

次に、各スキーマ関連検査紙は、抑うつ程度が回答に影響を与えることがわかっているため、これを BDI-II 得点によりコントロールした後に比較した（以下 BDI-II による補正後比較と表記）。

また比較内容は以下の 4 種類を行った。

- a. 合計点として、BDI-II、STAI 状態不安、STAI 特性不安、YSQ-S3、YCI、YRAI の比較
- b. YSQ-S3 の合計、領域、および各 18 スキーマ別の比較
- c. YCI の合計、社会的コントロール、個人主義、自己コントロール別の比較
- d. YRAI の合計、行動化/身体化による回避、認知的/感情的回避別の比較

群間の平均値の比較は二群の場合は対応のない t 検定、三群以上の場合には分散分析後、Tukey の方法で解析した。BDI-II によるコントロール（補正）は BDI-II 値および BDI-II 値と群の交互作用を共変量としてモデル化した後、t 検定または Tukey の方法で平均値の差を解析した。統計的有意水準（ α ）は 0.05 とした。

C. 研究結果

1-a) 合計点の解析による比較

a-I では、補正前にはすべての得点が、休務経験群が健常群より高くなっているが、補正後には YSQ-S3 と YRAI だけが差を示している。

a-II では、補正前にはすべての得点で、休務群が復務群と健常群より高くなっているが、補正後には YSQ-S3 と YRAI でその差が残るが、YCI では休務群と復務群の差のみとなった。

a-III では、やはり補正前には、すべての得点で、うつ群が回復群と健常群より高く

なっているが、補正後には、STAI 特性不安と YRAI ではそのままの差が残り、YCI では休務群と復務群の差だけとなった。

YSQ-S3 の差が消えてしまったため、うつ群を除いて回復群と健常群の差を BDI-II・性別・年齢を共変量として Post Hoc に比較検討したところ、 $p=0.02$ で有意な差が見られている。

a-IV では、I,II,III とは全く異なり、補正前も補正後も統計的に優位な差は見られなかった。

1-b) YSQ-S3 得点の解析による比較

b-I は、補正前と補正後に、YSQ-S3 合計点と 5 つの領域、18 スキーマ別に、休務群と健常群を比較した。補正前には、領域 III の『権利要求/尊大スキーマ』と、領域 IV の『自己犠牲スキーマ』のみ差が見られなかった。補正後には、5 領域のうち III 領域以外で差が見られ、18 スキーマのうち 6 スキーマで差が見られた。特に領域 I で 5 スキーマのうち 3 つ、領域 II で 4 スキーマのうち 2 つで差が残っている。

b-II では、補正前は、領域 I,II,IV,V で休務群と復務群・健常群とに差が見られ、領域 III では休務群と健常群に差があった。スキーマでは、18 スキーマ中 12 スキーマで休務群と復務群・健常群とに差が見られ、6 スキーマで休務群と健常群に差があった。補正後では、差があったのは領域 I・IV・V であり、18 スキーマ中 7 スキーマであった。

b-III では、補正前には、すべての領域と 3 つを除くスキーマでうつ群 > 回復群・健常群という差が見られるが、領域 IV の『厳密な基準/過度の批判スキーマ』でうつ群 > 健常群という差があり、他の 2 つは b-I と同じに、領域 III の『権利要求/尊大スキーマ』

マ』と領域Ⅳの『自己犠牲スキーマ』のみ差が見られない。補正後には多くのスキーマで差が見えなくなっているが、領域Ⅰの『不信/虐待スキーマ』と領域Ⅳの『服従スキーマ』で、うつ群>健常群という差があり、領域Ⅱの『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』で回復群>健常群という差がある。

b-Ⅳでは、a-Ⅳと同様、他の比較表とは全く様相が異なっているが、補正前には全く差が出ず、補正後には領域Ⅱの『失敗スキーマ』のみでM型群と他型群とに差が見られる。

1-c) YCI 得点の解析による比較

補正前にはⅠ,Ⅱ,Ⅲ共に同様に、合計・『個人主義』・『自己コントロール』で差が出ているが、Ⅳでは前記Ⅰ・Ⅱ・Ⅲで差が出ていない『社会的コントロール』で、M型群>躁群という差が出ている。補正後では、Ⅰで差が見えなくなり、Ⅱでは合計で休務群>回復群という差が見え、Ⅲでは『自己コントロール』でうつ群>回復群・健常群という差が示されている。Ⅳでは補正前と同様に、『社会的コントロール』でM型群>躁群という差が見られる。

1-d) YRAI 得点の解析による比較

Ⅰでは、補正前と補正後に、合計と『行動化/身体化による回避』に休務経験群>健常群という差が出ている。

Ⅱでは、補正前も補正後も1つを除いて休務群>復務群・健常群となっているが、そのひとつは『行動化/身体化による回避』で、補正前に休務群>復務群>健常群となっている。

Ⅲでは、補正前後に合計と『行動化/身体化による回避』でうつ群>回復群・健常

群となるが、ひとつだけ補正前の『行動化/身体化による回避』が回復群>健常群となっている。

Ⅳでは、補正前も補正後も差が見えていない。

2-a) YSQ-S3 の素点比較

今回の調査では、統計的な差異だけではなく、スキーマ質問紙それぞれの素点も重要な意味がある。それは休職者あるいは復職者の、その時点でのスキーマの認知的状態を示していると考えられるからである。

YSQ-S3 合計点では、a-Ⅰにおいては「休職経験群 234>健常群 185、a-Ⅱでは休務群 255>復務群 204>健常群 185、a-Ⅲではうつ群 270>回復群 198>健常群 185」と、明らかに状態の悪い群ほどYSQ-S3合計点が高いことがわかる。また、a-Ⅲのように、BDI-II得点によってグループ分けされた比較においては、a-Ⅱの休務か復務かという就業状態での分類よりも、合計点もうつ群 270>休務群 255 とうつ群で高く、回復群 198<復務群 204 と回復群の方が低くなっている。

次に個々のスキーマや領域について見てみる。特徴がはっきり見えやすいb-Ⅲから見ると、一番①うつ群・②回復群・③健常群の差が大きいのは、領域Ⅱ『自律性と行動の損傷』で、①うつ群と②回復群の差 1.05、①うつ群と③健常群の差 1.18 である。中でも、『損害や失敗に対する脆弱性スキーマ』での差は、それぞれ①-②が 0.81、①-③が 1.23 であり、かつ②回復群と③健常群の差も最も大きく 0.43 である。また『依存/無能スキーマ』でもそれぞれ①-②が 0.87、①-③が 1.11 で、『失敗スキーマ』で①-②が 1.82、①-③が 1.55 となり、回復群が

