

表1：アンケートのお願い

厚生労働省による「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」(主任研究者：川上憲人)を実施してきましたが、分担研究者の高橋は「自殺後に遺された人々へのケア」を担当しました。年間自殺者数3万人台という緊急事態が続き、自殺予防に全力を尽くすのは当然ですが、自殺が生じた後のケアも重要な課題になっています。以下の点について御解答いただければ、幸いです。

1. 職種：当てはまる( )内にチェックしてください。

- 1 ( ) 精神科医    2 ( ) 精神科以外の医師    3 ( ) 看護師    4 ( ) 心理職 5 ( ) P  
SW    6 ( ) カウンセラー    7 ( ) その他 ( )

2. 経験年数

- 1 ( ) ~5年    2 ( ) ~10年    3 ( ) ~20年    4 ( ) 20年以上

3. ポストベンション(自殺が生じた後に遺された人々へのケア)の必要に迫られたことがありますか？

- 1 ( ) ある    2 ( ) ない    3 ( ) その他 ( )

4. ポストベンションを実施したことがありますか？

- 1 ( ) ある    2 ( ) ない    3 ( ) その他 ( )

5. ポストベンションのどのような点に関心がありますか？(複数回答可)

- 1 ( ) ポストベンションの全体の流れ  
2 ( ) 遺された人々に起こり得る反応  
3 ( ) 自殺が起きた後の対応の原則  
4 ( ) 個別のケア  
5 ( ) グループに対するケア  
6 ( ) フォローアップ  
7 ( ) 自殺予防教育  
8 ( ) 遺族への対応  
9 ( ) ポストベンションの適応と禁忌  
10 ( ) 事例  
11 ( ) その他 ( )

6. ポストベンションを実施するにあたって障害となる点、障害になるのではないかと危惧される点は何でしょうか？(複数回答可)

- 1 ( ) マンパワーの不足  
2 ( ) 知識や経験の不足  
3 ( ) 現場や遺族からの抵抗

4 ( ) かって混乱をきたしてしまうのではないかという不安

5 ( ) その他(具体的にお書きください)

7 その他、ポストベンションに関して御意見をお聞かせください。

御協力ありがとうございました。質問等がございましたら、下記まで御連絡ください。

2004年8月16日

〒359-8513

所沢市並木 3-2

防衛医科大学校防衛医学研究センター

行動科学研究部門

高橋祥友

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（パナソニック四国エレクトロニクス（株）産業医）

研究要旨：I. 職場における自殺予防プログラム、マニュアルの作成と評価

自殺予防教育プログラムは、平成 14 年度に試作し、平成 15 年度には、企業管理職、自殺予防セミナー参加者、地方自治体職員を対象とした教育研修を行い、教育前と教育 1～3 ヶ月後の再調査で、いずれも有意の教育効果が認められた。平成 16 年度は、これまでの調査結果や要請を参考にして、一部内容を変更し、自殺予防セミナーに参加した 96 名に対して評価のための調査を行った。内容の難易度に関しては、約 8 割が「ちょうどよい」、事業場で自殺予防対策を進める上での有用性に関しては 9 割が「参考になる」と回答していた。

自殺予防マニュアルは平成 14 年度より、管理職用・一般職用・家族用の 3 部を試作して、複数の事業場の産業保健スタッフ及び事業場の管理職、一般職及びその家族を対象として、分量、内容の分かりやすさ、自殺の危機回避、予防に対する有用性に対する調査と意見・要望に対する自由記述を依頼した。これらの調査結果を参考にして、毎年修正を加え平成 16 年度版を作成した。調査対象が毎年同じではないため、そのまま比較はできないが、3 年間の調査結果を概観すると、分量に関しては、適切が増え、内容に関しても分かりやすくなり、自殺の危機回避、自殺予防に関する有用性も高いと判定される割合が増えていた。意見・要望内容に関しては、使いやすいと評価する一方、図表化・イラスト化、レイアウトの工夫により、より使いやすく読みやすく、簡略化すること、事例と解説を増やす事などの意見がみられた。これらの要望を参考にして、平成 16 年度版にさらに修正を加えたものの最終版とした。

