

グを1回実施しただけであり、必要ならばディブリーフィングを繰り返し実施したり、適切な治療に導入するという手順を踏んでいないので、効果が上がらなくても当然との意見もある。さらに、これらの調査でも客観的な効果が認められなかったとしても、参加者は一様に主観的には肯定的な評価をしていることも興味ある点である。

訓練や知識が十分でない者がディブリーフィングを実施しているために、ディブリーフィングが失敗している可能性がある。さらに、ディブリーフィングが心理的トリアージであることを理解しないで、ディブリーフィングによってあらゆる効果が期待できるというのも誤りである。ディブリーフィングは治療ではなく、むしろ、緊急事態後のファーストエイドであると考えるべきなのであって、たった1回だけディブリーフィングを実施しただけですべての問題の解決を見出せるというのはそもそも過大な期待でありすぎる。

さらに、ディブリーフィングはその効用と限界を考えて実施すれば、ある程度の効果が期待できるというのが我々の経験からも実感しているのだが、実際にはevidence-based studyには馴染まないというのも事実である。

たとえば、職場で自殺が起きた場合に、ある群には介入を行い、他の群には介入をしないで心理検査だけを実施して、両者を比較するといったことは非倫理的ですらある。ポストベンションを依頼される群というのは、自殺が起きたことに関して遺された人々が相当深刻な影響を受けているのであって、ほぼ同等の影響を受けた群を

対照群として設定し、そちらには何の介入も実施しないというのは現実的にはきわめて難しい。現場においては、可能な限りのケアを実施しようとするものなのである。

なお、ディブリーフィングを実施するにあたって、次のような点に注意しておかなければならない。

ディブリーフィングを実施する群が経験した惨事ストレスに関して前もって十分な情報を得ておく。そして、強烈な影響を受けていることが明らかな人々に対しては個別のケアのほうが適している。

ディブリーフィングでは感情の表出を強制してはならない。グループが沈黙がちな時や感情の表出が激しすぎる時は、教育段階に重点を置くといった、臨機応変な対応が必要となる。また、ディブリーフィング中に強い動揺を示した人に対しては確実にフォローアップし、そのまま放置することがないようにする。

ディブリーフィングは万能ではない。あくまでも惨事ストレスを経験した人に対する現場におけるファーストエイドであって、すべてではない。ディブリーフィングを過大評価するのも、過小評価するのも大きな問題をはらんでいる。当然のことながら、ディブリーフィングは精神科治療の代用品ではない。

また、惨事ストレスを経験した直後というのは、メンタルヘルス教育の絶好の機会でもある。そして、ディブリーフィングではハイリスクの人を見つけて、適切な治療に結びつけるスクリーニングの役割も果たしている。このフォローアップのないディブリーフィングは不完全と言わざるを

得ない。

臨機応変にディブリーフィングを実施することが重要であるのだが、原法をあまりにも頑なに守り、柔軟性に欠けたり、あらゆる事態に対して無批判にディブリーフィングを適応することも問題である。さらに、ディブリーフィングの心理的構造を活用しない、逆転移の処理に失敗する、ディブリーファーマ自身の疲労に気づいていない、基本原則を守らないといったこともディブリーフィングの失敗につながる。

基本原則を守らない実例としては、次のようなものがある。

- ディブリーフィングの準備が十分にできていない。実施前に方針を検討するミーティングを開かない。
- 実施前に緊急事態について十分に把握していない。
- 対象を十分に検討せずに一律にディブリーフィングを実施する。
- チームに精神保健の専門家を含めない。
- 十分訓練されていないメンバーを使う。
- ピア・スタッフを十分に活用しない。
- ディブリーフィングの一般的な過程から大きく逸脱する。
- 参加者に対してあまりにも多くの助言を与えたり、参加者との論争に陥る。
- 親しすぎる人に対してディブリーフィングを行う。
- 緊急事態に直接関与している人がディブリーフィングを実施する。
- 個人的な問題を抱えている人がディブリーフィングを実施する。

- ディブリーフィング中に自らの感情を表現している人の言葉をさえぎる。
- 教育やまとめについての解説が不十分になる。
- 秘密を守るという約束を破る。
- 適切なフォローアップを行わない。
- 限界を理解していない。万能感にあふれすぎている。
- ディブリーフィングを過小にしか使用しない、その反対に、過剰に使用する。
- ディブリーフィング後にディブリーファーマ同士でミーティングを行わない。

以上のようにディブリーフィングの効果と限界を十分に理解した上で、実施すれば、ある程度の効果が得られることを期待できる。あまり感情的にディブリーフィングを批判するのではなく、現場の必要性に応じて臨機応変に実施していく必要があると考えられる。

たとえば、重症のうつ病の患者に対して治療を実施するときには、あくまでも、個別の治療から始めるだろう。そして、ある程度の危機を脱した状態になった段階で、その患者が利益を得られると判断したならば、個人精神療法や薬物療法と並行して、グループ療法にも導入することを検討するだろう。けっして、最初からやみくもに、他の治療法をまったく無視して、グループ療法だけに集中することはないはずである。

適切な喩えとは言えないかもしれないが、ディブリーフィングも同じように考えることはできないだろう。

## 【ポストベンションの一環としてのディブリーフィング】

我々が実施しているポストベンションの大きな流れを紹介しておこう（図1）。ここでは、職場で同僚が自殺した場合のポストベンションを想定して、その大きな流れを説明していく。

### ①全体の状況を把握する

現場からの要請に基づいてポストベンションを実施する。要請がないのに、ポストベンションのチームが押しかけていても、十分な協力が得られない。

また、要請に基づいて、チームが派遣された場合でも、ポストベンションの目的を最初に的確に説明し、相互に合意に達しておくことがきわめて重要である。自殺が起きてしまったために、流言飛語が飛び交ったり、職場の士気が下がってしまっていることがある。ポストベンションはあくまでも、同僚が自殺するといった悲劇的な状況を体験した人々に対するケアであって、原因究明のための調査や誰に原因があるかといった犯人探しなどではないことを繰り返し説明し、現場の納得を得ておく。

そして、現場の責任者、あるいは、今回の件を十分に把握している人から、説明してもらい、状況の全容を把握するように努める。関係する資料などがあれば、それについても目を通しておく。事前の状況把握が十分でない、以後の活動も円滑に進めることができない。

著者らは IES-R（出来事インパクトスケール改訂版）などの心理検査やアンケート

を実施して、自殺が全体に及ぼしている影響を把握する一助としている。どのような心理検査を利用するか、そもそもその種の検査が必要か否かは、それぞれの状況に応じて判断するとよいだろう。

