

労働者における健康要因の形成と
向上方策に関する予防医学研究

2014

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

鈴木 瞬

目次

第 I 章 文献考察	- 3 -
I - A 我が国の職場におけるストレスと心の健康問題	- 3 -
I - B 従来の職業性ストレス研究の変遷	- 4 -
I - C ストレス対処への新しい見方—健康生成論と SOC—	- 6 -
I - D SOC の発達・形成に関わる要因とは	- 10 -
I - E 成人期以降の SOC を向上させる要因・方策とは	- 12 -
第 II 章 労働者における 10 代時期のいじめ経験と成人期の SOC の関連性の検討	- 15 -
第 III 章 うつ病労働者に対する CBGT を介した SOC の変化検討	- 23 -
第 IV 章 結語	- 29 -
第 V 章 謝辞	- 32 -
第 VI 章 参考文献	- 34 -
第 VII 章 図表	- 44 -
(付) 質問票	

第 I 章

文献考察

第 I 章 文献考察

I-A 我が国の職場におけるストレスと心の健康問題

日本の職場におけるストレスと心の健康問題は、年々深刻化しており、2010年代以降も問題は山積している。その背景としては、バブル崩壊後からの長引く低成長や、2008年のリーマンショック、ならびに2011年の東日本大震災による景気の落ち込みなどによる厳しい雇用情勢など、社会情勢の変化によるものが大きい。

また、そのような情勢のなかで、今日、日本的雇用システム¹⁾も大きな転換期を迎えている。日本的雇用システムとは、①年功序列 ②終身雇用 ③企業別組合を三要素とする「三種の神器論」が広く浸透している¹⁾が、21世紀の今日における経済社会構造の変革のなかで、多くの限界と課題を抱えている。

日本的雇用システムにおける大きな課題とは、「長引く低成長」「労働者の高齢化」「国際競争の強まりと非正規雇用労働者の増加」「共働き世帯の増加とワーク・ライフ・バランスの要請、女性の活躍促進」などがあげられる²⁾。

例えば、戦後の高度経済成長期では、企業においても持続的な経済成長が見込めるなかであったため、長期雇用を前提とした、長期的視点に基づいた人材育成が可能であった。それは、労働者側からの観点では、雇用の安定により収入の安定が図られ、それにより生活不安や社会不安を緩和する機能を果たしていた。一方、現在日本が置かれている「長引く低成長」は、長期雇用を前提とした賃金制度を設計する上で大きな不確定要因となり、それにより、労働者の生活不安や、将来不安などが強まっていることが想像される。また、低成長ともあいまった「国際競争の強まり」により、技術革新や、製品開発の速度が高まることにより、これまで以上に労働者における業務の量的・質的プレッシャーは高まっている²⁾。

そのような労働環境のなか、現在我が国では、労働者の抱えるストレスと心の健康問題が深刻化している³⁾。厚生労働省が5年に1度実施している労働者健康状況調査⁴⁾では、2012年度に現在の仕事や職業生活に関する事で強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がある労働者の割合は60.9%と高止まりしている。ストレスとなっていると感じる事柄は、「職場の人間関係の問題」が41.3%であり、次いで、「仕事の質の問題」が33.1%、さらに、「仕事の量の問題」が30.3%となっている。

また、2012年に独立行政法人労働政策研究・研修機構が全国の民間企業を対象に実施した「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」⁵⁾において、心の健康問題を抱えている正社員は、31.7%の事業所で増加傾向にある。同調査では仕事量と心の健康問題の関連を検討しており、仕事量が「増えた」「やや増えた」事業所において、「心の健康問題を抱えた社員がいる」と回答した事業場の割合は、それぞれ71.2%、61.2%であるのに対し、仕事量が「減った」「やや減った」事業所では、それぞれ46.9%、59.6%となっており、仕事量が増えるほど、心の健康問題を抱えている正社員のいる事業所の割合が高くなっている。さらに、46.0%の事業所が心の健康問題が今後深刻化すると回答している。

I-B 従来の職業性ストレス研究の変遷

労働によるストレス(以下、職業性ストレス)が多くの健康問題と関連することは広く知られている。そのため、労働者の心の健康問題を解決するための試みとして、労働衛生学分野において多くの研究がなされてきた。その代表がストレスと疾病に関する因果関係を探索する職業性ストレス研究である。

多くの医学研究、公衆衛生学的研究、社会学、心理学研究により、職業性ストレスが健康に及ぼす影響の重要性は証明されてきた^{6,7)}。

そこで以下に、ストレス学説⁸⁾の成り立ちと、その後発展した職業性ストレス学における7つの理論的モデルを概観しながら、職業性ストレスと疾病もしくは健康度との因果関係についての現在までの知見をまとめる。

a. Selye のストレス学説⁸⁾

そもそも、ストレスの語源・由来については諸説あり、未だ活発な議論が行われている^{9,10)}が、一方で、多くの研究者が支持するのが、17世紀にHookeにより、物理学の領域で提唱されたとするものである。

Hooke が提唱した弾性の法則(Law of Elasticity)によれば、外部から、ある構造物に加えられた力を荷重(load)とし、構造物の内部に生じる力の大きさや作用方向の表現として、応力(stress)があり、loadとstressの相互作用から生じる構造物の歪みをstrainとしていた。

ストレス研究の源流として、Bernardによる内部環境(Milieu intérieur)¹¹⁾とCanonによる恒常状態(ホメオステシス homeostasis)¹²⁾がある。19世紀にBernardは、「生物は動物、植物に関わらず、外部環境が変化しても内部環境が大きく変化しない」ことを指摘し、その現象に内部環境(Milieu intérieur)と名付けた¹¹⁾。この概念は、1930年代にCannonが提案したよび恒常状態(ホメオステシス homeostasis)¹²⁾にも引き継がれている。恒常状態とは、「複雑な生理学的作用の協調によって生体内に維持される、定常的な状態の全体性」とCannonによって定義され¹²⁾、これらの学説はその後のSelyeを始めとするストレス研究の礎となり、多大な影響を与えた⁸⁾。

ストレス研究が本格化したのは1936年、Selyeによる「ストレス学説」の提唱にさかのぼる。ストレスとは本来、物理学用語として用いられていた、物体に外側からかけられた圧力によって生じる歪みを指していた。このストレス概念を医学・生理学分野に初めて導入したのがSelyeであった。

Selyeによれば、ストレスの定義とは「機能あるいは傷害によって惹起された、あらゆる非特異的変化の総和」⁸⁾であり、ストレス(stressor)とは、「ストレスを惹起するもの」である。また、Selyeは、ストレスに連続的にさらされることで、時の経過とともに3段階に発達することを発見した。その第1段階が警告反応期(Alarm reaction)であり、第2段階が抵抗期(The stage of resistance)、そして最終段階が疲憊期(The stage of exhaustion)である。そして、この一連の適応過程を、汎適応症候群(General Adaptation Syndrome: GAS)と名づけた⁸⁾。

b. Holmes と Rahe のライフイベントモデル¹³⁾

1967年、アメリカの精神科医である Holmes と Rahe が 5000 人を超える患者面接を基に施行したライフイベント型ストレス研究である。彼らは、臨床上の経験から、生活上の変化や、環境変化、家族成員の誕生や死、大きな失敗といったライフイベント(人生事件、生活事件)を生活ストレスと捉え、これらを調整するために必要な時間の集中度と長さを調査した。彼らは 5000 人を超える患者の面接を行い、疾患の発症に関わる 43 のライフイベントを抽出した。それをもとに、社会再適応評価尺度(Social Readjustment Rating Scale; SRRS)を作成し、394 人の被験者に対してそれぞれのライフイベントに対して適応に要した時間、負担を主観的に評価させた。

この SRRS を用いて、疾病とライフイベントとの関連についての研究が数多く行われている¹⁴⁻¹⁷⁾。我が国においても、日本人の社会的背景を反映した日本語版の「社会的再適応評価尺度」も作成され、活用されている^{18,19)}。

c. Lazarus のデイリーハッスルズモデル²⁰⁾

Lazarus は日常生活での「細かな煩わしさ(minor annoyance)」から「かなり大きな圧力、問題または困難(fairly major pressure, problem or difficulties)」を惹起する体験と定義される。Holmes らのライフイベントが、ある時期に一気に襲ってくる急性のストレス要因と捉えるのに対して、デイリーハッスルズは日々蓄積していく慢性のストレス要因として現在ではとらえられている。デイリーハッスルズモデルを用いた研究は、精神的健康度との関連を中心として数多く行われている²¹⁻²⁷⁾。

d. Cooper と Marshall の因果関係モデル²⁸⁾

Cooper と Marshall による因果関係モデルもまた後のストレス研究に大きな影響を与えた研究である。彼らはこれまでのストレス研究のレビューを通して、多様なストレス要因によって、精神疾患の発症あるいは冠動脈疾患に発展する因果関係を示した。

Cooper らは、そのモデルのなかで、ストレス要因を「組織内ストレスの源」と「組織外ストレスの源」に分類し、それらが個人に緩衝され、種々の職業的不健康の徴候へとつながり、最終的に冠動脈疾患や精神的不健康へとつながることを明示した。ここでの、「組織内ストレスの源」とは、職務の本質的なものや、組織の役割、キャリア発達、仕事における人間関係、組織構造や風土が挙げられている。また、「組織外ストレスの源」とは、過程の問題や、人生の危機、ライフイベントなどが挙げられており、それらが複合的に影響して、健康障害を引き起こすとしている。

その後も Cooper は、このモデルを応用して、特定の職種や職域に即した因果関係モデルの構築を進めていった²⁹⁻³⁵⁾。

d. Karasek の要求度 - コントロールモデル(Job demand-control model; JD-C model)³⁶⁾

Karasek は、従来の職業性ストレス研究で取り上げられる仕事の要求(demand)という概念は、組み立てライン作業員の心理的緊張(psychological strain)を予測するには有用であるが、管理職の心理的緊張を予測するには不十分であることを指摘した。そして、管理職の心理的緊張をより正確

に予測するために、技術の幅や意思決定の範囲などを含む仕事のコントロール(control)という新たな概念を提唱し、この2要因の組み合わせによって、職場で感じるストレスの度合いが変わってくるとし、JD-C model を提唱した³⁶⁾。このモデルでは仕事の要求度の高低と仕事のコントロールの高低によって、労働者を、以下の4群に分類している。

- 1) 要求度が高くコントロールが低い high strain 群
- 2) 要求度が低くコントロールが高い low strain 群
- 3) 要求度が高くコントロールが高い active 群
- 4) 要求度が低くコントロールが低い passive 群。

Karasek は、これら4群のうち、high strain 群において冠動脈疾患による死亡率が有意に高いことを報告した³⁷⁾。また、Karasek の報告では、active 群では、activity level が高まって生産性が上がると仮定されており、職場での満足感が最も高い³⁸⁾。

このモデルは、後に Johnson と Hall によって Social Support の軸が加えられ、Job demand-control-support model³⁹⁾として拡張された。これらのモデルについては、適用の範囲や因果関係などに関する反駁⁴⁰⁾があるものの、現在もなお注目されるモデルの一つである。

f. NIOSH の職業性ストレスモデル⁴¹⁾

Hurrell と McLaney らが、文献レビューを基に作成した NIOSH (National Institute of Occupational safety and Health) による職業性ストレスモデルも、代表的な因果関係モデルの1つである。

彼らは、作業の質的・量的負担、職場の不十分な物理的環境や人間関係の問題など、職場のストレスラーが大きくなると「疲れる」「イライラする」「仕事への不満」「意欲の低下」「入社困難」などの心理的、生理的、行動的急性反応が生じると捉えた。そして、その急性反応が持続すると精神的ないし身体的健康状態にまで影響が及びうるという因果関係モデルを提示した。その一方で、職場のストレスラーから急性反応への因果的関連性に、職場外要因、個体要因、緩衝要因が影響することも明記した。

この NIOSH の職業性ストレスモデル⁴¹⁾は、特定の職種や職域だけでなく、より一般的な職業に対応できる、これまでのストレス研究を総括したなモデルと考えられている。実際に多数の研究が行われており、NIOSH の職業性ストレスモデルの妥当性が示唆されている⁴²⁻⁴⁵⁾

I-C ストレス対処への新しい見方—健康生成論とSOC—

I-B で概観した多くのストレス研究においては、ストレスラーが人間にとって本来あるべき恒常性を乱し、疾病を引き起こすものとされて描かれてきた。それに対し、ユダヤ系アメリカ人の健康社会学者 Aaron Antonovsky は、ストレス対処における新しい見方として、健康生成論 (salutogenesis) の重要性を展開した⁴⁶⁾。

a. 健康生成論^{46, 47)}とその広がり

Antonovsky は自著の中で、従来のストレス研究を「疾病生成的 (pathogenic)」と説き、「人の想像

力は、リスク要因すなわちストレスに捕まってしまった」と表現している⁴⁷⁾。彼は、従来のストレス研究では、ストレスが必ず不幸な結果を起こすものとされていることに疑問を感じ、ストレスが本質的に悪であると考えたことの短絡性を危惧している⁴⁷⁾。

