

## 企画：産業保健における学術研究・基礎研究のあゆみ

## 総説

## 職業性ストレスと職場のメンタルヘルス

廣 尚典

厚生労働省労働保険審査会

**抄録：**わが国において、職場のメンタルヘルスに関する研究は、労働者のメンタルヘルス不調の第三次予防から、第二次予防、さらには第一次予防にまで、その主題を広げてきた。最近では、産業保健以外の領域の議論も取り込む動きがみられ、労働生活の質の向上や、組織の活性化といった、ゼロ次予防とも呼ばれる範疇の視点を持つものも散見される。

こうした流れを踏まえて、拙論では、まず第三次予防、第二次予防に関する議論の成果であるとともに、研究や実践の基盤にもなってきたメンタルヘルス不調に係る用語、概念をまとめた。

次に、1990年代以降の数々の研究で用いられてきた、仕事関連のストレスとそれがもたらす影響に関する主要なモデル、精神健康（不調）の指標などを紹介した。これらは、本領域の研究の拡がりに多大な貢献をしたと言える。

他方、仕事関連のストレス要因と健康問題との関係に介入する影響因子は多数存在し、社会、文化的なものも少なくない。そのため、わが国で汎用性の高いメンタルヘルス対策の手がかりを得るためには、対象を国内に限定した大規模研究やメタ分析などを含む系統的なレビューが必要である。そうしたことから、第三に、わが国における本領域の代表的な大規模研究を、それらの推進に対する期待を込めて拾い上げた。

もっとも、それらがいかに推進されても、その結果を現場での実践にどのように活用するかという課題がなくなることはないであろう。産業保健従事者が自らの担当

する職場の実情を把握し、実践に落とし込む努力は重要であり続けるはずである。

(産衛誌 2023; 65(6): 329-340)

doi: 10.1539/sangyoeisei.2023-015-A

**キーワード：** Mental health, Job stress, Review, Workplace, Occupational health

## 1. はじめに

労働者のメンタルヘルスに関連する議論は、日本産業衛生学会（前身も含む）においても、1950年頃にはその萌芽をいくつかみることができ、1990年代半ば頃より、本領域への会員の関心が高まり始め、今世紀に入ってから春季の大会や秋季の協議会で関連する講演、シンポジウムなどが毎回のよう企画されるようになり、一般演題枠の研究報告も急増した。内容についてみると、当初は不調の特徴や原因を考察し、それをもとに対応や支援のあり方を模索する、いわゆる第三次予防、第二次予防に関する事項が中心であり、そこから不調の未然防止（第一次予防）、さらには労働生活の質の向上、職場の活性化、生産性の向上といった、ゼロ次予防とも称される取り組みに照準をあてたものへと、主題の範囲も拡がり続けてきた。従来の産業保健にはなかった近縁分野の視点を取り込んだ研究も増加している。

拙論では、この潮流に沿いながら、まず第三次、第二次予防の議論を支えてきた用語・概念を振り返り、次に多くの研究で使用されてきた仕事・職場関連のストレスに関するモデルおよび精神健康に関する指標などについて、主題の第一次予防、ゼロ次予防への拡がりに重点を置いてまとめる。そのうえで、過去に行われてきた主な大規模研究を紹介し、今後の研究と産業保健活動の実践との関係に関して若干の提言を述べることにする。

2023年5月16日受付；2023年5月26日受理

J-STAGE 早期公開日：2023年6月14日

連絡先：廣 尚典 〒105-0011 東京都港区芝公園1-5-32 労働委員会館8階 厚生労働省労働保険審査会

Correspondence to: Hisanori Hiro, Labour Insurance Appeal Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare, Rodoinkai Kaikan 8F 1-5-32 Shibakoen 1-chome, Minato-ku, Tokyo 105-0011, Japan

(e-mail : hiroh@snow.ocn.ne.jp)

## 2. 精神不調の病態・分類など

現在、精神疾患の疾病分類としては、わが国においても米国精神医学会によるもの（DSM 分類）と WHO によるもの（ICD 分類）が広く用いられており、病像形成的（pathoplastic）な名称の使用は回避される傾向にあるが、職場でみられる疾病や病態に関しては、様々な視点から用語・概念が提唱されてきた。ここでは、主として労働者にみられ、職場や仕事との関係が論じられてきた主要なものを概観する。これらをめぐっての発言の大半は、産業精神保健に関わっていたか、関心を寄せていた精神科医からのものであった。この領域が産業保健の中では少し特殊であると認識され、精神医学を専門としていない立場からは言及しづらかったという時代背景が影響していたと推測される。最近では産業保健従事者と精神医学（精神医療）関係者との交流が進んでいることから、両者の協働による議論の展開が期待される。

### (1) 職場不適応と職場不適応症

現在の「産業精神衛生研究会」（日本産業衛生学会）の名称が、1982年の改称まで「職場不適応研究会」であったことに象徴されるように、「職場不適応」は、職場のメンタルヘルスを議論する際の最も重要な用語のひとつであり続け、それは現在でも変わらない。産業保健活動としてのメンタルヘルス対策の第一義的な目的は、「職場不適応」の予防であるといつて過言ではない。

「職場不適応」は不調の状態像である。すなわち、「何らかの問題により、職場で求められる、あるいは期待される態度や行動がとれなくなっており、本人あるいは周囲の職場関係者が困惑している」状態とでも表現できよう。表記からみれば、その要因が身体的な問題である例（例えば、腰痛により仕事の効率が半減している）も含むと考えられるが、通常は精神面の不調（偏倚）の場合に限定して使用される。この場合の精神面の不調の水準は、特定の精神疾患の診断基準を満たすものとは限らない。精神面の不調では職務を遂行するための様々な能力が低減するが、どういった能力がどの程度必要とされるかは業種、職位、職場環境などによって異なるため、不調の水準が同等であっても、「職場不適応」の現れ方（有無や程度）は一様でない。各職場（現場）での評価や対応を検討する必要性を含意している点で、「職場不適応」は、産業保健に馴染みやすい用語と言える。また、仕事や職位などが本人の能力あるいは適性と調和していない状態については、例えば「不適合」のような表現のほうが適切であろう。

「職場不適応」と関連のある概念として「事例性」がある。産業保健活動においては、「事例性」に着目すること

が重要であると言われる。「事例性（caseness）」は、もともとは精神疾患の重症度を判定するための指標であったが、わが国では加藤が意味を変えて紹介し<sup>1)</sup>、診断と治療を中心とする「疾病性（illness）」との対比で用いられてきた。現在では、狭義には以前の当該労働者の、あるいは周囲の同種労働者の言動からの偏倚をさし、広義にはそれに加え、周囲の関係者や職場全体が受けている影響、関連する職場因子なども包含したものをさすことが多い<sup>2)</sup>。「職場不適応」によって生じた現場の混乱を収束させるためには、「疾病性」にとらわれすぎず、「事例性」に目を向ける必要がある。

