

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

労働者のメンタルヘルス不調の第一次
予防の浸透手法に関する調査研究

平成21年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川上憲人

平成22（2010）年3月

目 次

I. 総括研究報告書	
労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究	川上憲人 1
II. 分担・協力研究報告書	
1. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の科学的根拠に基づく (EBM)ガイドライン開発	
(1) 個人向けストレス対策の普及・浸透.....	島津明人10
(2) 管理監督者教育の普及・浸透.....	堤 明純32
(3) 職場環境等の評価と改善の普及・浸透.....	吉川 徹41
(4) 「心の健康づくり計画」の効果に関する好事例の収集	川上憲人61
2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発	
(1) 職業性ストレス簡易調査票の事業場における活用状況と 課題に関する研究.....	下光輝一71
(2) 職業性ストレス簡易調査票を用いた職場のストレス評価	原谷隆史84
(3) 新しい職業性ストレス調査票の項目・尺度選択・開発	川上憲人、堤 明純、島津明人88
3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討	
(1) 労働現場におけるメンタルヘルス対策の一次予防の浸透方法—ス テークホルダー会議による提案—.....	下光輝一102
(2) 海外の動向：デンマークにおけるメンタルヘルス対策	小田切優子127
III. 研究成果の刊行に関する一覧表143
IV. 研究成果の刊行物・別刷145

平成 21 年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」
総括研究報告書

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究

主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授

本研究の目的は、①労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成し、②対策の浸透ツールとして、職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図を拡張した新しい職業性ストレス調査票を開発・標準化し、③労使、産業保健関係者によるステークホルダー会議により対策の推進枠組みを確立し、④海外 (WHO、欧州、米国) の推進施策を収集・整理し、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防を中 (小) 規模事業場も含めて浸透させるツールを提供し、行政施策を提言することである。

本年度研究では、①労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、および職場環境等の評価と改善の 3 つの対策について既存の研究成果を収集し EBM ガイドラインを作成した。②職業性ストレス簡易調査票を見直し、新たな組織・環境要因等を追加した新職業性ストレス簡易調査票の案を作成した。③関係者 (ステークホルダー) 会議を 2 回開催し、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて討議した。またデンマークの行政的推進施策について情報収集した。

1. 科学的根拠に基づく EBM ガイドラインの作成：国内の研究も積極的にとりあげた包括的・体系的な文献レビューの結果、労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、および職場環境等の評価と改善がストレスの軽減あるいはメンタルヘルス不調の予防に効果的であることが確認され、また効果的な実施のための留意点も明らかになった。研究結果に基づき EBM ガイドラインの案を作成した。またこれまでの学術雑誌記事から心の健康づくり計画を中心とした好事例の収集・整理を行った。

2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発：職業性ストレス簡易調査票のユーザーに対する調査から、一次予防活動における本調査票の活用が進んでいること、身体愁訴の項目を除くことが可能なこと、努力・報酬不均衡、ハラスメントの項目を追加することへのニーズが高いことが判明した。既存の国内外の調査票から項目プールを収集し、専門家による討議を経てグループ・対人関係および組織に着目したストレス源・資源を測定できる合計 129 項目の新調査票素案を作成し、予備調査を実施した。なお当初計画では、新職業性ストレス簡易調査票を用いて全国代表サンプルに対して調査を実施し標準データを収集する予定であったが、やむを得ない事情で調査時期を平成 22 年度に延期した。

3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討：産業保健研究教育機関、産業保健専門職、経営団体、労働組合等の代表が参加したステークホルダー会議では、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて、法制度の強化よりも自主的対応による推進策の方が適切であること、一定規模以上の事業場では健康と生産性が両立する活気ある職場づくりを目標にする「ポジティブアプローチ」が普及・浸透策として効果的であるとの意見が出された。また法体系を強化し、行政 (労働基準監督署) が職業性ストレスを含む職場環境について査察および事業場への改善命令を行う強力な権限を与えられているデンマークの海外動向を調査した。

本年度研究から、労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法のための EBM ガイドラインの素案、新しい組織環境要因の評価手法が確立し、推進枠組みの方向性が示された。平成 22 年度は EBM ガイドラインの完成、新職業性ストレス簡易調査票の完成と標準化作業の着手、推進枠組みの具体化についての討議を進める予定である。

分担研究者

下光輝一 東京医科大学・教授
堤 明純 産業医科大学・教授
原谷隆史 (独) 労働安全衛生総合研究所・部長
吉川 徹 (財) 労働科学研究所・副所長
島津明人 東京大学大学院医学系研究科・准教授

A. はじめに

本研究の目的は、①労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成し、②対策の浸透ツールとして、職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図を拡張した新しい職業性ストレス調査票を開発・標準化し、③労使、産業保健関係者による会議 (社会的対話, social dialogue) により、労働者のメンタルヘルス不調の

第一次予防の推進枠組みを確立し、④海外(WHO、欧州、米国)の推進施策を収集・整理し、以上を参考に、わが国の事業場における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防を中(小)規模事業場も含めて浸透させる政策を提言することである。

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり、労働者の健康の保持・増進、事業場における安全・生産性の確保の観点から、その未然防止(第一次予防)は労使双方にとって優先順位の高い課題となっている。しかしながら労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防として科学的有効性が確認されている労働者への教育研修、管理監督者の教育研修、職場環境等の評価と改善は、なお全事業場のそれぞれ17, 11, 7%でしか実施されていない(平成19年労働者健康状況調査)。わが国においては、平成11年度労働省委託研究費により開発された職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図が事業場における第一次予防活動の推進の動機付けとなっている。しかしこれらの有効なツールも作成から10年が経過し、①仕事上の報酬やハラスメント、あるいは組織公正などの重要なストレス要因を評価できていないこと、②業種、職種、雇用形態(非正規雇用を含む)を考慮した評価、判定ができないことなど限界が指摘されている。さらに海外ではこのテーマについて近年大きな進展がみられている。デンマークでは調査票あるいは専門家による事業場立ち入り調査により職場のストレス状況を評価し、事業場に自主的な改善を勧告する制度(努力義務)が導入され、効果をあげている。欧州全体では、本年、産業保健専門職、労使などの関係者(ステークホルダー)会議を経て、欧州のストレス対策の推進枠組みとなるガイドラインが提案されている。わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防のあり方を考える上で、こうした国際動向を踏まえて議論することが重要である。

本年度研究では、①労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、職場環境等の評価と改善の3つの対策について既存の研究成果を収集しEBMガイドラインの案を作成した。②職業性ストレス簡易調査票を見直し、これに重要な組織環境要因を追加した新職業性ストレス簡易調査票の案を作成した。③関係者(ステークホルダー)会議を2回開催し、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて討議した。またデンマークの行政的推進施策について情報収集した。

B. 対象と方法

1. 科学的根拠によるEBMガイドライン開発

(1) 個人向けストレス対策の普及・浸透

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策のひとつである個人向けストレス対策について、科学的根拠に基づく(EBM)ガイドラインを作成することを目的として、国内外の無作為化比較試験および比較対照試験の原著論文をレビューした。5つのデータベース(PsycARTICLE, PsycINFO, MEDLINE(PubMed), Web of Science, 医学中央雑誌)から、介入効果の主たるアウトカムとして心理的ストレス反応(抑うつ、不安を含む)を採用した60編を抽出し、プログラムの内容および形式(プログラム提供者、セッション数、1回あたりのセッション時間、セッション間のインターバル、実施形態、介入期間、ブースターセッションの有無)について評価した。

(2) 管理監督者教育の普及・浸透

管理監督者教育について科学的根拠に基づく(EBM)ガイドラインを作成することを目的として、内外の効果評価研究をレビューした。Pubmed, the Cochrane Library, MEDLINE, Web of Science, および医学中央雑誌から、部下を含む従業員の心理的ストレス反応をアウトカムとする管理監督者研修の効果評価研究9編を抽出して評価した。

(3) 職場環境等の評価と改善の普及・浸透

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防における、職場環境等の評価と改善を容易に実施するためのマニュアル・資料作成のための基礎資料として、国内外の文献レビューを行ない、職場環境等の評価と改善に関する科学的根拠に基づく(EBM)ガイドライン案を作成した。職場環境の改善(組織の再組織化)が心理社会的要因と健康要因に与える影響を評価した2つの系統的レビューの31文献に、最近の2文献を加えた33文献を抽出し、職場環境等の改善の効果評価に用いる指標と介入内容などを評価した。また、我が国での文献・事例報告17編について、その良好実践事例から職場環境等の評価と改善の普及・浸透に有用な情報を抽出し、ガイドラインのひな形を作成した。

(4) 「心の健康づくり計画」の効果に関する好事例の収集(分担:川上憲人)

職場のメンタルヘルス不調の一次予防対策を進めるための科学的根拠に基づくEBMガイドラインを開発する準備として、「心の健康づくり計画」他の効果に関する好事例を収集した。主に医学中央雑誌のデータベースを用い、2000年以降に出版された66件の文献を収集した。

2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発

(1) 職業性ストレス簡易調査票の事業場における活用状況と課題に関する研究(分担:下光輝一)

本研究班では新しい職業性ストレス簡易調査

票の開発を計画しているが、まずは現在の職業性ストレス簡易調査票の労働現場での活用の際に際しての利点欠点を整理し、改変や拡張の可能性を検討した上で新しい調査票との併用を提案していく必要がある。そこで、職業性ストレス簡易調査票のユーザーを対象に調査票の活用状況や調査票の内容に対する意見を尋ねるアンケート調査を実施し検討した。最終的に267通のアンケートを回収し、分析した。

(2) 職業性ストレス簡易調査票を用いた職場のストレス評価(分担:原谷隆史)

これまでに蓄積した男性15,933人、女性8,447人の職業性ストレス簡易調査票のデータに基づいて、各種のストレス要因を加えて職場のストレス評価を検討した。抑うつと疲労を目的変数、ストレス要因(量的労働負荷、質的労働負荷、身体的労働負荷、仕事のコントロール、技能の低活用、対人問題、職場環境、仕事の適性、働きがい、上司の社会的支援、同僚の社会的支援)を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。

(3) 新しい職業性ストレス調査票の項目・尺度選択・開発(分担:川上憲人、堤明純、島津明人)

職場のストレス要因を個人レベルから組織レベルまで、包括的に評価できる、新しい職業性ストレス調査票(以下、新調査票とする)を開発するために、以下の研究を実施した。1)新調査票に含めると良いと思われる「ストレス源・資源」および「アウトカム」に関する概念とその具体的項目を集約し、「ストレス源・資源」に関する概念については、各概念が着目している段階に応じて「作業・課題レベル」、「グループ・対人関係レベル」、「組織レベル」の3段階に分類した。2)重複する概念をまとめるとともに、「ストレス源・資源」に関する概念について、海外での枠組み(マネジメント基準や評価尺度)と照らし合わせ、わが国の現状を考慮しながら、新調査票に含める概念に優先順位をつけた。3)現場の産業保健専門職らにヒアリングを行い、新調査票に含める項目を絞り込むとともに、質問内容の分かりやすさなどを吟味し、文言の修正を行い、プレテスト版の初版を作成した。4)第2回ステークホルダー会議のワークショップで話し合われた内容をもとに、3)で作成した初版に項目を追加し、プレテスト版の最終版を作成した。

3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討

(1) 労働現場におけるメンタルヘルス対策の一次予防の浸透方法—ステークホルダー会議による提案—(分担:下光輝一)

労働者のメンタルヘルス対策の一次予防を、中小規模事業場を含むすべての事業場に浸透させ

るための方法について提言していくことを目的に、関係者(ステークホルダー)会議を平成21年8月4日および平成22年2月22日の2回開催した。第1回は一次予防対策のあり方について、第2回は経済変動期における健康いきいき職場の心理社会的条件について、ワークショップ形式で討議を行った。

(2) 海外の動向:デンマークにおけるメンタルヘルス対策(研究協力:小田切優子)

デンマークは産業保健、とりわけメンタルヘルス対策の一次予防が最も進んでいる国のひとつと言える。デンマーク政府は2004年に、労働環境に関する2005年から2010年の新しい戦略を立ち上げた。この戦略の中で心理社会的な労働環境要因を優先課題の一つと位置づけ、心理社会的労働環境の問題による疾病休業を10%減らすという数値目標を示している。この目標を達成するために、デンマークのすべての企業に対して心理社会的労働環境の査察を行うことが義務付けられている。本年度は海外動向としてデンマークの対策について情報を収集し整理した。

C. 結果

1. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の科学的根拠に基づく(EBM)ガイドライン開発

(1) 個人向けストレス対策の普及・浸透

レビューした60件の先行研究うち、心理的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究は37件であった。また、副次的なアウトカムとして考えられるストレスサー、コーピング、生活習慣、ストレスマネジメント行動、身体的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究、および下位分析において心理的ストレス反応に有意な介入効果が認められた研究は17件であった。一方、主要および副次的アウトカムのいずれにも介入効果が認められなかった研究も6件存在した。プログラムの内容および形式に関する検討から、効果的な個人向けストレス対策のマニュアルは、研修内容として認知行動的アプローチ、リラクゼーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことの推奨、プログラム終了後のブースターセッションの推奨、参加者の自己効力感の向上を図るための工夫、学習内容の日常生活への適用促進などを念頭において作成することが良いと思われた。

(2) 管理監督者教育の普及・浸透

観察期間の多くは研修終了後半年程度であった。少ないながらも比較対照研究の所見は、管理監督者に、職業性ストレスモデルや組織的公正などに基づくストレス要因を含むメンタルヘルスに関する必要な情報と技術を提供することにより、少なくとも短期的には、職業性ストレス要因、

部下を含む労働者の精神的健康状態、不眠、及び仕事のパフォーマンスについて好ましい影響を与えることを示していた。準実験的研究は、総じて仮説を支持するものであったが、無作為化比較試験の所見は、有意な結果が得られたものでも、プライマリアウトカムとなるストレス反応に対する効果ではないものや、対象や項目によるサブ解析の結果であったため、管理監督者研修に関する現存のエビデンスは中程度の根拠が認められると判断された。また、比較対照群を有しない前後比較研究において管理監督者における積極的傾聴法の有用性が示唆されており、弱い水準の根拠ありと位置付けた。抽出された研究対象、もしくは、効果が認められた集団には、メンタルヘルス対策を必要とする背景があり、研修の効果は対象によって異なり、ある程度の管理監督者の参加がないと組織全体の効果は限定されることがうかがわれた。管理監督者研修のマニュアル作成に当たっては、教育の優先度の高い集団の同定、対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修の企画、教育への参加率の向上への工夫、プログラムの繰り返し提供等が、効果的な教育のために念頭に置くべき項目と思われた。

(3) 職場環境等の評価と改善の普及・浸透

比較対照研究のレビューからは、職場環境改善の意思決定プロセスにおける労働者の仕事上のコントロール増加および従業員参加型の職場環境改善により健康指標が改善するとの根拠が得られた。特に職場の環境改善の意思決定に労働者参加のプロセスがある場合は、健康および心理社会的な指標の改善が認められた。ただし、経営合理化などの際に行われる従業員参加型の改善では、必ずしも健康指標の改善が観察されなかった。また作業課題の再構築（タスクレベル多能工化、権限の付与、作業チーム再編成、生産ラインの変更など）は労働者の「要求度」を増大させ「コントロール感」を減少させる場合もあった。

一方、国内外で展開されている参加型・自主対応型職場改善プログラム等の事例分析から、職場の多重・多面的な心身両面にわたるストレス要因に対し、労働者参加のもと、職場の主體的な取り組みを支援する目標設定を行い、心理社会的要因や心身負担要因の多領域改善を取り上げ、改善報告会による継続改善の仕組みを重視することが広く実施されていることが確認された。職場環境等の評価と改善のためのガイドライン・マニュアル作成にあたっては、労働安全衛生マネジメントシステムに呼応した心の健康作り計画を行なうことや、自主対応産業安全保健活動に留意することも重要と考えられた。

(4) 「心の健康づくり計画」の効果に関する好事例の収集

収集された事例のうち7割で「管理監督者向けの教育・研修および情報提供」、「一般従業員向けの教育・研修および情報提供」についての記載があったが、一方で「産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供」、「職場環境等の改善」、「評価・改善」の項目については3割以下しか記載がなかった。また、「緊急時の心のケア」については1割以下であった。このように心の健康づくり実施状況チェックリストの通り各事業場の実施状況を整理するとともに、対策を行った結果として効果があったと記載のあった文献については効果の部分抜き出し、さらに好事例をまとめてデータベースを作成した。

2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発

(1) 職業性ストレス簡易調査票の事業場における活用状況と課題に関する研究

活用状況は、仕事のストレス判定図から健康リスクを算出し、職場のストレス要因の改善を進めている事業場が40%と平成14年と比較して増加しており、個人向けの対策のみならず一次予防活動において簡易調査票の活用度が高まっていることが明らかとなった。簡易調査票の項目数57については66%が適当と回答していた。調査票に対する意見として、身体愁訴の項目が多い、活気の項目が答えづらい等の意見があった。あらたに追加する項目に関しては、努力報酬不均衡、ハラスメントなどが挙げられた。

(2) 職業性ストレス簡易調査票を用いた職場のストレス評価

抑うつでは13/12点、疲労では9/8点を区分点とした。抑うつ13点以上は男性22.7%、女性29.5%、疲労9点以上は男性21.3%、女性30.5%であった。仕事のストレス判定図で使用する量的労働負荷、仕事のコントロール、上司の社会的支援、同僚の社会的支援の4要因とともに、各種ストレス要因を用いて総合的に健康リスクを評価するための標準集団の平均値、回帰係数を示した。

(3) 新しい職業性ストレス調査票の項目・尺度選択・開発

①既存の調査票から「ストレス源・資源」については、合計32概念142項目が収集された。このうち、「作業・課題レベル」に分類された概念は12概念61項目、「グループ・対人関係レベル」に分類された概念は13概念56項目、「組織レベル」に分類された概念は7概念25項目であった。「アウトカム」に関する概念としては、「規定された職務の遂行」、「創造性の発揮」、「積極的な学習」、「ワーク・エンゲイジメント」、「仕事のパフォーマンス」、「職務満足感」、「大うつ病エピソード」の7概念21項目が収集された。

②収集された概念を集約し計28概念とした。

これらについて諸外国の調査票で採用されている概念と照らし合わせ、新調査票に含める優先順位を定めた。

③産業保健専門職へのヒアリングによって優先順位の低いと思われる概念を削除した。結果として、プレテスト版の初版は、「ストレス源・資源」については、「作業・課題レベル」9概念27項目、「グループ・対人関係レベル」8概念35項目、「組織レベル」3概念16項目、「アウトカム」については、5概念20項目の計98項目となった。

④第2回ステークホルダー会議のワークショップで話し合われた内容をもとに最終版（計129項目）を作成した。最終版は、「ストレス源・資源」については、「作業・課題レベル」9概念27項目、「グループ・対人関係レベル」10概念40項目、「組織レベル」8概念37項目の計104項目、「アウトカム」については、5概念20項目に5項目を追加した計25項目である。

3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討

(1) 労働現場におけるメンタルヘルス対策の一次予防の浸透方法—ステークホルダー会議による提案—

二回にわたって開催されたステークホルダー会議での討議を集約した結果、一次予防のあり方については、行政からの政策的提言は重要であるが、さらに企業にメリットがある形での普及啓発が重要である、と結論付けられた。健康いきいき職場の心理社会的条件として、コミュニケーションが良好である、透明性・公平性・納得性のある評価、経営層や上司が企業の目標や見通しを示しそれが労働者に伝えられ理解されており一体感がある、等の内容が挙げられた。本会議の開催により、一次予防方策の進め方の全体像を示すことができた。しかしさらに、経営者および労働者の視点を加えた具体的方策について検討していく必要があることが示された。

(2) 海外の動向：デンマークにおけるメンタルヘルス対策

デンマークで企業に対して義務付けられている心理社会的労働環境の査察を行うのは国の機関、デンマーク労働環境監督署であり、1事業場に対して少なくとも3年に1回は査察が実施される。査察にあたっては、業種・職種別の査察用ガイドランスツールが作成されており、これを用いてヒアリングを行いながら効率よく査察が行われている。初回の査察は事前通知なしで実施される。心理社会的労働環境あるいは他の労働環境について何らかの問題があるとされた企業に対しては、さらに詳細な査察が行われ、問題点の改善命令を受けた企業は改善に取り組むためのアクションプランの提出が義務付けられている。この改

善命令をうけた企業が、現実的かつ効果的な改善アクションプランを作成できるよう、指導プログラムが労働環境監督署により提供されている。また査察の結果はスマイリーシステムによりWEB上で公開されており、健康を大切にする企業イメージのアピールにもなっている。このような労働環境監督署主導による強制力のある対策はデンマークの労働者の心理社会的労働環境と職業性ストレスの改善に効果的に機能していると思われる。

D. 考察

1. 科学的根拠に基づくEBMガイドラインの作成

本年度研究では、労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、職場環境等の評価と改善の3つの労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策について科学的根拠に基づくEBMガイドラインを作成するために、これまでの研究を体系的にレビューし、これらの対策の効果、効果的な実施のための要因を明らかにし、EBMガイドラインの素案を作成した。3つのレビューは、これまでのどのレビューに比べてももっとも包括的に実施され、また海外のレビュー研究では見落とされる傾向にある国内の研究も積極的にとりあげたものになっている点に意義がある。これらのレビューの結果、労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、職場環境等の評価と改善がストレスの軽減あるいはメンタルヘルス不調の予防に効果的であることが再確認された。また効果的に実施するための具体的な工夫や留意点も明らかにすることができた。これらの点を含めたEBMガイドラインの案を表1に示す。これらのガイドライン案は現時点ではレビューのみに基づいたものになっており、専門家によるコンセンサス・ガイドラインとしてはまだ不十分である。平成22年度研究において、さらに広く専門家の聞き、また現場の実践家の意見も収集して、最終的なガイドラインに仕上げる予定である。

2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発

職業性ストレス簡易調査票のユーザーに活用状況と調査票に対する意見を尋ねるアンケート調査では、仕事のストレス判定図から健康リスクを算出し職場のストレス要因の改善を進めている事業場が平成14年と比較して増加しており、一次予防活動において本調査票の活用度が高まっていることが明らかとなった。項目数については2/3のユーザーがちょうど良いと答えており、必ずしも項目数の削減は必要ないと考えられた。しかし今後、新しい項目が追加になることを考えると短縮は検討課題である。特に身体愁訴の項目

の多さが不評であり、必ずしもストレス要因によって生じているとは限らないこと、項目の識別力も高くないことから、除いて使用することも一案である。調査票にあらたに追加する項目に関しては、努力・報酬不均衡、ハラスメントなどが挙げられており、新職業性ストレス簡易調査票に含めるべき優先順位の高い項目と考えられた。

3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討

産業保健研究教育機関、産業保健専門職、経営団体、労働組合の代表が参加した二回にわたるステークホルダー会議では、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて活発な意見交換がなされた。第一回の会議では、第一次予防の推進枠組みのあり方全般について、法制度の強化や自主的対応の推進などのいくつかのオプションが検討されたが、全体として現在の法制度の下での自主的対応による推進策の方が適切との意見が多く、また社会心理的な健康リスク要因が少ない職場を「健康いきいき職場」などのポジティブな用語で再定義してこれを推進することが提案された点が注目された。第2回ではこの「健康いきいき職場」の条件についてグループワークを行った。その結果、労働者の健康、生活の充実および生産性・創造性を高め、活気ある職場づくりについて、特にポジティブな職場像と、その実現のための日常的職場運営上の要素について多数の意見が出された。これらは労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防における「ポジティブアプローチ」と考えることができる。一方、中小規模事業場では、健康（安全）配慮義務に基づく法的リスクのマネジメントを中心とした「リスクマネジメントアプローチ」がより重要との意見もあった。むしろ活気ある職場づくりにおいても健康リスクのマネジメントは最低限度の条件であるとの意見もあった。今後のわが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについては、一定規模以上の事業場では健康と生産性が両立する活気ある職場づくりを目標にする「ポジティブアプローチ」がその普及・浸透策として効果的であると考えられた。また中小規模事業場では、「リスクマネジメントアプローチ」の推進と「ポジティブアプローチ」との両面からの普及・浸透策が重要と思われる。これらの点について、次年度はさらに概念や推進枠組みの明確化に向けて検討を続ける予定である。

海外の動向については、今年度はデンマークの推進策について情報収集した。デンマークの推進策は、法体系を強化し、行政（労働基準監督署）が職業性ストレスを含む職場環境について査察および事業場への改善命令を行う強力な権限を

与えられている点が特徴であり、欧州の中でもユニークな方策と言える。わが国においてこの方式をただちに導入することは、マンパワー、技術面から難しいと考えられるが、法体系の強化によるアプローチにおける1つの選択枝として参考となる。

4. 残された課題

3ヵ年計画の1年目である本年度は、新調査票に含める項目を選定するためのプレテスト版を作成した。新調査票は、旧調査票で項目が限定されていたグループ・対人関係および組織に着目したストレス源・資源を測定することが可能であり、またアウトカムにおいても、ワーク・エンゲイジメントなどのポジティブな指標を含めた点が特徴的である。旧調査票に新調査票を追加して使用することにより、現場で職場環境の評価・把握の際に、より包括的な評価が可能になると考えられる。今後、プレテストの結果をもとに、更に項目を絞り込み、新調査票の最終版を作成する予定である。また調査票の標準化のために、全国サンプルに対する大規模な調査を実施する予定である。

なお当初の計画では、本研究により開発された新しい職業性ストレス簡易調査票を用いて、全国20歳以上労働者の代表サンプル(多段階無作為抽出) 二千人に対して、平成21年度中に調査会社に委託して郵送法調査を実施し、事業場規模、業種、職種、雇用形態(非正規雇用含む)それぞれに対応した標準データを求め、評価基準作成の基礎とすることとしていた。しかし新しい職業性ストレス簡易調査票の開発には関連する欧州委員会(EU)のEU労働者ストレス調査の調査項目の動向を取り込んでいく必要があるが、EU労働者ストレス調査の項目選定の遅れのために新職業性ストレス簡易調査票の項目内容の決定を平成21年度中に終えることができなかった。そのため労働者の代表サンプルに対する調査は時期を平成22年度に延期し、研究費の年度繰り越し手続き申請を行った。

また欧州では、今回とりあげたデンマークの取り組み以外に、欧州全体での労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みである「心理社会的リスクマネジメント欧州枠組み(Psychosocial Risk Management - European Framework, PRIMA-EF, <http://prima-ef.org/>)の報告書が2009年2月に、英国国立医療技術評価機構(NICE)の公衆衛生ガイダンス No. 22「生産的で健康な職場環境による心の健康の推進：雇用者向けガイダンス(Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers)」が2009年9月に公表されている。これらの情報については平成22年度報告書の中で詳細に報告する。

E. 結論

本年度研究では、①労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、および職場環境等の評価と改善の3つの対策について既存の研究成果を収集しEBMガイドラインを作成した。②職業性ストレス簡易調査票を見直し、新たな組織・環境要因等を追加した新職業性ストレス簡易調査票の案を作成した。③関係者（ステークホルダー）会議を2回開催し、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて討議した。またデンマークの行政的推進施策について情報収集した。

1. 科学的根拠に基づくEBMガイドラインの作成：国内の研究も積極的にとりあげた包括的・体系的な文献レビューの結果、労働者個人向けストレス対策、管理監督者教育、および職場環境等の評価と改善がストレスの軽減あるいはメンタルヘルス不調の予防に効果的であることが確認され、また効果的な実施のための留意点も明らかになった。研究結果に基づきEBMガイドラインの案を作成した。またこれまでの学術雑誌記事から、心の健康づくり計画を中心とした好事例の収集を行った。

2. 職業性ストレス簡易調査票の見直しと新調査票の開発：職業性ストレス簡易調査票のユーザーに対する調査から、一次予防活動における本調査票の活用が進んでいること、身体愁訴の項目を除くことが可能なこと、努力・報酬不均衡、ハラスメントの項目を追加することへのニーズが高いことが判明した。既存の国内外の調査票から項目プールを収集し、専門家による討議を経てグループ・対人関係および組織に着目したストレス源・資源を測定できる合計129項目の新調査票素案を作成し、予備調査を実施した。なお当初計画では、新職業性ストレス簡易調査票を用いて全国代表サンプルに対して調査を実施し標準データを収集する予定であったが、やむを得ない事情で調査時期を平成22年度に延期した。

3. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みの検討：産業保健研究教育機関、産業保健専門職、経営団体、労働組合等の代表が参加したステークホルダー会議では、わが国における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の推進枠組みについて、法制度の強化よりも自主的対応による推進策の方が適切であること、一定規模以上の事業場では健康と生産性が両立する活気ある職場づくりを目標にする「ポジティブアプローチ」が普及・浸透策として効果的であるとの意見が出された。また法体系を強化し、行政（労働基準監督署）が職業性ストレスを含む職場環境について査察および事業場への改善命令を行う

強力な権限を与えられているデンマークの海外動向を調査した。

本年度研究から、労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法のためのEBMガイドラインの素案、新しい組織環境要因の評価手法が確立し、推進枠組みの方向性が示された。平成22年度はEBMガイドラインの完成、新職業性ストレス簡易調査票の完成と標準化作業の着手、推進枠組みの具体化についての討議を進める予定である。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

堤 明純. WHOによる世界の職場のメンタルヘルスガイドライン. 産業ストレス研究 16(4): 211-216, 2009

小田切優子. デンマークにおける産業ストレス対策. 産業ストレス研究 16(4):217-222, 2009

吉川徹、小木和孝. 労働安全衛生マネジメントシステム(OSH-MS)への寄与としての参加型ストレス予防活動の役割. 産業ストレス研究 16(4): 221-229, 2009

Shimazu, A., Bakker, A. B., & Demerouti, E. How job demands affect the intimate partner: A test of the spillover-crossover model in Japan. *Journal of Occupational Health* 51: 239-248, 2009

中島美鈴・稗田道成・島田俊夫・島津明人. 集団認知行動療法の比較化対照試験による効果検討. *精神科治療学* 24: 851-858, 2009

Umanodan, R., Kobayashi, Y., Nakamura, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Kawakami, N., & Shimazu, A. Effects of a Worksite Stress Management Training Program with Six Short-hour Sessions: A Controlled Trial among Japanese employees. *Journal of Occupational Health* 51: 294-302, 2009

Shimazu, A. & Schaufeli, W.B. Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Industrial Health* 47: 495-502, 2009

Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan. *Cross-Cultural Research* 43: 320-348, 2009

馬ノ段梨乃・島津明人. e-ラーニングによる健康

教育:労働者のストレス対策に注目して. 健康
開発科学 13(2): 13-18, 2009

馬ノ段梨乃・土屋政雄・島津明人. 職場における
個人向けストレス対策 –介入方略の変遷と
新たな視点–. 産業医学ジャーナル 33:
103-107, 2010

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。

表1 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透のためのガイドライン（案）

1. 個人向けストレス対策

- 1) 研修内容は、認知行動的アプローチ、リラクセーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことが推奨される
 - 2) プログラムの作成に際しては、参加者のニーズや関心、受け入れやすさを考慮することが望ましい
 - 3) ストレスチェックを行う場合には、結果のフィードバックだけでなく、心理教育を併用することが望ましい
 - 4) 個人向けストレス対策では、プログラムが終了した一定期間後に、ブースター（フォローアップ）セッションを設けることが推奨される
 - 5) 個人向けストレス対策と併行して職場環境改善も行われることが望ましい
 - 6) 参加者の自己効力感の向上を図るための工夫を行うようにする
 - 7) 教育内容を数回に分けてステップアップする計画を立ててもよい
 - 8) 教育研修では参加型のアプローチを取り入れることが望ましい
 - 9) ホームワークなどを併用することにより、知識や技術の日常生活への適用を促進することが望ましい
-

2. 管理監督者教育

- 1) 全ての管理職にメンタルヘルス教育を実施することが推奨される
したがって、教育への参加率の向上への工夫が求められる
 - 2) 研修内容はその必要性によって対象管理職の階層分けを行う
 - 3) 教育の優先度の高い集団を同定し、研修を行う
 - 4) 対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修を企画する
 - 5) 管理職教育は一度だけでなく、複数回繰り返して実施されることが望ましい
 - 6) 管理職監督者は、できれば1年に1回研修を受けることが望ましい
 - 7) 教育内容を数回にステップアップしていく計画を立てることもよい
 - 8) 研修内容には、事業場における労働者の心の健康保持増進のための指針で推奨されている事項および代表的な職業性ストレス要因に関する事項を含めるようにする
 - 9) 管理監督者の行動変容を目的として研修を行うようにする
-

3. 職場環境等の評価と改善

- 1) 職場環境改善の評価と改善の実施にあたってはその目的を明確にする
 - 2) プログラム立案では、職場環境の評価や関連健康状態の評価のみ実施する問題指摘型の取り組みは避け、問題解決型のアプローチをとることに力点を置く
 - 3) 組織としての取り組みでは、組織ないし部門責任者のサポートを得ることが不可欠なことを強調する
 - 4) 対象とする組織/同業種にある良好実践から学び、実施可能な良好実践が不可欠なことを強調する
 - 5) 集団討議、職場委員会の設置等の従業員参加型の取り組みを推奨し、対象職場ではその半数以上の労働者が改善活動に参加する仕組みを作る
 - 6) 良好実践に見合った提案を促すアクションチェックリストなど、現場条件で調整したアクション提案型ツールを用いる
 - 7) 現場の多面にわたる心身の負担状態に対する改善策を広くとりあげる
 - 8) 職場環境改善の実施と評価は、ステップバイステップで進め、必ずフォローアップ期間を設ける
 - 9) 個人や職場の状況に見合った改善が行えるように支援のメカニズムを作ってきめ細かく運用する
 - 10) 成果を報告しあい、関係者全員に広くフィードバックすると共に、良好な取り組みは顕彰する
 - 11) 問題解決型アプローチによる介入によって、一般労働条件改善の意識と活動が進むようにする
 - 12) 問題のある職場に注目して職場環境等の評価と改善を開始しない
-

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」
分担研究報告書

科学的根拠による EBM ガイドライン開発：個人向けストレス対策の普及・浸透

分担研究者 島津明人（東京大学大学院医学系研究科・准教授）

研究協力者 高田未里（東京大学大学院医学研究科・助教）

土屋政雄（東京大学大学院医学系研究科・非常勤講師）

馬ノ段梨乃（東京大学大学院医学系研究科・院生；日本学術振興会・特別研究員 DC1）

研究要旨：労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策のひとつである個人向けストレス対策について、科学的根拠に基づく（EBM）ガイドラインを作成することを目的として、国内外の無作為化比較試験および比較対照試験の原著論文をレビューした。5つのデータベース（PsycARTICLE, PsycINFO, MEDLINE (PubMed), Web of Science, 医学中央雑誌）から、介入効果の主たるアウトカムとして心理的ストレス反応（抑うつ、不安を含む）を採用した60編を抽出し、プログラムの内容および形式（プログラム提供者、セッション数、1回あたりのセッション時間、セッション間のインターバル、実施形態、介入期間、ブースターセッションの有無）について評価した。レビューした60件のうち、心理的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究は37件であった。また、副次的なアウトカムとして考えられるストレス、コーピング、生活習慣、ストレスマネジメント行動、身体的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究、および下位分析において心理的ストレス反応に有意な介入効果が認められた研究は17件であった。一方、主要および副次的アウトカムのいずれにも介入効果が認められなかった研究も6件存在した。プログラムの内容および形式に関する検討から、効果的な個人向けストレス対策のマニュアルは、研修内容として認知行動的アプローチ、リラクゼーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことの推奨、プログラム終了後のブースターセッションの推奨、参加者の自己効力感の向上を図るための工夫、学習内容の日常生活への適用促進などを念頭において作成することが良いと思われた。

A. はじめに

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防においては、「労働者個人向けストレス対策」「管理監督者教育」「職場環境等の評価と改善」の3つの主要なアプローチがある。

このうち、労働者個人向けのストレス対策に関しては、その効果が無作為化比較試験や比較対照試験によって検討した研究成果が蓄積されてきた。さらに、2001年以降、個々の介入研究の効果をメタ分析した2つの論文が出版され（Richardson & Rothstein, 2008; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001）、主に介入内容による効果の差異についての科学的根拠が整理されるようになってきた。たとえば、心理的ストレス反応には、認知行動的アプローチ、ないし認知行動的アプローチとリラクゼーションとを組み合わせたプログラムの有効性が示されている。

しかしながら、それらのメタ分析の結果を参照するだけでは、個人向けストレス対策を各事業所に普及・浸透させることは難しい。すなわち、どのような形式や工夫が各事業所への普及・浸透を促進させるのかについての情報が不足しているからである。

そこで、本分担研究では、労働者個人のストレ

ス対処能力の向上を通じてメンタルヘルス不調を予防する「個人向けストレス対策」を安価で容易に実施するためのマニュアル・資料を作成することを最終目的とする。そのうち、平成21年度では、個人向けストレス対策の普及・浸透を促進するための要因を、国内外の文献レビューに基づいて明らかにし、科学的根拠に基づく（EBM）ガイドラインを作成することを目的とした。

B. 対象と方法

1. 文献検索

労働者を対象としたメンタルヘルスの第一次予防対策に関して、1979-2009年に出版された個人（セルフケア）を対象にした無作為化比較試験、および比較対照試験の原著論文をレビューの対象とした。論文の検索に関して、心理学、医学、自然科学の幅広い領域に関わる5つのデータベース：PsycARTICLE, PsycINFO, MEDLINE (PubMed), Web of Science, 医学中央雑誌を用いた。はじめに、各データベースにおいてRichardson & Rothstein (2008)のメタ分析で用いた検索語（worksite and stress and management, AND program or intervention or prevention）による検索を行った。検索の結果、

後述する取り込み基準に一致する論文が得られなかったため、1)ストレスに関連する心理的問題、2)介入、3)対象、4)研究デザインの観点から、本レビューで使用する検索語を新たに設定した(表1)。さらに、van der Klink et al. (2001)のメタ分析で用いられた検索語を用いて、追加検索を行った。なお、論文検索は2008年9月から2010年3月までの期間で数回に分けて実施した。

2. 取り込み基準

次の6点を取り込み基準として設定し、文献検索を行った。

1) メンタルヘルス不調の第一次予防を目的とした対策であること(治療を目的とした対策ではないこと)

2) 個人向けのストレス対策(セルフケア)によるアプローチを採用していること

3) 介入効果の主たるアウトカムとして心理的ストレス反応、抑うつ、不安を採用していること

4) 職域で実施されていること

5) 研究デザインとして無作為化比較試験または比較対照試験を採用していること

6) 原著論文であること。すなわち、メタ分析および質的レビューに関する論文は文献検索の対象から除外した。

はじめに、Richardson & Rothstein (2008)のメタ分析に含まれる文献(38件)から、紀要(5件)、書籍(2件)、組織を対象としたアプローチ(2件)を除いた29論文をレビュー対象とした。次に、5つのデータベースから検索された1078論文に対して、題名およびアブストラクトを参照し、重複を除いたうえで、上述した取り込み基準に一致する55論文を新たにレビューの対象とした。さらに、分担研究者らの紹介により2論文を追加した。最終的に86論文が選出された。最終的、文献が入手できなかった11論文、および取り込み基準に一致しなかった15論文を除外した60論文を、本研究でのレビュー対象とした。

3. レビュー手続き

職場のメンタルヘルスを専門とする研究者4名(分担研究者および研究協力者)で、以下に示す7項目に関してコーディングを行った。

1) 対象者の属性: 性別, 年齢, 業種, 職種など)

2) 手続き: 参加者の募集方法, 選抜基準・除外基準

3) 研究デザイン

4) プログラムの内容

5) プログラムの形式: 提供者, 実施形態(グループ・集合形式, 個人・対面形式, eラーニング), セッション数, 1セッションあたりの時間, セッション間のインターバル, 介入期間, ホーム

ワークの有無

6) 介入プログラムの完遂率

7) 介入結果

次に、全論文数の1/3に該当する20論文に関して、研究者4名が2名1組に分かれ、10論文ずつをコーディングした。その際、2名が同一の論文をコーディングし、コーディング結果の信頼性(一致率)を検討した。コーディング内容が一致しない場合、両者で協議の上採用する結果を決定した。残りの文献においても、同様に確認を行いながら作業を継続した。コーディングがすべて終了した段階で、再度4名の研究者全員で全体のレビュー結果の確認を行った。

C. 結果

表2に、レビュー結果の要約を示した。レビューした60件のうち、メンタルヘルス不調に関する第一次予防の主要なアウトカム、すなわち心理的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究は37件であった。また、副次的なアウトカムとして考えられるストレスorコーピング、生活習慣、ストレスマネジメント行動、身体的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められた研究、および下位分析において心理的ストレス反応に有意な介入効果が認められた研究は17件であった。一方、主要および副次的アウトカムのいずれにも介入効果が認められなかった研究も6件存在した。

以下では、プログラムの内容および形式ごとに、レビュー結果を具体的に記述する。

1. プログラム内容による検討

レビューした論文の大部分は、認知行動的アプローチ、ないし認知行動的アプローチとリラクゼーションとを組み合わせたプログラムであった。その他、リラクゼーション単独によるプログラムや、睡眠、運動などを取り入れたプログラム、郵送によるストレス対処のアドバイスなども見られた。

まず、認知行動的アプローチに関しては、数回の教育セッションによりストレスマネジメントの基礎知識を提供し、続いて具体的な技法の習得を目的とするプログラム構成が多かった。提供された技法には、ストレス免疫訓練、問題解決技法、論理(情動)療法、認知再構成法、アサーション、援助希求法などがあつた。しかし、認知行動アプローチの各技法間で介入効果を直接的に比較した研究はなかった。

リラクゼーションに関しては、1回ないし数回のセッションで技法に関する説明を行い、以後、週1回程度のペースで数回程度のセッションを小集団で行う形式のものが多かった(中にはセッ

セッション数が20回を超えるプログラムも認められた)。提供された技法には、漸進的筋弛緩法、自律訓練法、呼吸法、瞑想、バイオフィードバックなどがあった。しかし、リラクゼーションの各技法間で介入効果を直接的に比較した研究はなかった。

なお、認知行動的アプローチとリラクゼーションの介入効果を直接的に比較した研究も2件認められた。しかし、前者がより効果的であるとする研究 (Meddi et al., 1998) と効果に差異がないとする研究 (van Reijnen et al., 2005) とが混在しており、知見は一貫していなかった。

その他のアプローチとして、ストレスチェックとその結果のフィードバックによる介入効果を検討した研究が3件あったが (Kawakami et al., 1999; Rahe et al., 2002; 高田他, 2002), いずれも結果のフィードバックだけでは十分な介入効果は得られていなかった。Rahe et al. (2002) では結果のフィードバックの他に集合形式の心理教育を追加することで、高田他 (2002) では個別形式 (面談) による心理教育を追加することで、それぞれ心理的ストレス反応が低減していた。

2. プログラム形式による検討

プログラムの提供者に関しては、提供者を具体的に記述してある研究は38件であった。大部分の研究では、臨床心理士やストレスマネジメントの専門家がプログラムを提供していた。このうち、de Jonge et al. (2000)はプログラムを事業所外部の臨床心理士が提供する群と外部の臨床心理士が提供する群とで効果を直接比較しているが、介入効果に群間差は認められなかった。

セッション数に関しては、最低1回 (柿沼, 2008; Richmond et al., 1999; Shimazu et al., 2006) から最大25回 (Skoglund et al., 2006) までと幅が大きかった。セッション数が20回を超える研究は、気功 (Skoglund et al., 2006), マインドフルネス (呼吸法, ボディスキャン, ヨガなど: Klatt et al., 2009), エアロビクス (Eriksen et al., 2002) など、いずれもリラクゼーションや身体に注目したプログラムを取り入れた研究であった。なお、セッション数の相違による介入効果を直接的に比較した研究は認められなかった。

各セッションの1回あたりの時間は最低10分 (鬼頭他, 2009) から最大480分 (McCraty et al., 2003) であったが、大部分の研究では、60-90分であった。また、セッション間のインターバルは1週間のものが多かった。

実施形態に関しては、記載のあった51論文のうち30論文が集合形式のみを採用し、17論文は個別形式のみを採用、4論文は両者を併用していた。集合形式では、講義のほか小集団によるグループワークやディスカッションなど参加型の形式を併用したものが多かった。個別形式では、

eラーニング、eメール、面接、教材の郵送、日記などを使用していた。このうち、eラーニングによる介入効果を検証した論文は6件あったが、心理的ストレス反応に関して有意な介入効果が認められたのは3件のみであった。ストレスマネジメント教材を参加者に郵送する研究では、教材送付に加えて、教材内容に関する電話でのフォローが対象者の自己効力感を向上させていた (Pelletier et al., 1999)。なお、実施形態の相違による介入効果を直接的に比較した研究は認められなかった。

複数回のセッションを有する研究では、介入期間についても検討した。その結果、最短で5-8日間 (von Baeyer et al., 1983, 1984), 最長で1年間 (Lucini et al., 2007) であった。介入期間の相違による介入効果を直接的に比較した研究は認められなかったが、ブースターセッションの有無による介入効果を比較した研究では (Rowe, 1999), プログラム終了5ヶ月・11ヶ月・17ヶ月の3時点で1時間のブースターセッションを設けた「ブースター有群」では介入効果が2年間維持されていたのに対して、「ブースター無群」では、介入効果が6ヶ月に留まっていた。

D. 考察

本研究では、個人向けストレス対策を普及・浸透を促進するための要因を、国内外の文献レビューに基づいて明らかにし、科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成することを目的とした。個人向けストレス対策では、教育研修の内容を参加者が理解するだけでなく、その内容を日常生活の中で実践し、メンタルヘルス不調の未然防止・健康保持増進につなげることが重要である。そのためにも、適切な内容の教育を適切な形式によって提供するためのマニュアルを整備することは、各事業所にストレス対策を普及・促進するうえで重要なステップと考えられる。

1. プログラム内容に関して

本研究のレビュー対象となった60件の研究の多くが、認知行動的アプローチ、ないし認知行動的アプローチとリラクゼーションとを組み合わせたプログラムを採用していた。これらのアプローチは、van der Klink et al. (2001)や Richardson & Rothstein (2008)のメタ分析でも、他の技法に比べて大きな介入効果が確認されているものである。

しかし、本レビューでは、認知行動的アプローチのうち、技法間の効果を直接的に比較した研究は見当たらなかったため、どの技法がより効果的かについて特定できなかった。リラクゼーションについても、同様の理由から、どの技法がより効果的かについて特定できなかった。したがって、

事業所で認知行動的アプローチないしリラクセーションによる個人向けストレス対策を行う際には、対象者の関心やニーズ、受け入れやすさなどを考慮しながら、適用する技法を選択する必要があると考えられる。

ちなみに、認知行動アプローチのうち、ストレス免疫訓練や問題解決アプローチは、どんな場面でどんな対処をすればよいのかについてのメタ認知を対象とした技法であることから、汎用性が高く対象者の受け入れも良いと思われる。また、リラクセーションに関しては、比較的習得の容易な呼吸法や漸進的筋弛緩法が受け入れやすい技法と思われる。

なお、認知行動アプローチにおける技法の多くが、気分障害や不安障害などの精神疾患患者の援助を目的に開発された点には、注意する必要がある (Bunce, 1997)。認知行動トレーニングは、これらの疾患を有する人に共通した認知や思考の偏り (不合理な信念など) が認められることを仮定しているが、健常者は精神疾患患者ほど極端に偏った認知や思考を有しているわけではない。したがって、これらの技法を事業所でのストレス対策に適用する際には、身近な事例を提示したり、習得したスキルが日常場面でも適用できることを強調するなどして、対象者にプログラム内容を受け入れやすくする工夫が必要と思われる。

2. プログラム形式に関して

プログラム形式に関しては、プログラム提供者、セッション数、1回あたりのセッション時間、セッション間のインターバル、実施形態、介入期間、ブースターセッションの有無について検討した。

プログラム提供者、セッション数、1回あたりのセッション時間、セッション間のインターバルについては、本レビューによっては、これらの要因と介入効果の差異との関連を明らかにすることはできなかった。

実施形態については、集合形式を採用する研究が 51 論文中 30 件と約 6 割を占めていた。また、個別形式を採用する論文も 17 件認められ、うち 6 件は情報技術を利用した e ラーニングによる介入であった。しかしながら、e ラーニングによる介入効果は良好とは言えず、半数の 3 件でしかストレス反応の低減効果が認められなかった。e ラーニングは、個別面接や集合研修で問題となる時間や場所の制約を受けることなく各自のペースで学習できる反面、他の参加者との相互交流の機会がない、コンピュータのある場所でしか学習できないなどの短所がある。このような短所が、プログラムの介入効果を阻害していたのかもしれない。したがって、現状では、e ラーニングによる個人向けストレス対策を強く推奨するのは難しいと言える。

ブースターセッションの有無については、このセッションを設けることにより、ストレス対策の効果がより長期的に維持されることが明らかにされていた (Rowe, 1999)。しかし、ブースターセッションの回数や実施時期とその効果との関連についてはまだ明らかな知見が得られていないため、当面は事業所の事情に合わせて実施されることが望ましいと言える。

3. マニュアル作成への考察

以上から、マニュアルに取り入れる項目のひな型として、以下の 9 点 (表 3) の事項を挙げることができる。

1) 「研修内容は、認知行動的アプローチ、リラクセーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことが推奨される」

2) 「プログラムの作成に際しては、参加者のニーズや関心、受け入れやすさを考慮することが望ましい」

上述したように、認知行動的アプローチやリラクセーションに関しては、技法間の効果差について直接的な比較はなされていない。また、事業所では、時間やコストの関係から、集合形式の教育を行うことが多い。しかし、教育に参加する人数や規模が大きくなるにしたがい、対象者が教育に求めるニーズも多様になる。したがって、プログラムを作成する際には、参加者のニーズや関心、受け入れやすさなどを考慮することが、参加者の動機づけを高め、プログラムの効果を高めることにつながると考えられる。

3) 「ストレスチェックを行う場合には、結果のフィードバックだけでなく、心理教育を併用することが望ましい」

4) 「個人向けストレス対策では、プログラムが終了した一定期間後に、ブースター (フォローアップ) セッションを設けることが推奨される」

5) 「個人向けストレス対策と併行して職場環境改善も行われることが望ましい」

個人向けストレス対策では、裁量権の多い職場環境で就業している参加者ほど好ましい効果が得られやすいことが明らかにされている (Shimazu et al. 2005, 2006; Umanodan et al., 2009)。これは、教育研修で習得した知識や技術を日常場面で適用しやすいためである (van der Klink et al., 2001)。したがって、個人向けストレス対策を行う場合には、職場環境改善を通じた裁量権の向上も同時に図られることが望ましい。

6) 「参加者の自己効力感の向上を図るための工夫

を行うようにする」

教育内容を理解しても、その内容が日常生活に適用されなければ、メンタルヘルス不調の未然防止や健康の保持・増進には結びつきにくい。知識を行動に移行させるには、自己効力感 (Bandura, 1989) の向上が必要である。すなわち、研修で習得された知識やスキルが日常生活で活用されるためには、そのスキルを「じょうずに使うことができる」という自信 (= 自己効力感) の上昇が必要である。

7) 「教育内容を数回に分けてステップアップする計画を立ててもよい」

Bandura (1989) によると、自己効力感を高める要因として、自己の成功体験、他者の成功体験の観察、言語的説得などがある。このうち、自己の成功体験は、自己効力感の向上に最も有効であることが分かっていることから、個人向けストレス対策においても、参加者にいかに成功体験を持たせるかが重要なポイントになる。学習内容を複数回に分ける「スモール・ステップ」式の研修は、参加者の理解が促進されやすく、「分かった、できそうだ」という実感につながりやすい。

8) 「教育研修では参加型のアプローチを取り入れることが望ましい」

参加者自身が考えたり発言する機会が多い「参加型」の研修では、参加者の理解が促進されやすく、「分かった、できそうだ」という実感につながりやすい。また、身近な事例を活用したりグループワークを併用することも、自己効力感の向上につながりやすい (Shimazu et al., 2006)。ストレスに上手に対処している他の参加者 (モデル) の意見を聞くことは、他者の成功体験の観察につながり、モデルの模倣を通じて自己効力感の上昇につながる (観察効果、模倣効果)。なお、観察効果や模倣効果は、モデルと参加者との立場や境遇が類似しているほど、より促進されることが分かっている。

9) 「ホームワークなどを併用することにより、知識や技術の日常生活への適用を促進することが望ましい」

研修受講時に教育内容を知的に理解しても、その内容が日常生活に適用されなければ、メンタルヘルス不調の未然防止や健康の保持・増進には結びつきにくい。ホームワークは、習得した知識や技術を日常生活に適用することを促進させるのに役立つ。しかし、これまでのところホームワークの有無による介入効果の違いを直接的に検討した研究はないことから、今後、この効果を実証的に明らかにした研究が必要と考えられる。

E. 結論

効果的な個人向けストレス対策のマニュアルは、研修内容として認知行動的アプローチ、リラクゼーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことの推奨、プログラム終了後のブースターセッションの推奨、参加者の自己効力感の向上を図るための工夫、学習内容の日常生活への適用促進などを念頭において作成することが良いと思われた。

F. 健康危険情報
該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

Umanodan, R., Kobayashi, Y., Nakamura, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Kawakami, N., & Shimazu, A. (2009). Effects of a Worksite Stress Management Training Program with Six Short-hour Sessions: A Controlled Trial among Japanese Employees. *Journal of Occupational Health*, 51, 294-302.

