

図2. 職場におけるメンタルヘルス不調者への対応マップ概要図

2. 対応類型表短縮版の開発

①「メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（簡略版）」と「メンタル不調者の対応タイプのパターンを決定する流れ図」の開発

研究分担者 鍵本 伸明

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

平成23年度に作成した「メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（改訂版）」は、分量が多く、現実的に現場で主治医が運用するには煩雑になる面もあるため、①類型表の内容、項目を簡略化し、「メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（簡略版）」作成することにした。

また、職場におけるメンタル不調の対応の流れ図において主治医より意見が得られなかった時の②「メンタル不調者の対応タイプのパターンを決定する流れ図」を新たに開発することにした。ただし職域の現場で対応する場合に医療職でない職位のみで決定するための手順作成は現時点で困難と思われるため、医療職である看護職、保健師がいる現場での対応手順とした。

B. 研究方法

下記のように約3時間の検討会をメンバーを替えて6回行った。毎回平成23年度の対応類型表の改定版とその報告書を事前に送付して検討会の趣旨を説明し、前回検討会までの流れを把握して検討会に臨んでもらった。

第1回：平成24年度の対応類型表の改訂版を精神科医のみで検討し項目を簡略化した。また現場での対応化する類型表を決定する手順についても検討した。

第2回：同じ会社に所属する産業医と看護

師を含めてその簡略した第1回案を検討してさらに改訂し、類型表を決定する手順についても検討した。

第3回：第2回で検討して修正した対応類型表の簡略案、またその時の問題点などをもう一度、異なる会社に所属する産業医のみで検討してもらい簡略版を作成し、現場での類型表の決定の対応の手順（萩原案）を作成した。

第4回：第3回で検討された結果の対応類型表の簡略版とそこで作成された類型表を決定する手順について産業保健に従事する看護職だけで検討して簡略版を改定した。また現場での類型化決定の対応の手順（萩原案）について検討した。

第5回：第4回で検討された結果の対応類型表の簡略版とそこで作成された類型表を決定する手順についてももう一度精神科医だけで検討して簡略版を改定した。また現場での類型表決定の対応の手順（萩原案）について検討した。

第6回：第5回の検討会での結果の対応類型表の簡略版とそこで作成された類型表を決定する手順についてももう一度人事の観点から検討して用語の修正等を行い、対応類型表の簡略版を改定した。また現場での類型表決定の対応の手順（萩原案）について検討した。

C. 研究結果

第1回：平成24年度の報告にて共通する対応項目が複数の類型表にわたって重複していたので共通項目としてまとめることとした。また精神科医からみて冗長な表現や、不明瞭な表現を簡潔にして項目を減らしていった。また現場で対応類型表のパターンを決定する手順についても検討したが、具

体案が出なかった。対応類型表の簡略版のたたき台を作成した。

第2回：第1回で作成した対応類型表の改訂版を再度見直し検討した。議論の概要は以下のものであった。

1. 記入する際の主治医の負荷が懸念される
 - ・精神科医の先生方への周知を願いたい
 - ・コスト、および負担元の明確化
 - ・A4表裏1枚ものなどの方が良いのでは
 - ・職場からの対応案を提示して、主治医に追加削除していただくのはどうか（アルゴリズム途中からの対応）
2. 各類型化パターンに代表的な疾患名を表示しない場合、職場、主治医双方の解釈に乖離が生じないか？また、表記しないのであれば立場別に対応項目で分類した方が良いのではないか？
3. 類型表を使用する時期がわかりにくい。復職時、あるいは休業せず就業継続する場合などバージョンを分けるのはどうか。
4. その他
 - ・飲酒に関しては共通項目とする
 - ・上司同席の必要性の有無を問うチェックボックスをつくる
 - ・主治医からあまり詳細な対応の指示があった場合、雇用の確保が困難になる可能性も懸念

このように、問題になったのが、主治医より意見をもらうことを最優先するためには、主治医の負担を軽くすることであり、またそのコストの問題が挙げられた。また、場合によっては職場から最初から類型表を主治医に出すことも検討された。類型表を使用する時期は、復職時と明確化した。また、類型化したパターンに代表的疾病名をつけない場合に、主治医と職場で病状認識

の乖離について危惧された。そのため、対案として（表4）のように職場の配慮、対応事項とフォロー項目に分けて考えた方が、考えやすいのではないかと意見も出た。しかし今回の検討会の趣旨に立ち返り、結果として（表5）の様な類型表として簡略化した。現場での対応化する類型表を決定する手順についても検討したが、具体案を作成するまでに至らなかった。

第3回：第2回で作成した簡略版をさらに検討した。その概略は以下のようなものであった。

1. 対応類型表の項目の削除について
 - ・Eパターンの「酒に関しては主治医に確認し、飲酒量の変動に注意する。」は共通項目としてAパターンに入れた方がよい。
 - ・また上司が替わった場合の対応として類型化パターンの共通項目であるが、「上司が替わった時は事例の引き継ぎをする。」を同じくAパターンに入れる。
2. 類型化を行うことへの意見
 - ・主治医が類型化対応を選択した場合は問題がないが、職場で類型化対応を決定して、何かあったときは職場の責任になるリスクが心配である。
 - ・上記意見の補足であるが、職場で対応方法を決定したときにその対応方法も本人に知らせる必要があるのか？また知らせるのであればその内容によっては本人に開示して共有しにくいものがある。
 - ・あてはまるものを選択するより、あてはまらないものを削除することが重要ではないか？

- ・産業医がない事業所では病名なしで対応できるパターンが共有できればありがたい。

3. 職場で類型化のパターンを決定する手順について

- ・萩原より図3の様な流れでパターン化を決定する手順が示された。
- ・萩原の方法でパターン化を決定する手順の一方で豊川より別の視点から意見が出た。それは職場で診断はつけず、困っている事例性に着目して事例発生時からの対応手順を類型化の項目より一つ一つ取り出していく方法についての言及があった。類型化の趣旨からずれてしまうが、事例性に着目すると類型化を決定する手順が不要となり、これも有用なツールになり得ると考えられた。しかし本研究の本来の趣旨に立ち返り、類型化の簡略版を改訂した。

