

令和元年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」
分担研究報告書

過労死等の防止支援ツールの開発
－過労死等の防止に関わる対策研究の動向－

研究分担者 鈴木一弥 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所
過労死等防止調査研究センター・研究員

【研究要旨】

【目的】過労死等の防止を支援するツールを開発するため、労働安全衛生活動に関連して開発・公表されている国内外の学術情報を収集し、過労死等防止のために必要な支援ツールの対象、目的、形式等について検討した。

【方法】医学関連文献データベースを用いて国内外の文献を収集した。文献検索は、過労死等防止に資する労働安全衛生管理に関する取り組みを促進・支援するためのシステムやツールに言及したキーワード(手段 keyword(KW): "checklist" or "checkpoint" or "requirement" or "management system" or "toolkit" or "tool kit" or "guideline" or "recommendation" or "management standard")を共通で使用し、介入対象や目的に関するキーワード(問題 keyword(KW))として、過重労働と長時間労働、ストレス関連障害及びハラスメント等を使用した。手段 KW と問題 KW の論理積で文献データベース(MEDLINE[®]、PubMed)による検索を実施した。文献は原著、総説、資料等に加え、ILO や WHO 等の公的機関から公開されているものも対象とした。抄録内容から具体的で体系的なシステムやツールの実際の使用、検証、開発あるいは論評をしている論文・資料を選択した。労働者個人の症状や就労状況のみを評価するツールは検索対象から除外した。心理社会的リスクのチェックを含む job stress の評価ツールは、今回の採用の十分条件とはしなかった。これらの結果に基づき、今後の我が国での過労死等防止に関する研究開発に関する探索的な資料の検索も別途実施した。

【結果】過労死等防止に資する支援ツールの開発にあたって、以下の3視点からの文献が整理された。(1)職種や現場の特性へ適合させる:業種や職種、国ごと、作業への適合が研究課題であった。現場に応じた評価と改善を同時に進める参加型チェックリストや、従業員の要望の調査に基づくツールの開発例があった。(2)改善の推進と実効性を高める:職場の組織・文化的状況とツールの適合性、改善の実行の推進とその実効性に関するツール開発や研究があった。人間工学的側面などの具体的な環境の改善を重視したツール開発例があった。(3)支援対象、評価対象の多様性を考慮する:マネジメントの支援、参加型の改善活動支援、産業医や開業医の支援、教育の支援などがあった。職場外を含めた多面的な対策例として、公共施設の健康支援機能をチェックするツールの開発例もあった。

【考察】過労死等防止に資する具体的なアクションの実行・継続を支援するために、各現場の状況や意見に基づいた対策の検討ができる柔軟性のあるツール開発が重要である。簡便性を重視しての、個々の業種・職種などの特性の検討に基づいた職種特化型ツールの検討も考えられる。

研究分担者:

吉川 徹(労働安全衛生総合研究所過労死等防止調査研究センター・統括研究員)
高橋正也(同センター・センター長)

A. 目的

過労死等の実態解明と予防策を提案するために実施している過労死等労災事案の解析、疫学研究(職域コホート研究、現場介入研究)

及び実験研究(心血管系の作業負担軽減、睡眠と長時間労働の相互作用、心肺体力測定法の職場応用)の成果を集約し、包括的な視点での問題の整理と実用性・実効性を検討の上、具体的な対策の一つとして「過労死等防止チェックリスト(仮称)」を開発することが本研究の目的である。

令和元年度には、ツールの開発に参考となる国内外の既存の研究開発に関わる情報の収集と整理をした。我が国の重要課題である長時間労働の問題に加えて、これまでの事案等の解析結果から、特に精神疾患の事案において、工作中的の事故への遭遇や上司とのトラブル等の問題が重要であることも明らかになってきた。そこで、①長時間労働対策、②さまざまな原因によるストレスへの対策及び③暴力・いじめ・ハラスメント等への対策を支援するためのツール(チェックリスト、管理基準、要求又は推奨事項を含む)の情報を中心に文献収集と分析をする。

B. 方法

1. 検索方法の概要

MEDLINE と PubMed を使用した。職場の改善を促進・支援するためのシステムやツールに言及した文献を抽出するキーワード(手段 KW: checklist, checkpoint, requirement, management system, toolkit, guideline, recommendation, management standard)の論理和を共通で使用した。問題に関するキーワード(問題 KW)は、過重労働対策としての労働時間(working time, working hour の論理和)、ストレス(stress, burnout, mental health の論理和)及び暴力・いじめ・ハラスメント(bullying, harassment, violence, mobbing の論理和)とした。各問題 KW と手段 KW の論理積を基本とし、ストレスとハラスメント等に関しては、職業関連に限定するキーワード(occupational health, industrial health, workplace, job stress, worker の論理和)を論理積項目として追加した。検索期間は 1999 年1月～2019 年 12 月とし、検索言語は英語又は日本語とした。

2. 関連文献の選択

論文タイトルと抄録により、具体的なシステムやツールの実際の使用、検証、開発あるいは論評をしている論文のみを選択した。個人の症状や状態の評価のみのツールへの言及や使用は採用の十分条件とはしなかった。職

場の心理社会的リスクのチェックを含む job stress の質問紙への言及や使用も今回は採用の十分条件とはしなかった。なお、上記の検索された文献の内容を通読し、その中で利用されていたチェックリストや介入ツールなどのオリジナル文献の存在が引用文献等で確認できた場合、それらのツールを解説した文献等も追加した。

3. 補足的文献調査

労働時間に関する対策関連の英語での文献が少なかったこともあり、過重労働の防止に関する日本語の資料を参考資料として検討するため JDreamIII の JMEDPlus のモードを使用し、「過重労働 or 長時間労働 and チェックリスト or チェックポイント」で検索をした。対象期間は 1999 年 1 月～2019 年 12 月とした。ここで該当した文献からも既存のチェックリストを収集した。厚生労働省による「こころの耳:働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」(<http://kokoro.mhlw.go.jp/>)に掲載されていたツールを参考資料として収集した(2020 年1月 15 日実施)。

C. 結果

1. 検索結果全体の概要

MEDLINE と PubMed による文献調査の結果、暫定的な分類として手段 KW としての職場の改善を促進・支援するためのシステムやツールに関連して、問題 KW としての(1)労働時間の対策(過重労働対策):74 編、(2)ストレス対策:878 編、(3)ハラスメント等:282 編が検索条件に合致した。論文タイトルと抄録の内容に基づく関連する文献の選択の結果、ストレスは 54 編、暴力・いじめ・ハラスメント等は 19 編が整理された。ただし、疲労等対策として採用されたもののうち、長時間労働対策は、主に安全面の対策として使用される FRMS (Fatigue Risk Management System) への言及(Dawso,2017¹⁾)を除外すると 2 編のみであった。

過重労働に関する日本語の資料(別途行った JMEDPlus を用いた補足文献調査)では 67 件がヒットした。内容を検討した結果、上記の英文の検索で見つかったもの以外のツール開発として、厚生労働科学研究費の報告書と学会発表として長時間労働者への面接指導のチェックリスト²⁾⁻³⁾と睡眠のチェックリスト⁴⁾に関する研究があった。

なお、上記の検索された文献のなかで確認されたツールの代表的なものうち、ツールが紹介されている原典が確認された場合、以下の項目の中で追加文献等として文献を紹介、解説した。

2. 労働時間の対策(過重労働対策)

1) 長時間労働対策の検索結果の概要

学術研究のデータベースの検索結果において労働時間に関わる具体的な対策ツールをキーワードに含む 1999～2019 年の期間での研究は 2 編のみであり、2 編とも日本の研究であった。安全を主軸とした FRMS や睡眠研究を除外すると、健康影響に着目した長時間労働に関する対策ツールの研究開発は少数であった。

2) 交代勤務に関するガイドライン

労働時間に関するガイドラインに関連した論文の 1 編は交代勤務の労働時間の改善に関わる文献であった(Kogi,2004⁵⁾)。Kogi(2004)では、1)安全と人間工学に配慮した作業、2)より良い労働時間の配置、3)休息と健康増進の支援、4)生涯発達と安全文化の 4 群、計 48 項目のチェックリストが使用方法とともに提案されており、包括的な内容として示されていた。

学術文献としては検出されなかったが、日本での交代勤務に関するよく知られたガイドラインとしては日本看護協会による「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」が公表されており、インターネットで入手可能となっている⁶⁾。また、本ガイドラインでは「夜勤・交代制勤務の勤務編成の基準案(2012 年 3 月版)」として、①勤務間隔時間では 11 時間以上の間隔をあける、②勤務の拘束時間の長さは 13 時間以内とする、といった具体的な勤務編成の方法が記載しており、夜勤交替勤務のスケジュール作りを担当する管理者にとってわかりやすいものとなっている。

3) 過重労働者の健康リスクマネジメント

日本語の文献として 1 編(中尾ら,2008⁷⁾)は、長時間労働者に対する医師の面接指導を含めた過重労働対策の体制を効果的に構築するための管理者向けのツールとして開発された。過重労働による健康のリスクがある労働者への確実な対応ができる体制の構築や改善のアクションが記載されたアクション型のツールである。表1に 18 のチェック項目を示した。チ

ェック項目は 9 領域にカテゴリーされている。厚生労働省の「過重労働による健康障害防止のための総合対策(平成 18 年 3 月 17 日基発 0317008 号)」を踏まえた、事業場の産業保健スタッフなどが実行できる具体的なアクションを整理したものである。

3. ストレス対策

1) ストレス対策の検索結果の概要

ストレス対策のツールに関する 54 編の文献ではヨーロッパの研究機関又は主著者が多く確認された(31 編)。本文が日本語のものも含めたこともあって、次いで日本(10 編)が多く、米国(4 編)、オーストラリア(3 編)の順であった。業種・職種を特化した研究は 22 編であり、医療が 9 編、他は多様であった。職域で行われているストレス対策のカテゴリー化の結果、a)ストレスマネジメントシステムとガイドライン、b)心理社会的リスク評価に用いられるツールなどが整理された。また、具体的なストレス対策を進めるための介入手法に注目したツールとして、c)アクション指向の対話ツール、d)リスクアセスメントとしての小集団討議等の文献が整理された。さらに、職域への介入の概念として、米国や ILO の国際機関が積極的に進めている、e)包括的アプローチによるプログラム、f)参加型改善支援ツールを用いたプログラム等に分類された。

2) ストレスマネジメントシステムとガイドライン

①メンタルヘルス対策の実施状況チェックリスト

職域におけるメンタルヘルスの組織的マネジメントを重視したツールの一つとして日本で開発された川上ら(2005)⁸⁾によるチェックリストがあった。名称は後の項で取り上げるチェックリストとなっているが、管理者が組織体制の状況を確認するためのものなので、ここに含めた。チェック内容の概要(項目のグループ一覧)を表2に示した。1～32 のそれぞれについて 4 問の質問があり、メンタルヘルス対策の取り組み状況が得点で評価される。

②HSE のマネジメント基準

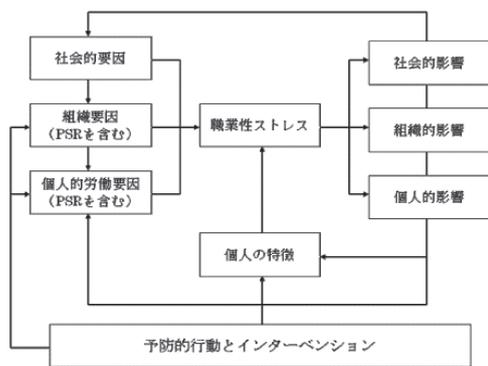
ストレスの管理基準(management standard)というキーワードを含んだ 7 編の資料のうち 4

編において、英国安全衛生庁(Health and Safety Executive; HSE)による管理基準(解説、ワークブックとしてHSE,2019⁹⁾)への言及があった。

HSE が提案している手法は、心理社会的リスクの実効性・継続性のある対策を目指したものであり、これまでの職業ストレス研究の成果に基づいた 6 つの領域(Demands、Control、Support、Relationships、Role、Change、表3)に関する基準と、その基準を達成するための管理体制の準備から実行、継続の方法等が示されている。

③PRIMA-EF

心理社会的リスクに関する欧州各国の取り組みの一つである欧州心理社会的リスクマネジメントアプローチ (Psychosocial Risk Management Approach- European framework; PRIMA-EF, Leka ら,2008¹⁰⁾)に言及した文献が 1 件あった¹¹⁾。PRIMA-EF は、企業内の管理に限定しない広範な内容を含む包括的なプロジェクトであり、関係者の対話(労使の対話など)が重視されている。企業内の予防のモデル、行政などのポリシーのモデル、ストレスによる影響を受けた人と組織及びより広い社会との相互作用も想定した包括的な指標モデルが提案された(図1)。