従来の疾病生成論的観点では、人々は疾病を発生させ、増悪させるリスク因子の同定や、その軽減または除去の方策について知見が蓄積されてきた。そして、それらによって、人々は健康か疾病かに二分化されていた。その一方、Antonovsky はむしろ、ストレスやリスク因子があまねく存在するのがそもそもの前提であり、かつ、人々の健康は多元的に、健康－健康破綻の連続体にあるなかで、いかにして健康を回復し、保持し、増進していくのかという観点に着目した。この発想と観点こそが、Antonovsky による健康生成論である。そしてそのための因子を健康要因 (salutary factor) と定義し、その中核因子として、Sense of coherence (SOC) の存在を提唱した^{46, 47)}。

今日までにおける公衆衛生の発展において、Antonovsky ならびに健康生成論が果たした貢献は非常に大きく⁴⁸⁾、オタワ憲章⁴⁹⁾をはじめとする、国際的ヘルスプロモーションにおける哲学的基礎と考えられている⁵⁰⁾。我が国におけるヘルスプロモーションにおいても、健康支援学会発足に大きな影響を残している⁵¹⁾。

また、近年では、健康生成論的アプローチによるエビデンスの集積が、職域におけるヘルスプロモーションにおいても有力なモデルを構築する可能性が注目されており、個人あるいは集団に対する介入研究の必要性が叫ばれている⁵²⁾。2014年5月には、第87回日本産業衛生学会において、健康生成論とストレス対処・健康生成力 SOC の学習交流会が初開催されるなど、我が国の労働衛生においても、今まさに注目されている概念である。

b. 健康要因の中核因子 SOC^{46, 47)}とは

健康生成論的アプローチでは Sense of Coherence (以下、SOC) を中核概念としている。

Antonovsky は 1960 年代～70 年代に、イスラエルに住む 45 歳～54 歳の女性を対象として、更年期への適応について研究を行った⁵³⁾。対象者のなかには、小児期、少女期にナチスによる強制収容所体験にさらされ、イスラエルに亡命してきたグループもあった。この女性グループの 29% は、概ね精神的健康状態が良好であったが、全対象者の結果と比較すると、明らかに低い割合であった⁵³⁾。

しかし一方で、極限の状況ともいえる強制収容所体験を生き延びたもののうち、約 3 分の 1 が比較的良好な健康度を維持していることに彼は着目し、その後は彼女らがいかにして健康状態を保持してきたか、その要因検索へと視点が転換された。例えば、喫煙と健康の関係について検討するにあたって、喫煙者でありながら、肺癌に侵されずにいる人がいるのはどのような人なのか、タイプ A 型行動パターン^{54, 55)}の人間で冠動脈疾患にならないのはどのような人間なのかと考えた⁴⁷⁾。つまり、彼はまず、病気を引き起こす要因ではなく、病気に抵抗する資源について探索した。そのなかで彼は、個々人によって疾病への関わり方が非常に異なり、画一的な概念化が難しいことを明らかにした上で、「Sense of Coherence (以下、SOC)」という概念を展開した。Antonovsky は自著のなかで、SOC の正式な定義について以下のように記載している。SOC とは、「その人に浸みわたっ

た、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現された世界規模の志向性のことである。それは、第 1 に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第 2 に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第 3 に、そうした要求は挑戦的であり、心身を投入しうる確信から成る⁴⁷⁾。

SOC は把握可能感 (Comprehensibility)、処理可能感 (Manageability)、有意味感 (Meaningfulness) の 3 つの要素で構成されている⁴⁷⁾。

把握可能感とは、人が内的環境、外的環境からの刺激や物事の進展に直面したとき、その刺激をどのように順序立てて概観し、理解し、予測できていると捉える感覚である。日常のストレスとなりうる出来事が、混沌としていて無秩序で無作為で偶発的で説明できない雑事としてではなく、むしろ秩序だった一貫性のある構造化された明瞭な情報として、どの程度認知できているかという感覚であり、あるいは、不意の出来事があったとしても、いかに関係性のなかに取り込んで整理し説明していく感覚である。

次に処理可能感とは、人に降りそそぐ刺激に見合う十分な資源を自分が自由に使えることができるかどうかという概念とされている。高い処理可能感を持っている限り、自分が出来事の犠牲になっているとは感じないし、人生は自分にとって不公平だとも思わないし、人生には困難なことが起こるものだが、それらが起こったとしても柔軟に対処することができて、いつまでも悲嘆にくれることはないと言われている。

最後に有意味感とは、人が人生に対してどのような意味を感じているかという概念とされている。つまり、生きていることによって生じる問題や要求の少なくともいくつかはエネルギーを投入するに値し、関わる価値があり、ないほうがずっといいと思う重荷というよりも歓迎すべき挑戦であると感じられる感覚のことである。Antonovsky は有意味感こそが健康を保持する上で最も重要な概念の一つと位置づけた⁴⁷⁾。

c. SOC は測定できるのか—Antonovsky らによる質問票の作成

(1) 質問票作成における予備的研究⁴⁷⁾

Antonovsky は、SOC の質問票を作成するために、イスラエル在住者を対象とした予備的インタビュー調査を実施した。その対象者は、その人の人生にとって避けることのできない重要な結果をもたらす深刻なトラウマを抱えており、かつ、健康状態が良好な者とした。その内訳は、重い身体障害を持った者 (18 人)、愛する人を喪失した者 (11 人)、困難な経済状況を抱えた者 (10 人)、強制収容所に留置された者 (8 人)、ソビエト連邦から最近移住した者 (4 人) であった。

51 人の年齢構成は 10 代から 90 代までにわたっており、男性が 30 人、女性が 21 人であった。対象者のうち、12 人の出生地がイスラエルであり、その他の者は 17 か国にわたっていた。

51 人に対して、構造化されていない深層面接が行われた。インタビュー質問の内容は、「あなたの人生について話してください」という質問であり、インタビュー時間は 30 分程度から 3 時間半までに及んだ。それらを基に、Antonovsky を含む健康生成モデルと SOC の定義を熟知した 4 人の研究者らが、書き起こされたインタビュー記録を読み、それぞれが感じる SOC の強弱で 10 段階に分

類した。その後、さらにその 10 段階を、強い SOC、中程度の SOC、弱い SOC の 3 グループに分類し直した。その結果、成人の回答者 47 人のうち、29 人(62%)に関して、は、4 人中 3 ないし 4 人が同カテゴリーに分類しており、概ね意見の一致がみられ、強い SOC に 16 人(34%)、中程度の SOC に 6 人(13%)、弱い SOC に 7 人(15%)が分類された。他の 11 人(23%)の回答者に関しては、7 人を中程度に、4 人を弱い SOC に分類することに合意が得られた。残る 7 人(15%)に関するカテゴリー分けについては、無視できない意見の不一致が見られた。

その後更に次のステップとして、強い SOC に分類された 16 人と、弱い SOC に分類された 11 人の記録をより詳細に再検討した。具体的には、人生の見方に関する要素で、前者のグループに共通するが後者には欠如している要素や、後者のグループに共通しているが前者には欠如した要素の探索であった。

(2) マッピングセンテンスの作成⁴⁷⁾

Guttman による、ファセット・デザイン、マッピングセンテンス⁵⁶⁾をもとに、Antonovsky が最終的に到達したマッピングセンテンスは、図 I -1 の通りであった。

このマッピング・センテンスを基に、彼は最終的な質問項目作成へと取り掛かり、広範囲の刺激を表す 36 項目の質問を作成した。その後、周囲の対象者に対するプリテストを経て、項目の削除、修正、追加を経て、最終的に 29 項目(11 項目の把握可能感、10 項目の処理可能感、8 の有意味感)からなる質問票が完成した。

d. SOC が人の健康に与える影響とは

(1) 精神的健康度への影響

SOC と精神的健康度との関連についての研究は、国際的に多くなされている。

Kalimo らが労働者を対象に 1986 年から 10 年間の追跡調査⁵⁷⁾を行ったところ、SOC の高い労働者は低い労働者に比べ 10 年後の精神健康が良好で、SOC がどんなストレスよりも強く 10 年後の状態に影響したと結論づけている。

Skarsater らは、初発のうつ病の患者 24 人を 1 年間追跡したところ、うつ病の改善がみられた患者では SOC 得点の上昇も認めたとしている⁵⁸⁾。Lehtinen らは、フィンランドの都市と郊外の 2,999 人を対象とした 1 年間の追跡調査⁵⁹⁾で、初発、再発のうつ病の発症率を調査した。その結果、1,000 人当たり 28.5 人にうつ病を認めたが、うつ病の予測因子として、慢性疾患の罹患や、人間関係の希薄さのほかに SOC の低さを挙げている。Kouvonen ら⁶⁰⁾は、18 歳～65 歳のフィンランド人労働者 8,029 名を 19 年間追跡したところ、調査開始時の SOC 得点で 4 群に分けて最も SOC が高い群は最も低い群と比較して、アルコール精神病および薬物精神病による入院のリスクが 0.43、重症感情障害による入院のリスクは 0.86、その他の精神疾患による入院のリスクは 0.52 であり、これらと自殺企図及び自殺も含めた入院のリスクは 0.48 であったと報告している。また、Mehlum ら⁶¹⁾は 663 人のノルウェー人を対象として、強いストレスを伴う徴兵初期における SOC、自殺企図、自殺遂行について調査を行った。その結果、自殺企図と自殺遂行の割合は 21.7%と

2.6%であり、この2つを認める対象者ではSOCが有意に低く、健常人における自殺の予測因子になりうると結論づけている。

Tselebisらが、ギリシャ人の看護師79名を対象に行った調査では、SOCが低い人ほど抑うつ傾向がみられた⁶²⁾。Sairenchiらは、20歳～70歳の日本人労働者1,854名を対象とし、2005年～2007年の3年間追跡調査を行ったところ、高いSOCを持つ労働者は低いSOCに比べ、追跡期間中に抑うつで病気休暇を取得するリスクが0.18と低く、SOCは将来抑うつを来すハイリスク者を発見するのに有用であると述べている⁶³⁾。

(2) 身体的健康度への影響

SOCと身体的健康を関係づける研究も多く行われている。Cohenら⁶⁴⁾は、職業性ストレス、SOCと1型・2型糖尿病における血糖コントロールの関連について調査を行った。その結果、SOCは疾病に対するセルフケア態度と、精神的ストレスを介して、間接的に糖尿病を悪化させる可能性を示唆している。

Lindforsら⁶⁵⁾は、閉経前の43歳女性244人をSOC得点により3群分けし、生物学的マーカーの比較を行ったところ、SOC得点が高い群では収縮期血圧、コレステロールが低いといった結果が得られ、高いSOCは疾病の発症過程において予防的役割を果たしている可能性がある⁶⁶⁾と述べている。その他、Surteesら⁶⁶⁾が、英国の41歳から80歳までの男女20,579人に対し7年間の追跡調査を行ったところ、SOCの高い人は低い人に比べ総死亡率が0.65倍、循環器疾患の死亡率が0.67倍、悪性腫瘍での死亡率が0.81倍であったと報告しており、SOCが高い人には疾患罹患に対する耐性がある可能性を述べている。

I-D SOCの発達・形成に関わる要因とは

a. Antonovskyの仮説①「SOCは特定の人生経験によって形成される」

SOCの提唱者であるAntonovskyは、SOCが人生経験(Life experiences)の特定のパターンによって形成されると述べている。その経験パターンは、「一貫性」、「過少負荷—過大負荷のバランス」、「結果形成への参加」⁴⁷⁾である。一貫性のある経験とは、「ルールや規律が明確で、さらに、そのルールについての責任の所在も明確で、ルールのほか全体的な価値観もまた明確であること」であり⁶⁷⁾、過少負荷—過大負荷のバランス経験とは、「まわりからの要求がその人のもっている能力や手段を超えていて、実行できないこと」と、「その人がもっている能力や手段を十分に使う必要もないくらい弱い要求」の間のバランスのとれた経験であるとされている。結果形成への参加の経験とは、「自分たちの前に設定された課題を快く受け入れ、自分たちでその課題を行うことに責任をもって、何をするかしないのかを決定する」経験であると定義している。彼によると、一貫性の経験は把握可能感の基礎となり、過少負荷—過大負荷のバランス経験は処理可能感の基礎に、結果形成への参加経験は有意味感の基礎となる。そして、これらは「汎抵抗資源(General resistance Resources)」⁴⁷⁾によって提供される。

汎抵抗資源とは、Antonovskyによって、「身体的、生化学的、物質的、認知・感情的、評価・

態度的、関係的、社会文化的な、個人や集団における特徴のことで、世の中にあまねく存在しているストレスターの回避、あるいは処理において役立つもの⁴⁷⁾と定義されている。そして汎抵抗資源となりうるものには多くの要因が存在する。例えば、物質的資源、経済的資源のみでなく、知識、知力、自我アイデンティティ、ソーシャルサポート、社会的紐帯、社会との関係、文化的安定性、宗教、哲学、芸術、保健予防志向性などといった無形の内容も含めて、資源となりうるものとして挙げている。

b. Antonovsky の仮説② 「SOC は主に幼年期、思春期、成人前期に形成される」

Antonovsky は、SOC が大きく向上する時期として、乳幼児期、思春期、成人前期の 3 時期を挙げており、なかでも乳幼児期と思春期が最も重要な時期とされており⁴⁷⁾、特に思春期は、SOC の変動が最も大きい時期と考えられている^{47, 68)}。

