

# 労働者におけるメンタルヘルス不調の現状とその予防について

原 雄二郎

(東京大学客員研究員)

近年、わが国では労働者の6割近くが何らかのストレスを感じ、また、自殺者が3万人前後、気分障害に罹患している者が100万人程度存在するなど、労働者のメンタルヘルス不調が大きな問題となっている。この背景としては、リーマンショック以降の経済状況の悪化、失業率の高止まりや終身雇用から成果主義への移行など雇用状況の不安定さ、IT化の進展、人間関係の希薄化など多岐に渡る社会情勢の影響が考えられるが、事業場にも大きな負担となっており、予防施策が期待されている。こうした状況を受け、平成18年、厚生労働省から「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が出され、いわゆる「4つのケア」が推奨されている。4つのケアのうち、特に、一次予防としての「セルフケア研修」「ラインケア研修」「職場環境改善」に関する研究成果が蓄積されつつある。また、復職支援の場では、主治医と企業側のニーズの溝を埋める存在としてリワークプログラムが注目を浴びており、成果も報告されている。一方で、事業場側の取り組みはまだ十分とは言えない。今後、予防施策をより実効的に行うためには、産業保健スタッフと人事・経営層は、例えば、労働者の健康度のみならず、売上にも関連している、「ワーク・エンゲイジメント」のような概念を介して、ビジョンを共有し、共通したゴールに向けてお互いを補完し、協調し合うように施策を展開することが必要になっていくと思われる。

## 目次

- I はじめに
- II 4つのケアと予防
- III 企業内での取り組みの現状
- IV 予防施策の今後の展望

## I はじめに

### 事業場のメンタルヘルスが注目される背景

現在、わが国では職場におけるメンタルヘルス不調が大きな問題となっている。例えば、職場においては、財団法人労務行政研究所による、『企業のメンタルヘルス対策の実態調査』(2010年)によれば、メンタルヘルス不調により1カ月以上休職している社員がいる企業は63.5%であり、従

業員が1000人以上の規模では実に97.5%がそのような社員を抱えているということが明らかとなった。これらの数値は前回調査(2008)より増加していた。また、メンタルヘルス不調者の最近3年間増減傾向についての項目では、増加しているとしている企業が44.4%であり、前回調査55.2%(2008)よりは減少しているものの、依然として傾向の中では占める割合が一番多かった。ちなみに公務員に関しては、人事院が5年ごとに実施している『国家公務員長期病休者実態調査』(2001, 2006)の中で、傷病のため1カ月以上休んだ(このような者を長期病休者と呼ぶ)原因として一番多いのが、「精神及び行動の障害」であり、全長期病休者の63.0%を占め、さらに対象職員に対する長期病休者の割合で見ると、1.28%であり、5年前の調査の0.46%に比べ、およそ3倍と大幅

に増加していることが明らかとなった。

厚生労働省が1982年から5年ごとに実施している『労働者健康状況調査』によると、職業生活でストレスを感じている労働者は調査回ごとに増加し、最新の2006年の調査によると、58%が何らかのストレスを感じていることが明らかとなった。このストレス要因の内訳を見ると(表1)、「職場の人間関係」「仕事の質」「仕事の量」が、上位3つを占めており、男女ともに共通した傾向が見られる。加えて、「会社の将来性」「雇用の安定性」「昇進や昇給」「退職後の生活」などをストレス要因として回答する割合が増えている。これらの背景としては、社会情勢の変化が存在していると思われる。かつての日本企業といえば、「年功序列」が当たり前であり、一旦入社すると、会社が責任をもって育て、エスカレーター式に退職まで勤め上げるといった側面が強く見られた。近年は、『国民生活白書』(平成19年)によると、若年層を中心に職場の人との結びつきが弱まっていることや業務のIT化が進み、非対人的業務が増えたこと、あるいは労働者自身の職場との関わり方が変化していること、正規雇用の働き盛り世代に労働時間が集中している傾向、などが明らかとなったが、このような変化がストレスに関連している可能性が示唆された。これに加え、いわゆるリーマンショック以降、失業率が4.2%(総務省、2013年1月現在)と高止まりの状態である。企業は成果・業績主義を導入し、経営状態によってはいわゆる「リストラ」が行われ、入社しても退職まで勤め上げるといったモデルが望めなくなり、ま

さに自分の雇用は自分で守らなくてはならない時代になったと言える。また、近年の情報技術の進歩は著しく、例えばスマートフォンの登場により、オフィスにいなくてもメールや資料が確認でき、あるいは、海外にいても日本にいるのと何ら変わらない状況で情報にアクセスが可能となった。これらは便利である反面、たとえば休みであっても業務の情報に接する機会を容易に与えられていることになり、仕事とプライベートの境界を曖昧にしてしまう。また、「雇用者の共働き世帯はこの20年余りで大きく増加し、1980(昭和55)年には、共働き世帯は、男性雇用者と無業の妻からなる片働き世帯の6割以下であったが、1997(平成9)年以降は片働き世帯を上回って推移している」(平成20年版厚生労働白書)という状況であり、これまで、ある程度、仕事か家庭かという役割分担がなされていたのに対し、仕事も家庭も両立しなくてはならなくなったという家庭環境の変化がある。つまり、労働者は与えられた仕事だけをこなしているだけで良いのではなく、仕事とそれ以外の生活の配分を自身で組み立てる必要が高まっていると言える。こうした多岐に渡る社会情勢の変化が、労働者に負担を強いており、先に述べたような様々なストレスがもたらされていると考えられる。

さて、このようなストレスが行き着く先は、精神疾患をはじめとするストレス関連疾患への罹患であるが、例えば、厚生労働省が3年おきに実施している『患者調査』によると、2008年には約100万人が気分障害に罹患しており、気分障害

表1 ストレスの要因：仕事や職業生活で自覚している強い不安、悩み、ストレスの内容

(単位：%)

項目	全体	男性	女性
仕事の質	34.8	36.3	32.5
仕事の量	30.6	30.3	31.1
仕事への適性	22.5	21.2	24.5
人間関係	38.4	30.4	50.5
昇進、昇給	21.2	24.9	15.6
配置転換	8.1	8.7	7.1
雇用の安定性	12.8	12.2	13.7
会社の将来性	22.7	29.1	12.9
定年後の仕事、老後	21.2	24.1	16.7
その他	9.3	9.4	9.3