(WHO,2008;
https://www.who.int/occupational_health/prima_japanese.pdf,2020年2月13日閲覧)

図1. PRIMA-EF の指標モデル:Leka ら,2008に基づく日本語訳

PRIMA-EF で整理された心理社会的ハザードの一覧を表4に示した。これらは最近のストレスモデルに基づく知見を活用して 10 の領域で構成されている。また、心理社会的リスクの管理の監視に使用可能な指標をまとめたも

のを表5に示した。

④NICE のガイドライン

英国国立医療技術評価機構(National Institute of Health and Clinical Excellence; NICE)のガイドライン(NICE,2009¹²⁾)を取り上げ、その有効性を調査した研究があった(Jones ら,2015¹³⁾)。このガイドラインの5大項目を表6に示した。NICE のガイドラインの内容は上位の管理、比較的マクロの管理を対象としたものと思われ、国の政策に役立つことを想定しているという記載もあった。例えば推奨1では、雇用形態や移民などの背景の違う労働者、ビジネスパートナーなどを含む関係者を取り込み、平等な参加の文化の構築がストレス対策に必要な理念として記載されている。上述の企業向けのマネジメントツール(HSE management standard)も、このガイドラインの履行に役立つツールと記載されている。5項目ごとにアクションを起こすべき人が指定され、アクションの内容が説明されている。各項目で大企業、中規模、小規模別の対策の提案があることも特徴である。

⑤ガイドラインの比較研究

各国のストレスのガイドラインを評価あるいは比較した研究があった(2次予防のガイドラインに関しては後述;Joosen ら 2015¹⁴⁾)。Memish ら(2017)¹⁵⁾は、20の英語のストレス関連対策のガイドラインの質と包括性を比較した。評価が低くなった場合の問題点として、予防的でなく、職場のメンタルヘルス問題の検出と治療のみに焦点を当てていること、予防的推奨事項に関して個人のみが焦点が当てられ、実践的なツールやアドバイスが含まれていないことが指摘されていた。また、言語の一貫性の無さ、開発過程で適切なグループへの相談がなかったこと、法的要求、最小限の要求といった区別が不明確という問題も指摘された。なお、この論文で評価されたガイドラインの包括性に関して、すでに述べたHSEのmanagement standardとPRIMA-EFは比較的高い評価(包括性を評価した得点で3位と4位)であったが、より高評価だったのは今回の検索では同定されなかったカナダ(精神衛生委員会:カナダ,2013¹⁶⁾)とオーストラリアのガイドライン(オンラインツール, Beyond Blue, 2013¹⁷⁾)であった。

3) 心理社会的リスクの評価ツール

①労働者による心理社会的リスクのチェック

心理社会的リスク(Psychosocial risk)を評価するツールが多数開発されている。2001年時点の心理社会的リスクの評価ツールをレビューした文献で取り上げられたものを表7に示した(Rickら,2001¹⁸⁾)。労働者自身によるチェックによって職場の心理社会的リスクを評価する手法は、日本でストレスチェックに使用される職業性ストレス簡易調査票でも取り入れられている。

②HSEのIndicator Tool (HSE-IT)

比較的新しい心理社会的リスクの評価ツールとして上述のHSE management standardから派生したHSE-Indicator tool (HSE-IT)がある。このツールは、ストレスの心理社会的リスクに関連する6領域(表3)に対応した質問項目群から構成されている。項目の日本語訳を表8に示した(川上ら,2016¹⁹⁾)。

このツールの妥当性の評価などを行った複数の論文が今回の検索で同定された。Kaziら(2013²⁰⁾)は、英国のコールセンターの従業員を対象とした調査を行い、HSE-ITの”要求度”と”関係”の評価結果に関して、一般健康調査票(General Health Questionnaire)12項目版による健康度との有意な関連があったことを報告した。Houdmont(2013)²¹⁾は、HSE-ITの短縮版とGHQによる健康度との関連を調べ、概ね良好な妥当性を示す結果を報告した。

Marinaccioら(2013)²²⁾は、イタリア語版のHSE-ITによる広範な対象者の調査を実施し、結果に基づき、職業性ストレスのアセスメントとマネジメントにおいては性、年齢、教育レベル、職務の地位、交代勤務、通勤時間、労働契約などの背景条件による差異を考慮する必要があると報告した。

一方、イタリアの2社のコールセンターの労働者を対象にしたCamerinoら(2014)²³⁾は、企業や文脈に特異的であるために、欧州で使用が推奨されている質問紙などの標準的な方法では検出できないリスクがあったと報告した。

③心理社会的リスクのチェックツールの有効な適用に関する研究

チェックリストの使用を評価のみに終わらせず、改善に結びつけることが重要な課題であり、

こうしたツールが改善活動や継続的なマネジメントの中の活動として利用されることが望まれている背景から、ツールを改善に結びつけることに関連する研究の一つとしてBevanら(2010)²⁴⁾は、HSE-ITを使用して職場の優先的に改善すべき事項の同定をする手順を試行し、HSE-ITを他の取り組みと併用することが有効であったと報告した。

④コペンハーゲン質問紙

Copenhagen psychosocial questionnaire (CoPsoQ)という心理社会的リスクの比較的新しい評価質問紙(Pejtersenら,2010)²⁵⁾を使用した研究があった。同一マネジメント下の作業の差異を比較したCoelhoら(2018)²⁶⁾は、組織デザインやマネジメント、それらが機能する全体的文化的要因の影響が極めて強力で決定的であったと結論した。使用されたCoPsoQの項目のカテゴリー一覧を表9に示した。暴力的な行為を間接的なものを含む7領域に分類して比較的詳細な項目としている点は特徴の一つと思われた。

⑤現場観察の併用

Panariら(2012)²⁷⁾は、イタリアの小売店の実際の仕事の内容に関する質問紙や現場の観察等を併用したストレス調査を実施し、客観的な観察手法(objective measures)の併用の有効性を報告した。

4) アクション指向の対話ツール

ツール自体の工夫によって比較的簡便に改善のアクションを促進する試みの例として、管理者とワーカーの具体的な対話を支援する改善アクション指向のツールの開発例があった(HSE,2019で言及、

<http://www.hse.gov.uk/gohomehealthy/assets/docs/StressTalkingToolkit.pdf>)²⁸⁾。同様のツールの学校教師用のものも公表されている

(<https://www.hse.gov.uk/gohomehealthy/assets/docs/EducationTalkingToolkit.pdf>)²⁹⁾。

HSEが開発、公開している対話ツールは管理者が部下と対話するときの質問文や議論すべきテーマが具体的書かれるなどコミュニケーションのヒントが具体的に示されている。質問内容は上記の6領域(表3)やHSE Indicator-tool(表8)と概ね対応している。業種・職種に特化した例である学校教師用のツール²⁹⁾では、少なくとも以下の工夫がなされていること

が確認できた。

- ・背景の解説での当該業種に特有な問題の説明や業種に関する統計などの紹介
- ・改善対象として業種特有の問題が生じやすい関係(例:教師の児童やその両親との関係など)や、作業(学校の例:教師の授業計画、採点作業など)が部下への質問・聞き取りや部下との議論のテーマとして取り上げられている
- ・業種特有の職制名や組織名(学校の例:校長、教育委員会など)を使用してわかりやすくしている
- ・業種に関する支援リソース、支援組織等の紹介

5) リスクアセスメントとしての小集団討議

改善を促進する手法として労働者が参加する集団討議などの手法が考えられる。集団討議が感度の高いリスクアセスメントの手法としても優れていることを示す研究があった。Lanfranchi ら(2014)³⁰⁾は、心理社会的リスクのアセスメントに関して質問紙のみを使用した場合と集団討議によるヒアリング(フォーカスグループ)を併用した場合とを比較した。集団討議を併用した場合には質問紙のみと比較して楽観的方向への偏りが改善され、状況などが異なるグループ間の差の検出感度が改善された。

6) 包括アプローチ

①包括アプローチの重要性

改善の実行の推進、特に中小事業場でのストレス対策の推進のあり方と関連すると思われる動向として包括的アプローチに主眼をおいた職場介入のプログラムが開発され、実践されている。上述の PRIME-EF は包括的なアプローチの取り組みの代表例である。また、前述の Memish ら(2017)¹⁵⁾は、ストレスの予防のためのガイドラインに必要な要件として包括性を取り上げていた。

②NIOSH の「トータル・ワーカー・ヘルス®」プログラム

具体的なツールやガイドラインとしては文献検索ではヒットしなかったが、労働者の安全と健康とウェルビーイングの推進を目的とした包括的な労働安全衛生のアプローチである米国の国立労働安全衛生研究所(National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH)のトータル・ワーカー・ヘルス(Total

Worker Health; TWH®, Tamers ら,2019 など³¹⁾)に関していくつかの資料で言及があった。別途検索して確認した論文で示されている TWH®の主要素を表10に示した(Tamers ら,2019)³¹⁾。TWH®は、労働関連の安全及び健康有害要因からの保護と、労働者の幸福を促進するための傷害及び病気予防の取り組みの促進とを統合するポリシー、プログラム及び実践として定義されている³¹⁾。これまで伝統的な労働安全衛生プログラムは、主に労働者の安全と健康は有害要因から労働者を保護することを第一の理念として実施されてきたが、TWH では、仕事は健康の外部アイコンの社会的決定要因との認識のもと、労働安全衛生プログラムに、賃金、労働時間、作業負荷とストレスレベル、同僚や監督者との交流、有給休暇、健康増進職場などの仕事関連の要因はすべて、労働者とその家族の幸福、そのコミュニティに重要な影響を与える可能性があるとの考え方より開発されている(CDC: What is Total Worker Health?, <https://www.cdc.gov/niosh/twh/totalhealth.html>)。

7) 参加型改善支援ツール

①メンタルヘルスアクションチェックリスト等

労働者が参加する討議プロセス(Lanfranchi ら,2014)を含み、評価と改善を同時に進めるアクション志向の特徴を持つ手法として、メンタルヘルス対策を主眼とした労働者参加型の職場環境改善に関する開発研究があった(吉川ら,2007³²⁾、Tahara ら,2009³³⁾)。

吉川ら(2007)のチェックリストの項目(6つの領域と項目の一覧)を表11に示した。チェックの内容や参加型の手順そのものがストレスモデルと関連つけられた心理社会的リスク対策と対応しており、例えば量的な負担(領域 1,2 など)、裁量度(参加型手順、領域 1 など)、支援(参加型手順、領域 5 など)の改善に関連付けることができる内容として開発されている。労働時間、勤務制、人間工学的改善、有害環境や作業編成等の働き方の参加型の設計や改善も取り上げられており、内容は比較的幅広く包括的であると言える。これらの項目について良否をチェックするのではなく、改善を提案するかどうかを選択させる形式となっており、利用

方法として労働者の参加による討議をプロセスに含む手順が解説書として発行されている。

②ILO のチェックリスト

国際的に利用可能で中小職場での使用を想定した ILO のチェックリスト(国際労働機関,2018³⁴)も参加型改善の手順とともに職場改善の視点がチェックリストとして提示されている。そこでは 10 の領域が設定されている。チェック項目の一覧を表12A～B に示した。①、②ともにアクションフレーズを利用したアクションチェックリストが作成されていることが特徴である。このチェックリストを基本型として、中小企業の事業主(WISE)、農業労働(WIND)、建設労働(WISCON)等、多様な職場向けの参加型の職場環境改善プログラムが開発されている。

③参加型改善の有効性

参加型改善プログラムによるメンタルヘルスへの効果を検討した Kobayashi ら,2008³⁵)は、参加型職場改善プログラムによって、女性ホワイトワーカーのスキルの活用、支援、職務満足及び健康状態の改善効果があったと報告した。また、金融業の管理職のメンタルヘルス管理の参加型トレーニングプログラムの効果を観察した Yoshikawa(2013)³⁶)は、仕事に関する共通点のある参加者の相互支援、既存の好事例の共有が有効であったと報告した。

小林ら(2019)³⁷)は、参加型職場環境改善が有効に機能するための組織の準備状態の要件として、①職場の受容度、②上司のリーダーシップ、③職場での議論の熟達、があるとし、この分析に基づいた準備状態を評価するチェックリスト(Basic Organizational Development for Your workplace; BODY チェックリスト)を開発した(表13)。組織の状態を労働者や職場環境改善を担当者が事前に評価し、参加型職場環境改善の導入の成功率を高めるためのツールの一つである。

