
事業場のメンタルヘルス対策の現状と将来

Managing Mental Health at Workplace: Current Status and Future

堤 明 純

〈 要 約 〉

わが国のメンタルヘルス対策に関する体制の整備は着実に進んできているが、経済社会を取り巻く厳しい環境も影響して、事業場のメンタルヘルスの状況は依然厳しいものがある。本稿では、マネジメントの立場から、国内外のメンタルヘルス対策の現状を概観し、立法化、全国規模でのサーベイランス、多様化する労働形態への対応、リスクマネジメント、利用可能なツールの開発、産業保健専門職のスキル向上、の各視点からメンタルヘルス対策の実効性をさらに上げていくための提言を試みた。

I. はじめに

事業場におけるメンタルヘルス対策の体制は、徐々にではあるが、着実に整ってきているように思われる。しかし、企業におけるうつ病をはじめとするメンタルヘルス不調による休職者の頻度など、その帰結となる指標からは、対策の効果はまだ十分に現れているとは言い難い。本稿では、国内外の状況を含めたメンタルヘルス対策の現状を、主にマネジメントの立場から概観し、わが国のメンタルヘルス対策の課題を挙げ、実効性のある対策の整備を模索する。

II. わが国の事業場のメンタルヘルスとその対策の現状

1. 近年のメンタルヘルスの状況

平成19年度の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況」及び「精神障害等の労災補償状況」によると、2007年度の精神疾患による労災認定者は268人（前年度比30.7%増加）と前年に続き過去最多を更新し、精神疾患の労災申請は脳・心臓疾患の申請数を超えるにいたった¹⁾。このうち、過労によるうつ病の労災請求件数は2003年度の約2倍の952人（前年度比16.2%増）に増えた。未遂を含む過労自殺も81人（前年度比22.7%増）で過去最多となり、2年間で倍増した（図1）。年代別にみると、うつ病など精神疾患全体の認定は30歳代が最多で100人、続いて20歳代66人、40歳代61人、50歳代31人であり、20～30歳代

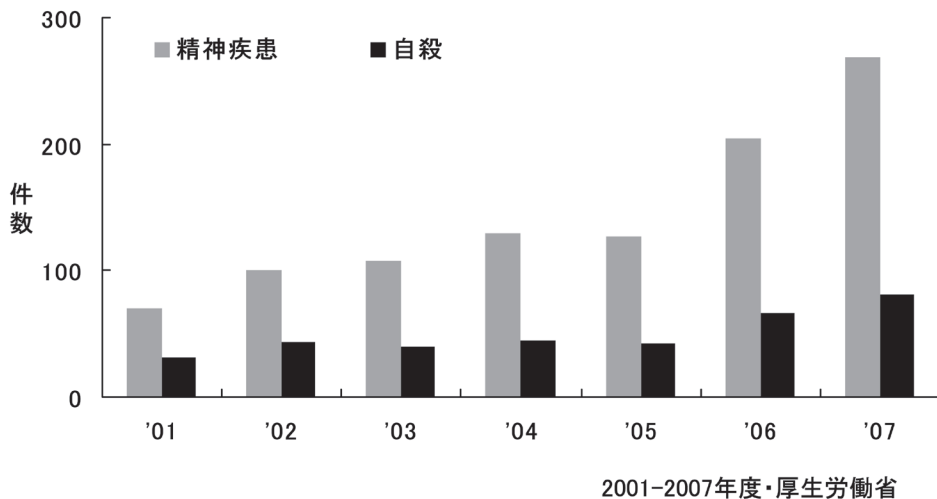
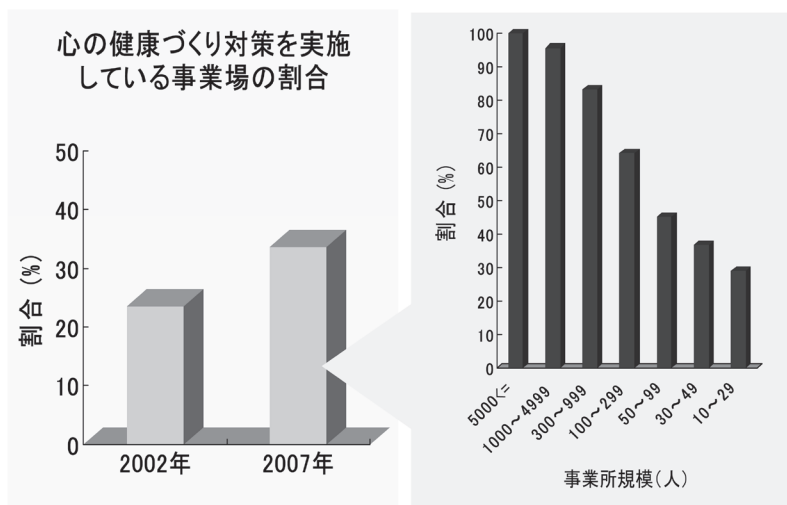


図1 精神疾患の労災認定者数

で6割を超え若年労働者にメンタルヘルス不調が広がる状況を示している。過労自殺と認定された81人のうち80人は男性で、年代別では40歳代が22人、30歳代が21人、50歳代19人、20歳代15人であった。同様の所見は、企業を対象とした調査においても認められている。全国証券市場の上場企業（新興市場の上場企業も含む）及び上場企業に匹敵する非上場企業（資本金5億円以上かつ従業員500人以上）を対象とした調査では²⁾、回収率は低いですが、調査対象の半数を超える企業（55.2%）が、メンタルヘルス不調が最近3年間で「増加している」と答えている。とくに増加が目立つ年代層は30歳代が最も多く、次いで20歳代であった。メンタルヘルス不調で1ヶ月以上休職している社員がいる企業は62.7%で、3年前の前回調査結果（50.9%）より増加している。同様に、全国の上場企業を対象として2006年4月に実施された社会経済生産性本部の調査においても、「心の病」が増加傾向とする企業は6割を超え、特に30歳代の増加が報告されている。また、「心の病」による「1ヶ月以上の休業者」は74.8%の企業で存在し、この割合も一貫して増加していることが認められている³⁾。2007年10月に実施された労働者健康状況調査の概要⁴⁾によると、仕事上の強い不安や悩みがある労働者は58%と依然6割程度を占めていた。

2. メンタルヘルス対策の現状

社会経済生産性本部によると、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一部上場企業は2002年には33.3%であったが、2004年には46.3%、2006年には59.2%と増加している³⁾。労働者健康状況調査の概要によると、心の健康対策に取り組んでいる事業所の割合は33.6%で前回調査（2002年）の23.5%から10ポイント増加した。従業員100人以上のすべての規模で6割を超えている状況である（図2）⁴⁾。このように、メンタルヘルス対策の実施割合は徐々に増加している。一方で、対策を行っている事業所のうち、メンタルヘルス対策のための



平成19年 労働者健康状況調査の概況

図2 メンタルヘルスケア実施割合

専門スタッフがいる事業所の割合は52.0%で前回調査（49.8%）よりわずかに増加しているものの、いまだに6社に1社の割合であった。さらに、取り組みの内容を見ると、相談体制の整備、労働者や管理監督者対象の教育研修は行われるようになってきているが、職場環境の改善等には遅れが伺える（図3）。心の健康対策に取り組んでいない事業所における取り組んでいない理由（複数回答）は、「専門スタッフがない」（44.3%）とする事業所がもっとも多く、以下、「取り組み方がわからない」（42.2%）が続いた。

