

ると考えられる。また、強化因子（保健行動を強化するきっかけ）である「体調の悪い部下に対して相談窓口を勧める上司がいる」という要因も向上させると考えられる。上記の2つの因子の向上は、「体調が悪い時に、もしくは困った時に気軽に相談窓口へ相談に行く」「上司に気兼ねなく相談窓口へ連絡する」という保健行動を起こしやすくと考えられる。

EAPの社内外の相談窓口は、強化因子である「相談窓口で、必要に応じ、専門医療機関を紹介する人がいる」ことと、実現因子（保健行動を起こすために必要な資源や技術）である「管理監督者に対してメンタルヘルス研修を実施できる人がいる」「専門医療機関と連携のとれる人がいる」「社内もしくは社外に相談窓口がある」「復職に関して適切な助言ができる人がいる」という要因を向上させ、その結果、「専門医へ適宜受診する」という保健行動を起こしやすくと考えられる。

以上のプロセスにより、EAPが企業のメンタルヘルスケア対策に関与することにより自殺者の減少が生じる可能性が示唆される。

今回、対象企業において、上記のような仮説が成立するか調査することはできなかったが、今後は、EAP活動がどのようにして、従業員の自殺も含め精神的健康度に影響を与えるかを検討する必要があると思われる。

E. 結論

EAPによるメンタルヘルスケア対策の効果を調べるため、EAP導入前後における自殺率の変化に関して検討した。

EAPは、対象企業3社において、管理監督者に対するメンタルヘルス研修と社内もしくは社外の相談窓口を設置した。管理監督者のメンタルヘルス研修では、部下とのコミュニケーションの大切さ、体調の悪い社員に対する対応の仕方、管理監督者が部下の体調に配慮する必要性等について講義した。

20・59歳全体もしくは雇用者全体の累積粗自殺率と、EAPを導入した3社の累積粗自殺率を、1991・2003年まで比較すると、20・59歳全体と雇用者全体の累積粗自殺率は年々増加する一方、EAPを導入した3社の累積粗自殺率はEAP導入後低下した。

今回の調査結果から、EAPが職域における自殺予防に影響を与える可能性が示唆された。今後は、そのプロセスについて詳細に検討する必要があると思われる。

III-2)EAP と精神疾患による休業の関係に関する調査研究

A. 研究目的

労働者の自殺を予防するためには、自殺の前段階の1つである精神疾患による休業を減少させることが、労働者の自殺リスクを低下させるうえで重要である。

今回、EAP が精神疾患による休業にどのような影響を与えるかを検討するために、EAP と精神疾患による休業日数の関係について検討した。

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7社のうち、1991～2003年までの精神疾患による休業者数・休業日数と全従業員の平均年齢のデータがしっかり管理されている、また、企業の経営状況が比較的安定しているNS社を対象に、EAP と精神疾患による休業日数の関係を調査した。

NS社の主な業種は卸売業で、従業員数は2003年現在では890名であり、健康管理室を社内に有し、専属の産業看護職兼産業カウンセラーが1名常駐している。また、産業医は1名で、月に1日の頻度で健康管理室に来て、健康診断後の保健指導や社員からの保健指導を実施している。産業看護職兼産業カウンセラーは、近隣の医療機関との連携を円滑に行えるよう、日頃から情報を収集し、必要に応じて社員を迅速に受診できるような体制を築いていた。1998年より、精神疾患による休業日数の増加が目立ったため、その対策として、EAP と2002年より契約し、社外の相談窓口の設置と、EAPによる全管理職と全一般社員に対するメンタルヘルス研修を実施し

た。社外の相談窓口は、電子メールや電話でも相談できるようにした。ただし、担当臨床心理士は、クライアントが、電子メール・電話、もしくは直接の面談でも途中で担当が変わらないよう配慮した。相談内容は、仕事のことのみではなく、プライベートなことや家族のことも受け付けた。相談後は、企業の安全配慮に関わる内容については、本人の了解を得た上で、健康管理室もしくは上司に対してフィードバックした。

精神疾患による休業者数と休業日数は、1991年1月～2003年12月までに、従業員本人が健康管理室もしくは上司に提出した診断書から分類して算出した。病名としては、「うつ状態」「うつ病」「自律神経失調症」などを精神疾患群として計算した。病名の細かい内容については、企業の了解が得られなかったため、健康管理室で算出した日数を研究班に提出してもらうことにした。従って、具体的な病名ごとの休業者数と休業日数は不明である。

平均年齢については、健康管理室で算出してもらい、その結果を研究班へ提出してもらった。

休業日数の指標としては、休業日数率（日／千人）＝（x年における精神疾患による休業日数の合計）／（x年における従業員総数）×1000 と、休業者率（／千人）＝（x年における精神疾患による新規休業者実数）／（x年における全従業員数）×1000 を採用した。

EAP への相談件数は、電子メール・電話・直接の面談を合計して計算した。

C. 研究結果

NS社におけるメンタルヘルス研修の受講者は、2002年と2003年でそれぞれ、687名

(全従業員の 74.4%)、870 名 (91.7%) であった。

休業者率は、2001 年が 13.2 (／千人) であったが、2002 年では 6.5、2003 年では 11.6 と低下した。

休業日数率は、2001 年が 1611.4 (日／千人) であったが、2002 年では 275.2、2003 年では 937.8 に低下した (図Ⅲ-3)。

全従業員の平均年齢は、1991 年より徐々に上がっており、2001 年・2002 年 2003 年では、それぞれ 41.9 歳、42.4 歳、43.3 歳であった。

EAP への相談件数は、2002 年で延べ 56 件、2003 年で延べ 177 件と増加した。

D. 考察

ヘルス・プロモーションの企画・実施・評価の手順を示した PRECEED-PROCEED Model (MIDORI モデル) を基に、EAP と休業日数と休業者数の減少並びに相談件数の増加の関係について検討した (図Ⅲ-4)。

管理監督者へのメンタルヘルス研修によって、「体調が悪い時にもしくは困った時に気軽に相談窓口へ行く」もしくは「上司に気兼ねなく相談窓口へ連絡する」という保健行動に必要な準備因子(「管理監督者は、仕事上、部下の体調に配慮することが大切と知っている」「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」「部下とのコミュニケーションが大切と知っている」、強化因子(「体調の悪い部下に対して相談窓口を勧める上司がいる」という要因を向上させることが考えられる。

一般社員へのメンタルヘルス研修により、保健行動に必要な準備因子(「自分の体調の確

認方法を知っている」「自分が体調の悪い時は上司や相談窓口へ行くことが大切と知っている)」を向上させることが考えられる。

EAP が相談窓口を開設することにより、社員にとっては相談できる窓口の選択肢が増え、プライベートなことも相談できるようになり、強化因子(「相談窓口で、必要に応じ、専門医療機関を紹介する人がいる)」を向上させ、実現因子(「専門医療機関と連携のとれる人がいる」「社内もしくは社外に相談窓口がある」「復職に関して適切な助言ができる人がいる)」も向上させ、その結果、「体調の悪い時にもしくは困った時に気軽に相談窓口へ行く」「上司に気兼ねなく相談窓口へ連絡する」「専門医へ適宜受診する」「業務を安全に遂行できる程度まで体調が回復してから職場に復帰する」という保健行動を向上させ、それが、相談件数の増加や休業者数の減少、休業日数の減少につながった可能性が示唆された。