④参加型改善のマニュアル等

厚生労働省の「こころの耳:はたらく人のメンタルヘルスサポートサイト」では、これまでの研究開発されたツールが公表されており、参加型のアクションチェックリストとしては、「職場改善のためのヒント集(メンタルヘルスアクションチェックリスト)」³⁸)が、マニュアルや解説書とともに公表されている。

8) その他の評価・支援ツール

①産業保健専門職、開業医等による支

援

産業保健専門職によるメンタルヘルス対策一次予防策の支援を目的としたガイドライン作成に関する研究があった(Tsutsumi ら(2019)³⁹)。職域におけるメンタルヘルス対策に関する日本の研究を別途検索して同定された同文献³⁹)は、科学的根拠に基づく産業保健専門職のメンタルヘルス一次予防を支援するガイドラインとして、優先度の高い介入内容を提案している。Tsutsumi らのガイドラインでは、メンタルヘルス対策一次予防を 3 つの視点、すなわち、1)セルフケアのトレーニング、2) 上司のトレーニング、3) 職場環境改善についてわかりやすい形でアクションを整理している。3 つの視点の中でも、改善の実効性と継続性を高めるための推奨事項とヒントが示されている職場環境改善の部分を表 14 に示した。

また、産業医による職場メンタルの問題を抱えている人への対応(二次、三次予防)のガイドラインに関するコンプライアンスの推進やその効果を検討するオランダの同一研究グループの 8 編の研究があった。ここではその中で最新の Joosen ら(2019)⁴⁰)を引用文献に掲載した。Joosen らは、66 名の産業を対象とした無作為化比較試験(RCT)によって、産業医による PCDA アプローチを用いた主要な障壁の変更とオーダーメイドの介入(tailor-made interventions)に基づく実装戦略が、従来のガイドラインの普及と比較して、メンタルヘルスの問題に対する労働衛生ガイドラインの順守を改善したことを報告していた。また、一般開業医による職業性のメンタルの問題への対応を支援するガイドラインの開発例があった(Mazza ら,2019⁴¹)。

②その他の評価の支援

トラック発着場の健康を支援する機能をチェックするツールの開発と試用に関する NIOSH の研究があった(Lincoln,2018⁴²)。内容はトラック発着場の健康に関わる設備(衛生、栄養、休憩、リラックスなど)や近くにある施設(飲食店、病院など)の有無に基づく健康支援機能の評価であり、職場外の環境・設備の改善を扱ったものである。トラックなどの運転労働においては、施設の良否が長距離ドライバーの休息・睡眠に強い影響を及ぼす可能性があるなど、こうしたインフラの改善も重要と考えられる。多面的な対策の有効性を示す例である。

③ 教育の支援

ストレス対策への ICT の適用も重要な課題となっている。ICT による個人への教育支援 (ICT による支援に関する研究(Muuraiskangasら,2016⁴³⁾)があった。この研究では個人による自身のストレスマネジメントのスキルをトレーニングするためのモバイル機器で利用可能な教材が適用された。教材を企業内で提供することによる精神的な健康に及ぼす効果が検討されたが、組織的な介入の方法が適切でなかったために利用者が少なく、効果も得られなかったという分析結果が報告された。本報告で考察されている点は ICT そのものの問題のみではなく、ICT による支援方法の研究開発やその有効性に関しては今後の課題と指摘している。たとえ簡便あるいは活用できれば効果的なツールであっても、少なくとも組織的・計画的な介入がなされず、労働者の参加が推進されなければ活用されず、効果が期待できない可能性があること、介入プロセスが重要であることを示した研究の一つである。

4. 暴力・いじめ・ハラスメント対策

1) ハラスメント等対策の検索結果の概要

①ストレス対策ツールに含まれるハラスメント項目

職場の暴力・いじめ・ハラスメント等に関しては 2019 年に ILO の職場での暴力やハラスメントを禁止する国際条約の採択があり、国際的に注目される動向である。職場の暴力・ハラスメント等はメンタルヘルスに影響する極めて高リスクのばく露となる出来事と考えられる。暴力・いじめ・ハラスメント対策に的を絞った検索結果の 19 編のうち 2 編は”management standard”のキーワードが合致し、上述の HSE のツールに言及したものだった。HSE の indicator tool には職場のいじめを検出できると推測できる人間関係に関する項目があり、いじめを受けているかどうかを尋ねる項目がある(表8)。コペンハーゲン質問紙では暴力・ハラスメント等の種類別のチェック項目がある(表9)。

②医療現場の暴力対策

残る 17 編のうちの多く(16 編)が医療現場に関するものであった。そのうちの 12 編が米国の研究であり、2 編が英国、他はオーストラリア、

中国、イランが各 1 編であった。今回利用したデータベースにも依存していると思われるが、少なくともガイドラインやチェックリストなどの具体的なツールの現時点での開発や検証を含む研究は医療を対象にしたものが多かった。これらの各国での医療・福祉における患者や利用者によるスタッフへの乱暴な言動や行為の問題の深刻さを反映しており、過労死等の予防においても顧客、利用者、患者などによるスタッフへの暴力の予防は重要な課題と指摘していた。一方で、この検索では、企業内のいわゆる「パワハラ」やいじめの防止に関する情報は少なかった。

2) OSHA のガイドライン

①OSHA のガイドラインの内容

医療・福祉における米国労働安全衛生庁のガイドライン (OSHA,2016⁴⁴⁾)に言及した論文が複数あった (Gooch , 2018⁴⁵) , Arbury ,2017⁴⁶) ,Gillespie ,2019⁴⁷) Hamblinら,2017⁴⁸)。OSHA のガイドラインは福祉・医療施設の職員が被害を受ける暴力等の対策のためのマネジメントを支援するものである。マネジメントの方法の提示とチェックリストが含まれている。マネジメントに関しては暴力予防プログラムとして以下の5項目が示され、解説されている。

- a) マネジメントの責任と労働者の参加 (Management Commitment and Worker Participation)
- b) 職場の分析とハザードの同定 (Worksite Analysis and Hazard Identification)
- c) ハザードの予防とコントロール (Hazard Prevention and Control)
- d) 安全衛生トレーニング (Safety and Health Training)
- e) 記録管理とプログラムの評価 (Recordkeeping and Program Evaluation)

OSHA のガイドラインではチェックリストとして主に利用者・患者・部外者の暴力を想定した以下が提示されている。②～⑤では、具体的な物理的なものも含む人間工学的な環境の点検項目が示されていることが特徴的である。これらのうち①職場の暴力のリスク要因のチェック内容を表 15A に示した。組織的リスク要因としてあげられた項目を表 15B に示した。

- ① 職場の暴力のリスク要因(表 15A, 15B)

- ② 職場内環境の点検項目
- ③ 屋外の環境の点検項目
- ④ 駐車場の環境の点検項目
- ⑤ セキュリティ対策のチェック

② OSHA のガイドラインに関係する検証研究

OSHA のガイドラインに言及した上記の論文のうち Arbury(2017)⁴⁶⁾は OSHA のガイドラインを参考に既存の事業化されている教育プログラムを評価したものであった。その結果、施設に固有のリスクアセスメントと方針に不備があったと分析した。また、Hamblin ら(2017)⁴⁸⁾は病院労働環境の巡視を含むガイドラインを活用した実際の取り組み事例でその効果を検証していた。21 の病院の職場単位において、データに基づく職場単位の院内巡視による介入 (a data-driven, unit-based walkthrough intervention) を行うことで、職場暴力の減少に効果があったとした。

3) 欧州ソーシャルパートナー合意書の実践のための共同指針

学術文献の検索では同定されなかったが、暴力・いじめ・ハラスメント等に特有の問題への対策の参考資料として、英国労働組合会議 (UC Trades Union Congress)、英国産業連盟 (Confederation of British Industry)、公的事業者パートナーシップ (PPE partnership of public employers) によるもので、英国安全衛生庁 (Health and safety executive)、英国:諮問・調停及び仲裁サービス (Advisory, Conciliation and Arbitration Service)、ビジネス・イノベーション・技能省 (Department for Business, Innovation and Skills) が支援した「職場でのハラスメントと暴力を防止するー欧州ソーシャルパートナー合意書の実践のための共同指針 (2007)⁴⁹⁾」があった。その抜粋・概要を表 16 に示した。この共同指針では、ハラスメントと暴力の定義、雇用者の義務、雇用者がすべきこと可能なこと、非公式アプローチの領域において、具体的な実践、取り組み内容を示している。

4) ILO の暴力とハラスメント条約

ILO (国際労働機関) の 2019 年の年次大会で採択された「暴力とハラスメント条約 (第 190 号)⁵⁰⁾」は、暴力・いじめ・ハラスメント等に

特有の問題と対策の指針が記載された資料として最新、かつ最も重要な資料である。

4) その他のガイドラインと対策

① 職種や対象に特化したツールと対策

米国看護部長会 (American Organization of Nurse Executives; AONE) と救急看護学会 (Emergency Nurses Association; ENA) の共作によるガイドライン (表 17、18)⁵¹⁾を紹介した論文があった (Chappell, 2015⁵²⁾)。その他、訪問看護における暴力等の対策 (Arshad ら (2000)⁵³⁾)、歯科医の職場の暴力の対策 (Van Dermyden, 2013⁵⁴⁾) があった。

Ideker ら (2011)⁵⁵⁾は、急性期医療における暴力のリスクのある患者を同定するチェックリスト (Kling ら, 2006⁵⁶⁾) の検証を実施した。暴力やハラスメントをする患者に対するスタッフの適切な対処方法に関する研究があった (Iroku-Malize, 2018⁵⁷⁾, Johnson, 2006⁵⁸⁾)。

② Incivility の評価

ストレス対策に関する検索で同定された文献に Incivility (無礼、不作法) を評価するツール (Nursing Incivility Scale, Guidroz, 2010⁵⁹⁾) を使用した研究があった。このツールは、同じ職種の同僚、上司、医師、患者など関係における Incivility をそれぞれチェックするものである。麻酔専門の看護師 (Certified Registered Nurse Anesthetists; CRNAs) に関する報告 (Elmblad, 2014⁶⁰⁾) では、職場内の立場が異なる (CRNAs 以外の) 同僚や医師による Incivility が多く、精神的健康へのネガティブな影響があったと報告された。

5. ツールの特徴のまとめ

これまで取り上げたツールの特徴を、アウトプット、利用者、評価・改善対象に基づいて分類を試みた。その結果を表 19 (表 19A, 表 19B, 表 19C, 表 19D) に示した。縦軸は、チェックリスト等のツールが標的としている領域 (労働時間・過重労働、メンタルヘルス全般、暴言・暴力・ハラスメント) として、横軸に目的としている全体のアウトカム/アウトプット (安全か健康か、両方か)、ツールの利用者・利用想定者、具体的な評価改善対象 (個人、負荷要因、心理社会的要因、環境、組織管理等) の該当状況を整理し、関連した研究・実装動向の文献等を

追記した。

1) ツール等が標的としている問題の現状

長時間労働に特化した対策ツールに関する海外の情報は今回の検索対象では少なかった。長時間労働への面接などの対応手順、ストレス対策の一環としての時間や負荷の対策の例が日本の研究に見られた。後述のストレスに関するツールでは、欧米では全般的な負荷要因の改善が取り上げられており、日本の参加型改善ツールの場合は労働時間や作業時間も改善対象として言及されている例が多かった。

ストレス対策として心理社会的リスクに関する研究は比較的多数あり、労働者が回答するリスクの評価のためのツール、対策の支援を目的としたガイドライン、マネジメントシステム、比較的簡便なアクション型ツールなどの例があった。また、これらのツールの項目として、量-コントロールモデルなどが採用されている際に、労働時間や交代勤務制度等の長時間労働対策に関連した項目が含まれているものもあった。

暴力・いじめ・ハラスメント等に関するストレス予防のシステム・ツールに項目として含まれている例があった。ただし、医療職場等で先行して取り組まれているハラスメント等に特化した資料に関しては、問題の検出や評価のツールの開発例があり、一方で組織的取り組みの重要性に関して ILO の条約や英国の合意文書取り上げられていた。より具体的な OSHA のガイドラインや医療分野のために開発されたガイドラインなどでマネジメントを重視したものも開発されていた。

2) ツール等が標的とするアウトカム(アウトプット)の現状

主に想定しているアウトカム(アウトプット)に関して健康のみと安全を含むものに分類した。包括的アプローチを標榜するシステムは健康・安全双方を措置しているとみなした。日本で開発された参加型改善ツールは比較的広範な内容であり、安全を含む包括的な内容であった。患者や部外者の暴力による傷害を想定した対策の場合は、急性の健康障害である身体的な傷害を伴うものであり、安全対策の面があると言えた。