注：3つ以内の複数回答

出所：厚生労働省『労働者健康状況調査』2007

の患者数が増加していることが明らかとなった。また、同様に、合計11地域、20歳以上の住民を対象とした、世界精神保健調査日本調査によると、これら地域住民の内、過去12カ月間に何らかの気分、不安、物質使用性障害を経験した割合は8.8%（うつ病だけでも2.9%）みられることが明らかとなった（Kawakami et al. 2005）。ちなみに、同調査では、過去12カ月間のうつ病の経験者のうち、精神科医に受診した人は14%、心理職に相談した人は14%、一般医に相談した人は9%であり、7割強の人は医療機関に相談していないことがわかった（Naganuma et al. 2006）。これらのデータからは、職場にはすでにメンタルヘルス不調のために長期休業を余儀なくされている者が多数存在しているだけではなく、潜在的にストレスを抱えている者が多く存在し、さらに何らかのメンタルヘルス不調を抱えながら、診断・治療に結びついていない者も多数存在するということが示唆された。また、精神障害を労働災害として申請・決定される件数も増加しており、2011年には請求件数が1272件で、3年連続で過去最高を記録し、また、支給決定件数においても325件と過去最高を記録した（厚生労働省、2011年「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」）。加えて、わが国の自殺者数（警察庁）は、先進国の中ではロシアについて2番目に多い。1997年に2万4391名だった自殺者数は、1998年には3万2863名と急速に増加し、その後、毎年3万人を超えて推移していた。2012年には2万7766名に減少したが、その理由は明らかではない。2011年度の自殺者の約30%が労働者であり、約2500名が仕事に関する問題で自殺をしたと推定されている。長時間労働の結果自殺した例も散見されている。厚生労働省は、こうした自殺やうつ病による経済損失を、毎年2.7兆円程度であると推定している。他にも、世界保健機構（WHO）によれば、単極性うつ病は2004年の疾病負荷（GBD: Global Burden of Diseases）で第3位にあり、2030年には第1位の疾患になると予測されている。このような観点からは、自殺者を減らし、うつ病などの精神疾患への罹患を予防することは、一事業場のみならず、国家レベル、さらには国際レベルにおいて

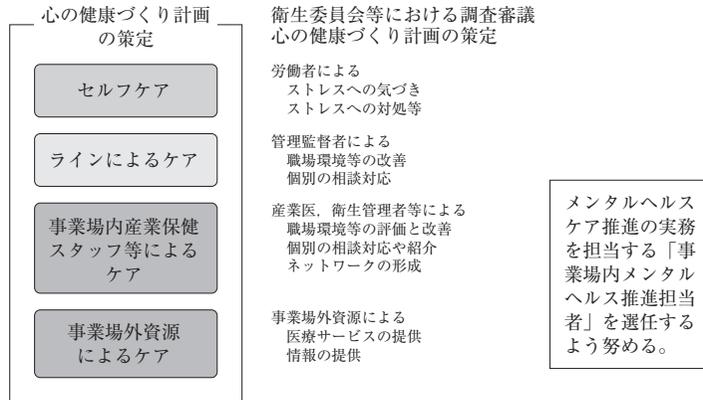
も重要であると思われる。平成18年に自殺対策基本法が施行され、あるいは、平成25年度の医療計画において、「広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病」として、これまでの「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病に、新たに「精神疾患」が加えられ5疾病となったのもこのような状況を反映しているためと思われる。

## II 4つのケアと予防

このような背景を受け、様々な予防医学の取り組みが行われ、あるいは要請されてきた。そもそも、予防医学が行えるようになったのは、1950年代になり、向精神薬が登場し、精神疾患がはっきりと治療可能な対象になったこと、これと並行し、疾患のメカニズムが徐々に明らかになっていったことによる。この段階での関心は、主に、いかに治療をするかというところであり、予防という言葉で言えば、三次予防と言え。そこからいかに早く不調者を見つけて、対処するかという二次予防に関心が移り、近年では、そこからさらに、精神疾患への罹患を未然に防ぎたいという一次予防への期待が高まってきている。

さて、事業場がこのような予防を行う際に則るべき指針が厚生労働省より出されている「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年厚生労働省、以下「指針」）である。指針では、具体的な進め方として、いわゆる「4つのケア」が推奨されている。事業場が予防対策を行う際には指針を参考にする可能性が高く、また、事業場で取り組むべき対策の骨組みとしてとてもよく整理されているのでここで具体的に紹介するとともに、それぞれのケアにおいて、一次～三次予防がどのように展開されているかについて述べていく。そもそも、「4つのケア」とは、「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」「事業場外資源によるケア」の4つを指している（図1:4つのケア）。以下、簡単に概要を述べる。

図1 「4つのケア」



出所：厚生労働省『労働者の心の健康の保持増進のための指針』（2006.3.31）

### セルフケア

指針によると、セルフケアの位置づけとしては、心の健康づくりを推進するための土台とされている。その内容としては、事業者が労働者に対して、労働者がストレス要因に対するストレス反応や心の健康について理解するとともに、自らのストレスや心の健康状態について正しく認識できるようにするための教育研修や情報提供を行うこととされる。その結果、労働者自身がストレスに気づき、これに対処するための知識、方法を身につけ、それを実施することが出来るようになることが目標とされている。当然ながら、一般労働者のみならず、管理監督者もこのセルフケアの対象に含まれている。さて、このような自らのストレスへの気づきと対処というところは、ストレスの要因とストレス反応の段階で気がついて対処を行うことができれば、疾患への罹患を防ぐことになり、この観点で言えば一次予防と言える。場合によっては、すでに疾患へ罹患しており、疾患に付随する症状に気がつくといった状況も生じうる。その際には二次予防、三次予防という方が適切である。

### ラインによるケア

管理監督者は、日々、部下である労働者の状況を把握する立場である。さらに、職場の具体的なストレス要因を把握し、アプローチすることがで

きる立場にもあるため、職場の「キーパーソン」と言える。期待される役割としては、職場環境等の把握と改善や労働者から相談された際に初動の対応を行うことがある。このような役割を果たせるようにするため、事業者は、管理監督者に対して、ラインによるケアに関する教育研修、情報提供を行うこととされる。