しかしながら、EAP がどのように相談件数や休業者数、休業日数に影響を与えるかは、今回詳細に調査できなかったもので、今後はそのプロセスについて検討する必要があると考えられる。また、Healthy worker effect を完全に除外して調査はできなかったもので、今後はこの点も考慮して調査する必要があると思われる。

E. 研究結果

EAP と精神疾患による休業の関係について検討した。その結果、EAP 導入後、精神疾患による休業者と休業日数は減少し、一方、EAP への相談件数は増加し、EAP が精神疾患による休業に好ましい影響を与える可能性が示唆された。

今後は、EAP がどのようにして精神疾患の

休業に影響を与えるか、そのプロセスについて詳細な調査が必要と考えられた。

III-3) EAPの費用便益分析に関する 調査研究

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、EAP前後の休業者数・休業日数・相談件数を基にEAPの費用便益分析を検討した。

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7社のうち、1991～2003年までの精神疾患による休業者数・休業日数と全従業員の平均年齢のデータがしっかり管理されている、また、企業の経営状況が比較的安定しているNS社を対象に、EAPと精神疾患による休業日数の関係を調査した。

NS社の業種、従業員数、健康管理体制、休業者数と休業日数に関しては先に2)で述べた。

費用便益分析においては、企業の立場から解析することにした。企業にとって、EAPに支払う契約費用・カウンセリング費用・EAPが実施する研修に参加による業務停止時間、電話相談・メール相談・カウンセリングによる業務停止時間は、全て企業にとって費用として計算した。電話相談・メール相談・カウンセリングにかかる時間は、担当の臨床心理士からヒアリングし、最長時間を採用し、カウンセリングは1.5時間（職場から社外相談窓口までの往復時間を含む）、電話相談は1時間、メール相談は0.5時間とした。

なお、費用を計算する際には、2003年を基準とし、割引率を5%と設定した。割引率は、時間の経過と共に金額の価値が低下する割合で、割引率5%とは、2002年時点での1

万円を 2003 年時点の金額に換算すると、 $10000/(1+0.05) = 9523$ 円となることを示す。また、人件費は、2003 年の NS 社の平均月収 ¥410,920 を基準として計算した。

企業にとっての便益とは、精神疾患による休業日数の減少とし、(2002 年と 2003 年の休業日数) - (2000 年と 2001 年の休業日数) で計算し、それに 1 日あたりの賃金を乗算したものとした。

最終的な費用便益としては、便益/費用、便益 - 費用を計算した。

C. 研究結果

表Ⅲ-5 に示したように、休業日数の減少による便益は、¥24,439,430 となり、EAP との契約費を含めた合計損失費用は、¥17,991,573 となった。

その結果、NS 社における EAP の便益/費用 = 1.4、便益 - 費用 = ¥6,447,857 となることがわかった。

D. 考察

今回初めて、企業の立場から日本の某 EAP について、費用便益分析を行った。精神疾患による通院による休業についてまでは細かく計算はできなかったが、今回の調査により、EAP の便益/費用 = 1.4、便益 - 費用 = ¥6,447,857 とわかり、EAP にかかる費用よりも企業は大きな便益を得る可能性が示唆された。

その理由としては、「EAP と精神疾患による休業の関係」で考察したように、管理職や一般社員へのメンタルヘルス研修や、相談窓口の設置、上司・会社の人事労務担当者・事業場内産業保健専門職・EAP の連携が、休業日数の減少を引き起こし、今回の結果を生じ

させたものと思われる。

この結果は、NS 社という 1 社の調査結果であるので、一概に一般化できないが、今後、他の企業における EAP の費用便益分析を検討する必要があると思われる。その際には、通院による休業も含めた詳細な調査が、必要と考えられる。

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、NS 社における EAP 導入前後 2 年間の費用便益分析を行った。その結果、休業日数の減少による便益は、¥24,439,430 となり、EAP との契約費やカウンセリング等受診による業務停止時間を含めた合計損失費用は、¥17,991,573 となり、NS 社における EAP の便益/費用 = 1.4、便益 - 費用 = ¥6,447,857 となることがわかった。このことから、EAP にかかる費用よりも企業は大きな便益を得る可能性が示唆された。

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) 永田領史・河野友信・吾郷晋浩・石川俊男:ストレス診療ハンドブック(第2版),第1部基礎編 2.ストレスの生理,2003.
- 2) 永田領史第1部基礎編 3.ストレスの心理行動,2003.
- 3) 永田領史・河野友信・吾郷晋浩・石川俊男:ストレス診療ハンドブック(第2版),第1部基礎編 6.ストレスの病理,2003.
- 4) 永田領史・河野友信・吾郷晋浩・石川俊男:ストレス診療ハンドブック(第2版),第1部基礎編 35.ライフサイクルとストレス,2003.
- 5) 三島徳雄・久保千春・中井吉英・野添新一:現代心療内科学,Ⅳ.心身相関に最新の知見 2.心身相関の基礎知識 ②臨床医学<ストレス対策の新しい考え方> 2003.
- 6) 永田領史・久保千春・中井吉英・野添新一:現代診療内科学,メンタルヘルスケア,2003.
- 7) Shimizu T・Nagashima S・Mizoue T・Nagata S:A Mental health Care Program and Sickness Absence in Japanese Manufacturing Plant. J Occup Health45:234-237,2003.
- 8) Shimizu T・Mizoue T・Kubota S・Mishima N・Nagata S:Relationship between Burnout and Communication Skill Training among Japanese Hospital Nurses:A Pilot study. J Occup Health45:185-190,2003.
- 9) Nagata S・Ishibashi S:Mental health and stress. J MAJ 46:55-60,2003.
- 10) Shimizu T・Mizoue T・Kubota S・Mishima N・Nagata S:Relationship among Self-Efficacy,Communication, Self-Management Skill and Mental Health of Employees at a Japanese Workplace. J UOEH 25(supp):261-270,2003.
- 11) Shimizu T・Nagata S:Relationship between Cooing Skill and job Satisfaction among Japanese Full-time Occupational Physicians. Environmental Health and Preventive Medicine8(4):118-123,2003.

学会発表

- 1) Mishima N・Kubota S・Nagata S・Shimizu T・Shazuki A: ACTIVE LISTENING AND A SOLUTION-FOCUSED APPROACH IN THE WORKPLACE. WORK, STRESS, AND HEALTH: NEW CHALLENGES IN A CHANGING WORKPLACE-The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.
- 2) Nagata S・Mishima N・Shimizu T・Kubota S・Shazuki A: SUICIDE PREVENTION IN THE WORKPLACE-PROPOSAL FROM CASE STUDY. WORK, STRESS, AND HEALTH: NEW CHALLENGES IN A CHANGING WORKPLACE-The Fifth Interdisciplinary Conference on

Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.

