性と職業に求められるスキルが一致すればするほど、個人の仕事における満足度は高くなる。③個人は、自分の能力・特性に最も相応しい職業を選択する。こうした「人には個人差、職業には職業差があり、両者をマッチングさせるのが大切」というマッチング理論を提唱した。この理論は現在のキャリア・カウンセリングの基礎をなしたものであり、GATBをはじめ多くのツールや手法もこの理論に基づいているといわれる³⁾。

その後、ドナルド・E・スーパーは、個性をより幅広く、発達的にみていくといったことから職業適合性（Vocational Fitness）という概念を提唱した⁴⁾。これは、能力（Ability）と人格（Personality）に分けられ、特にスーパーは人格の側面を強調した。人格（Personality）は、適応（Adjustment）としてEPPSテストでみる欲求（Needs）やYGテストでみる特質（Traits）などがあり、VPI 職業興味検査の傾向尺度で測定するような価値観（Value）、職業レディネス・テストなどで測定する興味（Interest）、態度（Attitude）がある。能力的側面も適性（Aptitude）と技量（Proficiency）の2つに分け、技量は後から獲得したもので、学力（Achievement）と技能（Skill）が含まれている。適性（Aptitude）は、もともと持っている個性としての能力のことで、知能

（Intelligence）や空間視覚化（Spatial Visualization）、知覚の速さ・正確さ（perceptual Speed-Accuracy）、精神運動機能（Psychomotor）などがあるとしている。（図2）

マッチング理論は人間性や個性を重視する考えであるが、固定的に個人の特性と仕事の要因を考えており、今では、人間は能力開発や意欲によって変わっていくことができ、仕事も働く人の特長に合わせて変えていくことができるといった考え方が一般的になってきて、人も能力開発によって職務能力を高めたり広げたりすることができ、適性のある程度、柔軟に発達的に見ていくことができると考えられている。

2) 適性検査の効用

山形⁵⁾は適性検査の有用性として、まず、職業との適性を客観的に調べることができること、次に予測性があげられる。予測性というのは、これから勉強していくことが、身に付くかどうかを予測することである。この点が、今まで勉強したことがどれだけ身に付いたかを調べる知識試験との差異である。適性とは、職務遂行に必要な知識・技能を身に付ける基盤となる能力とされている。

適性検査による「予測性」に関しては、長崎の職業技術訓練校で入学時にGATBを実施し、その後の学科成績と実技成績との相関をとったところ、構造物 鉄工科（元造船科）では空間判断力、形態知覚の相関が高く、機械科では空間判断力か圧倒的に高い予測力を持っていることがわかったという（表3）⁵⁾。また黒田ら⁶⁾は、新卒看護婦

の看護に対する姿勢の変化を、職務適応性テストによる性格特性・適性との関連において分析し、職務適応性検査（CAB テスト）の結果、職場適応可能と考えられる 8 パターンと、適応困難と考えられる 4 パターンについて、看護に対する姿勢を比較すると、3 か月時点でその差が顕著で、その後「環境との関連」では克服傾向がみられるものの『自己実現』に関しては 1 年後でも差があって、特に外的な面での差が大きい、ことを示した。

室山⁷⁾は適性検査の活用の利点として、以下の 4 点をあげている。第 1 点は、客観的に評価ができる。第 2 点は、信頼性の高いデータが得られる。第 3 点は、短時間で効率的に個人に関する多くの情報を集約できる。第 4 点は、同じ検査を継続的に利用することによって、過去のデータと比較することができる。一方、適性検査の限界として以下の 4 点をあげている。第 1 点として、個人のもつ特徴には適性検査ではうまく測定できないものがある。第 2 点は、適性検査による測定には常に一定の誤差が含まれる。第 3 点は、一回限りの検査で個人の特性を測定する場合、長期的にみた将来の予測妥当性には限界がある。第 4 点は、主に自己理解のために利用するとき問題となる点であるが、就職は適性のみでは決まらないという活用上の限界である。以上の利点と限界をあげた上で、適性検査を使う場合には、検査には限界があることを理解した上で、利点を生かすような使い方をすることが必要になるだろう、と結んでいる。