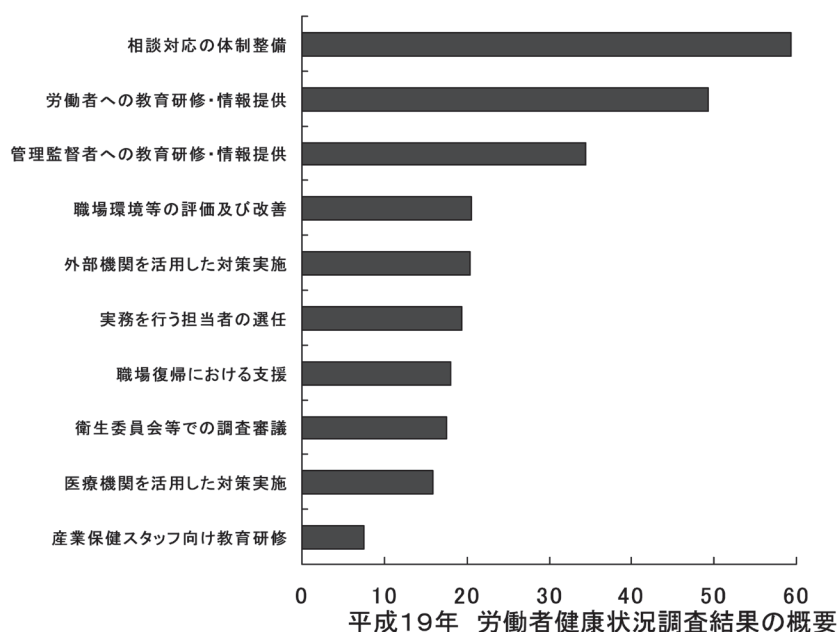


図3 メンタルヘルス対策の取組内容 (%)

Ⅲ. わが国のメンタルヘルスに関わる行政施策の流れ

わが国の事業場のメンタルヘルスに関連する労働衛生行政の流れを法規や通達により年代順に整理した（表1）。

表1 わが国の職場のメンタルヘルスに関連する労働衛生行政の流れ（法規・通達）

1988年10月	健康保持増進措置（THP：心とからだの健康づくり）：努力義務化
1996年10月	労働安全衛生法改正：健診結果の通知、事後措置の義務化
1998年6月	第9次労働災害防止計画：ストレスマネジメントの普及を図ることが明示
1999年9月	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針
2000年8月	事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（労働基準局長通達）
2001年4月	労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準策定
2001年12月	脳・心臓疾患、過労死の認定基準改正
2001年12月	職場における自殺の予防と対応（労働者の自殺予防マニュアル）作成
2002年2月	過重労働による健康障害防止のための総合対策（努力義務）
2003年6月	第10次労働災害防止計画：メンタルヘルス対策の強化
2004年10月	心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
2005年11月	プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドライン
2006年3月	労働者の心の健康の保持増進のための指針（厚生労働大臣公示）
2006年3月	過重労働による健康障害防止のための総合対策（新総合対策）
2006年4月	労働安全衛生法改正：長時間労働者の面接指導等
2006年4月	改正障害者雇用促進法施行：精神障害者が障害者雇用率の算定対象となる
2006年10月	自殺対策基本法施行
2007年6月	自殺総合対策大綱策定

わが国の産業保健活動の課題としてメンタルヘルスがとりあげられたのは、1988年10月の健康保持増進措置（THP：心とからだの健康づくり）の導入にさかのぼる。事業場内に心理相談担当者等の専門の担当者を配置して事業場における「心の健康づくり」が推奨された。

1980年代後半から過労死、自殺の増加が社会問題化し、1996年過労死の労災認定基準の改正が行われ、過労死問題への対策が進むこととなった。1999年9月に旧労働省労働基準局から「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が発表された。この指針では、業務上の精神障害の認定にあたって、職域で発生するさまざまなストレス要因の重みが評価されるようになった。この指針の発表を機に、精神障害の労災申請件数と認定件数が増加している。

2000年には、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定された。メンタルヘルス対策の原則的な実施方法について総合的に示した、職場における心の健康の保持増進を目的とするはじめての施策と考えられる。この指針では、①メンタルヘルス不調の一次予防が重視されたこと、②一次予防のために職場環境等へのアプローチの必要性が示されたこと、③「心の健康づくり計画」による組織的な対策が求められたこと、④「4つのケア」とメンタルヘルス対策の具体的な推進方法が示されたこと、という特徴を持っていた。これらの特徴に

より、事業場におけるメンタルヘルス対策は事業場の全員が役割を持って取り組むものであること、メンタルヘルスの問題を個別の問題としてだけでなく、事業場のシステムとして診る視点が明らかにされた。

2002年2月には、厚生労働省は、事業場による自主的な過重労働軽減と健康障害を予防するため、「過重労働による健康障害の防止のための総合対策」（通達）を出し、事業者にも過重労働による健康障害の予防対策を要請した。健康診断の確実な実施・産業医や保健師による面接指導が努力義務とされ、この際、メンタルヘルスにも指導を行うよう言及されている。また、過重労働による疾病が発生した場合の原因究明及び再発防止についても定められた。

事業場におけるメンタルヘルス対策の適切かつ有効な実施をさらに推進するため、厚生労働省は、2006年3月に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を策定した。本指針は、労働安全衛生法第70条の2第1項に基づき、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、事業者が講ずるよう努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置が適切かつ有効に実施されるよう、その原則的な実施方法について定めている。このように、本指針は労働安全衛生法に根拠を置き、事業者による労働者の健康確保努力義務に対応した指針として公表され、法令上の位置づけが明確にされている。本指針では、中長期的視点に立ってメンタルヘルス対策が継続的かつ計画的に行われるよう、事業場において「心の健康づくり計画」が作成されることを推奨している。さらに、メンタルヘルスに関わる課題を衛生委員会の付議事項として、事業場全体の課題とすることを指導している（表2）。

厚生労働省は過重労働・メンタルヘルス対策をさらに強化するために、2006年3月に労働安全衛生法を改正し、常時50人以上の労働者を使用する事業場では同年4月から、50人未満の

表2 労働者の心の健康の保持増進のための指針において強化された事項

◦衛生委員会での調査審議と心の健康づくり計画

メンタルヘルスに関して労使で構成される衛生委員会等で審議を行い、心の健康づくり計画（体制作りと年次計画）を策定することが手続きとして大切であるとしている

◦評価の重要性

心の健康づくりの評価を行うことを強調している

◦メンタルヘルスの効果的な進め方

4つのケアを継続的かつ計画的に推進するとともに、事業場における実施事項として、教育研修・情報提供、職場環境等の把握と改善、メンタルヘルス不調への気づきと対応、職場における支援を、具体的に取り組むべき事項として挙げている

◦個人情報保護方針の明確化

個人情報保護のために、個人情報の取得や第三者への提供に当たっては、原則として労働者の同意を得ること、産業医等が労働者の健康情報を事業者等に提供する場合には必要最小限とし、病名等の生データでなく情報を加工して提供することが良いとしている

個人情報の保護方針を衛生委員会等で審議し定めておくことが望ましいとしている

事業場では2008年4月から、事業者は週40時間の労働時間を基準として、そこからの超過分が1ヶ月あたり100時間以上の時間外労働を行った労働者に対して、本人が希望した場合、医師による面接指導を行うことを義務化した。