### 事業場内産業保健スタッフ等によるケア

事業場内産業保健スタッフには、産業医、衛生管理者、保健師、人事労務管理者、心理士など他の医療職などが含まれる。事業場内産業保健スタッフ等は、メンタルヘルスケアの専門家として、労働者や管理監督者の相談窓口となること、メンタルヘルスケアに関する計画の策定や運営を行うこと、事業場外資源とのネットワークを形成したり、その窓口となることなど、メンタルヘルスケアの実施に際しては、中心的な役割を受け持つ存在であると言える。セルフケア、ラインケアを円滑に実施するためには、労働者や管理監督者が実際に自身や部下の不調に気がついた際気軽に相談できる体制を整える必要がある。事業者は事業場内産業保健スタッフ等から事業場のメンタルヘルスを推進する担当者を定め、専門職の知識や助言を活用しながら対策を行うのが望ましいとされている。

## 事業場外資源によるケア

メンタルヘルスケアを行う上では、メンタルヘルスケアに関し、医療機関やメンタルヘルスケアサービスを提供している企業など、専門的な知識を有する各種の事業場外資源の支援を活用することが有効なことがある。基本的には、事業場内産業保健スタッフ等が窓口となって、医療機関等と連携を図るとともに、日頃から外部の相談ネットワーク形成をしておくように努める。

以上見たように、「4つのケア」では事業者が主体的にメンタルヘルスケアを行うことが前提となっており、その柱は「セルフケア」と「ラインによるケア」である。これらの予防施策を立案、運営する中心的な役割として事業場内産業保健スタッフ等があり、外部の機関はそれを部分的に補完する役割という位置づけになる。以下、予防という観点で見た際に、「4つのケア」をどのように展開していくのが望ましいのかについて述べる。

### 一次予防としてのセルフケア

一次予防という観点で見た際に、事業場が行うべき「セルフケア」というのは、従業員に対する研修プログラムの提供と考えられる。それでは、一体どのような根拠に基づき、どのような研修を行うのが良いのだろうか。島津ら（2009年）が行った国内外の無作為化比較試験および比較対象試験のレビューからいくつか重要な知見が得られたので紹介する。

●研修の内容に関しては、van der Klink et al. (2001) や Richardson & Rothstein (2008) のメタ分析によると、認知・行動的アプローチに基づく技法、またはリラクゼーションと組み合わせた技法が他の技法に比べて介入効果が大きいことが示されていた。特に後者のメタ分析では、認知・行動的アプローチを単独で提供したプログラムの効果が最も大きいことが示された。さらに、他の多くのプログラムも認知行動療法的アプローチないし認知行動的アプローチとリラクゼーションとを組み合わせたプログラムを採用していた。認知行動的アプローチに関しては、ストレスマネジメ

ントに関する基礎知識の提供と各技法の習得を目的とするプログラムが多く、技法としては、問題解決技法、認知再構成法、アサーションなどがあったが、各技法間での介入効果を直接的に比較した研究はなかった。リラクゼーションに関しては、技法に関する説明とその習得というプログラムが多く、技法としては、筋弛緩法、自律訓練法、呼吸法などがあったが、やはり各技法間での介入効果を直接的に比較した研究はなかった。また、認知行動的アプローチとリラクゼーションを直接的に比較した研究は少なく、また結果が一定しておらず、どちらがより有効であるかの知見は得られなかった。

●プログラムの形式に関しては、まず、提供者は大部分が臨床心理士やストレスマネジメントの専門家が行っており、内部の臨床心理士と外部の臨床心理士では介入効果に差はみられなかった。セッションの回数に関しては、多岐にわたっていた。ただ、複数回のセッションを有する研究では、ブースターセッションの有無で介入効果を比較した研究があり（Rowe 1999）プログラム終了5カ月後、11カ月後、17カ月後にブースターセッションを設けた群で介入効果が2年間維持されていたのに対し、設けなかった群では介入結果が6カ月に留まっていたことが明らかとなった。また、主要なアウトカムである心理的ストレス反応の低減に効果が認められ、かつ、実施回数が2回以上の研究が多く見られた。1回あたりの時間としては、心理的ストレス反応の低減に効果の認められた40件の研究において、1回あたりの平均実施時間が約100分であった。

これらの知見を総合すると、研修のプログラムには、ストレスマネジメントに関する基礎知識が盛り込まれており、認知行動的アプローチとリラクゼーションの技法を習得することができるような内容が望ましいと考えられる。1回当たり2時間以内とし、また、1回だけで終了せず、一貫したプログラムで複数回行うことで持続的な効果が期待できる。研修の講師は、内部・外部問わず専門家が務めても構わないということだが、講師が内部の産業保健スタッフである場合、受講者が普段から相談できる相手でもあるため、受講者が相

図2 セルフケア研修の目次の例

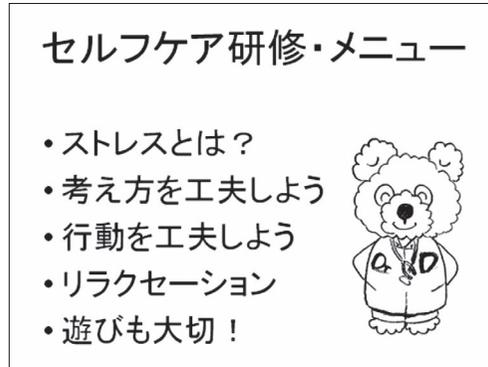


表2 労働者の心の健康の保持増進のための指針に示されるセルフケアの内容

①メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
②ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
③セルフケアの重要性及び心の健康問題に対する正しい態度
④ストレスへの気づき方
⑤ストレスの予防、軽減及びストレスへの対処の方法
⑥自発的な相談の有用性
⑦事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報

談行動を取る際の具体的なイメージが湧きやすく、二次、三次予防につながりやすくなるというメリットがあることを考慮すると、内部の産業保健スタッフ等が講師を務めるのが望ましいと思われる。参考までに、筆者が行っているセルフケア研修の目次と指針に示されているセルフケアの内容を掲載する(図2、表2)。

#### 一次予防としてのラインによるケア

「ラインによるケア」は大きく分けて二つの具体的な施策が存在する。一つが管理監督者研修であり、もう一つが職場環境等の改善である。

まず管理監督者研修についてであるが、堤ら(2009)が行ったレビューによると、いくつかの比較対象試験からは、単回集合的な管理監督者研修により、少なくとも短期的には、部下を含む労働者の精神的健康状態、不眠やパフォーマンスに好ましい影響を与えることが示された(Greenberg 2006; 河島ら 1996; 川上ら 1997; Kawakami et al. 2005; 2006; Takao et al. 2006; Theorell et al. 2001; Tsutsumi et al. 2005)。特に、指針により示されている管理監督者が学ぶべき事項(表3)が満たされている内容の研修により組織及び部下

