

復職支援におけるマインドフルネス・トレーニングの有効性について
—効果指標の作成および信頼性・妥当性の検討—

同志社大学大学院総合政策科学研究科
総合政策科学専攻 博士課程（後期課程）

2012年度 1008番 中川（井上） 裕美

【目 次】

序 章 研究目的と問題意識	1
第 1 章 職場復帰支援について	6
第 1 節 気分障害による休職者数の増加	6
第 2 節 職場復帰支援における課題	9
第 3 節 復職支援プログラム	11
第 2 章 気分障害に対するアプローチ	14
第 1 節 気分障害の治療原則	14
第 2 節 気分障害患者を対象とした心理療法	15
第 3 節 気分障害患者を対象とした認知行動療法	17
第 4 節 マインドフルネス認知療法とは	20
第 5 節 気分障害患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法の効果	24
第 3 章 マインドフルネスとは	30
第 1 節 本来のマインドフルネスとは	30
第 2 節 心理臨床におけるマインドフルネスの定義	32
第 3 節 マインドフルな状態の測定	33
第 4 節 マインドフルな特性の測定	34
第 5 節 マインドフルな状態と特性の測定	35
第 6 節 既存のマインドフルネス尺度に対する考察	40
第 4 章 マインドレスネスの測定に向けて	42
第 1 節 マインドフルネスの測定における問題点	42
第 2 節 マインドフルネスとマインドレスネスの関係	43
第 3 節 マインドフルネスのトレーニングで試みていること	44

第5章	マインドレスネス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討	49
第1節	マインドレスネス尺度の項目作成に向けた予備的調査	49
第2節	マインドレスネス尺度における内容的妥当性の検討	68
第3節	マインドレスネス尺度における効果指標としての妥当性の検討	83
第6章	効果指標としてのマインドレスネス尺度について	90
第1節	本研究から示されたマインドレスネスの特徴	90
第2節	効果指標としてマインドレスネス尺度を導入することの意義	94
終章	今後の研究課題	97
第1節	残された課題	97
第2節	今後の展望	99
謝辞		101
引用・参考文献		1

【本 文】

序 章 研究目的と問題意識

本研究の目的は、気分障害患者を対象とした復職支援プログラムにおいて、マインドフルネスに基づく心理療法の有効性を評価するための効果指標について検討することにある。特に、(1) 既存のマインドフルネスを測定する尺度は、気分障害患者を対象に行われるマインドフルネスに基づく心理療法の効果を正確に反映しているのか、(2) 気分障害患者にとってマインドフルネスに基づく心理療法は、マインドフルネスの促進ではなく、マインドレスネスの軽減に貢献しているのではないかと、(3) 既存のマインドフルネス尺度よりも、マインドレスネスを測定する尺度の方が、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として適切ではないか、という三点に焦点化して研究を進める。

本研究の意義は、これらを明らかにすることにより、復職支援プログラムで行うマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として、より対象者の実態に即したアセスメントを実現化させることにある。このことは、マインドフルネスに基づく心理療法の効果メカニズムの解明に向けた研究を前進させる一助となるものと考えられる。

近年、気分障害による休職者数は、増加の一途をたどっており、職場復帰への支援とその予防に向けた対策が求められている。さらに、気分障害患者への支援には、再発率の高さが課題とされており、職場復帰しても再適応に困難を示すケースが多いことが報告されている（島，2004）。このような現状を受けて、医療機関では気分障害により休職中の者を対象とした「復職支援プログラム」が、デイケアや作業療法、集団精神療法などの診療報酬体系の枠組みで設けられるようになってきている。そして、復職支援プログラムは、集団で行われるカリキュラムへ参加することにより、ストレス対処能力の習得やコミュニケーション能力や業務遂行能力、生活リズムの改善などを通して、職場復帰と再発予防のためのリハビリテーション機能を担っている。

気分障害の再発予防に向けた先行研究では、薬物維持療法や認知行動療法の効果が示されてきたが、効果の維持期間が限られているという問題や、コスト・パフォーマンスの問題などが指摘されてきた。これらのような問題を打開するために、集団での実施が可能であるマインドフルネスのトレーニングに基づく心理療法が開発され、近年注目されてきている。

マインドフルネスとは、「瞬間瞬間に立ち現われてくる体験に対して、今の瞬間に、判断

をしないで、意図的に注意を払うことによって実現される気づき」と定義されている（Kabat-Zinn, 2003）。

このような、マインドフルネスに基づく心理療法は、3回以上再発を繰り返している気分障害患者に有効であるとの報告（Teasdale et al.,2000 ; Ma & Teasdale,2004）や、気分障害が回復し、主要な中核症状が軽快あるいは消失した後もみられる残遺症状の軽減に有効である（Kingston et al.,2007）といった報告から、特に回復期や寛解期の気分障害患者を対象とした再発予防効果が期待されている。

しかし、これらの先行研究では、マインドフルネスに基づく心理療法による介入の結果、抑うつ度や再発までの期間がどの程度変化したかという報告に留まっており、どのようなメカニズムにより、マインドフルネスのトレーニングが気分障害の再発予防効果に影響をもたらしているのかといったことに関しては、推測の域を出ない段階にある。そして、マインドフルネスに基づく心理療法の効果を明らかにしていくためには、マインドフルネスのトレーニングを行うことにより、何がどの程度変化すれば、抑うつ度の軽減や再発予防に効果がみられるのかといったメカニズムを検証していく必要があると考えられる。

このような課題を受けて、マインドフルネスの程度を測定するための尺度は、海外を中心にいくつか開発が試みられている（Brown & Ryan,2003 ; Baer et al.,2004 ; Lau et al.,2006 ; Walach et al.,2006 ; Feldman et al.,2007 ; Baer et al.,2006 ; Sugiura et al., 2012）。しかし、マインドフルネス尺度の「観察」という下位尺度では、健常群と臨床群との間に有意な差が認められなかったり（Baer et al.,2004）、理論的には負の関連があると考えられる心理的な不適応を示す尺度との間には弱い正の相関がされたりしている（Baer et al.,2006 ; Sugiura et al., 2012）。これらの報告からは、既存のマインドフルネス尺度を、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標に用いることには課題が残されていることが窺える。

これらの尺度を効果測定の指標として用いるには、少なくとも介入前後における測定に利用できることが求められるが、現段階では、概念の一部を尺度化したものや、「どの程度マインドフルなのか？」を問う形式のものが、ほとんどである。しかし、マインドフルネスを体験していない可能性が高い、気分障害をはじめとする精神障害による患者に対して、トレーニングを受ける前に「どの程度マインドフルなのか」を問うということ自体、対象者にとっては回答し難いものであることが推察される。

さらに、マインドフルネスに基づく心理療法のプログラム内容としては、体験的なワー

クを通して、いかに自分が目の前のことに対してマインドレスにかかわっているかということや、いかに自動的に対象から注意が逸れてしまうものかということを知る構成になっている。これは、現在の自分がどれほどマインドレスであるかに気づくという体験なしに、マインドフルネスを体験したり、理解したりすることは不可能と考えられているためである。

以上のような理由から、既存のマインドフルネスに関する測定尺度では、特に介入前における対象者の傾向を正確に反映させることが難しいため、マインドフルネスに基づく心理療法による効果そのものを測定できていない可能性が高いと考えられる。

心理臨床におけるマインドフルネスのトレーニングは、人がマインドレスネスに陥ると、どこまでが自分の思考で、どこからが現実なのかが分からなくなってしまうたり（認知的フュージョン）、自分にとって都合の悪いことや物事の否定的な側面を考えるだけで現実を感じられてしまうので、あらゆることを避けるようになってしまったりする（体験の回避）ため、これらを克服するために有用であることが指摘されている（熊野，2012）。また、Langer（1989）においても、マインドレスネスな状態にある人は、パフォーマンスを制限してしまったり、身体健康にネガティブな影響を与えたりすることが指摘されている。そして、気分障害の患者を対象に開発されたマインドフルネス認知療法でも、プログラムの構成として多くの時間は、マインドレスな自分に気づくことに焦点を当てたトレーニングが採用されている。

したがって、心理療法として、マインドフルネスのトレーニングを取り入れる意義は、マインドフルネスの向上を目指すことよりも、マインドレスネスの程度が高まると心理的な不適応に陥るリスクが増してしまうため、マインドフルネスのトレーニングを行うことによって、マインドレスネスの軽減を試みることにあるのではないかと考えられる。

そこで本研究では、マインドフルネスのトレーニングを行うことにより、マインドレスネスが、どの程度まで軽減されるかを調べることに焦点化した「マインドレスネス尺度」を作成し、その妥当性と信頼性を検討する。

各章の流れとしては、まず、第1章においては、気分障害を理由とする休職者の増加、および職場復帰後の再発・再休職率の高さが問題となっているという背景から、休職者への職場復帰支援における現状と課題について先行研究を基に整理し、職場復帰に向けた支援では、リハビリテーションの役割を担う復職支援プログラムを活用していくことの重要性について述べた。

第2章では、復職支援プログラムの参加対象が患っている気分障害に有効と考えられているアプローチを先行研究より調べ、特に復職支援プログラムで行う心理療法プログラムにおける介入の焦点について検討した。その結果、特に職場復帰支援の対象となるような回復期や寛解期気分障害患者には、「マインドフルネス」に基づく心理療法による再発予防効果が注目されていることが示された。そこで、「マインドフルネス認知療法」の先行研究についてレビューし、その現状と課題を整理した。

第3章では、気分障害患者に有効であると考えられている「マインドフルネス認知療法」の中核概念である「マインドフルネス」に焦点化し、その定義を先行研究により示した。さらに、心理臨床における「マインドフルネス」の尺度化に向けた研究動向についてレビューを行い、研究課題を整理した。

第4章では、復職支援において、マインドフルネスに基づく心理療法プログラムの導入を検討するうえで必要と考えられる効果指標について、既存のマインドフルネスに関する尺度の課題を検討した。その結果、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標としては、マインドフルネスの程度を測定するのではなく、マインドレスネスの程度を測定することに焦点化した方が、対象者の現状から考えて適切ではないかとの結論に達した。

第5章では、前章までに述べてきたような理由から、「マインドレスネス尺度」を作成し、以下のステップに従い、尺度の信頼性と妥当性について検討を行った。

第一にマインドレスネス尺度を作成し、予備的調査により尺度の因子的妥当性の検討、および再テスト法による尺度の信頼性の検証を行った。第二に、気分障害患者の群（復職支援プログラム参加者）と対照群（マインドフルネス勉強会の参加者）との比較、および基準尺度との関連から、マインドレスネス尺度の内容的妥当性について検討した。最後に、既存のマインドフルネス尺度（FFMQ）とマインドレスネス尺度との比較から、気分障害患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標としての妥当性を検討した。

第6章では、本研究において検討してきた「マインドレスネス尺度」、およびその下位尺度である「自己不承認」、「表現の抑制」、「不注意」の特徴について、本研究における調査から得られた結果を基に整理して、提示した。そして、本研究の目的で示したように、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として、マインドレスネス尺度を導入することの意義について述べた。

そして終章では、気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づ

く心理療法の有用性を示すために必要な検討課題について、マインドフルネスのトレーニングについての効果測定という観点から整理し、本研究において提示した「マインドレスネス尺度」に関する今後の研究課題を述べて、本論文の結びとした。

なお、本論文は、同志社政策科学研究第 15 巻 1 号「復職支援プログラムにおける認知行動療法 ―第三世代の認知行動療法に着目して―」（井上，2013）、同志社政策科学研究第 15 巻 2 号「マインドフルネスの測定 ―気分障害に対する第三世代の認知行動療法―」（井上，2014）で発表したもの、そして産業・組織心理学研究第 28 巻 2 号「復職支援における気分障害の再発予防に向けた心理的支援―マインドフルネスに基づく認知行動療法からのアプローチ―」（井上，2015）にて発表予定（印刷中）のものを基盤として、さらに研究をすすめたものである。

第1章 職場復帰支援について

本章では、精神障害（主に気分障害）を理由とする休職者の増加が問題となっている背景から、休職者への職場復帰支援における現状と課題について紹介する。

第1節 気分障害による休職者数の増加

精神疾患の分類と診断の手引きである DSM-IV-TR によると、気分障害とは、うつ病性障害、双極性障害（いわゆる躁うつ病）、一般身体疾患による気分障害、物質誘発性気分障害の総称であり、「ある程度の期間にわたり持続する気分（感情）の変調により、苦痛を感じたり、日常生活に支障をきたしたりする状態」を指す（高橋ら，2002）。そして、気分障害の特徴には、一定期間以上の抑うつ気分や興味の減退、それに伴う身体的症状（食欲や睡眠の障害、疲れやすさなど）、認知的症状（無価値観や罪責感などのネガティブ思考、思考や集中力の減退など）が挙げられる（高橋ら，2002）。

Kessler & Walters（1998）によると、気分障害（大うつ病性障害）の生涯有病率は、全世界で約 15.3%と推定されている。また、国際保健機構（WHO ; World Health Organization）によれば、特定の地域で流行した伝染病の疾患などを除いた全世界の人々が罹患する可能性を有する全ての疾病について、健康を脅かす危険度を比較すると、大うつ病性障害は第4番目に危険度が高い疾病に位置づけられるという。さらに同調査では、気分障害の中でも単極性うつ病性障害の危険度は、これから 2020 年にかけて第2位まで上昇することが推測されている（Lopez & Murray, 1998）。

この問題は、日本においても例外ではなく、厚生労働省により3年に一度実施されている患者調査の報告によると、気分障害の罹患率は、年々増加傾向にあることが報告されている（図1-1）。

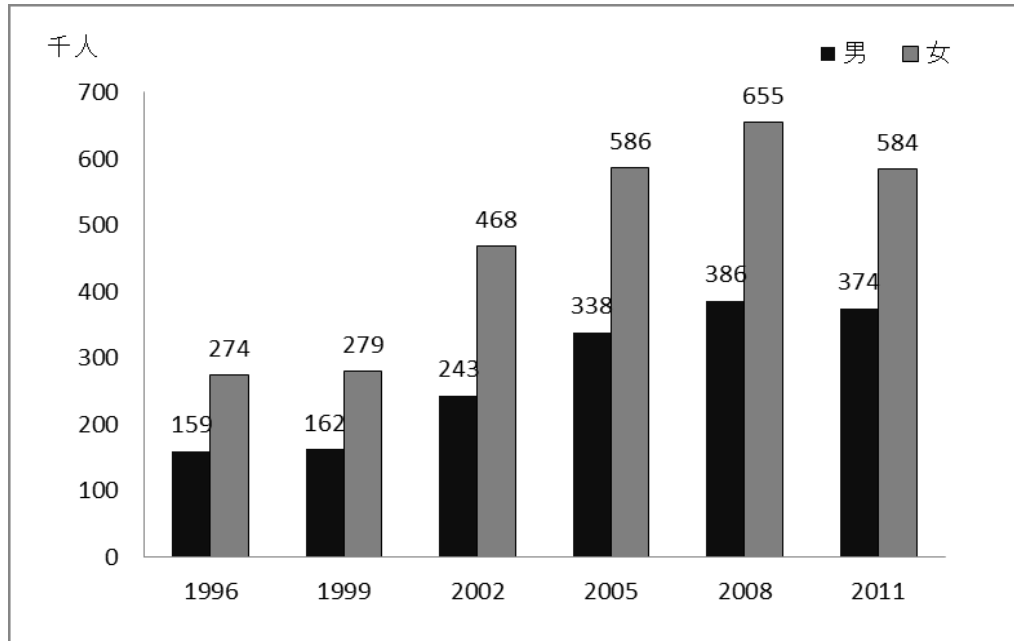


図 1－1．気分障害（うつ病・躁うつ病など）の総患者数

（出所：厚生労働省『患者調査』 1996～2011 年）

注）図 1 における気分障害の総患者数は、うつ病および躁うつ病（双極性障害）の患者である。この調査による総数は、調査日に医療施設に行っていないが、継続的に医療を受けている者を含めた患者数を示している。2011 年は、東日本大震災の影響により宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏、および福島県を除いた総患者数が算出されている。

気分障害には、上述したような発症率の高さだけではなく、再発率が高いため慢性化しやすいという特徴がある。Judd（1997）では、一度気分障害に罹患した者は、生涯のうちに平均で 4 回、気分障害の症状を一定期間（20 週間程度）体験するということが推定されている。

そのため、この気分障害患者の増加に伴う問題は、当事者やその周囲の人々への影響だけではなく、自殺者の問題や家庭問題、労働環境などにも影響を及ぼす可能性があり、社会全体で取り組んでいくべき課題であると考えられる。

次に、2011 年における患者調査の年代別に気分障害の罹患率をみると、男女ともに 30 歳代から 50 歳代の労働者層に多いことが示されている（図 1－2）。

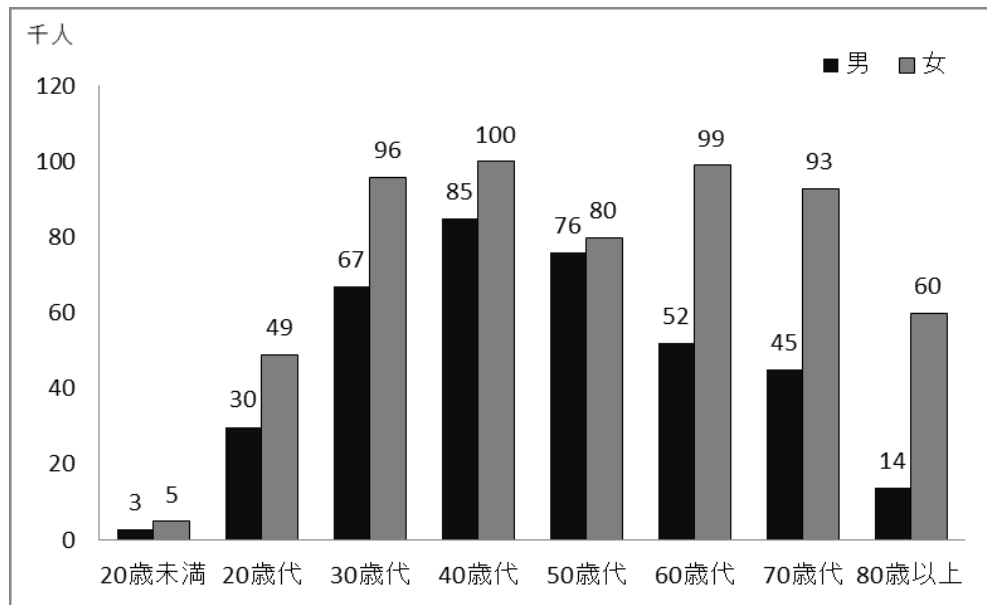


図 1－2. 男女年齢別気分障害の総患者数（出所：厚生労働省『患者調査』2011 年）

注）図 1－2 における気分障害の総患者数は、うつ病および躁うつ病（双極性障害）の患者である。この調査による総数は、調査日に医療施設に行っていないが、継続的に医療を受けている者を含めた患者数を示している。2011 年は、東日本大震災の影響により宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏、および福島県を除いた総患者数が算出されている。

一方、休職理由の内訳の推移を示す統計資料は少ないが、アドバンテッジリスクマネジメントにおいて、ケガや疾病などの就業障害により 30 日以上 の休業に至ったケースのうち 1,200 例（男性 791 例、女性 409 例）を無作為抽出して行われた実態調査によると、長期休業の原因として精神障害の割合が増加してきていることが明らかにされている（図 1－3）。

なお、休職理由に関する精神障害の内訳について、島（2004）では、10 の企業を対象に調査を行い、精神障害で休職した者のうち 87.3%は気分障害によるものであることが明らかにされている。

以上のように、近年増加傾向にある気分障害患者への支援の在り方を検討するにあたり、とりわけ患者数の割合が多い労働者層では、精神障害（主に気分障害）による休職者が増加しているという現状から、休職者の職場復帰に向けた支援の検討と整備は急務の課題であると言える。

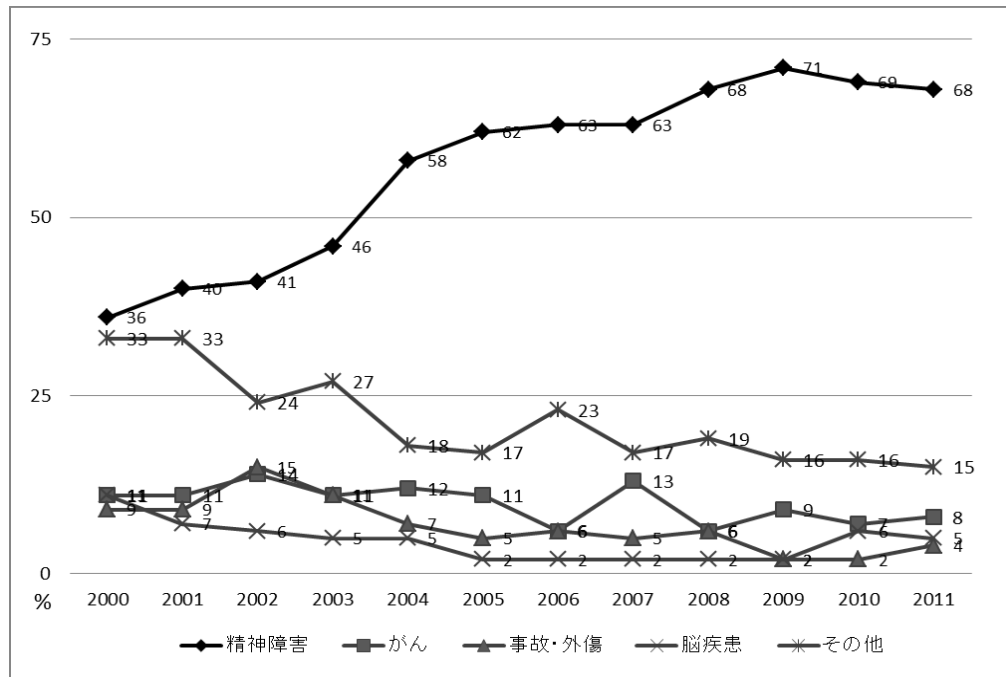


図 1 - 3. 長期休業の原因

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

第 2 節 職場復帰支援における課題

上述した課題を受けて、厚生労働省は中央労働災害防止協会に委託し「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を提示している。そのなかで、職場復帰支援の流れは、図 1 - 4 のようにモデル化されている。

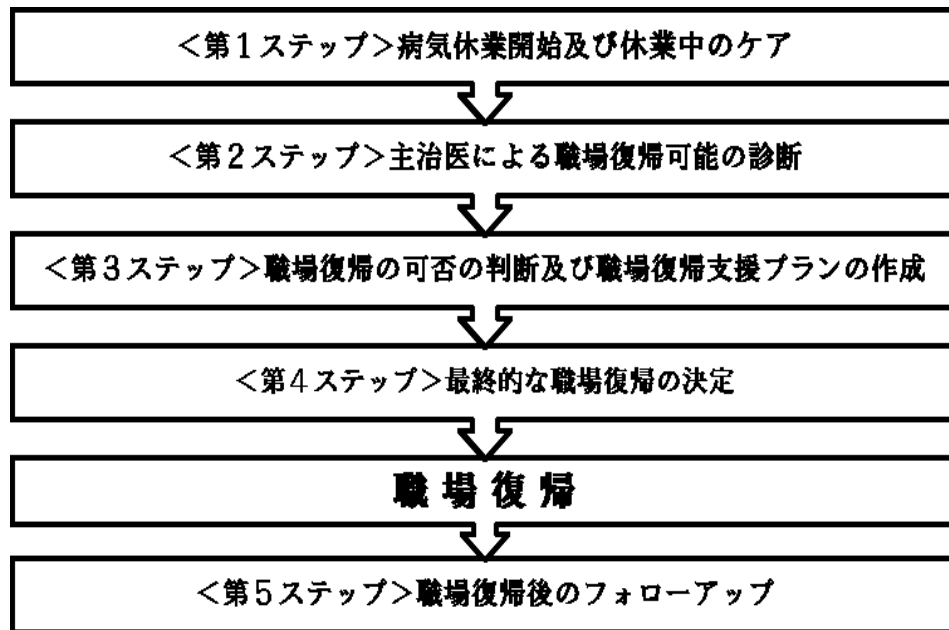


図 1－4．職場復帰支援の流れ

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

有馬（2010）によると、こうしたガイドラインにより、精神障害で休職した社員が復職できる目安が示されたため、治療者側（主治医ら、医療機関）と企業側（上司、人事労務担当者、産業保健スタッフ）に共通の指針を持たせることに寄与したものと解釈されている。

一方、黒川ら（2009-a）で行われた実態調査によると、企業側（人事労務担当者）における「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の周知度は、24.1%に留まっており、医療機関が出す診断書の指示を遵守するといった受け身の姿勢が窺える現状があることが指摘されている。また、復職に際して事業場内の産業保健スタッフへの権限委譲は低調であるという調査結果も報告されており、治療者側と企業側の連携に課題が残っていることが示唆されている（黒川ら，2009-b）。

先にも述べたように、精神障害による休職者のうち約 9 割は気分障害によるものであることから、職場復帰支援の中心は気分障害圏の患者が対象となることが想定される（島，2004）。そして、気分障害の初期段階の治療には、安静と安眠が必要とするため休職の対象となるが、気分障害は他の精神障害に比べて予後が良好と言われている。そのため、治療の経過には、個人差があるものの（キャリアの見直しや職場適応など別の問題が障害と

なる場合はあるが)、気分障害そのものは治療を行えば復職可能な病と考えられている(笠原, 1996)。

しかし実際には、症状が治まり職場へ復帰してきても、業務ができるまでは回復していないために不適応を示す者がいることや、再発率・再休職率が高いという問題点があるということが実態調査により報告されている(島, 2004)。そのため、職場復帰を目標として支援をしていく場合、治療者側には症状の回復以外のところについても配慮する必要がある。というのも、精神科の主治医が復職可能の診断を下すという重要な役割を担っているが、医療機関において診察と投薬により症状の管理を中心に行っている主治医の立場からは、実際に復職後も問題なく就労を継続できるかどうかまでは判断がつきにくいということが指摘されているためである(島, 2004; 有馬, 2010)。

以上のように、再発率や再休職率が高く、多くの者が職場再適応に困難を抱えているという問題の背景には、企業側と治療者側の連携の困難さという課題がある。そして、企業側には、社員に対する安全配慮義務があるため、メンタル不調者を見逃し、その対応に遅れて休職者を出したことについて検討し、復職してきた社員に対して再適応への支援を行う義務がある。そのため本来であれば、企業側の産業保健スタッフが中心となり、復帰後継続して働けるように、本人の業務遂行能力を見立てて、試し出勤などの制度を活用していくことが望ましいと考えられる。しかし、休職者の職場復帰の段階において、制度の上で医療機関側の診断書が唯一の判断資料となっている状況下では、治療者側(主治医)の判断に責任が問われやすい。

このような現状を受けて、回復期にある気分障害の患者を主な対象とし、復職への準備を整えるためのリハビリテーションを目的とした「復職支援プログラム」が、休職者を職場へ、そして治療者側と企業側とを繋ぐ役割を担うために運用が始動している。

第3節 復職支援プログラム

復職支援プログラムが創められてからの歴史は浅く、休職者に対する職場復帰を目的としたリハビリテーションは、1997年に精神科作業療法の枠組みで始めたのが先駆けと言われている(五十嵐・林, 2010; うつ病リワーク研究会, 2011)。また、全国の都道府県に設置されている障害者職業センターでも、気分障害をはじめ、精神障害による休職者を対象とした復職支援プログラムが、2002年より試行、2004年より実施されている(障害者職業総合センター, 2007)。

医療機関において主に回復期にある労働者を対象に行う復職支援プログラムは、「病状を回復・安定させること」、「復職準備性を向上させること」、そして「再発防止のためのセルフケア能力を向上させること」の3つを目的として、デイケアや作業療法、集団精神療法などの診療報酬体系の枠組みで実施されている。これらの目的を可能にするためには、①通勤を模倣して定期的に通所できる場所、②厳しめのルールの下で空間的・時間的に拘束させる枠組み、③一定のノルマがある作業プログラム、④再発予防のセルフケアにつながる心理社会教育プログラムの4つの要素を備えておく必要があると考えられている（うつ病リワーク研究会，2009）。