「メンタルヘルス不全」という表現がある。1990年代頃から、河野が（狭義の）「事例性」に着目した対応の重要性を啓発するために好んで使用した<sup>3)</sup>。その中には既存の疾病分類で診断される精神疾患のみならず、その予備群とも言える不調も含まれる。この考え方は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（2000）（「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2006）の前身）に、「メンタルヘルス不調」と名称を変えた形で採り入れられた。

他方、「職場不適応症」という用語もある。職場不適応症は、病的な精神症状がみられている場合に使用される。過去に多くの研究者、実践家が定義を試み、その病像を考察してきた。夏目は、「職場要因の変化に対して個人の適応力不足のために、就業に関する不安、焦燥、恐怖感が高まるか、仕事面に関してのみ抑うつ的となる部分的抑うつ症状を呈して、職場適応が困難となり受診するに至った場合」という枠でとらえ、精神病（統合失調症、いわゆる内因性うつ病など）や身体障害に起因する二次的な病態を除いている<sup>4)</sup>。中川らは、「(当時の) DSM 分類 (DSM-III-R) の適応障害あるいは人格障害（現在のパーソナリティ障害）の診断を満たし、職場での社会心理的ストレスを誘因とした職場での精神症状が顕著な例」と定義した<sup>5)</sup>。昨今の精神医学における診断分類の動向と職場に求められる対応を鑑みれば、現在では、主として仕事あるいは職場に関連した事項がストレス因となった「適応障害（適応反応症）」<sup>6)</sup>と位置づけるのが妥当であるように思われる。

かつて職場不適応症は、精神科臨床の場にいる医師や心理職に対して、精神障害の発症、増悪あるいは再発要因として職場環境を十分に考慮すべきであることを啓発する意味で重要であった<sup>7)</sup>。しかし、様々なメディアが仕事に関連したストレスやメンタルヘルス不調を取り上げ、産業医資格を取得する精神科医も増加して、精神医療の関係者の多くが、職場に少なからぬ関心を寄せるようになって今日では、逆に不調の原因を安易に職場に求める傾向を助長しかねないものとして、使用に注意を促す余地があるかもしれない。

(2) 産業神経症

小沼が職場でみられる様々な神経症性障害を総括して表現したもので<sup>8)</sup>、神経症性障害によって慣れているはずの作業ができなくなった状態を呈している例をさす。小沼は、職場不適応症もこれと同義の用語として用いているが<sup>9)</sup>、職場には労働者が適応を求められている数々の事象があり、その実現のしやすさには多くの個人的因子が関わっていることを明示する必要がある場合には、それを選択した。欧米の occupational neurosis に該当するという解説もみられるが<sup>10)</sup>、これは通常仕事に関連する体験が契機となっている神経症性障害に限定して用いられ、職業(性)神経症という邦名がつけられている<sup>11, 12)</sup>。作業神経症は、仕事に際しての持続的な過度の緊張によって強い疲弊状態をきたした、後天性で軽症の精神疾患をいう<sup>13)</sup>。小沼は、特殊な職場環境において生じる精神疾患として、船医の経験をもとに、船員にみられる「船内神経症」も提唱している<sup>14)</sup>。

(3) 外傷(性)神経症

災害によって生じる精神疾患は、Erichsen らによって鉄道脊椎(症)と表現されたものが最初と言われるが、1889年 Oppenheim が事故後に生じる独特の臨床像を総括して「外傷(性)神経症」という概念(輪郭)を提唱し、これが主として欧米において議論されてきた。外傷(性)神経症は、Kraepelin による「精神医学第8版」(1909-15年)では、負傷直後に生じる驚愕神経症とともに、事故神経症の一部として記されている<sup>13)</sup>。わが国では、鉄道省におけるこの問題への対策が、産業精神保健活動の嚆矢となった<sup>15)</sup>。第2回産業衛生協議会(日本産業衛生学会の前身)においても、その対応のあり方や問題点が報告されている(図1)<sup>16)</sup>。当初は神経組織の微小損傷に由来するという器質的異常が想定されたが、その

後検討の中心は心因に移っていった<sup>17)</sup>。身体症状を伴うことも多いが、病像全体の中心になるのは、労働不能である<sup>13)</sup>。症状は遷延、あるいは経過の中で増悪することも多く、災害補償に関する法が制定されて以降急増したこともあって、災害立法との関係についても注目されてきた<sup>16)</sup>。賠償神経症(年金神経症)は、その中で賠償要求が潜在意識にあり、外傷が治癒してからも賠償が得られるまで諸症状が残存する例をさす<sup>18)</sup>。欲求神経症も類似の概念である。賠償神経症の意味で、外傷神経症という表現が使われることもある。いずれにしても、安易に単なる詐病と解釈すべきではなく、病態を詳細に評価して、それに合った対応を行うことに留意する必要がある。これらの用語は、最近使用されることが少なくなった。

(4) 退却神経症と逃避型抑うつ

笠原は、学生にみられ、うつ病とは異なる、無気力を症状の中心とする病像を「アパシー型神経症(神経症性アパシー)」として指摘したが、それは若年から中年の労働者の間でも認められることを確認し、改めて「退却神経症」という名称を提唱した<sup>19)</sup>。症状は、生活全域にわたるものではなく、学生であれば学業、職業人であれば職場といった、本来主たる役割が求められるところからの部分的な退却に留まる。不調の重症度は、全体像としてみた場合、軽症の神経症性障害の水準といえる。

広瀬は、症状に限局性の傾向はあるものの、初期には抑うつ状態が明瞭にみられる点、反復性である点が退却神経症と異なる病像を紹介し、「逃避型抑うつ」と名付けた<sup>20)</sup>。本業への関心は強く、常に心の片隅に意識しながら、そこから逃避しているのも特徴のひとつとしてあげられた。

他に、入社拒否症という表現も、1990年前後に一般のマスメディアでは散見された。当該労働者の多くは、出社を拒否しているのではなく、諸症状のため出社できないのであるから、「入社困難症」とでも言いかえたほうがよいとの意見もみられた。いずれにしても、心身の症状によって、不出社をきたす例を総称したものであるが、統合失調症や重症のうつ病性障害例は除いたものをさす場合が多い。いわゆる専門用語として使われたものではなく、退却神経症、逃避型抑うつに該当する例も少なかった。

(5) 海外不適応

1970年代以降、企業の海外進出、グローバル化などに伴い、海外赴任者の数は増加の一途を辿ってきたが、赴任先での生活に適応できず、不調をきたす例も数多く報告された。稲村は、移住期、不満期、諦観期、適応期、望郷期の5つの段階に分けて、その適応を論じた<sup>21)</sup>。労働者に限ったものではないが、海外赴任者のメンタルへ

