

ラインによるケアにおける管理監督者困難感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

富田 はるか¹、関口 真有²、河村 麻果²、本谷 亮²

Development of the Supervisors' Difficulties Questionnaire for Line Care (SDQL) and Examination of its Reliability and Validity

Haruka Tomita¹, Mayu Sekiguchi²,
Asaka Kawamura², Ryo Motoya²

Abstract : The purpose of the present study was to develop the Supervisors' Difficulties Questionnaire for Line care (SDQL) and to examine its reliability and validity. SDQL consists of two scales which are difficulties in Managing Mental health (MM) and difficulties in Supporting Return to work (SR).

In study 1, the questionnaires designed to clarify the details of each sense of difficulty were administered to 48 managers and supervisors. The results showed that there were 66 items for MM and 39 items for SR. In study 2, 260 managers and supervisors completed the SDQL. Exploratory factor analysis revealed that the SDQL-MM consisted of 30 items loading on 3 factors, while SDQL-SR consisted of 26 items and 2 factors. Both scales had sufficient reliability and validity.

Key Words : 困難感 (Difficulties)、ラインによるケア (Line care)、メンタルヘルス (Mental Health)、管理監督者 (Supervisor)、職場復帰支援 (Supporting Return to work)

1 北海道医療大学大学院心理科学研究科
Graduate School of Psychological Science, Health Sciences
University of Hokkaido

2 北海道医療大学心理科学部
School of Psychological Science, Health Sciences
University of Hokkaido

問題と目的

近年の厳しい経済情勢の中で、仕事に関するストレス、悩み、不安を感じている労働者が増加しており、メンタルヘルス不調者が増加している。厚生労働省（2021）の労働安全衛生調査（実態調査）の概況によると、令和元年から令和2年までの過去1年間でメンタルヘルス不調により連続1ヶ月以上休業した労働者や退職した労働者がいた事業所の割合は9.2%となっている。このうち、連続1ヶ月以上休業した労働者がいた事業所の割合は7.8%、退職した労働者がいた事業所の割合は3.7%であった。事業所規模別にみると、連続1か月以上休業した労働者は「1,000人以上」が0.7%と最も高い。また、うつ病などのメンタルヘルス不調などが含まれる「健康問題」は1万人を超えており、最も深刻な問題となっている。

管理監督者とは4つの基準から判断され、労働基準法で定められた労働時間、休憩、休日の制限を受けない者という定義である（厚生労働省、2008）。4つの基準は、労働基準法第41条に基づいて定義したものである。多くの先行研究では実質的に事業場で管理職が管理監督者として扱われているため、本研究も同様に「管理監督者」は管理職を含むこととする。

メンタルヘルス不調者の増加や過労自殺の悲劇を防ぐため、事業場規模の大小にかかわらずメンタルヘルス対策や職場復帰支援への取り組みが行われてきている（堀内・松田・櫻井、2012；小島、2019；中川、2016）。厚生労働省・中央労働災害防止協会（2015）は、「改訂 職場における心の健康づくり－労働者の心の健康の保持増進のための指針－」を策定しており、その中でも、特に職場のストレス要因の改善に中心的役割を果たす“ラインによるケア”の推進、すなわち管理監督者の役割が重視されている（河原田、2002；吉野、2009）。職場復帰支援では、2012年に「改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（厚生労働省・中央労働災害防止協会、2012）が策定されており、管理監督者の重要性が多くの先行研究で一致した見解となっている（Munir, Yaker, Hicks & Feilder, 2012；田邊・長谷川・鶴田、2015；田邊・鶴田、2016）。

以上のことから、管理監督者は職場復帰支援を含む職場のメンタルヘルス対策には欠かせない存在であると言える。しかし、その一方で管理監督者は心理的負担を抱えていると指摘している（堀内他、2012；河原田、2004）。これまでの先行研究を鑑みると、管理監督者の困難感には3つの要因が関連すると考えられる。

1つ目は、ストレス反応である。加来・田中（2010）によると、デマンド－コントロールモデル（Karasek、

1979）からみた中間管理職は上司や部下との調整役も重なるため、心疾患やうつ病を始めとする様々なストレス反応を示す可能性が高い「高ストレス群」に分類されている。また、中間管理職は上司からの評価以外にも部下からの評価が大きなストレス要因になっている（田中、2009）。そのため、中間管理職は部下の業務の進捗や評価を行い、自分自身も上司からの評価を受けながら業務を行うという役割を負わされていると考えられる。

2つ目は、社会的機能である。一般的に社会的機能とは、個人の環境との相互作用、仕事、社会活動、パートナーや家族との関係などの環境の中で自分の役割を果たす能力と定義されており（Bosc, 2000）、仕事や家庭、人間関係など日常生活の中で日々機能している。中間管理職の世代について、加来・田中（2010）は、子育てなど経済的な負担などがかかる時期であるため、中間管理職のストレスについて考察する場合、職場だけではなく職場以外のストレスにも目を向ける必要があると指摘している。

そして、3つ目は、ワーク・エンゲージメントである。ワーク・エンゲージメントの定義と内容は、次の記載が参考となる。すなわち、「ワーク・エンゲージメントは、活力（Vigor）、熱意（Dedication）、没頭（Absorption）を特徴とする前向きで充実した仕事に関する心の状態と定義する。エンゲージメントは特定の対象、出来事、個人、行動などに向けられた一時的な状態ではなく、仕事に向けられた持続的かつ全般的な感情と認知である（Schaufeli & Bakker, 2004a；Schaufeli, Salanova, Roma & Bakker, 2002）。」というものである。ワーク・エンゲージメントの高い従業員は心理的苦痛や身体的愁訴と負の相関であることが明らかとなっている（Shimazu & Schaufeli, 2009；Shimazu, Schaufeli, Kubota & Kawakami, 2012）。また、ワーク・エンゲージメントは生活満足度と職務遂行能力の向上、および不健康度の低下と関連していたことから、ワーク・エンゲージメントが将来のwell-beingと職務遂行能力に繋がるとも示唆されている（Shimazu, Schaufeli, Kamiyama & Kawakami, 2015）。

管理監督者を対象とした研究の現状は、メンタルヘルス対策では不調者対応、上司や同僚の職員の働きかけなど様々な問題を抱えていることが明らかとなっている（堀内他、2012；河原田、2004；佐藤・松井、2018）。一方、職場復帰支援の研究では、並木・佐藤・伊藤・矢島・鈴木（2016）によって3因子から構成される職場復帰支援における困難感尺度が開発された。しかし、これらの先行研究は、「対応の難しさ」や「職務上の配慮に関する困難」など管理監督者自身の項目のみであった。事業場の体制整備や部署ごとの職場環境によっても管理監督者の困難感が変化すると考えられるため、事業場内

のサポート体制や連携のしやすさなどの環境面の困難についても含める必要があると考える。したがって、上記にあげた先行研究では環境面の困難についての内容が十分に反映されているとは言い難い。