健常群よりも 0.27 低い。次に大きな差が見られているのが領域 I『断絶と拒絶』で、①-②で 0.94, ①-③で 1.10 である。この領域ではすべてのスキーマが①うつ群で、回復群よりも健常群よりも高く、特に『社会的孤立スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』で回復群や健常人との差が大きい。さらに領域 V では、健常人のレベルも他領域に比して 1 番高いが、①うつ群も②回復群も同じように 1 番高く、①と②の差も①と③の差も大きくなっている。特に『否定/悲観スキーマ』で①-②が 1.30, ①-③が 1.42 と大きい。また『感情抑制スキーマ』で①-②が 0.75, ①-③が 1.16, さらに②回復群は③健常群との差も大きく 0.41 である。領域としては特に高くはないが、領域 IV の『服従スキーマ』で①-②が 0.97, ①-③が 1.26 と大きい。また『失敗スキーマ』『評価と承認の希求スキーマ』『罰スキーマ』で②回復群が③健常群よりも低い。

b-II では、b-III よりも口休務群・ハ復務群・ニ健常群との差はやや小さくなってはいるが、やはり領域 II と I で口休務群とハ復務群・ニ健常群との差が大きい。また健常群との差が大きいのは、『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』『社会的孤立スキーマ』『不信/虐待スキーマ』『否定/悲観スキーマ』である。

2-c) YCI の素点比較

c-I, II, III, IV のすべての群で、社会的コントロール得点<個人主義得点<自己コントロール得点となっている。また IV にある群 (M 型群、他型群、躁群) を除き、不調な群ほど、社会的コントロールよりは個人主義を、さらに個人主義よりは自己コント

ロールの方に差が大きくなっている。

2-d) YRAI の素点比較

d-I, II, III において不調な群ほど合計点が高い傾向があるが、行動化/身体化による回避と、認知的/感情的回避のどちらをより使うかと見ていくと、まず健常群は、行動化/身体化による回避よりも明らかに認知的/感情的回避をより多く使うが、口休務群と①うつ群では反対に、認知的/感情的回避よりも行動化/身体化による回避をより多く使っている。その中間に位置するハ復務群と②回復群では、ほとんど同じ程度に両者が使われている。これは、ハ復務群とニ健常群とがほとんど同程度の合計点であり、②回復群と③健常群も同じ程度の合計点であるのに、明らかに使用する対処スタイルの種類が異なっていると言えよう。

d-IV の M]型群、他型群、躁群では不調の程度を考慮しないグループなため、そうした傾向が曖昧になっている。

D. 考察

1) うつ病群における早期不適応的スキーマの検討

もし Young が仮定するように、EMSs(早期不適応的スキーマ) がうつ病をはじめとする深刻で慢性化しやすいような精神病理の基礎に想定されるならば、YSQ-S3 得点が大うつ病や双極性障害において、健常者と比較して何らかの差異がみいだせるのではないか、という仮説が立てられよう。特にうつ病から回復した回復群と健常群との差異に注意してみる。

YSQ-S3 の合計点を調べてみる。a-I では確かに休務経験群で補正前も補正後も健常群よりも高い。a-II では、休務群は確かに

補正前後で健常群よりも高いが、復務群との差がみえないため、症状がとれて復務している状態では、YSQ-S3 得点そのものも健常者と差がみえないことになる。そこでうつに限定した a-III でみると、素点では①のうつ病状態にある群で合計 270 は、②うつ病から回復している群の 198 と③健常群の 185 とに差が見えるが、②回復群と③健常群との有意な差はみられない。さらに BDI-II によるうつ得点の補正をした後では、これらの①②③の差そのものも見えなくなっている。

これらの有意な差の出にくい背景として、特に休務を経験している群での標準偏差の大きいことがあげられる。健常群の標準偏差 37 に比して、a-II の復務群で 51、休務群では 65 にもなり、a-III では回復群で 43、うつ群では 57 とやはり大きくなっているため、統計的処理を行う際に素点で感じるほどの有意差が出にくいことがわかる。そこで先にもふれたとおり a-III の特にばらつきの大きい①うつ群を除いて、②回復群と③健常群の差を調べてみる。BDI-II 合計点、性別、年齢を共変量として Post Hoc な解析の結果、 $p=0.02$ で②回復群と③健常群に有意な差が認められた。つまり大うつ病を経験した者は、健常の人に比して、EMSs（早期不適応的スキーマ）を有する強い傾向が見いだせたと言えよう。

しかしもともと明らかな差異のあるものであれば、いずれの検定法でも差が見いだせるはずだと考えるならば、ここで見られた差は少なくともそうした背景のある差異であることに留意する必要があるだろう。この点は、本研究に先行してうつ群と回復群と健常群とを本格的に比較検討した

Halvorsen, M.らの報告(2009)でも触れられている。すなわち、うつ群と回復群と健常群の YSQ 得点差を比較する際に、解析法の違いにより有意差が出ないが、それは現在の診断基準に照らしてみても、大うつと診断される患者群に多様な要素が含まれていることが予想され、それが変数の大きなばらつきとなって標準偏差の大きさにも表れており、これが統計的な有意差を出すのを難しくしていると述べている。本研究でも同様な結果を得たということが言える。しかしながら、うつ症状のないうつ病既往群が、うつ病にかかったことのない健常群と比較して、多くの、あるいは程度の強い早期不適応的スキーマを有し、それがうつ病発症あるいは再発と関わっているという可能性は高いということは確認されたと言えるだろう。

2) 早期不適応的スキーマとその対処スタイルの検討

次に、休職経験者における早期不適応的スキーマや、その対処スタイルの特徴を明らかにして、治療や復職支援、職場の受け入れ態勢づくりに活かす道を考えてみよう。

調査対象者 63 名の病型分類は、大うつ病既往者が 39 名、躁・軽躁を伴う者が 18 名で、それらを合わせた気分障害群が 57 名となる。つまり、本研究における休職者というグループは、そのほとんどを気分障害者が占めているということが出来る。したがって b-III のうつ群と回復群、健常群の素点の比較を中心において、本研究の結果を検討してみたい。

はじめに、領域 I『断絶と拒絶』で差が大きく、中でも『社会的孤立/疎外スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』

『不信/虐待スキーマ』が問題となりやすい。この領域は、特に心理的発達の手台となっている部分であり、『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』は幼少期の体験が大きく影響している。『社会的孤立/疎外スキーマ』がそれらの手台の上に、比較的遅く思春期の頃までの体験から形成されると言われている。これらのスキーマを持っていると、人間関係の中で受け入れられるかどうか自信が持てないために、積極的に自分から関係を作ることが難しい。それにさらに休職ということが重なると、職場復帰が大変ハードルの高い挑戦になりやすいだろう。つまり休職後の復帰で問題になりやすい問題のひとつが、職場の対人関係であるということが、このスキーマからも説明されると考えられる。職場のストレスを軽減するポイントのひとつは、職場の人間関係であると言われているが、こうしたスキーマから考えてみると、休職者の復職にあたっては、特にこの点が配慮の大切なポイントとなるだろう。同じ強いストレスがあっても、職場で、仲間意識が持てること、自分を理解してくれる人がいると思えること、実際に相談に乗ってくれたり励ましてくれたりアドバイスしてくれたり等のサポートが得られること、の3つが存在するほど、主観的なストレスは軽減する。復職支援の立場にある者には、こうした点について復職者と話し合い、実際に復帰する職場でどのようにこうした対人関係を作っていけばいいか、について一緒に対策を考えるという実際の支援を、大切なステップとして取り入れる事を勧めたい。また復職者を迎える職場としても、この点は職場の態勢作りの大事なポイントのひとつ