このようにして、全体の状況がある程度把握したうえで、個別のケアを主とするか、グループに対する働きかけを主とするか、あるいは双方を実施するか、方向付けをする。もちろん、さらに情報が必要なときには、まず、数人の個別面接をした上で、その後の方向付けをすることもある。

### ②個別のケア

自殺が起きたことで非常に強い影響を受けている人に対しては、グループで対応するよりも、むしろ個別のケアのほうが適していると考えられる。

個別のケアにおいても、ポストベンションの意味をきちんと説明しておく。その目的は、悪者探しや犯人探しなどではなくて、遺された人のこころの傷を癒すためのケアであることを強調する。そして、このケアは故人を追悼するとともに、悲劇を繰り返さないために、何かを学ぶ機会にしたいという点を強調する。もちろん、話し合われた内容について、秘密を守ることも保障する。同僚の自殺を経験し、複雑な感情に圧倒されているので、その感情を率直に表現したいならば、その機会を与えるのだが、けっして感情の表出を強制する雰囲気を作ってはならない。もしも、何も言いたくなければ、その権利もあることを保障する。

個別のケアだけで終わることもあるのだが、個別面接を終えた後、ある程度の共通項が認められた人が何人かいると考え

られる場合は、その後、グループに対する働きかけにつなげる場合もある。

### ③グループを対象とした働きかけ

ここではグループを対象するケアの代表的な技法として、ディブリーフィングを取り上げておく。ディブリーフィングの技法を状況に応じて、臨機応変に応用する。

まず、誰を対象とするかが問題になる。前述したように、職場で同僚が自殺して、非常に強い影響を受けている人がいる場合は、個別のケアのほうがよいだろう。ディブリーフィングでは、自殺によって中等程度の影響を受けている比較的均一な群を対象とする。また、年齢や職場における地位なども比較的近い人を対象とすべきである。あまりにも発言権が強い人をグループに含めてしまったために、その人ばかりが話して、他の人が話す機会を奪われてしまつては本末転倒である。

グループ・ワークのはじめに、やはり、この目的が犯人探しや調査などではなく、故人を追悼し、悲劇を繰り返さないためにできるだけのことを学びたいという点を強調する。秘密を守る、何を話すのも自由だし、話さないのも自由であるという点を保障するのは、個別面接の場合と同様である。あくまでも自発的に話が出てくるようにする必要があり、緊急事態を経験して心理的に圧倒されている人に対して話を強制する雰囲気を作ってはならない。また、そのようにすることはかえって有害ですらある。

まず、今回の件がどのような形で起きたか事実関係の確認から入る。これは感情をあまり強く巻き込まないので、話をしやす

い内容でもある。

さらに、そのときに自分がどのように考え、反応したかという話題に移っていく。そして、同僚の自殺が起きた後に、自分にも起きている症状（例：不眠、不安、食欲不振、フラッシュバック、等）について取り上げる。

さらに、教育段階では、急性のストレス反応の症状やその対処法について解説したりする。また、明らかな精神疾患が自殺と関係していたような場合には、その症状や治療法などをディブリーフィングから解説することもある。悲劇が起きた直後でもあり、ディブリーフィングに参加した人は非常に熱心に話に耳を傾けてくれるものである。

グループ・ワークの最後には再びこの目的を説明し、また、チームへの連絡法を伝えておく。ディブリーフィングを終えるにあたって、故人の冥福を祈って黙祷をするのもよいだろう。

さて、ディブリーフィングの最中に、明らかな動揺あるいは精神症状をきたしていた人、あまりにも饒舌だった人、ほとんど黙り込んでいた人などには、かならず声をかける。場合によっては、その人だけのために個別面接の機会を設ける。

個別面接とグループ・ワークをまったく別個の過程と考えているわけではない。個別面接を終えた後、グループ・ワークに導入することもあれば、反対に、グループ・ワークの後に再び特定の人を対象として、個別面接を行うこともある。また、かならずしもこの二者を常に行わなければならないというものでもない。状況に応じて、個別面接だけ、あるいはグループ・ワーク

だけの場合もあり得る。

ともかく、ポストベンションが成功するための鍵は現場の必要性に応じて臨機応変に、適切なケアを工夫していくとことである。

#### ④ハイリスク者を把握して、フォローアップにつなげる

十分な知識や経験のない人から、この種のポストベンションは有害無益だという反論を聞くことがある。ポストベンションの目的自体を誤解しているために、この種の反論が生じる場合が少なくない。

まず、ポストベンションはあくまでも緊急事態に対するファースト・エイドであって、専門的・集中的治療の代替品ではないということを理解しておかなければならない。ポストベンションを行えば、その後の不安障害、うつ病、PTSDなどの発病を100%予防できるなどと主張しているわけでは決してないのだ。

ポストベンションでは、緊急事態を経験した後の急性反応について教育する機会であり、ある程度正常の反応に関しては適切な対処法を健康な人に教えることが可能である。

しかし、最も重要な点は、ポストベンションの過程を通じて、ハイリスク者を発見し、適切なフォローアップにつなげることなのだ。適切なフォローアップを行わなければ、ポストベンションは不完全であると言わざるを得ない。

フォローアップにはさまざまな段階がある。たとえば、ポストベンション中に動揺を示していたが、ある程度、正常な範囲の反応であって、時々、連絡を取り合っ

その後の経過を聞くだけで十分な人もいる。また、遺された人がきわめて重症な精神症状を示している、ただちに精神科医療機関への紹介が必要であるといった緊急の場合もある。

#### ⑤現場に対する精神医学的説明、自殺予防教育

特定の個人に対する面接やグループ・ワークが終了した段階で、その職場の関係者に対して、なぜ自殺が起きてしまったのかという点について、故人のプライバシーを犯さないことに配慮しながら、精神医学の立場から解説する。

専門的な知識がない一般の人は往々にして噂や憶測に基づいて、自殺が起きた原因を誤って解釈していることがある。流言飛語をそのまま信じていることすらめずらしくはない。「借金があったというが、あの程度の借金で人は自ら命を絶ってしまうのだろうか」とか「上司の指導が厳しすぎた。上司に殺されたも同然だ」などと信じていることがあるのだ。しかし、実際には、自殺が起きた背景には精神疾患がしばしば見逃されている。そこで、専門家の立場から、なぜ自殺が生じたのか適切に解説することは、流言飛語が広まったり、職場の士気の低下を防いだりするのに役立つ。

もしも、うつ病やアルコール依存症などと密接に関連して自殺が生じていると考えられる場合には、関連する精神疾患の特徴やその治療法などについても解説する。

また、自殺予防一般についても教育する絶好の機会でもある。緊急事態が何も生じていない時に、何らかの自殺予防教育を行

おうと考えても、まるで他人事のように考えて、あまり熱心に耳を傾けようとはしない。ところが、同僚が自殺した直後では、わが身に振り返って、自殺予防に関する情報を真剣に得ようとする。まさに、もっとも動機付けの高まっているときであるのだ。