のメンタルヘルスに好ましい影響が示されている(河島ら 1996; 川上ら 1997; Kawakami et al. 2005; 2006; Takao et al. 2006; Tsutsumi et al. 2005)。さらに、管理監督者研修の効果をもたらすメカニズムとしては、管理監督者の知識向上と好ましい行動変容が考えられる(Tsutsumi et al. 2005)。教育の頻度や期間については、研修効果は半年で明らかではなくなることが示されている(Nishiuchi et al. 2007)。管理監督者が習得すべき知識の内容について補足をする、日々の部下のマネジメント及び、後述する職場環境等の改善の際に留意する事項についての理解を促進するために、職業性ストレスとストレスモデルへの理解を深める内容が望ましい。ストレスモデルについては以下の3つのモデルがよく知られている。

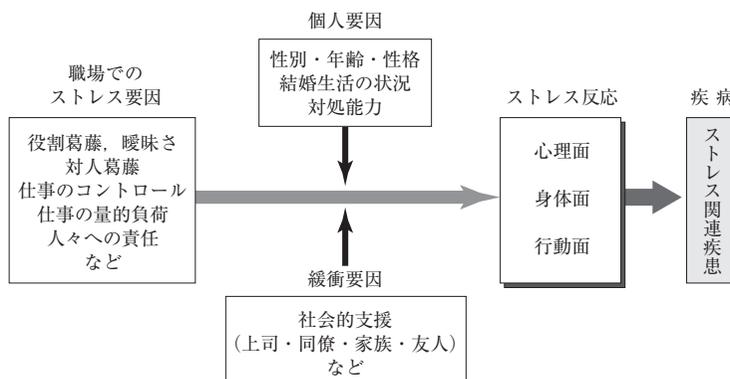
#### ●NIOSH 職業性ストレスモデル(図3)

米国国立職業安全保健研究所(National Institute for Occupational Safety and Health:NIOSH)が職業性ストレス研究のレビューを通じ、一つの職業性ストレスモデルを作成した(Hurrell & McLaney 1988)。簡単に説明すると、仕事に関連するストレスラーが急性ストレス反応を惹起し、長期にストレスラーが持続した場合、疾病に至るというこ

表3 労働者の心の健康の保持増進のための指針に示されるラインケアの内容

①メンタルヘルスクエアに関する事業場の方針
②職場でメンタルヘルスクエアを行う意義
③ストレス及びメンタルヘルスクエアに関する基礎知識
④管理監督者の役割及び心の健康問題に対する正しい態度
⑤職場環境等の評価及び改善の方法
⑥労働者からの相談対応（話の聴き方、情報提供及び助言の方法等）
⑦心の健康問題により休業した者の職場復帰への支援の方法
⑧事業場内産業保健スタッフ等との連携及びこれを通じた事業場外資源との連携の方法
⑨セルフケアの方法
⑩事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報
⑪健康情報を含む労働者の個人情報の保護等

図3 職場のストレスモデル



出所：NIOSH 職業性ストレスモデル（Hurrell & McLaney 1988）を改変

とを想定したモデルである。ただ、人によって感じ方や周囲のサポートなどが異なるため、反応が一律でないことは自明であり、このモデルでは、このように同種類で同程度のストレスを経験した際に異なるストレス反応を示すことを説明するために、調整要因というものを想定している。調整要因には、個人要因、仕事外の要因、緩衝要因が含まれる。このモデルは一つの断面としてストレスと疾患への罹患を理解するには役に立つ。即ち、誰も事情を抱えており、単に業務の量や質だけの問題だけで疾病に至るのではないこと、あるいは逆に、同じような能力を持ち合わせていても状況によっては誰にでも疾病に至る可能性があることなど、つまり、マネジメントの際に部下を全人的に捉えるべきであるということを観念的に理解しやすい。また、緩衝要因には上司や周囲の支援ということも挙げられており、自らの役割についても理解がし易い。

● 仕事の要求度－コントロールモデル

Karasek (1979) が提案したモデルで、職場での心理社会的ストレスを「仕事の要求度」と「コントロール」という二つの要因とその組み合わせで説明している。要求度とは、仕事の量、時間、精神的集中度や緊張などが含まれ、コントロールには、仕事のやり方に対する決定権、技術等を使用する範囲などが含まれている。本モデルでは、要求度が高いか低いかとコントロールが高いか低いかの組み合わせによって、仕事が①要求度が高くコントロールの低い「high-strain 群」、②要求度が高くコントロールも高い「active 群」、③要求度が低く、コントロールが高い「low-strain 群」、④要求度が低くコントロールも低い「passive 群」の4群に分けられる。このうち、要求度が高くコントロールの低い「high-strain 群」が一番疾病のリスクが高いと想定されている。このモデルに社会的支援の軸を追加した「仕事の要求度－コントロール－サポートモデル」も提唱されている（Johnson & Hall 1988）。このモデルで

は、先ほどの要求度が高く、コントロールが低いことに加え、社会的支援が少ない群が最もストレス反応が高くなると想定されている。いずれにしても、管理監督者としては、部下の仕事の要求度を見極め、長時間労働や過大業務を避けるというような要求度を下げる働きかけに加え、裁量権や自由度を要求度に見合うように引き上げることも大切なポイントだといえる（川上 2002）。

#### ● 努力－報酬不均衡モデル

Siegrist (Siegrist 1996) らが提唱したモデルであり、行動経済学とストレス理論の組み合わせからもたらされた。このモデルでは、仕事において費やされた努力と得られた報酬のバランスの欠如が交感神経系の緊張状態を導き、ストレス反応を生起させると仮定している（堤 1999）。ここでいう「努力」には、仕事の要求度や費やす労力が含まれており、「報酬」には、金銭はもちろん、心理的報酬やキャリアも含まれている。これらのバランスが欠如した状態とは、要求度は高いのに低賃金で働かされている、多くの労力を割いているのにきちんと評価されない（褒められない）というような状態が想定される。管理監督者は、仕事の要求度－コントロールモデルで見たような視点に加え、報酬という点も考慮に入れてマネジメント行動をとる必要がある。

