厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

労 働 安 全 衛 生 総 合 研 究 事 業

ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究

平成２７～２９年度総合研究報告書

主任研究者　川上憲人

平成３０（２０１８）年３月

目　　次

Ⅰ．総合研究報告書
ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究　川上憲人（1）

Ⅱ．分担・協力者研究報告書
【ストレスチェック制度の評価】
１　全国調査によるストレスチェック制度の効果評価：労働者調査　川上憲人(12)

２　全国調査によるストレスチェック制度の効果評価：事業場調査　川上憲人(30)

３　ストレスチェック、および職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連：労働安全衛生調査に基づく研究　　渡辺和広(42)

４　既存コホートを活用したストレスチェック制度の効果評価　井上彰臣(67)

【ストレスチェック制度の実施上の工夫】
５　教育研修、ストレスマネジメントの工夫の検討　島津明人(112)
　成果物：労働者個人向けストレス対策（セルフケア）のガイドライン（改訂版）(116)
　成果物：セルフケア支援マニュアル（クイック版）(123)

６　ストレスチェック制度の課題の抽出に関する研究およびストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引きの作成　小田切優子(155)
　成果物：職場環境改善スタートのための手引き（172）

７　職場環境改善の工夫の検討　吉川　徹（194）
　成果物：いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き（216）

８　科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定　堤　明純（240）
　成果物：産業保健スタッフおよび労働者向けにストレスチェックの考え方について情報提供するリーフレット（272）

９　ストレスチェック制度における医師による面接指導およびフォローアップのあり方に関する研究　廣　尚典（275）
　成果物：ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集（295）

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表（300）

平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人
総合研究報告書

ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究

主任研究者　川上憲人　東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨

目的：本研究の目的は、ストレスチェック制度について、１）その実施状況および労働者の健康・生産性への効果を評価し、２）制度の課題を明らかにし、３）効果的な実施上の工夫を提案することである。

方法：【１．ストレスチェック制度の評価】１）労働者約 4000 名のコホートによりストレスチェック制度の実施状況および制度の効果を評価した。２）454 事業場の追跡調査により法制度施行後のストレスチェック制度の実施状況、ストレスチェック制度の実施と職場のメンタルヘルスに対する事業者の意識や活動との関連、および費用を検討した。３）平成 25 および 27 年、平成 28 年労働安全衛生調査の個票データを用いてストレスチェックおよび職場環境改善と仕事関連ストレスとの関連を検討した。４）３事業場を対象にストレスチェック制度の実施状況と効果を検討した。【２．ストレスチェック制度の実施上の工夫】１）教育研修、ストレスマネジメントの工夫のために個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）をアップデートした。個別面接支援マニュアルおよびそのクイック版を作成し、試行、効果評価の上で完成させた。２）産業保健スタッフ等を対象としたインタビュー、意見交換会を開催し、ストレスチェック制度の課題と工夫についての情報を収集した。ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引きを作成した。３）文献調査とインタビュー調査、２つのモデル事業場、ファシリテータ研修の参加者へのヒアリング、良好事例収集を元に、参加型職場環境改善のマニュアルを開発した。４）厚生労働省が示す職業性ストレス簡易調査票を用いた高ストレス者の判定基準の妥当性について、ウェブ調査、１年間の前向き研究により検討した。５）ストレスチェック制度における医師による面接指導およびその後のフォローアップの効果的な進め方について産業医等へのヒアリング、調査を行い、ヒント集を作成した。

結果：【１】１）医師面接と職場環境改善に対する労働者による有用性評価は高かった。ストレスチェック後の職場環境改善は労働者の心理的ストレスの改善および生産性の増加に効果があると思われた。２）ストレスチェックの実施率、受検率は高かったが、高ストレス者の中の面接指導実施者の割合は少なかった。職場環境改善の実施は約４割で、増加傾向にあった。ストレスチェック制度の実施により事業場の職場のメンタルヘルスに対する意識や対策が促進されていた。費用は従業員１人あたり 1700 円前後であった。３）平成 25、27，28 年労働安全衛生調査の解析では、ストレスチェック後の職場環境改善が労働者の仕事関連ストレスと有意な負の関連を示した。４）集団分析を実施しながらも職場環境改善活動が実施されなかった事業場では、制度の導入後に労働者の心理的な負担の軽減は見られなかった。【２】１）個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）をアックデートし、個別面接支援マニュアル・クイック版を完成した。２）「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」および「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き」を完成した。３）労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルで推奨されている高ストレスの判定法には一定の妥当性があることがわかった。４）「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」を完成させた。

結論：ストレスチェック制度施行１，２年目には、実施事業場の割合および受検率は高く、医師面接の割合は低かった。職場環境改善の実施は増加傾向にあり、労働者の仕事関連ストレスの軽減、生産性の向上に効果がある可能性が示された。現在推奨されている高ストレス者の判定法の妥当性が確認された。セルフケア支援、職場環境改善（導入版と参加型職場環境改善）、医師による面接指導のためのマニュアル等が完成した。今後の課題として、①結果通知、ストレスマネジメントの情報提供の方法の改善、②ストレスチェック後の職場環境改善の普及（効果的な手法の普及、ツール開発、ファシリテータ研修）、③医師面接の実施率の向上あるいは法定外の健康相談を推奨する取り組み、④中規模事業場での取り組みの推進、⑤各事業場での PDCA を回す取り組みを推進することがあげられた。

主任研究者
川上憲人　東京大学大学院医学系研究科・教授
分担研究者
井上彰臣　北里大学医学部公衆衛生学・講師
島津明人　北里大学一般教育部人間科学教育センター・教授
小田切優子　東京医科大学公衆衛生学分野・講師
吉川　徹　労働安全衛生総合研究所過労死等調査研究センター・統括研究員
堤　明純　北里大学医学部公衆衛生学・教授
廣　尚典　産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教室・教授

A．はじめに

本研究の目的は、平成 27 年 12 月に施行された改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度について、（1）制度の実施状況、制度実施による労働者の健康状況や勤務環境の変化（例えば、高ストレス者の状況、メンタルヘルス不調による休職等の状況、職場環境の変化、事業者の意識の変化、労働生産性の向上等）への効果について評価を行うこと、（2）制度の運用上の課題を明らかにし、効果的な実施上の工夫を検討することである。以上から、ストレスチェック制度の実施状況および効果評価の結果を多面的に明かにし、よりよい制度への提言を行う。またストレスチェック制度の実施上の工夫のためのマニュアルを成果物として作成する。

B．対象と方法

1．ストレスチェック制度の効果評価

1）全国調査による制度評価：労働者調査（主任研究者、川上憲人）

ストレスチェック制度の実施状況と効果を評価するために、2015 年 12 月（および 2016 年 2 月）から労働者約 4000 名のコホートを開始し、制度施行後１年目および２年目にあたる 2016 年 12 月および 2017 年 12 月に追跡調査を実施した。このデータを解析し、ストレスチェック制度の実施状況および心理的ストレス反応、生産性等への効果を評価した。

インターネット調査会社に登録している日本国内常勤労働者 3915 名が 2015 年 12 月ないし 2016 年 2 月にベースライン調査に回答した。制度施行後の 2016 年 12 月初旬に 1 年目調査を実施した。うち常勤で雇用されていた者対して、2017 年 12 月初旬に 2 年目調査を実施した。回答者中、フルタイム労働者のみを解析した。１，２年目調査では過去１年間のストレスチェック制度の実施状況についてたずねた。また労働者の心理的ストレス反応、労働生産性、疾病休業、医療費を測定した。制度の実施状況、労働者からみた有用性を集計した。アウトカムの変化に対するストレスチェックの受検、職場環境改善、医師面接の影響を、前値および基本属性を調整して解析した。

2）全国調査による制度評価：事業場調査（主任研究者、川上憲人）

平成 27-29 年度にかけて事業場を対象とした追跡調査を行い、法制度施行後１，２年目のストレスチェック制度の実施状況、職場のメンタルヘルスに対する事業者の意識や活動、および関連する費用を検討した。

平成 27 年 11 月～平成 28 年 2 月に 50 人以上の労働者を雇用する企業 4500 社を対象として、郵送法によるベースライン調査を実施し、回答事業場に対して平成 29 年 1～3 月に１年目、平成 30 年１～３月に２年目の追跡調査を実施した。調査票では、事業場の基本的属性、前年１年間のストレスチェックの実施状況、職場のメンタルヘルスに関する事業者の意識、実態、対策、ストレスチェック制度に関わる費用について質問した。

3）ストレスチェック、および職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連：
労働安全衛生調査に基づく研究（研究協力者、渡辺和広）

本研究は、日本の代表標本に基づく調査である労働安全衛生調査（実態調査）の個票データを二次解析して、（労働安全衛生法に基づく）ストレスチェック、および（ストレスチェック後の）職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することを目的とした。

厚生労働省が実施した調査データを改正労働安全衛生法施行の前後に分けて、以下の 2 つの研究を実施した：(1) 平成 25 年、および平成 27 年の労働安全衛生調査のデータを用いた連続横断研究、(2) 平成 28 年の労働安全衛生調査のデータを用いた横断研究。これらはいずれも日本全国から無作為抽出された事業所、および労働者を対象としていた。曝露要因として、事業所で（法定の）ストレスチェック、および（ストレスチェック後の）職場環境改善を実施しているか、アウトカムとして、労働者の仕事関連ストレスの有無、およびその内容数を尋ねた。

4）既存コホートを活用したストレスチェック制度の効果評価（分担研究者、井上彰臣）

本研究は、平成 27 年 12 月 1 日より義務化された「ストレスチェック制度」の導入による労働者の健康状況や勤務環境の変化（高ストレス者の状況、メンタルヘルス不調による休職等の状況、職場環境の変化、労働生産性の向上等）を定量的に評価し、「ストレスチェック制度」が労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）に寄与

しているかを明らかにするため、3 年間の研究期間において、以下の調査を実施した。(1) 平成 27 年度：文部科学省科学研究費補助金（新学術領域研究（研究領域提案型)）「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合」（略称：「社会階層と健康」）によって確立した既存コホート（4 事業場：情報サービス業の本社および支社、製薬業の本社、製造業の支社）のデータを活用し、「ストレスチェック制度」導入前における労働者の心理的な負担の程度を把握した。(2) 平成 28 年度：前述の 4 事業場の産業医を対象に、義務化されて初めての「ストレスチェック制度」について、その具体的な実施状況を尋ねる聞き取り調査を行った。(3) 平成 29 年度：前述の 4 事業場のうち、同意の得られた 3 事業場（情報サービス業の本社および支社、製薬業の本社）を対象に、「ストレスチェック制度」導入から 1 年が経過した時点における労働者の心理的な負担の程度を把握し、本制度の導入前後における経年変化を定量的に評価した。

２．ストレスチェック制度の実施上の工夫

１）教育研修、ストレスマネジメントの工夫の検討（分担研究者、島津明人）

本研究の目的は，ストレスチェックに連動した教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討を行うことである。1 年目の平成 27 年度では，平成 21－23 年度に作成された科学的根拠（EBM）に基づく個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）に関して，作成後に発表された科学的根拠のレビューを行い，ガイドラインの内容をアップデートした。2 年目の平成 28 年度では，ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめたマニュアル（バージョン 1）を作成した。3 年目の平成 29 年度では，平成 28 年度に作成した個別面接支援マニュアル（バージョン 1）のうち主要な内容を抽出したマニュアル（バージョン 2）を作成し，ストレスチェック実施後にマニュアルを活用した面接をモデル事業所で実施してその効果評価を行うとともに，専門家からの意見を収集し，マニュアルをバージョン 3 として完成させた。

２）ストレスチェック制度の課題の抽出に関する研究およびストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引きの作成（分担研究者、小田切優子）

本研究では、平成 27 年度においては、産業保健スタッフ等を対象としたインタビューを行って、事業場が直面する運用上の課題について情報を収集した。平成 28 年度は、スタートから 1 年となる平成 28 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等を対象にワールドカフェ形式の意見交換会を開催し、ストレスチェック制度の課題と工夫についての情報を収集した。平成 29 年度は、職場環境改善の重要性は認識しているもののなかなか実施できていない事業場が多く、課題として挙げていたことから、ストレスチェックの実施から職場環境改善へのハードルを低くする一助となることを目的に、「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」の作成を行った。このために「いきいき職場づくりファシリテータ研修」において、ストレスチェックの実施や集団分析の活用方法等に関する課題や工夫している点、職場環境改善の進め方（つなぎ方）について意見交換の時間を設け、情報を収集した。

３）職場環境改善の工夫の検討（分担研究者、吉川　徹）

本研究ではストレスチェック制度における職場環境改善の工夫のための参加型職場環境改善のマニュアルを開発した。（１）ストレス対策としての組織レベル介入（職場環境改善）のシステマティックレビュー文献調査と先駆的事業場におけるインタビュー調査、（２）２つのモデル事業場における職場環境改善の介入調査を行い、職業性ストレス簡易調査票（57 項目）等を用いて前後比較を実施、ストレスチェック制度を活用した職場環境改善の取り組みの工夫の視点を検討した。（３）ファシリテータ研修の参加者を対象に、ストレスチェック制度運用に関する現状と課題および職場環境改善を実施する際の工夫に関して検討した。（４）職場環境改善の工夫について良好事例収集を行なった。（５）これらの知見を元に、最終的に職場環境改善の工夫に関するマニュアルとして、「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き–仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方（改定版）」を開発した。

４）科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定（分担研究者、堤　明純）

本研究の目的は、職業性ストレス簡易調査票と国が示す簡略版について、メンタルヘルス不調の予測妥当性、ストレス対策の効果の観点から、効率的に高ストレス者を判定できる項目と基準を検討すること、および、職場環境改善のための職場のストレス評価の効果的な方法を検討することにあり、３年間で以下の研究成果を得た。

（１）職業性ストレス簡易調査票と K6 を同時に測定するウェブ調査を実施して、K6 で評価されるケースをアウトカムとする ROC 分析を行った。

（２）職業性ストレス簡易調査票を用いた高ストレス者の判定基準の予測妥当性を異職種の事業場における約１年間の前向き研究で検討した。

（３）職業性ストレス簡易調査票以外の項目の予測妥当性を検証するために、新職業性ストレス簡易調査票を用いて１週間以上の疾病休業を予測する項目の抽出を試みた。
（４）複数のカットオフポイントを設定したシミュレーションで、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルが推奨する高ストレス者の抽出の適切さを検討した。
５）ストレスチェック制度における医師による面接指導およびフォローアップのあり方に関する研究（分担研究者、廣　尚典）
本研究の目的は、ストレスチェック制度における医師による面接指導およびその後のフォローアップの効果的な進め方について検討を行い、そのガイドラインを作成することである。
まずストレスチェック制度と類似の活動についての国内の文献調査を行った。ストレスチェックと類似の取り組みを行った経験があり、産業保健活動を主な業務としている医師によるグループ討議と、産業保健に関わった経験が豊富な精神科医によるグループ討議を実施した。産業医科大学の専門性の高い産業医を育成する卒後コースを修了し、現在産業保健活動を主たる業務としている医師 203 名に Web 調査を実施した。さらにこの領域に豊富な経験を有する医師から、グループ討議形式による聞き取り調査を実施した。以上から作成したストレスチェック制度における医師面接のガイドラインの骨子について、現在産業医活動に従事している医師会所属の医師に対して、ガイドラインの骨子の各項目について重要性と実施可能性を質問票調査によって確認した。現在産業医業務を主な職務としている医師および産業精神保健活動に関わっている精神科医を対象としたグループ討議による聞き取り調査を行い、ガイドラインの骨子の各項目について、特に強調すべき点、留意すべき点などをまとめた。

Ｃ．結果
１．ストレスチェック制度の効果評価
１）全国調査による制度評価：労働者調査
１年目調査には 2,599 名から回答を得た。２年目調査では 1936 名から回答を得た。１年目および２年目にストレスチェックの実施があったと回答したのはそれぞれ 46%および 50%であった。受検率は約９％、高ストレス者は受検者のうち 14-19%、高ストレス者のうち医師面接の申し出は 16-17%、ストレスチェック後の職場環境改善は 2-3%の回答者が経験していた。事業場規模が小さいほど、ストレスチェックの実施および職場環境改善の頻度が低かった。それぞれの実施状況は、性別、年齢、職種、地域などで偏りがあった。ストレスチェック制度の各プログラムへの有効性の評定は、医師面接、職場環境改善で 50%以上と高かったが、個人結果の返却、ストレスマネジメントの情報提供では約３割と低かった。２年目の調査では、ストレスチェックを受検しなかった理由は「時間がない」「必要性を感じなかった」が、また医師面接を受けなかった理由は「必要性を感じなかった」、「どのように役立つのかが分からなかった」が多かった。ストレスチェックにおける不利益取扱は回答者の１％が報告していた。
ストレスチェック後の職場環境改善は１年目には心理的ストレス反応の改善に有意な効果を示した。ストレスチェック後の職場環境改善は２年間の労働生産性の増加と有意な関連性を示した。
２）全国調査による制度評価：事業場調査
ベースライン調査への回答事業場は 454 件（回収率 10.1%）、１年目および２年目の追跡調査の回答事業場はそれぞれ 316 件（追跡率 69.6%）および 252 件（同 55.5%）であった。ストレスチェックを実施した事業場は１年目は 87%、２年目は 90%であった。産業医等、精神科医等、看護師・保健師。カウンセラーや臨床心理士が事業場にいる場合にストレスチェック制度が実施される傾向にあった。ストレスチェックの受検率は約８割の事業場で 80%以上であった。高ストレス者の頻度は、10%以上 20%未満、5%以上 10%未満との回答が多かった。高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は、5%未満が半数余りを占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は１年目は 37%、２年目は 44%が実施した。ストレスチェック制度を実施した事業場では、未実施の事業場にくらべてメンタルヘルス対策への重要性の意識が向上し、早期発見と対応、職場環境改善が新規に開始された。ストレスチェック制度の費用は従業員１人あたり中央値で１年目 1,743 円、２年目 1,666 円であった。１、２年目とも経費の半分がストレスチェックの外注費であった。
３）ストレスチェック、および職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連：労働安全衛生調査に基づく研究
２つの研究の結果、ストレスチェックを実施することは、労働者の仕事関連ストレスと有意な関連を持たないか、むしろ有意な正の関連を示した。一方、職場環境改善の実施は、労働者の仕事関連ストレスと有意な負の関連を示した。さらに、ストレスチェックと職場環境改善の交互作用項は、解析の一部において有意な関連を示しており、これらはいずれも、職場環境改善をストレスチェックと同時に実施することが労働者の仕事関連ストレスの低さと関連することを示していた。
４）既存コホートを活用した効果評価
いずれの事業場においても、本制度の導入によ

って労働者の心理的な負担が軽減されたとは言えなかった。努力義務である集団分析を実施しながらも、その結果に基づく安全衛生委員会での審議や具体的な職場環境改善活動が実施されなかったこと、人事異動に伴うメンバー構成の変化、外部査察への対応に伴う業務の繁忙化などが結果に影響を及ぼした可能性が考えられた。

２．ストレスチェック制度の実施上の工夫

１）教育研修、ストレスマネジメントの工夫の検討

文献レビューの結果，最終的に 44 編の論文が取り込み基準に合致する対象となった。1 時間以内の実施時間でも効果が認められた介入や，マインドフルネス，ACT（Acceptance and Commitment Therapy），ヨガなどで効果が認められた介入が存在した。

個別面接支援マニュアル（バージョン 1）について、従業員と面接を行う可能性がある産業保健スタッフ（産業医，保健師，看護師，臨床心理士など）を対象として，マニュアル（バージョン 1）に関する意見収集を行った。その結果，難易度（分かりやすさ），ボリューム，有用性について肯定的な回答が多く得られた。主要な内容を抽出し，解説編と事例編構成から構成されるクイックマニュアル（バージョン 2）を作成した。マニュアル（バージョン 2）を用いた保健師・看護師による個別支援面接により，面接対象者のストレッサーとストレス反応が低減し，社会的支援，満足度が向上するという望ましい効果が得られた。最終的に，産業保健の専門家の意見，効果評価の結果を踏まえ，最終的に解説編と事例編の 2 部から構成されるマニュアル（バージョン 3）を完成させた。

２）ストレスチェック制度の課題の抽出に関する研究およびストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引きの作成

制度施行前には、メンタルヘルス対策として健康管理室主導で実施されてきたストレス調査が良好に機能していたにもかかわらず、回答の秘匿性などを心配して受検率が下がる可能性、必要な労働者が必ずしも医師による面談を希望しないことにより健康管理室からアクセスしにくくなる恐れが指摘されていた。また、社会保険労務士によると、従業員 50 人未満の事業場ではストレスチェックに関心をもっている事業場はほとんどなく、50 人以上の事業場でも平常時の復職面談や健診事後措置に産業医が手いっぱいであるとのことで、ストレスチェック制度をもって中小規模事業場にメンタルヘルス対策を浸透させていくためには課題が大きいと思われた。

制度施行１年目には課題として、①ストレスチェックの実施および実施体制の課題、②調査票の技術的な不明点、③受検率・医師の申し出率の低さ、④集団分析・職場環境改善の課題、⑤ストレスチェック制度の効果が不明なこと、工夫として５つ、①体制づくりの工夫、特に制度の理解と周知、②ストレスチェックの実施の工夫、③面接指導への導入の工夫、④職場環境改善の工夫、⑤ストレスチェック制度を自社のものにする、がまとめられた。

「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」の作成では、ストレスチェック制度から職場環境改善の実施までを労働安全衛生の PDCA で整理し、手引きの骨子とした。PDCA の各段階で何をすると良いのか、To Do として示しチェックをいれる形式とし、各段階での課題とそれを克服するための工夫を紹介した。また、産業保健スタッフや社会保険労務士、EAP 機関の担当者にインタビューを実施し、情報と良好事例を手引きに盛り込んだ。産業保健の実務経験者の会で、手引き案に対する意見や提案を頂戴する機会を得て必要な修正を行い最終版とした。

３）職場環境改善の工夫の検討

文献レビューとインタビュー調査の結果から、職場環境改善には改善イニシアティブ主体別の 4 つのバリエーションがあり、それぞれメリットなどの特徴があることが指摘された。また、職場では試行錯誤を繰り返しながら、自職場の特性に合った職場環境改善の手法を工夫していることが明らかになった。モデル職場は、方針作成・計画デザイン：(1)ストレスチェックの実施、(2)集団分析、(3)事業者への報告、(4)職場報告、個別職場、(5)職場環境改善、評価、見直し、の手順で行われた。ファシリテータ研修における討議から、ストレスチェック制度と職場環境改善の実施にあたっては、多くの示唆が得られた。収集されたメンタルヘルスシンポジウムの良好事例は、職場環境改善を組織全体の取り組みとして位置づけ、計画的に実施している良好事例であった。外部の支援企業が対象職場や企業の産業保健スタッフを支援し、継続的な改善が進んでいた。最終的に作成した手引では、1. ストレスチェックの目的と法的位置づけ、2. 改善主体別アプローチ、3. 職場準備状況をみきわめたアプローチの 3 項目をあらたに作成した。本研究におけるマニュアル開発過程の結果から、集団分析結果を生かすための「5 つの視点」が重要であると考えられた。この 5 点をマニュアルにどのように反映させたかも含めて、整理した。