3) ツール等の利用者の現状

心理社会的リスクをチェックするツールは、労働組織面・労働環境面の双方に着目しているものが多いが、比較的最新の HSE indicator tool を含めて労働者が直接の利用者(評価者)となるものがあつた(ただし、組織的改善のための HSE management standard から派生している)。ストレス及び暴力・ハラスメント等に関する教育プログラムの開発例があつた。

利用者に関して、ストレス及びハラスメント等の対策システム・ツールや関連する研究の多くでマネジメントの参与と労働者の参加の重要性が指摘されていた。参加型改善ツールでは労働者の参加による評価と改善を同時に進める手順が示されていた。

4) 改善・介入対象の現状

改善・介入対象は個人(教育など)レベルから、事業場や職場組織、国レベル・行政(ILO の条約など)までの広範囲のツールが確認された。組織・管理にも種々のレベルがあり、例えば HSE の対話ツールは労働者と直接接する上司の取り組みを支援するものと言えた。また、ソフト面(組織・制度)のみを重視したものと人間工学などの環境面にも着目したものという分類もできる。環境面も考慮した例としては、包括的アプローチ、様々な改善の好事例を収集・議論するプロセスを重視した参加型改善ツール、施設環境も考慮した OSHA の暴力等の対策ツールがあつた。

その他の多様な改善対象の例として、産業医や医師による対応、職場外の施設などの健康を支援する機能を取り上げたものがあつた。

D. 考察

過労死等の防止のための具体的な対策アクションの実行・継続を支援するために、国内外の各現場の状況や意見に基づいた対策の検討ができる柔軟性のあるツールの開発のための基礎情報として、文献や公開資料の収集と整理を行った。検索では、過労死等に結びつく健康リスクとなる①過重労働、②ストレス、③暴力・いじめ・ハラスメント等のそれぞれの対策を支援するツールに関する情報を目標とした。同定された上記について、問題別、主に想定されたアウトカム/アウトプット、利用者・支援対象者及び評価・改善や介入の対象に基づい

た分類を試みた。これらの結果に基づいて、今後開発されるべき過労死等防止チェックリスト(仮)に必要な情報を考察する。

1) 労働時間と休息に関する対策

過労死等防止対策を検討する際、労働時間に関する対策の優先度は非常に高い。今回の文献調査から、参加型職場環境改善ツールなどの日本のツールでは労働時間や作業時間を取り上げる例が多いと言えたが、個人の教育から種々のレベルの管理・組織、人間工学的環境などまでを含む対象への多面的で体系的対策を推進する手法の開発が課題と思われた。そのさい、労働時間は単独で取り上げることのできる介入視点でもある。例えば、時間外労働の削減、等である。しかし、時間外労働の削減にあたっては、単に残業時間の目標値を定めるだけでなく、タスクそのものや投資されている人員や資材が適切であるかどうか、全体的な視点が不可欠である。

また、過重労働対策では、労働時間規制や各国の法令等を踏まえた対策が重要となる。特に、中尾らによる日本の通達を踏まえた長時間労働者に対する医師の面接指導を含めた過重労働対策の体制を効果的に構築するための管理者向けのツール等の視点は、現場で実行可能で、かつ有用な視点を提供している。また、夜勤交代勤務等の勤務条件改善のためのチェックリスト Kogi⁵⁾らや、日本看護協会の夜勤交代勤務ガイドライン⁶⁾は、実践的であり、今後、過労死等の発生要因となっている課題を参照として、過労死等防止に有効な対策の整理に役立つと思われる。その差異、睡眠マネジメントを視野にいたしたチェックリスト⁴⁾をどのように盛り込むかも課題である。

一方、労働時間に関わる具体的な対策ツールをキーワードに含む 1999～2019 年の期間での研究は 2 編のみであり、当初想定していたより多くなかった。労働時間や夜勤交代勤務を含む労働条件の変更に関する研究を丹念に見ることで、より具体的な事例を確認できるかもしれない。

安全を主軸とした FRMS や睡眠研究を除外すると、健康影響に着目した長時間労働に関する対策ツールの研究開発は少数であり、日本での問題状況を考慮する重要な今後の研究課題と思われた。

2) 利用者と介入プロセス

今回の文献レビューから利用者と介入プロセスに関して以下の分類ができた(表 19)。

①心理社会的なリスクを労働者又は管理者が評価できるツールによる間接的な改善の支援(心理社会的理リスクの評価ツール)

②改善の枠組みや組織の改善のプロセスの提示による支援(マネジメントシステム、PRIMA-EF、TWH など)

③その他の有効な介入を企図したツール(会話や議論の内容の具体化;HSE 会話ツール、環境の巡視;NIOSH のガイドライン、多様な支援対象(インフラの健康支援機能、開業医など)

また、今回の文献調査から、評価と改善を同時に進める参加型改善を支援するツール開発の例があった。例えば HSE の業種・職種に特化した例である学校教師用のツール²⁹⁾では、少なくとも以下の工夫がなされていることが確認できた。

- ・背景の解説での当該業種に特有な問題の説明や業種に関する統計などの紹介

- ・改善対象として業種特有の問題が生じやすい関係(例:教師の児童やその両親との関係など)や、作業(学校の例:教師の授業計画、採点作業など)が部下への質問・聞き取りや部下との議論のテーマとして取り上げられている

- ・業種特有の職制名や組織名(学校の例:校長、教育委員会など)を使用してわかりやすくしている

- ・業種に関する支援リソース、支援組織等の紹介

これらの情報例えば、業種毎のリーフレットの作成なども過労死等防止のためのツールの開発として検討できる。

3) 開発に向けたツールの要件の検討

今回得られた文献・資料等から、過労死等防止に資する支援ツールの開発にあたって、以下の 3 視点が重要と考えられる。

- a) 職種や現場の特性へ適合させること
業種や職種、国ごと、作業への適合が研究課題であった。現場に応じた評価と改善を同時に進める参加型チェックリストや、従業員の要望の調査に基づくツールの開発例があった。
- b) 改善の推進と実効性を高めること

現場の状況とツールの適合性、改善の
実行の推進とその実効性に関するツ
ール開発や研究があった。具体的な環境
の改善を重視したツール開発例があっ
た。

c) 支援対象、評価対象の多様性を考慮す
ること

マネジメントの支援、参加型の改善活動
支援、産業医や開業医の支援、教育支
援などがあった。公共施設の健康支援
機能をチェックするツールの開発例もあ
った。

これらの検討結果から、今後の支援ツール
開発にあたって考慮すべき点をまとめる。一点
目は、対象者と目的である。二点目はユーザ
ー(使用者)である。三点目は実行性のあるツ
ールとするための、現場利用と修正等の開発
プロセスの工夫である。

例えば、トップダウンで進める対策か、ボトム
アップ型か、法令順守型か、自主対応型か
によって、チェックリストや点検項目の選定が異
なる。

4) 包括的アプローチの採用方法

メンタルヘルス対策と職場環境改善(組織レ
ベルの介入含む)に関する系統的レビュー論
文として、1993年～2012年の間に発行された
39件の介入研究をレビューしている Montano
らの文献系統的レビューでは⁶¹⁾、39件の組織
(職場)レベルの介入研究では、研究の約半
数で、従業員の健康改善に関する有意な効果
が認められた。特に、作業環境・人間工学的
改善(materials)、組織に関わる改善
(organizational)及び労働時間に関わる(work-
time)に関連する条件に同時に対処した包括
的な介入の方が成功率は高かったとされる。
今回の文献検索から、多くのガイドライン等
では、包括的アプローチを採用していた。

例えば、OSHAの医療・福祉における米国労
働安全衛生庁のガイドライン(OSHA,2016⁴⁴⁾)
でも示されている通り、ツールの開発において、
以下の5点を視野に入れることが重要と考えら
れる。

① マネジメントの責任と労働者の参加
(Management Commitment and Worker
Participation)

② 職場の分析とハザードの同定

(Worksite Analysis and Hazard Identification)

③ ハザードの予防とコントロール

(Hazard Prevention and Control)

④ 安全衛生トレーニング

(Safety and Health Training)

⑤ 記録管理とプログラムの評価

(Recordkeeping and Program Evaluation)

5) チェックリストの用語について

今後開発する過労死等防止に関する支援
ツールでは、過労死等の用語については慎重
に検討することが望まれる。「過労死」「過労自
殺」等の用語は、企業の担当者や労働者にと
ってネガティブイメージのある用語である。例
えば「過労死等防止チェックリスト」という用語
は過労死等の労災防止のための抜け落ち目
なく点検するチェックポイントのように思われる
可能性がある。対象者と目的、支援方法に見
合った用語等の選択も重要になる。

6) ツール開発のための課題

今回の文献調査から、以下の今後の課題が
明らかになった。

・海外の研究開発では事例が少なかった長時
間労働に関する対策の我が国の状況を考慮し
たさらなる検討の必要性

・疲労による健康と安全への影響が併存して
おり、一体の問題と考えられることから、包括性
を考慮したFRMSなどの安全を主目的としたシ
ステム・ツールの開発研究の援用の検討

・欧州などの各国での適用の可否に関する研
究のあった心理社会的リスクに関して日本や
業種、職種の特徴を考慮した対策支援ツールの
検討

・日本の中小規模事業場で利用が可能なツ
ールの特性の検討

・心理社会的リスクの軽減を考慮した労働者の
参加を促進するルールや対策手順の検討の
継続

・近年急速に海外での取り組みが多くなった
暴力・いじめ・ハラスメント等に関する日本への
適用と固有の要因を考慮した対策の検討

E. 結論

過労死等の防止のための具体的な対策アク
ションの実行・継続を支援するために、各現場
の状況や意見に基づいた対策の検討ができる

柔軟性のあるツールの開発のための基礎情報の収集と整理ができた。簡便性を重視しての、個々の業種・職種などの特性の検討に基づいた職種特化型ツールの検討が考えられる。次年度は過労死事案分析から得られた業種ごとのファクトシートとあわせたチェックリスト開発を進める。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

I. 文献

- 1) Dawson D, Darwent D, Roach GD. How should a bio-mathematical model be used within a fatigue risk management system to determine whether or not a working time arrangement is safe? *Accid Anal Prev*, 2017;99(Pt B):469-473.
- 2) 比嘉敏明、山田誠二. 長時間労働者への面接指導の有効性—長時間労働による健康障害防止のための面接指導自己チェック票の利用—. *松仁会医学誌*,2009;48(1):21-30
- 3) 高野知樹, 島悟, 中谷敦他. 労働者の自殺予防に関する介入研究 産業医による長時間労働者に対する面接指導に関する研究—面接指導チェックリストの有用性の検討—. 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書,2008;239-251.
- 4) 川瀬洋平, 永野千景, 佐々木直子他. 過重労働に伴う睡眠障害因子に関するアクションチェックリストの開発. *Journal of UOEH*, 2006;28(1):127
- 5) Kogi K. Linking better shiftwork

arrangements with safety and health management systems. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(Supl):72-9.

- 6) 日本看護協会. 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン. 公益社団法人日本看護協会; 2013
- 7) 中尾智, 川瀬洋平, 新見亮輔他. 過重労働者の健康リスクマネジメントのためのアクションチェックリストの活用と評価. *産業医科大学雑誌*. 2008; 30(4): 443-454.
- 8) 川上憲人, 堤明純, 小林由佳他. 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリストの開発. *産業衛生学雑誌*, 2005;47(1):11-32.
- 9) Health and Safety Executive(英国安全衛生庁). Tackling work-related stress using the Management Standards approach: a step-by-step workbook. 2019;TSO.
- 10) Leka S and Cox T(Eds). The European Framework for Psychosocial Risk Management:PRIMA-EF. 2008, I- WHO Publications.
- 11) Bergh L I V, Leka S, Zwetsloot G I J M. Tailoring Psychosocial Risk Assessment in the Oil and Gas Industry by Exploring Specific and Common Psychosocial Risks. *Safety and Health at Work*;2018; 9(1) 63-70
- 12) National Institute of Health and Clinical Excellence(英国国立医療技術評価機構). Mental wellbeing at work Public health guideline. 2009, nice.org.uk/guidance/ph22. (2020年2月1日閲覧)
- 13) Jones, S, Coggon, D, Ntani G, Williams S. Will NICE guidance for employers improve workers' mental health? *Occupational Medicine* 2015;65:437-439.
- 14) Joosen MC, Brouwers EP, van Beurden KM et al. An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med*, 2015;72(5):313-22.