2. 学会発表

馬ノ段梨乃・南昌秀・川上憲人・島津明人 (2009). E-ラーニングを用いた個人向けストレス対策の効果の検討: Cluster randomized-controlled trial. *産業ストレス研究*, 17, 49.

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当せず。

I. 引用文献

*Aderman, M., & Tecklenberg, K. (1983). Effect of relaxation training on personal adjustment and perceptions of organizational climate. *Journal of Psychology*, 115, 185-191.

*Alford, W. K., Malouff, J. M., & Osland, K. S. (2005). Written emotional expression as a coping method in child protective services officers. *International Journal of Stress Management*, 12, 177-187.

*Arnetz, B. B. (1997). Technological stress: psychophysiological aspects of working with modern information technology. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23, 97-103.

*Atlantis, E., Chow, C. M., Kirby, A., & Singh, M. F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39, 424-434.

- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735
- *Bertoch, M. R., Nielson, E. C., Curley, J. R., & Borg, W. R. (1989). Reducing teacher stress. *Journal of Experimental Education*, 57, 117-128.
- *Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- *Billings, D. W., Cook, R. F., Hendrickson, A., & Dove, D. C. (2008). A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 960-968.
- *Budden, J. S., & Sagarin, B. J. (2007). Implementation intentions, occupational stress, and the exercise intention-behavior relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 391-401.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.
- *Cecil, M. A., & Forman, S. G. (1990). Effects of stress inoculation training and coworker support groups on teachers' stress. *Journal of School Psychology*, 28, 105-118.
- *Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D., & Kimmel, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse burnout and stress: a quantitative and qualitative study, Part II. *Holistic Nursing Practice*, 19, 26-35.
- *Cook, R. F., Billings, D. W., Hersch, R. K., Back, A. S., & Hendrickson, A. (2007). A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices, reduce stress, and increase physical activity: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 9, e17.
- *de Jong, G. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Implementing a stress management training: Comparative trainer effectiveness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 309-320.
- *Elliot, D. L., Goldberg, L., Duncan, T. E., Kuehl, K. S., Moe, E. L., Breger, R. K., DeFrancesco, C. L., Ernst, D. B., & Stevens, V. J. (2004). The PHLAME firefighters' study: feasibility and findings. *American Journal of Health Behavior*, 28, 13-23.
- *Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Grønningsaeter, H., Sandal, G. M., & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52, 383-391.
- *Fiedler, N., Vivona-Vaughan, E., & Gochfeld, M. (1989). Evaluation of a work site relaxation training program using ambulatory blood pressure monitoring. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 595-602.
- *Ganster, D. C., Mayes, B. T., Sime, W. E., & Tharp, G. D. (1982). Managing organizational stress: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 67, 533-542.
- *Higgins, N. C. (1986). Occupational stress and working women: The effectiveness of two stress reduction programs. *Journal of Vocational Behavior*, 29, 66-78.
- *Holt, J., & Del Mar, C. (2006). Reducing occupational psychological distress: a randomized controlled trial of a mailed intervention. *Health Education Research*, 21, 501-507.
- *Hostick, T., Newell, R., & Ward, T. (1997). Evaluation of stress prevention and management workshops in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 139-145.
- *Horan, A. P. (2002). An effective workplace stress management intervention: Chicken Soup for the Soul at Work Employee Groups. *Work*, 18, 3-13.
- *柿沼充 (2008). 労働者の睡眠 IT 企業における睡眠教育とその効果. *産業ストレス研究*, 15, 247-250.
- *Kawaharada, M., Yoshioka, E., Saijo, Y., Fukui, T., Ueno, T., & Kishi, R. (2009). The effects of a stress inoculation training program for civil servants in Japan: a pilot study of a non-randomized controlled trial. *Industrial Health*, 47, 173-182.
- *Kawakami, N., Haratani, T., Iwata, N., Imanaka, Y., Murata, K., & Araki, S. (1999). Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Industrial Health*, 37, 237-242.
- *鬼頭愛子・堀匡・大塚泰正 (2009). 【職場のポジティブ心理学】 ポジティブ日記を用いた労働者向け介入の効果評価 ポジティブ感情の機能に着目して. *産業ストレス研究*, 16, 173-182.
- *Klatt, M.D., Buckworth, J., & Malarkey, W. B. (2009). Effects of low-dose

- mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health Education & Behavior*, 36, 601-614.
- *Lee, S., & Crockett, M. S. (1994). Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 419-432.
- *Lucini, D., Riva, S., Pizzinelli, P., & Pagani, M. (2007). Stress management at the worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation. *Hypertension*, 49, 291-297.
- *Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105-109.
- *Maddi, S. R., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 50, 78-86.
- *McCraty, R., Atkinson, M., & Tomasino, D. (2003). Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 355-369.
- *Mino, Y., Babazono, A., Tsuda, T., & Yasuda, N. (2006). Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 177-182.
- *Murphy, L. R. (1984b). Stress management in highway maintenance workers. *Journal of Occupational Medicine*, 26, 436-442.
- *Pelletier, K.R., Rodenburg, A., Vinther, A., Chikamoto, Y., King, A., & Farquhar, J. (1999). Managing job strain: A randomized controlled trial of an intervention conducted by mail and telephone. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 216-223.
- *Peters, R. K., Benson, H., & Porter, D. (1977). Daily 92 Richardson and Rothstein relaxation response breaks in a working population: I. Effects on self-reported measures of health, performance, and well-being. *American Journal of Public Health*, 67, 946-953.
- *Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 506-516.
- *Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39, 130-137.
- *Prochaska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., Flaherty-Robb, M., & Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46, 226-231.
- *Rahe, R. H., Taylor, C. B., Tolles, R. L., Newhall, L. M., Veach, T. L., & Bryson, S. (2002). A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 278-286.
- *Reynolds, S. (1997). Psychological well-being at work: is prevention better than cure? *J Journal of Psychosomatic Research*, 43, 93-102.
- Richardson, K., M., & Rothstein H. R. (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93.
- *Richmond, R. L., Kehoe, L., Hailstone, S., Wodak, A., & Uebel-Yan, M. (1999). Quantitative and qualitative evaluations of brief interventions to change excessive drinking, smoking and stress in the police force. *Addiction*, 94, 1509-1521.
- *Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 511-527.
- *Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 179-192.
- *Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- *Sharp, J. J., & Forman, S. G. (1985). A comparison of two approaches to anxiety management for teachers. *Behavior Therapy*, 16, 370-383.
- *Shimazu, A., Kawakami, N., Irimajiri, H., Sakamoto, M., & Amano, S. (2005). Effects of web-based psychoeducation on self-efficacy, problem solving behavior,

- stress responses and job satisfaction among workers: A controlled clinical trial. *Journal of Occupational Health*, 47, 405-413.
- *Shimazu, A., Umanodan, R., & Schaufeli, W. B. (2006). Effects of a brief worksite stress management program on coping skills, psychological distress and physical complaints: a controlled trial. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, 60-69.
- *Sjögren, T., Nissinen, K. J., Järvenpää, S. K., Ojanen, M. T., Vanharanta, H., & Mätkiä, E. A. (2006). Effects of a physical exercise intervention on subjective physical well-being, psychosocial functioning and general well-being among office workers: A cluster randomized-controlled cross-over design. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16, 381-390.
- *Skoglund, L., & Jansson, E. (2007). Qigong reduces stress in computer operators. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13, 78-84.
- *高田未里・種市康太郎・小杉正太郎 (2002). 職場ストレススケールに基づくインテーク面接が心理的ストレス反応に及ぼす影響. *産業ストレス研究*, 9, 115-121.
- *Tsai, S., & Crockett, M. S. (1993). Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 51-66.
- *Tunnecliffe, M. R., Leach, D. J., & Tunnecliffe, L. P. (1986). Relative efficacy of using behavioral consultation as an approach to teacher stress management. *Journal of School Psychology*, 24, 123-131.
- *Tveito, T. H., & Eriksen, H. R. (2009). Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 110-119.
- *Umanodan, R., Kobayashi, Y., Nakamura, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Kawakami, N., & Shimazu, A. (2009). Effects of a Worksite Stress Management Training Program with Six Short-hour Sessions: A Controlled Trial among Japanese Employees. *Journal of Occupational Health*, 51, 294-302.
- van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- *van Rhenen, W., Blonk, R. W., van der Klink, J. J., van Dijk, F. J., & Schaufeli, W. B. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 139-148.
- *van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10, e7.
- *von Baeyer, C., & Krause, L. (1983-1984). Effectiveness of stress management training for nurses working in a burn treatment unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 113-126.
- *Willert MV, Thulstrup AM, & Hertz J. (2009). Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 145-152.
- *Yamagishi, M., Kobayashi, T., & Nakamura, Y. (2008). Effects of Web-based Career Identity Training for Stress Management among Japanese Nurses: A Randomized Control Trial. *Journal of Occupational Health*. 50, 191-193.
- *Yung, P. M. B., Fung, M. Y., Chan, T. M. F., & Lau, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: A controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 255-261.
- *Zołnierczyk-Zreda, D. (2005). An intervention to reduce work-related burnout in teachers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 11, 423-430.

注) レビュー対象論文に関しては、著者名の冒頭に*を付してある

表 1. レビューに使用した検索語

<i>PsycARTICLE</i> , <i>PsycINFO</i> , MEDLINE (<i>PubMed</i>), <i>Web of Science</i>		医学中央雑誌
1. van der Klink et al. (2001)	2. Richardson & Rothstein (2008) をもとに新たに作成	オリジナル
(1) ストレスに関連する心理的問題 : psychologic stress, work stress, job stress, neurasthenia, burnout, minor psychiatric problems, mental fatigue, minor depression, neurosis, distress, nervous breakdown, and adjustment disorder ; (2) 介入 : therapy, treatment, protocol, program, intervention, primary care, prevention, and employee assistance program (3) 対象 ^{a)} : employee, occupational, vocational, work, job, absenteeism, and sickness leave (4) 研究デザイン : 記載なし	(1) ストレスに関連する心理的問題 : stress, distress, depression ; (2) 介入 : management, reduction, prevention, training, program, intervention ; (3) 対象 : worksite, work, workplace (4) 研究デザイン : clinical trial, randomised controlled trial, randomized controlled trial	ストレス ; 無作為化比較対照試験, 比較対照試験
a) van der Klink et al. (2001)では検索語として rehabilitation が含まれていたが, レビューの対象外であるため除外した。		

表2. 個人向けストレス対策の効果に関するレビュー結果

著者・出版年	研究デザイン	業種職種	プログラム(内容)		プログラム(形式)							効果		
			詳細	介入	ホームワーク	提供者	実施形態	セッション数	分/1回	インターバル	介入期間		プログラム完遂率	結果概要
Peters, et al. 1977	RCT	製造業(事務員)	A:介入群(呼吸法) B:プラセボ群(安静) C:統制群 D:統制群(強制参加) (A/B共通)初回セッションで、椅子の座り方・静かな場所の見つけ方について指導。1-10日後に2-3回目のセッションを実施(練習や実施上の困難について話し合う)。 (A詳細)呼吸法 (B詳細)静かに椅子に座ってリラクセスする	A	1日2回(朝と昼or夕)に15分ずつリラクゼーションを実践	-	集合形式(小グループ: 2-20名)	2-3回	60分	-	8週間	(93%)	○ストレス反応(心理的) ○ストレス反応(身体的) ○パフォーマンス ○対人関係満足感	○介入群(呼吸法)において、身体的・精神的症状、疾患、パフォーマンス、対人関係満足感が有意に改善。
				B	1日2回(朝と昼or夕)に15分ずつ安静	-	集合形式(小グループ: 2-20名)	2-3回	60分	-	8週間	(92%)	×ストレス反応(心理的) ×ストレス反応(身体的) ×パフォーマンス ×対人関係満足感	
Ganster, et al. 1982	CT	ソールパルサー	A:介入群(ストレスマネジメント) B:統制群 (A詳細)ストレス理論、論理情動療法、認知再構成法、漸進的筋弛緩法、GSRを用いたバイオフィードバック。	A	-	個人、グループのストライクセッションに精通した臨床心理士	集合形式(講義、ディスカッション)	8回	120分	1週間	8週間	-	○ストレス反応(心理的) ×ストレス反応(心理的) ○エピネフリン	○介入群のエピネフリン、抑うつレベルが統制群よりも有意に低く、介入終了4ヶ月後まで維持された。
Aderman, et al. 1983	RCT	製造業、病院、リハビリ施設	A:介入群(ストレスセミナー&リラクゼーション) B:プラセボ群(ストレスセミナー&安静) C:統制群 (A/B共通)バーンアウト、ストレスの心理的・身体的負担、ストレス対処法に関するストレスセミナーの受講、進捗や問題点などを相談するための電話インタビュー。 (A詳細)カセットテープにそってリラクゼーション法を実践。 (B詳細)1日2回15-20分椅子に静かに座る。	A	リラクゼーション法の実践、日記(練習の時間と長さを書き記す)	-	集合形式 個別形式	-	-	-	3ヶ月間	-	○ストレス反応(心理的) ○活動性(Activity Index)	○介入群で活動性(Activity Index)が増加。不安(Bending Manifest anxiety scale)が減少。
				B	日記(練習の時間と長さを書き記す)	-	集合形式 個別形式	-	-	-	3ヶ月間	-	×ストレス反応(心理的) ×活動性(Activity Index)	
von Baeyer, et al. 1983-1984	RCT	看護師	A:介入群(ストレスマネジメント) B:統制群 (A詳細)リラクゼーションの実施とストレスの概念化、セルフスピーチと認知的コーピングの紹介、トレーナーによるモデル提示とリハーサルの実施。	A	リラクゼーション、セルフスピーチ	臨床心理学専攻の博士課程学生	個別形式	3回	60分	2-5日	5-8日間	93%	○ストレス反応(心理的)	○特性不安が有意に減少。
Murphy 1984	RCT	高速道路の整備員	A:介入群(バイオフィードバック、リラクゼーション) B:介入群(筋弛緩法) C:統制群	A	リラクゼーションの練習(20分)	-	集合形式(小グループ: 2-4人)	10回	60分	毎日(勤務日)	2週間	-	○ストレス反応(心理的) ○生活習慣(睡眠)	○介入群A(バイオフィードバック)で筋電図レベルが減少。全群ともに、睡眠の質、

Sharp, et al. 1985	RCT	教師	(A/B 共通)ストレスエデュケーション。 (A 詳細)思考、感情、イメージの変化に注目しつつ、EMG のトーンを下げるように促す。 (B 詳細)カセットテープを用いた筋弛緩法訓練。 A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 介入群(classroom management training) C: 統制群	B	リラクゼーションの練習(20分)	-	集合形式 (小グループ: 2-4人)	10回	60分	毎日 (勤務日)	2週間	-	○ストレス反応(心理的) ○生活習慣(睡眠)	爽快感が上昇、主観的緊張が減少。
Higgins 1986	RCT	ホワイトカラー	(A 詳細)ストレスの概念的枠組み、リラクゼーション、論理情動療法(cognitive coping skills) (B 詳細)問題を明確にし、自身の行動を観察・記録。ビデオやロールプレイで、適切な行動の強化や消去を学ぶ。 A: 介入群(行動的介入方略) B: 介入群(認知的介入方略) C: 統制群	A	-	大学院でカウンセリング訓練を受けた3名	集合形式, (小グループ: 4-9名)	7回	30-60分	1週間	6週間	81%	○ストレス反応(心理的) ○情緒的消耗感 ×アプセテンタイム	介入群において、情緒的消耗感(EEF)、ストレス反応(PSQ)の得点が有意に低下。アプセテンタイム(AI)は有意差なし。介入群A(行動的介入)と介入群B(認知的介入)との間で有意差なし。
				B	-	※同上	集合形式, (小グループ: 4-9名)	7回	30-60分	1週間	6週間	75%	○ストレス反応(心理的) ○情緒的消耗感 ×アプセテンタイム	
Bertoch, et al 1989	RCT	教師	A: 介入群(ストレスマネジメント) B: 統制群 (A 詳細)ストレスの概念(タイプA/B 性格)、課題特異的、役割葛藤ストレス、アサーション、リラクゼーション(呼吸法)、瞑想、栄養、運動、マインドフルネス。	A	-	臨床心理士 2名	集合形式, (講義、ティ スカッション、 発表)	12回	120分	-	-	-	○ストレスサー ○ストレス反応(心理的)	介入群において、ストレスに関する構造化面接(SGSI)、環境/パーソナリティ/感情領域のストレス(DSP)、職業への適応(OSI)、教師のストレス(TSM)全ての尺度合計で有意差あり。介入群でストレスの低減が認められた。
Ceail, et al. 1990	RCT	教師	A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 介入群(同僚サポート) C: 統制群 (A 詳細)ストレス理論、リラクゼーション、認知再構成法、コーピングスキル、漸進的筋弛緩法 (B 詳細)問題解決に関するグループワーク。問題の共有、安心とサポートの提供、うまくいった対処法の共有、共感と傾聴。	A	スキルの活用、通勤日のストレスメント	-	集合形式, (グループ)	6回	90分	1週間	6週間	-	○ストレスサー ○ストレス反応(心理的) ○職務満足感 ○コーピング	介入群A(ストレス免疫訓練)では、ストレスサー、ティストレスが低減、職務満足感、コーピングスキルが向上。介入群B(同僚サポート)では有意な結果が認められなかった。
				B	-	-	集合形式, (グループ)	6回	90分	1週間	6週間	-	-	-
Reynolds 1997	CT	市議会	A: 介入群(個別カウンセリング) B: 介入群(職場改善) C: 統制群 (A 詳細)個人の問題と解決方法の確認、実施結	A	-	臨床心理士	個別形式	3回	60分	1週間 1週間 3ヶ月	-	-	○ストレス反応(心理的) ○ストレス反応(身体的)	身体的症状・心理的症状とともに、介入群Aで低減、介入群Bでは上昇した(交互作用)。検定は行っていないが介入群AのBDIが減

高田 2002	CT	工業系企業	A:介入群(調査結果のフィードバック、来室面談あり) B:統制群(調査結果のフィードバック、来室面談なし) (A/B共通)職場ストレスレサ、コーピング、心理的ストレス反応、ソーシャルサポートに関する調査結果のフィードバック。 (A詳細)来談面接を承諾した者、トレスエデュケーション、フィードバック結果にもとづく面接。 (B詳細)来談面接を拒否した者。	A	-	心理カウンセラー、臨床心理学を専攻する大学院生	個別形式(面談)	-	-	-	-	○ストレス反応(心理的)	○介入群において、怒り、疲労、過敏、抑うつ、心理的ストレス反応合計が改善。	○
McCraty, et al. 2003	RCT	IT 関連	A:介入群 B:統制群 (A詳細)心拍数の変動をフィードバックしながら、以下の内容を教育。肯定的感情への焦点化、情動的再構成テクニック、自律神経系の覚醒、ストレス、否定的/肯定的感情について、パフォーマンスの改善。	A	あり ※最終セッション終了後に各自実施するよう推奨	-	-	3回	初回480分、2-3セッション240分	1週間	2週間	○ストレス反応(心理的) ○収縮期血圧	収縮期血圧の減少の程度が介入群>統制群。パフォーマンス尺度の低位尺度の中で、前向きな展望・幸福感・職務満足感・貢献の価値の得点が高く、ストレス兆候の得点が低かった。心理的ストレス反応得点の減少の程度が介入群>統制群。	○
Yung, et al. 2004	RCT	看護師(大学院生)	A:介入群(筋肉のストレッチ) B:介入群(認知的リラクゼーション:イメージ想起) C:統制群	A B	- -	- -	- -	4回 4回	20分 20分	週1回実施 週1回実施	4週間 4週間	○ストレス反応(心理的) ○ストレス反応(心理的)	介入群2群ともに特性不安が有意に減少。	○
Elliot, et al. 2004	RCT	消防署職員	A:介入群(チームベースのカリキュラム:PHLAME) B:介入群(カウンセラーとの個人面談:PHLAME) C:統制群(アセスメントテストのフィードバック) ※PHLAME(Firefighters' Health and Fitness Guide):160ページから成るブックレット。 (A詳細)進行役は班長。ライフスタイルのアセスメント結果の検討、目標設定。目標の達成と維持について。身体的活動、栄養に関する教育。 (B詳細)動機づけ面接(MI)に基づくサポート。ライフスタイルのアセスメント結果の検討。目標とアクションプランの設定。理学療法士による情報提供。フォローアップの電話またはミーティングにより、継続したサポートと強化を行う。	A B	- -	班長(消防署職員) 理学療法士、最低93時間のMITレーニングを受けたカウンセラー4名	集合形式(4人×3チームのシフト)	10回	54分(SD=18)計540分	初回-5回は1週間、残りの6-10回は20週間のうちに実施	25週間	○ストレス反応(心理的) ○生活習慣(運動) ×生活習慣(食事) ○LDLコレステロール	介入群Aにおいて、個人の運動習慣が改善。LDLコレステロール値が有意に低下。統制群と比べて、シフトの結束性(団結)、シフトの食習慣、シフトの運動習慣が有意に改善。 介入群Bにおいて、高脂肪の食関連行動が有意に改善。LDLコレステロール値が有意に低下。統制群と比べて、食事に関する個人セッション、抑うつが有意に改善	○
Atlantis, et al. 2004	RCT	Star City Casinoの従業員	A:介入群(有酸素運動と行動変容) B:統制群 (A詳細)有酸素運動、ウェイトトレーニング、メンタルヘルスとQOL改善のための行動変容(5回のセッション):運動に対するコスト-ベネフィット分析、栄養ミナ、栄養と食事に関する一対一の健康カウンセリング(1月に1回60分)。マニュアル、セミナー内容に関わるクロスワードパズルを配布。	A	-	※職場から5km離れたフィットネスセンター (7-11am, 1-3pm, 5-7pm)	個別形式(運動、面談)	運動週3回以上 行動変容5回	運動最低20分 行動変容60分	-	24週間	○ストレス反応(心理的) ○ストレス反応(身体的) ○活力	介入群において、抑うつ、ストレス、身体機能、身体の痛み、全体的健康感、活力、心の健康が有意に改善。日常役割機能(身体/精神)、社会生活機能に關して有意差なし。	○

Alford, et al. 2005	CT	児童保護 サービス	A: 介入群(日記法) B: 統制群 (A 詳細)ストレスや感情に関連する考えやプラン についての日記を3日間連続で記録する。 A: 介入群(リラクゼーション) B: 介入群(論理療法) C: 統制群 (A 詳細)ストレス理論、漸進的筋弛緩法、心拍と ストレス反応の関連について、呼吸法、筋肉スト レス、自律訓練法。 (B 詳細)ストレス理論、職場ストレスリッサーについ て、論理療法。	A	日記	-	-	15-20分	1日	3日間	91%	○ストレス反応(心理的) ○職務満足感	介入群のディストレス (GHQ-12)が低下し、職務 満足感が高まった。	○
van Rhenen, et al. 2005	RCT	電話会社	A: 介入群(バーンアウト) B: 介入群(論理療法) C: 統制群 (A 詳細)ストレス理論、漸進的筋弛緩法、心拍と ストレス反応の関連について、呼吸法、筋肉スト レス、自律訓練法。 (B 詳細)ストレス理論、職場ストレスリッサーについ て、論理療法。	A B	ストレスフ ルな状況 下でのリラ クゼーション の実施。 ストレスリ ッサーの 作成。	-	4回	60分	2週間 2週間 4週間	8週間	(55%)	○ストレス反応 (心理的、身体的の混 在) ○バーンアウト ○ストレス反応 (心理的、身体的の混 在) ○バーンアウト	介入群 A、B ともに、心理的 ストレス反応(ストレス状 態、身体化、抑うつ、不 安)、バーンアウト(疲弊、 効力の低下)、疲労(主 観的疲労、活動性の低下) に改善がみられた。	○
Cohen-Katz, et al. 2005	RCT	看護師	A: 介入群(ストレスマネジメント) B: 統制群 (A 詳細) Kabat-Zinn のマインドフルネスベースドス トレス低減プログラム。	A	録音テーブ を用いたマ インドフルネ ス技法の練 習(週6日)	-	-	150分 (6-7週 目は360 分)	1週間	8週間	86%	○ストレス反応(心理的) ○マインドフルネス	介入群の情緒的消耗感、 個人的達成感、マインドフ ルネスが有意に改善。(※ 介入群における時期の初 果は情緒的消耗感の得点 のみ T1 時点と比べて、T2、 T3 時点で有意に高かつ た。)	○
Zolnierczyk- Zreda 2005	CT	教師	A: 介入群(バーンアウトの介入プログラム) B: 統制群 (A 詳細) Karasek の Job stress モデルに基づき、 高い要求度と低い仕事のコントロールへの対処法 を教授することを目的としたストレス対処プログラ ム。タイムマネジメント、優先順位の設定、専門職 としての役割、認知的再構成、アサーション、ピア サポート、情緒的サポート。	A	-	-	2回	360分	-	2日間	97%	○ストレッサー ○ストレス反応(心理的) ○ストレス反応(身体的) × ソーシャルサポート × 生活満足感	介入群のストレス(知的要 求度、過重労働と役割葛 藤、情緒的消耗感、心身症 状の強さ)、コントロール(行 動的)が改善。	○
Mino, et al. 2006	RCT	製造業	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細) 職業性ストレス、認知行動療法、筋弛緩 法に関するレクチャー、認知行動アプローチによる メールファンセリングの提供	A	ストレスネジ メントシート 記入	-	2回	120分	-	3ヶ月間	(75%)	○ストレッサー ○ストレス反応(心理的) × ストレス反応(身体的) × ソーシャルサポート × 生活満足感	介入群のみ、抑うつと努力 得点(努力報酬不均衝)が 有意に減少。	○
Mackenzie, et al. 2006	RCT	都市の高 齢者指導 病院 - 看護師、 看護助手	A: 介入群 (mindfulness-based stress reduction) B: 統制群 (A 詳細) mindful eating, ポディ・スキヤン, マインド フル・ストレッチング, 呼吸・思考に意識を向けた mindful sitting ※配布教材: マインドフルネスに関する CD または カセットテープ(教示: 1日最低10分、週5日)、プ ログラムマニュアル。	A	教材を用い たマインド フルネスの 練習。各セ ッションの 内容のス キル練習。	-	4回	30分	1週間	4週間	-	○ストレス反応(心理的) ○生活満足感 ○リラクゼーション × 職務満足感	介入群において、情緒的消 耗感、脱人格化、生活満足 に改善。リラクゼーションが有意 の達成感、首尾一貫感覚 は有意差なし。(※脱人格 化は、介入群は変化なし、 統制群で増加。)	○

Lucini, et al. 2007	CT	ダウンサイジングを行った会社のホビーリーダー	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細)精神的リラクゼーション(呼吸, 筋リラクゼーション, イメージング), 認知的再構成(ストレスリソース・コーピング, 生理反応, スキル, 社内資源の同定) (B 詳細)年 1 回の啓発活動, 月 1 回の社内報・メール送信	A	-	リラクゼーション: 総験を積んだトレーナー 認知的再構成: 臨床心理士	集合形式 (小グループ: 8-10 名)	-	60 分	週 1 回実施	1 年間	-	○ストレスリソース ○ストレス反応(心理的) ○心拍, 収縮期血圧	介入群において, 知覚されたストレス・疲労・主観的ストレス反応が減少。心拍・収縮期血圧が低下。	○
Ruwaard, et al. 2007	RCT	-	A: 介入群 (e-mail を用いた認知行動的介入) B: 統制群 (A 詳細)セラピストによる 10 回のフィードバック。身体的, 認知的, 情緒的, 行動的, 認知的なストレスのモニタリングと記録, リラクゼーション, 困惑・反芻・非機能的な思考への挑戦, ポジティブな自己教示, アサーションスキル, ソーシャルスキル, 行動実験, タイムマネジメント	A	-	臨床心理学専攻の学生(修士 1 名, 博士 25 名) ※CBT のコースを修学	個別形式 (e-mail)	10 回	30 分	-	7 週間	72%	○ストレス反応(心理的)	介入群において, ストレス, 抑うつ, 不安, 情緒的消耗の得点が有意に改善	○
Cook, et al. 2007	RCT	人材派遣会社	A: 介入群 (Web 学習) B: 介入群 (紙媒体の学習) (A 詳細)WEB にて, ストレスマネジメント, 栄養・体重管理, 運動に関して提示 (B 詳細)印刷物にて, 同様の内容を提示	A	-	Web	個別形式 (e-ラーニング)	-	-	-	3 ヶ月間	96%	× ストレスリソース ○ ストレス反応(心理的) × コーピング ○ 生活習慣(食事) × 生活習慣(運動)	介入群 A は介入群 B に比べて, 健康的な食生活に対する態度・健康的な食事の実践が良好。介入群 A・B とともに, 食事に関する項目の改善・体重減少およびストレス反応の低減, 運動の頻度が改善。介入群 B では, ストレス・ストレスの変化が改善。	○
Peterson, et al. 2008	RCT	医師・看護師・看護助手, ソーシャルワーカー, 作業療法士, 理学療法士, 心理士, 歯科衛生士, 歯科医, サービスマン, 行政, 教師, 技師	A: 介入群 (ピアサポートグループ) B: 統制群 (A 詳細)ペアになって自己紹介, グループに対して他已紹介, リラクゼーション 10 分, テーマを選び, ストレスやバーンアウトについて, プレインストミーティング, セッションの評価。 ※セッション以外でも会うことを推奨	A	-	-	集合形式 (小グループ: 5-8 名)	10 回	120 分	週 1 回実施	10 週間	80%	○ ストレスリソース ○ ストレス反応(心理的) ○ QOL	開始 7 ヶ月前を共変量にした場合, 統制群に比べて介入群は, 疲労(バーンアウト)・量的ストレスリソースが有意に低く, 健康が有意に高い。開始直前を共変量にした場合, 統制群に比べて介入群は, 量的ストレスリソースが有意に高く, 健康が有意に高い。統制群に比べて介入群は, 仕事上のサポート・仕権への関与が増加した者が有意に多かった。	○
Billings, et al. 2008	RCT	工業	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細)労働者のストレスマネジメント, 不安や抑うつへの早期対処のためのプログラム。認知行動療法的内容(目標設定, 問題解決, 否定的な考えの同定, リラクゼーション, 時間管理), 気分マネジメントスキルや受診行動について(不安, 不快, 薬物使用, アルコール乱用)	A	-	Web	個別形式 (e-ラーニング)	-	-	-	3 ヶ月間 アクセスが許可された	-	○ ストレス反応(心理的) × コーピング ○ 生活習慣(飲酒)	介入群において, 知識, 心理的援助に対する態度, ストレス反応, 適度な飲酒が改善。	○

van Straten, et al. 2008	RCT	地域一般住民	A: 介入群(問題解決療法のWebベースセルフヘルププログラム) B: 統制群 (A 詳細)個人の問題を記述し、(a)重大でない問題、(b)解決できる問題、(c)解決できない問題に分類。最も問題となる事について、どのように達成するか計画を立てる。 A	-	-	-	4週間	76%	○ストレス反応(心理的)	○ 介入群において、抑うつ、不安、バーンアウトが有意な改善、生活の質が向上。
Pipe, et al. 2009	RCT	看護リーダー	A: 介入群(Mindfulness stress reduction cours) B: 統制群(リーダーシップ研修) (A 詳細)看護師のリーダーシップ役割に関するストレスマネジメント教育。Mindfulness-Based Stress Reduction(MBSR)のコア技法、講義、体験型インストラクション、看護特有の例を用いた応用トレーニング (B 詳細)ストレスとリーダーシップについて。 A	5回 ※1回目は研究の説明や質問紙への回答のみ	120分	-	4週間	27%	○ストレス反応(心理的)	○ 介入群で強迫性、抑うつ、不安、恐怖的不安、妄想的思想、精神病的症状、心理的デイスレス、症状の強さ、症状の該当数、が改善、ケアに対する自己効力感が向上
Umanodan, et al. 2009	CT	製造業(開発、設備、安全衛生、事務)	A: 介入群(複合的なストレスマネジメントプログラム) B: 統制群 漸進的筋弛緩法、ストレス理論、タイムマネジメント、目標達成スキル、対人交流スキル、原因帰属理論、不合理な信念。 A	各セッション内容に関連するワークシート	30分	1ヶ月	6ヶ月間	46% ※3セッション以上参加(93%)	○職務効力感 ○ストレス反応(心理的) ○パフォーマンス(主観)	○ 介入群のストレスマネジメントに関する知識、職務効力感、仕事のパフォーマンスが有意に上昇。心理的ストレス反応が有意に低下。
鬼頭 他, 2009	RCT	エネルギー供給関連企業	A: 介入群(ボジティブ日記) B: 統制群 (A 詳細)ボジティブ日記(参考資料「Three Good Things in Life 課題」)。毎晩就寝前にその日体験したボジティブな(うまくいった)出来事3つ想起し、それらが生じた理由について考察。日記に記入。 A	日記	10分	-	1週間	-	○ストレス反応(心理的) ○ネガティブ感情 ×ボジティブ感情	○ 介入群において、介入終了直後のネガティブ感情と不安感が有意に低減。
Tunnecliffe, et al. 1986	RCT	教師(小学校)	A: 介入群(collaborative behavioral consultation: CBC) B: 介入群(リラクゼーション: REL) C: 統制群 (A 詳細)ストレス理論、STと学内の資源を同定し、現在の stress management strategies を聞き、問題解決行動のモデルを示す。 (B 詳細)ストレス理論、リラクゼーション訓練。 A	-	90分	週1回実施	5週間	※各回の参加率は80-100%)	○ストレッチャー	△ 実施前を共変量とした実施後の得点の比較において、認知行動療法群<リラクゼーション群<統制群
Fiedler, et al. 1989	RCT	有害廃棄物処理者	A: 介入群(リラクゼーション) B: 統制群 (A 詳細)漸進的筋弛緩法、瞑想、呼吸瞑想 A	リラクゼーションの練習	90分	1週間	9週間	-	×ストレス反応(心理的) ○拡張期血圧	△ 介入群は統制群と比べて拡張期(最低)血圧が有意に低減したが、心理的ストレス反応、身体愁訴で有意差は認められなかった。

Tsai, et al. 1993	RCT	教育病院 の 看護婦	A: 介入群 (リラクゼーション) B: 統制群 (A 詳細)(1)ストレスの原因やリラクゼーションについて の説明, (2)リラクゼーション技法の教授 (呼吸 法, イメージ法, 瞑想)。 (B 詳細)通常通りの看護教育。	A	-	-	3 回	90 分	1 週間	5 週間 (最初の 2 回は週 1 回)・5 週目にフ ォローア ップセッ ション	-	× ストレッサー	介入群・統制群ともに、看 護師のストレス得点の減 少。	△
Lee, et al. 1994	RCT	看護婦	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細)アサーション概念の説明, 人権の確認, 不合理な信念や否定的な自己評価の同定, ポジ ティブな信念体系の確立, アサーションの実践, サ ポート体制の確立。	A	あり ※内容記 載なし	-	6 回	120 分	月・水・ 金 に実施	2 週間	-	○ ストレッサー ○ アサーティブ	介入群において、ストレス の減少, アサーティブの上 昇が認められ, 介入終了 4 週間後もその状態が維持さ れていた。	△
Arnetz 1997	CT	携帯電話 会社	A: 介入群 (リラクゼーション) B: 統制群 (A 詳細)(a)Benson らの漸進的リラクゼーション, (b)Ost らのリラクゼーション, (c)太極拳と漸進的リ ラクゼーション, のうち 1 つに参加。	A	-	-	-	-	-	3 ヶ月間	-	× ストレッサー × ストレス反応 (心理的) × ソーシャルサポート ○ スプロラクチン血中濃 度 ○ アポリタンパク質 B/A1 ○ 血小板数	介入群においてプロラクチ ン血中濃度, アポリタンパク 質 B/A1, 血小板数が改善。 統制群において職場ソ ーシャルサポートが有意に 低下。	△
Hostick, et al. 1997	CT	NHS の入 り (看護 師, 助 産師, 保 健師, 管 理) 製造 業	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細) ストレッサー同定, 問題解決, リラクゼー ション技法, 活動スケジュールリング	A	-	臨床指導 者 (第 1 著 者) 地域精神 看護師 (第 3 著者)	-	-	-	2 日間	66%	○ パフォーマンス ○ 生活習慣 (特定なし)	介入群で生活スタイルが改 善, 2 種類のパフォーマンス 指標が向上。	△
Shimazu, et al. 2005	CT	製造業・ 事務員	A: 介入群 (WEB プログラム) B: 統制群 (A 詳細) 5 章までの WEB プログラム。[1-2 章] 動 機づけ, [3-4 章] スキル獲得とリハール, [5 章] 応用	A	-	-	-	-	-	4 週間	(86%)	※ 下位分析 ○ ストレス反応 (心理的, 身体的の混 在) ○ 自己効力感	自己効力感の 1 部項目で のみ有意に上昇。男性で は, ストレス反応の低減と 職務満足感の上昇。40 歳 以下では, 自己効力感の上 昇 (ストレス反応低減は有 意傾向)。ストレスへの関心 が高い者では, ストレス反 応の減少。	△
Shapiro, et al. 2005	RCT	医療従事 者 (医師・ 看護師・ ソーシャルワ ーカー・理 学療法 士・心理 士)	A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細) 正座瞑想, ポデイスキャン, ハタヨーガ, 3 分間の休息	A	-	臨床心理 士	8 回	120 分	週 1 回実 施	8 週間	56%	○ ストレッサー ○ 自己同情	介入群において、ストレッ サーが有意に減少, 自己同情 が有意に上昇。(有意傾向 としては, 満足感の上昇, バーンアウト・ストレス反応 の減少)	△

Sjögren, et al. 2006	RCT	中央の行政職員内勤	A: 介入群(期間 I は介入を実施し、期間 II は待機) B: 介入群(期間 I は待機し、期間 II に運動を実施) (A/B 共通)運動(低負荷レジスタンスストレッチング)。理学療法士による3回の講義(姿勢/動作のコントロール方法とガイダンス)。空気抵抗装置を用いた6つの動作(上肢伸展/屈曲、胴体の右回転/左回転、胴体の伸展/屈曲)を実施。 ※個別運動の実施[1-5週]1日に1回(週5回)、[5-15週]1日に1-2回(週7-8回)	A・B 個別運動の継続 勤務日1-2回(1回あたり6-8分)	理学療法士1名	集合形式+個別形式	-	20分	5週間	15週間	A: 96% B: 94%	×ストレス反応(心理的) ○physical well-being	運動時間(分)に関して、physical well-beingが有意に増加。5週間のうちに、1分間の運動時間が追加される。physical well-beingが増加。平均運動時間5分/日。 ※介入の有無(介入有/介入無)、グループ(1/2)、介入時期(秋/春)の違いによる効果の差はなし。 介入群と統制群におけるGHQの変化量に有意差なし。 ※「You and Your Practise」参加者を除いた場合、介入群は統制群と比べてGHQの変化量が有意に減少(心理的ストレス反応が減少)。	△
Holt, et al. 2006	RCT	一般開業医(GP)	A: 介入群(郵送によるセルフケア教育) B: 統制群 (A 詳細)GHQ-12の得点のフィードバック、ニュースレター形式のセルフケアシートを配布	A -	-	個別形式(セルフヘルプ)	-	-	3ヶ月間	88%	※下位分析 ○ストレス反応(心理的)	介入群において知識・コーピングスキルの向上、心理的ストレス反応の向上	△	
Shimazu, et al. 2006	CT	工業	A: 介入群(問題解決技法) B: 統制群 (A 詳細)心理的ストレスに関するレクチャー、問題解決技法	A ワークブック	認知行動療法の熟練者	集合形式(40名)	1回	120分	-	97%	×ストレッチャー ×ストレス反応(心理的) ×ストレス反応(身体的) ○コーピング	介入群において知識・コーピングスキルの向上、心理的ストレス反応の向上	△	
Skoglund, et al. 2007	-	コンピュータオペレーター	A: 介入群(気功) B: 統制群 (A 詳細)月曜から金曜の13:30-14:00の時間帯に実施。ビデオにてエクササイズの目的を説明。	A -	-	-	25回	30分	1日(月-金)	5週間	-	×ストレス反応(心理的) ○尿中のノルアドレナリン排出量、心拍、指皮膚温、腰痛症状が改善。心理的ストレス反応は有意差なし。	△	
柿沼 2008	RCT	IT関連企業システムエンジニア	A: 介入群(睡眠教育) B: 統制群 (A 詳細)睡眠衛生について。講義開始前に睡眠に関する生活習慣13項目「これぞ快眠13ポイント」に回答。13項目の結果の解説を中心に眠気のメカニズムについて説明。集団教育の2週間後、産業界が各自が決めた睡眠に関する改善行動継続について社内メールにて伝達、促進。	A -	産業医	集合形式	1回	60分	-	-	×ストレス反応(心理的) ○習慣的眠気 ×睡眠の質	介入終了1ヶ月後、介入群の午後2時の習慣的眠気(KSS)の得点が、統制群の得点と比べて有意に高かった。睡眠の質、疲労、抑うつに関して、有意差は認められなかった。	△	
Prochaska, et al. 2008	RCT	医科大学の勤務者	A: 介入群(対面式の健康教育) B: 介入群(オンラインによる健康教育) C: 統制群 (A 詳細)健康リスク測定と結果のフィードバック、改善手段の提示、健康教育(対面または電話)。リスク要因を伝える。来談者中心療法の実施。 (B 詳細)健康リスク測定と結果のフィードバック、改善手段の提示、汎理論的モデルを適用したオンラインによる健康教育。 (C 詳細)健康リスク測定と結果のフィードバック、改善手段の提示。	A - B	熟練者 オンライン	個別形式 個別形式	3回 3回	初回30-45分、2-3回目10-15分	-	73% ※1回以上アクセス 84% ※1回以上アクセス	○ストレスマネジメント行動 ○生活習慣(運動) ○生活習慣(喫煙) ○ストレスマネジメント行動 ○生活習慣(運動) ○生活習慣(喫煙)	介入群2つともに、ストレス・運動において改善がみられた者の人数が統制群より多かった。 6ヶ月後のリスク要因の教育が、介入群2つともに統制群よりも少なかった。	△	

Kawaharada, et al. 2009	CT	公務員	A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 統制群(ストレス反応チェックリストを使って自己評価) (A 詳細)ストレス理論, 質問紙を用いたストレスリッサー一、ストレス反応、コーピングのアセスメント、問題解決法、認知再構成法、呼吸法。 A: 介入群(ストレスマネジメント) B: 統制群 (A 詳細)認知行動療法の紹介、ストレスに関する心理教育、不合理な信念(同定と修正)、コミュニケーションスキルの訓練。 A: 介入群 B: 統制群 (A 詳細)職場ストレスリッサーやストレス反応について講義。呼吸法、リラクゼーション、ホテイスキャン、ヨガの実施。	A	セルフモニタリング日誌	産業医(心理学者)、産業看護師	集合形式 (小グループ)	3 回	-	4 週間	8 週間	96%	× ストレス反応(心理的) ○ コーピング	介入群において、コーピング(問題解決スキル、ポジティブな認知、希望の観測)が有意に改善。ストレス反応、health competence に関しては有意差なし。	△
Willert, et al. 2009	RCT	-	A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 統制群(ストレス反応チェックリストを使って自己評価) (A 詳細)ストレス理論, 質問紙を用いたストレスリッサー一、ストレス反応、コーピングのアセスメント、問題解決法、認知再構成法、呼吸法。 A: 介入群(ストレスマネジメント) B: 統制群 (A 詳細)認知行動療法の紹介、ストレスに関する心理教育、不合理な信念(同定と修正)、コミュニケーションスキルの訓練。	A	-	臨床心理士	集合形式 (小グループ: 9 名)	8 回	180 分	1-4 回目は週 1 回実施、5-8 回目は 2 週に 1 回実施	3 ヶ月	90%	○ ストレッチャー ○ コーピング	知覚されたストレッチャー得点および肯定的再解釈得点(コーピング)が介入群で有意に減少。	△
Klatt, et al. 2009	RCT	大学の教職員	A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 統制群(ストレス反応チェックリストを使って自己評価) (A 詳細)職場ストレスリッサーやストレス反応について講義。呼吸法、リラクゼーション、ホテイスキャン、ヨガの実施。	A	CD を用いた瞑想(毎日 20 分)	-	集合形式 (小グループ)	23 回	60 分	週 1 回実施	6 週間	(96%)	○ ストレッチャー ○ 生活習慣(睡眠) ○ マインドフルネス	介入群において、マインドフルネス得点の有意な上昇、ストレス得点の有意な減少がみられた。Pittsburgh Sleep Quality Index の下位尺度のうち、主観的な睡眠の質、主観的な睡眠の質、入眠時間、睡眠障害、日中における覚醒障害の得点が改善した。	△
Kawakami, et al. 1999	RCT	製造業の工場従業員	A: 介入群(ストレス免疫訓練) B: 統制群(ストレス反応チェックリストを使って自己評価) (A 詳細)アンケート調査の結果に応じた個別のフィードバック: ストレスの減らし方、運動の推奨、野菜・朝食の摂取、節酒、タイムアウト法、リラクゼーション技法の紹介。	A	-	産業医(※名義)	個別形式 (※郵送)	1 回	-	-	-	(89%)	× ストレス反応(心理的) × ストレス反応(身体的) × 生活習慣(食事) × 生活習慣(飲酒)	介入群では朝食摂取増加の有意傾向が見られた。毎日飲酒する者の割合は統制群で減少の有意傾向が見られた。連続量についてはどの指標においても有意な介入効果みられず。	×
Richmond, et al. 1999	CT	警察官	A: 介入群(健康アシストと飲酒への短期介入) B: 統制群(ストレス反応チェックリストを使って自己評価) (A 詳細)短期介入: アルコール消費量の多い、または喫煙者、またはストレス症状を報告した対象者に対し短いアドバイスとセルフヘルプ用資料を提供。	A	-	-	集合形式	1 回	-	-	-	-	× ストレス反応 ※下位分析 ○ 飲酒量	女性において介入群は飲酒量が有意に減少。ストレス症状において有意差は認められなかった。	×
Eriksen, et al. 2002	RCT	郵便局	A: 介入群(エアロビクス) B: 介入群(健康教育) C: 介入群(ストレスマネジメントプログラム) (B 詳細)ストレス・コーピング・健康・栄養に関する情報提供 1 時間と運動 1 時間、職場環境の査定 (C 詳細)認知行動的アプローチによるコーピングの改善、ストレスに関する知識提供と議論、漸進的筋力療法・自律訓練法・可視化の練習	A B C	- - リラクゼーション(30 分)	訓練を受けたインストラクター ※同上 ※同上	- - -	24 回 12 回 12 回	60 分 120 分 120 分	週 2 回実施 週 1 回実施 週 1 回実施	12 週間 12 週間 12 週間	(87%) (85%) (91%)	× ストレッチャー × ストレス反応(心理的、身体的の混在) × 疾病休業日数	職業性ストレス、主観的健康、疾病休業日数のいずれも介入効果なし。	×

Budden, et al. 2007	RCT	-	A	-	大学生	個別形式 (e-ラーニング)	2回	-	1週間	-	× ストレッチ × 生活習慣 (運動)	× 統制群のほうが運動を実行していた。
Yamagishi, et al. 2008	RCT	看護師	A	-	-	個別形式 (e-ラーニング)	-	60分	-	3週間	× ストレッチ × ストレス反応 (心理的)	× 介入終了直後のキャリア・アイデンティティに関する知識および組織の影響 (impact on organization)が介入群において有意に上昇。その他の項目において有意差なし。
Tveito, et al. 2009	RCT	老人養護施設職員 (看護師・看護師助手)	A	-	エロビクスインストラクター、看護師	-	運動 約108回 SMT 15回	運動 60分 SMT 60分	運動 週3回 SMT 週1回	運動 9ヶ月間 SMT 4ヶ月間	× ストレッチ × ストレス反応 (心理的, 身体的の混在) × コーピング × QOL	× 主観的介入効果のみ有意 (介入群のほうが、健康・身体的適応・職場状況・ストレスマネジメントの向上、筋肉量の減少、よりよい健康状態を維持できていると感じていた)。

※研究デザイン (RCT: 無作為化比較対照試験に基づく介入研究, CT: 比較対照試験, その他準実験計画に基づく介入研究)

※プログラム完遂率 (括弧: プログラム完遂者かデータ完全者が不明な場合)

※効果 (○: 心理的ストレス反応に有意な介入効果がみられた研究, △: 心理的ストレス反応/下位分析で心理的ストレス反応に効果がみられた研究, ×: いずれのアウトカムにも効果がみられなかった研究)

表 3. ガイドラインのひな型

-
- 1) 研修内容は、認知行動的アプローチ、リラクセーション、ないし両者を組み合わせたアプローチを行うことが推奨される
 - 2) プログラムの作成に際しては、参加者のニーズや関心、受け入れやすさを考慮することが望ましい
 - 3) ストレスチェックを行う場合には、結果のフィードバックだけでなく、心理教育を併用することが望ましい
 - 4) 個人向けストレス対策では、プログラムが終了した一定期間後に、ブースター（フォローアップ）セッションを設けることが推奨される
 - 5) 個人向けストレス対策と併行して職場環境改善も行われることが望ましい
 - 6) 参加者の自己効力感の向上を図るための工夫を行うようにする
 - 7) 教育内容を数回に分けてステップアップする計画を立ててもよい
 - 8) 教育研修では参加型のアプローチを取り入れることが望ましい
 - 9) ホームワークなどを併用することにより、知識や技術の日常生活への適用を促進することが望ましい
-

科学的根拠による EBM ガイドライン開発：管理監督者教育の普及・浸透

分担研究者 堤 明純 産業医科大学産業医実務研修センター教授

研究要旨：労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策のひとつである管理監督者教育について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成することを目的として、内外の効果評価研究をレビューした。Pubmed, the Cochrane Library, MEDLINE, Web of Science, および医学中央雑誌から、部下を含む従業員の心理的ストレス反応をアウトカムとする管理監督者研修の効果評価研究 9 編を抽出して評価した。観察期間の多くは研修終了後半年程度であった。少ないながらも比較対照研究の所見は、管理監督者に、職業性ストレスモデルや組織的公正などに基づくストレス要因を含むメンタルヘルスに関する必要な情報と技術を提供することにより、少なくとも短期的には、職業性ストレス要因、部下を含む労働者の精神的健康状態、不眠、及び仕事のパフォーマンスについて好ましい影響を与えることを示していた。準実験的研究は、総じて仮説を支持するものであったが、無作為化比較試験の所見は、有意な結果が得られたものでも、プライマリアウトカムとなるストレス反応に対する効果ではないものや、対象や項目によるサブ解析の結果であったため、管理監督者研修に関する現存のエビデンスは中程度の根拠が認められると判断された。また、比較対照群を有しない前後比較研究において管理監督者における積極的傾聴法の有用性が示唆されており、弱い水準の根拠ありと位置付けた。抽出された研究対象、もしくは、効果が認められた集団には、メンタルヘルス対策を必要とする背景があり、研修の効果は対象によって異なり、ある程度の管理監督者の参加がないと組織全体の効果は限定されることがうかがわれた。管理監督者研修のマニュアル作成に当たっては、教育の優先度の高い集団の同定、対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修の企画、教育への参加率の向上への工夫、プログラムの繰り返し提供等が、効果的な教育のために念頭に置くべき項目と思われた。

A. 研究目的

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり、その未然防止（第一次予防）は事業場における健康管理の優先順位の高い課題となっている。労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防として、労働者への教育研修、管理監督者の教育研修、職場環境等の評価と改善は、その科学的有効性が確認されているものの（川上他、産業医学レビュー、2008）、我が国の事業場におけるそれぞれの対策の実施率は高くない（それぞれ 17, 11, 7%；平成 19 年労働者健康状況調査）。事業場でメンタルヘルス対策を推進できない理由として、人員の不足とともに挙げられている要因は、「取り組みの仕方が分からない」ということが挙げられている（平成 19 年労働者健康状況調査）。科学的根拠によるガイドラインの作成や事業場で容易に実施できるマニュアルの整備により、これらの活動の推進が図られることが期待される。

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防対策のひとつとして広く行われている管理監督者教育の有効性は必ずしも十分には検証されてい

ない（堤 2007a）。平成 21 年度は、3 年研究の 1 年目として管理監督者教育について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成することを目的として、内外の効果評価研究をレビューした。これにより、管理監督者教育を安価で容易に実施するためのマニュアル・資料を作成するための基礎資料とする。

B. 研究方法

Pubmed, the Cochrane Library, MEDLINE, Web of Science において、(education OR training) AND (supervisor OR manager) AND (job stress OR mental health) のキーワードで、2000 年 1 月から 2009 年 6 月までに掲載されている文献を抽出した。さらに、医学中央雑誌から、同様のキーワード検索により論文を抽出した。論文検討の過程で、各研究で引用され研究目的に適当と思われる文献は取り寄せた。

選択基準：職場のストレス要因や従業員を含むストレス反応をアウトカムとしたものを選択した。効果判定の必要条件として、比較対照を有する研究を選択したが、より弱い水準の根拠についても検討の必要があると考え、比較対照

群のない研究も取り入れた。

全体的な効果評価を行うとともに、ガイドラインを作成するにあたって参考となるように、事業場の課題別（うつ予防、いじめ、長時間労働、モラル低下[不元気]など）、特性別（中小規模事業場、分散事業場、モザイク職場 [職場内格差]など）、特殊状況（リストラ下など）に留意しながら、文献レビューを行った。