４）科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定

１）労働者 1650 人の回答を得たウェブ調査で

は、職業性ストレス簡易調査票について、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、高ストレス者として抽出される頻度は 16.7%であったが、陽性反応的中度は 5 割未満であった。簡略版は、職業性ストレス簡易調査票とほぼ同等のパフォーマンスを有するが、感度が低下し見落としが多くなる可能性に留意する必要が伺われた。職業性ストレス簡易調査票、簡略版ともに、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、陽性尤度比は 6 程度で有益な情報が得られるレベルであった。

2）ストレスチェックを受検した金融業事業場の男 7356 人、女 7362 人における解析では、ストレスチェック実施以降 1 年間の追跡期間に 1 ヶ月以上の休業を開始するリスクは、調整ハザード比(95%信頼区間)で、男 6.6(3.0-14.3)、女 2.8(1.3-5.8)であった。対応する集団寄与危険割合は、23.8%(10.3-42.6)、21.0%(4.6-42.1)であった。製造業事業場における男 9553 人、女 2177 人における解析で、ストレスチェック実施以降 1 年間の追跡期間に 1 週間以上休業する相対危険は、調整オッズ比で 7.5(2.2-25.3)、男女別では、男 6.7(1.6-28.9)、女 17.1(1.4-211.2)であった。対応する集団寄与危険割合は、36.7%(9.8-68.4)、33.8%(4.8-71.3)、58.8%(3.3-94.9)であった。男 893 人、女 1384 人の教育機関労働者における解析で、ストレスチェック実施以後 1 年間に抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断を受けたリスクは調整オッズ比で 5.1(3.4-7.8)、集団寄与危険割合は 15.8%(9.7-23.8)であった。後者の解析では、職業性ストレス簡易調査票の尺度毎の解析でもストレスフルな群でリスク増加を観察した。

3）一部上場企業の製造業において 2015 年 2 月に実施されたストレスチェック受検者 11730 人（男性 9553 人、女性 2177 人）で、ストレスチェックの実施以後 1 週間以上の休業を開始した者のリスク増加を、情緒的負担、役割葛藤、役割明確さ、成長の機会、新奇性、予測可能性の項目群が予測することを観察した。

4）労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルが推奨する高ストレス者の抽出はもっとも妥当と考えられた。職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版において素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合との比較では、もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、推定リスク値に大きな差はなかった。

5）ストレスチェック制度における医師による面接指導およびフォローアップのあり方に関する研究

ストレスチェックの結果評価から面接指導までの流れ、面接指導の枠組み、面接指導の内容、面接指導の結果処理、面接指導と職場環境改善の関連づけ、面接指導後のフォローアップの仕方、その他の関連事項のそれぞれについて、課題および問題点が整理された。

産業医科大学卒後コース修了者への Web 調査では、99 名（回答率 48.8%）から集計・分析の対象としうる回答が得られた。高ストレス者の割合は、10%程度までが 90%以上を占めた。高ストレス者のうち、実際に医師面接を受けた者の割合は、10%程度までが 85%以上を占めた。医師面接の結果、面接を担当した医師が、報告書・意見書によって、就業上の配慮や職場改善を上司、人事などに求めた例の割合は、0～10%程度が約 65%を占める一方、30%以上も 20%以上みられた。医師面接の結果、精神科あるいは心療内科の専門医受診が勧奨された例は、0～10%程度が 85%以上を占めた。

ストレスチェック制度における医師による面接指導のガイドライン（マニュアル）の骨子を作成した。なお、本ガイドラインは、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」に沿って、実質的には医師による面接指導が円滑かつ効果的に行えるためのヒントをまとめたものであり、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」と位置づけた。

D．考察

1．ストレスチェック制度の実施状況

事業場調査ではストレスチェック制度の実施率は 9 割近くと高かった。厚生労働省によるストレスチェック制度の 1 年目の実施状況（2017 年 7 月 26 日）の報告では、ストレスチェック制度の実施が義務付けられた事業場のうち実施報告書の提出があった事業場は 82.9%であり、これと類似した結果となっている。労働者調査ではストレスチェック制度の実施は調査に回答した労働者の約半数であったが、これは労働者が制度の実施を認識していない、あるいは忘れてしまった可能性があり、過小な評価になっていると思われる。制度 1，2 年目のストレスチェック制度の実施率は十分高かったと考えられる。しかし事業場規模が小さい場合、産業医等の産業保健専門職のいない場合には実施率は低かった。中小規模事業場における制度の実施を推進する必要がある。

受検率はほとんどの事業場で 80%以上と高かった。労働者調査でも受検率は高かった。この傾向は 1，2 年目とも変化なかった。厚生労働省の 1 年目の報告でも受検状況は 78.0%とされており、同様の結果となっている。労働者調査では、ストレスチェックを受検しなかった者では、時間がなかった（39%）、受検の必要性を感じなかった

（35%）、受検を忘れていた（24%）ことをあげた者が多かった。ストレスチェックの有用性に関する情報を提供し、制度に関する関心を増やすこと、未受検者への受検の勧奨を行うことが、受検率の改善につながると思われる。

事業場調査でも、労働者調査でも、高ストレス者のうち医師面接を受けた者は少なかった。これは厚生労働省の１年目の報告（ストレスチェックを受検した労働者のうち、医師面接を受けた者は0.6%）とも一致している。高ストレスだったが医師面接を受けなかった141名にその理由を選択してもらった結果では、面接指導がどのように役立つのかが分からなかった（36%）、面接指導の必要性を感じなかった（29%）、時間がなかった（20%）が多かった。医師面接の内容や有用性に関する情報を提供し、医師面接の申し出を増やすこと、また事業場として従業員の医師面接のための時間の確保を行うことが、医師面接実施率の改善につながると思われる。

事業場調査では、ストレスチェック後の職場環境改善は１年目に 37%、２年目に 44%が実施していた。ストレスチェック後の職場環境改善活動の普及が進みつつあると考えられる。しかし従業員参加型の職場環境改善の実施は４～８％であり、労働者調査の報告（ストレスチェック後に職場環境改善を経験した者は 3%程度）と一致していた。厚生労働省の１年目の報告では、集団分析を実施した事業場は全体で 78.3%あったが、実際に職場環境改善まで実施した事業場はこれよりも少ないと思われる。また最も効果的とされる従業員参加型の職場環境改善を実施した事業場もまだ限られている。職場環境改善の有効性や方法についての一層の情報提供が必要と思われる。

ストレスチェック制度の費用は１、２年目とも変わらず従業員１人あたり 1700 円前後であった。ストレスチェック実施を外注している事業場は８割近くあり、経費総額のおよそ半分をこの外注費が占めていた。ストレスチェック制度の費用は法制化前よりも増加していた。法制度化されたことで、守秘を厳密に保ってストレスチェックを実施することが求められたために、ストレスチェック実施を外注したことが費用を増加させた要因と推測される。

２．ストレスチェック制度の効果

ストレスチェック制度を法制度後に初めて開始した事業場では、未実施の事業場にくらべてメンタルヘルス対策を今後拡充すると回答した割合がより多くなっていた。またメンタルヘルス不調の早期発見と対応を新規に開始した割合が高かった。ストレスチェック制度の実施にともない、事業場の職場のメンタルヘルス対策に対する態度や対策の推進が促進されている可能性があると考えられる。

ストレスチェック後の職場環境改善は労働者に対する１年目調査では、心理的ストレス反応の改善と関連していた。２年目調査では、２年間の労働生産性の増加と有意な関連性を示した。ストレスチェック後の職場環境改善は労働者の心理的ストレスの改善および生産性の増加に効果があると思われた。しかしストレスチェックの受検のみでは労働者の心理的ストレス反応あるいは生産性の改善に効果はみられなかった。

労働者による有用性評価でも、職場環境改善の有用性が約半数の回答者から報告されているのに対して、個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性は３割弱と低かった。

平成 25、27 年労働安全衛生調査、および制度施行後の平成 28 年労働安全衛生調査に基づく解析でも、同様の傾向が確認された。ストレスチェックの実施は、労働者の仕事関連ストレスとは関連しなかった。一方、ストレスチェック後の職場環境改善の実施は、仕事関連ストレスの少なさと関連していた。集団分析の結果に基づく具体的な職場環境改善活動が実施されなかった３つ事業場の調査でも、制度の導入によって労働者の心理的な負担が軽減されたとは言えなかった。

以上から、ストレスチェック制度においては、ストレスチェック後の職場環境改善がメンタルヘルスを改善するために効果的な方法であることが示された。一方、個人結果の返却やストレス対処のヒントの提供については、性別や年齢層を考慮しながら、その方法の改善が求められる。

労働者の追跡調査からは、医師面接に対する労働者による有用性評価は高かった。しかし　本研究では、医師面接のストレス軽減効果や生産性向上効果は明かにできなかった。制度における医師面接は一定の有用性があると思われるが、その効果を明かにするためには研究デザインを工夫し、さらに医師面接の効果を検証してゆくことが必要である。

３．教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討

平成 21－23 年度に作成された科学的根拠（EBM）に基づく個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）に関して，作成後に発表された科学的根拠のレビューを行い，ガイドラインの内容をアップデートした。

また、ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を、個別面接によって行う際の手順と必要なツールである個別面接支援マニュアル（バージョン 1）を作成した。さらにこのうち主要な内容を抽出したマニュアル（バージ

ョン 2）を作成し、ストレスチェック実施後にマニュアルを活用した面接をモデル事業所で実施してその効果評価を行って肯定的な結果を得た。最終的に専門家からの意見を収集し，マニュアルをバージョン 3 として完成させた。これらのセルフケアガイドラインおよび個別面接支援マニュアルは、ストレスチェック後のストレスマネジメントの情報提供、保健指導の中で効果的に活用できると思われる。

４．職場環境改善の工夫の検討

産業保健スタッフ等からの意見聴取により多くの課題とともに様々な工夫も紹介された。手引き作成の過程で研究会に参加したり産業保健スタッフ等を対象としてインタビューを実施する中で、メンタルヘルス対策に対する経営層の理解とリーダーシップがもっとも重要という声が多かった。

またストレスチェック、あるいは職場環境改善という言葉から、よくないところを探す、修正するという意識を持つ労働者も多いことが分かり、まずは職場の良い点に目を向けて、できていることを確認することからスタートすること、新職業性ストレス簡易調査票等を用いてポジティブな側面も集団分析に含めることも良案であることが多くの関係者から聞くことができた。

産業保健スタッフ等の意見聴取にもとづき、特に集団分析、職場環境改善を事業場でどのように行うか、が多くの事業場で課題と認識されており、ストレスチェックの実施から職場環境改善への取り組みをすすめやすくすることを目的とした手引きを作成した。産業保健スタッフ等によるワークやインタビュー、研究会での議論の内容を参考にしながら作成した。ストレスチェックの実施を PDCA の流れで説明し、何をすべきか、TODO の形で示すなど工夫した。今後も改良を加えさらに有用な手引きにしていく必要がある。

一方、「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き」は最も科学的根拠のある参加型職場環境改善のマニュアルである。この手引きは、モデル事業場での取り組み成果、ファシリテータ研修の成果、好事例収集結果を活用して、マニュアルを作成された。このマニュアルは、「①手引きの目的と使い方」「②ストレスチェック制度と職場環境改善」「③職場環境改善の進め方」「④こころの健康づくりに役立つ職場環境のとらえ方」「⑤さらに詳しく知りたい方のために」「⑥職場環境改善に用いるツール」の 6 章構成とした。本マニュアルの活用による職場環境改善の取り組みが期待される。

職場環境改善については、職場環境改善の支援ツールの開発と普及、ツールを利用できる人材育成も必要である。例えば、産業保健総合支援センター等のチャンネルを通じたツールの普及や、事業外労働衛生機関や事業者団体等と連携した職場環境改善ツールの普及やファシリテータ研修の実施が望まれる。

５．科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定

ストレスチェック制度実施マニュアルが示す高ストレス者の判定基準は、予測妥当性の観点から妥当であり、職業性ストレス簡易調査票のオリジナル版、簡易版、また、指標の算出法では、回答の点数を単純に合計する方法、素点換算法を使用する方法共に、有用と考えられた。

高ストレス者の頻度、健康影響および集団に対するインパクトは、事業場によって異なるものの、高ストレスによる健康障害は統計学的に有意なインパクトを有することが明らかとなり、ストレスチェック制度で推奨される高ストレス者の判定基準は妥当であり、ストレスチェックに基づくストレス対策を行うことの合理性を支持するものと考えられた。一方で、マニュアルで推奨される基準で把握される高ストレス以外で健康障害を予測するストレス要因があることを認識し、管理監督者や労働者の意見を聞くなどして有害要因の把握と対策に努めることが大切である。職業性ストレス調査票を利用するのであれば尺度毎の解析を行うことや、新職業性ストレス簡易調査票を利用することも可能である。

ストレスチェック制度のマニュアルで推奨されている高ストレスの判定について、スクリーニングとしては一定の有用性（メンタルヘルス不調疑いをアウトカムとするとき尤度比 6）を持つことから、ストレスチェックの結果を用いた予防対策をとることが適切であると考えられた。

６．ストレスチェック制度における医師による面接指導およびフォローアップのあり方に関する研究

「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」（2018 年版）（面接指導ヒント集）を作成した。このヒント集は、医師による面接指導を標準的に実施する参考資料となると期待される。

今後は、面接指導ヒント集を学術学会、産業保健に関する研修会等で広く紹介し、多くの職場で活用を検討してもらうとともに、その使用結果についての情報を収集し、必要に応じて改訂を試みる。

７．本研究の成果と今後の課題

本研究では、ストレスチェック制度の実施状況

と効果を労働者調査、事業場調査、労働安全衛生調査の解析、特定の事業場の追跡調査の多様な方法により評価した。その結果、ストレスチェック制度施行１、２年目の実施率および受検率は高いが、医師面接および職場環境改善の実施は少ないことが明かとなった。またストレスチェック制度の中で、ストレスチェック後の職場環境改善が労働者の心理的ストレス反応および生産性の向上に効果がある可能性を報告した。このことから、制度の中で努力義務として位置づけられているストレスチェック後の職場環境改善を一層普及することが重要であることが明確になった。

本研究では、ストレスチェック制度をより効果的に運用するため工夫のためのマニュアル等を開発した。「個別面接支援マニュアル」、「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」、「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き」、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」に基づき、ストレスチェック制度がより効果的に実施されることが期待される。またストレスチェック制度のマニュアルで推奨されている高ストレスの判定法に一定の科学的根拠があることが明確になったことは、今後ストレスチェックの結果を用いた予防対策をとる上で有用であると考えられた。

一方、本研究の成果を踏まえて、制度を効果的なものとするための今後の課題として、以下があげられる。

１）職場環境改善の普及

ストレスチェック制度により労働者のストレスや精神健康を改善するためには、ストレスチェック後の職場環境改善を普及することが重要である。本研究で開発された「職場環境改善スタートのための手引き」は、職場環境改善をこれから導入しようとする事業場にとって有用と思われる。一方、事業者がもっと職場環境改善に関心を持つように、その重要性や有用性の啓発を産業保健総合支援センターの他、商工会議所など労働安全衛生以外のルートからも進めることが望ましい。

現時点では職場環境改善の方法はさまざまであり、できるだけ効果的な職場環境改善の方法を普及させる必要がある。従業員参加型による職場環境改善はその有効性に科学的根拠のある対策であり、本研究で開発されたマニュアルやツールを活用して従業員参加型職場環境改善が普及することが期待される。しかしながら、同時に従業員参加型職場環境改善を実施できる人材の養成も必要である。例えば、産業医、看護職、衛生管理者、人事労務担当者を対象とした従業員参加型職場環境改善のファシリテータ研修を全国で実施、普及させることなどが考えられる。

２）結果通知、ストレスマネジメントの情報提供の改善

ストレスチェックの結果通知、ストレスマネジメントの情報提供を労働者にとって有用で効果的なものとするために、さらなる工夫が望まれる。現在は、職業性ストレス簡易調査票の標準的な結果通知（ストレスプロフィール)、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルに記載の結果通知の方法が使用されていると想定される。しかしこれだけでは労働者にとって不十分な可能性がある。労働者がなぜ有用性を感じていないのかについてさらに詳細な情報を収集し、結果通知や情報提供の方法を改善することが望まれる。性別や年齢、職種によって有用な助言や情報が異なる可能性もあり、労働者の属性に応じた結果通知や情報提供を行うことも考えられる。結果通知、ストレスマネジメントの情報提供の方法についてさらに工夫や技術開発が進められる必要がある。

３）医師による面接指導の実施率の向上

医師による面接指導については、面接指導を受けた労働者からの報告では、比較的有用性が高かった。一方で、高ストレス判定者中の医師による面接指導の実施率は５％未満と低い事業場が多い。医師による面接指導の実施率を向上させる取り組みが必要である。医師面接を受けなかった高ストレス判定者の調査からは、情報提供や面接を受けやすくするための工夫や配慮がむしろ重要と思われた。医師による面接指導に関する事業場の方針、内容や有効性について労働者一般および高ストレス判定者に対して十分な啓発や情報提供が行われるべきである。一方、医師面接の内容の標準化をはかることも重要である。本研究で開発された「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」を活用し、医師面接の方法について産業医・その他の医師に情報提供や研修を実施し、効果的な医師面接が提供されるようにすることも望まれる。

一方で高ストレス者のうち７％程度は医師面接ではなく法定外の健康相談を受けていた。特に一定規模以上の事業場で、保健師等の産業保健専門職がいる場合には、できるだけ多くの高ストレス者に保健指導やストレスマネジメント指導を提供するために、医師面接以外の健康診断という選択肢を提案していることが考えられる。こうした取り組みはできるだけ多くの高ストレス者に予防対策を提供しようとする試みとして評価できる。このような保健指導では、本研究で開発された「個別面接支援マニュアル」が活用されることが期待される。

４）中規模事業場でのストレスチェック制度の推進

事業場規模が小さい場合にストレスチェックおよび職場環境改善の実施率は低い。中規模事業場でのストレスチェック制度の取り組みを推進する方策が必要である。制度が義務化されている従業員 50 人以上規模の事業場については、制度の確実な履行を求めると同時に、努力義務である職場環境改善についても実施を推奨することが望まれる。

制度が義務化されていない従業員 50 人未満規模の事業場についても、本研究では半数以上の事業場がストレスチェックに取り組んでいたことから、従業員 50 人未満規模の事業場におけるストレスチェックと職場環境改善の好事例を収集し周知することで、本制度を普及することが望まれる。こうした中小規模事業場向けの周知・啓発・普及活動は、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）の他、商工会議所、中小企業団体関係団体など経済団体のルートから進めることが考えられる。

５）各事業場での PDCA を回す取り組み

ストレスチェック制度が導入されて２年間余りが経過し、初期の技術的な課題や困難に直面しながらも多くの事業場がこの制度の運用をするようになっている。しかし制度を機械的に導入するだけでは効果的な運用になっていない場合もある。各事業場で、１，２年目のストレスチェック制度の実施状況を見直し、より効果的な取り組みになるように衛生委員会などで審議し改善してゆくことが望まれる。ストレスチェック制度３年目以降においては、ストレスチェック制度に関するこのような PDCA を、心の健康づくり計画あるいは事業場の労働安全衛生計画とともに回してゆくことが事業場での課題となる。

Ｅ．結論

ストレスチェック制度施行１，２年目には、実施事業場の割合および受検率は高く、医師面接の割合は低かった。職場環境改善の実施は増加傾向にあり、労働者の仕事関連ストレスの軽減、生産性の向上に効果がある可能性が示された。現在推奨されている高ストレス者の判定法の妥当性が確認された。セルフケア支援、職場環境改善（導入版と参加型職場環境改善）、医師による面接指導のマニュアルあるいはヒント集が完成した。今後の課題として、①結果通知、ストレスマネジメントの情報提供の方法の改善、②ストレスチェック後の職場環境改善の普及、特に効果的な手法の普及、ツール開発、ファシリテータ研修の普及、③高ストレス者に対して医師面接の実施率を向上させる、あるいは法定外の健康相談を推奨する取り組み、④中規模事業場での取り組みの推進、⑤各事業場での PDCA を回す取り組みの推進があげられた。

Ｆ．健康危機情報

該当せず。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

1) Goering E, Shimazu A, Zhou F, Wada T, Sakai R. Not if, but how they differ: A meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. Burnout Research 2017; 5, 21-34.
2) Imamura K, Asai Y, Watanabe K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yoshikawa T, Yoshikawa E, Kawakami N. Effect of the National Stress Check Program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study. J Occup Health. (in press). doi: 10.1539/joh.2017-0314-OA.
3) Imamura K, Kawakami N Tsuno K, Tsuchiya M, Shimada K, Namba K, Shimazu A. Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial. Journal of Occupational Health, 2017; 59, 46-54.
4) Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psycho-logical distress? Journal of Occupational Health 2017; 59(4): 356–360.
5) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. Journal of Occupational Health 2018; 60(1): 55–63.
6) Watanabe K, Kawakami N, Imamura K, Inoue A, Shimazu A, Yoshikawa T, Hiro H, Asai Y, Odagiri Y, Yoshikawa E, Tsutsumi. A. Pokémon GO and psychological distress, physical complaints, and work performance among adult workers: a retrospective cohort study. Sci Rep. 2017 Sep 7;7(1):10758. doi: 10.1038/s41598-017-11176-2.
7) 浅井裕美，今村幸太郎，堤明純，島津明人，井上彰臣，廣尚典，小田切優子，吉川徹，吉

川悦子, 川上憲人. ストレスチェック制度施行開始 1 年度の実施状況，有用性および課題：労働者へのインターネット調査. 産業ストレス研究 2018; 25(2)（印刷中）
8) 井上彰臣, 川上憲人, 島津明人, 堤明純. ストレスチェック制度の効果評価－事業場調査からー. ストレス科学 2018; 32(3)（印刷中）
9) 今村幸太郎, 川上 憲人. 【ストレスチェック制度-現状と課題】 ストレスチェック制度の 1 年目の現状と課題、効果評価. 医学のあゆみ 263 巻 3 号: 230-233, 2017.
10) 川上憲人, 三柴丈典, 渡辺洋一郎, 竹田 透. 【ストレスチェック制度-現状と課題】 ストレスチェック制度　課題と今後の展望. 医学のあゆみ 2017; 263 巻 3 号: 218-224, 2017.
11) 川上憲人. 【ストレスチェック制度-現状と課題】 ストレスチェック制度の特徴、作成過程、科学的根拠. 医学のあゆみ 2017; 263 巻 3 号: 225-229, 2017.
12) 島津明人. ストレスチェック制度とセルフケア支援. 医学のあゆみ 2017; 263, 246-250.
13) 吉川 徹. ストレスチェック制度と職場環境改善. 医学のあゆみ 2017; 263(3): 251-256.
14) 吉川徹、小田切優子. 集団ごとの集計・分析結果をどう取り扱う? どう生かす? (特集 前進!ストレスチェック). 安全と健康 2017; 68(12) :1171-1173.
15) 吉川 悦子, 吉川 徹. ストレスチェック制度を現場で生かすために 看護師が安全で生き生きと働き続けられる職場環境づくりへの応用（特集 医療機関のストレスチェック：制度を現場で生かすために). 看護 2017; 69(7): 66-69.