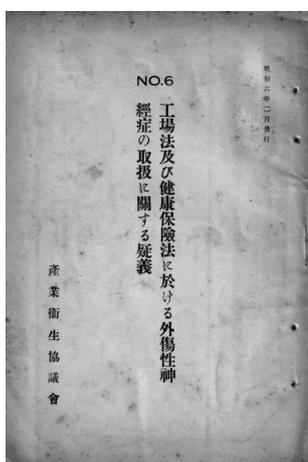


図1. 産業衛生協議会における外傷性神経症の議論をまとめた小冊子

ルスを論じるにあたって多く引用された。現在では、海外赴任が当時よりも身近なものになり、またインターネットをはじめとする通信手段なども大きく変わっており、さらに赴任の形も多様化しているため、見直す必要がある。

### (6) 職場結合性うつ病

1990年代に入ると、高度成長期にはよくみられたメランコリー親和型性格（極端な几帳面さ、他者配慮、自己要求の大きさが特徴的）を気質的特徴とするうつ病とは異なった類型と言える例が若年労働者を中心にして目立つようになり、「現代型うつ病」<sup>22)</sup>、「未熟型うつ病」<sup>23)</sup>、「ディスチミア親和型うつ病」<sup>24)</sup>といった表現の下で、その成因、病態が考察された。加藤は、それらを概観したうえで、①主な誘因が過重労働にある、②明らかなパーソナリティ障害はなく、もともと安定した社会機能を有している、③伝統的診断で内因性うつ病と診断される、の3つの診断指標で特徴づけられる「職場結合性うつ病」という概念を提唱した<sup>25)</sup>。発症要因としては疲労、不全感・挫折体験が、初期症状としては不眠、疲労感、身体の不調、いらいら、不安・焦燥感があげられており、内因、心因双方にわたる複数の視点で病態を評価する必要性が強調されている。

### (7) 職場における対応をもとにした不調の分類

精神科（心療内科）主治医から診断書あるいは意見書の形で提出される診断名は、確定診断のそれとは異なっている場合が少なくない。また、それが妥当なものであったとしても、現在の診断分類は、職場での望ましい対応を具体的に教示しているとは限らない。そうした事情を背景に、職場で実施すべき基本的な対応によって、メンタルヘルス不調例を7つに分類する試みが提案されている<sup>26)</sup>。開発の過程では、代表的な精神疾患がどの類型にあてはまるかの検討もなされているが、現行の診断分類を前面に出していないという意味で実践面に視点を置いた分類であり、現場の対応に際して診断名にとらわれすぎることに対する警鐘の意味も有している。主治医の意見を軽視するわけではなく、使用手順には主治医との連携が盛り込まれている。

### (8) 職場復帰をめぐる概念

加藤は、かつて藤縄が提起した「病院内寛解」<sup>27)</sup>を援用し、その延長線として「家庭内寛解」、そしてその次の段階として、職場復帰してから安定した状態が続く「職場（内）寛解」という概念を提唱し、またそれが実現するためには、臨床医（主治医）と職場との連携が不可欠であるとしている<sup>25)</sup>。これは、秋山が使用し、その考え方をもとに五十嵐がリワークプログラムを発展させた「復職

準備性」<sup>28, 29)</sup>ともつながるものとみなすことができる。

見かけ上の症状の軽減と業務遂行能力の回復は、必ずしも同期せず、後者が遅れる例が多いことは以前から指摘され、最近では認知機能の回復遅延に関する検討がなされているが、円滑な職場再適応には何が不足し、どのような支援が必要なのかを丁寧に評価することの重要性を示唆したものと言える。

## 3. 職業性ストレスに関するモデルと評価

### (1) 職業性ストレスに関するモデル

現在、仕事上のストレスや職場のメンタルヘルスに関連した研究はさかんに実施されているが、その多くが依拠しているのは、欧米で発案され発展してきた理論モデルである。それらによって、多くの業種、職種で同じモデルを用いた調査研究が可能となった。それぞれのストレスの強さ、特徴の比較が容易になるとともに、比較的普遍性のある問題、一般化できる事柄があぶりだされてきた点、さらに理論に基づく介入の試みが可能となった点で、職業性ストレスモデルは、労働者のストレス研究の発展に多大な貢献をした<sup>30)</sup>。以下に、主要な5つのモデルを取り上げる。

#### 1) NIOSH 職業性ストレスモデル

米国国立職業安全保健研究所（National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH）において、既存の関連文献の内容分析に基づき作成された、職業性ストレス要因がそれ以外のストレスと相まって、急性ストレス反応を生じ、それがストレス性の健康障害にもつながるという道筋を示したもので、この系に影響を及ぼす因子として、個人要因と緩衝要因が設定されている<sup>31)</sup>。ストレス性の健康障害は、急性ストレス反応が著しい場合、慢性的に経過する場合などで生じる。急性ストレス反応がストレス反応と表記されることも多い。

#### 2) 仕事の要求度－コントロール－支援モデル

Karasekは、職場環境を調整するストレスマネジメントの理論モデルとして、職業性ストレスを「仕事の要求度」と「コントロール度（裁量権および技術の活用）」の2つの軸で評価することを提唱した。前者が高く後者が低い職務を高ストレス（ジョブ）とし、それに該当する群では、健康障害が生じやすくなるとした<sup>32)</sup>。後に、この2軸に、「職場の社会的支援」という第3の軸を加えた3次元モデルが考案され<sup>33)</sup>、現在ではこちらのほうが広く用いられている。

#### 3) 努力－報酬不均衡モデル

職業生活において費やす努力と、そこから得られるべき、もしくは得られることが期待される報酬の2つの軸によって慢性的なストレス状況を評価するモデルである<sup>34)</sup>。「高努力／低報酬状態」を高ストレスとする。

「努力」は、仕事の要求度、責任および負担、「報酬」は、仕事から得られる社会的なもので、経済的な報酬（金銭）、心理的な報酬（尊重）、キャリア（仕事の安定や昇進）から構成され<sup>35)</sup>、特に不安定な仕事、強制的な職業上の変化や降格、昇進の見込みの無さなどといったキャリアに関する低報酬が重視されている。したがって、仕事の要求度-コントロールモデルに比べ、不利な状況に対する個人の認知や評価をより重視していることになる。

さらに、仕事から離れられない行動パターンが、「オーバーコミットメント」という概念によって、努力と報酬の均衡状態を修飾する因子として導入されたが、これは個人に内在し、当初「努力」の一部に位置づけられていたものである。なお、オーバーコミットメントは、タイプA行動パターンの構成要素の中から抽出されている。