さらに必要に応じて、ポストベンションを要請してきた現場の責任者に、今後の自殺予防のために役立つような報告書や提言を提出することもある。

#### D. 結論

毎年、わが国では3万人を超える人が自ら命を絶っている。自殺予防に全力を尽くすべきである点に異論はないが、不幸にして自殺が起きてしまったときには、遺された人に対する適切なケアが欠かせない。

ポストベンションの大きな流れを解説した。これは職場で自殺が起きたときばかりでなく、たとえば、学校や病院で自殺が生じたときにも応用できるケアである。また、自殺だけではなく、大事故や自然災害の際にも応用可能な介入技法と考えられる。

ディブリーフィングに関してはさまざまな批判があるのだが、その効果と限界を十分に認識した上で、実施する必要がある。その点を認識しながら、ポストベンションの一環としてディブリーフィングを行うならば、十分な効果が期待できるというのが結論である。その有効性がエビデンスに基づかないといった批判がある点は承知しつつ、今後の検討に待つべきである。

なお、繰り返し強調するが、重要な点は、

現場の必要性に応じて臨機応変な態度でポストベンションを実施することであり、すべての状況に一律に当てはまる方法などはありません。現場で、何をどの程度実施することが可能か検討することは不可欠である。時には、緊急事態に直面してすっかり混乱している人に対して、十分な準備や経験もなく、適切なスタッフがいままにポストベンションを実施しなければならないかもしれない。そのような際には、個別面接だけを実施し、打ちひしがれている人の率直な気持ちに傾聴するだけでも立派なポストベンションと言えるだろう。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 高橋祥友：自殺、そして遺された人々。新興医学出版社、2003。
- 高橋祥友：中高年自殺；その実態と予防のために。筑摩書房、2003。
- Chiu, H. F. K., Takahashi, Y., & Suh, G. H. : Elderly suicide prevention in Asia. In *J Geriatr Psychiatry*, 18:973-976, 2003.
- 高橋祥友：高齢者に見る自殺の特徴と問題点。老年精神医学、14(4) :430-435, 2003.
- 高橋祥友：わが国の自殺の現状と自衛隊のメンタルヘルス。防衛衛生、50(10) :285-290, 2003.
- 上島国利、大坪天平、James Ballenger、高橋祥友、Hans-Ulrich Wittchen、Yves Lecrubier：うつ病と不安障害の認識および診断。日本医事新報、No. 4148 (2003年10月25日)、22-27, 2003

- 高橋祥友：希死念慮を強く訴える患者に対する精神療法的接近. 松下正明・総編集「新世紀の精神科治療7 語りと聴取」、pp. 213-227、中山書店、2003.
  - 高橋祥友：自殺企図患者への対応. 日経メディカル、2003年11月号、pp. 117-119.
  - 高橋祥友：中高年の自殺に際して；予防と危機介入の視点. 月間福祉、6月号：94-97、2003.
  - 高橋祥友：ディブリーフィング；看護に必要な知識と場面. 看護実践の科学、28(4)：52-53、2003.
  - 高橋祥友：自殺についての基礎知識. 地域保健、34(2)：48-55、2003.
  - 高橋祥友：外来精神科医療による自殺予防. 外来精神医療、2(1)：99-103、2003.
  - 高橋祥友：うつ病と自殺. 野村総一郎、樋口輝彦・監修「こころの医学事典」、pp. 258-274、講談社、2003.
  - 高橋祥友：群発自殺、自殺論. 松下正明、中谷陽二、加藤敏、大野裕、神庭重信・編「精神医学文献事典」、p. 257、276、弘文堂、2003.
  - 高橋祥友：自殺企図は予防可能か. 樋口輝彦・編集「自殺企図：その病理と予防・管理」、pp. 178-186、永井書店、2003.
  - 高橋祥友：うつ病と自殺. 上島国利編・別冊最新医学「新しい診断と治療のABC『躁うつ病』」、pp. 221-228、最新医学社、2003.
  - 高橋祥友：青少年の自殺の病理. 黒澤尚編・別冊医学のあゆみ「自殺の病理と実態：救急の現場から」、pp. 10-14、2003.
  - 高橋祥友：自殺の予防. 山口徹、北原光夫・編「今日の治療指針2003年版」、pp. 673-674、医学書院、2003.
- ## 2. 学会発表
- 高橋祥友、清水邦夫、澤村岳人、真崎義憲、山下千代、福間詳、下園 壮太：自殺が生じた後の対応に関する一提言：CISMに基づいた postvention の試みについて. 第23回日本社会精神医学会、盛岡、2003年3月5日
  - 福間詳、山下千代、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（1）アフターケアの概要について、盛岡、2003年3月5日
  - 山下千代、福間詳、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（2）心理学的剖検法を用いた自殺要因の検討、盛岡、2003年3月5日
  - 山下千代、福間詳、下園壮太、高橋祥友：陸上自衛隊における自殺のアフターケア（3）自殺が関係隊員におよぼす心理的影響について、盛岡、2003年3月5日
  - 高橋祥友：日本の自殺の現状. 国立社会保障・人口問題研究所社会保障セミナー、東京、2003年3月26日
  - 高橋祥友：自殺予防. 平成15年度宮崎県医師会産業医部会総会産業医研修会、宮崎、2003年5月10日
  - 高橋祥友：自殺予防. 日本看護協会平成15年度ベッドサイドのメンタルケア、東京、2003年5月28日
  - 高橋祥友：自殺予防. 東京都立精神保

- 健福祉センター精神保健福祉入門研修、東京、2003年5月29日
- 高橋祥友：学校における自殺予防の取り組みについて。文部省初等中等教育局「生徒指導に関する勉強会」、東京、2003年6月18日
  - 高橋祥友：産業医に必要な自殺予防の基礎知識。第44回サンユー会産業医研修会、東京、2003年6月21日
  - 高橋祥友：働き盛りの自殺を防ぐには；こころの風邪に気をつけて。うつ病アカデミー、東京、2003年7月18日
  - 高橋祥友：自殺予防への対応。第41回健康管理研究協議会、東京、2003年9月6日
  - Takahashi, Y., Shimizu, K., Masaki, Y., Sawamura, T., Fukuma, S., Yamashita, C., Shimozone, S., and Fujiwara, T.: Recent trend of suicide and suicide prevention in Japan. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention. Stockholm, 2003年9月13日
  - Yamashita, C., Fukuma, S., Shimozone, S., Fujiwara, T., and Takahashi, Y.: Postvention support system in Japan Ground Self-Defense Force. XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention. Stockholm, 2003年9月15日
  - 高橋祥友：働き盛りの自殺を防ぐには。平成15年度函館地方精神保健協会精神保健秋季講演会、函館、2003年10月4日
  - 高橋祥友：過労自殺の実態とその予防。埼玉労働局労災医療講演会、さいたま、2003年10月18日
  - 高橋祥友：自殺の予防と対応。平成15年度厚生労働省「働く人の自殺予防セミナー」、東京、2003年11月10日
  - 高橋祥友：青少年の自殺。第50回日本小児保健学会、鹿児島、2003年11月13日
  - Takahashi, Y.: Suicide prevention for the elderly. VII Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology, Tokyo, 2003年11月25日
  - 高橋祥友：青少年の自殺の特徴とその対応について。第41回全国学生相談研修会、東京、2003年12月10日
  - 高橋祥友：過労自殺とその対策。日本産業衛生学会関東地方会第223回例会、東京、2003年12月20日



