

目次

序	2
1. 仕事関連のストレスとは何か.....	3
原因	3
職場における精神衛生の保護.....	6
2. 労働者のストレスはどのような影響を及ぼすか.....	8
問題の深刻さ	8
労働者の健康、安全および福祉への影響.....	9
リスクの広がり	12
ジェンダーの側面	15
仕事関連のストレスとそれに伴う精神疾患の生産性への影響と経済的コスト	15
3. 仕事関連のストレスと職場での精神衛生に関する現行法枠組み.....	18
国際労働基準	18
地域的基準	19
国内法	20
仕事関連のストレスと精神障害の各国における職業病一覧表への掲載	23
心理社会的リスクの予防と管理に関する拘束力のない技術基準.....	25
ソーシャルパートナー間協定.....	26
労働監督	27
4. 心理社会的ハザードとリスクの予防・管理戦略.....	30
国際機関	30
地域機関	32
国内的な戦略とイニシアチブ.....	35
ソーシャルパートナーの関与.....	41
職能団体とネットワークによる貢献.....	45
5. グローバル・トレンドと将来のシナリオ展望.....	48
専門家意見調査	48
将来のシナリオ展望	50
調査結果とグローバル・トレンド.....	52
6. 仕事関連のストレスの原因の予防と管理に集団的アプローチを適用することはなぜ必要か	55
結語	58

序

本報告書は、先進国、途上国双方における仕事関連のストレスの動向を提示し、仕事の世界の新たな文脈におけるこの問題の重大性に対する認識を高めることをねらいとしている。このため、本報告書では、仕事関連のストレスの広がりや影響について、地域横断的な概観を提供するとともに、国際、地域、国および職場のレベルでこれを管理するための法規制や政策、介入措置について検討を加える。さらに、デルファイ調査を通じて、この分野における将来的なシナリオと諸要因を特定、検証する。この調査の結果は、各国と企業のレベルで、この分野の対策を講じる国際労働機関（ILO）構成主体を支援する際にも用いられることになる。

仕事の世界におけるストレス、特に仕事関連のストレスが労働者の健康と健康管理に及ぼす影響に関する研究は、1990年代から注目を集めるようになってきた。研究者や政策立案者の間では、心理社会的なハザードとリスク、仕事関連のストレスの影響に対する関心が高まっている。労働安全衛生（OSH）の実践は、従来の枠を越えて拡大し、行動医学や労働衛生心理学、社会福祉も包含することにより、人々が社会・経済面で生産的な生活を送る必要性を認識するようになった。

全世界の労働者は現在、作業組織と労使関係の大きな変化に直面するとともに、現代的な労働生活の要請に対応するよう、ますます大きな圧力を受けている。即時の通信やグローバルなハイレベルの競争によって仕事のペースが否応なしに増す中で、仕事と生活を隔てる境界線を見極めることは一層困難になってきている。

競争の激化や、業績に関する期待の高まり、長時間勤務といった心理社会的ハザードはいずれも、作業環境のストレスの際限のない高まりを助長している。しかも、景気の低迷で組織の変動と再編が加速していることから、労働者は雇用の不安定化、労働機会の減少、仕事を失うことに対する恐怖、大量の解雇、失業、金銭的な安定の低下にますます直面するようになっており、これが精神衛生や福祉に深刻な影響を及ぼしている。仕事関連のストレスは一般的に、先進国、途上国双方のあらゆる職業とあらゆる労働者に影響するグローバルな問題として認識されるようになった。こうした複雑な文脈の中で、職場は心理社会的リスクの重大な発生源であると同時に、こうしたリスクに取り組み、集団的措置を通じて労働者の健康と福祉を守るうえで理想的な場にもなっている。

普遍的な原則として、人間には、到達可能な最高水準の健康を享受する権利がある。職場で健康を維持できなければ、社会に貢献し、福祉を達成することもできない。職場で健康が脅かされれば、生産的雇用と社会経済開発の基盤はなくなってしまう。精神疾患の負担は、仕事の世界に大きく関係してくる。雇用の見通しや賃金を低下させ、世帯所得や企業の生産性に悪影響を及ぼすとともに、経済に直接、間接に大きなコストをもたらすことで、人間の福祉に大きな打撃を与えるからである。

1. 仕事関連のストレスとは何か

「ストレス」という言葉は今日、朝の気分の悪さから抑うつの原因となる不安感に至るまで、あらゆるものを指す表現として多くの意味で用いられている。科学者集団の中には、これを悪い意味と良い意味の両方で捉えるものもある。本報告書では、悪影響を及ぼすものとしてのみストレスを捉え、これを職場という枠組みの中で取り扱う。ストレスは健康障害ではなく、悪影響を及ぼす身体的・情緒的反応の初発兆候である。

ストレスの定義、および、心理社会的なハザードやリスクに関連する用語は、時代とともに変遷を遂げてきた。1936年に初めて「ストレス」という言葉を用いたハンス・セリエは、これを生物学的に「何らかの変化の要請に対する身体の特異的反応」と定義した¹。彼の研究は、脳機能におけるストレスの研究につながった。彼はまた、刺激と反応とを区別するため、「ストレッサー」という言葉を、生物による心理社会的・精神的反応を引き起こす事象と定義した²。この文脈において、ストレッサーは生物学的因子、環境条件、外的刺激、事象のいずれでもありうる。ストレスとは、ストレッサーに反応し、人間の精神的または身体的健康や福祉に影響しかねない条件を指すが、これはマイナスに作用することも、プラスに作用することもありうる。健康は今日、生物的、心理的（思考、情緒および行動）、社会的（社会経済的、社会環境的および文化的）要因の組み合わせとして認識されている³。

国際労働機関（ILO）にとって、ストレスは、感知された要請と、この要請に対処するために各人が有していると認められる資源および能力との間の不均衡に起因し、悪影響を及ぼす身体的、情緒的反応を意味する。仕事関連のストレスは作業組織、ワークデザイン（働き方）および労使関係によって決定され、仕事の要請が労働者の能力、資源またはニーズにそぐわないか、これを超過したり、個別の労働者または団体の対応能力が、企業の組織文化による期待にそぐわなかったりする場合に生じる⁴。

原因

ストレスを引き起こしかねない職場要因は、心理社会的ハザードと呼ばれている。ILOは1984年、心理社会的要因（ハザード）を「作業環境、職務内容、組織的諸条件、および、労働者の能力、ニーズ、文化、仕事以外の個人的な考慮事項の間の相互作用で、知覚や経験を通じ、健康、業績および仕事に対する満足度に影響を及ぼすもの」と定義した。この定義は、作業環境と人的要因との間の動的相互作用を強調するものとなっている。職業状況と人的要因との間のマイナスの相互作用は、情緒障害や行動障害、生化学的変化、神経ホルモンの変化を引き起こすおそれがあるため、精神疾患または身体疾患の追加的リスクとなる。逆に、作業条件と人的要因のバランスが取れている場合には、仕事が達成感や自信を生み出し、やる気や作業能力、満足度を高め、健康を増進することになる⁵。

表 1. ストレスの多い仕事の特徴(心理社会的ハザード)

カテゴリー	ハザードに特徴的な環境
仕事の内容	
作業環境と作業機材	機材と設備双方の信頼性、利用可能性、適切性および保守修理に関する問題
職務設計	多様性が欠如した短い作業サイクル、断片的または無意味な作業、スキルの利用不足、高い不確実性
作業負荷／職場	過剰または過少な作業負荷、ペース設定に対する統制の欠如、大きな時間的圧力
作業スケジュール	交代制の作業、柔軟性を欠く作業スケジュール、予測不可能な勤務時間、長時間勤務または残業
仕事の文脈	
組織文化・機能	劣悪なコミュニケーション、問題解決と個人の能力開発に対する支援不足、組織的目標の定義がないこと
組織における役割	役割の曖昧性と役割の葛藤、他者に関する責任
キャリア開発	キャリアの停滞と不確実性、過小または過大な昇進、低賃金、職の不安定性、仕事の社会的価値の低さ
決定自由度／統制	意思決定への参加不足、作業に対する統制の欠如（特に参加の形態を取る統制は、文脈上のより幅広い組織的問題でもある）
職場の人間関係	社会的または物理的孤立、上司との劣悪な関係、対人葛藤、社会的支援の欠如
家庭と仕事の接点	仕事と家庭の要請の葛藤、家庭での支援の不足、共働きの問題

出典: Cox et al, 2000

使われる言葉は時代とともに、ストレッサーやストレス要因から、心理社会的要因、心理社会的ハザードまたは心理社会的リスクへと進化を遂げている。「心理社会的ハザード」および「心理社会的リスク」という言葉は、学術書において同じ意味で用いられることもある。多くの専門家は心理社会的ハザードを、ワークデザインと作業管理の諸側面、および、その社会的、組織的文脈のうち、心理社会的または身体的な悪影響を及ぼしかねないものと定義することで合意している。心理社会的ハザードの性質については今日、学術関係者の間でかなりのコンセンサスができ上がっているものの、新たな労働形態や作業環境の変化により、新たなハザードが生じているため、心理社会的ハザードの定義もさらに進化しかねないことに留意すべきである⁶。コックスは、ストレスの多い仕事の特徴（心理社会的ハザード）を 10 種類に分け、これを「仕事の内容」と「仕事の文脈」の 2 つのグループにまとめた⁷。表 1 を参照。

仕事の内容

第 1 のグループ「仕事の内容」には、作業条件と作業組織に関連する心理社会的ハザードが含まれる。作業負荷が労働者の健康に及ぼす影響は、真っ先に研究対象とすべき仕事の側面のひとつとされた。量的な作業負荷（こなすべき仕事の量）と質的な作業負荷（仕事の困難度）は、ストレスと関連づけられてきた。作業負荷は作業ペース、すなわち作業を完成させなければならないスピードや、ペース決定要件の性質および統制（セルフシステムか機械によるペース決定か）との関連で検討しなければならない。職務内容（または作業設計）には、仕事の価値の低さ、使用されるスキルの低さ、作業の多様性の欠如や作業の反復性、不確実性、学習機会の欠如、要求される注意力の高さ、相反する要請、不十分な資源など、悪影響を及ぼす側面がいくつかある。不確実性は、業績フィードバックの欠如、望まれる行動に関する不確実性（役割の曖昧性）、将来に関する不確実性（職の不安定さ）を含め、様々な形で表現されうる⁸。仕事のスケジュールに関する文献の多くは、シフトや夜勤、長時間勤務に焦点を絞っている。これら要因は、生物学的な概日リズムの混乱、日中に取りうる睡眠の短さや質の悪さ、および、ストレスや疲労の高まりを助長する仕事と家庭の相反する要請と関連づけられる。最後に、物理的ハザードのストレスに対する影

響を取り上げた研究も多い。全般的に、職場のレイアウトや有害物質への曝露等、劣悪な物理的作業条件と作業環境は、労働者のストレス経験と、その心理社会的・身体的健康に影響を及ぼしかねないという証拠が得られている⁹。

仕事の文脈

第2のグループ「労働の文脈」は、組織の文化や機能、社会での役割、キャリア開発、決定の自由度と統制度、家庭と仕事の接点、職場での人間関係等、仕事の組織と労使関係における心理社会的ハザードに関するものである。仕事をこなす環境、問題解決の環境および発展環境としての組織の文化と機能の側面は特に顕著である。入手できる証拠によると、これら環境が劣悪だというイメージを持たれてしまった組織は、それによって職場のストレスが大きいことと関連づけられることが多い¹⁰。役割の曖昧性と役割の相反、役割過重、役割の不適切性と他者に対する責任をはじめ、組織の役割が持つ危険な側面もいくつか特定されている¹¹。役割の不十分性（個人の能力や訓練分野が十分に活用されていないこと）もまた、仕事に対する満足度や組織コミットメントの低さと関係している¹²。キャリア開発については、危険な状況をもたらす4つの原因が特定されている。合併買収（M&A）、経費節減と予算削減、自分の仕事の将来に関する曖昧性と不安、職業の固定性（他の職種に就ける見込みがないこと）がそれである¹³。意思決定と管理への参加は、職務設計と作業組織の重要なプラスの側面である。

カラゼクその他により開発された論理的モデルによると、意思決定への参加は、仕事の要請が持つストレス効果を緩和するとともに、心理的緊張を低下させる¹⁴。これまでの研究は全般的に、意思決定への参加機会の拡大は、満足度と自尊心の向上に関連づけられることを示唆している¹⁵。長期的には、職務執行におけるわずかな自律性だけでも、労働者の精神衛生と生産力を高める効果を及ぼす¹⁶。仕事と家庭との間の連関はますます、特に共働きであったり、金銭的困難や人生の危機に陥っていたりする夫婦にとって、潜在的なストレス源となることが認識されてきた¹⁷。特に、労働者がペースの速い、集約的な仕事や交代制の仕事に就いているか、不規則な勤務時間、経営者や同僚による思いやりのない取り扱い、さらには作業の内容と組織に対する統制の欠如を経験している場合、仕事と私生活のバランスを取ることは困難になる¹⁸。職場内外での社会的関係は、緩和の役割を果たすと見られることが最も多い一方で、その他の心理社会的ハザードへの曝露による悪影響は、社会的関係がほとんど助けにならない場合、発生しやすくなるか、より深刻になる¹⁹。もうひとつの重要問題である職場の暴力も、大きなストレス源となりかねない。特にチームワークと顧客志向が多く要求される職種で暴力事件が起これば、被害者だけでなく、目撃者にも影響が及ぶおそれがある²⁰。暴力はまた、心理社会的ハザードや仕事関連のストレスの結果として生じることもある。例えば、ストレスが大きい仕事、単調な仕事、統制度の低さ、役割葛藤による曖昧性、過重労働負荷、劣悪なコンフリクト管理、組織変動等、いくつかの組織因子は、いじめを助長する要因として特定されている²¹。

ストレス管理に向けた職場での集団的対応の実例は、表2に示すとおりである。

表 2. 職場における集団的な仕事関連のストレス防止措置

統制	十分な人員数を確保する。 労働者に作業方法に関する発言権を与える。
作業負荷	時間的要件を定期的に検証し、合理的な納期を定める。 予測可能で合理的な勤務時間を確保する。
社会的支援	労働者間の社会的接触の余地を与える。 身体的、精神的な暴力のない職場を維持する。 監督者と労働者の間で支援的な関係を確保する。 管理職が他の労働者に関して責任を負い、適切なレベルの接触が存在するインフラを提供する。 仕事と家庭の要請に葛藤がある場合、労働者にこれについて話し合うよう促す。 仕事のプラスで有意義な側面を強調することにより、モチベーションを高める。
職務と労働者のマッチング	職務を労働者の身体的・精神的スキルと能力にマッチさせる。 経験と能力に応じて職務を割り振る。 スキルの適正な活用を確保する。
訓練と教育	労働者のスキルと職務のマッチングを確保するため、十分な訓練を施す。 心理社会的リスクと仕事関連のストレス、および、その予防法に関する情報を提供する。
透明性と公正性	職務の明確な定義を確保する。 明確な役割を定め、役割の葛藤と曖昧性を回避する。 できる限り職の安定性を提供する。 遂行した職務に適した賃金を提供する。 苦情処理手順の透明性と公正性を確保する。
物理的作業環境	照明、機材、空気品質、騒音を適切な水準とする。 有害物質への曝露を回避する。 労働者のストレスを抑えるため、人間工学的側面を考慮する。

出典：ILO (2012b)

職場における精神衛生の保護

1960年代から、組織面、管理面での実践は労働者の精神衛生に影響し、しかもその影響は組織によって異なることが明らかになってきた²²。しかし、労働者が組織の中で生産性を発揮する能力だけでなく、その福祉に対する関心が、経営実践と労働安全衛生に変化をもたらすようになったのは、まだ最近のことである。

労働衛生や行動医学、組織心理学に対する従来のアプローチは、有意義な仕事と福祉の潜在的可能性を裏づける前向きな組織的行動の新視点の模索に影響する新たな社会的・経済的文脈による挑戦に晒されている。健康と福祉に関する初期の研究は、アプローチの方向性を、既存の精神疾患が組織効率にどう影響するかという視点から、良し悪しを問わず、仕事の精神衛生に対する影響の把握へと転換させた²³。例えば、いくつかの研究によると、役割の曖昧性、役割葛藤、過重負担（量的、質的）、引きこもり、自信のなさ、仕事に対する満足度の低さ、仕事上の緊張状態はいずれも、ストレスと関連性があることが判明している。しかし、対人関係や社会的支援、性格因子は、その影響を緩和することがある²⁴。

慢性の非伝染性疾病予防の分野では、エビデンスに基づく研究がきっかけで、保健政策立案者が個人の行動やライフスタイルだけでなく、社会面、経済面、健康面の不平等と労働条件、特に作業要求に対する影響も検討することになった。その結果として、職務ストレス・モデル²⁵や、努力・報酬不均衡モデル²⁶等が生まれている。これらの研究では、職務遂行にわずかでも自律性があれば、労働者の精神衛生と生産性に長期的な利益があることが分かっている²⁷。

現代の仕事の性質から、研究の焦点は健康と仕事に対する満足感、業績管理、組織効率、職の不安定性と失業、プレゼンティーイズム（病欠すべき状況で出勤すること）とアブセンティーイズム（常習的欠勤）（仕事ができるのに出勤しないこと）、文化的多様性の増大および技術的変化へと移ってきている。また、労働者の精神衛生保全、健康と福祉のプラスの側面、および、これらの改善における組織要因に対する関心も高まっている。これに伴い、現代の研究では、勤務態度の形成とその評価における社会的環境の重要性と、その結果として、信用、信頼、パートナーシップに基づく職場関係を確保するうえで人的資源の管理方針が果たす役割の重要性が実証されている²⁸。

ILO の視点から見ると、職場での精神衛生保護の焦点を予防戦略に絞れば、その効果は大きくなる。労働衛生と職場衛生を推進する措置は、働く女性と男性の精神衛生と福祉の改善、および、精神疾患のリスク削減に貢献しうる。このことは、心理社会的リスクの評価と管理を通じた労働者の健康保護に配慮した労働衛生実践により、仕事関連のストレスと仕事関連の精神疾患の予防を図る必要性を示唆する。

2. 労働者のストレスはどのような影響を及ぼすか

本章は、各国の労働者に仕事関連のストレスがどれだけ蔓延しているかに関する検証に基づいている。また、これが労働者の健康、安全および福祉、ならびに、企業とその生産性に対して及ぼす影響についても取りまとめる。

問題の深刻さ

ここ数十年間のグローバリゼーションと技術進歩は、仕事の世界を一変させ、新たな形態の作業組織や職場関係、雇用パターンを作り出すとともに、仕事関連のストレスとこれに伴う疾患の増大を助長した。グローバリゼーションは、経済開発に向けた新たな突破口を開いたが、その一方でグローバル競争のプロセスも起動させ、作業条件や基本的権利の尊重に圧力をかけることになった²⁹。グローバリゼーションは作業過程の柔軟化、パートタイム雇用と臨時雇用の増大、社員の一部を独立請負人化し、雇用パターンに変化をもたらした³⁰。こうした実践は、仕事の要請や職の不安定性を増し、統制度を低め、解雇の可能性を高めるおそれがある³¹。技術進歩やインターネットの台頭は、作業過程に多くの変化と革新をもたらし、仕事と私生活の境界線を見極めることはますます困難になっている。労働者は、できるだけ長い時間つながり、即座に対応できることを仕事ができる証と感じ、勤務時間外も自宅で仕事をする事になりかねない³²。職場での役割と家庭での役割が相容れないことで、職場で行動ベース、時間ベース、緊張ベースの軋轢が生じれば、家庭での役割の要請を満たすことが困難または不可欠となったり、その逆の現象が生じたりする可能性もある³³。

最近のグローバル経済危機と景気低迷は、失業や貧困、社会的排除の増大を助長した。その影響により、多くの企業は競争力を保つため、経済活動の縮小を余儀なくされ、リストラ、人員削減、合併、アウトソーシングや下請、大量解雇が相次いだ。リストラ過程の影響は解雇以外にも及んでいる。組織変動は不確実性と敵意を生み、人員削減で生き残った労働者は、解雇された同僚に対して罪悪感を持つこともある。労働者は、職を失うことに対する恐怖に加え、昇進の機会の減少にも対処しなければならない。しかも、引き続き雇用されている労働者は、さらに柔軟性を高め、新たな職務をこなすよう要求されかねないため、仕事量や勤務時間、統制の欠如、役割の曖昧性のさらなる高まりに直面している³⁴。これまでの危機のエビデンスを見ると、これだけ長くリストラや組織変動が続けば、コスト削減の必要性というプレッシャーの中で、職場リスク管理に対する関心が薄れてしまう。多くの企業は依然として、労働安全衛生（OSH）を投資ではなく、コストと捉えており、中には OSH 基準を無視してコスト削減を図るものもある。公共支出の減少も、労働監督機関その他 OSH 部署のサービス提供能力を損なっている³⁵。

仕事は、人々が失業よりも、劣悪な労働条件のほうを望むという意味で、健康の基盤を成す。仕事は所得を提供するだけでなく、時間構造や社会的接触、個人のアイデンティティなどの基本的な心理社会機能にも貢献する³⁶。失業は生活上の満足度の低さ、社会的不名誉、自信の喪失、社会的接触の喪失と関連づけられ、精神衛生に悪影響を及ぼす³⁷。いくつかの研究では、失業者が新たに困難な役割を担い、不確実性と予測不可能性に取り組み、統制の喪失感やアイデンティティの問題に対処することを要求される様子が明らかにされている。失業は、薬物使用、アルコール使用障害、不健康な食生活、運動不足、睡眠不足

のリスク増大とも関連づけられる³⁸。さらに、抑うつや自殺などの精神衛生障害との関連も確認されている³⁹。

過去数十年間にわたり蓄積された証拠は、心理社会的リスクと仕事関連のストレスが労働者の健康、安全および福祉、ならびに、組織の業績に及ぼす影響を実証している。研究結果を見れば、仕事関連のストレスと、身体健康上、精神衛生上の障害との間に一貫した関係があることは明らかである。職場ではこれが、常習的欠勤とプレゼンティーズム、労使関係の混乱、社員の意欲低下、満足度と創造性の低下、離職や人事異動、再訓練の増大、そして全般的に世間体の悪化となって現われる。こうした問題は生産性、直接・間接費および企業の競争力に大きな打撃を与える。

労働者の健康、安全および福祉への影響

ストレスが健康に及ぼす影響は、個人の反応によって変わりうるが、ストレスが大きくなれば、極度の疲労、燃え尽き、不安と抑うつなどの精神・行動障害、および、循環器疾患や筋骨格障害などその他の身体障害をはじめ、健康関連の機能障害の発生を助長しかねない。また、アルコールや薬物の乱用、喫煙、不健康な食生活、睡眠不足など、生じつつある対処行動の影響、および、それらの職場での事故や非伝染性疾患の発生率上昇との関係についても、関心が高まっている。

労働災害に関する初期の研究は、選定過程（すなわち、一定の労働者を除外すること）を通じて事故率を管理するため、「事故を起こしやすい」労働者を対象としていた。現在では、人的エラーが職場での事故に果たす役割は小さいこと、および、安全性を欠く行動が効率や時間管理のプレッシャー、訓練不足によって引き起こされ、必ずしも労働者個人に原因はないことを示す研究結果が多くある⁴⁰。また、劣悪な心理社会的作業環境や仕事関連のストレスと、労働災害のリスク増大との関連性を調査する研究も増えている⁴¹。仕事関連のストレスから来る認知的症状または身体症状があれば、瞬間的な放心状態、判断ミスまたは普段の活動の失敗を増やす可能性がある⁴²。エビデンスは、仕事量や仕事の要請の厳しさ、決定自由度の低さ、スキル決定範囲の狭さ、組織的支援の欠如、上司や同僚との軋轢または極めて単調な作業が、職場での事故による負傷率の高さと関連づけられることを明示している⁴³。また、調査結果からは、精神衛生障害（特に燃え尽き）が安全な作業実践と反比例の関係にあり、職場での事故の可能性を高めることも分かる⁴⁴。

多くの研究は、ストレスの多い作業条件が直接、健康上のリスクを高めかねない悪い生活習慣行動を助長することにより、労働者の福祉に影響しかねないことを示している。これまでのエビデンスを見ても、心理社会的リスク（職の不安定性、統制度の低さ、要請の厳しさ、努力・報酬不均衡など）と仕事関連のストレスが、大量のアルコール消費や肥満、運動不足、喫煙本数の増大、睡眠障害を含む健康関連の行動リスクに結びついていることが分かる⁴⁵。いくつかの研究は、心理社会的リスクや作業条件とアルコール乱用との関係に焦点を絞り、ストレスや作業負荷（労働時間の長さを含む）、努力・報酬不均衡および職場での嫌がらせが危険な飲酒の重要な決定要因であることを証明した⁴⁶。男女間の心理社会的リスクへの曝露の差は、たばこ消費パターンの違いとなって表れている。すなわち、職務ストレス、仕事のプレッシャーおよび過剰な勤務時間は、男性の喫煙と関連しているのに対し、女性の場合、喫煙と関連づけられる主な心理社会的リスクは、要請の大きさ（心理社会的なもの、身体的なもの）と努力・報酬不均衡である⁴⁷。毎年、たばこが原因で約 600 万人が、アルコール消費により 300 万人以上が死亡していることから、

かかる不健康な行動パターンの影響は明らかである⁴⁸。さらに、栄養バランスの悪さと運動不足は肥満の主因となり、循環器疾患や癌、糖尿病などの非伝染性疾病（NCD）の主なリスク要因となっている⁴⁹。よって、これら不健康なライフスタイルと NCD につながる職場関連要因の削減は、人々の健康と福祉全般に貢献する。睡眠障害に焦点を絞ったいくつかの研究は、睡眠障害と仕事関連の心理社会的リスク（職務ストレス、要請の大きさ、統制度の低さ、社会的支援の低さ、労働時間の長さ、交代制の仕事および努力・報酬不均衡を含む）の間に、双方向的関係があることを示している⁵⁰。

心血管疾患（CVD）は全世界で最大の死因となっており、2012 年には 1,750 万人（全世界の死者の 31%）が、これによって命を落としているものと見られる⁵¹。冠動脈性心疾患の発生率は職業によって異なっており、作業条件が因果的役割を果たしている可能性を示唆している⁵²。大規模な研究の結果として作成された約 30 件の報告書の大半は、死に至るかどうかに関係なく、循環器（ほとんどは冠動脈）イベントが発生するリスクはストレスを抱える人々において高いことを示す証拠を提供している⁵³。全体的に見て、職場でのストレスを抱える人々のリスクは、それ以外の人々よりも 50%以上、高くなっている。仕事関連のストレスと CVD の相関関係を裏づける証拠はあるが⁵⁴、職務ストレスが心臓病につながる直接の経路を示唆する研究はごくわずかである。具体的な経路としては、自律神経系の活動亢進（心拍数の増大等）、高血圧症のリスクを高める血圧上昇、カテコールアミン値とコルチゾール値の上昇、線維素溶解活性の低下と血栓形成の促進、左心室の肥大などが挙げられる⁵⁵。高度な疫学研究の中には、職場での心理社会的リスクと CVS の明らかな関連性を実証しているものがある⁵⁶。世界の各地域で一貫した調査結果が得られていることから、劣悪な心理社会的作業環境への曝露（健康を害する行動を介する場合もある）と心臓病との関連性が示唆される。主な心理社会的リスク要因としては、仕事の要請、職務統制度の低さ、支援水準の低さ、努力・報酬不均衡、職の不安定性、仕事に対する不満足などが挙げられる⁵⁷。長時間勤務や交代制の仕事を含む労働時間の構造も、CVS 発症率の高さと関連があることが判明している⁵⁸。