２．学会発表

1) 川上憲人, 浅井裕美, 井上彰臣, 小田切優子, 島津明人, 吉川徹, 堤明純, 廣尚典, 吉川悦子. インターネット労働者コホートによるストレスチェック制度の実施状況の把握と効果評価. 第 90 回日本産業衛生学会, 2017 年 5 月, 東京.
2) Kawakami N, Asai Y, Imamura K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yo-shikawa T, Yoshikawa E. Effect of the na-tional Stress Check Program on mental health of workers in Japan: a retrospective cohort study. 6th International Congress of the International Commission on Occupa-tional Health － Work Organization and Psychosocial Factors. August 2017, Mexico City, Mexico.
3) 島津明人). シンポジウム「ストレスチェック制度実施上の留意点」集団分析後のフォロー. 2017 年 3 月 18 日（土）, 第 23 回日本行動医学会学術総会, 沖縄科学技術大学院大学, 沖縄県恩納村.
4) 吉川徹.「職場ドック」ですすめるメンタルヘルス一次予防. 産業ストレス研究 2017;53:251.
5) 吉川徹. 医療従事者の勤務環境改善とメンタルヘルス一次予防. 日本職業・災害医学会会誌　65 BETSU160　2017/11/10
6) 竹内由利子, 吉川徹. タルヘルスにおける人間工学アクションチェックリストの活用. 人間工学 2017; 53: 116.
7) 吉川悦子, 吉川徹, 竹内由利子, 佐野友美, 湯淺晶子. メンタルヘルス一次予防のための参加型職場環境改善ファシリテータ研修の効果と課題. 日本産業衛生学会講演集 2017; 374.
8) 小木和孝, 吉川徹, 吉川悦子. 参加型職場環境改善活動を効果的に継続するために必要な取り組み. 日本産業衛生学会講演集 2017; 475.
9) 廣尚典：ストレスチェック制度における医師面接のあり方－産業医の役割を中心に. 第 21 回日本精神保健・予防学会学術集会. 沖縄. 2017 年 12 月.

H．知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

該当せず。

2.実用新案登録

該当せず。

3.その他

該当せず。

平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人

分担研究報告書

全国調査によるストレスチェック制度の効果評価：労働者調査

主任研究者　川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）
研究協力者　浅井裕美（東京大学大学院医学系研究科・院生）
日高結衣（東京大学大学院医学系研究科・院生）
駒瀬　優（東京大学大学院医学系研究科・院生）
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科・特任講師）

目的：ストレスチェック制度の実施状況と効果を評価するために、2015 年 12 月（および 2016 年 2 月）から労働者約 4000 名のコホートを開始し、制度施行後１年目および２年目にあたる 2016 年 12 月および 2017 年 12 月に追跡調査を実施した。このデータを解析し、ストレスチェック制度の実施状況および心理的ストレス反応、生産性等への効果を評価した。
方法：インターネット調査会社に登録している日本国内常勤労働者 3915 名が 2015 年 12 月ないし 2016 年 2 月にベースライン調査に回答した。制度施行後の 2016 年 12 月初旬に１年目調査を実施した。うち常勤で雇用されていた者対して、2017 年 12 月初旬に 2 年目調査を実施した。回答者中、フルタイム労働者のみを解析した。１，２年目調査では過去１年間のストレスチェック制度の実施状況についてたずねた。また労働者の心理的ストレス反応、労働生産性、疾病休業、医療費を測定した。制度の実施状況、労働者からみた有用性を集計した。アウトカムの変化に対するストレスチェックの受検、職場環境改善、医師面接の影響を、前値および基本属性を調整して解析した。
結果：１年目調査には 2,599 名から回答を得た。２年目調査では 1936 名から回答を得た。１年目および２年目にストレスチェックの実施があったと回答したのはそれぞれ 46%および 50%であった。受検率は約９%、高ストレス者は受検者のうち 14-19%、高ストレス者のうち医師面接の申し出は 16-17%、ストレスチェック後の職場環境改善は 2-3%の回答者が経験していた。事業場規模が小さいほど、ストレスチェックの実施および職場環境改善の頻度が低かった。それぞれの実施状況は、性別、年齢、職種、地域などで偏りがあった。ストレスチェック制度の各プログラムへの有効性の評定は、医師面接、職場環境改善で 50%以上と高かったが、個人結果の返却、ストレスマネジメントの情報提供では約３割と低かった。２年目の調査では、ストレスチェックを受検しなかった理由は「時間がない」「必要性を感じなかった」が、また医師面接を受けなかった理由は「必要性を感じなかった」、「どのように役立つのかが分からなかった」が多かった。ストレスチェックにおける不利益取扱は回答者の１%が報告していた。
ストレスチェック後の職場環境改善は１年目には心理的ストレス反応の改善に有意な効果を示した。ストレスチェック後の職場環境改善は２年間の労働生産性の増加と有意な関連性を示した。
結論：ストレスチェック制度の実施は調査に回答した労働者の半数にみられ、1 年目から 2 年目にかけて増加した。受検率は高く、高ストレス者のうち医師面接を受けた者、職場環境改善を経験した者は少なかった。医師面接と職場環境改善に対する労働者による有用性評価は高かった。ストレスチェック後の職場環境改善は労働者の心理的ストレスの改善および生産性の増加に効果があると思われた。今後の課題として、①結果通知、ストレスマネジメントの情報提供にはさらなる工夫が望まれる。②ストレスチェック後の職場環境改善を普及すること、特に効果的な手法を普及させることが必要である。③高ストレス者に対して医師面接の実施率を向上させる、法定外の健康相談を推奨するなどの取り組みが必要である。④中小規模事業場での取り組みを推進する方策が必要である。

A．研究目的

2014 年の労働安全衛生法の改正により、ストレスチェック制度が 50 人以上事業場で義務化された。この制度は 2015 年 12 月から施行され、毎年１回はストレスチェックを実施することが求められるようになった。

ストレスチェック制度では個々の労働者にストレス状況への気づきを促し、メンタルヘルス不調のリスクを低減するとともに、検査結果を集団ごとに集計・分析し、職場環境改善につなげること

が期待されている。この制度について、ストレスチェックの個人結果返却や医師面接についてはその有効性を指示する科学的根拠は不足していることが指摘される一方で、ストレスマネジメントに関する情報提供および職場環境改善についてはその有効性に関する科学的根拠があるが(Kawakami & Tsutsumi, 2015)。制度の実施状況を把握し、効果を評価することで、必要に応じて制度を改善し、より効果的に運用されるようにすることが必要である。

本研究の目的は、ストレスチェック制度施行前に開始した労働者コホートを利用して、制度施行１，２年目に追跡調査を実施し、制度施行２年間のストレスチェック制度の実施状況および効果評価を行うことである。

Ｂ．対象と方法

１．対象

インターネット調査会社に登録しており、現在日本国内で勤務している 5000 名の労働者を対象とした。労働者は男女×年齢４区分（20 歳以上の10歳階級)の８群につき各 625 人を層化抽出した。5000 人のうち 4000 人は 2015 年 11 月に調査を実施し、1000 人は 2016 年 2 月に調査を実施した。このうち常勤で雇用されている 3915 名を対象として、2016 年 12 月 1-4 日に制度施行１年目の調査を実施した。さらにこのうちうち常勤労働者に対して、2017 年 12 月 1-10 日に２年目の調査を実施した。

２．調査項目

１）ストレスチェックの実施状況

ストレスチェックの実施通知があったかどうかを「はい」「いいえ」「わからない」でたずね、「はい」を実施通知ありとした。ストレスチェックを受検したかどうかを「はい」「いいえ」「わからない」でたずね、「はい」を受検ありとした。ストレスチェック受検者には、ストレスチェックの実施時期をたずねた。受検後、高ストレス判定を受けたかどうかたずねた。高ストレス判定者には医師面接を受けたかどうかをたずねた。またストレスチェックと関連した職場環境改善を経験したかどうかをたずねた。

２年目調査では、追加の質問として、ストレスチェックを受検しなかった者にはその理由を選択式で質問した。また高ストレス者で医師面接を申し出なかった者にもその理由を選択式で質問した。これらの理由の選択リストは本研究班で意見を出し合って独自に作成した。

また２年目調査では、職場環境改善を経験したと回答した者に対して、その方法を、1.経営トップや人事が改善方法を考えた、2.上司が改善方法を考えた、3.従業員が意見を出して改善方法を提案した、4.産業医など専門家が改善方法を提案した、5.その他のいずれに該当したか複数回答で回答を求めた。さらに職場環境改善の内容について、1. 会合の頻度など情報の伝達や相談の方法の改善、2. 作業の方法の改善、3. 勤務時間や休日の取り方の改善、4. 温度や騒音、分煙など作業場所の環境の改善、5. 上司や同僚とのコミュニケーションの改善、6. 教育研修や相談窓口の設置など、7. その他に区分して、やはり複数回答で回答を求めた。

２）ストレスチェックの有用性

ストレスチェックの受検者を対象として、「ストレスチェックはあなたのストレスの軽減にどれくらい有効でしたか？」とたずねた。個人結果、ストレスマネジメントについてのヒント、医師面接、就労上配慮、職場環境改善の５つについてそれぞれ、「とても有効」「いくらか有効」「あまり有効でない」「全く有効でない」で回答を求めた。「とても有効」「いくらか有効」の回答を「有効」として集計した。

３）アウトカム

下記の４つのアウトカムを測定した。

（１）心理的ストレス反応

職業性ストレス簡易調査票 57 項目版 （下光ら、2000）の心理的ストレス反応(18 項目)を用いた。各項目に１点（ほとんどなかった）から４点（ほとんどいつもあった）を与え、活気は逆転項目とした。合計点数は 18-72 点で、点数が高いほど心理的ストレス反応が高いことを示す。

（２）労働生産性

HPQ WHO Health and Work Performance Questionnaire)日本語版 （Kessler et al.,2003）から選択した１問により、勤務時の労働生産性を 0 点=「最悪の出来」から，10 点=「最高の出来」で選択してもらった。

（３）疾病休業

過去１ヶ月の身体的、精神的健康による疾病休業日数をたずねた。両者を合計し、１ヶ月の所定出勤日数が 22 日であることを考慮して 22 日以上の場合には 22 日とした。

（４）医療コスト

受療中の疾患および TiC－P（Hakkaart-Van Roijen et al.,2002）に基づいて医療コスト（単位、円／月）を計算した。身体疾患と精神疾患を分類したうえで、傷病分類別 1 日あたりの点数の平均値（入院外）×1 ヶ月に医療機関を受診した日数×10 にて入院外医療費を算出。傷病分類別 1 日あたりの点数の平均値（入院）×1 ヶ月に入院していた日数にて入院医療費を算出。2000×1 ヶ月に

会社の健康管理室や EAP サービスを利用した回数にて保健医療サービス費を算出した。
４）ストレスチェックへの回答への態度、利点と課題
「ストレスチェックに本当のことを回答しましたか」とたずね、「本当のことを回答した」「おおむね、本当のことを回答した」、「本当のこととは違ったことを回答した」から選択してもらった。
ストレスチェックの利点について、「ストレスチェック制度について、よかったと思ったこと」とたずね、選択肢から複数回答で回答してもらった。ストレスチェックの課題について、「ストレスチェック制度について、あなたが経験した、困ったり嫌だったことを、以下からいくつでもお選びください。」とたずね、選択肢から複数回答で回答してもらった。
５）基本的属性
労働者個人の基本的属性として、性別、年齢（４区分）、地方（７地方）、事業場規模（調査票作成時の誤りで 50 人以下、51-500 人、501-1000 人、1001 人以上と区分）、就労形態（正規社員、契約社員、派遣社員）、職種（管理職、事務職、サービス、製造）をたずねた。

３．解析
１）ストレスチェックの実施状況と基本属性による比較
１年目および２年目調査において、ストレスチェックの実施状況（実施、受検、高ストレス判定、医師面接、職場環境改善を集計した。これらを事業場規模別および基本的属性（性別、年齢、地方、職種）別に比較した。ストレスチェックを受検しなかった理由、高ストレス判定だったが医師面接を受けなかった理由を集計した。
２）回答者によるストレスチェックの有用性評価
１年目および２年目調査において、個人結果、ストレスマネジメントについてのヒント、医師面接、就労上配慮、職場環境改善の５つに関する有効（%）との回答を集計した。
３）ストレスチェックの利点と課題
１年目および２年目調査において、ストレスチェック回答時の態度、ストレスチェックの利点と課題を集計した。
４）ストレスチェックの効果
２つの解析を行った。第１に、2016 年におけるストレスチェックの実施を曝露要因とし、2016-2017 年の１年間のアウトカムの変化量を結果変数とし、2016 年の当該アウトカムの値、性別、年齢、職種、事業場規模を調整した解析を行った。これは前向きコホート研究デザインになっており、効果の検出力は保守的であるが、因果関係をより正確に推定できる。第２に 2016-2017 年にいずれかのストレスチェック制度の要素（受検と職場環境改善）を経験したかを曝露要因とし、2015-2017 年の２年間のアウトカムの変化量を結果変数とし、2015 年の当該アウトカムの値、性別、年齢、職種、事業場規模を調整した解析を行った。これは後ろ向きコホート研究デザインになっており、逆の因果関係を否定できないが、効果の検出力は増加する。第３に、2015-2016 年の１年間のアウトカムの変化量を結果変数とし、2015 年の当該アウトカムの値、性別、年齢、職種、事業場規模を調整した解析を行った。これは平成 28 年度分担研究報告書の内容と対応させた１年目の後ろ向きコホート研究デザインである。
医師面接の実施者は人数が少ないため、２年間に高ストレスと判定された者を対象とした２年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析のみを行った

（倫理的配慮）
本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施された（審査番号 10856-(1)）。

Ｃ．結果
１．労働者の基本的属性
１年目調査には合計 2,599 名から回答を得た(追跡率 66.4%)。ここから調査時点で無職と回答した 69 名、パートタイムあるいは自営業と回答した 49 名を除外した常勤労働者 2481 名に対して、２年目調査を実施し 2060 名(追跡率 83.0%)から回答を得た。無職者 74 名、経営者・自営業 30 名、パートアルバイト 20 名を除く、フルタイム労働者 1936 名を最終解析者とした。１年目および２年目調査における回答者の基本属性を表１に示す。

２．ストレスチェックの実施状況
１）ストレスチェックの実施状況
ストレスチェックの実施は１年目の 46%から２年目には 50%へと改善していた（表２－１）。実施通知があった者についてみると、受検率は 91-92%と高かった。高ストレス判定を受けた者は 14-19%であった。高ストレス判定者のうち医師面接を受けた者は 16-17%だった。法定外の健康相談を含めると保健医療職への相談は 24%であり、さしひき 7%程度は法定外の健康相談のみを受けていた。ストレスチェック後の職場環境改善を経験した者は 2－3%であった。受検率、高ストレス者の医師面接実施率、職場環境改善の実施率には変化はなかった。

なお 2016 年にストレスチェックを受検しなかった 1083 名のうち 200 名(18.5%)が 2017 年にストレスチェックを受検していた。一方、2016 年に受検した 853 名のうち、2017 年に継続して受検したのは 700 名(82.0%)であり、153 名(18.0%)は 2017 年には受検しなかった。2017 年の職場環境改善経験者 49 名のうち、2016 年の職場環境改善経験者は 9 名であり、残りははじめて職場環境改善を経験した者であった。

事業場規模別にみるとストレスチェック実施の者の割合は事業場規模が小さいほど低かった（表２－２)。また職場環境改善の実施は事業場規模が小さいほど少なかった。

ストレスチェックの実施は女性、50 歳以上、サービス業で少なかった（表２－３)。職場環境改善は北陸甲信越・東海地方で頻度が低かった。高ストレス者の頻度は 30-39 歳、40-49 歳で高かった（表２－４)。医師面接の実施率は、有意ではないが、女性、30-39 歳で低かった。

２年目調査でたずねた職場環境改善の方法・内容については、経営トップや人事が改善方法を考えた(39%)、勤務時間や休日の取り方の改善 (51%)が多かった（表２－５)。

２）受検・医師面接を受けない理由

２年目調査で、ストレスチェックを受検しなかった者 71 名に、その理由を選択してもらったところ、時間がなかった（39%)、受検の必要性を感じなかった（35%)、受検を忘れていた（24%）が多かった（表３－１)。

同じく高ストレス判定だったが医師面接を受けなかった 141 名に医師面接を受けなかった理由を選択してもらった結果では、面接指導がどのように役立つのかが分からなかった（36%)、面接指導の必要性を感じなかった（29%)、時間がなかった（20%）が多かった（表３－２)。ストレスチェックの結果を会社に知られたくなかった、面接指導が会社に伝わるのではないかという不安があったも約１割みられた。

３）ストレスチェックの有用性評定

個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性は１年目、２年目調査とも 30%前後であった（表４)。２年目にはやや低下する傾向にあった。医師面接の有用性は１年目、２年目とも調査で６割であった。就労上の配慮の有用性は１年目は 44%であったが、２年目には 50%に向上していた。ストレスチェック後の職場環境改善の有用性も約６割と高かった。

２年目調査では、個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性は、男性よりも女性で低い傾向にあった（31.4% vs 25.1%, p=0.052; 29.3% vs 21.2%, p=0.011)。また個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性は、18-29 歳で 50 歳以上にくらべて低い傾向にあった（23.4% vs 36.0%, p=0.021; 19.5% vs 33.3%, p=0.010)。これ以外には性別、年齢、職種、地域、事業場規模によりいずれの有用性にも有意な差はなかった。

５）ストレスチェックへの態度、利点と課題

ストレスチェックに「本当のこととは違ったことを回答した」者は４％あり、前回調査と同様であった（表３－１)。「本当のことを回答した」者の割合は２年目調査でいくらか増加していた。

ストレスチェックで良かった点については、「 記入する質問票が簡単だったこと」、「ホームページなどからいつでも行えたこと」の頻度が多かった（表３－２)。ストレスチェックで嫌だったり困ったことについては、「ストレスチェック質問票に記入する時間や労力が負担だったこと」、「ストレスチェック質問票に回答した内容が会社に漏れているかもしれないと心配だったこと」の頻度が多かった（表３－３)。「ストレスチェックを受けないことで、会社で差別や不利益な取り扱いをされたこと」、「高ストレスと判定された場合に医師面接を申し出たことで会社で不利益な取り扱いをされたこと」の頻度は約１％であった。以上の傾向は１年目調査でも２年目調査でも変わらなかった。

３．ストレスチェックの効果

１）前向きコホート研究による解析

ストレスチェックを受けなかった群と、ストレスチェック受検者あるいは職場環境改善を経験した群との間で、心理的ストレス反応、生産性、疾病休業日数、医療費に有意な差はなかった（表６－１最上段)。

２）２年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析

職場環境改善の経験者では非受検者と比べて生産性が有意に増加していた（表６－１中段)。

３）施行後１年目の解析（１年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析)

受検かつ職場環境改善の経験者では非受検者と比べて心理的ストレス反応が有意に減少していた（表６－１最下段)。ストレスチェック受検のみの群では非受検者と比べて月疾病休業日数が有意に減少していた。一方、職場環境改善のみの経験者、受検かつ職場環境改善の経験者では月疾病休業日数が有意に増加していた。さらに受検かつ職場環境改善の経験者では医療費が有意に増加していた。

４）医師面接の効果

２年間に高ストレスと判定された者を対象とした２年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析では、医師面接の経験者では、非経験者と比

べて２年間に心理的ストレス反応が有意に増加したが、生産性も有意に増加していた（表６－２）。しかし疾病休業日数は増加していた。

D．考察

１．ストレスチェック制度の実施状況

本研究では平成 27 年度から開始した大規模な労働者コホートを利用して、制度施行から２年間のストレスチェック制度の実施状況および効果を解析した。2016 年および 2017 年の追跡率は比較的高く、回答者の基本属性にも大きな偏りはなかった。

ストレスチェックの実施率は１年目の 46%から２年目には 50%へと改善していた。受検率、高ストレス者の医師面接実施率、職場環境改善の実施率には２回の調査で変化はなかった。

ストレスチェック実施の割合は事業場規模が小さいほど少なかった。実施が義務化されている規模の事業場でも３～４割の回答者がストレスチェック制度が実施されなかったと報告していた。本調査は、従業員回答者からの自己報告によっているため、これらの事業場でも制度が実施されている可能性はある点に注意が必要である。しかしながら十分な周知が行われてないなどの理由で従業員がその実施を理解していない状況はあり売る。中規模事業場での制度実施に加えて、従業員への周知の方法についても現状の把握と指導が必要であると思われる。また、ストレスチェックの実施は女性、50 歳以上、サービス業で少なかった。これらの属性の従業員の多い事業場で制度の実施や周知が遅れている可能性があり、同様に実態の継続的把握と指導が望まれる。

ストレスチェックの受検率は１，２年目調査とも９割を超えており、高かった。ストレスチェックを受検しなかった者では、時間がなかった（39%）、受検の必要性を感じなかった（35%）、受検を忘れていた（24%）ことをあげた者が多かった。ストレスチェックの有用性に関する情報を提供し、制度に関する関心を増やすこと、未受検者への受検の勧奨を行うことが、受検率の改善につながると思われる。

高ストレス判定を受けた者は 15-19%あり、他の調査に比べると高かった。高ストレス判定者のうち医師面接を受けた者は 15%である、これも他の調査よりも高い（本報告書の事業場調査結果を参照のこと）。これらはストレスに関心のある、ストレスの高い者がより多く本調査に参加したためと思われる。医師面接の実施率の低さは、ストレスチェック制度の課題の１つである。高ストレスだったが医師面接を受けなかった 141 名に医師面接を受けなかった理由を選択してもらった結果では、面接指導がどのように役立つのかが分からなかった（36%）、面接指導の必要性を感じなかった（29%）、時間がなかった（20%）が多かった。医師面接の内容や有用性に関する情報を提供し、医師面接の申し出を増やすこと、また事業場として従業員の医師面接のための時間の確保を行うことが、医師面接実施率の改善につながると思われる。また、医師面接の実施率は、有意ではないが、女性、30-39 歳で低かった。女性や中年層が医師面接を申し出ることができるように、周知、情報の提供や実施場所、時間の工夫なども検討されるべきである。さらにストレスチェックの結果を会社に知られたくなかった、面接指導が会社に伝わるのではないかという不安があった者も約１割みられたため、法定の医師面接以外の健康相談の利用を促したり、医師面接における守秘の手順について十分な説明をすることも重要である。

