

Ⅲ-2「疾病なし」の下位類型に分類した。また、旧タイプⅢ-2のうち、背景に発達障害傾向を想定した対応がなされていた1事例は、性格要因の関与が強い事例とは基本的な対応方針や対応内容が異なると考えられたため、タイプⅣ「発達障害への支援タイプ」とした。なお、旧タイプⅤ-2「診断なし・個人的な問題解決のためのカウンセリングタイプ」は、職場での事例性および疾病性は示されず、個人的なカウンセリングのみで終結した事例群であったため、「カウンセリング重点型」と独立させ、タイプⅦ「個人的カウンセリングタイプ」とした。タイプⅦについては、事業場における対応は必要ないため、以降の類型別対応表作成のための分析からは除外することとした。

以上より、医療重点型の「タイプⅠ：休養・服薬中心タイプ(8事例)」、「タイプⅡ：症状管理タイプ(5事例)」、労務管理・人事対応型の「タイプⅢ-1：自律促進・疾病ありタイプ(33事例)」、「Ⅲ-2：自律促進・疾病なしタイプ(17事例)」、「タイプⅣ：発達障害への支援タイプ(1事例)」、「タイプⅤ：環境調整タイプ(8事例)」の計6類型に関して以下に分析を行った。

(2) 各類型の特徴に関する量的分析

①分析対象事例

再分類された6タイプのうち、タイプⅡとⅣは事例数が極端に少ないため量的分析からは除外した。タイプⅠ、Ⅲ-1、Ⅲ-2、Ⅴに含まれる66事例(男性48例、女性18例、平均 30.74 ± 5.20 歳)を分析対象とした。

②分析方法

タイプⅠ、Ⅲ-1、Ⅲ-2、Ⅴに関して、研究1と同様の9項目のそれぞれに関して χ^2 検定を行った。また勤続年数に関しては事例タイプを要因とする分散分析を行った。

2. 結果

89事例のうち、タイプⅢ-1(自律促進・疾病ありタイプ)が33事例(37.1%)と最も多く、次いでタイプⅢ-2(自律促進・疾病なしタイプ)が17事例(19.1%)であり、タイプⅢが56.2%を占めた。

タイプⅠ、タイプⅢ-1、タイプⅢ-2、タイプⅤについての χ^2 検定の結果、基本属性に関しては、年代間の有意差は認められなかったが、平均勤続年数は有意差が認められ、タイプⅤがもっとも長く、タイプⅢ-2が最も短かった。その他、性別や婚姻状況等の属性に関しては有意差が認められなかった。

ストレス要因に関しては、タイプⅢ-1では仕事の質的負担の訴えが高く、タイプⅤでは上司・同僚以外の「その他の人間関係」の訴えの割合が高かった。不調の契機に関しては、タイプⅠで仕事とプライベートの両方である割合が高かった。性格傾向に関しては、タイプⅠでメランコリー親和傾向の割合が高く、タイプⅢ-1で自己愛傾向、回避傾向の割合が高く、タイプⅤでは自己愛傾向、回避傾向の割合が低かった。職場との連携に関しては、タイプⅢ-1において産業保健スタッフとの連携の割合が高かった。

4. 考察

医療重点型よりも労務管理・環境調整型の事例数は多く、なかでもタイプⅢ(自律促進タイプ)が半数以上を占めた。また、各事例タイプの特徴に関する量的検討の結果(Table4)より、各事例タイプの特徴をまとめると、まずタイプⅠ(休養・服薬中心タイプ)では、メランコリー親和傾向の割合が高く、不調の契機が仕事とプライベートの両方である事例の割合が高かった。タイプⅢ-1(自律促進・疾病ありタイプ)では、仕事の質的負担の訴え、自己愛傾向、回避傾向、産業保健スタッフとの連携の割合

が高かった。タイプⅢ-2(自律促進・疾病なしタイプ)では、勤続年数が最も短かった。また、タイプⅤ(環境調整タイプ)では、勤続年数が最も長く、上司・同僚以外との人間関係の訴えが多く、自己愛傾向、回避傾向の割合はともに低かった。

以上の結果より、若年者事例においては、症状に対する治療中心の対応や環境調整のみの対応で改善が図られる事例は少なく、人事・労務担当者や管理監督者が社内外の専門スタッフと連携をとって方針を決め、「個人を育てていく対応」が求められる事例が多いことが示唆された。20代から30代前半は、発達心理学の生涯発達理論において青年期から成人前期に該当するとされ、職業や他者との関わりの中から、「自分が何者で、何になるのか」、あるいは「他者の役に立つのか」といったアイデンティティの確立や職業・ライフスタイルを模索する時期と位置づけられている(岡本・平田・岩重, 1998)。この時期に、「メンタルヘルス不調」状態に回避したまま職場経験が重ねられないことは、心理的発達においてもデメリットが大きい。本人の回避性を助長しない支援が重要となることが示唆される。

以上のように、本研究では、事業場での対応に主眼をおいて類型を整理した結果、各類型が顕著に異なる結果を示した。前研究の類型では、旧タイプⅠ(典型うつ病タイプ)でメランコリー親和型傾向の割合が高く、旧タイプⅢ(適応障害タイプ)で質的負担の訴えが多く、回避傾向の割合が高いという特徴が認められたものの、タイプⅡ(非典型うつ病タイプ)やタイプⅤ(診断なしタイプ)に関しては顕著な特徴が認められていなかった。この点は、本研究の類型方法によって、事例の臨床像が捉えられていた可能性を示唆し、本研究における類

型の適切性の一端が示されたと考えられる。一方、本研究において、タイプⅣ(発達障害への支援タイプ)に該当する事例は1事例と少なかった。発達障害に関しては、最近メンタルヘルス不調の背景要因の1つとして注目されている。例えば、永田・堤・中野・中村・森(2012)は、産業医経験を有する精神科医を対象とした調査で、職域でのメンタルヘルス不調者対応の経験のある医師35名のうち20%が広汎性障害の「診断」を受けた事例への対応を経験し、42.9%が「診断」はついていないが広汎性発達障害が疑われる不調事例への対応を経験していることを報告している。また、都道府県の発達障害者支援センターにおける成人の相談は、2005年には約3100件であったのが2010年には6.5倍の約2万件に増加しているとの報道がある(日本経済新聞, 2011.12.15)。このような状況を踏まえると、本研究におけるタイプⅣの該当事例は少ない。この点に関しては、本研究の対象がEAP相談事例でかつ倫理的配慮から終了事例に限られていたことが影響した可能性がある。本研究においても調査対象である臨床心理士8名全員が、診断がついている、あるいは発達障害が背景に疑われる事例の経験を有していたが、分析対象期間外よりも前の事例や、休復職の繰り返しや長期フォローの必要性から現在も継続中であった。また、成人の発達障害では、二次障害としてうつ病、適応障害、不安障害、人格障害などの精神疾患が併発しやすく(星野, 2011)、社会的問題が「重ね着」されているケースが少なくない。事例の具体的な特徴や対応のポイントについては、本研究の対象事例以外で得られた臨床知見を含めて検討する必要がある。