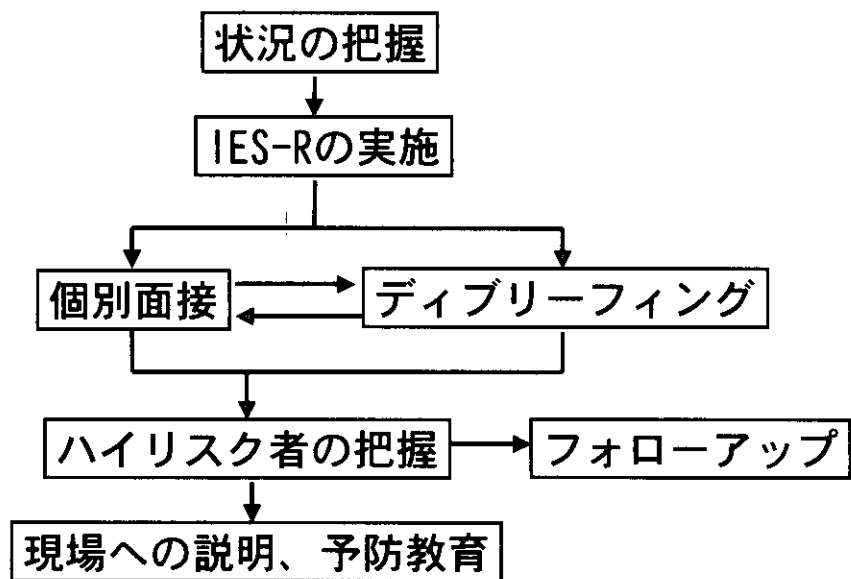
表 1 : ディブリーフィングに関するRCT研究

報告者 (年)	対象	実施時期	対象数	時間 (分)	判定時期	結果
Bordowら (1979)	交通事故者	<1 週	70	60	3-4 月後	○
Bunnら (1979)	重症の疾病 外傷患者	<12時間	30	20	5 分後	○
Lavenderら (1998)	出産後	<48時間	114	30-120	3 ヶ月後	○
Hobbsら (1996)	交通事故者 暴力被害者	<24時間	42	60	3 年後	△
Leeら (1996)	流産後	14日	39	60	4 ヶ月後	△
Conlonら (1999)	交通事故者	<14日	40	30	3 ヶ月	△
Roseら (1999)	暴力被害者	<1 月	105	60	11 ヶ月後	△
Smallら (2000)	出産後	<48時間	1041	記載なし	6 ヶ月後	△
Dolanら (in press)	事故者と 救急要員	<14日	69	45-120	6 ヶ月後	△
Bissonら (1997)	火傷患者	2-19日	103	30-120	13 ヶ月後	×
Mayouら (2000)	交通事故者	24-48時間	106	60	3 年後	×

表 1 (文献)

- Bisson J, Jenkins P, Alexander J, Bannister C: A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 1997;171:78-81
- Bordow S, Porritt D: An experimental evaluation of crisis intervention. *Soc Sci Med* 1979;13:251-256
- Bunn T, Clarke A: Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *Br J Med Psychol* 1979;52:191-195
- Conlon L, Fahy TJ, Conroy R: PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *J Psychosom Res* 1999;46:37-44
- Dolan L, Bowyer D, Freeman C, Little K: Critical incident stress debriefing after trauma: Is it effective. *In press.*
- Hobbs M, Adshead G: Preventive psychological intervention for road crash survivors; in Mitchell M (ed): *The Aftermath of Road Accidents: Psychological, Social and Legal Perspectives*. London, Routledge, 1996, pp.159-171
- Lavender T, Walkinshaw SA: Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25:215-219
- Lee C, Slade P, Lygo V: The influence of psychological debriefing on emotional adaption in women following early miscarriage: A preliminary study. *Br J Med Psychol* 1996;69:47-58
- Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M: Psychological debriefing for road traffic accident victims: A three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:589-593
- Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk M: A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychol Med* 1999;29:793-799
- Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Walderstrom U: Midwife-led debriefing to reduce maternal depression following operative birth: A randomized controlled trial. *BMJ* 2000;321:1043-1047

図1：ポストベンションの流れ



厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
分担研究報告書

労働者向け自殺予防教育プログラム、マニュアルの開発

および EAP による介入的アプローチの効果評価

分担研究者：永田頌史（産業医科大学産業生態科学研究所・教授）

研究協力者：三島徳雄・久保田進也（産業医科大学）

清水隆司・山崎友丈（株式会社マインメンタルヘルス研究所）

森田哲也（財団法人福岡労働衛生研究所産業医）

昇 淳一郎（松下寿工業電気株式会社産業医）

研究要旨：Ⅰ．職場におけるうつ病・自殺予防マニュアルの作成と評価：2002年度版マニュアル3部に対する有用性の評価、要望を参考にして、2003年度版マニュアル3部を作成した。管理監督者、一般職、家族からの評価は、3部とも分量、内容の分かりやすさ、有用性に関して、2002年度版より評価は高くなっていた。しかし、産業保健スタッフからの評価は、分量や内容の分かりやすさ以外の有用性に関する評価は下がっていた。自由記述欄では、有用性やクイックマニュアルを評価する一方、さらに簡略化、イメージ化、レイアウトの工夫、パターン別の事例提示を求める意見が多かった。

Ⅱ．職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの作成と効果評価：プログラム実施前と1～3ヶ月後の調査で、教育効果の評価を行った。グループⅠ（60名）は、2.5時間かけて全プログラム（スライド58枚）を実施した。グループⅡ（94名）は、1.5時間のメンタルヘルス教育の中に自殺対策に関係した7枚のスライドを加えた群で、グループⅢは、同じく2時間の教育の中で、この6枚のスライドを入れた群（自殺予防教育群87名）と入れていない群間（対照群126名）での教育効果を比較した。グループⅠ、Ⅱとも、メンタルヘルス一般に関する質問と、自殺に関する質問の1部への正解率が有意に高くなっていた。グループⅢでは、自殺予防教育群で自殺に関する質問への正解率が対照群に比較して1部の質問で軽度上昇していた。3群ともそれぞれ教育効果が認められた。

