

図1 職場 SMT プログラムで使用される認知的・行動的技法の変遷

増加と共に広まりを見せた。さらに、近年、新たな技法として第三世代の介入技法が職場の SMT プログラムとして導入され始めた。第三世代の技法は、第一世代および第二世代で用いられた技法のように、好ましくない「覚醒」を減らしたり、非機能的な「思考内容」を変容したりする（心理的現象の内容や形を扱う）のではなく、人々の思考や感情、記憶、そして知覚への関わり方を変化させること（心理的現象の機能と文脈を扱う）に重点をおいている⁸⁾。第一世代から第三世代の介入技法については、メタ分析の結果から、労働者の心理的健康やコーピングに関する様々な尺度において、SMT の有効性が示されている^{3,9,10)}。

Ⅲ. 職場における第三世代の技法の適用

第三世代の技法は、その前提として、ストレスとなる事柄や困難な事態によって引き起こされる不快な感情や思考を「削除すべきもの」としてではなく、「人生の中で当然に起こりうるもの」として扱っている。よって、困難を抱えつつも個人にとってより望ましい行動を選択するために役立つ方法を紹介している。さらに、第三世代の技法を用いることで不快な感情への対処法だけでなく、パフォーマンスの維持や向上などのポジティブな側面への効果も期待され

ており、今後、個人向けストレス対策における方略の1つとして、有用な示唆を与えてくれる技法といえる。

職場で用いられる第三世代の介入技法の適用例としては、マインドフルネス・ストレス低減プログラム (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) やアクセプタンス&コミットメントセラピー (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) があげられる。MBSR は瞑想を中心としたストレス対処プログラムであり、Kabat-Zinn ら¹¹⁾ によって開発された。看護師に対するバーンアウトの予防研究として多くの報告がみられる^{12,13)}。さらに、米国 Google 社において Kabat-Zinn が行った講演の様子は公式に動画にて公開されており (http://www.youtube.com/watch?v=3nwwKbM_vJc)、看護師だけでなく一般従業員への適用も広まりつつある。一方、ACT は Hayes ら⁸⁾ によって開発された技法であり、行動理論およびヒトの言語機能に着目して、苦悩や苦痛に関する独自の理論を構築している。これまで主に不安障害や慢性疼痛などを対象とした研究が進められ、治療方法として一定の効果が認められつつあるが^{10,14)}、近年、労働者に対する SMT としての導入も注目されている¹⁵⁾。

なお、第三世代の技法は「心理的現象の機能

Aさんの例

入社2年目の営業職。顧客から受けた注文に間違っただけの対応をしてしまい、苦情が発生した。失敗を挽回しようと次の作業に向けて顧客リストに目を通すが、つい失敗した経験ばかりが頭に浮かぶ。失敗を忘れようと、酔いつぶれるまでお酒を飲むという日が増えてきた。

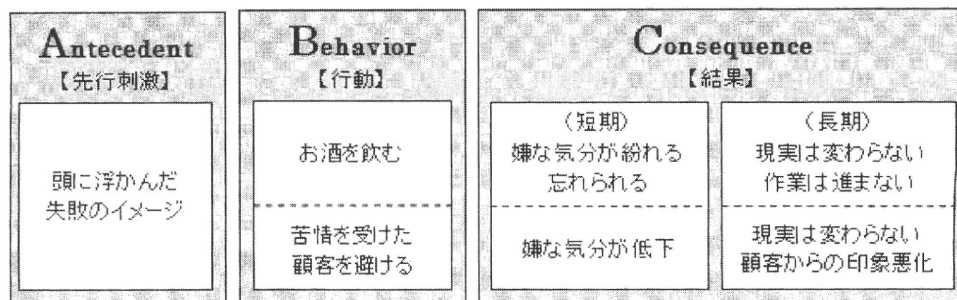


図2 Aさんに関する機能分析の例

と文脈を重視」という点で、介入技法を理解するために「機能分析の考え方」が重要とされる。よって、以降、「機能分析の考え方」を紹介した上で、ACTを中心に「介入プログラムの概要」、および、「介入研究」について紹介する。

1. 機能分析の考え方：個人のABCを同定する

機能分析とは、個人の行動（B：Behavior）を先行刺激（A：Antecedent）や結果（C：Consequence）という枠組みで理解し、行動が個人に与える影響を同定することである¹⁶⁾。ここでの行動とは、有機体（生活体）が行うすべてのことを示しており、簡単に観察できる誰かの行為（腕を上げる、走る、話す）だけでなく、自分の内部で起こっていること（考える、感じる、思う）も意味する。また、先行刺激とは、行動の直前に起こる出来事のことを指す。行動を分析する目的は「どのような行動をしていたか（内容）」ではなく、その行動が個人にとって「どのように影響していたか（機能）」について分析することである。具体的には、①なされた行動（B）を同定し、観察する、次に、②その行動が生じたときに存在していた出来事（A）と、その行動の後に生じた結果（C）を同定する。このように行動の機能を分析することで、行動変容を生み出す方略の産出や個人を取り巻く環境的要因の理解が可能になる。機能分析の例を図2に示した。図2の例では、Aさ

さんは短期的な目的（C）を叶えるために、失敗のイメージが浮かぶと（A）お酒を飲むという行動（B）をとっている。しかし、この行動（B）をとることにより、長期的にみると現実はず変わらず失敗を挽回したいという目標の達成が困難となる。このように、行動を文脈の中で捉え、特定の行動とその結果を短期的、長期的に理解することで、行動の機能をより具体的に理解することができる。

2. 介入プログラムの概要：ACTで重視される要素

ACTの介入プログラムでは、先に示した機能分析の考え方を踏まえたうえで、以下に示す2つのプロセスに焦点を当てた心理教育やワーク、エクササイズが行われる。1つ目のプロセスは、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスである。マインドフルネスとは、「今ここ」での経験に評価や判断を加えることなく注意を向け続けることと定義される¹⁷⁾。また、アクセプタンスとは、快／不快な心理的事象（思考、感情、感覚）を変えたり、回避したりコントロールしたりせずに体験することを意味する¹⁸⁾。つまり、不快な状況や情動体験に巻き込まれたり、回避したりせずに、上手に距離をとるためのスキルを獲得するプロセスである。職場においては、仕事をするうえで避けられない職場の負荷（締め切り仕事）やコントロール不可能な環境に対する不快な気持ちなどへの対処として

有効とされる。2つ目のプロセスは、コミットメントと行動変容のプロセスである。コミットメントとは、個人によって選択された人生の方向性（自分の求める生き方）に沿った行動を維持、形成することを意味する。つまり、個人にとっての価値を明確にして、その価値に一致した行動パターンを増やしていく変容のプロセスである。これらのスキルを獲得することで、心理的な柔軟性（変化が必要なときは変化し、忍耐が必要なときは耐えるという行動パターンを生起させることが十分に可能になること）の獲得を目指す¹⁸⁾。

3. 文献紹介：職場における ACT の適用

ACT の効果を職場の SMT 介入として評価した最初の研究は Bond&Bunce¹⁵⁾ によって出版された。彼らは、メディア関連会社の従業員 90 名を(1)個人を対象とした SMT 群 (ACT 群)、(2)職場環境改善を狙いとした問題解決グループワーク群 (IPP 群)、(3)統制群、の 3 群にランダムに割りつけて介入の効果を検討している。ACT 群および IPP 群のセッション数はそれぞれ 3 回で、各セッションの前と 27 週間後に質問紙調査を実施している。介入により、ACT 群、IPP 群共に GHQ および BDI の得点が統制群と比べて有意に低下し、革新的傾向（新しい手法や変化に対する個人の態度）が統制群と比べて有意に上昇することが示された。また、下位分析の結果から、ACT を用いた群では、不快な感情や思考に対するアクセプタンス、および、目標とするゴールを追う能力が結果を媒介していることが明らかとなった。