D. 研究3 若年者のメンタルヘルス事例

類型表・対応表（暫定版）を用いた事例検討会

1. 方法

(1) 日時、場所

平成 24 年 12 月 20 日の 18:30 から 20:30 の間、関西福祉科学大学 EAP 研究所において検討会を実施した。

(2) 参加者

事業場でのメンタルヘルス不調者対応の経験豊富な産業医 2 名、産業保健スタッフ 2 名、人事労務担当者 3 名の計 7 名に協力を依頼した。

(3) 進め方

検討会に先立ち、司会者から研究の主旨を簡単に説明したのち、類型表・対応表の使用法を解説した。その後、EAP における若年層メンタルヘルス事例を 2 事例提示し、各グループで類型表・対応表へのあてはめを 30 分間で検討、検討結果をグループごとに発表してもらい、全体で事例のタイプと対応について討議した。

2. 結果

(1) 事例 T さん: 27 歳、男性、IT 企業の技術者、未婚、独居

T さんは大学院修了後新卒で入社し 3 年目。開発部署にプログラマーとして配属された直後から、チームの指導者である先輩から怒られる事が多く、自信をなくし萎縮するようになった。ミスが多く、次第に負荷の軽い業務しか任せられなくなった。先輩から叱責されると翌日休むことが続いていたが、「仕事が辛くて」退職したいと上司に相談。上司は EAP での相談を勧めた。EAP から心療内科に紹介して受診、「うつ病、過敏性大腸炎」との診断書を提出し休職となった。分担研究者側としては、人格や社会性が未熟で回避的な行動傾向をもつため、タ

イプⅢの成長支援タイプを想定していた事例であった。

①A グループ

A グループはタイプⅢの成長支援タイプをあてはめた。従前の適応は良好とはいえず、先輩からきつく言われて不適応状態となっており、うつ病との診断書名であるが適応障害レベルであり、復職にあたっては環境調整とともに本人の成長を支援することが必要な事例との理解であった。さらに、先輩とはコミュニケーションが難しいが、上司とはコミュニケーションがとれるということなので、上司が適切なかかわりを持つことで成長を促すことが可能。事例対応としては、まずは初期対応として“休養”させ、休・復職支援対応としては“業務の質的負荷の調整”と“慎重な配置転換の検討”、フォローアップでは“自信を回復させて段階的に目標達成を促進”を選択した。

タイプ分けの決め手としては、診断書名はうつ病であるが、症状がストレス反応レベルであることや希死念慮などがないことから、うつ病のような休養・薬物療法・励まさないという対応でなく、本人の成長支援が中心のタイプであると判断していた。

②B グループ

B グループでは、タイプⅥの指導・教育タイプをあてはめた。先輩が怒ると休み、悪循環になっていることから、対人緊張が高く未熟なタイプである。うつ病との診断書名が気になるが、先輩の叱責もパワハラという程ではなさそうなので、成長支援タイプというよりは教育・指導タイプが適切と思われる。業務遂行能力が低く、環境調整が必要とはいっても復職後の受け入れ先を探すことが難しいであろう。

事例への対応としては、初期対応として“休養”させ、次に“マネジメント方法の見直し”を

行う。タイプ分けの決めてとしては、仕事の調整によって成長を促せるタイプではなく、そもそも能力的に問題がある点。能力や適性を見極めて、指導や教育をしていく必要がある。

事例 T さんのあてはめに関して、タイプⅢの“成長支援”とタイプⅣの“指導・教育”は言葉が似ているので、分けにくさがあり、タイプの違いがはっきりわかるようなネーミングにすべきであるとの意見がでた。大いに参考となる意見であり早速タイプ名の変更を検討することにした。

(2) 事例 U さん: 30 歳、女性、IT 企業の技術者、未婚

U さんは大学時代から頑張り屋で行動力もあつた。これまでの適応もよく業績を上げてきたので、年齢は若いですが、小規模なプロジェクトで協力会社の人をまとめ、予算や時間管理などのマネジメント業務もすることになった。技術的にも経験的にも上位の協力会社社員 Y さんが、そのサポートをすることになったが、20 分ごとに進捗を管理するという過度に厳しい指導をおこなったために、抑うつ状態を呈し休職となった。分担研究者としては明確な環境要因 (Y さんの厳しい指導) があり、タイプⅤの環境調整中心タイプを想定していた。

①A グループ

A グループはタイプⅤの環境調整中心タイプをあてはめたが、タイプⅠの休養・服薬中心タイプと迷ったとのことであつた。ほかの仕事はしっかりできていたので、能力や技量だけの問題ではないし、これまでの業績もあるので、環境調整を適切に実施すれば初めての挫折を克服できるのではないかと。

対応として、初期対応は“しっかり休養させ、薬物療法も受けさせる”というタイプⅠのような対応が必要である。環境調整については、パ

ワハラとはいわないまでも、それに近いプレッシャーを受けていることや、Y さんにつくまではよく適応できていた点から、指導の仕方に問題があると考えられるので、Y さんに“かかわり方を変えてもらう”ことで、うまくいく可能性が高い。

②B グループ

B グループではタイプⅠの休養・服薬中心タイプをあてはめたが、タイプⅤの環境調整中心タイプと迷ったとのことであつた。環境調整中心タイプを選択するのはパワハラなど環境面で明確な問題がある場合であろうと考えられ、Y さんの対応は通常の指導の範囲であり大きな問題とはいえない。その Y さんの指導で病的な状態に陥ってしまったことからタイプⅠとした。対応については、まず初期対応として“休養”させ、復職の際には“業務負荷の軽減を行い、段階的に負荷をあげる”ことが求められる。

20 分ごとの進捗チェックという Y さんの指導は行き過ぎており、客観的に見て明らかな環境要因とはいえないかどうかについて司会者から問題提起した。これをパワハラのような環境要因と捉えるとタイプⅤになり、そうではないとするとタイプⅠになることから、パワハラの見極めという高度な判断がタイプわけに要求されることになり、類型表へのあてはめの難しさの一端を垣間見ることができた。