また、復職支援プログラムを職場復帰のためのリハビリテーションとして構成させるには、①集団での実施、②対象を限定、③リハビリテーションの要素、④心理社会療法の4点が重要と考えられている（五十嵐・林，2010）。

復職支援プログラムにおいて、集団での実施が重視されるのは、単に多く人を集めて効率的にプログラムを実施するためではなく、集団療法としての治療効果を活用するためもある。というのも、休職者が職場における対人関係や職場環境内でのストレスを背景として精神障害が生じたことを考慮すれば、個人療法よりも模擬職場を想定した集団生活を行う機会こそが、リハビリテーションの機能を果たすと考えられるためである。また、参加者の集団内における言動を、復職支援プログラムのスタッフが観察して、評価を行うことができ、主治医にとってもスタッフと連携を図ることで復帰のタイミングが確認できる機会にもなると考えられている（五十嵐・林，2010）。

さらに、復職支援プログラムでは、参加対象者を気分障害圏の患者に限定することが多い。その意義としては、対象疾患を限定することによって、プログラムの目的を職場復帰と再休職の予防に焦点化し、集団の凝集性を高めることが可能となること、そして、プログラムの運営をスムーズなものにし、リハビリテーションの機能を促進することがねらいとされている。また、リハビリテーションの観点からは、参加者に段階的に負荷をかけることで、症状の回復だけではなく、実際に職場に戻った際の生活リズム、業務遂行能力を取り戻すことなど復職への準備性を高めていくことを目標に置いて支援を進めていくことができる。さらに、心理社会療法の観点からは、集団での協働作業や役割分担を通じて対人交流に必要なスキルや、疾病教育や心理教育による自己管理に必要なスキルを身につけてもらえるような集団プログラムが構成され、実施されているところが多い。

具体的なカリキュラムの実施内容については、機関により違いがあるが、概ね「症状自

己管理」、「コミュニケーション」、「自己洞察」、「集中力」、「モチベーション」、「リラクセーション」、「基礎体力」、「感情表現」の8カテゴリーに整理されてきている（五十嵐・林，2010；林・五十嵐，2012）。

また、五十嵐（2012）では、気分障害による休職経験がある企業従業員 323 名を対象に復職支援プログラムを利用した群と利用しなかった群との間で復職後の就労継続性を比較した結果、復職支援プログラムを利用した群の方が就労継続性は有意に良好であり、復職支援プログラムを利用することにより、再休職の予防に貢献していることが報告されている。一方、企業により定められた休職可能期間は、就労年数と比例するところが一般的であり、雇用問題と利用率との関連性についても指摘されている。

しかし、先にも述べたように、復職支援プログラムは始動したばかりである。そのため、今後は休職者が利用できる機関の増設や、企業への周知に加えて、実施方法の標準化や各プログラムの有効性を検証していくことなどが課題として挙げられている（五十嵐・林，2010；うつ病リワーク研究会，2011）。特に、気分障害患者への支援では、再発率の高さが課題となるケースが多いため、復職や再発・再休職予防に対して復職支援プログラムや各プログラムの内容が、どの程度これらに寄与し得るものかということについての実績を蓄積し、その重要性を社会へ示していく必要がある。

第2章 気分障害に対するアプローチ

本章では、復職支援プログラムの参加対象が患っている気分障害に有効と考えられているアプローチを先行研究により調べ、特に復職支援プログラムで行う心理療法プログラムにおける介入の焦点について検討する。

第1節 気分障害の治療原則

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

気分障害へのアプローチとして、歴史的には抗うつ薬（脳内の神経伝達物質に作用するもの）の発展が先行してきた経緯がある。しかし、従来の薬物療法には、医師の経験に基づく抗うつ薬の多剤併用や、十分な経過を観ないうちに投薬内容の変更が繰り返された結果、薬物による治療抵抗性の気分障害の患者を出しかねない可能性があることなどが問題視されてきた（堀・中村，2010）。こうした経緯もあり、現在は精神科薬物療法研究会や日本うつ病学会において、日本の精神科医への調査結果を基に作成された実践的な治療アルゴリズムが示されており、典型的な気分障害の患者にとっては合理的な薬物療法が受けられるようになっている。

しかし、近年職場などで増加してきている気分障害の患者には、比較的軽症であるケースが多く、症状が軽症であればあるほど、薬物療法の効果は落ちることが指摘されている（中村，2012）。また、先行研究により、薬物療法単独での治療効果は、再発率においてプラセボ群と有意な変化が見られなかったことや、薬物療法と心理療法を併用した場合に比べて再発予防効果が低いことなどが示されている（DiMascio et al.,1979 ; Gloaguen et al.,1998 ; Westen & Morrison,2001 ; Cuijpers et al.,2009 ; Lynch et al.,2010）。

そのため、特に復職支援の対象となるような気分障害患者のケースでは、薬物療法と心理療法の併用で行われる場合が多い。吉野ら（2012）は、こうした薬物療法と心理療法の併用は、患者により治療反応性が異なる（薬物療法に反応しやすい人もいれば、心理療法

に反応しやすい人もいる）ため、両者を用いることで臨床的に効果が見られる患者の増加に繋がると述べている。そして、薬物療法は神経伝達物質の乱れという症状へのアプローチとして機能し、心理療法は様々な対処法を身につけることによりストレス耐性を高める機能があり、焦点化しているところが異なるため、双方の強みを活用できるといった利点があると考察されている（吉野ら，2012）。

したがって、気分障害の治療には、患者自らが適切な投薬管理を行えるよう支援するだけでなく、心理療法による支援が必要不可欠と言える。そして、再発予防のためにも、治療期間を活用して寛解後に起こり得るあらゆるストレス場面に対処できるようなスキルを身につけておくことが重要と考えられる。

第2節 気分障害患者を対象とした心理療法

気分障害に対して行われる心理療法の種類はいくつか存在するが、その中でも対人関係療法と認知行動療法は、研究において気分障害の診断基準を満たした臨床患者を対象とする介入法の検証が行われたこと、そして薬物療法と同等以上の効果が示されていることにより気分障害に対する主要な技法となっている（DiMascio et al.,1979 ; Gloaguen et al.,1998 ; DeRubeis et al.,2005 ; Rush et al.,2006 ; Cuijpers et al.,2009 ; Lynch et al.,2010 ; Wiles,et al.,2012）。

対人関係療法とは、社会的役割と精神病理との関係は双方向であるという根拠に基づき、重要な他者との現在の関係に焦点を当てて症状と対人関係問題の関連を理解し、対人関係の問題に対処する方法を身につけることを目指す技法である。

対人関係療法は、特に気分障害患者に対して薬物療法と同等の効果があることが確認されており、薬物療法と併用することにより効果が高まると指摘されている（DiMascio et al.,1979）。また、反復性うつ病性障害の女性を対象に調査を行ったところ、対人関係療法のみの群（2年間の維持療法）では再発率が26%、投薬が必要だった病態レベルの群においては対人関係療法の併用により50%の再発率であったことが報告されており、対人関係療法のみの適用でも一定の効果を持つことが示されている（Frank et al.,2007）。さらに、対人関係療法が気分障害患者の抱える課題に対して功を奏した患者群では、課題への焦点化が維持されなかった患者群よりも寛解期間が有意に長いことが確認されており、良質な介入が実現すれば、再発予防効果を持つことが示唆されている（Frank et al.,1991）。その他にも、思春期や高齢の気分障害（うつ病性障害）や、急性期の気分障害（双極性障害）

にも一定の効果を示すことが確認されている（Rossello & Bernal,1999 ; Reynolds et al.,1999 ; Frank et al.,2005）。以上のことから、対人関係療法は気分障害患者の中でも比較的重度の患者を対象とした急性期治療として有効であることが窺える。

一方、認知行動療法には、さまざまな技法が存在するが、特にうつ症状に対して開発された認知行動療法は、心理的問題はその出来事もしくは体験をどのように捉えるか（認知）によって影響を受けているということに着目し、感情に及ぼしている非機能的な思い込み（認知の歪み）を特定し、その思い込みに代わる現実的で幅広く適応的な認知を身につけていくことで気持ちのコントロールに役立てるという技法である。

この認知行動療法は、気分障害の中でもうつ病性障害への介入において、薬物療法と同程度の効果が示されている（DeRubeis et al.,2005 ; Lynch et al.,2010）。さらに、薬物療法を受けることが困難な治療抵抗性のうつ病性障害（抗うつ薬を6週間以上投与してもBeckのうつ病調査票（BDI-II）スコアが14以上であり、国際疾病分類第10版（ICD-10）においてうつ病エピソードに分類される人々）の患者に対しても効果を示すことが実証されている（Wiles,et al.,2012）。また、Gloaguen et al.（1998）ではメタ分析の結果、特に軽度から中程度の気分障害に対して薬物療法をはじめとする他の介入よりも認知行動療法が有効であることが示されている。

さらに、集団を対象に行われる認知行動療法の効果については、抑うつ度の軽減だけでなく、自己効力感や、社会的機能の回復にも効果があることが示されている（Chen et al.,2006 ; 松永ら, 2007 ; Matsunaga et al.,2010 ; 田上ら, 2012）。これらは、再発予防に向けて、患者同士が自らの症状や認知に対して気づいたことや考えたことを交流させる機会を得ることにより、生じる変化ではないかと推察される。また、Feng et al.,（2012）でも、メタ分析の結果、抑うつ度の軽減やわずかではあるが再発率の軽減に寄与することが認められている。

気分障害の患者に対する対人関係療法と認知行動療法の効果そのものに関しては、両技法間での大差はないことが報告されている（Elkin et al.,1989 ; Shea et al.,1992 ; Rossello & Bernal.,1999）。そして、両技法の使い分けについてのエビデンスはほとんど知られていないため、今後検討していくべき課題として指摘されている（水島, 2007）。

復職支援において集団で実施する心理療法プログラムには、認知行動療法に基づくカリキュラムが取り入れられていることが多い。林・五十嵐（2012）の復職支援プログラムを実施している医療機関を対象とした実態調査の結果によると、特定の心理プログラム（94

件)の中で、「認知行動療法」が 61.7% (58 件)であったのに対し、「対人関係療法」はわずか 2.1% (2 件)であったことが報告されている。

これは、復職支援プログラムの参加対象者を想定すると、集団療法による支援が中心となる場面において、対人関係療法で扱うような個々の他者との関係性の在り方を課題として取り上げることが難しいためではないかと推察できる。また、参加者の傾向として回復期や寛解期にある者が多く、(個人差はあるものの)概ね数か月から半年前後でプログラムを修了して職場復帰を果たすことを目標としているため、比較的短期間の関わりになることが多い。これらのような構造上の制約を踏まえると、復職支援プログラムにおいては、介入のポイントが患者のセルフケアを促進することにあり、限られたセッション回数で、集団による実施が可能な認知行動療法の適用が妥当であると考えられる。

第3節 気分障害患者を対象とした認知行動療法

認知行動療法には多様な理論と技法があるが、Hayes (2004) では、これまでの認知行動療法における理論と技法の変遷を 3 つの波に例えて紹介されている。

まず、第一の波 (以下、第一世代と表記) は、Eysenk や Wolpe、Skinner らに代表される学習理論がベースとなっている技法である。これらは、「行動」を介入のターゲットとしており、行動の変容 (不適応な行動を消去し、適応的な行動を習得させること) を目的としている。

第二の波は (以下、第二世代と表記)、Ellis や Beck に代表される「認知 (思考)」に焦点化した技法である。ここでは、出来事を体験したこと自体が気分や感情を変化させているのではなく、体験した出来事に対する個人の捉え方 (認知の仕方) が気分や感情に影響しているという考えが基になっており、認知の内容を修正することで、不快な気分や感情を改善しようとするアプローチが取られる。

そして、第三の波 (以下、第三世代と表記) では、Linehan や Segal、そして Hayes に代表される「注意」と「文脈」の変化に着目した技法である。第三世代では、不快な気分や感情が生じること自体は人間にとって自然のことであり、避けられないので、何にどのように注意を向けるかを操作することで、不快な体験との「かかわり方」を変えて、自身の気分や感情との上手な付き合い方を身につけることを目標としている。

ここで、Hayes (2004) を参考に、認知行動療法における変遷の概略を表 2-1 に示す。なお、いずれも新しいほど優れた技法と解釈するのではなく、心理臨床の実践上では、患

者の障害となっているところをアセスメントした上で、ケースに合った技法が採択されるということを付記しておきたい。

表 2－1．認知行動療法の変遷

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

注) Hayes (2004) を参考に作成

上述したように、多くの理論と技法が存在する認知行動療法の中でも、特に気分障害の患者に着目して臨床実践と研究を行っていた Beck は、気分障害に対する脆弱性を持つ人には特有の「非機能的な思い込み」があり、それが長期にわたり持続することを指摘した。そして、「非機能的な思い込み」が気分障害の直接的な原因でなかったとしても、症状を維持する要因になり得ることが想定されていた (Kovacs & Beck, 1978)。

この考えに基づく第二世代の認知行動療法は、前節で紹介したような先行研究において、気分障害に対して薬物療法と同等の効果を示したことで治療過程に貢献してきたと言える。しかし、気分障害の患者には、薬物療法や従来の認知行動療法により一度は寛解した者であっても、再発率の高さが課題として残されることが多いため、気分障害の再発予防に向けて必要な支援の在り方が検討されてきた。そして、こうした流れを汲んだ研究の中から「非機能的な思い込み」そのものが再発の直接的な原因ではなく、それを誘発する「気分の変化への脆弱性」や「非機能的な思い込み」との関係性こそが症状の再燃に影響しているという重要な見解が示されるようになる。

この見解を指摘した先行研究によると、気分障害の既往歴がない者は、気分の落ち込みを感じても「非機能的な思い込み」が生じないことに対し、気分障害の既往歴がある者は、気分の落ち込みを契機に非機能的な思い込みが大きく活性化してしまうことが示されている (Miranda & Persons, 1988 ; Miranda et al., 1990)。

また、Teasdale et al. (1995) では、(第二世代の) 認知行動療法がどのように気分障害に効いているのかに立ち返り、理論的に分析されたことにより、気分障害の患者が持つ「非機能的な思い込みの内容」よりも、「非機能的な思い込みへの囚われ」が症状の再発に影響

していることが指摘されている。さらに、気分障害の既往歴がある者が気分の落ち込みを体験した際に活性化される非機能的な思い込みのパターンは、ルーチン化されたものであり、その思考は自動化されている可能性があること、その一方で思考の処理資源の容量には限界があるということが示されている（Teasdale et al.,1995）。

そこで、再発予防に向けた第三世代の認知行動療法では、この処理資源の限界を利用して、再発の契機となる非機能的な思い込みのパターンが活性化され得る普段のモードとは異なる、もう一つの認知的なモードを確立し、そのモードで気分の落ち込みに伴う体験が処理できるようにトレーニングを行うという試みが検討されるようになる（Teasdale,1999）。つまり、気分障害の再発に関連がある「気分の落ち込み」や「非機能的な思い込みの活性化」に対して、いずれも現実には起こっていることと、自分の内側で起こっていることの区別を持ち、不快な体験に飲み込まれないような「モード」を身につけておくことの重要性が示されたのである。

このような動向の中で気分障害の再発予防の観点から開発されたのが、第三世代の認知行動療法に位置づけられる、シーガルら（2002）の「マインドフルネス認知療法（Mindfulness-based Cognitive Therapy ; MBCT）」である。MBCTでは、私たちの生活における認知的モード（文脈）を「すること（doing）モード」と「あること（being）モード」という用語で表現している。

「することモード」とは、日常生活の多くの場面において発動している目的を実現するために問題解決的に考え、行動している状態を指す。このモードでは、現在の自己と理想の自己との間に生じる不一致を減少させるために、行動を選択しようとするので、再発と関連する非機能的な思考のルーチンと関連が深いとされている。

一方、「あることモード」とは、自分の中に浮かんでくる思考や感情に気づきながらも反応しないで、ただそこにいるという姿勢を意味している。このモードにおいては、現在の自分と理想との間のズレが問題にならないので、再発を生じさせる思考パターンとは相容れないと考えられている。

そして、この二つのモードを区別することにより、同じネガティブ思考が起こった場合においても、非機能的な思い込みとの関係性やそのものの機能を変えられるというのである（Teasdale,1999 ; 熊野, 2010）。

つまり、「することモード」の時にネガティブ（非機能的）な思考が生じると、それを解決するのが目標となり、排除しようとして戦ったり、抑えようとしたりするため、結果的に

その思考に巻き込まれて不快な感情が増す可能性がある。一方、「あることモード」の時に同じネガティブ思考が生じた場合には、それらを自分自身が体験していること自体に気づくことに注意資源が使われ、適度な距離を置くようになるので、辛い体験には巻き込まれず、見送るように対応できるようになると考えられている。そして MBCT では、この「あることモード」を習得するためのアプローチとして、マインドフルネスのトレーニングが積極的に取り入れられている。

第4節 マインドフルネス認知療法とは

本節では、マインドフルネスに基づく認知行動療法の中でも、シーガルら（2002）により開発された「マインドフルネス認知療法（MBCT）」についての概要を紹介する。

MBCT は、気分障害の再発予防を目的として開発された心理療法プログラムであり、気分障害患者が体験しやすいと言われているネガティブ思考の反すうが起こる心のモードである〈すること〉モードとは、相容れないとされている〈あること〉モードの体得に向けたマインドフルネスのトレーニングが行われる。

シーガルら（2002）において、MBCT の目的は次のように紹介されている（訳本,52 ページ）。第一に「うつ(気分障害)の再発を予防するのに役立つスキルを学べるようにする。」、第二に「瞬間瞬間の身体感覚、感情、思考にもっと気づくようにする。」、第三に「感覚、思考、感情についてこれまでと異なるかかわり方ができるようにする。」、そして最後に「不快な思考、感情、状況に対してもっとじょうずにかかわれるようにする。」の4点である。

これらを実現するために、マインドフルネスのトレーニングが中心に構成されているが、気分障害患者の特徴に合わせて、頭の中で起こっている考え事と現実には起こっている出来事との違いにも気づきが持てるよう、工夫が施されている。

構造としては、標準的なグループ規模は 10 名程度であり、最大 12 名とされている。MBCT の参加者は、1 回 2 時間、1 週間に 1 回のグループセッション 8 週間への参加とホームワークの実施が求められる。各セッションでは、ファシリテーター指導のもと、テーマに沿った心理教育と、マインドフルネスの実習と振り返り、ホームワークの振り返り（初回を除く）が行われる（シーガルら，2002）。

越川（2013）では、マインドフルネスのトレーニングの過程において、ファシリテーターが、各メンバーの実習やホームワークを通して体験したことにコメントを返し、マインドフルネスというものについて理解し、体験してもらうことが非常に重要なポイントであ

ると指摘されている。そして、このようなマインドフルネスの体験に基づくやりとりを実現するためには、やはりファシリテーター自身が、マインドフルネスのトレーニングについて、継続した実践を行っていることが求められる。

表2-2に、シーガルら（2002）、および越川（2013）を参考に、MBCTにおける各セッションのテーマと、その実習概要、ならびにホームワークの内容を示す。

表2-2. MBCTにおける各セッションのテーマと概要

セッション	主要テーマ	マインドフルネスの実習内容	ホームワーク
1	自動的に反応していることに気づく	レーズン・エクササイズ, ボディスキャン	ボディスキャン, レーズン・エクササイズ のときのように注意深く食べたり、シャ ワーを浴びたりする練習
2	練習がうまくいかない時の対応	ボディスキャン, 思考と感情のエクササイズ	ボディスキャン, 呼吸へのマインドフルネ ス, うれしい出来事日誌, マインドフルで いるための新しい日課(皿を洗う、歯を 磨く、など)
3	心がさまようことへの対応	5分間ただ「見る」「聞く」練習, 3分間呼吸空間法, マインドフル・ストレッチ, マインドフル・ウォーキング	ストレッチとマインドフルネスを組み合わ せたワーク, ボディスキャン, 3分間呼吸 空間法, いやな出来事日誌
4	執着と嫌悪を受け流すこと	5分間ただ「見る」「聞く」練習, 40分間の坐瞑想, 3分間呼吸空間法	坐瞑想, 3分間呼吸空間と記録
5	経験との異なるかかわり方	40分間の坐瞑想, 3分間呼吸空間法	坐瞑想, 3分間呼吸空間法と記録
6	思考との異なるかかわり方	40分間の坐瞑想, 3分間呼吸空間法, 気分・思考・今までとは違う見方 のエクササイズ	思考とのかかわり方のエクササイズ, 3 分間呼吸空間法(1日3回と、不快な感 情に気づいたときの実施)
7	自分を大切にすること	40分間の坐瞑想, 3分間呼吸空間法, またはマインドフル・ウォーキング	3分間呼吸空間法(1日3回と、不快な気 分に気づいたとき)の実践, 自分が続け られそうなマインドフルネスのワークの 計画
8	これからに活かす	ボディスキャン	計画したマインドフルネスのワークの継 続的な実践

注) シーガルら（2002）、越川（2013）を基に作成

以下に、MBCT の特徴について、従来までの認知行動療法との違いに着目しながら、考察する。まず、従来の認知行動療法では、「認知」、「行動」、「感情」、「身体反応」のうち、「行動」あるいは「認知」に介入の焦点を絞り、これらの内容を不適応なものから適応的なものへ変容させる、あるいはこれらのレパートリーの数を増やして選択肢を多く持てるようにするための支援が中心であった。

この点については、マインドフルネスに基づく MBCT でも、気分障害患者の課題とされている「認知」の面では、全体を通して心理教育が散りばめられている。特にセッション6の「思考は事実でない」というテーマにおいて、認知（ネガティブ思考）とのかかわり方を変えるというアプローチが採用されており、実際に起こっている外的出来事(事実)との区別をつけて、思考を思考として見ることができるように援助するという方法が紹介されている。

また「行動」へのアプローチという側面からも、セッション7で「自分を大切にする」というテーマを通して、日常の具体的な行動リストを作成した中から、気分を高揚させたり、エネルギーや栄養を与えてくれたりするものと、気分を落ち込ませたり、エネルギーを消耗させたりするものとに分類し、気分障害の前兆を感じたら前者の行動を増やす練習をするという取り組みを通して、行動の活性化が試みられていることが窺える。

しかし MBCT では、これらの前段階としてベースとなっているのがマインドフルネスのトレーニングであり、様々なワークを通じて、〈あること〉モードで自身の思考（認知）と向き合い、行動を選択していくための支援がより一層重要視されている。これが、Hayes（2004）において第三世代の認知行動療法における特徴として指摘されている、「注意」や「文脈」を変えて、不快な体験との「かかわり方」を変えるための新たな方略となる部分である。

特に、MBCT では、「モード」という表現を用いて介入の視点を説明しており、気分障害の兆候であるネガティブ思考の反すうが起り得る〈すること〉モードから抜け出し、「今、ここ」に焦点化したマインドフルな〈あること〉モードに切り替える練習を行う。そして最終的には、その切り替えを自分で行えるようになることが目標とされている。

このようなモードを切り替えるためのスキルを身につけておくことは、気分障害の罹患歴がある者にとって、特にオン・オフの切り替え（日常生活における仕事と私的な時間との切り替えなど）にも繋がる可能性があり、気分の落ち込みが生じたときに、上述したような認知のモードを切り替えられる術を持っていることで、再発予防に貢献するところが

大きいと考えられる。

さらに、マインドフルネスは、「今、ここ」に焦点化した生活の在り方を示すため、自身の力では変えられない過去の事象や、必ずしも思うように起こるとは限らない未来の事象とは違い、自律的な行動選択へと繋げていくことができる。現代生活において、全てのことをマインドフルに行うのは、現実的ではないかもしれないが、意識すればそのような体験とのかかわり方や時間の過ごし方ができるのだということを体験的に知っておくことは、特に過去の失敗やこの先の心配事に囚われてしまいやすい傾向がある気分障害患者にとって、意義が大きいところであると考えられる。

次に、焦点化する領域に関しては、「認知」や「行動」に限定されることはなく、「身体」への観察をはじめとし、「気分」や「感情」もマインドフルに向き合うというアプローチをとることで対象に含まれている。つまり、コントロールするという目的からは「身体反応」や「感情」は除外されるが、マインドフルネスのトレーニングを通して、コントロールせずにありのままの様子に気づき、見送るように、そのままにさせておくという方法を用いることで、「身体反応」や「感情」を除外する必要性がなくなったということを示唆している。

特に「身体反応」や「感情」には、快・不快といった種類はあるが、あるべきものや感じてはならないものというのではないと考えられるため、自身がその良し悪しを判断し、コントロールしようとする事自体が精神的な負担を大きくすることになり兼ねない。そして、コントロールし難い領域であるがゆえに、失敗体験へと結びつきやすい。こういった領域には、より一層マインドフルネスのトレーニングが有効に働くのではないかと考えられる。

最後に、これまでの認知行動療法では、患者の気づいている問題について、コントロールをするためのスキルを身につけてもらうという方法がとられてきたが、マインドフルネスによるアプローチを加えることで、患者の「気づく力」そのものを促していくことが可能になっている。これは、特に再発予防に向けた取り組みという観点からも、回復期や寛解期の気分障害患者にとって必要不可欠な力であると考えられる。

以上のように MBCT は、「マインドフルネス」を取り入れることにより、次の3つの点において従来の認知行動療法とは異なっていることが窺える。

第一に、焦点化する領域が「認知」や「行動」に限定されないという点である。これは、先にも述べたように、マインドフルネスという問題をコントロールしない方法の採用する

ことにより、介入の対象を「認知」と「行動」に限定する必要がなくなり、「感情」や「身体反応」にも対象が広げられる可能性が出てきたことを示している。

第二に、従来のように患者が抱えている問題（不適応な行動や認知）の内容ではなく、問題とのかかわり方、つまり「モードを切り替える」という方法が採択されている点である。このことから、患者が主訴としている問題についての「認知」や「行動」の内容を変えるだけでは、新たな問題への対応をその都度、ケースごとに適応的なあり方を判別する必要があるのに対し、モードを切り替えるコツを学ぶことで、問題そのものへの「かかわり方」を身につけ、そのことが他の問題にも汎化させていくことができる可能性がある。

そして最後は、「気づく力」を身につけさせるという点である。これは、マインドフルネスのトレーニングを通して、「今、ここ」における状態に、その都度気づいていることを促すため、患者自身が再発の兆候を出来る限り早く受け止め、症状の再燃に至る前に適応的な対処へ移行させていくことが可能になるのではないかと考えられる。

以上のように、第三世代の認知行動療法では、これまで介入が至らなかったところへの効果が期待されることから、MBCTで行われているようなマインドフルネスのトレーニングを、回復期や寛解期の気分障害患者の再発予防に向けた復職支援のプログラムに導入することを検討していく意義があるものと考えられる。

第5節 気分障害患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法の効果

前述した MBCT に関する研究は、Teasdale et al. (2000) により、特に再発を繰り返している気分障害患者に対して有効であるとの研究報告が紹介されて以来、多くの研究者や実践家により注目されるようになってきている。

実際に、「Scopas」を用いてタイトルに「Mindfulness-based Cognitive Therapy」もしくは「mindfulness AND depression」が含まれている学術論文数の経年変化を調べると、Teasdale et al. (2000) の研究報告以降、この 10 年ほどで MBCT に関する研究報告が増えているようすが窺える（図 2-1）。