一方で、高ストレス者の 7%程度が法定の医師面接以外の健康相談を受診していた、この割合は事業場規模が大きな（すなわち保健師等が常駐していると思われる）事業場では大きくなり、10%程度に達していた。法定の医師面接を申し出ることに抵抗感がある場合には、保健師、心理職などによる法定外の健康相談を労働者に推奨するという対応が事業場で進んでいると思われた。

ストレスチェック後に職場環境改善を経験した者は 3%程度であり、１，２年目調査とも低かった。職場環境改善の方法・内容については、経営トップや人事が改善方法を考えた(39%）が最多だったが、上司によるもの、従業員の意見によるもの、産業保健専門職によるものも一定の割合みられ、多様な方法で職場環境改善が実施されていると思われた。内容は、勤務時間や休日の取り方の改善（51%）が多かったが、作業方法の改善、情報の伝達や相談の方法の改善、上司・部下とのコミュニケーションの改善も３割程度みられ、こちらも多様な内容で職場環境改善がなされていることがうかがえる。

職場環境改善の頻度は、事業場規模が小さいほど少なかった。中規模事業場に職場環境改善に取り組んでもらうために、中小規模事業場向けにローコストな職場環境改善の方法の情報提供、職場環境改善の進め方の講習会の提供などが行われることが望まれる。職場また職場環境改善は北陸甲信越・東海地方で頻度が低かった。当該地域の労働基準局、労働衛生機関などが協力し、地域ぐるみで職場環境改善の普及を行うことが望まれる。

２．ストレスチェックの有用性評定

医師面接の有用性、就労上の配慮の有用性は 57%および 50%で、前年とほぼ同様であった。ス

トレスチェック後の職場環境改善の有用性も59%と前年よりやや低いものの、同様に高かった。ストレスチェック制度の中でこれらの要素が比較的有効に機能していると思われる。医師面接、職場環境改善が制度の中で一層推進されることが望まれる。

一方、個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性は前年よりやや低くなり、30%前後であった。有用性の評定が低い理由は本調査からは明確でないが、例えば、もらった個人結果が自分の状態に対する認識と一致しない、個人結果の返却に時間がかかり有用性が低くなってしまっている、ストレスマネジメントのヒントが自分の立場、価値観、好みと合わない、毎回同じ結果とアドバイスで飽きられているなどの理由が考えられる。より効果的な個人結果の返却、ストレスマネジメントのヒントの提供ができるように一層の技術の開発が行われる必要がある。特に個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性には男女や年齢により差があった。女性はこれらの有用性を低く回答していた。18-29 歳の若年層では有用性が低かった。性別や年齢層を考慮しながら、結果返却やストレスマネジメントのヒントを提供できるような、結果通知を個別化することが１つの解決策になるかもしれない。

３．ストレスチェックへの態度、利点と課題

ストレスチェックに「本当のこととは違ったことを回答した」者は４％あり、前回調査と同様であった。しかし「本当のことを回答した」とする者の割合は、今回調査でいくらか増加しており、制度が浸透するにつれて、従業員の態度がよい方向に変化している可能性もある。

ストレスチェックで良かった点については、前回どおり「 記入する質問票が簡単だったこと」、「ホームページなどからいつでも行えたこと」が多かった。ストレスチェックで嫌だったり困ったことについては、「ストレスチェック質問票に記入する時間や労力が負担だったこと」、「ストレスチェック質問票に回答した内容が会社に漏れているかもしれないと心配だったこと」の頻度が前回同様に多かった。「ストレスチェックを受けないことで、会社で差別や不利益な取り扱いをされたこと」、「高ストレスと判定された場合に医師面接を申し出たことで会社で不利益な取り扱いをされたこと」の頻度は約１％と低かった。個別の内容について情報は収集していないため、１％の回答者が直面した不利益取扱いに内容は不明であるが、頻度から見る限り、大きな問題にはなっていないと想定される。しかし引き続き、ストレスチェック制度における不利益取扱いについては監視してゆく必要がある。

４．ストレスチェックの効果

より厳密な前向きコホート研究による解析では、ストレスチェックを受けなかった群と、ストレスチェック受検者あるいは職場環境改善を経験した群との間で、心理的ストレス反応、生産性、疾病休業日数、医療費に有意な差はなかった。２年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析では、職場環境改善の経験者では非受検者と比べて生産性が 0.39 点増加しており、有意な差であった。制度施行１年目の解析（１年間の後ろ向きコホート研究デザインによる解析）では、受検かつ職場環境改善の経験者、非受検者と比べて心理的ストレス反応が有意に減少していた。これらの結果は、ストレスチェック後の職場環境改善が、心理的ストレスの軽減および生産性の向上に効果がある可能性を示していると思われる。この結果はこれまでの無作為化比較試験(Tsutsumi et al, 2009)や平成 24 年労働者健康状況調査の解析結果(Watanabe et al., 2017)、平成 28 年労働安全衛生調査（本研究報告書に収録）の結果と一致している。

しかしながら、１年目にくらべて２年目の職場環境改善は心理的ストレスの軽減に有意な効果を示さなかった。２年目調査では、新規に職場環境改善を経験したという回答者が多く、これらの事業場ではこれまで経験のなかった事業場で職場環境改善が開始されたものである可能性がある。そのため、職場環境改善が効果的に計画されなかったり、計画どおりに実施されなかったりといった困難があった可能性がある。職場環境改善が効果的な形で行われるように、実施だけでなくその内容にも助言や支援を行う体制が整えられることが望まれる。

一方、どの解析でも、職場環境改善の経験者では月疾病休業日数や医療費が有意に増加する傾向にあった。１つの可能性は職場環境改善により不調の際に年休をとりやすくなるなどの職場状況の変化がおこり、また医療機関への受診もしやすくなって、これらの現象が観察されたことも考えられる。また職場環境改善を経験したと回答した者では、2015 年のベースライン時点から医療費が高かった。もともと有病者が多い職場で必要性が高まり職場環境改善が実施され、その後も医療費が増加してしまう結果となった可能性もある。職場環境改善の疾病休業・医療費への影響については、長期の効果評価が必要であり、本研究では十分な効果評価はできていないことに留意しておきたい。

制度移行１年目の解析では、ストレスチェック受検のみの群では非受検者と比べて月疾病休業日

数が減少していた。しかしこの他の解析では、この傾向は明かでなかった。ストレスチェックへの受検のみが疾病休業日数を低下させたとは考えにくい。むしろ長期の休業をしている者がストレスチェックに参加しにくかったことが、こうした結果を一見生み出している可能性が考えられる。少なくとも本研究ではストレスチェック受検のみのストレス軽減・生産性向上効果は観察できなかったと考える。

２年間に医師面接を経験した者では、非経験者と比べて心理的ストレス反応が有意に増加した。高ストレスと判定された者のなかでも症状の強いものが医師面接を希望しやすいと考えると、医師面接経験者で理的ストレス反応がより増加していることは自然である。一方、医師面接の経験者では、生産性が有意に増加した。しかし疾病休業日数も増加していた。医師面接の結果、医師からの助言で、不調の時には休みをとり、その分出勤時の生産性を維持できるようになった可能性もある。本調査からは医師面接のストレス軽減効果、生産性向上効果は十分には明かにできなかった。制度における医師面接の効果を明かにするための研究デザインを工夫し、医師面接の効果を検証してゆくことが期待される。

Ｅ．結論

ストレスチェック制度の実施状況と効果を評価するために、2015 年 12 月（および 2016 年 2 月）から労働者約 4000 名のコホートを開始し、制度施行後１年目および２年目にあたる 2016 年 12 月および 2017 年 12 月に追跡調査を実施した。このデータを解析し、ストレスチェック制度の実施状況および心理的ストレス反応、生産性等への効果を評価した。

ストレスチェック制度の実施率は 1 年目調査から 2 年目調査にかけて増加した。受検率は引き続き高く、高ストレス者のうち医師面接を受けた者、職場環境改善を経験した者が少ない傾向は持続していた。医師面接と職場環境改善に対する労働者による有用性評価は高かった。ストレスチェック後の職場環境改善は労働者の生産性の増加に効果があると思われた。

今後の課題として、①結果通知、ストレスマネジメントの情報提供にはさらなる工夫が望まれる。②ストレスチェック後の職場環境改善を普及すること、特に効果的な手法を普及させることが必要である。③高ストレス者に対して医師面接の実施率を向上させる、法定外の健康相談を推奨するなどの取り組みが必要である。④中小規模事業場での取り組みを推進する方策が必要である。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

１．論文発表

1. Imamura K, Asai Y, Watanabe K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yoshikawa T, Yoshikawa E, Kawakami N. Effect of the National Stress Check Program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study. J Occup Health. 2018 Apr 18. doi: 10.1539/joh.2017-0314-OA.
2. Watanabe K, Kawakami N, Imamura K, Inoue A, Shimazu A, Yoshikawa T, Hiro H, Asai Y, Odagiri Y, Yoshikawa E, Tsutsumi A. Pokémon GO and psychological distress, physical complaints, and work performance among adult workers: a retrospective cohort study. Sci Rep. 2017 Sep 7;7(1):10758. doi: 10.1038/s41598-017-11176-2.
3. 今村幸太郎, 川上 憲人. 【ストレスチェック制度-現状と課題】ストレスチェック制度の 1 年目の現状と課題、効果評価. 医学のあゆみ 263 巻 3 号: 230-233, 2017.
4. 川上憲人. 【ストレスチェック制度-現状と課題】ストレスチェック制度の特徴、作成過程、科学的根拠. 医学のあゆみ 263 巻 3 号: 225-229, 2017.
5. 川上憲人, 三柴丈典, 渡辺洋一郎, 竹田 透. 【ストレスチェック制度-現状と課題】 ストレスチェック制度　課題と今後の展望. 医学のあゆみ 263 巻 3 号: 218-224, 2017.
6. 浅井裕美, 今村幸太郎, 堤明純, 島津明人,井上彰臣,廣尚典,小田切優子,吉川徹,吉川悦子, 川上憲人. ストレスチェック制度施行開始 1 年度の実施状況、有用性および課題：労働者へのインターネット調査. 産業ストレス研究（印刷中）

２．学会発表

該当なし。

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

１．特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

Ⅰ．引用文献

Hakkaart-van Roijen L, Van Straten A, Donker, M, Tiemens B. Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TIC-P). Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam. Trimbos, 2002.

Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. J Occup Health. 2016;58(1):1-6.

Kessler RC, Barber C, Beck A, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). J Occup Environ Med 2003; 45: 156–74.

厚生労働省. 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル, 2015 http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf

下光輝一, 原谷隆史,他. 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「作業関連疾患の予防に関する研究」分担研究報告, 2000,

Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. J Occup Environ Med. 2009 May;51(5):554-63.

Watanabe K, Tabuchi T, Kawakami N. Improvement of the Work Environment and Work-Related Stress: A Cross-Sectional Multilevel Study of a Nationally Representative Sample of Japanese Workers. J Occup Environ Med. 2017 Mar;59(3):295-303. doi: 10.1097/JOM.0000000000000950.

表１　全国調査によるストレスチェック制度の効果評価（労働者調査）の解析対象者の基本属性

		2016年12月 回答者(2481名)		2017年12月 回答者(1936名)	
		人数	人数	%	%
性別					
	男性	1564	1260	65.1	63.0
	女性	917	676	34.9	37.0
年齢					
	18-29歳	421	151	7.8	17.0
	30-39歳	637	458	23.7	25.7
	40-49歳	712	617	31.9	28.7
	50歳以上	711	710	36.7	28.7
職種					
	管理・専門	719	515	26.6	29.0
	事務・販売	1335	920	47.5	53.8
	サービス	46	221	11.4	1.9
	製造	381	280	14.5	15.4
事業場規模					
	50人以下	732	559	28.9	29.5
	51-500人	811	640	33.1	32.7
	501-1000人	214	156	8.1	8.6
	1001人以上	724	581	30.0	29.2
雇用契約					
	正規社員	2152	1660	85.7	86.7
	契約社員	223	193	10.0	9.0
	派遣社員	106	83	4.3	4.3
年間世帯収入					
	299万円以下	290	180	9.3	11.7
	300～499万円	650	501	25.9	26.2
	500～799万円	680	546	28.2	27.4
	800～999万円	275	214	11.1	11.1
	1000～1499万円	190	188	9.7	7.7
	1500万円以上	61	44	2.3	2.5
	わからない／答えたくない	335	263	13.6	13.5
居住地域					
	北海道・東北	282	223	11.5	11.4%
	関東	946	748	38.6	38.1%
	甲信越	135	98	5.1	5.4%
	東海	293	233	12.0	11.8%
	近畿	449	342	17.7	18.1%
	中四国	195	153	7.9	7.9%
	九州沖縄	181	139	7.2	7.3%

表２－１　ストレスチェックの実施状況:2016 年および 2017 年

	2016 年			2017 年		
	回答者	人数	%	回答者	人数	%
ストレスチェック実施状況(全数)	2475	1149*	46.4%	1936	975§	50.4%
受検率（実施通知ありのみ)	1018	929	91.3%	883	808	91.5%
高ストレス判定（受検者のみ)	1060	153	14.4%	900	168	18.7%
医師面接（高ストレス判定のみ)	153	26	17.0%	168	26	15.5%
健康相談、医師面接含む（高ストレス判定のみ)	153	37	24.2%	168	40	23.8%
ストレスチェック後の職場環境改善の実施（全数)	2475	65¶	2.6%	2475	49	2.0%

*実施通知あり 1023 人、通知ないが受検した 135 人を含む
§実施通知あり 883 人、通知ないが受検した 92 人を含む
¶これ以外に受検なしだが職場環境改善のあった者が 75 人いた（2016 年のみ調査)

表２－２　事業場規模別にみたストレスチェックの実施状況:2016 年および 2017 年

事業場規模	2016 年調査			2017 年調査		
	回答者	人数	%	回答者	人数	%
50 人以下：						
ストレスチェック実施	563	77	13.7%	559	76	13.6%
ストレスチェック受検（実施ありのみ)	64	58	90.6%	66	60	90.9%
高ストレス判定（受検ありのみ)	71	12	16.9%	70	12	17.1%
医師面接（高ストレス者のみ)	12	0	0.0%	12	2	16.7%
健康相談（高ストレス者のみ)	12	1	8.3%	12	2	16.7%
ストレスチェック後の職場環境改善	563	2	0.4%	559	4	0.7%
51-500 人：						
ストレスチェック実施	626	351	56.1%	640	378	59.1%
ストレスチェック受検（実施ありのみ)	312	282	90.4%	337	303	89.9%
高ストレス判定（受検ありのみ)	321	41	12.8%	344	60	17.4%
医師面接（高ストレス者のみ)	41	6	14.6%	60	7	11.7%
健康相談（高ストレス者のみ)	41	7	17.1%	60	12	20.0%
ストレスチェック後の職場環境改善	626	19	3.0%	640	19	3.0%
501-1000 人：						
ストレスチェック実施	155	101	65.2%	156	106	67.9%
ストレスチェック受検（実施ありのみ)	89	84	94.4%	98	90	91.8%
高ストレス判定（受検ありのみ)	96	14	14.6%	98	19	19.4%
医師面接（高ストレス者のみ)	14	4	28.6%	19	3	15.8%
健康相談（高ストレス者のみ)	14	4	28.6%	19	5	26.3%
ストレスチェック後の職場環境改善	155	9	5.8%	156	6	3.8%
1001 人以上：						
ストレスチェック実施	575	388	67.5%	581	415	71.4%
ストレスチェック受検（実施ありのみ)	350	325	92.9%	382	355	92.9%
高ストレス判定（受検ありのみ)	363	52	14.3%	388	77	19.8%
医師面接（高ストレス者のみ)	52	8	15.4%	77	14	18.2%
健康相談（高ストレス者のみ)	52	14	26.9%	77	21	27.3%
ストレスチェック後の職場環境改善	575	22	3.8%	581	20	3.4%

事業場規模別の有意差(2017 年)：ストレスチェック実施, $p<0.001$；ストレスチェック受検（実施ありのみ)，$p=0.543$；高ストレス判定（受検ありのみ)，$p=0.841$；医師面接（高ストレス者のみ)，0.774；健康相談（高ストレス者のみ)， $p=0.707$;ストレスチェック後の職場環境改善, $p=0.012$.

表２－３　基本属性とストレスチェックおよび職場環境改善の実施状況（2017 年）

	ストレスチェックの実施				ストレスチェック受検率(ストレスチェックの実施事業場の回答者のみ)				職場環境改善（ストレスチェックの実施事業場の回答者のみ）			
	人数	該当者	%	χ二乗検定	人数	該当者	%	χ二乗検定	人数	該当者	%	χ二乗検定
性別												
男性	1260	607	48.2%	0.002	667	617	92.5%	0.735	617	34	5.5%	0.897
女性	676	276	40.8%		308	283	91.9%		283	15	5.3%	
年齢												
18-29 歳	151	72	47.7%	0.043	79	77	97.5%	0.122	77	5	6.5%	0.879
30-39 歳	458	213	46.5%		234	211	90.2%		211	12	5.7%	
40-49 歳	617	303	49.1%		330	309	93.6%		309	18	5.8%	
50 歳以上	710	295	41.5%		332	303	91.3%		303	14	4.6%	
職種												
管理・専門	515	274	53.2%	<0.001	305	286	93.8%	0.383	286	18	6.3%	0.523
事務・販売	920	415	45.1%		453	415	91.6%		415	21	5.1%	
サービス	221	80	36.2%		90	80	88.9%		80	2	2.5%	
製造	280	114	40.7%		127	119	93.7%		119	8	6.7%	
地域												
北海道・東北	223	96	43.0%	0.534	103	93	90.3%	0.531	93	4	4.3%	0.048
関東	748	340	45.5%		384	351	91.4%		351	22	6.3%	
甲信越・東海	331	162	48.9%		175	162	92.6%		162	2	1.2%	
西日本	634	285	45.0%		313	294	93.9%		294	21	7.1%	

表２－４　基本属性とストレスチェック制度医師面接実施状況（2017 年）

	高ストレス者の割合（受検者のみ）				医師面接（高ストレス者のみ）			
	人数	該当者	%	χ二乗検定	人数	該当者	%	χ二乗検定
性別								
男性	617	110	17.8%	0.340	110	21	19.1%	0.074
女性	283	58	20.5%		58	5	8.6%	
年齢								
18-29 歳	77	10	13.0%	0.001	10	2	20.0%	0.061
30-39 歳	211	48	22.7%		48	2	4.2%	
40-49 歳	309	73	23.6%		73	13	17.8%	
50 歳以上	303	37	12.2%		37	9	24.3%	
職種								
管理・専門	286	49	17.1%	0.823	49	6	12.2%	0.185
事務・販売	415	79	19.0%		79	14	17.7%	
サービス	80	15	18.8%		15	0	0.0%	
製造	119	25	21.0%		25	6	24.0%	
地域								
北海道・東北	93	17	18.3%	0.724	17	1	5.9%	0.573
関東	351	71	20.2%		71	13	18.3%	
甲信越・東海	162	26	16.0%		26	3	11.5%	
西日本	294	54	18.4%		54	9	16.7%	

表２－５　職場環境改善の方法と内容（職場環境改善の経験者 49 名、複数回答）

	人数	%
職場環境改善の方法		
経営トップや人事が改善方法を考えた	19	39%
上司が改善方法を考えた	12	24%
従業員が意見を出して改善方法を提案した	13	29%
産業医など専門家が改善方法を提案した	14	29%
その他	2	4%
職場環境改善の内容		
ミーティングの頻度など情報の伝達や相談の方法の改善	14	29%
作業の方法の改善	19	39%
勤務時間や休日の取り方の改善	25	51%
温度や騒音、分煙など作業場所の環境の改善	6	12%
上司や同僚とのコミュニケーションの改善	13	27%
教育研修や相談窓口の設置など	6	12%
その他	2	4%

表３－１　ストレスチェックを受検しなかった理由（受検しなかった 71 名、複数回答）

	人数	%
受検を忘れていた	17	24%
時間がなかった	28	39%
受検の必要性を感じなかった	25	35%
受検がどのように役立つのかが分からなかった	12	17%
結果を会社に知られるのではないかという不安	3	4%
ストレスチェックを受けること自体が精神的に負担	4	6%
ストレスチェックの実施体制に関する情報が周知されていない	4	6%
その他	3	4%

表３－２　医師面接を受けなかった理由（高ストレスだったが医師面接を受けなかった 141 名、複数回答）

	人数	%
面接を勧める連絡がこなかった	27	19%
申し出ることを忘れていた	2	1%
時間がなかった	28	20%
面接指導の必要性を感じなかった	41	29%
面接指導がどのように役立つのかが分からなかった	51	36%
ストレス状況が改善し、ストレスがなくなった	2	1%
高ストレスの結果だったがストレスがあるとは思わなかった	4	3%
自分で対処できると思った	20	14%
日頃から相談しており、面接指導を受ける必要性がなかった	5	4%
医療機関に通院しており面接指導を受ける必要性がなかった	5	4%
ストレスチェックの結果を会社に知られたくなかった	14	10%
面接指導が会社に伝わるのではないかという不安があった	15	11%
その他	10	7%

表４　ストレスチェック制度の有用性†:2016 年と 2017 年の比較

	2016 年			2017 年		
	回答者	有用（人数）	有用（%）	回答者	有用（人数）	有用（%）
個人結果の有用性						
ストレスチェック受検者全数	1070	364	34%	900	265	29%
高ストレス者以外	918	324	35%	732	221	30%
高ストレス者	152	40	26%	168	44	26%
ストレス対処の助言の有用性						
ストレスチェック受検者全数	1070	309	29%	900	241	27%
高ストレス者以外	918	276	30%	732	206	28%
高ストレス者	152	33	22%	168	35	21%
医師面接の有用性						
（医師面接申し出者のみ）	32	19	59%	30	17	57%
就労上の配慮の有用性						
（医師面接申し出者のみ）	32	14	44%	30	15	50%
職場環境改善の有用性						
（ストレスチェック受検かつ職場環境改善経験者のみ）	65	41	63%	49	29	59%

† 有用性は、とても有効，いくらか有効，あまり有効でない，全く有効でないの４段階で評価してもらい、とても有効，いくらか有効を「有用」と区分した.