#### 4) 仕事の要求度-資源モデル

上記のモデルからもうかがえるように、労働者のストレスや健康に影響を及ぼす職業関連因子の中には、ストレス反応を緩和する因子、ストレス要因とストレス反応の関係を調整する因子も含まれている。本モデルは、これらを仕事上の「資源」(resource)と総称して整理し、旧来の職業性ストレスモデルに組み入れたもので<sup>36)</sup>、健康障害に関するプロセスと仕事に対する動機づけに関するプロセスを有している。

最近注目されている健康経営の考え方や親和性が高いこともあり、わが国でも本モデルは概ね好評を持って迎えられた。本モデルを用いた研究も増加している。

#### 5) 「ストレス-脆弱性」理論

環境由来のストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。もともとは、統合失調症の発症モデルとして提唱された。精神疾患の労災認定（認否）を判断するための「心理的負荷による精神障害の認定基準」（以下、認定基準）およびその前身の「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」（以下、判断指針）は、本理論に依拠している<sup>37)</sup>。すなわち、当該労働者の遭遇した出来事について、本人の主観ではなく、反応性、脆弱性の平均的な労働者が一般的にどう受け止めるか（どの程度のストレスとなるか）という視点で、仕事と精神疾患との因果関係の強さを評価し、業務上外の判断を行うことになっている。これを平均人基準説とも言う。

#### 6) その他

欧米では職場のストレス要因の多様性を見直し、再構築する試みもあるが<sup>38)</sup>、わが国では導入・活用に関する目立った動きは見られていない。

### (2) 職業性ストレスに関連する概念

#### 1) 組織公正性（組織的公正）

職場組織の公正なあり方が労働者の健康に与える影響

についても注目されている。この組織公正性は、分配的公正、手続き的公正、相互作用の公正という3つの下位概念で構成される<sup>39)</sup>。分配的公正は、努力-報酬不均衡モデルと概念が重複しており、その中で評価されることも多い<sup>40)</sup>。

#### 2) ワーク・エンゲイジメント

2000年前後から、人間の前向きで健康的な側面に目を向ける「ポジティブ心理学」<sup>41)</sup>が職場のメンタルヘルスの文脈でも紹介され、広く注目されるに至っている<sup>42)</sup>。ワーク・エンゲイジメントは、仕事に対する前向きで充実した状態を表す概念で、「活力」「熱意」「没頭」の3因子から構成され<sup>43,44)</sup>、仕事の要求度-資源モデルの核のひとつとなっている。生産性の向上にも寄与する要素であるため、産業保健のみならず、経営、人事労務管理の側面からも興味を集めている。

#### 3) ソーシャル・キャピタル

組織の活性化を図るうえでは、個人の業績に加えて、周囲との関係性にも目を向ける必要がある。ソーシャル・キャピタルは、組織における関係者との協調行動に関する概念であり、所属組織内での同質的な結びつきを示す結合型と、異なる組織間の異質な人・組織を結びつけるネットワークを示す橋渡し型に分ける分類、制度や組織における役割、規則などの客観的に検証できるものと、個人の規範、価値観、信条などの個人の主観的な認知に基づくものに分ける分類、同じ階層同士のつながりを表す水平的なもの、上司-部下間などの異なる階層間の縦のつながりを表す垂直的なものに分ける分類が知られている<sup>45)</sup>。

#### 4) ストレス対処行動

ストレスに影響を及ぼす個人要因のひとつとして、古くから数多くの議論が行われてきたストレス対処行動（コーピング）をあげておきたい。Lazarusらによって体系化された心理的ストレスの理論モデルによれば、人は遭遇した出来事、課題に対して認知的評価を行う。この評価は、具体的な損失等が発生しているか、脅威であるか、乗り越えることによって成長が得られるかという一次的評価と、自分自身が対処可能かという二次的評価からなる。認知的評価によって高ストレスであると評価されれば、否定的な感情が生じ、その感情を軽減、解消させる方向に動機づけがなされる。ストレス対処行動は、ここの認知的・行動的努力のプロセスと定義され<sup>46)</sup>、ストレス要因とストレス反応を仲介する役割を有する。

NIOSHモデルが示すように、個人要因が仕事上のストレスの強さ、さらにはそれによって生じるメンタルヘルス不調に影響していることは自明であろうし、それを確認する報告も多い<sup>47)</sup>。しかし、産業保健においては、労働者の健康障害防止には職場環境への働きかけが優先されるべきであることから、ストレス対処行動の研究など

から得られた知見をどのように活かすかに関しては、十分な議論が必要である。

### 5) その他

組織心理学, 組織行動学, 経営学などで提唱, 議論されてきた概念が紹介され, 研究も進められている<sup>48)</sup>. 自己効力感やレジリエンスからなる心理的資本, ジョブクラフティング, 心理的安全性などが代表的なものである。

ワーク・ライフ・バランスや, 労働生活の質 (Quality of working life)<sup>49)</sup>については, 以前からその重要性が指摘されていたが, 働き方改革の文脈で, 改めて注目され, それに関連した研究も増加している。

ハラスメントは, 労働者の代表的なストレス要因のひとつとして, 労災や民事訴訟との関連でも衆目を集めている。確かに, ハラスメントにはストレスやメンタルヘルスと強く関連する側面があり, その関係性などを扱った研究も多い。しかし, 第一義的には産業保健従事者に対する対応の中心となって扱うものではないはずである。ハラスメントがストレスやメンタルヘルスの問題にすり替えられがちな点には注意が必要であろう。

## (3) 精神健康および職業性ストレスに関する評価

### 1) 精神健康とその周辺の評価

#### ①質問紙法

職域を対象とした多くの研究で, 個人の精神健康の指標として用いられてきたのは, 精神医学領域で開発され, 発展してきた尺度である。その代表例としては, ZungSDS, CES-D (うつ病, 抑うつ症状関係), GHQ (神経症性障害関係), CAGE, KAST, AUDIT (アルコール依存症, アルコール使用障害関係), STAI (不安関係), AIS (睡眠障害関係) が挙げられる。最近では, 簡便性 (項目数の少なさ), 区分点の変更によってうつ病, 高ストレスの2つを評価することが提案されている点などから, K6の使用が多くみられる。これらは, いずれも対象を労働者に限定して開発されたものではないが, 一部については職域に限定しても十分使用に耐えられることが報告されている。本誌では, 第39巻から40巻にかけて, 「質問紙法による健康測定」と題したこれらの使用に関する小解説が連載された。(その後も, ストレス評価に関する小解説が第42巻まで続いた。)

プレゼンティーズムについては, WHO の HPQ がよく知られ, 邦訳もされているが, わが国においても簡便な尺度が開発されている<sup>50)</sup>。