C. 研究結果

Pubmed, the Cochrane Library, MEDLINE, Web of Science において、2000年1月から2009年6月までに掲載されている186の文献（うちレビュー10編）を抽出した。この中から、部下を含む従業員のストレス反応をアウトカムとする比較対照研究6編を抽出した。さらに、医学中央雑誌から、同様の検索により2編の論文を抽出した（川上ら1997; 河島ら, 1996）。後者の2編は同一の研究の報告であり、一方の記述に基づき結果を評価した（表1）。また、比較対照を有しない前後比較研究2編を抽出した（表2）。

1. 抽出文献の要約：比較対照研究（表1）

部下の考えや感情を理解する態度、部下の個人差を考慮した職場管理、部下の自主性を育成するような支援のあり方についての講義を、カウンセラーが全管理監督者に通年で実施した事業場では、対照に比べて上司の支援が増加し、事業場全体の精神的愁訴の出現頻度が減少していた（河島ら, 1996）。

米国北東部のヘルスケア機構所有の4私立病院のうち2病院で給与体系の変更により看護師全員の減給が行われた。減給のあった病院となかった病院から1病院ずつ無作為に対象病院が選ばれ、給与体系変更の5週後に、前者の看護上司19人、後者の21人に対して、対人的公正に関する講義、ケーススタディ、ロールプレイからなる4時間のセッションが、連続する2日間（就業時間内）をかけて施行された（Skarlicki & Latham, 2005）。研修直後および6ヶ月後、減給の行われた病院看護師において不眠が有意に増加したが、研修を受けた上司の下の看護師では、不眠の訴えの上昇が抑えられた（Greenberg, 2006）。

あるコンピュータエンジニアリング会社の課長が9人のトレーニンググループと7人の非トレーニンググループ割り付けられ、ウェブを用

いた自主学習の効果が検討された。学習内容は「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針(以下、指針)」で管理監督者に求められている知識や役割からなり、章毎のクイズで学習内容の定着が図られた。学習終了後3ヶ月後、非トレーニンググループの部下の上司のサポート得点は大きく低下していたがトレーニンググループの部下ではほとんど変化なかった。このパターンは、部下の個人的な問題に上司が耳を傾けるといふ質問項目においてとくに顕著であった。同僚のサポート、心理的ストレス反応、そのほかの心理社会的仕事のストレス要因については2群間で差を認めなかった（Kawakami et al, 2005）。

同じウェブ教材を用いた自主学習の効果が、職場単位の無作為化比較対照試験で検討された（Kawakami et al, 2006）。セールス、サービス関係の事業場計8箇所がトレーニング職場と非トレーニング職場に割り付けられた。介入3ヵ月後に、非トレーニング職場の部下(対照群)の仕事の裁量度が低下していたのに対しトレーニング職場の部下(介入群)ではほとんど変化がなく、介入効果が観察された。また、職場内の友好的な雰囲気介入群で上昇していたが対照群では変わらず、介入効果は統計学的に有意であった。そのほかの仕事のストレス要因、上司もしくは同僚のサポート、心理的ストレス反応には有意な効果は見られなかった。

ある保険会社の管理監督者に対し心理社会的就業環境を改良するマネジメント能力を高める教育が1年間にわたり隔週2時間(計60時間)行われた(Theorell, 2001)。心理社会的就業環境は、要求度・コントロール・サポート・努力—報酬不均衡といった職業性ストレスモデルの要素をカバーしていた。介入を受けた管理監督者及びその部下には、対照の従業員に比較して血清コルチゾールの低下や裁量権の増加が認められた。

無作為に介入群に割り付けられた酒造業の管理監督者に、管理監督者の役割と必要な知識が「指針」に基づいて講義された。加えて、聴き手に求められる態度や具体的な応答技法に関する講義と傾聴のモデルが提示された後、1セッション20分で聴き手・話し手・オブザーバーの役割を交代しながらのロールプレイとセッション毎の振り返りを繰り返す積極的傾聴の実習が行われた（Takao et al 2006）。介入群、対照群それぞれに人事考課される部下において、研修後3

ヶ月の心理的ストレス反応及び仕事のパフォーマンスに関する自己評価の変化が比較された。全対象における検討では教育効果は認められなかったが、就業環境に危機感の伺われた若年の事務系男性職員には有意な効果が観察された。

地方公共団体の管理監督者を対象に、「指針」に示された管理監督者の役割と必要な知識、利用可能な相談先などの情報が提供された。加えて、管理監督者の役割としての相談対応の位置付け、積極的傾聴の理論と技法、積極的傾聴の効果、積極的傾聴の使えるシチュエーション、が紹介された。教育終了3ヶ月後、3分の1以上の管理監督者が受講した部署の職員の心理的ストレス反応と自覚的な仕事のパフォーマンスは、受講率の低い部署の職員に比べ改善していた。教育を受けた管理監督者にはメンタルヘルスに対する知識・態度・行動面に良好な変化が見られた。報告された行動のうち教育の前後で有意に変化したものは、職場環境等の問題点の把握と改善、問題を持つ部下の適切な施設への紹介等、であった(Tsutsumi et al 2005)。

2. 抽出文献の要約：対照をおかない前後比較研究（表2）

部下の抱える悩みや精神的問題について聴き、支援する態度を養成しようとする積極的傾聴の訓練により管理監督者の部下への態度が好ましく変化することが報告されている(Kubota et al, 1997; 2004)。当初は計30時間の講習効果が示されたが(Kubota et al, 1997)、後に、ロールプレイとグループディスカッションからなる1日コースの講習の効果が確認されている(Kubota et al, 2004)。

傾聴の態度と技術が高い管理監督者の下に従事している労働者は、そうでない労働者に比較して総じて心理的ストレス反応が良好であることが示されている(Mineyama et al 2007)。管理監督者に対する積極的傾聴研修の直接の効果評価はなされていないが、管理監督者が積極的傾聴法を習得することは、部下のメンタルヘルスに良好に作用する可能性がある。

3. 事業場の課題別検討

事業場の課題別（うつ予防、いじめ、長時間労働、モラル低下[不元気]など）、特性別（中小規模事業場、分散事業場、モザイク職場[職場内格差]など）、特殊状況（リストラ下など）に留

意しながら、知見の整理を行った。

レビューされた研究は、いずれの対象もメンタルヘルス対策のニーズを感じていた。

関連製品の売上減少から将来に危惧を有していた中小規模製造業における研究では(Takao et al, 2006)、とくに就業年数の少ない男性従業員・事務部門に職の不安定性に関する不安が大きいことが認められていたが、この集団に対して管理監督者研修の効果がうかがわれた。このほか、海外の研究は、減給(Greenberg, 2006)や事業の存続(Theorell et al., 2001)にかかわる文脈で行われている介入が行われ、教育効果が示されていた。

4. そのほかの検討事項

教育期間は全ての成績が1年以内の教育であった。教育効果は最大1年間の効果が追跡されていた。

管理監督者研修における積極的傾聴を検証した2編の対照をもたない研究においては、事業場別の課題や事情についての記載はなかったが、積極的傾聴の研修に当たっては、受講者側の十分なモチベーションが必要とのことであった(三島、私信)。

5. 根拠の水準の判定

準実験的研究は総じて仮説を支持するものであったが、無作為化比較試験の所見は、有意な結果が得られたものでも、プライマリアウトカムとなるストレス反応に対する効果ではないものや、対象や項目によるサブ解析の結果であった。以上より、管理監督者研修に関する現存のエビデンスは中程度の根拠が認められるレベルと判断された。

対照をおかない前後比較研究において、積極的傾聴に関する研修が、受講者の傾聴態度と技術を向上させる可能性が示されているが、研修により部下のメンタルヘルス向上に寄与するといった直接のエビデンスは存在せず、弱い水準の根拠があると判定した。

D. 考察

1. 全体的評価

少ないながらも比較対照研究の所見は、管理監督者に必要な情報と技術を提供する単回集合型の管理監督者研修は、少なくとも短期的には、部下を含む労働者の精神的健康状態、不眠、及

び仕事のパフォーマンスについて好ましい影響を与えることが示されている(Greenberg, 2006; 河島ら, 1996; 川上ら, 1997; Kawakami et al., 2005; 2006; Takao et al, 2006; Theorell et al., 2001; Tsutsumi et al, 2005)。しかし、その効果は対象によって異なり、ある程度の管理監督者の参加がないと組織全体の効果は限定される(Tsutsumi et al, 2005)。ウェブを用いた自主学習は、部下に認知される上司のサポート、仕事の裁量度、職場の友好的な雰囲気等を少なくとも維持させることが示唆されている(Kawakami et al, 2005; 2006)。管理監督者の知識向上と好ましい行動変容は、管理監督者研修の効果をもたらすメカニズムのひとつと考えられる(Tsutsumi et al, 2005)。

2. 事業場の課題別評価

事業場の特性や課題について記述のある研究では、いずれの対象もメンタルヘルス対策のニーズを感じており、管理監督者教育を含むストレス対策にモチベーションがあることがうかがわれた。

管理監督者研修の効果が高い集団として、事業場における職の不安定を意識している集団が同定された(Takao et al, 2006)。このほか、減給や事業の存続にかかわる文脈で行われている介入において、教育効果が示されており、教育・研修の効果的な対象が存在することが伺われる。

3. 教育の期間および教育の効果の及ぶ範囲

教育の頻度や期間については、単独回の教育や数カ月単位での教育が多く、知見を占めている状況で、1年以上に及ぶ教育の記述はない。

管理監督者の行動変容までを教育の目標とすると、単回の研修効果は半年もすると明らかでなくなることも示されている(Nishiuchi et al., 2007)。ストレス対策の効果が医療費や疾病休業などにあらわれるまでには数年以上のフォローアップが必要とも指摘されている(Landsbergis & Cahill, 1994)。管理監督者参加型の改善活動や、管理監督者向けの教育が1年間を通して行われることにより良好な結果が期待されるが(河島ら, 1996; 川上ら, 1997; Kawakami et al., 1997; Theorell et al., 2001)、このことを検証した無作為比較対照研究はなく、研修を一定期間、複数回繰り返す効果について、今後検証していく必要がある。

4. そのほか

教育の費用対効果評価はなされていない。短時間でも人材を一同に集めるスタイルの研修については、とくに検討に値する。ウェブを用いた自主学習は、個別の面接や集合教育で問題となる時間や場所の制約を受けることなく各自のペースで学習可能、受講者は必要に応じて繰り返し学習が可能、という利点を有しているが、知識だけでなくモチベーションを上げる方策の必要性など、教育効果を上げる工夫が求められる(Kawakami et al., 2005)。

5. マニュアル作成への考察

以上から、マニュアルに取り入れる項目のひな型として、表3のような事項が挙げられる。

研修を受ける管理職の割合が高いほど、組織内および部下のメンタルヘルスが良好となることが示唆されている(Tsutsumi et al, 2005)。したがって、全ての管理職にメンタルヘルス教育を実施することが推奨される。職場では、管理監督者の教育への参加率の向上への工夫が求められる。

管理職といっても、部下を持つ管理監督者もあれば経営層の管理職もある。前者に対して部下への対応や産業保健職との連携を教育することは意味があるが、後者に対しては、むしろシステムの形成に関わる理解を得る意義などが大きい。したがって研修内容は、その必要性によって階層分けを行う(堤 2007)。

職の不安定を意識している集団など、管理監督者研修の効果が高い集団が同定されているので(Takao et al, 2006)、そういった教育の優先度の高い集団を同定し、研修を行うことは効果的である。同様の理由から、対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修を企画することが望ましい。

管理監督者の知識・行動レベルの教育効果は半年程度で消失する可能性が示されているため(Nishiuchi et al, 2007)、管理職教育は一度だけでなく、複数回、できれば1年に1回実施されることが望ましい。教育内容を数回にステップアップしていく計画を立てることも工夫されるかもしれない(堤 2007b)。

教育内容については、事業場における労働者の心の健康保持増進のための指針(平成19年・厚生労働省)に示されている管理監督者が学ぶべき事項が充足されることで組織および部下の

メンタルヘルスに好ましい影響があることが示されている(河島ら, 1996; 川上ら, 1997; Kawakami et al., 2005; 2006; Takao et al, 2006; Tsutsumi et al, 2005)。このほか, 仕事の自由度や要求度, または, 組織の不公正性といった代表的な職業性ストレス要因について職場環境改善の方法とともに教授することは推奨される(Greenberg, 2006; Theorell et al., 2001)。積極的傾聴法の修得は好ましいかもしれないが, さらなるエビデンスが必要である。

研修効果は, 管理監督者の知識向上と好ましい行動変容によりもたらされる可能性が示されている。管理監督者研修は, 管理監督者の行動変容を目的として構成されることが求められる(Tsutsumi et al, 2005)。

E. 結論

効果的な管理監督者研修のマニュアルは, 教育の優先度の高い集団の同定, 対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修の企画, 教育への参加率の向上への工夫, プログラムの繰り返し提供等を念頭に置いて作成に当たるとよいと思われた。

F. 健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 堤 明純. (2009) WHO による世界の職場のメンタルヘルスガイドライン. 産業ストレス研究 16(4) 211-216

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献リスト

Greenberg, J. (2006). Losing sleep over organizational injustice: attenuating insomniac reactions to underpayment inequity with supervisory training in

interactional justice. *J Appl Psychol*, 91(1), 58-69.

Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 23(1), 54-59.

川上憲人, 河島美枝子, 榊元武, 大久保浩司, 広田昌利, 渡辺直登, 林 剛司, 原谷隆史, 岩田 昇, 今永雄一, 荒記俊一, 村田勝敬. (1997). 職場におけるストレス対策—介入研究による効果評価—. 産業医学ジャーナル 19(6), 49-53.

Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S., Tsutsumi, A. (2005). Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41(2), 471-478.

川上憲人, 島津明人, 土屋政雄, 堤 明純. (2008). 産業ストレスの第一次予防対策: 科学的根拠の現状とその応用. 産業医学レビュー 20 (4): 175-196.

Kawakami, N., Takao, S., Kobayashi, Y., Tsutsumi, A. (2006). Effects of web-based supervisor training on job stressors and psychological distress among workers: A workplace-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 48, 28-34.

河島美枝子, 川上憲人, 榊元武, 林剛司, 荒記俊一. (1996). 上司教育によるストレス対策の効果評価: 抑うつ症状および血圧に及ぼす影響. 産業精神保健 4, 124.

厚生労働省: 平成19年労働者健康状況調査結果の概況.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>. Accessed March 9, 2010.

事業場における労働者の心の健康保持増進のため

の指針 (平成18年・厚生労働省)

Kubota, S., Mishima, N., Ikemi, A., Nagata, S. (1997). A research in the effects of active listening on corporate mental health training. *Journal of Occupational Health* 39:274-279.

Kubota, S., Mishima, N., Nagata, S. (2004). A study of the effects of active listening on listening attitudes of middle managers. *Journal of Occupational Health* 46:60-67.

- Landsbergis, P., Cahill, J. (1994). Labor union programs to reduce or prevent occupational stress in the United States. *International Journal of Health Services* 24, 105-129.
- Mineyama, S., Tsutsumi, A., Takao, S., Nishiuchi, K., & Kawakami, N. (2007). Supervisors' Attitudes and Skills for Active Listening with Regard to Job Stress and Psychological Stress Reactions among Subordinate Workers. *Journal of Occupational Health*, 49(2), 81-87.
- Nishiuchi, K., Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S., Kawakami, N. (2007). Effects of an Education Program for Stress Reduction on Supervisor Knowledge, Attitudes, and Behavior in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Health* 49(3), 190-198.
- Skarlicki, D. P., Latham, G. P. (2005). How can training be used to foster organizational justice? In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Eds.), *Handbook of organizational justice* (pp. 499-522). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Takao, S., Tsutsumi, A., Nishiuchi, K., Mineyama, S., Kawakami, N. (2006). Effects of the supervisor education for job stress on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: A supervisor-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 48(6), 494-503.
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., Weingarten, A. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 724-733.
- Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S., Nishiuchi, K., Komatsu, H., Kawakami, N. (2005). Effects of a supervisory education for positive mental health in the workplace: A quasi-experimental study. *Journal of Occupational Health*, 47(3), 226-235.
- 堤 明純. (2007a). 科学的根拠にもとづく産業精神保健-職場のメンタルヘルス対策への管理監督者教育の効果-産業精神保健 15 (3): 136-139.
- 堤 明純. (2007b). II産業保健の実際 5一次予防ストレスメンタルヘルス教育.産業精神保健マニュアル,日本産業精神保健学会編, 中山書店: 185-192

表1. 管理監督者教育の効果評価：比較対照研究

著者・発表年	事業場の問題	特殊状況	事業場特性	内容・教育形式	対象者	評価時期	主な結果	根拠の水準*
河島ら, 1996	補償制度の変更に伴う減給による不眠増加	病院看護師	米国北東部のヘルスケア機構所 有の4私立病院の467名の組合に所属しない看護師。このうち2病院で給与体系の変更により看護師全員の減給が行われた。	非常勤カウンセラーが、課長・係長全員に対しメンタルヘルス教育を1年間かけて実施(1回1時間)。部下の考えや感情を理解する態度、部下の個人差を考慮した職場管理、部下の自主性を育成するような支援のあり方についての講義を通年で実施	電気関連2企業を事業所単位で比較。介入群は2068人、対照群は1004人。介入事業所の上司を職場毎に順次教育。	教育前と1年後	介入群で上司との関係の訴え、抑うつ得点(p<0.01)、最高血圧と上司支援(調査票)の低い者の割合が減少(p<.05)	C
Greenberg 2006				対人的公正に関する講義、ケーススタディ、ロールプレイからなる4時間のセッションを、連続する2日間(就業時間内)をかけて施行(Skarlicki & Latham, 2005)	減給のあった病院となかった病院から1病院ずつ無作為に対象病院が選ばれ、給与体系変更の5週後に、前者の看護士19人、後者の21人。	研修直後および6ヶ月後	減給の行われた病院看護師において不眠が有意に増加したが、研修を受けた上司の下の看護師では、不眠の訴えの上昇が抑えられた。	B
Kawakami et al. 2005				ウェブを利用した管理監督者研修	コンピュータ関連会社の課長9人(対照7人) 教育を受けた管理職の下で働く部下92人、教育を受けなかった管理職下の部下84人を比較	受講前と研修終了後3ヶ月	対照群において上司の支援が低下したのに対し、介入群では維持(p=.032;とくに上司は部下の個人的な問題に耳を傾けるという項目p=.012)。	B
Kawakami et al. 2006				ウェブを利用した管理監督者研修	セールズ、サービス関係計8箇所の事業場が無作為に割り付けられトレーニング職場の23人の管理監督者 教育を受けた管理監督者の部下81人(介入群)とトレーニングを受けなかった管理監督者の部下108人(対照群)を比較	ベースライン時と3ヶ月後	対照群の仕事の裁量度が低下していったのに対し、介入群では変化がなかった(p=.02)。職場内の友好的な雰囲気は介入群で上昇しており、対照群では変わらなかった(p=.02) 血清コルチゾールが介入群で低下、対照群で不変(p=.02 全体; p=.001 部下のみ)。裁量度が介入群で向上、対照群で低下(p=.001 全体; p=.02 部下のみ)	B
Theorell et al. 2001	事業構造再編可能性の議論の中で起こる不安増やモラル低下に対する管理監督者のコンピテンシー増目的 関連製品の売上減少から将来を危惧		給与所得者の退職後の年金を独占的に取り扱ってきた事業業に対して、他企業からの参入の可否が議論されていた。 現場従業員(職人)とサポート部門に職に対する	心理社会的就業環境(仕事の要求度・コントロール・サポート・努力-報酬不均衡)を改良するマネジメント能力を高める研修を隔週2時間(計60時間)1年間にわたり施行	介入群は保険会社の従業員223人(うち管理監督者42人)、対照群は260人(42人)	研修開始前及び1年度	就業環境に危機感の伺われるホワイトカラーの若い男性従業員に有	B
Takao et al. 2006		中小規模 就業年数の少ない 男性従業員・事務		管理監督者の役割(指針による)と積極的傾聴(ロールプレイを取り入れた実習)	醸造業の管理監督者46名を24名の介入群、22名の対照群に無作為に割り付	研修開始前、研修後3ヶ月		B

部門に職の不安定性に関する不安大意識差	管理監督者に人事考課される部下を比較	意な効果が観察された(心理的ストレス反応; p=.012, 仕事のパフォーマンス; p=.029)
メンタルヘルスケース増加のため対策必要	地方公共団体職員 864 人	部署内の3分の1以上の管理監督者が出席した部署において自記式調査票による心理的ストレス反応・仕事のパフォーマンスに有効
Tsutsumi et al. 2005	多部門	受講前と研修終了後3ヶ月
	管理監督者の役割(指針による)と積極的傾聴(講義)	

*根拠の水準：A = 高い水準の根拠あり, B = 中程度の水準の根拠あり, C = 弱い水準の根拠あり

表2. 管理監督者教育の効果評価：対照をおかない前後比較研究

著者・発表年	事業場の問題	特殊状況	事業場特性	内容・教育形式	対象者	評価時期	主な結果	根拠の水準*
Kubota, et al. 1997			積極的傾聴・2日間の講習会を1ヶ月間隔で2クール	管理監督者 60 名	受講前と講習会終了時	傾聴態度とタイプ A 行動構式の項目の一部が改善	C	
Kubota, et al. 2004			Inventive Experiential Learning (IEL) method による積極的傾聴・1日間の講習	地方公共団体の中間管理職 284 名	受講前と講習会終了後1ヶ月, 3ヶ月	傾聴態度と傾聴技術 (ALAS 調査票)が改善	C	

*根拠の水準：A = 高い水準の根拠あり, B = 中程度の水準の根拠あり, C = 弱い水準の根拠あり

表 3. ガイドラインのひな形

-
- 1) 全ての管理職にメンタルヘルス教育を実施することが推奨される
したがって、教育への参加率の向上への工夫が求められる
 - 2) 研修内容はその必要性によって対象管理職の階層分けを行う
 - 3) 教育の優先度の高い集団を同定し、研修を行う
 - 4) 対象事業場のニーズや状況に焦点を合わせた教育・研修を企画する
 - 5) 管理職教育は一度だけでなく、複数回繰り返して実施されることが望ましい
 - 6) 管理職監督者は、できれば1年に1回研修を受けることが望ましい
 - 7) 教育内容を数回にステップアップしていく計画を立てることもよい
 - 8) 研修内容には、事業場における労働者の心の健康保持増進のための指針で推奨されている事項および代表的な職業性ストレス要因に関する事項を含めるようにする
 - 9) 管理監督者の行動変容を目的として研修を行うようにする
-

科学的根拠による EBM ガイドライン開発：職場環境等の評価と改善の普及・浸透

分担研究者 吉川 徹 財団法人労働科学研究所・副所長
研究協力者 土屋政雄 東京大学大学院医学研究科・客員研究員

研究要旨：労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防における、職場環境等の評価と改善を容易に実施するためのマニュアル・資料作成のための基礎資料として、国内外の文献レビューを行ない、職場環境等の評価と改善に関する科学的根拠に基づく (EBM) ガイドライン案を作成した。職場環境の改善 (組織の再組織化) が心理社会的要因と健康要因に与える影響を評価した 2 つの系統的レビューの 31 文献に、最近の 2 文献を加えた 33 文献を抽出し、職場環境等の改善の効果評価に用いる指標と介入内容などを評価した。また、我が国での文献・事例報告 17 編について、その良好実践事例から職場環境等の評価と改善の普及・浸透に有用な情報を抽出し、ガイドラインのひな形を作成した。

比較対照研究のレビューからは、職場環境改善の意思決定プロセスにおける労働者のコントロール度の改善と従業員参加 (従業員参加型の職場環境改善) は、部分的に健康指標を改善する科学的根拠が明らかであった。ただし、経営合理化などの際に行われる従業員参加型の改善では、必ずしも健康指標の改善効果が得られるわけではなく、一般的に悪い労働条件による健康悪影響から労働者を保護できるものではない。また、作業課題の再構築 (タスクレベル多能工化、権限の付与、作業チーム再編成、生産ラインの変更など) は労働者の「要求度」を増大させ「コントロール感」を減少させ、労働者の健康指標を悪化させる可能性がある。職場の環境改善の意思決定に労働者参加のプロセスがある介入の場合は、健康と心理社会的指標の改善のエビデンスは高いと考えられた。

一方、国内外で展開されている参加型・自主対応型職場改善プログラム等の事例分析から、職場の多重・多面的な心身両面にわたるストレス要因に対し、労働者参加のもと、職場の主體的な取り組みを支援する目標設定を行い、心理社会的要因や心身負担要因の多領域改善を取り上げ、改善報告会による継続改善の仕組みを重視することが広く実施されていることが確認された。職場環境等の評価と改善のためのガイドライン・マニュアル作成にあたっては、労働安全衛生マネジメントシステムに呼応した心の健康作り計画を行なうことや、自主対応産業安全保健活動に留意することも重要と考えられる。

A. 研究目的

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり、労働者の健康の保持・増進、事業場における安全・生産性の確保の観点から、その未然防止 (第一次予防) は労使双方にとって優先順位の高い課題となっている。しかし、労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防として科学的有効性が確認 (川上他, 産業医学レビュー, 2008) されている労働者への教育研修、管理監督者の教育研修、職場環境等の評価と改善は、我が国の事業場における実施率はそれぞれ 17, 11, 7% と高くはない (平成 19 年労働者健康状況調査)。事業場において、メンタルヘルス対策を推進できない理由として、人員の不足とともに挙げられている要因は、「取り組みの仕方が分からない」ということが挙げられている (平成 19 年労働者健康状況調査)。科学的根拠によるガイドラインの作成や事業場で容易に実施できるマニュアルの整備により、これらの活動の推進が図られることが期待される。

これまで、職場環境の改善を通じたストレス対策の効果については必ずしも結論がでていないが、有効性を示す研究成果が蓄積されつつあり、またその実施は推奨されている (川上他, 産業医学レビュー, 2008)。2007 年には、相次いで職場環境改善の効果に関するレビュー論文が発表され (Egan et al. (2007); Lamontagne et al. (2007))、介入研究による効果の差異が整理されてきている。また我が国では職場環境改善のためのツールとして、メンタルヘルスアクションチェックリスト (吉川ほか (2007)) などが開発され、これらのツール等を活用した職場介入研究が行われ、その科学的根拠が蓄積されてきている (Kobayashi Y et al, 2008; Tsutsumi A et al, 2009)。これらの科学的根拠においてどのような組織介入がメンタルヘルス不調の一次予防策として有効であったか、最近発表された本課題に関する知見を整理することの意義は大きい。

一方、我が国では最近、現場の産業保健スタッフの経験や職場の経験に基づく、メンタルヘルス

不調の改善のための職場環境改善の取り組み事例が多く報告されるようになってきた(堤、2006; 坂田、2006; 彌富、2007; 渡辺、2007; 吉川、2008; 真船 2008; Ogami, 2008; Tahara, 2009 など)。これらの報告は、職場で取り組むことができたメンタルヘルス不調の一次予防策を進める良好実践事例であり、最近のプロセス重視の産業安全保健活動において、メンタルヘルス対策を取り上げる際、これらの介入プログラムの立案、実施、評価には、職場環境等の評価と改善を簡便に容易に実施しやすくする多くの経験知が蓄積されていると考えられる。

そこで、本分担研究では、職場環境等の評価と改善を容易に実施するためのマニュアル・資料を作成するための基礎資料づくりを目標とする。平成 21 年度は、3 年研究の 1 年目として、職場環境等の評価と改善について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成すること目的として、内外の効果評価研究などのレビューを行った。

B. 研究方法

1. 本研究に用いた論文の抽出方法

これまで、仕事のストレス軽減に関する介入研究の系統的なレビューはいくつか発表されているが、組織を対象とした介入については取り上げられている研究数が少ないものが多く、メタ分析によっても効果が明らかになっていなかった(メタ分析の結果を見ると、van der Klink [2001]: 研究数 5、 $d=0.08$ 95%信頼区間 $-0.03, 0.19$; Richardson & Rothstein [2008]: 研究数 5、 $d=0.144$ 95%信頼区間 $-0.123, 0.411$) (Martin, Sanderson, & Cocker, 2009; Richardson & Rothstein, 2008; Ruotsalainen, Serra, Marine, & Verbeek, 2008; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001)。

しかし、最近、主に組織的介入をレビューの対象とし、様々なレベルの研究デザインによる組織的介入の系統的レビューが 3 つ出てきており、組織を対象とした職場介入のエビデンスに関する詳細な情報がまとめられてきている (Bambra, Egan, Thomas, Petticrew, & Whitehead, 2007; Egan et al., 2007; Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007)。特に、Egan et al. (2007) と Bambra et al. (2007) のレビューは、それぞれ職場の再組織化 (work reorganization) が心理社会的および健康アウトカムに与える影響を系統的にレビューした初めての論文であり、それぞれ異なったレビューの焦点を設定し連番で発表されている。Egan et al. (2007) は従業員のコントロールを向上させることを目的とした事業場ごとのマクロレベルの介入を対象としているのに対し、Bambra et al. (2007) は従業員の仕事課題の再構成といった、ミクロレベルの

介入を対象としている。一方、Lamontagne et al. (2007) は、仕事のストレスへの介入の全般的なレビューであるが、1 次予防を主眼に置き、従業員自身のストレス反応への対処よりむしろ、職場環境におけるストレスの低減を目的としている点で、従来のレビューよりも組織的介入に重点を置く点が特徴である。この 3 つの文献のうち、Bambra et al. (2007) のレビューについては、仕事の要求度を増加させ、コントロールを減少させる仕事課題の再構成が従業員の健康に悪影響を与えるといた結論が得られたこと、また、従業員参加型の職場環境改善を対象としておらず、前後比較のみの研究デザインが多いため、本報告で参考にする系統的レビューは Egan et al. (2007) と Lamontagne et al. (2007) の 2 つのレビューで抽出された論文のうち、本研究課題に合致するものとした。

また、Egan et al. (2007) と Lamontagne et al. (2007) の 2 つのレビューのレビュー期間後に発表されている主なピアレビュージャーナルの文献、科学的根拠は弱い事例報告として日本国内で発表されている文献を収集した。

2 取り込み基準

2.1 Egan et al. (2007) の系統的レビューにおける文献の検索方法

Egan et al. (2007) の文献レビューの検索方法は、細かく複雑なため本報告では検索方法の概要のみ示す。

文献検索方法の概要: Egan et al. (2007) 文献では計 19 個の電子データベースを用い、従業員が、組織の意思決定への参加や決定を行う従業員の機会を増やすことを目的とした組織レベルの介入 (単一または複数介入) について実験的、前向き、後ろ向き研究を検索した。介入によって、心理社会的・健康影響ともに評価した研究とし、これらに関する検索語を用いて、全てのタイプの出版物、言語および国における文献について、各データベースの掲載開始期間から 2006 年 11 月までの文献を検索している。また、手動による特定や、専門家へ連絡を取る方法も行っている。検索の結果、65,282 件の題名および抄録が該当し、733 件を詳しく検討するために採用した。最終的に、18 件の研究が特定されそれぞれの研究の詳しい項目がレビューの対象になった。このうち、4 件が手動による検索で特定された (表 1)。Egan et al. (2007) のレビューにおける詳しい情報は Web で公開されているプロトコルを参照されたい。

(http://www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Research/Review%2008/Review8_MAIN.html: 2010 年 3 月 15 日現在)。

2.2 Lamontagne et al. (2007)の系統的レビューにおける文献の検索方法

Lamontagne et al. (2007)の系統的レビューにおいては、電子的データベースのMedline, ISI Web of Science を用い、"occupational stress", "job stress", "work stress", "stress management", "intervention" and "evaluation"の検索語により、仕事のストレスへの介入研究を行って英語で書かれた論文形式の文献に対し、対象期間を1990年9月から検索日である2005年の4月以前と設定し、論文検索が行われた。検索の結果、Medlineで116件(レビューを除くと91件)、Web of Scienceで51件が該当した。両者の重複を除き合計すると、のべ135件が該当した。

取り込み基準：(a)仕事のストレスが対象であること、(b)介入の評価が含まれていること、(c)サンプルサイズが最低でも30名以上あること、(d)従業員への介入であり、症状や疾患の状態は制限しないことの4点であった。

個々の研究の要約：まずシステムズアプローチ評価(High/Moderate/Low)の観点から分類が行われた。システムズアプローチの内訳は、「High」が一次予防を主要なアプローチとしている研究、「Moderate」が一次予防だがそれ以外の内容も含んでいる研究、「Low」が一次予防をほとんど含んでいない研究という分類である。このレビューにおいては、一次予防介入の定義を、健康な従業員においてストレスへの暴露や疾患の発生を物理的、心理的職場環境の改善や組織の変容を通じて防ぐこととしており、職場環境改善の一次予防的介入の研究は必ずHighの評価がついていることになる。また、因果推論のレベルとして研究デザインのレベル分けも行っており、5段階の内、介入を前後で評価し統制群を置いたデザインが4つ星、介入を前後で評価し、無作為に割りつけられた統制群を置いたデザインが5つ星である。これらのことから、本報告ではHighの評価が付き、かつ研究デザインが統制群を置いた前後評価以上(4つ星以上)といった文献を選択した。その結果、18件が該当し、この内Egan et al. (2007)で取り上げられた文献と6件が重複していた。整理された論文18件を対象とした(表2)。

2.3 Egan et al. (2007)とLamontagne et al. (2007)から得られた文献レビューと追加論文の抽出方法

表1と表2を合わせて36件(18+18)の文献があり、両者で6件の論文が重複していることから、重複を除くと30件の文献がリストアップされた。Egan et al. (2007)でリストアップされているBourbonnais et al. (2006)は2件の文献を一つの介入研究として引用されているため、系統的レビューからは31件の文献が同定された。また、

Egan et al. (2007)とLamontagne et al. (2007)の文献レビュー検索に準じて、追加の文献検索を実施したところ、Kobayashi Y et al (2008)、Tsutsumi A et al. (2009)の2文献が確認されたため、本分析で合計33件をレビューを対象とした。

3. 現場の産業保健スタッフ・職場の経験に基づくメンタル不調改善のための職場環境改善の取り組み文献の収集方法

我が国で2006-2009年に報告された主なメンタル不調改善のための職場環境改善の取り組み事例を、国内の雑誌・出版物から収集した。

選択基準：労働者のストレス軽減をめざした職場環境改善の取り組み目的として実施された産業安全保健活動事例のうち、環境改善のための方法や利用したツールを記述している、効果評価の指標を設定しているもの、実施した後の良好点や改善点を記述しているもののいずれかが該当するものから抽出した。抽出の際は、ツール開発に職場環境改善等の技術に関する報告でも、介入視点を検討する際に有用であると考えられるものは追加した。

なお、上記の引用文献は2009年11月28日に福岡市で行われた第17回産業ストレス学会のシンポジウム「ストレス対策を目的とした職場環境へのアプローチのコツ」において、職場環境等の評価と改善の普及・浸透に関する知見が総合討議で整理されていることから、本シンポジウムで整理された職場環境等の評価を改善の普及・浸透に関連した内容を整理し、ガイドライン作成の参考資料とした。

4. ガイドラインの作成方法

Egan et al. (2007)とLamontagne et al. (2007)の系統的レビューで得られた31文献に、2008、2009年に発表されたKobayashi Y et al (2008)、Tsutsumi A et al. (2009)の2文献を加え、合計33件の科学的根拠に基づく文献の知見を整理するとともに、我が国で報告された科学的根拠の論文、事例報告を踏まえて、かつ、最近の労働安全衛生マネジメントシステムの運用や参加型自主対応型の安全衛生活動に留意しながら、職場環境等の評価と改善の普及・浸透に有用なガイドラインのひな形を作成した。

C. 研究結果

1. 文献レビュー結果

1.1. Egan et al. (2007)の18件の文献レビュー結果(表1)

Eganの文献レビューでは、介入研究のカテゴリ分類を1)従業員参加型という単一要因に介入した研究(文献数7件)、2)従業員参加型+個人介

入（文献数 4 件）、3）従業員参加型（仕事のタスク構造と人間工学）（文献数 2 件）、4）従業員参加型（経営合理化）（文献数 5 件）の計 18 件の文献を抽出していた。それぞれ、研究デザイン、場所・対象者、介入、心理社会的アウトカム、健康アウトカムで効果評価が行われている。

18 文献の介入の効果評価の指標として用いられたものは、心理社会的指標と健康指標である。心理社会的指標としては、自己申告による要求、コントロール、サポートに関する測定項目（仕事の複雑さ、自律性、満足度）で、健康指標としては、自己申告による身体的健康度、メンタルヘルス、アブセンティズム、身体状況の評価などであった。労働災害に焦点を当てた研究、一般的な仕事の満足度より詳しい職場の心理社会的評価がない研究は除いた。

1.1.1 従業員参加型、単一介入

4 つに分類された介入研究のうち、従業員参加型の手法による介入では 7 つの研究のうち 6 つが適切な対照をおいた研究であった。これらの介入研究では、従業員委員会 (employee committees) によって自分達の職場のストレス要因を特定し、たとえば労働時間の柔軟化 (Smith et al. (1998))、仕事のスケジューリング・予算管理の権限付与 (Counte et al. (1987)) などの職場の労働条件に関する改善・変更を行うという手法を用いている。1 件が対照をおかない研究であった。

米国の公務員を対象として、外部コンサルタントが司会となり、選ばれた従業員による問題解決委員会による解決を図ったグループでは、12 ヶ月後、抑うつや睡眠障害は有意な改善を見なかったが、JCQ スコアが改善傾向で、開かれた集団プロセスは向上したと評価された (Landsbergis & Vivona-Vaughan (1995))。英国の公務員を対象とした参加型アクションリサーチとして行われた研究では、外部コンサルタント（心理学者）が設定した自発的参加の代表従業員主導の委員会を開催した結果、12 ヶ月後にコントロール感、主観的パフォーマンス、仕事ストレスが改善し、アブセンティズムにも効果があったとした (Bond & Bunce (2001))。ドイツでは病院を対象として "Health Circles" モデルに基づいた参加型介入が行われた。異なったタイプの従業員代表者による小集団をいくつか作り、外部の司会者により運営され、2 週間に 1 回会議をして心理社会的ストレスを特定し、病院職員と管理職に解決策を提言した取り組みの結果、裁量権をのぞく、多くのストレス要因が良好な値を示した（心理的要求度、上司および同僚支援、報酬、努力—報酬不均衡） (Bourbonnais et al. (2006))。米国の小売店を対象として、それぞれの介入店舗において、従業員代表の者が管理職と従業員の間の連絡係と

なり、チームコミュニケーション、凝集性、仕事のスケジューリング、葛藤解決、よく出来た仕事の認識について改善を図ったところ、組織的サポート、同僚サポート、上司の関与が改善した (Park et al. (2004))。英国の警察官において、固定した 12 時間シフトのスケジュールに対する、労働時間の柔軟化は、ローテーションへの満足、精神的健康の改善に寄与した (Smith et al. (1998))。

対照をおかない前後比較研究としては、英国の中規模の菓子製造業で、代表者によるグループワーク方式で職務再設計・作業レイアウトの改善を企画・実行、従業員グループの所に搬送される製品の直接的なコントロールを行ったところ、仕事の複雑さは悪化したが、グループの自律性の向上、集団アイデンティティ・主体性の増加に引きつづき、仕事のモチベーション、パフォーマンス、仕事の満足度はいずれも改善し、精神的健康度も改善、離職の減少が観察された (Wall and Clegg (1981))。

1.1.2 従業員参加型と個人の健康・行動介入

従業員参加型の複合介入研究のうち「従業員参加型+個人介入」は 4 件が該当した。個人レベルの健康増進、禁煙・運動・リラクゼーション、コミュニケーション技術向上などの行動変容に関する介入を、従業員委員会 (employee committees) 等を通じて参加型の取り組みとして実施している介入研究である。4 件はいずれも欧州（ノルウェー、オランダ、スウェーデン、英国）の研究である。3 つは対照群ありの前向きコホート研究で (Mikkelsen et al. (2000); Maes et al. (1998); Orth-Gomer et al. (1994))、1 件は無介入の比較群のある前向きコホート研究である (Bunce and West (1996))。外部コンサルタントが司会となった従業員委員会主導の個人向けストレスマネジメントと運動トレーニングでは、仕事の要求度、役割一致、成長の機会、ソーシャルサポート、満足感、精神的健康 (JCQ) いずれも改善した (Mikkelsen et al. (2000))。諮問委員会（従業員、管理職、研究者）で組織の変化についてグループ討議、健康増進プログラム（喫煙と運動）と心理社会的スキルトレーニングを組み合わせた研究では、心理的要求度、コントロール、人間工学的環境が改善した。男性における血中脂質の改善、アブセンティズムの改善もみられた (Maes et al. (1998))。スウェーデンの公務員介入群（94 人）対照群（35 人）、教育および小グループ活動で作業者の自律性増加・サポート増加・ストレーン減少を目指すアクションプランを参加型活動で作成したところ、介入開始前と介入 8 ヶ月後に、介入群で裁量度とリポプロテイン・プロフィールが改善 (Orth-Gomer et al. (1994))。英

国の病院で、サイト A：個人レベルストレスマネジメントトレーニングと職場のストレスを減らすための改革案を提案するためのセッション、サイト B：個人ストレスマネジメントトレーニングのみ、コントロールグループの3つを比較研究を行なったところ、複合介入群（サイト A）は対照群に比し、改革への態度（個人のイノベーション）が有意に改善し、仕事関連の緊張と GHQ12 が複合介入群でわずかに改善した（Bunce and West (1996)）。

1.1.3 従業員参加型、仕事のタスク構造と人間工学の改善

従業員参加型の複合介入研のうち「仕事のタスク構造と人間工学」では2件が該当した。日本の製造業で行われた比較対照群をおいた前向きコホート研究では、年齢、事業場規模、抑うつ得点をマッチングさせた製造業事業場で、上司、人事スタッフ、医療スタッフからなる、ストレス低減「仕事委員会」を開催し、大小様々なチームを作り、サブの上司を設定し、仕事の中でのトレーニングを増やし、人間工学的な改善を行ったところ、介入・非介入群ともに、観察期間中に仕事の負荷が増加したが、作業手順と指揮系統を改善した介入群では抑うつ症状の平均やアブセンティズムが改善した（Kawakami et al. (1997)）。米国の病院で行われた後ろ向き、反復横断研究では、3名の病棟勤務員と1名の上司からなる参加型人間工学チームが、参加型人間工学的介入を行った。提案された内容は作業手順の改善や、患者の移動などの負荷作業、機械的補助の使用制限などであった。参加型人間工学改善が行われた群では、心理的ストレス、複合指標、社会的支援が改善し、事故報告による筋骨格系疾患が減少、アブセンティズムも改善した（Evanoff et al. (1999)）。

1.1.4 経営合理化の際の従業員参加型

このカテゴリに分類された5つの研究は、参加型の介入を「組織の経営合理化」というマイナスの効果の減少をねらいとして実施された。5件のうち、1件のみが比較対照群をおいた前向きコホート研究である（Mikkelsen and Saksvik (1999)）。ノルウェーの2つの都市の郵便局で、経営合理化の際に介入群と対照群（同じ都市の他の郵便局から無作為に抽出された職員）を比較した。介入群では、作業手順、コミュニケーション、上司からのフィードバックの改善を参加型ミーティングで提案した。介入一週間後には、心理社会的指標と健康指標は若干の変化があったが、12ヵ月後には職員の「コミットメント」以外を除き、介入効果がなかった（Mikkelsen and Saksvik (1999)）。そのほかの4件は、いずれも心理社会的指標は悪化し、健康指標も悪化か変化がなく、従業員参加

型の効果は経営合理化の際には有効ではない可能性が指摘された（Woodward et al. (1999); Parker et al. (1997); Heaney et al. (1993)）。

1.1.5 Egan et al. (2007)の18件の文献レビューにみる心理社会的要因と健康のアウトカム

職場環境改善の意思決定プロセスにおける労働者のコントロール度の改善と従業員参加（従業員参加型の職場環境改善）を行った研究18件が抽出されたが、そのうち、比較対照群をおいた12件の研究における健康の評価では、8つの研究（う対照群のある介入研究）で、心理社会的指標と健康指標を改善する科学的根拠が明らかであった。これらの健康が改善した8つの研究では、心理社会的要因の「コントロール感」が改善した（Bond & Bunce (2001); Wall and Clegg (1981); Mikkelsen et al. (2000); Maes et al. (1998); Orth-Gomer et al. (1994); Bunce and West (1996); Evanoff et al. (1999); Parker et al. (1997)）。そのうち7つは健康も改善している。経営合理化に伴って行われた参加型の職場改善は従業員のコントロール度が下がり、健康の悪化もみられている（Mikkelsen and Saksvik (1999); Herting et al. (2003)）。

3つの研究で心理社会的要因の「要求」が改善した（Bond & Bunce (2001); Mikkelsen et al. (2000)）。4つの研究で「サポート」と「健康」が改善した（Park et al. (2004); Wall and Clegg (1981); Mikkelsen et al. (2000); Evanoff et al. (1999)）。

なお、Egan et al. らの文献レビュー研究では、無作為化比較介入研究（RCT）は見つけられなかったとしている。

1.2 Lamontagne et al. (2007)の文献レビュー結果（表2）

Lamontagne et al. (2007)は、システムアプローチをもちいた職業性ストレスへの介入研究の系統的レビューを行った結果、90件の文献が該当した。Lamontagneらは、システムアプローチ、すなわち職場への介入におけるプロセスとその目標設定と評価の観点から、それぞれをHigh/Moderate/Lowの3段階にわけ分類をした。

「High」にカテゴリされた研究は、一次予防を主要なアプローチとしている研究、「Moderate」が一次予防だがそれ以外の内容も含んでいる研究、「Low」が一次予防をほとんど含めていない研究という分類である（表3）。

このレビューでは、一次予防介入の定義を「健康な従業員においてストレスへの暴露や疾患の発生を物理的、心理的職場環境の改善や組織の変容を通じて防ぐこと」としており、職場環境改善の一次予防的介入の研究は必ずHighの評価

がついていることになる。また、因果推論のレベルとして研究デザインのレベル分けも行っており、5段階の内、介入を前後で評価し統制群を置いたデザインが4つ星(★★★★)、介入を前後で評価し、無作為に割りつけられた統制群を置いたデザインは5つ星(★★★★★)となっている。

「High」の評価がつき、かつ研究デザインが統制群を置いた前後評価以上(4つ星以上)である文献を選択した結果、18件が該当した。この18件は先のEgan et al. (2007)で取り上げられた文献と6件が重複していた。整理された論文18件は表2に示した。

1.2.1 職業性ストレス予防に関するシステムアプローチ分類による研究の動向

Lamontagne et al. (2007)の系統的レビューの結果、90件の文献は「high」33%(30/90)、「moderate」19%(17/90)、「low」48%(43/90)と分類された。1990-1995、1996-2000、2001-2005年代別に分類した「high」「moderate」「low」のそれぞれの研究は、「high」「moderate」が全体に占める割合は36%、61%、69%と増加の傾向であった。また、介入効果の評価指標に用いられている指標としての個人のレベルの評価、組織の評価と、「high」「moderate」「low」介入手法の比較検討では、1)「low」にカテゴリされるシステムアプローチによる研究のうち、個人に焦点をあてた研究は、個人のレベルの指標に効果が高い、2)「low」にカテゴリされる研究で職業性ストレスへの介入研究のうちで、個人に焦点を当てた研究は、組織レベルの変化に影響を与えていない、3)「high」「moderate」のシステムアプローチによる研究で職業性ストレスへの介入研究のうちで、組織に焦点をあてた研究は、個人と組織の両方に好ましい影響を与えている、と結論つけている。好ましいとされているのは、無作為対照介入研究としての、明確な科学的根拠をもつ研究が少ないからと考えられる。

1.3 最近の国内の2文献のレビュー

Konbayashi Y et al. (2008)とTsutsumi A et al (2009)による研究は、デザイン、評価手法、アウトカム共に優れ、参加型ストレス予防活動の有用性を支持する水準の高い研究である。Konbayashi Y et al. (2008)は比較対照試験で、Tsutsumi A et al (2009)は無作為化比較試験である。

Konbayashi Y et al. (2008)らは、大手製造業において労働者参加型の職場環境改善活動を実施し、介入前後で、ストレス要因およびストレス反応を評価した。技術・事務・研究開発の45部門を研究対象として、職場環境改善プログラムへの参加を希望した9部署が、他の36部署と比較

された。その結果、ホワイトカラー女性において、技術の活用度、上司と同僚のサポート、心身の訴え、職務満足感が良好に変化したことが認められた。指標の改善の程度は、場環境改善活動への参加率が50%以上の部署においてより顕著であり、改善活動に参加する従業員の割合が多いほど、メンタルヘルス向上の効果が高い可能性が指摘された(Konbayashi Y et al. (2008))。

Tsutsumi A et al (2009)らは、無作為に対照群をおいた実験的研究(RCT、無作為化比較対照試験)として、製造業ラインに従事する従業員においてメンタルヘルスアクションチェックリスト(吉川ら(2007))を用いた職場環境改善活動によるメンタルヘルス向上効果を検討した。その結果、調査研究中对象企業における生産活動が増加したが、対照群において精神健康調査得点(GHQ得点)が悪化していた一方で、職場環境改善群では増悪することなく、また、自覚的な仕事のパフォーマンスも向上していることが確認された(Tsutsumi A et al (2009))。

1.4 国内事例の文献レビュー

職業性ストレス軽減をねらいとした邦文などによる職場環境改善における事例報告として、自治体、製造業、病院、金融業に行なわれ、職業性ストレス一次予防を目標としているもの、ツール開発事例などを取り上げ(堤、2006;坂田、2006;彌富、2007;渡辺、2007;吉川、2008;真船2008;Ogami, 2008;Tahara, 2009など)、これらの職場介入事例から、職場改善によるメンタルヘルス不調一次予防策の普及と浸透に有用な視点の整理を試みた。

1.4.1 製造業における事例

堤らは、製造業において職業性ストレス調査票と職場環境改善のためのヒント集を活用した従業員による職場環境改善の試みを紹介している(堤ら、2006)。中規模事業場の3部署60人の社員が10のグループに別れて、各部署の良い点と改善が必要な点について討議し、改善活動の計画を立案した。業務量増大に伴う就業環境の悪化にもかかわらず、対人葛藤の低下、メンタルヘルス不全者の早期発見、メンタルヘルスに関わる就業状況についての社員自身による気づきなど、活動に伴う好ましい兆候が観察された。

彌富らは、製造業における職場環境の改善の取り組みを報告している(文献18-21)。対象事業所では平成15年度より職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスアセスメントを行い、その結果に基づき各職場で管理職を中心に職場の問題点を検討、改善を行っている。職場環境改善を円滑に継続的に行っていくためには、職場環境改善の仕組みづくりと教育、特にキーパーソンである各

職場の管理職教育が重要と指摘している（彌富、2007、文献 19）。そこでは、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）に基づき、社内の方針を明確にし、組織づくりと役割分担を行う点や「計画(P)－実施(D)－評価(C)－改善(A)」という一連の過程をベースに、連続的かつ継続的に活動を推進する（スパイラルアップする）点をメンタルヘルス改善のための職場環境改善を進めている。具体的には、年間計画に基づき実施、総務部安全防災課がコアとなり、各職場の対策案の実施、対策終了後の確認を行う。初年度は管理監督者対象に仕事のストレス判定図の見方と職場環境改善の具体的な進め方について集合教育を行い、以降は毎年新任管理職研修で職場環境改善に関する教育を実施している（彌富、2007、文献 20,21）。また、職場構造や職務内容に対応し対策を行いやすいように職場検討会や管理監督者からの要望を考慮して職場調査の単位を決定し、事業所全体の調査結果は安全衛生委員会で報告され、各職場ではストレス調査結果の報告後、職場単位で検討会が行われる。その結果、事業所全体の総合健康リスクは調査開始時（平成 15 年）111 から平成 21 年度は 98 へ減少している（彌富、2007、文献 20）。

1.4.2 自治体における事例

吉川らは、A市が毎年実施している安全衛生研修で、MHACL を利用した職場改善活動を報告した（吉川、2007）。取り組みでは、6ヶ月にわたる安全衛生研修の設定期間では、参加職場の労使の代表者は、5日間のみ、集合研修の形をとり、その期間で労働安全衛生に関する基本知識の習得と、MHACL を活用した職場環境改善に取り組み、その経験を交流している。5日間の研修日は、導入 2 日研修、2 回の中間報告会、最終発表会の日程として設定した。その結果、取り組み 6ヶ月後には、15 の職場から計 45 例の職場環境改善事例が行われ、各職場で提案された職場改善が、6ヶ月後に実施していた委員会は 11 委員会（73%）、実施された改善数は 73%（33/45）となった。MHACL の利用と 6ヶ月間のフォローアップで、職場環境改善を支援できることが確かめられたとしている（吉川、2007）。

渡辺らは、自治体職場における職員のメンタルヘルス対策として、産業医等による相談などに加え、職場環境等の改善を通じた参加型のストレス対策ツールを活用しながら、一次予防を目的としたストレス対策を進めている（文献 20 - 24）。職場環境改善によるストレス対策に取り組んだ初年度は、「忙しくて時間がない」「人員不足が問題だ」などの声が噴出し、また「メンタルヘルス対策は専門家に任せるもの」との認識が強かった。そのため、職場環境改善を進める職員の健康管理

