

調査研究報告書 No.144
2001年9月

メンタルヘルス対策に関する研究
- 対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果 -

日本労働研究機構

ま え が き

本報告は平成12年度、厚生労働省からの要請研究として行われた研究プロジェクト「職場におけるメンタルヘルス対策と管理職の役割」の結果を取りまとめたものである。

厚生労働省からの要請は、管理職研修等を中心として、職場におけるメンタルヘルス対策の現状と具体的な好事例を収集するということであったが、研究プロジェクトではその前提となる様々な対策事例、海外での取り組み等をも対象として情報収集し、整理、検討を行い、さらに、職場におけるメンタルヘルス対策に関しては、職場、仕事とストレスの関連を中心として従来から数多くの研究があることから、これまでの理論、モデル、調査結果等を研究委員会で検討し、本報告の一章としてとりあげた。また、日本労働研究機構ではこれまで仕事と職場の状況、職場の活力、従業員の意識、ストレス反応を測定するツール「HRM チェックリスト」を開発しており、数千名の従業員データが収集されていることから、このデータの分析、検討もあわせて行うこととした。

昨今の経済社会情勢を反映しているものと思われるが、自殺者の増大が社会的関心を集め、また、いわゆる過労自殺に関する労災請求件数も急増し、企業側の関心も高まっている。職場におけるメンタルヘルスについては日本労働研究機構として、従来あまり研究の対象としてこなかった分野であるが、これまで取り組んできた組織、仕事の状況と職場の生産性、職場の活力等の延長線上にある研究として、本報告を契機として今後さらに調査研究を行っていく必要があると考えている。

本研究が今後の研究の基礎となり、また、本研究から得られる知見が企業の人事担当者等の仕事に幾ばくかでも役に立つものであれば幸いである。報告書の出版は一つの区切りではあるが、研究は継続して行う予定であり、様々な立場、観点からのご批判、ご助言を賜りたいと考えている。

2001年9月

日本労働研究機構

研究所長 小野 旭

執筆担当（執筆順）

氏名		
松本眞作	日本労働研究機構人的資源管理研究グループ主任研究員	概要、第1章、第3章 - 1、第6章
田中健吾	日本労働研究機構臨時研究助手、早稲田大学大学院文学研究科（心理学）	第2章、第3章 - 2、資料 - 1、資料 - 2
Eva Bamberg, Antje Ducki, Birgit A. Greiner	ドイツ ハンブルク大学	第3章 - 2
濱砂崇志	日本労働研究機構臨時研究助手、早稲田大学大学院文学研究科（心理学）	第3章 - 3
横山敬子	国際医療福祉大学講師	第4章
古屋健	群馬大学助教授	第5章
木下敏	早稲田大学客員教授	第6章

（注）執筆担当が重なる部分は共同執筆

目 次

概要	1
第1章 メンタルヘルスをめぐる現状と問題	12
第2章 企業、外部機関等の対策事例	27
1. 企業対策事例	27
2. 外部機関等の対策事例	47
第3章 世界各国の状況と対策	62
1. アメリカ	62
2. ドイツ	65
3. その他の国々 フィンランド、ポーランド、イギリス	83
第4章 関連分野の研究動向 理論・モデル・調査等のレビュー	97
第5章 調査結果 - 職場・仕事の状況とストレス反応	139
第6章 今後のメンタルヘルス対策	160
資料 - 1 職場におけるメンタルヘルス対策研究会 - 講演・報告内容の要旨	167
資料 - 2 国際 EAPA 地域会議（東京2000年9月） - 講演・報告内容の要旨	189

概 要

ここ数年、過労によると考えられる自殺に関して会社側の過失責任を認め、多額の損害賠償が遺族側に支払われる判決があったこと（いわゆる「電通事件」）、また、精神障害等に係る労災認定の判断指針の策定や業務上の精神障害による自殺に関する労災認定上の取扱いの変更があったこと（1999年）から、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとして労災請求件数、認定件数が大幅に増えたこと（いわゆる「過労自殺」の労災認定）、さらに、経済停滞も原因のひとつとされるが、全国の上殺者数が過去最悪の数を更新したことが加わり、職場におけるメンタルヘルスへの関心が急速に高まっている。

なお以下本報告書では、「業務による心理的負荷によってうつ病や重度ストレス反応等の精神障害が発病したと認められる自殺、すなわち精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺したと推定され、業務起因性が認められるもの」を「精神障害による自殺」と略し、「いわゆる過労自殺」と言うこととする。

（本研究の目的と方法）

本研究の目的は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について」をうけ、具体的な実践例を好事例を中心に収集することであり、その中から今後の対策を検討することである。この指針で示された4つのケア、すなわち①セルフケア（労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処）、②ラインによるケア（管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応）、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医等による専門的ケア）、④事業場外資源によるケア（事業場外の専門機関によるケア）の中で、特に②ラインによるケアに焦点をあて、管理監督者が職場においてどのようなケアが行えるか、また、その基礎として管理監督者にどのような教育、研修を行うことが望まれるかについて事例の収集を行うこととした。

しかしながら、このような問題に対する対策はここ数年にわかに注目されたものであり、管理監督者の研修だけに限定するとあまり多くの事例がないことから、研究プロジェクトではこの前提となる様々な対策事例、海外での取り組み等をも検討対象として情報収集、整理、検討を行った。そして、職場におけるメンタルヘルス対策に関しては、職場や仕事とストレスの関連を中心として従来から数多くの研究があることから、これまでの理論、モデル、調査結果等に関して検討を行い、本報告の一章としてまとめた。また、日本労働研究機構では職場、仕事と職場の活力、従業員の意識、ストレス反応を測定するツール「HRM チェックリスト」を開発しており、数千名の従業員調査データがあることから、このデータの分析、検討も行った。

(対策事例)

今回ヒアリング調査を行い収集した事例等は次の通りである。メンタルヘルス対策に関する関心はここ数年、急速に高まったが、ここで紹介する対策はかなり以前から始まっているものもある。

< 企業対策事例 >

1. 米国大手電機メーカー：先駆的な内部 E A P

アメリカにおいても、従業員支援プログラム (Employee assistance program: EAP) の先駆的企業、先進的企業と位置付けられる大手電機メーカーである。当初、職場の問題は「カウンセリングモデル」と「アルコール依存モデル」から検討され対策がとられたが、これら2つを統合し EAP モデルの原型となるモデルに発展した。実際に計画的な EAP モデルに基づいて従業員支援を行われるようになったのは1983年である。EAP モデルによって職場での問題が検討されるようになり、EAP 担当者と人事労務部門の協力関係が明確化された。これに伴い、客観的な評価基準の必要性が高まり、EAP の評価に品質管理手法の Six Sigma Quality が用いられた。EAP はその後も発展し、現在では「包括的従業員支援システム」と呼ばれるものとなっている。このシステムでは HR 担当者、EAP、従業員の協力を中心に据え、戦略的コンサルテーションと問題解決を軸にしたものとなっており、①手続きがマニュアル化され、信頼性があり、結果が予測できる、②パートナーとの協同作業を促進する、等の特徴がある。

2. 大手電機メーカー：従来の産業保健スタッフに E A P が加わる

EAP を日本企業に導入するためには、まず企業が EAP を健康管理としてだけでなく、生産性に対するマネジメントであるということを認識しなくてはならない。次に EAP の専門家を確保することが必要である。臨床心理士などのメンタルヘルスに関する資格を持つ者に EAP のトレーニングを行い、専門家の養成を行って人材を確保するなどの方法が効果的であろう。さらに管理職あるいは組織全体に対して、EAP および EAP で扱う問題について教育を行うことも重要である。EAP への照会に際して上司や組織がプログラムの役割を十分に理解していなければならないからである。また、EAP から照会する外部専門機関とのネットワークを構築しなくてはならないが、外部専門機関の評価等があまり行われていない日本では、それぞれの分野で適切な機関を見出すことも難しい作業である。

このような考えに基づき、実際に EAP を導入したのがこの事例である。「EAP 専門家」が外部機関と産業保健チームの間に産業医とリンクする位置付けとしてして入り、外部医療機関とネットワークを形成している。

3. 大手OA機器メーカー：専属スタッフの産業医による全社員の面談

社内の健康管理センターにおいて健康管理・増進策を行っている。専属スタッフとして産業医9名、保健婦10名が常勤で配置されている。この産業保健チームは、全国に分散している正社員15,000人全員を対象に、原則として産業医の個人面接を年1回行い、健康相談や健康診断の結果を踏まえた健康についての話し合いを実施している。産業医は予防と健康増進にのみ従事し、診療は連携している外部の診療医があたる。面談で問題が発見された場合には、産業医が企業へ勧告書を提出する、あるいは嘱託医が本人の許可を得て人事に報告するなど企業へのフィードバックを行っている。これらの取り組みは、健康管理・増進策が企業のリスクマネジメント、ひいては生産性向上につながるという認識の下で行われている。

4. 大手コンピュータメーカー：健康管理の一環としてメンタルヘルスケアを充実

この企業は自社運営の病院を持ち、院内の健康管理部においてメンタルヘルスサービス活動を展開している。健康管理の大きな柱として、保健指導・健康相談を掲げている。健診はその前段階に位置づけられ、健康管理室での健診データを基に、保健指導室で従業員と保健婦（看護婦）が一对一で面談し保健指導を行っている。保健指導のための面談であっても、メンタルヘルスに関連する内容の話題は多く、この保健指導を援助する形でメンタルヘルスサービス室がカウンセリングを引き継げるようになってきている。なお、同じ病院内の心療内科への引継も可能である。また、メンタルヘルスサービス室では、カウンセリング以外に、メンタルヘルス教育にも力を入れており、新任管理職研修、主任研修等、定期的に年間40回以上の教育・研修を企画・実行している。

5. 大手電機メーカー：社内イントラネットでストレスチェック

昭和61年以降、メンタルヘルス対策の全社展開として、①メンタルヘルスに関する体制の整備、②メンタルヘルス教育及び啓発の2側面を重視し、職場のメンタルヘルス対策を行ってきた。平成9年以降はこの2本柱に加え、「自己の気づきへの支援」のために社内イントラネットを利用した独自のストレスチェックシステムを開発し、会社からのケアだけでなく、従業員自らのセルフケアを促すよう配慮している。

6. 大手建設会社：健康管理センターと外部電話相談の活用

社内の健康管理センターにおいて健康管理を行っている。メンタルな問題も多く持ち込まれる。スタッフは、常勤の医師2名、看護婦5名、嘱託医および非常勤の医師9名、医療事務3名が配置されている。センターの業務は、主に首都圏の事業所に在職する社員5,000人を対象に、健康診断と予防活動を行うことである。メンタルヘルスケアについては精神科医によるケアと、外部の専門企業に委託した電話相談を行っている。

7. 中堅建設会社：毎朝の現場での相互チェック

企業としては、メンタルヘルス対策は特に重点課題として行っていない。主に身体的健康を中心にしたケアは、月に1回、契約している産業医が希望者の相談を受け付けるという形で行っている。全従業員を対象とした健康管理は年1回の健康診断のみである。過去数年、作業現場でも無事故であり、心身健康面で問題が起きたということもないため、健康管理については当面、現状維持を考えている。

土木建築業は物理的に危険が多いため、従業員の相互協力が不可欠である。このため、毎朝どの現場でも、協力企業も全員参加してミーティングを行っている。この30分～1時間のミーティングで個々人の状態を相互に確認できる。特にメンタル面の問題は、担当者、リーダー、上司等の目配りが重要であると考えているので、このようなミーティングは上司が部下の状態を把握するのにも役立っている。

< 外部組織等事例 >

1. 労働組合：労働組合による電話相談の実施

電機連合に加盟している226社、80万人の労働組合員を対象に、電話による相談を行っている。電話相談は全国共通のフリーダイヤルで、月曜日から金曜日の16時から20時まで受け付けている。電話代、相談料ともに無料である。精神科医1名、カウンセラー3名が相談業務を行っており、精神科医が常駐しているのが特徴である。自社で健康保健センターなどを持たない、主に中小企業の組合員の精神衛生管理に重点を置いている。

2. 財団法人：企業からメンタルヘルス調査を受託し実施

メンタルヘルスを専門に扱う研究所を設置し、産業人の心の健康をサポートするための調査研究、および健康増進のための諸活動を行っている。活動内容は主に下記の5つである。①メンタルヘルス調査結果と提言、②働く人の心の健康診断、③メンタルヘルス・セミナー、④心のリラックス体操（簡易自律訓練法）、⑤メンタルヘルス企業内研修。

①、②に使われるメンタルヘルス調査では、独自に開発した自己記入方式の心の健康調査票を使用しており、サービス開始以来、企業、労働組合、自治体、健康保険組合など1,500組織、延べ180万人の利用実績がある。

3. 若者向け公的相談機関：仕事、職場の悩み、ストレスの相談が増加

全国の勤労青少年等を対象として、職業相談を中心とした総合的な相談を行っている。面接、電話、文書による情報の提供、あるいは心理的相談を無料で行っている。年中無休で開室しており、

常勤5名、非常勤11名の相談員が相談業務を担当している。相談室活動は、個人相談のほか、グループ相談、心理テスト、講座、職業情報コーナーなどを実施・運営している。

近年の経済環境悪化のため、能力・スキルがあってもリストラの対象になるケースが増加している。これに伴い、来談者の年齢層も中高年が増加する傾向にある。勤務先からの「戦力外通告」と受け取れることを言われ来所するケースもあり、スキルアップとともに自信や信頼感の回復にも務めている。一方で、20代後半の若年層の相談も減少していない。採用時に即戦力として求められることが多い一方、広い意味での能力開発の機会が減少している。このため職場での些細なトラブルでも、対処できないケースが増加している。上司との軋轢に悩む若者の相談も多い。企業の業績悪化にともなうマイナスの連鎖でストレスが生成され、メンタルヘルスを損なっていると考えられる。

4. 医療法人：外部EAPプロバイダー 電子メールを積極活用

外部EAPプロバイダーとして事業を行っている。EAPプロバイダーとしては日本における草分け的な存在であり、企業の従業員の心の健康問題に取り組んでいるEAP専門機関である。心の健康やアルコールに関連した問題などについて、専門病院およびクリニックで臨床に携わっている医師、看護師（婦）、臨床心理士、精神保健福祉士などが集まって作られた組織である。臨床現場で培ったノウハウを活かして、企業の規模に合わせた様々なサービスを提供している。利用者は増加傾向にあり、外資系企業を中心に約15の企業とEAP契約を結んでいる。

この機関では電子メールによる相談が電話等と比較した場合多い。これは契約先がメールをよく使う外資系が多いことと、契約企業の全従業員に対して、年間4回、定期的に電子メールによる案内をグリーティングメールの形で送付していることによると考えられる。

5. 民間企業：電話相談を中心としたEAPプロバイダー

大手建設会社の健康管理センターからの委託を受け、その従業員および家族を対象とした電話相談室を運営している。他に、働く女性のメンタルケア相談、企業のセクシャル・ハラスメントに関するメール相談、企業の相談窓口担当者に対するアドバイザー業務、セクシャル・ハラスメントの研修会運営、EAP研究会の企画運営などの活動を展開している。

6. 民間企業：人材総合コンサルティングの一環としてのEAP

「総合人材サービス」を掲げる企業グループ傘下の人材支援会社である。カウンセリング、心理学をコア技術とした人材支援業務を行っており、アメリカで広く普及している社員支援プログラム(EAP)、再就職支援プログラム(アウトプレースメント)、キャリア・ディベロップメント・プログラム、能力開発研修など様々なサービスを提供している。プロフェッショナルスタッフのリクルート、トレーニングに注力するとともに、プログラムとシステムの継続的な開発に取り組んでいる。

また、大学教授、研究者、専門機関と広くタイアップしネットワークを構築している。

(海外の対策)

アメリカでは、日本におけるいわゆる過労自殺等が社会問題とはなっていない。しかしながら社員に対するカウンセリング・サービスは古くから行われており、飲酒問題の解決に始まる EAP もかなりの企業に導入されており、大企業や政府機関等ではほぼ全ての組織が何らかの形で EAP 等を活用している。日本の労災保険にあたるものは州毎に運営されている **Workman compensation**、**Worker compensation** であり、ストレスや過労も含む **traumatic injury** も補償の対象となる。事例として大学と政府機関の EAP を紹介している。

報告書では他にドイツ、フィンランド、ポーランド、イギリス等のメンタルヘルスの現状と対策についてまとめている。ドイツに関しては現地の研究者に執筆を依頼し、フィンランド、ポーランド、イギリスの対策と状況に関しては、ILO から2000年に刊行された報告書「職場のメンタルヘルス (Mental Health in the workplace)」の中から、ILO の正式な許可を得て要約を作成している。

ドイツにおけるメンタル面も含めた健康促進の法的背景としては、商工団体（同業者組合）によるものと州法によるものがある。州法でもっとも重要なものは1996年に施行された「労働者保護法」であるとされる。事例として取り上げているが、フォルクスワーゲン社のような大企業は社内に優れた健康促進プログラムを持っている。中小企業では商工組合、同業組合等がグループを形成し行っていることが多い。

フィンランドでは国民の全般的な健康状態が年々改善される中、精神障害、特にうつ病の発件数がここ十年間著しく上昇している。これは精神障害の認識が広まり、精神障害と診断されるケースが増加していること等も一因であるが、1990年代初頭の厳しい景気後退が影響しているとの指摘もある。事例としては大手携帯電話製造会社であるノキアのトータル・ウェルネス・プログラムを紹介している。

ポーランドは社会主義経済から移行のなかで、経済の深刻な混乱、停滞を経験したが、その後は高い経済成長を維持している。このようななか、精神障害者の権利を保護する「精神衛生法」が、1994年に議会で可決された。この法律に基づき、精神障害者の人権の重視、メンタルヘルスの予防、増進、社会復帰等が、国や地方自治体の責任とされ、推進されることとなった。施設への隔離ではなく、予防・健康増進に重点をおいた「メンタルヘルスプログラム」も精神医学・神経学研究所によって作られている。

イギリス保健省とイギリス産業連合は、何らかの精神面の障害を職業生活において経験した者は、全労働者の15～20%にもなると推定している。精神障害のなかではうつ病が圧倒的に多く、イギリスの生産年齢人口の20人にひとりが重篤なうつ状態を経験しているとされる。保健安全庁はメンタ

ルヘルス対策は組織衛生と安全対策にとって不可欠な活動であるとしており、マーク・アンド・スペンサー、アストラ、ゼネカ、ブーツ・カンパニー等の大企業は、職場におけるメンタルヘルスの問題に取り組むためのプログラムを開発している。

（関連する理論・モデル等のまとめ 概念整理）

職場におけるメンタルヘルス対策に関連する中心的な研究テーマとしてストレス研究がある。ストレス研究の現状をまとめると以下のようになろう。

セリエの研究以来、ストレスという言葉が一人歩きし、多方面に使われ、ストレスの概念に混乱が生じている。この混乱を整理するために、今日では外的な圧力としてのストレスを「ストレッサー」と呼び、反応としてのストレスを「ストレイン」と呼ぶことが一般化している。更に、ストレッサーとストレインを結ぶものとして、「モデレーター」と「コーピング(coping)」という概念が生まれている。「モデレーター」とはストレッサーとストレインの間に介在する緩衝要因であり、これによりストレインがやわらげられたり、逆に強められたりする。「コーピング」とはストレインに対処するためにとられる行動である。

ストレッサーには物理的なものから始まり、職務特徴、組織構造、組織プロセス、職歴開発、対人関係に関するもの等様々なものがある。ストレインとはストレッサーが存在したことの結果であり、生理的なもの、心理的なもの、行動的なものを含む。極度のストレインを経験した後におこる症状をバーンアウト（燃えつき症候群）と呼ぶ。

モデレーターには、性格、ソーシャルサポート（職場の同僚、上役、家族、友人などからの援助）、ライフスタイルなどが含まれる。

コーピングとは発生したストレイン、また発生するかもしれないストレインを解消することを目的としてとられる行為である。モデレーターの概念を広く設定し、コーピングをモデレーターの中に入れる立場もある。

（関連する理論・モデル等のまとめ 研究の現状）

ストレスに関しては上記のような概念が徐々に形成させてきたことが、一つの研究の流れであるが、このようにして作られた概念等を測定する尺度も様々なものが開発されている。代表的なものに Holmes & Rahe (1967) の「社会再適応評価尺度 (Social Readjustment Rating Scale)」(配偶者の死、失業など、43の生活上の出来事と、その影響度を表す点数が示されており、回答者は過去1年間にこれらの変化が自分に起きたかどうかチェックし、チェックされた項目の合計点で自分の生活における変化の程度を知ることができる)、Ivancevich, & Matteson, (1980)の「ストレス診断調査(Stress

Diagnostic Survey; SDS)」（時間的プレッシャー、労働過重、役割曖昧と、上司の管理スタイルを含む15の仕事関連分野でのストレスに関し労働者の認知を測る）、Spielberger, & Reheiser(1994)の「職務ストレス調査票(Job Stress Survey; JSS)」（労働者がある特定のストレスが多い労働状況を経験する頻度を測る）等がある。

この他の代表的な調査票として、Job Content Questionnaire(JCQ)、NIOSH 職業性ストレス調査票、職業性ストレス簡易調査票等がある。JCQはKarasekが仕事の要求度—コントロールモデルに基づいて開発したもので、仕事の心理社会的特性を測定する自記式質問紙であり、国際的に広く調査研究に使用されている。NIOSH 職業性ストレス調査票はNIOSHの職業性ストレスモデルに基づいて作られたものである。「職業性ストレス簡易調査票」は労働省からの委託研究として下光等が開発している。

また、Dewe(1989)は尺度によって量的な測定を行うことが従来多かったが、大切なのは質的研究であって、ストレスの強度、頻度、どのようにその経験を認知したのか、つまり、肯定的に捉えたのか、否定的に捉えたのか、なぜその様に考えるのかを問う質問でなければならないと考え、自由回答(open ended)の質問方法を提案している。

ストレスに関する直接的な概念だけではなく、Locus of control、自己効力感(self efficacy)、タイプA、バーンアウト、セクシャルハラスメント等の新たに登場した概念を取り入れ、それとストレス、モデレーター、ストレイン等の関係をみた研究も多い。

ストレス耐性(Hardiness)という概念も導入されている。これは「ストレスに傷つくことにおける個人差を説明する性格変数」(Schultz, et al.1998)であり、ストレス耐性の低い者と高いものでは、過去に経験したストレスの評価が異なることが示されている。

ストレス研究に関しては、因果関係を探るために1980年代後半から縦断的研究が行われるようになったが、1990年代には共分散構造分析モデルによる因果関係の検討を行う研究が登場し、最近特に多くなっている。

ストレス低減の様々な手法に関しても研究が行われているが、実施のし易さ、効果測定のし易さ等により、リラクゼーション(Murphy&Sorenson, 1988)、レクリエーション(Osipow&Davis, 1988)、バイオフィードバック(Drennem et al., 1988)、レジャー(Cunningham, 1989)、カウンセリング(Firth—Cozens, 1992)等、個人に適応されるものの研究が多い(これらはストレイン低減に効果があったとされる)。また、これも個人を対象としたものであるが、ストレスの縮小を目指す認知再構築方略と職務要求を満たすために技能と能力を改善することが行われおり、一定の効果を持つことが示されている。

組織レベルのストレイン低減に関しても、Jones et al. (1988)、Antonioni (1994)、Bunce (1996)等の研究があり、組織レベルで導入されるストレス低減プログラムの効果が検討されている。

(調査データの分析)

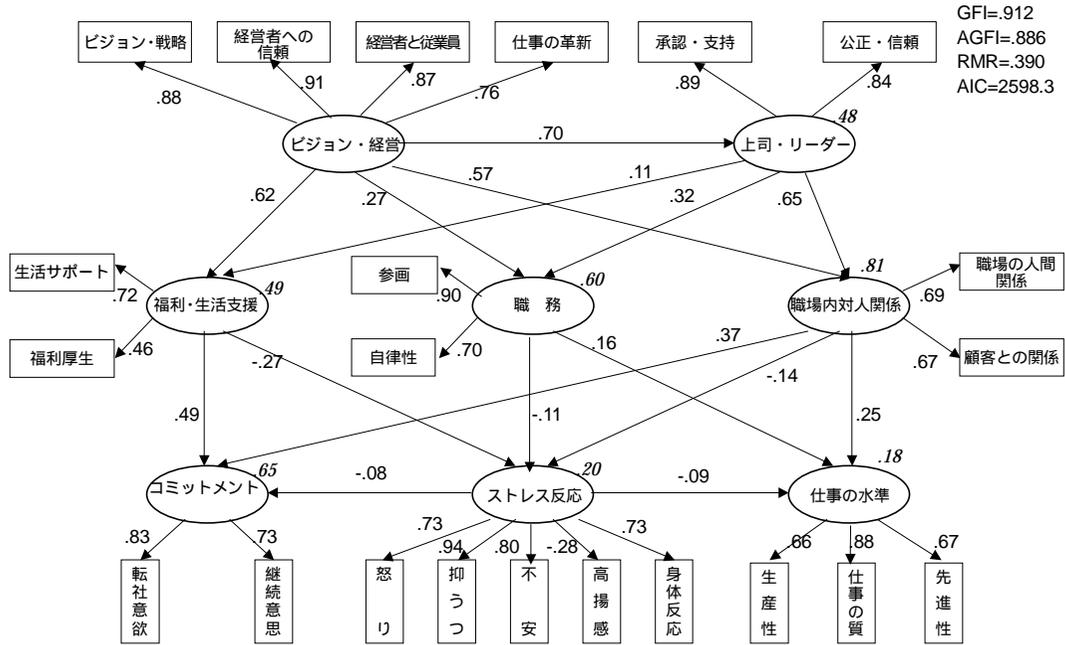
日本労働研究機構(1999)が開発した HRM (Human Resource Management) チェックリストに含まれるストレス反応尺度によって測定したデータを利用し、2568名のデータについて、性、職種、職位、年齢等によるストレス反応の高さの違いを調べるとともに、同チェックリストにあるワークシチュエーション、組織コミットメント、職務満足等による尺度とストレス反応の関係を共分散構造分析により検討した。性差等サンプルの属性に関して、以下の点で有意な差が認められた。

- ①性差－抑うつ気分得点で男性より女性の方が有意に高い。
- ②職種差－不安と身体反応得点で有意な職種差が認められた。事務職や現業職と比較して、専門職で高い。
- ③職位差－すべてのストレス反応尺度で有意な職位差が見られ、ストレス反応得点はいずれも一般従業員で最も高く、職位が高いほど得点は低くなる。高揚感にも有意な職位差があり、職位が高いほど得点は高い。なお、この結果には次に述べる年齢の要因が混合している可能性がある。
- ④年齢差－すべてのストレス反応尺度で有意な年齢差があり、すべて29歳以下で最も高く、年齢が上がるほど得点は低くなる。

共分散構造モデルによる因果モデルの検討に関しては、2568名の全サンプルでの結果を図表に示した。福利・生活支援、職務、職場内人間関係からストレス反応に対して有意なマイナスのパスが認められた(福利・生活支援、職務、職場内人間関係が良くないとストレス反応が高まる)。また、ストレス反応から組織コミットメント、仕事の水準へのマイナスのパスも有意であった(ストレス反応が高まると組織コミットメント、仕事の水準が低下する)。この全サンプルの結果ではストレス反応へのマイナスの影響がもっとも大きいもの(係数が最大のもの)が福利・生活支援であり、職場での最も大きいストレス要因が人間関係であるしばしば指摘される点と矛盾しているが、共分散構造分析を職種別に行うと、事務職、技術職では職場内人間関係がストレス反応への最大のマイナスのパスとなっている。

性別、年齢別、職種別、職位別等はすべて有意な差があり、また、この構造モデルにおいても有意なパスがみられたが、数値上の差(平均間の差)、あるいはパス係数はあまり大きなものではない。今回の調査では取り上げなかった要因、あるいは個別、具体的な要因が背後にまだあるものと思われる。

図表 ストレス反応と関連する要因の構造モデル



(今後の対策)

以上のことから、今後の職場におけるメンタルヘルス対策に関して、以下のようにすることができよう。

○情報提供の充実——会社や組織には、現在でも社員にとって有効な情報がかなりの程度整備されている。それらは社員用の案内冊子として定期的に配布されることが多く、有効活用されている。このような紙媒体での情報提供に加え、現在急速に導入が進んでいる社内 LAN、イントラネットを活用することにより、最新の情報を十二分に提供できるようになると考えられる。しかしながら、IT 技術の活用に関してはこのような情報提供に加え、メールでの相談、サイバーカウンセリング等も話題になるが、この面での IT 活用に関しては大きな期待がある反面、危険性、有効性等まだまだ議論があるところである。

○積極的な利用のきっかけ作り——会社側による電話相談、カウンセリング・サービス等の体制が整っていても、それが利用されるためには、積極的なきっかけ作りが必要である。今回収集した事例の中には、カウンセリング・サービス等の利用を促す積極的な仕組みとして、電子メールを有効に活用し、季節毎のあいさつグリーティング・メールにカウンセリング・サービスの案内をさり気なく載せているというところもあった。また、社員が気軽にイントラネットでストレスチェックを行えるシステムを開発した企業もある。このシステムもそれがきっかけになることが期待さ

れたものである。

- きっかけ作りとしての定期的なチェック——定期的なストレスチェック、メンタルヘルスチェックの実施もきっかけ作りとして有効であろう。外部機関に委託して毎年、定期的にストレスチェック、メンタルヘルスチェックを行っている企業もある。
- 対策の効果に対する検討の必要性——どれだけのコストをかけたものが、どれだけの効果をもたらしたかという検討は行われていない。会社の利益に直接結びつかないメンタルヘルス対策は経費削減の対象となりやすく、コスト削減によりサービスの質が低下したり、極端な場合は廃止されることもありうる。アメリカにおける EAP のように、導入効果をデータとして明確化し、その成果をある程度明らかにする努力が必要であろう。効果がはっきりとしないものであれば、せっかく導入されたものが定着せずに終わってしまう事態も危惧される。
- 企業を超えた対策の必要性——メンタルヘルス対策の中には一企業では実施できないもの、あるいは中小では導入できないものもあると思われる。このようなものに関しては企業がグループとなり対策を実施するというのもひとつの方法である（電機連合「ハートフルセンター」）。また、広く必要なものであれば公的機関によって行われるべきものもあろうと思われる。また、職場におけるメンタルヘルス対策は企業戦略、企業理念との整合性を確保すべきものであるが、定着しつつある対策が、経営環境等による経費削減の対象とならないためには、国としてあるいは業界団体等として、企業が守るべき指針を今後も整備していくことも重要であろう。

文 献

日本労働研究機構(1999) 雇用管理業務支援のための尺度・チェックリストの開発—HRM (Human resource management) チェックリスト— 日本労働研究機構報告書 No.124.

外国文献については4章の文献欄参照のこと

第1章 メンタルヘルスをめぐる現状と問題

最近、職場におけるメンタルヘルスへの関心が高まっているが、とりわけここ数年は過労によると考えられる自殺に関しても会社側の過失責任を認め、多額の損害賠償が遺族側に支払われる判決があったこと、また、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとしての労災請求件数、認定件数が大幅に増えたこと、精神障害に係る労災認定の判断指針の策定や業務上の精神障害による自殺に関する労災認定上の取扱いの変更、さらに、経済停滞も原因のひとつとされるが、全国の自殺者数が過去最悪の数を更新したことが加わり、昨年の国会における労働・社会政策委員会においても、雇用失業情勢の悪化とその対策とならんで、過労自殺の防止が議論のひとつのテーマとなっている。

毎年テーマを変えて WHO と ILO との協賛により World Federation of Mental Health (WFMH) の主催により行われるメンタルヘルスに関する国際会議も、2000年のテーマは「職場でのメンタルヘルス」であり、各国、背景となる事情には差異があるものの、世界的な関心事項、問題点のひとつとなっていると言えよう。

なお以下本報告書では、「業務による心理的負荷によってうつ病や重度ストレス反応等の精神障害が発病したと認められる自殺、すなわち精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺したと推定され、業務起因性が認められるもの」を「精神障害による自殺」と略し、「いわゆる過労自殺」ということとする。

(いわゆる「過労自殺」をめぐる最近の動き)

図表1に、最近のいわゆる「過労自殺」に関する労災認定、あるいは労災認定に関する判決をまとめている。電通社員の自殺を労災と認定した中央労働基準監督署の判断、最高裁での会社責任の認定が社会的な関心を集めたが、これ以外にも同様の認定、判決が続いている。精神障害による自殺（未遂を含む）の労災請求件数、労災認定件数も図表2のように急増している。

(過去最悪を記録した自殺者数)

2000年の発表で全国の自殺者数が3万3千名を数え過去最悪の数字を更新するとともに、2年連続で3万人の大台を越えることとなった（警視庁）。この数は年間の交通事故死者数の4倍近くに達するとされる（警視庁）。さらに自殺未遂者の数はこの十倍、30万人を超えるといわれている。また、ある推計では自殺によって父親あるいは母親を亡くした児童の数は年間2万人におよぶとされる（あ

図表 1 精神障害による自殺（いわゆる「過労自殺」）に関する労災認定、裁判等

年	月	日	認定、判決の内容	性別	年齢	機関
1996	4	26	加古川労基署長（神戸製鉄所）事件。入社後9ヶ月でインド出張。現地でのストレスと業務上のトラブルから心因性の精神障害におちいり自殺。遺族補償給付等不支払処分を取り消し。	男性	25	神戸地裁
1997	10	29	岸和田労基署長（廣道興産）事件。転落事故後2年あまりを経過した時点での自殺。業務起因性を否定。			大阪地裁
1997	12	3	飛鳥建設社員の自殺を、仕事との間に因果関係を認め労災認定。	男性	28	労働基準監督署
1998	8	27	電通社員の自殺を労災認定。	男性	24	労働基準監督署
1999	2	23	川崎製鉄（水島製鉄所）事件。掛長が常軌を逸した長時間労働からうつ病となり自殺。安全配慮義務違反をみとめ約5200万円の支払いを命じる。	男性	41	岡山地裁倉敷支部
1999	3	12	プレス工の自殺：遺族補償給付等不支払処分の取り消し。	男性	30	長野地裁
1999	3	26	上記 同判決に対して控訴せず。	男性	31	労働基準監督署
1999	7	16	協成建設工業ほか事件。道路建設会社に出向。工期の大幅な遅れから心身とも極度に疲労し自殺。出向先に安全配慮義務違反と判断。	男性	45	札幌地裁
1999	8	25	球団編成部長（スカウト）の自殺を業務上と認定。	男性	53	労働基準監督署
1999	8	27	退職後1ヶ月で自殺した幼稚園保母。過失相殺を8割と認定し、総額1148万円の支払いを命じる。	女性	21	大阪高裁
1999	11	16	プログラマーの自殺を過労死と認定。	男性	26	労働基準監督署
2000	3	24	電通社員の過労自殺訴訟：会社に責任。	男性	24	最高裁
2000	3	29	川鉄管理職の自殺を労災認定：労災保険不支給処分を取り消す裁定。	男性	41	労働保険審査会
2000	4	18	厚生省職員の過労による自殺を「公務上の災害」と認定。	男性	34	厚生省
2000	5	18	オタフクソース・イシモト食品事件。入社半年で関連会社に転籍。重責、高温、過密、長時間労働によるうつ病から自殺。転籍元、転籍先両社に安全配慮義務違反による損害賠償（1億1111万円）の支払いを命じる。	男性	24	広島地裁
2000	5	31	日立造船社員の過労自殺、労災認定を退けた京都労災補償保険審査官の決定を取り消し、労災を認める逆転判決。	男性	46	労働保険審査会
2000	6	23	電通社員過労自殺：和解成立、会社側が1億6800万円を支払い、謝罪。	男性	24	東京高裁

図表 2 精神障害による自殺（未遂を含む）の労災請求件数、労災認定件数

	請求件数	認定件数
1995	10	0
1996	11	1
1997	30	2
1998	29	3
1999	93	11

しなが育英会)。

厚生労働省の平成12年人口動態統計での死亡率(人口10万人あたり死者数)においても、自殺は24.1人となっており、これは第5位の「不慮の事故」(31.4人)に続く死因の第6位であるが、20歳台、30歳台では、「不慮の事故」とともに死因の一位、二位であり、特に20歳台後半では死因の第一位が自殺となっている。

自殺にいたる理由は定かでないが、病苦など健康問題が大きいとされる一方、経済の停滞との関連も指摘されており、過去にも「なべ底不況」、「円高不況」の時期と重なる1958年、1986年に自殺者数がピークとなっており、最近ではバブル崩壊後の1992年から自殺者数が増加し、昨年の過去最悪の数字に至っている。

なお、自殺者の割合(24.1人、自殺率:人口10万人あたりの自殺者数、2000年)を世界的にみると、統計のある国のなかではロシア(41.5人)、ハンガリー(32.92人)、フィンランド(27.2人)等、日本よりも自殺率が高い国がある一方、日本の自殺率(24.1人)はアメリカ(12.0人)の2倍、イギリス(7.4人)の3倍以上、韓国(9.5人)の約2.5倍となっている。

(労災認定にかかわる方針の一部変更、判断指針の公表)

精神障害による自殺(いわゆる「過労自殺」)の労災認定請求件数急増の背景には、1999年の精神障害による自殺の取り扱いについての労働省(現厚生労働省)の方針変更がある(平成11年9月14日付け 基発第545号「精神障害による自殺の取扱いについて」)。このなかで「労働者災害補償保険法第12条の2の2第1項の「故意」については、昭和40年7月31日付け基発第901号「労働者災害補償保険法の一部を改正する法律の施行について」により、結果の発生を意図した故意であると解釈してきたところであるが、(中略)業務上の精神障害によって、正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたと認められる場合には、結果の発生を意図した故意には該当しない。」としており、業務上の精神障害に起因する自殺は故意によるものとはされず、原則として労災と認定されるようになった。心理的負荷による精神障害(いわゆる「過労自殺」を含む)を労災として認めるかの具体的な指針も、参考-1にあるように労働省より1999年9月15日に発表されている。

これらの基準の変更、指針の公表は、心理的負荷による精神障害に関する労災請求が、最近増加していることから、その業務上、業務外の認定を適正、迅速に行う必要があることから、公表されたものであり、平成10年2月から「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」において検討させてきた結果が、検討結果報告書として取りまとめられたこと(1999年7月30日公表)により、これに基づき判断指針を策定したものである。

（心の健康づくりのための指針の公表）

このように職場のメンタルヘルスに関する社会的な関心がここ数年急速に高まっているが、このような状況に対する労働省（現厚生労働省）の対応は以前から進められており、本章の最後の参考 - 2 に示したように、職場におけるメンタルヘルス対策をどのように進めればよいかという指針も昨年示されている。この発表は、平成7年度から5か年計画で労働省が実施してきた「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」の報告書、及び「労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会」の報告書に基づくものであり、事業所での対策の実施状況を検討し、心の健康づくりのために望まれる職場におけるメンタルヘルス対策の基本的な進め方、メンタルヘルス対策に関して事業所で実施すべき事項等を整理したものとなっている。この指針の公表は、平成8年1月の中央労働基準審議会建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」においては、「メンタルヘルスに関する理解の促進とメンタルヘルスに関する相談体制の整備を図る必要がある」と指摘され、平成10年度を初年度とする第9次の労働災害防止計画においては、ストレスマネジメントの普及を図ることとなったことを背景としたものである。

（本研究の目的と方法）

本研究の目的は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について」をうけ、具体的な実践例を好事例を中心に収集することであり、その検討結果等から今後の対策に関するモデル、選択肢を示すことである。なかでも、この指針で示された4つのケア、すなわちセルフケア（労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処）、ラインによるケア（管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応）、事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医等による専門的ケア）、事業場外資源によるケア（事業場外の専門機関によるケア）の中で、ラインによるケアに焦点をあて、管理監督者が職場においてどのようなケアが行えるか、また、その基礎として管理監督者にどのような教育、研修を行うことが望まれるかを検討することである。

しかしながら、このような問題に対する対策はここ数年にわかに注目されたものであり、管理監督者の研修に限定するとあまり多くの事例もないことから、研究プロジェクトではこの前提となる様々な対策事例、海外での取り組み等をも検討対象として情報収集、整理、検討を行った。さらに、職場におけるメンタルヘルス対策に関しては、職場、仕事とストレスの関連を中心として従来から数多くの研究があることから、これまでの理論、モデル、調査結果等を研究委員会で検討し、本報告の一章としてとりあげた。もう一点、日本労働研究機構では職場、仕事と職場の活力、従業員の意識、ストレス反応を測定するツール「HRM チェックリスト」を開発しており、数千名の従業員調査データがあることから、このデータの分析、検討もあわせて行うこととした。

職場におけるメンタルヘルス対策に関しては、上述の理由により、本報告で報告する対策事例の中には始めたばかりのもの、試行として行っているものも多い。職場や仕事の状況も各職場で異なり、それぞれの事業所に有効な対策、また、システムティックな対策はまだあまりないといえるが、ここで紹介する事例、また、調査結果の中からその組み合わせ、あるいは発展形として、モデルケース、あるいはシステムティックな対策の案が検討できると考えている。

（研究会の設置）

本研究では上述の問題、課題を討議するため、下記の者を研究委員とする「職場におけるメンタルヘルス対策研究委員会」を平成12年度、日本労働研究機構内に設置し、研究結果、今後の対策等に関する検討を行った。

研究会委員（五十音順）

今井保次 社会経済生産性本部 メンタルヘルス研究所 主任研究員
木下 敏 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科 客員教授（座長）
富田積子 日本労働研究機構 統括研究員（平成13年3月まで）
原谷隆史 労働省産業医学総合研究所 主任研究官
松本真作 日本労働研究機構 主任研究員
森崎正毅 日本労働研究機構 統括研究員（平成13年4月より）
横山敬子 国際医療福祉大学 講師

（専門委員）

大塚泰正 早稲田大学大学院文学研究科（心理学）
田中健吾 日本労働研究機構臨時研究助手・早稲田大学大学院文学研究科（心理学）

(参考 - 1) 平成11年9月15日労働省発表

「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について」

労働省労働基準局補償課職業病認定対策室

1 業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病し、あるいは自殺したとして労災請求が行われる事案が近年増加している。

労働省では、このような現状を踏まえ、労災請求事案の処理を直接行う全国の労働基準監督署が、精神障害等の労災請求事案を迅速・適正に処理するための判断のよりどころとなる指針を策定するため、平成10年2月から精神医学等の専門家で構成される「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」を開催し、精神障害等の労災認定について、精神医学等の専門の見地からの検討を行ったところ、平成11年7月29日に検討結果が取りまとめられたところである。

2 労働省では、この検討結果を踏まえ、今般、「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」(以下「判断指針」という。)を策定し、平成11年9月14日付けで都道府県労働基準局長あて通達することとしている。

3 判断指針の概要は別紙のとおり。

(別紙)「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」の概要

1 業務上外の判断の基本的考え方

精神障害等の業務上外は、精神障害の発病の有無、発病時期及び疾患名を明らかにした上で、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因(精神障害の既往歴等)について評価し、これらと発病した精神障害との関連性について総合的に判断することとする。

2 判断要件

業務上外の判断要件は、次のとおりとする。

(1) 対象疾病に該当する精神障害を発病していること。

(2) 対象疾病の発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること。

(3) 業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないこと。

3 業務による心理的負荷の評価

(1) 評価方法

精神障害発病前おおむね6か月の間に、当該精神障害の発病に關与したと考えられるどのような出来事があったか、その出来事に伴う変化はどのようなものであったかについて、職場における心理的負荷評価表(別表1)を用いて、業務による心理的負荷の強度を評価し、それらが精神障害を発病させるおそれのある程度の心理的負荷であるか否かを検討することとする。なお、出来事に伴う変化を評価するに当たっては、仕事の量、質、責任、職場の人的・物的環境、支援・協体制等について検討することとするが、特に、恒常的な長時間労働は、精神障害発病の準備状態を形成する要因となる可能性が高いとされていることから、業務による心理的負荷の評価に当たっては十分考慮することとする。

(2) 精神障害を発病させるおそれがある程度の心理的負荷の判断

業務による心理的負荷が、精神障害を発病させるおそれがある程度の心理的負荷と評価される場合とは、別表1の総合評価が「強」とされる場合とし、具体的には次の場合とする。

出来事の心理的負荷が強度「 」で、出来事に伴う変化が「相当程度過重な場合」

出来事の心理的負荷が強度「 」で、出来事に伴う変化が「特に過重な場合」

(3) 特別な出来事等の取扱い次の状況が認められる場合には別表1によらず総合評価が「強」とされる。

- ・生死に関わる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの
- ・業務上の傷病により療養中の者の極度の苦痛等病状急変等
- ・生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの極度の長時間労働

4 業務以外の心理的負荷の評価方法 職場以外の心理的負荷評価表(別表2)の評価で、出来事の心理的負荷が強度「 」に該当する出来事が認められる場合には、その出来事の内容を調査し、その出来事による心理的負荷が精神障害を発病させるおそれのある程度のもものと認められるか否かを検討する。

5 個体側要因の評価方法 個体側の心理面の反応性、脆弱性を評価するため、精神障害の既往歴、生活史(社会適応状況)、アルコール等依存状況、性格傾向について評価し、それらが精神障害を発病させるおそれがある程度のもものと認められるか否かを検討する。

6 業務上外の判断

業務上外の具体的判断は、次のとおりとする。

(1) 業務による心理的負荷以外には特段の心理的負荷、個体側要因が認められない場合で、業

務による心理的負荷が別表 1 の総合評価が「強」と認められるときには、業務起因性があると判断する。

(2) 業務による心理的負荷以外に業務以外の心理的負荷、個体側要因が認められる場合には、業務による心理的負荷が別表 1 の総合評価が「強」と認められる場合であっても、業務以外の心理的負荷、個体側要因について具体的に検討し、これらと発病した精神障害との関連性について総合的に判断する。なお、業務による心理的負荷の総合評価が「強」と認められる場合であって、次のイ及びロの場合には業務上と判断する。

イ 強度「 」に該当する業務以外の心理的負荷が認められるが、極端に大きい等の状況にないとき。

ロ 個体側要因に顕著な問題がないとき。

7 自殺の取扱い

うつ病や重度ストレス反応等の精神障害では、病態として自殺念慮が出現する蓋然性が高いとされていることから、業務による心理的負荷によってこれらの精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺したものと推定し、業務起因性を認めることとする。

(別表1) 職場における心理的負荷評価表

出来事の種類	(1) 平均的な心理的負荷の強度			(2) 心理的負荷の強度を修正する視点	(3) 出来事に伴う変化等を検討する視点
	具体的出来事	心理的負荷の強度		修正する際の着眼事項	出来事に伴う問題、変化への対処等
事故や災害の体験	大きな病気やケガをした			被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難性等	仕事の量(労働時間等)の変化 ・所定外労働、休日労働の増加の程度 ・仕事密度の増加の程度
	悲惨な事故や災害の体験(目撃)をした			事故や被害の大きさ、恐怖感、異常性の程度等	
	交通事故(重大な人身事故、重大事故)を起こした			事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等	
	労働災害(重大な人身事故、重大事故)の発生に直接関与した			事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等	
	会社にとっての重大な仕事上のミスをした			失敗の大きさ・重大性、損害等の程度、ペナルティの有無等	
	会社で起きた事故(事件)について、責任を問われた			事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無等	
	ノルマが達成できなかった			ノルマの内容、困難性・強制性・達成率の程度、ペナルティの有無、納期の変更可能性等	
仕事の失敗、過重な責任の発生等	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった			プロジェクト内での立場、困難性の程度、能力と仕事内容のギャップの程度等	仕事の質・責任の変化 ・仕事の内容・責任の変化の程度、経験、適応能力との関係等 仕事の裁量性の欠如 ・他律的な労働、強制性等 職場の物的・人的環境の変化 ・騒音、暑熱、多湿、寒冷等の変化の程度 ・職場の人間関係の変化
	顧客とのトラブルがあった			顧客の位置付け、会社を与えた損害の内容、程度等	
仕事の量・質の変化	仕事内容・仕事量の大きな変化があった			業務の困難度、能力・経験と仕事内容のギャップの程度等	会社の講じた支援の具体的内容・実施時期等 ・訴えに対する対処、配慮の状況等 その他(1)の出来事に派生する変化
	勤務・拘束時間が長時間化した			変化の程度等	
	勤務形態に変化があった			交替制勤務、深夜勤務等変化の程度等	
	仕事のペース、活動の変化があった			変化の程度、強制性等	
身分の変化等	職場のOA化が進んだ			研修の有無、強制性等	退職を強要された 出向した 左遷された 仕事上の差別、不利益取扱いを受けた
	退職を強要された			解雇又は退職強要の経過等、強要の程度、代償措置の内容等	
	出向した			在籍・転籍の別、出向の理由・経過、不利益の程度等	
	左遷された			左遷の理由、身分・職種・職制の変化の程度等	
役割・地位等の変化	仕事上の差別、不利益取扱いを受けた			差別、不利益の程度等	転勤をした 配置転換があった 自分の昇格・昇進があった 部下が減った 部下が増えた
	転勤をした			職種、職務の変化の程度、転居の有無、単身赴任の有無等	
	配置転換があった			職種、職務の変化の程度、合理性の有無等	
	自分の昇格・昇進があった			職務・責任の変化の程度等	
対人関係のトラブル	部下が減った			業務の変化の程度等	セクシュアルハラスメントを受けた 上司とのトラブルがあった 同僚とのトラブルがあった 部下とのトラブルがあった
	部下が増えた			教育・指導・管理の負担の程度等	
	セクシュアルハラスメントを受けた			セクシュアルハラスメントの内容、程度等	
	上司とのトラブルがあった			トラブルの程度、いじめの内容、程度等	
対人関係の変化	同僚とのトラブルがあった			トラブルの程度、いじめの内容、程度等	理解してくれていた人の異動があった 上司が変わった 昇進で先を越された 同僚の昇進・昇格があった
	部下とのトラブルがあった			トラブルの程度、いじめの内容、程度等	
	理解してくれていた人の異動があった				
	上司が変わった				

総合評価		
弱	中	強

(注)

- ・(1) の具体的出来事の平均的な心理的負荷の強度は で表現しているが、この強度は平均値である。また、心理的負荷の強度 は日常的に経験する心理的負荷で一般的に問題とならない程度の心理的負荷、心理的負荷の強度 は人生の中でまれに経験することもある強い心理的負荷、心理的負荷の強度 はその中間に位置する心理的負荷である。
- ・(2) の「心理的負荷の強度を修正する視点」は、出来事の具体的態様、生じた経緯等を把握した上で、「修正する際の着眼事項」に従って平均的な心理的負荷の強度をより強くあるいはより弱く評価するための視点である。
- ・(3) 「出来事に伴う変化等を検討する視点」は、出来事に伴う変化等がその後どの程度持続、拡大あるいは改善したのかについて具体的に検討する視点である。各項目は(1) の具体的出来事ごとに各々評価される。
- ・「総合評価」は、(2) 及び(3) の検討を踏まえた心理的負荷の総体が客観的にみて精神障害を発病させるおそれのある程度の心理的負荷であるか否かについて評価される。

(別表2) 職場以外の心理的負荷評価表

出来事の種類	具体的出来事	心理的負荷の強度		
自分の出来事	離婚又は夫婦が別居した			
	自分が重い病気やケガをした又は流産した			
	自分が病気やケガをした			
	夫婦のトラブル、不和があった			
	自分が妊娠した			
	定年退職した			
自分以外の家族・親族の出来事	配偶者や子供、親又は兄弟が死亡した			
	配偶者や子供が重い病気やケガをした			
	親類の誰かで世間的にまずいことをした人が出た			
	親族とのつきあいで困ったり、辛い思いをしたことがあった			
	家族が婚約した又はその話が具体化した			
	子供の入試・進学があった又は子供が受験勉強を始めた			
	親子の不和、子供の問題行動、非行があった			
	家族が増えた(子供が産まれた)又は減った(子供が独立して家を離れた)			
	配偶者が仕事を始めた又は辞めた			
金銭関係	多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった			
	収入が減少した			
	借金返済の遅れ、困難があった			
	住宅ローン又は消費者ローンを借りた			
事件、事故、災害の体験	天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた			
	自宅に泥棒が入った			
	交通事故を起こした			
	軽度の法律違反をした			
住環境の変化	騒音等、家の周囲の環境(人間環境を含む)が悪化した			
	引越した			
	家屋や土地を売買した又はその具体的な計画が持ち上がった			
	家族以外の人(知人、下宿人など)と一緒に住むようになった			
他人との人間関係	友人、先輩に裏切られショックを受けた			
	親しい友人、先輩が死亡した			
	失恋、異性関係のもつれがあった			
	隣近所とのトラブルがあった			

(注) 心理的負荷の強度 から は、別表1と同程度であること。

精神障害の業務起因性の判断のフローチャート

判断要件	<p>次の要件のいずれをも満たす精神障害は、業務上の疾病として取り扱う。</p> <p>(1) 対象疾病に該当する精神障害を発病していること。</p> <p>(2) 対象疾病の発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること。</p> <p>(3) 業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないこと。</p>
------	---

別表 1 業務による心理的負荷の評価

(1) 出来事の心理的負荷の強度：事故や災害の体験、仕事の失敗、過重な責任の発生等	I II III (平均的な強度)
(2) 心理的負荷の強度の修正：出来事の内容、程度等	I II III (当該事案の強度)
(3) 出来事に伴う変化等：仕事量(恒常的な長時間労働は考慮)・質・責任等の変化、支援等	

心理的負荷がIIIでかつ相当程度過重

心理的負荷がIIでかつ特に過重

特別な出来事等

- ① 生死に関わる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの
- ② 業務上の傷病により療養中の者の極度の苦痛等病状急変等
- ③ 極度の長時間労働

総合評価

弱 中 強

業務外

別表 2	業務以外の心理的負荷の評価	特段の業務以外の心理的負荷がない	強度IIIの出来事の心理的負荷が極端に大きい場合等
	個体側要因の評価	かつ 特段の個体側要因がない	又は 顕著な問題がある

業務上 総合判断 業務外

業務が有力な原因となっているかを判断

業務上 自殺

精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で行われたもの

(参考 - 2) 平成12年8月9日労働省発表

事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について

労働基準局安全衛生部労働衛生課

- 1 労働者健康状況調査によると、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は年々増加し、平成4年の調査で約57%であったものが、平成9年の調査では約63%に達している。
- 2 このようなことから、労働省では、事業場における労働者の心の健康の保持増進を図るため、事業者が行うことが望ましい基本的な措置（メンタルヘルスクエア）の具体的な実施方法を総合的に示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」をとりまとめた。職場における心の健康の保持増進を目的とする指針の策定は、今回が初めてのものである。
- 3 同指針に示す措置の内容は以下のとおりである。
 - (1) 事業者は事業場におけるメンタルヘルスクエアの具体的な方法等についての基本的な事項を定めた「心の健康づくり計画」を策定すること。
 - (2) 同計画に基づき、次の4つのケアを推進すること。
 - ・労働者自身による「セルフケア」
 - ・管理監督者による「ラインによるケア」
 - ・事業場内の健康管理担当者による「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」
 - ・事業場外の専門家による「事業場外資源によるケア」
 - (3) その円滑な推進のため、次の取組を行うこと。
 - ・管理監督者や労働者に対して教育研修を行うこと
 - ・職場環境等の改善を図ること
 - ・労働者が自主的な相談を行いやすい体制を整えること
- 4 労働省では、事業者団体に対して幅広く同指針の周知を要請する等その普及・定着を図るとともに、普及啓発、教育研修等を推進することとしている。
- 5 なお、同指針は、本年6月5日に取りまとめられた「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」（座長 櫻井治彦 中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター所長）の報告書を踏まえたものである。

[同指針の概要]

1 趣旨

本指針は、事業場におけるメンタルヘルスクエアが適切かつ有効に実施されるため、その原則的な実施方法について総合的に示したものであり、各事業場の実態に即した形で実施可能な部分から取り組んでいくことが重要である。

2 メンタルヘルスクエアの基本的考え方

(1) 業場におけるメンタルヘルスクエアの重要性

職場には労働者の力だけでは取り除くことができないストレス要因が存在しているため、事業者の行うメンタルヘルスクエアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策は、心の健康の保持増進を進める上で大きな役割を果たす。また、事業場におけるメンタルヘルスクエアは、労働者の健康の保持増進を図る上で重要な活動である。

(2) メンタルヘルスクエアの推進に当たっての留意事項

心の健康については、プライバシーの保護及び労働者の意思の尊重に留意することが重要である。また、人事労務管理と関連する要因によって影響を受けるため、人事労務管理と連携する必要がある。家庭・個人生活等の影響を受けている場合も多い。

3 心の健康づくり計画

メンタルヘルスクエアは、中長期的視点に立って、継続的かつ計画的に行われるようにすることが重要である。このため、事業者は、衛生委員会等において調査審議し、事業場の心の健康づくりに関する職場の実態とその問題点を明確にするとともに、その問題点を解決する具体的な方法等についての基本的な計画(「心の健康づくり計画」)を策定すること。

心の健康づくり計画で定める事項は次のとおりである。

事業場における心の健康づくりの体制の整備に関すること

事業場における問題点の把握及びメンタルヘルスクエアの実施に関すること

メンタルヘルスを行うために必要な人材の確保及び事業場外資源の活用に関すること

労働者のプライバシーへの配慮に関すること

その他労働者の心の健康づくりに必要な措置に関すること

4 メンタルヘルスクエアの具体的な進め方

本指針においては、メンタルヘルスクエアを4つのケアに分類する。

セルフケア(労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処)

・ 事業者は、労働者に対してセルフケアに関する教育研修、情報提供等を行うこと。

・ 事業者は、労働者が自ら相談を受けられるよう必要な環境整備を行うこと。

ラインによるケア(管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応)

・ 管理監督者は、作業環境、作業方法、労働時間等の職場環境等の具体的問題点を把握し、改善を図ること。

・ 管理監督者は、個々の労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等の配慮を行うこと。

・ 管理監督者は、日常的に、労働者からの自主的な相談に対応するよう努めること。

・ 事業者は、管理監督者に対する心の健康に関する教育研修等を行うこと。

事業場内産業保健スタッフ等によるケア(産業医等による専門的ケア)

・ 事業場内産業保健スタッフ等は、職場環境等について評価し、管理監督者と協力してその改善を図るよう努めること。

・ 産業保健スタッフ等は、労働者のストレスや心の健康問題を把握し、保健指導、健康相談等を行うこと。また、専門的な治療を要する労働者への適切な事業場外資源を紹介し、また、心の健康問題を有する労働者の職場復帰及び職場適応を指導及び支援すること。