管理監督者が困難に感じる状況や対象は多岐にわたり、“ラインによるケア”の指す内容も広範囲に及ぶ。例えば、職場復帰支援は、復職者の家族の理解や事業場内の連携などが必須になるため、職場復帰支援ならではの困難感が存在するかもしれない。このように、“ラインによるケア”の指す内容の中には、その状況での特有の困難感が生じる可能性がある。したがって、管理監督者の困難感をより正確に、かつ現状に即したものとするためには、困難と感じることをメンタルヘルス対策に関するものと職場復帰支援に関するものとで分けて検討し、それぞれの困難感尺度の作成が重要である。また、上述した課題をふまえ、環境面の内容を充実させた尺度が必要と考えられる。そこで本研究では、メンタルヘルス対策 (Managing Mental health: MM) の困難感と職場復帰支援 (Supporting Return to work: SR) の困難感の2つの内容で構成される“ラインによるケア”における管理監督者困難感を測定する尺度 (管理監督者困難感尺度: Supervisors' Difficulties Questionnaire for Line care (SDQL)) を作成し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とする。

“ラインによるケア”における管理監督者困難感を評価することによって、管理監督者の心理的負担低減の一助になると考えられる。加えて、不調者の早期発見や職場復帰支援など産業領域における二次予防や三次予防の向上も期待できるだろう。

予備調査 (研究1)

目的

管理監督者がメンタルヘルス対策または職場復帰支援をする際に困難と感じる内容を抽出し、管理監督者困難感尺度 (SDQL) 作成のための項目収集を行う。

調査協力者

縁故法による調査の了承を得られた道内の民間企業、教育機関、行政機関で働く管理監督者を対象に調査を行った。本研究の参加に同意し、期限内に返送された48名 (男性39名、女性9名、平均年齢49.8±7.27歳) の回答を分析対象とした。

調査材料

(1) フェイスシート

年齢、性別、役職、業種、管理職経験年数、メンタル

ヘルス不調者・復職者への対応経験の有無の記入を求めた。

(2) メンタルヘルス対策の困難感の内容

尺度項目案を抽出するために「職場におけるメンタルヘルス対策 (部下の対応や職場の環境作りということです) に関して、困ること (困ったこと) があれば、お聞かせください」という教示のもと自由記述を求めた。

(3) 職場復帰支援の困難感の内容

尺度項目案を抽出するために「職場復帰支援に関して、困ること (困ったこと) があれば、お聞かせください (ケガ・病気などの身体症状は除く)」という教示のもと自由記述を求めた。

なお、本研究は、北海道医療大学心理科学倫理審査委員会の承認を得て実施された (承認番号: 19020)。

結果

自由記述よりメンタルヘルス対策の困難感について82項目、職場復帰支援の困難感について57項目が抽出され、臨床心理学に精通し、産業領域に関する心理支援の経験を有する教員3名によって項目整理がなされた。KJ法を用いて分類を行った結果、両尺度とも「本人への対応」、「周囲への対応」、「環境作り」、「連携」の4つの大カテゴリーの分類となり、メンタルヘルス対策の項目は66項目 (Table 1)、職場復帰支援の項目は39項目となった (Table 2)。

Table 1 メンタルヘルス対策の困難感に関するカテゴリーと記入例

カテゴリー	記入例	項目数
本人への対応	・仕事の話しと日常会話は別とっているので、オン・オフの切り替えのタイミングが難しい ・パワハラやプライバシーが騒がれている中で、どこまで親身に対応すべきか悩む ・体調不良になった部下の業務量の見極め	26
周囲への対応	・メンタルヘルスに関する情報のため十分な配慮が必要 ・うつで復職した人に対する周囲の職員の正しい理解を求めることが難しい ・周りの対応に個人差がある。皆、悪意がなくても、受けとる方には良くない対応としてとらえてしまうことがある ・部下が長期間休んでいたことを家庭内 (妻) で内緒にしていたことがバレてしまい、奥様から電話がきた時の対応に困ってしまいました	9
環境作り	・会社も自分たちもメンタルヘルス対策は目指す方向は同じですが、最終的には他の社員に負担してもらおう以外対策が無いのが悩み ・相談する者が近くにいない ・簡単に人事異動ができないため、メンタルヘルス不調者の原因要素を職場から取り除くことができず、結局その本人に休んでもらうしか方法がない ・職場内において1対1で話せる空間 (応接室や面談室など) が少ない ・社員への体調管理・負担の度合を常に気にして無理な仕事量を与えない様に調整していますが、時間的・物理的に対応できない場合は外部 (外注) にまわす等をし、取り組んできましたが、会社の「数字の低下」「経費削減」の為、外部にまわせず社内に対応 (残業・休日出勤) となってしまう	27
連携	・メンタルヘルス不調者を短時間勤務とする場合の労働時間等の労働条件は、医師の判断のみを判断材料とするしかない (職場の考えを通して悪化した場合の責任が取れないので、医師の意見に従うしかない)	4

Table 2 職場復帰支援の困難感に関するカテゴリと記入例

カテゴリ	記入例	項目数
本人への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・復帰してきた部下への話しかけ方など、関わり方が難しい（接し方にとても気を使う） ・病状が千差万別で、病気のことを理解できているようで全てを理解できているわけではないので困る ・段階的に仕事の負荷をかけるといった配慮をしても、休務を繰り返す復職者がいること ・どのくらいの間隔で休暇中の職員と連絡を取るべきかがわからなかった。病休休暇中のコンタクトをとることが必要と考えている職員が少ない事が課題 	14
周囲への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・職場復帰の理解が無いと非常に難しい ・周りの協力を得るのが難しい（仕事のスピード・正確さなど） ・他の社員との不平等感の対応 ・メンタルヘルス不調者の休職・職場復帰支援について家族へ説明しなければならぬ（家族が会社を恨んでいることも考えられるので、担当者として不安である） 	10
環境作り	<ul style="list-style-type: none"> ・社内環境も部署や専任配置する等の整えが必要 ・職場復帰者への明確な指針の整備が必要 ・リワークに関する標準的なマニュアル等がないため、実際に支援する場合は手探りになってしまう ・学校には保健室があるが職場にはないため、ケアが難しい（休憩スペースもほとんど用意されていない） 	10
連携	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の管理者にとって、病状などに関する主治医・産業医の判断が理解しづらいことがあるほか、休業者への対応・扱いについて社内的人事・労務担当と連携が取りにくいことがある ・医師の考え、保健師の考え、職場としての考え、本人の考えに差があるので、この着陸点を整理するのが難しい 	5

本調査（研究2）

目的

管理監督者困難感尺度（SDQL）の因子構造を確認し、信頼性と妥当性を検証することを目的とする。また、SDQLの特徴を明確化するために、不調者・復職者への対応経験の有無、衛生管理者の有無、ストレスチェック実施の有無、ストレスチェック後、専門家への相談体制有無、管理職経験年数の差異によって困難感に差があるかについても検討する。