自殺対策に関して、2005年には「自殺予防法」が制定され、メンタルヘルス対策への重点取り組みを表明している。また、2006年6月には自殺対策基本法が成立、2007年6月には自殺対策大綱が公表され、国や地方自治体、企業、医療機関、教育機関、NPOなどが行うべき役割が明記され、体制整備のための取り組みが行われている。

このほか、働く障害者、働くことを希望する障害者を支援するため、障害者の就業機会拡大を目的とした各種施策を推進するべく、障害者雇用促進法が改正され、2006年4月から、精神障害者が障害者雇用率の算定対象に拡大された。

IV. メンタルヘルスにかかる国際機関の立法の状況

欧州連合加盟国の労使間には、仕事に関連するストレスについての枠組み合意がある⁵⁾。労使間の社会的対話 (social dialogue) を経て発行された文書⁶⁾では、①仕事関連のストレスに関する事業者、労働者とその代表の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への注意を喚起すること、②事業者と労働者に仕事関連のストレスを同定し、予防・管理する枠組みを提供することを目的として、ストレスと仕事関連のストレスの定義、仕事関連のストレスの同定・予防・排除・削減に関する原則が記述されている。さらに、事業者と労働者の責任については、「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)」の枠組みの下、すべての事業者は労働者の職業上の安全と健康を保護する法的な義務を有するとしている。この義務は、仕事に関連するストレスの問題にも適用されるとし、すべての労働者は事業者により定められる保護のための方策に従う一般的な義務も有するとされている。本指令の精神は、欧州連合加盟各国のメンタルヘルス対策にかかる立法に基本的な考え方として受け入れられている。表3に、国別の心理社会的職場環境に関する立法の状況をまとめた^{7) 8)}。すでに、リスクマネジメント (一次予防) を強調する国内及び国家間の立法が存在するとともに、心理社会的なリスク要因が労働者の健康に影響を与える可能性と、そのようなリスクを排除していくことが、国によっては具体的な仕事の特徴が挙げられながら、求められている。

V. 国際的なガイドライン

1. WHOが提案するメンタルヘルスガイドライン

WHO指定研究協力センターのネットワークはメンタルヘルスに関して熱心な国々のプログラムを支援し、メンタルヘルス対策における科学的根拠と政策間のギャップ及び政策と実務間のギャップを埋める努力を続けている。

表3 労働者のメンタルヘルスに言及した各国の法規制

国	法・規制
ベルギー	労働者の安寧に関する法（1996）は、事業者に、職場における労働者の福祉を保障するために健康と安全の面で多くの具体的な方策をとることを事業者の義務としている。それらの方策は「仕事により引き起こされる心理社会的な負担」を取り扱うことを考慮しなければならないとし、事業者の健康と安全に関する配慮は、「心理社会的なリスク要因と労働負荷の調査」と「心身の職業性の疲労の予防」を含むべきとされている。具体的な用語では示されていないが、ストレス要因（心理社会的リスクファクター）と労働者の健康障害（心身の疲労）の関連に言及している。
デンマーク	就業環境法と仕事のパフォーマンスに関する具体的な指令で、職場組織におけるルールを提供している；職場組織は、仕事のリズム（繰り返しの多い単調な仕事）、孤立した仕事などによって、労働者の心身の健康の悪化を招かないように組織されなければならないことを明示している。
フィンランド	職業安全法（1958）や職業衛生法（1987）は、障害を持つ労働者の就業を支援するとともに、安全な職場を提供することについて雇用者に責任を持たせている ^{19）} 。
ドイツ	健康と安全に関する法律は、労働のリスクは、仕事の形態、労働時間、仕事量、及びこれら3要因の関係によって引き起こされるとし、量的な要求度（仕事量）、コンディション（労働時間）から発生する要求度等に関連して心理社会的要因を規定している。
オランダ	就業状況に関する法律は、労働のリズム及び仕事のコントロールの視点に関連して事業者の義務を特定している。すなわち、労働者は仕事をするリズムについて影響力をもつべきであり、過剰もしくは過小な仕事の負担に引き起こされる障害は除かれなければならない。社会的関係に関しては、「事業者は、労働者が、攻撃、暴力及びセクシャルハラスメントから守られるようにしなければならない」としている。
ノルウェイ	労働者の保護と就業環境に関する法律は、職場組織や科学技術のみならず仕事のスケジュールや賃金体系についても「労働者がストレインによって引き起こされる心身の健康への好ましくないダメージに曝されないように確立されるべき」と言及している。さらに、「就業環境が、労働者が、働くことを通して、その職業上及び個人的な成長のために適当な機会を持てるように整備されるべき」で、「仕事は、多彩な内容と他者との接触を提供するように組織化されるべきであり、仕事を計画する際には、労働者に自己決定の機会と職業上の責任を与えるようにするべき」としている。 ノルウェイの法律は、「ストレス」という用語を使用することなく、ストレスを生じうる関連要因とストレスを避ける方法について言及しながら、心理社会的なリスクファクターを、以下のような観点で同定し、避けるべきとしている：仕事の内容（それは、多彩で労働者にコントロールが与えられるべきで）、社会的関係（それは、他者との関わりが許されるべきで）、報酬（賃金体制は心身のダメージのリスクに結びつくべきではなく）、仕事の計画（それは、個人として、職業人としての成長を保証して）、仕事が行われるコンディション（労働時間は心身にダメージを与えない）。
スウェーデン	就業環境法は、「疾病や事故を引き起こしうる過度なストレインによる好ましくない心身のダメージを労働者に与えないようにデザインされるべき」仕事の内容、科学技術、職場組織に言及している。仕事の内容を考慮する目的は「仕事は、多様な形の報酬、満足、社会参加、個人としての成長を含有するべき」という点にある。さらに、孤立した仕事を避けるようにする事業者の義務も明言している。心理社会的リスク要因は、仕事の内容（多様性）、社会的関係（孤立することない仕事）、報酬（個人の成長と社会参加）の観点から考えられるべきであると明言されている。
英国	健康及び安全に関する法律（1974）や職場における健康及び安全の管理に関する規制（1999）が、雇用者に労働者に安全な環境を提供することと労働者の安全にとってのリスクを評価し制御することを求めている ^{19）} 。

欧州では、1989年、予防、リスクマネジメント、及び心理社会的ハザードを含むすべてのタイプの労働者の健康リスクへの関心を原則とする「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）」が発行されている。本指令に基づいて、立法、社会的対話、ベスト・プラクティス、企業の社会的責任、パートナーシップの醸成を総合した、心理社会的リスク予防に関するEUの新しい文化が確立された。この指令の精神を受けて、種々の実効性ある重要な文書が提出されている^{6) 9) 10)}。WHOが世界に展開するメンタルヘルスに関するガイドラインは、このEU指令に従い、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、広く予防活動の基礎を提供していくことを目指している。

WHO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を、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、複数のモジュールによって、提供している（表4）。仕事のストレスも、健康や安全に関する他の主要な問題に対して成功しているリスクマネジメントの手法を応用することにより効果的に対処できるとして、方針立案と包括的な方策立案、最大の便益を達成するための資源の使い方、ニーズのある人々への効果的なサービスの提供の仕方などの指針が示されている。

表4 WHOが提供しているモジュール

-
- Mental health policy, plans and programmes – update
 - Mental health policies and programmes in the workplace
 - Monitoring and evaluation of mental health policies and plans
 - Planning and budgeting to deliver services for mental health
 - Mental health financing
 - Mental health legislation & human rights
 - Advocacy for mental health
 - Organization of services for mental health
 - Child and adolescent mental health policies and plans
 - Human resources and training in mental health
 - Improving access and use of psychotropic medicines
 - Mental health information systems
 - Quality improvement for mental health
-

