

- 房, 東京, 2010
- 貝谷久宣. 気まぐれ「うつ病」. 筑摩書房, 東京, 2008
- 貝谷久宣. 非定型うつ病のことがよくわかる本. 講談社, 東京, 2009
- 厚生労働省. 平成 23 年度「脳・心臓疾患と精神障害の精神障害等の労災補償状況まとめ」, 2012.6.15
- 松崎一葉・吉野 聡. よくわかる新型うつ. 現代けんこう出版, 東京, 2011
- 道谷里英. 新入社員が直面する課題とその支援. 産業精神保健, 18, 192-198, 2010
- 永田頌史. 現代型うつ病の特徴と対策. 産業ストレス研究, 19, 407-409, 2012
- 永田昌子・堤明純・中野和歌子・中村純・森晃爾. 職域における広汎性発達障害者の頻度と対応: 産業医経験を有する精神科医を対象とした調査. 産業衛生学会誌, 54, 29-36, 2012
- 日本経済新聞. 「大人の発達障害 増える相談者」, 2011.12.15
- 野村総一郎. 現代型のうつ病を巡って. 産業ストレス研究, 19, 33, 2011
- 岡本裕子. ライフサイクルからみた自立と共生. 岡本裕子・平田道糊・岩重博文(編著)人間生活学—生活における強制的理念と実践, 北大路書房, 京都, Pp.12-39, 1998
- 尾崎紀夫. 社会復帰に繋げるうつ病治療: 真の recovery を目指して. 精神経誌, 112, 1048-1055, 2010
- 牛島定信・五十嵐良雄・白波瀬丈一郎. 第 18 回日本産業精神保健学会シンポジウム「職場復帰の場面における成長支援を考える」. 産業精神保健, 19(増刊号), 34-36, 2011
- 財団法人 労務行政研究所. 企業におけるメンタルヘルスの実態と対策, 2010

Table1. 平成23年度研究のまとめ(事例の類型および各類型の見極めのポイント、経過の特徴、および職場での対応のポイント)

診断	事例タイプ	事例タイプの見極めポイント	経過の特徴	望まれる対応	問題を悪化させる対応	
気分障害・うつ病	タイプⅠ (典型うつ病タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> •それまでの適応は良好、時に過剰適応。 •性格特徴:几帳面、おとなしい、頑張り屋、いい人 •症状軽快後の再適応が良好 •周囲が支援をしていて手応えがある 	<ul style="list-style-type: none"> •初発段階で能率低下や倦怠問題に上司が気づく •上司が本人をEAPへ繋ぐ→カウンセリング→医療機関受診→休業・復職支援(再発予防)→業務配慮 	<ul style="list-style-type: none"> •管理監督者が能率低下や遅刻・欠勤の増加を見逃さずに声をかけて受診に繋げる •速やかに休業に入るための配慮をする •業務負荷軽減 	<ul style="list-style-type: none"> •不調のサインを見逃さず •励ます、頑張らせる、休ませない 	
	タイプⅡ (非典型的うつ病タイプ)	Ⅱ-1	<ul style="list-style-type: none"> •それまでの適応は良好とはいえない •対他的配慮に欠ける印象:表面的なコミュニケーション(対人緊張の高さ/苦手さ)、無気力、消極的、回避的 •軽躁を伴う場合、人当たりが良い、活動的、気分のムラ •症状軽快後も問題が長引く 	<ul style="list-style-type: none"> •初発段階では上司から繋がっていない。 •問題が継続した段階(受診済み/休業中)でEAPへ→カウンセリング/復職支援→EAPにてフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> •急性期においては、タイプⅠと同様の対応 •社内外の密な連携を取り、方針を一本化 •就業規則や職場のルールに従った冷静な対応 •症状軽快後、休業が長期化の場合「背中を押す」対応 •心理的問題を解決するためのカウンセリングを勧める 	<ul style="list-style-type: none"> •感情的な反応 •本人の言うままの業務配慮など過度に受容的な対応→長期化を招く •腫れ物に触るような対応→本人に疎外感をもたらす
	Ⅱ-2	<ul style="list-style-type: none"> •身体疾患を有する 	<ul style="list-style-type: none"> •体調不良に対して上司から保健師へ繋がる •保健師からEAPへ→精神症状に対する医療機関紹介→保健師へコンサルテーション→保健師フォロー 	<ul style="list-style-type: none"> •基礎疾患の症状管理 •身体、精神の各主治医双方からの意見聴取 •本人が困っていることに対する業務配慮 	タイプⅠと同様	
適応障害・抑うつ状態	タイプⅢ (適応障害タイプ)	Ⅲ-1	<ul style="list-style-type: none"> •客観的にも強度のストレス要因が存在する •同一職場から複数名の不調者がでている 	<ul style="list-style-type: none"> •同じ職場から複数名不調者が出るなど明らかな社会的要因が認められる •ストレス反応→保健師や人事労務スタッフからEAPへ •カウンセリングによる本人のケアと人事への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> •職場要因の客観的評価 •パワハラの場合は人事労務など上司以外が対応 •職場環境調整が中心 •職場全体へのヒヤリングなど予防対策の実施 	<ul style="list-style-type: none"> •中立でない対応、不平等な対応→不信感を招く •ほったらかし
	Ⅲ-2	<ul style="list-style-type: none"> •素直でまじめだが未熟なタイプ(言語化が苦手、回避的)→対応する側が指導したくなる可能性 •プライドが高く攻撃的(明確な他者批判/表明しないが内心無視、責任転嫁するなど)→対応する側には陰性感情が生じる可能性 	<ul style="list-style-type: none"> •対人トラブル(上司の厳しい指導や叱責による関係悪化)、あるいは仕事の質的変化・質的負担感から症状を呈して欠勤 →上司、産業保健スタッフからEAPへ繋がる →カウンセリング & コンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> •苦手業務、困難業務など質的負担の調整の工夫:本人とよく話し合い、特性を理解した上で配慮 •慎重な配置転換の検討: 主治医意見の聴取、産業医面談など手続きを踏み、枠組みを明確にする •成長支援: 自信を回復させて段階的に目標達成を促すなどの成長支援が重要。 •マネジメントの見直し: 上司の接し方、指示・指導の見直し、適性にあった配置 •休養だけではなく、本人へのカウンセリング(キャリアや問題解決など)も同時に促す •特性理解のために上司が専門職と連携を取る 	<ul style="list-style-type: none"> •安易な配置転換や業務軽減 →回避性を助長する •特性を無視した対応や感情的な対応(叱責、説教、突き放した対応、熱心すぎる指導など) •上司が独力で対応しようとして職場で抱え込む 	
その他	タイプⅣ (その他タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> •問題層が長い •日常生活や業務に支障が出ている 	<ul style="list-style-type: none"> •症状により業務に支障が出たことで上司から産業保健スタッフへ繋がる •産業保健スタッフがEAPに繋ぐ→医療機関での治療、本人のカウンセリングを中心とし、職場での問題が顕著なケースはコンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> •医療機関での診断の確定と治療 •主治医との密な連携。 •本人の問題解決や、症状コントロールのため、専門機関への相談を勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> •職場だけで何とかしようとする •突き放した対応、腫れ物に触るような対応 	
診断なし	タイプⅤ (診断なしタイプ)	Ⅴ-1	<ul style="list-style-type: none"> •不調の訴えはない/ストレス反応の範囲 •何が問題か分からないが不適応状態にある •性格特徴: 顕著な特徴は認められない -未熟(子どもっぽい、頼りない、依存的、衝動的) -対人緊張が高い -プライドが高く、称賛や他者の関与を求める -人当たりが良いがコミュニケーションが表面的 -コミュニケーションが困難、疎通が悪い 	<ul style="list-style-type: none"> •指導するがうまくいかない、業務習得ができないなど上司が困って相談に繋がる •本人へのカウンセリング: 問題の整理と現実的な解決に焦点を当てたカウンセリングを行う •上司へのコンサルテーション: 本人の特性を伝えて、接し方や指導法を見直す、適性を見直し、実家から通勤できるようななどの配慮の検討 •職場での対応を見直すことで改善するケースが多い 	<ul style="list-style-type: none"> •心身の不調の訴えがある場合は受診/専門家への相談を勧める •不調の訴えがなければ、マネジメント方法の見直し: うまくいかない指導や接し方は変えてみる(例えば叱責をやめる、ほめるなど)、サポート源を増やす(実家の支援を得る、優しい先輩をつけるなど) •専門スタッフのサポートを得る: 上司が接し方を相談する/本人を紹介して抱えている問題を整理させる 	<ul style="list-style-type: none"> •問題を放置する→長期化、不調に陥る恐れあり •精神論や叱責、説教によって改善を求める→ますます混乱するケースが多い
		Ⅴ-2	<ul style="list-style-type: none"> •職場で特に問題がない •プライベートな問題を抱えている •問題解決に対して積極的 	<ul style="list-style-type: none"> •積極的に解決しようとして自発的に相談→カウンセリングや電話フォローで対応 	<ul style="list-style-type: none"> •個人的な問題を解決するための資源に繋ぐ •本人が相談したい様子であれば、踏み込み過ぎない範囲で、親身にきく •プライバシーへの配慮 	<ul style="list-style-type: none"> •好奇心で安易に関る •聴いた内容を勝手に他の人に話す
		Ⅴ-3	<ul style="list-style-type: none"> •特になし 	<ul style="list-style-type: none"> •自殺発生後やストレスチェック後に産業保健スタッフや人事の勧めでEAPへ→1~2回で終了 •産業保健スタッフや人事へのフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> •必要に応じてフォローする •タイプⅢ-1と類似 	タイプⅢ-1と類似