厚労省編一般職業適性検査（GATB）に関しては、測定される適性能と作業例が表 4

のごとくにまとめられている³⁾。また WAIS との相関が表 5 のようにまとめられている。GATB で測定する 9 種の適性能は、いろいろな職業分野で仕事をするうえで必要とされる代表的な能力であり、それは、「その職業に就くための訓練や教育を受け、必要な経験を積んでいったとき、先々その職業でうまくやっていくことができるかどうかという潜在的な能力」ということができるとされている³⁾。

3) メンタルヘルス不調による休職者の職場異動に関して

夏目らは⁸⁾ 受診患者の調査より、①職場不適応症は男性忙多くみられ、20 歳代の受診者が多かった。②職場不適応症の発生要因として職場要因では、抜擢に伴う配置転換が最も多く次いで職務の複雑化や役付への昇進がみられた。③個人要因では几帳面、生真面目で融通性に欠ける性格傾向が最も多く、次いで未熟、自己中心的や小心、神経質な者が認められた。④上記の職場要因と個人要因の関連を精神力動的観点から考察し、職場不適応症を、中核群、ドロップアウト群、専門職不適応群、一過性反応群、その他の 5 群に分類した。そして、職場不適応症の治療として、従来の、患者、家族を中心とした療法に加え、職場という場を含めた総合的力動的観点からのアプローチが必要であり、配置転換、職務の軽減、受け入れ態勢の調整などを主とする職場関係者への助言や働きかけが重要であり、とくに、中核群や一過性反応群では効果的であるといえる。と述べている。

廣はうつ病圏の労働者における職場復帰

にあたっての職場において行われた諸配慮と復職後の経過の関係を検討しているが⁹⁾、その中で職場再適応に寄与した因子の一つとして「職場異動がなされた」が認められたとしている。しかし、多くの例で重要と評価されているものの実施されていない例が多いこと、一般的には元の職場への復帰が望ましいと言われているが、実施を検討する余地がある例も散見される、と述べている。

E. 結論

復職の目標は単に復職するのみならず充実した再適応を図ることである。症状が再発しないのみならず充実した職業生活を継続できること、企業にとっても満足できる雇用であることが最も望まれるところであろう。

今回、A社におけるH22年度における復職者の経過をまとめ、従業員の復職(再適応)には、本人の適性に合わせた業務の検討が有効であることを示唆した。従業員の職場適応に関しては、職業適性のみならずパーソナリティの側面も大きいことは十分に理解できるところではある。また、能力開発により適応が拡大することもある。さらに、意欲、職場環境といったものが職場適応に大きな役割を果たすことも日々経験している。しかし、だからといって職業適性の意義は軽んじられるものではない。前回の報告にてメンタルヘルス不調者において、職業適性に能力差が大きい者が少なくないことも分かった。従業員の職業適性を確認するためには適性検査の利用も有効な手段である。それぞれの適性検査の意味を十分に理解し、その利点と限界を認識した上で

の利用はもっと検討されてもよいと考える。

労働者の個性を尊重し、労働者の適性にあった仕事を選定し、その労働者の得意なところ良いところを活かすべくコーディネートする。同時に人間関係、職場環境の改善で労働者の労働意欲の向上、労働者を育てることが可能となる。これら両者の影響から、労働者がより少ない負荷で、最大限のパフォーマンスを発揮することができる。このような考え方がメンタルヘルス不調による休職者の職場再適応を促進すると同時に、全従業員のメンタルヘルス不調の発生予防につながるのではなかろうか。

F. 健康危険情報

該当せず

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

- 1) 倉林るみい：うつ病などの休職・復職に関連した文献研究. 厚生労働科学研究費補助金(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, 2005.
- 2) Parsons F, Choosing a vocation, Houghton Mifflin, 1909. (Agathon Press,

1967）。

3) 社団法人雇用問題研究会 普及促進部：
厚生労働省編一般職業適性検査（GATB）と
は。職業研究 2012 夏季，社団法人雇用問題
研究会

4) Super DE : Appraising Vocational
Fitness by Means of Psychological Tests.
Harper & Row, 1949.