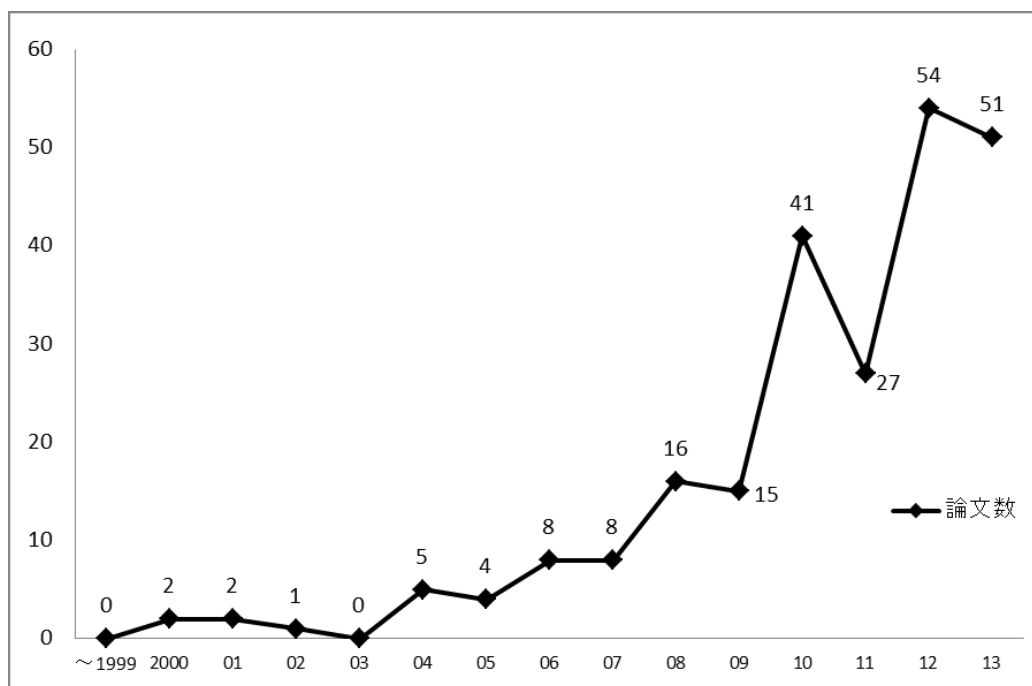


図 2 - 1 . タイトルに「Mindfulness-based Cognitive Therapy」「mindfulness AND depression」を含む論文・書籍数の推移

一方、国内では 2007 年に MBCT のプログラム内容が紹介されているシーガルら (2002) の訳本が出版されて以降、MBCT、および気分障害や抑うつに対するマインドフルネスの効果に関する研究が少しずつ出てきている。また、日本マインドフルネス学会が 2013 年に設立され、国内でのエビデンスの蓄積に向けて動き始めている段階にある。このように、MBCT の効果に関する調査研究は、海外において先行して報告されてきている。以下に、気分障害に対する MBCT の効果研究および、国内でマインドフルネスのトレーニングが扱われている研究報告を示す (表 2 - 3)。

表 2－3．MBCT を中心としたマインドフルネスに基づくプログラムの先行研究

文献	研究デザイン	対象者	介入方法	比較対照	結果
Teasdale et al. (2000)	RCT	気分障害患者 :回復期または寛解期	8週間MBCTプログラム と52週間(1ヶ月ごと) のフォローアップ	通常の医療行為のみの 群(69名)と医療行為 に加えてMBCTを受 けた群(76名)	生存分析の結果、過去に3回以上繰り返している患 者において、両群間の再発率に有意な差が認められ た。寛解後60週の間通常の医療行為のみを継続 した群が66%の確率で再発するのに対し、MBCTを受 けた群の再発率は37%に留まった。
Ma & Teasdale (2004)	RCT	気分障害患者 :回復期または寛解期	8週間MBCTプログラム と1年(3ヶ月ごと)の フォローアップ	通常の医療行為のみの 群(38名)と医療行為 に加えてMBCTを受 けた群(37名)	生存分析の結果、MBCTによる気分障害の再発予防 効果は、気分障害を3回以上経験した群において、 医療行為のみの群が78%に対し、医療行為とMBCT を受けた群は36%に留まった。2回以上経験した群 では、医療行為のみの群50%、医療行為とMBCT群 20%であった。
Kenny & Williams (2007)	介入による 前後比較	治療抵抗性の気分障 害患者(双極性障害を 含む)	8週間MBCTプログラム	なし	介入の前後の比較により、MBCTは治療抵抗性 のある気分障害患者の抑うつ度の軽減にも有効 であることが示された。
Kingston et al. (2007)	非ランダム化 比較	気分障害患者 :3回以上再発を繰り返 している者	8週間MBCTプログラム と1ヵ月後のフォロー アップ	通常の医療行為のみの 群(11名)と医療行為 に加えてMBCTを受 けた群(6名)	介入前後の比較による結果、MBCTを受けた群の 方が、抑うつ度および残遺症状(反すう思考)の 軽減が見られた。
Williams et al. (2008)	RCT	双極性障害の患者 :寛解期	8週間MBCTプログラム	MBCTを受けた群(7 名)と待機群(7名)	介入前後の比較から、MBCTを受けた群は、待機 群に比して有意に抑うつ度、および不安の軽減 が認められた。
Kuyken et al.(2008)	RCT	気分障害患者 :3回以上再発を繰り返 しており、心理療法と 薬物療法を6ヵ月以上 受け終えた者	8週間MBCTプログラム と1年3ヶ月(3ヶ月ごと) のフォローアップ	維持薬物療法の群(62 名)と減薬もしくは断薬 し、MBCTを受けた群 (61名)	生存分析の結果、両群間で再発率の差が認めら れた。1年3ヵ月間で維持薬物療法群は再発率 60%に対し、MBCT群は減薬、もしくは断薬した にもかかわらず47%に留まった。長期的にみる と、MBCTは費用対効果の高い介入といえる。
Barnhofer et al. (2009)	RCT	慢性の気分障害患者	8週間MBCTプログラム	通常の医療行為のみの 群(14名)、通常の 医療行為とMBCTを受 けた群(14名)	介入前後の比較から、MBCTを受けた群は、通常 の医療行為のみの群と比べて、抑うつ度および 自殺念慮の度合いが軽減された。
Segal et al.(2010)	RCT	気分障害患者 :寛解期	8週間MBCTプログラム と月1回1時間の瞑想ク ラスへの参加	維持薬物療法の群(28 名)、MBCTを受けた群 (26名)、薬物のプラセ ボと臨床管理の群(30 名)	生存分析の結果、1年半の間で、MBCTの群が 38%、維持薬物療法の群が46%、プラセボ群が 60%の再発率であった。MBCTは維持薬物療法 と同等の再発予防効果があることが認められた。
Chiesa et al. (2012)	RCT	気分障害患者 :8週間以上投薬治療 を受けた者	8週間MBCTプログラム	MBCTを受けた群(9 名)と心理教育を受け た群(9名)	介入前後の比較により、MBCT群は心理教育群 よりも有意に、抑うつ度が軽減し、心理的Well- beingの向上する度合いが高かった。マインドフルネ スの得点については両群間で差が認められな かった。
Geschwind et al. (2012)	RCT	気分障害を1回以上経 験している者	8週間MBCTプログラム	MBCTを受けた群(64 名)と待機群(66名)	気分障害の再発が2回以内の群と3回以上の群と の比較を行った結果、いずれも待機群に比べて MBCTを受けたことによる抑うつ度の軽減は確認 されたものの、再発回数による抑うつ度や再発率 の軽減の度合いに違いは認められなかった。
Manicavasagar et al. (2012)	RCT	気分障害患者	8週間MBCTプログラム (対照群は8週間の CBT;認知行動療法プ ログラム)	MBCTを受けた群(19 名)とCBTを受けた群 (26名)	介入前後の比較の結果、いずれの介入によつ ても抑うつ度やネガティブ思考の反すう傾向に改善 が見られた。マインドフルネスの得点の変化を含 め、両群間で特徴的な効果の違いは認められな かった。
伊藤ら(2009)	介入による 前後比較	健常な成人	マインドフルネスに 基づく4週間の集団 セッション	なし	介入前後の比較から、精神的健康度における身 体症状の軽減、認知的統制能力のうち論理的能 力の向上の傾向が見られた。また、介入後1ヵ月 後の変化からは、思考抑制の減少、破局的思考 の緩和能力の向上、理性と感情のバランスの回 復などの効果が示された。
越川・山本(2010)	非ランダム化 比較	大学生	マインドフルネス 呼吸法	マインドフルネス呼吸 法を行った群(20名)、 統制群(20名)	マインドフルネス呼吸法を受けた群は、心配に付 随するネガティブ気分である不安、抑うつ、不快 感を軽減し、破局的思考やネガティブな信念を低 減することが示された。
越川ら(2010)	RCT	大学生	マインドフルネスに 基づく8週間の集団 セッション	マインドフルネス群(10 名)と統制群(9名)	マインドフルネス群において有意に脱中心化得 点の増加が認められ、抑うつ度の軽減効果が示 唆された。
前川・越川(2010)	非ランダム化 比較	大学生	抑うつ気分誘導した 上で、マインドフルネス 呼吸法の実施(統制群 は、安静に過ごす)	マインドフルネス群(21 名)、統制群(22名)	実験前後の比較から、両群とも抑うつ気分は軽減 され、両群間で有意な差は認められなかった。 マインドフルネス技法の継続的実践により抑うつ 気分が生じにくくなることが示された。

注) RCT は、ランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial) を示す。

まず、Teasdale et al. (2000) や Ma & Teasdale (2004) で行われた研究結果からは、MBCT による気分障害（大うつ病）の再発予防効果は、気分障害を3回以上経験した群のみで認められたことが報告されている。これらは先に紹介した、気分障害の患者は、再発を繰り返すほど抑うつ気分を経験したときに、ネガティブな思考が活性化されやすく自動化しているため、不快な気分陥った際の影響を受けやすくなっているという見解（Miranda & Persons, 1988; Miranda et al., 1990; Teasdale et al., 1995; Teasdale, 1999）を支持する結果である。

このような結果について、シーガルら（2002）や Segal et al. (2004) では、再発が2回までの患者群は、人間関係や職場環境などの外的な出来事に反応して抑うつ症状が活性化されている可能性が高いのに対し、3回以上再発を繰り返している患者群は、ネガティブな思考や感情がルーチン化していて、些細なきっかけによっても、その繰り返し（反すう）に悩まされているケースが多いと予想できるため、マインドフルネスのトレーニングによる効果の程度に差が表れたのではないかと考察している。

つまり、MBCT による介入は、抑うつに関連した症状に対して、人間関係や職場環境のような外的出来事に発症の要因や契機があると認識している間は効果が薄いですが、再発の繰り返しにより長期間症状に悩んだ経験がある患者に対しては、ストレスフルな出来事に遭った時の自身の感情や思考パターンや症状のような内的出来事との付き合い方を習得させてくれるものとして効果が表れてくるのではないかと推測できるという。

さらに、気分障害に対する MBCT は、再発予防の観点から開発されたものであるため、急性期の患者に対する介入には検討の余地がある。これは、特に急性期は集中力の低下や強度のネガティブ思考が生じやすい状態にあるため、そのような状態の中で内的出来事に注意を向けるような訓練を行うのは困難である可能性があるためである（Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2004）。したがって、現段階では MBCT をはじめとするマインドフルネスに基づくアプローチは、特に回復期や寛解期の患者に適合するものと考えられている。

その他にも MBCT は、治療抵抗性の気分障害の症状改善（Kenny & Williams, 2007）、気分障害が回復し、主要な中核症状が軽快あるいは消失した後もみられる残遺症状の軽減（Kingston et al., 2007）、寛解期の双極性障害患者における症状の改善（Williams et al., 2008）、慢性の気分障害患者の抑うつ傾向や自殺念慮の軽減（Barnhofer et al., 2009）などの効果が報告されている。

また、MBCT と他の介入との比較研究も行われており、MBCT は薬物療法と同等以上の効果が認められ、費用対効果が高いということ (Kuyken et al.,2008; Segal et al.,2010)、心理教育よりも抑うつ度の軽減と心理的 Well-being の向上の度合いが高かったということ (Chiesa et al.,2012)、従来の認知行動療法と同等の効果が認められたこと (Manicavasagar et al,2012) などが報告されている。

これらの研究の多くは、表 2-3 で示したように、RCT を採用し、精度の高い研究デザインによる研究報告が見られることから、MBCT による再発予防効果は概ね期待できるものと考えられる。

一方で、Teasdale et al. (2000) や Ma & Teasdale (2004) の結果を受けて、Geschwind et al. (2012) では、MBCT 特有の効果を検証すべく、サンプル数を増やした上で、再発回数が 2 回以下の群と 3 回以上の群、それぞれの群に対応した介入を行わないコントロール群とに分けて比較検証されている。その結果、いずれの介入群においてもコントロール群に比べて有意な抑うつ度の軽減は確認されたものの、MBCT の効果と再発回数との関連性については、先行研究で指摘されてきたような違いが認められなかったと報告されている (Geschwind et al,2012)。また、MBCT 特有の効果として指摘されている、反すうされるネガティブ思考の変化について、従来の認知行動療法と MBCT における比較が行われた結果、いずれの介入によっても抑うつ度やネガティブ思考の反すう傾向に改善が見られたものの、両者の介入における結果において特別な違いは認められなかったことが示されている (Manicavasagar et al,2012)。

これらの結果については、MBCT の効果の根拠となり得る詳細なメカニズムについてさらに検討していく上で今後に残された課題として、MBCT の介入によって何がどのように個人内で推移したのかを的確に示し、媒介変数の機能を果たす測定尺度の開発が待たれるものと指摘されている (Geschwind et al,2012 ; Manicavasagar et al,2012)。

以上のように、気分障害患者に対する MBCT の効果に関する多くの先行研究では、結果として、抑うつ度の軽減や再発の可能性を減じているという点においては、概ね支持されてきている。一方で、マインドフルネスに基づく心理療法がなぜ効果があるのか、という点においては、従来の認知行動療法や対人関係療法との違いなども含め、未だ明らかにされていない。

さらに、MBCT の効果に関する詳細なメカニズムについては、その解明が試みられてはいるものの、推測の域を出ない段階であり、マインドフルネスという概念の特質上、エビ

デンスを示していくところに課題を残していることが窺える。そのため、MBCT 特有の効果や、そのメカニズムについては今後、さらに検証していく必要がある。とはいえ、MBCT で扱われているようなマインドフルネスという概念は、先行研究において注目されていることから、これまで課題とされてきた気分障害の再発予防に向けた心理療法に関する研究や実践において、確かに状況を前進させる機会を与えていることが窺える。

近年では、国内においてもマインドフルネスに基づく心理療法が抑うつや不安の軽減に有効であることを示唆する事例の報告が出てきている（越川，2013；小久保，2013）。また、一般の大学生を対象行なった研究では、マインドフルネスを取り入れたトレーニングが抑うつ度、不安や心配などの軽減に効果がある可能性があることを示唆する実践報告がいくつか出てきている（伊藤ら,2009；越川・山本,2010；越川ら,2010；前川・越川,2010）。

しかし、これらの実践報告は、いずれも健常な大学生を対象に行われたものであり、国内において気分障害のような特定の精神障害を対象にした MBCT については、検討が不十分である。そのため、我が国における MBCT の効果や有用性についても、国内での実践に基づく研究を蓄積し、検証していく必要がある。

第3章 マインドフルネスとは

本章では、気分障害に対する第三世代の認知行動療法からのアプローチの基盤となっている「マインドフルネス」に焦点化し、その定義を先行研究により示す。そして、心理臨床における「マインドフルネス」の尺度化に向けた研究動向についてレビューを行い、研究課題を提示する。

第1節 本来のマインドフルネスとは

本来、マインドフルネスとは、西洋に伝わった仏教瞑想の総称と言われている（井上，2009）。元々はパーリ語（ブッタが日常会話で使っていた言葉、テーラワーダ仏教の経典言語）で「サティ(sati)」という言葉であり、その英訳が「マインドフルネス(mindfulness)」、日本語では「気づき」、漢語では「念」と訳されている（井上，2005）。

井上（2005）では、サティは思い出すという動詞「Sarati」の名詞形であり、漢語で使われている「念」という字は「今を知る心」と分解することができると示されており、「思い出す」あるいは「今を知る」という行為と「気づき」との関係性を、次のような思考実験を用いて紹介されている。

「5年前の出来事をひとつ思い出してみます。思い出しながら感じていることも確認します。次に、3年前、2年前、1年前のことを何かひとつ思い出してみます。今度は、半年前、3ヶ月前、1ヶ月前のことを思い出してみます。思い出す出来事が近くなるにつれて、思い出すことや、思い出しているときの感情や、思い出し方などに変化はありますか？

さらに今度は1週間前のこと、昨日のこと、1時間前のことを思い出してみましょう。最後に、1分前のこと、1秒前のことを思い出してみてください」（井上，2005，pp.7）。

こうした体験によって私たちは、何かを認識したり、考えたり、思い出すためには、ある程度の時間を要することを知ったり、思い出そうとしている間にも1分1秒が過ぎ去っていくことを知ることができる。そして、「今」という瞬間に焦点が近くなるほど、日常レベルにおける思考の枠組みを超えて、自らの感覚の流れに直接的に触れることができる。マインドフルネスで重視されるのは、まさにこの「今」という瞬間に、自分自身の最大の注意を向けて、心を込めて生活することにある。

このようにマインドフルネスとは、今ここで起こっていることをありまのままだに体験し、直観的に知ることであると言えるが、これは先にも述べた通り、日常的な認識とは異なるレベルでの体験である。そのため、日常生活をマインドフルに過ごすためには、一生涯に

わたる研鑽を要することが窺い知れる。

それでは、上述したようなマインドフルネスは、どのような訓練によって体得されていくのだろうか。これについては、井上（2005）で紹介されているブッタが説いたマインドフルネスの根本経典の一つである『呼吸による気づきの教え』で示されている。この経典によると、表3－1のように「身体」、「感受」、「心」、「法則性」という4つの領域があり、身体が整ってくると、これらの主要な領域全てが整うようになってくると解説されている。

そして、これらの4つの領域が観察されるようになった結果、「智慧」という出来事に会った瞬間に本質を見極める力が現れてくるとされている。この力は、人間が苦悩を乗り越えていく上で必要になるとされており、「智慧」を体得した結果として、「全ての（内的・外的）出来事は変わり続けていく一過性のものに過ぎない（無常）」、「一過性のものに執着すると失望を繰り返し味わうことになる（苦）」、「どこにも不変の自分などは存在しない（無我）」という物事の本質を知るようになるのだという（井上、2005）。

つまり、元々のマインドフルネスの訓練とは、「身体」、「感受」、「心」、「法則性」に対して、呼吸を通して注意を向け続けることにより、それらが持つ「無常」、「苦」、「無我」に気づくための過程であり、マインドフルネスとは、そうした訓練を続けているうちに、これら3つの性質について気づきが得られるようになった状態を示すものと考えられることができる。

したがって、先に述べてきたように、第三世代の認知行動療法においてマインドフルネスが導入されたことにより、介入の視点は「認知の内容」から「認知とのかかわり方」へ移り、介入の対象は「認知」や「行動」に限定されていたものから「身体反応」や「感情」に近い領域にまで広げられるようになっていることが窺える。

表3－1．呼吸による気づきの対象領域

身体	呼吸、姿勢、動作、身体各部分、死体など
感受	五感と思考で内外の環境を捉える働き 外界の対象に接触して生じる第一次的感覚印象で、快、不快、中性に分かれる
心	欲、怒り、迷いなどにかかわる心の状態 感受に基づいて思考が展開されてくる結果生じるもので、感情に近い
法則性	心身の相関現象と、そこにある法則性 身体、感受、心の状態に加え、外界の出来事も対象も含めたそれらの関わり

注）井上（2005）を基に作成。

第2節 心理臨床におけるマインドフルネスの定義

先述したように、マインドフルネスは仏教瞑想が原点となっているが、医学や心理臨床の領域でこれが広く知られるようになったのは、Kabat-Zinn がマインドフルネスストレス低減法という技法を開発したことが初めと言われている。

Kabat-Zinn (2003) によると、マインドフルネスは「瞬間瞬間に立ち現われてくる体験に対して、今の瞬間に、判断をしないで、意図的に注意を払うことによって実現される気づき (the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the purpose, in the present moment, and non-judgmentally to the unfolding of experience moment to moment)」と定義されている。

つまりマインドフルネスとは、過去や将来のことでなく、今・現在において自分自身の内外に起こっている体験に対して能動的に注意を向け、なおかつその際に自分の体験を価値判断することなく、ありのままに気づいていることを指す。

同様に、マインドフルネスストレス低減法を実践している Bishop et al. (2004) によると、「直接体験していることを維持するために注意の自己制御を行った結果として、現在の瞬間の精神的な出来事（事象）への認識を高めることが可能になること」、そして「現在の瞬間の体験に向けて意図的に注意を向け続けることであり、その姿勢とは、好奇心を持って、心を開き、アクセプトすることによって特徴づけられる」と定義されている。この定義は、海外のマインドフルネスに関する文献においてよく使われているようであるが、Kabat-Zinn の行った定義に加え、自分自身の体験している内外の出来事に対してアクセプトするという要素がマインドフルネスの中に含まれている。

一方、Brown et al., (2007) では、マインドフルネスの主な特徴を次の4点に整理している。第一に、マインドフルネスとは内的出来事（感情、思考、行動への意志）や外的出来事に対する受容的な気づきと描写を含んでいること、第二に、マインドフルな情報処理は概念になる前の段階にあり、マインドフルな状態にある時、私達は評価したり、分析したり、反省したりすることなしに出来事に対し、ただ単に気づいているということ、第三にマインドフルネスとは、過去について考えたり、将来について空想したりするのではなく瞬間、瞬間の出来事に焦点を当てて、現在の事象に意識が向けられているということ、そして最後に、マインドフルネスとは状況や人格を超えて本来備わっている力を強化することである (Brown et al., 2007)。

以上のような先行研究により、マインドフルネスには「注意を能動的に現在へ焦点化す

る（観察）」、「観察して気づいたこと描写する」、「（自分の内外に起こる出来事に対して）価値判断を下さない」、「体験していることをアクセプトする」といった要素が含まれていると考えられる。これを端的に表現すると、「今・ここにある自身の内外の事象に対し、注意深く優しい（受容的な）気づきを向けること」となる。

また、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標や、操作的定義の提示に向けて、マインドフルネスの測定尺度の開発が試みられてきている。そこで、次節からは、マインドフルネスの測定尺度に関する先行研究を示す。

第3節 マインドフルな状態の測定

マインドフルな状態を測定する尺度としては、Lau et al. (2006) の「Toronto Mindfulness Scale ; TMS」と、Buchheld et al. (2001) や Walach et al. (2006) により研究されている「Freiburg Mindfulness Inventory ; FMI」がある。

Lau et al. (2006) により開発された TMS は、「好奇心（自分の体験に関心を持つ）」と「脱中心化（自分の体験と適切な距離を持つ）」の2因子から構成されており、15 分間、呼吸に注意を向ける瞑想を行わせて、「今、ここ」における自分の状態を評定させるという尺度である。

TMS 得点と他の尺度との関連では、TMS の「好奇心」には、「没頭」、「内的状態への気づき」、「自己意識」との間に正の相関があり、そして TMS の「脱中心化」には「内省的な自己への気づき」との間に正の相関があることが示されている。また、不安障害、気分障害、慢性疼痛など多様な心身の疾患を持つ患者を対象に8週間マインドフルネスストレス低減法のプログラムを受けさせたところ、TMS 得点の「好奇心」、「脱中心化」とともに上昇したという結果が確認されており、介入前後の効果測定に適用可能であるものとして紹介されている (Lau et al., 2006)。

一方、Buchheld et al. (2001) で開発され、Walach et al. (2006) で短縮版が検討されている FMI は、「ここ__日間のご自身の様子について評定してください」という教示により、評定を行う期間を限定することで、マインドフルな状態が測定できるように作られている。FMI は、「マインドフルな状態」、「判断しない受容性」、「体験への開放性」、「洞察」の4因子構成が想定されているが、相互相関が高いため合計得点でマインドフルネスの状態の程度を測定することが推奨されている。FMI と他の尺度との関連では、原版、短縮版ともに、「私的自己意識」や「自己認識」とは正の相関が、そして「精神疾患の症状チェッ

クリストの得点」とは負の相関があることが確認されている（Walach et al.,2006）。

両尺度ともに、海外の被験者対象には、信頼性や妥当性が確認されており、心理的な適応状態を示す尺度とは正の相関が、そして不適応を示す尺度とは負の相関が認められている。そのため、マインドフルネスに基づく介入の効果を測定する際に使用できる可能性があると考えられている。

しかし、項目の内容を見る限り、例えば「私は、現在の体験に開かれている」や「いま・ここにおいて自分が体験していることに繋がりを感ぜられる」などのような質問項目の内容は、すでにマインドフルネスのトレーニングや瞑想体験がある者でないと回答し難いのではないかと推察できる。また、介入前後のマインドフルネスの状態の測定だけでは、「マインドフルネス」の定着度合や気分障害の再発予防の観点から検討することは難しい。そのため、縦断的な調査による検討や、その他の特性を測る質問紙とバッテリーを組むなどして、尺度の有用性を検証していく必要があると考えられる。

第4節 マインドフルな特性の測定

マインドフルネスの特性を測定する尺度では、Baer et al.（2004）の「The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills ; KIMS」や Feldman et al.（2007）の「Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised ; CAMS-R」に関する研究が報告されている。

まず、Baer et al.（2004）による KIMS は、弁証法的行動療法におけるマインドフルネス・スキルがどの程度獲得されているのかを測定する目的で開発された経緯があり、「観察」、「描写」、「注意」、「アクセプト」の4因子構造による尺度である。他の尺度との関連では、KIMS の「描写」、「注意」、「アクセプト」は、「神経症傾向」や「精神障害者の行動傾向」との間に負の相関があり、「観察」や「描写」には「アレキシサイミア傾向」といった精神的にネガティブな状態を表す指標との間に負の相関があることが確認されている。なお、4因子の中で「観察」は、「神経症傾向」や「精神障害者の行動傾向」などとの間に、ほぼ相関が見られない。

また、健常者（学生）と境界性人格障害との間で KIMS の得点に差がみられるかを検証したところ、KIMS の「描写」、「注意」、「アクセプト」において、健常者と境界性人格障害の間に有意差が認められている（健常>境界性）。一方で KIMS の「観察」は、両サンプル間での有意な差は認められていない（Baer et al.,2004）。

加えて、Baum et al.（2010）においては、境界性人格障害以外にも PTSD、気分障害

の患者を対象に KIMS が使用されており、診断名を限定しないマインドフルネスを測る尺度としての妥当性が確認されている。またその際、マインドフルネス認知療法の効果指標としても使用可能であることが示唆されている。

しかし、KIMS を用いたいずれの調査においてもサンプル数が少ないため、尺度の信頼性を検証していく必要がある。また、質問が 40 近くあり、尺度としては項目数が多いため、短縮版を検討するなど、尺度としての精度や有用性を上げていくことが課題とされている段階にあることが窺える。

Feldman et al. (2007) による「Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised ; CAMS-R」は、Feldman et al. (2005) により作成された CAMS の改訂版である。CAMS-R は「注意」、「現在への焦点化」、「気づき」、「アクセプタンス」の 4 因子から成る尺度であり、瞑想体験がない者でも回答可能なように配慮し、作成が試みられた経緯がある。

CAMS-R は、マインドフルネスを測る他の尺度である FMI や、後にも述べる MAAS と正の相関があり、心理的に充実した状態・特性を示す「Well-being」や、適応的な制御を測る尺度である「感情への気づき」、「感情の明確化」、「気分転換」、「気晴らし」、問題解決のアプローチを測る尺度である「計画のリハーサル」、「問題分析」、「柔軟な考え方」と正の相関があることが示されている。

一方で、ディストレスを測る尺度である「不安」、「抑うつ」や、思考内容に入り込み、巻き込まれている状態を示す「認知的フュージョン」、反対に問題を過度に回避する傾向を示す「体験の回避」や、「思考の抑圧」といった心理的不適応を示す指標との間には、負の相関があることが確認されている (Feldman et al., 2007)。

以上のように、マインドフルネスの特性を示す尺度に関する先行研究を挙げ、心理的な適応を示す尺度と、マインドフルネス特性との間に概ね正の相関関係にあることを示してきた。しかし、一方で Baer et al. (2004) の中の「観察」という下位尺度においては、健常群と臨床群との間に有意差が認められなかった。また、マインドフルな特性と心理的なネガティブな特性との間の負の相関は弱いことが示された。これらの結果からは、マインドフルネスの構成要素の中には、必ずしもその要素が低いことが不適応な特性を示しているとは言えない部分が残されているのではないかと考えられる。

第 5 節 マインドフルな状態と特性の測定

前に述べた尺度に加え、マインドフルネスの状態と特性の両方について、同一の尺度を

用いて、時間枠を各々で設定することにより測定を試みている尺度もある。

Brown & Ryan (2003) による「Mindfulness Attention Awareness Scale ; MAAS」は、マインドフルネスの状態も特性も測れるものとして開発されている。この研究によると、マインドフルネスの状態と特性いずれの尺度としても妥当性が確認されており、介入前後の変化を見る調査も、マインドフルになりやすい個人差の調査としても使用可能であると示されている。また、MAAS は「現在の体験への注意」という 1 因子構成であり、「気づき」と「注意」の特質を包括したものを、マインドフルネスの中核概念として測定の対象としている。宇佐美・田上 (2012) で日本語に訳されている MAAS の項目内容を、表 3-2 に示す。