・ 事業者は、事業場内産業保健スタッフ等に対して、教育研修、知識修得等の機会の提供を図ること。

事業場外資源によるケア(事業場外の専門機関によるケア)

・ 事業者は、必要に応じ、それぞれの役割に応じた事業場外資源を活用することが望ましい。

(参考 - 3) 最近のメンタルヘルスに関する厚生労働省の発表等

年月日	発表タイトル	担当	備考
平成十一年七月三十日	精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告について	労働基準課 職業病認定対策室	報告書に自殺について次の記載がある。「労働者災害補償保険法第12条の2の2第1項は、労働者の「故意」による負傷、疾病、障害、死亡については保険給付を行わないと定めており、その具体的運用に関しては、業務に起因するうつ病等により「心神喪失」の状態に陥って自殺した場合に限り、故意がなかったと見るのが従来の考え方であったが、精神障害に係る自殺については、「精神障害によって正常な認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは、自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態」で行われた場合には、同条にいう故意によるものではないと解するのが妥当であること。」
平成十一年九月一日	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について	労働基準課 職業病認定対策室	全国の労働基準監督署が、精神障害等の労災請求事案を迅速・適正に処理するための判断のよりどころとなる指針を策定するため、平成10年2月から精神医学等の専門家で構成される「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」を開催し、平成11年7月29日に検討結果が取りまとめられた。労働省では、この検討結果を踏まえ、「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」を策定し、平成11年9月14日付けで都道府県労働基準局長あて通達した。精神障害等の業務上外は、精神障害の発病の有無、発病時期及び疾患名を明らかにした上で、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因（精神障害の既往歴等）について評価し、これらと発病した精神障害との関連性について総合的に判断することとする。
平成十二年六月六日	労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会報告書について	労働安全衛生課 労働衛生課	「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」が、事業場における心の健康づくり対策の基本的な進め方、心の健康づくり対策について行政及び関係団体が支援すべき事項等を整理した。心の健康づくり対策は、セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケアの4つのケアが密接に連携されつつ、継続的かつ計画的に取り組みることが望まれる。このため、各事業場において、「心の健康づくり計画」を策定することが有効であり、この中で事業者自らが、心の健康づくり対策を積極的に実施することを表明することが効果的である。
平成十二年七月十四日	労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会中間取りまとめについて	労働安全衛生課 労働衛生課	健康診断、メンタルヘルス相談等に当たって、労働者の健康情報に係るプライバシーの保護等の問題に十分配慮すること等が指摘されている。この建議等を踏まえ、本検討会は問題点を整理し、どのように対応する必要があるのか等について検討を行ってきた。労働者の個人情報保護に関しては、個人情報保護に係る政府全体の取組みの状況等を踏まえ、さらに検討を行う必要もあることから、現時点における検討結果を中間的に取りまとめた。
平成十二年八月九日	事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について	労働安全衛生課 労働衛生課	事業場における労働者の心の健康の保持増進を図るため、事業者が行うことが望ましい基本的な措置（メンタルヘルスケア）の具体的実施方法を総合的に示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」をとりまとめた。職場における心の健康の保持増進を目的とする指針の策定は、今回が初めてのものである。
平成十二年八月九日	ホワイトカラー職場におけるストレスリソースコントロールの必要性について	労働大臣官房政策調査部産業労働調査課	企業の人事・労務管理や仕事・職場のどのような変化が仕事上のストレス要因を高め、労働者の心身の健康状態にどのような影響を及ぼしているのかについて、平成10年度と11年度の2年間にわたり調査を実施した。本報告は、平成11年11月～12月に労働環境ワーキンググループで実施したアンケート「仕事の变化が従業員の健康に与える影響に関する調査」（（財）雇用情報センターへの委託調査）の結果をもとに分析したものである
平成十二年八月二十五日	第51回全国労働衛生週間の実施について	労働安全衛生課 労働衛生課	事業場における労働衛生意識の高揚を図り、自主的な労働衛生管理活動の一層の促進を図ることが目的であり、メンタルヘルスに関して、「現下の厳しい経済情勢の中で、仕事や職場生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合が年々増加するなど、職場におけるメンタルヘルス対策の一層の推進を図ることが重要となっている。」とされている。

第2章 企業、外部機関等の対策事例

企業事例 - 1 米国企業における代表的な内部 EAP (Employee Assistance Program)

M社の包括的従業員支援システムが開発されるまでの経緯

1978～1980：職場の問題は、「カウンセリングモデル」ならびに「アルコール依存モデル」の、2つの側面から検討され、対策がとられてきたが、70年代後半には、これら2つを統合し、EAPモデルの原型となるモデル（統合モデル）に発展した。

1983～1986：実際に計画的な EAP モデルに基づいて従業員支援を行われるようになったのは1983年である。EAPモデルによって職場での問題が検討されるようになり、EAP担当者と人事労務部門（HR）の協力関係が明確化された。これに伴い、客観的な評価基準の必要性が高まり、EAPの評価に品質管理手法の‘Six Sigma Quality’が適応されるようになった。

1985：就業前の薬物依存テストを支援するために、トレンドデータに基づいたEAPコンサルテーションが行われるようになった。この年、「メンタルヘルス、薬物依存とベネフィットプラン（福利厚生計画）の効果に関する白書」が発表された。

1988：「ストレス；M社における組織変化への対応」（CEOと経営陣を対象とした白書）、「メンタルヘルス、薬物依存に関する白書；今後の展望」が発表された。こうした流れの中で、マネージド・ケアが発展した。

1988～1989：Drug Free Work Force Policy が、米連邦政府の要請で進められた。また、マネジメント・コンサルテーション過程の記述様式が整備され、EAPのマップ（図示されたモデル）が作成された。さらに、Six Sigma QualityによるEAPの効果判定が定着した。

1991～1993：プエルトリコ、イギリス、アイルランドにおいてEAP活動が始まった。

初の、統合モデルによる援助デザインが開発され、従業員の関係に対するサービスの Alternative Approach を発展させるためのEAPのシナリオが作られた。

1994～1997：メキシコ、ロシア、スカンジナビア半島、マレーシア、シンガポール、日本、香港においても、EAPが普及するようになる。また、スコットランドにも同社のEAP部門が設立された。

1995年には、社内にグローバルな従業員相談システムが作られた。このシステムには、EAP、Drug Free Work Force Policy、Safe & Respectful Work Force Policy、Integrated Model Design などが反映された。

このシステムは、Funding Model と呼ばれ、経済効果と地域文化に着眼したものである。

その後、EAP Research & Development and Transition Support Function がつくられた。また、同社の Global HR director によって、Employee Relation Future State Team が結成された。

これらの取り組みから、職場で変化が起こる前ではなく、変化以前から EAP が HR に参画するようになった。この時期、日本、コスタリカ、ドイツで同社の EAP 部門が設立された。

統合モデルと the Employee Relations Future State Team の活動が融合し、The Integrated model for Employee Relations Service Delivery (IMFERSD™) が開発された。

1998 : IMFERSD™ を実行することが、HR 全体の目標となった。

1999 : アジア、東欧などに IMFERSD™ の新市場を開拓し、ビジネスの立ち上げ前から本格的に EAP が企業経営に参画するようになった。

包括的従業員支援システムの実際

特徴

HR 担当者、EAP、従業員の協力機能を中心に据え、コア・フィロソフィーとコア・テクノロジー（戦略的コンサルテーション、問題解決）を軸にしたものである。

システムの定義

手続きがマニュアル化され、信頼性があり、結果が予測できるプロセスである。

パートナーとの協同作業を促進する。

効果的に安全を得るものである。

導入理由

ジョブパフォーマンスと行動的問題が容易に管理できれば、人材がより良いものになる。

問題の早期特定と効果的なマネジメントがリスクを低減する。

包括的従業員支援システムのモデル

このシステムは、以下の4つの構成要素から成る。コンサルテーションの6つのステップ、

知識（情報）管理とケース追跡、 ケースマネジメント、 状況評価チーム。

コンサルテーションの6つのステップ

- ・コンサルテーションは、問題の特定 目標（goal）の発見 パートナーを見つけ、共通目標を一致させる 戦略展望 計画立案 計画の実施という6段階で行われる。

知識（情報）管理& ケース追跡

- ・このシステムによる従業員の支援が継続されるためには、学習したものを適用しつづけることが必要である。つまり、コミュニケーションを図って、情報を共有し続けていく知識（情報）管理が重要な要素となる。

ケースマネジメント過程

- ・人事労務担当者、マネジャー、従業員に対して、個々のマネジメントではなく、各人の結びつきのコアの部分にたいするマネジメントを行う。したがってチームワークが重要である。チームで作業をするに当たっては、情報の守秘に関して、細心の注意が必要である。特に医学的な情報を掌握していることに注意を払う必要がある。

状況評価チーム

- ・このシステムによる取り組みにおいて、職場状況の評価は重要である。取り組みの効果判定を行うことにも必要になる。したがって、職場環境のアセスメントを行うチームを置くことも重要な要素である。

包括的従業員支援システムの価値

このシステムにより、従業員の援助を行うことの利点は、主に以下の点である。

協同作業、チームワークに良い影響を与える。

グローバルな適用ができる。

プロセスとスキルの両方を扱う。

客観的に取り組みの結果を測定できる。

時代、ビジネスの変化に関わらず、最適な職務遂行を維持する。

M社の企業理念を強化する。

同社の直接関与（direct dealing）の考え方を補強する。

パフォーマンスが向上する。

安全と望ましい職場のための基盤設備を供給する。

複雑な職場の問題を解決することで、周期的に起こる問題を減らし、品質が改善する。

企業事例 - 2 日本型 EAP の適用：大手電機メーカーの取り組み

健康保健活動と EAP

日本での職場における健康保健の取り組みの特徴は、以下のようにまとめることができる。なお、健康保健に関わる企業（「組織・管理職」「産業保健スタッフ・産業医」「従業員」「外部医療機関」）の関係は、図1のようになっている。

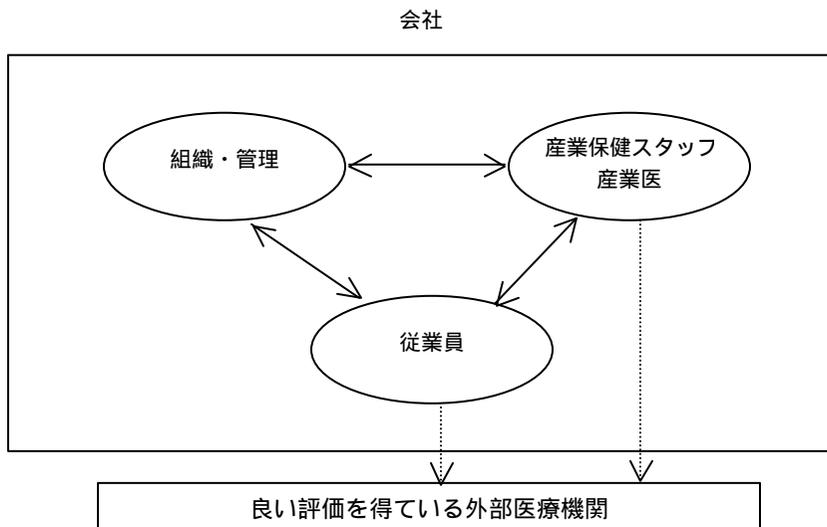
産業医および産業保健スタッフが重要視され、企業側からメンタルヘルス、身体的健康含めて、オールラウンドな対応が求められる。

健康保健活動において産業保健スタッフには、EAPのような高度な中立性、独立性が保証されているとは言い難い面がある。

産業保健スタッフの専門性に対する保証がない。

健康管理が第一の目的であり、その中にメンタルヘルス対策も含まれる。したがって、EAPのように生産性を第一の問題とはしない。

メンタルヘルス活動を行う根拠は、「労働安全衛生法」に定められた安全配慮義務にある。



図表1 日本の健康保健活動

問題点

活動の目的は、ヘルスケア・マネジメントである。つまり、健康管理そのものが目的であり、生産性は目的としない。また組織力の低下も、積極的な対象とされないことが欠点である。

また、サービス対象と扱う問題の範囲は、従業員のみであり、家族は含まない。そして勤務時間内のみでのサービス提供であることが多い。この点も EAP のような問題解決のための包括的なアプローチではないため、サービス提供時間内に利用しづらかったり、本質的な問題が家族の問題であることに気づかずに、何でも職場モデルとして扱おうとする危険性をはらんでいる。

さらにスタッフの専門性の程度があまり高くないことも問題である。Certified EAP (CEAP) のような専門トレーニングを受けていない場合が多い。また、メンタルヘルスの専門家が不在な事業場も多い。この理由として、これまでの産業保健活動では、身体面の健康管理が中心であったため、スタッフには身体的兆候には精通していることが求められても、メンタル面での知識、技術はさほど重要視されてこなかったことが考えられる。

健康保健活動の評価方法については、先に述べたように法律に定められた活動であるため、法を遵守しているかどうかの評価基準となる。この基準ではコストベネフィット、従業員の満足度は重要視されない。

日本のこうした現状を踏まえて、日本型の EAP を導入することが必要である。

EAP を日本に導入するためのポイント

EAP を日本に導入するために、留意すべき点として、まず企業が EAP の活動を、健康管理そのものだけでなく、企業の生産性に対するマネジメントという目的を持つものであることを明確に示さなくてはならない。会社が方針を表明し、活動目的を明確化することで、個人および組織の力が向上する。

次に、EAP の専門家を確保することが必要である。臨床心理士などのメンタルヘルスに関する資格を持つ者に、EAP のトレーニングを行い、専門家の養成を行って人材を確保するなどの方法が効果的である。

さらに管理職にある者、あるいは組織全体に対して、EAP および EAP で扱う個々の問題についての教育を行うことも重要である。EAP への照会に際して、上司や組織は、プログラムの役割を十分に理解していなければならない。

そして、最も困難なのは、外部専門機関とのネットワーク構築である。EAP では、外部専門機関、とりわけ専門医療機関への紹介を行うが、内科、心療内科、精神科などの各専門分野のスペシャリストと提携し、ネットワークを構築していかなければならない。医療機関に対して、行われている医療の質の評価を企業がいかに行うかという点は難しいところである。

日本型EAPの実際 T社のケース（内部EAP）

前段で挙げた「EAPを日本に導入するためのポイント」に基づき、日本型EAPを実施した際の、企業およびEAPの関係について、T社が現在行っている内部EAPのケースを図示した（図2）。

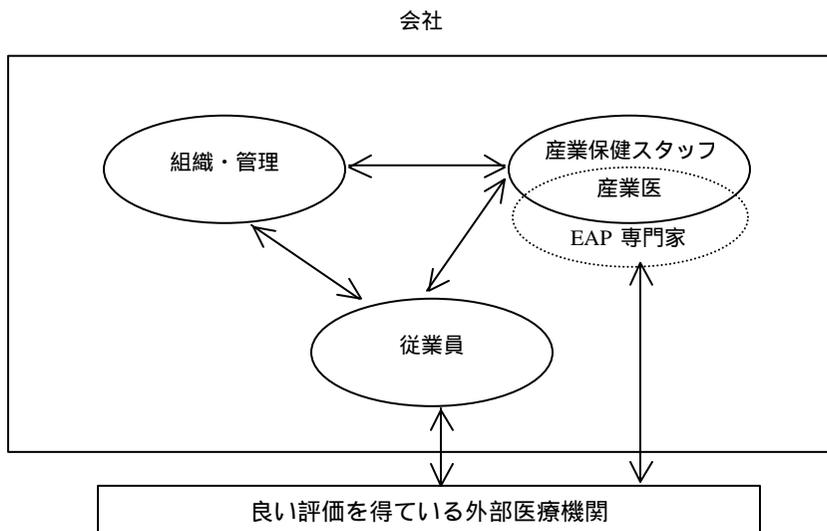
図1との相違点は、「EAP 専門家」が、外部機関と産業保健チームの間に、産業医とリンクする位置に入っていることと、外部医療機関が任意のものではなく、ネットワークを形成している「良い評価を得ている機関」であり、それらの機関とEAPの関係が双方向性のものであるという点である。

「EAP 専門家」を確保するための方策として、EAP 担当者（臨床心理士）が専門家としての技術を身につけるまでは、産業医を通じて、産業保健スタッフ、産業医、EAP 担当者の3者がチームで作業を進めた。企業に専門家がない場合、このようなチーム作業が、「EAP 専門家」の育成と確保において効果的であると考えられる。

また、産業保健スタッフのアセスメント能力向上のため、DSM- に基づく構造化面接を導入することで、スクリーニング能力が飛躍的に向上した。

組織・管理職への教育は、「リーダーシップ」、「キャリアカウンセリング」、「早期介入」に関する研修を行い、これらが生産性の向上に寄与している。

T社では本社従業員約7000名のうち、年間数十名が自発的にEAPへ相談に訪れる。新規相談は週に5名程度の割合である。



図表2 日本型EAPの実際

日本型 EAP の実際 T 社のケース (外部 EAP)

EAP の機能を果たす外部医療機関との契約により、外部 EAP を行っている。外部 EAP サービスとして提供しているのは、電話相談のみである。

サービスの対象者は従業員とその家族で、電話相談はフリーダイヤルで全国から受け付ける。相談担当者(外部 EAP)は、10名。1日3名で業務に当たっている。相談時間は平均30分～1時間で、アセスメントの結果、必要に応じて最寄の専門医やカウンセリングルームを紹介する。電話相談担当者は全員臨床心理士の有資格者のため、相談で扱う内容はメンタルヘルスに限定している。ただし、経済や法律関係の相談も多いため、今後はメンタルヘルスのみならず、広範なサービスが必要であるといえる。

外部 EAP のために必要な費用は、会社と健康保険組合が負担している。労働組合は不出費だが、外部 EAP 活動の広報には協力している。

広報の仕方は年4回発行の家庭報と、年6回発行の社内報の2種類で、これにより社員の約70%がEAPの存在を知っている。ただし、広報内容によって、相談内容が影響を受けていると考えられるため、広報の内容については注意が必要である。

外部 EAP 活動に対する評価は、企業利益、コスト、カウンセラーの評価・印象(感想)によって行っている。EAP 活動によって自殺者数も半数以下に減少している。

今後の展開

次に挙げる3点が今後の課題である。

EAP 専門家の養成と資格認定制度の確立：

EAP を実施するために、より専門性の高い EAP 専門家の養成が急務である。

公的専門機関を核とした外部 EAP の展開：

産業保健推進センター、産業医師会、精神保健福祉センター、労災病院など、地域の公的専門機関が中心となって外部 EAP を推進することで、EAP を持つことの困難な中小企業についても、問題を減じ、生産性を向上することができる。

外部専門機関の評価とネットワークの構築：

EAP が外部の機関に照会しようとする際、外部からサービスを提供するプロバイダーをどのように選定するかという点は大きな問題である。外部機関の評価方法の確立により、より良いネットワーク作りが望まれる。

企業事例 - 3 産業医による全社員面談

取り組みの概要

社内の健康管理センターにおいて健康管理・増進策を行っている。専属スタッフとして産業医9名、保健婦10名が常勤で配置されている。この産業保健チームは、全国に分散している正社員15000人全員を対象に、原則として産業医の個人面接を年1回行い、健康相談や健康診断の結果を踏まえた健康についての話し合いを実施している。産業医は予防と健康増進にのみ従事し、診療は連携している外部の診療医があたる。面談で問題が発見された場合には、産業医が企業へ勧告書を提出する、あるいは嘱託医が本人の許可を得て人事に報告するなど企業へのフィードバックを行っている。これらの取り組みは、健康管理・増進策が企業のリスクマネジメント、ひいては生産性向上につながるという認識の下で行われている。

企業概要

所在地：東京都

沿革：創立1962年（昭和37年）。日本の大手フィルムメーカーと英国親会社との折半出資による合併会社。

株主構成：日本親会社（75%）、英国親会社（25%）。

資本金：200億円

従業員数：約15000人

運営組織・スタッフ

運営：人事部健康推進グループ

沿革：現体制は1998年4月から運営されている。

それ以前は全国の主要事業所に設置された医務室で健康対策にあたっていたが、営業関係の部署にはそのような機関は設けられていなかった。

1996年8月の会社の最高意思決定機関である経営会議で「健康に関するF社の基本的な考え」が示され、1998年4月に就業規則の条文に盛り込まれた。注目すべき点は、「健康作り、福利厚生」の視点から、「リスクマネジメント」へと明確な意思が示されたことである。これにより、会社の安全配慮義務と個人の義務の明確化がなされた。

この明確な健康理念の実践を目指す機関として、それまでの体制が整備され、現行体制が発足した。

対象：正社員15000人

業務内容：全国の事業所に分散している正社員全員を対象に、原則として産業医の個人面接を年

1 回行い、健康相談や人間ドックの結果を踏まえた健康と生活状況についての話し合いを実施している。個人面談の結果、社員の健康に何らかの問題が見つかった場合には、産業医は個人が特定されない「勤告書」という形で人事等の企業経営側にフィードバックを行う。産業医は企業が安全配慮義務を遵守できるように、従業員の健康増進と快適な職場環境の形成を支援するという役割に専念し、診療活動は行わない。診療が必要であると産業医が判断した場合には、嘱託の専門医、あるいは外部の診療医と連携して社外で治療を行うことになる。その場合も、本人の許可を得て、人事に勤告を行うケースがある

スタッフ：産業保健の専属スタッフとして、産業医 9 名、保健婦 10 名が常勤で配置されている。また衛生管理者 13 名が専任で配置されている。

この他に嘱託医で精神科医 2 名、カウンセラー 1 名が月に 2 回、面談業務にあたっている。

活動状況

面談は 1 人 15 分程度で、1 日に 22～23 人、週 80 人ペースで行っている。健康診断そのものは外部の専門機関に委託しているが、その 2 週間後に出る結果をベースに、できるだけ本人の都合の良い日程、時間になるよう調整して、産業医と社員が面談する。これは 2 週で本社の全社員のフォローをできるペースであり、この数字から逆算して、必要なスタッフ数を決定しているので、予約待ちのようなことは起こらない。年に 1 度の「全員面談」は社員にほぼ浸透しており、これにより何か心身の問題が生じた際に、相談しやすくなると考えている。

東京本社以外でも、工場など一部を除いた全国の事業所については、東京本社の産業医を週 2 回のペースで配置している。また、これまで名目のみで実質的に機能していなかった衛生管理者については、専任を 1 人置くことで、産業医や保健婦などスタッフを支援できる体制を整備している。

産業医との全員面談では、社員個人の健康状態、健康に関する知識、意識、行動の実態のみならず、さらに集団としての職場環境についても直接情報を得ることができ、社員に対して必要な援助を提供することができる。

また、健康と生活状況について話し合うことで、職場環境の問題が早期発見されるというメリットがある。

例えば、同じ部署の若い社員、その上司、さらにその上司と、全ての年齢層・職位にわたって糖尿病に罹患していることから、その部署の業務に付随する食生活習慣やその習慣を引き起こす業務体系の問題が明らかになったケースなどがある。

面談以外の活動ではストレスの予防措置として、自律訓練法を取り入れている。訓練セッションへの参加者はこれまで 100 名を超えており、保健婦らが主導する形で、希望する者には、このような

ストレス対策も行っている。

そのほかの健康増進の施策展開としては、新入社員や現場の中間管理職など、階層別教育にも力を入れている。特に中間管理職については、健康管理を企業のリスクとして捉えるためには、経営者の認識はもちろん、その認識を現場で実践する中間管理職のリスク認識が重要であると考えている。中間管理職層に健康管理や健康増進の考えを十分に理解してもらうための方策として、心理教育（周囲の心理的不調について正しい理解や適切な対応を教育すること）を目的とした研修を実施している。

センターの取り組みは、従業員の福利厚生にとどまらず、むしろ広い意味でのリスクマネジメントの側面が強い。昨今の過労死問題に代表されるように、企業の責任がより一層社会的に問われてきたことを受けて、健康もリスクマネジメントの対象とすべきであるという考えを強めている。労働安全衛生法の「安全配慮義務」を意識した企業のリスクマネジメント、すなわち「メンタルヘルス不全」への対策という目的の一方で、企業に余力があるうちに、労働の快適さを向上させ、生産性をあげるという積極的施策としての側面もある。

その他

本センターは、自社運営の組織である。大企業などに多く見られる、健康組合が経営母体となっている組織ではないため、従業員の就業措置や処遇に関して、直接変化を求めることも可能である。

また、精神疾患に罹った場合には、寛解後の復職過程で社内のセンターに通所している間は、欠勤扱いでフォローを行うなど、自社運営ならではの保障規定も充実している。

今後の方針

これまで通り、面談を核に健康増進を行っていく。面談は現段階でもある程度定着しつつあり、今後は心理教育のさらなる充実に力を入れていく。各部署のマネージャーとスタッフとの連携を充実させ、特に管理職を対象とした心理教育プログラムの効果を期待している。

個人面談が基盤となった活動を行っているので、アイコンタクトの得られない電話、電子メールやウェブなどの遠隔相談は当面行う予定はない。

企業事例 - 4 健康管理の一環としてメンタルヘルスカケアを充実

取り組みの概要

F社では、自社運営の病院を持ち、院内の健康管理部においてメンタルヘルスサービス活動を展開している。健康管理の大きな柱として、保健指導・健康相談を掲げている。健診はその前段階に位置づけられ、健康管理室での健診データを基に、保健指導室で従業員と保健婦（看護婦）が一对

一で面談し保健指導を行っている。保健指導のための面談であっても、メンタルヘルスに関連する内容の話題は多く、この保健指導を援助する形でメンタルヘルスサービス室がカウンセリングを引き継げるようになっている。なお、同じ病院内の心療内科への引継も可能である。また、メンタルヘルスサービス室では、カウンセリング以外に、メンタルヘルス教育にも力を入れており、新任管理職研修、主任研修等、定期的に年間40回以上の教育・研修を企画・実行している。

企業概要

所在地：神奈川県

沿革：創立1935年。

資本金：3146億円（2001年2月28日現在）

従業員数：43,627名（2000年3月31日現在）

事業内容：通信システム、情報処理システムおよび電子デバイスの製造・販売ならびにこれに関するサービスの提供。

施設概要

名称：F社K病院

運営：F社

業務内容：診療を行う「診療部」では、46床の病室と外来がある。社員以外の一般の患者も受け付けている。また、健康管理室、保健指導室、メンタルヘルスサービス室から構成される「健康管理部」を設け、定期健康診断、成人病検診、入社時検診等、各種健診が行われている。メンタルヘルス活動は主に健康管理部メンタルヘルスサービス室による教育、およびカウンセリングを基盤としているが、病院という特性を活かし、心療内科との連携も図っている。

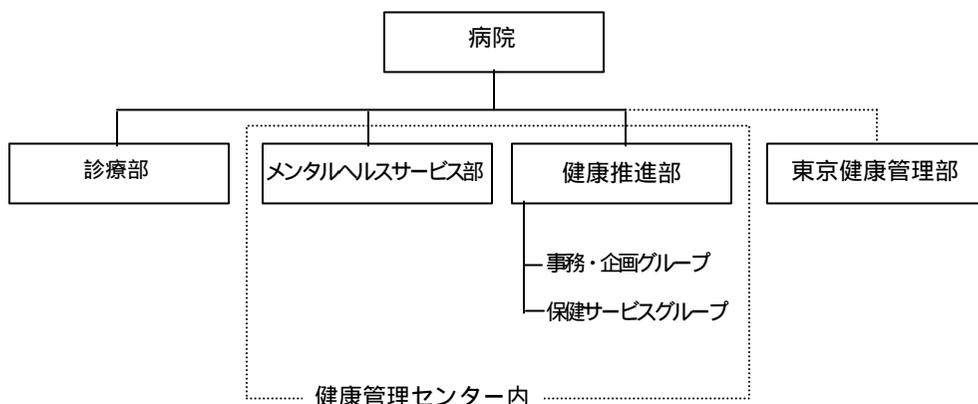
組織・人員・運営

下記の図のような組織で運営されている。各部門の人員は以下の通りである。

事務・企画グループ：事務職員21名（企画、運営、統計業務、コンピュータ処理業務）

保健サービスグループ：保健婦15名（健康診断業務、保健指導・健康教育）

メンタルヘルスサービス部：カウンセラー11名（常勤7名・非常勤4名）、嘱託精神科医1名



図表3 F社健康管理関連部門の組織図

活動状況

メンタルヘルスサービス室で行っている相談は、カウンセラー11名と嘱託精神科医1名で業務を行っている（カウンセラーのうち3名は、関西支部に配置している）。相談室は、病院内の他、全国16箇所に開室している。相談は、毎日から月1日の頻度で行われており、各相談室により異なる。精神科医は1週間に半日の在室である。

相談件数は、1年間でのべ7952名（1999年度）に達する。来談経路は、病院、職場、健康管理部が各25%程度あり、自発的来談は少ない。健康管理部を経る来談者のケースは、健康管理室での健診データを基に、保健指導室での従業員と保健婦とが面談したうえで、勧められて来所するケースが多い。保健指導のための面談であっても、メンタルヘルスに関連する内容の話題は多く、この保健指導を援助する形でメンタルヘルスサービス室がカウンセリングを引き継げるようになっている。上司の紹介によるものも、上司が健康管理部に相談を持ちかけ、その後本人が来所するケースが多く、来談者全体の5割程度は保健婦の相談を経ているといえる。なお、同じ病院内の診療部の内科に心療内科があるため、メンタルヘルスサービス室からの引継ぎにより心身症治療が必要な場合等、効果的に治療に持ち込むことができる。また、心療内科からカウンセリングを依頼されるケースも多い。

メンタルヘルスサービス室では、相談業務以外にメンタルヘルス教育にも力を入れており、新任管理職研修、主任研修等、定期的に年間40回以上の教育・研修を企画・実行している。ほとんどの場合、研修の講師はカウンセラーが務める。精神科医が社員にメンタルヘルス教育を行うこともあるが、安全衛生週間に行う講演のような単発の企画である。

定期的なメンタルヘルス教育は、特に幹部社員（一般の管理職社員）に対して重要視している。これは、会社がメンタルヘルスに関する正しい認識を持つことが重要であるという観点から、管理

職クラスの社員に対して教育を行っているためである。

教育・研修内容は、「心の病気の基礎知識」、「アルコール依存症スクリーニングテストの説明」、「ストレスチェックリストの説明」などのメンタルヘルスに関する一般的知識を把握するための講義と、「事例検討」、「ストレス解消法」などの具体的内容を伴った講義で構成されている。

企業事例 - 5 社内イントラネットでのストレスチェック

取り組みの概要

昭和61年以降、メンタルヘルス対策の全社展開として、メンタルヘルスに関する体制の整備、メンタルヘルス教育及び啓発の2側面を重視し、職場のメンタルヘルス対策を行ってきた。平成9年以降は、この2本柱に加え、「自己の気づきへの支援」のために、社内イントラネットを利用した独自のストレスチェックシステムを開発し、会社からのケアだけでなく、従業員自らのセルフケアを促すよう配慮している。

企業概要

所在地：東京都

沿革：創業1910年。

資本金：約2817億円（2001年3月）

従業員数：55609名（2001年3月）

運営組織

運営：産業医療推進センタ、労政部（全社展開）・事業所勤労担当部署（事業所内運営）

沿革：現体制は平成9年から。

活動状況

昭和61年以降現在まで、「メンタルヘルスに関する体制の整備」、「メンタルヘルス教育及び啓発」の2側面を重視し、職場のメンタルヘルス対策を行ってきた。平成9年以降は、この2本柱に加え、「自己の気づきへの支援」のために、社内イントラネットを利用した独自のストレスチェックシステムを開発し、会社からのケアだけでなく、従業員自らのセルフケアを促すよう配慮している。現在は、平成12年労働省（現厚生労働省）発表の指針に沿って、4つのケアに対応するメンタルヘルスケアの具体的な進め方及び対応を「メンタルヘルスに関する体制の整備」、「メンタルヘルス教育及び啓発」、「自己の気づきへの支援」の3側面から行っている。

・セルフケア

自己の気づきへの支援 健康相談システムとして「ストレス度チェック」をイントラネット上に開設している。常日頃から社員各人が、自らのストレス度をチェックでき、かつ必要に応じて相談窓口の情報が得られ、自己の気づきやその対処を支援している。社員研修や各種委員会を通じて全従業員にシステムの存在を徹底周知させ、活用促進を図っている。

平成10年2月に、社内のインフラ整備が整い、従業員（主としてホワイトカラー）1人に対し、ネットワーク端末1台の割り当てが可能となった。利用状況は、ストレスチェック開設直後は月に200～300件と特に多かったが、1年後には100件程度に、最近では月に50件程度の利用件数に落ち着いている。このシステムは社内LANにアクセスできる者であれば誰でも利用することが可能である。全従業員60500名を利用者として想定し、運営しているが、グループ会社等、本社の社員以外でアクセスできる者の利用についても制限はしていない。

このシステムの開設が、実際に個人の「気づき」の支援につながっているか、セルフケアの一端を担っているかについては、データが無いので明確ではない（何らかのデータを収集することがイントラネットの秘匿性を阻害する危険性があるため）。しかし、相談室で面接を行っているカウンセラーや精神科医の印象によると、システムの効果はあるのではないかと考えられる。

体制整備 「ストレス度チェック」を従業員が実施した後の相談の受け皿として、相談窓口を設置している。自己管理の支援や従業員の健康管理意識の高揚の観点から、相談窓口のPRや健康相談システムに様々な健康管理関連情報をリンクさせる等、事業所の状況に応じて従業員への情報提供手段に工夫を凝らしている。

教育・啓蒙 独自のメンタルヘルスの教育ガイドに基づき、教育・研修を行っている。全従業員を対象にメンタルヘルスケアの基礎知識を付与し、若年層へは生活指導も含めて教育内容を明示している。教育ガイドは、対象者を部長相当職、課長相当職、技師・主任・組長、若手中堅、新入社員の5段階に分け、各段階ごとに、部長会議、新入社員研修など、教育を行う実施機会を示し、カリキュラムと具体的内容も段階別に設定し、使用するテキストも示されている。例えば、新入社員には健康やストレスについての一般的知識を与えることを目指したカリキュラムを、部長相当職者には、法体系、労働災害や判例の傾向を、というような内容の教育内容である。

これらの教育ガイドの基本的考え方は、全従業員への基礎知識の周知、管理者への法的責任に関する知識の付与（管理者への責任と役割の認識）、若年層へのポイント教育（生活面での指導）の3点である。

・ラインによるケア

教育・啓蒙 教育ガイドに基づく階層別教育の企画と実施を徹底している。各段階の管理監督者に対しては、職場における心理的負荷の要因や強度の把握、個体側の要因把握、産業医・専門医へ

の相談、日常のコミュニケーション等のメンタルヘルスに関わる健康管理上の留意点を示して注意喚起を促している。また、うつ病と自殺の関係に注目し、自殺を誘発する時期やその仕組み、相談窓口の紹介、事例検討等、メンタルヘルスケアと自殺に関して専門家等による教育機会を設定し予防に努めている。

体制整備 メンタルヘルス関連部門、スタッフとの連携を中心に体制整備を図っている。

・事業場内産業保健スタッフ等によるケア

体制整備 精神科医等、配置すべきスタッフの役割とスタッフ相互の連携を示した相談体制の基本パターンに基づき、精神科医を中心とした相談窓口を整備している。精神科医確保の目安としては、従業員2000～3000人に対し週1日勤務としている。

教育・啓蒙 産業保健スタッフの社外教育受講支援を行っている。

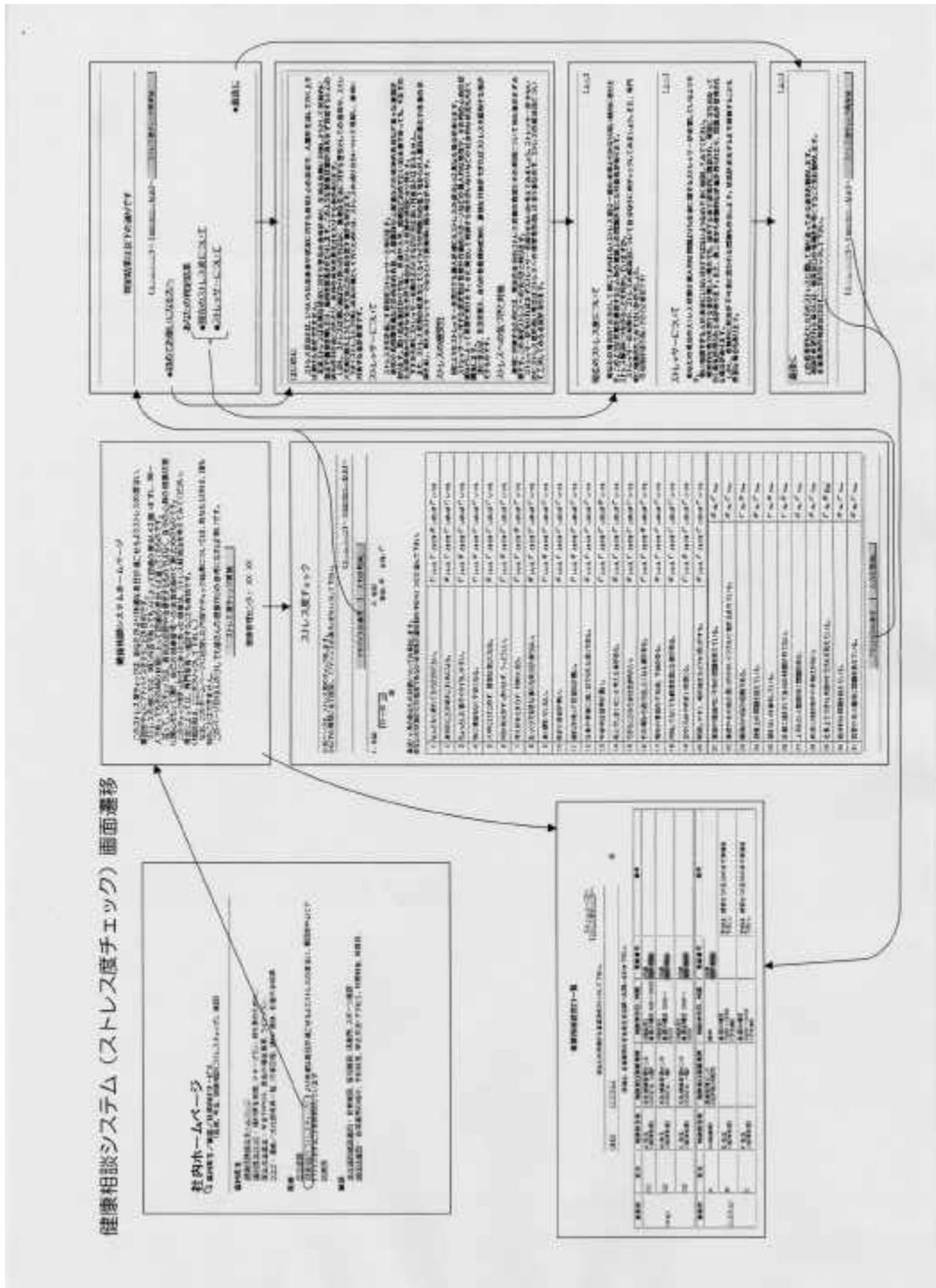
・事業場外資源によるケア

体制整備 精神科医確保に関しては、産業保健推進センター等の公的機関の活用も図る。精神科医等の事業所内勤務が困難な場合は、外部医療機関との連携体制を整備している。具体的な事業場外資源としては、前述の他に、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター、医師会、都道府県精神保健福祉センター、保健所等を推奨している。

その他

電子メールの利用については、一律全社展開することは当面は考えていない。メールに対する回答を確実にいえる体制が整っている事業所から順次拡大していくことを考えている。この理由として、対応が追いつかなければかえって悪影響をもたらすのではないかという配慮がある。誰でも、いつでもメールを出すことが出来るが、メールを受ける側は、いつでも対応できる状態にしておくことが困難である。緊急の場合に、メール相談者への支援が遅れることは重大な問題につながると考えられるため、電子メールによる相談については慎重に進めている。

参考：この企業のイントラネットによるストレスチェックの説明図



企業事例 - 6 健康管理センターと外部電話相談の活用

取り組みの概要

社内の健康管理センターにおいて健康管理を行っている。メンタルな問題も多く持ち込まれる。スタッフは、常勤の医師2名、看護婦5名、嘱託医および非常勤の医師9名、医療事務3名が配置されている。センターの業務は、主に首都圏の事業所に在職する社員5000人を対象に、健康診断と予防活動を行うことである。メンタルヘルスケアについては精神科医によるケアと、外部の専門企業に委託した電話相談を行っている。

企業概要

所在地：東京都

従業員数：約13000人

施設概要

運営：K社健康管理センター

対象：首都圏の社員5000人。電話相談は全国約13000人の社員と、その家族を対象とする。

業務内容：健康管理センターにおいて、主に首都圏の事業者に在職する社員5000人を対象に、健康診断とそのフォローアップを行っている。メンタルヘルスケアについては精神科医によるケアと、外部の専門企業に委託した電話相談を行っている。

組織・人員・運営

スタッフは常勤の医師2名、看護婦5名、嘱託医および非常勤の医師9名、事務3名が配置されている。

活動状況

(1) 健康管理センターでの相談

メンタルヘルスへの対応として、精神科医のケアとして診療を行った件数は、1997年が427人、1998年が448人、1999年が483人と、年を経る毎に増加傾向にある。社員本人が直接医師を受診するばかりでなく、部下のメンタルヘルスの問題について、上司が相談に訪れるケースも増加している。

(2) 電話による相談

電話相談導入の経緯：職場の急速なOA化、社員の世代間での相互理解欠如等、また家庭のトラブル等に関する個人的な相談を持ち込むケースが増加し、ストレスや心理的問題が顕在化してきた。社員及び家族が気軽に相談でき、個人の秘匿性が守られる

ことから、外部の専門機関による電話相談が有効であると判断し、導入に至った。

実施内容：電話による相談窓口を外部専門業者と提携し、1992年4月より実施している。

相談時間：火曜～土曜、午後2時～午後7時

相談対象者：社員および家族

運営内容：毎年4月、社員への健康保健証配布時、電話相談窓口のパンフレット及び相談窓口の電話番号等のシールを配布する。全国の事業所に勤務する社員及びその家族からの悩み相談等を受け付け、電話カウンセリングを行う。海外赴任先からの電話も受け付ける。委託専門業者のカウンセラーが、各種相談に応じ電話カウンセリングを行い、必要に応じて相談者との個人面談を行ったり、医師・弁護士等と連携し対応する。健康管理センターの専門医が電話相談を仲介しケアにあたる。電話相談の利用状況は委託業者から利用件数及び統計的分析結果等が報告される。報告は個人が特定されないように行われる。電話相談の利用者負担は電話代のみである。

利用状況：現在、社員及び家族の相談は年間1200件位あるが、特に家族の利用率が高く、その中でも女性が6割を占めている。1度利用した者が、継続して利用するケースが多く、海外も含め全国どこからでも匿名で気軽に電話できる点が利用者に評価されていると考えられる。

相談傾向：毎年の相談内容には変化はない。40代の男性社員が若い部下にどう対処したらよいかという内容や、自分の心のケアに関する内容のものが多い。また、女性社員は同僚や家族らとの対人関係で悩みを相談するケースが多い。家族との関係では、実母との関係で問題を抱えているケースが目立つ。

今後の検討事項

20代、40代に相談が多いことなどから考えると、管理職、新入社員などの年齢層に、メンタルヘルスについての知識及び理解が必要である。また、同時に個々人がストレスマネジメントできる能力を高めることも重要であると考えている。このような課題を解決するために、管理職研修や新入社員研修などを利用して、心理教育プログラムのようなメンタルヘルスに関する啓蒙教育を行っていくことを検討している。

一方、職場で生起するメンタルヘルスの問題については、企業としての取り組みも、必要であると考えている。メンタルヘルス対策の経済効果は明確な形では得られないものの、企業のリスクマネジメントとして、人事担当者や産業医及び専門医の連携が必要である。

企業事例 - 7 現場での相互のチェック

取り組みの概要

企業としては、メンタルヘルス対策は特に重点課題として行っていない。主に身体的健康を中心にしたケアは、月に1回、契約している産業医が希望者の相談を受け付けるという形で行っている。全従業員を対象とした健康管理は年1回の健康診断のみである。過去数年、作業現場でも無事故であり、心身健康面で問題が起きたということもないため、健康管理については当面、現状維持を考えている。

土木建築業は物理的に危険が多いため、従業員の相互協力が不可欠である。このため、毎朝どの現場でも、下請も全員参加してミーティングを行っている。この30分～1時間のミーティングで個人の状態を相互に確認できる。特にメンタル面の問題は、担当者、リーダーや上司等の目配りが重要であると考えているので、このようなミーティングは上司が部下の状態を把握するのにも役立っている。

企業概要

所在地：大阪府

沿革：1871（明治4）年創業。1918（大正7）年設立。

資本金：100億円

従業員数：約3700人

運営

本社管理本部人事部

活動状況

年1回大阪本社において健康診断を実施している。実施期間は5日間程度を当てている。受診率は全社員の約90%である。検診当日、業務の都合等で受診できない者は、作業現場近くの診療所にて同様の健康診断を行う。本社1000人中50～60名が、現場近くの診療所で受診する。本社以外の事業所（主に近畿、四国地方）では、社員を集めて近くの病院で集団検診を行う。

一次検診は予防医学センターによる疫学的検診、二次検診は内科問診、カウンセリングを行う。産業医及び看護婦が検診を担当する。補助業務は総務部人事担当社員の主に女性社員が中心となって分担している。検診の5日間でのべ50名が業務にあたる。各支店とも同じ方法である。

約40年以上前より、最寄の病院の医師と契約し、産業医として月1回問診やカウンセリングを受けられるようにしている。受診システムは希望者が人事部に連絡し、予約を取るといったもの。案内は給

与明細の中に入れる他、社内掲示板でも公示している。月5～10名が利用している。

相談内容は耳鳴りや腰痛など身体的不調を訴えるものが大半であるが、中には会社での生活習慣や業務内容などストレス関連の相談もある。

健康保険組合で保健センターを設けているが、活動内容等は組合で把握しており、会社は関与していない。

本社ビルのテナントに古くから内科が入っており、その医院の医師、看護婦、助手らが、社内の健康などを気にかけてくれる。内科的問題だけでなく、ちょっとした不調などで、話を聞いてくれたりする。このことも社員の健康管理に役立っている。

職場での心身面の大きな問題が起きたという事例も無く、特に新しい対策などは考えておらず、当面は現状維持の方針である。

管理職研修などでも、特にメンタルヘルス関連事項はその内容に含まれていない。各専門業務領域の実務研修である。現場責任者等の管理職には、リーダーシップと人事労務管理が求められると考えているが、社内には、家族主義的なタテ関係が根付いており、人間関係が比較的円滑である。反面、馴れ合いで業績が伸びないという指摘も一部ある。生産性を考慮したリスクマネジメントとしてメンタルヘルスを考えた場合、管理職研修を利用することは今後考えられている。

新入社員についても同様であり、現時点ではメンタルヘルスに関する具体的取り組みはない。新入社員が、職場の対人関係で大きな問題が起きたという事例は無く、土木建築業に多いタテ関係の現状を、入社前の大学生などが十分把握した上で入社するので、入社後に新入社員と上司の間で問題が起こらないのではないかと考えられている。

その他

土木建築業は、物理的に危険が多いため、従業員の相互協力が不可欠である。このため、午前8時にどの現場でも必ず、社員はもちろんのこと、下請も全員参加してミーティングを行っている。30分～1時間のミーティングで、作業現場の個々人の状態を相互に確認できる。特に、メンタル面の問題は、担当者、リーダーや上司等の目配りが重要であると考えているので、このようなミーティングは上司が部下の心理的状态を把握するのにも役立っている。また、大阪の企業約200社で会を作り、業務上のパートナーシップ、および業務を離れた親睦を深めていることも、様々な企業の従業員と協同で現場作業を行う上で、特に人間関係の点でよい影響を及ぼしていると考えられる。数年来無事故であることから、意思疎通が円滑であることが窺える。

また、作業はチームで行い、1人での作業はほとんど無い。この方針は土木建築業務だけにとどまらず、現在は営業業務でもグループで活動にあたっている。これにより、1人で仕事を背負い込んだり、無理な残業を負ったりすることが起こらない。この点も、人間関係が円滑なのは良いが、馴れ合いで業績が芳しくないという一部の指摘もあり、「生産性」という観点からは、職場運営の仕方

には、今後検討の必要性を認識している。

外部事例 - 1 労働組合による電話相談の実施

取り組みの概要

電機連合に加盟している226社、80万名の労働組合員を対象に、電話による相談を行っている。電話相談は、全国共通のフリーダイヤルで、月曜日から金曜日の16時から20時まで受け付けている。電話代・相談料ともに無料である。精神科医1名、カウンセラー3名が相談業務を行っており、精神科医が常駐しているのが特徴である。自社で健康保険センターなどを持たない、主に中小企業の組合員の精神衛生管理に重点を置いている。

組織概要

事業内容：電機メーカー226社の労働組合が加盟する産業別労働組合。

組織概要：結成1953年。組合員80万人。

施設概要

所在地：東京都

運営：全日本電機・電子・情報関連産業労働組合連合会(電機連合)が運営しており、ハートフルセンター運営委員会(精神科医3名、企業カウンセラー2名、民間研究機関代表1名で構成)のもと活動が行われている。

沿革：1999年1月より相談事業開始。

対象：電機連合に加盟する226社、80万名の労働組合員、およびその家族を対象としている。

相談内容：職場の人間関係や処遇などの悩み、あるいは家庭の家族関係の悩みなど、本人の感じているストレスに対して、電話相談による指導やアドバイスを行う。また、電話相談の状況や本人の希望に応じて、公的な専門機関のほか、対応可能な地域内のカウンセラーや精神科医、心療内科医などの専門家を無料で紹介している。

相談日時：月～金曜の16時～20時まで受け付けている。

その他：電話相談の状況や本人の希望に応じて、対応可能な地域内のカウンセラーや精神科医、心療内科医などの専門家を無料で紹介している。

相談スタッフ

一日の相談活動に直接関わるスタッフは、精神科医1名、カウンセラー3名、事務員1名の5名である。精神科医は10名、カウンセラーは約30名が登録されており、医師1名とカウンセラー3名

は常に待機している。一日の活動が終わるとスタッフ全員でその日の総括を行い、常に活動水準の維持と相談技術の向上に努めている。

活動状況

週5日、平日の16時～20時まで、電話による相談を受け付け、相談活動を行っている。電話回線は3回線保有しており、3人のカウンセラーが相談に応じる。カウンセラーの判断、あるいは相談者の希望で、待機している精神科医が電話に出ることになっている。緊急な判断を求められる事態への対応として、精神科医が常駐している。相談は電話のみで、来所施設等はない。全国各地に「カウンセラー」、「臨床心理士」、「保健婦」、「精神科医」、「心療内科医」等を紹介するネットワークがあり、電話相談の状況など、必要に応じて、対応可能な地域内のカウンセラーや精神科医、心療内科医などの専門家を無料で紹介している。

1999年度の相談件数は1335件であった。このうち組合員からの相談が約74%、家族からの相談は約26%であった。男女比率はほぼ半々であった。組合員の男女比は8：2で男性が多いので、女性組合員の電話相談を利用するケースが多いことがうかがえる。年代別では、30代が最も多く（38.6%）ついで、20代（18.4%）、40代（15.1%）、50代（9.4%）と続く。相談件数の約4分の1を占める326件が医師対応となっており、相談内容の深刻なケースも多い。

その他

組合員へのこのセンターの周知は、これまで2度のパンフレットの配布によって行った。配布の翌月に相談件数が増加する傾向があり、パンフレットの配布による効果は認められている。

一方、インターネットのホームページを利用した紹介も行っている。電子メールを利用した相談などを過去に検討したことがあったが、プライバシー保護の点で疑問があるとのことで、先送りとなった経緯がある。近年のウェブ人口の急増にともない、今後、この分野での活動も視野に入れている。

また、このセンターで電話相談に対応する医師とカウンセラーの技術のレベルアップを目的に、年に5～6回のカウンセラー・ミーティングを行っている。

さらに、各組合支部でのメンタルヘルスに関する研修会等に講師（運営委員・医師）を派遣している。こうした研修会への参加者は既に5千人を超えている。

外部事例 - 2 財団法人によるメンタルヘルス診断

事業概要

メンタルヘルスを専門に扱う研究所を設置し、産業人の心の健康をサポートするための調査研究、

および健康増進のための諸活動を行っている。活動内容は主に下記の5つである。メンタルヘルス調査結果と提言、働く人の心の健康診断、メンタルヘルス・セミナー、心のリラクセス体操（簡易自律訓練法）、メンタルヘルス企業内研修。

、に使われるメンタルヘルス調査では、独自に開発した自己記入方式の心の健康調査票を使用しており、サービス開始以来、企業、労働組合、自治体、健康保険組合など1,500組織、延べ180万人の利用実績がある。

企業概要（財団法人）

所在地：東京都

沿革：創立1955年。

1994年4月1日、2つの組織の統合により新発足。

基金：15億8千万円

予算：135億円（総収入 1999年度実績）

職員数：350名

事業部門：社会労働部 情報システム部 雇用システム研究センター 国際部 メンタルヘルス研究所 メディアセンター エネルギー環境政策部 情報化推進 フォーラムエネルギーを考える事務局 情報化推進国民会議 経営革新部 HBA（ハイパービジネスアビリティ）経営アカデミー 企画調査 コンサルティング部 経営品質事業 キャリア開発センター ネット教育事業 日本人材マネジメント協会事務局 組織広報センター 創業・ベンチャー国民フォーラム 生産性国際交流センター 産業ディベート開発センター ミレニアムヘルスフォーラム

施設概要

沿革：1978年4月メンタルヘルス研究委員会発足。

業務内容：

メンタルヘルス調査結果と提言

メンタルヘルス調査を行い、産業人のメンタルヘルスの経年変化を集計・分析している。最近の主な研究業績は以下の通り。

（1）平成12年調査報告

（2）1982～1997年度における産業人のメンタルヘルスの経年変化

（3）産業人のメンタルヘルスと企業経営～経営指標とメンタルヘルスに関する調査研究～

働く人の心の健康診断

メンタルヘルス調査を行い、産業人のメンタル面の定期健康診断を行っている。メンタルヘルス調査は、研究所が独自に開発した自己記入方式の心の健康調査票を使用して行われている。診断開始以来、企業、労働組合、自治体、健康保険組合など1,500組織、延べ180万人の利用実績がある。調査の特徴は、個人データのプライバシーが完全に守られること、および受診者及びその家族は受診後2年間、電話・面接の相談室が無料で利用できることである。

メンタルヘルス・セミナー

個人・組織の双方がメンタルヘルスへの正しい理解と知識を身につけ、心の健康の維持増進に努めることができるためにメンタルヘルス・セミナーを開催し、元気な個人、活力ある職場をつくるきっかけづくりを行っている。

- (1)メンタルヘルス基礎セミナー： 予防対策や組織を活性化させる決め手として、メンタルヘルスにどう取り組んだらよいか。また、心の問題を抱えた人への対処方法について学ぶため、基礎的事項を織り込んで企画している。
- (2)メンタルヘルス職場対応セミナー： 現実問題として職場不適応を起こしている人や、既に心の病気になっている人への対応についてのセミナー。このような心に関する職場の人間関係のさまざまな問題に対して、適切な対応やより良い職場づくりを模索している者を対象として、参加者から具体的なケースを提供してもらい、実践面からその解決の糸口を討議する。

心のリラックス体操（簡易自律訓練法）

心のリラックス体操は、自律訓練法を基礎とした科学的な方法で、いつでも、どこでも短時間に簡単にできる体操である。イライラ、気分の落ち込み等の“心の疲労”を、3時間の基本的な習得訓練とその後の継続訓練により、予防しようとするものである。いわば“心の柔軟体操”ともいうべきもので、企業内の教育訓練・研修の素材としても利用できる。講習は自律訓練学会に所属する講師により実施される。個人用にはメンタルヘルス調査を含む「通信講座」が用意されている。

メンタルヘルス企業内研修

過去のメンタルヘルス調査に基づく組織分析、セミナーや「心のリラックス体操」を通じての蓄積に基づき、メンタルヘルスを応用したユニークな人材育成プログラムを提供している。

特に心の健康増進に不可欠な対人関係の構築能力や、上司として必要なカウンセリング・マインドの醸成等、各企業のニーズに応じて実施する。

組織・人員・運営

所員10名（部長1名、事務1名、研究員8名）

活動状況

活動の中心は、メンタルヘルス調査による、産業人のメンタル面の定期健康診断である。現在全国で約100の事業所の従業員を対象に調査を行っている。1年間で約10万人の企業従業員を対象にすることになる。調査は、管理者を通じて職場の従業員に配布されるが、特に就業時間内で一斉回答を求めるわけではない。自宅に持ち帰り、一気に記入するようにと教示される。

調査結果のフィードバックは個人宛に直接郵送により、全調査者に行っている。結果報告書には項目別診断結果が偏差値で記入されている。また、「身体について」、「職場の状況について」、「性格について」、「心の状態について」の4領域ごとに結果の説明とアドバイスが記されている。報告書にはフリーダイヤルの電話相談窓口の案内および面接相談室の所在と案内が載せられており、希望者は電話相談ないし面接相談を2年間、回数無制限で受けることが出来る。相談室および電話相談窓口は、研究所内に設置されている他、全国二十数箇所に相談室のネットワークを有している。面接は、精神科医、電話相談はカウンセラーが行う。面接、電話相談を利用する人の割合は、企業によって異なるが、1～3%程度である。

また、実施母体の担当者には、個人宛の調査報告とは別に、実施部署や企業全体のデータのフィードバックを行っている。個人用報告書と同様、「職場領域」、「身体領域」、「精神領域」、「性格領域」の4側面について、集団の結果を偏差値でフィードバックしている。なお、個人の秘匿性を確保するため、10名以下の集団についてはフィードバックを行わない。

メンタルヘルス企業内研修にも力を入れている。管理者、一般社員、新入社員と対象者別に研修プログラムが用意されている。組織の生産性・健康度向上と個人の健康度の向上を目指し、職場で必要なメンタルヘルスの基礎知識、実際の職場での事例検討、などの内容で構成されている。新入社員向けには、一般的知識の講義、一般社員向けには、ストレスコーピング、管理者向け教育では、部下のマネジメントと同時に、管理者自らのメンタルヘルスケアに関する内容でプログラムが組まれている。