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を導入した企業（3社約15000人）では累積粗自殺率が1996年-2001年にかけて、その前の5年間に比較して低下した。2) NS社（890人）では、EAP導入後、精神疾患による疾病休業日数は減少した。3) NS社における費用便益分析では、EAP導入前後2年間の精神疾患による休業に基づく損失額とEAP契約費やカウンセリングによる費用をもとに計算した便益／費用比は1.4で、約645万円の便益が得られた。

## I. 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアルの作成と評価

担当者：三島徳雄・久保田進也  
森田哲也・永田頌史

### A. 研究目的

本研究の目的は職場における自殺予防を目的として、うつ病や自殺の発生予防、早期発見、具体的支援の方法、自殺発生後の対応等を記した3種類のマニュアル（管理監督者用、一般職用、家族用）を作成し、それぞれの対象者、産業保健スタッフの評価を基に、より使いやすく有用性の高いものを作成するための資料を得ることである。

### B. 研究方法

昨年度試作した3種類の自殺予防マニュアルに対する評価、意見を参考にして、改良を加えた2003年度版管理監督者用うつ病・自殺予防マニュアル（資料1）、一般職用マニュアル（資料2）、家族用マニュアル（資料3）を作成した。評価に関しては、分量、内容の分かり易さ、危機回避、自殺予防に関する有用性に関する質問及び自由記述欄をもうけた自記式無記名の質問票（資料4）を作成し、マニュアル、返信用封筒を同封して郵送による調査を行った。なお、評価調査への協力の謝礼として図書カード（1000円分）1枚を同封した。

対象は、複数の会社の管理監督者122名（回収77名、回収率63%）、一般職90名（回収63名、回収率69%）、産業保健スタッフや有職者の家族64名（回収34名、回収率53%）及び6事業場の産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健スタッフ36

名（回収34名、回収率94%）で、管理監督者用マニュアルに関しては、別に要請があった労働衛生機関の保健師、産業看護職20名を含む56名（回収50名、回収率89%）である。

評価に関する質問については、本年度の結果とともに、昨年度の結果との比較も行った。

### C. 研究結果

#### 1) 産業現場の管理監督者と一般職及び家族を対象とした調査結果について

管理監督者用マニュアルに関して、分量は「丁度よい」が76.6%、「多すぎる」が14.3%、「少なすぎる」が9.1%で、昨年度の調査結果「丁度よい」53.2%、「多すぎる」32.3%、「少なすぎる」11.3%に比較して、「丁度よい」が著明に増えていた。内容に関しても「大変わかりやすい」が昨年度の4.8%から39.0%と著明に増え、「分かりやすい」と合わせると90.9%になる。「危機回避に役立つか」との質問に対しては、「大変役立つ」が昨年度の35.5%から31.2%へと少し減少していたが、「役に立つ」と合計すると96.1%となり、昨年度の92.0%を上回っていた。「自殺予防に役立つか」との質問に対しては、「大変役に立つ」が29.0%から26.0%に少し減少していた。「役に立つ」は昨年度、本年度ともに59.7%であったが、両者を合わせると約90%になる（図I-1）。

一般職向けマニュアルに関して、分量は「丁度よい」が、昨年度の45.5%から74.2%へと増えて、分量が「多すぎる」が27.3%から16.1%に減少していた。内容に関しては「大変わかりやすい」が昨年度の4.5%から30.6%に増え、「分かりやすい」を含める

と、昨年度の50.0%から87.1%へと大巾な改善が見られた。「危機回避に役立つか」という質問に対して、「大変役に立つ」は、昨年度の9.1%から16.0%に増えたが、「大変役に立つ」と「役に立つ」の合計は、昨年度が86.4%、本年度が85.5%と大きな差は認められなかった。一方、「自殺予防に役に立つか」という問に対しては、「大変役に立つ」が18.2%から14.5%に減少し、「大変役に立つ」と「役に立つ」の合計は、昨年度が81.8%、本年度が80.6%で、余り差は認められなかった（図1・2）。

家族用マニュアルに関しても、分量は「丁度よい」が昨年度の45.5%から82.4%へと大巾に増え、「多すぎる」が22.7%から5.9%へと減少していた。内容については、「大変わかりやすい」が昨年度の0%から23.5%へ、「大変わかりやすい」と「分かりやすい」を合計した割合は、77.3%から88.2%へと増加していた。「危機回避に役立つか」との質問に対して、「大変役に立つ」が昨年度の9.1%から29.4%に増えていたが、「大変役に立つ」と「役に立つ」を合計した割合は90.9%から79.4%へと少し減少していた。

「自殺予防に役立つか」との質問に対しては、「大変役に立つ」は14.7%、「役に立つ」は52.9%で、昨年度のそれぞれ13.6%、63.6%と余り大きな変化は見られなかった。

管理監督者、一般職、家族に対する調査では、3種のマニュアルとも「分量」と「わかりやすさ」に関しては、昨年度のものより、大巾に評価が上がっているが、危機回避や自殺予防への有用性に関しては、いずれも80~90%が「大変役に立つ」、「役に立つ」と回答しているものの、昨年度のマニュアルに対する評価との比較では余り大き

な変化はなかった（図1・3）。

自由記述では、今回のマニュアル3部に関して「文字が多い」、「表現が固い」、「医学用語には解説をつける」、「事例を多くした方がよい」、「具体的な声かけの会話例を示す」、「チャート式やシュミレーション式の自己診断、評価の方法を入れた方がわかりやすい」、「点数で評価するチェックリストは、もっと点数を細分化して、それぞれの程度に応じた解説を入れた方がよい」、「さらに図表、イラストを増やしてイメージ化した方がよい」、「もっと読みやすくし、レイアウトを工夫する」等の要請が多かった。特に、一般職用、家族用のマニュアルに対しては、分量を少なくし、平易で図表化、イラスト化によりイメージ化を求める要請が多かった。

## 2) 産業保健スタッフを対象とした調査結果について

管理監督者用マニュアルに関しては、分量は「丁度よい」が50.0%、「多すぎる」が32.0%で、昨年度の調査とほぼ同じであった。内容に関しては、「大変わかりやすい」が昨年度の10.7%から24.0%へと増加し、「大変わかりやすい」と合計すると76.0%となり、昨年度の67.1%より改善がみられた。「危機回避に役立つか」という質問に関しては、「大変役に立つ」が39.3%から22.0%と減少したが、「大変役に立つ」と「役に立つ」を合計した割合は82.0%で、昨年度の82.2%とほぼ同じであった。「自殺予防に役に立つか」との質問に対して「大変役に立つ」は昨年度の32.1%から12.0%に減少していたが、「役に立つ」と合計した割合は80.0%で昨年度の82.1%とほぼ同様の結果であった（図1・4）。