つとして考えていくことを勧めたい。これらは、休職者ばかりでなく、常日頃からの職場でのストレスを軽減するためにも大切なポイントであり、そうした関係を育む職場態勢も大切にされると良いと思われる。

これと関係して、YCI スキーマへの過剰補償についても、触れておきたい。不調な群ほど、不快なスキーマが意識に登ってくるのを防ぐために、スキーマへの過剰補償も多く使われる傾向が見えるが、なかでも個人主義というタイプの過剰補償も増えてくる。これは、人と交わることでいろいろ刺激を受けて、自分のスキーマがさらに活性化されて自分が動揺したりふさいだりなどが起こらないように、人から距離をとり、孤立化したり引きこもったりする対処法である。この個人主義というタイプの過剰補償が強く働くために実際に孤立した状態が作られやすくなり、さらに『社会的孤立/疎外スキーマ』が刺激されて、強く活性化してくるのではないかと推測することも可能であろう。

さらには領域 V『過剰警戒と抑制』も、そもそも健常人も通常から他領域に比して高いが、うつ群・回復群もさらにこの領域で高い傾向がある。『否定/悲観スキーマ』『感情抑制スキーマ』が特に問題となりやすい。否定・悲観という傾向は、Beckの抑うつスキーマとしても知られている。これは何事も暗く考えてしまう、うつに直接つながりやすい認知の典型のようなものだが、ある意味で「こんな風に暗くマイナスに考えていると、落ち込んでやる気がでないですよねー」という日常的説明で理解しやすいテーマであるとも言える。まず医療や復職支援の場で、こうした考え方がうつを長

引かせ再発もさせやすいことを本人に意識してもらい、その後は復職支援の場でも職場でも、日常的に周囲が留意して観察し、そうした言葉や態度を見つけた時に、さりげなく指摘していくことも可能だろう。また感情抑制しすぎるという傾向も、周囲の日常レベルでの働きかけがしやすい面である。怒りや不安を表現せず、心に溜め込んでいくことは人間として非常に無理な状態であり、心のバランスを壊すことになりやすい、本人にこうしたことを理解してもらったあとは、職場の仲間意識がうまく作られれば、こころの鎧もある程度自然に緩めることができるだろう。自分のちょっとした失敗やドジさ加減を、仲間と笑い飛ばすことができれば、こころに負担とならずに済む。周囲にそうしたオープンな人がいて、それを自然にやっていく姿を日常の環境にすることで、堅苦しい抑制的な人でもたまにはちょっと緊張を緩めることができる、特に昼食時や飲み会などの仕事以外の歓談の場や、職場の催し物の際には、そのような場作りを大切にすることも良いと思われる。

最後に、最も健常群との差が大きいのは、領域 II『自律性と行動の損傷』であり、中でも『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』、『依存/無能スキーマ』、『失敗スキーマ』が問題となっている。損害や失敗に対する脆弱性というのは、うつ群ばかりでなく、回復群でも健常群との差が大きく、これは休職を引き起こすほどの精神的病気を体験したという事実が大きく影響しているだろうことは疑いがない。筆者の体験する個人カウンセリングでも、集団認知行動療法のメンバーとでも、こうした印象は目立っているように思われる。このスキーマが、回復

群でも高めなのは、一度うつ病を体験した者が、うつ病やその他の精神的不調に対して、自分ではどうしようもないというような、無力感を感じやすいということになる。服薬のみで回復した者が、認知行動療法との併用者よりも再発しやすいという理由の一端が、ここにあると考えることもできよう。うつ病が再燃・再発しやすいという事実を考えるならば、この無力感を医療の場で軽減していけるようにしていくことが大切だと思われる。休職者自身が、この無力感をきちんと受け止められるように働きかけるとともに、自分に何ができるかをアドバイスされ、実行していく事を、復職支援や受け入れる職場の留意事項として、周囲がサポートしてくことも大事にされるべきであろう。

『依存/無能スキーマ』と『失敗スキーマ』は、どちらも職場での能力と実行力に関わるものである。言ってみれば自分に自信がない状態で、自己イメージが否定的で、不安や劣等感を感じやすく、そのため却って自分の持っている能力も発揮できない、ということになりやすいとも言える。ここでもまた、自分は何をやってもダメだという無力感とつながってくるものであり、前記の無力感とも重なっていつてしまうだろうことは容易に想像できる。

YCI スキーマへの過剰補償の比較においても、不調な群ほど個人主義というスタイル、さらにはもっと多くの自己コントロールというスタイルが使われるという結果が得られた。この依存/無能スキーマや失敗スキーマが活性化するのを防ぐために、自己コントロールの対処反応として、たとえば完璧主義を徹底させて失敗しないように

したり、決断する際にはあらゆる可能性を検討してなお最終判断に悩んだり、理想の自分であろうとして自分を追い詰めてしまったりなど、自分のもてるエネルギーの全てを注ぎ込むような働き方になりやすいことが理解できる。こうした状態は、従来の典型的なうつ病の疲弊をよく説明していると思われる。真面目で几帳面で責任感が強い・・・といううつのパーソナリティの基本に、こうしたスキーマが働いている、という異なった理解もできると思われる。

これらのスキーマと自己コントロールという過剰補償の対処反応に対しての働きかけには、スキーマの問題が働き方に直接反映されたものであるだけに、かなりの困難が予想される。

“スキーマは患者が幼少期に学んだ自分自身及び世界に対する信念であり、それは患者の中に深く染み込んでいる。……たとえ自滅的スキーマであっても、それは患者に安心感や予測可能感を与える。スキーマは患者の自己同一性感覚の中心にある。……患者にとってスキーマを手放すことは、世界がひっくり返ることに等しいのである。このように考えると、治療に対する患者の抵抗は、内的一貫性と自己制御を保つための一種の自己防衛であると言える。スキーマを手放すことは、「自分はどのような人間か」「この世界はどのようなところか」という自らの知識を放棄することでもある。”

これらのスキーマから起こるこうした不都合な生き方を変えていくためには、やはり小手先のことではかなわない。望ましくは、医療者ばかりでなく、病者本人もこれを意識化すること、そしてこのスキーマと

向き合い、自分が変化していけることを信じて、言葉となったスキーマを少しずつ適応的な表現に変え、それに基づいて行動していく努力を継続すること、等の努力を続けてもらうことである。これは例えば自分で認知行動療法の本を読んでやろうとするのは難しい、やはり専門家の援助を受けながら、共に歩いていく、というやり方になるだろう。職場では、仕事の進め方や職場での態度などを見ながら、行き過ぎた面が見えたら、さりげなく仕事の優先順位を考えるようにアドバイスしたり、仕事上の相談に乗ったり、何か困っていることはないかと問いかけてみたり、言葉をかけやすい雰囲気をつくったりなど、孤立化させないで、仕事を一人で抱え込ませないようにする工夫も大切にして欲しい。