ACT の対象は、禁煙や禁煙状態の維持^{19, 20)}、体重のコントロール²¹⁾ など、多岐にわたっており、職場の健康問題全般に対する適用が可能であると考えられる。また、うつ病に該当する労働者の職場適応においても、抑うつなどの精神健康状態だけでなく、仕事の生産性に関わる側面（仕事への定着度、効果的に働いた時間）への効果が認められている²²⁾。

IV. おわりに

本稿では、労働者を対象とした SMT の変遷

をまとめたうえで、近年新たに導入されるようになった第三世代の介入技法について、ACT を中心に紹介した。ACT を用いた労働者への介入は主にイギリスで実施されており、日本での適用はまだ知られていない。しかし、個人のモチベーションに関わる行動の仕組みを捉えた技法を取り入れることは、個人の職業生活を活気あるものにするために重要であると思われる。また、第二世代の技法において介入の主な対象とされた「認知の変容」が難しいために、認知的／行動的技法に加えて ACT の方略を導入した研究も報告されている²²⁾。職場や職種に合わせて、第一世代、第二世代、第三世代のそれぞれの技法を組み合わせたプログラムをアレンジすることも効果的であると言える。

引用文献

- 1) Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer.
- 2) Jones, D. L., Tanigawa, T., & Weiss, S. M. : Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan. *J Occup Health* 45 : 1-7, 2003.
- 3) van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. et al : The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 91 : 270-6, 2001.
- 4) Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2005) *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the workplace*, ed. Baer, R. A., Academic Press, pp. 377-402.
- 5) Hayes, S. : Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 35 : 639-665, 2004.
- 6) Beck, A., Rush, A., Shaw, B. et al : *Cognitive therapy of depression* The Guilford Press, 1979.
- 7) Ellis, A. : *Reason and emotion in psychotherapy* Lyle Stuart New York, 1962.
- 8) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. : *Acceptance and Commitment Therapy : An Experiential Approach to Behavior Change* The Guilford Press, New York, 1999.
- 9) Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. : Effects of occupational stress management intervention programs : a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 13 : 69-93, 2008.
- 10) Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. : Acceptance and commitment therapy : a meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 78 : 73-80, 2009.
- 11) Kabat-Zin, J. : *Full Catastrophe Living : The program of the Stress Reduction Clinic at the*

- university of Massachusetts Medical Center Delta, New York, 1990.
- 12) Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. : A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res* 19 : 105-9, 2006.
 - 13) Praissman, S. : Mindfulness-based stress reduction : a literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract* 20 : 212-6, 2008.
 - 14) Pull, C. B. : Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychiatry* 22 : 55-60, 2009.
 - 15) Bond, F. W., & Bunce, D. : Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol* 5 : 156-63, 2000.
 - 16) Ramnerö, J., & Törneke, N. : The ABCs of Human Behavior: Behavioral Principles for the Practicing Clinician. Studentlitteratur AB, 2008.
 - 17) Kabat-Zinn, J. : Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice* 10 : 144-156, 2003.
 - 18) Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W. et al : Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 44 : 1-25, 2006.
 - 19) Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S. et al : Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy* 35 : 689-705, 2004.
 - 20) Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R. et al : Distress tolerance treatment for early-lapse smokers : rationale, program description, and preliminary findings. *Behav Modif* 32 : 302-32, 2008.
 - 21) Lillis, J., Hayes, S., Bunting, K. et al : Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine* 37 : 58-69, 2009.
 - 22) Wang, P., Simon, G., Avorn, J. et al : Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes : a randomized controlled trial. *JAMA* 298 : 1401, 2007.

うまのだん りの・東京大学大学院医学系研究科
 精神保健学分野（日本学術
 振興会特別研究員 DC1）
 つちや まさお ・東京大学大学院医学系研究科
 精神保健学分野
 しまず あきひと ・東京大学大学院医学系研究科
 精神保健学分野

ストレスマネジメント

ストレスマネジメントとは、自らが経験しているストレスに気づき、適切な対処方法を実行することで、ストレスをコントロールすることをいう。

ストレスマネジメントでは、ストレスに関連する4つの側面（ストレスサ、ソーシャル・サポート、コーピング、ストレス反応）に向けて介入が行われることが多い（図1）。

■ ストレッサーの除去と低減

心理面・身体面・行動面におけるさまざまなストレス反応は、ストレッサー（stressor）の存在ないしその認知によって体験されると考えられている。したがって、ストレス反応に影響を及ぼすストレッサーを直接的に取り除いたり、体験する頻度や程度を低減することができれば、ストレス反応の体験頻度や程度は低減できる。たとえば、職場において過剰な負荷を減らす、あいまない仕事内容をはっきりさせるなどの対策を行うことは、ストレッサーの除去や低減につながると考えられている。

■ ソーシャル・サポートの強化

ソーシャル・サポート（social support）は、私たちの健康やパフォーマンスの向上

に重要な役割を果たしている。ソーシャル・サポートは、ストレッサーやストレス反応を直接的に低減する機能（直接効果）を有しているほか、ストレッサーを仮に体験しても、健康への悪影響を最小限に抑えてくれる機能（緩衝効果）を有している。地域の育児サークルや職場での上司教育などは、おもにソーシャル・サポートの増強を目的としたストレスマネジメントである。

■ コーピング能力の向上

コーピング（coping）は心理学的ストレスモデル（Lazarus & Folkman, 1984）の鍵概念であり、ストレスフルな状況でどのようなコーピングを行うかによって、健康やパフォーマンスの質が異なると考えられている。

コーピングに焦点を当てたストレスマネジメントでは、ストレスフルな場面で使うことのできる対処方略の数を増やすこと、状況に応じて適切な方略を考え出し実行できるようにする、がおもな目的となる。つまり、コーピングの多様性と柔軟性を高めることが、コーピング能力を高めるうえで重要である。

■ ストレス反応の低減

ストレッサーを体験すると、その状況に適応するために自律神経系、内分泌系、免疫系にさまざまな反応が生じる（汎適応症候群；Selye, 1936）。しかし、自律神経系の過剰な賦活は身体機能を逆に低下させ、

パフォーマンスを低下させることが知られている。したがって、ストレス反応に焦点を当てたストレスマネジメントでは、自律神経系の過剰な賦活状態を鎮め、中長期的には、ストレッサーとストレス反応との結びつきを弱めることが目的となる。

リラクゼーション訓練は、ストレス反応に焦点を当てたストレスマネジメントの1つである。

■ ストレスマネジメントの適用

ストレスマネジメントは、学校や職場をはじめ、家庭や地域社会において、健康の維持・増進を目的に適用されることが多い。また、ストレスマネジメント・プログラムは、さまざまな手段によって提供されており、専門家が参加者個人に対して提供するものや集合形式によって提供するものほか、インターネットなどの情報技術によって提供するものもある。対象者の特性や実施にかかわるコストなどを考慮しながら、プログラムの内容や提供手段を選択す

る必要がある。

■ 今後の課題

現在、多くのストレスマネジメント・プログラムが開発され提供されているが、効果が科学的に確認されているプログラムは必ずしも多いとはいえない。一方、効果が科学的に確認されてはいても、内容が難しく参加しにくいプログラムも存在している。ストレスマネジメント・プログラムが、多くの人の健康の維持・増進に寄与するためには、科学的に効果が検証された内容でありながらも、参加しやすく継続しやすい形式をもつことが重要である（Kristensen, 2005）。

文 献

- Kristensen, T. S. (2005). Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 205-210.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.