以上をまとめると、研究の数が多くないため明らかではない部分も多いが、現時点では、管理監督者研修としては、指針に基づく内容であり、職業性ストレスモデルを含んだ管理監督者の知識向上とその知識に基づく好ましい行動変容をもたらすような内容であり、1年に2回程度以上行うのが望ましいと考えられる。

さて、次に職場環境等の改善であるが、こちらは必ずしも管理監督者だけが取り組むべきことではないが、管理監督者は普段から職場の状況を把握し、改善することができる立場にいるため、ラインによるケアの一環として取り組むことが可能である。先に述べたような職業性ストレスモデルも考慮に入れ職場環境を改善することが望ましい。次項でより詳細について述べる。

#### 一次予防の強力なツール：職場環境等の改善

「職場環境等の改善」は、指針においては、「労働者の心の健康には、作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るための施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等、労働時間、仕事の量と質、セクシュアルハラスメント等職場内のハラスメントを含む職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等の職場環境等が影響を与えるものであり、職場レイアウト、作業方法、コミュニケーション、職場組織の改善などを通じた職場環境等の改善は、労働者の心の健康の保持増進に効果的であるとされている。このため、事業者は、メンタルヘルス不調の未然防止を図る観点から職場環境等の改善に積極的に取り組むものとする」とされ、職場環境等の改善はメンタルヘルスケア対策の柱と位置づけられている。国際的に有用性が報告されており、例えばILO（国際労働機関）が世界9カ国、合計19職場で行われた職場でのストレス対策に関する成功事例をまとめた報告書によると、職場環境等の改善を通じた対策が多かったこと、個人向けの対策の効果が一時的、限定的であったのに対し、職場環境等の改善を通じた改善方法がより効果的であったということで有用性が強調されていた（Karasek 1992）。他にも、Egan et al. (2007) の全部で18の研究に関するレビューによると、対照群を設定しているものが12研究存在しており、うち、8つの研究で健康指標が改善していることが明らかとなった。

わが国においては、職場環境改善のためのツールとして、メンタルヘルスアクションチェックリスト（以下、MHAL、吉川ら 2007）等が開発され、これらのツール等を活用した職場介入研究が行われている（Kobayashi et al. 2008; Tsutsumi et al. 2009）。Kobayashi et al. (2008) の介入研究では、労働者参加型の職場環境改善活動により、ホワイトカラー女性において、技術の活用度、上司と同僚のサポート、身体愁訴の訴え、職務満足感が好転したことが認められた。特に、活動への参加率が50%以上の部署において顕著であり、参加率が高いほど効果が高いことが示唆された。一方、

Tsutsumi et al. (2009) の無作為化比較対象試験においても、MHAL を用いた職場環境改善活動によって、対照群が精神的健康度（GHQ (general health questionnaire) 得点) が悪化した（業務の変化等によると思われる）にもかかわらず、介入群では悪化せず、自覚的なパフォーマンスの向上が認められた。

このように国内外で一次予防効果が報告されている職場環境改善活動であるが、そのポイントとしては、「作業内容および方法」「職場組織」「職場の物理化学的環境」が挙げられる（川上 2002）。職場環境と聞くと単に照明や机の配置などを想像するかもしれないが、人間関係や組織の環境など広義の職場環境も改善の対象に含まれる。MHAL はこれらの点も考慮されている。以下、MHAL を用いた職場環境等の改善の具体的な取り組みの方法のステップについて述べる（職場環境改善のためのヒント集（アクションチェックリスト）作成ワーキンググループ編（2005）を一部改変）。いずれにしても、PDCA（Plan, Do, Check, Act：計画、実施、評価、改善）サイクルを回すように実施することを心がける。

#### ①対策への合意形成

キーパーソンとなる職場の管理監督者へのストレス調査結果などのフィードバックや、内外の指針や先進企業・職場の取り組みの紹介を通して、職場環境改善を進めることがストレス対策としてとても重要である。ラインケアを担う管理監督者研修などでも強調し、職場環境改善への準備と合意形成を進め、気運を高めるように配慮する。職場のトップにも理解を得、安全衛生方針として取り上げたり、メンタルヘルス対策の社内方針として取り上げたりするなど、ストレス対策として職場環境等の改善を進めることへの合意形成を進める。

#### ②参加と周知

職場環境改善を効果的に進めるための職場の情報や題材を収集し、準備する。まず、職場でストレス対策として取り組まれた事例をリストアップし、管理監督者や労働者からもすでに取り組んでいる対策などを収集する。直接ストレス対策を目的としていなくても、快適な職場づくりに役立つ

た職場環境改善、たとえば受動喫煙防止や長時間残業対策、最近行われたレイアウト変更など、すでに職場で取り組むことができた改善にも注目する。また、ストレスの原因について管理監督者や労働者に意見を聞き、ストレスの原因となる要因について職場内の情報収集を行う。勤務時間内に「業務の一環」として職場環境改善の話し合いがもたれるよう準備し、労働者へ通知し、参加を促す。

#### ③改善の討議と立案

MHAL を使った複数による（管理監督者、労働者、労務人事担当者、産業保健スタッフなどが含まれるように配慮）グループ討議とその結果発表をする場を設ける。ここでは、ストレス調査結果や事業場内の良好事例を参考にしながら、ストレス低減のために役立っている良い事例と改善点について討議する。討議結果は文書に記録し、対策実施計画への参考資料や、リスクアセスメント実施結果として保存しておく。

#### ④対策の実施と評価

討議された結果（職場改善のアイデア）を、職場の管理監督者や安全衛生担当者が部署ごとに取りまとめ、具体的な実施の手順をきめる。改善の実施のフォローアップ計画を立て、関係者が共同でフォローアップを行う。四半期や一年ごとと期間を決めて職場環境改善の実施状況を評価し、ストレス調査を再度実施するなど、次年度への計画へつながるようにする。

このような職場改善活動を行う際の留意点としては、改善の対象を個人に特定すると個人攻撃になりやすいため、解決志向で行うこと、大きな改善を目標とせず、小さな改善を積み重ねるようにすること、評価指標を健康など長期的な時間を要するものだけにしてしまうと改善効果を実感しにくくなるため、参加者の満足度や改善案の達成具合など短期的な目標も合わせて定めること、などがある。当たり前であるが、「ストレス対策がストレス」となっては元も子もないので、十分な根回しをした上で、生産的なゴールを設定し、モチベーションを維持できるような効果指標を立てることが肝要である。