II. 自殺事例に対する職場要因等の分析

平成 14 年度に 45 例の自殺事例を報告したが、今回 8 例を追加した。自殺のリスクファクターとして、うつ病、職場における中等度から強度の心理的負荷があげられた。自殺前に自殺の特異的サインを示した事例は少なく、特に事業場では気づかれていない事例が多く、日頃からのメンタルヘルス対策の必要性が示唆された。

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

EAP 導入前後の自殺率の変化を、3 社約 1.5 万人の労働者を対象に調べた。累積自殺率は、対象企業労働者では雇用者全体の増加率より低くなっていた。EAP 導入による費用便益分析では、某社を対象に平成 14、15 年度の疾病休業日数、講演や相談に費やした時間、契約料などを基に分析した。14、15 年度は、事業所にとって、それぞれ 1.3、1.4 倍の便益/費用が得られた。

## I. 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

分担研究者：永田頌史（産業医大産生研精神保健学）

### A. 研究目的

本研究の目的は職場における自殺予防のための教育プログラム及びマニュアルを作成することである。すでに平成14、15年度において試案を作成し産業現場や講習会で使用した。教育プログラムは背景の異なる群にたいして実施し、1～3ヶ月後の再調査で教育効果が認められること、3部のマニュアルについても全体として比較的高い評価を得ていることを報告した。本年度は、その時の評価・意見を参考にして第3版を作成した。本年度は、さらに第3版についての評価・意見を参考にしてより使い易くて有用性の高い最終版を作成することである。

### B. 研究方法

#### 1) 教育プログラム内容への評価

職場における自殺予防のための教育プログラムへの内容(資料1)は昨年度のものに自殺のリスクファクターに関するスライドと状況に応じた具体的対応を示すための事例に関するスライドを加えた。これらの資料を用いて、某協会で行われた「うつと自殺予防セミナー(2.5時間)」で講演した後に参加者96名にアンケート調査を依頼し、72名(回収率75%)より回答を得た。調査協力者の内訳は保健師28名、管理監督者12名、人事労務担当者8名、衛生管理者6名、その他18名であった。

#### 2) 自殺予防マニュアルへの評価

自殺予防マニュアル(「こころのリスクマネジメント」資料2)は、平成15年度に作成した管理監督者用、勤労者用、家族用の3部に対する評価・意見を参考にして一部修正した。主な修正点は3部とも専門家に作成してもらったイラストに統一したこと、事例を加えたこと、うつ病と自殺のリスクファクターを管理監督者用に追加したこと、緊急時の相談・連絡先を各都道府県毎に電話番号を記載していたものを代表(東京)とホームページの掲載にしたことなどである。

自殺予防セミナーの参加した保健師28名に調査協力を書面にて依頼し、調査に参加協力が可能であるとの返事が得られた上記の保健師及びその同僚を含め58名に対して、調査表(資料3)及び3部のマニュアルを送った。52名(89.7%)から回答が得られた。管理職、一般職、家族に対するアンケート調査は某事業場の協力を得てそれぞれ20名に対して行った。

### C. 結果

#### 1) 教育プログラムへの評価(資料4)

セミナー全体への印象は「良かった」26名(36.1%)、「まあまあ良かった」43名(59.7%)、「あまり良くなかった」0名、「良くなかった」0名、無回答3名で、回答者の約95%は「まあまあ良かった」以上であった。研修の内容に関しては「易しい」4名(5.5%)、「やや易しい」10名(13.9%)、「ちょうど良い」55名(76.4%)、「やや難しい」1名(1.3%)で、4分の3以上が「ちょうど良い」と回答していた。「研修内容が自分の事業場の自殺予防対策を進める上で参考になるか」という問に対して64名(88.9%)が「参考になる」と回答し、7

名(9.7%)が「どちらとも言えない」、1名が無回答であった。

意見などの自由記載欄には、1)このようなセミナーを事業場内でも活発に行う、2)過重労働の実態を明らかにして、対策を強化する、3)メンタルヘルス担当者の対応能力の向上のために資格制度を作って、事業場に有資格者の配置を義務づける、4)個人・事業場へのメンタルヘルス対策、自殺予防活動の広報を強化する、5)世の中全体の仕組みや考え方を変える、6)地域の精神保健福祉センター・保健所の活用、産業保健と地域保健の連携、8)地方自治体を中心としたメンタルヘルス対策の強化など、政策に対する要請が多かった。一方、セミナーで取り上げる内容について、1)ストレス対処法、リラクゼーション、ディブリーフィング、連続したシリーズでのメンタルヘルス研修、2)事例を増して、現実的な対応の仕方を解説する、3)事前に質問に関するアンケート調査を行って、セミナーの中で解説していくなどの提案が寄せられた。