乳幼児期の SOC 形成に重要な経験パターンとしては、両親による子育て経験が挙げられている。例えば、親のような自分にとって大事な人間が、目の前から消えても再び必ず現れる経験が「一貫性のある経験」として把握可能感を高めるとされている。さらに、親の養育態度として、柔軟かつ一貫性のある価値観のもとで、激励や承認、方向付けの態度が多いほど、「過小負荷と過大負荷のバランス経験」として処理可能感を高める可能性がある。また、乳幼児からの発信に対して、冷淡な対応ではなく、「あなたは私にとって大事である」というポジティブな感情を受け取ることが、乳幼児期における「結果形成への参加経験」に相当し、有意味感を高めるとされている。

思春期時期の SOC 形成の要因として、Antonovsky は所属する社会階層を挙げている⁴⁷⁾。それはつまり、社会階層において、高い位置にある人ほど、寛大な精神や、他者への信頼や、信頼できる社会規範に基づいた望ましい自己決定ができると Antonovsky は考えており、社会経済地位が高いことは 3 つの良好な経験パターンを得やすくするとされている。また、その他にも、家族間の絆や相互依存、価値のある教育や目標達成経験、人種のアイデンティティが明瞭であること、などが挙げられている。

成人前期における SOC の発達には職業の役割が大きいとされている。特に重要な要素として、「職業の歴史的社会的文化的文脈」や、「仕事上の喜びや自由裁量度」、「職務保障」などが挙げられている⁴⁷⁾。

c. SOC の形成に関する実証研究の現在①

SOC の形成に関する実証研究は、思春期を主としていくつかなされている。Honkinen ら⁶⁹⁾は 15 年間の追跡研究で、3 歳時の破壊的な行動や 12 歳時の注意や思考に関する問題、15 歳時における非行や精神症状、心身症状などが 18 歳時の低い SOC を予測することを報告した。

Ristkari ら⁷⁰⁾は、2,314 人のフィンランド人男子を対象とした研究で、8 歳時の家族構造や、親の教育水準、精神的・身体的健康状態が 18 歳時の SOC の高さに関係することを示した。

Lundberg ら⁷¹⁾は、1981 年から 1991 年までのスウェーデンにおける住民調査から、幼少時における父親の職業が、農業、非熟練労働者などである場合に比べ管理職や専門職などのホワイトカ

ラー層である場合は 1.3～1.4 倍 SOC が高かった報告をしている。また、同研究では、16 歳時における親の離死別や家族内不和といった家庭内の困難が、現在の SOC に対して直接的な影響を有していることを示した⁷¹⁾。

また、Sagy らは、思春期に家庭内で意思決定への参加経験を有することが、65 歳以上の強い SOC に関わることを示した⁶⁷⁾。

日本においては、木村らが高い SOC を持つ大学 1,2 年生の特徴として、小中学生時期の成功体験や良好な友人関係を挙げている⁷²⁾。また、園部らは、大学入学時までの運動・スポーツ経験の有無が大学入学時の SOC に関係していたことを明らかにしている⁷³⁾。戸ヶ里ら⁷⁴⁾は、高校生 1 年を対象とした 1 年間の観察研究で、SOC が 1 年後も高く維持される要因として、小学生時に積極的に部活動に参加していたこと、いじめられた経験がないこと、高校においても成績が良好であること、友人関係がうまくやれていることなどを挙げている。

成人期における SOC の変化に着目した研究も、いくつかなされている。高山ら⁷⁶⁾は、20 歳～68 歳以下の男女 200 名を対象に 1 年間の追跡調査を実施した。その結果、ベースラインの SOC が低い人は、多くのストレスを伴う生活出来事は SOC が有意に低下する要因となることを報告している。

d. SOC の形成に関する実証研究の現在② —思春期における学校環境への着目—

このように、SOC の形成に関する報告は、成人期もいくつか散見されるものの、多くが思春期にかけての形成過程であり、近年増加傾向がみられている⁶⁸⁾。

思春期の SOC 研究が盛んになるなかで明らかとなってきたことが、SOC 形成における家庭環境ならびに学校環境の重要性である⁷⁷⁾。Feldt らは、SOC 形成における学校での人生経験の重要性について言及しており、特に、学校内における成功経験の重要性について指摘している⁷⁸⁾。我が国では、戸ヶ里も良質な学校環境が SOC を形成する上で無視できない決定的に重要な時期であると述べている⁶⁷⁾。

思春期の学校環境と SOC の形成に関しては、北欧を中心として報告がある。Sollerhed ら⁷⁹⁾が 16 歳から 19 歳の男女 301 名を対象とした研究では、学業成績の良好さと SOC の関連が示され、Natvig らによる高校生 253 名を対象とした研究⁸⁰⁾や、Kristensson らによる 11 歳、13 歳、15 歳の男女 4,116 名を対象とした研究⁸¹⁾でも、同様の報告がなされている。また、Geckova ら⁸²⁾による、スロバキアの児童 1992 名を対象とした調査では、学業や授業に対する意欲や態度と SOC の関連性について指摘されている。その一方で、思春期時期の学校経験と成人期以降の SOC については明らかになっていない。

I-E 成人期以降の SOC を向上させる要因・方策とは

a. Antonovsky の仮説③「成人初期に SOC は固定化する」

Antonovsky は留保条件の必要性を認めた上で、「人の SOC はいちど形成されると、いかなる強引な方法でも変化することはないだろう」と自著のなかで仮説づけている^{46, 47)}それは、SOC が人生

経験のパターンによって形成されるものであるため、一般的には成人期以降に SOC が左右されるような激動の人生を経験する機会が減るためと考えられている⁸³⁾。

b. Antonovsky の仮説④「固定化した SOC を変化させうる 3 つの可能性」

その一方で、Antonovsky は固定化した SOC を変化させる方略として、3 つの可能性を提唱した^{47, 83)}。1 つ目は、親が子どもを交通事故でなくしたり、組合員がストライキで重要な譲歩を勝ち取った場合など、一時的なイベントにより SOC の変動が促される可能性である。しかしながら、彼によればこれらは一時的なものであり、じきに平均値に戻るとされている。

2 つ目は、臨床家とクライアントの「出会い」である。Antonovsky はこの「出会い」について、多く得られるものでなくまた一時的なものであるとしながらも、臨床家の専門性に基づく有意性を発揮することによりクライアントに「一貫していてバランスがとれていて意味のある参加だ」と思わせるような出会い方ができれば、クライアントの SOC を変化させる可能性がある、としている。そして最後に、大きな SOC の修正を可能にするものとして、実践家によるの可能性を挙げている。Antonovsky は介入者が長期間にわたってクライアントの人生条件をコントロールできる立場にあるという条件で、クライアントが自身の経験を自分の中で再定義することができ、それが一時的なものでなくある程度の期間維持された場合に SOC が上昇するかもしれない、としている。

c. 成人期以降の SOC を向上させる介入研究

その後の介入研究では、RCTも含めたいくつかの研究によって、SOC の上昇が確認されている。

Kohut らは、高齢成人を対象とした 10 か月の有酸素運動によって、SOC が有意に上昇した報告⁸⁴⁾をしている。また、Forsberg らが、精神障害者を対象とした、12 か月の健康指導、生活指導プログラムでは、コントロール群に比べ有意に SOC が上昇したことが報告⁸⁵⁾されている。

Weissbecker らは、繊維筋痛症の女性患者を対象とした 8 週間のマインドフルネス・プログラムによって SOC が向上した報告⁸⁶⁾をしている。

Langeland らは、Antonovsky による健康生成論を理論的基盤としたトーク・セラピーを開発した⁸⁷⁾。この研究では、ノルウェーにおける精神疾患患者 116 名を対象とし、19 回のセッションを通して無作為化比較試験にて検討したところ、プログラム実施群において SOC が上昇したことを報告⁸⁷⁾した。

第Ⅱ章

労働者における10代時期のいじめ経験 と成人期のSOCの関連性の検討

第Ⅱ章 労働者における10代時期のいじめ経験と成人期のSOCの関連性の検討

Ⅱ-A 目的

第Ⅰ章で述べた通り、今日、ストレス対処力概念であるSOCが国際的な注目を集めており⁴⁸⁾、我が国の職域におけるヘルスプロモーションでも着目されている⁵²⁾。SOCはAntonovskyによって提唱された健康生成モデルにおける中核的な概念であり^{46, 47)}、ストレスを抱えた状況においても、自身ないし周囲に存在する様々な汎抵抗資源を活用することによって状況をしなやかに乗り越え、健康を維持するだけでなく、その経験を自身の成長の糧にする力とされている⁸³⁾。

生涯においてSOCが大きく形成される時期は「乳幼児期」「思春期」「成人前期」の3つの時期があるとされており、なかでも思春期は最もSOCが大きく変動しやすい時期とされている^{47, 68, 83)}。

Antonovskyは、思春期におけるSOC形成に関わる最大の要因の一つとして、所属する社会階層を挙げている⁴⁷⁾。また、社会階層以外の要因としては、家族の間における絆や相互依存、あるいは、価値としての教育と、目標としての達成があることや、人種のアイデンティティが明瞭であることなどが挙げられ⁴⁷⁾、これらの家庭環境や経験が良好なSOC形成をもたらすとされている。

一方、FeldtらはSOC形成について学校での人生経験、なかでも成功経験の重要性について言及しており⁷⁸⁾、今日においては、学校生活における良質な経験も、SOCの形成につながると考えられている⁶⁸⁾。

学校生活の整備として、いじめの防止は、我が国における最重要課題の一つとして認識されている⁸⁸⁾。文部科学省は、「いじめは、いじめを受けた児童生徒の教育を受ける権利を著しく侵害し、その心身の健全な成長及び人格の形成に重大な影響を与えるのみならず、その生命又は身体に重大な危険を生じさせるおそれがあるものである。」と発表⁸⁸⁾し、平成25年6月にはいじめ防止対策推進法⁸⁹⁾が公布されるなど、社会問題として一層意識の高まりを見せている。

また、今日いじめは国際的な公衆衛生的課題としても認識されており、子どもの心身の健康生成に大きな影響を与えると考えられている。

仲間うちでのいじめが低い自己肯定感に関連するといった報告⁹⁰⁾や、不安、あるいは、抑うつ症状に関連する報告⁹¹⁻⁹³⁾など、多くの心身医学的問題との関連が報告されている⁹⁴⁾。

このように、10代時期におけるいじめ体験は、当事者のウェルビーイングにおける大きなリスク因子として知られており、子どもにとって発達に影響するストレスを生じうるライフイベントであることが知られている⁹⁵⁾。

また、いじめ体験がその後の人生における健康に負の影響をもたらす報告もいくつかなされている。Winsperらは6,043人の4-10歳児に対してコホート研究を行い、いじめ体験と11年後の自殺念慮や自殺行為、自傷行為に有意な相関があることを示しており⁹⁶⁾、Roegerらは観察研究で、校内のいじめと、成人期の希死念慮との関連を報告している⁹⁷⁾。Takizawaらはコホート研究によって、7歳から11歳までにいじめ被害を受けた参加者が、成人期以降の精神的苦痛が高まること、特に抑うつや、不安障害、自殺傾向が、被害未経験群に比べ高く、社会経済的指標としても、失業率が有意に高いことを報告している⁹⁸⁾。

その一方で、幼少時のいじめ経験が成人期以降の健康状態に影響を与えるだけでなく、対人関係の希薄さや、就業機会、犯罪率などと交互に結びついている報告⁹⁹⁾もある。

幼少時のいじめ経験が多くの社会適応力の低下と関連し、成人期以降の健康状態と結びついていることが明らかとなっている^{98,99)}。しかしながら、就労などの社会適応を示している成人においても、幼少時のいじめ経験が健康要因に影響を与えうるかは未だ明らかではない。

そこで今回私は、10代時期のいじめ経験と成人期労働者のSOCとの関連について検討した。

II-B 対象と方法

調査対象

筑波研究学園都市交流協議会に所属し、本調査に参加同意の得られた機関の労働者21,922名を対象として、2011年11月に無記名式のWEBアンケート調査を実施した。その中から、年齢が20歳以上の労働者であり、調査項目に欠損のない者を調査対象とした。

調査項目

調査項目は年齢、性別、学歴、婚姻状況、子供の有無、雇用形態といった基本属性のほか、10代時期のいじめ経験(いじめられた経験、いじめた経験)の有無、SOC日本語版13項目版7件法^{47, 100)}についてとした。

いじめ経験の定義といじめ経験についての質問

いじめの学術的定義は国内的にも国際的にも調査機関や研究者間で必ずしも統一されておらず、コンセンサスが得られていない^{101, 102)}。また、いじめの態様や性質も時代とともに変遷していることも定義することを困難にしている¹⁰³⁾。

しかしながら、今日のいじめ研究において強調され、共通認識とされるのが、客観的事実に関わらず、いじめられている側の「いじめられている」という主観的認識を重要視する点である¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾。

本調査においては、アンケート中にいじめの定義については明記せず、10代時期に「いじめられた」あるいは「いじめた」経験の有無について、「ある」「ない」の2件法で回答を求めた。