表５－１　ストレスチェックで本当のことを回答したか（ストレスチェック受検者）

	2016 年 N=1070		2017 年 N=900	
	人数	%	人数	%
1. 本当のことを回答した	668	62%	590	66%
2. おおむね、本当のことを回答した	360	34%	277	31%
3. 本当のこととは違ったことを回答した	42	4%	33	4%

表５－２　ストレスチェック制度について、よかったと思ったこと（複数回答）

	2016年 N=1070		2017年 N=900	
	人数	%	人数	%
1. 記入する質問票が簡単だったこと	409	38%	319	35%
2. ホームページなどからいつでも行えたこと	209	20%	163	18%
3. 事業場の衛生委員会などで実施が決定されていたこと	58	5%	40	4%
4. ストレスチェックが効果的であることを事前に教えてもらえたこと	51	5%	29	3%
5. 自分の書いた内容が、医師や保健師等以外の者には見られなかったこと	90	8%	58	6%
6. 精神科医など専門家が医師面接をしてくれたこと	22	2%	12	1%
7. 高ストレスと判定された場合、ストレスへの対処法なども教えてもらえたこと	40	4%	25	3%
8. 高ストレスと判定された場合、医療機関を受診するかどうかは自分で決められたこと	48	4%	19	2%
9. 調査結果が職場環境などの改善に活用されたこと	17	2%	14	2%
10. その他	4	0%	4	0%
11. わからない	56	5%	47	5%

表５－３　ストレスチェック制度について困ったり嫌だったこと（複数回答）

	2016年 N=1070		2017年 N=900	
	人数	%	人数	%
1. ストレスチェック質問票に記入する時間や労力が負担だったこと	170	16%	133	15%
2. ストレスチェック質問票に回答した内容が会社に漏れているかもしれないと心配だったこと	123	11%	105	12%
3. 高ストレスと判定された場合、呼び出しを何度も受けたこと	27	3%	14	2%
4. ストレスチェックを受けないことで、会社で差別や不利益な取り扱いをされたこと	21	2%	10	1%
5. ストレスチェックへの回答内容によって、会社で不利益な取り扱いをされたこと	23	2%	20	2%
6. 高ストレスと判定された場合に医師面接を申し出たことで会社で不利益な取り扱いをされたこと	18	2%	7	1%
7. 高ストレスと判定された場合の医師面接の結果が会社に伝わり、不利益な取り扱いをされたこと	10	1%	7	1%
8. その他	29	3%	24	3%
9. わからない	59	6%	49	5%

表６－１　ストレスチェックの受検および職場環境改善と健康・生産性アウトカムとの関連性

		2016-2017 の変化											
		心理的ストレス反応			生産性(0-10)			疾病休業（日／月）			医療費（円／月）		
2015-2016 の#	人数	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値
未受検	1083	1.07	0.39		-0.03	0.07		-0.14	0.10		-385	461	
受検	801	0.65	0.42	0.376	0.07	0.07	0.232	-0.04	0.10	0.360	-699	495	0.577
受検かつ職場環境改善	52	-0.15	1.32	0.365	0.15	0.22	0.449	0.29	0.32	0.193	660	1557	0.510

		2015-2017 の変化											
		心理的ストレス反応			生産性(0-10)			疾病休業（日／月）			医療費（円／月）		
2015-2017 の$	人数	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値
未受検	883	0.71	0.44		-0.06	0.08		-0.56	0.11		-2218	686	
受検	961	0.13	0.40	0.246	0.03	0.07	0.296	-0.61	0.10	0.700	-1327	622	0.257
受検かつ職場環境改善	92	-0.29	1.01	0.345	0.32	0.18	0.045*	-0.06	0.25	0.057	726	1587	0.078

		2015-2016 の変化											
参考：		心理的ストレス反応			生産性(0-10)			疾病休業（日／月）			医療費（円／月）		
2015-2016 の&	人数	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値
未受検	1336	0.12	0.43		-0.10	0.08		-0.31	0.13		-1114	789	
受検	1005	-0.12	0.45	0.570	-0.04	0.08	0.382	-0.68	0.14	0.004*	-947	816	0.828
職場環境改善のみ	75	0.21	1.09	0.935	-0.48	0.20	0.051	0.53	0.33	0.010*	910	1990	0.306
受検かつ職場環境改善	65	-2.49	1.18	0.025*	0.19	0.21	0.168	0.50	0.36	0.022*	4381	2146	0.010*

前向きコホートデザインによる解析. $ ２年間の後ろ向きコホートデザインによる解析（2 年間のいずれかで経験した場合に 1、未経験の場合に 0 とした）. & 平成 27 年度報告を再解析(初年度１年間の後ろ向きコホートデザインによる解析). いずれも各アウトカムの前値、性別、年齢、職種、事業場規模を共分散分析で調整した平均および標準偏差. p 値は未受験（未受験でかつ職場環境改善なし）の群との比較の Post Hoc 検定.
* $p<0.05$

表６－２　医師面接の実施と健康・生産性アウトカムとの関連性#

		2015-2017 の変化											
		心理的ストレス反応			生産性(0-10)			疾病休業（日／月）			医療費（円／月）		
2015-2017 の$	人数	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値	調整平均	標準偏差	p 値
医師面接非実施	199	-.730	1.115		-.375	.208		-.532	.295		-3227	2784	
医師面接実施	29	1.206	2.140	0.349	.404	.407	0.048*	1.192	.575	0.002*	1213	5403	0.397

#　２年間の後ろ向きコホートデザインによる解析（対象者は２年間に高ストレスの判定を受けた者）　$２年間のいずれかで経験した場合に実施、未経験の場合に非実施とした．いずれも各アウトカムの前値、性別、年齢、職種、事業場規模を共分散分析で調整した平均および標準偏差.

* p<0.05

平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人

分担研究報告書

全国調査によるストレスチェック制度の効果評価：事業場調査

主任研究者　川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）
研究協力者　永田智久（産業医科大学 産業生態科学研究所産業保健経営学研究室・講師）
浅井裕美（東京大学大学院医学系研究科・院生）
栗林一人（東京大学大学院医学系研究科・院生）

目的：平成 27-29 年度にかけて事業場を対象とした追跡調査を行い、法制度施行後１，２年目のストレスチェック制度の実施状況、職場のメンタルヘルスに対する事業者の意識や活動、および関連する費用を検討した。
方法：平成 27 年 11 月～平成 28 年 2 月に 50 人以上の労働者を雇用する企業 4500 社を対象として、郵送法によるベースライン調査を実施し、回答事業場に対して平成 29 年 1～3 月に１年目、平成 30 年１～３月に２年目の追跡調査を実施した。調査票では、事業場の基本的属性、前年１年間のストレスチェックの実施状況、職場のメンタルヘルスに関する事業者の意識、実態、対策、ストレスチェック制度に関わる費用について質問した。
結果：ベースライン調査への回答事業場は 454 件（回収率 10.1%）、１年目および２年目の追跡調査の回答事業場はそれぞれ 316 件（追跡率 69.6%）および 252 件（同 55.5%）であった。ストレスチェックを実施した事業場は１年目は 87%、２年目は 90%であった。産業医等、精神科医等、看護師・保健師、カウンセラーや臨床心理士が事業場にいる場合にストレスチェック制度が実施される傾向にあった。ストレスチェックの受検率は約８割の事業場で 80%以上であった。高ストレス者の頻度は、10%以上 20%未満、5%以上 10%未満との回答が多かった。高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は、5%未満が半数余りを占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は１年目は 37%、２年目は 44%が実施した。ストレスチェック制度を実施した事業場では、未実施の事業場にくらべてメンタルヘルス対策への重要性の意識が向上し、早期発見と対応、職場環境改善が新規に開始された。ストレスチェック制度の費用は従業員１人あたり中央値で１年目 1,743 円、２年目 1,666 円であった。１、２年目とも経費の半分がストレスチェックの外注費であった。
結論：ストレスチェックの実施率は高かったが、専門職のいない事業場では実施率は低かった。受検率は高く、高ストレス者の中の面接指導実施者の割合は少なかった。ストレスチェック制度の実施にともない、事業場の職場のメンタルヘルスに対する意識や対策が促進されていると思われた。ストレスチェック制度の費用は１、２年目とも変わらず従業員１人あたり 1700 円前後であり、ストレスチェックの外注費が半分を占めていた。

Ａ．研究目的

本研究では、事業場を単位とした追跡調査を行い、ストレスチェックの制度の実施状況とこれにともなう費用、ストレスチェック制度がメンタルヘルス不調の状況、事業場のメンタルヘルス対策への意識と活動への影響を明らかにする。平成 27 年度には、義務化前のストレスチェックの制度の実施状況と費用を調査するとともに、ストレスチェック制度の効果を評価するためのベースラインデータの収集を行った。平成 28、29 年度はベースライン調査に回答した事業場への追跡調査を行い、制度施行１、２年目のストレスチェック制度の実施状況、ストレスチェック制度の実施と職場のメンタルヘルスに対する事業者の意識や活動との関連、および費用を検討した。

Ｂ．対象と方法

１．対象

ベースライン調査として、平成 27 年 11 月 18 日～平成 28 年 2 月 16 日に、50 人以上の労働者を雇用する企業 4500 社を対象として、郵送法による調査を行った。対象企業には、「あなたの企業のうち事業場を１つ選んでください（本社事業場でも結構です）」と依頼した。また「人事労務担当の方（で

きれば課長か係長クラスの方）がご記入ください。一部は健康管理部門の担当者にご記入いただいても結構です。」とした。回答された事業場に対して平成 29 年 1～3 月に 1 年目、平成 30 年 1 月～ 3 月に 2 年目の郵送法による追跡調査を実施した。

２．調査項目

１）事業場の基本的属性

所在地、本社か支社・出張所か、業種、従業員数（常勤のみ)、各産業保健専門職の雇用状況を質問した。

２）ストレスチェック制度の実施について

ストレスチェック制度の施行後 1 年目（平成 27 年 12 月から平成 28 年 11 月）あるいは 2 年目（平成 28 年 12 月から平成 29 年 11 月）にストレスチェックを実施したかどうかをたずねた。実施した場合には、定期健康診断の機会に併せて実施したかどうか、実施した専門職の種別、ストレスチェックに回答した従業員の割合、面接指導の対象となった者の割合、そのうち面接指導を受けた従業員の割合をたずねた。

３）職場のメンタルヘルスに関する事業者の意識、実態、対策の実施

心の健康づくり計画については、衛生委員会で審議がなされていない（０点)、衛生委員会で意見交換はするが計画は立案されてない（１点)、衛生委員会で計画を立案している（２点）の３択で質問した。ベースライン調査と今回調査の回答を比較し、１点の増加があれば「進捗」、２点の増加があれば「大きく進捗」、逆に点数が減少すれば「後退」と区分した。

メンタルヘルスの重要性については、事業者として重要との認識が、大変ある（４点)、いくらかある（３点)、あまりない（２点)、まったくない（１点）で回答してもらった。ベースライン調査と今回調査の回答を比較し、１点の増加があれば「増加」、２点の増加があれば「大きく増加」、逆に点数が減少すれば「後退」と区分した。

今後のメンタルヘルスの方向性については、拡充させる方向、変化なし、縮小する方向の３択で回答してもらった。

メンタルヘルス対策・過重労働対策について前回調査と今回調査の回答を比較し、以下の対策について新規開始の頻度を求めた。

① 管理監督者教育
② 従業員教育
③ 職場環境の改善
④ 早期発見と対応
⑤ 職場復帰の支援
⑥ 職場の活性化
⑦ 労働時間の削減

４）ストレスチェック制度に関わる費用について

施行後１ないし２年目のストレスチェック制度に関わる費用等について知るために以下の項目を質問した。

(1) 管理職、一般社員の人数をたずねた。

(2) 産業保健スタッフの人件費

産業保健スタッフ（産業医、保健師・看護師、心理職、関連する事務員など）の年間人件費についてたずね、さらにこれらのスタッフが平均して健康管理業務従事する割合（%)、平均の健康管理業務の中でメンタルヘルス対策に従事する割合（%)、平均健康管理業務の中でストレスチェック業務に従事した割合（%）を回答してもらった。

(3) 専門職の教育研修費用

ストレスチェックの業務に関して、産業保健スタッフに対する教育・研修、学会参加にかかった費用を回答してもらった。

(4) IT システムの減価償却費

ストレスチェック業務実施のために、IT システムの作成や改修を行った場合、その１年間の減価償却費を記入してもらった。

(5)) 物品費

１年間のストレスチェックの実施に関わる物品費（印刷費、封筒代など）を回答してもらった。

(6) 外部委託費

１年間のストレスチェック業務に関わる外部委託費は従業員１人当たりいくらか回答してもらった。

(7) 間接人件費（ストレスチェックへの回答）

ストレスチェックを実施する際に、従業員１人あたりどの程度時間がかかるか回答してもらった。この時間に、平均賃金を乗じて、ストレスチェックへの回答による間接人件費を計算した。

(8) ストレスチェック後の面談

ストレスチェックの後の面談のうち産業医によるものの件数と１人あたりの面談時間をたずねた。またストレスチェック後の保健師・看護師、心理士等（産業医以外）の面談の件数、１人あたりの面談時間をたずねた。

(9) 事後対応の外注費

ストレスチェック後の事後対応（面接指導や相談窓口）を外部委託している場合、１年間の外部委託費（従業員１人当たり）をたずねた。

(10) 職場環境改善活動経費

事業場において、ストレスチェックの結果をもとに何らかの職場環境改善のための活動を行った場合には、経営層への報告と説明、管理監督者むけ説明や研修、従業員参加型の職場環境改善、そ

の他の職場環境改善それぞれについて、１回あたりの経営幹部層、管理監督者、その他の従業員の参加人数、１回あたりの時間、１年間の実施回数をたずね、開設人件費を計算した。

３．ストレスチェック制度に関する費用の計算

以上の質問への回答からストレスチェック制度に関する費用の計算を行った。平成 26 年賃金構造基本統計調査の情報を使用し、平均賃金は 2,260 円とした。計算式は、1 人 1 時間あたりの人件費＝（きまって支給する現金給与額）/（(所定内実労働時間数）＋（超過実労働時間数)）＋（年間賞与その他特別給与額)/12/((所定内実労働時間数)＋（超過実労働時間数)）である。

ストレスチェック制度に関わる費用の計算においてはデータを見直した結果、外注費（事後対応）が事業場規模に比して過大である場合が多くみられた。そのため費用計算からは、外注費（事後対応）を除外した場合と、全てを含めた場合とを計算した。

（倫理的配慮）

本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施された（審査番号 10981)。

Ｃ．結果

１．回答事業場および労働者の基本的属性

ベースライン調査への回答数は 454 件（回収率 10.1%）であった。１年目の追跡調査への回答は 316 件（追跡率 69.6%）であった。２年目の追跡調査への回答は 252 件(追跡率 55.5%)であった。回答事業場の属性は、関東地方の事業場、本社が多かった（表１)。業種は、製造業、卸売・小売、医療・福祉、サービス業が多かった。従業員数は 100-299 人、300-999 人、1000-4999 人がほぼ同数であった。ベースライン調査では 50 人以上事業場を対象としたものの、その後の従業員数の変化により一部の事業場では従業員数が 50 人未満であった。産業医を選任している事業場は８割以上、保健師・看護師を雇用している事業場は約半数であった。

２．ストレスチェック制度の実施率

施行後１年目にストレスチェック制度を実施した事業場は 87%、２年目には 90%であった(表２)。事業場規模が大きいと実施率は有意に高かった。事業場内に産業医や医師、精神科医・心療内科医、看護師・保健師、カウンセラーや臨床心理士がいる場合には、有意に実施率が高かった。１年目には３次産業で実施率が低かったが２年目には増加した。制度施行２年目には１年目にくらべて、事業場内に産業医や医師、看護師・保健師がいない事業場での実施率が増加する傾向にあった。

３．ストレスチェック制度の実施状況

76-78%がストレスチェックを健康診断以外の機会に実施していた（表３)。実施者は産業医の場合が 70%と最も多かった。ついで保健師・看護師（20%)、産業医以外の医師（20%）であった。

ストレスチェックに回答した従業員の割合（受検率）は 80-100%以上が約８割を占めていた。高ストレス者の割合は 10%以上、20%未満が最多であった。高ストレス者のうち面接指導を行った者の割合は５%未満との回答が多かった。以上については１年目から２年目にかけて大きな変化はなかった。

ストレスチェック後の職場環境改善活動は１年目が 37%、２年目が 44%であり、１年目よりも増加した。１年目から２年目にかけて、職場環境改善の一環としての経営層への報告・説明は 26%から 31%に、管理監督者への説明や研修は 22%から 25%に、従業員参加型の職場環境改善は４%から８%に増加していた。

４．ストレスチェック制度の実施と職場のメンタルヘルスに関する事業者の意識、実態、活動

１年目には、メンタルヘルスの重要性については、これまで経験がなくストレスチェックを新規開始した事業場でより重要性を認識する傾向がみられた(表４－１)。今後のメンタルヘルスの方向性については拡充する方向と回答した事業場が、ストレスチェックを継続および開始の事業場でより多かった。ストレスチェックを開始した事業場では、早期発見と対応を新規に開始する割合が高かった。

２年目には、ストレスチェック制度を継続、開始した事業場では、心の健康づくり計画の進捗がみられた(表４－２)。メンタルヘルスの重要性については、継続した事業場で重要性の認識を増加または維持する傾向がみられた。

ストレスチェック制度を継続あるいは開始した事業場における、メンタルヘルス不調を経験した従業員の動向（過去１年の変化）については、不変が多く、やや増加とやや減少が半々であった(表４－１、４－２)。

ストレスチェック制度を開始した事業場では、職場環境の改善、早期発見と対応を新規に開始する割合が高かった(表４－１、４－２)。

５．ストレスチェック制度に関わる費用について

従業員数が無回答だった事業場を除いて計算した。ストレスチェック制度の実施費用合計の分布は左（低費用）に頻度が高く、右（高費用）に長く尾をひく分布であった。１年目には、ストレスチェック制度の事業場あたりの実施総額（事後対応外注費除く）は、中央値で約 50 万円、平均値で約 240 万円であった（表５－１）。従業員１人あたりの実施費用は中央値で約 1750 円、平均値で約 5900 円であった。ストレスチェック実施の外注費を支出している事業場が９割以上と多かった。構成割合でもストレスチェック実施の外注費が約半分を占めていた。これ以外には産業保健専門職等の人件費、ストレスチェック回答の時間数に対する間接人件費が多かった。

事業場規模別に集計した場合には、合計費用は規模が大きくなるほどいくらか高額になっていた（表５－２）。299 人以下および 300-999 人の事業場では合計費用に占める産業保健専門職等の人件費の割合が大きかった。

２年目の調査では従業員１人あたりの実施費用は中央値で約 1666 円、平均値で約 5755 円と、１年目よりいくらか安価であったがほぼ同水準でああった（表５－３）。事業場別の傾向も１年目とほぼ同じであった（５－４）。

D．考察

１，２年目の追跡調査への回収率はそれぞれ約７割および６割と比較的高かった。しかしベースラインの回収率が 10%と程度と低かったたこと、また脱落した事業場もあることから、ストレスチェック制度に関心を持つ事業場が調査により参加している可能性はあるので、注意しておく必要がある。

ストレスチェック制度施行後１年間にストレスチェックを実施した事業場は 87%であった。２年目にストレスチェック制度を実施した事業場は 90%であった。1000 人以上規模の事業場ではほぼ 100%であったが、法定で義務づけられている 50-299 人規模の事業場では２年目にも 17%の事業場でストレスチェック制度を実施していなかった。さらに制度実施の徹底が必要と思われる。

一方、努力義務となっている 49 人規模以下の事業場でも２年目には 60%がストレスチェック制度を実施しており、小規模事業場においてもストレスチェックの実施が進んでいると思われた。

産業医等の医師、精神科医・心療内科医、看護師・保健師、カウンセラーや臨床心理士がいる場合にストレスチェック制度が実施される傾向にあった。しかし２年目にはこれらの専門家がいない事業場でも実施率が増加する傾向にあり、専門家なしでも制度が普及する傾向がうかがえる。

ストレスチェックを実施した事業場では、約８割が健康診断以外の機会に実施していた。実施者は産業医が７割と最多であった。産業医以外の医師（外部医師）、事業場内の保健師・看護師が実施者になった場合も２割あった。この傾向は１、２年目ともほぼ同様であった。

１、２年目とも、ストレスチェックの受検率を 80%以上とする事業場が８割を占めていた。ストレスチェックの受検率は継続して高いと思われる。一方で受検率が低い事業場も少数見られた。受検率の低い事業場では、労働者への周知や説明が十分なされていない可能性もある。こうした事業場の実態の把握と適切な改善への助言、指導がなされるべきである。

高ストレス者の頻度は、10%以上 20%未満、5%以上 10%未満がほぼ同数で多く、平均すると 10%前後と思われた。これはストレスチェック制度の当初の想定とほぼ一致している。少数の事業場では高ストレス者の頻度が 20%を超えたと報告しており、これらの事情についてさらに詳細に検討することが必要である。

高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は、5%未満が半数以上を占めていた。医師の面接指導の実施頻度は１、２年目も継続して低かった。一方で、80%以上と高い医師面接率を報告している事業場もあった。これらは医師面接の周知や案内の方法による相違と考えられる。各事業場で医師面接の位置づけ、事業場内での説明や周知の方法についての工夫が必要である。

ストレスチェック後の職場環境改善活動は１年目には 37%、２年目には 44%が実施したと報告していた。経営層や管理監督者への説明を行った事業場は 25-30%であった。最も効果的である従業員参加型の職場環境改善を実施した事業場は８%と、１年目の４%から増加していた。ストレスチェック後の職場環境改善活動の普及が進みつつあると考えられる。

ストレスチェック制度を法制度後に初めて開始した事業場では、未実施の事業場にくらべてメンタルヘルス対策を今後拡充すると回答した割合がより多くなっていた。またメンタルヘルス不調の早期発見と対応を新規に開始した割合が高かった。ストレスチェック制度の実施にともない、事業場の職場のメンタルヘルス対策に対する態度や対策の推進が促進されている可能性があると考えられる。

ストレスチェック制度の合計費用（事後対応外注費除く）は中央値で約 50 万円、平均値で約 250 万円であった。従業員１人あたりの合計費用は中央値で約 1,700 円、平均値で 5,800-5,900 円であった。ストレスチェック実施を外注している事業

場は８割近くあり、経費総額のおよそ半分をこの外注費が占めていた。法制度化により、厳密に守秘を保ってストレスチェックを実施するためにストレスチェック実施を外注したことの影響と推測される。

Ｅ．結論

平成 27-29 年度にかけて事業場を対象とした追跡調査を行い、法制度施行後１，２年目のストレスチェック制度の実施状況、職場のメンタルヘルスに対する事業者の意識や活動、および関連する費用を検討した。