Table2. EAP相談事例における年代別個人属性、ストレス要因、性格要因の度数(%)

	N	<30歳 (n=33)	30-34歳 (n=28)	35歳-39歳 (n=28)	40-49歳 (n=27)	50< (n=18)	χ^2 検定の結果	
属性								
性別	男性	103	19 (58 %) **	21 (75 %) *	26 (93 %) *	23 (85 %) *	14 (78 %) *	
	女性	31	14 (42 %) *	7 (25 %) *	2 (7 %) *	4 (15 %) *	4 (22 %) *	$\chi^2(4) = 12.05*$
婚姻状況	未婚	55	29 (94 %) *	13 (46 %) *	8 (30 %) *	3 (12 %) *	2 (11 %) *	
	既婚	65	0 (0 %) *	12 (43 %) *	17 (63 %) *	20 (80 %) *	16 (89 %) *	
	離婚	4	0 (0 %) *	2 (7 %) *	0 (0 %) *	2 (8 %) *	0 (0 %) *	
	不明	5	2 (7 %) *	1 (4 %) *	2 (7 %) *	0 (0 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(12) = 64.98**$
居住形態	家族同居	91	18 (55 %) *	20 (71 %) *	19 (68 %) *	18 (67 %) *	16 (89 %) *	
	単身赴任	1	0 (0 %) *	0 (0 %) *	0 (0 %) *	1 (4 %) *	0 (0 %) *	
	独居	28	13 (39 %) *	5 (18 %) *	5 (18 %) *	3 (11 %) *	2 (11 %) *	
	不明	14	2 (6 %) *	3 (11 %) *	4 (14 %) *	5 (19 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(12) = 18.34$
職種	技術	51	17 (52 %) *	10 (36 %) *	8 (29 %) *	14 (52 %) *	2 (11 %) *	
	技能	23	7 (21 %) *	5 (18 %) *	6 (21 %) *	3 (11 %) *	2 (11 %) *	
	事務	35	2 (6 %) *	11 (39 %) *	9 (32 %) *	3 (11 %) *	10 (56 %) *	
	販売営業	19	7 (21 %) *	2 (7 %) *	5 (18 %) *	4 (15 %) *	1 (6 %) *	
	不明	6	0 (0 %) *	0 (0 %) *	0 (0 %) *	3 (11 %) *	3 (17 %) *	$\chi^2(16) = 40.23**$
相談経路	自発	34	2 (6 %) *	8 (29 %) *	5 (18 %) *	10 (37 %) *	9 (50 %) *	
	紹介	100	31 (94 %) *	20 (71 %) *	23 (82 %) *	17 (63 %) *	9 (50 %) *	$\chi^2(4) = 15.19**$
来談時の就業状態	休職・休業	24	4 (12 %) *	6 (21 %) *	9 (32 %) *	4 (15 %) *	1 (6 %) *	
	就業	110	29 (88 %) *	22 (79 %) *	19 (68 %) *	23 (85 %) *	17 (94 %) *	$\chi^2(4) = 6.89$
不調の契機	仕事	86	22 (67 %) *	17 (61 %) *	22 (79 %) *	18 (67 %) *	7 (39 %) *	
	プライベート	19	2 (6 %) *	4 (14 %) *	3 (11 %) *	2 (7 %) *	8 (44 %) *	
	両方	20	4 (12 %) *	6 (21 %) *	1 (4 %) *	7 (26 %) *	2 (11 %) *	
	不明	9	5 (15 %) *	1 (4 %) *	2 (7 %) *	0 (0 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(12) = 28.60**$
背景要因	社会的要因	58	6 (18 %) *	13 (46 %) *	16 (57 %) *	13 (48 %) *	10 (59 %) *	
	生物的要因	8	5 (15 %) *	0 (0 %) *	2 (7 %) *	0 (0 %) *	1 (6 %) *	
	心理的要因	67	22 (67 %) *	15 (54 %) *	10 (36 %) *	14 (52 %) *	6 (35 %) *	$\chi^2(8) = 18.87*$
ストレス要因	量的負担	15	4 (12 %) *	0 (0 %) *	6 (21 %) *	4 (15 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 7.44$
	質的負担	37	6 (18 %) *	9 (32 %) *	9 (32 %) *	10 (37 %) *	3 (17 %) *	$\chi^2(4) = 0.36$
	コントロール	9	1 (3 %) *	4 (14 %) *	3 (11 %) *	0 (0 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 0.20$
	昇進・昇格・配置転換	2	0 (0 %) *	0 (0 %) *	1 (4 %) *	1 (4 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(4) = 2.92$
	人間関係	37	11 (33 %) *	7 (25 %) *	7 (25 %) *	7 (25 %) *	5 (28 %) *	$\chi^2(4) = 0.77$
	職場環境	12	3 (9 %) *	4 (14 %) *	3 (11 %) *	1 (4 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 2.25$
	技能の活用	4	1 (3 %) *	1 (4 %) *	1 (4 %) *	1 (4 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(4) = 0.67$
	仕事の適性	19	11 (33 %) *	3 (11 %) *	0 (0 %) *	4 (15 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 15.96**$
	働きがい	14	5 (15 %) *	2 (7 %) *	3 (11 %) *	2 (7 %) *	2 (11 %) *	$\chi^2(4) = 1.39$
	職場以外	46	8 (24 %) *	8 (29 %) *	9 (32 %) *	11 (41 %) *	10 (56 %) *	$\chi^2(4) = 6.05$
性格傾向	自己愛傾向	27	4 (12 %) *	9 (32 %) *	8 (29 %) *	5 (19 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 7.49$
	回避傾向	33	10 (30 %) *	7 (25 %) *	10 (36 %) *	6 (22 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(4) = 8.40†$
	他責傾向	24	6 (18 %) *	5 (18 %) *	8 (29 %) *	4 (15 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(4) = 4.21$
	メランコリー親和型	19	3 (9 %) *	8 (29 %) *	2 (7 %) *	6 (22 %) *	0 (0 %) *	$\chi^2(4) = 11.02*$
診断書名	診断なし	54	16 (49 %) *	10 (36 %) *	8 (29 %) *	9 (33 %) *	11 (61 %) *	
	うつ病	27	7 (21 %) *	7 (25 %) *	5 (18 %) *	6 (22 %) *	2 (11 %) *	
	適応障害	45	8 (24 %) *	11 (39 %) *	12 (43 %) *	11 (41 %) *	3 (17 %) *	
	その他	8	2 (6 %) *	0 (0 %) *	3 (11 %) *	1 (4 %) *	2 (11 %) *	$\chi^2(12) = 0.39$
組織との連携	産業保健スタッフ	52	16 (49 %) *	10 (36 %) *	9 (32 %) *	12 (44 %) *	5 (28 %) *	$\chi^2(8) = 6.34$
	人事/労務担当者	38	11 (33 %) *	9 (32 %) *	10 (36 %) *	6 (22 %) *	2 (11 %) *	$\chi^2(8) = 7.04$
	管理監督者	54	16 (49 %) *	14 (50 %) *	15 (54 %) *	8 (30 %) *	1 (6 %) *	$\chi^2(8) = 17.01*$

†p<.10, *p<.05, **p<.01

※網掛けは残差分析で5%水準の有意差の認められたセル

Table3. H24年度改訂版 事業場での対応に注目した若年者事例類型表(N = 89)

対応の重点	事例タイプ	%	事例の特徴	診断名/診断書名
医療重点型	I: 休養・服薬中心タイプ	9.0%	・大うつ病性障害、メランコリー親和型うつ病に該当する事例 ・従来型の対応(休養・服薬と業務軽減)によって、改善が認められる事例	うつ病、気分障害
	II: 症状管理タイプ	5.6%	・双極性障害、アルコール依存症、ナルコレプシーなど専門的な医療的支援が必要であり、症状管理と疾患の特性に応じた対応が必要な事例 ・身体の基礎疾患が背景にあり、身体症状管理が重要となる事例	双極性障害、アルコール依存、ナルコレプシー、てんかん、その他身体疾患等
労務管理・人事対応重点型	III: 自律促進タイプ	III-1: 疾病あり	・明らかな環境要因が認められず、性格要因(自己愛傾向、回避傾向、他責傾向、未熟さなど)の関与が大きいと考えられた事例 ・従来型のうつ病対応では改善が認められない。社内外の連携を図り、枠組みや方針を明確にした上での配置転換や業務調整を行うとともに、教育やカウンセリング等本人の内的問題へのアプローチが必要であった事例。	適応障害、抑うつ状態、うつ病、不安障害等
		III-2: 疾病なし	・事例性は認められるが、疾病を伴わない職場不適応事例 ・本人の特性に沿ってマネジメント方法や教育・指導方法を見直すことで改善がみられた事例。	なし
	IV: 発達障害への支援タイプ	1.1%	・コミュニケーションの困難や常識が乏しいと思わせるような行動が目立つなど、発達障害が疑われるような問題が長期にわたって見られる事例。 ・周囲が障害特性を理解して、特性に合わせた働き方、働き方を工夫することが必要である事例 ・できている点できていない点を確認する、具体的な指示をする、メモや手帳の活用、適性配置など発達障害を意識した対応が必要であった事例。	適応障害、抑うつ状態
		V: 環境調整タイプ	9.0%	・パワハラなど客観的にも明らかな社会的要因が認められた事例。 ・服薬、休養とともに、環境調整によって改善が認められた事例。
カウンセリング重点型*	VI: 個人的カウンセリング	19.1%	・診断を満たす症状や精神症状が訴えられていない事例 ・個人の問題解決のための数回のカウンセリングのみを行った事例	なし

