

職場のメンタルヘルス対策の現状と課題

—組織介入の視点と「組織の健康」研究への展望—

小川 邦治

日本大学大学院総合社会情報研究科

Mental Health Issues at Workplace and Current Provisions

—Organizational Perspective and Organizational Health—

OGAWA Kuniharu

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

The purpose of this article is to review the current provisions to tackle Mental Health issues in the workplace from three perspectives: legal rulings and requirements for the obligation of care for a worker's safety and health; the government's administrative guidelines for worker's mental health; and occupational health activity based on preventive medicine. Traditional interventions focused on individual health and lacked organizational perspectives, although many researchers and practitioners emphasize organizational interventions. For effective provision, we need both individual and organizational interventions. To make the organization itself healthy, we need to investigate what is a "healthy work organization" or "organizational health" based on an organizational perspective.

1. はじめに

職場のメンタルヘルス保持増進対策の重要性が近年ますます高まっており、事業所は積極的に心の健康の保持増進を図るよう求められている（厚生労働省, 2006）。2007年の労働者健康状況調査では、メンタルヘルスクアに取り組む事業所の割合は2003年に23.5%であったのが33.6%に増加した（厚生労働省, 2008a）。

重要性が高まる一方でその対策には課題も多い。たとえばこの労働者健康状況調査では「メンタルヘルス対策に取り組んでいない」と答えた事業所が回答の66.4%にのぼり、特に事業所規模が99人以下では対策未実施の割合が高いことが示されている。

また、メンタルヘルス問題の文脈で取り上げられることの多いうつ病については、DSM-IVに双極性II型障害が採用され、うつ病態そのものが拡大している（大前・松浪, 2006; 岩井, 2008）。さらにこれまでのうつ病概念ではとらえきれない現代型うつ病（松浪・上瀬, 2006）や様々なうつ病態（樽味, 2005; 広瀬, 2006; 加藤, 2006; 阿部, 2006）、が報告されてい

る。また、小児期には指摘されなかったが成人となって職場で不適応を起こしたために精神科を受診し、高機能広汎性発達障害と診断されるに至る事例もみられている（中村・小野・山内・高橋・中山, 2005）。こうしたうつ病態の多様化や成人の発達障害症例の報告に示されるような、いわば職場において対処困難な事例の増加（島, 2007）によって、一律に効果的な手を打つことが難しい状況でもある。

本稿では、日本における労働者のメンタルヘルス問題およびメンタルヘルス対策の現状を概観し、その課題について特に組織への介入の視点から検討する。また今後のメンタルヘルス諸問題の研究の方向性として「組織の健康モデル」について触れる。

2. 日本における労働者のメンタルヘルスの現状

日本人のメンタルヘルスに関する状況は特にこの10年で悪化している。日本人の自殺者総数が1998年に初めて3万人を超えて以降、毎年3万人前後で推移している（厚生労働省, 2005a）。また、厚生労働

省の患者調査では、精神及び行動の障害のうち「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」の外来受療率は人口 10 万対で、1999 年では 30 人だったのが 2005 年で 60 人、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」は 31 人から 39 人に増加している（厚生労働省, 2005b）。

とりわけ労働者にかかるストレスは増加していて、仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスの有無を訴える労働者は、厚生労働省の調査によると 2007 年の時点で 58.0%であった（厚生労働省, 2008a）。

3. 日本における職場のメンタルヘルス対策の動向

このような状況の下、日本における職場のメンタルヘルス対策は決して歴史の浅いものではなく、1950 年代には産業精神衛生活動（現在は産業精神保健活動と呼ばれている）としての取り組みが始まっている（小林, 2007）。

近年の動向をみると(1)司法における安全配慮義務の拡大によって、労働者のメンタルヘルス問題が重視されるようになり、(2)行政によってメンタルヘルス対策推進に必要な指針が示され、その指針に基づいて(3)主として産業保健においてメンタルヘルス対策が実践されてきている。

以下、司法、行政および産業保健分野のそれぞれの領域における展開について最近の展開を中心に概観する。

3.1 司法における安全配慮義務の拡大

我が国のメンタルヘルス対策の動向を理解するには、司法の果たしてきた役割をみることから始めるのが妥当である。バブル景気の真ただ中にあった 1980 年代後半、働き過ぎによって自らの健康を損なう労働者の存在が問題化した。もともといわゆる「過労死」問題は、第一次オイルショックの経済不況下に確認されていたが（上畑, 1993）、その過労死問題が好景気を謳歌していた日本においても顕在化したのであった。