また、事例の U さんはもともと適応もよく、頑張り屋の良い人という印象を対応する側が持つ。一方、先ほどの事例 T さんはだめな人という印象。対応者の受ける印象も類型表に盛り込んだ方がわかりやすいという意見がだされた。タイプⅠの印象について司会者から尋ねたところ、人事担当者から最後まで頑張るいい人で、弱音を吐かず、周りが変化に気付いてあげないといけないという印象を持つと、メランコ

リー型の特徴を述べた。

類型表にはすでに一部、対応者の印象についての情報を盛り込んでいたが、誤解のないように参考として項目出しするのがよいのではないかと考えられた。

(3) 全体討論

① 病名、診断名、診断書名

・類型表にうつ病、抑うつ状態と記載されているが、このニュアンスが解りにくいのではないか。

・事例 T さんはうつ病の診断がついているが、実際はうつ病ではないという話であったし、診断名に惑わされるのではないか。

→以上の意見に対して、司会者から類型表に記載されているのは、診断名ではなく診断書名であることを説明した。

・現場では診断書の診断名は信頼していないので、類型表の並び順として、診断名を最後にもってくる方が現場の感覚にはあっている。

・現実は何んでもかんでもうつ病・うつ状態が上がってくるため、診断書名が信用できるのかと考えている。

→診断書名に不明点がある場合、主治医に直接問い合わせるかを問うたところ、産業医を通じて詳しい病態を問合せしたり、産業保健スタッフが同伴受診して確かめるようにしているところもあった。

② 類型表へのあてはめ方法

・現場で使いやすいものにするには、チェックリスト方式でタイプ分類できるとよい。人事の査定チェック表のような方法で使えたと便利。専門家がいらないなかで、どうすれば適切に使えかを考えて作ってもらえると助かる。

・最初のタイプ分類を間違ってしまうと、そのまま対応も間違ってしまうことになるので、タイプ分類をいかに適切にできるかを工夫する必要がある。

・事例 T さんがタイプ IV の発達障害への支援タイプの可能性を考えたがやめた。というのは、事例 T さんは変わり者だが、タイプ IV の特徴が全てあてはまると、あまりに変わっている者のように思われ、そこまでではないと結論付けた。

・当てはまらないところが多いと、逆に見逃す恐れがある。チェックリスト形式にして、あてはまる点に注目できるようにすれば解決するのではないか。

・タイプ分類におけるポイントは、指導で業務ができるようになるのか、それとも能力的にどれだけ指導しても業務遂行できないのか、という点であると思う。そこをチェックできるようにすべきではないか

③ 類型表のタイプ数

・多いほうが迷うし、タイプ分類を間違うと対応も間違ってしまうことになる。

・完全に特定してタイプ分類するよりも少し大まかにすべき。

・タイプを間違うリスクは大きいので、大まかな分類方がよいかもしれない。

④ 類型表へのあてはめを間違わないための工夫

・診断書の病名に加えて、背景に潜む本当の病名(見立て)も書いていいのではないか。タイプごとに背景として考えられる疾病・障害も記載していた方が分類する際の参考になる。

・やはり、チェックリストが有効。

⑤ 対応表

従来の職場での不調者対応はタイプ I のメランコリータイプを想定し、多様なメンタル不調者に対してタイプ I の対応のみが施されてきたことが問題である。類型表・対応表(暫定版)をうまく活用して対応の適切性を高めたいので、改善すべき点について意見をもらいたいと司

会者が発言した。

・現場サイドの意見としては対応といっても、治療のやり方はさほど必要ない。しかし、職場での情報を専門家に伝えることは必要。また、復帰した後でどのように対応するか検討するための資料も必要。つまり入り口の部分と出口の部分の対応について知りたい。

・対応においてタイプⅠとは別の対応が必要な部分だけを強調する方がよい。対応を間違わないようにするために。

・タイプⅠかタイプⅢかわからない場合は両方の対応をすればよいということなのか。

→事例に応じてどの対応を優先的に行うか考えて、結果的には両方の対応をしてよい。

・やっつけられないことを書いてもらう方がよい。「問題を長引かせると考えられる対応」のところを進展させて、やっつけられない対応リストがあれば便利。

・経過を追っていくと、症状は変わってくることもあるので、最初はタイプⅠの対応をして、その後、タイプⅢの対応をするというようなことが現実的かもしれない。

・最初の大分類で医療中心と人事労務対応中心に分かれるが、ここからもう少し中分類に分かれれば有難い。

・現場では、症状が出て診断書を持ってきてからがスタートになることが多く、まずは医療からスタートすることが多い。

→事例化し治療対象となっている場合は、まずはタイプⅠの休養・服薬中心の医療的対応から始め、回復期に入るところからタイプの見極めを行い、それぞれのタイプに応じた対応を検討していくという方法が適切であろうと結論づけられた。

⑥その他

・タイプⅡの管理タイプの中に睡眠障害が入っ

ているが、睡眠障害はメンタルヘルス不調者に広く認められるものであり、なぜ、タイプⅡだけなのか。

→タイプⅡの睡眠障害とはナルコレプシーのことを指すが、紛らわしいので変更する。

・人事担当者、産業保健スタッフの教育用にも有効に使えるのではないかと。

→この活用法は想定していなかったが、確かに大変よいツールになると思う。

3. まとめ

経験豊富な産業医・産業保健スタッフ、人事労務担当者の協力を得て、若年層メンタルヘルス事例への類型表・対応表(暫定版)による2事例のあてはめを行い、開発中の類型表・対応表(暫定版)の有用性および使用感を検討した。

その結果、ほぼ想定した事例タイプにあてはめることができ、経験豊富な職場関係者においては、類型表・対応表を適切に使用できることがわかった。しかし、事例タイプの名称の紛らわしさや、明確な環境要因かどうかの判断(パワハラか否か)が必要とされるなどの問題、当てはまる項目が少ない場合の見逃しなどの問題点も指摘され、類型表・対応表のさらなる改良が求められた。また、類型表で間違ったタイプを選び、対応が不適切になるリスクをいかに回避するかについても有意義な議論がなされた。この議論および先行研究における知見(廣, 2012; 永田他, 2012; 永田, 2012)を参考に類型表・対応表を改良し、類型表・対応表の最終版(表 2)、および活用の流れ(図 1)を作成した。今後さらに改良していければと考えている。