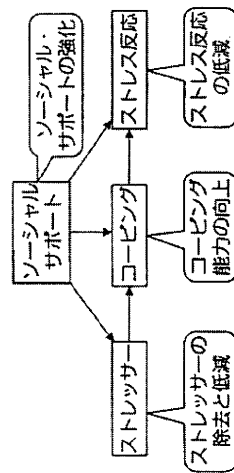


図1 ストレスマネジメントの介入対象とその内容

健康心理学の医学への応用

—心理社会的ストレスに注目して

島津明人 / しまづあきひと

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

健康に関する考え方は、医療の進歩や社会的背景の変化に伴って変化している。伝統的な考え方では、健康は病気がない状態とされ、病気と健康とは質的に異なった状態にあると仮定されていた。ところが近年では、健康が“病気”→“病気でない状態”→“身体的・精神的・社会的に良好な状態”と連続線上に位置づけられており、健康と病気とが質的に異なる状態としては考えられていない。健康心理学は、このような健康に関する考え方を背景に生まれた心理学のなかでも新しい領域である。健康心理学は、精神的健康だけでなく身体的健康も対象とする点、病気の治療よりもむしろその予防、さらには心身の健康状態の維持・増進を心理学の視点から探究する点に、その特徴がある。

本稿では、健康心理学において中心的な研究課題である心理社会的ストレスに注目し、最近の研究動向を著者の研究成果を交えながら紹介する。

■心理学的ストレスモデルとコーピング

健康心理学における心理社会的ストレス研究は、心理学的ストレスモデル^{1,2)}の鍵概念であるコーピングを中心に展開されてきた。さまざまなコーピング方略と健康との関連を検討したメタ分析によれば³⁾、ストレスの直接的な解決に向けた努力(問題焦点型コーピング)がストレス反応の低さと関連していたのに対して、気晴らし、回避、願望思考などの情動焦点型コーピングはストレス反応の高さと関連していることが示されている。しかし、Penley らのメタ分析³⁾では解析対象論文の多くが横断研究であり、それぞれの方略の長期的効果が明確でないこと、複数のコーピング方略を組み合わせる場合の効果は考慮に入られていないことが限界であった。

そこで、著者ら⁴⁾は企業従業員を対象に、問題焦点型コーピングを情動焦点型コーピングと組み

合わせて用いることによって、その後のストレス反応の程度がどのように異なるか、1年間の縦断研究によって検討した。ここでは情動焦点型コーピングのなかでも問題焦点型コーピングの効果を促進する可能性が示唆されている気晴らしに注目した。解析の結果、気晴らしを行うことなく問題解決だけに努力している対象者はその後の精神的健康が低下するのに対して、問題解決への努力と気晴らしとを組み合わせた対象者は長期的な精神的健康の向上に結びついていた。この結果は企業従業員のストレス対策を考える際に、“いかに働くか”だけでなく“いかに休むか”という視点も必要であることを示唆している。

■ストレスとストレス反応の双方向の関係：ネガティブ・スパイラル

抑うつや不安を主訴に受診(来談)する人の話を聞くと、ストレスフルな体験が抑うつや不安を生起させてはいるものの、そうした状態が生活環境をさらに悪化させ、抑うつや不安をますます増強するといったネガティブなスパイラルに陥っていることをたびたび経験する。そこで著者ら⁵⁾は、ストレスフルな職場状況と心理的・身体的ストレス反応とが双方向の関係を有しているかどうかを3時点のパネル調査で検討した。本研究では、ストレスフルな職場の指標として“努力-報酬不均衡”⁶⁾を使用した。共分散構造分析の結果、努力-報酬不均衡状態は1年後の心理的・身体的ストレス反応を上昇させていただけでなく、心理的ストレス反応が1年後の努力-報酬不均衡状態をさらに上昇させているという、双方向の関係が確認された。この理由として、ストレス反応が高い人は、①サポートの授受に関する互惠性が低いと周囲からみなされ、サポートや報酬を受け取る機会が減少すること、②自己・外界・将来に関する否定的な認知のために、ストレスフルな体験のみを質問紙回答時に想起しやすくなること、などが考えられた。この結果は、従業員のストレス対策としてストレスフルな職場環境の改善をおもにしながらも、個人のストレス状態を低減するための対策もあわせて行うことの重要性を示唆している。

■クロスオーバー効果

ある人のストレスフルな体験は、その人自身の

健康に影響を及ぼすだけでなく、その人と密接な関連を有する別の個人(夫・妻, 上司・部下・同僚など)にも影響を及ぼすことがある。この波及効果をクロスオーバー効果という。著者ら⁷⁾は未就学児をもつ共働きの夫婦を対象に、夫(妻)の仕事の負担が妻(夫)の心理的・身体的ストレス反応に及ぼすクロスオーバー効果を検討している。夫婦のペアデータを共分散構造分析で検討した結果、夫(妻)の仕事の負担が仕事-家庭葛藤(例: 仕事が忙しくて家事が十分にできない)を高め、さらに夫婦関係を悪化させることで、妻(夫)のストレス反応の上昇につながることを明らかにした。この結果は、近年注目を集めているワーク・ライフ・バランスに配慮したストレス対策が、個人の健康だけでなく夫婦双方の健康にも重要であることを示唆している。

■おわりに——研究と実践の相互の発展に向けて

本稿では健康心理学における最近のストレス研究について、理論的研究を中心に紹介した。しかし、健康心理学は実践的な学問であり、研究と実践とが相互に補完しながら発展する必要がある。たとえば、適切なコーピングスキルを身につけ、心身のストレス反応の低減につなげるストレスマネジメントについても参加者が実行しやすい教材やプログラムを開発し⁸⁾、その効果を科学的に評価して⁹⁾、よりよいプログラムにつなげる努力が必要である。そのためには、健康や医療にかかわ

る研究者と実践家とが、相互に協力しながら対象者の利益のために努力する必要がある。

文献

- 1) Lazarus, R. S. and Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping. Springer, New York, 1984.
- 2) 島津明人: 心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因。ストレス心理学(小杉正太郎編)。川島書店, 2002, pp.31-57.
- 3) Penley, J. A. et al.: The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *J. Behav. Med.*, 25: 551-603, 2002.
- 4) Shimazu, A. and Schaufeli, W. B.: Does distraction facilitate problem-focused coping with job stress? A one year longitudinal study. *J. Behav. Med.*, 30: 423-434, 2007.
- 5) Shimazu, A. and De Jonge, J.: Reciprocal relations between effort-reward imbalance at work and adverse health: A three-wave panel survey. *Soc. Sci. Med.*, 68: 60-68, 2008.
- 6) Siegrist, J.: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J. Occup. Health Psych.*, 1: 27-41, 1996.
- 7) Shimazu, A. et al.: How job demands affect the intimate partner: A test of the spillover-cross-over model in Japan. *J. Occup. Health*, 51: 239-248, 2009.
- 8) 島津明人・島津美由紀: 自分でできるストレスマネジメント—活力を引き出す6つのレッスン。培風館, 2008.
- 9) Shimazu, A. et al.: Effects of a brief worksite stress management program on coping skills, psychological distress and physical complaints: a controlled trial. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.*, 80: 60-69, 2006.