5) 山形時雄：GATB 厚生労働省編一般職業
適性検査。職業研究。社団法人雇用問題研
究会，2006.

6) 黒田公子，中野智津子，地内佳子 他：
職場適応に関する縦断的研究（第7報）：看
護に対する姿勢と性格・適性との関連(1)。
神戸市看護大学短耕大学部紀要 16，1997.

7) 室山晴美：適性検査を活用する有効性に
ついて。日本労働研究雑誌 50(4)，58-61，
2008.

8) 夏日誠，太田義隆，浅尾博一 他：職場
不適応症について—受診状況調査，発症要
因と治療を中心として—。産業医学 24(5)，
455-464，1982.

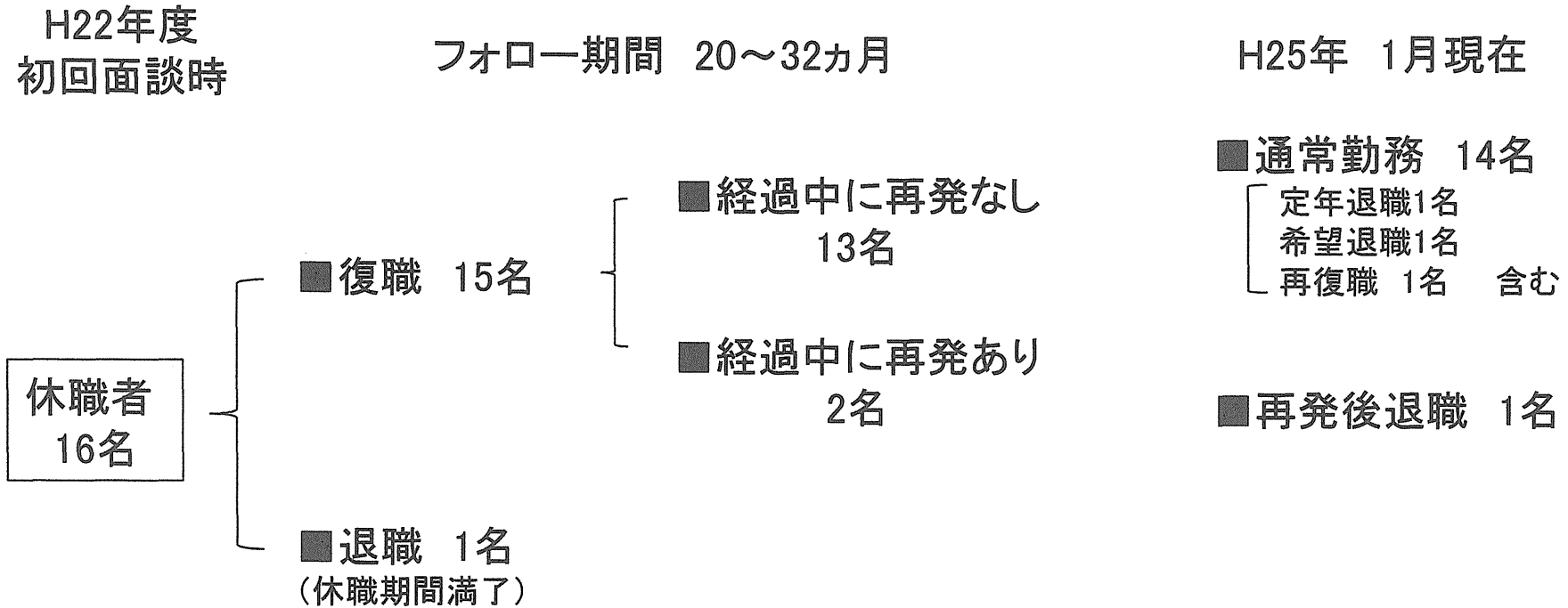
9) 廣 尚典：うつ病の職場復帰および職場
再適応に影響を及ぼす因子に関する検討。
厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生
総合研究事業）「うつ病を中心としたこころ
の健康障害をもつ労働者の職場復帰および
職場適応支援方策に関する研究」平成 14 年
度～16 年度 総合研究報告書，2005.