第4回：第3回で検討したことや課題になったことを看護職に伝え、また対応項目を当事者にも開示して共有することを前提にして、作成してきた簡略版をさらに1項目ずつ、用語を中心に検討した。また萩原案についても検討した。主な改訂する観点、日頃メンタルヘルスに関わっている看護職からみてわかりにくい表現方法の訂正とまた直近に関わった事例について萩原案の流れ図に当てはめていき、その運用の実際を確認した。そして表現方法を修正した。ただし具体的な図表のまとめまでには至らなかった。

また一般看護職（外科病棟、消化器内科病棟）からみた用語、理解困難な点をメールにて確認した。その時に項目文に主語が欠落しており、対応は誰がするのかという

問題があらためて浮き上がってきたが、基本的には対応類型表を活用するのは産業保健スタッフである。しかし現場で対応するのは上司であり、項目によっては産業保健スタッフ、上司、人事労務管理スタッフが対応すべき項目が含まれていることを確認した。

第5回：今まで検討してきたこと、課題などを伝え、もう一度、精神科医から類型表の項目、萩原案などを見直した。第3回で作成した類型表の簡略版をさらに検討した。

項目を修正するにあたっての観点として、

1) 各項目の内容が、疾病管理と労務管理が混合している。

2) 様々なフェーズでの対応も時間軸がばらばらになっている。

ので、類型表を用いる原則として「主治医との連携を大前提とする」ことの前書きを付記することの重要性を指摘された。また項目を見直し、治療的対応の程度が強いものは削除して、各項目の重要度のランクの高いものを上位にあげた。また共通対応項目も豊川案の時間軸のフェーズを持ち込み修正した。結果としてかなりの項目を削除することとなった。

また一方、最近の特徴として休職中に海外旅行などに行くなどの事例もみられるようになっている。場合により、休職中の治療的観点からは逸脱する行動もあり、そのような事例については就業規則ではなく、「企業内規」で対応が必要であると議論された。そのため自己保健義務から「休養中は、主治医の指示を遵守し、早期復帰するために治療に専念すること。（企業の内規

を遵守すること)」という項目を盛り込んだ。

萩原案についても検討したが、流れ図に当てはめる視点として休職の理由としてパターンを選択していくことが提案された。

第6回：今まで検討してきたこと、課題などを伝え、もう一度、人事、労務管理者から類型表の項目、萩原案などを見直した。結果として第3回で作成した簡略版をさらに検討した。

特に就業規則は公表されているが、「職場の内規」については公表されていない項目であり、表現方法を「事前に決めた約束等」に変更した。また萩原案についても検討したが、説明文だけの修正に終わった。最終的に、「メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（簡略版）」として表1、「メンタル不調者の対応類型のパターンを決定する流れ図」として図1が完成した。

D. 考察

(1) 「メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（簡略版）」について

対応類型表の簡略化の最重要課題は実際の職域の現場で活用しやすいツールにすることであった。そのため今回の研究においては、可能な限り多くの精神科医、産業医、看護師、保健師、人事の方に参加してもらった。対応類型表のユーザーは産業保健スタッフが中心になると考えられるが、実際は職域の現場で上司が当事者に対応すべきものや対応せざるを得ないことも多いことが推測される。そのため、産業保健スタッフが現場である上司や人事・労務管理スタッフに医療的に説明を必要とする項目も含まれている。また結果報告にもあるように、対応項目についてはリスク管理上から

も当事者である本人と共有することが必要かつ重要であると産業医から指摘され、再認識された。そのため、労務管理的対応項目についても、当事者と共有できるように厳しすぎる表現は避けて、推敲を重ねた。

また、第5回の精神科医だけの検討会にて問題になった自己保健義務的観点から「内規」という用語を用いたのであるが、職場では明文化あるいは公表できないものが多いため、最終的に「企業内の約束等を遵守すること」に表現をあらためた。

様式については、最終的にA4版1枚もの（表裏に印刷すると）にして、視覚的にも利用しやすいものを目指した。また産業保健スタッフがいない事業所などにおいて、このツールが目指す主治医と職場が医療情報を元に連携する場合のモデルは妊娠中に母親が職場と配慮事項に関して情報交換できる「母性健康管理指導事項連絡カード」²⁾のようなものになる可能性も考えられた。

(2) 「メンタル不調者の対応類型のパターンを決定する流れ図」について

メンタルヘルス不調の疾患について専門的な知識を持っていない産業保健スタッフも決定できるようにするためのツールを意図したが、当初は基本モデルが浮かばず、作成が難航した。第3回検討会で萩原より素案が提案されてからは、それをベースに検討することとなった。ただし現場の検討会では時間の制約もあり、流れを作成するまでに議論は深まらず、最終的に図1の様な流れ図としてまとめた。

今回の6回の検討会を通じて精神科医が日常の臨床の場面で何気なく使う用語、表現あるいは文章について、その趣旨や意図が産業医、産業保健スタッフ、労務管理ス

スタッフにうまく伝達できていないことがあ
らためて再認識された。もちろん職域の問題
だけではなく個人のメンタルヘルスリテ
ラシーにも関わることであるため、「メン
タルヘルス不調者の職場における対応類型
表（改訂版）」、「メンタル不調者の対応
類型のパターンを決定する流れ図」を利用
するに当たっては、その企業規模、また産業
保健スタッフの専門知識のレベルにあわせ
た、補足事項、付記事項も、将来的には追
加を必要とすると考える。

E. まとめ

「メンタルヘルス不調者の職場における対
応類型表（簡略版）」を作成し報告した。

また「メンタル不調者の対応類型のパタ
ーンを決定する流れ図」として新たに開発
した報告した。

今後は実際に運用した結果により、具体
的な補足事項、付記事項が改訂される必要
がある。

表 1. メンタルヘルス不調者の職場における対応類型表（簡略版）

共通対応項目

【休業中】

- 休養中は、主治医の指示を遵守し、早期復帰するために治療に専念すること。
（企業内の約束等を遵守すること）
会社側は、休暇、欠勤、休職の期間、経済的保証について可能な限り文書で説明する方が望ましい。
- 休養中の連絡方法については病状に配慮すること。また本人が連絡をとれない場合は、家族が対応する。