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）  
分担研究報告書

一般職用マニュアルに関しては、分量は「丁度よい」が 58.8%で「多すぎる」が 14.7%、「少なすぎる」が 20.6%であった。昨年度の調査結果に比較して、「丁度よい」がやや減少し、「多すぎる」、「少なすぎる」がともに増加していた。内容に関しては「大変わかりやすい」が昨年度の 27.6%から 17.6%に減少していたが、「わかりやすい」と合計した割合は 76.4%で、昨年度の 82.8%よりやや減少していた。「危機回避に役に立つか」という質問に対して「大変役に立つ」は 31.0%から 11.8%に減少し、「どちらとも言えない」が 13.8%から 26.5%へと増加していた。「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 24.1%から 8.8%に減少し、「どちらとも言えない」が 17.2%から 32.4%に増加していた（図 I-5）。

家族用マニュアルに関しては、分量は「丁度よい」が昨年度の 64.3%から 76.5%と増加していた。「多すぎる」は 25.0%から 5.9%に減少していた。内容に関しては、「大変わかりやすい」が昨年度の 28.6%から 32.4%、「わかりやすい」と合計した割合が、75.0%から 82.4%と改善がみられた。「危機回避に役に立つか」との質問に対して、「大変役に立つ」が昨年度の 39.3%から 32.4%へ減少していたが、「役に立つ」と合計すると昨年度の 85.7%から 88.3%と少し増加していた。「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」は昨年度の 28.6%から 20.6%へと減少し、「役に立つ」と合計した割合も昨年度の 92.9%から 76.5%へと減少し、「余り役に立たない」が 0%から 8.8%へと増加していた。

全体的にみて、分量、内容、有用性に関

して、昨年度の調査結果より、本年度の結果の方が厳しくなっている傾向がみられた。

自由記述の部分では「クイックマニュアルが役に立つこと」、「事例呈示があるので、具体的なイメージがつかみやすい」、「全体的にわかりやすい」との評価がある一方、「文字が多い」、「読みやすくなるようにレイアウトの工夫が必要」、「文章の一部を字体を変えるだけでなくカラー化して、重要な部分に分かるようにした方がよい」、「チェックリストにはチャート、フロー図を作り、補足説明をつける」、「医学用語が入っており、表現が固い」、「うつ病は適切な対処により、よくなることを強調した方がよい」、「成功事例、失敗事例と解説を加えた方がよい」、「全体に自殺という表現が多すぎて、読みづらい」などの意見がみられた。

#### D. 考察

2002 年度マニュアルへの評価、すなわち「分かりやすさ」の評価が低いこと、図表化、イラスト化、簡略化、成功事例の呈示などの要望が多かったことを受けて、2003 年版マニュアルは、これらの点に配慮して、大幅に手を加えて、より分かりやすく、使いやすいマニュアルを作成することを心掛けた。

本年度の調査を依頼した対象は、昨年度とは異なるために、結果をそのまま比較することは難しいが、2003 年度版マニュアルに対する評価、要望を中心に置いた上で、2003 年度版との比較することは、さらにマニュアルの改良を加える上では意味があることと思われる。管理職、一般職、家族への調査結果をみると、分量や分かりやすさに関しては、大幅に改善されたが、有用性

に関しては、それ程の改善はみられなかった。産業保健スタッフからの評価は、これらより厳しいものの、全体的傾向としては類似していた。

有用性に関しては、テーマが自殺予防という非常に重いテーマなので、どのように優れたマニュアルを作成しても、それ程高い評価は得られないものと思われる。しかし、分かりやすさ、使いやすさへの改良と同様に、有用性を上げるための工夫も必要である。

2003年度版マニュアルを改良するに当たって、2002年度版への要望をかなり取り入れたつもりである。その結果、分量や分かりやすさの評価は大幅に改善し、急ぐ時にみるクイックマニュアルを加えたこと、成功事例を加えたこと、多くの場面を想定して、具体的に記述した点などは評価されていた。一方、さらなる図表化、イラスト化によるイメージ化を進めること、シュミレーションやフローチャートによる評価法と細分化された段階評価と解説を加えること、文章が多いので減らすこと、字体だけでなく色を変えてメリハリをつけること、読みやすいようにレイアウトの工夫をすることなどの要望が寄せられた。

われわれの改良への努力は一部で評価されたものの、さらに改良が必要であることを認識させられた。今後、イラスト化、レイアウトなどは専門家を加えて改良したい。

中央労働災害防止協会で行われた自殺予防セミナー参加者で、調査に協力を表明された74名の方へ、2003年度版の管理職用マニュアルを送ったところ、多くの方から自分の職場で使用したいので、少ない所は10部から多い所は1500部まで購入したい

との希望があった。うつ病・自殺予防のための実践的なマニュアルへの要望が高いことが分かった。

## E. 結論

2002年度版マニュアル3部に対する評価、要望を参考にして、より分かりやすく、有用性の高いものを目指して2003年度版マニュアル3部を作成した。管理監督者、一般職、家族からの評価は、3部とも分量、内容の分かりやすさ、有用性に関して、2003年度版より評価は高くなっていった。しかし、産業保健スタッフからの評価は、分量や内容の分かりやすさ以外の有用性に関する評価は低くなっていった。自由記述欄では、分かりやすさ、クイックマニュアル、事例を呈示したことを評価する一方、さらに一層の簡略化、分かりやすさ、フローチャートを用いたチェック法、図表化、イラスト化によるイメージ化、文章のメリハリ、レイアウトの工夫、事例を増やしてパターン別に分類して、解説を加えることなどの要望がみられた。これらの要望の中には、相反するものもあるが、できるだけ、使いやすく、有用性の高いマニュアルを完成させたい。（最後に本マニュアル作成にあたりイラスト制作のご協力をいただきました西日本新聞社の江口信博様に感謝申し上げます。）

## II. 職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムの作成と効果評価

担当者：清水隆司・三島徳雄・永田頌史

### A. 研究目的

本研究の目的は、職場におけるうつ病、自殺予防教育プログラム（資料7）を作成し、このプログラムの教育用スライドを用いて社内研修あるいはセミナーの前と1~3ヶ月後に、メンタルヘルス一般、自殺予防・対策に関する質問紙（資料8）による調査を行って、教育効果を調べることである。