- 15) Memish K, Martin A, Bartlett L. et al. Workplace mental health: An international review of guidelines. *Prev Med.* 2017;101:213-222.
- 16) 精神衛生委員会 : カナダ (Mental Health Commission of Canada). Psychological Health and Safety in the Workplace: Prevention, Promotion, and Guidance to Staged Implementation. Bureau de normalisation du Quebec, Toronto, 2013. (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/national-standard> 2020年2月20日閲覧)
- 17) Beyond Blue, 2013. The National Depression Initiative Workplace Online Programs. (<https://www.headsup.org.au/training-and-resources/educational-and-training/beyondblue-resources> 2020年2月20日閲覧)
- 18) Rick J, Briner R B, Daniels et al. A Critical Review of Psychosocial Hazard Measures. Health and Safety Executive, 2001 (https://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/2001/crr01356.pdf, 2020年2月11日閲覧)
- 19) 川上憲人他. 事業場におけるメンタルヘルス対策を促進させるリスクアセスメント手法の研究 平成25-27年度 総合研究報告書.2016.
- 20) Kazi A, Haslam C O. Stress management standards: a warning indicator for employee health. *Occupational Medicine*, 2013;63:335-340.
- 21) Houdmont J, Randall R, Kerr R, Addley K. Psychosocial risk assessment in organizations: Concurrent validity of the brief version of the Management Standards Indicator Tool. *Work Stress*, 2013 27(4):403-412.
- 22) Marinaccio A, Ferrante P, Corfiati M. The relevance of socio-demographic and occupational variables for the assessment of work-related stress risk. *BMC Public Health*, 2013; 13:1157;. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1157>, 2020年2月8日閲覧)
- 23) Camerino D, Conway PM, Fattori A, et al. Context specificity in the assessment of psychosocial risk at work: an empirical study on Italian call centre workers. *Medical Laboratory Journal*, 2014;105(2):130-8.
- 24) Bevan A, Houdmont J, Menear N. The Management Standards Indicator Tool and the estimation of risk. *Occupational Medicine* 2010;60:525-531
- 25) Pejtersen J H, Kristensen T S, borg V et al. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38(Suppl 3):8-24.
- 26) Coelho D A, Tavares C S D, Lima T M, Lourenço M L. Psychosocial and ergonomic survey of office and field jobs in a utility company. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 2018;24(3); 475-486.
- 27) Panari C, Guglielmi D, Ricci A et al. Assessing and improving health in the workplace: an integration of subjective and objective measures with the STress Assessment and Research Toolkit (St.A.R.T.) method. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2012, 7(18);1-8.
- 28) Health and Safety Executive(英国安全衛生庁). Talking toolkit: Preventing work-related stress. (<http://www.hse.gov.uk/gohomehealth/assets/docs/StressTalkingToolkit.pdf>, 2020年2月1日閲覧)
- 29) Health and Safety Executive(英国安全衛生庁). Talking toolkit: Preventing work-related stress in schools. (<https://www.hse.gov.uk/gohomehealth/assets/docs/EducationTalkingToolkit.pdf>、2020年2月1日閲覧)
- 30) Lanfranchi F, Alaimo S, Conway PM. Using an integrated approach to the assessment of the psychosocial work environment: the case of a major hospital in northern Italy. *La Medicina*

- del Lavoro, 2014;105(2):139-51.
- 31) Tamers SL, Chosewood L, Childress A et al. Total Worker Health® 2014-2018: The Novel Approach to Worker Safety, Health, and Well-Being Evolves. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;24;16(3):1-19.
 - 32) 吉川徹, 川上憲人, 小木和孝他. 職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. *産業衛生学雑誌*,2007;49(4);127-142.
 - 33) Tahara H, Yamada T, Nagafuchi K. Development of a Work Improvement Checklist for Occupational Mental Health Focused on Requests from Workers. *Journal of Occupational Health*,2009; 51(4):340-8
 - 34) 国際労働機関,小木ら(訳). 職場ストレス予防チェックポイント - 職場ストレス予防のための実際的な改善策.大原記念労働科学研究所,2018.
 - 35) Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health*. 2008;50(6):455-70.
 - 36) Yoshikawa T, Ogami A, Muto T. Evaluation of participatory training in managing mental health for supervisory employees in the financial industry. *Human Ergology*, 2013 42; Issue 1-2: 45-54.
 - 37) 小林由佳, 渡辺和広, 大塚泰正他. 従業員参加型職場環境改善の準備要因の検討と準備状態評価のチェックリストの開発. *産業衛生学雑誌*, 2019; 61(2);43-58.
 - 38) 平成 15 年度厚生労働科学研究「職場環境などの改善方法とその支援方策に関する研究:アクションチェックリスト作成ワーキンググループ(編). 職場改善のためのヒント集(メンタルヘルスアクションチェックリスト).(http://kokoro.mhlw.go.jp/manual/files/manual-file_01.pdf, 2020 年 2 月 12 日閲覧)
 - 39) Tsutsumi A, Shimazu A, Yoshikawa T. Proposed guidelines for primary prevention for mental health at work: an update. *Environ Occup Health Practice* 2019; 1: 2-12.
 - 40) Joosen MCW, van Beurden KM, Rebergen DS et al. Effectiveness of a tailored implementation strategy to improve adherence to a guideline on mental health problems in occupational health care. *BMC Health Service Research*. 2019 3;19(1):281.
 - 41) Mazza D, Chakraborty S P, Brijnath B Diagnosing and managing work-related mental health conditions in general practice: new Australian clinical practice guidelines. *Med J Aust*, 2019;211(2);76-81.
 - 42) Lincoln J E, Birdsey J, Sieber W K et al. A Pilot Study of Healthy Living Options at 16 Truck Stops Across the United States. *Am J Health Promot*. 2018 32(3):546-553.
 - 43) Muuraiskangas S, Harjumaa M, Kaipainen K, Ermes M. Process and Effects Evaluation of a Digital Mental Health Intervention Targeted at Improving Occupational Well-Being: Lessons From an Intervention Study With Failed Adoption. *JMIR Ment Health*, 2016;11;3(2);1-13.
 - 44) Occupational Safety and Health Administration(米国労働安全衛生庁).Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers.2016(<https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>, 2020 年 2 月 13 日閲覧)
 - 45) Gooch PP. Hospital Workplace Violence Prevention in California: New Regulations. *Workplace Health Saf*, 2018 ;66(3);115-119.
 - 46) Arbury S, Hodgson M, Zankowski D, Lipscomb J. Workplace Health Saf. Workplace Violence Training Programs for Health Care Workers: An Analysis of Program Elements, 2017;65(6);266-

- 272.
- 47) Gillespie GL, Fisher B, Kennebeck S et al. Leveraging a Public Health Framework and Community Advisory Board to Innovate Workplace Violence Intervention Strategies. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2019;41(4):357-371.
 - 48) Hamblin LE, Essenmacher L, Luborsky M J et al. Worksite Walkthrough Intervention: Data-driven Prevention of Workplace Violence on Hospital Units. *Occup Environ Med*, 2017;59(9):875-884.
 - 49) Trades Union Congress, Confederation of British Industry, Partnership of public employers. Preventing Workplace Harassment and Violence-Joint guidance implementing a European social partner agreement-.2007. (<https://www.hse.gov.uk/violence/preventing-workplace-harassment.pdf>)
 - 50) 国際労働機関. 2019年の暴力とハラスメント条約(第190号) https://www.ilo.org/tokyo/standards/list-of-conventions/WCMS_723156/lang-ja/index.htm (2020年3月28日閲覧)
 - 51) American Organization of Nurse Executives. Mitigating violence in the workplace. (<https://www.aonl.org/sites/default/files/aone/mitigating-workplace-violence.pdf>, 2020年3月15日閲覧)
 - 52) Chappell S. The American Organization of Nurse Executives and Emergency Nurses Association Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *J Nurs Adm*, 2015;45(7-8):358-60.
 - 53) Arshad P, Oxley H, Watts S. et al. Systematic approach to community risk assessment and management. *Br J Nurs*. 2000, 9(4);210-4.
 - 54) Van Dermyden S A, Sperry A. Legal dimensions of power in the dental office. *J Am Coll Dent*, 2013;80(4):35-7.
 - 55) Ideker K, Todicheeney-Mannes D, Kim S C. A confirmatory study of violence risk assessment tool (M55) and demographic predictors of patient violence. *J Adv Nurs*. 2011, 67(11):2455-62.
 - 56) Kling R, Corbiere M, Milord R et al. (2006) Use of a violence risk assessment tool in an acute care hospital: effectiveness in identifying violent patients. *AAOHN Journal*, 2006; 54(11), 481-487.
 - 57) Iroku-Malize T, Grissom M. The agitated patient: Steps to take, how to stay safe. *J Fam Pract*. 2018, 67(3);136-147.
 - 58) Johnson J W. A model response to combative patient behavior. *J Health Prot Manage*. 2006;22(2):26-35.
 - 59) Guidroz A M, Burnfield-Geimer J L, Clark O, Schwetschenau H M, Jex S M. The nursing incivility scale: development and validation of an occupation-specific measure. *J Nurs Meas*. 2010;18(3):176-200.
 - 60) Elmlblad R, Kodjebacheva G, Lebeck L, Workplace Incivility Affecting CRNAs: A Study of Prevalence, Severity, and Consequences With Proposed Interventions. *AANA Journal*, 2014 82(6);437-445.
 - 61) Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC public health*, 2014; 14(1): 1.

表 1. 過重労働者の健康リスクマネジメントのためのアクションチェックリストの項目(中尾ら,2008)⁷⁾

過重労働の定義	1.労働時間や休日出勤の回数などによって決める
	2.労働時間以外の判断基準を決める
過重労働者の把握	3.労働時間を把握する方法を決める
	4.時間管理が難しい労働者の健康状態を把握する
	5.過重労働の定義を満たす労働者一覧に時間外労働時間などの情報をあわせて、産業保健従事者へ提供する手順を決める
面接対象者の選定	6.過重労働の定義を満たす労働者から面接指導の対象者を決める
面接対象者の呼び出し	7.どのように呼び出すか(経路・方法)を決める
	8.未受診者を減らす工夫をする
面接の実施	9.誰がどのように面接するかを決める
	10.問診内容や検査項目などを決める
	11.面接を受けられない場合の対応を決める
事後措置	12.健康状態に問題がある場合の対応方法を決める
	13.面接結果を事業場に報告する流れを作る
フォローアップ	14.本人が希望した時や産業医などが必要と判断した時は、フォローアップの面談を行う
記録の取扱い・保管	15.面接指導の記録は個人情報として取り扱う
	16.面接指導の記録の保管方法を決める
紹介・白己申告	17.面接を希望する労働者が申し出る方法を決める
	18.健康上問題が疑われる労働者を産業保健従事者に紹介する手順を決める

表 2. 対策の実施状況チェックリストの項目の概要(川上ら,2005)

心の健康づくりの方針表明	心の健康づくりの方針表明	1.事業場における心の健康づくり(メンタルヘルス)の方針表明
		2.心の健康づくりの重要性の認識
	心の健康づくりの組織	3.心の健康づくりへの事業場全員での取り組み
		4.管理監督者,従業員,産業保健スタッフ等の役割の明確化
	心の健康づくり計画	5.事業場外資源の活用準備
		6.健康づくりの目標と計画の設定
メンタルヘルス相談体制の確立	メンタルヘルスの相談先	7.衛生委員会(安全衛生委員会)等における心の健康づくり計画に関する検討
		8.産業医あるいは産業保健スタッフの心の健康づくり計画への関与
		9.事業場におけるメンタルヘルス相談の体制を決める
		10.メンタルヘルス相談を利用するための教育・研修
	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援	11.管理監督者による相談対応
		12.メンタルヘルス相談におけるプライバシー保護の方針
職場環境等の改善	メンタルヘルスの相談先	13.人事・労務担当者や産業保健スタッフが相談できる専門家を確保
		14.復職判定(=心の健康問題で休養中の従業員に対して復職前に復職の仕方について産業医等との相談の機会を設けること)
		15.心の健康問題を持つ従業員への継続的支援
		16.ストレスの原因となる職場環境等についての理解
		17.管理監督者による職場環境等の評価と改善
教育・研修及び情報提供	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援	18.産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等のストレス要因の評価
		19.産業保健スタッフや人事・労務担当者による職場環境等の改善
		20.管理監督者向けの心の健康についての教育・研修
		21.一般従業員に対して,心の健康についての教育・研修
		22.ストレス対処のための教育・研修
さまざまな機会を活用した心の健康づくり	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援	23.産業保健スタッフや人事・労務担当者のメンタルヘルスに関する教育・研修
		24.心の健康に関する正しい知識の普及
		25.家族に対する情報提供
緊急時の心のケア	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援	26.心の健康やストレスに関する問診の実施
		27.ストレスに対する保健指導の実施
評価・改善	心の健康問題を持つ従業員の復職や職場適応の支援	28.インターネットやイントラネットの活用
		29.事故や災害発生後の従業員の心のケア
		30.自殺発生時の心のケア
		31.心の健康づくりの実施状況の評価
		32.心の健康づくりの効果の評価