## 2) 自殺予防マニュアルに対する評価・意見(資料5-1、5-2)

### ・管理職・一般職・家族に対する調査

管理職用マニュアルに対する調査では、分量に対する評価が「非常に適切」55.5%「適切」25.0%、内容に関する評価が「非常に分かりやすい」15.0%「分かりやすい」65.0%、自殺回避に関する評価が「非常に役立つ」35.0%「役立つ」60.0%、自殺予防に関する評価が「非常に役立つ」10.0%「役立つ」60.0%「どちらとも言えない」30.0%であった。産業保健スタッフからの評価に比較して、すこし厳しい評価になっていた。

一般職用マニュアルに関する調査では、分量に関しては「非常に適切」45.0%「適切」45.0%、内容に関する評価では「非常に分かりやすい」0%「分かりやすい」45.0%「どちらとも言えない」25.0%「分かりにくい」25.0%であった。自殺回避に関する評価が「非常に役立つ」20.0%「役立つ」50.0%「どちらとも言えない」20.0%で、自殺予防に関しては「非常に役立つ」25.0%「役立つ」50.0%「どちらとも言えない」15.0%「役に立たない」10.0%であった。こちらも産業保健スタッフからの評価より厳しい評価を得ていた。

家族用マニュアルに対する評価では、分量に関しては「非常に適切」65.0%「適切」5.0%「どちらとも言えない」10.0%「適切でない」20.0%で、内容に関しては「非常に分かりやすい」35.0%「分かりやすい」50.0%、自殺回避に関しては「非常に役立つ」45.0%「役立つ」45.0%、家族の自殺予防に関しては「非常に役立つ」45.0%「役立つ」20.0%「どちらとも言えない」35.0%となっていた。管理職用、一般職用に対するマニュアルより高い評価を得ているものの、産業保健スタッフからの評価よりも厳しかった。

### ・産業保健スタッフに対する調査

管理職向けマニュアルに対しては、分量は「非常に適切」が61.5%、「適切」が21.2%、内容については「非常に分かりやすい」が28.8%、「分かりやすい」が57.7%であった。自殺回避に対する質問に対しては「非常に役立つ」が65.4%、「役立つ」が28.8%で、

部下の自殺予防に対する質問に対しては「非常に役立つ」55.8%、「役立つ」が38.5%で、「役立つ」と「非常に役立つ」を合わせるといずれも90%以上であった。

一般職向けマニュアルに対する評価では、分量と内容に関しては、管理職マニュアルと同様の傾向が見られ、「非常に適切」「適切」が合わせて約80%であった。自殺回避に対する質問、自殺予防に対する質問に対して、「非常に役立つ」と「役立つ」を合わせるといずれも90%近くになっていた。

家族向けマニュアルに対する評価では、分量については「非常に適切」80.0%「適切」12.7%、内容については「非常に分かりやすい」40.0%「分かりやすい」56.4%で、両者を合わせるといずれも90%以上であった。自殺回避については「非常に役立つ」49.1%「役立つ」45.5%、家族の自殺予防に関しては「非常に役立つ」43.6%「役立つ」50.9%で、両者合わせるといずれも約95%であった。

3つのマニュアルの中では、家族用マニュアルが分量、内容に関しては最も評価が高く、自殺回避・自殺予防に関しては管理職用マニュアルの評価が高かったと言える。

## D. 考察

### 1) 教育プログラムへの評価

セミナー全体への評価では「良かった」が36.1%で「まあまあ良かった」が59.7%で、必ずしも高い評価とは言えないが、これは、参加者が96名と多く、窮屈であっ

たことや後ろの席からはスライドが見にくかったことなども考慮する必要がある。研修内容については「丁度良い」が76.4%だったことや、研修内容が「自分の事業場で自殺予防対策を進める上で参考になるか」という質問に対しては88.9%が参考になると回答していたことを勘案すると、自殺予防対策の理解と実践という目的は大体達成されたと考えられる。