YRAI スキーマの回避の結果からも、興味深い事実気づかされる。結果で見たように、不調な群ほど合計点が高い傾向があるが、質的な差として、対処スタイルの種類が異なっているという点である。健常群は、行動化/身体化による回避よりも明らかに認知的/感情的回避をより多く使うが、不調の強い群では反対に、認知的/感情的回避よりも行動化/身体化による回避をより多く使っている。これは、うつ病になるほど、身体的不調を感じやすくなったり、あるいは自分の問題に直面するよりも行動で紛らわせるような対処スタイルをより多く使うようになるということの意味している。仮面うつ病と言われる病態があるが、うつ病者のこの行動化/身体化による回避という対処スタイルの反応が、顕著に身体愁訴に表れていると考えることができよう。したがって、通常よりも強い・しつこ

い身体不調の訴えや、通常とは違和感のある言動についても、それがうつ病的になっているサインではないか、と留意して見ていくことも必要であろう。職場での不調の始まりや、不調の再発などへの留意点として、心得ておくことも大切であろうと思われる。

最後に、M型群、他型群、躁群として比較検討した調査について述べておきたい。結果としてこの3群の比較は、はっきりした差も見出せず、いろいろな点で筆者自身が納得できる感じが薄かったのは事実である。例えば、それぞれの群の平均年齢が、M型群：41.64歳で、他型群が42.73歳、という点はどうか。筆者の予想では、他型群にいわゆる現代型うつと言われる休職者が多いであろうから、メランコリー型であるM型群より平均年齢が若いのではないかと、という予想とは逆の結果であった。また、自己愛とのかかわりが高いとみられている『権利要求/尊大スキーマ』で、他型群がこれらの3群中、1番低かったことや、『感情抑性スキーマ』で、躁群が3群中でむしろ若干高めであったことも、どういう説明がされるべきか、今のところよくわかっていない。また、各検査得点での標準偏差が、この3群は他の分類群よりもかなり大きかったことも見逃せない。臨床的な症状の程度を区別しない分類が、必要以上にこのようなばらつきの大きさとなった可能性も否めない。そのため、他群比較以上に、有意な差が出なかったということもできる。さらにM.I.N.I.による鑑別が、適切になされたかどうか、検討の余地があると思われる。筆者自身もこの鑑別診断の役割を担ったが、回答してくれる調査対象者自身の記憶がかなりあいまいな場合も多く、また

細かい質問表現の部分をあまり考慮しないで回答する者も少なからずいたように感じている。また当院では復職支援デイケアに力を入れており、今回の調査対象者にはこのデイケア参加者が多かったが、このなかでの心理教育プログラムでは、現代型うつの教育的理解を図る事も行われているが、もし調査対象者が現代型うつである事に居心地の悪さやマイナスイメージを持つ場合には、回答も偏ってくる可能性はないであろうか、という疑問も持たれる。これらはいくまで印象ではあるが、従って調査者の方から、鑑別の大事なポイントを再確認する、曖昧な点を聞き直す、丁寧な説明を加えて確認する、という態度が必要とされる場合も多かった。これらの様な点を振り返ると、M.I.N.I.実施担当者の間では、もちろん事前に実施法の確認などの打ち合わせは行われたが、さらに問題となりやすいチェックポイントなど詳細なディスカッションをする事が望ましいのではないかと考えられ、これは今後の課題にしたいと思う。

E. 結論

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.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) が提唱されている。本研究は、職場における精神的不調による休職者の増加の問題を、この早期不適応的スキーマと、その対処スタイルという視点から調査研究したものである。調査対象者となった63名のうち57名が気分障害であり、休職者、特に休職を繰り返すような重症の休職者の問題の主たる部分が、

気分障害者への治療と再発予防・復職支援の問題だと言えるようである。

調査研究の目的の一つは、この早期不適応的スキーマが、健常者と比較してうつ病者とうつ病既往者に特有な差異があるかどうか、を調べることであった。先行する研究において、早期不適応的スキーマがうつ症状の重症度への予測因子となる可能性と、うつ病の発症と再発につながる役割を果たしている可能性が強く示唆されている。本研究では、検査時にうつ症状を有している群と、回復している群、および健常群とのスキーマ得点を比較することで、うつ病にかかわるスキーマを探る試みを行った。結果としては、うつ病の診断基準により、患者群のバラつきが大きいため、解析後に有意差が出にくく、解析法の違いで有意差が見えなくなることから、明確な統計的有意差があるとは結論づけられなかった。しかしながら、うつ回復群においても、健常人と比較してこの早期不適応的スキーマ得点が高い傾向が示唆され、うつ病既往群に健常人に比してこの早期不適応的スキーマに差異がある可能性が示されたと考えられる。さらに、目的の二つ目が、退職者の有する早期不適応的スキーマと、対処スタイルの特徴を調べることで、不調が遷延化したり、再発を繰り返したりする退職者への治療、再発予防、復職支援、受け入れる職場の支援態勢づくりなどに、有益な知見を得ることであった。うつ病者に特有のスキーマ領域は、領域Ⅰ『断絶と拒絶』で差が大きく、その領域の中でも『社会的孤立/疎外スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』が問題となる。これらへの支援には人間関係作りへの支援

の大切さが検討され、示された。領域Ⅴの『過剰警戒と抑制』も、そもそも健常人も通常から他領域に比して高いが、うつ群・回復群もさらにこの領域で高い傾向がある。中でも『否定/悲観スキーマ』『感情抑制スキーマ』が問題となるが、これらに対しては日常的な対応の大切さが示唆された。一番差の大きく出たのが、領域Ⅱ『自律性と行動の損傷』であり、中でも『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』『依存/無能スキーマ』『失敗スキーマ』が問題となるが、特に無力感と仕事への向かい方の問題が大きいと見られるが、対応の困難な問題となりやすく、対応には専門的な援助が必要とされると考えられた。またスキーマへの対処スタイルの検討からは、うつになると、過剰補償では個人主義と自己コントロールの対処スタイルが多く使用され、またスキーマの回避では、行動化/身体化による回避が多用されやすい事が明らかであり、仮面うつ病や身体愁訴に結びつきやすい背景が理解されると考えられた。

VI. メンタルヘルスに関する教育研修のあり方の検討

1. 睡眠障害への働きかけに関する研究.