表 3. HSE ストレス管理標準:重要な6領域(HSE,2019)

要求度 (Demands)	ワークロード、仕事のパターン、職場環境の問題を含む
コントロール (Control)	仕事を行ううえで、個人にどれだけの発言権があるか。
支援(Support)	組織、ライン管理者、同僚から提供される励まし、資金、資源の提供を含む
関係 (Relationships)	衝突を防ぐポジティブな活動、受け入れがたい行動への対応を含む
役割(Role)	組織内の役割を理解しているかどうか及び組織が矛盾する役割が生じないことを保証しているかどうか
変化/変更 (Change)	組織の変化を大小にかかわらずどのように管理し、どのように組織内に伝えるか

表 4. PRIMA-EF で整理された心理社会的ハザード(Leka ら,2008¹⁰⁾)

仕事関連の心理社会的ハザード	
仕事内容	多様性の欠如又は短期的な作業サイクル、連続性のない仕事又は意味のない仕事、スキルが十分に生かすことができない仕事、不安定性の高い仕事、作業中に他者との接触が続く仕事
作業量 & 作業速度	作業量が過剰であるか過少である、機械の速度に合わせた作業速度、厳しい時間制限が課せられる、納期に対する切迫感が継続する
勤務スケジュール	交代制、夜間勤務、柔軟性のない勤務スケジュール、勤務時間を予測することが難しい、長時間勤務又は非常に特殊な勤務時間
コントロール	デジジョンメイキングへの参加がほとんど認められていない、作業量・作業速度・交代制をコントロールすることができない
環境&装置	装置を適切に利用することができない、適切な装置が配備されていない、メンテナンスが適切に実施されていない；劣悪な労働環境（スペースの不足、照明の不足、過剰な騒音）
組織文化&機能	コミュニケーションの不足、問題解決及び人材教育に対する支援の不足、組織目標が定義されていないか組織目標についての合意が得られていない
職場における対人関係	社会的又は物理的孤立、上司又は同僚との交流の不足、対人関係における対立、社会的支援の欠如
組織における役割	役割が不明確である、役割と関連する対立、人々に対する責任
キャリアの展開	キャリアの停滞と不明確性、昇進の機会の不足又は過度な昇進、不十分な給与、雇用の不安定性、労働に対する社会的価値の低下
家庭と職場のインターフェース	仕事と家庭のバランスの欠如、家庭における支援の欠如、仕事と家庭の両立に関する問題

表 5. PRIMA-EF の心理社会的リスク管理の指標 (Leka ら,2008¹⁰⁾)

ばく露(心理社会的リスクを含む)	
組織要因	
対策/施設	仕事と家庭のバランスを最適化するための施設
	人材管理
	労働安全衛生対策
	心理社会的リスク管理と関連する企業の社会的責任
組織文化	事業戦略
	経営者と労働者間の開放的関係/信頼を基盤とする関係
	経営者からの情報/フィードバック
	コミュニケーション(ボトムアップ/トップダウン)
労使関係	組織正義
	労使協議会/労働者代表機関の存在
	労働組合への加入
団体協約	
仕事関連の要因	
雇用状況	契約
	給与
	就労履歴
組織設計	作業ローテーション/クロス・トレーニング
	チームワーク
	マルチ・スキル
労働の質	仕事の重度
	自立性/決定権の範囲
	雇用の安定性
	社会的支援と対立
	暴力、ハラスメント、いじめ
	差別
	労働時間
	在宅勤務、テレワーク
アウトカム	
健康関連のアウトカム	勤務中の事故
	健康上の問題
	身体的健康
	精神的健康
仕事に対する満足度と関連するアウトカム	仕事に対する満足度
	離職
欠勤、病気でも出勤すること	病欠
	欠勤の原因
	病気でも勤務すること/病気でも出勤すること
経済的コスト	事故及び欠勤に伴う経済的コスト
予防対策/インターベンション	
アセスメント	リスクアセスメント
	出勤、事故、病気についての記録/申告
	事故等の原因の調査
対策	目的
	・心理社会的リスクの軽減
	・自立性、コントロール、組織リソースの改善
	・対応能力の向上、情報の提供、トレーニング
	・職場復帰
・対策導入の促進要因/対策導入の阻止要因	
評価	対策/施設の利用
	対処法の有効性
	対処法の実施プロセスの評価
経済的コスト	事故及び欠勤に伴う経済的コスト
被雇用者の参加	リスクアセスメント
	行動計画の策定&実施

表 6. NICE のガイドラインの大項目(NICE,2009¹⁾)

推奨項目 (概略)	原文
推奨 1. 戦略的で協調的な労働者のメンタル・ウェルビーイングの推進	strategic and coordinated approach to promoting employees' mental wellbeing
推奨 2. 労働者のメンタルウェルビーイングの推進とリスクの管理の機会の評価	assessing opportunities for promoting employees' mental wellbeing and managing risks
推奨 3. 柔軟な働き方	flexible working
推奨 4. ラインマネージャーの役割	the role of line managers
推奨 5. 零細、小規模、中期のビジネスの支援	supporting micro, small and medium-sized businesses

表 7. Rick ら,2001 でレビューされた心理社会的リスクのチェックツール

<ul style="list-style-type: none"> •Job Diagnostic Survey (JDS) •Job Stress Survey (JSS) •Karasek Demands and Control /Job Content Questionnaire (JCQ) •Jackson, Wall, Martin and Davids: measures of demands and control •The Whitehall II studies •Occupational Stress Indicator (OSI) Sources of Pressure Scale •Rizzo and House Measures of Role Conflict and Role Ambiguity •Effort-Reward Imbalance •NHS Measures •NIOSH Generic Job Stress Questionnaire •Occupational Stress Inventory •Pressure Management Indicator •Role Hassles Index •Stress Audits •Stress Diagnostic Survey •Stress Incident Record •The Stress Profile •Work Environment Scale
--

表 8. HSE-Indicator tool の項目(川上ら,2016¹⁹⁾)

1. 仕事で自分に対して求められていることが明確にわかっている
2. 休憩をいつとるか、自分で決めることができる
3. 職場の自分とは違うグループが、一緒にすることができないものを要求する
4. 仕事を完了するにはどうするのかがわかっている
5. 思いやりのない又は意地悪な言葉や態度によるパワハラやセクハラを受ける
6. 達成不可能な期限が設定されている
7. 仕事が難しいときには同僚がサポートしてくれる
8. 取り組む仕事に関する有益なフィードバックを受ける
9. とても集中的に働かなければならない
10. 自分の仕事のスピードについて発言権がある
11. 自分の義務と責任がはっきりわかっている
12. すべきことが多すぎるのでいくつかの職務を放置せざるを得ない
13. 自分の部署の目標と目的についてはっきりわかっている
14. 同僚たちの間に不和や怒りがある
15. 自分の仕事のやり方について選択肢がある
16. 十分な休憩をとることができない
17. 自分の仕事を組織の全体的な目標にどのように当てはめればいいのかわかっている
18. 長時間労働を強いられる
19. 職場で自分が何をするかを決定するうえで選択肢がある
20. 仕事が遅い、もっと速くやれといつもせかされる
21. 職場でいじめにあっている
22. 非現実的な時間的制約が課せられる
23. 仕事上の問題について助けてくれる、頼れる直属の上司がいる
24. 必要な助けとサポートを同僚から受けることができる
25. 自分の働き方について言う権利がある
26. 職場での変化について上司に質問をする機会が十分にある
27. 同僚から相応な敬意を払ってもらえる
28. 職場で変化がある場合はいつでも社員に相談がある
29. 仕事に関する困ったことや悩み事を直属の上司に話すことができる
30. 労働時間の融通が利く
31. 自分の仕事に関連する問題について、同僚が進んで耳を傾けてくれる
32. 職場での変化がある場合に、実際にはどういうことになるのかがはっきりわかる
33. 自分は感情的にきつい仕事により支えられている
34. 職場での関係がぎくしゃくしている
35. 直属の上司が職場で励ましてくれる

表 9. Copenhagen 質問紙の内容の概要と質問項目数 (Pejtersen ら, 2010²⁵)

要因	尺度	質問数
仕事の負荷 (Demands at work)	量的負荷(Quantitative demands)	4
	仕事のペース(Work pace)	3
	認知的負荷(Cognitive demands)	4
	感情的負荷(Emotional demands)	4
	感情を隠す負荷(Demands for hiding emotions)	3
組織と職務内容 (Work organization and job contents)	影響力(Influence)	4
	発達の可能性(Possibilities for development (skill discretion))	4
	仕事のバラエティ(Variation)	2
	仕事の意味(Meaning of work)	3
	職場へのコミットメント(Commitment to the workplace)	4
人間関係とリーダーシップ (Interpersonal relations and leadership)	予測できること(Predictability)	2
	認められること(Recognition)	3
	役割の明瞭さ(Role clarity)	3
	役割の葛藤(Role conflicts)	4
	リーダーシップの質(Quality of leadership)	4
	同僚からのソーシャルサポート(Social support from colleagues)	3
	上司からのソーシャルサポート(Social support from supervisors)	3
	職場のコミュニティ(Social community at work)	3
仕事-個人のインターフェース (Work-individual interface)	雇用の安定(Job insecurity)	4
	職務満足(Job satisfaction)	4
	仕事-家庭のコンフリクト(Work-family conflict)	4
	家庭-仕事のコンフリクト(Family-work conflict)	3
職場の変数 (Values at the workplace)	相互信頼(Mutual trust between employees)	3
	マネジメントに関する信頼(Trust regarding management)	4
	公正(Justice)	4
健康とウェルビーイング (Health and well-being)	社会的包摂(Social inclusiveness)	4
	全体的健康(General health perception)	1
	睡眠の問題(Sleeping troubles)	4
	バーンアウト(Burnout)	4
	ストレス(Stress)	4
	うつ症状(Depressive symptoms)	4
	身体的ストレス(Somatic stress)	4
	認知的ストレス(Cognitive stress)	4
自己効力感(Self-efficacy)	6	
攻撃的行動 (Offensive behaviour)	セクシュアルハラスメント(Sexual harassment)	1
	暴力的脅し(Threats of violence)	1
	身体的暴力(Physical violence)	1
	いじめ(Bullying)	1
	不快なからかい(Unpleasant teasing)	1
	争いとけんか(Conflicts and quarrels)	1
	うわさと中傷(Gossip and slander)	1

表 10. トータル・ワーカー・ヘルスの主要素 (Tamers ら, 2019³¹⁾)

1	ワーカーの安全と健康に対するリーダーシップの公約・宣言を全ての組織のレベルにおいて実行する
2	安全と健康の危険源をなくす又は減らすように仕事を設計し、ワーカーのウェルビーイングを推進する
3	プログラムの設計から遂行に至るまでワーカーの関与を推進及び支援する
4	ワーカーの機密の保護とプライバシーの保護を確実にする
5	ワーカーのウェルビーイングを推進するために関連する諸システムを統合する

表 11. 吉川ら(2007)³²⁾のアクションチェックリストの6領域

領域	アクション項目
1. 作業計画の参加と情報の共有	1. 作業の日程作成に参加する手順を定める 2. 少数人数単位の裁量範囲を増やす 3. 個人あたりの過大な作業量があれば見直す 4. 各自の分担作業を達成感あるものにする 5. 必要な情報が全員に正しく伝わるようにする
2. 勤務時間と作業編成	6. 労働時間の目標値を定め残業の恒常化をなくす 7. 繁盛期やピーク時の作業方法を改善する 8. 休日・休暇が十分取れるようにする 9. 勤務体制, 交代制を改善する 10. 個人の生活条件に合わせて勤務調整ができるようにする
3. 円滑な作業手順	11. 物品と資材の取り扱い方法を改善する 12. 個人ごとの作業場所を仕事しやすくする 13. 作業の指示や表示内容をわかりやすくする 14. 反復・過密・単調作業を改善する 15. 作業ミス防止策を多面に講じる
4. 作業場環境	16. 温熱環境や音環境, 視環境を快適化する 17. 有害環境源を隔離する 18. 職場の受動喫煙を防止する 19. 衛生設備と休養設備を改善する 20. 緊急時対応の手順を改善する
5. 職場内の相互支援	21. 上司に相談しやすい環境を整備する 22. 同僚に相談でき, コミュニケーションがとりやすい環境を整備する 23. チームワークづくりをすすめる 24. 仕事に対する適切な評価を受け取ることができる 25. 職場間の相互支援を推進する
6. 安心して働く場のしくみ	26. 個人の健康や職場内の健康問題について相談できる窓口を設置する 27. セルフケアについて学ぶ機会を設ける 28. 組織や仕事の急激な変化にあらかじめ対処する 29. 昇進・昇格, 資格取得の機会を明確にし, チャンスを公平に確保する 30. 緊急の心のケア