教育の効果に関しては、昨年の調査研究で、3つの群で行ったが、その後の再調査で正しい知識が増えていることが確認されている。

プログラムの内容は自殺のリスクファクター、事例など1部を追加しているが、多くは昨年度のものと同じである。今回の調査での自由意見では、事例を提示して実際の対処を詳しく説明する方法や講演の前に参加者が知りたい内容・質問について事前調査を行いそれに対して、講演の中で解説していくなど、セミナーの進め方に対する提案や、ディブリーフィングやリラクゼーションなども加えて欲しいという要請、このようなセミナーをもっと増やすことの必要性、衛生管理者のようにメンタルヘルスについての資格制度を作り職場への配慮の義務付け方法など政策への提案もあった。

これらの内容をプログラム作成や研修会の進め方の参考にして、よりよい教育プログラムを作成したい。

### 2) 自殺予防マニュアルへの評価

管理職、一般職からの評価は、平成14、15年度調査時のものより、各質問項目に対して、危機回避に対する評価以外、すなわち、分量、内容の分かりやすさ、自殺予防の有用性に関しては低くなっていた。調査

対象が異なるので、そのまま比較することはできないが、平成16年度のマニュアルは、平成14、15年度のマニュアルへの評価や意見を取り入れて改変したものであるので、評価が高くなることが予測されたが、今回の評価が低くなっていたことは、やはり、対象者によって影響を受けることが分かった。あまり関心のない人に読んでもらう場合の工夫の必要性について改めて考えさせられた。家族用マニュアルは分量以外は平成14、15年度のものより評価が高くなっていた。

平成16年度に作成したマニュアルへの産業保健スタッフからの評価は、内容の分かりやすさ、自殺の危機回避、自殺予防への有用性のいずれに対しても、平成14、15年度版より高く評価されていた。その理由として、マニュアルの改良点はそれ程大幅ではなかったことを考慮に入れると、対象が、自殺予防教育のためのセミナーに参加した産業保健スタッフとその周辺の人達であったことが影響していると考えられる。平成16、15年度に評価を依頼した産業保健スタッフは、複数の事業場に勤務していた人達で、皆が必ずしも自殺予防に対して関心の高かった人達ではなかったことが考えられる。

平成16年度に作成したマニュアルへの要望について、共通していたものとして、1) まだ文字の部分が多いので図表・イラストを増やす 2) もっと見やすい、読みやすいようなレイアウトを工夫して欲しい 3) 太字の部分(強調したい内容)が多すぎる 4) 事例提示の部分は活字が多いので、イラストを入れた方が圧迫感は少ない 5) 自殺予防や法律相談に関係した施設、緊急時の連

絡先などに関する資料はホームページや代表機関の電話番号の紹介のみでなく、地域(各県単位)の身近な情報を記載して欲しい(わざわざ調べて記入する人は少ないインターネットを利用していない人もいるのではないか)。また、施設がどんなことをしているのか、内容についての簡単な紹介が欲しい等があげられた。特に5)に関しては、平成15年度版までは各都道府県の施設や機関の電話番号その他記載していたが、資料のボリュームが増えるために、平成16年度版で代表(東京)のみにしたためである。いざという時に、利用するためには、やはり地域に密着した身近な情報が必要であろう。

管理職用マニュアルのみに関係した要望として記載内容についてテクノストレスやセクシャルハラスメント、パワーハラスメント、リハビリ出勤、守秘義務、それから管理者自身がうつ病にならないためのセルフケアについても加えて欲しいとの要請があった。クイックマニュアルについては、目次の順番の構成概念がわかりにくいので、予防から危機介入まで順番に書いた方が良いとの意見もあったが、そうすると次頁の目次と同じになるので、緊急性と使用頻度を考えて作成した現在のものでも良いのではないかと思われる。クイックマニュアルに関しては、使いやすいとの評価が多かった。

また、分量が多いとの意見も幾らか見られた。最初から最後まで続けて読めば分量が多いと感じられるが、このマニュアル作成の目的は必要な時にその部分だけ読めば、役に立つことを目的としていると最初の頁に書いているので、分量の修正はせずに、