筋骨格系障害（MSD）は OSH における大きな関心と研究の対象となっているが、その裏には発生率の高さや、それに伴うコストの大きさも絡んでいる。MSD は長期にわたる激しい痛みと身体障害の最大原因であり、患者は全世界で数億人に及ぶからである。心理社会的要因と仕事関連のストレスが MSD 発症に演じる役割に対する関心は高まっている。事実、各分野（事務作業から現場作業に至るまで）で行われてきた数多くの疫学研究は再三、仕事関連の心理社会的要因と MSD の関連性を示している。全体として、MSD 発症率が仕事関連のストレス感の強さ、作業負荷と要請の大きさ、社会的支援の低さ、職務統制度の低さ、仕事に対する満足度の低さおよび単純作業と関連していることは明白である⁵⁹。努力・報酬不均衡、同僚や上司との意思疎通の困難、および、職場での暴力（特に嫌がらせ、いじめ、威嚇）は、MSD と関連があることが立証されている⁶⁰。

燃え尽きとは、情緒的に要請の大きい作業状況に長期にわたって関わっていた結果として生じる身体的、情緒的、精神的な極度の疲労状態を指す⁶¹。「燃え尽き症候群」は、職場で情緒的および対人関係上の心理社会的リスクに慢性的に晒されたことに対する対応が長引いたものとして説明されている。その特徴は、情緒的な極度の疲労、皮肉（役務を受ける側の人々に対する否定的、非人間的かつ無神経な態度）、非人格化、職場でのやる気のなさ、個人的な業績の低さおよび非効率にある⁶²。燃え尽きが生じうるのは、価値観や公平性、同一性、報酬、統制、作業負荷といった作業生活の主領域に関し、組織と個人の間で断絶がある場合である⁶³。燃え尽きは主として、大量または対応不可能な作業負荷（量

的、情緒的要請）、役割の曖昧性、組織変動、仕事に対する満足度と個人的業績の低さ、仕事と生活のバランスの悪さ、職場での劣悪な対人関係と支援、および、嫌がらせやいじめを含む職場での暴力といった、心理社会的要因の結果である⁶⁴。燃え尽き症候群に関連する非特異的症状としては、頭痛、不眠、睡眠・摂食障害、疲労感とイライラ感、情緒的不安定、社会的関係における硬直性などが挙げられる⁶⁵。燃え尽き症候群はアルコール依存症のほか、高血圧症や心筋梗塞などの健康問題とも関連づけられてきた⁶⁶。その他の影響としては、活力減退、睡眠障害、自律神経系と機能性の愁訴などが挙げられる⁶⁷。

燃え尽きの発生率とこれに対する認識は、ここ数年で急速に高まってきており、多くの国々では、仕事関連のストレスをはじめ、その原因の解明に向けた研究がいくつか実施されている⁶⁸。さらに、燃え尽きのリスクは女性のほうが高いことを示す研究も数多くある⁶⁹。このことは、燃え尽きと仕事関連のストレスにまつわる心理社会的要因の中に、女性に多く当てはまるものがある（家庭と職場で果たさねばならない二重の役割、社会の中の性的役割と社会的期待の影響、職場でのセクシャル・ハラスメント（性的嫌がらせ）や家庭内暴力のリスク、低賃金と職務要件の厳しさに反映されるジェンダーに基づく差別など）という事実によって説明がつく⁷⁰。例えばスウェーデンでは、「循環器疾患のトレンド・決定要因監視」プロジェクトの横断的研究（MONICA, 2010）が女性に関し、社会経済的地位の低さが燃え尽きと関連づけられることを報告している。スウェーデンで男性よりも女性の燃えつきが多くなっていることは、不利な作業条件や生活状況要因で説明できるというのである⁷¹。

抑うつは一般的に見られる精神障害である。全世界の患者数は 3 億 5,000 万人に上ると見られ、男女双方にとって精神障害の最大原因のひとつになっている⁷²。その特徴は、憂鬱感、興味または喜びの喪失、活力減退、罪悪感または自尊心の低さ、睡眠または食欲の障害、集中力の低下にある。こうした問題が慢性化または反復化すると、日常的な責任を果たす能力が大きく損なわれかねない⁷³。抑うつに伴って生じることが多い不安症状は、緊張感や心配、血圧上昇などの身体的変化を特徴とする感情である。不安障害を抱える人々は通常、侵入思考や不安感に繰り返し襲われ、発汗や震え、めまい、頻拍等の身体症状を呈することもある⁷⁴。グローバルな観点から見ると、抑うつは早死や長期の障害につながる最大の原因である⁷⁵。対象となる指標、ジェンダー、職種にもよるが、数多くある研究結果の大半は、仕事関連のストレスを抱える労働者の抑うつリスクが 4 倍にも跳ね上がることを確認している⁷⁶。

高度な研究も多く行われているが、これらは心理社会的ハザードや仕事関連のストレスが抑うつ先の先駆けになることを示している⁷⁷。この疾病の負担を考えれば、心理社会的リスク、仕事関連のストレスおよび健康障害に関する研究の大半が、抑うつとの関連性を検討していることは驚くに値しない。多くの研究は、劣悪な精神衛生と抑うつが作業負荷（長時間勤務や身体的、心理的または情緒的要請の大きさを含む）、決定自由度の低さ、支援の欠如、努力・報酬不均衡、職の不安定性および組織再編と関連していることを認めている⁷⁸。その他、抑うつとの関連性が確認されている心理社会的要因としては、仕事と生活のバランス崩壊、仕事に対する不満足、役割の葛藤と曖昧性、職場での劣悪な人間関係、過度な関わり合い、低賃金、キャリア開発への注力および職場での不正感が挙げられる⁷⁹。数件の研究では、いじめまたはモビング（集団によるいじめ）に遭うことが抑うつ症状と不安の両方のリスク要素となることが分かっている⁸⁰。世界保健機関（WHO）によると、ジェンダーは抑うつ、不安、身体的愁訴等の精神障害の重要な決定要因となっている。一般的な精神障害リスクに関するジェンダー特定のリスク要因のうち、女性に不釣り合いに

大きな影響を与えるものとしては、ジェンダーに基づく暴力、社会経済的な不利益、低所得と所得格差、社会的地位と階級の低さまたは従属性、および、他者のケアに関する絶え間の責任などが挙げられる⁸¹。

WHO によると、自殺による死者は毎年 80 万人を超える⁸²。自殺死の 75%以上は低所得国と中所得国で起きており、そのほとんどが現役世代の自殺死である。自殺行動は抑うつ症状と関連づけられている。自殺と精神障害（特に抑うつや、物質乱用に関連する障害）との間の関連性は十分に確立されている⁸³。個人のレベルを含め、いくつかのリスク要因（自殺未遂歴、精神障害、アルコールまたは薬物の乱用、金銭的損失、慢性痛、家族の自殺歴など）が累積的に作用し、自殺行動に対する脆弱性が強まるケースも多い⁸⁴。しかし、法的な危機、差別、孤立、人間関係の軋轢、身体的または精神的虐待、および、学業または仕事に関連する問題に関連する心理社会的リスクが、自殺の動機となることもある。

リスクの広がり

社会心理的ハザードと仕事関連のストレスの広がりに関するデータは、程度の差こそあれ、どの国や地域でも入手できるが、その質には大きな差がある。この分野での研究は、欧米をはじめとする先進国全般で盛んであるが、アジア太平洋地域では比較的少なく、アフリカやアラブ諸国ではあまり見られない。

欧州地域のデータは主として、欧州連合（EU）が収集、検証している。第 4 回「欧州労働条件調査」（EWCS, 2007）は、EU 諸国で仕事関連のストレスを抱える人々が 4,000 万人に上ると見られることを明らかにした⁸⁵。2009 年に発表された「欧州リスク監視報告書」によると、仕事関連のストレスは、欧州における全欠勤日のうち 50%から 60%の原因となっている⁸⁶。この研究では、欧州労働人口のうち平均で 22%がストレスに晒されているが、その割合は古くからの加盟国（20%）よりも比較的新しい加盟国（30%）で高くなっていることも確認された。ストレスの蔓延率が最も高いのは、教育・保健部門と、農業・狩猟・林業・水産業部門となっている（28.5%）。職場で不安に襲われる労働者の割合が最も高いのは、教育・保健（12.7%）、行政・国防（11.1%）および農業・狩猟・林業・水産業（9.4%）の各部門である。欧州労働安全衛生庁（EU-OSHA）が 2009 年に行った第 1 回「新規・新興リスクに関する欧州広域企業調査（ESENER）」では、仕事関連のストレスが欧州の企業にとって、重大な OSH 上の懸念のひとつになっているにもかかわらず、心理社会的リスクとその衛生安全に対する影響に関する情報を労働者に提供している事業者は調査対象企業全体の約半数にすぎず、仕事関連のストレスに取り組むための手順を導入していると回答した事業者は 3 分の 1 に満たないことが判明している⁸⁷。こうした見解は、経営者代表と労働者代表に共通して見られた。「欧州における心理社会的リスク：蔓延率と予防戦略」報告書（2014 年）によると、労働者の 25%が勤務時間の全体または大半で仕事関連のストレスを経験しており、仕事が健康に悪影響を及ぼしていると回答した者もこれとほぼ同じ割合に達している。しかも、心理社会的リスクは、欧州の企業の過半数にとって懸念材料となっていた。仕事関連のストレスについて懸念を表明した経営者は 80%近くに達し、ほぼ 5 人に 1 人は暴力と嫌がらせを重大な懸念材料とみなしていた。こうした懸念にもかかわらず、このようなリスクに取り組むための手順を導入している事業者は 3 分の 1 に満たない⁸⁸。第 6 回「欧州作業条件調査」（EWCS, 2015）は、激務が広がっていることを確認している。EU 域内労働者の 36%は、厳しい納期に間に合わせるために「常時」または「ほぼ常時」プレッシャーの中で仕事を迫られている一方、猛スピードで仕事をこなしていると回答した労働者も 33%に上った。さらに、労働者のほぼ 6 人に 1 人

(16%) は、敵意のある社会的行動（身体的暴力、セクシャル・ハラスメント、いじめや嫌がらせ）を受けたことがあるとしている⁸⁹。

米州に関し、「第 1 回中米作業環境・労働衛生調査」（2012 年）によると⁹⁰、作業条件に関する懸念から、回答者の 10 人に 1 人以上が、恒常的なストレスや緊張を感じたり（12~16%）、悲しみや抑うつを感じたり（9~13%）、睡眠不足に陥ったり（13~19%）している。アルゼンチンでは、「第 1 回全国雇用・作業条件・労働環境衛生調査」（2009 年）で、労働者の 26.7%が、自らの仕事を過剰とみなし、精神的な負担を感じていると回答した⁹¹。ブラジルでは、事故や仕事関連の疾病による病欠状況について把握するための研究により、年間医療給付の 14%（男性は 9%、女性は 16.7%）が精神疾患によるものであることが明らかになった⁹²。カナダの第 3 回「全国仕事と生活のバランス調査」（2011 年）によると、回答者の 57%が大きなストレスを感じているが、この割合は 2001 年の前回調査の 54%、1991 年の前々回調査の 44%からいずれも上昇している。強い抑うつ感（36%）、睡眠時間の減少（31%）、大きな身体的不健康感（46%）を訴える回答者も、一貫して高い割合に達している。大きな生活上の満足を感じているという回答者の割合は、1991 年の 45%から 2011 年には 23%へと低下した。最後に、調査直前の 6 か月間に欠勤したことがある回答者は 4 分の 3 強（77%）に上っているが、その原因は主として健康障害（63%）および情緒的・精神的・身体的疲労（45%）にあった⁹³。第 7 回「全国作業条件調査」（2011 年）によると、チリでは、労働者の 27.9%と使用者の 13.8%が、社内にストレスと抑うつが存在すると回答した。しかし、過去数か月以内に、これら問題の予防への取り組みが実施されたと指摘したのは、使用者の 8.9%と労働者の 7%にすぎなかった⁹⁴。また、チリ安全協会（ACHS）は、2012 年に ACHS に報告があった職業病 4,059 件のうち 21%は、精神疾患に関連しているとしている⁹⁵。第 1 回「職業リスク一般制度に関する全国作業条件・労働衛生調査」（2007 年）によると、コロンビアでは、男性労働者の 24.7%と女性労働者の 28.4%が 10 段階評価（1 は「ほとんど、またはまったくストレスがない」、10 は「大量のストレスがある」）で、ストレスの水準を 7 から 10 としていた。また、この調査で心理社会的ハザードとして最も回答が多かった（約 50%）のは、カスタマーサービスの仕事と単調かつ反復的な仕事であり、以下、明確な責任の定義がないこと（33.4%）、職場での期待が恒常的に変化すること（18.4%）がこれに続く⁹⁶。Stress in America™ 調査（2015 年）では、米国の回答者が、ストレスの水準を 10 段階評価で 4.9 と評価している。最も回答が多かったストレス源としては、金銭（64%）、仕事（60%）、経済（49%）、家庭での責任（47%）および個人的な健康問題（46%）が挙げられる⁹⁷。

アジア太平洋地域では、オーストラリアの 2014 年「ストレスと福祉」調査回答者のほぼ半数（48%）が、健康的なライフスタイル維持に対する障壁として、仕事上の要請を挙げている。それまでの調査結果と同様、オーストラリア人の 7 割強（72%）は、現在のストレスが少なくとも、何らかの形で身体的健康に影響していると回答しており、現在のストレスが身体的健康に大きな、または非常に大きな影響を及ぼしていると回答した者もほぼ 5 人に 1 人（17%）に上っている⁹⁸。日本では「労働災害防止対策等重点調査」により、労働者の 32.4%が前年中に強い不安、懸念およびストレスを感じたことが明らかになっている⁹⁹。韓国で実施された第 1 回「韓国作業条件調査」（2006 年）によると、仕事関連のストレスが男性労働者の 18.4%と女性労働者の 15.1%に影響しており、しかも勤務時間や仕事の要請との関連性が強かった¹⁰⁰。第 2 回「韓国作業条件調査」（2010 年）を見ると、全体的な疲労感の割合が 2006 年の 17.8%から、2010 年には 26.7%へと上昇している。しかし、抑うつや不安の割合は 5.4%から 1.1%に低下しているほか、不眠または一般的な睡眠障害の割合も、5.7%から 2.3%と同様に低下している¹⁰¹。

アフリカとアラブ諸国については、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの蔓延率についても発生率についても、ほとんど情報を特定できない。アフリカで一般国民を対象に精神障害の検証を全国的に行っている調査事例は、わずか 2 件である。「南アフリカのストレスと健康」調査では、成人の代表サンプルを対象に、一般的な精神障害の 12 か月発生率および生涯発生率を検討しているほか、ガーナでは、女性の間での精神障害の全国的発生率に焦点を絞った代表的な調査が行われている（2009-2010 年）¹⁰²。しかし、どちらの調査にも仕事の観点は組み込まれていない。大規模な代表サンプルを用いた職業調査としては、南アフリカで公立学校を対象とした調査が行われているのみである¹⁰³。この調査のねらいは、自己申告による職務ストレスおよび仕事に対する満足度と、教育者の間でのストレス性疾患およびリスク要因との間の関係を探ることにある。調査結果によると、教育者のストレスは極めて高い水準に達している。仕事関連のストレスと、仕事に対する不満は、ほとんどのストレス性疾患（高血圧、心臓病、胃潰瘍、ぜんそく、精神的苦痛およびたばこやアルコールの乱用）と関連づけられている。

近年、仕事関連の自殺に対する関心が高まっているとはいえ、自殺のうち仕事関連のものがどれだけあるかについては、報告された自殺の原因に関するデータがないため、まだ実態が解明されていない。しかし、入手できるデータだけを見ても、事態は深刻である。いくつかの調査は、職務の特徴と労働者の自殺による死亡リスクを検討したうえで、金銭的問題（失業を含む）、軋轢（モビング、いじめ、嫌がらせを含む）、統制度と決定自由度の低さ、社会的支援の不足、心理社会的要請の大きさ、および、勤務時間の長さといった、仕事に起因する心理社会的リスクへの曝露を明らかにした¹⁰⁴。例えば、オーストラリアのある調査では、2000 年から 2007 年にかけてビクトリア州で発生した自殺のうち、17%が仕事関連であることを突き止めた¹⁰⁵。タイの国家公衆衛生統計によると、2007 年の現役世代の自殺率は 10 万人に 7 人と、全国平均の 5.95 人を上回っている¹⁰⁶。また、2007 年には、タイ健康増進財団の支援を受け、アサンプション大学（ABAC/AU）も調査を行っている。この調査によると、ストレスの水準は高まりを見せており、タイの労働者（単純労働者から事務員まで）のほぼ 10%は、生活の質の低さを苦にして自殺を考えたことがある。日雇い労働者の精神衛生水準は他の労働者集団よりも低い（スコアが低い）が、これはおそらく、その職と所得の不安定性によるものであろう¹⁰⁷。

労災補償の申請に関連する数字（自殺の原因が仕事にあることを認めている国に関し）を見ても、仕事関連の自殺発生率がある程度、把握できる。例えば、日本では仕事関連の自殺（「過労自殺」、すなわち働き過ぎとストレスの多い作業条件に起因する自殺）が社会問題化しており、1980 年代後半からは、これが労災保険によっても認定されている。こうした自殺は、長時間勤務や重い作業負荷、職務に対する統制力の欠如、型にはまった反復的な職務、対人関係の軋轢、不十分な報酬、雇用不安および組織的問題と関連づけられている。厚生労働省（厚労省）によると、日本における過労自殺の件数は増大傾向にある。1997 年から 2011 年にかけての 14 年間で、労災保険によって認定された過労自殺の件数は、2 件から 66 件に増えている¹⁰⁸。また、「自殺対策白書」（2012 年）によると、仕事関連の問題は、20 歳から 59 歳までの男性の自殺の 7.6%から 12.3%の原因となっている（日本人女性の 2 倍以上）¹⁰⁹。しかも、厚労省の「厚生労働白書：健康長寿社会の実現に向けて」（2014 年）によると、2013 年には、自殺が 20 代の死因の半数を占めており、そのうち約 40%が仕事関連の抑うつや苦痛を動機としている¹¹⁰。韓国では、1999 年から 2004 年にかけて、23 件の仕事関連の自殺が補償の対象となっているのに対し¹¹¹、フランスでは、2010-2011 年の 2 年度につき、149 件の請求が行われ、うち 43 件が補償認定を受けている¹¹²。

経済危機と景気の低迷に伴い、自殺率も上昇している。経済危機の公衆衛生への影響に関し、2009年に発表されたある調査は、1970年から2007年にかけて、EU加盟26か国における雇用状況の変化と死亡率との関係を検討した。その結果によると、失業率が1%上昇するごとに、65歳未満の自殺が0.79%増えている。また、失業率の上昇が3%を超えると、65歳未満の自殺件数が4.45%、アルコール乱用による死亡件数が28%と、それを上回る増大を示すことも判明した¹¹³。

ジェンダーの側面

女性と男性は異なる形でストレスに対応し、これを管理している。ジェンダーとストレスに関する調査のほとんどは、女性に関するものである。米国心理学会による *Stress in America* 調査（2010年）によると、女性と男性は身体的にも精神的にも、ストレスに対して異なる反応を示している。また、明らかに異なる形でストレスを管理しようとしたり、自分自身のストレス管理能力を考えたりしている。女性はストレスと関連づけられる身体的症状を訴えることが多い一方で、生活面では他者とのコミュニケーションやつながりを良く管理できており、これが女性のストレス管理戦略に貢献している。男性と女性が訴えるストレスの平均的水準が同様であっても、女性は男性に比し、ストレスの身体的、情緒的症状を訴え、ストレス水準が上がっていると回答することが多い。女性の中でも、既婚か独身かによって、ストレスの受け方が異なると見られる。男性は、ストレスが自分の健康に影響していることを認めたがらない傾向にある。また、女性に比べて、ストレスを管理する必要性をあまり強調せず、心理学者に対する信頼度が低いほか、ライフスタイルや行動を変えるための戦略を用いることも少ない。しかし、男性は女性に比し、高いストレス水準や、不健康なライフスタイルと行動に関連することが多い種類の身体的慢性疾患の診断を受けたことを報告する傾向にある¹¹⁴。こうした調査結果は、欧州諸国でのこれまでの調査結果を裏づけるとともに、ストレス管理における大きなジェンダーの差異を考慮する必要性を示唆している¹¹⁵。

過去1世紀で女性の労働参加率は大幅に上昇したものの、ILOによれば、女性の労働参加率は全体として、今でも男性を26%程度下回っているだけでなく、賃金のジェンダー格差は依然として20%を超え、その明確または急激な減少を示す証拠は一切存在しない¹¹⁶。しかも、ほとんどの社会では、女性が引き続き、炊事や掃除、育児など、無給の家事労働の主な責任を担っているため、雇用された場合の女性の負担は2倍になる。また、世帯を同じくする親族の事業所で働くなど、無給の家族労働者として働く人々の大半も女性である¹¹⁷。有給労働と無給労働の責任を共に担うことで、ストレスや抑うつ、疲労が生じることは多いため、所得が低く、社会的サービスや支援がない場合には、このことが特に大きな問題となりかねない。女性により頻繁に生じかねない特有の心理社会的ハザードとしては、(i) 家庭と職場で果たさねばならない二重の役割、(ii) 社会の中の性的役割と、社会的な期待による影響、(iii) 職場でのセクシャル・ハラスメントや家庭内暴力に遭うリスク、および、(iv) 低い賃金と厳しい職務要件に反映されるジェンダーに基づく差別が挙げられる¹¹⁸。

仕事関連のストレスとそれに伴う精神疾患の生産性への影響と経済的成本

仕事関連のストレスは、職場の生産性と経済一般にかなりの影響を及ぼす。仕事関連のストレスは、効率と精度の両面で、労働者の全般的な業績に深刻な悪影響をもたらしかねない¹¹⁹。仕事関連のストレスが組織的成果に与える影響に関する調査は、企業の生産性、競

争力および世間体に影響する関連の行動形態を数多く明らかにした。例えば、仕事関連のストレスを助長する劣悪な心理社会的作業環境は、労働者の健康と福祉に影響するだけでなく、常習的欠勤やプレゼンティーイズムのほか、モチベーションや満足度、コミットメントの減少、さらには離職率や離職意向の増大をもたらしかねない¹²⁰。これらはいずれも、人的、社会的、金銭的成本という点で、悪影響を及ぼすおそれがある。

アブセンティーイズム（常習的欠勤）は幅広く見られ、これに関連する企業と社会へのコストも大きい。古くから研究の対象となってきたが、プレゼンティーイズムに関する調査ははるかに少ない¹²¹。エビデンスによると、常習的欠勤は仕事関連のストレスと、作業負荷、職務の統制度、役割葛藤、努力・報酬不均衡、リーダーシップの質、交代制の仕事、キャリアアップの制限、および、職場での社会的関係（社会的支援の不足や、職場での暴力、いじめおよび差別を含む）と関連づけられる¹²²。プレゼンティーイズムに関する学術文献も、同じような調査結果を示しており、仕事関連のストレスが、常習的欠勤よりも、むしろプレゼンティーイズムの増大と強く関連づけられることを明らかにしている¹²³。賃金、病欠、出退勤管理、ダウンサイジング、生涯雇用、さらには職務設計（仕事の要請、調整の自由度、交代のしやすさ、チームワーク等）に関する組織の方針は、プレゼンティーイズムの助長要因となることが示唆されている。その他、プレゼンティーイズムの予知因子として特定されている心理社会的ハザードとしては、時間的なプレッシャー、不十分なリソース、および、不利な個人的金銭状況が挙げられる¹²⁴。さらに留意すべきは、プレゼンティーイズム自体がやがて、燃え尽きの原因になりかねないということである。事実、極度の疲労とプレゼンティーイズムには相互関係があることが分かっている。極度の疲労に陥った労働者は仕事の遅れを挽回しようと休まず働き続け、これが最終的に極度の疲労をさらに増大させることが示唆されている¹²⁵。

仕事に対する満足度、モチベーション、コミットメント、離職意向等、組織的成果に関連する心理社会的ハザードは古くから、個人と組織の業績指標として、学術書でも大きな関心と呼んできた。仕事に対する満足度は、労働者の健康と福祉、さらにはその業績にも影響する重要な要因となりうる¹²⁶。大規模な調査も中小の調査の結果を裏づけ、仕事に対する満足度が長時間勤務、仕事の要請、キャリアアップと昇進機会の欠如、職場での劣悪な関係、極度の情緒的疲労、燃え尽き、仕事と家庭の葛藤、いじめや嫌がらせといった心理社会的ハザードによって影響を受けるとともに、仕事関連のストレスによっても悪化するという事実を明らかにしている¹²⁷。また、仕事関連のストレスと仕事に対する不満足は、労働者のモチベーションとコミットメントにも悪影響を及ぼし、その離職意向を高める。エビデンスは、離職意向の高まりが過剰な作業負荷、仕事の要請の大きさ、職務統制の欠如、努力・報酬不均衡、劣悪な給与、職務の有意義感、職場の劣悪な人間関係と支援、いじめ、低い組織コミットメントおよび燃え尽きと関連づけられる¹²⁸。逆に、支援的な人間関係には、そのストレス感への影響を通じ、燃え尽きと離職意向を低下させる間接的な効果がある一方で、職務関連の意思疎通も離職意向に直接的影響を及ぼす¹²⁹。

関連の直接的、間接的成本は、ようやく定量化が始まったところである。それでも、一部の先進国は、仕事関連のストレスや、これに伴う行動パターンと精神疾患の経済的成本を検証している。例えば欧州では、仕事関連の抑うつによるコストは年間 6,170 億ユーロに上るが、この中には、常習的欠勤とプレゼンティーイズムの使用者に対するコスト（2,720 億ユーロ）、生産性の損失（2,420 億ユーロ）医療費（630 億ユーロ）および高度障害給付金の形での社会福祉コスト（390 億ユーロ）が含まれる¹³⁰。