#### ②面接法

精神科領域の簡便な構造化面接法としては, M.I.N.I. がよく知られているが, それですら職場の健康相談などで行うには時間がかかりすぎ, 煩雑であることから, さらに短時間で抑うつ状態に関する評価を行うために, Brief Structured Interview for Depression (BSID) が開発され

た<sup>51)</sup>。診断まではできないが, 長時間労働者の面接指導, ストレスチェック制度における高ストレス者の面接指導などでの活用が推奨されている。

ここまでみてきたモデル, 評価尺度を用いた職業性ストレスと精神健康との関連に関する1990年代までの主な成果については, 川上らの review<sup>52)</sup>に詳しい。

### 2) 職業性ストレスの評価

#### ①職業性ストレスモデルに基づく評価

NIOSH 職業性ストレスモデルに基づく代表的な評価尺度として, NIOSH 職業性ストレス調査票 (Generic Job Stress Questionnaire) (以下, GJSQ) がある<sup>53)</sup>。GJSQ は, ストレス要因, ストレス反応, 健康影響, 修飾要因に関する22の尺度で構成され, 全体としては項目数が多いが, 必要に応じてその一部を選択して使用できるように構成されている<sup>54)</sup>。

仕事の要求度-コントロールモデルに基づく評価尺度としては, Job Content Questionnaire (JCQ) がある<sup>55)</sup>。この邦訳は, 川上らによって開発され, 有用性が確認されている<sup>56)</sup>。後述する JSTRESS Study のベースライン調査では, これと原谷らが作成した GJSQ 日本語版<sup>57)</sup>を核として質問票が構成された。

努力-報酬不均衡モデルに基づく評価尺度も開発され, 堤らによって邦訳もされているが<sup>58)</sup>, 概念の変遷とともに改訂が繰り返されている<sup>59, 60)</sup>。

#### ②ライフイベント法

職業性ストレスに限らないが, 個人のストレスの強さを見積もる方法として, ライフイベント法がよく知られている<sup>61)</sup>。一定期間内に多くのひとつひとつの出来事によって, ストレスの強さを測定するものである。ライフイベント法を用いた研究の成果<sup>62)</sup>は, 上述の判断指針および認定基準を策定するための委員会では取り上げられ, 仕事上および仕事外のストレス (「心理的負荷」と表現されている) を評価する別表の構成に寄与した<sup>63-65)</sup>。

他方, ストレスは, ライフイベント法で取り上げられるような出来事ばかりでなく, 日常よく遭遇する苛立ち事 (daily hassle) の蓄積によっても高まるという考え方のもとに, それらを実験する試みもみられてきたが, 職場での活用の困難さなどから, 職場のメンタルヘルス対策としては, あまり広がっていない。

#### ③職業性ストレス簡易調査票

わが国で開発された職業性ストレス簡易調査票は, 57項目の設問からなり, ストレス反応, 仕事のストレス要因, 周囲からの支援の強さを評価できる<sup>66)</sup>。結果の一部を「仕事のストレス判定図」(後述)を用いて集団分析することで, 職場単位のストレス度も評価可能である。ストレスチェック制度において, ストレスチェックとしても利用が推奨されている。

新職業性ストレス簡易調査票<sup>67-69)</sup>は、仕事の要求度-資源モデル(前述)をもとに、職業性ストレス簡易調査票に作業レベル、部署レベル、事業場レベルの仕事を資源を評価する項目、ワーク・エンゲイジメント、ソーシャル・キャピタル、ハラスメントを評価する項目を組み入れたものである。

上記の職業性ストレスに関連する概念、例えば組織公正性<sup>70,71)</sup>、ストレス対処行動<sup>72-74)</sup>などについても、数多くの評価尺度が邦訳され、またわが国の実態に合うように見直され、活用されている。

### (3) 職場環境の評価と改善

#### 1) 仕事のストレス判定図

職業性ストレス簡易調査票の中の12項目の結果を集計して、仕事の要求度-コントロール-支援モデルに基づき、職場単位のストレス度を評価する<sup>75)</sup>。

全国平均と比較した形で、職業性ストレスによる健康リスクが算出される。仕事の要求度とコントロール、上司の支援と同僚の支援という2軸によって評価された2つのストレス度を合算して総合ストレス度とする。

ストレスチェック制度では、ストレスチェック(質問紙検査)の結果について職場単位の集団分析を行い、それをもとにして職場環境改善を行うことが事業者の努力義務となっているが、前述したように、その過程で本ツールの使用が推奨されている。

#### 2) 職場改善のためのヒント集(メンタルヘルスアクションチェックリスト)

ILOなどが報告している、組織的な職場環境改善対策は個人への働きかけよりも労働者の精神健康に対する効果が大きく、かつ長期にわたるといふ仮説をもとに開発されたもので、6領域各5項目の計30項目からなる<sup>76)</sup>。各項目は問題点ではなく、望ましい状態を表現している。このアクションチェックリスト形式は、諸外国で職場改善策の選定に用いられていたが、わが国でも人間工学面の職場改善ツールに導入されており<sup>77)</sup>、それが発案のヒントとなった。

仕事のストレス判定図をもとにした職場単位のストレス度評価に続けて活用できるように、各項目と同図の「仕事の要求度」「コントロール」「上司の支援」「同僚の支援」との対応表も作成された。これを用いると、効率的に望ましい取り組みが選定できる。

#### 3) メンタルヘルス改善意識調査票(MIRROR)

職場における労働者の精神健康面に対して望ましい状態を示す9領域45項目から構成される<sup>78)</sup>。各項目について、それを改善目標とする必要性を、4件法で問う形式になっている。回答は職場単位で集計され、その結果は職場の強み、課題として、職場改善のための参考資料となる。MIRAGeと名付けられた結果のフィードバック

ツールも同時に作成された。

## 4. 研究成果の現場への展開

所属する企業、事業体の業種や規模、地域性、職場風土などによって、労働者の生活スタイル、価値観(職業観、生活観)、地域のコミュニティとの関わりなどは多様であり、それらは精神健康に直接影響するだけでなく、職業性ストレスが精神健康に及ぼす影響の交絡因子ともなる。したがって、特定の年齢層、職種に限定したとしても、少数の事業体や事業場の労働者を対象とした研究から得られた知見を一般化することには慎重を要する。多数の企業を対象とした大規模研究が望まれる所以である。わが国において過去に実施された代表的な大規模研究としては、職業性ストレスと健康コホート研究(JSTRESS Study)、J-HOPE(Japanese study of Health, Occupation and Psychosocial factors related Equity)<sup>79)</sup>、メンタルヘルス&ライフスタイル調査(仮称)、東京電力福島第一原発緊急作業従事者を対象とした研究(NEWS Study)<sup>80)</sup>があげられる(表1)。他に本領域に係る事項が含まれている大規模疫学研究としては、藤野らによるCORoNaWork project、溝上らによる職域多施設研究(J-ECOH スタディ)などがあるが、それらを含めても、まだそれほど多いとは言えない。