SOC日本語版13項目7件法(SOC-13)¹⁰⁰⁾

Antonovskyにより作成され、信頼性と妥当性の検討も行われた^{107, 108)}評価スケールの日本語版である。13項目の質問からなる。13～91点で数値化される合計得点(SOC総得点)が高いほど強いSOC、すなわちストレス対処力が高いことを意味する。日本語版は山崎らによって作成され¹⁰⁰⁾、戸ヶ里らによって妥当性が検証されている¹⁰⁹⁾。

統計解析

まず、いじめられた経験(以下、いじめ被害経験)といじめた経験(以下、いじめ加害経験)の有無でそれぞれ2群に分け、各群の平均SOCならびに下位3項目について、対

応のない *t* 検定を施行した。同様に、各年代でいじめ被害経験の有無により平均 SOC 総得点を比較し、対応のない *t* 検定を施行した。さらに、いじめ被害・加害経験の有無で 4 群に分け、両経験なし群と、3 つの経験群(いじめ被害経験のみ群、いじめ加害経験のみ群、両経験あり群)の平均 SOC 総得点ならびに、下位 3 項目について *Dunnnett* の多重比較検定で比較検討した。

なお、いずれの検定においても、有意水準を両側 5%とし、統計解析ソフトには SPSS statistics version19 for windows を用いた。

倫理的配慮

倫理的な配慮に関しては、調査実施時に回答は自由意思によるものであること、無記名の調査であり回答者のプライバシーに配慮すること、データについては厳重に管理することを Web 調査上に明記した。また、回答をもって本調査に同意するとみなすことも明記した。さらに、調査実施に当たっては、対象機関が所属する筑波研究学園都市交流協議会の総会において、調査実施の手段、解析手法、結果の公表方法等につき説明し、承認を得た。

II-C 結果

上記 Web 質問票を無記名にて回収した結果、9,528 名(回収率:43.5%)から回答を得た。

これら回答のあった対象者のうち、20 歳以上であり、調査項目に欠損のない解析対象者は 9,525 名であった。性別の内訳では、男性は 6,042 名(63.4%)、女性は 3,483 名(36.6%)であった。平均年齢とその標準偏差は 42.1±10.2 歳で、男性の平均年齢は 43.2±10.3 歳、女性の平均年齢は 40.2±9.6 歳であった。10 代時期にいじめられた経験(以下、いじめ被害経験)があると回答した者(以下、いじめ被害経験群)は 1,056 名であり、ないと回答した者(以下、いじめ被害未経験群)は 8,469 名であった。10 代時期にいじめた経験(以下、いじめ加害経験)があると回答した者(以下、いじめ加害経験群)は 111 名であり、ないと回答した群(以下、いじめ加害未経験群)は 9,414 名であった。

a. 対象者の基本属性と、いじめ被害-加害経験の有無(表 II-1)

解析対象者の基本属性と、いじめ加害-被害経験の有無による構成を示したのが表 II-1 である。対象者の年代構成は、20 代が 1,061 名、30 代が 3,112 名、40 代が 2,904 名、50 代が 2,011 名、60 代以上が 437 名であった。最終学歴は、高校卒が 1,436 名(15.1%)、高専または短大卒が 695 名(7.3%)、大学または大学院卒が 6,778 名(71.2%)、その他が 616 名(6.5%)であった。婚姻状況は、配偶者と同居している者が 6,420 名(67.4%)、同居していない者が 4,286 名(32.6%)、子どもがいる者が 5,239 名(55.0%)、子どもがいない者が 4,286 名(45.0%)であった。雇用形態は、常勤職が 7,252 名(76.1%)、非常勤職が 1,958 名(20.6%)、派遣職員が 315 名(3.3%)であった。

いじめ経験については、いじめ被害経験、いじめ加害経験ともないと回答した群(以下、両経験なし群)が 8,441 名であり、いじめ被害経験があると回答し、いじめ加害経験はないと回答した群(以下、被害経験のみ群)が 973 名、同様にいじめ加害経験についてのみ、あると回答した群

(以下、加害経験のみ群)が28名、両経験ともあると回答した群(以下、両経験あり群)が83名であった。

b. いじめ被害経験の有無による SOC-13 の比較(表 II-2、表 II-3、II-4)

男女別、全体でいじめ被害経験の有無で2群に分け、平均 SOC-13 総得点を比較した結果が表 II-2 である。全体では、いじめ被害経験群では 49.5 ± 11.8 (以下、全て平均値 \pm SD) であったのに対し、いじめ被害未経験群では 56.1 ± 11.8 と有意な差を認めた ($p < .001$)。男女別の比較でも同様に有意差がみられた ($p < .001$)。

また、同様に2群で SOC-13 の下位3項目を比較したものが表 II-3 である。把握可能感においては、いじめ被害経験群では 21.6 ± 5.2 であったのに対し、いじめ被害未経験群では平均 16.7 ± 4.1 と有意な差を認めた ($p < .001$)。処理可能感、有意味感毎の比較でも同様に有意な差を認めた。

各年代でいじめ被害経験の有無により SOC-13 を比較し、対応のない t 検定を行ったものが表 II-4 である。20代においては、いじめ被害未経験群 ($n=911$) では 54.3 ± 11.6 であったのに対し、いじめ被害経験群 ($n=150$) では 47.8 ± 11.4 と、有意な差を認めた ($p < .001$)。これは30代、40代、50代においても同様の傾向であった。しかしながら一方、60代以上においては、いじめ被害未経験群 ($n=429$) は 61.3 ± 10.6 であるのに対し、いじめ被害経験群 ($n=8$) は 62.2 ± 7.7 と、有意な差を認めなかった。

b. いじめ加害経験の有無による SOC-13 の比較(表 II-5、表 II-6)

男女別、全体でいじめ加害経験の有無で2群に分け、平均 SOC-13 総得点を比較した結果が表 II-5 である。全体では、いじめ加害経験群では 49.3 ± 11.8 であったのに対し、いじめ加害未経験群では平均 55.1 ± 11.9 と有意な差を認めた ($p < .001$)。これは男女別の比較でも同様に有意な結果が得られた。女性のいじめ加害経験群の SOC は、 46.7 ± 11.6 と特に低い値であった。

また、同様に2群で SOC-13 の下位3項目を比較し、対応のない t 検定を行ったものが表 II-6 である。把握可能感においては、いじめ加害経験群では 21.3 ± 5.4 であったのに対し、いじめ加害未経験群では 19.3 ± 5.6 と有意な差を認めた ($p < .001$)。処理可能感、有意味感毎の比較でも同様に有意な差を認めた。

c. 両経験なし群と各経験群との SOC-13 における多重比較(図 II-1、図 II-2)

図 II-1 は、両経験なし群と、3つの経験群(いじめ被害経験のみ群、いじめ加害経験のみ群、両経験あり群)の平均 SOC-13 を比較検討したものである。

両経験なし群 ($n=8,441$) の平均 SOC-13 が 56.6 ± 11.6 であるのに対して、いじめ被害経験のみ群 ($n=973$) の SOC は、 50.1 ± 12.1 と有意に低かった ($p < .001$)。両経験あり群 ($n=83$) も 48.3 ± 12.2 と有意に低く ($p < .001$)、各群で最も平均 SOC が低かった。いじめ加害経験のみ群 ($n=28$) においても 52.5 ± 11.5 と、両被害経験なし群に比べ低い SOC を示したが、有意な差は見られなかった。

同様に、SOC における3つの下位項目にて多重比較を施行した。把握可能感においては、両

経験なし群の平均が 21.6 ± 5.2 であるのに対して、いじめ被害経験のみ群の把握可能感は、 18.9 ± 5.5 と有意に低く ($p < .001$)、両経験あり群も 18.1 ± 5.3 と有意に低かった ($p < .001$)。いじめ加害経験のみ群 ($n=28$) においては 20.5 ± 5.3 であり、有意な差は見られなかった。

処理可能感の比較では、両経験なし群の平均が 16.7 ± 4.1 であるのに対して、いじめ被害経験のみ群の処理可能感は、 14.5 ± 4.3 と有意に低く ($p < .001$)、両経験あり群も 14.0 ± 4.3 と有意に低かった ($p < .001$)。いじめ加害経験のみ群 ($n=28$) においても 14.4 ± 4.5 と有意に低い値であった ($p < .001$) (図 II-2 参照)。有意味感の比較ではいじめ被害経験のみ群において、 16.7 ± 4.6 と有意に低く ($p < .001$)、両経験あり群も 16.1 ± 5.0 と有意に低かった ($p < .001$)。いじめ加害経験のみ群 ($n=28$) においては 17.7 ± 4.5 であり、有意な差は見られなかった。

II-D 考察

本研究の目的は、10代時期におけるいじめられた経験またはいじめた経験の有無と、成人期以降のSOCの関連を明らかにすることとしていた。男女に共通して、いじめ被害経験を有している者は有意にSOCが低かった。また、年代別の比較では、20代から50代にかけての各年代で、いじめ被害経験を有している者で有意にSOCが低かった。

戸ヶ里らによる高校生1,539名を対象とした調査では、小学生時の積極的な部活動や高校生時にスポーツが得意なことなどの成功処理体験に加え、小学生時のいじめられた経験がないことがSOCの高値維持に関わっており、SOCの低値維持には小学生時や中学生時のいじめられた経験が重要な要因として関わっていた¹¹⁰⁾。いじめられた体験が、10代時期の生徒にとっては「負荷のバランス」を逸脱した体験となり、SOCの形成を阻害している可能性が考えられている。本研究の結果からも、10代時のいじめ被害経験はSOC形成に影響を与えていることが示唆され、また、それが成人期まで持続する可能性が考えられる。

一方、年代別の比較では、60代以上においていじめ被害経験の有無とSOCにおいて差を認めなかった。

Eriksonは、老年期における発達課題として、それ以前の発達段階における心理社会的課題を「統合(Integrity)」することを提示している。「統合」とは、その人なりのライフサイクルとその人なりの心理社会的ダイナミクスの複合体の上で、自分を信頼できる全体としてとらえられる生涯続いた感覚である¹¹⁰⁾。また、Eriksonの提示した統合は、Antonovskyも思春期のSOC形成における中心的な問題として同意しており⁴⁷⁾、多くの老年労働者にとって、いじめ被害経験というストレスアースではないものの、長い年月を経て、自己を肯定するための人生経験として肯定的にとらえることが出来、その結果60代以上では差がなかった可能性も考えられた。

また本研究では、いじめの加害経験がSOC、特に処理可能感の形成を阻害する可能性が示唆された。木村らは、SOCが高い大学1、2年生は小中学生時に成功体験を有していたり、良好な友人関係を築いていたことと関連することを示しているが⁷²⁾、その一方では、いじめ被害・加害経験といった、学校社会における失敗経験や、学校仲間との不適切な対人関係の形成がSOCの形成を阻害する可能性が考えられる。

Antonovsky は、荒れて混乱した社会においては、低い SOC を獲得する可能性があることを指摘しており⁴⁷⁾、学校内におけるいじめの加害経験は、いじめ被害経験と同様に、荒廃した環境を反映している可能性も考えられる。

岡安らによる、中学生におけるいじめ被害者と加害者 6,892 名を対象とした研究では、いじめ加害者において、不機嫌・怒りや無気力のレベルが高い者が多く、さらに先生との関係が良好でない者が多いとされており¹¹²⁾、情緒的なコントロールを身に着けていないことや、教師などと良好な関係が構築できないことが、SOC の形成を阻害しているかもしれない。

これまでのいじめ加害経験と成人期以降の健康保持に関する研究では、Wolke らが 9 歳から 16 歳の男女を対象とし、20 代前半まで追跡したコホート研究⁹⁹⁾に留まっている。本結果は、就労という重要な社会適応経験を経た後も、いじめ加害経験が健康保持に影響する可能性を示唆しており、今後のいじめ加害研究における貴重な情報と考える。

本研究における限界と今後の課題について、以下に述べる。本研究は横断研究であるため、因果関係については明らかにすることができない。そのため、今後は縦断的な観察による検証も必要と考えられる。また、対象者の特徴として、筑波研究学園都市に在住しており、一般的集団に比べ高学歴者や、教育研究者の割合が多いことがあるため、一般化には慎重な考慮を要する。

また、10 代時期に「いじめられた経験」および「いじめた経験」の有無の調査は、過去の体験を問う回顧的方法を用いている。

Rivers は、同性愛者及びバイセクシャルを対象とした研究で、殴られたり、蹴られたりするいじめや、所持品を取られるいじめは 1 年以上安定して記憶しているものの、うわさを流される、からかわれるなどのいじめは記憶の安定性が低いことを報告している¹¹³⁾。本研究においても、特定はいじめ被害経験については過小評価している可能性が考えられる。

さらに、本研究では、いじめ経験の時期や期間、内容、程度については調査していない。岡安らの報告では、いじめ被害体験には性差があり、男性では身体的攻撃が多く、女性では無視・仲間はずれが多いとされている¹¹²⁾。そのため今後は、いじめの内容や性差にも着目した、より詳細な検討も必要と考えられる。

II-E 結論

本研究では、10 代時期におけるいじめの被害経験を有している成人ほど、SOC が有意に低いことが確認され、10 代時期のいじめ体験は成人期以降のウェルビーイングにも影響を与える可能性が示唆された。