国内レベルでは、オーストラリア労働安全局が 2008/2009 年、仕事関連のストレスがオーストラリアの社会に及ぼすコストを年間 53 億オーストラリアドルと試算している。この数字には、生産の非正常化に起因する経費と医療費が含まれている¹³¹。また、抑うつ問題は病欠とプレゼンティーイズムの結果として、オーストラリアの使用者に年間約 80 億ドルのコストを課しているが、この数字のうち、6 億 9,300 万オーストラリアドルは職務ストレスといじめによるものである¹³²。カナダでは、2011 年に実施されたある調査が、精神衛生問題による使用者のコスト負担を年間 200 億カナダドルと見積もっている¹³³。フランスでは、2007 年の職務ストレスによるコストが合計で 19 億ユーロから 30 億ユーロに上るものと見られているが、この中には医療（1 億 2,400 万~1 億 9,900 万ユーロ）、常習的欠勤（8 億 2,600~12 億 8,400 万ユーロ）、活動喪失（7 億 5,600 万~12 億 3,500 ユーロ）、早死による生産性損失（1 億 6,600 万~2 億 7,900 万ユーロ）のコストが含まれている¹³⁴。ドイツでは、2008 年の職務ストレスによる年間コストが 292 億ドル（予防、社会復帰、維持療法、投与等の直接費が 99 億ユーロ、就業不能、障害および早死により失われた勤務年数等の間接費が 193 億ユーロ）に上ると見られている¹³⁵。スペインでは、仕事に起因する精神・行動障害の直接医療費が 2010 年に 1 億 5,000 万ユーロから 3 億 7,200 万ユーロに達したものと見られている。同年には、仕事関連の精神疾患を理由とする病欠により、延べ 278 万日の勤務が失われ、1 億 7,096 万ユーロに相当する損失が生じた¹³⁶。英国の最新推計によると、仕事関連のストレス、抑うつまたは不安による損失は、990 万日に相当しているが、これは、2014/2015 年中に健康障害により失われた勤務時間全体の 43%に当たる¹³⁷。2007 年に英国のセインズベリー精神衛生センターが行った調査では、社員の精神障害により使用者が負担するコストが年間合計でほぼ 260 億ポンドと、労働者 1 人当たり 1,035 ポンド（常習的欠勤によるものが 335 ポンド、プレゼンティーイズムによるものが 605 ポンド、離職によるものが 95 ポンド）に達したものと見られている¹³⁸。

3. 仕事関連のストレスと職場での精神衛生に関する現行法枠組み

本章では、国際レベル、地域レベル、国レベルで、心理社会的リスク、仕事関連のストレス、および、精神的嫌がらせ等いくつかの関連する行動パターンに取り組む法的アプローチを取りまとめる。具体的には、心理社会的リスクの予防と労働者の精神衛生保護に関する拘束力のある法文書、仕事関連のストレスと精神障害の各国における職業病一覧表への掲載、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関する拘束力のない技術規格、ソーシャルパートナーにより採択された枠組協定と団体協約、および、この分野での労働監督の役割を概観する。

国際労働基準

労働安全衛生に関する ILO 基準に取り込まれた中心的価値観は、次の 3 つの主原則として表現されている。(i) 労働は安全かつ健康的な作業環境の中で行われるべきである。(ii) 作業条件は、労働者の福祉および人間としての尊厳と両立するものとすべきである。(iii) 労働は個人的成功、自己実現および社会奉仕の機会を与えるものとすべきである。特に、1981 年の職業上の安全および健康に関する中心的な ILO 条約（第 155 号）とその補足的勧告（第 164 号）は、労働者の身体的健康、精神衛生と福祉の保護をねらいとして、OSH（労働安全衛生）に関する一貫した国内政策と、その全国および職場レベルでの適用に向けた措置の採択、実施および見直しを定めている。この政策のねらいは、合理的に実践可能な限りにおいて、作業環境に内在するハザードの原因を最小限に減らし、労働者の身体的健康と精神衛生を保護できるようにすることにより、作業に起因するか、これに関連するか、または作業中に生じる事故や疾病を予防することとすべきである。また、この政策では、作業の重要要素と、これを実施または監督する人との間の関係、ならびに、機械、機材、勤務時間、作業の組織および作業プロセスの労働者の身体的・精神的能力への適応も考慮すべきである。

1985 年の職業衛生機関条約（第 161 号）とその補足的勧告（第 171 号）は、労働衛生機関の役割を、職場で最適な身体的・精神的健康を促進できるような形で、作業を労働者の能力に適応させることを含め、労使とその代表による安全かつ健康的な作業環境の確立および維持に向けた取り組みの支援に責任を有し、本質的に予防と助言の機能を果たす分野横断的サービスの提供と定めている。

2006 年の職業上の安全および健康促進枠組条約（第 187 号）とその補足的勧告（第 197 号）は、それまでの中心的な基準を補完し、全国レベルと企業レベルでの安全かつ健康的な作業環境に向けた政策の実施に責任を有する国家機構、関連機関などの要件と機能、ならびに、全国レベルで予防的な安全衛生文化を構築、維持するために講じるべき措置について定めている。

その他、心理社会的リスクと精神衛生の分野に関連しうる国際労働基準としては、機会と待遇の平等、勤務時間および夜間作業に関連するものが挙げられる。

地域的基準

社会心理的リスクと労働者の精神衛生保護の分野で、加盟国に対して法的拘束力を有する法文書を作成している地域機関はごくわずかである。

ラテンアメリカでは、南米南部共同市場（MERCOSUR）が 1998 年に「社会労働宣言」を採択したが、この中には、職場における健康と安全に関し、身体的・精神的健康の保護を求める労働者の権利を定める規定が盛り込まれているほか、加盟国は、職業上の事故や疾病を予防するため、OSH に関する政策とプログラムの策定、実施および更新を求められている¹³⁹。

2004 年には、アンデス共同体が「アンデス職場安全衛生協定」（決定第 584 号）を採択し、小地域内で労働者の安全衛生を保護するための法的枠組みを確立した。そのねらいは、職業上のリスク軽減に向けた基本原則を手始めに、アンデス共同体全加盟国の労働法の調和を図ることにある。協定は作業環境条件を、人間工学的、心理社会的要因に加え、作業の組織と管理を含め、労働者の安全と健康に対するリスクの生成に大きな影響を及ぼす要素、作用因子または要因と定義している。また、協定は労働衛生を、労働者の最大限の身体的、精神的および社会的福祉を推進、維持し、作業条件やリスク要因に起因する健康被害を予防し、労働者のスキルと能力に作業を適応させることをねらいとする公衆衛生部門と定義している。そして、加盟国が国内の OSH 制度において、作業に関連し、または作業中に生じる労働者の身体的および精神的完全性に対する害悪を予防するため、職場安全衛生の改善を推進すべきことを定めている。さらに、アンデス協定は使用者に対し、労働者の身体的・精神的健康状態を与件として、また、人間工学その他、各種心理社会的に関連する学問領域に配慮し、労働者の能力への作業の適応を含め、リスク予防のための包括的計画を策定するよう要求している¹⁴⁰。

EU においては、「労働安全衛生枠組指令」（89/391/EEC）が、加盟国内の OSH 実施を律している。指令は「仕事関連のストレス」にも「心理社会的リスク」にも明示的に触れていないが、使用者が作業関連のあらゆる側面において、労働者の健康と安全を確保すべきことを定めている。また、使用者に対し、特に職場の設計、作業機材の選択および作業・生産方法の選択に関し、作業を各個人に適応させるとともに、技術、作業の組織、作業条件、社会的関係、および、作業環境に関連する要因の影響を対象とする一貫した全般的予防方針を策定するよう要求している¹⁴¹。多くの EU 加盟国は、心理社会的ハザードにもストレスにも明示的に触れず、EU 枠組指令に準じた労働安全衛生法を維持しているが（ルクセンブルク、ポーランド、ルーマニア、スロベニア、スペイン等）、その一方で、OSH に取り組む際、心理社会的リスクまたは精神衛生に配慮する必要性に言及している国もある（オーストリア、デンマーク、エストニア、フィンランド、フランス、ギリシャ、イタリア、ノルウェー、スロバキア、スウェーデン等）。ディスプレイ画面機材を用いた作業に係る最低安全衛生要件に関する EU 指令（90/270/EEC）は「使用者は、ワークステーションの分析を行い、特に視力、身体的問題および精神的ストレスの問題に関し、それが労働者にもたらす安全衛生条件を評価するよう義務づけられる」と定めている¹⁴²。病院・医療部門における誤刺予防に関する EU 指令（2010/32/EC）は、この問題に関する労使間の枠組協定（同指令付属書として添付）を実施に移すものである¹⁴³。この指令は使用者に対し、心理社会的要因および作業組織を含め、労働者の作業に関連するあらゆる側面において、労働者の安全と健康を確保するよう要求している。また、使用者が包括的なリスク評価を行うとともに、技術、作業の組織、作業条件、社会心理的要因、および、作業環境に

関連するその他要因の影響を対象とする一貫性のある予防方針を策定することも定めている¹⁴⁴。その他、心理社会的要因の分野と関連性を有しうる EU 指令としては、勤務時間、平等な処遇および差別に照準を絞った指令が挙げられる。

国内法

心理社会的ハザードとリスク、仕事関連のストレス、および、労働者の精神衛生と福祉を対象とする法規制は、労働法、労働安全衛生法、具体的な OSH 規制、実施規則、技術規格、命令および団体協約に含まれることがある。多くの国内法枠組みでは、心理社会的ハザードやリスク、または、仕事関連のストレスへの言及がしばしば、非統一的かつ断片的な形で盛り込まれていることに留意すべきである。

職場における心理社会的リスクの認識と、関連法規制の策定において最も進んでいるのは、北欧諸国である。デンマーク作業環境法（1977 年）は、心理社会的作業環境に関連する諸側面を対象とする初法律となった。スウェーデンも同年、職場の心理社会的要因に関する規定を盛り込んだ作業環境法を採択した。同じく 1977 年に採択されたノルウェー作業環境法は、労働者に専門的能力の開発と自己開発の機会を与えるような形で、作業を組織するよう要求している。同法には 1995 年、いじめに関する規定も盛り込まれた¹⁴⁵。現行のノルウェー作業環境法（2005 年）には、労働者の完全性と尊厳を守るため、労働環境における心理社会的リスクの予防に関する具体的な要件が定められている¹⁴⁶。フィンランドでは 2003 年、労働安全衛生法に社会心理的作業環境に関する具体的な規定が盛り込まれた。この新法制定に伴い、心理社会的緊張、暴力、孤独な作業、いじめその他の不適切な行動に関する要件が数多く導入された。アイスランドでは、現行の作業環境法が 1980 年に採択されている。2003 年には、使用者が心理社会的作業環境の検証を含め、組織的な予防措置を講じるべき旨の要件を定める規定が追加された。2004 年には、いじめその他の不適切な行動に関する規定も盛り込まれている¹⁴⁷。

その他多くの国々も、これら分野に関する規定を次々に法規制に盛り込んでいる。

いくつかの国は、精神衛生と福祉の保護を、OSH 関連法令（アルジェリア、アルゼンチン、ベリーズ、ボリビア、コロンビア、コスタリカ、キューバ、ハイチ、ベネズエラ等）、または、OSH 機関の目的（カナダ、ドミニカ共和国等）に盛り込んでいる。一部の国では、精神衛生の保護が国の全国民に対する一般的義務（レソト等）または個人の権利（チリ、ペルー等）として、憲法に盛り込まれている。多くの国内法では、労働法もしくは労働安全衛生法（アンゴラ、アンティグア・バーブーダ、オーストラリア、バハマ、ドミニカ共和国、エクアドル、ガイアナ、モーリシャス、ニュージーランド、ニカラグア、フィリピン、スワジランド、タンザニア、タイ、トリニダード・トバゴ、ベネズエラ等）、または、労働衛生もしくは職業病医学の分野のねらい（バーレーン、エルサルバドル、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、タイ等）における「健康」、「疾病」または「傷害」の定義で、精神衛生または心理社会的福祉の保護に言及している。

労働安全衛生法規制で、心理社会的ハザードとリスクの詳細な法的定義を定めている国もある（エルサルバドル、エストニア、メキシコ、ペルー等）。例えば、メキシコの労働安全衛生法は心理社会的リスク要因（ハザード）を、職務機能、勤務時間、および、職場での衝撃的な暴力事件または暴力行為への曝露に関連する要因のうち、不安障害、睡眠障害および深刻なストレス状態をもたらしかねないものと定義している¹⁴⁸。エストニアの労働

安全衛生法によると、単調な作業または労働者の能力に合わない作業、劣悪な作業組織、長時間の孤独な作業その他、労働者の精神状態を徐々に変化させかねない類似の要因が心理社会的ハザードとなる¹⁴⁹。その他の国の OSH 規制の中には、生じつつあるリスクとして（エクアドル、ナイジェリア等）、または、一般的規定の中で将来的な研究の対象として（アルゼンチン、キューバ、米国等）、心理社会的ハザードに言及しているものがある。

心理社会的リスクに関する具体的な規制はあまり広がっておらず、これを起草している国もごくわずかである。例えば、職場における心理社会的リスクの予防に関するベルギー国王令（2014 年）は、心理社会的リスクを定義するとともに、採用すべき予防措置、予防・保護機関の役割、および、労働者の参加権を定めている¹⁵⁰。心理社会的ハザードのリスク評価と管理に関するコロンビア決議 2646（2008 年）は、職場における心理社会的ハザードへの曝露の恒常的な特定、評価、予防、介入および監視、ならびに、仕事関連のストレスに起因する疾病の原因判定に係る規則と責任を定めている¹⁵¹。

さまざまな国には、具体的なカテゴリーの労働者の精神衛生と福祉の保護を定める国内法規制がある。例えば、多くの国は若年労働者の精神的または道徳的完全性と育成を促進したり（アルジェリア、アンゴラ、ボツワナ、ブルガリア、ブルキナファソ、中央アフリカ共和国、チリ、キューバ、エクアドル、ハイチ、ヨルダン、モーリシャス、モザンビーク、ニカラグア、ペルー、ポルトガル、ソマリア、南アフリカ、チュニジア、トルクメニスタン、ウルグアイ等）、妊婦の労働者を精神的疲労や職務の緊張から守ったり（オーストリア、チェコ共和国、エストニア、ジョージア、イタリア、ルクセンブルク、ノルウェー、ルーマニア等）するための具体的な要件を設けている。

OSH 機関のねらいまたは機能の中で、または、労働者の健康監視の一環として、精神衛生または心理社会的要因に明示的に言及している国も多い（アルジェリア、アンゴラ、アルゼンチン、コスタリカ、ドイツ、日本、リビア、メキシコ、ナミビア、パラグアイ、セネガル、ベネズエラ、ザンビア等）。例えば、ナミビアでは OSH 機関の機能に、作業環境における身体的、科学的、生物的ハザードおよび心理社会的要因で、作業方法や作業組織など、労働者の健康に影響しかねないものの監視が含まれている¹⁵²。労働者が心理社会的に見て、要求される種類の仕事に適していることを確認するための雇用前検診との関連で、精神衛生に言及している国もある（アルゼンチン、バーレーン、キューバ、コロンビア、エジプト、オマーン、カタール等）。

使用者の責任と労働者の権利

いくつかの国では、精神衛生と福祉が労働者の権利として、または、安全な作業環境、作業条件および作業組織に係る責任を含む使用者の一般的義務として、労働安全衛生法で規定されている（アルジェリア、アンゴラ、ベナン、ブルキナファソ、ボリビア、コスタリカ、キューバ、デンマーク、赤道ギニア、エリトリア、エストニア、フィンランド、ホンジュラス、日本、韓国、メキシコ、モザンビーク、ノルウェー、ペルー、ソマリア、ベネズエラ、ザンビア等）。例えば、ベネズエラの労働法は、労働者がその潜在能力を開発できるよう、(a) その身体的、知的および道徳的育成、(b) 社会作業プロセスにおける訓練と知識共有、(c) 休息と娯楽のための時間、(d) 健康的な作業環境、(e) 職場での生命、健康および安全の保護、ならびに(f) あらゆる形態の嫌がらせの予防、および、これを回避するための措置の実施を確保することで、安全と尊厳のある条件下で作業を行うべきことを定めている¹⁵³。ブルキナファソの労働法によると、使用者は労働者に対し、その通常の身体的、

精神的および社会的育成、ならびに、その道德意識と市民の意識の独立性を促進する作業条件を提供するよう義務づけられている。使用者はこの趣旨で、休息、訓練、娯楽および社会生活のために十分な時間を労働者に与えなければならない¹⁵⁴。韓国の労働安全衛生法によると、使用者は、労働者の身体的疲労と精神的ストレスを緩和できる、快適な作業環境の創出を要求されている¹⁵⁵。

心理社会的リスク、仕事関連のストレス、精神的疲労または心理社会的作業負荷を予防、抑制する使用者の責任に言及する国内法規制もある（ブルガリア、コモロ、ドミニカ共和国、エルサルバドル、メキシコ、ナミビア、オランダ、韓国、トルクメニスタン、ウルグアイ等）。例えば、メキシコの新 OSH 規制法（2014 年）は使用者に対し、とりわけ職務の性質または勤務時間によって心理社会的リスク要素を提起する職務の特定と分析、心理社会的リスクを和らげるための適切な予防措置の採用、心理社会的リスクに晒された労働者を対象とする検診の実施、および、心理社会的リスクへの曝露により生じるおそれのある健康障害に関する情報提供を含め、心理社会的リスク要因への対策を講じるよう要求している¹⁵⁶。

加えて、各国の労働安全衛生法の中には、使用者に対して明示的に、心理社会的ハザードのリスクアセスメントを行うよう要求するものもある（オーストラリア、デンマーク、ドイツ、ハンガリー、イタリア、リトアニア、メキシコ、ペルー、スロバキア等）。例えば、イタリアの労働安全衛生法（2008 年命令第 81 号）は使用者に対し、リスクアセスメント・プロセスの一環として、仕事関連のストレスの評価を要求しているのに対し¹⁵⁷、リトアニアの使用者は、仕事関連のストレスの原因となる心理社会的要因を評価するとともに、心理社会的リスクから労働者を保護するか、かかるリスクをできるだけ最小限に抑えるよう要求されている¹⁵⁸。

対処行動に関連する規定を含む国内法もある。いくつかの国では、職場での薬物とアルコールの消費禁止が法律で定められているほか（アンゴラ、ベナン、ボリビア、チリ、コンゴ、ハイチ、ニジェール等）、ほとんどの国は職場での喫煙を禁じている。労働安全衛生法規制で、職場での健康増進を規定する国もわずかながらある。例えば、オマーンの OSH 規制は、健康的な食品と運動を奨励することによって不健康な習慣を最低限に抑えるため、職場で全体的な健康を支援しなければならないことを定め、喫煙禁止と労働者の禁煙を支援するプログラム、および、精神的に不安定な労働者の心理社会的健康と社会的統合の強化を盛り込んでいる¹⁵⁹。ベネズエラの労働法は、労働組合と使用者団体の機能の中に、腐敗、薬物と向精神薬の乱用その他、労働者の身体的健康と精神衛生に害悪を及ぼす習慣を追放するための啓発キャンペーンの実施を含めている¹⁶⁰。但し、職場での物質乱用（アルコールと薬物）に関する法規制と労働協約が、かかる行動の究極的な原因、その予防、または、作業組織が果たせる役割に関連しているとは限らないことに触れておく必要はあろう。

労働者が情報と訓練を受ける権利は、ほとんどの国で認識されているが、取り組むべき問題として、心理社会的リスク、仕事関連のストレスまたは精神衛生に具体的に言及している国はごく一部に過ぎない（エルサルバドル、ニジェール、ルワンダ、ベネズエラ等）。例えば、ニジェールの労働法は使用者に対し、生じつつある健康リスク（仕事関連のストレス、アルコールや薬物の消費、喫煙等）に対する意識を高め、労働者に情報と心理社会的支援を提供するよう要求している¹⁶¹。エルサルバドルでは、使用者が、(a) 単調な反復的作業による悪影響の極小化、(b) 有益で敬意のある労使関係と効果的なコミュニケーション

を育む手段の確立、(c) 作業組織の変革実施への労働者の巻き込み、(d) 暴力やセクシャル・ハラスメントの原因と影響に対する認識の向上、および、(e) 心理社会的リスク抑制のための全レベル、全分野での提案募集など、心理社会的リスクを予防、特定、解消または削減するために必要な措置を講じなければならない。使用者は、暴力と心理社会的リスクに関する訓練の提供と開発プログラムの策定により、この種のリスクの調査と早期発見のためのメカニズム確立、および、健康的な作業環境を整備するための人間中心型組織文化の育成に貢献する責任を負う¹⁶²。

職場での暴力

職場における精神的な嫌がらせや暴力の予防と管理は、この文脈で、労働者の福祉への影響に対する世論の認識が、是正措置や罰則に関する法規制の策定を促すきっかけとなった分野である。こうした法規制のほとんどは、1990 年代に成立した。かなりの数の国が、労働法、労働安全衛生法、具体的な規制、実施規則およびガイドライン、ならびに、特に対応または保護措置と罰則に関し刑法で、職場での暴力を取り上げている。まれな例として、ボリビアは、あらゆる形態の仕事関連の嫌がらせを憲法で取り上げている¹⁶³。

北欧諸国はすべて、職場でのいじめに取り組む法規制と指針を共に整備している。また、個人が安全な作業環境を求める権利を確保し、使用者にいじめの発生を予防するよう要求するとともに、申立てがあった場合、いじめに対する断固とした対応を確保する法規制を導入している¹⁶⁴。スウェーデンは 1993 年、モビング対策といじめ対策の法規制を導入し、労働者を身体的、精神的害悪から保護する初めての国となった¹⁶⁵。

職場での暴力に関する法規制を導入済みのほとんどの国で、労働者は心理社会的な嫌がらせまたはモラル・ハラスメントから保護されており、使用者は直接にも、その代表を介しても、労働者に精神的または道徳的な害悪を及ぼす侮辱的な行為を禁じられている（ボスニア・ヘルツェゴビナ、カナダ、コロンビア、コモロ、デンマーク、エクアドル、フィンランド、ドイツ、イタリア、ラトビア、オランダ、ニジェール、ノルウェー、パラグアイ、ポルトガル、ルワンダ、セーシェル、スロベニア、スーダン、スウェーデン、英国等）。ジェンダーを理由とする嫌がらせからの保護を盛り込んでいる国も多い（アルゼンチン、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルガリア、クロアチア、キプロス、エルサルバドル、ギリシャ、ハンガリー、メキシコ、ノルウェー、パキスタン、ルーマニア、ウクライナ等）。労働法が解雇を含む懲戒措置を定めているケースも多く見られる（コロンビア、ドミニカ共和国、グアテマラ、ホンジュラス、ヨルダン、モロッコ、パラグアイ、南アフリカ、チュニジア等）。

「職場における嫌がらせと暴力に関する EU 枠組協定」（2007 年）は、これら問題に対する労使とその代表の認識と理解を高めるとともに、これら問題の特定、管理および予防のための行動指向的枠組みを提供することをねらいとしている。欧州の労使は 2010 年、「仕事関連の第三者による暴力と嫌がらせに取り組むための多部門ガイドライン」も採択している¹⁶⁶。

仕事関連のストレスと精神障害の各国における職業病一覧表への掲載

各国が国の職業病リスト（一連の確立済み診断基準を伴うもの）を設ければ、職業病の認定と補償を促進することができる。大半の国では、職業病の届出が規定されており、国際基準または地域基準が援用されていることも多い。

ILO 条約第 155 号を補足する 2002 年の「職業病の一覧表に関する勧告」（第 194 号）は、勧告附属書に掲載される ILO 職業病一覧表を三者構成の専門家会議を通じて定期的に見直し、更新することを定めている。2010 年に更新された ILO 一覧表は、心的外傷後ストレス障害（PTSD）を含む精神・行動障害を掲載することにより、職場でのリスク要因への曝露と精神障害との直接の関連性が科学的に確認された（または、国内の条件と実践に適した方法で判定された）場合、その他類似の疾病が職業的原因を有するものとして認定される可能性を初めて作り出した。

ILO は、国際的な最新動向を把握し、今日の仕事の世界を反映する国際的参考資料に対する需要の高まりに対応するため、その職業病一覧表を定期的に改訂している。この一覧表は、職業病の疑いがある疾病の特定を容易にするとともに、各国による予防、報告、記録および対象労働者への補償に役立っている。定期的な見直しと更新のプロセスは、特に有益である。一覧表にある「未決項目」は、新たな疾病の認識を可能にするものであるが、これは衛生学者や医師のほか、使用者、労働者、国家当局による積極的な貢献に依存している。ILO は技術諮問・相談サービスを通じ、各国における職業病一覧表の作成と更新に関する援助を数か国に提供しているほか（ベルギー、カナダ、中国、エジプト、ドイツ、グレナダ、インド、イタリア、メキシコ、英国等）、地域レベルでも EU とカリブ共同体（CARICOM）を支援している。

EU 諸国は、欧州委員会勧告第 2003/670/EC 号に基づき定められた欧州職業病一覧表に従う傾向にある。2013 年に欧州委員会が発表したある報告書は、EU 加盟国と欧州経済領域（EEA）／欧州自由貿易連合（EFTA）諸国における職業病に関する状況を審査している¹⁶⁷。精神障害およびストレス関連の障害が国の職業病一覧表に掲載されている EU 加盟国は、デンマーク（PTSD）、ハンガリー（心理社会的要因による疾病）、イタリア（PTSD、および、不安、抑うつ、行動障害または情動障害等の慢性適応障害）、ラトビア（過重負担に起因する疾病、および、神経症）、リトアニア（ストレスによる職業病）、オランダ（職業上のストレス関連の障害と燃え尽き、職務関連の抑うつ、PTSD、アルコール中毒）、ルーマニア（精神科病棟での精神病患者の長期的ケアに起因する神経症）であるが、フィンランドでは、精神障害と行動障害が国の障害者登録簿（F:ICD-10）とその開放型制度でカバーされている。仕事関連の精神障害はスウェーデンの開放型制度のほか、ベルギー、デンマーク（PTSD 以外のストレス関連障害に関し）およびフランス等、その他 EU 加盟数か国の補完的制度でも補償の対象となる¹⁶⁸。

米州では、多くの国がその職業病一覧表に、精神疾患またはいくつかの具体的な関連障害を含めている。具体的な例としては、アルゼンチン（PTSD、神経症、パラノイアおよび心因性うつ病）、ブラジル（ストレス、PTSD、睡眠障害および燃え尽き）、チリ（適応障害、不安障害、反応性うつ病、身体的不調、慢性痛等、異なる臨床症状を伴い、就業不能をもたらす神経症、および、精神的緊張のリスクを伴う仕事関連の神経症）、コロンビア（不安や抑うつ状態、非器質性睡眠障害、燃え尽き、PTSD のほか、心筋梗塞、動脈性高血圧、虚血、消化性潰瘍、胃潰瘍、過敏性腸症候群等、仕事関連のストレスに起因する病理）、メキシコ（神経症）、ニカラグア（神経症、不眠症および疲労）、および、ベネズエラ（仕事関連のストレス、仕事関連の疲労、燃え尽き、モビング症候群および非器質性睡眠

障害）が挙げられる。エクアドルとパラグアイは、ILO の半開放型職業病一覧表を採用し、精神障害、行動障害、PTSD その他、作業活動に起因するリスク要因への曝露と、労働者が罹患した精神・行動障害との間に直接的関連性が認められる場合の精神または行動障害を認識している。