ベースライン調査への回答事業場は 454 件（回収率 10.1%）、１年目および２年目の追跡調査の回答事業場はそれぞれ 316 件（追跡率 69.6%）および 252 件（同 55.5%）であった。ストレスチェックを実施した事業場は１年目は 87%、２年目は 90%であった。産業医等、精神科医等、看護師・保健師。カウンセラーや臨床心理士が事業場にいる場合にストレスチェック制度が実施される傾向にあった。ストレスチェックの受検率は約８割の事業場で 80%以上であった。高ストレス者の頻度は、10%以上 20%未満、5%以上 10%未満との回答が多かった。高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は、5%未満が半数余りを占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は１年目は 37%、２年目は 44%が実施した。ストレスチェック制度を実施した事業場では、未実施の事業場にくらべてメンタルヘルス対策への重要性の意識が向上し、早期発見と対応、職場環境改善が新規に開始された。ストレスチェック制度の費用は従業員１人あたり中央値で１年目 1,743 円、２年目 1,666 円であった。１、２年目とも経費の半分がストレスチェックの外注費であった。

ストレスチェックの実施率は高かったが、専門職のいない事業場では実施率は低かった。受検率は高く、高ストレス者の中の面接指導実施者の割合は少なかった。ストレスチェック制度の実施にともない、事業場の職場のメンタルヘルスに対する意識や対策が促進されていると思われた。ストレスチェック制度の費用は１、２年目とも変わらず従業員１人あたり 1700 円前後であり、ストレスチェックの外注費が半分を占めていた。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

１．特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

表1　回答のあった事業場の属性

	2017年2月調査(N=316)		2018年2月調査(N=252)	
属性	回答数	%	回答数	%
所在地				
北海道	12	3.8	10	4.0
東北	34	10.8	30	11.9
関東	102	32.3	74	29.4
北陸･甲信越	25	7.9	23	9.1
東海	38	12.0	31	12.3
近畿	43	13.6	32	12.7
中四国	35	11.1	30	11.9
九州･沖縄	26	8.2	22	8.7
不明	1	0.3		
本社･支社の別				
本社	285	90.2	225	89.3
支社等	27	8.5	24	9.5
不明	4	1.3	3	1.2
業種				
建設業	25	7.9	20	7.9
製造業	56	17.7	46	18.3
電気・ガス・水道	1	0.3	0	-
運輸	20	6.3	15	6.0
通信	3	0.9	1	0.4
卸売・小売	32	10.1	25	9.9
飲食	2	0.6	2	0.8
金融・保険	7	2.2	6	2.4
不動産業	2	0.6	2	0.8
サービス業	34	10.8	24	9.5
医療・福祉	47	14.9	42	16.7
それ以外	85	26.9	68	27.0
不明	2	0.6	1	0.4
事業場規模				
49人以下	23	7.3	10	4.0
50-299人	122	38.6	111	44.0
300-999人	88	27.8	64	25.4
1000人+	83	26.3	67	26.6
Ⅰ－⑦ア. 常勤または非常勤の産業医や医師				
いる	260	82.3	213	84.5
Ⅰ－⑦イ. 専属・嘱託の精神科医・心療内科医				
いる	60	19.0	55	21.8
Ⅰ－⑦ウ. 常勤または非常勤の看護師・保健師				
いる	149	47.2	127	50.4
Ⅰ－⑦エ. 専属・嘱託のカウンセラーや臨床心理士				
いる	53	16.8	50	19.8
Ⅰ－⑦オ. その他のメンタルヘルス専門職				
いる	26	8.2	17	6.7

表2　ストレスチェック制度の実施率の属性別の比較

	2017年2月調査				2018年2月調査			
属性	回答数	実施数	%	p	回答数	実施数	%	p
合計	316	276	87.3%		252	226	89.7%	
所在地				0.138				0.179
北海道	12	8	66.7%		10	7	70.0%	
東北	34	29	85.3%		30	25	83.3%	
関東	102	90	88.2%		74	69	93.2%	
北陸・甲信越	25	23	92.0%		23	23	100.0%	
東海	38	37	97.4%		31	28	90.3%	
近畿	43	35	81.4%		32	27	84.4%	
中四国	35	30	85.7%		30	27	90.0%	
九州・沖縄	26	24	92.3%		22	20	90.9%	
本社・支社の別				0.577				0.770
本社	285	250	87.7%		225	202	89.8%	
支社等	27	24	88.9%		24	22	91.7%	
業種				0.023				0.159
2次	81	70	86.4%		66	58	87.9%	
3次	148	123	83.1%		117	102	87.2%	
その他	87	83	95.4%		69	66	95.7%	
事業場規模				<0.001				<0.001
49人以下	23	8	34.8%		10	6	60.0%	
50-299人	122	101	82.8%		111	92	82.9%	
300-999人	88	84	95.5%		64	63	98.4%	
1000人+	83	83	100.0%		67	65	97.0%	
Ⅰ－⑦ア. 常勤または非常勤の産業医や医師				<0.001				<0.001
いる	260	249	95.8%		213	205	96.2%	
いない	56	27	48.2%		39	21	53.8%	
Ⅰ－⑦イ. 専属・嘱託の精神科医・心療内科医				0.002				0.004
いる	60	59	98.3%		55	55	100.0%	
いない	256	217	84.8%		197	171	86.8%	
Ⅰ－⑦ウ. 常勤または非常勤の看護師・保健師				<0.001				0.003
いる	149	145	97.3%		127	121	95.3%	
いない	167	131	78.4%		125	105	84.0%	
Ⅰ－⑦エ. 専属･嘱託のカウンセラーや臨床心理士				0.006				0.101
いる	53	52	98.1%		50	48	96.0%	
いない	263	224	85.2%		202	178	88.1%	
Ⅰ－⑦オ. その他のメンタルヘルス専門職				0.057				0.534
いる	26	26	100.0%		17	16	94.1%	
いない	290	250	86.2%		235	210	89.4%	

注:p値は属性別の実施率の比較(カイ二乗検定).

表3　ストレスチェック制度の実施状況

	2017年2月調査 (N=276)		2018年2月調査 (N=226)	
	回答数	%	回答数	%
ストレスチェックの実施機会				
定期健康診断の機会	60	21.7	54	24.0
それ以外	216	78.3	171	76.0
ストレスチェックの実施者				
産業医	193	69.9	159	70.4
産業医以外の医師（外部の医師）	53	19.2	43	19.0
事業場内の保健師・看護師	56	20.3	46	20.4
事業場外の保健師・看護師	20	7.2	19	8.4
事業場外の精神保健福祉士	11	4.0	8	3.5
ストレスチェックの受検率				
80%以上	220	79.7	188	83.2
60%以上、80%未満	35	12.7	25	11.1
40%以上、60%未満	7	2.5	6	2.7
30%以上、40%未満	2	0.7	1	0.4
20%以上、30%未満	1	0.4	1	0.4
10%以上、20%未満	2	0.7	1	0.4
5%以上、10%未満	0	-	1	0.4
5%未満	0	-	3	1.3
不明	9	3.3	0	-
受検者中の高ストレス者の頻度				
80%以上	1	0.4	0	-
60%以上、80%未満	0	-	0	-
40%以上、60%未満	1	0.4	1	0.4
30%以上、40%未満	1	0.4	0	-
20%以上、30%未満	8	2.9	8	3.5
10%以上、20%未満	79	28.6	78	34.5
5%以上、10%未満	84	30.4	64	28.3
5%未満	58	21.0	55	24.3
不明	44	15.9	20	8.8
高ストレス者のうち面接指導実施者				
80%以上	7	2.5	6	2.7
60%以上、80%未満	1	0.4	2	0.9
40%以上、60%未満	4	1.4	2	0.9
30%以上、40%未満	3	1.1	2	0.9
20%以上、30%未満	6	2.2	1	0.5
10%以上、20%未満	16	5.8	12	5.4
5%以上、10%未満	29	10.5	23	10.4
5%未満	141	51.1	144	64.9
不明	69	25.0	30	13.5
職場環境等の改善				
何らかの職場環境改善	102	37.0	100	44.2
経営層への報告と説明	71	25.7	70	31.0
管理監督者むけ説明や研修	61	22.1	57	25.2
従業員参加型の職場環境改善※	11	4.0	17	7.5
その他の職場環境改善	13	4.7	14	6.2

注：各項目に無回答だった事業場を除いている.

表4－1　ストレスチェック制度の実施状況別にみた事業場のメンタルヘルス：1年目

	ストレスチェックの実施状況						
	継続 (N=66)		開始 (N=210)		なし (N=40)		P
心の健康づくり計画の進捗（注1）							0.610
後退	-	-	5	2.4%	1	2.6%	
不変	56	87.5%	170	81.7%	33	83.5%	
進捗	8	12.5%	28	13.5%	4	10.5%	
大きく進捗	-	-	5	2.4%	-	-	
メンタルヘルス対策の重要度（注2）							0.048 *
後退	-	-	11	5.3%	3	7.7%	
不変	64	97.0%	166	79.8%	30	76.9%	
増加	2	3.0%	29	13.9%	6	11.8%	
大きく増加	-	-	2	1.0%	-	-	
メンタルヘルス対策の方向性							0.001 *
拡充	45	68.2%	154	73.7%	17	43.6%	
変化なし	21	31.8%	55	26.3%	22	56.4%	
メンタルヘルス不調を経験した従業員の動向（過去1年の変化）							0.152
かなり増加	2	3.2%	7	3.8%	-	-	
少し増加	15	23.8%	41	22.0%	3	10.3%	
ほとんど変わらず	34	54.0%	114	61.3%	24	82.8%	
少し減少	10	15.9%	16	8.6%	-	-	
大きく減少	2	3.2%	8	4.3%	2	6.9%	
メンタルヘルス対策・過重労働対策の新規開始							
管理監督者教育	3	4.5%	15	7.1%	1	2.5%	0.449
従業員教育	2	3.0%	19	9.0%	2	5.0%	0.218
職場環境の改善	7	10.6%	30	14.3%	1	2.5%	0.102
早期発見と対応	2	3.0%	29	13.8%	3	7.5%	0.037 *
職場復帰の支援	1	1.5%	15	7.1%	-	-	0.056
職場の活性化	1	1.5%	8	3.8%	3	7.5%	0.295
労働時間の削減	8	12.1%	23	11.0%	3	7.5%	0.749

注1：心の健康づくり計画の状況について3段階でたずね、前回調査からの変化を求めた。2段階前進（「なし」から計画策定に）を大きく進捗、1段階前進を進捗、変わらない場合不変、1段階後退を後退とした。

注2：メンタルヘルス対策の重要性を4段階でたずね、、前回調査からの変化を求めた。2段階増加を大きく増加、1段階増加を増加、変わらない場合不変、1段階後退を後退とした。

* <0.05.

: 回答事業場はなかった。

表4－2　ストレスチェック制度の実施状況別にみた事業場のメンタルヘルス：2年目

	ストレスチェックの実施状況（2年目、平成28年12月から平成29年11月までの変化）								
	継続 (N=218)		開始 (N=7)		中止 (N=4)		実施なし (N=22)		P
心の健康づくり計画の進捗（注1）	N=215		N=7		N=4		N=20		0.005
後退	3	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
不変	202	94.0%	4	57.1%	4	100.0%	19	95.0%	
進捗	9	4.2%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	
大きく進捗	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	
メンタルヘルス対策の重要度（注2）	N=217		N=7		N=4		N=21		0.018
後退	7	3.2%	0	0.0%	1	25.0%	2	9.5%	
不変	201	92.6%	7	100.0%	3	75.0%	16	76.2%	
増加	9	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	9.5%	
大きく増加	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	
メンタルヘルス対策の方向性	N=218		N=7		N=4		N=21		0.065
拡充	155	71.1%	3	42.9%	4	100.0%	11	52.4%	
変化なし	63	28.9%	4	57.1%	0	0.0%	10	47.6%	
メンタルヘルス不調を経験した従業員の動向（過去1年の変化）									
	N=198		N=6		N=4		N=15		0.296
かなり増加	6	3.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	
少し増加	50	25.3%	2	33.3%	1	25.0%	2	13.3%	
ほとんど変わらず	103	52.0%	2	33.3%	2	50.0%	12	80.0%	
少し減少	30	15.2%	2	33.3%	0	0.0%	1	6.7%	
大きく減少	9	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
メンタルヘルス対策・過重労働対策の新規開始									
	N=218		N=7		N=4		N=22		
管理監督者教育	7	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.779
従業員教育	11	5.0%	2	28.6%	1	4.5%	1	4.5%	0.218
職場環境の改善	18	8.3%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.004
早期発見と対応	13	6.0%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.046
職場復帰の支援	12	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.592
職場の活性化	9	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.702
労働時間の削減	14	6.4%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.459

注1：心の健康づくり計画の状況について3段階でたずね、前回調査からの変化を求めた。2段階前進（「なし」から計画策定に）を大きく進捗、1段階前進を進捗、変わらない場合不変、1段階後退を後退とした。

注2：メンタルヘルス対策の重要性を4段階でたずね、、前回調査からの変化を求めた。2段階増加を大きく増加、1段階増加を増加、変わらない場合不変、1段階後退を後退とした。

欠損のある回答を除く。

-: 回答事業場はなかった。

表5－1　ストレスチェック実施事業場におけるストレスチェック関連費用の集計：1年目

	回答ありのみの集計				無回答項目は費用なしとした集計※2				構成割合	
2017年2月調査	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差	合計※1	合計（事後対応外注費込み）
人件費（産業保健専門職等）	276	22,000	487,631	1,175,453	269	24,000	499,472	1,188,315	20.5%	11.4%
間接人件費（調査回答）	269	103,960	386,083	927,031	269	103,960	386,083	927,031	15.9%	8.8%
間接人件費（面接）	224	1,130	13,906	37,915	269	-	11,390	34,954	0.5%	0.3%
間接人件費（職場環境改善）	16	155,940	1,449,719	3,093,857	269	-	85,153	808,472	3.5%	1.9%
教育研修費（産業保健専門職）	122	-	3,455	15,750	269	-	1,195	8,870	0.0%	0.0%
物品費	232	-	147,015	592,055	269	-	124,595	551,360	5.1%	2.8%
ITシステム等減価償却費	234	-	57,863	427,401	269	-	50,335	398,993	2.1%	1.2%
外注費（ストレスチェック実施）	241	133,350	1,423,298	8,693,130	269	110,000	1,275,148	8,238,004	52.4%	29.1%
外注費（事後対応）	183	-	2,854,874	18,867,500	269	-	1,942,163	15,605,402		44.4%
合計費用※1					269	499,290	2,433,372	8,678,138	100.0%	
従業員1人あたり合計費用※1					269	1,753	5,929	22,457		
合計費用（事後対応外注費込み）					269	603,530	4,375,535	18,302,799		100.0%
従業員1人あたり合計費用（事後対応外注費込み）					269	2,069	7,750	25,703		

表5－2　ストレスチェック実施事業場におけるストレスチェック関連費用：1年目、事業場規模別（無回答項目は該当なしとした集計）

	299人以下				300-999人				1000人以上			
2017年2月調査	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差
人件費（産業保健専門職等）	106	-	197,300	768,860	82	-	295,468	30,044	81	343,000	1,101,431	1,704,741
間接人件費（調査回答）	106	49,155	62,124	51,575	82	157,541	197,760	865,923	81	415,463	1,000,676	1,514,056
間接人件費（面接）	106	-	1,297	4,213	82	471	10,117	12,456	81	4,520	25,888	52,975
間接人件費（職場環境改善）	106	-	30,286	266,763	82	-	97,359	135,752	81	-	144,598	1,152,967
教育研修費（産業保健専門職）	106	-	-	-	82	-	2,380	2,209	81	-	1,560	10,151
物品費	106	-	56,397	246,830	82	-	45,559	11,472,327	81	-	293,855	937,122
ITシステム等減価償却費	106	-	13,774	103,025	82	-	244	1,868,248	81	-	148,889	710,769
外注費（ストレスチェック実施）	106	73,834	513,850	2,443,844	82	218,637	1,585,649	11,504,380	81	248,000	1,957,082	9,214,713
外注費（事後対応）	106	-	256,059	1,950,235	82	-	291,127	29,154	81	-	5,820,089	28,026,907
合計費用※注1	106	221,208	875,028	2,558,843	82	513,607	2,234,535	11,631,776	81	2,633,560	4,673,979	10,067,200
従業員1人あたり合計費用※注1	106	1,911	7,906	24,483	82	1,588	5,413	29,223	81	1,687	3,863	5,695
合計費用（事後対応外注費込み）	106	259,390	1,131,087	3,175,742	82	578,465	2,525,662	11,631,776	81	3,425,560	10,494,068	30,276,043
従業員1人あたり合計費用（事後対応外注費込	106	2,141	10,635	31,033	82	1,762	6,178	29,223	81	2,267	5,564	8,130

※1　外注費（事後対応）が正確に回答されていない可能性があるため、これを除外した費用を計算した（表５－１，５－２とも）。
※2　従業員数が無回答だった事業場を除く。従業員数の平均は871人（標準偏差1890人）、最小 14人、最大15000人.
-: 0円であることを示す。

表5－3 ストレスチェック実施事業場におけるストレスチェック関連費用の集計：2年目

	回答ありのみの集計				無回答項目は費用なしとした集計※2				構成割合	
2018年2月調査	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差	合計※1	合計（事後対応外注費込み）
人件費（産業保健専門職等）	223	24,000	447,083	1,193,774	223	24,000	447,083	1,193,774	17.6%	9.2%
間接人件費（調査回答）	223	95,673	413,220	1,018,481	223	95,673	413,220	1,018,481	16.3%	8.5%
間接人件費（面接）	193	1,130	12,706	35,453	223	0	10,997	33,255	0.4%	0.2%
間接人件費（職場環境改善）	11	271,200	329,035	364,506	223	0	16,230	105,284	0.6%	0.3%
教育研修費（産業保健専門職）	98	0	5,852	24,368	223	0	2,572	16,369	0.1%	0.1%
物品費	190	0	90,563	371,208	223	0	77,161	344,022	3.0%	1.6%
ITシステム等減価償却費	195	0	25,846	175,045	223	0	22,601	163,860	0.9%	0.5%
外注費（ストレスチェック実施）	204	143,280	1,687,215	11,076,798	223	118,000	1,543,461	10,602,706	60.9%	31.7%
外注費（事後対応）	160	0	3,253,666	22,532,202	223	0	2,334,469	19,125,338		48.0%
合計費用※1					223	497,667	2,533,325	10,918,845	100.0%	
従業員1人あたり合計費用※1					223	1,666	5,755	23,367		
合計費用（事後対応外注費込み）					223	526,845	4,867,793	22,692,543		100.0%
従業員1人あたり合計費用（事後対応外注費込み）					223	1,980	6,851	23,707		

表5－4 ストレスチェック実施事業場におけるストレスチェック関連費用：2年目、事業場規模別（無回答項目は該当なしとした集計）

	299人以下				300-999人				1000人以上			
2018年2月調査	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差	回答数	中央値	平均値	標準偏差
人件費（産業保健専門職等）	96	0	352,173	1,334,881	62	24,500	191,143	22,906	65	192,000	831,384	1,375,617
間接人件費（調査回答）	96	48,119	71,597	104,689	62	159,330	197,431	41,102	65	440,700	1,123,600	1,680,765
間接人件費（面接）	96	0	1,157	4,727	62	2,260	8,056	15,340	65	6,027	28,334	53,329
間接人件費（職場環境改善）	96	0	3,108	30,447	62	0	7,618	104,962	65	0	43,827	185,365
教育研修費（産業保健専門職）	96	0	0	-	62	0	3,226	12,700	65	0	5,747	26,163
物品費	96	0	34,852	109,756	62	0	35,900	258,604	65	0	179,006	606,037
ITシステム等減価償却費	96	0	15,104	108,123	62	0	1,613	2,207,450	65	0	53,692	272,280
外注費（ストレスチェック実施）	96	79,275	403,577	2,078,553	62	202,000	280,694	694,485	65	469,200	4,431,469	19,274,498
外注費（事後対応）	96	0	61,794	210,208	62	0	434,991	1,191	65	0	7,502,843	35,010,171
合計費用※注1	96	208,913	881,568	2,488,605	62	512,900	725,681	2,349,609	65	2,829,765	6,697,057	19,468,701
従業員1人あたり合計費用※注1	96	1,942	7,384	23,686	62	1,564	1,892	4,357	65	1,466	7,034	32,245
合計費用（事後対応外注費込み）	96	244,922	943,362	2,532,839	62	570,672	1,160,672	2,349,609	65	2,975,573	14,199,900	40,578,190
従業員1人あたり合計費用（事後対応外注費込	96	2,135	7,913	23,719	62	1,735	3,174	4,357	65	1,821	8,790	32,829

※1　外注費（事後対応）が正確に回答されていない可能性があるため、これを除外した費用を計算した（表５－１，５－２とも）。
※2　従業員数が無回答だった事業場を除く。従業員数の平均は911人（標準偏差2059人）、最小 13人、最大18078人.
-: 計算不能.

