



世界保健機関(WHO) 職場のメンタルヘルス対策 ガイドライン

©東京大学職場のメンタルヘルスシステムティックレビューチーム（TOMH-R） 2023

本翻訳は、世界保健機関（WHO）が作成したものではありません。

WHOはこの翻訳の内容や正確性について責任を負いません。

オリジナルの英語版を法的拘束力のある原本とします。

WHO guidelines on mental health at work. Geneva:World Health Organization; 2022.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

この翻訳版は、CC BY-NC-SA 4.0の下で利用可能です。

翻訳：東京大学職場のメンタルヘルスシステムティックレビューチーム（TOMH-R）

監訳者：川上 憲人（東京大学）、堤 明純（北里大学）、島津 明人（慶應義塾大学）

訳者：浅岡 紘季（東京大学）、飯田 真子（東京大学）、井上 彰臣（産業医科大学）、井上 嶺子（北里大学）、
今村 幸太郎（東京大学）、岩永 麻衣（国立精神・神経医療研究センター）、江口 尚（産業医科大学）、
大塚 泰正（筑波大学）、小林 由佳（法政大学）、駒瀬 優（富士通Japan株式会社）、櫻谷 あすか（東京大学）、
佐々木 那津（東京大学）、津野 香奈美（神奈川県立保健福祉大学大学院）、日野 亜弥子（産業医科大学）、
渡辺 和広（北里大学）

本ガイドラインは、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）「予防・健康づくりの社会実装に向けた研究開発基盤整備事業（ヘルスケア社会実装基盤整備事業）」の支援を受けて翻訳されました（課題番号：JP23rea522006）



世界保健機関(WHO) 職場のメンタルヘルス 対策ガイドライン

WHO 職場のメンタルヘルス対策ガイドライン

ISBN 978-92-4-005305-2 (電子版)

ISBN 978-92-4-005306-9 (印刷版)

© World Health Organization 2022

Some rights reserved.本書は以下より入手可能。The Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

本ライセンスの条件に基づき、本著作物を下記の形式に従って適切に引用し、非営利目的で利用する場合に限り、本著作物の複製、再配布、改変が認められる。本著作物のいかなる利用においても、WHOが特定の組織、製品、またはサービスを推奨するという示唆があってはならない。WHOのロゴの使用は認められない。本著作物を改変する場合は、改変を行った著作物に対し、クリエイティブ・コモンズの同一または同等のライセンスを表示する必要がある。本著作物の翻訳を作成する場合は、以下の引用形式に則って本著作物を引用するとともに、次の免責事項を付するものとする：“This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition”.

本ライセンスに基づいて生じた議論に関する調停は、世界知的所有権機関(The World Intellectual Property Organization) <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/> の調停規則に従って行われるものとする。

引用形式： WHO guidelines on mental health at work. Geneva:World Health Organization; 2022.Licence:[CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

CIPデータ： CIPデータは<http://apps.who.int/iris>で入手できる。

販売・権利・ライセンス： WHOの出版物の購入にあたっては<http://apps.who.int/bookorders>を参照されたい。商用利用のリクエストや権利・ライセンスに関する問い合わせについては、<https://www.who.int/copyright>を参照されたい。

第三者の資料： 本著作物に含まれる、第三者に帰属する資料（表、図、画像など）を再利用する場合は、当該の再利用にあたって許可の必要性を判断し、著作権者から許諾を得る責任は、再利用しようとする者にある。本著作物に含まれる、第三者が所有するあらゆる構成物の侵害によって生じる請求のリスクは、利用者のみが負うものとする。

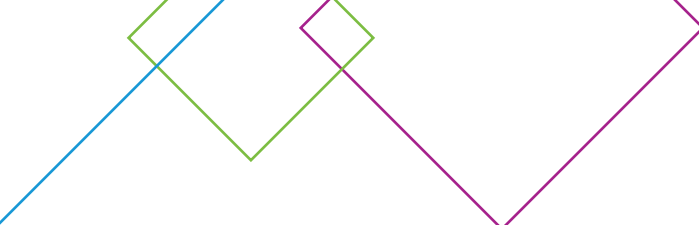
一般免責事項： 本書内で使用されている呼称および資料の記載内容は、国・地域・都市・領域またはその当局の法的地位、あるいは国境・境界の画定に関するWHOの見解を意図するものではない。地図上の点線・破線はおおよそその境界を示すものであり、これらは完全な合意に達していない場合がある。

特定の企業や製造元の製品が言及されている場合であっても、これらが、類似の性質を有するが言及のない他の企業・製品よりも優れていることをWHOが承認または推奨するものではない。誤りや脱落がない限り、専有製品の名称は頭文字を大文字で記載し、区別する。

WHOは、本書に含まれる情報の検証においてあらゆる合理的な措置を講じている。ただし、公開された資料は、明示または黙示を問わず、いかなる種類の保証もなく公表されたものである。本書の解釈および使用の責任は、読者側にある。WHOはいかなる場合も、使用から生じる損害について一切責任を負わないものとする。

表紙写真（この順で）： NOOR / Sebastian Liste, WHO, Blink Media - Hannah Reyes Morales.

グラフィックデザインおよびレイアウト： Kellie Hopley Design Ltd.



目次

序文	v
謝辞	vi
略語	vii
エグゼクティブ・サマリー	ix
はじめに	1
背景	2
本ガイドラインの対象範囲	5
方法：本ガイドラインの作成手順	8
推奨事項	9
組織介入に関する推奨事項	11
管理監督者のトレーニングに関する推奨事項	25
労働者のトレーニングに関する推奨事項	35
個人向け介入に関する推奨事項	43
心の健康問題を伴った休職後の職場復帰に関する推奨事項	57
心の健康問題のある人々の就労に関する推奨事項	63
キークエスション13：スクリーニングプログラム	69
リサーチギャップ	73

本ガイドラインの普及と更新	79
参照文献	82
付録：用語集	91
付録1.本ガイドラインの貢献者	95
付録2.利益の宣言および利益相反の管理	105
付録3.対象範囲、キークエスチョン、アウトカムを作成	109
付録4.エビデンスおよびサポーティングエビデンスのレビュー ...	113
付録5.推奨事項の考案	116
付録6.ガイドラインの起草および外部によるレビュー	117
ウェブ付録：エビデンスのプロファイルとサポーティングエビデンス	
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363102/9789240053076-eng.pdf	

序文

労働者は、その雇用形態にかかわらず、すべての人々と同様に、職場で達成可能な最高水準のメンタルヘルスを享受する本質的権利を有す。そして、心の健康問題がある人々には、仕事にアクセスし、それに従事し、職場で活躍する権利がある。政府と雇用主には、労働者が過度のストレスや心の健康問題のリスクにさらされないようにするとともに、労働者のメンタルヘルスとウェルビーイングを保護・促進し、人々が偏見、差別、虐待を受けることなく、完全かつ効果的に就労できるよう支援を提供する職場作りを行うことで、その権利を守る責任がある。

しかし、仕事の形は絶えず変化している。世界のどの場所においても、テクノロジー、グローバリゼーション、人口動態の変化、緊急事態、気候変動が我々の働き方と働く場所を変化させている。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック（世界的大流行）により、労働市場が混乱し、変化のペースが加速したが、これはリモートワーク、電子商取引、自動化の分野で特に顕著であった。失われた雇用もあれば、生まれた雇用もあるが、ほとんどは絶え間なく変化している。多くの人々にとって、このような変化は職場で新たなプレッシャーを生み出したため、既存の仕事のストレスを悪化させるものであり、労働者のメンタルヘルスの低下に繋がる可能性がある。

職場でのメンタルヘルスに効果的に対応することは、働き方の未来と変化する世界に備えることに有用であろう。

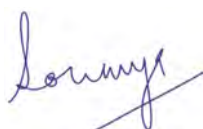
職場でのメンタルヘルスを管理するのは難しいように思えるかもしれない。しかし、それを面倒なものと思わずべきではなく、むしろ、成長と持続可能な発展の機会を提供してくれるものと見るべきである。安全で健全かつ包摂的な職場環境は、心身の健康を高めるだけでなく、アブセンティイズムを減らし、仕事のパフォーマンス・生産性を向上させ、スタッフの士気・モチベーションを強化し、同僚間の対立を最小限に抑えることに繋がる。人々のメンタルヘルスが良好であれば、日々のストレスにうまく対処し、自身の能力を発揮し、よく学び、よく働き、自身の所属するコミュニティに積極的に貢献することができる。そして、職場環境が良好であれば、人々のメンタルヘルスは保護される。

本ガイドラインは、労働者のメンタルヘルスの予防、保護、促進、および支援を強化するために実施可能な介入について、エビデンスに基づいた推奨事項を提示するものである。そして、組織介入、管理監督者と労働者のトレーニング、および個人向け介入が重要であることを強調している。特に注目して取り上げているのは、心の健康問題がある労働者と、そのような人々が就労する際、休職後の職場復帰を支援する際や、職場で合理的配慮を提供する際に利用可能な介入である。

世界保健機関（WHO）は、加盟国が労働者のメンタルヘルスを促進・保護できるよう支援することに注力している。実際、「Comprehensive mental health action plan 2013–2030」では、各国が、すべての人々に安全で支援的かつ適切な職場環境を促進することの必要性が強調されている。また、「The WHO Global Strategy on Health, Environment and Climate Change」では、職場を、特に非感染性疾患において、修正可能なさまざまなリスクの予防を講ずるべき環境であると見なしている。本ガイドラインは、職場におけるメンタルヘルスの効果的な予防、促進、支援の確保に求められる、エビデンスに基づく行動の枠組みを提供することによって、職場を、行動を起こすプラットフォームとして活用する上で画期的なものである。

すべての国やセクターに共通して、企業や社会の豊かさは、労働者のメンタルヘルスにかかっている。

メンタルヘルスを促進・保護する安全で健全かつ包摂的な職場を確保するための効果的なツールとして、政府や企業、そして労働に関わるすべてのステークホルダーが本ガイドラインを活用し、これに取り組むことを奨励する。



Soumya Swaminathan
WHO Chief Scientist

謝辞

「WHO 職場のメンタルヘルス対策ガイドライン」は、Department of Mental Health and Substance UseのDévora Kestel氏、ならびにDepartment of Health, Environment and Climate ChangeのMaria Neira氏の指揮のもと、同部門によって作成された。

担当技官：Aiysha Malik (Mental Health Unit, Department of Mental Health and Substance Use, WHO)。

WHO運営グループメンバー：Faten Ben Abdelaziz (Department of Health Promotion)、Alex Butchart (Department of Social Determinants of Health)、Alarcos Cieza (Department of Noncommunicable Diseases)、Ivan Ivanov (Department of Health, Environment and Climate Change)、Catherine Kane (Health Workforce Department)、Hyo-Jeong Kim (Department of Health Emergency Interventions)、Aiysha Malik (Department of Mental Health and Substance Use)、Juana Willumsen (Department of Health Promotion)。本運営グループの議長は、Mark van Ommeren (Department of Mental Health and Substance Use) が務めた。

次の方々の貢献に感謝の意を表す：WHO Guideline Review Committee SecretariatのRebekah Thomas-Boscoe氏には本ガイドラインの作成工程全般にわたって技術支援をいただいた。また、Department of Mental Health Substance UseのEvelyn Finger氏およびAnne Sikanda氏には、管理運営に関わる多大なご支援をいただいた。本書策定のさまざまな段階において意見を提供して下さったWHOのスタッフ諸氏は次の方々である：Florence Baingana (WHO Regional Office for Africa)；Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano (Pan American Health Organization)；Nazneen Anwar (WHO Country Office, Maldives)；Khalid Saeed (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean)；Natalie Drew Bold, Kenneth Carswell, Alexandra Fleischmann (WHO Department of Mental Health and Substance Use)；Martin Vandendyck (WHO Regional Office for the Western Pacific)。本書作成を通して種々の技術支援をして下さった次の方々にも心より感謝申し上げます：Aemal Akhtar (デンマーク)、Gergö Baranyi (英国)、Chiara Gastaldon (イタリア)、Sherianne Kramer (南アフリカ)、Georgia Michlig (米国)、Susan Norris (米国)、Davide Papola (イタリア)。

WHOは、国際労働機関 **(ILO) の関係者の方々、**特にManal Azzi氏 (ILO headquarters, Geneva, Switzerland) の技術的貢献に感謝する。

ガイドライン開発グループ (GDG)：WHOは、GDGメンバーの貢献と熱意、そして彼らの専門知識に対して感謝の意を表す。GDGは次の方々で構成されている：Jose Luis Ayuso-Mateos (Autonomous University of Madrid, Spain)、Mirai Chatterjee (Self-Employed Women's Association, India)、Capucine de Fouchier (Specialist in mental health and psychosocial support, Switzerland)、Samuel Harvey (Black Dog institute, Australia)、Hiroto Ito (Tohoku Medical and Pharmaceutical University, Japan)、Norito Kawakami (The University of Tokyo, Japan)、Nour Kik (National Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Lebanon)、Spo Kgalamono (National Institute for Occupational Health, South Africa)、Margaret Kitt (National Institute for Occupational Safety and Health, USA)、Anthony D. LaMontagne (Deakin University, Australia)、Sapna Mahajan (Genomics Canada, Canada)、Kazem Malakouti (Iran University of Medical Sciences, Iran)、Karina Nielsen (The University of Sheffield, United Kingdom)、Pratap Sharan (All India Institute of Medical Sciences, India)、Katherine Sorsdahl (University of Cape Town, South Africa)、Graham Thornicroft (Kings College London, United Kingdom)。

ガイドライン・メソッドロジスト：WHOは次の方に深く感謝申し上げます：Corrado Barbui (University of Verona, Italy)。

外部レビューグループ (ERG)：WHOは、本ガイドライン草稿の査読を担当した次の方々の貢献に感謝する：Atalay Alem (Addis Ababa University, Ethiopia)、Fabrice Althaus (International Committee of the Red Cross, Switzerland)、Lamia Bouzgarrou (University of Monastir, Tunisia)、Marc Corbière (University of Quebec in Montreal, Canada)、Premilla D'Cruz (Indian Institute of Management Ahmedabad, India)、Carolyn Dewa (University of California, Davis, USA)、Frida Marina Fischer (University of São Paulo, Brazil)、Roshan Galvaan (University of Cape Town, South Africa)、Nick Glozier (University of Sydney, Australia)、Neil Greenberg (King's College London, United Kingdom)、Birgit Greiner (University College Cork, Ireland)、Nadine Harker (South African Medical Research Council, South Africa)、Nina Hedegaard Nielsen (Independent psychosocial risks expert, Denmark)、Ehimare Iden (Occupational

Health and Safety Managers, Nigeria) 、Inah Kim (Hanyang University College of Medicine, Republic of Korea) 、George Leveridge (Jamaica Constabulary Force, Jamaica) 、Shuang Li (National Institute for Occupational Health and Poison Control, China) 、Elizabeth Linos (University of California, Berkeley, USA) 、Ed Mantler (Mental Health Commission of Canada) 、Angela Martin (University of Tasmania, Australia) 、Christina Maslach (University of California- Berkeley, USA) 、Álvaro Roberto Crespo Merlo (Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil) 、María Elisa Ansoleaga Moreno (Universidad Diego Portales, Chile) 、Reiner Rugulies (National Research Centre for the Working Environment, Denmark) 、Godfrey Zari Rukundo (Mbarara University of Science and Technology, Uganda) 、Kamalesh Sarkar (National Institute of Occupational Health, India) 、Vandad Sharifi (Tehran University of Medical Sciences, Iran) 、João Silvestre da Silva-Junior (São Camilo University Center, Brazil) 、JianLi Wang (Dalhousie University, Canada) 、Mohammad Taghi Yasamy (Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran) 、Dieter Zapf (Goethe University Frankfurt, Germany) 。各組織の代表者および主なステークホルダーは次のとおりである：Melissa Pitotti (Core Humanitarian Standard [CHS] Alliance) ；Sarah Copsey, Julia Flintrop (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]) ；Olga Kalina, Guadalupe Morales Cano (European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry [ENUSP]) ；Claudia Sartor (Global Mental Health Peer Network [GMHPN]) ；Madeline A. Naegle (International Council of Nurses [ICN]) ；Pierre Vincensini (International Organisation of Employers [IOE]) ；Rory O'Neill (International Trade Union Confederation [ITUC]) ；Victor Ugo (Mentally Aware Nigeria Initiative [MANI]) ；Miguel R. Jorge (World Medical Association [WMA]) ；Rose Boucaut, Salam Alexis Gomez, Jepkemoi Joanne Kibet, Norma Elisa Gálvez Olvera, Claudia Patricia Rojas Silva (World Physiotherapy [WP]) 。WHOは、World Health Professions Allianceの会員の同定に関してご支援くださった同連盟、特にHelen von Dadelszen氏ならびにHoward Catton氏にも感謝の意を表す。

**エビデンスレビュー・統合チームならびにサポーター
ングエビデンスチーム：**エビデンスレビュー・統合チームの多大な努力に感謝申し上げる：Hideaki Arima, Yumi Asai, Yui Hidaka, Mako Iida, Kotaro Imamura, Mai Iwanaga, Yuka Kobayashi, Yu Komase, Natsu Sasaki (The University of Tokyo, Japan) 、Reiko Inoue, Akizumi Tsutsumi (Kitasato University School of Medicine, Japan) 、Hisashi Eguchi, Ayako Hino, Akiomi Inoue (University of Occupational and Environmental Health, Japan) 、Yasumasa Otsuka (University of Tsukuba, Japan) 、Asuka Sakuraya (Tokyo Women's Medical University, Japan) 、Akihito Shimazu (Keio University, Japan) 、Kanami Tsuno (Kanagawa University of Human Services, Japan) ；Taylor Braund, Richard Bryant, Jasmine Choi-Christou, Mark Deady, Nadine Garland, Aimee Gayed, Sam Haffar, Sophia Mobbs, Katherine Petrie, Jessica Strudwick (University of New South Wales, Australia) ；Arpana Amarnath, Pim Cuijpers, Eirini Karyotaki, Clara Miguel (Vrije University, WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Netherlands) ；Liam O'Mara, Kathleen Pike, Adam Rosenfeld, Hikari Shumsky (Columbia University, WHO Collaborating Centre for Capacity Building and Training in Global Mental Health, USA) 。サポーターングエビデンスチームのメンバーは次の方々である：Rachel Lewis, Fehmidah Munir, Alice Sinclair, Jo Yarker (Affinity Health at Work, United Kingdom) ；Promit Ananyo Chakraborty, Vanessa Evans, Raymond Lam, Jill Murphy (University of British Columbia, Canada) ；Andrew Greenshaw, Jasmin Noble (University of Alberta, Canada) 。Christy Braham氏 (Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing, [WIEGO]) には、インフォーマル経済のサポーターングエビデンスの検出においてご支援をいただいた。

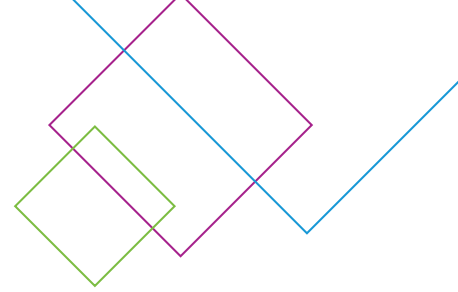
財政支援：WHOは、本ガイドラインの策定にあたり財政支援を提供してくださったウェルカム・トラストに感謝する。

略語

CBT	cognitive behavioral therapy: 認知行動療法
CerQual	confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research: 質的研究のレビューから得られるエビデンスの信頼度
cRCT	cluster-randomized controlled trial: クラスター無作為化比較試験
CRE	WHO office of compliance, risk management and ethic: WHO 企業のコンプライアンス・リスクマネジメント・倫理
ERG	external review group: 外部レビューグループ
EtD	evidence-to-decision (framework): エビデンスから決断に導く（ための枠組み）
GDG	guideline development group: ガイドライン開発グループ
GRADE	grading of recommendations, assessment, development and evaluation: GRADE
GRC	WHO guideline review committee: WHO ガイドライン審査委員会
ICD	International classification of diseases: 国際疾病分類
ILO	International Labour Organization: 国際労働機関
LMIC	low- and middle-income country: 低中所得国
mhGAP	WHO mental health gap action programme: WHO メンタルヘルス・ギャップ・アクションプログラム
MHPSS	Mental health and psychosocial support: メンタルヘルスと心理社会的支援
PICO	population intervention comparator outcome: 対象集団・介入・比較対象・アウトカム
RCT	randomized controlled trial: 無作為化比較試験
RTO	responsible technical officer: 担当技官
SME	Small and medium enterprise: 中小企業
UN	United Nations: 国連
UNCRPD	United Nations convention on the rights of persons with disabilities: 国連障害者権利条約
WHO	World Health Organization: 世界保健機関
WHO SG	World Health Organization steering group: 世界保健機関運営グループ



エグゼクティブ・ サマリー



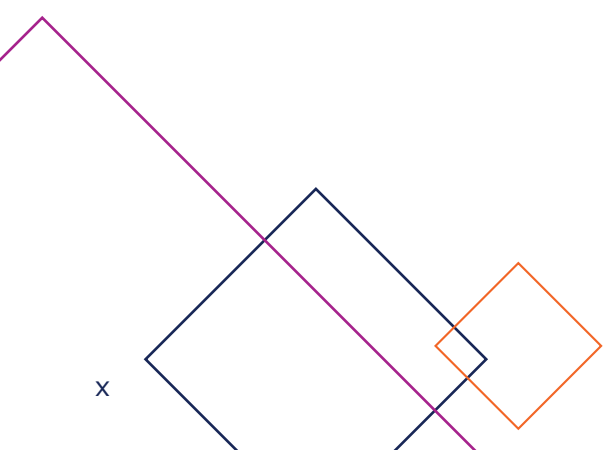
世界の多くの人々にとって、メンタルヘルスと仕事は密接に関係している。メンタルヘルスは、心の健康問題がないことを意味するものではなく、むしろ、人々が日々のストレスに対処し、自分の能力を発揮し、よく学び、よく働き、自身の所属するコミュニティに貢献することができる、精神的なウェルビーイングが保たれている状態であると言える。心の健康問題は、仕事との因果関係の有無にかかわらず発生する。メンタルヘルスが悪化すると、当人の認知、行動、感情、社会、そして人間関係に関わるウェルビーイングと生活機能、身体の健康、そして仕事に関しての個人のアイデンティティとウェルビーイングに悪影響を及ぼす。生産性やパフォーマンスの低下、安全に働く能力の低下、あるいは仕事の継続や就労の困難などによって、結果的にその人の仕事への参加能力が損なわれる可能性がある。プレゼンティーイズム（または生産性の損失、ここに最大の経済的コストが発生している）、アブセンティーイズム、および離職は、労働者と雇用主の双方に影響を及ぼし、ひいては社会経済にも打撃を与える。推定では、労働可能年齢の成人の15%がいずれかの時点で精神疾患を有している。心の健康問題を伴う公衆衛生上の問題の規模は、それに対処するための投資を上回っている。国際条約によって、各国の労働安全衛生政策を通して労働者の心身の健康を保護することが求められているにもかかわらず、このような現状がある。

本ガイドラインは、ポジティブメンタルヘルスの促進ならびに心の健康問題を予防するための、組織介入、管理監督者・労働者のトレーニング、ならびに個人向け介入について、公衆衛生に関するエビデンスベースの包括的なガイダンスに加えて、心の健康問題を伴う退職後の職場復帰や、心の健康問題のある人々の就労に関する推奨事項を世界保健機関（WHO）が提示するものである。

本ガイドラインでは、労働者全体（職場内などでの普遍的な介入）、心の健康問題上のリスクのある労働者（ハイリスク集団への選択的介入）、精神的苦痛を感じている労働者（症状が特定された集団への介入）、または心の健康問題を既に抱える労働者に対して、介入ができるかどうか、そしてどのような介入を行えるかを示している。WHOによるこのような新たな推奨事項を本ガイドラインで提示することを通じて、メンタルヘルス・産業保健分野の政策の策定やサービスの立案・導入面において、国家および職場レベルでの行動が促進されることが期待される。本ガイドラインの目的は、職場でのメンタルヘルスに関するエビデンスベースの介入実践を拡充することである。

本ガイドラインは、*WHO handbook for guideline development*に従って作成されており、エビデンスに基づくガイドラインの国際基準を満たしている。WHO運営グループは、本ガイドライン作成に必要な不可欠な事柄を特定すべく、GDGとともにキークエスションを作成し、アウトカムを評価した。本ガイドラインの各貢献者の利益相反は、WHOのコンプライアンス・リスクマネジメント・倫理（CRE）ポリシーに従って宣言・評価・管理された。

The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE)アプローチに従ってエビデンスの系統的レビューを実施し、結果の要約を作成した。GDGは、エビデンスの確実性、望ましい効果と望ましくない効果のバランス、受益者の価値観と選好、資源の要件と費用対効果、健康の公平性、平等と差別、実現可能性、人権、社会文化的受容性といった、さまざまな要素を考慮した推奨事項を作成した。



組織介入に関する推奨事項

1

普遍的な組織介入

労働者の精神的苦痛を軽減し、仕事に関連するアウトカムを改善するために、参加型アプローチを伴う介入など、心理社会的リスク要因に対処する組織介入を検討することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

2

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に向けた組織介入

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者の精神的苦痛を減らし、仕事に関連するアウトカムを向上させることができるよう、仕事の負荷の軽減やスケジュール変更、コミュニケーションやチームワークの改善など、心理社会的リスク要因に対処する組織介入を検討することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

3

心の健康問題のある労働者に向けた組織介入

人権に関する国際原則に沿って、心理社会的障害を含む心の健康問題のある労働者には、職場での合理的配慮がなされるべきである。

強い推奨
エビデンスの確実性：非常に低

管理監督者のトレーニングに関する推奨事項

4

メンタルヘルスの管理監督者トレーニング

労働者のメンタルヘルスを支援するために、管理監督者に対してトレーニングを実施し、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識、態度、行動を向上させ、労働者の援助希求行動を高めるべきである。

強い推奨
エビデンスの確実性：中

5

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者のための管理監督者のトレーニング

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者のメンタルヘルスを支援するために、管理監督者に対してトレーニングを実施し、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識、態度、行動を向上させるべきである。

強い推奨
エビデンスの確実性：中

労働者のトレーニングに関する推奨事項

6

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上についての労働者へのトレーニング

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関する、労働者へのトレーニングは、労働者による差別的な態度を含む、メンタルヘルスに関する知識や職場での態度を改善することを目的として実施される。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

7

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に向けた、メンタルヘルスのリテラシーおよび意識向上に関するトレーニング

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関する、保健衛生・人道支援・保安職業従事者へのトレーニングは、差別的な態度を含む、メンタルヘルスに関する知識や職場での態度を改善することを目的として実施される。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

個人向け介入に関する推奨事項

8

普遍的な個人向け介入

8A

労働者がポジティブメンタルヘルスを高め、精神的苦痛を減らし、仕事の達成感を向上させることができるよう、労働者のストレスマネジメント・スキルの構築を目的とした、普遍的に行われる心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動的アプローチに基づく介入など）の実施を検討してもよいと思われる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：低

8B

労働者がメンタルヘルスと労働能力を向上させることができるよう、レクリエーション系の身体活動（レジスタンストレーニング、筋力トレーニング、有酸素トレーニング、ウォーキング、ヨガなど）の機会の導入を検討してもよいと思われる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

9

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者への個人向け介入

9A

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者がポジティブメンタルヘルスを高め、精神的苦痛を減らすことができるよう、労働者のストレスマネジメント・スキルの構築を目的とした、普遍的に行われる心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動的アプローチに基づく介入など）の実施を検討することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：低

9B

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に対しては、ストレスマネジメントやセルフケア・トレーニング、コミュニケーションスキル・トレーニングなどの心理社会的介入を利用することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：低

10

精神的苦痛を抱える労働者への個別介入

10A

精神的苦痛のある労働者に対しては、これらの症状を軽減し仕事の達成感を高めることを目的として、心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動アプローチに基づく介入や、問題解決のトレーニングなど）の実施を検討することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

10B

精神的苦痛のある労働者に対しては、これらの症状を軽減することを目的として、有酸素トレーニングやウェイトトレーニングなどの身体運動の実施を検討することができる。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：非常に低

心の健康問題を伴った休職後の職場復帰に関する推奨事項

11

心の健康問題を伴った休職後の職場復帰

心の健康問題を伴って休職した人々に対しては、メンタルヘルスの症状を軽減し、欠勤日数を減らすことができるよう、（a）仕事に直接関連したケアと、メンタルヘルスに関連したエビデンスベースの臨床ケアの両方、または（b）メンタルヘルスに関連したエビデンスベースの臨床ケア単体の実施を検討すべきである。

条件付き推奨
エビデンスの確実性：低

精神的苦痛のある労働者への個人向け介入

12 心の健康問題のある人々の就労

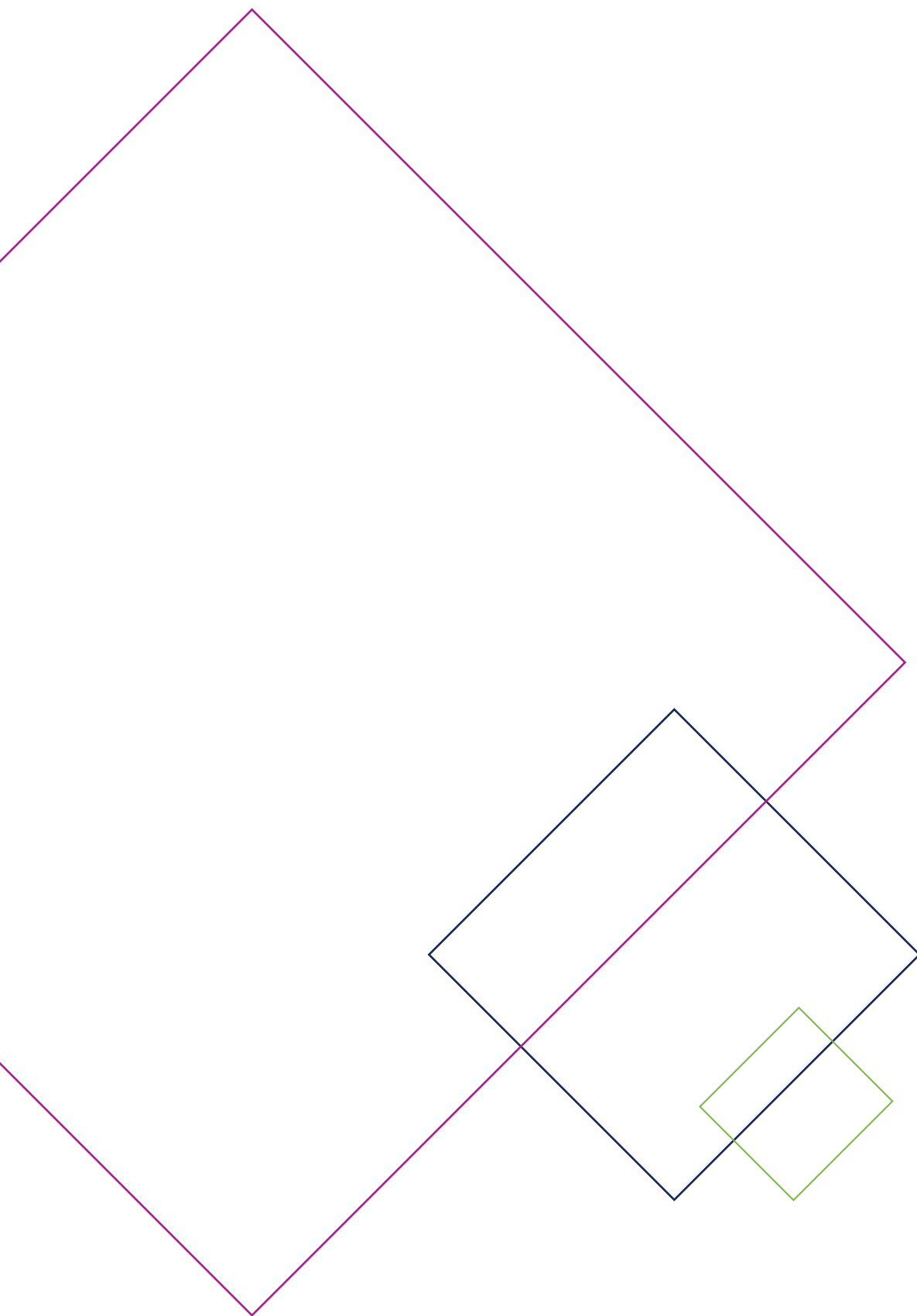
心理社会的障害など、重度の心の健康問題のある人々が職を得てそれを継続できるように、職業訓練的・経済的包摂性を強化する回復志向型の戦略（援助付き雇用（の強化）など）を利用できるようにすべきである。

強い推奨
エビデンスの確実性：非常に低

スクリーニングプログラム

キークエスチョン13：スクリーニングプログラム

スクリーニングプログラムの潜在的なメリットが潜在的なデメリットを上回るかどうかは不明であるため、GDGでは、雇用期間中のスクリーニングプログラムの実施は推奨しない。





© WHO / Lindsay Mackenzie

はじめに

背景

世界の多くの人々にとって、メンタルヘルスと仕事は密接に関係している。メンタルヘルスは、心の健康問題がないことを意味するものではなく、むしろ、“人々が日々のストレスに対処し、自分の能力を発揮し、よく学び、よく働き、自身の所属するコミュニティに貢献することができる、精神的なウェルビーイングが保たれている状態”であると言える。心の健康問題は、仕事との因果関係の有無にかかわらず発生する。メンタルヘルスが悪化すると、本人の認知、行動、感情、社会、そして人間関係に関わるウェルビーイングと生活機能、身体の健康、そして仕事に関しての個人のアイデンティティとウェルビーイングに悪影響を及ぼす。生産性やパフォーマンスの低下、安全に働く能力の低下、あるいは仕事の継続や就労の困難などによって、結果的にその人の仕事への参加能力が損なわれる可能性がある。プレゼンティーズム（または生産性の損失、ここに最大の経済的コストが発生している）、アブセンティーズム、および離職は、労働者と雇用主の双方に影響を及ぼし、ひいては社会経済にも打撃を与える。

推定では、労働可能年齢の成人の15%がいずれかの時点で精神疾患を有しているとされる¹。2019年時点のデータによれば、世界全体で3億100万人が不安を感じながら生活し¹、2億8,000万人が抑うつがあり¹、6,400万人が統合失調症や双極性障害とともに暮らし¹、毎年70万3,000人が自殺により亡くなっている⁽¹⁾。そして、これらの人々の多くは労働可能な年齢であった。最も症例数の多い心の健康問題（すなわち、うつ病や不安障害などの一般的な精神疾患）は、世界経済に毎年1兆米ドルの打撃を与えると推定されており、その損失は主に生産性の低下に起因する⁽²⁾。経済活動への参加が回復に重要であるという事実にもかかわらず、心理社会的障害²（統合失調症や双極性障害など）といった重度の心の健康問題のある人々は、偏見や差別といった理由から、仕事から広く排除されている。

仕事は、メンタルヘルスに作用する社会的決定要因である。仕事が有意義であればメンタルヘルスが守られ、本人の達成感、自信、収入につながるとともに、心理社会的障害を持つ人々の回復と包摂にも貢献する。一方で、有害または劣悪な労働条件、危険な職場環境や労働組織、劣悪な仕事上の関係性や失業状態、そして、良好な労働条件ではなく、これらの不良な労働条件に長期間さらされることは、メンタルヘルスの悪化や、既存の心の健康問題の悪化に大きく影響する。特定のリスク要因（いわゆる心理社会的リスクと呼ばれるもの）が職場のメンタルヘルスに影響を及ぼすことについて、合理的なコンセンサスが得られている⁽³⁾。これらのリスク要因のいくつかをボックス1に挙げる。しかしながら、特定の国や職業に特有のリスクなど、他にもリスクは多数存在し、新たなリスクが生まれることは、労働文化が時間の経過とともに変化したり、主要な社会的出来事（世界的なパンデミックや紛争など）の結果であったりすると考えられている。

社会的な出来事はメンタルヘルスと仕事に影響を及ぼす。景気後退や有事の出来事は、失業、財政不安、組織再編（リストラ）、雇用機会の減少、失業率の増加、フルタイム契約または正式な契約ではない仕事の増加、などのリスクを誘発する⁽⁴⁾。職場は、年齢、身分、階級、障害、性自認、移住状況、人種/民族、宗教的信念、性的指向といった社会人口統計学的要因や、それらの交差性から生じる差別や不平等など、メンタルヘルスに悪影響を及ぼす、拡大する種々の問題の縮図になり得る。学齢期の子どものいじめへの取り組みが注目されている一方で、職場で成人が経験するさまざまな暴力的行為（第三者によるものや、同僚間での行為を含めて）については、同様のことが当てはまらない^(5, 6)。最も重要なのは、心の健康問題に対する偏見が、職場で症状を打ち明けたり⁽⁷⁾、心の健康問題のある人々に職場で支援を行ったり、さらには、利用可能な支援を労働者が受け取ったりすることに対する、大きな障壁になり続けていることである。