外部事例 - 3 若年者向け公的相談機関での実践

仕事、職場の悩み、ストレスの相談が増加

取り組み概要

全国の勤労青少年、およびその他の相談に対して、職業相談を中心とした総合的な相談を行っている。面接、電話、文書による、情報提供的、あるいは心理臨床的相談を無料で行っている。年中

無休で開室しており、常勤5名、非常勤11名の相談員が相談業務を担当している。相談室活動は、個人相談のほか、グループ相談、心理テスト、講座、職業情報コーナーなどを実施・運営している。

近年の経済環境の悪化のため、個人の能力・スキルがあっても、リストラの対象になるケースが増加している。これに伴い、来談者の年齢層も中高年が増加する傾向にある。勤務先からの「戦力外通告」と受け取れることを言われ来所するケースもあり、スキルアップとともに、自信や信頼感の回復にも務めている。一方で、20代後半の若年層の相談も減少していない。採用時に即戦力として求められることが多い一方、広い意味での能力開発の機会が減少している。このため職場での些細なトラブルでも、対処できないケースが増加している。上司との軋轢に悩む若者の相談も多い。企業の業績悪化にともなうマイナスの連鎖でストレスが生成され、メンタルヘルスを損なっていると考えられる。

施設概要

所在地：東京都

運営：財団法人勤労者福祉振興財団

沿革：昭和48年雇用促進事業団（現雇用・能力開発機構）が設置。昭和60年「東京職業ガイダンスセンター」併設。

昭和63年から財団法人勤労者福祉振興財団が、雇用・能力開発機構の委託を受けて運営。

対象：全国の勤労青少年（30歳未満）が主な対象。その他の相談にも柔軟に対応している。

近年の来談者の特徴としては中高年の増加が挙げられる。

相談内容：来談者の約70%が職業相談に訪れる。ついで、対人関係、精神衛生（健康）、法律相談を中心とした相談が多い。これらの内容に対し、情報提供および心理臨床的援助を行っている。主に面接・電話による相談活動を行うほか、手紙による相談も受け付けている。

相談日時：年中無休（12月29日～1月3日を除く）。

平日 12:00～19:30 日曜・祝日 12:00～17:00（受付は終了1時間前まで）ただし就職情報コーナーは、日曜・祝日に限り10:00から開室。

その他：テレビ、ラジオ、新聞、書籍、雑誌、電話帳、地方自治体の刊行物、パンフレット、ポスター、ホームページなどでPRしている。また、カウンセリング団体、大学院からの研修生も受け入れている。

組織・人員・運営

相談センターとガイダンスセンターを合わせて、常勤相談員5名、非常勤相談員11名（精神科医師2名、弁護士2名を含む）で相談業務を行っている。

1日あたり常勤・非常勤合わせて7名で勤務にあたっている。

常勤職員は職業安定所、民間の人材紹介会社、あるいは民間会社の人事労務経験者のOB、および産業カウンセラー、心理相談員等で構成されている。

非常勤職員は、民間のカウンセリングセンターの出身者、職業安定所、民間の人材紹介会社、あるいは民間会社の労務人事経験者で、月14日勤務者が4名。月16日、18日、20日勤務者がそれぞれ1名である。

非常勤相談員のうち、精神科医師および弁護士は、隔週で重複しないよう勤務し、週1回は、医師、弁護士に相談できる体制を取っている。

中野サンプラザの経営母体である財団法人勤労者福祉振興財団のほか、雇用能力開発機構からの資金援助も受けて運営されている。

活動状況

平成12年度の個人相談は実人数7310名、延人数11737名であった。来談者一人あたり約1.56回の相談を行ったことになる。問題解決型の職業相談が活動の大部分を占めるため、継続的な相談は多くない。

相談内容別では、職業相談は全相談の約7割を占め、ついで一般相談が1割強で多い。

一般相談とは、人間関係、パーソナリティや個人の生き方などの、本人の問題・悩みで、特に職場に固有な問題以外の相談内容を広く指すものである。この一般相談の特徴として、職業相談よりも一人あたりの相談回数が多いことが挙げられる。職業相談・法律相談は、内容が問題解決型、あるいは情報提供型であるといえる。一方、一般相談は職場の多様な人間関係に起因する個人の悩みに対して、カウンセラーが情緒を共感すること等を通して援助するものである。具体的な目標指向型の相談内容でないため、援助にも時間がかかる。

相談事例

1日に約40人が来談する。

近年の経済環境の悪化のため、個人の能力・スキルがあっても、リストラの対象になるケースが増加している。これに伴い、来談者の年齢層も中高年が増加する傾向にある。勤務先からの「戦力外通告」を受けた中高年は、再就職も困難であり、家族からも肯定的受容を得られないことが多い。民間の人材紹介会社などを経由して、当相談所を利用する者の中には、「人材にならないから

へ行け」などと言われて来所するケースもあり、スキルアップとともに、自信や信頼感の回復にも務めている。

一方で、20代後半の若年層も減少していない。採用時に即戦力として求められることが多い一方、広い意味での能力開発の機会が減少している。このため、職場での些細なトラブルでも、企業が求

める「戦力」以外のスキルが不足しており、対処できないケースが増加している。また、新規採用人数の削減にともない、同年代の同僚も少ないことが多い。このため、若い世代が上司との人間関係に悩むケースも多い。

上司との軋轢の代表的なものとしては、「上司が部下の指導をしないのに、命令だけはする」、中小企業では「手当てなしで残業を押しつけられる」など、企業経営の現実にそぐわない上司の行動に対する不満や、「上司がキレル」といった上司の人格に関わるものなどがある。さらに「上司あるいは企業上層部の方針がころころ変わる」というような、上司も含めた組織全体の運営方針にまで不満を持つケースなどもある。

いずれのケースも、不景気などの種々の理由による、企業の業績悪化にともなうマイナスの連鎖でストレスが生成され、メンタルヘルスを損なっていると考えられる。メンタルヘルスを損なうことで、モチベーションが低下し、さらに業績悪化につながるという悪循環が予想される。

その他

インターネットや電子メールの利用については、相談形態によって、相談内容に特徴がある。例えば、電話相談では、男女交際に関する相談内容が多い。このため、交際のもつれなど、気持ちを共感的に理解しカウンセリングを行う必要のあるケースでは、カウンセリングの技法として対面での相談が不可欠であるため、方法論的にも難しい面がある。一方、法律相談などの情報提供型の相談内容など、利用の成果が期待しやすい。また、一般的に相談のきっかけとしての有効性は期待できる。引きこもり傾向のある人など、なかなか相談に訪れることができない人に対して、情報を発信し、部分的ではあっても、コミュニケーションを取ることで、相談に訪れるなど、事態が悪化するのを予防し、援助できるツールとなる可能性がある。

外部事例 4 医療法人が運営するEAPプロバイダー

電子メールを積極活用

事業概要

外部EAPプロバイダーとして事業を行っている。EAPプロバイダーとしては日本における草分け的な存在であり、企業従業員の心の健康問題に取り組んでいるEAP専門機関である。心の健康やアルコールに関連した問題などについて、専門病院およびクリニックで臨床に携わっている医師、看護師（婦）、臨床心理士、精神保健福祉士などが集まって作られた組織である。臨床現場で培ったノウハウを活かして、企業の規模に合わせた様々なサービスを提供している。現在の利用は増加傾向にあり、外資系企業を中心に約15の企業とEAP契約を結んでいる。

この機関では電子メールによる相談が多い。これは契約先がメールをよく使う外資系が多いこと

と、契約企業の全従業員に対して、年間4回、定期的に電子メールによる案内をグリーティングメールの形で送付していることによると考えられる。

企業概要

所在地：東京都

資本金：300万円

沿革：1993年8月設立。

事業内容：

(1) 心の健康相談：

心の健康相談では、相談室に来所して相談する他に、専門スタッフが定期的に企業を訪れ、その従業員の相談を直接受ける「出張相談」も可能である。また国内の主要都市に提携している相談室を確保しており、出張先や異動先でもケアが受けられるよう配慮している。この他、電話による相談、電子メールによる相談を受け付けている。

(2) 職場における心の問題予防研修：

研修は、自分自身のケア、および管理者によるケアの2側面から行っている。管理者研修、新人研修、専門的な講義と実習による健康管理スタッフ養成、一般社員向けの啓蒙活動など、多様な研修プログラムを企画・開催している。

組織・人員・運営

J社は、医療法人M会の100%出資による有限会社である。同じM会の運営するクリニックが併設されており、クリニックの業務を行う臨床心理士、精神保健福祉士、精神科医師、看護婦、保健婦らが、業務を兼任している。

活動状況

現在、約15の企業とEAP契約を結んでいる。サービス契約を結んでいる企業の多くは外資系の大規模会社である。契約企業の従業員及びその家族、総計約7万人を対象に、下記の2つのサービスを提供している。

(1) 心の健康相談：

相談の利用者の約90%は自発相談である。残りの10%のほとんどは上司による紹介である。相談内容は、職場の人間関係に関するものが最も多い。上司との対人関係や家族問題、社内恋愛に関するものがほとんどである(例：上司に適切に評価されていない等)。続いて、家庭生活に関する内容が多い(例：子供が不登校になった等)。この2つの内容が相談の大部分を占めるが、この他に、「借金」などの経済的問題を訴える人も少なくない。相談者の属性では、30歳代の女性が特

に多い。

相談の形態は、電子メールによるものが1日に3～4件、電話によるものが1日2～3件、直接来所するケースが1日1～2件程度である。電子メールによる相談が多いのは、契約企業の全従業員に対して、年間4回、定期的に電子メールによる案内をグリーティングメールの形で送付しているからではないかと考えられる。

(2) 職場における心の問題予防研修：

主に、新人研修、管理職研修、健康管理スタッフ養成研修の3種類の研修を提供している。なかでも、管理職研修は、管理者自身のセルフケアとともに、部下の対する配慮も必要なため重要である。研修内容は、早期発見および具体的直面化(constructive confrontation)の2つの目的を備えたものである。職場の問題を早期に発見する目的では、問題行動の特徴、疾患に関する簡単な説明とともに、EAPに早期にコンタクトするよう働きかけるような内容の研修が行われる。また、実際の相談状況を見ると、管理職の相談は月に10件にも満たないことから、管理職自身が相談するようにPRを進めている。

その他

EAPサービスの料金は、契約企業の従業員数に応じて設定されている。料金には年4度のメールによる広報は、標準契約に含まれている。ただし来所相談については、企業規模に関わらず相談1回につき相談料が設定されている。この他、別途、従業員数に応じた契約金が必要である。なお、研修プログラムの企画・実施に関しては、EAPサービスのオプション契約となっており、2時間程度の研修を提供している。

外部事例 5 電話相談を中心としたEAPプロバイダー(民間企業)

事業概要

大手建設会社の健康管理センターからの委託を受け、その従業員および家族を対象とした電話相談室を運営している。他に、働く女性のメンタルケア相談、企業のセクシャル・ハラスメントに関するメール相談、企業の相談窓口担当者に対するアドバイザー業務、セクシャル・ハラスメントの研修会運営、EAP研究会の企画運営などの活動を展開している。

企業概要

所在地：東京都

資本金：2000万円

沿革：1990年4月設立。サービス産業の健全な育成、女性の働きやすい環境づくりに貢献す

るとい事業内容に対して、通産省サービス産業室から東京中小企業投資育成株式会社を紹介され、投資を受けた（設立時）

株主構成：東京中小企業投資育成株式会社50%、役員他50%。

事業領域：

（１）メンタルヘルスに関する活動；

相談受付、教育・セミナーの企画運営、研究・調査、ストレス診断等のテストの販売、実施。

（２）女性の働く場の開発と環境整備；

女性能力発揮の場の開発、職場環境整備、家庭をサポートする制度整備、サービス産業のコンサルティング。

事業実績：カウンセラー養成講座、女子学生就職ホットテレホン（女子学生の就職相談）、保険会社の働く女性のメンタルケア相談、建設会社、証券会社等、企業の社員と家族のための電話相談、セクシャル・ハラスメントの企業相談窓口担当者に対するアドバイザー業務、並びに研修会企画・運営、EAP研究会の企画運営

組織・人員・運営

専門スタッフ7名（心療内科医2名、精神科医1名、弁護士1名、税理士1名、労務コンサルタント1名、ケアマネージャー1名）、産業カウンセラー9名、アドバイザー8名（精神科医、医学博士、小児科医、教育評論家など）

活動状況

電話相談事業は、都内の大手建設会社が保有する健康管理センターから委託された。これは、自殺者対策として安全衛生委員会から要請があったものである。

委託者の健康管理センターには精神科の医師が常勤しているが、それとは別に匿名で相談できる窓口として電話相談窓口を開設した。健康管理センターの活動（健康相談、スポーツ指導、健康維持管理など）の一環として利用されている。

対象 社員とその家族が相談の対象となる。実際の利用者は社員の家族が多く、匿名性の高いことが評価されているものと思われる。

特徴 相談時にカウンセラーが記入するフェイスシートと個人番号によって継続相談ができるようになっており、スムーズに相談を続けることができる。また、予約で専門スタッフによる専門相談が受けられ、カウンセラーと専門スタッフが常に緊密な連携をとりつつ相談に当たっている。

相談事例

・相談件数と人数

平成11年度の相談件数は、758件、実数で355名であった。一人の相談者が複数の問題を抱えているケースが大半なので相談件数は人数の倍以上にのぼる。また、無言電話は7件、間違い電話が5件であった。相談者が相談窓口の様子を窺うために電話してくることもあるため、無言、間違いは意味のある数字であると考えている。無言電話などでも、話し始めるまでカウンセラー側が電話を切ることはない。

・相談区分

新規相談（67名）より再相談（288名）が圧倒的に多い（平成11年度）。これは過去の統計と同じ傾向である。再相談をする相談者は、混乱して集中的に電話する時期があるという特徴がある。

・利用者属性

社員の家族かつ女性からの相談が多い。年代では、20代後半から40代くらい。つまり男性社員の妻からの相談が多い。相談内容は夫や子供に関する悩みが多い。男性では40代の相談が多い。40代男性では切羽詰ったケースが多く、電話だけでは解決出来ずに専門家の紹介を受ける者が多い。

・相談内容分類集計

平成11年度の758件の相談の内容は、人間関係（264件）、保健衛生（220件）、仕事（39件）の順に多かった。

主な特徴としては、人間関係では親子関係（125件）、夫婦関係（64件）が多い。保健衛生では、精神面での相談（158件）が、身体面の相談（54件）を大きく上回っていることが挙げられる。

上記以外に人生相談に該当するような相談内容が166件と高頻度であった。電話相談では愚痴を聞くというような、人生相談のようなケースも多いが、近年は自殺願望、重篤なうつ状態、長期の引きこもり、家庭内暴力等の緊急に対応を求められる重大な相談が増加している。

今後の方針

電話相談に寄せられる相談内容から、企業の危機管理の必要性が認められる。

企業の取り組みとしては、コストパフォーマンスがよいEAPに注目している。EAPに関しては、研究会の企画運営等で既に取り組みを始めている。平成11年8月より、大学教授、カウンセラー、弁護士を含めた勉強会を企画運営している。

EAPは起源が米国であり、日本型のシステムに合うように修正する必要があると考えている。この観点から2000年5月に企業の従業員を対象とした意識調査を実施するなど、情報収集に努めてい

る。

このような調査やこれまでの電話相談などから、日本型 EAP で取り組むべき課題としては、まず健康保険制度の健全運営が挙げられる。老人や子供を含めた家族への対応が重要となる。また、少子高齢化への対応も必要である。女性が働きやすいように、子供のケアや介護支援が必要になる。同時に、家族の問題解決支援も課題である。子供の教育に対する過剰意識、子育て問題を母親だけが抱えているゆがんだ家族像への取り組みが必要である。さらに、インターネット利用における倫理の確立も急務である。メール社会における危険察知の方法の確立が未だ整備されていないのが現状である。

こういった課題を踏まえ、個人の自立支援、職場問題解決のための積極的介入、家族も含めた支援体制・教育啓蒙活動、企業経営者への啓蒙活動（企業活動の視点からの）の4点を目標とした日本型 EAP を行いたいと考えている。

外部事例 6 人材総合コンサルティングの一環としての EAP プロバイダー企業

事業概要

「総合人材サービス」を掲げる企業グループ傘下の人材支援会社である。カウンセリング、心理学をコア技術とした人材支援業務を行っており、米国で広く普及している社員支援プログラム(EAP)、再就職支援プログラム(アウトプレースメント)、キャリアディベロップメントプログラム、能力開発研修など、様々なサービスを提供している。

プロフェッショナル・スタッフのリクルート、トレーニングに注力するとともに、プログラムとシステムの継続的な開発に取り組んでいる。また、大学教授を始め学会の研究者、専門機関と広くタイアップし、ネットワークを構築している。

企業概要

所在地：東京都

資本金：2億円(授權資本8億円)

沿革：1999年9月設立であるが、G社グループの傘下となったのがこの時であり、発祥は1993年である。

事業内容：(1)社員支援プログラム(EAP)

心理カウンセリング、専門機関紹介、研修、コンサルティング

(2)再就職支援(アウトプレースメント)

再就職実現までのカウンセリング、研修

(3)キャリアディベロップメントサービス

- (4) 研修
- (5) アセスメントサービス
- (6) 組織人事コンサルティング

組織・人員・運営

専門カウンセラー（有資格者）50名、カウンセリングスーパーバイザー（医師、心理学者、大学教授職員等）数名。

活動状況

メンタルヘルス関連業務は社員支援プログラム、研修、アセスメントサービスの3つが主である。最も力を入れている分野はEAPである。

(1) 社員支援プログラム（EAP）

社員支援プログラム（EAP）とは、職場の人間関係上の悩み、キャリアについての迷い、家族等のプライベートな悩み等で生産性が落ちている社員を、カウンセリング等によってサポートをしつつ問題を解決し、生産性を向上させ、クライアント企業の業績改善を実現するものである。つまりbehavior risk management（行動的危機管理）として提供していることになる。EAPは、米国ではフォーチュン500の大企業の約95%、同100の大企業では100%、中小企業でも約6割に導入されている。この高い導入率は、医療費の削減、欠勤や事故の減少、生産性の向上とモラルのアップなどの効果が実際にもたらされているからである。EAPへの投資は、経済状況とは無関係に、コストパフォーマンスが良いという認識が浸透してきたことも大きな要因である。最近ではリストラ後の社員のストレス低下、活性化に効果を上げているといわれており、米国では数百%～数千%の投資収益率（投入コストに対する収益効果）が得られた企業事例も多数報告されている。日本でもEAPを取り入れる企業が増加している。

心理カウンセリングでは、心理臨床援助とマネジメントにより、自己効力感の上昇を目指している。当社で行われているEAPは広く健康な人々の職場ストレス、夫婦・家庭問題、対人関係（リーダーシップ、チームワークを含む）、キャリア問題、ライフスタイルなど幅広く扱う「broad-brushed-EAP」（広域EAP）である。利用者も臨床的に特に問題のない健康な人が多数を占めており、健康な人に対する予防措置としての色が濃い。臨床的な問題が見つかった場合など、専門的な指導や援助が必要になった場合には、専門機関の紹介も行う。

EAPは企業単位で契約し、その企業の従業員のケアを行っている。基本的には対面のカウンセリングが中心であり、効果も大きい。電子メールや電話、さらにインターネットのホームページなども、ツールとして利用している。

(2) 研修

主に管理職研修を行っている。所用時間は2時間から2日間程度、企業の依頼内容によって異なる。研修内容は、健康な人には、リーダーシップ、コミュニケーション、業務遂行上のストレス対処（健康増進のための認知行動学習プログラム）に関する教育を、臨床的問題を抱えた人に対しては、臨床的援助（認知行動療法など）を行っている。また、社員のストレスや動機づけを最適化するための組織・人事コンサルティングも行われている。

(3) アセスメントサービス

各種心理アセスメントを実施している。アセスメントの目的は、問題を抱えている人のスクリーニングの側面と、さらに企業従業員としての能力やコンピテンス、あるいはEQのような広範な能力の査定という側面がある。このようなテストを人事労務管理に役立てることが、サービスのコンセプトである。

今後の方針

相談に訪れる人の傾向として、職場の対人関係におけるストレスが最も大きいということがいえる。特に近年では、「リストラ生き残り症候群」といわれるように、リストラにより職場の対人関係が悪化するケースが多い。それに対するコーピングの援助をEAPで行っていきたいと考えている。

米国では、サイコロジストとソーシャルワーカーの役割分担が明確であり（7対3）、扱うテーマによって専門化が進んでいる。これに対して日本では、サイコロジストの役割は不明瞭で、サイコセラピーなどは法体系の中ではグレイゾーンである。この点EAPは、法制度の不明確な心理療法よりも、企業やその従業員にとってリスクマネジメントとして活用しやすいというメリットがある。

また、broad-brushed EAP（広域EAP）においては、ストレスマネジメントとキャリアディベロップメントの2側面が重要であると考えている。この2点への取り組みが、個人のエンプロイアビリティを高め、さらなる内面的成長に結びつくと考えている。

その他

カウンセリングの電話予約が可能で、緊急時はカウンセラーが空いていればそのまま電話カウンセリングを受けられる。また電子メールによる相談も受け付けており、原則として翌々営業日までには必ず返信されるシステムになっている。特にホームページの利用については、フィードバックが可能なことから、積極的な利用を検討している。

平日の夜9時まで専用カウンセリングルームを開室しており、働く人にとっては、相談するのに便利な環境が整備されている。

第3章 世界各国の状況と対策

1. アメリカ

職場におけるメンタルヘルス対策に関心が集まるなかで、注目される取り組みとして、米国における EAP (employee assistance program) がある。ここではこの EAP を中心として米国における現状と取り組みをみていくことにする。

米国における EAP とカウンセリング・サービス

米国での EAP 以前の取り組みは、カウンセリング・サービスであり、かなり似たような取り組みであった。EAP に関しては1973年に2人の教授が、体系を整理し名前をつけたものである。

カウンセリング・サービスに関してはウエスタン・エレクトリック (有名なホーソン研究の後に始められた)、メイシーデパート等で1920年代からあった。会社としてカウンセリング・サービスをどのように行うかというやり方としては以下の3種類がある。

カウンセラーを雇う

管理職にカウンセラーの教育をする

外部のカウンセラーを使う

1980年代に制定された Drug free workplace act によって、EAP のような活動が盛んになった。しかしながら、これについても似たような取り組みは以前からあり、ブラック&デッカー社 (工作機器メーカー) では1970年代からアルコールに関するカウンセリング・プログラムがあった。これは、この会社の社長夫人がアル中であり、関心が高かったことにもよる。

アル中対策で有名なものは AAA プログラムでありこれは70年以上前からある。AAA は会社内ではなく、社外のプログラムである。フォード大統領の婦人ベティ・フォードもアル中であった時期があり、直ってから婦人は精力的にアル中対策を支援していた (「お前はベティ・フォードになる有力候補だ」というジョークがある (アル中になるぞの意味))。

BNA の調査では現在 EAP を実施している会社は76%であり、EAP の従業員一人あたりのコストは年26ドルと言われており、それに見合うだけの効果は十分ある。

カウンセリングにはあまりに多くのやり方があり (数百)、明確に定義できなくなっている。セラピーは精神病のようなより重篤なものを対象とし、用語としてカウンセリングとセラピーを使い分けている。今は社内でメンタルヘルス対策を行っているところは少ない (米国でメンタルヘルスというとはほぼ「精神病」のニュアンスになると考えられる)、外部の専門家を利用することを社員に勧める程度になっている。ストレス予防、ストレス対処法等の教育を行っている会社は多い。

かつて、社内のカウンセリング・サービスは、経営陣や上層マネジャーを対象としていた。これはコストがかかるからであり、最近ではEAPのような形で全社員が使えるようになっている。

日本の労災のような保険は米国にもあり、州ごとに運営されている。Workman compensation (Worker compensation) と言われている。歴史的には州毎に順次、制定されたが、メリーランド州は、最初に制定した州のひとつである(1900年代の始め)。連邦職員向けの労災に関する解説書 'Injury compensation for federal employee' ではストレスや過労も含む traumatic injury も補償の対象となることが書かれている。

日本の毎年の社員健康診断のようなものは米国の多くの会社では行われていない。フィットネスプログラムを社員に提供している会社は多く、体力測定等をしてフィットネスプログラムを作ってくれる(日本と同じ)。多くの大学キャンパスにもフィットネスセンターがあり、教職員や学生が利用している。

注)この部分は2000年9月、米国メリーランド大学経営学部のステファン・キャロル教授と会談したときの情報をまとめたものである。教授は最近までメリーランド大学経営学部のMBAの授業を担当しており、その中でEAPについても講義をしていた(EAPについては授業1回分、約3時間の内容)。また、若いときに企業からの依頼を受けて社員に対するカウンセリング等を行っていたこともあった。

事例1 : Faculty and Staff Assistance Program

(メリーランド大学の教職員向けのEAP)

要員は常勤2名(男性と女性)であり、非常勤のスタッフはいない。このキャンパスには約1万名の教職員がいるが、この1万名をこの二人で担当している。

相談事は仕事関係と家庭問題が多い。仕事関係ではテニアが取れない、新しい仕事が上手くできない、上司や同僚と上手くいかない等である。家庭問題とは、介護や子育て、ティーンエイジャーの子供の悩み等々である。大学教員はアルコールやドラッグの問題は少ない。EAP利用者の20%~25%が教員となっており、これは大学での教員と職員の比率に近い値となっている。教員の場合、80%は自主的に相談に来るが、20%が同僚や学部長に勧められて来る。教員はインターネットのサイトを見てメールで問い合わせしてくることも多い。

場所は大学のHealth centerの中にあり、ヘルスセンターは色々な人が使うので来易い場所といえる。面談はこのEAP担当者ふたりのそれぞれの部屋で行っている。カウンセリング用に別に部屋があるわけではない。

メールでの問い合わせが多くなっている。男性EAP担当者はメールと電話が半々とのことであったが、女性EAP担当者(カウンセラー)は大半、まだ電話とのことであった。

最初のコンタクトは電話かメールである。秘書は居ないので、電話は留守電になっている（録音内容の秘密が確実に守れる留守電）。その留守電を聞いて後から EAP 側が電話をする。電話で済まない用件は、面接の予約をし後日来所する。

緊急時のためにページャー（ポケベル）を24時間持っていて、それに対応している。しかし、緊急ということはほとんどない。事件や事故であればまず警察や大学のセキュリティが対応し、EAP としての対応は後になる。

EAP の予算は2人の給料に若干の活動費だけである。1万人の教職員にサービスをしていることを考えれば非常に安い。外部の業者を契約して使うこともできるが、経費はずっと高くなるとされる。

事例2：米国労働省担当 EAP

EAP 担当者は労働省の職員ではなく、Business health service という会社に所属している。この会社が連邦政府全体の Federal Occupational Health（これは厚生省の一部）と契約している。この会社は他の民間会社にも EAP を提供しており、約40名のカウンセラーがいる（米国における EAP プロバイダー（提供会社）の大手は United Health Care, Magellan 等であり、この会社はそれほど大手ではない）。

DC の連邦政府各省庁全体で20名の EAP がいる。この20名の輪番により24時間サービスを行っている。労働省の担当は一人である。労働省3500人を担当していることになるが、EAP は通常4500～5500名を担当するので、対象者が多いわけではない。連邦職員に対しては24時間のサービスがあるが、この労働省担当 EAP が勤務しているのは9:30から5:30である。

一日だいたい5人から10人の来所者がある。カウンセリングは最大6セッションまでと決まっている。受付は電話、面接中等は留守電（機密が守れる confidential voice mail である）で対応している。秘密保護のためメールは一切使っていない。

多い相談内容は50%が家族の問題（子供の問題、介護の問題）、30%が仕事関係（職場の人間関係、新しい仕事に馴染めない、仕事が面白くない、リタイアの問題等）である。

政府職員に対して EAP を始めたのは15年程前からであり、最初はアル中問題であった。EAP にはかつて Organizational Development（OD：組織開発）の考え方が取り入れられたが、今後色々なものが取り入れられていくだろうとこの担当者は考えている。

2. ドイツ

作業関連疾患・労働事故は個人に障害をもたらすばかりではなく、経済にも高いコストがかかる。1998年のドイツでは、疾病による欠勤が総計602百万件あり、この欠勤のうち約8%は労働事故によるものであった (Dieterich, Vetter & Naji, 1999)。現在、欠勤に起因する生産性低下の損失額は、年間40兆ユーロに達すると見積もられている。

病欠および事故率が最も高い職業は、ストレス要因の多い職業である。ドイツの大手健康保険会社が1998年に行った調査データによると、自然科学者の罹病期間の平均日数が4.5日であるのに対して、林業従事者ではその7倍の28.5日であった (Dieterich et al., 1999)。病欠が異なる職業間で横断的に比較できない要因に起因するものである可能性は否定できないが、この結果は、ある特定の職業が病欠に大きな影響を与えうることを示唆するものであるといえる。

健康を維持・促進することは、基本的には人道的・社会的責任である。しかしながら、上述の数字が示すように、これは経済的にも必要なことである。

ドイツにおける法規制

健康維持に関する法的枠組みは、2つの要素から構成されている。即ち、商工団体（同業者組合）と州法に定められた労災防止制度である。

商工団体は、産業部門別に組織されており、ドイツにおける法定労働災害に関する労災保険と労災防止を行う独立した機関である。労働事故および作業関連疾患の被保険者である従業員と共に、企業にもこれらの機関への加入が義務づけられている。商工団体の責務は、労働事故、職業病、およびその他の作業関連疾患や就業不能を防止することである。拘束力のある事故防止法 (Unfallverhuetungsvorshriften) および、労働現場の監査に基づくこれらの法執行により、この責務を果たすことが可能になる。

州の法定労災防止制度には幾つかの法律、条例、および技術的規制（例えば、職場における大気汚染規制、ビデオディスプレイ装置に関する労働者のための規制等）が含まれる。健康維持に関する最も重要な法律は、1996年に施行された労働者保護法 (Arbeitsschutzgesetz) である (1997年改正)。この法律は EC がその全加盟国のために公布した指針を実施するためのものである。労働者保護法は、安全と健康に対して雇用者と従業員双方の連帯責任を負うこと、および科学的背景と客観的調査に基づく包括的な取り組みを行うことを重視している。

労働者保護法に準拠すれば、健康・安全維持対策は以下のものでなければならない。

1. 予防的であること。手続きは健康を妨げる要因の回避を目的とする。
2. 企業特有のものであること。健康を脅かす要因は各企業に特有のものであるので、それぞれの企業が、適切な措置を決定する。

3. 包括的であること。技術、組織、社会、環境、および人的ファクターを考慮する。
4. 最新のものであること。最新の科学知識と技術的解決策を考慮して対策を計画し、実行する。
5. 継続的であること。計画し、制定された健康維持対策の有効性については、継続的に監視し、改善しなければならない。健康・安全に対する有害な要因が何であるかを特定し、それを除去または軽減する。また、影響を受ける従業員個人に情報を知らせなければならない。このため、手続きは明文化し、監視し、改善する必要がある。
6. 協同的であること。影響を受ける関係者全員がこのプロセスに積極的に関与し、責任を担う。

1973年以降、産業医、健康・安全管理者、および、その他の労働安全の専門家に関する法律によって固有の責任の所在が定められた（「労働者保護法」）。従業員20名以上の企業は、健康・安全管理問題に関して会社に助言を与える労災対策の専門家および健康・安全管理専門家委員会を任命することが義務づけられている。

これらの法規制は精神的・身体的健康の両面において重要である。すなわち、労働者保護法は、技術的な計画の拙さに起因する危機ばかりではなく、組織面の欠陥および心理社会的ストレス因によって生じる危機にも対応しているからである。例えば、ビデオディスプレイ装置関連業務における健康・安全に関する規制は、心理社会的ストレス因の監視を明確に求めている。

つまり、ドイツは職場における健康・安全に関する規制を広範に定めている。しかしながら、一般に、法律、条例、規制の数が多く、責任が分散しているため、法律が定めた可能性の全ては実現できないと批判されている。

理論的根拠

多くの疫学研究および心理学研究により、健康に及ぼす労働の重要性は証明されている (e.g., Greif, Bamberg, Semmer, 1991; Leitner, 1993; Rosenbrock, 1993)。労働には、種々のストレス因のようなメンタルヘルスに対するリスクがともなう。しかし、それと同時に労働は、自己実現、人格発達、および安寧 (well-being) への機会も提供するものである。

どの労働要因が健康に危害を与え、どの労働要因が健康を促進するかについての理論的説明は多数ある。ここでは、ドイツにおける職業上の健康促進を裏づける、最も一般的な概念を幾つか述べる。多くの職業上の健康促進対策は、行動抑制理論およびストレス理論に基づいている。この2つの枠組みはともにストレスの発生とその結果について説明しているものである。さらに、資源に重点を置いた健康発生論的アプローチ (salutogenetic approaches) および個人の健康行動を規定する諸条件を重視した健康関連行動に関する概念も挙げられる。

ストレス理論モデル：特に、トランザクショナル・モデル (e.g., Lazarus & Launier, 1978) は、健

健康問題を伴うストレス要因間の関係に焦点を当てている。これらのモデルによれば、ストレスの原因は個人特性のみでも、環境特性のみでもない。原因は、個人の要求、意思、スキルと、職場環境の特性とが不均衡な状態であることなのである。ストレスは、人間と、統制不可能で不利益を被る環境との不均衡によって引き起こされる (Greif, 1991)。この理論によると、ストレス要因とは、高確率でストレス反応を生起させ得る状況のことである。Mohr & Udris (1997) は、ストレス要因を、職務関連ストレス要因 (過小負担、過大負担、障害・妨害)、物理的ストレス要因 (騒音、煙、熱、埃)、時間的ストレス要因 (夜間勤務、交代制勤務、呼出しによる仕事、時間的プレッシャー)、社会的ストレス要因、および組織的ストレス要因 (ソーシャルサポート欠如、集团的無秩序、役割葛藤、上司の行動) に分類するよう提案している。

短期的および長期的なストレスの影響は3つのレベルで見られる。すなわち、生理的・身体的レベル (心身症など)、認知・情動的レベル (抑うつ状態など)、および行動レベル (業務遂行や余暇行動の減少など) である。

個人がストレス要因をどの程度ストレスフルと感じるか、および、ネガティブなストレスが個人の健康に与える影響がどの程度かは、個人の状況評価とコーピング・プロセスによって異なる。認知的評価は、個人がストレス要因を評価し、また、状況に対処するために利用可能な個人的資源を評価するプロセスである。コーピングは、問題焦点型コーピングと情動焦点型コーピング、積極行動型コーピング、および消極回避型コーピングに区別できる。コーピングのネガティブな効果についても考慮することが重要である。すなわち、ストレスは効果的でないコーピングによって発生したり、悪化することがあるし、コストが効果を上回ったり、コーピングが望ましくない副作用をもたらすなら、そのコーピングは役に立たないからである (Schönpflug & Batmann, 1988)。

個人資源はストレス・プロセスにおいて重要な役割を果たしている。すなわち、これらの個人資源によって、その困難さにも係わらず目標達成し、より良い方法でストレス因に対処し、悪影響を低減させることができるからである。個人資源は、認知的評価、およびコーピング過程に影響を与えることで、直接的あるいは間接的にストレス・プロセスに影響を与えている。個人資源は、個人がより良い方法でストレス要因を処理できるようにすることで、ネガティブなストレスの結果を緩衝させる時に、間接効果 (緩衝効果) を有するという。ストレス要因と無関係に個人資源が健康に良い影響を与える時には、直接効果があるという (for an overview see Frese & Semmer, 1991; Pfaff, 1989)。

健康発生的アプローチ： このアプローチは、特に資源の重要性を強調している (Antonovsky, 1987)。このモデルが強調するのは病気を引き起こす原因ではなく、健康維持のための前提条件 (資源) である。ここでの中心的問題は、種々のストレス要因のや疾病発生要因の影響にも係わらず、個人が健康を維持することができるのは何によってか、ということである。

資源は状況資源と個人資源に区分される。状況資源には、健康な環境、良好な居住環境と物的保

証、良好な家族機能と社会的接触、および満足な労働条件が含まれる。個人資源には内的統制感、自己効力感、コーピングスキル、問題解決スキルが含まれる（more in detail see Antonovsky, 1987）。

職場における重要な外的資源は以下のものである：

- ・自由裁量権の広さ。
- ・職務遂行（職務遂行には、あらゆるレベルにおいてスキルと能力が要求される。例えば、単純な自動車運転スキル、複雑な計画や決定のスキル等（階層的遂行）である。また、職務活動に関しても、あらゆる局面においてスキルと能力求められる。例えば、目標設定、仕事の準備、職務遂行のための組織作り、結果の監査等（持続的遂行）である）。
- ・職務要求の変異性（広汎なコンピテンシーとスキルおよび知識が要求される）。
- ・融通性のある時間操作。
- ・仕事の有意義さ。
- ・職場環境全体、および特定の職務に関して透明性があり、理解し易いこと。
- ・ソーシャルサポート

外的および内的資源は相互に影響し合う。高度の人的資源（内的資源）を有する個人は、高等教育、高収入、社会的特権階級、業務上の裁量権の広さといった、高水準の状況資源（外的資源）を有することが多いという指摘もある。

ストレス理論および健康発生要因理論の概念は、ともにストレスの評定とコーピングにおける個人差の重要性を強調したものである。逆に、行動抑制論は、個人の労働活動とストレス・プロセスにおける類似性を強調したものである。個人の活動を抑制する要因は何であるか、また、どの要因が個人の評定とは無関係に人の活動を容易にするのだろうか。行動抑制論に基づけば、ストレス要因および資源は、環境における客観的要因と定義し、測定することができる（Greiner, 2000; Oesterreich & Volpert, 1986）。

行動抑制論： この理論は一般に、人の行動が異なるレベルの行動抑制に基づいて階層的に構成されるものとして概念化している（Volpert, 1982）。個人は上位レベルの動機に基づいて特定の目標を導き出す。これらの目標に基づき、個人は下位目標および特定の行動計画を展開する。そして、その行動が目標を達成するものであるかどうかを監査しつつ、特定の行動を遂行するのである。行動抑制論に基づき、観察的インタビューによって職務のストレス要因と資源を測定するための、職務分析方法が多数開発された（for an overview in English see Hacker; 1994; Frese & Zapf, 1994）。この方法の利点は労働者個人の評定と無関係に、職務特性を「客観的」に評価することである。さらに職務ストレス要因および資源を詳細に記述することができるので、職場の再設計のための具体的な問題解決方法を導きだすことが可能である。

行動抑制論において、ストレス要因とは労働者を能率的に管理しなければ、目標達成を妨げる職務特性と定義される。このストレス要因の例に含まれるのが、職務に関して必要な情報の欠如、不適切な労働手段、あるいは仕事の頻繁な中断がある。これらの状況は労働者に当初の計画から離れることや、割り当てられた職務のやり直しを求めたり、あるいはリスクの大きい行動を要求することになる (Greiner & Leitner, 1989; Greiner, Radland et al., 1997)。さらに、ストレス要因には、職務目標と価値や規範が矛盾する、というような、不確かで、相反する目標というものも含まれる (Semmer, 1991)。

資源とは、個人が選択することのできる一連の可能性を提供する機会と概念づけられる。資源は個人が状況に影響を与え、個人の考えに従って行動し、スキルとコンピテンシーを適合させ、発展させることを可能にするものである (Ducki & Greiner, 1992)。

異なる理論的枠組みに基づくものではあるが、これらの考え方は国際的に著名な要求度 - コントロールモデル (demand/control model) の根拠にも似通った部分がある (Karasek & Theorell, 1990)。要求度 - コントロールモデルと同様に、行動抑制論においても、学習および人格発達のためには、職務における裁量権が重要であることが強調されている。ドイツでは、要求度 - コントロールモデルは、職場ストレスと職場資源の両方を概念化したという理論的貢献から広く認知されている。しかしながら、実際には職場への介入に際して、要求度 - コントロールモデルが利用されることは余りない。というのも、このアプローチによって得られるデータが、具体的な職場の再設計に関する示唆を得るには十分なものではないのが常であり、「職務における裁量権の拡大、および職務に関する要求の減少」のように、極めて広義な勧告を出すだけにとどまるからである。

健康関連行動のプロセス・モデル (Schwarzer, 1992)： このモデルは、健康関連行動の必要条件と、健康関連行動にその他の影響を与える要因を強調している。Schwarzer は意志論に言及し、行動する意志とその実現とを区別している。意志が発展する段階では、潜在的ストレスの影響評価を決定する要因が重要である (健康に対する脅威度、主観的罹病性・罹病可能性)。さらに、特定の健康維持行動が個人的に利用可能で、有効であると予期するような意志の発展において、資源は重要な役割を果たす。第二段階、即ち、意志の実現においては、自己効力の予期が重要である。

このモデルに沿えば、行動を変容させる動機付けのために、健康に対する潜在的脅威について個人を教育するだけでは不十分である。それに加え、潜在的な健康維持行動を可能にし、その意識を持たせることで、意志を行動に置き換えるように支援しなければならない。この概念から、健康への介入に関して2つの示唆が導きだされる。即ち、脅威を明確にすべきであること、および、健康維持のためのスキルを発達させなければならないことである。

職場における健康介入に対するストレス (および行動) に関する理論の適用と、健康発生因に関する関心の増加により、単に病気を予防することよりも、健康促進がより重要視されるようになった。社会的および政策的な議論は、この変化を全体的に裏付ける論拠となった。

政策面のフレームワーク - オタワ憲章

世界保健機関（WHO）は「オタワ憲章」と呼ばれる指針を示した文書において、健康促進の目的と目標を定義している。

ボックス：WHO が発表したオタワ憲章の概要（1986）

健康促進とは人々が自らの健康を管理し、改善できるようにするプロセスである。身体的、精神的、および社会的に、完全に安寧な状態に到達するために、個人または集団は、その願望の対象を確認し、実現し、要求を満たし、環境を改善するか、或いは環境に対処することができなければならない。従って健康は生きる目的ではなく、毎日の生活の資源と見なされる。健康は社会的および個人的資源、並びに身体的能力を強調する積極的な概念である。それゆえ健康促進は保健部門だけの責任に留まらず、健康なライフスタイルを超えて well-being にもかかわるのである。……生活、仕事、および余暇のパターンを変えることは健康に著しい影響を与える。仕事と余暇は人々の健康の源でなければならない。社会が仕事を組織するやり方は健康な社会を創造する助けとなるものでなければならない。健康促進は安全で、飽くことがない、楽しく満足できる生活と労働の条件を創り出すのである。

(<http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>)

WHO によると、労働条件は健康に中心的な役割を果たす。これを職業性の健康促進に適用する際、オタワ憲章では以下の様に目標を定めている：

- ・職業性の健康促進はストレス要因および資源を対象とする。
- ・健康の身体面だけでなく、心理社会的側面をも考慮する。
- ・職業性の健康促進は、従業員のスキルとコンピテンシーの水準を上げることにより、従業員を適応させる。
- ・職業性の健康促進は、個人の行動および労働条件を対象とする。
- ・職業性の健康促進は、特定のハイリスクグループを対象にするのではなく、従業員全員を対象としたものである。
- ・職業性の健康促進は、従業員および保健専門家を含む関係者全員が関与する長期的な構想を必要とする。
- ・職業性の健康促進は労働者の参加が必要である。

オタワ憲章の指針は、過去15年間にわたり、多くの欧州の決議に影響を与えた。例えば、1995年に EC は健康促進法案を可決したが、この法案の主要領域の1つには、職業上の健康促進が含まれていた。この法案に基づき、全国連絡センターおよび中央連絡事務所を備えた欧州ネットワークが、ドルトムントのドイツ連邦職業安全・健康管理機関内に設立された。連絡センターの目的には、情

報交換とプロジェクトの支援が含まれる（EC における健康促進に関する報告の詳細は Wynne & Clarkin (1992) を参照されたい）。

ドイツでは、過去数年間の膨大な健康促進プロジェクトに影響を与えた国内法案の中で、オタワ憲章の主要構想が明確に述べられている。極く最近では、商工団体も、その責任を負うべく職業上の健康促進対策を採択した。

職業上の健康促進プロジェクトの手順

健康促進に関する包括的な企業構想は、健康促進の一般論を理解し、法的に起こり得るあらゆる事態について研究し尽くすために有用である。健康促進は、組織の発展と個人資源手段の一部であるべきで、また、一般的な声明ではなく、特定のプロジェクトによって実行されるべきである。

内部運営委員会による活動全体の調整が重要である。委員会は関係者全員を関与させねばならない（経営陣、労働協議会の代表、産業医、安全管理技術者、人的資源管理者、影響を受ける部署の代表、健康保険業者代表等の外部の保健専門家）。

健康促進プロジェクトは次の様に段階的に進めるのが理想的である。即ち、目標の決定、問題点の分析、介入と評価である：

第一段階で運営委員会はプロジェクトの目標を決める。この目標に基づき、次の段階を計画する。例えば、高い欠勤率は健康促進の出発点となることが多く、この場合のプロジェクトの目標は欠勤率を減少させることである。プロジェクトは仕事の満足度、労働の動機付け、および従業員の well-being の強化を追求することも可能である。

第二段階、即ち問題分析の段階では、就業困難のデータ、従業員面接、或いは職場の検査等、企業内にある健康状態に関する入手可能な数字を全て突き止め、分析する。これらのデータから、変革に向けた提言を引き出せることを明示することにより、その企業に特有のリスク内容が確定する。この詳細な分析は、当該企業特有の健康に対する危機に焦点を合わせ、特定の専門または職業グループの特殊性を考慮した介入計画を作るために必要である（詳細は Ducki(2000)を参照）。

分析結果は、次の介入段階で実現させるべき介入案である。介入には職場環境を改善するための様々な話題および手法を伴ったトレーニング、セミナー、或いは健康サークルが含まれるだろう。介入は個人の行動を目標にすることもある（背骨保護のための持ち上げ方の訓練、ストレス管理、または管理様式等）し、労働条件を目標とすることもあるだろう（時間外労働の減少、職務計画の改善等）。この両方が組み合わされることもしばしばある（例えば、職場における人間工学的設計の改善と組み合わせた背骨保護指針）。

いわゆる「健康サークル」は職業性の健康促進対策上、最も一般的な手段の1つである。健康サークルは、仕事上のストレス要因と資源について討論し、それらを変えるための解決法を身につけていこうとする従業員のための、一時的な作業集団である。このようなグループの規模と構成、存続

期間、および会合の頻度に関するアプローチは様々である (Westermayer & Baehr, 1994)。また、健康サークルの殆どは鉄鋼・金属製造産業および化学産業界の大企業で設立されている。

最後に、評価段階で、介入がその効率性と効果について評価される。評価は、介入前後に同じ指標を用いて行われる。この結果から、進行中あるいは企画済の介入の手続きが、必要に応じて修正されたり、または、新しい健康促進プロジェクトが開発され得るのである。

プロジェクトの期間は介入の種類による。新しい労働手段の購入のような方法は、数週間から数ヶ月以内に完了することができる。作業グループの導入のように、重要な労働設計の変更は数年間かかり、単一の介入だけではなく、幾つかの複数のプロジェクトを必要とする。特に、比較的大きな介入の場合、健康促進を組織の発展と結びつけることが必要である。

対策好事例

1991年に欧州情報センターが設立され、エッセン市(ドイツ)の連邦疾病保険金庫連合会に置かれた。本センターは WHO 協力センターとして職業上の健康促進のためにも働く。このセンターは一般情報以外に、職業性の健康促進に関する対策好事例を集めている。

ドイツにおける活動を例示するために、大企業と小企業の2例を提示する。これは企業の規模によって条件が非常に異なるためである。さらに3つ目の例では、職業上の健康促進の考えを広めるのに有効な方法を示す。

大企業における健康促進対策

一般に大企業は高度な健康管理システムを設けている。健康管理および社会的サービスのために特別な専門家を雇い、健康促進のための予算を別枠で確保している。通常、大企業には労働者の健康管理権を雇用者が遵守しているか観察し、実施させる強力な労働評議会がある。ボックスはドイツのある大企業(フォルクスワーゲン社)を対象にした事例研究について述べている：

ボックス：VW 株式会社における健康促進(欧州19ヶ国におけるケーススタディを記載した職場における健康促進のための欧州ネットワークが作成したパンフレット「対策好事例」から引用。
<http://www.bkk.de>)

自動車部門における世界的な企業であり、ドイツ国内に6ヶ所の工場と104,000人の従業員を抱え、グループ経営会議、および中央労働評議会を有するフォルクスワーゲン社は職場での健康・安全管理ならびに健康促進に関するガイドラインを設定した。このガイドラインは、世界各地での最低基準を概説してある。これに加えて健康管理に関するガイドラインがすべての国内工場に適用される。職場における健康・安全管理および健康促進に対して従業員1名あたり年間約260マルクが投資される。

VW における健康管理は、保健部門、各工場の職場における健康・安全管理委員会(利用可能であれば

「健康管理作業グループ」)によって運営される。保健部門、職業安全管理部門、労働評議会、および企業健康保険基金(BKK)もこれらの作業グループの典型といえる。さらに、職場における健康と安全管理に関する討議は毎年行なわれている。

会社の包括的な健康管理報告制度は健康管理の対策を計画する際の基礎となる。このためにリスクの分析、職場における健診、従業員調査、並びに疾病および就業不能による欠勤の分析等の結果が検討される。VWでは、従業員は保健グループ、アイデア管理、特別研究講習会、調査、およびトライアウト法等の健康に関連した多数の活動に参加している。

会社は、背中と姿勢矯正コース、リフティング/キャリング健康トレーニングコース、およびリラクゼーションコース等、従業員の間で健康に対する意識を高めるために多様なプログラムを用意している。「職場における協調行動」に関する労働協定は会社が、いじめ、セクシュアルハラスメントおよび人種差別と積極的に闘う姿勢を明確に示している。

これらの広汎な取り組みは影響力があり、利益が得られる。例えば、間接労働(overhead work)の排除等により職場での身体的ストレスが著しく減少した。1991年から1998年にかけて労働時間百万時間あたり、健康の比率は91.6%から96%に上昇し、産業事故数(賃金労働者)は13.7%から10.7%に減少した。目標にした職場および安全管理に関する措置により特定の健診が不必要になり、その結果、財政上の利益を算出することができる。例えば、ヴォルフスバーグ工場では年間で240,000マルクを節約できた。別の工場では、予防プログラム「スキン」によって、接触性皮膚炎により失われる日数が約1000日減少した。アルコール中毒の従業員25名に対する治療措置の導入によって、このグループの病欠日数が1年間に1420日から351日までに減少した。

この例が示すように、通常、大企業は会社内に健康管理制度を設けている。その活動は多様であり、身体的な面ならびに心理社会的な健康面にも対応し、詳細な問題事項の分析と健康監視・報告制度によって得られたデータを基礎にしている。職場でのアルコール防止、皮膚の保護、或いは間接労働減少のための技術的な解決策等の従来からの予防プログラム以外に、プログラムには従業員の健康行動に関する訓練(背骨と姿勢矯正コース)或いは協調行動に関する訓練(集団的無秩序行為に対する対応)が含まれる。仕事の状況を緩和する措置は個人の行動変容(behavioral modification)に対する措置と密接に絡み合っている。健康サークルおよびトレーニング・コースは健康促進のための主要な手段である。

中小企業における健康促進対策

中小企業(従業員数250名以下)の条件は大企業とは異なる。企業の規模および大企業と異なる法的要件(例えば、数年前まで大企業のような産業医の配置は法律で義務づけられていなかった)によって、健康管理対策は通常制度化されていない。会社内に健康問題に関して取り組む要員はいないことが多い。小規模企業において、経済的問題が前面に置かれることが多いが、これは企業の多くが生き残るために闘っているからである。健康促進は経済的問題よりも下位の懸案事項であり、それが明らかに会社の維持に役立つのであれば、注目を浴びると考えられる。中小企業において健康管理が実現されるか、あるいはどの程度実現されるかということは、個人事業主の知識と心構え

に依る。事業主は兼職している多数の職務と責任により、過負荷状態に置かれていると思われる。健康に与える労働の重要性、雇用者の法定義務事項、健康保険会社、商工会議所または商工組合等の外部プロバイダーが提供する健康管理活動に対する支援についての専門知識に欠けていることが多い。

この現状では上述の様な措置や手段を利用することはできない。要するに、会社の財政に対する潜在的なプラス効果に関する情報を提供することで、健康促進の有用性についてトップの主要関係者を納得させなければならないのである。

中小企業にとって健康促進が重要である理由は幾つかある。ドイツでは、労働者の過半数、即ち、従業員総計の約60%が中小企業で働き、43%は労働力が50名以下の企業で働いている。従って、特定の健康に対する危害は小企業において、より大きいと思われる。大企業に比して小企業における事故の危険は2倍である。致命的な労働事故、或いは補償が必要な事故に関しては、さらに大きな格差が認められると考えられる。典型的なストレス要因は騒音、寒さおよび多湿環境での労働等の物理的ストレス、および厳しい時間的プレッシャー、時間的にゆとりのない締切期限等の大きな心理社会的ストレスがある（Sorchert, 2000）。往々にして作業手段が時代遅れであり、このために特定の健康リスクが生じることがある。これらの理由から中小企業における健康管理の対策は重要である。しかしながら、中小企業における特殊な環境が有効な労働・健康管理の妨げとなっている。

この特殊な状況を鑑み、中小企業における健康促進措置を確立し、奨励するために多数の対策が開始された（概要に関しては Sorchert, 2000 ; Busch,1998を参照）。

以下の指導原理が重要である：

1. まず情報を伝え、健康促進プログラムの経済的利益に関して雇用者を納得させる。
2. 大企業と同様に、健康促進の主要原理（特に従業員の適応と参加）は中小企業においても用いるべきである。しかし、中小企業に特有の状況には特定の措置を適用する必要がある。例えば、健康サークルを中小企業で運営することはできない。中小企業では会合を準備することにさえ十分な人数の従業員がいないからである。
3. 主要関係者は企業の経営者、監督者、および管理プロセスを大いに支援するか、逆に妨げる可能性がある現場監督者である。支援を得るためには、健康促進の価値について彼らを納得させなければならない。健康促進の対策に彼らを積極的に関与させるべきである。
4. 健康促進は日常の問題から始める。雇用者および従業員の日常的な心配事、悩みの種を出発点とし、健康プログラムの目的とする。企業および産業によって異なる特有の目的がある。例えば、建設業界では安全に対する危害を減らすことが最も重要である。家具製造業にとって無害な木材防腐剤の利用が関心事であり、金細工師は健康に対する電気メッキの危害について心配している。健康促進プログラムは当該産業および企業に特有なものなければならない。

5. 手順は簡易で、遂行と管理が容易であり、コストが妥当でなければならない。直接労働現場で行うことができるプログラムが最も見込みがある。例えば、教室で時間を過ごすというように、自分達の職場から離れた活動への参加が必要なプログラムは従業員の数が少ないこと、また交代要員を見つける問題があることから失敗する可能性がある。健康を護り、同時により良い方法で仕事を組織するのに役立つ解決法が最も説得力に富む（下を参照）。
6. 中小企業健康促進措置は1社内ではなく、むしろ商工組合、同業組合、或いは商工会議所等の特定産業界のネットワーク内で組織化する。

高い事故率および大きなストレス要因で知られている建設業界を対象にした事例について、上記の一般ガイドラインがどのように実施されているかをボックスに例示している。記載されたプロジェクトはドイツにおける組合の包括的組織であるドイツ商工組合連合が運営するテクノロジー情報センターが行なったものである。このプロジェクトの目的は建設現場における日常の作業を健康予防対策と組み合わせることであった。

ボックス：建設現場における健康促進対策

プロジェクトは1997年に先ず問題分析から始められた。建設業に関する健康保険会社のデータを分析し（大工、屋根職人、レンガ職人、塗装工、およびニス塗装工）、さらに建設労働者250名と面接し、建設現場25ヶ所を視察した。

極端に高い事故率および筋・骨格系統の疾患（背骨と関節、特に膝の問題）がこの産業の主要な健康問題であると確定された。主要な職業性ストレス要因には、悪天候（寒さ、湿気、熱、通風）特に解体工事中の埃、不十分な時間計画または納期の変更による早いペースでの作業、および木材防腐剤と溶剤等の有害物質に曝されることが含まれた。

とりわけ現場監督はストレス原因を軽減させるための適切な措置に関して幅広い専門知識を有していた。彼らは作業準備過程における改善、特に時間計画の改善、特定の建設現場における特有な必要事項に関する考慮、および顧客とのより明確な契約条件について提案した。その他の解決策には作業手順およびテクノロジーの改善、労働者に対する決定許容範囲の拡大、監督者、管理者、および労働者の行動の修正が含まれた。

現場監督と密接に協力して、作業実施の改善計画および組織化に関する具体的な解決案が開発されたが、これはより有効な健康管理を保証するものでもあった。

建設現場に持ち運ぶために、作業計画に関する携帯用掲示板が設計された。可動式の記号を用いて、毎日の作業員、機械、車両に関する割当指示を示すことで一週間前の調整が可能になり、誰でもこれを見ることができるようになった。掲示板には各職務に関する必要な安全装置についても掲示された。その他の手段として監督者、現場監督、および作業員が利用する建設現場の準備に関する点検表があった。これらの点検表は特定の職務（例えば、レンガ積み、コンクリート作業、屋根ふき等）に関連し、技術、組織、および個人レベルで防止策に対応している。例えば、この表では墜落に対するあらゆる必要な安全要点を点検される（梯子の踏み板は安全であるか、支持板で安定性が高まるか、作業用足場なしで作業に対する

安全装備は充分であるか)。これらの点検表は運搬可能な計画掲示板に添付して、建設現場のトレーラーに掲示された。

労働者および管理者側の双方が計画掲示板と点検表を有効であると判断した。これは実際に利用され、しばしば変わる建設現場に容易に持ち運ぶことができるので、機の引出にしまわれることもなかった。これらの手段は二通りの意味で役立った。即ち、これは先ず日々の計画を改善し、従って不十分な計画によって発生する潜在的なストレス要因を軽減した。二つ目にこれは労働者に安全要点の重要性に気づかせる等して、健康・安全管理のガイドラインを実行し、強化するのに役立った。(Bechmann, 1998)