また、類型表・対応表の想定外の使用方法として、産業保健スタッフや人事労務担当者の教育ツールとしても有用であるという意見が出さ

れ、一次・二次予防における活用の可能性も示唆された。類型表・対応表の普及の中で、幅広い予防領域に活用されていくことを期待する。

表1. 各事例タイプ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 •周囲が支援をされ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念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 (非典型的なうつ病タイプ)	<ul style="list-style-type: none"> •それまでの適応は良好とはいえない •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
	タイプ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)	<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"> •中立てない対応、不平等な対応→不信感を招く •ほったらかし
	タイプ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 •休業だけではなく、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)	<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にするなどの配慮の検討 •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→ますます混乱するケースが多い
	タイプ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 •プライベートへの配慮 	<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
	タイプⅤ-3	<ul style="list-style-type: none"> •特になし 	<ul style="list-style-type: none"> •自殺発生前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と同様 	タイプⅢ-1と同様

表2. 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□に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 •きつかけとして、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 •支援を求めている手元がある 	<ul style="list-style-type: none"> •初発段階で能率低下や動息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→休養・復職支援(再発予防)→業務配慮 	<ul style="list-style-type: none"> ●初期対応 □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 □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 □休養が必要な場合は、速やかに休業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 □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、健康、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 □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 □身体・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 □家族との連携を深めておく ●休養・復職支援 □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 □定期的に服薬・受診の確認、体調や気分など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取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
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 •質的負担を訴えることが多いが、周囲には負担感が了解しづらい •素直で手じめだが未熟なタイプ(言語力が苦手、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様、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/苦手さ) •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」といった二面性をうかがわせる印象 	<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/休業中)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 □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 □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 □本人が自助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 □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 □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 □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、適性にあつた配置 	<ul style="list-style-type: none"> •本人の特徴を無視した対応や感情的な叱責、説教、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身的な対応 •置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"> •勤続年数が短い •不調の訴えはない/ストレス反応の範囲 •本人も何が問題か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、依存的、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、接し方や指導法を見直し、適性を見直し、実態から運動できるようにするなどの配慮の検討 •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"> ●マネジメント方法の見直し □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) □サポート手を増やす(実態の支援を得る、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 •精神論や叱責、説教によって改善を求める 	なし
V 環境調整タイプ	IV 発達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過ごすことが多い •独りごちりな正義感やこだわりを示し周りが痺れてしまう •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偏りがある 	<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脱線したくなる •「変わった人」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 •精神症状が落ち着いた後も、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:本人の特徴を伝え、職場環境の調整や業務の見直し、適正配置等を検討。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 □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を確実に。 □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働き方や働き方の工夫をする。 □苦手な業務、職場環境等について、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、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 ●二次的なメンタルヘルス不調への対応 □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 □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、説教 	適応障害、抑うつ状態
		<ul style="list-style-type: none"> •それまでの適応はよい •密視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不調者が出るなど明らか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 □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が対応 □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 □本人に対してはタイプIに準ずる □復帰時に環境調整を行う 	<ul style="list-style-type: none"> •中立的でない対応、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。

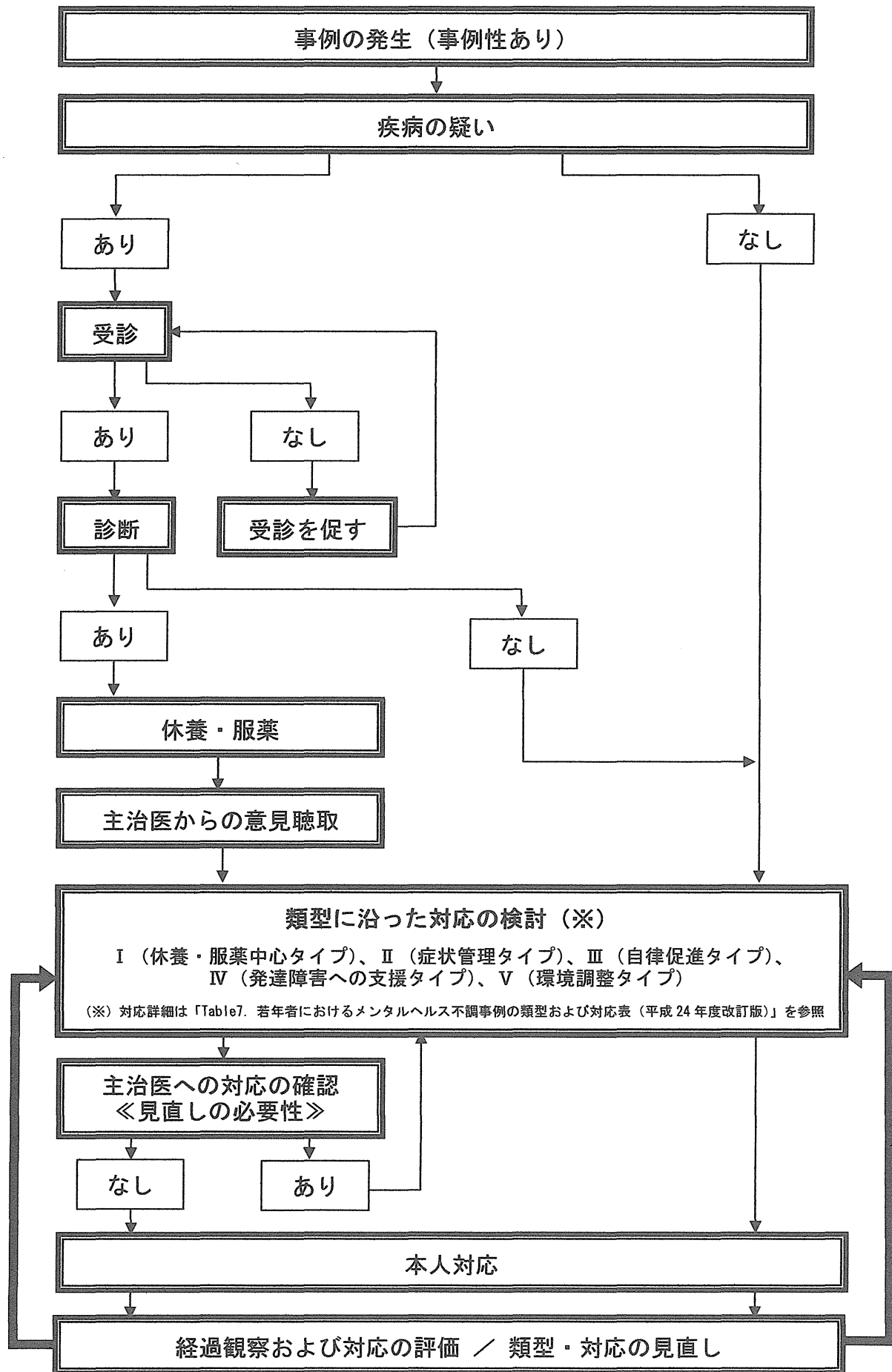


図1 「若年者におけるメンタルヘルス不調事例の類型および対応表（表1）」活用の流れ

《図 1 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。

Ⅲ. 病態別にみたメンタルヘルス不調者の対応のあり方に関する検討

1. いわゆる「新型うつ」

① いわゆる「新型うつ」の職場における対応に関する文献レビュー

研究協力者 田口 要人

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

今日、職場におけるメンタルヘルス不調者の増加が著しい。特に、抑うつ状態を呈する不調者の増加は問題の一つとなっている。この増加の背景には、臨床場面で議論され、社会の関心も高まっている「新型うつ病」の増加が関係していると思われる。