これまでは働き過ぎが原因と思われる死や精神疾患を労働災害として認めるための判断基準が曖昧であったこともあり、労災認定件数は毎年ほぼ 0 件で

あった。ところが 2000 年 3 月に大手広告代理店損害賠償事件にて、過労による自殺に対して企業の損害賠償責任を認める画期的な判決が初めて最高裁にて出された（最高裁判所, 2000）。この判決以降、過労死や精神疾患の労災申請および認定件数は増加傾向にある。

この裁判でポイントとなったのは、事業者が果たすべき安全配慮義務の対象に労働者の心身の健康が含まれることを明確にした点である。判決では「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負う」との判断がなされ、企業に課せられる安全配慮義務には身体的健康だけでなく精神的健康も含まれていることが明確に示された。また本事件では、長時間労働による過労とうつ病による自殺との間に因果関係を認めたことに加えて本人の病前性格についても触れ、「労働者の性格が多様のものであることはいうまでもないところ」であるとしてむしろ企業責任を更に明確にしたものであった。

本事件は最高裁判決に先立つ 1998 年に過労自殺労災として認定されたこと、和解金額が 1 億 6,800 万円を超える高額であったことから、事業者に対して労働者のメンタルヘルス問題が軽視できないことを示したものとして画期的であった。そして、安全配慮義務から安全・健康配慮義務へ解釈が拡大され、疲労やストレスを感じることの少ない快適な職場をめざすことが事業主の義務であると明確に示されるようになった。

近年の判例では、過労死に至る原因として過重労働、超過勤務だけでなく、上司のパワーハラスメントが認められるに至っている（小田, 2008）。

3.2 行政によるメンタルヘルス対策の推進

もともと労働省（現厚生労働省）は 1992 年に労働安全衛生法に基づいた「快適職場づくり」のための指針を出していた。この「快適職場づくり」の根底にあるのは、「作業環境や作業方法を改善することで労働者への悪影響を減らす」という産業医学的考え方である。

その後 2000 年には旧労働省より「事業場における

労働者の心の健康づくりのための指針」が出された。この指針はストレスへの気づきと対処や自発的相談をさす「セルフケア」、セルフケアの支援や職場環境改善、個別相談の職場での対応をさす「ラインによるケア」、事業場内産業保健スタッフによる支援や教育をさす「事業場内資源によるケア」、および治療などの直接サービスをさす「事業場外資源によるケア」のいわゆる「4つのケア」を軸としている（労働省, 2000）。さらに2006年には改正労働安全衛生法に基づいた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が出されて法的根拠もより明確となり、心の健康づくりを積極的に推進することが強調された（厚生労働省, 2006）。これらの指針も予防医学に基づいたものであり、「疾病問題は早期に発見し外部医療機関へ」という視点は事業者にとっても明快で受け入れやすく、従業員支援プログラム、いわゆるEAP（Employee Assistance Program）提供会社も多く設立された。

メンタルヘルス問題に限らず働きすぎによる健康障害に視点を広げると、いわゆる過労死労災については、1995年に「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」が改定され、業務上の過重負荷としての疲労蓄積を考慮し、労働時間を目安とした評価基準が示された。その後、2001年には労働時間を評価の目安とした新基準が作成され、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）」及び「精神障害等」の労災請求・決定件数は共に増加傾向にある（厚生労働省, 2008b）。

また、長時間にわたる過重労働が疲労の蓄積をもたらすこと、脳血管疾患および虚血性心疾患との関連性が強いことから、2006年の改正労働安全衛生法では長時間労働者への医師による面接指導の実施が事業者には義務づけられた。2008年に示された国の第11次労働災害防止計画では、過重労働による健康障害防止策が重点対策として掲げられている（厚生労働省, 2008c）。

3.3 産業保健におけるメンタルヘルス対策の実践

行政の主導によるメンタルヘルス対策は、現場の実践に大きく影響を与えた。現在の産業保健におけるメンタルヘルス対策の実践は、基本的に職業性ストレス理論に基づいた予防医学の視点から行われて