日常の作業に関する簡単な解決策による好事例が幾つかある。例えば、パン製造業のためのプログラムは、背中を保護し、直接職場で教えることができる立ち上がり、屈み込み、および持ち上げるテクニックの訓練を利用した(Hauss & Kuhn, 1998)。

別のプロジェクトの重点は企業主に情報およびリスク評価手段を提供することである。パンフレット「健康的な手工業」、コンピューターを利用した情報および文書化のシステム、およびリスク分析の手引書を用いて、手工業会社は会社特有の安全管理レベルを評価し、改善のヒントを得ることができる。

これらの例は大企業と比較して、中小企業における健康促進措置に対するアプローチの違いを例示している。小企業にとって適切な構想はより企業特有なものであり、日常の作業生活に関してその企業特有の必要性に合わせて明確に設計される。

職業上の健康促進対策と広報活動

職場における健康促進プログラムの例は多数あり、その一部は出版されたり、会議で発表されている。ネットワークも健康促進プログラムの普及に貢献した。成功した健康促進プロジェクトを表彰することは健康促進対策に尽力した者の努力に報い、対策好事例に関する情報を広め、新しい主人公を勇気づけるための異なる戦略である。その一例がボックスで示す企業・経済界・行政機関のためのハンブルク健康管理賞である。

ボックス：ハンブルク健康管理賞

企業・経済界・行政機関のためのハンブルク健康管理賞は、被雇用者、組合、および利害団体の協同グループであるハンブルク健康促進専門委員会によって始められた。賞は次の幾つかの段階を経て準備された。

1. 指名を受けた作業グループが職業上の健康促進プログラムを評価する手順を開発した。グループは政策的・専門的な考慮事項に基づき質の評価に関する基準を明確にし、申請者が記入する質問表を考案した。
2. 科学および専門的領域等背景が異なる部門および社会的・職業的に異なる利害グループを代表するメンバーによる審査員団が任命された。
3. 請の呼びかけを開始し、主要メディアで発表した。

4. 審査員は申請者が送付してきた質問表を評価して、健康促進プログラムの質について評価した。決定を容易にするために、審査員は作業グループが定めた質に関する基準に基づき加重基準リストを開発した（例えば、リスク評価は定期的に行われているか、運営委員会はあらゆる活動を調整するのか、健康促進のための資源があるか、労働者はどの程度関与しているのか、企業に健康促進の構想があるのか、プログラムが個人の行動ならびに労働条件を目標としているのか）。
5. 二次評価を行うために審査員2名が一次審査で選定された企業を訪問した。
6. 最後に受賞者として金属製造業界の企業、公益事業提供者、および学校を決定した。

この競争への参加者の数は驚くほど多かった。規模の異なる会社30社が申請したが、その大部分は大企業で、従業員数は合計32,000名になる。これらの企業の大半は、二次審査に到達しなくとも、包括的な健康促進プログラムを有していた。企業が健康促進を社会に与える企業のプラスイメージの重要な部分と見なしていることが明らかになった。

このケースのように、政治家の公約によって支援された賞（および類似した活動）は参加企業の利益を遥かに超えた効果がある。入賞した企業はその努力をさらに強化し、そこから学ぶことができる他社にとって好事例となり、励みとなる。入賞しなかった企業もその努力が認められる。これについて公に知られることになり、同様なプログラムを開始する、或いは支援する動機になるだろう。健康促進の維持は単独の組織を超えた取り組みとプロセスによって支援される。

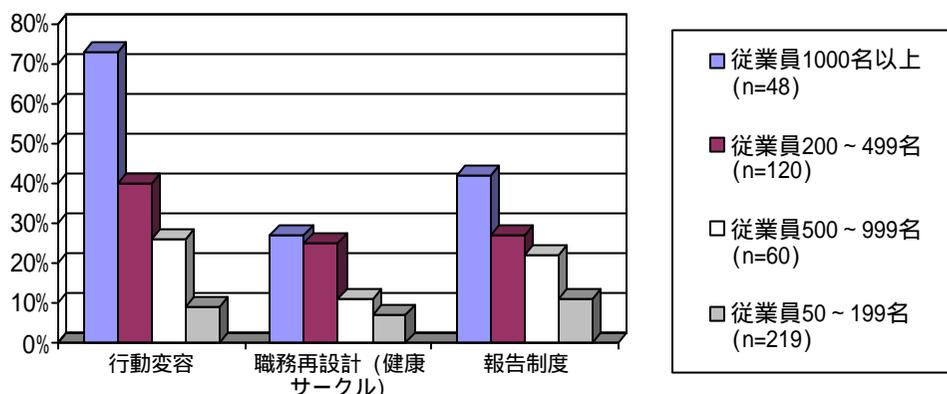
ドイツ語圏における職業上の健康促進対策の現状

ドイツの職場における健康促進に関するレビューは Groeben & Bos (1999) および Hartmann & Traue (1996) が、スイスに関しては Schwager & Udrist (1998) が、オーストリアについては Burgdorfer & Meggeneder (1997) および Busch, Huber & Themessl (1998) が提供している。

ドイツに関して、両名の論評とも同様な結論に達している。Hartmann & Traue (1996) は105社と企業健康保険基金のプログラムを調査した。その結果個人の行動変容を目標にしたプログラムが大勢をしめていることが判明した。63社（60%）が平均して5から6の行動変容を目標とした異なるプログラムを提供し、その大半は筋肉・骨格系統の問題の予防、食事の改善、ストレス管理訓練、有害物質乱用の軽減、および体重コントロールに関するものであった。約10%の企業だけが健康促進のための職場設計プログラムを持っていた。調査で企業の規模と範囲および健康促進プログラムの質の間に明確な関連性があることが明らかになった。相互に調整され、組織の開発に組み込まれたプログラムは僅かしかなかった。

447社との面接で得たデータにより Groeben & Boes (1999) が行なった最新の研究結果も同様であった。健康促進策の大部分は個人の行動変容、主として運動、リラクセーション訓練および有害物質乱用防止を目標としたものであった。ニーズに関する評価および労働条件を変えるための措置は殆どなかった。健康の監視と報告制度および「健康サークル」は主に従業員数500名以上の大企業

で行われていた。中小企業でこれらの手段が利用されることは稀であった。ニーズの評価および仕事の設計措置は、他の業種におけるよりも製造産業の企業で多く講じられていた。行動変容プログラムではサービス産業がリードしていた (Sorchert, 2000, pp.18)。



図表 1：企業規模別健康促進対策 (Sochert, 2000)

Schwager & Udriș (1998) が行った研究には、スイスの企業78社および109の異なる健康促進プログラムが含まれた。これらのプログラムの80%は行動変容を目標としたものであり、20%は労働条件の変更に対応したものである。行動変容を目指したプログラムは主に有害物質の乱用、心臓血管系の検査、社会的スキル訓練、リラクゼーション、およびストレスコーピングに重点を置いたものであった。労働設計プログラムには組織の設計、人間工学的設計、および勤務時間に関する設計が含まれた。この著者達も個人の行動変容に焦点を合わせた、一回限りの短期間の措置が大勢を占めていると結論づけている。また、従業員の参加が不足している事例がしばしば見られた。

Burghofer & Meggeneder (1997) は郵送調査により、オーストリアの企業17社に健康促進プロジェクトがあることを確認した。これらのプログラムの半数は医療予防プログラムと運動プログラムであった。作業関連のプログラムは危険な環境に晒されている状況だけを対象にしたものが多少ある程度で、健康促進要因には取組まれていなかった。Busch et al. (1998) はオーストリア西部の15社における健康促進プログラムを検証した結果、その大部分が、行動変容への介入、運動、有害物質の乱用、およびストレス管理のプログラム (リラクゼーションと問題解決プログラムを含む) であると述べている。少数の労働設計プログラムは人間工学的変更、作業予定、および栄養改善を含んでいた。何れの企業にも包括的な健康促進策の構想もなければ、計画されてもいなかった。少数のモデルプロジェクトを除いて、オーストリアには包括的な職業上の健康促進プログラムはない。

要約すれば、上記の研究は幻滅的な像を示している。即ち、短期の、一回限りの措置が大勢を占

め、労働条件よりも個人の行動変容を重視している。先に略述した職業上の健康促進に関するガイドラインを採用した例は稀であり、採用しても大企業だけであった。

ここで検討した研究を解釈する際に、ふたつの潜在的な偏りを考慮しなければならない。まず、データは通常企業の専門家との面接によって引出されたということである。彼らの健康促進に関する主観的な理解および介入措置の細目に関する知識は、一般にプログラムを設計し、実施する専門家の専門知識に比べて限定されたものである。このことがデータを歪めた可能性がある。具体的な活動は上に掲げた研究で見られるよりもさらに違っているかも知れない。二つ目の偏りは、明らかに精神的な健康促進を目標にした対策に関する過小評価によって生じたと言えよう。集団的無秩序行為（mobbing）或いは燃え尽き症候群を減少させるため、または部門の社会的環境を改善するための対策等、職場の状況への介入の幾つかは、一般に健康促進対策であると認知されていない。身体的な健康促進に比して、精神的な健康に関する対策が過小評価される別の理由としては、介入戦略の中には、精神面と身体面の両方の健康を目的とした包括的なアプローチを追求しているものもあることが考えられる。

職業上の健康促進対策に対する科学的および実際的な関わり合い

ドイツにおいて労働は現在大きく変化しつつある。確実な仕事が一般的でなくなった。事実、長期雇用の従業員が契約労働者および下請けへと置換えられつつあり、臨時の仕事およびパートタイムの仕事が増加している。組織およびテクノロジーの変化は個人に高い適応性と流動性（在宅勤務等）を要求している。その結果、従業員は多くのストレス要因に直面することとなった。それには短期間の契約を繰り返すことによるストレスの蓄積、あるいは変化の早い会社ならびに家族構成を生む結果となり、適応性と流動性に対する要求の増大による社会的ストレス要因が増大している（Sennett, 1998）。チームワークがより重要であるにも係わらず、チームの構成が急速に変化する。既存のグループが消滅し、新しいグループが早いペースで形成される。これにより、継続性の欠如、厳しい時間的プレッシャー、競争の増大、および権力闘争などの新しいストレス要因が生まれることになる。反対にこれらの変化は、行動と決定に関する自立性の拡大、技能の利用、および社会的支援等のより多くの資源をももたらす面もある。このような変化が健康を支えるものであるのか、或いは健康に危害を加えるものであるか否かが、特定の組織と職務の設計を決定している。これは個人の行動だけではなく、組織こそ健康促進の主要構成要素でなければならないとする理由である。

健康促進の概念は規範と価値に対する社会/文化的な背景に基づく。「健康」という概念の理解は西欧先進工業国とその他の諸国および地域、例えば日本との間で大きな隔りがある。特に国際的に経済がグローバル化する時代にあつて、その適合性を決定し、文化に左右されない職業上の健康促進に関する新しい概念を開発するために、異なる文化に基づく健康促進の概念を再検討し、比較

する必要があろう。

文 献

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bamberg, E., Ducki, A. & A-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bechmann, R. (1998). Gesundheitsschutz durch bessere Arbeitsorganisation im Bauhandwerk in Brandenburg. *Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis*. In R. Busch (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben* (S. 153-181). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Burghofer, B. & Meggeneder, O. (1997). *Europäisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung*.
- Busch, C., Huber, E. & Themessl, M. (1998). Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung* (S. 445-453). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Busch, R. (Hrsg.). (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Konzepte und Erfahrungen*. *Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Dieterich, C., Vetter, C. & Naji, N. (1999). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Zahlen, Daten, Fakten aus allen Branchen d. Wirtschaft. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 1999* (S. 363-622). Berlin: Springer.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein "arbeitspsychologischer Baustein" zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 184-189.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit: eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. Schriftenreihe: MTO, Bd. 25, Hrsg. E. Ulich. Zürich VDF Hochschulverlag.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Frese, M. & Zapf, D. (1994). Action as the core of work psychology: A German approach. In H. C. Triandis, M. D. Dunette & L. M. Hough (Eds). *Handbook of industrial and organizational psychology* (S. 183-224). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc..
- Greif, S. (1991). Arbeit und Stress: Perspektiven. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 241-255). Göttingen: Hogrefe.

- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.). (1991). Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe.
- Greiner, B. & Leitner, K. (1989). Assessment of job stress: The RHIA-instrument. In K. Landau & W. Rohmert (Eds). Recent developments in work analysis (S. 53-66). London: Taylor & Francis.
- Greiner, B. A. & Ragland D. R. (1997). Objective measurement of occupational stress factors. An example with San Francisco urban transit operators. *Journal for Occupational Health Psychology*.
- Greiner, B. A. (2000). Expert-observer assessment of job characteristics. In P. L. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis & D. Baker (Eds). *The workplace and cardiovascular disease* (S. 163-188). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Gröben, F. & Bös, K. (1999). *Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung*. Berlin: Edition Sigma.
- Hacker, W. (1994). Action Regulation Theory and occupational psychology. Review of German empirical research since 1987. *The German Journal of Psychology*, 18 (2), 91-120.
- Hartmann, S. & Traue, H. C. (1996). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld*. Ulm: Universitätsverlag.
- Hauß, F. & Kuhn, D. (1998). *Gesunde Betriebe und gesunde Mitarbeiter im Bäckerhandwerk. Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis*. In R. Busch (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Lazarus, R. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds). *Perspectives in interactional psychology* (S. 287-327). New York: Plenum Press.
- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47, 98-107.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). *Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. (2. Auflage). In R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie* (S. 553-574). Göttingen: Hogrefe.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1986). Task analysis for work design on basis of action regulation theory. *Economic and Industrial Democracy*, 7, 503-527.
- Pfaff, H. (1989). *Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rosenbrock, R. (1993). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik*. Berlin: WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- Schönflug, W. & Battmann, W. (1988). The costs and benefits of coping. In S. Fisher & J. Reason (Eds).
Handbook of life stress, cognition and health (S. 699-713). Chichester: Wiley.
- Schwager, T. & Udris, I. (1998). Gesundheitsförderung in der Schweiz. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M.
Metz (Hrsg.). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 437-444). Göttingen: Verlag für
Angewandte Psychologie.
- Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Gesundheitspsychologie 1. Göttingen:
Hogrefe.
- Semmer, N. & Dunckel, H. (1991). Streßbezogene Arbeitsanalyse. In S. Greif; E. Bamberg; N. Semmer
(Hrsg.). Psychischer Streß am Arbeitsplatz (S. 57-90). Göttingen: Hogrefe.
- Sennett, R. (1998). Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag.
- Sorchert, R. (2000). BGT in kleinen und mittleren Unternehmen. Länderbericht Deutschland im Rahmen
eines Gemeinschaftsprojektes des Europäischen Netzwerkes für BGF. (unveröffentlichtes
Manuskript).
- Volpert, W. (1982). The model of the hierarchichal-sequential organization of action. In W. Hacker, W.
Volpert & M. Cranach von (Eds). Cognitive and motivational aspects of action . Amsterdam u.a.:
International congress of psychology.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (Hrsg.). (1994). Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe.
- Wynne, R. & Clarkin, N. (1992). Under construction building for health in the EC workplace. Dublin,
Luxembourg.

3. その他の国々 フィンランド、ポーランド、イギリス

世界保健機関（WHO）によれば、世界全体で5億人もの人が重度の精神疾患、アルコール依存症、薬物中毒に苦しんでいる。つまり、各国の人口の1.5～2%がこうした問題に直面していることになる。また、国際労働機関（ILO）によれば、精神疾患は生活に打撃を与え、他のいかなる障害よりも人的資源の大きな浪費をもたらしている。というのは身体障害者の失業率が約50%であるのに対して、精神障害者の失業率は約90%であり、働く意欲のある重度の精神障害者の約10%しか実際には働いていないからである。

こうした現状を踏まえて、ILO から職場のメンタルヘルス問題に関して、フィンランド、ドイツ、ポーランド、イギリス、アメリカの5カ国の現状とそこでの対策に関する報告書「職場のメンタルヘルス(Mental Health in the workplace)」が昨年発表された。そして、ILO と WHO の共著により「メンタルヘルスと労働 影響、問題、好事例 (Mental Health and Work: Impact, issues and good practices)」という討議資料が同時期に提出された。これらの原文は ILO のホームページ（下記の URL 参照）より入手できる。ここでは報告書で取り上げられている5カ国のうち、フィンランド、ポーランド、イギリスの欧州3カ国の職場におけるメンタルヘルスに関して、この報告書等を参考として各国の状況、対策等についてまとめた。

(<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/targets/disability/publ/index.htm>)

1) フィンランド

国家の一般データ

国名：フィンランド共和国 (Republic of Finland)

人口：520万人

面積：33.8万平方キロメートル

首都：ヘルシンキ

言語：フィンランド語

通貨単位：マルカ (FIM)

政治・経済状況

世界的にも有名な福祉国家のフィンランドは、国民の福利厚生を国家が全面的に保障することを理想としている。そのため税金を高くし個人が自由に使える所得を少なくすることによって、国民の貧富の差を平準化し、比較的高い生活水準を維持してきた。そして1970年代から1980年代にかけて経済的繁栄を誇ってきた。その経済的繁栄を支えていたのはソ連が原材料を提供し、それをフィ

ンランドが自国の技術に基づいて製品にして提供するという対ソ貿易であり、それはフィンランドの対外貿易の約25%を占めていた。しかし、1990年にこのバーター協定が廃止されると、対ソ貿易額はそれまでの5分の1に減少し、フィンランド経済は大打撃を受け経済不況に陥った。この不況に伴い、国家の福祉制度は崩壊し、高い失業率や生活水準の低下が問題となった。

現在、世界的な通信機器メーカーであるノキアの本拠地があるフィンランドは、IT産業に力を注ぎ、国内のインターネットの普及率が40%以上に達し、携帯電話の保有率は65%を超えており、ハイテク国家へと転身を図っている。このような新たな産業の出現によって雇用が拡大され、失業率も年々減少し、2000年には失業率が10%以下となった。

図表1 フィンランドの失業者数と失業率の推移

年度	90	91	92	93	94	95	96	97	98
失業者数(万人)	18.2	16.9	29.2	40.5	40.8	38.2	36.3	31.4	28.5
失業率(%)	3.2	6.6	11.7	16.3	16.6	15.4	14.6	12.7	11.4

資料出所 フィンランド統計局 “Statistics Finland”

概要

フィンランドの国家全体の健康は、この20年間にわたって着々と改善され、国際的な基準によってフィンランドは健康国家として認められてきた。しかし、フィンランド国内において診断された精神障害、特にうつ病の発生件数はこの10年間で著しく上昇している。精神疾患による障害は1970年代初頭より増加し始め、現在、精神疾患は障害へとつながる可能性が最も高い疾患となっている。燃えつき症候群やストレスへの罹病はフィンランドの労働人口において驚くほど高い。フィンランドの労働者の50%以上が不安、うつ状態、体の痛み、社会的孤立、睡眠障害などのストレス関連症状のいくつかを経験しており、フィンランド人の約25%が仕事によって極めて疲労している。労働者の約7%は重篤な燃えつき症候群に苦しんでおり、疲労、悲観的な言動、作業効率の低下などが見られる。全体として16万5千人のフィンランド人が重篤な燃えつき症候群に罹病している。

こうした精神障害、特にうつ病の発生件数の増加には多くの理由がある。それは、第一に医者と患者のメンタルヘルスの問題に関する認識が高まり、精神障害と認定される可能性が高まったことが挙げられる。第二に診断システムが変更され、以前のシステムでは神経症のカテゴリーに分類されていた多くの症例が感情障害のカテゴリーに含まれるようになったことである。第三に1990年代初頭に起こった厳しい景気後退によって、労働市場が変化し、長期間にわたる失業者を生み出し、フィンランドの労働者に大きな心理的ストレスを与えたことである。

また精神障害の高い罹病率は社会にとって大きな経済的負担となる。1994年にフィンランドにお

ける精神障害への全費用は国民総生産 (GNP) の2%と算出され、そのうちの50%がうつ病で30%が精神分裂病であった。フィンランドでは精神障害が障害者年金の主な支給理由となっている。

メンタルヘルスの問題が取り扱う範囲とメンタルヘルスが労働生産性に及ぼす影響に関する認識は高まり、労働医療サービスの提供者や雇用者は職場におけるメンタルヘルスの問題に積極的に取り組むようになった。メンタルヘルスはとりわけこの10年の間に政府、従業員、雇用者が興味を示す職業能力という考えを含むものとなった。

法制度と政策

法律の観点から、精神疾患は障害として考えられている。職業リハビリテーション及び障害者の訓練に関する国際労働機関 (ILO) の第159号の条約において、障害者は、機能障害や疾患の結果、職業能力や生活能力が欠如している者であると定義されている。しかし、フィンランドには差別禁止法や障害者の雇用分配制度、障害者を優先する雇用政策などはない。それらは憲法 (1995年改正)、雇用法 (1987年制定)、雇用サービス法 (1993年制定)、労働安全法 (1958年制定)、労働衛生管理法 (1987年制定) などの法律のもとで扱われている。そして障害者の雇用機会を高めるために、職業リハビリテーションや訓練といった特別なサービスへのアクセスが法律で保障されている。

フィンランドは、職業リハビリテーション及び、身体的・精神健康的な条件において障害を受けた者の雇用に関する ILO の条約と呼応してリハビリテーションに関する国家諮問委員会を設立した。その委員会は労働者と雇用者の組織や障害者の組織を含む、国家の協力組織である。委員会の主な目的は、リハビリテーションに関する国家の活動計画を可決し、施行し、監督することと、リハビリテーション法を施行することである。そして1991年に法律改正が行なわれた。その法律改正の目的は、労働者が受け取る障害者年金やその他の長期にわたる社会給付金を減らし、障害者や職業能力が低下した者が1人で生活し、できるだけ施設での保護を受けないように、リハビリテーションの機会を拡大していくことである。リハビリテーション法は、リハビリテーションサービスの提供者や雇用者、医療サービスの密接な連携を必要としており、早期介入を奨励し、リハビリテーション手当を標準化している。リハビリテーションをできるだけ早く開始することを保証するためにリハビリテーションは労働衛生管理法によって扱われていた。労働衛生管理サービスは職場における職業能力の維持を促進する活動に参加することを義務づけている。

また障害者サービスに関する法律のもとで、地方自治体はホームヘルパー、住宅提供サービス、リハビリテーションサービスを含む、障害者へのサービスを提供する義務がある。しかし、地方自治体は精神障害者にとって必要なサービスを提供する義務を必ずしも果たしていないのが現状である。

職場におけるメンタルヘルス

フィンランドの職場において職業能力を維持し、健康を増進する活動に参加することは一般的である。フィンランド国内の労働者の3分の2以上がその活動へアクセスしている。この活動は雇用者と労働衛生管理サービスが協力し合って運営されている。ほとんどのプログラムは、従業員の精神的健康にポジティブな影響を与える身体的職業能力の維持に焦点が置かれている。作業組織や職場の雰囲気改善を目的で行なわれるプログラムはメンタルヘルスにとって重要である。フィンランドの職場において最も一般的に取られる対策は以下の4点を目的としている。

- ・ 労働環境を改善する(労働安全の向上、人間工学に基いた作業環境 etc.)
- ・ 作業管理や作業組織を発展させる(優れた作業計画、良いコミュニケーション、明確な作業目標、仕事における裁量権 etc.)
- ・ さらに進んだ訓練や学習機会を提供する(職業スキルやチームワークの改善、自由な研究の促進 etc.)
- ・ 健康を増進する(身体運動や健康なライフスタイルの促進、リハビリテーションの提供、薬物乱用の防止 etc.)

しかし、メンタルヘルスが職業能力にとって不可欠な分野であると認識されているにもかかわらず、フィンランドの職場において職業能力の活動やプログラムではメンタルヘルスの問題にはほとんど取り上げていない。実際、重度の燃えつき症候群やストレスに苦しむ従業員は職業能力や雇用を維持するために早期のリハビリテーションを必要としているのである。

多くの従業員や雇用者、医療サービスの提供者は、プログラムは職場文化と統合されておらず、継続性を欠くような活動となっている、と感じている。メンタルヘルスの問題に取り組む際に利用できる資源には違いがある。従業員を100人以上抱える大規模な会社の雇用主は、労働能力を維持する活動を組織するのに、小規模会社の雇用主よりもより良い資源を持っていることが多い。これはたいてい財政的な資源というよりもむしろ人材管理の組織が優れていることによるものである。一般的に雇用者は職業能力プログラムや活動を費用効果の高いものであると考え、90%もの多くの雇用者はその活動は財政面で利益を得るものであると考えている。

従業員、雇用者、労働衛生管理サービスの提供者は、メンタルヘルスの問題にもっと効率よくかつ明確に取り組み、管理や労働衛生管理活動の中に統合される早期のリハビリテーションサービスを実施するために、職業能力維持の考えを発展させていかなければならないという難題に直面している。フィンランド労働衛生研究所(FIOH)は、職場組織におけるメンタルヘルスを促進する以下の5つの手段を推奨している。

- ・ 職場におけるメンタルヘルスを促進するための必要条件を提示し、メンタルヘルスの価値に対する認識を高めること。
- ・ 良い職場習慣のモデルを実践し、地域社会にこの情報を普及すること。

- ・ 職場でのメンタルヘルス活動を促進する際に、メンタルヘルスの専門家と労働衛生管理の専門家の連携を深めること。
- ・ メンタルヘルスの問題における労働衛生管理の専門家と、労働上の問題におけるメンタルヘルスの専門家を教育すること。
- ・ 労働における良いメンタルヘルスを促進するための必要条件と、その価値に関する知識を一般大衆に普及させ、満足が行く労働条件を作り出すために自助スキルを高めること。

フィンランドの労働に関する調査では、すべての人の健康を増進するような協力的で快適な労働環境を作り出すために、従業員と雇用者が認識すべきいくつかの要因があることを示している。現在の仕事に対してもっと満足感を持って働くための要因を従業員に尋ねた際に、彼らは仕事の裁量権を最も多く挙げ、続いて仕事の多様性や仕事への高い興味が挙げられた。また回答者の60%は有効感や達成感といった感情も挙げている。現在の仕事をつまらなくさせる大きな要因として時間的プレッシャー、遵守すべき仕事のペース、低賃金、雇用不安、理解の欠如がある。

好事例

ノキア (NOKIA)

企業概要

ノキアの主要な成長分野は、無線・固定電話通信である。移動電話通信のパイオニアであるノキアは、世界をリードする携帯電話のサプライヤーであり、移動・固定通信ネットワークサービスと固定・移動データ通信のサプライヤーでもある。ノキアはフィンランドに本社を置いているが、3大陸にまたがる10カ国で生産を行い、4大陸にまたがる14カ国で研究開発を実施し、世界的に事業を展開している。ノキアは45カ国にわたって5万1千人以上の従業員を擁している。

活動状況

ノキアは、従業員のメンタルヘルス問題を含む、トータル・ウェルネス・プログラムを運営している。このプログラムの目的は、効率が上がる健全な職場と、健康を増進する快適な労働条件を作り出すことにある。ノキアの人的資源と労働医療の部署が職場の健康増進と予防のプログラムを担当している。このプログラムはフィンランド労働衛生研究所の協力を得て開発された。

ノキアは健康増進活動の計画を立てるために、疾患や労働災害、職業病による労働損失日数に関する独自の統計と、スタッフの満足感や従業員の健康に関するデータを利用している。労働医療の部署は、組織的な健康診断とリハビリテーションのために必要な査定（アセスメント）を実施している。労働医療の部署によって運営されている健康調査から、従業員は仕事、体調、ストレスに対

処する能力、家庭生活、社会的な付き合い、趣味などの健康に関連する事柄に関して、1～5段階で評価される。これらの項目のいくつかで非常に低い点数を取った従業員は、迅速な対応によってその状況の改善方法が提示される。また従業員のウェルネス・プログラムへの取り組みは定期的に評価される。職場ストレスと健康と職業能力開発は、従業員と管理者の間で行われる年次討論会の課題の一部となっている。ノキアは職業教育を継続し、従業員がより進んだ技能を獲得することを特に重要視している。そのため、ノキアは世界的な学習センター・ネットワークを設置した。

考察

フィンランドは国内及び国際的なレベルでメンタルヘルス問題に積極的に取り組み始めた。メンタルヘルス問題の程度とそれらの結果の認識は高まりつつある。政治的な風潮と経済基盤は、メンタルヘルスの増進、メンタルヘルス問題の予防、効率的なリハビリテーションサービスの発展にとって好都合であった。“メンタルヘルスを促進する文化”は職場において発展しつつある。フィンランドにおける職業能力の考えは、労働者の身体的な健康に関するだけでなく、健全な労働組織におけるメンタルヘルスに関するものである。

2) ポーランド

国家の一般データ

国名：ポーランド共和国 (Republic of Poland)

人口：3860万人

面積：32.3万 平 方 キ ロ メ

首都：ヘルシンキ

言語：ポーランド語

通貨単位：ズロチ (PLN)

政治・経済状況

1989年にポーランドにおいて東欧で最初の非共産党政権が誕生した。新政権はすぐに新しい経済政策を策定し、精力的に経済システムの転換に取り組んだ。しかし、過剰な累積債務、急速な価格自由化に伴うインフレ、強力な金融引締め政策による経済不況と高い失業率、非効率的な国営企業の民営化、石炭・鉄鋼・造船などの産業のリストラなどによって、ポーランド国内の景気は後退し、ポーランドは深刻な経済状況に陥った。

国民に重い負担を課して断行された経済政策は1994年頃から成果が現れ始めてきた。不採算部門のリストラと民間企業の急速な成長により、貿易赤字は縮小し、国内総生産 (GDP) は1994年以降

年率で5%以上の伸びを示している。1991年にEU 連合協定を結んだのを皮切りに、1995年に世界貿易機関に加盟し、さらに1996年に経済開発協力機構に加盟することにより、完全に国際社会へ復帰した。

ポーランド経済は1992年に底を打ち、その後の経済政策の成果から他の東欧諸国と比較しても早いテンポで経済成長を遂げている。1990年代半ばからは6～7%台の高い経済成長を維持している。この経済成長の主な要因は、民間部門の急速な成長、消費や設備投資の拡大、経済構造の変化、外資の流入、労働生産性の向上などが挙げられる。1998年から経済成長に急速にブレーキがかかったものの、なお西欧先進諸国よりも高い成長率を維持している。

図表2 ポーランドの失業者数と失業率の推移

年度	90	91	92	93	94	95	96	97	98
失業者数(万人)	112.6	215.5	250.9	289.0	283.8	262.9	236.0	182.6	183.1
失業率	6.5	12.2	14.3	16.4	16.0	14.9	13.2	10.2	10.6

資料出所 ポーランド中央統計局“Rocznik Statystyczny”

概要

1980年代後半に、ポーランド統一労働者党（共産党）の社会主義体制による経済運営が行き詰まり、1989年に戦後初の非共産党政権が誕生した。この大規模な政治的変革は、ポーランドに新しい政治・経済システムをもたらした。そして国民の生活のあらゆる領域に質的な転換を迫り、労働市場や労働者の精神的安定にも深刻な影響を与えた。この歴史的な出来事は、複数主義、民主主義、労働を含む、あるゆる公的な生活における自由といったポジティブな価値を生み出した一方で、失業率や犯罪率の増加、経済不況による貧困といったネガティブな結果をもたらすこととなった。社会主義の崩壊に伴う社会・経済的保障の喪失、生活水準の低下、貧困、失業などの要因はポーランドにおけるメンタルヘルスに影響を与えた。

この時期に長年見送られ続けてきた精神医療システムがようやく実現の運びとなった。20年にもわたる努力の結果、ポーランドの精神医学・神経学研究所の専門家チームが1992年に国内で最初のメンタルヘルスプログラムを開発し、1994年について精神衛生法(MHA)はポーランド議会で可決された。

法制度と政策

ポーランドにおいて精神衛生法が通過する以前は、“メンタルヘルス”は“精神疾患がない状態”と定義されていた。それゆえに、メンタルヘルスの保護に代わる活動は精神障害者の予防よりもむ

しる治療やリハビリテーションから成り立っていた。精神衛生法は、国内で最初の“メンタルヘルス”の明確な定義づけを行い、メンタルヘルス増進と精神疾患の予防に取り組むための目標や方法を具体的に示している。

少なくともこの20年間の間、精神障害者に基本的人権と、雇用や最低限度の生活条件を享受できる権利を保証するための法律を可決させようとする努力はうまく行かなかった。1970年に精神衛生法の最初の草案が完成していたが、ポーランド議会は1990年までこのような法律を可決しなかった。

精神衛生法(Mental Health Act:MHA)

精神衛生法は1994年によくポーランド議会を通過し、1995年に施行された。この法律は1997年から1998年にかけて改正され、1999年に2度目の改正が行われた。この法律はポーランドの法制度の不備を補った。というのも、この法律の可決以前は、精神障害者の権利を保護する決定的な法制度がなく、精神科医と患者の関係を管理することを明確に規定した法的原則もなかった。精神衛生法によれば、メンタルヘルスは基本的な人権の尊重であり、精神障害者の権利を保護することは国家の義務であることを認めている。そしてこの法律で、メンタルヘルスの保護はメンタルヘルスの促進と精神障害の予防から成り立つものとする、と宣言されている。この法律のもとで、国家や地方自治体、他のいろいろな施設は、精神障害者の管理と保護、メンタルヘルスの増進、精神障害者が家族や地域で暮らしていける法的・社会的環境の整備に対して責任がある。

メンタルヘルスプログラム(Mental Health Program)

メンタルヘルスプログラムは、世界保健機関(WHO)のヨーロッパ事務局の協力を得てポーランドの精神医学・神経学研究所の専門家チームによって1992年に開発された。このプログラムの主な目的は、脱施設収容に基づく精神医学的な医療と外来患者のメンタルヘルスサービスへのアクセスを促進することであった。そして精神障害者の介護を地理的に孤立した大規模な精神病院に代わって、一般の小規模な病院に併設された精神病棟で実施しようとした。デイ・ケア・ホスピタル、作業療法のワークショップ、療養所、避難所といった様々な中間施設による精神医療が推奨された。

1999年に改定されたプログラムでは地方自治体、労働機関や社会福祉機関、教育施設、非営利団体(NGO)、マスメディアなどを含む、メンタルヘルスの保護における多くの関係団体の協力を想定している。改定されたプログラムの目的は、予防・増進プログラムを実施し、ポーランドの新しい社会・経済状況に対処するために精神医療システムを準備し、精神障害者への肯定的な態度を形成し、精神障害者のための職場や雇用機会を整備していくことである。

考察

この10年間、ポーランドは職場において精神障害者が必要としていることを満たすような法的枠

組みを必要としてきた。しかしながら、こうした理念を実行に移すためにはまだ多くの課題がある。最近まで、精神障害の労働条件と、労働条件とメンタルヘルスの間の関係は、政府と雇用者、ポーランド社会全体にとって高い優先順位を持ち得なかった。しかし、職場における精神障害者の問題の認識と、それらに取り組もうとする意識は高まりつつある。それゆえ、今は新しいイニシアティブによってこうした状況を改善するのにふさわしい時である。それらは以下3つを含んでいる。

- ・ ポーランドの社会・経済的変革の結果とメンタルヘルスに基づく労働条件に関する研究
- ・ 地域精神医療とメンタルヘルス増進のプログラムの開発
- ・ 精神障害を抱えている人々のための職場設備を保護するような労働条件を義務づける法的イニシアティブ

3) イギリス

国家の一般データ

国名：グレート・ブリテン及び北部アイルランド連合王国 (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)

人口：5910万人

面積：24.4万 平 方 キ ロ メ

首都：ロンドン

言語：英語

通貨単位：ポンド

概要

イギリスにおいてメンタルヘルスの問題に苦しむ人々の大多数が、16歳から64歳までの生産年齢人口である。毎年、従業員の10人中3人がメンタルヘルスの問題を体験している。作業関連ストレスとそれによってもたらされる疾患が一般的であることをストレスに関する多くの研究が裏付けている。保健省とイギリス産業連合は、メンタルヘルスの問題の極めて多くの割合を占めているうつ病を含め、何らかのメンタルヘルスの障害を労働中に体験した従業員は約15～20%にもなると推定している。個別に報告された不安やうつ病の発生率は15～30%にも及ぶ。うつ病は特によく見受けられる疾患であり、イギリスの生産年齢人口の20人に1人が重度のうつ状態を体験している。精神的不健康は欠勤や労働生産性の低下、従業員の離職の主な原因である。イギリスにおいて精神障害は疾患や障害の主要な原因であり、財政的損失の観点から高い費用を抛出している。

図表3 イギリスの失業者数と失業率の推移

年度	90	91	92	93	94	95	96	97	98
失業者数(万人)	166.5	229.2	277.9	291.9	263.7	232.6	212.2	160.2	136.2
失業率(%)	5.9	8.1	9.9	10.4	9.4	8.3	7.6	5.7	4.7

資料出所：ILO “ Yearbook of Labour Statistics ” 1999

法制度と政策

障害者雇用法(Disabled Persons Employment Act)

イギリスにおいて1944年に制定された障害者雇用法は、障害者の雇用のための最初の包括的な枠組みを定めている。その法律は障害者の雇用登録や査定(アセスメント)、リハビリテーション、訓練施設、特別雇用斡旋サービス、不当な解雇に対する保護などの制度を設け、国家諮問審議会や地方の諮問委員会を設立させている。その法律はまた障害者の雇用分配制度を設け、その法律は20人以上の従業員を抱える会社において全従業員の3%を障害者雇用登録者から割り当てることを義務づけている。

しかし、障害者雇用法はあまり効果的ではなかった。雇用斡旋サービスの資源は限られており、欠員を十分にチェックし、求職者に仕事を提供することができない。3%の割り当てを遵守しない雇用者に対する処罰はほとんど実施されない上、多くの雇用者はこの法律や法律が義務づけている規定を知らない。1970年代に割り当て制度を実行不可能なものとして削除しようと提案されたが、代替りの政策に関する協定はなされずに終わった。割り当ての規定は障害者差別法が実際に制定される1995年に廃止された。

労働安全衛生法(Occupational Safety and Health Act)

イギリスにおける労働衛生と安全は、健康安全の監督官によって施行された法律や政府のガイドラインの組み合わせによって規定されている。基本的な職場衛生、安全、福祉の問題は1974年に制定された労働安全衛生法のもとで扱われる。この法律には健康安全委員会、健康安全庁、その他の実行機関の権限や責任を明確に定めている一方で、労働衛生安全システムのための枠組みが設けられている。この法律は雇用者、従業員、その他の関連がある人々の一般的な義務についてもはっきり言及している。この法律は、可能な限り安全で健康を害する危険がない労働条件を労働者に提供することを雇用者に対して義務づけている。加えて、雇用者には職場における健康と安全を保証するのに必要な情報や訓練、指導を提供することが義務づけられている。しかしながら、イギリスの会社の75%以上が、応急措置に関して法律が義務づけているもの以上の労働衛生管理システムを持

たず、人口の半分以下しか労働衛生施設へのアクセスを行っていない。

障害者差別禁止法(Disability Discrimination Act:DDA)

障害者差別禁止法は、雇用、商品やサービスの提供、土地と不動産の購入や貸与に関して、長期の精神疾患の患者を含む、障害者に対する差別を禁止している。この法律のもとでは、15人以上の従業員を抱える雇用者が障害を理由に障害を持った求職者や従業員をほかの者よりも不利に扱うことは違法である。この法律は以下のことに関しても差別を禁止している。

- ・ 履歴書
- ・ 面接の予定
- ・ 技能テスト
- ・ 仕事の申し込み
- ・ 雇用期間
- ・ 昇進、転勤、訓練機会
- ・ 手当
- ・ 解雇

DDA の雇用規定は15人以上を抱える雇用者に適用されるが、会社の規模に関係なく、すべての雇用者は雇用において障害者に対する差別撤廃を目的とした政府の慣習法に従うことが奨励されている。15人の従業員という規定は、DDA の制定から5年ごとに再検討される。

職場におけるメンタルヘルス対策

イギリスの政府機関である保健安全庁は、メンタルヘルス対策は、組織衛生と安全対策にとって不可欠な活動であるとして推奨している。マークス・アンド・スペンサー、アストラ、ゼネカ、ブーツ・カンパニーなどのように、職場におけるメンタルヘルスの問題に取り組むための施策を開発した大企業もある。これらの既存の施策を分析することによって、職場におけるメンタルヘルス増進に関連する好事例の重要な要素が明らかになった。組織にとっての最も基本的な取り組みは、メンタルヘルスが重要な問題であることを認め、受け入れることである。組織がメンタルヘルス対策に取り組むことは、メンタルヘルス促進に対する組織の責任を具体的に示すことにつながるのである。組織内部のストレスや精神的不健康のレベルに関する情報と、組織構造と組織機能がストレスレベルにどれほど影響を与えているかという情報を提供することが重要である。こうした状況を分析することで、組織が必要としている効果的なメンタルヘルス政策の、明確な範囲や目標を明らかにすることができる。職場におけるメンタルヘルス対策は、精神的幸福を増進し、精神障害に関連する汚名(スティグマ)を減らし、ストレスや重度のメンタルヘルスの問題に苦しんでいる従業員に支援を与えるのである。

好事例

マークス・アンド・スペンサー（MARKS&SPENCER）

企業概要

北米、アジア、極東、ヨーロッパを含む、世界のあらゆる地域に696店舗を構える国際的な大手小売企業（百貨店）のマークス・アンド・スペンサー（M&S）は、イギリス国内だけで約5万6千人の従業員を抱える。そのうちの5万2千人以上の従業員が店舗内で働いている。全従業員の83%が女性で、そのうちの62%がパートタイムで働いている。

健康増進のための方針

メンタルヘルスを含む、健康増進のためのM&Sの戦略は、以下の3点に基づいている。

- ・ 健康や安寧に影響を及ぼす諸要因の認識を高めるために健康教育を実施すること。
- ・ 危険因子や疾患の初期症状を発見するためにスクリーニング・プログラムを作成すること。
- ・ 以上のことを取り組むために活動計画を立案すること。

労働医療サービスの役割

M&Sの労働医療サービスは、従業員の精神的及び身体的健康のあらゆる面に関して、人事やライスマネジメントと密接に連携して機能している。労働医療チームは、仕事が健康に及ぼす効果や健康が仕事に及ぼす効果を調査したり、従業員が抱えている健康についての問題を他のスタッフと一緒に話したり、健康教育やスクリーニング、活動計画を通じて健康を増進する役割を担っている。M&Sは、労働医療サービスが、以下の4点を促進するのに大きな役割を果たす、と考えている。

- ・ 精神的不健康によってもたらされる労働問題が何であるかを解明すること。
- ・ 従業員の健康を改善するような活動を実施すること。
- ・ 雇用者が仕事内容や職場環境を変えるのを支援すること。
- ・ 従業員が家に引きこもらず、職場に留まることを可能にすること。

活動状況

M&Sでは、快適な職場環境と役割が明確に定められた仕事を従業員に提供することによって、精神的不健康を予防している。たとえば従業員が精神疾患になり、欠勤しても、欠勤後のリハビリテーション期間中の勤務時間を変更し、優れた疾患手当計画を立てて、通常の業務にゆっくりと復帰できる職場環境を整備している。実際、このような財政的支援は治療中の従業員の不安を緩和し、速

図表4 トラストの病欠率

1993～1994	1994～1995	1995～1996	1996～1997	1997～1998
6.17%	5.72%	5.59%	5.6%	4.79%

図表5 全病欠数におけるストレス性の病欠数の割合

1993～1994	1994～1995	1995～1996	1996～1997	1997～1998
19.9%	20.4%	20.2%	19%	16.6%

プログラム参加後の従業員の感想

一般的に経営者はそのプログラムにスタッフよりも熱心に取り組んでいた。ワークショップや活動グループの参加者は自分たちのためになったと感じた。その活動は健康によく、建設的なものであると言った人もいた。

「コミュニケーションが改善されて、より多くの情報が伝わるようになった。」「より多くの支援があり、それはグループの努力の結果であるように感じた。」「自分の部署の雰囲気が変わった。」「プログラムへの参加によって職場において提案や援助が多くなったが、それはプログラムに参加した成果であるかどうかは分からない。」などの感想があった。

考察

イギリスにおいてメンタルヘルスの問題に関する、この10年間の一般的な対策は、将来を見据えたものであった。報告書ではどのようにして様々な社会の協力者、政府、非政府団体（NGO）からの支持者、労働者組織が、メンタルヘルスの問題、特に職場ストレスがメンタルヘルスに与える影響に関して、優先的に取り組んできたかを明らかにしている。さらに最近のイギリスでは1995年に制定された障害者差別禁止法の実施を強化する動きがある。積極的な奨励と社会の協力者によって、あらゆる規模の会社の雇用主において、従業員のメンタルヘルス対策は会社の仕事であるという認識が徐々に広がっている。

第4章 関連分野の研究動向 理論・モデル・調査等のレビュー

1. はじめに

職場のメンタルヘルスを考える際に、避けては通れない問題の一つに職場のストレスがある。ストレスとはそもそも工学や物理学で使われていた概念であり、「物体が外力によって歪んでしまった状態」を示していた。これを生命体に応用したのがセリエであり、セリエによってストレスという言葉は社会に広まり学術用語に留まらず、一般の人や子供までが使う言葉となった。産業界においても、職業が原因で起こる様々なストレスが労働者の合理的な行動を妨げ、生産性に影響を及ぼすのではないかという懸念が広がった。アメリカでは1970年代から職場ストレス研究が始まり、1980年代以降現在に至るまで、経営学、心理学、特に組織心理学、社会心理学関係の学術誌には極めて多くの論文が発表されるようになった。日本の職場ストレス研究論文も近年増えつつあるが、まだまだこの分野ではアメリカが中心である。このような状況をふまえ、ここではアメリカの研究雑誌に載った職場ストレス関係の論文を取り上げ、分類・整理を行なうこととした。

2. ストレスモデル

ストレスという言葉が広く使われるようになると、言葉が一人歩きし、ストレスの概念に混乱が生じることとなった。これを整理するために、今日では外的な圧力としてのストレスをストレッサーと呼び、反応としてのストレスをストレイン(ストレス反応)と呼ぶことが一般化している。更に、ストレッサーとストレインを結ぶものとして、「モデレーター(緩衝要因)」と「コーピング(coping)」という概念が生まれている。「モデレーター」とはストレッサーとストレインの間に介在する緩衝要因であり、これによりストレインがやわらげられたり、逆に悪化することもある。「コーピング」とはストレッサー、あるいはストレインに対処するためにとられる認知・行動である。

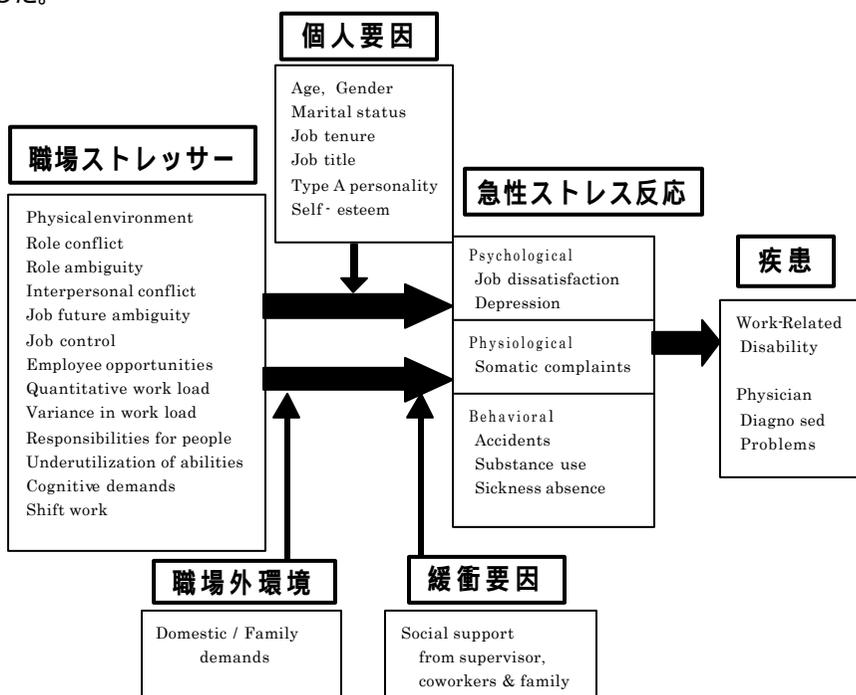
ストレッサーとしては物理的作業次元、職務特徴次元、組織構造次元、組織プロセス次元、職歴開発次元、対人関係次元、個人的次元等がある。物理的作業次元には、騒音、職場内の温度など物理的作業状況が含まれ、職務特徴次元には職務の安定性、自律性、役割コンフリクト、労働時間などが含まれる。また、組織構造次元では公式化や組織レベルなど、組織プロセス次元ではリーダーシップのあり方、上司との接触頻度、組織内のコミュニケーション、組織風土、報酬付与基準など、職歴開発次元では、訓練の質、昇進基準、従業員のキャリア開発を組織がどのように考えているのかなど、対人関係次元では、上司の支持、組織内の凝集力など、個人的次元では、学歴、年齢、性などが含まれる。

モデレーターはストレッサーとストレインの間に介在し、ストレインを和らげたり悪化させたり

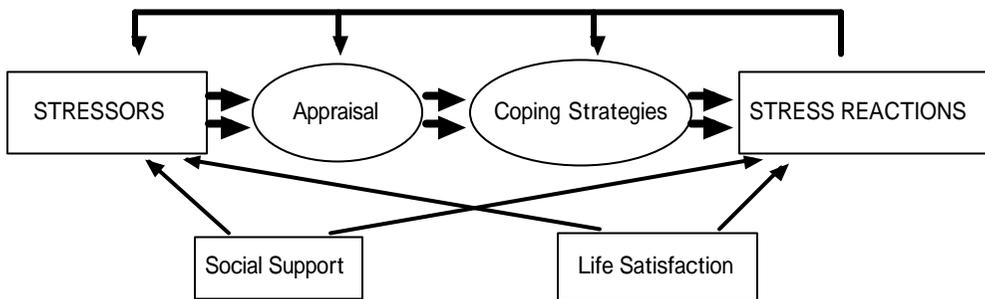
するものであるが、これに加えて、本人がストレインを操作することを意識せず、問題状況が起こる前から既に持っているものである。モデレーターには性格、ソーシャルサポート（職場の同僚，上役，家族，友人などからの援助）、ライフスタイルなどが含まれる。モデレーターの背景としては、モデレーターを生み出す源泉となる、遺伝、職場関係、社会関係、仕事の性質などがある。

ストレインとはストレスの結果であり、生理的、心理的、行動的の症状を含む。極度のストレインを経験した後におこる症状はバーンアウト（燃えつき症候群）と呼ぶ。バーンアウトとは、役割曖昧、パフォーマンス圧力、労働荷重、個人間の葛藤、また、非現実的な期待や野心を持っていることが、疲れ、フラストレーションなどのストレインをうみ、結果として情緒的消耗感、脱人格化（人間性を欠くような他人への応答）、個人的達成感の減少（仕事はできそうにないと感じる）を発生させ、最終的に仕事の要求にコーピングできなくなったり、組織コミットメント、職務満足度を低減し、欠勤が増加したり、仲間、友人との関係を損う状態である。

コーピングは発生したストレスあるいはストレインを解消することを目的とする認知・行為とした。主に医学・疫学系の研究者によるモデルでは、コーピングはストレスによって引き起こされる生体反応を指すため、モデル中のストレイン(ストレス反応)に含まれる。一方、心理学の研究者によるモデルでは、ストレスとストレス反応の媒介要因と位置づけられ、ストレスに対する認知的・行動的な対処努力過程とされている。下に医学系と心理学系の代表的なストレスモデルを示した。



NIOSH 職業性ストレスモデル (Hurrell & McLaney , 1988)



包括的心理ストレスモデル (小杉, 1999)

3. 研究方法

(1) 分析対象

データベースの Social Sciences Citation Index を使用し、2000年までのアメリカのジャーナルに掲載された論文を取り上げた。「job stress」をキーワードとして検索で出てきた論文1142件を分析対象としたが、それ以外にもこの分野での理論的な発達を示し、重要と思われる研究は対象に含めることとした。

(2) 分析方法

対象にした論文の内容を分析し、論文のカテゴリー分類を行った。また1988年までの研究概要に関しては、ストレス論文で引用される機会が多い Beehr (1987)、Hurrell&Murphy (1987)、Frese & Zapf (1988) がその時点での研究のレビューを行っているため、彼らの考え方を取りまとめ、1988年以降の傾向と比較し、職場ストレス研究の課題を探った。

4. 結果

(1) 1988年までのストレス研究

[1] 第1期 (-1964年)

Beehr(1987)によれば、この時期の大半の研究が医学者、生理学者によるもので、身体的ストレスの研究に限られていた。代表的な研究者としては Cannon と Selye があげられる。

Cannon (1929) は動物実験から「闘争 - 逃避反応 (fight - flight)」という身体のメカニズム - 潜在的な危機状況において、瞳孔の拡大、呼吸数増大、脈拍数・血圧の上昇、足の裏の発汗といった反応が起こる - を発見した。

一方 Selye(1956) は汎適応症候群 (general adaptation syndrome) - 生体がストレッサーを受けると、それに適応しようとして生体内部に非特異的 (一般的) な反応が起こる の概念を提示している。

[2] 第 2 期 (1964 - 1973年)

この時期に Lazarus (1966) は認知的評価 (cognitive appraisal) という画期的な概念を発表している。これはセリエのストレス学説を進展させたものであり、外部からの刺激と、それに対する人間の反応との間には、人間が外的刺激を脅威であるか否かを評定する認知的プロセスが介在すると指摘し、これをストレス評価過程 (stress appraisal process) と呼んだ。またライフイベント研究が盛んになり、Holmes & Rahe (1967) による社会再適応評価尺度 (Social Readjustment Rating Scale) も発表された。他に、後のストレス調査でよく使われることになったタイプ A 行動パターンに関する尺度も多数作成された (e.g. Bortner, 1969 ; Jenkins, Rosenman, & Friedman, 1967)。

[3] 第 3 期 (1973 - 1978年)

この時期に初めて職場ストレス研究が登場した。Beehr (1987) によると、1973 - 1976年の3年間に Psychological Abstract 誌に掲載された職場ストレス研究に関する論文は41編に上り、様々な職業でストレッサーとストレインの関係が調査された。特に、ストレッサーが多いと思われる職業についての研究が進んだ。例えば歯科医師のストレス研究 (Cooper, Mallinger & Kahn, 1978) などが挙げられる。

しかし、この時期の研究は 横断研究に限られている、 大半が物理的作業次元のストレッサーを扱っている、 質問票は、労働者が職務特性と健康上の不満を自己記述するように設計されている、 健康上の不満と相関する労働特性をストレッサーと見なしている等、方法上の問題点も指摘されている (Hurrell & Murphy, 1987)。

一方、この時期には「職場ストレスは人の技能や能力と職場の要求との間に不適合が生ずるときに発生する」と仮定した「人間 - 環境適合モデル (P-E fit theory) 」と呼ばれる新しい理論も提出された (French, et al., 1974)。

また、健康管理専門職者等に見られる極度に進行したストレインに「バーンアウト」という名称が初めて使われた (Freudemberger, 1974) のもこの時期である。バーンアウトは鬱病のようなマイナスイメージのある用語でないところから一般に普及し、後に様々な研究 (e.g. Maslach & Pines, 1978, ; 1980) で使用されるようになる。

[4] 第 4 期 (1978 - 1988年)

Beehr (1987) によれば、職場ストレス研究が急増した時期である。身体的な結果 (outcome) より、心理的な結果に着目するようになった。研究に使用される理論も、臨床心理学や、医学理論よ

り、社会心理学の理論（役割理論など）を採用するものが多くなった。また、組織理論、組織心理学の教科書でもストレスに関する章を設けるようになった。

職場ストレスに関する理論構築が進むにつれ、第3期に多かった特定の職業についての研究に対する批判となる実証研究が多数示された。例えば、医者、看護婦、薬剤師を比較した研究（Wolfgang, 1988）では、最高責任者で、最もストレスレベルの高いと思われる医者よりも看護婦の方がストレスレベルは高いことが示された。また、航空管制官の仕事は、労働量の多さ、事故への恐れ、劣悪な仕事環境のために、ストレスが多くなることが明らかになった（Shouksmith & Burrough, 1988）。これらの反証となる研究を受け、ストレスが高いと思われる特定の職業のみの研究ではなく、広範な職業について、共通にみられるストレスの源を探ることに意味があると考えられるようになった。

また、この期には数々のストレス関連概念の測定尺度が考案された。例えば Stress Diagnostic Survey（SDS; Ivancevich, & Matteson, 1980）、Framingham Scale（Haynes, Levome, Scotch, Feinleib & Kannel, 1978）、Maslach Burnout Inventory（MBI; Maslach & Jackson, 1981 ; Maslach & Jackson, 1986）などが挙げられる。

一方、この期に Lazarus & Folkman（1984; 1987）は、ストレス過程の相互作用モデル（transactional model）を発表している。彼らはストレス認知過程を一次評価、二次評価に分け、ある出来事に遭遇した際、その出来事が自分にとって害、損失、脅し、挑戦であるか否か（一次評価）その出来事に対して自分が対処できるか否か（二次評価）の2段階の認知過程を経て、さらにそのような評価に続いて行われる対処（コーピング）によって、ストレス状態が規定されると考えた。このモデルは人間環境適合モデルと共に後の研究に影響を与え、数々の調査で利用されている。

その他に、Frese & Zapf（1988）は、この時期にモデレーターの概念を扱った縦断研究が導入されたことを指摘している。縦断的手法を採用することによって、横断研究では不明であった因果関係が明確になった。最初に調べられたモデレーター変数はソーシャルサポートであったが、後には様々な変数について縦断的に調べられるようになった。

この時期のもう一つの特徴としてコーピングが導入されたことがあげられる。有名なものとしては Folkman, & Lazarus（1980）の研究がある。彼らはコーピングを、問題焦点型（problem focused）と情動焦点型（emotion focused）の2つに分けている。問題焦点型とは、原因の除去につとめるコーピング方略であり、情動焦点型とは自分の気持ちを意識的に変えようとするコーピング方略である。彼らは更に、それぞれのコーピング方略が有効となるストレインを見出したとしている。

さらに、この時期にはストレインを低減させる研究も始った。組織ではなく個人に焦点をあてたものが中心である。例えば、筋弛緩、バイオフィードバック、瞑想などである。個人指向の方法が多かった理由として、Hurrell & Murphy（1987）は、構成概念がストレスの主観的要素を強調したものであること、組織的な方法より個人指向の方法のほうが実行し易いこと、短期で評価でき