アジア太平洋地域では、韓国とマレーシアが、国の職業病一覧表に精神障害を含めている一方、ニュージーランドの労働者災害補償法は、性的暴力に起因する精神的損傷を対象に含めている。シンガポールでは、PTSD のほか、長時間勤務または仕事関連のストレスと関連づけられる一定の心臓発作のケースについても、補償請求が行われている。日本では1999 年以来、仕事関連の精神健康障害について労災補償が行われているほか、労働法は過労死と過労自殺につき、これによって死亡した労働者の家族に補償を認める際の基準を盛り込んでいる¹⁶⁹。

アフリカとアラブ諸国のほとんどは、国の職業病一覧表にストレスも、関連の精神障害も含めていない。しかし、労働者災害補償法がいくつかの精神障害を認定していることがあり、例えばナイジェリアでは、障害に起因しない精神的ストレス（但し、特有の基準で定義されるもの）が補償対象となっているほか、シリア・アラブ共和国では、「労災の原因としてのストレスに関する決定」により、精神的なものか身体的なものかに関わらず、ストレスに起因する労災について社会保障給付が支給されるようになっている¹⁷⁰。

心理社会的リスクの予防と管理に関する拘束力のない技術基準

政府が認識する拘束力を持たない技術基準、行動規範および協定書もまた、この分野での協調的行動を推進するうえで、重要な役割を果たしうる。多くの国では、当局が心理社会的リスクに取り組むため、技術的基準や自主的ガイドライン、実施規則その他、この分野で一般的な OSH 原則をどのように適用すべきかに関する指針を含め、拘束力のない解決策を実施している。一部の当局は、評価と是正措置を義務づけるよりも、その実施方法を提示する道を選んでいる。心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関する拘束力を持たない国内基準は、さほど頻繁に導入されていないが、世界的に見て、下記の点は特筆に値する。

英国規格協会（BSI）は、心理社会的リスク管理に関する英国公開仕様書（PAS）「PAS2010: 2011 職場における心理社会的リスクの管理に関する指針」を策定している。この PAS のねらいは、(i) 職員その他、その活動と関連づけられる心理社会的ハザードに晒されかねない関係者に対するリスクを廃絶するか、最低限に抑えるため、心理社会的リスク管理に関する戦略とプロセスを確立する、(ii) 心理社会的リスク管理のプロセスと関連の実践を履行、維持するとともに、これを継続的に改善する、(iii) 定められた OSH および心理社会的リスク方針への適合を確保するための、組織と企業による活動を支援することにある¹⁷¹。

カナダ規格協会（CSA）グループとケベック州標準局は 2013 年、「職場における心理社会的衛生と安全に関する国家規格：予防、推進および段階的实施指針」（CAN/CSA-Z1003-13/BNQ9700-803/2013）を発表した。これは、職場における心理社会的衛生安全を対象とする初の国家規格であり、単なる指針的規格である PAS1010 とは対照的に、監査が可能である。このカナダ基準はその他の現行基準とも整合している。この基準の特異な点は、その主な構成要素の策定と実施を支援するための附属書がいくつか含まれていることにある。

実施モデル、中小企業および大企業向けのシナリオ、監査ツール、ならびに、その他いくつかの資料や参考文書も提供されている¹⁷²。

ソーシャルパートナー間協定

ILO によれば、法令のほか、法的効力が付与される仲裁裁定書や労働協約も法的規定に含まれる（1947 年の労働監督条約〈第 81 号〉第 27 条）。1951 年の ILO の労働協約勧告（第 91 号）は労働協約を、使用者、使用者の団体、または、一もしくは二以上の使用者団体と、一もしくは二以上の代表的労働者団体、または、このような団体が存在しない場合には、国内の法令に従って労働者によって正当に選挙され、かつ授権された労働者の代表との間に締結される労働条件および雇用条項に関する書面によるすべての協約と定義している。労働協約は、国内法で定められた最低基準を遵守するとともに、これを補完したり、交渉で代表される労働者の利益となるように、これをさらに進めたりする。よって、労働協約は当該国の法律で確立された要件をさらに厳しくするのみであり、こうした労働協約によって、拘束力を有する使用者と労働者の義務が引き下げられることはない。

EU のレベルでは、欧州社会対話枠組みにおけるソーシャルパートナーの対応がこれまで、心理社会的問題と仕事関連のストレスの関連性を認識するうえで、重要な役割を果たし、育児休暇（1996 年）、パート労働（1997 年）および有期契約（1999 年）等の側面につき、数多くの協定を成立させてきた（閣僚理事会により採択され、現在は EU 法の一部を構成）。ソーシャルパートナーはまた、在宅勤務（2002 年）、仕事関連のストレス（2004 年）、職場での嫌がらせと暴力（2007 年）、および、仕事関連の第三者の暴力と嫌がらせ（2010 年）に関する枠組協定も締結している。

「仕事関連のストレスに関する EU 枠組協定」によると、仕事関連のストレスの原因となる要因は、全般的なリスク評価プロセスで取り組むことができる。集団的、個別的な対策がともに可能である。また、ストレス要因の特定に焦点を絞った具体的な措置の形態を取ることでもできれば、予防措置と対応措置の両方を含む統合的ストレス対策の一部として導入することもできる。適切な措置を判定する責任は使用者にあるが、これらの措置は労働者またはその代表の参加のもとに実施すべきである。枠組協定を出発点として、教育、中央行政、民間警備、建設、電力の関連 5 部門についても、EU レベルでの社会対話が開始している。

EU 数か国では、枠組協定に沿う形で、国内レベルの協定が仕事関連のストレスと心理社会的リスクに関する交渉の枠組みを定めている。例えば、ルクセンブルクとオランダでは、仕事関連のストレスに関する協定に基づく三者間の包括的な行動志向型枠組みが、企業レベルでの交渉に向けた提言として採択されている。フィンランドとスウェーデンのソーシャルパートナーは、これら問題に関する部門別、企業別の団体交渉その他共同活動に向けた合同ガイドラインに合意している。スペインでは、最も代表的な労働組合と使用者団体が「団体交渉のための労組・使用者連盟協定」（AINC、2005 年および 2007 年）に仕事関連のストレスを盛り込み、署名した加入組織に対し、団体交渉向けの提言と優先課題を提供している¹⁷³。

国家レベルで労働協約が締結され、署名団体とその構成員の権利と義務を確立している国としては、デンマーク（公共部門）、フランス（銀行部門、電力ガス、通信、社会経済、石油業界、医薬品業界および農業協同組合）、ギリシャ（産業間）、イタリア（連盟間）、

スウェーデン（地方自治体）およびルーマニア（産業間）が挙げられる。ベルギーの労使は、仕事関連のストレスに関する EU 協定の発効に先立ち、「仕事に起因するストレス予防の管理に関する全国労働協議会」の枠内で、産業横断的労働協約を採択している¹⁷⁴。ドイツでは、官民銀行部門の労働協約に、現実的な目標、自律性および包括的リスク分析を含む精神的緊張軽減措置の導入を企業に呼びかける共同宣言が含まれている（2010 年）¹⁷⁵。

フランスは、社会対話を通じた仕事関連のストレス対策枠組み導入の好例となっている。2008 年 7 月、フランスのソーシャルパートナーはすべて、仕事関連のストレスに関する全国職種間協定に署名したが、これは 2009 年に拡大された。2007 年に自動車業界で相次いだ労働者の自殺に対する関心の高まりを受けて成立したこの協定は、国内での団体交渉の増加に貢献した。協定はストレスの概念を定義するとともに、使用者に対し、これを予防するための適切な措置について決定を下すよう要求した。労使は 2013 年、「作業生活の質に関する協定」に署名した¹⁷⁶。

労働監督

1947 年の ILO 労働監督条約（第 81 号）によると、労働監督制度の主な機能は、(i) 作業条件と勤務中の労働者の保護に関する法規定の執行を確保すること、および、(ii) 使用者と労働者に対し、法規定を遵守する最も効果的な手段に関する技術的情報と助言を提供することとすべきである。こうした活動は、積極策としても対応策としても行うことができる。積極的活動とは、監督官が予防目的を持って実施するものであり、情報提供や教育、および、使用者が講じるべき保護・予防措置に関するインプットの監視が主となる。対応的活動とは、苦情申立て、仕事関連の傷害その他の事象の調査を含め、監督官ができる限り早期に取り組むべき具体的な申立て、警告または問題に焦点を絞ったものである。労働監督機関は心理社会的リスクに関し、関連の規定が国内法に反映されている場合、その評価の欠如、または、その予防もしくは削減のための措置に係る明示的な申立てを受けることがある。しかし、暴力や疲労、勤務時間、過剰な作業負荷、頻繁な変更、陰悪な雰囲気または不快な環境に関するもの等、これらリスクに默示的に関連する申立てを受けることも珍しくない。対応的調査はその他、労働者の自殺、常習的欠勤または争議の多発、労働監督機関に対するその他の警告または通知等、例外的な事象によって開始されることもある。こうした場合には、心理社会的リスクに対して予防的アプローチを採用することも適切である。監督官は、特定されたリスクを解消または緩和し、将来的な発生を回避するため、使用者が講じたりリスク評価・管理措置をチェックすべきである¹⁷⁷。

労働監督機関と OSH 当局は心理社会的リスク評価に関し、労働監督官向けのガイドラインやツール、キャンペーンをますます多く開発するようになっている。EU レベルでは、上級労働監督官委員会（SLIC）が 2012 年、心理社会的リスクに関するキャンペーンを推進し、心理社会的リスク評価のためのツールキットを開発したが、これは EU 加盟 26 か国とアイスランドでの調査で用いられている。キャンペーン期間中には、特に社会医療を含む医療部門（官民双方）、サービス部門（ホテル、飲食店等）および輸送部門で計 1 万 3,508 件の調査が行われた。

国内レベルで見ると、労働監督機関による作業条件のリスク評価に初めて心理社会リスクを含めた国々の中には、北欧諸国が含まれている。デンマークでは、OSH 法の遵守確保を担当するデンマーク労働環境機関（DWEA）が 1990 年前半から、心理社会的作業環境に焦点を絞った調査を実施している。DWEA は幅広い監督キャンペーンの一環として、人間工

学的リスクと心理社会的リスクを中心に、大きな健康上、安全上の課題を抱えている可能性のある部門の企業を対象に、特別集中調査プログラムを実施した。DWEA はまた、監督官による心理社会的ハザードのリスク評価を支援するため、24 の部門別指針ツールも策定し、そのアプローチの標準化を図っている¹⁷⁸。フィンランドでは「バルメリ・アンケート」を受け、公認監督官が職場調査を実施しているが、この調査では、該当する職務に関する労働者の能力、訓練および情報を超える作業のペースまたは負荷、援助と支援、暴力や嫌がらせといった側面、労働者の意見が考慮されているか否かといった、心理社会的リスクが対象とされている¹⁷⁹。ノルウェーでは、労働監督機関がソーシャルパートナーとの協力により、仕事関連のストレスに関するパンフレットを発行しているほか、「仕事と職場の組織および形態」に関するガイドラインでも、仕事関連のストレスを取り扱っている。さらに、デンマーク、フィンランド、ノルウェーおよびスウェーデンでは、新規採用の監督官全員が、心理社会的作業環境に関する基本的な初任者訓練（理論と実践を含む）の修了を義務づけられている¹⁸⁰。

その他数か国の労働監督機関も近年、監督官による心理社会的リスクへの対応を支援する指針やモデルを開発している。例えば、オーストラリアでは、クイーンズランド州が 2004 年から、労働監督戦略に社会心理的リスクを盛り込んでいる。当初の活動は主として対応的であり、嫌がらせの申立てへの対応手順が策定されていた。2006 年、心理社会的調査を担当する監督官は、心理社会的問題が主として嫌がらせに関するものであるという先入観と闘うため、職場でのストレスに取り組むプログラムを開発した。フィールド調査を担当する監督官向けのツールとして、職業上のストレスに関する 4 つの情報シートが作成されている。また、これら監督官は、報告されたストレス事故を選別する 8 つのリスク要因をカバーするモデルのほか、公共部門でのストレスに関する啓発キャンペーンも開発しているが、その目的は、ストレス事故の通知について組織を教育するとともに、職場でのストレスに取り組む能力を育成することにある。さらに最近では、心理社会的リスクに関する監督官の活動の焦点が拡大され、職場での嫌がらせ、職業上のストレス、疲労、設計における認知的問題、安全の文化、安全行動という 6 つの一般的領域が含まれるようになった¹⁸¹。

オーストラリアでは、心理社会的リスクに関する法改正に伴い、リスク評価と予防措置が正しく実施されているかどうかを労働監督官が評価する際の一助として、労働監督官が何の監視とどのような支援の提供を期待されているかを説明し、かかるリスク評価のための概要表と評価基準カタログを提供する手引書が作成された¹⁸²。フランスでは、労働監督機関が事故件数、病欠日数、訓練、超過勤務、シフトと勤務日の変更、懲戒処分、苦情または申告の頻度等、ストレスの潜在的指標を収集し、監督官が職場における心理社会的リスクを特定する際の支援として、数件のチェックリストを策定した¹⁸³。ドイツでは、連邦諸州の労働監督政策の調整を担当する各州の労働安全衛生及び安全技術に関する委員会（LASI）が、心理社会的リスクに関する一般的ガイドラインを採択している。その中には、チェックリストを通じ、企業が実施したリスク評価の適切性を検定するためのモデルが含まれているが、このチェックリストの大見出しは、(i) 作業と職務の内容、(ii) 作業の組織、(iii) 社会的関係の 3 つとなっている。また、監督官は、常習的欠勤率、作業プロセスから得られたエビデンス（ミスや苦情）、労働者の健康と福祉（アルコール問題、興奮性、一時解雇等）、人間関係（軋轢、嫌がらせ、暴力）など、ストレスの潜在的原因の指標も分析するよう要求されている¹⁸⁴。オランダでは、心理社会的リスクに関する労働監督が、専門の監督官による職場での心理社会的リスクの直接的検証に基づき行われている。この検証は、仕事関連のストレス症状に関する 12 の質問項目からなる基本的アンケート、または、スト

レス症状に関し 24 問、心理社会的リスクに関し 14 問、健康問題に関し 21 問、常習的欠勤に関し 2 問の質問項目からなる詳細アンケートを用いて行われる¹⁸⁵。スペインでは、「職場でのいじめと暴力に関する労働監督官向け実施規則」（69/2009）が、職場での嫌がらせと暴力に取り組むための具体策を定めている¹⁸⁶。英国では、仕事関連のストレスが大きいと見られる部門（医療、行政、教育、金融部門等）に焦点を絞りながら、予防的、積極的な形で心理社会的リスクの調査が行われている。監督官による心理社会的リスクの評価を支援するため、安全衛生庁（HSE）は「仕事関連のストレスに関する調査パック」その他、ストレス・リスク管理プロセスの各段階における監督官のニーズを記した資料とともに、企業のストレス管理状況の最終的指標を策定している¹⁸⁷。

4. 心理社会的ハザードとリスクの予防・管理戦略

本章では、仕事関連のストレスの予防と、労働者の精神衛生促進に最も関係の深いイニシアチブ、戦略および行動を取りまとめる。これらは国際機関、地域機関、各国当局、ソーシャルパートナーおよび OSH 専門職員のネットワークや団体を含む、様々な社会的主体によって開発されたものである。いくつかの国際機関と地域機関は、精神衛生の保護をそのアジェンダに取り入れている。

個別的、集団的な心理社会的リスクとストレス水準の評価をねらいとして、数多くの測定ツール（主としてアンケート調査に基づくもの）が開発されている（附属書 1 表 1.1. の一覧を参照）。また、労使双方による仕事関連のストレスの予防と管理を支援するため、幅広い管理ツール（ガイドライン、オンライン・プラットフォーム、情報シートその他の資料を含む）も開発されている（かかるツールについては、附属書 1 表 1.2 の一覧を参照）。

国際機関

心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防は、職場での健康増進という国際労働機関（ILO）の主要目標の重要な側面である。この分野における ILO の施策は、国家と企業のレベルで実施されており、ILO の加盟国支援のインパクトを最大限に高めるため、政府や使用者、労働者が利用できる必須のツールも開発されている。ILO は、職場における精神衛生上の懸念に取り組むため、2 つの補足的ツールを開発した。「職場におけるストレス予防チェックポイント」は、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防に向けた職場改善に焦点を絞り、チェックリストと一連のガイドラインを用いた監査と介入を行うための好事例に基づく人間工学ツールである¹⁸⁸。訓練パッケージ「SOLVE：職場政策への健康増進の統合」は、統合的な対応を可能にする OSH 政策設計と行動を通じ、職場での健康と福祉を推進することを主眼としているが、その取り組みの対象となるのは、(i) 社会心理的健康（ストレス、精神的・身体的暴力、経済的ストレス）、(ii) 潜在的な中毒とその職場への影響（喫煙と二次喫煙、アルコールと薬物の消費）、(iii) 生活習慣（適切な栄養、運動または身体的活動、健康的な睡眠、HIV とエイズの予防）の各分野と、その相互作用である¹⁸⁹。この訓練ツールは、ILO 構成主体、NGO および大学との連携により、世界各地域で実施されているプログラムの一部である。このプログラムは、特に各国政府と労使代表団体の密接な関与を通じ、職場と国家レベルでの行動を促す大きな刺激となった。本報告書との関連では、「職場におけるアルコール・薬物関連問題の管理」に関する実施規則、ならびに、OSH 戦略に欠かせない要素として、心理社会的ハザードとリスクの管理、および、仕事関連のストレスの予防を支援する全般的な健康増進戦略の一環としての技術協力活動を通じた国家および企業レベルでの薬物・アルコール乱用の予防に向けたモデル・プログラムの適応と実施にも触れておく必要がある¹⁹⁰。

ILO のほか、世界保健機関（WHO）、国際社会保障協会（ISSA）、経済協力開発機構（OECD）、世界銀行および世界経済フォーラム（WEF）をはじめとする数多くの国際機関も、具体的イニシアチブの開発と実施を含め、心理社会的ハザードの予防と管理、および、研究とアドボカシーを通じた職場における精神衛生の推進の分野で活動している。

WHO は、研究所やガイドライン、ツールその他の資料の発表を通じ、心理社会的リスクの予防に貢献している。労働衛生に関する WHO の活動を律するのは「労働者の健康に関

するグローバル行動計画 2008-2017」である。この計画は「職場での健康を保護、増進するための」具体的行動を定めるとともに、「職場における健康リスクの評価と管理は、作業環境における機械的、身体的、科学的、生物的、心理社会的リスクの予防と管理に不可欠な介入を定めることにより改善すべき」だと明言している¹⁹¹。WHO は 2010 年 4 月、全労働者の健康、安全および福祉の推進、ならびに、職場の持続可能性に関する指針の提供をねらいとして「健康的な職場のためのグローバル枠組み」を発表した¹⁹²。この枠組みによると、心理社会的作業環境には組織文化のほか、職場における態度、価値観、信条および日常的実践で、労働者の精神的、身体的福祉に影響するものが含まれる¹⁹³。WHO はまた、数多くの刊行物を通じ、心理社会的リスクと仕事関連のストレスにどう取り組むべきかに関する指針も策定している。具体的には、「作業組織とストレス」（2003 年）、「職場での嫌がらせに対する意識の向上」（2003 年）および「開発途上国における職場でのストレスに対する意識の向上：従来型の作業環境における現代的なハザード」（2007 年）が挙げられる。また、「PRIMA-EF：心理社会的リスク管理に関する欧州枠組み－労使代表向け資料」（2008 年）の作成も支援している。WHO は 2008 年、特に低中所得国において、精神障害、神経障害および物質使用障害に陥った人々に対するケアの不足に取り組むため、「精神衛生ギャップ対策プログラム（mhGAP）」を発表した。2013 年には、第 66 回世界保健総会が「包括的精神衛生行動計画 2013-2020」を採択しているが、そのねらいは、(i) 精神衛生関連の効果的なリーダーシップとガバナンスを強化すること、(ii) 地域密着型の環境で、包括的かつ統合的に対応力のある精神衛生・社会医療サービスを提供すること、(iii) 精神衛生分野で推進・予防戦略を実施すること、ならびに、(iv) 精神衛生に関する情報システム、エビデンスおよび研究を強化することにある¹⁹⁴。

積極的かつ予防的な社会保障は、ISSA のビジョンを支える柱のひとつである。ISSA は、過去数十年間にわたる予防への取り組みで、多くのプラスの成果が見られているものの、予防の複雑性を高める心理社会的要因の蔓延等、労働者の健康に対する課題は数多く残っていることを認識し、健康と安全の推進にあたって、社会保障機関によりホリスティックな（心身両面から全体的な）アプローチの採用を求めている¹⁹⁵。

OECD は、労働者の精神疾患への取り組みが、OECD 諸国の労働市場と社会政策の成功にカギを握る問題であることを認識している。OECD 「精神衛生と仕事プロジェクト」は、多くの OECD 諸国の教育、医療、社会・労働市場政策の分野において、職場での精神衛生に関する全般的な課題にどのような取り組みが行われているかを検討した。報告書「仕事上の病気：精神衛生と仕事に関する神話と現実」（2012 年）は、OECD 諸国における精神疾患の総費用を GDP の 3.5%と程度と試算し、精神疾患を抱える人々の雇用を続けるか、労働市場外にいる人々を再び取り込む必要性を明らかにした。報告書によると、不安や抑うつ等、軽度から中度の障害を抱える人々が失業する可能性は 2 倍に上り、貧困と社会的疎外の中で暮らすリスクもはるかに高くなっている。OECD 諸国政府は、現役世代の精神疾患に取り組むことが、労働市場と社会政策においてカギを握る問題になってきたという認識を強めている¹⁹⁶。同報告書（OECD 「職場における精神衛生」シリーズの一環）には、「職場における精神衛生国別報告書」（オーストラリア、ベルギー、デンマーク、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイスおよび英国）、ならびに、地域横断的報告書「最適な精神と最適な職：精神衛生と仕事に関するエビデンスを实践へ」（2015 年）も添付されている。その他、このテーマに関する妥当な OECD 文書としては、「精神衛生と仕事：統合が進んだ政策とサービス実施の達成」に関するワーキングペーパー（2014 年）、および、精神衛生と仕事に関する OECD ハイレベル政策フォーラムで採択された「精神衛生政策枠組み」に関する報告書（2015 年）が挙げられる。

世界銀行はその活動領域に、開発上の懸念としての精神衛生と心理社会的健康の増進、認識および理解を含めている。その取り組みの中心となるのは、より長期的な政策、戦略、計画および資料の策定への精神衛生と心理社会的健康の統合確保である。世界開発報告 2015「心・社会・行動」は、心理社会的・社会的影響のより幅広い検討に基づく新たな一連の開発アプローチの前進を支援できる研究者と実務者に対し、指針を提供することをねらいとしている¹⁹⁷。

WEF は、官民協力を推進する独立の国際機関であると同時に、企業、政府および市民社会のリーダー間の対話の場でもある。WEF の「福祉と精神衛生に関するグローバル・アジェンダ協議会」は、精神衛生の重大性、精神障害の蔓延率および負担に対する認識を高め、精神衛生と福祉の充実が企業と社会にとって利益をもたらすことを主張し、年次報告で進捗状況を報告することにより、精神衛生をグローバル・レベルでの健康と開発のアジェンダに組み入れようとしている。WEF はさらに、精神衛生、作業条件、ジェンダーの平等その他を含むいくつかのテーマに関し、一連の研究報告書を作成している¹⁹⁸。

地域機関

特定地域の政府間で協力と政治的・経済的統合または対話を促進するため、数多くの地域機関が設立されている。その中には、各国の活動を地域レベルで統合または調整することをねらいとして、精神衛生と福祉の推進、および、ストレスと関連障害の予防に関する政策を採択しているものもある。

アフリカ大陸では、南部アフリカ開発共同体（SADC）が「健康に関する議定書」（2004年）を採択しているが、これによると、加盟国は、健康増進と教育、健康的なライフスタイル、物質乱用の削減に関する政策の実施とガイドラインの提供により、疾病を予防し、福祉を推進するための取り組みを調整すべきだとされている。議定書はまた、精神衛生に関する法律の策定、地域的訓練ガイドライン、および、精神衛生サービスの一次医療への統合のほか、精神障害者の尊厳と人権を尊重する適切な治療とケアの提供、支援的な地域ケア・サービスと施設の開発、および、費用効果的な文化別の精神衛生研究も求めている¹⁹⁹。

湾岸協力理事会（GCC）の保健担当大臣執行委員会は、精神衛生、労働衛生、たばこ対策および非伝染性疾病的の予防を対象に、数多くの技術的プログラムを開発している。また、アラブ諸国連盟が 2004 年に採択した「アラブ人権憲章」は、各人が到達可能な最高水準の身体的、精神的健康を享受する権利を認めている。また、各労働者には、公正で望ましい作業条件（適切な報酬、勤務時間、休息と休暇、労働安全衛生の保全、男女の差別禁止、職場での女性、若年労働者および障害者の保護を含む）を求める権利があることも明示している²⁰⁰。

アジア太平洋地域では、東南アジア諸国連合（ASEAN）が「健康的な ASEAN ライフスタイルに関する地域行動計画」（2002-2020）を採択しているが、その目的は、ASEAN 域内の市民がその価値観、信条および文化と整合する健康的な生活を支援的な環境の中で送れるようにすることにある。行動計画で定められた戦略には、飲食や身体的活動、喫煙、アルコールと物質の乱用、性行動、ストレスへの対処、セルフケア、作業、他者のケア、ならびに、家庭、職場その他環境の質と安全など、日常的な暮らしの様々な活動を結び付け

る健康的な行動に関する教育に対する公共医療サービス、学校および職場の貢献の強化が含まれている。「健康的な ASEAN ライフスタイル推進に関する作業プログラム」は加盟国に対し、適切なパートナーとの連携を図りつつ、社会参加を推進し、差別を最低限に抑え、経済的機会、作業環境およびライフスタイルを強化するとともに、健康的な職場イニシアチブの採択を推進するようなかたちで協力し、精神衛生とライフスタイルを含む優先的政策分野で、直ちに行動するよう呼びかけている²⁰¹。南アジア地域協力連合（SAARC）は「公衆衛生課題に関するデリー宣言」（2015 年）を採択した。宣言に署名した加盟国の保健担当大臣は、多面的アプローチを通じた精神障害対策に関する協力に合意した²⁰²。