MAAS と他の尺度との関係では、「神経症傾向」、「抑うつ」、「不安」、「身体疾患」などを示す尺度とは負の相関が、そして Well-being を示す「活力」、「自己実現」、「自律性」などの尺度とは正の相関があることが確認されている (Brown & Ryan, 2003 ; 宇佐美・田上, 2012)。Brown & Ryan (2003) では、気づきと注意が一致することこそが、マインドフルな意識であると述べられており、その解釈に基づき尺度作成が行われている。

この見解には、一定の支持が寄せられてはいるが、後に出てくる研究で指摘されているようなマインドフルネスの定義や特徴 (例えば、Bishop et al., 2004 ; Brown et al., 2007) に比べると、マインドフルネスの一側面に焦点化されていることが窺える。そのため、マインドフルネスの有用性や、心理療法の効果を測る尺度として使用する場合には、汎用性という点において検討の余地が残されていると考えられる。

表 3 - 2 . MAAS 日本語訳の項目

MAAS	
1	その時の感情を後になって気づくことがある
2	不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある
3	今の状況に集中できないと思うことがある
4	過程を重視せず、目標にたどり着くために急ぎがちである
5	本当に気になるまで、身体的な緊張や身体の違和感に気づかないことがある
6	初めて聞く人の名前をすぐに忘れがちである
7	自分のしていることをそれほど意識せずに自動的に動いているように感じることもある
8	きちんと注意を払わずに急いで活動しがちである
9	到達したい目標に目が向いているので、まさに今そのためにしていることは自分にとって重要でない
10	自分のしていることを意識せずに機械的に仕事や作業をしている
11	気がつくとなんかをしながら同時に、他人の会話に聞き耳を立てている
12	何も考えずにどこかに向かっている後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある
13	気がつくとも未来や過去のことで頭がいっぱいになっている
14	気がつくとも注意を払わずに物事に取り組んでいる
15	気づいたら無意識におやつを食べていることがある

注) 宇佐美・田上 (2012) を基に作成。

自己報告式によるマインドフルネスの測定研究のひとつの到達点と言われているのが、Baer et al. (2006) による「Five Facet Mindfulness Questionnaire ; FFMQ」である。FFMQ は、新しく作成された項目で構成されているのではなく、MAAS、KIMS、CAMS、FMI に、Chadwick et al. (2005) による Mindfulness Questionnaire を加えた 5 つの既存尺度を併せて調査を実施し、その結果からジョイント因子分析を行い作成されたものである。

この尺度は、回答者の時間枠の設定によって (例: ここ数週間のご自身に当てはまる… / 今の状態に当てはまる…) 状態も特性も測定可能なように作られており、「観察」、「描写」、「意識した行動 (注意)」、「判断しないこと (アクセプタンス)」、「反応しないこと」の 5 因子から構成されている (Baer et al., 2006)。

そして、Baer et al. (2006) による FFMQ と他の尺度との関連では、「描写」、「意識した行動 (注意)」、「判断しないこと (アクセプタンス)」、「反応しないこと」の 4 つの下位

尺度については心理的な適応を示す「情動知能」、「共感性」と正の相関が見られ、心理的な不適応を示す「アレキシサイミア」、「解離」、「心理的症状」などとの間にはいずれも負の相関が示されている。

一方「観察」は、心理的な適応状態を示す「体験への開放性」と正の相関が認められたが、「解離」や「心理的症状」といった心理的な不適応を示す尺度との間にも弱い正の相関が見られ、その他の「アレキシサイミア」、「神経症」のような尺度との間にもほとんど相関が示されていない (Baer et al., 2006)。

また、表 3-3 で示しているように FFMQ は Sugiura et al. (2012) によって日本語版が作成されており、尺度としての信頼性と妥当性が検討されている。そして、日本人を対象に調査を行った結果からは、FFMQ の下位尺度と「抑うつ」や「境界性人格障害の傾向」、感情のネガティブな制御を示す尺度である「アレキシサイミア」、「感情への恐れ」との間に負の相関があることが示されている (Sugiura et al., 2012)。一方、FFMQ の「観察」においては、Baer et al. (2006) における結果と同様にネガティブな指標である「アレキシサイミア」や「抑うつ」との弱い正の相関が示されている (Sugiura et al., 2012)。

以上のように、マインドフルネスを示す尺度には、心理的な適応を示す尺度との間には正の相関関係にあることが多く報告されているが、中には心理的な不適応を示す尺度との間に弱い正の相関が認められたことなどから、やはり先にも述べたように、マインドフルでないことが、必ずしも不適応を示しているとは限らないということが推察される。

表 3 - 3 . 日本語版 FFMQ の項目

日本語版 FFMQ	
観 察	1 歩いているときに、自分の身体が動いている感覚に意識的に注意を向けるようにする
	6 シャワーを浴びたり、入浴している時、お湯が自分の身体に当たる感覚に敏感である
	11 食べ物や飲み物がどのように自分の考え、身体感覚、感情に影響を及ぼすかに気づく
	15 髪に吹く風や、顔に当たる日光などの感覚に注意を向ける
	20 時計が時を刻む音、鳥がさえずる声、車の通る音などの音に注意を向ける
	26 ものごとの匂いや香りに気づく
	31 芸術や自然を見るとき、色、形、質感、光と影のパターンなどの視覚要素に注意を向ける
	36 自分の感情がどのように自分の考えや行動に影響するかに注意を向ける
反 応 し な い こ と	4 自分の気分や感情に気づきつつ、それにどうしても反応してしまうということはない
	9 感情を見守っていても、その中に迷い込むことはない
	19 辛い考えやイメージが浮かんだ時、大抵それに心を占領されることなく、一歩下がってそれらを意識しておく
	21 難しい状況で、慌てて反応することなく、一呼吸置くことができる
	24 辛い考えやイメージが浮かんだ時、大抵じきに気持ちが落ち着く
	29 辛い考えやイメージが浮かんだ時、大抵何とかしようとせず、ただそれらを見つめることができる
	33 辛い考えやイメージが浮かんだ時、大抵それらに気づくだけで放っておく
判 断 し な い こ と	3* 不合理または不適切な感情をいだいたことで自分を責める
	10* 自分の感じ方に対して、そんなふうを感じるべきでないと自分に言い聞かせる
	14* 自分の考えの一部は、異常か悪いものだと思うし、そう考えるべきではないと思う
	17* 自分の考えが良いか悪いか判断する
	25* 自分の考えに対して、そんなふうを考えるべきではないと自分に言い聞かせる
	30* 自分の感情のいくつかは不適当または不適切であり、それらを感じるべきではないと思う
	35* 辛い考えやイメージが浮かんだ時、大抵その内容によって自分が良かったのか悪かったのかを評価する
描 写	39* 不合理な考えをいだいたとき、自分に不満をいだく
	2 自分の感情を表現する言葉を見つけるのが得意である
	7 私は簡単に自分の信念、意見、期待を言葉にできる
	12* 私にとって、自分が考えていることを表現する言葉を見つけるのは難しい
	16* 自分がものごとについてどう感じているかを表現するのにぴったりとした言葉を思いつのに苦労する
	22* 自分の身体に何かを感じた時、ぴったりとした言葉を見つけることができないために、それを表現するのが難しい
	27 ひどく混乱した時でさえ、何とかそれを言葉で表現できる
	32 自分の体験を言葉で表現する傾向を生まれ持っている
意 識 し た 行 動	37 たいいてい現在自分がどのように感じているのかをかなり詳細に表現することができる
	5* 何かをする時、意識がどこかに逸れて簡単に気が散る
	8* 空想にふけったり、心配したり、さもなければ気が散って、自分のやっていることに注意を向けていない
	13* 簡単に気が散る
	18* 目の前で起きていることに集中し続けるのが難しいと感じる
	23* 自分がしていることをあまり意識せずに「自動操縦」で動いているみたいである
	28* 十分に注意を払わずに、性急にものごとをすすめる
	34* 自分がしていることに注意を払わずに自動的に仕事をしている
	38* 気がつくと、注意を払わずに何かをしている

注 1) Sugiura et al. (2012) を基に作成。

注 2) 番号に「*」がついているものは逆転項目を示す。

第6節 既存のマインドフルネス尺度に対する考察

上述してきたように、マインドフルネスに基づく心理療法の効果を反映する尺度は、介入の効果や有用性を検討する上で、今後重要な役割を担うことが予想できる。しかし、既存の尺度の内容を見る限り、質問への回答自体が困難と考えられる項目が多い。

例えば、表3-3で紹介している FFMQ (Sugiura et al.,2012) による「観察」因子では、「歩いているときに、自分の身体が動いている感覚に意識的に注意を向けるようにする」、「シャワーを浴びたり、入浴している時、お湯が自分の身体に当たる感覚に敏感である」、「食べ物や飲み物がどのように自分の考え、身体感覚、感情に影響を及ぼすかに気づく」などの項目があり、これらは特別な訓練や体験がない者にとっては、どのような状態のことを聞かれているのかがイメージしにくいものと推察される。さらに、FFMQ によるマインドフルネスの測定項目は質問の表現が難解で項目数が多いため、対象者に負担をかける可能性があり、実用性が十分にあるとは言い難い。

さらに、項目の内容から浮かび上がってくる疑問は、精神障害に悩んでいる患者にマインドフルネスの実践に基づく介入を行うことで、表3-3にあるようなマインドフルな状態や特性を、果たして満たすことができるようになっていくのだろうか、ということである。

というのも、例えば、Baer et al. (2004) におけるマインドフルネス尺度の「観察」という下位尺度では、健常群と臨床群との間に有意な差が認められなかったことが示されている。さらに、Baer et al. (2006) でも、マインドフルネス尺度の「観察」では、理論的には負の相関があると考えられる「解離」や「心理的症状」といった心理的な不適応を示す尺度との間には弱い正の相関が示され、その他の「アレキシサイミア」、「神経症」のような尺度との間にはほとんど相関が認められていない。また、FFMQ の日本語版を検討している、Sugiura et al. (2012) でも、下位尺度の「観察」において、同様の結果が報告されている。

これらの結果は、心理的な不適応を示す者とそうでない者との間でマインドフルネスの特定の要素（観察）については、差が表れない可能性があることを示唆している。さらに、マインドフルネスの定義や、FFMQ の項目を見る限りでは、健常な者にとっても到達、あるいは維持されてはいない内容が多く含まれていることが窺える。

したがって、健常者にとっても、マインドフルネスの体得は目標となり得るという解釈ができるものの、一方では、精神障害を患っており、心理療法の対象となる者たちにとっ

て「マインドフルネスを目指す」という目標は、現状から離れすぎている可能性がある。そのため、どの程度マインドフルであるのか、ということを心理療法の効果測定に用いること自体が適切ではないと考えられる。

上述してきたように、先行研究においてマインドフルネスは、気分障害をはじめとする精神障害の患者にとって重要な介入の視点であることが支持されてきている。そして、マインドフルネスのトレーニングは、特に再発回数の比較的多い患者にとって有効である可能性が示唆されている。しかし、これらはいずれも、ストレスフルな出来事があったときに自己の内外の事象から注意をそらしてしまったり、ありのままの事実として受け入れられなかったり、回避してしまうこと、つまり「マインドレス」な状態や特性こそが心理的な不適応と関連していると考えられることができる。

ここで参考になるのが、数あるマインドフルネス尺度の中でも、マインドフルでないことに焦点を当てて測定を試みている、Brown & Ryan (2003) による MAAS の質問構成である。この尺度では、全てが逆転項目から構成されており、それらの合計点が低ければ低いほどマインドフルであるという算出の方法がとられている。この尺度のような質問のしかたであれば、特別な訓練や体験がないものにとってもその時の自身の状態に照らし合わせて評定することができるため、比較的回答し易いのではないかと考えられる。

以上のことから、マインドフルネスによる介入の効果測定としては、どの程度マインドレスネスを克服することができているのかを測定するという方向性で考える方が適切ではないだろうか。しかし、先にも述べたように MAAS では、マインドフルネスの概念における一側面しか項目に反映されていないため、マインドフルネスによる介入の効果やそのメカニズムを解明していくためには、「マインドレスネス」に関する新たな指標の開発が必要と考えられる。

第4章 マインドレスネスの測定に向けて

本章では、復職支援における心理療法プログラムの効果指標として、マインドフルネスの程度を測定することが、どのような理由から不適切であり、マインドレスネスの程度を測定することに焦点化するのかを論じる。

第1節 マインドフルネスの測定における問題点

MBCT のようなマインドフルネスに基づく心理療法の有効性を検討していくためには、気分障害の履歴がある者にとって、マインドフルネスのトレーニングを行うことが、なぜ効果的なのか、どのように症状に作用しているのかを検証していく必要がある。しかし、「マインドフルネス」という概念そのものをトレーニングの効果として測定するには、次のような課題がある。

まず、シーガルら（2002）では、MBCTにおいてマインドフルな姿勢とされている「〈あること〉モードは、〈すること〉モードと違ってことばで簡単に説明できない。その特色は、直接体験することによってわかるものである。（42 ページ）」と述べられている。

このことから、多くの心理測定尺度が、概念を言葉で表し、それを介して自己評定させるという形式で行われてきたのに対し、直接体験しなければ理解することが出来ないような概念を測定尺度に落とし込んでいくことは困難であると考えられる。

さらに、マインドフルネスのトレーニングは、気分障害の再発を引き起こし得る心の状態である〈すること〉モードに特徴的な、思考、感情、身体感覚のパターンに気づくことからはじめ、そのうえで〈あること〉モードへシフトさせるためのスキルだと説明されている（シーガルら，2002）。

そのため、マインドフルネスのトレーニングを体験していない気分障害の履歴がある者にとって、自分がどの程度〈あること〉モードを体験しているのか、ということを尋ねたとしても、介入前の時点では自分で把握できない可能性が高いと考えられる。また、マインドフルネスや〈あること〉モードとは、一体どのようなことを指しているのかということすら、体験や理解するということできていない段階にあるのではないかと推察できる。

このような段階の対象者に、マインドフルネスの状態や特性の程度を問う質問を効果測定 of 尺度として用いたとしても、対象者の傾向を正確に反映させるような結果が得られるとは考えにくい。

したがって、マインドフルネスに基づく心理療法や、トレーニングの効果指標として位

置付けるならば、介入前と後で両方の時点における対象者の傾向を把握するための指標を採択していく必要がある。

第2節 マインドフルネスとマインドレスネスの関係

次に、マインドフルネスとマインドレスネスは、互いにどのような関係にあるのかという点について、先行研究をもとに検討する。

前章でも述べてきたように、マインドフルネスに関する尺度の作成過程において、マインドフルネスの程度は、心理的 Well-being の程度や、心理的な適応と関連の深い情動知能や共感性と正の関連が認められている (Brown & Ryan, 2003 ; Baer et al.,2006)。

一方で、マインドフルネス尺度の特定の因子 (観察) においてではあるが、健常群と臨床群の間での有意な差が認められなかったという結果や、マインドフルネスと心理的な適応を示す関連尺度とは正の関連が認められている。一方、心理的な不適応を示す尺度 (解離、アレキシサイミア、神経症など) とは、ほとんど関連が見られなかったという結果が報告されている (Baer et al.,2004 ; Baer et al.,2006)。

これらの結果は、マインドフルネスが精神的な健康や Well-being に関連がある概念であったとしても、「マインドフルネス (マインドフルでないこと)」そのものの自体に関しては、精神的に不健康や不適応な状態と直接関連していると一概にみなすことはできないということを示唆している。

しかし、これまでの認知行動療法では扱われてこなかった、マインドフルネスという新たな概念が、気分障害 (精神障害) の再発予防に関係している可能性が示されていることから、気分障害の履歴がある者にとって、マインドフルネスのトレーニングを導入することの意義を検証していく必要がある。そして、そのためには効果指標の開発が求められる。

心理的に不適応な状態にある人にとって、なぜマインドフルネスのトレーニングが必要なのか、という点については、熊野 (2012) において、人がマインドレスネスに陥ると、どこまでが自分の思考で、どこからが現実なのかが分からなくなったり (認知的フュージョン)、自分にとって都合の悪いことや物事の否定的な側面を考えるだけで現実に関わりを感じられてしまうので、あらゆることを避けるようになってしまったりする (体験の回避) ため、マインドフルなものごとに向き合う姿勢が必要であることが指摘されている。

また、Langer (1989) においても、マインドレスな状態にある人は、パフォーマンスを制限してしまったり、身体に健康にネガティブな影響を与えたりすることが指摘されて

いる。

これらの指摘からは、気分障害患者のような心理的に不適応な状態にある人にとって、マインドフルネスのトレーニングが求められるのは、マインドレスネスの程度が高い時、上述したように、心理的な不適応に陥るリスクが高まるため、マインドフルネスのトレーニングを行うことによって、マインドレスネスを軽減させていく必要があるためではないかと解釈できる。つまり、マインドフルネスに基づく心理療法では、マインドフルネスのトレーニングを行うことによって、マインドフルネスの習得や向上よりも、マインドレスネスの軽減を試みているアプローチなのではないかと推察される。

上述したような理由から、マインドフルネスのトレーニングが心理臨床の場で行われているのであれば、マインドフルネスの程度を効果指標として用いるよりも、まずは、トレーニングを受けたことによって、マインドレスネスの程度が、どの程度軽減されるのかを測定可能にする必要があるのではないだろうか。

けれども、既存のマインドフルネス・トレーニングの効果指標として作成されてきたものは、いずれもマインドフルネスの程度を測ることを目的としている尺度である（Brown & Ryan, 2003 ; Baer et al., 2004 ; Lau et al., 2006 ; Walach et al., 2006 ; Feldman et al., 2007 ; Baer et al., 2006 ; Sugiura et al., 2012）。

このような形式で心理療法の効果を測定してしまうと、心理的に不適応な状態にある人にとって、対象者の現状から離れた「ものさし」をあてていることになるため、正確な効果検証ができない可能性がある。また、心理療法の対象となる者の多くは、マインドフルな姿勢や状態そのものを知らなかったり、体験していなかったりする可能性が高いため、マインドフルネスの程度を尋ねても、設問の意味するところを正確に捉えて回答するのは難しいと考えられる。

第3節 マインドフルネスのトレーニングで試みていること

シーガルら（2002）によると、MBCTにおけるマインドフルネスのトレーニングは、そのときどきで現在の自分の心のモードに気づけるようになるための方法や、「今、ここ」において機能していない（役に立たない）心のモードから、機能する（役に立つ）心のモードへ切り替えるためのスキルを習得していく作業であると考えられている。そして、MBCTでは〈すること〉モードと、〈あること〉モードと呼ばれる二つのモードを想定して、この切り替えの練習が行われる。

まず、〈すること〉モードとは、ものごとが望ましい状態ではないと判断されたときに引き起こされるモードであり、現在の状態と理想との間に生じたギャップを埋めようとする習慣的な心のモードである（シーガルら、2002）。

このモードは、何らかの行動を起こしたことにより、現状と理想との不一致が修正できるような状況においては機能的であるが、解決し難いような問題がある場合に〈すること〉モードで全てを対処しようとする、失敗したことへの不満足感が蓄積し、その問題に執着し続けることになり兼ねないと考えられる。

その結果、現在の内外の出来事をそのまま受け取るよりも、過去や将来についてあれこれ考え込むことを優先されるようになり、目的の達成に成功したか失敗したかという結果にだけ注意が向かいやすくなると考えられている。そして、〈すること〉モードは通常、意図的ではなく、自動的、習慣的に作動すると説明されている（シーガルら、2002）。

このように〈すること〉モードとは、「今、ここ」に対して十分に注意が焦点化されてはいない状態と言える。

Langer（1989）でも、マインドレスネスは、最小限の情報を処理しようとする資源節約の原理から、人間が過度に学習したり、習得したりした結果、自分の中に既にある経験と照合し、その分類に当てはめるよう解釈する特徴があると述べられている。さらに、マインドレスネスは注意に欠いている状態であり、その時人間は固定化した規則に支配され、規則に導かれるよう行動する傾向があるとされている（Langer,1989）。また、マインドレスネスは、その状況における新たな側面を見落として、文脈に頼ってしまうというような特徴があり、人間が自動的に処理をしたり、習慣的にものごとを行ったりしているような状態において作動すると考えられている（Langer,1992）。

〈すること〉モードそのものは、目標が定まっていることに対して、問題解決的にアプローチするには一定の利点があると考えられる。これは、物事をその都度マインドフルに注意深く処理しては、時間や心身のエネルギーが浪費されるが、〈すること〉モードでは、過去の経験に従って資源を節約しながら、合理的に目標にたどり着けるような作業を進めていくことができるためである。

しかし現実には、計画通りに行かないことが生じたり、ストレスフルな出来事を体験したりすることも多く、この際マインドレスな状態で自身の内外に起こる出来事に対処しようとする、自動的に過去に起こった体験の中から解決策を見つけることが出来なかったり、まだ結果が出ていない現在の状況を過去の失敗体験に当てはめて結論づけてしまった

りする可能性がある。

そのため、気分障害の罹患歴がある者にとっては、過去に身についたネガティブな捉え方が出来事へのかかわり方の基盤となってしまう、新たな展開がある可能性を見落とし、過去と同じような展開が起こるものとして対処してしまうことになりやすい。その結果、何か心配な情報やストレスフルな体験を目の当たりにすると、ネガティブな思考や感情がループとなって、そこから抜け出せなくなってしまうということが起こり得るのだと考えられる。

一方、〈あること〉モードでは、その状況があるがまま受容し、そのままにさせておくことができる（シーガルら、2002）。そのため、このモードにあるときに、現実と理想との間に不一致が生じたとしても、基本的には問題にならず、不一致な状態をそのまま受容することで、大きく動揺したり、巻き込まれたりすることなく過ごすことが可能となる。

さらに〈あること〉モードは、「今、ここ」を、直接的、即時的、親和的に体験することを意味している。このモードは、思考や感情とのかかわり方を変えるものであり、このモードにおける思考や感情は、心の中の出来事として気づきの対象となり、去っていく一つの出来事に過ぎないと説明されている（シーガルら、2002）。これは、マインドフルネスのトレーニングを通して新たに体験し、構築を試みようとしているモードである。

また、マインドフルなときには、「今、ここ」にのみ注意の焦点があるため、過去の体験や将来への心配に囚われることなく、状況に応じた柔軟な行動選択が可能となると考えられている（Langer,1989 ; Langer,1992）。

つまり、気分障害の罹患歴がある者であっても、〈あること〉モードでものごとに向き合う術を身につけていれば、ネガティブな捉え方に縛られることなく、その都度現状に合った柔軟な対応が可能ということになる。このように、心理療法の対象となる多くの者にとって、マインドフルネスのトレーニングを行うことにより、〈あること〉モードでものごとに向き合う方法を身につけることは、ストレス下で必要以上に動揺しないためには必要と考えられる。

しかし、患者自らがこのモードへ切り替えができるようになるのは、決して容易なことではないと推察される。さらに言うと、MBCTのセッションが行われる期間内のみで、マインドフルネスの体得が実現できるとは考えにくい。

シーガルら（2002）でも、ネガティブな考えを反すうするという心の持続的なパターン

に気づき、そこから離れることを MBCT の中核スキルとして位置づけられている。

プログラム内容の構成からみても、セッションごとにテーマが設定されているが、セッション前半のワークでは、日常生活においていかに〈すること〉モードで活動しており、マインドレスになっているかに気づくことがテーマとして挙げられている。

具体的には、プログラム前半の4回では、ワークを通して、いかに自分が日常生活において〈すること〉モードで出来事とかかわっているのかということや、いかに自動的に注意が対象から逸れてしまいやすいのか、ということについて体感できるようになっていることが窺える。これは、現在のモードに気づくことなしに、現在とは違ったモードを体験したり、理解したりすることは不可能であるためと考えられる。そして、現在のモードに気づくことができるようになるための方法を学んだところで、次の段階として、プログラムの後半からは〈あること〉モードに入るワークがセッションのテーマとして扱われるようになっている。

プログラム後半のワークでは、いずれも自分が〈すること〉モードにいることに気づくことができるようになった時に、違ったあり方や観方、そしてかかわり方（〈あること〉モード）への切り替える手段を、体験的にワークを通して学んでいく。MBCT では、こうしたワークを経て、プログラムの終了後も日常生活において〈すること〉モードに囚われている自分に気がついたときに、いかに〈あること〉モードに入れるような活動を実行できるかについて、個々の生活に応じた計画が立てられ、マインドフルネスのワークの継続に向けた準備が行われるようになっている。

したがって、気分障害患者を対象とした再発予防を目的とする MBCT においては、マインドフルネスのトレーニングによって、これまで習慣的になっている〈すること〉モードで生活をおくっている自分に気づけるようになることが必要不可欠な条件であり、MBCT のような心理療法プログラムでは、〈すること〉モードに気づけるようになること自体に多くの時間を費やしていることが窺い知れる。

そして、〈あること〉モードで出来事にかかわるというテーマについては、扱われてはいるものの、そのプログラムの期間内で体得することを目標にしているというよりも、様々なワークを通してマインドフルな体験をしてみることが重要視されているものと考えられる。さらに、これらは短期間で身につけられるようなものではないため、受講後も自分に合ったマインドフルネスのワークを継続して行うことにより、徐々に〈あること〉モードで過ごす時間を確保できるよう心がけることが勧められているものと理解できる。

このように MBCT では、マインドフルネスのトレーニングを通して、まずは〈すること〉モードにあることに気づけるようになることを促進し、次の段階として、マインドフルネスのトレーニングを通して〈すること〉モードから〈あること〉モードに切り替えるための練習が行われている。

そのため、MBCT の参加者を対象に行う効果の指標としては、トレーニングの前後におけるマインドフルネスの程度を問うよりも、マインドフルネスのトレーニングを積むことで、いかに生活の中でマインドレスな自分に気づいて改善しようとするようになるのか、を問う方が、参加者の実態に即していると考えられる。したがって、マインドフルネスに基づく心理療法プログラムへ参加したことによる変化や効果を評価するという点においては、マインドフルネスそのものを効果指標とするよりも、「マインドレスネス」の程度を効果指標とするほうが適切であると考ええる。

以上のような理由から、本研究では、回復期の気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づく心理療法の有用性を検討するために必要と考えられる「マインドレスネス尺度」を作成し、その信頼性と妥当性を検討する。

第5章 マインドレスネス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

本章では、気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づく心理療法の有用性を検討するために必要と考えられる「マインドレスネス尺度」を作成し、以下の手順に従い、その信頼性と妥当性を検討する。

- 1) マインドレスネス尺度を作成し、予備的調査により尺度の因子的妥当性と信頼性を検証する。
- 2) 気分障害患者（復職支援プログラム参加者）と対照群（マインドフルネスのトレーニング経験者）との比較、および基準尺度との関連から、マインドレスネス尺度の内容的妥当性を検討する。
- 3) 既存のマインドフルネス尺度（FFMQ）とマインドレスネス尺度との比較から、気分障害患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標としての妥当性を検討する。

第1節 マインドレスネス尺度の項目作成に向けた予備的調査

本節では、まず、「マインドレスネス」に関する測定尺度を作成し、予備的調査により因子的妥当性を検討する。次に、再テスト法により作成した尺度の信頼性を検討する。そして最後に、検証的因子分析を行い、作成した尺度の因子構造の検証を行う。

1. 項目の収集

マインドフルネスの測定尺度として開発された Brown & Ryan (2003) による「Mindfulness Attention Awareness Scale; MAAS」、Baer et al. (2004) の「The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills ; KIMS」、Walach et al. (2006) による「Freiburg Mindfulness Inventory ; FMI」、Feldman et al. (2007) の「Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised ; CAMS-R」の項目を参考に、マインドレスネスを測定している項目を収集した。マインドレスネス尺度の試作項目リストを表 5-1-1 に示す。