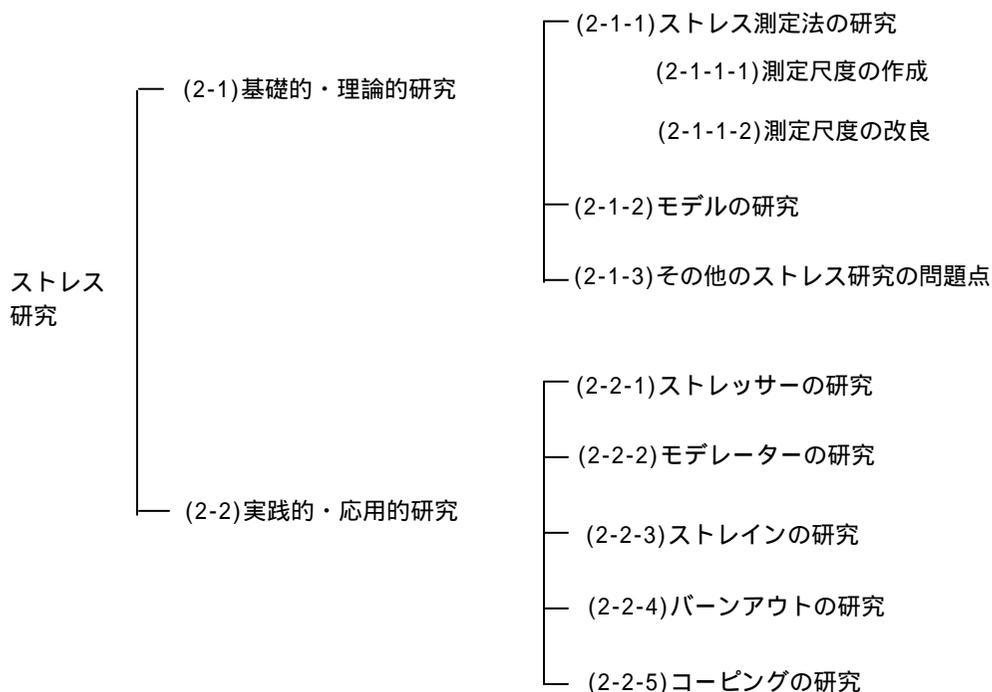
ること、生産スケジュールや組織構造を壊さないこと、従業員の健康増進、疾病予防に対する関心に沿うものであること、を挙げている。

Hurrell & Murphy (1987) は更にこの時の著しい特徴として、変数同士の相互作用を取り扱うようになったことをあげている。著名な研究の一つは Karasek (1979) の調査である。彼は職務要求 (Job demand) と労働者側の立場 (worker side) を考慮し、ストレス状態は職務要求と職務自由裁量権 (Job decision latitude) 職務を自らが決定できる範囲の相互作用で決まると考えた。この考え方は、実証研究によって証明されており、不健康は職務要求が高く、職務自由裁量権が狭い仕事におこること等が明らかになっている。

1988年までに残された課題として、Hurrell & Murphy (1987) は、職務ストレスサーが、労働者の生産性や組織的な効果にいかにか影響するのか不明である、個人的要因またはそれらと労働ストレスサーとの相互作用が生産性や健康にいかなる効果を及ぼすか不明である、ストレス低減に関する研究は個人に焦点が当てられており、職場のストレスを減らすアプローチは少ない、という3点をあげている。

(2) ストレス研究の最近の動向

1988年以降、最近のストレス研究を下図のように整理し、以下、順次述べていく。



(2 - 1) 基礎的・理論的研究

(2 1 1) ストレス測定法の研究

(2 1 1 1) 測定尺度の作成

以下の尺度が考案された。

(A) 職務ストレスを測る尺度

Spielberger & Reheiser (1994) は、今までの調査表とは違った観点から、労働者がある特定のストレスが多い労働状況を経験する頻度を測る「職務ストレス調査票」(Job Stress Survey; JSS)を作成した。

(B) セクシャルハラスメントを測る尺度

セクシャルハラスメントとは「対価型と環境型という2つの行動形式からなる性差別の形である。対価型とは、雇用条件の決定、採用決定に影響するものとして用いられる性的脅し、見返りを含む。環境型とは、性的冗談、性的コメント、触るといような行動であり、仕事をする個人の能力を妨げ、脅迫的、敵対的、攻撃的労働状況を作る行為である」(US EEOC, 1980)。これを基に、Fitzgerald et al. (1988; 1995) は、セクシャルハラスメントの測定尺度を作成した。これは「環境型」に含まれる gender harassment と unwanted sexual attention , 「対価型」に含まれる sexual coercion とから構成される。gender harassment は無遠慮な性的な言葉を言う、きわどい話をする等、unwanted sexual attention は、じっと見る、流し目を送る、拒否にもかかわらず酒や夕食に誘う、性的関係を持つとするとする、sexual coercion は、陰険に脅す、陰険に見返りで誘惑する等が内容である。

(C) マスラック・バーンアウト尺度；一般調査票 (MBI-General Survey; MBI-GS)

Maslach (1996) は、ヒューマンサービス提供者、教育者以外の職業に就いている人を被験者として MBI を実施した結果、脱人格化、情緒的消耗感が一因子構造であることに気づき、第3版(Maslach, 1996) ではこれを改良し、様々な職業に就いている労働者のバーンアウトを測定する尺度 (MBI-GS) を開発した。MBI-GS は、バーンアウトを必ずしも「仕事上の人間関係に起因する危機」と定義せず、「仕事との関係で起こる危機」と定義している。既存の MBI 同様、MBI-GS も消耗感(Exhaustion)、冷笑癖 (Cynicism)、職業上の効力感 (Professional Efficacy) の3つの下位尺度から構成される。しかしながら消耗感は MBI-HSS の情緒的消耗感とは違って、サービスを受ける人に対する直接の言及がない。更に消耗感は疲労への言及を含むが、疲労の源として、人々に直接の言及をしていない。脱人格化の代わりには冷笑癖が導入されている。冷笑癖の項目は、例えば「私は自分の仕事につい

て余り夢中にならなくなった」という質問項目に反映されるように、仕事に対しての無関心、あるいはよそよそしい姿勢を示している。また冷笑癖は、疲れきらせるような要求に対処する方法として、仕事から遠ざかるための試みを反映しているといえよう。職業上の効力感は、元々のMBIの個人的達成感に類似している。しかしながら、例えば「私は、仕事では、効率的に仕事をやり終えられると確信している」というように、従来のMBIよりも、期待にいつそう重点を置いている。職業上の効力感は過去、現在の業績に対する満足を含み、更にそれは仕事の中の個人の継続的な有効性への期待をみている。

(2 1 1 2) 測定尺度の改良

1988年までに、ストレスサー、モデレーター、ストレイン、バーンアウトを計るスケールがそれぞれ発表されていたが、測定尺度に関する疑問や、改良提案はなされていなかった。この期間では、新たにこの観点からの研究が付け加えられた。

(A - a) ストレスサー測定尺度の改良

ここでは、ストレスサーの測定尺度への疑問をあげ、改良を示唆した研究を集めた。

(1) 自己報告尺度への疑問

Specter, Dwyer, & Jex (1988) は、ストレスサーとストレインの間の関係を調べる際に使われる自己報告尺度に関して、報告者の主観が入り、信頼性に疑問があることから、上司の評価を導入する必要性を実証的研究によって示している。

(2) ストレスサー調査に会社・家庭状況を入れる

通常、職場ストレスサーを測る場合、役割ストレスサーしか考えていないが、社会・家庭ストレスサーも影響を及ぼしているケースがかなりあるため、これらも入れた質問票を Vadera & Akhtar (1990) が作成している。

(3) 質的データの採用

Dewe (1989) は、従来のストレス調査では量的な研究が多いことを指摘し、大切なのは質的研究であって、ストレスサーの強度、頻度、どのようにその経験を認知したのか、つまり、肯定的に捉えたのか、否定的に捉えたのか、なぜその様に考えるのかを問う質問でなければならないと考え、自由回答 (open ended) の質問方法を提案した。

(A - b) モデレーター測定尺度の改良

(1) タイプ A 尺度の改良

Edwards (1990) は、タイプ A 行動パターンの測定に広く使われている3つの尺度、Bortner Scale、Framingham Scale、Jenkins activity survey (JAS) の内部相関が低いことを見出し、この理由を三つの

測定方法の構成要素が違うこと、並びに測定誤差や多次元性（3尺度を因子分析した時の次元の差異）によるものと述べている。Bortner Scale の構成要素は、激しい衝動、時間を意識する行動、野心である。Framingham Scale の構成要素は、挑戦的な野心、競走的衝動、慢性的な時間逼迫、業績を求める高い必要性である。また、JAS の構成要素は、競争、業績努力、挑戦的、何事にも急ぐ、短気、休まない、警戒しすぎ、爆発するような会話、筋肉緊張、時間プレッシャー、責任、職務コミットメントである。従って、3尺度はタイプ A 行動パターンのそれぞれ違った面を表していることになる。これらの理由から、Edwards (1990) はタイプ A 行動パターンの新たな尺度が必要であると述べている。

Edwards & Baglioni (1991) は前年の研究を踏まえ、全般的な(global)なタイプ A 尺度(e.g., Bortner Scales, Framingham Scales, Jenkins Activity Survey)よりも、それらを因子分析した結果に基づいて作成された部分(component)尺度の方が優れていることを実証している。

(A - c) コーピング尺度の評価枠組み

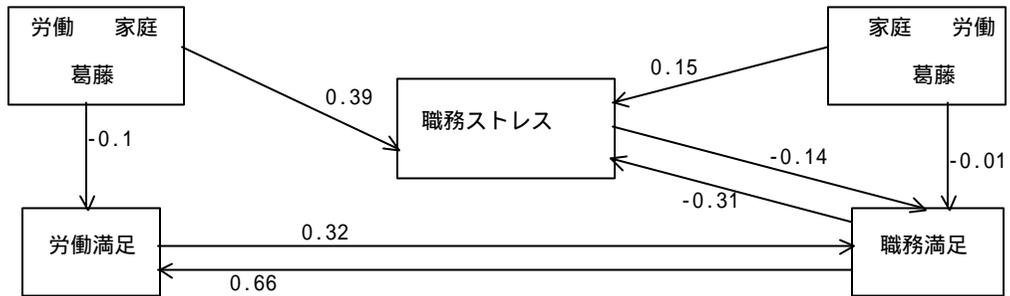
Latack & Havlovic (1992) は、それまでのコーピング研究を整理した。その上で、コーピング尺度を評価するに当たって、それがどのくらい包括的(コーピングの焦点とコーピングの方略を含む)で、かつ特異的(コーピング行動/コーピング効果、コーピングスタイル、コーピング・リソース、ストレス管理への応用)なのかを評価することの重要性を述べている。この評価枠組みによって、諸研究で用いられたコーピング尺度の性質が明らかになる。また、新たにコーピング尺度を作成する場合にも評価が可能になる。

(2 1 2) モデルの研究

従来の研究では、ストレスラー、モデレーター、ストレイン、コーピングの入ったモデルが提出されたが、モデルの構造については詳細な研究はなされてこなかった。しかし、次第に構造方程式を用いた研究が流行するようになり、変数間の因果関係が明らかになってきた。

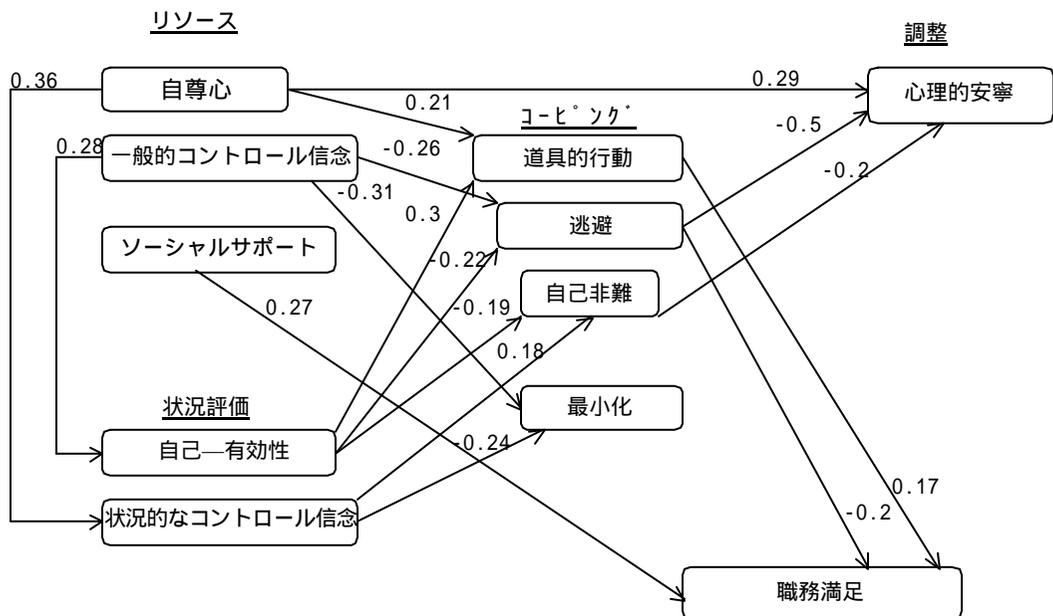
(A - a 1) 因果モデル設定 (男性経営者の職務ストレス)

Judge, Boudrean, & Bretz, Jr. (1994) は、経営者の職務・生活満足、職務ストレス、職場 家庭の葛藤についての仮説モデルを共分散構造分析を用いて検証した。その結果、職場 家庭葛藤(仕事が原因で起きる家庭での葛藤)と、職務不満足が職務ストレスに影響を与えることが示されている。また、職務満足と生活満足は双方向であるが、職務満足から生活満足を感じる程度の方が強いことが読みとれる。また、男性のみの調査であるためか、家庭 労働葛藤(家庭が原因で起きる仕事での葛藤、つまり、介護などに忙しく欠勤してしまうなど)は、職務満足にはほとんど影響を与えていない。



(A - a 2) 因果モデル設定 (コーピング・リソース、状況要因、コーピング反応の関係)

Terry & Tonge (1995) は、コーピング・リソース、ストレスを感じた出来事、コーピング方略、心理的安寧と、職務満足を含めた因果モデルを作成し、オーストラリアの公共団体の中間管理職の男女153人を対象に、共分散構造分析を用いてモデルの検証を行った。その結果、問題焦点型コーピング方略(道具的行動)が、職務満足に正の影響を及ぼし、情動焦点型コーピング方略(逃避、自



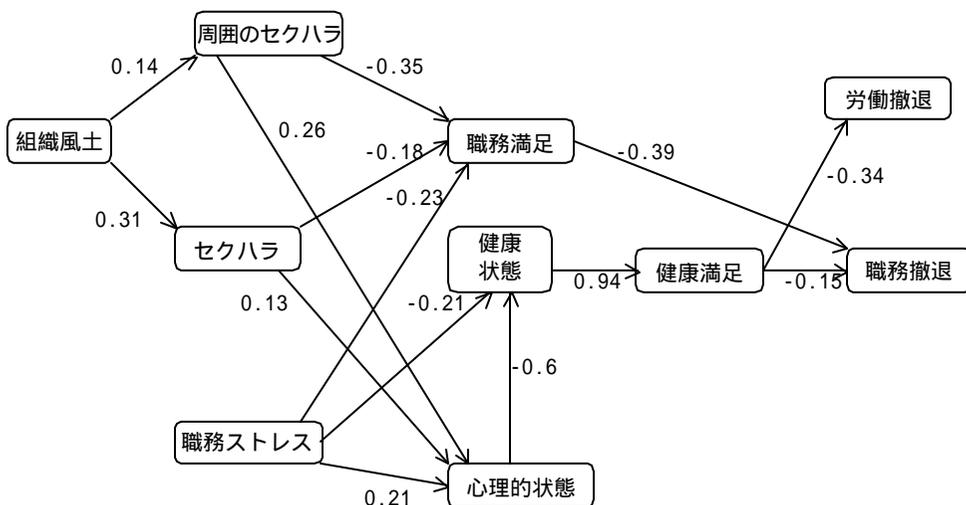
(注) 状況的なコントロール信念 = ストレスを感じる出来事をコントロールできる程度についての従業員による評価
 逃避 = 現実の自分がいる所よりも、よりよい場所を夢想する
 最小化 = 否定戦略の使用 (全てのことを忘れようとする)

己非難)は、心理的安寧にも職務満足にも負の影響を及ぼした。更に、コーピング・リソース(自尊心)は、心理的安寧に直接正の影響を及ぼし、他のコーピング・リソース(ソーシャルサポート)も職務満足に直接正の影響を及ぼした。また、コーピング・リソースは心理的安寧、職務満足に間接的な効果を持っていた。例えば、一般的なコントロール信念(生活上の出来事をコントロールできると感じている程度)は、逃避コーピング方略に負に影響を及ぼし、職務満足・心理的安寧を増加させた。また、自尊心は道具的行動コーピング方略に正に影響を及ぼし、職務満足を増加させた。状況評価としての自己効力感(出来事を処理するための行動をとることが可能だと感じる程度)は、逃避コーピング戦略・自己非難コーピング戦略に負に影響を及ぼし、次にそれらは心理的安寧を増加させた。

(A - a 3) 因果モデル設定 (セクシャルハラスメントの統合モデル)

セクシャルハラスメントの研究は、主に結果に焦点を合わせたものがほとんどであったが、Glomb et al. (1997)は、セクシャルハラスメントの前兆と、結果を合わせた統合モデルを提案し、アメリカの二つ企業で、1750人の男女に調査を行い、共分散構造分析を用いて因果関係を検証した。結果は以下に示す通りである。

セクシャルハラスメントを許す「組織風土」は、「セクシャルハラスメント(自分が受けるもの)」と、「周囲のセクシャルハラスメント(仕事のグループ内でのセクシャルハラスメントの一般的レベル)」を増加させる。「周囲のセクシャルハラスメント」と、「セクシャルハラスメント」は、「心理的状态(心理的苦悩)」を増加させ、「職務満足」を減少させる。「職務ストレス」も「職務満足」を減少させ、「健康状態」を悪化させ、「心理状態(心理的苦悩)」を増加させる。「心理的状态(心



理的苦悩)」が増加すれば、「健康状態」は悪化する。「健康状態」の悪化と「職務満足」の減少は、「職務撤退（離職の意思など）」につながる。また「健康状態」の悪化は、「労働撤退（早く仕事を切り上げる、会議にでないなどのような労働役割の課題を避けようとする）」を招く。以上の結果より、このモデルは、「周囲のセクシャルハラスメント」つまり、セクシャルハラスメントに間接的にさらされることが、直接的にセクシャルハラスメントを受けるのと同様の効果を招くことを示している。

（A - b）ストレスプロセスの处理的性格をいれた考え方

Dewe (1992) は、ストレスサー、一次評価、二次評価、コーピングの入った考え方を提唱している。Dewe によれば、ストレスサーは3種類に分かれ、第一は対人関係に関するものである。これは、上司、同僚、客との関係から起こる。第二は仕事の量的・質的負担であり、単に量のみに関するのではなく、不必要な仕事であったり、仲間の支援がなかったりという質的な負担も含む。第三は個人的な関心であり、キャリアと自己発達、仕事の複雑性から起こる能力の問題、労働状況から起こる健康と安寧 (well being) の問題を含む。一次評価は個人が出来事に与える意味のことであり、3種類ある。いかに個人が感じさせられるか (made to feel)、より詳細に言うと、不快や当惑、ばからしさを感じさせられるかをいう。支援の不足 (lack of support) は、支援が利用できるという感じがしない、他人からの敵意や困難を感じる、仲間の間の無能力を指す。コントロールの不足 (lack of control) は、出来事をコントロールできないということを意味する。二次評価は個人が出来事に与える評価であって、{1} 状況を変えることができる、{2} 状況を受け止めなければならない、{3} 強制されているという3種類がある。Dewe (1992) はこのようなストレスサーに対する評価がなされてから、個人はコーピング方略を決めると述べている。

（A - c）職業特定のモデルの薦め

Dewe (1992) は実証的研究に基づき、一般モデルより職業特異的なモデルの方が、固有の職業文化を反映できるので蓋然性が高くなることを指摘した。

（ 2 1 3 ）その他のストレス研究の問題点

（A）職業ストレス研究の問題点

これまでの職業ストレス研究においては、社会情勢と主観的経験の間の複雑な相互関係に対して十分な注意が払われていない。従って、社会学的概念を融合させることで、研究はさらに充実するであろう (Handy, 1988) という指摘もある。

(B) 質問票の問題点

(B - 1) 社会再適応評価尺度への批判

社会再適応評価尺度には批判があるが、代表的なものは、測定法があまりにも一般化されており、それぞれの出来事が各人それぞれ非常に異なった影響を与える可能性があり、このことを無視しているというものである (Hurrell, Murphy, Sauter, & Cooper, 1988)。

(B - 2) 人間 - 環境適合の測定法への批判

人間 - 環境適合測定は、人間 - 環境適合モデルを基に、労働者の能力、技能をなどの特徴を測り、仕事の環境と職務の要求を評価し、双方の矛盾が適合度の指数として計算されるものだが、人間 - 環境適合の概念は過度に広く、人間 - 組織適合や、人間 - 職務適合のような人間 - 環境適合のサブカテゴリーや、職務が個人の動機づけのニーズに適合している程度を見る測定尺度が必要であろうという指摘がなされている (Kristoff, 1996; Medcof, & Hausdorf, 1995; Sutherland, Fogarty, & Pithers, 1995)。

(B - 3) 質問形式への疑問

今まで使われているストレインに関する質問票では、「どれくらい、なぜ大変なのかわからない」ことが指摘された (Newton 1989)。

(B - 4) コーピングの測定方法への疑問

Newton (1989) はそれまでの研究を整理し、コーピングをコーピング行動とコーピングスタイルの二つに整理し、コーピング行動とは特別な出来事にコーピングする行動であり、短期のコーピングといえる。また、コーピングスタイルとは、長期に見せるコーピングパターンであるとし、個人が通常どのようにストレスにコーピングしているかを尋ねることで引き出されるとした。Newton (1989) はコーピングスタイルとコーピング行動が、かなりの研究で混同され、コーピングスタイルを聞く質問であるのに、コーピング行動を聞いているというようなものがあることを指摘した。

(2 - 2) 実践的・応用的研究

(2 - 2 - 1) ストレッサーの研究

(A) ストレッサー・ストレイン関係

ストレッサーとストレインの相関関係を調べたもので、1988年以前にも多数見られた研究傾向である。

(A - 1) 物理的作業状況次元のストレッサー

この期には、物理的作業次元に含まれるストレッサーを取り上げた研究は少なくなっているが、例えば株式仲買人の研究で、職場環境問題（機械の故障，騒音など）が、情緒的な安寧を脅かすことが明らかにされた（Burke, 1990）。

(A - 2) 職務特徴次元のストレッサー

(A - 2 - 1) 労働過重

労働過重（work overload）の定義は「利用可能な時間に、行うべき余りに多くの仕事、あるいは行うことが余りにも難しい仕事」（Schultz, et al. 1998）であって、例えばXie & Johns（1995）は65の組織で143の異なった職務についている418人の従業員の調査を行い、能力以上の複雑な職務に就いている従業員は、能力と同等の職務に就いている従業員より、高いストレスを経験したことを見出している。また、Kirmeyer & Dougherty（1988）も労働過重が仕事の低い質と職務不満に関係があることを見いだした。

(A - 2 - 2) 労働過小

労働過小（work underload）は「余りにも仕事が単純であり、仕事がそのような単調なものばかりであること、または自分の能力に挑戦するには不十分な仕事」（Schultz, et al. 1998）であって、イスラエルのブルーカラー労働者の研究では、仕事が単調であればある程、職務満足は低く、苦悩は高く、病気欠勤が多かった（Melamed, et al. 1995）。

(A - 2 - 3) 役割曖昧

役割曖昧は「職務の責任が組織だてられていない、あるいは不完全に定義されたとき、生じる状態」（Schultz, et al. 1998）であり、380名の英国人エンジニアの研究では、役割曖昧が職務不満、抑うつ気分に関係があり、上司や同僚と仲良くやることが困難になることが示されている（Keenan & Newton, 1987）。

(A - 2 - 4) 役割葛藤

役割葛藤は、「職務の要求と従業員の個人的な基準の間に相違があるとき生ずる状態」（Schultz, et al. 1998）であり、 作中に異なった役割を果たさなければならないことはストレインを起こすとされる。製造業の従業員の研究では、役割葛藤が職務満足を減らし、情緒的な疲労を増加させることが示された（Zahrly & Toshi, 1988）。

(A - 2 - 5) コントロールの欠如(職務の自律性の欠如)

コントロールの欠如は「労働者が仕事の環境において、彼ら自身の労働自体にコントロールをほとんど持っていないこと」(Riggio, 1999)である。例えば非自営の歯医者と自営の歯医者を比べた研究では、職務に自律性の高い自営の歯医者の方が、自尊心と職務満足が高かった(Handy 1991)。また、発電所の従業員を調べた研究では、職務の自己裁量権の狭い従業員はアルコール問題を起こしやすいことが示されており(Bromet et al., 1988) 両研究とも、自律性の少ない職務特徴を持つと、ストレインを起こしやすいことを示唆している。

(A - 2 - 6) 職務の安定性

ここには二つの興味深い研究がある。一つは会社幹部のストレスを調査した研究で、職を失うという恐れが精神的健康を損なう(McCormick & Cooper 1988)ということが示され、二つめの研究では、交代制勤務の看護婦は、固定勤務の看護婦より安寧が少ないことが明らかとなった(Jamal & Baba, 1992)。つまり両研究とも、職務特徴として安定性が損なわれると精神的な健康に影響するとされた。

(A - 2 - 7) 時間的プレッシャー

歯科衛生士の調査では、時間的プレッシャーが様々な心身症を生むとされる(Lang et al. 1990)。また、看護婦の調査でも同様のことが示されており(Fimian et al. 1988) 時間的プレッシャーが大きなストレス要因であることが明らかとなっている。

(A - 2 - 8) 厳しい職務内容

集中治療室担当の看護婦と普通病棟の看護婦を比べた調査では、集中治療室担当の看護婦の方がストレインは大きく(Jamal & Baba, 1992) 発電所従業員の調査では、高い職務内容を要求された従業員は、アルコール問題を起こす可能性が高くなることが明らかになり(Bromet, et al., 1988) 厳しい職務内容もまたストレスとなることが示された。

(A - 3) 組織構造次元のストレス

(A - 3 - 1) 組織変更

近年、組織のダウンサイジング、再編成(reorganization)、合併、国有企業の民営化等に伴い、組織変更が行われるが、これが大きなストレスとなっている。

公企業から民営に移管された英国の企業における397人の3年間にわたる調査では、経営者、管理職、ブルーカラーのすべてが職務満足の低下と共に、精神的、身体的不調を示した。最も変更によっ

て影響を受けた人は、ブルーカラー労働者であり、これは状況に対してコントロールを持ちにくいと推察されている (Nelson, et al. 1995)。

アメリカの会社で雇用されているマネジャー38人の調査 (Armstrong-Stassen, 1997) では、ダウンサイジングの結果、余剰人員であると宣告されたマネジャーは、余剰を宣告されなかったマネジャーより、正の思考(プラス思考)、直接的な行動コーピングができにくくなり、ストレスとバーンアウトの高いレベルを報告している。

(A - 4) 組織プロセス次元のストレッサー

「離職できない」という組織風土を持ち、役割曖昧があると、不安を生み、身体症状に影響する (Price & Hooilberg 1992) という研究がある。

(A - 5) 対人関係次元のストレッサー

対人葛藤が強いと職務不満足を生じるという研究が報告されている (McCormick & Cooper, 1988)。この他に、セクシャルハラスメントに関する研究もある。女性大卒従業員を対象とした研究で、嫌がらせをする人の地位が高いほど、標的となる女性は負の結果を報告した。つまり、同レベルや、低いレベルの男性による性的いやがらせより、高い地位の男性による性的いやがらせの方が、ストレス、離職の意思、負の気分を増加させた。また、高い地位にいる男性の性的いやがらせは、組織の制裁を受けにくいことも判明した (O'Connell & Korabik, 2000)。

(A - 6) 個人的次元のストレッサー

(A - 6 - 1) 性差

ここでは性差を取り上げた興味深い研究を四つ挙げる。一つは男女の管理職と男女の一般職の4グループを比較した研究で、女性管理職のストレインが最も強く、上司からのサポートも少なかった (Frankenhaeuser, et al., 1989)。これと同様に、男女の教授とアシスタントを比較した調査でも、女性教授のストレインが最も高かった (Richard & Krieshok, 1989)。また、セールスマンとセールスウーマンを比較した研究では、ストレインの男女差はなく (Lagace 1988)、昇進した女性はもっとも大きなストレインを抱えることが分かった。他に男女のストレッサーを比較した研究で、女性が男性より大きいと感じたストレッサーは、職務特徴次元、対人関係次元、個人的次元と多岐にわたったが、男性が女性より多く感じているストレッサーは、「管理が厳しすぎる」とか、「受動的役割をしている」であり、自律性が損なわれたときに、男性は女性よりストレインを感じることを示された (Gadzella, et al. 1991)。

(B - 1 - D) 自己効力感 (self efficacy)

自己効力感とは「望ましい結果に導くと思われる行動のコースをとる自分の能力への信念」(Riggio, 1999)であり、役割不十分という職務特徴次元のストレスサーがあり自己効力感が高いと認知している人は、対人関係と身体的な面でストレインが大きかった。それとは反対に、自己効力感が低いと認知している人は、役割荷重に対して高いストレインを感じている。役割が少ないとストレインを感じないのが普通だが、自己効力が高いと思っている人は、少ない役割に不満でストレインを感じるであろうとされている (Matsui, 1992)。

(B - 2) ソーシャルサポート

モデレーターとして、性格以外にソーシャルサポートを取り上げた研究がある。役割荷重、役割曖昧という職務特徴次元のストレスサーがあっても、他人が具体的に、情緒的ではなく、仕事を助けてくれるという道具的サポートが受けられた場合、ストレインは低下する。情緒的なサポートだけではストレインはかえって増加する (Kaufmann & Beehr1989)。

(2 - 2 - 2) モデレーターの研究

この分類にはモデレーターとストレインの関係について述べている研究を含めた。従来の研究では、ほとんどがモデレーターとしてソーシャルサポートしか取り扱っていなかったが、次第にタイプ A を中心とする性格、認知の仕方など、様々なモデレーター要因とストレインの関係が調べられた。

(A - a) 性格

モデレーターとして性格を扱っている研究をこの中に含めた。

(A - a - 1) タイプ A

性格の中ではタイプ A を取り上げたものが最も多かった。タイプ A とは、短気で競争的、挑戦的、性急な性格で、バリバリ働き何事も早く済ませたいという人で、冠動脈疾患を起こしやすいといわれている。このようなタイプ A の性格の人は職務に満足できない傾向がある (Bluen, et al. 1990 ; Gamble & Matteson 1992)。また、タイプ A の人は精神的なストレイン (いらいら感、不安、身体的不安) を感じやすい (Kushnir & Melamed 1991)。更に、タイプ A であってローカスオブコントロールが外側にある人 (外的統制の人) は、タイプ A であってローカスオブコントロールが内側にある人 (内的統制の人) よりも、ストレインが大きい (Heibrun . Jr 1989)。タイプ A というのはもともとストレインを感じやすいのだが、ローカスオブコントロールが外側 (外的統制) にあると、更にその程度が増幅される。

(A - a - 2) その他

タイプ A 以外の性格では、否定的情緒性 (Negative Affectivity) が取り上げられた。否定的情緒性とは物事を悲観的にみるパーソナリティであり、この性格を持っていると、ストレインが実際より大きく見える (Brief et al. 1988 ; Schaubroeck, et al. 1992)。また、自己能力 (self competence) への信頼を持っていると、ストレインが弱くなるとされる (Bhagat & Allie, 1989)。

(A - b) 個人の属性要因

若い女性で、中間管理職に就いているとストレインを強く感じる傾向があるという研究がある (Gadzella et al. 1990)。

(A - C) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートとストレインの関係を扱った興味深い研究は三つあり、一つは、組織からのフィードバックがあるとストレインが減るという研究 (Greller & Parsons 1992)、他の一つは、上司からの肯定的な職務関係のコミュニケーション (誉めるなど) があるとストレインが減る (Beehr, et al. 1990) という研究である。もう一つは、モデレーターとしてのソーシャルサポートに組合を持ってきた研究で、組合員であるとストレイン (身体的な不平不満) が減る (Shirom & Kirmeyer 1988) ことが示されている。

(2 - 2 - 3) ストレインの研究

ストレインの研究は他の分類に含めた。

(2 - 2 - 4) バーンアウトの研究

バーンアウトを中心にした研究をこの分類に含めた。

バーンアウトは、従来の研究ではほとんど見られなかった新傾向である。この期間では、バーンアウトしやすいと思われる医療関係者を中心に、どのようなストレスラーがバーンアウトを起こすのかが実証的研究で明確にされた。また、どのストレスラーがありどのモデレーターがないと、三つのバーンアウトの特徴の内どの特徴が発生するかなどが分かってきた。更に90年代後半になると、MBI-GS の開発も加わり、ヒューマンサービス、教育以外の職業についている人々のバーンアウトが調査されるようになった (Schaufeli, Leiter, & Kalimo, 1995)。

またこの期には、バーンアウトの判別妥当性が問題にされた。つまり、バーンアウトは他の構成概念から、真に異なった現象なのかという疑問である。特に焦点となったのは、抑うつ気分との区別であった。しかし MBI を使用したいくつかの実証的研究 (Glass, & McKnight 1996, Leiter, & Durup,

1994)により、バーンアウトと抑うつ気分との区別が確認された。これらの研究によると、抑うつ気分は、生活のあらゆる領域にまたがる傾向があるが、バーンアウトは職務関連の特殊な問題であるとされている。

(A) ストレッサー（ストレイン） - バーンアウトの関係

この分類にはストレッサーとストレイン、バーンアウトの関係を調べた研究が含まれる。まず医療技術者を調査した研究で、職務ストレッサーは職務不満足を生み、バーンアウトを発生させることが明らかとなった（Grigsby & Mcknew, 1988）。同様にホスピス病棟と、救急病棟の看護婦を比較した研究でも、救急病棟の看護婦の方がストレインが強く、バーンアウトしやすい。これは、救急病棟の看護婦の方が厳しくきつい職務特徴を持つからであると考えられる（Mallett et al., 1991）。また、専門職（看護婦と技師）では、役割葛藤と役割荷重という職務特徴次元のストレッサーがあると職務不満足を起し、それに職場と家庭の間の葛藤が加わるとバーンアウトを起こすことが明らかにされた（Bacharach et al., 1991）。同様の研究はヘルスケア労働者の間でも行われ、狭い裁量権と役割荷重という職務特徴次元のストレッサーがあると、職務不満足や精神症状（抑うつ気分）というストレインが起こり、バーンアウトに至ることが示された（Landsbergis, 1988）。校長を対象とした調査ではそれとは逆に、管理責任を減らされたことが職務ストレッサーとなって、バーンアウトを起こしている（Burke & Greenglass 1989）。Starnaman & Miller（1992）は、教師を被験者として調査を行い、役割曖昧が脱人格化につながり、個人的達成感を低下させることを明らかにした。Jansen, et al.（1996）は、看護婦と、看護助手を対象とし、職務満足とバーンアウトに関係する個人的な特徴と、職務特徴を調べた。この中で彼らは、自律性のある仕事が、情緒的消耗感や、脱人格化とは負の相関を持つと述べている。

他に、意思決定への参加の不足も脱人格化を招く事が明らかになった（Jackson, 1986）。Lee & Ashforth(1996)は、過去に発表されたバーンアウトに関する実証研究を集め、メタ分析を行った。その結果彼らは、職務プレッシャーが多く、期待が満たされない職務は、情緒的消耗感に正に関係する事、また、革新的な職務は情緒的消耗感に負に関係する事を確認した。

また危険な職場という物理的作業次元のストレッサーに、モデレーターとしてソーシャルサポートがない場合もバーンアウトに至っている（Landsbergis, 1988）。

他に、対人関係次元のストレッサーとして、上司や同僚との不快な接触もバーンアウトの原因となっている（Leiter & Maslach, 1988）。

ストレッサーとバーンアウトの3つの特徴との関係を探った興味深い調査があり、それによると、役割荷重にモデレーターとしてのコーピング・リソースが不足すると、バーンアウトの三つの特徴のうちの一つである情緒的消耗感が増す。また、挑戦的な仕事でないという職務特徴次元のストレッサーを持ち、モデレーターとしての認知も満足されない（他人から認められない）と、バーンアウト

トの3特徴のうちの二つである「脱人格化」と、「個人的達成感が得られない」という状態があらわれる。ここでの興味深い発見は、役割荷重は、脱人格化や個人的達成感の減少には関係がないということである (Friesen & Sarros, 1989)。

その他に、学んだ技術が使えないという、職務特徴次元のストレスサーがあると、個人的達成感が減り、これに更にモデレーターとしての家族リソースを持たないと、脱人格化につながるとされる (Leiter, 1990)。

(B) バーンアウトに及ぼすモデレーターの影響

ここには、バーンアウト現象を起こすのに、いかにモデレーターがかかっているのかを調査した研究を集めた。

(B - a) ローカスオブコントロール

歯医者者の調査で、ローカスオブコントロールが外側にある人(外的統制の人)は、情緒的消耗感が増し、個人的達成感が減ることが分かった (Freeston, et al., 1989)。

(B - b) 個人の属性要因 (性差、年齢)

男性教員のほうが女性教員より職務満足は少なく、バーンアウトは大きかった (Burke & Greenglass 1989)。

Lee & Ashforth (1993) は、148人の人的サービス業の監督者、マネージャーを対象に実証的研究を行い、年齢が増加すると、個人的達成感と専門的コミットメントが増加する、つまり、若い人々の方がバーンアウトレベルが高いということを明らかにした。

(B - C) ソーシャルサポート

Russell ら(1987)らが行った小学校、中学校教師を対象とした調査では、上司の支援があれば、情緒的消耗感、脱人格化を減らし、個人的達成感を増す事が明らかにされた。

他に精神福祉施設の従業員の調査では、家族リソースがないと情緒的消耗感が増すことが示された (Leiter, 1990)。

(B - D) 性格その他

ストレス耐性の低さ、低い自尊心、外的統制、逃避コーピングスタイルが、バーンアウトに関係していることが示されている (Semmer, 1996)。

(C) バーンアウト 3 因子間の関係

Leiter & Maslach (1988) は、北カリフォルニアの都市部の小さな私立病院の看護婦、援助スタッフの調査を行い、情緒的消耗感が脱人格化につながり、脱人格化が個人的達成感を減少させることを明らかにした。他にも、多くの研究者 (Leiter 1991, Lee, & Ashforth 1993) の間で、情緒的消耗感から脱人格化への因果は確認され、情緒的消耗感が最初に起こり、脱人格化を導くという関係が明らかになってきたが、脱人格化から、個人的達成感の減少へのつながりは研究者によって結果が異なり、いまだに明確ではない (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)。

(D) バーンアウトの結果

Lee & Ashforth (1990) は、アメリカ中西部の公共福祉機関で働く290人の監督、マネージャーの調査を行い、情緒的消耗感と脱人格化は、心理的、生理的ストレイン、特に無力感を生じる事を明らかにした。以上のような心理面に加え、バーンアウトは行動面にも影響を及ぼす。もっとも知られている現象は、欠勤・退職である。例えば、Parker & Kulik, (1995) は、サンデイエゴの73人の看護婦を調査し、情緒的消耗感は、退職意思と、精神的理由での欠勤を増やすことを明らかにした。同様の調査は多く (e.g., Lee & Ashforth, 1993 ; Firth & Britton, 1989)、バーンアウトが長期欠勤や離職というような形で、職務からの撤退を招いていることが示されている。

(E) 各職場でのバーンアウト

教師 (Burke & Greenglass, 1989; Pierce & Molloy, 1989 ; Nacy & Nagy, 1992) 医者 (Snibbe, et al., 1989) 薬剤師 (Lalloz & Mason, 1989) セラピスト (Frone & Mcfarlin, 1989)、マネージャー (Lee & Ashforth, 1990) 看護婦 (Nalsett et al., 1991) のバーンアウト状態が調べられている。

(2 - 2 - 5) コーピングの研究

ここには、コーピング行動を中心にして、モデレーターやストレイン、バーンアウトとの関係を調べた研究が入る。更に、コーピング行動の分類を提案した研究、職業ストレスマネジメントプログラムの効果を調べた研究もここに含めた。

従来、明らかにされてきたコーピングの研究は大きく分けて二つあり、一つは問題焦点型と情動焦点型というコーピングの仕方に関するものであり、もう一つは、リラクゼーションなどのストレインを減らす方法の研究である。この期間では、モデレーターとコーピング行動の関係 (どのような性格であると、どのようなコーピング行動をとり易くなるかなど)、コーピング行動とバーンアウトの関係 (どのようなコーピング行動をとると、バーンアウトが起こり易いかなど)、コーピング行動に影響を与えるストレス、ストレインなどが調べられている。また、従来の研究の延長として、2つしかなかったコーピング行動の分類が更に細かく分けられた。

(A) モデレーター コーピング行動の関係

性格とコーピング行動の関係を分析した研究が二つあり、一つはマネジャーの調査でタイプAの性格の人は攻撃的方略をとり易いということが示されている (Lamude & Scudder, 1992)。他に自己敗北的な性格で自我が弱く外的統制の人は、非適応的なコーピング行動 (すべてを拒否したり、アルコール、麻薬に走るなど、活発なコーピングや、計画的行動とは反対の行動を行う) をとるとされる (Schill & Beyler, 1992)。

他に取り上げられたモデレーターは性差である。男性と女性ではコーピング方略が違うことが明らかになった。男性が女性より多かったコーピング方略は、「親友からアドバイスを受ける」であり、女性が男性より多かった方略は、「仕事が難しいとき、最後までやらない」、「仕事でストレスを感じると自分自身の時間をとる」、「定期的に運動をする」、「ストレスがあると、批判的に過剰反応する」であった (Gadzella et al., 1991)。

男女マネジャーのコーピング行動の有効性を比較した研究 (Greeglass, 1993) では、手段的コーピング (instrumental coping) 自分の行動または状況を変えることにより問題を解決しようとする方略 と、予防的コーピング (preventive coping) 自分の安寧を促進し、潜在的な問題の可能性を減らすことを目的とする方略 は、上司のサポートがあると、女性のみにも有効な手段であったが、その場しのぎのコーピング (pilliative coping) 自分の感情的な反応の抑制を目指した方略、または状況を実際的に変えないで、自分を気持ちのみを良い方向に変えるコーピング方略 は、配偶者、親戚、友人のサポートがある場合、女性のみにも低減効果を持つ。

(B) コーピング行動 パーンアウトの関係

ここでは、逃避コーピング方略をとるとパーンアウトが増加し、抑制的コーピング方略をとるとパーンアウトが減ることが明らかとなった (Leiter, 1991)。

(C) コーピング行動に影響を与えるストレッサー、ストレイン

低い職務満足と「職務コミットメントが低い」というストレインがあると、コーピング行動としての離職につながりやすいことが示された。また、従業員が環境との間に不適合があると、政治的行動をとりやすい。さらに、役割曖昧という職務特徴次元のストレッサーがあり、職務コミットメントが低いというストレインが起こると、やはり政治的行動に走りやすくなる (Mayes & Ganster 1988)。

(D) コーピング行動の分類

この中には4種類のコーピング行動の分類が含まれる。第一はNewton (1989) によるもので、今までの研究では、一つのコーピングテクニックが普遍的に効果があったとした調査がほとんどであっ

たが、彼はコーピングを、コーピング行動とコーピングスタイルに分けることを提案した。コーピング行動とは、特定の出来事処理する行動で、問題焦点型のコーピング様式といえる。コーピングスタイルとは、長期に見せるコーピングのパターンで、個人が出来事を評価することから起こる情動焦点型のコーピング様式である。

第二は、Puffer & Brakefield (1989) によって発表された4種類のコーピング反応の研究がある。この中には、積極的認知 (active cognitive) 出来事の評価を変化させる、積極的行動 (active behavioral) 問題に直接的に対処する行動をとる、認知的回避 (cognitive avoidance) 状況について考えない、行動的回避 (behavioral avoidance) ストレス状況に関係のないことを行うという4種類が含まれる。

第三は、Dewe (1989) によって考案されたコーピング行動で、仕事指向のコーピング行動 (task oriented behavior) 情緒解放 (emotion relief) 感情を表に出す、例をあげると、怒り出したりすること、家族リソース (family resources) 準備 (preparation) 休息をとった後で問題に取り組むなど、取り扱う準備ができたと感じるまで、問題を無視する。気晴らし (distraction) ビールを飲むなどして気晴らしをする、受動的試み (passive attempts) 起こったことをあきらめてしまうという6種類のコーピング行動が含まれる。

第四は、Dewe & Guest (1990) によって発表されたコーピング行動で、合理的仕事志向 (rational task oriented) 直接ストレッサーに向けてコーピングする。例えばストレッサーの中で解決にあたる優先順位をつけてコーピングを考える、情緒のカタルシス (emotional release) 例えば怒り出す、気晴らし (distraction) 行為を延期する、受動的合理化 (passive rationalization) 問題を合理化し耐える、ソーシャルサポート 外部のコーピング・リソースを利用するという5種類のコーピング行動が含まれる。

(E) 職業ストレスマネジメントプログラムの効果

ここには、個人、組織を対象とした、ストレスを減少させる目的で作られたプログラムの効果をみた研究を集めることとする。

(E 1) 個人レベル

職業ストレスマネジメントプログラムの大部分が個人を対象にしたものである。例えばリラクゼーション (Murphy & Sorenson, 1988) レクリエーション (Osipow & Davis 1988) バイオフィードバック (Drennem et al., 1988) レジャー (Cunningham, 1989) カウンセリング (Firth - Cozens, 1992) 等は、各々ストレインを緩和する働きが確認されている。

その他に、認知的コーピング方略に対する介入がある。これは、ストレッサーに対する脅威度の縮小を目指す認知的再体制化と、スキルやコンピテンシーを向上させることで職務要求を満たす

コーピング・スキル獲得の二つの方法に分かれる (Heck, & Plomp 1997)。認知的再体制化とは、状況の現実的な評価を奨励し、ストレスに直面する準備を奨励し、恐れにコーピングし、コーピング行動の強化を奨励するもので、例えば、Ellis の合理的な情動療法 (The rational emotive therapy) を使用した Schafeli (1994) の研究があげられる。コーピングスキル訓練は、Meichenbaum (1977) によって開発されたストレス免疫訓練 (The stress inoculation training) が代表的なものである。プログラムは、目標設定、時間管理、コミュニケーションスキル、葛藤処理スキル、自己主張スキルに焦点が合わされている。この訓練を応用した研究には、例えば Bruning (1987) の調査があげられる。

以上のほかに個人に向けられたプログラムとして、従業員援助プログラム (Employee Assistance Programs) もある。これは企業外の心理クリニックに行きセラピーを受けるものと (Barkham, 1990)、企業内クリニックでカウンセリングを受けるもの (Cooper, 1990) とがある。これら全ては程度の差こそあれ、全てストレスを減らすのに有効であるという結果が示されている。

(E 2) 組織レベル

組織に焦点を合わせたプログラムとして、例えば Jones et al. (1988) の研究がある。この調査は、まずストレスレベルの評価から始まり、結果が取締役に知らされ、そこで、ストレスを起こすかもしれない組織的な要因を改正する提案がなされる。次に最も高いストレスを報告した部門のマネージャーは、ストレスを減らす対策を実施し、手続き上の変更を行う。取締役は調査結果を全ての従業員と論じ合い、次に従業員は一連の訓練に関するビデオテープを見せられる。それらはストレスの認知と理解を促し、ストレス・コーピング技術をいかに向上させるかを従業員に教えるようにデザインされている。最後に仕事関連のそして個人的な問題をも解決し、カウンセリングを従業員に提供する、包括的な従業員援助プログラムが作られる。

このように初期の研究は、1種類のストレスマネジメントプログラムの有効性を測るものであったが、90年代後半には、2種類の性格の違ったストレスマネジメントプログラムの有効性を比較する等 (e.g., Antonioni, 1994 ; Bunce, 1996)、多様なストレスマネジメントプログラムが調査されるようになった。

5 . 考察

(5 1) 量的な見地からの検討

(5 1 1) 測定方法、モデル研究の問題点

1988年以前にはほとんど行われなかった測定方法やモデルの改良が提案されるようになってきた。共分散構造分析や縦断研究の手法を取り入れ、因果モデルを作る試みもなされるようになった。

また、全般的なストレス研究の問題点をあげ、質問票の作り方、他の学問の概念を利用することを提案する等、これまでに見られなかった傾向の研究も現れた。

(5 1 2) ストレッサー関係

研究の圧倒的多数は、ストレッサーとストレインの関係を調べたものである。しかしながら、変数の数が多くなり、また、間にモデレーターやコーピングをいれた研究が増え、特に性格、ローカスオブコントロールをモデレーター変数として取り入れた研究が目だった。縦断研究があることは以前と同じであるが、性差を調べたり、外国に駐在しているアメリカ人や、アメリカ以外の国の人々のストレッサーとストレインの関係を調べた研究も増加した。この事実は、1988年以前にはほとんど見られなかったもので、アメリカ以外の国での職業ストレス研究の広がりを意味するものと思われる。特定の職業に多いストレッサーが調べられたが、以前は職業の偏りが多く、医療関係者、教員が多かった。しかしながら90年代に入って、様々な職業、例えば販売員 (Singh, et al. 1994)、ホワイトカラー (Carayan, 1993)、ブルーカラー (Fried, 1993)、経営者 (Judge, et al. 1994)、IT 技術者 (Sonnentag, et al. 1994) 等が調べられるようになった。

(5 1 3) モデレーター関係

以前の研究と同様、モデレーターの種類は多様になり、ソーシャルサポート以外のモデレーターを取り上げた研究が増えた。しかし圧倒的に多いのは性格変数であり、特にタイプ A に関するものが非常に多かった。他にタイプ A と別のモデレーターが組み合わされたときストレインがどうなるのかや、タイプ A、タイプ B の比較、性差を縦断的に調べるなど手の込んだ研究が出てきた。この事実は、近年のタイプ A に関する研究者の幅広い関心をうかがわせる。他にタイプ A 以外の性格を取り上げた研究も多く、性格がストレインに影響すると考えた研究者が多いと思われる。

総じてモデレーター関係の研究のほとんどは、ローカスオブコントロールを含む認知の仕方と性格に焦点があてられている。これらは確かにストレインと関係するのかもしれないが、余りの多さに研究の偏りが危惧される。つまり最初に性格や認知の仕方がストレインと関係するという思い込みがあり、研究をスタートさせてしまっているのではないかという懸念である。他のモデレーター変数を取り上げず、性格又はそれに類したもののみを検討することになるのではないと思われる。

(5 1 4) ストレイン特にバーンアウト関係

1988年以前にはほとんど見られなかった傾向がバーンアウトである。バーンアウトの研究は数も多く、多様な角度から調べられた。例えばどういう性格を持っているとバーンアウトになりやすいかというような、バーンアウトとモデレーターの関係が研究された。各職業でのバーンアウトが調べられたが、対象者は医療関係者、教師であった。しかしながら1990年代後半より、ストレッサー

研究と同様に様々な職業での調査が行われるようになった。

(5 1 5) コーピング関係

ストレインをやわらげるコーピング行動について研究したものが、1988年以前と同様多かった。他にモデレーターとコーピング行動を組み合わせた研究も出てきた。問題焦点型と情緒焦点型位しかなかったコーピング分類だが、多数の分け方が提案された。

(5 2) 質的な観点から検討

(5 2 1) ストレッサー研究

前述したストレスモデルのストレッサー次元のうちで、職務特徴次元ストレッサーを取り上げた研究が多く、労働荷重、労働過小、役割ストレッサー、職務の自律性、安定性、役割葛藤、時間プレッシャーが有意なストレッサーであることが明らかになった。それに加えて、厳しい職務要求というストレッサーもストレインを引き起こすことが分かった。また、役割曖昧については、ストレインとは関係がないという研究もあったが、役割曖昧と組織風土が重なると、不安症状、身体症状が出てくるという研究もあり、役割曖昧に何等かの要因が重なると、ストレインが強くなると思われる。この点を明確にさせるには、役割曖昧、組織風土、結果等のような変数を含めた因果モデルを検討する必要があると思われる。

90年代後半に目立って数が増加した研究が、組織変更に関するものであり、ダウンサイジングや、合併の後での従業員のストレスが調べられた。

同様に90年代後半から、極めて研究が増加したのがセクシャルハラスメントであった。研究の歴史は20年位あるものの、深い研究はいまだなされておらず、まだ測定尺度を開発している段階であるが、これからの研究の発展が期待される。

他に、個人的次元では、性差を調べたものが目立ち、一般職では男女差が少ないものの、女性管理職になると急にストレインが増加することが示されている。これには種々の理由が考えられるが、アメリカといえども女性の管理職はまだまだ少ないため、役割モデルがないことも原因しているのではないと思われる。

ストレッサーとストレイン関係を介在するモデレーターとしては、性格を取り上げたものが多く、その中でもタイプAとローカスオブコントロールについて言及したものがほとんどであった。外的統制の人は、そうでない人より、ストレインを感じやすく、内的統制であるとたとえストレッサーがあろうともストレインをあまり感じない。また、普通ならストレッサーとならない「低い労働荷重、受け身的な仕事」も挑戦的な傾向を持つタイプAの性格の人には、ストレッサーとなり、ストレインを増加させるという点は興味深い。更にストレス耐性の高い人は出来事を否定的に見ていない。

他に、自己効力感が高いと認知している人は、不十分な役割であると不満に思いストレインを増す。つまり、同じ役割過剰であっても、自己効力感が高いと知っている人と、低いと知っている人では、反応が異なる。この分類に含まれるモデレーターとして、性格以外にはソーシャルサポートがあげられる。擬集性の強い集団にあっては、道具的なサポートはストレインを減らすのに役立つが、情緒的サポートはかえってストレインを増加する方向に働いてしまう。

(5 2 2) モデレーターの研究

モデレーターは性格を含めた多様なものが考えられるが、今回扱った文献では、性格、属性要因、ソーシャルサポートに分かれた。数で圧倒的に多かったのは性格であって、その中でもタイプ A とローカスオブコントロールを取り上げたものが主だった。タイプ A の性格を持つとストレインが増え、外的統制であるとストレインが増える。また、物事を悲観的にみる否定的情緒性が強いと、ストレインを大きく感じる。それとは逆に、自己能力への信頼が大きければ、ストレインは弱くなるということが示された。

性格以外に取り上げられたモデレーターは属性要因であり、女性で管理職であるとストレインは強いとされる。

以上述べた以外のモデレーターとしては、ソーシャルサポートがあり、上司や組織からの肯定的なフィードバックや、組合員であることがストレインを減らしている。

(5 2 3) バーンアウトの研究

自律性のなさ、役割葛藤、役割荷重、厳しくきつい職務という職務特徴次元のストレッサーは、職務不満足というストレインをうみ、バーンアウトにいたるという過程が明らかになった。他に対人関係のストレッサーもバーンアウトをおこす。更に危険な職場でモデレーターとしてのソーシャルサポートがない場合も、ストレインをうみ、バーンアウトに至る。また、外的統制の場合もバーンアウトを起こしやすい。バーンアウト 3 要因の関係では、情緒的消耗感から脱人格化へのパスが明らかにされたが、脱人格化から個人的達成感の減少へパスは、研究ごとに異なり明確な結果が得られていない。バーンアウトの結果に関しては、長期欠勤や、離職という形で、職務からの撤退を招くことが明らかになっている。

このほかに興味深い研究が二つあり、役割荷重とコーピング・リソースの不足（家族リソースの不足も含む）が重なると情緒的消耗感を引き起こす。また、挑戦的な仕事でなく、他人からの認知も得られない（ソーシャルサポートもない）と脱人格化が表れ、個人的達成感が減る。ここで注目されるのは、労働荷重は情緒的消耗感には関係するが、脱人格化や個人的達成感の減少には関係しないという発見である。今回調べた中では他に類似の調査は見いだせず、どのストレッサーでどのモデレーターがないと、バーンアウトのどの特徴が発生するというメカニズムはまだ明確になって

いない。この点に関して因果関係に言及するための研究が期待される。

バーンアウト研究で残された課題の1つは、職務満足とバーンアウトとの関係である。Whitehead (1987) はニューヨーク州保護観察官を調べ、職務満足が情緒的消耗感・脱人格化を減らし、個人的達成感を増やすことを示し、また、Rimmerman, (1989) Lee & Ashforth, (1993) も同様の結果を支持し、職務満足がバーンアウトに影響を及ぼすとしている。しかしながら、Startneman & Miller (1992) の研究では減少した個人的達成感、情緒的消耗感が職務満足を減らすことを明らかにし、バーンアウトが職務満足に影響を与え、Whitehead とは逆の結果を提示している。この事実は、Maslach et al. (2001) が指摘しているように、バーンアウトも職務不満足も、全く別の要因によって引き起こされていることを示しているのかもしれない。

(5 2 4) コーピングの研究

性格とコーピング行動では、タイプ A の性格の人は攻撃的な方略をとる。また、自我が弱く、自己敗北的で、ローカスオブコントロールが外側の人(外的統制の人)つまり、主体性にかけると思われる人は、非適応的なコーピング行動(逃避的なコーピング行動)をとる。逃避コーピング方略をとると、バーンアウトはかえって増加し、精神状態も悪くなる(抑うつ気分が増加)。反対に、問題から逃げずに接近コーピング行動をとると、精神健康状態は良くなる。また、自己保護的な態度(自分を肯定的にみる)が精神状態を良くする。

バーンアウトの研究と以上の結果を総合すると、労働荷重があり、コーピング・リソースも不足し、逃避的なコーピング行動(酒を飲むなど)しかとれないと、バーンアウトの内の情緒的消耗感が発生すると考えられる。同様に挑戦的な仕事でなく、満足しうる対人関係を持たず、人から認知されず、逃避的なコーピング行動をとっていると、脱人格化が起き、個人的達成感が感じられなくなるといえるのかもしれない。コーピング行動の分類は各種提案されたが、自分を否定せず、問題から逃げず、積極的にコーピングすることが一番よい精神状態を生むということができよう。