室が中心となって、部局ごとに設置している安全衛生委員会（10 委員会）や関係者へ本取り組みの意義を積極的に説明し、実践の主体は職場であること、産業保健スタッフがサポートしながら進めることを確認している。2 年次は、職場でストレス対策を進める「グループリーダー」の養成研修を実施し、徐々に対策が進んだ。3 年次は、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）の一環と位置づけ、安全衛生委員会委員などを対象に、職場のストレス要因を対象としたストレスリスクアセスメント研修を実施するとともに、所属長等を対象に、グループリーダー養成研修を重点的に実施した。この経過のなかの研修では、仕事のストレス判定図や作業環境等とストレス反応の関係を参考に、職場環境改善のためのヒント集の使い方を実習している。また「働きやすい職場環境」をイメージしてもらいながら「何をどう改善すれば働きやすくなるか・そのために自分たちでどのようなことができるか」という視点でグループワークを行い、ストレス対策への理解を深めることに力点をおいた。職場での実際の作業は「できるものからできる範囲で進めること」を基本に、強い目標管理を行わず職場の自発的な取り組みを尊重しながら進め、職場環境改善の成果をあげている。3 年間で、各職場で職場環境改善のためのヒント集を使いながらミーティングが行われ、91 職場のうち 43 職場から「233 の良好事例」の報告と「226 の改善提案」が行われた（文献 22-25）。

1.4.3 金融業、病院等、そのほかの業種の事例

坂田らは、600 床の地域中核総合病院でメンタルヘルス対策に重点をおいた参加型職場環境改善プログラムを開発・実施し、評価した（坂田ら、2006）。MHACL と良好実践例を用いて医療従事者のグループ討議方式による改善活動を病棟ごと実施したところ、1)安全確保対策・人間工学的改善、2)労働時間・勤務時間の再検討、3)職場内外コミュニケーションの促進など 85 件以上の改善が行われた。ファシリテーターによる改善プロセス評価の結果、段階を追った支援、多面的な低コスト改善とツール提供、現場の自主性重視が重要なステップであるとし、検討課題として自主的改善へのイニシアティブ支援のための時間の確保、事例報告会の定期開催、担当者の負担感軽減を伴う手順の標準化などを指摘している（坂田ら、2006）。これらの研究成果をもとに、病院におけるアクションチェックリスト作成ワーキンググループにより、チェックリスト集がまとめられている（文献 28）。

Ogami らは、保険・金融業で管理監督者教育の一環として、MHACL を利用した職場改善支援プログラムを導入し、提案された職場環境改善の実施状況とその効果について、6 ヶ月後に管理監督者

へのフォローアップ評価を行った (Ogami A et al. 2008)。その結果、管理職によって提案されたものでかつ実施し、ストレスが少なく働きやすい職場づくりに効果の高かったとされたものとして、1) 気軽にトイレに行くことができる、休憩できる状況を確保する、2) 掲示板、業務計画表、日ごとの分担表などを活用して、必要な情報が全員に伝わるようにする、3) パソコン機器を置く机の上や、足まわりにある書類や物を整理整頓し、作業スペースを確保するなどが確認された。この研究では個人の回答による心理社会的要因、健康要因の前後比較は行われていない。良好事例の共有の状況、具体的に提案された内容の実行数とその効果に関する管理職の主観的評価により、同活動の評価を行っている (Ogami A et al. (2008))。

1.5 職場環境改善に関するツール開発の現状

1.5.1 メンタルヘルスアクションチェックリスト (MHACL)

厚労省研究班(下光輝一班、平成 14~16 年)により、職場のメンタルヘルス向上を目的とした職場環境等の改善のためのアクションチェックリスト (Mental Health Action Check List、以下 MHACL) が開発された (吉川ら、2007)。本チェックリストは (1) 文献レビューと改善事例の収集と分類、改善フレーズの作成と MHACL のひな型作成、(2) 産業現場への適用と産業保健スタッフ等を含むワークショップによる試用、(3) 改善フレーズの見直しと改善領域の再構成を行って、広く職場で使える改善アクション選定チェックリストの作成、の 3 ステップによって開発されている。改善領域として 6 つの領域を設定し、それらは、A) 作業計画への参加と情報の共有、B) 勤務時間と作業編成、C) 円滑な作業手順、D) 作業場環境、E) 職場内の相互支援、F) 安心できる職場の仕組み、である。MHACL は、メンタルヘルス不調に関連した心理社会的要因や身体的負担要因、組織要因を広く取り上げており、従業員参加型のグループワークによって職場の良好事例を確認・共有することを可能としている。また、チェックリスト活用場面の実際には、職場の問題点をくまなく探す使い方ではなく、チェックリストの各項目をヒントにして、職場の良好点に学び改善点を整理する方式のリスクアセスメントと位置づけ、現状に積み上げる方式による改善方法を推奨している (吉川ら 2007)。MHACL は産業現場での応用が広がっているが、このツールを活用してグループ討議を行い職場改善を進める方法や、改善を促進するファシリテーターの育成、また、現場や業種にみあったチェックリストや良好事例の継続収集が課題であるとも指摘している (渡辺ら、2008 ; 吉川ら 2009)。

1.5.2 メンタルヘルス改善意識調査票 (MIRROR)

永田らは、産業医科大学高度研究 (平成 16~18 年度) として、メンタルヘルス不調の発生の原因となっている職場のストレスそのものを職場環境改善により減らし、メンタルヘルス不調の発生予防を推進するための、メンタルヘルス改善意識調査票 (MIRROR) とその集計ソフトを開発した (永田ら、2006)。これらは「職場のメンタルヘルスガイド (産業医科大学産業生態科学研究所・精神保健学教室)」としてウェブ上で公開されている。前述の MHACL は「職場環境改善のためのヒント集」としてのグループワーク実施・改善の実行における具体的方策を考えやすくするツールであるが、現場の具体的な改善要望を「現場のニーズ」として測定し、対策を講じたいという企業からの要望を背景に、メンタルヘルス改善意識調査票 (MIRROR) を開発した (Tahara et al.、2009)。MIRROR は署毎の職場改善のニーズを調べ、集計するソフトも同時に開発され、ウェブで公開されている (文献 31)。MIRROR の活用により、職場のメンタルヘルスの対策の中の一次予防 (メンタルヘルス不調者の発生予防) を進めるために、職業性ストレス簡易調査票の仕事のストレス判定図との併用によって、部署毎の健康リスクや職場改善要望が同時に測定でき、ハイリスク職場やそれ以外の職場でデータに基づいた職場改善を進めることを目的としている。現在、同教室のネットワークを利用した現場実証研究が積み重ねられ、国内各企業において成果をあげている (石川ら、2006)。

D. 考察

本研究では、職場環境等の評価と改善を容易に実施するためのマニュアル・資料を作成するための基礎資料づくりを目標とし、平成 21 年度は、3 年研究の 1 年目として、職場環境等の評価と改善について科学的根拠に基づく (EBM) ガイドラインを作成すること目的とした。メンタルヘルス不調に予防策としての職場環境等の評価と改善に関する内外の直近の効果評価研究などの系統的レビュー論文などをもとに、検討したところ、ある一定の条件の下や、その進め方により職場環境等の改善が労働者のメンタルヘルスに関連した心理社会的指標と健康指標を改善する科学的根拠が蓄積されていることが明らかであった。考察では、1) 科学的根拠の現状、2) 効果のあがる職場介入条件の研究、3) 最近の産業安全保健マネジメントの仕組みあわせた職場環境改善の進め方を考察し、ガイドラインのひな形となる考え方を整理した。表 4 としてガイドラインのひな形をまとめた。

1.1 科学的根拠の現状と全体的評価

Egan et al. (2007); Lamontagne et al. (2007) の系統的レビュー論文が 2007 年に発表されるまで、これまでの職場環境改善に関するレビューやメタアナリシスは、職場環境改善の効果について明確な結論を出すことには慎重であった。van der Klink (2001) らによって行われたメタアナリシスにおいては、組織向けストレス対策全般として、効果があることは確認できなかった(van der Klink (2001))。Lamontagne et al. (2007) の系統的レビューにおいても、全般的には完全な効果有とする結論には慎重である。

Egan がレビューした 18 文献からは、従業員参加型の職場環境改善は、組織と個人の健康にともにより影響を与える可能性について、その科学的根拠がよりはっきりしてきていることを読み取ることができる。職場環境改善に関連した 18 の研究では、明確に対照群をおいた 12 件の研究のうち、明らかに 8 つの研究で健康指標が改善していることが明らかであった。従業員参加型の職場環境改善の取り組みは、組織にも個人にもよい影響を与えることが明らかとされた。ただし、職場が経営改善のためリストラを行うなど、経営状況が悪化する際に行われる参加型改善では、健康指標の改善効果が得られない研究もあり(Heaney et al. (1993)、Woodward et al. (1999)、Herting et al. (2003))、経営状況など外的要因が悪化している際における従業員参加型の取り組みの科学的根拠は弱いものと考えられる。

Lamontagne の系統的レビューの結果、90 件の文献はそのシステムアプローチであるか否かを、Lamontagne は一次予防を「high」、二次予防を「moderate」、三次「low」と分類し、1990-1995、1996-2000、2001-2005 年代別の動向を調べたところ、「high」「moderate」が全体に占める割合が年代ごとで増加の傾向であった。組織へのアプローチに関する研究・報告が増えていることは、本介入による効果評価は国際的に感心が高まっていて、それは EU 指令 (1989) を背景とした、自主対応型の産業安全保健活動が職業性ストレス研究においても広がっていることを確かめるものでもある。また、システムアプローチによる組織の再構成による労働者への健康影響の科学的根拠がよりいっそうはっきりしてくると予想される。Lamontagne らは、個人に焦点をあてた研究は、個人のレベルの指標に効果が高い、「low」にカテゴリされる研究で職業性ストレスへの介入研究のうちで、個人に焦点を当てた研究は、組織レベルの変化に影響を与えていない、「high」「moderate」のシステムアプローチを主体とした介入研究のうちで、組織に焦点をあてた研究は、個人と組織の両方に好ましい影響を与えている、と結論つけている。好ましいとされているのは、無作為対照介入研究としての、明確な科学的根拠

をもつ研究が少ないからと考えられる。

1.2 効果のあがる職場介入プロセスの研究

今回の文献レビューからは、Egan がそのレビューを 2 つに分けているように、1) 組織全体へアプローチをする従業員参加というプロセスを用いた介入手法と(Egan et al. (2007))、2) 介入のプロセスは問わず、実際に介入が行われた作業課題の再構築による介入、たとえば、多能工化、権限の付与、作業チーム再編成、生産ラインの変更(コンベア一式からセル式の自律的グループ化)などの介入がある(Bambra, C. et al. (2007))。組織レベルのプロセスの改善と、タスクレベルの介入である。後者の作業課題の再構築(タスクレベル)の介入研究では「要求」を増大させ、コントロール度を減少させ、労働者の健康指標には悪い影響を与えることが多いと結論つけている(Bambara C et al. (2007))。これは主に観察研究による。

また、職場介入研究では、たとえば Egan のレビュー論文のうち、従業員参加型の職場改善にかかわる研究では、外部コンサルタント(心理学者等)などが、従業員委員会を通じた組織・職場改善を支援する介入群と、支援しない非介入群とを分け、行われた研究が 7 件中 5 件であった。職場改善を実施する際には、従業員参加のプロセスを構築することが重要であると考えられるが、その支援を行う場合には、外部コンサルタントなどの支援を受けることがより、改善を効果的に進めることが可能になるのではと考えられる。

これらの研究の多くは、欧州で行われたものが多いが、職場のストレス対策の取り上げ方は、欧州における産業安全保健の潮流を反映している可能性がある。1989 年の EU 指令((89/391/EEC: 労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する 1989 年 6 月 12 日理事会指令)は、労働安全衛生施策に労働の参加を権利として認め、それを支える方針作成と、各リスクに対するマネジメントと、改善のプロセス管理が安全衛生の中核をなすとしており、今回多く報告された職業性の心理社会的要因リスクに対しても自立性とコントロールを増加させる(Bambara C et al. (2007)) 研究は、EU 指令に呼応した職場介入プロセスによる結果とも考えられる。

1.3 ガイドラインのひな形

メンタルヘルス不調予防策のための職場環境改善による組織への介入は、集団討議を含む従業員参加型のアプローチを用いることで、労働者の心理社会的指標や健康指標により影響を与える。文献レビューによって整理された内容から、職場環境改善の評価を改善に関するガイドラインを

表4にまとめた。なお、以下の点に留意する。1) 人員削減、作業課題の変更など経営合理化のための組織変化のある場合の従業員参加型の職場環境改善は、心理社会的指標や健康指標の改善につながらない、2) 従業員参加型を用いない作業課題レベル(マイクロレベル)の改善、たとえば、多能工化、権限の付与、作業チーム再編成、生産ラインの変更といった作業課題の再設計や再構築は、その介入のみでは健康指標の改善につながらない場合や、むしろ悪化する場合もあり、その変更プロセスの取り上げ方によって観察するアウトカムが異なる。

E. 結論

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防における、職場環境等の評価と改善を容易に実施するためのマニュアル・資料作成のための基礎資料として、国内外の文献レビューを行ない、職場環境等の評価と改善に関する科学的根拠に基づく(EBM)ガイドライン案を作成した。職場環境の改善(組織の再組織化)が心理社会的要因と健康要因に与える影響を評価した2つの系統的レビューの31文献に、最近の2文献を加えた33文献を抽出し、職場環境等の改善の効果評価に用いる指標と介入内容などを評価した。また、我が国での文献・事例報告17編について、その良好実践事例から職場環境等の評価と改善の普及・浸透に有用な情報を抽出し、ガイドラインのひな形を作成した。

比較対照研究のレビューからは、職場環境改善の意思決定プロセスにおける労働者のコントロール度の改善と従業員参加(従業員参加型の職場環境改善)は、部分的に健康指標を改善する科学的根拠が明らかであった。ただし、経営合理化などの際に行われる従業員参加型の改善では、必ずしも健康指標の改善効果が得られるわけではなく、一般的に悪い労働条件による健康悪影響から労働者を保護できるものではない。また、作業課題の再構築(タスクレベル多能工化、権限の付与、作業チーム再編成、生産ラインの変更など)は労働者の「要求度」を増大させ「コントロール感」を減少させ、労働者の健康指標を悪化させる可能性がある。職場の環境改善の意思決定に労働者参加のプロセスがある介入の場合は、健康と心理社会的指標の改善のエビデンスは高いと考えられた。

一方、国内外で展開されている参加型・自主対応型職場改善プログラム等の事例分析から、職場の多重・多面的な心身両面にわたるストレス要因に対し、労働者参加のもと、職場の主体的な取り組みを支援する目標設定を行い、心理社会的要因や心身負担要因の多領域改善を取り上げ、改善報告会による継続改善の仕組みを重視することが広

く実施されていることが確認された。職場環境等の評価と改善のためのガイドライン・マニュアル作成にあたっては、労働安全衛生マネジメントシステムに呼応した心の健康作り計画を行なうことや、自主対応産業安全保健活動に留意することも重要と考えられる。

F. 健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 吉川徹、小木和孝. 労働安全衛生マネジメントシステム(OSH-MS)への寄与としての参加型ストレス予防活動の役割. 産業ストレス研究2009;16:221-229.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献リスト

- 1) 厚生労働省: 平成19年労働者健康状況調査結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudu/saigai/anken/kenkou07/index.html>. Accessed March 15, 2010.
- 2) 事業場における労働者の心の健康保持増進のための指針(平成18年・厚生労働省)
- 3) Tetrick LE, Quick JC. Prevention at work: Public health in occupational settings. Quick JC, Tetrick LE (eds). Handbook of Occupational Health Psychology. American Psychological Association, Washington, DC, 2003:pp3-17.
- 4) 川上憲人, 島津明人, 土屋政雄, 堤明純. (2008). 産業ストレスの第一次予防対策: 科学的根拠の現状とその応用. 産業医学レビュー20(4): 175-196.
- 5) Karasek R. Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. ILO conditions of work digest: preventing stress at work 1992; 11(2): 23-41.

- 6) Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 23(1), 54-59.
- 7) Bamba, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., & Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1028-1037.
- 8) Egan, M., Bamba, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 945-954.
- 9) Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 268-280.
- 10) Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35(1), 7-18.
- 11) Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93.
- 12) Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34(3), 169-178.
- 13) van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- 14) 吉川徹, 川上憲人, 小木和孝, 堤 明純, 島津美由紀, 長見まき子, 島津明人. 職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. 産衛誌. 2007;49(4):127-142.
- 15) Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health*. 2008;50:455-470.
- 16) Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2009;51:554-563.
- 17) 堤明純, 島津明人, 入交洋彦, 吉川徹, 川上憲人. 職業性ストレス調査票と職場環境改善のためのヒント集を活用した職場環境改善. 産業ストレス研究. 2006 ; 13(4) : 211-217.
- 18) 彌富美奈子. (株) SUMCO におけるストレス軽減を目指した作業環境改善活動. 事業場におけるストレス対策の実際 P44-48 中央災害防止協会 2006年1月
- 19) 彌富美奈子. ライン管理者を中心とした職場自主活動で健康リスク低減を実現. 心とからだのオアシス No.2 p16-19, 中央災害防止協会 2007年
- 20) 彌富美奈子. 積極的ストレスマネジメントを目的とした職場環境形成支援. 関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要 2 : 17-22, 2008
- 21) 彌富美奈子. メンタルヘルスとリスクアセスメント. 労働安全衛生広報 Vol.40 p18-23, 2008年6月 No.940
- 22) 渡辺裕晃. いいコミュニケーションを基本に-職場へのアプローチでメンタルヘルス予防対策の発展を. 職場改善アドバイザー通信. 2007 ; (2) : 8-15.
- 23) 福岡県大牟田市. 二つのツールを有効活用し職場環境改善の効果的に進める. 安全と健康フォーラム. 2007年10月号、p17-18.
- 24) 参加型改善活動の進め方(1)メンタルヘルスアクションチェックリストを活用して. 自治体労安研リーフレット、2009年
- 25) 参加型改善活動の進め方(2)グループワークを活用して. 自治体労安研リーフレット、2009年
- 26) 吉川徹. 地方公共団体における職場環境改善を通じたメンタルヘルス対策. 安全と健康フォーラム. 2008年4月号、p9-13.
- 27) 坂田知子, 石橋静香, 吉川徹, 堤明純, 小

- 木和孝, 長見まき子, 織田進. 医療機関におけるメンタルヘルス対策に重点をおいた参加型職場環境改善. 労働科学. 2006;82(4):192-200.
- 28) 吉川徹編著. 医療施設等におけるメンタルヘルス向上のための職場環境改善チェックポイント. 川崎; 労研出版、2009年3月
- 29) Ayumi Ogami, Takashi Mutou, Toru Yoshikawa, Kazutaka Kogi. Primary prevention in managing mental health by using mental health action checklist through participatory training for supervisory employees at the financial industry. ICOH-CISME (Paris, France, 2008 Oct). Abstract book, p23.
- 30) 永田頌史. 職場環境改善のための調査票 (MIRROR) の開発～職場のメンタルヘルス対策～ (On 15 March 2010, Accessed at: <http://www.uoeh-u.ac.jp/JP/university/cooperation/labolink/pdf/015.pdf>)
- 31) Tahara H, Yamada T, Nagafuchi K, Shirakawa C, Suzuki K, Mafune K, Kubota S, Hiro H, Mishima N, Nagata S. Development of a work improvement checklist for occupational mental health focused on requests from workers. J Occup Health. 2009;51(4):340-8.
- 32) 職場のメンタルヘルスガイド. 産業医科大学産業生態科学研究所・精神保健学教室. <http://omhp-g.info/index.html>
- 33) 石川 浩二、芦原 睦. 職業性ストレス簡易調査票 (BJSQ) とメンタルヘルス改善意識調査票 (MIRROR) を用いた職場介入. 産業ストレス研究 2006;14(1):25.
- A. 2006. Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occup Environ Med* 63(5):326-34.
- Bunce D, West MA. 1996. Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations* 49(2):209-232.
- Cartwright S, Cooper CL, Whatmore L. 2000. Improving communications and health in a government department. In: Murphy LR, Cooper CL, editors. *Healthy and productive work: an international perspective*. London: Taylor & Francis. p 67-81.
- Counte MA, Barhyte DY, Christman LP. 1987. Participative management among staff nurses. *Hosp Health Serv Adm* 32(1):97-108.
- Eriksson I, Moser V, Uden AL, Orth-Gomer K. 1992. Using knowledge and discussion to decrease stress in Swedish public administration officials. *Conditions of Work Digest* 11:214-219.
- Evanoff BA, Bohr PC, Wolf LD. 1999. Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. *Am J Ind Med* 35(4):358-65.
- Heaney CA, Israel BA, Schurman SJ, Baker EA, House JS, Hugentobler M. 1993. Industrial-relations, worksite stress reduction, and employee well-being - a participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behavior* 14(5):495-510.
- Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson US. 2003. Personnel reductions and structural changes in health care: work-life experiences of medical secretaries. *J Psychosom Res* 54(2):161-70.
- Innstrand ST, Espnes GA, Mykletun R. 2004. Job stress, burnout and job satisfaction: An intervention study for staff working with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17(2):119-126.
- Kawakami N, Araki S, Kawashima M, Masumoto T, Hayashi T. 1997. Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 23(1):54-9.
- Landsbergis PA, Vivenavaughan E. 1995.

レビューに用いた 33 件の文献

- Aust B, Peter R, Siegrist J. 1997. Stress management in bus drivers: A pilot study based on the model of effort-reward imbalance. *International Journal of Stress Management* 4(4):297-305.
- Bond FW, Bunce D. 2001. Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *J Occup Health Psychol* 6(4):290-302.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Abdous B, Gaudet M. 2006. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med* 63(5):335-42.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower

- Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior* 16(1):29-48.
- Logan MS, Ganster DC. 2005. An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management* 31(1):90-107.
- Lourijnsen E, Houtman I, Kompier M, Grundemann R. 1999. The Netherlands: a hospital, healthy working for health. In: Kompier MAJ, Cooper CL, editors. *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*. London: Routledge. p 86-120.
- Maes S, Verhoeven C, Kittel F, Scholten H. 1998. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: the Brabantia Project. *Am J Public Health* 88(7):1037-41.
- Melchior ME, Philipsen H, Abu-Saad HH, Halfens RJ, van de Berg AA, Gassman P. 1996. The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. *J Adv Nurs* 24(4):694-702.
- Michie S, Wren B, Williams S. 2004. Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occup Environ Med* 61(4):345-9.
- Mikkelsen A, Saksvik PO. 1999. Impact of a participatory organizational intervention on job characteristics and job stress. *Int J Health Serv* 29(4):871-93.
- Mikkelsen A, Saksvik PO, Landsbergis P. 2000. The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work and Stress* 14(2):156-170.
- Munz DC, Kohler JM, Greenberg CI. 2001. Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *International Journal of Stress Management* 8(1):49-62.
- Nijhuis FJ, Lendfers M, De Jong A, Janssen P, Ament A. 1996. Stress-related interventions in construction work. In: Cooper CL, Liukkonen P, Cartwright S, editors. *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organisations*. . Dublin, UK: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Orth-Gomer K, Eriksson I, Moser V, Theorell T, Fredlund P. 1994. Lipid lowering through work stress reduction. *Int J Behav Med* 1(3):204-14.
- Park KO, Schaffer BS, Griffin-Blake CS, Dejoy DM, Wilson MG, Vandenberg RJ. 2004. Effectiveness of a healthy work organization intervention: ethnic group differences. *J Occup Environ Med* 46(7):623-34.
- Parker SK, Chmiel N, Wall TD. 1997. Work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *J Occup Health Psychol* 2(4):289-303.
- Schaubroeck J, Ganster DC, Sime WE, Ditman D. 1993. A field experiment testing supervisory role clarification. *Personnel Psychology* 46(1):1-25.
- Smith L, Hammond T, Macdonald I, Folkard S. 1998. 12-h shifts are popular but are they a solution? *International Journal of Industrial Ergonomics* 21(3-4):323-331.
- van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. 1998. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *J Appl Psychol* 83(3):392-407.
- Wall TD, Clegg CW. 1981. A longitudinal-field study of group work redesign. *Journal of Occupational Behaviour* 2(1):31-49.
- Woodward CA, Shannon HS, Cunningham C, McIntosh J, Lendrum B, Rosenbloom D, Brown J. 1999. The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital: a longitudinal study. *Med Care* 37(6):556-69.
- Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health*. 2008;50:455-470.
- Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2009;51:554-563.

表 1. Egan et al. (2007)のレビューで表に含まれている文献をすべて列挙

従業員参加型		研究デザイン	場所, 対象者	介入	心理社会的アウトカム	健康アウトカム
Landsbergis & Vivona-Vaughan (1995)	前向きコホート, 比較群あり	2つの地方行政機関; 米国; 管理職, 専門職, 事務員	外部コンサルタントが司会となり, 選ばれた従業員による問題解決委員会を開催	開かれた集団プロセス↑	-	
Bond & Bunce (2001)	前向きコホート, 比較群あり	中央政府; 英国; 様々な階級の公務員	参加型アクションリサーチ; 外部コンサルタント(心理学者)が設定した自発的参加の代表従業員主導の委員会を開催	コントロール感↑ 主観的パフォーマンス↑	仕事ストレス↑ アブセンティズム↑	
Counte et al. (1987)	前向きコホート, 比較群あり	病院; 米国; 看護師	参加型マネジメント介入; 人事, 仕事のスケジューリング, トレーニング, 部分的な予算管理の権限を与えられた, 看護師による委員会を開催	-	-	
Bourbonnais et al. (2006)	前向き反復横断研究, 比較群あり	病院; カナダ; 看護師, 病棟事務員, 補助看護師	ドイツの“Health Circles”モデルに基づいた参加型介入。異なったタイプの従業員代表者による小集団をいくつか作り, 外部の司会者により運営され, 2週間に1回会議をして心理社会的ストレスサーを特定し, 従業員と管理職に解決策を提言する	心理的要求度↑ 上司サポート↓ 同僚サポート↑ 報酬↑	バーンアウト↑	
Park et al. (2004)	前向き, 統制, 反復横断研究,	小売店従業員; 米国; 全従業員	それぞれの介入店舗において, 従業員代表の者が管理職と従業員の間の連絡係となり, チームコミュニケーション, 凝集性, 仕事のスケジューリング, 葛藤解決, よく出来た仕事の認識について改善を図る	組織的サポート↑ 同僚サポート↑ 上司の関与↑	全般的健康↑ 仕事ストレス↑	
Smith et al. (1998)	前向き, 反復横断研究, 比較群あり	警察署; 英国; 警官	固定した12時間シフトのスケジュールに対する, 労働時間の柔軟化	ローテーションへの満足↑	精神的健康↑	
Wall and Clegg (1981)	前向きコホート	工場; 英国; 肉体労働者	従業員代表者のグループが管理を交代し, 従業員集団の所に搬送される製品の直接的なコントロールを行う	仕事の複雑さ↓ 自律性↑ 集団アイデンティティ↑ 仕事のモチベーション↑ 仕事の満足度↑	精神的健康↑	

従業員参加型+個人介入

Mikkelsen et al. (2000)	前向きコホート, 比較群あり	病院; ノルウェー 様々な保健専門職, 事務員, 技術員, 管理職	外部コンサルタントが司会となった従業員主導の委員会の開催; 個人向けストレスマネジメントと運動トレーニング	仕事の要求度↑ 役割一致↑ 成長の機会↑ ソーシャルサポート↑ 満足感↑	精神的健康↑
Maes et al. (1998)	前向きコホート, 比較群あり	工場; オランダ; 肉体労働者 他のスタッフ	諮問委員会(従業員, 管理職, 研究者)で組織の変化についてデイスカッション; 健康増進プログラム(喫煙と運動)と心理社会的スキルトレーニング 2日間の教育(仕事のストレス, 生活スタイル要因, リラクゼーション技法); 従業員ワークグループにより, 職場環境のコントロールとサポートを向上させ, ストレインを減らす	心理的要求度↑ コントロール↑ 人間工学的状況↑ 仕事からの刺激と自律性↑	男性における血中コレステロール↑ アブセンティズム↑
Orth-Gomer et al. (1994)	前向きコホート, 比較群あり	5つの公務員ワークグループ; スウェーデン; 特定の職務内容 は不明	個人レベルのストレスマネジメントトレーニングと職場のストレスを減らすための改革案を提案するためのセッション; サイトB:個人ストレスマネジメントトレーニングのみ	個人のイノベーション↑	血中アポリポタンパク質Bに対するアポリポタンパク質AIの比↑
Bunce and West (1996)	前向きコホート, 「無介入の」比較群あり	病院; 英国; 保健専門職, 事務員	構成員として, 上司, 人事スタッフ, 医療スタッフからなる, ストレス低減「仕事委員会」を開催。大小様々なチームを作り, サブの上司を設定し, 仕事の中のトレーニングを増やした; 人間工学的な改善をした	仕事の負荷↓	抑うつ症状の平均↑ アブセンティズム↑

従業員参加型(仕事のタスク構造と人間工学)

Kawakami et al. (1997)	前向きコホート, 比較群あり	工場; 日本; 肉体労働者	構成員として, 3名の病棟勤務員と1名の上司からなる参加型人間工学チームを作り, 人間工学的介入を行った。内容は, 新しい手続きや, 力仕事や機械的補助の限られた使用についてであり, 目的は事故発生率の低減であった。	心理的ストレスサー↑ 複合指標↑ ソーシャルサポート↑	自己報告による筋骨格系疾患↑ アブセンティズム↑
Evanoff et al. (1999)	後方視的, 反復横断研究(アブセンティズムは前後比較)	病院; 米国; 病棟事務員			

従業員参加型(経営合理化)

Mikkelsen and Saksvik (1999)	前向きコホート, 2つの介入	郵便局; ノルウェー;	仕事状況に関する会議を行い, 上司と従業員のワークグループでミーティングを毎週2時間開催	自由競争主義↓ 個人的思いやり↑	-
------------------------------	----------------	----------------	--	---------------------	---

グループと2つの比較グループ	肉体労働者と事務員	(全9回)、介入はコンサルタントが運営した; 介入は企業の経営合理化の最中に行われた	知的刺激↑
Woodward et al. (1999)	前向きコホート	管理職-従業員デザインチームにより病院サービスの「再エンジニアリング」を行った 内容は合併と余剰人員の一次解雇であった、スタッフはポストを再応募するように求められた	要求度↓ 役割の明確性↓ 同僚サポート↓ 上司サポート↓ チームワーク↓ 仕事の不安定さ↓ 情緒的消耗感の平均値↓ 不安の平均値↓ 抑うつ平均値↓
Parker et al. (1997)	前向きコホート	「エンパワメントイニシアチブ」: 多種のスキル、マネジメントの再構築、仕事のチーム、従業員の成長に重点を置く; 事務員と肉体労働者において特に経営合理化が進められた	要求度(全体)↓ 要求度(肉体労働者)↓ コントロール(全体)↑ 参加(全体)↑ 参加(肉体労働者)↑ 満足度(肉体労働者)↑ 上司の情緒的サポート↓ 統合平均スコア: 不安-満足↑, 抑うつ-熱中↑
Heaney et al. (1993)	後方視的, コホート	参加型アクションリサーチ委員会(管理職, 労働組合の代表者, 研究者からなる)がストレスとうエルネス委員会(従業員代表からなる)の創設を援助した 部署1: 経営合理化と階層的マネジメント構造の構築, 部署2: 「共同的」状態を維持し, 階層構造を減らした	-
Herting et al. (2003)	質的, 後方視的, パネル調査	病院; スウェーデン; 事務員	仕事が多すぎるという回答↓ 裁量度がないという回答↓ コミュニケーションの問題と上級職に対する劣等感という回答↓ 精神的健康: 「泣きそうである」, 「楽しみ」や「動機」がない, 「苛立っている」, 「怒りっぽい」, よく眠れない, 活力がない, 羞恥心と葛藤があるという報告↓

↑: 改善, ↓ 悪化, -は有意な変化なし, ほとんど変わらない結果は省略

表 2. Lamontagne et al. (2007)のレビューより、“High”の評価に対応し、かつ統制群を置いている研究デザイン以上の文献を列挙

	研究デザイン	場所, 対象者	介入内容	結果	備考
再	Aust (1997)	ドイツ バスドライバ 保健従業員	従業員参加型; 0, 0/1 従業員参加型; 0/1, 1	コントロール↑ GHQ↑ 満足度↑ 組織構造や風土より生じるスト レス↑ スキルの発達↑ 自律性↑, コントロール↑, イニシアチブスキル↑ 善玉コレステロール HDL↑, 悪玉コレステロール LDL↑, 血清脂質↑ 仕事の刺激↑, 上司からのフィードバック↑, 仕事の負荷↑ ストレス↑ 消耗感↑ 満足度↑ 抑うつ↑ 疾病休業↑ 仕事の負荷を訴える者の割合 ↓ 上司がサポーターな場合の みコントロール↑, また満足度 ↑ アブセンティズム↑ 利益がコストを上回った	Egan et al. (2007)で採択
再	Bunce and West (1996)	英国; 政府職員	従業員参加型; E/O, 0/1		
再	Cartwright (2000)	英国; 政府職員	従業員参加型; E/O, 0/1, 1		
再	Eriksson et al. (1992)	スウェーデン; 政府職員	従業員参加型; E/O, 0/1, 1		
再	Innstrand et al. (2004)	知的障害者施 設職員	従業員参加型; E, 0/1		
再	Kawakami (1997)	日本; 肉体労働者	ニーズアセスメント・リスクアセスメント, 従業員 参加型; 0, 0/1		Egan et al. (2007)で採択
再	Logan et al. (2005)	トラック運送会 社の部課長	従業員参加型; E, 0/1		
再	Lourijzen et al. (1999)	オランダ; 病院従業員	ヘルスプロモーションと統合した職場ストレスの 安全衛生の介入, ニーズアセスメント・リスクア セスメント, 従業員参加型; E, 0, 0/1, 1		
再	Maes et al. (1998)	オランダ; 製造業従業員	ヘルスプロモーションと統合した職場ストレスの 安全衛生の介入, ニーズアセスメント・リスクア セスメント, 従業員参加型; E, 0, 1 E/O, 0/1		Egan et al. (2007)で採択
再	Melchior (1996)	看護師	従業員参加型; E/O, 0/1	退職↑	randomize の記述見当

たらず，
quasi-experimental とは
書いてある

再	Michie (2004)	★★★★	病院の清掃者 (介入群)、配 膳者(統制群) ノルウェー; 保健医療従事 者	ニーズアセスメント・リスクアセスメント、従業員 参加型; E, O, O/I 従業員参加型; O, O/I, I	疾病休業↑	Egan et al. (2007)で採択
再	Mikkelsen (2000)	★★★★	ノルウェー; 郵便局員	従業員参加型; E, O	役割協調↑ 学習環境満足↑	Egan et al. (2007)で採択
再	Mikkelsen (1999)	★★★★★*			研究実行時が組織の経営合理 化の時期だった	Egan et al. (2007)で採択
	Munz (2001)	★★★★	米国 顧客サービ ス、営業 オランダ 建設業	従業員参加型; E, I	仕事の状況は統制群では悪化 していったが、介入群の1つで は悪化傾向は鈍かった 情緒的ウェルビーイング↑ ストレス↑ 抑うつ↑	controlのみ randomに 選ばれた
	Nijhuis et al. (1996)	★★★★		ヘルスプロモーションと統合した職場ストレスの 安全衛生の介入、ニーズアセスメント・リスクア セスメント、従業員参加型; O, O/I, I	※解析法は特定されておらず、 著者らの報告のみ 仕事に関連した不満↑	
再	Orth-Gomer et al. (1994)	★★★★★	スウェーデン; 政府職員	従業員参加型; O, O/I		Egan et al. (2007)で採択 abstractに randomized と記載
	Schaubroeck (1993)	★★★★★	米国中西部の 大学	ニーズアセスメント、従業員参加型; E, O/I	あいまいさ↑ 上司の不満足↑ バーンアウト↑ 欠勤↑	abstractに randomized と記載
	Van Dierendock et al. (1998)	★★★★	直接ケアに携 わる精神保健 の専門家	従業員参加型; E/O, O/I, I	欠乏感情(不公正感)↑	

★★★★★, 介入前後の測定で無作為割付でない対照群を置いた研究, ★★★★★, 介入前後の測定で無作為割付の結果厳密には無作為割付比較試験
ではないと思われる;
介入対象:(E) 物理的職場環境(例:騒音など), (O) 組織(例:仕事の再設計, 仕事の負荷の低減など), (I) 個人向け(例:コーピングスキルトレーニング, 従業員援助プログラム, 葛藤マ
ネジメントスキルトレーニングなど), (O/I) 組織と個人のインターフェイス(例:従業員参加のメカニズム, 同僚サポートグループ)
↑:改善, ↓悪化, ほとんど変わらない結果は省略; 再:Egan et al. (2007)で取り上げられた文献

表3 職業性ストレスに対するシステムアプローチ (Lamontagne et al., Int J Occup Environ Health, 2007:13(3):268-280)

介入レベル		効果	介入の対象	介入例
定義				
高 : high	一次予防 (primary)、先を見越した (proactive) 目標 : 労働者がストレス関連症状や疾病を経験する前に、潜在的なリスクファクターの低減やストレスサワーが自然変容 (altering) する	+++	<ul style="list-style-type: none"> 対象におけるストレスサワー 労働組織 労働条件 	<ul style="list-style-type: none"> 仕事の再設計 労働負担の軽減 コミュニケーションの改善 技能・技術におけるコンフリクトマネジメント
中程度 : moderate	二次予防 (secondary) 目標 : ストレスフルな条件への対処する資源、知識、技術を労働者が獲得することを支援する	++	<ul style="list-style-type: none"> ストレスサワー (認知されているストレスや負荷) のあたる従業員 	<ul style="list-style-type: none"> 認知行動療法 コーピング教室 怒りマネジメント
低 : low	三次予防 (Tertiary) 目標 : 労働者のストレス関連症状や疾病の状況にある労働者を治療、救済、リハビリテーションをする	+	<ul style="list-style-type: none"> 短期間で仕事に關する健康への副影響 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者ケアシステム 職場復帰プログラム 職業訓練・治療 ストレスへの医療的ケア

表 4 職場環境改善の評価と改善に関するガイドラインのひな形（2010年3月現在）

1) 職場環境改善の評価と改善の実施にあたってはその目的を明確にする
2) プログラム立案では、職場環境の評価や関連健康状態の評価のみ実施する問題指摘型の取り組みは避け、問題解決型のアプローチをとることに力点を置く
3) 組織としての取り組みでは、組織ないし部門責任者のサポートを得ることが不可欠なことを強調する
4) 対象とする組織/同業種にある良好実践から学び、実施可能な良好実践が不可欠なことを強調する
5) 集団討議、職場委員会の設置等の従業員参加型の取り組みを推奨し、対象職場ではその半数以上の労働者が改善活動に参加する仕組みを作る
6) 良好実践に見合った提案を促すアクションチェックリストなど、現場条件で調整したアクション提案型ツールを用いる
7) 現場の多面にわたる心身の負担状態に対する改善策を広くとりあげる
8) 職場環境改善の実施と評価は、ステップバイステップで進め、必ずフォローアップ期間を設ける
9) 個人や職場の状況に見合った改善が行えるように支援のメカニズムを作ってきめ細かく運用する
10) 成果を報告しあい、関係者全員に広くフィードバックすると共に、良好な取り組みは顕彰する
11) 問題解決型アプローチによる介入によって、一般労働条件改善の意識と活動が進むようにする
12) 問題のある職場に注目して職場環境等の評価と改善を開始しない

科学的根拠による EBM ガイドライン開発 「心の健康づくり計画」の効果に関する好事例の収集

主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授
研究協力者 津野香奈美 東京大学大学院医学系研究科・大学院生

本研究では、労働者のメンタルヘルス不調の一次予防対策を進めるための科学的根拠に基づく EBM ガイドラインを開発する準備として、「心の健康づくり計画」他の効果に関する好事例を収集した。主に医学中央雑誌のデータベースを用い 2000 年以降に出版された 66 件の文献を収集した。その結果、7 割の事業場で「管理監督者向けの教育・研修および情報提供」、「一般従業員向けの教育・研修および情報提供」についての記載があったが、一方で「産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供」、「職場環境等の改善」、「評価・改善」の項目については 3 割以下しか記載がなかった。また、「緊急時の心のケア」については 1 割以下であった。このように心の健康づくり実施状況チェックリストにのっとり各事業場の実施状況を整理するとともに、対策を行った結果として効果があったと記載のあった文献については効果の部分を抜き出し、好事例集としてまとめた。これらは EBM ガイドラインの下での労働者のメンタルヘルス不調の一次予防対策の普及・浸透に効果的に活用できると考えられる。

A. 研究目的

本研究事業では、職場におけるメンタルヘルス疾患の一次予防対策に関して、これまでの科学的根拠を吟味するとともに、これらの研究成果を統合することで、科学的根拠に基づく EBM ガイドラインを開発する。このうち、「心の健康づくり計画」効果測定チームでは、これまで発表されている事業場の心の健康づくり計画の内容や好事例を収集し、現在行われている一次予防対策をまとめることによって、まだ効果を発表していない事業場にとって参考となるよう好事例データベースを作成する。

本年度は、すでに雑誌などに公表されている企業事例から好事例を収集・分類し、好事例データベース作成の基礎とした。またこれを活用して「心の健康づくり計画」立案の効果を経済的効果・予防的効果等の効果の観点から整理した。

B. 研究方法

国内で発行されている医学・歯学・薬学およびその関連領域から収集された資料を扱う論文情報データベースである医学中央雑誌（医中誌）にアクセスし、「職場メンタルヘルス」「メンタルヘルス対策」「心健康づくり」等のキーワードを用いて、労働安全衛生関連雑誌の該当文献を検索した。そのなかから、「メンタルヘルス指針」が出された 2000 年以降のもので、事業場のメンタルヘルス対策を紹介している文献に限り文献収集対象とし（外部 EAP 機関が事業場に対して行うメンタルヘルス対策を発表しているもの、特定の事業場についてではなく一般論としてメン

タルヘルス対策について記述している文献は除外）、ページを PDF ファイルで保存後、書誌事項（著者、タイトル、雑誌名、発行年、巻号、開始・終了ページ数）を記録した。収集期間は、平成 20 年 7 月～12 月とした。

収集にあたって記録した項目は、以下の項目である。

- ①企業名
- ②業種（鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・水道、運輸、通信、卸売・小売、飲食、金融・保険、不動産業、サービス業、医療・福祉、その他）
- ③事業場規模：文献の通りに記載。記載のない場合は、「記載なし」と記入
- ④企業規模：同上
- ⑤職場のメンタルヘルス活動の実施状況：『事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト』10 項目（川上ら、2005）に従い分類し、それぞれの項目について「記載があるか・否か」を 0・1 で記録した。

- A1：心の健康づくりの方針表明
- A2：心の健康づくりの組織
- A3：心の健康づくりの計画
- B1：メンタルヘルスの相談先
- B2：心の健康問題を持つ従業員の復職支援
- C：職場環境等の改善
- D1：管理監督者向けの教育・研修および情報提供
- D2：一般従業員向けの教育・研修および情報提供
- D3：産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供

E：さまざまな機会を活用した心の健康づくり

F：緊急時の心のケア

G：評価・改善

⑥職場のメンタルヘルス活動の効果の記載：効果についての記載があれば、抜き出し記録した。同じく、経済的效果、予防的效果の記載があれば特記した。

詳細は、職場のメンタルヘルス一次予防データベース（資料1）を参考のこと。

C. 結果

(1) 収集した文献数：66件

(2) 事業場数：60社

(3) メンタルヘルス活動の実施状況

A1 心の健康づくりの方針表明：39件

A2 心の健康づくりの組織：42件

A3 心の健康づくりの計画：38件

B1 メンタルヘルスの相談先：44件

B2 心の健康問題を持つ従業員の復職支援：30件

C 職場環境等の改善：14件

D1 管理監督者向けの教育・研修および情報提供：54件

D2 一般従業員向けの教育・研修および情報提供：50件

D3 産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供：20件

E さまざまな機会を活用した心の健康づくり：53件

F 緊急時の心のケア：3件

G 評価・改善：17件

上記詳細は、「心の健康づくり計画」からみたメンタルヘルス対策実施状況（資料1・別途添付）を参照のこと。

(4) 効果

休業日数の減少、相談件数の増加等の記載が、限られた数ではあるが見受けられた。その結果については、「心の健康づくり計画」好事例集（資料2）を参照のこと。

D. 考察

「D1 管理監督者向けの教育・研修および情報提供」、「D2 一般従業員向けの教育・研修および情報提供」については全体の7割で記載があったが、一方で「D3 産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供」、「職場環境等の改善」、「評価・改善」の項目については3割以下の文献でしか記載がなかった。また、「緊急時の心のケア」については1割以下であった。

メンタルヘルス対策をスムーズに進めるには、どのような目的をもって誰が対策を行うのか、具

体的にどのような内容の対策を行うのか等の情報を使用者、サービス提供者、労働者が共有し、定期的に評価・改善することが重要である。しかし現場においては、そういった心の健康づくりの方針表明や計画よりも、管理監督者向けの研修や情報提供など、回数などで評価できる内容に対するニーズが高い可能性が考えられる。ただやはり何らかの効果を発表している事業場では心の健康づくり計画に積極的に関わっているところが多く、心の健康づくり計画に乗っ取って対策を進めることはある程度の効果を期待できる。

E. 結論

本研究では、職場のメンタルヘルス不調の一次予防対策を進めるための科学的根拠に基づくEBMガイドラインを開発する準備として、「心の健康づくり計画」他の効果に関する好事例を収集した。主に医学中央雑誌のデータベースを用い2000年以降に出版された66件の文献を収集した。その結果、7割の事業場で「管理監督者向けの教育・研修および情報提供」、「一般従業員向けの教育・研修および情報提供」についての記載があったが、一方で「産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供」、「職場環境等の改善」、「評価・改善」の項目については3割以下しか記載がなかった。また、「緊急時の心のケア」については1割以下であった。このように心の健康づくり実施状況チェックリストにのっとり各事業場の実施状況を整理するとともに、対策を行った結果として効果があったと記載のあった文献については効果の部分を抜き出し、好事例集としてまとめデータベースを作成し、ガイドライン開発の基礎とする。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当せず。

I. 参考文献

川上憲人、堤明純、小林由佳、廣川空美、島津明人、長見まき子、岩田昇、原谷隆史. 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの開発. 産業衛生学雑誌. 2005; 47: 11-32.