「うつ病」という言葉が過剰に浸透しすぎて事態を複雑にしており、産業精神保健は「うつ病」という言葉から離れる必要があるかもしれないという意見もみられる。これをめぐっては、本当にうつ病なのか、その一部は適応障害ではないかなどの議論もあり、さらには発達障害や人格障害を伴ったケース、うつ病論の混乱を招いている。

職場のメンタルヘルスでは、様々な不調を呈する労働者への日頃の接し方、休職中や復職時の対応、復職後の接し方などが問題となる。本研究では、「新型うつ病」とその周辺に対象とする病態を絞って、それらに関する現在の議論を整理し、職場での対応について検討を行った。

B. 研究方法

職場で問題となりがちな抑うつ状態、特に「新型うつ」と称されるような病状を呈する労働者への日頃の接し方、休職中や復職時の対応、復職後の接し方を中心として、現在の議論を文献的に整理し、職場での対応の実際について考察を試みる。

C. 研究結果と考察

1. 精神医学・精神科臨床上の問題

医学中央雑誌で「新型うつ病」の検索をかけると、6件が該当した(2011年2月7日)。もともと学術的な用語ではなく、マスメディアなどで多用されることもありさまざまな誤解を招いている。多くの場合、若年層を中心によくみられるメランコリー親和型性格に当てはまらないうつ病像のことを指している。新型というものの、日本では少なくとも1975年の笠原・木村による「うつ状態の臨床的分類に関する研究」にⅢ型(葛藤反応型うつ病)やⅣ型(偽循環病性分裂病)、Ⅵ-3型(若年のうつ状態)として同様の病像がはっきりと記述されている。ましてやうつ病の軽症化はそれ以前から議論されており、最近「新型」として取り沙汰されているような全く新たな疾患概念を議論しているわけではない。そもそものうつ病の概念自体も、内因性、神経症性、反応性などをめぐって精神医学の分野では議論されていたが、DSMなどの操作的診断が登場し、その議論を一旦保留する形となっていた。

2005年に樽味が報告した「ディスチミア親和型」という表現が、本人の意図とは異なるかたちで現在世間に広く流布されたため、新たなタイプのうつ病が流行している印象をもたれるようになったと考えられる。併せて1999年以降の自殺増加に伴う自殺対策への取り組みの一環としてうつ病に注目が集まり、啓発活動の効果もあって社会的関心が高まり注目を集めるようになった時代背景も関係していると思われる。いつ

からか「新型うつ病」の言葉に置き換わってしまった「ディスチミア親和型」などの若年層の議論を整理するために、樽味の論考を手掛かりに「退却神経症」、「逃避型抑うつ」、「未熟型うつ病」のキーワードを拾いあげた。それらの文献からさらに「現代型うつ病」、「職場結合型うつ病」、「非定型うつ病」、「職場不適應症」、「適應障害」のキーワードを医学中央雑誌で検索し64件のヒットが得られた。そのうち18件の論文を精読し、引用されていた論文と「パーソナリティ障害」、「発達障害」に関する論文を加えた。

1) 退却神経症

笠原が1970年代から神経症の新しいタイプとして提案した。症状の特徴は、無気力・無関心・無快楽を主訴とし、耐えがたい不安、焦燥、抑うつ、葛藤などの（神経症にはかならずあるとされた）主観的苦痛の体験を前景に持たず、本業からの退却がみられる。第三者から本業的生活部分を矯正されると神経症性の不安を呈するが、本業から退却していれば不安はなく、本業以外の生活は無気力ではない。性格について、几帳面でやや強迫的、他人に拒否されることへの過度の敏感さを持ち内向的、自己愛傾向があり他人の心配にも無関心が特徴とされる。治療として、本人に無関心と戦うことを勧め、治療者としては、単なる怠けとの区別をつける診断学を持ち、「うつ病近縁の部分」に着目し、機に応じて薬物療法もよい。頻回な面接は防御を固くさせ、中断しやすくとされている。

2) 逃避型抑うつ

広瀬が1977年に提唱した。症状の特徴は、連休後や月曜日に欠勤しがちで、職場恐怖

の症状が出やすい。抑うつ気分や希死年慮は目立たず、おっくう、だるさなどの抑制が前景に出て、寝込みから欠勤に至る。ただし、身体症状や心気症状はみられない。週末は早起きして外出やドライブなど活発に過ごす。性格について、他人の評価には過敏だが、会社や上司を攻撃するほどの精力性はない。自己愛的でプライドは高い、典型的には30歳前後の高学歴の男性が圧倒的に多い。治療として、初期はしばらく逃避を許容することが望ましい。抗うつ薬の効果を初期にはある程度みとめるが、次第に目立たなくなる。境界パーソナリティ構造レベルであることがほとんどで、力動的な精神療法は有効ではない。会社との連携を密にして、行動療法を含めた支持的および指示的精神療法を粘り強く行う必要がある。

拒絶への過敏性はDSMの非定型うつ病と共通した特徴であるが、職場の問題が取り上げられないことが根本的な違いであると指摘している。ディスチミア親和型うつ病とは自己愛性格的要素や規範を嫌う、頻回ないし長期欠勤になりやすい若年労働者という点、は共通しているが、上司との一体感を求め、それが得られれば軽躁状態ともいえる仕事への没頭がみられる点では本質的に異なるとされている。

3) 未熟型うつ病

阿部が、成年期に発症する双極Ⅱ型障害の一タイプとして1995年に提唱した。家庭の中で保護され葛藤の少ない生活史を持つ20代後半から40代の男女に好発する。最初のうちは何事もなく過ごす、職業上ないし家庭生活上の挫折や葛藤が発症契機となる。症状としては、当初は内因性の形態

をとるうつ病であるが、遷延したり病相を繰り返すと、不安や焦燥、パニック発作、身体症状が出現し混合状態を呈しやすい。自責に乏しく、他者を攻撃する傾向がある。ストレスから棚上げされると軽躁状態になりやすい。治療としては、急性期は一般的なうつ病と同じく休養が原則である。その後の経過で躁的な要素が明確になれば気分安定薬を追加して抗うつ薬を中止する。明らかに現実逃避の傾向が顕著になった場合は、本人の抱えている問題に早く直面化させ、社会復帰をサポートしていく。原因となった職場状況や対人関係などが改善されない限り、抑うつ症状は一進一退となる。