調査協力者

調査の了承を得られた管理監督者300名を対象にインターネットWeb調査を行った。回答の中で、役職の欄が無回答や自営業などの個人事業主や社長などの役員と回答されたデータ、もしくは管理監督者であったが現在は働いていないと回答されたデータを除外し、260名（男性237名、女性23名、平均年齢48.86±8.76歳）のデータを分析に用いた。

調査材料

(1) スクリーニング項目

課長・課長補佐・部長・次長・部門長など社内でも部下を管理する立場にある役職であるかを尋ねた。

(2) フェイスシート

性別、年齢、役職、業種、管理職経験年数、メンタルヘルス不調者・復職者への対応経験の有無、職場の衛生管理者の有無、ストレスチェック実施の有無、ストレス

チェック後、産業医や保健師、カウンセラーなどの専門家への相談体制の有無について回答を求めた。

(3) メンタルヘルス対策の困難感尺度（SDQL-MM）

予備調査ではあげられなかったが、先行研究（堀内他、2012；河原田他、2005；櫻井、2001）においてプライバシー情報共有や風土づくりについて指摘されていることから、これらの項目を抽出し、類似した項目の有無など検討を行った上で2項目追加し、メンタルヘルス対策の困難感尺度（SDQL-MM）の暫定版として使用した。各項目について、7件法（1：全くそう思わない、2：そう思わない、3：あまりそう思わない、4：どちらでもない、5：ややそう思う、6：そう思う、7：非常にそう思う）で回答を求めた。

(4) 職場復帰支援の困難感尺度（SDQL-SR）

予備調査ではあげられなかったが、先行研究（黒川・井上・井奈波・岩田、2009；並木他、2016）において精神疾患の知識やについて指摘されていることから、これらの項目を抽出し、類似した項目の有無など検討を行った上で作成された職場復帰支援の困難感尺度（SDQL-SR）の暫定版として使用した。各項目について、7件法（1：全くそう思わない、2：そう思わない、3：あまりそう思わない、4：どちらでもない、5：ややそう思う、6：そう思う、7：非常にそう思う）で回答を求めた。

(5) メンタルヘルス不調者の復職支援において管理監督者が抱える困難感尺度（並木他、2016）

メンタルヘルス不調者の復職支援において管理監督者が抱える困難感を測るための尺度であり、3因子、全18項目で構成されている。各項目について、7件法（1：全く困らなかった-7：非常に困った）で回答を求めた。

(6) 職業性ストレス簡易調査票（下光、2005）

仕事上のストレス要因17項目、ストレス反応29項目、修飾要因11項目の3因子、全57項目で構成されており、点数が高いほどストレス反応が高いことを示す。本研究では、心理的ストレス反応ならびに身体的ストレス反応を測定することを目的とするため、ストレス反応29項目のみを使用した。各項目について、4件法（1：ほとんどなかった-4：ほとんどいつもあった）で回答を求めた。

(7) 日本語版Utrecht Work Engagement Scale（UWES-J）短縮版（Shimazu et al., 2008）

ワーク・エンゲージメントを測るための尺度であり、「活力」、「熱意」、「没頭」の3因子、で構成されており（Schaufeli & Bakker, 2004b；Schaufeli et al., 2002）、本研究では全9項目の短縮版を使用した。各項目について、7件法（0：全くない-6：いつも感じる、毎日）で回答を求めた。

(8) Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS-J) 日本語版 (後藤他、2005)

Bosc, Dubini & Polin (1997) によって作成されたものであり、うつ病患者の社会参加意欲、社会行動など社会適応状態を測るための尺度であり、3因子、全20項目で構成されており、得点が高いほど社会機能が良好であることを意味している。各項目について、4件法(例: 0: 全く興味がない- 3: 大変興味がある、0: いつも感じる- 3: 全く感じない、0: 悪い- 3: 大変良い)で回答を求めた。

なお、調査の実施に際しては、北海道医療大学心理科学倫理審査委員会の承認を得て実施された(承認番号: 21021)。

統計解析

第1に、因子構造を検討するために最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。第2に、SDQLの各尺度(SDQL-MM、SDQL-SR)の信頼性を検討するためにCronbachの α 係数を算出し、妥当性を検討するためにSDQL-MM、SDQL-SRと各尺度間の相関分析を行った。第3に、SDQL-MM、SDQL-SRの特徴を明確化するために不調者・復職者への対応経験の有無、衛生管理者の有無、ストレスチェック実施の有無、相談体制の有無における、両尺度の得点について対応のない検定を行った。また、管理監督者経験年数の間で両尺度の各因子の差異を検討するために、一要因分散分析を行った。解析にはIBM SPSS Statistics 26.0を使用した。

なお、妥当性については、先行研究をふまえ、SDQL-MMは(1)~(3)、SDQL-SRは(1)~(4)の仮説を立てた。(1) ストレス反応とは正の相関関係にある。(2) ワーク・エンゲージメントとは負の相関関係にある。(3) 社会機能とは負の相関関係にある。(4) メンタルヘルス不調者の復職支援で管理監督者が抱える困難感尺度(並木他、2016)とは正の相関関係である。

結果

調査協力者の属性

調査協力者の平均年齢は48.86歳($SD=8.76$)であり、性別は男性が237名(91.15%)、女性が23名(8.85%)であった。役職は、課長が123名、部長・部門長が106名、その他が31名であった。なお、その他の回答は職場によって管理監督者の役職名が異なるため、選択肢に含まれていない役職名はすべてその他に集約した(例えば、課長補佐、係長、次長、局長、主任、管轄リーダーなど)。対象者の全体像を示すため、記述統計量をTable 3に示す。

Table 3 調査協力者の属性 (N=260)

	n	(%)	平均	(SD)
年齢	260		48.86	(8.76)
性別				
男性	237	(91.15)		
女性	23	(8.85)		
役職				
課長	123	(47.31)		
部長・部門長	106	(40.77)		
その他	31	(11.92)		
管理職経験年数				
1~4年	81	(31.15)		
5~9年	77	(29.62)		
10年以上	102	(39.23)		
不調者・復職者への対応経験の有無				
あり	133	(51.15)		
なし	123	(47.31)		
わからない	4	(1.54)		
衛生管理者の有無				
あり	164	(63.08)		
なし	88	(33.85)		
わからない	8	(3.08)		
ストレスチェック実施の有無				
あり	189	(72.69)		
なし	71	(27.31)		
わからない	0	0.00		
相談体制の有無				
あり	174	(66.92)		
なし	78	(30.00)		
わからない	8	(3.08)		
業種				
農業、林業	3	(1.15)		
漁業	3	(1.15)		
鉱業、採石業、砂利採取業	0	0.00		
建設業	27	(10.38)		
製造業	57	(21.92)		
電気・ガス・熱供給・水道業	5	(1.92)		
情報通信業	19	(7.31)		
運輸業、郵便業	13	(5.00)		
卸売業・小売業	28	(10.77)		
金融業・保険業	17	(6.54)		
不動産業、物品賃貸業	8	(3.08)		
学術研究、専門・技術サービス業	4	(1.54)		
宿泊業、飲食サービス業	4	(1.54)		
生活関連サービス業、娯楽業	5	(1.92)		
教育、学習支援業	11	(4.23)		
医療、福祉	18	(6.92)		
複合サービス事業	2	(0.77)		
サービス業 (他に分類されないものを除く)	23	(8.85)		
公務 (他に分類されるものを除く)	10	(3.85)		
分類不能の産業	3	(1.15)		