資料1 「心の健康づくり計画」からみたメンタルヘルス対策実施状況

ID	雑誌名	発行年	巻号	ページ	著者	タイトル	会社情報			職場のメンタルヘルス活動の実施状況																	
							会社名	業種	事業規模	A1心の健康づくりの方針表の明	A2心の健康づくりの組織計画	A3心の健康づくりの相談先	B1メンタルヘルスの保持促進	B2心の健康問題の把握	C職場環境の改善	D1管理監督者向けの教育・研修	D2一般従業員向けの教育・研修	D3産業保健スタッフ、人事労務担当者向けの教育・研修	Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり	F緊急時の心のケア	G評価の改善						
1	産業精神保健	2001	9	1	36-40	浜口伝博	企業紹介その19 日本IBMにおけるメンタルヘルス活動	日本アイ・ピー・エム(株)	通信	記載なし	記載なし	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0		
2	産業精神保健	2001	9	2	70-76	海道昌宣	企業紹介その20 P&Gのメンタルヘルスプログラム	P&G北東アジア(株)	卸売、小売	記載なし	記載なし	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0		
3	産業精神保健	2001	9	3	232-234	伊藤正人	企業紹介その21 松下電器産業(株)高槻地区のメンタルヘルス対策	松下電器産業(株)高槻地区	製造	4,000	松下電器本体9社で約4万5千人、グループでは144社、約16万3千人	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0		
4	産業精神保健	2001	9	4	349-352	栗原社一郎	企業紹介その23 経営に織り込むメンタルヘルスケア—アインシテ株式会社—	アイン健康保険組合	製造	記載なし	記載なし	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
5	産業精神保健	2002	10	1	40-47	小林祐一	企業紹介その24 HOYAグループにおけるメンタルヘルス・ケア活動	HOYA株式会社	製造	記載なし	6000(海外9,500)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	
6	産業精神保健	2002	10	2	98-101	小林康夫	企業紹介その25 セイコーエプソン(株)のメンタルヘルス対策	セイコーエプソン株式会社	製造	記載なし	13800(海外74,000)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
7	産業精神保健	2002	10	3	246-248	田中克俊	企業紹介その26 東芝におけるメンタルヘルス活動	株式会社東芝	製造	記載なし	記載なし	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	
8	産業精神保健	2002	10	4	350-353	井上温	企業紹介その27 日本ビクターの職場の健康づくりの取り組み—メンタルヘルスを中心に—	日本ビクター株式会社	音楽、映像、IT	記載なし	8,200	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
9	産業精神保健	2003	11	1	45-50	尾崎健一	企業紹介その28 モトローラ(株)のメンタルヘルス活動—EAPの取り組み—	モトローラ(株)	製造	記載なし	1500(グループでは海外営業約100,000人)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
10	産業精神保健	2003	11	2	95-99	住吉健一	企業紹介その29 旭化成(株)富士支社におけるメンタルヘルス施策—メンタルヘルス推進モデル事業場の経験を中心に—	旭化成(株)富士支社	製造	1,400	記載なし	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
11	産業精神保健	2003	11	3	287-291	門倉真人	企業紹介その30 日本航空(株)におけるメンタルヘルス施策	日本航空(株)	航空輸送・整備	記載なし	16,300	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
12	産業精神保健	2003	11	4	402-407	菊池央、猪狩和之	企業紹介その31 東京電力株式会社のメンタルヘルス活動—今日的課題への包括的取り組み—	東京電力株式会社	電気	記載なし	40,725	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
13	産業精神保健	2004	12	2	91-96	加部勇	企業紹介第33回 古河電気工業(株)におけるメンタルヘルス活動—メンタルヘルス管理体制確立30周年計画実施—	古河電気工業株式会社	製造	記載なし	6,000	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

ID	雑誌名	発行年	巻号	ページ	著者	タイトル	会社名	業種	事業規模	A1心の健康づくりの明	A2心の健康づくりの組織計画	A3心の健康づくりの組織計画	B2心の健康づくりの相談先	B2心の健康づくりの相談先	C職場環境の改善	D1管理監督者向け教育・研修および情報提供	D2一般従業員向け教育・研修および情報提供	D3産業保健スタッフ・当事者向け教育・研修	Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり	F緊急時の心のケア改善	G評価
14	産業精神保健	2004	12	4	340-343	岡田邦夫	大阪ガス株式会社	ガス・	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
15	産業精神保健	2005	13	3	159-163	内田千代子	茨城大学	教育	記載なし	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
16	産業精神保健	2005	13	4	254-258	竹崎由恵	株式会社 NTTデータ	通信	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0
17	産業精神保健	2006	14	1	59-63	上田伸治	参天製薬株式会社	製薬	記載なし	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
18	産業精神保健	2006	14	3	188-192	立石肇	帝人株式会社	製造	1,200	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
19	産業精神保健	2006	14	4	304-306	健康管理センター	株式会社 スタッフサービス	サービス	記載なし	5,105(グループ)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20	産業精神保健	2007	15	1	30-34	高田洋孝、大野和人	キヤノン株式会社	製造	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
21	産業精神保健	2007	15	3	168-174	畠澤一郎、吉田直樹	パナソニック四国エレグトロニクス株式会社	製造	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
22	産業精神保健	2007	15	4	276-280	神山貴巳、菅、中村敬	JUKIヒューマンサポート株式会社	製造	記載なし	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
23	産業精神保健	2008	16	1	35-39	坂田晃一	住友金属工業株式会社 鹿島製鉄所	鉄鋼	3,000	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
24	産業精神保健	2008	16	3	173-177	山田達治	京セラ株式会社	製造	記載なし	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
25	産業精神保健	2008	16	4	278-282	JR東海健康センター	東海旅客鉄道株式会社	鉄道	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
26	産業精神保健	2009	17	1	27-31	萩原聡	パナソニック株式会社 エナジー	製造・販売	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
27	産業精神保健	2009	17	2	102-105	堀野研二、一瀬香	西部ガス株式会社	ガス	1,589	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
28	安全と健康	2009	10	4	340-343	木下保	三洋電機(株) 三井ハイル エナジーカンパニー	製造	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
29	安全と健康	2009	10	4	344-347	秋山ひろみ	東芝キャリア(株)富士事業所	製造	2,000	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
30	安全と健康	2007	8	5	458-461	高橋信雄	JFEスチール(株) JFEスチール株式会社	鉄鋼	記載なし	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1

ID	雑誌名	発行年	巻号	ページ	著者	タイトル	業種	事業規模	企業規模	明	A1心の健康づくりの方針表										Eさままな機会をEさままな機会を活用した心の健康づくり	F緊急時の心のケア改善								
											A1心の健康づくりの方針表	A2心の健康づくりの組織	A3心の健康づくり計画	B1メンタルヘルスの相談先	B2心の健康問題	C職場環境の改善	D1管理監督者向け教育・研修	D2一般従業員向け教育・研修	D3産業保健スタッフの業務研修											
28	安全と健康	2009	10	4	340-343	木下保	相談対応の体制整備と教育の充実 実で不調者発生を未然防止を図る ソーシャルキャピタル豊かな職場を めざして～ラインによるケアの活動 事例～	製造	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0				
29	安全と健康	2009	10	4	344-347	秋山ひろみ	JFEスチール(株)におけるメンタル ヘルスケアの取り組み	鉄鋼	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0			
30	安全と健康	2007	8	5	458-461	高橋信雄	伊藤ハムグループにおけるメンタル ヘルス対策～EAP機関との連携に よる効果的推進～	製造・販 売	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
31	安全と健康	2009	10	9	859-882	井田昭彦	メンタルヘルス不調の未然防止を 図る～サツポロビールにおけるEAP の活用～	製造	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
32	安全と健康	2009	10	9	863-865	内山夕香	事業場外の医師や保健師との連 携～常盤開発における取組み～	建築・土 木	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
33	安全と健康	2009	10	9	866-868	編集部取材	【新しいところのケア・システム EAP】心の健康づくり 組織内対 応について	製造	記載なし	記載なし	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
34	こころの臨床 a-la-carte	2005	24	1	50-53	小林剛	【企業活動とメンタルヘルス】体系 的に取り組むメンタルヘルス対策	製造	記載なし	記載なし	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
35	働く人の安全 と健康	2000	1	1	19-21	中川祐子	【こころの健康を進めよう】三 菱重工によるメンタルヘルス対策	製造	1,400	記載なし	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
36	働く人の安全 と健康	2003	4	1	22-25	三菱重工	【職場復帰(メンタルヘルス)を 支える】メンタルヘルス対策 【中高年齢者を含めた産業保健活 動】中高年齢者を含めた産業保健活 動について 生活習慣病対策とメンタ ルヘルス活動	製造	記載なし	記載なし	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	
37	働く人の安全 と健康	2005	6	4	359-361	小林剛	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	記載なし	記載なし	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	安全と健康	2006	7	9	886-889	桐原和彦	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	900	900	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
39	安全と健康	2006	7	9	890-892	伊藤正人	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	正規 1,850 非正規 1,000	記載なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
40	安全と健康	2006	7	10	1013-1015	田端和美	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	土木・設 備	360	360	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
41	安全と健康	2007	8	12	1238-1240	竹澤隆	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	2,600	記載なし	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
42	安全と健康	2007	8	9	926-928	平井治奈	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	1,500	記載なし	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
43	安全と健康	2009	10	7	668-669	栗林正巳	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	記載なし	記載なし	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	
44	産業保健21	2009	57	9-10	岡田邦夫	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	ガス	7,000(本 社)	14,000(グ ループ全 体)	記載なし	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
45	予防医学	2000	42	61-64	田中克俊	【中高年齢者の健康】メンタルヘルス をどう支えるか】心の健康づくり 職場復帰支援	製造	記載なし	記載なし	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	

資料2 「心の健康づくり計画」の効果に関する好事例一覧

(ID1、通信、2001年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D3産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：早期発見早期介入できるケースが増えた。

(ID4、製造、2001年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、C職場環境等の改善、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、D3産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり、G評価・改善

○効果：自殺者数の全国平均が対人口10万人比約25人程度であるのに対し、当社では3人を切っている。(心身医学会で定める)ストレス性疾病、長欠・休職者数は10年間で1/3になり、休業期間も短くなっている。

○効果：専門スタッフへの相談が増加した。

(ID5、製造、2002年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、B2心の健康問題を持つ従業員の復職支援、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：管理者からの相談件数が増加した。

(ID9、製造、2003年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、B1メンタルヘルスの相談先、B2心の健康問題を持つ従業員の復職支援、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D3産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり、F緊急時の心のケア、G評価・改善

○効果：EAP導入前2年間と導入後2年間で、メンタルヘルス関連で傷病休暇を取得した従業員の取得日数が平均110.3日→63.1日に減少した。

(ID17、製造、2006年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：2002年4月～2005年3月の間に1か月以上精神疾患で休業したケースでの職場復帰率は80%を超え、復帰したケースのうち1年以上職場に適応して再発しなかった率は約95%であった。

(ID23、製造、2007年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、D3産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供、G評価・改善

○効果：年間数十例の相談ケースから専門医療機関への紹介は十数例あるが、仮に欠勤しての療養となったとしてもほぼ前例が半年以内に復帰しており、復帰できないケースや出欠勤を繰り返すケースはほぼゼロである。

(ID24、製造、2008年)

○実施状況：A1心の健康づくり計画の方針表明、A2心の健康づくりの組織、A3心の健康づくり計画、B2心の健康問題を持つ従業員の復職支援、G評価・改善

○効果：本社ではこの2年間でメンタルヘルス不調による長期休業し他社の全員が平均4カ月（最長7ヵ月半）の給食気間を経て復職し、再休職した者は1人もいない。また、ほぼ全ての事例が1年程度（最長1年4か月）の就業制限下でのフォロー期間を経て健康管理を卒業している。

(ID34、製造、2005年)

○実施状況：A2心の健康づくりの組織、B1メンタルヘルスの相談先、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：病気が原因の1人あたりの休暇や休職は平成13～14年当時と比較して約30%少なくなっている（メンタル疾患による休職や休暇の割合が多く占めている）。

○効果：本人もマネージメントも早めに相談してくれるようになっており傾向としては早期発見早期対応の件数が増えている。現場のマネージメントやビジネス担当人事と協力して職場における対策にかかわるケースが増えてきた。

(ID35、製造、2000年)

○実施状況：A2心の健康づくりの組織、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：目に見える疾病の新規発病がほとんどない。

○効果：リスナーの気付きから保健スタッフへの連絡が増え、対応がスピーディーとなった。管理者の理解が得られ、チーム（本人・職場・家庭・保健スタッフ）としてスムーズに対応できるようになり、職場環境や作業環境への配慮もスピーディーになった。

(ID41、製造、2007年)

○実施状況：A3心の健康づくり計画、B1メンタルヘルスの相談先、C職場環境等の改善、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供

○効果：職業生活におけるストレスへの気づき、リラクゼーションおよび、メンタルヘルスへの理解と関心は高まってきており、職場管理者の部下への接し方や職場環境への配慮等の改善につながりつつある。

(ID42、製造、2007年)

○実施状況：B1メンタルヘルスの相談先、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：身体ストレス症状が少し軽減した。

(ID45、製造、2000年)

○実施状況：A2心の健康づくりの組織、B1メンタルヘルスの相談先、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、D3産業保健スタッフ・人事労務担当者向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：経験豊富な臨床心理士による保健スタッフ専用の相談窓口を開設したことにより、熱心な保健スタッフが陥りがちな、知らず知らずの間に相談者を囲い込んだりまたは巻き込まれたりといったメンタル相談に伴う危険を回避することに役立っている。

(ID48、製造、2008年)

○実施状況：B2心の健康問題を持つ従業員の復職支援、C職場環境等の改善、D1管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2一般従業員向けの教育・研修および情報提供、Eさまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：量—コントロール係数、職場の支援係数、総合健康リスクが有意に改善、定期健診の間診で「ストレスを感じるか」という設問に対し「よく感じる」と答えたものの割合が有意に改善した。

(ID49、製造、2004年)

○実施状況：D1 管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2 一般従業員向けの教育・研修および情報提供

○効果：カウンセリング受診率が増加し、平均休業日数が低下した。

(ID52、製造、2006年)

○実施状況：A2 心の健康づくりの組織、D1 管理監督者向けの教育・研修および情報提供、D2 一般従業員向けの教育・研修および情報提供、E さまざまな機会を活用した心の健康づくり

○効果：総合健康リスクが低下し、「ストレス自覚あり」%が低下、「ストレス対処できている」%が増加した。

(ID59、製造、2004年)

○実施状況：A2 心の健康づくりの組織、A3 心の健康づくり計画、B2 心の健康問題を持つ従業員の復職支援、G 評価・改善

○効果：休業日数率＝（当該年の休職日数）／（当該年の労働者数×のべ労働日数）と定義。職場復帰支援導入前の1999年は0.508、導入時の2000年では1.168と増加したが、その後2001年には0.852、2002年には0.592、2003年には0.60と減少がみられた。

平成 21 年度厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究事業
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」
分担研究報告書

職業性ストレス簡易調査票の事業場における活用状況と課題に関する研究

分担研究者 下光 輝一 東京医科大学 公衆衛生学 主任教授

研究要旨：本研究班では新しい職業性ストレス簡易調査票の開発を計画しているが、まずは現在の職業性ストレス簡易調査票の労働現場での活用の際に際しての利点欠点を整理し、改変や拡張の可能性を検討した上で新しい調査票との併用を提案していく必要がある。そこで、職業性ストレス簡易調査票のユーザーを対象に調査票の活用状況や調査票の内容に対する意見を尋ねるアンケート調査を実施し検討した。活用状況は、仕事のストレス判定図から健康リスクを算出し、職場のストレス要因の改善を進めている事業場が 40%と平成 14 年と比較して増加しており、個人向けの対策のみならず一次予防活動において簡易調査票の活用度が高まっていることが明らかとなった。簡易調査票の項目数 57 については 66%が適当と回答しており、必ずしも項目数の削減は必要ないと判断した。調査票に対する意見として、身体愁訴の項目が多い、活気の項目が答えづらい等の意見があった。身体愁訴については必ずしもストレス要因によって生じているとは限らないこと、項目の識別力も高くないことから、除いて使用することも一案であると考えられた。あらたに追加する項目に関しては、努力報酬不均衡、ハラスメントなどが挙げられた。これについては現在作成中の新職業性ストレス簡易調査票に反映されているため、現在の簡易調査票との併用が可能となるものと思われる。

研究協力者

小田切優子 東京医科大学公衆衛生学講座
大谷由美子 東京医科大学公衆衛生学講座

A. 研究目的

職業性ストレス簡易調査票は、平成 7～11 年度労働省委託研究により開発された調査票で、国内の事業場で広く使用されている。また職業性ストレス簡易調査票の一部項目から作成できる仕事のストレス判定図は、職場単位での健康リスクを算出することができることから、労働者個人にではなく職場にアプローチする第一次予防活動に積極的に用いられている。しかしながら、調査票の開発から 10 年が経過し、近年重要な職業性ストレス要因として着目されている報酬、ハラスメントあるいは組織公正性などを評価できない、といった限界が指摘できることから、本研究班において新しい職業性ストレ

ス簡易調査票の作成に着手している。しかし、現在の職業性ストレス簡易調査票は事業場に広く浸透していることから、現在の活用状況や活用に関しての調査票の利点欠点を整理した上で、改変や拡張を考慮していき、新しい調査票との併用を提案していく必要がある。

そこで、職業性ストレス簡易調査票を使用しているユーザーを対象にアンケート調査を実施し、現在の活用状況、特に活用している項目や尺度、現場での使用経験から挙げられる改善すべき問題点、要望等について情報を収集し、現在の職業性ストレス簡易調査票の見直しのための資料を得ることとした。また、アンケート調査の結果指摘された内容に関連して、現在の調査票の項目数の削減について、提案を行うこととした。

B. 研究方法

ホームページにて職業性ストレス簡易調査票およびその使用方法と解析プログラムを公開している東京医科大学公衆衛生学講座にて、簡易調査票の問い合わせをしたことのある方のリスト（以下、問い合わせ者とする）から、労働者の健康管理目的以外の問い合わせ（結果返却プログラムのロジックに関するプログラマーによる問い合わせ等）を除く 558 名、および 2002 年以降に職業性ストレス簡易調査票を使用した研究発表を日本産業衛生学会において行っていた研究者（以下、研究者とする）103 名、合計 662 名を対象に郵送によるアンケート調査を実施した。

アンケート調査票は無記名とし、調査内容は、①職種、②事業場の従業員数、③簡易調査票の職場での活用の有無、活用していない場合はその理由、④こころの健康づくりにおける活用方法、⑤メンタルヘルス対策に有用だと思うか、有用あるいは有用でない理由、⑥項目数が多いか少ないか、⑦役立っている、良く利用している項目や尺度、⑧不要と思われる項目や尺度、⑨現在の簡易調査票で十分に把握しきれておらずこのような事柄を尋ねるものがあつたらよい、という要望、および⑩全般にわたる意見等とした。

C. 結果

問い合わせ者から 217 通、研究者から 50 通、全体で 267 通のアンケートを回収した（各々回収率 38.8%、49.0%、40.3%）。

1) 回答者の特性.

全 267 通の回答者の内訳は以下の通りで、保健師、産業医、看護師が多く 70%を占めた。

表 1. 回答者の職種内訳（重複回答）

	人数（人）	割合
産業医	63	23.6%
看護師	55	20.6%
保健師	69	25.8%
衛生管理者	41	15.4%
労務人事	21	7.9%

産業カウンセラー	28	10.5%
その他	35	13.1%

回答者が所属するあるいは関わっている事業場の属している企業規模は 5000 名以上が 38%と最も多く、1000 名以上の企業とあわせると半分以上であった。300 名未満の企業は 15%と少なかった。

表 2. 担当事業場が属する企業規模

企業全体従業員数	合計	割合
49 名以下	8	3%
50～299 名	31	12%
300～999 名	52	21%
1,000～4,999 名	64	25%
5,000 名以上	96	38%
合計	251	100%

担当する事業場の業種は様々であった（表 3）。製造業の 30%に次いで医療福祉が 23%と多いのは、医療福祉関係の事業場の労働者を対象に簡易調査票が用いられているほか、回答者が属する事業場が健診機関等であり、調査票を業務に用いるために事務局に問い合わせを行ったり、その利用状況について学会発表を行っていたことを反映しているためと思われる。

表 3. 担当事業場の業種

業種	合計	割合
建設	6	2%
製造業	78	30%
電気ガス水道	9	3%
運輸業	8	3%
情報通信業	25	10%
卸売小売業	7	3%
飲食宿泊業	2	1%
金融保険	11	4%
サービス	12	5%
医療福祉	59	23%
教育	13	5%
その他	30	12%
合計	260	100%

2) 簡易調査票の職場での活用状況

職業性ストレス簡易調査票を職場で活用していますか、という質問に対して、全体で 59%が活用している、と回答した。対象者の背景別で

は、問い合わせ者の56%、研究者の72%が活用していると回答した。活用していない場合の理由については、表4に示すように他の調査票を使用しているという回答が最も多く、次いで経営者・上司の理解が得られない、職場風土、マンパワー不足が多かった。

表4. 簡易調査票を活用できていない理由

活用できない理由	件数
他の調査票を使っている	19
経営者・上司の理解が得られない、職場風土	12
マンパワー不足	12
使用を検討中	12
改善に結びつきづらい	7
研究目的で使用して現在使っていない	6
機会が無い	6
事業場が小規模で調査票を使用せずとも把握が可能	4
職場評価が犯人探しの	2
業務委託をしているため	2
項目数が多い	2
参考にしただけ	2
評価に不満	1
内容不満	1
不明 (回答者が問合せ者と異なっていると想像される回答内容)	7
合計	95

3) 簡易調査票の心の健康づくりでの活用の方法について

簡易調査票をどのような方法で心の健康づくりに活用しているか尋ねたところ、表5のような結果となった。最も活用方法が多かったのは、「個人の結果を返却しストレスへの気づきを促すようにしている」(70%)であった。

表5. 心の健康づくりでの活用方法

	全体		研究者		問合せ者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フィードバックプログラムを用いて個人のストレスプロフィールを作成 1. 個人に結果を返却し (ウェブでの自己チェックも含む)、気づきを促すようにしている。	109	70%	25	69%	84	70%
2. 産業保健スタッフが、高ストレス状態にある人を早期に発見するための資料としている。	84	54%	18	50%	66	55%
3. 産業保健スタッフが、面談する際の補助的資料として使用している。	84	54%	19	53%	65	54%
仕事のストレス判定図を作成し、健康リスクを算出して、 4. 問題のある職場を把握するようにしている。	68	44%	18	50%	50	42%
5. 問題のある職場に結果をフィードバックし、職場のストレス要因の改善を進めている。	62	40%	24	67%	38	32%
仕事の量的負担や裁量度以外のストレス要因 (対人問題、技能の活用度等) の得点を職場ごとに算出して、 6. 職場のストレス要因の把握を行っている。	74	47%	20	56%	54	45%
7. 管理監督者等を交えて対策を行っている。	38	24%	16	44%	22	18%

「仕事のストレス判定図を作成して健康リスクを算出し、問題のある職場を把握するようにしている」「問題のある職場に結果をフィードバックし、職場のストレス要因の改善を進めている」はそれぞれ44%、40%、「仕事の量的負担や裁量度以外のストレス要因 (対人問題、技能の活用度等) の得点を職場ごとに算出して、職場のストレス要因の把握を行っている」「管理監督者等を交えて対策を行っている」はそれぞれ

47%、24%であった。研究者の回答では、「問題のある職場に結果をフィードバックし、職場のストレス要因の改善を進めている」が67%、「管理監督者等を交えて対策を行っている」が44%あった。

職業性ストレス簡易調査票がメンタルヘルス対策に有用だと思うか尋ねたところ、非常に有用、まあ有用、という回答が88%と高かった(表6)。

表6. メンタルヘルス対策で有用か否か

	合計	割合
非常に有用	43	25%
まあ有用	106	63%
どちらともいえない	18	11%
あまり	2	1%
有用でない	0	0%

非常に有用、まあ有用と回答した人が、有用であると感じている点を記述してもらった内容を示した(表7)。全体ではセルフケアに有用という意見が最も多く、次いで、簡便でストレス状態を客観的に見ることが出来る点を挙げる意見が多かった。職場環境改善のツールとして有用という意見も19件あり、これは特に研究者が多かった。

表7. メンタルヘルス対策に有用な点

有用な点	件数
職場環境改善のツール	19
個人と職場のストレス状況の把握	17
スクリーニング	11
ストレス状況の把握	18
セルフケアに有用	27
汎用性、簡便性、客観性、視覚的効果	26
面談資料	12

あまり有用でない、有用でない、と回答した人にどのような点を改善すれば役立つ調査票になるか尋ねたところ回答記載が6件あったが、調査票の実施後の対応ができないので中災防に相談窓口を置いてほしい、部署のメンバーが流動的な場合は職場評価を行っても意味が無い、PC環境が無いと使用できない点が問題、といった意見がだされており、調査票の内容に対する改善点についての記述は2件にとどまった。その意見は、職場の風土やコミュニケーション状態を把握(またはそのきっかけづくりに)使える指標があるとよい、役割葛藤・不明瞭の問題をとらえることのできる尺度を導入する、ストレス反応の「身体愁訴」について循環器系の

問題に重点をおくなどもう少し掘り下げてもらえると個別対応で活用しやすくなる、ストレス要因の身体的負担度は情報量に乏しいというものであった。

4) 調査票の項目数について

簡易調査票の項目数は現在57であるが、この項目数について数の多さを尋ねた。多いという答えは31%、ちょうど良いという答えが66%であった。

5) 調査票の内容～役立っている尺度、役立っていない尺度について

次に、産業保健活動の中で特に役立っている、あるいは良く活用している尺度について記載を求めた。(回答者の記述内容が、尺度についてであったり、項目についてであったり、統一されていなかったため、項目を挙げた場合には尺度として解釈して結果をまとめてある。)ストレス要因、ストレス反応、修飾要因という構成内容の組み合わせでは、ストレス要因+ストレス反応(n=17)という組み合わせが最も多く、次いでストレス反応+修飾要因(n=11)、ストレス要因+修飾要因(n=10)という回答が多かった。活用しているとして挙げられたものを、重複回答を整理して要因あるいは尺度名別に集計した(表8)。ストレス要因では、仕事のストレス判定図の構成尺度である量的負担、コントロールに加え、対人関係によるストレスが多かった。ストレス反応では抑うつ感の活用が多かった。修飾要因では、上司支援、同僚支援の活用が多かった一方、家族・友人支援を活用しているという回答は無かった。

あまり役に立っていない、あるいは不要と思われる尺度や項目として挙げられたものを表9に示した。

表 8. 役立っている、良く利用している尺度（重複回答有り）

要因あるいは尺度名	件数
ストレス要因	43
ストレス反応	42
修飾要因	32
量的負担	17
質的負担	12
身体的負担	0
コントロール	13
技能の活用	1
対人関係によるストレス	10
職場環境によるストレス	1
適性	7
働き甲斐	4
活気	1
いらいら	1
疲労感	4
不安感	2
抑うつ感	21
身体愁訴	7
上司支援	11
同僚支援	10
家族支援	0
満足度	10

表 9. 役立っていない尺度、不要と思われる尺度

因子あるいは尺度	件数
ストレス要因	1
量的負担	1
対人関係	1
職場環境	5
身体的負担	4
技能の活用	4
働き甲斐	3
仕事の適性	2
ストレス反応	12
活気	2
身体愁訴	6
修飾要因	6
上司	3
家族友人支援	7
満足度	12

ここでは、ストレス反応は全項目 29 を使用

するには数が多すぎる、という意見が多かった。

「一部の項目のみ使用している」「項目数が多いので GHQ を使用している」という回答もあった。特に身体愁訴の項目が 11 項目と多いことに対する指摘が多かった。「疾病や他の要因によることも多く職業性ストレスとして区別しにくい」という意見もあった。修飾要因については、特に家族・友人の支援について活用していないという報告が多く、「個人的な問題の相談は会社の人間にはしないと思う」「家族・友人は個人としては大切だが、職場としての評価は困難」「家族・友人からの支援は直接的に産業保健活動の中では介入できない」などの意見があった。また支援の質問の項目内容について「個人的な問題を相談したらという質問はやや答えにくそう」「話をきいてくれるという表現がひっかかる。個人的問題をまずは他人にはそうそう言わない」という意見が多い。話せば聞いてくれるけど…でも言わないという感じである」「そもそも上司に個人的な話はしない」という意見であった。

満足度については、活用しているという報告も比較的多い一方で（表 8）、活用していないという報告も 12 件あった（表 9）。「質問が漠然としていて対策を考える際に活用しにくい」という意見があった。

6) 追加を希望する尺度

現在の調査票に追加して尋ねると良いと思われる事柄や尺度について尋ねた結果を記す（表 10）。表にあるように努力報酬不均衡あるいは報酬に関する尺度が最も多かった。上記のほか、職場内の情報や目標の共有、学習の機会、教育研修、将来への不安・展望、今後の見通し、職場風土、組織コミットメント、組織市民行動などが挙げられていた。また、個人のストレス耐性や職場外のストレス要因という意見が 6 件あった。なお表 10 でうつと記述されているのは、大うつ病エピソードやうつ病のスクリーニング尺度として使用できるものを入れてほしいという意見であった。

表 10. 簡易調査票に追加が望まれる事柄

内容	件数
努力報酬不均衡 あるいは報酬的要素	7
組織公正性	2
対人葛藤	3
役割あいまいさ	2
コミュニケーション	5
ワークライフバランス	5
ハラスメント	4
キャリアや雇用不安	2
評価への満足度、 異動への納得	4
パフォーマンス	3
うつ	3
睡眠	2
ワークエンゲイジメント	4
アルコール	3
対処行動	3

希死念慮をたずねる項目を希望するという意見もあった。このほか、働きがいや満足度について現在は1項目であるがもっと詳しく尋ねたほうがよいという意見が2件、さらには最近の職場のメンタルヘルス対応の問題として挙がるパーソナリティ障害、学習障害、新型うつ病といわれるケースに対応するためなどの項目を希望するという回答もあった。また、相談希望の有無を尋ねる項目という意見が3件あった。「入社するのが辛いと感じることがある」、「朝、床を離れられない」、「入社する気になれない」という具体的な項目の提案もあった。また労働時間、残業時間について、という意見も2件あった。

7) 簡易調査票に対する意見

表 11 に、現在の職業性ストレス簡易調査票の尺度や項目についての意見をまとめた。ストレス要因のうち、対人関係によるストレスの3項目について、意見が多かった。指摘にあるように、A-12(私の部署内で意見の食い違いがある)、A-14(私の職場の雰囲気は良好だ)とA-13(私の部署と他の部署とはうまく合わない)は、前2項目は個人間の問題、後者は集団の間

題と捉えられるという問題がある。またストレス反応の活気について、活気がわいてくるという表現は使わないなど3件の不評な意見があった。また修飾要因である社会的支援については、C-7, 8, 9のあなたの個人的な問題を相談したら、どのくらいきいてくれますか?という項目について、直接仕事に関連した支援ではないため、特に最近の若い世代では職場の支援を反映していないのでは?という意見があった。

最後に職業性ストレス簡易調査票について自由に意見を記入してもらった結果を資料1に示した。フィードバックプログラムの使い方や出力結果の外見の不满など、明らかに調査票の内容に対するものではない意見18件を除いて示した。

D. 考察

簡易調査票の活用状況については、フィードバックプログラムを用いて個人のストレスプロフィールを作成し、個人に結果を返却してストレスへの気づきをうながすようにしている、という回答が70%であった。これは、平成14年度に実施した職業性ストレス簡易調査票のユーザーを対象としたアンケートを行った際とほぼ同様の数値である。しかしながら今回の調査では、仕事のストレス判定図を作成し健康リスクを算出して、問題のある職場を把握するようにしている、職場のストレス要因の改善を進めているという回答がそれぞれ44%、40%あった。対象者の背景を研究者でなく問い合わせ者に限っても、各々42%、32%と比較的高かった。平成14年度に同様の調査を実施した際には、これらは各々26%、30%と低かったことから、簡易調査票ユーザーのストレス対策が個人への対応のみならず職場の評価へ、さらには管理監督者を交えた対策へ、とこの5年間に一次予防にシフトしてきている様子が伺える。

表 11. 現在の職業性ストレス簡易調査票の尺度や項目に対する意見

ストレス要因	
量的負担	この3項目はまじめな人は必ず○を付ける問い方になっており、ストレスに直結しない人が多々いた
対人関係	部署間のうまがあわないという項目は答えにくい
	部署内での意見の食い違いが対上司となのか、対同僚なのか、区別をさせた方が良い。「私の部署と他の部署をうまが合わない」という問いは、回答者自身の問題ととらえるのか部署としてとらえるのか、あいまい
	尋ねている3つの項目で、本当に人間関係が明らかになっているのか疑問。また、現状を知るためには使えても、対策まで考えるのは難しい。別のツールを併用して活用する必要あり。
	自分と他者（周囲の人間関係、同僚など）というよりは、他部署との関係性に限定されており、勤労者のもっともストレス源となっている人間関係のストレス度が測定されていないような気がする
	対人関係と適性の質問量は同じにすべきでは
職場環境	職場環境についての設問が1項目しかなく何が悪いのか把握しにくい
技能活用・仕事の適性	項目がひとつで少くないか
身体的負担	この1項目だけで身体的負担を表わせるか疑問である
ストレス反応	
活気	活気がわいてくる、という表現はあまり使わない
	年齢の高い回答者から答えにくいとの意見がしばしばあった
	3項目の違いがはっきりとわからない、との意見あり
身体愁訴	身体症状をK6の項目に変更
修飾要因	
支援	「配偶者、家族」と「友人」を分けてもらいたい（職場、家、それ以外に分けられるのではないか？家に不満があるけどその他では満足できる、というケースもあり。）
	利用する際には”上司支援”と“同僚支援”を合わせて“職場内サポート”としている
	上司、同僚支援の設問で個人的相談はしないというコメントをする人が多く、若い人程この点数は支援の程度としての点数としてはだんだん不適となるのではと思っている
	支援の項目は説明しないと答えづらい

現在の調査票の項目数は多いという意見も少なからずあったものの、ちょうど良いという意見が66%と最も多かったことから、調査票の項目の削減を必ずしもはかる必要はないと考えた。

一方、現在の尺度や項目に対する意見では、身体愁訴の項目数が多いことに関するものが多かった。身体愁訴は重要なストレス反応であるが、業務関連のストレス要因によらず疾病を原因として出現することもある。また、項目反応理論を用いた過去の検討においても識別力はいずれの項目でも低かった。簡易調査票から除い

て、健康診断時のチェックに委ねるという方法もあるかもしれない。

ストレス反応のポジティブな側面を評価することに対して前向きな意見がある一方、活気の項目に対する意見も散見された。特にB-1.活気がわいてくる、は不評であった。活気の3項目は気分調査票を参考に導入された項目であり、本来、職業性ストレスに限らず日常生活での活気、元気な様子を捉えることを目的とした項目であるため、簡易調査票の他の項目の中にあっては違和感があるのかもしれない。近年、燃え

つきと逆の概念で、仕事から活力を得てイキイキとした状態を示すワークエンゲイジメントが着目されているが、ワークエンゲイジメントでの尋ね方は仕事によって元気な状態がもたらされていることがはっきりとしているので、職業性のストレス反応としては活気より使用しやすく、回答者も回答を容易に感じるかもしれない。なお、この点は、現在進行中の新しい調査票の開発にあたってワークエンゲイジメントを含むよう検討しており、今後、活気との差別化についても検討が可能となるであろう。

社会的支援を尋ねる項目で、C7～9. 個人的な問題を相談したら次の人はどのくらいきいてくれますか、について、若い世代では社会的支援を反映しにくいのではないかという意見があった。本年度開催されたステークホルダー会議でも、若年労働者のコミュニケーションの少なさ、質の変化が指摘されていたが、それを反映している意見といえる。しかしながら、職場で家族ぐるみの付き合いがある、個人的なことも相談できる温かい風土は労働者のメンタルヘル스에重要な影響を与える可能性があるという考えもある。今後検討の必要がある。

現在の簡易調査票に追加する尺度、項目としては、努力報酬不均衡、ハラスメント、ワークライフバランス、組織公正性などがあつた。これらの一部は本研究班での新職業性ストレス簡易調査票案に含まれる方向で検討されている。一方、仕事の適性、満足度などについて、一項目でなく複数項目で評価することを望む意見があつた。満足度については特に、職業生活全体で評価するよりも、キャリア的要素、報酬などの詳細にわたって尋ねることを望んでいるものと思われる。

現在の簡易調査票は、個人のストレス評価と職場のストレス評価の二つを同時に実施できるというメリットがある。事業場での活用状況は、メンタルヘルス対策の準備状況や事業場内のマンパワーによって異なるものの、より一次予防にシフトしていたことから、仕事のストレス判

定図の再検討、拡張には期待が大きいものと思われた。しかしながら、効果評価に経年変化を用いている事業場も散見され、新しい項目に変更することにより混乱、問題を生じる可能性がある。また簡易調査票の変更は、結果を出力するフィードバックプログラムの改訂も要することから、現在の項目の整理にあたっては、その点の考慮が必要である。

E. 結論

職業性ストレス簡易調査票のユーザーに活用状況と調査票に対する意見を尋ねるアンケート調査を実施した。活用状況は、仕事のストレス判定図から健康リスクを算出し職場のストレス要因の改善を進めている事業場が平成 14 年と比較して増加しており、一次予防活動において簡易調査票の活用度が高まっていることが明らかとなった。項目数については 66%がちょうど良いと答えており、必ずしも項目数の削減は必要ないと判断した。なお、身体愁訴の項目の多さが不評であり、必ずしもストレス要因によって生じているとは限らないこと、項目の識別力も高くないことから、除いて使用することも一案であると考えられた。調査票にあらたに追加する項目に関しては、努力報酬不均衡、ハラスメントなどが挙がっていた。これについては現在作成中の新職業性ストレス簡易調査票にほぼ反映されているため、現在の簡易調査票との併用が可能となるものと思われる。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用・参考文献リスト

- 下光輝一. 職場環境の改善を通じたメンタルヘルス対策推進のための環境整備に関する研究—事業場における総合的ストレス対策の推進に関する研究—. 職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究. 厚生科

学研究費補助金労働安全衛生総合研究職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究. 平成 14 年度研究報告書、p11-25、2005.

- 岩田昇. 職業性ストレスの客観的評価法の開発ならびに職業性ストレス簡易調査票の評価方法の再検討に関する研究. 厚生科学研究費補助金労働安全衛生総合研究職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究. 平成 15 年度研究報告書、p83-102、2006.

資料1 職業性ストレス簡易調査票に対する自由意見

意見	
	プライバシーにうるさい従業員より「フェイクの質問が少ないがこれで正しい結果（その状態）が出るのか、職場へのフィードバックを前提にした調査であれば、信頼性が低くなる恐れがあり、職場診断が目的なら、無記名でやるべき（そうすると個へのフィードバックはなし）」との意見がありました。
	現在、職場で個人の結果を医療従事者のみ、開示して個別のカウンセリングにつなげているが、（個人情報の中で事前に資料配布している）本当にこれで問題はないのかどうか気になる。
	同僚や上司の支援の「非常に」「かなり」「多少」「全くない」はわかりにくいように思う。「非常に頼りになる」「まあ頼りになる」「あまり頼りにならない」「全く頼りにならない」の方がよいのでは？
	「ストレス反応」では、ネガティブな反応だけでなく、ポジティブな反応も評価できることは大変よい
	毎年実施していたが、だんだんマンネリ化して（活用の方法）よくない。ウェブを用いてアンケート集計していたが、作業者の負担が多い割に年々、回答者も回答の傾向がわかりマンネリ化してきた。
	要因を明らかにすることで、なんとなくせめられているような印象（-）の気持ちにさせてしまうのではないかという点が気になる
	設問数が少なく良質な質問紙と思っている。ただし、設問が少ない分、作為的な回答が可能であり、社員全体を捉えるのは難しいと感じている
	当該の項目が「いつもそうだ」であってもそれ自体が仕事の特性であり、やっている方も緊張感はあるもののプロ意識、満足感、達成感にもつながり、「いつもそうだ」だからとって、ストレス要因として評価しにくいこともある。その点をどうとらえるか？ レーダーチャートの表示は分かりやすいのが、どの様に読んだらよいのか、どのレベルならリスクなのかかわらない。
	自分が思っているより、ストレス因子、反応ともに軽い判定が出たと言ってくる人が数名いました。こんなにストレスを抱えているんだから…と、看護職に言えたってことは、それはそれで効果があったとみなすべきか…プロフィールの表でグレー枠（高い、低い）（多い、少ない）の横の枠までよく見るとその方の精神状態がよくわかる気がしてチェックして把握に努めている。メッセージについては個別性がないので、不満足だが、簡易調査なので、仕方ない。利用しようとする側が、理解して活用すればいいと思う。
	産業医学新興財団の過勤労面接のチェックリストとの関係で少し混乱がある。改良されるより今のままで使いやすくしたり多数データによってスコア化を見直す作業をしていただいた方がありがたい
	職業性ストレスの背景にあると考えられる、人事制度や教育システムなどの要因把握は難しく、また修飾要因も「話をする」という点が強調されていることに、やや物足りなさをかんじる。（点数の重みづけがこれでよいのか？）
	課やグループ単位の集計票にすると個人攻撃になりかねないとの意見が強く（組織からも要望あり）○ ○営業所、○○支店という50人～300人単位の集計票で職場にフィードバックしているため、あまり、職場のストレス要因の改善には役立っていない（役立たせることができていない）。セルフケア、産業保健スタッフが早期発見のための資料として活用するのが主になっているのが実情
	アンケート結果が反映するのは、その時点だけなので、血液の免疫能との併用調査のツールとしたので、その度毎にアンケートもとったが、これだけでは何事も証明しづらいと考える
	紹介して活用している機関では職員の健康管理にとっても役立っていると聞いている。自分の業務で紹介しながら活用していきたいと思う。
	ストレス反応には、当然のことながら個人的な問題や健康不安の有無が大きく影響する。ストレス反応の判定に当たっては、この点を考慮する必要がある
	定期健診時に配布、回収したり、全社的にウェブ上で入力してもらい、チェックしたり、メンタル不全者の早期発見に利用している
	Cの部分は「上司」の定義をとらえにくく、職場の判定時の正確性が不明。また改訂版ができましたら、利用させていただきたい 個人プロフィールはレーダーチャートの方のみでいいと思う。
	過去、支店や地区単独で実施した経験もありますが、2009年度は全店で一斉実施した。端末 e-learning 利用（57項目） 面談の資料として社員と共有できるので、大変わかりやすく助かった
	ストレス判定図がわかりづらい。もっと判りやすいものになると利用できる。
	個人フィードバックの際、満足度は、仕事と家庭生活を別個に判定する方がよい。家庭生活の満足度が低ければ、プライベートに何らかの問題ありと予想できる。 技能の活用度、仕事の適正度、働きがいをまとめて一尺度にしては。
	メンタル不全発症にはストレス要因に対してどのように感じ、考えるかという“考え方のクセ、行動”が大きく影響していると思うことが増えている。そのあたりに関する質問項目があると、面接、指導の際に助かる。質問項目が多いため、回答が面倒でいい加減にする人が多いようだ。
	質問項目が多いと、忙しい社員が実施しにくいと、できるだけシンプルで判定できるものが望ましい。

<p>仕事の判定を出した時に平均 100 に対して 101 もしくは 99 だった場合に” 1 ” に対するどの程度リスクが違うのかとよく質問され答えられない。 修飾要因の分析が今後結果に反映されるのか。</p>
<p>職場全体の問題は、当社で行っている ES 調査で、ある程度把握できているので、ストレス調査票からの分析は行っていない 主に、本人のストレスレベルを測る目的で使用している</p>
<p>経年変化の振りの大きさに驚かされる 心的状態のつかみにくさがある</p>
<p>項目数が多く書きづらい面はあるが、企業が low cost で secure に利用できる特権があればよいと思います</p>
<p>組織介入をする点で左記の項目があれば良い</p>
<p>フリースペースをつくり具体的に本人に記入してもらったところも必要なのでは</p>
<p>産業スタッフに知られる、職場の上司に知られるかもと考え、男性は正直につけられてないことが多かった。職場内でするには、記入しにくい</p>
<p>できれば質問項目がもう少し少ないとよいと思う</p>
<p>とてもよくできたツールだと思う。ストレスプロフィールも見やすいし、結果説明まで印刷して個人に返すことができるので、大変ありがたく利用している 新しい調査票の開発に大いに期待している</p>
<p>修飾要因について、職場の同僚の項目で現在調査しているが、職場はいろんな雇用体系があり、同僚として、ひとまとめで記入するのが難しいという意見がある。正規職員・嘱託職員・パート職員等に細分化された調査票により有効な調査ができると思う</p>
<p>1. 一つの質問で構成される下位尺度をなるべく少なくしてほしい 2. 仕事の適性度、働きがい、技能の活用度をひとまとめにした下位尺度にしてほしい</p>
<p>質問項目数をしぼった short version の開発もさらに本調査票の使用意義を高めるものと推察される</p>
<p>職域では大変参考になるツール</p>
<p>現状の経済環境は益々悪化すると思われるため質問項目の中に「職場の将来性について」明るい、変わらない、不安である等を追加したら</p>
<p>仕事のストレス判定図で職場に結果返却した際に、職場より、平均数値だけでなく、個々に答えた分布図も知りたいという声が多くあった。</p>
<p>「上司」という位置付けがあいまい→「上司とは直属の上司をさす」というコメントが欲しい 「職場」という位置付けがあいまい→「職場とはあなたが所属する最小単位の組織をさす」が欲しい 仕事のストレス判定図は、仕事×支援の切り口だが、仕事の満足度、やりがいといったモチベーションの軸も入れて3軸（6つの切り口）で解析したい</p>
<p>調査票はあくまでスクリーニングとして利用し、問題があると考えられる社員には、その結果をもとに面接を行っている。その際、削除した項目について質問することが多い</p>
<p>毎年同じ内容の調査票を使用すると、前年度との比較には有効ですが、マンネリ化するので、新しい調査票を早期に作成希望</p>
<p>労働者の疲労蓄積度（自己診断チェックリスト）と2種類を合わせたものがあるとよい。</p>
<p>活用にあたっての意見、問題</p>
<p>ストレス判定図は大変有用。抽出された課題に対し職場環境改善のためのヒント集を使ってフィードバックミーティングをした際、反応がよかった。ただ一体のツールではないので、問題抽出→アクションまでがフローチャートで示されるような一体化したツールになるとさらに良い</p>
<p>過重労働面接時に使用しているが、同じ質問に、毎月回答するような人は慣れきって、適当にチェックしている場合が多い印象がある</p>
<p>「ストレス反応を見たい」という目的で「うつ」の尺度を使ってしまふところをよく見かける。使い分け（概念）に関するアピールをもっとしていただくとありがたい。</p>
<p>情報を公開していることで、職場のメンタルヘルス対策への関心を高めるなど社会的にも大いに貢献している</p>
<p>調査票を書いて提出するということは、産業医以外の人にも見られるという意識から本当にストレスを持った人は正直に書けないのではと危惧する。さらにこの分析結果で対応する会社側がきちんとした受け入れ態勢が出来ていないと本来の目的からはずれた、かえって個人攻撃など悪い方向へしまうおそれがあると思う。</p>
<p>抑うつ度 1 の労働者に面談しているが問題ないケースがほとんど。抑うつ症状のスクリーニングとしては特異度が低い印象。職場ストレス要因を把握しても介入は容易でないため個人へのアプローチになりがち</p>

	評価方法が、簡易測定と標準化得点法の二つにわかれており、有用な反面、それぞれの対比が困難である。標準化得点法から健康リスクまで出てくるが、この健康リスクが何を指すかは、マニュアルには明確に示されていない。
	標準的基準が明確ではないので、低リスク者をどこまで抽出すればよいか難しい。実際は対応できる人数から逆算していくところになっている
	公的機関が中立的な立場で実施し、レポートを経営者に提出する、など外的圧力が必要
採点にあたって	
	小規模事業所でも、手作業の集計でも利用できるものが作成されるとよい。ストレス要因の各尺度の算出方法が複雑である。またストレス反応も逆転項目が入っていると算出がめんどろ。保健医療の専門でない職場の担当者がまとめやすいようなものが実用的である。現在かかわりのある事業所で技術職の衛生管理者の方がやる気はあるが手間がかかりかなり苦勞しています。ソフトは購入していましたが。
	ほとんどの項目が逆転項目となっており、得点化に際して混乱が生じやすい
	個人のストレス度を点数で簡単に表示できるようになると利用しやすくなると思われる
	解析をもっと簡単にすることはできないだろうか
情報提供の要望	
	「教員」特有の統計資料が少ないので、職業毎にまとめられたものが定期的に出ると現場で活用しやすい
	5年近くに渡り毎年使っているが、できたら研究会のようなものをつくって、現場とコラボして作成いただきたい
	会社側から他社との比較をして欲しいとの声が多い。業種・規模・職種別のデータがあれば知りたい
	簡易調査票の各得点を算出した後にその得点がどれ位の意味になるのかの説明と、各得点について比較できる全国平均の簡単な参照方法をしりたい
	業種ごと、職種ごとによる各項目の平均値なども、目安程度に知りたい
	研究にも使えるように英語論文としてこの調査票の妥当性などを公表してほしい（JCQやNIOSHとの比較など）
	この調査票を使って組織介入していくためのマニュアル（または事例）があるとよい。
	職種別、階層別の標準値を知りたい
	職場毎の評価なども実施したいと思っていたが、業務に追われ、実践できていない
	職場診断として活用されている事例を紹介してほしい
	ストレス反応に最も影響を与えるストレス要因の分析があるとよい
	職種ごとに比較できるとその業種の当事業所がどうであるかの検討ができる
	全国参照値の業種と例数を増やしてほしい
	全国平均より得点が悪い（健康リスクがある）ときのみ、介入の必要があるように認識されがちだが、相対的な指標なので、さらに職場を改善するための活用法もあることを、よりアピールして良いと思う
	総合健康リスクの点数が医療費や欠勤率と関連するといわれているが、もう少しエビデンスが欲しい。ストレス判定図の結果を職場が活用できるかどうかかが問題であり、活用した成功例を共有化できるように研究班をお願いしたい
	男女混合の職場（同じくらいの割合）だと、判定図など男女どちらを考えたらよいのか
	職場フィードバックを行う際必ず、ベンチマークや他社との比較を求められる。経年比較はできますが、他社もしくは実施期間結果の比較はどこで得られるのか
	別の抑うつ尺度やGHQなどと、ストレス反応の下位尺度との一致度はどうなのか？
	カットオフ値
	平均値や職種別傾向等の呈示を希望
その他	
	就業者が増えている第3次産学・サービス業を対象としたストレス調査票を作っていただきたい
	人によって、設問の状況設定や捉え方が異なるのはどうかにならないか。難しいとは思いますが、同じ設問でも人によって全く違ってとらえることがある。職種にもよると思うが、なるべく皆が共通認識をもてるような、特定の仕方の工夫が必要と感じる
	新しいバージョンのストレス診断、期待する

資料2 職業性ストレス簡易調査票尺度項目一覧

項目	尺度名
ストレス要因 A. あなたの仕事についてうかがいます。	
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	量的負担
2. 時間内に仕事が処理しきれない	
3. 一生懸命働かなければならない	
4. かなり注意を集中する必要がある	質的負担
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	身体的負担
7. からだを大変よく使う仕事だ	
8. 自分のペースで仕事ができる	コントロール
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	技能の活用度
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	対人関係によるストレス
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	職場環境によるストレス
16. 仕事の内容は自分にあっている	仕事の適性度
17. 働きがいのある仕事だ	働きがい
ストレス反応 B. 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。	
1. 活気がわいてくる	活気
2. 元気がいっぱいだ	
3. 生き生きする	
4. 怒りを感じる	イライラ感
5. 内心腹立たしい	
6. イライラしている	
7. ひどく疲れた	疲労感
8. へとへとだ	
9. だるい	
10. 気がはりつめている	不安感
11. 不安だ	
12. 落ち着かない	
13. ゆうつだ	抑うつ感
14. 何をするのも面倒だ	
15. 物事に集中できない	
16. 気分が晴れない	
17. 仕事が手につかない	
18. 悲しいと感じる	
19. めまいがする	身体愁訴
20. 体のふしぶしが痛む	
21. 頭が重かったり頭痛がす	
22. 首筋や肩がこる	
23. 腰が痛い	
24. 目が疲れる	
25. 動悸や息切れがする	
26. 胃腸の具合が悪い	
27. 食欲がない	
28. 便秘や下痢をする	
29. よく眠れない	
修飾要因 C. あなたの周りの方々についてうかがいます	
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？ (C1, C2, C3)	
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？ (C4, C5, C6)	
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？ (C7, C8, C9)	
上記各問いに対して	
1. 4. 7. 上司	上司支援
2. 6. 8. 職場の同僚	同僚支援
3. 7. 9. 配偶者、家族、友人等	家族・友人からの支援
修飾要因 D. 満足度について	
1. 仕事に満足だ	満足度
2. 家庭生活に満足だ	

平成21年度厚生労働科学研究労働安全衛生総合研究事業
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」
分担研究報告書

職業性ストレス簡易調査票を用いた職場のストレス評価

研究分担者 原谷 隆史

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 作業条件適応研究グループ部長

研究要旨

これまでに蓄積した男性15,933人、女性8,447人の職業性ストレス簡易調査票のデータに基づいて、各種のストレス要因を加えて職場のストレス評価を検討した。抑うつと疲労を目的変数、ストレス要因（量的労働負荷、質的労働負荷、身体的労働負荷、仕事のコントロール、技能の低活用、対人問題、職場環境、仕事の適性、働きがい、上司の社会的支援、同僚の社会的支援）を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。抑うつでは13/12点、疲労では9/8点を区分点とした。抑うつ13点以上は男性22.7%、女性29.5%、疲労9点以上は男性21.3%、女性30.5%であった。仕事のストレス判定図で使用する量的労働負荷、仕事のコントロール、上司の社会的支援、同僚の社会的支援の4要因とともに、各種ストレス要因を用いて総合的に健康リスクを評価するための標準集団の平均値、回帰係数を示した。

研究協力者

小田切優子 東京医科大学 講師

大谷由美子 東京医科大学 講師

下光輝一 東京医科大学 公衆衛生学講座主任教授

A. 本研究の目的

職業性ストレス簡易調査票は、旧労働省の委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」の中で開発された。職業性ストレス簡易調査票を活用するためのツールとして、職場を評価する「仕事のストレス判定図」、労働者個人を評価する「ストレスプロフィール」、セルフケアに利用する「職業性ストレス簡易調査票ホームページ」が開発された。

「仕事のストレス判定図」は仕事の量的労働負荷と仕事のコントロール、上司の支援と同僚の支援という4つのストレス要因の組み合わせによる2つの図で、職場のストレス要因の程度や健康問題の起きやすさ（健康リスク）の程度を判定する。量的労働負荷が高く仕事のコントロールが低い、あるいは上司の支援と同僚の支援がともに低いと健康リスクが高くなる。健康リスクの算出は既存の調査票のデータに基づいて換算した係数を使用している。これまでに蓄積した職業性ストレス簡易調査票のデータに基づいて、各種のストレス要因を加えて職場のストレス評価を検討する。

B. 方法

解析対象者は、男性15,933人、女性8,447人であった。平均年齢（標準偏差）は、男性37.8（10.1）歳、女性34.1（10.3）歳であった。

職業性ストレス簡易調査票の尺度得点は、尺度の名称の方向に合わせて尺度構成項目の得点を1～4とした合計を算出した。

抑うつと疲労を目的変数、ストレス要因を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。ストレス要因としては、量的労働負荷、質的労働負荷、身体的労働負荷、仕事のコントロール、技能の低活用、対人問題、職場環境、仕事の適性、働きがい、上司の社会的支援、同僚の社会的支援を使用した。

抑うつでは13/12点、疲労では9/8点を区分点とした。抑うつ13点以上は男性22.7%、女性29.5%、疲労9点以上は男性21.3%、女性30.5%であった。

C. 結果

職業性ストレス簡易調査票の各尺度の性別平均値、標準偏差を表1に示した。

抑うつを従属変数としたロジスティック回帰分析の結果を表2に示した。仕事のストレス判定図で使用する量的労働負荷、仕事のコントロール、上司の社会的支援、同僚の社会的支援の4要因を投入した結果では男女ともにすべての回帰係数が有意であった。次にストレス要因をすべて投入すると技能の低活用は、男女ともに有意ではなかった。男性では身体的労働負荷も有意ではなかった。技能の低活用を除いた解析では、男性の身体的労働負荷以外はすべての回帰係数が有意であった。

疲労を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果を表2に示した。仕事のストレス判定図で使用する量的労働負荷、仕事のコントロール、上司の社会的支援、同僚の社会的支援の4

要因を投入した結果では男女ともにすべての回帰係数が有意であった。次にストレス要因をすべて投入すると対人問題は、男女ともに有意ではなかった。さらに男性では質的労働負荷、女性では身体的労働負荷も有意ではなかった。対人問題を除いた解析では、男性の質的労働負荷、女性の身体的労働負荷も男性の身体的労働負荷以外はすべての回帰係数が有意であった。

D. 考察

これまでに蓄積した職業性ストレス簡易調査票のデータの解析を行い、健康リスク評価のための標準集団の平均値、回帰係数を示した。この数値を使用して仕事のストレス判定図の計算式を改訂することができる。健康リスクは計算方法や換算方法によって値が異なるので、改訂すると旧版の健康リスクとは単純には比較できない。職業性ストレス簡易調査票を継続的に使用して過去の調査結果と比較する場合には、健康リスクや換算値の得点ではなく、生の得点、尺度得点を使用して比較する方が良いと考えられる。

また、仕事のストレス判定図の4要因だけではなく、各種ストレス要因を用いて総合的に健康リスクを計算することができる。

E. 結論

これまでに蓄積した職業性ストレス簡易調査票のデータの解析を行い、仕事のストレス判定図で使用される量的労働負荷、仕事のコントロール、上司の社会的支援、同僚の社会的支援の4要因とともに、各種ストレス要因を用いて総合的に健康リスクを評価するための標準集団の平均値、回帰係数を示した。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

	男性			女性		
	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差
量的労働負荷	15,807	8.7	2.1	8,329	7.9	2.2
質的労働負荷	15,806	8.6	1.8	8,347	8.0	2.0
身体的労働負荷	15,869	2.0	0.9	8,397	2.0	1.0
仕事のコントロール	15,825	7.9	1.9	8,323	7.2	2.1
技能の低活用	15,850	2.0	0.8	8,362	2.3	0.9
対人問題	15,709	6.3	1.8	8,249	6.3	1.9
職場環境	15,860	2.3	1.0	8,382	2.6	1.0
仕事の適性	15,854	2.8	0.8	8,368	2.7	0.8
働きがい	15,856	2.8	0.8	8,367	2.6	0.9
上司の社会的支援	15,593	7.6	2.1	8,205	6.6	2.1
同僚の社会的支援	15,607	8.1	1.9	8,256	8.2	2.0
疲労	15,816	6.5	2.4	8,392	7.1	2.5
抑うつ	15,767	10.3	3.6	8,343	10.9	3.9