【復職時】

- 再発予防のため、原因を本人と一緒に話し合い、産業現場で対応できる事項を整理する。

【復職後のフォロー】

- 通院・服薬状況を定期的に本人に確認する。
- 症状が悪化していないかどうか定期的に確認する。
- 服薬中であれば、飲酒および車両の運転は、原則避けることが望ましい。
飲酒に関しては主治医に確認し、飲酒量の変動に注意する。
- 就業条件の制限と解除には問題がなくなるまで対応し、定期的な面談を継続する。
- 本人の仕事に関する取り組み方や考え方（時間管理等を含む）を理解する。

A パターン

- 業務軽減、休業の必要性の理由を本人に説明し、実行する。

[]

B パターン

- 自傷・他害の危険性に注意し、安全の確保を優先する。
- 状況に応じて、配置転換も検討する。
- 服薬が不可欠であり、定期的に確認する。

[]

□C パターン

- 不調に至った経緯と業務との関連性を十分に分析した上で対応する。
- 適正配置を検討する。
- 就業規則・事前に決めた約束等を遵守できない場合は、冷静かつ厳正に対応する

[]

□D パターン

- 一見良好と評価できる状態も、その変動に留意する。
- 本人の信頼しているキーパーソンを確保する。
- 感情の高ぶりを示す場合、積極的な傾聴は控え、受診を促す。

[]

□E パターン

- 関係者（職場関係者だけでなく家族・親族を含め）が依存症は病気であることを理解し避けるべきこと（飲酒・ギャンブル等）を長期的に共有し、専門外来への通院継続を確認する。
- 就業規則・事前に決めた約束等を遵守できない場合は、冷静かつ厳正に対応する。

[]

□F パターン

- 本人の得手・不得手を整理、認識し適正配置する。
- 場合によっては抽象的な表現による指示、助言は避け、指示命令系の簡略化、視覚化を図る。

[]

□G パターン：

(A～F パターンに当てはまらないもの)

[]

メンタルヘルス不調に至った理由、あるいは不調時、不調時前にみられた事実や行動の有無の質問に上から答えてパターンを決めていく。

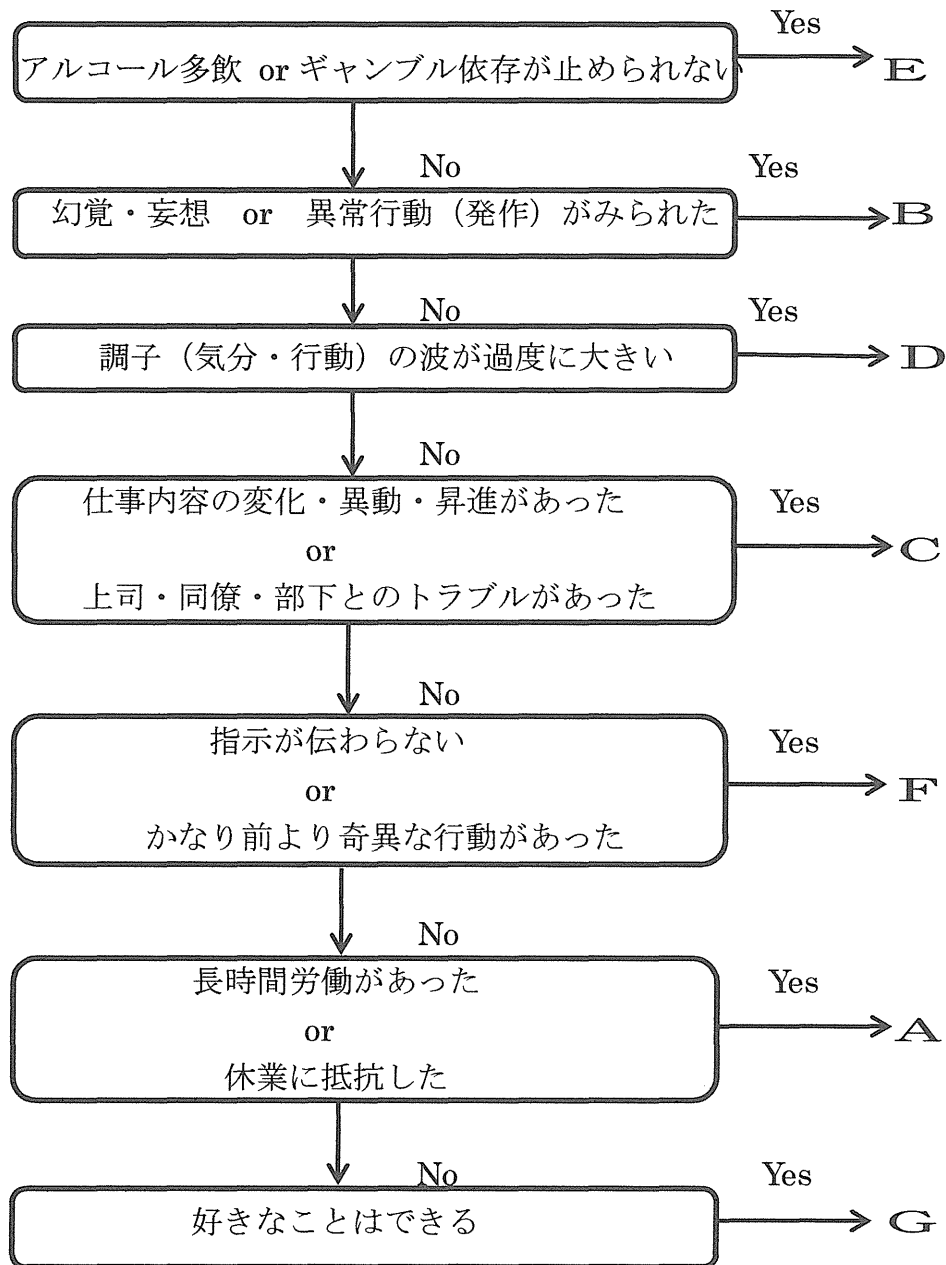


図 1. 「メンタル不調者の対応類型のパターンを決定する流れ図」

3. 若年労働者向け対応類型表の開発

①EAP 相談に見られる若年層のメンタルヘルス不調および職場再適応の特徴と職場での対応の検討

研究協力者 長見まき子

A. 研究目的

本研究では、以下の研究 1 から研究 4 を通して、若年層の職場不適応およびメンタルヘルス不調事例の類型化を試み、そのうえでタイプ別の特徴に則した適切な対応のあり方について検討することを目的とする。