*タイプVIは職場での事例性はみられず、事業場での対応が必要とされなかったため、以降の対応表作成のための分析からは除外した。

Table4. 事例タイプ別の平均勤続年数とストレッサー、性格要因、連携有無の度数(%)

属性		n	タイプ I (n=8)	タイプ III-1 (n=33)	タイプ III-2 (n=17)	タイプ V (n=8)	
勤続年数		66	5.86±3.09	7.44±5.99	4.26±3.10	10.56±4.45	F(3,58) = 3.22 *
年代	19-29y	25	3 (37.5)	12 (36.4)	10 (58.8)	0 (0.0)	χ ² (6)=8.87 n.s.
	30-34y	23	3 (37.5)	11 (33.3)	5 (29.4)	4 (50.0)	
	35-39y	18	2 (25.0)	10 (30.3)	2 (11.8)	4 (50.0)	
性別	男性	48	5 (62.5)	25 (75.8)	12 (70.6)	6 (75.0)	χ ² (3)=.64 n.s.
	女性	18	3 (37.5)	8 (24.2)	5 (29.4)	2 (25.0)	
婚姻状況	未婚	42	4 (50.0)	20 (60.6)	15 (88.2)	3 (37.5)	χ ² (9)=15.78 n.s.
	既婚	19	3 (37.5)	12 (36.4)	1 (5.9)	3 (37.5)	
	離婚	1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	
	不明	4	1 (12.5)	1 (3.0)	1 (5.9)	1 (12.5)	
居住形態	家族同居	43	6 (75.0)	24 (72.7)	8 (47.1)	5 (62.5)	χ ² (6)=4.31 n.s.
	独居	18	2 (25.0)	7 (21.2)	7 (41.2)	2 (25.0)	
	不明	5	0 (0.0)	2 (6.1)	2 (11.8)	1 (12.5)	
職種	技術	27	6 (75.0)	12 (36.4)	7 (41.2)	2 (25.0)	χ ² (9)=.355 n.s.
	技能	15	2 (25.0)	8 (24.2)	3 (17.6)	2 (25.0)	
	事務	16	0 (0.0)	8 (24.2)	4 (23.5)	4 (50.0)	
	販売営業	8	0 (0.0)	5 (15.2)	3 (17.6)	0 (0.0)	
相談経路	自発	9	3 (37.5)	4 (12.1)	0 (0.0)	2 (25.0)	χ ² (3)=7.49
	紹介	57	5 (62.5)	29 (87.9)	17 (100.0)	6 (75.0)	
来談時の就業状態	休職・休業	17	2 (25.0)	11 (33.3)	0 (0.0)	4 (50.0)	χ ² (3)=9.35 *
	就業	49	6 (75.0)	22 (66.7)	17 (100.0)	4 (50.0)	
不調の契機	仕事	45	2 (25.0)	24 (72.7)	13 (76.5)	5 (75.0)	χ ² (9)=19.19 *
	プライベート	4	0 (0.0)	4 (12.1)	2 (11.8)	0 (0.0)	
	両方	9	4 (50.0)	3 (9.1)	0 (0.0)	2 (25.0)	
	不明	4	2 (25.0)	2 (6.1)	2 (11.8)	0 (0.0)	
背景要因	社会的要因	19	4 (50.0)	5 (15.2)	2 (11.8)	8 (100.0)	χ ² (6)=29.08 *
	生物的要因	3	0 (0.0)	1 (3.0)	2 (11.8)	0 (0.0)	
	心理的要因	44	4 (50.0)	27 (81.8)	13 (76.5)	0 (0.0)	
ストレス要因	量的負担	10	1 (12.5)	3 (9.1)	4 (23.5)	2 (25.0)	χ ² (3)=2.52
	質的負担	19	1 (14.3)	14 (42.4)	1 (5.9)	3 (37.5)	χ ² (3)=8.28 *
	コントロール	6	2 (25.0)	3 (9.1)	1 (5.9)	0 (0.0)	χ ² (3)=3.43
	昇進・昇格・配置転換	-	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	-
	人間関係	21	3 (37.5)	9 (27.3)	6 (35.3)	3 (37.5)	χ ² (3)=0.65
	職場環境	7	0 (0.0)	5 (15.2)	2 (11.8)	0 (0.0)	χ ² (3)=2.52
	技能の活用	2	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (5.9)	0 (0.0)	χ ² (3)=4.19
	仕事の適性	14	2 (25.0)	5 (15.2)	6 (35.3)	1 (12.5)	χ ² (3)=3.17
	働きがい	8	2 (25.0)	1 (3.0)	4 (23.5)	1 (12.5)	χ ² (3)=5.88
	職場以外	19	1 (12.5)	12 (36.4)	14 (17.6)	3 (37.5)	χ ² (3)=3.29
性格傾向	自己愛傾向	20	0 (0.0)	14 (42.4)	6 (35.3)	0 (0.0)	χ ² (3)=9.45 *
	回避傾向	25	0 (0.0)	18 (54.5)	7 (41.2)	0 (0.0)	χ ² (3)=13.73 *
	他責傾向	16	0 (0.0)	12 (36.4)	4 (23.5)	0 (0.0)	χ ² (3)=7.77
	メランコリー親和型	13	6 (75.0)	4 (12.1)	1 (5.9)	2 (25.0)	χ ² (3)=18.86 *
診断書名	診断なし	17	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (100.0)	0 (0.0)	χ ² (6)=90.39 *
	うつ病	19	8 (100.0)	11 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	適応障害	30	0 (0.0)	22 (66.7)	0 (0.0)	8 (100.0)	
組織との連携	産業保健スタッフ	28	1 (12.5)	19 (57.6)	5 (29.4)	3 (37.5)	χ ² (3)=7.91 *
	人事/労務担当者	25	3 (37.5)	15 (46.9)	3 (17.6)	4 (50.0)	χ ² (3)=4.52
	管理監督者	37	4 (50.0)	17 (53.1)	12 (70.6)	4 (50.0)	χ ² (3)=1.80

†p<.10, *p<.05, **p<.01

※網掛けは残差分析で5%水準の有意差の認められたセル

Table5. 若年者におけるメンタルヘルス不調事例の類型および対応表(平成24年度最終版)