因子構造の検討

SDQL-MMの因子構造をTable 4に示す。SDQL-MMの困難感尺度として予備調査で整理された35項目について平均値と標準偏差を算出して項目分析を行った。しかし、天井効果と床効果に該当する項目はなかった。続いて、SDQL-MMの因子構造を明らかにするために、最尤法による因子分析を行った。固有値の変化は、16.57、3.15、1.41…というものであり、暫定的に3因子構造を仮定した。そこで、最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子負荷量が基準(.40)未満である項目と多重負荷が認められる項目を順に削除した結果、30項目が抽出された。なお、3因子の累積寄与率は、59.68%であった。

第1因子は、専門家がいないうこと、業務に支障が出ずにメンタルヘルス対策を行うことが難しいなど体制やシ

ステムが整備されていないという項目で構成されており、「メンタルヘルス対策の体制に伴う困難」と命名した。第2因子は、不調者の業務量の設定や接し方、体調への配慮の困難を訴える項目で構成されており、「メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難」と命名した。第3因子は、管理監督者としてどこまでメンタルヘルス対策を行えばよいのか分からないという項目で構成されており、「管理監督者の立場としての対応に伴う困難」と命名した。

続いて、SDQL-SRの因子構造をTable 5を示す。SDQL-SRも同様に予備調査で整理された27項目の項目分析を行ったが、天井効果と床効果に該当する項目はなかった。続いて、SDQL-SRの因子構造を明らかにするために、最尤法による因子分析を行った。固有値の変化は、16.18、1.96、1.01…というものであり、暫定的に2

Table 4 メンタルヘルス対策の困難感尺度 (SDQL-MM)

Sample (N=260) Items ($\alpha = .96$)	Factor loading			
	I	II	III	
I. メンタルヘルス対策の体制に伴う困難 ($\alpha = .95$)				
29. メンタルヘルス対策における問題発生時に対応するルール、社内体制が整っていない	.86	-.10	.06	
23. 職員が相談できる専門家(カウンセラーなど)がいないう	.86	-.22	.00	
24. 職員の負担軽減以外にできるメンタルヘルス対策がない	.82	-.03	-.06	
26. 業務に支障が出ずに、職員がカウンセリングを受けることが難しい	.80	-.07	-.01	
21. 職員が1対1で相談できる場所がない	.78	-.26	-.01	
25. 管理監督者に対する会社からのサポートが得られにくい	.78	.10	-.06	
31. 会社のメンタルヘルス対策に十分な予算や人的補償がされていない	.76	.04	-.03	
32. 業務に支障をきたさず、職員のメンタルヘルス対策を行うことが難しい	.69	.10	.07	
28. メンタルヘルス不調者への理解を示した方針や風土づくりを実行するのが難しい	.69	.21	-.05	
27. 働き方改革(労働時間の短縮、早帰りなど)の実行が難しい	.65	.18	-.10	
33. メンタルヘルスの学習会を開催する時間的余裕がない	.64	.08	.06	
22. 職員が気軽に相談できる上司や同僚がいないう	.59	.11	.06	
30. ストレスチェックの結果が十分に活用されていない	.57	.17	.02	
18. メンタルヘルス対策の取り組みを浸透させることが難しい	.54	.22	.13	
35. 医師の診断・指導内容について、メンタルヘルス不調者本人からの報告に基づいて対応することが難しい	.51	.22	.07	
II. メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難 ($\alpha = .94$)				
14. 感情が不安定な職員への対応が難しい	-.18	.98	.00	
13. 会社と職員(本人)の要望が異なる際の対応が難しい	-.04	.93	-.09	
10. 過剰労働で体調不良になった職員への業務分担や業務量の設定が難しい	.03	.79	-.08	
15. 周囲の評価・判断を受け入れない職員への対応が難しい	-.05	.78	.09	
12. 職員の会社に対する不満への対応が難しい	.14	.76	-.13	
16. 精神疾患を抱えている職員への対応が難しい	-.06	.73	.12	
9. 休むよう伝えても勤務を継続する職員への対応が難しい	.06	.60	.06	
8. 職員(本人)に自身の体調不良の自覚を促すのが難しい	-.02	.55	.27	
19. プライバシーに関わるメンタルヘルス情報の取り扱いが難しい	.05	.55	.20	
34. メンタルヘルス不調者の早期発見が難しい	.33	.47	.08	
III. 管理監督者の立場としての対応に伴う困難 ($\alpha = .94$)				
4. どこまで親身に対応すべきかの線引きが難しい	.07	-.15	.96	
3. メンタルヘルス不調者の病状について、どこまで内容を聞いてよいかの判断が難しい	.00	-.02	.81	
5. 注意や指導をする際の対応が難しい	-.01	.12	.76	
2. 職員一人一人に合わせた接し方が難しい	-.10	.19	.58	
6. メンタルヘルス不調者から相談された際の対応が難しい	-.02	.28	.58	
Factor correlation				
	I	II	III	
	I	1.00		
	II	.66	1.00	
	III	.54	.72	1.00

因子構造を仮定した。そこで、最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子負荷量が基準 (.40) 未満である項目と多重負荷が認められる項目を順に削除していった結果、26項目が抽出された。また、2因子の累積寄与率は、64.67%であった。

第1因子は、職場復帰支援の過程ごとに生じる不調者、周囲の職員、不調者の家族への困難感についての項目で構成されており、「職場復帰過程での対応に伴う困難」と命名した。第2因子は、事業場内の職場復帰支援の整備が十分でないことや専門家との連携の難しさに関する項目で構成されており、「職場復帰支援の体制に伴う困難」と命名した。

信頼性の検討

各尺度の内的整合性を検討するため、Cronbachの α 係数を算出した。SDQL-MMでは、尺度全体、および各因子すべてにおいて十分な値が得られた(全体： $\alpha = .96$ 、第1因子： $\alpha = .95$ 、第2因子： $\alpha = .94$ 、第3因子： $\alpha = .94$)。SDQL-SRでも、尺度全体、および各因子すべてにおいて十分な値が得られた(全体： $\alpha = .97$ 、第1因子： $\alpha = .96$ 、