職場におけるメンタルヘルス対策の方針は、企業体の安全衛生方針の一部としても、また別個のものとしても立案は可能であるとし、①メンタルヘルスの課題の分析、②方針立案、③方針を実行するための方策策定、④方針の実行と評価、の4つのステップを踏んで具現化される過程を例示している（図4）。メンタルヘルス対策を進めていく上での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、方策に関しては職場及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

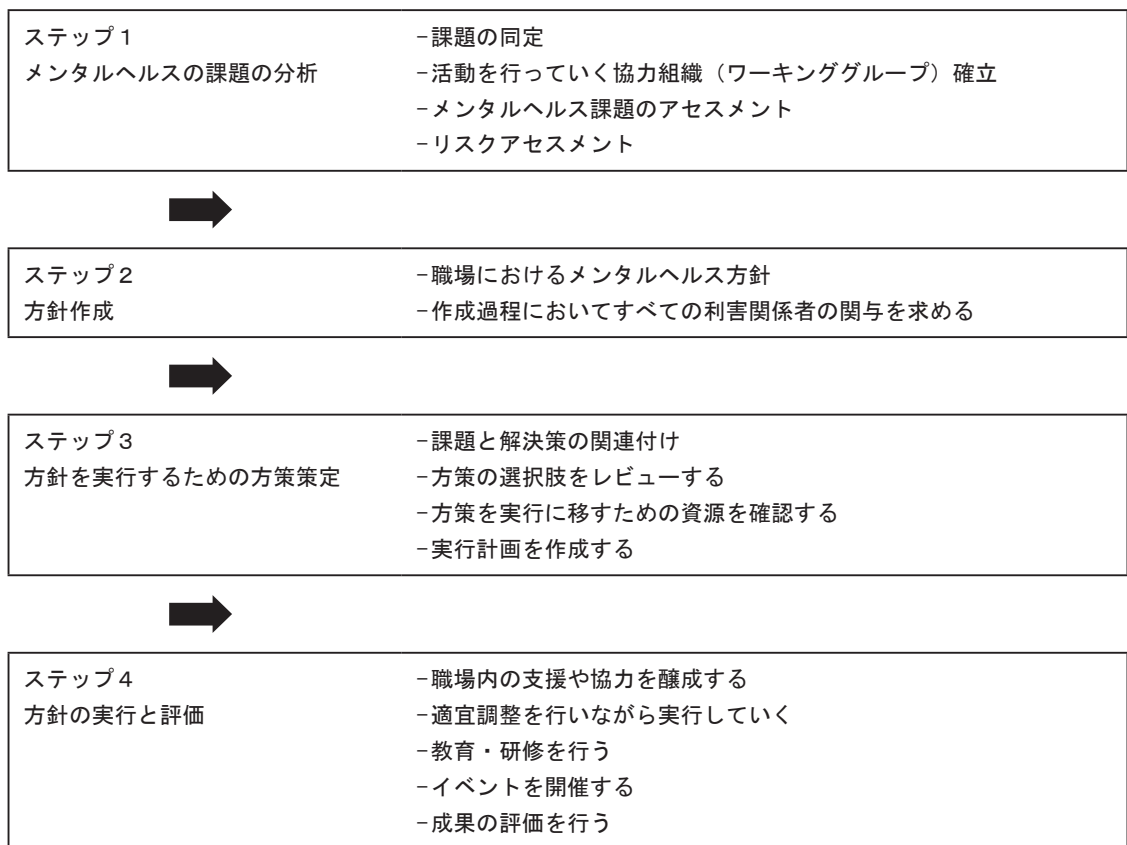


図4 WHOによるメンタルヘルス方針導入のための4つのステップ

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介入の好事例を交えて具体的に紹介されている。

2. 欧州枠組みプロジェクトPRIMA-EF

WHOの活動と密接に関わりのあるものとして、欧州委員会による「職場のストレスのリスクマネジメントー欧州枠組みプロジェクト (Psychosocial Risk Management – European Framework ; PRIMA-EF)」がある。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共同プロジェクトで、WHO、ILO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つの連携組織、国際産業保健学会 (International Congress of Occupational Health ; ICOH) の科学委員会等からなる9つのアドバイザリー組織の支援を受け、国や企業が行うストレス対策を評価する指標づくりを行い、とくに仕事関連のストレスと、ハラスメントやいじめを含む職場における暴力に焦点を当てた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（表5）¹¹⁾。

表5 PRIMA-EFの目的（3つの柱）

-
- ヨーロッパ全体に渡る仕事に関連するメンタルヘルス問題をマッピングしモニターするサーベイランスシステムの構築
 - メンタルヘルスを保持し、増進するために企業やコミュニティレベルで行う介入のデザインや評価に力点をあつたさらなる応用研究
 - 仕事関連のメンタルヘルスのマネジメント、仕事のデザインとマネジメントに関連するグッドプラクティスの収集
-

具体的には、①職場の心理社会的リスクと仕事関連ストレスの頻度とインパクトを評価する利用可能な方法論をレビューして現存の知識を確立する、②職場の心理社会的リスクと仕事関連ストレスに関連する鋭敏なデータの適切な収集方法を確立する、③心理社会的リスクのマネジメントとビジネスとの調和を促進するために職場におけるストレスと暴力に関する指標や国際標準を確立する、④職場の心理社会的リスクと仕事関連ストレスのマネジメントに関する詳細な推奨項目と根拠に基づくベスト・プラクティスからなるガイドラインを基に、関係者が職業生活の質を改善するために実行に移せる、欧州での統一したアプローチを確立する、⑤今後憂慮される事項とベスト・プラクティスについての認識と理解を促進するため、中小企業を含む関係者にプロジェクトの成果を周知すること、が計画されている（表6）。

表6 PRIMA-EFの成果物

-
- 異なる職種*、事業場規模に応じた根拠に基づく実務上のツールとなるガイド
 - プロジェクトを通して行われ、今後WHOとILOを通して広められていく、成果を紹介した書籍の作成と出版
 - 事業場レベルで容易に使用できる要約集・小冊子の作成と出版
-

*雇用者、労働者、労働組合、産業医、一般医や、このほか産業保健心理職を含む産業保健・安全専門家

PRIMA-EFは、事業場レベルで利用できるツールの提供を通して、この分野における現存する知識の実践への橋渡しを試みている。このようなツールは小規模事業場にとって重要なものとなり、ジェンダーやハイリスクグループといった弱い立場にある労働者の課題への取り組みも含まれる予定である。また、PRIMA-EFは、心理社会的要因のリスクマネジメントや、さまざまな介入事例（ベスト・プラクティス）を基に、国や企業が実施しているメンタルヘルス対策の実行性（パフォーマンス）の評価に焦点をあてようとしている。さらに、欧州全域で、安全衛生の立法や企業の社会的責任の下、メンタルヘルス対策に関する社会的対話の標準化や、心理社会的リスクに対するマネジメントのモニタリングが行われるようになることが目指されている。