* * *

Key Note Lecture

第17回日本産業精神保健学会：基調講演

職場のメンタルヘルスの国際潮流と日本型枠組みの確立に向けて

川上憲人

要 旨

欧州では、英国健康安全省 (HSE) によるマネジメントスタンダードアプローチが事業場における職業性ストレスの自主改善を促す方策として成功している。またデンマークで、行政の監督官が事業場を査察し職業性ストレスを含めた職場環境の改善命令を出す強い法規制を導入している。PRIMA-EF プロジェクトの報告書は、欧州全体として職業性ストレス対策の共通枠組みを提言している。英国国立医療技術評価機構 (NICE) のガイドラインは、労働者の人間成長や社会参加を含めた労働者のポジティブな心の健康を目指した対策が重要としている。こうした国際動向を踏まえて、わが国でも職場のメンタルヘルスの第一次予防の新しい枠組みについての研究がはじまっている。一部の研究からは、労働者にいきいき、元気に働いてもらうための職場づくりを職場のメンタルヘルスの新しい目標とすることなどが提案されている。新しい日本型枠組みの確立に向けて議論がなされるべき時期にきている。

Key words : 職場のメンタルヘルス, 職業性ストレス, 第一次予防, 欧州, 国家戦略

はじめに

わが国の職場のメンタルヘルスは、1950年代後半からの第一次ブーム、1980年代半ばからの第二次ブームを経て発展してきた。とくに1999年に精神障害などの業務上外の判断指針が公表され、2000年に過労自殺の民事訴訟の最高裁判決が出てからわが国の職場のメンタルヘルスは法的・行政的リスクマネジメントの時代へと突入した。このことは2000年の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の前文にも記載されてい

る。精神障害などの労働災害や過労自殺の民事訴訟を未然に防止し、これによる企業の社会的評価の低下、金銭的損失を避けるという説明は説得力を持って、多くの企業が職場のメンタルヘルス活動に参加する動機付けとなった。その後、業務上外の判断を巡っての行政訴訟や民事訴訟の裁判例では、業務の過重性がより広く解釈されたこともあり、企業は一層自らの安全配慮義務を明確にすることを求められるようになった。これまでの10年間、法的・行政的リスクマネジメントはわが国の職場メンタルヘルスの主要な推進要因であった。

しかし、こうした法的・行政的リスクマネジメントの対象は企業から見るとごく一部の従業員であり、企業に十分な動機を与えにくい。法的・行政的リスクの評価では、業務上外の判断指針や過去の判例から見て長時間労働に焦点があたりやすく、他の社会心理的要因が軽視されやすい。さらに今日、雇用者と従業員の関係の変化、成果主義の導入など人事評価制度の変化などを背景として、職場のサポート機能の低下が指摘されており^{1,2)}、こうした職場機能の低下が従業員のメンタルヘルスに影響を与えている可能性も指摘されている³⁾。こうした側面の問題は、法的・行政的リスクマネジメントによる職場のメンタルヘルスの推進では十分に解決できない。法的・行政的リスクマネジメントに加えて、新たな職場のメンタルヘルスの普及枠組みが必要になる。ここでは、職場のメンタルヘルス不調の第一次予防、すなわち職業性ストレスの対策について、欧州を中心とした国際的動向を概観し、これと関連した国内の研究動向を紹介し、わが国における職場のメンタルヘルス不調の第一次予防の新しい推進枠組みについて論じる。

I. 職業性ストレス対策の国際動向

1) 欧州における職業性ストレス対策の枠組み

欧州全体では4,000万人が職業性ストレスを経験しており、過去12ヵ月間に6%が身体的暴力の危険にさらされ、4%が暴力を受け、5%がいじめ(ハラスメント)を受けているとされる。欧州では、雇用者と労働者の代表で構成されるソーシャルパートナーによる「社会的対話」により、労働政策の方向性が決定されてきた³⁾。雇用者は、「職場で働く人々の安全と健康を向上させるための推進策の導入に関する欧州理事会枠組み規則」(89/391/EEC)で、社会心理的リスクを含む労働者の健康リスクを評価・管理する義務があると規程されている。これに関連し、かつより労働者のメンタルヘルスに関連する合意である「職業性ストレスに関する枠組み合意」(2004)およ

び「職場におけるハラスメントと暴力に関する枠組み合意」(2007)がその後公表され、これらの枠組みに従い、欧州各国ごとに対策が進められてきた⁴⁾。

たとえば、欧州でも熱心に職業性ストレスの対策に取り組んでいる英国では、政府機関である健康安全省(HSE)が職業性ストレスに対する職場での対策を示したManagement standards for work-related stressを公表している⁵⁾。この指針では6つの因子(仕事の要求度、個人の裁量度、職場の支援、職場環境、職場における役割、組織変革)の調査票とその判定基準が提供され、改善方法として①危険因子の特定、②健康被害にあって個人の特長とその発生機序、③健康被害への危険度の評価とそれに対する具体的な活動、④結果の記録、⑤実施評価と組織の取組みの再検討が挙げられている。多くの企業がこれに準じたストレス対策を自主的に実施し、成果を報告している。

一方、デンマークでは2002年からすべての企業に対して職場環境の評価を実施することが法的に義務付けられた⁶⁾。1人以上従業員のいる企業に対しては職業性ストレスを含めた職場環境が労働環境局により事前連絡なく査察されることになっている³⁾。とくに製造、運輸、販売、病院や介護などの業種では職業性ストレスの評価は必ず実施すべきとされている。労働環境局による査察結果により職場環境に問題がある場合には、企業は改善命令を受けて改善計画を提出し、これを実施することが義務付けられている。労働環境局はこれらのプロセスを監視する。最終的な成果は、企業ごとに緑、黄、赤色の3段階のシンボル(スマイルマーク)で評価され、労働環境局のWEBで公開され、安全衛生への取組みの企業の評価指標として使用されている。

2) 職業性ストレス対策の欧州枠組み(PRIMA-EF)

さらに欧州共通での職業性ストレス対策の具体的な枠組みを確立するために、欧州機関の助成を受けてEuropean Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF) プロジェクト

(2007-2008)が実施された⁷⁾。この結果、国や企業が行う職業性ストレス対策の評価する指標の開発、より具体的な職業性ストレスおよび職場の暴力・ハラスメントへの介入方法および良好実践事例の収集がなされた。PRIMA-EFでは、企業の日常の生産活動の中で職場の心理社会的リスク要因を改善することを計画的に実施すること、また実施状況を心理社会的リスク要因、対策活動、結果指標の3側面から評価することが提案されている。PRIMA-EFに組み込まれたリスクマネジメントの視点は、WHOが提唱する職業性ストレス対策の国際ガイドラインを取り込んだものとなっている。

3) 英国での新しい推進枠組み

これらとは別の動きとして、英国国立医療技術評価機構(NICE)は、2009年に公衆衛生ガイドライン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」を公表した⁸⁾。このガイドラインでは、心の健康の増進を、Mental well-beingとよび、個人が自分の可能性を高め、効率的・創造的に働き、他人と強い良好な関係を築き、地域社会に貢献するダイナミックな状態のことで定義している。こうしたポジティブな心の健康の増進が、労働者および経営活動の双方にとって重要であるとしている。2009年12月に公表された英国の「労働と精神健康に関する行動への枠組み」(Working our way to better mental health: a framework for action)では、労働衛生のみでなく行政の関連各部門が一体となり推進することが推奨されている。

II. わが国の職場のメンタルヘルス対策の新たな枠組みに向けて

1) 職場のメンタルヘルスの日本型枠組みに向けて

国際的動向と調和させながら、わが国における職場のメンタルヘルス対策の新しい枠組みを考えるべき時期にある。現在の推進力である過労自殺などの民事上のリスクマネジメントからの視点に加えて、企業における心理社会的な職場環境(職