平成 27–29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任研究者：川上憲人

研究協力報告書

ストレスチェック、および職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連：労働安全衛生調査に基づく研究

研究協力者　渡辺和広（東京大学大学院医学系研究科・院生；日本学術振興会・特別研究員 DC1）
主任研究者　川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）

目的：本研究は、日本の代表標本に基づく調査である労働安全衛生調査（実態調査）の個票データを二次解析して、(労働安全衛生法に基づく）ストレスチェック、および（ストレスチェック後の）職場環境改善の実施と労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することを目的とした。
方法：厚生労働省が実施した調査データを改正労働安全衛生法施行の前後に分けて、以下の 2 つの研究を実施した：(1) 平成 25 年、および平成 27 年の労働安全衛生調査のデータを用いた連続横断研究、(2) 平成 28 年の労働安全衛生調査のデータを用いた横断研究。これらはいずれも日本全国から無作為抽出された事業所、および労働者を対象としていた。曝露要因として、事業所で（法定の）ストレスチェック、および（ストレスチェック後の）職場環境改善を実施しているか、アウトカムとして、労働者の仕事関連ストレスの有無、およびその内容数を尋ねた。
結果：2 つの研究の結果、ストレスチェックを実施することは、労働者の仕事関連ストレスと有意な関連を持たないか、むしろ有意な正の関連を示した。一方、法定に拠らないストレスチェックを実施後に職場環境改善を実施することは、解析の一部において労働者の仕事関連ストレスと有意な負の関連を示した。
結論：本研究では、ストレスチェックを実施することと、労働者の仕事関連ストレスの低さとの関連を示すことはできなかった。一方、法定に拠らないストレスチェックを実施し、職場環境改善と組み合わせることで、仕事関連ストレスを抱える労働者を減らすことができる可能性がある。

A．研究目的

労働安全衛生法の改正により、平成 27 年 12 月 1 日より、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場において、労働者に対するストレスチェックの実施が義務化された。合わせて、ストレスチェック後の集団分析に基づく職場環境改善が努力義務化された。労働者のストレス状況の把握、および職場環境改善は産業保健における主要な戦略として挙げられており（Leka et al., 2004）、日本の代表標本に基づく研究においても、職場環境改善の実施と労働者のストレスの低さとの関連が示されている（Watanabe et al, 2017）。しかし、この研究は単年のデータのみを用いた横断研究であり、日本におけるストレスチェック、および職場環境改善の効果を明らかとするにはさらなる検討が必要である。また、実際に法改正後の制度に基づいて実施されたストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善が労働者のストレスの低減と関連しているかどうかは未だ不明である。

本研究は、平成 25 年、平成 27 年、および平成 28 年に実施した労働安全衛生調査（実態調査）の事業所および労働者の個票データを二次解析し、労働者の仕事関連ストレスと、(1) 改正労働安全衛生法施行前のストレスチェック、および職場環境改善との関連をさらに検討すること、(2) 改正法施行後に実施された法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善との関連を検討すること、の 2 つを目的とした。

B．対象と方法

厚生労働省が実施した上記 3 年分の調査データを改正労働安全衛生法施行の前後に分けて、以下の 2 つの研究を実施した：(1) 平成 25 年、および平成 27 年の労働安全衛生調査のデータを用いた連続横断研究、(2) 平成 28 年の労働安全衛生調査のデータを用いた横断研究。調査対象、および調査方法の記述は、厚生労働省（n.d.）が公表している「平成 25 年 労働安全衛生調査（実態調査）」、「平成 27 年 労働安全衛生調査（実態調査）」、および「平成 28 年 労働安全衛生調査（実態調査）」を参考にした。

1．平成 25、27 年連続横断研究

1）対象事業所および対象労働者

平成 25 年、および平成 27 年とも、日本国全域

から層化二段抽出法により無作為に抽出された事業所、および労働者を対象とした。平成 25 年調査では平成 21 年経済センサス基礎調査（総務省, 2011）を、平成 27 年調査では事業所母集団データベース（平成 25 年次フレーム, 総務省統計局, 2012）を、母集団とし、それぞれ 13,124 事業所、および 13,858 事業所を抽出した。2 つの調査における事業所の適格基準は、(1) 日本標準産業分類(総務省, 平成 19 年 11 月改定, 2007）のうちの「農業、林業」(林業に限る)、「鉱業、採石業、砂利採取業」、「建設業」、「製造業」、「電気・ガス・熱供給・水道業」、「情報通信業」、「運輸業、郵便業」、「卸売業、小売業」、「金融業、保険業」、「不動産業、物品賃貸業」、「学術研究、専門・技術サービス業」、「宿泊業、飲食サービス業」、「生活関連サービス業、娯楽業」、「教育、学習支援業」、「医療、福祉」、「複合サービス事業」、「サービス業（他に分類されないもの)」に該当する産業であること、(2) 常用労働者 10 人以上を雇用する民営事業場であること、であった。抽出は産業、および事業所規模別に二段階で行われた。対象となった事業所のうちそれぞれ 11,284 事業所（86.0%)、および 11,974 事業所（86.4%）では事業所調査のみを行い、残りの 1,840 事業所（14.0%)、および 1884 事業所（13.6%)（計 3,724 事業所）から、その事業所に勤務する労働者をそれぞれ 17,200 名、および 18,345 名（計 35,545 名）抽出した。労働者の適格基準は、対象となった事業所で雇用されている常用労働者、および派遣労働者であることであった。

２）調査項目

（１）曝露要因

曝露要因として、事業所票において「労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査(ストレスチェック)」、および「職場環境等の評価及び改善」を実施しているかをそれぞれ 2 件法で尋ねた。平成 27 年調査においては、職場環境改善の項目に「ストレスチェック後の集団（部、課など）ごとの分析を含む」という文言が追加された。

（２）アウトカム

アウトカムとして、労働者の仕事関連ストレスを尋ねた。「あなたは現在の自分の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がありますか」と 2 件法で尋ね、あると回答した労働者は、さらに以下の 6 項目（平成 27 年調査では 2 項目を追加）の中からその内容を 3 つまで選ぶよう教示された。

a) 仕事の質・量

b) 対人関係（セクハラ・パワハラを含む。）

c) 役割・地位の変化等（昇進、昇格、配置転換等)

d) 仕事の失敗、責任の発生等

e) 事故や災害の体験

f) 平成 27 年調査のみ：雇用の安定性

g) 平成 27 年調査のみ：会社の将来性

h) その他

本研究では、仕事関連ストレスの有無、および選択されたストレスの内容数をアウトカムとして扱った（0–3)。平成 24 年の労働者健康状況調査に基づいた先行研究（Watanabe et al., 2014）に準じ、3 つのストレスを選択した労働者は最も重度の仕事関連ストレスを抱える集団として解釈した。

（３）交絡要因

事業所レベルの交絡要因として、事業所規模、業種（日本標準産業分類に基づく)、および事業所において取り組んでいるその他のメンタルヘルスケアの内容数を尋ねた。その他のメンタルヘルスケアの内容は以下の 14 項目からなり、いずれも 2 件法にて尋ねたもののうち実施していると回答した内容の数を計測した。

a) メンタルヘルス対策について、安全衛生委員会等での調査審議

b) メンタルヘルス対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施

c) メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任

d)（メンタルヘルス対策に関する）労働者への教育研修・情報提供

e)（メンタルヘルス対策に関する）管理監督者への教育研修・情報提供

f)（メンタルヘルス対策に関する）事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供

g) 健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルス対策の実施

h) 職場復帰における支援（職場復帰支援プログラムの策定を含む)

i)（メンタルヘルス対策に関する）事業所内での相談体制の整備

j) 地域産業保健センター（地域窓口）を活用したメンタルヘルス対策の実施

k) 都道府県産業保健推進センター（平成 27 年では産業保健総合支援センター）を活用したメンタルヘルス対策の実施

l) 医療機関を活用したメンタルヘルス対策の実施

m) 他の外部機関を活用したメンタルヘルス対策の実施

n) その他

また、労働者レベルの交絡要因として、性別、年代、雇用形態、職種、および今の業務についてからの経験年数を尋ねた。

３）分析

主要な解析として、労働者の仕事関連ストレスの有無（0、1)、およびストレスの内容数（0、1、2、3）をアウトカムとしたマルチレベルロジスティック回帰分析（二項、多項）を実施した。説明変数には、曝露要因、および交絡要因に加え、調査年の効果（平成 25 年調査=0、平成 27 年調査=1）を投入した。加えて、ストレスチェックと職場環境改善の交互作用項、およびこの交互作用項と調査年の 3 次の交互作用項を投入した。
サブグループ解析として、事業所規模（50 名以上、50 名未満)、および性別（男性、女性）による層別解析を実施した。サブグループ解析の際には、それぞれ事業所規模、および性別を交絡要因から除いて解析した。推定方法はロバスト最尤法を採用し、統計解析ソフトは Mplus version 7.4 (Muthén & Muthén, 1998-2015）を使用した。

２．平成 28 年横断研究

１）対象事業所および対象労働者

平成 28 年調査も、上記 2 調査と同様の方法で対象者を抽出した。総務省統計局の事業所母集団データベース（平成 26 年次フレーム）を母集団とし、13,884 事業所、および労働者 18,025 名を抽出した。事業所、および労働者の適格基準は上記 2 調査と同様であったが、日本標準産業分類は平成 25 年 10 月に改定されたもの（総務省, 2013）を使用した。対象となった事業所のうち 11,964 事業所(86.2%）では事業所調査のみを行い、残りの 1,920 事業所（13.8%）から、その事業所に勤務する労働者 18,025 名を抽出した。

２）調査項目

（１）曝露要因

平成 28 年調査においても、事業所票にて同様の曝露要因を取得した。ただし、本調査は改正法施行後に実施されたことから、法定のストレスチェックとそれ以外のストレスチェックを分けて尋ねた。また、職場環境改善についても、ストレスチェック後の職場環境改善とそれ以外のものを分けて扱った。法定ストレスチェックの実施については、まず「ストレスの状況などについて調査票を用いて調査（ストレスチェック)」を実施しているかを尋ね、実施している事業所に対しては、さらにそれが「労働安全衛生法（平成 27 年 12 月 1 日）に基づくストレスチェック」であるのか、「労働安全衛生法（平成 27 年 12 月 1 日）によらず実施した事業所独自のストレスチェック」であるのかを尋ねた。ストレスチェック後の職場環境改善については、まず「職場環境の評価および改善」、および「ストレスチェックの結果の集団（部、課など）ごとの分析」を実施しているかを尋ねた。ストレスチェック後の集団分析を行っている事業所に対しては、さらにその結果をどのように活用しているかを尋ねた。活用の方法は以下の 6 項目からなり、a)、b)、および c)を実施した事業所を「ストレスチェック後の職場環境改善」を実施している事業所と解釈した。

a）業務配分の見直し
b）人員体制・組織の見直し
c）管理監督者向け研修の実施
d）衛生委員会等での審議
e）その他
f）特に活用していない

（２）アウトカム

アウトカム（労働者の仕事関連ストレス）の尋ね方は平成 27 年調査と同様であった。

（３）交絡要因

上記 2 調査に加え、ストレスチェック制度における医師等の専門家による面談等を実施したかどうかを尋ねた。

３）分析

平成 28 年調査においても同様の解析を実施した。ただし、この研究は単年の横断研究であるため、調査年の効果、およびその交互作用項は投入されなかった。

C．結果

１．平成 25 年、27 年連続横断研究

１）事業所、および労働者の基本的属性

対象となった 3,724 事業所、および 35,545 名の労働者のうち、2,277 事業所（回答率 61.1%)、および 20,538 名の労働者（回答率 57.8%）から回答を得た。そのうち、1 事業所につき 2 名以上の労働者から個人票の回答が得られた 2,099 事業所、および労働者 20,517 名を解析の対象とした。1 事業所あたりの労働者回答数は平均 9.8 名(SD=5.1）であった。

表 1～表 4 に、これらの事業所、および労働者個人の属性を、調査年ごとに示した。事業所においてストレスチェック、および職場環境改善を実施している事業所の割合はそれぞれ 30%、および 20%程度で、事業所規模が 50 名以上の事業所において比較的よく実施されていた。ストレスチェックと職場環境改善の両方を実施している事業所の割合は平成 25 年調査で 11.1%、平成 27 年調査で 15.6%であった。労働者のうち仕事関連ストレスを全く感じていない者は平成 25 年調査で 4,611 名(45.4%)、平成 27 年調査で 4,530 名（44.1%）で、残りの約 55%は何らかのストレスを感じていた。そのうち、ストレスの内容を 3 つ（重度のストレス）抱えている労働者は平成 25 年調査で 1,237 名(12.2%)、平成 27 年調査で 1,093 名（10.6%)であった。

２）マルチレベルロジスティック回帰分析の結果

（1）全体結果

表 5、および表 6 に全事業所、および全労働者を対象とした解析結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 5）では、事業所におけるストレスチェック、および職場環境改善の実施は、仕事関連ストレスの有無と正の関連を示したが、それらはいずれも有意でなかった(Exp [γ]=1.05, 95%CI [0.94, 1.18]、および Exp [γ]=1.02, 95%CI [0.87, 1.21])。また、両者の交互作用項は負の関連を示したが、有意な値ではなかった（Exp [γ]=0.63, 95%CI [0.63, 1.02])。

一方、仕事関連ストレスがある労働者をストレスの内容数で分類した多項ロジスティック解析（表 6）では、3 つのストレス（重度のストレス）を抱える労働者に対して、両者の交互作用項が有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.70, 95%CI [0.51, 0.96])。その他の関連はいずれも有意でなかった。

（2）事業所規模による層別解析の結果

表 7、および表 8 に、事業所規模による層別解析の結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 7）では、事業所規模 50 名以上、および 50 名未満のいずれにおいても、ストレスチェック、および職場環境改善の実施は有意な関連を持たなかった。仕事関連ストレスの内容数をアウトカムとした解析（表 8）においても、Crude モデルでは事業所規模 50 名以上の事業所において職場環境改善と重度のストレスを抱える労働者との有意な負の関連が認められたが、交絡要因調整後のモデルでは有意ではなかった。

（3）性別による層別解析の結果

表 9、および表 10 に、性別による層別解析の結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 9）においては、女性において、ストレスチェックの実施と職場環境改善の実施の交互作用項が有意な負の関連を示した(Exp [γ]=0.65, 95%CI [0.45, 0.96])。その他の関連はいずれも有意でなかった。仕事関連ストレスの内容数をアウトカムとした解析（表 10）においては、いずれも有意な関連は認められなかった。

２．平成 28 年横断研究

１）事業所、および労働者の基本的属性

対象となった 1,920 事業所、および 18,345 名の対象となった 1,920 事業所、および 18,345 名の労働者のうち、1,225 事業所（回答率 63.8%）、および労働者 10,109 名（回答率 56.1%）から回答を得た。そのうち、1 事業所につき 2 名以上の労働者から個人票の回答が得られた 1,120 事業所、および労働者 10,090 名を解析の対象とした。1 事業所あたりの労働者回答数は平均 9.0 名（SD=4.4）であった。

表 11、および表 12 に、事業所、および労働者個人の属性を示した。事業所において労働安全衛生法に基づくストレスチェックを実施している事業所の割合は全体で 56.1%で、実施が義務となる事業所規模 50 名以上の事業所では 85.9%の事業所が実施していた。ストレスチェック後の職場環境改善を実施している事業所の割合は全体で 10.3%で、事業所規模 50 名以上の事業所の 17.2%が実施していた。法定ストレスチェックとその後の職場環境改善の両方を実施している事業所の割合は 9.8%であった。

労働者のうち仕事関連のストレスを全く感じていない者は 3,955 名（39.3%）で、残りの 60.7%の労働者は何らかのストレスを感じていた。そのうち、ストレスの内容を 3 つ(重度のストレス）抱えている労働者は 2,085 名（20.7%)であった。

２）マルチレベルロジスティック回帰分析の結果

（1）全体結果

表 13、および表 14 に全事業所、および全労働者を対象とした解析結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 13）では、事業所における法定ストレスチェックの実施が、労働者の仕事関連ストレスの有無と有意な正の関連を示し（Exp [γ]=1.28, 95%CI [1.07, 1.53])、その値は交絡要因の調整後も有意であった（Exp [γ]=1.32, 95%CI [1.06, 1.66])。一方、ストレスチェック後の職場環境改善の実施は、仕事関連ストレスの有無と有意な負の関連を示した(Exp [γ]=0.43, 95%CI [0.20, 0.96])。なお、ストレスチェック後の集団分析の実施と仕事関連ストレスとの関連を検討した解析では、関連は有意な値とはならなかった（表には不記載、Exp [γ]=0.76, 95%CI [0.38, 1.52])。両者の交互作用項は正の関連を示したが、有意な値ではなかった（Exp [γ]=2.01, 95%CI [0.89, 4.52])。

仕事関連のストレスがある労働者をストレスの内容数で分類した多項ロジスティック解析（表 14）でも、1 つ、および 2 つのストレスを抱えることに対して、法定ストレスチェックの実施が有意な正の関連を示した（Exp [γ]=1.33, 95%CI [1.04, 1.70]、および Exp [γ]=1.32, 95%CI [1.01, 1.73])。また、ストレスチェック後の職場環境改善の実施は、1 つのストレスを抱えることに対して有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.55, 95%CI [0.39, 0.77])。なお、ストレスチェック後の集団分析の実施との関連を検討した解析では、関連は有意な値とはならなかった（表には不記載)。

（2）事業所規模による層別解析の結果

表 15、および表 16 に、事業所規模による層別解析の結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 15）では、事業所規模

50 名未満の事業所において、法定ストレスチェックの実施が有意な正の関連を示した（Exp [γ]=1.78, 95%CI [1.17, 2.70]）。一方、事業所規模 50 名以上の事業所において、ストレスチェック後の職場環境改善の実施が有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.56, 95%CI [0.34, 0.92]）。

仕事関連ストレスの内容数をアウトカムとした解析（表 16）においても、事業所規模 50 名未満の事業所において、法定ストレスチェックの実施が 2 つのストレスを抱えることと有意な正の関連を示した（Exp [γ]=2.01, 95%CI [1.32, 3.08]）。加えて、3 つのストレスを抱えることに対しては、法定ストレスチェックとその後の職場環境改善の実施の交互作用項が有意な正の関連を示した（Exp [γ]=2,03, 95%CI [1.10, 3.76]）。事業所規模 50 名以上の事業所においては、ストレスチェック後の職場環境改善の実施が、1 つのストレスを抱えることに対して有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.58, 95%CI [0.38, 0.89]）。

（３）性別による層別解析の結果

表 17、および表 18 に、性別による層別解析の結果を示した。仕事関連ストレスの有無をアウトカムとした解析（表 17）では、男性において、法定ストレスチェックの実施が有意な正の関連を示した（Exp [γ]=1.39, 95%CI [1.07, 1.79]）。また、ストレスチェック後の職場環境改善の実施が有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.34, 95%CI [0.15, 0.78]）。さらに、両者の交互作用が有意な正の値を示した（Exp [γ]=2.59, 95%CI [1.13, 5.94]）。女性においては有意な関連は認められなかった。

仕事関連ストレスの内容数をアウトカムとした解析（表 18）においても、男性において、1 つ、および 2 つのストレスを抱えることに対して、法定ストレスチェックの実施が有意な正の関連を示した（Exp [γ]=1.36, 95%CI [1.01, 1.84]、および Exp [γ]=1.44, 95%CI [1.04, 1.98]）。また、ストレスチェック後の職場環境改善の実施が、1 つのストレスを抱えることに対して有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.57, 95%CI [0.38, 0.87]）。女性においても、ストレスチェック後の職場環境改善の実施が、1 つのストレスを抱えることに対して有意な負の関連を示した（Exp [γ]=0.47, 95%CI [0.27, 0.83]）。

D．考察

本研究は、日本の代表標本を用いて、労働者の仕事関連ストレスと、改正労働安全衛生法施行前後における（法定）ストレスチェック、および（ストレスチェック後の）職場環境改善との関連を検討すること目的とした。2 つの研究結果から、事業場におけるストレスチェックの実施は、労働者の仕事関連ストレスの低さと関連しているとは言えなかった。むしろ、平成 28 年横断研究の結果では、法定ストレスチェックの実施は、労働者がよりストレスを抱えることにつながる可能性が示唆された。したがって、現在日本で実施されているストレスチェック、および職場改善、さらには現行のストレスチェック制度を継続してモニタリングし、改善していくことが必要であると考えられる。一方、法定に拠らないストレスチェックを実施した後に職場環境改善を組み合わせて実施することで、労働者の仕事関連ストレスの低減に効果がある可能性がある。

ストレスチェックを単独で実施することは、労働者の仕事関連ストレスと有意な関連を持たないか、むしろ望ましくない関連を示していた。この結果は、ストレスチェックの実施がストレスの低減に明確な効果があるとは言えないことを示唆している。このような結果が得られた理由として、(1) 改正労働安全衛生法施行前の調査データは、実施されたストレスチェックの内容が調査年によって標準化されていなかったこと、(2) 改正法施行後の調査では、法定ストレスチェックを実施した事業所の中に、もともとメンタルヘルス対策に取り組んでおらずストレスを抱える労働者が多い事業所が含まれており、効果がまだ十分に表れていないこと、メンタルヘルス対策に慣れていない事業所での実施が負担になったこと、等が考えられる。また、平成 28 年横断研究では、法定ストレスチェックに基づいてその後の職場環境改善を行うことも、非有意ではあったが労働者の仕事関連ストレスと望ましくない関連を示していた。この結果は、平成 25 年、27 年連続横断研究による結果とは異なるものである。考えられる理由として、平成 28 年の調査がストレスチェック制度施行後 1 年という時期に行われたものであり、法定ストレスチェックと連動した職場環境改善を行うのは多くの事業所にとって初めての経験となったことから、有効な職場環境改善につなげられなかった可能性が挙げられる。法定ストレスチェックと職場環境改善を上手く連動させて実施することは難しく、一定の年月をかけて機能するようになる可能性がある。以上から、現行のストレスチェック制度がその目的にふさわしい成果を挙げているかどうかを検討するために、さらにモニタリングを行い、場合によってはその方法に改善を加える必要があると考えられる。

一方で、職場環境改善を法定に拠らないストレスチェックに組み合わせて実施することは、労働者の仕事関連ストレスの低減を見込める可能性がある。特に、平成 28 年横断研究においては、法定に拠らないストレスチェック後の職場環境改善の

実施が全体解析、およびサブグループ解析において一貫して認められた。こうした事業所においては、法定ストレスチェック以外の機会に何らかの方法で職場の心理社会的要因に関するアセスメントを実施し、それに基づいた職場環境改善を実施していることが推察され、またそうした活動をストレスチェック制度の法制化前から続けている可能性がある。ストレスチェックと職場環境改善を同時に実施することの重要性は、日本におけるストレスチェック制度の効果評価を行った最新の研究（Imamura et al., in press）でも示されている。さらに、日本の代表標本を用いた研究は本研究が初めてであり、両者を組みわせて実施することの重要性を改めて示唆するものであると考えられる。労働者のストレス低減のためには、ストレスチェックのみを行うのではなく、その後の職場環境改善につなげていくことが重要であると考えられる。

本研究の限界として、横断研究のため因果関係への言及ができないことが挙げられる。特に、平成 28 年横断研究において認められた法定ストレスチェック、および法定ストレスチェックとその後の職場環境改善の交互作用が仕事関連ストレスと正の関連を示したことは、ストレスを抱える労働者の多い事業所で優先的に実施されたために得られた可能性がある。また、回答率の低さによる選択バイアス、自記式回答による測定誤差、および測定できていない変数の交絡の可能性もある。特に、事業者からの支援の状況や事業所を取り巻く外部の状況等が不明であることは、関連の推定にバイアスを生じさせている可能性が考えられる。これらの限界は、今後のさらなる研究による改善が必要であると考えられる。

E．結論

本研究は、平成 25 年、平成 27 年、および平成 28 年の労働安全衛生調査（実態調査）の個票データを用いて、改正労働安全衛生法施行前後に実施されたストレスチェック、および職場環境改善の実施と、労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することを目的とした。結果から、ストレスチェックを実施することと、労働者の仕事関連ストレスの低さとの関連を示すことはできなかった。一方、法定に拠らないストレスチェックを実施し、職場環境改善と組み合わせることで、仕事関連ストレスを抱える労働者を減らすことができる可能性がある。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

I．引用文献

Imamura, K., Asai, Y., & Watanabe, K. (in press). Effects of the national stress check program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study. *Journal of Occupational Health*, in press.