表2 抑うつ(13/12)を従属変数としたロジスティック回帰分析				
	回帰係数(B)	標準誤差	有意確率	Exp(B)
男性(n=15,320)				
量的労働負荷	0.200	0.008	0.000	1.22
仕事のコントロール	-0.156	0.010	0.000	0.86
上司の社会的支援	-0.161	0.012	0.000	0.85
同僚の社会的支援	-0.083	0.012	0.000	0.92
女性(n=7,982)				
量的労働負荷	0.152	0.010	0.000	1.16
仕事のコントロール	-0.119	0.012	0.000	0.89
上司の社会的支援	-0.147	0.014	0.000	0.86
同僚の社会的支援	-0.039	0.012	0.002	0.96
男性(n=15,024)				
量的労働負荷	0.105	0.013	0.000	1.11
質的労働負荷	0.072	0.014	0.000	1.07
身体的労働負荷	-0.030	0.024	0.220	0.97
仕事のコントロール	-0.095	0.011	0.000	0.91
技能の低活用	0.047	0.027	0.078	1.05
対人問題	0.164	0.012	0.000	1.18
職場環境	0.132	0.023	0.000	1.14
仕事の適性	-0.461	0.036	0.000	0.63
働きがい	-0.346	0.036	0.000	0.71
上司の社会的支援	-0.083	0.013	0.000	0.92
同僚の社会的支援	-0.092	0.013	0.000	0.91
女性(n=7,758)				
量的労働負荷	0.068	0.016	0.000	1.07
質的労働負荷	0.099	0.017	0.000	1.10
身体的労働負荷	-0.122	0.030	0.000	0.89
仕事のコントロール	-0.055	0.013	0.000	0.95
技能の低活用	0.019	0.030	0.536	1.02
対人問題	0.148	0.015	0.000	1.16
職場環境	0.074	0.028	0.008	1.08
仕事の適性	-0.503	0.041	0.000	0.60
働きがい	-0.233	0.043	0.000	0.79
上司の社会的支援	-0.094	0.016	0.000	0.91
同僚の社会的支援	-0.033	0.014	0.018	0.97
男性(n=15,045)				
量的労働負荷	0.106	0.013	0.000	1.11
質的労働負荷	0.072	0.014	0.000	1.07
身体的労働負荷	-0.023	0.024	0.340	0.98
仕事のコントロール	-0.094	0.011	0.000	0.91
対人問題	0.171	0.012	0.000	1.19
職場環境	0.139	0.022	0.000	1.15
仕事の適性	-0.464	0.036	0.000	0.63
働きがい	-0.350	0.036	0.000	0.70
上司の社会的支援	-0.081	0.013	0.000	0.92
同僚の社会的支援	-0.090	0.013	0.000	0.91
女性(n=7,779)				
量的労働負荷	0.066	0.016	0.000	1.07
質的労働負荷	0.099	0.017	0.000	1.10
身体的労働負荷	-0.120	0.030	0.000	0.89
仕事のコントロール	-0.054	0.013	0.000	0.95
対人問題	0.152	0.014	0.000	1.16
職場環境	0.077	0.028	0.005	1.08
仕事の適性	-0.504	0.041	0.000	0.60
働きがい	-0.233	0.043	0.000	0.79
上司の社会的支援	-0.094	0.016	0.000	0.91
同僚の社会的支援	-0.033	0.014	0.018	0.97

表3 疲労(9/8)を従属変数としたロジスティック回帰分析				
	回帰係数(B)	標準誤差	有意確率	Exp(B)
男性(n=15,364)				
量的労働負荷	0.284	0.009	0.000	1.33
仕事のコントロール	-0.279	0.010	0.000	0.76
上司の社会的支援	-0.130	0.013	0.000	0.88
同僚の社会的支援	-0.097	0.013	0.000	0.91
女性(n=8,025)				
量的労働負荷	0.253	0.010	0.000	1.29
仕事のコントロール	-0.222	0.012	0.000	0.80
上司の社会的支援	-0.088	0.014	0.000	0.92
同僚の社会的支援	-0.084	0.013	0.000	0.92
男性(n=15,065)				
量的労働負荷	0.307	0.014	0.000	1.36
質的労働負荷	0.023	0.014	0.108	1.02
身体的労働負荷	0.140	0.024	0.000	1.15
仕事のコントロール	-0.191	0.012	0.000	0.83
技能の低活用	-0.207	0.028	0.000	0.81
対人問題	-0.024	0.013	0.055	0.98
職場環境	0.149	0.023	0.000	1.16
仕事の適性	-0.387	0.037	0.000	0.68
働きがい	-0.214	0.037	0.000	0.81
上司の社会的支援	-0.097	0.013	0.000	0.91
同僚の社会的支援	-0.067	0.014	0.000	0.94
女性(n=7,797)				
量的労働負荷	0.248	0.016	0.000	1.28
質的労働負荷	0.068	0.016	0.000	1.07
身体的労働負荷	0.039	0.029	0.178	1.04
仕事のコントロール	-0.147	0.013	0.000	0.86
技能の低活用	-0.214	0.031	0.000	0.81
対人問題	0.005	0.014	0.746	1.00
職場環境	0.136	0.028	0.000	1.15
仕事の適性	-0.440	0.041	0.000	0.64
働きがい	-0.168	0.043	0.000	0.85
上司の社会的支援	-0.048	0.015	0.001	0.95
同僚の社会的支援	-0.047	0.014	0.001	0.95
男性(n=15,205)				
量的労働負荷	0.301	0.013	0.000	1.35
質的労働負荷	0.017	0.014	0.226	1.02
身体的労働負荷	0.138	0.024	0.000	1.15
仕事のコントロール	-0.196	0.012	0.000	0.82
技能の低活用	-0.224	0.026	0.000	0.80
職場環境	0.142	0.022	0.000	1.15
仕事の適性	-0.391	0.037	0.000	0.68
働きがい	-0.201	0.037	0.000	0.82
上司の社会的支援	-0.095	0.013	0.000	0.91
同僚の社会的支援	-0.067	0.014	0.000	0.93
女性(n=7,895)				
量的労働負荷	0.250	0.016	0.000	1.28
質的労働負荷	0.069	0.016	0.000	1.07
身体的労働負荷	0.034	0.028	0.233	1.03
仕事のコントロール	-0.145	0.013	0.000	0.86
技能の低活用	-0.209	0.029	0.000	0.81
職場環境	0.137	0.026	0.000	1.15
仕事の適性	-0.440	0.040	0.000	0.64
働きがい	-0.163	0.043	0.000	0.85
上司の社会的支援	-0.053	0.015	0.000	0.95
同僚の社会的支援	-0.047	0.014	0.001	0.95

新しい職業性ストレス調査票の項目・尺度選択・開発

主任研究者	川上 憲人	東京大学大学院医学系研究科・教授
分担研究者	堤 明純	産業医科大学産業医実務研修センター・教授
	島津 明人	東京大学大学院医学系研究科・准教授
	下光 輝一	東京医科大学公衆衛生学講座・教授
	原谷 隆史	独立行政法人労働安全衛生総合研究所・部長
	吉川 徹	財団法人労働科学研究所・副所長
研究協力者	小田切優子	東京医科大学公衆衛生学講座・講師
	井上 彰臣	東京大学大学院医学系研究科・院生

職場のストレス要因を個人レベルから組織レベルまで、包括的に評価できる、新しい職業性ストレス調査票（以下、新調査票とする）を開発するために、以下の研究を実施した。1) 新調査票に含めると良いと思われる「ストレス源・資源」および「アウトカム」に関する概念とその具体的項目を集約し、「ストレス源・資源」に関する概念については、各概念が着目している段階に応じて「作業・課題レベル」、「グループ・対人関係レベル」、「組織レベル」の3段階に分類した。2) 重複する概念をまとめるとともに、「ストレス源・資源」に関する概念について、海外での枠組み（マネジメント基準や評価尺度）と照らし合わせ、わが国の現状を考慮しながら、新調査票に含める概念に優先順位をつけた。3) 現場の産業保健専門職らにヒアリングを行い、新調査票に含める項目を絞り込むとともに、質問内容の分かりやすさなどを吟味し、文言の修正を行い、プレテスト版の初版を作成した。4) 第2回ステークホルダー会議のワークショップで話し合われた内容をもとに、3) で作成した初版に項目を追加し、プレテスト版の最終版を作成した。

A. はじめに

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり、その未然防止（第一次予防）は労使双方にとって優先順位の高い課題となっている。これまでの研究で、労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の1つとして、「職場環境等の評価と改善の実施」は、科学的有効性が確認されており（川上, 2002; Semmer, 2006）、その実施ツールとして職業性ストレス簡易調査票（下光ら, 2000）および仕事のストレス判定図（川上ら, 2000）が開発されている。しかし、これらのツールは開発から10年が経過し、①仕事上の報酬や組織公正などの重要なストレス要因を評価できていないこと、②業種、職種、雇用形態（非正規雇用を含む）を考慮した評価・判定ができないことなどの課題がある。一方、ヨーロッパ諸国では、職場のストレス要因を個人レベルから組織レベルまで、包括的に評価・判定する取り組みが行われはじめています。そこで、本研究では、これまでの職業性ストレス簡易調査票（以下、旧調査票とする）（資料1）に新たに項目を追加し、ヨーロッパ諸国と同様、職場のストレス要因を個人レベルから組織レベルまで、包括的に評価できる、新しい職業性ストレス調査票（以下、新調査票とする）を開発し、標準化のための全国調査を実施することを目的とする。3ヵ年計画の1年目である

本年度は、新調査票に含める項目を選定するためのプレテスト版を作成することを目的とした。

B. 研究の方法

1. アイテムプールの収集・分類

新調査票に含めると良いと思われる「ストレス源・資源」および「アウトカム」に関する概念とその具体的項目を集約し（主に信頼性・妥当性が確認されている既存の尺度を集約したが、一部、オリジナルの項目も含む）、「ストレス源・資源」に関する概念については、各概念が着目している段階に応じて「作業・課題レベル」、「グループ・対人関係レベル」、「組織レベル」の3段階に分類した。

2. 概念の整理・諸外国の枠組みとの照合

「ストレス源・資源」に関する概念について、重複する概念をまとめた。また、欧州の心理社会的リスクマネジメントに関する共通枠組み（PRIMA-EF）（Leka & Cox, 2008）、英国の Health and Safety Executive（HSE）が提唱しているマネジメント基準（Cousins et al., 2004）、デンマークで使用されている職場の心理社会的要因を測定する尺度（COPSOQ II）（Pejtersen et al., 2010）、および、韓国で使用されている職場の心理社会的要因を測定する尺度（KOSS）（Chang et al., 2005）と照らし合わせ、わが国の現状を考慮しながら、新調

査票に含める概念に優先順位をつけた。

3. 産業保健専門職らへのヒアリング

現場の産業保健専門職ら（産業医、臨床心理士等）にヒアリングを行い、新調査票のプレテスト版に含める概念を取捨選択し、項目を1概念あたり3～5項目程度に絞り込んだ。また、質問内容の分かりやすさなどを吟味し、文言の修正を行い、プレテスト版の初版を作成した。

4. ステークホルダー会議での意見収集

第2回ステークホルダー会議（平成22年2月開催：主要な労働安全衛生研究機関の研究者、産業保健専門職、使用者・労働側団体の代表者らが参加）のワークショップで話し合われた内容をもとに、プレテスト版の初版に項目を追加し、プレテスト版の最終版（資料2）を作成した。

C. 結果

1. アイテムプールの収集・分類

「ストレス源・資源」については、合計32概念142項目が収集された。このうち、「作業・課題レベル」に分類された概念は、「仕事の意義」、「業務負担」、「努力」、「情緒的負担」、「認知的要求度」、「仕事のコントロール」、「役割葛藤」、「役割の明確さ」、「役割曖昧さ」、「成長の機会」、「新奇性」、「予測可能性」の12概念61項目、「グループ・対人関係レベル」に分類された概念は、「上司の支援」、「同僚の支援」、「職場の一体感（ソーシャル・キャピタル）」、「同僚間の人間関係」、「経済・地位報酬」、「尊重報酬」、「ハラスメント」、「上司のリーダーシップ」、「上司の公正な態度」、「グループの有能感」、「職の不安定性」、「対人葛藤」、「職場の人間関係」の13概念56項目、「組織レベル」に分類された概念は、「経営層との信頼関係」、「変化への対応」、「ワーク・セルフ・バランス」、「業務配分バランス」、「指揮・命令」、「組織変化速度」、「休暇・福利厚生」の7概念25項目であった。

一方、「アウトカム」に関する概念としては、「規定された職務の遂行」、「創造性の発揮」、「積極的な学習」、「ワーク・エンゲイジメント」、「仕事のパフォーマンス」、「職務満足感」、「大うつ病エピソード」の7概念21項目が収集された。

2. 概念の整理・諸外国の枠組みとの照合

「ストレス源・資源」について、「作業・課題レベル」に分類された概念のうち、「努力」は「業務負担」にまとめられ、また、「役割の明確さ」と「役割曖昧さ」は「役割の明確さ・曖昧さ」にまとめられ、10概念となった。「グループ・対人関係レベル」に分類された概念については、「同僚間の人間関係」が「職場の一体感（ソーシャル・キャピタル）」にまとめられ、また、「職場の人間関係」が「対人葛藤」にまとめられ、11概念とな

った。尚、「組織レベル」に分類された概念は、従来通りの7概念で変更はなかった。これらの計28概念について、諸外国の枠組みと照らし合わせた結果および、新調査票に含める優先順位を表1に示した。

3. 産業保健専門職らへのヒアリング

ヒアリングによって、「ストレス源・資源」の概念のうち、「認知的要求度」、「業務配分バランス」、「指揮・命令」、「組織変化速度」、「休暇・福利厚生」の5概念をプレテスト版に含める概念から削除した。「アウトカム」の概念については、「大うつ病エピソード」をプレテスト版に含める概念から削除した。また、「上司の支援」、「同僚の支援」、「対人葛藤」、「職務満足感」については、既に旧調査票に含まれていることから、プレテスト版に含める概念から削除した。尚、「業務負担」、「仕事のコントロール」も旧調査票に含まれていたが、項目を新たに追加したため、追加項目のみをプレテスト版に含めることにした。結果として、プレテスト版の初版は、「ストレス源・資源」については、「作業・課題レベル」9概念27項目、「グループ・対人関係レベル」8概念35項目、「組織レベル」3概念16項目、「アウトカム」については、5概念20項目の計98項目となった。

4. ステークホルダー会議での意見収集

第2回ステークホルダー会議のワークショップで話し合われた内容をもとに、「グループ・対人関係レベル」に2概念（「ほめてもらえる職場」、「失敗を認める職場」）5項目、「組織レベル」に5概念（「手続きの公正性」、「個人の尊重」、「公正な人事評価」、「多様な労働者への対応」、「キャリア形成」）21項目、「アウトカム」に5項目の計31項目をプレテスト版の初版に追加し、最終版（計129項目）を作成した。最終版の内訳は、「ストレス源・資源」については、「作業・課題レベル」9概念27項目、「グループ・対人関係レベル」10概念40項目、「組織レベル」8概念37項目の計104項目、「アウトカム」については、5概念20項目に5項目を追加した、計25項目である。

D. 考察

3ヵ年計画の1年目である本年度は、新調査票に含める項目を選定するためのプレテスト版を作成した。新調査票は、旧調査票で測定することが難しかった、グループ・対人関係および組織に着目したストレス源・資源を測定することが可能であり、またアウトカムにおいても、ワーク・エンゲイジメントなどのポジティブな指標を含めた点が特徴的である。旧調査票に新調査票を追加して使用することにより、現場で職場環境の評価・把握の際に、より包括的な評価が可能になると考えられる。今後、プレテスト版を実施し、プ

レテストの結果をもとに、更に項目を絞り込み、新調査票の最終版を作成する予定である。その後、現場での活用に向けて、本調査を実施し、標準化および新しいストレス判定図の作成を行う予定である。

E. 健康危険情報
該当せず。

F. 研究発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
該当せず。

表 1. 新職業性ストレス調査票（プレテスト版）に含める概念と海外の枠組みとの対応

概念レベル	概念名	PRIMA-EF	英国 HSE	COPOQ II	KOSS	優先順位	備考	
作業・課題レベル	仕事の意義			○		2		
	業務負担	○	○	○	○	1	旧調査票に含まれているため、追加項目のみ、プレテスト版に含める	
	情緒的負担			○		2		
	認知的要求度			○		3	プレテスト版には含めず（ヒアリングで削除）	
	仕事のコントロール	○	○	○	○	1	旧調査票に含まれているため、追加項目のみ、プレテスト版に含める	
	役割葛藤			○	○	2		
	役割明確さ・曖昧さ		○	○	○	2		
	成長の機会				○	3		
	新奇性					3		
	予測可能性				○	3		
	上司の支援	○	○	○	○	1	プレテスト版には含めず（旧調査票に含まれている）	
	同僚の支援	○	○	○	○	1	プレテスト版には含めず（旧調査票に含まれている）	
	職場の一体感 (ソーシャル・キャピタル)	○				1		
	グループ・対人関係レベル	経済・地位報酬	○		○	○	1	
尊重報酬				○	○	1		
ハラスメント		○		○	○	1		
上司のリーダーシップ				○	○	3		
上司の公正な態度		○				3		
グループの有能感						3		
職の不安定性		○		○	○	1		
対人葛藤		○	○	○	○	1	プレテスト版には含めず（旧調査票に含まれている）	
経営層との信頼関係		○		○	○	2		
変化への対応			○			2		
ワーク・セルフ・バランス						1		
組織レベル		業務配分バランス	○		○		2	プレテスト版には含めず（ヒアリングで削除）
		指揮・命令					3	プレテスト版には含めず（ヒアリングで削除）
		組織変化速度					3	プレテスト版には含めず（ヒアリングで削除）
	休暇・福利厚生					3	プレテスト版には含めず（ヒアリングで削除）	

A. あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

	そう だ	そ う だ ま あ	ち が う や や	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない-----	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない-----	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない-----	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある-----	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ-----	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない-----	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ-----	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる-----	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる-----	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる-----	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない-----	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある-----	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない-----	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である-----	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない-----	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている-----	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ-----	1	2	3	4

B. 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か っ た	ほ と ん ど	と き ど き あ っ た	し ば し ば あ っ た	い つ も あ っ た	ほ と ん ど
18. 活気がわいてくる-----	1	2	3	4		
19. 元気がいっぱいだ-----	1	2	3	4		
20. 生き生きする-----	1	2	3	4		
21. 怒りを感じる-----	1	2	3	4		
22. 内心腹立たしい-----	1	2	3	4		
23. イライラしている-----	1	2	3	4		
24. ひどく疲れた-----	1	2	3	4		

	な か っ た	ほ と ん ど	と き ど き あ っ た	し ば し ば あ っ た	い つ も あ っ た	ほ と ん ど
25. へとへとだ-----	1		2		3	4
26. だるい-----	1		2		3	4
27. 気がはりつめている-----	1		2		3	4
28. 不安だ-----	1		2		3	4
29. 落ち着かない-----	1		2		3	4
30. ゆううつだ-----	1		2		3	4
31. 何をするのも面倒だ-----	1		2		3	4
32. 物事に集中できない-----	1		2		3	4
33. 気分が晴れない-----	1		2		3	4
34. 仕事を手につかない-----	1		2		3	4
35. 悲しいと感じる-----	1		2		3	4
36. めまいがする-----	1		2		3	4
37. 体のふしぶしが痛む-----	1		2		3	4
38. 頭が重かったり頭痛がする-----	1		2		3	4
39. 首筋や肩がこる-----	1		2		3	4
40. 腰が痛い-----	1		2		3	4
41. 目が疲れる-----	1		2		3	4
42. 動悸や息切れがする-----	1		2		3	4
43. 胃腸の具合が悪い-----	1		2		3	4
44. 食欲がない-----	1		2		3	4
45. 便秘や下痢をする-----	1		2		3	4
46. よく眠れない-----	1		2		3	4

C. あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
47. 上司-----	1	2	3	4
48. 職場の同僚-----	1	2	3	4
49. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

	非常に	かなり	多少	全くない
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
50. 上司-----	1	2	3	4
51. 職場の同僚-----	1	2	3	4
52. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

53. 上司-----	1	2	3	4
54. 職場の同僚-----	1	2	3	4
55. 配偶者、家族、友人等-----	1	2	3	4

D. 満足度について

	満足	まあ満足	やや不満足	不満足
56. 仕事に満足だ-----	1	2	3	4
57. 家庭生活に満足だ-----	1	2	3	4

A. あなた自身のお仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

	そ う だ	そ う だ ま あ	ち が う や や	ち が う
仕事の意義 <優先度2>				
1. 自分の仕事は意味のあるものだ-----	1	2	3	4
2. 自分の仕事は重要だと思う-----	1	2	3	4
3. 働きがいのある仕事だ-----	1	2	3	4
業務負担 <優先度1>				
4. 自分の職場の労働時間は長い-----	1	2	3	4
5. 自分の職場はいつも人手不足だ-----	1	2	3	4
情緒的負担 <優先度2>				
6. 仕事の上で、気持ちや感情がかき乱されることがある-----	1	2	3	4
7. 感情面で負担になる仕事だ-----	1	2	3	4
8. 感情的に巻き込まれやすい仕事だ-----	1	2	3	4
仕事のコントロール <優先度1>				
9. どのくらい残業や休日出勤するか自分で決められる-----	1	2	3	4
10. 上司から仕事をまかせてもらえる-----	1	2	3	4
役割葛藤 <優先度2>				
11. 自分が正しいと思うのとは違ったやり方で仕事をしなければならない-----	1	2	3	4
12. 複数の人からお互いに矛盾したことを要求される-----	1	2	3	4
13. 十分な人やモノがないまま仕事を割り当てられる-----	1	2	3	4
役割明確さ・曖昧さ <優先度2>				
14. 自分の職務や責任が何であるか分かっている-----	1	2	3	4
15. 自分の部署の目標や目的が分かっている-----	1	2	3	4
16. 自分にどれくらい権限があるのかはっきりしている-----	1	2	3	4
17. 自分の仕事で何をすべきかについて説明されている-----	1	2	3	4
18. 職場の仕事全体の中で自分の仕事の位置づけを理解できている-----	1	2	3	4
成長の機会 <優先度3>				
19. 仕事で新しいことを学ぶ機会がある-----	1	2	3	4
20. 仕事で自分の長所をのばす機会がある-----	1	2	3	4
21. 職場では、自分の技能を十分に高めることができる-----	1	2	3	4

そう
だ
　　ま
　　あ
　　ち
　　や
　　が
　　う
　　ち
　　が
　　う

新奇性 <優先度 3>

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 22. これまでしたことのない種類の仕事をする事が多い----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 毎回、新しい技術や知識を必要とする仕事である----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. 仕事の上で、以前に経験したことのないことに出会う----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

予測可能性 <優先度 3>

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| 25. いっごろ、自分の仕事量が増えるか分かっている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. いっごろ、自分の仕事が一段落するか見通しがついている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. いっごろ、仕事上でトラブルが生じるか予想できる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

B. あなたが働いている職場についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

そう
だ
　　ま
　　あ
　　ち
　　や
　　が
　　う
　　ち
　　が
　　う

職場の一体感（ソーシャル・キャピタル） <優先度 1>

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28. 私たちの職場では、ともに働こうという姿勢がある----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. 私たちの職場では、お互いに理解し認め合っている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. 私たちの職場では、仕事に関連した情報の共有ができている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. 私たちの職場では、助け合おうという雰囲気がある----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. 私たちの職場では、お互いに信頼し合っている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. 笑いや笑顔がある職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. 私生活を含めて、気持ちや状況を話し合える職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. お互いにあいさつをし合う職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. 職場では、メンバーの間で相互理解がある----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. 職場のみんながお互いに、うまくコミュニケーションできるよう工夫
がなされている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. 職場のメンバーが同じ目標を共有している----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. 今の職場は他者を配慮する(同僚に気を配る)風土がある----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. 仕事のやり方や進め方について工夫をこらせる職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. 一人ひとりの創意工夫、提案などが取り入れられやすい職場だ--- | 1 | 2 | 3 | 4 |

経済・地位報酬 <優先度 1>

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 42. 自分の仕事に見合う給料やボーナスをもらっている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. 自分の能力や経験に見合った地位・職務に就いている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

	そ う だ	そ う だ ま あ	ち や が う	ち が う
尊重報酬 <優先度 1>				
44. 私は上司からふさわしい評価を受けている-----	1	2	3	4
45. 私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている-----	1	2	3	4
46. 同僚から、自分の仕事上のふさわしい扱いを受けている-----	1	2	3	4
ハラスメント <優先度 1>				
47. 職場で自分がいじめにあっている（セクハラ、パワハラを含む）-----	1	2	3	4
48. 職場でいじめられている人がいる（セクハラ、パワハラを含む）-----	1	2	3	4
上司のリーダーシップ <優先度 3>				
49. 上司は、仕事に情熱をもてるようにしてくれる-----	1	2	3	4
50. 仕事の出来ばえについて、上司からフィードバックをもらっている--	1	2	3	4
51. 上司は、部下が能力を伸ばす機会を持てるように、取り計らってくれ る-----	1	2	3	4
52. 上司は、私が自分で問題解決できるように励ましてくれる-----	1	2	3	4
53. 部下を育てることが上手な上司が評価される組織だ-----	1	2	3	4
上司の公正な態度 <優先度 3>				
54. 上司は独りよがりなものの見方をしないようにすることができる---	1	2	3	4
55. 上司は親切心と思いやりをもって接してくれる-----	1	2	3	4
56. 上司は誠実な態度で対応してくれる-----	1	2	3	4
ほめてもらえる職場 <追加>				
57. 仕事をきちんとすれば、ほめてもらえる-----	1	2	3	4
58. 努力して仕事をすれば、ほめてもらえる-----	1	2	3	4
59. あたりまえのことでも、できたらほめてもらえる-----	1	2	3	4
失敗を認める職場 <追加>				
60. ピンチをチャンスに変えられる職場だ-----	1	2	3	4
61. 失敗しても挽回(ばんかい)するチャンスがある職場だ-----	1	2	3	4
グループの有能感 <優先度 3>				
62. 自分のグループは仕事の遂行能力がとても高いという自信がある---	1	2	3	4
63. 自分のグループは不測の事態をうまく処理できるという自信がある-	1	2	3	4
64. 自分のグループは全体的に見て、課題の解決能力が高い-----	1	2	3	4
職の不安定性(安定報酬) <優先度 1>				
65. 失職の恐れがある-----	1	2	3	4
66. 昇進の見込みは少ない-----	1	2	3	4
67. 職場で、好ましくない変化を経験している。もしくは今後そういう状 況が起こりうる-----	1	2	3	4

そ 　　ま 　　ち 　　ち
う 　　あ 　　や 　　が
だ 　　だ 　　が 　　う

多様な労働者への対応 <追加>

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 89. 女性、高齢者あるいは障がい者が働きやすい職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. 若い人が働きやすい職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 91. 職場では、(正規、非正規、アルバイトなど) いろいろな立場の人が
職場の一員として尊重されている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

キャリア形成 <追加>

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 92. 意欲を引き出したり、キャリアに役立つ教育が行われている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 93. 若いうちから将来の進路を考えて人事管理が行われている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 94. グループや個人ごとに、教育・訓練の目標が明確にされている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 95. 自分の職場では、誰でも必要なときに必要な教育・訓練が受けられ
る----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 96. 自分の職場では、従業員を育てることが大切だと考えられている--- | 1 | 2 | 3 | 4 |

D. お仕事とあなた個人の生活との関係についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

そ 　　ま 　　ち 　　ち
う 　　あ 　　や 　　が
だ 　　だ 　　が 　　う

ワーク・セルフ・バランス (仕事→家庭 : ネガティブ) <優先度1>

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 97. 仕事のことを考えているため自分の生活を充実させられない----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 98. 仕事のことを考えているため自分の生活を楽しめない----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 99. 仕事のスケジュールのために自分の生活を充実させられない----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 100. プライベートな時間を過ごしているときでも仕事のことを考えてい
る----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

ワーク・セルフ・バランス (仕事→家庭 : ポジティブ) <優先度1>

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 101. 仕事を終えた後、気分良く家に帰ることができ、それは自分の生活
に良い影響を与えている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 102. 仕事を終えた後、自分の生活を楽しめる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 103. 仕事で学んだことを活かして自分の生活を充実させている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 104. 仕事でエネルギーをもらうことで、自分の生活がさらに充実してい
る----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

E. あなたお仕事の状況や成果についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

そう
だ
そう
だ
ま
あ
ち
が
や
や
ち
が
う
ち
が
う

規定された職務の遂行

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 105. 今月の自分の仕事の出来は、他の人に比べて良かったと思う----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 106. 指示された仕事をきちんとやりとげている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 107. 自分に期待されている仕事は十分にこなしている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

創造性の発揮

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 108. 仕事でいろいろ工夫したり、アイデアを出している----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 109. 仕事上の問題に対して新しい解決策を考えている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 110. 仕事について新しいやり方を提案している----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

積極的な学習

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 111. 仕事で新たなことを学んでいる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 112. 仕事で自分を上手に高めることができている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 113. 新しい事をマスターすることで刺激を受けている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 114. 新しいことを経験して成長している----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

ワーク・エンゲイジメント

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 115. 仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 116. 職場では、元気が出て精力的になるように感じる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 117. 仕事に熱心である----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 118. 仕事は、自分に活力を与えてくれる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 119. 朝に目がさめると、さあ仕事へ行こう、という気持ちになる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 120. 仕事に没頭しているとき、幸せだと感じる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 121. 自分の仕事に誇りを感じる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 122. 仕事にのめり込んでいる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 123. 仕事をしていると、つい夢中になってしまう----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

追加項目

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 124. 今の職場は、ストレスなどのマイナス点と仕事のやりがいなどのプラス点を総合すると、プラス点がまさっている----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 125. 自分の健康状態はよい----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 126. 自分の職場には、心の健康問題のため調子が悪かったり、休んでいる人がいる----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 127. 今の職場で働いていると、そのうち健康を損ねてしまいそうだ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 128. ストレスを抱え込まないですむ職場だ----- | 1 | 2 | 3 | 4 |

仕事のパフォーマンス

129. 次の 0 から 10 点までの数字は、仕事の出来を表したものです。0 点は、あなたの仕事を他の誰かがやって最悪だった時の出来、10 点は一番仕事の出来る人がやった場合の出来とします。最近 1 ヶ月間のあなたの全般的な仕事の出来は何点くらいになるでしょうか。

(最悪の出来)										(最高の人がやった時の出来)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

労働現場におけるメンタルヘルス対策の一次予防の浸透方法 —ステークホルダー会議による提案—

分担研究者 下光 輝一 東京医科大学 公衆衛生学 主任教授

研究協力者

川上憲人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

原谷隆史 労働安全衛生総合研究所

堤 明純 産業医科大学実務研修センター

島津明人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

吉川 徹 労働科学研究所

小田切優子 東京医科大学公衆衛生学講座

井上彰臣 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

研究要旨：労働者のメンタルヘルス対策の一次予防を、中小規模事業場を含むすべての事業場に浸透させるための方法について提言していくことを目的に、関係者（ステークホルダー）会議を2回開催した。第1回は一次予防対策のあり方について、第2回は経済変動期における健康いきいき職場の心理社会的条件について、ワークショップ形式で討議を行った。一次予防のあり方については、行政からの政策的提言は重要であるが、さらに企業にメリットがある形での普及啓発が重要である、と結論付けられた。健康いきいき職場の心理社会的条件として、コミュニケーションが良好である、透明性・公平性・納得性のある評価、経営層や上司が企業の目標や見通しを示しそれが労働者に伝えられ理解されており一体感がある、等の内容が挙げられた。本会議の開催により、一次予防方策の進め方の全体像を示すことができた。今後は、より経営者および労働者の視点を加えた具体的方策について検討していく必要がある。

A. 研究目的

労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり、労働者の健康の保持・増進、事業場における安全・生産性の確保の観点から、メンタルヘルスの一次予防対策がきわめて重要な課題となっている。

一方、労働者健康状況調査によれば近年「心の健康づくり」活動の実施率は増加しているものの、労働者向けのセルフケアや管理監督者向けの教育の実施率と比較して、職場環境等の評価と改善の実施率はまだ低い状況にある。特に従業員数が少ない中小規模事業場での職場環境等の評価と改善の実施率が低く、事業場規模に

よる格差が大きいという現状がある。したがって、一次予防対策を、中小規模事業場を含めて広く浸透させていくためには、本研究班で行う科学的根拠に基づくガイドラインの作成や、新しい職業性ストレス簡易調査票の開発、標準化を通じた有用な情報やツールの提供に加え、浸透させていくための合意形成、社会的枠組みの整備が重要と考えられる。

そこで本分担研究では、主要な労働安全衛生研究機関、産業保健専門職、使用者側団体、労働側団体等の代表者によるステークホルダー会議を2回にわたって実施し、参加型ワークショップにより労働者のメンタルヘルス不調の第一

次予防の基本的推進枠組みについて意見交換し、コンセンサスを形成することを目的とした。

B. 研究方法

1. 第一回ステークホルダー会議

平成 21 年 8 月 4 日に第一回ステークホルダー会議を開催した。多様な背景を持つ関係者らによる会議となることを目的として、主要な労働安全衛生研究機関として産業医科大学、労働安全衛生総合研究所、労働科学研究所、産業保健専門職として産業医、保健師、衛生管理者、心理職、使用者側団体として経団連、東京商工会議所、労働側団体として連合、およびその他分野から法律家に出席を依頼した。(出席者は資料 1)

会議のはじめにあたり、主任研究者より【労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の現状と課題】と題したキーノートレクチャーを行い、現在の職場のメンタルヘルスの現状（特に一次予防について）と本会議の目的について説明が行われた（資料 2）。その後、参加者の間で本会議での一次予防の捉え方について整理が行われた。すなわち、一次予防には、職場組織や環境の改善、個人向けストレスマネジメントなどの介入、上司への教育研修の 3 つが含まれる。しかし本会議では、それらに加え、労務管理との問題（例えば成果主義などの職場の評価制度の問題や長時間労働の問題等）、現在の日本の労働の現状、潜在している問題は何か、といった現状分析を行うことにより日本独自の対策が考えられるとの意見から、広義の仕事のストレスに対する一次予防についての討議を行うこととなった。

これをうけ、【労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防のあり方】というタイトルで、3 班に分かれてグループ討議を行った。グループ討議の内容を各班スライドにまとめ、発表を行った。討議内容に対する質疑応答、続いて全体討議が行われ、主任研究者による総括を得て閉会した。

2. 第二回ステークホルダー会議

平成 22 年 2 月 22 日に第二回ステークホルダー会議を開催した。第一回会議出席者に再度の出席を依頼し、分担研究者を含む 20 名の出席を得て行われた。

はじめに主任研究者川上憲人教授より、第一回ステークホルダー会議開催以降の研究班の活動状況について説明があった後、本ステークホルダー会議の実施に関連して参考としている心理社会的リスクマネジメント欧州枠組み

(Psychosocial Risk Management European Framework: PRIMA-EF) の概要について紹介された（資料 4）。PRIMA-EF は、その名が示すとおり、欧州の心理社会的リスクマネジメントの枠組みを作ることを目的としている。英国 Nottingham 大学にある労働衛生組織研究所 (I-WHO) が EU 圏内の労働衛生研究所や機構とコンソーシアムを組み、WHO および ILO からの支援、European Foundation、国際労働衛生委員会の心理社会的要因に関する会議 (ICOH-WOPS) などからの助言を得つつ、活動が行われている。PRIMA-EF のモデルやその主要な側面は、本会議に大いに参考になっている。すなわち、心理社会的リスクのマネジメントの主要な関係者として、研究者や産業保健の専門家ばかりでなく経営者や労働者側と話し合いを重視している点である。

この第二回会議では、リーマンショック以降、各種経済指標が低迷を続けている社会情勢を踏まえ、「経済変動期における健康 (いきいき) 職場の条件とは」との課題について、以下の 3 つの側面、

- 1 【「いきいき」職場の社会心理的条件とは】
- 2 【「いきいき」職場のアウトカムとは】
- 3 【「いきいき」企業・職場が行っているアクションとは】

について、特に 1 について、さらに討議が進展すれば 2、および 3、についても合わせて討議してもらおうよう依頼した。ここで、メンタルヘルスの一次予防には、労働者がメンタルヘルス

関連疾患を発症しないようにするという意味だけではなく、“いきいき職場”という言葉からもあるようにもうポジティブな側面を含めて考えることとした。(ネガティブな側面は企業に受け入れられにくいいためである) また、心理社会的条件がホワイトカラーとブルーカラーで異なることも想像されるが、両方を含めて、また企業規模によって異なることも想像されるが中小規模事業場も含めて議論することとなった。

第一回会議同様、討議内容を各班スライドにまとめ、質疑応答や全体討議が行われた。討議の内容から、本研究班の別プロジェクトである新職業性ストレス調査票の項目案も考案されるなど、多くの意見が出され実り多い会議となった。

C. 結果

1. 第一回ステークホルダー会議討議内容

3 班に分かれて【労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防のあり方】について討議した結果を以下に示す。

第1グループ

- ・ 一次予防対策では、集団特性、社会情勢も考慮する必要があり、層別化して行うべきと考えられる。
- ・ 対策にあたっては、対策の対象に限定した状況把握を行うことが重要。すなわち、大企業、中小企業、非正規社員、障害者などの状況把握である。特に中小企業に対しては国からの支援が必要である(雇用の安定性も含めて)
- ・ 働き方は経営層の考えに影響を受ける。例えばワークライフバランスが重視されてきているが、職場の問題改善や企業風土などがこれに強く関係する。したがってメンタルヘルス対策と政策との整合性も必要である。
- ・ 長時間労働に至る経過には、人事労務の在り方が関連している。組織構造が問題である(一人が担当する部下の人数が非常に多

いなど)。

- ・ 職場で起きている具体的な問題に対して必要な対応を事業場に求めていくためには、産業医の教育、包括的産業保健スタッフの確保やそのレベルアップも必要である。
- ・ 職場でうつ病が増加しているかについては疑問もあり、ケースの多くは適応障害で、母子関係や家庭教育の問題が背景にある。そのようなケースが増えている状況では、ストレス対策以外の対策、たとえば行動変容、認知行動療法的アプローチなども重要ではないか。
- ・ (発症のケースには) 個人要因のような職場関連要因以外のものが関わっていることも多く、どの程度事業主が責任を持つのかは議論がある。セルフケアについては会社負担ではなく、自己負担という考え方もあるかもしれない。

第2グループ

メンタルヘルスの現状分析、および一次予防に何を含めるか、の2つに焦点を当てて議論された。

- ・ うつは増加しているのか? 現在休職している人がすべて疾病を患っており本当に休職が必要なのか、疑問に思われるケースもある
- ・ 過重労働にメランコリー親和型性格傾向が加わってうつ状態を発症するケースは最近ほとんどみられないようである
- ・ 中小規模事業場では、労働者の人数が少ないために、一人の休職によって生じる影響が相対的に大きい。二次予防、三次予防については教育の効果が生じやすいが、一次予防は教育効果が早期に認められにくいので、中小規模事業場に浸透させていくことは大変に難しい。行政の支援が重要となるであろう。
- ・ 中小規模事業場の現状を知っている、あるいは経験を有している人が、対策づくりに入る必要がある。

- うつ病の有病率は3～5%といわれており、高血圧や脂質異常症と比較して大変に低い。そのような観点からすれば、一次予防は必要か、という議論もでてくる。しかしながら、対策の目標・アウトカムをうつ病とせず、職場でのストレスを感じている人の減少として対策を行うことも大切であろう。
 - うつ病による労働災害の認定件数自体は少ないが、自殺の予防という観点では重要である。
 - 長時間労働時間の問題は、経営者や管理職において問題となっている。また、長時間労働者に対する産業医面談が免罪符のように使われることがあってはならない。
 - 職場では、人間関係によるストレスが大きい。パワーハラスメントと指導の境界を引くことが難しいという意見もある。コミュニケーションの取り方が以前とは異なり、変化が生じていたり、苦手な労働者が増えている。人材活性化のひとつとしてコミュニケーション教育を行うことには意義があるし、飲み会などを奨励することもよいかもしれない。
 - 成果主義＝減点主義となることは好ましくない。失敗が個人に帰されてしまうような仕組み・組織も好ましくないし、失敗をおそれない文化があってもよい。成果主義が、労働者の良い点をほめるような形で運用されることが望ましい。(評価の透明性、公平性、納得性)
 - 雇用や人事労務の在り方がメンタルヘルスに関係していることを提言することが望ましい
- 第3グループ
- 政策的提言が重要。政府が方針を出すことによって具体的対策がスタートする場合が多いことから、こうした会議の場で醸成されたメッセージを行政を通じ、またその他様々な方法を用いて職場へ伝達することは重要である。
 - 残念ながらメンタルヘルスについては20年前とあまり変わっていない印象がある。
 - 労働時間管理に正面から取り組まない状態で一次予防対策を行うことはありえない。しかし、労働時間管理を行っていることがメンタルヘルス対策の免罪符となっては問題と思われる
 - 政策的な提言も重要な一方、現実的には、業務起因性のあるメンタルヘルス問題を発生させない、業務外要因で発症したとしても業務で増悪させないことを目標とするのが良いのではないか
 - メンタルヘルス不調が生じる状況はケースバイケースであり、一律の対応や対策では有効な予防にならない。また企業によってその予防策が異なる可能性があることに注意。
 - 現状では、会社本来が行うべきことの範囲に一次予防を含むことを優先するより、労働時間管理等の基本的な措置が先ではないか
 - 一次予防では、既存のツールの画一的な使用等による問題解決はできない。企業ができることを行い、それによって発症が少なくなった、といった効果が或る程度認められればそれを成功事例として他に広く公開していく、といった考え方がよいように思われる(成功事例の収集)
 - 一次予防対策のためのツール類の充実も重要
 - 一次予防がなぜ重要なのか発信していくことがまず必要。中小企業でも、一次予防の重要性は認識されてきているが、対策を行うにあたり画一的なツールの使用、大企業と同じツールや実施の仕方では負担感が増すだけで浸透していかない
 - 働くとはどういうことか、という事柄についての学校教育制度のあり方から組み立てていくことが必要
 - ハード面での職場環境改善も基本的事項と

して重要である

総合討議

メンタルヘルス問題の一次予防は、法的には、作業関連疾患に対する対策ととらえられている。具体的に何をどのように行っていくのかについては、経営側と労働側のコンセンサスで決めていく方法、社会的合意によってルールや方針を設定しておこなっていく方法、現場で困っている状況に対してチェックツールなどを使用した結果を踏まえた事例の蓄積やエビデンスを一般化していく方法などが考えられる。一次予防の対策（例えばツールの使用等）を健康診断の中に位置づけて実施する方法等も考えられるものの、参加者から賛同する声は少なかった。

労災が発生して訴訟が提起されたものについては、裁判所が個々の事案に照らしその災害を防ぐために求められる一定の行為規範（この場合には、こうすべきであった、といった準則）を示して来ている。これは、あくまで個々の事情を踏まえた（価値）判断ではあるが、似たような労働環境においてもそれなりに有用なものであり、参考にされるべきと思われる。

本ステークホルダー会議や研究班でも、専門家としてのベストのコンセンサスを出し、現場で有用な指針などを作成、提供していくことが求められているのではないかと。

以上のような議論が行われ、最後に、主任研究者による統括が行われた。一次予防を企業の責任と位置づけるかどうか、については労働基準法や労働安全衛生法の遵守がまず基本であり、それに加えて具体的にどの程度の対策を実施すべきか提示していく必要がある。また普及を推進するためには企業に利益がある形で啓発を行う必要があること、企業内での具体的な取り組みとしてはコミュニケーションの活性化の重要性などが確認された。（資料3）

2. 第二回ステークホルダー会議討議内容

「経済変動期における健康（いきいき）職場の条件とは」との課題について、

- 1) 【「いきいき」職場の社会心理的条件とは】
- 2) 【「いきいき」職場のアウトカムとは】
- 3) 【「いきいき」企業・職場が行っているアクションとは】

の3つの側面について、3班に分かれ討議を行った。討議では主に1)「いきいき」職場の社会心理的条件について優先的に話し合われた。

第1グループ

- ・ はじめに、“いきいき”から考えられるイメージについて整理し、いきいき職場の心理社会的条件を考えた。
 - ✓ 健康+企業の活力（両者がパラレルである）
 - ✓ 働き甲斐
 - ✓ 生産性（ただし生産性が高い職場が必ずしも“いきいき”となるとは限らない。生産性といきいきの間に何かがあるように思える。生産性が過剰評価されることには問題も考えられる）
 - ✓ コミュニケーションが良い
 - ✓ 明るく元気で楽しい
 - ✓ ストレスを抱え込まない職場
- ・ 人事評価（成果主義等）にあたって、（全員の納得や合意が得られるような評価は難しいので、）プロセスを説明するなど手続きの公正性が重要な条件である。労働者が報われない、と感じることが無いようにできていること
- ・ 報償制度がある。（処遇とは別に、仕事で当たり前前の事であっても褒め、モチベーションを高める。）
- ・ ハラスメントがないこと
- ・ 労災認定基準の条件となるような事柄が無いことは最低限の条件。（リスク管理の視点では、業務起因性がないことが大切。）
- ・ （事業場）全体としての目標を共有できていること。職場の一体感がある。（目標は会社の方向性といっても良いかもしれない。生産性に向けたものである。“こういうことを大切にしたい”といった VALUE の中

に、従業員を大切にす、職員の健康が含まれることは大切。)

- いきいき職場の条件=こうなったら、職場が活性化します、というもの。それは
 - ✓ 挨拶が良く聞かれる
 - ✓ お互いに声を出し合う
 - ✓ 健康を大事にする雰囲気がある
 - ✓ 人間として尊重されている職場
 - ✓ 他者に対して配慮ができる職場
 - ✓ 温かい風土
- 仕事の意義や位置づけが労働者に伝わっている
- 現場の労働者から工夫やアイデアが出され、それが会社で取り上げられていること。
- トップ（経営層）のメッセージが伝わりやすいこと。距離感。何でもいえる職場
- 多様性、個性を受け入れていること。お互いを認め合っている。（これにより働きやすい環境が生まれる。）

以上の心理社会的条件に加え、いきいき職場のアウトカムとして最低限、業務起因性で不調を生じる人がでないようにしていくことが大切であり、これをアウトカムにすることができる、という意見があった。また、いきいき職場のアクションとして、(企業内での人と人との結びつきが変化してきている中で、)会社に対する帰属意識等を高めることを意図して、飲み会の推奨、社員旅行、運動会などが行われている（人事部門が企画し、会社が経費負担をするところまでできている。）ことが紹介された。

この他、いきいき職場について考えていく、作っていく際に重要であるとして以下の事柄が挙げられた。

- 仕事ではストレスは必ず存在するので、過大なストレスを減らすことが大切である
- ストレスの受け止め方が個人で異なることも事実であり、それを考慮しなくてはならない
- 上司による部下のマネジメントが大切である。

- 人材の適材適所。配置や仕事の与え方も大切。これは労働者の成長の機会へとつながる
- 仕事を提供されるときに、(繁忙期などの)見通しについて伝えられていることが大切である。

第2グループ

討議の内容からいきいき職場の心理社会的条件としては、以下のようにまとめられる。

- 労働者がやりがい、満足、幸せを感じることができる職場。
- 創造性がある、あるいは自由な発想が生まれる職場。（生産性という言葉よりも創造性が良い。）
- 一体感があり、あたたかい職場
- 社員相互に思いやりがあること。相互理解があること。
- メンタルヘルス不全に対しても理解を示せること
- 評価に関して、公平性、透明性、納得性が担保されていること。
- 会社への帰属意識、ずっと働こうという気持ちがあること。（会社組織と個人の安定性が無くなって来ているので、これらも消失してきている。）
- 金銭的報酬は低くとも安心感を得られる職場。信頼感、安定感、がある職場。

である。また、いきいき職場のアクションとして、社員同士の相互理解を深めるために社員個人のHPを立ち上げている企業があること、宴会などの企画（企画しても参加しない人も多いことも事実であるが、企画をしようといった取り組みがなされているところは）不全者が少ないことが紹介された。

現在の労働者と企業を取り巻く現状についても議論となった。経済変動期にあり、企業側は様々な事柄にコストがかかるようになっており、メンタルヘルス対策にもコストに見合った成果が求められる。対応をいかに効率良く改善できるかが重要であると話された。また若い社員、

新規入職者のコミュニケーション能力の向上にむけた教育が重要であるとされた。また、上司一部下の関係にも変化が生じており、いじめの問題があること、組織としての指示命令系統が崩壊してきていることが問題とされた。

中小規模事業場に対する対策としては、中小企業では労働者1人のウエイトが相対的に大きいため、メンタルヘルスの問題が出た場合は非常に大変である。そのようなケースを出さないためにどうしたらよいか、を婉曲でなくストレートにアピールしていかなければ中小企業は（対策にむけて）動かないと指摘された。

その他、日本社会における雇用の流動性の無さ（結果として大企業指向がある一方、個人は自分の可能性を広げたり自己実現がしにくい）、労働に対する価値観の変化、（労働に限らず）他人との価値観の違いに気付かない、理解できないことなどが問題とされた。また以下のような事柄が、いきいき健康職場を作っていく上での労働現場が抱えている問題点や今後重要な考え方として挙げられたので列記する

- ・生産性のある労働時間、適切な労働時間が重要である。
- ・企業が長期的視野にたって支援し人を育てていかなければいけない。
- ・安心した職場作りをできる職場は大企業に限られてしまう。メンタルヘルスに特化して時間をとることが難しい。
- ・健康管理部門のみでは一次予防を行うことは困難であり、人事労務管理の中での対応も重要。
- ・昔ながらの終身雇用や年金の確保も必要
- ・企業だけでの対応は難しく、行政の対応が必要である。これには、幼少期から“働くこと”“働く人”に触れるようにさせ就業意識を向上させるような国としての取り組みなども含む。

第3グループ

はじめに、いきいき職場の前提として、

- ・労働に起因するストレスは悪いものばかりとは限らず、ある程度のストレスは必要である。（生産性の観点からもストレスがない

ことが必ずしも良いという訳ではない。）

- ・見通し、やりがい、労働の意味、価値、目的、目標などが重要であり、ネガティブなストレスを上回る加点要素が（いきいき職場に）あればよい。
- ・労働時間の長短だけがストレス要素というわけでもない。
- ・回復できるストレスと、回復できないストレスがある。

という認識の下に、いきいき職場の心理社会的条件を考えた。

- ・組織の全体像の認知ができている職場（仕事のビジョンや方向性が見えている。仕事の全体像や重要度が示されている。その中での自分の立ち位置や役割が、示されていて、労働者がそれを理解できている。これらはマネージャーの能力によるところが大きい。）

- ・目標や見通しや裁量がある職場

自分の行っている事に対してのコントロール感や裁量や見通しが明らかになっていることで、モチベーションが上がる。（アウトカムともなる）

- ・コミュニケーションが良好な職場（報・連・相がしっかり、自然にできる、コミュニケーションがとれる、私生活も含めざっくばらんに話ができる。あいさつができています。）
- ・面倒見が良い。
- ・笑顔・笑いがある。
- ・ハラスメント（セクハラ・パワハラ・モラハラ）がない。
- ・キャリアパスのある職場（誰かの背中をみて自分の将来像がみえる）

（「職種に応じた」いきいき職場という考え方もできる。熟練を要する仕事は、スキルアップのために同じ仕事を長く続けた方が進歩は早い。単調作業のような熟練が不要な仕事では、ある程度のローテーションを行うなど。）

- ・上司が元気な職場。（しかし、元気すぎても問題な時がある。）
- ・上司の褒め方が上手であること。セルフエ

フィカシーが高まるようなほめ方ができると良い。

- ・ 部下の育て上手な上司がおり、その評価が高いこと
- ・ 仕事に前向きである。「ピンチをチャンスにできる」前向きな職場風土がある。
- ・ 本人が目標を持てる。会社や上司が目標を示せる。
- ・ 身近に良いライバルがいる。ちょっとした競争心がある。(少人数だと難しい。)
- ・ 失敗してもチャンスがある。リベンジが可能である。
- ・ 元気・前向きな職場

(メンタルヘルス不全のケースが多く生じる職場では、仕事の組み立てがうまくいっていない、ワンマンな上司がいる、責任が(1人に)集中している、などの組織上の問題がある。このような組織の負荷、チームのひずみをなくすことが重要。)

- ・ 報酬の仕組み(成果主義での評価など)を皆が納得している、あるいは公平なマネジメントが行われている。
- ・ 基本の部分に労働者が病まない労働条件がある。(「病気を出不さない」職場ではそうである)。「病気にならない」職場、「普通に働ける」職場、「いきいき」職場、のように職場は数段階に分かれている。)
- ・ 物理的な環境も整っている。(温度、分煙など物理的ストレスに対する配慮も心理社会的要因にかかわるため重要。)
- ・ 派遣労働者(雇用条件、労働条件、給与体系など様々な問題点があるが)と一般労働者の区別なく(仕事内容は違うにせよ、「あの人は派遣だから」というような区別なく)一緒に仕事をまわしていること、一体感を持っていること。一方、派遣社員がめまぐるしく変わることは、人が変わるたびに仕事を教える側の正規社員の負担にもなることにも理解が必要である。派遣労働者がいることによって、社員が本来業務に集中で

き、仕事の重量感が減るということもある。以上、挙げられた様々な条件について、ストレスのマイナス面を減らすことでプラス面が高まるわけではないので、マイナス面を減らすこととプラス面を高めることは別の次元で考えていくことが必要であるという考えが示された。

以上の発表に使用されたスライドは資料5として付した。

総合討議

3グループによる討議の結果を発表し、総合討議が行われた。職場のメンタルヘルスの一次予防の仕組みづくりをしていくキーパーソンは誰を想定しているか、という質問が提起された。PRIMA-EFや英国HSEではマネージャーである。日本でもマネージャーは重要であるが、負荷感ばかりが増えないような形で本研究班の成果を提供していくよう考慮する。一方、組織を管理できる人を企業も作っていかねばならないと思われる、との意見があった。

また、企業の衛生管理者の視点から、上司が部下をマネジメントしていくにあたっては、ルール明確化、プロセスの明確化が重要であり、ある程度決まった内容を就業規則等(内部規則でなく)で整備してあることも大切であるとの発言があった。(マネージャーによってマネジメントが異なってしまうことが無いように。また裁量権が膨大になれば、マネージャーの負担にもなるので配慮が必要)あるいは就業規則の変更までは行わずとも「A社いきいき職場づくり規程」といったものでもよいのかもしれない。

また、経営層(社長も含まれるが)のメッセージが分かりやすい、伝わりやすいこともいきいき職場の一つの条件と思われるとの発言があった。

活発なグループ討議の中で出された意見を本研究班で検討中の新職業性ストレス簡易調査票の項目としても検討し整備をはかりつつ、新しいいきいき健康職場のモデル化を進めていきたい、と本会議のまとめがあった。

D. 考察

第一回ステークホルダー会議では、一次予防方策のあり方について話し合われた。一次予防を企業の責任と位置づけるかどうかについて、自己保健義務と安全配慮義務を考慮しながら、どの程度の事柄を実施すべきかを提示していくことが良いという議論があった。本研究班が参考としている PRIMA-EF では、心理社会的要因のマネジメントが産業保健や安全面だけでなく、労働生活の質の向上、革新的取り組みや競争力につながるとの認識が EU 全体や加盟国の行政のレベルで存在する。日本においても、メンタルヘルスの一次予防の重要性について認識を改めさせるような行政のアクションが期待される。また、PRIMA-EF プロジェクトでは、心理社会的要因のリスクマネジメントのプロセスについて、自分たちが行うものであるという認識（オーナーシップ）をマネージャーや労働者が持つて実施することが大切であると強調されている。研究班として一次予防に効果的なツール類の開発を検討する一方、その提供にあたっては労働者参加型で対策を行うことを強調していくことが重要であろう。

第二回ステークホルダー会議では、健康いきいき職場の心理社会的条件として、ポジティブな側面を取り入れ、職場の活性化に寄与するような条件が多く挙げられた。コミュニケーションが良好であること、マネージャーが部下を評価するにあたりプロセスを理解させ透明性や公平性が確保されるような方法、一体感があって互いに助け合い、創造性のあるアウトプットを出していくことがいきいき職場の条件とされた。経営層との距離間の問題が提起されたが、不況下にあっては労働者は自分の雇用の確保がまず優先されることから、経営層に対して要望を出すことが難しい状況にある。そのような中においては、経営層側が、(処遇面では不可能であっても)労働者のモチベーションを高めるよう情報を提供する機会を積極的に作り、企業として

の方向性や目標を明らかにして労働者と共有することが重要と思われた。

E. 結論

2回にわたるステークホルダー会議の実施により、メンタルヘルス対策の一次予防方策の浸透方法を提言していくための基本的条件となる“メンタルヘルス対策の一次予防のあり方”および目標とする“健康いきいき職場”の心理社会的条件が示された。今年度の2回の会議では、研究・教育機関および産業保健専門職が参加者の多くを占めたため、経営側や労働者側からの参加、意見が十分に得られなかった。今後は、より経営者および労働者の視点を加えた具体的方策について検討していく必要がある。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献リスト

・ Toward the Development of a European Framework for Psychosocial Risk Management at the Workplace. Institute for Work, Health, and Organization. 2008.