2022年9月に、国際保健機関(WHO)は「職場のメンタルヘルス対策ガイドライン」(WHO guidelines on mental health at work)を出版した。労働者の精神健康の保持増進、精神健康問題の予防、精神的な問題を有する労働者の職場復帰および就労の継続に関して、科学的根拠に基づく推奨事項を提供するものである<sup>81)</sup>。わが国からは、開発グループとして川上、伊藤が参加し、本ガイドラインの作成過程で12の領域について行われたシステマティックレビューでは、堤らを中心としたチームが組織への介入に関する3項目を担当した<sup>82)</sup>。このレビューをもとに、15の推奨事項(推奨項目は12)が整理され、それぞれに推奨度の強さ、科学的根拠の高さ(確実性)も付記された。推奨度は科学的根拠の高さだけでなく、多角的な検討により決められたが、科学的根拠は全般的に高いとは言えなかった。「強い推奨」とされた事項は、①精神的な問題を有する労働者への合理的配慮、②部下の精神健康を支援するための管理者のトレーニング、③ヘルスケア関連、人道支援、緊急事態対応への従事者の精神健康を支援するための管理者のトレーニング、④精神的な問題を有する労働者の支援を伴った雇用の4つで、他の11事項は、「条件付き推奨」とされた。「強い推奨」は、望ましい効果が望ましくない効果を上回ることが確実とされたこと、「条件付き推奨」は、それが予想される水準に留まっていることを意味する。科学的根拠の高さ

表 1. 我が国における労働者のストレスまたはメンタルヘルスを核のひとつとした主な大規模疫学研究

名称	研究の枠組み	概要・特徴	研究者
職業性ストレスと健康 コホート研究 (JSTRESS Study)	「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究（作業関連疾患の予防に関する研究）」（3班編成，途中から4班編成）の一部として実施された。本領域では，わが国初の大規模疫学調査である。	実施期間は1995年度から1999年度にかけて。その後も，対象事業場の一部で追跡調査が行われた。「職業性ストレス簡易調査票」，「仕事のストレス判定図」などのツールが開発された。	川上憲人ほか
J-HOPE	労働者の健康格差の実態とそのメカニズムを解明することを目的として，重要な指標を毎年繰り返して調査するパネル調査の枠組みで実施された。	2009年度から，対象企業に4～8回の調査を実施。ポジティブメンタルヘルスに関する項目も盛り込まれた。	堤 明純ほか
メンタルヘルス&ライフスタイル調査 (Mental Health and Life Style Inventory)	精神健康度，職業性ストレス関連事項に加えて，勤務形態，生活リズムのずれ，睡眠等の関連についても，詳細な分析を行うことを狙いとしている。	2007年から2012年にわたって，125事業体227事業場を対象として実施された。	中田光紀ほか
原発緊急作業従事者の心理的影響の評価に関する研究 (NEWS Study)	約2万人を対象とする「東電福島第一原発緊急作業従事者に対する疫学的研究（NEWS Study）」の一部として実施された。放射線被ばくと健康の関係を生涯にわたり追跡する研究プロジェクトである。	第1期は2014年度から5年間実施。質問紙調査，面接調査からなる。精神健康状態は，うつ病・神経症，アルコール問題，睡眠障害，PTSD 症状を評価した。	廣 尚典ほか

が「中」とされたのは，上記②③の2事項に限られていた。他の13事項については「低」あるいは「非常に低」であり，他の要因が加味されることによって，「強い推奨」または「条件付き推奨」となったと考えられる。

これらは，こうした分析・検討に寄与しうる質の高い大規模研究がさらに推進される必要性を示唆するとともに，本領域の対策の有効性を一般化することが容易でない点を改めて浮き彫りにしたように感じられる。すなわち，メンタルヘルス対策の効果は，個人・職業特性に加えて，社会制度，慣習，企業風土などによって，大きく左右されると考えられ，それは一国内に限定しても同様であろう。

換言すれば，実務者は，こうしたガイドラインの類を最大限に尊重し，参照しながら，その効果があがるように，担当する現場の諸相を把握し，それをどのように適用するかを十分に検討することが求められている。大規模研究や数多くの質の高い研究のメタ解析によって得られた成果が普遍性の高いものであったとしても，それがどの職場にもあてはまるというわけではない。例えば，教育研修を行う場合，受講者の年齢，職種，職位はもとより，受講への動機づけ，主題への関心，過去の経験，日常業務との関連（多忙さ），教育研修の位置づけ（受講の義務づけの程度，抱き合わせの研修との関係など），内容への期待度，講師の熟練度，親近感，信頼度，開催の時間帯，曜日などの影響因子を考慮し，できるだけ成果が高まるような枠組みづくりや仕掛けを模索することが望まれよう。このことは，AIなどの導入によっても，容易には解決されまい。

## 5. おわりに

職業性ストレスと健康問題との具体的な関連については，紙面の関係で言及することができなかった。長時間労働が睡眠への影響を介して身体および精神面の健康問題をもたらす（過労死，過労自殺など）問題などは，産業保健にとって極めて重要な研究課題であり，既にいくつかの重要な論文が公表されてきた。例えば，藤野らのreview<sup>83)</sup>，その後の中田らの報告<sup>84)</sup>が参考になる。最近では，永野が海外の研究成果も含めて214の報告を概観し<sup>85)</sup>，Watanabeらは改めてreviewとメタ分析を行っている<sup>86)</sup>。睡眠が労働の諸側面に与える影響は，今後も注視，議論されるべき古くて新しい主題であろう<sup>87)</sup>。

Covid-19がもたらした労働者の精神面の健康への影響が短期間のうちに矢継ぎ早に論じられたのも記憶に新しい。

労働形態の多様性（非正規労働，ダブルワーク，テレワークなど）や各種の災害と精神健康の関係，それらをもたらすストレスとそれへの介入のあり方も，今後さらなる検討が進められるべき重要事項と言える。

なお，日本産業精神保健学会の機関誌「産業精神保健」には，本領域の研究に関するミニレビューが，毎回主題を変え定期掲載されている。国内の研究報告に限定したのも，海外の主要な成果を取り込んだものもあるが，研究者にも実践家にも有用な情報を提供している。

