

メンタルヘルス対策としてのEAP (Employee Assistance Program)

—日本における現状と課題—

大竹 恵子

あらまし

昨今の日本企業において、従業員のストレス問題が深刻な状況を迎えている。企業には、それに対応できるメンタルヘルス対策を導入することが早急に求められている。このような現状の中で、注目されているのがEAP (Employee Assistance Program) である。EAPとは、米国で誕生し幅広く導入されている、従業員のメンタルヘルス等の個人的問題に対応するための施策である。日本でも、近年急速に広がりを見せている。EAPは、幅広い領域の問題に対して初期の段階から介入できる点や、外部機関とのネットワークによって問題の発見から解決まで従業員個人をトータルにケアできる点、企業に対するコンサルティングも行える点など様々な特徴を持っている。これらのような特徴から、メンタルヘルス対策としての有効性に期待できる一方、日本においてはまだ歴史が浅いため、いくつかの課題も抱えている。

本研究ノートにおいては、今後、我が国のメンタルヘルス対策を考える上で重要な役割を担っていくであろうEAPについて、その歴史や概要をまとめ、日本企業におけるEAPの現状について報告した上で、日本におけるEAPの課題について検討する。

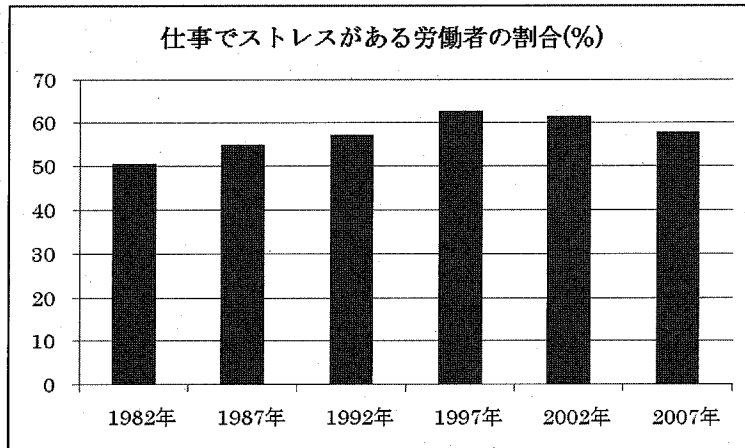
1. はじめに

近年、日本の企業において、ストレスなどによる精神疾患が大きな問題となっている。厚生労働省 (2008) の「労働者健康状況調査」によれば、2007年調査時において、労働者の58.0%が仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレスがある」と回答している。この「労働者健康状況調査」は5年に一度実施されており、仕事においてストレスを感じている労働者の割合は、次に示すグラフ1-1のように、1982年に50.6%、1987年に55.0%、1992年に57.3%、1997年に62.8%、2002年に61.5%と、ここ20年ほどで5割程度から6割程度へと増加している (厚生労働省, 2006-a)。心の健康を損なうことは、身体にも悪影響を及ぼし様々な疾患を引き起こす危険性がある。さらに近年、ストレスによる精神疾患が原因だと考えられる過労自殺なども増えてきており、企業にとって従業員のメンタルヘルスを良好に保つことは重要かつ急務の課題となっている。

このような状況を受け、厚生労働省は、2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(厚生労働省, 2000)を策定した。その中では、事業場におけるメンタルヘルスケアの重要性が認識され、その体制を整えることが推奨されている。具体的には、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、「事業場外資源によるケア」の4つのケアが推奨されている。その中でも「事業場外資源によるケア」において、「大規模・中規模事業場等」に対して、EAPサービス機関の活用が提言されている。

さらに、深刻化した労働者のストレス問題に

【グラフ1-1】仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレスがある」労働者の割合



対し、2006年には厚生労働省によって「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（厚生労働省、2006-b）が策定され、この指針においても前述の4つのケアの継続的かつ計画的な取り組みが推奨されている。そして、本指針の作成にあたり取りまとめられた「平成17年度職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書」（中央労働災害防止協会、2006）でも、EAPについて言及されている。

EAPとはEmployee Assistance Programの略であり、日本語では「従業員支援プログラム」と訳される。もともとはアルコール依存症対策として始まったものであるが、現在ではそれだけでなく、メンタルヘルス、家庭の問題、経済的問題、法律的問題、ストレス・マネジメントなど従業員の生活全般にわたる問題についての幅広い包括的な対応策として利用されている（島・田中・大庭、2002；島津、2006）。小杉・齋藤（2006）によれば、米国企業におけるEAPの導入率は、フォーチュントップ100の企業の100%、トップ500の企業の95%に上っている。また、12,000社以上存在するEAPサービス機関の中で、最大手のマゼラン・ヘルスサービス社はシェアの30%を占め、ナスダックに上場する大企業である。近年、日本でも、EAPを導入する企業が急速に増加している。

本研究ノートでは、まず第2章で米国におけるEAPの歴史と現状、さらにEAPの形態やその機能についてまとめる。次に第3章で、日本でのEAP導入の実態や、EAPサービス機関の業務

事例について報告した上で、第4章において、今後の日本におけるEAPの課題について検討する。

2. EAPとは

2.1 米国におけるEAP

2.1.1 EAPの歴史～初期のEAPから広領域活動としてのEAPへ

先に述べたように、EAPとはもともと、アルコール依存症対策として米国で誕生した。米国では、19世紀から犯罪や事故、家庭不和の原因が過度の飲酒にあると考えられ、酒害の撲滅が社会の大きな課題となっていた。禁酒法が1920年に制定され、1933年に廃止されてから、1935年にはAA（Alcoholic Anonymous）、「匿名断酒会」が創設された（中本、2007）。1930～1950年代の初期のEAPは、回復したアルコール依存症者らがスタッフを務め、AAの手法に則ったインフォーマルな自助グループとして運営されていた。このような初期のEAPは1940年代ははじめまでに電話会社や電力会社を中心に10社以上で実施されていた（川上、1998）。

アルコール依存症対策としてEAPが認知されるようになる中、1946年に米国の保険会社であるケンパー社が自社におけるアルコール依存症対策として、EAPを導入した。ケンパー社は、

【表2-1】米国の行政と企業におけるEAP発展の流れ

	行政	企業
1992年	禁酒法制定	
1933年	禁酒法廃止	
1935年	AA (匿名断酒会) 創設	AAの手法に基づき、初期のEAPが導入され始める
～		(1946年) ケンパー社 (1950年代) エジソン社, イーストマン・コダック社
1950年代		
1960年代		広領域活動 (broad brush) へと徐々に移行
1970年	ヒューズ法制定	
1974年	NIAAA 設立	
1979年	職場における予防と治療のプログラム導入⇒EAPとして発展	
1980年代		広領域活動がEAPの大勢に

アルコール依存症の問題が最も働き盛りである年代に集中していることや、従業員の退職が大きな損失になること、そしてアルコール依存症問題を放置することがモラルの低下・労働災害・多くの疾病を招くことなどを考え合わせた上で、EAPを導入した。このケンパー社におけるEAPプログラムが、後に述べる広領域活動 (broad brush) としてのEAPの始まりだといわれる。また、1950年代に入ってから、エジソン社がアルコール依存症のためのクリニックを設立、イーストマン・コダック社がEAPを導入するなどの動きがあった (水澤, 1992)。これらの一連の流れが、EAPの発展の大きな契機になったと考えられる。さらに、1970年には「アルコール乱用およびアルコール依存症の予防・治療・リハビリテーションに関する総合法 (The Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act of 1970)」、通称ヒューズ法が制定され、1974年の改正によって「国立アルコール乱用・依存症研究所 (NIAAA)」が設立された。ヒューズ法においてはアルコール依存症の予防や治療にも目

が向けられ、1979年の改正では職場における予防と治療のプログラムが導入された (中本, 2007)。このような政府主導のアルコール依存症対策も、EAPの普及を後押しすることとなった。

このように米国の企業や行政によって、アルコール依存症対策として発展したEAPは、その後、対象をそれのみではなく、広範囲の問題に拡大していった。そのような、広い範囲でのEAPの活動は「広領域活動 (broad brush)」と呼ばれている (中澤, 2000)。EAPが広領域活動として認識されていく過程では、EAPの対象を拡大することの是非をめぐり活発な議論が交わされてきた。しかし、企業側のニーズの変化によって、1980年代には広領域活動としてのEAPを提供するサービス機関が大勢を占めるようになった (川上, 1998)。

なお、以上のEAPに関わる行政、企業の主な動きを表2-1にまとめた。

次に示す表2-2は、アルコール依存症対策としての伝統的なEAPと広領域活動としてのEAPの相違点を示したものである (Lewis and

【表2-2】伝統的EAPと広領域活動としてのEAPにおける主な相違点

	伝統的活動	広領域活動
対象の問題	問題の基礎として、アルコール依存症を重視する	広領域方式であり、援助のための多くの問題を考える
紹介	管理者からの紹介を重視する	管理者の紹介・自己紹介・他者紹介の総合的紹介を重視する
介入の時期	問題発生の後期において援助が提供される	問題発生 of 初期において援助が提供される
援助者	援助は医師またはアルコール中毒治療の専門家から提供される	援助は薬物依存症や他の領域の治療経験を有するカウンセラーから提供される
対象者	作業能力に問題のある従業員に焦点をおく	作業に関する問題をもつ従業員とともに、作業以外に問題をもつ従業員および家族にも焦点をおく
秘密保持	紹介された従業員に関する秘密が守られる	紹介された従業員とともに、自己紹介の従業員や家族に関する秘密も守られる

【この表2-2は、Lewis and Lewis (1986; 中澤 (編訳), 1997) の表1.1 (p.10) を基に筆者が作成したものである】

Lewis, 1986)。

Lewis and Lewis (1986) によれば、表2-2に示されるように、両者の大きな違いは、援助が提供される領域とタイミングにある。領域については、伝統的活動ではその対象がアルコール依存症という健康問題に限定されているのに対し、広領域活動では同じ方式が多種類の問題への対応に利用されている。そしてタイミングについては、伝統的活動では実際に業務上の成果に影響が出てからしか介入が行われぬのに対し、広領域活動では従業員の自発的利用などにより問題のごく初期の段階から援助が提供される。さらに、対象者についても、伝統的活動では従業員のみにも焦点をおいているのに対し、広領域活動では従業員の家族も含まれる。

それとともに、問題の発見から問題解決のための支援、休業した場合の復職支援まで、文字通り広領域にわたる支援を行うことも現在のEAPの特徴である。その際カウンセリングのみではなく、医療機関や相談機関などの外部機関と緊密な連携を取りながら問題の解決にあた

る。

企業に対しては、従業員の利用状況を個人のプライバシーを侵害しない範囲でデータ化し、そのデータを基に職場環境の改善などに関わるコンサルティングを行う。さらに、職場で自殺者が出たり、労災事故で死亡者が出て職場が混乱状態に陥ったり等、企業が非常事態に直面した際の危機介入なども行うので、従業員個人のみではなく、企業に対しても様々な働きかけを行うのが現在のEAPの特徴だといえる。

2.1.2 米国におけるEAPの現状

米国企業におけるEAPの導入は着実に進んでいる。1992年時点での米国におけるEAP導入率が大手企業500社のうちの75%であったのに対し、2003年時点では大手企業500社のうち95%がEAPを導入している(水澤, 1992; 島津, 2006)。さらに2002年の時点では、米国にはすでに12,000社以上のEAPサービス機関が存在す

る(島・田中・大庭, 2002)。

現在、EAPは米国のみにとどまらず、先進国を中心に、欧州、アフリカ、南米、オセアニア、アジアなど世界中に広がっている。特に多国籍企業では、米国でのシステムと同じものを他の地域でも求める場合が多い(島・田中・大庭, 2002)。

2.2 EAPの形態

EAPには、大きく分けて、企業内で行われる「内部EAP」と外部の機関に委託する「外部EAP」とがある。その他にも、「混合型EAP」や「コンソーシアム型EAP」などがあり、それぞれに特徴があるため、企業の規模やEAP利用の目的などにより適している形態が異なるといわれる(島・田中・大庭, 2002)。

2.2.1 内部EAP

内部EAPとは、企業内にEAP専門スタッフが常駐し、従業員の相談に対応するというものである。専門スタッフは、従業員自身やその上司にあたる管理職、人事担当者からの相談や、衛生管理者や心理相談担当者、産業看護職、カウンセラーなどからの依頼によって、その従業員の問題の評価・診断・助言とともに、必要があれば短期のカウンセリングを行う。その際の専門スタッフとは、資質の問題や守秘義務の必要性を考慮して、産業医の統括の下で、産業看護職やカウンセラーがともに行うことが望ましい。内部EAPにおいては、EAP専門スタッフからの依頼で、産業医が外部の医療機関や相談機関を従業員にリファー(紹介)する。従業員が外部機関において治療などを受けた後、産業医はその外部機関からの報告に従い、必要に応じてその従業員の就業条件、配置等に関して管理職や人事担当者へアドバイスをする(島・田中・大庭, 2002)。

内部EAPのメリットとしては、まず、企業文化に対する理解度が高いことや職場へのフィードバックが容易であることから、作業環境管理や適切な配置等の職場環境の改善が行いやすくなる点が挙げられる。そして、従業員にとって

アクセスしやすいため利用率の高まりが期待できる点もメリットの一つである。デメリットとしては、EAP専門スタッフとなる人材の確保の問題が挙げられる。コストもかかるため、内部EAPは大企業に限られてしまうというのが現実である。さらに、企業内で行うため、秘密保持という点で不安が残り、従業員が相談することに対して抵抗を感じてしまう可能性がある(島・田中・大庭, 2002; 島津, 2006)。

2.2.2 外部EAP

外部EAPとは、企業が外部の専門のEAPサービス機関と契約し、業務委託という形で行われるEAPである。先にも述べたとおり、米国には既に12,000社以上のEAPサービス機関が存在するなど、この外部型がEAPの主流といえる。実際、米国においては、EAPを導入している企業の90%がコスト、専門性、守秘義務の観点から、外部のEAPサービス機関を利用している(長見, 2001)。

日本においても、EAPを掲げる機関は2000年ごろから着実に数を増やしてきている。先にも述べたように、内部EAPはコストの面から導入が大企業に限られてしまうのが現状であり、そのため、外部EAPが主流となっていると考えられる。さらに大企業においても、昨今のアウトソーシングの流れを受け、将来的に外部EAPを導入するところが増えていくと予想される(島・田中・大庭, 2002)。

この外部EAPは、前述のとおり、企業が外部のEAPサービス機関に対して業務委託を行い、EAPサービス機関はその必要に応じて、提携先の医療機関や相談機関等のネットワークを利用し、問題を抱える従業員への支援を行うというものである。EAPサービス機関と契約する主体は、事業主・健康保険組合・労働組合・同業主団体・同地域の中小企業団体などがある。EAPを利用する従業員の個人的な情報は、基本的には守秘義務があるため事業主などには提供されないが、安全配慮義務を遂行する上で必要となる情報はその企業の産業医に伝えられ、産業医がその情報を基に、業務上必要な措置に関して事業主や職場の管理職へアドバイスをする(島・田中・大庭, 2002)。

る。EAPA (Employee Assistance Professionals Association = EAP協会) が規定する「コア・テクノロジー」は、EAPを提供するサービス機関等が必ず習得すべき諸技能であり、それらの組み合わせによって、従業員の個人的な問題の解決のための独自の取り組みを創り出すことができる (EAPA, 1999; EAPA, 2003)。なお、EAPAにおいては「EAP協会規準およびEAP専門家のためのガイドライン」が2003年に改定されており、2003年改訂版では、EAPサービス利用率の測定標準化に向けて、EAP活動の定義づけ、EAP利用者の定義づけ、利用率の公式の定義づけなどが試みられている。しかし、引用部分である「コア・テクノロジー」に関して記した箇所については、1999年改訂版と内容に変更部分がないため、本研究ノートにおいては、日本EAP協会の和訳による1999年改訂版も引用文献として記載している。

EAPの「コア・テクノロジー」とは、「リーダーへの教育」、「コンサルテーション」、「マネジメント・コンサルテーション」、「外部資源へのリファーマ」、「プロバイダー・ネットワーク」、「メンタルヘルスへの組織的取り組み」、「効果測定」の7つの業務である (市川, 2005)。

1) リーダーへの教育

EAPの機能の中でも、特に重要だと思われるのが、「リーダーへの教育」である。具体的には、管理職や監督者に対するコンサルテーションとトレーニングである。その内容は、問題を抱える従業員の管理や労働環境の改善に関するものである (EAPA, 1999; EAPA, 2003)。

EAPの主な目的は、従業員の業務上の成果が低下することを防ぐために、従業員が抱える様々な問題に対して、早期発見、短期で解決することにある。したがって、現場のリーダー・管理職には、実際の職場の問題をいち早く察知し、問題を抱えた従業員にEAPの利用を勧めることが求められるのである。そのため、EAPサービス機関の業務の中でも、「EAP利用の最初の窓口」となる「リーダー・管理職」への教育には、特に注意が向けられる。

2) 個人コンサルテーション

「個人コンサルテーション」というのは、個人的な問題を抱えている従業員に対して面談を行い、問題の所在を明確にしていく「アセスメント (評価)」を行う機能である。その際、広範

囲にわたるアセスメント項目を用いて、秘密厳守で迅速な問題発見が試みられる。具体的なアセスメント項目は、「主訴、身体的・心理的症状」、「社会、心理的ストレス (職場のストレス)」、「成育歴、個人要因」、「自殺アセスメントを含むその他の危機アセスメント」、「アルコール依存アセスメント」、「目標」である。このアセスメントの結果により、EAPサービス機関は「EAPサービス計画」を作成し、その計画に、「短期カウンセリング」などの問題解決のためのプランが盛り込まれる (市川, 2005; 長見, 2007)。

3) マネジメント・コンサルテーション

市川 (2005) によれば、「マネジメント・コンサルテーション」は、EAPを他のメンタルヘルス対策と差別化する大きな特徴である。これは、問題を抱える従業員に対する建設的コンフロンテーション、動機づけ、短期介入アプローチを行って、個人的な問題と業務上の成果の低下との関係に気付かせるというものである。建設的コンフロンテーションとは、調子が悪く、業務上の成果が低下している従業員に対して、その事実自体をネガティブな結果として伝えるのではなく、ポジティブな枠組みでその状況を認識させ、改善するよう勧めることである。つまり、直属の上司である「リーダー・管理職」が、業務上の成果が低下した部下に対して、適切にEAPへのリファーマ (紹介) を行うことが求められるのである。

その際、従業員の業務上の成果の低下が、本当に個人の問題によるものか否かを確かめる必要がある。そのためには、次に示すような5つのステップを踏む。第一に「仕事の基礎条件をチェック」、第二に「仕事をした結果、本人に何が生じているかチェック」、第三に「目に見えない障害の有無をチェック」、第四に「スキル不足によるものかチェック」、そして最後に「個人的な問題への対処のチェック」である。ここまで行って業務上の成果の低下が個人的な問題による場合に、その従業員に対してEAPへのリファーマがなされる (市川, 2005)。

4) 外部資源へのリファーマ

「外部資源へのリファーマ」とは、面談を行った従業員に対して、必要に応じて医学的診断、治療、心理・社会的援助等のために外部機関に紹介することである。リファーマを行う際には、どのような場合にどのような機関に対して行う

かについての客観的決定基準が必要である。そして、リファアをするのみではなく、その機関において問題が解決されたか否か従業員個人に確認するなど、モニタリングとフォローアップが求められる（EAPA, 1999；EAPA, 2003；市川, 2005）。

5) プロバイダー・ネットワーク

「プロバイダー・ネットワーク」とは、リファア先の治療などに関わるプロバイダーと契約を交わし、従業員がプロバイダーを利用できるシステム作りをすることである。さらに、それが従業員にとって利用しやすいものでなければならない。そのために、プロバイダーを直接訪問して、雰囲気や得意分野について把握しておくことも重要である（市川, 2005）。

6) メンタルヘルスへの組織的取り組み

これは、企業の人事担当者や管理職に対してコンサルテーションを行い、健康診断や福利厚生の中に精神的・心理的障害の予防や治療、予防的ストレス診断などを盛り込むよう働きかけるといものである。この取り組みには、EAPの仕組み作り、企業のメンタルヘルス指針の作成、EAPのための予算取りなどの仕事も含まれる（市川, 2005）。

7) 効果測定

EAPの目的は、あくまでも企業における業務上の成果の低下を防ぐことにあるので、効果測定は常に義務づけられている。そして、それらがEAPの効果を測る指標となるのである。具体的には、利用人数や利用率、利用者の種類、相談内容の種類、コスト効果、顧客満足度などである。例えば、コスト効果測定は、EAPの導入によって従業員の生産性が変化したことを数値によって測定する。その際の測定の要素は、「社員の離職（ターンオーバー）」、「勤怠」、「医療費」、「現場での事故（労働災害など）」、「監督者の時間」の5つのカテゴリーに分類される（市川, 2005；長見, 2005）。

3. 日本企業とEAP

3.1 日本におけるEAPサービス機関

日本でEAPが開始されたのは1980年代後半だといわれている。日本における初期のEAPサー

ビスは、医療機関のカウンセリング部門が職場を対象として提供したサービスや、アルコール依存症の治療プログラムを発展させたものや、健診機関が健診の付帯サービスとして提供した産業精神保健サービスなどが、その大部分を占めていた。EAPが日本でも広まり始めた後は、ベンチャー企業がキャリア・カウンセリングを主に行うEAPサービス機関を立ち上げる、米国のEAPサービス機関が日本に支社を出すなどの動きも見られるようになった（長見, 2001）。

日本においてEAPが導入されるようになった背景には、急激な労働環境の変化にともなうストレス問題の深刻化が一例として挙げられる。職場におけるコンピューター導入による技術革新や情報化、経済のグローバル化にともなう競争の激化、企業のスリム化・ダウンサイジングなど、さらには、経済効率追求のための労働負荷の増加や終身雇用制の崩壊など、過酷な労働環境が、ストレス問題の背景にある（原谷・川上, 1999；永田, 1999）。このような状況を受け、その時点で、米国企業の多くが導入していたメンタルヘルス施策であるEAPに関心が向けられたのである。

日本企業におけるEAPの実際の導入率は、労務行政研究所の調査（2005）によると、2005年の時点においては、従業員数1,000人以上の企業で14.8%、300～999人の企業で4.1%、300人未満の企業で1.6%である。先に述べた米国での導入実績とは、依然として大きな差があるが、大企業を中心にEAPの導入は着実に進んでいる。しかし、日本においては第三者によるEAPサービス機関の認証が行われていないため、実際の機関数を正確に把握するのは困難なのが現状である。

3.2 日本における外部EAPサービス機関の業務事例

松本・赤塚（2003）を基に、日本における外部EAPサービス機関の業務事例を紹介する。

東京都のEAPサービス機関（以後、A社とする）は医療法人を母体として、1993年に設立された株式会社である。母体である医療法人がアルコール依存症治療に重点を置いていたため、以前からEAPが意識されており、積極的な予防・

介入活動を行うためにEAPサービス機関であるA社が立ち上げられた。2003年現在において35社以上の企業と契約しており、契約企業は従業員数500～5,000人ほどのIT関連企業が多い。それらの企業のほとんどは、企業内に精神科を専門とする常勤産業医は持たない。提供されているサービスは、「電話相談」、「電子メール相談」、「来所相談」、「派遣相談」、「研修」、「利用状況報告によるコンサルティング」、「継続PR (社内報・ダイレクトEメール・パンフレット・カード・ポスターなど)」、「危機介入」、「Webサービス」などである。

A社において2002年4月から2003年3月までに寄せられた相談の総件数は5,305件で、新規相談者数は712名であったため、平均一人あたり7～8回ほどの利用となる。相談方法としては「電話相談」が35.3%、「メール相談」が34.3%、「来所相談」が30.4%で、ほぼ等しい割合となっている。メール相談は、休職中の従業員に対するフォローとして活用されている。

実際の利用者の種類の内訳は、従業員自身が74.7%で最も多く、家族が17.0%、管理・人事が8.3%であった。利用者の年齢層は20歳代が25.7%、30歳代が38.7%で、数としては30歳代の中間管理職層からの相談が多く、実際の従業員数の相対的な割合からすると20歳代の入社1～2年目の従業員からの相談が多い。

次に、新規相談の紹介経路は「自発相談」と「他者から勧められての相談」に大きく分けられ、「他者」とは「上司」、「人事」、「同僚」、「家族」、「健康管理室及び産業医」である。新規相談のうち70.4%が「自発相談」であり、「上司」と「人事」から勧められての相談はそれぞれ6.3%と8.6%であった。「健康管理室及び産業医」から勧められての相談はわずかに0.6%であった。

A社に寄せられた相談への対応に関しては、全体の90.4%が相談の後EAPのみを利用し、医療機関や他の外部機関へのリファーが行われた割合はわずかであった。

相談内容については、「うつ」に関するものが最も多く、次に「職場の対人関係の問題」、「家族問題」などが続いた(松本・赤塚, 2003)。

以上の事例から、相談方法に関してはいくつかの手段の中から、その従業員にとって最も利用しやすいものが選ばれていると推測できる。個人の置かれている状況によって、適切な相談

方法を選択できるということは、EAPの、より利用しやすい環境作りの第一歩である。さらに、利用者の種類や年齢に関しては、特に若い世代からの相談が相対的に多いことから、企業に入社してまだ間がなく、戸惑うことが多い若手従業員にとってもEAPは利用しやすいということが窺える。そして、利用者の種類の中に「家族」が見られることや、相談内容の中に「家族問題」が挙がっていることから、外部EAPの特徴である、家庭を含めた個人環境を総合的に支援するという点が十分に発揮されていると考えられる。

その一方で、新規相談の紹介経路については、「自発相談」の方が「他者からの勧め」よりも圧倒的に多いため、EAPの特徴である周囲からの適切なリファーがまだ十分には行われていないのではないかと考えられる。

さらに、相談への対応に関しては、その後もEAPのみを利用している場合が非常に多く、個人の問題が外部の医療機関等を利用するほど深刻化する前に、EAPが利用されているとも考えられるが、反面、EAPの特徴である外部機関とのネットワークが十分に利用されているのかという疑問も残る。

4. おわりに～日本におけるEAPの課題

本研究ノートでは、近年の日本企業において深刻化する従業員のストレスに対する解決策として、数多くの米国企業が導入しているEAPについて、その歴史や概要、日本における現状についてまとめた。

米国におけるEAPの普及率を考慮すると、今後日本においても、外部EAPを中心に、その導入がますます進んでいくことが予想される。EAPは、カウンセリングのみのメンタルヘルス施策などに比べ、個人環境を総合的に支援するという特徴を持つため、複雑な事情を抱える従業員などにも広く対応することができる。

しかしその一方で、日本におけるEAPにはまだいくつかの課題がある。まずは、企業が実際にEAPサービス機関を選ぶ際の基準についてである。現在、日本におけるEAPサービス機関の第三者による認証などは行われていない。したがって、日本でEAPサービス機関を名乗るため

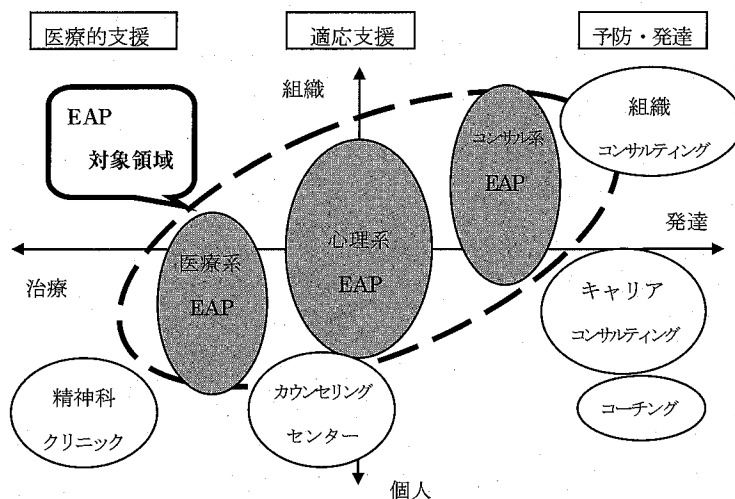
には、原則的にEAPの「コア・テクノロジー」をサービスとして提供できることが求められるが、その規準は任意である。一方、EAPの本場である米国では、EAPA（EAP協会）とは別組織の外部機関によるEAPサービス機関の認証が行われている。日本においても、今後、さらにEAPの需要が高まり、EAPサービス機関の数が増大してくれば、その質を担保するために、第三者機関によるEAPの認証が行われる必要があるだろう。

さらに、日本のEAPサービス機関を見ると、その母体には様々な種類がある。EAP機関の始まりに種々の形態があり、その流れを受けて、現在のEAPサービス機関にもルーツの違いによるいくつかの系統が存在する。前田(2004:長見, 2007より引用)によれば、日本におけるEAPサービス機関は、その対象である「個人—組織」と、ベースとなるモデルの「治療—発達」、それぞれを軸とした二次元で考えた場合、医療系・心理系・コンサル系の3種類に大きく分けられる(図4-1参照)。ベースとなるモデルの「治療—発達」という軸に関しては、「治療」側に寄っているほど、実際に精神的な疾患等を抱えている場合に適している。それに対して、「発達」側に寄っているほど、メンタルヘルス悪化の予防や、個人の能力やキャリアの発達促進に適し

ているといえる。

まず医療系EAPは、医学モデルをベースとしているため、企業内の産業保健スタッフとのつながりが強く、個人を対象とした医療的支援サービスを得意とする。次に心理系EAPは、発達モデルをベースとして、個人からの相談や、上司や人事担当者へのコンサルテーションなどの適応支援サービスを得意とする。そしてコンサル系EAPは、発達促進を主な目的とし、企業の人事担当者と強く結びついて、個人へのキャリア・カウンセリングや自己啓発セミナー、企業へのコンサルティングなどのサービスを得意とする。このコンサル系EAPは、発達促進を志向している点で、米国流のEAPと類似している(長見, 2007)。

このように、EAPサービス機関に、特色や得意分野が異なる様々な系統が存在することは、各企業が自らのニーズに合ったサービス機関を選択することで、高い効果が得られるというメリットを生む。しかし同時に、そのデメリットとして、EAPの特徴である「広領域にわたる支援」が機能しない危険性も考えられる。特定のモデルをベースに持つことで、提供されるサービスの内容も偏ってしまうのではないかということである。第3章の業務事例の考察で挙げた、外部機関とのネットワークが十分に利用されて



【図4-1】日本におけるEAPサービス機関の分類とポジショニング

(前田, 2004:長見, 2005より引用)

いるのかという疑問点も、このデメリットとつなげて考えることができる。提供されるEAPサービスの広領域性を維持することが、サービス機関における課題である。

そして企業側にも、EAPサービス機関を利用するにあたっての課題がある。まず、上記のような特色や得意分野を持つEAPサービス機関を利用する際に、自らのニーズに合った機関を選ぶための知識を持つことが、企業にとっての課題の一つである。また、第3章の業務事例の考察で挙げたように、EAPの特徴である「周囲からの適切なリファー」が適切に行われるよう、企業内の体制を整えることが必要である。

最後に、コストの面でメンタルヘルス対策の導入が困難な中小企業へ、いかにそれを広めていくかという点も重要な問題である。今後、EAPを有効なメンタルヘルス対策として中小企業などにも広めていくため、コスト面で比較的使用しやすい「コンソーシアム型EAP」などについて検討し、より利用しやすいよう改良していくことが課題である。

以上、日本でEAPが普及し、メンタルヘルス対策として有効に機能するためには、第一に、今後予想されるEAPサービス機関の増加にともなって、その質の担保のために第三者機関によるEAPの認証について検討する必要があること、第二に、EAPサービスを提供する機関には、自身の得意分野にとどまらず、EAPの特徴である広領域にわたる支援や、外部機関とのネットワーク機能を維持する努力が求められること、第三に、企業側も、EAPサービス機関を効率的に利用するための知識や体制を整えること、そして第四に、日本の産業構造の特徴である中小企業へのメンタルヘルス対策を広めるため、「コンソーシアム型EAP」など利用しやすい形態のEAPについて検討、改良していくこと、これら四つの課題について検討していくことが必要である。

引用文献

中央労働災害防止協会「平成17年度職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会報告書(2006年3月)」2006年
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1a.pdf>)

- pdf)
- EAPA (EAP 協会) EAPA Standards and Professional Guidelines for Employee Assistance Programs. 1999. (日本EAP協会(訳)「EAP協会規準およびEAP専門家のためのガイドライン」1999年)
- EAPA (EAP 協会) EAPA Standards and Professional Guidelines for Employee Assistance Programs. 2003.
- 原谷隆史・川上憲人「職業性ストレスと健康職場」『ストレス科学』, 第14巻第3号, 1999年, 159-164ページ.
- 市川佳居「内部EAPについて」『産業精神保健』, 第9巻第1号, 2001年, 6-12ページ.
- 市川佳居「EAPのコアテクノロジー」『こころの臨床ア・ラ・カルト』, 第24巻第1号, 2005年, 66-70ページ.
- 川上憲人「従業員援助プログラム(EAP)」加藤正明(監)『産業精神保健ハンドブック1 産業精神保健の基礎』中山書店, 1998年, 422-432ページ.
- 小杉正太郎・齋藤亮三『ストレスマネジメントマニュアル』弘文堂, 2006年
- 厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針(2000年8月)」2000年 (<http://cmck.co.jp/mentalhealth%20shishin.pdf>)
- 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課「労働安全衛生法の改正について一面接指導制度の創設を中心に」『産業保健21』, 第11巻第3号, 2006年-a, 4-11ページ.
- 厚生労働省「労働者の心の健康の保持増進のための指針(2006年3月)」2006年-b
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1b.pdf>)
- 厚生労働省「平成19年労働者健康状況調査結果の概況(2008年10月)」2008年(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/dl/kenkou07.pdf>)
- Lewis, J.A. and Lewis, M.D. Counseling programs for employee in the workplace. Illinois : Wadsworth, 1986. (中澤次郎(編訳)『EAP—アメリカの産業カウンセリング』日本文化科学社, 1997年)
- 前田一寿「第5回日本EAP協会総会シンポジウム資料」2004年(長見まき子「EAPサービス機関の組織・機能」『こころの臨床ア・ラ・カルト』, 第24巻第1号, 2005年, 61-65ページ.; 長見まき子「日本におけるEAPの発展」『関西福祉科学大学EAP研究所紀要』(関西福祉科学大学EAP研究所), 第1号, 2007年, 5-10ページ. より引用)
- 松本桂樹・赤塚由見子「外部EAP機関の実践報告」『産業ストレス研究』, 第10巻第4号, 2003年, 251-255ページ.
- 水澤都加佐「職場のアルコール問題とその対策—アメリカの従業員援助プログラム(EAP)から学ぶこと—」『労働の科学』, 第47巻第6号, 1992年, 319-323ページ.
- 長見まき子「日本における外部EAPの現状と課題」『産業精神保健』, 第9巻第1号, 2001年, 13-18ページ.
- 長見まき子「EAPサービス機関の組織・機能」『こころの臨床ア・ラ・カルト』, 第24巻第1号, 2005年, 61-65

ページ.

長見まき子「日本におけるEAPの発展」『関西福祉科学大学EAP研究所紀要』（関西福祉科学大学EAP研究所），第1号，2007年，5-10ページ。

永田頌史「わが国におけるストレス・マネージメントの実態と課題」『産業ストレス研究』，第7巻第1号，1999年，1-5ページ。

中本新一「アメリカおよびスウェーデンのアルコール政策」『同志社政策科学研究』（同志社大学），第9巻第1号，2007年，171-181ページ。

中澤次郎「海外における産業カウンセリング—アメリカ

の事情」 杉溪一言（編）『産業カウンセリングハンドブック』金子書房，2000年，35-40ページ。

労務行政研究所「企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査」『労政時報』，第3652号，2005年，2-19ページ。

島 悟・田中克俊・大庭さよ「産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論1. 一次予防（健康障害の発生の予防）EAPについて」『産業衛生学雑誌』，第44巻第2号，2002年，50-55ページ。

島津美由紀「集団を対象とした健康増進の方法」 小杉正太郎（編）『ストレスと健康の心理学』朝倉書店，2006年，79-88ページ。