診断	事例タイプ	事例タイプの見極めポイント	対応者が抱きやすい印象	経過の特徴	望まれる対応 (該当する対応の口をチェックを入れて検討)	問題を悪化させる対応	診断名/診断書名
医療的対応重点型	I 服薬・休養タイプ	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好、時に過剰適応 ・きっかけとして、仕事の負担＋プライベートの問題が多い(負荷が了解しやすい) ・症状軽快後の再適応が良好 	<ul style="list-style-type: none"> ・几帳面、おとなしい、頑張り屋、いい人 ・支援をしていて手応えがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・初発段階で能率低下や動意問題に上司が気づく ・上司が本人をEAPへ案内→カウンセリング→医療機関受診→休養・復職支援(再発予防)→業務配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ●初期対応 <ul style="list-style-type: none"> □上司が能率低下や遅刻・欠勤の増加などのサインを見逃さずに声をかけて受診に繋げる □休養が必要でない場合は、業務負荷軽減をおこなう ●休養・復職支援 <ul style="list-style-type: none"> □休養が必要な場合は、速やかに休養に入るための配慮をする □復帰時は、症状や生活リズム、職務遂行能力等の充分な回復を確認するなど通常の復職判定を行う □原則元職場に復帰させ、業務負荷軽減からはじめ、段階的に業務負荷を上げる。 ●フォローアップ <ul style="list-style-type: none"> □復帰後定期的に産業医や産業保健スタッフによる面談を入れる □本人の再発予防の取り組みを促す 	<ul style="list-style-type: none"> ・不調のサインを見逃さず、励ます、頑張らせる、休ませない 	うつ病、気分障害
	II 症状管理タイプ	<ul style="list-style-type: none"> (身体疾患に伴う精神症状) ・治療や検査には積極的 ・困っていることが限定的 	<ul style="list-style-type: none"> (身体疾患に伴う精神症状) ・成人以前からの身体疾患の既往がある事例では、健気、頑張り屋 ・解決の方向が見えやすい 	<ul style="list-style-type: none"> (身体疾患に伴う精神症状) ・体調不良に対して上司から保健師へ繋がる ・保健師からEAPへ→精神症状に対する医療機関紹介→保健師へコンサルテーション→保健師フォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本対応 <ul style="list-style-type: none"> □医療機関での診断の確定と治療をすめ、主治医との密な連携を図る □身体の基本疾患がある場合、身体、精神の各主治医双方からの意見聴取を行う □家族との連携を深めておく ●休養・復職支援 <ul style="list-style-type: none"> □症状が安定したら、早期に職場復帰を検討する □復帰時には病態に応じた長期的フォローアップ計画を立てる ●病態に応じた長期的なフォローアップ <ul style="list-style-type: none"> □定期的に服薬・変診の確認、体調や気分のモニタリング等の症状管理の支援を行う □本人が困っていることに対する業務配慮を行う □病態に応じて、対応の留意点を詳細に検討して、関係者に理解を求める □職場で本人の行動や病状の変化が見られたら、産業保健スタッフと速やかに連絡がとれる体制にしておく 	<ul style="list-style-type: none"> (身体疾患に伴う精神症状)タイプ I と同様 	てんかん、その他身体疾患等
	III 自傷促進タイプ	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好とはいえない ・質的負担感が訴えることが多いが、周囲には負担感が了解しづらい ・素直でまじめだが未熟なタイプ(書籍化が苦手、回避的) ・プライドが高く攻撃的(明確な他者批判/表明しないが内心無視、責任転嫁するなど) ・無気力、消極的、表裏的なコミュニケーション(対人緊張の高さ/苦辛さ) ・症状軽快後も問題が長引く 	<ul style="list-style-type: none"> ・未熟なタイプでは、細かく指導したくなるが次第に突き放したくなる ・攻撃的なタイプでは苛立ちや無力感などの陰性感情 ・コミュニケーションにおいて配慮に欠ける印象 ・「一見素直だが頑固」といった二面性うかがわける印象 	<ul style="list-style-type: none"> ・初発段階では変化が見出しにくく、上司から繋がっていない ・問題が継続した段階(受診済み/休養中)でEAPへ→カウンセリング/復職支援→EAPにてフォロー ・対人トラブル(上司の厳しい指導や叱責による関係悪化)、あるいは仕事の質的変化・質的負担感から症状を呈して欠勤 → 上司、産業保健スタッフからEAPへ繋がる → カウンセリング&コンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本対応 <ul style="list-style-type: none"> □社内外の密な連携を取り、方針を一本化して一貫性のある対応をする □職業規則や職場のルールに従った冷静な対応 □症状軽快後、休養が長期の場合「胃中を掃す」対応 □心理的問題を解決するためのカウンセリングを勧める □本人が自問努力すべきことについても明確にする ●業務配慮・フォローアップ <ul style="list-style-type: none"> □苦辛業務、困難業務など質的負担の調整の工夫: 本人とよく話し合い、特性を理解した上で配慮 □生活意思の聴取、産業医面談など手続きを踏み、詳細に確認にする □段階的に目標達成を促し自信を回復させる □マネジメントの見直し、上司の接し方、指示・指導の見直し、適性にあった配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の特性を無視した対応や感情的な対応(叱責、誹笑、突き放した対応、熱心すぎる指導など) ・本人の言うままの業務配慮など過度に受容的な対応 ・連れ物に触るような対応 ・上司が独力で対応しようとして職場で抱え込む 	双極性障害、アルコール依存等
労務管理・人事対応重点型	III-1 疾病あり	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好とはいえない ・質的負担感が訴えることが多いが、周囲には負担感が了解しづらい ・素直でまじめだが未熟なタイプ(書籍化が苦手、回避的) ・プライドが高く攻撃的(明確な他者批判/表明しないが内心無視、責任転嫁するなど) ・無気力、消極的、表裏的なコミュニケーション(対人緊張の高さ/苦辛さ) ・症状軽快後も問題が長引く 	<ul style="list-style-type: none"> ・未熟なタイプでは、細かく指導したくなるが次第に突き放したくなる ・攻撃的なタイプでは苛立ちや無力感などの陰性感情 ・コミュニケーションにおいて配慮に欠ける印象 ・「一見素直だが頑固」といった二面性うかがわける印象 	<ul style="list-style-type: none"> ・初発段階では変化が見出しにくく、上司から繋がっていない ・問題が継続した段階(受診済み/休養中)でEAPへ→カウンセリング/復職支援→EAPにてフォロー ・対人トラブル(上司の厳しい指導や叱責による関係悪化)、あるいは仕事の質的変化・質的負担感から症状を呈して欠勤 → 上司、産業保健スタッフからEAPへ繋がる → カウンセリング&コンサルテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本対応 <ul style="list-style-type: none"> □社内外の密な連携を取り、方針を一本化して一貫性のある対応をする □職業規則や職場のルールに従った冷静な対応 □症状軽快後、休養が長期の場合「胃中を掃す」対応 □心理的問題を解決するためのカウンセリングを勧める □本人が自問努力すべきことについても明確にする ●業務配慮・フォローアップ <ul style="list-style-type: none"> □苦辛業務、困難業務など質的負担の調整の工夫: 本人とよく話し合い、特性を理解した上で配慮 □生活意思の聴取、産業医面談など手続きを踏み、詳細に確認にする □段階的に目標達成を促し自信を回復させる □マネジメントの見直し、上司の接し方、指示・指導の見直し、適性にあった配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の特性を無視した対応や感情的な対応(叱責、誹笑、突き放した対応、熱心すぎる指導など) ・本人の言うままの業務配慮など過度に受容的な対応 ・連れ物に触るような対応 ・上司が独力で対応しようとして職場で抱え込む 	適応障害、抑うつ状態、うつ病、不安障害等
	III-2 疾病なし	<ul style="list-style-type: none"> ・動機年齢が短い ・不調の訴えはない/ストレス反応の範囲 ・本人も何が問題が分からないが不適応状態にある ・顕著な性格傾向は認められない 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題がよく分からない印象 ・子どもっぽい、頼りない、依存性、短絡的 ・プライドが高い ・指導や支援の手ごたえが感じられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導するがうまくいかない、業務習得ができないなど上司が困って相談に繋がる ・本人へのカウンセリング: 問題の整理と現実的な解決に焦点を当てたカウンセリングを行う ・上司へのコンサルテーション: 本人の特性を伝え、指導方や指導法を見直し、適性を見直し、突撃から進退できるような対応の検討 ・職場での対応を見直すことで改善するケースが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ●マネジメント方法の見直し <ul style="list-style-type: none"> □本人の傾向を理解する □まずはTeaching(知らないこと、理解していないことに対しては教育)、次にCoaching(意見や考え方の相違に対しては納得のいくように合理的に説明する) □うまくいかない指導や接し方は変えてみる(例えば叱責をやめる、ほめるなど) □サポートを増やす(突撃の支援を得る、置いた先輩をつけるなど) □専門スタッフのサポートを得る: 上司が接し方を相談する/本人を紹介して抱えている問題を整理させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題を放置する ・精神論や叱責、説教によって改善を求める 	なし
	IV 発症障害への支援タイプ	<ul style="list-style-type: none"> ・失敗やミスを繰り返すなど、もともとパフォーマンスが低く叱責を受けやすい ・もともとコミュニケーションが苦手一人で通うことが多い ・強りよがりな正義感やこだわりを示し独りから理屈を述べてしまう ・計画立案や並列で複数の作業をすることが苦手 ・聴覚情報が覚えられないなど情報処理能力に限りがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・常識がない、空気が読めない、人の気持ちや分からないと誤解したくなる ・「寛った人」という違和感 ・素直さ、無邪気さ 	<ul style="list-style-type: none"> ・対人関係上の問題が繰り返されることで相談につながる ・単純作業の段階では安定して業務に従事するが、対人折衝業務や複数の業務の掛け持ちなど、業務に何らかの変化が起こることを契機に不適応となり、相談につながる ・精神症状が著しくなった後も、環境調整がなければ、同様の失敗を繰り返して再発する ・上司へのコンサルテーション: 本人の特性を伝え、職場環境の調整や業務の見直し、適正配慮等を検討し、本人の特性に合わせた指導方法についてコンサルテーション。 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本対応 <ul style="list-style-type: none"> □本人との関係の良い人をキーパーソンに決め、業務などの支援を行う □これまでの本人ができたこと、できなかったことを整理する。 □うまく職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法の確認などを確認する。 □指示命令系の簡略化、明確化、ルーティン化、メモの活用など本人の障害特性に合わせた業務・職場環境調整を行う □苦辛な業務、職場環境調整について、上司に説明して理解を求める。 □職場環境、仕事内容を本人にできるだけ合ったものにし、自己肯定感を高めていく。 □対人折衝の少ない、自己完結できるような業務に就かせる。 □家族との連携を重視する。 □キーパーソンへの支援を行う ●二次的メンタルヘルス不調への対応 <ul style="list-style-type: none"> □医療機関での診断の確定と治療をすめ、主治医との密な連携を図る □復帰時には、長期的なフォローアップ計画を立てる 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神論や抽象的な指示・指導 ・感情的な叱責、説教 	適応障害、抑うつ状態
V 環境調整タイプ	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応はよい ・客観的にも強度のストレス要因が存在する ・同一職場から複数名の不調者がでている 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題が了解できる ・具体的によく分かる 	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ職場から複数名の不調者が出るなど明らかな社会的要因が認められる ・ストレス反応→保健師や人事労務スタッフからEAPへ ・カウンセリングによる本人のケアと人事への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本対応 <ul style="list-style-type: none"> □職場要因の客観的評価を行う □パワハラの場合は人事労務など上司以外に対処 □職場のストレス要因に対して職場環境調整 □プライベートでの問題の場合は、専門の相談機関への相談を勧める □パワハラの場合、職場全体へのヒヤリングなど予防対策の実施 ●休養・復職支援対応 <ul style="list-style-type: none"> □本人に対してはタイプ I に準ずる □復職時に環境調整を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・中立でない対応、不平等な対応 ・ほったらかし 	適応障害、抑うつ状態	

※使い方についてはFigure1参照。

資料1-1 研究3の事例検討会において使用した事例類型表(暫定版)