表1 復職者15名における復職前・復職後の業務変更

業務変更あり 13名 / 15名

事例	性	年齢	復職前	復職後	業務変更
3	女	47	組織運営担当（教育・指導）	管理業務アシスタント（業務処理補助）	あり
4	男	38	営業部長（スタッフ管理, 売上目標・顧客管理, 苦情処理）	工場製造担当（浄水器等の組み立て・分解）	あり
7	男	58	エリアマネジャー（加盟店の経営指導・教育・育成）	厨房のコック（社内施設厨房）	あり
9	男	47	システム開発担当（法人営業部）	営業デスク周辺業務	あり
11	女	24	飲食店舗副店長（製造・販売, アルバイト管理, 店舗運営）	飲食店舗人事・総務部（管理業務及び受付業務）	あり
15	男	39	支店長（店舗運営, 人材育成, 売上管理）	商品開発室長（某サービス事業部）	あり
18	男	46	発送業務及び責任者（工場）	発送業務及び責任者（工場）	なし
20	男	47	事業立ち上げ（新規開拓・サービス業務・顧客管理）	顧客対応担当（事業既存顧客）	あり
23	男	46	エリアマネージャー（FC店指導, サポート）	教育担当（社内教育施設）	あり
27	男	43	顧客対応担当（新規顧客獲得, 苦情対応）	顧客対応担当（既存顧客対応）	あり
31	女	27	商品テスト担当（加工, 洗浄のデータ分析）	発送事務, FC店対応（工場）	あり
32	女	48	販売スタッフ教育企画（本部スタッフ）	管理業務	あり
33	男	43	営業管理者（顧客・売上・スタッフ管理）	営業担当者（支店異動）	あり
34	男	36	発送管理業務（商品配達, 回収, スタッフ管理）	発送管理業務（商品配達, 回収）	なし
35	女	23	店舗受付業務	店舗受付および商品管理業務（商品管理がメイン）	あり