研究 1 では、外部 EAP 機関における電話・メール相談、面談利用者の年代間比較から、20 歳代、30 歳代の相談利用と仕事のストレス要因の特徴についての全体像を把握する。

研究 2 では、20 歳代、30 歳代に焦点を絞り、より詳細な情報を含む面談事例に基づいて、若年層の相談利用者の基本属性、職場のストレス要因、性格特徴、および EAP 利用に関する特徴を検討する。性格特徴の評価に関しては、笠原・木村 (2010) や貝谷 (2008) を参考に、典型うつ病に代表的とされるメラニコリー親和型 (几帳面、律儀、仕事好き、強い責任感、熱中、対他的配慮、秩序を重んじる) と、非典型うつ病に代表的とされる自己愛 (注意を引きたがる、称賛的になりたがる、誇張性、非難に極めてもろい)、他責 (他罰的態度、攻撃性をあらわさないまでも責任転嫁する)、および回避 (傷つきを恐れて対人関係から退却する、葛藤を抱えず回避する) を取り上げる。笠原・木村 (2010) のうつ病の類型では、双極性障害に代表的とされる循環気質についても取り上げられているが、本研究の分析対象事例では双極性 II 型障害の診断が 1 例見られたほかは認められなかつ

たため、若年層の特徴を把握するための性格特徴の評定項目には含めないこととした。

研究 3 では、研究 2 で対象とした若年層事例について、診断名および詳しい病態、性格特徴、経過、事例性、治療や対応への反応から事例の分類を試み、事例タイプ別の基本属性や職業性ストレス要因、性格特徴、EAP 利用についての特徴を検討する。

そして、研究 4 では、各事例タイプについて、内容の質的分析を行い、事業場で非専門家が捉えやすいキー要因 (基本属性、職場のストレス要因、職場での事例性、職場の対応への反応、性格特徴や行動特徴など) を探索的に検討し、主に職場での対応を考察する。

B. 研究 1 EAP 相談利用者における年代別特徴の検討

1. 研究方法

(1) 分析対象

関西にある外部 EAP 機関 A 会における事例を対象とした。本研究の分析においては、2008 年 4 月から 2010 年 3 月までの個別相談サービス利用者 1058 名 (従業員本人 941 名、家族 117 名) のうち、従業員本人でかつ年代が明らかである 754 名 (男性 554 名、女性 200 名; 該当期間の相談サービス利用者の 71.3%) の相談記録を抽出した。対象者の年代は、20 歳代以下 17.4%、30 歳代 35.5%、40 歳代 33.2%、50 歳代以上 13.9% であった。91.5% は正社員であり、8.5% が非正規社員であった。主な業種は、IT、繊維、金属、化学、医薬、ゼネコン、食品、サービス業、官公庁等であった。

(2) 項目

分析には、初回相談時に対応した臨床心理士により記録された以下の 4 項目を用い

た。

①性別

②相談経路 カードやポスターなどの広報を見て相談した自発相談、上司の勧め、人事・労務スタッフの勧め、産業保健スタッフの勧め、家族の勧め、その他の6カテゴリーのいずれかに分類した。

③主な問題 相談者の中心的な訴えに関して、精神的問題、身体的問題、仕事の問題、家庭の問題、その他の問題、問い合わせのいずれかに分類した。

④精神疾患名 診断書に記載の診断名、あるいは本人が医師から知らされている診断名に基づいて、診断なし、気分障害（うつ病含む）、適応障害（抑うつ状態含む）、不安・強迫障害、その他、不明のいずれかに分類した。

⑤職場のストレス要因 本人の訴えに基づき、事例を担当した臨床心理士が以下のカテゴリーの中から1事例あたり最大2カテゴリーを選択した。ストレス要因のカテゴリーは、量的負担、質的負担、身体的負担、コントロール、人間関係、仕事への適性、働きがい、物理的環境、サポート不足、環境・役割の変化（昇進、昇格、異動など）、その他、不明（具体的なストレス要因が訴えられず分類できない）、なし（職場以外のストレス要因である）の13カテゴリーであった。

（3）分析方法

①相談利用者の年代間比較 性別、相談経路、主な問題、精神疾患名に関して、年代間の χ^2 検定を行った。 χ^2 検定の結果、有意差の認められた項目については、残差分析を行った。残差分析では、残差の絶対値1.96以上の場合、5%水準で有意差がある

と判断した。

②職場のストレス要因の年代別特徴 職場のストレス要因については評価手続きの問題から統計的な検定を実施せず、年代別に各カテゴリーの割合を算出するのに留め、若年層（20歳代、30歳代）に関しては具体的内容からストレス要因の特徴を検討することとした。

2. 研究結果

（1）相談利用者の年代間比較

性別、相談経路、主な問題、精神疾患名に関して、年代間に有意差が認められた（すべて $p < .01$ ）。性別について、男性の割合は40歳代が有意に高く20歳代が低いのに対し、女性の割合は20歳代が高く40歳代が低かった。相談経路については、自発相談は、50歳代が他の年代よりも有意に高いのに対して、20歳代では有意に低かった。20歳代は、他の年代と比較して上司の勧めや人事・労務スタッフの勧めで相談する割合が有意に高かった。主な問題については、精神的問題と身体的問題は50歳代が他の年代よりも有意に低い、家庭の問題は、50歳代で有意に高く、20歳代、30歳代では有意に低かった。仕事の問題は年代間で有意差がなく、いずれの年代も4割近い割合を占めていた。精神疾患に関しては、全体として診断なしと気分障害の2カテゴリーで6割以上を占めたが、診断なしの割合は50歳代で有意に高く、気分障害は50歳代で有意に低かった。また適応障害は、20歳代が他の年代よりも有意に高く、不安・気分障害は30歳代で有意に高かった。