タイプ	診断名/診断書名	特徴
I: 休養・服薬中心タイプ	うつ病、気分障害	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好、時に過剰適応。変化に周囲が気づいて、初期段階で対応がされやすい。 ・性格特徴: 几帳面、おとなしい、頑張り屋、いい人 ・症状軽快後の再適応が良好 ・周囲が支援をされていて手応えがある
II: 症状管理タイプ	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存症 ・双極性障害 ・統合失調症 ・睡眠障害 ・身体疾患に伴う精神症状 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題層が長く、日常生活への支障が長期に及んでいる。 ・症状により業務に支障が出たことで職場で問題が顕在化する。 ・身体的な基礎疾患を有している
III: 成長支援タイプ	うつ病、気分障害、適応障害、抑うつ状態、不安障害等	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好とはいえない ・対人トラブル(上司の厳しい指導や叱責による関係悪化)、あるいは仕事の質的变化・質的負担感から症状を呈して欠勤し、問題が顕在化する ・対他的配慮に欠ける印象: 表面的なコミュニケーション(対人緊張の高さ/苦手さ)、無気力、消極的、回避的 ・症状軽快後も問題が長引く ・素直でまじめだが未熟なタイプ(言語化が苦手、回避的)→対応する側が指導したくなる ・プライドが高く攻撃的(明確な他者批判/表明しないが内心無視、責任転嫁するなど)→対応する側に苛立ちや説教したくなる気持ちなど
IV: 発達障害への支援タイプ	発達障害(疑)、適応障害、抑うつ状態	<ul style="list-style-type: none"> ・発達障害が疑われるような問題が長期にわたって見られる。元々パフォーマンスや対人関係上の適応がりょうこうではない。抑うつや不安などの症状が軽快した後も問題が改善しない。 -視線が合わない、暗黙のルールが分からない、マナーや社会常識が乏しい、協調性がない、こだわりが強い、変化に対応できない、融通が利かない、知覚過敏/過鈍、手先の極端な不器用さ -コミュニケーションの問題: 話が回りくどく細部にこだわる、その場に応じた発言ができない、冗談が通じないなど -不注意(忘れ物やうっかりミス)、整理整頓ができない、仕事の先延ばし、日課がこなせない、落ち着きがない、キレやすい、突発的なミスを繰り返す、TPOをわきまえた行動ができないなど
V: 環境調整中心タイプ	適応障害、抑うつ状態	<ul style="list-style-type: none"> ・それまでの適応は良好 ・客観的に見ても社会的要因、環境要因が存在しており、本人の問題と言うよりも環境の問題が顕著である事例
VI: 指導・教育タイプ	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・不調の訴えはない/ストレス反応の範囲 ・何が問題か分からないが不適応状態にある ・指導するがうまくいかない、業務習得ができないなど上司が困って相談に繋がる ・性格特徴: 顕著な特徴は認められない -未熟(子どもっぽい、頼りない、依存的、衝動的) -対人緊張が高い -プライドが高く、称賛や他者の関与を求める -人当たりが良いがコミュニケーションが表面的 -コミュニケーションが困難、疎通が悪い

資料1-2 研究3の事例検討会において使用した類型別対応表(暫定版)

事例番号【 】

事例タイプ別対応表(暫定版)

対応の重点	タイプ	効果的と考えられる対応	問題を長引かせると考えられる対応
医療重点 (産業保健スタッフがイニシアティブをとり、人事や上司が協力する)	I 休業・服薬中心タイプ	●初期対応 <input type="checkbox"/> 上司が能率低下や遅刻・欠勤の増加などのサインを見逃さず声をかけて受診に繋げる <input type="checkbox"/> 休業が必要でない場合は、業務負荷軽減をおこなう ●休業・復職支援 <input type="checkbox"/> 休業が必要な場合は、速やかに休業に入るための配慮をする <input type="checkbox"/> 復帰時は、症状や生活リズム、職務遂行能力等の十分な回復を確認するなど通常の復職判定を行う <input type="checkbox"/> 原則元職場に復帰させ、業務負荷軽減からはじめ、段階的に業務負荷を上げる。 ●フォローアップ <input type="checkbox"/> 復帰後定期的に産業医や産業保健スタッフによる面談を入れる <input type="checkbox"/> 本人の再発予防の取り組みを促す	<ul style="list-style-type: none"> ・不調のサインを見過ごす ・励ます、頑張らせる、休ませない
	II 症状管理タイプ	●初期対応 <input type="checkbox"/> 職場での問題を見逃さず、上司が産業保健スタッフへの相談や受診を勧める。 <input type="checkbox"/> 医療機関での診断の確定と治療をすすめ、主治医との密な連携を図る <input type="checkbox"/> 身体の基礎疾患がある場合、身体、精神の各主治医双方からの意見聴取を行う <input type="checkbox"/> 家族との連携を深めておく ●休業・復職支援 <input type="checkbox"/> 症状が安定したら、早期に職場復帰を勧める <input type="checkbox"/> 復帰時には病態に応じた長期的フォローアップ計画を立てる ●病態に応じた長期的なフォローアップ <input type="checkbox"/> 定期的に服薬・受診の確認、体調や気分等のモニタリング等の症状管理の支援を行う <input type="checkbox"/> 本人が困っていることに対する業務配慮を行う <input type="checkbox"/> 病態に応じて、対応の留意点を詳細に検討して、関係者に理解を求める <input type="checkbox"/> 職場で本人の言動や病状の変化が見られたら、産業保健スタッフと速やかに連絡が取れる体制にしておく	<ul style="list-style-type: none"> ・職場だけで何とかしようとする ・突き放した対応、腫れ物に触るような対応
労務管理・人事的対応重点 (人事/管理監督者がイニシアティブをとり、産業保健スタッフが協力する)	III 成長支援タイプ	●初期対応 <input type="checkbox"/> 上司が不調のサインに気づいたら面談して症状とストレス要因について聴く <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフがいる場合は、本人を産業保健スタッフにつなぐ <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフが、本人と上司の情報をもとに、適応に必要な職場調整の助言(業務量や内容の調整、接し方等)を行う <input type="checkbox"/> 抑うつや不安症状が強ければ受診を勧め、症状の改善を図る ●休業・復職支援 <input type="checkbox"/> 症状が軽快したら、復職に向けて「背中を押す」対応 <input type="checkbox"/> 本人の心理的問題を解決するためのカウンセリングを勧める <input type="checkbox"/> 本人の特性を理解するために、社内外の密な連携を取り、方針を一本化する <input type="checkbox"/> 復帰時の業務配慮では、本人の言うままの配慮ではなく、主治医意見の聴取、産業医面談など手続きを踏み、就業規則や社内ルールに沿って対応する。 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ、人事、上司は、復帰前に発症の原因の検討を充分に行い、再発予防対策を立てる <input type="checkbox"/> 本人とよく話し合い、苦手業務、困難業務など質的負担の調整の工夫を行う <input type="checkbox"/> 配置転換は慎重に検討する。 <input type="checkbox"/> 本人と不調に至った経緯の振り返りや再発予防策の検討を話し合い、自助努力すべきことについても明確にする ●フォローアップ <input type="checkbox"/> 上司による成長支援：業務量調整からはじまり、仕事の進め方のノウハウを教え、段階的に目標達成を促すなど精神的に支援しながら、企業人としての人的成長を促す <input type="checkbox"/> マネジメントの見直し：上司の接し方、指示・指導の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・感情的な指導 → 対人関係の悪化を招く ・本人の言うままの業務配慮など過度に受容的な対応 → 長期化を招く ・腫れ物に触るような対応 ・安易な配置転換や業務軽減 → 回避性を助長する ・上司が独力で対応しようとして職場で抱え込む
	IV 発達障害への支援タイプ	●長期的なフォローアップの検討 <input type="checkbox"/> 本人との関係の良い人をキーパーソンに決め、業務などの支援を行う。 <input type="checkbox"/> これまでの本人ができたこと、できなかったことを整理する。 <input type="checkbox"/> うまく職場適応できていた時期の業務内容・上司の対応方法の確認などを確認する。 <input type="checkbox"/> 指示命令系の簡略化、明確化を図る。 <input type="checkbox"/> 苦手な作業、職場環境等について、上司に説明し、理解を求める。 <input type="checkbox"/> 抽象的な表現による指示、助言はさける。 <input type="checkbox"/> 職場環境、仕事内容を本人にできるだけ合ったものにし、自己肯定感を高めていく。 <input type="checkbox"/> 物理・化学的刺激への過敏性に注意し、必要に応じて配慮を行う。 <input type="checkbox"/> 対人折衝の少ない、自己完結できるような業務に就かせる。 <input type="checkbox"/> 家族との連携を重視する。 <input type="checkbox"/> サポーターへの支援を行う ●二次的なメンタルヘルス不調への対応 <input type="checkbox"/> 上司が不調のサインに気づいたら、タイプIIと同様の対応 <input type="checkbox"/> 医療機関での診断の確定と治療をすすめ、主治医との密な連携を図る <input type="checkbox"/> 休業が必要な場合、症状が軽快したら早期に復職支援を勧める <input type="checkbox"/> 復帰時に、長期的なフォローアップ計画を立てる	<ul style="list-style-type: none"> ・精神論や抽象的な指示・指導 ・感情的な叱責
	V 環境調整中心タイプ	●初期対応 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調のサインがある場合は、タイプIと同様の対応 <input type="checkbox"/> 本人の訴えに対して、職場要因の客観的評価を行う <input type="checkbox"/> プライベートでの問題の場合は、専門の相談機関への相談を勧める <input type="checkbox"/> パワハラなどの訴えの場合は人事労務など上司以外が対応する ●休業・復職支援 <input type="checkbox"/> 本人に対しては、タイプIと同様の対応 <input type="checkbox"/> 復帰時には、職場環境調整を中心に行う ●フォローアップ <input type="checkbox"/> 本人に対してはタイプIと同様 <input type="checkbox"/> パワハラの場合、職場全体へのヒヤリングなど予防対策の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・中立でない対応、不平等な対応 → 不信感を招く ・ほったらかし
VI 指導・教育タイプ	●初期対応 <input type="checkbox"/> 心身の不調の訴えがある場合は受診/産業保健スタッフやEAP等専門家への相談を勧める ●マネジメント方法の見直し <input type="checkbox"/> 最近の若者の特徴や個人の特徴を理解した上での指導 <input type="checkbox"/> まずはTeaching(知らないこと、理解していないことに対しては教育)、次にCoaching <input type="checkbox"/> 失敗に対してはまず本人の言い分と対策を聴いた上で指導する <input type="checkbox"/> 意見や考え方の横おいにに対しては納得のいくように合理的に説明する <input type="checkbox"/> 要望に対しては出来ることと出来ないことをはっきり述べる <input type="checkbox"/> うまくいかない指導や接し方は変えてみる(例えば叱責をやめる、ほめるなど) <input type="checkbox"/> サポート源を増やす(実家の支援を得る、優しい先輩をつけるなど) <input type="checkbox"/> 専門スタッフのサポートを得る：上司が接し方を相談する/本人を紹介して抱えている問題を整理させる	<ul style="list-style-type: none"> ・問題を放置する → 長期化、不調に陥る恐れあり ・精神論や叱責、説教によって改善を求める 	