なお、MHAL に関しては、職場環境等改善の

ためのヒント集（メンタルヘルスアクションチェックリスト）ダウンロードのページ (<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ACL/index.htm>) でMHALの使い方のマニュアルなどを含む、より詳細な情報に接することが可能である。

### 三次予防と事業場外資源によるケア

専門知識をもった事業場内の産業保健スタッフは、今見てきたような予防の各施策を実施する上で、講師役や調整役として中心的な役割を演じることになる。それを補完するのが「事業場外資源」の役割だということを先に述べたが、事業場外資源が中心に活躍する場面は、三次予防の場面だと思われる。疾患の治療はもちろんだが、近年は特に「リワークプログラム」に注目が集まっている。ここで言う、「リワークプログラム」とは、主としてうつ病などの気分障害に罹って働けなくなり休業した労働者向けに、「1. 病状を回復・安定させること」「2. 復職準備性を向上させること」及び「3. 再発防止のためのセルフケア能力を向上させること」の3つを目的として提供されるリハビリプログラムと定義される（有馬 2010）。また、これらの目的を可能にするためにリワークプログラムが備えるべき要素には、①通勤を模倣して定期的に通所できる場所、②厳しめのルールのもとで空間的・時間的に拘束させる枠組み・日課、③一定のノルマがある作業プログラム、④再発予防のセルフケアにつながる心理社会教育プログラムの4つが不可欠であるという（有馬 2010）。現在、このようなプログラムを提供している施設は公的機関や医療機関などがあり、2008年にうつ病リワーク研究会が発足するなど広がりを見せている。

こうしたリワークプログラムが注目されている背景には、治療者側と企業側の認識のずれがある。精神科医療は元々、明確な数値などのデータに基づいて治療を行う性質がなく、多くは患者の訴えによって治療の進展を測るといった性質が強い。端的に言えば、患者本人が「治った」と言えば、それを覆すだけの傍証（患者の表出や家族の意見など）がない限りは「治った」ことになってしまう。結果、復職可能であるという診断書

を出されたが、すぐに再発して再休職になるというケースをよく耳にするし、筆者自身も経験することが多い。心療内科医・精神科医 846 名に対するアンケート調査によると（柏木ら 2005）、職場復帰判定においては「主治医の主観的判断」に左右される部分が大きく（66.2%）、さらに主治医判断は患者に有利な方向に傾くことが多い（85.8%）という結果であり、このような経験を裏打ちしている。また、同調査では、主治医のほとんど（96.2%）が復職条件を「寛解状態」と考えているのに反して、職場関係者からは「完全治癒」を要求された事が多い（74.3%）との結果であり、両者での認識のずれが明らかとなった（柏木ら 2005）。リワークプログラムはこの溝を埋める社会復帰サポートシステムと位置付けられている（有馬・秋山 2012）。また、リワークプログラムの有効性の報告もなされており（大木・五十嵐 2012）、三次予防という観点から「事業場外資源によるケア」として活用することで、有効に復職支援を進めることが可能となるとと思われる。

### Ⅲ 企業内での取り組みの現状

これまで見てきた通り、各予防施策には、ある程度効果に対する研究成果も出てきており、有用性が明らかになりつつあるが、実際のところ、企業での取り組みはどのようになっているのだろうか。『平成 19 年労働者健康状況調査』によると、心の健康対策に取り組んでいる事業所は 33.6%に留まっていたが、2010 年に実施された『職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査』（労働政策研究・研修機構 2011）では、50.4%だった。具体的な取り組みについて見てみると、先に挙げた、「セルフケア研修」「ラインケア研修」「職場環境改善」に該当する施策の実施率が、全事業所のそれぞれ、11%→21%、17%→25%、7%→7%（いずれも、2007 年→2010 年）であり、いずれも増加傾向にあるが、まだまだ実施率が低いのが原因である。取り組みない理由としては、「必要性を感じない」「取り組み方がわからない」「専門スタッフがない」という項目が多く挙げられていた。一方で、今後のメンタルヘルスケア

の位置づけについては、「どちらかと言えば強化する必要がある」が55.2%と「強化する必要がある」(15.0%)と合わせると、強化するべきだと考えている事業所は70%を超えていることも明らかとなった(労働政策研究・研修機構2011)。

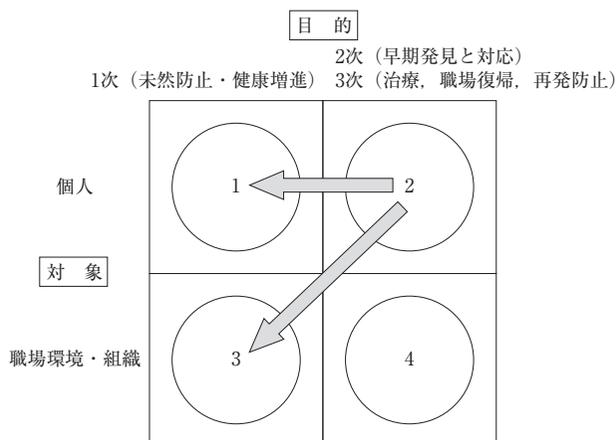
これらの結果からは、事業場では、予防施策の重要性、必要性の認識が現段階では不十分であるものの、将来の必要性は強く認識しており、いざ取り組む、あるいは今後取り組みたいと考えても必要な専門スタッフがおらず、あるいは、知識が不足しているため、どのように取り組むかがわからないという現場での苦悩が推察される。逆に言うと、産業保健に精通した内部スタッフを配置し、予防施策の重要性を伝達し、施策の具体的な立案・運営を行うことで、事業場内での予防施策の取り組みが推進される可能性が示唆される。

#### IV 予防施策の今後の展望

冒頭で精神医学の進歩とともに、予防の関心が、三次から一次に移りつつあると述べた。予防の目的と対象を見ると、二次・三次予防が、それぞれ「早期発見と対応」「治療、職場復帰など」を目的とし、個人を対象にしているのに対し、未然防止を目的とした一次予防は個人のみならず、職場環境や組織をも対象にしていることがわかる(図4)。つまり、これまでのメンタルヘルス対