（2）職場のストレス要因の年代別特徴

各年代とも人間関係が最も多くの割合を占め、次いで質的負担が多かった。20歳代

では仕事の適性（仕事が合っていない、業務の習得ができない、続けていく自信がない、望んでいた仕事ではない、転職しようか迷う等）の割合が他の年代より比較的高かった。

20 歳代、30 歳代における人間関係のストレスを訴えた相談者の相談内容の分類では、両年代とも、人間関係のストレスのみの訴えが約 40%を占め、職場内外の人間関係の他、個人の性格特徴やスキル不足からくるコミュニケーション困難の訴えがみられた。人間関係とともに訴えられる職場のストレス要因として、20 歳代では、量的負担や仕事の適性のストレスが訴えられており、厳しい指導、叱責や人間関係悪化から仕事を抱え込む、あるいは自信を喪失して不適性感を抱くケースが散見された。一方 30 歳代では、人間関係とともに質的負担が訴えられるケースが目立ち、マネジメント業務の困難に付随する人間関係のストレスを訴えるケースが散見された。

3. 考察

研究 1 では、外部 EAP 機関における 20 歳代、30 歳代の相談利用者の特徴、および職場のストレス要因の特徴を年代別比較により検討した。

まず 20 歳代、30 歳代の相談利用者の特徴として、以下の 4 点が示された。第一に、性別について、相談利用者のうち女性の割合は 20 歳代で有意に高かった。女性のメンタルヘルス不調の背景には、ホルモンの周期的変化など生物学的要因、結婚、出産などのライフイベントや雇用に関する男女格差など女性特有の社会的環境（厚生労働省、2011）が存在する。20 歳代の女性では約 4 割は非正規雇用であり、職場においては女

性同士の間でも雇用形態の違いから対人関係が複雑化しやすい可能性がある。職場においては、若年層特有の問題とともに、女性特有の問題に配慮した対応が求められる事例もあることが予想される。

第二に、相談経路に関しては、若い年代ほど自発相談の割合が低く、特に 20 歳代では上司からの紹介の割合が高かった。この点は、上司が問題を見逃さずに専門スタッフに繋ぐというラインケアの重要性を再認識させる結果といえる。

第三に、いずれの年代においても仕事の問題や精神的問題が多くを占めるが、特に 20 歳代、30 歳代では 40 歳代、50 歳代と比較して家庭の問題の割合が低く、仕事の問題と精神的問題が約 85%を占める。

第四に、精神疾患に関して、全体として診断なしと気分障害のケース数が多く、労働者の精神疾患診断名としては、従来指摘されている通り、気分障害（うつ病）が最も多いことが確認された。一方で、適応障害は 20 歳代において割合が高く、不安・強迫性障害は 30 歳代において割合が高いことが示され、若年層において典型うつ病をモデルとした対応とは異なる対応が求められる事例が多い可能性が示唆された。適応障害に対しては、適切な環境調整や個人への成長支援の双方が望まれる。また不安・強迫性障害に対しては、個人の症状への対処能力を高めるため、認知行動療法などの心理療法の適用が有効と考えられる。さらに、20 歳代、30 歳代において精神的問題や仕事の問題での相談が 80%を越えること、全体として診断なしのケースの割合が高いことを併せて考えると、精神医学的な診断名がつかない場合でも、職場においては何

らかの不適応状態にある事例への対応が求められることが推察される。以上の結果は、職場での対応を検討する際に、診断名のみではなく、職場での事例性や経過も含めることの重要性を示唆するものである。

次に、問題の背景となる職場のストレス要因に関して、以下の点が示唆された。第一に、いずれの年代においても人間関係が最も多く、ついで質的負担が多く訴えられる傾向にあり、労働者健康状況調査(厚生労働省、2007)と一致する結果が確認された。第二に、20歳代では他の年代よりも、仕事の適性のストレスを訴える傾向がうかがえた。人間関係や仕事の質的負担などのストレスが「今の仕事が向いていないと感じる」、「望んでいた仕事と違う」、「続けていく自信がない」など仕事の不適感性に転化される可能性がある。後の結果を合わせて考えると、業務習得のスタート段階では、上司や指導員が彼らの自信を失わせないように接し方を工夫することが有効である可能性が示唆される。第三に、30歳代においては、マネジメント業務が加わることに付随した人間関係や質的負担のストレスが訴えられることが特徴的である。上司、部下、他部門、協力会社など複雑な対人関係を調整しながら業務を進めることが求められるようになり、強いプレッシャーを経験するケースや、それまでは顕在化しなかった個人の問題(例えばコミュニケーションの苦手さ、完璧主義、対人不安の高さ、長期の精神疾患など)が露呈するケースが散見された。30歳代に対しては、リーダーとしてのマネジメントスキルを習得するためのOJTや研修などのOFFJTが重要であろう。

以上のように、同じ若年層であっても、20歳代と30歳代とは問題の質が異なっていることが示唆された。ただし、厚生労働省の「労働経済の分析」では「若年者」

は15歳から34歳までとされ、35歳以上とは就労形態において異なる傾向を示している。34歳以下と35歳以上との間で、背景となる心理社会的環境が異なるとすれば、研究1の結果には若年層の特徴とそれ以上の世代の特徴とが混在していた可能性がある。若年層の特徴を明確にするには、30歳代を34歳までと35歳以上とに分けて詳細に検討する必要がある。

4. まとめ

本研究の結果より、40歳代、50歳代と比べて若年層では自発的相談が少なく、積極的なラインケアが重要であると考えられる。また、20歳代、30歳代では、家庭の問題は少なく精神的問題と仕事の問題が中心であるが、特に20歳代では仕事や人間関係の問題が不適感性として訴えられやすく、転職や異動など環境を変えることによる解決を考えがちであることが示唆された。20歳代に対しては、本来解決すべき問題を明確にして、具体的な助言やキャリア支援を行うとともに、適性に応じた人員配置や上司のマネジメントスタイルの再考が重要と考えられる。予防的には、メンター制度などの成長支援のための制度や職場で時間をかけて育成していく風土づくりが有益であることが示唆される。