①メンタルヘルス不調の早期発見のための睡眠衛生教育・保健指導

研究分担者 田中 克俊

A. 研究目的

睡眠障害は、うつ病をはじめとする労働者のメンタルヘルス不調の重要なリスクファクターであり、また多くの精神疾患の初期症状であることが知られている。我が国においても、健康日本21における睡眠に関する目標値や、「健康づくりのための睡眠指針～快適な睡眠のための7カ条～」などが示されているものの、これまで職域での睡眠教育や保健指導は十分には行われていない。睡眠時無呼吸症候群（以下 SAS）による事故等の報道などによって労働者の睡眠の問題がクローズアップされ、一部の企業では SAS のスクリーニングが実施されるようになったが、SAS 以外の睡眠問題に対する教育や介入への拡がりは未だ不十分である。労働者は SAS も含め様々な睡眠障害を抱えており、より広範な睡眠障害に対するアプローチが求められている。また、うつ病等の精神疾患に比べ、睡眠の問題は職域では相談しやすい内容のため、メンタルヘルス相談窓口の早期利用を促進するためにも睡眠をテーマにした社内教育は有用と思われる。

労働者が抱える睡眠障害の中には薬物治療等の専門的な治療だけでなく、生活習慣の見直しや生活上の工夫によって改善するものも含まれており、他の生活習慣病の予防や治療と同様、職域での睡眠衛生教育の実施が考慮されるべきである。また、睡眠

は個人によって問題となるポイントや対応方法が大きく異なるため、集団衛生教育だけではなく、産業保健スタッフ等による個人睡眠保健指導も組み合わせて実施することが望ましい。これまでの研究から、非薬物的な介入として、刺激コントロール法、睡眠のための認知療法、リラクゼーション法、睡眠制限法などが有効であることが示されているが、これらの多くは保健指導の中でアドバイスすることが可能である。

ここでは、睡眠障害者への早期発見のために必要な問診、アセスメントの方法、早期介入として職域で行うべき睡眠衛生教育や保健指導の内容について検討を行い、さらに各教育マニュアルの作成等の準備を行った。

B. 研究方法

睡眠障害者への早期発見のために必要な問診、アセスメントの方法、早期介入として職域で行うべき睡眠衛生教育や保健指導の内容について検討を行い、さらに各教育マニュアルの作成等の準備を行った。

C. 研究結果

1. 睡眠障害のアセスメント

(1) 対象となる睡眠障害

睡眠障害国際分類第2版 (International classification of sleep disorders, 2nd edition, 2005) では、睡眠障害を I. 不眠症, II. 睡眠関連呼吸障害群, III. 中枢性過眠症群, IV. 概日リズム睡眠障害群, V. 睡眠時随伴症群, VI. 睡眠関連運動障害群, VII. 孤発性の諸症状, 正常範囲と思われる異型症状, 未解決の諸問題, VIII. その他の睡眠障害に分類している。この中で、本研

究では下記を職域における主なアセスメントと介入の対象になる睡眠障害と考えた。

1) 不眠症

- ・適応障害性不眠症（急性不眠症）
- ・精神生理性不眠症
- ・特発性不眠症
- ・精神疾患による不眠症
- ・不適切な睡眠衛生
- ・薬剤または物質による不眠症

2) 睡眠関連呼吸障害群

- ・中枢性睡眠時無呼吸症候群
- ・閉塞性睡眠時無呼吸症候群

3) 中枢性過眠症群

- ・情動脱力発作を伴うナルコレプシー
- ・情動脱力発作を伴わないナルコレプシー
- ・身体疾患によるナルコレプシー

4) 概日リズム睡眠障害群

- ・概日リズム睡眠障害，睡眠相後退型（睡眠相後退障害）
- ・概日リズム睡眠障害，睡眠相前進型（睡眠相前進障害）
- ・概日リズム睡眠障害，時差型（時差障害）
- ・概日リズム睡眠障害，交代勤務型（交代勤務障害）

5) 睡眠時随伴症群

- ・覚醒障害（ノンレム睡眠からの覚醒時に起こるもの）
- ・通常レム睡眠に伴って起こる睡眠時随伴症

6) 睡眠関連運動障害群（sleep-related movement disorders）

- ・むずむず脚症候群
- ・周期性四肢運動障害

7) その他の睡眠障害

- ・環境性睡眠障害

(2) 睡眠障害のスクリーニング

1) 問診

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害医療における政策医療ネットワーク構築のための医療機関連携のガイドライン作成に関する研究」班が作成した「一般医療機関における睡眠障害スクリーニングガイドライン」（図1）を用いてスクリーニングを行う。

2) 睡眠障害のスクリーニング（問診票）

睡眠障害のスクリーニングとして用いられる主な問診票には下記のものがあり、必要に応じて使い分ける必要がある。

①昼間の眠気尺度

- a) スタンフォード眠気スケール日本語版（SSS-J）
- b) カロリンスカ眠気スケール日本語版（KSS-J）
- c) エップワース眠気尺度日本語版（JESS）

②不眠症の尺度：

アテネ不眠尺度

③睡眠の質に関する尺度：

ピッツバーグ睡眠質問票（PSQI）日本語版
3) 睡眠障害のスクリーニング（専用機器の利用）

①睡眠呼吸障害

パルスオキシメータや簡易 PSG（鼻口部気流センサ+パルスオキシメータの組み合わせなど）。PSG より呼吸イベントの検出力は劣るが、閉塞性睡眠時無呼吸のスクリーニングとして有用である。初診時に精神生理性不眠と診断したケースで在宅パルスオキシメータ記録を行うと、一定の割合で軽症の睡眠時無呼吸がみられる。

②睡眠潜時、中途覚醒時間、睡眠効率

加速度センサーを組み込んだアクチグラムを用いて測定することが多い。Coleの式などを用いて客観的な睡眠と覚醒を大まかに判定することができる。睡眠日誌を毎日記載する負担が軽減できることに加え、記載忘れ、記憶違いなどを防止できる。アクチグラムを組み込んだパルスオキシメータや簡易 PSG 機器もある。

4) 睡眠障害のスクリーニング（睡眠日誌の利用）

睡眠日誌には、床上時間、就床時刻、主観的入眠潜時、主観的睡眠時間、起床時刻、熟眠感、仮眠もしくは居眠りの時間帯、眠気の強かった時間帯などを記載する。概日リズム睡眠障害と過眠を呈する睡眠障害の評価のためには睡眠日誌が有用となる。

2. 睡眠衛生教育

(1) 睡眠衛生教育の目的・内容

睡眠衛生教育では、睡眠の生理や睡眠のための望ましい準備などの他、交替勤務生活における光の利用の仕方や仮眠の取り方など体内時計と睡眠覚醒リズムの脱同調による影響を出来るだけ軽減するための具体的なアドバイスも含める必要がある。

1) 教育の目的

より良い睡眠のために必要な知識を習得し、自らの生活の中で実践可能な睡眠習慣を取り入れることで従業員のセルフケアを支援する。

2) 教育対象

基本的に全従業員を対象に行うことが望ましい。その後は、新入社員教育、交代勤務開始時等必要に応じて階層別教育等でフォローアップ教育を行う。

3) 教育スタッフ

産業医、産業看護職、心理職、嘱託精神

科医、衛生管理者など

睡眠教育マニュアル（PPTおよびその解説書）を作成し、教育スタッフにはマニュアルに基づいた教育が出来るよう事前にスタッフ教育を実施する（図2）。Q&A集も準備することが望ましい。