- 3) Shimizu T・Hiro M・Mishima N・Nagata S : JOB STRESS AMONG JAPANESE FULL-TIME OCCUPATIONAL PHYSICIANS . WORK, STRESS, AND HEALTH: NEW CHALLENGES IN A CHANGING WORKPLACE・The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. Toronto, Canada, 2003.
- 4) 永田頌史・三島徳雄・久保田進也 他：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2報）第76回日本産業衛生学会 山口市,2003.
- 5) 清水隆司・永島昭司・東篠耕三・永田頌史・高田和美：メンタルヘルス対策と疾病休業. 第76回日本産業衛生学会 山口市, 2003.
- 6) 山崎友丈・清水隆司・永田頌史：企業の業績変化と従業員のメンタルヘルス. 第76回日本産業衛生学会 山口市, 2003.
- 7) 三島徳雄・久保田進也・永田頌史：パネルディスカッションⅢ 高度文明社会構造の中での職場のメンタルヘルス 管理監督者の資源を活かした職場のリスナー研修. 第44回日本心身医学会総会 沖縄県,2003.
- 8) 久保田進也・永田頌史：自治体職員に対するメンタルヘルス対策の実際. 第11回日本産業ストレス学会 東京, 2003.
- 9) 永田頌史：中高年労働者の自殺 - わが国における自殺予防の取り組み（シンポジウム）平成15年度日本産業衛生学会 九州地方会, 2003.

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。

I. 参考文献

- 1) 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金、労働安全衛生総合研究事業 平成14年度総括・分担研究報告書「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」
- 2) 厚生労働省（編）：職場における自殺の予防と対応. 中央労働災害防止協会 2001
- 3) 藤内修二:平成11年度厚生科学研究報告書 PRECEDE-PROCEED Model (MIDORI モデル)の理論と実践. 1999, 1-15
- 4) 武藤孝司：保健医療プログラムの経済的評価法－費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析－. 篠原出版. 1998, 117-14

J. 研究協力者

- 田中雅人（トヨタ自動車九州(株) 産業医）
辻川紀恵（京セラ(株) 滋賀工場 産業医）
田原裕之（ブラザー工業(株) 産業医）
長澤啓子（JFEスチール(株) 産業医）
山田達治（三洋電機(株) 産業医）
秋山ひろみ（東芝キャリア(株) 産業医）
江口信博（西日本新聞社）

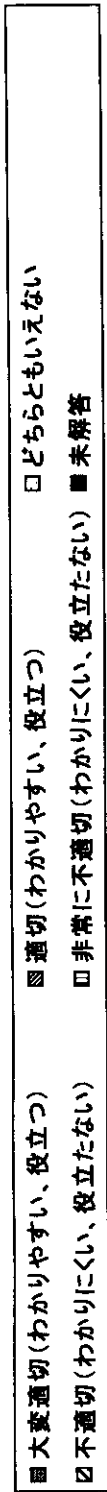


図 I - 1. 管理職マニュアルについて

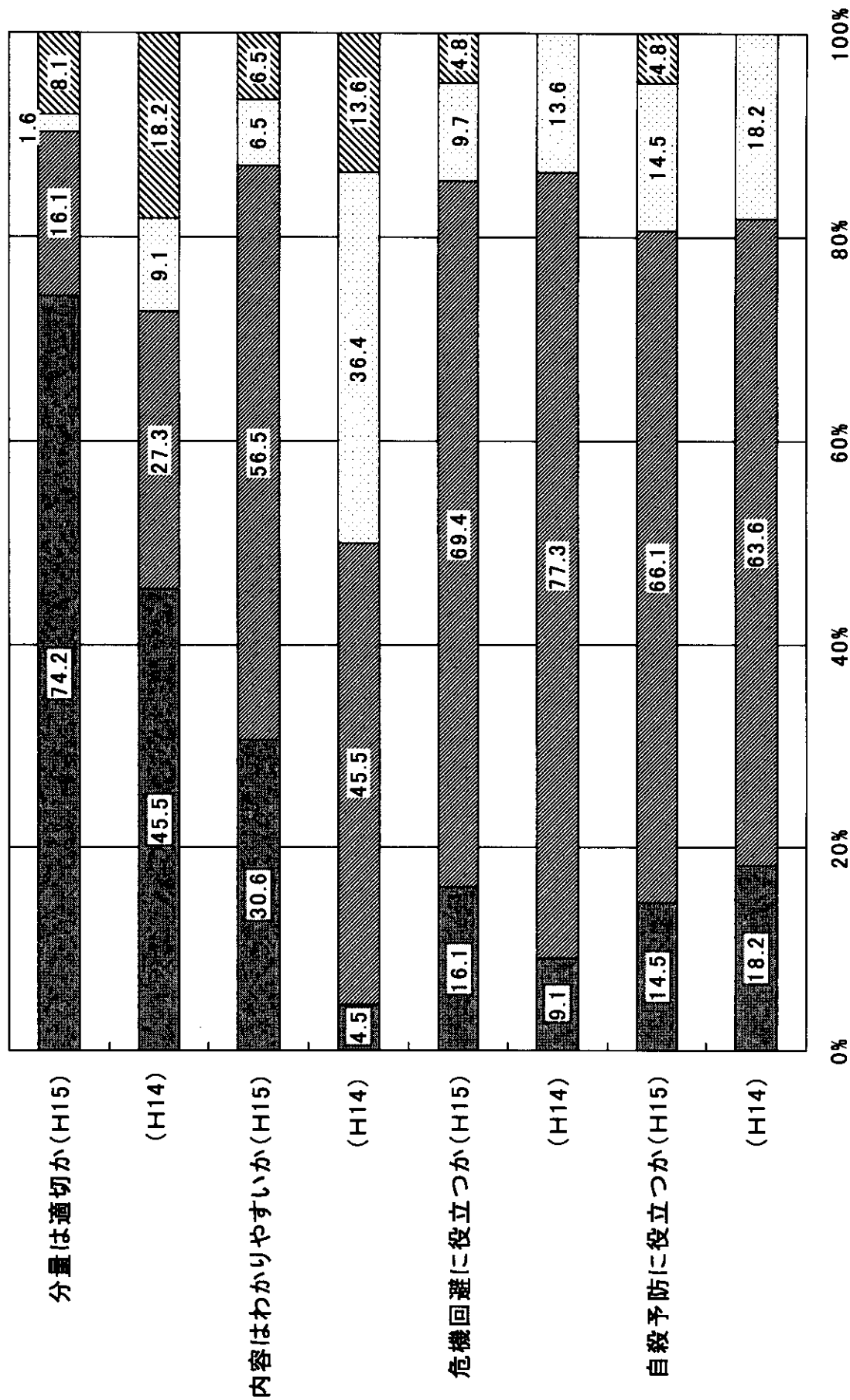
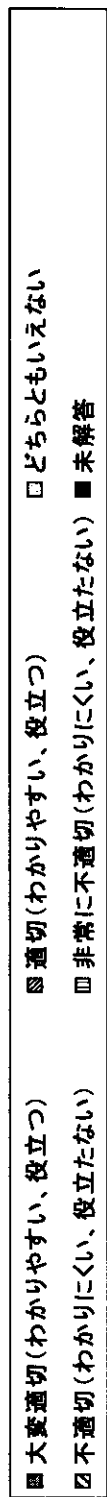