表 12A. 参加型改善チェックリスト項目(国際労働機関,2018³⁴⁾)

1.リーダーシップと公正さ	職場ストレス予防のための職場の方針と戦略を定め、周知させます。
	職場内で差別が起こらないようにする手順、労働者を公平に扱う手順を確立します。
	管理者と労働者間と労働者どうしの間で業務をはなれた非公式の対話がすすむよう奨励します。
	従業員の個人情報を厳重に管理し、保護します。
	職場の問題はそれが起こったときにすぐ対処します。
2.仕事の要求	労働者数と能力を考慮して全体の作業負担を調整します。
	労働者への過度の要求を防ぐために作業割り当てを再調整します。
	作業を慎重に計画し、達成可能な締め切り期限や作業ペースに合意するようにします。
	職務課題と責任が明確に定義されていることを確かめます。
	職場における注意力を維持するために、異なった作業を交代して行えるようにします。
3.職務の裁量度	労働者が自分たちの作業組織について意思決定できるようにします。
	労働者が仕事を行う方法についての労働者の自由度と裁量度を改善します。
	新しい職務遂行能力、技能、知識が向上するように作業を組織します。
	労働条件と生産性の改善に労働者が参加するように奨励します。
	職場の問題と解決策について話し合うために定期的な会議を開催します。
4.社会的支援	労働者と管理監督者が互いに支援を受けられるように密接な事業者・労働者関係を確立します。
	労働者間の相互支援と知識及び経験の共有を促進します。
	従業員に援助を提供するための外部資源を特定し、活用します。
	勤務時間中又は勤務時間後に社会的な活動を行うよう計画します。
	必要なときに労働者に共体的な援助と支援を提供します。
5.作業場環境	現状の労働安全衛生マネジメントシステムに基づいて、リスクのアセスメントと制御のための明確な手順を確立します。
	身体的及び精神的健康に役立つ快適な労働環境を整備します。
	安全と健康上の危害要因をその発生源で排除するか、低減します。
	清潔な休憩施設を設けます。
	非常事態対応と迅速な避難がすぐできる緊急時計画を策定します。
労働者に将来計画と変更点に関する関連情報を伝えます。	

表 12B. 参加型改善チェックリスト項目(国際労働機関,2018³⁴⁾) 続き

6.ワークライフバランスと労働時間	労働者が労働時間の設計に関与するようにします。
	事業場のニーズと労働者の特別なニーズの双方に対応するように勤務スケジュールを計画します。
	過度に長い労働時間を避けるための措置を確立し、上限を設定します。
	労働者が家族責任を果たすことができるように勤務時間制を最適化します。
	作業負荷に応じて、休憩時間と休養時間の長さや頻度を調整します。
7.職場における貢献の認識	労働者とチームによる良い仕事をみんなに分かるように称賛します。
	労働者が自分の仕事の結果を知ることができる制度を導入します。
	労働者が感じたことと意見を表明できる制度を導入します。
	女性と男性を均等に扱います。
8.攻撃的行為からの保護	キャリアの将来見通しがよく理解できるようにします。
	攻撃的行為が防止され、迅速かつ適切に処理される組織の枠組みと戦略を確立し、実施します。
	尊敬できる行動について訓練を実施し、意識を向上させます。
	職場における暴力、いじめとハラスメントに対処するための手順と行動モデルを確立します。
	攻撃的行為に巻き込まれた人を援助するために、迅速で文化的に配慮の行きとどいた介入を行います。
9.雇用の保障	顧客と外部の人からの暴力に対して労働者を保護するために作業区域を整備します。
	安定した雇用の可能性を高めるように仕事を計画します。
	雇用条件と賃金に関する明確な条項を記載した書面の雇用契約書を交わします。
	関連契約書に従って賃金が定期的に支払われ、その他の手当が給付されていることを確認します。
	育児休暇をとっている労働者の雇用の確保を確かめます。
10.情報とコミュニケーション	雇用の確保を強化し、不公正な解雇から労働者と労働者代表を保護します。
	常に管理監督者が職場に行き、労働者と話し合うようにします。
	管理監督者が労働者と問題点について容易に頻繁にコミュニケーションできているか確かめます。
	重要な決定事項について労働者に適切な手段で定期的に通知します。
	経営陣トップに労働者の意見を伝えます。
労働者に将来計画と変更点に関する関連情報を伝えます。	

表 13. BODY チェックリスト(小林ら,2019³⁷⁾)

チーム内の居場所や役割があると感じられる
私たちの職場では、お互いに理解し認め合っている
上司は、部下が新しい考えを提案することを奨励している
少数意見や反対意見でも尊重される
上司は、自分の利益よりも、部下の利益が最大になるよう配慮している

表 14. メンタルヘルス一次予防のガイドライン(Tsutsumi et al,2019³⁹⁾)

計画・組織づくりに関する推奨項目	推奨 1 (事業場での合意形成) 職場環境改善の目的、方針、推進組織について事業場で合意形成します。
	推奨 2 (問題解決型の取り組み) 問題指摘型は避け、問題解決型で取り組みます。
	ヒント 1 (部門責任者の主体的な関与) 職場環境改善を実施する組織ないし部門の責任者の主体的な関与を引き出します。
実施手順の基本ルールに関する推奨項目	推奨 3 (良好事例の活用) 実施可能な改善策を立てるために、職場内外の良好事例を参考にします。
	推奨 4 (労働者参加型で実施) 改善策の検討や実施に労働者が参加できるように工夫します。
	推奨 5 (職場環境に幅広く目配り) 心身の負担に関連する職場環境や労働条件に幅広く目配りして優先順位をつけ、改善策を検討します。
実効性のある改善策の提案に関する推奨項目	推奨 6 (現場に合わせた提案の促進) 職場の状況・タイミング・資源を考慮して具体的な改善策を検討します。
	推奨 7 (ツール提供) 現場の気づきやアイデアを引き出し、行動に移しやすい提案を促すことができるツールを活用します。
	ヒント 2 (職場の仕組みの活用) 継続的に改善の場が設定できるようにすでにある職場のしくみを活用します。(安全衛生委員会、QC サークルなど)
	ヒント 3 (職場の準備状況にあわせたアプローチ) 組織としての受け入れ体制や準備状況に応じた介入方法を選びます。
実施継続のための推奨項目	推奨 8 (フォローアップと評価) 職場環境改善の実施を継続させるために中間報告の提出を求めたり、期間を設定して実施状況や成果を確認します。
	ヒント 4 (PDCAサイクル) 職場環境改善の取り組みを計画・実施・評価・見直しのサイクルに組み込み、継続的に実施できるようにします。

表 15A. OSHA ガイドラインの職場の暴力のリスク要因のチェック項目 (OSHA,2016⁴⁴⁾)

内容	項目の原文
公衆との接触	Do employees have contact with the public?
お金のやりとり	Do they exchange money with the public?
一人での仕事	Do they work alone?
深夜又は早朝の仕事	Do they work late at night or during early morning hours?
人員不足	Is the workplace often understaffed?
職場のある地域の犯罪の多さ	Is the workplace located in an area with a high crime rate?
犯罪の多い場所への移動	Do employees enter areas with a high crime rate?
モバイルの仕事	Do they have a mobile workplace (patrol vehicle, work van, etc.)?
乗客や荷物の輸送・配達	Do they deliver passengers or goods?
他者と対立する可能性のある仕事	Do employees perform jobs that might put them in conflict with others?
人を取り乱させる (upset) 可能性のある仕事	Do they ever perform duties that could upset people (deny benefits, confiscate property, terminate child custody, etc.)?
暴力行為をするかもしれない人への対応	Do they deal with people known or suspected of having a history of violence?
いじめ、暴言、ハラスメントやその他の乱暴な行為をしたことがある従業員や上司	Do any employees or supervisors have a history of assault, verbal abuse, harassment, or other threatening behavior?
その他のリスクの記載	Other risk factors – please describe:

表 15B. OSHA ガイドラインの職場の暴力の組織的リスク要因 (OSHA, 2016⁴⁴⁾)

内容	項目の原文
患者、利用者、訪問者あるいはスタッフの増大する敵意や攻撃的行動を認識してマネージするための施設の方針とスタッフの教育の欠如	Lack of facility policies and staff training for recognizing and managing escalating hostile and assaultive behaviors from patients, clients, visitors, or staff;
人員不足の状態での仕事—特に食事の時間や面会時間に	Working when understaffed—especially during mealtimes and visiting hours
高い転職率	High worker turnover;
現場のセキュリティとメンタルヘルスの担当人員が不十分	Inadequate security and mental health personnel on site
患者や利用者が長い時間待たされる、混雑、快適でない待合室	Long waits for patients or clients and overcrowded, uncomfortable waiting rooms
クリニックや病院内の一般の人の移動の制限がない	Unrestricted movement of the public in clinics and hospitals;
暴力は我慢できるものであり (tolerated) 、被害者は警察に通報したり告発できないという認識	Perception that violence is tolerated and victims will not be able to report the incident to police and/or press charges.

表 16. 欧州ソーシャルパートナー合意書の実践のための共同指針(抜粋、TUCC ほか,2007⁴⁹⁾)

<p>ハラスメントと暴力の定義</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的、心理的及び／又は性的なもの。 ・1 回限りのインシデント又はより体系的な行動パターン。 ・同僚間、上司と部下の間又はクライアント・顧客・患者・生徒などの第三者によるもの。 ・尊重を欠いた軽微な事例から、例えば公的機関の介入を必要とする刑事犯罪を含むより深刻な行為など、幅広い事案。
<p>雇用者の義務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・合理的に実行可能な限り、従業員の職場での健康、安全、福祉を確保する。 ・従業員のリスク（合理的に予見可能な暴力のリスクを含む）を評価し、これらのリスクの重要性を決定し、そのようなリスクを防止又は管理するために何をすべきかを決定し、これを達成するための明確な管理計画を策定する。 ・ACAS の実務指針と一致する、明確な苦情処理と懲戒の手順を確立する。 ・リスク評価とそれらから生じる行動について、従業員とその代表者に相談する。 ・誰もがハラスメント及び暴力に関するポリシーと、それに関連する責任を確実に認識できるようにする。
<p>雇用者がすべきこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ及びサービス利用者に対して、ハラスメントと暴力は容認されず、規律違反として処罰される（解雇又は該当する場合は刑事訴訟を含む）ことを示した明確な声明を通知するとともに、ハラスメントと暴力を報告する方法についての情報を提供する。 ・管理者／その他の労働者に加え、サービス利用者又は一般の人々の容認できない行動とはどのようなものがあるかを明確に示す。 ・研修を含めて、ハラスメントや暴力のリスクを予防しそれに対処するための包括的アプローチに関する声明を提示する（研修は企業ごとに内容を調整し、「社内」で作成してもよい）。 ・職場内で自分自身／自らの責任に適用される、関連する法律についての助言を従業員に提供する。 ・被害者に対しては、すべての出来事（及び目撃者の候補）を書き留め、関連する事柄のコピーをすべて保管するように助言する。 ・苦情はすべて詳細な情報によって裏付けられるべきであるという声明を提示する。 ・関係する当事者全員が公平なヒアリングと公正な処遇を受け、すべての尊厳とプライバシーが保護されること、すなわち、事案に関係しない当事者と情報を共有しないことを明確に示す。 ・虚偽の（すなわち、悪意のある）告発は容認されず、懲戒処分につながる可能性があることを明確に示す。 ・被害者が受けることができる支援（必要な場合は心身の再統合を含む）を明確に示す。 ・ポリシーの履行、見直し、監視方法に関する情報を含める。
<p>雇用者に可能なこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・刑事訴訟の必要性があり得る場合には、特定の手順を含めておく。 ・有用だと考えられる場合は、外郭団体／機関又はアドバイザーから、ポリシーと手順についての的確なアドバイスを求める。
<p>非公式のアプローチ</p>	<p>時には問題を非公式で修正できる場合もあります。自分の行動が嫌がられていることに気づかない人もおり、そのような行動を止めるための非公式の話し合いにより深い理解と合意が得られることがあります。これは、個人が自分で行うことを選択する場合もあれば、人事担当、管理者、従業員代表又はカウンセラーによるサポートが必要な場合もあります。ただし、非公式なアプローチでは問題が曖昧になり、後でより大きな問題が発生する場合もあるため、正式なアプローチと非公式なアプローチのどちらを取るかの判断は慎重に行う必要があります。</p>