米州では、米州機構（OAS）が「人類の繁栄、エネルギー安全保障および環境の持続可能性の推進により、市民の未来を確保するポートオブスペイン・コミットメント宣言」（2009 年）を採択した²⁰³。この宣言は、ILO の「労働における基本的原則および権利に関する宣言」に従い、ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進するとともに、暴力や嫌がらせ、差別のない適切な作業条件と安全かつ健康的な職場を提供すべく国内労働法を強化するという OAS 加盟国の公約を再確認するものである²⁰⁴。OAS 労働担当大臣は「メデジン宣言」（2013 年）を採択し、域内における予防の文化の育成と労働者保健プログラムの策定を行うため、政労使三者間で労働衛生に関する戦略を強化することを約束した。これらプログラムは、労働者の物質中毒のほか、癌、糖尿病、高血圧および精神障害等の非伝染性疾病の影響を含め、職場における関連の課題への各国の対応改善を支援することにある²⁰⁵。カリブ共同体（CARICOM）は「カリブ保健協力イニシアチブ」（1984 年）を確立し、資源活用の最適化、加盟国間の技術協力の推進、および、優先的保健分野におけるプロジェクト実施に向けた財源の開発と確保を図っている。「カリブ保健協力フェーズ III」（2009-2015 年）は、対象期間内の公衆衛生に関する方向性と目標を定めているが、精神衛生はその優先分野に含まれている²⁰⁶。カリブ地域諸国民の精神衛生の改善と維持に向けた戦略は、法律、地域的精神衛生政策および行動計画の策定、精神衛生サービスの改革、物質中毒者を含む精神障害者の管理とケア、広報、教育およびコミュニケーションに重点を置くものとなっている。汎米保健機構（PAHO）の「精神衛生行動計画」（2015 年から 2020 年）は、米州における精神衛生対策の指針となっている。その目的は、精神的福祉の推進、精神障害と物質関連障害の予防、ケアの提供、リハビリの強化、回復の重視、ならびに、罹患率、障害率および死亡率の削減をねらいとした精神障害者および物質使用障害者の人権推進にある。この計画の重点は医療制度にあるが、精神衛生の促進と保護に不可欠なその他部門の役割も認識している²⁰⁷。

また、EU も「欧州のメンタルヘルスと福利に関する綱領」（2008 年）とこれに関する「メンタルヘルスに関する欧州議会決議」（2009 年）をはじめ、関連のイニシアチブを数多く開発している。そのうち、最初のイニシアチブでは、精神衛生と福祉が成長と雇用、社会的一体性および持続可能な開発という点で、リスボン戦略の目標達成にカギを握る資源であることを認識している。綱領の 5 つの優先課題のうちのひとつは「職場環境における精神衛生」である²⁰⁸。決議は加盟国に対し、特に女性の精神疾患の発生を増大させかねない作業環境に関する研究を奨励するよう呼びかけるとともに、使用者に対しても、仕事関連のストレス、職場における精神障害の根本的原因に注意を払いながら、健康的な作業環境を推進するとともに、これらの根本原因に取り組むよう呼びかけている。さらに、欧州委員会に対しては、労働者の精神衛生のために実施された方針と活動に関し、職場での身体的健康と安全に関する報告と同じベースでの年次報告の公表を企業と公共機関に要求するよう求めている²⁰⁹。

欧州委員会の第 6 次欧州研究開発枠組み・プログラムは、仕事関連のストレスと職場での暴力（嫌がらせ、いじめ、モビングを含む）を特に重視した欧州心理社会的リスク管理枠組みの開発に向けた協働プロジェクトに資金提供を行った。「職場における社会心理的リスクマネジメントの欧州枠組み（PRIMA-EF）」は、2011 年にパートナー研究機関のコンソーシアムが策定したものであり²¹⁰、この分野で地域的に導入された初のプロジェクトである。PRIMA-EF には、職場での心理社会的リスクの評価と管理における好事例に関し、人事管理者と専門家、労働衛生安全専門家、中小・中堅企業（SME）の経営者と所有者、および、労働者代表向けの指針を提供することを意図したバーチャル学習訓練プログラムが盛り込まれている。

EU では、いくつかの機関や委員会が OSH に取り組んでいる。欧州生活・労働条件改善財団（Eurofound）は政労使三者からなる EU 機関であり、社会・労働関連政策の分野での知識の提供を役割としている。Eurofound は労働問題に関し「欧州労働条件調査（EWCS）」と「欧州企業調査（ECS）」という 2 件の定期的調査を実施している。調査項目には雇用状況、勤務時間の長さ、組織、作業組織、学習と訓練、身体的・心理社会的リスク要因、安全衛生、仕事と生活のバランス、労働者の経営参加、収入および金銭的安全が含まれている。欧州安全衛生庁（EU-OSHA）は、OSH 関連の EU 情報機関である。EU-OSHA は 2009 年、職場における安全衛生に関する初の欧州全域調査として「新規および増大しつつあるリスクに関する欧州広域企業調査（ESENER）」を発足させた。ESENER は特に、ストレスを含む心理社会的リスクの領域に関心を払っている。また、この関連で「社会心理的リスクマネジメントの推進要素と障壁：新規・新興リスクに関する欧州広域企業調査（ESENER）結果の分析」（2012 年）、および、「職場における心理社会的リスクの管理：新規および増大しつつあるリスクに関する欧州広域企業調査（ESENER）結果の分析」（2012 年）という 2 件の報告書も発表された。

EU-OSHA は「仕事関連のストレスと心理社会的リスクのコスト試算」（2014 年）、「職場における女性の安全衛生に関する新たなリスクとトレンド」（2013 年）、「職場における福祉：前向きに取り組める作業環境の創造を」（2013 年）、「職場における精神衛生の促進—好事例に関する報告」（2011 年）、「職場での暴力と嫌がらせ：欧州の全体像」（2011 年）、「労働安全衛生（OSH）関連の新興の心理社会的リスクに関する専門化予測」（2007 年）、「心理社会的問題への取り組みと仕事関連のストレス削減の方法」（2002 年）、「職場における心理社会的リスクとストレス予防の実践」（2002 年）など、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関する報告書もいくつか作成している。EU-OSHA は Eurofound と共同で、報告書「欧州における社会心理的リスク：その広がり」と予防戦略」（2014 年）を発表した。さらに、EU-OSHA が 2014-2015 年に実施した「健康的な職場」キャンペーンでも、ストレスの管理が取り上げられ、労働者と使用者に心理社会的リスクの管理に係る支援と指針が提供されている。

欧州域内では、その他の地域機関も心理社会的リスクに関するイニシアチブを開発している。例えば、北欧理事会は 1994 年、北欧閣僚理事会を通じ、心理的、社会的および組織的作業環境に関連するデータの科学的特質と比較対照性の改善を図るプロジェクトを立ち上げた。プロジェクト・チームには、職場での最も基本的な心理的、社会的要因を対象とする「北欧総合アンケート調査（QPSNordic）」の開発と試験という任務が与えられた²¹¹。

OSH 新時代コンソーシアム（OSH 分野の 20 を超える資金供与組織と欧州研究機関で構成される団体）は「PSYRES（リストラにおける心理社会的健康と福祉：主な影響とメカニ

ズム)」プロジェクトを開発した。PYRES の成果物としては、国別情報（労働市場制度、情勢と統計等）、データベースと分析、調査ツール、ガイドブック「健全な変化に向けたステップーリストラ時の従業員の福祉を確保するためのイニシアチブ」、リストラに関する重要な事実を紹介する 2 件のファクトシートのほか、労働者の福祉を維持するために、リストラをどう管理すべきかに関する指針が挙げられる²¹²。

国内的な戦略とイニシアチブ

多くの国はこの 10 年間で、法的枠組みの開発に加え、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防を含む国家戦略を策定している。また、各国当局はしばしば、学術調査からガイドライン、ツール、訓練および啓発活動に至るまで、これら問題に取り組む幅広いイニシアチブを開発するため、評議会や委員会を設置したり、研究機関と連携したりしている。

戦略

いくつかの国の政府は、心理社会的ハザードとリスクの予防および管理を OSH 国家戦略に明示的に盛り込んでいる。心理社会的リスクまたは仕事関連のストレスが、OSH 戦略の優先課題とされていることも多い。国家戦略が法律の採択または改正、協定書、ガイドラインその他ツールの策定、労使その他の機関との協力など、これらに取り組むための具体的措置を定めていることもある。

例えば、アルゼンチンでは、労働省労働監督庁が採択した「国家労働衛生安全戦略 2015-2019」に、心理社会的ハザードとリスクに関連する規定がいくつか盛り込まれているが、具体的には、それらの評価に関する協定書と指針の策定、その早期発見と予防のための診断手段の策定と検証、ソーシャルパートナーとの協議による具体的規制の策定、曝露の特定、評価、予防、介入および継続的監視に関する手順の確立と責任の定義、仕事関連のストレスに起因する疾病の起源の調査と判定などが挙げられる²¹³。

オーストラリアでは「労働衛生安全戦略（2012-2022）」が、国家的優先課題とみなされる仕事関連の障害のカテゴリー（そのひとつは精神障害）を明らかにしつつ、健康的、安全かつ生産的な労働生活のビジョンを推進するとともに、2022 年までに達成すべき目標を定めている²¹⁴。

デンマークでは、心理社会的リスクが 2012 年から 2020 年の期間につき、OSH に関する国家戦略の優先領域に含まれている。この戦略は数値目標を採用し、2020 年までに精神的な過重負担を抱えた労働者の数を 20%減らすことをねらいとしている²¹⁵。

フィンランドでは、社会問題・保健省が採択した「作業環境と職場福祉に関する政策 2011-2020」が、心理社会的リスクを含め、作業環境と職場福祉を特に重視している²¹⁶。この枠組みに基づき、「職業生活 2020」プロジェクトや「職場福祉フォーラム」、「リーダーシップ育成ネットワーク」、「Liideriービジネス、生産性、楽しい職場プログラム 2012-2018」を含む数件のイニシアチブが実施されている²¹⁷。

フランスでは、政府が 2009 年 10 月、自殺が相次ぐ中で「職場でのストレス予防のための緊急計画」を採択した。この計画では、(i) 1,000 人を超える労働者を雇用する企業に対し、職場でのストレスに関する協定または行動計画の策定に向けた交渉を開始させるよう義務

づけること、(ii) 各州で心理社会的リスクに関するセミナーを開催すること、(iii) リストラ計画への心理社会的リスクの統合に努めること、(iv) 労働省労働総局に心理社会的リスクを担当する部局を設けることという、4 つの主目標が掲げられた²¹⁸。特に、この部局は心理社会的リスクの把握と予防のためのモデルを開発したが、政府はこのモデルを、SMEをはじめとする企業による義務の遵守と内部危機管理を支援するためのツールと指針の策定に活用している。心理社会的リスクは、2010-2014 年国家労働衛生計画にも盛り込まれ、OSH の分野における最大のリスクとして優先づけられている。

ドイツでは、「ドイツ合同労働安全衛生戦略」が、2013 年から 2018 年までに達成すべき目標として、(i) 労働衛生の組織を改善すること、(ii) 筋骨格障害に起因する仕事関連の疾病を削減すること、(iii) 職場での精神的緊張からの労働者の保護を改善すること、の 3 つを掲げている。連邦労働・社会問題省とソーシャルパートナーは 2013 年に「職場精神衛生に関する共同宣言」も発表した²¹⁹。職場での精神的緊張に関する第 3 の目標については、新規プログラム「プシュケ」が 2015 年に発足した²²⁰。

モーリシャスでは、労働・産業関係・雇用省が 2015 年 3 月、ソーシャルパートナーとの協議を経て、職場の身体的、科学的、生物的、人間工学的、社会心理的ハザードについて講じるべき具体的措置に言及する国家 OSH 政策を策定した²²¹。

ニュージーランドでは、「2015 年までの職場衛生安全戦略」が、安全かつ生産的な職場で働く労働者をビジョンとして描くとともに、精神的、精神的および社会的福祉を包含するものとして「健康的」という言葉を用いている。この戦略は、過剰な作業負荷、職務に対する低い統制度、職場での攻撃と暴力など、いずれも慢性疲労、ストレス関連の障害、アルコールと薬物の乱用、心臓病、上肢筋骨格障害、自殺を助長しかねない心理社会的作業要因を、国家優先課題のひとつと定義している²²²。

一部の国々は、精神衛生に関する具体的な国家戦略を策定しているが、その中には職場での精神衛生の促進と、心理社会的リスクの予防が盛り込まれている。例えば、カナダ精神衛生委員会（MHCC）が策定した初年国家精神衛生戦略は、悪いイメージの払拭、精神衛生に関する知識交換の推進、および、精神衛生上の問題を抱えて生きるホームレスの人々に対する支援のあり方の検討を図るものとなっている。この戦略は、家庭、学校および職場での精神衛生の促進を含む 6 つの戦略的方向性から成っている²²³。スペインでは、2006 年に採択、2009 年に更新された「国家医療制度の医療衛生に関するスペインの戦略」も、労働衛生に関連する目標を含み、特に、各自治州が仕事関連のストレス、燃え尽きおよび仕事関連の精神障害の予防を支援すべき旨の提言を行っている。2009 年の戦略更新により、各自治州は、精神衛生に取り組むとともに、女性をはじめとする弱者集団の作業条件改善を支援すべきであるという勧告が追加された²²⁴。

仕事関連のストレスと職場の精神衛生に関する啓発キャンペーンを実施している国家機関もある。例えば、オーストラリアの国家精神衛生委員会は 2013 年に「精神衛生的職場同盟」を設立した。この同盟は、オーストラリアの職場を精神衛生的にするため、企業、コミュニティおよび政府による全国的アプローチを推進するものである。同盟は Beyond Blue（抑うつ、不安および精神障害と関連性を有する諸問題への取り組みに努める非営利組織）とのパートナーシップにより、全国キャンペーン「ヘッズ、アップ」を実施するとともに、大小の企業、経営者および労働者が心理社会的リスクを特定し、精神衛生的な職場を作るために適切な措置を講じられるようにするための資料と対話型ツールを作成した²²⁵。南ア

フリカでは、国立労働衛生研究所（NIOH）が、国内で効果的な労働衛生サービスを開発、支援するための重要な資源となっている。NIOH は 2015 年 10 月、保健省と共同で啓発キャンペーンを行ったが、同月是一般市民に精神衛生、および、悪いイメージと差別の払拭に関する教育を施すことを目的に「精神衛生啓発月間」に指定された²²⁶。

研究とエビデンス・ベース

多くの国々では、国立 OSH 研究機関が心理社会的リスクと仕事関連のストレスの分野における研究と調査の実施を担当している。例えば、フィンランド労働衛生研究所（FIOH）は、心理社会的要因、および、健康上重大な影響を及ぼす変化に関する情報を作成するチームを擁し、健康に影響するメカニズムの判定、福祉にとっての社会資本の重要性に関する調査、および、健康問題の予防と健康増進のために各組織が用いる方法の実効性評価を行っている²²⁷。

フランスでは、調査研究統計局（DARES）が「リスクの医学的監視」に関する全国調査（SUMER）を行っているが、この中には心理社会的曝露の測定値が含まれている。DARES は 2010 年の調査に基づき、作業要求、情緒的要求、自律性、社会・労使関係、価値衝突および社会経済的不安に関する一連の指標を策定した²²⁸。国立安全研究所（INRS）は、心理社会的リスクとその健康への影響に関する知識の改善、および、作業活動に関連する現象、または、仕事の世界的変化で、身体的健康もしくは精神衛生の悪化、または逆に、その保全につながる可能性があるものの把握を目指している。INRS はまた、幅広い作業状況に適応した新規のアプローチを開発し、普及させるため、既存の予防実践の分析も行っている。INRS はこの枠組み内で、数多くの刊行物、指針およびツールを作成した。

ドイツでは、連邦労働安全衛生研究所（BauA）が労働安全衛生の分野の研究を行うとともに、仕事関連のストレスと心理社会的リスクに関するものを含め、知識の実用化を推進している。例えば、BauA は 2012 年、2 万人を超える労働者のヒアリングを基に、ストレスと緊張への曝露の推計を図った「ドイツ・ストレス報告書 2012」を発表した。²²⁹

日本では、労働安全衛生総合研究所（JNIOOSH）の研究グループが、健康管理と心理社会的要因の分野で活動し、労働者の健康状態と健康管理の評価法を調査している。このグループは近年になって、「勤務時間制の多様化等の健康影響に関する研究」、「メンタルヘルス対策のための健康職場モデルに関する研究」、「労働者の心理社会的ストレスと抑うつ症状との関連および対策に関する研究」等、数多くのプロジェクトを開発した。現在は「労働者の疲労回復を促進する対策に関する研究」プロジェクトが継続中である。

米国国立労働安全衛生研究所（NIOSH）は 2000 年、「総合社会動向調査」に労働生活の質を評価する特別モジュールを追加するため、全米科学財団との協力を開始した。2002 年からは、この新たな年 2 回の調査に「作業生活の質」モジュール（さまざまな作業組織問題をカバーする 76 の質問項目）が含まれるようになった。2010 年、このモジュールは、労働者の安全衛生の関連で増大しつつあるリスク要因を反映するよう変更された²³⁰。NIOSH の分野別国家安全衛生研究計画（NORA）は、1996 年の発足以来、21 の労働衛生研究優先分野を特定しているが、「作業組織」はそのひとつである。作業組織チームは学界や業界その他の関係者と協力し、作業組織の変化の実態、かかる変化の安全衛生に対する意味合い、および、必要な予防措置に関する研究を行っている。2004 年には報告書「作業組織の変化と労働者の安全衛生」を発表した。

シンガポールでは、職場安全衛生（WSH）研究所が、教育、知識、解決策およびコンサルタント・サービス、ならびに、応用研究の実施を専門に活動している。仕事関連のストレスは、同研究所の重点研究分野のひとつである。WSH 研究所は特に、健康増進委員会、チャンギ総合病院および精神衛生研究所との連携により、「雇用におけるレジリエンスとストレスの評価」に関する 2 年間の調査を主導している（ERASE, 2015-2017）。この調査は、労働者の心理社会的健康の評価、および、心理社会的ハザードとリスクの特定と管理のための国内的手段を開発、検証することを目的としている。調査のねらいは、心理社会的ハザードや個人的なレジリエンスが労働者のストレス水準と精神的福祉にどのように影響するのかを理解することにある。調査の結果として、使用者と労働者が心理社会的リスクとストレス水準を評価、管理できる検証済みオンライン・ツールができ上がることになっている。また、業界向けに、心理社会的ハザードとリスクの管理に関するエビデンスに基づく提言も出される予定である²³¹。

スウェーデン労働生活・社会研究評議会（FAS）は、2009 年に仕事関連のストレスに関する学際的研究拠点として創設されたストックホルム・ストレス・センターを支援している²³²。

英国では、安全衛生庁（HSE）が年次「労働力調査」と「心理社会的作業条件」調査のデータに基づき、仕事関連のストレスに関する統計情報を作成している。HSE はまた、特にストレス管理と介入に関する研究書と調査報告書もいくつか作成している。

ガイドライン

作業環境の心理的・社会的側面に関する初のガイドライン（*Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön*）は、1982 年にスウェーデン労働環境庁（AV）によって導入された。このガイドラインは、個人の能力開発と専門的能力開発の重要性、社会的接触の必要性、作業組織、職場安全衛生に対する労働者の共同責任の認識、物理的、科学的要因、および、勤務時間の計画策定を取り扱っていた²³³。

それ以来、いくつかの国が仕事関連のストレス予防、精神衛生の保護および心理社会的リスクの評価に関するガイドラインを策定している。例えば、日本政府は使用者による労働者の精神衛生保護を支援するガイドラインを発行した。当初 2000 年に発表されたこのガイドラインは 2006 年に「新精神衛生ガイドライン」へと改称された。使用者はこれにより、労使代表、OSH 専門家および OSH 職場委員会の間の協議に基づき、労働者の精神衛生を保護するためのシステムと行動計画の策定を要求されている。この新規ガイドラインは、効果が期待される 4 つの活動、すなわち、(i) 教育、訓練および情報発信、(ii) 作業環境の改善、(iii) 労働者との早期相談、ならびに、(iv) 精神障害者の復帰支援に重点を置いている²³⁴。

政労使の三者で構成されるルクセンブルク経済社会評議会（CES）は、仕事関連のストレスに関するガイドラインを策定している。CES ガイドラインは、仕事関連のストレスが個人と組織に及ぼす悪影響を取り扱うものである。また、心理社会的ハザードの特定と管理については、段階的なアプローチを採用し、職場における各主体の義務と権利を定めている²³⁵。

マレーシアでは、労働安全衛生省（DOSH）が「職場におけるストレスと暴力の防止のためのガイドライン」（2001 年）を発表し、職場で同時に発生することが多い諸問題に対する統合的な対応策を提供している。これによって導入された革新的アプローチにより、労働者の安全衛生と福祉は、経済の持続可能性と企業の組織的發展に欠かせない要素となっている。このガイドラインは、安全衛生を経営・開発課題に直接結びつけることにより、ストレスと暴力を削減、廃絶するために職場で直ちに独自の行動を起こすためのツールを提供している²³⁶。

メキシコでは、労働省 OSH 局が国家三者間 OSH 委員会（COCONASH）との協議により、新 OSH 法を補完する心理社会的リスク関連の技術的ガイドラインを策定中である。

シンガポールでは、2014 年のハラスメント保護法（POHA）成立を受け、使用者と労働者が予防措置を講じ、積極的な管理・救済行動を起こす（嫌がらせが起きた場合）とともに、安全で建設的な職場を確保するための支援として、人材省（MOM）、全国労働組合会議（NTUC）およびシンガポール全国事業者連盟（SNEF）が共同で「職場でのハラスメント管理に関する三者間勧告」ガイドラインを発行した²³⁷。

スペインでは、国立労働安全衛生研究所（INSHT）が心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関し、数件の予防技術ファクトシート（NTP）を採用しているが、これはリスクの特定とその予防的対策の確立に役立っている。

介入ツール

多くの国の国家機関は、監視モデルやリスク評価・管理ツールその他、仕事関連のストレスの把握と予防に役立つ啓発イニシアチブを開発している。

監視モデルとしては、デンマーク国立作業環境研究センターが 1997 年に開発した「コペンハーゲン心理社会調査（COPSOQ）が初めて、行動の必要性を評価し、職場レベルでの予防措置に関する政策決定プロセスを支援するため、人口に基づく基準値を盛り込んだ。これは長さの異なる 3 種類の調査からなっているが、最も長いものは研究に、中程度のものと最も短いものは労働者の数に応じ、職場でのリスクアセスメントに用いられる。COPSOQ は当初デンマークで開発されて以来、いくつかの国の研究者によって適応、応用されている。特筆すべきは、スペイン労働組合労働環境衛生研究所（ISTAS）が「COPSOQ/ISTAS21」という名称で応用したものである。この適応版はラテンアメリカ諸国で広く利用されており、チリでは 2013 年に労働省労働衛生局が採択した「職場での社会心理的リスク監視に関する協定書」を補完するものとして「SUSESO/ISTAS21 アンケート調査」とともに認証を受けている²³⁸。この議定書は「職場での心理社会的リスクに係る予防阻止の評価ツール」も提供している。COPSOQ/ISTAS21 はアルゼンチンでも 2015 年に認証された²³⁹。スペイン国立労働安全衛生研究所（INSHT）は、心理社会的リスクの特定と評価を促進するため、職場での心理社会的リスク評価法（F-Psico）を独自に開発した。

国家機関が大学と共同開発したリスク評価・管理ツールの例としては、企業による心理社会的リスクの特定と管理を支援するために 2007 年に立ち上げられた「オーストラリア従業員プロジェクト」が挙げられる。プロジェクトに参加した企業は、心理社会的リスクマネジメントを実施し、選択した介入の効果を評価するためのオンライン・リスクマネジメント・ツールと資料を利用できる。データ収集の方法には、労働者調査や、フォローアップ

措置も選択できるフォーカスグループ調査が含まれている²⁴⁰。もうひとつの例として、英国 HSE は、使用者、労働者、労使代表が仕事関連のストレス水準を管理、削減する際の支援として、一連の管理基準に基づくプロセスを開発している。この「仕事関連のストレスに関する管理基準」は、職場における 6 つの主要な心理社会的リスク（仕事の要請、統制、管理職と同僚からの支援、職場での人間関係、役割の明確性および組織変動）に関する管理の好事例に触れている。

国家機関が情報資源を開発し、使用者と労働者による心理社会的リスクの理解、評価、管理および予防を支援している国もある。例えば、三者間理事会を最高機関とするカナダ労働安全衛生センター（CCOHS）は、安全衛生と福祉のプログラムを支援する情報、訓練、教育および解決策を提供することにより、カナダ労働者の全般的福祉（身体的健康、心理社会的健康、精神衛生を含む）を促進している。CCOHS は、特に作業環境におけるストレス、暴力、いじめその他の行動につき、心理社会的ハザードとその結果に関する資料をいくつか開発した²⁴¹。コスタリカでは、労働・社会保障省の労働衛生評議会（CSO）が、やりがいのある安全で競争的な職場の促進をねらいとしている。CSO は、心理社会的要因とその影響に関する情報と資料を提供している²⁴²。フランスでは、国立労働条件改善機関（ANACT）が、企業への直接介入と手引書の発表を通じ、心理社会的リスク防止のための方針を採用する企業を支援している²⁴³。また、ANACT が管理する「労働条件改善基金」は、作業条件改善をねらいとする企業プロジェクトに資金供与を行っているが、その重点分野にはストレスと心理社会的リスクが含まれている。ガーナの「従業員福祉プログラム」は、ガーナ保健省とドイツ国際協力公社（GIZ）による共同イニシアチブである。この自主的な取り組みは、まず HIV／エイズ対策を中心に開始したが、その後は全般的な福祉プログラムへと発展し、企業にツールや方針を提供とするものとなっている。WHO の「健康的な職場」モデルに多くを依拠しているが、心理社会的作業環境はこのモデルの衛生安全側面のひとつとなっている。ペルーでは、国立労働衛生・健康のための環境保護センター（CENSOPAS）の科学情報文書センター（CINCOC）が、心理社会的リスク、および、職場でのモビングといじめに関する情報のほか、医療従事者やエンジニア向けの訓練も提供している²⁴⁴。スウェーデン労働環境庁（AV）は使用者と労組代表向けに、「体系的作業環境管理によるストレス対策」（2002 年）および「病気と悪玉ストレス－作業環境の変化の中で」（2002 年）など、仕事関連のストレスに関する手引書と報告書をいくつか作成した²⁴⁵。英国では、国立医療技術評価機構（NICE）が「職場の精神福祉」（2009 年）および「職場の健康：管理実践」（2015 年）等の使用者向けガイドラインを作成している²⁴⁶。

社会保障機関

国民保険機関が関連のイニシアチブを開発することもある。例えば、イタリアでは、全国労働災害保険機関（INAIL）の研究部門が 2011 年、心理社会的リスク管理に関する方法論案を作成した。この案は、その他の OSH 管理制度と同様、継続的改善サイクルに基づき、4 つの主段階（計画、予備評価、詳細評価、リスクマネジメント）を伴う動態的経路となっている²⁴⁷。ドイツ法定労災保険組合（DGUV）はチェックリスト、ガイドライン、マニュアル、報告書を含め、仕事関連のストレスに関する資料を多く作成した。DGUV の取り組みのうち興味深いものとして、職業訓練校教官向けのストレス関連モジュールの策定が挙げられる²⁴⁸。スロバキアでは、公衆衛生庁（UVZ SR）とその出先機関が 2008 年以来、職場でのストレスの予防と削減を目指す幅広い活動を実施している。具体的には、ストレスのリスクが相対的に高いことが認められる職種と職務の登録、スロバキア労働者の精神衛生に関する動向の監視、および、この分野に関する使用者と労働者への指針提供が挙げ