VI. 国別の取り組み

1. 英国

仕事のストレスは、社会経済的要因による健康格差を説明するという知見が集積している¹²⁾。英国では、精神障害者の差別が違法であり、障害を有するものの就業機会を保障するために、職場環境を合理的に調整することが求められている¹³⁾。さらに、英国保健安全部（Health and Safety Executive ; HSE）は、仕事のストレスへの対策を、社会経済的要因による健康格差是正の一環としても位置づけている。HSEは、ストレスに関するリスクマネジメントを簡易化し、事業者が、労働者及び彼らの代表が共同して組織を貫く仕事関連のストレスに働きかけることを奨励し、ストレスの主要な原因への取り組みに関する組織のパフォーマンスを評価できる指標として、仕事関連のストレスに対する標準マネジメント（Management standards for work-related stress）を提供している¹⁴⁾。

標準マネジメントは、これまでの職業性ストレス研究で検証されてきた、適切に管理されなければ、健康障害や生産性低下、疾病休業の増加などを引き起こす6つの仕事デザインのキーエリアー①要求度、②コントロール、③支援、④関係性、⑤役割、⑥変化ーをカバーしている。言い換えれば、標準マネジメントは、主要な職場のストレス要因をカバーしていることになる（表7）。

HSEは、すべての事業者に、仕事のストレスを含む職場の健康と安全に関するリスクアセスメントを、5つのステップを使って行うことを勧めている（図5）。事業者は、このアプローチの仕方ですべて標準マネジメントの進行度合いを確認することができる。

2. 米国

米国の産業保健活動の特徴は、NIOSHのような国立の研究機関が、その研究成果から具体的な予防対策を立てて実行することにある¹⁵⁾。

米国NIOSHは、1996に「職場組織organization of work」に関する研究アジェンダを設定するために、産業界、労働者及び学会からの実務家や研究者からなる学際的なチームを立ち上げた。この取り組みは、将来の米国全体の安全と健康の研究の指針となる、“National Occupational Research Agenda”（NORA）と称されるNIOSHの外部パートナーによる広範な協力活動の一部となった。職場組織（Work organization）とは、仕事のやり方に関するマネジメント手法、生産プロセス、とその影響のことを言う。研究チームは、学術、産業、労働界の関係者と協議し、職場組織がどのように変化しているのか、これらの変化が安全や健康に与える影響とその予防について、よりよく理解するための重要な研究領域とその他の必要事項を同定している¹⁶⁾。

米国NIOSHの研究プログラムの主要なテーマは、①「職場組織」や「心理社会的」要因が、ストレス、疾病、傷害に及ぼす影響についてよく理解すること、②安全で健康な職場を

表7 HSEが提案するメンタルヘルス対策の標準マネジメント

<p>◦要求度－仕事の負荷（仕事のやり方や環境を含む）</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者が彼らの仕事の要求度に対処できることが示せること ・いかなる個人の関心にも対応できるシステムが適所にあること* <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶組織は、労働者に、適切で同意された労働時間内で達成できる要求をすること ▶労働者の技量と能力は仕事の要求度にマッチしていること ▶仕事は労働者の能力内でデザインされていること ▶労働者が心配している労働環境について取り組むこと
<p>◦コントロール－労働者が彼らの仕事のやり方にどれだけのものと言えるか</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者は仕事のやり方について意見を言えると示す <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶可能であれば、労働者が働くペースをコントロールできること ▶労働者が、自ら進んで、彼らの技量を用い仕事をするよう奨励すること ▶可能であれば新しくチャレンジングな仕事を引き受けるのに役に立つ新しい技術を身につけられるよう奨励すること ▶組織は労働者が技術を発展させることを奨励すること ▶労働者は、いつ休憩をとれるか決められること ▶労働者は、仕事のパタンについて相談されるべきこと
<p>◦支援－組織や管理職、同僚により提供される励まし、経済的支援、資源・情報</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者は、同僚と上司から適切な情報と支援を受けていると示す <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶組織は、労働者を適切に支援するための方針と手続きを有していること ▶管理監督者が彼らの部下を支援できる体制が整っていること ▶労働者が彼らの同僚を支援できる体制が整っていること ▶労働者はどのような支援が利用可能で、いつ、どのようにしたらアクセス可能か知っていること ▶労働者は、仕事に必要な資源や情報へのアクセス方法を知っていること ▶労働者は定期的で建設的なフィードバックを受けられること
<p>◦関係性－葛藤を回避するためのポジティブな働き方の促進や受け入れられない行動への対応</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者は、職場におけるいじめなど、受け入れがたい行動にさらされていないと示す <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶組織は、葛藤を回避し公正さを保証するための正しい行動を促進する ▶労働者は彼らの仕事について重要な情報を共有する ▶組織は受け入れがたい行動を防止・解決するための方針や手続きに同意する ▶管理監督者が受け入れがたい行動に対応できるように体制が整備されている ▶労働者が受け入れがたい行動を報告できるような体制が整備されている
<p>◦役割－労働者が組織内でその役割を理解しているか、組織は労働者が矛盾する役割を持たないようにしているか</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者は、彼らの役割と責任を理解していると示す <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶組織は、労働者に求める要求はできるだけ矛盾しないことを保証する ▶組織は、労働者が彼らの役割と責任を理解できるような情報を提供する ▶組織は、できるだけ、労働者にとって明らかな要求を与えるようにする ▶労働者が、彼らの役割と責任について不確定であったり、葛藤が起こるような心配があるときは、そのことを表明できる制度が整っている
<p>◦変化－大小を問わず組織の変化が、いかに管理され周知されているか</p> <p>標準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労働者は、組織的な変化を経験しているときには、組織は頻りに情報を伝えていると示す <p>達成されるべき状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶組織は、労働者が変化の理由を理解できるように時期を得た情報を提供する ▶組織は、変化について労働者が適切なコンサルテーションを受けることを保証し、労働者が提案に影響を与えることができる機会を提供する ▶労働者は、いかなる仕事の変化についても、それがもたらす可能性のある影響について認識している。必要であれば、労働者は彼らの仕事のいかなる変化も支持できるようにトレーニングを受けられる。 ▶労働者は変化のタイムテーブルを知っている ▶労働者は変化が起こっている間、重要な支援にアクセスできる