業性ストレス)の改善の強力な推進が必要である。このために、ポジティブな側面も踏まえた新しい職場のメンタルヘルスの概念的枠組みの確立、企業レベルでの職業性ストレスのモニタリングと職場環境改善の実施体制の確立と推進が求められる。

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」では、今後の職場のメンタルヘルスの日本型枠組みについて、第一次予防の観点から検討を進めている⁹⁾。とくに、ステークホルダー会議および新職業性ストレス簡易調査票の開発を通じて、この課題について研究が進められている。ステークホルダー会議は、職場のメンタルヘルスにかかわる関係者、すなわち経営団体代表者、労働組合代表者、産業保健スタッフ(産業医、産業看護職、臨床心理士、衛生管理者)、産業保健の専門研究機関の代表などが集まり、職場のメンタルヘルスの第一次予防のあり方について意見交換や討議を行う場として設定され、年2回、これまでに合計3回が開催されている。ステークホルダー会議では、中小規模事業場ではなお、精神障害の労働災害や過労自殺の民事訴訟に関して法を遵守し、またリスクマネジメントを行う観点からの普及策が有効であるとの意見が出された。しかし一方、一定規模以上の事業場では職場のメンタルヘルスの第一次予防を普及させるために新しい目標が必要になっているとの意見が出され、参加者の多くの賛同を得た。とくに事業者は、労働者が元気に、かついきいきと働き、高い生産性や創造性を発揮することを期待しており、こうした「いきいき元気」な労働者、あるいは労働者が「いきいきと元気に働ける」職場づくりが、職場のメンタルヘルスの第一次予防の新しい目標として議論されている。こうした「いきいき元気」職場を実現するためには、公正なマネジメント、職場の一体感、などの組織資源をのばす必要があるという意見が出されている。現在、多くの企業が企業内のコミュニケーションの低下、相互信頼の欠如など職場の機能不

全が精神障害の増加および業績の低迷と関連していることを理解しはじめている¹⁾。短期的な業績を重視する傾向や極端な成果主義への反省から、従業員のやる気や一体感を重視する経営理念が見直される傾向にある²⁾。このステークホルダー会議で検討された方向性は、人事労務管理における現在のトレンドとも一致するところである。

これまでの職業性ストレス簡易調査票は、仕事の負担に加えて仕事のコントロール、上司の支援といった心理社会的な組織資源を評価できるように作成されているが、いきいき元気職場につながるようなこうした新しい組織資源を測定できるようにはなっていない。いきいき元気職場づくりを推進するには、こうした組織資源を測定し、現状把握や改善対策につなげられるようにする必要がある。前述の研究班では、職業性ストレス簡易調査票に追加して使用できる新しい尺度を開発するために、英国 HSE 調査票、デンマークの COPSOQ、韓国の KSOS、欧州 PRIMA-EF インディケータモデルにとりあげられた指標を参考にしながら尺度の候補がリストアップされた¹⁰⁾。また各尺度3項目程度の質問を既存の調査票から選ぶことにより、尺度の項目候補を選定した。さらにステークホルダー会議でのワークショップから提案された「いきいき元気職場」の条件から尺度候補とその項目案が追加された。これらの尺度候補は、平成21年度同研究班の報告書に掲載されている。これらの尺度を使用した予備調査が平成22年春に実施されており、その結果選択された尺度の最終候補を用いての全国調査が平成22～23年度に予定されている。新しい尺度とその標準得点が公表されるのは平成23年度末（平成24年4月）になる予定である。

2) 法令による推進か自主的活動による推進か

またこれからの職場のメンタルヘルスの普及・推進を、デンマークのように強力な法規制と行政査察によって行うか、あるいは英国やその他の欧州各国のように、企業の自主的安全衛生活動にゆだねながらも、認証評価などを通じて企業にインセンティブを与えて推進するかについては議論が

残されるところである。現在のところ上記研究班のステークホルダー会議は自主的安全衛生活動にもとづく推進よりの立場をとる意見が多い。平成22年度に審議され、先頃（平成22年11月22日）労働政策審議会安全衛生分科会で承認された事業場におけるストレスチェックの義務化の方向性は、第一次予防から第二次予防にかけての対策を法の上から推進しようとする試みである¹¹⁾。この新しい枠組みでは、労働者に対してストレスチェックを年1回受けさせ、労働者が事業場に申し出れば事業場が指定する医師による面接を受けることが事業者の義務付けされる予定であり、今後労働安全衛生法の改正に向けて作業が進むと予想される。しかしこの枠組みは、労働者に対してストレスチェックの結果を返却して労働者の自発的なセルフケアを促し、事業者は労働者からの面接希望が出ない限りはそのストレス状態を把握することはないという形式から、事業者の責任を明確にした上で推進される職場のメンタルヘルス対策の国際動向とは異なった仕組みである。むしろ、地域で行われている自殺予防などにおけるうつ状態の早期発見と相談の機会を、労働安全衛生法を利用して全労働者に普及させるという性格の対策と位置付けられる。現在の職場のメンタルヘルスが抱える問題には、この施策だけでは有効に対応できないのは明らかであり、何らかの方策により、「いきいき元気職場」を目標においた新しい職場のメンタルヘルスに向けての普及施策が推進されることが期待される。

おわりに

ここでは、欧州を中心とする職場のメンタルヘルスの第一次予防の新しい動向について紹介し、これを踏まえてわが国における職場のメンタルヘルスの第一次予防の新しい枠組みのあり方と、これに関連する研究の現状を紹介した。欧州では、たとえばオランダのようにメンタルヘルス不調者の職場復帰の推進方策など第三次予防に関する研究や対策が進んでいる国もある。ここでは職場の

メンタルヘルスの第一次予防に焦点をあてて、国際動向とわが国における新しい枠組みについて議論したが、今日、わが国の職場のメンタルヘルスの第三次予防も、メンタルヘルス不調による休職の増加、事例の多様化など大きな課題を抱えており、議論や研究が必要なところである点は明記しておきたい。今後の職場のメンタルヘルスの枠組みの見直しの中で、第一次予防、第二次予防、第三次予防をどう相互に、統合的に位置付けるかも検討課題である。また、こうした側面からの職場のメンタルヘルスの推進には、雇用・経営側および労働者代表のより積極的な参画が求められる。欧州のように明確なソーシャルパートナーとしての対話基盤がないわが国では、どうこれらのステークホルダーを意思決定に係わっていただくかも課題のひとつである。

文 献

- 1) 内閣府. 第3章 職場でのつながり. 平成19年版国民生活白書. 東京: 内閣府, 2007: 127-132. http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01_honpen/index.html (最終アクセス日2010/11/29)
- 2) 守島基博. 人材の複雑方程式—日経プレミアシリーズ. 東京: 日本経済新聞出版社, 2010.
- 3) 天笠崇. 成果主義とメンタルヘルス. 東京: 新日本出版社, 2007.
- 4) 堤明純. 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー 2009; 21: 271-291.
- 5) 柳田垂希子. 産業ストレスの第一次予防の国際標準—イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネジメントへの取り組み. 産業ストレス研究 2009; 16: 223-227.
- 6) 小田切優子, Bogehu RM. 産業ストレスの第一次予防の国際標準—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 2009; 16: 217-222.
- 7) Leka S, Cox T (eds.). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. WHO, Geneva, 2008. 邦訳: 欧州における労働危機管理体制の手引: 雇用者と労働者のための助言, 2009. <http://www-sdc.med.nagasaki-u.ac.jp/gcoe/publicity/prima2009.pdf> (最終アクセス日2010/9/23)
- 8) UK National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers. Public Health Guidance No. 22, 2009. <http://www.nice.org.uk/PH22> (最終アクセス日2010/9/23)
- 9) 下光輝一, 川上憲人, 原谷隆史他. 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—. 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」分担研究報告書, 2010: 102-126.
- 10) 川上憲人, 堤明純, 島津明人他. 新しい職業性ストレス調査票の項目・尺度選択・開発. 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」分担研究報告書, 2010: 88-101.
- 11) 第48回労働政策審議会安全衛生分科会資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000x018.html> (最終アクセス日2010/11/29)