### B. 研究方法

グループIは平成15年10月10日に自殺予防セミナーに参加した115名に調査の趣旨を説明して同意を得た73名のうち、平成16年1月初旬に再度質問紙を配布して、回答を得た60名（回収率82.2%、男女各30名、年齢45.2±10.0歳）である。このグループに対しては、2.5時間かけて全スライド58枚を使って、メンタルヘルス全般の話と自殺予防・対策、事例呈示などの研修を行った。

グループIIは、公務員（国家公務員、地方公務員の両方を含む）94名（男性88名、女性6名、年齢49.8±4.4歳）である。毎年行っているリスナー研修の最初の部分での1.5時間のメンタルヘルスに関する講演の際に、自殺予防・対策に関する7枚のスライド（資料7）を加えて10分間程度解説し、その前と1ヶ月後に同じ質問紙を用いて調査を行った。調査に関しては、人事担当者及び参加者に対して調査の趣旨を説明し、同意を得た。

グループIIIは某企業の管理職213名（男性209名、女性4名、年齢47.0±5.8歳）

である。産業医より人事担当者へ調査の趣旨を説明してもらい、守秘義務に関して当教室と企業との間で契約書をお互い、管理職からも同意を得て、研修前と研修の約2ヶ月後に同じ質問紙を用いて調査を行った。教育の内容はメンタルヘルスに関する2時間の管理職研修の際に、上記と同じ7枚のスライドを加えて解説した自殺予防教育群87名（男性84名、女性3名）と自殺予防・対策に関するスライドを加えなかった対照群126名（男性125名、女性1名）との間での教育効果の比較を行った。

質問票の元の選択肢は4件法（「そうだ」「まあそうだ」「やや違う」「違う」）で構成したが、大部分の項目で好ましい反応が多く、回答0の選択肢も多かった。このため、そのままでは分割表における周辺度数の対称性検定を行うことが困難であったので、最も好ましい回答とそれ以外の2件法に集計し直して比較を行った。表II-1、表II-2、表II-3にはグループ毎に好ましい反応の割合を%で示した。なお、「自殺に関する一般事項、予防対策について」の質問8と質問12は回答者の所属する組織での活動についての質問であったが、積極的に行っているとの回答は少ないと思われたので、「違う以外」と「違う」の2件法とし、「違う以外」を好ましい反応として検討した。

グループI及びIIについては、各項目について、研修前後の回答の変化をMcNemar検定により比較した。また、グループIIIについては、自殺予防教育群と対照群という群間と、研修前後という記入時期の間に交互作用が認められるか否かについて、対数線型モデルにより解析した。また、それぞれの群においてMcNemarの検定も行った。



解析には SAS V8.2 を用い、一般的な処理には PROC FREQ を、対数線型モデルの解析には PROC CATMOD を用いた。

### C. 研究結果

全体を通して、グループ I の回答者は研修前から好ましい回答の割合が他の 2 群よりも高かった。例えば、グループ I の回答者では研修前の時点で既に、日本における自殺者数について 80% 以上が正しく認識していた。このようにグループ I が最も顕著であったが、表 II-1～表 II-3 の多くの質問における研修前後での変化はグループ毎に特徴が異なると思われた。従って、以下の説明もグループ毎に行う。

グループ I においては、表 II-2 の「自殺に関する一般事項、予防対策について」の質問に対する回答が、研修前後で数多く変化していた。その変化は主に、質問 8, 10, 11, 14 等の自殺の可能性が考えられる職員に対する対応に関連した質問に集中していた。「自殺の頻度が高くない人」についても 3 項目で改善を認めた。

グループ II においては、表 II-1 の「職場のメンタルヘルス一般について」と表 II-2 の「自殺に関する一般事項、予防対策について」の両方において幅広く変化を認めた。特に変化が大きかったのは表 II-1 の質問 4, 5 および表 II-2 の質問 7, 9, 10, 11, 12 で、いずれもリスナー研修の内容と何らかの関連があると思われる質問であった。なお、表 II-3 の「うつ病の初期や治りかけの時期にある人」において、好ましい反応がわずかに減っていたが、これは研修においてうつ病に関してはごく簡単な説明しかなされなかったためと思われる。

グループ III については、明らかな交互作用を認めた質問は少数であった。この中で表 II-2 の質問 4（日本の自殺者数）と質問 15（話し合いの機会）においてのみ、交互作用が有意で、かつ、自殺予防教育群単独での McNemar の検定も有意であった。つまり、群間で研修前後の変化に違いがあり、自殺予防教育群で研修後に回答者の反応が改善していた。これ以外の質問でも変化は認められたが、表 II-1 の質問 10 や表 II-2 の質問 5 に代表されるように、対照群において好ましい反応が減ったために交互作用を認めた質問項目もあった。なお、表 II-3 については、研修後に対照群で「大学生」を選択した者が増加していた。また、表 II-1 において、交互作用は認めなかったものの、改善を認めた質問項目があった。

### D. 考察

本研究で最も目立つのは、研修前の状態がグループで大きく異なっていたことである。グループ I は殆どの項目で研修前において好ましい反応を示した回答者が多く、元々、職場のメンタルヘルスや自殺予防に関して高い認識を持っていたのではないかと思われる。これに対して、グループ II と III では、研修前は大体似通った状態にあった。今回のデータのみでは断定はできないが、管理監督者の一般的な状態は、グループ II や III の方に近いのではないかと推察される。

研修前後の変化についても、グループ間でかなり異なっていた。対照群を設けることができたグループ III では、群間と時期の間で明らかな交互作用を認めた質問は少なく、また、対照群で好ましい認識が減った

為に有意差を認めた質問もあった。従って、結果の解釈は慎重に行う必要があるが、少なくとも、自殺予防教育群では研修後に好ましい認識を示した者が増えており、研修の意義を否定的に考える必要はないものと思われる。

自殺予防教育の効果に関して、グループⅠ、ⅡそしてグループⅢの自殺予防教育群について、その変化の様子を比較すると、教育活動の主たる目的や研修講師の力点の置き方により、その効果が影響を受けているのではないかと思われる。特に、グループⅠでは、自殺予防・対策、事例呈示等が行われ、自殺予防にポイントを置いた研修であった。このことから、表Ⅱ-2の「自殺に関する一般事項、予防対策について」の質問でより多くの変化を認めたものと思われる。

これに対して、グループⅡとⅢでは、例年行われている活動の一部に自殺予防の説明を入れたものである。グループⅡにおける主要なテーマは積極的傾聴の練習であり、メンタルヘルスの説明も傾聴に関連するものが中心となっている。このことから、表Ⅱ-1の質問12「『悩み』についての相談を受けたらアドバイスする前に、相手の立場にたって（共感的に）話を聴くことが大切である。」や表Ⅱ-2の質問10「自殺をうち明けられたら、まず、本人の自殺したい程つらい気持ちを聴く。」等において著しい変化を認めたものと思われる。