表2 H22年度初回面談時における休職者の経過



◆ 診断

- うつ病 7名
- 適応障害 7名 (不安&抑うつ3, 抑うつ3, 不安1)
- 不安障害 1名
- 身体表現性障害 1名

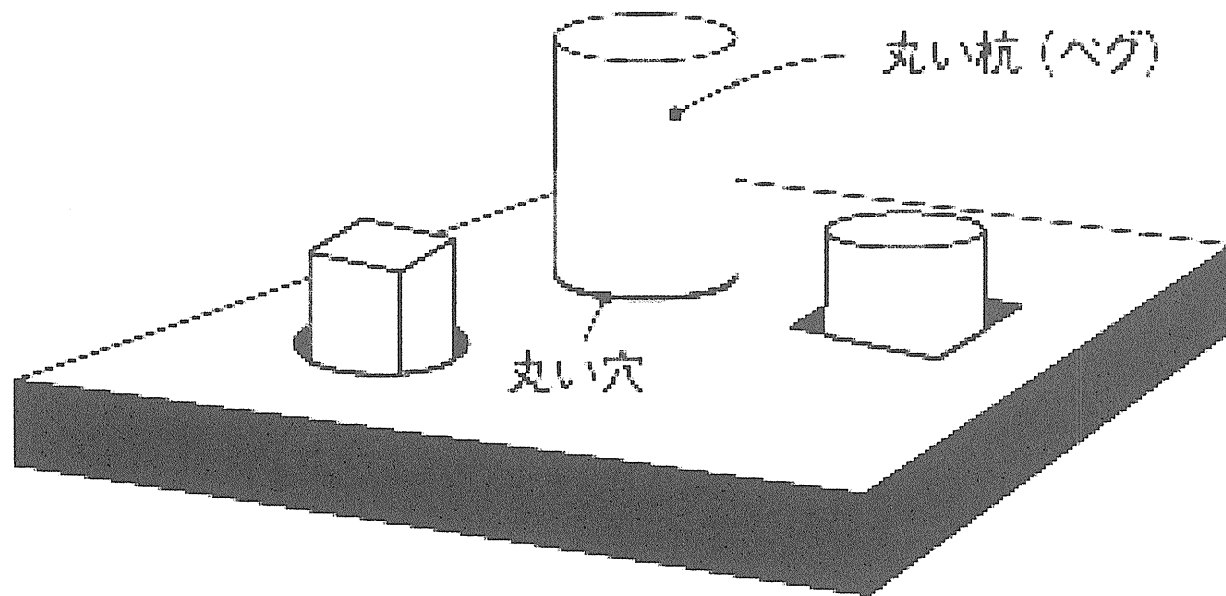


図1 パーソنزのペグ理論

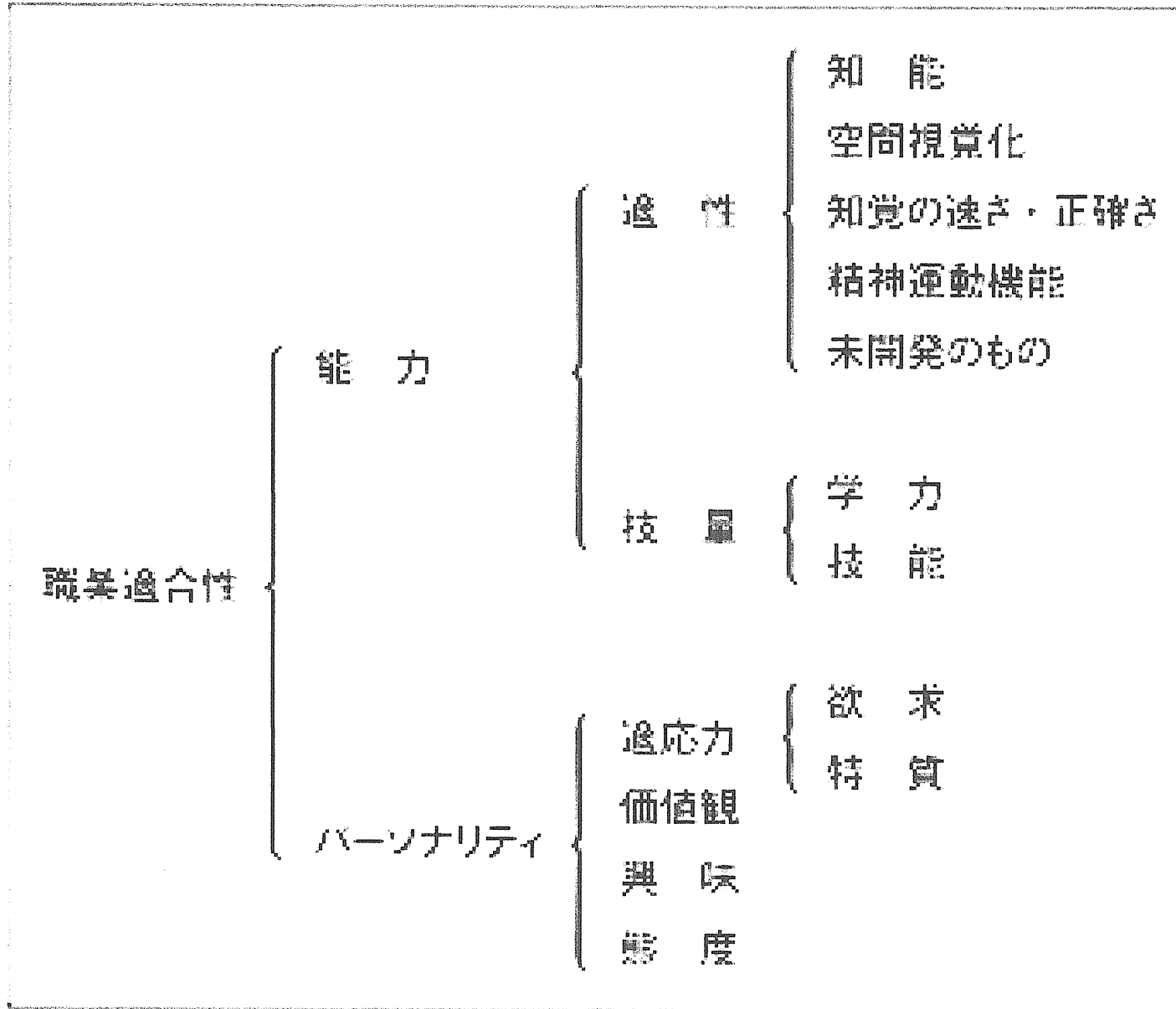


図2 適職適合性の概念(スーパー)