おり、これは先に述べた指針の影響が大きいと考えられる。予防医学の視点とは心の健康保持増進としての1次予防、不調者の早期発見・早期治療をめざす2次予防、復職支援・復職後の再発予防をめざす3次予防の3点を軸としている。具体的には1次予防としては一般従業員向け教育、職場環境等の改善、管理監督者向け教育・研修、ストレスチェック、2次予防としては早期発見、相談体制の確立、精神障害のスクリーニング、従業員支援プログラム、3次予防としては職場復帰および職場適応の支援が挙げられる（川上, 2006）。

丹下・横山（2007）は、厚生労働省の指針に基づいた具体的なケアの実施状況について調査し、事業場内産業保健スタッフおよびラインによるケア（健康相談、職場復帰への支援など）を中心としたメンタルヘルス対策が積極的に実施されていることを示している。また、石川・斉藤（2008）は、産業保健スタッフが取り組んでいるセルフケアについて調査し、その重要性が認識されているにも関わらずその手法の信頼性、有効性については検討すべき課題が多いことを指摘している。

疾病問題対応としての職場のメンタルヘルス対策の歴史は決して浅いものではない。1950年代から産業医や精神科医、および心理臨床家によって、主として福利厚生・サービス施策の一環として取り組まれてきた（森崎, 2008）。具体的には、企業内に設けられた診療所や健康管理室にて精神科医が精神的不調を抱える従業員の相談・治療を行ったり、産業医が各種スクリーニング調査を行って組織全体の傾向を把握しようとするなどの試みがなされてきた（小林, 2007）。

近年では、2004年に厚生労働省より「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が出されたのを受け、企業や医療機関において復職支援の取り組みがなされている。これは、医学的には復職可能でも実際に職場に適応していくことが困難な事例が存在するためである（副田・林・高野・菅原, 2001）。

なぜ復職が困難な事態が生じているかは議論の余地があるように思える。荒武・廣・島（2003）はクリニックや病院の臨床医に産業保健に関する理解・

知識が不足しているため、臨床現場と職場との間に意識のギャップがあることを産業医学の視点から指摘している。一方で島（2007）は産業保健領域で今なお臨床事例が増加している現状を踏まえ、メンタルヘルス対策では臨床力が重要であるとし、今後は2次予防・3次予防がより重要であるという指摘もある。

「4つのケア」における事業場外資源によるケアとして、従業員支援プログラム（EAP）がある。先に述べた指針が出されて以降、日本においてはEAP活動が地に足のついた形で成熟するよりもはるかに早く、数多くのEAP提供会社が設立された。よって提供するサービスの質にばらつきが多く、現在は質の確保と向上が強く求められている（岡田・島・住田・廣・前久保, 2007）。

4. 産業保健における組織への介入と課題

実践の場である産業保健分野では、予防の観点から個別事例対応の重要性だけでなく組織への介入が重要であることがこれまでも指摘されてきた。たとえば佐藤・島（2003）は組織への介入を「従業員の悩みを企業としての改善点につなげることを組織へ提言すること」としている。また乾（2004）は心理臨床家の立場から予防対策へ参加する重要性を唱えており、その方法として具体的には「ストレス要因の特定」と「経営層や幹部への報告と提言」を挙げている。永田（2000）は産業医学の立場から「組織的な予防対策」として「作業管理」「作業環境管理」「労働衛生教育」および「ストレス調査をもとにした介入」を挙げている。

これらの指摘に従えば、組織への介入とは「ストレス調査や個別事例の報告に基づいたストレス対策の提言」や職場の衛生管理の観点からの疾病防止対策である。すなわち個人レベルで発生している問題点を専門家の視点から経営側に伝えて対策を促すことである。

これらの介入はいわゆるハイリスク・アプローチを想定したものであり、経営者が見落としがちな組織の中の個別事象への配慮、理解を求めるためには一定の役割を果たすことができるだろう。ところが、実際のところ効力のある対策として結実しにくい

が現実である。この点について原谷（2006）は、医学的立場では労働者の健康に悪影響を及ぼすストレスはできるだけ軽減しなければならないが、そのためにはコストがかかり生産性も低下すると考えられるため対策に結びつきにくく、結果的に労働者の健康が軽視されがちである、と指摘している。

そもそも従来「組織への介入」とされてきた取り組みは、適切に機能していたり、本当に組織に介入していると言えるのだろうか。この点を明確にすることにより、現在のメンタルヘルス対策の課題が具体的に浮かび上がってくるように思われる。