表 17. 米国看護部長会と救急看護学会のガイドライン(Chappell, 2015⁵²⁾)の「推奨の原則 (Guiding Principles)」

概要	原文
1. 暴力はどこでも起こる可能性があり、起きているという認識	Recognition that violence can and does happen anywhere.
2. 健康的な労働環境は患者の良いアウトカムを推進する	Healthy work environments promote positive patient outcomes.
3. 暴力の全ての側面(患者、家族、そして同僚)を扱わなければならない	All aspects of violence (patient, family and lateral) must be addressed.
4. 職場の暴力を扱うためには患者と家族も含む多様な関係者からなるチーム (multidisciplinary team)が必要である	A multidisciplinary team, including patients and families, is required to address workplace violence.
5. 行動基準を維持するために、地位や専門分野に関わらず組織の全ての人に説明責任がある	Everyone in the organization is accountable for upholding foundational behavior standards, regardless of position or discipline.
6. 医療チームのメンバーが職場で暴力に結びつく問題を見つけた場合はそれに対処(address)する義務がある	When members of the health care team identify an issue that contributes to violence in the workplace, they have an obligation to address it.
7. 全てのレベルの意思、言質及び看護師の他の医療のプロフェッショナルとの協働が、文化のシフトを創り出すために必要である	Intention, commitment and collaboration of nurses with other health care professionals at all levels are needed to create a culture shift.
8. 職場の暴力への対処は、看護の実践や患者のケアの有効性を高める可能性がある	Addressing workplace violence may increase the effectiveness of nursing practice and patient care.

表 18A. 米国看護部長会と救急看護学会のガイドライン(Chappell, 2015⁵²)の 5 つの優先的な中心的領域(Five Priority Focus Areas)

概要	原文
1. この枠組みを有効にするための基本的行動	Foundational behaviors to make this framework work
傾聴のある敬意のあるコミュニケーション	Respectful communication, including active listening.
全ての人(さまざまな専門のチーム、患者、訪問者、管理者)が示す成熟した敬意	Mutual respect demonstrated by all (i.e. members of the multidisciplinary team, patients, visitors and administrators).
正直さ、信頼及び善行	Honesty, trust and beneficence.
2. ゼロトレランスの枠組みに必須の要素	Essential elements of a zero-tolerance framework:
組織の委員や経営役員に支えられ、監視されたトップダウンアプローチ	Top-down approach supported and observed by an organization's board and C-Suite.
どんな行為が耐えられないものであるか及び、方針への違反に対する明確な結果が規定された方針の制定	Enacted policy defining what actions will not be tolerated, as well as specific consequences for infractions to the policy.
方針は組織内の全ての人(リーダーシップ、複数の分野によるチーム、スタッフ、患者、及び家族)によって明確に理解され同等に監視されている	Policy is clearly understood and equally observed by every person in the organization (i.e. leadership, multidisciplinary team, staff, patients and families).
役割や地位や権限にかかわらず同僚からの暴力(lateral violence)が禁止されている(すなわち、行動基準は医師、看護師、スタッフ、管理者に対して同一)。	Lateral violence is prohibited, regardless of role or position of authority (i.e. the standard of behavior is the same for doctors, nurses, staff and administration).
3. ownership と説明責任を確実にするための必須の要素	Essential elements to ensuring ownership and accountability:
組織の全ての人々の暴力のインシデントに関する報告と対応の責任を意味する個人の説明責任。	Personal accountability, meaning everyone in the organization is responsible for reporting and responding to incidents of violence.
ゼロトレランス方針は、組織内のすべてのレベルのスタッフからの情報提供によって発展する。これによりスタッフによるプロセスと期待の共有が確実になる。	Zero-tolerance policy is developed with input from staff at every level in the organization, thus ensuring staff co-own the process and expectations.
普遍的な行動基準が明確に定義されており、組織内の全ての人(患者と家族を含む)に同等に責任がある。	Universal standards of behavior are clearly defined and every person in the organization (including patients and families) is held equally accountable.
暴力のインシデントは、ゼロトレランス方針の執行のために、ただちに一連の指令に従って権限のある人に報告される。	Incidents of violence are reported immediately to persons of authority, through the chain of command, to ensure immediate enforcement of the zero-tolerance policy.

表 18B. 米国看護部長会と救急看護学会のガイドライン(Chappell, 2015⁵²)の 5 つの優先的な中心的領域(Five Priority Focus Areas) 続き

概要	原文
4. 職場の暴力に関するトレーニングと教育に必須の要素	Essential elements of training and education on workplace violence :
組織と個人の学習へのレディネス	Organizational and personal readiness to learn
常に有効なエビデンスに基づき、組織に支援されるツールと介入	Readily available, evidence-based and organizationally-supported tools and interventions.
観衆 (audience) と個別の問題を理解している熟練した経験のあるファシリテーター	Skilled/experienced facilitators who understand the audience and specific issues.
個人と環境の双方に関する暴力の可能性の早期の発見と悪化防止	Training on early recognition and de-escalation of potential violence in both individuals and environments.
暴力の状況におけるアクションを示す健康支援に特化したケーススタディ	Health care specific case studies with simulations to demonstrate actions in situations of violence.
5. プログラムの成功に関するアウトカムの指標	Outcome metrics of the program's success:
最上位ランクのスタッフと患者の安全スコア	Top ranked staff and patient safety scores.
暴力行動の減少における被害の発生率	Incidence of harm from violent behavior decreases.
仕事への取り組みの調査 (engagement survey) における組織 (スタッフ) 全員の「とても安全」と感じるという回答	Entire organization (staff) reports feeling "very safe" on the staff engagement survey.
患者と家族の医療場面に安全と感じるという回答	Patients and families report feeling safe in the health care setting.
インシデントの報告や権限のある人を関与させることにスタッフは嫌と感しない	Staff feels comfortable reporting incidents and involving persons of authority.
以下の文化の変化の指標が組織の変化に反映している：被雇用者が参与している、被雇用者が満足している、HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) スコアが増加する。	The organization reflects the following culture change indicators: employers are engaged, employees are satisfied and HCAHPS scores increase. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems.

表 19A. 過労死等の防止に関連する対策ツールの分類(過重労働等)

ばく露	分類	ツール/研究 事例	アウトカム		直接の利用者、支援対象者			評価・改善対象					研究・実装 動向		
			健康	安全	労働者	管理者	その他	個人	負荷	心理 社会	環境	組織・ マネジ メント			
疲労・労働時間と勤務編成、過重労働	マネジメントS	FRMS(疲労リスクマネジメントシステム、Dawsonら,2017 ¹⁾ で言及)		○		○							○	業種特化の開発・適用(航空安全など)	
	チェックリスト 又は ガイドライン	過重労働者の健康リスクマネジメントのためのアクションチェックリスト(中尾ら,2008 ⁷⁾)	○			○	○							○	
		交代勤務改善チェックリスト(Kogi,2004 ⁵⁾ 、看護職交代勤務ガイドライン(日本看護協会,2013) ⁶⁾	○	○		○(交代勤務)	○(交代勤務)				○	○	○	○	
		面接指導自己チェック票(比嘉敏明ら,2009 ²⁾ 他 ³⁾⁴⁾	○			○				○					
	自己チェックリスト	自覚症調べ、CISなど	○			○			○						調査・研究
蓄積疲労インデックスなど		○			○			○	△					ネット運用	

表 19B. 過労死等の防止に関連する対策ツールの分類(続き:ストレス 1/2)

ばく露	分類	ツール/ 研究事例	アウトカム		直接の利用者、 支援対象者			評価・改善対象					研究・実装 動向		
			健康	安全	労働者	管理者	その他	個人	負荷	心理 社会	環境	組織・ マネジ メント			
ストレス(心理社会的リスク)	マネジメントシステム	英国 HSE ストレス管理基準 (HSE,2019 ⁹)	○			○				○	◎		○		
		欧州 PRIMA- EF(心理社会的リスク マネジメント,Leka and Cox,2008 ¹⁰)	○			○					○	◎		○	
	ガイドライン	英国: NICE ガイドライン (NICE,2009 ¹²)	○			○								○	
	チェックリスト、 リスクアセスメント	英国 HSE インディケータツール (HSE,2019 ⁹)、コペンハーゲン 質問紙 (Pejtersen ら,2010 ²⁵)	○			○					○	◎		○	妥当性等検証 (Houdmont, 2013 ²¹)、個人の背景の 重要性 (Marinaccio ら,2013 ²²) 現場観察の 重要性 (Panari ら,2012 ²⁷)
		産業保健 活動状況 のチェック (川上 ら,2005 ⁸)	○			○								○	
	参加型・アクション型ツール	メンタルヘルスアクション チェックリスト(吉川 ら,20007 など ^{32),33),34})			包括ア プローチ		参加型 改善プ ログラム				○	○	○	○	集団討議の 有効性 (Lanfranchi ら,2014, ³⁰) 参加型改善 の有効性 (Kobayashi ら,2008 ³⁵ ,Yo shikawa ら,2013 ³⁶) 参加型の適 用要件チ ェックリスト(小 林ら,2019 ³⁷)
	アクション型簡易ツール	英国 HSE 会話ツール (HSE,2018 ^{28),29})	○				○ 現場管 理者				○	○		△	

表 19C. 過労死等の防止に関連する対策ツールの分類(続き:ストレス 2/2)

ばく露	分類	ツール/ 研究事例	アウトカム		直接の利用者、支援対象者			評価・改善対象					研究・実装動向		
			健康	安全	労働者	管理者	その他	個人	負荷	心理社会	環境	組織・マネジメント			
ストレス(心理社会的リスク)	自己チェックツール	メンタルヘルスの症状、PTSDの質問紙など	○		○				○					研究、診断	
		職業性ストレス簡易調査票など	○		○				○	○	○			ストレスチェック	
	教育ツール	健康教育ITツール(Muuraiskangaら,2016 ⁴³⁾)	○		○	○			○					ワークエンゲージメント(Muuraiskangaら,2016 ⁴³⁾ で言及)	
	その他の支援	米 NIOSH Total worker health(Tamersら,2019 ³¹⁾)		包括アプローチ				○ 第三者	○	○	○	○	○	○	包括性の重要性(Memishら,2017 ¹⁵⁾)
		健康管理スタッフの予防支援(Tsutsumiら,2019 ³⁹⁾) オランダの産業医支援(Joosenら,2019 ⁴⁰⁾)	○					○ 産業医 産業保健スタッフ	○						
		開業医支援(Mazzaら,2019 ⁴¹⁾)	○					○ 開業医	○						
		インフラの健康支援機能の評価(トラックステーション; Lincoln,2018 ⁴²⁾)	○					○ 調査者				休憩のインフラなど	休憩のインフラなど		

表 19D. 過労死等の防止に関連する対策ツールの分類(続き:ハラスメント等)

ばく露	分類	ツール/ 研究事例	アウトカム		直接の利用者、支援対象者			評価・改善対象					研究・実装 動向
			健康	安全	労働者	・管理	その他	個人	負荷	心理 社会	環境	組織・ マネジ メント	
暴力・いじめ・ハラスメント	ガイドライン	OSHA: 医療の暴力対策ガイドライン (OSHA, 2016 ⁴⁴⁾)	○	○		○				○	○	○	OSHA, 2016 の効果検証 (Hamblin ら, 2017 ⁴⁸⁾) 職種等に特化(訪問看護; Arshad, 2000 ⁵³⁾ 、歯科医; Van Dermyden, 2013 ⁵⁴⁾ . Incivility (無礼、不作法; Guidroz, 2010 ⁵⁹⁾)
		医療における暴力対策(看護; Chappel, 2015 など ⁵²⁾)	○	○	○	○			○			○	
	教育ツール	医療向け教育プログラム (OSHA, 2016 に基づく; Arbury, 2017 ⁴⁶⁾)	○	○	○				○				
	個人の行動リスクのチェック	患者、利用者、顧客の暴力等のリスク評価(高リスク患者の同定; Kling ら, 2016 ⁵⁶⁾)	○	○	○	○			○患者				
Incivility のスケール(Guidroz ら, 2010 ⁵⁹⁾)		○		○				○		○		Elmblad ら (2016) ⁶⁰⁾ の CRNA 調査 (病院スタッフの Incivility)	