表5-1-1.マインドレスネス尺度の試作項目リスト

1	※	自分が感じていることを表現する言葉を上手く見つけられる
2		自分の体で感じたことについて、それ合った言葉が見つけれられないので上手く言い表せない
3	※	何かをしているときは、そのことに没頭していて他のことを一切考えない
4	※	私は情緒的な苦痛に耐えることができる
5		今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる
6		自分の感情にはどこか悪い或不適切などがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う
7		まわりのことに注意を向けることなく目標に向かって急ぐことが多い
8		達成したい目標に目を向け過ぎているので、そのために今何をしているかへの関心が薄くなる
9		気がつくと過去のことで頭がいっぱいになっている
10	※	どのような味や匂い、音が聞こえるかといった自分の感じたことを表現する言葉を思いつのが得意だ
11	※	ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる
12		空想にふけったり、何か心配したり、気が散ったりするので、今自分のしていることに注意を向けていられない
13		不合理あるいは不適切な感情を抱くことで自分を責める
14		自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると信じているので、そう考えるべきではないと思う
15		不合理な考えを持ったときには、自分を認めない
16		本当に気になるまで、身体的な緊張や違和感に気づかないことが多い
17		今していることを意識しないままに機械的に仕事や課題をこなしている
18		気がつくと注意を払わずに物事に取り組んでいる
19		何を考えているか言葉にすることが難しい
20		何かをしているときに、すぐにそこから意識が逸れたり、気が散ったりしやすい
21		掃除や洗濯のような雑用をしているとき、空想にふけったり他のことを考えたりすることが多い
22		私は自分の見方が正しいか間違っているかを評価する傾向がある
23		自分の考えが良いか悪いかを判断している
24		その時感じていた感情を時間が経ってから気づくことがある
25		初めて聞く人の名前をすぐに忘れがちである
26		気がつくと、何か他のことをしながら同時に、他人の会話にも聞き耳を立てている
27		気づいたら無意識におやつを食べていることがある
28		物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない
29	※	何かをしているとき、自分のしていることにだけに注意を向けている
30		一時に一つのことに集中するよりも、同時にいくつかのことをやることが多い
31	※	物事が上手くいかない時でも、自分に好意的でいられる
32		自分の経験が価値のあることか価値のないことかを判断する傾向がある
33		不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある
34		今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える
35		何も考えずにどこかに向かっている後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある
36	※	自分の気分が変わり始めた時はそれに気が付く
37		自分のしていることに注意を払うことができず、“自動操縦”されているようである
38		何かに取り組んでいるとき、心のどこかで後にやることや、やりたかったことなど他のことにとらわれている
39	※	自分が抱いている考えや感情を受け入れることができる
40		今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる
41		今の状況に気持ちを集中し続けることが難しい
42		十分に注意を払うことなく、急いで事を進める
43		気がつくと将来のことで頭がいっぱいになっている

注) 番号に「※」がついているものは、逆転項目を示す。

2. 調査1

目的

「1. 項目の収集」で述べた、マインドレスネスに関する 43 項目について、因子的妥当性および、構成概念を検討するための予備的調査を行う。

方法

調査内容

調査票は、下記の 3 つの尺度と個人属性を問う項目から構成した。

・マインドレスネス尺度

「1. 項目の収集」で述べた 43 項目をマインドレスネスに関する項目として採用した。各質問項目には「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の 5 件法で回答を求め、マインドレスネスの程度が高い順に 5 ～ 1 点を与えた。

・心理的 Well-being 尺度（西田，2000）

心理的な適応状態を示す指標として心理的 Well-being 尺度の下位尺度である「人格的成長」、「自律性」、「自己受容」、「環境制御力」の 29 項目を採用した。質問項目には、「まったく当てはまらない」から「非常に当てはまる」の 6 件法で回答を求め、各質問に対し心理的 Well-being の程度が高い順に 6 ～ 1 点を与えた。

・general health questionnaire ; GHQ-12（ゴールドバーク，1972）

心理的な不適応の指標として、ゴールドバーク（1972）による精神的健康度を測定するための GHQ（general health questionnaire）の短縮版（12 項目版）を採用した。質問項目には、「まったくなかった」から「たびたびあった」の 4 件法で回答を求め、各質問に対し精神的健康度の程度が低い順に 4 ～ 1 点を与えた。

・個人属性として、性別と年齢の回答を求めた。

調査時期：2013 年 11 月中旬に調査を実施した。

調査対象者：大学生を対象に調査を実施し、116 名から回答が得られた。

解析対象

マインドレスネス尺度における各項目への回答が抜けているものは解析から除外した。最終的な解析対象者数は 96 名、性別の内訳は男性 34 名、女性 59 名であった。なお、残りの 3 名の性別は未回答であった。全体の平均年齢は 18.9 歳（SD=0.83）、性別にみると男性 19.2 歳（SD=0.98）、女性 18.8 歳（SD=0.69）であった。

倫理的配慮

質問紙調査は、同志社大学の倫理審査委員会の審査により承諾を得て実施した。また、調査への協力依頼時には、文書にて調査の目的、個人情報の取り扱いについて説明し、協力の合意を得た。記入後の調査票は、無記名にて回収し、プライバシーの保護に配慮した。

結果

記述統計

調査対象者の年齢、マインドレスネス尺度と GHQ、および心理的 Well-being とその各下位尺度における平均値および標準偏差、最大値と最小値を算出した。

調査内容の記述統計量を、表 5－1－2 に示す。

表 5－1－2. 調査内容における記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	93	18.91	0.83	18.00	22.00
ML得点	96	2.91	0.49	1.41	4.14
GHQ得点	93	4.01	3.03	0.00	12.00
WB 人格的成長	93	4.83	0.73	3.00	6.00
WB 自律性	93	3.47	0.63	1.88	5.25
WB 自己受容	96	3.45	0.94	1.43	5.57
WB 環境統制力	94	3.84	0.76	2.17	5.67

注) ML:マインドレスネス尺度、WB:心理的 well-being 尺度

マインドレスネス尺度の項目間相関

各項目における平均値、および標準偏差を算出し、天井効果およびフロア効果がないことを確認した。次に、表 5－1－1 に挙げたマインドレスネスの項目について、通常項目と逆転項目をわけたうえで、それぞれの合計点と各項目との相関係数を算出し、相関係数が 0.4 未満の 13 項目を削除した。表 5－1－3 に、マインドレスネスの各項目の記述統計量、および通常項目と逆転項目の合計点と各項目の相関係数を示す。

表 5－1－3. マインドレスネス尺度の各項目における記述統計量と相関係数

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	ML計1	ML計2（逆転）
ML1素点	2	5	3.43	0.84		.505**
ML2	1	5	3.05	0.98	.368**	
ML3素点	1	5	2.97	1.01		.451**
ML4素点	1	5	3.15	1.10		.648**
ML5	1	5	2.98	1.08	.578**	
ML6	1	5	2.83	1.01	.646**	
ML7	1	5	2.53	0.93	.397**	
ML8	1	5	2.38	0.91	.474**	
ML9	1	5	2.79	1.13	.674**	
ML10素点	1	5	2.82	0.89		.527**
ML11素点	1	5	2.59	0.97		.609**
ML12	1	5	2.94	0.96	.531**	
ML13	1	5	2.73	1.08	.608**	
ML14	1	5	2.61	0.99	.657**	
ML15	1	5	2.57	0.99	.567**	
ML16	1	5	2.54	1.03	.278**	
ML17	1	5	2.69	0.92	.366**	
ML18	1	5	2.75	0.97	.472**	
ML19	1	5	2.88	0.91	.406**	
ML20	1	5	3.18	1.03	.460**	
ML21	1	5	3.15	1.21	.357**	
ML22	1	5	3.20	1.02	.438**	
ML23	1	5	3.27	1.05	.474**	
ML24	1	5	2.97	1.14	.437**	
ML25	1	5	3.61	1.16	.351**	
ML26	1	5	3.67	1.10	.346**	
ML27	1	5	2.63	1.34	.356**	
ML28	1	5	2.85	0.94	.534**	
ML29素点	1	5	2.63	0.90		.284**
ML30	1	5	2.88	1.01	.069	
ML31素点	1	5	2.45	1.00		.607**
ML32	1	5	3.27	1.10	.465**	
ML33	1	5	2.79	1.16	.423**	
ML34	1	5	2.75	0.92	.562**	
ML35	1	5	2.72	1.16	.575**	
ML36素点	1	5	3.33	0.99		.295**
ML37	1	5	2.23	0.97	.581**	
ML38	1	5	3.11	1.11	.461**	
ML39素点	1	5	3.24	0.97		.665**
ML40	1	5	2.71	0.94	.510**	
ML41	1	5	2.92	0.93	.437**	
ML42	1	5	2.75	1.00	.379**	
ML43	1	5	3.07	1.20	.251*	
* $p < .05$, ** $p < .01$						

注 1) ML : マインドレスネス

注 2) 「素点」は逆転項目における素点を示す。

マインドレスネス尺度における因子分析

上記の相関分析により削除後の 30 項目について因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。固有値の減衰状況（5.64, 2.88, 2.04, 1.18, 1.13, …）と、因子の解釈可能性から 3 因子構造が妥当であると判断した。そこで、再度 3 因子を仮定した因子分析を行った。1 つの因子に対して 0.4 以上の因子負荷量を持つことを基準に項目を採択し、最終的に 22 項目となった。

第 1 因子は、「自分の感情にはどこか不適切なところがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う」、「自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると思っているので、そう考えるべきではないと思う」など、自身の感情や考えに対する不信感や非受容的態度を示す項目から構成されていたため「自己不承認」と命名した。

第 2 因子は、「ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる（逆転項目）」、「物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない」など自身の感情や考えを表出することが困難であることを示す項目から構成されていたため「表現の抑制」と命名した。

第 3 因子は、「気がつくと注意を払わずに物事に取り組んでいる」、「今、していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える」などの注意や集中の欠如を示す項目から構成されていたため「不注意」と命名した。

なお、各因子の α 係数は、第 1 因子.834、第 2 因子.727、第 3 因子.725 であった。因子間の相関係数は、第 1 因子（自己不承認）と第 2 因子（表現の抑制）の間で $r = .257$ 、第 1 因子（自己不承認）と第 3 因子（不注意）との間で $r = .397$ 、第 2 因子（表現の抑制）と第 3 因子（不注意）との間で $r = .195$ であり、互いに中程度から弱い正の相関があることが示された。最終的な因子分析の結果を、表 5-1-4 に示す。

表 5－1－4．マインドレスネス尺度項目の因子分析結果

	因子		
	1	2	3
相関係数			
第2因子	.257		
第3因子	.397	.195	
α 係数	.834	.727	.725
ML6.自分の感情にはどこか悪いか不適切なところがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う	.906	.125	-.110
ML14.自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると信じているので、そう考えるべきではないと思う	.735	-.006	.065
ML5.今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる	.669	.132	.104
ML40.今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる	.668	.167	-.020
ML9.気がつく過去のことで頭がいっぱいになっている	.633	-.005	.113
ML13.不合理あるいは不適切な感情を抱くことで自分を責める	.572	-.306	.076
ML15.不合理な考えを持ったときには、自分を認めない	.545	.061	.193
ML23.自分の考えが良いか悪いかを判断している	.413	.062	.053
ML38.何かに取り組んでいるとき、心のどこかで後にやることや、やりたかったことなど他のことにとらわれている	.406	-.015	-.015
※ML11.ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる	.147	.648	.221
※ML31.物事が上手くいかない時でも、自分に好意的でいられる	-.183	.600	.302
※ML1.自分が感じていることを表現する言葉を上手く見つけられる	.225	.595	-.257
ML19.何を考えているか言葉にすることが難しい	-.064	-.547	.337
※ML4.私は情緒的な苦痛に耐えることができる	.113	.522	-.061
※ML39.自分が抱いている考えや感情を受け入れることができる	-.420	.505	.237
※ML10.どのような味や匂い、音が聞こえるかといった自分の感じたことを表現する言葉を思いつくのが得意だ	.122	.489	.037
ML28.物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない	.107	-.422	.335
ML18.気がつくと注意を払わずに物事に取り組んでいる	-.071	.102	.663
ML34.今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える	.121	-.026	.566
ML33.不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある	.050	.029	.541
ML32.自分の経験が価値のあることか価値のないことを判断する傾向がある	.091	.055	.496
ML35.何も考えずにどこかに向かっていて後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある	.220	-.045	.491

注 1) ML : マインドレスネス

注 2) 項目番号の横に「※」がついているものは、逆転項目を示す。

マインドレスネス尺度と他の尺度との相関分析

マインドレスネス尺度（22 項目）の下位尺度と GHQ-12 の総得点、および心理的 well-being 尺度の下位尺度における相関分析を行った。

その結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」や「表現の抑制」と心理的な不適応を示す GHQ 得点との間には中程度の正の相関が示され、心理的 well-being との間には中程度から高い負の相関が示された。

一方、マインドレスネス尺度の「不注意」は、GHQ 得点との間には弱い正の相関が示されたが、心理的 well-being との間では、「自己受容」との間に弱い正の相関が示されたものの、そのほかの下位尺度とはほとんど関連が示されなかった。

マインドレスネス尺度と心理的 well-being、および GHQ-12 相関分析の結果を表 5－1－5 に示す。

表 5－1－5. マインドレスネス尺度と心理的 well-being・GHQ-12 との相関分析結果

	ML 自己不承認	ML 表現の抑制	ML 不注意	GHQ得点	WB 人格的成長	WB 自律性	WB 自己受容
ML表現の抑制	.215*						
ML不注意	.435**	.164					
GHQ得点	.475**	.207*	.189				
WB人格的成長	-.226*	-.308**	-.085	-.085			
WB自律性	-.358**	-.387**	-.017	-.159	.336**		
WB自己受容	-.599**	-.518**	-.269**	-.508**	.275**	.374**	
WB 環境制御力	-.292**	-.502**	-.102	-.199	.252*	.310**	.623**
* $p < .05$, ** $p < .01$							

注) ML : マインドレスネス、WB : 心理的 well-being

3. 調査 2

目的

調査 1 の結果により仮定した通り、マインドレスネス尺度の 22 項目が 3 因子構造となるかを確かめるため、検証的因子分析を行う。

方法

調査内容

調査票は、下記の尺度と個人属性を問う項目から構成した。

- ・マインドレスネス尺度

「調査1」検討した22項目をマインドレスネス尺度として採用した。

各質問項目には「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の5件法で回答を求め、マインドレスネスの程度が高い順に5～1点を与えた。

- ・個人属性として、年齢、性別の回答を求めた。

調査時期：2014年7月下旬に調査を実施した。

調査対象者：大学生を対象に調査を実施し、229名から回答を得た。

解析対象

マインドレスネスに関する項目が未回答な者は解析の対象から除外した。最終的な解析対象者数は219名、性別の内訳は男性92名、女性127名であった。全体の平均年齢は、20.1歳（SD=0.98）、性別にみると男性20.3歳（SD=1.12）、女性19.8歳（SD=0.79）であった。

倫理的配慮

調査への協力依頼時には、文書にて調査の目的、個人情報の取り扱いについて説明し、協力の合意を得た。記入後の調査票は、無記名にて回収した。

結果

マインドレスネス尺度における検証的因子分析

マインドレスネス尺度における因子構造の確認のため、すべての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、適合度指標はGFI=.817、AGFI=.775、RMSEA=.084、AIC=616.431であった。また、各因子からのパスが有意でない項目や、標準化係数の値が低い項目が認められた。マインドレスネス項目の検証的因子分析の結果を表5-1-6に示す。

表 5-1-6. マインドレスネス項目の検証的因子分析結果（標準化係数値）

		F1	F2	F3
ML2	気がつくと過去のことで頭がいっぱいになっている	.394		
ML7	何かに取り組んでいるとき、心のどこかで後にやることや、やりたかったことなど他のことにとらわれている	.134		
ML9	今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる	.547		
ML14	自分の感情にはどこか悪いが不適切なところがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う	.521		
ML15	今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる	.710		
ML16	自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると信じているので、そう考えるべきではないと思う	.653		
ML20	不合理な考えを持ったときには、自分を認めない	.467		
ML21	不合理あるいは不適切な感情を抱くことで自分を責める	.638		
ML22	自分の考えが良いか悪いかを判断している	.510		
※ML1	どのような味や匂い、音が聞こえるかといった自分の感じたことを表現する言葉を思いつくのが得意だ		-.488	
※ML5	物事が上手いいかない時でも、自分に好意的でいられる		-.336	
※ML6	自分が抱いている考えや感情を受け入れることができる		-.499	
※ML11	ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる		-.412	
ML12	物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない		.593	
※ML13	私は情緒的な苦痛に耐えることができる		-.142	
※ML17	自分が感じていることを表現する言葉を上手く見つけられる		-.708	
ML18	何を考えているか言葉にすることが難しい		.621	
ML3	何も考えずにどこかに向かっていて後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある			.550
ML4	今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える			.440
ML8	自分の経験が価値のあることか価値のないことかを判断する傾向がある			.260
ML10	不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある			.420
ML19	気がつくと注意を払わずに物事に取り組んでいる			.520
	因子間相関	F1	F2	F3
	F1		.291	.627
	F2			.268

注 1) ML はマインドレスネスを示す。

注 2) F1 は「自己不承認」、F2 は「表現の抑制」、F3 は「不注意」を示す。

注 3) 項目番号に「※」がついている項目は、逆転項目を示す。

そこで、各因子からのパスにおける標準化係数が.30 基準とし、これに満たない3項目 (ML7, ML8, ML13) を削除したうえで再度分析を行った。その結果、モデルの適合度指標では、GFI=.845、RMSEA=.083、AIC=457.285 という値が得られた。最終的なモデルの分析結果を表5-1-7に示す。

表5-1-7.マインドレスネス尺度における検証的因子分析の結果 (最終モデル)

			係数(推定値)	標準誤差	検定統計量	確率	標準化係数
ML2	<---	F1	.593	.122	4.882	***	.380
ML9	<---	F1	.751	.110	6.796	***	.550
ML14	<---	F1	.734	.113	6.515	***	.523
ML15	<---	F1	1.053	.126	8.354	***	.716
ML16	<---	F1	1.000				.659
ML20	<---	F1	.664	.112	5.907	***	.468
ML21	<---	F1	.981	.128	7.649	***	.635
ML22	<---	F1	.734	.116	6.303	***	.504
※ML1	<---	F2	-.700	.124	-5.671	***	-.481
※ML5	<---	F2	-.504	.129	-3.906	***	-.315
※ML6	<---	F2	-.694	.123	-5.652	***	-.479
※ML11	<---	F2	-.603	.124	-4.840	***	-.399
ML12	<---	F2	.906	.132	6.852	***	.617
※ML17	<---	F2	-1.017	.138	-7.361	***	-.699
ML18	<---	F2	1.000				.640
ML3	<---	F3	1.000				.576
ML4	<---	F3	.679	.159	4.269	***	.443
ML10	<---	F3	.755	.187	4.046	***	.408
ML19	<---	F3	.861	.183	4.698	***	.532
共分散			係数(推定値)	標準誤差	検定統計量	確率	相関係数
F3	<-->	F1	.264	.061	4.327	***	.579
F2	<-->	F1	.145	.047	3.086	.002	.296
F3	<-->	F2	.132	.051	2.574	.010	.290
*** $p < .001$							

注) ML: マインドレスネス、F1: 「自己不承認」、F2: 「表現の抑制」、F3: 「不注意」

4. 調査3

目的

マインドレスネス尺度の項目について再テスト法を実施し、信頼性を検討する。

方法

調査内容

調査票は、下記の3つの尺度と個人属性を問う項目から構成した。

- ・マインドレスネス尺度

「調査1」、「調査2」で述べた19項目をマインドレスネス尺度として採用した。

各質問項目には「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の5件法で回答を求め、マインドレスネスの程度が高い順に5～1点を与えた。

- ・心理的 Well-being 尺度（西田，2000）

心理的な適応状態を示す指標として心理的 Well-being 尺度の下位尺度である「自律性」、「自己受容」、「環境制御力」の29項目を採用した。質問項目には、「まったく当てはまらない」から「非常に当てはまる」の6件法で回答を求め、各質問に対し心理的 Well-being の程度が高い順に6～1点を与えた。なお、調査1で使用した「人格的成長」は、マインドレスネス尺度との相関が弱かったため、今回の調査票からは除外した。

- ・general health questionnaire ; GHQ-12（ゴールドバーク，1972）

心理的な不適応の指標として、ゴールドバーク（1972）により開発された精神的健康度を測定するためのGHQ（general health questionnaire）の短縮版（12項目版）を採用した。質問項目には、「まったくなかった」から「たびたびあった」の4件法で回答を求め、各質問に対し精神的健康度の程度が低い順に4～1点を与えた。

- ・個人属性として、年齢、性別、および、ID作成のため出身中学と誕生日の日にちの回答を求めた。

調査時期

2014年1月から2月にかけて2回の調査を実施した。なお、1回目の調査実施後、2週から3週間あけて、再度調査を実施した。

調査対象者

医療系専門学校の学生31名を対象に調査を実施し、30名から回答が得られた（回収率96.7%）。

解析対象

2回の調査のうちいずれかが未回答の者については、解析の対象から除外した。最終的な解析対象者数は28名、性別の内訳は男性22名、女性6名であった。全体の平均年齢は23.6歳 ($SD=6.39$)、性別にみると男性24.5歳 ($SD=6.94$)、女性20.3歳 ($SD=1.37$)であった。

倫理的配慮

調査への協力依頼時には、文書にて調査の目的、個人情報の取り扱いについて説明し、協力の合意を得た。記入後の調査票は、無記名にて回収した。なお、再テスト法では、2回の調査間における対応した回答者を把握する必要があったため、第三者に特定されない形式で個人を選別するためのID作成（出身中学名と誕生日の日にちの組み合わせ）を行い、プライバシーの保護に配慮した。

結果

調査項目における記述統計

調査対象者の年齢、1回目と2回目の調査におけるマインドレスネス尺度の下位尺度、GHQ得点、および心理的 Well-being の下位尺度における平均値、標準偏差、最大値と最小値を算出した。表5-1-8に、1回目および2回目の調査項目における記述統計量を示す。

表 5－1－8．1 回目と 2 回目の調査項目における記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	28	23.57	6.39	19.00	45.00
FML 自己不承認	27	2.74	0.67	1.38	3.88
FML 表現の抑制	28	2.88	0.73	1.43	4.43
FML 不注意	28	2.38	0.71	1.00	3.50
FGHQ得点	27	3.11	2.06	0.00	8.00
FWB 自律性	27	3.76	0.69	2.38	5.50
FWB 自己受容	28	3.57	0.83	1.71	6.00
FWB 環境制御力	28	3.96	0.84	1.00	5.67
SML 自己不承認	27	2.78	0.79	1.00	4.25
SML 表現の抑制	25	3.12	0.51	1.57	4.00
SML 不注意	27	2.50	0.76	1.00	4.00
SGHQ得点	28	3.18	3.09	0.00	10.00
SWB 自律性	28	3.78	0.54	2.50	5.00
SWB 自己受容	28	3.47	0.75	2.29	5.29
SWB 環境制御力	27	3.75	0.79	1.00	5.17

注) FML:1 回目のマインドレスネス尺度／FGHQ:1 回目の GHQ／FWB:1 回目の心理的 well-being 尺度／SML:2 回目のマインドレスネス尺度／SGHQ:2 回目の GHQ／SWB:2 回目の心理的 well-being 尺度

マインドレスネス尺度の各項目における再テストの結果

1 回目および 2 回目の調査におけるマインドレスネス尺度における各項目の再テスト結果（記述統計量、相関係数）を表 5－1－9 に示す。

再テストの結果、1 回目の調査と 2 回目の調査におけるマインドレスネス尺度の項目において、「ML7 今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる」、「ML12 今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる」という項目を除き、中程度の正の相関が示された。

表 5－1－9.マインドレスネス尺度の再テスト結果

	1回目				2回目				相関係数
	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	
※ML1.どのような味や匂い、音が聞こえるかといった自分の感じたことを表現する言葉を思いつくのが得意だ	1	5	3.32	0.98	1	5	3.00	0.94	.559
ML2.気がつくと過去のことで頭がいっぱいになっている	1	5	3.07	1.22	1	5	3.18	1.25	.626
ML3.何も考えずにどこかに向かっていて後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある	1	5	2.14	1.08	1	5	2.36	1.13	.565
ML4.今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える	1	4	2.39	1.10	1	4	2.57	1.00	.632
※ML5.物事が上手くいらない時でも、自分に好意的でいられる	2	5	3.04	0.79	1	5	2.61	0.99	.348
※ML6.自分が抱えている考えや感情を受け入れることができる	2	5	3.68	0.82	1	5	3.22	1.05	.473
ML7.今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる	1	5	2.71	1.12	1	5	2.81	1.04	.154
ML8.不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある	1	4	2.14	0.93	1	5	2.15	1.17	.549
※ML9.ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる	1	5	2.32	1.12	1	5	2.37	1.08	.585
ML10.物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない	1	5	2.68	1.12	1	4	2.75	0.89	.585
ML11.自分の感情にはどこか悪いか不適切なところがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う	1	4	2.79	0.79	1	4	2.32	0.82	.456
ML12.今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる	1	5	2.67	1.07	1	5	2.86	1.08	.044
ML13.自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると信じているので、そう考えるべきではないと思う	1	4	2.43	1.00	1	5	2.36	1.03	.352
※ML14.自分が感じていることを表現する言葉を上手く見つけられる	1	5	3.04	1.14	1	5	2.74	0.98	.360
ML15.何を考えているか言葉にすることが難しい	1	5	2.86	1.27	1	5	2.68	1.06	.462
ML16.気がつくと注意を払わずに物事に取り組んでいる	1	5	2.82	0.95	1	5	2.93	1.05	.732
ML17.不合理な考えを持ったときには、自分を認めない	1	5	2.54	1.14	1	5	2.71	1.15	.716
ML18.不合理あるいは不適切な感情を抱くことで自分を責める	1	5	2.43	1.20	1	5	2.68	1.22	.756
ML19.自分の考えが良いか悪いかを判断している	1	5	3.32	1.25	1	5	3.32	1.09	.601

注 1) ML : マインドレスネス尺度

注 2) 項目番号の横に「※」がついているものは、逆転項目を示す。

マインドレスネス尺度の再テストと他の尺度との相関

: 1 回目・2 回目の各尺度の得点および下位尺度得点を算出し、他の尺度 (GHQ と心理的 well-being 尺度) との相関係数を算出した。表 5－1－10 に、相関分析の結果を示す。

表 5-1-10.再テスト法におけるマインドレスネス尺度と他の尺度の相関分析結果

	FML 自己 不承認	FML 表現の 抑制	FML 不注意	FWB 自律性	FWB 自己受容	FWB 環境制御	F GHQ 得点	SML 自己 不承認	SML 表現の 抑制	SML 不注意	SWB 自律性	SWB 自己受容	SWB 環境制御
FML 表現の抑制	.112												
FML 不注意	.091	.067											
FWB 自律性	-.162	-.571**	-.155										
FWB 自己受容	-.285	-.275	-.212	.497**									
FWB 環境制御	.080	-.302	.348	.282	.334								
FGHQ 得点	.292	.042	.348	.074	-.098	.094							
SML 自己不承認	.710**	.063	.371	-.096	-.277	.219	.426*						
SML 表現の抑制	.180	.708**	-.224	-.261	-.519**	-.316	-.098	.102					
SML 不注意	.443*	-.069	.642**	.045	-.245	.457*	.388	.689**	-.202				
SWB 自律性	-.219	-.444*	-.070	.642**	.353	.264	-.259	-.371	-.384	.054			
SWB 自己受容	-.412*	-.419*	.090	.460*	.700**	.533**	-.197	-.358	-.650**	.050	.710**		
SWB 環境制御	.299	-.190	.509**	.162	.311	.616**	.337	.361	-.484*	.576**	.255	.490**	
S GHQ得点	.364	.256	.189	-.222	-.314	-.052	.612**	.465*	.127	.212	-.571**	-.465*	.046
* $p < .05$, ** $p < .01$													

注 1) 「F」は 1 回目の調査結果、「S」は 2 回目の調査結果を示す。

注 2) ML: マインドレスネス、WB: 心理的 well-being

1 回目と 2 回目調査における相関分析の結果、マインドレスネスの各下位尺度において、1 回目と 2 回目の調査における得点間（「FML 自己不承認」と「SML 自己不承認」において、「FML 表現の抑制」と「SML 表現の抑制」において、「FML 不注意」と「SML 不注意」）で、高い正の相関（ $r = .642 \sim .710$ ）が示された。