また一方では、10 代時期におけるいじめの加害経験を有している成人は、SOC、特に処理可能性が有意に低いことが確認された。これは従来の研究では見られない本研究の新規性といえる。これらのことから、いじめのない安定した学校環境を整備していくことが、成人期以降の SOC を高めていくためにも非常に重要な課題であると考えられた。また、いじめ予防プログラムの構築などのいじめ対策が、思春期や青年期の、主に精神的健康保健の維持につながるだけでなく、成人期以降の健康保持やストレス対処にも重要である可能性が考えられた。

付 記

本章ならびに第Ⅶ章における関連図表は、参考論文「Association in Workers between Bullying Victimhood, Bully Experiences as Teens, and SOC in Adulthood」を日本語翻訳し、一部加筆修正と追加解析を施行したものである(著作権許諾済)。

第Ⅲ章

うつ病労働者に対する CBGT を介した SOC の変化検討

第Ⅲ章 うつ病労働者に対する CBGT を介した SOC の変化検討

Ⅲ-A 目的

第Ⅰ章でも述べたように、職域における労働者の抱えるストレスと、心の健康問題は喫緊の課題である。日本生産性本部の調べによると、企業における「心の病」は「増加傾向」と回答した企業が 37.6%、「横ばい」と回答した企業が 51.4%に上っており¹¹⁴⁾、企業における職場のメンタルヘルス対策はいまだ喫緊の課題となっている。なかでも、心の健康問題による長期休職者の増加は大きな問題の一つとなっており、長期休職者の円滑な復職と再休職防止は、産業保健における大きな課題である。

そのようななか、第Ⅰ章でも述べたように、健康生成論的アプローチが職域におけるヘルスプロモーションにおいても注目されており、労働者に対する介入研究の必要性が叫ばれている⁵²⁾。また、健康生成論における中核信念である SOC を、成人期以降の労働者において向上させる方策にも注目が集まっている⁵²⁾。

SOC は極限のストレス状況にも打ち克つストレス対処力とされる^{47, 83)}。心身の健康保持における SOC の役割に関する研究については第Ⅰ章で概説したが、労働者の健康保持に着目した研究も国内外で多くの報告がなされている。

SOC が高い人ほど仕事上の疲労感が少なく¹¹⁵⁾、バーンアウトを起こしにくい¹¹⁶⁾。また、SOC の高い労働者は低い労働者に比べ 10 年後の精神健康が良好で、SOC がどんなストレスよりも強く 10 年後の状態に影響する報告⁵⁷⁾や、SOC の低さが病気欠勤期間に関連する報告¹¹⁷⁾がある。我が国においても、SOC は日本人労働者における抑うつ症状を予測する報告⁶³⁾など、国内外で数多く報告がなされている。

上述の通り職場のメンタルヘルスにおける SOC の重要性は指摘されている⁵²⁾が、一方で、SOC を向上させる方策は十分に明らかになっておらず⁸³⁾、特に精神疾患を抱えた成人労働者に対する SOC の向上方策については明らかとなっていない。

第Ⅰ章で述べたように、形成過程には多くの議論がなされているが、Antonovsky の仮説によれば、乳幼児期から成人前期を中心とした良質な人生経験で形成される過程と、緊張に対して汎抵抗資源を動員することで緊張処理に成功し、SOC が強化される過程に大きく分けられる⁴⁷⁾。後者の形成過程における重要な要素として、ストレスを伴うライフイベントへの積極的な適応が挙げられており、Maoz は、その形成過程と認知行動心理学との親和性や、認知行動療法との統合可能性について言及している¹¹⁸⁾。

また一方では、SOC 形成において、同じ境遇、立場である者同士の出会いや経験などの共有機会が SOC、特に処理可能感や有意味感の向上に有効である可能性が示唆されている^{87, 119)}。つまり、専門家からの一方的な心理療法ではなく、グループでの学びを取り入れることで、参加者間の代理学習経験が得られたり、また、援助する側にもストレス対処における気づきや、自尊心の向上に結びつく、「ヘルパーセラピー原則」が、SOC の形成要因として大きな注目を集めている。

そこで今回、私は労働者における SOC の向上方策として、認知行動療法を集団形式で行う集

団認知行動療法((Cognitive Behavioral Group Therapy; 以下 CBGT または集団 CBT))に着目し、CBGT を通した SOC の変化の検討を行った。

Ⅲ-B 対象と方法

調査対象

2012 年 4 月～2014 年 3 月の調査期間に、関東近郊の医療機関 X にて実施された CBGT プログラム利用者から、下記の要件を満たし、調査に同意が得られ、項目に欠損のない者を調査対象者とした。

- 1) 精神科医療機関にて精神科を標榜する医師より薬物療法および通院精神療法の外来治療を受けている
- 2) 労働者である
- 3) 主治医による診断名が、DSM-IV-TR¹²⁰⁾による「大うつ病性障害」である

調査項目

調査項目としては、性別、年齢を基本調査項目とし、主項目として日本語版 SOC29 項目 7 件法 (SOC-29)^{47, 100)}を、副項目としてベック抑うつ尺度日本語版 (Beck Depression Inventory II; BDI-II)¹²¹⁻¹²³⁾を測定した。

1) SOC 日本語版29項目7件法 (SOC-29)

Antonovsky が作成した SOC を評価する質問紙であり⁴⁷⁾、山崎らが日本語版を作成している¹⁰⁰⁾。本研究で用いた日本語版の SOC 評価尺度は 29 項目の質問からなり、7 件法での回答を求める。29～203 点で数値化される合計得点 (SOC 総得点) が高いほど強いほどストレス対処力が高いことを意味する。SOC-29 に関する信頼性と妥当性は確認されており^{108, 109)}、再テスト信頼性については、初回テストと 1 か月後の再テストとの相関係数が 0.92 であることが確認されている¹²⁴⁾。

2) 日本語版 BDI-II

1961年に Beck が作成した自己評価式抑うつ尺度 BDI¹²¹⁾を、DSM-IVの使用開始に伴い改訂した尺度である¹²²⁾。その信頼性と妥当性は確認されており¹²²⁾、日本語版においても、高い信頼性と妥当性が確認されている¹²³⁾。

調査時期

CBGT 利用開始前 (以下、T1) と、約 2 か月後となるプログラム終了後 (以下、T2) に SOC-29 ならびに BDI-II を測定した。

統計解析

統計解析は、T1 時と T2 時において対応のある t 検定を実施した。統計解析ソフトは IBM SPSS Statistics 19 for windows を使用した。

倫理的配慮

倫理的配慮として、本研究は当該実施医療機関における倫理委員会での承認を得た。調査対象者には不同意でも治療において何ら不利益を得ないこと、また、同意した場合も随時撤回できることを文書と口頭にて説明し、書面にて同意を得た。また、収集した情報は個人の特定できない形で、当該医療機関内で厳重に管理することを明記した。

CBGT について

集団認知行動療法は、Beck によって構造化された認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; 以下 CBT または個人 CBT)¹²⁵⁾を集団で行うプログラムである。CBGT は 1970 年代以降精神科臨床においてうつ病を中心に、不安障害、パーソナリティ障害や統合失調症など、多くの精神疾患による有効性が証明されている¹²⁶⁾。現在我が国においては、2009 年秋山らによって集団認知行動療法研究会が設立され¹²⁷⁾、主にうつ病を抱えた労働者における復職支援と、復職後の精神症状の再燃予防の一環として取り組みが広がっている^{128 - 130)}。

医療機関 X における CBGT について

医療機関 X における CBGT は、原則的に下記の適応基準に則った患者を対象としている。

【適応基準】

- ① 年齢が 20～64 歳である
- ② DSM-IV-TR に基づき、気分障害の診断カテゴリである
- ③ 主治医の許可が得られている

【除外基準】

- ① 希死念慮が顕著である
- ② 重度の身体合併症や認知機能障害を持つ

プログラムは、Beck によって構造化された内容に準拠し¹²⁵⁾、1クールのセッション数を 8 回、セッションの時間を 150 分とした。また、プログラムは、表 III-1 に示したテーマで構成された。また、各セッションの前には漸進的筋弛緩法によるリラクゼーションが行われ、セッション終了時には、次回までのホームワークが課された。セッション 1～4 においては主に認知面に対するアプローチを、また、セッション 5～8 においては行動面に対するアプローチを行った。プログラムスタッフは、メイントレーナーとして臨床心理士が 1 名参加し、サブトレーナーとして精神科医が 1 名参加した。

Ⅲ-C 結果

調査対象者は16名であり、男性が13名、女性が3名であった。平均年齢は 39.3 ± 7.2 歳であった。平均検査間隔は、 63.0 ± 6.3 日であった。

CBGT前後でのSOCを比較したのが図Ⅲ-2である。介入群においてで 106.6 ± 26.0 点から 122.7 ± 34.2 点へと、対応のある t 検定にて有意な増加を認めた($p < 0.01$)。

SOCの3下位項目毎に変化をみると、介入群においては、把握可能感が 36.9 ± 7.8 点から 42.4 ± 11.1 点へ($p < 0.01$)、処理可能感は、 37.6 ± 10.5 点から 42.5 ± 12.7 点($p < 0.05$)、有意味感 32.1 ± 10.4 点から 38.4 ± 12.9 点($p < 0.01$)と、対応のある t 検定においていずれも有意に上昇していた。また、BDI-IIは 15.8 ± 9.0 から 9.8 ± 9.5 へと、対応のある t 検定にて有意な減少を認めた。

Ⅲ-D 考察

本研究の調査対象者における平均年齢は 39.3 ± 7.2 歳、T1時の平均SOCは 106.6 ± 26.0 点であった。また、T1時の平均BDI-IIは、 15.8 ± 9.0 であった。

国内外のうつ病患者に対するCBGTの先行研究では、CBGT導入前のBDIの平均値が17点以上(中等症以上)である研究が約85%であり¹³⁰⁾、先行研究に比べ、今研究の介入対象者の抑うつレベルは軽い傾向にあったと考えられる。

本研究では、CBGTを利用したうつ病労働者において、CBGT利用前後でSOCの有意な向上が認められた。先行研究では、Langelandによる19週間の集団療法によって、参加した精神障害者のSOC-29が平均6点増加した報告がある⁸⁷⁾が、本研究におけるSOC-29の変化量は同等以上であり、十分な向上効果を認めたと考えられる。

SOCが向上した要因としては、いくつかの可能性が考えられる。Saridらは、看護職を対象とした認知行動的介入によって、SOCが向上した報告をしている¹³¹⁾。本研究における介入も同様に、認知的介入が自身の汎抵抗資源に適切に目を向けられるようになり、SOCが向上した可能性が示唆された。また、認知療法を通じた認知構成の変化により、人生や職場における緊張場面に対する、過小でも過大でもない適切な見方が養われ、SOCの上昇に寄与した可能性も考えられた。

さらに、CBGTのもつ集団行動療法的側面がSOCを向上させた可能性も考えられる。CBGTにおける後半のセッションでは、他のメンバーやリーダーとともに、日常のストレス対処に関する問題解決リストを作成し、それに基づきアクションプランを作成し、実際に日常において課題解決し、グループ内にフィードバックする取り組みが行われる。このように、行動療法として、日々のストレス処理に成功を重ねていく体験が、Antonovskyの提唱する「過小負荷と過大負荷のバランス経験」⁴⁷⁾として参加者の自己強化とストレス対処につながり、SOCを高めた可能性が考えられる。

またCBGTは認知的介入のみならず、集団療法としての側面を持っており、特に代理学習としての効果^{132, 133)}が注目されている。本研究においてもCBGTに参加することによって、他のメンバーの緊張処理体験を代理学習したことでSOCが向上した可能性も考えられた。

さらに、本研究では、介入群にはBDI-IIの有意な改善も認め、非介入群では、有意な改善を認めなかった。CBGTによるうつ病初発のうつ病の患者を1年間追跡したところ、うつ病が寛解に至っ

た患者ではSOC総得点が上昇していたという研究結果がある⁵⁸⁾。また、SOCが精神的病状の改善を反映するという報告^{134, 135)}もある。介入対象者のBDI得点は有意に改善していることから、抑うつ度の改善がSOC総得点の上昇に影響していた可能性もある。

本研究における限界と今後の課題について、以下に述べる。本研究では他医療機関からの参加者も多く、プログラム終了後のフォローアップを継続することが困難であった。そのため、介入後のSOCの変化や安定性については、検討できていない。

Langelandが精神障害者を対象とした19週間の集団プログラムでは、介入群においてプログラム直後にはSOCの有意な上昇を認めたものの、半年後のフォローアップでは、介入群のSOCと対照群のSOCは有意差を認めなかったとされている⁸⁷⁾。介入プログラムを通じ、安定したSOCを形成していく試みは国際的にも着手段階である。そのため、今後はCBGT修了6か月後にフォローアッププログラムを導入するなど、向上したSOCを安定化していくための方策も検討する必要がある。