働く人のうつと自殺の予防： 海外の取り組みとわが国の問題解決の方向性

川上憲人

1. わが国の職場のメンタルヘルスの現状と課題

わが国においては、2000年に厚生労働省による職場のメンタルヘルスに関する指針が公表されて以来、この10年間で職場のメンタルヘルス活動は急速に普及してきた。例えば2002年から2007年にかけて、職場のメンタルヘルス対策を実施する事業場の割合は23.5%から33.6%に増加している（厚生労働省平成14年および19年労働者健康状況調査）。しかしながら事業場規模による対策の格差は拡大傾向にある。また対策の進展にも関わらず、職場における心の健康問題はなお高い水準で継続するか、あるいは増加傾向にある。2007年の調査では、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は58%であり、1997年の63%からはやや減少しているがなお高い（平成11年および19年労働者健康状況調査）。2009年度に申請のあった精神障害等による労働災害補償請求の件数は1,136件であり、これまでの最高件数を記録した。うち157件は自殺による請求である。2009年に自殺した労働者の数は9,154人であり、1998年に増加してから高い水準で推移している。さらに職場のハラスメント問題など新しい課題も出現している。

2. 海外における職業性ストレス対策の動向

1) 欧州における職業性ストレス対策の枠組み

欧州全体では4,000万人が職業性ストレスを経験しており、過去12ヶ月間に6%が身体的暴力の危険にさらされ、4%が暴力を受け、5%がいじめ（ハラスメント）を受けているとされる（生活環境と職場環境を改善するための欧州財団、2007）。欧州では、雇用者と労働者の代表で構成されるソーシャルパートナーによる「社会的対話」により、労働政策の方向性が決定されてきた。雇用者は、「職場で働く人々の安全と健康を向上させるための推進策の導入に関する欧州理事会枠組み規則」（89/391/EEC）で、社会心理的リスクを含む労働者の健康リスクを評価・管理する義務があると規程されている。これに関連し、より労働者のメンタルヘルスに関連する合意である「職業性ストレスに関する枠組み合意」（2004）および「職場におけるハラスメントと暴力に関する枠組み合意」（2007）がその後公表され、これらの枠組みに従い、欧州各国ごとに対策が進められてきた¹⁾。

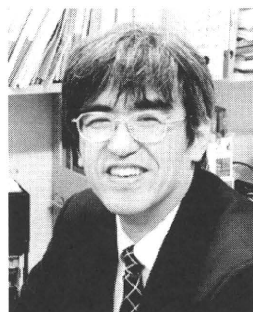
例えば、欧州でも熱心に職業性ストレスの対策に取り組んでいる英国では、政府機関である健康安全省（HSE）が職業性ストレスに対する職場での対策を示したManagement standards for work-related stressを公表している²⁾。この指針では6つの因子（仕事の要求度、個人の裁

量度、職場の支援、職場環境、職場における役割、組織変革)の調査票とその判定基準が提供され、改善方法として①危険因子の特定、②健康被害にあって個人の特異とその発生機序、③健康被害への危険度の評価とそれに対する具体的な活動、④結果の記録、⑤実施評価と組織の取り組みの再検討があげられている。多くの企業がこれに準じたストレス対策を自主的に実施し、成果を報告している。

一方、デンマークでは2002年からすべての企業に対して職場環境の評価を実施することが法的に義務づけられた。1人以上従業員のいる企業に対しては職業性ストレスを含めた職場環境が労働環境局により事前連絡なく査察されることになっている³⁾。特に製造、運輸、販売、病院や介護などの業種では職業性ストレスの評価は必ず実施すべきとされている。労働環境局による査察結果により職場環境に問題がある場合には、企業は改善命令を受けて改善計画を提出し、これを実施することが義務付けられている。労働環境局はこれらのプロセスを監視する。最終的な成果は、企業ごとに緑、黄、赤色の3段階のシンボル(スマイルマーク)で評価され、労働環境局のWEBで公開され、安全衛生への取り組みの企業の評価指標として使用されている。

2) 職業性ストレス対策の欧州枠組み(PRIMA-EF)

さらに欧州共通での職業性ストレス対策の



PROFILE

川上憲人
(かわかみ のりと)
日本学術会議連携会員、
東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授
専門：精神保健疫学、職場のメンタルヘルス

具体的な枠組みを確立するために、欧州機関の助成をうけてEuropean Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF) プロジェクト(2007-2008)が実施された⁴⁾。この結果、国や企業が行う職業性ストレス対策の評価する指標の開発、より具体的な職業性ストレスおよび職場の暴力・ハラスメントへの介入方法および良好実践事例の収集がなされた。PRIMA-EFでは、企業の日常の生産活動の中で職場の心理社会的リスク要因を改善することを計画的に実施すること、また実施状況を心理社会的リスク要因、対策活動、結果指標の3側面から評価することが提案されている。PRIMA-EFに組み込まれたリスクマネジメントの視点は、WHOが提唱する職業性ストレス対策の国際ガイドラインを取り込んだものとなっている¹⁾。

3) 英国での新しい推進枠組み

これらとは別の動きとして、英国国立医療技術評価機構(NICE)は、2009年に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」を公表し

た⁵⁾。このガイドラインでは、心の健康の増進を、Mental well-beingと呼び、個人が自分の可能性を高め、効率的・創造的に働き、他人と強い良好な関係を築き、地域社会に貢献するダイナミックな状態のことと定義している。こうしたポジティブな心の健康の増進が、労働者および経営活動の双方にとって重要であるとしている。2009年12月に公表された英国の「労働と精神健康に関する行動への枠組み」(Working our way to better mental health: a framework for action)では、労働衛生のみでなく行政の関連各部門が一体となり推進することが推奨されている。

3. わが国の職場のメンタルヘルス対策の新たな枠組みに向けて

国際的動向と調和させながら、わが国における職場のメンタルヘルス対策の新しい枠組みを考えるべき時期にある。現在の推進力である過労自殺などの民事上のリスクマネジメントからの視点に加えて、企業における心理社会的な職場環境（職業性ストレス）の改善活動の強力な推進が必要である。このために、ポジティブな側面も踏まえた新しい職場のメンタルヘルスの概念的枠組みの確立、企業レベルでの職業性ストレスのモニタリングと職場環境改善の実施体制の確立と推進が求められる。こうした施策をデンマークのように強力な法規制によるか、あるいは企業の安全衛生活動を認証評

価しそのインセンティブの下に自主的活動を促進するかについては議論が残される場所である。また、こうした側面からの職場のメンタルヘルスの推進には、雇用・経営側および労働者代表のより積極的な参画が求められる。欧州のように明確なソーシャルパートナーとしての対話基盤がないわが国では、どうこれらのステークホルダーを意思決定に係わっていただくかも課題の一つである。また労働者のメンタルヘルスは、わが国全体のうつ・自殺対策にも直結する課題であり、その対策にはしばしば産業保健を越えた視点が必要になる場合もある。前述した英国の報告書に見られるように、職場のメンタルヘルスを国民の安全・安心、社会的包摂などのより広い視点から再構築する必要があるかもしれない。