第2因子： $\alpha = .96$)。

妥当性の検討

SDQL-MMは、職業性ストレス簡易調査票の下位因子のうち「活気」はすべての因子間で非常に弱い負の相関が有意に認められた($r = -.19 \sim -.20$)。また、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」、「抑うつ感」はすべての因子間で非常に弱い～弱い正の相関が有意に認められた($r = .16 \sim .39$)。「身体愁訴」は、第1因子、第2因子間に有意な弱い正の相関が認められた($r = .20 \sim .38$)。次いで、UWES-J短縮版の下位因子のうち「活力」、「没頭」はすべての因子間で非常に弱い～弱い負の相関が有意に認められた($r = -.13 \sim -.21$)。「熱意」では第1因子間に有意な非常に弱い負の相関が認められた($r = -.18$)。続いて、SASSの下位因子のうち「対人関係」はすべての因子間で非常に弱い負の相関が有意に認められた($r = -.13 \sim -.16$)。「興味や好奇心」は第1因子間に有意な非常に弱い負の相関が認められた($r = -.18$)。「自己認識」は第1因子間に有意な弱い負の相関が認められた($r = -.22$)。これらの結果をTable 6に示した。

Table 5 職場復帰支援の困難感尺度 (SDQL-SR)

Sample (N=260) Items ($\alpha = .97$)	Factor loading		
	I	II	
I. 職場復帰過程での対応に伴う困難 ($\alpha = .96$)			
12. 復職者の適正配置が難しい	.88	-.09	
9. 復職者に合った業務量の見極めが難しい	.85	-.05	
5. 復職者の状態と気持ちを適切に把握するのが難しい	.83	.00	
8. 割りあてられた業務をこなせない復職者への対応が難しい	.82	-.03	
13. 復職、休職を繰り返す職員への対応が難しい	.81	-.05	
10. 病気に対する理解が不十分な復職者への対応が難しい	.77	.03	
4. 復職者に合わせた接し方が難しい	.77	.01	
7. 試し出勤中である復職者の業務負担の設定が難しい	.76	.09	
11. 復職者へ今後の仕事の方針を伝えるのが難しい	.74	.11	
6. 復職の見通しを立てることが難しい	.74	.06	
1. 休職中の職員との連絡をとる間隔や頻度が難しい	.66	.03	
3. メンタルヘルス不調者の家族に現状の状態や復職までの過程を受け入れてもらうことが難しい	.60	.19	
20. 復職後の配慮や環境整備をどの程度まで行うか判断が難しい	.57	.31	
14. 復職者が復帰した際に、その部署に所属する他の職員へ正しい理解や対応を求めることが難しい	.55	.29	
2. メンタルヘルス不調者の休職・職場復帰支援について家族へ説明することが難しい	.53	.24	
15. 復職者が復帰した際に、その部署に所属する他の職員のモチベーションを維持させるのが難しい	.48	.37	
II. 職場復帰支援の体制に伴う困難 ($\alpha = .96$)			
18. 復職の対応指針を検討する組織が無い	-.14	.96	
19. 職場復帰支援において、事業場内の精神保健支援が整備されていない	-.06	.92	
26. 復職者が出た際の社内環境が整備されていない	-.04	.91	
17. 職場復帰支援の標準的な方針が整備されていない	-.04	.89	
16. 復職者へのサポート体制が構築されていない	.09	.79	
23. 産業保健スタッフ、職場、本人、それぞれの考えでの妥結点を見つけるのが難しい	.08	.77	
22. 復職者の主治医との連携の仕方がわからない	.12	.73	
25. 医療機関と連携することが難しい	.13	.72	
24. 病状などに関する主治医・産業医の判断を理解するのが難しい	.15	.61	
27. 復職者が出た際の人的サポートが難しい	.31	.47	
Factor correlation			
	I	II	
	I	1.00	
	II	.74	1.00

Table 6 メンタルヘルス対策の困難感尺度 (SDQL-MM) と各尺度の相関

	職業性ストレス 簡易調査票 活力	職業性ストレス 簡易調査票 イライラ感	職業性ストレス 簡易調査票 疲労感	職業性ストレス 簡易調査票 不安感	職業性ストレス 簡易調査票 抑うつ感	職業性ストレス 簡易調査票 身体愁訴	UWES-J 活力	UWES-J 熱意	UWES-J 没頭	SASS 対人関係	SASS 興味や好奇心	SASS 自己意識
メンタルヘルス対策の体制に伴う困難	-.20**	.34**	.35**	.37**	.39**	.38**	-.21**	-.18**	-.13*	-.16**	-.18**	-.22**
メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難	-.20**	.27**	.28*	.23*	.25**	.20**	-.14*	-.12	-.13*	-.13*	-.07	-.10
管理監督者の立場としての対応に伴う困難	-.19**	.17**	.19*	.16*	.17**	.10	-.13*	-.09	-.16*	-.16**	-.11	-.06

Note. UWES-J = 日本語版 Utrecht Work Engagement Scale 短縮版

SASS = Social Adaptation Self-evaluation Scale 日本語版

** $p < .01$, * $p < .05$

Table 7 職場復帰支援の困難感尺度 (SDQL-SR) と各尺度の相関

	職業性ストレス 簡易調査票 活力	職業性ストレス 簡易調査票 イライラ感	職業性ストレス 簡易調査票 疲労感	職業性ストレス 簡易調査票 不安感	職業性ストレス 簡易調査票 抑うつ感	職業性ストレス 簡易調査票 身体愁訴	UWES-J 活力	UWES-J 熱意	UWES-J 没頭	SASS 対人関係	SASS 興味や好奇心	SASS 自己意識
職場復帰過程での対応に伴う困難	-.18**	.26**	.20**	.22**	.24**	.18**	-.17**	-.21**	-.19**	-.17**	-.17**	-.19**
職場復帰支援の体制に伴う困難	-.17**	.31**	.31**	.32**	.31**	.21**	-.19**	-.20**	-.24**	-.21**	-.21**	-.24**

Note. UWES-J = 日本語版 Utrecht Work Engagement Scale 短縮版

SASS = Social Adaptation Self-evaluation Scale 日本語版

困難感尺度 = メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感尺度 (並木他, 2016)

** $p < .01$, * $p < .05$

一方、SDQL-SRは、職業性ストレス簡易調査票の下位因子のうち「活力」はすべての因子間で非常に弱い負の相関が有意に認められた ($r = -.17 \sim -.18$)。また、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」、「抑うつ感」、「身体愁訴」はすべての因子間で有意な弱い正の相関が認められた ($r = .20 \sim .32$)。次いで、UWES-J短縮版の下位因子のうち「活力」、「熱意」、「没頭」はすべての因子間で非常に弱い～弱い負の相関が有意に認められた ($r = -.13 \sim -.21$)。続いて、SASSの下位因子の「対人関係」、「興味や好奇心」、「自己認識」はすべての因子間で有意な非常に弱い～弱い負の相関が認められた ($r = -.17 \sim -.24$)。さらに、並木他 (2016) が作成した困難感尺度の3つの下位因子はすべての因子間で中程度～強い正の相関が有意に認められた ($r = .66 \sim .79$)。これらの結果をTable 7に示した。