表3 GATB適性能と訓練結果の相関

科目	適性能	知能	言語	数理	書記	空間	形態	共通	指先	手腕
構造物鉄工科	学科成績	.73	.53	.74	.52	.67	.77	.29	.57	.59
	実技成績	.63	.38	.61	.32	.62	.74	.22	.64	.42
機械科	学科成績	.77	.64	.62	.29	.82	.45	.46	.56	.44
	実技成績	.59	.46	.43	.13	.76	.59	.56	.72	.53
自動車整備科	学科成績	.54	.50	.37	.27	.29	.08	.12	-.24	-.07
	実技成績	.37	.31	.07	.13	.36	-.01	.21	-.24	-.06
電気工事科	学科成績	.75	.67	.64	.50	.66	.59	.49	.33	.15
	実技成績									

資料出所：久保賢「職業能力開発（職業訓練）校での職業適性検査の活用」職業研究（社）雇用問題研究会，1994

表4 測定される適性能と作業例

機能	適性能	該当検査	内容	作業の例
認知機能	G 知的能力	9 立体区判断 10 文章完成 11 算数応用	一般的理解力、推理、判断力、応用力	状況を分析判断する、工夫したり、新しいアイデアを出す
	V 言語能力	8 語彙 10 文章完成	言語的な理解力、文章読解、表現力	文章を読み書きする、言葉で伝達したり、説明を理解する
	N 数理能力	7 計算 11 算数応用	数的な処理能力、計算力、数的推理力	各種計算、集計作業、数量管理・分析、金銭管理などを行う
	Q 書記的知覚	4 名詞比較	文字、記号などデジタルデータの比較弁別、一般的な注意力	印刷物の校正、帳票の記載やチェック、表の作成作業などを行う
知覚機能	S 空間判断力	6 半面区判断 9 立体区判断	立体的、構造的な理解力、図面から実物をイメージする力	設計図を理解したり作成する、造形的な作業を行う
	P 形態知覚	3 形態照合 5 図柄照合	形、図形などイメージデータの比較弁別力	裁断、切断、切削、取付け、貼付け、接合、組立等の作業を行う
運動機能	K 運動共応	1 円打点 2 記号記入	目と手の共応、迅速で正確な動作を行うコントロール力	キーボードの操作、素早い繰返し作業を行う
	F 指先の器用さ	器具検査3・4	指先の巧緻性、細かい物を正確に扱う能力	精密作業、小さい物を指先で取り扱う作業を行う
	M 手腕の器用さ	器具検査1・2	腕や手首を使って物を巧みに扱う能力	ハンドルやレバーを操作する作業、道具を巧みに扱う作業を行う

表5 GATBとWAISの相関関係図

GATB \ WAIS	知識	理解	算数	類似	数唱	単語	符号	完成	積木	配列	組合
G 知的	.536	.146	.708	.444	.402	.351	.413	.248	.507	.390	.282
V 言語	.467	.057	.619	.397	.471	.340	.421	.104	.367	.271	.120
N 数理	.424	.044	.742	.283	.449	.183	.447	-.007	.299	.139	-.046
Q 書記	.355	.014	.605	.273	.452	.187	.532	.101	.359	.209	.030
S 空間	.317	.227	.302	.321	.171	.224	.281	.478	.623	.415	.510
P 形態	.249	.181	.304	.358	.345	.179	.404	.459	.638	.499	.455
K 共応	.275	.172	.112	.202	.168	.114	.506	.294	.261	.140	.145
F 指先	.097	.224	.144	.238	.088	.128	.516	.366	.415	.447	.266
M 手腕	.048	.086	.050	.074	.125	.047	.524	.370	.263	.389	.182