¹ Global Burden of Disease (GBD) Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org>, accessed 1 November 2021). 注：これらはIHME GBD 2019のデータであり、必ずしもICD-11の分類を表すものではない。

² WHOは、心の健康問題を実際に経験した人々の多くが、「心理社会的障害」という用語を好むことを認識している。本書では一貫性を保つため、「心の健康問題」という表現を優先して使用し、必要に応じて「心理社会的障害などの心の健康問題」という表現を使用することとする。心理社会的障害は「心の健康問題」という包括的な定義の中に含意される。

およそ20億人の労働者（世界の労働者人口の60%以上）⁽⁸⁾がインフォーマル経済に従事している。インフォーマル経済に従事する労働者は、女性や社会から取り残されたグループに属する人々であることが多いが、これらの人々はフォーマルセクターの人々と比べて、医療へのアクセスを提供する社会的保護を受けておらず、低所得で劣悪な労働条件が相まってメンタルヘルスの不調のリスクが生じ得る⁽⁹⁻¹¹⁾。そして、心理社会的リスクへの暴露が高く、常ではないもののインフォーマル経済の中にいる労働者には、農業従事者、露天商、家事労働者、日雇い労働者などが含まれ、一部の家業やギグ

エコノミー³も含めることがある。人々の働き方の変化は、経済発展に寄与する一方で、労働者がますます長時間働くようになっているため、仕事に関連するストレスを悪化させる場合がある。推定で、世界全体の労働者の3分の1が週48時間以上働いているとされ、特に資源が不足している場合ではその傾向が強い⁽¹²⁾。柔軟な働き方やテレワークは、COVID-19のパンデミック下において、一部のセクターにとっては計り知れないほどの価値があることが証明されたものの、そのような変化に対する影響について、さまざまな利点と欠点が混在することが分かってきている⁽¹³⁾。

ボックス1.職場のメンタルヘルスに影響する心理社会的リスク

職場に関連するメンタルヘルスの不調（および身体的な健康状態の不良）のリスク要因として、大まかに以下の10種類のカテゴリーが同定されている^(14, 15を改変)。

▶ 仕事内容/職務設計：

（例）多様性がない、仕事のサイクルが短い、仕事が断片的であったり有意義でなかったりする、スキルが存分に発揮されていない、不確実性が高い、仕事を通じて常に人の目にさらされている；

▶ 仕事の負荷と作業ペース：

（例）仕事の負荷が高いまたは低い、機械のペースで作業をする、時間へのプレッシャーが高い、締切を守らなければならない状態が続いている；

▶ 勤務スケジュール：

（例）交代制勤務、夜勤、勤務スケジュールに柔軟性がない、勤務時間が予測できない、長時間勤務、一般的な労働時間帯とは異なる時間の勤務（祝日など）；

▶ コントロール：

（例）意思決定への参加度が低い、仕事の負荷やペースなどをコントロールできない；

▶ 環境と機器：

（例）機器の可用性・適合性・メンテナンスが不十分；スペース不足、照明不良、過度の騒音などの劣悪な環境条件；

▶ 組織の風土と機能：

（例）コミュニケーションが乏しい、問題解決や自己啓発への支援の水準が低い、組織目標の定義や合意がなされていない、組織変更；少ない資源をめぐる競争が激しい、官僚式の煩雑な手続き；

▶ 職場の対人関係：

（例）社会的または物理的な孤立、上司との関係性が良くない、対人葛藤、有害な勤務態度、（認知された、実質的な）社会的支援の欠如；いじめ、ハラスメント；マイクロアグレッション；

▶ 組織における役割：

（例）役割曖昧さ、役割葛藤、他者に対する責任がある；

▶ キャリア開発：

（例）キャリアが停滞している、キャリアが不確実である、昇進すべきなのに評価されていない、出世が行き過ぎている、低賃金、職の不安定性、仕事の社会的価値が低い；

▶ 家庭と仕事の関係：

（例）仕事と家庭の要求に葛藤がある（介護の責任がある、家庭でのサポートが少ない、共働きの問題など）；仕事場と生活の場が同じ、仕事のために家族と離れて暮らしている。

³ ギグエコノミーとは、一時的な雇用形態が一般的な、自由市場のシステムであり、そこでは、組織が、短期契約のもとで組織に属さない労働者を雇用する。

心の健康問題を伴う公衆衛生上の問題の規模は、それに対処するための投資を上回っている。心の健康問題という公衆衛生上の問題の規模は、それに対処するための投資を上回っている。国際条約によって、各国の労働安全衛生政策を通して労働者の心身の健康を保護することが求められているにもかかわらず、このような状況がある(16)。各国によって報告される推進・予防プログラムのうち、仕事に関連するメンタルヘルスの推進プログラムや、心の健康問題の予防を目的としたプログラムは、最も報告例が少ない（WHO加盟国のうち35%）(17)。

精神的ウェルビーイングの促進や、心の健康問題の予防は、非感染性疾患（NCD）による早期死亡を3分の1減少させるという世界的な優先事項（国連の持続可能な開発目標の目標3.4）を達成するための手段と考えられている。WHO 包括的メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2030(18)は、地域ベースの環境（職場を含む）における、包括的で統合的かつ即応性の高いサービスの推進・予防、ならびにそれらの提供に関する世界的な目標を設定している。また、WHO健康、環境と気候変動に関する世界戦略(19)では、職場を、特に非感染性疾患について、修正可能なさまざまなリスクの予防に必須の環境であると見なしている。精神疾患は、ILOの職業病の一覧表（2010年改訂版）の「精神及び行動障害」の項目に記載がある4。一部の国では、このリストを拡大し、仕事に関連するストレス、バーンアウト、うつ、睡眠障害を含めている。また、仕事に関連する自殺を認め、これを国による報告・届出・補償の制度に組み込む国もある。

ウェルビーイングは10億ドル規模の産業であるが、ここで行われるメンタルヘルスに関連する介入は、その質がきちんと管理されていなかったり、エビデンスに基づいていなかったりする可能性がある。仕事とメンタルヘルスに関するガイドラインを有する国や専門家団体はあるものの、そのようなガイドラインは当該国の人々に限定されている。なお、専門家の視点から心理社会的リスクの管理に焦点を当てた、職場のメンタルヘルスに関する国際基準は既に策定されている(20)。

労働可能な年齢の人々は、自身の時間の大部分を仕事に費やしている。推定では、世界の15歳以上の人口の62%が何らかの経済活動を行っている(21)。仕事は、良好なメンタルヘルスを促進し、心の健康問題を予防するとともに、そのような問題を抱えて生活する人々を支援する機会を提供する(22)。現時点では、仕事に関連するメンタルヘルスの促進・予防・支援に関するエビデンスに基づく世界的なガイドラインは存在しない。しかしながら、上述の理論的根拠から、そのようなガイドラインが今、必要であることが浮き彫りとなっている。

⁴ ILO勧告 第194号の「職業病の一覧表並びに職業上の事故及び疾病の記録及び届出に関する勧告」は、「(2.4.1) 外傷後ストレス障害」および「(2.4.2) 前項に掲げられていないその他の精神障害又は行動障害で、作業活動から生じた危険要因へのばく露と、労働者が罹患した精神障害及び行動障害との直接的な因果関係が科学的に確立できるか、又は当該国の状況と慣行に照らし適切な方法で確定できるもの」などのメンタルヘルスの障害および行動障害を明確に包含する。

ガイドラインの目的

本ガイドラインは、ポジティブメンタルヘルスの促進と心の健康問題の予防を図るための1) 組織介入、2) 管理監督者および労働者へのトレーニング、3) 個人向け介入という3領域における介入（詳細は後述）に関する推奨事項を示すものである。また、心の健康問題を伴った休職後の職場復帰や、心の健康問題のある人々の就労についての推奨事項も含まれる。本ガイドラインでは、労働者全体（職場内などでの普遍的な介入）、心の健康問題上のリスクのある労働者（ハイリスク集団への選択的介入）、精神的苦痛を感じている労働者（症状が特定された集団への介入）、または心の健康問題を既に抱える労働者に対して、介入ができるかどうか、そしてどのような介入を行えるかを示している。

これらの推奨事項を本ガイドラインで提示することを通じて、メンタルヘルス・産業保健分野の政策の策定や、サービスの立案・導入において、国および職場レベルでの取り組みが促進されることを期待するものである。本ガイドラインの目的は、職場でのメンタルヘルスに関するエビデンスベースの介入実践を拡充することである。

本ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインの対象範囲は、有給のフォーマルまたはインフォーマルな仕事に従事する18歳以上⁵の一般市民の成人であり、軍人や、強制労働・人身売買・現代奴隷制または児童労働の影響下にある個人への介入に対応するものではない。本ガイドラインで考慮される対象には、すべての労働者（既知の心の健康問題の有無にかかわらず）や、就労・復職を希望している心の健康問題または心理社会的障害を持つ個人が含まれる。

高リスクの職業に従事する労働者、すなわち、心の健康問題を誘発する可能性が高い有害事象（例：心的外傷が生じ得る出来事や、極めて脅迫的または恐ろしい一連の出来事）を経験する確率の高い職業に従事する労働者も対象となる。これらには、保安職業従事者（警察や消防など）、人道支援従事者（海外・国内）、および医療従事者が含まれる（23-25）⁶。有害な労働条件などによりメンタルヘルスが悪化するリスクが高い、困難な状況にさらされる職業は数多くあるが、これらの特定の職業が選択されたのは、当該グループに向けたガイドラインを作成するよう、WHOへの要請が頻繁にあったためである。ただし、特定のグループとしての高リスクの労働者向けの推奨事項は、職場のメンタルヘルスに対して過度なリスクを経験しうる他の職業にも当てはめることができる。

本ガイドラインのすべての介入は、職場を通じて行われるか、仕事に関連して実施されるものである。労働者は、職場以外の場面で介入を受けることも可能だが、ここで紹介する介入は労働者への支援に特化したものである。本ガイドラインで扱う介入は以下のとおりである。

⁵ 1973年の「就業が認められるための最低年齢に関する条約」（第138号）によれば、就業が認められる一般的な最低年齢は15歳（軽易な労働は13歳）とされ、危険有害労働が認められる一般的な最低年齢は18歳（厳しい条件下では16歳）、経済活動・教育施設が十分に発達していない環境下では一般的な最低年齢を14歳（軽易な労働は12歳）と設定可能と定めている。若年層の労働者は、認知的・情緒的・生物学的・社会的な発達段階がさまざまであり、そのような人々の仕事に関連するメンタルヘルスについては、更に検討する必要性があり得ることから、本ガイドラインでは、最低年齢を18歳と設定した。

⁶ 医療従事者とは「健康増進を主目的とした活動に主に従事するすべての人々」、すなわち、国際標準職業分類（2008年）（ILO ICSO-08）の保健・看護・介護の職種を指す。人道支援従事者とは、海外や国内で人道支援を提供する労働者である。保安職業従事者とは、警察、消防、救急医療対応、捜索救助など、公的な救急サービスを提供する人々を指す（Guidelines on decent work in public emergency services, Geneva: International Labour Organization, 2018 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdfを参照のこと）（アクセス日：2022年5月25日）。

組織介入

心の健康問題に作用する、仕事に関連した心理社会的リスクを評価、修正、軽減、除去することを目的としたもの。これらは、労働者の心身の健康、生活の質、および仕事に関連するアウトカムの悪化を防ぐことを目的として、労働条件に直接照準を合わせた計画的なアクションである。そのような介入は、チームを対象とした活動を含む場合がある。組織介入は、多くの場合、一次予防と二次予防に焦点を当てているが、三次予防（例：メンタルヘルスの問題を抱えた労働者の職場復帰を支援するための介入）を含む場合もある。個人に焦点を当てた組織介入には、職場での合理的配慮（すなわち、当人のニーズに合わせた業務変更）が含まれる。

管理監督者および労働者へのトレーニング

管理監督者へのメンタルヘルスに関するトレーニングは、他の労働者を監督する労働者に対して行われる。たとえば、管理監督者が直属の部下をいつ、どのようにサポートすべきかを学ぶことを通して、部下のメンタルヘルスを守り、サポートするための能力を構築することを目指す。また、メンタルヘルスに対する気づきや知識を高めることを通して、労働者が自分自身をサポートできるように、同様のトレーニングを労働者に実施することができる。

個人向け介入

これらには、労働者に直接行う介入（ガイダンスの有無にかかわらず、労働者自身が実施するもの）が含まれ、心理社会的介入（すなわち、心理的・行動的・社会的アプローチを単独あるいは組み合わせて行う介入）や、運動といった余暇時間で行う身体活動（仕事の一部としての肉体労働ではない）を含む。

職場復帰支援プログラム

労働者が休職を経て、有意義に職場に復帰し、精神的不健康の症状を緩和できるように支援することを目的とする。そのような介入は、個人向け介入、管理監督者への介入、組織介入を適宜組み合わせた、多面的な介入となる場合がある。

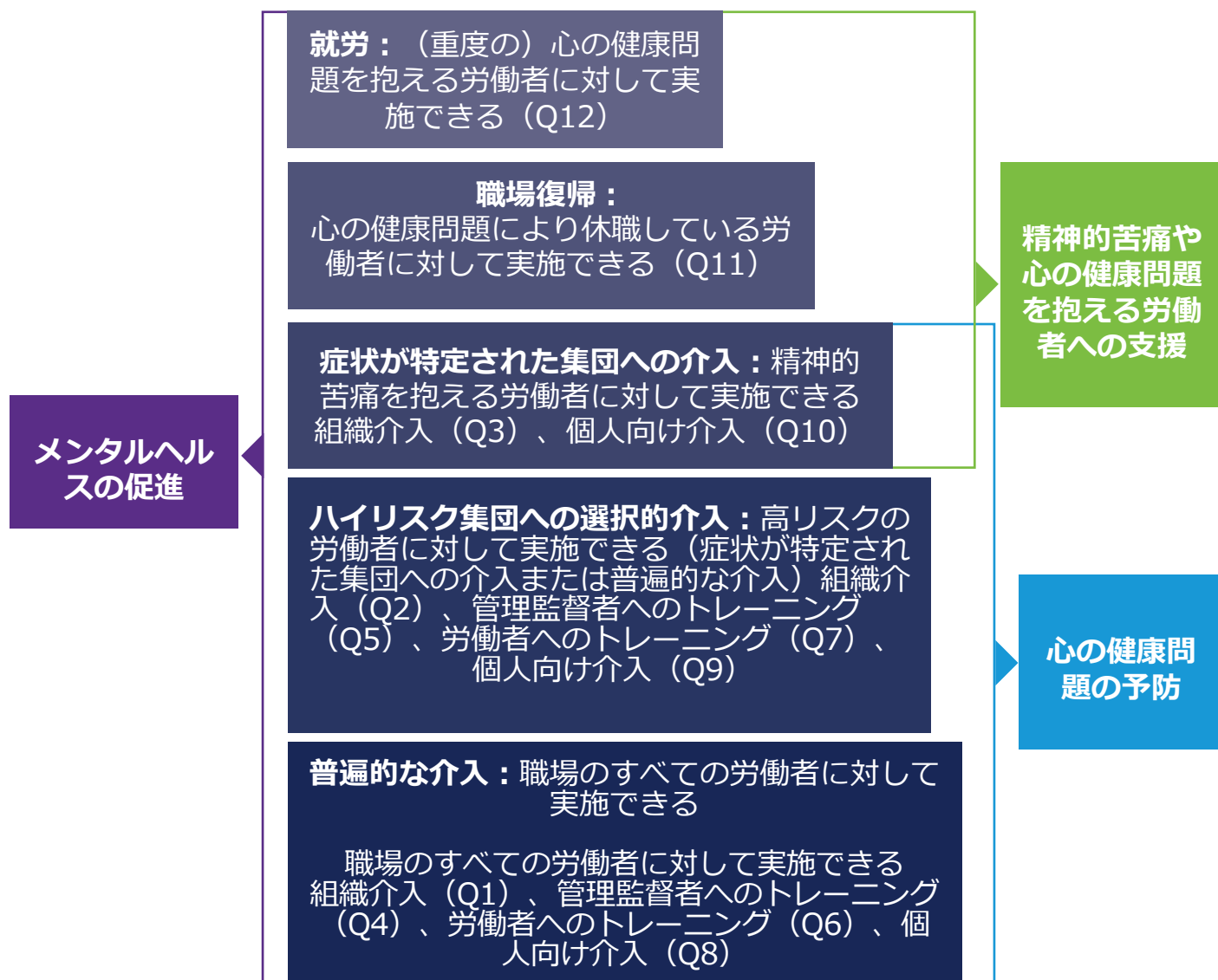
就職支援プログラム

本ガイドラインにおいて、これらの介入は、心の健康問題のある人々が有給の仕事に就けるよう支援することを目的としている。上記と同様、多面的な介入となる。

本ガイドラインでは、雇用期間中のスクリーニングプログラムについても検討している（キークエスチョン13 [Q13] を参照）。このスクリーニングの目的は、メンタルヘルスの症状を特定し、適切なレベルのケアに導くことである。

本ガイドラインで扱う、異なる対象集団への介入を図1に示す。

図1.本ガイドラインで扱う、職場のメンタルヘルスに関する介入



本ガイドラインが対象とする読者は、おもに、労働者の健康、安全、ウェルビーイングに資する対策を立案、計画、または実施する責任を担う個人または団体であり、労働安全衛生・メンタルヘルスの提供者ならびにサービスを導入する管理者、雇用主、労働者およびその組合、組織・協同組合、人事サービス、専門機関、および従業員教育・ウェルビーイング・トレーニングサービスが含まれる。また、本ガイドラインならびにその派生物は、メンタルヘルス、産業保健、労働に関わる国際的および国内の政策立案者、計画立案者、プログラム管理者、研究者に対しても意味を持つ。

方法

本ガイドラインの作成手順

本ガイドラインは、「WHOガイドライン開発に関するハンドブック（WHO handbook for guideline development）」[\(26\)](#)に従って作成されており、エビデンスに基づくガイドラインの国際基準を満たしている。WHOガイドラインの開発手順は以下の通りであり、詳細は付録に記載されている。





推奨事項

本節では、推奨事項および主要な意見、エビデンスの要点の要約、推奨事項の理論的根拠、エビデンスから意思決定を導く際の検討事項を取り上げる。エビデンスの詳細なプロファイルならびに補完的なエビデンスについては、ウェブ付録を参照されたい。エビデンスの確実性（すなわち、エビデンスの確実性が「非常に低」、「低」、「中」、「高」の別）の解釈については、付録4を参照されたい。推奨の強さ（すなわち、条件付き推奨と強い推奨の意味）の解釈については、付録5を参照されたい。

すべての推奨事項に共通する意見

- ▶ 各推奨事項は、介入オプションのカテゴリーごとに示している。介入を包括的に実施すること、つまり、組織介入、管理監督者や労働者に向けたトレーニング、個人向け介入、職場復帰プログラムや就労支援プログラムを、それぞれ個別に実施するのではなく、既存の、または新規開発した労働保健衛生ポリシーに組み込んで包括的に実施することが望ましい。
- ▶ 本ガイドラインの推奨事項は、働く人々のメンタルヘル스에資する、理解、実践、利益、危害の軽減を促進する前提条件や原則に依拠したものである。そのような前提条件・原則には以下が含まれるが、これに限定されない。
 - ≫ 心の健康問題のある人々を、職場での差別やその他の不当な待遇から保護するとともに、職場に復帰する必要性や仕事をしたいという願望がある場合に、そのような人々が他者との平等に基づいて然るべき仕事にアクセスし、支援を受ける権利を促進すること（国連障害者の権利に関する条約（UNCRPD）、ILO第111、159、190号条約ならびに同勧告、WHO包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2030）；
 - ≫ 職場におけるメンタルヘルスの保護（ILO第155、161、187、190号条約ならびに同勧告、WHO包括的メンタルヘルス・アクションプラン2013-2030）；
 - ≫ すべての人々が然るべき労働条件のもとで働き、失業に対する保護を受け、公正かつ平等な補償を受けるという基本的権利（世界人権宣言第23条）；インフォーマルセクターのフォーマル経済への移行に向けた支援を含む（ILO第204号勧告）。
 - ≫ 職場の組織改善に着目しながらし、働くすべての人々（非正規労働者を含む）が安全で支援的、かつ然るべき労働条件にアクセスできること；精神的なウェルビーイングを促進し、心の健康問題を予防するためのエビデンスベースのプログラムの実施（WHO包括的メンタルヘルス・アクションプラン2013-2030）；
 - ≫ WHO包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2030の分野横断的の原則—すなわち、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（すべての人々が、貧困に陥る危険を負うことなく、必要な保健医療サービスと社会サービスにアクセスできるようにすべきである）；人権（メンタルヘルスの戦略、行動と介入は、障害者権利条約と、他の国際・地域の人権規約に準拠していなければならぬ）；科学的根拠に基づく実践（メンタルヘルス戦略、行動と介入は、文化に配慮しながら、科学的根拠および/またはベストプラクティスに基づいたものでなければならぬ）；ライフコースアプローチ（メンタルヘルスのための政策、計画とサービスは、ライフコースの全段階を考慮に入れる必要がある）；多部門アプローチ（健康を、雇用や労働などの関連分野と連携させる、など調和の取れた対応）；精神疾患と心理社会的障害を有する人々のエンパワーメント（精神障害と心理社会的障害を有する人々が、メンタルヘルスの方針・計画・実施のあらゆる側面に関与および参加すべきである）。

組織介入に関する推奨事項



推奨事項

1

普遍的な組織介入

労働者の精神的苦痛を軽減し、仕事に関連するアウトカムを改善するために、参加型アプローチを伴う介入など、心理社会的リスク要因に対処する組織介入を検討することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ 普遍的な組織介入とは、普遍的、つまり、労働者や職場環境全体に対して導入または適用可能な組織介入である。

組織介入の推奨事項すべてに共通する、実施に関する一般的な意見：

- ▶ 組織介入を計画する際は、労働者の（精神的および身体的）健康に影響を及ぼす、仕事に関連するリスク要因や心理社会的リスク要因を評価すべきであり、健康に悪影響を及ぼし得る仕事・職場組織の変更が生じた場合を含め、これらのリスク要因の評価を、職場における継続的で定期的かつ全体的な産業保健リスク評価およびモニタリングプロトコルに組み込むべきである。
- ▶ 組織介入の実施プロセスの忠実度一すなわち、その介入がどの程度、構想・計画どおりに実施されたか—は過小評価され、控えめにしか言及されていないものの、その忠実性を遵守することで、（健康上の）アウトカムにメリットがもたらされる可能性が高い。

付属的意見：

- ▶ 文化および状況に配慮した介入計画・介入実施が必要である。社会動態的な集団の中には、他の集団よりも心理社会的リスク要因による悪影響を受けやすい、あるいは他の集団と異なる影響を受けやすい集団がある。したがって、評価・計画時に労働者の多様性を考慮することで、そのような違いを捉えることが可能であろう。心理社会的リスク要因に普遍的に適用される変更は、多様な社会動態的背景を持つ労働者を有する職場環境に有益であり得る。ただし、組織介入を実施する責任者は、そのような変更が労働者に与える影響をモニタリングし、一部の労働者に過度に影響が及んでいないかどうか（たとえば、柔軟な労働形態をとっている一部の労働者が、人脈作りの機会を欠くなど、仕事上の悪影響を経験していないかどうか）を特定すべきである。

モニタリングと評価に関する意見：

- ▶ 組織介入の影響を継続的にモニタリングするプロセスの中に、仕事に関連するアウトカムやメンタルヘルスのアウトカムを含めること（その場合、モニタリングは、個人の健康上のアウトカムを特定できないように設計されていること）。

その他の意見：

- ▶ 自殺行動の予防に関する直接的なエビデンスは得られなかった。職業や職場環境によっては、致死的な自殺手段に即座にアクセスできる場合がある。自殺手段へのアクセスを制限することは、重要な自殺防止対策のひとつである（精神疾患・神経障害・物質使用障害に関するメンタルヘルス・ギャップ・アクションプログラム（mhGAP）ガイドライン2015（Mental Health Gap Action Programme（mhGAP）guideline for mental, neurological and substance use disorders, 2015）.Geneva:World Health Organization; 2015).Geneva:World Health Organization; 2015).これには、国レベルでの規制だけでなく、危険性の高い農薬の禁止、銃器の制限または規制、毒性の高い医薬品へのアクセスの制限などの職場レベルでの方針の導入も含まれる。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション1では、普遍的に導入される組織介入（例：職場での心理社会的リスク要因の緩和・軽減・除去を目的とした介入またはアプローチ）が労働者のアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。5件の系統的レビューからエビデンスを抽出し、**柔軟な労働形態（フレックスタイム）⁽²⁷⁾**と**柔軟な労働形態（テレワーク）^{7 (27)}**；**職務設計を対象とした参加型組織介入^{8 (28)}**；**仕事の負荷の変更と休み⁹⁽²⁹⁾**；**物理的労働環境を対象とした ナッジング戦略^{10 (30)}**；**パフォーマンスへのフィードバック/報酬の提供⁽³¹⁾**について、通常のプラクティス（通常のケア/その他の介入/介入なし）を比較した（ウェブ付録）。特段の記載がない限り、抽出したすべてのエビデンスの確実性は「非常に低」であった。

柔軟な労働形態（フレックスタイム）については、フレックスタイムがメンタルヘルスの症状（心理的健康など）にわずかながらプラスの効果をもたらし、それに対応して、フレックスタイムが仕事に関連するアウトカム（仕事への満足感）にわずかなプラスの効果を生むという、確実性が「低」のエビデンスが認められた。追加的なエビデンス¹¹から、柔軟な労働形態の管理（スケジュールの自己設定など）を提供することが、健康にプラスの影響をもたらすという見方が支持された⁽³²⁾。**柔軟な労働形態（テレワーク）**については、テレワークがメンタルヘルスの症状にわずかながらプラスの効果をもたらしていた。Kröll⁽²⁷⁾で報告されている、分野横断的な研究デザインを用いてヨーロッパで実施された1つの研究では、テレワークがアブセンティーズムと反比例していた。

職務設計を対象とした参加型組織介入については、個々の試験から得られたナラティブの所見が利用可能であった。1件のクラスター無作為化比較試験（cRCT）では、ユニットレベル¹²で労働者の参加と対話、仕事の再設計、および組織的な学習を伴う介入を行うことにより、メンタルヘルスの症状（離人症や身体症状）が大幅に減少した一方で、他の重大または重要なアウトカムについては、有意な所見が得られなかったことが報告された（付録3）。なお、参加型アプローチは導入のひとつの手段であり、介入自体が異なるリスク要因を対象としているか、介入の設計自体が異なるかのいずれかであることに留意すべきである^(28, 29, 33)。

仕事の負荷の変更と休み（たとえば、高負荷から低負荷への職務内容の変更など、タスクローテーションを通じた介入）については、インフォーマルセクター（ごみ収集セクターなど）の代替となり得る労働者を含めた1つの研究において、ジョブローテーション介入が、3か月目、6か月目、および12か月目のフォローアップ時点でメンタルヘルスの症状（ここでは、リカバリーの必要性）に効果がないという、確実性が「低」のエビデンスが報告された。**物理的労働環境を対象としたナッジング戦略**については、物理的環境（ウォーキング戦略）が、仕事のパフォーマンスにわずかながらプラスの効果をもたらした。**パフォーマンスへのフィードバック/報酬**については、1つの研究において、パフォーマンスに対するボーナス、昇進の機会、メンター支援を含む多要素介入により、待機対照群（ここでは、12か月後に介入を受けたグループ）と比較して、12か月目と36か月目のフォローアップ時点で職場への定着率が高かったことが報告された。

⁷ 柔軟な労働形態をとることで、労働者はいつ（フレックスタイム）、および/または、どこで（テレワーク）働くかを管理しやすくなる。

⁸ 参加型アプローチには、組織介入の計画、設計、実施、および評価において、雇用主やその他の主要なステークホルダーに加えて、労働者を参加させることが含まれる。職務設計とは、労働者の仕事内容、タスク、活動、または職務を指す。

⁹ 仕事の負荷の変更・休みの例として、労働時間の制限の設定、計画的な休暇の導入（週末の休みを含む）、1週間でのシフト/ローテーションの日数の削減が挙げられる。

¹⁰ ナッジング戦略には、人々が、口頭やテクノロジーによるリマインダーなどのアクティビティに参加するよう促すことを含む。

¹¹ 追加的なエビデンスとは、GRADEの対象にはならなかったものの、レビューチームがウェブ付録のエビデンスプロファイルで特定したエビデンスを指す。これらは、キークエスションの選択基準を満たした質の高いレビューであったが、他のレビューがキークエスションについて重大および重要なアウトカムをより良好に、またはより包括的に取り上げている可能性があったため、GRADEの対象から除外された。

¹² ユニットレベル：チーム内、部門内、組織内など。

すべてにおいて、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、自殺行動、物質使用、有害事象に関するアウトカムの報告はなかった。普遍的な組織介入の実施に関わる害に関する直接的なエビデンスは得られなかった。これは出版バイアスによるものか、害が最小限であることを反映しているものと考えられる(28)。

重要なことに、GDGは、職場での心理社会的リスクがメンタルヘルスやそれに関連するアウトカムと負の関連があることを示す幅広いエビデンスを考慮に入れている。たとえば、**仕事内容/職務設計**についてジョブローテーションやタスクローテーションはメンタルヘルスの症状（ストレス/バーンアウト）にプラスの効果を示す(34)。また、**仕事の負荷と作業ペース**については、仕事の負荷が高いと心の健康問題の症状のリスクが高まる(35, 36)。**勤務スケジュール**の点では、残業時間/長時間労働と、診断基準を満たすうつ病との関連性を示すエビデンスは確定的とは言えない(37)。ただし、週あたりの労働時間が49～54時間の場合および55時間以上の場合では、長時間労働が抑うつ症状と関連し(38)、危険なアルコール摂取が新たに起こる可能性が高くなっている(39)。また、交代制勤務は過度なアルコール使用障害と関連しており(40)、長時間労働/交代制勤務が自殺行動（希死念慮）の確率を高めている(41)。**仕事のコントロール**に関連する要因（すなわち、自身の仕事に関する意思決定の権限が低いこと）は、心の健康問題の症状と関連する(36)一方で、意思決定の自由度が高いほど抑うつ症状を防ぎ(42)、仕事のコントロールが高いほど感情的な極度の疲労によるバーンアウトが軽減される(35)。

また、仕事のコントロールが低いと、自殺の確率が高まる(41)とともに、メンタルヘルスの症状に関連する欠勤の可能性が高くなる(43)。**職業性ストレス**（意思決定の自由度が低く、かつ要求が高い）はうつ病の症状(42)およびうつ病の診断(44)と関連する。**組織の風土と機能**の点では、組織的公正が低い場合¹³、メンタルヘルスの症状が閾値を下回る(35, 36, 42)。**職場での対人関係**については、職場でのいじめ（レビューでの定義は、本人がいじめを受けていると認識している場合）はうつ、不安、ストレスの症状に関連し(45)、職場での暴力はうつ障害と関連している(46)。さらに、同僚や上司からのサポートが少ないと、閾値下抑うつ症状(36)、自殺行動（希死念慮）、自殺のリスクが高まる(41)。個人の**組織における役割**の点では、役割の曖昧さと役割の対立がうつ病のアウトカムと関連しており(47)、**キャリア開発**については、仕事の不確かさが抑うつ症状のリスク(42, 48)と自殺行動（希死念慮）のリスク(41)の高さに関係していた。**家庭と仕事の関係**（仕事と私生活との時間の優先順位付けなど）に関しては、仕事と家庭間の対立が高いほど、向精神薬の使用が増えている(49)。さらに、**努力と報酬の不均衡**（仕事で多大な努力を払っている一方で、賃金・昇進の見通し・雇用保障・評価・尊敬の面での見返りが低い場合）が、うつ病のリスクの増加と関連している(50)。

¹³ 換言すれば、職場で認識されている公平性。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

労働者は、自身の健康やウェルビーイングにとって有益な、心理社会的リスクに対応した組織介入を通じて行われる労働条件の変更を評価している（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。労働者、経営層、その他の主要なステークホルダーが、健康増進を図るために一緒になって意思決定を行う参加型アプローチが特に重要視されている。

組織的介入の実施に**必要な資源**という点ではばらつきがあり、参加型の組織介入は6か月～12か月の範囲で行われた(33)。介入実践者の構成や費用面でのばらつきや、機材が必要かどうかは、人件費に影響を与えると思われる。金銭的費用などの資源は、テレワーク中などは労働者自身が負担する場合がある。**費用対効果**について直接検討したレビューは見当たらなかったが、日本で行われた参加型組織介入の実践例において、その実施費用は雇用者1人あたり7,660円（約70米ドル）と推定され、12か月後のそのメリットは雇用者1人あたり約139～209米ドルに相当するとされた(51)。

健康の公平性・平等・差別の面では、組織介入が社会人口統計学的（性別や人種など）に基づく差を緩和するようなエビデンスは確認されなかった(27)。劣悪な労働条件に関連するリスク要因を被る可能性は、地理、職業、階級職位、性別において差異が存在する(52)。これらのリスク要因の予防と労働条件の改善に向けた組織介入を実施することは、

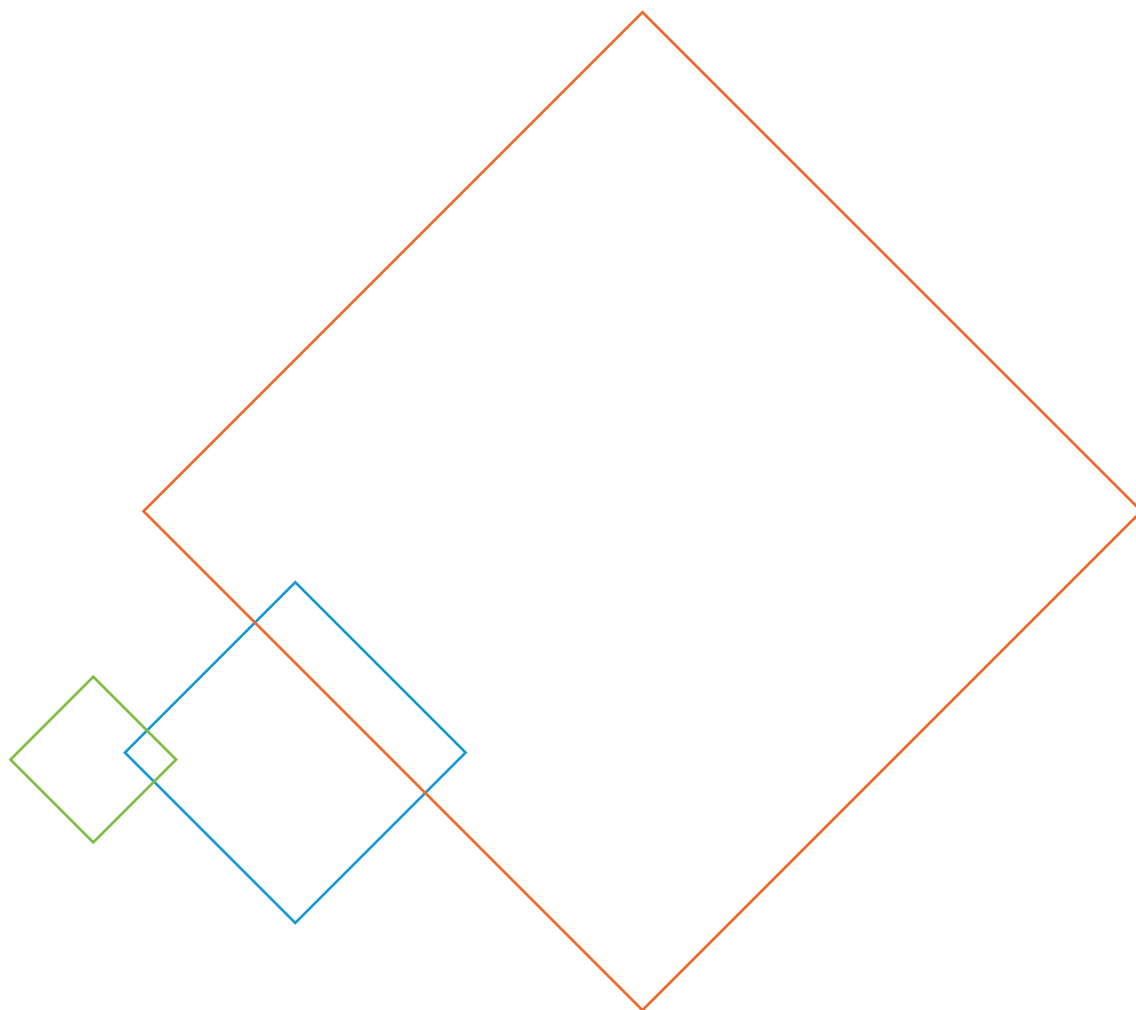
すべての労働者や、フォーマルおよびインフォーマルセクターの職場で過度な心理社会的リスクを極めて受けやすい人々の健康格差を低減させる可能性がある（ウェブ付録）。