逃避型抑うつと似ているが、不安が優位で希死念慮が強い点が異なる。Davidsonの非定型うつ病のように不安が優位なA型と、軽い制止や過眠過食が優位なV型と比較すると、前者が未熟型うつ病、公社が逃避型抑うつの特徴を持っているかもしれない。10代後半から20歳前後のより未熟な病態では、境界性人格障害と気分障害の共存や鑑別が必要になり、それをBPD様双極II型としている。阿部は同年代で、躁的要素や行動化に乏しく回避的な傾向が強い一群がディスチミア親和型に相当すると考えている。

4) 現代型うつ病

この名称を論文で使用した松浪は、新しい概念の提唱を目的としたのではないと述べている。軽症内因性うつ病には従来の特徴と異なる一群が存在し、これを「現代型」としてまとめた。DSM診断分類ではなく、従来型の診断分類で考察しており、逃避型抑うつを内因性うつ病と断ったうえで、現代型のプロトタイプとしている。強いてDSM

でいえば、メランコリー型の特徴を伴う一群の辺縁型と位置付けている。また、組織への一体感のなさや自分のペースにこだわる点は類似しているとしている。

5) 職場結合性うつ病

加藤が提唱した。職場での仕事が過剰であるために生じるうつ病という視点から論じられており、少し趣が異なる。ドイツのTellenbachがうつ病の発病状況を「自分の要求の背後に取り残される」レマネンツ(負目性)と見定め、発病後の患者存在のあり方を罪責に求めた。しかし、現代では「(会社、上司といった)他者の要求の背後に取り残される」レマネンツに特徴づけられ、罪責の意味方向が希薄となり、攻撃性が表面化する傾向があるとしている。

治療として、まず心身の休息のための臥床療法的アプローチを行う時期、次に自己実現の体験のレベルを上げながら積み上げていく時期の二つに分けている。職場復帰にあたっては、職場との連携が必要であるとしている。

6) ディスチミア親和型うつ病

2005年に樽味によって提唱され、最近のうつ病への関心を高める契機になったと思われる概念。症状は、不安全感と心的倦怠を呈し罪業感は薄く、時に他罰的である。性格は、規範に対してストレスであると抵抗し、秩序への否定的感情と漠然とした万能感、もともと仕事熱心ではないなどの特徴が挙げられる。治療としては、チューニングとラポールを確立しつつ、人生全部を委任されないように気を配る。主役は抗うつ薬ではなく、あくまで受療者自身であることをふとした時に確認する。本人が洗濯や行動で工夫したことを取り上げ、それがよ

かったことを映し返す作業を続け、心的弾力性を刺激する。

樽味自身は、退却神経症、逃避型抑うつ、未熟型うつ病との関係について厳密な論考を要すると述べている。これまでに指摘されてきた「男性に多い」「高学歴」「過保護な環境」といった特徴は崩れ、性別、学歴、環境ともかなり汎化している。抑制症状よりは、回避行動が基本である点は逃避型抑うつと異なる。躁状態や混合状態は把握しにくい点が未熟型うつ病と異なる。笠原や広瀬の記述と異なり、希死年慮がしばしばみられ、自傷行為も少なくない。元来、適応障害、抑うつ神経症、ヒステリー、アパシー、不安障害や解離性障害といったカテゴリーに分類された一群のうち、抑うつ成分が大きいものを指している。従来うつ病ではないとしている。

7) 非定型うつ病

非定型うつ病は、それまで神経症あるいはパーソナリティの病理とみなされていた軽症慢性うつ状態群の一部に MAOI の効果がみられたことに端を発する概念である。従来うつ病とひとくくりにしにくかったという点でこれまでの議論と重なる部分が多い。非定型うつ病が新型うつ病として取り上げられることもある。海外では内因性の議論より、非定型うつ病に関する議論が盛んである。大きく二つの立場があり、一つは単極性非内因性うつ状態と捉える立場、もう一つは双極性障害にみられるうつ状態と捉える立場である。前者の立場にはさらに二つあり、Columbia 大学のグループは「気分の反応性」を必須条件とし、New South Wales 大学グループは不安症状と対人関係における拒絶過敏性の重要性を主張する。

後者にも二つあり、Pittsburg 大学のグループは非定型の植物症状と鉛様麻痺を双極性障害の標徴として重視し、ソフト双極スペクトラム研究グループは、非定型うつ病の諸症状を双極Ⅱ型障害あるいはソフト双極スペクトラムの文脈で理解するという。女性に多いという特徴のためか、職場との関連に触れた論文が少ない。多田らは症例研究の報告の中で、非定型うつ病は社会恐怖の合併が高く、うつ病発症に先立って不安症状が存在するため、職場に過剰適応していた人が含まれる内因性うつ病とは対照的であると言及している。

8) 職場不適応症

職場不適応の概念を最初に提言したのは小沼とされている。現代の社会生活・私生活と労働の諸条件の不具合などすべてが絡み合って、「職場不適応と職場不適応症」を生じやすくしているという。夏目は笠原の退却神経症や広瀬の逃避型抑うつ、ディスチミア親和型うつ病と同一、あるいは類似していると指摘している。うつ病との鑑別が述べられており、職場に見られる適応障害の一群をさす概念として、まとめられている。

9) パーソナリティ障害を伴う場合

小川は抑うつをもたらすパーソナリティの病理には次の三つがあるとしている。空虚感、絶望感を主にした抑うつを示す「スキゾイド・パーソナリティ」、怒り、劣等感を主にした抑うつを示す「ナルシスティック・パーソナリティ」、見捨てられ感、縋り付きを主とする抑うつを示す「ボーダーライン・パーソナリティ」である。パーソナリティ障害の概念には、除外診断と一般診察では見えてこないという二つの注意

が述べられている。除外診断としては、双極スペクトラムとアスペルガー障害を中心とする発達障害を基盤に生じているパーソナリティ障害のようにみえる一群が挙げられている。一般診察・記述現象学では見えてこない重要他者との病理的関係性は、分析的治療法によって可能になるとしている。また、ダブルパーソナリティの存在への注意を促し、メランコリー親和型性格に潜むパーソナリティ障害によって、初期の薬物療法に反応するが遷延する例があることを指摘している。