資料1 「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」

ステークホルダー会議参加者（敬称略、順不同）

使用者 経団連：中村 聡子（経団連安全衛生部会、日本アイ・ビー・エム株式会社産業医）

中小企業団体：新保 邦彦（東京商工会議所文京支部事務局長）

労働側団体 中桐 孝郎（日本労働組合総連合会雇用法制対策局長）（第一回）

産業保健研究教育機関

産業医科大学：堤 明純*（産業医実務研修センター教授）

独立行政法人労働安全衛生総合研究所：原谷 隆史*（作業条件適応研究グループ部長）

財団法人労働科学研究所：毛利 一平（研究部副部長）（第一回）

吉川 徹*（副所長）（第二回）

産業保健専門職等

精神科医：島 悟（産業精神保健研究所所長・神田東クリニック院長）（第一回）

産業医：宮本 俊明（新日本製鐵株式会社君津製鐵所労働・購買部主任医長）

土肥誠太郎（三井化学株式会社本社健康管理室長）（第一回）

城戸 尚治（城戸産業医事務所代表）（第一回）

林 剛司（株式会社日立製作所日立健康管理センタ副センタ長）（第一回）

産業看護職：五十嵐千代（富士電機リテイルシステムズ株式会社健康管理室副室長）

池田 智子（産業医科大学産業保健学部産業・地域看護学講座教授）

衛生管理者：西山 和幸（東京電力株式会社労務人事部健康安全グループマネージャー）

心理職：島津 明人*（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野准教授）

法律家：三柴 丈典（近畿大学法学部准教授）（第一回）

オブザーバー：

宮入 一貴（社団法人日本経済団体連合会労働法制本部）（第一回）

明石 祐二（社団法人日本経済団体連合会労働法制本部）（第二回）

杉山 満（厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課係長）（第一回）

研究代表者：川上憲人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授）

研究分担者：下光輝一（東京医科大学公衆衛生学講座主任教授）*（ステークホルダー会議担当）

事務局および研究協力者

井上彰臣（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

馬ノ段梨乃（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

土屋政雄（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）（第二回）

津野香奈美（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）（第一回）

下田陽樹（東京大学）（第一回）

大谷由美子（東京医科大学公衆衛生学講座）（第二回）

小田切優子（東京医科大学公衆衛生学講座）

井上 茂（東京医科大学公衆衛生学講座）

林 俊夫（東京医科大学公衆衛生学講座）（第一回）

内山綾子（東京医科大学公衆衛生学講座）

渡辺 森（東京医科大学公衆衛生学講座）（第一回）

*：研究分担者

付記の無い者は第一回、第二回とも出席

資料2 - 1

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(H21-労働一般-001)ステークホルダー会議(2009/8/4)

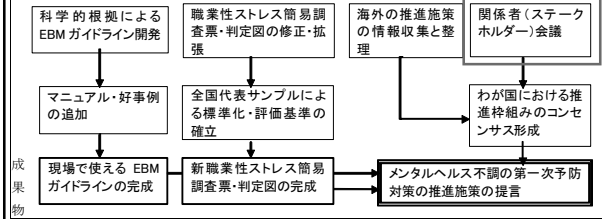
労働者のメンタルヘルス不調の
第一次予防の現状と課題

東京大学大学院医学系研究科
公共健康医学専攻(精神保健学)
川上憲人

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(H21-労働一般-001)(主任研究者 川上憲人)

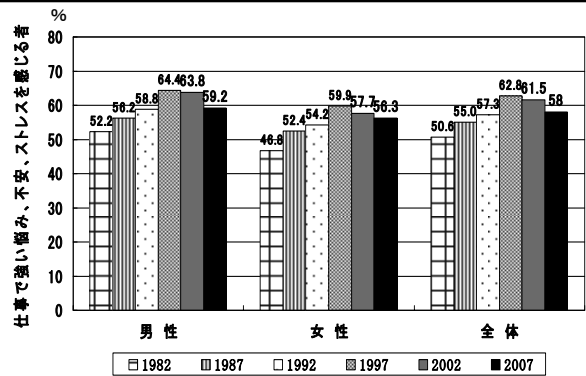
目的: 事業場における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防を中(小)規模事業場も含めて浸透させるツールを提供し、また行政施策を提言。

(流れ図)



話題提供の内容

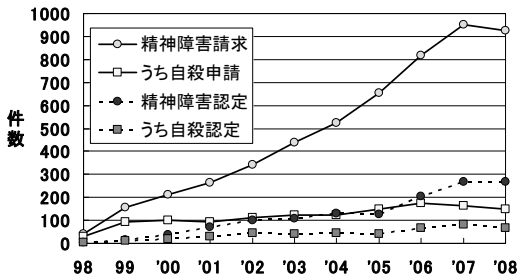
1. 職場のメンタルヘルスの第一次予防への関心の高まり
2. 職場のメンタルヘルスの第一次予防の方法論の現状
3. 職場のメンタルヘルスの第一次予防の実施状況
4. 職場のストレス対策: 欧州の動向



自分の仕事や職業生活での強い不安、悩み、ストレスがある労働者の割合の年次推移 (労働者の健康状況調査)

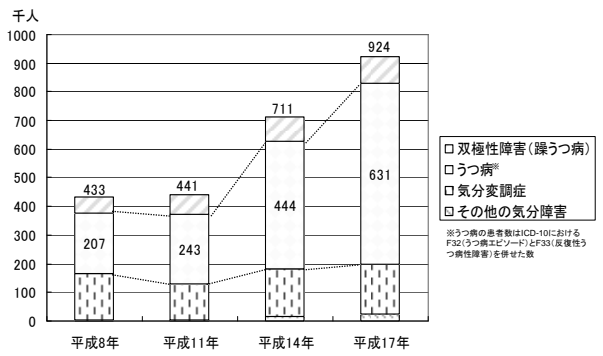
増加する精神障害や自殺の労働災害

- 1999年の精神障害および自殺の労働災害認定指針以来、精神障害や自殺の労働災害の申請・認定件数が増加。



* 認定件数は、同年に申請されたものに対する認定ではないことに注意。

気分障害患者数の推移

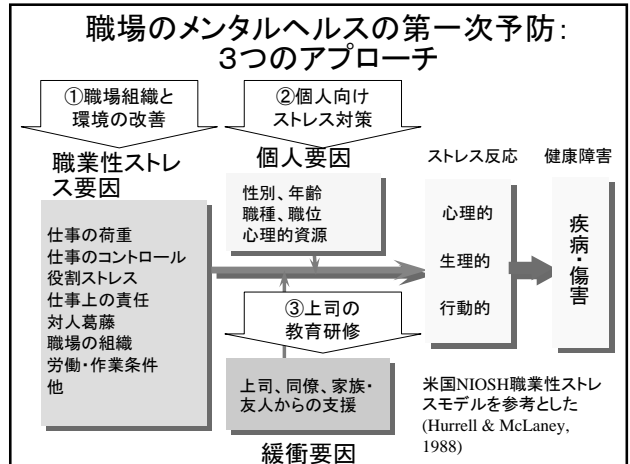


うつ病患者数は平成8年からの9年間で約3倍となっている

【出典】患者調査

第一次予防への関心の高まり

- 増加するメンタルヘルス不調
 - メンタルヘルス不調の生産性への影響
 - CSRとしての職場のメンタルヘルス
- ↓
- 職場のメンタルヘルス不調の第一次予防への関心の高まり



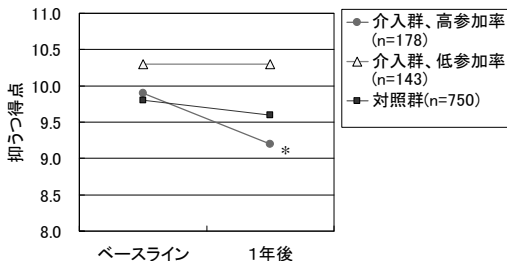
職場環境等の改善にいたるストレス対策の主要な効果評価研究

デザイン	主要な結果
無作為化比較試験	<ul style="list-style-type: none"> 会合の頻度を増加 (Jackson, 1993) 役割の明確化 (Schaubroeck et al, 1993) 終業後のインフォーマルな会合 (Horan, 2002) MHACLによる参加型改善 (Tsutsumi et al, in press)
比較対照試験	<ul style="list-style-type: none"> グループ活動で作業者の自律性を増加 (Orth-Gomer et al., 1994) 作業手順と指揮系統を改善 (Kawakami et al., 1997) バス運転手の運転スケジュールおよびルートの改善 (Rydstedt et al., 1998; Evans et al, 1999) 作業手順、コミュニケーション、上司からのフィードバックの改善 (Mikkelsen & Saksvik, 1999) 参加型改善で改革への態度が向上 (Bunce & West, 1996) 医療従事者における参加型改善 (Bourbonnais et al., 2006) MHACLによる参加型改善 (Kobayashi et al. 2008)
前後での効果評価	<ul style="list-style-type: none"> 作業レイアウト、コミュニケーションなどの改善 (Wall & Clegg, 1981; Wallin & Wright, 1986; Smith & Zehel, 1992) バス運転手における労働時間、職場組織、コミュニケーションの改善、作業パフォーマンスのフィードバックの導入など (Kompier et al, 2000) 職場ごとのストレスプロフィールを調査し、専門家の助言により改善 (Anderzén & Arnetz, 2005)

「職場環境改善のためのヒント集」(メンタルヘルスアクションチェックリスト, MHACL)

A. 作業計画への参加と情報の共有	B. 勤務時間と作業編成	C. 円滑な作業手順	D. 作業環境	E. 職場内の相互支援	F. 安心できる職場のしくみ
1. 作業の日程作成に参加する	6. 残業の恒常化をなくす	11. 物品の取り扱い方法を改善する	16. 温熱、視音環境を快適にする	21. 上司に相談しやすい環境づくり	26. 相談できる窓口を設置する
2. 少人数単位の裁量範囲を増やす	7. 繁忙期の作業方法を改善する	12. 作業場所を仕事しやすくする	17. 有害環境源を隔離する	22. 同僚と相談しやすい環境づくり	27. セルフケアについて学ぶ
3. 過大な作業量があれば見直す	8. 休日が十分取れるようにする	13. 指示や表示をわかりやすくする	18. 職場の受動喫煙を防止する	23. チームワークづくりを進める	28. 将来の見通しについて周知する
4. 作業を達成感あるものにする	9. 勤務時間制交代制を改善する	14. 回復・過密・単調作業を改善する	19. 衛生設備と休養設備を改善する	24. 適切な評価を受けられるようにする	29. 昇進・昇格の機会を明確化する
5. 必要な情報が伝わるようにする	10. 生活に合わせて勤務調整する	15. 作業ミス防止策を多面に講じる	20. 緊急時対応の手順を改善する	25. 職場間の相互支援を推進する	30. 緊急の心のケア体制をつくる

MHACLを使った職場環境改善の効果に関する研究：比較対照試験



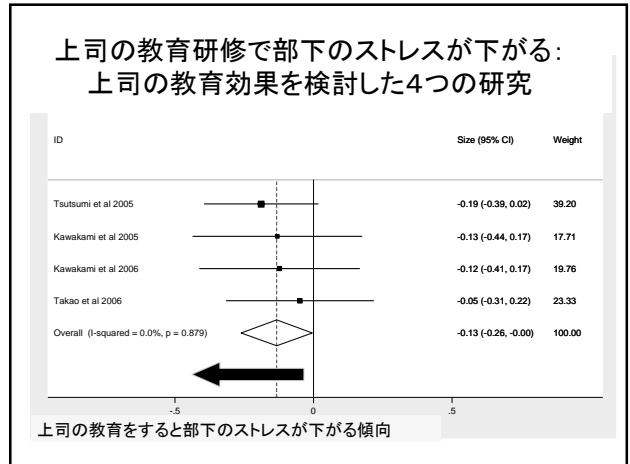
* P<0.05, 高参加率介入群と対照群との間で、群×時間交互作用が有意。高参加率とは、当該職場の50%以上の従業員が計画づくりワークショップに参加したことを意味する (Kobayashi et al, 2008)

国内の一般従業員向け教育研修の効果評価

研究デザイン	主要な結果
無作為化比較試験	グループ討議とリラクセーションが抑うつ発症を予防 (Mino et al. 2006)
比較対照試験	<ul style="list-style-type: none"> 看護師でコミュニケーションスキル訓練が燃え尽き感を軽減 (Shimizu et al. 2003) 看護師で自己主張訓練が自尊心を向上 (Shimizu et al. 2004) 教員で5回のストレス対処教育が同僚の支援を改善 (Shimazu et al. 2003) e-ラーニングによるストレス対処教育が仕事の満足度を改善 (Shimazu et al. 2005) ストレスマネジメント教育がストレスに関する知識、ストレス対処行動、心理的ストレス反応を改善 (Shimazu et al. 2006) 海難救助隊員でグループ討議とリラクセーションがNK細胞活性を増加 (Kamiyama et al. 2004)

資料2 -3

管理監督者研修の効果: 科学的根拠の水準	
無作為化比較試験	<ul style="list-style-type: none"> 部下の感じる上司の支援が維持された(Kawakami et al 2005) 部下の裁量権が増加、職場の雰囲気が改善(Kawakami et al 2006) 部下(若年事務職男性)の心理的ストレス反応が改善、パフォーマンスが向上(Takao et al 2006)
比較対照試験	<ul style="list-style-type: none"> リスナー養成の効果は明確でない(浜口他, 1994) 部下の感じる上司の支援が増加、抑うつが減少(川上他, 1997) 部下の血中コレステロールおよび血清総コレステロールが改善(Theorell et al 2001)
準実験研究	管理監督者のうち1/3以上が研修を受けた職場では心理的ストレス反応が改善(Tsutsumi et al 2005)



職場のメンタルヘルスの第一次予防対策の効果に関する科学的根拠の現状

対策	科学的根拠の水準*	勧告の度合	現場での使用環境および技術的難易度
一般従業員向け教育研修			
認知・行動的ストレス対処	I	A(十分な根拠あり)	ツール普及中。中等。
リラクゼーション法	I	A(十分な根拠あり)	ツール普及。容易。
運動	I~II	B(相応の根拠あり)	ツール普及。容易。
ストレスチェック返却	I	C(効果確認されず)	ツール普及。容易。
職場環境等の改善	II	B(相応の根拠あり)	ツールあり。やや難。
管理監督者向け教育・研修	I, II	B(相応の根拠あり、ただし効果量は小さい)	ツール普及。容易。

* 科学的根拠の水準は以下の通り:
 I 少なくとも1つの無作為化対照比較試験かそのメタアナリシスから得られた根拠
 II 少なくとも1つの比較対照研究か準実験的研究からの根拠
 III 非介入的観察研究あるいは権威者の意見からの根拠

- 拙速な成果主義の導入
- 自分勝手な個人主義の横行
- 中間管理職の権限低下、意欲低下、努力と報酬のバランスの崩れ
- 慢性的な人不足
- 価値観の多様化
- 若手社員の变化

増加する行動面での問題

セクシャルハラスメント

労働省「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上配慮すべき事項についての指針」(1998)以降も女性の相談件数は増加

年	相談件数
2006	869
2007	959
2008	1,615
2009	2,534
2010	7,019
2011	9,814
2012	4,882
2013	5,903
2013(推定)	7,633

パワーハラスメントを受けたことがありますか?

ない 59.0%
ある 41.0%

パワーハラスメント
部下の41%が経験あり(日経ビジネス 2003.9)。原因は「上司の資質の低下」との回答がトップ。

新しい問題「職場内格差」

多様化する就業形態 ⇨ いろいろな「格差」

正社員
非正社員

- 契約社員
- 嘱託社員
- 出向社員
- 派遣労働者
- 臨時的雇用者
- パートタイム労働者
- その他

買金体系
将来の見通し
健康管理
休業保証

森ほか、平成16-17年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業(H16-労働-1)報告書 <http://www.uoeh-u.ac.jp/JP/medical/support/O21/index.html>

職場のメンタルヘルスの第一次予防の方法論に関する課題

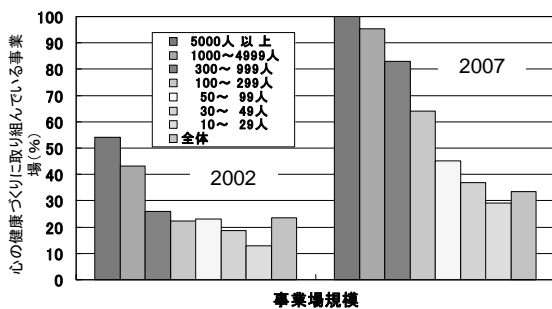
- 現場ですぐに使用できる程度まで具体的で、簡便で安価で、魅力的か？
- 従業員にどう届けるかに関する工夫がもっと必要ではないか。
- うつ病など精神疾患を予防できるほど強力な方法論はまだ少ない。
- 企業の組織要因、いじめなど行動上の問題、職場内の格差問題など、新しい課題に効果的な対策を示してゆけるか？

一部上場企業における「メンタルヘルスの取り組み」調査

(財)日本社会経済生産性本部

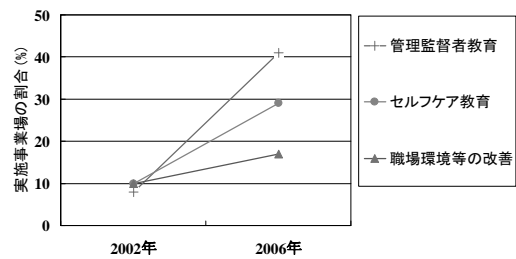
- 「心の病」は「増加傾向」: 企業の61.5% (2006年)
- 「心の病」による1ヶ月以上の休業者のいる企業は3/4: 企業の74.8% (2006年)
- 特に30代の「心の病」の増加が報告されている。
- 従業員の健康づくりでメンタルヘルス対策に力を入れる企業の増加: 33.3% (2002年) → 46.3% (2004年) → 59.2% (2006年)

「心の健康づくり」活動の推進状況の年次推移と事業場別の格差



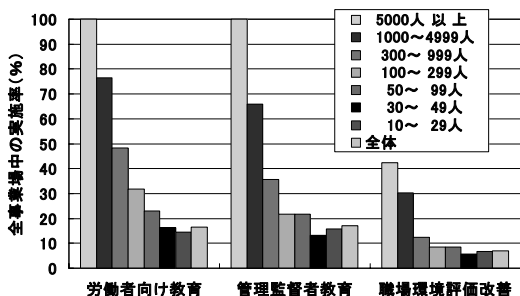
平成14年および平成17年労働者健康状況調査より。

わが国における職業性ストレスの第一次予防対策の実施率: 2002年と2006年の比較*



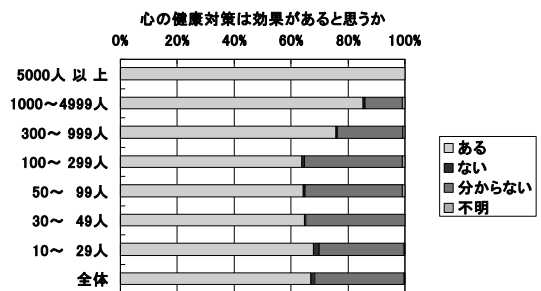
* 全国から抽出された従業員50人以上規模の本社事業場に対する2002年と2006年の調査から(川上他, 厚生労働科研報告書, 2003; 井上他, 産業ストレス研究, 2008)。回収率はいずれも約25-30%と低い点には注意。

事業場規模別の一次予防関連活動の実施率



平成17年労働者健康状況調査より。同報告書では、心の健康対策に取り組んでいる事業場中の各活動の実施率が掲載されているが、ここでは心の健康対策に取り組んでいる割合×各活動の実施率を全事業場中の実施率として計算した。

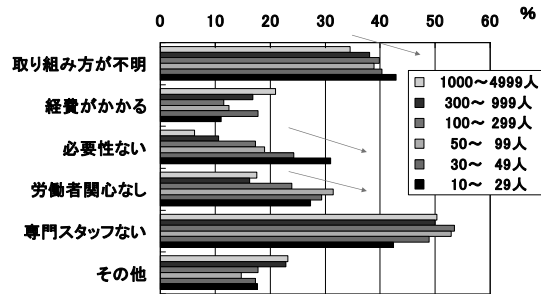
心の健康づくり活動の効果に関する課題



効果的な心の健康づくり活動が提供されているだろうか？

平成17年労働者健康状況調査より。心の健康づくり活動実施事業場を100%とした。

心の健康対策に取り組んでいない理由： 事業場規模別

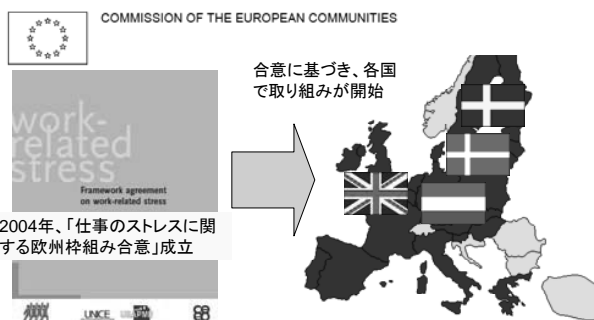


平成17年労働者健康状況調査より、心の健康づくり活動実施していない事業場を100%とした。

職場のメンタルヘルス活動の実施状況に関する課題

- 「心の健康づくり」活動の実施率は急速に増加している。しかし....
- 職場環境等の評価と改善の実施率はまだ低い。
- 第一次予防活動に関する事業場規模による格差は大きい。
- 中小規模事業場では、効果が明確でないとする意見も多くなる。効果的な方策が使われているか不明。
- 中小規模事業場では、「取り組み方が不明」、「必要性がない」、「労働者が関心ない」との意見が多くなる傾向。

職場のストレス対策：欧州の動向



2004年、「仕事のストレスに関する欧州枠組み合意」成立

川上憲人：欧州の「うつ」対策事例 国と企業が一体で取り組む(エコノミスト8月28日号)から



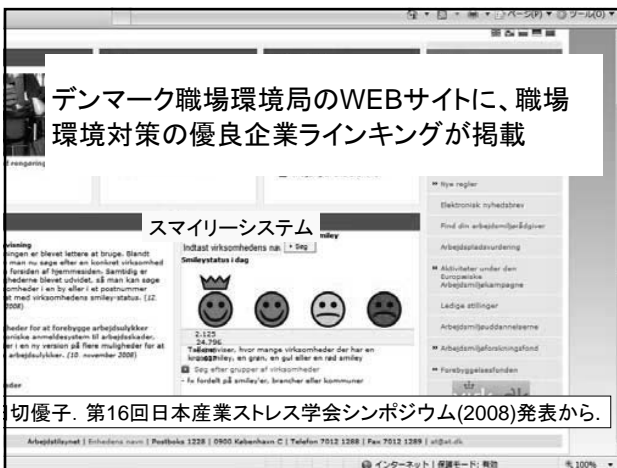
英国健康安全省 (HSE) のマネジメントスタンダード:



7つの組織特性を評価し、職場環境と組織の改善を推進

1. 適切な仕事の要求度: 過重な仕事量、責任がないこと
2. 仕事の裁量権: 仕事のペースややり方に意見を言えること
3. 上司のサポート: 上司からの支援が受けられること
4. 同僚のサポート: 同僚からの支援が受けられること
5. 職場の人間関係: いじめ、対人葛藤がないこと
6. 役割の明確さ: 仕事上の指示や目標が明確であること
7. 変化への対応: 変化に関する情報、相談、方針があること

デンマーク職場環境局のWEBサイトに、職場環境対策の優良企業ランキングが掲載



切優子. 第16回日本産業ストレス学会シンポジウム(2008)発表から.

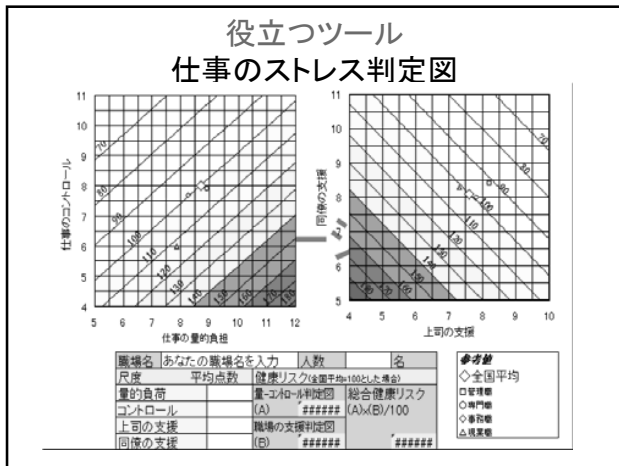
PRIMA-EF: 職業性ストレスと職場の暴力の予防のための欧州枠組みプロジェクト(2006-2008)

指標	ストレス要因	ストレス対策	ストレスの影響
水準			
国レベル			
事業場レベル			
労働者レベル			

参加者: EU各国の労働安全衛生研究所(安全衛生の専門家)

経営者協会の代表、中小企業組合の代表、労働組合の代表

国際機関(WHO, ILO)・国際組織(ICOH)の代表



事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト

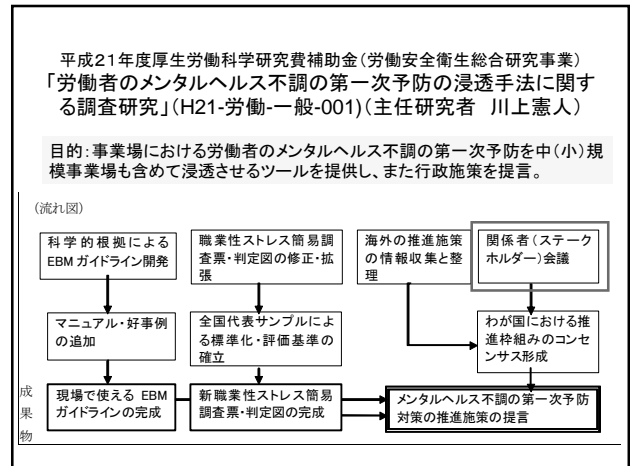
評価項目	設問数	計算方法	事業場の点数	事業場規模50-999人の場合			事業場規模1000人以上の場合				
				レッド	イエロー	グリーン	レッド	イエロー	グリーン		
例 産業医による職場巡視		(判定例)	5	1-2	3	6+	3.5 (4.5)	1-3	4-7	8+	5.5
A1 心の健康づくりの方針説明	2	項目1+項目2		2-3	4-5	6+	3.8 (4.7)	2-3	4-6	7+	6.0
A2 心の健康づくりの組織	3	項目3+4+5		3	4-7	8+	4.7 (6.7)	3-5	6-10	11+	7.7
A3 心の健康づくり計画	3	項目6+7+8		3-4	5-7	8+	4.6 (6.3)	3-5	6-10	11+	8.4
A 心の健康づくりの方針と計画 (A1+A2+A3合計)	8	A1+A2+A3		8-13	14-21	22+	12.8 (17.6)	8-15	16-29	30+	22.1
B1 メンタルヘルスの相談先	5	項目9から13の合計		5-7	8-13	14+	8.2 (11.2)	5-11	12-17	18+	17.8
B2 心の健康問題を持つ従業員の支援	2	項目14+15		2-3	4	5+	3.2 (4.5)	2-3	4-6	7+	5.1
B メンタルヘルス相談体制 (B1+B2合計)	7	B1+B2		7-9	10-18	19+	11.4 (16.0)	7-15	16-25	26+	23.2
C 職場環境等の改善	4	項目16から19の合計		4	5-10	11+	8.1 (9.4)	4-7	8-12	13+	11.3
D 教育・研修および情報提供	6	項目20から25の合計		-	6-15	16+	8.3 (11.3)	6-15	16-20	21+	15.3
E さまざまな機会を活用した心の健康づくり	3	項目26+27+28		-	3-7	8+	3.7 (4.1)	3-4	5-10	11+	5.1
F 緊急時の心のケア	2	項目29+30		-	2-4	5+	3.9 (5.4)	2	3-5	6+	7.3
G 評価・改善	2	項目31+32		-	2-4	5+					
T 合計点数	32	A+B+C+D+E+F+G		32-51	52-83	84+	50.7 (67.7)	32-82	83-115	116+	90.1

川上他. 産衛誌2005; 47: 11-32

判定結果の解説: レッド=最低限必要な水準以下。イエロー=最低限度の要件を高たしている。グリーン=専門家が認める水準がそれ以上にある。
* 全国平均は、全国の事業場調査から参考値として示した。50-999人規模の事業場の場合のカッコ内は着職職がある場合の平均点。

これからの職場のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透策に関する課題

- 欧州では、国レベルでの職業性ストレス対策推進方策の進展、法体系の整備、あるいはEU全体での職業性ストレス対策の推進枠組みが進行中。
- わが国ではどのような推進枠組みを考えるべきか。



本研究班の今後の予定

- 第1回ステークホルダー会議(2009/8/4)
- EU-PRIMA主任研究者Leka博士来日(2010/1/11-22)
- 第2回ステークホルダー会議(2010/1~2月?)

- 年2回のステークホルダー会議
- 3年間で結論

第1グループ

1次予防のあり方について

堤 明純
土肥 誠太郎
五十嵐 千代
中村 聡子
島 悟

1

対象を明らかにする必要

対象(1次予防)の適応: 層別化

- 対策(1次予防)の適応: 層別化
- カテゴリ化
- 雇用労働者
- 正規・非正規
- マイノリティ

大企業
中小零細

2

対象毎に

- 正確な評価・代表性
- ベースラインデータの必要性
- モニタリング

3

方策

- プライオリティ設定
 - 中小は親方

4

方策: プライオリティ

- いくつかの段階
 - 基本的な方策の上に病因(要因)対策
 - トップマネジメント(労務・業務)
 - インフラ
 - 中小の場合はセーフティネット
- 個人要因へのアプローチ
- レバートリーをストレス対策から広げる
 - 労働者の自己保健義務を強調: 制度設計
- 産業保健職の教育

5

わかっていないこと

- リスクの大きさが異なる(中/小vs大企業)
- コストベネフィット

6

そのほか

- 他の(健康)政策との融合
- 専門家を政治に送り出す

7

第2グループ

教育研究 原谷 隆史(進行)
産業医 宮本 俊明(兼業)
産業医 林 剛司
中小企業団体 新俣 邦彦
心理職 島津 明人(記録)
(即不同、敬称略)

8

話し合いのテーマ

- ①現状分析・原因
- ②1次予防の範囲

9

うつが増えているか？

- 会社の変革期に増加しているが、…
 - 景気の影響
 - 一昨年から新発症は減少している印象
 - 休んでいる人が全て病気とは限らない
 - 本心に休むべき人なのか
 - 過重労働とメランコリー型はほとんどない
 - 本心にうつ病の人は不当に扱われる
 - 疾病利得としての休職
 - 知識が増える自称病気の人が増える

10

中小企業

- 中小企業の対策は知識や経験がある人の関与が必要
 - 社労士あるいはインターネットが主な情報入手源
- 2次・3次予防には教育効果はある
- 中小企業では1次予防はムリ？
 - 行政の支援が必要

11

長時間労働・過重労働

- 管理職の問題
 - 経営者／管理職
 - 大卒、キャリアコースのうつ
- 産医面談が長時間労働の免罪符？
 - 長時間労働は例外であるべき
- 過重労働によるうつ病の発症

12

人間関係

- 人間関係が大きなストレス
 - 製造業では？
 - 上司と同僚と話をするのがストレス
 - 此り方が下手、此り方が自己満足
 - 目の前にもメールでコミュニケーション
 - パワハラと指導の境界
 - 人材活性化の一つとしてコミュニケーション教育
 - 効果は短期的なものではないと思うが
 - コミュニケーションの取り方の変化
 - 若手はどこでストレスを解消しているのか？
 - 上司⇨若手とのコミュニケーションの取り方がわからない
 - 若手、気の合った人としか絡まない
 - 携帯世代、ネットメール世代

13

組織・成果主義

- 問題（トラブル）が個人に帰せられない
 - しくみ/組織人は帰せられない
 - 怒られてしまうことの恐れ
- 成果主義・個人が減点しない要因では
 - 失敗をおそれない文化
 - 「成果主義＝ほめるため」にある」ならOK
 - 成果がでなかったとき個人に原因を帰してしまう
 - 透明性、公平性…

14

雇用問題

- 雇用、人事労務の在り方
- メンタルヘルズと関係していることを提言
- キャリア制度
 - 青空感の必要性
 - 管理職になりたくない人が増加
 - 世の中の変化？
- 正規雇用と派遣
 - 派遣が優秀でも賃金格差
 - 男女格差の方が大きいかも

15

まとめ

- 環境に関連する背景要因
 - 頑張ったら報われる・青空感
 - 努力・報酬均衡モデル
- 心理社会的評価尺度？
- 仕組みを変える、制度を変えることの必要性
 - 個人向けの対策も必要だが
- 1次予防：
 - 多くの人をカバーするには大変な労力が必要
 - そのうち消えてしまうことも

16

1次予防の必要性について

- そもそも有病率を考えると1次予防は重要か
 - 目標（アウトカム）を何に設定するか
 - うつ病による労災認定の数自体少ない
 - 自殺としては大切だが
- 職場で行うことの意義
- 誰のための1次予防か

17

1次予防の在り方

- 1次予防は教育だけでは有用
 - 広報も方略としては有用
- 専門職でなんとかしようとする現状
 - その限り1次予防は広まることはない
- 偏見も根深い
- 職場の風土を変えることも必要
 - その意味では残業規制もあり
 - 社会風土を妨げない限りであれば

18

第3グループ

一次予防対策のありかた

教育・研究	毛利一平
産業医	城戸 尚治
産業看護職	池田 智子 (進行)
理合	中岡 孝郎
法律	三塚文典(弁護士・顧問)
衛生管理者	西山 和幸 (顧問、敬称略)

19

視点

- マクロとミクロ
- 時系列
- ハードとソフト

20


一次予防のありかた

- 社会のあり方から考える必要がある
- まずは現場対応から
- 前提：企業が労働者を守る立場として、雇用者(人材)の安全と幸福のために一次予防に取組むことは必要である
- いくつかあるソリューションのなかで、企業が自らの規模やニーズによって選択すればよい

21

ロードマップを示す

- すぐに取り組み内容なのか、中長期的に取り組むべきなのかを示すべき



22

中小規模事業所の場合

- 企業の負担を軽減しやすい施策(産業医を選任するなど)は好ましくない
- 小規模事業所で、ただ労働時間を切ってしまうのではなく、コミュニケーションの活性化の方法が重要

23

どのような一次予防策が考えられるか

- 物理的環境も重要：空調の体感温度の男女差、パーテーションをしきる、観葉植物を置く
→そのような問題を洗い出すチェックリストは有効
- 「働く」とことについての理解を深める教育
- 若い人の柔軟性の高める教育

24

- コストパフォーマンス
- すでに出されている4つのケアは基本だが案外広まっていない。これの広報も良いかも
- 罹患者はやめていったりするるので、必要性認識が低い
- 国ができる関与はなにか？ MHIについては労働時間などの明確な基準がないのでその他の事は広めにくいし、
- 国際競争とジャパンモデル ノミネーション

25

厚生労働科学
【労働者のメンタルヘルス不調の
第一次予防の浸透手法に関する調査研究】

第1回ステークホルダー会議
2009年8月4日(火)

総括

26

第一次予防を、企業の責任と位置づけるか？

- 安全衛生法の健康確保努力義務
- 業務起因要因については責任あると考えてよいかもしれない。
- 業務起因性疾患の発症をゼロにすることは求められない？
- 法律遵守は基本である。
- 何をどこまでやってくれなのか具体的に明示する必要があるのでは。

27

企業への普及方策

- 企業(特に中小)に利益のある形の啓発による普及を。
- コストパフォーマンスを示す好事例(GP)を収集する必要がある。

28

第一次予防の方策

- コミュニケーションの活性化
- キャリア形成支援
- 物理的環境のチェックと改善
- 職場風土を変える
- 国際競争とJAPANモデル(飲みニケーションの回復?)

29

第一次予防の2面性

- 企業責任としての側面
- 企業にとつてのメリット

30

資料4-1

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(H21-労働-一般-001) 第2回ステークホルダー会議(2010/2/22)

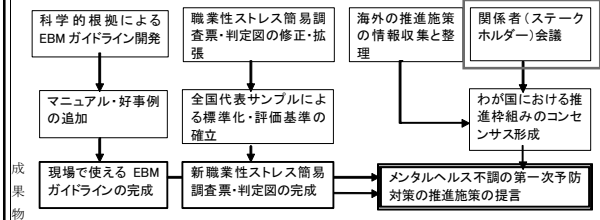
第二回ステークホルダー会議の
討議にあたって

主任研究者
東京大学大学院医学系研究科
公共健康医学専攻(精神保健学)
川上憲人

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(H21-労働-一般-001)(主任研究者 川上憲人)

目的: 事業場における労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防を中(小)規模事業場も含めて浸透させるツールを提供し、また行政施策を提言。

(流れ図)



第1回ステークホルダー会議
(2009/8/4)から学んだこと

- テーマ「わが国ではどのような職場のメンタルヘルスの推進枠組みを考えるべきか」
 - 法的規制の強化よりも、自主改善活動推進型で。
 - 「社会心理的要因」に代わるわかりやすい用語が必要。
 - ストレスが少なく、生産性も高い職場を呼ぶ新しい名称を考えて、職場のメンタルヘルスを推進してゆくことが効果的。

その後の研究班の活動の進捗状況

- 職場のメンタルヘルスの第一次予防活動(職場環境改善、管理監督者教育、労働者向け教育研修)の科学的根拠に基づくガイドラインの作成(平成21年度報告書収載予定)。
- 欧州の動向の情報収集: PRIMA-EFの主任研究者 Leka先生が来日し(2010/1/12-23)、講演会(3回)および意見交換。
- 新職業性ストレス簡易調査票の尺度候補の選定。

Leka先生講演会 2010年1月16日(土)、於東京医科大学

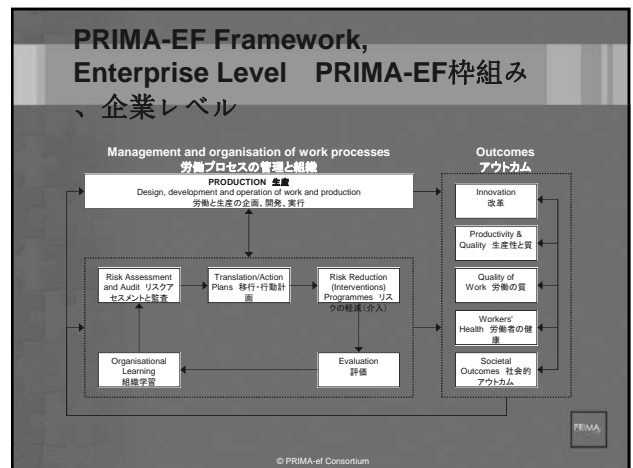
The University of Nottingham

心理社会的リスクマネジメント欧州枠組み
Psychosocial Risk Management European Framework

Dr Stavroula Leka CPsychol FRSPH
Associate Professor in Occupational Health Psychology

Institute of Work, Health & Organisations
www.prima-ef.org

© PRIMA-ef Consortium



PRIMA標準の開発 Development of Standard in PRIMA

- PAS 1010: Publicly Available Specification - British Standards Institution 一般仕様書(英国規格協会)
- Will provide clarity on the basis of a framework unifying different approaches いろいろな対策を統合する枠組みの基盤を明確にする。
- Will increase business accountability and allow uniformity to spread through stakeholders 経営上の責任を増やし、利害関係者に一律に伝えてゆくことができるようになる。
- Will promote dialogue among stakeholders which is expected to facilitate improvements in the area of psychosocial risk management and allow occupational health to be contextualised in relation to other business activities 利害関係者の対話を促し、心理社会的リスクマネジメントの領域の改善を促進し、産業保健をその他の経営活動との関係の中で位置づけることができるようになる。
- Ready by October 2010 2010年10月に準備できる予定。

PRIMA-EF: 指標モデル

指標	水準	ストレス要因	ストレス対策	ストレスの影響
国レベル	国レベル			
	事業場レベル			
	労働者レベル			

参加者: EU各国の労働安全衛生研究所(安全衛生の専門家)
 経営者協会の代表、中小企業組合の代表、労働組合の代表
 国際機関(WHO, ILO)・国際組織(ICOH)の代表

新職業性ストレス簡易調査票の項目候補(1)

概念レベル	尺度名	英国HSE	PRIMA-EF	KOSS	COPOQ II
作業・課題レベル	仕事の意義				○
	成長の機会			○	
	新奇性				
	予測可能性				○
	要求度(量的負担)	○	○	○	○
	認知的要求度				○
	要求度(感情負担)				○
	努力				
	裁量権(コントロール)	○	○	○	○
	仕事の適性				
役割葛藤			○	○	

現在の職業性ストレス簡易調査票に追加して測定を検討している尺度の一覧。英国HSEは英国健康安全省マネジメントスタンダード調査票、PRIMA-EFはそのガイダンスシートに記載されている項目、KOSSは韓国職業性ストレス調査票、COPSOQ IIはデンマークの職業性ストレス調査票に採用されている尺度との対応を示す(以下同様)。

新職業性ストレス簡易調査票の項目候補(2)

概念レベル	尺度名	英国HSE	PRIMA-EF	KOSS	COPOQ II
グループ・対人関係	コーチング・リーダーシップ				○
	上司の公正な態度		○		
	同僚間の人間関係				○
	経済的報酬		○	○	○
	役割の明確さ	○			○
	組織の有能感				
	対人葛藤		○		○
	職場の一体感		○	○	
	職場の人間関係	○	○		○
	ハラスメント(いじめ)		○		○
	上司の支援	○	○	○	○
	同僚の支援	○	○	○	○
	尊重報酬			○	○
	役割曖昧さ				

新職業性ストレス簡易調査票の項目候補(3)

概念レベル	尺度名	英国HSE	PRIMA-EF	KOSS	COPOQ II
組織	経営陣との信頼関係		○		○
	業務配分バランス		○		○
	指揮・命令				
	組織変化速度				
	ワーク・ライフ・バランス				
	休暇・福利厚生				
	職の(不)安定性		○	○	○
	キャリア支援環境				
	変化への準備	○			

本日のグループ討議の課題

- ・「経済変動期における健康(いきいき)職場の条件とは」について、以下の3つの側面について、できるだけたくさん意見を出してください。
 1. 「いきいき」職場の社会心理的条件とは(労働時間が短い、リーダーシップ等)
 2. 「いきいき」職場のアウトカムとは(創造性が高い、チームワークがよい等)
 3. 「いきいき」企業・職場が行っているアクションとは(CSRへの明記、従業員満足度調査、本音ミーティング等)
- ※今回は、特に1について検討していただき、2, 3についても意見があれば報告してください。

1

第1グループ

堤 明純、西山 和幸
池田 智子、島津 明人
井上 彰臣

2

議題の流れ

- 1) 「いきいき」職場のイメージを共有する
- 2) 共有したイメージに基づいて、いきいき職場の心理社会的条件を洗い出す

※「元気職場」←身体・健康も含めて、その一部として、メンタルの健康も包括する場合には使える？メンタルに特化した場合には、使いにくい

3

いきいき職場のイメージ

- 健康+企業の活力(パラレル)
- 働きがいがある職場
- 生産性至上主義が不健康を生み出している
→何が「生産性」なのか？
(生産性の高い職場は、本当に「いきいき職場」?)
- コミュニケーション豊かな職場
- 問題があったときにみんなですべて解決する職場
- ストレスを抱え込まない(←働くこと自体がストレスであり、ストレスの感じ方に個人差があるため)

4

いきいき職場の心理社会的条件

「心理社会的要因」とは
→「物理的」「化学的」以外の幅広い概念

ハラスメント、休暇なども含めて議論する

5

いきいき職場の心理社会的条件

<仕組み・福利厚生>

- 仲間意識、横のつながり、会社への帰属意識
- レクリエーション、飲み会
- (↑課題:時代が変わっていく中で、どう人間関係を構築していくか?)
- 休暇の取りやすさ

<マネジメント>

- 利害が生じる場合に、全員が納得するプロセスが構築されている(組織の手続きの公正性が確保されている)
- 上司のマネジメント
- 全員が一休感を持ってやるよう、目標を共有する
- (↑タスクレベルでも納得いくように)

6

いきいき職場の心理社会的条件

<マネジメント>

- 「ほめる」文化(報奨制度がある)
- 部下を認め、敬意を示す
- 会社での仕事ができるのどのような意味を持っているのかを伝えている(役割・全体の目標がはっきりしている)
- 仕事に工夫がこらされる(←どんな仕事であっても、工夫できるものがある)
- どのような仕事も公平に評価する
- 個人の多様性を理解できる(「組織をまとめる」という方向性とは区別するかもしれないが、...)

7

いきいき職場の心理社会的条件

<風土>

- 挨拶がよくできる
- (外回りから帰ってきたときに)お互いに慰労しあえる
- 健康への理解がある(不調になったときに、医療機関にかかりやすい)
- 他者へ配慮できる
- トップとの距離感(トップ)に対して、発言できる環境が整っている

8

いきいき職場の心理社会的条件とは

第2グループ
原谷隆史、中村聡子
新保邦彦、武田繁夫

9

心理社会的条件

- 「いきいき」だと、少しターゲットがあやふや
- ある程度、メンタルヘルスの視点を持ってディスカッションしていくこととなった

10

- コミュニケーション、相互理解、成果主義
- 成果主義の導入と、相互理解の低下(コミュニケーションの悪化)がメンタル問題の増加と関連しているように思われる
- 公正な評価も重要
- 新入社員が質が変わってきている。コミュニケーションが難しい年代。この年代がさらに上司になりつつある。

11

- 中小企業は獲得、切実な問題でないとは動かない
- 若年者の教育が必要
- 最近、評価の中に職場の活性化、教育のような内容が入ってきている
- 以上、評価、コミュニケーションの問題

12

- バッハラ、部下による上司のいじめ(ダイレクトに部長などに訴える)
- NTT:自分のホームページをみんなが持っている→相互理解
- 趣味の会など
- 雇用の安定性、企業そのものの安定性がなくなり、個人主義につながっている。会社への帰属感がなくなってきた。これが、悪いやりのなさにつながってきている。
- 韓国みたいに軍隊に入れたら→そのほうが治るかも
- 本当に「うつ」かどうか、もっと医学が進めば現在の混乱は少し良くなるのでは

13

- 一次予防の根幹は、子供の教育。ストレスに立ち向かう力。
- 運動会で順序をつけないのはおかしい
- 親もおかしい。子どもの虐待の問題。

14

- 雇用形態の多様化。正規、派遣、アルバイト、顧客のところまで仕事をする形態(ITなど)
- 労働時間は？あまり関係ない場合も多いが、労働時間が関係する場合も多い

15

アウトカム

- メンタルヘルス
- 仕事の満足感、やりがい、従業員が「ハッピー」かどうか
- 相互理解
- 自己実現
- 信頼感、安心感、安定感: 社長が「ちよつとこの時期頑張ろうよ」と説明したら..、その意味では上司の教育が重要。か
- 生産性⇒古い、むしろ、創造性みたいなものに置きが置かれる時代? 新製品が開発されたり新しい発想が出てくる

16

そのために何をするのか?