実現可能性については、アジア太平洋、ヨーロッパ、北米の高所得国で実施された研究からエビデンスが得られた。低中所得国（LMIC）では、参加型アプローチを採用している国を含め、組織介入のグッドプラクティスが報告されている(53)。中小企業（SME）やインフォーマルセクターは、プライマリ・ヘルスケア・サービスや職業訓練セクターからの指導を受けることで恩恵を得られる可能性があり、このような部門は、余裕があれば、職場におけるリスク要因への対処に関するアドバイスを提供できるかもしれない(54)。とはいえ、テレワークなどの介入は、組織の支援や資源が限られた中で実施した場合は逆に悪影響を生み出す場合がある(13)。この点において、（仕事の組織や条件の発展によって生まれる）新たなリスクと、それがメンタルヘルスに与える影響について、継続的に理解を深めていくことの必要性が強調される。

これらの介入は普遍的**人権の原則**に一致している（例：国連世界人権宣言第23条(55)）。そのような介入は、職場環境やセクター自体のレベル、そして介入対象となる受け手の**社会文化的**な要素に合わせて調整する必要があるだろう。労働者のメンタルヘルスの保護を目的とした、心理社会的リスクの一次予防を介した組織介入は、国際労働基準に盛り込まれており(56)、また、良好な労働条件を整備する必要性は、WHOの健康・環境・気候変動に関する世界戦略に盛り込まれている(57)。

結論として、GDGは、入手可能なエビデンスの確実性は「非常に低」であるものの、組織介入が、精神的苦痛の軽減と仕事に関連するアウトカムの改善にもたらしうる益は、これらの介入を実施することで起こり得る害を上回るとした。これは、メンタルヘルスのアウトカムに

悪影響を及ぼす職場のリスク要因に関するエビデンスによって裏付けられており、リスク要因を軽減・除去・緩和するための介入が、これらのアウトカムを改善し得ることを示している。GDGは、組織介入に関する一連の研究について、いくつかの研究結果を検討し、この分野で生まれつつあるエビデンスの基盤を強化することの必要性、特に、組織介入は個人向け介入と比較して実施が複雑であることを踏まえ、研究の方法論の厳密さを強化する必要性があることを指摘した。





医療従事者、人道支援従事者、 保安職業従事者に向けた組織介入

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者の精神的苦痛を減らし、仕事に関連するアウトカムを向上させることができるよう、仕事の負荷の軽減やスケジュール変更、コミュニケーションやチームワークの改善 など、心理社会的リスク要因に対処する組織介入を検討することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ 保医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者（消防・警察・自衛隊等の危機対応従事者）に対する組織介入は、リスクの高い特定のグループを対象とした、選択的なものである。
- ▶ 医療、人道支援、保安の仕事は、心の健康問題の頻度に過度な影響を及ぼし得るリスクにさらされている。そのようなリスクには、潜在的にトラウマになり得る出来事（暴力やハラスメントなど）への曝露、長時間労働、仕事の負担や情緒的負担が大きいことなどが含まれる。さらに、職場のリスク要因によって過度な影響を受ける可能性がありうるサブグループが存在する（例えば、直接支援を行う役割を担っている医療従事者、国の人道支援職員、女性、社会的に取り残されたグループに属す人々、若年労働者）。組織アプローチに関連して、これらのサブグループに対してどのような配慮を行うべきなのか、さらに広く検討していくことが急務である。
- ▶ 直接的なエビデンスの大部分は、医療従事者から得られたものだった。

実施に関する意見：

- ▶ 推奨事項1に示されている、共通の実施に関する意見すべてが適用される。推奨事項1と同じく、これらは参加型プロセスを含む組織介入となり得る。

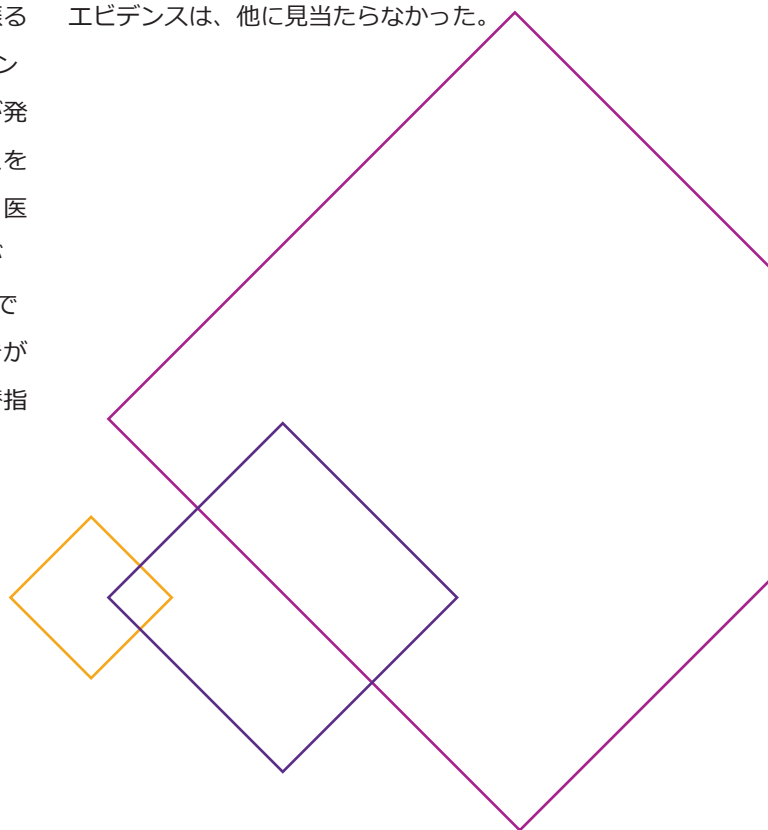
エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン2では、高リスクの労働者に対して組織介入を行うことによって、アウトカムに有益な影響を及ぼすかどうかを調査した（付録3）。**コミュニケーションとチームワークに関する介入**(58-60)、**仕事の負荷とスケジュール調整に関する介入**(61)、（休憩スケジュール、仕事の負荷の変更、タスクの多様性に焦点を当てた）**参加型の組織介入** (29) と通常の介入/その他の介入/介入なしを比較した5件の系統的レビューからエビデンスを抽出した（ウェブ付録）。特段の記載がない限り、抽出したすべてのエビデンスの確実性は「非常に低」であった。

コミュニケーションとチームワークに関する介入では、3件の対照試験において、精神的苦痛に対する効果にばらつきが見られ、うち2件の試験では、バーンアウトに対して、小さなプラスの効果（軽減など）を及ぼすことが報告された。1件の試験では、仕事の満足感に対する有益な効果が認められた一方で、別の1件の試験では、職場でのシビリティ（礼儀正しい振る舞い）の向上に基づく6か月間のコミュニケーションとチームワークに関する介入（いじめなどの暴力が発生する可能性のあるチーム内の問題に対処することを目的に設計された、構造化された介入）によって、医療従事者のアブゼンティイズムが減少することが明らかになった。4件の無作為化比較試験（RCT）では、仕事のパフォーマンスに対する効果にばらつきが見られ、チームワーク行動（パフォーマンスの代替指標）の改善が報告されたのは1件のみだった。

仕事の負荷とスケジュール調整については、確実性が「低」の8件のRCTから得られたデータから、仕事の負荷とスケジュールの変更がバーンアウトに対して、小さなプラスの効果を及ぼすことが示唆された。（休憩スケジュール、仕事の負荷の変更、タスクの多様性に焦点を当てた）**参加型の組織介入**については、医療従事者を対象とした1件の対照試験において、12か月目のフォローアップ時点でリカバリーの必要性¹⁴が減少したことが報告された。

総じて、生活の質と生活機能、自殺行動、物質使用をアウトカムとした報告はなかった。コミュニケーションとチームワークに関するトレーニングでは、1件のcRCTにおいて、医療提供の低下による潜在的な有害事象への影響は見いだされなかった。つまり、医療従事者が提供する医療の質（妊産婦または新生児の有害転帰）が、介入によって悪影響を受けることはなかった。このような普遍的に提供されている組織介入を高リスクのグループに対して実施することの有害性について報告した直接的なエビデンスは、他に見当たらなかった。



¹⁴ リカバリーの必要性とは、心身のエネルギーが仕事に従事するのに十分なレベルに戻るためには、どの程度の回復が必要かを自分で認識する程度である(29)。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

医療、人道支援、保安（消防・警察・自衛隊等の危機対応）における業務上のリスクは、これらの業務に従事している労働者を心の健康問題を抱える危険性にさらしている。このようなリスクに対処する組織介入は優先事項であると考えられる(62, 63)。これらの業務に従事している労働者の中で、個人向け介入だけを実施することと個人の責任（心の健康問題を抱えることや、自分で対処する能力がないと認識されることに対する責任）が同一視されることに懸念を示している人たちは、労働条件に対処した組織介入を重視している(61)。

組織的介入の実施に**必要な予算**は、地理、国、地域、および介入の各条件によってさまざまであるため、これらに関する直接的なエビデンスは特定されなかった。特筆すべきは、コミュニケーションとチームワークに関する介入の期間は4時間から6か月の範囲であり、費用は介入の強度によって異なるという点である。**費用対効果**について直接調査したレビューがなかったことは、重大な欠落である (61)

健康の公平性・平等・差別について、リスク要因の予防と労働条件の改善を目的とした組織介入は、若年労働者、女性、国の人道支援職員、相手と直接関わる医療従事者など、職場で過度な心理社会的リスクにさらされる可能性が極めて高い人々を含め、高リスクの労働者の健康格差を低減する可能性が高い。ただし、1件のレビュー(61)において、若年労働者は組織介入を含むマルチモーダルな介入の恩恵を受けにくいという指摘があることから、最もリスクの高い人々への組織介入において、サブグループに配慮すること—すなわち、異なるグループのニーズに合わせて介入を調整すること—について、さらに注意を払う必要がある。

実現可能性の点では、アフリカ地域で行われた研究はわずか1件であった一方で(64)、研究の大部分はヨーロッパおよび北米の高所得国で実施されていた。検討された直接的なエビデンスの大部分は、医療従事者から得られたものだった。人道支援分野を対象とした研究は行われていないものの、国内外の人道支援従事者は組織アプローチを好む可能性がある(65)。これらの介入は、**普遍的人権の原則に基づいたものである**。**社会文化的**な側面を考慮して適応させる必要があり、参加型アプローチがそのような適応を促進する可能性がある。

GDGは、高リスクの労働者に対して組織介入を実施することについて、条件付きの推奨が妥当であると結論づけた。入手可能なエビデンスの全体的な確実性は「非常に低」と考えられたものの、精神的苦痛や仕事に関連するアウトカムに対する益は、起こり得る害を上回った。メンタルヘルスに対して最も効果が見込める介入は、勤務スケジュールの変更を伴うものであった。この介入は、長時間労働や交代制勤務にさらされている、これらの分野の労働者にとって、とりわけ適切であるとGDGは強調した。ほとんどのエビデンスは医療従事者から得られたものであったが、この集団は、他の高リスクの労働者（人道支援従事者や保安職業従事者、高リスクの業務に従事している他の分野の労働者）を代替するものと考えられる。



心の健康問題のある労働者に向けた組織介入

人権に関する国際原則に沿って、心理社会的障害を含む心の健康問題のある労働者には、職場での合理的配慮がなされるべきである。

強い推奨
エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ 本ガイドラインのレビューでは、直接的なエビデンスは確認できなかった。間接的なエビデンス（GRADEに適合したデータを含まない系統的レビュー）として、心の健康問題のある労働者に実施可能な4種類の就業上の配慮に関する介入、すなわち、1) コミュニケーションに関する配慮、2) 柔軟なスケジュール設定、3) 業務内容の変更、4) 物理的な職場環境の改善について、入手可能なナラティブのエビデンスを要約したものを取り上げた。
- ▶ 障害者の権利に関する条約（UNCPRD）第27条に「職場において合理的配慮が障害者に提供されることを確保すること」と規定されていることを理由に、推奨事項が作成された。
- ▶ この推奨事項では、配慮を受ける人が自らを推奨の対象者として認識しやすくするため、「心の健康問題」と「心理社会的障害」という用語を明示的に使用した。
- ▶ 合理的配慮を提供することは、職場において機会と資源を公平に利用できるようにすることにより、心の健康問題のある労働者のためのインクルーシブ（包摂的）な職場環境を促進する。

実施に関する意見：

- ▶ UNCRPD第27条「労働及び雇用」に規定されているとおり、心の健康問題のある労働者が差別されるべきではない。しかしながら、労働者がそのようなサポートやその恩恵を受けることにより、本人が心の健康問題を抱えていると同定されたり、仕事に取り組めないと見なされたりすることが懸念される。そのため、メンタルヘルスに関するスティグマを軽減し、本人のプライバシーを保護するための対策が組織内で積極的に講じられない限り、その労働者は差別を受ける可能性がある。
- ▶ 心の健康問題に対するスティグマを組織的に軽減することは、守秘義務やスティグマに関する懸念の軽減に繋がる可能性があり、自身の状態を自発的に打ち明けられる環境を促進することで、配慮を容易に受けることが可能になるだろう。そのような配慮は、労働者を特定することなくより幅広い労働者に対して、あるいは労働者の意向に沿って実施することができる。
- ▶ あるカテゴリーの介入が別のカテゴリーの介入よりも優れているかどうかを特定するには、エビデンスが不十分である。心の健康問題のある労働者に対して、本人のニーズ、要件、意向に沿って、本人を中心に据えたやり方で働くことができるよう配慮すべきである。直属の上司は、労働者を支援する上で重要な役割を果たす。
- ▶ 心の健康問題で休職した後に職場復帰した労働者を含め、心の健康問題のあるあらゆる労働者に対し、合理的配慮を適用することができる。なお、そのような配慮は、心の健康問題のある労働者だけでなく、休職していない労働者や、仕事を継続している労働者、新たに仕事に加わった労働者にも適用できるだろう。
- ▶ 心の健康問題や心理社会的障害のある人々の人権を尊重することは、この推奨事項の必須の前提条件であり、これを欠いてしまえば、合理的配慮の実施がリハビリテーション的アプローチを欠いてしまう恐れがある。
- ▶ 低中所得国や各国の中小企業で資源が乏しい場合、公共（保健衛生）部門から支援を受けることができ、そこに体制が整っていれば、合理的配慮の実施に関する指導を受けることができる。労働者と雇用主は、分野横断的な組織的支援を受ける必要があり、そのような支援は、集団的な職業衛生機関のモデルを通じて実現可能な形で提供することができる（ILO条約第161号第7条）⁽⁶⁶⁾。
- ▶ 管理監督者や雇用主に対して、配慮を受けている労働者をより適切に支援するためのトレーニングや資源を提供すべきである。
- ▶ 推奨事項1に示されている、共通の実施に関する意見すべてが適用される。

エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン3では、心理社会的障害を含む心の健康問題を抱えた労働者に組織介入を行うことは有益かどうかを調査した。このような介入は（合理的な）職場または就業上の配慮と呼ばれ（付録3）、障害のある労働者のニーズや要件に合わせて、好ましい適合した労働条件を提供することで、労働活動への持続的な参加を強化することを目指したものである。系統的レビューで入手できたのは、間接的なエビデンスに限られ、入手可能なナラティブのエビデンスを要約したものであった(67)（ウェブ付録）。

レビューにおいて、15件の混合法観察研究が確認された。主要なアウトカムは、メンタルヘルス（診断ステータスの変化など）と雇用のアウトカム（在職期間や収入など）であり、以下の4種類の配慮が確認された。

- ▶ **コミュニケーションに関する配慮**：上司との定期的なサポートミーティング、情報の受け取り方法（書面または口頭）に関する意向に沿ったコミュニケーションなど；
- ▶ **スケジュール設定に関する配慮**：頻繁な休憩や、タスクを完了させるための追加の時間の確保など；
- ▶ **業務内容に関する配慮**：徐々に仕事を再開する、仕事やタスクを分担するなど；
- ▶ **物理的環境に関する配慮**：個人用の休憩用スペースや、医薬品を保管する冷蔵設備へのアクセスなど。

観察研究から得られたエビデンスでは、職場での配慮、雇用期間、メンタルヘルスの状態の改善との間に正の関連があることが示された(67)。配慮として多くの現場で実施されたのは、コミュニケーションとスケジュール設定に関するものであった。就業上の配慮を受けている労働者の在職期間は、配慮を受けていない労働者の在職期間よりも7～24か月長いことが報告された(67)。1件の試験では、十分な就業上の配慮を受けた労働者は、受けなかった労働者に比べて、1年後に心の健康問題を抱える割合が低かった (68)。また、1件の質的研究では、望ましくない効果として、労働者が「職場で過剰な保護や支援を受け、やりがいのある仕事を与えられていない」と感じていることが挙げられた(69)。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

心の健康問題や心理社会的障害のある労働者は、仕事に従事することへの関心、意欲、能力の有無にかかわらず、仕事への参加を維持する上で大きな障壁に直面する。仕事上の配慮は、ステークホルダーが**重視する**アウトカムの向上—すなわち、在職期間の維持やメンタルヘルスの向上—を確実に達成することを目的としている。それにもかかわらず、スティグマや反発に対する恐怖は、依然として、労働者が安心して自身のメンタルヘルスの状態を打ち明け、配慮を受けることへの自信を失わせる重大な障壁となっている(71)。

必要な予算は、どのような配慮を提供するかによって異なる。全米で実施された調査によると、半数以上の職場が、実施した配慮に対して直接的な初期費用や維持費はかからなかったと報告し、初期費用と維持費が100米ドル未満だったと報告したのは3分の1、500米ドルを超えたと報告したのは少数であった(72)。費用便益・費用対効果の分析に関する具体的な研究は確認されていない。1つの研究では、配慮を行ったことによってコストが削減されたと報告している。米国の財政援助プログラムを通じて、1人あたり11.73米ドルが削減されたという。これは、配慮を受けなかった人に比べて68%の節約効果があった計算になる(73)。

健康の公平性・平等・差別については、就業上の合理的配慮を提供することにより、職場における機会と資源の公平な利用が増え、インクルーシブ（包摂的）な職場環境が促進される。また、そのような配慮が首尾よく、偏見なく実施されれば、スティグマを軽減することができる。したがって、就業上の配慮は、配慮を必要とする労働者が仕事に参加できる最適な環境につながり、心の健康問題の有無にかかわらず、労働者間の不平等を軽減させる可能性がある。

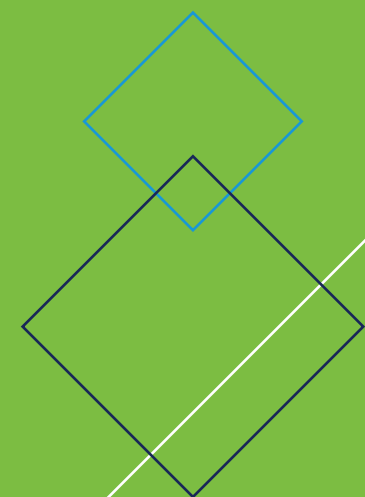
の健康問題のある労働者に対して、当人が必要とするレベルの配慮が実際に行われている例は少なかった。1つの研究では、必要なすべての配慮を受けた労働者はわずか30.5%であり、配慮をまったく受けなかった労働者は16.8%であった(74)。**実現可能性**に対する懸念として、雇用主が配慮に関連する法律に対応するためのサポートを有していないこと、労働者をサポートするために利用できるオプションや取り組みにはどのようなものがあるか、そのような取り組みには多大な費用がかかることといった、意識的な懸念が挙げられる(67)。対象となったレビューに含まれる研究は、いずれも高所得国（主に米国）で実施されたものであり、研究の大部分には、重度の心の健康問題のある労働者が含まれていた。

就業上の配慮を行うことは**人権に関する条約(70)**に合致するものであり、合理的な配慮はUNCRPDおよび各国の障害・平等・差別に関する法律に沿ったものでなければならない。そのため、心理社会的障害などの心の健康問題のある労働者は、ほとんどの国において、仕事上の合理的配慮を合法的に受ける権利を有している。これに関連する国際労働基準には、1983年の障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約（第159号）(75)と、1983年の職業リハビリテーション及び雇用（障害者）に関する勧告（第168号）があり、勧告第168号では合理的な調整を行うことについて言及されている(76)。**社会文化的受容性**は、配慮によるサポートを希望する労働者に対しては高いが、自身のメンタルヘルスの状態を職場で打ち明けることを恐れている労働者にとっては依然として障壁がある。その結果、自身の状態を打ち明けることができない労働者は、配慮による恩恵を受けることができず、在職期間が短くなってしまう(71)。職場でメンタルヘルスに対するスティグマを軽減し、平等や差別に関する法律を積極的に推進しようとする取り組みは、自身の状態を打ち明けることによって恩恵を受

けるであろう人々が、自身の状態を打ち明けることを後押しされていると感じられるようにする一助となるかもしれない。

GDGは、心の健康問題や心理社会的障害のある人々への就業上の配慮を強い推奨とした。限定的ではあるものの、入手可能なエビデンスにより、在職期間やメンタルヘルスの状態に対する潜在的な益は、害を上回ることが示唆された。スティグマによる被害から人々を守るためには、平等や差別に関する法律を制定することが求められる。この意思決定は、障害を持つ人への合理的な配慮を求めるUNCRPD (70) の影響を強く受けている。このような法律文書は、それを制定する国や職場の方針に依拠しているが、障害を持つ人が他者と平等な立場で参加し、経済活動を含む社会に参加する権利を確保するために設けられるものである。労働可能な年齢の成人人口の15%が精神疾患を抱えていると推定されることを鑑みれば、この推奨はかなり数の人々に影響を及ぼすことができるだろう。

管理監督者のトレーニングに関する 推奨事項



推奨事項

4

メンタルヘルスの管理監督者トレーニング

労働者のメンタルヘルスを支援するために、管理監督者に対してトレーニングを実施し、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識、態度、行動を向上させ、労働者の援助希求行動を高めるべきである。

強い推奨

エビデンスの確実性：中

主要な意見：

- ▶ メンタルヘルスについての管理監督者のトレーニングは、管理監督者がメンタルヘルスに関連するサポートを必要とする労働者を特定し、これに対応できるようにすることを目指したものである。これにより、管理監督者はメンタルヘルスの問題のあるチームメンバーの見定め・関与・支援に自信をもって取り組み、労働条件の仕事上のストレス要因を改善することができる。ただし、このようなトレーニングは、管理監督者がメンタルヘルスケアの提供者になることを目指したものではない。管理監督者は、そのようなトレーニングを受けた後も、精神疾患を診断・治療する立場にはなれないし、そうなるべきでもない。

メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングの実施に共通する意見：

- ▶ 管理監督者の対象範囲には、直接監督する役割を担い人数に関わらず労働者を監督/管理する責任を負う者、運営上の管理監督者、当該分野の技術専門家である管理監督者を含む。
- ▶ 管理監督者に実施するトレーニングは質や有効性が確認できているものを選ぶように心がける。
- ▶ トレーニング後には、トレーニングの参加者がトレーニング以外の場所で、トレーニングから得た知識やスキルを自身の仕事にどの程度活用できているかを評価すべきである。
- ▶ 給与を伴う通常の労働時間中にトレーニングを提供することが望ましい。トレーニングは定期的に繰り返し、更新する必要がある。なお、トレーニングの理想的な反復頻度は明らかではなく、更なる調査が必要である。
- ▶ 管理監督者にトレーニング内容の活用を積極的に促し、トレーニングの効果を持続させるためには、上級管理職の関与が必要である。
- ▶ メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングは、対面、デジタル、またはハイブリッド形式で提供できる。
- ▶ メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングは、OJTの一環としての実施や、管理監督者・リーダー候補のトレーニングカリキュラムへの統合、その他の雇用前トレーニングとして行うこともできる。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション4では、管理監督者のトレーニングが管理監督者と労働者のアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。管理監督者のトレーニングについて、レビューでは大きく次の2つのカテゴリーに分けられた：1) **メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニング**：メンタルヘルスや心理社会的リスク（仕事上のストレス要因など）に関する知識、精神的苦痛の早期発見と対応、困難に対応するための適切な行動の実践（他の支援ソースへの紹介など）、コミュニケーションと積極的な傾聴スキルといった要素で構成されるもの；2) **リーダーシップに関連したトレーニング**：管理監督者と労働者とのコミュニケーション、健康やウェルビーイングに資する職場環境・作業組織を作るための管理監督者の能力の向上を目的とした労務管理トレーニングの一形態。

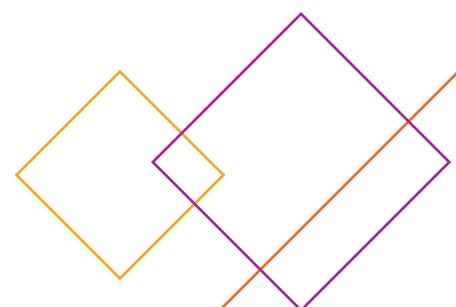
メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングを実施した群と、トレーニングなしあるいは対照対象群と比較した1件のメタアナリシス(77) からエビデンスを抽出し、本ガイドラインを更新した。また、リーダーシップに関連したトレーニングを実施した群と、トレーニングなしあるいは待機対照群と比較した場合のエビデンスをコクランのレビュー (78)から抽出した（ウェブ付録）。

メンタルヘルスに関するトレーニングについて、確実性が「中」のエビデンスは、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識について強い有益な効果があることが示唆された。確実性が「非常に低」のエビデンスから、労働者をサポートする管理監督者のスキルや振る舞いに強い効果が認められた。確実性が「高」のエビデンスでは、

メンタルヘルスに対する管理監督者の差別的な態度に関する小さなプラスの効果が指摘された。また、確実性が「高」のエビデンスでは、部下が報告した、介入によるメンタルヘルスのアウトカムについてきわめて小さな、介入を支持する有意な効果が示された。1つの研究に含まれた確実性が「低」のエビデンスは、メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングが、その後の労働者の援助希求行動に大きなメリットをもたらすことを示唆していた(79)。仕事に関連するアウトカムについては、1つの研究に含まれた確実性が「低」のエビデンスから、労働者の職の不安定性の認識がわずかに有意に低下したことが示され、他の2つの研究では労働者の仕事のパフォーマンスへの影響は認められなかった。

リーダーシップに関連したトレーニングについては、仕事に関連するアウトカムについてのみ特定された。確実性が「非常に低」のエビデンスからは、労働者の組織へのコミットメント、仕事に関連するモチベーション、エンゲージメントにわずかながらプラスの効果があったことが示された。ただし、5件の研究中3件から得られた効果について統計的な有意性は認められなかった。また、労働者の仕事の満足感、離職の意向、チームの有効性、ワークライフバランスへの影響は認められなかった。

すべてにおいて、有害事象、リーダーシップスタイルの変更、ポジティブメンタルヘルス、生活の質、物質使用、自殺行動に関するアウトカムは得られなかった。また、管理監督者のトレーニングの実施に伴う害についての明らかなエビデンスは認められなかった。



エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングが達成しようとしているアウトカムの**評価**に管理監督者と労働者はいずれも関与し、他の種類の介入よりもこの介入に対する懸念は低かった。トレーニングを通じて、管理監督者は、メンタルヘルスや労働者の支援方法について、さらに詳しい情報を得たいと考えている（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。一方で、一部の管理監督者は、そのようなトレーニングや労働者への支援行動が自身の職務範囲であるかどうかについて、ためらいを示している。これはおそろしく、トレーニングの内容に関する認識が不足していることや、仕事のストレス要因（心理社会的リスク）が労働者に影響を与えるメカニズムについての認識が不足していることが原因であろう。

トレーニングを受ける方法（個人、グループ、デジタル、対面、ハイブリッド形式など）については、管理監督者によって好みが異なる。トレーニングの実施時間は2.25時間～14時間と、長さにばらつきが見られ、1回のセッションで終わったものもあれば、最大10週間にわたって行われたものもある(77)。トレーニングパッケージのライセンス/コミッション費用もさまざまであった。トレーニングの様式は、講師が教える教育的な学習と、スキルに基づく実践的な学習との間で異なっている。このようなばらつきは、**必要な予算**に影響を及ぼす。**費用対効果**について直接調査したレビューは見当たらなかった。

健康の公平性・平等・差別については、管理監督者や労働者の社会人口統計学的特徴（性別や人種など）に基づくサブグループ間での便益の違いを調査した分析は確認されなかった。

労働者の健康に有益となる管理監督者のトレーニングには、平等と多様性に関するトレーニング (80)や、人権をテーマにした、心の健康問題に関するトレーニングなどが含まれる。しかしながら、これらの要素を考慮した研究はレビューに含まれていなかった。レビューで特定された研究はすべて高所得国、通常は中規模～大規模の組織で実施されていた。

このようなトレーニングに参加するための資源が不足している小規模企業では、障壁を綿密に調査して緩和する取り組みをしなければ、**実現可能性**が困難であることが指摘された(81)。このような場合は、複数の小規模企業の管理監督者が資源を持ち寄り、労働衛生サービスなどを通じて、トレーニングに参加することが可能であろう。このようなトレーニングは、管理監督者カリキュラムの一環として、雇用前トレーニングや実務実地トレーニングの中で提供できる。メンタルヘルスに対する管理監督者の姿勢や知識を向上させるトレーニングは、労働者を対象としたスティグマや報復に関連する懸念を軽減させるための介入で理解を促進するかもしれない（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。トレーニングの効果を持続させるには、トレーニング後の管理監督者の行動変容を、上級管理職が支援する必要があると思われる（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。追加的なエビデンスにおいて、管理監督者を対象とした1回のトレーニングの効果は6か月後に低下することが示唆されることから、効果を維持するには、最低でも年2回の反復的なトレーニングが必要であろう(82)。

メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングが、管理監督者の態度（スティグマの軽減）やスキル、行動の改善（差別をしない）にもたらしたメリットは、普遍的人権の原則に合致するものであり、障害者の権利に関する条約第27条の実現を促進すると思われる。トレーニングの中に知識、態度、スキル、行動の改善を通じて差別をなくす取り組みと、人権に関する要素をトレーニングの中に含めることは、メンタルヘルスに関わる管理監督者の**人権に関する原則**の知識を強化することになり得る。しかしこの点は、調査対象のエビデンスの介入の中には明確に含まれていなかった。**社会文化的受容性**については、メンタルヘルスに関する介入が多様な文化に適応可能であることを示す間接的なエビデンスがあり、文化的適応がどのように行われるべきかに関する方法論も存在する。このような方法論は、職場において個人的な話し合いが開放的に行われない状況に、管理監督者のトレーニングを適応させることが可能であるか証明するだろう(83)。

結論として、GDGは、メンタルヘルスについての管理監督者のトレーニングを強く推奨することが妥当であるとした。すべてにおいて、エビデンスの確実性は「中」と考えられ、知識、態度、スキル、行動、労働者の援助希求行動に対する益は、起こり得る害を上回った。リーダーシップに関連したトレーニングが、健康上のアウトカムに望ましい効果をもたらすかについてのエビデンスは入手できず、仕事に関連するアウトカムについて望ましい効果が得られるかについては、効果にばらつきが見られた。現時点では、リーダーシップに関連したトレーニングの推奨はない。GDGは、リーダーシップに関連したトレーニングを、組織の風土を整え、労働条件の管理・改善を図るといったリーダーシップスキルを向上させるために設計されると結論付けた。このようなトレーニングが労働者のメンタルヘルスのアウトカムに与える影響を含め、さらに多くの研究が必要である。



医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者のための管理監督者のトレーニング

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者のメンタルヘルスを支援するために、管理監督者に対してトレーニングを実施し、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識、態度、行動を向上させるべきである。

強い推奨

エビデンスの確実性：中

主要な意見：

- ▶ 推奨事項4ならびに同推奨の管理監督者のトレーニングに関する主要な意見は、高リスクの労働者の管理監督者に直接関連する。ただし、推奨事項4とは異なり、管理監督者のトレーニングが労働者の援助希求行動にもたらす影響についてのエビデンスは得られなかった。

実施に関する意見：

- ▶ 推奨事項1に示されている、共通の実施に関する意見すべてが適用される。
- ▶ この対象集団は、その仕事の性質上、本質的に交代制勤務を伴う集団であることから、柔軟性の乏しい対面での介入実施は難しいかもしれない。また、介入の受け手は上司とは別の場所で勤務している可能性がある。トレーニングの受講においては、柔軟性のある、簡潔な、またはデジタル配信でのトレーニングが現実的であろう。
- ▶ このような職場環境では、スティグマを最小限に抑え、メンタルヘルスに関する知識を向上させる積極的なアプローチが必要である。
- ▶ これらの対象集団の場合、就業時間中にプログラムに参加できるように財政支援や人的補償を調整する必要があるかもしれない。また、トレーニングは、就業前の職業訓練や研究/教育、実地での継続的な専門職研修、配属前トレーニングの一環として実施することができる。このようなトレーニングは、それぞれの分野の状況を反映して調整すべきである。

エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン5では、特定の高リスクのセクターにおける管理監督者のトレーニングが、管理監督者と労働者のアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。高リスクセクターにおける**メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニング**¹⁵を行った群と、トレーニングなしあるいは待機対照群と比較した場合のエビデンスと、メンタルヘルスに関する別の2種類の管理監督者のトレーニングについてのエビデンスを1件のメタアナリシス(77)から抽出し、本ガイドラインの目的に合わせてこれらを更新した。別の2種類の管理監督者のトレーニングについてのエビデンスとは、**管理監督者に向けたメンタルヘルスの啓発トレーニング**¹⁶を、実際に心の健康問題を抱えた経験のある人によって実施される**管理監督者のトレーニング**と比較したものである。また、**リーダーシップに関連したトレーニング**について、トレーニングなしあるいは待機対照群と比較した場合のエビデンスが2件の系統的レビュー(78, 84)から抽出された（ウェブ付録）。

メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングについては、確実性は「低」のエビデンスからあり、メンタルヘルスに関する管理監督者の知識に中程度の有益な効果が見られた。トレーニングの結果として、高リスクの労働者を支援する管理監督者のスキルや振る舞いに改善が認められた（小さな効果、エビデンスの確実性：中）とともに、メンタルヘルスに対する差別的な姿勢も改善した（中程度の効果、エビデンスの確実性：高）。1件の試験(85)（エビデンスの確実性：「中」、小さな効果）から、管理監督者のトレーニングが、高リスクの労働者の6か月にわたる仕事関連の欠勤時間（仕事に関連しない欠勤ではない）の減少に貢献したことが示唆された。

メンタルヘルスの知識や差別的な態度については、**管理監督者に向けたメンタルヘルスの啓発トレーニング**と、**実際に心の健康問題を抱えた経験のある人によって実施される管理監督者のトレーニング**との間に何らかの優位性を示唆するエビデンス（確実性は「非常に低」）はほとんど見当たらず、いずれの種類のトレーニングも、これらのアウトカムに同等に有益であることが示された。**リーダーシップに関連したトレーニング**については、確実性が「非常に低」のエビデンスにおいて、高リスクの労働者のメンタルヘルスの症状に対する効果にばらつきが見られ、1件はトレーニングに小さなプラスの効果があったとし、1件は効果がないと示していた。仕事に関連するアウトカムについては、確実性が「低」のエビデンスで、仕事の満足感や離職に対する小さなプラスの影響が認められた。

すべてにおいて、有害事象、高リスクの労働者の援助希求行動、リーダーシップスタイルの変更、ポジティブメンタルヘルス、生活の質、物質使用、自殺行動に関するアウトカムは報告されていなかった。また、高リスクセクターの管理監督者のトレーニングの実施に伴う害についての直接的なエビデンスは認められなかった。

¹⁵ 1) メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングと、3) リーダーシップに関連したトレーニングの内容は、推奨事項4に記載されている。

¹⁶ 管理監督者に向けたメンタルヘルスの啓発トレーニングには、トレーニングを受けたファシリテーターによるマニュアル形式のトレーニングで心の健康問題の徴候や症状に気づき、メンタルヘルスの症状に苦しんでいる人を支援する方法に焦点を当てたもの一が含まれる。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項は、推奨事項4のものとほぼ同じだったが、医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者という高リスクセクターの労働者およびその管理監督者に関連するものとして次の考察が強調された。管理監督者のトレーニングは、強力なチーム指向が仕事に求められ、上級職が典型的に管理スキルよりも技術的専門性に基いている、リスクの高い特定の分野に特に適していると考察される。