4) 教育の方法

睡眠教育マニュアルを用いて1時間程度実施

5) 教育内容（項目のみ）

健康づくりのための睡眠指針に準拠した内容とする。

a) 快適な睡眠でいきいき健康生活

快適な睡眠で、疲労回復・ストレス解消・事故防止

睡眠に問題があると、高血圧、心臓病、脳卒中など生活習慣病のリスクが上昇

快適な睡眠をもたらす生活習慣とは

b) 睡眠は人それぞれ、日中元気はつらつが快適な睡眠のバロメーター

自分にあった睡眠時間があり、8時間にこだわらない

寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る（睡眠時間制限法）

c) 快適な睡眠は、自ら創り出す

夕食後のカフェイン摂取は寝付きを悪くする

「睡眠薬代わりの寝酒」は、睡眠の質を悪くする

不快な音や光を防ぐ環境づくり、自分にあった寝具の工夫

d) 眠る前に自分なりのリラックス法、眠ろうとする意気込みが頭をさえさせる

軽い読書、音楽、香り、ストレッチなどでリラックス

自然に眠たくなってから寝床に就く、眠

ろうと意気込むとかえって逆効果（刺激調整法）

ぬるめの入浴で寝付き良く（体温勾配の利用）

e) 目が覚めたら日光を取り入れて、体内時計をスイッチオン

同じ時刻に毎日起床

早起きが早寝に通じる

休日に遅くまで寝床で過ごす、翌日の朝がつかなくなる

f) 午後の眠気をやりすごす

短い昼寝でリフレッシュ、昼寝をするなら午後3時前の20～30分

夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響

長い昼寝はかえってぼんやりのもと

g) 交代勤務生活のためのヒント

夜勤日の過ごし方

準夜勤（夕勤）日の過ごし方

日勤、休日の過ごし方

h) 睡眠障害は、専門家に相談

睡眠障害は、「体や心の病気」のサインのことがある

寝付けない、熟睡感がない、充分眠っても日中の眠気が強い時は要注意

睡眠中の激しいいびき、足のむずむず感、歯ぎしりも要注意

3. 睡眠保健指導（個人指導）

（1）睡眠保健指導の目的

睡眠の問題を抱えている従業員に対して、睡眠状態のアセスメントおよび睡眠改善のための具体的なアドバイスを提供することで、睡眠障害の早期介入および心身の疾病の発症予防をはかる。

（2）教育対象

何らかの睡眠問題を抱えた従業員および

希望者

（3）教育スタッフ

産業医、産業看護職、心理職など

睡眠保健指導用マニュアルを作成し、これを用いた保健指導が実施出来るよう事前にスタッフ教育を実施する。Q&A集も準備予定。

（4）教育の方法

睡眠保健指導用マニュアルを用いて実施。

（5）保健指導の実施内容（項目のみ列挙）

問診や睡眠習慣チェック票（資料）などをもとに必要な項目を実施

a) 睡眠衛生教育

・サーカディアンリズム（体内時計）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ベター

・足浴も有効

・夜遅い時間の食事は控える。空腹も満腹も望ましくない。

・交代勤務者→交代勤務者用指導を参照

b) 夜以外の睡眠を避ける（睡眠の恒常性を保つ）

昼間の仮眠をする場合は15～30分以内で。

c) 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（記憶力増強：ホスファチジルセリン、TG/コレステロール/血糖：クロム、ビタミンCなど）
漢方（ストレス緩和：セイヨウカノコソウ、うつ：セイヨウオトギリソウ、心臓病：サンシチ人参、高麗人参）
滋養強壮剤（カフェインを含む健康ドリンク、高濃度アルコール含有の薬用酒）
- ・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。

d) 寝室の環境を整える

- ・温度や湿度を快適に保つ
- ・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

e) 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. 行動療法

a) 刺激調整法(Stimulus control)

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。

b) 睡眠制限法(sleep restriction)

睡眠の質を改善させるための適切な睡眠時間の制限を行う。

c) 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。

- ・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 (progressive muscle relaxation)
- ・自律訓練法

d) 睡眠の認知行動療法 (CBT: Cognitive Behavioral Therapy)

不眠、感情的苦痛、非機能的認知による睡眠障害の悪循環を切る。

D. 考察

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。海外では睡眠不足による事故や病気などの社会的損失を食い止めるために、全国的な啓発活動の他、学校や職域において睡眠に関する教育が積極的に展開されている。こうした啓発活動や教育の中で、睡眠の問題はあらゆる人々のQOLや健康に直結する公衆衛生上の重要な問題であり、疾病の予防と早期介入を図るためにも、各自が睡眠に関する必要な知識を身につけ、望ましい睡眠行動への変容をはかる必要があることが強調されている。

睡眠衛生教育は他の介入との組み合わせで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、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。