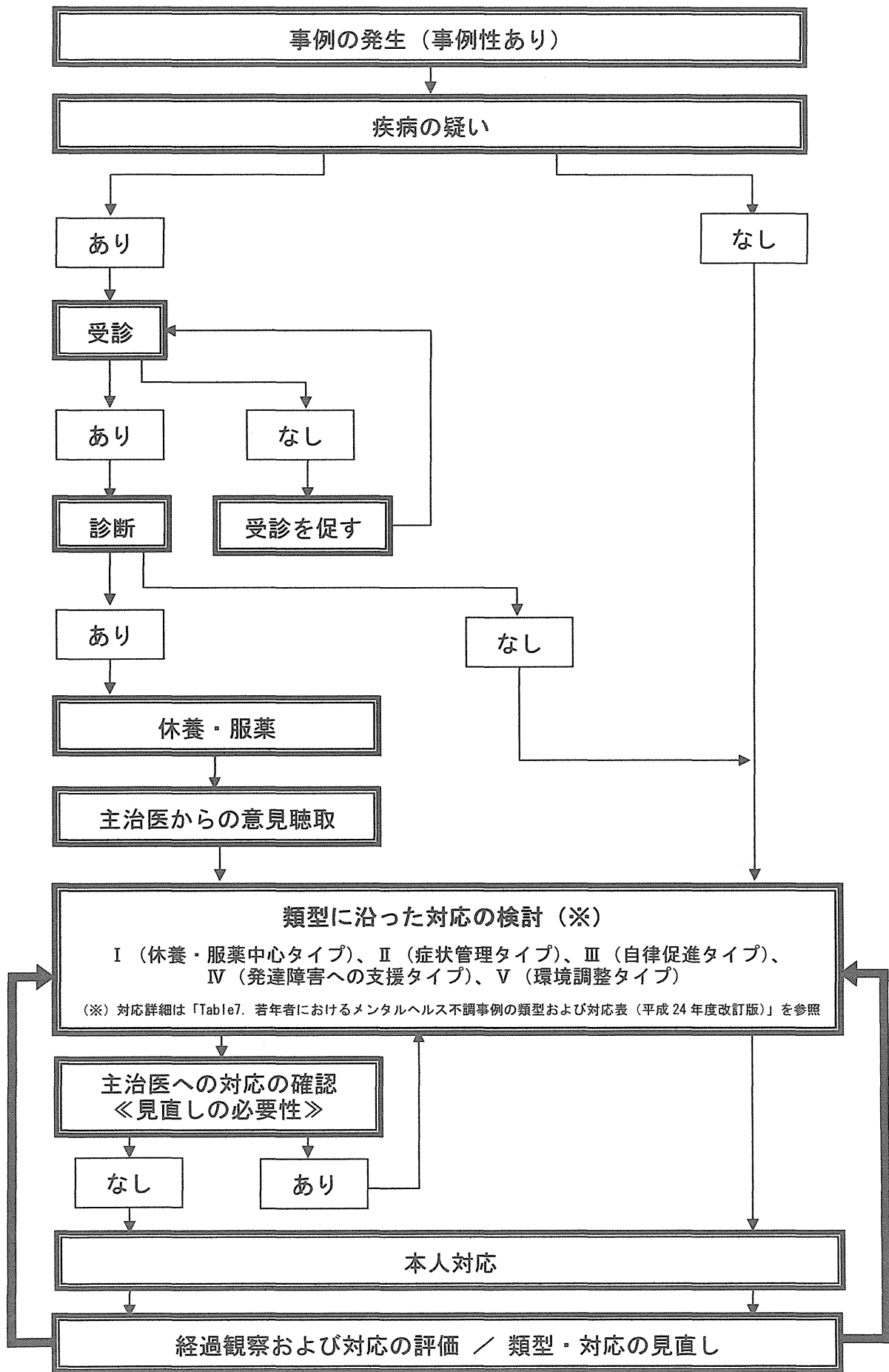


Figure1 「若年者におけるメンタルヘルス不調事例の類型および対応表（Table5）」活用の流れ

《Figure1 解説》

「Table5. 若年者におけるメンタルヘルス不調事例の類型および対応表（平成 24 年度改訂版）」の活用手順を以下に示す。

職場においてメンタルヘルス不調のサインや職場適応上の問題が認められた場合、まず、産業保健スタッフ等を中心に疾病の疑いの有無を確認する。疾病の疑いが強い場合は、必要に応じて家族との連携をとりつつ医療機関の受診を勧める。医療機関受診後、主治医より診断はつかないとの判断が成されれば、疾病の疑いなしとみて内部で対応を検討する。既に受診をして診断を受けている場合は、主治医の意見を参考に連携を図りながら対応を検討する。

事例の対応にあたっては「Table5. 若年者におけるメンタルヘルス不調事例の類型および対応表（平成 24 年度最終版）」を参照して、対応を決定する。具体的には、次の 3 つの段階に沿って検討をすすめる。第一段階では、類型表に記載される 5 類型それぞれについて「事例タイプの見極めポイント」「対応者が抱きやすい印象」および「経過の特徴」を確認し、対象事例に最も近いと思われる類型を選択する。第二段階では、選択した類型の「望まれる対応」の中から対象事例に有効であると思われる項目の□にチェックを入れる。なお、「望まれる対応」は類型ごとに記述されているが、事例の個別性を考慮するために、第三段階として、他の類型に記載される項目においても対象事例に有効と思われる項目があれば項目を追加して最終的な対応を選定する。

医療機関を受診している者については、社内で検討した対応方針を主治医に確認して対応の了承と助言を得る。

なお、本人への対応が決定した後も定期的に本人の状態を確認し、管理監督者や産業医、主治医等の意見を踏まえて適宜、類型や対応の見直しを行なう。

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

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

アルコール依存症における治療後の復職に関する研究

研究協力者 松下 幸生 国立病院機構久里浜医療センター・副院長
遠山 朋海 国立病院機構久里浜医療センター
中山 秀紀 国立病院機構久里浜医療センター
吉村 淳 国立病院機構久里浜医療センター
佐久 間寛之 国立病院機構久里浜医療センター

研究代表者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授

研究要旨

アルコール依存症の治療成績に関する調査は数多いが、その多くは飲酒行動の変化を中心としたものであり、就労など社会復帰を治療目標としてその効果を検討した研究はほとんどみられない。本研究はアルコール依存症の就労についてアルコール依存症で入院治療を受けたものを対象に縦断的に調査を行って、就労の予測因子の同定を試みた。

対象は久里浜医療センターで入院治療を受けた 165 名の男性アルコール依存症者である。入院中に Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services, adult version (LOCUS) を用いた精神科医療の必要度に関する評価および GAF スケール評価を行い、退院後に就労状況、飲酒行動に関する調査を行って集計した。その結果、退院後に就労していたものは就労していないものに比べて 1) 入院時の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、2) 退院前の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、3) 退院前の支援レベルが高度の割合が高い、4) 入院時のケア・レベルの低い割合が高い、5) 退院前のケア・レベルの低い割合が高い、6) 退院前の LOCUS 点数が低い、7) 入院時 GAF スコアが低い、8) 退院前の GAF スコアが高い、9) 飲酒状況については大きな違いは認められないという結果であった。一方、入院前に就労しており、退院後も就労を継続したものは退院後に職を失ったものと比較して、1) 退院前の支援レベルが高い傾向にある、2) 退院前 LOCUS 点数が低い、3) 飲酒状況については明らかな違いがない、という結果であった。

就労の有無を従属変数とし、通院の有無、入院前の仕事の有無、LOCUS の入院時の生活・社会機能評価、入院時ケア・レベル、入院時 GAF スコアを独立変数としたロジスティック回帰分析の結果、これらの独立変数の中で通院および入院前の就労がそれぞれオッズ比 6.0 (95%信頼限界 1.3-28.8)、10.5 (95%信頼限界 2.3-48.8) と退院後の就労の予測因子であった。