この広範な領域で，今後精緻な研究が一層推進されることを願ってやまない。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) 加藤正明. メンタルヘルス. 大阪：創元社, 1986.
- 2) 廣 尚典. 要説産業精神保健. 東京：診断と治療社, 2013.
- 3) 河野慶三. いま, 知っておきたい健康管理の基礎知識. 東京：働く人の健康づくり協会, 1998.
- 4) 夏目 誠, 太田義隆, 浅尾博一, 藤井久和. 職場不適応症について－受診状況調査, 発症要因と治療を中心として. 産業医学 1982;24:455-64.
- 5) 中川一廣, 升味正光. 職場不適応の研究. 日本災害医学学会誌 1997;45:359-65.
- 6) 藤井久和. 職場不適応症. 日本産業精神保健学会編. 産業精神保健ハンドブック. 東京：中山書店, 1998:313-8.
- 7) 廣 尚典, 田中克俊, 長谷川恵美子, 島 悟. 職場不適応. 精神医学 2000;42:1035-40.
- 8) 小沼十寸穂. 産業神経症. 東京：金原出版, 1976.
- 9) 小沼十寸穂. 職場不適応と不適応症. 川崎：労働科学研究所, 1970.
- 10) 西丸四方. 臨床精神医学辞典（第2版）. 東京：南山堂, 1985.
- 11) 加藤正明, 保崎秀夫（監）. 精神科ポケット辞典（補正版）. 東京：弘文堂, 1989.
- 12) 暉峻義等（監）. 労働科学辞典. 東京：河出書房, 1949.
- 13) Kraepelin E（遠藤みどり訳）. 心因性疾患とヒステリー. 東京：みすず書房, 1987.
- 14) 小沼十寸穂. 船内神経症の問題. 労働科学 1977;53:126-36.
- 15) 小沼十寸穂. 産業神経症物語. 川崎：労働科学研究所出版部, 1986.
- 16) 産業衛生協議会. 工場法及び健康保険法に於ける外傷性神経症の取扱に關する疑義. 1931.
- 17) 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原 嘉, ほか編. 精神医学事典. 東京：弘文堂, 2001.
- 18) 黒木宣夫, 小堀俊一. 賠償神経症. 精神科治療学 1999;14:859-65.
- 19) 笠原 嘉. アパシー・シンドローム. 東京：岩波書店, 1984.
- 20) 広瀬徹也. 「逃避型うつ病」について. 宮本忠雄編. 躁うつ病の精神病理2. 東京：弘文堂, 1977:61-86.
- 21) 稲村 博. 日本人の海外不適応. 東京：NHK 出版, 1980.
- 22) 松波克文, 山下善弘. 社会変動とうつ病. 社会精神医学 1991;14:193-200.
- 23) 阿部隆明, 大塚公一郎, 永野 満, 加藤 敏, 宮本忠雄. 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討. 臨床精神病理学 1995;16:239-48.
- 24) 樽味 伸, 神庭重信. うつ病の社会文化的私論. 日本社会精神医学会雑誌 2005;13:129-36.
- 25) 加藤 敏. 職場結合性うつ病. 東京：金原出版, 2013.
- 26) 廣 尚典. 疾病や障害の特性からみた対応類型分類と支援. 産業ストレス研究 2016;23:111-8.
- 27) 藤縄 昭. 「病院内寛解」について. 精神医学 1962;4:96-101.
- 28) 秋山 剛, 田中克俊. 職場復帰準備性評価シートの開発. こころの健康科学研究事業 リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究. 平成20年度報告書. 東京：2009:119-48.
- 29) 大木洋子, 五十嵐良雄. 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 2012;20:335-45.
- 30) 堤 明純：ストレス理論とストレス研究. 日本産業衛生学会産業精神衛生研究会（編）. 産業精神保健の近未来図. 2019:58-62.
- 31) Hurrell JJ Jr, Nelson DL, Simmons BL. Measuring job stressors and strains: where we have been, where we are, and where we need to go. J Occup Health Psych 1998;3:368-89.
- 32) Karasek RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Admin Sci Quart 1979;24:285-308.
- 33) Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988;78:1338-42.
- 34) Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psych 1996;1:27-41.
- 35) 堤 明純. 努力—報酬不均衡職業性ストレスモデルに基づく最近の研究動向と職場のストレス対策. 産業医学レビュー 2013;26:131-56.
- 36) Bakker AB, Demerouti E. The job demands- resource model: State of the art. J managerial Psychol 2007;22:309-28.
- 37) 精神障害等の労災認定に係る専門検討会. 精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書. 1999.
- 38) Harvey SB, Modini M, Joyce S, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. Occup Environ Med 2017;74:301-10.
- 39) Greenberg J. A taxonomy of organizational justice theories. Acad Manage Rev 1987;12:9-22.
- 40) 井上彰臣. 職業性ストレスの理論モデルと測定. 日本産業ストレス学会編. 産業ストレスとメンタルヘルス. 東京：中央労働災害防止協会, 2012:32-9.
- 41) 大塚泰正. ポジティブ心理学の理論と職場のメンタルヘルス. 産業精神保健 2012;20:194-8.
- 42) 川上憲人. 「健康いきいき職場づくり」：職場のメンタルヘルスへのポジティブ・ノンヘルスセクターアプローチ. 産業医学レビュー 2014;26:211-38.
- 43) Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, et al. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. J Happiness Stud 2002;3:71-92.
- 44) 島津明人. ワーク・エンゲイジメントと仕事の要求度—資源モデル：健康増進と生産性向上の両立に向けて. 産業ストレス研究 2016;23:181-6.