コーピング測定に関する疑問として、Newton (1989) は多くの研究でコーピングスタイルとコーピング行動の混同が行われていることを危惧し、二つを分けるべきだと提案している。しかしながら、コーピングスタイルに関しては、あまりに広範囲になり過ぎ、実際のコーピング応答との間にほとんど一致を見いだしていない(Cohen 1987, Edwards 1988)。また、コーピング行動に関しても個々のコーピングに関しては適応できるが、個々の研究を越えての一致は見られず、常にストレッサー ストレイン関係を和らげるとはいえない(Ardwin, & Revenson 1987)。

他に、コーピング測定に関しては、内部信頼性も大きな問題である。O'Driscoll, & Cooper (1994) は過去のコーピング研究を調べ、同じ Lazarus & Folkman (1984) による Way of Coping を使用しても、調査により、0.35から0.85まで信頼性が異なること、また Billings & Moos による「健康と日常生活形式」(Health & Daily Living Form) においても同じような信頼性の分散を示していることを指

摘し、これらの測定尺度の信頼性について、大きな疑問を提示している。

コーピングを調べるには、演繹法と帰納法がある。演繹法とはコーピング方略を評価する手段が、既存の研究からとられるものであり、それと対照的に帰納法とは、個人がストレスの多い相互作用で示した特定の反応を引き出し、それをグループ分けするものである (O'Driscoll, & Cooper, 1994)。帰納法アプローチは何の仮定もおかないで答えさせるが故に、妥当性が高いといえるが、個人や状況を超えてコーピング過程を記述するのに充分広範囲なカテゴリーを持っていない。しかしながら、演繹法は広範囲な範疇を持っているが、個別の重要な方略を掴み損ねる可能性がある (Amirkhan, 1990)。以上のような議論を踏まえると、現段階では、どのコーピング様式が最も効果的であるかに関する明確な意見一致はないといえる。

職業ストレスマネジメントプログラムに関しては、ほとんどの研究が効果を報告していたが、長期にわたって、効果を測定したものはほとんどない。また、プログラムへの参加は自発的な参加によるものと、組織で働く従業員全員によるものがあつたが、自発的な参加の場合、疲れ切っている人は参加しないということが考えられ、結果が歪められる懸念がある (Heck, & Plomp 1997)。また、職業ストレスマネジメントプログラムの効果を比較したくても、それぞれの研究が、どのような状況下でどれくらいの持続時間でプログラムを実行したかなどの点で、かなり異なっており、どのテクニックが有効であるか決定することを不可能にしている。

6 . 結論 (将来の方向性)

1978年ころから急に増加し始めたストレス研究であるが、90年代に入ると多くの変数が入り、益々その研究は複雑化している。1990年代に新たに出てきて、研究の焦点となったものは、タイプA、ローカスオブコントロール、バーンアウトであり、1990年代後半には、それにダウンサイジング、セクシャルハラスメントが加わっている。タイプA、ローカスオブコントロールが取り上げられたことは、分析が進み、深い研究になっていったと考えられる。以上のような調査の前進は見られたものの、より根本的な問題は取り上げられてこなかった。例えば、どれくらいのストレスの範囲と程度があつたら人間はストレインを知覚し、合理的な行動が妨げられ、生産性がどれくらい損なわれるのか、また、それにはどのようなモデレーターが係わっていくのかというストレスの知覚メカニズムを押さえた研究が残念ながら見当たらない。また、大多数の研究はモデレーターを所与のものとして扱っているが、環境の変化を受けて性格が変わるように、モデレーターも変化していく。その事に着目した研究も見当たらない。

90年代のアメリカの企業では、合併やダウンサイジングが激しく行われ、従業員は多くの変化を経験した。この結果、従業員は時間、努力、技能等に関して、多くを企業側に与えることが期待されているにもかかわらず、キャリア機会、長期雇用、職務の安全性などに関しては企業側から少し

しか受け取っていない (Maslach et al. 2001)。これらは心理上の契約違反を意味することであり、バーンアウトを引き起こす可能性が高いにもかかわらず、その点を捕らえた研究はほとんど見当たらなかった。

今までの傾向を受けて、21世紀の研究はいかなる方向へと向かっていくのであろうか。まず、考えられることは、測定尺度、モデルの改良がなされるであろうということである。また、縦断研究はまだまだ少ないが今後増えるとおもわれ、共分散構造分析を活用した新たなモデルも期待される。

また、今後、研究者によってほとんど同じ内容を違った言葉で表しているものがあるが (例えば、Self efficacy と mastery, Self competence) それらの統合がはかられていくと考えられる。コーピングの仕方もほぼ同じものが学者によって違った名称をつけている。これらは、ストレインとストレスラーの概念がほぼ研究者の間で統一されたように、いずれは統合されたものに収斂していくと思われる。

1988年までの課題であった「個人的な要因、又はそれらと労働ストレスラーとの相互作用が、生産性、健康に及ぼす効果」については触れた研究も出てきた。しかし、職務ストレスラーが生産性に及ぼす効果はいまだはっきりしていない。職場のストレスを減らす組織的なアプローチは漸く増え、多様なストレスマネジメントプログラムが提案され、有効性が調べられるようになったが、まだ決定的といえるものはない。今後は、作業分析に基づく職務再設計、経営参加、キャリア・ディベロップメント・プログラムなど、職場レベルでのコーピング方略も研究されることが課題となろう。その他に、職務ストレイン (生産性の低下、労働事故など) に対するコーピングの効果もはっきりしていない。これらは引き続き残された課題であろう。

コーピングスタイルとコーピング行動に関しては、どちらにも問題があることがわかってきた。この点の解決を目指したのが、O'Driscoll, & Cooper (1994) であり、Flanagan (1954) による「重大な事件分析」(Critical incident analysis) を応用した新たなアプローチを提案している。彼によれば、第一段階として面接を用いて困難をもたらした相互作用 (出来事) を聞き、問題が何であったかはっきりさせる答えを引き出す。その際には、稀に起こる出来事と長期に渡って持続する問題とは、コーピングが違うことが予想されるため、相互作用の頻度と持続時間を記述する。第二段階として上記の被験者に、それぞれの特定のストレスラーに直面したとき示した行動を記述させる。最終段階として彼らの行動の結果を調べる。これには二種類の質問が用いられ、第一はもっぱら記述に焦点が合わせられ、「あなたがしたことの結果として何が起きたか」という事実を問う。第二はその人のコーピング行動の有効性を判断するもので、「起きたことについて、あなたはいかに感じたか」というその人の評価を問う。次に得られた出来事、行動、結果をカテゴリーに分ける。最後に出来事の種類と、個々人によって使用されたコーピング行動の間の関係をみるために、ストレスラーのカテゴリー上にコーピング方略が図示される。

この手法によれば、確かに状況特定のコーピング行動の結果は正確に調べられるかもしれない。

しかしながら、次の三点の不安が残る。第一点は、インタビュアーのテクニックに対する不安である。問題が何であったか明確に述べさせるためにはかなりの熟練が必要と思われる。インタビュアーの訓練が必須とされよう。第二点は、O'Driscoll, & Cooper (1994) も認めていることであるが、評定者によるカテゴリーのコーディングの一致が必要であろう。また、そのカテゴリーの範囲も、広すぎればストレスと応答との間の相互関係に関する情報が失われるかもしれない。また、狭すぎれば一般化されえない。第三点目は、面接を承諾してくれる人が少ないのではないかという不安である。プライバシーに触れるからということよりも問題になりそうな点は、インタビュアーの質問内容が深くなればなるほど、組織の機密事項、物事の処理の仕方、考え方に踏み込み、拒否される可能性が多くなるのではないかという恐れである。以上のような点を解決できれば、このアプローチは現存しているコーピング研究の欠点を補う一つの方法といえる。

今回の調査を振り返ると、ストレス研究は1988年以前より量としては圧倒的に増えたものの、質的深みを感じさせる研究がほとんどないように感じられた。つまりAというストレスが発生し、性格変数などのモデレーターがあると、Bというストレインが発生する。その場合のコーピングはCであるというパターンの研究が多く、Lazarus がかつて指摘した、ストレス評価過程を分析に取り入れているものが見られなかった。この点に気づいた研究者は Dewe であり、人はストレスを受けた後、一次評価でストレスをいかに感じたか、サポートが期待できるか、ストレスをコントロールできそうもないと感じているかを考え、二次評価で出来事に与える評価を行い、コーピング方略を考察すると指摘した。これをより具体的に調べるには、ストレスの強度、頻度、経験を肯定的に捉えたか、否定的に捉えたかを調べる必要があり、それに関し自由回答法による調査を提案している。しかし、自由回答法という手法は、回答者によって答えが様々で分散し、收拾がつかなくなってしまう恐れがある。このため自由回答法を繰り返し行ない、多変量解析の手法を用いて質問回答群を洗練させ、より良い質問票を作っていくという一連の作業が必要となる。

今回調べた限りでは、同じような調査が多く、研究の閉塞感が感じられるが、それを破るには、出来事をなぜ肯定的に捉えるのか、又は否定的に捉えるのかを調べることも重要であると思われる。それには発育歴を含め、精神分析的な手法も有効なものと思われる。今日の情報革命とタウンサイジングにより、中間管理職が減少し組織形態が変化する動きが指摘させている。一面では、これは今までのピラミッド組織からフラットな組織へと移行することであり、トップと一般社員が中間管理職というクッションなしに、電子メールなどを通して直に相対する機会が増加することを示している。そこでストレスは今までとはたして同じであろうか。また、組織形態の急激な変化によって、今までのストレスモデルでは捉えられない新しいストレスが生じることも予想される。現在、社会で起こっているこのような変化を捉えた新しいストレス研究が現れ、今回のレビューで感じられた研究の閉塞感といえる状況が打破されることを期待したい。

文 献

- Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). "Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health", *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Amirkhan, J. (1990). "A factor analytically derived measure of coping : The coping strategy indicator", *Journal of Personality and social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Antonioni, D. (1994). "Two strategies for responding to stressors: Managing conflict and clarifying work expectations", *Journal of business and Psychology*, Vol. 11, No. 2, 287- 295.
- Armstrong-Stassen, M. (1997). "The effect of repeated management downsizing and surplus designation on remaining managers: An exploratory study", *Anxiety, Stress, and Coping*, Vol. 10, 377-384.
- Arsenault, A. & Dolan, S. L. (1991). "Stress and mental strain in hospital work: Exploring the relationship beyond personality", *Journal of Organizational Behavior*, Vol.12, 483-493.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P. & Conley, S. (1991). "Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 12, 39-53.
- Barkham, M., & Shapiro, D.A. (1990). "Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: a pilot study of prescriptive and exploratory therapy", *Counsel Psychol Quarterly*, 3: 133-147.
- Beehr, T. A. (1987). The themes of social psychological stress in work organizations: from role to goals. *Occupational Stress and Organizational Effectiveness*, 71-101, Praeger.
- Beehr, T. A., King, L. A. & King, D. W. (1990). "Social support and occupational stress: Talking to a supervisor", *Journal of Vocational Behavior*, 36, 39-53.
- Bhagat, R. S. & Allie, S. M. (1989). "Organizational stress, personal life stress and symptoms life strains: An examination of the moderating role of sense of competence", *Journal of Vocational Behavior*, 35, 231-253.
- Bluen, S. D., Barling, J. & Burn, W. (1990). "Predicting sales performance, job satisfaction and depression by using the achievement strivings and impatience-irritability dimensions of type A behavior", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, No. 212-216.
- Bortner, R. W. (1969). "A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior", *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
- Brief, A.P., Burke, M.J., George, J.M. & Robinson, B.B. (1988). "Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 73, No. 2, 193-198.
- Bromet, E. J., Dewe, M. A., Parkinson, D. K., Schulberg, H. C. (1988). "Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male work force", *Journal of Organizational Behavior*,

Vol. 9, 1-13.

- Bruning, N.S., Frew, D.R. (1987). "Effects of exercise, relaxation, and management", *Journal of Applied Psychology*, 72: 515-521.
- Bunce, D., & West, M. A. (1996). "Stress management and innovation interventions at work", *Human Relations*, Vol. 49, No.2, 209-232.
- Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1989). "It may be lonely at the top but it's less stressful: Psychological burnout in public schools", *Psychological Reports*, 64, 615-623.
- Burke, R. J. (1990). "Effects of physical environment and technological stressors among stock brokers: A preliminary investigation", *Psychological Reports*, 60, 951-959.
- Cunningham, P. H. (1989). "Stress in relation to satisfaction with leisure experienced by those performing in therapeutic recreation", *Psychological Reports*, 64, 652.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes ill pain, hunger, fear and range*. Boston, MA: C.T. Branford.
- Carayon, P. (1993). "Job design and job stress in office workers", *Ergonomics*, Vol. 36, No.5, 463-477.
- Cohen, F. (1987). "Measurement of coping", In S. Kasl & C. Cooper (Eds), *Stress and Health : Issues in Research Methodology*, 283-305. Chichester: Wiley.
- Cooper, C.L., Mallinger, M., & Kahn, R. (1978). "Identifying sources of occupational stress among dentists", *Journal of Occupational Psychology*, 51, 227-234.
- Cooper, C.L., Sadri, G., Allison, T., & Reynolds, O., (1990). "Stress counselling in the post office", *Counsel Psychol Quarterly*, 3: 3-11.
- Dewe, P. J. (1989). "Examining the nature of work stress: Individual evaluations of stressful experiences and coping", *Human Relations*, Vol. 42, No. 11, 993- 1013.
- Dewe, P.J. (1992). Applying the concept of appraisal to work stressors: Some exploratory analysis. *Human Relations*, Vol. 45, No. 2, 143-164.
- Dewe, P.J. & Guest, D. E. (1990). "Methods of coping with stress at work: A conceptual analysis and empirical study of measurement issues", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 11, 135-150.
- Drennen, W. T., Vidic, J. J. & Nay, R. (1988). "Biofeedback and effects of set and sex with type A and type B college students: An exploratory study", *Psychological Reports*, 63, 787-790.
- Edwards, J. (1988). "The determinants and consequences of coping with stress", In C. Cooper & R. Patne (Eds), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, 233-263. Chichester: Wiley.
- Edwards, J. R., Baglioni, Jr. A. J. & Cooper, C. L. (1990). Stress type A coping and psychological and physical symptoms: A multi-sample test of alternative models. *Human Relations*, Vol. 43, No. 10, 919-956.
- Edwards, J. R. & Baglioni, Jr. A. J. (1991). Relationship between type A behavior pattern and mental and

- physical symptoms: A comparison of global and component measures. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, No. 2, 276-290.
- Fimian, M.J., Fastenan, P.S. & Thomas, J.A. (1988). "Stress in nursing and intentions of leaving the profession", *Psychological Reports*, 62, 499-506.
- Firth-Cozens, J. (1992). "Why me? A case study of the process of perceived occupational stress", *Human Relations*, Vol. 45, No. 2, 131-141.
- Firth, H. & Britton, P. (1989). "Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff", *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59.
- Fitzgerald, L. F., Schullman, S. L., Bailey, N., Richards, M., Swecker, J., Gold, Y., Ormerod, A.J., & Weitzman, L. (1988). "The dimensions and extent of sexual harassment in higher education and the workplace", *Journal of Vocational Behavior*, 32, 152-175.
- Fitzgerald, L., Gelfand, M.J. & Drasgow, F. (1995). "Measuring Sexual Harassment: Theoretical and Psychometric Advances", *Basic and Applied Social Psychology*, 17(4), 425-445.
- Flanagan, J. (1954). "The critical incident technique", *Psychological bulletin*, 51, 327- 358.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). "An analysis of coping in a middle-aged community sample", *Journal of Health and Social Behavior*, vol.21 (September): 219-239.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M. & Myrsten, A. (1989). "Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers", *Journal of Occupational Behavior*, Vol. 10, 321-346.
- Freeston, M. H., St-yves, A., Godbout, E., Poulin, L., St-anabd, C. & Verret, M. (1989). "Externality and burnout among dentists", *Psychological Reports*, 65, 775-758.
- French, Jr. P., Rogers, W., & Cobb, S. (1974). "A model of person-environment fit". In G. V. Coelho, D.A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.). *Coping and Adaptation*. New York: Basic Books.
- Frese, M. & Zapf, D. (1988). Methodological issues in the study of work stress: Objectives vs. subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies, Cause, coping and consequences of stress at work, 375- 411.
- Freudenberger, H.J. (1974). "Staff Burnout", *Journal of Social Issues*, 30, 159-164. Fried, Y., & Tiegs B. R. (1993). "The main effect model versus buffering model of shop steward social support: A study of rank-and-file auto workers in the U.S.A", *Journal of Organizational behavior*, 14, 481-493.
- Friesen, D. & Sarros, J.C. (1989). "Sources of burnout among educators", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 10, 179-188.
- Frone, M.R. & Mcfarlin, D.B. (1989). "Chronic occupational stressors, self focused attention, and well-being: Testing a cybernetic model of stress", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 74, No. 6,

872-883.

- Gadzella, B. M., Ginther, D. W., Tomcalla, M. & Bryant, G. W. (1990). "Stress as perceived by professionals", *Psychological Reports*, 67, 979-983.
- Gadzella, B.M., Ginther, D.W., Tomcalla, M. & Bryant, G. W. (1991). "How business professionals view their stress", *Psychological Reports*, 68, 396-398.
- Gamble, G. O. & Matteson, M. T. (1992). "Type A behavior, job satisfaction and stress among black professionals", *Psychological Reports*, 70, 43-50.
- Glass, D.C., & McKnight, J.D.(1996). "Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence". *Psychol. Health*, 11: 23-48.
- Glomb,T.M., Richman, W.L., Hulin. C.L., Drasgow, F., Schneider, K.T., & Fitzgerald, L. F. (1997). "Ambient sexual harassment: An integrated model of antecedents and consequences", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol.71, No. 3, September, 309-328.
- Greenglass,E.R.(1993). "The Contribution of social support to Coping Strategies", *Applied Psychology : An International Review*, 42(4) 323-340.
- Greller, M. M. & Parsons, C. K. (1992). "Feedback and feedback inconsistency as sources of strain and self-evaluation", *Human Relations*, Vol. 45, No. 6, 601- 620.
- Grigsby, D.W. & Mchnew, M.A. (1988). "Work-stress burnout among paramedics", *Psychological Reports*, 63, 55-64.
- Handy, J.A. (1988). "Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research", *Human Relations*, Vol. 41, No. 5, 351-369.
- Handy, J. (1991). "Stress and contradiction in psychiatric nursing", *Human Relations*, Vol. 44, No. 1, 39-53.
- Haynes, S. G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W.B.(1978). "The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors", *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-383.
- Hek, H., & Plomp, H.N.(1997). "Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies", *Occup. Med.* Vol.47, No.3, 133-141.
- Heilbrun, J.R. (1989). "Type A locus of control and stress: Another case in point", *Psychological Reports*, 64, 524-526.
- Hendrix, W. H. (1989). "Job and personal factors related to job stress and risk of developing coronary artery disease", *Psychological Reports*, 65, 1136-1138.
- Holes, H. T., & Rahe, H. R. (1967). "The social readjustment rating scale", *Jurnal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hurrell J.J & McLaney M.A (1988) Exposure to job stress - A new psychometric instrument, *Scand J Work*

- Environ Health, 14 (suppl), 27-28.
- Hurrell, J.J. & Murphy, L. R. (1987). Stress measurement and management in organizations: Development and current status. *Occupational Stress and Organizational Effectiveness*, 29-51. Praeger.
- Hurrell, J.J. & Murphy, L. R., Sauater, S.L., & Cooper, C.L. (Eds.) (1988). *Occupational stress issues and developments in research*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Ivancevich, J.M., & Mattson, M.T. (1980). *A managerial perspective: Stress and work*. Clenview, IL: Scott-Foresman.
- Jackson, S.E., Schwab, R.L. & Schuler, R.S. (1986). "Toward an understanding of the burnout phenomenon", *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.
- Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H. & Zee, J.V.D. (1996). "The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing", *Int. J. Nurs. Stud.*, vol.33, No.4, 407-421.
- Jamal, M. & Baba, V. V. (1992). "Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 13, 449-464.
- Jenkins, C. D., Roseman, R.H., & Friedman, M. (1967). "Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone patterns in employed men", *Journal of chronic Diseases*, 20, 371-379.
- Jones, J.W., Barge, B.N. & Steffy, B.D., Fay, L.M., Kunz, L.K., & Wuebker, L.J. (1988). "Stress and medical malpractice: Organizational risk assessment and intervention", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 73, No. 4, 727-735.
- Judge, A.T., Boudreau, W.J., & Bretz, Jr. D. R. (1994). "Job and life attitude of male executives", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79, No.5, 767-782.
- Karasek, R.A. (1979). "Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, 24, 385-408. Kaufmann, G.M. & Beehr, T.A. (1989). "Occupational stressors, individual strains and social supports among police officers", *Human Relations*, Vol. 42, No. 2, 185-197.
- Keenan, A., & Newton, T.J. (1987). "Work difficulties and stress in young professional engineers", *Journal of Occupational Psychology*, 60, 133-145.
- Kirmeyer, S.L., & Dougherty, T.W. (1988). "Work load, tension, and coping: Moderating effects of supervisor support", *Personal Psychology*, 41, 125-139.
- 小杉正太郎 (1999) ストレス緩衝要因の研究動向 『ストレス研究の基礎と臨床』現代のエスプリ別冊 pp.163-172, 至文堂 .
- Kristoff, A.L. (1996). "Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement,

- and implications”, *Personnel Psychology*, 49, 1-49.
- Kushnir, T. & Melamed, S. (1991). “Work-load, perceived control and psychological distress in type A/B industrial workers”, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 12, 155-168.
- Lalloz, M. R. & Mason, H. L. (1989). “Maslach burnout inventory: Factor structures and norms for USA pharmacists”, *Psychological Reports*, 64, 1059-1063.
- Lamude, K.G. & Scudder, J. (1992). “Conflict strategies of type A scoring managers”, *Psychological Reports*, 71, 611-617.
- Landsbergis, P.A. (1988). “Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control mode”, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, 217-239.
- Lang, R. J., Gilpin, J. L. & Gilpin, A. R. (1990). “Stress-related symptoms among dental hygienists”, *Psychological Reports*, 66, 715-722.
- Latack, J.C. & Havlovic, S.J. (1992). “Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures”, *Journal of organizational Behavior*, Vol. 13, 479-508. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGrawHill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). “ Transactional theory and research on emotions and coping”, *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lee, C., Ashford, S.J., & Bobko, P. (1990). “Interactive effects of type A behavior and perceived control on worker performance, job satisfaction, and somatic complaints”, *Academy of Management Journal*, 33, 870-881.
- Lee, C., Earley, P.C., & Hanson, L. A. (1988). “Are type As better performers?”, *Journal of Organizational Behavior*, 9, 263-269.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1990). “On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, No. 6, 743-747.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993). “A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model”, *Journal of Organizational Behavior*, vol.14, 3-20.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). “A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout”, *Journal of Applied Psychology*, vol.81, No.2, 123-133.
- Legace, R. R. (1988). “Role-stress differences between salesmen and saleswomen: effect on job satisfaction and performance”, *Psychological Reports*, 62, 815-825.
- Leiter, M.P. (1990). “The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study”, *Human Relations*, Vol. 43, No. 11, 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1991). “Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping

- patterns", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 12, 123-144.
- Leiter, M.P., & Durup, J.(1994). "The discriminant validity burnout and depression: A confirmatory factor analytic study", *Anxiety Stress coping*, 7, 357-373.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (1988). "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, 297-308.
- Lim,V.K.G. & Teo, T.S.H.(1999). "Occupational stress and IT personnel in Singapore: factorial dimensions and differential effects", *International Journal of Information Management*, 19, 277-291.
- Mallett, K., Price, J.H., Jurs, S.G., Slenker, S.(1991). "Relationships among burnout, death, anxiety and social support in hospice and critical care nurses", *Psychological Reports*, 68, 1347-1359.
- Maslach,C. & Pines, A. (1978). "Characeristics of staff burnout inmental health settings", *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Maslach,C. & Pines, A. (1980). "Combating staff burn-out in a day care center: A case study", *Child Care Quarterly*, 9, 5-16.
- Maslach,C. , Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual* . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach,C. , Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2d ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach,C. , Jackson, S.E. & Leiter,M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach,C. , Schaufeli, W.B., & Leiter,M.P. (2001). "Job burnout", *Annu. Rev. Pshychol.* 52: 397-422.
- Matsui, T. (1992). "Career self-efficacy as a moderator of the relation between occupational stress and strain", *Journal of Vocational Behavior*, 41, 79-88.
- Mayes, B. T. & Ganster, D.C. (1988). "Exit and voice: A test of hypotheses based on fight/flight responses to job stress", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, 199-216.
- McCormick, I.A. & Cooper, C.L. (1988). "Executive stress: Extending the international comparison", *Human Relations*, Vol. 41, NO. 65-72.
- Medcof, J. W., & Hausdorf, P.A. (1995). " Instruments to measure opportunities to satisfy needs, and degree of satisfaction with needs, in the workplace", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 193-208.
- Meichenbaum, D. (19977). *Cognitive Behavior Modification*. New york, NY : Plenum.
- Melamed, S., Ben-Avi, I., Luz, J., & Green, M. S. (1995). "Objective and subjective work monotony: Effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers", *Journal of Applied Psychology*, 80, 29-42.

- Murphy, L.R. & Sorenson, S. (1988). "Employee behaviors before and after stress management", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9.
- Nallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G. & Slenker, S. (1991). "Relationships among burnout, death, anxiety and social support in hospice and critical care nurses", *Psychological Reports*, 68, 1374-1359.
- Nacy, S. & Nagy, M. C. (1992). "Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district", *Psychological Reports*, 71, 523-531.
- Nelson, A., Cooper, C. L., & Jackson, P. R.(1995). "Uncertainty amidst change: The impact of privatization on employee job satisfaction and well-being", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 57-71.
- Newton, T.J. (1989). "Occupational stress and coping with stress: A critique", *Human Relations*, Vol.42, NO.5, 441-461.
- Newton, T.J. & Keenan, A. (1990). "The moderating effect of the type A behavior pattern and locus of control upon the relationship between change in job demands and in psychological strain", *Human Relations*, Vol. 43, No. 12, 1229-1255.
- O'connell, C.E., & Korabik, K. (2000). "Sexual harassment: The relationship of personal vulnerability, work context, perpetrator status, and type harassment to outcomes", *Journal of Vocational Behavior*, 56, 299-329.
- O'Driscoll,M.P., & Cooper, C.L.(1994). "Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 343-354.
- Osipow, S. H. & Davis, A. S. (1988). "The relationship of coping resources to occupational stress and strain", *Journal of Vocational Behavior*, 32, 1-5.
- Parker,P.A. & Kulik,J.A.(1995). "Burnout, self- and supervisor-related job performance and absenteeism among nurses", *Journal of Behavioral Medicine*, vol.18, No.6, 581-599.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). "The structure of coping", *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Perrewe, P.L. & Ganster, D.C. (1989). "The impact of job demands and behavioral control on experienced job stress", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 10, 213-229.
- Pierce, C., Mark., B. & Molloy, G.N. (1989). "The construct validity of the Maslach burnout inventory. Some data from down under", *Psychological Reports*, 65, 1340-1342.
- Price, R.H. & Hooijberg, R. (1992). "Organizational exit pressures and role stress: Impact on mental health", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 13, 641-651.
- Puffer, S.M. & Brakefield, J.T. (1989). "The role of task complexity as a moderator of the stress and coping

- process", *Human Relations*, Vol. 42, No. 3, 199-217.
- Richard, G. V. & Krieshok, T. S. (1989). "Occupational stress, strain and coping in university faculty", *Journal of Vocational Behavior*, 34, 117-132.
- Riggio, R.E.(1999). *Introduction to Industrial/Organizational Psychology*, Third edition, Prentice Hall.
- Rimmerman,A.(1989). "Burnout among beginning rehabilitation workers in Israel and its relationship to social support, supervision, and job satisfaction", *Rehabilitation Counseling Bulletin*, March, vol.32, 243-247.
- Robbins, S. P. (1991). *Work stress Organizational Behavior*. Prentice Hall.
- Robbins, P. R. & Tanck, R. H. (1992). "Stress coping techniques and depressed affect: Explorations within normal sample", *Psychological Reports*, 70, 147-152.
- Roth, D. L., Wiebe, D. J., Fillingim, R. B., & Shay, K. A. (1989). "Life events, hardiness, and health: A simultaneous analysis of proposed stress-resistance effects", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 136-142.
- Russell,D.W., Altmaier,E.M. & Velzen,D.V.(1987), "Job-related stress,social support, and burnout among classroom teachers", *Journal of Applied Psychology*, vol.72, No.2,269-274.
- Schafeli,W.B., Leiter, M.P. & Kalimo, R.(1995, September). The Maslach Burnout Inventory - General Survey: A self-report questionnaire to assess burnout at the workplace. In M.P. Leiter, *Extending the burnout Construct: Reflecting changing Career Paths*. Symposium, APA/NIOSH conference, workplace. Washington, D.C.
- Schaubroeck, J., Cotton, J. L. & Jennings, K. R. (1989). "Antecedents and consequences of role stress: A covariance structure analysis", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 10, 35-38.
- Schaubroeck, J., Ganster, D.C., & Fox, M.L. (1992). "Dispositional affect and work related stress", *Journal of Applied Psychology*, vol.72, No.3, 322-335.
- Schill, T. & Beyler, J. (1992). "Self-defeating personality and strategies for coping with stress", *Psychological Reports*, 71, 67-70.
- Schultz, D., & Schultz, S. E. (1998). *Psychology and Work Today* 7th edition, Prentice Hall.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- Semmer, N. (1996). 'Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and health Psychology*, ed. MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper, 51-86. Chichester, UK: Wiley.
- Shirom, A. & Kirmeyer, S. (1988). "The effects of unions on blue collar role stresses and somatic strain", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 19, 29 -42.
- Shouksmith, G., & Burrough, S. (1988). "Job stress factors for New Zealand and Canadian air traffic controllers", *Applied Psychology: An International Review*, 37, 263-270.

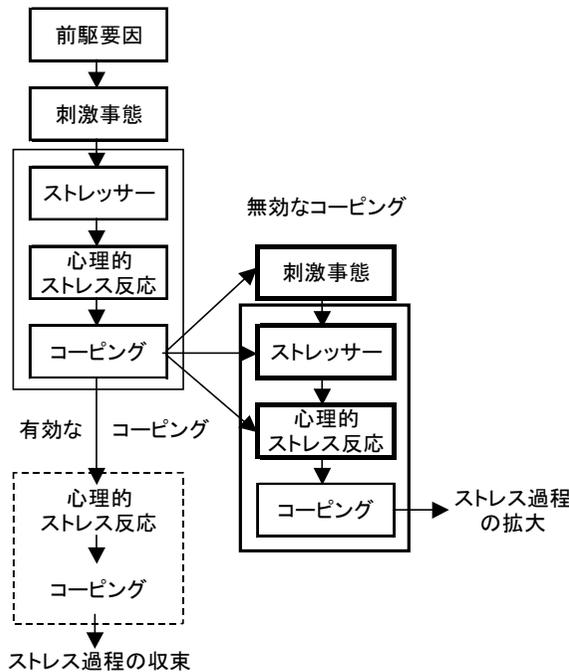
- Singh, J., Goolsby, R.J., & Rhoads, K.G. (1994). "Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representative", *Journal of Marketing Research*, Vol.31, (November) , 558-569.
- Snibbe, J.R., Radcliffe, T., Weisberger, C., Richards, M. & Kelly, J. (1989). "Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting", *Psychological Reports*, 65, 775-780.
- Sonnentag, S., Brodbeck, C.F., Heinbokel, T., & Stolte, W. (1994). "Stressor-burnout relationship in software development teams", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 327-341.
- Spector, P.E., Dwyer, D.J. & Jex, S.M. (1988). "Relation of job stressors to affective health and performance outcomes: A comparison of multiple data sources", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 73, No. 1, 11-19.
- Spielberger, C.D., & Reheiser, E.C.(1994). "The job stress survey: Measuring gender differences in occupational stress", *Journal of social Behavior and Personality*, 9, 199- 218.
- Srivastava, A. K. & Singh, H. S. (1988). "Modifying effects of coping strategies on the relations of organizational roll stress and mental health", *Psychological Reports*, 62, 1007-1009.
- Starnaman,S.M. & Miller, K.I.(1992)."A test of a causal model of communication and burnout in the teaching profession", *Communication Education*, vol.41, January.
- Sutherland, L.F., Fogarty, G.J., & Pithers, R. T. (1995). " Congruence as a predictor of occupational stress", *Journal of Vocational Behavior*, 46, 292-309.
- Terry, D.J., & Tonge, L. (1995). "Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses", *Anxiety, Stress, and Coping*, vol.8, 1-24.
- US Equal Employment Opportunity commission (EEOC). (1980). Guidelines on discrimination because of sex. Fed, Reg. 43: 74676-7.
- Vadra, P. & Akhtar, S.S. (1990). Measuring social and family aspects of role stress, *Psychological Reports*, 66, 466.
- Whitehead,J.T.(1987). "Probation officer job burnout: A test of two theories", *Journal of Criminal Justice*,vol.15,1-16.
- Wolfgang, A.P.(1988). "Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses, and pharmacists", *Behavioral Medicine*, 14, 43-47.
- Xie, J. L., & Johns, G. (1995). " Job scope and stress: Can job scope be too high?", *Academy of Management Journal*, 38, 1288-1309.
- Zahrly, J. & Toshi, H. (1988). "Comparative analysis of the influence of stress- related variables on adaptation to a new work setting", *Psychological Reports*, 63, 767-777.

第5章 調査結果－職場・仕事の状況とストレス反応

1. 心理的ストレス過程について

心理的ストレス過程については、これまでさまざまなモデルが提案されてきた (French, Caplan, & Harrison, 1982 ; Lazarus, & Folkman, 1984)。どのモデルもストレスを個人と環境の交互作用あるいはトランザクションの中で捉えようとする点で共通しているが、特に心理社会的なプロセスを重視したものに新名 (1995) の情動を中核とするストレス・モデルがある。このモデルはこれまで痴呆老人介護者 (新名ら, 1992 ; 新名・矢富・本間, 1991)、教育実習生 (古屋ら, 1994 ; 古屋・坂田・音山, 1997 ; 坂田・古屋・音山, 1999)、看護実習生 (廣瀬ら, 1996 ; 廣瀬ら, 1998 ; 青山ら, 1998)、外来患者 (新名・坂田・山崎, 1995 ; 坂田・新名・山崎, 1995) などを対象とする研究に応用され、その有効性が確認されている。

情動を中核とするストレス・モデルによれば、個人がある刺激事態 (出来事や状況) を経験し、それをネガティブなもの (たとえば、嫌だ、辛い、困った、わずらわしい、等) と評価すると、心理的ストレス反応として不安や抑うつ気分、怒りといった情動反応が生ずる。この刺激－反応関係が、心理的ストレス過程の中核となる。



図表1 情動を中核とする心理的ストレス・モデルの概念図

図表1に、心理的ストレス反応が生じた後の過程として、ストレス過程が収束あるいは拡大する様子を示した。ある刺激事態を経験して心理的ストレス過程が始動すると、個人は不快な情動を低減させるためのコーピングを行う。それが有効に機能すればストレス過程は収束するであろう。しかし、コーピングによっても心理的ストレス反応が低減せず、あるいは逆に増幅するようなことがあると、ストレス過程はさらに拡大し、やがては心身両面での不適応的なストレス反応が生ずることになる。コーピングが有効に機能せずストレス過程が拡大するケースとして次のような場合が考えられる。

- ① ストレッサーにも心理的ストレス反応にも何ら作用せず、心理的ストレス過程がそのまま持続する状態（たとえば、無効なコーピング努力が心身の消耗をもたらす場合）。
- ② コーピングがストレッサーのインパクトをさらに強め、その結果として心理的ストレス反応が増大し、心理的ストレス過程が拡大していく状態（たとえば、ストレッサーとなった問題の解決に失敗した場合）。
- ③ コーピングが新たなストレッサーを引き起こし、心理的ストレス過程がより複雑に拡大していく状態（たとえば、飲酒や薬物使用等のコーピングが新たな問題を発生させた場合）。

ストレス過程の拡大は身体の自律神経系、内分泌系、免疫系の機能を低下させ、心身両面のストレスorenや疾患の原因となるだけでなく、さまざまな不適応的な問題行動をもたらす。職場において、その結果は欠勤・遅刻・早退の増加、作業水準の低下、怠業、事故発生件数の増加、転社・転職希望、特にヒューマンサービス従事者に見られるバーンアウト等の形で発現する。本研究の目的のひとつは、情動を中核とするストレス・モデルに基づき、心理的ストレス反応と身体的自覚症状の強さ、およびそれらと職場への適応状態を示すコミットメント（転社・転職意図の強さ）および作業水準との関連を検討することにある。

2. ストレス前駆要因としてのワークシチュエーション

たとえば、ある部署の従業員が全体として他の部署や同業他社の従業員よりも強いストレス反応を示している場合、その部署に共通する何らかの刺激事態がストレッサーとしてネガティブなインパクトを与えていることが推測される。職場のなかで個人が経験する刺激事態の量やタイプは、職場や職務本来の特性によってある程度規定されことから、こうした刺激事態の背景要因を検討することは、職場でのストレスを低減するための具体的な知見を得る上で有力な手段となりうる。

そこで本研究では、職場ストレスの実態を明らかにすることを目的に、まず多様な職種の企業・団体の従業員の資料に基づき、性、年齢、職種、職位等の要因によってストレス反応の強さにどのような違いが見られるかを検討した。

さらに、職場におけるストレスの規定因についても検討を加えた。ジョブ・ストレスの前駆要因

としては、これまで処遇方針、指導体制、教育の機会、決定参加や、組織風土 (organizational climate)、仕事固有の性質などが取り上げられてきた。組織風土には、「組織を記述する特徴」と考える立場と「仕事環境について個人がいだく知覚」と考える立場 (心理的風土 psychological climate) とがあるが、組織風土が永続の特徴であり、成員によって評価的でなく記述的に認知され、成員の行動に影響を与えると考える点で共通している。本研究では日本労働研究機構 (1999) が開発した HRM (Human Resource Management) チェックリストに含まれるワークシチュエーション尺度によって組織風土を測定し、ストレス反応との関連を検討した。

HRM の尺度では多様な職場集団の雇用管理業務に適用できるよう、仕事環境についての個人の認識、ならびに職務満足感を測定する既存の尺度項目に基づき構成次元の特定が行われている。具体的には心理的風土 (自律性、団結力、信頼、圧力、支持、承認、公正、革新)、経営陣の行動 (ビジョンの行動化、チームワーク、倫理観と廉直さ)、職務満足感 (職務内容、職場環境、人間関係) を測定するための評定項目について予備調査を行った結果、職務内容、人的側面、職場環境に関わる以下の 6 次元が抽出された。

- ① 職務：仕事を通じての達成感、能力の成長、業務の自律性、参画の程度、仕事の意義など
- ② 上司・リーダー：上司の承認や支持、公正さと信頼、適切な指導と支援など
- ③ 職場内対人関係：同僚との意志疎通、チームワーク、顧客との信頼関係など
- ④ ビジョン・経営者：経営陣のビジョンの妥当性、従業員との関係、信頼、革新の受容など
- ⑤ 処遇・報酬：昇進昇級の公正さ、給与制度の公正さなど
- ⑥ 能力開発・福利厚生・生活サポート：研修の機会、福利厚生制度、家庭生活との両立、勤務条件など

本研究では、これらワークシチュエーション尺度によって測定される組織風土を心理的ストレス過程の前駆要因として位置づけ、各次元がストレス反応に及ぼす影響について分析した。

3. 調査概要

(1) 分析の枠組み

本研究では、ストレス反応尺度とワークシチュエーション尺度を含む HRM チェックリストを用いた調査データを分析し、まず基礎的な資料を得るために性、年齢、職種、職位等の要因とストレス反応との関係を検討した。次に、ストレス反応を中核とし、その規定因としてワークシチュエーションからの影響を、またその帰結としてコミットメントおよび仕事の水準への影響を想定し、次のような仮説に基づくモデルを立て、共分散構造分析により検討を加えた。

- ① ワークシチュエーション尺度の下位次元の中で、「ビジョン・経営者」および「上司・リーダー」次元は「職務」、「職場内対人関係」、「処遇・報酬」および「能力開発・福利厚生・生活支援」

次元に影響を及ぼすことで、間接的にストレス反応に影響を及ぼす。

- ② 「職務」、「職場内対人関係」、「処遇・報酬」および「能力開発・福利厚生・生活支援」次元はストレス反応に対して直接的な影響を及ぼす。
- ③ ストレス反応はコミットメントおよび仕事の水準に影響を及ぼす。

(2) 調査対象

調査対象は一般企業（製造、情報、金融、医療、調査、印刷）に勤める会社従業員、病院に勤務する看護婦、および小・中学校の教員である。会社従業員と看護婦については1998年12月から1999年初頭にかけて、事前の調査依頼に承諾した企業・病院の人事部等を通して個別に調査表を配布、後日回収した。教員については夏期講習参加者に調査表を配布、後日回収した。無効票を除き2568名から回答を得た（図表2）。なお、事務職を除くと男女比が大きく偏っているが、女性の専門職は看護婦、男性の技術職はシステムエンジニアが多く占めている。

図表2 対象者内訳

		男性		女性		計	
		n	%	n	%	n	%
全体		1779	100.0	789	100.0	2568	100.0
年齢	29歳以下	397	22.3	332	42.1	729	28.4
	30～39歳	794	44.6	269	34.1	1063	41.4
	40歳以上	588	33.1	188	23.8	776	30.2
職種	事務職	315	17.7	310	39.3	625	24.3
	技術職	515	28.9	93	11.8	608	23.7
	専門職	54	3.0	165	20.9	219	8.5
	営業職	362	20.3	27	3.4	389	15.1
	現業職	441	24.8	151	19.1	592	23.1

(3) 測定尺度

ストレス反応尺度：新名(1994)のPSRS-50Rのうち、情動領域反応（抑うつ、怒り、不安）各6項目に、ストレスと親和性の高い身体的自覚症状5項目、および交差妥当性を検討するために古屋ら(1994)、坂田ら(1999)による高揚感を測定する5項目を加えた計28項目から成る（図表3）。「この1週間に次にあげた状態をどのくらい経験しましたか」という教示を与え、5段階（0：全くなかった～4：大体いつもあった）で評定を求め、各領域の項目得点を合計したものを尺度得点とした。

ワークシチュエーション尺度 HRM チェックリストのワークシチュエーション尺度。6次元全84項目から成り、「仕事や職場の現状についてお答え下さい」という教示で、各項目に対して5段階評定を求め、肯定的な回答から順に5～1点を与えて得点化した。

仕事の水準 仕事の「生産性」、「質・水準」、「先進性・独自性」の3項目について、「あなたの

図表3 ストレス反応チェックリスト

この一週間の間に、次にあげた状態をどのくらい経験しましたか。
次の要領で【0～4】までの該当する回答の数字に○印をつけて下さい。

- 【0】まったく なかった
- 【1】たまに あった
- 【2】ときどき あった
- 【3】しばしば あった
- 【4】大体いつも あった

ま				大
っ		と	し	体
た	た	き	ば	い
く	ま	ど	し	つ
な	に	き	ば	も
か	あ	あ	あ	あ
っ	っ	っ	っ	っ
た	た	た	た	た

- | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 恐怖感がある…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 2. 怒りを感じる…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 3. はつらつとした気分である…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 4. 体がだるい…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 5. ゆううつだ…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 6. いきいきしている…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 7. 腹が立つ…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 8. 気分が沈む…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 9. 軽快な気分だ…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 10. 脱力感がある…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 11. びくびくしている…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 12. 気分がのっている…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 13. いつもより動作が鈍い…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 14. 気がめいる…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 15. 気が動転している…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 16. 不安を感じる…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 17. 不機嫌である…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 18. 悲しい…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 19. 気持ちが落ち着かない…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 20. 眠れない…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 21. いらいらする…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 22. さみしい気持ちになる…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 23. 心配な気持ちになる…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 24. むしゃくしゃする…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 25. むなしい感じがする…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 26. おこりっぽい…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 27. 気力に満ちている…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |
| 28. いつもより寝起きが悪い…………… | 【 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 】 |

仕事についてどのように思われますか」との教示で5段階（1：低い～5：高い）で評定を求めた。

コミットメント 「他の会社や組織に移る気は全くない（転社意欲）」「今の会社や組織に魅力を感じているので、長く留まりたい（継続意思）」の2項目。「現在のあなたの気持ちについてお答えください」との教示を与え、5段階（1：No～5：Yes）で評定させた。

4．調査結果概要

（1）ストレス反応尺度の平均

性差

図表4にストレス反応尺度の全平均と男女別平均点を示した。抑うつ気分得点で男性より女性の方が有意に高い。

図表4 男女別ストレス反応尺度得点の平均值、標準偏差

尺度	男子			女子			全体			t検定
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD	t
抑鬱気分	1659	5.77	4.76	772	6.68	5.41	2528	6.08	4.99	-4.00 **
不安	1661	4.73	4.66	763	4.89	4.65	2518	4.78	4.66	-0.77
怒り	1656	7.85	5.36	772	8.31	5.62	2524	8.01	5.46	-1.94
身体反応	1666	5.71	3.89	770	5.97	3.96	2532	5.81	3.92	-1.50
高揚感	1650	8.16	4.52	762	8.03	4.78	2506	8.10	4.63	0.64

職種差

図表5に職種別のストレス反応尺度平均点を示した。不安と身体反応得点で有意な職種差が認められた。事務職や現業職と比較して、専門職が高い。

図表5 職種別ストレス反応尺度得点の平均值、標準偏差

	事務職			技術職			営業・販売職		
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD
抑鬱気分	625	6.11	5.13	608	6.13	5.11	389	6.09	4.72
不安	625	4.41	4.45	608	4.98	4.90	389	4.94	4.62
怒り	625	7.65	5.47	608	8.00	5.60	389	8.22	5.23
身体反応	625	5.46	3.75	608	6.10	4.15	389	5.53	3.63
高揚感	625	7.98	4.60	608	7.91	4.67	389	9.08	4.51

	現業職			専門職			分散分析
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	F
抑鬱気分	592	5.79	4.64	219	6.97	5.70	2.2
不安	592	4.58	4.41	219	5.64	5.05	3.4 **
怒り	592	8.31	5.39	219	8.05	5.70	1.3
身体反応	592	5.86	3.85	219	6.30	4.32	3.4 **
高揚感	592	7.10	4.44	219	9.61	4.52	17.5 **

職位差

職位は一般従業員クラス、係長クラス、課長クラス、部次長クラスの4ランクに分類した。図表6に示すように、変数の性質上、度数の偏りが大きい。分散分析の結果、すべてのストレス反応尺度で有意な職位差が見られた。ストレス反応得点はいずれも一般従業員で最も高く、職位が高いほど得点は低くなる。高揚感にも有意な職位差があり、職位が高いほど得点は高い。なお、この結果には次に述べる年齢の要因が混合している可能性がある。

図表6 職位別ストレス反応尺度得点の平均値、標準偏差

尺度	一般			係長			課長		
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD
抑鬱気分	1517	6.50	5.21	694	5.51	4.57	242	5.25	4.33
不安	1517	4.96	4.81	694	4.57	4.36	242	4.26	4.26
怒り	1517	8.41	5.73	694	7.64	5.00	242	6.90	4.78
身体反応	1517	6.19	4.01	694	5.37	3.66	242	4.88	3.42
高揚感	1517	7.95	4.70	694	8.05	4.50	242	8.87	4.21

尺度	部次長			分散分析 F
	度数	平均	SD	
抑鬱気分	61	4.71	4.44	10.4 **
不安	61	3.76	4.22	3.2 *
怒り	61	6.27	4.48	9.2 **
身体反応	61	4.39	3.89	15.3 **
高揚感	61	10.26	4.55	7.0 **

年齢差

図表7に年齢別のストレス反応尺度得点の平均を示した。すべてのストレス反応尺度で有意な年齢差があり、すべて29才以下で最も高く、年齢が上がるほど得点は低くなる。なお、低年齢者ほど一般従業員クラスが、高年齢者ほど課長クラスや部次長クラスの対象が多く含まれるため、この結果には職位の要因が混合している可能性がある。

図表7 年代別ストレス反応尺度得点の平均値、標準偏差

尺度	29歳以下			30～39歳			40歳以上			分散分析 F
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD	
抑鬱気分	729	6.95	5.39	811	5.98	5.02	776	5.28	4.41	21.2 **
不安	729	5.23	5.05	811	4.70	4.62	776	4.33	4.14	7.1 **
怒り	729	8.81	6.06	811	8.19	5.44	776	6.99	4.70	21.6 **
身体反応	729	6.52	4.12	811	5.76	3.79	776	5.11	3.63	24.7 **
高揚感	729	8.19	4.56	811	8.00	4.72	776	8.08	4.53	0.3

会社差

図表8に多数の回答が得られた会社別のストレス反応尺度得点を示した。得点の傾向からそれぞれの会社の特徴が読みとれる。たとえば、D社はストレス反応得点が低く高揚感が高い。この特徴はストレス反応得点が高く高揚感の低いF社と比較すると明瞭である。また、C社ではストレス反応は低いが高揚感も低く、それに対してE社ではストレス反応は高めだが高揚感も高い特徴を持つ。

図表8 会社別ストレス反応尺度得点の平均値、標準偏差

尺度	A社			B社			C社		
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD
抑鬱気分	73	6.67	5.77	73	6.48	5.72	166	6.16	4.44
不安	74	5.16	4.86	70	5.29	5.94	167	4.84	4.58
怒り	73	7.60	5.26	71	7.21	5.55	165	7.35	4.95
身体反応	72	6.08	4.18	73	6.40	4.53	166	6.28	3.58
高揚感	74	8.73	4.45	72	8.68	5.44	167	7.59	4.62

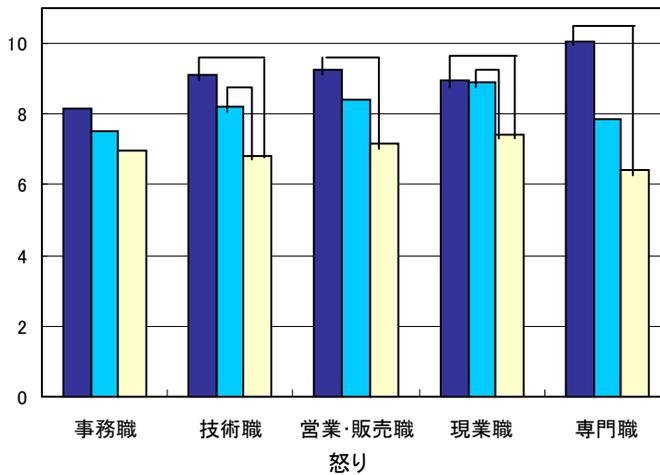
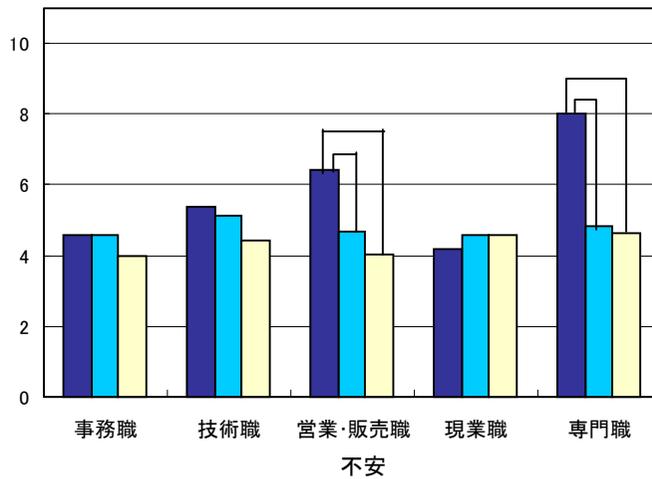
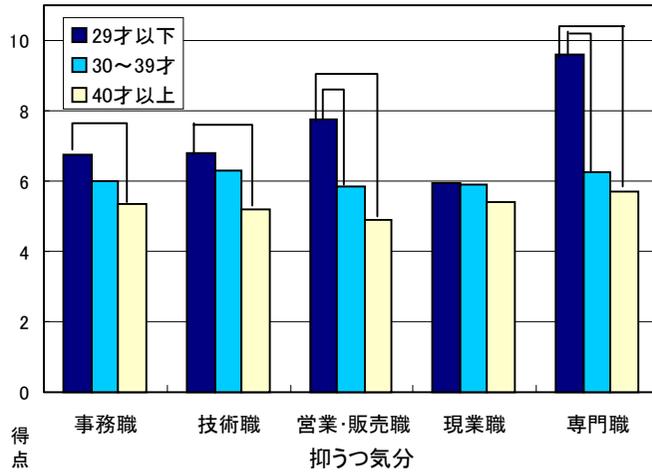
尺度	D社			E社			F社		
	度数	平均	SD	度数	平均	SD	度数	平均	SD
抑鬱気分	293	6.04	5.13	158	7.62	5.59	170	7.22	5.06
不安	293	4.72	4.77	152	5.99	5.08	165	6.12	5.29
怒り	292	8.25	5.74	157	8.04	5.52	169	10.12	5.62
身体反応	293	5.79	4.00	156	6.74	4.41	168	6.65	4.20
高揚感	290	8.41	4.60	152	9.47	4.68	164	6.90	4.43

職種×年齢別の平均

どの職種でも年齢が高いほどストレス反応得点が低い点で共通しているが、職種によって年齢差の大きさは異なる。特に年齢差が顕著なのは専門職と営業・販売職である。相対的に事務職や現業職では年齢差が小さい。

若年層でストレス反応得点が高いことについてはいくつかの理由が考えられる。ひとつは、年齢は職位との相関が高いことから、若年者ほど職位が低いと言える。既に見たように職位が高いほどストレス反応得点は低くなることから、若年層のストレス反応得点の高さは職位の低さによるものと考えることができる。第2に、若年者ほどキャリアが浅くストレス対処能力が未熟であるため、同じ事態に遭遇しても熟練者より強いインパクトを受ける可能性が高い。つまり、客観的な状況は同じでも、キャリアの浅い若年者ほどストレスフルに受け取られる可能性がある。第3に、若年者の中には現在の職場や職種に適性を持たない将来の転社・転職予備軍が含まれている確率が高く、そのようなサンプルが全体として若年者のストレス得点を高めているとも考えられる。

図表9 職種・年齢別ストレス反応尺度得点の平均値



(2) ワークシチュエーション尺度とストレス反応との関係

相関

ワークシチュエーション6尺度とストレス反応得点のCronbachの α 係数および尺度間相関を図表10に示した。すべての尺度について内の一貫性は十分に高いことが確認された。ワークシチュエーション尺度間の相関はすべて正であり、ワークシチュエーション尺度とストレス反応得点との相関はすべて負である。

コミットメントならびに仕事の水準の5変数と、ストレス反応との間の相関を図表11に示す。コミットメントと仕事の水準間の関連は最大でも.338と中程度であり、両要因が独立して扱いうることが示された。

図表10 ワークシチュエーションおよび心理的ストレス反応の相関係数

	項目数	α	相関係数									
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ワークシチュエーション												
A 職務	20	.93										
B 上司やリーダー	12	.95	.51									
C 顧客・同僚の関係	12	.91	.51	.51								
D ビジョン・経営者	16	.94	.48	.45	.41							
E 処遇・報酬	7	.89	.39	.46	.33	.46						
F 能開・福利厚生	15	.83	.40	.35	.29	.40	.51					
心理的ストレス反応												
G 抑うつ	6	.89	-.25	-.18	-.22	-.18	-.20	-.29				
H 怒り	6	.88	-.14	-.12	-.18	-.13	-.12	-.24	.79			
I 不安	6	.92	-.25	-.25	-.19	-.17	-.24	-.27	.68	.58		
J 身体反応	5	.78	-.21	-.14	-.18	-.13	-.18	-.30	.72	.63	.59	
K 高揚感	5	.92	.37	.23	.34	.23	.22	.23	-.29	-.20	-.21	-.26

図表11 コミットメント・仕事の水準とストレス反応の相関係数

	コミットメント		仕事の水準		
	転社意欲	継続意思	生産性	仕事の質	先進性
継続意思	.720				
生産性	.134	.179			
仕事の質	.185	.215	.599		
先進性	.254	.338	.205	.221	
情動反応得点 ^{注)}	-.212	-.238	.079	.020	-.226

注)情動反応は抑うつ、不安、怒りの3下位尺度得点の合計

重回帰分析

ワークシチュエーションとストレス反応の構造モデルの分析に先だって、まず重回帰分析により変数間の関連を検討した。ストレス情動反応（抑うつ、怒り、不安の3尺度の合計）を従属変数とし、個人属性（年齢、性別、職種ダミー、職位）を統制した上で、ワークシチュエーション6尺度を独立変数として投入していった。その結果、ワークシチュエーション6次元全てについて有意な

回帰係数が得られ、ワークシチュエーションが心理的ストレス反応に有意に影響していることが示された。同様な分析を職種毎に行った結果、ワークシチュエーションがストレス反応に及ぼす効果は職種によって異なることが示された。

図表12 ワークシチュエーション下位尺度を独立変数としたストレス情動反応に対する重回帰分析結果

変数	標準偏回帰係数 β *1							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
I 基本属性								
年齢	-.138 **	-.141 **	-.108 **	-.158 **	-.161 **	-.120 **	-.145 **	-.106 **
性別	.024	.030	-.017	-.003	.022	.024	.020	.030
学歴	-.002	-.003	.001	.005	.012	-.019	-.003	-.002
II 職種・職位								
事務		-.011	-.015	-.012	-.001	.011	-.008	.009
技術		.044	.023	.032	.039	.046	.034	.025
専門		.051	.090 **	.063 *	.089 **	.062 *	.064 *	.038
営業		.043	.053	.052	.075 *	.077 *	.057	.038
現業		.036	-.021	.000	-.003	.035	.016	.000
職位		-.003	.036	.015	.026	.019	.017	.016
III 職務								
達成			-.055					
成長			-.031					
自律性			-.084 **					
参画			-.099 **					
意義			-.107 **					
IV 上司・リーダー								
承認・支持				-.128 **				
公正・信頼				-.106 **				
指導・支援				-.056				
V 顧客・同僚の関係								
職場の人間関係					-.219 **			
チームワーク					-.037			
顧客との関係					-.127 **			
VI ビジョン・経営者								
ビジョン・戦略						-.104 **		
経営者と従業員						-.023		
経営者への信頼						-.093 **		
仕事の革新						-.046		
VII 処遇・報酬								
昇進・キャリア							-.127 **	
評価・給与							-.115 **	
VIII 能開・福利厚生								
教育・研修								-.155 **
福利厚生								-.024
生活サポート								-.041
労働条件								-.211 **
R^2 *2	.021	.025	.103 **	.091 **	.121 **	.074 **	.074 **	.131 **