まず、ストレス調査をもとにした介入はその職場要因とストレス反応の統計量を用いた職場報告会が中心的役割をなしている（島津, 2000）。この場合、職場要因を扱っていること、職場報告会を実施することから「組織への介入」とされることが多い。しかしながら原谷（2006）の指摘にあるように、ストレス低減にコストがかかるため実効ある対策にはなかなか結びつかない。また使用される回答者の統計量がその職場特性を代表していると言えるのか、という問題が存在する。これまでは回答者の平均値を暗黙のうちに代表値とみなされてきた。しかしながら現実としてはその職場の高ストレス状況は個人レベルの問題として扱われるのかそれとも組織レベルの問題として扱われるのかが曖昧なまま、とりあえず「組織を示す」とされてきたのである。

ではメンタルヘルス教育は組織への介入と考えることができるのだろうか。「組織への介入」とする以上、組織そのものの性質が従業員のメンタルヘルスにとってより好ましいものに変化することが主眼であるはずである。しかしながら、実際には多くのメンタルヘルス教育は個人向け教育を集団実施している場合が多く、集団を組織に置き換えているように見受けられる。

もちろん職域において個人を対象とした集団教育を実施することは、ポピュレーションアプローチとして一定の効果が期待される。島津（2007）と島津・川上（2007）は、この点を明確にした上で、組織内で集団実施する個人向けストレス対策について報告している。個人向けストレス対策なので組織そのものが変化することを目的としているわけではなく、

よって組織への介入とは明確に区別することができる。また、傾聴演習や不調者事例研究を中心とした職場管理者向けの教育では、部下のマネジメントという組織上の問題を扱っているようにみえる。しかしながら実質的には不調者個人の早期発見・早期対応を主眼としており、これも職場組織を直接扱っているわけではない。

こうした状況をみていくと、これまで「組織への介入」として考えられているものがうまく機能していないか、そもそも組織への介入として十分ではないことがわかる。

5. メンタルヘルス対策の課題と新たな介入の必要性

ここまでみてきたことを要約すると次のようになる。予防医学に基づく快適職場形成・公衆衛生的視点の対策は、基本的に「個人が不快な状況にならないよう組織が対策する」という発想でなされるため、事業者にとっては更なるコスト増につながりやすく、積極的な対策としてなかなか受け入れがたい。いくら提言が正しくても実行されないのである。

更には厚生労働省の指針は大変優れたものであるが「疾病問題や困難事例は産業保健スタッフや外部医療機関へ」とも解釈できる。職場が困っているのは、職場で治療ができないことではない。1日の約三分の一を過ごす職場において、疾病を抱える従業員とどのように接するとよいのか、どのように働いてもらうとよいのか、困難な事例にどのように取り組んでいったらよいのかわからないため、困っているのである。そのような事例について、産業保健スタッフや外部機関にいわば丸投げの形で対応を依頼しても、外部機関は問題の肩代わりをしてくれるわけではなく、結局職場で起きている問題が消えてなくなるわけではない。EAPを代表とする外部機関の導入の難しさは、EAPのサービスの質の問題だけではなく、これらの個別問題事象とその対応の不一致や混乱が関係していると思われる。

産業保健スタッフや外部機関にしてみれば、本来職場内で解決すべき問題まで押しつけられているのだが、それに気づかず職場の無理解や企業論理の不条理と考えて対応すると、問題がかえって深刻化する

可能性がある。こうした事象は事例性と疾病性の混乱、cureとcareの混乱（大西，2004）によって生じていると思われる。すなわち外部医療機関が担うのは疾病性の問題であり、適切な治療を行うことであり、職場は事例性の問題として従業員のケアを中心に対応すべきなのだが、困難事例の増加によって職場で扱うべき問題までも産業保健スタッフや外部医療機関に任せようとするため、問題が混乱し複雑化してしまう場合がみられる。そして職場（＝生活の場）と臨床現場（＝治療の場）の乖離がますます進むことになる。結果的にいくら対策をしても問題は解決せず、臨床事例は増加し、深刻化し、職場は疲弊するという悪循環に陥っている。

このような深刻な状態に至らぬように、指針ではセルフケアの重要性が強調されている。たしかにセルフケアを実現することは自身の健康は自身で守るというセルフメディケーションの見地から考えると重要である。しかしながら一方で本来職場組織に起因する問題を個人の対処能力によって片付けようとするには限界があり、個人のみに焦点を当てるのではなく、組織そのものに焦点を当てて組織の変化を促す取り組みが必要である（小川，2009）。