対象者数が限られる、回答率が低い、退院前評価が不十分、依存症者自身の回答による情報などの限界があり、これらの結果は予備的と考えられるが、我が国で行われた数少ないアルコール依存症の就労に関する調査として貴重な情報を提供するものといえる。

A. はじめに

アルコール依存症の社会復帰については臨床現場で主要なテーマとして論じられることが少ない。その理由として治療効果は断酒が優先され、断酒によって復職は自ずと可能になるという治療者の暗黙の認識があるためと思われる。アルコール依存症の治療予後に関する研究では断酒や節酒など飲酒行動に関連した治療成績に関するものがほとんどであり、飲酒行動を治療効果の指標とした予後調査に関する論文は数多いが、復職や社会復帰を治療効果指標として予後を検討した研究はほとんどみられない。海外の報告も就労に関する研究はほとんどが Employee Assistant Program (EAP) に関するものがほとんどであり、EAP システムの整備されていないわが国の現状とは一致しないところがある。

本研究は通常の入院治療プログラムを受けたアルコール依存症を対象として予後調査を行い、飲酒行動だけでなく就労状況についても調査を行って、復職に関わる要因について検討した。

この調査では対象者の評価に Level of Care Utilization System for Psychiatric

and Addiction Services, adult version

(LOCUS) を用いた。これは、個々の患者における精神科医療の必要度を定量的・多面的に評価する評価尺度として米国地域精神医学会が開発したもので、6軸7項目 (I. 自傷や他害の恐れ、II. 生活・社会機能、III. 併存症、IV. 回復環境 A. ストレス、B. 支援、V. 治療回復歴、VI. 治療参加) の5段階評価により構成され、決定樹によりケアレベルを決定するようになっている。米国12州で公式に採用されており、LOCUS のケアレベルに応じて医療保険や社会資源サービスの給付内容が決定 (日本の介護保険の要介護度認定に類似) されるシステムとなっているが、LOCUS はあくまで臨床現場を支援するものであり、治療指針を厳密に決定するものではない。我が国では木村ら (東尾張病院) によって翻訳され、精神科医師による評価者間信頼性が確認されている¹⁾。

本研究は対象者の臨床評価方法に LOCUS を用いて縦断的に調査を行い、退院後の治療効果の評価項目に就労状況や飲酒行動に関するアンケートを用いて退院後の復職について検討した。

B. 対象と方法

この研究は国立病院機構久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て行った。

研究対象は2010年12月13日から2011年8月26日までの間に国立病院機構久里浜医療センターに入院した男性アルコール依存症者である。全入院者から対象者をランダムに選択して書面にて調査について説明し、協力を依頼して同意の得られたものを対象とした。調査対象数は165名ですべて男性である。対象者の平均年齢は 55.8 ± 12.9 歳であった。対象者には入院後1～2週間の時点でLOCUSに基づいた評価を行い、さらに退院2週間前に再度LOCUS評価を行った。評価は一人の分担研究者がすべての対象者を評価することによって評価の基準が異ならないよう配慮した。

2012年11月1日に退院後の生活状況、就労状況、飲酒状況およびAlcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)²⁾から成る自記式のアンケートを郵送して2週間の期限までに返送があった者を対象に予後調査を実施してその回答内容について集計した。AUDITはWHOが開発したアルコール使用障害のスクリーニングテストであり、世界的に使用されている。10項目の質問からなる質問票で、過去1年についてのアルコールに関連した問題の有無をチェックするものである。各質問の点数を合計してその合計が11点または12点以上を問題飲酒とした場合に敏感度、特異度とも80%以上とされているが、国際的には8点を基準とするものが多い。治療効果評価に用いられた質問票を参考までに本文の後に添付する。

C. 結果

全対象者165名の中で住所の宛先が不明でアンケートが送り返されたものが29名であり、残る126名が調査対象となったが、予後調査用のアンケートの回答があったのは75名であって先不明を除くと回答率は59.5%であった。回答者の平均年齢は 57.9 ± 14.1 歳。生存者は73名。2名は死亡していたが、調査票には家族が記入して返送した。以下は退院後の調査に回答のあったもののみを対象として集計した結果を示す。

平均入院日数は 54.2 ± 23.2 日間(3日間～96日間)であった。

表1に対象者の過去の入院回数を示す。初回または2回目が80%以上と、過去の治療歴の少ないものが多い。

生活状況は同居家族のいるものが64%であり、単身者は28%、施設入所者は約7%と過半数が家族と同居している(表2)。対象者の入院前の就労状況を表3に示す。常勤、非常勤を問わず就労している者は44%、定年退職後は25%、無職は29%という割合であった。

表4に退院後の就労状況を示す。また、表5に入院前と退院後の就労状況のクロス集計を示す。入院前に就労しており、調査時点でも就労していたものは33名中17名(51.5%)と約半数であり、入院前に非就労で調査時点に就労していたものはないが、1名が入院前は就労していないと回答したにもかかわらず調査時点では就労していると回答しており矛盾する回答であった。一方、入院前に定年退職していたが退院後に就労したものが19名中2名(10.5%)であった。

表 6 に退院後の主な収入を示す。仕事の収入で生活していたものは 18.7%であり、生活保護受給が 21.3%であった。年金や恩給で生活していると回答したものが 36.0%と最多であった。

表 7 には退院後の通院状況を示す。入院中のプログラムでは退院後の断酒継続のために通院を継続することを強調している。中断を含めて通院していたものは 60.0%であった。

表 8～表 18 は AUDIT および退院後に最初に飲酒するまでの期間を尋ねたものである（表 9）。断酒を継続していると回答したものは 44%であった。また、退院後に飲酒したと回答した者の退院からの期間をみると全体の 40%が退院後 3 か月以内に再飲酒していることがわかる。ちなみにアルコール依存症の断酒予後を検討した研究では回答のなかったものは飲酒しているとみなして断酒率を計算することが多いが、その方法に従うと調査対象となった 165 名の断酒率は 20.0%となる。

表 19 に AUDIT 点数の分布を示す。海外の調査では 8 点以下を問題のないレベルと評価することが多いが、対象者の 58%が 8 点以下と飲酒していないか問題のない飲酒の範囲にとどまっていた。一方、15 点以上または 20 点以上はアルコール依存症の疑いとされることが多いが、30%がその範囲であった。

表 20－表 27 には入院時と退院前の LOCUS 評価の結果を示す。いずれの項目も退院前には評価が改善しており、入院治療の効果を示している。

LOCUS 評価と同時に DSM-IV³⁾ の Global Assessment of Functioning (GAF) スケール

を用いて対象者を評価しているが、入院時 GAF スケールの平均値 36.9±7.1 であり、退院時の GAF スケール平均値は 53.4±9.1 と退院前に改善が認められる。

表 28－表 35 には退院後に就労していた 20 名と残る 55 名の比較を示す。退院後の調査時点で就労していると回答した 12 名および退院後に就労したと回答した 8 名を就労ありとして、就労していない 55 名を比較した。

表 28 は退院後の通院の有無の比較だが、就労している者で通院していた（いる）割合が高く（85%）、就労していないものの 51%を上回った。LOCUS 評価を比較して有意差の認められたものを表に示す。表 29 には入院時の生活・社会機能の比較を示すが、就労している者で機能障害が軽度の割合が高く、重度の割合が低いことがわかる。表 30 には退院前の生活・社会機能評価の比較を示すが、入院時と同様に就労している者で機能障害が軽度のものの割合が有意に高い。表 31 には入院時の回復環境（支援レベル）の比較を示す。就労している者で支援レベルの高い者の割合が高い傾向にあるが、統計的な有意差は認められなかった。一方、退院前では就労している者で支援レベルが高い者の割合が就労していないものと比較して有意に高い。

表 33 にはケア・レベルの比較を示す。就労しているものでは就労していないものに比べてケア・レベルが低い割合が有意に高い。退院前のケア・レベル評価も同様の傾向だが、退院前評価は統計的に有意ではない。

表 35 には年齢、入院時・退院前 LOCUS 評価点数、入院時・退院前 GAF スコアおよ

び AUDIT スコアの比較を示す。就労している者では退院前 LOCUS 評価点数が有意に低く、GAF スコアは入院時・退院前ともに有意に高い。いずれも全般的な機能が就労している者で保たれていることを示している。一方、AUDIT スコアには両群に大きな違いはなく、表には示していないが AUDIT スコアを 8 点以下、9-14 点、15 点以上に分類して磯の割合を比較しても同様であり、飲酒行動には大きな違いはないと考えられた。

表 36-表 38 には入院前に就労していたものの中で、仕事を継続した 18 名と仕事を失った 16 名の比較を示す。

表 36 には LOCUS の回復環境（支援レベル）の比較を示す。入院時には就労を継続したものと失職したものの間に有意差は認められないが、表 37 に示すように退院前の支援レベルは就労継続したもので支援レベルの高い者の割合が多い傾向にある。

その他の LOCUS 評価項目には両群に有意な違いは認められていない。

表 38 に年齢、入院時・退院前 LOCUS 点数、入院時・退院前 GAF スケールおよび AUDIT 点数の比較を示す。

退院前 LOCUS 点数が就労継続したもので有意に低いが、このほかには明らかな違いは認められない。退院前 GAF が就労継続群でやや高い傾向があるが統計的に有意ではない。平均 AUDIT スコアはほぼ同じであった。また、表には示していないが AUDIT スコアを 8 点以下、9-14 点、15 点以上に分類して磯の割合を比較しても同様であり、退院後の飲酒行動に大きな違いは認められなかった。