- 仕事の流動性が高まり、自分に合った職場が見つけられる様になるとよいのでは
- 相互理解
- 価値観の多様化、自己実現
- 成果主義における公平性、透明性
- 組織に馴染まない若者、部下を教育できない上司に研修
- 安全衛生だけではなく人事労務

17

第3グループ

吉川 徹
宮本 俊明
五十嵐 千代

18

前提

- 労働からくるストレスは悪いものばかりとは限りません
- ストレスがまったくなかったら仕事にならない
- 労働時間の長短だけがストレス要素というわけでもない
- ストレスを上回る加点要素があればよい
- 働きがい、や、労働の意味、価値、目的、目標など

いきいきのイメージ・条件

<組織>

- 集団全体の進む方向性が見えている
- 仕事に対して全体像と自分の立ち位置(役割)を理解しているか。
 - 全体中での全体図・重要度が示されているかどうか
 - 仕事のビジョン、役割、マネージャーの能力 役割に対する当面の見直し
 - 裁量権、モチベーションにかかわる

19

いきいきのイメージ・条件

<コミュニケーション>

- 人間的なコミュニケーションがよいところ
- 報・連・相が自然にできている職場
- 私生活も含めて、気持ち・状況を話し合えている職場
- 挨拶がある職場
- 笑顔・笑いがあがる職場
- ハラスメント(女性・モラル・パワー)がない

20

いきいきのイメージ・条件

<キャリアパスの仕組み>

- キャリアパスがみえる
- どういう人材にしたいか、事業者が明確化している
- ローテーションがあるかどうか
- スキルアップのためのローテーションを前向きにとらえられるかどうか
- 同じ仕事が続く職場・・・飽きてしまふ
 - 蒸練を要する、続けたいほうが進歩が早い
 - 蒸練を要しない、ローテーションが必要

21

いきいきのイメージ・条件

<元気・前向き>

- トップ(マネージャー等)が元気な職場
- 上司の評価(育て上手、コーチ上手)が高い
- 仕事の前向き度、みんなが前向き
- ピンチをチャンスに考えられる
- 本人が目標をもてる、会社(上司)が目標を示せる
- 良いライバルがいる
- 失敗してもチャンスがある(リベンジが可能)

22

いきいきのイメージ・条件

<現時点で病んでいないこと>

• 病気になる職場によくある条件

- 組織の組み立てが悪い
- 裁量権が少ない
- ワンマンを上司がいる
- 組織上の問題

病気がでないことを考えると・・・

- 組織の負荷を減らすことが有効
- チームのひずみをなくす。
- ひどくて責任を負わない、報酬(例、成果主義)のしくみを みんなが納得しているかどうか、公平なマネジメント
- ハラスメントがない、裁量労働がある

23

いきいきのイメージ・条件

<ストレスを増やす物理的・化学的・生物的要因もある>

- たばこ、空調設備、温湿度、騒音、粉じん
- トイレの快適さ
- 負荷の高い夜勤スケジュール
- 快適職場といわれないまでも、最低限の環境がそろふこと

24

トピック：派遣

- 派遣、登録派遣
 - 使い捨て、いきいきな状態にするには難しい
 - 労働条件、雇用条件
- 元請け側
 - 派遣の区別なく仕事上も差がなくやっているところはいい関係ができていく
 - 派遣は別と区切っているところは状態がわるい

25

まとめ

- 病的かそうでないのか、
- 1次予防は2次予防、3次予防とはことなる
- (いきいき職場の条件を考えるうえでも)
- 1・2・3次予防、同時進行は困難
- 中間点をさがす
- ストレスを上回る加乗要素があればよい
 - 前向き要素と後ろ向き要素と生産性

26

デンマークにおけるメンタルヘルス対策

研究協力者 小田切優子 東京医科大学公衆衛生学講座

研究要旨：デンマークは産業保健、とりわけメンタルヘルス対策の一次予防が最も進んでいる国のひとつと言えよう。デンマーク政府は 2004 年に、労働環境に関する 2005 年から 2010 年の新しい戦略を立ち上げた。この戦略の中で心理社会的な労働環境要因を優先課題の一つと位置づけ、心理社会的労働環境の問題による疾病休業を 10%減らすという数値目標を示している。この目標を達成するために、デンマークのすべての企業に対して心理社会的労働環境の査察を行うことが義務付けられている。査察を行うのは国の機関、デンマーク労働環境監督署であり、1 事業場に対して少なくとも 3 年に 1 回は査察が実施される。査察にあたっては、業種・職種別の査察用ガイダンスツールが作成されており、これを用いてヒアリングを行いながら効率よく査察が行われている。初回の査察は事前通知なしで実施される。心理社会的労働環境あるいは他の労働環境について何らかの問題があるとされた企業に対しては、さらに詳細な査察が行われ、問題点の改善命令を受けた企業は改善に取り組むためのアクションプランの提出が義務付けられている。この改善命令をうけた企業が、現実的かつ効果的な改善アクションプランを作成できるよう、指導プログラムが労働環境監督署により提供されている。また査察の結果はスマイリーシステムにより WEB 上で公開されており、健康を大切にする企業イメージのアピールにもなっている。このような労働環境監督署主導による強制力のある対策はデンマークの労働者の心理社会的労働環境と職業性ストレスの改善に効果的に機能していると思われる。

1. デンマークの産業保健の現状

デンマークは、日本の九州とほぼ同じ広さの国土に 550 万人が住む北欧の国である。福祉先進国として、また最近ではクリーンエネルギー推進国として有名である。石油や水などの物質的資源に乏しかったデンマークでは、国にとって最も大切な資源は“人”であるという考え方が古くからある。従って、人を育てるために教育は無料で行われ、人を大切にするために福祉・医療を整備し、そして人的資源を守り十分に活用するために労働環境を整えることを重視した国策が行われている。そのような国家戦略のもと、デンマークの産業保健対策は、2 次予防、3 次予防もさることながら、労働環境を整えることに重点を置いた 1 次予防に力が入れられており、先進的取り組みが行われている。

2009 年第 4 四半期のデンマークの労働人口は 269 万人¹⁾であるが、その約 82%が労働組合に加入している。米国、英国をはじめとする世界各国が未曾有の経済危機にある中で、デンマークの経済状態は比較的良好で、国際通貨基金の発表による 2007 年の国民一人当たりの GDP は世界第 7 位（日本は 22 位）²⁾、失業率は 2009 年 3 月時点で 2.9%と低い数値が報告されている。しかしながら 1997 年から 2005 年にかけて、デンマークの労働者の職業性ストレスの状況は悪化していて、仕事の速度負担が高くなり、職場でのハラスメントやいじめが増加していることが指摘されている³⁾。また労働災害の報告も少なくなく、労働環境監督署で報告をうける事故の件数は年間 4 万件、職業性の健康問題は 12,500 件に上っており、このうち中央

労働災害委員会(National Board of Industrial Injuries)で認定される労働災害は 13,000～14,000 件、作業関連疾患は 2,000～3000 件にのぼると報告されている。また男性の身体愁訴を伴う入院の 8～15%、女性では 7～11%が広い意味で労働環境に起因するものであるとの報告があり、デンマークの疾病休業の約三分の一を労働環境で説明できるといった推定もなされている⁴⁾。このような状況をうけ、デンマーク政府は労働環境に関する 2010 年までの国家戦略をかかげ、4 つの優先課題を挙げ、関係機関の協力を得て国全体での産業保健対策を行っている最中である。

2. デンマークの産業保健に関する法的整備

デンマークでは、1873 年に労働環境局が設置され、労働者の保護に関する規則が定められた。現在のデンマークの産業保健に関する法律は、1913 年に制定された工場法を起源にしている。これは、工場労働における事故と疾患の予防を目的としたものであったが、1954 年にはすべての労働者の保護へとその範囲を拡大した労働者保護法が制定された。さらに労働者保護のためには労働環境の改善が重要であるとの考えのもと、1973 年には労働環境法 (Danish Working Environment Act) となり、あらゆる仕事、雇用関係が生じる労働に適用される法律となった。現在の労働環境法の枠組みは 1999 年に制定されたものである。この時から、職場の物理的環境のみならず心理社会的労働環境についても法律に明文化されている。

この労働環境法は、日本では労働安全衛生法に該当し、労働衛生のフレームワークを提示している。人的資源 (労働者) の健康と安全の確保のためには、心理社会的ストレスを含めた職場環境を整えることが最優先課題とされており、一次予防の考え方が主軸となっている。本法は、非常に制裁力が強い。違反がみられる企業に対

しては過料や業務停止、さらには禁固刑などのペナルティが課されることになっている。(実際には、過料は散見されるものの、禁固刑をうけた例はこれまでにないそうである。)

企業内の安全衛生に関わるスタッフについても労働環境法により定められており、従業員 10 人以上の職場には安全衛生組織を、20 人以上の職場には安全衛生委員会を設置することが義務付けられている。なお、従業員 9 人以下の事業場においても、必要と考えられる場合には内部安全衛生組織を設置することとされている。日本の労働安全衛生法が労働者 50 人以上の場合に安全衛生委員会を組織していることを課しているのと比べ、より小規模の企業・事業場に対しても、安全衛生に従事するスタッフの選任を課していることになる。通常、この安全衛生のスタッフを中心に産業保健活動が実施され、後述する監督署による査察などに対応することになっている。この労働環境法および関連通達や付随するガイドラインに従って、行政主導の産業保健対策が行われている。

3. 労働環境の評価

労働環境法や行政通達、関連するガイドライン、特に 2002 年に発表された職場評価の準備や評価に関するガイドライン (Guidelines to preparation and review of workplace assessment: WEA guidelines D1.1. Nov 2002) に従い、2002 年から従業員一人以上のすべての企業に対して労働環境の評価を実施することが義務づけられている。この評価はどのような業種の企業でも実施しなければならず、業務内容や作業工程の変更などがあった際には適宜、最低でも 3 年に 1 回は実施されなければならない。企業は、労働者、労働者から選出された安全衛生に関わるスタッフや産業保健専門職と協議しながら、PDCA サイクルに則った労働環境評価の計画、実施、フォローアップを行

い、問題点が見つければそれを改善すること、これらの過程を書面として所有しておくこと、労働者がそれら文書にいつでもアクセスできるようにしておくことが求められている。

査察は、就労省の配下にある労働環境監督署 (Danish Working Environment Authority: DWEA) が担当することになっている。労働環境の評価について、労働者参加のもとで計画が策定され実施されているか、がチェックされる。2002年のガイドラインから、労働環境の評価項目に事故、騒音、エルゴノミクスなどに加え心理社会的ストレスも含むこととなり、金属製品製造、工業技術、運送、旅客輸送、販売、病院、在宅看護、介護施設など 24 の業種では必ず実施すべき評価項目とされてきた。現在では、心理社会的ストレスについては全業種で評価が行われることとされている。また職場環境評価の方法は各企業に委ねられているものの、評価のための簡便なチェックリストが労働環境監督署の WBE 上で 62 業種について提供されている。このチェックリストは、各事柄について問題があるかないかをチェックするシンプルで使いやすいもので、特に中小規模事業場では問題点のマッピングに有用である。また、具体的にどのようなリスクファクターがどの程度問題なのか、より具体的評価を行いたい場合、デンマーク国立労働環境研究所によって開発された Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) の短縮版の使用が推奨されている。COPSOQ ではデンマークの労働者を代表するサンプルを対象とした職種ごとの平均値が公表

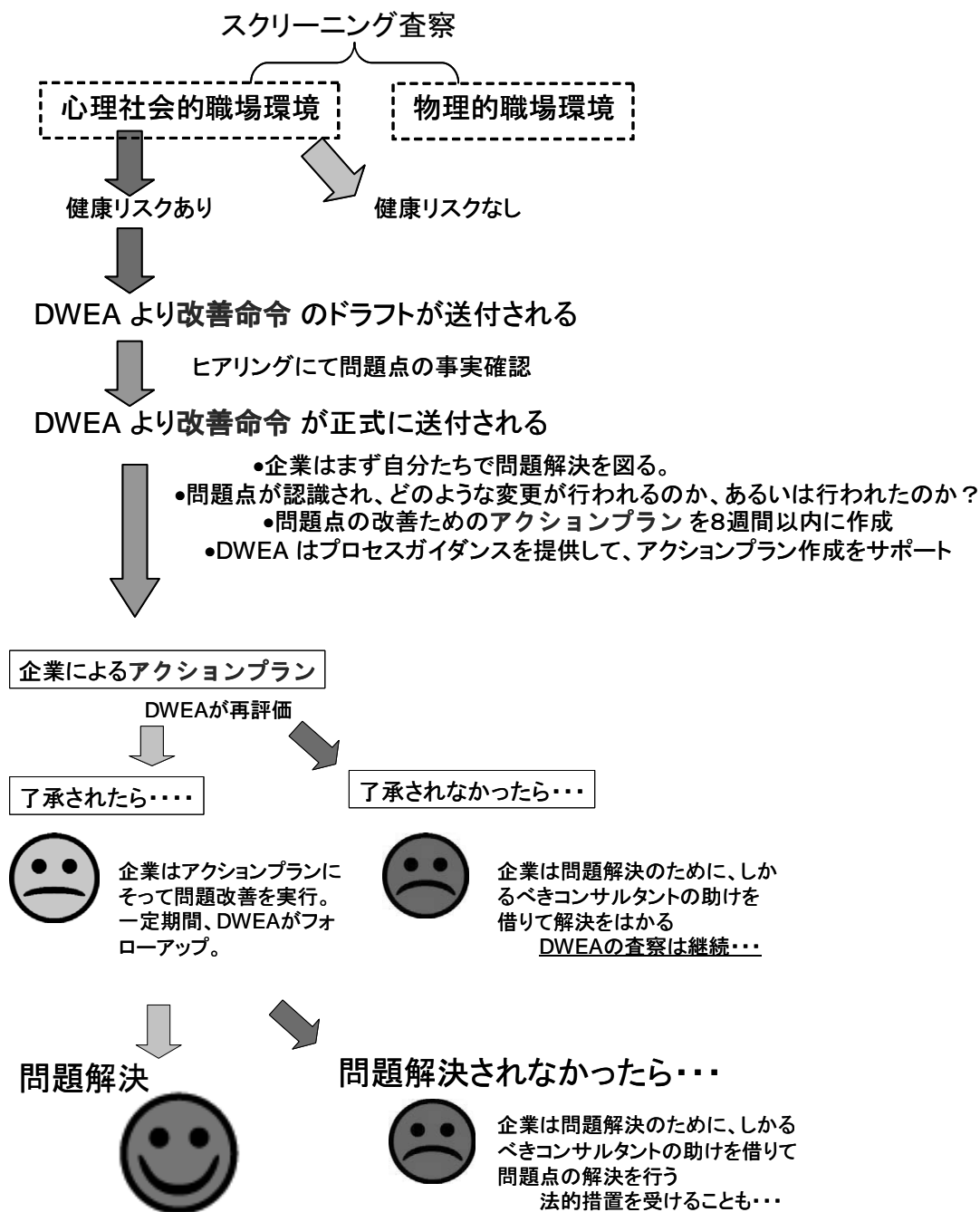
されていて、各企業はそれを参考にして自分の事業場のストレスの状況を把握できるようになっている。

4. デンマーク労働環境監督署による査察

2004年、デンマーク政府は2005～2010年の新しい労働環境戦略に着手した。具体的には、心理社会的労働環境を4つの優先課題のひとつに位置づけ、心理社会的労働環境の問題によって生じる疾病休業を10%減らすという目標を打ち出した。この目標を達成するために、2007年に国会において心理社会的職場環境の改善を強力に推進することが決定された。これにより、労働環境監督署がデンマーク国内の従業員一人以上のすべての企業を対象に心理社会的職場環境に関する査察を行うこととなった。2009年にはそのためのガイドラインも策定され公表されている。通常、初回の査察(スクリーニング査察)は事前の通告なく行われ、平均約2時間かけて、労働安全にかかわるスタッフ、経営層や労働者の同席のもとで行われる。現在デンマークには約20万の企業があるが、これら企業を約400名の労働環境監督署の査察員が、少なくとも3年に1回は査察を実施することになっている。前回査察時に問題が指摘されていたり、労働者からの訴えの多かった企業に対しては3年を待たず頻回に査察が行われるという。

査察の実施とその後の改善計画策定の流れについて図1に示した。

図1 デンマーク労働環境監督署による査察の流れ



労働環境監督署は、まずスクリーニング査察を行って職場環境に問題がないか全体像を把握する。心理社会的労働環境あるいは他の労働環境について何らかの問題があると判断された場合には、企業に通知がなされ、事実確認や問題解決の

方法を探るためのさらなる詳細な査察が実施される。実際の職場に赴き作業工程などについて巡視するのはもちろんのこと、職場のリーダーや労働者へのインタビューを行い、企業に義務付けられている職場環境評価の記録、疾病休業データ、

作業関連疾患の発生率、離職率などについての情報を得て行われる。また、査察を効率良く効果的に実施するために、業種別のガイダンスツール（後述）を利用して行われる。査察の結果は、スマイリーシステムという、緑、黄色、赤のそれぞれスマイルマークで評価されるシステムによりWEB上で公開されている⁵⁾。これにより、労働者の健康と安全に対して積極的努力を行っている優良な企業から改善命令を受けた企業まで、誰もが簡単に検索できるようになっている。

心理社会的労働環境について問題があると指摘され黄色のスマイリーを受け取った企業は、8週間以内に改善のためのアクションプランを作成し提出しなければならないことになっている。このアクションプランの内容が問題解決のためには不十分であったり、どのように労働者参加のもとで改善を実行していくかが示されておらず現実的に有効なプランでないと判断されると、赤のスマイリーを受け取ることとなり、産業保健の専門家の指導を受けながら改善を実行していく必要がある。改善を要する企業に対して、より良いアクションプランを作成するための労働環境監督署によるガイダンスも実施されている。ガイダンスでは、心理社会的労働環境の改善に着手し実行に移していくための具体的プランの作成や、心理社会的な健康リスクの軽減を目的とした講習が行われ、企業は15時間まで無料でこのガイダンスを受講できる（通常は2～3時間のミーティングを1、2回行うことが多い）。改善命令を受けた多くの企業がこのガイダンスを受け改善への手立てを行っているという。アクションプランの作成にあたって労働環境監督署が重視している点は、改善にあたって労働安全に関する専門家の援助を用いるにしても、企業が自分たちで改善を行う必要性を認識して、報告された問題に対して具体的にどのように対応するのか、実際に改善のプロセスに関わる人や責任者は誰なのか、といった点であり、具体的に名前まで挙げさせるようである。

査察を行う労働環境監督署は、以前より行われ

ていた査察に心理社会的職場環境を含むことが義務付けられてから、専門チームを立ち上げ、新たな対応を行っている。専門チームの主導により、一定水準以上の有効な査察が行われるように査察官約400名全員のトレーニングが実施されているほか、専門チームの査察官は、経験の浅い査察官の支援を行ったり、複雑なケースへの対応、改善命令をうけた企業のための指導等を担当している。また査察員が心理社会的職場環境を評価するためのガイダンスツールが23業種・職種別に作成されている。ガイダンスツールは国立労働環境研究所での研究成果を参考にし、①量的負担（仕事の量的負担、速度負担）、②感情負担、③職場での暴力や脅威、④夜勤、交替制勤務、⑤職場でのいじめやハラスメントの5つの主要な危険因子をとりあげている。製造業および事務系職場のガイダンスツールを例として示した（資料1～8）。細部にわたり項目が挙げられおり、チェック形式になっている。マネージャーや労働者とのインタビューなどに際し、ガイダンスツールのすべての項目について査察官がチェックする訳ではない。しかし、ガイダンスツールがあることで事前に査察時に着目すべき点について整理することが容易になり、また査察の最後に事業場の担当者まとめの話し合いを行ったり査察の全体評価を行う際にも活用されている。

ガイダンスツールを用いた心理社会的労働環境を評価する査察が始まって以降、心理社会的な労働環境要因に関連した改善命令の件数は年々増加しているという。これは、改善命令を要するような好ましくない労働環境が多くなっているというより、これまで指摘されることが少なかった、潜んでいた問題が指摘されるようになってきたためと推察されている⁶⁾。ガイダンスツールを用いること、査察官のトレーニングや労働環境監督署内での支援体制の充実により、効率よく、適切かつ効果的に職業性ストレスの問題を指摘できている。そのような指摘により、企業に職業性ストレスの問題に気づかせ、予防対策に取り組みせることができている。また、職業性ストレスの

問題を抱える企業では、その約60%が、労働環境監督署が提供している労働環境改善のアクションプラン作成のための指導をうけるようになった⁶⁾。

このように、ガイダンスツールを駆使した労働環境監督署の査察により、職場で潜んでいた心理社会的ストレス問題が明らかになり、企業における心理社会的ストレス対策への取り組みがよりすすんできているものと考えられる。

また法的拘束力は持たないものの、企業がどのように職場の心理社会的問題に取り組めばよいのか、ハラスメントにどう対応すべきか、職場の暴力を防止するにはどうすべきか、といった企業が自ら行う対策のためのガイドラインも各種公表されていること^{7,8,9)}が、企業側自ら対策を行いやすくしているものと思われる。

5. 健康職場の認証システム

労働環境が良好な職場は、申請して許可されれば、3年間有効の良好な健康安全職場の認証(Health and safety certificate)を受け、緑の王冠を被ったクラウンスマイリーを得ることができる。認証の申請方法には2通りあり、労働安全衛生マネジメントシステムが職場で運用されているような大きな企業では、必要事項に関する申請を行って認可され、少なくとも1年に一回は査察を受けチェックを受けることになっている。労働安全衛生マネジメントシステムを構築するほど大きくない企業では、認可のための査察を受けることで申請をすることができる。基本的にすべての作業工程と健康、安全に関する状況が査察される。もちろん改善命令に当たるような問題がある場合には認可されない。

6. デンマークの一次予防対策の優れている点と日本における対策への応用

デンマークの産業ストレス対策に特徴的かつ優れている点として、心理社会的労働環境の整備の必要性について法律に明文化されていること、企業内産業保健活動に対して公的な監視体制があること(労働環境監督署)、事前通告がない査察が行われること、査察結果をWEB上に公開す

るなど監視が広く公正に行われていること、などが挙げられよう。

このような対策がシステマティックに行われている背景には、組合の組織率が高く、労働者が単なる働き手としてだけでなく意見を述べる存在として企業に属していること、したがってすべての改善のステップに労働者の意見を反映させることが重視され法律にも定められていること、経営側と労働者が対等な立場で職場環境改善に取り組もうという長年に渡って培われた風土などが存在する。そのような国であっても、心理社会的職場環境の査察が行われることになった際には、労働環境監督署には大きな負担があった。労働環境監督署の事業自体に対する外部評価報告書¹⁰⁾では、心理社会的職場環境に焦点をあてた査察を目的に作られたガイダンスシート、心理社会的要因について学んだりコミュニケーションスキルの向上を意図して行われている査察員の研修などの内部の支援体制が非常に高く評価されている。一方、すべての事業場を査察することに要する時間をもう少し効率良く分配できないか、という指摘もなされている。規則に従うならば、例えば問題が生じている可能性が全く想像できない教会などにも査察を行わなければならない。このことが、危険要因が多く存在することが分かっている建設業などの事業場に対して十分な時間を割けなくしている可能性なども挙げられている。また労働環境監督署のスタッフ自身も、査察スキルのさらなる向上、ガイダンスツールの改善、査察結果を生かしアクションプランを企業が実行に移していくにあたってのサポートをどのように行っていくか、などを自らの課題として挙げ⁶⁾、現状に満足することなく、さらに有効な対策となるよう取り組みが行われている。

デンマークのシステムをそのまま日本に取り入れることは大変困難であろうし、採用するにも様々な工夫が必要であろうが、公的機関が中立、公正な立場で労働環境の評価や改善に加わることは、日本における産業ストレス対策のブレイクスルーになる可能性がある。日本の産業ストレス

の一次予防対策を推進するにあたって、労働基準監督署の持つ機能を高めていくことも一つの重要なカギとなるかもしれない。

7. 参考文献および WEBSITE

- 1) <http://www.danmarksstatistik.dk/homeuk.aspx>
- 2) <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2008/01/weodata/weorept.aspx>
- 3) Pejtersen, J.H. and Kristensen, T.S. The development of psychosocial factors at work in Denmark 1997-2005, Scand J Work Environ Health 35, 284–293 (2009)
- 4) Report on future working environment 2010- new priorities for the working environment. Danish Government, December 2005
- 5) <http://www.at.dk/>
- 6) Mette Bøgehus Rasmussen, Nina Hedegaard Nielsen. The Danish Way – A National Strategy for Job Stress Prevention. Paper presented at IOCH-WOPS, 2008
- 7) WEA Guidance to enterprises on how to assess psychosocial risks at work <http://www.at.dk/da/REGLER/At-vejledninger-mv/Arbejdets-udforelse/At-vejledninger-om-arbejdets-udforelse/D4-Psykisk-arbejds miljo/~~/media/C456C9E6759E47C1B854A29FBC0A5D23.ashx>
- 8) WEA Guidelines to enterprises about bullying and sexual harassment <http://www.at.dk/REGLER/At-vejledninger-mv/Arbejdets-udforelse/At-vejledninger-om-arbejdets-udforelse/D4-Psykisk-arbejds miljo/~~/media/02E783AB32F44DCCA2881BF3CA1BD59F.ashx>
- 9) WEA Guidelines to enterprises about violence and threats <http://www.at.dk/REGLER/At-vejledninger-mv/Arbejdets-udforelse/At-vejledninger-om-arbejdets-udforelse/D4-Psykisk-arbejds miljo/~~/link.aspx?id=51882AE13E1D436BA45CD919C34A8>

91C&_z=z

10) Report of the Evaluation of the Danish Working Environment Authority in 2008, by Senior Labour Inspectors Committee 2008.

資料1：

製造業（工業生産）の企業に対する査察のガイダンス

フェースシート

工業生産を行っている企業における心理社会的労働環境に関するデータ収集方法について

このガイダンスは工業生産を行っている事業場と小規模事業場を分けて考えており、工業生産を行っている比較的大企業を基本として作成されている。（工業生産を行っている企業では、多くの従業員が同じ種類の仕事を繰り返し行っており、指示系統が一つであったり、他のラインと明らかに分離されていることがある。このような例は伝統的な電気機器工場、繊維工場、食品工場などでみられる。）

このガイダンスの質問事項は小規模事業場の製造業の企業にとってはあまり意味をもたない場合があることに注意が必要である。例えば次のような特性をもつ企業が含まれる。

（組織構造が簡素で格式ばっていない、手作業業務がバラエティに富む、交替性勤務や夜勤が少ないなど）

査察の最初と最後に行う安全衛生委員会/職場のリーダーへのインタビューの他に、以下について行う必要がある場合がある。

- ・選ばれた労働者へのグループインタビュー
- ・中間管理職へのグループインタビュー
- ・労働者へのインタビュー
- ・仕事そのものの査察

査察時のデータの収集に関し、小規模企業場では他の方法を用いる場合があることに注意する。例えば、グループインタビューを行うことは難しい場合がある。そのような場合、仕事に関して個別にインタビューを行うことや個別に査察を行うことも良い方法と言えるかもしれない。

はじめに

心理社会的労働環境の管理について
DWEA（労働環境監督署）が企業の労働環境についてスクリーニング査察を行う際、常に行う質問の1つに心理社会的労働環境についての質問があることに留意してほしい。これはメンタルヘルスに関連する問題が発生する可能性が全ての企業にあるためである。
このスクリーニング査察では次のように言う場合がある。「（例えば）あなたたちの心理社会的労働環境について話し合しましょう。（例えば）これはわれわれの審査に必要なのです」この場合、可能であればなぜ、その企業に対して心理社会的労働環境の査察を行うことになったのか、再訪問の場合はその理由について、より具体的に説明すること。（スクリーニング査察で問題があった場合や、査察時に適当な労働者とコンタクトがとれずにヒアリングが出来なかったため、など）（心理社会的要因に関連して労働者からの訴えがあった場合には、情報源を守秘し、時には別の理由を述べることもある。例えば、「現在、この部門を特別に訪ねています」など。）

最初に行う質問

以下の質問は心理社会的労働環境についてのインタビューを行う上で有用である。
企業に対する一般的な質問から始める。インタビュー内容が工業生産についてなのか少量生産についてなのかを明確にさせる。

工業生産：
（小規模事業場での）少量生産：

さらに以下について、少し話すこと：

- 何を製造していますか？
- どのような顧客がいますか？
- 企業はどのように構成されていますか？どのような部署がありますか？他部署とどのように連携して仕事をしていますか？お互い協力していますか？

続いて、企業が心理社会的労働環境の整備に取り組んでいるかどうかについて質問する。ガイダンスシートを利用することで、「職場評価」の心理社会的労働環境に対する取り組みについてより深く質問するのに必要な多くのアイデアが得られる。企業が心理社会的労働環境の整備に取り組んでいない場合は、ガイダンスシートを利用して心理社会的労働環境に問題があることを明確にさせることができる。

質問：「職場評価」について

- 「職場評価」にある心理社会的労働環境に取り組んでいますか？
- 問題は見つかりましたか？どのような問題

ですか？

- 問題を解決するために何をしましたか？具体的に説明してください。

他の質問：

- ここで（働いていて）幸せを感じる時はどのようなときですか？幸せを感じていますか？
- 仕事をするには良い場所ですか？どうしてそのように思うのかを説明してください。
- 皆さんはここでうまくいっていますか？
- 今現在の課題は何ですか？

リスクファクターに関する質問について

心理社会的労働環境における以下のリスクファクターについて質問する。

- 仕事の多さと時間的なプレッシャー
- 心的外傷となる出来事（重大災害）
- 交替性勤務と夜勤

さらに企業にとって問題となっている場合は、いじめとセクシャルハラスメントについても質問する。これはこれらが各企業で深刻な問題となっている場合があるためである。

質問の例：職場評価で指摘されたこのような状態の中で皆さんはどのようにして働いていますか？（「職場評価」を見てください）
（調査、査定、アクションプラン、追跡、疾病休業）

心理社会的労働環境に問題がある状態かどうか

- ・心理社会的労働環境に問題があり、労働者が離職したという印象を受けたことがありますか？
- ・社員の入れ替わりが激しいですか？
- ・ストレスと心理社会的労働環境の悪さによる欠勤があると考えていますか？
- ・近年、疾病休業に関して変化がありましたか？（統計などを提出して下さい）
- ・ストレスや仕事量が多いなど、仕事の負担が原因で事業場で争いが起きている印象はありますか？
- ・争いが起きている場合、その争いがセクシャルハラスメントを含むいじめの性格を持つものであるかどうかについての質問も行う。

リスクファクターについての質問

- ・それぞれのリスクファクターのガイダンスシートを参照のこと

最後の質問

- ・これまで質問した事柄のほか、心理社会的労働環境について問題がありますか？（例えば単調な反復作業、騒音、照明などの悪化要素があるか）
- ・労働環境監督署のインタビューに関連して、他に重要と思われることはありますか？

資料 3：製造業の危険因子：量的負担・速度負担をチェックするためのガイダンスシート

リスクファクターの有無について

- ▶ 仕事の量的負担が大きい、時間的なプレッシャーがある状況がどのくらいの頻度でありますか？
- ▶ 製造目標を達成することができますか？
- ▶ できない場合、それは決まった労働者/決まった製品に問題があるからですか？
- ▶ この状況はどのくらい続きますか： _____

仕事の負担が大きいあるいはペースが速すぎるといった状況がどのくらいの頻度でありますか？

- ▶ それはすべての従業員にあてはまりますか？特定のグループや個人に過剰な負担がありませんか？（あるとしたら誰？いつ？どのくらいの頻度で？）
- ▶ 仕事量が多い状況やペースが速すぎるといった状況はどのくらい長いですか？それは続きそうですか？

仕事の特性について

- 仕事量が人数に比して多い
 - 締め切りが短い厳しいスケジュール
 - 季節によって変動がある
 - 非常に複雑（製品または製造工程など）
 - 急な仕事/予定されていなかった仕事
 - 仕事の中断が頻繁に起きる（技術的ツールが故障するなど）
 - 技術的問題が多い
 - 労働者の監視が厳しい（製造目標の設定など）
 - 労働者が孤立している
 - 同僚に仕事を依存している（仕事のペースなど）
 - 成功報酬型の給与形式（出来高報酬、ボーナスなど）
 - 単調な仕事/変化のない仕事（組み立てライン、監視の仕事など）
- ▶ 仕事の負担を大きくしている/ペースが速すぎる理由は何だと思えますか？

予防

- ▶ 従業員の仕事が多すぎたりペースが速すぎるということがないようにあらかじめ注意していることは何ですか？またその効果は？
- ▶ 労働者は上司や同僚からどのようにサポートを受けていますか？
 - 業務上優先すべきことを明らかにする
 - 急な仕事と予定された仕事の分配など、目的に応じて業務を分配する
 - 仕事に対する期待が明確である
 - 業務説明
 - 業務の遂行を可能にする必要な情報がある
 - 行った仕事のフィードバックがあり、仕事が正しく評価されている
 - 疾病休業時や臨時労働者が必要な業務が発生した場合の人員補充が約束されている
 - チームワーク
 - 十分なスペースがあり、平穏を保つための物理的環境が整っている
- ▶ 労働者は、仕事の計画や優先順位付け、仕事のパフォーマンスについてどの程度影響力をもっていますか？
 - 仕事量
 - 休憩
 - 仕事の分配や順番
 - どの作業方法を使うか
 - 交替性勤務計画およびだれと仕事をするか
 - 目標設定
- ▶ どのような方法で影響を及ぼすことが可能ですか？
 - 定期的なミーティング
 - チーム組織
 - 仕事のパフォーマンスに関するマネージャーとの定期的なやりとり
 - その他
- ▶ どのような種類の教育やトレーニングが労働者に提供されていますか？
 - 仕事に関する継続的な教育やトレーニング
 - 経験に関する継続的な情報交換
- ▶ 他に仕事の量的負担や速度負担を減らすために行っていることはありますか？

企業組織に生じている結果について

- 製造目標が達成されない
- 一日中速いペースで仕事している
- 残業が多い（1日/1週間につきどのくらいか、時間について記述してください）
- 残業の代休がとれない
- 休暇/休日をキャンセルしないとならない
- 休憩がとれない
- 仕事での失敗の多さ/質の低さ
- 現行の労働環境法と労働災害補償法の順守について問題がある（安全器具の使用または11時間ルールを守ることなど）
- 時間的プレッシャーが原因の事故/ヒヤリ・ハット
- 労働者に対する教育やトレーニングが不十分である（新しい仕事も含む）
- いじめ
- その他

資料4：製造業の危険因子：心的外傷となる出来事（重大災害）をチェックするためのガイドンスシート

リスクファクターの有無について
基本的に仕事には常に以下の特性がある。

- 特別な危険をもたらす可能性があるため、特別な方法によって予防されなければならない
- 死亡につながる事故などを含め、企業では重大な事故が起きる危険性がある

例えば心的外傷反応を含む重大な精神的負担がもたらされることがある。

企業が重大災害を経験しているかどうか（機械の事故、資材の落下、電気ショック、爆発、火災など）

- 具体例についての質問
- 企業独自の登録や事故またはヒヤリ・ハットなどの報告に関する質問

仕事の特性について

- 特別な危険を伴う（ATEXの認証を必要とする仕事など）
- 危険査定の結果、労働者が一人で行ってはいけないとされている
- 現行の労働環境法と労働災害補償法の順守が難しい（仕事の性質、仕事の組織化または時間的プレッシャーのため）
- 危険な行動など、労働者が現行の労働環境法と労働災害補償法を守らないという問題がある
- 特別な危険を伴うために労働者が離職したまたはやむをえず離職したなど
- その他

重大災害が起こった理由は何だと思えますか

予防

災害の危険性があると考えた場合、企業に十分な予防と対策があるかどうかについて査定するために以下についての質問を行う。

1. 心的外傷となる出来事の予防

災害の危険性があり、十分な予防がなされていないと考えた場合、通常通り関連する法令を順守しなければいけません。時間的プレッシャーと重大な労働災害との関係に注目してください。

2. 災害時の対策

災害直後の処理

- 上司のサポート
- 誰が何をするのかという計画（救急室への付き添い、労働者が一人で帰宅しないための配慮、身内への電話連絡、企業内部への情報提供（間違っただ噂が広まらないようにするため））
- 精神的な応急手当—知識と利用

3. 心的外傷となる出来事の追跡

- 精神的な危機カウンセラー—負傷者、目撃者、職場全体に対して
- 電話での接触、職場復帰のための特別な援助など、上司と同僚からのサポート

- 心的外傷となる出来事（重大災害）を減少させる他の方法がありますか？

企業組織に生じている結果について

心的外傷となる出来事（重大災害）の問題で、労働者が考える典型的な原因は何だと思えますか

- 特定の仕事に対する反感/恐怖
- 仕事への参加/意欲の欠如
- けがとは人生に常についてまわる危険であるという考え—「ターザン症候群」
- 労働者が否定的な影響を恐れ、事故やヒヤリ・ハットの報告を行わない
- その他

資料 5 : 製造業の危険因子 : 交替制勤務・夜勤をチェックするためのガイダンスシート

リスクファクターの有無について

工業製品を扱う企業では、昼/夕方/夜に仕事のシフトを組むことがある

- ▶ 交替性勤務や夜勤を行ったりすることがありますか？
- ▶ 勤務時間は決まっていますか、それとも不規則ですか？勤務時間が通常の勤務時間外（すなわち6:00から18:00までの時間以外）に割り込んだりまたは完全に勤務時間外となることがありますか？
- ▶ 交替性勤務のスケジュールはどのようにして決められますか？勤務計画を提出してもらうこと。
- ▶ 交替性勤務で夜中（22:00 から5:00）に働く頻度はどのくらいですか？
- ▶ 交替性勤務で夜中以外に仕事をする頻度はどのくらいですか？

仕事の特性について：

- 連続夜勤（22:00 から5:00 を完全に含むまたは一部含む勤務）がある。夜勤の回数： ____
- 早朝の仕事がある（午前6時前）
- 日中、夕方、夜中の仕事で9時間以上働くことがある

以下のような負担を要求される仕事を行っていますか？

- 暴力などの事故の危険性を伴う仕事
- 常に早いペースでの仕事
- 高い集中力と注意を必要とする

予防

- ▶ 交替性勤務が労働環境として適切なものとなるために行っていることは何ですか？
 - 9時間以上の夜勤がない
 - 4日以上連続して夜勤を行かせない
 - 48時間以上勤務する週がない（「週労働時間」は週中からスタートすることができることに注意）
 - 労働者は通常の休みと他の休みに加えて、少なくとも毎週1回、明け休みまたは代休に続くまる1日の休日がある。すなわち、まる1日の休日と休日の間が12日間を超えることはない。
 - 夜勤明けから次の仕事までに寝不足を十分に解消できるだけの時間がある
 - 昼間から夕方へ、夕方から夜へと変わるように勤務のシフトが組まれている
 - 11時間ルールが順守されている
 - 夜勤時間は計画的に作成されているため、出勤時間はほぼ同じ時刻である
 - 余裕をもって勤務スケジュールが知らされている（1ヶ月前など）
 - 予定された勤務スケジュールに変更があった場合、余裕をもって変更後のスケジュールが知らされている
 - その他

- ▶ 労働者は交替性勤務のスケジュール決定についてどの程度影響力をもっていますか？

労働者は以下の点で影響力がある：

- 個々の勤務スケジュールの計画
- 勤務スケジュール計画の原則
- 休憩の原則
- 勤務スケジュールはフレキシブルなため、夜勤の交代が可能

どのような方法で影響を及ぼすことが可能ですか？

- 定期的なミーティング（夕方/夜勤労働者も参加）
- 組合との連絡や安全面を担当し、社内調整をして同僚との対話を可能にする労働者がいる
- チーム組織と勤務スケジュールの計画を自己管理する
- 個人の希望が配慮される

他に予防法がありますか？

- 労働者は交替性勤務での健康影響に関する確かな情報を得ることができる
- 労働者は3年以内ごとに夜勤の前後に健康診断を定期的に受けることができる。

企業組織に生じている結果について

交替性勤務と夜勤の問題で、労働者が考える典型的な原因は何だと思いますか？

- 著しい疲労感
- 起きているのが難しい
- 注意力の問題と反応の鈍さ
- 起こりうる健康への影響
- 労働災害およびヒヤリ・ハット
- その他

資料6：事務的作業職場の危険因子：量的負担・速度負担をチェックするためのガイダンスシート

リスクファクターの有無について

▶ 仕事の負担が大きいあるいはペースが速すぎるといった状況がどのくらいの頻度でありますか？

▶ それはすべての従業員にあてはまりますか？特定のグループや個人に過剰な負担がありませんか？（あるとしたらだれ？いつ？どのくらいの頻度で？）

▶ 仕事量が多い状況やペースが速すぎるといった状況はどのくらい長いですか？それは続きそうですか？

仕事の特性について

- 仕事や扱う事項が人数に比して多い
- 注意を集中する必要がある
- 仕事が難しい・複雑
- 責任がある
- 締め切りが短い・時間的プレッシャー
- 予定された仕事と急な仕事とを同時にこなさないとならない
- 邪魔するものが多い（電話、雑音など）
- 高負担の時期が頻回にある
- IT問題が多い
- ITシステムが整備されていない
- 自宅や職場外での仕事
- きりのない・過剰な仕事
- 仕事に対する要求が異なる/反する（上司と顧客で異なるなど）
- 電話で注意を集中する必要がある（コールセンターなど）
- その他

▶ 仕事の負担を大きくしている/ペースが速すぎる理由は何だと思えますか？

予防

▶ 従業員の仕事が多すぎたりペースが速すぎることがないようにはあらかじめ注意していることは何ですか？またその効果は？

▶ 労働者は上司や同僚からどのようにサポートをうけていますか？

- 業務上優先すべきことを明らかにする（後回しにできる仕事がないか？）
- 管理監督者が必要なときに居る
- 仕事の困難度や要する時間に関連して業務を合理的に分配する
- 目標、仕事内容、求められるサービスの質などについて期待されているものが明確である
- 仕事の量と質の調和について述べた明確なガイドラインがある
- 業務の遂行を可能にする必要な情報がある
- メンタリング
- IT問題に対するヘルプ
- よくできた仕事を正しく評価する
- チーム編成
- 臨時労働者の活用（疾病休業時など）
- 顧客や市民に対する待ち時間やサービスのレベルについての明確な情報 その他

▶ 職場から離れた仕事（自宅での労働やセールスなど）についてはどのようにサポートが提供されていますか？

▶ 労働者は、仕事の計画や優先順位付け、仕事のパフォーマンスについてどのように影響力をもっていますか？

- 仕事量 どの作業方法を使うか
- 休憩 だれと仕事をするか
- 仕事の分配や順番 目標設定 その他

▶ どのような方法で影響を及ぼすことが可能ですか？

- 定期的なミーティング
- チーム組織
- 仕事のパフォーマンスに関するマネージャーとの定期的なやりとり
- その他

▶ どのような種類の教育やトレーニングが労働者に提供されていますか？

- 市民や顧客についての系統的な教育やトレーニング
- 新しいITシステム/ツールの使用や新しい法律やサービスの求めに関するトレーニング その他

▶ 他に仕事の量的負担や速度負担を減らすために行っていることはありますか？

企業組織に生じている結果について

- 質や求められているサービスのレベルを保つのに問題がある
- 重要な職務が行われていない（仕事がたまっている）
- 目標の順守に問題がある
- 締め切りが守られていない
- 一日中早いペースで仕事している
- 休憩がとれない、しばしば昼食をとれない

- 残業が多い
- 予定した休暇をキャンセルしないとしない
- 顧客、市民の待ち時間が長い
- 締め切りや法的な要求事項が守られていない
- 顧客や市民から不満が寄せられている
- その他

資料7：事務的作業職場の危険因子：感情負担をチェックするためのガイダンスシート

(依頼人、顧客、市民への対応がある職種)

リスクファクターの有無について

依頼人、顧客、市民との対応がある仕事では以下のような特別な負担があることが特徴的である

- 自身の感情に対処したり、それを隠す
- 微笑み、共感的振る舞いなどの特別な行動
- 他の人の感情を扱う
- (衝突を避けるために) 先回りして考える
- 市民の個別な知識

▶ あなたはどのような顧客や市民との対応がありますか？

- 困難なことを要求する顧客/市民、例えば薬物依存、精神疾患、経済的困窮
- 危機を感じている顧客
- 怒り、満足していない顧客
- その他

▶ すべての従業員にあてはまりますか、それとも何人か/いくつかのグループに限られますか？誰が、いつ、そしてどのくらいの頻度で？

仕事の特性について

- 顧客・市民・依頼人といつもコンタクトがある
- 受付やデスクで言語的攻撃を受けることが多い
- 顧客から(状況にそぐわない)ニーズや期待がある(ジレンマ)
- 仕事に対する要求が異なる/反する(上司と顧客で異なるなど)
- 予定された仕事と急な仕事とを同時にこなさないとならない
- 困難な仕事を行っているときや集中しなくてはならない仕事のときに邪魔が多い
- 子供であることを考慮しなくてはならない仕事
- その他

▶ もし企業の抱える感情負担の問題が大きいのなら、何が原因と考えていますか？

予防

▶ 依頼人、市民、顧客との対応が労働者にとって負担が大きいのにならないように、どのような予防策をとっていますか？またその効果は？

▶ 労働者は上司や同僚からどのようにサポートをうけていますか？

- 目標、仕事内容、求められるサービスの質などについて期待するところが明確である
- 仕事の量と質の調和について述べた明確なガイドラインがある
- 課題がどのように、いつ、だれによって解決されるべきか、明確なガイドラインがある
- どの課題にプライオリティがあるか、の明確なガイドラインがある
- コンフリクトマネジメントに関する明確なガイドライン
- 明確で現実的な目標
- 難しい顧客/市民に関するシステムティックで定期的なモニタリング
- 同僚やマネージャーからのフィードバックと評価
- 仕事の結果を評価する
- 外人客と仕事をするときに通訳の補助がある
- 顧客や市民に対する待ち時間やサービスのレベルについての明確な情報

▶ 顧客との対応をサポートするツールや適切な部屋がありますか？

- 静かなところで顧客/市民と話すことができる
- 音質の良い効果的な電話
- 対応しているときに必要な情報に容易にアクセスできる
- コールセンターや受付などにおける情報システムや効果的な伝達

▶ 労働者は、仕事の計画や優先順位付け、仕事のパフォーマンスについてどの程度影響力をもっていますか？

- 休憩 どの働き方をするか
- 仕事の分配や順番 だれと仕事をするか その他

▶ どのような方法で影響を及ぼすことが可能ですか？

- 意志決定の権限を委譲する
- 定期的なミーティング
- 仕事のパフォーマンスに関するマネージャーとの定期的なやりとり その他

▶ どのような種類の教育やトレーニングが労働者に提供されていますか？

- 顧客や市民についての系統的な教育やトレーニング
- 新しいITシステム/ツールの使用や新しい法律やサービスの求めに関するトレーニング その他

▶ 他に顧客/市民/依頼人との対応において負担を減らすために行っていることはありますか？

企業組織に生じている結果について

- 求められるサービスの質、レベルを保つのに問題がある 目標の順守に問題がある
- 従業員やサービスについての顧客や市民から不満、対立がある
- 部門や企業の評判が悪い

- コミットメント、仕事の楽しさの欠如
- 顧客/市民に対する重量印からのネガティブな態度
- 労働者が同僚やマネージャーから孤立している
- 離職率が高く新しい従業員をトレーニングする負担が常にある その他

資料 8 : 事務的作業職場の危険因子 : 暴力・脅威をチェックするためのガイダンスシート

リスクファクターの有無について

これらの質問は、依頼人、顧客、市民との対応がある仕事にのみ適用

- ▶ 従業員は暴力やその脅威にさらされていますか？
その企業の記録や事故（インシデント）の報告について尋ねる

暴力や脅威（過去一年間）の頻度

それは誰から、何時、どこで、どのようにしてであったか？

- ▶ どのような種類の暴力、脅威がおきていますか？
- 暴行あるいはそれに類似した身体的暴力
 - 強盗事件
 - 身体的脅威（個人の身体的限界を超えた暴行）
 - 従業員がつばをかけられる
 - 言語的侮辱
 - 身体的脅威（個人の身体的限界を超えた暴行）
 - 差別的発言
 - 電話や e-mail での脅迫
 - 従業員個人やその子供、伴侶に対する脅威
 - 従業員個人の物に対する破壊行為
 - その他

- ▶ 暴力や脅威は従業員が 1 人で働いているときにおきていますか？
（だれから、いつ、どこで、どのようにして）

仕事の特性について

- 個人的、社会的、経済的に問題のある人に対する対応や支援を行う
- お金を扱う（依頼人にお金を持っていくなど）
- 依頼人や市民との衝突を調整することが多い
- その他

予防

- ▶ 暴力や脅威が出来るだけ少なくなるようにあらかじめ注意していることは何ですか？またその効果は？
- ▶ 暴力や脅威、心的外傷となるような出来事を予防したりそれにとりくむ計画はありますか？その計画の内容はどのようなものですか？

予防計画

- 暴力の定義。暴力的行為や侮辱を受けたときに従業員がどのように行動すべきか、というガイドラインを含む
- 強盗の際にどのように行動すべきかの教育（お金を渡す、強盗を捕らえようとしな、助けをよぶ、など）
- コンフリクトマネジメント、コミュニケーション、精神面の最初のケア（応急的処置）についての教育
- 暴力や脅威の危険が分かっているところで 1 人、あるいは 2 人で働く場合のガイドラインがある
- 事故の際にだれがマネージするかについてのガイドラインがある（だれが助けを呼ぶか、脅威となっている人に誰が対応するか、等）
- 暴力の危険に対して効果がある可能性がある事柄についての情報（顧客や市民の特別な問題について）
- 暴力を減らすことに焦点があてられた仕事
- ストレスのかかっている市民／依頼者の待ち時間を短くする
- 適切な身体的距離（逃げ道、攻撃的な依頼者から逃げだすためのスペースがある）
- 落ち着きがあり優しい感じに作業場や待合スペースが飾られている
- 適切な技術的予防策（警報、ビデオ監視、お金に時間で鍵をかける）
- 系統的、定期的メンタリング活動
- 事故の登録のガイドライン

事故が起きたときにすぐとられる行動

- マネージャーの支援（だれに知らせ、誰が状況を掌握するか）
- 精神面の最初のケア（応急処置）
- デブリーフィング（従業員の間で）

フォローアップ

- 危機カウンセリングの専門家にアクセスできる
- 予防に焦点をあてた調査、分析
- 事故が警察や他の権威機関、保険会社へ報告される
- マネージャーのサポート（従業員への電話、職場復帰を楽にする対策）

- ▶ 労働者がその計画を知り、従うようにするためにどのようにしていますか？

- ▶ 他に暴力や脅威を予防するために何か行っていることはありますか？

企業組織に生じている結果について

- 部署、企業内に警戒意識が強い
- 暴力／脅威／強盗は仕事で避けられないものだという雰囲気がある（軽視している）
- 悪い評判（部署、企業）
- コミットメントの喪失、依頼人に対応しようというモチベーションの低下
- 1 人で働くことへの不安
- その他

資料9：事務的作業職場の危険因子：いじめ・セクシャルハラスメントをチェックするためのガイダンスシート

(いじめに対する対策についての情報がある場合に限り、詳細な質問を行うこと)

リスクファクターの有無について

“いじめ”の定義：

- 個人あるいは複数人によって、個人／グループが、繰り返し何度も何度も、あるいは幾度かひどく、ネガティブな振る舞いにあつていて、
- その人／グループがその振る舞いに心を痛めたり屈辱を感じていて、
- その人／グループが自分自身やグループを守るのに困難な状況にある

“セクシャルハラスメント”の定義

- 労働者（彼あるいは彼女）の意思に反して、一人あるいは複数人が、相手が望まないのにしつこく言い寄ったり、性的行為を要求すること。およびその他の性的な性質を含む言語的あるいは身体的振る舞い。

- 従業員が不快ないじめやセクシャルハラスメントを受けているかどうか。
- どのような種類のことが起こっているか

いじめ：

- 傷つけるような発言、冷やかす、陰での中傷
- 社会的あるいは専門的グループ（仲間や仕事に関連したグループ）からの排斥
- 被害者が接触してきたときに敵意を示すあるいは無視する
- 不公平／非実際的な職務の解任
- 不公平／非実際に仕事・作業成果の評価を下げる
- 年齢、性、宗教、国籍あるいは性的嗜好を理由にした格下げ
- 身体的脅威あるいは強姦
- その他の事件

セクシャルハラスメント：

- 不本意に触られる
- 望まない性的行為を求められる
- 望まない卑猥なジョークあるいは性的事柄に関する質問
- その他の事件

それらが起きはじめてからどのくらい経っていますか？

だれか関係していますか？

その理由は何だと思えますか？

予防

いじめやセクシャルハラスメントのエピソードをどのように扱っていますか？

- 事故をなくすための行動（管理面に焦点を当てる、対立・争いが生じた時のマネージメント、制裁措置をとる）
- カウンセリングや和解・調停の利用
- 従業員に危機時のカウンセリングを提供する

いじめやセクシャルハラスメントが発生しないようにどのようにしていますか？

- 企業がいじめやセクシャルハラスメントを防止するというポリシーを持っている

ポリシーの中には以下のものが含まれる；例として

- いじめ、セクシャルハラスメントの定義
- いじめ、セクシャルハラスメントを起ささないようにするための対立・争いがどのように扱われるかについてのガイドライン
- いじめやセクシャルハラスメントが容認されないという明確な姿勢
- 許されない行為に関する記述がある
- 和解・調停に関するガイドライン
- いじめやセクシャルハラスメントに気がついたときにそれを止めさせる責務があるというマネージャーに対するガイドライン
- いじめやセクシャルハラスメントを目撃したときにはそれに反応し対処するという義務があるという同僚に対するガイドライン
- 特別なエピソードに対する取り扱いのガイドライン（誰に頼るか、誰が何に対して責任があるのか、など）
- その他

従業員がポリシーを知りそれに従うことをどのように確認していますか？

その他の防止対策

- 好ましい振る舞いに関する対話
- いじめやセクシャルハラスメントおよび対立・争いをどのように取り扱うか、についてのマネージャーや安全代表者に対する説明やトレーニング
- その他

企業組織に生じている結果について

- 従業員と一緒に働くことに困難がある／小集団に分断されている
- ある特定の労働者やグループが自分たちの考えを聞いてもらうのに困難がある
- 部署内の雰囲気が悪い

- 悪い評判（いじめがある部署だと企業内で知れている）
- いじめ・セクシャルハラスメントによる長期疾病休業
- その他

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
堤 明純	WHOによる世界の職場のメンタルヘルスガイドライン	産業ストレス研究	16(4)	211-216	2009
小田切優子	デンマークにおける産業ストレス対策	産業ストレス研究	16(4)	217-222	2009
吉川徹、小木和孝	労働安全衛生マネジメントシステム (OSH-MS) への寄与としての参加型ストレス予防活動の役割	産業ストレス研究	16(4)	221-229	2009
Shimazu, A., Bakker, A. B., & Demerouti, E.	How job demands affect the intimate partner: A test of the spillover- crossover model in Japan	Journal of Occupational Health	51	239-248	2009
中島美鈴、稗田道成、島田俊夫、島津明人	集団認知行動療法の比較化対照試験による効果検討	精神科治療学	24	851-858.	2009
Umanodan, R., Kobayashi, Y., Nakamura, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Kawakami, N., & Shimazu, A.	Effects of a Worksite Stress Management Training Program with Six Short-hour Sessions: A Controlled Trial among Japanese employees	Journal of Occupational Health	51	294-302.	2009
Shimazu, A. & Schaufeli, W.B.	Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees	Industrial Health	47	495-502	2009
Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W.	Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan.	Cross-Cultural Research	43	320-348.	2009
馬ノ段梨乃、島津明人	e-ラーニングによる健康教育: 労働者のストレス対策に注目して	健康開発科学	13(2)	13-18	2009
馬ノ段梨乃、土屋政雄、島津明人	職場における個人向けストレス対策 - 介入方略の変遷と新たな視点 -	産業医学ジャーナル	33	103-107	2010