管理監督者と労働者はいずれも、メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングが求めるアウトカムを評価し、管理監督者は、トレーニングを通じて、メンタルヘルスや労働者の支援方法に関するさらに詳しい情報を得たいと考えている。介入に関する高リスクの労働者からの懸念は最小限であった。**必要な予算**については、メンタルヘルスについての管理監督者のトレーニングに関する推奨事項4のものと同様であり(77)、トレーニングを年2回以上反復して行うことで、長期にわたってプラスのアウトカムが持続する可能性があり、2か月から6か月のフォローアップ時点で有意な効果が認められた(86)。**費用対効果**について直接検討したレビューはないものの、緊急援助サービス分野でのメンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングの影響を調査した1つの研究では、1英ポンドのトレーニング費用あたり9.98英ポンドの投資利益が得られたとしている(85)。

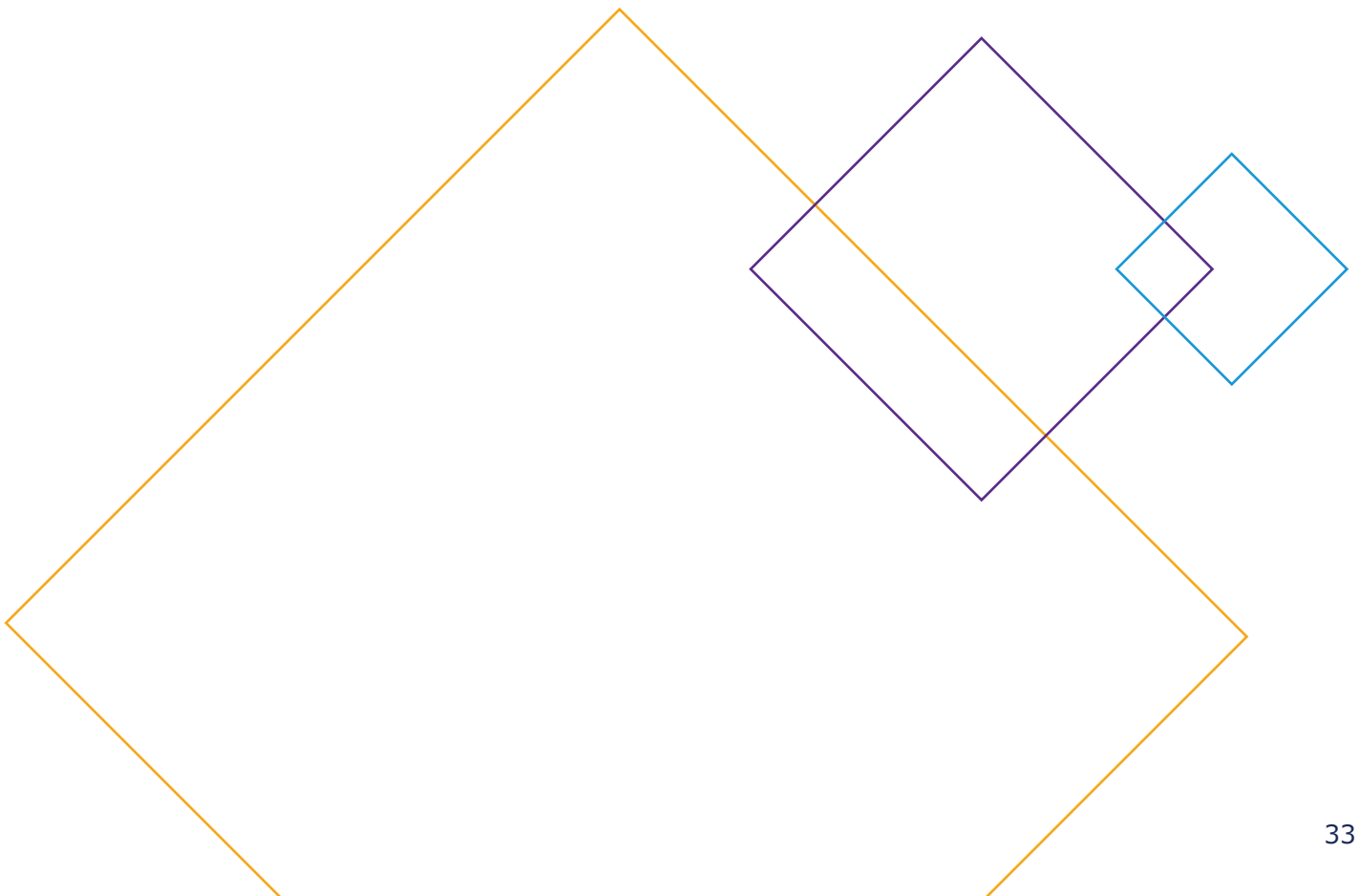
健康の公平性・平等・差別については、医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者保において、ジェンダーや人種などの社会人口統計学的サブグループ間での便益の違いを調査した分析は確認されなかった。

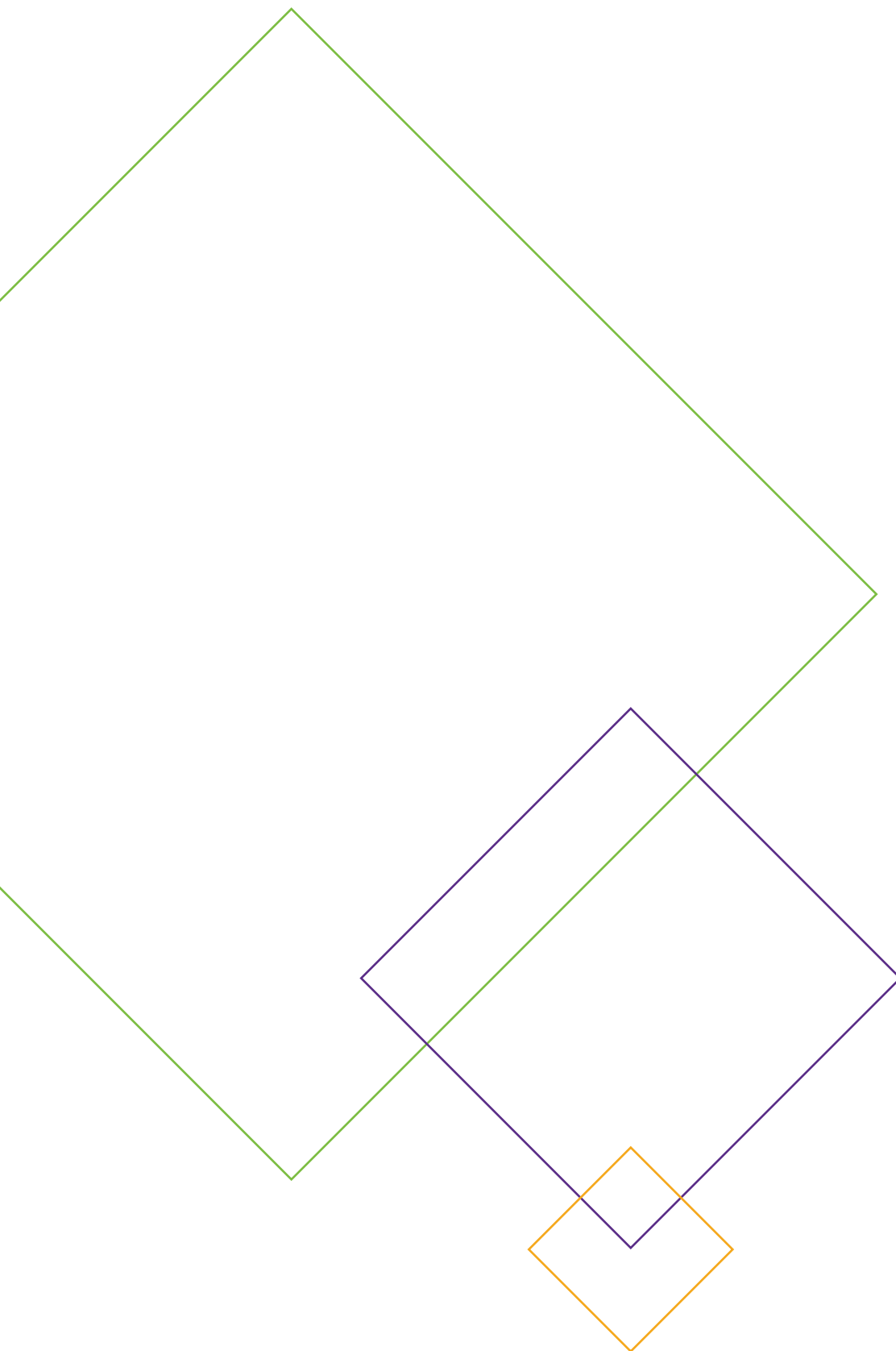
これは、「女性がサービスを提供し、男性が主導する」ことが一般的な慣行となっている(87)これらの分野にとって注目すべきギャップである。レビューで特定された研究はすべて高所得国で実施されたもので、主として相手と向き合う役割を担う医療従事者や保安職業従事者の労働者が含まれていた。人道支援従事者を含む研究は見当たらなかった。メンタルヘルスの改善への道筋として、人道支援分野の労働者がリーダーシップの向上とコミュニケーションの改善を望んでいることを示す、さまざまな定性的エビデンスが存在する(65)。

長時間労働や交代制勤務を伴う職業における、メンタルヘルスの管理監督者トレーニングの**実現可能性**は、特に保健衛生システムに過度に負荷がかかっている場合や、高度な人道的緊急事態に直面している国では問題である。トレーニングの実現可能性の向上には、簡潔さと利用しやすさが直接関連するだろう。警察職員の事例に見られるように、このようなトレーニングを、高リスクの労働者のための他の必須のトレーニングに組み込んだ場合、自発的なトレーニングへの参加率が低い場合と比較して、参加が促進される可能性がある(ウェブ付録：実装に関するレビュー)。なお、機密性やスティグマに対する懸念が高い分野や職場環境では特に、労働者がメンタルヘルスに関連する他の支援を受ける可能性が高いことから、管理監督者がトレーニングを受けることで、さらにプラスの効果を得ることができる(ウェブ付録：実装に関するレビュー)。また、これらのセクターでは、メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングを仕事の研修内や、職業教育の一環として就任前のトレーニングや、着任前あるいは実務での継続的なトレーニングに組み込む機会が考えられるが、この点はレビュー自体では検討されていない(84)。

メンタルヘルスに関する管理監督者のトレーニングの望ましい効果は、普遍的**人権の原則**に合致するものである。**社会文化的受容性**については、男性優位主義の文化や家父長規範的な文化が、そのようなトレーニングの取り込みと実施可能性に影響を与えるかもしれず、このことは、代表的なリーダーシップポリシーを改善する取り組みに加えて、そうしたトレーニングが実際に必要であることを浮き彫りにしている。

GDGは、エビデンスから意思決定を導く際の検討事項を考察するとともに、管理監督者へのトレーニングが強く推奨されていることを考慮し、検討対象の高リスクセクターでのメンタルヘルスに係る管理監督者のトレーニングを強い推奨とした。全体として、エビデンスの確実性は「中」と考えられ、知識、態度、スキル/行動に関するトレーニングを受けることの益は、起こり得る害を上回った。労働者のメンタルヘルスと仕事に関連するアウトカムについてのその後の影響に関するエビデンスは効果が混在していたか、他の主要なアウトカム（援助希求行動など）に関するデータが入手できなかったため、これらのアウトカムは推奨に含めなかった。メンタルヘルスの管理監督者トレーニングに関する推奨事項4と同様に、GDGは、リーダーシップに関連したトレーニングのエビデンスが限定的であると判断した。







労働者のトレーニングに関する推奨事項



メンタルヘルスのリテラシーと意識向上 についての労働者へのトレーニング

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関する、労働者へのトレーニングは、労働者による差別的な態度を含む、メンタルヘルスに関する知識や職場での態度を改善することを目的として実施される。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ メンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関する労働者へのトレーニングは、メンタルヘルスについての知識を向上させ、トレーニング受講者による差別的な態度をなくし、（例えば、精神的苦痛の兆候を捉え、フォーマル・インフォーマルな資源による支援を求めたり、それを促進したりするなどの適切な行動を取ることによって）労働者が自分自身や同僚を適切に支援できるようにすることを目的としている。このようなトレーニングは、労働者がメンタルヘルスのケアの提供者になったり、精神疾患を診断・治療したりすることを目指したものではない。入手可能な限られたエビデンスによると、そのようなトレーニングは、他者に援助を提供する可能性（自己申告による回答）には影響を与えないかもしれない。この点については、より質の高い研究が求められる。また、このようなトレーニングが同僚のアウトカムに有益かどうかに関連するエビデンスはなかった。

労働者のメンタルヘルスのリテラシーと意識向上を図るトレーニングに共通した実施に関する意見：

- ▶ 本ガイドラインの読み手は、労働者のメンタルヘルスのリテラシーと意識向上を図るトレーニングを実施する前に、そのエビデンスの根拠（質および有効性）を確認すべきである。
- ▶ トレーニング実施後の評価、すなわち、トレーニングの参加者がトレーニング以外の場所で、トレーニングから得た知識やスキルを自身の仕事にどの程度適用できるか（つまりは、コンピテンシーの度合い）の評価は、トレーニングの実施と並行して実施すべきである。
- ▶ 給与を伴う通常の労働時間中にトレーニングを提供することが望ましい。
- ▶ 労働者にトレーニング内容の活用を積極的に促し、トレーニングの効果を啓発的に持続させるためには、上級管理職の関与が必要となる。
- ▶ このようなトレーニングは、個々の労働者自身に有益であることを念頭に置いて実施すべきである。労働者の同僚に対するインフォーマルな支援者となることを目的として、このようなトレーニングを利用すべきだということを示した確固たるエビデンスはまだ存在しない。困難を抱える同僚にいち早く対応できるよう、労働者にトレーニングを受けさせるのであれば、労働者が同僚との関係をうまく保ち、ニーズの把握や連絡手段を確保し、守秘義務や自身のメンタルヘルスへの影響についても対処するための監督や支援が行われることが望ましい。
- ▶ トレーニングは定期的に繰り返したり、更新することができる。なお、反復の頻度は、効果の持続期間に関する研究をさらに進め、それに即したものにすべきである。
- ▶ トレーニングには、労働者が職場・地域コミュニティのどこにアクセスすれば、関連の資源や方針にたどり着けるのかを知らせる、運営上の情報を含めることもできる。
- ▶ このようなトレーニングは、一部の非正規労働者などの、職場での身体的な健康や安全上の懸念と比べてメンタルヘルスに取り組むインセンティブが低い状況にある人において、有益である可能性がある。ただし、メンタルヘルスの意識の向上は、労働者がメンタルヘルス支援の紹介を受けられる場合に限り行うべきである。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション6では、労働者へのトレーニングが、トレーニングを受ける労働者やその同僚のアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。このようなトレーニングは、メンタルヘルスについての労働者のリテラシー（知識や意識）と態度（スティグマの排除など）を高めることを目的としており、トレーニングの受講者や同僚の精神的苦痛を早期に発見して対応したり、紹介先情報の提供などの適切な行動を通じて初期支援を提供する方法が含まれる。1件の系統的レビューから、メンタルヘルスに関する労働者へのトレーニングを、待機対照群と比較した場合のエビデンスが得られた（88）（ウェブ付録）。

トレーニングの参加者については、確実性が「低」のエビデンスから、メンタルヘルスに関する労働者の知識に小～中程度の有益な効果があることが示唆された。また、確実性が「非常に低」のエビデンスから、トレーニングが、メンタルヘルスに対する差別的態度の改善にわずかながらの効果があることが認められた。一方で、確実性が「低」のエビデンスでは、メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングを行っても、トレーニング受講者が他者へ支援を提供すること（自己申告による回答）に変化はなかったことが示された。エビデンスの確実性が「非常に低」の研究では、トレーニング受講者のメンタルヘルスについて、効果なしとした研究と、プラスの効果があったとする研究が混在していた。

有害事象、トレーニング受講者から支援を受けた同僚による援助希求行動の変化、ポジティブメンタルヘルス、生活の質、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカムについて報告したものはなかった。メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングを労働者に実施することの害に関する直接的なエビデンスは認められなかった。

GRADEには該当しなかった他のエビデンスから、職場での自殺予防対策に関して、このようなトレーニング（しばしば「ゲートキーパー・トレーニング」と呼ばれる）が公開済み・未発表の研究で記述されていることが示された（89）。職場での自殺予防対策を目的としたトレーニングに関連するいくつかの研究において、知識、スティグマ、援助希求行動に有益な効果があることが示された。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

労働者は、メンタルヘルスに関する労働者へのトレーニングが達成しようとしているアウトカムを高く評価している。特に、職場でのメンタルヘルスに対するスティグマの排除が大きく注目されているため、このような介入は職場でよく行われている。一方で、「同僚の援助希求行動の変化」にも高い価値が見出されているが、このアウトカムについては、組み入れられた論文からはエビデンスが得られなかった。

必要な予算は、実施方法（グループ、デジタル、対面）やトレーニング期間によって異なる可能性があり、レビューによるエビデンスには1時間から2日の範囲のものが含まれていた。利用可能なプログラムのライセンスの有無は、必要な予算に影響を与え、比較的安価なトレーニングもあれば、すべての労働者に提供する場合はかなり時間と費用がかかるものもある。**費用対効果**について直接検討したレビューはないものの、Hanischら(88)から得られたナラティブなエビデンスでは、1つの研究において、スティグマ排除のトレーニングに費用対効果を見いだしたことを示していた。

健康の公平性・平等・差別については、レビューで特定された研究はすべて高所得国において、ほとんどが中規模から大規模の組織で実施されていた。社会人口統計学的サブグループ（性別や人種など）間の益・害の違いを調査した分析は確認されなかった。しかしながら、このようなトレーニングは低中所得国や非英語圏・非ヨーロッパ圏の文化にも適応可能であることを示唆するエビデンスが存在する(92)。また、組織化されたインフォーマルセクター間でそのようなトレーニングが歓迎される可能性があるという示唆もある（ウェブ付録）。

実現可能性の点では、小規模企業はそのようなトレーニングに参加するための資源が不足している可能性があり、複数の企業が集まってトレーニングを実施する集団的な労働衛生サービスによって恩恵を得られるかもしれない。更なるエビデンスでは、トレーニングから12か月後の効果（長期的効果）にはばらつきが見られ、研究で一般的に見られたフォローアップは6か月であった。

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングを実施し、心の健康問題のある人々に対するスティグマをなくすことは、普遍的**人権の原則に一致するものである**。**社会文化的受容性**については、トレーニング受講者がトレーニング後に自身の役割を理解しているかどうかや、彼ら（すなわち、職場でインフォーマルなピアサポーターとして指定された労働者）に対して、上司からのフォーマル・インフォーマルな支援が与えられているかどうかを巡る懸念が生まれている。トレーニングを受けた労働者は自身の役割を過度に拡大してしまう可能性があり、また、状況を管理するための支援的な監督（管理監督者によるものではなく、メンタルヘルスの専門家による監督）を受けることのないまま、そのような状況に直面し、それらを管理するのに必要なスキルを欠いている可能性が高い。これは、管理監督者（自身の責任のもとに労働者を管理し、労働者に直接力を行使できる立場にある者）のトレーニングとは対照的である。

GDGは、メンタルヘルスに関する労働者へのトレーニングを条件付き推奨とした。全体として、エビデンスの確実性は「非常に低」と考えられ、知識や態度に関する益は、起こり得る害を上回った。なお、研究のフォローアップ期間が限定的であることから、「他者への支援の提供」に関する効果は捉えられていない可能性がある。Morganら(90)のエビデンスによると、トレーニング受講後に同僚をサポートすることに対する受講者の自信/意図が中程度に向上したことが示されているが、自信があるだけでは（代替指標であるものの）行動変容に繋がらないかもしれない(91)。現在のところ、このようなトレーニングは、職場でのメンタルヘルスに関わる他の介入を成功させるために克服しなければならない障壁である、職場でのスティグマに対する知識や態度に対処するのに適している。GDGは、援助希求行動への効果など、他のアウトカムに関連したトレーニングの有効性について検討するためには、さらなるエビデンスが必要であるとした。

医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に向けた、メンタルヘルスのリテラシーおよび意識向上に関するトレーニング

メンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関する、保健衛生・人道支援・保安職業従事者へのトレーニングは、差別的な態度を含む、メンタルヘルスに関する知識や職場での態度を改善することを目的として実施される。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ 高リスクの労働者へのメンタルヘルスのリテラシーと意識向上に関するトレーニングは、労働者の中に潜むスティグマをなくし、（精神的苦痛の兆候を捉え、フォーマル・インフォーマルな資源からの支援を求めたり、それを促進したりするなどの適切な行動をとることによって）労働者が自身や同僚を適切に支援できるようにすることを目的としている。これは、労働者がメンタルヘルスのケアの提供者になったり、精神疾患を診断・治療したりすることを目指したものではない。入手可能な限られたエビデンスによると、そのようなトレーニングは援助希求への前向きな態度に対しては有益だと示唆されているが、実際に自分自身のために援助を求めたり（自己申告による回答）、他者に援助を提供するような効果への影響はないかも知れない。この点については、より質の高い研究が求められる。
- ▶ しかしながら、医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者へのメンタルヘルスに関する知識・態度・スキルのトレーニングは、困難を抱える一般の人々にも資する可能性があるため、彼らが日々向き合うクライアントに対しても有益であり得る。

実施に関する意見：

- ▶ 推奨事項6に示されている、共通の実施に関する意見すべてが適用される。
- ▶ トレーニングは、着任前研修、実務実地研修/調査、配属前研修、配属後のフォローアップの一環として提供できる。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション7では、高リスクの労働者に対するメンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングがアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。医療・人道支援・保安職業分野の一般労働者への介入が、労働者自身や同僚のメンタルヘルスの改善に関する知識、態度、およびスキル/行動にどのような効果をもたらしたかを検討した系統的レビューは見当たらなかった。系統的な検索を通じて、これらのアウトカムを評価した2件のRCTが特定され、**コンタクトベースの職場教育¹⁷とメンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングとの比較⁽⁹³⁾**、ならびに**職場でのメンタルヘルスの意識向上トレーニング¹⁸と通常のトレーニングとの比較⁽⁹⁴⁾**のエビデンスが得られた（ウェブ付録）。

コンタクトベースの職場教育を、メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングと比較した場合、確実性が「非常に低」のエビデンスから、これらの介入がメンタルヘルスの知識向上に対していずれも僅かながらプラスの効果を示すという、類似の効果が示された。同様に、メンタルヘルスに対する差別的な態度への有益な効果は、3か月目と6か月目のフォローアップ時点でいずれも僅かな効果が見られ、介入は同等であったものの、コンタクトベースの職場教育では、6か月目のフォローアップ時点で態度に対して僅かに優れた効果が見られた。いずれのトレーニング方法においても、他者への援助の提供に関するスキル/行動への効果は認められなかった（エビデンスの確実性：非常に低）。

職場でのメンタルヘルスの意識向上トレーニングと通常のトレーニングを比較した場合、確実性が「低」のエビデンスから、職場でのメンタルヘルスの意識向上トレーニングが、トレーニング受講者自身の援助希求への態度に僅かながらの有益な効果をもたらしたことが示された。この効果は、3年後のフォローアップでは観察されなかった。トレーニング受講者の実際の援助希求行動の変化に対する効果は認められなかった（エビデンスの確実性：非常に低）。さらに、確実性が「非常に低」のエビデンスでは、6か月後または3年後のフォローアップ時点での、トレーニング受講者のメンタルヘルスの症状の軽減効果は見られなかった。

すべてにおいて、有害事象、同僚による援助希求行動、ポジティブメンタルヘルス、生活の質、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカムについて報告したものはなかった。高リスクの労働者にメンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングを実施することに伴う害に関する直接的なエビデンスは認められなかった。

¹⁷ コンタクトベースの職場教育では、心の健康問題のあるピアが実施する対面セッション6回とオンラインセッション5回が行われ、メンタルヘルスのリテラシー、早期発見、援助希求の資源が含まれた。

¹⁸ 職場でのメンタルヘルスの意識向上トレーニングには、受講者と同様の職業に従事する人々が、仕事上の課題や有害事象に関する個人的な体験を話したり、助けを求めることの有益性について語るビデオ3本（合計約30分間）の視聴が含まれた。

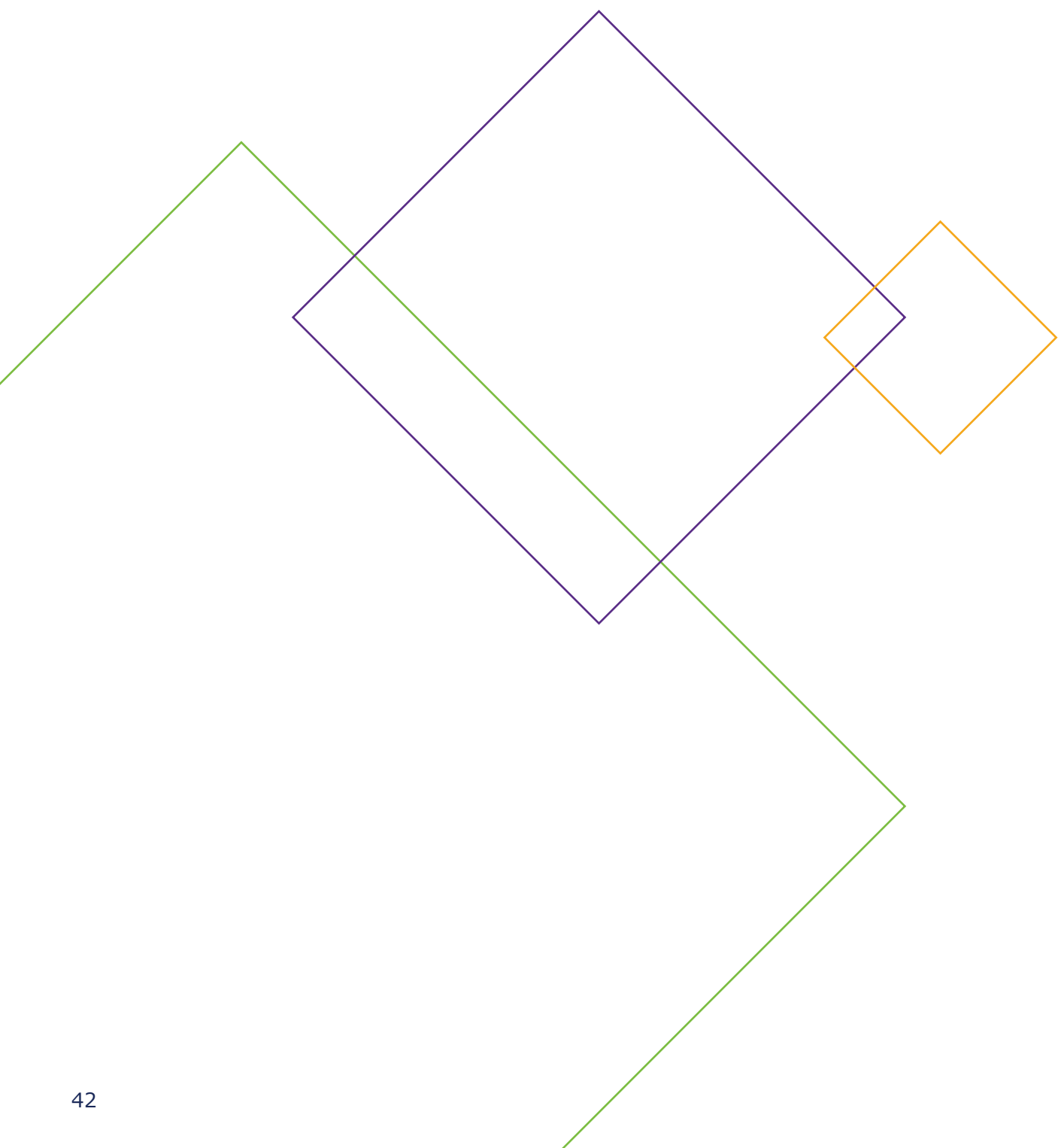
エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

高リスクの労働者は、メンタルヘルスに関する労働者へのトレーニングが達成しようとしているアウトカムを評価している。スティグマの排除を目的としたこのような介入は、職場でよく見られる。**必要な予算**は、介入の実施方法（グループ、デジタル、対面、ハイブリッド形式）とトレーニングの長さ、ライセンスの必要性の有無などによって異なる可能性があり、エビデンスで報告されている時間は、30分から、21か月間にわたる短時間のセッションまでとさまざまであった。**費用対効果**について直接調査したレビューは認められなかったが、リスクのある人々を対象とした、対照群なしの研究1件から得られた間接的なエビデンスから、このようなトレーニングの受講によるコスト削減が示唆された(95)。

健康の公平性・平等・差別については、レビューで特定されたすべての研究は高所得国で実施されており、対象となった研究は医療および保安職業分野の労働者に焦点を当てていた。更なるエビデンスから、配属前研修が、人道支援分野の労働者の災害対処への自信構築に有益であることが示された(96)。社会人口統計学的サブグループ（性別や人種など）間の益の違いを調査した分析は確認されなかった。このようなトレーニングは、低中所得国や非英語圏/非ヨーロッパ圏の文化にも適応可能であるという新たなエビデンスもある(92)。特に、プライマリケア（保健衛生）分野の労働者に向けた低中所得国のトレーニングは、同僚のメンタルヘルスよりも人々のメンタルヘルスをサポートする能力開発を目的としており、メンタルヘルスに関する知識や態度がトレーニングに含まれている。そのようなトレーニングの実現可能性が示唆される(97)。**実現可能性**の点では、仕事の負荷が高いことや、相手と直接接する役割の人が職場を離れることは難しいという障壁があるため、トレーニングの時間の確保や、人員のやりくりを組織レベルで行わない限り、勤務時間中のトレーニングへの参加に影響が及ぶだろう（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。

メンタルヘルスに対するスティグマを排除するために、メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニングを行うことは、普遍的**人権の原則**に一致するものである。**社会文化的受容性**については、メンタルヘルスに対するセルフスティグマが、保健衛生分野の労働者間で懸念となっているという報告がある(98)。しかしながら、医療、人道支援、保安職業分野の労働者に、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキルについてトレーニングを行うことは、日々前線で活動する業務にも有益であり得る。このような高リスク群にとっての二重のメリットが、トレーニングへの参加意欲を高めるのに役立つかもしれない。また、これらの分野でもピアサポート・プログラムがよく行われている。ピアサポート・プログラムの介入やアウトカムは多様であるため、そのようなプログラムが成功したかどうかを評価するのは依然として困難であるが、短期的なメリットを示唆するエビデンスがいくつか存在すると思われる(99)。

GDGは、メンタルヘルスに関する高リスクの労働者へのトレーニングを条件付き推奨とした。全体として、エビデンスの確実性は「非常に低」で、知識や態度に関するトレーニングから得られる益は、起こり得る害を上回った。言い換えれば、トレーニングによって、トレーニング受講者はメンタルヘルスに関する知識を向上させることができ、それゆえ、症状の早期発見の蓋然性が高まり、そのような症状に対して何をすべきか（例：援助希求の可能性）についての知識（ただし、行動ではない）が向上する。これらの意見は推奨事項6の意見と一致しているため、推奨を1つにまとめるべきかどうか検討された。しかしながら、GDGは、このグループへの推奨の必要性を具体的に強調することが重要だと考えた。



個人向け介入に関する推奨事項



推奨事項

8

普遍的な個人向け介入

8A 労働者がポジティブメンタルヘルスを高め、精神的苦痛を減らし、仕事の達成感を向上させることができるよう、労働者のストレスマネジメント・スキルの構築を目的とした、普遍的に行われる心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動的アプローチに基づく介入など）の実施を検討してもよいと思われる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：低

8B 労働者がメンタルヘルスと労働能力を向上させることができるよう、レクリエーション系の身体活動（レジスタンストレーニング、筋力トレーニング、有酸素トレーニング、ウォーキング、ヨガなど）の機会の導入を検討してもよいと思われる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ プログラムへの参加の可否はメンタルヘルスの状態によって予め設定されているわけではないため、介入は労働者に対して例外なく導入される可能性が高く、スティグマを引き起こしにくいと思われる。
- ▶ 本ガイドラインの読み手は、ストレスマネジメントスキルの構築を図る労働者への介入を導入する前に、そのエビデンスの根拠（質および有効性）を確認すべきである。
- ▶ *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour* (2020) には、労働可能な年齢層の身体活動に関する推奨事項が含まれており、これに関連する推奨が不安や抑うつ症状を軽減するなど、健康上のメリットをもたらすことが言及されている。対応可能な人材がいる場合には、推奨事項8Bは、職場環境がこうした活動を実施可能な場合や、職場がこうした身体活動に参加する社外の機会の活用を促進する場合に適用される。

個人向け介入すべてに共通する、実施に関する一般的意見：

- ▶ 効果の持続時間は一定ではなく、不明確である。単回介入の効果は持続しない可能性があるため、労働者は、個人向け介入に柔軟かつ継続的にアクセスする必要があると考えられる。
- ▶ デジタルツールによる促し（electric prompt）（携帯電話や電子メールなど）を使用することで、労働者に運動などの介入を促すことができる。
- ▶ 介入を実施する前に、介入の内容と導入を文化的要素に即して適応させる必要があり、その実施計画段階で労働者を加わらせるべきである。
- ▶ 個人向け介入（心理社会的・身体的活動）は、対面、デジタル（ガイダンス付き、またはガイダンスなし）、グループ、個人などのさまざまな形式で導入できる。
- ▶ 対面や専門家支援付きでの心社会的な介入を提供する者は、これらの介入を実施するコンピテンシーを有すべきであり、また臨床的な指導を受けるべきである。
- ▶ オンラインやアプリなどのデジタル形式での介入は、交代制勤務の労働者、自営業者、事業場以外で勤務する労働者にとって利用しやすいだろう。
- ▶ 介入は既に存在する職場の健康増進プログラムに組み込むことができる。介入を実施するための資源が職場に不足している場合、対応可能な社会資源があれば、その支援を受けて介入に対するアドバイスや介入を提供することができる。
- ▶ 個人向け介入を受ける時間が就業時間内に労働者に与えられることが望ましい。

付属的意見：

- ▶ 交代制勤務の労働者、非正規労働者、自営業者の存在や「地位の低い労働者」と「地位の高い労働者」間の格差の点から、個人向け介入の導入・取り込みの公平性を考慮する必要がある。
- ▶ 非正規の女性労働者は、同条件の男性労働者に比べて家族内でのデジタルリソースの利用が難しい場合がある。このような状況や類似の状況では、対面での導入が望ましいかもしれない。
- ▶ 非正規の労働者は、仕事を休んで介入に取り組むことができない可能性がある。それゆえ、協同組合や保健衛生システムといったコミュニティベースの組織が個人向け介入を積極的に推進することができ、また、このような組織自体も、専門家以外の人々による介入として設計された個人向け介入を実施するための訓練を受けることができるだろう。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション8では、全体に導入される個人向け介入（心理社会的介入、レクリエーション系の身体活動、健康的な生活習慣の促進など）がアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。8件の系統的レビューからエビデンスが抽出された。対照条件（通常の介入群、待機対照群、その他の介入、介入を行わない群など、文献ごとに異なる）と比較した場合の、全体に導入される**心理社会的介入**（認知行動療法、リラクセーション、対人関係のソフトスキル、ストレスマネジメント、職務に関連したスキル、作文による感情表現など）[\(100, 101\)](#)、**マインドフルネスと瞑想の介入**[\(60, 102, 103\)](#)、**認知行動療法（CBT）**[\(60, 103\)](#)；**デジタル形式の心理社会的介入**（インターネットまたはその他のデジタル媒体を利用した認知療法やCBT、ストレスとストレス対処、マインドフルネス、心理教育、問題解決トレーニング、ポジティブ心理学的介入、アクセプタンス&コミットメントセラピーなど）[\(104, 105\)](#)；**健康増進を図るデジタル形式のストレスマネジメント**；[\(103\)](#)**身体活動と生活習慣への介入**（一般的な身体運動、職場での特定のレジスタンストレーニングなど）[\(106\)](#)；**身体活動の介入**（ウォーキング、ヨガ、レジスタンストレーニング、有酸素運動、ウェイトトレーニングなど）[\(60\)](#)、および**心理社会的介入・身体活動・生活習慣への介入を組み合わせた介入**[\(60\)](#)について、それぞれエビデンスが得られた（ウェブ付録）。

対象者を限定せずに導入された心理社会的介入については、確実性が「非常に低」のエビデンスから、バーンアウトに伴う極度の疲労や不眠症の症状の改善に小さな効果が見られたことが示された。**対象者を限定せずに導入されるマインドフルネスや他の瞑想の介入**については、一般的な苦痛や、全般的なメンタルヘルスの症状（抑うつ、不安、ストレス）が中程度に改善したというエビデンス（エビデンスの確実性：低）と、主観的なウェルビーイングが大幅に改善したことを示すエビデンス（エビデンスの確実性：非常に低）が得られた。**対象者を限定せずに導入されるCBT**については、大部分の確実性が「非常に低」～「低」のエビデンスから、全般的なメンタルヘルスの症状（抑うつ、不安、ストレス）と主観的なウェルビーイング（エビデンスの確実性：非常に低）に対し、CBTが僅かな効果をもたらすことが判明した。