策は、あくまで個人のストレスや疾病といった要素に注目し、ストレスの低減、早期発見・早期治療というような、「個人志向型」であった。これが「組織志向型」となると、それらに加え、組織の資源を充実させることが必要になってくる。具体的には、ライフ・ワークバランスを実現する、全体のキャリアパスを整える、組織のパフォーマンスを上げる、労働者のモチベーションを上げる、というような内容が想定される。このような「組織志向型」となると、産業保健スタッフだけで運営することは困難であり、経営層、人事部門とも密接に連携した対応が必要になってくる。人材育成という観点でこれまで人事、経営層主体で行われてきた研修とメンタルヘルスの一次予防で行うべき研修と似通っている部分もあり、両者を統合して行うことでより効率的にかつ自然に予防施策を行うことが出来る可能性がある。例えば、人事研修の場では、「モチベーションをアップさせるリーダーとは」「組織を発展させるリーダーとは」というようないわゆる「リーダーシップ論」を学ぶ機会がある。これをラインによるケアという視点から見直してみると、例えば、リーダーシップは「変革型」「交換型」「消極/自由放任型」という3タイプに分類されるが(Burns 1978, Bass and Avolio 1990)、「消極/自由放任型」は部下を不調にしやすいリーダーシップで(Vartia 1996)、逆に「変革型」は、部下を不

図4 職場のメンタルヘルス：予防の変遷



出所：Kompier and Cooper (1999: 18) を改変

調にせず、モチベーションが高い組織をもたらすことが明らかになりつつあり (Tims et al. 2011, M.Waqas Raja 2012), このような視点を組み合わせることで、リーダーシップを学ぶとともに、部下を不調にさせないラインケアについても学ぶことが可能となる。他にもビジネスにおけるコミュニケーションスキルとセルフケアにおける認知行動的アプローチや問題解決技法など用語や視点の違いはあるものの、実は近い概念を扱っているということもある。

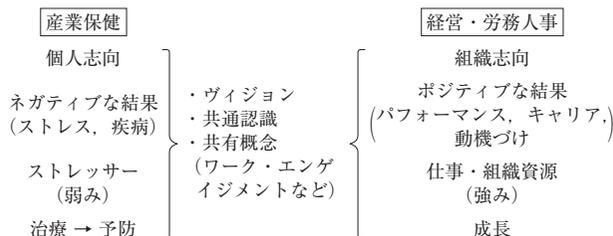
このように産業保健スタッフと人事・経営層の両者をうまく橋渡しすることが必要であると思われるが、このような観点で一つの鍵となりうる概念に、「ワーク・エンゲイジメント (Schaufeli et al. 2002)」がある。ワーク・エンゲイジメントは、仕事に誇りややりがいを感じている「熱意」、仕事に熱心に取り組んでいる「没頭」、仕事から活力を得て生き活きしている「活力」、この三つの要因がそろっている状態と定義され、バーンアウト (燃え尽き) の対概念として位置づけられている。ワーク・エンゲイジメントとアウトカムとの関連についてのメタ分析によると、ワーク・エンゲイジメントが高い労働者では、心身の健康度が高い、仕事に前向き・自発的に取り組む、仕事への満足度が高い、さらには、「飲食チェーン店において、従業員のワーク・エンゲイジメントが高い店舗ほど売り上げが高い」(Xanthopoulou et al. 2009), 「ホテルやレストランにおいて、従業員のワーク・エンゲイジメントが高い施設ほど利用者の満足度が高く、再利用の意思が高い」(Salanova, Agut and Peiró 2005) といったことも明らかとなった。つまり、単に健康度が高いということだけでなく、労働者が「いきいき」と働くことに

もつながっており、結果、売上の向上に寄与しているということである。メンタルヘルス対策に必要性を感じていない (労働政策研究・研修機構 2011) という経営者でも、売上に興味が無い経営者は少ないと思われ、そのような経営者の動機付けにも適している概念と思われる。また、社会経済生産性本部 (2008) による企業の「生産性」に関するアンケート調査では、今後重視する経営課題として、「製品・サービスの付加価値化」「マーケティングや販売体制の強化」に次いで、「従業員のモチベーション向上」が挙げられており、ワーク・エンゲイジメントはこのように「従業員のモチベーション向上」に興味がある経営者にとっても親和性が高い概念と考えられる。ちなみに、ワーク・エンゲイジメントを規定する要因には仕事の資源 (上司や同僚からの支援, 仕事の裁量権, 成長の機会など) と個人資源 (自己効力感, 自尊心など) があることが分かっており (Halbesleben 2010), これらの視点を盛り込み、セルフケア研修, ラインケア研修や職場環境改善を充実させることで労働者のワーク・エンゲイジメントを向上させることが可能である。

以上より、今後のあるべき予防施策の展望としては、産業保健スタッフと人事・経営層が単に密接にコミュニケーションをとるということに留まらず、大きなビジョンを共有し、共通したゴールに向けてお互いを補完し、協調し合うように施策を展開することが必要になっていくと思われる (図5)。

謝辞：本論文は、筆者が所属する、TOMH (東大職場のメンタルヘルス) 研究会 (東京大学大学院医学系研究科・精神保健学分野) のメンバーによる研究やメンバー間でのディスカッションを参考にしている。特に、予防全般については、川上憲人教授 (同教室), ワーク・エンゲイジメント, 一次予防に関しては島津明人教授 (同教室) に手厚くご指導を頂

図5 今後の職場のメンタルヘルス



出所：島津明人氏作成の図を一部改変

いた。職場環境改善については、小林由佳氏（本田技研工業（株）・人事部安全衛生管理センター）、リーダーシップ論については、津野加奈美氏（和歌山県立医科大学医学部衛生学教室）のプレゼンテーションを参考にしている。リワーク・プログラムに関しては、有馬秀晃氏（品川駅前メンタルクリニック院長）に手厚い指導とともに参考文献をご提供いただいた。TOMH 研究会メンバー諸氏には、適切なアドバイスをいただき、ディスカッションを通じて多くのインスピレーションを得た。また、鄭理香氏（（株）Ds'sメンタルヘルス・ラボ・共同代表）には、一般的なアドバイスと校正をお手伝いいただいた。ご協力いただいた全ての方々はこの場をかりて厚く御礼を申し上げます。

#### 参考文献

有馬秀晃（2010）「職場復帰をいかに支えるか——リワークプログラムを通じた復職支援の取り組み」『日本労働研究雑誌』No.601, 74-85.

———・秋山剛（2012）「うつ病の社会復帰とサポートシステム」『医薬ジャーナル』Vol.48, No.4, 106-112.