マニュアルの使い方の部分にもっと分かりやすく書く必要があるかもしれない。

一般職用マニュアルに特有の意見や要請としては、1) 全体がゴシック体で書かれているので読みづらく圧迫感があるので、明朝体にして、大切な部分のみゴシック体か色のついた活字にした方がよい 2) チェックリストが多すぎる、チェックして高得点の場合どうするか書いて欲しい 3) クイック目次は見にくいので、うつ病の章・自殺予防の章・ストレス対策の章など章に分けた方がよいのではないかと 4) 内容が多すぎる、読もうという気になれない 5) タイトルや内容表現が固い等があげられる。一般職用マニュアルは活字を読むことに慣れていない人を念頭において作成されたもので、きちんとした構成よりもチェックリストや図表を多くして興味をもって読んでもらえるように工夫したつもりであったが、やはりまだ分量が多く難しいと感じる人が多いようである。

家族用マニュアルに特有の意見・要望は、1) 内容は分かりやすく分量も適切である 2) 心の不調者を支える家族自身が病気にならないようセルフケアについても書いて欲しい 3) 事例について、アルコール関係の事例・回復事例・提示事例についてのもう少し詳しい解説が欲しい 4) うつ病のサインだけでなく、受診の必要性・緊急性についても書いて欲しい 5) イラストに統一感がない等があげられた。このうち 5) に関しては印刷ミスで、古いイラストが混入していたことがその理由である（報告書には修正版を入れている）。これらの意見・要望を参考にして、平成 16 年度版マニュアルの一部に加筆・修正を行った。

## E. 結論

自殺予防教育プログラムの短期的な教育効果に関しては確認できた。内容に関しても、参加者の 9 割が事業場での自殺予防対策を進める上で参考になると回答していたことから、有用性は高いと考えられる。長期的な効果に関しては、今後のフォローが必要であるが、繰り返し教育研修をする必要があると思われる。

自殺予防マニュアルに関しては、調査対象によって、評価にバラツキが見られるが、これまでに寄せられた意見や要請を参考にして改良を加えた結果、全体的に見て分量、内容、有用性に関する評価は高くなっていた。16 年度の試案に対する意見、評価を参考にして、マニュアル 3 部の最終案を作成した。（最後に、日常業務で大変多忙にもかかわらず、自殺予防マニュアルのイラストを多数作成していただいた江口博信様に心より御礼申し上げます）



## II. 自殺事例に対する職場要因等の分析

分担研究者：永田頌史（産業医大産生研精神保健学）

### A. 研究目的

有職者の自殺事例を収集して、病名、自殺リスクに関連した職場要因、家族要因などを明らかにし、自殺予防教育プログラム、マニュアル作成の資料とする。

### B. 研究方法

産業医、臨床医に依頼して有職者の自殺例を集め、職種、考えられる診断名、職場・職場以外の心理的負荷の内容、強度（精神障害の労災認定基準）に関する調査表を配布して記載してもらった。今回は、平成14年度に報告した45例にその後追加収集した8名に関する調査結果を加えた。

### C. 結果（資料6）

今回の追加例は自殺既遂者7名、未遂者1名でいずれも男性であった。合計53例（男性45例、女性7例、既遂40例、未遂13例）の職業は、一般技能職15例、専門技術職13例、金融業従事者5例、システムエンジニア等4例、公務員4例、販売・サービス業4例、コック2例、運輸業従事者2例、事務職2例、管理業務（人事担当者）1例、マスコミ関係1例であった。

考えられる診断名はうつ病38例、適応障害6例、統合失調症2例、重度ストレス障害3例、不安障害1例、解離性障害1例、不明2例であった。職場における心理的負荷の内容に関しては、仕事の量・質の変化26例、役割・地位の変化7例、仕事の失敗・過重な責任7例、対人関係のトラブル4例、特になし9例であった。職場における心理的負荷の程度に関してはⅢ（強）11例、Ⅱ（中等）度33例、Ⅰ（軽）度9例で、職場