資料出所：上坂武、佐藤昌子「GATBの解釈と活用」日本教育心理学会論文集, 1986

精神的不調による休職者の 早期不適応的スキーマとその対処スタイルの検討

分担研究者	黒木 宣夫	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・教授
研究協力者 (報告書作成者)	浅海 敬子	東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック
研究協力者	山村 重雄	城西国際大学 薬学部 教授
	端 こず恵	東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック
	黒木 侖	東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック
	桂川 修一	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・准教授
	砂川 裕之	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・助教
	林 果林	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室・助教
	藤井 悠	東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室

研究要旨

本研究は、近年精神的不調から職場を休職や休職を繰り返す者が増加していることから、その治療・復職支援・職場復帰支援の立場にある者に、Young, J.E.の早期不適応的スキーマとその対処スタイルの視点からの、有益な知見を提供することを目的としている。調査対象となった休職経験者63名のうち57名が気分障害と鑑別され、本研究では休職者の問題は主として気分障害をめぐるものと考えられた。Young スキーマ検査紙 YSQ-S3, YCI, YRAI と、BDI-II, STAI による調査の解析により、(1) うつ群とうつ回復群と健常群との比較からは、うつ既往群に健常者よりも高いスキーマ合計点を有する高い可能性が示唆された。(2) スキーマ領域I『断絶と拒絶』、領域II『自律性と行動の損傷』、領域V『過剰警戒と抑性』に既往群と健常者に素点上で大きな差異がみられ、かつ対処スタイルとしては、個人主義・自己コントロール、および行動化/身体化が、健常群に比して使われやすい事が示された。これらの結果から、復職をスムーズにし、かつ再発予防のためには特に、治療における無力感の修復、孤立感への留意と対応、職務遂行上の完璧主義や過剰な綿密さ等の修正、身体化されやすいうつ症状への留意等が大切であると考えられた。スキーマは、自己同一性感覚の中心にあり、変化させることは非常に困難であるが、治療を行う医療者と、復職支援者、職場復帰支援者の協力が重要であり、それぞれの支援のポイントについて述べた。

A. 研究の目的

A-1) 早期不適応的スキーマ

「スキーマ」とは、認知発達分野の研究において最も詳細に検討されているものであるが、人が現実や体験を認識し、解釈し、反応する際に基礎となるパターンである。心理学や心理療法の上では、中核信念、基底にある根元的前提・不合理な確信などと訳される言葉で、心の深層にあって潜在的で、変化しにくいその人なりの価値観・信念・ルール・思い込みといったもので構成されているものである^{9,10,16}。スキーマの特徴としては、肯定的または否定的、適応的または不適応的な場合もあり、多くは幼少期に形成されるがそれ以降に形成されるものも含み、その後それが精緻化され続け、たとえそれが不適切なものになっていっても、その後の人生体験を捉える際の認知的枠組みになり続けるとされている。それは人間が安定した認知的一貫性を求めることと関連していると考えられている³⁵。

心理療法、特に認知療法の分野では、Beck,A.T.によるスキーマ論と、抑うつスキーマがよく知られている。Beck,A.T.⁴⁵は、スキーマが刺激の選択や記憶や評価をする認知的基礎的構えであり、刺激としての体験の捉え方に歪んだ偏りを与え、環境的刺激によって活性化されたり不活性化されたりすると述べている。また抑うつを引き起こす認知を、抑うつスキーマ、ここから生み出される推論の誤りと、自動思考の3つのレベルに分類している。抑うつスキーマは幼児期の否定的な体験などによって形成された深層的・永続的な非機能的態度であり、独特の否定的なもので、そのテーマを刺激する出来事を体験するとそのスキーマ

が活性化される。人それぞれにスキーマのテーマが違うので、抑うつを引き起こしやすい体験の領域も人それぞれ異なるとする。

この Beck による抑うつスキーマを測る質問紙としてよく使われるのが、非機能的態度尺度（Dysfunctional Attitude Scale : 以下 DAS と略記）³⁰である。Wang,C.E.A. et al²⁹のレビューによれば、この DAS による、Beck の非機能的態度と呼ばれる抑うつスキーマの安定性に関する数多くの研究がある。得点は臨床的な状態によって変動することが知られており、この抑うつスキーマは、気分状態を反映するもので人格特性を表すものではないのではないかという疑義がある。しかし抑うつから回復した患者群の得点が抑うつ既往のないコントロール群よりも高いとする研究も散見されるなどから、単純に性格特性か状態依存性かというアプローチは取れないのではないかとする考え方もあり、そこで状態-特性脆弱性モデル（認知感情的構造の表現と、気分による把握レベルの差を含むモデル）とする考え方が提唱されている。また一定期間後の変化をみるいくつかの研究からは、抑うつスキーマは相対的に安定しているが、他方気分状態の変化が非機能的態度や認知的歪みに影響を与えていることもわかっている。またこの DAS 得点による抑うつエピソードの発症予測は、非常に限定的だとする研究もある。