デジタル形式の心理社会的介入については、確実性が「非常に低」～「中」のエビデンスから、メンタルヘルス（ストレス、抑うつ、バーンアウトの症状）への僅かな効果が示された。ポジティブメンタルヘルス（ウェルビーイングとマインドフルネス）に小～中程度のメリットがあるというエビデンス（エビデンスの確実性：低）と、仕事に関連する有効性に対する小さな効果を示すエビデンス（エビデンスの確実性：高）が見られた。検討対象となったレビュー内の追加的なエビデンスにおいて、CBTベースのアプローチと他の心理学的アプローチとの間には、心理的健康や仕事の達成感に関するアウトカムに差がないことが示された[\(104\)](#)。同様に、CBTは非常に僅かながらのポジティブな効果を有意に示し、マインドフルネス系の介入は中程度～大のポジティブの効果を示した[\(103\)](#)。**e-health形式のストレスマネジメント**については、望ましいアウトカムは見出されなかった。

心理社会的介入・身体活動・生活習慣への介入を組み合わせた介入については、確実性が「非常に低」のエビデンスから、ポジティブメンタルヘルスの改善に中程度の効果が、生活の質の向上に強い効果があることが示された。**身体活動および / またはライフスタイルの介入**については、確実性が「中」のエビデンスにおいて、労働能力へのわずかな効果が見出された。

全体として、有害事象、薬物使用、自殺行動に関するアウトカムの報告はなかった。心理社会的介入、身体活動、生活習慣の介入の普遍的な実装に関する害を見出した直接的なエビデンスは確認されなかった。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

労働者は普遍的に提供される個人向け介入へのアクセスを**重視**している。ただし、これらの介入が組織介入または管理監督者への介入と並行して提供されない場合、評価が下がる可能性がある（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。なぜなら、労働者が個人向け介入のみを受けると、自分のメンタルヘルスの状態が良くないと認識をされているのではないかと懸念を持つからである。このような介入は、セルフケアや自己管理の一部を為すものであるが、単独では包括的な導入にはならないと考えられる。

資源は、導入方法（対面、自己適用、デジタル、専門家による提供）、ハードウェアの必要性の有無（身体活動の場合など）、および期間によってまちまちであり、1件のレビューでは、デジタル形式の心理社会的介入の平均実施期間は10週間(104)、身体活動プログラムの平均期間は4～6か月(60)であることが示された。フォローアップ期間が短く、効果の持続期間も不均一で不明確であったため、このような介入は必要とされるときに随時、利用可能であるべきだということが示唆された。**費用対効果**に関する直接的なエビデンスは見当たらなかった。職場のストレスマネジメント（普遍的な形式を併用した、単一または複数の要素からなるもの）に関する種々の文献によれば、イングランドでは1英ポンドの投資あたり2英ポンドの投資利益があったと推計され(108)、12か国の25万人を超える労働者を対象としたレビューでは、投資利益率が138%であったと推定していた(109)。

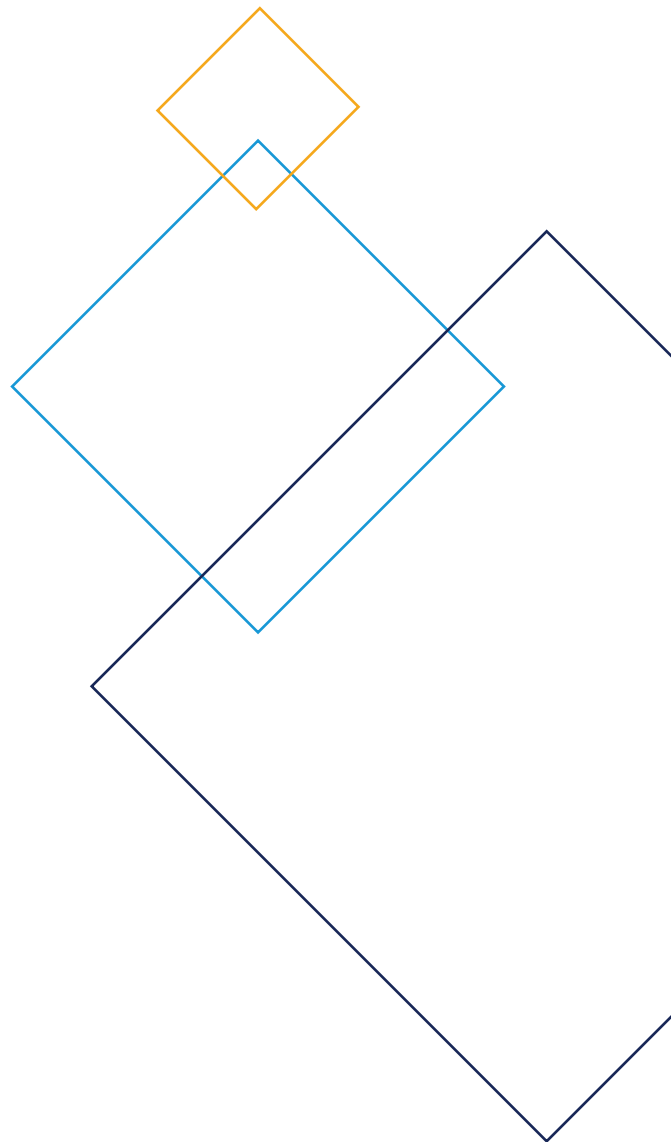
健康の公平性・平等・差別については、検討対象のレビューのうち1件のみが性別を対象にしたひとつのサブグループ分析を行っており(105)、性別がe-health（健康管理をデジタルで行う形式）の心理社会的介入へのアウトカムに有意な緩和効果を示すという所見は得られなかった。研究の大半は高所得者を対象に得られたものであり、1件のレビューでは提供者の40%が専門職であった(100)ものの、より多岐にわたる文献から、資源の少ない環境でも非専門職の提供者によって簡単な心理社会的介入を実施できることが示されている(110)。

デジタル形式の介入は、地方や自宅で働く労働者にも適用できる可能性がある。個人向け介入を提供するまたは取り入れることの公平性は、「地位の低い労働者」と「地位の高い労働者」の比較か、または、交代制勤務の労働者が非正規の労働者か自営業者かによって考慮する必要があるだろう。たとえば、交代制勤務の労働者への対面での介入は、自己参加型のデジタル形式の介入と比べて参加率が低くなる可能性がある一方で、前者はデジタルリテラシーの低い労働者にとって好ましいかもしれない。また、非正規の女性労働者は、同等条件の男性に比べて家族内でデジタルリソースの利用が少ない場合がある。それゆえ、このような状況や類似の状況では、労働者協同組合やコミュニティベースの組織などを通じて、対面での導入が望ましいだろう（ウェブ付録）。このような介入に自分からアクセスしたり、自分自身で参照したりすることで、メンタルヘルスの支援を受ける上でのスティグマに基づく障壁が、全体的に軽減されるかもしれない。資源が限られている雇用主や労働者の場合、公衆衛生部門の人員が足りているところでは、それらの指導や介入を得ることで支援を受けることができる。最後に、**実現可能性**の点であるが、検討対象となった1件のレビューでは、デジタル形式の心理社会的介入の完了率は45%だったことが指摘されており、これは、デジタル形式での健康関連の介入で見られた実施率と一致していた(104)。新たなエビデンスから、中小企業では簡単な個人向け介入（自己適用またはガイダンス付き支援）が実現可能であることが示されている(111)。

ストレスを予防するためのエビデンスに基づく介入へのアクセスは、普遍的**人権の原則**に一致するものであり、全員に行うことで、メンタルヘルスや援助希求に対するスティグマの障壁が取り除かれる。**社会文化的受容性**の点では、簡単な心理社会的介入の内容と導入は、対象集団となる現地の文化やニーズに合わせて調整可能である(110)。このような介入の内容と導入を、仕事内容や職務設計に合わせて適応させることは、介入に取り組むうえで重要である（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。

身体活動の介入については、低中所得国、経済的に恵まれない労働者、および障害のある労働者から得られた、これらのコミュニティに資する実施要件の有効性についてのエビデンスはほとんどない(112)。

結論として、GDGは、普遍的な心理社会的介入を実施することについて、条件付きの推奨が妥当であるとした。全体的に、エビデンスの確実性は「低」と考えられ、メンタルヘルスのアウトカムと仕事に関連するアウトカムへの益はその害を上回った。GDGはまた、何らかの直接的な害が確認されていない場合には、仕事に関連するアウトカムに益をもたらすものとして、レクリエーション系の身体活動を条件付きで推奨すると結論付けた。メンタルヘルスのアウトカムの点では期待どおりの所見は得られなかったが、この決断は、*WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*(112)で言及されている既存の推奨事項と調和がとれていた。効果の大部分は僅かとされたものの、この結論はなお、メンタルヘルスの普遍的な予防・促進という広範な領域に収まるものである(107)。普遍的な個人向け介入は、効果こそ僅かであるが、介入へのアクセスに対するスティグマを最小限に抑えることができる（メンタルヘルスの状態によって介入の導入や介入の利用が決まるわけではないため）ことから、有益であると考えられた。



医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者への個人向け介入

9A 医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者が、ポジティブメンタルヘルスを高め、精神的苦痛を減らすことができるよう、労働者のストレスマネジメント・スキルの構築を目的とした、普遍的に行われる心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動的アプローチに基づく介入など）の実施を検討することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：低

9B 精神的苦痛を感じている医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に対しては、ストレスマネジメントやセルフケア・トレーニング、コミュニケーションスキル・トレーニングなどの心理社会的介入を利用することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：低

主要な意見：

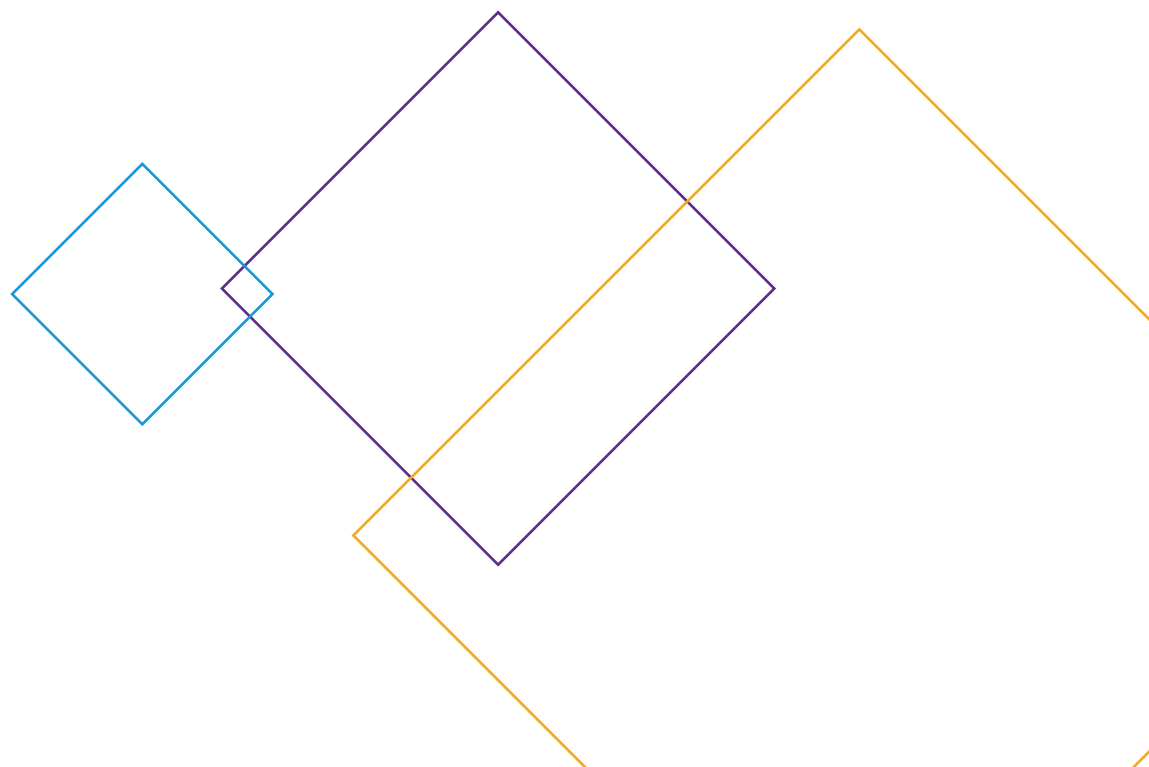
- ▶ 短期および中期のフォローアップ時点（6か月以下）でアウトカムの向上が持続していることを示すエビデンスがある一方で、長期的な持続効果を示すエビデンスは限られている。
- ▶ 推奨事項9Bは、症状が特定された集団への介入について論じた推奨事項10にも適用される。また、ストレス関連症状に特化して論じたWHOのガイドライン(113)では、心的外傷が生じ得る出来事の後には心理的デブリーフィングを行うことは推奨していない。すなわち、心的外傷イベントを最近経験した人に対して、心的外傷後ストレス、不安、抑うつ症状のリスクを軽減させる介入として、心理的デブリーフィングを用いるべきではない（強い推奨、エビデンスの確実性：非常に低）。

実施に関する意見：

- ▶ 推奨事項8に示されている、実施に関する共通の意見がすべて適用される。
- ▶ これらの人々には、心の健康問題に対する支援を求めたり、雇用主に自分の状態を打ち明けたりすることへのスティグマがかなりの割合で存在する。心理社会的介入の普遍的導入は、このようにスティグマが起こりやすい職場環境に属する労働者に利益をもたらす可能性がある。同様に、自分自身で介入を受けたり、デジタル形式の介入を導入することは、対面サポートを受ける際に周囲から向けられるスティグマや障壁を和らげるかもしれない（機密性やプライバシーが懸念される場合など）。
- ▶ これらの人々は、主に交代制勤務の労働者や相手と直接接する役割を担っているため、柔軟性のない対面形式の介入の実施は難しいと思われる。柔軟性を持たせたり、簡潔にしたり、デジタル形式の介入を導入することによって、取り組みを増やすことができるだろう。
- ▶ また、こういった職場環境では、スティグマを最小限に抑え、メンタルヘルスに関する知識を向上させる積極的なアプローチが必要である。
- ▶ これらの対象集団の場合、就業時間中にプログラムに参加できるように財政支援や補償を調整する必要があるかもしれない。
- ▶ 着任前研修や実務実地研修の中に普遍的介入を組み込み、業務に備えたストレスマネジメント・スキルの向上を図ることができるだろう。
- ▶ 精神的苦痛のある高リスクの労働者に対して、職場内あるいは職場外で、（内部・外部の提供者によって）心理社会的介入を提供すべきかどうかは不明である。実現可能な場合は、両方の選択肢を利用可能にすべきである。

サブグループに対する配慮：

- ▶ 地方や国内の人道支援組織など、資源が限られている雇用主は、公衆衛生部門や集团的労働衛生サービスの共有資源を通じて介入を提供することができる。



エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン9では、**高リスクの労働者**への個人向け介入（心理社会的介入、レクリエーション系の身体活動、健康的なライフスタイルの促進など）がアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。1) 高リスクの労働者に対する個人向け介入の普遍的導入（選択的かつ症状が特定された集団への介入）、ならびに2) 精神的苦痛のある高リスクの労働者に対する個人向け介入（選択的かつ症状が特定された集団への介入）に関するエビデンスが得られた（ウェブ付録）。

8件の系統的レビューからエビデンスが抽出された。対照条件（通常の介入群、待機対照群、他の介入を行う群、介入を行わない群など、文献ごとに異なる）と比較した場合、1) **心理社会的介入・身体活動・生活習慣の改善**を組み合わせた普遍的介入（認知行動療法アプローチ、ストレス軽減、レジリエンスプログラムなど）[\(114\)](#)；2) **心理社会的介入**（CBTアプローチ、マインドフルネス介入、ストレスマネジメントとセルフケア、アテンション&インタープリテーション療法（AIT）、レジリエンスに基づくトレーニングなど）[\(115-117\)](#)；3) **マインドフルネスや他の瞑想介入**[\(102, 118-120\)](#)；4) 症状が特定された集団の高リスクの労働者への**心理社会的介入**（ファシリテーターによる小グループカリキュラム、ストレスマネジメント、セルフケア・トレーニング、コミュニケーションスキルのトレーニング、社会的帰属意識への介入）[\(117\)](#)について、それぞれエビデンスが得られた。

心理社会的介入・身体活動・ライフスタイルの改善を組み合わせた介入については、確実性が「低」のデータから、メンタルヘルスのアウトカム（不安症状）への小さな効果と、ストレスへの中程度の効果が示された。ポジティブメンタルヘルス（レジリエンスとマインドフルネス）に対しては、レジリエンスでは中程度、マインドフルネスでは大きな効果が認められた（エビデンスの確実性：非常に低）。

心理社会的介入については、メンタルヘルスのアウトカムに対する効果にばらつきが認められ、抑うつ症状のわずかな軽減効果と、ストレス軽減への中程度の効果が認められた（エビデンスの確実性：非常に低）。確実性が「低」～「中」のエビデンスでは、バーンアウト（疲れ果てたという感覚）の症状が大幅に軽減されたことが示された。確実性が「非常に低」のエビデンスから、心理社会的介入はポジティブメンタルヘルス（レジリエンス、楽観的思考、自己効力感、ポジティブ感情など）にわずかながらの効果があったことが示唆された。また、希死念慮の軽減に対するわずかな効果（エビデンスの確実性：非常に低）と、有害事象への効果がないこと（エビデンスの確実性：低）が示された。

マインドフルネスと他の瞑想の介入については、確実性が中のエビデンスから、メンタルヘルスのアウトカム（抑うつ、ストレス）の低減に対する中程度の効果と、一般的な苦痛やバーンアウトに対する小さな効果が認められた。不安に対する効果は中程度であった一方で、このエビデンスの確実性は「非常に低」と考えられた。また、ポジティブメンタルヘルス（セルフ・コンパッション）の向上に対する中程度の効果が認められた（エビデンスの確実性：低）。

高リスクの労働者で症状が特定された集団への心理社会的介入について、バーンアウト（疲れ果てたという感覚）のレベルが大幅に低下するという、確実性が「中」のエビデンスが見出された。

全体的に、物質使用に関するアウトカムの報告は認められなかった。高リスクの労働者で症状が特定された集団に対する心理社会的介入では、バーンアウトに伴う離人症状への望ましい効果は示されなかった一方で、バーンアウトに伴う極度の疲労に対する効果は中程度であった。その他の直接的な害は確認されていない。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項は、個人向け介入に関する推奨事項すべて（8、9、10）に共通してほぼ同一であった。症状が特定された集団（精神的苦痛のある労働者）への個人向け介入に固有の追加的検討事項は、推奨事項10に概説されている。

このような高リスクのセクターでは、メンタルヘルスの問題を打ち明けることがキャリアアップに影響を与えかねないと懸念されることから、特にスティグマが起こりやすい⁽¹²¹⁾。そのため、労働者の中には心理社会的介入を自分自身で受けることを好む人々がいる（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。また、労働者はこれらの介入の利点を、手頃さと利便性であると述べているが、ほとんどの結果は、資源の豊富な環境に属する労働者を対象にしたものであった。小規模な組織や資源に乏しい組織では、個人向け介入にアクセスできないという特有の障壁にぶつかる場合があるが、その場合は、複数の組織から資源を持ち寄ったり、公衆衛生部門の資源を利用したりすることを通じて、「集団的産業保健サービス」を実施することができる。このような介入の所要時間は、5時間未満から12時間以上と幅があったが、相手と直接接する役割を担っているために仕事上の時間が制限される組織にとって、これは非常に重要な要素となる⁽¹¹⁵⁾。

健康の公平性・平等・差別の点については、一言で保健衛生分野の労働者と言っても、さまざまな職業があるものの、検討対象となった研究のほとんどは、直接的な臨床的ケアを提供する人々からのデータであった。調査対象となった研究の大半は高所得国で行われていたが、追加的なエビデンスでは、中所得国での実施可能性が示されていた⁽³³⁾。緊急援助や人道支援分野の労働者の社会動態的サブグループ（性別や人種など）に基づく、有効性の違いを示したエビデンスは少なかった。ただし、追加的なエビデンスから、保安職業従事者への実施が実現可能であることが示された⁽¹²²⁾。

高リスクの労働者への個別の心理社会的介入の効果について、最大6か月の持続期間があることを示すエビデンスが存在する⁽¹¹⁵⁾。このような分野では、多くの場合が交代制勤務となっており、スケジュール調整が困難なため、グループベースでの心理社会的介入は実現しづらいと考えられる（また、実施可能な場合は、スティグマが起こりやすい環境でスティグマを最小限に抑えるため、普遍的な形式での導入を行うことができる）（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。

結論として、GDGは、高リスクの労働者への個人向け介入は、全体に行われる場合と、特定の対象集団（すなわち、困難を抱える高リスクの労働者）に提供される場合の両方において、条件付きの推奨が妥当であるとした。全体的に、エビデンスの確実性は「低」と考えられ、メンタルヘルスのアウトカム（普遍的に実施された介入の場合は、ポジティブメンタルヘルスのアウトカム）に対する益が、その害を上回るとみなされた。また、心理社会的身体活動とライフスタイル改善の介入を組み合わせた介入は、その大多数が心理社会的なものに偏っていたため、GDGは、レクリエーション系の身体活動介入の推奨を正当化するに足る十分なエビデンスはないと考えた。さらに、入手可能な文献では、介入タイプ（心理社会的介入vs.身体的介入など）ごとの効果の内訳も認められなかった。なお、普遍的な導入について論じた推奨事項8は、この対象集団にも適用可能であることが指摘された。

推奨事項

10

精神的苦痛を抱える労働者への個別介入

10A 精神的苦痛のある労働者に対しては、これらの症状を軽減し仕事の達成感を高めることを目的として、心理社会的介入（マインドフルネスや認知行動アプローチに基づく介入や、問題解決のトレーニングなど）の実施を検討することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

10B 精神的苦痛のある労働者に対しては、これらの症状を軽減することを目的として、有酸素トレーニングやウェイトトレーニングなどの身体運動の実施を検討することができる。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ 精神的苦痛のある労働者に対して、職場内あるいは職場外で、内部・外部の提供者によって推奨された心理社会的介入を提供すべきかは不明である。ただし、それが実現可能である場合は、労働者の好みに合わせて選択できるよう、両方を利用可能にすべきである。
- ▶ WHOのmhGAPガイドライン(123) には、（資源の乏しい環境にある）一般の人々のうつ病、自傷行為/自殺、物質使用に対して効果的な介入に関する推奨事項が記載されている。
- ▶ WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020) には、労働が可能な年齢層の身体活動に関する推奨事項が含まれており、これに関連する推奨が不安や抑うつ症状を軽減するなど、健康上のメリットをもたらすことが言及されている。

エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン10では、症状が特定された集団（**精神的苦痛のある労働者**）への個別レベルでの介入（心理社会的介入、レクリエーション系の身体活動、生活習慣の改善など）が、当該労働者のアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。5件の系統的レビューからエビデンスが抽出された。対照条件（通常の介入群、待機対照群、他の介入を行う群など、文献ごとに異なる）と比較した場合の、**心理社会的介入**（例：混合CBT介入、リラクゼーション、対人関係のソフトスキル、職務関連スキル、有酸素運動と行動変容、アクセプタンス&コミットメントセラピー）（100, 124）；CBT（103, 124）；

デジタル形式での心理社会的介入（例：認知療法またはCBT、ストレスとストレス対処、マインドフルネス、心理教育、問題解決トレーニング、ポジティブ心理学、アクセプタンス&コミットメントセラピー）（104, 105）；**デジタル形式でのストレスマネジメント**（103）について、それぞれエビデンスが得られた（ウェブ付録）。

心理社会的介入については、抑うつ症状がわずかに改善したことを示す、確実性が「低」のエビデンスが得られた。**CBT**（ほとんどがe-health形式での導入）については、抑うつに中程度の改善を示したという確実性が「中」のエビデンスがあった。Nigatuら（124）の追加的なエビデンスから、介入の導入形式が試験後の有効性に影響することが示され、電話による心理社会的介入では、コンピューターによる介入や対面での介入と比較して、うつ症状が大幅に軽減したことが判明した。

デジタル形式の心理社会的介入については、確実性が「非常に低」のエビデンスから、メンタルヘルスのアウトカム（抑うつと不安の症状）への小さな効果、バーンアウトおよび複合的要素（ストレス、抑うつ、心理的ストレスを組み合わせたもの）への中程度の効果、および、ストレスと不眠症の症状のアウトカムへの強い効果が認められた。また、確実性が「低」のエビデンスでは、仕事の達成感（ワーク・エンゲイジメント、生産性、業務の達成感と定義されたもの）がわずかに改善したことが示された。**デジタル形式のストレスマネジメント**介入については、確実性が「非常に低」のエビデンスから、抑うつ、不安、ストレス症状の複合指標への中程度の効果が認められた。

すべてにおいて、ポジティブメンタルヘルス、生活の質、有害事象、物質使用、自殺行動に関するアウトカムの報告はなかった。症状が特定された集団への個人向け介入による直接的な害は確認されなかったものの、心理社会的介入では、バーンアウトの副次基準である「個人的な達成感の喪失」の改善に対する期待された効果は認められなかった。

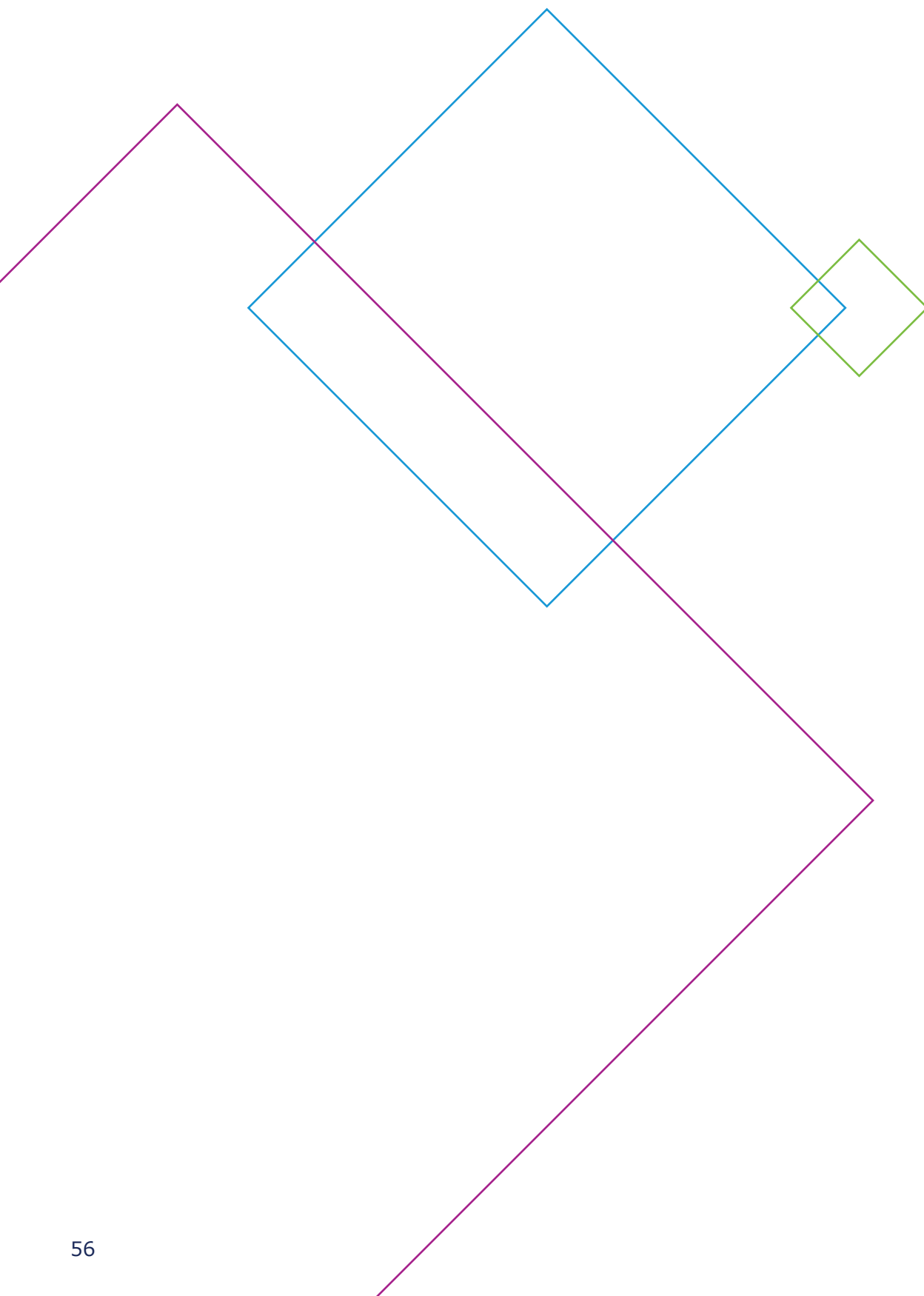
エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項は、個人向け介入に関する推奨事項すべて（8、9、10）に共通してほぼ同一であった。ここでは、症状が特定された集団への個人向け介入に関する追加的な検討事項を概説する。

このようなプログラムに参加するということは、精神的苦痛の基準を満たしていることになるため、ケアが職場で導入される場合は差別的な態度が起こり得る点に留意する。したがって、**社会文化的受容性**の点で言えば、精神的苦痛のある労働者に対して適切に設計されたRCTが、既知として報告された危害（例：スティグマや差別を受けていると感じたり、それを恐れること）のない職場で実施されていたとはいえ、そのような介入を職場で実践することが受け入れられるかどうかは不明である。

費用対効果を示す直接的なエビデンスは見出されなかったものの、追加的な文献では、CBTを含む職場での心理社会的介入はコストの節約効果を有し、場合によっては抑うつに対して費用対効果があることが示されている（126）。**健康の公平性・平等・差別**については、間接的なエビデンスにおいて、（構造化されていない、監督なしのものではなく）、監視付きの運動が抑うつ症状に有効であることが示唆された一方で、このような監視付きのアプローチは、公衆衛生システムやコミュニティベースの専門活動を通じて提供されない限り、非正規の労働者や資源に乏しい職場環境では利用できないかもしれない。社会動態的サブグループ（性別や人種など）に基づく益の違いに関するエビデンスは認められなかった。

結論として、GDGは、症状が特定された集団への心理社会的介入、すなわち、精神的苦痛のある労働者に実施される個別の心理社会的介入について、条件付きの推奨が妥当であるとした。全体として、エビデンスの確実性は「非常に低」と考えられたものの、メンタルヘルスのアウトカムと仕事に関連するアウトカムに対する益は、その害を上回るとみなされた。また、GDGは、間接的な追加のエビデンスに基づき、精神的苦痛の症状を軽減する目的でレクリエーション系の身体活動を行うことを、条件付きで推奨すると結論付けた。Nigatuら（124）には、監督下での職場での身体運動（3日間にわたる20分間以上の高強度の有酸素運動と、週2回、10週間にわたってグループで実施された筋力トレーニング）の効果を検討した2件の試験が含まれており、抑うつ症状に僅か〜大の効果が認められたというエビデンスが得られた。この知見は、心の健康問題のある成人を対象に、身体活動とメンタルヘルスの問題の重症度の軽減について検討したさまざまな文献の所見と一致する（112, 125）。





心の健康問題を伴った休 職後の職場復帰に関する 推奨事項



心の健康問題を伴った休職後の職場

心の健康問題を伴って休職した人々に対しては、メンタルヘルスの症状を軽減し、欠勤日数を減らすことができるよう、（a）仕事に直接関連したケアと、メンタルヘルスに関連したエビデンスベースの臨床ケアの両方、または（b）メンタルヘルスに関連したエビデンスベースの臨床ケア単体の実施を検討すべきである。

条件付き推奨

エビデンスの確実性：低

主要な意見：

- ▶ この推奨事項のエビデンスは、主にうつ病と適応障害に関するレビューから得られている。WHO mhGAPガイドライン（2015年）には、資源に乏しい環境にある一般集団に対する、エビデンスベースの臨床ケアに関する推奨事項が記載されている。

実施に関する意見：

- ▶ 産業保健の提供者、雇用主、労働者、そして実現可能な場合は労働者代表や雇用・職業訓練の専門家による、複数のステークホルダーとの間で協調を図ることにより、職場復帰対応の効果的な実施が促進されるだろう。どのステークホルダーを対象とするか、そして、どの介入に参加するかは、労働者の意向に基づいて決定されるべきである。
- ▶ 低中所得国に多い低資源環境や世界各国の中小企業では、このような調整の実現可能性に課題があるかもしれない。
- ▶ 業務上の配慮、臨床ケア、心理的介入は、対面、電話、オンラインで提供できる。心理的介入などのエビデンスに基づく臨床ケアは、ケア提供者が指導を行えるだけでなく、資源が利用可能であれば、指導なしでも自力で実践できる。
- ▶ 介入は、休業中および/または早期職場復帰の一環として提供することができる。
- ▶ 職場復帰の前提条件として介入の完了を義務付けるべきではない。

エビデンスと理論的根拠

キークエスション11では、心の健康問題を伴って休職した人の職場復帰を支援することが、アウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。2件の系統的レビューから、うつ病⁽¹²⁷⁾または適応障害⁽¹²⁸⁾の労働者に対する職場復帰介入を比較したエビデンスを抽出した（ウェブ付録）。特定された介入は、大きく次のとおりに分類することができた。

- ▶ 業務上の配慮（労働条件の改善、労働時間の制限、仕事内容の変更や仕事の負荷の軽減、仕事の段階的な再開など、ケア提供者、雇用主、労働者が一緒にまたは別々に、必要に応じて複数回の面談などのさまざまな方法で実施・調整される）；
- ▶ エビデンスに基づく臨床ケア（エビデンスに基づく心理的介入など）；
- ▶ ヘルスケアの改善（プライマリ・ケアにおける抑うつケアマネジメントの導入など）；
- ▶ レクリエーション系の身体活動（筋力トレーニングや有酸素運動など）；
- ▶ これらの任意の組み合わせ（通常のケアまたは介入カテゴリーのいずれかとの比較）

仕事に直接関連した介入単体を通常のケアと比較した場合、確実性が「低」～「中」のエビデンスから、うつ病の労働者のメンタルヘルスのアウトカム（中期（3～12か月）および長期（12か月以上）のフォローアップ時点でのアウトカム）、欠勤のリスク、欠勤日数、および職務遂行機能への望ましい結果は得られなかった。

通常のケアと比較した場合、**業務上の介入＋臨床ケアの併用**では、確実性が「低」のエビデンスから、うつ病の労働者のうつ症状の軽度（中期のフォローアップ）～中程度（長期のフォローアップ）の減少が確認された。また、中期（エビデンスの確実性：中）および長期（エビデンスの確実性：低）において、欠勤日数の減少に小さな効果が見られた。しかしながら、欠勤する確率と欠勤しない確率との間に差はないというエビデンス（確実性：中）があった。職務遂行機能の改善においては、確実性が「非常に低」～「低」のエビデンスから、小さな効果があることが示された（中期（有意差なし）および長期それぞれで）。メンタルヘルスと業務関連アウトカムに対しては、確実性が「非常に低」のエビデンスから、業務上の配慮＋臨床ケアの併用介入が、業務上の配慮単体あるいは心理的介入単体よりも優れているとは言えない（つまり、効果は同等あるいは同等に有益である）ことが判明した。この矛盾は、（業務上の配慮単体でアウトカムに影響がないことから）「業務上の配慮」に含まれる介入が不均一であるということによって説明されるかもしれない。

エビデンスベースの臨床介入については、うつ病または適応障害の労働者に対するアウトカムを得ることができた。通常のケアと比較した場合、確実性が「低」のエビデンスから、うつ病の労働者のうつ症状の軽減における小さな効果と、欠勤日数の減少における小さな効果が示された（中期のフォローアップ時点）。しかし、この効果は短期（最長2か月）のフォローアップでは観察されなかった。個々の心理的介入に関する複数の比較が可能であり、いくつかの心理的介入が短期、中期、または長期のフォローアップ時点でメンタルヘルスと業務関連アウトカムにプラスの効果を示すことがウェブ付録に記載されている。

ヘルスケアの改善については、確実性が「中」のエビデンスから、通常のケアと比較して、うつ病の労働者の中期フォローアップ時点での抑うつ症状に小さな効果があることが示された。しかし、職務遂行機能の悪化に対して中程度の効果があることが、確実性が「中」のエビデンスから示された。欠勤日数や欠勤の確率という点では、ヘルスケアの改善による有益性は認められなかった。したがって、仕事に焦点をあてた介入をせずにヘルスケアの改善を単独で導入した場合、有益となるのは健康上のアウトカムに限られ、仕事に特化した機能上の