10) 発達障害を伴う場合

発達障害は生来的に獲得されている、生涯変わることのない、個人の認知や情動、行動を規定する特性である。これらの特性は、一種の脆弱性でもあり、多くの環境からのストレスにより多様に変化していくことが知られている。抑うつ気分のみではなく、ある種の攻撃性や焦燥感、または躁的な気分や過活動など多様な症状が、発達障害の中核症状と渾然一体となって病像を形成するのである。

牛島らは、発達障害のうち注意欠陥・多動性障害 (ADHD) とアスペルガー障害などの高機能広汎性発達障害について、気分障害との関連をまとめている。ADHD に併存する破壊性行動障害には、高頻度到大うつ病性障害を合併するとも言われているという。高機能広汎性発達障害では、気分の変化やうつ気分を自ら言語化することはまれであることが指摘されている。治療としては、基本的に気分障害の状態が深刻でなければ、環境調整をはじめとする発達障害への対応が治療の中心となるとしている。

上記のうち退却神経症、逃避型抑うつ、

ディスチミア親和型うつ病、未熟型うつ病、現代型うつ病の特徴から「若年、他責性、自己愛的、組織への一体感拒否、本業からの退却」という共通項を取り上げ、概ね同様の病態をみている可能性が高いと島は指摘している⁴³⁾。職場結合型うつ病は職場側の要因を切り口に、他責性の理解を深めている。海外で議論されている非定型うつ病も、いたるところで類似性を指摘されていることが確認できた。うつ病の軽症化とその増加が著しいという事態は確かであるが、どの概念も互いに類似性と差異をもって重なり合っており、さらなる研究が待たれている。

樽味は、これらの概念に差異はあるものの、ある種の弱力性の問題が共通の鍵であると述べている。それは、葛藤を抱えておく能力に関する弱力性であり、ストレス対処能力やその耐性に関する弱力性である。ただし、樽味はこの弱力性をさらに強調しても臨床的に有用であるとは思えないとしている。一つは、「個の尊重」を主題として育った世代が、社会的出立に際して呈する「うつ」の症候学的特徴であり、「ディスチミア親和型」は現代社会が生み出しているのではないかという指摘。もう一つは松尾が指摘しているように、無機質な響きのある「ディスチミア親和型」と冠することですうつ病とは異なることを治療者が表現し治療の自由度をあげることが目的であったのだろう。DSM では大うつ病性障害の基準を満たし本人もそう思い込んでいる臨床の現場に直面した時、適応障害と診断書に書くことも難しく、かといって退却や逃避型、未熟型のどの表現もなんらかの弱力性をもった病像の喚起には役に立つが、当事

者本人には見せにくい表現である。この工夫にもかかわらず、「新型うつ病」、「ディスチミア親和型」などがマスコミを通じて広く使用されることで、蔑視的な響きを帯びつつあるのは残念でならない。

2. 産業保健上の問題

主治医の診断名は操作的診断に従って記述される。DSM 診断でも I 軸のみが記される。もしくは状態診断のみが記されることもありうる。現代的な特徴を持つうつ病であるかの情報が診断書に記されることは考えにくい。従って、抑うつ状態、大うつ病、気分障害などの情報が職場に伝わる。復職者がメランコリー親和型や典型的なうつ病であれば、笠原の小精神療法、いわゆる休息と薬物療法が有効である。職場でのメンタルヘルス不調者への対応は、この考え方に基づいて行われることが多い。しかし、現代的なうつ病像を呈した場合、現場に混乱が生じる。休職中の本業以外での元気良さを目の当たりにし、タイミングを見計らってこれまでの常識では禁じられていた励ましを行う必要があると説明されて戸惑うのは当然である。全く逆方向の対応のどちらを取るべきか、専門家ではない職場で責任を持って判断することはできない。

3. 職場に求められる対応

診断がどうであれ、経過とともに職場でも対応を求められる。主治医との情報交換の中で弱力性の問題を前面に出すことは、本人の同意を前提とするやり取りでは配慮が必要である。さらには自己責任として問題を本人の責任に還元しすぎることにも注意を払わなければならない。しかし、復職に際してこの弱力性が問題となることは確かである。休職中から復職後まで、動機づ

け面談や就労訓練も含めた多角的な支援が必要なのではないかという意見もみられる。職場では事例性を扱うという観点で、以下のような対応を取ることが勧められる。

1) 病気休業開始のケア

労働者がメンタルヘルス不調をきたして、休業する場合を考える。まず主治医が作成した「抑うつ状態、うつ病、気分障害など」の診断書が労働者を通じて職場に提出されて病気休業が始まる。職場が病気休業として認識した時から、職場復帰支援までを見越した対応を始めなければならない。うつ病や「新型うつ」などであっても、労働者が休業に入って間もない時期は安心して治療を受けることができるように支援する必要がある。

2) 休業中

メンタルヘルス不調者の発症前の働きぶりや社内での対人関係の様子について、十分な情報を収集する。職場での客観的な情報は、主治医にとって正確な診断のために有用な情報になる。本人の了解を取りながら、職場での詳しい情報を主治医に提供すると共に、主治医の見立てを共有する。そうして得られた正確な診断は、適切な治療や復職支援への意見を述べるために非常に重要と思われる。適切な主治医の意見があれば、職場での対応や受け入れの準備を進めることができる。

3) 主治医による職場復帰可能性の判断

多くの企業では休業中の労働者がそろそろ職場復帰を検討できる状態になった段階で、主治医が作成した職場復帰可能の診断書を提出することになっている。そのために職場で必要とされる業務遂行能力の内容や社内勤務制度について、休職中のうちに

あらかじめ職場から主治医に伝えておくことが望ましい。この機会に、主治医から就業上の配慮に関する意見を求める形を活用して、うつ病としての対応でよいか、「新型うつ病」などのように成熟を促す対応が必要かの情報を収集すれば、職場で復職プランを検討する貴重な情報になると思われる。

(a) 産業医がいる職場であれば、本人の同意を得て業務の内容と調子を崩す前の本人の仕事ぶりに関する情報を提供することが望ましいと思われる。そもそも仕事熱心だったのかは、主治医が「新型うつ病など」を鑑別するにも有用な情報となる。そして主治医からは職場復帰可能の診断書と診断書とは別の情報提供を受ける。産業医が受け取った情報提供の中から、業務に関する情報を取捨して職場に報告する。

(b) 産業医はいないが保健師・看護師がいる場合、本人の同意を得て主治医への同行受診による病状紹介も考えられる。ただし、保健師・看護師が得た情報を人事や職場などどこまで共有するのかを明確にしておく必要がある。基本的には、本人の同意が得られた範囲で人事や職場と情報を共有する。