4. 不安定雇用への対策

以上、述べてきたものは、現在雇用されている労働者における心の健康の増進に関する対策である。しかし国際競争や雇用の流動化の結果として不安定雇用（precarious work）、すなわち雇用の継続が不安定で、しばしば低い社会保障や低賃金といった雇用にある者が世界的に増加しており、今日の産業保健の大きな課題になっている。わが国でも職場内における正規労働者と非正規労働者の健康の格差が報告されている⁶⁾。また失業者では自殺率が高いことが知られている⁷⁾。労働者、不安定雇用から失

業者に至るまでの広い範囲のスペクトル上にある者に対する健康と安全の増進を統合して産業保健の視点からその対策を考えることが重要である。

文献

- 1) 堤 明純. 事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来. 産業医学レビュー 21(4):271-91, 2009.
- 2) 柳田亜希子. 産業ストレスの第一次予防の国際標準—イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネジメントへの取り組み. 産業ストレス研究 16(4): 223-7, 2009.
- 3) 小田切優子, Bogehu RM イギリスにおける職業性ストレス予防のための産業ストレスの第一次予防の国際標準—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.
- 4) Leka S, Cox T (eds.). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. WHO, Geneva, 2008. 邦訳: 欧州における労働危機管理体制の手引き: 雇用者と労働者の代表者に対する助言, 2009. <http://www-sdc.med.nagasaki-u.ac.jp/gcoe/publicity/prima2009.pdf> (最終アクセス日 2010/9/23)
- 5) UK National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers. Public Health Guidance No. 22, 2009. <http://www.nice.org.uk/PH22> (最終アクセス日 2010/9/23)
- 6) Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M, Sakurai K, Hashimoto H. Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan. J Occup Health 52(4): 227-40, 2010.
- 7) 金子善博. 統計資料から考える自殺対策. 本橋 豊 (編). ライブ総合自殺対策学講義. 秋田医学叢書 No.1. 秋田魁新報社, 2009, pp. 109-134.

第 章 メンタルヘルス対策の現状と将来

—内外の取り組みを踏まえて

産業医科大学産業医実務研修センター
教授 堤 明純

要約

欧州 (EU 諸国) では、2004 年に「仕事のストレスに関する欧州枠組み合意」が成立し、その後各国で国レベルでの産業ストレス対策が採られてきた。現在、欧州全体では、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して P R I M A - E F ガイドラインが提案されている。WHO は、この動きと平行してメンタルヘルスの国際的ガイドラインを公表している。このガイドラインは、世界のエビデンスとベスト・プラクティスを基に、リスクマネジメントの手法を用いてメンタルヘルスを進めていく手順と、そのために活用できるツール類を提供し、職場におけるメンタルヘルスを支援しようとするものである。国別には、デンマークで、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が導入されている。英国では、国立機関が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いたガイドラインを作成中である。また、メンタルヘルス対策の標準的な評価指標を開発し、事業者が簡易にリスクアセスメントを行いメンタルヘルス対策ができるように支援している。米国では、国立の研究機関が、産学労共同で職場組織に関する研究課題を抽出して研究領域を定め、その研究成果に基づいた提言が健康政策課題として採用されている。わが国のメンタルヘルス対策をいっそう推進していくために、立法や諸施策の立案に関係者が参画する枠組みの整備、リスクマネジメントに基づく対策の浸透とこれを容易にするための標準的な評価基準の設定、現場で安価で容易な対策を実行可能にする、根拠に基づく第一次予防のためのガイドラインの整備が求められる。

1. 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) は事業場において優先順位の高い健康管理上の課題となっている。本稿では、国際機関や欧米各国などでのメンタルヘルスに関する取り組みの状況を紹介し、国内企業のメンタルヘルス対策の実効性をさらに高めるために、とくにマネジメントの観点から必要とされる対応と、関連する課題を解決するべく進められている厚生労働科学研究補助金労働安全衛生総合研究事業の概要を紹介する。

2. 海外における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の行政的・社会的推進施策

(1) 枠組みとコンセンサス

欧州では、1989年、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労働安全衛生立法「EU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(89/391/EEC)」が発行された。本指令は、労働者の安全衛生の考え方の柱として、予防、リスクマネジメント、労働者の健康に影響するすべての要因への関心を挙げている。この立法に基づいて、メンタルヘルスに影響する心理社会的要因を含むすべての健康障害要因の予防について、関係者による社会的対話(social dialogue)によるコンセンサス形成とパートナーシップの醸成、ベスト・プラクティスの活用、企業の社会的責任(CSR)に基づくイニシアティブを旨とし、法的根拠を持つ施策を導入していくとするEUの文化が確立した。

2004年には、欧州連合加盟国の労使間の社会的対話を経て、①事業者と労働者およびその代表が仕事関連のストレスに関する気づきと理解を進め、ストレス関連課題を引き起こしうる兆候に注意すること、②事業者と労働者が仕事関連のストレスを同定し、予防および管理を行う枠組みを策定するための、仕事関連のストレスの定義・同定・予防・排除・削減に関する原則を記述した「仕事のストレスに関する欧州枠組み合意」が成立し、その後各国で産業ストレスへの国レベルでの対策が採られてきた。さらに2007年、「職場におけるハラスメントと暴力に関する枠組み合意」がなされた。

(2) 欧州枠組みプロジェクトPRIMA-EF

「職場のストレスのリスクマネジメント—欧州枠組みプロジェクト(Psychosocial Risk Management—European Framework; PRIMA-EF)」は、欧州委員会の6カ国にわたる労働衛生研究機関の枠組みプログラムにより資金供給をされている2年間の共同プロジェクトで、WHO、ILOの2つの国際機関に加えて、米国国立職業安全保健研究所(National Institute for Occupational Safety and Health; NIOSH)、英国保健安全部(Health and Safety Executive; HSE)や大学機関を含む6つのリエゾン機関、国際産業保健学会(International Commission of Occupational Health; ICOH)の科学委員会等からなる9つの助言機関の支援を受け、心理社会的要因のリスクマネジメントに対する欧州の枠組みを発展させようとするものである。

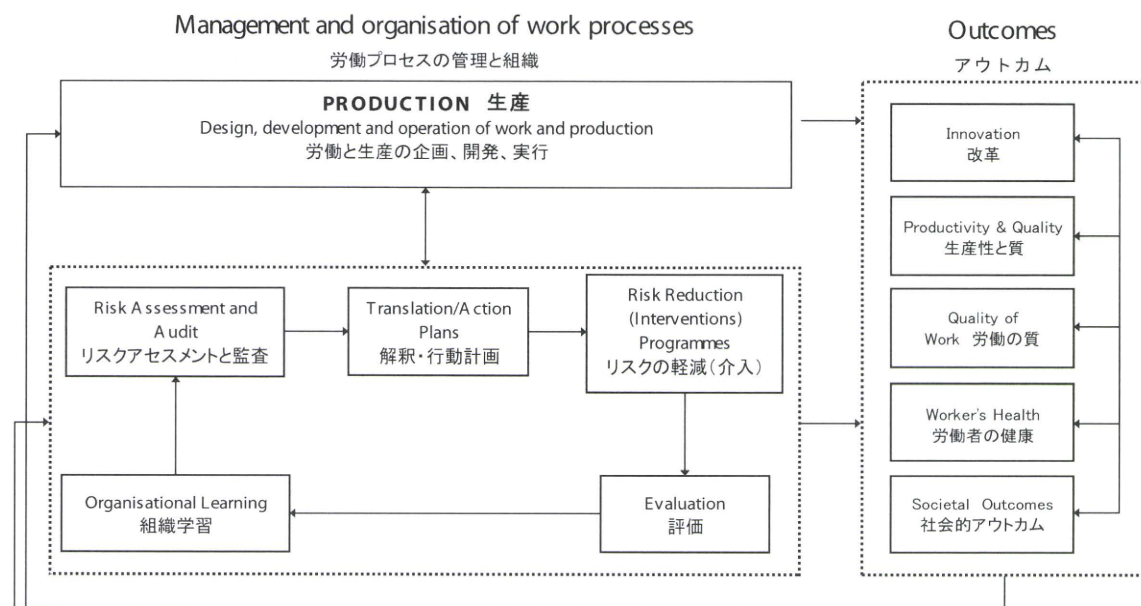
PRIMA-EFは、欧州全体における仕事のストレスの問題の理解、職場における仕事のストレスの問題を測定し管理するための多様な方法論の包括的なレビューと評価、仕事のストレスの測定に関して国際標準および国際指標を開発すること、を優先事項としている。