以外の心理的負荷に関しては、Ⅲ（強）度3例、Ⅱ（中）度9例、Ⅰ（軽）度8例であった。また、自殺未遂者13例のうち9例が女性であった。

後から考えて見た場合の情報であるが、自殺の特異的サインは13例しか気づかれていなかったが、うつ状態などのサインは32例で気づかれていた。

### C. 考察

今回収集した自殺例に関しては、企業規模や母集団が分らないので、自殺率や職種ごとの自殺の過多などに関する情報は得られないが、診断名や心理的負荷の内容や程度に関する情報はある程度得られたと考えている。診断名（推測も含む）ではうつ病が圧倒的に多いこと、職場における心理的負荷の内容は仕事の量・質の変化、役割・地位の変化、仕事の失敗・過重な責任の発生によるものが多く、その程度はⅡ度が最も多く約62%、Ⅲ度は約21パーセントであった。また、職場における心理的負荷が強くない事例では、職場以外の心理的負荷が高い傾向にあった。

これらの結果は14年度の報告と同じ傾向である。

### D. 結論

これらの結果から、1) うつ病は自殺の重要なリスクファクターである、2) 職場における強い心理的負荷もリスクファクターになるが、中等度の心理的負荷でも自殺は起こりうる、3) 自殺の特異的サインは職場では気づかれないことが多いことなどが明らかになった。

これらのことは、日頃からのメンタルヘルス対策が自殺予防にとっても重要である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よる研究

#### 1) EAP導入前後における自殺率の変化に対する検討

担当者：山崎友文、清水隆司、佐藤泰  
(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 (EAP: Employee Assistance Program)によるメンタルヘルスケア対策の効果の評価するため、企業全体の精神健康度の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2004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(2004年現在)は、F社：損害保険業・6676名、O社；鉄道業・3566名、N社；情報サービス業、2431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する程度であったが、

1997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。

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2つの方法で算出した。

##### 1. 1991年からの累積自殺率算出

(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-2004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)

2. EAP前後(1991-1998年と1999-2004年)での累積自殺率算出

(1)EAP導入前(1991年-1998年)の累積粗自殺率=(対象企業における1991年-1998年までの自殺者総数) / (当該期間の観察人年)

(2)EAP導入後(1999年-2004年)のx年における累積粗自殺率=(対象企業における1999年-2004年までの自殺者総数) / (1999年-2004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。なお、2004年のデータはないため、EAP導入後の対照の累積粗自殺率は、2003年までのデータを使用した。

・雇用者全体の累積粗自殺率

1991-1998年の累積粗自殺率=(1991年-1998年までの有職者の自殺者総数) / (1991年-1998年までの累積雇用者観察人年)

1999-2003年の累積粗自殺率=(1998年-2003年までの有職者の自殺者総数) / (1998年-2003年までの累積雇用者観察人年)

・20-59歳累積粗自殺率

1991-1998年の累積粗自殺率=(1991年-1998年までの20-59歳の自殺者総数) / (1991年-1998年までの20-59歳の累積観察人年)

1999-2003年の累積粗自殺率=(1999年

-2003年までの20-59歳の自殺者総数) / (1998年-2003年までの20-59歳の累積観察人年)

### C. 結果(資料7)

図Ⅲ-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、2003年では2.42に達していた。雇用者全体の累積粗自殺率も、1991-1995年では1.61で、その後徐々に増加し、2004年では1.98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、1998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であったが、2004年では1.09とやや減少している。

図Ⅲ-2では、対象企業が全てEAPを導入した1999年を区切りとして、1991-1998年のEAP導入前と、1999-2004年の導入後の累積粗自殺率を比較した。

20-59歳、雇用者全体、対象企業ともに、1991-1998年の累積粗自殺率と比べ、1999-2004年の累積粗自殺率のほうが高くなっていた。しかし、累積自殺率の上昇度を比較すると、20-59歳が+0.8(/万人)、雇用者全体が+0.7、対象企業が+0.6であり、対象企業のほうが上昇の度合いが一番低かった。

### 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て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、1996年以降、増加していないと考えられた。

1991-1998年と、対象企業3社が全てEAPを導入した1999-2004年の累積粗自殺率では、0.9(/万人)から1.5(/万人)へ増加しているものの、20-59歳と雇用者全体の累積粗自殺率と比較すれば、上昇度合いは低く、年齢調整ができていないことや、1991-1998年と1999-2004年の企業を取り巻く状況、成果主義といった雇用環境の変化を考慮すれば、EAPの自殺率に対する効果は否定できないと考えられた。