- 45) 井上彰臣. 産業ストレスの理論と測定. 日本産業ストレス学会編. 産業ストレスとメンタルヘルス. 東京: 中央労働災害防止協会, 2012:32-9.
- 46) Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984.
- 47) 岩崎進一, 出口裕彦, 井上幸紀. 職域のメンタルヘルス不調における最近の知見. 産業医学レビュー 2018;31:129-51.
- 48) 島津明人. 職場のポジティブメンタルヘルス: 現場に役立つ最新理論 (特集によせて). 産業ストレス研究 2016;23:179-80.
- 49) 岩切一幸, 外山みどり, 高橋正也, 劉欣欣, 小山冬樹. 介護者の労働生活の質 (QWL) 評価のための簡易尺度の提案. 産業衛生学雑誌 2022;64:131-6.
- 50) Fujino Y, Uehara M, Izumi H, et al. Development and validity of a work functioning impairment scale based on the Rasch model among Japanese workers. J Occup Health 2015;57:521-31.
- 51) 廣 尚典. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 川上憲人). 東京: 2003:49-69.
- 52) Kawakami N, Haratani T. Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. Ind Health 1999;37:174-86.
- 53) Hurrell JJ Jr, McLaney MA. Exposure to job stress -a new psychometric instrument. Scand J Work Env Hea 1988;14 (suppl.1):27-8.
- 54) 川上憲人, 原谷隆史. 新しい職業性ストレスの評価法—米国国立職業安全保健研究所 (NIOSH) の職業性ストレス調査票. ストレス科学 1998;13:19-24.
- 55) Karasek R. Job Content Questionnaire and User's Guide. University of Massachusetts at Lowell 1985.
- 56) Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, et al. Assessment of job stress dimensions based on the Job Demands-Control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: Reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire. Int J Behav Med 1995;2:358-75.
- 57) 原谷隆史, 川上憲人, 荒記俊一. 日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性. 産業医学 1993;35:S214.
- 58) Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, et al. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. Scand J Work Env Hea 2001;27:146-53.
- 59) Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. Soc Sci Med 2004;59:2335-59.
- 60) 堤 明純. 努力-報酬不均衡モデル. 産業ストレス研究 2019;26:243-8.
- 61) 丸山総一郎. 社会的再適応評価尺度の概要と歴史的展開. 産業ストレス研究 2019;26:249-54.
- 62) 夏目 誠, 村田 弘, 杉本寛治, ほか. 勤労者におけるストレス評価法 (第1報) 一点数法によるストレス度の自己評価の試み. 産業医学 1988;30:266-79.
- 63) 夏目 誠, 村田 弘. ライフイベント法とストレス度測定. 公衆衛生研究 1993;42:402-12.
- 64) 日本産業精神保健学会 (高田 昂, 夏目 誠). 平成18年度 委託研究報告書 精神障害を引き起こすストレス調査に関する研究. 2007.
- 65) 日本産業精神保健学会 (黒木宣夫, 田中克俊). 令和2年度 ストレス調査に関する調査研究報告書. 2021.
- 66) 下光輝一, 原谷隆史, 中村 賢, 岩田 昇. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成. 労働省平成11年度 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 2000:126-64.
- 67) 井上彰臣, 川上憲人. 職業性ストレス簡易調査票の開発と応用—新職業性ストレス簡易調査票の開発. 産業ストレス研究 2013;20:147-53.
- 68) Inoue A, Kawakami N, Shimomitsu T, et al. Development of a short questionnaire to measure an extended set of job demands, job resources, and positive health outcomes: the New Brief Job Stress Questionnaire. Ind Health 2014;52:175-89.
- 69) Inoue A, Kawakami N, Shimomitsu T, et al. Development of a short version of the New Brief Job Stress Questionnaire. Ind Health 2014;52:535-40.
- 70) Inoue A, Kawakami N, Shimazu A, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Organizational Justice Questionnaire. J Occup Health 2009;51:74-83.
- 71) Shibaoka M, Takada M, Kojima R, et al. Development and validity of Japanese version of organizational justice scale in working place. Ind Health 2010;51:74-83.
- 72) 大塚泰正, 小杉正太郎. 企業別にみたイベント型職場ストレスラーの心理学的検討. 産業ストレス研究 2002;9:243-50.
- 73) 庄司正美, 庄司一子. 職場用コーピング尺度の作成および信頼性・妥当性の検討. 産業医学 1992;34:10-7.
- 74) 影山隆之, 小林敏生, 河島美枝子, 金丸由希子. 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発: 信頼性・妥当性についての基礎的検討. 産業衛生学雑誌 2004;46:103-14.
- 75) 川上憲人, 橋本修二, 相澤好治, 小林章雄, 林 剛司, 廣尚典. 「仕事のストレス判定図」の完成と現場での活用に関する研究. 労働省 平成11年度 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 2000:12-39.
- 76) 吉川 徹, 川上憲人, 小木和孝, ほか. 職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. 産業衛生学雑誌 2007;49:127-42.
- 77) 小木和孝 (訳). 人間工学チェックポイント. 川崎: 労働科学研究所出版部, 1998.
- 78) Tahara H, Yamada T, Nagafuchi K, et al. Development of a work improvement checklist for occupational mental health focused on

- requests from workers. *J Occup Health* 2009;51:340–8.
- 79) Oshio T, Tsutsumi A, Inoue A. Do time-invariant confounders explain away the association between job stress and workers' mental health? Evidence from Japanese occupational panel data. *Soc Sci Med* 2015;126:138–44.
- 80) 廣 尚典, 重村 淳, 真船浩介, ほか. 原発緊急作業従事者の心理的影響の評価に関する研究 (質問紙調査, 面接調査). 東電福島第一原発緊急作業従事者に対する疫学的研究 総合研究報告書. 東京: 2019:177–244.
- 81) World Health Organization. Guidelines on mental health at work. [Online]. 2022 [cited 2023 April 5]; Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>
- 82) 今村幸太郎, 堤 明純, 川上憲人. WHO 職場のメンタルヘルス対策ガイドラインの紹介. *産業医学ジャーナル* 2023;46:112–8.
- 83) 藤野善久, 堀江正知, 寶珠山務, 筒井隆夫, 田中弥生. 労働時間と精神的負担との関連についての体系的文献レビュー. *産業衛生学雑誌* 2006;48:87–97.
- 84) Nakada A. Work hour, sleep sufficiency, and prevalence of depression among full-time employees: A community-based cross-sectional study. *J Clin Psychiat* 2011;72:605–14.
- 85) 永野千景, 橋本花穂理, 日野亜弥子, ほか. 長時間労働が原因となる健康障害に関する文献調査. 長時間労働者への医師の面接指導を効果的に実施するためのマニュアルの作成 (研究代表者 堀江正知) 平成30年度 総括報告書. 東京: 2019:7–34.
- 86) Watanabe K, Imamura K, Kawakami N. Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2016;73:877–84.
- 87) 高橋正也. 睡眠と労働生活の向上. *産業医学レビュー* 2015;28:183–208.

## Job stress and mental health at work

Hisanori HIRO

Labour Insurance Appeal Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare

**Abstract:** In Japan, a study on mental health in workplace has expanded from tertiary to secondary and primary preventions of mental health disorders among employees. Recent movements suggest a trend of bringing numerous topics outside the industrial health, including those with perspectives from categories generally known as primordial prevention, such as enhancement of working life quality or improvement of work environment.

First, according to the aforementioned trends, the present paper made an effort to organize the terms and concepts related to mental health disorders, which included the foundation for research and practice in this area as well as the outcomes of discussions on the tertiary and secondary preventions.

Second, the primary models of work-related stress, along its impact on mental health, and the scales for assessing workers' mental health issues were discussed, which have been used in numerous studies since the 1990s. The introduction of those models and scales contributed immensely to the expansion of this field's research areas. However, a number of significant factors, most of which have social or cultural implications, can influence the connection between stress at workplace and health problems. Therefore, conducting large-scale study or systematic reviews targeting domestic cases exclusively is necessary to obtain evidence for establishing highly versatile measures against mental health problems in Japan.

Third, in this regard, several noteworthy large-scale research projects in Japan are highlighted as a hope for encouraging such studies in this field. However, the occupational health practitioners' effort to understand the actual workplace situations where they attend to and to put the understanding into practice has been and will remain an indispensable attribute for them in the future.

*(Sangyo Eiseigaku Zasshi 2023; 65: 329–340)*