*各項目に共通する標準

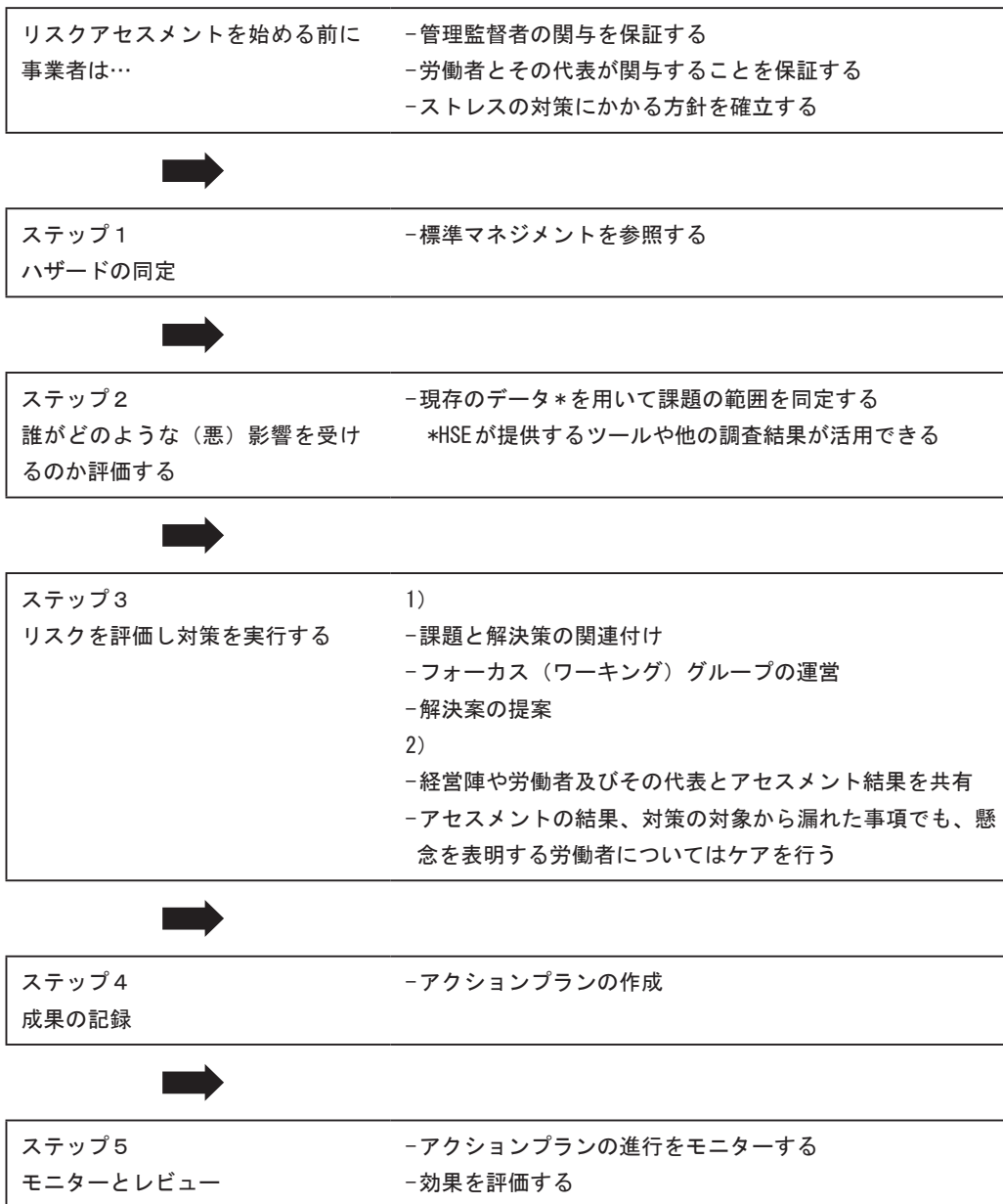


図5 標準マネジメントを用いたリスクアセスメントのための5つのステップ（HSE）

創出するために仕事を再デザインする方法の同定、である。具体的な研究トピックの例を表8に挙げる¹⁷⁾。米国NIOSHは、このような研究成果を基に、ストレス対策として、(1) 過大あるいは過小な仕事量を避け、仕事量にあわせた作業ペースの調整ができること、(2) 従業員の社会生活に合わせて勤務形態の配慮がなされていること、(3) 仕事の役割や責任が明確であること、(4) 仕事の将来や昇進・昇級の機会が明確であること、(5) 職場でよい人間関係が保たれていること、(6) 仕事の意義が明確にされ、やる気を刺激し、従業員の技術を活用するようにデザインされること、(7) 職場での意思決定への参加の機会があること、など、組織的な職

表8 米国NIOSHにおける研究課題の例

-
- 健康な職場組織の特徴
 - 安全で健康な就業状況を創出するための組織的介入
 - 変化している仕事の性質についてのサーベイランス
 - オフィス作業者の筋骨格系障害を減ずるための組織的介入
 - 労働者の健康と安寧を保護する仕事スケジュールのデザイン
 - 新しい組織の方針やその実施が、労働者の健康や安全に与える影響
 - 人種、性、年齢等、変化する労働者の属性とその安全健康に関すること
 - 職場組織と心血管系疾患及び抑うつとの関係
 - 職場における心理的な暴力
-

場環境の改善を提案している。そして、このような研究が蓄積してきた知見に基づいた職務の再設計が、労働者の健康政策課題として積極的に採用されようとしている¹⁶⁾。

3. デンマーク

デンマークには、働く人の健康と安全に関する法律に付随するガイドラインが作成され、企業に定期的な職場環境調査を行うことが義務づけられている¹⁸⁾。企業には、産業保健専門職や労働者とも協議しながら企画・実施する調査の結果、認められた問題点についてはこれを改善することが求められる。法定の調査が実施されているか否かについては、国の機関の査察がある。この職場環境の調査項目には職場のストレスも含まれており、いくつかの職種では必須となっている。ストレス性疾患が頻出するような職場には、特に職場のストレス調査の実施が命じられ、企業が職場のストレスを改善できるまで指導が行われる。

このほかにも、北欧には、労働者、経営者、及び関連省庁の代表者からなる生産性と労働生活の質を向上させる国家的プログラムを開催しているようなフィンランドの例がある¹⁹⁾。

4. オランダ

オランダでは、メンタルヘルスに関わる問題に関連した産業医及び一般医（外部資源もしくは専門医）向けのガイドラインが開発されている²⁰⁾。産業医及び一般医が適応障害にある労働者をマネジメントするためのガイドラインは、専門領域で使用されている用語に基づいて疾患を分類し、現時点での科学的根拠、もしくは関連領域における経験やコンセンサスの得られた（practice-based or consensus-based）手法に基づいた対応法を推奨している。ガイドラインは、診断ステップ、介入ステップ、プロセス評価、再発防止に関する事項と、産業医と一般医の意見が異なるときなどの必要に応じて、両者の連携及び相互コンサルテーションの仕方などをカバーしている。ケースへの対応法は、主に認知行動原理に基づいて、メンタルヘルス不調者の就業環境に関する問題解決能力を、時間を限定して一症状によらずに決められたスケジュールの中で一向上させることを目的としている²⁰⁾。ガイドラインは無作為化比較対照試験等の実証

的な研究によりその評価がなされており、産業医の教育・研修の充実を含めたさらなる改善案が提案されている^{21) 22)}。これらの研究を基に、やはり認知行動療法を基にした仕事に関連するメンタルヘルスの課題を有する労働者の対応方法を示す産業医向けのガイドラインが開発されている²³⁾。

このように、オランダでは、メンタルヘルス不調に陥った労働者の職場復帰を支援するため、産業医により積極的な役割を担うことを進めているが²²⁾、ガイドラインの作成は、関連手法のコンセンサスや、存在すれば科学的根拠に基づき作成する手続きがとられている²⁰⁾。

VII. 小規模事業場におけるメンタルヘルス対策

労働者の心の健康の保持増進のための指針では、必要な事業場内産業保健スタッフの確保が困難な50人未満の小規模事業場について、衛生推進者または安全衛生推進者を事業場内メンタルヘルス推進担当者として選任すること、地域産業保健センター等の事業場外資源の提供する支援を積極的に活用して取り組むことが望ましいとしている。

事業所規模別に見たとき、心の健康問題に取り組んでいる事業所の割合は、従業員1000人以上の事業所では95.5%を超えている⁴⁾。一方で、従業員100人未満では5割を超えることはなく、10人~29人では3割未満にとどまっている(図2)。

さらに小規模(10人未満)の事業所を含めたフィールドスタディの成績も、小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の遅れを示している(表9)。小規模事業場の事業者は、メンタルヘルス対策に意欲的ではあるが、実際には95%近くが取り組めていない²⁴⁾。ある健康保険組合を対象としたやや古いデータであるが、武藤らによって報告されている小規模事業場においてはメンタルヘルスに関する認知や対策が遅れているという状況は²⁵⁾、その後の調査でも指摘されている。最近の尾久らのデータでも、回答率を考慮すると、メンタルヘルス対策を実施している割合はまだまだ過大評価されている可能性がある²⁶⁾。