アウトカムには益が認められなかった。**レクリエーション系の身体活動**に関しては、結果にばらつきが見られた。CBTと身体的リラクセーションを組み合わせた場合、身体的リラクセーションのみを行った場合と比較して、適応障害の労働者のバーンアウトに効果があることが、確実性が「低」のエビデンスから示された。うつ病の労働者に指導付き筋力トレーニングを提供した場合、リラクセーションと比較して、欠勤日数の減少において筋力トレーニングの有益性を支持する大きな効果が得られたことが分かった（エビデンスの確実性：低）。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

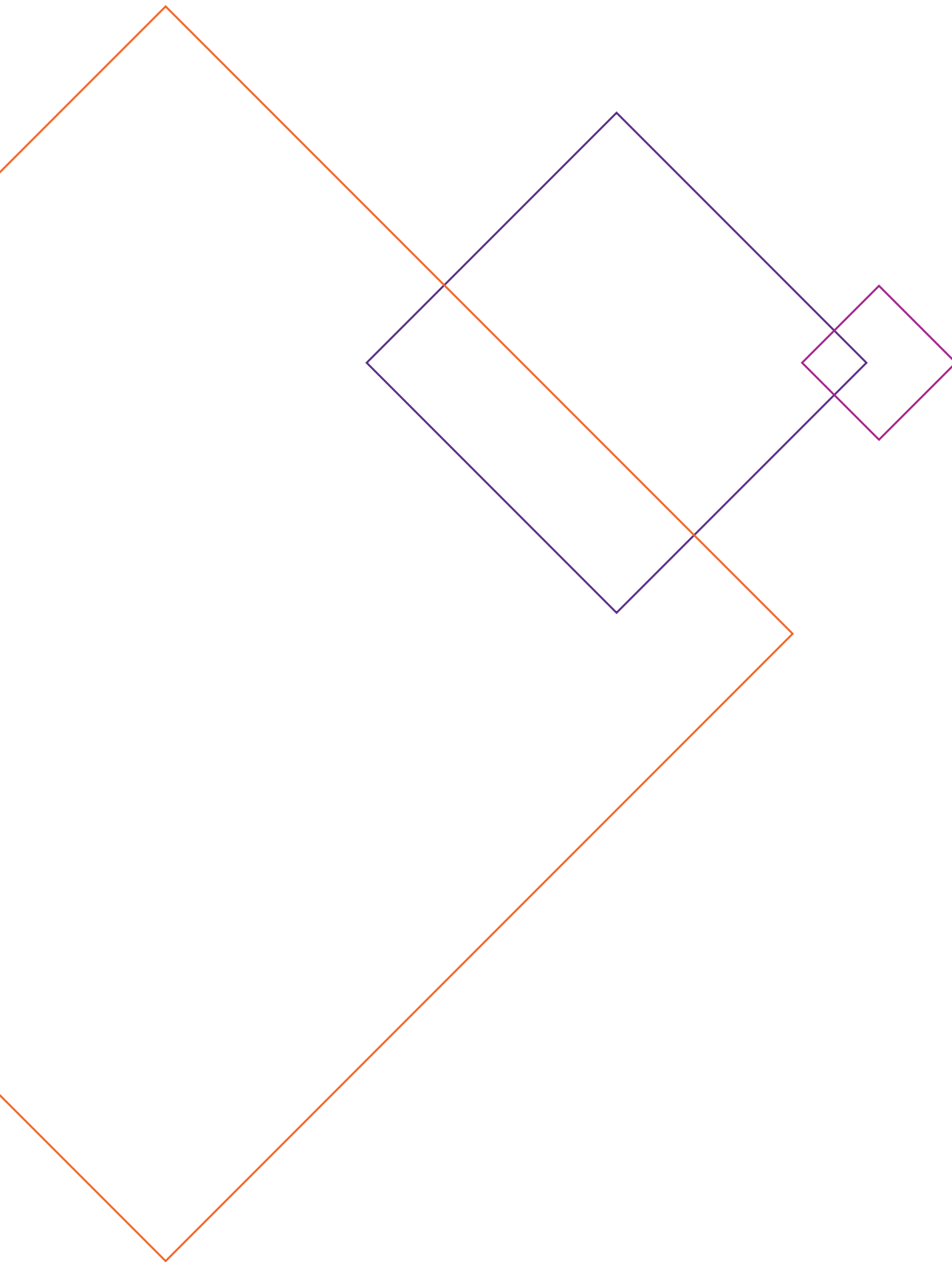
心の健康問題は、労働者の欠勤の主要な要因と考えられている(129, 130)。労働者は職場復帰プログラムや持続可能な職場復帰の可用性を**重視**しており、大多数はこれらを極めて重要だと捉えている（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。**必要な予算**について直接検討した文献は見当たらなかった。検討対象のレビューに含まれていた業務上の配慮やエビデンスに基づく臨床ケアの提供者は、メンタルヘルスや産業保健の専門家、一般医、労働・雇用分野の専門家であった。業務上の配慮には、3か月で9回の面談を設けるなど、多様な期間にわたる複数回の面談が含まれていた。臨床ケアのセッション回数（例：6～12回）は、構造化された介入のタイプによって異なっていた。心理的介入は、対面、オンライン形式、電話サポートを通じて実施できる。職場復帰の支援においては、幅広く多様なステークホルダーが関与できる可能性がある。最終的には、労働者の意思を尊重するとともに、国の対応能力に応じて利用可能な資源・調整にそった形で円滑に復帰できるようにするため、（職場または国の保健衛生プロトコルによって）ステークホルダーを調整することが必要である(131)。

費用対効果については、経済分析を行った追加的なエビデンス(126)から、産業保健の専門家の職場復帰への積極的な関与は、欠勤を減らすという点で、費用の節約と費用対効果に益するとされた。実際、オランダでは、1米ドルの投資につき0.87～10.63米ドルのリターン(132, 133)、フィンランドでは、欠勤日が1日減るごとに17～43米ドルのコスト削減(134)が示された。

健康の公平性・平等・差別については、性別や人種などの社会人口統計学的なサブグループ分析は得られなかった。メンタルヘルスに関する職場復帰プログラムの提供の実現可能性は、低中所得国の資源の乏しい環境や世界各国の中小企業にとっては特に、その実現が困難な場合があり得る。検討対象の研究（および追加のエビデンス）はすべて、南北アメリカ大陸、アジア、ヨーロッパ、およびオセアニアの高所得国のものだった。職場復帰対策を支援するためには、産業保健部門、ソーシャルケア（労働/雇用）、雇用主、労働者およびその代表者間の協調が必要である。しかし、現状では、多くの状況においてそういった協調が取れていないため、実施に支障が出ている（ウェブ付録：実装に関するレビュー）。

心の健康問題のある人や、心の健康問題から回復途上にある人が、雇用や関連するケアに参加する権利を支援することは、普遍的な**人権の原則**に合致するものである。UNCRPDの第27条は、「障害者の職業的・専門的リハビリテーション、雇用維持、および職場復帰プログラム」の推進を認めている。UNCRPDや障害者に関する各国の法律を適用することは、メンタルヘルスケアの実施が認められない懸念のある職場において、メンタルヘルスの支援を求めることへの恐怖から当事者を守るために必要な前提条件であると指摘された。職場復帰プログラムの**社会文化的受容性**については、推奨事項3と同様に、スティグマや差別を受けかねないという恐怖に影響される可能性がある。労働者は、医療従事者との面談に雇用主を含めないことを希望するかもしれず、そのような希望がある場合は、職場復帰の調整責任者がこれを優先させるべきである。

すべてにおいて、生活の質、物質使用、自殺行動、有害事象、ポジティブメンタルヘルスに関するデータは得られなかった（ウェブ付録）。結論として、GDGは、エビデンスの確実性は「低」であるものの、業務上の配慮と臨床ケアの併用ならびに臨床ケア単体の、メンタルヘルスおよび仕事に関連するアウトカムに対する益は、起こり得る害を上回るとした。業務上の配慮単体は、（エビデンスに基づく臨床ケアと組み合わせて提供されない場合に）労働者の職場復帰に有益な効果を示さなかったため、推奨に含められなかった。ヘルスケアの改善は、職務遂行機能の悪化に関するエビデンス（確実性：「中」）から、推奨として明示されなかった。レクリエーション系の身体活動については、対照条件に身体活動が含まれていたため、主要アウトカムに対する特異的な効果が不確実であることから、推奨されなかった。



心の健康問題のある人々の就労に関する推奨事項





心の健康問題のある人々の就労

心理社会的障害など、重度の心の健康問題のある人々が職を得てそれを継続できるように、職業訓練的・経済的包摂性を強化する回復志向型の戦略（援助付き雇用（の強化）など）を利用できるようにすべきである。

強い推奨

エビデンスの確実性：非常に低

主要な意見：

- ▶ エビデンスの大部分は、重度の心の健康問題のある人々のものであった。

実施に関する意見：

- ▶ 職業訓練的・経済的包摂性(社会の全ての人が誰も取り残されずに経済活動に参加できるように、機会が均等に与えられること)を強化する資源(費用、時間、人材等)と戦略を動員するためには、複数のステークホルダー（個人、家族/コミュニティ、職場、代表者）の協調が必要であり、これらのステークホルダーの関与と介入の選択は、介入対象となる労働者の意向に基づいて行うべきである。
- ▶ そのようなプログラムの設計・実施においては、当事者を中心に据えたアプローチを最適化するとともに、当事者自身のウェルビーイングに資する意思決定を後押しすべく、心の健康問題を経験した人々を含めることが重要である。
- ▶ 就労した後も、雇用を維持していくために、支援を継続することができる。
- ▶ このような戦略は、利用可能な公式・非公式な回復指向の介入を用い、当事者の社会的・文化的環境に合わせるようにすべきである。

その他の意見：

- ▶ WHOのmhGAPガイドライン（2015年）は次のように推奨している：統合失調症や双極性障害を含む精神症のある人々には、職業訓練的・経済的包摂性を強化する回復指向型の戦略（援助付き雇用など）を提供できる。そのような戦略は、利用可能な公式・非公式な回復指向の介入を使用するとともに、多部門的なアプローチを用いて、社会的・文化的環境に合わせるようにすべきである（条件付きの推奨、エビデンスの確実性：低）

エビデンスと理論的根拠

キークエスション12では、職業訓練的・経済的包摂性に注目した回復指向型の戦略がアウトカムに有益な影響を与えるかどうかを調査した（付録3）。1件のネットワークメタアナリシスを含む4件の系統的レビューからエビデンスを抽出した(135-138)。これらの介入は、**援助付き雇用**（有給雇用の早期獲得を支援するプログラムや、雇用維持を目的に提供される継続的な保健衛生・職業訓練支援など）；**強化型の援助付き雇用**（例：援助付き雇用に、社会スキルトレーニングやCBTなどの介入を合わせたもの）；**職業教育前トレーニング**（例：今後雇用が見込まれる人に対し、就労前に社会的・感情的・機能的なスキルアップを図るために行うトレーニング）；**過渡的雇用**（例：ひとまず一時的な仕事に就くことで次の雇用につなげていく段階的な就労支援プログラム）；**精神科ケア**（例：職業訓練的要素のない通常の精神科ケア）；援助付き雇用vs.**その他の職業訓練支援**（職業教育前トレーニングや職業カウンセリングなどの介入を組み合わせたもの）；**再雇用**vs.通常のケアおよび**職業訓練介入**（後者の2つは、職業訓練・保健衛生ケアシステムからの支援を受けながら、有給および希望の仕事で早期獲得することに焦点を当てた、強化型援助付き就労支援プログラム）vs.ケアなしをそれぞれ比較したものだった。エビデンスの確実性は「非常に低」～「中」と幅があり、大部分は確実性が「低」であった（ウェブ付録）。

雇用獲得については、**強化型援助付き雇用**（確実性：中）と**援助付き雇用**（確実性：低）は、**精神科ケアおよび職業教育前トレーニング**と比較して相対的な効果が高かった。雇用獲得者の人数の増加という点では、強化型援助付き雇用と援助付き雇用の間では差がなかった。**職業訓練介入**を受けた人は、ケアなしの場合と比べて雇用を得る確率が高かった。**職業教育前トレーニング**と**過渡的雇用**は、雇用獲得に実質的な益を与えていなかった。

雇用の維持については、**強化型援助付き雇用**は、**職業教育前トレーニング**と**援助付き雇用**に比べて効果が高く、**援助付き雇用**は、**過渡的雇用**や**職業教育前トレーニング**に比べて効果が高かった。その他の職業訓練アプローチと比較した場合、**援助付き雇用**は雇用獲得のあらゆるレベルおよび在職期間の長さの点で大幅な増加が認められた。

メンタルヘルスのアウトカムについては、**援助付き雇用**が**精神科ケア**と比べて有益な効果を発揮した一方で、**過渡的雇用**や**職業教育前トレーニング**と比較した場合、メンタルヘルスの症状の低減に優れているとは言えなかった。**職業教育前トレーニング**は、メンタルヘルスの症状改善に限った場合、**精神科ケア**よりも優れていた。強化型援助付き雇用のメンタルヘルスに関するアウトカムは得られなかった。

生活の質については、**精神科ケア**と比べて、**強化型援助付き雇用**は生活の質を向上させた一方で、**強化型援助付き雇用**よりも**職業教育前トレーニング**が生活の質の改善に貢献していた。**再雇用**は通常のケアと比較して、生活の質の向上にわずかながらの効果を示した。**職業教育前トレーニング、過渡的雇用、強化型援助付き雇用と比較した場合**の援助付き雇用の実質的な効果は認められなかったが、援助付き雇用は、精神科ケア単体の場合よりも生活の質に有益な効果をもたらした。

有害事象（文献では脱落）については、このアウトカムに関連した介入間に差は認められなかった（ウェブ付録）。**職業教育前トレーニング**は、**精神科ケア**と比べて入院件数の減少に貢献した一方で、入院に関する他の違いは介入間で見られなかった。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

価値観については、重度の心の健康問題を抱えて生活する人のほとんどは、障害の有無にかかわらずお金を稼ぐための雇用を追求したいという希望を一貫して示している。職業訓練的・経済的包摂性を強化する戦略は、主要な回復プロセスをターゲットとするとともに、コミュニティの社会的・経済的包摂性を強化することによって、回復を支援するものである。一方で、利用可能な各種の介入に対して、個人の好みが存在する可能性がある。労働者にメンタルヘルスの予防策やケアを行う提供者は、情報やトレーニングの必要性が最も高い介入として職業訓練支援を挙げている（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。**必要な予算や費用対効果**を直接検討したものはなかった。強化型および通常の援助付き雇用は、多大な資源を必要とするアプローチであり、これらのプログラムを積極的に活用するには、可用性のある職業訓練・メンタルヘルス面のサービスが必要となるため、低所得環境では実現できない場合がある。

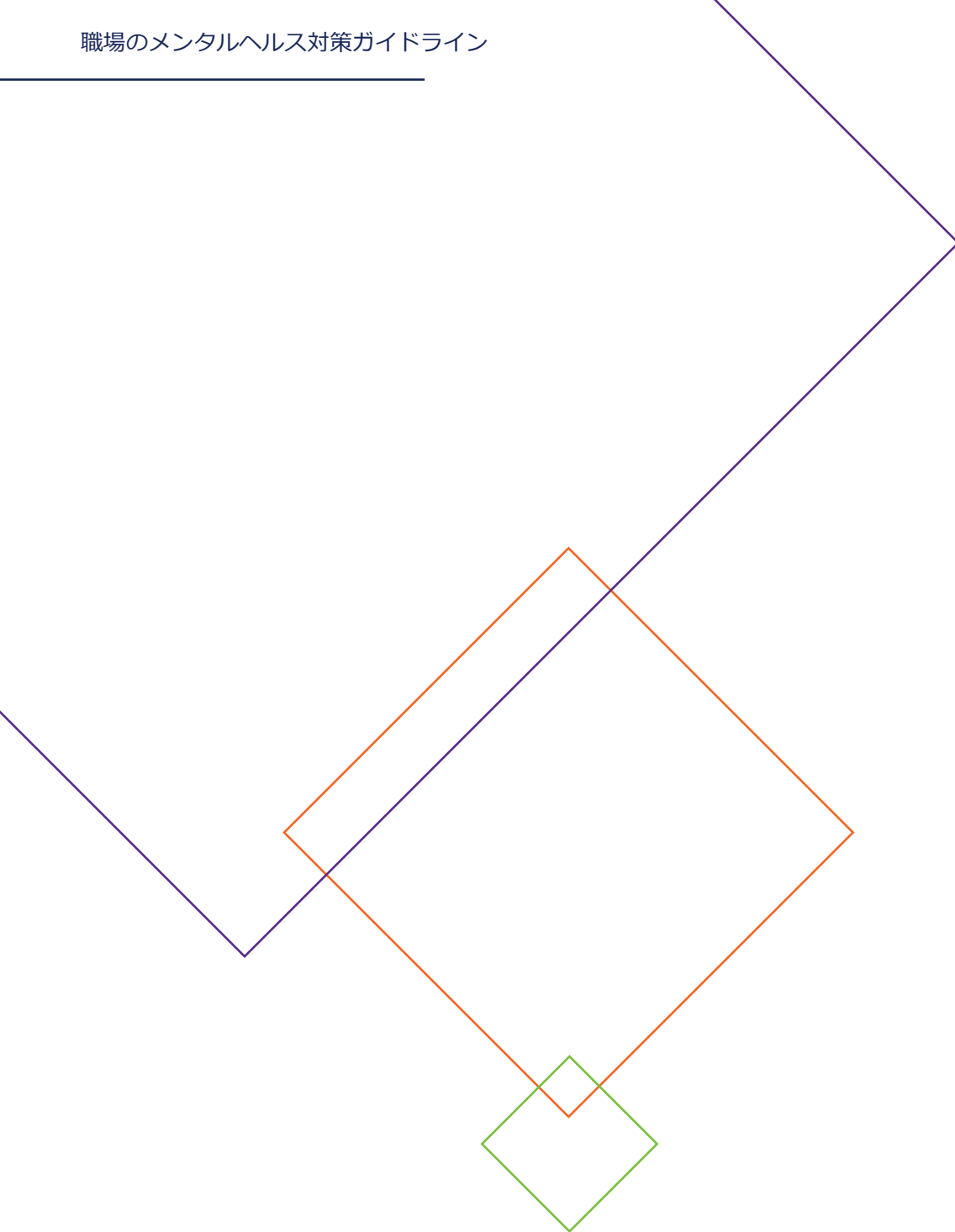
健康の公平性・平等・差別については、エビデンスの大部分は重度の心の健康問題に関連するものであった。たとえば、1件のレビュー(135)で取り上げられた診断の大多数は精神症性障害であり、van Rijn(137)の事例の大多数は統合失調症を経た感情障害や大うつ病性障害であった。Fadyl(138)には、軽度から中等度の心の健康問題（その大多数が抑うつと不安）を抱えて生活する人々を対象とした研究が含まれており、職業訓練介入が雇用獲得にプラスの効果をもたらすことが指摘されている。しながら、次の2つの理由により、推奨の対象を重度の心の健康問題に絞ることが決定された。すなわち、1) それが大多数のエビデンスと一致していることと、そして、2) より一般的に発生する心の健康問題の診断基準を満たす多くの人々に対して、低所得国では、このようなプログラムを提供することに実現可能性がないことへの懸念がGDGによって表明されたこと、である。他のサブグループ分析（性別や人種など）は含まれていなかった。

実現可能性は、回復指向型の戦略を提供するコミュニティにおいて利用可能なインフラに左右される。たとえば、援助付き雇用は、広範な経済的状況や、支援を提供するための総労働力の可用性（労働または健康）に依存する可能性がある。

検討対象の研究のほとんどは、ヨーロッパおよび北米の高所得国で実施され、アジアの高所得国での実施例が少数含まれていた。職業訓練的・経済的包摂性を強化する資源と戦略を動員するには、分野横断的なアプローチが必要である。回復指向の心理社会的介入プログラムに家族やコミュニティを関与させることは、その持続可能性にとって重要だろう。また、実現可能性は、そのようなプログラムへの参加に必要な雇用主の経済的基盤から影響を受けかねない。

心理社会的障害のある人が雇用を得てそれを維持する権利を支援することは、世界人権宣言第23条などの普遍的**人権の原則**に一致するものである。「労働及び雇用」を規定したUNCRPDの第27条は、「障害者が他の者との平等を基礎として労働する権利を有することを認める。この権利には、障害者に対して開放され、障害者を包摂し、及び障害者にとって利用しやすい労働市場及び労働環境において、障害者が自由に選択し、又は承諾する労働によって生計を立てる機会を有する権利を含む」としている。**社会文化的受容性**は、雇用主が回復指向型の戦略の選択肢や、その潜在的な役割を認識していない場合に影響を受ける可能性がある。また、同僚や上司となる者が、職場でのメンタルヘルスに対するスティグマ(差別や偏見)を排除することの必要性に気づいていない場合にも影響を受けるだろう。

結論として、GDGは、雇用の獲得と維持を図る職業訓練的・経済的包摂性の強化に関連した回復指向型の戦略がもたらす益は、（それが潜在的に無いことによる）害を上回るとした。この推奨が、心の健康問題のさまざまなレベルに広く適用できることを示せれば望ましいものの、エビデンスのほとんどは、重度の心の健康問題を抱えて生活する人々にとっての有益性を裏付けるものであった。強化型援助付き雇用と援助付き雇用はいずれも、主要なアウトカムに特に有望であることが示された。しかしながら、メンタルヘルスと生活の質のアウトカムに対しては、有益性は認められたものの、どちらの介入が優位かということは明確に示されなかった（つまり、報告事例においては、介入の効果は同等であった）。ただし、これらのアウトカムに関して言えば、回復指向型の戦略は、精神科ケア単体よりも全体的に優れていることが指摘された。



スクリーニ ングプログ ラム



© WHO / Lindsay Mackenzie

キークエスション

13

スクリーニングプログラム

スクリーニングプログラムの潜在的な益が潜在的な害を上回るかどうかは不明であるため、GDGでは、**雇用期間中のスクリーニングプログラムの実施について推奨することも、推奨しないこともしない。**

主要な意見：

- ▶ ここで示す意見は、職業によっては、規則上必要とされるスクリーニングや、労働者が（精神的）健康への潜在的な危険にさらされた場合のスクリーニングには適用されない。

エビデンスと理論的根拠

キークエスチョン13では、スクリーニングプログラム、すなわち、メンタルヘルスの問題のある労働者を特定し、雇用中に該当者に必要な支援を提供したり、支援の利用を促したりするためのプログラム19の利用が有益かどうかを調査した（付録3）。一次研究の系統的レビューを行ったところ、13件の研究が特定され、そのうち7件が、**スクリーニングプログラム**vs.スクリーニング+通常のケア/待機対照群/介入なしとの比較について、GRADEの組込み基準の対象となった（ウェブ付録）。

確実性が「低」のデータから、スクリーニングプログラムが、メンタルヘルス症状の軽減やポジティブメンタルヘルスの改善に影響をもたらすとは示されなかった。確実性が「非常に低」のデータでは、職務遂行機能のわずかな改善（ただし、有意差はない）と、5か月時点での生産性へのプラスの効果（ただし、12か月目のフォローアップではその持続性は認められない）が見られ、仕事の満足度への効果は認められなかった。エビデンスの確実性は「非常に低」であるものの、5年後の長期フォローアップ時点において、欠勤の改善に僅かなプラスの効果が認められたが、その効果は無視できる程度のものであり、有意差はなかった。1件の試験では、スクリーニングプログラムを受けた労働者は欠勤の可能性が高く、生産性が向上する可能性が低いことが示された。確実性が「低」のデータから、スクリーニングプログラムが即時の援助希求行動にわずかな改善を見せたことから、有益性があることが示唆されたが、フォローアップでは、この傾向は維持されていなかった。また、1件の試験では、スクリーニングで該当者を特定した後のサポートの順守は低かった。その他の直接的な害は報告されていない。

結論として、GDGは、雇用中のスクリーニングプログラムの望ましい効果は、望ましくない効果を上回るという明確なエビデンスは得られない（すなわち、メンタルヘルスの症状や欠勤などの主要アウトカムの変化は、無視できる程度か、ばらつきがある）とした。加えて、機密保持や、メンタルヘルスの症状のスクリーニングにおける偽陽性・偽陰性の発生リスク

（一度のみの不正確なスクリーニングや結果が誤解を招くようなスクリーニングであった場合は、害が引き起こされる可能性がある）など、その他の懸念が提起された。また、スクリーニングプログラムでは、労働者が機密情報の漏洩を恐れて自身の症状を過少報告する可能性が高い、という報告バイアスの問題も懸念される⁽¹³⁹⁾。以上を総合的に考慮したうえで、GDGは、スクリーニングプログラムを推奨することも、推奨しないこともできないと結論付けたため、推奨事項は作成されなかった。

GDGは、「推奨なし」という決断は、雇用前のスクリーニングに対してではなく、雇用中に実施されるスクリーニングプログラムに関するものであることを強調した。（規則上必要であるなどの理由より）職場でスクリーニングを行う場合は、スクリーニングプログラムに少なくとも以下を含める必要があるとGDGは指摘した。

- ▶ スクリーニングでケアが必要と判断された人が、エビデンスベースの治療またはケアを受けることができるよう、フォローアップを確実に行うこと（精神的苦痛のある人への介入について説明した、推奨事項3および10を参照のこと）。
- ▶ スクリーニングの実施とその結果の解釈、およびフォローアップケアへの紹介を行うために、専門的に中立的な有資格のヘルスケア提供者が関与すること。
- ▶ プライバシーと機密性を担保すること。
- ▶ スクリーニングでケアが必要と判断された人が差別的な扱いを受けないようにするため、人権の原則と倫理的配慮を順守すること。

労働者の監視に関する技術的及び倫理的ガイドライン（*The Technical and ethical guidelines on workers surveillance*）⁽¹⁴⁰⁾ならびにILOの職業衛生機関勧告第171号⁽¹⁴¹⁾は、労働者の健康監視に関する拘束力のない補足的な考慮事項を規定しており、労働者の健康監視は、職場に存在する職業上の危険の監視と結び付けることが望ましいとしている。

¹⁹ 雇用前スクリーニングのエビデンスは、本ガイドラインの範囲外であるため検討されなかった。

エビデンスから意思決定を導く際の検討事項

メンタルヘルスと仕事に関連するアウトカムの改善は、**すべてのステークホルダー**が評価する要素である。組み入れ対象となった2つの研究では、ユーザーの満足度が肯定的であった一方で、追加のデータから、労働者は、スクリーニング後にケアが必要だと判断された場合に起こりえるスティグマや差別を心配していたり、自身のデータの機密性が雇用主に対して守られるかどうかを懸念していることが示された。実際、スクリーニングプログラムに対する選好は最も低かった（ウェブ付録：価値観と好みに関する調査）。こうした懸念は種々の文献でも指摘されており、労働者は、たとえ自身の症状がさらなる支援の必要性を呈している場合でも、このような懸念から、精神的不健康を過少報告することに繋がっているとされる(139)。

スクリーニング自体に**必要とされる予算**は僅かで、実施の方法（デジタル、紙媒体）と、結果の解釈の自動化の有無に限定されるだろう。一方で、スクリーニングで陽性であった場合のフォローアップでは、利用可能な選択肢によって必要な予算（自助から医師の診察まで）が大きく変わってくる。組み入れ対象となったオランダの研究1件で示されている**費用対効果**分析によれば、スタッフ1人あたり651ユーロの純利益が得られた。換言すれば、1ユーロの投資あたり、5～11ユーロのリターンが雇用主に生まれたことが明らかとなっている。

健康の公平性・平等・差別については、対象となった研究はすべて、高所得国の中規模～大規模の職場で実施されたものだった。社会人口統計学的サブグループ分析は特定されなかった。メンタルヘルスの症状のスクリーニングでケアが必要と判断された人は、雇用状況やキャリアアップ、あるいは、その他の仕事上のチャンスに影響が及ぶのではないかという恐怖心を含め、差別を受けかねないという認識が依然として残っている。

効果的なフォローアップを行わないスクリーニングは害であることが指摘された(142)。それゆえ、質の高いメンタルヘルスサービスへのアクセスは依然として限られているため、多くの状況において、大規模なスクリーニングプログラムの**実現可能性**は倫理的に問題があるかもしれない。精神的な健康を軽減することを目的として個人をスクリーニングし、支援やケアを必要とする人を特定することは、普遍的**人権の原則**に沿うものである一方で、職場で個人をスクリーニングすることは、プライバシー、機密保持、インフォームドコンセントにまつわる懸念を招く。スクリーニングが主要アウトカムに及ぼす観察可能な益はほとんどなく、このような状況でスクリーニングを行うことは不本意であり、差別のリスクをはらんでいるように思われる。職場におけるメンタルヘルスのスクリーニングプログラムが**社会文化的に受け入れられるかどうか**は、依然として不明である。



リサーチギャップ

GDGは、本ガイドラインの範疇に含まれるエビデンスにいくつかの不十分な点があることを確認した。

共通するリサーチギャップ

- ▶ すべての介入タイプに共通して、十分に研究されていない対象集団（つまり、インフォーマルセクター、中小企業、低中所得国）、および選択的高リスク集団（海外・国内の人道支援分野の労働者、直接的な臨床ケアを担当しない保健衛生分野の労働者（例：健康管理分野の労働者）、地域社会の保健衛生分野の労働者、ネガティブなメンタルヘルスのアウトカムリスクにさらされているその他の職業など）における有効性ならびに実現可能性を捉えるためのエビデンスの量と質を高めることの必要性は極めて高い。
- ▶ すべての介入タイプに共通して、介入対象者の社会人口統計的な特徴（例：性別、年齢、人種）や職業上の特徴（例：職業の種類、契約状況（正規、非正規、自営業）、職場の規模）に関連して、益や害に違いが生じるかどうかを判断するために、社会人口統計的サブグループの分析が必要である。このような分析では、研究やレビュー内で上述の特徴を明確に報告することや、研究対象者のベースライン時のメンタルヘルスの状態を明確に報告することが求められる。
- ▶ すべての介入タイプに共通して、実施ガイダンスをより充実させるため、介入の受容性（acceptability）、アクセス可能性（accessibility）、採用（uptake）について検討する実装研究が必要である。
- ▶ すべての介入タイプに共通して、予防的介入を複数のレベルで組み合わせて実施した場合（例：組織介入、管理監督者や労働者への介入、個人向け介入を組み合わせた場合）の有効性と実現可能性について検討する、質の高い研究が必要である。
- ▶ いじめや育児休暇など、職場における顕著なリスクと保護要因（本ガイドラインのエビデンスレビューでは見出されなかったもの）について、組織介入（方針を含む）と、それがメンタルヘルスや仕事に関連するアウトカムにどのような影響を与えるかを検討した、質の高い研究を増やす必要がある。
- ▶ また、職場でのメンタルヘルス介入の費用対効果に関する質の高い研究を増やす必要がある。

組織介入に関するリサーチギャップ

組織介入に共通する事柄

- ▶ メンタルヘルスのアウトカム、心理社会的リスク、および仕事に関連するアウトカムの検証済みかつ文化的に適切な尺度を活用して、労働者のメンタルヘルスに対する既知のリスク要因を軽減させるにはどのような組織介入がよいかを評価する、より質の高いエビデンスを増やす必要がある。これには、介入によって対処されたリスク要因の明確な特定と、介入のどの要素がアウトカムに影響したかを確立することができるデザインが必要である。
- ▶ プロセス評価を含むクラスターランダム化デザインは、職場で導入される複雑な介入の有効性や実現可能性、ステークホルダーの受容性を評価するために使用できる。
- ▶ 研究をより適切に統合して比較できるよう、組織介入の効果的な実施に必要とされる共通の要素を特定する必要がある。
- ▶ 今後職場で起こりえる新たなリスク要因と、それをどのように軽減できるかについての、より質の高い研究を増やす必要がある。また、労働環境が絶えず変化することを念頭に、方針の立案および実施に向けて、エビデンスの基盤を強化すべきである。

高リスクの労働者について

- ▶ 医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者のメンタルヘルスの既知のリスク要因を軽減することを目的とした組織介入を評価する、より質の高い研究を増やす必要がある。そのような研究では、社会人口統計的状況、職業の種類、環境ごとの内訳を含め、メンタルヘルスのアウトカムについて、検証済みかつ文化的に適切な尺度を活用すべきである。
- ▶ 医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者を対象とした組織介入を、他の介入レベルと比較した場合の有効性および費用対効果について、さらに研究を進める必要がある。

心の健康問題のある労働者について

- ▶ ポジティブメンタルヘルスを向上させ、心の健康問題、自殺行動、物質使用の症状を軽減することを目的として、精神的苦痛のある労働者や、心の健康問題の診断基準を満たす労働者に対して実施される組織介入（合理的配慮など）の有効性、費用対効果、および実施状況を調査した、より質の高い研究を増やす必要がある。職場復帰介入の分野では比較的良好な一連の研究がある一方で、心の健康問題のある労働者—つまり、心の健康問題を伴って休職した後に職場復帰して仕事をしている労働者や、心の健康問題があるにもかかわらず、休職せずに仕事をしている労働者—を対象とした職場での配慮に関するエビデンスは、依然として少ない。
- ▶ 心の健康問題のある労働者への配慮を、実現可能かつ非差別的な方法で行うために必要な要素に関するエビデンスを増やす必要がある。

管理監督者トレーニングに関する研究の優先事項

メンタルヘルスについての管理監督者のトレーニングすべてに共通する事柄

- ▶ メンタルヘルスの管理監督者トレーニングに関連した研究には、アブセンティーズム、プレゼンティーズム、生産性、パフォーマンスなど、部下の仕事に関連するアウトカムの測定を含めるべきである。
- ▶ メンタルヘルスの管理監督者トレーニングが、重要なアウトカム（労働者の自殺行動や物質使用、管理監督者のリーダーシップスタイルなど）に有効であるかどうかを示すエビデンスを増やす。
- ▶ 部下のメンタルヘルスなど、主要アウトカムの測定では、フォローアップ期間をより長く（6か月以上）取るようにする。
- ▶ 介入実施に関する要素（期間など）や、内容に関する要素など、メンタルヘルスの管理監督者トレーニングの効果的な要素を特定する研究を増やす。
- ▶ リーダーシップに関連した管理監督者トレーニングと、それが健康上のアウトカムにもたらす影響に関する、より質の高い研究・試験を増やす。
- ▶ （職場でのスティグマを排除するなどの手段を通して）援助希求のアウトカムに効果的に対応するための介入に関する、より質の高い研究を増やす。

高リスクセクターについて

- ▶ 医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者の職場環境における、メンタルヘルスの管理監督者トレーニングの有効性および実現可能性を検討する研究を増やす。

労働者トレーニングに関する研究の優先事項

労働者トレーニングすべてに共通する事柄

- ▶ メンタルヘルスのリテラシーと意識向上トレーニング、このトレーニングが、困難を抱える同僚への支援提供ならびに援助希求行動（自殺防止を含む）の向上に与える効果に関連する、より質の高いエビデンスを増やす。
- ▶ 介入実施に関する要素（期間など）や、内容に関する要素など、メンタルヘルスの労働者トレーニングの効果的な要素を特定する研究を増やす。

高リスクの労働者について

- ▶ 医療従事者、人道支援従事者、保安職業従事者に、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキルについてトレーニングすることの有効性を判断するための、より質の高い、十分な根拠を備えた研究を増やす。
- ▶ トレーニングをどのくらいの頻度で行うべきか決断するための、中長期のフォローアップ期間での効果を特定するエビデンスを増やす。

個別介入に関するリサーチギャップ

個別介入すべてに共通する事柄

- ▶ ベースラインとフォローアップ時に、診断に関する評価を行い、メンタルヘルス診断の基準に当てはまる労働者の罹患を把握することで、精神的不健康の予防介入の効果の程度を確認する、質の高い研究を増やす。
- ▶ 特定の個人向け介入の有効性と費用対効果を比較評価した、より質の高い研究（効果の持続可能性を評価する中長期のフォローアップを含めたもの）を増やす。
- ▶ 検証済みの仕事に関連するアウトカムを含め、個人向け介入の効果を評価する、より質の高い研究（長期のフォローアップを含めたもの）を増やす。
- ▶ メンタルヘルスや仕事に関連するアウトカムに対して（仕事に焦点を当てた）心理社会的介入の効果的な要素（例：期間などの介入実施に関する要素や、心理社会的介入の様式などの内容に関する要素）を特定する研究を増やす。
- ▶ 自殺行動や物質使用のアウトカムをターゲットにした個人向け介入に関する研究を増やす。
- ▶ この分野において、クラスターランダム化比較試験を増やす。
- ▶ 単一の介入タイプ（例：個人向け介入単独）と比較した場合の、マルチモーダルプログラム（例：個人介入 + 組織介入の併用）の相加効果や比較効果を明らかにした、有効性と実装に関する研究を増やす。