図 I-2. 一般職マニュアルについて

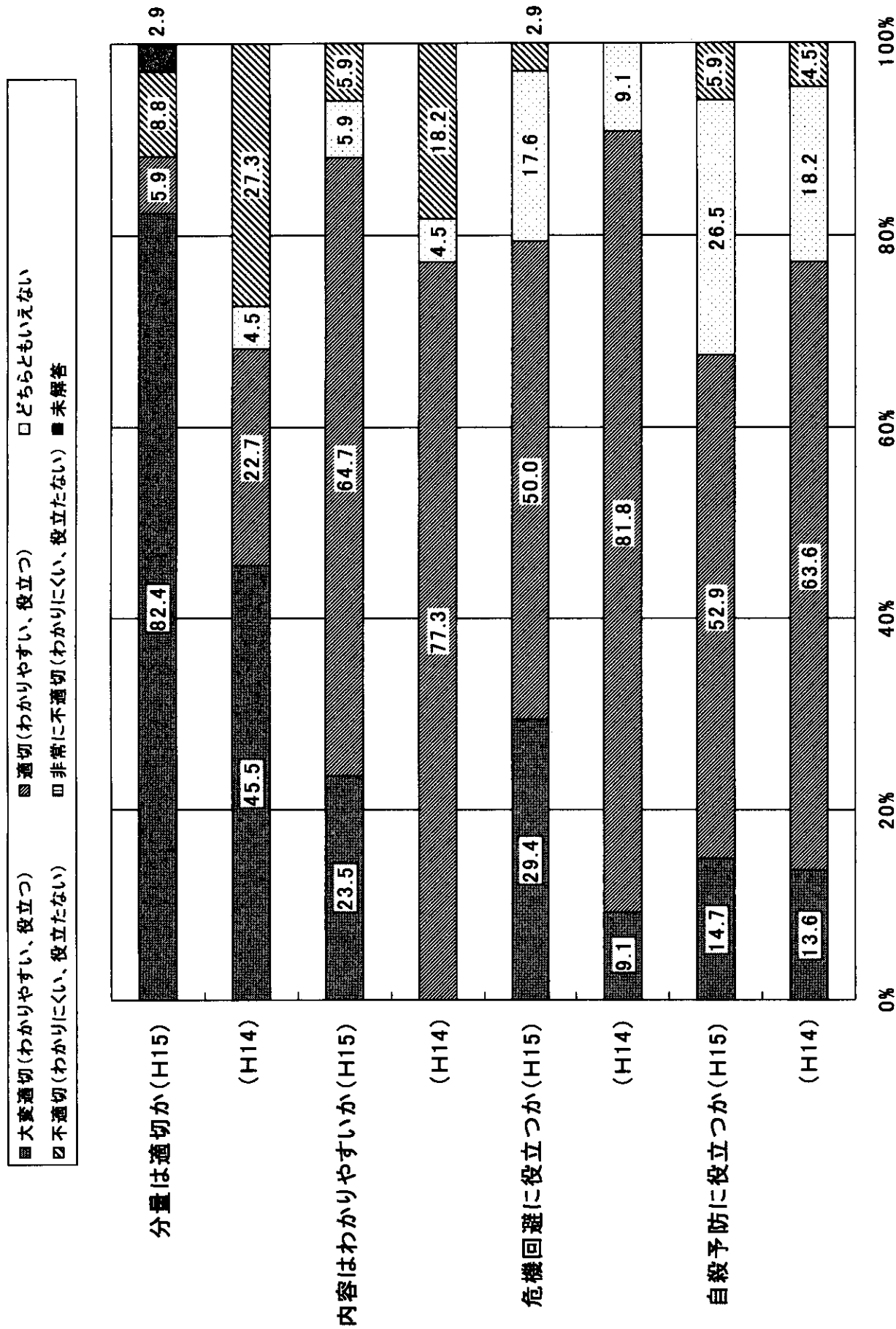


図 I -3. 家族マニュアルについて

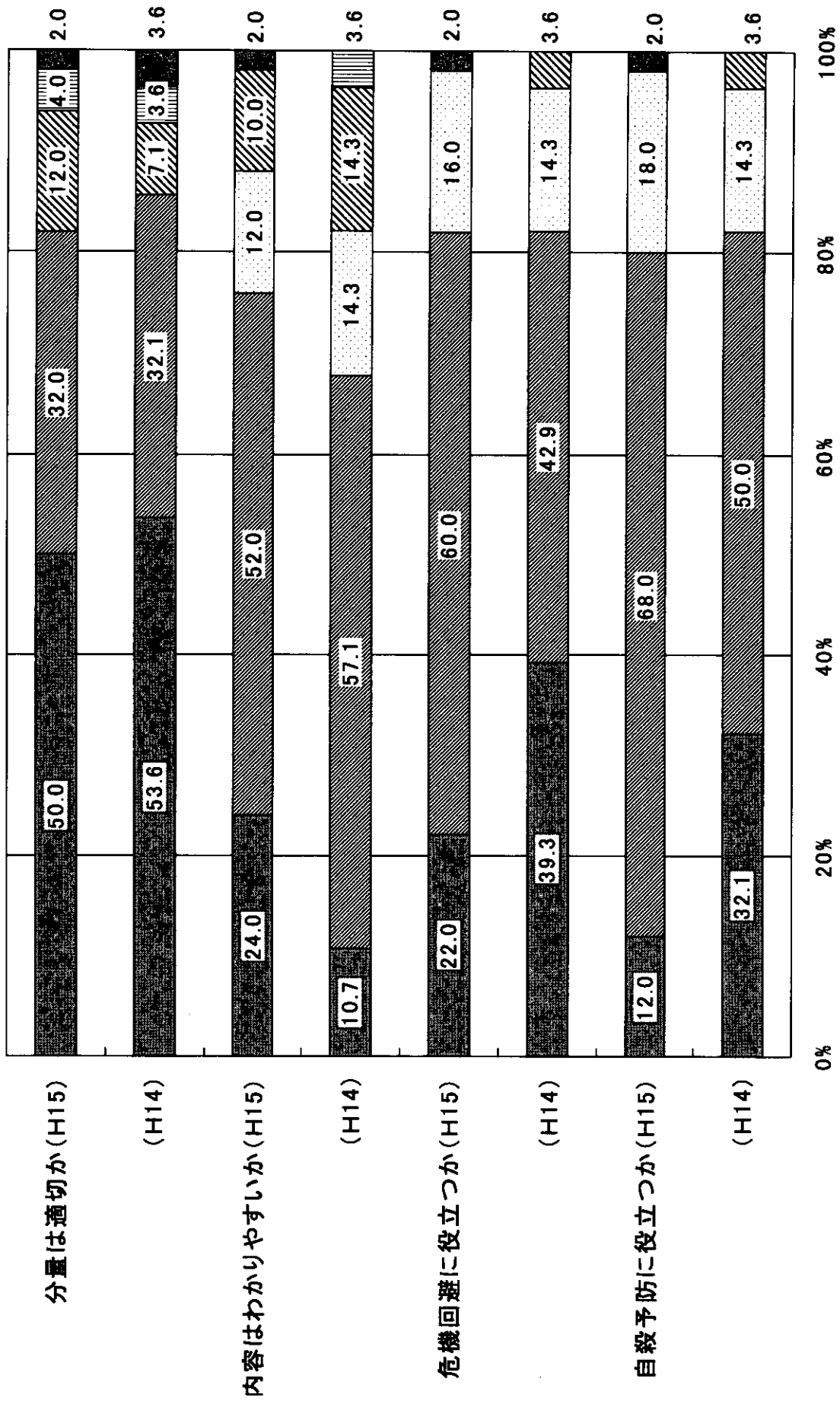
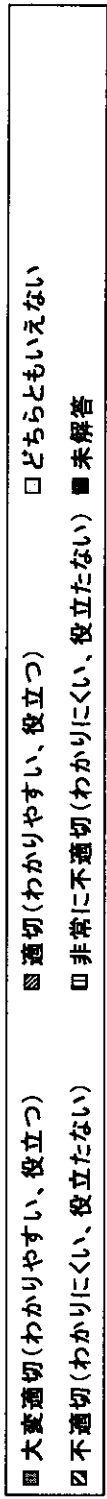