平田らは、健康維持増進活動に対して財政的支援・経済的誘導策の希望している事業場が多いことを記している²⁷⁾。小堀らは、大田区内の従業員50人未満263事業場従業員1708人における調査結果を大企業(製造業)2120人の調査結果と比較し、小規模事業場におけるストレスの自覚は大企業と同等であり、メンタルヘルスの必要性は大企業と同等ではあるが、講習会や研修への参加等には消極的であることと報告している²⁸⁾。そういった点も踏まえ、メンタルヘルス対策の意義や内容についての正しい知識や適切な事業場外資源の活用を促すための情報提供の必要性とともに、事業場のみならず事業外資源向けの産業保健活動の具体的な進め方が示されたマニュアルやメンタルヘルス推進担当者の育成支援の必要性を挙げている尾久らの主張は²⁶⁾、妥当であると考えられる。

表9 わが国における中小企業のメンタルヘルス関連のニーズ・取り組みに関する調査結果

著者	対象	所見・備考
平田ら 1999	大阪市に隣接する八尾市の一部地域765の50人未満小規模事業場：悉皆調査	小規模事業場が望む産業保健活動：メンタルヘルス25.9% 必要と感じている健康関連情報：ストレス対策39.5% 実施している労働衛生・健康教育のテーマ：心の健康2.5% 地域産業保健センターの認知は低い8.2%
Mutoら 1999	ある健康保険組合に所属する小規模建設会社649	回収率84% メンタルヘルス対策を行っている事業場2%
小堀ら 2000	大田区内の従業員50人未満263事業場従業員6682人のうち1708人(25.6%)	ストレスの自覚：大企業79.0%、小規模事業場72.4% メンタルヘルスの必要性：大企業88.0%、小規模事業場76.9%（相談のニーズ83.2%） 講習会・研修への参加意思：大企業59.0%、小規模事業場41.4%
池田ら 2002	大田区内の従業員50人未満263事業場のうち134事業場の事業者	心の健康問題の経験：38.2% メンタルヘルスの必要性69.5% メンタルヘルスに取り組みたい62.7% メンタルヘルスケアへの取り組み95%がなし 取り組みが進まない理由： 相談者・カウンセラーが得られない44.8% 時間的余裕がない43.1% 人的余裕がない41.4% プライバシーの確保が困難36.2% 経済的余裕がない30.2%
尾久ら 2008	福岡市、北九州市、京都府の企業外労働衛生機関による労働衛生サービスを受けている中小規模事業場581社、神奈川県労働安全衛生協会北支部に登録している中小規模事業場129社、福岡県内の地域産業保健センター管轄内にある5商工会に所属する中小規模事業場300社計1100社（従業員数は10人未満から100人程度まで）のうち388社	回答率38.4% 事業場で何らかのメンタルヘルス活動をしている30.0% メンタルヘルス相談12.0% 社内体制作り6.1% 社員の研修10.7% 産業保健スタッフ・人事研修9.6% ストレス調査実施7.5% 小冊子配布6.4% 専門機関との連携4.5% 事業場外資源利用の経験18.9% 事業場外資源の利用希望63.3%

VIII. 提言

メンタルヘルス対策を実施している事業場の割合は徐々に増加している。この進展には、事業場におけるニーズの高まりのみならず、行政による種々の施策とメンタルヘルス指針の策定、

普及啓発活動が寄与していると思われる。また、指針や施策の内容は決して世界に後れを取るものではない。しかし、わが国のメンタルヘルスの状況を概観するとこれら対策が実効性を挙げるまでには、いまだ十分な余地がある。諸外国の動向と照らして、これからのわが国のメンタルヘルス対策の実効性向上のための提言を挙げる。

1. 立法化の視点

メンタルヘルス対策をさらに進めていくためには、立法化が進む必要がある^{8) 29) 30)}。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」は労働安全衛生法の規定に根拠を置いたことがもっとも大きなポイントであった。妥当な研究成果と好事例の積み重ねが立法化に反映されることが望まれる。ノルウェイの法律に見られるように、根拠が示されたストレス要因が法律の中で明示され、その制御が図られるように規制されるのか否かは、法文化にもよると思われるが、具体的なストレス要因には言及されずとも、心理社会的要因が労働者の健康に与えるリスクについては明確にされていく必要があるかもしれない。立法化にいたる手続きには、経営者、労働者代表、専門家など関係者の社会的対話の素地が確立されている必要があることは言うまでもない。

2. ストレス対策に資する全国規模でのサーベイランスの視点

欧州を中心に、職業性ストレスの評価と対策の標準化及びその普及が進んでおり、国レベルでそれら指標のモニタリングが模索されている。わが国でも企業レベルにとどまらず全国規模での定期的なサーベイランス・モニタリングの導入が検討されてよい。指標としては、(わが国の)エビデンスに基づき、職業性ストレスとその対策の動向を鋭敏に捉えるもので、事業場のメンタルヘルスの課題の解決に結びつく項目が求められよう。

3. 多様化する労働形態への対応の視点

メンタルヘルス対策は、健康格差是正の可能性も有している¹²⁾。WHOやHSEのガイドラインでは、社会的に弱い立場のものへの配慮が意識され、いかなる規模の事業場でも活用が可能な手法やツールの提供が目指されている。種々のリソースの不足のために、わが国の中小企業のメンタルヘルス対策は遅れている。中小規模事業場でも、ストレス評価や対策が推進可能なパッケージや研修を提供していくことはわが国全体のメンタルヘルス対策を底上げしていくためにも急務と考えられる。加えて、派遣労働者など非正規労働者において、正規労働者をしのぐ抑うつ等のメンタルヘルスの課題が顕在化してきている³¹⁾。中小企業へのアプローチとともに、これからのメンタルヘルス対策には、分社・派遣社員、非正規雇用者など、多様化する労働形態への対応が求められる。

4. リスクマネジメント導入の視点

わが国のメンタルヘルス対策の組織としての取り組みはまだ不足している。メンタルヘルス対策についても、リスクマネジメントを活用しているのが国際水準となりつつある。一般の産業保健活動と同様に、組織の中でシステムとしてメンタルヘルス対策を行っていくことが、より求められてくると思われる。標準となるマネジメントの水準を設定し、リスクアセスメントとアセスメント結果に基づく改善を計画的に行っていくシステムは、これからのメンタルヘルス対策の基本的な柱となっていくであろう。労働安全衛生マネジメントシステムの中で、メンタルヘルス対策が計画・実施されていくことが望まれる。

5. 利用可能なツール類提供の視点

事業場でメンタルヘルス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」ということであった。利用可能なツール類はエビデンスとプラクティスのギャップを埋める有効な方策である⁸⁾。わが国においても、妥当性の高い職業性ストレスモデルを下に開発された職場のストレス診断のためのツール³²⁾やグッドプラクティスを収集して作成された職場環境改善のためのアクションチェックリスト³³⁾などが利用され始めている。錦戸らは、従業員300人未満の約80事業場の事業者もしくは労働安全衛生担当者に対するインタビュー等を利用して、産業保健師がファシリテートする労働者参加型ヘルスプロモーションモデルを中小規模事業場に導入する際のツールを開発している。その骨格は、①分かりやすいアクションプランの提示、②具体的な知識と情報の提供、③好事例の同定と配信、④ファシリテータによる支援で、これらを具現化するために、アクションチェックリスト、情報ガイド、好事例集といった現場で利用しやすいツールとなっている^{34) 35)}。