また、他の尺度との関連では、マインドレスネスの「自己不承認」は、GHQ 得点との間においては 1 回目、2 回目調査ともに中程度の正の相関が示された。一方で、心理的 well-being との間では、「自律性」や「自己受容」との間では負の相関が示されたが、「環境制御」との間において、1 回目調査ではほとんど相関が認められず、2 回目調査においては中程度の正の相関が示された。

マインドレスネスの「表現の抑制」においては、1 回目、2 回目の調査ともに、GHQ 得点とは正の相関が示され、心理的 well-being の下位尺度との間に中程度から高い負の相関が示された。

マインドレスネスの「不注意」では、GHQ 得点とは中程度の正の相関が示され、心理

的 well-being の下位尺度の「自律性」、「自己受容」との間には負の相関が示されたが、「環境制御力」との間には中程度から高い正の相関が示された。

予備的調査の考察

調査 1 では、マインドレスネスに関する 43 項目における、因子構造および構成概念妥当性（基準関連妥当性）の検討を行った。

まず、因子分析の結果、3 因子構造であることが示された。また、信頼性係数（ α 係数）は、第 1 因子.834、第 2 因子.727、第 3 因子.725 と、概ね下位尺度内の一貫性が認められるという結果が得られた。

次に、他の基準指標として選出した尺度との相関分析の結果から、第 1 因子とした「自己不承認」は、精神的健康度の指標（高得点・ハイリスク）である GHQ 得点とは正の相関が、心理的 well-being の「自己受容」や「自律性」とは負の相関が示された。

第 2 因子である「表現の抑制」は、GHQ 得点とは弱い正の相関が示され、心理的 well-being とは、マインドレスネス尺度の 3 つの下位尺度の中で最も強い負の相関が認められた。そして、心理的 well-being におけるいずれの下位尺度とも負の相関が示されていたが、特に「自己受容」や「環境制御力」との負の相関が強かった。

第 3 因子の「不注意」については、基準関連の指標とした GHQ 得点や心理的 well-being との相関関係は認められなかった。この結果からは、マインドレスネスの「不注意」は、自身に対して気づきが得られていない状態を示す項目から構成されているためマインドレスネスの中核概念に位置づけられるもの推測できるが、他の下位尺度とは異なる特性を持っていることが窺える。

以上の調査 1 における結果から、マインドレスネス尺度は 3 因子構造が仮定されるということが示唆された。そして、他の基準指標との関連性から、第 1 因子「自己不承認」および第 2 因子「表現の抑制」においては、心理的な不適応の程度（精神的健康度；GHQ 得点）と正の相関関係にあり、心理的な適応の度合（心理的 well-being の得点）とは概ね負の相関関係にあることが示された。また、第 3 因子の「不注意」については、心理的な不適応や適応を示す指標との関連が弱いことから、他の下位尺度とは異なる性質を持っている可能性がある概念であることが示唆された。

調査 2 では、調査 1 で検討したマインドレスネス尺度（22 項目）の因子構造の確認を行う検証的因子分析を行った。その結果、モデルの適合度指標では、GFI=.845、RMSEA=.083、

AIC=457.285 という値が得られた。一般的に GFI が.90 以上、RMSEA が.06 より小さければあてはまりのよいモデルとされている (Byrne,2013)。したがって、マインドレスネス尺度における 3 因子モデルの適合度は十分とは言えないが、許容範囲にあると考えられる。

そして、調査 3 では、マインドレスネス尺度の信頼性の検討のため、再テスト法により結果の一貫性を検討した。その結果、各項目における 1 回目と 2 回目調査の得点間の相関分析では、相関の弱い項目も認められたが、下位尺度間の相関分析において、それぞれ調査の 1 回目と 2 回目の得点の間に高い正の相関が示された。なお、再テストにより 1 回目と 2 回目智調査の間の相関関係が弱かった項目を見る限り、「今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる」、「今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる」など、その時の状態に影響されやすいと考えられる項目が挙がっていた。そのため、これらの項目についてはマインドレスネス尺度の項目から除外しなかった。

また、1 回目と 2 回目の調査における他の尺度との相関分析からは、調査 1 と同様に、マインドレスネス尺度には、精神的健康度（高得点・ハイリスク）を示す GHQ とは正の相関が、心理的 well-being の「自律性」および「自己受容」とは負の相関が示された。一方、マインドレスネス尺度の下位尺度である「自己不承認」や「不注意」と心理的 well-being の「環境制御力」には正の相関が示された。

心理的 well-being 尺度における「環境制御力」の項目内容をみると「私はうまく周囲の環境に適応して、自分を生かすことができる」、「状況をよりよくするために、周りに柔軟に対応することができる」というように、自分の内面を見つめるよりも、周囲の状況に対して適応していこうとする傾向を示していることがうかがえる。そのため、特に 2 回目調査時における対象者の状況として、試験期間にかかる繁忙期であったという背景から、ありのままの自分自身の考えや感じ方を抑えることが、一時的に周囲への適応の良さととの関連を示していたのではないかと推察できる。しかし、マインドレスネス尺度の下位尺度における概念の意味合いについては、サンプル数を増やした調査の結果なども踏まえて、検討していく必要がある。

以上のことから、マインドレスネスは比較的、その時の状態を反映するという特徴を持っているものの、各下位尺度間で高い相関が示されたことにより、尺度としての信頼性が確認されたものと考えられる。

次に、マインドフルネス尺度である FFMQ の下位尺度とマインドレスネス尺度との関

係から、構成概念について考察する。

はじめに、マインドレスネス尺度の第1因子である「自己不承認」は、FFMQの下位尺度の「判断しないこと」と関連がある概念であると推測できる。FFMQの「判断しないこと」の項目は、全てが逆転項目から構成されている。FFMQ「判断しないこと」の項目は、例えば「不合理または不適切な感情をいだいたことで自分を責める」、「自分の感じ方に対して、そんなふうを感じるべきではないと自分に言い聞かせる」といった内容から構成されている。そのため、実質的には「自分の考えや感じたことに対して、良し悪しの判断をしてしまうかどうか」程度を問うているものと考えられる。そのため、マインドレスネス尺度の「自己不承認」と、FFMQの「判断しないこと（逆転項目）」とは意味合いとして非常に近いものであることが窺える。

マインドレスネス尺度における第2因子の「表現の抑制」は、FFMQの「描写」と関連がある概念と考えられる。マインドレスネス尺度の「表現の抑制」には逆転項目も多いが、例えば「何を考えているのか言葉にすることが難しい」、「ひどく動揺している時でさえ、私はそれを言い荒らす言葉がみつけれられる（逆転項目）」といった内容から構成されている。一方、FFMQの「描写」は、例えば「自分の感情を表現する言葉を見つけるのが得意である」、「私は簡単に自分の信念、意見、期待を言葉にできる」といった項目内容からなっている。両者の関係性を考えると、マインドレスネス尺度で挙げているような「自分の考えや感じていることを言葉にするのが難しかったり、できなかったりする」ことと、FFMQにある「自分の考えや感じていることを言葉にすることが得意である」こととは、水準が大きく異なっている可能性があると考えられる。つまり、「表現の抑制」が軽減されることが、必ずしも「描写」の得点の上昇に繋がるには言えない段階があると推察できるため、両者は別の概念として位置づけられるものではないかと考えられる。

マインドレスネス尺度の第3因子である「不注意」（例えば「気がつくとも注意を払わずに物事に取り組んでいる」、「今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える」など）は、項目内容をみる限り FFMQ の下位尺度のうち「観察」や「意識した行動」と関連のある因子ではないかと考えられる。

しかし、FFMQ では「観察」の項目は全てが通常項目であり、例えば「歩いているときに、自分の身体が動いている感覚に意識的に注意を向けるようにする」、「シャワーを浴びたり、入浴している時、お湯が自分の身体に当たる感覚に敏感である」などである。一方、FFMQ の「意識した行動」の項目内容は、「何かをする時、意識がどこかに逸れて簡単に

気が散る」、「目の前で起きていることに集中し続けるのが難しいと感じる」など、全てが逆転項目から構成されている。そのため、いずれも意味合のうえではマインドレスネス尺度の「不注意」と関連のある概念であると考えられるものの、両者の関係性は異なるものと考えられる。

つまり、第2因子の「表現の抑制」と「描写」の関係性で指摘しているのと同様に、「不注意」が軽減されることが「意識した行動」の程度を増やすこと繋がることはあるかもしれないが、「観察」の程度が変化するには、自身や身の回りの状況により注意深く生活ができるようになっている必要があるため、ただ単に「不注意」ではないことが「観察」の向上を意味するとは考えにくい。また、FFMQの中でも「意識した行動」と「観察」は別々の因子として位置付けられているため、マインドレスネス尺度の「不注意」とFFMQの「観察」については、異なる概念ではないかと考えられる。しかし、今回の予備的調査においては、マインドレスネス尺度とFFMQとの直接的な比較検討は行っていないため、マインドレスネスとマインドフルネス（FFMQ）の関係性についても調査を行ったうえで検討していく必要がある。

以上のことから、予備的調査では、本研究で新たに作成したマインドレスネス尺度の因子的妥当性および、信頼性（内的一貫性）については概ね確認できたものと考えられる。一方、マインドレスネス尺度の心理療法の効果指標としての有用性については、FFMQとの比較などを踏まえて、検討していく必要があると考える。

第2節 マインドレスネス尺度における内容的妥当性の検討

前述してきたように、復職支援プログラムにおけるマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として、マインドフルネスのトレーニングによる対象者の変化を的確に示すことのできる尺度が求められる。そこで本節では、予備的調査で作成したマインドレスネス尺度についての内容的妥当性について検討する。

目的1

回復期にあり、復職支援プログラムの対象となっている気分障害患者（以下、復職支援プログラムの参加者）とマインドフルネスのトレーニングを自分で実施したり、指導したりしている立場の者（以下、マインドフルネス勉強会の参加者）との比較から、マインドレスネス尺度の妥当性を検討する。

仮説 1

復職支援プログラムの参加者は、マインドフルネス勉強会の参加者よりも、マインドレスネスの程度が高い。

目的 2

復職支援プログラム参加者と、マインドフルネス勉強会の参加者におけるマインドレスネス尺度得点と、外的基準尺度との比較から、マインドレスネス尺度の妥当性を検討する。

なお、基準尺度として採択した BSCP との関連については、影山ら（2004）により、BSCP と抑うつ度や心理的に不適応な指標との関連の検討の結果、「回避・抑制」や「感情発散」とは正の相関が示され、「積極的問題解決」や「周囲への相談」、「視点の転換」とは負の関連が報告されている。したがって、以下のような仮説が考えられる。

仮説 2

マインドレスネスの高さと不適応なコーピング（回避・抑制、感情発散）の頻度との間には正の関連があり、適応的なコーピング（積極的問題解決、周囲への相談、視点の転換）の頻度との間に負の関連がある。

方法

調査内容

以下の尺度から構成した調査票を用いて調査を行った。

・マインドレスネス尺度

本研究の予備的調査において作成した、マインドレスネスにかかわる 19 項目を使用した。各質問項目には「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の 5 件法で回答を求め、マインドレスネスの程度が高い順に 5 ～ 1 点を与えた。

・the Brief Scales for Coping Profile ; BSCP（影山ら，2004）

この尺度は、影山ら（2004）において開発された、勤労者における（ストレス）コーピング特性を測定する尺度である。下位尺度は、「積極的問題解決」、「周囲への相談」、「気分転換」、「感情発散」、「回避・抑制」、「視点の転換」の 6 つから構成されている。困ったこと、悩みなどに会ったときの対処の方法について各質問に対して「ほとんどない」から「よくある」の 4 件法で回答を求め、それぞれのコーピング特性を有する程度が高い順に

4～1点を与えられるものである。

調査対象者

1. 復職支援プログラムの参加者（気分障害患者）

気分障害により休職中の復職支援プログラム参加者を対象に、自己記入式の質問紙調査を実施した。なお、調査協力者には、復職支援プログラムへの参加開始時、またはマインドフルネスに関する心理療法プログラムの受講前の段階で調査への回答を求めた。

2014年3月下旬から10月上旬にかけて、計18名に配布し、18名から回答の協力を得た。最終的に、18名を解析の対象とした。

2. マインドフルネス勉強会の参加者

仕事の上でマインドフルネスのトレーニングの指導を行っている者、またはマインドフルネスの指導者を目指し、自分自身がマインドフルネスのトレーニングを行っている者が集う勉強会（以下、マインドフルネス勉強会とする）にて、自己記入式の質問紙調査を実施した。

2014年4月上旬に開催されたマインドフルネス勉強会の参加者24名に配布し、23名から回答を得た。なお、マインドフルネス・トレーニングの実施履歴がない者（1名）は、解析の対象から除外した。最終的に、22名を解析対象とした。

倫理的配慮

本調査の実施にあたり、同志社大学の倫理審査委員会の審査により承諾を得ている。また、調査協力の依頼時には、復職支援プログラムの実施機関の管理者、マインドフルネス勉強会の代表者、および調査協力者に対し、文書にて調査の目的、個人情報の取り扱いについて説明し、協力の合意を得た。

結果

記述統計

・復職支援プログラムの参加者

復職支援プログラム参加者における記述統計を表5-2-1へ示す。

回答者の診断は、双極性障害を除く気分障害患者が13名、適応障害に伴う抑うつ状態の者が4名、抑うつ状態の者が1名であった。いずれも他の診断を受けておらず、複数の

専門家により集団で行う復職支援プログラムへの参加が可能であり、回復期にあると判定された者である。

職種の内訳は、「企画・事務職（８名）」、「技術職（７名）」、「公務員（２名）」、「専門職（１名）」であった。なお、本調査への回答時点では、マインドフルネスにかかわるトレーニングを受講していない。

表５－２－１.復職支援プログラム参加者の記述統計

復職支援プログラム参加者	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
ML1 自己不承認	18	3.10	0.65	2.00	4.13
ML2 表現の抑制	18	3.63	0.76	1.71	5.00
ML3 不注意	18	2.49	0.58	1.50	3.75
BSCP1 積極的問題解決	18	9.06	1.92	6.00	12.00
BSCP2 周囲への相談	18	7.00	2.47	3.00	12.00
BSCP3 気分転換	18	6.83	2.18	4.00	12.00
BSCP4 感情発散	18	5.17	1.92	3.00	9.00
BSCP5 回避・抑制	18	7.39	2.64	3.00	12.00
BSCP6 視点の転換	18	6.28	2.02	4.00	12.00

注１）ML：マインドレスネス尺度

注２）BSCP：the Brief Scales for Coping Profile

（高得点であるほど該当するコーピングの使用頻度が高いことを示す、3点～12点で分布）

・マインドフルネス勉強会の参加者（対照群）

マインドフルネス勉強会の参加者における記述統計を表５－２－２に示す。

なお、マインドフルネスのトレーニング期間は、平均 19.3（SD=19.87）か月、最短で 2 か月、最長で 60 か月であった。

マインドフルネス・トレーニングの実施内容（自由記述、複数回答可）は、多い順に「呼吸瞑想（11 名）」、「ボディスキャン（6 名）」、「食べる瞑想（5 名）」、「歩く瞑想（3 名）」などであり、その他には「坐瞑想」、「ヨガ」、「ストレッチ」、「日常生活の中でマインドフルに行う時間を持つ」が挙げられていたが、基本的にマインドフルネスのトレーニングのうち、数種類を選出して実施している者がほとんどであった。

職種は、大半が「心理職（15 名）」であり、その他は「就労支援のスタッフ（2 名）」、「職業カウンセラー」、「キャリアコンサルタント」、「精神科医」、「大学院生」、「心理・福祉職」であった。

表 5－2－2.マインドフルネス勉強会の参加者（対照群）の記述統計

マインドフルネス勉強会の参加者	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
ML1 自己不承認	22	2.46	0.49	1.38	3.38
ML2 表現の抑制	22	2.81	0.58	1.57	3.71
ML3 不注意	22	2.76	0.55	1.50	4.00
BSCP1 積極的問題解決	22	10.09	2.02	5.00	12.00
BSCP2 周囲への相談	22	8.82	1.76	5.00	12.00
BSCP3 気分転換	22	7.82	2.08	4.00	12.00
BSCP4 感情発散	22	6.09	2.33	3.00	12.00
BSCP5 回避・抑制	22	7.09	1.87	3.00	11.00
BSCP6 視点の転換	22	8.23	1.97	4.00	12.00

注 1) ML : マインドレスネス尺度

注 2) BSCP : the Brief Scales for Coping Profile

（高得点であるほど該当するコーピングの使用頻度が高いことを示す、3 点～12 点で分布）

仮説 1 の検証

気分障害患者（復職支援プログラムの参加者）と既にマインドフルネスのトレーニングを行っている者（マインドフルネス勉強会の参加者）との間で、マインドレスネスの程度の差を検討するために、マインドレスネス尺度について対応のない t 検定を行った。

復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強会の参加者における t 検定の結果を表 5－2－3 に示す。

表 5－2－3．復職支援プログラム群とマインドフルネス勉強会の参加者における
 t 検定の結果

	復職支援プログラム		マインドフルネス勉強会		t 値	
	平均	SD	平均	SD		
ML 自己不承認	3.10	.65	2.46	.49	3.53	**
ML 表現の抑制	3.63	.76	2.81	.58	3.85	***
ML 不注意	2.49	.58	2.76	.55	1.54	
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$						

注) ML : マインドレスネス尺度

復職支援プログラム参加者の群とマインドフルネス勉強会参加者の群との t 検定の結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」($t(38) = 3.53, p < .01$)、および「表現の抑制」($t(38) = 3.85, p < .001$)において、復職支援プログラム参加者はマインドフルネス勉強会の参加者よりも有意に高い得点を示していた。一方、「不注意」においては両群間の得点差は有意ではなかった ($t(38) = 1.54, n.s.$)。

仮説 2 の検証

・復職支援プログラムの参加者

復職支援プログラム参加者におけるマインドレスネスの程度と、外的基準尺度として採択したコーピング尺度 (BSCP) との関連を調べるために、相関分析を行った。

復職支援プログラム群における相関分析の結果を表 5－2－4 に示す。

表 5－2－4 .復職支援プログラム群における相関分析結果

	ML1	ML2	ML3	BSCP1	BSCP2	BSCP3	BSCP4	BSCP5
ML1 自己不承認								
ML2 表現の抑制	.476*							
ML3 不注意	.346	.473*						
BSCP1 積極的問題解決	.137	-.216	-.475*					
BSCP2 周囲への相談	-.284	-.575*	-.350	.482*				
BSCP3 気分転換	-.430	-.525*	.010	.030	.044			
BSCP4 感情発散	.039	-.071	-.157	.077	.335	-.120		
BSCP5 回避・抑制	.105	.570*	.669**	-.341	-.316	-.316	-.107	
BSCP6 視点の転換	-.145	-.532*	-.210	.328	.388	.666**	.093	-.451
* $p < .05$, ** $p < .01$								

注 1) ML : マインドレスネス尺度

注 2) BSCP : the Brief Scales for Coping Profile

復職支援プログラム参加者におけるマインドレスネス尺度と関連尺度の相関分析の結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」は、BSCP の「気分転換」との間において、中程度の負の相関が示された。

また、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」においては、BSCP の「周囲への相談」や「気分転換」との間に中程度の負の相関が示され、「回避・抑制」とは中程度の正の相関が示された。

マインドレスネス尺度の「不注意」は、BSCP の「積極的問題解決」と中程度の負の相関が示され、「回避・抑制」とは強い正の相関が示された。

その他にも、マインドレスネス尺度の「自己不承認」、「表現の抑制」、「不注意」には、互いに中程度から、高い相関が示された。

・マインドフルネス勉強会の参加者

マインドフルネス勉強会の参加者におけるマインドレスネス尺度とコーピング尺度 (BSCP) との関連を調べるために、相関分析を行った。

マインドフルネス勉強会の参加者における相関分析の結果を表 5－2－5 に示す。

表 5－2－5.マインドフルネス勉強会の参加者における相関分析結果

	ML1	ML2	ML3	BSCP1	BSCP2	BSCP3	BSCP4	BSCP5
ML1 自己不承認								
ML2 表現の抑制	.334							
ML3 不注意	.344	-.046						
BSCP1 積極的問題解決	-.146	-.250	-.087					
BSCP2 周囲への相談	-.277	-.227	.273	.232				
BSCP3 気分転換	.300	.379	.096	-.131	-.113			
BSCP4 感情発散	.144	.003	.167	-.275	.190	.111		
BSCP5 回避・抑制	.172	.141	.045	-.392	-.254	.540**	-.133	
BSCP6 視点の転換	-.125	-.345	.228	.663**	.409	-.059	-.367	.033
* $p < .05$, ** $p < .01$								

注 1) ML : マインドレスネス尺度

注 2) BSCP : the Brief Scales for Coping Profile

その結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」と BSCP の「周囲への相談」と弱い負の相関が示され、「気分転換」とは中程度の正の相関が示された。

マインドレスネス尺度の「表現の抑制」は、BSCP の「気分転換」との間に中程度の正の相関が示され、「視点の転換」、「積極的問題解決」、「周囲への相談」との間には負の相関が示された。

また、マインドレスネス尺度の「不注意」とは、BSCP の「周囲への相談」や「視点の転換」との間に弱い正の相関が示された。

その他に、マインドフルネス勉強会の参加者においては、マインドレスネス尺度の「自己不承認」と「表現の抑制」との間、および「自己不承認」と「不注意」との間には中程度の正の相関が示されたが、「表現の抑制」と「不注意」との間には、ほとんど相関が示されなかった。

したがって、本調査における結果からは、復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強会の参加者とでは、マインドレスネスの程度と各コーピングとの関連の在り方が異なっていることが確認された。

これらの結果を受けて、復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強会の参加者

それぞれにおいて、BSCP からマインドレスネス尺度に対する影響を検討するために、マインドレスネス尺度の各下位尺度の得点を従属変数とする重回帰分析（強制投入法）を行った。独立変数には、BSCP の各下位尺度得点を投入した。

復職支援プログラム参加者におけるマインドレスネス尺度の各下位尺度を従属変数とする重回帰分析の結果を表 5-2-6、表 5-2-7、表 5-2-8 に、マインドフルネス勉強会の参加者におけるマインドレスネス尺度の各下位尺度を従属変数とする重回帰分析の結果について、表 5-2-9、表 5-2-10、表 5-2-11 へ示す。

表 5-2-6. 復職支援プログラム参加者における「自己不承認」を従属変数とする

重回帰分析

ML1 自己不承認					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		.29	n.s.	.14
	周囲への相談		-.60	n.s.	-.28
	気分転換		-.70	n.s.	-.43
	感情発散		.09	n.s.	.04
	回避・抑制		.01	n.s.	.11
	視点の転換		.45	n.s.	-.15
R2乗			.450		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

表 5-2-7. 復職支援プログラム参加者における「表現の抑制」を従属変数とする

重回帰分析

ML2 表現の抑制					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		.17	n.s.	-.22
	周囲への相談		-.59	*	-.58
	気分転換		-.44	n.s.	-.53
	感情発散		.09	n.s.	-.07
	回避・抑制		.35	n.s.	.57
	視点の転換		.08	n.s.	-.53
R^2 乗			.681		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

表 5－2－8．復職支援プログラム参加者における「不注意」を従属変数とする

重回帰分析

ML3 不注意					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		-.26	n.s.	-.48
	周囲への相談		-.04	n.s.	-.35
	気分転換		.17	n.s.	.01
	感情発散		-.04	n.s.	-.16
	回避・抑制		.65	*	.67
	視点の転換		.08	n.s.	-.21
R^2 乗			.566		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

まず、復職支援プログラムの参加者において、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」には「周囲への相談」によるコーピングが負の影響を与えており（表 5－2－7）、「不注意」には「回避・抑制」によるコーピングが正の影響を与えていることが示された（表 5－2－8）。一方、マインドレスネス尺度の「自己不承認」には、BSCP のいずれの下位尺度から有意な影響は認められなかった（表 5－2－6）。

表 5－2－9.マインドフルネス勉強会参加者における「自己不承認」を従属変数とする

重回帰分析

ML1 自己不承認					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		-.18	n.s.	-.15
	周囲への相談		-.37	n.s.	-.28
	気分転換		.30	n.s.	.30
	感情発散		.20	n.s.	.14
	回避・抑制		-.14	n.s.	.17
	視点の転換		.24	n.s.	-.13
R^2 乗			.195		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

表 5－2－10. マインドフルネス勉強会参加者の「表現の抑制」を従属変数とする

重回帰分析

ML2 表現の抑制					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		-.11	n.s.	-.25
	周囲への相談		-.03	n.s.	-.23
	気分転換		.46	n.s.	.38
	感情発散		-.21	n.s.	.00
	回避・抑制		-.17	n.s.	.14
	視点の転換		-.31	n.s.	-.35
R^2 乗			.288		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

表 5－2－11. マインドフルネス勉強会参加者における「不注意」を従属変数とする

重回帰分析

ML3 不注意					
モデル			β	p	偏相関
	積極的問題解決		-.58	n.s.	-.09
	周囲への相談		.04	n.s.	.27
	気分転換		.19	n.s.	.10
	感情発散		.20	n.s.	.17
	回避・抑制		-.27	n.s.	.05
	視点の転換		.69	n.s.	.23
R^2 乗			.257		
* $p < .05$, ** $p < .01$					

マインドフルネス勉強会の参加者におけるマインドレスネス尺度の各下位尺度を従属変数とする重回帰分析の結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」、「表現の抑制」、「不注意」いずれにおいても、BSCP からの有意な関連は認められなかった（表 5－2－9、表 5－2－10、表 5－2－11）。

考 察

本節の目的は、復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強会の参加者とのマインドレスネスの程度の比較、およびマインドレスネス尺度と外的基準との関連から、マインドレスネス尺度の内容的妥当性を検証することであった。

まず、仮説1を検討するために、マインドレスネス尺度について、両群間における対応のない t 検定を行った。その結果、マインドレスネス尺度の「自己不承認」および、「表現の抑制」については、マインドフルネス勉強会の参加者よりも、復職支援プログラム参加者の方が有意に高い得点が認められ、仮説を支持する結果となった。一方、「不注意」については両群間で有意な差が認められなかった。

次に、仮説2について検討するために、復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強会の参加者、各群におけるマインドレスネス尺度と BSCP（コーピング）との相関分析を行った。その結果、復職支援プログラムの参加者においては、仮説2で示した通り、マインドレスネス尺度の各下位尺度と、心理的に適応的なコーピングと考えられている「積極的問題解決」、「周囲への相談」、「視点の転換」との間には負の関連が、不適応に繋がりがやすいと考えられている「回避・抑制」とは正の関連が確認され、仮説を支持する結果が得られた。一方、マインドフルネス勉強会の参加者においては、特にマインドレスネス尺度の「不注意」において、仮説とは異なる結果が得られた。

このように、マインドレスネス尺度とコーピングとの関連からは、復職支援プログラムの参加者とマインドフルネス勉強会の参加者との間では異なる結果が示された。そのため、それぞれの群において、各コーピングの頻度からマインドレスネスの下位尺度への影響を検討することを目的とした重回帰分析を行った。

その結果、復職支援プログラムの参加者においては、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」や「不注意」には、先に述べたようなコーピングからの影響が認められたのに対し、マインドフルネス勉強会の参加者では、いずれの下位尺度においてもコーピングからの有意な影響は認められなかった。

以下に、今回の調査により得られた結果から、マインドレスネス尺度の下位尺度ごとに内容的妥当性に関する考察を行う。

・「自己不承認」

まず、マインドレスネス尺度の「自己不承認」は、復職支援プログラムの参加者とマインドフルネス勉強会の参加者との間で有意な差が認められ、復職支援プログラムの参加者は、マインドフルネス勉強会の参加者よりも、有意に高い傾向が示された。

一方、「自己不承認」とコーピングとの相関分析の結果からは、復職支援プログラムの参加者においても、マインドフルネス勉強会の参加者においても、「周囲への相談」、「視点の転換」といった適応的なコーピングとは弱い負の相関が示され、不適応なコーピングと

考えられている「回避・抑制」とは、弱い正の相関が示された。

次に、「積極的問題解決」や「気分転換」との関連においては、対象者により異なる傾向が示された。具体的には、復職支援プログラム参加者においては「自己不承認」と「積極的問題解決」との間には弱い正の相関が示されたのに対し、マインドフルネス勉強会の参加者においては、弱い負の相関が示された。さらに、「自己不承認」と「気分転換」との間では、復職支援プログラムの参加者においては中程度の負の相関が示されたのに対し、マインドフルネス勉強会の参加者においては、中程度の正の相関が示された。