られる²⁴⁹。スイス傷害保険公社（Suva）は、使用者、労働者および連邦政府代表からなる理事会によって経営されるスイス最大の傷害保険会社である。Suva は「進歩（Progrès）」プロジェクトを通じ、研究優先課題の定義と、仕事関連の疾病に取り組む予防ツールの開発を目指している。心理社会的影響（ストレス、燃え尽き、モビング、仕事と生活のバランスを含む）と、事故の原因となりかねない人的要因に対するその影響は、プロジェクトの優先分野となっている。「進歩」ワーキンググループは、仕事と心臓血管系、仕事と身体的活動、および、仕事とエイジングに関する調査も専門に行っている²⁵⁰。

ソーシャルパートナーの関与

世界、地域、国内の各レベルで、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに対する関心が高まっている。使用者団体と労働組合は、情報発信や啓発キャンペーンを含め、独自のイニシアチブを数多く開発している。欧州での共同活動はほとんどが、上記の「仕事関連のストレスに関する EU 枠組協定」実施の一環として開発されている。

労使の共同活動

欧州では、各部門（行政、教育、民間警備、建設、電力部門等）のソーシャルパートナーが、その社会対話に仕事関連のストレスを含めている。例えば、行政部門では、欧州行政ネットワーク（EUPAN）と労働組合国家欧州行政代表部（TUNED）が 2008 年、仕事関連のストレスに関する共同ガイドラインを採択した。EUPAN と TUNED は 2009 年、仕事関連のストレスに関する好事例と政策に関する報告書を発行し、共同の立場を具体的に示すとともに、これに関する対策と予防のあり方に関して得られた教訓の精緻化を支援した。欧州教育部門社会対話委員会はその 2010-2011 年度作業プログラムに「ストレス、暴力および嫌がらせ」の問題を盛り込んだ。欧州労連教育委員会（ETUCE）は 2007 年、教員の仕事関連のストレスに関する初のプロジェクトを実施し、2008 年には ETUCE「教員の仕事関連のストレスに関する行動計画」を採択した。

欧州労働組合連盟（ETUC）、欧州産業連盟（UNICE、現 BUSINESSEUROPE）、欧州手工業・中小企業連合（UAEPME）、欧州公共企業センター（CEEP）は 2004 年、「仕事関連のストレスに関する EU 枠組協定」に署名した。2008 年には、欧州のソーシャルパートナー（ETUC、BUSINESSEUROPE、UAEPME および CEEP）が、EU 加盟 21 か国に加え、アイスランドとノルウェーの会員組織からの国別共同報告書に基づき、協定の履行に関する報告書を発行した²⁵¹。

ソーシャルパートナーは協定履行の一環として、多くの EU 加盟国（オーストリア、ベルギー、チェコ共和国、デンマーク、エストニア、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルク、ドイツ、ポーランド、スペイン、スウェーデン、英国等）における心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関するパンフレットや手引書、教材を共同で開発、配給した。例えば、ベルギーのソーシャルパートナーは、職場ストレスに関する政策を策定するための包括的な計画を提供するパンフレットを作成した。このパンフレットは、職場における心理社会的リスクに関する評価と介入に対する段階的アプローチを紹介している。また、リストラや新技術の導入の際に生じる具体的リスクにも注意を喚起している²⁵²。

一部の国では、ソーシャルパートナーが共同で、これら問題に関する訓練、ワークショップおよび会議を開催している。例えば、ポーランドの独立自治労組「連帯」（NSZZ Solidarno）はその他業界横断的なソーシャルパートナーとのパートナーシップにより、仕事関連のストレスに関する国際的プロジェクトを実施した。訓練やパンフレットの作成、ポーランド国内の交渉ワークショップが実施されたほか、国際会議も開催され、イタリア、リトアニア、マルタ、スロベニアから参加したソーシャルパートナーが協定実施の際に直面した課題について、意見交換を行った。スウェーデンでは、スウェーデン企業連盟、スウェーデン労働組合連合、交渉・協力評議会（PTK）が団体「プリベント」を創設し、仕事関連のストレスに関する指針と訓練を提供している。「プリベント」が2011年に新たに立ち上げたIT関連ストレスに関するイニシアチブは、テクノロジー、常時のオンライン接続と情報、ソーシャルメディアの最新情報把握、返事の必要なメールの常時受信などに関する問題から生じるストレスへの対処を図っている²⁵³。

労使団体は、全国または部門別の啓発キャンペーンも実施している。例えば、ラトビアのソーシャルパートナーは、国家労働監督機関との連携による啓発キャンペーン（「過労ストップ」）のほか、保健省との協力によるキャンペーン（「ハートを大切に」）も実施している²⁵⁴。

その他、ソーシャルパートナーが共同で実施した関連のイニシアチブとしては、評価ツールの開発が挙げられる。例えば、オーストリアでは、職業心理学者と健康心理学者がオーストリア連邦商工会議所（WKO）、オーストリア連邦労働院およびオーストリア労働総同盟（OGB）と協力し、IMPULS テストを開発した。IMPULS テストは、作業条件を評価し、ストレス要因を発見するアンケート調査である。また、資源を最適化し、仕事関連のストレス削減措置を実施するための介入領域の特定も行う²⁵⁵。

使用者団体による取り組み

国際的使用者団体とネットワークも、職場での心理社会的リスクと精神衛生への取り組みに対する関心の高まりを示している。例えば、国際使用者連盟（IOE）は、各国企業組織が国際労働基準や企業と人権、企業の社会的責任（CSR）、OSH および国際労使関係の問題に関し、会員企業に指針を提供する際の支援を行っている。IOE は、使用者が労働者の安全衛生と福祉、精神障害を含む仕事関連の健康リスクに関する好事例を促進する際に参考となる手引書や啓発用ファクトシートを数多く作成している²⁵⁶。

地域レベルでは、BUSINESS EUROPE が心理社会的リスクや仕事関連のストレスからの労働者保護を含め、安全で健康的かつ生産的な労働力の確保を約束している。BUSINESS EUROPE は、企業による心理社会的リスクへの取り組みを支援するため、異なる現実に適応できるノウハウとツールの開発に関与している²⁵⁷。この分野では、使用者のネットワークも活動を行っている。CSR Europe（企業の社会的責任のための欧州企業ネットワーク）が2009年に作成した「福祉ガイドブック」には、実施のための11の簡単な実用的ヒント、精神衛生と福祉に影響する諸要素の詳しい分析、および、ガイドブックの提案と提言を裏づける最好事例集が含まれている²⁵⁸。また、この使用者ネットワークは、精神衛生と職場でのストレスに関する取り組みを含め、OSH と福祉の分野で企業が採用した好事例の事例も提供している。

国内レベルの使用者団体も、心理社会的リスクへの関心を高め、仕事関連のストレスの把握と予防の改善を促進するツールや資料とともに、啓発や訓練活動を開発している。例えば、ブルガリア産業協会（BIA）は、企業レベルで仕事関連のストレスを把握するためのアンケートを開発しているが、これは使用者と、安全衛生委員会や安全グループに参加するその代表を対象とした OSH 訓練に用いられている。この調査結果は、個々の使用者によるストレス抑制プログラムの策定を支援する際に提案される措置やサービスの根拠となっている²⁵⁹。アイルランド企業・雇用者連合（IBEC）は、ライン管理者向けに、精神的福祉の促進、および、精神衛生上の問題を抱える労働者の理解と支援に関する情報と方向性を提供するとともに、職場で精神衛生関連の問題を管理するための戦略を紹介する手引書を作成した²⁶⁰。

労働組合による取り組み

国際労働組合総連合（ITUC）は、2010 年の「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）」に関する大会決議」でその加盟組織、パートナーおよび連携団体に対し、ILO と協力し、あらゆる人への社会的保護の拡大、ならびに、有害化学品、心理社会的ハザードおよび職業上の傷害と事故への曝露予防を含むすべての国における OSH の改善に向け、キャンペーンを実施するよう呼びかけた²⁶¹。

世界労働組合連盟（WFTU）は、2011 年の第 16 回世界労働組合会議で「現代の労働者の衛生安全」に関する報告書を発表した。報告書は「健康とは単に病気でないことではなく、身体的、精神的、社会的福祉が充実した状態を指す」という事実を考慮し、OSH 分野での行動を求めている。報告書は、1 日の勤務時間の延長と、作業のペースや集中度の上昇が、労働者の身体的健康と精神衛生、社会的関与に深刻な影響を及ぼすこと、物理的、科学的、心理社会的、生物的に有害な要因への労働者の曝露が増大すれば、その健康に夥しい変化が生じることになること、各種の柔軟な作業形態が、自由時間を取り戻すための労働者の能力を制限していること、および、この関連において、勤務時間の規則性は労働者の正常な社会生活に不可欠であるため、その健康状態と直接に関係することを指摘している²⁶²。

国際建設林業労働組合連盟（BWI）とインダストリアル・グローバル・ユニオンは、ジェンダー平等の枠内で具体的な心理社会的リスクに取り組んでおり、とりわけ性的分離と差別の削減、賃金格差の是正、女性に対する暴力（身体的、精神的双方）への取り組み、および、仕事と生活のバランス改善を主張している。ユニ・グローバル・ユニオンも心理社会的リスクの分野で取り組みを進めている。その 2010 年の報告書「仕事の生活のバランスから仕事と生活の管理へ」は、長時間勤務、人材の損失、柔軟性など、多くの専門職や管理職が直面する重要な仕事と生活の管理問題を明らかにした。これら課題の多くは形こそ異なるが、ユニの多くの部門に当てはまる（情報通信技術、金融、郵便・物流、グラフィック、商業、不動産管理等）²⁶³。ユニ・グローバル・ユニオンの専門職・監督職グループ（UNI P&M）は 2012 年以来、心理社会的リスク、ストレス、不安または燃え尽きが組合員に及ぼす影響について話し合うとともに、作業組織を改善し、作業負荷とプレッシャーを低減し、恒常的な勤務可能性の要請に取り組むための政策と実践の向上を目指す交渉を図ることをねらいとして、1 週間のキャンペーン「仕事と生活管理週間」を実施した²⁶⁴。国際運輸労連（ITF）では、ITF 船員部が、その孤立した勤務状態によって孤独感やホームシック、燃え尽きが生じかねないという事情から、心理社会的問題を船員にとっての健康問題として取り上げている²⁶⁵。

労働 20 (L20) は 2011 年以来、労働者の利益を G20 レベルで代表している。これには G20 諸国の労働組合とグローバル・ユニオンが参加しているが、会議は ITUC と OECD 労働組合諮問委員会 (TUAC) が招集する。L20 は 2014 年、G20 諸国が健康的で安全な職場にどのように貢献できるかにつき論じるよう要請された。L20 はとりわけ、社会心理的リスク、ストレス、嫌がらせ、いじめまたはモビングその他形態の職場暴力に取り組むため、職場の安全性改善に向けた国別ロードマップの作成に加え、非標準的雇用形態の労働者と弱い立場に置かれた労働者の OSH 保護に対する関心の向上を求めた²⁶⁶。

地域レベルでは、ITUC のアフリカ地域組織 (ITUCAfrica) が「アフリカ連合労働社会問題委員会に対する報告書」(2013 年)において、グローバル化の結果、アフリカ地域では仕事関連のストレス、職場での暴力、薬物乱用、アルコール依存症といった新たな OSH 課題が生じていることを明らかにした²⁶⁷。また、ITUCAfrica は、労働組合規約の関連で、ジェンダーの平等を推進するための積極的差別是正措置の追求を続けている。

ジェンダーの平等に関する総協議会 (General Council on Gender Equality) は、暴力的な職場状況が、対処を強いられる女性と男性の双方に情緒的、心理社会的負担を課すことになるという所見を出している²⁶⁸。

欧州労働組合連合 (ETUC) は、仕事関連のストレス (2004 年)、および、職場での嫌がらせと暴力 (2007 年)に関する枠組協定につき、2 つの解釈手引書を作成した。これには、加盟組織によるこれら協定の履行を支援するとともに、その採択後に達成された成果の監視と評価を改善するという意図がある²⁶⁹。ETUC の 2015-2019 年アクションプログラム「欧州で質の高い仕事、労働者の権利、公正な社会を実現するために連帯し、立ち上がろう」は、十分な勤務時間を与えられない労働者が増える一方で、仕事の強度や長時間勤務に苦しむ労働者もいるという事実を強調し、仕事関連のストレス分野での行動を求めている。また、リスクアセスメントが依然として、主に身体的ハザードを重視し、社会心理的ハザード (仕事関連のストレス、暴力、嫌がらせまたはモビングの原因となるもの等)をほとんど考慮していないことが調査で明らかになったことから、ETUC は、このようなリスクを測定する指標のほか、適切かつ体系的な作業環境計画と措置の策定を提案した²⁷⁰。ETUC の独立研究訓練拠点である欧州労働組合研究所 (ETUI) は 2013 年 6 月、心理社会的リスクに関する初の欧州労働組合セミナーを開催した。この会合では、職場における心理社会的リスクに焦点を置く欧州労働組合ネットワークが正式に発足した²⁷¹。

国内レベルでの労働組合の行動には、暴力や嫌がらせ、差別、長時間勤務および不安定な仕事との闘いが含まれることが多い。これらの分野は仕事関連のストレスの枠外とみなされるとはいえ、労働者の健康と福祉を損ないかねない心理社会的ハザードを体現している。一部の国内労働組合は過去 10 年の間に、心理社会的リスクと仕事関連のストレスを労働の重要領域とみなすようになり、啓発資料やキャンペーンのほか、アンケート調査や評価ツールも開発している。例えば、ドイツではドイツ労働総同盟 (DGB) が、労働者調査の実施ツールとして「グッドワーク指数」を開発した。作業環境の質を評価、監視するため、年 1 回の調査でデータのとりまとめが行われている²⁷²。さらに、ドイツ金属労組 IG メタルは組合員向けに、ストレス評価ツール「ストレス・バロメータ」を開発する一方、ドイツ統一サービス産業労働組合 (ver.di) は、心理社会的リスクアセスメントに関するオンライン指針書を発表している²⁷³。スペインでは、スペイン労働組合労働環境衛生研究所 (ISTAS) が 2003 年、専門家のタスクフォースと共同で COPSOQ コペンハーゲン・アンケート調査を応用し、スペインの国情に沿った評価ツールの作成をねらいとするパイロッ

ト・プロジェクトに基づく COPSOQ –ISTAS21 調査法を創作した。スペイン労働総同盟（UGT）は 2004 年、研究機関や行政、大学と共同で、情報共有と心理社会的リスク予防のための新規イニシアチブの開発を目指す「心理社会的リスク常設観測所」を創設した。

職能団体とネットワークによる貢献

多くの職能団体や非政府組織は国際、地域、国内の各レベルで、職場での仕事関連のストレスと福祉の管理促進に関わっている。多くの地域的、国内的職能ネットワークも、心理社会的リスクの性質と影響をよりよく把握し、組織レベルでこれに取り組むための効果的の介入措置を策定する観点から、研究の調整を図ることにより、心理社会的リスクへの取り組みと精神衛生の促進の分野に関わっている。

国際労働衛生委員会（ICOH）は、OSH に関する科学知識の発展を促すことを目的とする国際的非政府学会である。ICOH は 1996 年、作業組織と心理社会的要因（WOPS）に関する科学委員会を創設した。この委員会のねらいは、認識、研究および教育を向上させ、好事例を普及させること、および、作業組織と心理社会的要因の領域における政策展開に影響を与えることにある。ICOH は 2014 年、「起業家、所有者および経営者向け労働衛生安全ガイド：安全で健康的な職場を作る」の第 6 版を発行したが、この中には、簡単なストレス管理策のチェックリストを盛り込んだストレス関連の章が含まれている²⁷⁴。

国際標準化機構（ISO）は、世界最大の自主的国際規格開発機関である。ISO 10075 シリーズは、精神的作業負荷の測定に関する原則、要件および手段を対象とする規格である。この規格は主として、かかる測定手法の理論的背景と実践、および、測定結果の解釈について適切な訓練を受けた人間工学専門家（心理学者、労働衛生専門家、生理学者等）による使用を意図している²⁷⁵。

その他、精神衛生の保護と仕事関連のストレス予防を活動対象範囲に含む関連の国際職能団体としては、身体的人間工学、認知人間工学、組織人間工学といった、人間工学の各専門分野を取り扱う国際人間工学連合（IEA）、統合的リスク政策（心理社会的リスクの影響と、これらが組織文化の変化や新規の作業方法によってどう影響されるかに対する認識の向上を含む）を策定、実施するための教育、資源およびネットワーキング機会を提供する職能団体である国際リスク・安全管理研究所、ならびに、イベントや会議、「STRESSTalk」その他学術誌や手引書、情報の発表および専門家間のネットワーキングを通じ、知識と最好事例の普及や交換を促進する国際ストレスマネジメント協会（ISMA）が挙げられる。

米州においては、仕事関連の心理社会的リスクに関するイベロアメリカ・ネットワーク（RIPSOL）が、循環器疾患、筋骨格障害、および、ストレス、燃え尽き、嫌がらせ、精神的暴力その他の行動障害を助長する原因となる潜在的に有害な作業条件に関するコミュニケーションと科学的協力を推進している。このネットワークは、こうしたリスクとその健康への影響の評価と診断に関する手段と手順のほか、これらに対する心理社会的介入のための手法と手順の開発と改善も行っているところである。「職場と組織における尊厳に関するイベロアメリカ・ネットワーク」は 2011 年、職場と施設における嫌がらせに関する第 1 回イベロアメリカ会議で創設された。2013 年に開催された第 2 回会議は「ラテンアメリカにおける労働と施設における心理社会的嫌がらせ：最先端の動向と介入経験」刊行の出発点となった²⁷⁶。職場における心理社会的要因に関するラテンアメリカ研究ネットワーク

(RIFAPT) は、職場における心理社会的要因に関する研究と知識の推進、普及および前進に焦点を絞った専門的な非営利組織であり、隔年の地域フォーラムを開催している。

アジア太平洋地域では、ASEAN 労働安全衛生ネットワーク (ASEAN-OSHNET) が、生産的で競争力のある労働力のために安全で健康的な作業環境を整備し、その生活の質を高めることを目指している。ASEAN-OSHNET は組織的なストレス低減を促進するため、「職場におけるストレス管理プログラム」を策定した。このプログラムは 2 部構成で、第 1 部はストレス発生源となる問題と情緒的帰結への対処方法に焦点を絞る一方で、第 2 部では特定領域、すなわち医療や感情面と心のケアにおけるストレス予防に関する自己管理を取り扱っている²⁷⁷。職場における心理社会的要因に関するアジア太平洋アカデミー (APA-PFAW) は非営利、非政府の学術職能団体である。同アカデミーの目標は、職場における心理社会的要因について議論し、知識を共有、創出し、教育と訓練を実施し、ネットワークと機会の拡大によって労災の予防を図り、勤務形態の改善に貢献し、域内の職場での衛生安全、福祉および生産性を向上させるため、地域内外の学識者、実務者および政策立案者を結集することにある²⁷⁸。

EU では 1999 年、欧州全土の労働衛生心理学に関する研究、教育および専門的実践を支援するため、欧州労働衛生心理学アカデミー (EA-OHP) が設立された。このアカデミーは隔年、労働衛生心理学に関する大規模な国際会議を開催し、この分野での議論の促進と最好事例の共有を図っている。EA-OHP はまた、労働・環境衛生とストレス・安全管理の心理的、社会的、組織的側面に関し、査読済みの論文を掲載する学際的な国際季刊誌「Work & Stress」にも関わっている²⁷⁹。欧州労働安全衛生教育訓練ネットワーク (ENETOSH) は 2005 年、OSH 関連の教育と訓練に関する問題について、組織的な知識共有を図るプラットフォームを提供するために設置された。ENETOSH が強調する諸問題（「ホット・トピックス」）には「ストレスと心理社会的リスク」が含まれているが、ここでは、好事例の事例やツール、訓練教材および有益な文書が提示されている²⁸⁰。欧州精神衛生促進ネットワーク (ENMHP) は、この分野に関心を有するすべての人々を対象に、情報やツール、方法、訓練およびコミュニケーション・プラットフォームを提供している。ENMHP にはオンライン・ポータルがあるが、このポータルにはその他、ツールと方法のデータベース「ProMenPol」、E ラーニング課程を擁する「MindHealth」、精神衛生促進プロジェクト実施のための支援マニュアルを含む「MHP-Hands」という、精神衛生と福祉の促進をねらいとする 3 つのウェブサイトも含まれている²⁸¹。欧州職場健康増進ネットワーク (ENWHP) は、国内の OSH、公衆衛生、健康増進および法定社会保険に関する研究所のインフォーマル・ネットワークである。職場の健康と福祉を改善し、仕事関連の健康障害が欧州の労働力に及ぼす影響を軽減することを目的に、1996 年に正式に設立された。活動領域にはライフスタイル、エイジング、企業文化、社員のリーダーシップ、社員育成、仕事と生活のバランス、精神衛生とストレス、ウェルネス、企業の社会的責任 (CSR)、栄養と健康一般が含まれている。ENWHP は欧州のキャンペーン「生活に合った働き方を：欧州の始動」(2009-2010 年) と共同で、職場精神衛生のニーズと利益に対する企業と世論の認識を高めることを目指し、職場での精神衛生の促進を支援するイニシアチブを立ち上げた²⁸²。欧州安全衛生機関協力機構 (PEROSH) は 2003 年、欧州 12 か国の国立 OSH 研究機関により、より健康でより長く、より生産的な労働生活に向けた研究開発への取り組みを連携、調整するために設立された。PEROSH のパートナーは、今後 2020 年までの OSH 研究にとって必須とみなされる 7 つの研究課題を明らかにした。福祉を改善しうるプラスの要因を含め、身体的健康、心理社会的健康、精神衛生とその影響を決定づける要因のよりよい把握のほか、心理社会的リスク管理の統合的アプローチの開発に資するため、持続可能な作業組織

における心理社会的福祉の分野で研究が行われているところである²⁸³。PEROSH はまた、福祉の改善と健康障害予防に関する共通のニーズを特定するとともに、健康障害を抱えた者が働き続けられるようにし、健康障害または傷害によって職場を離れていた人々のリハビリを図るための「福祉と仕事」に関するプロジェクトも実施中である。このプロジェクトのねらいは、国家間の類似点と相違点の特定を含め、異なる国々における福祉と、福祉や介入に関する研究の牽引要素に対する共通の理解を育むことにある²⁸⁴。

5. グローバル・トレンドと将来のシナリオ展望

国際労働機関（ILO）は、社会心理的リスクと仕事関連のストレスの影響に関し、トレンドを評価し、将来的なシナリオを予測するための調査を 2 件実施している。うち 1 件は、仕事関連のストレスの予防と管理に関する牽引要素、障壁およびニーズを明らかにするための専門家意見調査であり、もう 1 件は、この領域における将来的シナリオと要因（促進要因または抑制要因）を特定、評価するための 2 回にわたるデルファイ調査である。主な専門家は、オンライン調査への参加を招請された。専門家意見調査と、本報告書のために行われた文献、法律および政策のレビューの成果は、第 1 次デルファイ調査の策定に用いられた。第 1 次調査の結果は第 2 次調査のインプットとして用いられた。

特に、専門家の期待や関心は、それぞれの国の動向によって左右されかねないことから、地域間の比較対照は困難となりうることに留意すべきである。ある問題に取り組むイニシアチブがなければ、当該問題に関する懸念と優先性が増大しかねないが、意識が向上すれば、対策が講じられていたとしても、懸念度が上昇しうる。しかし、この調査結果は、心理社会的ハザードとリスク、および、仕事関連のストレスの予防と管理を改善するための政策イニシアチブを開発するとともに、これら問題の優先度をさらに高める必要があることを如実に物語っている。以下では、主な調査結果を取りまとめる。

専門家意見調査

すべての ILO 地域をカバーする全世界 54 か国から、計 324 名の専門家が専門家意見調査に回答した。その調査結果を見ると、仕事関連のストレスがグローバルな問題となっていることが分かり、参加全専門家のうち実に 90%以上が、自国における懸念の存在を認めている。しかも、その 70%近くは、仕事関連のストレスが特に医療、教育、サービス、金融、小売業、運輸・建設および公共部門全般といった具体的な部門で、より大きな懸念材料になっていると回答している。

懸念と優先課題

仕事関連のストレスに関するトレンドを検討する際、専門家は、自国内の重大懸念事項として、各種の心理社会的要因がどれだけ重複するかを評価するとともに、そのうち政策立案者によって優先領域として認められているものがあるか否か、および、それが取り組みの対象にされてきたか否か、または、そうなりつつあるか否かを示すよう要請された。

回答上、最も懸念が高かったのは過剰な作業負荷（米州、アジア太平洋、欧州および中央アジア）と劣悪な組織文化（アフリカとアラブ諸国）であった。仕事と生活のバランスも、各地域で懸念事項とされたが、全体的に見ると、過剰な作業負荷と時間的プレッシャーが大きな懸念になっている（アラブ諸国を除く）という点で、本質的なコンセンサスが認められた。劣悪な組織文化、劣悪な管理、低賃金および認知度の低さは、アフリカとアラブ諸国で多く見られている。

専門家は身体的暴力、職場での差別と嫌がらせを、それぞれの国で最も優先度が高い分野に掲げており、87%は精神的暴力が政策立案者によって優先課題とされていることを認めている。身体的暴力（および身体的暴力の脅し）と職場での差別については、ほとんどの

専門家が懸念事項としている（身体的暴力に関し 98%、職場での差別につき 96%）。嫌がらせ（モビングといじめを含む）については、すべての専門家が自国での懸念事項としている（過半数はこれを重大な懸念事項と回答）。しかし、アフリカとアラブ諸国の専門家は、それぞれの地域で身体的暴力や嫌がらせ、差別が優先課題とされていないことを指摘している。

仕事関連のストレス管理の牽引要素と障壁

専門家は、特定の要因が自国における社会心理的リスクと仕事関連のストレスの予防や管理をどの程度可能にしているか、または、どの程度妨げているかを評価した。

取り組みの策定や実施を促進する最も重要な牽引要素として挙げられたのは、資源（人員、時間または金銭等）の入手可能性、職場レベルでの対策の統合、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの理解や認識、および、適切なツールと介入方法の利用可能性であった。附属書 2（図 2.1）に示すとおり、調査結果は概して全地域で一貫している（一部についてアラブ諸国を除く）。

主な障壁に関し、専門家は、政府部局間の軋轢と競争や、明確な役割の補完性がないことを、主要な関係者間のコミュニケーションと協力を妨げかねない要因として指摘している。その他の障壁としては、心理社会的リスクの管理を目的とした職場への介入はコストが高くつくか、取り扱いが難しいという関係者の認識、熟練専門家の不足、および、心理社会的問題に対する感受性、リスク感受性、リスク許容度といった文化的側面の役割と影響が挙げられる。その重要な助長要因として指摘されたのは、人員や時間、金銭等の資源の不足、不十分な規制執行、ソーシャルパートナー間でのコンセンサスの欠如、および、国家レベルと職場レベルでこれら問題の統合が進んでいないことであった。調査結果は概して全地域で一貫しており、障壁のほとんどは重要またはかなり重要と評価された（附属書 2 図 2.2 を参照）。