事業場からの報告では、専門スタッフの不在がメンタルヘルス対策を進める阻害要因と伺われるが、必ずしもメンタルヘルスの専門家でなくとも、通常の産業保健活動の一環としてメンタルヘルス対策が行われていくことが望ましい。さらに、これらツールを有効に活用しメンタルヘルス活動を進めていくためには、教育・研修機会拡大の必要性は大きい。

6. 産業保健専門職のスキル向上の視点

メンタルヘルス不調の増加の傾向を考えると、一次予防的な施策に平行して、効果的な二次・三次予防に資するマネジメントも模索される必要は大きい。産業保健活動の中でも疾病休業対策に重点が置かれ、かつ、産業保健専門職のスキルの向上に多大な努力を払っているオランダでは、メンタルヘルス不調別のマネジメントガイドラインが開発され、その有効性や費用対効果が確認されてきている³⁶⁾。このような知見が蓄積してくれば、現場の産業保健専門職が応用できるような認知行動療法をベースとしたケア・マネジメントのパッケージや関連の教育研修のコンテンツ等の導入についても議論されることになるだろう。

〈謝辞〉

本研究は、平成20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予防と早期支援・介入のあり方に関する研究（20320201；主任：横山和仁）」の助成を受けた。

〈文 献〉

- 1) 厚生労働省：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成19年度）について。 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/05/h0523-2.html>. Accessed Nov 25, 2008.
- 2) 労務行政研究所：最新調査－メンタルヘルス対策。労政時報。3725:2-27, 2008.
- 3) 社会経済生産性本部：「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査。 <http://activity.jpc-sed.or.jp/detail/mhr/activity000576.html>. Accessed Nov 26, 2008.
- 4) 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 Nov 25, 2008.
- 5) European Trade Union Confederation: Framework agreement on work-related stress. <http://www.etuc.org/a/529>. Accessed Nov 25, 2008.
- 6) European Trade Union Congress: European framework agreement on work-related stress. Brussels, Belgium: ETUC, UNICE, UEAPME and CEEP; 2004.
- 7) european industrial relations observatory on-line. Work-related stress and industrial relations. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2001/11/study/tn0111109s.htm>. Accessed Nov 25, 2008.
- 8) World Health Organization: Mental Health Policies and Programmes in the Workplace. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 9) Levi L: Guidance on work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
- 10) European Commission: Green Paper on promoting a European framework for corporate social responsibility. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
- 11) Psychosocial Risk Management – European Framework (PRIMA-EF). <http://prima-ef.org/default.aspx>. Accessed Nov 25, 2008.
- 12) Marmot M, Siegrist J, Theorell T: Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. Social Determinants of Health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 97-130, 2006.
- 13) Mentality: Making it effective, a guide to evidence based mental health promotion– Briefing Paper 1. Radical mentalities; 2003. www.mentality.org.uk. Accessed Nov 25, 2008.
- 14) Health and Safety Executive: Management standards for stress. <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>. Accessed Nov 25, 2008.
- 15) Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ Jr: Prevention of work-related psychological disorders. A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Am Psychol. 45(10):1146-1158, 1990.
- 16) NORA Organization of Work Team Members. The changing organization of work and the safety and

- health of working people. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health; 2002.
- 17) National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Safety and Health Topic: Stress at Work. <http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>. Accessed Nov 25, 2008.
 - 18) Danish Working Environment Authority. Workplace assessment—WEA Guidelines D.1.1; 2002.
 - 19) Liimatainen M: Mental health in the workplace. Situation analysis: Finland. Geneva: International Labour Office; 2000.
 - 20) van der Klink JJ, van Dijk FJ: Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health*. 29(6):478-487, 2003.
 - 21) Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines: a retrospective cohort study. *Occup Environ Med*. 60 Suppl 1:i21-25, 2003.
 - 22) Rebergen D, Hoenen J, Heinemans A, Bruinvels D, Bakker A, van Mechelen W: Adherence to mental health guidelines by Dutch occupational physicians. *Occup Med (Lond)*. 56(7):461-468, 2006.
 - 23) Dutch Society for Occupational Medicine(NVAB). Handelen van de bedrijfsarts bij weknemers met psychische klachten: Geautoriseerde richtlijn [Treatment of employees with mental health problems by occupational physician]. Eindhoven: NVAB; 2000.
 - 24) 池田智子, 中田光紀, 小堀俊一, 北篠稔, 杉下知子. 小規模事業場事業者のメンタルヘルス対策への意識と取り組み. *産業衛生学雑誌*. 44:200-207, 2002.
 - 25) Muto T, Hsieh SD, Sakurai Y. Status of health promotion programme implementation in small-scale enterprises in Japan. *Occup Med (Lond)*. 49(2):65-70, 1999.
 - 26) 尾久征三, 永田頌史. わが国の中小企業におけるメンタルヘルス対策の現状と将来. *産業医学レビュー*. 21:105-135, 2008.
 - 27) 平田衛, 熊谷信二, 田淵武夫, 田井中秀嗣, 安藤剛, 織田肇. 50人未満小規模事業所における労働衛生管理の実態(第1報)—労働衛生管理体制と健康管理及びニーズ—. *産業衛生学雑誌*. 41:190-201, 1999.
 - 28) 小堀俊一, 赤本知康, 北条稔. 労働者のメンタルヘルスに関するニーズの研究—小規模事業場を対象とした「心の健康意識調査」より—. *日本職業災害医学雑誌*. 48:234-238, 2000.
 - 29) World Health Organization: Mental health legislation & human rights. Singapore: World Health Organization; 2003.
 - 30) Torén K, Sterner T. How to promote prevention—economic incentives or legal regulations or both? *Scand J Work Environ Health*. 29(3):239-245, 2003.
 - 31) Virtanen M, Kivimaki M, Ferrie JE, Elovainio M, Honkonen T, Pentti J, Klaukka T, Vahtera J: Temporary employment and antidepressant medication: a register linkage study. *J Psychiatr Res*. 42(3):221-229, 2008.
 - 32) 平成7～11年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」班:仕事のストレス判定図. <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/hanteizu/index.htm>. Accessed Nov 26, 2008.
 - 33) 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. *産業衛生学雑誌*. 49(4):127-142, 2007.
 - 34) Nishikido N, Matsuda K, Fukuda E, Motoki C, Tsutaki M, Kawakami Y, Yuasa A, Iijima M, Tanaka M, Hirata M, Hojoh M, Ikeda T, Maeda K, Miyoshi Y, Arai S, Mitsuhashi H: Development and process

evaluation of the participatory and action-oriented empowerment model facilitated by occupational health nurses for workplace health promotion in small and medium-sized enterprises. *Ind Health*. 45(1):62-73, 2007.

- 35) Nishikido N, Yuasa A, Motoki C, Tanaka M, Arai S, Matsuda K, Ikeda T, Iijima M, Hirata M, Hojoh M, Tsutaki M, Ito A, Maeda K, Miyoshi Y, Mitsuhashi H, Fukuda E, Kawakami Y: Development of multi-dimensional action checklist for promoting new approaches in participatory occupational safety and health in small and medium-sized enterprises. *Ind Health*. 44(1):35-41, 2006.
- 36) van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ: Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 60(6):429-437, 2003.