図 I-4. 管理職マニュアルについて(産保スタッフ)

■ 大変適切(わかりやすい、役立つ) ▨ 適切(わかりやすい、役立つ) □ どちらともいえない
 ▩ 不適切(わかりにくい、役立たない) □ 非常に不適切(わかりにくい、役立たない) ■ 未解答

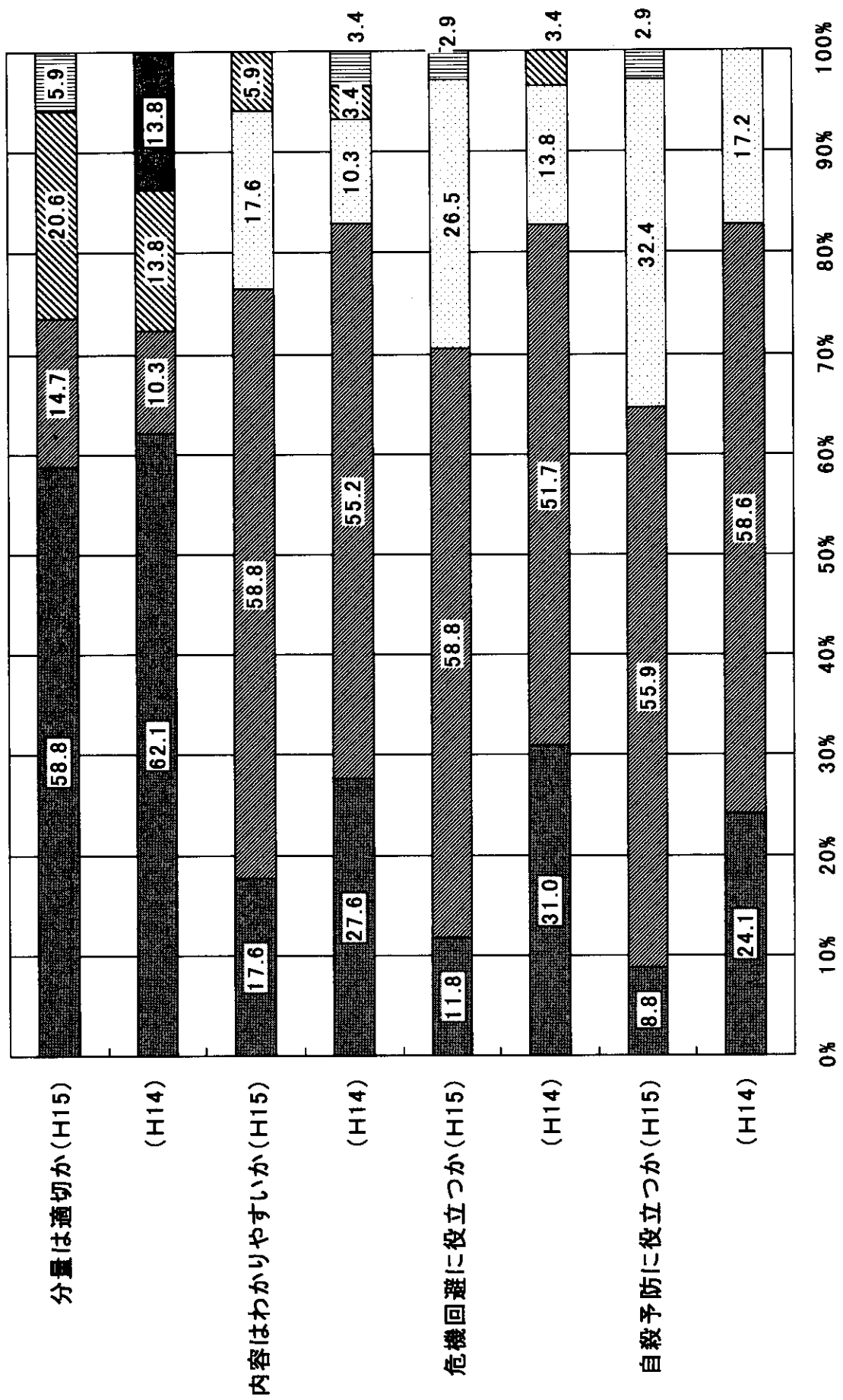


図 I-5. 一般職マニュアルについて(産保スタッフ)

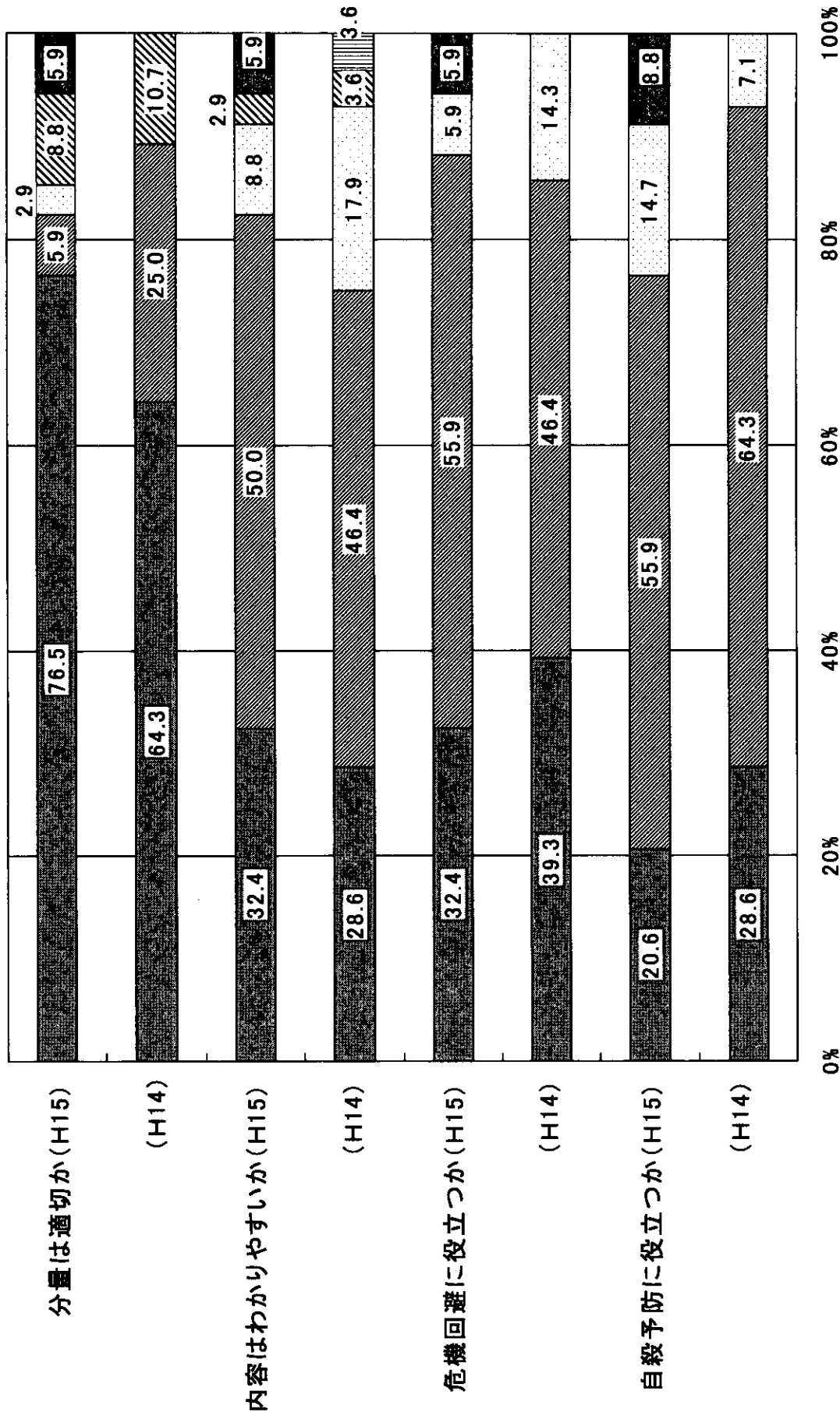
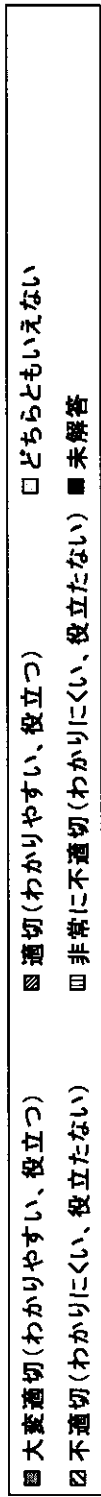