仕事関連のストレスへの対処能力の育成

専門家意見調査によると、仕事関連のストレスに取り組む能力を育成するうえで考慮すべき重要な要素は、心理社会的リスクマネジメント能力（国家、職場双方のレベルで）、重要な関係者の十分な知識、意思決定の裏付けとなる妥当かつ信頼できる情報、効果的で使いやすい方法とツールの利用可能性、および、能力の高い支援体制（スペシャリスト、コンサルタント、サービス、制度、研究）である。既存の知識と能力は、幅広い国々の間、特に開発途上国で異なっている。例えば、自国の仕事関連のストレス管理に関するガイドラインを認識していると答えたアフリカの専門家は 17.5%にすぎないのに対し、その他の地域では、この割合が 30%を超えている。

仕事関連のストレスの予防と管理に必要な支援と指針に関し、調査結果は、独立のスペシャリストやコンサルタント、労働組合、国民保健サービス、国の OSH 機関および労働衛生サービスにより提供される職場指針のほうが、執行機関や使用者団体、地域保健サービスにより提供される指針よりも高く評価されていることを示している。アフリカとアラブ諸国の専門家は、自国で利用できる支援と指針の提供に対する満足度が低かった。しかも、支援と指針の提供は全般的に不満足と評価されており、良質で利用可能な指針を開発し、広く普及させる必要性が浮き彫りになっている。

訓練の必要性に関し、自国の実務者が適切な訓練を受けていると回答した専門家は米州、欧州および中米で 20%にすぎなかった。アフリカ（15%）、アラブ諸国（12.5%）、アジア太平洋（12.1%）の状況は、さらに深刻である。大多数の専門家（欧州と中央アジアの 89.7%からアラブ諸国の 100%に至るまで）は、自国の実務者に仕事関連のストレスの予防と管理に関する訓練を施す必要があるという見解を表明した。

将来のシナリオ展望

第 1 次デルファイ調査

第 1 次デルファイ調査は、大半がテーマ別に分析された自由回答形式の質問事項からなっていた。ILO の全地域から選ばれた世界 45 か国の専門家計 80 名が、調査に対する回答を寄せた。

最初の 4 つの質問は、各国における心理社会的リスクと仕事関連のストレス予防の現状につき、強み、弱み、機会および脅威を特定する SWOT 分析の枠組みで提示された（附属書 2 表 2.1 を参照）。特定された強みについては、各国の文脈に応じて相違が見られた。例えば、規制と自主的政策が併存する国の回答者は、自主的なアプローチの強みのほうをより重視した。しかし、法律や社会対話への取り組み、強力なエビデンス・ベース、啓発、職場への介入および適切な訓練を受けた労働衛生サービスは、これらが存在する国々で常に強みとして認識された。強みとして報告された点の多くは、これらが存在しない国々で弱みとして認識された。政策、実践面で進んでいる国々でも、不十分な法執行、新たなイニシアチブを策定または実施する政治的意志の欠如、および、真に予防志向の文化との対比における補償の文化の存在が指摘された。その他、イニシアチブの不適切な評価や、コンサルタントまたは実務者による過誤の確率の高さについても、懸念が表明された。大半の回答者は、職業病の一覧にストレス関連の疾病が含まれていないことを弱みとして捉えていた。

機会としては、経験の蓄積と国家間での好事例の共有、責任あるビジネス実践の促進をねらいとする国際的な政策と実施規則、組織の持続可能性と競争力を重視する機運の高まり、および、これら問題が国内 OSH 制度、公衆衛生制度または社会保障制度でカバーされ、取り込まれていることが指摘された。これらの点を指摘したのは、政策が充実し、エビデンス・ベースが整備されている国々の回答者にとどまらなかった。最後に、回答者が指摘した脅威には、いくつか共通のものが見られた。具体的には、景気の低迷と失業の増大、組織のリストラと縮小、政治的意志の欠如、国または組織レベルでの資金不足、労働力の高齢化、新たな形態の作業組織の増大、不安定な仕事や非標準的な仕事（交代制の仕事、臨時雇い、パートタイムの仕事等）が挙げられる。これらの点が、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防にとって脅威となることについては、幅広いコンセンサスが見られた。その他、法的要件の違反や腐敗（南米等）、規制緩和を求める企業によるロビー活動（特に欧州）も、脅威として指摘された。

これらの質問に次ぎ、参加専門家は 10 年後を見据え、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防に関し、自国で最も可能性の高いシナリオと、理想的なシナリオを予測するよう要請された。質問の対象とされたのは、(i) 仕事関連のストレスとその結果に取り組む国内 OSH 法令、技術規格および労働協約、(ii) 心理社会的リスクと仕事関連のストレスに焦

点を絞った OSH 政策と戦略、(iii) 心理社会的リスクと仕事関連のストレスに焦点を絞った技術指針と啓発キャンペーン、(iv) 心理社会的リスクと仕事関連のストレスに焦点を絞った職場での取り組み、ならびに、(v) 心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関する研究とエビデンス・ベースの各重要領域である。これら諸点に関して期待されるシナリオと理想的なシナリオを取りまとめたのが、附属書 2 表 2.2 である。

仕事関連のストレスに取り組む国内 OSH 法令、技術規格および労働協約に関し、回答者の大半は、この分野でさらに法規制が導入されると予測した。しかし、期待シナリオと理想シナリオの双方において、新法が制定されても、現行法と何ら変わりがないか、逆に規制緩和が進むという予測が出されている。OSH 政策と戦略についても、同じような幅の回答が見られた。すなわち、回答者の大半はこの領域で新規または追加的な政策と戦略の導入を期待する一方で、予防、国レベルでの訓練と能力育成、および、好事例共有の重視は、国に関係なく、理想的シナリオの共通要素として見られた。また、技術指針と啓発キャンペーンの開発について期待されるシナリオについても、オプションは分かれた。理想的シナリオでは、SME 向けの指針がしばしば取り入れられた。職場での取り組みの開発に関する期待シナリオでは、楽観的な見方やコンセンサスが比較的少なかったのに対し、理想的シナリオでは、健康的な組織文化の育成、心理社会的リスクの予防と管理、職場レベルでの能力育成、経営者の関与など、国際的な共通点がいくつか見られた。心理社会的リスク予防を OSH 管理制度の不可欠な要素として組み入れることに言及する回答も、国に関係なくいくつか見られた。最後に、この分野での研究とエビデンス・ベースについて、回答者は概して、活動の活発化を予測したが、その重点は心理社会的リスク管理、介入および研究結果の実用化といった重要分野に置かれた。その一方で、ありうる障壁としては金銭的、政治的要因が挙げられた。いくつかの国では、国際機関が研究・介入戦略の促進役を務めることが期待された。回答者が掲げる理想的シナリオは、経験的証拠の共有、国際的な比較対照性の向上、研究評価面での介入に向けた情報システムとデータベースの開発について、国際的に大きなコンセンサスがあることを反映していた。

専門家はまた、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防と管理に関し、国と職場のレベルで必要とされる行動を明らかにしたほか、さまざまな要因を考慮しつつ、自国でどれだけの追加的取り組みが必要とされるかを示唆した。最後に、職場での対応が必要な優先領域に関する質問も出された。国と職場のレベルで必要な措置と、職場レベルでの優先的行動の両方に関する結果の概要は、附属書 2（それぞれ表 2.3 および表 2.4）に示すとおりである。国と職場レベルの双方で必要な重要措置については、専門家の間でかなりのコンセンサスが見られた。国レベルで必要な重要措置としては、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに取り組む能力の育成、規制（存在する場合）の執行、ソーシャルパートナー間のコンセンサス構築、啓発、政策レベルでの統合（OSH 政策と健康増進政策等）、介入ツールと評価法の利用可能性改善が挙げられる。一方、職場レベルでの最優先課題として挙げられたのは、仕事関連のストレス予防の組織文化への統合、仕事関連のストレス予防のマネジメント・システムへの統合、啓発、職場での方針と予防措置の導入、および、関係者の能力育成であった。

第 2 次デルファイ調査

第 2 次調査は、第 1 次デルファイ調査の結果に基づき、主要な問題に関する一層のコンセンサスを構築し、各懸念領域の要因を明らかにすることをねらいに開発された。ILO の全地域から選ばれた世界 25 か国の専門家計 31 名が、調査に対する回答を寄せた。第 2 次デ

デルファイ調査の質問項目はほとんどが二択式（はい、いいえ）であった。専門家は、第 1 次調査で特定された心理社会的リスクと仕事関連のストレスの予防と管理の主要分野と、これらに貢献する主要因につき、数多くのシナリオが生じる可能性を判断するよう要請された（附属書 2 表 2.5）。

シナリオ・オプション全体を通じ、重要な貢献要因として挙げられたのは、政策立案者の意識と関与、社会対話、および、エビデンス・ベースを実践に移すことの有用性であった。啓発と指針開発、職場レベルでの取り組みとエビデンス・ベースという主要分野については、資源とノウハウの利用可能性、ツールと好事例の共有、および、企業レベルでの関係者（経営者、労働者等）の意識と関与など、その他の強力な貢献要因も指摘された。回答者はまた、職場レベルでの取り組みに対する重要な貢献要因としての国レベルの予防の文化と、エビデンス・ベースを実践に移すうえでの心理社会的リスクの健康と安全、生産性への影響に関する科学的根拠の適切性も重視した。

調査結果とグローバル・トレンド

専門家意見調査とデルファイ調査はともに、ニーズを明確化し、主な牽引要素と障壁を抽出するうえで有用な情報を提供した。デルファイ調査では、上記の主要分野に関する期待と理想的シナリオも明らかになった。地域によって差はあるものの、専門家の間では、多くの主要分野における理想的なシナリオ、これらシナリオの牽引要素と障壁、および、これらを達成するために必要な行動に関し、かなりのコンセンサスが見られた。デルファイ調査で探索された主要分野をさらに詳しく見ると、専門家はそれぞれの分野について、さらなる対策が講じられることをかなり楽観視していることが分かる。

法律と政策に関し、専門家は概して、認識が高まるにつれ、国内の OSH 法令や技術規格、労働協約のほか、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに取り組む OSH 政策と戦略も整備されてゆくだろうという見方で一致した。しかし、幅広い取り組みがすでに導入されている一部の欧州諸国では、相対的に悲観的な見方が広がっているという証拠も得られた。とはいえ、ほとんどの専門家は政策を充実させることの価値を認めており、存在する場合にはこれを強みとして、存在しない場合にはこれを弱みとして重視している。

各国の専門家は、労働者の精神衛生保護を盛り込んだ OSH 法が将来的に成立することを期待した。精神衛生の保護と促進にとって OSH 法が重要であるとの認識は、関連法が既に存在する国々でも必要であることが強調された。また、専門家は、さらに改善が必要な分野として、国際的な法律の調和と適切な執行、ストレス関連障害の職業病としての認定、および、法執行に対する制約を挙げた。その他、理想的シナリオの重要要素として強調されたのは、政策の必須要素として、職場における心理社会的リスク予防と精神衛生促進に焦点を絞ること、好事例の共有、および、関係者の能力構築であった。また、政策立案者の意識と関与、社会対話の改善、エビデンスに基づく知識と資源の開発は、理想的シナリオの達成または変化の阻止につながる重要要因として指摘されたほか、持続可能な開発目標との関連づけは、機会として認識された。

心理社会的リスクと仕事関連のストレスに関する一層の技術指針と啓発キャンペーンの開発については、幅広いコンセンサスが表明された。しかし、一部の専門家は、かかる取り組みが、特に予防への取り組みが既に開始されている国々において、作業条件と第一次予防に対する集団的アプローチよりも、個別の労働者に焦点を置くものとなってきたとして

いる。また、全関係者向けの好事例指標の策定と、SME 向けの指針の開発も、極めて望ましい取り組みとみなされた。専門家の見解には、幾分かの相違も見られる。例えば、アジアでは参加型の介入アプローチが重視されたのに対し、欧州とオーストラリアでは、マスメディアを通じて国内のオーディエンス全体を対象とすることが重視された。

職場での取り組みの開発に関する期待シナリオについては、楽観的な見方もコンセンサスも比較的少なかった。政策面が充実している国々の専門家は、職場での取り組みがさらに導入されることを予測する一方で、政策も法律も存在しないか、十分に整備されていない国々では、職場レベルでの対策が主として、政府の行動の結果として生じると期待された。しかし、専門家は場合により、法的または政策的枠組みとは独立して、企業が直接、このような取り組みを導入できると予測した。また、こうした取り組みが予防を重視するものになるかどうかについては意見が分かれ、対応的措置の増加を予測する専門家もいた。大企業でより多くの取り組みが進むという期待や、金銭的制約を行動への障害としてとらえる見方については、より幅広いコンセンサスが見られた。職場での取り組みに関する理想的シナリオの主要素としては、労働組合の行動活発化、予防を重視する組織文化の発展、統合的アプローチの採用（OSH マネジメント・システムにおける心理社会的リスクを含む）、心理社会的リスクに関する予防介入の評価、主な関係者の能力育成、および、ネットワークを通じた大企業・中小企業間の知識と実践の共有が指摘された。これらに貢献する主な要因としては、政策立案者の意識と関与、社会対話の質、および、ソーシャルパートナーのこの分野への関与が挙げられた。資源やノウハウ、ツール、好事例の利用可能性、政策レベルでの予防の文化、職場レベルでの関係者（経営者、労働者、それぞれの代表等）の意識と関与も、職場レベルでの取り組みに貢献する重要な要因とされた。

この分野での研究とエビデンス・ベースに関し、ほとんどの専門家は、心理社会的リスクマネジメント介入の実施と評価、研究の実用化等の主要分野を中心に、活動の活発化を予測した。提示された理想的シナリオでは、国レベルの研究と定期的な全国調査（未実施の場合）、経験的証拠を提示する情報システムとデータベースの開発、国際的比較の拡大、研究評価介入、多くの具体的問題に関する研究（精神的健康と身体的健康の関連性、新種の作業組織、不安定で非標準的な仕事、境界のない作業、ビジネスの観点等）、および、かかる研究の実用化に関する指針など、いくつかの点について、国際的な幅広いコンセンサスが見られた。主として政策、実践面で充実した国々の専門家から回答があった追加的オプションとしては、この分野の研究対象範囲への包摂、適切な資源配分を伴う国レベルでの政策と計画の策定、および、OSH 調査の影響を評価する研究が挙げられる。欧州の専門家は、多くの欧州諸国で近年、閉鎖や予算削減が見られる中で、関連の研究を実施できる国立研究機関（適切な資源を伴うもの）の必要性にも言及した。政策立案者の意識と関与は、主な貢献要因とされた。その他、専門家が特定した貢献要因としては、この分野における社会対話の質とソーシャルパートナーの関与、資源の利用可能性、衛生安全と生産性に対する心理社会的リスクの影響に関する科学的証拠の適切性、および、ノウハウやツール、好事例の利用可能性が挙げられる。

デルファイ調査と以前に行われた専門家意見調査の結果に、多くの一致点が見られることは特筆に値する。行動の牽引要素とこれに対する障壁、および、取り組むべき優先課題がいずれも同じだったからである。取り組むべき主要分野を見ると、組織文化（ずさんな管理とリーダーシップを含む）、作業負荷、時間的プレッシャーと作業強度、仕事と生活のバランス、組織変動とリストラ、職の安定、不安定な仕事、勤務時間の編成（交代制の仕事、柔軟なスケジュール、休憩時間を含む）、報酬と正当な評価、作業の統制、嫌がらせ

（モビングまたはいじめを含む）、身体的暴力（と身体的暴力の脅し）、および、職場での差別について、幅広いコンセンサスが見られる。

最後に、さまざまな地域で、専門家が指摘した関心事項と、国内で対応を要する優先課題として考えられている事項との間には開きがあり、これまで、または現時点で実施されている政策的取り組みが必ずしも、最大の懸念がある分野を対象としていない可能性があることが浮き彫りにされた点を指摘しておく必要がある。これは、政策立案者の考え方に基づく認識の低さや誤った優先づけの結果である可能性もあれば、かかる政策策定における社会対話や社会的参加の欠如によるものである可能性もある。よって、心理社会的リスクと仕事関連のストレスに国レベルで取り組む際には、行動の優先順位を定めるための具体的な取り組みが依然として必要である。

6. 仕事関連のストレスの原因の予防と管理に集団的アプローチを適用することはなぜ必要か

世界の労働者の大部分に対する仕事関連のストレスの悪影響とその健康上の結果がどれだけの規模に上っているかは、過去 20 年以上にわたって各国と各地域で収集されてきた関連の身体的・精神的健康障害の広がりに関する豊富なエビデンス・ベースから見ても明白である。残念ながら、蓄積された証拠を見る限り、現状においてこうした障害の発生数と深刻度が増していることも分かる。

これによって明らかになった国レベルでの経済的コストは、氷山の一角にすぎないとはいえ、仕事関連のストレスとその健康上の結果が組織の安全、生産性、さらには全般的業績に大きく影響していることも示している。今日の仕事関連のストレスは、ごく一部の個人の問題として片付けられない。それは労働者とその家族、ひいては社会全体の福祉に大きな意味合いを有する集団的問題として認識せねばならない。

北欧諸国の研究者と政策立案者は、先導役としての役割を果たしてはいるものの、ほとんどの国の政策立案者とソーシャルパートナーは、最近になってその根本的原因に取り組む法律や具体的介入の策定に関与しはじめたばかりである。しかし、このことは、対策の必要性に対する認識が向上していることを証明している。心理社会的リスクと仕事関連のストレスの評価と管理、ならびに、国際、地域および国レベルにおける法律や戦略、政策の策定に対する関心は高まっている。こうした問題に対するソーシャルパートナーの認識も高まりを見せている。これら問題に関する情報の発信と啓発キャンペーンは、これまでよりも活発になっている。職場レベルで心理社会的リスクと仕事関連のストレスに取り組むための効果的な介入を策定しようとする研究ネットワークや職能団体も急増してきた。

使用者は、過労や職務に対する統制の欠如の結果として、労働者に影響し、最終的には仕事関連のストレス、さらには関連の対処行動や健康上の結果をもたらしかねない心理社会的ハザードの悪影響を認識すべきである。残念なことに、悪影響が仕事や福祉に反映されて初めて、ストレス水準が限界に達したことに気づく人々が多い。使用者と労働者の認識を高め、これら新たなリスクに取り組むための情報と能力を提供すれば、安全で健康的な作業環境が生まれ、組織内に前向きで建設的な予防の文化ができ上がり、関与や効果が高まり、労働者の健康と福祉が保護され、生産性も高まることになる。

現在の複雑な文脈において、職場は、心理社会的リスクと仕事と生活のバランス崩壊の重要な根源となる一方で、仕事関連のストレスとその健康上の結果の根源において、これら心理社会的リスクに取り組む理想的な場にもなっている。企業がこの問題に対する個別対応に注力するだけでは不十分である。仕事関連のストレス予防と、職場における精神衛生の促進につき、集団的なアプローチをさらに育ててゆかねばならない。職場でのストレス管理に関するほとんどの取り組みには、個別のカウンセリング、新入社員の初任者研修と指導、同僚および労働組合による休業・失業時の継続的支援、ならびに、現地 NGO との連携確立による、重要な生活上の出来事への対処における個別支援が盛り込まれている。従来型の取り組みを脱し、集団的、個別的措置の双方に取り組むことにより、新たな効果的な対応へと歩を進め、職場での精神衛生促進に向けた包括的アプローチを採用することが必要である。職場で集団的な措置を採用すれば、支援を提供できるだけでなく、労働者がストレスの悪影響を受けることなく、生産性を高めることも可能になる。逆に、個人の

ストレス対応能力を高めることは、仕事関連のストレスに対処するためのさらに幅広い集団的、組織的プロセスの一環として、貴重な補完的戦略となりうる。よって、集団的、個別的措置の両方を組み合わせることで、仕事関連のストレスの原因と帰結に対処する革新的な方法を見出すことが欠かせない。

理想的なストレス対策は、その発生を防ぐことである。そのためには、問題の核心、すなわちその原因に取り組まねばならない。しかし、ストレスの原因となりうる心理社会的要因は数多いため、これを個別に評価、管理することはできない。原因の根源は職場にあることも、家庭にあることも、社会環境にあることも、コミュニティにあることもある。これらそれぞれの文脈において、ストレスの源泉と、その影響の予防または軽減に役立つ資源はひとつ、または複数ありうる。ストレスはこれら文脈のうち複数に影響することもある。しかし、こうした文脈においてすべての問題に対処することは期待できないため、職場レベルでの対策は、仕事関連の心理社会的リスクを予防または抑制できる介入に焦点を絞るべきである。これによって、職場内外で好影響が生まれよう。仕事関連のストレスに取り組む最善の方法は、作業条件、作業環境、ならびに、組織文化と組織の労使関係において、根本的に心理社会的ハザードに取り組む戦略を採用することである。仕事関連のストレスの存在を確認し、その根源にある心理社会的ハザードを特定したうえで、これらに根本から取り組むための対策を講じるべきである。よって、講じられた対策が将来的な仕事関連のストレスを軽減、予防できるよう、できるだけ多くの原因の解消を目指す行動を起こすべきである。

仕事関連のストレス予防のための実効的な職場プログラムを導入するためには、心理社会的リスクを適切に特定するとともに、勤務成績とストレスから生じる個人的問題を評価することが必要である。この評価は組織的に行い、労働者に対しては、職場でのストレスの原因となっている可能性のある状況があれば、これについて懸念を表明するよう要請すべきである。

リスクマネジメントのアプローチ全体を通じて、心理社会的リスクと仕事関連のストレスの潜在的な精神衛生上の帰結を削減することを目指す具体的な予防戦略を導入すべきである。包括的な OSH マネジメント・システムにより、予防実践の改善と、健康増進措置の統合を確保することで、心理社会的リスクをリスク評価・管理措置の対象とし、その影響を職場におけるその他の OSH リスクと同じ形で、実効的に管理することを目指すべきである。

このことは、下記の要素を含む多面的アプローチを用いて、労働衛生を実践すべきことを示唆する。

- 職業病その他の仕事関連の疾病、および、労働災害を予防する。
- 作業環境と作業組織を改善する。
- 作業組織と作業条件を適応させることにより、リスク評価・管理措置に心理社会的ハザードとリスクを統合する（その他の職場ハザードやリスクと同様）。
- 労働者の対処能力を向上させる。
- 職場内の労働者向けに社会的支援制度を構築する。

- 労働者の健康上の要件を評価する際、組織的、個人的要因と個人・組織間の相互作用を考慮に入れることにより、組織のニーズを評価する。

このプロセスへの労働者の参加は欠かせない。労働者とその代表は、職務上の不要なストレスの原因になっていると感じている心理社会的リスクの特定、および、介入の優先順位を定めるためのリスクの格付けに関与すべきである。この評価は組織的に行うとともに、労働者に対しては、職場でのストレスの原因になっている可能性のある状況がある場合、これに対する懸念を表明するよう要請すべきである。合同 OSH 委員会は、社会心理的リスクと仕事関連のストレスの管理に重要な役割を果たしうる。ILO の経験が示すところによれば、組織の成功は、その労働者と組織文化にかかっている。安全で支援的な環境で働く労働者は、気分的にも健康的にも優れており、このことが常習的欠勤の減少やモチベーションの強化、生産性の向上、組織に対するプラスのイメージにつながる。労働災害や職業病の予防、健康的な労働生活の推進、および、予防の文化の構築は、政府、労使、医療従事者、そして社会全体が共有する責任である。

結語

国際労働機関（ILO）は、労働者の作業条件と作業環境の改善、および、労働災害や職業病、仕事関連の疾病の予防と対策を通じ、労働者の健康の保護とその福祉の促進に注力している。

ILO にとって、精神衛生とは、労働者がその能力を実現し、生産的に働き、そのコミュニティに貢献できる健康と福祉の状態（個人的、集団的ともに）を指す。この関連で、労働衛生は「全職種の労働者の最高水準の身体的、精神的、社会的福祉の促進と維持を目指す」べきである。職場で到達可能な最高水準の健康と、あらゆる職場の女性と男性がそれぞれ、社会的にも経済的にも生産的な生活を送れる作業環境を要求できるという基本的権利の実現は、ILO の主目的のひとつである。職場政策と OSH に関する予防プログラムの策定に対する ILO の貢献は、エビデンス・ベースと好事例を通じて得たグローバルな知識に基づいている。仕事の世界が変化を遂げつつある今、職場で心理社会的リスクにうまく対処することは、労働者の健康と福祉を守りつつ、組織の生産性を高めるうえで 必須の条件となっている。

ILO は古くから、労働者の健康と福祉を守りつつ、生産性を向上させるための国と職場の政策策定に携わってきた。職場での精神衛生への取り組みにおける ILO の比較優位は、労使とその代表、OSH 実務者、政府、政策立案者、公共サービスおよび NGO の参加を受けながら、加盟国での「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）国別プログラム」における能力構築を通じ、これら問題に取り組む国、職場およびコミュニティのイニシアチブの実施を成功に導くうえで、社会対話を用いてきた経験にある。予防と健康増進に向けた措置の統合を通じ、職場での心理社会的リスクに取り組むメカニズムを提供することにより、ILO はさらにやりがいのある、人間的な仕事の世界の実現に貢献している。

ILO は、本報告書向けに実施した評価の結果に鑑み、この分野で今後、下記を目指す行動を展開してゆく。

- その他の国際機関、各国と各地域の政策立案者や専門家ネットワークとの協力により、研究イニシアチブや戦略的パートナーシップを支援し、研究、啓発、教育、好事例、および、グローバルな能力育成の支援を図る。
- SOLVE や「ストレス・チェックポイント」等の ILO ツール、ならびに、主な専門家との協力による e ラーニング・プログラムを含む追加的指針と訓練ツールの幅広い応用を通じた教育と訓練の促進を通じ、主要関係者の能力育成と研究成果の実用化を支援する。
- ILO 職業病一覧表に基づき、さらに詳細な指針を提供することにより、各国の職業病一覧表の調和を支援する。
- 心理社会的リスク評価・管理の OSH マネジメント・システムへの統合を支援するとともに、介入の持続可能性との関連づけを行う。

- グローバルなレベルで、仕事関連のストレスとその結果の予防に関する ILO と構成主体との間の社会対話を促進する。
- WHO との協力により、労働衛生と健康増進を組み合わせることで、予防と福祉に対する統合的アプローチをグローバルに促進する。