また、本研究ではCBGT以外の治療の効果要因、すなわち外来通院による薬物療法や精神療法などによる影響が除外できていないという限界がある。また、薬剤の変更がSOCに影響する可能性があるが、本研究では内服している薬剤の影響を検討していない。参加者は薬物療法や外来精神療法などの治療を長期的に経た後にCBGTの利用を開始していることから、治療や薬剤変更の効果がCBGTによる効果を大きくは上回っていないものと考えられるが、その影響は除外していない。

III-E 結論

本研究は、某医療機関におけるCBGT利用者のSOCの変化を明らかにした。CBGTによってSOCが向上した要因については、いくつかの要因が考えられた。まず、認知療法的側面により汎抵抗資源へ適切に目を向けられるようになった可能性や、ストレスに対する適切な見方が養われた可能性があげられる。また、行動療法的側面による自己強化効果の可能性や、集団療法的側面により、他の参加者からの代理学習効果により、SOCが向上した可能性も考えられた。

第IV章

結語

第IV章 結語

厚生労働省が5年に1度実施している労働者健康状況調査⁴⁾では、2012年度に現在の仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がある労働者の割合は60.9%と高止まりしており、我が国における職場のストレスと心の健康問題は未だ喫緊の課題として認識されている。労働者のストレス問題を解決するために、これまで多くの職業性ストレス研究がなされてきた。しかし、一方で、Antonovskyは職業性ストレス研究の多くがストレスを一方的に排除すべき悪者とみなす「疾病生成論」に先立っていることに懸念を示し、むしろ、ストレスはあまねく存在するものであり、そのなかで人々の健康をいかに保持し、増進し、回復していくかという観点に着目した。それが「健康生成論」であり、彼は健康生成論の中核因子として、SOCの存在を提唱した^{46,47)}。

そして近年では健康生成論的アプローチによるエビデンスの集積が、我が国の職域におけるヘルスプロモーションにおいても有力なモデルを構築する可能性が注目されており、個人あるいは集団に対する介入研究の必要性が叫ばれている⁵²⁾。

労働者のSOCが心身の健康保持や健康破綻と関連する報告がなされている。その一方で、労働者のSOCが形成する要因、あるいは向上させる方策については、未だ十分に明らかとされていない。そこで、労働者におけるSOCを形成させる要因ならびに、向上させる方策を明らかとするために、横断研究ならびに前後比較研究を行った。

第II章での横断研究では、労働者9,525名を対象に、10代時期のいじめ被害経験、いじめ加害経験の有無と、SOCの関連について調査を実施した。10代時期にいじめられた経験があると答えた群(n=1,056)では、SOC-13は49.5±11.8であったのに対し、ないと答えた群(n=8,469)では平均56.1±11.8と有意な差を認めた(p<.001)。

同様に、10代時期にいじめた経験があると回答した群(n=111)では49.3±11.8であったのに対し、ないと答えた群(n=9,414)では平均55.1±11.9と有意な差を認めた(p<.001)。

10代でのいじめ被害経験は、耐えうる負荷を逸脱した過大なストレス経験となり、SOCの形成を阻害している可能性が示唆された。またいじめ加害経験も、学校における良質でない人生経験として、低いSOCと関連している可能性が示唆された。

つまり、いじめのない安定した学校環境を整備していくことが、労働者における成人期以降のSOCを高めていくためにも非常に重要な課題であると考えられた。また、いじめ予防プログラムの構築などのいじめ対策が、思春期や青年期の精神的健康保健の維持につながるだけでなく、成人期以降の労働者における健康保持やストレス対処にも重要である可能性が考えられた。

一方、本研究はあくまで横断研究であり、因果関係を検証することができない。そのため、今後はさらに、縦断研究による検証が必要であると考えられる。

第III章での前後比較研究では、うつ病を抱えた労働者16名を対象にCBGTを行い、その前後におけるSOC-29を比較した。SOC-29が106.6±26.0点から122.7±34.2点へと、有意な増加を認めた(p<0.01)。

SOC の向上方策としては、集団療法による効果が注目されており、今研究においても同じ境遇、立場にある者同士の代理学習体験が SOC の向上に寄与する可能性が考えられた。また、認知療法的介入により、ストレス場面に対する適切な物の見方が養われた可能性や、行動療法的介入により、身近なストレス対処の成功体験を重ねたことにより、過小負荷と過大負荷のバランス経験が養われ、として参加者の SOC が向上した可能性も考えられる。

一連の研究結果は、労働者における SOC の形成や向上方策に関するエビデンスの蓄積となるものであり、今後の労働者のヘルスプロモーションを検討する上で、有用な知見と考える。

第V章

謝辭

第V章 謝辞

本研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご指導、ご鞭撻下さった指導教官の松崎一葉先生、副指導教官の笹原信一朗先生、助教の宇佐見和哉先生、大井雄一先生に深謝します。

また、本論文を執筆する上で多くのご助言を下された、斎藤環先生、望月昭英先生、友常祐介先生に感謝いたします。

羽岡健史先生、関昭宏先生には研究計画から研究手法などについて多くのご指導とご意見を頂戴しました。ここに改めて感謝申し上げます。

また、論文執筆中貴重なご意見をいただいた、商真哲先生、小林直紀先生、金子秀敏先生、大滝優先生、堀大介先生にもお世話になりました。ありがとうございました。

第II章の横断研究において、ひとかたならぬご尽力をいただきました企業のご担当者様及び同社社員の皆様に深謝いたします。

第III章の前後比較研究においては、実施において大内田昭二先生、菊池章先生、寺尾 敦先生、西村秋生先生、吉野聡先生、戸塚靖先生、青柳直美様をはじめとする諸先生方、皆様に大変お世話になりました。また、神山咲樹様には、CBGT に関して多くの示唆をいただきました。また、ノルウェーにおいて貴重な研究交流と発表の場を設けて下さり、研究の発展上貴重なご意見を下さった Eva Langeland 先生にも深謝します。

また、竹川京子様、西谷恵様、都間郁様、木村啓子様には、日頃から研究生活を陰にひなたに支えていただきました。大変ありがとうございました。特に竹川様には、私の入学から4年間お世話になることしきりでした。

平井康仁先生、道喜将太郎先生には、大学院同期として大学院入学から今日まで数えきれないほどのご支援をいただきました。

また、全国 SOC 研究交流ネットワークのなかで、山崎喜比古先生、坂野純子先生、戸ヶ里泰典先生には本研究に関し温かくご指導いただきました。本当にありがとうございました。

また、大学時代からの恩師である中村裕之先生には、大学院生活について日頃より温かい励ましのお言葉をしていただき、大変勇気づけられました。

そして、常に私の寛大な理解者であった父の毅と、母の寛子に、また、私の研究生活を最高に癒してくれた、息子の礼と娘の結美に感謝します。ありがとう。

最後に、妻の麻美は私が研究にいきづまり、家庭内で苛立ちをみせるときも、変わらぬ愛を示して私を日々支えてくれました。

私にとって最高の伴侶であり、医師としてのメンターでもある妻に最大の感謝と愛を捧げるとともに、彼女にこの論文を捧げます。

第VI章

参考文献

第VI章 参考文献

1. 熊谷尚夫, 篠原三代平編. 経済学大辞典(第二版) II. 東京; 東洋経済新報社, 1980.
2. 厚生労働省. 平成25年版 労働経済の分析 - 構造変化の中での雇用・人材と働き方 -. 2013. (Accessed Sep 17, 2014, at <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/13/13-1.html>.)
3. Shirai S. Characteristics of Workers with Poor Mental Health and Decreased Productivity Observed by Counseling and Casework. *Job Stress Res* 2004;1:239-42.
4. 厚生労働省. 平成 24 年 労働者健康状況調査. 2013. (Accessed Sep 17, 2014, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>.)
5. 独立行政法人 労働者政策研究・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. (Accessed Sep 17, 2014, at <http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/100.htm>.)
6. Greig S, Bamberg E, Semmer N. *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Geottingen: Hogrefe, 1991.
7. Leitner K. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit - Impacts of working conditions on psychosocial health. *Zeitschrift fuer Arbeitswissenschaft* 1993; 47: 98-107.
8. Selye H. *The Stress of Life*. New York; McGraw-Hill, 1956. (ハンス・セリエ. 杉靖三郎, 田多井吉之介, 藤井尚治, 他(訳). 現代生活とストレス(新装版). 東京; 法政大学出版局, 1974.
9. Cox T. *Stress*. London; The Macmillan Press, 1978.
10. Hinkle LE. The concept of stress in the biological and social sciences. *Sci Med Man* 1973; 1:31-48.
11. Bernard C. *Lectures on the phenomena common to animals and plants*. Springfield; Charles C Thomas, 1974.
12. Canon WB. *Wisdom of the Body*. London; Kegan Paul, Trench, Trübner and Company, 1932. (W・B・キヤノン. 舘隣, 舘澄江(訳). からだの知恵 この不思議なはたらき. 東京; 講談社, 1981.)
13. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
14. Cernovsky ZZ. Life stress measures and reported frequency of sleep disorders. *Percept Mot Skills* 1984; 58: 39-49.
15. Towes JA, Lockyer JM, Dobson D, et al. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997; 72: 997-1002.
16. Masuda M, Holmes TH. Life events: perceptions and frequencies. *Psychosom Med* 1978; 40: 236-61
17. Miller M, Rahe R. Life changes scaling for the 1990s. *J Psychosom Res* 1997; 43: 279-92.

18. 降矢英成, 桂戴作, 村上正人. 一般日本人における「社会的再適応評価尺度」に関する研究 (第1報) 予備調査. 心身医療 1993;5:670-8.
19. 夏目誠, 太田義隆, 野田哲朗, et al. 高齢者の社会的再適応評価尺度. ストレス科 1999;13:222-9.
20. Lazarus R. The concept of stress and disease. Society, Stress and Disease. London: Oxford University Press, 1971.
21. 林峻一郎, 佐藤浩信. ストレス対処行動と易罹病性、疾患特異性をめぐってコーピングとうつ病、神経症およびその準備状態. 脳と精の医 1994; 5: 179-89.
22. Twisk J, Snel J, Kemper H, et al. Changes in daily hassles and life events and the relationship with coronary heart disease risk factors: a 2-year longitudinal study in 27-29-year-old males and females. J Psychosom Res 1999; 46: 229-40.
23. Erlandsson L, Eklund M. The relationships of hassles and uplifts to experience of health in working women. Women Health 2003; 38: 19-37.
24. Serido J, Almeida D, Wethington E. Chronic stressors and daily hassles: unique and interactive relationships with psychological distress. J Health Soc Behav 2004; 45: 17-33.
25. Lavee Y, Ben-Ari A. The association of daily hassles and uplifts with family and life satisfaction: does cultural orientation make a difference. Am J Community Psychol 2008; 41: 88-98.
26. Erlandsson LK. Stability in women's experiences of hassles and uplifts: A five-year follow-up survey. Scand J Occup Ther 2008; 15, 95-104.
27. 中島望, 國方弘子, 桐野匡史, 他. 家族介護者のDaily Hasslesと主観的QOLの関係. 日保健科会誌 2012; 15: 29-40.
28. Cooper CL, Marshall J. Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health J Occup Psychol 1976; 49: 11-28.
29. Cooper CL, Melhuish A. Occupational stress and Managers. J Occup Med 1980; 22: 588-592.
30. Cooper C L, Davidson MJ, Robinson P. Stress in the Police Service. J Occup Med 1982; 24: 30-6.
31. Cooper CL, Grimley PJ. Stress Among Police Detectives. J Occup Med 1983; 25: 534-40.
32. Cooper CL, Cooper RD. Occupational Stress Among International Interpreters. J Occup Med 1983; 25: 889-95.
33. Cooper CL, Kelly M. Stress among Carne Operators. J Occup Med 1984; 26: 575-78.
34. Cooper CL, Sloan S. Occupational and Psychosocial Stress Among Commercial Aviation Pilots. J Occup Med 1985; 27: 570-76.
35. Cooper CL, Sutherland, VJ. Job Stress, Mental Health, and Accidents Among Offshore Workers in the Oil and Gas Extraction Industries. J Occup Med 1987; 29: 119-25.
36. Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job

- Redesign. *Admin Sci Quart* 1979; 24: 285-308
37. Karasek R, Baker D, Marxer F, et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 1981; 71: 694-705.
 38. Karasek R, Theorell T. *Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990: 31-82.
 39. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
 40. Fletcher B, Jones F. A refutation of Karasek's demand-discretion model of occupational stress with a range of dependent measures. *J Org Behav* 1993; 14: 319-30.
 41. Hurrell JJ, McLaney MA. Exposure to job stress--a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health* 1988; 14: 27-8.
 42. 三島徳雄, 永田頌史, 久保田進也. 産業衛生とストレス: 職場におけるストレスと精神健康. *心身医* 1996; 36: 145-51.
 43. 松下年子, 山崎茂樹. 職業ストレスをめぐる抑うつとバーンアウトの関連. *日社精医学会誌* 2004; 13: 13-21.
 44. Kawaharada M, Ueda I, Shima A. Association of Self-Rated Health with Job Stress and Acute Stress Reactions in Japanese Workers. *J Compr Nurs Res* 2006; 9: 15-21.
 45. Ikeda T, Yamakawa Y, Tomita M, et al. Tsuchiya Prevalence and correlates of depressive symptomatology in small-scale manufacturing enterprises in Japan. *Jpn J Balance Life* 2006; 3: 1-12.
 46. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco; Jossey-Bass, 1979.
 47. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco; Jossey-Bass, 1987. (アaron・アントノフスキー. 山崎喜比古, 吉井清子(監訳). 健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京; 有信堂高文社, 2001.)
 48. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int* 2006; 21: 238-44.
 49. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986. (Accessed Sep 17, 2014, at <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>)
 50. Kickbusch I. Tribute to Aaron Antonovsky—'What creates health'. *Health Promot Int* 1996; 11: 5-6.
 51. 津田彰, 馬場園彰編. *健康支援学 ヘルスプロモーション最前線 現代のエスプリ*. 東京; 至文堂, 2004.
 52. 小林敏生. 職域ヘルスプロモーションにおける健康生成論的あるいはポジティブ思考の重要性. *日健教会誌* 2011; 19: 83-88.
 53. Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, et al. Twenty-five years later: A limited study of the