C. 研究2 EAP相談利用者における若年層事例の特徴の検討

1. 方法

(1) 分析対象

研究1において分析対象者とした754名のうち、アセスメントの精度、および経過の把握を考慮し、40歳未満の従業員本人への対面相談で2009年1月から2010年12月

までに終結した 77 名（男性 58 名、女性 19 名；平均 31.0 歳 [19 歳-39 歳]、SD = 5.4）を分析対象とした。対象者の主な業種は、製造（9 社、47.4%）、IT（5 社、26.2%）、サービス（2 社 10.5%）、その他（3 社、15.8%）であった。

（2）手続き

第一に、EAP 相談事例における面談記録から対象事例を抽出した。第二に、事例を担当した臨床心理士を対象に、事例の精神医学的診断名、不調のきっかけ、職場での事例性、職場での対応、経過、および本人の性格特徴について構造化面談により情報を聴取した。性格特徴に関しては、臨床心理士 3 名によって評定した。

（3）項目

①基本属性

性別、婚姻状況（未婚、既婚、離婚、不明の 4 カテゴリーのいずれかに分類）、住居形態（独居、家族同居、不明の 3 カテゴリーのいずれかに分類）、職種（技術、技能、事務、販売営業の 4 カテゴリーのいずれかに分類）の 4 項目を用いた。

②職場のストレス要因

職場のストレス要因（質的負担、量的負担、低コントロール、サポート不足、人間関係（上司・同僚・その他）、職場環境、昇進・昇格・配置転換、仕事の適性、働きがい、雇用の安定性・その他の 10 カテゴリー）を担当した臨床心理士が本人の訴えに基づき 1 人当たり最大 2 カテゴリー選択した。

③本人の特徴

性格特徴は、自己愛、他責、回避、メンコリー親和型の 4 要因に関して、笠原・木村（2010）および貝谷（2008）を参考に

分類した。

④組織との連携

相談経路（カードやポスターなどの広報を見て自発的に相談したセルフリファール、上司の勧め、人事・労務スタッフの勧め、および産業保健スタッフの勧め等のマネジメントリファール、その他の 3 カテゴリーのいずれかに分類）、連携（上司、産業保健スタッフのいずれかと連携がある場合を連携ありと分類）を用いた。

（4）分析方法

相談利用者の年代別特徴を検討するため、基本属性、職場のストレス要因、本人の特徴、組織との連携に関して、 χ^2 検定を行った。 χ^2 検定の結果、有意差の認められた項目については、残差分析を行った。残差分析では、残差の絶対値 1.96 以上の場合、5% 水準で有意差があると判断した。

2. 結果

（1）対象者の属性に関する 3 つの年代間の特徴

対象者の属性に関して、性別、婚姻状況において年代間に有意差が認められた（それぞれ、 $p = 0.01$ 、 $p < 0.01$ ）。性別について、男性の割合は 30 歳代後半が有意に高く 30 歳未満が有意に低いのに対し、女性の割合は 30 歳未満が有意に高く 30 歳代後半が有意に低かった。婚姻状況について、未婚の割合は 30 歳未満が有意に高く 30 歳代後半が低いのに対し、既婚の割合は 30 歳代後半が有意に高く 30 歳未満が有意に低かった。また、離婚の割合は 30 歳代前半において有意に高かった。住居形態、職種および分類カテゴリーに関して、年代間に有意な差は認められなかった ($p > 0.10$)。

(2) 職場のストレス要因に関する年代間の特徴

職場のストレス要因に関して、仕事の適性において年代間に有意差が認められた ($p = 0.02$)。職場のストレス要因として仕事の適性に該当した者の割合は 30 歳未満が有意に高く 30 歳代後半が有意に低かった。質的負担、量的負担、低コントロール、サポート不足、人間関係 (上司・同僚・その他)、職場環境、昇進・昇格・配置転換、仕事の適性、働きがい、雇用の安定性・その他の 9 カテゴリーに関して、年代間に有意な差は認められなかった ($p > 0.10$)。

(3) 本人の特徴に関する年代間の特徴

本人の特徴に関して、性格特徴のメランコリー親和型において年代間に有意差が認められた ($p < 0.01$)。本人の特徴として、メランコリー親和型に該当する者の割合は 30 歳代前半において有意に高かった。また、自己愛に該当する者の割合は 30 歳未満が低い傾向にあった ($p < 0.10$)。回避、他責に関して、年代間に有意な差は認められ

満が多く、男性は 30 歳代後半が多かった。これは研究 1 と一致する結果となった。第二に、相談利用者のうち未婚者の割合は 30 歳未満が多かった。島ら (2004) は、疾病休業後の職場適応において、不適応を示す者の割合は若年層および独身者において多いことを明らかにしており、30 歳未満の未婚事例については休職・復職における適切な支援の必要性が指摘される。また、有意差は認められないものの、住居形態に関して、独居者の割合が 30 歳未満で多く、この年代は家族からのサポートが得られにくい状態にあったことが推察される。独居者においては自殺のリスクが高まるだけでなく、当該本人に関する情報が家族から得られないため情報に偏りが生じやすい。また、誰の管理下にもないという点で服薬管理や食生活が乱れやすくなり、従来 of 典型うつ病に対する対応と同様の支援を行ったとしても十分な治療効果がえられない可能性も指摘される。対応については服薬や休養だけでなく、生活面での立て直しを支援する視

②— EAP 相談データに基づく若年者のメンタルヘルス不調および職場不適應の特徴と職場での対応の検討—産業保健スタッフ向け若年者事例類型表・対応表の開発—

研究分担者 長見まき子

A. 研究目的

「EAP相談に見られる若年層のメンタルヘルス不調および職場不適應の特徴と職場での対応の検討」(前研究)では、EAP相談事例に基づく4つの研究を実施し、20代から30代の若年者におけるメンタルヘルス不調および職場不適應の事例の類型化および対応について検討した。研究1では、若年層の全体的な相談利用の傾向を検討し、40代、50代と比べて自発的相談が少なく積極的なラインケアが重要であること、20代では仕事や人間関係の問題が不適性感として訴えられやすいことが示唆された。研究2では、事例類型化の対象となる20代、30代の面談事例77件に関して事例の特徴をより詳細に検討したところ、同じ若年層でも、20代、30代前半、30代後半では個人属性やストレス要因が異なることが示唆された。研究3では、20代、30代の若年者事例について診断名をキーに分類し、典型うつ病タイプ(タイプI、8例)、典型以外のうつ病タイプ(タイプII、10例)、適応障害タイプ(タイプIII、15例)、その他タイプ(タイプIV、10例)、診断なしタイプ(タイプV、31例)の5タイプに分類され、タイプIではメランコリー親和傾向の割合が高いのに対して、タイプIIIでは、回避傾向の割合が高く、ストレス要因として質的負担の訴えが多いという特徴が示された。そして研究4では、事例の質的分析より、各事例タイプの見極めおよび対応ポイントについてまとめた。