(c) 産業保健スタッフがいない場合、人事や上司が主治医と直接連絡を取るようになる。この場合は、守秘義務の問題などから情報の円滑なやり取りが難しくなることが予想される。それを避けるために、職場復帰の目的に絞って主治医に意見を求めるような様式を作っておく必要がある。その中に、「休養」「職場環境の改善」「技術的なサポート」などの項目を設け、病像の詳細が分からなくても職場で対応すべき方

向性につかめるように工夫するとよいのではないか。

4) 職場復帰の判断と職場復帰プランの作成

主治医から病像や職場復帰支援の上で配慮すべき事項の情報を収集したのち、職場復帰支援プランを作成し、正式な職場復帰の検討が行われる。職場復帰が決定されれば、プランに従って職場復帰支援が進められることになる。ここでの注意点は、復職後の対応、日々の接し方にもつながる。

うつ病であれば、従来通り正式に復帰後も軽い仕事からはじめ、様子を見ながら徐々に仕事の負荷をあげていく、就業制限を解除していくプランを立てることになる。主治医からの意見も、「できるだけ負担の少ない業務から」、「最初は頑張りすぎないように」といった表現がみられると思われる。職場復帰前に活動性や生活リズムの回復をしっかりと確認しておく必要がある。

「新型うつ」などの場合、初期の肩慣らしは必要かもしれないが、逃避ないし回避的な傾向を助長しないように枠組みを決めて対応することが必要と思われる。主治医に意見を求める際も「枠組みをもって、時には励ます必要もあるか」などと尋ねておく必要がある。徐々に仕事の負荷を通常レベルに戻していく過程で、守らなければならない会社のルールや規範についての確認や技術的なサポートなどの成熟を促す対応も求められる。また、会社でできることの境界を本人と確認しておくことも必要である。何かあった時に問題を大きくしないために、枠組みを本人と職場や上司との間で確認し記録を残しておくことが無難と思われる。

「新型うつ」であっても、本人のパーソナリティによる問題が大きい場合、または人格障害に伴ううつ病や抑うつ状態であれば、職場で何らかの事例化を通して問題がはっきりしていることが多いと思われる。対人関係などが原因であれば、環境改善の意見が何を意味するのかを主治医に確認する必要があるだろう。職場における性格の問題について、個人の性格の問題だけでなく、企業には組織や職場といった独特の構造があるため、企業構造を含めた視点から問題を理解することも重要とされている。

本人が自覚して困っている場合、本人への働きかけが中心になる。本人の訴えのみではなく、周囲の情報収集も必要である。カウンセリングなどを勧めることも考えられる。

本人に自覚がなく周囲が困っている場合は、困っている側にその社員への対応の仕方を助言したり、配置転換や移動の検討も行う。それでも対処しきれない場合は会社と相談しながら慎重に対応する必要がある³³⁾。

「新型うつ」であってもコミュニケーション能力の問題が大きい場合、または発達障害に伴ううつ病や抑うつ状態であれば、発達障害への対応の仕方に従う。主治医に意見を求める際に「同時に複数の指示をしない」など、具体的に尋ねる必要がある。田中は、最も重要なのは診断名を言い訳にしないことであり、診断から生活戦略を作り、生活環境の整備を心がけるべきであると指摘している。自分にはどのような職種が向いているのか、どのような時間管理をするべきか、大切な約束を忘れないためにメモやボイスレコーダーなど何が最も有効

か、など個々に応じて検討する必要があるとしている。

D. 結論

「新型うつ」とその周辺についてみてきた。前半で確認したように、うつ病論は奥が深く、特に軽症の慢性例については、これからの研究が期待される。職場では、うつ病類型亜型分類のそれぞれに応じた対応をしようと考えても混乱を招くだけである。事例化して困っている部分に焦点を当てて考えると、対応の種類はそれほど多くないと思われる。診断名を共有するより、職場の事例性に関する共通言語を主治医、産業医、職場の間に用意しておくことが重要であろう。

2. 双極性障害

①双極性障害による休職者のリワーク・プログラムと、職場での対応に関する研究

研究協力者 奥山 真司

研究代表者 廣 尚典

A. 研究目的

職場におけるメンタルヘルス上の不調を訴える労働者、とりわけ、長期休務や頻回休務に至る場合には、現場の対応としては従来の「うつ」のみを視野においたものでは難渋することが少なくない。双極性障害（なかには発揚気質者のうつなど双極性スペクトラムや軽度発達障害の併存例を含む）に罹患されて休務に至った労働者の方の、休務から復職前後での医療上の対応と、そこで認められた特徴に焦点を絞り検討し、産業現場での対応法を明らかにする一助となることを目的とした。

B. 研究方法

双極性障害の維持療法における心理社会的介入として効果あるとされた心理教育、集団心理教育および（対人関係）－社会リズム療法などを中心にメンタルクリニックの外来で行われてきたリワーク・プログラムの現場のスタッフ（精神科医1名・心理士2名）を通じて、そこで認められた参加者の特徴的行動や認知パターンと、それらに対して行われた対応と事例を挙げ、その検討を行って、「双極性障害」（なかには発揚気質者のうつなどの双極性スペクトラム⁹⁾を含む）に対する産業保健の現場における対応について考察する。

C. 研究結果

1. メンタルクリニック外来にて行われたリワーク・プログラムの概要と、参加者の様子とその対応

1) 背景と対象者

日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害 2011 では、維持期の治療として効果が確認され推奨されているものとして、適切な薬物療法に加え、心理教育、集団心理教育、対人関係－社会リズム療法³⁾、家族に焦点付された精神療法、さらに限定された知見として、認知行動療法などをあげている。これらは双極 II 型障害においても概ね同様とされている。我が国の臨床現場においては、これらの介入はいまだ一般的ではなく、復職に際してもこれらの介入の勘案は乏しい。

2009年よりメンタルクリニック外来で休務中の双極性障害（主に双極 II 型障害）の方を対象に症状の安定化と復職後の再発防止を目標にして行われたリワーク・プログラムの概要を紹介する。DSMIV-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル American Psychiatric Association）に基づいて精神科医（経験年数25年以上：指定医・専門医・指導医）より認められた“大うつ病エピソードにて休職して治療を開始した方で過去に軽躁病エピソードが存在すると思われた双極 II 型障害”を主な対象者とし、診断・導入を含む通常診療とプログラムの個別的部分そして集団的部分を一貫して同一医師が担当した。また、2名の心理士（実地経験5年前後）がこれに加わる。取り組みは療養担当規則など諸規定に則った通常の診療の範疇で行われ、そこで必要とされる倫理上の配慮と本人ならびに家族の同意と希望に基づいている。

2) 導入部分

双極 II 型障害の診断を相手と共有することが大切な第一歩であると考え、初診時