これらの結果は、復職支援プログラム参加者のような「自己不承認」の高い傾向にある者にとっては、問題解決に直接つながるようなコーピングが採択されやすい傾向にあるが、その一方で、気分転換して気持ちの切り替えや自分のコンディションを整えるようなコーピングは採択されにくいということを示唆していると考えられる。これに対し、マインドフルネス勉強会の参加者のような「自己不承認」が低い参加者にとっては、その反対の傾向があることが窺える。

しかし、各コーピングの頻度から「自己不承認」に対する影響を検討した結果、いずれの群においても、「自己不承認」に対して有意な影響を持つコーピングは認められなかった。この結果から、「自己不承認」は、特定のコーピングの採択頻度の変動により影響を受けて促進されたり、軽減されたりするような概念ではないと可能性があると考えられる。

その理由として、BSCP では、ストレス場面への対処行動の採択頻度を中心に測定しているが、「自己不承認」はマインドレスネス尺度の中でも、その人の信念や考え、感じ方、価値観などを反映していると考えられる項目が多いことが影響しているのではないかと推察される。このことから、両者はそれぞれ異なるレベルでの概念であるために、これらの関連性が明らかにならなかったのではないかと考えられる。したがって、「自己不承認」の外的基準との関連性については、他の尺度との関連なども踏まえて、今後継続して検討していく必要があると考えられる。

・「表現の抑制」

次に、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」は、復職支援プログラム参加者とマインドフルネス勉強機械の参加者との間で有意な差が確認され、復職支援プログラムの参加者は、マインドフルネス勉強会の参加者よりも、有意に高い傾向が示された。

また、「表現の抑制」とコーピングとの相関分析の結果からは、復職支援プログラムの参加者においてもマインドフルネス勉強会の参加者においても、心理的に適応的なコーピ

ングとされている「積極的問題解決」や「周囲への相談」、「視点の転換」とは負の関連が示され、心理的な不適応に繋がりと考えられている「回避・抑制」とは正の関連が示された。

さらに、各コーピングの採択頻度から「表現の抑制」に対する影響を重回帰分析により検討した結果、復職支援プログラム参加者における「表現の抑制」には、「周囲への相談」によりコーピングの採択頻度が有意な負の影響を与えていることが示された。一方、マインドフルネス勉強会の参加者においては、いずれのコーピングからも有意な影響は認められなかった。

特に、復職支援プログラム参加者において、周囲に悩んでいることや困っていることについて相談を行うことが、マインドレスネスの「表現の抑制」を軽減させる可能性があるという結果には、マインドフルネスのトレーニングや復職支援プログラムにおける多くのカリキュラムに含まれている、自分の考えや感じたことを言語化するという練習の機会が関係しているのではないかと考えられる。

というのも、集団のカリキュラムが中心となるような、復職支援プログラムで実施されるマインドフルネスのトレーニングでは、参加者同士が共通のワークを通して感じられたことを表現する機会が多く与えられる。そして、自分の体験したことや感じたことに対しては、誰かよって評価されたり、否定されたりすることなく、参加することそのものに重きを置いている。そのため、特に「周囲への相談」によるコーピングの採択頻度が、マインドレスネスの「表現の抑制」を軽減させるような結果が示されたのではないかと考えられる。

以上の結果から、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」は、復職支援プログラムの参加者においては、外的基準との関連においても解釈可能な結果が示され、下位尺度としての内容的妥当性は、概ね確認できたものと考えられる。

・「不注意」

最後に、マインドレスネス尺度の「不注意」は、復職支援プログラムの参加者とマインドフルネス勉強会の参加者との間において、有意な差が認められず、仮説の通りに対象の属性を反映する結果とはならなかった。

その理由として、マインドフルネスのトレーニングは、トレーニングを重ねるほど、不注意である自分に気づかされるという側面があることが影響しているのではないかと考えられる。例えば、呼吸に注意を向けるといったマインドフルネス・トレーニングの実践を

機に、ひとつの対象（呼吸）に注意を向けたからこそ、そこにだけ集中していることのできない、不注意な自分に気づきやすくなることがある。マインドフルネスのトレーニングを日常的に行っているマインドフルネス勉強会の参加者は、このような気づきが得られる機会が多くなると考えられるため、両群間において「不注意」に有意な差が表れなかったのではないかと推察できる。

さらに、復職支援プログラム参加者において、マインドレスネス尺度の「不注意」は、「自己不承認」や「表現の抑制」との正の関連が示されたが、マインドフルネス勉強会の参加者では、「不注意」と「自己不承認」および「表現の抑制」との間には、ほとんど関連が認められなかった。

これらの結果から、マインドレスネス尺度における「不注意」は、対象者により「不注意」の高さが、心理的な不適応と関連がある場合と、問題とならない場合とがある可能性が示唆された。

「不注意」の項目からも窺えるように、この傾向自体は、通常体験し得るものである。しかし、気分の落ち込みやうつ症状があるときに「不注意」が高い場合には、これらをコントロールできないため、ネガティブな気分や症状に影響を受けやすくなるのではないかと考えられる。そのため、今回は調査の対象に含めることはできなかったが、「不注意」がもたらす抑うつや心理的に不適応な状態を示す尺度への影響についても、対象者により異なってくるのではないかと推測できる。

以上のように、今回の調査結果から、マインドレスネスの「不注意」については、尺度得点の高低のみでは、対象者の状態を反映させることが難しいため、改善の余地が残されている下位尺度であることがわかった。

先にも述べたように、不注意であるかどうかを自己評価によって求める質問形式では、マインドフルネスのトレーニングを重ねることにより、不注意に気づく機会が増えることに伴い、この得点が高まる可能性がある。そのため、対象者の「不注意」の度合そのものを測定することは難しいのではないかと考えられる。

上記の課題を克服するために、今後は、例えば「注意を払わずに物事に取り組んでいることに気づく」、「不注意や考え事が原因で物を壊したり、こぼしたりしていることに気づく」というように、不注意そのものではなく、不注意への気づきの頻度や程度を問う形式にするなどして、質問項目の改良を行うことが、対策のひとつとして考えられる。

また、今回の調査結果から、「不注意」による影響や他の下位尺度との関連については、対

象者により異なるという可能性が示唆されたことから、他の指標との組み合わせなども併せて解釈することにより、より効果指標として内容的妥当性の高いものにしていくことができるのではないかと推測される。

第3節 マインドレスネス尺度における効果指標としての妥当性の検討

マインドフルネス・トレーニングの効果指標として、マインドレスネスを測定することの意義については、前章までに述べてきたとおりである。そこで本節では、マインドレスネスを測定することの意義を確かめるために、既存のマインドフルネスを測定する尺度（FFMQ）との比較を通して、マインドレスネス尺度における効果指標としての有用性を検討し、その調査結果について述べる。

目的

FFMQ との比較から、マインドレスネス尺度におけるマインドフルネス・トレーニングの効果指標としての妥当性を検討する。

仮説

気分障害患者には、マインドフルネスを測定する FFMQ よりも、マインドレスネス尺度の方がマインドフルネスのトレーニングを含む心理療法プログラムの効果指標として優れている。

方法

調査内容

・マインドレスネス尺度

本研究の予備的調査において作成した、マインドレスネスにかかわる 19 項目を使用した。各質問項目には「まったく当てはまらない」から「よく当てはまる」の 5 件法で回答を求め、マインドレスネスの程度が高い順に 5 ～ 1 点を与えた。

・Five Facet Mindfulness Questionnaire 日本語版 ; FFMQ (Sugiura ら, 2012)

この尺度は、Baer et al. (2006) による FFMQ を Sugiura ら (2012) により翻訳し、日本語版が作成されたものである。下位尺度として「観察」、「描写」、「意識した行動（注意）」、「判断しないこと（アクセプタンス）」、「反応しないこと」の 5 つから構成されて

いる。回答は、「まったくあてはまらない」から「いつもあてはまる」の5件法であり、各質問に対してマインドフルネスの程度が高い順に5～1点を与えた。

調査対象者

2014年3月下旬から10月上旬にかけて、気分障害により休職中の復職支援プログラム参加者を対象に自己記入式の質問紙調査を実施した。なお、調査協力者には、復職支援プログラムへの参加開始時、または心理療法プログラムの受講前の段階で調査への回答を1回目とし、心理療法プログラムの区切りである5週間1クールの間をあけて、再度調査への回答を求めた。

倫理的配慮

本調査の実施にあたり、同志社大学の倫理審査委員会の審査により承諾を得ている。調査協力者に対し、文書にて調査の目的、個人情報の取り扱いについて説明し、協力の合意を得た。記入後の調査票は、厳封にて回収することにより、プライバシーの保護に配慮した。

結果

記述統計

本章の第2節と同様の復職支援プログラム参加者（心理療法プログラムを受講せず修了となった1名を除く）を対象に、心理療法プログラムの受講前後において調査への協力を求めた。最終的な解析対象者は、男性15名、女性2名の計17名となった。対象者の平均年齢は、44.22歳（SD=8.63）であり、平均休職回数は2.28回（SD=1.23）、最少1回、最多4回であった。

心理療法プログラムには、マインドフルネスのトレーニングを取り入れたカリキュラム（週に1回のペースで全5回、各回60分の講義と、ホームワークにて呼吸法や食べる瞑想、気づいた感情や思考の内容をノートに記録するなど、マインドフルネス・トレーニングの実践を行うもの）があり、これらを受講した者を調査の対象とした。

心理療法プログラム前後の比較

上述した仮説を検討するために、復職支援プログラム参加者のマインドレスネス尺度およびFFMQ（マインドフルネス尺度）について被験者内比較の分散分析を行った。

なお、上述したように（表2-3）、いくつかの先行研究により、気分障害の再発回数が3回以上の者において、とりわけマインドフルネスのトレーニングによる効果が認めら

れるという指摘がされていることから、復職支援プログラムの参加者では、休職回数を被験者間要因として設定した。

心理療法プログラム受講前後のマインドレスネス尺度および FFMQ の程度を比較した分散分析の結果を表 5－3－1 に示す。

表 5－3－1 .心理療法プログラム前後を比較した分散分析の結果

心理療法プログラム (マインドフルネストレーニング)	前		後		主効果		交互作用
	2回以下 N = 10	3回以上 N = 7	2回以下 N = 10	3回以上 N = 7	心理療法	休職回数	
ML1 自己不承認	3.04 (0.21)	3.11 (0.26)	2.89 (0.25)	3.09 (0.30)	.46	.16	.29
ML2 表現の抑制	3.51 (0.25)	3.74 (0.30)	3.17 (0.23)	3.18 (0.27)	13.50**	.11	.73
ML3 不注意	2.55 (0.19)	2.39 (0.23)	2.40 (0.19)	2.18 (0.23)	1.61	.50	.05
FFMQ1 観察	2.64 (0.17)	2.89 (0.21)	2.89 (0.21)	3.21 (0.26)	11.58**	1.03	.26
FFMQ2 反応しないこと	2.67 (0.16)	2.33 (0.19)	2.63 (0.21)	2.45 (0.26)	.20	.89	.85
FFMQ3 判断しないこと	2.84 (0.25)	2.99 (0.28)	2.91 (0.30)	3.05 (0.33)	1.74	.03	.00
FFMQ4 描写	2.28 (0.24)	2.25 (0.29)	2.39 (0.29)	2.64 (0.34)	3.56	.08	1.09
FFMQ5 意識した行動	3.29 (0.22)	3.54 (0.27)	3.28 (0.16)	3.46 (0.19)	.11	.64	.06
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$							

注 1) ML : マインドレスネス尺度

注 2) FFMQ : Five Facet Mindfulness Questionnaire

注 3) 上段 : 平均値 / 下段 : 標準偏差

その結果、マインドレスネス尺度においては、「表現の抑制」において、心理療法プログラムの受講前よりも受講後の方が有意に低い得点が示された ($F(1,15)=6.86, p < .05$, $F(1,15)=13.5, p < .01$)。一方、「自己不承認」や「不注意」においては、受講前後で有意な得

点差は認められなかった。

また、FFMQにおいては、下位尺度の「観察」において、心理療法プログラムの受講前よりも受講後の方が有意に高い得点が示された ($F(1,15)=11.58, p<.01$)。しかし、FFMQにおけるその他の下位尺度においては、受講前後で有意な得点差が示されなかった。

なお、本調査の結果からは、マインドレスネス尺度および FFMQ における心理療法プログラムの受講前後の得点差において、休職回数の主効果、および休職回数との交互作用は認められなかった。

考 察

本節の目的は、既存のマインドフルネスを測定する尺度である FFMQ との比較を通じて、マインドレスネス尺度のマインドフルネス・トレーニングの効果指標としての妥当性を検討することにあった。そのため、復職支援プログラム参加者を対象に、マインドフルネス・トレーニングを含む心理療法プログラムの受講前後におけるマインドレスネス尺度および、FFMQ の各下位尺度を従属変数に、休職回数を被験者間要因として設定して比較を行った。

調査の結果、マインドレスネス尺度では、「表現の抑制」において、休職回数の多さにかかわらず、心理療法プログラム前後の有意な差が認められた。一方、「自己不承認」や「不注意」においては、心理療法プログラムの受講前後で有意な差は認められなかった。

さらに、FFMQ の「観察」においては、休職回数の多さにかかわらず、心理療法プログラム前後で有意な差が認められた。一方、FFMQ におけるその他の下位尺度については、心理療法プログラム前後で有意な差が認められなかった。

上述したように、今回の調査結果からは、仮説に示したようなマインドレスネス尺度と FFMQ との間で明確な差が示されなかった。以下に、これらの結果についての考察を行う。

まず、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」は、心理療法プログラムの受講前後で差が認められたことから、効果指標として有効である可能性が示された。その理由としては、前節にも述べたように、復職支援プログラムで行われる心理療法プログラムは、基本的に集団で実施されるものであるため、自分の考えや感じたことに関する意見が述べやすい環境に一定期間身を置くことができたということの効果が影響しているのではないかと推察される。

さらに、予備的調査においても示唆した通り、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」

は、FFMQの「描写」と関連のある下位尺度であると考えられる。それにも拘らず、心理療法プログラムの前後において「表現の抑制」は有意に得点が高くなり、FFMQの「描写」では有意な得点の差が認められなかったのは、これらが異なる概念であり、マインドフルネスのトレーニングを受けることによって変化が起こったのは、「表現の抑制」が軽減されるところまでであり、気づいた事柄について「描写」をするというマインドフルネスのスキルを手に入れる、あるいはマインドフルな状態を維持するということまでは、至らなかったためではないかと推察できる。

項目の内容からみると、マインドレスネス尺度における「表現の抑制」には逆転項目も多いが、「表現の抑制」の逆転項目であることが、必ずしもFFMQにおける「描写」と同一のものになるわけではない。

例えば、マインドレスネス尺度の「表現の抑制」では、「ひどく動揺している時でさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる（逆転項目）」、「自分が感じていることを表現する言葉が上手く見つけられる（逆転項目）」といった内容であれば、繰り返しそのようなトレーニングを行うことによって、少しずつできるようになると変化していく可能性がある内容だと考えられる。

しかし、FFMQの「描写」には、例えば「自分の体験を言葉で表現する傾向を生まれ持っている」といった、トレーニングを行ったところで変わりにくいと考えられるものや、「私は簡単に自分の信念、意見、期待を言葉にできる」などのように長期間のトレーニングを行わなければ、そのような水準まで到達し難いと考えられるような項目が含まれている。

このように、その項目を評定する際に自分が到達していると思えるような水準の内容であるかどうかといった違いが、復職支援プログラムの参加者において心理療法プログラムの受講前後で「表現の抑制」の得点は下がり、「描写」の得点は変わらなかった理由ではないかと考えられる。

次に、FFMQの「観察」は、マインドレスネス尺度における「不注意」に関連がある下位尺度であると考えられる。それにも拘らず、FFMQの「観察」の方にのみ、心理療法プログラムの前後で有意な得点差が示された理由としては、FFMQの「観察」得点は、マインドフルネスのトレーニングを行うことによって増えると考えられる「行動」の頻度に応じて向上するような項目内容から構成しているためではないかと考えられる。

「観察」の項目内容には、例えば「歩いているときに、自分の身体が動いている感覚に

意識的に注意を向けるようにする」、「時計が時を刻む音、鳥がさえずる声、車の通る音などの音に注意を向ける」などマインドフルネスのトレーニング内容そのものを反映している項目が多く存在している。そして、マインドフルネスのトレーニングを行ったことがない人の多くは、日常生活において気に留めることが少ないと推測できる。そのため、トレーニングを開始するまでは、したことのないような「行動」を、マインドフルネスのトレーニングやそのホームワークの実践を通して、するようになったことが、得点の変動に影響したのではないかと考えることができる。

一方、マインドレスネス尺度の「不注意」の項目は、「気がつくとも注意を払わずに物事に取り組んでいる」、「不注意や考え事が原因で物を壊したり、こぼしたりすることがある」というように、「行動」ではなく、「注意」そのもののコントロールにかかわる項目が中心となって構成されている。さらに、先にも述べたように、マインドフルネスのトレーニングを重ねるほど「不注意」である自分に気づかされる機会が増えると考えられる。そのため、「不注意」には、トレーニング前後の得点変動が表れず、自分の内的な状態や周囲に起こっているものごとを観察するといった「行動」を反映した FFMQ の「観察」の方へのみ変動が見られたのではないかと考えられる。

しかし、マインドレスネス尺度の「不注意」には、マインドフルネスのトレーニングによって、得点の高さに変化がみられるのではなく、「不注意」の持つ意味合いや、そのものの役割に変化が起こっている可能性がある。この点は、今後マインドフルネスに基づく心理療法の効果を検討するうえで、マインドレスネス尺度の「不注意」がひとつの指標となり得る可能性を残しているものと考えられる。

一方、先行研究において FFMQ の「観察」は、他の下位尺度との相関が低いという指摘や、心理的症状のようなネガティブな尺度との正の関連があることが指摘されている (Baer et al.,2006 ; Sugiura et al.,2012)。このことから、FFMQ の中でも「観察」は、妥当性について検討課題が残されている下位尺度であることが窺える。したがって、今回の調査結果で示されたように、トレーニングの前後で FFMQ の「観察」得点に変動したことだけで、マインドフルネス・トレーニングの効果指標として認めることには議論の余地が残されているものと考えられる。

最後に、今回の調査から、マインドレスネス尺度の「自己不承認」において、心理療法プログラムへの参加前後で有意な得点変動が見られなかった。この理由については、前節にも述べたように、「自己不承認」は、マインドレスネス尺度の中でもコーピングとの有意

な関連が認められなかったことが関係しているのではないかと考えられる。というのも、「自己不承認」の項目内容からは、この尺度にはその人の信念や感じ方、価値観などが反映されていることが窺える。これらの傾向は、今回の調査で得点の変動が見られたマインドレスネス尺度の「表現の抑制」や、FFMQの「観察」のような行動面での変化を示している尺度と比べると、短期間では変化し難いレベルの個人の傾向を測っていることが推察される。そのため、今回の調査のように、短期間の心理療法プログラムの前後においては、得点の変化が表れにくかったのではないかと考えられる。

加えて、マインドフルネスのトレーニングが、気分障害患者の再発予防に有用であることの要因として、Segal et al. (2002) や Segal et al. (2004) では、特に再発を3回以上繰り返している者は、ネガティブな思考や感情がルーチン化していて、些細なきっかけによっても、その繰り返し（反すう）に悩まされていると予想できると指摘されているが、今回の調査からは、気分障害の再発により3回以上休職を繰り返している群と、2回以下の群との間には統計的に有意な差が示されなかった。この点については、トレーニングの前後のみの測定となったため、先行研究と本調査とでは比較が難しいが、再発予防に向けたマインドフルネスのトレーニングの効果に関するメカニズムを解明するうえで、重要な点であると考えられるため、今後さらなる検討が求められる。

最後に、今回協力を得た復職支援プログラムの参加者にとって、1回目と2回目の調査の間の期間は、マインドフルネスのトレーニングに基づく心理療法プログラムだけではなく、継続した生活習慣の改善に向けた管理や、ストレスマネジメント、リラクセーションやボディワーク（軽めの運動）など、並行してさまざまな取り組みが行われた期間でもあった。本研究において、これらの点について完全に統制ができていないことは、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標についての有用性を検討するうえでの限界を示す要因といえる。そして、今回の調査から示された結果は、回復期の気分障害患者や抑うつ状態の患者を対象にした一機関の復職支援プログラムの効果そのものが反映されている可能性が高い。そのため、今回の調査から得られた結果の解釈を一般化するためには、さらなる検討が求められる。

以上のような課題を含むことから、今後はさらに対象機関やサンプル数を増やし、マインドフルネスに基づく心理療法そのものの効果を検証するために、より精緻な研究デザインを採用することによって、マインドレスネス尺度の有用性について検討を重ねていきたい。

第6章 効果指標としてのマインドレスネス尺度について

本章では、はじめに本研究において検討してきたマインドレスネス尺度に関する調査結果から得られた、現段階におけるマインドレスネスの特徴について整理し、提示する。

そして、復職支援プログラムにおいて、マインドフルネスに基づく心理療法の有効性を検討するために、マインドレスネス尺度を導入することの意義について述べる。

第1節 本研究から示されたマインドレスネスの特徴

本研究において検討した結果、マインドレスネス尺度は全 19 項目となり、以下の3つの下位尺度から構成されていることが示された（表6－1）。

表6－1. マインドレスネス尺度の項目

自己不承認	気がつくと過去のことで頭がいっぱいになっている
	今考えているように考えるべきではないと自分に言い聞かせる
	自分の感情にはどこか悪いかな不適切なところがあると思っているので、そう感じるべきではないと思う
	今感じているように感じるべきではないと自分に言い聞かせる
	自分の考えにはどこか普通ではないか悪いところがあると信じているので、そう考えるべきではないと思う
	不合理な考えを持ったときには、自分を認めない
	不合理あるいは不適切な感情を抱くことで自分を責める
	自分の考えが良いか悪いかを判断している
表現の抑制	どのような味や匂い、音が聞こえるかといった自分の感じたことを表現する言葉を思いつくのが得意だ(※)
	物事が上手くいかない時でも、自分に好意的でいられる(※)
	自分が抱いている考えや感情を受け入れることができる(※)
	ひどく動揺しているときでさえ、私はそれを言い表す言葉をみつけられる(※)
	物事について自分がどう感じているかを表す適切な言葉がなかなか思いつかない
	自分が感じていることを表現する言葉を上手く見つけられる(※)
不注意	何を考えているか言葉にすることが難しい
	何も考えずにどこかに向かっている後からなぜそこに向かったのか不思議に思うことがある
	今していることをそれほど意識せずに機械的に行動しているように思える
	不注意や考え事が原因で物を壊したりこぼしたりすることがある
	気がつくとも注意を払わずに物事に取り組んでいる

注) 項目に「※」がついているものは、逆転項目を示す。

「自己不承認」

- ・ 尺度の項目は、自分の考えや感じていることを受け容れることができないという傾向を表す内容から構成されている。
- ・ 復職支援プログラム参加者（以下、臨床群）よりも、マインドフルネス勉強会の参加者（以下、健常群）の方が高い傾向にある。
- ・ 臨床群では、「積極的問題解決」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「周囲への相談」や「気分転換」、「視点の転換」によるコーピングの頻度とは負の関連がある。
- ・ 健常群では、「気分転換」や「回避・抑制」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「積極的問題解決」や「周囲への相談」、「視点の転換」によるコーピングの頻度とは負の関連がある。
- ・ 「自己不承認」に対して有意な影響を与えているコーピングは確認されなかった。このことから、コーピングとは異なるレベルの概念であることが推察される。
- ・ 臨床群において一定期間マインドフルネスのトレーニングを行っても、統計的に有意な向上は見られなかったが、臨床群と健常群との間で差が示されていることから、「自己不承認」を軽減させるためには、中長期的にマインドフルネスのトレーニングを継続させる必要があると考えられる。

「表現の抑制」

- ・ 尺度の項目は、自分の考えや感じていることを表現できなかったり、抑えてしまったりするという傾向を示す内容から構成されている。
- ・ 臨床群よりも、健常群の方が有意に高い傾向にあることが確認された。
- ・ 臨床群では、「回避・抑制」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「積極的問題解決」や、「周囲への相談」、「気分転換」、「視点の転換」によるコーピングの頻度とは負の関連がある。
- ・ 健常群では、「気分転換」や「回避・抑制」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「積極的問題解決」や「周囲への相談」、「視点の転換」によるコーピングの頻度とは負の関連がある。
- ・ 臨床群では、「周囲への相談」によるコーピングを促すことで軽減される可能性がある。
- ・ 臨床群が一定期間マインドフルネスのトレーニングを行った結果、有意な向上が確認されたことから、比較的短期間で変動する傾向であることが推察される。

「不注意」

- ・ 尺度の項目は、不注意により生じる行動の傾向を示す内容から構成されている。
- ・ 臨床群と健常群との間で有意な得点差は認められなかった。
- ・ 臨床群では、「回避・抑制」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「積極的問題解決」や、「周囲への相談」、「感情発散」、「視点の転換」によるコーピングの頻度と負の関連がある。
- ・ 健常群では、「周囲への相談」や「感情発散」、「視点の転換」によるコーピングの頻度と正の関連があり、「積極的問題解決」や「回避・抑制」によるコーピングの頻度とは、ほとんど関連が見られない。
- ・ 臨床群と健常群との間において「不注意」得点の高さ自体には差がないが、臨床群においてのみ、心理的な不適応と関連している可能性がある。一方、健常群においては心理的適応や不適応に一貫した影響を持たない。
- ・ 臨床群においては、「回避・抑制」によるコーピングの頻度の高さが、「不注意」を促進している可能性がある。
- ・ 臨床群が一定期間マインドフルネスのトレーニングを行っても、統計的に有意な向上は見られない。マインドフルネスのトレーニングを行うことにより、「不注意」である自分に気づきやすくなると考えられるため、「不注意」そのものの効果指標とするのには、検討を要する。

本研究における調査の結果から、現段階では以上のようなマインドレスネスの特徴が示唆された。ここで、マインドレスネス尺度、およびマインドフルネスの定義を参考にしながら、マインドレスネスの特徴について考察する。

まず、マインドフルネスの定義は、第3章で紹介したように、いくつかの先行研究により議論されてきているが、これらを総称すると「今・ここにある自身の内外の事象に対し、注意深く優しい（受容的な）気づきを向けること」と解釈できる。そして、これらの先行研究を基に、マインドフルネスの測定尺度である **FFMQ** では、「観察」、「反応しないこと」、「判断しないこと」、「描写」、「意識した行動」の5因子からマインドフルネスが操作的に定義されている。

一方、マインドレスネスについて明確に定義が示されている先行研究はみられないが、過去や未来のことに注意が囚われているために、「今・ここ」との接触が失われ、十分な気

づきが得られていないという特徴があると考えられている (Langer,1989 ; Langer,1992 ; 熊野, 2012)。そして、本研究におけるマインドレスネス尺度の検討から、マインドレスネスは、「自己不承認」、「表現の抑制」、「不注意」の3つの下位概念によって特徴づけられることが示唆された。

マインドフルネスにおける主要な概念が、いずれの先行研究にも組み込まれている「今・ここ、への気づき」であることから考えると、これに関連がありそうなマインドレスネス尺度における「不注意」は、重要な役割を担う下位概念であることが想定される。

しかし、本研究における尺度の検討に向けた調査の結果からは、「不注意」の高さ自体に心理的な不適応や適応との関連があるのではなく、臨床群において「不注意」が高い状態にあることが、とりわけ心理的な不適応と関連していることが示唆された。さらに、臨床群においてのみ「不注意」の高さと、マインドレスネス尺度の下位尺度である「自己不承認」や「表現の抑制」との間の関連が高いということが示された。したがって、「自己不承認」や「表現の抑制」が高まっているときに「不注意」は、心理的な不適応に負の影響を与える可能性があるものと考えられる。

そして、マインドレスネス尺度の「自己不承認」においては、臨床群と健常群との間で差が認められたものの、復職支援プログラムにおける心理療法プログラムの前後では、有意な変化が示されなかったため、より精緻な研究デザインによる追試や、中長期的に検討していくことの必要性が示された。