- sequelae of the concentration camp experience. *Soc Psychiatry* 1971; 6: 186-93.
54. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc* 1959; 169: 1286-96.
 55. Friedman M. Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bull N Y Acad Med* 1977; 53: 593-604.
 56. Shye S, ed. *Theory Construction and Data Analysis in the Behavioral Sciences*. San Francisco; Jossey-Bass, 1978.
 57. Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 2003; 17: 109-22.
 58. Skarsater I, Langius A, Agren H, et al. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14: 258-64.
 59. Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, et al. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 778-84.
 60. Kouvonen AM, Väänänen A, Vahtera J, et al. Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 255-61.
 61. Mehlum L. Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 487-92.
 62. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nurs Health Sci* 2001; 3: 69-71.
 63. Sairenchi T, Haruyama Y, Ishikawa Y, et al. Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers: a cohort study. *BMC Public Health* 2011; 11: 205.
 64. Cohen M, Kanter Y. Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behav Med* 2004; 29: 175-83.
 65. Lindfors P, Lundberg O, Lundberg U. Sense of coherence and biomarkers of health in 43-year-old women. *Int J Behav* 2005; 12: 98-102.
 66. Surtees P, Wainwright N, Luben R. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC: Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1202-9.
 67. Sagy S, Antonovsky H. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experience in the family. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 51: 155-66.
 68. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典編. 思春期のストレス対処力 SOC—親子・追跡調査と提言. 東京; 有信堂高文社, 2011.
 69. Honkinen PL, Aromaa M, Suominen S, et al. Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents: a 15-year follow-up study. *J Health Psychol* 2009; 14:

587-600.

70. Ristkari T, Sourander A, Rønning JA, et al. Childhood psychopathology and sense of coherence at age 18: findings from the Finnish from a boy to a man study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:1097-105.
71. Lundberg. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Soc Sci Med* 1997; 44: 821-831.
72. 木村知香子, 山崎喜比古, 石川 ひろの, 他. 大学生の Sense of Coherence(首尾一貫感覚, SOC)とその関連要因の検討. *日健教会誌* 2001; 9: 37-48.
73. 園部豊, 續木智彦, 西條 修光. 大学入学時における過去の運動・スポーツ経験が首尾一貫感覚 (SOC) および健康度に及ぼす影響. *学校保健研* 2012; 53, 527-32.
74. 戸ヶ里泰典, 小手森麗華, 山崎喜比古, 他. 高校生における Sense of Coherence (SOC) の関連要因の検討. *日健教会誌* 2009; 17: 71-86.
75. Feldt T, Lintula H, Suominen S, et al. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Qual Life Res* 2007; 16: 483-93.
76. 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, 他. ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚と精神健康に及ぼす影響. *日公衛誌* 1999; 11: 965-76.
77. Rivera F, García-Moya I, Moreno C, et al. Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: a systematic review. *J Health Psychol* 2013; 18: 800-12.
78. Feldt T, Kokko K, Kinnunen U, et al. The Role of Family Background, School Success, and Career Orientation in the Development of Sense of Coherence. *Eur Psychol* 2005; 10: 298-308.
79. Sollerhed AC, Ejlertsson G, Apitzsch E. Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. *Scand J Public Health* 2005; 33: 334-42.
80. Natvig GK, Hanestad BR, Samdal O. The role of the student: Salutogenic or pathogenic? *Int J Nurs Pract* 2006; 12: 280-87.
81. Kristensson P, Öhlund LS. Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 77-84.
82. Geckova AM, Tavel P, Dijk JP et al. Factors associated with educational aspirations among adolescents: cues to counteract socioeconomic differences? *BMC Public Health* 2010; 10: 154.
83. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. *ストレス対処能力 SOC*, 東京; 有信堂高文社, 2008.
84. Kohut ML, McCann DA, Russell DW, et al. Aerobic exercise, but not flexibility/resistance exercise, reduces serum IL-18, CRP, and IL-6 independent of beta-blockers, BMI, and psychosocial factors in older adults. *Brain Behav Immun* 2006; 20: 201-9.
85. Forsberg KA, Björkman T, Sandman PO, et al. Influence of a lifestyle intervention among

- persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *J Clin Nurs* 2010; 19: 1519-28.
86. Weissbecker I, Salmon P, Studts JL, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women with Fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings* 2002; 9: 297-307.
 87. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, et al. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 212-9.
 88. 文部科学省. いじめの防止等のための基本的な方針. 2013. (Accessed Sep 17, 2014, at http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1340770.htm.)
 89. 文部科学省. いじめ防止対策推進法(平成25年法律第71号). 2013. (Accessed Sep 17, 2014, at http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1337278.htm.)
 90. Callaghan S, Joseph S. Self-concept and peer victimization among schoolchildren. *Pers Individ Dif* 1995; 18: 161-3.
 91. Hodges EV, Perry DG. Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76: 677-85.
 92. Tfofi MM, Farrington DP, Lösel F, et al. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggress Confl Peace Res* 2009; 3: 63-73.
 93. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, et al. Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 244-52.
 94. Gini G, Pozzoli T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2009; 123: 1059-65.
 95. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, et al. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics* 2006; 118, 130-38.
 96. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, et al. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 271-82.
 97. Roeger L, Allison S, Korossy-Horwood R, et al. Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: a South Australian population-based observational study. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 728-33.
 98. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 777-84.
 99. Wolke D, Copeland WE, Angold A, et al. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci* 2013; 24: 1958-70.

100. 山崎喜比古. 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. *Qual Nurs* 1999; 5: 825-32.
101. 昼田源四郎, 松田久美子, 四釜美和子, 他. 「いじめ」研究の現状と課題. 福島大学教育学部論集 1997; 62: 71-88.
102. Ross DM. *Childhood Bullying and Teasing*. Alexandria; American Counselling Association, 1996.
103. 鈴木康平. 学校におけるいじめ. *教育心理学年報* 1995; 34: 132-42.
104. 坂本昇一. 現代の「いじめ」は異質なのか. *教育と医学* 1995; 43: 4-10.
105. 鈴木康平. いじめの実態・心理. *教育と医学* 1995; 43: 54-62.
106. 文部科学省. 平成 24 年 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査. 2013. (Accessed November 1, 2014, at http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/shidou/1267646.htm)
107. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-33.
108. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 460-66.
109. Togari T., Yamazaki Y., Nakayama K., Kimura C., Sasaki Takayama T. Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale : Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Jpn J Health Hum Ecol* 2008; 74: 71-86.
110. 戸ヶ里泰典, 小手森麗華, 山崎喜比古, 他. 高校生における sense of coherence の関連要因の検討-小・中・高の学校生活各側面の回顧的評価とSOCの10ヶ月間の変化パターンと関連性. *日健教会誌* 2009; 17: 71-86.
111. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. *Vital Involvement in Old Age*. New York; W. W. Norton & Company, 1987. (エリク・H・エリクソン, ジョーン・M・エリクソン, ヘレン・Q・キヴニック. 朝長正徳, 朝長梨枝子(訳). 老年期 生き生きしたかかわりあい. 東京; みすず書房, 1997.
112. 岡安孝弘, 高山巖. 中学校におけるいじめ被害者および加害者の心理的ストレス. *教心理研* 2000; 48: 410-21.
113. Rivers I. Retrospective reports of school bullying: Stability of recall and its implications for research. *Br J Dev Psychol* 2001; 19: 129-41.
114. 公益財団法人 日本生産性本部メンタル・ヘルス研究所. 第6回『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果. 2012. (Accessed Sep 17, 2014, at <http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity001359.html>.)
115. Feldt T, Kivimäki M, Rantala A, Tolvanen A. Sense of coherence and work characteristics: A cross-lagged structural equation model among managers. *J Occup Org Psychol* 2004; 77: 323-42.

116. Gilbar O. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Soc Work Health Care*. 1998; 26: 39-49.
117. Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, et al. Sense of coherence and health:evidence from two crosslagged longitudinal samples. *Soc Sci Med* 2000; 50: 583-97.
118. Schüffel W, Brucks U, Johnen R, et al. ed. *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. München; Urban & Fischer Verlag, 1998. (Schüffel, Brucks, Johnen, 他編. 橋爪誠(訳). 健康生成論の理論と実際 心身医療, メンタルヘルス・ケアにおけるパラダイム転換. 東京; 三輪書店, 2004.)
119. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典. SOC(sense of coherence)を高める介入方策の開発に向けて. *看護研究* 2010; 43: 161-72.
120. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington; American Psychiatric Association, 2000. (American Psychiatric Association. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸(訳). *DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引(新訂版)*. 東京; 医学書院, 2003.)
121. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
122. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II: Beck Depression Inventory, Second Edition, Manual*. San Antonia; The Psychological Corporation, 1996.
123. Hiroe T, Kojima M, Yamamoto I, et al. Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Res* 2005; 135: 229-35.
124. Frenz AW, Carey MP, Jorgensen RS. Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychol Assess* 1993; 5: 145-53.
125. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive Therapy of Depression*. New York; Guilford, 1979.
126. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York; Guilford, 2009.
127. 集団認知行動療法研究会. さあ!やってみよう集団認知行動療法—うつ・不安への支援のために, 東京; 医学映像教育センター, 2011.
128. 田島美幸. うつ病休職者を対象とした職場復帰援助のための集団認知療法. *産業精神保健* 2006; 14(3): 160-6.
129. 鈴木伸一, 岡本泰昌, 松永美希編. うつ病の集団認知行動療法実践マニュアル—再発予防や復職支援に向けて, 東京; 日本評論社, 2011.
130. 松永美希, 鈴木伸一, 岡本泰昌, 他. うつ病に対する集団認知行動療法の展望. *精神科治療* 2007; 22: 1081-91.
131. Sarid O, Berger R, Segal-Engelchin D. The impact of cognitive behavioral interventions on

- SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Soc Behav Sci* 2010; 2: 928-32.
132. Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol* 1989; 45: 436-45.
133. Oei TP, Kevin B, Justine MC. Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *J Affect Disord* 2006; 92: 231-41.
134. Gana K, Garnier S. Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Pers Individ Dif* 2001; 31: 1079-90.
135. Sammallahti PR, Holi MJ, Komulainen EJ, et al. Comparing two self-report measures of coping--the Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. *J Clin Psychol* 1996; 52: 517-24.

第Ⅶ章

図表

第Ⅷ章 図表

質問票設計のためのSOCのマッピング・センテンス



図 I -1 質問票設計のための SOC のマッピング・センテンス(文献 47. 91 頁より引用)

表Ⅱ-1 対象者の基本属性と、いじめ被害-加害経験の有無

属性		n	(%)
性別	男性	6,042	(63.4)
	女性	3,483	(36.6)
年代	20-29	1,061	(11.1)
	30-39	3,112	(32.7)
	40-49	2,904	(30.5)
	50-59	2,011	(21.1)
	60-	437	(4.6)
最終学歴	高等学校	1,436	(15.1)
	高専/短大	695	(7.3)
	大学/大学院	6,778	(71.1)
	その他	616	(6.5)
同居する配偶者の有無	あり	6,420	(67.4)
	なし	3,105	(32.6)
子どもの有無	あり	5,239	(55.0)
	なし	4,286	(45.0)
雇用形態	常勤	7,252	(76.1)
	非常勤	1,958	(20.6)
	派遣	315	(3.3)
いじめ被害・加害経験	両経験なし	8,441	(88.6)
	いじめ被害経験のみ	973	(10.2)
	いじめ加害経験のみ	28	(0.3)
	両経験あり	83	(0.9)

表Ⅱ-2 男女毎のいじめ被害経験の有無とSOC-13の比較

性別	いじめ被害経験	n	SOC-13		平均値の差	95% 信頼区間	p値
			平均	SD			
男性	なし	5,420	56.9	11.8	6.4	5.5 - 7.4	***
	あり	622	50.5	11.9			
女性	なし	3,049	54.7	11.6	6.6	5.4 - 7.8	***
	あり	434	48.1	11.5			
合計	なし	8,469	56.1	11.8	6.6	5.9 - 7.4	***
	あり	1,056	49.5	11.8			