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PRECEDE-PROCEED Modelを開発した。PRECEDE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PRECEDE-PROCEED Modelを基に、EAPと自殺予防の関係を検討した

(図Ⅲ-3)。

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」とこと、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・2004 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。

1991・1998 年の累積粗自殺率と、対象企業が全て EAP を導入した 1999・2004 年の累積粗自殺率を比較したところ、0.9(1万人)から+0.6 上昇しているが、20・59 歳や雇用

者全体の累積粗自殺率の変化をみると、上昇の度合いは低かった。

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。

## 2) 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、1991～2004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2004年現在では1104名であり、社内に、健康管理室を社内に有し、専属の衛生管理者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。衛生管理者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。

2004年は全従業員に対してストレス調査を実施し、その結果を個人宛てに封書に入れて返した後、希望者823名に対して、一人15分時間で結果を説明し、必要な場合は専門医の紹介やカウンセリングの紹介を行った。

精神疾患による休業者数と休業日数は、1991年1月～2004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、企業の実情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。

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、2004 年を基準とし、割引率を 5% と設定した。割引率とは、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、2003 年時点での 1 万円を 2004 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、2004 年の NS 社の平均月収 ¥414,550 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、(2002-2004 年の休業日数) - (1999-2001 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-4 に示したように、休業日数の減少による便益は、¥29,639,610 となり、カウンセリング等受診による業務停止時間や EAP との契約費を含めた合計損失費用は、¥23,018,709 となった。

その結果、NS 社における EAP の便益/費用=1.3、便益-費用=¥6,620,901 となることがわかった。

### D. 考察

今回、日本のある EAP について、企業の立場として、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=1.3、便益-費用=¥6,620,901 とわかり、EAP にか

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、ヘルス・プロモーションの企画・実施・評価の手順を示した PRECEDE-PROCEED Model (MIDORI モデル) を基に、EAP と休業日数の関係について検討した (図Ⅲ-5)。

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」「自分が体調が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、「体調が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、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ため、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ため、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。

この結果は、NS 社という 1 社の調査結果であるため、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3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、¥29,639,610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、¥23,018,709となり、NS社におけるEAPの便益/費用=1.3、便益-費用=¥6,620,901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) 今田寛睦・宇田栄典・川上憲人・永田頌史：うつ病を知っていますか，うつ対策推進方針マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー，pp51-55， 2004.
- 2) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田哲也：こころのリスクマネジメント-管理監督者向け， 2004.
- 3) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田哲也：こころのリスクマネジメント-勤労者向け， 2004.
- 4) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田哲也：こころのリスクマネジメント-家族向け， 2004.
- 5) Shimizu T・Horie M・Nagata S・Marui E:Relationship between self-reported low productivity and overtime working, Occupational Medicine54(1):52-54.
- 6) Kubota S・Mishima N・Nagata S: A Study of the Effects of Active Listening on Listening Attitudes, J Occup Health46:60-67.
- 7) 三島徳雄・永田頌史・清水隆司・久保田進也・森田哲也：職場におけるうつ病・自殺 予防マニュアル及び教育プログラムの開発，産業ストレス研究 11(3)：155-162.

### 2. 学会発表

- 1) 永田頌史・久保田進也：某事業場におけるメンタルヘルス対策と効果. 日本心身

医学会，九州地方会，2004.

- 2) 三島徳雄:特別報告 13 職場における自殺予防マニュアル. 第 77 回日本産業衛生学会，2004.
- 3) 久保田進也・三島徳雄・永田頌史：某自治体の中間管理職に対するリスニング研修の効果について，第 77 回日本産業衛生学会総会，2004
- 4) Kubota S,Mishima N,Nagata S:A study of the Effects of Active Listening Attitudes of Middle Managers.The 15<sup>th</sup> Japan-China-Korea Joint conference on Occupational Health,2004.
- 5) 三島徳雄：シンポジウムⅠ 変革期の社会問題への取り組み(1)ー職場のメンタルヘルス 職場における自殺予防の取り組み. 第 45 回日本心身医学会，2004.
- 6) 永田頌史:会長講演 変革期の時代と心身医学. 第 45 回日本心身医学会，2004.
- 7) 久保田進也・永田頌史：自治体職員に関するメンタル・ヘルス対策の実践. 第 45 回日本心身医学会総会，2004.