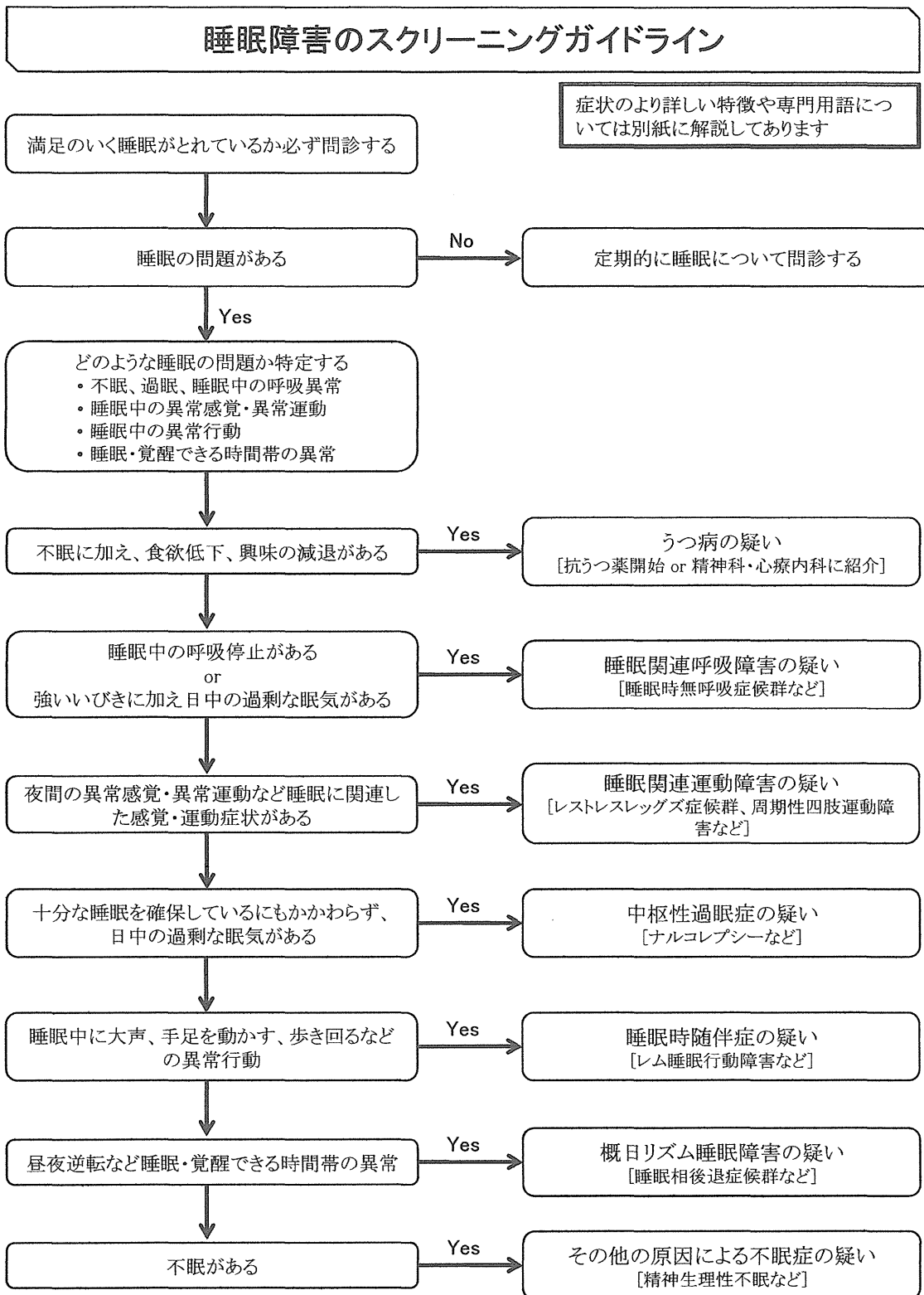


図 1. 一般医療機関における睡眠障害スクリーニングガイドライン

快適な眠りのために

眠ることはなぜ大切？

快適な眠りのために



身体への影響



死亡率との関連



作業事故との関連

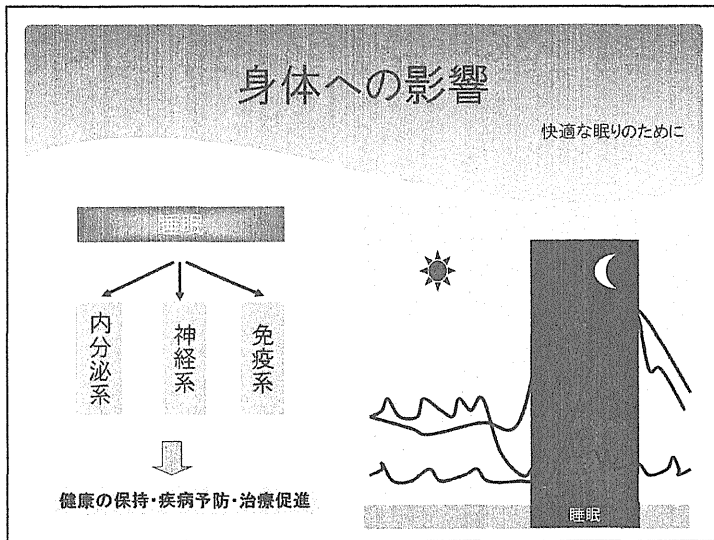


生活習慣病との関連



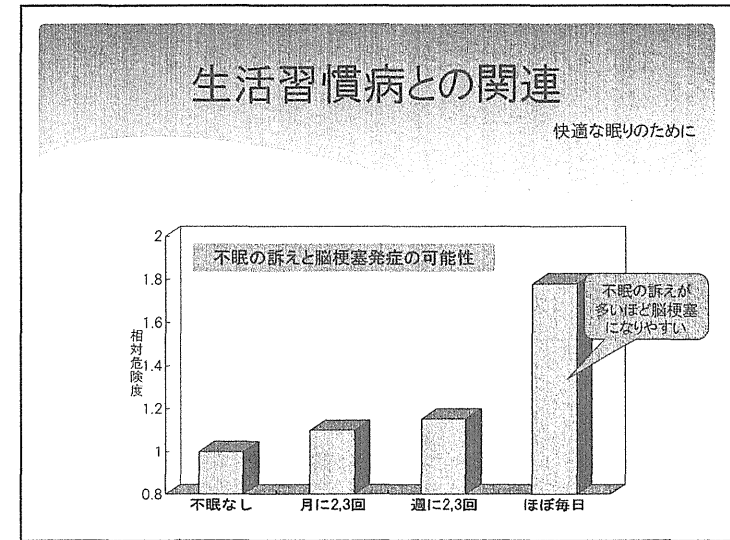
うつ病との関連

睡眠障害の有病率は世界的にも高く、社会的に大きな問題になっています。欧米の住民調査では、睡眠障害の有病率は9%から50%といわれており、日本での睡眠障害の有病率は、21.4%という報告があります。睡眠不足は体の成長や疲労の回復を阻害し、仕事ではパフォーマンスの低下や労働災害の割合も高いと報告されています。運転中の居眠り事故やスペースシャトルチャレンジャー号の爆発事故も睡眠不足が関係しているといわれています。また睡眠障害の健康への影響については、血圧上昇、耐糖能低下から生活習慣病と関連するといわれています。最近はうつ病の患者さんが増加していますが、うつ病の症状として眠れないという訴えは多いようです。さらに長い目で見ますと短時間睡眠は短命との報告もあります。現代の24時間社会では寝ることを犠牲にしながら生活する傾向にあります。しかし、睡眠をしっかり取らないと今話したようなさまざまな影響がでることもわかっています。このスライドでは眠りの重要性を理解していただくことと快適な眠りのためのアドバイスをお話したいと思います。



睡眠をとることは身体にどのような影響を及ぼすのか考えてみましょう。←
まずは

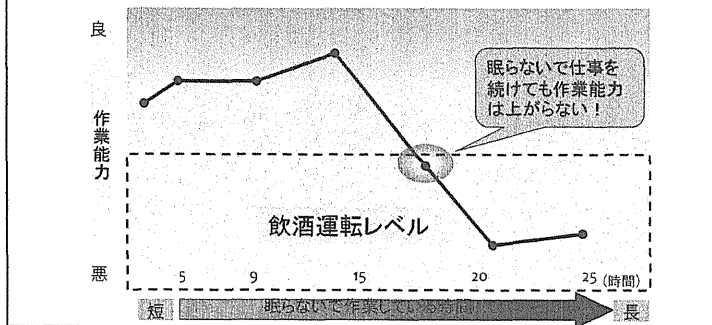
睡眠時と覚醒時に変化するホルモンはいくつかあります。まず、寝る子は育つというように成長ホルモンは睡眠中に分泌されます。寝始めの深い睡眠で、成長ホルモンが分泌され、骨や筋肉など体の成長が促されます。また、成長ホルモンには細胞の修復作用もあるため、女性が気になるお肌の荒れも寝ている間にきれいにする役目があります。次に体の代謝をコントロールする甲状腺刺激ホルモンです。このホルモンも日中は低い分泌レベルですが、夜から睡眠中に最大に分泌されます。血糖値や血圧、免疫系に關与するコルチゾールですが、覚醒そのもので分泌が促されます。睡眠初期は最低となり分泌はほとんどなくなりますが、入眠後数時間してからまた分泌され、早朝にピークを迎えます。中途覚醒が多いと夜間の分泌が増加してしまいます。安定した睡眠をしっかりととることで、こうしたホルモンのバランスもおちつき、体の機能のコントロール、体力や疲労の回復につながっています。