我が国のみならずアメリカ合衆国においても職場のストレス問題の難しさが指摘されている。Sauter, Lim, & Murphy (1996) は、職場のストレスに対する組織的介入がうまくいかない理由として、(1)経営層が職場のストレス問題を組織の重要な課題としてとらえているか否か曖昧であること、(2)職場におけるストレス低減のための組織的介入について科学的見地からの報告が少ないこと、そして(3)「健康と生産性は同時に存在できない」という伝統的な見方、すなわち健康を守るために労働条件を改善することは生産性や組織効率の観点からみると余計なコストがかかると信じられていること、の3点を挙げている。結局のところこれまでの介入のみでは十分な効果をあげることが難しいのである。

こうした様々な課題を解決していくためには、原谷（2006）の指摘するように医学的介入だけでは限界があることを踏まえて産業組織心理学や臨床心理学をはじめとする心理学的介入の積極的活用が考えられる。小林（2007）は1960年代に企業の中でメン

タルヘルス活動に従事していた精神科医の抱えていた無力感の背景の一つとして「結局企業は変わらない」という点を指摘している。しかしながら、これは「従来の取り組みでは組織は変わらない」と考えるべきではなかろうか。そのためには、個人と組織のあり方を見直すことができる新しい概念が必要である。

6. 「組織の健康」研究の重要性

ここまでみてきたように、日本における職場のメンタルヘルス対策は司法と行政が牽引役となり、産業保健分野を中心に実践がなされてきた。そして事業所は様々なメンタルヘルス対策を導入してきており、一定の成果をあげてきているといつてよい。一方で、職場のメンタルヘルス状況の悪化はいわば高止まりの様相を呈しており、多くの課題も残ったままである。こうした状況を打開するためのひとつの方法として、組織そのもののあり方を変えていくことが必要と思われる。すなわち個人が健康であるためには組織そのものが健康である必要があるとする考え方であり、組織そのものを健康なものに変えることによって、個人と組織が対立するのではなく個人も組織も「健康」になることである。

「組織の健康 (organizational health)」という概念は、決して新しい概念ではない。経営学では組織の健全性を示すメタファーとしてしばしば「組織の健康」が取り上げられてきた (Rosen, 1991)。心理学においては人間性心理学に立脚した健康に関する研究から生まれてきた概念である (Jaffe, 1995)。Jaffe は、人間性心理学に立脚した「組織の健康」研究は Argyris (1958) に始まった、と指摘している。

1990 年代に入ると、産業保健心理学 (occupational health psychology) への関心が高まるにつれて、組織の健康に関する研究の蓄積がみられている。代表的な研究を取り上げると、たとえば Cooper & Cartwright (1994) は、「健康な組織」を「財務的な成功と心身ともに健康な労働力の両方によって特徴づけられた組織である」と定義し、組織が健康であれば職場における様々な問題が低減するため、ストレスマネジメントや EAP は本来不要となるだろうと述べている。Jaffe は「組織の健康」の研究パラダ

イムについて考察し、組織の健康とは「従業員とその組織に関わる人やコミュニティの健康を創造する組織である」と定義した。またアメリカ国立労働安全衛生研究所の調査に基づき、職業性ストレスモデルの新しいパラダイムとして健康職場モデルが提唱された (Sauter, Lim, & Murphy, 1996)。このモデルに基づくと、健康な組織とは生産的で利益をもたらすだけでなく、ストレスや傷病の発生を低くし、労働者の幸福 (well-being) を高めるものである。そしてこの概念は、ただ単に組織の業績と労働者の幸福の 2 側面が共存できるというだけでなく、相互に強化するものである。

イギリスでは Cox らの一連の研究がある。彼らは「組織の健康」が個々の従業員の健康の総和以上のゲシュタルト的特質を持ったものとした上で、組織の心理社会的構造に焦点をあて、その構造、機能、マネジメントシステム、および組織文化風土を説明するものとして「組織の健康」概念を用いている (Cox, 1988a; Cox, 1988b; Cox & Howarth, 1990; Cox & Cox, 1993; Cox & Thomson, 2000)。

健康増進対策の視点から組織の健康を扱った研究も始まっている。DeJoy & Wilson (2003) は組織そのものにも個人と同様に統制可能なリスク要因があると考え、組織そのものを健康にすることは、企業における健康管理とコスト管理に関係し、組織レベルでは生産性と組織コミットメントを向上させると同時に、労働者の健康感を増すと同時に離職率や休業率を低減させることができるとしている。