対応のないt検定 *** $p < .001$

表 II-3 いじめ被害経験の有無と3下位項目の比較

3下位項目	いじめ被害経験	SOC-13		平均値の差	95%CI	p 値
		平均	SD			
把握可能感	なし (n= 8,469)	21.5	5.3	3.0	2.6 - 3.3	***
	あり (n= 1,056)	18.5	5.3			
処理可能感	なし	16.6	4.2	2.3	2.0 - 2.6	***
	あり	14.3	4.2			
有意味感	なし	18.1	4.3	1.4	1.1 - 1.7	***
	あり	16.7	4.5			

対応のない *t* 検定 *** $p < .001$

表 II-4 各年代毎のいじめ被害経験の有無と SOC-13 の比較

年代	いじめ被害 経験	n	年齢		SOC-13		95% 信頼区間	p 値
			平均	平均	SD	平均値の差		
20-29	なし	911	26.5	54.3	11.6	6.5	5.1 - 9.1	***
	あり	150	26.5	47.8	11.4			
30-39	なし	2,660	34.7	55.5	11.6	5.3	4.4 - 6.8	***
	あり	452	34.8	50.2	12.4			
40-49	なし	2,566	44.5	56.4	11.7	6.4	4.3 - 7.0	***
	あり	338	43.9	50.0	12.0			
50-59	なし	1,903	54.1	58.0	11.1	7.2	5.4 - 9.8	**
	あり	108	53.2	50.8	12.0			
60-	なし	429	62.4	61.3	10.6	-0.9	-6.4 - 8.3	n.s.
	あり	8	63.0	62.2	7.7			

対応のない t 検定 ** p < .01, *** p < .001

表 II-5 性別毎のいじめ加害経験の有無と SOC-13 の比較

		SOC-13			95% 信頼区間	p 値
	いじめ加害経験	n	平均	SD		
男性	なし	5,971	56.3	12.0	5.5 2.7 - 8.3	***
	あり	71	50.8	12.2		
女性	なし	3,443	54.0	11.7	7.3 3.6 - 10.9	***
	あり	40	46.7	11.6		
合計	なし	9,414	55.5	11.9	6.2 3.9 - 8.4	***
	あり	111	49.3	12.1		

対応のない t 検定 *** $p < .001$

表 II-6 いじめ加害経験の有無と3下位項目の比較

3下位項目	いじめ加害経験	SOC-13		平均値の差	95%CI	p 値
		平均	SD			
把握可能感	なし (n= 9,414)	21.2	5.4	2.5	1.5 - 3.5	***
	あり (n= 111)	18.7	5.4			
処理可能感	なし	16.4	4.2	2.3	1.5 - 3.0	***
	あり	14.1	4.3			
有意味感	なし	17.9	4.4	1.4	0.6 - 2.2	**
	あり	16.5	4.9			

対応のない *t* 検定 ** $p < .01$, *** $p < .001$

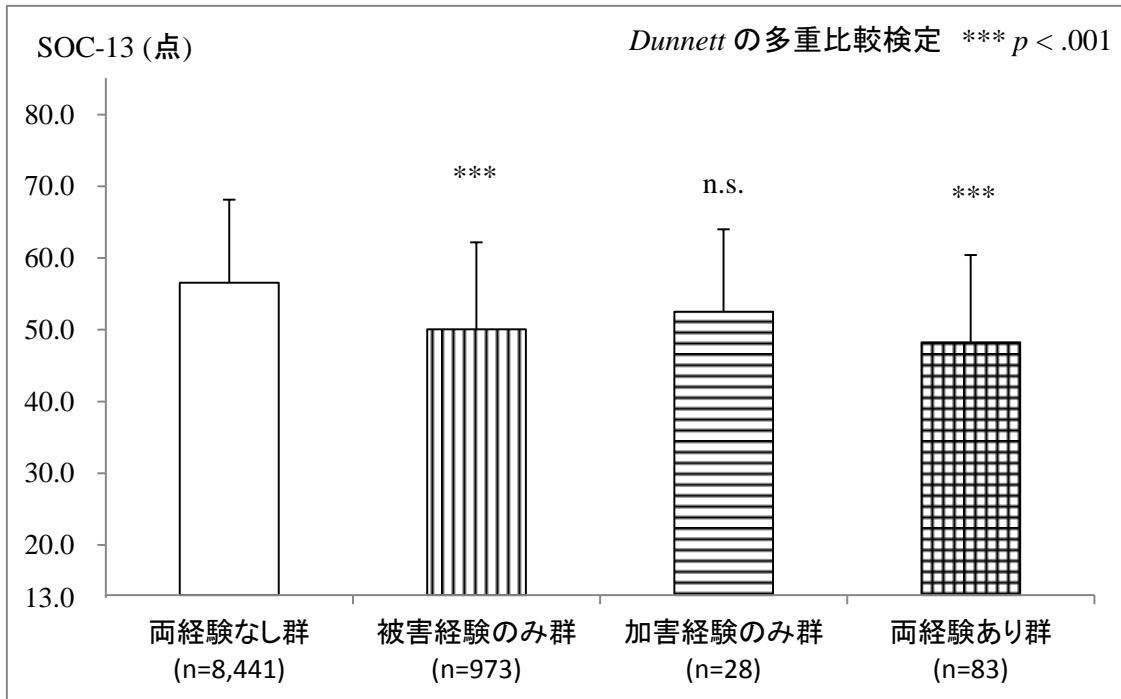


図 II-1 両経験なし群と各経験群との SOC-13 における多重比較

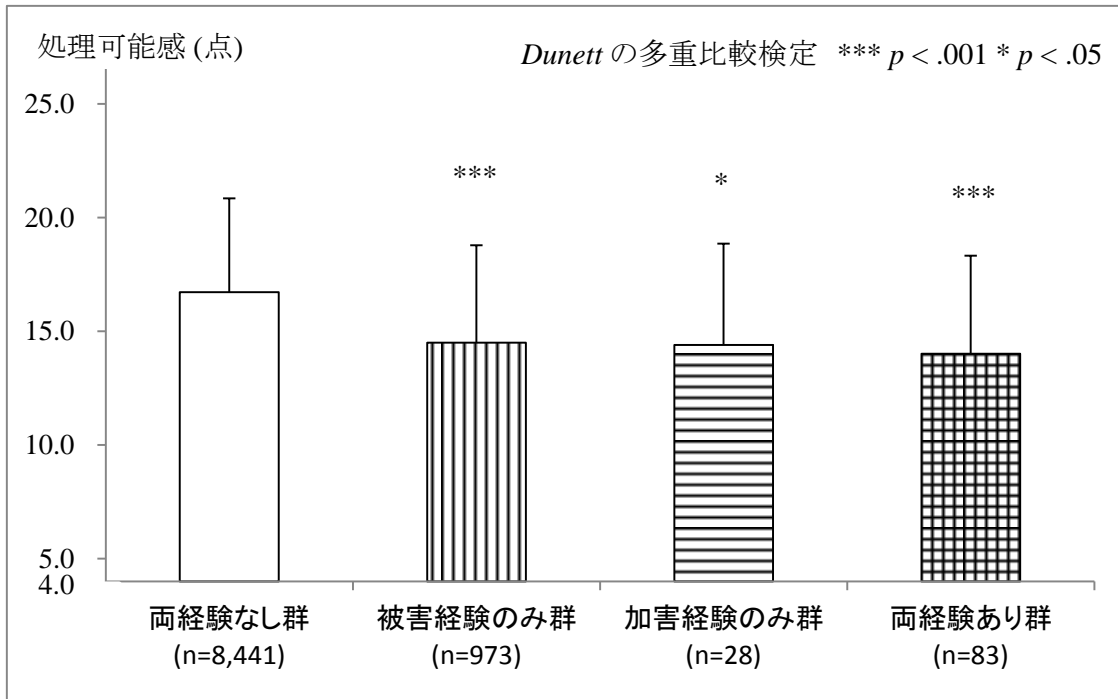


図 II -2 両経験なし群と各経験群との処理可能感における多重比較

表Ⅲ-1 医療機関 X における集団認知行動療法プログラムの内容

-
1. 認知行動療法を知る－自己紹介、自分を知るためのテスト
 2. 考え方のクセ－認知の偏り
 3. 自動思考－状況・気分・自動思考の関連、自動思考記録表の作成
 4. 自動思考記録表の検討
 5. 活動記録シートの分析
 6. 問題解決リスト、アクションプランの作成
 7. アサーショントレーニング－3つの自己表現
 8. アサーショントレーニング(ロールプレイ) まとめ
-

表Ⅲ-2 調査対象者(n=16)の T1 時、T2 時における SOC-29、BDI-II の前後比較

	T1	T2	変化量	95%	p 値
	平均 ± SD	平均 ± SD		信頼区間	
SOC-29総得点	106.6 ± 26.0	122.7 ± 34.3	16.1	7.5 - 24.6	**
把握可能感	36.9 ± 7.8	42.4 ± 11.1	5.5	2.4 - 8.6	**
処理可能感	37.6 ± 10.5	42.5 ± 12.7	4.9	0.8 - 9.0	*
有意味感	32.1 ± 10.4	38.4 ± 12.9	6.3	3.2 - 9.4	**
BDI-II 得点	15.8 ± 9.0	9.8 ± 9.5	-6.1	-9.9 - -2.2	**

対応のあるt検定 ** p < .01, * p < .05

質問票

SOC (Sense of Coherence) 日本語版 13 項目 7 件法

以下の人生についての質問で、1 から 7 までのうち、あなたの感じ方を最もよく表している段階の番号に、1 つだけ○をつけてください。

1 あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくない ともよくある

2 あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかった いつもそうだった

3 あなたは、あてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかった いつもそうだった

4 今まで、あなたの人生は、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
明確な目標や目的はまったくなかった とても明確な目標や目的があった

5 あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
ともよくある まったくない

6 あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと覚ることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
ともよくある まったくない

7 あなたが毎日していることは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
喜びと満足を与えてくれる つらく退屈である

8 あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

とてもよくある

まったくない

9 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいってしまうことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

とてもよくある

まったくない

10 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

まったくなかった

よくあった

11 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた

適切な見方をしてきた

12 あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

とてもよくある

まったくない

13 あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

とてもよくある

まったくない

SOC (Sense of Coherence) 日本語版 29 項目 7 件法

以下の人生についての質問で、1 から 7 までのうち、あなたの感じ方を最もよく表している段階の番号に、1 つだけ○をつけてください。

- 1 あなたは誰かと話しているときに、相手が自分のことを理解していないと覚えることがあり
ますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったく感ぜない ずっと感ぜている

- 2 これまで、他人の協力が必要なことをしなければならぬとき、あなたは、うまくいくと思
いましたか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
うまくいかならぬと思つた きつとうまくいくと思つた

- 3 とても親しく感ぜる人々以外で、あなたが毎日接する人たちのことを考へてください。あな
たは、その人たちのことをどれほどよく知っていますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
知らない人のように感ぜる とてもよく知っている

- 4 あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがあり
ますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくない とてもよくある

- 5 あなたはこれまでに、よく知っていると思つていた人の、思わぬ行動に驚かされたことが
ありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかつた いつもそうだつた

- 6 あなたは、あてにしていた人ががっかりさせられたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかつた いつもそうだつた

- 7 人生というものは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
興味の尽きないものだ 型にはまった単純なものだ

- 8 今まで、あなたの人生は、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 明確な目標や目的はまったくなかった とても明確な目標や目的があった
- 9 あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 10 過去 10 年間のあなたの人生は、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 次に何が起こるかわからない出来事ばかりだった 見通しのきいたものだった
- 11 将来あなたがすることの多くは、たぶん
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 魅力あふれるものだろう ひどく退屈なものだろう
- 12 あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 13 あなたの人生観をもっともよく表しているのは、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 人生での出来事に対していつも 人生での出来事に対して
 解決策を見つけることができる 解決策はない
- 14 自分の人生について考えるとき、しばしば、あなたは、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 生きていて本当によかったと感じる 自分はなぜ存在しているのか疑問に感じる
- 15 あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 いつも混乱して見つけるのが難しい いつも何の迷いもなく見つけられる
- 16 あなたが毎日していることは、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 喜びと満足を与えてくれる つらく退屈である

- 17 将来のあなたの人生は、たぶん、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 次に何が起こるのかわからない出来事ばかりだろう 見通しのきいたものになるだろう
- 18 これまで、いやなことが起きたとき、多くの場合、あなたは、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 それにうちのめされてしまった そんなこともあるだろうとやってきた
- 19 あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 20 あなたは、何か楽しいことをしているとき、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 きっとこのまま楽しい気分で きっと何かが起こってこの楽しい気分が
 いられるだろうと思う 壊されるだろうと思う
- 21 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいじめてしまうことがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 22 将来のあなた自身の人生は、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 まったく意味や目的のないものになると思う 意味や目的に満ちたものになると思う
- 23 あなたは、この先、誰か頼りにできる人がいつもいると思いますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 必ずいると思う いないと思う
- 24 あなたは、いま何が起きようとしているのかははっきりわからない、という不安な気持ちになることがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 25 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。
 あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 まったくなかった よくあった

- 26 何か起きたとき、ふつう、あなたは、
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた 適切な見方をしてきた
- 27 これから、人生の大事な場面で困難に直面したとき、あなたは思うでしょうか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 必ず困難を乗り越えられると思う 困難を乗り越えられないと思う
- 28 あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない
- 29 あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない