

の「自殺予防マニュアル」は変更した方がよい、イラストやレイアウトに工夫が必要、文体・書体が統一されていないなどの記述があった。

産業現場の管理職や一般職、その家族を対象とした調査結果について述べる。管理職用マニュアルについて、分量は「丁度よい」が 53.2%、「多すぎる」が 32.3%であった。内容に関しては、「大変わかりやすい」は 4.8%。「わかりやすい」は 59.7%であった。部下の健康の維持や危機回避に関して、「大変役に立つ」が 35.5%、「少し役に立つ」が 56.5%であった。部下の自殺予防に役に立つかという質問に対して、「大変役に立つ」が 29.0%、「少し役に立つ」が 59.7%であった（図 I-4）。

家族向けマニュアルに関して、分量は「丁度よい」が 45.5%、「多すぎる」が 22.7%、「少なすぎる」が 27.3%であった。内容に関しては、「大変わかりやすい」は 0%で、「わかりやすい」が 77.3%であった。家族の健康の維持や危機回避に関しては、「大変役に立つ」が 9.1%、「少し役に立つ」が 81.8%であった。家族の自殺予防に役に立つかとの質問に対して、「大変役に立つ」が 13.6%、「少し役に立つ」が 63.6%であった（図 I-5）。

一般職用マニュアルに関して、分量は「丁度よい」が 45.5%、「多すぎる」が 27.3%であった。内容に関しては、「大変わかりやすい」が 4.5%、「わかりやすい」が 45.5%であった。健康の維持や危機回避に役に立つかとの質問に関して、「大変役に立つ」が 9.1%、「少し役に立つ」が 77.3%であった。自殺予防に役に立つかとの質問に関しては、「大変役に立つ」が 18.2%、「少し役に立つ」が 63.6%であった（図 I-6）。

自由記述の部分（資料 6）に関しては、3つのマニュアルとも、産業保健スタッフと同様の内容が多いので特記すべき点のみ述べる。管理職用マニュアルに関しては、成功事例を入れる、うつ病から職場復帰した場合の考え方と対応方法、小学生にもわかるようにシナリオ（流れ）、構成を見直して欲しい、一般論は減らして具体的な部分を増やして欲しい、対部下だけでなく管理職自身を見直す部分もあってよい、などの指摘がみられた。

家族用マニュアルの自由記述部分では、特記すべき指摘としては、してはいけないこと言っていないことはわかったが、どう言えばよいか具体的に知りたい、良い医療機関の見分け方、セカンドオピニオンについて、同じことの繰り返しが多い、あなたの大切な人・家族・本人という言葉の使い分けがはっきりしない、などの指摘があった。

一般職用マニュアルに関しては、ストレスチェックへの目安の表を加える、文章のスタイルが 12

ページ以降は学者スタイルになっている、活字に縁のない人にも見てみよう、読んで見ようという気にさせる工夫（イラスト・マンガ・キャラクターなど）をした方がよい、などの指摘があった。

D. 考察

実際に3つのマニュアルを作成して、産業保健スタッフ、管理職、一般職、家族のそれぞれに評価を依頼し、要望を記述してもらった。共通している評価としては、内容に関して「大変わかりやすい」と評価した人の割合が低いことである。一方「わかりやすい」の割合は非常に高いので、もう少し工夫すれば「大変わかりやすい」の割合が増えるものと期待される。自殺予防の有用性に関しても、「非常に役に立つ」は 30%前後であるが「少し役に立つ」が 50~60%である。この点も工夫の余地があることを示している。

自由記述の部分では、当初の予想通り、活字を減らして図表化、イラスト化、マンガ化、ストーリーの工夫などを行うことによって、読みやすく、わかりやすくすることへの要望が3つのマニュアルそれぞれについて、全ての対象グループからよせられた。専門家に依頼してイラストを入れることはマニュアル作成段階では検討していたが、試案の作成に時間をとられて、わかりやすく、興味を持って読める、あるいは見ることができるとマニュアル作りまで行きつけなかったことは反省点である。

また、成功事例を入れること、セルフチェックできるようにすること、やってはいけないことだけでなく、やった方がよいこと・やるべきことをわかりやすく伝えること、記述にメリハリをつけることなども指摘の通りである。

産業保健スタッフからの回答と職場の管理職、一般職、その家族からの回答を比較すると、産業保健スタッフの方からの評価の方が高い。これは、産業保健スタッフには予備知識があること、自分たちもマニュアル作りに近いことを経験している、労働者や家族向けのマニュアル作成が簡単ではないことを知っている人が多いことなどが関係していると考えられる。しかし、これらのマニュアルの対象者は職場の管理職、一般職、その家族であるので、これらの人達の意見を取り入れ、大幅な改良を加える必要がある。

E. 結論

管理職、一般職、家族用の自殺予防マニュアルを作成して、産業保健スタッフ、職場の管理職、一般職、家族からの要望を依頼した結果、1)もっと簡略化すること、2)イラスト、フローチャート、ストーリーの組立ての工夫などにより、親しみやすく、わかりやすくすること、3)成功事例を加え

ること、4)プライバシーや管理職の法的責任などの項目を加えること、などの要請があった。これらの要請を次のマニュアル作成に生かしたい。

内容については、産業保健スタッフへの調査では「大変わかりやすい」が10～30%、「わかりやすい」が46～57%であったが、職場の管理職、一般職、家族への調査では、「大変わかりやすい」は0～4%、「わかりやすい」は45～77%とであった。このことは、対象が勤労者や家族の場合は内容が難しいこと、マニュアルを改良することによって、「大変わかりやすい」を増やすことが可能であることを示唆している。

II. 自殺事例の分析—予防のために何をなすべきか

担当者：永田頌史

A. 研究目的

日本における自殺の特徴として、景気変動との相関が高いこと、生活・経済問題による自殺が増えていること、中高年の自殺が増えていることなどが挙げられる。1998年以降自殺者総数は年間3万人を超え、そのうち有職者の自殺が約8000名含まれる。これらのことは、地域保健と同時に職場における自殺予防対策が必要であることを示唆している。

本研究の目的は、有職者で自殺既遂者や未遂者にみられる自殺の原因やサインなどについて調査し、職場における自殺予防プログラム、マニュアル作成に活用することである。

自殺の原因については、職場や家庭における心理的負荷、個人的要因について調査し、自殺のサインについては職場や家庭、主治医や産業医が気づいていたか否かについて調べた。

B. 対象ならびに方法

調査の主旨を説明し、同意を得た産業医8名、精神科・心療内科医の勤務医8名に対して調査表（資料1）を配布し、過去10年間に経験した有職者の自殺既遂者（以下、既遂者）、未遂者について記入してもらった。一部については提出されたレポートに関して必要事項について電話による確認を行った。資料はすべて匿名化されたものを収集した。全部で54例が報告されたが、情報が不十分な9例は対象者からはずし、既遂者33例、未遂者12例の合計45例を調査対象とした。

調査内容は、年齢、性別、職業、臨床診断名、治療歴、自殺の既遂か未遂の区別、職場や家庭における心理的負荷、自殺のサイン等に関するものである。職場や家庭における心理的負荷の種類や程度については、厚生労働省から公表された労災認定基準である「心理的負荷による精神障害等

に係る業務上外の判断指針」（以下、判断指針）を参考にした。調査表を配布する際に、判断指針中の「職場における心理的負荷評価表」、「職場以外の心理的負荷評価表」を同封し、調査対象者による判断を依頼した。しかし、調査対象者が判断に自信がもてないために、調査依頼者（分担研究者）に判断を求めた場合は、分担研究者が記述内容から主たる心理的負荷の内容と程度を判定した。この場合、記載内容が不十分な事例については電話による確認を行った。

C. 結果

年齢分布（表Ⅱ-1）は、既遂者では20歳代から50歳代までほぼ均等に分布していたが、未遂者では30歳代、40歳代が多かった。男女比は5.8で男性に多かった。既遂者の平均年齢は男性（30人）39.0±11.3歳、女性（3人）37.0±15.0歳で、未遂者の平均年齢は男性（8人）36.8±7.2歳、女性（4人）38.5±8.7歳であった。

既遂者の自殺方法は縊死20例、飛び降り8例、入水4例、飛び込み1例で、未遂者の場合抗精神薬・睡眠薬の服用4例、首吊り3例、入水2例、リストカット1例、その他失踪中に保護された者、自ら連絡してきた者各1名であった。

自殺者の職業（表Ⅱ-2）については、現場作業業者や技術者などの一般技能職が10例、専門技術職が10例と多かった。プログラマーは別に分類したが、これも専門技術職に含まれる。そのほか、公務員や金融業従事者も比較的多かった。自殺未遂者では、事務職、サービス・販売従事者が比較的多かったが、これらの仕事は女性従業員が多いこと、未遂者は女性が多いことと関係している可能性がある。管理職は既遂者33例中8例（24.2%）で、未遂者12例中2例（16.7%）であった。

臨床診断名（表Ⅱ-3）は、既遂者ではうつ病や適応障害が多く、未遂者ではうつ病が多かった。

職場における心理的負荷（表Ⅱ-4）の内容は、判断指針の出来事の類型に従って分類した。「仕事内容や仕事量の大きな変化」「勤務時間・拘束時間が長時間化した」などの具体的出来事を含む「仕事の量・質の変化」が未遂者、既遂者とも最も多く、既遂者では「転勤」「配置転換」「昇格・昇進」などの具体的出来事を含む「役割・地位の変化」が多かった。「仕事の失敗・過重な責任の発生等」を経験した自殺者の心理的負荷は、5例中4例が次に述べる強度Ⅲ（重度）と判断された。職場における心理的負荷「特になし」と判定された事例は、家庭内の人間関係や借金、持病など職場以外の心理的負荷が高い例が多かった。

心理的負荷の強度は判断指針を参考にしたが、強度Ⅰ（軽度）は日常的に経験する心理的負荷で、

一般的に問題とならない程度の心理的負荷を示し、強度Ⅲは人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷、強度Ⅱ（中等度）はⅠとⅢの中間に位置する心理的負荷を示す。自殺既遂者の7例（15.5%）、未遂者の2例（4.4%）が職場における心理的負荷がⅢと判定された。職場以外の心理的負荷がⅢと判断されたのは、既遂1例（2.2%）、未遂2例（4.4%）で、いずれも家庭内の人間関係や借金によるものであった。職場における心理的負荷の強度がⅠの場合は、職場以外の心理的負荷がⅡかⅢと高く、職場以外の心理的負荷の強度がⅠの場合は、職場における心理的負荷が高い傾向がみられた。しかし、自殺者45例中27例（60.0%）が職場における心理的負荷の強度はⅡであった。

自殺前のサイン（表Ⅱ-6）に関しては、遺書や服薬、自分からの通告などの自殺の特異的サインに気づかれた例は、既遂者で6例（13.3%）、未遂者で5例（11.1%）であった。うつ状態や仕事の負担に関する家族や産業医への訴え、臨床医への漠然とした希死念慮の訴えなどの非特異的サインは、レトロスペクティブに検討すると、既遂者で18例（40.0%）、未遂者で3例（6.6%）にみられている。一方、職場や家庭、産業医、臨床医が自殺企図まで全く気づいていなかった例が既遂者で7例（15.6%）、未遂者で4例（8.9%）みられた。

なお、以上の各項目について、既遂者と未遂者の間に有意差はみられなかった。

D. 考察

自殺者の年齢分布に関しては、各年齢層で均等に分布していたが、20歳代、30歳代の若年層では過重労働やソフトウェア従事者、プログラマーなどにみられる頻回出張、泊り込み、納期前の徹夜作業、チーム内での分担当が果たせずグループ全体に迷惑をかけてしまう状況などの重圧から逃れるための発作的な自殺例が数例みられた。40歳代、50歳代では、中間管理職や支店長、所長などの地位にある者で、組織改革に伴う責任の増大、孤独、家庭内問題などが重なり、うつ状態で自殺する例などが多く、年齢層によって多少心理的負担の内容が異なるようである。

職種に関しては、製造業に勤務する産業医からの報告例が多かったことから、一般技能職、専門技術職が多かったものと考えられる。心理的負担の内容としては、仕事量や質的負担の増大に伴うものが多かった。プログラマーは専門技術職に含まれるが、先に述べたように納期に迫られるグループ作業という特色があり、若年層にみられるという特徴から別に表示した。公務員では、新しくはじめたサービスの負担が一人に重なり、上司も

経験がないためにサポートできず心理的負荷が増大してうつ病になって治療中に自殺した事例や、管理職としての責任と労使問題、住民からの要求との板ばさみになった管理職、身体的持病の悪化からうつ病を発症した事例などがみられた。金融業では不況に伴う業績向上の方針のためにノルマを達成するために過重労働に陥って、重圧から逃れるために自殺したと考えられる事例や、支店長としての重圧と孤独感の中でうつ病になり、自殺した事例などがみられた。

このように、職種に応じて心理的負荷の内容が異なっていることがわかった。自殺予防にもこれらの点を考慮した予防プログラム、マニュアルが必要と考えられる。

治療歴のない事例では、自殺前の事例の言動、家族からの情報などを参考にして診断名をつけた。大部分がうつ病やうつ状態を伴う適応障害で、統合失調症で治療中の事例もみられた。一方、治療歴もなく職場や家庭において、心理的負荷がほとんどみられず、診断名がつけられない事例が2名みられた。

職場における心理的負荷は、表Ⅱ-4に示したように「仕事の質・量の変化」に分類される長時間労働、仕事内容の変化などが多く、次いで「役割・地位の変化」に分類される配置転換、昇進・昇格、転勤などが多かった。なかには、ノルマが達成できなかつたり、会社にとって重大な仕事上のミスなど、「仕事の失敗、過重な責任の発生」に分類される心理的負荷がみられた。一人にいくつかの心理的負荷が加重されている場合は、最も重要で負荷の強い心理的負荷を選び、他の負荷は修飾要因として負荷の程度を決定する場合の参考とした。

心理的負荷の程度の評価（表Ⅱ-5）は判断基準に準じて行われたが、職場における心理的負荷がⅢ（強度）に該当する者が既遂者で7例（15.6%）、未遂者で2例（4.4%）で、それほど多くはなかった。一方、Ⅱ（中等度）が既遂者、未遂者とも最も多かった。職場以外の心理的負荷の内容は、家庭の人間関係、借金などで、Ⅲ（強度）は既遂者で1例、未遂者で2例であった。未遂者でも心理的負荷Ⅱ（中等度）が最も多かった。これらのことは、有職者で自殺した人は職場の心理的負荷に悩んでいた者の方が職場以外の心理的負荷により悩んでいた者より多いこと、また、職場での強い心理的負荷が自殺の原因となりうることを示唆している。他方、自殺者は心理的負荷がⅡの者の方がⅢより多いことから、客観的にみた心理的負荷が中等度であっても自殺や起こり得ること、むしろ中等度の者の方が多いことを示している。これは、自殺者自身の主観的な心理的負荷の感じ方、周囲からの社会的支援の有無などが複雑にか

らんでいることを示唆している。職場における心理的負荷がⅠ（軽度）の者は、ほとんどが職場以外の心理的負荷がⅡ以上であった。

自殺者の特異的サインに関しては、遺書や別れをほのめかす言葉や電話、服薬、縊死を試みている現場を家族が発見した事例、自分から連絡した事例などが既遂者で6例、未遂者で6例みられた。未遂者の場合、睡眠薬や向精神薬の大量服用（4例）や入水を試みたが死に切れなかった例（1例）、リストカット例（1例）などがみられた。周囲の人があとから振り返って考えてみて、うつ状態と考えられた例、悩みを訴えていた事例などの非特異的サインは、既遂者では20例、未遂者で7例がみられた。また、自殺未遂のあと既遂に到った事例も2例あった。これらのことから、遺書や自ら助けを求めて連絡した場合や自殺未遂があった場合などは自殺防止の対応がとれるが、抑うつ状態など非特異的サインのみの場合は、ほとんどのうつ病患者が示している症状や訴えと区別することは困難である。これらの症例の中から自殺者ができることを予防するためには、職場や職場以外の心理的負荷の程度、本人の受け止め方、周囲からの社会的支援の有無と抑うつの程度を評価して、専門医につなげて適切な治療を受けさせる以外にないと思われる。一方、自殺のサインを本人が出していたか否かははっきりしないが、少なくとも職場では全く気づいていない例が既遂者で14例（31%）あり、このうち家族からの情報で職場や職場以外のことで悩んでいたことが判った事例が7例（15.6%）あった。残りの7例（15.6%）はいずれでも気づかれていなかった。家族もほとんど前もって自殺を予測していた場合はなく、あとから振り返って自殺と関連づけている場合が多い。これらのことは、うつ病や自殺のサインをみつけた時の対応方法などを記載した管理職や家族への自殺予防マニュアルがあれば、一部の事例は早期の対応が可能であったことを示唆している。

黒木らの報告では、産業医からの報告42例中職場で周囲が気づいていたサインは「口数が少ない、ゆううつ」9例（21%）、「元気、高揚、落ち着きがない」2例（4.8%）、「欠勤、遅刻がち」2例（4.8%）で、13例（30.9%）は全く気づいていなかったと報告している。これらはいずれも非特異的なうつ病、不安神経症のサインで、自殺にすぐに結びつくものではない。

廣らは、専属産業医6名から寄せられた自殺事例49例のうち、健康管理部門や職制が事前に関与していた例は12例（24%）で、31例（63%）は誰も異常に気づいていなかったと報告している。この報告では、自殺と仕事内容との間に何らかの関連があるとされたのは10例（20%）、家庭

生活の諸問題と関連があると確認されたのが13例（27%）で、仕事と家庭の両者が関連があったと考えられた事例は2例であったと述べられている。防止対策の可能性については、健康管理部門の対応が21例（43%）、職場での対応が16例（33%）で、どちらか一方が対策を講じ得た例が25例（51%）であり、仕事と自殺の関連があると判断された10例に限定すると、9例は何らかの自殺防止対策が可能であったと判定されている。

今回の調査では、ポストベンションについての調査は行っていないが、ほとんどが何の対策もとられていないようである。廣らの報告では、49例中8例（16%）で、産業保健スタッフが何らかの働きかけを行ったと報告されているが、組織的な対応を行っている事業所は少ないようである。これらの点についても、自殺予防教育プログラムやマニュアルに記載してゆく必要があると思われる。

今回の事例調査の結果から、自殺予防教育プログラムや自殺予防マニュアル作成に生かすべき点を表Ⅱ-7にまとめた。

E. 結論

職場や職場以外の心理的負荷はうつ病の存在とともに重要なリスクファクターであることが示唆された。しかし、中等度の心理的負荷でも多くの自殺者が発生していることから、心理的負荷に対する本人の主観的な受け止めの方がより重要であること。職場で前もって自殺のサインに気づかれている例は少なく、あとから振り返って、うつ病などの非特異的なサインと自殺を結びつけている例が多いこと。職場では気づかれていなくても家族が気づいている例も少なくないことがわかった。

これらのことは、職場におけるメンタルヘルス教育の必要性、管理監督者、一般労働者、家族用の自殺予防マニュアルが必要なことを示唆している。

Ⅲ. EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究

1) EAPによるメンタルヘルスケア対策に関する人事労務担当者の意識調査

担当者：山崎友文（株式会社マインメンタルヘルス研究所）
清水隆司・永田頌史

A. 研究目的

EAPによるメンタルヘルスケア対策について、事業所側から評価してもらうために、既にEAPによるメンタルヘルスケア対策を導入している企業の人事労務担当者に対して、アンケート

調査を行った。

B. 研究方法

調査協力に賛同が得られた企業6社の人事労務担当者に対して、自記式質問紙を、平成14年10月に配布し、12月に回収した。質問紙の内容は、企業の業種・従業員数、メンタルヘルスケア対策の主な内容、事業者・管理職・一般社員としてメンタルヘルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響などである。自由回答で記入してもらった。

C. 結果

6社全てから回答が得られたが、事業者・管理職・一般社員としてメンタルヘルスケア対策が役立つと思うことや、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響について、一部の企業から無回答もしくはわからないという回答があった（表Ⅲ-1-1・2）。

各社が実施しているメンタルヘルスケア対策は、1994～2001年から、基発522号「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に沿った内容で、社内報・ハンドブック・研修会によるセルフケア・ラインによるケアの啓発・広報と、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源（EAP）によるケアが実施されていた。

事業者にとってメンタルヘルスケア対策が役立つと思うことであるが、3社から、職場不応者に対する対応が可能となり、その結果職場復帰できるようになり、従業員の労働職の確保に役立った、という意見や、管理職のマネジメントスキルの向上、社員を大切にするという企業イメージの向上、従業員の安全管理体制の整備という意見もあった。

管理職にとってメンタルヘルスケア対策が役立つと思うことは、5社から回答があり、管理職が部下の健康状態に注意し、必要に応じて専門家に相談することになり、その結果、マネジメントスキルの向上に役立ったという意見と、管理者自身のセルフケアに役立ったという意見も見られた。

一般社員にとってメンタルヘルスケア対策が役立つと思うことは、5社から回答があり、自分自身の心身の体調に気づくことができるようになり、必要に応じて症状が軽い時に専門家へ相談するようになった（セルフケアの向上）という意見と、体調不良な同僚に対するサポート意識の向上、しいては、会社に体調不良者に対する十分なケアがあるため安心して業務が行えるということから会社との信頼感が高まり、社員全体のモラルアップにつながる、という意見もあった。

メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響として、4社から、社員を大切にしている企業であるということを感じてくれることで、社員間の助け合いという良好な職場の人間関係が形成され社員全体のモラルアップが図られることと、採用時における企業イメージの向上、職場不応者の復職が可能になり従業員の労働力の損失を抑制できる、という意見が見られた。

D. 考察

今回、メンタルヘルスケア対策を積極的に実施している企業から、メンタルヘルスケア対策の効果に関する示唆を得るため、人事労務担当者という実質的に事業者に近い立場の社員に、アンケート調査を行った。

このような質的研究は、世界（社会事象）は人間の内部で再構成された経験的な存在であり、社会的経験や自らの感覚を通じて社会事象をとらえることができるという現象学的社会学に基づいた研究手法であり、確信の根拠を意識し、他者を納得させ、合意や同意を得られるという間主観性に支えられている。しかし、質的研究では、言語や分析者の主観といった従来の量的研究にはない概念を使用するため、この研究手法に対する不信感が存在するのは確かである。

質的研究では、調査の目的に相応しい少数のサンプルを収集する「合目的サンプリング」を行い、測定に必要な指標を明らかにするのに効果がある。

今回の調査では、6社という少数の対象企業ではあるが、メンタルヘルスケア対策を実施しており、かつ、基発522号「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に沿った内容の対策を講じている企業であり、今後のメンタルヘルスケア対策の効果を測定するために必要な情報を得るには、適当なサンプルと思われる。

回答結果、特に、事業者・管理職・一般社員にとってメンタルヘルスケア対策が役立つと思うこと、メンタルヘルスケア対策が経営に与える影響に関して、2社以上から似た回答が得られたものを挙げると、「精神疾患で休業した社員の職場復帰」「メンタルヘルス不全の部下について相談できる窓口がある」「管理職自身のセルフケア」「社員自身の体調不良に気づいて早めに相談できる」「周囲の社員に対する配慮」「社員を大切にするという企業イメージ（社員の企業に対する信頼感）」「職場の人間関係」という内容が挙げられた。

上記の結果より、企業におけるメンタルヘルスケア対策の効果を調べる指標としては、下記の項目が適当と考えられた。

- (1) 精神疾患の休業、職場復帰

- (2) 管理職の、メンタルヘルス不全者に対する対応技術
- (3) 管理職自身のセルフケアに対する関心度
- (4) 職場の人間関係
- (5) 周囲の社員に対する配慮
- (6) 社員の企業に対する信頼感

これらの結果を参考に、今後、メンタルヘルスケア対策の効果について検討していきたい。

E. 結論

EAPによるメンタルヘルスケア対策の効果を実質的に調べるため、既に対策を導入している企業6社の人事労務担当者にアンケート調査した。その結果、6社からメンタルヘルスケア対策に対して比較的に高い評価を得られ、メンタルヘルスケア対策が企業活動に好ましい影響を与えている可能性が示唆された。また、企業におけるメンタルヘルスケア対策を評価する指標として、精神疾患の休業・職場復帰、管理職のメンタルヘルス不全者に対する対応技術、管理職自身のセルフケアに対する関心度、職場の人間関係、周囲の社員に対する配慮、社員の企業に対する信頼感などが望ましいと思われた。

Ⅲ-2) 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究

A. 研究目的

労働者の自殺を予防するためには、労働者の自殺リスクを評価することが重要である。また、このことは、メンタルヘルスケア対策導入後の労働者の自殺抑制効果を評価するうえでも必要と考えられる。

そのため、企業業績と労働者の自殺発生について調査し、企業業績と労働者の自殺発生について検討した。

B. 研究方法

事業者側と労働組合の代表に調査趣旨を説明し、同意が得られた6社に対して、1991～2002年度までの経常利益と労働者の自殺発生について平成14年11月に調査し、回答を得た。

6社のうち、3社において労働者の自殺事例が認められたので、それらの企業における企業業績と労働者の自殺発生について検討した。

企業業績を示す指標として、2002年度の報告書と同様に、当該年度の従業員1000人当たりの経常利益（B/E）を使用し、企業業績の変化を示す指標として、 $\Delta B/E$ （当該年度のB/E－前年度のB/E）を用いた。

なお、参考指標として、 ΔE （当該年度の総従業員数－前年度の総従業員数）を用いて、総従業

員数の変化と労働者の自殺発生の関係も調べた。

C. 研究結果

自殺事例（未遂も含む）が発生したのは、F社（損害保険業）、N社（情報サービス業）、O社（鉄道業）の3社であった（表Ⅲ-1-1参照）。

3社で合計10例の自殺（未遂も含む）が認められたが、そのうち9名は $\Delta B/E$ が低下した翌年度に発生が認められた（図Ⅲ-2-1～3）。

自殺事例のうち、18～29歳が4例、30～39歳が3例、40～49歳が1例、50～59歳が1例、不明が1例であった。また、未婚が6例で、既婚者が3例、不明が1例であった。性別では、9例が男性、不明が1例であった。

総従業員数と労働者の自殺発生の関係をみると、従業員数が前年度に比べて減少した年度に発生した自殺が10例中6例認められた。

D. 考察

NIOSHの職業性ストレスモデルでは、ストレスとストレス反応の関わりに影響を与える要因として、社会的支援や自尊感情などが挙げられている。企業業績の悪化が直接的に労働者の自殺の原因になるとは思われませんが、このモデルを基に考えると、企業業績の悪化により、業績回復のため、労働者1人に対する労働負荷が増加し過重負荷を受けることが多くなりやすいこと、また、労働負荷の増加により、職場における上司や同僚からの社会的支援が低下しやすくなること、さらに、業績悪化により、自らの仕事の評価が低下し、自尊感情も低下しやすくなること等から、メンタルヘルス不全者のストレス反応が増悪しやすい職場環境となり、労働者の自殺が発生する可能性が考えられる。

また、従業員数の減少が加わると、従業員1人当たりの労働負荷の増加や職場での社会的支援の低下も著しくなるため、自殺が発生しやすくなると考えられる。

このことは、企業業績の悪化と、従業員の減少が労働者の自殺の危険因子となりうることを示唆しており、企業業績が悪化し、かつ従業員数が減少している企業ではメンタルヘルスケア対策が特に必要であることを示唆している。

また、メンタルヘルスケア対策導入後の評価として、労働者の自殺率を検討する際には、企業業績や従業員数の変化も考慮する必要があると思われた。

E. 結論

企業業績の変化と労働者の自殺発生の関係を調べた結果、企業業績が悪化した翌年に自殺が発生しやすくなることが認められ、企業業績の悪化と労

働者の自殺の間に関係がある可能性が示唆された。また、従業員数の減少も、自殺の発生に影響を与えている可能性が示唆された。

III-3) EAPによるメンタルヘルスケア対策前後の疾病休業に関する調査

A. 研究目的

EAPによるメンタルヘルスケア対策の効果を評価するために、対策前後の疾病休業の変化を前後比較し、検討した。

B. 研究方法

ある対策を実施し、その効果を評価するには、対照群のデータも必要であるが、今回、メンタルヘルスケア対策をしていない企業からの疾病休業データが得られなかったため、対策を実施した企業の対策前後の疾病休業データを前後比較することで、対策の効果を検討することとした。

そこで、事前に調査協力を得た企業6社に対して、メンタルヘルスケア対策前後の疾病休業日数、疾病休業件数、疾病休業者数、精神疾患による休業日数・件数・休業者数を、自記式質問票を平成14年10月に配布し、調査を依頼した。

しかしながら、平成14年12月に質問票を回収したが、対策前の疾病休業データを回答していない企業が4社あり、再度、調査の趣旨を説明し、協力を仰いだ。対策前の疾病休業データが得られず、対策前後のデータの提供を受けた2社（N社とO社）の疾病休業データを解析した。

N社からは、1991～2002年度までの各年度の疾病休業者数（性別・各年齢階級別）が得られたが、疾患別の休業者数と疾病休業日数については十分なデータが得られなかったため、各年度の疾病休業者率を、1997年度を基準に、性別・年齢階級で調整した調整済休業者率を指標として、メンタルヘルスケア対策前後の変化を調べた。

O社では、1993年度から2002年度までの精神疾患による休業者と休業件数、休業日数のデータが提供されたので、

$$\text{休業件数率} = \frac{\text{当該年度の休業件数}}{\text{従業員数} \times 1000 \text{人}}$$

$$\text{休業日数率} = \frac{\text{当該年度の休業日数合計}}{(\text{従業員数} \times 365)} \times 1000$$

$$\text{平均休業日数} = \frac{\text{当該年度の休業日数合計}}{\text{休業件数}}$$

という3つの指標で、対策前後の疾病休業の変化を調べた。なお、性別・年齢階級別のデータは得られなかったため、年齢補正はしなかった。

C. 結果

N社の概要は、1993年度から1998エン年度ま

で従業員数は増加しているが、その後減少に転じ、2001年度では大きな業績の悪化が認められた（図III-3-1）。

N社では、メンタルヘルスケア対策後、メンタルヘルス研修受講者も増加し、また、それと同時にカウンセリング受診者も増加しているのが認められた。対策後、男性の調整済休業者率は1995年度と1999年度、2001年度を除いて、対策前（1993年度）よりも低い値を推移しているのが認められた（図III-3-2）。

1995年度・1999年度・2001年度の休業者の増加は、企業業績が悪化している年度と一致していた。

O社の概要としては、1994年度より従業員数が減少しているのが認められ、また、1998年度より企業業績が悪化と回復が交互に生じているのが認められた（図III-3-3）。

1998年度からのメンタルヘルスケア対策実施後より、精神疾患による休業件数率と休業日数率が増加するが、平均休業日数が低下しているのが認められた（図III-3-4）。

また、休業日数率は、1998年度から2002年度まで大幅に増加せず、1.1～1.5までの範囲を推移しているのが認められた。

D. 考察

今回の調査は対照群のない前後比較であるため、疾病休業とメンタルヘルスケア対策の関係を詳細に論じることはできないが、労働者のプライバシー保護の観点から、メンタルヘルスケア対策を今まで実施していない企業の疾病休業データを得ることはできなかった。

また、事前に調査協力を得られていたが、対策前の疾病休業データの提供まで協力を得られなかったため、結果的に2社のみの解析となった。

今回の調査では、メンタルヘルスケア対策後に大幅な疾病休業データの改善は認められていないが、1件当たりの平均休業日数が低下しており、これは、メンタルヘルス研修等によるメンタル不全状態に早期に気づくことができ、又、職場復帰に際しても十分な作業上の配慮を職場に指示できるようになったためではないかと推測される。

また、メンタルヘルスケア対策後、疾病休業者数と休業日数が一時的に増加するのが認められたが、これは今までの気づけなかったメンタル不全者が顕在化するため、一時的に増加することが考えられた。

今後、長期的な観点で、メンタルヘルスケア対策後の疾病休業の変化を追跡調査したい。

E. 結論

EAPによるメンタルヘルスケア対策の効果を評価するため、メンタルヘルスケア対策前後の疾病休業を比較検討した。N社では、各年度の疾病休業者数で対策前後の変化を調べた。O社は精神疾患による疾病休業日数と疾病休業件数、疾病休業者数で、対策前後の変化を調べた。その結果、N社では、メンタルヘルスケア対策実施後、一時的に疾病休業者が増加したが、その後男性の疾病休業者が減少していた。O社では、メンタルヘルス対策後、疾病休業日数や1件当たりの平均休業日数が一時的に増えるが、その後、減少してきているのが認められた。

III-4) メンタルヘルスケア対策と自殺率に関する調査

A. 研究目的

EAPによるメンタルヘルスケア対策による効果を評価するため、評価指標のひとつである自殺率について調査検討した。

B. 研究方法

メンタルヘルスケア対策前後の自殺発生率を調査するためには、対策を全く講じない対照群を設定する必要があるが、倫理的にその研究手法をとることが困難なため、現在、メンタルヘルスケア対策を実施している企業に依頼して、対策前後の自殺発生率を調査した。

また、自殺がある一定の割合（B）で発生するのであれば、累積自殺率（A）を調べた場合、

$$A = 1 - \exp(-B \times t) \quad (t: \text{時間})$$

$$\approx B \times t$$

と記すことができる。

そこで、1991～2002年度までの累積自殺率の推移を調べることで、メンタルヘルスケア対策前後で自殺率が変化するかどうか調べた。

なお、前回の調査で、企業業績や従業員の変化も、自殺発生に影響を与える可能性が示唆されたため、 ΔE （当該年度の従業員数－前年度の従業員数）と $\Delta B/E$ （当該年度の従業員1000人当たりの経常利益－前年度の従業員1000人当たり経常利益）の変化も調べた。

事前に調査協力の同意を得た6社に、平成14年10月に調査を依頼したが、メンタルヘルス対策開始前後の1991～2002年度までの自殺事例を報告したのは、N社とO社のみであったため、この2社を解析対象とした。

C. 結果

N社では、1994年に、累積自殺率が1.5（/5000人年）とピークを示したが、その後は低下し、1999

年度に軽度増加した後は再び低下をしているのが観察された（図Ⅲ-4-1）。

O社では、1992年度に0.9（/5000人年）とピークを示した後、低下してきたが、メンタルヘルス対策実施2年目の1999年度には0.3まで低下した。しかし、その後、徐々に増加傾向を示しているのが認められた（図Ⅲ-4-2）。

N社とO社の合わせた累積自殺率は、1994-1995年度に1.3（/5000人年）とピークを示したが、その後、1998年度まで減少し、0.8（/5000人年）まで下がったが、その後、徐々に増加傾向を示しているのが認められた（図Ⅲ-4-3）。

D. 考察

今回の調査は、対象従業員数が6000人程度であるため、メンタルヘルスケア対策と自殺発生の関係を詳細に調べることはできないが、1996～1998年度までは累積自殺率の低下が認められた。これは、N社でのメンタルヘルス研修の実施によるメンタル不全者の早期治療が可能となったためではないかと推測されるが、今後、企業の協力が得られれば、対象者数を増やして確認したい。

1999年度以降、累積自殺率が増加してきているが、これは、近年の経済状況の影響による対象企業の業績悪化や従業員の減少（リストラなど）が累積自殺率に影響を与え、メンタルヘルスケア対策による影響以外の要因も重なっていると思われる。

E. 結論

メンタルヘルスケア対策前後の自殺率を調べるため、1991年度から2002年度までの累積自殺率を調査した。自殺発生に影響を与える従業員数や企業業績の変化も同時に調査した。調査対象は、データ提供を得られたN社とO社の2社とした。N社では、メンタルヘルスケア対策後、累積自殺率も低下してきたのが認められた。O社では、メンタルヘルスケア対策後、累積自殺率が一時的に低下したが、企業業績の悪化や従業員数の減少により2002年度に再び増加したことが考えられた。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表（テーマⅠ、Ⅱ、Ⅲ全体について）

1. 論文発表

- 1) Nagata S・Mishima N・Kubota S: Current status and new trends in the promotion of occupational mental health. J UOEH 24(supp):61-70, 2002.
- 2) Nagata S・Ishibashi S: Mental health and stress. J MAJ 46:55-60, 2003.

- 3) 永田頌史・石橋慎一郎：産業ストレスと疾患。日本医事新報（4079）：11-15, 2002.
 - 4) 永田頌史：(特集)生活習慣、環境による疾患－病態と対策 (3)職場環境と疾患 職場とストレス。医学と薬学 48(3):297-304, 2002.
 - 5) 永田頌史：内科臨床における“こころ”と“からだ”(特集)職場環境ストレスの“こころ”と“からだ”への影響。Medicina 39(13):2069-2071, 2002.
 - 6) 中村 純・副田秀二・永田頌史：労働者の自殺への対応(特集：産業ストレス対策の新しい展開)。ストレス科学 16(4):227-232, 2002.
2. 学会発表
- 1) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子・昇淳一郎・石橋慎一郎：職業性ストレスによる自殺の予防－事例検討から。第41回日本心身医学会九州地方会, 2002.
 - 2) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子：外来通院中の労働者の職場と家庭におけるストレス。第41回日本心身医学会九州地方会, 2002.
 - 3) 三島徳雄・永田頌史・久保田進也・赤築綾子・中村 純・副田秀二・宮田正和・酒井 淳：労働者のメンタルヘルス対策に関するネットワーク作りの試みと課題(第1報)。第75回日本産業衛生学会, 2002.
 - 4) 赤築綾子・久保田進也・三島徳雄・永田頌史：日本における自殺の動向－自殺率と社会経済的要因との関連についての検討。第75回日本産業衛生学会, 2002.
 - 5) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・赤築綾子・石橋慎一郎：職場における自殺の予防－症例検討から。第43回日本心身医学会総会, 2002.
 - 6) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・清水隆司・赤築綾子：事例からみた職場における自殺予防対策。日本産業衛生学会九州地方会, 2002.
 - 7) 三島徳雄：解決志向アプローチの産業保健への応用。平成14年度日本産業衛生学会東海地方会, 2002.
 - 8) 永田頌史：Current status and new trends in the occupational mental health promotion. 日本産業ストレス学会・日本産業精神保健学会共催 国際学際セミナー, 2002.
 - 9) Mishima N: Encouraging Occupational Healthcare Professionals to Learn a Solution-focused Approach. European Brief Therapy Association, 2002.
 - 10) 三島徳雄：シンポジウム「職場におけるメンタルヘルスとストレス対策」職場のリスナー教育－専門家に何が求められているか。第66回日本心理学会, 2002.
 - 11) Nagata S・Mishima N・Kubota S・Shazuki A・Shimizu T・Tan Z: Job stress and worker suicide. 10th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, 2002.
 - 12) 清水隆司・永田頌史：企業におけるメンタルヘルスケア対策と疾病休業。第61回日本公衆衛生学会総会, 2002.
 - 13) 久保田進也・三島徳雄・永田頌史：管理監督者を対象にしたメンタルヘルス研修の方補と評価について。第50回日本職業・災害医学会, 2002.
 - 14) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也・清水隆司・赤築綾子：職場における自殺予防対策。第50回日本職業・災害医学会, 2002.
 - 15) 永田頌史：シンポジウム「過労自殺について」。第26回産業医科大学学会, 2002.
 - 16) 永田頌史：メンタルヘルス対策の地域ネットワーク。平成14年度全国産業安全衛生大会, 2002.
 - 17) 永田頌史：シンポジウム「職場における自殺予防」。第10回日本産業ストレス学会, 2002.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
- 1.特許取得
該当せず。
 - 2.実用新案登録
該当せず。
 - 3.その他
該当せず。
- 最後に本研究の遂行にあたって多大なご協力を頂きました次の先生方に心より謝辞を申し上げます。
- 森田哲也 ((財)福岡労働衛生研究所)
 山崎友丈 ((株)マイン メンタルヘルス研究所)
 田中克俊 ((株)東芝勤労福祉サービスセンター)
 森崎美奈子 (ソニー(株)健康開発センター)
 下満輝一 (東京医科大学衛生学公衆衛生学)
 夏目 誠 (大阪樟蔭女子大学人間科学部)
 三島徳雄 (産業医科大学産業生態科学研究所)
 久保田進 (")
 清水隆司 (")
 赤築綾子 (")
 昇淳一郎 (")

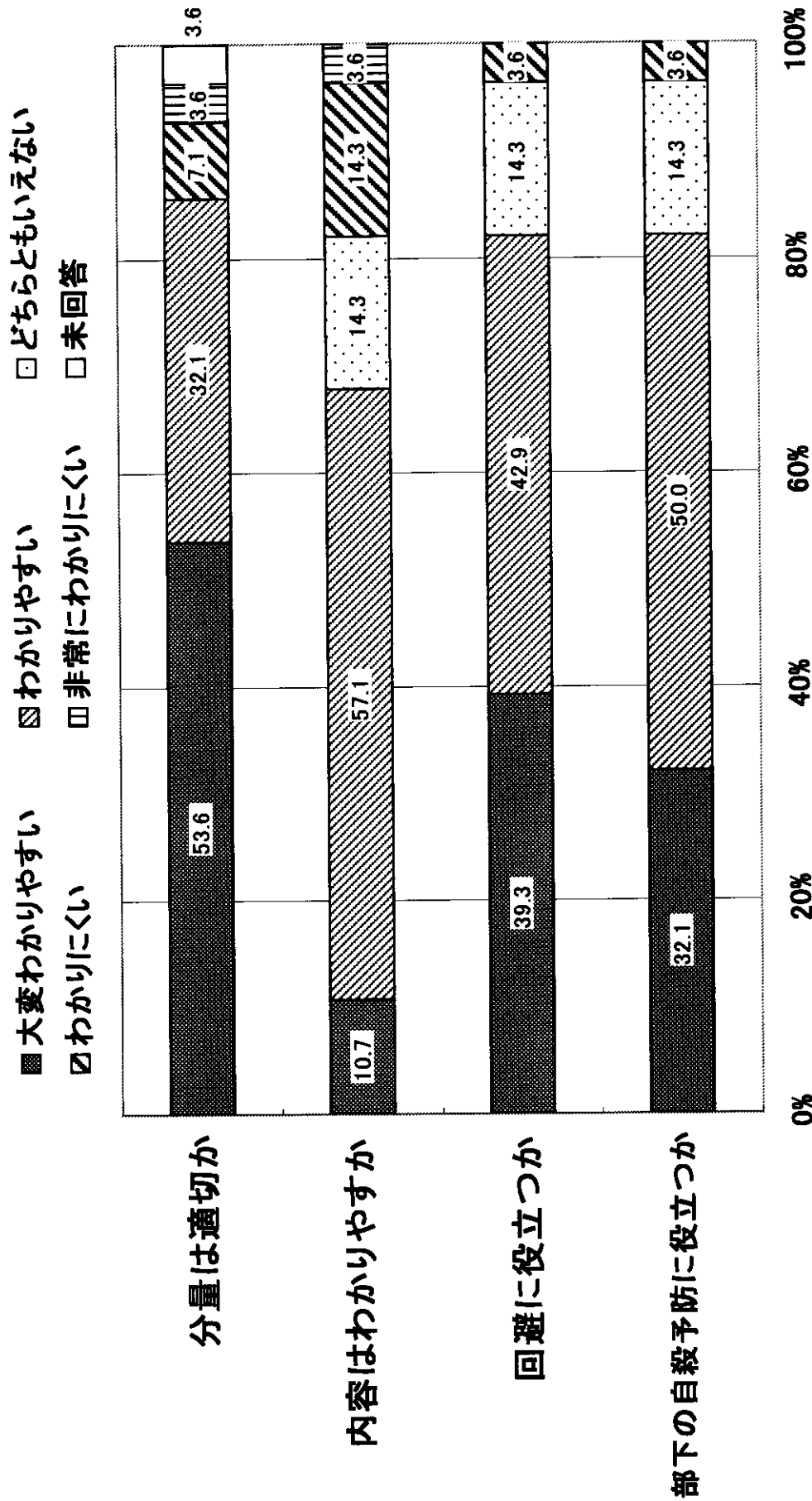


図 I-1. 管理職向けマニュアルについて(産保スタッフ)

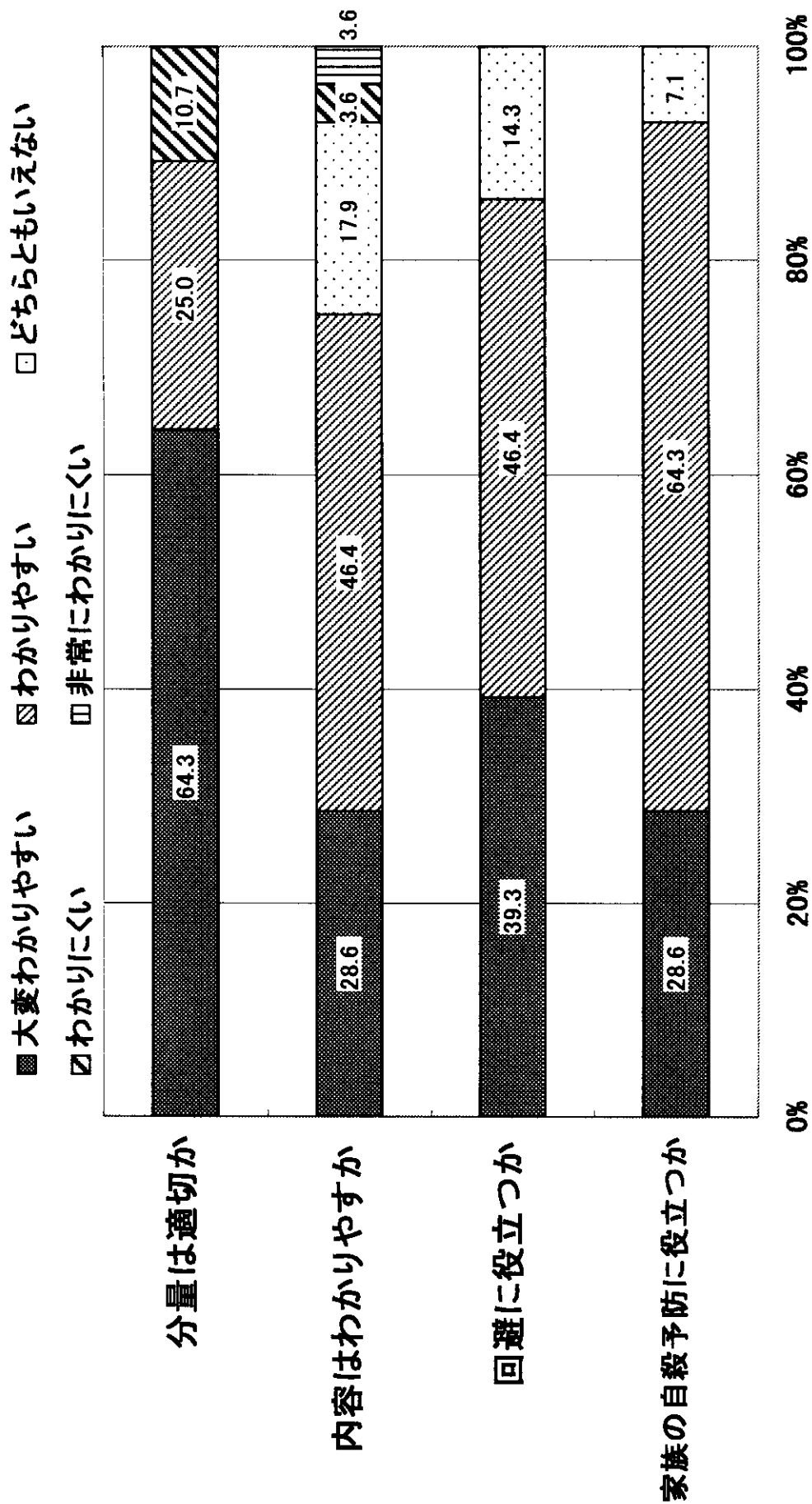


図 I-2. 家族向けマニュアルについて(産保スタッフ)

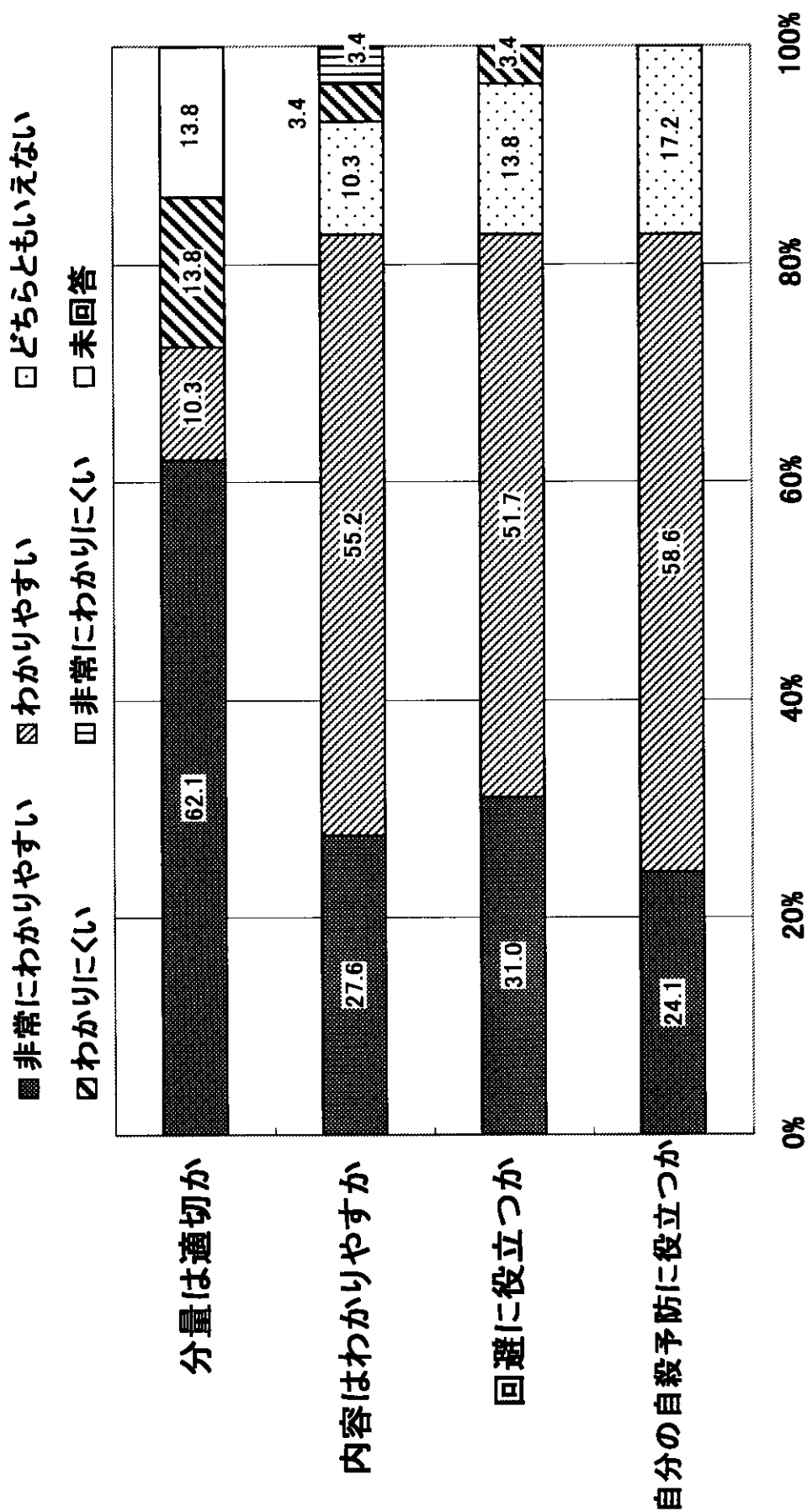


図 I-3. 一般職向けマニュアルについて(産保スタッフ)

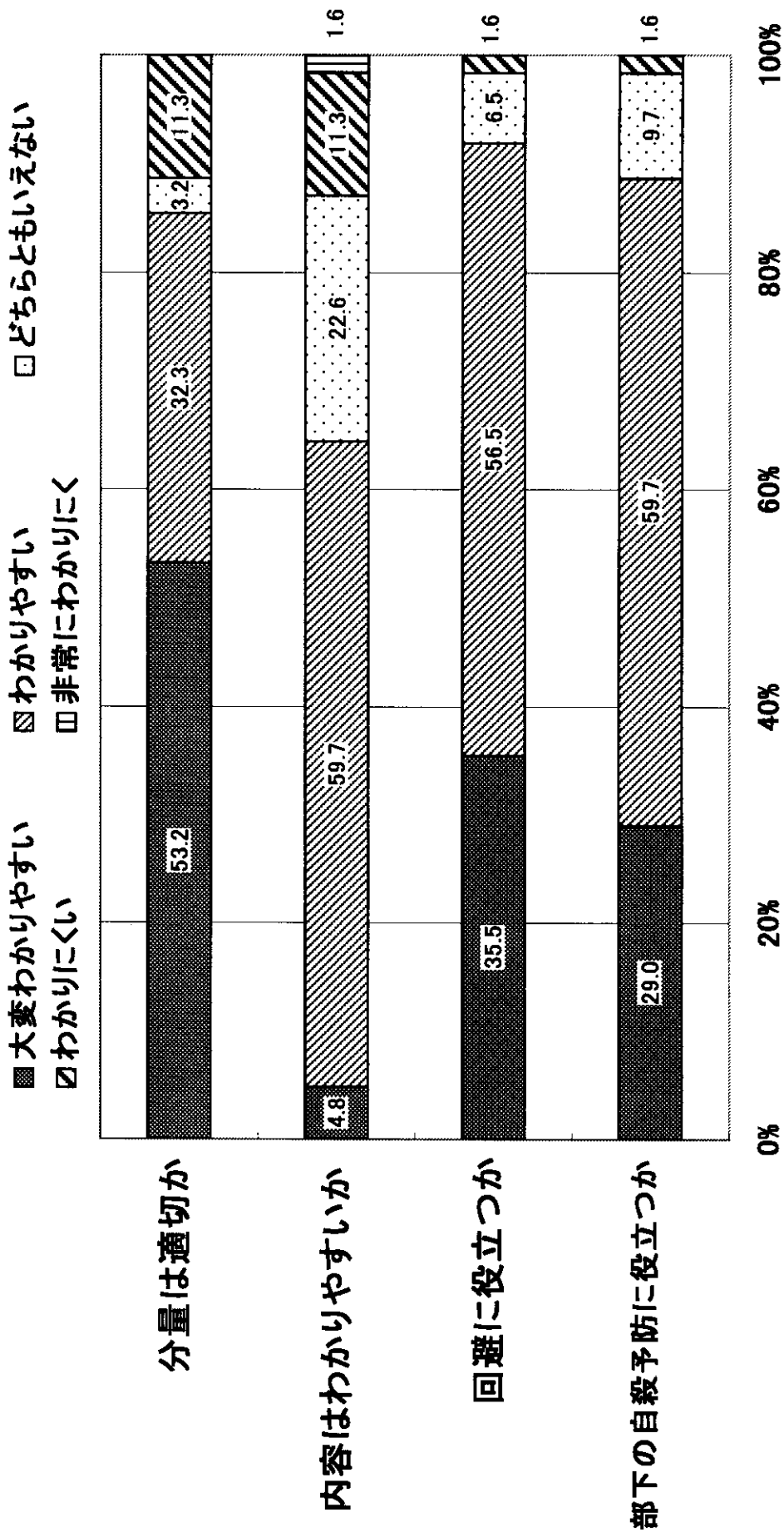


図 I-4. 管理職向けマニュアルについて

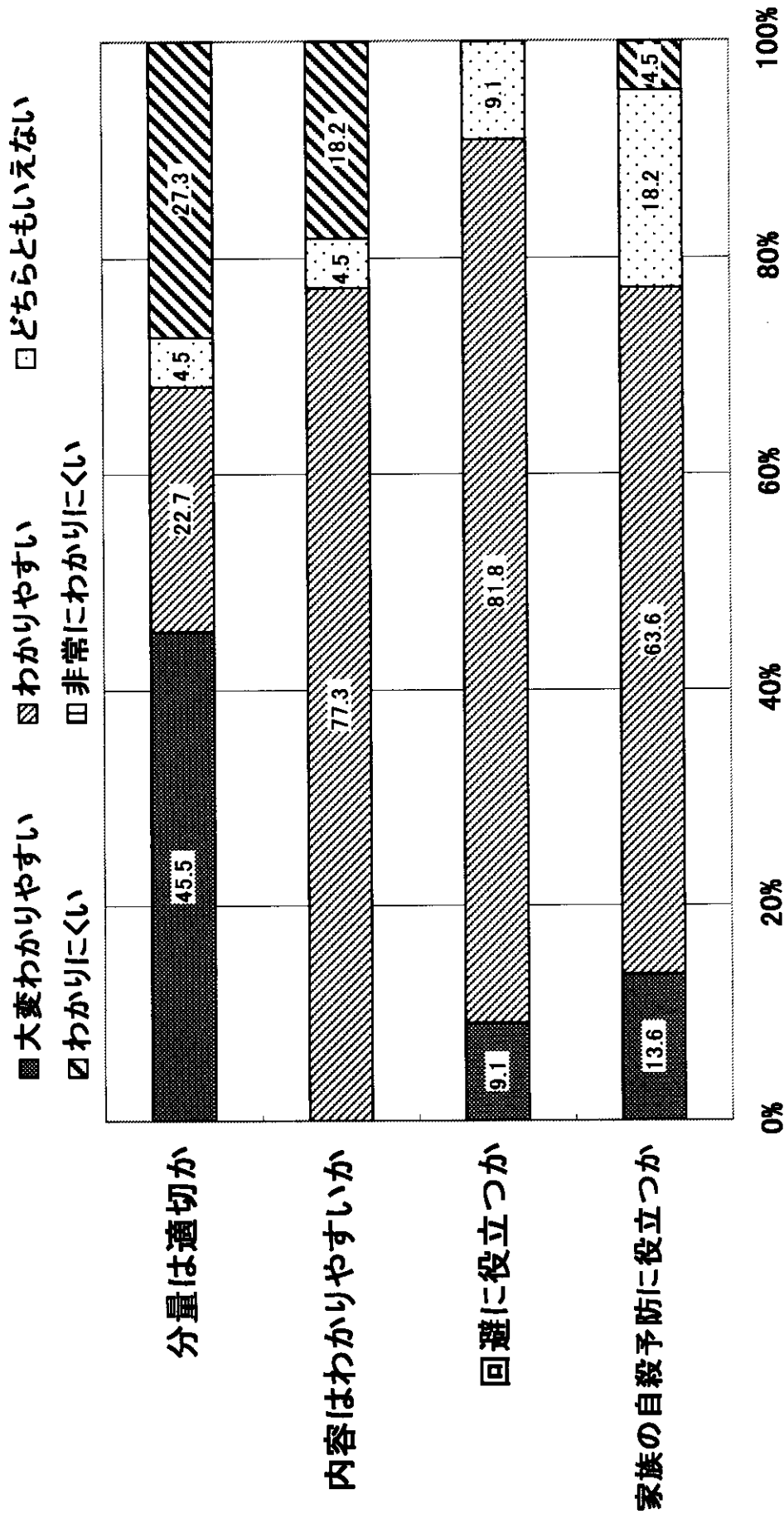


図 I-5. 家族向けマニュアルについて

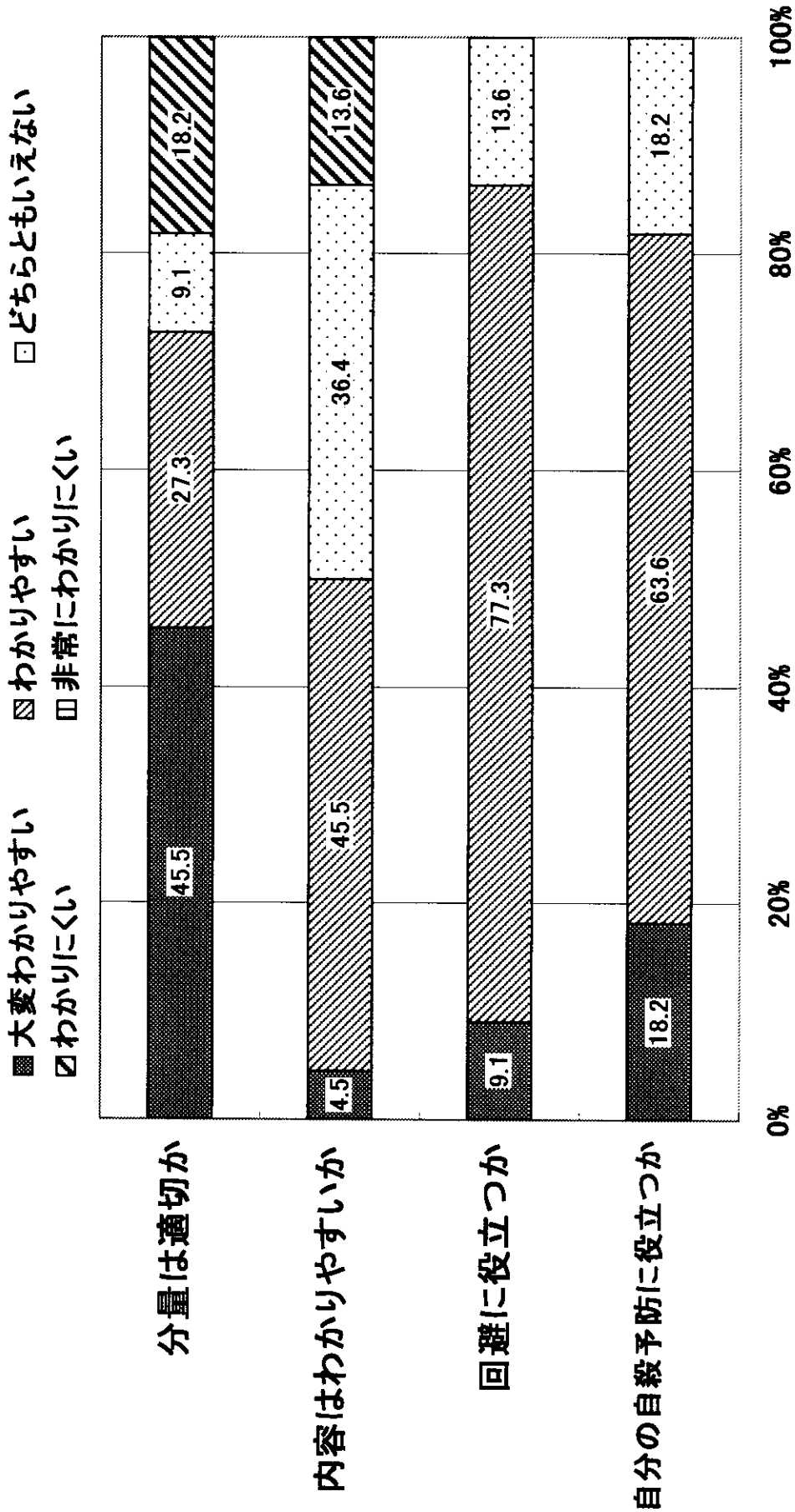


図 I-6. 一般職向けマニュアルについて

表Ⅱ-1 自殺既遂者、未遂者の年齢分布

年齢	20代	30代	40代	50代	合計
既遂者	8 (1) *	10 (1)	6	9 (1)	33 (3)
未遂者	2 (1)	4	6 (3)	0	12 (4)
合計	10 (2)	14 (1)	12 (3)	9 (1)	45 (7)

* () 内は女性

表Ⅱ-2 自殺者の職業

職種	既遂者	未遂者
一般技能職	10	2
専門技術職	10 (1)	2
公務員 (国家・地方)	4 (1) *	0
プログラマー等	2	1
金融業従事者	4	1 (1)
コック	2	0
事務職	0	3 (2)
サービス・販売	1	2 (1)
運輸業従事者	0	1
マスコミ関係	1 (1)	0
合計	33 (3)	12 (4)

* () 内は女性

表Ⅱ-3 臨床診断名

	既遂者	未遂者
うつ病	22 (14) *	10 (9)
適応障害	4	0
統合失調症	2 (1) *	0
重度ストレス障害	3	0
不安障害	0	1
かい離性障害	0	1
不明	2	0
合計	33 (15)	12 (9)

* () 内は治療中

表Ⅱ-4 職場における心理的負荷

既遂者	未遂者	心理的負荷の内容
15	6	仕事の量・質の変化
7	0	役割・地位の変化
4	1	仕事の失敗・過重な責任
1	2	対人関係のトラブル
6	3	特になし（通常業務）

表Ⅱ-5 心理的負荷の程度（精神障害の労災認定基準より）

	職場における心理的負荷			職場以外の心理的負荷		
	I（軽）	II（中）	III（強）	I（軽）	II（中）	III（強）
既遂者	5（1）*	21	7（2）	3（2）	0（1）	1
未遂者	4（1）	6（2）	2（1）	4	6（3）	2（1）
合計	9（2）	27（2）	9（3）	7（2）	6（4）	3（1）

*（ ）内は女性

表Ⅱ-6 自殺のサイン

自殺のサイン	既遂者	未遂者
特異的サイン （遺書、服薬など）	6	6
非特異的サイン （うつ状態など）	20	7
職場・家庭で気づかず	7	4*

*自殺企図直前まで気づかず

表Ⅱ-7 自殺予防プログラム・マニュアルに入れるべき内容

1. うつ病や自殺のリスクファクターの知識－早期発見と対応方法
2. 管理監督者による部下の業務と健康状態の把握
 - ・ 過重労働やうつ病は重要なリスクファクター
 - ・ 客観的心理的負荷より本人の受け止め方、支援者の有無が重要
3. 自殺のサインと発見時の対応、相談の進め方
 - ・ 管理監督者、家族、本人用
4. 事業場内の相談体制の整備：職制と産業保健スタッフ
 - ・ 産業保健スタッフと家族や事業場外資源とのネットワーク
5. 自殺発生時の職場としての対応（postvention）
6. 自殺予防マニュアルは管理監督者、家族、本人用が必要
 - ・ メンタルヘルス教育の際に配布する
 - ・ 人事労務担当部署、安全衛生担当部署、健康管理室に常備
7. 緊急時の対応システムの構築
 - ・ 事業場内のネットワークの整備
 - ・ 事業場外資源の利用、ネットワーク作り

（いのちの電話、救急医療体制、法律相談など）

表 Ⅲ-1-1: メンタルヘルスケア対策に関する人事労務担当者へのアンケート調査(1)

調査対象企業	概要(業種・従業員数)	事業者にとって役立つこと	管理職にとって役立つこと	一般社員にとって役立つこと	経営に与える影響
T 社	<ul style="list-style-type: none"> 不動産業 従業員数: 532名 (2001年4月現在) メンタルヘルスケア対策: 2000年から開始 	<ul style="list-style-type: none"> 従業員の安全管理体制の整備 管理職のマネージメントスキルの向上 精神疾患による休職から復職までの期間短縮 	<ul style="list-style-type: none"> マネージメントスキルの向上 メンタルヘルス不全者への対応技術の修得(初期段階でのカウンセリングへの誘導、復職後の職場環境の形成、専門家(EAP)への相談等) 	<ul style="list-style-type: none"> 症状が軽度の時に、早期にカウンセリング窓口を訪れるようになった 	<ul style="list-style-type: none"> まだわからない
N 社	<ul style="list-style-type: none"> 情報サービス業 従業員数: 2375名 (2001年4月現在) メンタルヘルスケア対策: 1994年から開始 	<ul style="list-style-type: none"> 無回答 	<ul style="list-style-type: none"> 部下の健康状態に注意するようになった 部下が休んだ場合、早めに本人と面談したり、社内の相談室に連絡し助言を求めようになった 部下から心身の不調について相談された時に、動揺したり回避したりせずに対応できるようになった 自分自身や家族のことについて積極的に相談するようになった 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の体調に注意するようになった 自分で心身の不調を感じた時に、早めに自主的に社内外の同断先を利用したり通院するようになった 休みがちな同僚をサポートする意識が生まれた 長期の休職をしても復帰しようという意欲が生まれ、それをサポートしようという周囲の意識も生まれた 	<ul style="list-style-type: none"> 採用活動において企業イメージが良い
A 社	<ul style="list-style-type: none"> 医薬品業 従業員数: 2616名 (2001年4月現在) メンタルヘルスケア対策: 1997年から開始 	<ul style="list-style-type: none"> 社員を大切にすることを企業として、企業イメージが向上した 病気を欠動した社員の職場復帰の可能性が高くなった メンタルヘルスに起因するリスクを回避することができ、リスクマネジメントへの対応ができるようになった 	<ul style="list-style-type: none"> メンタルヘルスケア研修を受けた管理職(337名)の99%が役に立つと回答した 研修の中で参考になった点は、早期発見の重要性、部下との信頼関係、自分自身が健康になることが組織全体が健康になること、カウンセリングマインドの必要性、管理職自身にもゆとりが必要なこと、病気の原因や症状など 	<ul style="list-style-type: none"> 自分自身だけでなく、周囲の社員への健康状態の心配や、社員全体のモラルアップに役立っている 	<ul style="list-style-type: none"> 社員を大切にすることを企業であることを社員が感じてくれることで、社員間の助け合いが生まれ、社員全体のモラル向上につながる メンタルヘルス不全者への対応を通じて、それによるリスクマネジメントを行うことができる
O 社	<ul style="list-style-type: none"> 鉄道業 従業員数: 3891名 (2001年4月現在) メンタルヘルスケア対策: 1998年から開始 	<ul style="list-style-type: none"> 病気を未然に防ぎ、また早期に治療することにより、従業員の労働力の確保及び労働買金の減少につながる 	<ul style="list-style-type: none"> 職場内の労働力確保及び活性化 	<ul style="list-style-type: none"> 安心して業務に従事できる 	<ul style="list-style-type: none"> 病気を未然に防ぎ、また早期に治療することにより、従業員の労働力の確保及び労働買金の減少につながる
F 社	<ul style="list-style-type: none"> 損害保険業 従業員数: 8197名 (2001年4月現在) メンタルヘルスケア対策: 1999年より開始 	<ul style="list-style-type: none"> 職場不適応者への対応方法を具体的に進めることが可能となった 	<ul style="list-style-type: none"> 部下のことを相談できる窓口ができた 	<ul style="list-style-type: none"> 心の病気に対する知識が得られ、自分自身の心身の不調に気づくことができるようになった 気軽に相談できる窓口ができた 	<ul style="list-style-type: none"> 管理職のマネージメント能力や職場の人間関係、社員の会社への信頼感の向上を期待
C 社	<ul style="list-style-type: none"> 情報サービス業 従業員数: 2685名 (2001年4月現在) 	<ul style="list-style-type: none"> 無回答 	<ul style="list-style-type: none"> 無回答 	<ul style="list-style-type: none"> 無回答 	<ul style="list-style-type: none"> 無回答

表Ⅲ-1-2: メンタルヘルスケア対策に関する人事労務担当者へのアンケート調査(2)

調査対象企業	社員への啓蒙・啓発活動	研修会の実施	カウンセリング窓口の設置	その他	今後の予定
T社		・無回答	・2000年より設置(EAP)		
N社	・1994年より年6回社内報または社内ネットへ掲載(全社員対象)	・1995年より新入社員や店長、一般社員へ実施(社内産業保健スタッフ) ・1997年より管理監督者へ実施(EAP)	・1994年より設置(EAP)	・2000年より電話相談(EAP)	・ハンドブックの配布
A社		・2000年に全ライン管理者を対象に実施(EAP)	・1997年より設置(EAP)		・社内外カウンセリング窓口の設置、メール・電話・FAXによる相談窓口の設置
O社	・1998年より、社内報や社内新聞に掲載(全社員対象) ・1998年より、研修会受講者へハンドブックを配布	・1998年より実施(EAP) ・階層別に実施(EAP)	・2001年より設置(EAP)	・2001年よりメール・FAX・電話相談窓口の設置(EAP) ・人事部、産業医、EAPが積極的に協力・連携している	
F社	・1999年より社内報に随時掲載(全社員対象) ・2001年に全ライン管理職へハンドブックを配布	・1999年より実施 ・親友社員(産業看護師) ・新任管理職(EAP)	・1995年より設置(EAP)	・2002年より、メール・FAX・電話による相談窓口を設置(EAP) ・以前から被保険者や被扶養者を対象に電話相談窓口を設置(電話相談窓口サービス機関)	
C社	・1997年より社内報へ掲載(全社員対象)	・1997年より管理職に実施(EAP)	・1997年より設置(EAP)		