## 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。

### 1. 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 15 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
- 5) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田システムエンジニア等 4 例哲也：こころのリスクマネジメント-管理監督者向け, 2004.
- 6) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田哲也：こころのリスクマネジメント-勤労者向け, 2004.
- 7) 永田頌史・久保田進也・三島徳雄・森田哲也：こころのリスクマネジメント-家族向け, 2004.

#### J. 研究協力者

田原裕之 (産業医大産生研精神保健学)  
永渕啓子 (産業医大産生研精神保健学)  
山田達治 (産業医大産生研精神保健学)  
江口博信 (西日本新聞社)

【資料1】

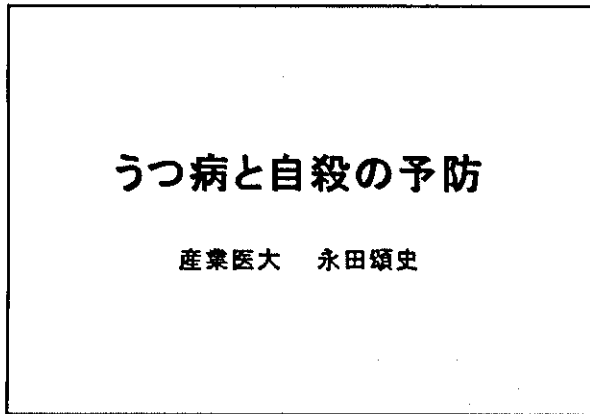


表1 うつ病と自殺の予防



表2 働き盛りの自殺急増

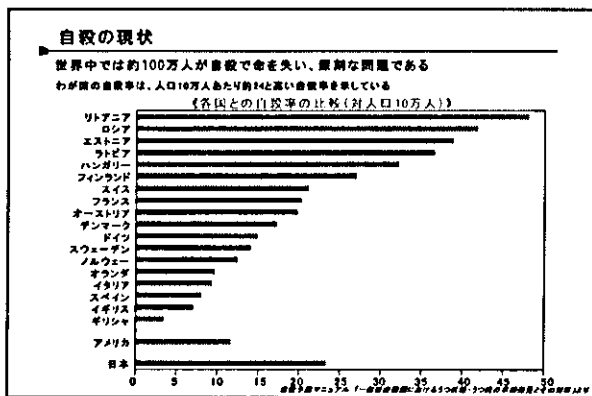


表3 自殺の現状

【資料 1】

表 4 自殺者の推移

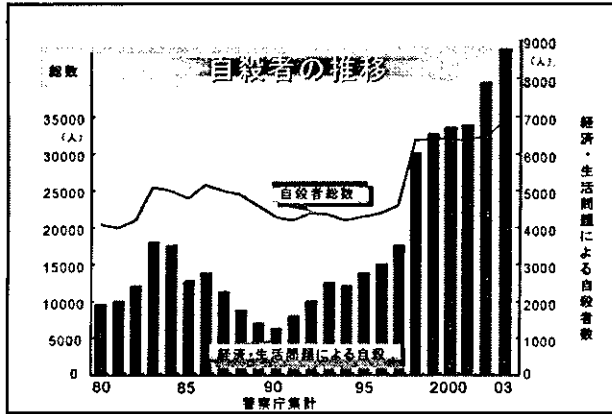


表 5 職業別に見た自殺者数の変化

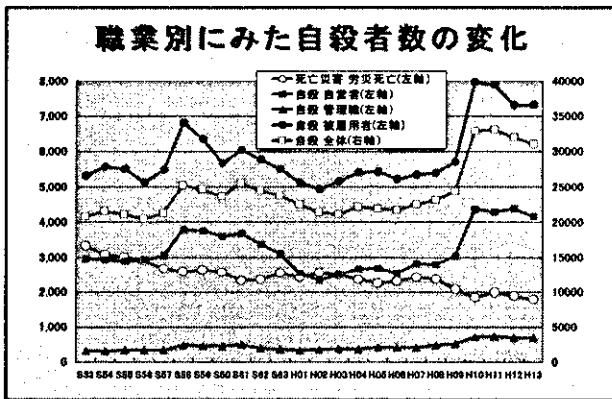


表 6 自殺予防のための施策