-
- ¹ Selye (1936)
 - ² Selye (1974)
 - ³ Engel (1977)
 - ⁴ ILO (2012b)
 - ⁵ ILO (1986)
 - ⁶ Cox (1993); Cox, Griffiths (2005)
 - ⁷ Cox (1993); Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez (2000)
 - ⁸ Cox, Griffiths, Rial-González (2000)
 - ⁹ WHO (2010)
 - ¹⁰ Cox, Griffiths, Rial-González (2000)
 - ¹¹ WHO (2010)
 - ¹² Bhalla et al. (1991)
 - ¹³ Burke, 1988
 - ¹⁴ Karasek (1990)
 - ¹⁵ Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez, (2000)
 - ¹⁶ Wall et al (1990)
 - ¹⁷ Cooper, Cartwright (1994); Frone et al. (1992)
 - ¹⁸ ILO (2012b)
 - ¹⁹ Cobb, Kasl (1977); Cohen, Willis (1985); House, Wells (1978)
 - ²⁰ Bennett, Lehman (1999)
 - ²¹ WHO (2010)
 - ²² Kornhauser (1965)
 - ²³ Kahn, et al (1964); Katz, Khan (1966); Sauter, Hurrell (1999); Zickar (2003)
 - ²⁴ Kahn, et al (1964); Kahn (1980)
 - ²⁵ Karasek (1979, 1990)
 - ²⁶ Siegrist (1996)
 - ²⁷ Wall et al. (1990)
 - ²⁸ Antoniou, Cooper (2011)
 - ²⁹ ILO (2015)
 - ³⁰ EU-OSHA (2007), Kawachi (2008)
 - ³¹ Benach et al. (2002); Quinlan (2004); Quinlan, Mayhew, Bohle (2001)
 - ³² Barber, Santuzzi (2014)
 - ³³ Frone, Russel, Cooper (1992, 1997); Greenhaus, Beutell (1985)
 - ³⁴ European Commission (2010)
 - ³⁵ ILO (2009a)
 - ³⁶ Jahoda (1982, 1989)
 - ³⁷ OECD (2012)
 - ³⁸ Bohle, Quinlan, Kennedy, Williamson (2004); Weber, Hormann, Heipertz (2007)
 - ³⁹ WHO (2011b)
 - ⁴⁰ Zohar (1980, 2000)
 - ⁴¹ Bergh et al. (2014); Ghosh, Bhattacharjee, Chau (2004); Glasscock et al. (2006); Li et al. (2001); Sneddon, Mearns, Flin (2013); Stenfors et al. (2013); Vecchio et al. (2011)
 - ⁴² Chan (2011); Mearns (2001); Payne et al. (2009)
 - ⁴³ Julià et al. (2013); Nakata et al. (2006); Salminen et al. (2003); Swaen et al. (2004)
 - ⁴⁴ Hilton, Whiteford (2010); Nahrgang, Morgeson, Hofmann (2011)

-
- 45 Domenighetti, D'Avanzo, Bisig (2000); Kouvonen et al. (2007); Macleod et al. (2001); Ng, Jeffery (2003); Nomura et al. (2010); Siegrist, Rödel (2006); Silva, Barreto (2012); Tsai (2012); Wemme, Rosvall (2005)
- 46 Darshan et al. (2013); Gershon, Lin, Li (2002); Head, Stansfeld, Siegrist (2004); Marchand (2008); Neves, Pinheiro (2012); Virtanen et al. (2015)
- 47 Radi, Ostry, Lamontagne (2007)
- 48 WHO, Tobacco (Fact sheet N°339, Updated 6 July 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>; Alcohol (Fact sheet N°349, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 49 WHO, Physical activity (Fact sheet N°385, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- 50 Fido, Ghali (2008); Rugulies et al. (2009); Magnusson Hanson, Chungkham, Åkerstedt, Westerlund (2014); Nordin, Westerholm, Alfredsson, Åkerstedt (2012)
- 51 WHO, Cardiovascular diseases (CVDs) (Factsheet N°317, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- 52 Hemingway, Marmot (1999)
- 53 Eller et al. (2009); Kivimäki et al. (2006, 2012); Marmot, Siegrist, Theorell (2006); Tsutsumi, Kawakami (2004)
- 54 Aboa-Eboulé et al. (2007); Berraho et al. (2006); Bonde et al. (2009); Chandola et al. (2008); Sultan-Taieb et al. (2013); Kivimäki et al. (2002); Rosengren et al. (2004); Siedlecka, Borkiewicz, Gadzicka (2012); Theorell et al. (1998); Westerlund, Theorell, Alfredsson (2004)
- 55 Bojar et al. (2011); Li, Jin (2007); Nurminen, Karjalainen (2001); Raikonen et al. (1996); Schnall et al. (1998); Sultan-Taieb et al. (2013)
- 56 Belkic et al. (2004); Bunker et al. (2003); Eller et al. (2009); Kristensen, Kronitzer, Alfredsson (1998); Schnall, Landsbergis, Baker (1994); Tennant (2000); Rosengren et al. (2004); Marmot et al. (1997); Rosengren et al. (2004)
- 57 Aboa-Eboulé et al. (2011); Allesøe et al. (2010); Alterman et al. (1994); Alterman et al. (1994); Bonde et al. (2009); De Bacquer et al. (2005); Juárez-García (2007); Kivimäki et al. (2002); Kornitzer et al. (2006); Kornitzer et al. (2006); Kuper, Adami, Theorell, Weiderpass (2006); Lee et al. (2004); Netterström, Kristensen, Sjøel (2006); Peter et al. (2002); Xu et al. (2011)
- 58 Kivimäki et al. (2015); Kivimäki, Kawachi (2015); Liu, Tanaka (2002); Nakanishi et al. (2001); Puttonen, Härmä, Hublin (2010); Roohi, Hayee (2010)
- 59 Chaney et al. (2004); Deeney, O'Sullivan (2009); Fernandes et al. (2010)
- 60 Chaney et al. (2004); Kääriä et al. (2012); Min et al. (2014); Rugulies, Krause (2008); Saastamoinen et al. (2009); Stock, Tissot (2012); Takaki, Taniguchi, Hirokawa (2013)
- 61 Schaufeli, Greenglass (2001)
- 62 Maslach, Jackson (1981); Maslach, Schaufeli, Leiter (2001)
- 63 Maslach, Schaufeli, Leiter (2001); Lee, Ashforth (1993)
- 64 Ávila Toscano et al. (2010); Bagaajav et al. (2011); Batista et al. (2010); Borritz et al. (2006); Couto, Lawoko (2011); De Oliveira Jr, Chang, et al. (2013); Doppia et al. (2011); Estryn-Behar et al. (2008); Gascon et al. (2013); Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman (2011); Ibáñez et al. (2012); Kumar et al. (2007); Lagerström et al. (2010); Lim et al. (2010); Markwell, Wainer (2009); Mathisen, Einarsen, Mykletun (2008); Ndetei et al. (2008); Padyab et al. (2013); Rick et al. (2001); Sardiwalla, VandenBerg, Esterhuysen (2007); Schonfeld, Bianchi (2015)
- 65 Embriaco et al. (2007)
- 66 Alves et al. (2009); Shanafelt et al. (2006); Väänänen et al. (2008)
- 67 Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman (2011)
- 68 Borritz et al. (2006); Buddeberg-Fischer et al. (2008); Visser et al. (2003); Wu et al. (2011a); Xie, Wang, Chen (2011)
- 69 Ávila Toscano et al. (2010); Bagaajav et al. (2011); Cañadas-De la Fuente et al. (2015); de Oliveira Jr, Chang, Fitzgerald, Almeida, Castro-Alves, Ahmad, McCarthy (2013); Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman, L. (2011); Norlund et al. (2010); Oramas-Viera et al. (2007); Wu et al. (2011a); Xie, Wang, Chen (2011); Zazzetti et al. (2011)
- 70 WHO (2002)
- 71 Norlund et al. (2010)
- 72 WHO, Depression (Fact sheet N°369, October 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 73 WFMH (2012)
- 74 APA (2015)
- 75 Mathers et al. (2005)
- 76 Bonde (2008); Ndjaboué, Brisson, Vézina (2012); Stansfeld et al. (1998)
- 77 Blackmore et al. (2007); Bonde (2008); De Lange et al. (2004); Firth, Herbison, McGee (2009); Gershon et al. (2009); LaMontagne et al. (2008); Park et al. (2009); Shankar, Famuyiwa (1991); Stansfeld, Candy (2006); Stansfeld et al. (2012); Tennant (2001); Virtanen et al. (2007); Wang (2005); Zhang et al. (2011)
- 78 Ahlborg et al. (2012); Al-Maskari et al. (2011); Arial, Gonik, Wild, Danuser (2010); Boran et al. (2012); Boya et al. (2008); Castañeda (2012); Cho et al. (2008); Cortés, González-Baltazar, Cortés (2012); Cummings, Estabrooks (2003); Duraisingam, Dollard (2005); Ferrie et al. (2002); Gómez, Hermosa, Perilla (2012); Juárez García et al. (2012); Kopp et al. (2008); Mino et al. (1999); Saijo (2008); Murcia, Chastang, Niedhammer (2013); Netterström et al. (2008); Niedhammer et al. (1998; 2006); Park et al. (2009); Rugulies et al. (2006; 2008); Saijo (2008); Shields (2006); Stansfeld, Candy (2006); Stansfeld et al. (1999; 2012); Virtanen et al. (2012); Wang et al. (2008; 2011); Westerlund et al. (2004); Wu et al. (2011b); Yu et al. (2008)
- 79 Al-Maskari et al. (2011); Arafat, et al. (2003); Cortés, González-Baltazar, Cortés (2012); Duraisingam, Dollard (2005); Gómez, Hermosa, Perilla (2012); Grynderup et al. (2013); Mino et al. (1999); Saijo (2008); Wang et al. (2008)

-
- 80 Bilgel, Aytac, Bayram (2006); Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Olivares-Faúndez (2013); Hansen et al. (2006); Niedhammer, David, Degioanni (2006); Reknes et al. (2013); Rugulies et al. (2012); Sá, Fleming (2008)
- 81 WHO; Gender and women's mental health; http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- 82 WHO, Depression (Fact sheet N°369, October 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 83 WHO, Suicide (Fact sheet N° 398, Reviewed August 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- 84 Foster (2011)
- 85 Eurofound (2007)
- 86 EU-OSHA (2009)
- 87 EU-OSHA (2010a)
- 88 Eurofound, Eu-OSHA (2014)
- 89 Eurofound (2016)
- 90 OISS and INSHT (2012)
- 91 Cornelio et al. (2012); Cornelio (2013)
- 92 Santana, Santana (2011)
- 93 Duxbury, Higgins (2012)
- 94 Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile (2012)
- 95 ACHS (2013)
- 96 Ministerio de la Protección Social, Colombia (2007)
- 97 APA (2015)
- 98 APS (2014)
- 99 MHLW (2011)
- 100 Choi, Ha (2009)
- 101 Kim, Park, Rhee, Kim (2015)
- 102 Herman et al. (2009) ; Sipsma et al. (2013)
- 103 Peltzer et al. (2009)
- 104 Al-Maskari, colleagues (2011); Amagasa, Nakayama, Takahashi (2005); Fridner et al. (2009); Fridner et al. (2011); Hawton, Malmberg, Simkin (2004); Nielsen et al. (2015); Routley, Ozanne-Smith (2012); Takada, colleagues (2009); Tsutsumi et al. (2007); Yildirim, Yildirim, Timucin (2007)
- 105 Routley, Ozanne-Smith (2012)
- 106 National Statistical Office, Institute for Population and Social Research and the Department of Mental Health (2008)
- 107 Thai Health Working Group (2010)
- 108 MHLW (2012)
- 109 Government of Japan, Cabinet Office (2012)
- 110 MHLW (2014)
- 111 Choi, Kang (2010)
- 112 Eurogip (2013)
- 113 Stuckler et al (2009)
- 114 APA (2010)
- 115 WHO (2011a); Eurofound (2013); EUOSHA (2013); EUOSHA (2014b)
- 116 ILO (2015)
- 117 ILO (2012a)
- 118 WHO (2002, 2011)
- 119 Flin, O'Connor, Crichton (2008)
- 120 Kivimaki et al (2003); Miche (2002); Spurgeon, Harrington, Cooper (1997); Vahtera, Pentti, Kivimaki (2004); Van den Berg et al. (2009)
- 121 Aronsson, Gustafsson, Dallner (2000)
- 122 Borritz et al. (2010); Bourbonnais, Mondor (2001); Chini (2003); Derycke et al. (2013); Ervasti et al. (2011); Fahlén et al. (2009); Figueiredo-Ferraz et al. (2012); Head et al. (2006); Holmgren, Fjällström-Lundgren, Hensing (2013); Ishizaki et al. (2006); Kiran, Güner, Demiral (2012); Kivimaki, Elovainio, Vahtera (2000); Kondo et al. (2006); Laaksonen et al. (2010); Magnavita, Garbarino (2013); Michie, Williams (2003); Moreau et al. (2003); Otsuka et al. (2007); Rehkopf, Kuper, Marmot (2010); Slany et al. (2013); Suominen et al. (2007); Virtanen et al. (2007)
- 123 Elstad, Vabø (2008)
- 124 Aronsson, Gustafsson (2005); Hansen, Andersen (2008)
- 125 Demerouti et al. (2009)
- 126 Faragher, Cass, Cooper (2005)

-
- 127 AlKhalidi, Wazaify (2013); Al-Ahmadi (2002); Al-Mashaan (2001); Chung, Kowalski (2012); Cortese, Colombo, Ghislieri (2010); De Croon et al. (2002); Farquharson et al. (2012); Ho et al. (2009); Jamal (1990); Kazi, Haslam (2013); Mosadeghrad, Ferlie, Rosenberg (2011); Nabirye et al. (2011); Quine (2001); Rodwell et al. (2009)
- 128 Abu Al Rub, Al-Zaru (2008); Jourdain, Chênevert (2010); Karantzas et al. (2012); Kuusio et al. (2013); Li et al. (2013); Ofili, Usiholo, Oronsaye (2009); Suadicani et al. (2013); Tominaga, Asakura, Akiyama (2007); Von Bonsdorff et al. (2010); Yeh, Yu (2009)
- 129 Kim, Lee (2009)
- 130 Matrix Insight (2012)
- 131 Safe Work Australia (2012a)
- 132 Dollard et al. (2012), Safe Work Australia (2013)
- 133 Anderssen (2011)
- 134 Trontin, Lassagne, Boini, Rinal (2010)
- 135 Bodeker, Friedrichs (2011)
- 136 EU OSHA (2014)
- 137 HSE (2015)
- 138 Sainsbury Centre for Mental Health (2007)
- 139 Declaracion sociolaboral del Mercosur, Rio de Janeiro, 10.12.1998; Art. 17
- 140 Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decisión 584. Sustitución de la Decisión 547 (2004)
- 141 COUNCIL DIRECTIVE of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC)
- 142 COUNCIL DIRECTIVE of 29 May 1990 on the minimum safety and health requirements for work with display screen equipment (fifth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 87/391/EEC) (90/270/EEC)
- 143 EU Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare (2009)
- 144 COUNCIL DIRECTIVE of 10 May 2010 implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU (2010/32/EU)
- 145 Hansen et al. (2015)
- 146 Directorate of Labour Inspection (Norway); Act of 17 June 2005 No. 62 relating to working environment, working hours and employment protection, etc. (The Working Environment Act – «Arbeidsmiljøloven») as subsequently amended, last by the Act of 14. December 2012 No. 80; Chap. 4, Section 4-3
- 147 Hansen et al (2015)
- 148 Secretariadel Trabajo y Prevision Social (Mexico); Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, D.O.F. 13/11/2014; Art. 3 (XVII)
- 149 Parliament of Estonia (*Riigikogu*); Occupational Health and Safety Act, RT I 1999, 60, 616, Entry into force 26.07.1999, as amended (Last amendment: RT I, 10.07.2012, 2; 01.04.2013); Art. 9 (2)
- 150 Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (M.B. 28.4.2014)
- 151 Ministerio de la Protección Social (Colombia); Resolución 002646 DE 2008 (julio 17) por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional
- 152 Ministry of Labour (Namibia); Regulations relating to the health and safety of employees at work (Government Notice No. 156 of 1997); Art. 200
- 153 Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela; Ley Organica Del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, Decreto N° 8.938 – 30 de abril de 2012; Tit. III, Cap. V, Art. 156
- 154 Assemblée Nationale du Burkina Faso; Loi N° 028-2008/AN portant Code du Travail au Burkina Faso (13 mai 2008) ; Art. 236
- 155 Ministry of Employment and Labor (Republic of Korea); Occupational Safety and Health Act, Act No. 3532, Dec. 31, 1981, as amended (Last amendment Act NO. 11882, Jun 12, 2013); Art 5 (1)
- 156 Secretariadel Trabajo y Prevision Social (Mexico); Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, D.O.F. 13/11/2014; Art. 43
- 157 Ministry of Labour and Social Policies (Italy); Legislative Decree No. 81 of 9 April 2008 (Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro); Art. 28
- 158 Minister for Social Security and Labour and the Minister for Health of the Republic of Lithuania; Regulations for occupational risk assessment approved by Order No A1-159/V-612 of 16 October 2003 (Žin., 2003, No 100-4504)
- 159 Ministry of Manpower (Oman); Occupational Safety Regulations governing by the Labour Code (Ministerial Decision 286/2008). Part Three, Art. 26
- 160 Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela; Ley Organica Del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (2012); Arts. 367 (15), 368 (12)
- 161 République du Niger; Loi No. 2012-45 du 25 septembre 2012 portant Code du travail de la République du Niger; Art. 155
- 162 República de El Salvador; Reglamento General en materia de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto núm. 89 de 27 de abril de 2012); Sec. VI; Artt. 278-282

-
- 163 Constitución política del estado de Plurinacional de Bolivia (2009); Art. 49 III
- 164 Hansen et al. (2011)
- 165 Duffy, Sperry (2012)
- 166 European Social Dialogue: Multi-sectoral guidelines to tackle third-party violence and harassment related to work, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=896&furtherNews=yes>
- 167 European Commission (2013)
- 168 Eurogip (2013)
- 169 Dollard (2014); MHLW (2012)
- 170 National Assembly of Nigeria; Employees Compensation Act (2010). Minister of Social Affairs and Labour (Syrian Arab Republic); Decision No. 990 on stress as a cause for work injury. Al Jarida Al Rasmiyya, 2002-06-10, No.28, p. 1740
- 171 PAS 1010 Guidance on the management of psychosocial risks in the workplace; www.bsigroup.com/pas1010
- 172 CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013 – Psychological health and safety in the workplace – Prevention, promotion, and guidance to staged implementation; <http://shop.csa.ca/en/canada/occupational-health-and-safety-management/can-1003-13bnq-9700-8032013/inv/z10032013>
- 173 European Commission (2011)
- 174 European Commission (2011)
- 175 European Commission (2011)
- 176 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 177 ILO (2014)
- 178 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 179 Velázquez (2012)
- 180 Hansen et al. (2015)
- 181 Jhonstone, Quinlan, McNamara (2011)
- 182 European Commission (2011)
- 183 Velázquez (2012)
- 184 Velázquez (2012)
- 185 Velázquez (2012)
- 186 Ministerio de Trabajo e Inmigración, España; Criterio Técnico 69/2009 sobre las Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de Acoso y Violencia en el Trabajo; 19/02/2009
- 187 Velázquez (2012)
- 188 ILO (2012c)
- 189 ILO (2012b)
- 190 ILO (1996)
- 191 WHO (2007b)
- 192 WHO (2010a)
- 193 WHO (2010a)
- 194 WHO (2013)
- 195 ISSA (2012)
- 196 OECD (2012)
- 197 World Bank Group (2015)
- 198 WEF, Global Agenda Council on Mental Health, <http://www.weforum.org/communities/global-agenda-council-on-mental-health>
- 199 SADC, Protocol on Health; Date Signed: 1999-08-18; Entry Into Force: 2004-08-18. http://www.sadc.int/files/7413/5292/8365/Protocol_on_Health1999.pdf
- 200 League of Arab States, Revised Arab Charter on Human Rights, May 22, 2004, entered into force March 15, 2008
- 201 Regional Action Plan on Healthy ASEAN Lifestyles, http://www.asean.org/?static_post=regional-action-plan-on-healthy-asean-lifestyles
- 202 SAARC, Delhi Declaration on Public Health Challenges (8 April 2015), SAARC Health Ministers: Fifth Meeting http://www.saarc-sec.org/areaofcooperation/detail.php?activity_id=52
- 203 Declaration of Commitment of Port of Spain, Fifth Summit of the Americas (2009), <http://www.state.gov/documents/organization/122843.pdf>
- 204 ILO (1998)
- 205 OAS, Declaration of Medellín 2013: 50 Years of Inter-American Dialogue for the Promotion of Social Justice and Decent Work: Progress and Challenges Towards Sustainable Development; Approved during the closing session held on November 12, 2013; Inter-American Council for Integral Development

-
- 206 CARICOM (2010)
- 207 PAHO (2014)
- 208 European Pact for Mental Health and Wellbeing (2008)
- 209 European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI))
- 210 PRIMA-EF Psychosocial Risk Management Excellence Framework; <http://www.prima-ef.org/>
- 211 Lindstrom et al. (2000)
- 212 PSYRES, <http://www.psyres.pl/>
- 213 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, SRT, II Estrategia Argentina De Salud Y Seguridad En El Trabajo 2015 – 2019; Buenos Aires, 2015
- 214 Safe Work Australia (2012)
- 215 Ministry of Employment, Denmark , A strategy for working environments efforts up to 2020
- 216 Ministry of Social Affairs and Health, Finland , Policies for the Work Environment and Well-being at Work until 2020
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112065/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223826.pdf?sequence=1>
- 217 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 218 European Parliament (2013)
- 219 Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Confederation of German employers' Associations, German Trade Union Confederation, Joint Declaration on Mental Health in the Workplace, <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a449e-joint-declaration.pdf?blob=publicationFile>
- 220 Eurofound, EurWORK, Germany: Occupational health strategy focuses on work- related stress (Published on: 15 February 2016),
<https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/working-conditions/germany-occupational-health-strategy-focuses-on-work-related-stress>
- 221 Ministry of Labour, Industrial Relations and Employment, Mauritius, National Occupational Safety and Health Policy – Mauritius (Revised 2015),
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_354301.pdf
- 222 Ministry of Business, Innovation and Employment, New Zealand, Workplace Health and Safety Strategy for New Zealand to 2015
(<http://dol.govt.nz/whss/strategy/index.asp>)
- 223 Mental Health Commission of Canada (2012)
- 224 Ministerio de Sanidad, España, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006
(http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf);
Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>)
- 225 Heads up, <https://www.headsup.org.au/>
- 226 NIOH, Mental Health Awareness Month 2015, <http://www.nioh.ac.za/?page=topical&id=13&rid=597>
- 227 FIOH, Psychosocial Factors, http://www.ttl.fi/en/fioh/organization/work_organizations/psychosocial_factors/Pages/default.aspx
- 228 DARES (2015)
- 229 Lohmann-Haislah (2012)
- 230 NIOSH, <http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>
- 231 WSH Institute, <https://www.wsh-institute.sg/psychosocialstress>
- 232 European Parliament (2013)
- 233 Hansen et al. (2015)
- 234 Dollard (2014)
- 235 European Parliament (2013)
- 236 DOSH, Guidance for the Prevention of Stress and Violence at the Workplace, 2001
http://www.dosh.gov.my/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=16&Itemid=179&lang=en
- 237 Tripartite Advisory on Managing Workplace Harassment, <http://www.mom.gov.sg/~media/mom/documents/employment-practices/guidelines/tripartite-advisory-on-managing-workplace-harassment.pdf?la=en>
- 238 Ministerio de Salud, Chile (2013), Resolución Exenta N° 336 (12/06/2013) que aprueba el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo
- 239 SRT, Universidad Nacional de Avellaneda (2015)
- 240 People at Work; <http://www.peopleatworkproject.com.au/>
- 241 CCOHS, Psychosocial Hazards, <http://www.ccohs.ca/topics/hazards/psychosocial/>
- 242 CSO, Factores psicosociales, <http://www.cso.go.cr/tematicas/psicosociales.html>
- 243 ANACT, Risques psychosociaux, <http://www.anact.fr/themes/risques-psychosociaux>
- 244 CINDOC-CENSOPAS, <https://censopascindoc.wordpress.com/material-censopas/>

-
- 245 European Parliament (2013)
- 246 NICE Guidance, Mental health and wellbeing, <http://www.nice.org.uk/guidance/lifestyle-and-wellbeing/mental-health-and-wellbeing>
- 247 Di Tecco et al. (2015)
- 248 DGUV; Lernen und Gesundheit das Schulportal der DGUV, <http://www.dguv-lug.de/845697.php>
- 249 European Parliament (2013)
- 250 Suva; Progrès – La réponse de la Suva sur le développement des troubles de la santé associés au travail, <http://www.suva.ch/fr/startseite-suva/praevention-suva/arbeit-suva/progres-suva.htm#pageindex76581>
- 251 European Social Partners (2008)
- 252 European Parliament (2013)
- 253 European Parliament (2013)
- 254 European Commission (2011)
- 255 European Commission (2011)
- 256 IOE (2012, 2013)
- 257 BUSINESSEUROPE, European campaign on stress and psychosocial risks. Our message, <https://www.businesseurope.eu/sites/buseur/files/media/imported/2015-00197-E.pdf>
- 258 CSR Europe (2009)
- 259 European Commission (2011)
- 260 IBEC (2012)
- 261 ITUC (2010)
- 262 WFTU, The health and safety of workers in our time; 16th World Trade Union Congress, 6-10 April 2011, [http://www.wftucentral.org/download/wftu_congress-documents_health-and-safety_2011_en_esp_fr_ar\(2\).pdf](http://www.wftucentral.org/download/wftu_congress-documents_health-and-safety_2011_en_esp_fr_ar(2).pdf)
- 263 UNIGlobal Union(2010)
- 264 UNI Work Life Management Fortnight; http://www.uniworklifemanagement.org/?page_id=2
- 265 ITF Seafarers; <http://www.itfseafarers.org/ITF-health.cfm>
- 266 ITUC; Workers' health and safety to be addressed by G20; <http://www.ituc-csi.org/workers-health-and-safety-to-be>
- 267 ITUC Africa (2013)
- 268 ITUC Africa, Communiqué du Conseil Général de la CSI-Afrique sur les questions d'égalité entre les hommes et les femmes, <http://www.ituc-africa.org/Communique-du-Conseil-General-de.html?lang=fr>
- 269 ETUC (2004, 2007)
- 270 ETUC, Action Programme 2015-2019, https://www.etuc.org/sites/www.etuc.org/files/other/files/20151007_action_programme_en-consolidated_0.pdf
- 271 ETUI, Stress, Harassment and Violence; <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/Stress-harassment-and-violence>
- 272 DGB (2015)
- 273 European Parliament (2013)
- 274 ICOH (2014)
- 275 ISO (2004)
- 276 Bustos Villar et al.(2015)
- 277 AESAN-OSHNET; Stress management program in workplace; http://www.aseanoshnet.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=125:stress-management-program-in-workplace
- 278 Constitution of the Asia Pacific Academy for Psychosocial Factors at Work, http://icg-ohp.weebly.com/uploads/1/1/0/2/11022736/constitution_of_the_asia_pacific_academy_for_psychosocial_factor_at_work_-_final_-_06122013.pdf
- 279 EAOHP; <http://www.eaohp.org/>
- 280 ENETOSH; http://www.enetosh.net/webcom/show_article.php/c-178/lkm-150/i.html
- 281 ENMHP; <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.about>
- 282 ENWHP; Work in tune with life; <http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/8th-initiative-work-in-tune-with-life.html>
- 283 PEROSH; Psychosocial well-being in a sustainable working organisation; <http://www.perosh.eu/research-priorities/psychosocial-well-being-in-a-sustainable-working-organisation/>
- 284 PEROSH; Well Being and Work; <http://www.perosh.eu/research-projects/perosh-projects/well-being-and-work/>