しかしながら、その課題として、まず、研究1と研究2から4の分析対象事例が異なっており、

性格傾向や背景要因を含む事例の詳細の分析に関して20代、30代と、40代、50代との比較ができていなかった。次に、H23年度に作成した類型表は、精神医学的診断名(診断書名)を主分類として、その後性格特徴や経過、治療への反応により下位分類を行ったため、類型数が合計9類型と多く、煩雑になっていた。また、現実には会社に提出する診断書に記載される診断名と実際の診断が異なる事例もあるため、事業場において事例の大まかな方針を立てるためには、事例の特徴や背景要因がより明確となる類型が望まれると考えられた。H23年度の課題を踏まえ、H24年度は以下の研究1から研究4を通して、産業保健スタッフ向けの若年者のメンタルヘルス不調に関する事例類型表および対応表を改訂することを目的とする。

研究1では、EAP面談事例を対象として、EAPの利用および事例の特徴に関する20代、30代、40代、50代の年代間の比較により、若年者におけるメンタルヘルス不調および職場不適應事例の特徴を検討する。研究2では、H23年度の診断名をキーとした類型表および類型別の対応表を事業場における対応に注目して整理し直し、若年者事例の各類型の特徴を量的に検討する。研究3では、改訂した類型別対応表を用いて、メンタルヘルス不調事例の対応経験を有する産業保健スタッフ等による事例検討を行い、対応表の現場での適合性や利用可能性について検討する。

B. 研究1 EAP相談利用者における年代別特徴の検討

1. 方法

(1)分析対象

関西の某EAP機関における2009年1月から2011年3月の面談事例のうち、終了した134

事例(男性 56 例、女性 19 例;平均 30.8 歳、 $SD=5.46$)を分析対象とした。主な業種は製造(9社、47.4%)、IT(5社、26.2%)、サービス(2社、10.5%)、その他(3社、15.8%)であった。事例に関して、EAP 機関に所属する臨床心理士で対象事例を担当した 8 名(男性 2 名、女性 6 名)に調査を行った。

(2) 手続き

カルテの記録より、事例の基本属性や相談経路、本人の訴えるストレス要因、精神医学的診断名に関して情報を収集した。また、臨床心理士を対象とした構造化面接により、①事例の概要、②不調の契機、③心理社会的アセスメントに基づく問題の背景要因、④職場での事例性、⑤事業場の対応のうち効果的と考えられた対応、⑥事業場の対応のうち問題を長期化させたと考えられた対応、⑦EAP での対応、⑧対象者の印象・性格特徴の評価に関して情報を得た。性格特徴や事例の背景要因の評価に関しては、構造化面接によって得られた情報をもとに臨床心理士 3 名によって評定した。

(3) 分析対象項目

①基本属性 性別、婚姻状況(未婚、既婚、離婚、不明の 4 カテゴリーのいずれかに分類)、居住形態(独居、家族同居、単身赴任、不明の 3 カテゴリーのいずれかに分類)、職種(技術、技能、事務、販売営業、不明の 5 カテゴリーのいずれかに分類)の 4 項目を用いた。
②相談経路 自分の判断で相談した「自発」と、上司、人事/労務、産業保健スタッフ等に勧められて相談した「紹介」の 2 カテゴリーに分類した。
③来談時の就業状態 初回来談時の就業状態に応じて、「就業」、「休職・休業」に分類した。

④不調の契機 本人の訴えに基づいて、「仕事」、「プライベート」、「両方」、「不明」の 4 カテゴリーに分類した。

⑤事例の背景要因 臨床心理士による心理社会的アセスメントに基づいて、事例の背景要因を社会的要因(本人の心理的問題よりも明らかな環境要因が存在すると考えられる事例)、生物的要因(身体的な基礎疾患やてんかんなど生物学的要因が主要因と考えられる事例)、心理的要因(顕著な環境要因が認められず本人の性格傾向や認知、行動傾向など心理学的要因が主要因と考えられる事例)の 3 カテゴリーに分類した。

⑥職場のストレス要因 本人の訴えに基づいて、量的負担、質的負担、コントロール、昇進・昇格・配置転換、人間関係、職場環境、技能の活用、仕事の適性、働きがい、職場以外の 10 カテゴリーそれぞれについて、有・無で評定した。

⑦性格傾向 担当臨床心理士から聴取した情報をもとに、自己愛、他責、回避、メランコリー親和型の 4 側面に関して、笠原(2010)および貝谷(2008)を参考に、それぞれ有・無で評定した。この 4 側面以外の性格傾向や面談時に受けた印象等については質的検討において使用することとした。

⑧診断書名 会社に提出した診断書あるいは主治医により告知されている精神医学的診断名をもとに、「うつ病」、「適応障害(抑うつ状態含む)」、「その他」、「診断名なし(受診の必要がない、あるいは受診したが疾病が認められない)」の 5 カテゴリーに分類した。

⑨連携 産業保健スタッフ、人事/労務担当、管理監督者のそれぞれについて連携の有無を分類した。

(4) 分析方法

年代を 20 代以下(19-29 歳)、30 代前半(30-34 歳)、30 代後半(35-39 歳)、40 代(40-49 歳)、50 代(50 歳以上)に分類した。分析対象の 9 項目それぞれに関する年代による割合の比較を χ^2 検定を用いて行った。 χ^2 検定の結果、有意差の認められた項目については、残差分析を行った。残差分析では、残差の絶対値 1.96 以上の場合、5%水準で有意差があると判断した。