心の健康問題を伴った欠勤に関するリサーチギャップ

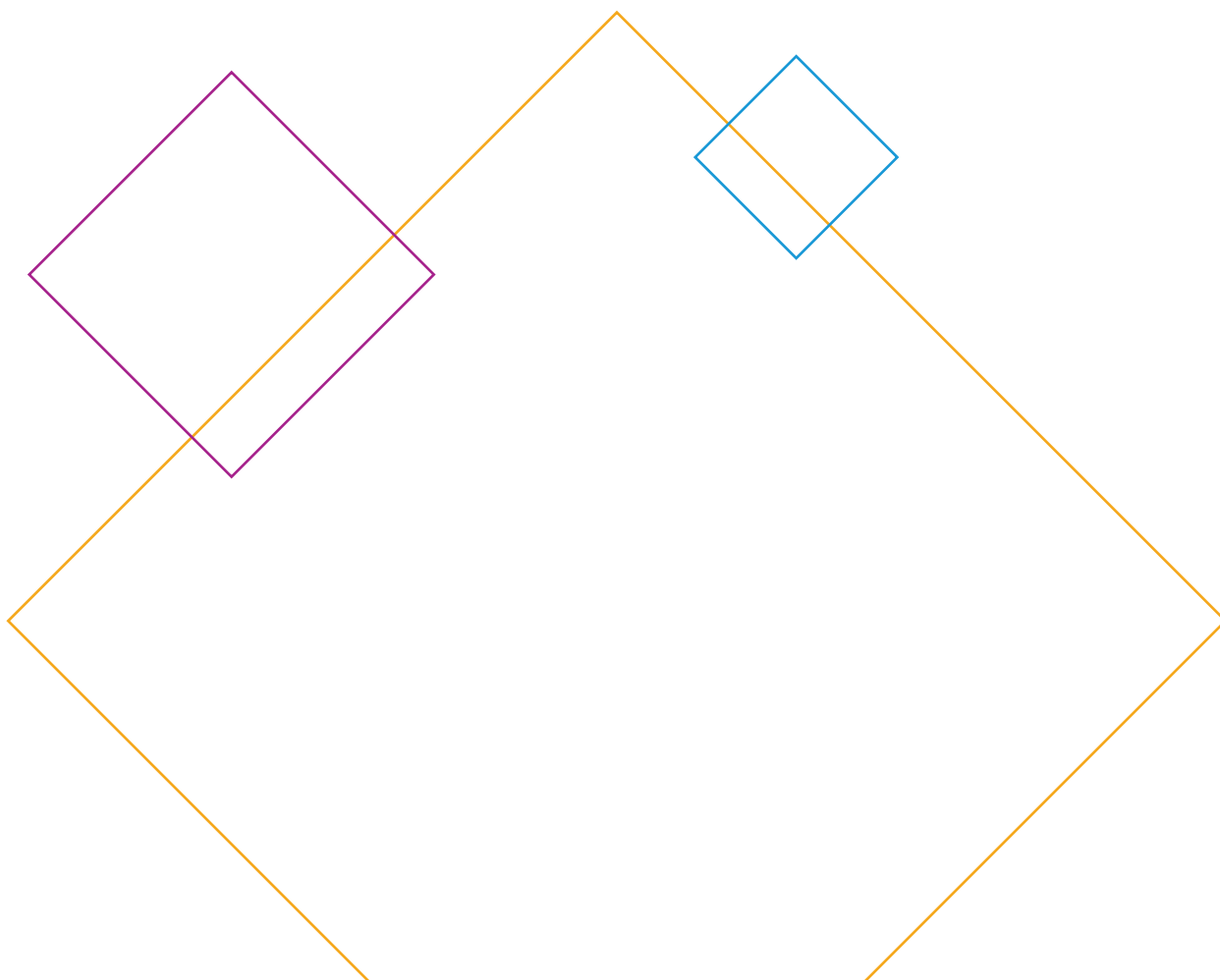
- ▶ 持続可能な職場復帰に焦点を当てた、より質の高い研究を増やす（例えば、フォローアップ期間を最低12か月に延長することで質を高める）。
- ▶ 心の健康問題を理由とした欠勤日数の減少に関するアウトカムだけでなく職場に復帰した期間、部分的に職場復帰してから完全に職場復帰するまでの期間、生産性、労働能力など、介入の有益性を示すアウトカムをより多く含める。
- ▶ 心の健康問題を伴った休職後の職場復帰を図る介入の費用対効果について検討する研究を増やす。
- ▶ 仕事に直接関連した介入と臨床的介入のどの組み合わせが、最も効果的で実現可能かを評価するための、より質の高い研究を増やす。

心の健康問題を抱える人々の就労に関するリサーチギャップ

- ▶ 職業訓練的・経済的包摂性を強化するリカバリー指向型の戦略（心の健康問題からのリカバリーに関するアウトカム や、雇用主の関心をひく仕事に関連するアウトカムを一貫して含むもの）の有効性について検討する研究を増やす。
- ▶ 職業訓練的・経済的包摂性を強化するリカバリー指向型の戦略の各介入の費用対効果を検討する、より質の高い研究を増やす。
- ▶ 軽度から中等度の心の健康問題のある人々を対象に、リカバリー指向型の戦略を実施することの有効性および実現可能性について検討する研究を増やす。

スクリーニングプログラムのリサーチギャップ

- ▶ 推奨事項を作成するには、職場でのスクリーニングプログラムの益と害、および心の健康問題の軽減に対するスクリーニングプログラムの有効性を評価するための、質の高い、十分な根拠を備えた研究が必要である。



本ガイドライン の普及と更新

普及

本ガイドラインはWHOのウェブサイトにも英語版が掲載されており、エグゼクティブ・サマリーは国連の6つの公用語すべてで閲覧可能である。メンタルヘルスおよび産業保健を担当する各国の省庁には、WHOの地域事務局および各国の事務所を通じて本ガイドラインが通知される。労働および雇用の担当省庁、労働者および雇用主の代表機関には、ILOを通じて本ガイドラインが通知される。本ガイドラインは、労働者の健康・安全・ウェルビーイング担当責任者または従事者を代表する組織、ならびにWHO協力センター、大学、非政府組織、および国連機関など、世界各国のさまざまなパートナーと共有される。

実施

推奨事項の円滑な実践を図るため、本ガイドラインには、WHO/ILO Policy Brief（WHOとILOが共同で策定した指針概要）を添付する。この指針概要は、幅広い普及を図るために国連の6つの公用語で記述されており、本ガイドラインから導き出される方針ならびに実施上の選択肢が提示されている。WHOの地域事務局ならびに各国の事務所は、国レベルでの実施を奨励する。また、世界保健総会で採択された「WHO包括的メンタルヘルスアクションプラン 2013-2030」ならびに「WHO健康、環境と気候変動に関する世界戦略」を導入し実践することを通じて、現地での実施が支援されるだろう。さらに、WHOは、保健衛生を担当する各国の省庁、WHO協力センター、主要なステークホルダーグループ（本ガイドラインの対象者を代表するグループ）、大学、非政府組織、および国連機関など、世界各国のパートナーの幅広いネットワークを通じて、本ガイドラインならびに付属の指針概要の普及を図る。ILOは、雇用主団体や労働者団体に加えて、労働分野の担当省庁を含めた三者間での指針概要の普及を促進する。これにより、職場のメンタルヘルスの予防、保護、促進および支援に関与する世界中の関係者の役割と責任に関する指針のガイダンスを提供する。

本ガイドラインの導入および実施の監視と評価

WHOは、本ガイドラインを適応または承認した国の数を確認することにより、各国の政策やプログラムにおける本ガイドラインの導入・実施状況を監視する。WHOは、*WHO atlas*[17]や、その他の定められた手法（WHO MiNDbankデータベース²⁰など）を用いて、各国の政策や労働者へのサービス提供が、推奨事項と統合するためにどのように調整されたかを評価する。WHOは、本ガイドラインの有用性と影響を評価するため、実施状況や主要なステークホルダーからの定期的なフィードバックを継続的に収集する。

本ガイドラインの今後の更新

本ガイドラインは5年間有効である。WHO事務局は、技術専門家と協議の上、特にエビデンスの確実性が「低」または「非常に低」とされた課題について、労働者のメンタルヘルスの促進、予防、介入に関する研究開発を引き続き進めていく。新たなエビデンスが明らかになった場合や、現在の推奨事項に影響を与え得るその他の重要な検討事項が生じた場合、WHOは、*WHO handbook for guideline development, second edition*[26]に記載されている手順に従って、本ガイドラインの更新を行う。

²⁰ <https://www.mindbank.info> を参照のこと（アクセス日：29 May 2022）。

参考文献

1. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, accessed 26 August 2022).
2. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–24.
3. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, ninth session, Geneva, 18–24 September 1984. Geneva: International Labour Organization; 1986.
4. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443266.pdf, accessed 26 August 2022).
5. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190). Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190, accessed 26 August 2022).
6. León-Pérez JM, Escartín J, Giorgi G. The presence of workplace bullying and harassment worldwide. In: D'Cruz P, Noronha E, Notelaers G, Rayner C, editors. *Concepts, approaches and methods. Handbooks of workplace bullying: emotional abuse and harassment, volume 1*. Singapore: Springer; 2021:55–86.
7. Toth KE, Yvon F, Villotti P, Lecomte T, Lachance J-P, Kirsh B et al. Disclosure dilemmas: how people with a mental health condition perceive and manage disclosure at work. *Disabil Rehab*. 2021;11:1–11.
8. Women and men in the informal economy: a statistical picture. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf, accessed 26 August 2022).
9. López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*. 2015;15:698.
10. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):485–9.
11. Makhubele M, Ravhuhali K, Kuonza L, Mathee A, Kgalamono S, Made F et al. Common mental health disorders among informal waste pickers in Johannesburg, South Africa 2018 – a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2618.
12. Working time and the future of work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://labordoc.ilo.org/discovery/delivery/41ILO_INST:41ILO_V1/1258409590002676, accessed 26 August 2022).
13. Healthy and safe telework: technical brief. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341505/9789240015579-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, accessed 26 August 2022).
14. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Wilson JR, Corlett N, editors. *Evaluation of human work*. London: CRS Press; 2005.
15. Workplace stress – a collective challenge. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf, accessed 26 August 2022).
16. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155) and Recommendation (No.164). Geneva: International Labour Organization; 1981 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R164,/Document, accessed 26 August 2022).
17. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 26 August 2022).
18. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>, accessed 26 August 2022).
19. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331959>, accessed 26 August 2022).

20. Occupational health and safety management – psychological health and safety at work – guidelines for managing psychosocial risks. Geneva: International Organization for Standardization; 2021.
21. Labor force participation rate, total (% of total population ages 15+) (modeled ILO estimate). Washington (DC): The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.ZS>, accessed 27 May 2022).
22. The mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328742>, accessed 26 August 2022).
23. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(9):897–909.
24. Strohmeier H, Scholte WF. Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:28541.
25. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 26 August 2022).
26. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014.
27. Kröll C, Doeblér P, Nüesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *Eur J Work Organ Psychol*. 2017;26(5):677–93.
28. Daniels K, Gedikli C, Watson D, Semkina A, Vaughn O. Job design, employment practices and well-being: a systematic review of intervention studies. *Ergonomics*. 2017;60(9):1177–96.
29. Verbeek J, Ruotsalainen J, Laitinen J, Korkiakangas E, Lusa S, Mänttari S et al. Interventions to enhance recovery in healthy workers; a scoping review. *Occup Med (Lond)*. 2019;69(1):54–63.
30. Shrestha N, Kukkonen-Harjula K T, Verbeek J H, Ijaz S, Hermans V, Pedisic Z. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; (6):CD010912.
31. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (4):CD010306.
32. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD008009.
33. Lau RWM, Mak WH. Effectiveness of workplace interventions for depression in Asia: a meta-analysis. *SAGE Open*. 2017;(7)2. doi:10.1177/2158244017710293.
34. Mlekus L, Maier GW. More hype than substance? A meta-analysis on job and task rotation. *Front Psychol*. 2021;12:633530.
35. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–13.
36. van der Molen HF, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MH, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(7):e034849.
37. Rugulies R, Sørensen K, Di Tecco C, Bonafede M, Rondoni BM, Ahn S et al. The effect of exposure to long working hours on depression: a systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int*. 2021;155:106629.
38. Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, Hanson LLM, Lallukka T, Nyberg ST et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Health*. 2018;44(3):239–50.
39. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*. 2015;350:g7772.
40. Richter K, Peter L, Rodenbeck A, Weess HG, Riedel-Heller SG, Hillemecher T. Shiftwork and alcohol consumption: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(1):9–15.
41. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245–53.
42. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Bendz LT, Grape T, Hogstedt C et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–14.
43. Duchaine CS, Aubé K, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Ndjaboué R, Massamba V et al. Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(8):842–51.
44. Madsen IE, Nyberg ST, Hanson LM, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with

- additional individual participant data. Psychol Med. 2017;47(8):1342–56.
45. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. PLoS One. 2015;10(8):e0135225.
46. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health. 2020;46(4):339–49.
47. Schmidt S, Roesler U, Kusserow T, Rau R. Uncertainty in the workplace: examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression – a meta-analysis. Eur J Work Organ Psychol. 2014;23(1):91–106.
48. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Int Arch Occup Environ Health. 2016;89(4):561–73.
49. Milner A, Scovelle AJ, King TL, Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2019;73(6):569–76.
50. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Scand J Work Environ Health. 2017;43(4):294–306.
51. Yoshimura K, Kawakami N, Tsutsumi A, Inoue A, Kobayashi Y, Takeuchi A et al. Cost-benefit analysis of primary prevention programs for mental health at the workplace in Japan. J Occup Rehabil. 2012;55(1):11–24.
52. Working conditions in a global perspective. Brussels and Geneva: Publications Office of the European Union and International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/---publ/documents/publication/wcms_696174.pdf, accessed 26 August 2022).
53. Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L, & World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. Raising awareness of stress at work in developing countries: advice to employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42956>, accessed 26 August 2022).
54. International minimum requirements for health protection in the workplace. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259674>, accessed 26 August 2022).
55. Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948. United Nations General Assembly Resolution 217 A(III). New York (NY): United Nations; 1948 (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, accessed 26 August 2022).
56. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155). Geneva: International Labour Organization; 1981 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155, accessed 26 August 2022).
57. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331959/9789240000377-eng.pdf?ua=1>, accessed 26 August 2022).
58. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. Br J Surg. 2011;98(4):469–79.
59. Romppanen J, Häggman-Laitila A. Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. J Adv Nurs. 2017;73(7):1555–69.
60. Sakuraya A, Imamura K, Watanabe K, Asai Y, Ando E, Eguchi H et al. What kind of intervention is effective for improving subjective well-being among workers? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Psychol. 2020;11:528656.
61. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195–205.
62. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, accessed 26 August 2022).
63. ILO guidelines on decent work in public emergency services. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/-sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf, accessed 26 August 2022).
64. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Kojo Arhinful D, Rinke de Wit TF. Assessing the impact of community engagement interventions on health worker motivation and experiences with clients in primary health facilities in Ghana: a randomized cluster trial. PLoS One. 2016;11(7):e0158541.

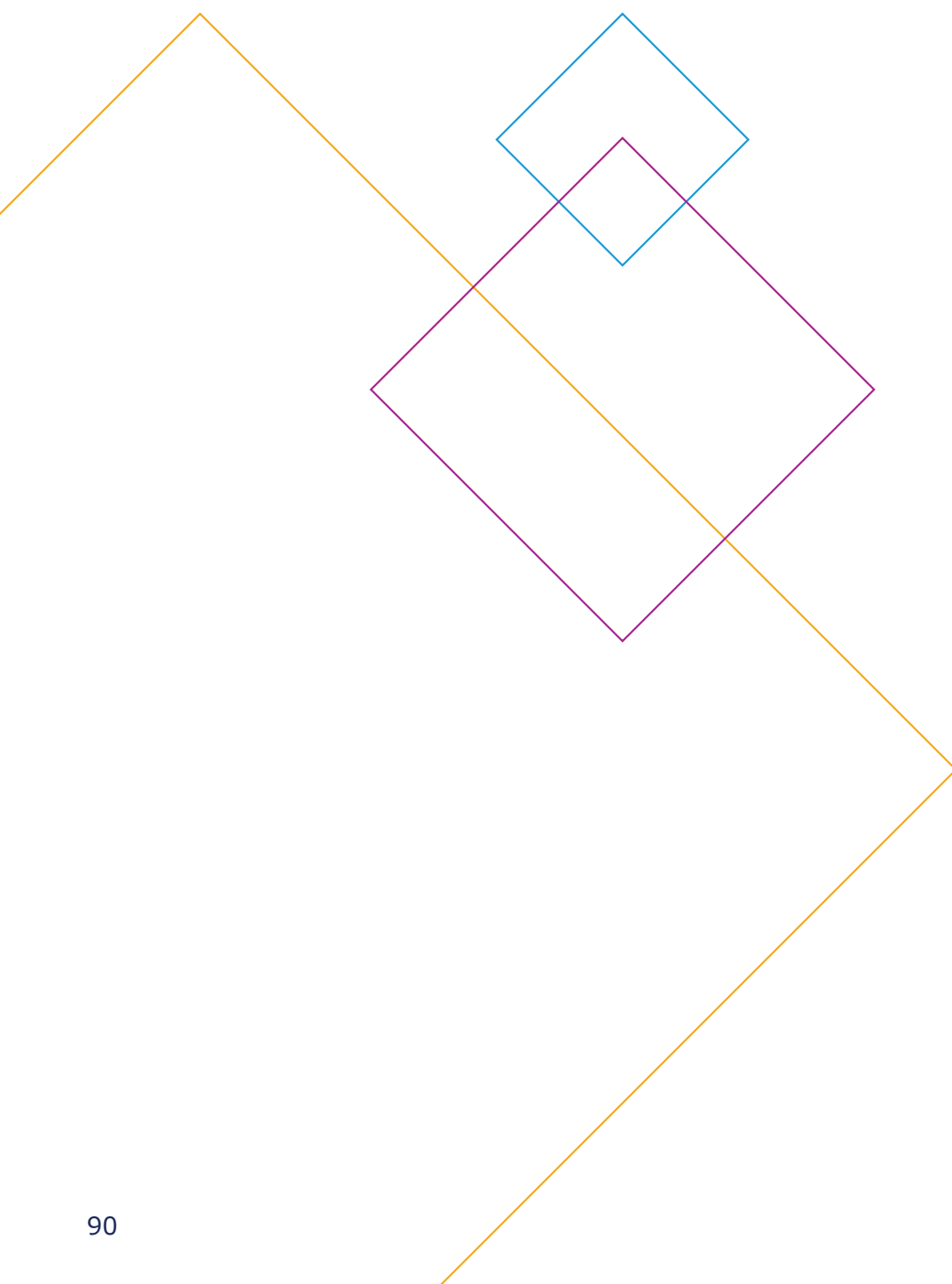
65. Strohmeier H, Scholte WF, Ager A. How to improve organisational staff support? Suggestions from humanitarian workers in South Sudan. *Intervention*. 2019;17(1):40–9.
66. Occupational Health Services Convention (No.161). Seventy-first International Labour Conference. Geneva: International Labour Organization; 1985 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,/Document, accessed 26 August 2022).
67. Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64(3):461–75.
68. Bolo C, Sareen J, Patten S, Schmitz N, Currie S, Wang J. Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*. 2013;55(11):1293–99.
69. Secker J, Membrey H, Grove B, Seeborn P. The how and why of workplace adjustments: contextualizing the evidence. *Psychiatr Rehabil J*. 2003;27(1):3.
70. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations General Assembly Resolution A/ RES/61/106. New York (NY): United Nations; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 26 August 2022).
71. Chow CM, Cichocki B. Predictors of job accommodations for individuals with psychiatric disabilities. *Rehabil Couns Bull*. 2016;59(3):172–84.
72. Granger B, Baron R, Robinson S. Findings from a national survey of job coaches and job developers about job accommodations arranged between employers and people with psychiatric disabilities. *J Vocat Rehabil*. 1997;9(3):235–51.
73. Chow CM, Cichocki B, Croft B. The impact of job accommodations on employment outcomes among individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2014;65(9):1126–32.
74. Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Perceived needs for and use of workplace accommodations by individuals with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*. 2011;53(11):1268–72.
75. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention (No. 159). Geneva: International Labour Organization; 1983 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C159,/Document, accessed 26 August 2022).
76. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Recommendation (No. 168). Geneva: International Labour Organization; 1983 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R168, accessed 26 August 2022).
77. Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J, Bryan BT, LaMontagne AD, Milner A et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2018;75(6):462–70.
78. Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J. Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(9):CD010905.
79. Dimoff JK, Kelloway EK. With a little help from my boss: the impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):4.
80. Workplace health: management practices. NICE Guideline [NG13]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
81. Dawkins S, Martin A, Kilpatrick M, Scott J. Reasons for engagement: SME owner-manager motivations for engaging in a workplace mental health and wellbeing intervention. *J Occup Environ Med*. 2018;60(10):917–27.
82. Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health*. 2011;53(1):1–9.
83. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med*. 2012;42(8):1741–52.
84. Stuber F, Seifried-Dübon T, Rieger MA, Gündel H, Ruhle S, Zipfel S et al. The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(2):203–20.
85. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, Barnes C, Madan I, Dobson M et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a

- cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(11):850–8.
86. Akhanemhe R, Wallbank S, Greenberg N. An evaluation of REACTMH mental health training for healthcare supervisors. *Occup Med (Lond)*. 2021;71(3):127–30.
87. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>, accessed 26 August 2022).
88. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):1–11.
89. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, LaMontagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*. 2014;30(1):29–37.
90. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of mental health First Aid training: effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197102.
91. Forthal S, Sadowska K, Pike KM, Balachander M, Jacobsson K, Hermosilla S. Mental health first aid: a systematic review of trainee behavior and recipient mental health outcomes. *Psychiatr Serv*. 2021;appi.ps.202100027.
92. Lu S, Li W, Oldenburg B, Wang Y, Jorm AF, He Y et al. Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1–12.
93. Moll SE, Patten S, Stuart H, MacDermid JC, Kirsh B. Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *Canadian J Psych*. 2018;63(12):826–33.
94. Tan L, Harvey SB, Deady M, Dobson M, Donohoe A, Suk C et al. Workplace mental health awareness training: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2021;63(4):311–6.
95. Krameddine Y, DeMarco D, Hassel R, Silverstone PH. A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost-effective. *Front Psychiatry*. 2013;4:9.
96. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Greenberg N, Rubin GJ. Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *J Ment Health*. 2018;15:1–25.
97. Caulfield A, Vatansever D, Lambert G, Van Bortel T. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024059.
98. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017;30(2):111–16.
99. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer support and crisis-focused psychological interventions designed to mitigate post-traumatic stress injuries among public safety and frontline healthcare personnel: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7645.
100. Maricuțoiu LP, Sava FA, Butta O. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: a meta-analysis. *J Occup Organ Psychol*. 2016;89(1):1–27.
101. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, de Diego-Cordero R, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia interventions in the workplace: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6401.
102. Slemp GR, Jach HK, Chia A, Loton DJ, Kern ML. Contemplative interventions and employee distress: a meta-analysis. *Stress Health*. 2019;35(3):227–55.
103. Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189904.
104. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e271.
105. Phillips EA, Gordeev VS, Schreyögg J. Effectiveness of occupational e-mental health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(6):560–76.
106. Oakman J, Neupane S, Proper KI, Kinsman N, Nygård C-H. Workplace interventions to improve work ability: a systematic review and meta-analysis of their effectiveness. *Scand J Work Environ Health*. 2018;134–46.
107. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Aalten P, Batelaan N, Salemink E et al. Prevention and treatment of mental health and psychosocial problems in college students:

- an umbrella review of meta-analyses. *Clin Psychol.* 2021;28(3):229.
108. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. London:Public Health England; 2017 (<https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health.pdf>, accessed 26 August 2022).
 109. Baxter S, Sanderson K, Venn AJ, Blizzard CL, Palmer AJ. The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot.* 2014;28(6):347–63.
 110. Hamdani SU, Rahman A, Wang D, Chen T, van Ommeren M, Chisholm D et al. Cost-effectiveness of WHO problem management plus for adults with mood and anxiety disorders in a post-conflict area of Pakistan: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020;217(5):623–9.
 111. Martin A, Kilpatrick M, Scott J, Cocker F, Dawkins S, Brough P et al. Protecting the mental health of small-to-medium enterprise owners: a randomized control trial evaluating a self-administered versus telephone supported intervention. *J Occup Environ Med.* 2020;62(7):503.
 112. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>, accessed 26 August 2022).
 113. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf, accessed 26 August 2022).
 114. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *Am J Health Promot.* 2020;34(8):929–41.
 115. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):CD012527.
 116. Petrie K, Crawford J, Baker ST, Dean K, Robinson J, Veness BG et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(3):225–34.
 117. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272–81.
 118. Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2020;96(5):751–64.
 119. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs.* 2017;73(5):1017–34.
 120. Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness.* 2020;11(8):1914–34.
 121. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017;94:218–29.
 122. Alden L, Matthews L, Wagner S, Fyfe T, Randall C, Regehr C et al. Systematic literature review of psychological interventions for first responders. *Work Stress.* 2021;35(2):193–215.
 123. WHO mhGAP Guideline Update. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132>, accessed 26 August 2022).
 124. Nigatu YT, Huang J, Rao S, Gillis K, Merali Z, Wang J. Indicated prevention interventions in the workplace for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2019;56(1):e23–33.
 125. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry.* 2018;54:124–44.
 126. de Oliveira C, Cho E, Kavelaars R, Jamieson M, Bao B, Rehm J. Economic analyses of mental health and substance use interventions in the workplace: a systematic literature review and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(10):893–910.
 127. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(10):CD006237.

128. Arends I, Bruinvels D J, Rebergen D S, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD006389.
129. Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264124523-en.pdf?expires=1663782644&id=id&accname=ocid195767&checksum=9A2DD9B929EF6B5AA3462856A113051E>, accessed 26 August 2022).
130. da Silva Junior JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008–2011. *Rev Saude Publica*. 2014;186–90.
131. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A et al. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 2020;30(3):381–419.
132. Rebergen D, Bruinvels D, Van Tulder M, Van der Beek A, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med*. 2009;313–22.
133. Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, Boon B, Beekman AT et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2017;7(10):e016348.
134. Taimela S, Justen S, Aronen P, Sintonen H, Läärä E, Malmivaara A et al. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2008;65(4):242–48.
135. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(9):CD011867.
136. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9):CD008297.
137. van Rijn RM, Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2016;73(4):275–9.
138. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, Khoronzhevych M, Levack WM. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(10):e039699.
139. Marshall RE, Milligan-Saville J, Petrie K, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. Mental health screening amongst police officers: factors associated with under-reporting of symptoms. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):1–8.
140. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance (OSH No. 72) Geneva: International Labour Office; 1998 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_177384.pdf, accessed 26 August 2022).
141. Occupational health services recommendation (No. 171). Geneva: International Labour Organization; 1985 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R171,/Document#:~:text=Occupational%20health%20services%20should%20participate%20in%20the%20training%20and%20regular,to%20occupational%20safety%20and%20health, accessed 26 August 2022).
142. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330829>, accessed 26 August 2022).
143. Ethics in the office. Office Directive (Internal Governance Documents System, No. 76). Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/genericdocument/wcms_713105.pdf, accessed 26 August 2022).
144. Code of ethics and professional conduct. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/about/ethics>, accessed 22 May 2022).

145. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
146. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6.
147. Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A et al. The GRADE working group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017;87:4–13.
148. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 1):e000844.
149. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices.1 Introduction. *BMJ*. 2016;353:i2016
150. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049–51.



付録：用語集



有害事象

本ガイドラインにおいて、有害事象はキークエスション（カギとなる問い）のアウトカムと定義され、所定の介入によって研究参加者に生じたあらゆる出来事（脱落など）が含まれる。

バーンアウト

バーンアウトとは、適切に管理されなかった慢性的な職場のストレスに起因するものとして概念化される症候群である。これには、1) 消耗した、あるいは疲れ果てたといった感覚、2) 仕事からの心理的距離が大きくなる、あるいは仕事について否定的または皮肉的な感情を抱く、3) 職務上の達成感が低下するという、3つの側面がある²¹。バーンアウトという言葉は、職場での苦痛を表す表現として、しばしば使用されることがある。

精神的苦痛

これは、例えば、悲しみ、怒り、不安、イライラなどの否定的な情緒の状態を構成するものである。精神的苦痛を感じている人は、ICDにおける精神疾患の診断基準を満たしている場合もあれば、そうでない場合もある。

エビデンスから決断に導くための枠組み

意思決定したり推奨事項の作成を行ったりするために使用される検討事項を表形式で示したもの。

フォーマルセクター

法人企業に所属するすべての労働者。

GRADE

GRADE（The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation）は、臨床または公衆衛生のガイドラインにおける推奨度を定める際に、エビデンスの総体の確実性を評価し、検討事項を構築するためのシステムである。

GRADEエビデンスのプロファイル

特定の問いに対する一連のエビデンスの効果とGRADEの確実性の評価の要約（通常は対象集団、介入、比較対象、アウトカム（PICO）形式）を表形式で表したものである。

援助希求行動

本ガイドラインにおいて、援助希求行動はキークエスションのアウトカムと定義され、心の健康問題などの特定の問題に対して支援を求めたり、支援を利用したりといった行動をとることが含まれる。

非正規雇用

これには、当該の仕事において国の労働法で保護されていない（すなわち、仕事に関連した社会保障制度に加入していない、または特定の福利厚生を利用する権利がない）雇用者、非公式とみなされる生産単位に属する雇用主、生産者共同組合の組合員、自己採算労働者（生産物が営利目的の場合に限る）、および寄与的家族従業者が含まれる²²。

インフォーマルセクター

少なくとも部分的には市場向けの生産活動を行っているが、登記されていない、法人格のない企業に所属するすべての労働者。

管理監督者

本ガイドラインでは、管理監督者とは、他の労働者を監督、管理、または指導する責任を負う労働者を指す。すなわち、管理監督者は、企業または企業内の組織単位の活動全体を計画、指揮、調整、および評価する雇用者を指す²³。

²¹ International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization (<https://icd.who.int/en>, accessed 25 May 2022).

²² Indicator description: informality. ILOSTAT. Geneva: International Labour Organization ([Indicator description: Informality - ILOSTAT](https://stats.ilo.org/indicator/SDG-8.8.1), accessed 25 May 2022).

²³ International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_172572/lang-en/index.htm, accessed 25 May 2022).

管理、リーダーシップスタイル、コミュニケーション

本ガイドラインでは、管理、リーダーシップスタイル、コミュニケーションは、コミュニケーションの様式、個々の従業員への配慮、管理行動における公正さ、社会的支援、明確性の提供、情報およびフィードバックの提供、雇用者の参加と管理の促進、あるいはリーダーシップスタイル（例：侮辱的、放任型、専制型、民主型）を把握するためのキークエスションのアウトカムを指す。

精神疾患

ICD-11で定義されているように、精神疾患とは、精神的および行動的機能の基礎となる心理的、生物学的または発達のプロセスの機能障害を反映する、個人の認知、感情制御または行動に関する臨床的に重要な障害を特徴とする症候群である。通常、これらの障害は、個人、家族、社会、学業、仕事、その他の重要な機能領域における困難や障害を伴う。

メンタルヘルス

人々が日々のストレスに対処し、自分の能力を発揮し、よく学び、よく働き、自身の所属するコミュニティに貢献することができる、精神的なウェルビーイングが保たれている状態。メンタルヘルスは、健康およびウェルビーイングの不可欠な要素であり、精神疾患がないことだけを意味するものではない。

心の健康問題

精神疾患および心理社会的障害を包含する広義の用語。強い苦痛、機能障害、自傷行為の危険性を伴うその他の精神状態も含む。したがって、強い精神的苦痛も含まれる。

メンタルヘルスに関する知識・態度・スキル

本ガイドラインでは、メンタルヘルスの知識・態度・スキルとは、キークエスションに対するアウトカムを指す。この用語は、メンタルヘルスのためのリテラシー（知識）を高め、差別的な態度を変え、他者に適切な支援を提供する行動や振る舞いを通じて、スティグマを軽減するための介入の主要なターゲット変数となる。

ポジティブメンタルヘルス

本ガイドラインにおいて、ポジティブメンタルヘルスはキークエスションのアウトカムを指す。これは、精神的なウェルビーイング、生活の満足感、肯定的な自己概念、自尊心、自己コントロール、自己効力感の回復力（心の健康問題とは対照的なもの）の側面を捉えることを目的としている。

心理社会的障害

障害者権利条約に示されている通り、長期的に精神的な機能障害のある人が、他者と平等に完全かつ効果的に社会に参加するうえで、その妨げとなり得るさまざまな障壁と相対した際に生じる障害である。そのような障壁の例として、差別、スティグマ、排除が挙げられる。

心理社会的介入

心理社会的介入には、健康機能とウェルビーイングを向上させるための対人的あるいは情報的活動、技術、または戦略が含まれる²⁴。メンタルヘルスを対象とした場合、これらの介入には、心理教育、ストレスマネジメント（リラクゼーション法やマインドフルネスを含む）、情緒的または実践的な社会的支援（心理的応急処置を含む）、そしてさまざまな社会的および社会復帰のための活動（ピアサポートや雇用・住宅支援を含む）が含まれる²⁵。心理社会的介入は、行動活性化、問題解決療法、認知行動療法（CBT）、対人関係療法（IPT）などの心理学的治療を包含する包括的なカテゴリーである。

²⁴ England MJ, Butler AS, Gonzalez ML, editors. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington (DC): National Academies Press; 2015.

²⁵ Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Acarturk C, Eaton J, Gastaldon C et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2020; 7(2):162–72. doi:10.1016/S2215-0366(19)30511-5.