最後に就労の有無を従属変数とし、通院の有無、入院前の仕事の有無、LOCUS の入

院時の生活・社会機能評価（極めて軽度または軽度と中等度以上）、入院時ケア・レベル（レベル 1 または 2 と 3 以上）、入院時 GAF スコア（60 点以上と 60 点未満）を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果、これらの独立変数の中で通院および入院前の就労の有無がそれぞれオッズ比 6.0（95%信頼限界 1.3-28.8）、10.5（95%信頼限界 2.3-48.8）と退院後の就労の予測因子であった。

入院前に就労していたものを対象として退院後の就労の有無を従属変数として同様の独立変数を用いてロジスティック回帰分析を行ったが、全ての変数がモデルから除外され、退院後の就労継続を予測する因子は得られなかった。

D. 考察

アルコール依存症で入院治療を受けたものを対象として就労に関する予後を検討した。退院後に就労していたものは就労していないものに比べて 1) 入院時の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、2) 退院前の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、3) 退院前の支援レベルが高度の割合が高い、4) 入院時のケア・レベルの低い割合が高い、5) 退院前のケア・レベルの低い割合が高い、6) 退院前の LOCUS 点数が低い、7) 入院時 GAF スコアが低い、8) 退院前の GAF スコアが高い、9) 飲酒状況については大きな違いは認められないという結果であった。一方、入院前に就労しており、退院後も就労を継続したものは退院後に職を失ったものと比較して、1) 退院前の支援レベルが高い傾向にある、2) 退院前 LOCUS 点数が低い、3)

飲酒状況については明らかな違いがない、という結果であった。

これらの調査で明らかになったこととして、治療後に就労しているものは就労していないものに比べて生活や社会機能の保たれている、支援レベルが高いといった特徴が認められた。また、飲酒状況については明らかな違いがないという点もこの調査で明らかになった点である。

一方、この研究の限界について以下の点が挙げられる。1) 回答率が低い、2) 退院前の評価がされていない割合が高い、3) 回答者は主に本人であり、客観性に問題がある、4) 対象者数が限られている、といった点である。アルコール依存症の追跡調査では追跡率の低いことが問題となることが多く、本研究も住所不明のものを除いても回答率が60%を下回るといった低い割合であった。従って、回答のあった対象者が対象者全体を代表しているとは言い切れず、結果の解釈には注意を要する。退院前のLOCUS評価の欠落が多い点は今後の反省点である。また、回答はほとんどが依存症本人のものであり、飲酒状況などについては客観的な情報が乏しいという点も結果の解釈にあたって注意すべき点である。これらを考慮すると今回の研究結果は予備的なものと言わざるを得ないが、アルコール依存症の社会復帰に焦点を当てた数少ない研究としての意義はあるものと考えられる。

E. まとめ

アルコール依存症で入院治療を受けたものを対象として就労に関する予後を検討した。退院後に就労していたものは就労していないものに比べて1) 入院時の生活・

社会機能障害が軽度である割合が高い、2) 退院前の生活・社会機能障害が軽度である割合が高い、3) 退院前の支援レベルが高度の割合が高い、4) 入院時のケア・レベルの低い割合が高い、5) 退院前のケア・レベルの低い割合が高い、6) 退院前のLOCUS点数が低い、7) 入院時GAFスコアが低い、8) 退院前のGAFスコアが高い、9) 飲酒状況については大きな違いは認められないという結果であった。一方、入院前に就労しており、退院後も就労を継続したものは退院後に職を失ったものと比較して、1) 退院前の支援レベルが高い傾向にある、2) 退院前LOCUS点数が低い、3) 飲酒状況については明らかな違いがない、という結果であった。

就労の有無を従属変数とし、通院の有無、入院前の仕事の有無、LOCUSの入院時の生活・社会機能評価（極めて軽度または軽度と中等度以上）、入院時ケア・レベル（レベル1または2と3以上）、入院時GAFスコア（60点以上と60点未満）を独立変数としたロジスティック回帰分析の結果、これらの独立変数の中で通院および入院前の就労の有無がそれぞれオッズ比6.0（95%信頼限界1.3-28.8）、10.5（95%信頼限界2.3-48.8）と退院後の就労の予測因子であった。

F. 研究発表

1. 論文

なし

2. 口頭発表

なし

3. その他

なし

文 献

1. 木村卓、八木深、岩永英之、中村哲夫、
吉住昭：精神科医療における入院評価尺
度実用化の試み－「精神疾患および依存
症のためのケアレベル活用システム」
(LOCUS)日本語版評定者間信頼性の検討
－ 精神神経学雑誌 110: 22-29, 2008.
2. 廣 尚典：CAGE, AUDIT による問題飲
酒の早期発見。アルコール関連問題とア
ルコール依存症 日本臨床 55 (特別
号) : 589-593、1997
3. American Psychiatric Association:
Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorder, 4th
ed, Text Revision. American
Psychiatric Association, Washington
D.C., 2000. (高橋三郎、大野裕染谷俊
幸訳：DSM-IV TR 精神疾患の統計・診断
マニュアル 医学書院、東京、2002

生活と飲酒に関する調査

1. お名前： _____
2. 現在の生活状況についてお教えてください。
おひとりで暮していますか。もしくはどなたかと同居されていますか。
- 1) 一人で暮らしている
- 2) 家族または同居者と一緒に生活している。
一緒に生活している方すべてに○をつけてください。
- | | | | | |
|------|---|----|------|------|
| 父 | 母 | 妻 | 夫 | 子供 |
| 兄弟姉妹 | 孫 | 友人 | 内縁の妻 | 内縁の夫 |
- その他（具体的に： _____ ）
3. 次にあなたのお仕事について教えてください。
- A. 久里浜アルコール症センターに入院される前のお仕事に○をつけてください。
- 1) フルタイムで仕事をしていた。
- 2) パートまたはアルバイトをしていた。
- 3) 仕事はしていなかった。
- 4) 主婦をしていた。
- 5) 定年退職して仕事はしていなかった。
- 6) その他（具体的に： _____ ）
- B. 退院後のお仕事に当てはまるもの1つに○をつけてください。
- 1) 入院前と同じ仕事をしている。
- 2) 入院前と同じパートまたはアルバイトをしている。
- 3) 退院後にフルタイムの仕事を始めた。
- 4) 退院後にパート・アルバイトを始めた。
- 5) 退職して仕事はしていない。
- 6) 入院前から仕事はしていない。
- 7) 主婦をしている。
- 8) 定年退職して仕事はしていない。
- 9) その他（具体的に： _____ ）
4. 現在、あなたの生活を経済的にささえているのは、主にどのような収入ですか。主なものを1つ選んで○を付けてください。
1. 仕事の収入（パート・アルバイトを含む） 2. 貯金

3. 家族の収入 4. 年金・恩給など 5. 雇用保険・傷病手当金
 6. 親族からの援助 7. 生活保護
 8. その他（具体的に：_____）

5. 現在、アルコール依存症の治療で病院などの医療機関に通院されていますか。

1. 通院している 2. 通院していたがやめた 3. 通院はしていない

次に現在の飲酒状況について教えてください。

以下の質問はアルコール関連問題のスクリーニングテストです。

6. あなたはふだんアルコールを含む飲み物を平均するとどのくらいの頻度で飲んでいま
 すか。

1	2	3	4	5
まったく 飲まない	1か月に 1回以下	1か月に 2～4回	1週間に 2～3回	1週間に 4回以上

7. 退院後に初めて飲酒したのは退院してからどのくらいたってからでしたか。

1	2	3	4	5	6	7
飲んでな い	1週間以 内	1か月以 内	3か月以 内	半年未満	半年以上 1年未満	1年以上

8. 飲酒するときには、いつもどのくらいの量を飲んでいきますか。次の表を参考にお答え
 ください。

日本酒 1合=2単位 ビール大瓶 1本=2.5単位 焼酎お湯割り 1杯=1単位

ウイスキー水割りダブル 1杯=2単位 梅酒小コップ 1杯=1単位

ワイングラス 1杯=1.5単位

1	2	3	4	5	6
まったく 飲まない	1～2単位 以下	3～4単位	5～6単位	7～9単位	10単位以上

9. 1度に6単位以上飲酒することがありましたか。あったとすればどのくらいの頻度でし
 たらか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

10. 飲み始めたらやめられなかったということが、最近1年間にどのくらいの頻度でありましたか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

11. 普通ならできることを飲酒していたためにできなかったことが最近1年間にどのくらいの頻度でありましたか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

12. 深酒の後で体調を整えるために翌朝飲酒（迎え酒）をしなくてはならなかったことが、最近1年間にどのくらいの頻度でありましたか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

13. 飲酒した後、罪悪感や自責の念にかれたことが、最近1年間にどのくらいの頻度でありましたか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

14. 飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが、最近1年間にどのくらいの頻度でありましたか。

1	2	3	4	5
ない	1か月に 1回未満	1か月に1回	1週間に1回	毎日あるいは ほとんど毎日

15. あなたの飲酒のためにあなた自身かほかの誰かがケガをしたことがありますか。

1	2	3
ない	あるが、最近1年間にはなかつた	最近1年間にあった