SDQL-MM、SDQL-SRの特徴の検討

SDQL-MMは、不調者・復職者への対応経験の有無では第2因子のみ有意差が認められ ($t(254) = 2.20, p < .05$)、対応経験のある方がSDQL-MM得点は高かった。衛生管理者の有無ではすべての因子間で有意差は認められなかった。また、ストレスチェック実施の有無では第1因子のみ有意差が認められ ($t(258) = 2.45, p < .05$)、ストレスチェックを実施していない方がSDQL-MM得点は高い結果であった。同様に、ストレスチェック後、専門家への相談体制の有無においても第1因子 ($t(250) = 2.74, p < .01$) のみ有意差が認められ、相談体制がない方がSDQL-MM得点は高い結果を示した。管理職経験年数では第3因子において有意な効果が認められた ($F(2, 257) = 3.72, p < .05$)。さらに、Turkey法による多重比較を行った結果、管理職経験年数が5～9年の方が1～4年の方よりも有意に得点が高かった ($p < .05$)。

一方、SDQL-SRは、不調者・復職者への対応経験の有無ではすべての因子間で有意差は認められなかった。同様に、衛生管理者の有無においてもすべての因子間で有意差は認められなかった。また、ストレスチェック実施の有無では第2因子 ($t(258) = 3.52, p < .01$) のみ有意差が認められ、ストレスチェックを実施していない方がSDQL-SR得点は高かった。同じく、ストレスチェック後、専門家への相談体制の有無においても、第2因子のみ有意差が認められ ($t(250) = 3.15, p < .01$)、相談体制のない方がSDQL-SRは高い結果であった。管理職経験年数では、すべての因子間で有意な効果が認められた (第1因子: $F(2, 257) = 3.43, p < .05$ 、第2因子: $F(2, 257) = 4.41, p < .05$)。さらに、Turkey法による多重比較を行った結果、すべての因子間で管理職経験年数が5～9年の方が10年以上の方よりも有意に得点が高かった ($p < .05$)。

考察

因子構造

(1) SDQL-MM

本研究の結果から、メンタルヘルス対策の困難感であるSDQL-MMは、「メンタルヘルス対策の体制に伴う困難」、「メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難」、「管理監督者の立場としての対応に伴う困難」の3因子構造であることが明らかとなった。

第1因子である「メンタルヘルス対策の体制に伴う困難」は、先行研究の「組織の無支持負担」(佐藤・松井、2018)、「安心感をもって対応できる体制の整備」(堀内他、2012)に相当すると考えられる。また、第2因子である「メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難」は、先行研究の「不調者対応の難しさ」(佐藤・松井、2018)、「変化の兆候をつかむ」や「本人に合った仕事を割り当てる」(堀内他、2012)、「心の健康問題の理解」や「心の健康問題を持つ職員への対応」(河原田、2004；河原田他、2005)に相当しうる。そして、第3因子について、「管理監督者の立場としての対応に伴う困難」は、職場のメンタルヘルス対策として事業場内で行う活動をどの範囲まですべきかは、これまで議論がなされてきているものの、一定の結論は得られていない(廣、2002)。そのため、管理監督者という立場上での対応の困難感についての項目が抽出されたと推察する。

(2) SDQL-SR

職場復帰支援の困難感を反映するSDQL-SRは、「職場復帰過程での対応に伴う困難」、「職場復帰支援の体制に伴う困難」、の2因子構造であることが本研究から明らかとなった。

第1因子である「職場復帰過程での対応に伴う困難」は、先行研究の「職場復帰時の対応」(河原田他、2005)、「病状や体調の把握に関する困難」や「職務上の配慮に関する困難」(並木他、2016)、「家族との関わり方」(河原田、2004)に相当すると考えられる。そして、第2因子である「職場復帰支援の体制に伴う困難」は、先行研究の「主治医との連携」(河原田、2004)、「関係機関の役割を活用する」(堀内他、2012)に相当しうる。

信頼性と妥当性

SDQL-MMの各因子の α 係数は.94～.95で、SDQL-SRの各因子の α 係数は.96の値であった。このことから、いずれの尺度も十分な内的整合性を有することが確認された。

SDQL-MMとSDQL-SRの妥当性については、仮説に基づき、(1)～(4)の尺度ごとに相関関係を交え、考察を述べ

る。

(1) SDQL-MMは、3つの下位因子において、ほとんど全てのストレス反応と有意な正の相関関係であった。一方、SDQL-SRでは、2つの下位因子でストレス反応と有意な正の相関関係が認められた。このことは、田中(2009)で指摘されている内容を支持するものであった。なお、SDQL-MMの第3因子と「身体愁訴」間に有意な相関は認められなかった。この点については、対応の基準が明確ではないことへの困難感であったため、他の因子のような管理監督者自身が感じている困難感とは異なるものであったと考える。

(2) SDQL-MMの第1因子のみUWES-J短縮版の全ての下位因子と有意な負の相関関係であった。第1因子の「メンタルヘルス対策の体制に伴う困難」は、管理監督者だけでは改善することが難しい内容(例：会社のメンタルヘルス対策に十分な予算や人的補償がされていない)が多いという特徴を持つため、メンタルヘルス対策の体制の困難感が強いほどワーク・エンゲージメントが低くなると考えられる。また、SDQL-SRでは2つの下位因子において、UWES-J短縮版と有意な負の相関関係であった。以上の結果は、ワーク・エンゲージメントの高さと職務遂行能力の低下や心理的苦痛の高さに関係があるとされる先行研究で指摘されている内容を支持するものであるといえる(Shimazu & Schaufeli, 2009; Shimazu et al, 2015)。

一方、SDQL-MMの第2因子と第3因子では、UWES-J短縮版の「活力」と「没頭」のみ有意な負の相関関係であった。第2因子の「メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難」と第3因子の「管理監督者の立場としての対応に伴う困難」は管理監督者自身の振る舞い方や不調者の業務についての内容(例：過剰労働で体調不良になった職員への業務分担や業務量の設定が難しい)が含まれているため、「活力」と「没頭」の仕事への取り組みについて反映すると考えられる。

(3) SDQL-MMの第1因子のみSASSの全下位因子と有意な負の相関関係であった。第1因子の「メンタルヘルス対策の体制に伴う困難」は、管理監督者だけでは改善が難しいという特徴を持つため、体制に伴う困難感が強いほど環境の中で自分の役割を果たす能力である社会機能が低くなると考えられる。また、SDQL-SRでは2つの下位因子で、SASSと有意な負の相関関係であった。このことは、加来・田中(2010)で指摘されている内容を支持するものであった。