生活の質

本ガイドラインにおいて、生活の質とは、当人の目標、期待、基準、および懸念に関連しており、個人が生活を営んでいる文化および価値の体系という文脈における、生活の中での自らの位置づけに対する個人の認識を把握するキークエスションのアウトカムである。

生活機能

本ガイドラインでは、生活機能とは、活動を行い、仕事以外の生活領域に参加する能力（例：認知、コミュニケーション、移動性、セルフケア、人間関係、家庭生活、地域および市民生活活動、生活への参加）を説明するキークエスションのアウトカムを指す。

ケアの満足度

本ガイドラインにおいて、ケアの満足度は、意思決定プロセスへの利用者や家族の関与、提供される情報の質、状態に関するコミュニケーション、ケア提供者のスキル・能力など、ケアに対する利用者および家族の満足度を捉えるキークエスションのアウトカムである。

物質使用

本ガイドラインにおいて、物質使用は飲酒、飲酒頻度、アルコール関連の問題、飲酒の開始、初めて酩酊状態に陥ったとき、大量飲酒、アルコールの乱用として測定される、アルコールあるいは違法薬物の使用状況を測るキークエスションのアウトカムと定義される。薬物使用とは、大麻、オピオイド、覚醒剤の使用、および処方薬の乱用を指す。

自殺行動

本ガイドラインにおいて、自殺行動は自傷行為（自殺未遂を含む）、希死念慮、自殺を測るキークエスションのアウトカムと定義される。

労働者

本ガイドラインにおいて、労働者とは18歳以上の有給の仕事に従事する個人を指す。労働者（雇用されている人）は通常、少なくとも短期間（特定の短期間中）、賃金あるいは利益を得るために、商品の生産活動やサービスの提供活動に従事していた、すべての労働可能な年齢の者として定義される。

仕事に関連するアウトカム

本ガイドラインにおいて、仕事に関連するアウトカムとは、アブセンティーズム（通常の欠勤）、プレゼンティーズム（機能が完全でないときでも出勤しているために効率の低下が想定されるもの）、生産性（職務の成果）、ワーク・エンゲイジメント（仕事に対する充実したつながりを感じていること）、職務能力（仕事に従事するための機能的なキャパシティおよびコンピテンシー）、欠勤、離職、辞職、復職、就労の継続、仕事の満足度、在職期間、雇用形態（パートタイム雇用、フルタイム雇用、失業）など、職場で機能している状態を示す幅広い要素を捉えるためのキークエスションのアウトカムを指す。

付録1

本ガイドラインへの貢献者

本ガイドラインの策定には以下の者が貢献した。それぞれの役割を表1にまとめて示す。

1.本ガイドラインの策定プロセスにおける全体調整ならびに技術支援を提供するため、 本ガイドラインのトピックに関連するWHOの諸部門で構成され WHO運営グループが編成された。

氏名	所属部署
Faten Ben Abdelaziz	Health Promotion
Alex Butchart	Social Determinants of Health
Alarcos Cieza	Management of Noncommunicable Diseases
Ivan Ivanov	Health, Environment and Climate Change
Catherine Kane	Health Workforce
Hyo-Jeong Kim	Emergencies Operations
Aiysha Malik*	Mental Health and Substance Use
Mark van Ommeren**	Mental Health and Substance Use
Juana Willumsen	Health Promotion

(*)担当技官

(**) 議長

2.ガイドライン開発グループ（GDG） には、技術、学術、実施ならびに政策面の専門家が含まれた。GDGメンバーの選定においては、関連する専門分野、性別、地理的代表性を考慮した。

氏名	所属	WHO地域区分	専門領域
Mirai Chatterjee	Director, Self-Employed Women's Association, India	東南アジア地域	ジェンダー、不平等、社会的保護、健康の社会的決定要因、インフォーマル経済
Capucine de Fouchier ^a	Mental Health and Psychosocial Support Specialist (Independent)	ヨーロッパ地域	人道支援従事者に向けた職場のメンタルヘルスサービスの立案および提供
Samuel Harvey	Professor, Executive Director and Chief Scientist, Black Dog Institute, University of New South Wales, Australia	西太平洋地域	産業精神医学、精神疾患疫学、職場のメンタルヘルス領域の研究
Hiroto Ito ^b	Professor, Department of Health Policy and Management, Faculty of Medicine, Tohoku Medical and Pharmaceutical University, Japan	西太平洋地域	労働安全精神衛生に関する健康方針ならびにマネジメント
Norito Kawakami	Professor, Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan	西太平洋地域	職場のメンタルヘルス、地域精神保健、疫学
Spo Kgalamono ^c	Executive Director, National Institute for Occupational Health, National Health Laboratory Service, South Africa	アフリカ地域	産業医学、LMICにおける労働衛生サービスの実施
Nour Kik	Policy and Advocacy Coordinator, National Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Lebanon	東地中海地域	メンタルヘルス政策、職場のメンタルヘルスプログラムの国レベルでの実施
Margaret Kitt	Deputy Director, National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention, USA; Director, WHO Collaborating Centre for Occupational Health	アメリカ地域	産業医学、心理社会的リスク政策
Anthony D. LaMontagne	Professor, Institute for Health Transformation, School of Health & Social Development, Deakin University, Australia	西太平洋地域	応用疫学、職場のメンタルヘルス、労働安全衛生介入、職場評価のための政策介入
Sapna Mahajan ^d	Director, Genomics and Society, Genome Canada, Canada	アメリカ地域	国・地域・国際レベルでの職場のメンタルヘルス基準の策定・実施、公衆衛生

氏名	所属	WHO地域区分	専門領域
Seyed Kazem Malakouti	Professor, School of Behavioural Sciences and Mental Health, Teheran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Iran; Director, WHO Collaborating Centre for Mental Health	東地中海地域	プライマリ・ケアにおけるメンタルヘルスサービスの統合、自殺予防、物質使用予防
Jose Luis Ayuso-Mateos	Professor, Department of Psychiatry, Medical School, Autonomous University of Madrid, CIBERSAM, Spain; Director, WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health Services	ヨーロッパ地域	精神疾患、慢性的な健康問題および職場の包摂性の疫学および介入
Karina Nielsen	Professor, Institute of Work Psychology, Sheffield University Management School, The University of Sheffield, UK	ヨーロッパ地域	精神的ウェルビーイングへの組織介入の開発・実施・評価、組織心理学、職場復帰
Christopher Prinz ^e	Organisation for Economic Co-operation and Development, France	ヨーロッパ地域	雇用および障害に関する政策
Pratap Sharan	Professor, Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, India	東南アジア地域	公衆精神保健、医療従事者のメンタルヘルス
Katherine Sorsdahl	Professor, Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa; Co-Director, Alan J. Flisher Centre for Public Mental Health	アフリカ地域	国際精神保健、保健システム強化
Graham Thornicroft	Professor Sir, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK; Director, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health	ヨーロッパ地域	スティグマ、地域精神医学、国際精神保健、ガイドライン開発

^a 本ガイドライン作成開始時および推奨会議時の所属：International Committee of the Red Cross, Switzerland.

^b 本ガイドライン作成開始時および推奨会議時の所属：Director, Research Center for Overwork-Related Disorders, Japan Organization of Occupational Health and Safety, Japan

^c 推奨会議までGDGに参加していたが、個人的な理由により、それ以降の参加が叶わなかった。

^d 本ガイドライン作成開始時の所属。推奨会議の前はMental Health Commission of Canada（カナダ）に籍があった。

^e 推奨会議までGDGに参加した。個人的な事情により、2021年5月にGDGからの脱退を申請した。

3.外部審査グループ（ERG） は、技術専門家、雇用主、労働者団体、メンタルヘルスの実務経験を持つ者の代表者で構成され、本ガイドライン草案のピアレビューを行い、技術的なフィードバックの提供、事実の誤りの特定、文言の明確さに関する進言、実施・適応・文脈上の問題に関連する考慮事項の提示を行った。ERGメンバーの選定においては、関連する専門分野、性別、地理的代表性を考慮した。

氏名	所属	WHO地域区分
Atalay Alem	Addis Ababa University, Ethiopia	アフリカ地域
Fabrice Althaus	International Committee of the Red Cross, Switzerland	ヨーロッパ地域
Lamia Bouzgarrou	University of Monastir, Tunisia	東地中海地域
Marc Corbière	University of Quebec in Montreal, Canada	アメリカ地域
Premilla D'Cruz	Indian Institute of Management Ahmedabad, India	東南アジア地域
Carolyn Dewa	University of California- Davis, USA	アメリカ地域
Frida Marina Fischer	University of São Paulo, Brazil	アメリカ地域
Roshan Galvaan	University of Cape Town, South Africa	アフリカ地域
Nick Glozier	University of Sydney, Australia	西太平洋地域
Neil Greenberg	King's College London, UK	ヨーロッパ地域
Birgit Greiner	University College Cork, Ireland	ヨーロッパ地域
Nadine Harker	South African Medical Research Council, South Africa	アフリカ地域
Ehimare Iden	Occupational Health and Safety Managers, Nigeria	アフリカ地域
João Silvestre Silva-Junior	São Camilo University Center, Brazil	アメリカ地域
Inah Kim	Hanyang University College of Medicine, Republic of Korea	西太平洋地域
George Leveridge	Jamaica Constabulary Force, Jamaica	アメリカ地域
Shuang Li	National Institute for Occupational Health and Poison Control, China	西太平洋地域
Elizabeth Linos	University of California- Berkeley, USA	アメリカ地域
Ed Mantler	Mental Health Commission of Canada	アメリカ地域

氏名	所属	WHO地域区分
Angela Martin	University of Tasmania, Australia	西太平洋地域
Christina Maslach	University of California- Berkeley, USA	アメリカ地域
Álvaro Roberto Crespo Merlo	Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil	アメリカ地域
María Elisa Ansoleaga Moreno	Universidad Diego Portales, Chile	アメリカ地域
Nina Hedegaard Nielsen	Independent psychosocial risks expert, Denmark	ヨーロッパ地域
Reiner Rugulies	National Research Centre for the Working Environment, Denmark	ヨーロッパ地域
Godfrey Zari Rukundo	Mbarara University of Science and Technology, Uganda	アフリカ地域
Kamalesh Sarkar	National Institute of Occupational Health, India	東南アジア地域
Vandad Sharifi	Tehran University of Medical Sciences, Iran	東地中海地域
JianLi Wang	Dalhousie University , Canada	アメリカ地域
Mohammad Taghi Yasami	Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran	東地中海地域
Dieter Zapf	Goethe University Frankfurt, Germany	ヨーロッパ地域

団体並びに主要ステークホルダーの代表者

Melissa Pitotti	Core Humanitarian Standard [CHS] Alliance
Sarah Copsey	European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]
Julia Flintrop	
Olga Kalina	European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry [ENUSP]
Guadalupe Morales Cano	
Claudia Sartor	Global Mental Health Peer Network [GMHPN]
Madeline A, Naegle	International Council of Nurses [ICN]*
Pierre Vincensini	International Organization of Employers [IOE]
Rory O'Neill	International Trade Union Confederation [ITUC]
Victor Ugo	Mentally Aware Nigeria Initiative [MANI]
Miguel R. Jorge	World Medical Association [WMA]*
Rose Boucaut	World Physiotherapy [WP]*
Miguel R. Jorge	
Rose Boucaut	
Salam Alexis Gomez	
Jepkemoi Joanne Kibet	
Norma Elisa Gálvez Olvera	
Claudia Patricia Rojas Silva	

* 世界保健医療専門職連盟（WHPA：World Health Professionals Alliance）に加盟している保健衛生分野の労働者団体。

4. ガイドライン・メソドロジストとして、イタリア ヴェローナ大学 医学公衆衛生学部

（Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy；WHO「メンタルヘルスサービス研究訓練」協力センターのひとつ）の精神医学教授であるCorrado Barbui氏が任命された。また、エビデンスチームの検索戦略の開発、エビデンス・プロファイルの作成、および裏付けとなるエビデンス構築作業の実施において、エビデンスチームに技術支援を提供する者として、Aemal Akhtar（デンマーク）、Gergö Baranyi（英国）、Chiara Gastaldon（イタリア）、Georgia Michlig（米国）、Davide Papola（イタリア）各氏が任命された。

5.エビデンスレビューチームならびにサポーターエビデンスチーム は、WHO 運営グループからの委託を受け、営グループからの委託を受け、特定のキークエスチョンに対するエビデンスのレビューの実施、GRADEエビデンスプロファイルの作成、エビデンス総体の確実性の評価、エビデンスから意思決定を導くための表の作成を行った。あるいは、エビデンスを補完する作業を請け負った。

氏名	所属
キークエスチョン：組織介入（クエスチョン1、2、3）	
Hideaki Arima	The University of Tokyo, Japan
Yumi Asai	
Yui Hidaka	
Mako Iida	
Kotaro Imamura**	
Mai Iwanaga	
Yuka Kobayashi	
Yu Komase	
Natsu Sasaki	
Reiko Inoue	Kitasato University School of Medicine, Japan
Akizumi Tsutsumi **	
Hisashi Eguchi	University of Occupational and Environmental Health, Japan, Japan
Ayako Hino	
Akiomi Inoue	
Yasumasa Otsuka	University of Tsukuba, Japan
Asuka Sakuraya	Tokyo Women's Medical University, Japan
Akihito Shimazu	Keio University, Japan
Kanami Tsuno	Kanagawa University of Human Services, Japan

氏名	所属
キーエスチョン：管理監督者および労働者へのトレーニング介入、スクリーニングプログラム（クエスチョン4、5、6、7、13）	
Taylor Braund	University of New South Wales, Australia
Richard Bryant*	
Jasmine Choi-Christou	
Mark Deady	
Nadine Garland	
Aimee Gayed	
Sam Haffar	
Sophia Mobbs	
Katherine Petrie	
Jessica Strudwick	
キーエスチョン：個別介入（クエスチョン8、9、10）	
Arpana Amarnath	Vrije University, WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, The Netherlands
Pim Cuijpers*	
Eirini Karyotaki	
Clara Miguel	
キーエスチョン：職場復帰と就職（クエスチョン11、12）	
Liam O'Mara	Columbia University, WHO Collaborating Centre for Capacity Building and Training in Global Mental Health, USA
Kathleen Pike*	
Adam Rosenfeld	
Hikari Shumsky	

氏名	所属
サポーティングエビデンス：実施に関するレビュー	
Rachel Lewis	Affinity Health at Work, United Kingdom
Alice Sinclair	
Jo Yarker*	
Fehmidah Munir	
サポーティングエビデンス：価値観と好みに関する調査	
Promit Ananyo Chakraborty	University of British Columbia, Canada
Vanessa Evans	
Raymond Lam	
Jill Murphy**	
Andrew Greenshaw**	University of Alberta, Canada
Jasmine Noble	
サポーティングエビデンス：インフォーマルセクターに関するレビュー	
Georgia Michlig*	Johns Hopkins University, USA

* 主任

** 共同主任

6. テクニカル・アドバイザーは、国際労働機関（ILO）本部（スイス・ジュネーブ）労働安全衛生担当の主任Manal Azzi氏が率いるチームスタッフが務めた。ILOは、187の加盟国の政府、雇用主団体、および労働者団体の三者で構成される国連機関である。労働者組織（国際労働組合総連合）と雇用主組織（国際雇用主機関：International Organisation of Employers）から成る国際的な団体が本ガイドラインの主要なステークホルダーであり、価値観と好みに関する調査のレビューや、外部審査グループによるレビューなど、本ガイドライン作成に関わった。

7. 資金提供者： 科学および健康を主要な分野とするグローバルな独立慈善団体であるウェルカム・トラストは、本ガイドラインの作成のためにWHO Department of Mental Health and Substance Use に資金を提供した。資金提供者の代表が推奨会議にオブザーバーとして出席した。オブザーバーが、推奨事項を作成する会議に参加することは禁止されている。

表1.開発プロセスにおける本ガイドラインの貢献者の役割。

ガイドラインのプロセス	WHO SG	GDG	ERG	メソドロジスト	エビデンスチーム	テクニカル・アドバイザー
ガイドラインの貢献者の特定	✓	ERGメンバーに関する助言	×	×	×	GDG/ERGメンバーに関する助言
対象範囲、キークエスション、アウトカムの決定	技術支援および調整	✓	×	WHO SGへの技術支援	×	×
エビデンスの特定、評価、統合	技術支援および調整	検索戦略に関する技術的助言	×	エビデンスチームへの技術支援	✓	×
エビデンスの裏付け	技術支援および調整	GDGのメンバーは、実施に関するレビューと調査設計について助言した	ERGの特定のメンバーが調査設計について助言した	調査結果を統合する際の技術支援	✓	調査の設計に関する技術的助言
推奨事項の作成	技術支援および調整	✓	×	GDGおよびWHO SGへの技術支援	GDGへの技術支援	特定のディスカッションで技術的助言を提供するよう促された
ガイドラインの起草	✓	×	×	×	×	×
ピアレビュー	✓	✓	✓	✓	✓	✓
WHO GRCからの承認	✓	NA	NA	NA	NA	NA
出版と普及	✓	NA	NA	NA	NA	NA

略語：NA：該当せず、WHO SG：WHO運営グループ、GRC：WHOガイドライン審査委員会

付録2

利益の申告および利益相反の管理

WHO運営グループは、WHOの現行のコンプライアンス・リスクマネジメント・倫理（CRE）ポリシーに従った。GDG、ERG、ならびにエビデンスチームのメンバー候補者には、WHOの利益相反宣言書（DOI）に記入し、履歴書を提出するよう求めた。これらの文書は、本ガイドラインのトピックに関連する利益相反を特定するため、（インターネットおよび書誌データベースの検索を通じて入手した）追加情報とともに、WHO事務局によって審査された。

さらに、一般による審査および意見公募を目的として、本会議の目的の説明と併せて、GDGメンバー候補者の氏名と略歴をWHOのウェブサイトにも2週間以上掲載した。その結果、懸念は寄せられなかった。

エビデンスの評価や推奨事項の作成にあたって、利害関係が当該個人の判断に影響する可能性が低い、または合理的に低いと考えられる場合、その利害関係は重大ではない、または最小限であると評価された。利害関係が潜在的に重大であると判断された場合、次の管理オプションが検討された。1) 当該個人のガイドライン開発プロセスへの参加を制限すること、および2) 同プロセスから完全に除外すること。

ガイドライン会議の冒頭で各GDGメンバーの利益の申告が提示され、会議に出席したGDGメンバーおよびエビデンスチームは、その宣言に変更がある場合は最新情報を提供するよう求められた。変更が生じた場合、WHO運営グループは上記の管理オプションを検討した。GDG、ERG、エビデンスチーム、および会議のオブザーバーは、秘密保持契約に署名するよう求められた。

ILO職員は、ILOの諸方針（Office Directive on Ethics in the Office [\(143\)](#)）に従って利益の申告と利益相反の管理を行うものとされ、同様に、WHO職員は、国際職員行動基準（Standards of Conduct for the International Civil Service）の適用を受けた。WHOの職員には、WHOの倫理規範・業務遂行規範（Code of Ethics and Professional Conduct）[\(144\)](#)も適用される。会議のオブザーバーや組織の代表者は、本ガイドライン策定に関する議論への積極的な関与はなかったため、利益相反宣言書への記入は求められなかった。

以下の表に記載されているものを除き、すべての貢献者において利害関係は表明されなかった。申告された利益と、その管理方法の概要を以下に示す。

氏名	利益の申告	利益相反と管理
GDGメンバー		
Capucine de Fouchier	雇用の変更	利益相反は確認されない
Samuel Harvey	キークエスションのエビデンスレビューへの関与（4、5、6、7、13）	重大な利益相反が確認され、管理計画として条件付きの参加が取られた。Harvey教授は、PICOに関する議論において、GDGのメンバーとしてではなく、エビデンスレビューチームのメンバーとして参加した。したがって、推奨4、5、6、7、13においては、発言権および議決権が与えられなかった。
Norito Kawakami	研究費、有償コンサルティング、講演料、日本産業衛生学会会長（無給）、ガイドラインに関連のないWHO会議に出席するための旅費支援	利益相反は確認されない
Anthony D. LaMontagne	雇用、研究費、有償コンサルティング、講演料	利益相反は確認されない
Sapna Mahajan	無償コンサルティング、講演料、転職	利益相反は確認されない
Jose Luis Ayuso-Mateos	研究費	利益相反は確認されない
Karina Nielsen	雇用および研究費	利益相反は確認されない
Graham Thornicroft	無償コンサルティング、主要ステークホルダー組織（非営利）の理事および議長	利益相反は確認されない

氏名	利益の申告	利益相反と管理
ERGメンバー		
Fabrice Althaus	雇用	利益相反は確認されない
Lamia Bouzgarrou	有償のコンサルティングとWHOによって支払われる旅費（本ガイドラインとは無関係のもの）	利益相反は確認されない
Marc Corbière	研究費、機関から支払われる旅費、主要ステークホルダーグループの議長	利益相反は確認されない
Carolyn Dewa	有償コンサルティング	利益相反は確認されない
Nick Glozier	研究費、有償コンサルティング、職場での介入およびトレーニングに関する知的財産。	利益相反は確認されない
Neil Greenberg	ガイドラインの対象となる会社の有給の取締役；主要ステークホルダーグループ（非営利）の理事および所長	利益相反は確認されない
Birgit Greiner	雇用、研究費、有償コンサルティング	利益相反は確認されない
Nadine Harker	無償のコンサルティング	利益相反は確認されない
João Silvestre Silva-Junior	研究費	利益相反は確認されない
Angela Martin	雇用、ガイドラインの対象となる民間企業の有給の取締役	利益相反は確認されない
Christina Maslach	バーンアウトの測定ツールの知的財産	利益相反は確認されない
Nina Hedegaard Nielsen	雇用	利益相反は確認されない
Reiner Rugulies	雇用、研究費	利益相反は確認されない
Dieter Zapf	雇用、有償コンサルティング	利益相反は確認されない

氏名	利益の申告	利益相反と管理
エビデンスチームとエビデンスのサポートチーム		
Taylor Braund	雇用	利益相反は確認されない
Mark Deady	研究費	利益相反は確認されない
Raymond Lam	研究費、有償コンサルティング、講演料、メンタルヘルス測定ツールの著作権保有者、無償の執行役員、主要ステークホルダー組織（非営利）の無償理事	利益相反は確認されない
Akihito Shimazu	有償コンサルティング	利益相反は確認されない
Jo Yarker	雇用と有償コンサルティング	利益相反は確認されない

付録3

対象範囲、キークエスチョン、アウトカムの作成

本ガイドラインの作成に先立ち、2019年11月にスイス・ジュネーブにおいて第1回目の会合「Landscape Forum on Workplace Mental Health」が開催された。同会合の重要な目的のひとつは、職場のメンタルヘルスに対応するための介入について、エビデンスの範囲を議論することであった。この会合のあと、WHO運営グループは、本ガイドラインの対象となり得る範囲を検討するため、入手可能なエビデンスの予備調査を実施した。運営グループならびにガイドライン・メソドロジストの支援を受け、第1回目のGDG会議（2020年4月、オンライン開催）で対象範囲のレビューが行われ、ガイドラインの最終的な対象範囲ならびにPICO（対象集団、介入、比較対象、アウトカム）によって定義されるリサーチクエスチョンが議論され、これらについて合意を得た。さらに、入手可能な最良のエビデンスソースを探り、ガイドラインの本文と、エビデンスから意思決定を導く際の検討事項の候補に関連する背景情報—具体的には、1）職場におけるリスク要因と、それがメンタルヘルスのアウトカムに及ぼす影響、2）一般的な労働者集団、および特定の集団（マイノリティグループに属する人々や、人道支援従事者・医療従事者など）におけるメンタルヘルスのアウトカムの頻度を得るために、バックグラウンドクエスチョンが開発された。

WHO運営グループのメンバーは、GDGおよびメソドロジストと協議したうえで、明確に定義されたPICOによって定義されるリサーチクエスチョンに最も関連性の高いアウトカムのリストを作成した。次いで、GDGは、各アウトカムを1から9までのスケールで評価し、決断において各アウトカムが「重大」（7～9）、「重要」（4～6）、「重要でない」（1～3）かを検討した。

最終的なキークエスチョンを、「重大」および「重要」なアウトカムとともに以下の表に示す。用語の定義については用語集を参照されたい。各キークエスチョンのPICO形式の詳細は、ウェブ付録の関連セクション「Evidence profiles」で閲覧できる。

クエスチョン1.普遍的に導入される組織介入のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するのか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状およびメンタルヘルス不調、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、物質使用、自殺行動。

クエスチョン2.人道支援従事者、保安職業従事者、医療従事者に導入される組織介入のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するのか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象

クエスチョン3.精神的苦痛のある労働者や、心の健康問題の診断基準を満たす労働者に導入される組的介入のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するのか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、生活の質と生活機能、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、ポジティブメンタルヘルス。

クエスチョン4.管理監督者が（a）労働者のメンタルヘルスとウェルビーイングをサポートするための知識・態度・スキル/振る舞いを改善させたり、（b）労働者のポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減させることを目的としたトレーニングは、どのようなものか？

アウトカム：

重大なアウトカム：援助希求行動（部下）、リーダーシップスタイル、コミュニケーション（管理監督者）、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキル（管理監督者）、メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調（部下）、ポジティブメンタルヘルス（部下）、仕事に関連するアウトカム（部下）。

重要なアウトカム：有害事象（管理監督者）、物質使用（部下）、自殺行動（部下）、生活の質と生活機能（部下）。

クエスチオン5.人道支援従事者、保安職業従事者、医療従事者の管理監督者が（a）労働者のメンタルヘルスとウェルビーイングをサポートするための知識・態度・スキル/振る舞いを改善させたり、（b）労働者のポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減させることを目的としたトレーニングは、どのようなものか？

アウトカム：

重大なアウトカム：援助希求行動（部下）、リーダーシップスタイル、コミュニケーション（管理監督者）、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキル（管理監督者）、メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調（部下）、ポジティブメンタルヘルス（部下）、仕事に関連するアウトカム（部下）。

重要なアウトカム：有害事象（管理監督者）、物質使用（部下）、自殺行動（部下）、生活の質と生活機能（部下）。

クエスチオン6.労働者が（a）自身のメンタルヘルスとウェルビーイングをサポートするための知識・態度・スキル/振る舞いを改善させたり、（b）同僚のポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減させることを目的としたトレーニングは、どのようなものか？

アウトカム：

重大なアウトカム：援助希求行動（同僚）、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキル（労働者）、メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調（同僚）、ポジティブメンタルヘルス（同僚）、仕事に関連するアウトカム（同僚）。

重要なアウトカム：有害事象（労働者、同僚）、物質使用（同僚）、自殺行動（同僚）、生活の質と生活機能（同僚）。

クエスチオン7.人道支援従事者、保安職業従事者、医療従事者が（a）自身のメンタルヘルスとウェルビーイングをサポートするための知識・態度・スキル/振る舞いを改善させたり、（b）同僚のポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減させることを目的としたトレーニングは、どのようなものか？

アウトカム：

重大なアウトカム：援助希求行動（同僚）、メンタルヘルスに関する知識・態度・スキル（労働者）、メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調（同僚）、ポジティブメンタルヘルス（同僚）、仕事に関連するアウトカム（同僚）。

重要なアウトカム：有害事象（労働者、同僚）、物質使用（同僚）、自殺行動（同僚）、生活の質と生活機能（同僚）。

クエスチオン8.普遍的に導入される個人向け介入（1A - 心理社会的介入や1B - 身体活動や1C - 健康増進（生活習慣への）介入）のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状およびメンタルヘルス不調、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、物質使用、自殺行動。

クエスチョン9.人道支援従事者、保安職業従事者、医療従事者に対して導入される**個人向け介入**（1A - 心理社会的介入や1B - 身体活動や1C - 健康増進（生活習慣への）介入）のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象。

クエスチョン10.精神的苦痛のある労働者や、心の健康問題の診断基準を満たす労働者に導入される**個人向け介入**（1A - 心理社会的介入や1B - 身体活動や1C - 健康増進（生活習慣への）介入）のうち、どのような介入が、ポジティブメンタルヘルスを高め、心の健康問題の諸症状、自殺行動、物質使用を軽減するか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象。

クエスチョン11.心の健康問題を理由として休職している人々に対して、どのような介入が（a）職場への復帰を促し、（b）欠勤を減らし、（c）ポジティブメンタルヘルスを高めてメンタルヘルスの諸症状を軽減させるか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、生活の質と生活機能、物質使用、自殺行動、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、ポジティブメンタルヘルス。

クエスチョン12.心の健康問題のある人々に対する、職業的・経済的包摂性を強化する回復志向型の戦略（援助付き雇用など）は実現可能かつ効果的か？²⁶

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状と不調、生活の質と生活機能、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、ポジティブメンタルヘルス、ケアの満足度。

クエスチョン13.心の健康問題のスクリーニングプログラムを職場で行うことは受け入れられるか？また、そのようなプログラムは労働者の心の健康問題の諸症状を軽減させるか？

アウトカム：

重大なアウトカム：メンタルヘルスの諸症状とメンタルヘルス不調、ユーザーの満足度、仕事に関連するアウトカム。

重要なアウトカム：有害事象、ポジティブメンタルヘルス、生活の質と生活機能。1}

²⁶ Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, 2015. Key question. Geneva: World Health Organization; 2015.

付録4

エビデンスおよびサポーティングエビデンスのレビュー

キークエスチョンに対するエビデンスのレビュー

PICOによって定義される各リサーチエスチョンに対する選択プロセス、検索戦略、組入となったレビュー、および個別研究の詳細は、ウェブ付録に掲載されている。

Cochrane Database of Systematic Reviews、PubMed、EMBASE、PsycINFO、Global Index Medicusを検索し、キークエスチョンに回答している既存の系統的レビューを特定した。特定のアウトカムについては、過去5年間という期間で適切なレビューが得られなかったため、GDGメンバー、メソドロジスト、ならびにエビデンスチームの専門家らの助言に基づき、期間を最大10年に延長した。次いで、特定されたレビューは以下の基準に従って評価された。

- ▶ AMSTAR II (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews tool) (Shea et al. (Shea et al.(145)) による方法論の評価；
- ▶ それらは、PICOによって定義されるリサーチエスチョンにどの程度直接合致するか；
- ▶ エビデンスの確実性を評価するのに十分な情報を提示しているか（例えば、組入となった研究の特徴をまとめた表、個別研究のバイアスのリスクの評価、フォレストプロット形式でのメタアナリシスの結果）；
- ▶ 最も新しいレビューの日付（最も新しいエビデンスが用いられたことを確認するため）。

エビデンスチームは、各クエスチョンについて、対象集団 (P)、介入 (I)、比較対象 (C)、およびアウトカム (O) の点で最も新しく最も質の高い (AMSTAR IIの評価に基づく) レビューを優先した。各クエスチョンに回答するため、必要な限り多くのレビューを含めた。レビュー間で一般的な検索語と戦略を共通化するため、メソドロジストとエビデンスチームの協力のもとで検索戦略が開発された。すべてのキークエスチョンにおいて、無作為化された研究デザインのレビューが優先された。しかし、産業領域のセッティング/対象集団においては一般的な研究デザインであるという既知の知見があることから、よくデザインされた観察研究も検討された。

2つのキークエスチョン（4および5）については、PICOによって定義される特定のリサーチエスチョンについてより良い回答を導くため、追加の個別研究を把握するための既存のレビューの更新が行われた。クエスチョン13は既存の系統的レビューでは取り上げられておらず、個別研究の系統的レビューが実施された。エビデンスチームは、メソドロジスト、およびWHO運営グループと協議のうえ、関連する個別研究を特定するための新たな検索戦略を考案した（ウェブ付録）。その結果、計36件の系統的レビュー、ならびに9件の追加的個別研究が組み入れられた。また、系統的レビューチームは、ネットワーク・メタアナリシス1件を特定した。

エビデンスから意思決定を導く際の検討を補完する、サポーティングエビデンス

COVID-19のパンデミックによる働き方の世界的な変化を踏まえ、WHO運営グループとGDGは、エビデンスレビューを補完する重要な領域、すなわち主要なステークホルダーの価値観と好み、ならびに実施上の阻害要因と促進要因について検討した。さらに、エビデンスチームから報告されたインフォーマルセクターに関する文献が不足していることを踏まえ、第3の補完的なエビデンスが提出された。これら3点すべての全文は、ウェブ付録で確認できる。

- 1) 本ガイドラインの対象範囲におけるアウトカムと介入に関連して、主要なステークホルダー — 組合代表者を含む労働者、雇用主、メンタルヘルス/産業保健サービスの提供者 — の現在の価値観と好みを把握するため、**混合調査法**の実施が委託された。同調査から得られた主要なデータは、エビデンスから意思決定を導く際の検討事項に含められた。
- 2) インフォーマルセクターの人々の仕事とメンタルヘルスサービスの導入に対するニーズおよび潜在的な手段を特定するため、**同集団の専門家ならびにケア提供者を対象とした半構造化面接**が実施された。
- 3) 職場のメンタルヘルスを支援する介入の実施における阻害要因ならびに促進要因について、**質的研究のレビュー**が委託された。GRADE CerQual（質的研究のレビューから得られるエビデンスへの信頼度）²⁷を使用し、質的エビデンスの知見に対する信頼度を評価した。

エビデンスの確実性

各キークエスションへの回答に利用可能な最良のエビデンスを特定したあと、そのエビデンスの確実性 — すなわち、そのエビデンス（効果推定値）が、そのエビデンスに基づいて何らかの推奨を策定することを支持していると、GDGがどの程度確信できるか — を判断するために、もう一段階のステップを踏んだ。GRADEシステムを使用し、重大なアウトカムと重要なアウトカムの各々について（エビデンスレビューから得た）定量的エビデンスの総体の確実性を評価した⁽¹⁴⁶⁾。

²⁷ <https://www.cerqual.org/>を参照のこと（アクセス日：29 May 2022）。

エビデンスチームは、メソドロジストの支援のもと、効果の相対的および絶対的な推定値と、エビデンスの確実性の評価を要約したエビデンスプロファイルを作成した。各クエスションと各アウトカムに対するエビデンスの確実性は、以下に示す確立された基準に基づき、「高」、「中」、「低」、「非常に低」のいずれかで評価された。

- ▶ 研究デザイン（例：無作為化された研究デザインでは確実性が上がり、観察研究では確実性が低くなる）；
- ▶ バイアスのリスク（例：研究の設計方法や実施方法に問題がある場合、確実性が低くなる）；
- ▶ 非一貫性（例：レビューに含まれる研究間で結果が大きく異なる場合、確実性が低くなる）；
- ▶ 非直接性（例：当該の研究がPICOによって定義されたカギとなるリサーチクエスションに具体的に対応していない場合（たとえば、対象集団がわずかに異なる場合）、確実性が低くなる）；
- ▶ 不正確さ（被験者の数が少ない場合や、信頼区間 [CI] が広い場合は、確実性が低くなる）；
- ▶ 出版バイアス（例：当該の研究が発表される可能性を不当に高める要因がある場合、確実性が低くなる）

(147)。

これらの評価は、議論と推奨事項の考案を行うためにGRADEエビデンスのプロファイルとしてGDGに提出された。各キークエスションのエビデンスプロファイルは、ウェブ付録に示されている。

確実性	解釈
高	真の効果が効果推定値に近いことに大きな確信がある。さらなる研究によって効果推定値の信頼性が変わる可能性は低い。
中	効果推定値に対し中等度の確信がある。真の効果は効果推定値に近いと考えられるが、大きく異なる可能性も否めない。さらなる研究によって、効果推定値の信頼性に重要な影響がある可能性があり、効果推定値が変わるかもしれない。
低	効果推定値に対する確信性は限定的である。真の効果は効果推定値とは大きく異なる場合がある。さらなる研究によって、効果推定値の信頼性に重要な影響がある可能性が非常に高く、効果推定値が変わる可能性が非常にある。
非常に低	効果推定値に対し、ほとんど確信が持てない。

付録5

推奨事項の考案

GDGは、2021年6月に6回の重複セッションをオンラインで開催した。GDGメンバーの所在地の時差を考慮して重複セッションが開催され、Graham ThornicroftとJose Luis Ayuso-Mateosがその会議の議長を務めた。メソドロジストのCorrado Barbuilは、これら2人の議長の不在に備えて副議長に選ばれた。

エビデンスレビュー、補完的エビデンス、およびGRADEの表は事前にGDGメンバーに共有され、会議全体を通して提示された。推奨事項の考案と推奨の強さの評価は、議長が進行役を務め、メソドロジストが支援を提供した。

GDGは、エビデンスチームがWHO運営グループ、ならびにメソドロジストからの支援を得て作成した、構造化された枠組みである「エビデンスから意思決定を導くための枠組み (EtD framework)」を活用し、推奨事項の作成へと導いた。EtD枠組みの作成にあたっては、系統的レビュー、補完的エビデンス、およびGDGの専門知識に基づく情報が寄与している。

EtDの要素は、問題の優先度、エビデンスの確実性、望ましい効果と望ましくない効果のバランス、価値、必要な資源、必要な資源の確実性、費用対効果、実施可能性、健康、公平性、平等と無差別、人権、社会文化的許容性であった。後者の2つの要素はWHO INTEGRATE EtD(148)から採用したものであり、GRADE DECIDE EtD (149)の公平性と受容性の項目を置き換えたものである。

各推奨事項は、特定の介入に対して支持または不支持として示され、強い推奨または条件付き推奨のいずれかに分類された(150)。

- ▶ **強い推奨**とは、推奨を支持することによる望ましい効果が、望ましくない効果を上回るとGDGが確信したことを意味し、
- ▶ **条件付き推奨**とは、推奨を支持することによる望ましい効果が、望ましくない効果をおそらく上回るとGDGが結論付けたことを意味する。

WHOのガイドラインで提示される推奨事項は、GDGメンバー間でのコンセンサスを達成することを目的としたプロセスを通じて作成された。このようなコンセンサスは、多数決での3分の2以上の合意と定義された。GDGは、このような形式で、文言や方向性（介入の支持・不支持）を含めて、推奨事項について議論し、コンセンサスを経て合意に達した。各推奨の強さ（強い推奨、または条件付き推奨）は、投票によって合意を得た。会議は、各日に重複した形で開催されたため、GDGメンバーの第1グループで取り上げられた議論の進捗状況は、第2グループに提示され、さらなる議論と改善が行われた。第2グループにおいて、当該の推奨事項に対する意見の相違が大きかった場合、その改訂版が最終会議において第1グループに提示された。予定されていた最終会議の終了時まで大きな意見の相違があった場合は、必要に応じてGDGを再招集するという合意があったが、そのような事態は起こらなかった。

付録6

ガイドラインの起草および外部によるレビュー

GDGによる推奨事項の考案に次いで、レスポンシブル・テクニカル・オフィサーがガイドラインを起草し、GDGおよびERGによるレビューを求めた。このピアレビューの役割は、GDGが合意した推奨事項を変更することではなかった。ただし、ピアレビューの担当者が重大な懸念事項を特定した場合は、それらをGDGに申し送り、検討することになっていた。しかし、そのような事態は発生しなかった。

WHO運営グループは、ピアレビューのすべてのコメントを再検討し、議論を経たあと、当該の推奨がGDGによって策定された当初の意味と一貫性を保っていることを確認しながら、ガイドラインを改訂して明確化を図った。

WHOは、ガイドラインを含むWHOのすべての出版物が、質、報告、表示について最高の国際基準を満たしていることを保証すべく、内部での承認・質保証プロセスを設けている。本ガイドラインは、WHOガイドライン審査委員会（GRC）によって審査され、承認された。最後に、公開と普及に向けて本ガイドラインが作成された。

連絡先

World Health Organization: 世界保健機関

Mental Health and Substance Use

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

<mailto:mentalhealthatwork@who.int>

www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use