2. 結果

属性に関して、20 代で女性の事例が多く、30 代後半で男性の事例が多かった。また、20 代以下では未婚の割合が高く、40 代、50 代では既婚の割合が高かった。職種では、20 代以下、40 代で技術職の割合が高く、30 代前半、50 代で事務職の割合が高かった。利用の特徴に関して、相談経路 20 代以下では紹介による相談、職場と EAP との連携有がそれぞれ 9 割以上と高いのに対し、50 代では自発の割合が高く、連携有の割合は低かった。ストレス要因に関しては、いずれの年代も人間関係の割合が最も多く、次いで仕事の質的負担の割合が高いという傾向は共通であったが、20 代以下では仕事の不適感性を訴える事例の割合が高かった。不調の契機に関しては、20 代以下では、不明の事例の割合が他の年代よりも高く、心理的要因が背景にあると考えられる事例が多かった。一方、30 代後半では仕事を契機とした事例の割合が、40 代では仕事とプライベートの両方を契機とした事例の割合が高かった。また 50 代ではプライベートを契機とした事例の割合が高く、心理的要因が背景にあると考えられる事例の割合は低かった。

性格傾向に関しては、30 代前半でメランコリー親和傾向の割合が高い他は有意差が示さ

れなかった。50 代では今回取り上げた性格傾向の評定項目に該当する事例は 2 事例のみであった。

診断書名に関して有意差は認められず、いずれの年代も診断なし、うつ病、適応障害の 3 カテゴリーに集約された。

3. 考察

結果より、20 代以下が他の年代と比較して、女性、独身者の割合が高い点、事例のほとんどが紹介による相談であり連携を伴う点、ストレス要因として仕事の不適感性の訴えが多い点が表示され、前研究と一致した結果が得られた。

精神医学的診断名については、年代によって差は認められず、うつ病、適応障害・抑うつ状態に集約されたが、不調の契機と背景要因に関しては各年代の特徴が顕著であった。30 代後半で仕事を契機とした事例が、40 代では仕事とプライベートの両方を契機とした事例が、50 代ではプライベートを契機とした事例が多かったのに対して、20 代以下では不調の契機が不明の割合が高く、背景要因として性格や認知、行動の傾向などの心理的要因と評価された事例が多かった。

20 代以下の事例の特徴に関しては、H23 年度研究における相談内容の分析から、同じ若年者であっても 20 代と 30 代とでは質が異なり、20 代では人間関係や仕事の質的負担などのストレスが「今の仕事が向いていないと感じる」、「望んでいた仕事と違う」、「続けていく自信がない」など漠然とした仕事の不適感性に転化されやすい可能性が示されている。本研究の結果は、H23 年度研究で得られた臨床的実感を裏付ける結果と考えられる。20 代と、彼らの上司の年代にあたる 30 代後半以降の年代とでは明らかに背景要因が異なっており、対応に当たって上司が若年者の訴えに共感しづ

らいケースや、本人に尋ねても明確なストレス要因が分からず困惑するケースがあることが推察される。

性格傾向に関しては、40代、50代を追加して分析した本研究においても、H23年度研究の結果と同様に、30代前半でメランコリー親和傾向の割合が高く、自己愛傾向や回避傾向、他責傾向については年代による差は認められなかった。ただし、50代ではこれらの性格傾向に該当する事例数が極端に少なかった。この年代でプライベートを契機とした相談事例が多く、背景に心理的要因と評価された事例の割合は低かったことを踏まえると、この年代におけるEAPの利用は、現実的な問題解決を主目的としたものであることが示唆される。

以上より、若年者と年長者の事例では、診断名に顕著な違いはないが、その背景や質が異なっており、事業場で対応を検討する際には、若年者の特徴を踏まえることの重要性が示唆された。

C. 研究2 EAP相談における若年者事例の類型表の改訂と各類型の特徴の検討

1. 方法

(1) 事例類型表の改訂

① 分析対象事例

研究1の対象事例のうち、40歳未満の相談事例89事例(男性66例、女性23例、平均 30.87 ± 5.46 歳)を抽出し、分析対象とした。

② 類型表の改訂手続き

前研究で作成した9つの事例類型および類型別の対応表について、事業所での対応に主眼を置いて臨床心理士3名で検討して整理を行い、類型の名称も対応に主眼を置いた名称に改訂した(表1)。まず、前研究の9類型について、どちらかといえば医療および産業保健スタッフがイニシアチブをとり症状管理に重

点を置いて対応がされる「医療重点型」と、どちらかといえば職場や人事担当者がイニシアチブをとり環境調整や労務管理に重点をおいて対応がされる「労務管理・人事対応型」とに二分した。

「医療重点型」には、旧タイプI「典型うつ病」、旧タイプII-1に含まれた双極II型障害、旧タイプII-2「身体の基礎疾患を伴ううつ病」、旧タイプIV「その他疾患」のうちのアルコール依存症、ナルコレプシー等身体因のある睡眠障害が該当した。旧タイプIは、服薬・休養を中心とした従来型の対応によって改善したうつ病の事例群であるのに対して、旧タイプIVは従来型の対応だけでなく、各疾患に特有の症状を長期的に管理していく医療的支援が必要となった事例群であり、両タイプの病態や対応のポイントは異なると考えられた。そこで、旧タイプIを「タイプI 休養・服薬中心タイプ」とし、旧タイプIVを「タイプII 症状管理タイプ」とした。

「労務管理・人事対応型」には、旧タイプII-2「性格等個人要因の関与の強いうつ病」、旧タイプIII-1「明らかな社会的要因による適応障害」、III-2「性格等個人要因の関与の強い適応障害」、旧タイプIV「その他疾患」の不安障害、パニック障害、自律神経失調症、パーソナリティ障害、旧タイプV-1「診断なしの職場不適応」が該当した。

このうち旧タイプIII-1は、パワーハラスメントや大きなライフイベントなど客観的にも明らかな社会的要因が存在しており、職場環境や生活環境の調整によって改善が見られた事例群であり、タイプV「環境調整タイプ」とした。その他のタイプは性格要因の関与が強く対応が類似していたため、III「自律促進タイプ」としてまとめ、疾病性の有無によってIII-1「疾病あり」、