睡眠不足は高血圧、高脂血症、糖尿病との関連があると報告されています。不規則な睡眠習慣はコルチゾールの分泌増加や交感神経系の持続的亢進による血圧上昇、耐糖能異常により血糖値の上昇を認めるなど生活習慣病を発症します。この図は3000人以上の中国人を対象とした16年のコホート研究です。不眠の訴えのない人に比べると不眠の訴えのある人の脳梗塞発症率は1.8倍となることがわかっています。Kuo-Liong Chien; Habitual Sleep Duration and Insomnia and the Risk of Cardiovascular Events and All-cause Death: Report from a Community-Based Cohort. *Sleep*. 2010 February 1; 33(2): 177-184

作業事故との関連

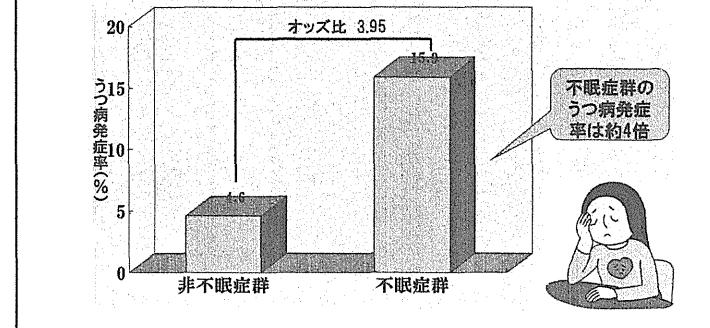
快適な眠りのために



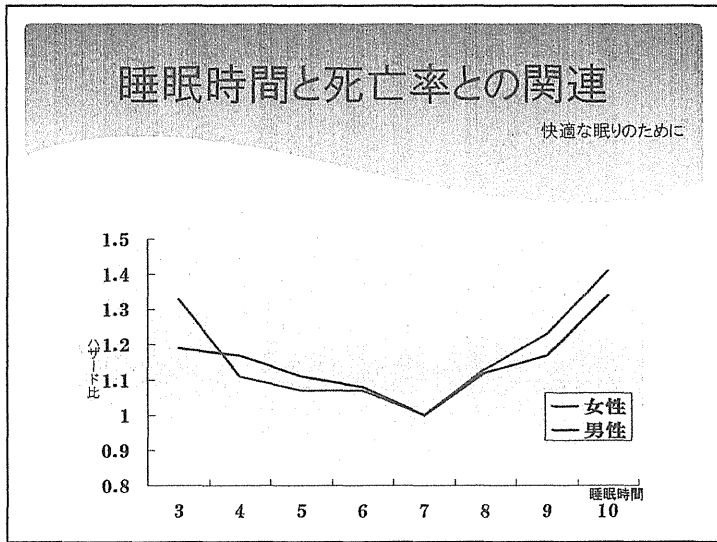
スペースシャトルチャレンジャー号の爆発事故やスリーマイル島の原発事故は労働者の睡眠不足が原因であるといわれています。この図は24時間寝ないで単純作業をさせた場合の作業能力をみたものです。覚醒時間と作業能力には限界があり、24時間起きていて作業ができたとしても、その能力は一定の時間を超えると低下することがわかります。12時間から13時間が限界で、それ以上作業を続けたとしても酒気帯び運転の状態と同じ作業能力でしかないことがわかります。17時間以上作業を続けた場合は、飲酒運転の状態と同じ能力しかありません。このように寝ないで作業をしても作業能力を維持することはできず、かえって事故につながる可能性があります。忙しい時こそしっかりと睡眠をとり、効率の良い仕事をしましょう。(Dauson, D., Reid, K.: Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature, 388:235, 1997)

うつ病との関連

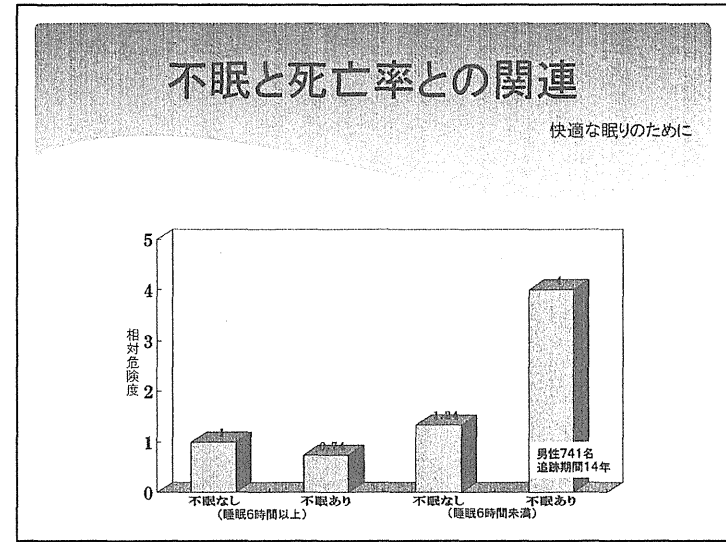
快適な眠りのために



うつ病の症状は、意欲の低下や不安、食欲の低下、胃腸障害などとさまざまですが、その中でも最初の兆候として入眠困難や中途覚醒といった睡眠障害があげられます。このグラフでもあるようにアメリカの調査によると3.5年のフォローアップによるうつ病の発症率は非不眠症群では4.6%であったのに対し、不眠症群では15.9%と高率です。オッズ比は3.95であり、不眠症群におけるうつ病発症率は、非不眠症群に対し約4倍高いことがわかります。(Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry 1996 ; 39: 411-418.)



睡眠時間と死亡率との関連を調べた多くの研究では、短時間睡眠と死亡率との間には有意な関連が示されていると報告しています。図で示しているのは、アメリカ人（110万人）の睡眠時間と死亡率との調査ですが、睡眠時間が7時間の人を基準にするとそれより睡眠時間が長くなると男性、女性とも死亡率は上昇する一方で、睡眠時間が短くなっても上昇していきます。睡眠時間と死亡率との関連は明らかになっていませんが、男性の場合は睡眠時間が短くなることにより死亡率が上昇していることをみると、何らかの仕事に関連した社会的要因が関係しているのではないかと考えます。(Mortality associated with sleep duration and insomnia; Kripke DF, 2002)



短時間睡眠と死亡率を調査した741人のコホート研究(14年)では、睡眠時間が6時間未満では死亡率の上昇を認めます。特に日頃から不眠の訴えがある睡眠時間6時間未満の男性の場合は、不眠の訴えがない睡眠時間6時間以上の人と比べると死亡率が4倍近いことになります。

(Insomnia with short sleep duration and mortality; Alexandros N, sleep, vol. 33, No. 9, 2010)