*1 記号は、回帰係数の有意性のt検定結果

*2 記号は、モデルIIと比較(モデルIIについてはモデルIと比較)した R^2 の増分についてのF検定結果。
 ともに、**: $p<.01$, *: $p<.05$ 。

共分散構造分析

重回帰分析で有意な効果を示した変数を組み込んだ構造モデルについて、共分散構造分析により検討した。全サンプルを対象に分析した結果、図表13に示すようなモデルで適合度が十分に高いことが示された。「ビジョン・経営者」から「上司・リーダー」(.70) および「職務」(.27)、「職場内対人関係」(.57)、「福利生活支援」(.62) への係数、「上司・リーダー」から「職務」へ (.32)、「職場内対人関係」へ (.65)、「福利生活支援」(.11) の係数はいずれも有意であり、これは仮説①を支持するものである。

また、「職務」からストレス反応 (-.11)、「職場内対人関係」からストレス反応 (-.14) への係数はいずれも有意であった。また、「福利厚生・生活支援」からストレス反応への係数は有意な負の値 (-.27) が得られ、仮説②を支持する結果が得られた。ストレス反応から仕事の水準 (-.09)、コミットメント (-.08) への係数は有意な負の値が得られ、仮説③が支持された。

「上司・リーダー」はストレス反応への有意な影響因である「職務」、「職場内対人関係」へ強い影響を与えており、上司からの適切な能力評価や上司への公正感・信頼感は、ストレスの前駆要因として重要な働きをしていると言えよう。また、「ビジョン・経営者」は「福利厚生・生活支援」や「職場内対人関係」に対し直接的な影響を与えているだけでなく、「上司・リーダー」への影響を介して間接的な影響も与えており、ストレスの前駆要因となるワークシチュエーションの全側面に関わる地位を占めている。

ストレス反応を直接規定しているのは「職務」、「職場内対人関係」および「福利厚生・生活支援」であるが、特に「福利・生活支援」の影響は比較的大きく示されている。「職務」と「職場内対人関係」は主に日常の業務に関わる要因であるのに対して、「福利厚生・生活支援」は私生活にも関連する要因であることが結果に反映されたものと思われる。

ストレス反応からコミットメントと仕事の水準に向かうパスは、係数値は大きくないものの、ストレス反応が高いとコミットメントは低く、仕事の水準も低くなるという結果が得られた。このように生産性や業績に密接に関連する要因に対してストレス反応が多少なりとも関係していることは、ストレス反応が雇用管理上看過できない問題であることを示唆する。特に本調査が継続就労可能な状態にある健康な一般従業員のみを対象とし離転職者が含まれていないことをふまえると、ストレス過程の影響は実際にはより一層大きいものと考えられる。

なお、いくつかの点で仮説と異なる結果も得られている。ひとつはワークシチュエーションの中で「処遇・報酬」の次元がモデルに組み込まれていないことである。また、「能力開発・福利厚生・生活支援」次元の下位要素のうち、モデルに組み込まれたのは福利厚生と生活支援に関わる内容の項目だけで、能力開発と労働条件に関わる内容はモデルから除外されている。

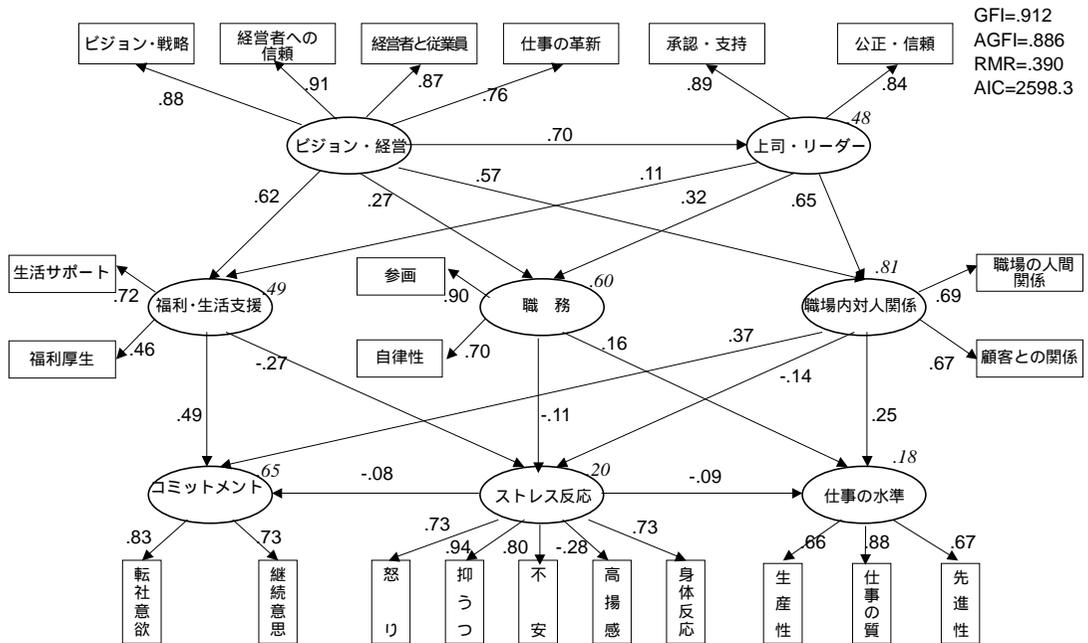
職種別のモデル分析

全サンプルについて適合した図表13のモデルについて、職種別に共分散構造分析を行い、その一

般化可能性を検討した。

「ビジョン・経営者」の要因は、パス係数に違いはあるものの、どの職種でもすべて「上司・リーダー」、「職務」、「職場内対人関係」、「福利厚生・生活支援」に対して有意な影響を及ぼしていた。しかし、その他の点では職種による違いが見られる。

図表13 ワークシチュエーション5要因、ストレス反応、コミットメント、仕事の水準の構造モデル

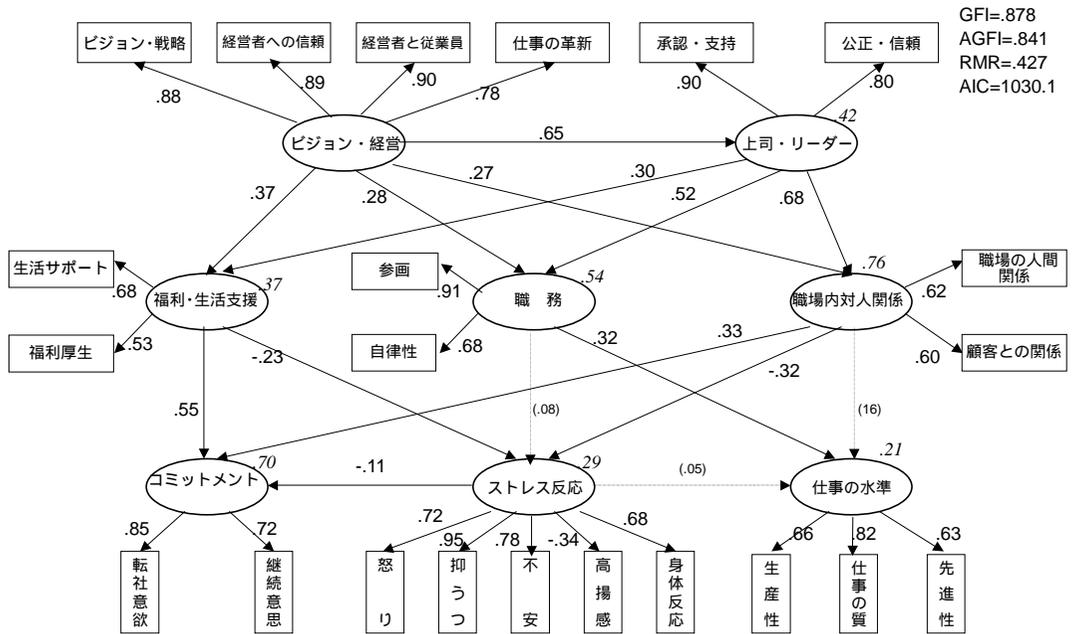


まず、事務職（図表14）では「職場内人間関係」と「福利・生活支援」からストレス反応に向かうパス係数は有意だが、「職務」からのパス係数は有意でなかった。ストレス反応の影響でも、コミットメントのみ有意で、仕事の水準に対しては有意でない。つまり、事務職においては職務の自律性や参画の程度、あるいは仕事の質や生産性はストレス反応と有意な関連を持たないと言える。これは事務職において仕事の多くが定型業務で占められているためであると考えられる。

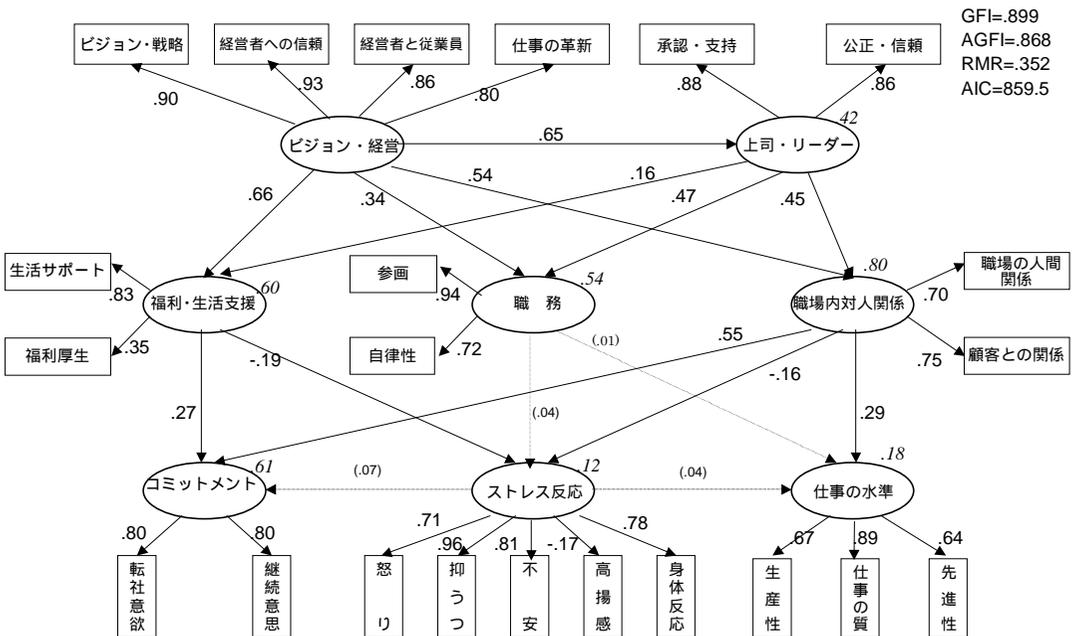
現業職（図表15）についても同様に「職務」からストレス反応へ向かうパスとストレス反応から仕事の水準に向かうパスは有意ではない。さらに現業職ではコミットメントへのパスも有意でなかった。

技術職（図表16）においては、「上司・リーダー」は「職務」と「職場内人間関係」に対して有意な影響を及ぼしているが、「福利厚生・生活支援」に有意な影響を及ぼしていない。しかし、「職務」、「職場内人間関係」および「福利厚生・生活支援」の3要因はストレス反応に対して有意な係数を

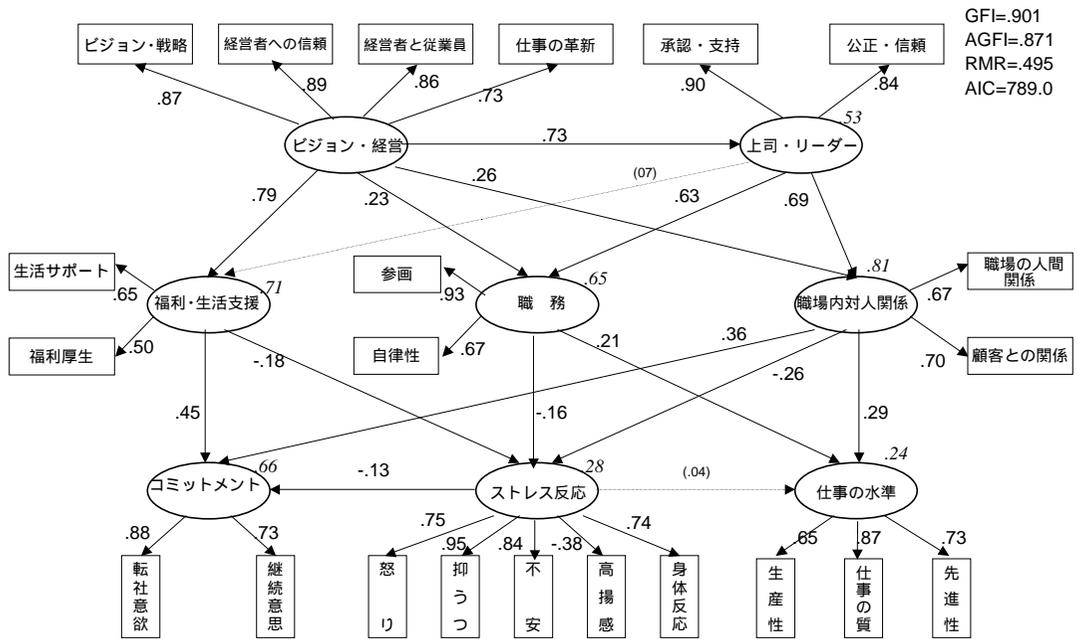
図表14 ワークシチュエーション5要因、ストレス反応、コミットメント、仕事の水準の構造モデル（事務職）



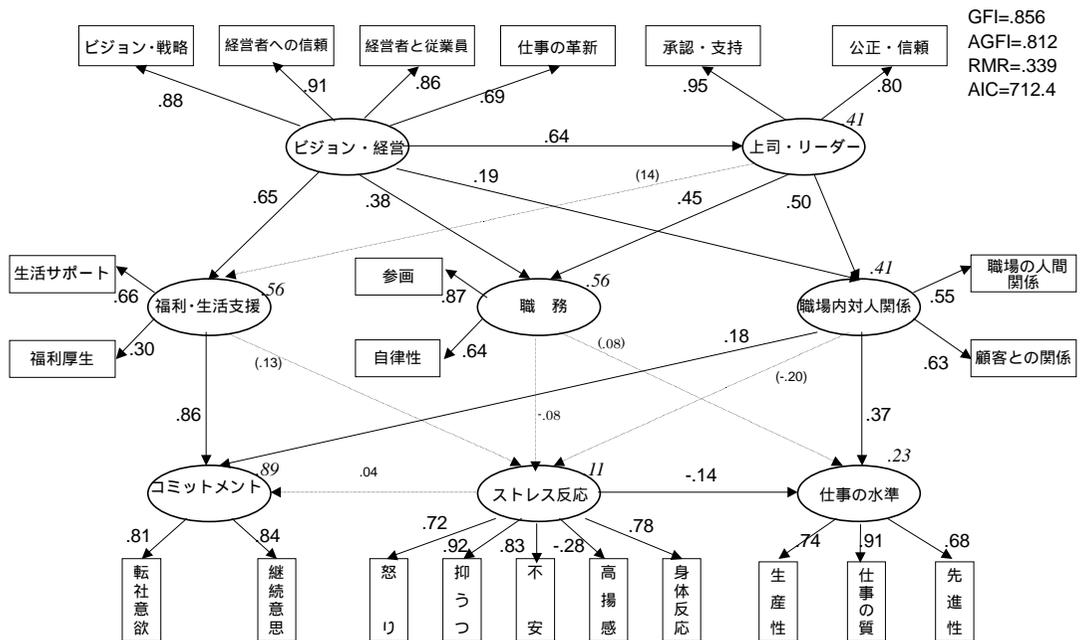
図表15 ワークシチュエーション5要因、ストレス反応、コミットメント、仕事の水準の構造モデル（現業職）



図表16 ワークシチュエーション5要因、ストレス反応、コミットメント、仕事の水準の構造モデル (技術職)



図表17 ワークシチュエーション5要因、ストレス反応、コミットメント、仕事の水準の構造モデル (営業職)



示しており、職種別に分析した時、すべての係数が有意になったのは技術職だけである。ストレス反応の影響ではコミットメントに対してのみ有意で、仕事の水準に対しては有意でなかった。

営業職（図表17）ではさらにモデルの適合度が低下する。技術職と同様に「上司・リーダー」は「職務」と「職場内人間関係」に対して有意な影響を及ぼしているが、「福利厚生・生活支援」に対しては有意な影響を及ぼさない。また、「職務」、「職場内人間関係」および「福利厚生・生活支援」の3要因ともにストレス反応に対して有意な影響を与えていない。営業職に関しては本調査で扱ったワークシチュエーション次元はストレス反応の規定因として作用していないことになる。ただし、ストレス反応はコミットメントに対しては有意でないが、仕事の水準に対して有意な影響を及ぼしていた。

なお、専門職についてはこのモデルの適合度はきわめて低かった。本調査では専門職サンプルはほとんどがヒューマンサービスに関わる看護婦か教員であることから、他の職種とは異なる特徴を有している可能性があり、別個に検討する必要がある。

以上の職種別の分析結果には各職種の特徴が反映されている。たとえば、事務職や現業職のように定型業務やルーティン作業の多い職種では、「職務」次元はストレス反応を左右するような形で業務内容に影響を及ぼすことは少ないと考えられる。しかし、特に事務職では職場内の人間関係は他の職種以上にストレス反応に大きな影響を及ぼしている可能性がある。一方、営業職はストレス反応が仕事の水準に最も大きな影響を及ぼしており、職場のストレスマネジメントが業務成績に直接影響を及ぼす業種である。ただし、営業職では調査されたワークシチュエーション次元はストレス反応に影響を及ぼすことは少なかったことから、調査されなかった要因やワークシチュエーションに関わらない個人的要因の影響についてさらに検討を加える必要がある。

5．職場におけるストレスマネジメント

本研究では、心理的組織風土を中心とするワークシチュエーションの特質が従業員の心理的ストレスに対して前駆要因として作用することを明らかにした。ストレス反応を引き起こす直接の契機はストレスラーとなる刺激事態にあるが、職場の状況的特性が刺激事態の生起頻度や生起確率の重要な規定因になっていると考えられる。特に、福利厚生や生活支援、あるいは職場内対人関係の要因はストレス反応と深い関連があり、またそれらを規定している上司や経営者、さらには経営ビジョンの影響も無視できない。従業員のストレスに組織全体の在り方が直接、間接に関わっていると言えよう。

心理的ストレス研究の最終的な目標のひとつは、ストレス過程の中で生じている不適応的な反応を消失あるいは軽減させるための介入法や援助法を示すことにある。情動を中心とする心理的ストレス・モデルによれば、前駆要因からコーピングに至る各局面において、心理的ストレス過程の収

束を促すように働く介入を考えることができる。この観点から代表的な介入法を整理すると、次のようになる。

前駆要因 - 刺激事態過程への介入

物理的あるいは社会的な生活環境の中で、ストレス要因となりうる刺激事態の生起を促進している要因に働きかけることで、ストレス過程の発動を抑止することができる。つまり、前駆要因を除去することによって、刺激事態を発生させないようにする介入法である。本研究では日常の業務や生活に直接関わる職務、人間関係、生活支援等の次元だけでなく、それらを規定する経営ビジョンや上司の影響も大きいことが明らかにされた。また、職種によってストレス反応の前駆要因が異なることも示されており、職種に応じた前駆要因に働きかけることがストレスマネジメントに有効であることが示唆されている。

刺激事態 - ストレッサー過程への介入

ここでは、経験された刺激事態をストレス要因にしないための介入が考えられる。たとえば、刺激事態に対して適切に対処できるだけの課題解決能力や技能があれば、刺激事態の持つ感情的インパクトは弱められる。この局面に対する代表的な介入法には、対人的な刺激事態に対するソーシャル・スキル訓練などがある。⑤で述べる個人のリソースを増強させる方法は、この局面でも有効である。

ストレス要因 - 情動的ストレス反応過程への介入

ストレス要因を経験しても、心理的ストレス反応が生じないように介入する方法が考えられる。心理カウンセリングにおいて治療の一環として行われるレクリエーション訓練などが上げられる。

緩衝要因への介入

ストレス要因が個人にもたらす影響を弱め、消失させる作用をもつ要因を緩衝要因と呼ぶ。最も代表的なものがソーシャル・サポートである。ソーシャル・サポートには、ストレス要因となった刺激事態への作用が期待できる実体的サポートや、不快な情動反応を緩和する作用が期待できる情緒的サポートなどがある。ソーシャル・サポートの緩衝効果と呼ばれる現象は、この局面でソーシャル・サポートが作用していることを示している。本調査で扱ったワークシチュエーション次元では上司・リーダーが重要なサポート源となりうることが示唆されている。

情動反応 - コーピング過程への介入

この局面では、個人に利用可能なコーピング方略の種類を増やし、効率を高める方法、適切なコーピング方略を選択できるように援助する方法などが考えられる。前者は個人的リソースの増強によってなされる。リソースとは、コーピングに利用可能な資源のことで、知識や情報、知的能力、ソーシャル・スキル、体力や健康、経済力などがある。本調査で扱った「福利厚生・生活支援」の次元は従業員にとってストレスに対処するためのリソースとして機能している可能性がある。一方、後者は個人のコーピング・スタイルを変容させる介入法である。コーピング・スタイルとは、どのよ

図表18 ストレスチェックの結果フィードバックの例

ストレス反応チェックリスト・プロフィール

【簡易版】

ストレス反応とは、日常生活のさまざまな出来事や状況などが原因となって生じ、心身の健康状態に悪影響をもたらす恐れのある心理的・身体的反応を指します。このチェックリストは、ストレスが進行し心身の健康状態に深刻な障害・疾患を及ぼす前に、その徴候を把握し、自己理解と健康維持に役立てていただくことを目的としたものです。

あなたのストレス反応の得点は、以下の通りです。

ストレス反応		得点	判定
I 抑うつ	ゆううつになる、気分が沈む、気がめいる、などの気分		
II 怒り	腹が立つ、不機嫌である、いらいらする、などの気分		
III 不安	びくびくしている、気持ちが落ち着かない、などの気分		
情動領域反応得点 (I + II + III)			
IV 高揚感	いきいきしている、軽快だ、などポジティブな気分		
V 身体的反応	ストレスと関連が深い身体の症状		

【判定法】

それぞれの反応について、職種別・年齢階級別にパーセンタイル得点表を示します（一般企業の従業員を対象にした2,568名のデータに基づいています）。あなたの得点が、表中に該当する75%の欄にある数値よりも高い場合には、あなたのストレス反応が、全体に比較してやや高め（+）であることを示しています。同様に、90%の欄にある数値より高い場合には、全体に比較して非常に高め（++）であることを示しているといえます。

【結果の見方】

ストレスの原因になるようなことがあると、最初に起こるのが情動反応です。代表的な情動ストレス反応には抑うつ、不安、怒りの3つがあります。

高揚感はプラスの情動反応で、通常は抑うつ気分や不安と逆の変動を示します。

ストレスが原因で身体的な病気にかかることもあります。ここではストレスが原因となっている恐れのある身体症状を調べています。特に、疲労感、体がだるいといった全身症状はストレスが原因になっている恐れがあるので要注意です。

情動ストレス反応が高い人は、時間をおいて繰り返しチェックして経過を観察することをお奨めします。長期間にわたって高い状態が続くようなら、要注意です。また、認知・意欲・対人面での心理的機能への影響もチェックできる拡張版のチェックリストもご利用下さい。

図表19 職種別・年代別判定表

抑うつ		5%	25%	50%	75%	90%	不安		5%	25%	50%	75%	90%
事務職	29歳以下	0	3	6	10	15	事務職	29歳以下	0	1	4	7	10
	30～39歳	0	2	5	9	13		30～39歳	0	1	3	6	12
	40歳以上	0	2	4	8	14		40歳以上	0	0	3	6	11
技術職	29歳以下	0	2	6	10	15	技術職	29歳以下	0	1	3	8	16
	30～39歳	0	2	5	9	15		30～39歳	0	1	4	7	12
	40歳以上	0	2	4	7	12		40歳以上	0	1	3	6	11
専門職	29歳以下	1	6	9	14	18	専門職	29歳以下	1	4	7	12	15
	30～39歳	0	2	5	9	19		30～39歳	0	1	3	7	13
	40歳以上	0	1	5	8	16		40歳以上	0	1	3	7	14
営業・販売職	29歳以下	0	4	7	12	16	営業・販売職	29歳以下	0	2	6	10	15
	30～39歳	0	3	5	8	11		30～39歳	0	1	3	7	11
	40歳以上	0	2	4	8	10		40歳以上	0	1	3	6	10
現業職	29歳以下	0	2	6	8	13	現業職	29歳以下	0	0	3	6	12
	30～39歳	0	2	5	9	14		30～39歳	0	1	3	7	11
	40歳以上	0	2	5	8	12		40歳以上	0	1	4	7	11

怒り		5%	25%	50%	75%	90%	情動領域反応		5%	25%	50%	75%	90%
事務職	29歳以下	0	4	7	11	18	事務職	29歳以下	2	9	17	27	38
	30～39歳	0	3	7	11	16		30～39歳	2	9	14	26	39
	40歳以上	0	3	6	9	16		40歳以上	1	7	13	22	37
技術職	29歳以下	0	4	8	13	19	技術職	29歳以下	3	9	17	30	45
	30～39歳	1	4	7	12	16		30～39歳	2	9	17	28	43
	40歳以上	0	3	6	9	14		40歳以上	2	7	12	23	37
専門職	29歳以下	2	5	8	16	21	専門職	29歳以下	7	16	25	42	48
	30～39歳	0	4	7	12	19		30～39歳	1	7	16	27	45
	40歳以上	0	3	5	9	13		40歳以上	1	6	16	22	39
営業・販売職	29歳以下	0	4	9	14	17	営業・販売職	29歳以下	2	11	23	36	45
	30～39歳	2	5	7	12	16		30～39歳	3	9	16	26	36
	40歳以上	1	4	7	9	15		40歳以上	3	7	14	23	33
現業職	29歳以下	0	4	8	14	18	現業職	29歳以下	1	8	18	27	40
	30～39歳	1	5	8	12	18		30～39歳	2	9	17	28	39
	40歳以上	1	4	6	10	14		40歳以上	2	8	16	23	34

高揚感		5%	25%	50%	75%	90%	身体反応		5%	25%	50%	75%	90%
事務職	29歳以下	0	5	7	11	13	事務職	29歳以下	0	3	5	8	11
	30～39歳	0	5	8	12	15		30～39歳	1	3	5	7	10
	40歳以上	1	5	8	11	15		40歳以上	0	2	4	7	11
技術職	29歳以下	0	5	8	12	15	技術職	29歳以下	1	3	6	10	13
	30～39歳	0	4	8	11	15		30～39歳	1	3	6	9	12
	40歳以上	0	5	7	10	13		40歳以上	0	2	4	7	11
専門職	29歳以下	3	6	9	13	15	専門職	29歳以下	1	5	9	12	14
	30～39歳	1	4	9	14	18		30～39歳	0	3	5	9	14
	40歳以上	3	8	11	14	16		40歳以上	0	2	5	7	11
営業・販売職	29歳以下	0	5	8	13	16	営業・販売職	29歳以下	0	4	6	10	13
	30～39歳	2	5	9	12	15		30～39歳	0	3	5	8	11
	40歳以上	2	6	9	13	15		40歳以上	0	2	5	7	11
現業職	29歳以下	0	5	7	11	14	現業職	29歳以下	0	3	6	9	13
	30～39歳	0	4	6	9	14		30～39歳	1	3	6	9	12
	40歳以上	0	4	7	10	12		40歳以上	0	3	5	7	10

うな状況においても一定のコーピング方略を採用しようとする個人の選好傾向のことである。あるストレス状況下において何が適切なコーピングであるかは、ストレッサーとなる刺激事態の特徴、その時の個人の心身状態、個人に利用可能なリソースやソーシャル・サポートなどに依存するので、不適切で硬直したコーピング・スタイルはストレス過程を拡大してしまうことがある。たとえば、飲酒、喫煙、浪費、過食などである。

このように、ストレスマネジメントには心理社会的な要因に介入する方法と、個人の認知、スキル、コーピング・スタイルなどに働きかける方法とがある。職場のメンタルヘルス担当者は、適切な介入方法を見出し、また介入の効果を評価するためにも、従業員一人一人の置かれたストレス状態を継続的にモニターすることが必要である。特に、情動を中核とするストレス・モデルにおいて、ストレスとはストレス過程のことであり、その全体像を明らかにするためには個人の継時的変化の様相を捉える必要がある。なぜなら、ある時点での個人の反応や行動は、より広い時間的文脈の下で見ると、収束あるいは拡大するストレス過程の中のある一局面でしかないからである。そのため、ストレスマネジメントのために個人の行動や反応を繰り返しチェックすることは決定的に重要となる。本研究で使用したストレス反応尺度は簡便に個人のストレス反応を測定できることから、研究目的だけでなく、日頃のストレスチェックの用具としても利用できる。図表18と図表19は、このチェックリストの結果を個人にフィードバックするために用意されたプロフィール用紙の一例である。有効なストレスマネジメントのためには、このような形で結果をフィードバックすることによって、個々の従業員の自覚を高めることが必要であろう。

文 献

- 青山みどり・嶺岸秀子・廣瀬規代・斉藤 基・佐々木かほる・坂田成輝・古屋 健 (1998) 基礎看護実習中の学生のストレスⅡ－事前指導の効果－. 群馬県立医療短期大学紀要, 5, 77-87.
- French, J. J. R. P., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (1982) *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester: John Wiley.
- 古屋 健・坂田成輝・音山若穂 (1997) 心理的ストレス・モデルに基づくストレッサーの分析：理論的意義と教育実習ストレッサーの実証的検討. 群馬大学教育学紀要 人文社会科学編, 46, 461-479.
- 古屋 健・坂田成輝・音山若穂・所澤 潤 (1994) 教育実習生のストレスに関する基礎研究. 群馬大学教育実践研究, 11, 227-240.
- 廣瀬規代美・嶺岸秀子・瀬戸正子・正田美智子・坂田成輝・古屋 健 (1998) 基礎看護実習中の学生のストレスⅠ－心理的・身体的ストレス反応の経時的変化－. 群馬県立医療短期大学紀要, 5, 65-75.
- 廣瀬規代美・嶺岸秀子・瀬戸正子・坂田成輝・古屋 健 (1996) 臨床看護実習中における学生の

ストレスー心理的・身体的ストレス反応の時系列的変動からー. 群馬県立医療短期大学紀要, 3, 7-18.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

日本労働研究機構 (1999) 雇用管理業務支援のための尺度・チェックリストの開発ーHRM (Human resource management) チェックリストー 日本労働研究機構報告書 No. 124.

新名理恵 (1994) ストレス反応の測定ー心理検査. CLINICAL NEUROSCIENCE, 12, 530-533.

新名理恵 (1995) 介護の心理的ストレス・モデル. ストレス科学, 10, 220-223.

新名理恵・本間 昭・石井徹郎・矢富直美・川谷 節 (1992) 痴呆のケア及び生活指導に関する研究. 老年健康科学財団平成2年度研究助成事業報告書 (pp. 41-52) .

新名理恵・坂田成輝・山崎久美子 (1995) 外来患者の心理的ストレス・プロセス (I): ストレッサーと心理的ストレス反応との関係. 日本保健医療行動科学学会年報, 10, 121-139.

新名理恵・矢富直美・本間 昭 (1991) 痴呆老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの環境効果. 老年精神医学雑誌, 2, 655-663.

音山若穂 (1996) 心理的ストレス反応に対するソーシャル・サポートの緩衝効果ー教育実習生のストレスに関する一研究ー. 早稲田大学大学院文学研究科紀要, 41, 29-41.

音山若穂・古屋 健・坂田成輝・所澤 潤 (1997) 教育実習生のストレスに関する基礎研究IV. 群馬大学教育実践研究, 14, 321-335.

坂田成輝・新名理恵・山崎久美子 (1995) 外来患者の心理的ストレス・プロセス (II): ストレッサー, 心理的ストレス反応とコーピングとの関係. 日本保健医療行動科学学会年報, 10, 140-156.

坂田成輝・古屋 健・音山若穂 (1999) 教育実習生のストレスに関する一研究ー教育実習ストレスー尺度の開発ー. 教育心理学研究, 47, 335-345.

第6章 今後のメンタルヘルス対策

以上、本報告では企業、あるいは外部の機関等によるメンタルヘルス対策を事例として収集し、海外の現状、対策等についてもみてきた。また、HRM チェックリストのデータ分析を通じて、仕事、職場とのストレス反応の関係を因果モデルにより検討してきた。

このような作業から、職場におけるメンタルヘルス対策の現状、今後のあり方について以下のようまとめることができよう。

（対策導入は広がっている）

業務上の精神障害による自殺に関する労災認定上の取扱い変更、またそれに伴う精神障害による未遂を含む自殺（いわゆる「過労自殺」）の労災請求の急増、また、電通事件に象徴される企業側責任をもとめる裁定等により、職場のメンタルヘルス対策に関してはここ数年、著しく社会的な関心を集めるようになった。しかしながらここ数年のうちに導入された対策も多く、それらの対策は試行的に行われているもの、あるいは、形ばかりの導入という色彩のものもみられる。何らかの対策をとらなくてはならないために、とりあえず導入されたといえるものも多い。

（これまでのメンタルヘルス研修）

労働省の指針に後押しされ、職場のメンタルヘルス対策に関して研修等を行っている企業も多くなっている。管理職等に対する講習を実施している企業も増えている。

しかしながら、これまでの研修内容をみると精神病の基礎知識であったり、カウンセラー教育であったりする等、企業によって内容に大きな相違がある一方、研修内容に幅と深さがあるものとは必ずしもなっていない。ここ数年、急激に関心が高まり、導入されたものであることがその原因であろうが、研修内容に関しては何をどのように行うかという検討、また、可能な範囲で研修の効果測定も必要といえよう。各社で実施される研修に大きな相違があり、その効果もはっきりとしない状況が続けば研修として定着せずに終わってしまうことが危惧される。

今後、職場におけるメンタルヘルス対策が定着し、職場や仕事の状況が改善され、従業員にとっても真に有効な対策となり、また、会社、さらには社会にとってもプラスとなるためには、以下のような検討が必要と考えられる。

（各人が必要なときに必要な情報を入手できる体制の整備）

会社や組織としては、現在でも社員にとって有効な情報がかなりの程度整備されている。それらは社員用の案内冊子として定期的に配布されることが多く、有効活用されている。このような紙媒体での情報提供に加え、現在急速に導入が進んでいる社内 LAN、イントラネットを活用することにより、最新の情報を十二分に提供できるようになると考えられる。変化の早い現在、年 1 回の冊子の情報では必要なときに問い合わせをしようとしても情報が古く、結局は関連部署に電話で聞くということも多い。プライバシーに関わりのない情報であれば問題ないが、職場のストレス、職場や仕事の問題、人間関係の悩み等のことであれば、気軽に電話で聞くことは難しい。また、情報が氾濫する今日、冊子で配布された情報はいつのまにか、書類の中に埋もれてしまうことも多い。

必要な最新の情報を従業員に低コストで提供することを考えると、社内での導入、活用状況にもよるが、社内 LAN、イントラネットでの提供もひとつの方法と考えられる。

最近急速に普及している IT 技術の活用に関しては、上記のような情報提供に加え、メールでの相談、サイバーカウンセリング等も話題になるが、このような面での IT 活用に関してはまだまだ議論があるところである。メールでの相談の場合、対面での相談と違いカウンセラー等からの言葉がどのように受け取られたかを、表情や顔色をみることによって知ることはできない。カウンセラーの発言が誤解されたり、それがきっかけとなってその場で極端な行動が行われても、それをとめることができない。またメールは途中での盗聴等も懸念される。将来的には様々な可能性を秘めた活用方法であるといえるが、単なる情報提供を超えたこのような IT 活用はまだまだこれからという段階であり、様々な視点からの検討が必要であるというのが現状であろう。

（積極的な利用のきっかけ作り）

会社側による電話相談、カウンセリング・サービス等の体制が整っていても、それが利用されるためには、積極的なきっかけ作りが必要である。企業事例－4 の企業は、健康管理の一環としてカウンセリングの体制を整備しており、また、管理職等へのメンタルヘルスに関する研修も長年行われてきている。このような素地があるために、社員全員に行われる健康診断、人間ドックにおいて血圧等の測定を行っている間の何気ない看護婦等との雑談がきっかけとなり、カウンセリング・サービスが話題となり、自ら訪問する、あるいは部下にカウンセリングを勧めるということも多いとされる。この企業の場合、日ごろから管理職や病院スタッフがカウンセリング・サービスのためのきっかけ作りの役目を果たしているといえよう。一見、特段の取り組みを行っていないようにみえる企業事例－7 においても、建設現場で毎朝行われるミーティングのなかで、相互に体調等をみている。建設現場のため、体調がよくない者がいるとそれが他の作業者のけが等にもつながる。このため毎

朝の相互チェック、また、体調が思わしくない者に対して、検診等を気軽に勧められる雰囲気としての体制が有効に機能していると思われる。

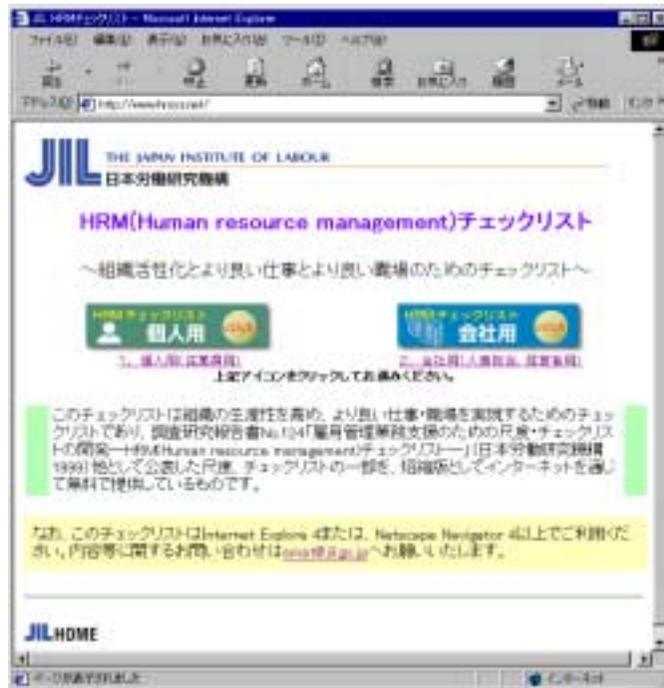
外部事例－4では、カウンセリング・サービスの利用を促す積極的な仕組みとして電子メールを有効に活用している。EAPを提供する顧客企業に外資系企業が多くメールの利用が一般化していることも一因であるが、クリスマス等の季節毎の挨拶状を電子メールで顧客企業の従業員全員に送付し、そのなかで相談等のEAP活動を無料で行っていることの案内、また、この会社が作成した簡単なストレス診断等を紹介しリンクがはってある。イントラネットで行われるストレスチェック等は開設時に集中し、その後、単調減少を続けるといわれるが、この会社では提供する情報を更新し、また、定期的にメールでその通知を行うことによって、そのような利用の減退は起こっていない。

（きっかけ作りとしての定期的なチェック）

会社の提供する電話相談等があり、様々な情報が提供されていても、なかなかその利用に結びつかない面がある。この面で有効と考えられるのが定期的なストレスチェック、メンタルヘルスチェックの実施である。外部事例－2の組織では20年間でのべ1500組織、180万人のメンタルヘルスチェックを行っているが、その多くが定期的に毎年行っている企業であるといわれる。この受診結果は個人毎に郵送され、そのフォローアップとして無料で相談も行っている。また、個人が特定できないよう組織単位で（最低10名以上）個人の結果を集計し、職場毎のストレス等の状況をチェックしている企業もある。

また、企業事例－5の企業では社員が気軽にイントラネットでストレスチェックを行えるシステムを開発し活用されている。このシステムのねらいも診断ではなく、関心を持ってもらうためのきっかけ作りであるといわれる。このシステムのもととなった社内での診断用紙はかなりの分量のものであったが、イントラネットでのシステムは簡易版、きっかけ作りと位置付けられることから短縮版となっている。日本労働研究機構においても「HRM チェックリスト」を開発し、その一部をインターネットを通じて無料で提供しているが（www.hrsys.net）、この目的も診断ではなくきっかけ作りである。もともと「HRM チェックリスト」は、職場のメンタルヘルス対策ではなく、仕事や職場の状況を様々な観点から尺度化する測定ツールを作ることが目的であった。メンタルヘルス、ストレスの尺度化を念頭においたものではないため、ストレス、メンタルヘルスに関して十分な情報を提供できるわけではないが、職場や仕事の状況を広く浅く、全般にみることは可能と考えており、また、ストレス、メンタルヘルスに特化していないことにより、かえって実施しやすい面もあると思われる。

このようなきっかけとしてのチェック、テストがイントラネット等で気軽に利用できるようになることも、職場に埋もれた問題の早期発見が可能になるものと思われる。



（対策の効果に対する検討）

現在の多くの対策は、対策を行うこと自体が目的化して導入されたものも少なくないと思われる。そのためどのような対策がどのように有効かという検討はあまり行われていない。どれだけのコストをかけたものが、どれだけの効果をもたらしたかという検討も行われていない。

今後、社内の対策等がより的確に行われるためには、対策導入とその効果を因果モデル等により検討する必要があると思われる。これによってその職場や仕事で必要な対策を低廉なコストで実施するためにはどのようにすればよいかという解も導き出されると考えられる。

会社の利益に直接結びつかないメンタルヘルス対策は経費削減の対象となりやすく、コスト削減によりサービスの質が低下したり、極端な場合は廃止されることもありうる。導入効果をデータとして明確化し、その成果をある程度明らかにしなければ、せっかく導入されたものが定着せずに終わってしまう事態も危惧される。

（経営理念、経営戦略との整合性の確保）

組織体として厳しい競争環境に企業がさらされる今日、企業がしばしば問われるのは現在の経営戦略が最適なものかという点である。経営戦略は業界や規模、また、時代によって変わるものであ

るが、競争が激化する今日、すぐれた経営戦略に立脚した組織体でなければ生き残れないとされるのも事実であろう。また、その経営戦略の背景にはその企業の存在価値を示すミッションがあり、さらには企業経営の根幹となる経営理念、企業理念がある。

職場のメンタルヘルス対策もこのような経営理念、ミッション、経営戦略と整合性があり、それを補強するものでなければ定着しないといえよう。財源に余裕があるから実施するというものではなく、その企業の経営戦略の一部となるような対策であることが求められている。このような会社としての基本方針、基本戦略との整合性が確保できなければ、経営状況により容易に経費削減の対象となってしまうことも考えられる。

（企業を超えた対策の必要性）

メンタルヘルス対策の中には一企業では実施できないもの、あるいは中小企業では導入できないものもあると思われる。このようなものに関しては外部事例－1にあるように、企業がグループとなり対策を実施するというのもひとつの方法である。また、個別実施が難しい広く必要なものであれば公的機関によって行われるべきであろうと思われる。

現在、厚生労働省においては、指針に基づく心の健康づくり活動の普及・定着をはかることを目的にさまざまな取り組みを行っている。例えば、管理監督者、事業所内産業保健スタッフ等対象者別に教育・研修を実施することにより、事業所のメンタルヘルス対策を支援する事業を始めている。このような広範な活動がメンタルヘルス対策の向上、定着につながることを期待される。

また、先に企業戦略、経営理念との整合性の確保について述べたが、定着しつつある対策が経営環境等による経費削減の対象とならないためには、国としてあるいは業界団体等として、企業が守るべき指針を今後も整備していくことも重要であろう。このような指針、ガイドライン等の整備、そして、その指針、ガイドラインを実現するための様々な支援の充実により、対策が定着し、より良いものになっていくと期待される。

以上、これまでの検討結果をまとめたが、ここであげた課題を解決していくためにも、さらなる対策事例の収集、その相互比較・検討、海外の取り組み等についての情報収集、そして本報告でも一部試行的分析結果を紹介しているように、職場、仕事の状況とそのストレス反応の関係を因果モデルのレベルで検討する研究が必要であろうと考えられる。

図表 1 企業対策事例

企業事例	企業	対策内容	管理職研修の実施	外部EAP等の利用
1	米国企業	内部EAP	○	—
2	大手電機メーカー	産業保健スタッフに内部EAPが加わる	○	○
3	大手OA機器メーカー	専属スタッフの産業医による全社員の面談	○	—
4	大手コンピュータメーカー	健康管理の一環としてメンタルヘルスケアを充実	○	—
5	大手電機メーカー	社内イントラネットでストレスチェック	○	○
6	大手建設会社	健康管理センターと外部電話相談の活用	○	○
7	中堅建設会社	毎朝の現場での相互チェック	—	—

図表 2 外部対策事例

外部事例	組織	対策内容	管理職研修の実施	サービス開始
1	労働組合	労働組合による電話相談の実施	—	1999
2	財団法人	企業からメンタルヘルス調査を受託し実施	○	1980
3	若者向け公的相談機関	仕事、職場の悩み、ストレスの相談が増加	—	1973
4	医療法人	外部EAPプロバイダー 電子メールを積極活用	○	1993
5	民間企業	電話相談を中心としたEAPプロバイダー	—	1992
6	民間企業	人材総合コンサルティングの一環としてのEAP	○	1999

職場におけるメンタルヘルス対策研究会 講演・報告内容の要旨

日本労働研究機構では2000年度、調査研究をはじめにあたり、すでに関連する事項に関して研究を進めておられるの方々をお招きし、講演会を行った。以下はこの講演会での報告内容を要旨としてとりまとめたものである。

「職場におけるメンタルヘルスの現状と対策」

(財)社会経済生産性本部

メンタル・ヘルス研究所

主任研究員 今井 保次

・メンタルヘルスの現状の誤解（神話）

管理職はストレスフルで健康を害しているという誤解

「管理職は責任が重く、上から抑えられ、下から突き上げられ、サンドイッチ状態なのでストレスフルであり、そのため健康を害している」と考えている人が多いが、これは間違いである。このことは先行研究からも裏付けられる。

社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所は、企業や労働組合などを対象に、定期的に JMI 健康調査を行っている(メンタル・ヘルス研究所 1995)。そこで得られたデータのうち、1985年、1990年、1995年の3時点に行ったものからランダムに65,000件を抽出し、不安について集計したところ、管理職は、他の職種よりも有意に不安が低かった。

また、Caplan, Cobb, French, Van Harrison, & Pinneau (1975) の報告でも、管理職 (supervisor) の不安は高くないことが示されている。逆に組立ラインの生産職、すなわち被管理職の不安が最も高いという結果が得られている。

さらに、最近の国内における大規模調査の例では、藤縄ら (1995) の行った GHQ を用いた精神健康度調査がある。この調査では、一般より係長、係長より課長、課長より部長と職位が上がるごとに健康度が高くなると報告されている。

これは、前述の JMI 健康調査の企業別分析でも同様である。また、今井 (1994) は、昇進前後の健康度を比較した調査を行い、昇進することによって健康度が上昇することを指摘している。ただし、昇進が健康度を良くしたのか、それとも健康度の良い人が昇進するのか、因果関係は定かでない。

以上より「管理職のストレス」は神話に過ぎないと結論できる。管理職のストレス反応が低いことの理由として、職位が高くなればなるほど、責任は重くなるが、その分だけ権限が付与されるためではないかと考えられる。この点は、Karasek (1979) の Job Demand and Control Model 等で説明できる。

また、これらの点を踏まえると、現在、各企業などで行われている管理職研修のやり方についても、管理職を「被害者」扱ったものが多く、現状にそぐわないといえる。

単身赴任はストレスが高いという誤解

単身赴任者についても、管理職と同様の誤った認識が流布している。単身赴任者の方が健康度は上である場合が多い。この理由として、単身赴任者には経験をつんだ管理職が多いことが考えられる。また、比較的若い単身赴任者の場合は、キャリアパスとしての赴任であることが多いためストレスは低い。

海外赴任はストレスが高いという誤解

海外赴任は一般的に技術職が多い。エンジニアなどの技術職は管理職同様にストレスが低いことが示されているので（Caplan et.al., 1975）、海外赴任者のストレスも低くなる。

国内の単身赴任と同様、管理職クラス、技術職など、経験・能力の高い人材が選ばれることもストレスの低い原因と考えられる。

また、管理職に限らず海外赴任者の健康度が高いことから、派遣者の選択時に健康な人、優秀な人を選んでいるという見方もできる。

さらに、国内では平社員であっても、海外赴任先では部長級の仕事を要求されるなど、地位以上の仕事を求められるため、職務に対する満足度が高いこともストレスが低い理由として考えられる。

これまで報告された研究結果の中で、海外赴任のストレスが高いことを示すデータは少なくないが、これは調査のやり方に問題がある部分が多い。特に、ライフイベント型ストレスを尋ねる質問項目の中に「家族と離れて寂しい」というように、ストレスとストレス反応が重複しているものがあるため、妥当性に欠ける。

アメリカではオープンに精神科に通うという誤解

実際にはアメリカでも精神科に通うことは隠している場合が大半である。ただ、かかりつけの医師や専属カウンセラーを付けるにはコストがかかることから、一種のステータスシンボルとして、一部有名人が公にするケースがある。このため日本人は勘違いをしている。

また、日本はアメリカよりもカウンセラー制度が普及していないので、利用しにくいというのも誤解である。アメリカは日本と社会経済システムが大幅に異なる。当然、医療制度も違う。アメリカの企業は保険会社と契約し、従業員の健康保険費用を負担している。精神科医よりカウンセラーの方が、負担費用が少なく済むため、企業はカウンセラーの利用を推奨する。このためカウンセラーが普及している。アメリカほど、日本でカウンセラー制度が普及しないのは、システムが違うからであって、比較すること自体ナンセンスである。

・経営指標とメンタルヘルス

メンタル・ヘルス研究所（1999）が、経営指標の得られる23企業を対象として行った調査によると、メンタルヘルスともっとも相関の高い経営指標は「従業員の増減」であった。従業員数が減少すれば、職場でのモラルが下がり、無気力傾向が強まる。また被害者意識が強くなり、苛立ち、怒りっぽくなり、体調も悪く、高不安で、仕事の手抜きをするという結果が得られている。逆に、従業員が増加すると、集団帰属意識が上がり、破瓜病的傾向が減少する。

したがって、リストラによる人員削減は結果的には生産性を損なうことになるといえる。アメリカの先行研究でも Cascio（1998）は、1980年代に3%以上人員をカット（平均10%カット）した大企業について調査を行ったが、311社のうち経営指標の改善した企業は皆無であると述べている。逆に人員削減による個人の負担増を補填するための営業費用・設備投資などで、経営が悪化している。

企業経営者は、「人員削減を公表すると株価は上がり、また人件コストを削減できるので良い」と考える傾向が強い。しかし、人員削減後に残った従業員が、精神的に不安定になり、やる気を喪失してしまうという現状がある。経営者は、この状態で事業再建できるのか、よく考えた上でリストラをする必要がある。また、会社に残った従業員の意欲の低下、将来への不安などのケアをいかに行うかも重要である。経営者は、残った従業員に対して「リストラ対象でないのだから、気持ちよく働けるだろう」などと安易に考えてはいけない。米国経営者協会の調査でも、1989～1994年にダウンサイジングした企業のうち、3分の2は実施期間中生産性の増加はみられなかったと報告されている。

つまり、リストラクチュアリング、ダウンサイジングなどの人員削減は経営に寄与しない。また、従業員数の増減以外の経営指標でメンタルヘルスと正の相関があるものには、「売上高営業利益」、「労働生産性」、「1人あたり売上高」、「営業利益増加率」がある。これらが高まると不安も高まるとい結果が得られている。さらに「自己資本比率」は、精神的安定と正相関するという結果も得られている。

以上より、経営指標とメンタルヘルスには部分的に相関があると結論付けられる。

・従業員のメンタルヘルス16年の変化

労働省が5年ごとに行っている「労働者健康状況調査」によると、ストレスを感じる人が年々増加しているという。これが世間一般の見解である。

しかし、世間の常識に反して、ストレスは増加していない。メンタル・ヘルス研究所（1998）が、16年間の縦断的研究を行ったところ「不安」レベルは平行線をたどっている。また、身体症状でも「胃の調子」はバブル期よりも最近のほうが良いという結果が出ている。

また、職場の適応状態が年々悪化しているという結果が得られている。特にバブル期に悪化しており、それ以降も徐々に悪化している。このことから、「バブル崩壊による経済の悪化」が、職場のストレスを生み出すのではないということが分かる。

バブル景気をもたらした最大の影響は、金融システムに対するものだけではなく、日本の労働者全体の意識を崩壊させたことにある。現在の社会経済は、この変化した意識の後始末を未だにつけられないでいるといえる。また、バブル期に影響されることなく、日本人の勤勉さ、几帳面さ、真面目で粘り強い特性は、徐々に低落傾向にあるというのも特徴である。勤勉さに支えられた「日本製」の高品質はもはや保てなくなってきている。

16年の縦断研究から一つの疑問が生じる。それは、職場の適応状態が悪化しているのになぜ健康指標は平行線のままなのかという疑問である。適応状態と健康指標は相関関係にあるのに一方だけが変化しているのはどういうことなのか。

この疑問に対する答えは、個人の選択するコーピング方略にあると考えられる。ストレスに対するコーピングとして、関わりを持つか持たないかという次元がある。職場が悪い状況になったら、この職場は自分にとってはどうでもいいという回避的コーピングをとると、ストレスの影響を緩和できる。つまり、職場の適応状態が悪化するのにもなって、回避的コーピングをとる人が増えれば、健康状態自体はレベルを保つことになる。実際、職場に対して不関与傾向を示す回避的コーピングが増えているという考えを裏付けるデータもある。メンタルヘルス研究所が行った、従業員を職場状況への関与・不関与の2群に分け、不安を従属変数とした重回帰分析を行ったところ、職場状況への関与が多い群では、不安の決定係数が $R^2 = .47$ であり、不関与群は $R^2 = .29$ であった。

関与しないというコーピングはストレスの影響を軽減するが、度が過ぎると社会問題にもつながりかねない。回避的コーピングには精神分析でいう「防衛機制」の目的があるが、増加する「関与しない人」を、社会経済システムの中で、どう組み込んでいくかが問題である。

職場での取り組みとしては、実感のもてる職場にすることが大事である。また、職場に誉めてくれる上司がいることは、仕事の面白さの認識につながる。さらに、仕事上で関わりをもてば面白くなり自分を成長させることができる。

・管理職をキーにした対策

企業経営という視点で、職場のメンタルヘルスを考えることが重要である。

企業から研究機関への相談や依頼で多いのは、リスク管理、病気の解説、心配な人が出たときの心構え等である。しかし、メンタルヘルス対策とは、精神疾患の早期発見・早期治療・予防の話ではない。職場で健康を損なった人を早く治療すれば、その人の助けになると思っている人がいるが、

病人が出るような職場の環境を改善しないとその人数は減らない。

普段から個人でできる日常的対応として、健康な人も含めた全ての従業員に「ストレスコントロール」、「業務能力の向上」、「ソーシャルサポートの求め方」、「ものの考え方」などの教育を行うことなどが考えられる。

「ストレスコントロール」には、自律訓練、リラクゼーションなど個人が比較的簡単に行えるものがある。

「業務能力の向上」は、Karasek (1979) の Job Demand and Control Model に基づき、個人の能力と要求水準の適合を良くすれば、ストレスが減るという考えである。他に、この理論の批判として Siegrist (1996) が提唱した Effort-Reward Imbalance Model から、個人の業務能力を向上させることがストレス低減に必要であるといえる。

「ソーシャルサポート」の重要性については、既に多くの研究者が述べているとおりである。

メンタルヘルス研究所の調査を例に挙げると、「相談相手がいない」、つまりソーシャルサポートが無いと考えている人が10%いた。実際のサポートの有無に関わらず、個人がサポートが無いと知覚していると、精神的健康度は低く、逆にサポートが有ると考えていると、実際は無くとも健康度は高かった。

職場の長（管理職）が、その職場の文化の中でサポーティングな風土をつくるのが企業のメンタルヘルス対策として有効である。

ただし、部下への影響力を問われ、本来の業務以外に、カウンセリングマインドを持ってなどというのは間違いである。

現在企業が行っているメンタルヘルス対策の中には、精神科医やカウンセラーが、カウンセラーを育てる教育を、そのまま管理職に行っているケースが少なくない。このような教育をする産業医がいる職場と、メンタルヘルス対策を全く行ってない職場では、何も行ってない職場のほうが健康度が高かったというような報告もある。大きな問題が起きた場合には専門の医師やカウンセラーに任せ、自分の力が及ばない点は力を借りるという役割を徹底しなければ、メンタルヘルス対策として効果は期待できない。

・まとめ

- ・きちんと仕事をすればストレスは除去される。
- ・仕事における優位性を保てれば、その職場のメンタルヘルスは良好である。
- ・管理職にはカウンセラーになる教育ではなく、独自のプログラムを作って教育する必要がある。
つまり、カウンセリングという共感ではなく、通常業務での配慮が必要である。
- ・管理職は目に見えない何か（文化）を感じ取ってそれを操作することが必要である。