図 I-6. 家族マニュアルについて(産保スタッフ)

表II-1. 「職場のメンタルヘルス一般について」の質問項目に対する回答のグループ間比較

職場のメンタルヘルス一般について	好ましい反応	グループI		グループII		グループIII			
		前	後	前	後	対照群		自殺予防教育群	
		McN	McN	McN	McN	前	後	前	後
1. 職場における心の不健康状態は、仕事内容や職位・責任の変化などがきっかけになることが多い。	そうだ	55%	72% +	41%	48%	35%	46% +	44%	54% +
2. うつ病は、特定の性格や素質のある人に起こり、一般の人には起こることはない。	違う	80%	78%	61%	67%	56%	61%	60%	75% *
3. うつ病の原因は何であれ、薬を飲めば治るので、職場調整は必要ではない。	違う	90%	95%	83%	87%	80%	91% **	86%	95% *
4. 厚生労働省の調査では、職業生活で「強い不安・悩み・ストレス」を感じている労働者の割合は、6割を超えている。	そうだ	65%	82% *	40%	61% ***	41%	44%	44%	48%
5. 管理監督者は部下の就業状況や健康状態を把握し、問題がある時は必要なアドバイスや具体的対応をとる必要がある。	そうだ	93%	95%	77%	87% *	88%	83%	84%	87%
6. 上司によるサポートは、部下の精神健康状態を改善し、うつ病やストレス病の発生を減らすことが知られている。	そうだ	70%	65%	43%	57% *	43%	46%	48%	60% +
7. 職場のコミュニケーションがよいことは、従業員のメンタルヘルスにもよい影響を及ぼす。	そうだ	90%	95%	72%	80%	73%	71%	80%	84%
8. 職場におけるうつ病、うつ状態の早期発見、早期対策は病気が慢性化することを防ぎ、自殺予防にもつながる。	そうだ	92%	93%	74%	80%	73%	77%	82%	82%
9. 精神失調による部下の行動・態度の変化に気づくためには日頃から、部下の性格・行動などを把握しておく必要がある。	そうだ	80%	87%	76%	81%	73%	72%	79%	77%
10. 部下や同僚の表情、態度の変化に気づいたら、声かけして、話を聴くことが大切である。	そうだ	88%	90%	67%	77% +	75%	64% *	77%	79%
11. 自分自身が病気になるためには、まず自分のストレスや疲労状態へ気づくことが大切である。	そうだ	90%	87%	74%	82% +	71%	73%	77%	77%
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。	そうだ	95%	97%	66%	86% ***	73%	74%	84%	80%

※McN: McNemar 検定。グループIII左欄の検定は、対数線型モデルによるグループIII内での群間と時期（前後）の交互作用の検定結果を示す。

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

表Ⅱ-2. 「自殺に関する一般事項、予防対策に対する回答のグループ間比較」の質問項目に対する回答のグループ間比較

自殺に関する一般事項、予防対策について	好ましい反応	グループⅠ		グループⅡ		グループⅢ				
		前	後	前	後	検定	対照群	前	後	McN
		McN	McN	McN	McN		McN	McN	McN	McN
1. 自殺者の多くは、自殺直前にはうつ病の状態であると言われている。	そうだ	52%	66% +	15%	28% *	*	26%	23%	26%	37% +
2. 自殺者の多くは、精神科医による治療を受けていない。	そうだ	29%	28%	13%	16%		28%	24%	24%	22%
3. 日本における自殺者数は不況になると増える傾向がある。	そうだ	65%	80% *	44%	53%		48%	46%	48%	53%
4. 日本における自殺者総数は平成14年度まで、5年連続して3万人を超えている。	そうだ	80%	92% *	45%	58% *	*	50%	51%	52%	66% *
5. 自殺をほめるめかす人や自殺未遂者は、その後、再び自殺を企図する可能性は少ない。	違う	75%	80%	47%	52%	*	47%	37% *	57%	63%
6. 職場や家庭で困難な問題や大きな悩みをかかえている人は、自殺率が高い。	そうだ	55%	73% **	36%	48% *		36%	37%	44%	50%
7. 自分が所属している事業場は自殺予防を念頭に考えたメンタルヘルズ活動を行っている。	違う以外	69%	66%	61%	81% ***		90%	91%	91%	94%
8. 自殺に関する相談を受けたら、プライバシーの問題があるの で、一人で対応する方がよい。	違う	56%	80% ***	45%	52%		46%	48%	54%	60%
9. 自殺をうち明けられれば、すぐにそのような考えを否定し、周 囲の人のことを考えるように説得する。	違う	65%	75%	42%	63% ***		33%	42% +	48%	66% **
10. 自殺をうち明けられれば、まず、本人の自殺したい程つらい 気持ちを感じ、	そうだ	78%	93% **	65%	83% ***		59%	55%	64%	59%
11. 自殺が迫った人への対応は、できるだけ一人ではなく、複数 の関係者で対応した方がよい。	そうだ	47%	73% **	32%	48% **		28%	32%	34%	46% +
12. 自分の職場では自殺予防のために、緊急時の対応方法や 連絡先などを書いたマニュアルを、人事課や健康管理室に備 えたり、パソコンで直ぐに引き出せるようにしている。	違う以外	44%	61% **	46%	63% **		59%	78% ***	60%	88% ***
13. 自殺予防のために、職場全体で対応するより自殺専門の 担当者を決めて、任せられた方が効果的である。	違う	38%	52% +	29%	39% +		27%	34%	32%	47% *
14. 不幸にして自殺が発生した場合、従業員の精神的動揺を防 ぐために、関係者だけで対応し秘密にしておいた方がよい。	違う	52%	72% **	49%	57%	*	41%	33% +	47%	57%
15. 自殺が発生した場合、関係者に対しては、話し合いの機会 を作り、精神的動揺を防ぎ、二次的な問題の発生を防ぐ。	そうだ	80%	82%	70%	78%	**	68%	60% +	61%	74% *