欧米における「健康な組織」研究ははじまったばかりであるが、共通する視点は従来のメンタルヘルス対策や健康増進対策ではなかなか成果が上がらないことを踏まえ、個人と組織の肯定的な相互作用に注目していること、対象として「組織そのもの」に焦点を当てていることである。我が国においても、組織そのものに対する積極的介入を通して個人と組織のあり方を見つめなおすことが職場のメンタルヘルス対策として有効である可能性があり、そのために組織そのものを健康にすることを目指すべきである。

もちろん研究を進めていく上で課題も山積している。まず第一に「健康な組織」についての実証研究

が少ないことである (Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 2004)。第二に研究手法に関する課題である。すなわち組織レベルの事象と個人レベルの事象とをどのように扱っていくかということである。第三に、「健康」という概念そのものを組織に当てはめて考えることがそもそも妥当かどうかとも議論する必要がある。

これらの研究課題を克服しつつ、我が国におけるメンタルヘルス対策の一層の充実のためには組織そのものを扱うための方略が必要であり、今後の研究の蓄積が望まれる。

引用文献

- Argyris, C. (1958). The organization: What makes it healthy? *Harvard Business Review*, 108-115.
- 阿部隆明 (2006). 未熟型うつ病—特集うつ病態の精神療法 精神療法, **32**, 293-299.
- 荒武 優・廣 尚典・島 悟 (2003). 職場のメンタルヘルスの現状と課題 日本労働研究雑誌, **45**, 48-57.
- Cooper, C.L., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization – a proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, **47**, 455-472.
- Cox, T. (1988a). Organizational health. *Work & Stress*, **2**, 1-2.
- Cox, T. (1988b). Cognitive science, occupational stress and organizational health. *Work & Stress*, **2**, 193-198.
- Cox, T., & Cox, S. (1993). Occupational health: Control and monitoring of psychosocial and organizational hazards at work. *Journal of the Society of Health*, **113**, 201-205.
- Cox, T., & Howarth, I. (1990). Organizational health, culture and helping. *Work & Stress*, **4**, 107-110.
- Cox, T., & Thomson, L. (2000). Organizational healthiness, work-related stress and employee health. In P. Dewe, M. Leiter, & T. Cox (Eds.) *Coping, health and organizations*. London: Taylor & Francis. pp. 173-190.
- DeJoy, D.M., & Wilson, M.G. (2003). Organizational health promotion: Broadening the horizon of workplace health promotion. *American Journal of Health Promotion*, **17**, 337-341.
- 原谷隆史 (2006). 職業性ストレスの予防と健康職場—最近の動向と課題 産業ストレス研究, **13**, 179-184.
- 広瀬徹也 (2006). 逃避型抑うつ—特集うつ病態の精神療法 精神療法, **32**, 277-283.
- 乾 吉佑 (2004). サイコセラピストの産業精神保健への参加—心理臨床家の場合—特集産業精神保健と精神療法 精神療法, **30**, 495-501.
- 石川浩二・斉藤政彦 (2008). 産業現場におけるストレスに対するセルフケア—産業医による取り組み実体のアンケート調査結果 産業衛生学雑誌 **50**, 4-10.
- 岩井圭司 (2008). 双極性Ⅱ型障害—その登場の背景と意義— 特集「軽いうつ」「軽い躁」—どう対応するかⅠ 精神科治療学, **23**, 789-795.
- Jaffe, D.T. (1995). The healthy company: Research paradigms for personal and organizational health. In S.L. Sauter and L.R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress*. Washington, D.C., American Psychological Association. pp. 13-39.
- 加藤 敏 (2006). 職場結合性うつ病の病態と治療—特集うつ病態の精神療法 精神療法, **32**, 284-292.
- 川上憲人 (2006). エビデンスに基づいた職場のメンタルヘルス活動 日本産業衛生学会第 47 回産業精神衛生研究会教育講演抄録 http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/47sanseiken_lecture.htm
- 小林由佳 (2007). 職場のメンタルヘルスの歴史と現状 川上憲人・堤明純 (監修) 職場におけるメンタルヘルスのスペシャリストBOOK 培風館 pp. 3-11.
- 厚生労働省 (2004). 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引きについて 厚生労働省労働基準局安全衛生部
- 厚生労働省 (2005a). 自殺死亡統計の概況—人口動態統計特殊報告 厚生労働省大臣官房統計情報部
- 厚生労働省 (2005b). 平成 17 年患者調査 厚生労働