具体的には、職場の心理社会的リスクの頻度と影響を評価するための知識を整理し、鋭敏なデータを適切に収集する方法の確立、仕事のストレスと暴力に関する国際標準と指標の開発、心理社会的要因に関する国際的に統一したリスクマネジメント方法の確立、具体的な勧告と根拠に基づいた良好実践手引の作成、以上の周知とともに利害関係者がこれらを実施して労働生活の質を向上させることが目標とされている。心理社会的リスクについては、とくに身体的・心理社会的な職場の暴力やいじめを含むハラスメントが強調されている。

PRIMA-EFは、欧州全域で、安全衛生立法や企業の社会的責任の下、関係者の社会的対話を通してメンタルヘルス対策のコンセンサスに至る標準的枠組みとともに、企業レベルでは労働プロセスの管理と組織の枠組みの中で、また、国レベルではよりマクロレベルのリスクマネジメントと政策過程の中で、心理社会的要因のリスクを評価し、対策を実行し、その実行性を評価する枠組みを提示し(図1, 2)、心理社会的リスクに対するマネジメントとモニタリングが行わ

れるようになることを目指している。

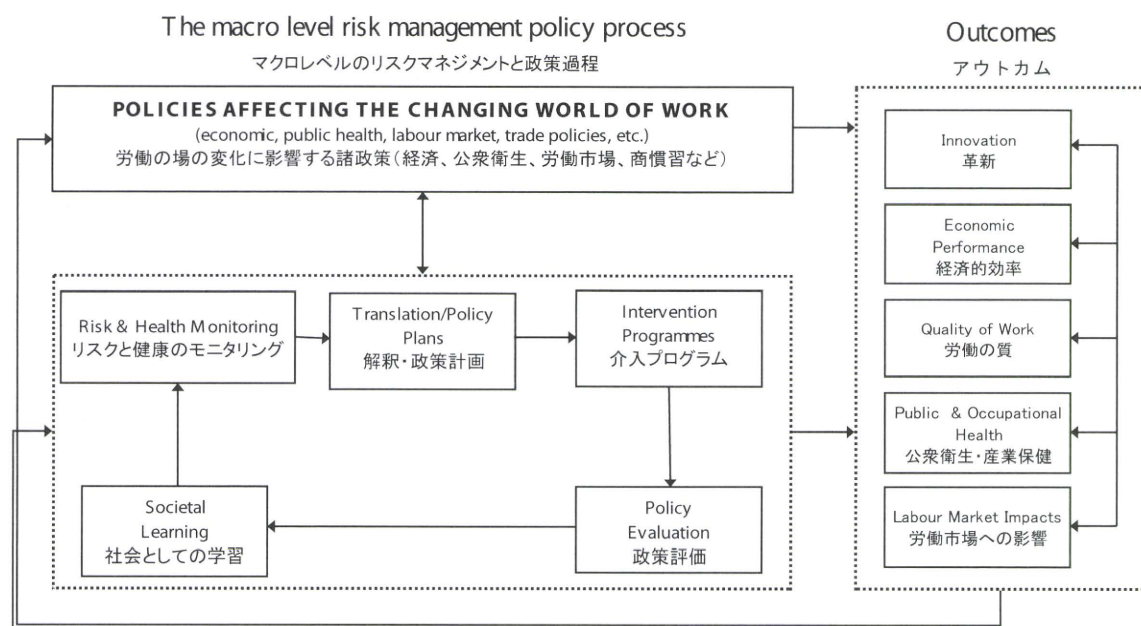
図 1. P R I M A - E F 企業レベルにおける枠組み



© PRIMA-ef Consortium

StavroulaLeka 女史による講義資料（2010年1月，於：東京大学・東京医科大学・産業医科大学）に川上憲人氏が解説を加えたものを改変

図 2. P R I M A - E F 国レベルにおける枠組み



© PRIMA-ef Consortium

StavroulaLeka 女史による講義資料（2010年1月，於：東京大学・東京医科大学・産業医科大学）に川上憲人氏が解説を加えたものを改変

3. 国際的なガイドラインおよび立法

(1) WHOが提案するメンタルヘルスガイドライン

WHOは、EU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(89/391/EEC)に従い、国際的な根拠に基づく介入とベスト・プラクティスを強調しながら、PRIMA-EFによる成果を含めて広く予防活動の基礎となる情報を提供している。

ここでは、メンタルヘルスを推進して行く上で参考となる実践的な情報が14のモジュールにまとめられ、政策立案者、雇用者、産業保健の専門家、労働者など、異なる利害関係者向けにメンタルヘルスの方針や計画のチェックリストとともに提供され、メンタルヘルスを向上させるための政策や包括的な戦略の開発、最大限可能な便益を達成するための現存資源の活用、必要とされるサービスの効果的な提供、メンタルヘルス不調を有する人の全般的なQOLの向上などが目指されている。

このうち、職場のメンタルヘルスガイドラインは、リスクマネジメントの手法を用いて、職場におけるメンタルヘルス活動を進めていく手順を解説している。メンタルヘルスの課題の分析、方針作成、方針を実行するための方策策定、方針の実行と評価の4つの手順が、エビデンスとベスト・プラクティスに基づいて紹介されており(図3)、職場でメンタルヘルスを進めていくための実践的なガイドラインとなっている。

メンタルヘルス対策を進めていく上で、事業者を含むすべての利害関係者のコミットメントが必要であることと関係者の協力を得る工夫、方針立案に必要な情報の種類、方針の表明の仕方、から始まり、職場および労働者のニーズと利用可能な資源に応じて特異的な方策を選択すること、選択した方策を実行するために予算を含む十分な資源を確保すること、メンタルヘルス方針を周知していく方法とそのために必要な研修、評価指標の設定、などについての指針が、職場レベルで活用できるツールや好事例を交えて具体的に紹介されている。

図3. WHOが推奨するメンタルヘルス方針導入のステップ

ステップ1 メンタルヘルスの課題の分析	<ul style="list-style-type: none">• 課題の同定• 進捗委員会確立• メンタルヘルス課題のアセスメント• リスクアセスメント
ステップ2 方針作成	<ul style="list-style-type: none">• 職場におけるメンタルヘルス方針 —ビジョン・バリュー・目標• 作成過程においてすべての利害関係者の関与を求める
ステップ3 方針を実行するための方策策定	<ul style="list-style-type: none">• 課題と解決策の関連付け• 方策の選択肢をレビューする• 方策を実行するための資源を見出す• 実行計画を作成する
ステップ4 方針の実行と評価	<ul style="list-style-type: none">• 職場内の支援や協力を醸成する• 適宜調整を行いながら実行していく• キーパーソンの教育・研修を行う• イベントを開催する• 成果の評価を行う

(2) メンタルヘルスにかかる国際機関の立法の状況

EU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