大木洋子・五十嵐良雄（2012）「リワークプログラム利用者の復職後の就労継続性に関する効果研究」『産業精神保健』20（4）, 335-345.

柏木雄次郎・田口文人・桃生寛和・江花昭一・芦原睦（2005）「メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究（第1報）——事業場外資源（精神科医・心療内科医など）への質問紙調査」『日本職業・災害医学会誌 JJOMT』Vol.53, No.3, 153-160.

川上憲人（2002）「産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論1. 一次予防（健康障害の発生の予防）職場環境等の改善」『産業衛生学雑誌』44, 95-99.

———（2010）『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究平成21年度総括・分担研究報告書』.

———（2011）『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究平成22年度総括・分担研究報告書』.

———（2012）『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究平成23年度総括・分担研究報告書』.

———（2012）『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究平成21年-23年度総合研究報告書』.

河島美枝子・川上憲人・榎元武・林剛司・荒記俊一（1996）「上司教育におけるストレス対策の効果評価：抑うつ症状及び血圧に及ぼす影響」『産業精神保健』4, 124.

厚生労働省（2006）『労働者の心の健康の保持増進のための指針』.

———（2008）『平成20年版厚生労働白書』.

島津明人（2009）「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の科学的根拠に基づく（EBM）ガイドライン開発：個人向けストレス対策の普及・浸透」『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成21年度総括・分担研究報告書』.

「職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究」職場環境改善のためのヒント集（アクションチェックリスト）作成ワーキンググループ編（2005）『メンタルヘルス対策に重点をおいた職場等の改善マニュアル——職場環境改善のためのヒント集の活用法』（平成16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業）.

人事院（2001）（2006）『国家公務員長期病休者実態調査』.

総務省（2013）『労働力調査』.

堤明純（1999）「努力——報酬不均衡モデル：理論と実証研究」『ストレス科学』13, 247-252.

———（2009）「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の科学的根拠に基づく（EBM）ガイドライン開発：管理監督者教

育の普及・浸透」『労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成21年度総括・分担研究報告書』.

内閣府（2007）『国民生活白書』.

吉川徹・川上憲人・小木和孝・堤明純・島津美由紀・長見まき子・島津明人（2007）「職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発」『産業衛生学雑誌』49: 127-142.

労働省/厚生労働省（1982～2006）『労働者健康状況調査』.

労働政策研究・研修機構（2011）『職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査』調査シリーズNo.100.

労務行政研究所（2010）（2008）『企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査』.

Bass B. M. and Avolio B. J. (1990) The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, vol.4, 231-272.

Burns, J. M. (1978) *Leadership*. New York: Harper & Row.

Egan, M., Bamber, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., and Thomson, H. (2007) The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. I. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (11), 945-954.

Greenberg, J. (2006) Losing sleep over organizational injustice: attenuating insomniac reactions to underpayment inequity with supervisory training in interactional justice. *Journal of Applied Psychology*, 91 (1), 58-69.

Halbesleben, Jonathon R. B. (2010) A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*, 102-117.

Hurrell J.J. Jr. and McLaney M.A. (1988) Exposure to job stress- A new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 14 (Supple.1), 27-28.

Johnson, J. V., and Hall, E. M. (1988) Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.

Karasek, R. A. (1979) Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-306.

Karasek, R. A. (1992) Stress prevention through work reorganization: A summary of 19 international case studies. *Condition of Work Digest: Preventing Stress at Work*. International Labour Organization, 11, 23-41.

Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., and Hayashi, T. (1997) Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 23 (1), 54-59.

Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S., and Tsutsumi, A. (2005) Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41 (2), 471-478.

Kawakami, N., Takao, S., Kobayashi, Y., and Tsutsumi, A. (2006) Effects of web-based supervisor training on job stressors and psychological distress among workers: A workplace-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 48, 28-34.

Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Na-

- kane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T., and Kikkawa, T. (2005) Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: A preliminary finding from The World Mental Health Japan 2002-2003. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 59 (4), 441-452.
- Kompier, M, and Cooper, C., (1999) *Preventing stress, improving productivity: European Case-studies in the Workplace.*
- Kobayashi Y., Kaneyoshi, A., Yokota, A., and Kawakami N. (2008) Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 50: 455-470.
- M. Waqas Raja (2012) Does Transformational Leadership Leads To Higher Employee Work Engagement. A Study of Pakistani Service Sector Firms. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, Vol. 2, No. 1, 160-166.
- Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T.A., and Kikkawa, T. (2006) Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 60 (2) : 240-248.
- Nishiuchi, K., Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S., and Kawakami, N. (2007) Effects of an Education Program for Stress Reduction on Supervisor Knowledge, Attitudes, and Behavior in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Health* 49 (3), 190-198.
- Richardson, K. M. and Rothstein, H. R., (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13 (1) : p. 69-93.
- Rowe, M. M. (1999) Teaching health-care providers coping: results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 511-527.
- Salanova, M., Agut, S., and Peiró, J. M. (2005) Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate *Journal of Applied Psychology*, 90, 1217-1227.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., and Bakker, A. B. (2002) The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Siegrist, J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Takao, S., Tsutsumi, A., Nishiuchi, K., Mineyama, S., and Kawakami, N. (2006) Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: A supervisor-based randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 48 (6), 494-503.
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., and Weingarten, A. (2001) Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63 (5), 724-733.
- Tims, Maria., Arnold, B., Bakker, A., and Xanthopoulou, D. (2011) Do transformational leaders enhance followers daily work engagement. *Leadership Quarterly*, 22, 121-131.
- Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, and Kawakami N. (2009) **Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial.** *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51: 554-563.
- Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S., Nishiuchi, K., Komatsu, H., and Kawakami, N. (2005). Effects of a supervisory education for positive mental health in the workplace: A quasi-experimental study. *Journal of Occupational Health*, 47 (3), 226-235.
- van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A.H., and van Dijk, F., (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91 (2), p. 270-276.
- Vartia, M. (1996) The sources of bullying: Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5 (2), 203-214.
- WHO (2004) *The Global Burden of Disease* 2004 update.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., and Schaufeli, W. B. (2009) Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 183-200.

はら・ゆうじろう 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野客員研究員。株式会社Ds's (ディース)メンタルヘルス・ラボ代表。精神保健指定医。産業医。中央労働災害防止協会編『安全衛生のひろば』に「職場リーダーのためのメンタルヘルス講座」を連載 (2013/1~)。