- ・管理職が変われば職場も変わる。

質疑応答

Q. メンタルヘルスを行って生産性、売上げが上がるというデータはあるのか？

A. 業績という難しいが事故を減らす、医療費を下げたという結果はある。

繰り返しやっていると抑鬱や不安の指標はよくなる。

自己資本比率が精神の安定に寄与する。

売上高、営業利益率が上がると不安も上がるとういうデータもある。

リピートしている企業のほうが経営指標が上がるというデータはある。

諸外国では“不安何とかで何億円の損失になる”というデータを発表している企業がある。

アメリカでは3A ストレス（休む日数、アルコール、アクシデント）の不都合の指標が簡単にとれるが日本ではこの指標はゼロに近い。

Q. ストレスを感じて休職している管理職はJMIを受けないという解釈は成り立つか？

A. 管理職で休職している比率は少ない。

Q. 年を経た場合項目解釈は同じか？

A. その点は鉄則としてやっている。解釈が変わることはない。

Q. 悩み事の相談相手がいない人達はサポータティブな雰囲気を感じられない人達ではないか？

A. そういう人がいて能率が悪くなった場合、はじめてマネジメントをするのは短期決戦の職場であり、日本の職場は永遠というタイプなのでそういう人も含めてマネジメントをしたほうが良い。

Q. 管理職はストレスがないというデータは現況の50代管理職としてみた場合結果が違うのではないか？

A. リストラの影響は個々に報告しているが我々が調査している企業は大きなところが多くリストラをガリガリしているところではないので。むしろ30代後半から40代の権限が無いが実質的に仕事の責任を負っている人達はストレスを感じている人が増えてきている。

Q. 従業員が減ると不安が広がるというのはどういう意味か？

A. 正社員が減るということはそれ以前に外国人労働者、アルバイト、パートとすでに人員整理をし

ているということであるので職場の環境は悪化している。

Q. 労働省の健康状況調査では毎年職場のストレスは悪化していると出ているがメンタルヘルスのストレスは増加していないというのはどう解釈したらよいか？

A. ストレスという言葉が一般的になってきておりいろいろな意味で使われている。

Q. メンタルヘルスのやり方で野放図の職場のほうが良いという結果は他のやり方で調査をすれば異なる結果がでることはあり得るか？

A. 悪い職場は悪い点を指摘するといろいろ話をするが良い職場は実際何もしていないところが多い。

「就業状況とジョブストレス - 最近の研究結果から - 」

早稲田大学文学部

教授 小杉正太郎

就業状況と環境の大きく異なる2つの企業について、ジョブストレスの調査およびそれに対する事業所カウンセリングから得られた知見を報告する。

今回報告する2つの企業は、ともに従業員のジョブストレス対策として事業所カウンセリングを取り入れている。事業所カウンセリングは、全従業員を対象とした精神的健康状態の現状把握を目的としたもので、カウンセリングを通じてカウンセラーが得た様々な従業員の状態や健康度の調査結果などは、個人の名前や所属を伏せた上で、企業中枢部へ直接にフィードバックされる。この内容は時には企業の欠点や、特定の役員などに関するものを含むこともある。しかし、カウンセラーの中立的立場が保証され、経営者側と対等の立場に立てれば、このような情報のフィードバックは、企業のメンタルヘルス向上、ひいては生産性の向上につながる。

カウンセリングルームの運営は、その企業のどこかの室課に属する内部従業員が教育をうけ業務を兼任するのではなく、中立的立場が保証された外部の専門家（カウンセラー）が専任で業務にあたっている。このことがクライアントをはじめ関係者に対して、カウンセラーにとって最も重要な信頼を保証することにつながっている。

・ 2つの企業の比較

企業概要：

* A 社

- ・ 工業生産系企業
- ・ 経営状態は良好で、俸給6.2ヶ月が支給されている優良企業である。
- ・ 業務形態は3～4年単位のプロジェクト制で、3階層構成となっている。

* B 社

- ・ 土木建設企業
- ・ 経営状態は不良、俸給は一般従業員0.5ヶ月、管理職0.1～0.2ヶ月である。
- ・ 業務形態は、日本の伝統的な形態である事業本部制をとっており、一般職から管理職まで9階層構成となっている。

慢性職場ストレスの比較：

慢性型職場ストレスは、持続的で反復的なストレスである。心臓血管系の疾患と関連が深いといわれている。調査で使用した慢性型職場ストレス尺度は、「業務の量的負荷」、「仕事の

コントロール感欠如」、「役割の不明瞭さ」の3つの下位尺度から構成されたものである。

「業務の量的負荷」については、年齢と企業の交互作用が有意で、40歳未満ではA社のほうがB社よりも多かったが、40歳以上では、逆にB社のほうがA社よりも多かった。また、2企業ともに40歳以上が、40歳未満よりも多く経験しているという結果が得られた。したがって、企業の差ではなく、年齢差があり、若年層が業務の量的負荷を感じていないと考えられる。

「仕事のコントロール感欠如」は、年齢と企業の交互作用が有意であったが、年齢に関わらず、A社のほうが多かった。また、両社とも40歳未満が40歳以上よりも多かった。業務の質的負荷に関しては、年齢ではなく企業の差があると考えられる。ただし「仕事のコントロール感欠如」は、疾患に罹っているからコントロール感が欠如するともいえるため、ストレスとストレス反応の交絡が疑われる。

「役割の不明瞭性」についても「仕事のコントロール感欠如」と同様の結果で、年齢に関わらず、A社のほうが高いことが示された。

以上の比較から、慢性ストレスに注目すると、優良企業であるA社のほうがストレス経験が高く、逆に経営不振のB社はストレス経験が低いことが分かる。

イベント型ストレス（ネガティブイベント）およびポジティブイベントの比較：

イベント型ストレスは急性のストレスで、客観的にイベントの開始と終了が分かる「変化」である。日常生活のなかで、従来にない急激な変化であり、通常1回だけ起こるものである（例：昇進、収入増加、国内出張、海外出張など）。イベントには、心理的ストレス反応と正相関するストレスイベント（ネガティブイベント）だけでなく、反応と負の相関を持つイベント（ポジティブイベント）もある。今回扱ったポジティブイベントは、昇進、収入増加、国内出張、海外出張、所属部署に新人が入ってきたこと、大きな説明会や公式の場での発表の6項目である。

2社間の比較を行ったところ、ポジティブイベント経験はA社の従業員がB社の従業員よりも多かった。しかし、仕事の失敗、上司とのトラブルなどのネガティブイベントについても、A社の従業員のほうがB社の従業員よりも多く経験していた。

・ 2社の比較結果から

慢性ストレス、および急性ストレスの経験の比較から、一般に優良企業といわれている企業が、経営不振の企業よりもストレス負荷が高いということが分かる。

この原因として、就業体系に問題があると考えられる。今回比較した2企業の大きな差として、事業本部制かプロジェクトチーム制かという、業務体系の違いがある。経営的に好調であっても、プロジェクトチーム制を推し進めれば、従業員はストレスを感じ、結果的に生産性を下げかねない。

これからの就業体系は、ダウンサイジングやリストラによる人員の減少に伴い、種々の側面をこなすプロジェクトチーム制が主流になることが予想される。それに伴い、今回報告した工業生産系のA社に見られるジョブストレスの特徴も、今後増加すると思われる。

伝統的に日本に多くある事業本部制に対するジョブストレスや職場のメンタルヘルスに対するサポートはできているが、プロジェクトチーム制への対応はまだ不十分である。早急な対応が望まれる。

・ストレス緩衝要因

Karasek(1985)のJob Demand & Control,Support Modelによると、仕事の要求度、コントロール(技術の幅、決定権)、社会的支援(上司の支援、同僚の支援)でジョブストレスが規定される。この中で社会的支援(ソーシャルサポート)については、特に重要とされており、ストレス緩衝要因としてこれまで多く研究されてきた。国内の最近の調査でも、低サポート群で抑うつ状態が多いことが示されるなど、サポートの影響が示されている。ジョブストレス対策として、職場のサポート環境の整備は有効である。

・一般的なジョブストレス対策

精神科治療

従来最も多かったものである。例えば、国鉄労研の取り組みなどは、従業員に発生した精神疾患(躁鬱病、精神分裂病)を発見、治療し、社会復帰させることを目的としていた。まず、職場内の精神障害者を発見し、地域の精神科を受診させる。その後、入院治療し、退院後4ヶ月間に再発兆候がなければ復職させる。全て個別対応である。

心療内科

九大心療内科の系譜。心身症、ストレス関連疾患を対象とし、自律訓練法などを行う。全従業員の約1.7%の精神疾患患者のケアを行うより、約15%の心身症患者のケアを行うほうが、経済生産性に直結するという発想である。

産業医大の取り組み

産業保健の視点から、職場の集団を対象とし、健康増進、疾患予防を行うものである。快適な職場や労働者の健康増進を目的とする予防医学のアプローチであり、個人へのアプローチよりも、環境の影響という観点から、環境改善や疾患を発生しない組織作りに重きを置いている。労働省が組

織をどう考えるかに左右される。

以上の3つは全て疾患モデルである。予防的見地は においてには皆無であり、 でも疾患モデルである以上、予防という面では、不十分である。

これらとは別の取り組みとして、心理学的立場 がある。

心理学

疾患以前の前駆症状や準備状態に目を向け、疾患発生の予防に向けたアプローチを行う。

・まとめ

- ・一部の企業などでは、メンタルヘルス事業本部を社内に設けているなど、精神的な側面のケアを重点的に行っているところもある。しかし当然、心理学的関与だけでは、全ての問題には対応しきれない。法律・産業・医師の協力体制で対応していかなければならない問題である。
- ・メンタルヘルス対策を行えば労災事故（自殺など）が減るなど、企業のリスクマネジメントの側面もあり、これらの対策の一環としてジョブストレス対策を考える。

「職場のメンタルヘルス対策の研究動向」

労働省産業医学総合研究所

主任研究官 原谷隆史

・職場のメンタルヘルスの重要性

労働安全衛生法：

労働安全衛生法の目的は、職場における労働者の健康と安全を確保する、快適な職場環境の形成を促進する、この2つである。平成4年の改正の際に、「作業環境」から「職場環境」に改訂され、同時に、事業者に対する快適職場環境形成の努力義務化、快適職場環境形成に関する国の指針の策定・援助の実施が盛り込まれた。

「作業環境」は、物理的に狭い範囲であるが、「職場環境」は、快適な作業空間、疲労回復施設、相談室、清潔なトイレなどの広い範囲を指すもので、作業負荷や職場の人間関係なども含め、広義に職場を捉えている。

事業者には、「快適な職場環境や作業条件の改善など労働者の安全と健康を確保しなければならない」という努力義務が課せられ、安全と健康を確保していない会社では、訴えられるケースもある。しかし、事業者の努力だけで、労働者の職場環境の健康と安全が確保できるわけではなく、労働者自身の協力を得なければならない。

また、産業医の役割も重要である。産業医は労働者の健康管理に務め、専門家として会社側に必要な勧告をするという役割を果たさなければならない。

したがって、職場の健康と安全対策には、事業者、労働者、産業医の3者の協力体制が必要であるということになる。

労働安全衛生の2本の柱：

労働安全衛生には大きく2つの取り組みがある。すなわち トータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）、快適職場指針である。今後はこの他にメンタルヘルスのガイドラインも加わり、「心の健康」が重要な焦点となると思われる。

（1）トータル・ヘルス・プロモーション・プラン：

労働省は1988年に「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を発表した。この指針の通称がトータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）である。

トータルという言葉には「身体面だけではなく精神的な側面にも十分配慮した」という意味と「中

高年労働者だけでなく全年齢層の労働者を対象とした」という意味が込められている。しかし、実際は身体的健康の比重が大きく、今後は積極的なメンタルヘルス対策が必要である。

THP では、産業医の健康測定に基き、労働者全員に運動指導と保健指導を実施し、必要な場合には心理相談や栄養指導を実施する。しかし、心理相談などのメンタルヘルス対策を行う上で「必要な場合」という判断を誰が行うのか、あるいは、本人の希望だけでよいのかという問題がある。

THP の心理相談では、メンタルヘルスケアとして、ストレスに対する気づきの援助、リラクゼーションの指導、良好な職場の雰囲気づくり（相談しやすい環境など）を主に行う。精神疾患を対象としたものではなく、悩みや緊張、対人関係などへの指導・対応である。

（２）快適職場指針：

労働省が1992年に公表した、「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」では、作業環境を快適な状態に維持管理するための措置、労働者の従事する作業について、その方法を改善するための措置、作業に従事することによる労働者の疲労回復を図るための施設設備の設置・整備、その他の快適な職場を形成するため必要な措置が示された。この指針は主にハード中心となっているが、ソフト面（人間関係、仕事の中味、仕事の精神的負荷など）も措置として考える必要がある。

・職場のメンタルヘルスの特徴

産業場面では、労働可能な健康な人たちを選抜雇用しており、雇用契約が成立している。また、企業は経済利益を目的としているという点で、地域や学校での保健活動とは異なる特殊性を持っている。

臨床医学と産業保健：

臨床医の多くは、病院やクリニックで行われている診療をそのまま職場でやれば、それが産業医活動だと誤解している。労働者を治療するだけでは産業保健ではない。臨床医学と産業医学は別のものである。

臨床医学は、患者個人を対象とし、疾患の発見と治療を行うものである。これに対し、産業保健は、職場の集団を対象とし、健康増進、疾患予防を行うものである。快適な職場や労働者の健康増進を目的とする社会医学・予防医学の見地からのアプローチであり、患者個人へのアプローチよりも、環境の影響という観点から、環境改善、再発防止などに重きを置いている。

精神疾患の特殊性：

職場のメンタルヘルスでは健康増進が強調されているが、精神疾患に対する対応も重要である。精神疾患の早期発見、治療、職場復帰は、職場の健康管理の中でしっかり行う必要がある。精神疾患では、本人の病識が欠如していたり、自傷他害のおそれがあるといった特殊性も考慮する必要がある。必要な時には、職場の周囲の人間が適切な対応をすることが求められる。また完全に治癒しなかったり、再発の危険性が高いことも特徴である。企業関係者の精神疾患に対する正しい理解が求められる。精神疾患や心の健康に関する偏見や抵抗は、従来よりも少なくなってきたとはいえ、個人のプライバシーや疾患に対する偏見には十分な配慮が必要である。

精神疾患の場合には、休職が長期化し、完治しない場合も多い。主治医が就業可能と判断しても、実際には職場に適応できない場合もある。職場復帰では、復職する個人の状態と職場の状況の両方を考慮する必要がある。臨床医は出勤できれば半人前の仕事でも働けると考えてしまうが、企業は一人前の仕事を要求する。仕事の能力を7割程度とすると妥当な範囲と思われる。

最近では、うつ病による自殺の労災認定がなされたり、自殺者の遺族から企業の安全配慮義務違反に対する賠償請求が行われるなど、社会問題となっている。業務による精神疾患に対する企業の責任が問われたり、労災として認定されることは非常に稀であった。しかし、1999年に「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」により労災の認定基準が緩和された。今後、企業の賠償責任や労災認定が認められる事例が増加すると考えられる。

職場のメンタルヘルス対策：

上記に述べた職場のメンタルヘルスの特徴を考慮した上で対策を挙げると、精神疾患対策（早期発見、適切な治療、職場復帰）からストレス対策（一般勤労者を対象に、心身の健康づくり、快適な職場環境づくり）まで、幅広い対策が必要であるということになる。

・労働者の健康状況調査

労働省では1982年から5年毎に労働者の健康状況調査を行っている。これには事業者調査と健康状況調査があり、日本全国の10人以上の事業所の中から産業、事業所規模別に抽出した事業所およびその事業所に雇用されている労働者を抽出した調査を行っている。

1997年の調査では、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがある労働者の割合は、男性64.4%、女性59.9%、全体62.8%であり、これまでの調査で最高であった。これに対し、家庭生活での大きな心配事、悩みがある労働者は、男性46.4%、女性41.4%、全体44.6%であり、仕事よりは低い割合であった。

また事業所調査の結果では、メンタルヘルスカケアに取り組んでいる事業所の割合は、全体の26.5%

であり、1992年の22.7%よりも増加している。事業所規模別では、5000人以上で96.6%、1000～4999人で86.5%、300～999人で63.4%、100～299人で51.0%、50～99人で39.4%、30～49人で30.7%、10～29人で21.9%と、事業規模が大きいほど実施率が高かった。

これらの結果から、職場や仕事での不安やストレスが増加しているが、特に中小規模の企業ではストレス対策ができていないことがわかる。職場のストレス対策が望まれる。

・職場のストレス

ストレス：

ストレスの3要素として、ストレッサー、ストレス抵抗力、ストレス反応が挙げられる。外部からのストレッサーによりストレス反応が生じる。ストレッサーが強ければストレス反応も強く、ストレッサーが弱ければストレス反応は弱くなる。ストレス反応の程度は、個人のストレス抵抗力に左右され、ストレス抵抗力が強ければ、強いストレッサーにも耐えられ、ストレッサーがなくなると自然に回復することができる。

人間のストレス反応は通常一時的な反応であり、ストレッサーがなくなれば自然に元の状態に戻る。ところが、慢性的ストレッサーや強いストレッサーが加わると、病気として治療が必要となったり、最悪の場合には死に至る。このような事態にならないように、早めに軽いストレス反応の段階でストレスを解消して、元の健康状態に戻さなければならない。ストレス抵抗力は個人差が大きく、同じストレッサーが加わっても平気な人と大きなストレス反応を示し病気になる人もいる。

職場のストレスモデル：

(1) 仕事の要求度 - コントロールモデル：

Karasek (1979) は、仕事の要求度と仕事のコントロール（あるいは裁量の自由度）の組み合わせに注目し、仕事の要求度 - コントロールモデルを提唱した。このモデルでは、仕事の要求度が高くてコントロールが低い組み合わせをストレインが高い仕事として、疾患の危険性が高くなると仮定している。仕事の要求度が高くてもコントロールが高ければストレインにはならない。

このモデルに基づくと、仕事の要求度を下げずにコントロールを高めれば、仕事量を減らさずに、ストレス反応を防ぐことができるといえる。

(2) NIOSH の職業性ストレスモデル：

米国国立職業安全保健研究所 (NIOSH) は、これまでの職業性ストレス研究の内容分析に基づいて職業性ストレスモデルを示した。

仕事のストレッサーは労働者のストレス反応(急性反応)に影響する。ストレス反応は長期的に疾

病へと発展する可能性がある。仕事のストレスとストレス反応の関連に関連する要因として、個人要因、仕事外の原因、緩衝要因がモデルに含まれる。性、年齢、性格傾向など個人要因によって、ストレス反応にも個人差が生じる。仕事外の原因として家庭生活のストレスの影響もある。緩衝要因として、職場の上司や同僚、家族からの社会的支援や適切な対処行動などは、ストレスの影響を緩和すると考えられる。これらは、多様な要因がストレスの自覚や反応の差異に影響することを示している。

このモデルに基づくと、仕事のストレス軽減、ストレス反応に対する適切なケアが必要である。疾病に対する管理だけでなく、病前のストレス反応を含めた健康管理が望まれる。またストレス抵抗力を高めることも重要であり、労働者のストレス教育や普段の健康づくりが役立つと考えられる。これらの対策は心身の健康増進とともに職場の活性化にも有効である。

・職場のメンタルヘルスの測定

職場のメンタルヘルスのアセスメントには質問紙調査が有効である。代表的な調査票として、Job Content Questionnaire (JCQ)、NIOSH 職業性ストレス調査票、職業性ストレス簡易調査票がある。JCQ は Karasek が仕事の要求度 コントロールモデルに基づいて開発したもので、仕事の心理社会的特性を測定する自記式質問紙であり、国際的に広く調査研究に使用されている。日本語版は川上らが開発した。NIOSH 職業性ストレス調査票は NIOSH の職業性ストレスモデルに基づいて編集したものであり、日本版は原谷らが開発した。「職業性ストレス簡易調査票」は、労働省からの委託研究として、加藤正明（東京医科大学名誉教授）を班長とした委託研究のなかで、下光らが開発した。

これらの質問紙は、職場の健康管理や職場ストレス、メンタルヘルス対策に利用することができる。メンタルな問題を扱う場合には、個人のプライバシーを守り、周囲の偏見に対する配慮が必要である。調査の責任の所在を明確にしておく必要があるが、うまく利用すれば、非常に有効なツールとなる。

使用にあたっては、上に述べた、調査目的と秘密の保持（調査される者との信頼関係）が大事である他、信頼性や妥当性が明らかなものを使うことが肝要である。また、マニュアルを熟読し、専門家の助言を得ることも必要であろう。

・職場のストレス対策

職場のストレス対策として、 スレッサーを減らし、快適な職場環境を形成する。 個人のストレス抵抗力を高める健康教育、ストレス教育、および心身の健康づくり、 病気ではなくストレス反応に対する適切なケアや健康管理といった総合的な対策が必要である。このようなストレス対

策が労働者の健康増進に役立つと考えられる。

・欧米の健康管理

日本の企業は個人の健康管理に力を入れているが、欧米の企業では個人に対する介入が制限されている分、環境改善に力を入れている。例えばEUなどでは多様な労働者（弱者たとえば障害者や女性など）に仕事を合わせるという考え方が普及している。

このような考えは、EU 労働安全衛生枠組指令（雇用者には労働者の安全と健康を確保する義務がある）、オランダ労働環境法（安全と健康への危険は可能な限り原因を予防しなければならない）、スウェーデン労働環境法（労働条件は人々の多様な心身の状態に適合させなければならない）などにも明文化されている。米国でも、NIOSH が「職場の心理社会的危険因子をコントロールするための勧告」を出し、労働負荷、仕事のスケジュール、仕事の役割・内容等が健康に影響する要因を改善するよう求めている。

ストレスマネジメント教育が普及しているのも、日本と大きく異なる点である。これは、労働者個人を対象とし、系統的に知識やスキルを修得することで、ストレスへの気付きと対処能力の向上を目指すものである。特定のストレスャーや症状に限定せず、一般的な心理教育としての予防プログラムが実施されている。具体的方法としては、講義、事例研究、質問紙を使うなど知識を学ばせる。自律訓練法など、リラクセーションの技術を学ぶ。対処行動、認知的技法や自己主張訓練の技法を用いる。タイムマネジメント（時間管理）で仕事の効率を上げる。運動する。など多様な方法がとられている。

この他、米国ではEAPが職場で盛んに行われている。EAPとは、従業員援助プログラム（Employee Assistance Program）の略で、「アルコール依存症者の社会復帰がもたらす経済利益は大きい」という考えの下に、1970年代にアメリカで導入されたものである。1980年代にはアルコール依存のみならず、薬物依存対策においても、EAPの導入が推進されるようになった。

EAPの手法は、日本で行われている手法とは大きく異なる。まず、個人の病気には会社が関わってはいけないという原則がある。ある従業員が、職場で作業能率低下を生じた時、企業は業務命令としてEAPの受診をすすめる。この場合、EAPの受診決定権は本人にあるが、受診しても問題点が改善されない場合に初めて、会社は人事的措置（停職、減俸、降格、退職など）をとることができる。強制的に受診させることはない。

EAPでは治療を行わず、窓口となり治療機関を紹介する。社内にEAP部門を設けている場合と社外のEAP専門会社と企業（健保組合の場合もある）が契約する場合があるが、後者のケースのほうが多い。EAPは、従業員2000～3000人の会社なら社内EAPで採算がとれるといわれている。費用は従業員1人1年間12～18ドル位で、外部機関に委託する場合には、相談1件につき125～150ドル

という契約方法もある。EAP への投資に対する経済効果は一般に1.5～15倍といわれている。経済効果が主張されすぎている面もある反面、従業員の福利厚生、労使間関係の改善、問題のある人を会社が支えるという社会的貢献もある。

日本の相談活動は採算を度外視して福利厚生の立場で行われているが、欧米の企業は福利厚生より投資という発想で EAP を推進している。つまり、EAP は経済効果を考えてドライに行うものなのである。根本的な考え方が違うので米国の EAP がそのまま日本に導入されることは無いだろうが、健康管理部門がリストラ対象となりつつある日本の現状を考えると、今後は欧米のように、取り組みに対する経済効果をアピールすることが必要になってくるだろう。

・まとめ：職場のメンタルヘルス対策における今後の課題

個別の事例から職場の健康へ

メンタルヘルスに問題がある場合でも、それに気づく人はごく一部である。軽い段階のストレス反応を対象としたメンタルヘルスが必要である。また、個人の治療だけでなく職場環境の改善が必要である。職場環境の改善が職場の健康につながる。

上司教育によるストレス対策

わが国の職場ストレスの原因のうち、最高率なのは「職場の人間関係」である。特に上司の態度が部下のメンタルヘルスに大きく影響することが知られている。管理職には、日常の職場運営においてストレスの予防と改善、部下への適切なサポート、部下のストレスへの気づきと専門家への相談を促すことなどが求められる。実際に最近の研究でも、管理職向けのストレス教育を行うことで、職場の全従業員の自覚症状が減少するという知見がある（川上・原谷、2000）。

一方、書面アドバイスによるストレス対策には効果がないことも指摘されており（川上・河島ら、1996）対策法の検討も必要である。

職場の変化と労働者のストレス

現在、日本企業の職場は技術革新、リストラ・失業、多様な労働力、人事雇用制度改革などで、大きく変化している。このような変化に伴い、日本の管理方式も変化してきた。終身雇用 契約社員、年功序列 能力評価、長時間労働 成果主義、集団主義 個人主義などはその代表的なものである。管理方式の変化により、個人の責任および上司の管理・監督が重要になる。以上のような変化により、労働者のストレスは今後さらに増加することが懸念され、職場のストレス対策が求められている。

労働者の健康と企業の生産性

企業のメンタルヘルスに取り組む産業医は労働者の健康を優先し、人事労務管理部門は、企業の生産性や仕事の効率を重視する。この健康と生産性は相反するものと考えられてきたが、最近NIOSHの「健康職場モデル」が提示され、健康と生産性の両立は可能であり、むしろ両者には相互作用があり互いに強化することができるとする考え方が示された。したがって、組織としての健康を考えると、労働者の健康とともに職場の生産性も視野に入れて組織の健康度を考える必要がある。

組織の健康には、管理方式、組織風土、経営方針といった組織特性が大きく影響する。これらもふまえて、組織の健康を考える必要がある。

職場を活性化する健康職場へ

適切な対策を実施すれば、労働者の心身の健康増進とともに、生産性を高めることができ、職場を活性化することができる。職場活性化のための方針として、健康管理ではなく健康増進を目指すこと、職場環境をハード面・ソフト面ともに快適にすること、対策に見合った経済効果が得られるか明示することが重要である。このような健康職場（Healthy Work Organization）では、労働者の健康と企業の生産性が両立し、職場が活性化する

質疑応答

Q. 産業医と企業との理想の関わり方は？

A. 職場の環境改善...・第三者的立場での関わりが必要。

職場の問題...・会社の中の一員として専門性を活かしたアドバイスが必要。

企業経営...・専門家としてのアドバイスも必要。

現在は人事労務管理と健康管理が離れすぎているが会社の立場もわかった上での関わり方が必要になってくると思う。

Q. 日本の企業が今後アメリカの企業経営を取り入れると、女性の鬱病増加といったアメリカで起こっている状況が日本国内でも起こりうるか？

A. アメリカの企業は最近日本的なものを取り込んでいる。

アメリカホンダ...・終身雇用（解雇はしない）

忠誠心（会社の為に従業員が働くことは雇用につながる）

個人主義から集団主義へ

雇用の安定性（長いスパンで評価する）

職場と個人のバランス

チームワークを大切に（グループに対するインセンティブ）

日本の企業はアメリカ型を取り込んでいるがその取り込み方が大事である。

経営に関わる問題になってくる。

鬱病はアメリカで大きな問題になっているが日本の自殺数のほうがはるかに多く深刻な状況である。若年者の死因として高い。自殺予防はさけて通れない。

Q. 職場のストレスと職業性ストレスとの違い

A. 職業性ストレス（Job Stress）...・専門用語的に使っている。職業要因とストレス反応（業務との関連）を含んだ形でのニュアンスが強くなる。

職場のストレス...・場が職場であること。業務に関連のないストレス対策も含まれる。

NIOSH の職業性ストレスは業務との因果関連に注目している尺度である。

Q. アメリカの採用時のチェックは？

A. 差別問題があるので作業に必要な情報しかチェックできない。合理的な理由がないと精神障害やアルコール依存のチェックは出来ない。

Q. コントロール度の個人差は？コントロール度は何を基準に？

A. コントロール度は個人差はあるが環境改善（全体）を重視する。

基準...・スタンダードな調査票の項目を基準にして簡便なものを作っている。

Q. 報酬はどのように扱われるのか？

A. 努力 報酬不均衡モデル（Effort Reward Imbalance model）...人間の立場が入っているモデル、努力がどの程度報われているか（雇用の安定、精神的な報酬、金銭報酬）。報酬をどの位、どのように位置づけて与えるかというのが新しい傾向。

国際 EAPA 地域会議（東京）
講演・報告内容の要旨

2000 年 9 月

2000 年 9 月に東京で行われた国際 EAPA 地域会議の内容を要旨としてまとめたものである。この会議に先立ち、EAP に関するセミナーが行われたが、その目次も示している。

第1回国際 EAPA 地域会議 (2000年9月9日、10日)

2000年 9月 9日

18:00-18:15 挨拶: 日本 EAP 協会会長

18:15-19:15 基調講演「犬の散歩: 世界における EAP の発展」: 国際 EAPA 国際支部長 リチャード・ホプキンス

2000年 9月 10日

9:00-10:30 「日本型EAPの適用」: (株)東芝安全保健センター保健担当 産業医 田中克俊

10:50-12:00 「EAPの中核技術と国際的視点」: EAS, Ltd. & ACADS, Inc. MA, CEAPジェラルド・バン

13:00-15:00 「EAPと人事部門の関係構築—モトローラ社の IMFERSDTM (包括的従業員支援システム)」: モトローラ社 LCSW スティーブン・アーリック

15:15-16:45 「過労自殺」: 東邦大学附属佐倉病院精神科 黒木宣夫

ブレカンファレンス: EAP 基礎セミナー (2000年9月8日、9日)

「マネジメント・コンサルテーション」講師 ブレンダ・R・ブレア (MBA, CEAP, Blair & Burke 社)

1日目の日程

個人へのサービス: EAP のアセスメントとケースマネジメント

9:30-10:00 レジストレーション、導入と講座の概観

10:00-10:30 EAPの重要な概念の要約

10:30-12:00 EAPの役割、インターク、リファラーの種類

13:00-15:00 どのように包括的なEAPのアセスメントを行うか

15:15-16:30 アセスメントの後に—アクションプラン、問題解決、フォローアップ

16:30-17:30 特殊な状況と秘密保持

2日目の日程

組織へのサービス: マネジメント・コンサルテーション

9:00-9:30 昨日の講義からの質問と2日目の導入

9:30-10:00 組織の中での EAP: 役割の理解

10:00-11:00 マネジメント・リファラーの理解

11:15-12:00 どのようにマネジメント・コンサルテーションを行うか (パート I)

13:00-14:00 どのようにマネジメント・コンサルテーションを行うか (パート II)

14:00-15:00 秘密保持

15 : 15-16 : 30 フォローアップ

16 : 30-17 : 00 要約と評価

「犬の散歩」：世界における EAP 展開

リチャード・ホプキンズ（国際 EAPA 地域ディレクター）

1．EAPA とは何か

EAPAは7000名の会員を持ち、30ヶ国に700名の国際会員がいる。この協会は、以下に挙げる7つの役割を果たす。

①EAPにおけるアセスメントおよび他の専門家に紹介するかどうかの基準を定めること、②その際の倫理について基準を定めること、③このような基準に則り、研修を行うこと、④EAP専門家としてのCEAPの職業開発に取り組むこと、⑤各地で行われているEAPについて情報収集と調査を行うこと、⑥EAPに関与する者あるいは企業、専門機関等のネットワークを構築維持すること、⑦EAPA会員に対して優遇措置をとること（会員割引）、⑧EAPA外部の機関との連絡や交渉を行うこと。

1980年代に米国、カナダにEAPA支部が設立されて以後、2000年までに、オーストラリア、ブラジル、チリ、日本、南アフリカ、英国で支部が整備された。またアイルランド、プエルトリコでも設立中である。

EAPは、米国のアルコール依存症回復が発端で、1980年代から1990年代に急速に発展した。この発展は主に、多国籍企業を原動力とする国際展開（海外駐在員から）によるところが大きい。これに伴い、地元プロバイダーの市場開発が進み、サービスが拡大した。

2．世界における EAP

世界展開は、米国で始まったアルコール依存対策、ケアマネジメントが普及し、米国の影響という形でカナダに、あるいは米国多国籍企業の企業展開により、ブラジル、チリ、英国、オーストラリアなどに広がっていった。オーストラリアなどでは、さらに州政府による支援なども展開に影響した。また、南アフリカでは、社会制度の変化から受容が高まり、オランダでは民間健康保険制度から、世界各国でそれぞれの形でEAPは広がりを見せている。

EAPが始まった当初の特徴は、福祉、社会事業として行われたことである。大企業の公共部門が外部危機に対する準備として行ったケースなどが多い。また、多国籍企業への対応が求められた。やがて、内部の公共部門などから、外部供給によるサービスへの切り替えが始まった。これにより、幅広い層へのサービス提供を行い、ケア文化が発展した。現在では、①広範な受け入れ、②幅広い範囲のサービス、③関連コンサルト・サービスの提供、④主要プロバイダーの設立運営が進んでおり、今後は、買収・合併・戦略的同盟により、さらに市場展開が進むことが予想される。

3．EAP の定義と中核技術

EAPとは、基本的に戦略的介入を実施する業務である。その定義は①生産性の課題への取り組み、②能率に影響を与える、社員の業務上及び個人的な関心ごとの把握と解決、の2点に集約される。

EAP の具体的内容は中核技術（Core Technology）と呼ばれる。中核技術は、社員用、経営陣用の2つがある。

社員用の中核技術には、①時期に応じた私的な問題の把握及び評価サービス、②支援または今後の人材紹介、フォローアップ、③個々の管理職へのコンサルティング、がある。経営陣用の中核技術には、①提携関係、②分析の必要性、③サービスの開発と導入、継続的な促進、④フィードバック、評価、⑤パフォーマンス管理プロセスへの統合、が挙げられる。⑤は特に、組織として利益に貢献しなければならないEAPの性質上重要である。

このような具体的中核技術が定義されている点は、従来のカウンセリングサービスとは大きく異なる。

4．次のステップ

EAPの伝統的なサービスでは、薬物乱用への対応、関連業務、個人的課題への対応、パフォーマンス管理、職業上の健康管理、ケアマネジメントへの統合などが行われてきた。このようなサービスに加えて、近年新規サービスとして行われ始めたものに、フリーダイヤルヘルプライン、財務・ファイナンス情報提供、海外居住者支援サービス、保育・老人介護、リスク管理への統合などがある。また、幅広いコンサルティングサービスや研修サービスとして、欠勤管理、ハラスメント、ストレス管理、仲裁、マネジメントディベロップメント（経営者・管理職の育成）、採用前及び転勤評価などを行うプロバイダーもある。

これらを経た次のステップとして、①留守番サービス（例えば、修理に来る人を家で待つ、クリーニングの受け取り、請求書の支払い、犬の散歩など）、また②新技術の活用（例えば、イントラネットの利用、電子メールによるアクセス、電子カウンセリングなど）が注目されている。

特に②は、ウェブカム（インターネット用パソコン接続カメラ）、第3世代移動体通信、携帯電話などの新技術の発展に伴い注目されているが、セキュリティの問題等課題も多い。

5．将来展望

企業での産業保健衛生、あるいは法人健康保健の総合対策として、人事管理、社員の福利厚生の一部に、EAPを統合すること、つまり、EAPを企業文化に完全統合することが、今後の重要課題で

ある。

これにより、企業の人材リスク管理ツールが開発され、EAPの専門性、国際性が広がることが期待される。また、企業のリスクマネジメントが効率化される。

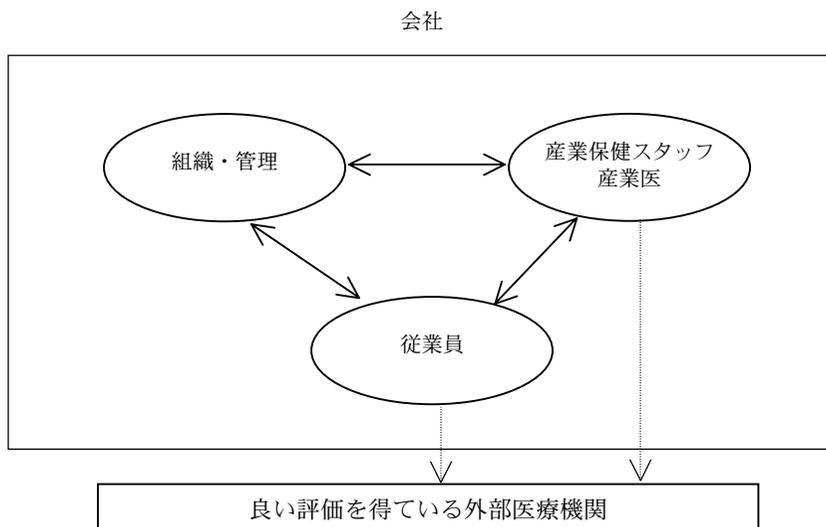
日本型 EAP の適用：東芝の取り組み

田中克俊（株東芝：安全保健センター保健担当・産業医）

1．健康保健活動と EAP

日本での職場における健康保健の取り組みの特徴は、以下の通りである。なお、健康保健に関わる企業（「組織・管理職」、「産業保健スタッフ・産業医」、「従業員」、「外部医療機関」）の関係は、図1に示すようになっている。

- ①産業医および産業保健スタッフが重要視され、企業側からメンタルヘルス、身体的健康含めて、オールラウンドな対応が求められる。
- ②健康保健活動において産業保健スタッフには、EAPのような高度な中立性、独立性が保証されているとは言い難い面がある。
- ③産業保健スタッフの専門性に対する保証がない。
- ④健康管理が第一の目的であり、その中にメンタルヘルス対策も含まれる。したがって、EAPのように生産性を第一の問題とはしない。
- ⑤メンタルヘルス活動を行う根拠は、「労働安全衛生法」に定められた安全配慮義務にある。



図表1 日本の健康保健活動

問題点：

活動の目的は、ヘルスケア・マネジメントである。つまり、健康管理そのものが目的であり、生産性は目的としない。また組織力の低下も、積極的な対象とされないことが欠点である。

また、サービス対象と扱う問題の範囲は、従業員のみであり、家族は含まない。そして勤務時間内のみのサービス提供であることが多い。この点も EAP のような問題解決のための包括的なアプローチではないため、サービス提供時間内に利用しづらかったり、本質的な問題が家族の問題であることに気づかずに何でも職場モデルとして扱おうとする危険性をはらんでいる。

さらにスタッフの専門性の程度が高くないことも問題である。CEAP のような専門トレーニングを受けていない場合が多い。また、メンタルヘルスの専門家が不在な事業場も多い。この理由として、これまでの産業保健活動では、身体面の健康管理が中心であったため、スタッフには身体的兆候には精通していることが求められても、メンタル面での知識、技術はさほど重要視されてこなかったことが考えられる。

健康保健活動の評価方法については、先に述べたように法律に定められた活動であるため、法を遵守しているかどうかの評価基準となる。この基準ではコストベネフィット、従業員の満足度は重要視されない。

日本のこうした現状を踏まえて、日本型の EAP を導入することが必要である。

2 . EAP を日本に導入するためのポイント

EAP を日本に導入するために、留意すべき点として、まず企業が EAP の活動を、健康管理そのものだけでなく、企業の生産性に対するマネジメントという目的を持つものであることを明確に示さなくてはならない。会社が方針を表明し、活動目的を明確化することで、個人および組織の生産性が向上する。

次に、EAP の専門家を確保することが必要である。臨床心理士などのメンタルヘルスに関する資格を持つ者に、EAP のトレーニングを行い、専門家の養成を行って人材確保に努めるなどの方法が効果的である。

さらに管理職にある者、あるいは組織全体に対して、EAP および個人的問題についての教育を行うことも重要である。EAP への照会に際して、上司や組織全体が、プログラムの役割を十分に理解していなければならない。

そして、最も困難なのは、外部専門機関とのネットワーク構築である。EAP では、外部専門機関、とりわけ専門医療機関への紹介を行うが、内科、心療内科、精神科などの各専門分野のスペシャリストと提携し、ネットワークを構築していかなければならない。医療機関に対して、行われている医療の質的評価を企業がいかに行うかという点は難しいところである。

3. 日本型 EAP の実際 東芝のケース（内部 EAP）

2で挙げた「EAP を日本に導入するためのポイント」に基づき、日本型 EAP を実施した際の、企業および EAP の関係について、東芝が現在行っている内部 EAP のケースを図示した（図2）。

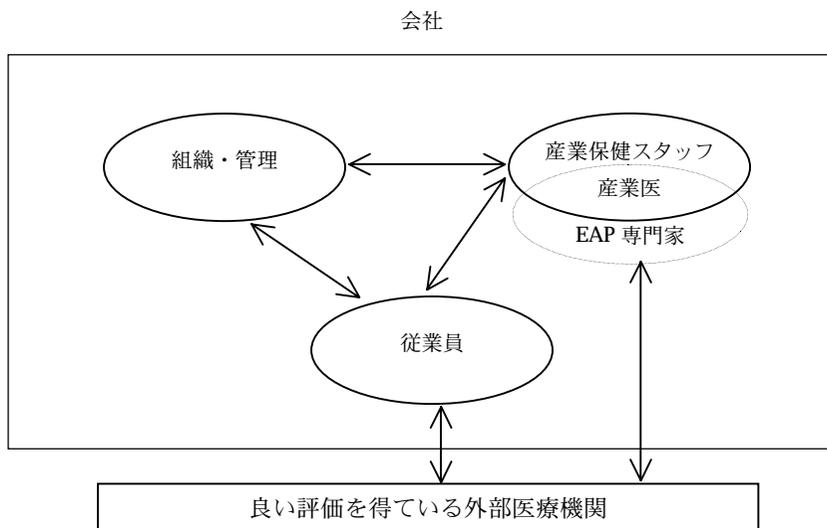
図1との相違点は、「EAP 専門家」が、外部機関と産業保健チームの間に、産業医とリンクする位置に入っていることと、外部医療機関が任意のものではなく、ネットワークを形成している「良い評価を得ている機関」であり、それらの機関と EAP の関係が双方向性のものであるという点である。

「EAP 専門家」を確保するための方策として、EAP 担当者（臨床心理士）が専門家としての技術を身につけるまでは、産業医を通じて、産業保健スタッフ、産業医、EAP 担当者の3者がチームで作業を進めた。企業に専門家がない場合、このようなチーム作業が、「EAP 専門家」の育成と確保において効果的であると考えられる。

また、産業保健スタッフのアセスメント能力向上のため、DSM-IVに基づく構造化面接を導入することで、スクリーニング能力が飛躍的に向上した。

組織・管理職への教育は、「リーダーシップ」、「キャリアカウンセリング」、「早期介入」に関する研修を行い、これらが生産性の向上に寄与している。

東芝では本社従業員約7000名のうち、年間数十名が自発的に EAP へ相談に訪れる。新規相談は週に5名程度の割合である。



図表2 日本型 EAP の実際

4．日本企業における外部 EAP の利用 東芝のケース

EAP の機能を果たす外部医療機関との契約により、外部 EAP を行っている。外部 EAP サービスとして提供しているのは、電話相談のみである。

サービスの対象者は、従業員とその家族で、電話相談はフリーダイヤルで全国から受け付ける。相談担当者（外部 EAP）は、10 名。1 日 3 名で業務に当たっている。相談時間は平均 30 分～1 時間で、アセスメントの結果、必要に応じて最寄の専門医やカウンセリングルームを紹介する。電話相談担当者は、全員臨床心理士の有資格者のため、相談で扱う内容は、メンタルヘルスに限定している。ただし、経済や法律関係の相談も多いため、今後はメンタルヘルスのみならず、広範なサービスが必要であるといえる。

外部 EAP のために必要な費用は、会社と健康保険組合が負担している。労働組合は不出費だが、外部 EAP 活動の広報には協力している。

広報の仕方は年 4 回発行の家庭報と、年 6 回発行の社内報の 2 種類により、約 70% の認知度を獲得している。ただし、広報内容によって、相談内容が影響を受けていると考えられるため、広報の内容については注意が必要である。

外部 EAP 活動に対する評価は、企業利益、コスト、カウンセラーの評価・印象（感想）によって行っている。EAP 活動によって自殺者も半数以下に減少している。

5．今後の展開

次に挙げる 3 点が今後の課題である。

① EAP 専門家の養成と資格認定制度の確立：

EAP を実施するために、より専門性の高い EAP 専門家の養成が急務である。

② 公的専門機関を核とした外部 EAP の展開：

産業保健推進センター、産業医師会、精神保健福祉センター、労災病院など、地域の公的専門機関が中心となって、外部 EAP を推進することで、EAP を持つことの困難な中小企業についても、問題を減じ、生産性を向上することができる。

③ 外部専門機関の評価とネットワークの構築：

EAP が外部の機関に照会しようとする際、外部からサービスを提供するプロバイダーをどのように選定するかという点は、大きな問題である。外部機関の評価方法の確立により、より良いネットワーク作りが望まれる。

EAP の中核技術と国際的視点

Gerald Bunn (EAS, Ltd. & ACADS, Inc. : MA, CEAP)

1 . EAP の中核技術

他の人事労務管理の機能からスキルを区別する目的で、中核技術が考案された。また、40年におよぶアルコール問題への取り組みが、「広汎な」(Broad Brush)アプローチに変化してきたという側面もある。

中核技術は、もともとは以下の6つであった。

- ① 証拠を挙げて職務遂行の欠陥を指摘することで従業員の問題を特定する
- ② 問題を起こした部下に関して、管理監督者、上司へのコンサルテーションを行う
- ③ 建設的に対応すること
- ④ 従業員に対して適当なサービスを幅広く提供する
- ⑤ 専門治療機関との密接な関係
- ⑥ アルコールや薬物乱用対策が主で、他のヘルスケアも含む

現在では、この6つに加えて、

- ⑦ EAP の利用によって向上した従業員の職務の遂行水準を評価する
- さらに、EAPA の研究グループによって推奨されるものとして、
- ⑧ 文化的に適切であること

が中核技術として挙げられている。

2 . 中核技術と ‘ 広汎 ’ EAP、およびアルコール、薬物依存

“この領域での中核技術が完成したために、従業員アルコール対策プログラムのような、対象を限定したプログラムが消えることとなった。管理職が、問題のある従業員を職務遂行が困難であるという点だけで見分けようとするれば、見分けられる全てのケースが、何らかの問題に分類されるというようなことは、考えないはずである” (Blum & Roman, 1992)。

この記事にみられるように、EAP はアルコール依存対策、薬物依存対策のみならず、より広汎な対象へと広がっていった。

現在、従業員援助認定委員会 (Employee Assistance Certification Commission ; EACC) の扱う内容領域では、以下の6つに分かれている。I : 職場組織、II ; 人的資源管理、III ; EAP の方針と実施、IV ; EAP の直接サービス、V ; 薬物依存・その他依存症、VI ; 個人的および心理的問題

3 . 国際的視点

“…この記事は、技術転移について分析したものである。分析では、アメリカとオーストラリアの政府、プログラム専門家、および治療サービス提供機関についての違いを考慮することの重要性を強調している。組織の力関係に違いがあり、そのため筆者は初期の段階で、オーストラリアでの EAP を変化させた” (Roman & Blum, 1986)。

EAP を国際展開するに当たり、その国の制度、行政システム、その分野の専門家、提携する治療サービス機関に関しては、特に注意を払う必要がある。

・ ニュージーランドの EAP ;

当初、EAP の実践は、アルコール問題に焦点を当てた伝統的なものであった。しかし、オーストラリアともアメリカとも異なる文化の違いから、EAP は自己リファーマによる全般的なカウンセリングサービスとなっていった。伝統的な EAP では、雇用者と従業員（あるいはその家族）の双方をクライアントとするが、ニュージーランドでは、自己リファーマした本人のみが対象となる。

・ ニュージーランド社会を変えた 1984 年の “ 革命 ”

1984 年に、① “ 揺りかごから墓場まで ” の福祉行政、健康と教育の無料サービスが消滅した。② 世界でもっとも規制の厳しかった経済が、自由市場へと移行した。③ グローバリゼーションが、海外投資家による業務運営や完全所有をもたらした。④ 職場での薬物問題が現実化した。

必ずしも同じ理由ではないが、こうした変化から、アメリカで 70 年代に起こった混乱が起きた。 “ 広汎 ” アプローチが提供され、メンタルヘルスが保険の対象となり、様々な労働者が EAP の対象となった。

・ 80 年代 ~ 90 年代のニュージーランド

1984 年の変化以降、従来の伝統的な中核技術を維持しつつ、 “ 広汎 ” なサービスも求められるようになっていた。しかし、ニュージーランドの EAP サービスは、そのようなサービスには対応していなかった。カウンセリングサービスとしては一定の評価を得ていたが、新たに現れた問題を解決する力は無いと管理職には思われた。このような背景の中、健康安全活動プログラム (Health & Safety Action Program ; HASAP) が生まれた。また、Employee Achieving Potential が提唱された。これらは、中核技術、広汎 EAP による職務遂行過程に対して、新しく関心を喚起するために付けられた新しいラベルである。

・中核技術の改訂

- ①職務遂行や職務満足の低下につながる個人的問題は、自分自身と外部専門家によって、あるいは上司の対応によって解決する。
- ②職場でストレスを生起させ個人的問題を持つ従業員の擁護者として、上司・管理職のコンサルテーションを行う。
- ③個人的問題が原因である従業員の職務遂行の問題を、動機付け面接によって解決する。
- ④ケースマネジメントを行う。
- ⑤役立つ情報を整備する（リソースマネジメント）。
- ⑥全ての疾患に対する健康管理が、費用対効果に優れている点を主張する。
- ⑦プロセスと結果の評価によって、プログラムが説明できる。
- ⑧職場内で民族グループを認め、コンサルテーションすることで、文化的に適切な解決法を取ることが出来る。

4．新しいアプローチ

既に始まりつつある今後の取り組み方針として、次の3点が挙げられる。

- ①豊かさを追求する活動
- ②職場援助サービス
- ③他の協力サービスとの連携による学際的な統合型 EAP を目指す。

EAP と人事部門の関係構築：モトローラ社の IMFERSD™

Steven Uhrick (Motorola : LCSW)

1 . モトローラ社の IMFERSD™(包括的従業員支援システム)が開発されるまでの経緯

1978～1980：職場の問題は、「カウンセリングモデル」ならびに「アルコール依存モデル」の、2つの側面から検討され、対策がとられてきたが、70年代後半には、これら2つを統合し、EAPモデルの原型となるモデルに発展した。

1983～1986：実際に計画的なEAPモデルに基づいて従業員支援を行われるようになったのは1983年である。EAPモデルによって職場での問題が検討されるようになり、EAP担当者と人事労務部門(HR)の協力関係が明確化された。これに伴い、客観的な評価基準の必要性が高まり、EAPの評価に品質管理手法の‘Six Sigma Quality’が適用されるようになった。

1985：就業前の薬物依存テストを支援するために、トレンドデータに基づいたEAPコンサルテーションが行われるようになった。この年、「メンタルヘルス、薬物依存とベネフィットプラン(福利厚生計画)の効果に関する白書」が発表された。

1988：「ストレス；モトローラ社における組織変化への対応」(CEOと経営陣を対象とした白書)、「メンタルヘルス、薬物依存に関する白書；今後の展望」が発表された。こうした流れの中で、マネージド・ケアが発展した。

1988～1989：Drug Free Work Force Policy が、米連邦政府の要請で進められた。また、マネジメント・コンサルテーション過程の記述様式が整備され、EAPのマップ(図示されたモデル)が作成された。さらに、Six Sigma QualityによるEAPの効果判定が定着した。

1991～1993：プエルトリコ、イギリス、アイルランドにおいてEAP活動が始まった。

初の統合モデルによる援助デザインが開発され、従業員の関係に対するサービスの **Alternative Approach** を発展させるためのEAPのシナリオが作られた。

1994～1997：メキシコ、ロシア、スカンジナビア半島、マレーシア、シンガポール、日本、香港においても、EAPが普及するようになる。また、スコットランドにも同社のEAP部門が設立された。

1995年には、社内にグローバルな従業員相談システムが作られた。このシステムには EAP、Drug Free Work Force Policy、Safe & Respectful Work Force Policy、Integrated Model Design などが反映された。

このシステムは Funding Model と呼ばれ、経済効果と地域文化に着眼したものである。

その後、EAP Research & Development and Transition Support Function が作られた。また、同社の Global HR director によって Employee Relation Future State Team が結成された。

これらの取り組みから、職場で変化が起こる前ではなく、変化以前から EAP が HR に参画するようになった。この時期、日本、コスタリカ、ドイツで同社の EAP 部門が設立された。

統合モデルと the Employee Relations Future State Team の活動が融合し、The Integrated model for Employee Relations Service Delivery (IMFERSD™) が開発された。

1998 : IMFERSD™ を実行することが、HR 全体の目標となった。

1999 : アジア、東欧などに IMFERSD™ の新市場を開拓し、ビジネスの立ち上げ前から本格的に EAP が企業経営に参画するようになった。

2 . IMFERSD™ の実際

特徴 :

HR 担当者、EAP、従業員の協力機能を中心に据え、コア・フィロソフィーとコア・テクノロジー（戦略的コンサルテーション、問題解決）を軸にしたものである。

IMFERSD™ の定義

- ① 手続きがマニュアル化され、信頼性があり、結果が予測できるプロセスである。
- ② パートナーとの協同作業を促進する。
- ③ 効果的に安全を得るものである。

なぜ IMFERSD™ か？

- ① ジョブパフォーマンスと行動的問題が容易に管理できれば、人材がより良いものになる。
- ② 問題の早期特定と効果的なマネジメントがリスクを低減する。

IMFERSD™ MODEL

IMFERSD™ Model は以下の4つの構成要素から成る。①コンサルテーションの6つのステップ、

②知識（情報）管理とケース追跡、③ケースマネジメント、④状況評価チーム。

①コンサルテーションの6つのステップ

- ・IMFERSD™でのコンサルテーションは、問題の特定→目標(goal)の発見→パートナーを見つけ、共通目標を一致させる→戦略展望→計画立案→計画の実施という6段階で行われる。

②知識（情報）管理& ケース追跡

- ・IMFERSD™による従業員の支援が継続されるためには、学習したものを適用しつづけることが必要である。つまり、コミュニケーションを図って、情報を共有し続けていく知識（情報）管理が重要な要素となる。

③ケースマネジメント過程

- ・人事労務担当者、マネジャー、従業員に対して、個々のマネジメントではなく、各人の結びつきのコアの部分に対するマネジメントを行う。したがってチームワークが重要である。チームで作業をするに当たっては、情報の守秘に関して、細心の注意が必要である。特に医学的な情報を掌握していることに注意を払う必要がある。

④状況評価チーム

- ・IMFERSD™による取り組みにおいて、職場状況の評価は重要である。取り組みの効果判定を行うことにも必要になる。したがって、職場環境のアセスメントを行うチームを置くこともIMFERSD™の重要要素である。

3 . IMFERSD™の価値

IMFERSD™により、従業員の援助を行うことの利点は、主に以下の点である。

- ①協同作業、チームワークに良い影響を与える。
- ②グローバルな適用ができる。
- ③プロセスとスキルの両方を扱う。
- ④客観的に取り組みの結果を測定できる。
- ⑤時代、ビジネスの変化に関わらず、最適な職務遂行を維持する。
- ⑥モトローラの企業理念を強化する
- ⑦同社の直接関与（direct dealing）の考え方を補強する。
- ⑧パフォーマンスが向上する。

⑨安全と望ましい職場のための基盤設備を供給する。

⑩複雑な職場の問題を解決することで、周期的に起こる問題を減らし、品質が改善する。

過労自殺

黒木宣夫（東邦大学付属佐倉病院精神科、MD）

1．過労自殺の増加

警察庁の発表によると、1998年から2000年にかけて、自殺者が急増している。60歳以上の高齢者で、無職、被雇用者とも急増している。自殺の理由では、経済的問題や生活問題が増加している。平成8年10月に労働安全衛生法が改正されたのを受け、精神疾患の労災申請が増加した。さらに、平成11年に労働省指針が発表されて以後、過労死の労災認定申請数が激増した。

こうした背景から、精神疾患の業務上外の指針が必要となった。

「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」

I．労災認定の対象疾患

ICD-10に記載されている全疾患（心因性精神疾患）が対象である。

それらの疾患について、業務による心的負荷が起きてから精神疾患発症まで6ヶ月以内であることが労働災害認定の条件である。

II．業務上外の判断指針

① 脆弱性と業務加重性、② 故意でないこと（心神耗弱に限らず、精神障害によって正常な判断能力が阻害される場合や、自殺を抑制する精神的抑制力が著しく阻害される場合）、の2面が判断の指針とされている。

2．過労自殺の注意点

- ① 過労に至らしめる業務の加重性があるか。
- ② 1週以上の不眠不休の状態があるか。
- ③ 週に数十時間の残業があるか（地方公務員については、週40時間以上という基準もある）。
- ④ 異動・業務内容の変更、欠勤、過失の発生があったか。
- ⑤ 著しい人間関係の悪化があるか。
- ⑥ 精神疾患が発症したために、業務遂行が困難であるか。
- ⑦ 企業側の迅速な対応があったか。

調査研究報告書 No.144

メンタルヘルス対策に関する研究
- 対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果 -

発行年月日 2001年9月28日
発行 日本労働研究機構◎
編集 研究所
〒177-8502
東京都練馬区上石神井 4-8-23
Tel. 03-5991-5104
販売 新宿事務所
〒163-0926
東京都新宿区西新宿 2-3-1 (モリス 25F)
Tel. 03-5321-3074
URL <http://www.jil.go.jp/>
印刷・製本 (株)相模プリント

©2001

* 発行より6カ月以上経過した報告書については、調査研究報告書の全文情報を日本労働研究機構ホームページ (<http://www.jil.go.jp>) 内「調査研究成果データベース」(<http://db.jil.go.jp>) でご覧いただけます。

調査研究報告書 No.144

メンタルヘルス対策に関する研究

- 対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果 -

定価：本体 1,000 円（税別）

発行年月日 2001年9月28日

発行 日本労働研究機構◎

編集 研究所

〒177-8502

東京都練馬区上石神井 4-8-23

Tel. 03-5991-5104

販売 新宿事務所

〒163-0926

東京都新宿区西新宿 2-3-1 (モリイ 25F)

Tel. 03-5321-3074

URL <http://www.jil.go.jp/>

印刷・製本 (株)相模プリント

©2001

ISBN4-538-89144-4 C3336 ¥ 1,000E

* 発行より6カ月以上経過した報告書については、調査研究報告書の全文情報を日本労働研究機構ホームページ (<http://www.jil.go.jp>) 内「調査研究成果データベース」(<http://db.jil.go.jp>) でご覧いただけます。