- 省大臣官房統計情報部
- 厚生労働省 (2006). 労働者の心の健康保持増進のための指針 厚生労働省労働基準局安全衛生部
- 厚生労働省 (2008a). 平成 19 年労働者健康状況調査 厚生労働省大臣官房統計情報部
- 厚生労働省 (2008b). 脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況(平成 19 年度)について 厚生労働省労働基準局労災補償部
- 厚生労働省 (2008c). 第 11 次労働災害防止計画 厚生労働省労働基準局安全衛生部
- 松浪克文・上瀬大樹 (2006). 現代型うつ病—特集うつ病態の精神療法 精神療法, **32**, 308-317.
- 森崎美奈子 (2008). 産業精神保健活動と心理職—産業保健スタッフとしての臨床心理士の役割 日本医事新報, **4383**, 39-43.
- 永田頌史 (2000). 総論 1. 産業・経済変革期の職場のストレス対策—ミニレビューシリーズの企画にあたって 産業衛生学雑誌, **42**, 215-220.
- 中村晃士・小野和哉・山内美和子・高橋道子・中山和彦 (2005). 職場不適応にて明らかとなった成人高機能広汎性発達障害事例—アスペルガー障害の社会適応をめぐって 臨床精神医学, **34**, 1279-1286.
- 小川邦治 (2009). 職場で取り組むストレス対策—セルフケアの実現のために—さんぽいばらき **34**, 4-5.
- 岡田 章・島 悟・住田竹男・廣 尚典・前久保邦昭 (2007). 「メンタルヘルス対策」 産業医学ジャーナル, **30**, 5-24.
- 小田 晋 (2008). 職場の精神的風土の転換を一産業精神保健の到達点 社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所 (編) 産業人メンタルヘルス白書 pp. 3-8.
- 大前 晋・松浪克文 (2006). うつ病態の精神療法総論—特集うつ病態の精神療法 精神療法, **32**, 266-276.
- 大西 守 (2004). わが国における産業精神保健の現状と課題—特集産業精神保健と精神療法 精神療法, **30**, 477-482.
- Rosen, R.H. (1991). *The healthy company: Eight strategies to develop people, productivity, and profits*. New York: Tarcher and Putnam.
- 労働省 (2000). 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 労働省労働基準局安全衛生部
- 最高裁判所 (2000). 平成 10 年 (オ) 第 217 号、第 218 号 損害賠償請求事件 平成 12 年 3 月 24 日最高裁第 2 小法廷判決
- 佐藤恵美・島 悟 (2003). 職場におけるカウンセリング—特集治療の場と精神療法—治療空間とその治療特性 精神療法, **29**, 52-57.
- Sauter, S.L., Lim, S.Y., & Murphy, L.R. (1996). Organizational health: A new paradigm for occupational stress research at NIOSH 産業精神保健, **4**, 248-254.
- 島 悟 (2007). 第 14 回日本産業精神保健学会教育講演 I : EAP 活用のポイント—EAP 再考 産業精神保健, **15**, 211-215.
- 島津明人 (2000). ストレス調査に基づく職場メンタルヘルス活動 産業ストレス研究, **7**, 151-157.
- 島津明人 (2007). 個人向けストレス対策—特集：産業精神保健 1 次予防のエビデンス 産業精神保健, **15**, 140-143.
- 島津明人・川上憲人 (2007). 従業員個人向けストレス対策の現状と今後の課題 産業医学ジャーナル **30**, 89-92.
- 副田秀二・林 剛司・高野知樹・菅原陽一 (2001). 復職支援における産業医と精神科医の役割分担と連携—事業場内の精神科医の役割 産業衛生学雑誌, **43**, A9-A10.
- 丹下智香子・横山和仁 (2007). 事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況 産業衛生学雑誌, **49**, 59-66.
- 樽味 伸 (2005). 現代社会が生む“ディスチミア親和型”—特集「うつ状態」の精神医学 第 4 部 現代の「うつ状態」 臨床精神医学, **34**, 687-694.
- 上畑鉄之丞 (1993). 過労死の研究 日本プランニングセンター
- Wilson, M.G., DeJoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., & McGrath, A.L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization.

Journal of Occupational and Organizational Psychology, **77**, 565-588.

(Received: May 31, 2009)

(Issued in internet Edition: July 1, 2009)