一方、SDQL-MMの第2因子と第3因子では、SASSの「対人関係」のみと有意な負の相関関係であった。第2因子の「メンタルヘルス不調者の対応に伴う困難」と第3因子の「管理監督者の立場としての対応に伴う困

難」は不調者とのコミュニケーションが困難という内容（例：職員一人一人に合わせた接し方が難しい）が含まれているため、特に「対人関係」の他人との関係性を反映すると考えられる。

(4) SDQL-SRは、並木他（2016）の困難感尺度と有意な正の相関関係であった。加えて、本研究の項目と並木らの困難感尺度の内容が類似していた。このことから、SDQL-SRは、先行研究と一定の共通性が見られ、かつ職場復帰支援困難感を測る尺度であるといえる。さらに、本研究で作成したSDQL-SRは、環境面における項目を充実させた尺度となっているため、より正確に、包括的に職場復帰支援の困難感を測定できる尺度であると考えられる。

SDQL-MMとSDQL-SRの特徴

「不調者・復職者への対応経験の有無」はSDQL-MMの第2因子において対応経験がある方が困難感が高かった。なお、SDQL-SRでは、すべての因子間で有意な差は認められなかった。メンタルヘルス対策に関して管理監督者は不調者の対応への心理的負担がある（河原田、2004；佐藤・松井、2018）ことから、同様の結果が得られたといえる。また、職場復帰支援に関して本研究の項目内容が類似している並木他（2016）の下位因子において経験の有無での有意差は認められなかったことから、本研究も同様の結果が得られたと推察する。

「衛生管理者の有無」は、両尺度とも全ての因子間に有意な差は認められなかったことから、衛生管理者の有無は管理監督者困難感に影響を与えない要因であると考えられる。そして、「ストレスチェック実施の有無」と「ストレスチェック後、専門家への相談体制の有無」については、SDQL-MMの第1因子のみ実施や相談体制のない方が困難感が高かった。一方、SDQL-SRでは第2因子のみ実施や相談体制のない方が困難感が高かった。この項目で「なし」と回答した管理監督者については、小規模事業場からの回答であることが示唆される。小規模事業場のメンタルヘルス対策について、小堀・赤本・北条（2000）は事業所の規模が小さいために経済的な負担や健康相談、健康指導、健康管理などの産業保健管理を十分に行うことができない小規模事業場が多数あることを指摘している。一方、職場復帰支援について、中・小規模事業場では受け入れが難しいとされている（鎗田、2005）。その1つの要因として、主治医が発行する診断書だけを頼りに職場復帰を判断する“診断書の問題”が生じ（黒川他、2009）、職場復帰支援において重要である主治医との連携体制が不十分であると考えられる。

「管理職経験年数」は、SDQL-MMの第3因子のみで有意差が認められ、管理職経験年数5～9年の方が1～

4年の方よりも得点が高いという結果であった。先行研究では、管理職経験年数が長いほど不調者対応に負担を感じていた（佐藤・松井、2018）と報告されている。ただし、本研究ではもっとも経験年数の長いグループである10年以上が有意に高いという結果は示されなかった。第3因子の「管理監督者の立場としての対応に伴う困難」は、親身な対応の線引きや復職者の病状についてどこまで内容を聞いてよいかの判断などの項目が含まれている。年数とともに不調者への対応例が増えることが予想されるが、線引きや判断などは経験とともに対応方法を身につけ、対処できる可能性がある。そのため、必ずしも管理職経験年数の長さだけが困難感を高める要因ではないことが推察される。一方、SDQL-SRでは2つの下位因子で有意な差が認められ、管理職経験年数5～9年の方が10年以上の方よりも得点が高いという結果であった。有意差があった2つの下位因子の項目内容として、復職者に合った業務量や配置、産業保健スタッフなどとの連携が含まれている。管理職経験年数が10年以上ともなると、部署異動など様々な経験によって、事業場内の連携システムの理解や復職者に任せる業務内容の精査などの判断をすることができる可能性がある。つまり、一定の経験年数を経ると、必要な支援をある程度予測しながら対処することが可能になると考えられる。

本研究の臨床的意義と活用の展望

本研究の臨床的意義と活用の展望として3つあげられる。

1つ目は、管理監督者自身が抱えている困難感を知るための判断材料の1つになり得ることがあげられる。管理監督者は自分の対応によって不調者である部下の状態をさらに悪化させるのではないかと不安を抱えながら対応を行っている（田邊・鶴田、2016）。しかし、不調者本人、周囲の職員への業務量の配慮、体調など対応の内容は様々であるため、管理監督者はより強い不安を抱える可能性がある。したがって、困難感を明確にすることで、事業場または部署ごとの管理監督者の心理的負担軽減の一助となると考える。

2つ目は、事業場内産業保健スタッフや事業外資源によるケアのスタッフなど支援者側の介入のしやすさがあげられる。先行研究によると、メンタルヘルス対策における早期支援の関心が低いこと（井奈波・黒川、2011）や職場内での復職のための“治療システム”とその“過程”について十分に浸透していない（黒川他、2009）と示している。そのため、管理監督者に対するストレスやメンタルヘルスケアに関する教育研修や情報提供を充実させる必要がある（廣、2005；井奈波・黒川、2011；河原田、2002）が、具体的な教育研修の内容や情報提供を

行うのかまでには至っていない。SDQLを使用することで、研修会の内容の決定など管理監督者が知りたい情報を支援者側が提供しやすくなり、かつ事業場内産業保健スタッフなどとの連携のしやすさに繋がると考えられる。

そして3つ目は、困難感が数値化されることで、事業場が具体的な問題点を把握することがあげられる。管理監督者の不調者対応の心理的負担を効果的に低減させるためには、上席や職場関係者の理解が必要であり(佐藤・松井, 2018)、さらに、職場復帰支援の際のプライバシー情報の取り扱いに関する内部規定の整備(河原田, 2002; 大塚, 2017; 櫻井, 2001)など事業場全体に関わる体制の変化が求められている。困難感を数値化することで、事業場も体制が整っていない部分を可視化することができ、体制構築に関して取り組みやすくなると推察する。

本研究の限界点と今後の課題

本研究の限界点として、本研究は信頼性では内的整合性、妥当性では構成概念妥当性を確認するにとどまった。したがって、今後は管理監督者の困難感の変容を目的とした介入によって管理監督者困難感尺度の得点が実際に変化するかを確認する必要がある。さらに、SDQL-SRに関しては、「職場復帰支援に関して、困ること(困ったこと)があれば、お聞かせください(ケガ・病気などの身体症状は除く)」という教示文のみで調査を行ったため、癌や糖尿病によるうつ病との区別がなされていない可能性があると考えられる。