※McN: McNemar 検定。グループⅢ左欄の検定は、対数線型モデルによるグループⅢ内での群間と時期（前後）の交互作用の検定結果を示す。

*** p<0.001. ** p<0.01. * p<0.05. + p<0.1

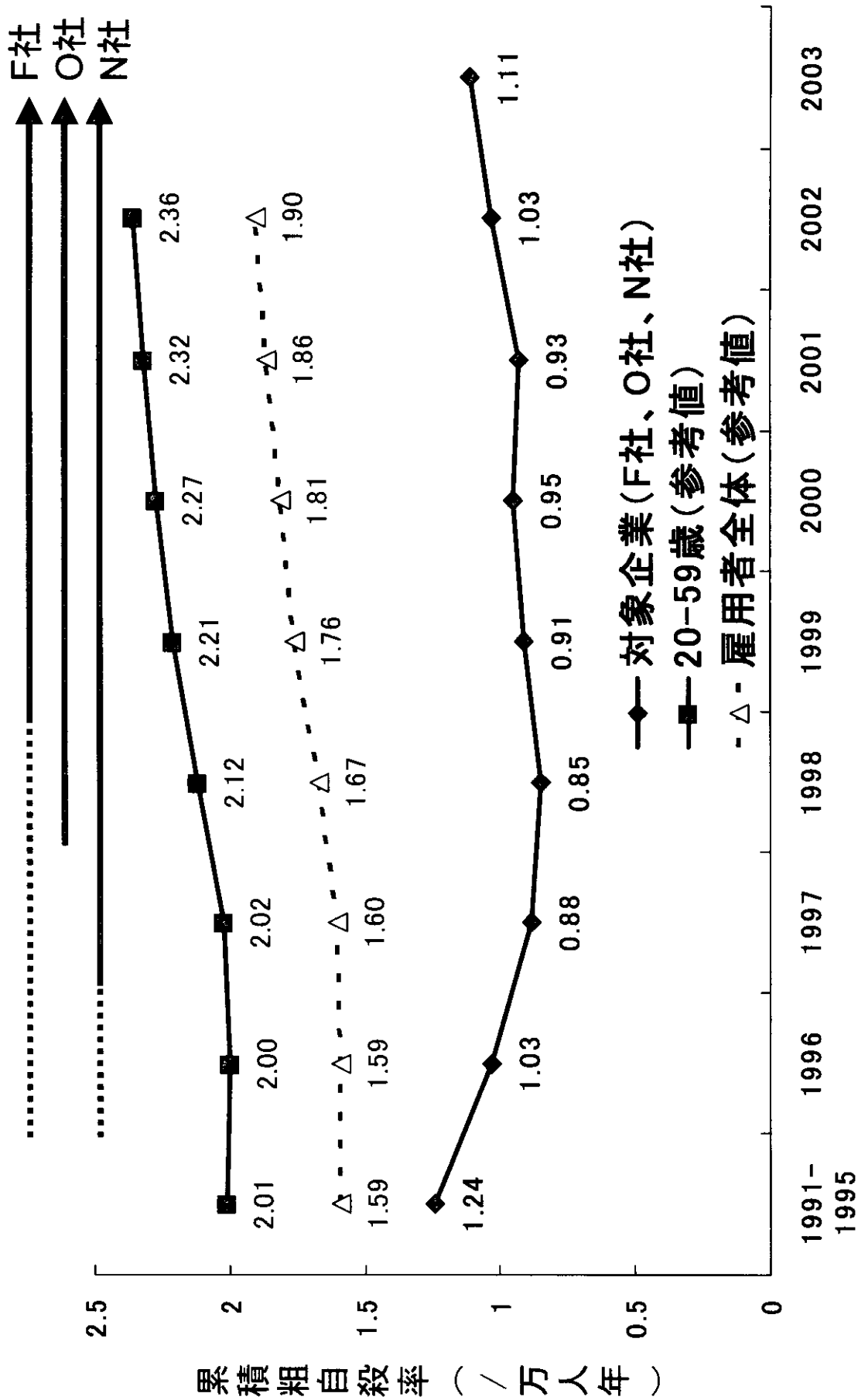
表II-3. 「自殺の頻度が高くならない」として選択した回答のグループ間比較

自殺の頻度が高くならない人	好ましい 反応	グループI		グループII		グループIII							
		前	後	McN	前	後	McN	検 定	対 照 群	後	前	後	McN
(1)自殺未遂経験者	非選択	94%	98%		95%	94%			97%	95%	97%	97%	
(2)うつ病の初期や治りかけの時期にある人	非選択	92%	98%	+	92%	84%	+		92%	95%	90%	91%	
(3)専業主婦	選択	76%	80%		57%	52%			60%	62%	37%	46%	
(4)アルコール依存症	非選択	80%	92%	+	65%	66%			67%	79%	76%	79%	*
(5)経済的あるいは生活上の困難な問題を持った人	非選択	96%	98%		98%	98%			98%	96%	94%	97%	
(6)大学生	選択	54%	68%		55%	58%		+	47%	64%	50%	51%	**
(7)過重労働により疲労が蓄積した人	非選択	100%	98%		96%	96%			97%	96%	99%	99%	
(8)自殺をほのめかす人	非選択	90%	98%	*	81%	89%	+	+	90%	85%	89%	96%	
(9)周囲から孤立した人	非選択	94%	98%		98%	96%			97%	98%	94%	97%	
(10)中高年男性労働者	非選択	100%	98%		96%	96%			98%	97%	93%	91%	
(11)女性労働者	選択	58%	66%		39%	34%			27%	28%	30%	37%	
(12)重大な事件に巻き込まれた人	非選択	100%	96%		98%	96%			98%	95%	97%	97%	