一方、近年認知療法の分野で、従来の標準的な短期認知行動療法の適用のない障害（人格障害をはじめ、難治あるいは遷延性の不安障害やうつ障害を含む、より慢性的で、遷延性の障害）に対して、Young,J.E^{31,34,35}により、それらの障害の

問題の中核にある認知的因子として早期不適応的スキーマ (Early maladaptive schemas: 以下 EMSs と略記) が提唱され、治療法としてスキーマ療法が開発されてきている。Young によると、EMSs は、発達の初期段階で形成され、生涯にわたって維持される、自滅的な認知と感情のパターンであり、最深層の認知構造をあらわしている。また子供の基本的な情緒的要求が重要他者との関係で得られない持続的体験が EMSs を生成発展させ、臨床症状の発展と維持に対する準備因子のような、そういう傾向を生む因子となり、抑うつやパニック、孤立や人間関係の悪化、職業上の障害、アルコールや薬物依存、過食、潰瘍や睡眠障害などの心身症という心理的問題を、EMSs が直接的もしくは間接的に引き起こすと仮定される。さらに EMSs は、その人の対人関係とパーソナリティに関係する種々のタイプを形成する説明因子ともなるとされる。EMSs は 1990 年発表当時 5 領域に分かれた 16 スキーマであったが、現在では改変されて 5 領域 18 スキーマとなっている³⁴⁾ (表-1)。

こうした Beck と Young の「スキーマ」については、若干の相違が見られるようである。Wang, C.E.A., et al.²⁹⁾によれば、どちらも幼少期の逆境体験に関係して形成されるとしているが、Beck の抑うつスキーマ (非機能的態度) よりも Young の EMSs の方がより安定しており、それらは他者と環境と自己の関係を象徴する認知構造の最深層レベルに属するもの、とされている。また Schmidt, N.B. & Joiner, T.E. Jr.²³⁾によれば、Beck が意味しているのは、主として条件的な非機能的態度を生むもの (例：

「人の期待に応えれば、きっと受け入れてもらえるはずだ」「意義あることを成し遂げなければ、生きる価値がない」) であるのに対して、Young が意味しているものは主としてより深層にある無条件的なもの (例：「私は愛されない」「私は生きる価値がない」) であると考えられている。しかしこの点については、Young³⁵⁾ 自身による修正的言及がある：EMSs を提唱した当初は、EMSs は無条件的で、Beck のものは条件的であると考えられていたが、2003 年の著作では EMSs にも無条件的なスキーマと条件的なスキーマが含まれており、人生の最も早期に形成され、その人の中核となっているのが無条件的スキーマ (18 スキーマ中 13 スキーマ) で、その人が無条件的スキーマに何とか対処しようとする中で形成されたものが条件的スキーマ (18 スキーマ中 5 スキーマ) であると訂正されている (表-1 参照)。Hawke, L.D., & Provencher, M.D.¹³⁾のレビューでは、EMSs をめぐる種々の研究によって^{11,21,22,27,29)}、EMSs が時々気分や不安などの症状によって左右されるというよりは、安定した性格特性であることが支持できるとしている。

Young, J.E.^{34,35)} はさらに、人が EMSs にどのように対処していくかについて、スキーマへの対処スタイルという概念を述べている。人は幼少期、スキーマが引き起こす圧倒的な感情的脅威に対して、闘うか、逃げるか、麻痺するという 3 種類の基本的反応スタイルを作り上げる。それらは、闘う：過剰補償、逃げる：回避、麻痺する：服従というスキーマへの対処スタイルであるとする。

- ・スキーマへの過剰補償