また、不調者への対応と復職者への対応が混在していることがあげられる。不調者といっても、仕事には来ているが体調が良くない職員や休職者など様々な状態の不調者が混在している。加えて、復職者についても試し出勤中の復職者、または復職して数ヶ月経過した復職者など様々な状態が推測される。そのため、対象者の時期別で困難感の得点に変化があるのかを再度検討する必要があると考える。

今後の課題として、今回作成した尺度は、SDQL-MM、SDQL-SRの中にそれぞれ類似項目がみられた。さらに、SDQL-MMが30項目、SDQL-SRが26項目と項目数が少ないとは言えず、臨床応用を考える場合、活用時の負担感が大きいことが推察される。これらのことから、共通性をより明確に捉え、少ない項目でSDQL-MMおよびSDQL-SRを的確に反映できる短縮版を作成する必要があると考える。短縮版の開発によって、より効率的に困難感を測定でき、多忙な管理監督者が取り組みやすく、職場において普及しやすくなることが期待される。

謝辞

本論文を作成するにあたりご理解、ご協力くださった企業、団体、および回答くださった皆様には心より御礼申し上げます。

引用文献

- Bosc, M. (2000). Assessment of social function in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 63-69.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7, S57-S70.
- 後藤 牧子・上田 展久・吉村 玲児・柿原 慎吾・加治 恭子・山田 恭久…中村 純 (2005). Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の信頼性および妥当性 *精神医学*, 47, 483-489.
- 廣 尚典 (2002). 産業保健におけるメンタルヘルス対策—これから5年間の展望— *産業精神保健*, 10, 193-198.
- 廣 尚典 (2005). 管理職教育・研修 *日本産業衛生学会・産業精神衛生研究会 (編) 職場のメンタルヘルス—実践的アプローチ—* (pp. 83-88) 中央労働災害防止協会
- 堀内 朋子・松田 宣子・櫻井 しのぶ (2012). メンタルヘルス不調者を部下に持った管理監督者の経験とその支援に関する研究 *神戸大学大学人保健学研究科紀要*, 28, 41-58.
- 井奈波 良一・黒川 淳一 (2011). 管理監督者が期待する労働者のメンタルヘルス不調者に対する事業所、産業医および医療機関による早期支援に関する調査 *日本職業・災害医学会会誌*, 60, 140-146.
- 加来 明希子・田中 克俊 (2010). 中間管理職のストレス *ストレス科学*, 25, 25-32.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- 河原田 まり子 (2002). 職場におけるメンタルヘルスケアに関する一考察—ラインによるケアに焦点を当てて— *北海学園大学経済論集*, 49, 23-32.
- 河原田 まり子 (2004). 管理監督者の行う心の健康問題を持つ職員への対応—管理監督者を支援する産業看護職の役割— *看護総合科学研究会誌*, 7, 3-13.
- 河原田 まり子・山根 美代子・伊藤 紀子・高橋 恭子・小練 美由紀・坂倉 恵美子 (2005). 管理監督者による

- メンタルヘルス問題への対応—メンタルヘルス研修会の質疑内容の分析から— 北方産業衛生, 45, 30-34.
- 小堀 俊一・赤本 知康・北条 稔 (2000). 労働者のメンタルヘルスに関するニーズの研究—小規模事業所を対象とした「心の健康意識」調査より— 日本職業・災害医学会会誌, 48, 234-238.
- 小島 健一 (2019). 第4章 働くことと法 新田 泰生 (編) 公認心理師の基礎と実践20 産業・組織心理学 (pp. 72-73) 遠見書房
- 厚生労働省 (2008). 労働基準法における管理監督者の範囲の適正化のために Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/dl/kanri.pdf> (2019年9月11日)
- 厚生労働省 (2021). 令和2年「労働安全衛生調査(実態調査)」の概況 Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r02-46-50_gaikyo.pdf (2021年8月23日)
- 厚生労働省・中央労働災害防止協会 (2012). 改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き Retrieved from http://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/H25_Return.pdf (2019年5月30日)
- 厚生労働省・中央労働災害防止協会 (2015). 改訂 職場における心の健康づくり—労働者心の健康の保持増進のための指針— Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/11300000/000499488.pdf> (2019年6月26日)
- 黒川 淳一・井上 真人・井奈波 良一・岩田 弘敏 (2009). メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められていること 日本職業・災害医学会会誌, 57, 92-108.
- 中川 裕美 (2016). 第15章 復職問題 森下 高治・本岡 寛子・牧田 香 (編) 働く人たちのメンタルヘルス対策と実務—実践と応用 (pp. 173-174) ナカニシヤ出版
- 並木 伸賢・佐藤 秀樹・伊藤 理紗・矢島 涼・鈴木 伸一 (2016). メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難感尺度の構成概念の検討 早稲田大学臨床心理学研究, 16, 79-87.
- Munir, M., Yaker, J., Hicks, B. & Donaldson-Feilder, E. (2012). Returning employees back to work : developing a measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 196-208.
- 大塚 泰正 (2017). 第5章 職場のメンタルヘルス対策の実際：1次予防, 2次予防, 3次予防 島津 明人 (編) 産業保健心理学 (pp.66-88) ナカニシヤ出版
- 櫻井 治彦 (2001). 心の健康づくり指針について 労働衛生管理, 12, 24-33.
- 佐藤 左千子・松井 豊 (2018). 就労中のメンタルヘルス不調者に対応する管理監督者の心理的負担についての実証研究 産業精神保健, 26, 233-245.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004a). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004b). UWES-Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual. Retrieved from <http://www.wilmarschaufeli.nl/> (2021年7月29日)
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Industrial Health*, 47, 495-502.
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kamiyama, K., & Kawakami, N. (2015). Workaholism vs. work engagement: The two different predictors of future well-being and performance. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 18-23.
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., ... Kitaoka-Higashiguchi, K. (2008). Work Engagement in Japan: Validation of the Japanese Version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 510-523.
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K., & Kawakami, N. (2012). Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Industrial Health*, 50, 316-321.
- 下光 輝一 (2005). 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyo-Soumuka/0000050920.pdf> (2021年6月25日)
- 田邊 綾子・長谷川 珠代・鶴田 来美 (2015). 中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策と労働者の職場復帰支援に対する認識 日本健康医学会雑誌, 24, 145-153.
- 田邊 綾子・鶴田 来美 (2016). 中小規模事業場に勤務す

- る管理監督者のメンタルヘルス不調者対応に対する
認識 日本健康医学会雑誌, 25, 20-26.
- 田中 克俊 (2009). 中間管理職のストレス ストレス科
学, 24, 103.
- 鎗田 圭一郎 (2005). 1. 産業医・産業保健推進センター
相談員の立場から 産業衛生学雑誌, 47, 160-161.
- 吉野 聡 (2009). 第2章 心の健康問題を発生させない
職場づくり—「メンタルヘルス指針(4つのケア)」
の使い方— 松崎 一葉 (監修) 精神科産業医が明
かす職場のメンタルヘルスの正しい知識 (pp. 40-
49) 日本法令