※McN: McNemar 検定。グループIII左欄の検定は、対数線型モデルによるグループIII内での群間と時期（前後）の交互作用の検定結果を示す。

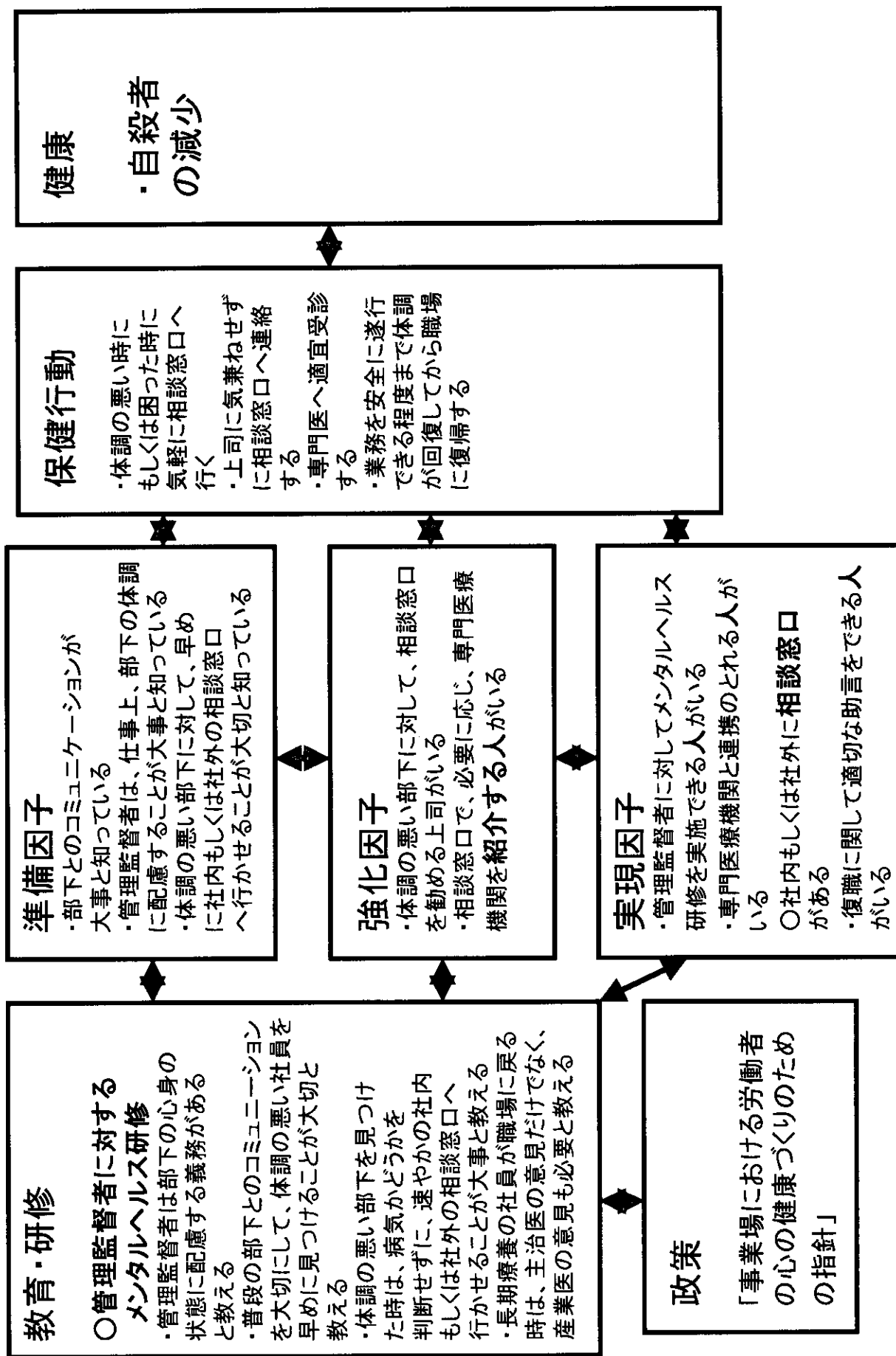
*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, + p<0.1

図Ⅲ-1 EAP導入前後の粗自殺者率の推移

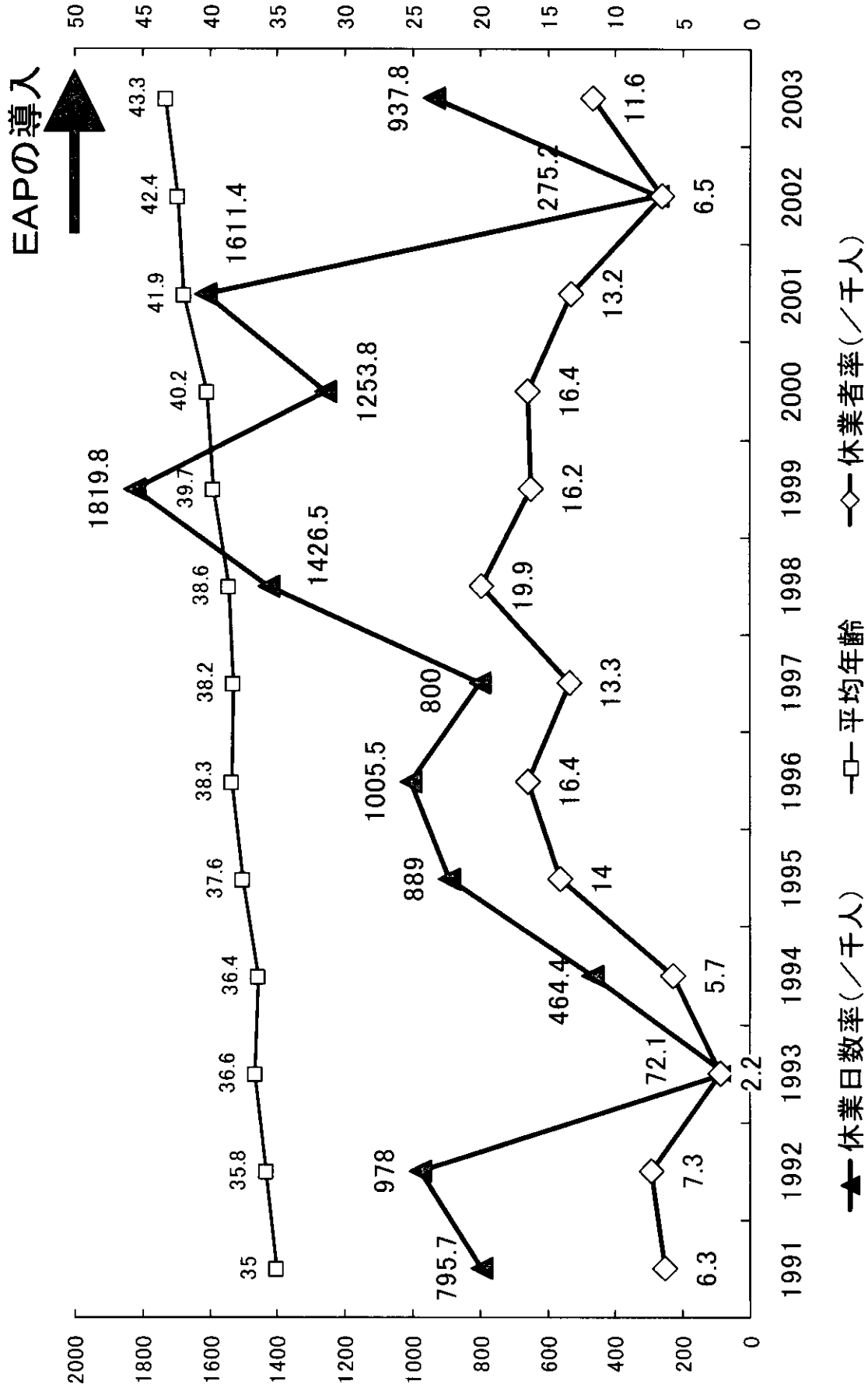


▲: EAPの本格的な導入: EAPの部分的な導入 対象企業における単年度の総観察人年は、平均1.5万人年
 X年における累積粗自殺者率 = (1991-X年における総自殺者数) / (1991-X年までの累積人数)、20-59歳と雇用者全体の
 累積粗自殺者率は、警察庁、総務省統計局、独立行政法人 労働政策研究・研修機構のデータから算出

図Ⅲ-2 自殺予防とEAPの関係



図Ⅲ-3 EAPと精神疾患による休業者・休業日数の関係



* 休業日数率 = (x年における精神疾患による休業日数合計) / (x年における従業員数) × 1000
 休業者数 = (x年における精神疾患による休業者数合計) / (x年における従業員数) × 1000

図Ⅲ-4 EAPと休業者数・休業日数の関係