このように、教育効果が研修内容により影響されているのではないかとの推測が正しいとすれば、研修前後で認められた各質問に対する回答の変化は、単なる偶然による変化や、メンタルヘルス活動に伴う一般

的な変化としてではなく、教育内容に関連する変化として考えることができるのではないだろうか。そして、グループⅠのように元々高い認識を持っている集団であっても、このような教育をする意義はあるものと考えられる。

## E. 結論

職場におけるうつ病・自殺予防教育プログラムを作成し、プログラム実施前と1~3ヶ月後に同じ質問紙を用いて、研修参加者の自殺予防対策に関する理解度を調査した。その結果、実施前後で明らかな変化を認めた。詳細に比較すれば、全プログラムを実施した群と他のメンタルヘルス教育の中にプログラムの一部を追加した群では、変化した質問項目は異なっていたが、全般的に実施後において自殺対策に関してより好ましい理解を示していた。以上のことから、研修や教育の状況により具体的な効果が認められる側面は異なるものの、有意な教育効果が認められ、自殺予防教育プログラムを実施する意義があるものと考えられた。

### 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導入前後における自殺率の変化に関する検討

担当者：山・友丈・清水隆司・佐藤泰三  
（株式会社マインメンタルヘルス研究所）  
永田頌史（産業医大産生研精神保健学）

#### A. 研究目的

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」の中の事業場外資源のうちの1つであるEAP（Employee Assistance Program）によるメンタルヘルスケア対策の効果を評価するため、企業全体の精神健康度指標の1つである自殺率の変化を調べた。

#### B. 研究方法

調査協力が同意が得られた企業7社のうち、EAP導入前後の自殺者数が記録として管理されている3社（F社・O社・N社）を対象として、1991年から2003年までの粗自殺率を調査した。なお、調査に当たっては、事業者と労働組合に調査の目的使用方法を十分説明し両者から調査協力の同意を得た。対象企業の主な業種と従業員数（2003年現在）は、F社：損害保険業・7299名、O社：運輸業・3648名、N社：情報サービス業、2529名である。F社は、1996年よりEAPの社内もしくは社外相談窓口を開設し、1999年以降EAPによる管理監督者に対するメンタルヘルス研修を実施している。O社は、1998年より、EAPの社内もしくは社外相談窓口の開設と管理監督者や一般従業員に対するメンタルヘルス研修を実施している。N社は、1996年ではEAPの社内外の相

談窓口を社内報で広報していたが、1997年以降はEAPによる管理監督者に対するメンタルヘルス研修を実施している。

我々は、EAPによる社内もしくは社外の相談窓口設置と管理監督者に対するメンタルヘルス研修会の実施を、EAPの「本格的な導入」と、相談窓口の設置のみは、「部分的導入」と定義した。なお、相談窓口では、従業員の仕事に関わる悩み事だけでなく、家族も含めて相談を受け付けた。

自殺率は、「累積粗自殺率（/万人年）」として、下記のように算出した。

(1)EAP導入前（1991年-1995年）の累積粗自殺率＝（対象企業における1991年-1995年までの自殺者総数）／（当該期間の観察人年）

(2)EAP導入後（1996年-2003年）のx年における累積粗自殺率＝（対象企業における1991年-x年までの自殺者総数）／（1991年-x年までの累積観察人年）

今回の調査ではEAPを導入していない企業を対照群として調査できなかったため、警察庁の発表資料や、総務省統計局・独立行政法人労働政策研究・研修機構のデータから、参考値として、下記の2つの指標を採用した。

・雇用者全体の累積粗自殺率＝（1991年-x年までの有職者の自殺者総数）／（1991年-x年までの累積雇用者観察人年）

\*雇用者：「労働力調査」を基に、会社・団体・官公庁・自営業主・個人の家庭等に雇われて給料・賃金を得ている者及び会社・団体の役員

・20-59歳累積粗自殺率＝（1991年-x年までの20-59歳の自殺者総数）／（1991年-x年までの20-59歳の累積観察人年）

### C. 結果

表 1 に示すように、20-59 歳の累積粗自殺率は、1991-1995 年では 2.01（/万人）で、その後徐々に増加し、2002 年では 2.39 に達していた。雇用者全体の累積粗自殺率も、1991-1995 年では 1.59 で、その後徐々に増加し、2002 年では 1.90 に達していた。

一方、対象企業では、1991-1995 年では 1.24 であり、その後、1997 年にかけて 0.9 前後まで低下し、2001 年まで横ばいを示し、2002 年より徐々に増加し、2003 年では 1.11 であった。

全体的な傾向としては、EAP を導入した企業では、1996 年以降、累積粗自殺率は、20-59 歳や雇用者全体のものとは違う変化をしている、すなわち、1996-2001 年にかけて累積粗自殺率が低下もしくは横ばい傾向で、その後増加はしたものの、1991-1995 年のレベルまでに達していなかった。

### D. 考察

対象者企業の従業員と、20-59 歳全体並びに雇用者全体とを性別と年代で調整した上での自殺率を比較はできなかったが、単年度の対象企業の従業員が平均 1.5 万人であることを考慮すると、EAP を導入している企業における自殺率は、1991-1995 年の累積粗自殺率と比較して、2002 年からやや増加傾向がみられるものの、導入前よりは少ない状態である。

1986 年オタワ憲章において、ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスであると提唱され、その考えを基に、Gleen LW らが PRECEED-PROCEED Model を開発した。PRECEED とは、

Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/environmental Diagnosis（教育・環境診断と評価における準備・強化・実現因子）のことを指し、PROCEED とは、Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and environmental Development（教育・環境開発における政策・法規・組織因子）のことを指して、ヘルス・プロモーションの企画・実施・評価の手順を示したものである。日本では、MIDORI モデル（Mutually Involved Development & Organization of Research for Intervention, 相互参画による展開と組織化を可能にする介入方法）とも言われている。

本調査では、この PRECEED-PROCEED Model を基に、EAP と自殺予防の関係を検討した（図Ⅲ-2）。

EAP による管理監督者に対するメンタルヘルス研修では、部下に対する健康配慮義務があること、普段の部下とのコミュニケーションを大切にすることが体調不良の早期に見つけることにつながることで、体調が悪いと思われる部下がいたら、声をかけて社内もしくは社外の相談窓口を受診するよう勧めることを講義した。

このことは、管理監督者の準備因子（保健行動を起こす前に必要な知識・自己効力感・信念・価値観など）である、「部下とのコミュニケーションがメンタルヘルスケアの上で大切と知っている」「管理監督者は、仕事上、部下の体調に配慮することが大事と知っている」「体調の悪い部下に対して、早めに社内もしくは社外の相談窓口へ行かせることが大切と知っている」を向上させ