今回の調査結果からは、心理療法プログラムへの参加前後において変動がみられたのは、「表現の抑制」の軽減のみであることが示された。これは、上述してきたように、「表現の抑制」は、「周囲への相談」によるコーピングとの関連が認められたことから、適応的なコーピングを身につけることにより促進されやすい要素であることが考えられる。

これらの結果から、マインドフルネスのトレーニングでは、まず「表現の抑制」を軽減させることが比較的取り組みやすい介入のポイントであることが考えられる。さらに臨床群においては、3つの下位尺度間の相関が高いため、「表現の抑制」を軽減していくことが、マインドレスネスを緩和する可能性がある。

しかし、どのような介入要素が「表現の抑制」の変動に影響を与えているのかという点については、今回の調査からは明らかになっていないため、マインドフルネスのトレーニング内容とマインドレスネス尺度との関連の詳細についても検討を重ねていく必要がある。

以上のことから、本研究の結果からは、マインドレスネスは上記の下位尺度から構成さ

れ、それぞれの下位概念が異なる機能を担っている可能性があるということが示唆された。

ただし、前章にも述べたように、マインドレスネス尺度の信頼性や妥当性については、検討の余地が残されている。そのため、マインドレスネス尺度をマインドフルネスのトレーニングにおける効果指標として有用なものにしていくためには、下位尺度間の関係性や、マインドフルネスのトレーニングを行うことにより生じる各々の得点における変化、類似概念との比較と差別化などを通して、マインドレスネスという概念の特徴をより明らかにしていくことが求められる。

第2節 効果指標としてマインドレスネス尺度を導入することの意義

本研究における目的は、気分障害患者を対象とした復職支援プログラムにおいて、マインドフルネスに基づく心理療法の有効性を評価するための効果指標について検討することにあった。

上述したように、気分障害に有効とされている認知行動療法に関する研究の流れから、近年、(第三世代の) 認知行動療法では、気分の浮き沈みや感情コントロールに課題をかかえやすい気分障害患者にとって、自身の気分や感情との上手な付き合い方を身につける新たな視点が提示され、その効果が注目されている。これは、不快な気分や感情が生じること自体は、人間にとって自然のことであり、避けられないので、何にどのように注意を向けるかを操作することで不快な体験とのかかわり方を変えるというマインドフルネスのトレーニングを行うことにより、自身の気分や感情との上手な付き合い方を身につけることを目標とするものである。

このようなマインドフルネスに基づく心理療法の効果については、前述してきたように、特に寛解期や回復期の気分障害患者の再発予防に向けた効果が期待できるという研究報告が示されてきている。そして、集団での実施を想定して構成されていることから、復職支援プログラムの場にマインドフルネスのトレーニングを導入することで、特に復職支援の課題とされている再発や再休職の予防に貢献できる可能性がある。

しかし、マインドフルネスに基づく心理療法に関する先行研究では、なぜマインドフルネスのトレーニングが、気分障害の症状に効果があるのかというメカニズムについては、推測の域を出ない段階にある。このことから、マインドフルネスに基づく心理療法の効果についてのメカニズムを解明するためには、まず、マインドフルネスのトレーニングの効果を適切に測定できる効果指標の開発が必要と考えられる。

マインドフルネスの程度を測定する尺度は、海外を中心に、短期間のうちにいくつか尺度が開発され、検討されてきた。しかし、下位尺度の得点と心理的な適応とは関連があることは認められているものの、特定の下位尺度（観察）と心理的な不適応には、必ずしも関連があるとは言えないという結果が示唆されている（Baer et al.,2006 ; Baer et al.,2006 ; Sugiura et al., 2012）。さらに、介入前の段階において、どの程度マインドフルかを尋ねたとしても、マインドフルネスという概念を知らない段階の対象者には、回答し難く、正確な回答が得られていない可能性が高いと考えられた。

また、マインドフルネスに基づく心理療法では、マインドフルネスを体験するというよりも、いかに日常的に自分たちが、目の前の出来事や自分の考え、感情に対してマインドレスにかかわっているかということや、いかに自動的にこれらの対象から注意が逸れてしまうのかをということを体験的に学ぶということが主眼として位置づけられていることが窺えた（Segal et al,2001）。このことから、マインドフルネスに基づく心理療法は、マインドフルネスのトレーニングを通じて、実質的には、マインドレスネスの軽減に貢献しているものなのではないかと推察される。

したがって、気分障害患者を対象に行う、マインドフルネスに基づく心理療法の効果指標としては、トレーニングの前後において、マインドフルネスの程度ではなく、マインドレスネスの程度がどう変動するのかを調べるためのマインドレスネス尺度が適切なのではないかという考えに至った。

本研究において示されたマインドレスネス尺度の特徴については、前節に述べた通りであるが、今後も継続的に信頼性や妥当性に関する検討を行い、尺度の精度を高めていくことで、既存のマインドフルネス尺度よりも、対象者の実態に沿ったマインドフルネスのトレーニングの効果指標が提示できるのではないかと考えられる。

心理臨床において、マインドフルネスのように、対象者の心理的な適応の度合やポジティブな傾向を促進することは、大切な試みではある。しかし、マインドフルネスのトレーニングを体験すると思い知らされるが、マインドフルネスは、簡単に理解したり、到達したりすることができるような性質のものではない。むしろ、マインドフルネスのトレーニングでも繰り返し行われるように、マインドレスに自分の考えに気が取られていたり、気分や感情の浮き沈みに巻き込まれたりしているときの自分に気づく機会を増やすことが重要であり、そうした自分に気づき、少しずつ受け容れていく過程こそが症状の軽減に効果的なのではないかと推察できる。さらに、復職支援プログラムでは、期間が限られている

中でこれらのトレーニングを行うため、マインドフルネスの完全な習得は、現実的な目標とはなり得ないと考えられる。

このような中で、マインドフルネスに基づく心理療法を行うことの効果を検討するうえでは、マインドフルネスの程度よりも、マインドレスネスがどの程度軽減されたかを効果指標とするほうが適切ではないかと考えられる。効果指標にマインドレスネス尺度を導入することは、決してマインドフルネスのトレーニングの目標水準を下げるというものではない。これは、上述したような理由から、マインドレスネスの軽減は、マインドフルネスのトレーニングを行う上で、重要な過程だと考えるためである。そして、マインドフルネスのトレーニングを行うことの効果を、より正確に捉えられる指標を用いることは、気分障害患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法の効果に関するメカニズムを解明していくためにも肝要である。

したがって、復職支援プログラムで行うマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として、本研究で提示したマインドレスネス尺度を導入することで、より対象者の実態に即したアセスメントが実現できるようになるのではないかと考える。そして、これらを実現することで、今後のマインドフルネスに基づく心理療法の効果メカニズムの解明に向けた研究を前進させる一助となると考えている。

終章 今後の研究課題

本研究では、気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づく心理療法の有用性を検討するために必要な課題として効果指標に焦点化し、「マインドレスネス尺度」の作成と、その信頼性・妥当性について検討してきたが、今後の研究課題としては以下のものが挙げられる。

第1節 残された課題

・マインドフルネスとマインドレスネスの関係

もともと、マインドフルネスという概念が先行して注目されるようになったという経緯から、これまで「マインドレスネス」について独自に検討された先行研究はほとんど見られず、数少ない「マインドレスネス」の記述は、いずれも「マインドフルネス」と対比させて説明されているものばかりである。

さらに、第3章においても述べてきたように「マインドフルネス」そのものの定義は、抽象度が高い。また、マインドフルネスとは、状態を指しているのか、特性を指しているのか、マインドフルネスのトレーニングにより身につけることを目標としているスキルのことを意味するのか、あるいはスキルに限定されない生き方、姿勢のようなものを意味しているのか、といったところについては一定の結論は示されていない。

このことから、本研究において提示したように「マインドレスネス」をマインドフルネスのトレーニングによる効果指標として導入をするためには、「マインドフルネス」に対する概念理解の展開に合わせて、両者が同一の軸の対極に位置づけられるのか、それとも別々の概念なのか、互いにどのような影響を及ぼし合うのかなどの点について、検討を重ねていく必要があると考えられる。

本研究において、これらに関する明確な示唆が得られたとは言い難いが、少なくとも調査の結果からは、マインドフルネスを測定する FFMQ とマインドレスネス尺度とでは、臨床群においてマインドフルネスに基づく心理療法プログラムへの参加前後における変動の在り方は異なるものであることが示された。そのため、両者の概念は同一の軸にあり、マインドレスネスが軽減されることが、そのままマインドフルネスの増進を意味するというような関係ではないものと考えられる。

しかし、これらの関係を検証していくためには、他の類似概念や基準尺度との関連を精査したうえで、マインドフルネスとマインドレスネスの両者を含めた包括的なモデルによ

る検討を目指す必要があると考えられる。

そして、この試みは、概念に関する理解の発展のみに留まらず、臨床群を対象にマインドフルネスのトレーニングを行うことによって生じる効果のメカニズム解明に向けた手がかりを与えてくれるものと考えられる。

・マインドレスネス尺度の効果指標としての有用性

本研究における調査結果からは、マインドレスネス尺度の下位尺度において、マインドフルネスに基づく心理療法プログラムへの参加前後で得点の変動する因子と、変動し難い因子があることが示唆された。しかし、効果測定の指標としてマインドレスネス尺度の導入を検討するためには、どのような要因により、3つの下位尺度の得点は軽減されたり、変動が見られなかったりするのか、というような法則性を明らかにしていく必要があると考えられる。

また、第2章で紹介したように、マインドフルネスに基づく心理療法の効果は、マインドフルネスのトレーニング前後における変化だけでなく、トレーニングを受けた数週間後、数か月後においてもその効果がみられるという報告が示されてきている。このような効果の持続に関する調査を行い、明らかにしていくことは、気分障害の再発予防に向けた心理療法の作用についてのメカニズムを解明するために必要であると考えられる。

これらのことから、「マインドレスネス尺度」の有用性を検討するためにも、中長期的な縦断的調査を用いることにより、その得点の変動を調査し、検討を重ねる必要があると考えられる。

・国内における研究の蓄積

第2章における表2-3へ示したように、気分障害を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法に関する研究は、圧倒的に海外が先行して進められているという背景がある。しかし、前述してきたように、気分障害による休職者数の増加や再発率の抑制に向けた検討が必要な状況にあるのは、日本においても例外ではない。

したがって、海外における展開に倣いながら、今後は国内の研究においてもRCTのような精緻化された研究デザインを採用し、マインドフルネスに基づく心理療法の有用性を検証していく必要がある。

また、近年マインドフルネスに関する実践や研究報告は増加傾向にあるものの、マインドフルネスのトレーナーの育成機関は、まだまだ少ない現状にある。そして、マインドフルネスに基づく心理療法の実践は、指導者自身が継続してマインドフルネスのトレーニング

グの実践を重ねていることが必要となってくる。そのため、一定の質が保たれたマインドフルネスに基づく心理療法の指導者を増やしていくことも、今後国内における実証研究をすすめていくうえでの課題と言えるだろう。

そして、これらのような臨床実践に基づく研究の展開と並行して、今回着目したような効果測定を示すことができる指標の発展についても検討を重ねることにより、効果メカニズムの解明に向けた研究を進めていくべきであると考ええる。

第2節 今後の展望

本研究の目的は、気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づく心理療法の有用性を検討するために必要と考えられる効果指標について検討することにあった。

第3章や第4章においても述べたように、まず、マインドフルネスの程度を問う既存の尺度では、特に介入前における対象者の傾向を正確に反映させることが難しいと考えられる。そして、気分障害のような精神障害の患者を対象としたマインドフルネスに基づく心理療法では、マインドフルネスの向上を目指すことよりも、まずはマインドレスネスの軽減を試みることから始められるべきではないかと考えられる。

このような観点から、本研究では「マインドレスネス」の程度を測定する尺度をマインドフルネスに基づく心理療法の効果指標として導入することを提示した。

本研究で行った調査の結果からは、前章に示した通り、マインドレスネスに関する特徴がいくつか示唆された。しかし、本調査において得られた結果だけでは、マインドレスネス尺度の妥当性や信頼性、そして操作的定義を示すために必要な統計的な根拠に不十分なところが残されている。そのため、本研究における調査結果を契機に、今後も継続してマインドレスネス尺度の信頼性や妥当性の高いものにしていくことが、研究上の課題のとして挙げられる。

そして、上記の課題を実行するためには、研究デザインの改良が必要となる。具体的には、上述したように、本研究において調査を行った復職支援プログラムでは、マインドフルネスに基づく心理療法のほかにも、さまざまなカリキュラムが並行して行われていたため、これらについての統制が困難であったという課題がある。そのため、今後は RCT に出来る限り近い研究デザインを設定することにより、調査結果の精度を高めていく努力が必要となる。加えて、マインドフルネスの効果メカニズムの解明や再発予防効果の検討に

向けては、「マインドレスネス尺度」の得点の変動についても、縦断的に調査し、検討していくことが求められると考えられる。

また、本研究においては、先行研究ではまだ十分に明らかにされていない「マインドレスネス」という概念に焦点化し、その尺度化を試みた。そのため、マインドレスネスには、どのような特徴があるのか、そして、この概念はどのように定義づけられるのか、という点について、今後も継続して検討していく必要がある。そのためには、マインドレスネスを高めているリスク要因には、どのようなものが挙げられるのかを整理し、マインドレスネスは心身の健康に対して、どのような影響をもたらすのか、といった点についても調査し、マインドレスネスに関する知見を蓄積させていくことが求められる。加えて、マインドフルネスの概念整理に倣いながら、マインドレスネスと類似概念との関連性や、マインドレスネスの独自性の検討を行うことにより、「マインドレスネス」についての研究を発展させ、概念の特徴を整理していく必要があると考えられる。

したがって、気分障害患者を対象とした復職支援におけるマインドフルネスに基づく心理療法の有用性をするための「マインドレスネス尺度」の妥当性、信頼性を検証するための研究デザインの精緻化、およびマインドレスネスという概念の精査を今後の研究課題としたい。

その他に、今後検討していくことが望ましい課題としては、以下のようなものが挙げられる。本研究では、気分障害患者や労働者に対象者を絞り込んで検討を行ってきたが、マインドフルネスに基づく心理療法そのものについては、気分障害以外の診断を持つ患者や、健常の者に対するストレスマネジメントの観点からの実践なども、国内外において多く検討されている。そのため、気分障害以外の精神障害にも、マインドレスネスの程度に応じてどのような症状が変化するかという点を検討することができれば、マインドフルネスのトレーニングの効果に関する共通要因を見出すことができるかもしれない。

また、本研究においては、マインドフルネス勉強会の参加者である健常者を対象に調査を行っているが、臨床群との比較において見られた結果の傾向からは、臨床群にとってのマインドフルネスのトレーニングの効果と、健常群にとってのマインドフルネスのトレーニングの意義とは異なってくる可能性が高いと考えられる。つまり、臨床群においては、本研究で提示したように、マインドレスネスの軽減に向けてマインドフルネスのトレーニングが有効に作用してくるのではないかと考えられるが、健常の者にとっては、マインドレスネスの軽減だけでなく、最終的にはマインドフルネスを体得することで精神的健康度

やストレス耐性の向上といったポジティブな側面についても視野を広げていく必要があるのかもしれない。

以上のことから、マインドフルネスとマインドレスネスの関係性の検討を通して、どのような対象者に「マインドレスネス尺度」を用いることが適切なのか、といった点においても、今後明らかにしていくことが望ましいと考えられる。

謝 辞

本研究は、これまでの著者が発表した「復職支援プログラムにおける認知行動療法—第三世代の認知行動療法に着目して—」（2013，同志社政策科学研究）、「マインドフルネスの測定—気分障害に対する第三世代の認知行動療法—」（2014，同志社政策科学研究）、および「復職支援における気分障害の再発予防に向けた心理的支援—マインドフルネスに基づく認知行動療法からのアプローチ—」（印刷中，産業・組織心理学研究）を基盤として、研究を進めたものであり、その研究過程において、同志社大学大学院の藤本哲史先生、川口章先生に多くの助言と指導をいただいたこと、また、快く調査に協力して下さった方々、そして、大学院のゼミにおいて毎回の確かな示唆や助言を与えてくれた院生各位にこの場をかりて感謝の意を表します。最後に、博士後期課程の全体にわたり指導を賜り、大変お世話になりました、同志社大学大学院の久保真人先生に心から深謝申し上げます。

（ 7 4 , 5 7 4 文字）

【引用・参考文献】

- 有馬秀晃（2010）．職場復帰をいかに支えるかーリワークプログラムを通じた復職支援の取り組み（特集 健康と労働），日本労働研究雑誌，52（8），74-85．
- Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, K. B. (2004)． Assessment of mindfulness by self-report the kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11（3）,191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006)． Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13（1）,27-45.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373.
- Baum, C., Kuyken, W., Bohus, M., Heidenreich, T., Michalak, J., Steil, R. (2010)． The psychometric properties of the kentucky inventory of mindfulness skills in clinical populations. *Assessment*, 17（2）, 220-229.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Velting, D. et al. (2004) Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11（3）, 230-241.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003)． The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D. (2007)． Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18（4）, 211-237.
- Buchheld, N., Grossman, P., Walach, H. (2001)． Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the freiburg mindfulness inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1（1）, 11-34.
- Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.

- Chadwick,P.,Hember,M.,Mead,S.,Lilley,B.,Dagnan,D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thought and images : Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. (注. 未公開のため、Bear et al.,2006 より引用)
- Chen,T.,Lu,R.,Chang,A.,Chu,D.,Chou,K. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 3-11.
- Chiesa, A., Mandelli, L., Serretti, A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: A preliminary analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(8), 756-760.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (9) ,1219-1229.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S.D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C.,Young, P. R., Salomon, R.M., Brown, L. L. (2005). Cognitive therapyvs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4) , 409-416.
- DiMascio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Neu, C., Zwillling, M., Klerman, G. L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36 (13) , 1450-1456.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F, Docherty, J. P, et al. (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46 (11) , 971-982.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (3) ,177-190.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Kamholz, B., Greeson, J., Laurenceau, J. et al.(2005). Assessing mindfulness in the context of emotion regulation: The revised cognitive and affective mindfulness scale (CAMS-R). *39th Annual Convention of the*

Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.

Feng, C., Chu, H., Chen, C., Chang, Y., Chen, T., Chou, Y., Chang, C., Chou, K. (2012).

The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta - analysis 2000–2010. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 9(1), 2-17.

Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., Stapf, D. M. et al. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (5) , 761-767.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Thompson, W. et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62 (9) , 996-1004.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., Comes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12) , 1053-1059.

Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 201(4), 320-325.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49 (1) , 59-72.

Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press, London. (中杉泰彬, 1981. 質問紙法による精神・神経症状の把握の理論と臨床的応用. 国立精神衛生研究所.)

林俊・五十嵐良 (2012) . リワークプログラムの標準化 (特集 気分障害のリワークプログラム). *臨床精神医学*, 4 (11) , 1509-1519.

- Hayes, S. C. (2004) . Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4) , 639-665.
- 堀輝・中村純 (2010) うつ病の薬物療法と治療アルゴリズム (特集 うつを診る). 総合臨床, 59 (5), 1181-1186.
- 五十嵐良雄 (2012) リワークプログラム利用者と非利用者の就労予後に関する比較効果研究. 厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) うつ病患者に対する復職支援体制の確立—うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究. 分担報告書.
<<http://www.utsu-rework.org/info/004.pdf>>
- 五十嵐良雄・林俊秀 (2010). うつ病リワーク研究会の会員施設でのリワークプログラムの実施状況と医療機関におけるリワークプログラムの要素 (特集 復職支援の現状). 職リハネットワーク, 67, 5-17.
- 井上ウィマラ (2005). 呼吸による気づきの教え—パーリ原典 アーナーパーナサティ・スッタ詳解—. 佼成出版社, 6-13.
- 井上ウィマラ (2009). 現場で使える臨床心理の見方 (7) 古くて新しい器—マインドフルネス. 緩和ケア, 19 (1) , 73-77.
- 井上裕美 (2013). 復職支援プログラムにおける認知行動療法 —第三世代の認知行動療法に着目して—. 同志社政策科学研究第 15 (1), 141-150.
- 井上裕美 (2014). マインドフルネスの測定 —気分障害に対する第三世代の認知行動療法—. 同志社政策科学研究第 15 (2), 141-152.
- 井上裕美 (2015). 復職支援における気分障害の再発予防に向けた心理的支援—マインドフルネスに基づく認知行動療法からのアプローチ—. 産業・組織心理学研究第 28 (2), (印刷中).
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989.
- 伊藤義徳・安藤治・勝倉えりこ (2009). 禅的瞑想プログラムを用いた集団トレーニングが精神的健康に及ぼす効果—認知的変容を媒介変数として—, 心身医学, 49, 233-239.
- Kabat - Zinn, J. (2003). Mindfulness - based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2) , 144-156.

- 株式会社 アドバンテッジ リスク マネジメント (2012) 企業における長期休業者に関する実態調査. <<http://pdf.irpocket.com/C8769/JA1b/iSqB/oPwx.pdf>> (2013 年 1 月 4 日)
- 笠原嘉 (1996). 軽症うつ病. pp.14-19, 44-72, 156-162. 講談社現代新書.
- 影山隆之・小林敏生・河島美枝子・金丸由希子 (2004). 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (Bscp) の開発: 信頼性・妥当性についての基礎的検討. 産業衛生学雑誌, 46(4), 103-114
- 小久保勲 (2013). 慢性うつ病者支援におけるマインドフルネス瞑想の意義. 心理臨床学研究, 31(3), 410-420.
- 越川房子(2013). マインドフルネス認知療法—レーズン・エクササイズの実例を含めて— (特集 新世代の認知行動療法). 認知療法研究= *Japanese Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 9-19.
- 越川房子・島津直実・近藤育代(2010). マインドフルネス・プログラムの抑うつ低減効果—マインドフルネスの主要素を指標として— (口頭セッション 22 うつ). 日本教育心理学会総会発表論文集, 52, 357.
- 越川房子・山本美香 (2010). 心配に対するマインドフルネス呼吸法の効果. 日本心理学会発表論文集, 74, 972.
- 厚生労働省 (2011). 患者調査. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001031167&requestSender=dsearch> (2012 年 12 月 30 日)
- 厚生労働省・中央労働災害防止協会 (2009). 心の健康により心の健康により休職した労働者の職場復帰支援の手引き. <<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf>> (2013 年 1 月 23 日)
- Kenny, M., Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (3) ,617-625.
- Kessler, R. C., Walters, E. E. (1998) . Epidemiology of DSM - III - R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7 (1) , 3-14.

- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness - based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193-203.
- Kovacs, M., Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135 (5) , 525-533.
- 熊野 宏昭 (2010). 新世代の認知行動療法入門 (2)新世代の認知行動療法に共通するもの. *こころの科学* (149), 129-135.
- 熊野 宏昭 (2012). 押さえておきたい!心身医学の臨床の知(45)マインドフルネスはなぜ効果をもつのか. *心身医学*, 52 (11) , 1047-1052.
- 黒川淳一・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏 (2009) - a. メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められること. *日本職業・災害医学会会誌= Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology*, 57 (3), 92-108.
- 黒川淳一・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏 (2009) - b. メンタルヘルス不調者に対する職場復帰支援の取り組みと事業場外資源に期待されること. *日本職業・災害医学会会誌*, 57 (2), 73-85.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Byng, E., Mullan, E., Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Langer, E. J. (1989). Minding matters: The consequences of mindlessness-mindfulness. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22 (12) , 137-173.
- Langer, E. J. (1992). Matters of Mind: Mindfulness/ Mindlessness in perspective. *Consciousness and Cognition*, 1, 289-305.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (12) , 1445-1467.
- Lopez, A. D., Murray, C. (1998). The global burden of disease. *Nat Med*, 4, (11) , 1241-1243.

- Lynch, D., Laws, K., McKenna, P. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40 (1) , 9-24.
- Ma, S. H., Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1) , 31-40.
- 前川真奈美・越川房子(2010).マインドフルネス呼吸法が抑うつに及ぼす効果—大学生を対象としたメンタルヘルス対策の検討—(口頭セッション 22 うつ). 日本教育心理学会総会発表論文集, 52, 358.
- Manicavasagar, V., Perich, T., Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 227-232.
- 松永美希・岡本泰昌・鈴木伸一・木下亜紀子・吉村晋平・吉野敦雄・山脇成人(2007). 大学病院精神科における取り組み--集団認知行動療法プログラムによる復職・社会復帰支援 (特集 うつ病からの復帰・復職をめざして). *精神科*, 11(6), 468-474.
- Matsunaga, M., Okamoto, Y., Suzuki, S., Kinoshita, A., Yoshimura, S., Yoshino, A., Kunisato, A., Yamawaki, S. (2010). Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry*, 10, 22-244, 10-22.
- Miranda, J., Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1) , 76-79.
- Miranda, J., Persons, J. B., Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (3) , 237-241.
- 水島広子(2007). 対人関係療法 (IPT) の有効性に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 精神療法の実施方法と有効性に関する研究分担研究報告書<<http://www.hirokom.org/ipt/2007report.pdf>> (2013 年 1 月 23 日)
- 中村純 (2012). 抗うつ薬プラクティカルガイド. pp.8-9. 中外医学社.
- 日本うつ病学会 (2012). 気分障害の治療ガイドライン作成委員会, 日本うつ病学会治療ガイドライン<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/120726.pdf> (2013 年 3 月 26 日)

- 西田裕紀子(2000). 成人女性の多様なライフスタイルと心理的 well-being に関する研究. 教育心理学研究, 48, 433-443.
- Reynolds III, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Stack, J. A. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281 (1) , 39-45.
- Rossello, J., Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in puerto rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5) , 734-745.
- Rush, A., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Stewart, J., Warden, D., Lebowitz, B. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R., Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., Williams, J.M.G. (2004) . Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rational and empirical status. In Hayes, S.C., Follette, V.M., Linehan, M.M. (Eds), *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY: Guilford. 45-65.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press. (Z.V.シーガル, J.M.G.ウィリアムズ, J.D.ティーズデール著, 越川房子監訳 (2007). マインドフルネス認知療法, 北大路書房.)
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Dolan, R. T, et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 49 (10) , 782-878.

- 島 悟 (2004). 精神障害による休業者に関する調査.厚生労働省科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業)「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成 14 年度~16 年度.総合研究報告書, 32-34.
<<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/shima16/shima16-9.pdf>> (2013 年 3 月 27 日)
- 障害者職業総合センター (2007). 精神障害者の職場再適応支援プログラム実践集 (2) 一気分障害者に対する復職支援の実践—障害者職業総合センター職業センター実践報告書, No.20.<<http://www.nivr.jeed.or.jp/download/center/practice20.pdf>> (2014 年 7 月 30 日)
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., Murakami, H. (2012). Development and validation of the japanese version of the five facet mindfulness questionnaire. *Mindfulness*, 3 (2) , 85-94.
- 田上明日香・伊藤大輔・清水馨・大野真由子・白井麻理・嶋田洋徳・鈴木伸一. (2012). うつ病休職者に対する心理職による集団認知行動療法の効果: うつ症状, 社会機能, 職場復帰の困難感の視点から (< 特集> 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法のエビデンス). 行動療法研究, 38(3), 193-202.
- 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. pp.137-170. 医学書院.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition,mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 6 (2) , 146-155.
- Teasdale,J.D., Segal,Z.V., Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1) , 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A.(2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4) , 615-623.
- 宇佐美麗・田上恭子 (2012). マインドフルネスと抑うつとの関連: 自己制御の働きに着目して. 弘前大学教育学部紀要, 107, 131-138
- うつ病リワーク研究会 (2009). うつ病リワークプログラムのはじめかた. 弘文堂
- うつ病リワーク研究会 (2011). うつ病リワークプログラムの続け方. 南山堂

- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40 (8) , 1543-1555.
- Westen, D., Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6) ,875-899.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Kessler, D. (2012). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBalT randomised controlled trial , *The Lancet*. 381,375-384.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D., Hepburn, S., Goodwin, G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 275-279.
- 吉野敦・神人蘭・岡本泰 (2012). 認知行動療法と薬物療法の併用効果 (特集 認知/行動療法の技法と治療効果). 臨床精神医学, 41 (8), 1009-1015.

引用・参考文献掲載順

名字・ファミリーネームのアルファベット順