厚生労働省（n.d.）. 平成 25 年　労働安全衛生調査(実態調査). 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h25-46-50.html <2018 年 3 月 9 日>

厚生労働省（n.d.）. 平成 27 年　労働安全衛生調査(実態調査). 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h27-46-50.html <2017 年 3 月 9 日>

厚生労働省（n.d.）. 平成 28 年　労働安全衛生調査(実態調査). 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h28-46-50.html <2018 年 3 月 12 日>

Leka, S., Griffith, A., & Cox, T. (2004). *Organizaion and Stress—Protecting Workers Health Series No. 3.* Geneva. http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3rev.pdf<2018年3月9日>

Muthén, L.K., & Muthén, B. O. (1998–2015). Mplus User's Guide. Seventh edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. http://www.statmodel.com/ugexcerpts.shtml <2018年3月9日>

総務省（2007）. 日本標準産業分類の変遷と第 12 回改定の概要. 総務省. http://www.soumu.go.jp/main_content/000394417.pdf <2018 年 3 月 9 日>

総務省（2013）. 第 1 章　日本標準産業分類の変遷と第 13 回改定の概要. 総務省. http://www.soumu.go.jp/main_content/000290482.pdf <2018 年 3 月 12 日>

総務省（2011）. 平成 21 年経済センサス ―基礎調査（確報）結果の概要. 総務省.

http://www.stat.go.jp/data/e-census/2009/kakuho/gaiyou/pdf/gaiyou.pdf <2018 年 3 月 9 日>

総務省統計局 (2012). 年次フレームに係る基本的な考え方について. 総務省統計局. http://www.stat.go.jp/info/kenkyu/jsdb/pdf/24_2-1-5.pdf<2018 年 3 月 9 日>

Watanabe, K., Tabuchi, T., & Kawakami, N. (2017). Improvement of the work environment and work-related stress: A cross-sectional multilevel study of a nationally representative sample. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *59*, 295-303.

表 1. 事業所の属性（平成 25 年労働安全衛生調査、N=1,039）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=595)	事業所規模 50 名未満 (N=444)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
事業所規模				0 (0.0 %)
10–49 名	444 (42.8)			
50–99 名	174 (16.7)			
100–299 名	177 (17.0)	—	—	
300–499 名	109 (10.5)			
500–999 名	84 (8.1)			
1,000 名以上	51 (4.9)			
業種				0 (0.0 %)
A. 農業 (林業に限る)	37 (3.6)	11 (1.8)	26 (5.9)	
C. 鉱業、採石業、砂利採取業	36 (3.5)	14 (2.4)	22 (5.0)	
D. 建設業	43 (4.1)	24 (4.0)	19 (4.3)	
E. 製造業	284 (27.3)	176 (29.6)	108 (24.3)	
F. 電気・ガス・熱供給・水道業	52 (5.0)	34 (5.7)	18 (4.1)	
G. 情報通信業	24 (2.3)	18 (3.0)	6 (1.4)	
H. 運輸業、郵便業	33 (3.2)	18 (3.0)	15 (3.4)	
I. 卸売業、小売業	63 (6.1)	35 (5.9)	28 (6.3)	
J. 金融業、保険業	65 (6.3)	34 (5.7)	31 (7.0)	
K. 不動産業、物品賃貸業	25 (2.4)	13 (2.2)	12 (2.7)	
L. 学術研究、専門・技術サービス業	41 (3.9)	27 (4.5)	14 (3.2)	
M. 宿泊業、飲食サービス業	43 (4.1)	22 (3.7)	21 (4.7)	
N. 生活関連サービス業、娯楽業	31 (3.0)	20 (3.4)	11 (2.5)	
O. 教育、学習支援業	50 (4.8)	29 (4.9)	21 (4.7)	
P. 医療、福祉	54 (5.2)	34 (5.7)	20 (4.5)	
Q. 複合サービス事業	25 (2.4)	17 (2.9)	8 (1.8)	
R. サービス業 (他に分類されないもの)	133 (12.8)	69 (11.6)	64 (14.4)	
メンタルヘルス対策				
労働者のストレス状況などについて調査票を用いて調査 (ストレスチェック) (A)				0 (0.0%)
していない	724 (69.7)	352 (59.2)	372 (83.8)	
している	315 (30.3)	243 (40.8)	72 (16.2)	
職場環境等の評価および改善 (B)				0 (0.0 %)
していない	827 (79.6)	446 (75.0)	381 (85.8)	
している	212 (20.4)	149 (25.0)	63 (14.2)	
ストレスチェック×集団分析 (A)×(B)				0 (0.0 %)
両方は実施していない	924 (88.9)	502 (84.4)	422 (95.0)	
両方実施している	115 (11.1)	93 (15.6)	22 (5.0)	
その他のメンタルヘルス対策				0 (0.0 %)
3 種類未満	539 (51.9)	208 (35.0)	331 (74.5)	
3 種類以上	500 (48.1)	387 (65.0)	113 (25.5)	

表 2. 事業所の属性（平成 27 年労働安全衛生調査、N=1,060）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=615)	事業所規模 50 名未満 (N=445)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
事業所規模				0 (0.0 %)
10–49 名	445 (42.0)			
50–99 名	160 (15.1)			
100–299 名	207 (19.5)	—	—	
300–499 名	79 (7.5)			
500–999 名	102 (9.6)			
1,000 名以上	67 (6.3)			
業種				0 (0.0 %)
A. 農業 (林業に限る)	29 (2.7)	5 (0.8)	24 (5.4)	
C. 鉱業、採石業、砂利採取業	31 (2.9)	14 (2.3)	17 (3.8)	
D. 建設業	46 (4.3)	26 (4.2)	20 (4.5)	
E. 製造業	315 (29.7)	195 (31.7)	120 (27.0)	
F. 電気・ガス・熱供給・水道業	49 (4.6)	30 (4.9)	19 (4.3)	
G. 情報通信業	29 (2.7)	19 (3.1)	10 (2.2)	
H. 運輸業、郵便業	33 (3.1)	18 (2.9)	15 (3.4)	
I. 卸売業、小売業	67 (6.3)	41 (6.7)	26 (5.8)	
J. 金融業、保険業	71 (6.7)	42 (6.8)	29 (6.5)	
K. 不動産業、物品賃貸業	17 (1.6)	12 (2.0)	5 (1.1)	
L. 学術研究、専門・技術サービス業	36 (3.4)	25 (4.1)	11 (2.5)	
M. 宿泊業、飲食サービス業	49 (4.6)	23 (3.7)	26 (5.8)	
N. 生活関連サービス業、娯楽業	22 (2.1)	9 (1.5)	13 (2.9)	
O. 教育、学習支援業	51 (4.8)	37 (6.0)	14 (3.1)	
P. 医療、福祉	54 (5.1)	27 (4.4)	27 (6.1)	
Q. 複合サービス事業	19 (1.8)	12 (2.0)	7 (1.6)	
R. サービス業 (他に分類されないもの)	142 (13.4)	80 (13.0)	62 (13.9)	
メンタルヘルス対策				
労働者のストレス状況などについて調査票を用いて調査 (ストレスチェック) (A)				0 (0.0%)
していない	759 (71.6)	372 (60.5)	387 (87.0)	
している	301 (28.4)	243 (39.5)	58 (13.0)	
職場環境等の評価および改善 (B)				0 (0.0 %)
していない	843 (79.5)	442 (71.9)	401 (90.1)	
している	217 (20.5)	173 (28.1)	44 (9.9)	
ストレスチェック×集団分析 (A)×(B)				0 (0.0 %)
両方は実施していない	895 (84.4)	478 (77.7)	417 (93.7)	
両方実施している	165 (15.6)	137 (22.3)	28 (6.3)	
その他のメンタルヘルス対策				0 (0.0 %)
3 種類未満	535 (50.5)	198 (32.2)	337 (75.7)	
3 種類以上	525 (49.5)	417 (67.8)	108 (24.3)	

表 3. 労働者個人の属性（平成 25 年労働安全衛生調査、N=10,197）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=7,364)	事業所規模 50 名未満 (N=2,833)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				0 (0.0 %)
男性	6,758 (66.3)	4,932 (67.0)	1,826 (64.5)	
女性	3,439 (33.7)	2,432 (33.0)	1,007 (35.5)	
年齢				0 (0.0 %)
29 歳未満	1,679 (16.5)	1,222 (16.6)	457 (16.2)	
30–39 歳	2,670 (26.2)	1,986 (27.0)	684 (24.1)	
40–59 歳	5,121 (50.2)	3,720 (50.5)	1,401 (49.5)	
60 歳以上	727 (7.1)	436 (5.9)	291 (10.3)	
雇用形態				0 (0.0 %)
正社員	8,201 (80.4)	5,937 (80.6)	2,264 (79.9)	
契約社員	847 (8.3)	640 (8.7)	207 (7.3)	
パートタイム労働者	929 (9.1)	612 (8.3)	317 (11.2)	
臨時・日雇、派遣労働者	220 (2.1)	175 (2.4)	45 (1.6)	
職種				0 (0.0 %)
管理職	1,445 (14.2)	1,070 (14.5)	375 (13.2)	
専門・技術職	2,050 (20.1)	1,527 (20.7)	523 (18.5)	
事務職	3,091 (30.3)	2,342 (31.8)	1,269 (44.8)	
販売職、サービス職	1,220 (12.0)	705 (9.6)	515 (18.2)	
生産工程、輸送、機械、建設、運搬、その他の職	2,391 (23.4)	1,637 (22.2)	754 (26.6)	
今の業務の経験年数				0 (0.0 %)
3 年未満	2,396 (23.5)	1,775 (24.1)	621 (21.9)	
3 年以上	7,801 (76.5)	5,589 (75.9)	2,212 (78.1)	
仕事や職業生活に関する				
強い不安、悩み、ストレスの有無				45 (0.4)
ない	4,611 (45.4)	3,264 (44.5)	1,347 (47.8)	
ある	5,541 (54.6)	4,068 (55.5)	1,473 (52.2)	
ストレスの内容数				45 (0.4)
0 (ない)	4,620 (45.5)	3,268 (44.6)	1,352 (47.9)	
1 つ	2,303 (22.7)	1,664 (22.7)	639 (22.7)	
2 つ	1,992 (19.6)	1,479 (20.2)	513 (18.2)	
3 つ以上 (重度のストレス)	1,237 (12.2)	921 (12.6)	316 (11.2)	

表 4. 労働者個人の属性（平成 27 年労働安全衛生調査、N=10,320）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=7,498)	事業所規模 50 名未満 (N=2,822)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				0 (0.0 %)
男性	6,690 (64.8)	4937 (65.8)	1,753 (62.1)	
女性	3,630 (35.2)	2561 (34.2)	1,069 (37.9)	
年齢				0 (0.0 %)
29 歳未満	1,667 (16.1)	1,243 (16.6)	424 (15.0)	
30–39 歳	2,555 (24.8)	1,887 (25.2)	668 (23.7)	
40–59 歳	5,316 (51.5)	3,916 (52.2)	1,400 (49.6)	
60 歳以上	782 (7.6)	452 (6.0)	330 (11.7)	
雇用形態				0 (0.0 %)
正社員	8,330 (80.7)	6113 (81.5)	2,217 (78.6)	
契約社員	744 (7.2)	559 (7.5)	185 (6.6)	
パートタイム労働者	954 (9.2)	580 (7.7)	374 (13.3)	
臨時・日雇、派遣労働者	292 (2.8)	246 (3.3)	46 (1.6)	
職種				0 (0.0 %)
管理職	1,426 (13.8)	1,093 (14.6)	333 (11.8)	
専門・技術職	2,042 (19.8)	1,502 (20.0)	540 (19.1)	
事務職	3,131 (30.3)	2,497 (33.3)	634 (22.5)	
販売職、サービス職	1,123 (10.9)	637 (8.5)	486 (17.2)	
生産工程、輸送、機械、建設、運搬、その他の職	2,598 (25.2)	1,769 (23.6)	829 (29.4)	
今の業務の経験年数				0 (0.0 %)
3 年未満	2,608 (25.3)	1,982 (26.4)	626 (22.2)	
3 年以上	7,712 (74.7)	5,516 (73.6)	2,196 (77.8)	
仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの有無				41 (0.4)
ない	4530 (44.1)	3,304 (44.1)	1,226 (43.9)	
ある	5749 (55.9)	4,181 (55.9)	1,568 (56.1)	
ストレスの内容数				41 (0.4)
0 (ない)	4,989 (47.7)	3,535 (47.2)	1,363 (48.8)	
1 つ	2,094 (20.4)	1,519 (20.3)	575 (20.6)	
2 つ	2,194 (21.3)	1,598 (21.3)	596 (21.3)	
3 つ以上 (重度のストレス)	1,093 (10.6)	833 (11.1)	260 (9.3)	

表 5. 労働者の仕事関連ストレスの有無とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	Crude model Nj=2,098, Ni=20,431		Interaction model Nj=2,098, Ni=20,431		Adjusted model Nj=2,098, Ni=20,431	
	Exp (γ) [95%CI]	p value	Exp (γ) [95%CI]	p value	Exp (γ) [95%CI]	p value
労働者レベル						
性別 (女性)					1.17 [1.08, 1.26]	<0.001
年代 (Ref : 29 歳未満)						
30–39 歳					1.20 [1.09, 1.33]	<0.001
40–59 歳					1.15 [1.05, 1.27]	0.003
60 歳以上					0.50 [0.42, 0.58]	<0.001
雇用形態 (非正規)					0.70 [0.64, 0.78]	<0.001
経験年数 (3 年以上)					1.20 [1.11, 1.30]	<0.001
職種 (Ref: 事務職)						
管理職					1.25 [1.12, 1.39]	<0.001
専門・技術職					1.17 [1.07, 1.29]	0.001
その他					1.22 [1.12, 1.34]	<0.001
事業所レベル						
事業所規模 (50 名以上)					1.09 [0.98, 1.21]	0.112
業種 (Ref : 製造業)						
卸売業、小売業					0.81 [0.67, 0.97]	0.025
サービス業					0.97 [0.85, 1.10]	0.617
その他					0.89 [0.80, 0.99]	0.025
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)					0.97 [0.88, 1.07]	0.535
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	1.04 [0.91, 1.10]	0.934	1.07 [0.96, 1.20]	0.207	1.05 [0.94, 1.18]	0.392
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.93 [0.84, 1.04]	0.210	1.08 [0.91, 1.27]	0.386	1.02 [0.87, 1.21]	0.775
時間 (平成 25 年=0、平成 27 年=1) (C)	1.07 [0.99, 1.17]	0.102	1.09 [0.99, 1.20]	0.066	1.09 [0.99, 1.20]	0.068
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)			0.79 [0.61, 1.01]	0.060	0.80 [0.63, 1.02]	0.076
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)			0.98 [0.77, 1.24]	0.849	0.99 [0.78, 1.25]	0.926
ランダム効果 (切片)	0.50	<0.001	0.49	<0.001	0.45	<0.001
AIC	27,499.16		27,498.47		27,113.68	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 6. 労働者の仕事関連ストレスの内容数とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	Crude model　Nj=2,098, Ni=20,431			Adjusted model　Nj=2,098, Ni=20,431		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	0.98 [0.89, 1.08]	1.00[0.90, 1.10]	1.07 [0.94, 1.22]	1.02 [0.91, 1.14]	1.03 [0.91, 1.17]	1.12 [0.96, 1.30]
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.92 [0.83, 1.08]	0.97 [0.86, 1.08]	0.91 [0.78, 1.05]	0.98 [0.82, 1.16]	1.03 [0.86, 1.22]	1.08 [0.87, 1.34]
時間 (平成25 年=0、平成27 年=1) (C)	**0.86 [0.79, 1.14]*** **	1.04 [0.95, 1.14]	**0.84 [0.75, 0.94]** **	**0.86 [0.78, 0.94]** **	1.04 [0.94, 1.16]	**0.86 [0.76, 0.98]***
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)				0.87 [0.68, 1.12]	0.84 [0.64, 1.08]	**0.70 [0.51, 0.96]***
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)				1.03 [0.82, 1.31]	1.02 [0.79, 1.31]	0.93 [0.68, 1.27]
AIC		51,420.65			50,895.85	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、性別、年代、雇用形態、経験年数、職種、事業所規模、業種、およびその他のメンタルヘルスケアで調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

表 7. 労働者の仕事関連ストレスの有無とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連：事業所規模別の解析（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	事業所規模 50 名以上				事業所規模 50 名未満			
	Crude model Nj=1,210, Ni=14,817		Adjusted model Nj=1,210, Ni=14,817		Crude model Nj=888, Ni=5,614		Adjusted model Nj=888, Ni=5,614	
	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p
労働者レベル								
性別 (女性)			1.16 [1.06, 1.27]	0.001			1.18 [1.01, 1.37]	0.041
年代 (Ref : 29 歳未満)								
30–39 歳			1.26 [1.13, 1.41]	<0.001			1.06 [0.87, 1.29]	0.569
40–59 歳			1.22 [1.10, 1.36]	<0.001			0.99 [0.82, 1.18]	0.874
60 歳以上			0.49 [0.41, 0.60]	<0.001			0.47 [0.35, 0.61]	<0.001
雇用形態 (非正規)			0.72 [0.65, 0.81]	<0.001			0.65 [0.54, 0.79]	<0.001
経験年数 (3 年以上)			1.15 [1.05, 1.26]	0.003			1.37 [1.17, 1.59]	<0.001
職種 (Ref: 事務職)								
管理職			1.17 [1.04, 1.32]	0.008			1.47 [1.15, 1.87]	0.002
専門・技術職			1.28 [1.15, 1.43]	<0.001			0.92 [0.74, 1.14]	0.428
その他			1.23 [1.11, 1.37]	<0.001			1.17 [0.97, 1.40]	0.106
事業所レベル								
業種 (Ref : 製造業)								
卸売業、小売業			0.88 [0.71, 1.08]	0.222			0.67 [0.46, 1.00]	0.047
サービス業			0.91 [0.78, 1.05]	0.200			1.04 [0.81, 1.34]	0.766
その他			0.84 [0.74, 0.94]	0.003			0.98 [0.80, 1.20]	0.866
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)			0.86 [0.77, 0.97]	0.013			1.20 [0.98, 1.47]	0.076
主効果								
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	0.95 [0.86, 1.06]	0.384	1.04 [0.92, 1.18]	0.504	1.11 [0.87, 1.41]	0.406	1.07 [0.81, 1.41]	0.624
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.90 [0.80, 1.01]	0.075	1.00 [0.82, 1.21]	0.990	1.05 [0.81, 1.36]	0.717	1.06 [0.77, 1.46]	0.731
時間 (平成25 年=0、平成27 年=1) (C)	1.03 [0.93, 1.14]	0.597	1.03 [0.92, 1.16]	0.562	**1.18 [1.00, 1.39]**	**0.047**	**1.21 [1.03, 1.43]**	**0.024**
交互作用								
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)			1.03 [0.62, 1.05]	0.112			0.84 [0.44, 1.60]	0.588
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)			1.04 [0.81, 1.32]	0.795			0.98 [0.46, 2.08]	0.959
ランダム効果 (切片)	0.41	<0.001	0.37	<0.001	0.75	<0.001	0.69	<0.001
AIC	19,951.52		19,677.11		7,532.44		7,415.18	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 8. 労働者の仕事関連ストレスの内容数とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連：事業所規模別の解析（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	事業所規模 50 名以上					
	Crude model　Nj=1,210, Ni=14,817			Adjusted model　Nj=1,210, Ni=14,817		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	0.92 [0.82, 1.02]	0.97 [0.87, 1.09]	1.04 [0.90, 1.21]	0.97 [0.86, 1.11]	1.05 [0.91, 1.21]	1.14 [0.96, 1.35]
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.91 [0.81, 1.03]	0.93 [0.82, 1.06]	**0.82 [0.70, 0.97]***	0.95 [0.77, 1.16]	1.02 [0.83, 1.24]	0.97 [0.75, 1.25]
時間 (平成 25 年=0、平成 27 年=1) (C)	**0.84 [0.76, 0.93]***	1.00 [0.89, 1.12]	**0.84 [0.73, 0.96]***	**0.84 [0.75, 0.94]****	1.00 [0.89, 1.14]	0.87 [0.75, 1.01]
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)				0.90 [0.69, 1.18]	0.82 [0.62, 1.09]	0.77 [0.53, 1.10]
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)				1.06 [0.83, 1.36]	1.03 [0.79, 1.36]	0.92 [0.66, 1.29]
AIC		37,521.46			37,149.04	

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	事業所規模 50 名未満					
	Crude model　Nj=888, Ni=5,614			Adjusted model　Nj=888, Ni=5,614		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	1.24 [0.97, 1.57]	0.97 [0.75, 1.26]	0.95 [0.69, 1.31]	1.24 [0.94, 1.63]	0.91 [0.67, 1.24]	0.94 [0.65, 1.36]
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	1.00 [0.77, 1.30]	1.12 [0.85, 1.46]	1.34 [0.96, 1.86]	1.02 [0.73, 1.41]	1.05 [0.74, 1.47]	1.40 [0.95, 2.06]
時間 (平成 25 年=0、平成 27 年=1) (C)	0.90 [0.77, 1.06]	1.16 [0.97, 1.38]	0.83 [0.67, 1.03]	0.91 [0.77, 1.07]	1.15 [0.96, 1.37]	0.85 [0.68, 1.06]
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)				0.84 [0.43, 1.62]	0.95 [0.49, 1.81]	0.66 [0.29, 1.46]
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)				1.08 [0.49, 2.39]	1.17 [0.56, 2.44]	0.97 [0.36, 2.59]
AIC		13,881.20			13,762.27	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、性別、年代、雇用形態、経験年数、職種、業種、およびその他のメンタルヘルスケアで調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

表 9. 労働者の仕事関連ストレスの有無とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連：男女別の解析（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	男性				女性			
	Crude model Nj=2,022, Ni=13,398		Adjusted model Nj=2,022, Ni=13,398		Crude model Nj=1,792, Ni=7,033		Adjusted model Nj=1,792, Ni=7,033	
	Exp（γ）[95%CI]	p	Exp（γ）[95%CI]	p	Exp（γ）[95%CI]	p	Exp（γ）[95%CI]	p
労働者レベル								
年代 (Ref : 29 歳未満)								
30–39 歳			1.29 [1.14, 1.47]	<0.001			1.09 [0.93, 1.29]	0.281
40–59 歳			1.22 [1.08, 1.38]	0.001			1.09 [0.93, 1.27]	0.285
60 歳以上			0.48 [0.40, 0.58]	<0.001			0.54 [0.41, 0.70]	<0.001
雇用形態 (非正規)			0.72 [0.62, 0.84]	<0.001			0.71 [0.63, 0.81]	<0.001
経験年数 (3 年以上)			1.16 [1.05, 1.29]	0.003			1.27 [1.13, 1.44]	<0.001
職種 (Ref: 事務職)								
管理職			1.23 [1.09, 1.39]	0.001			1.29 [0.95, 1.74]	0.100
専門・技術職			1.07 [0.95, 1.21]	0.271			1.57 [1.34, 1.85]	<0.001
その他			1.25 [1.11, 1.41]	<0.001			1.13 [0.98, 1.30]	0.088
事業所レベル								
事業所規模 (50 名以上)			1.10 [0.97, 1.24]	0.130			1.07 [0.92, 1.25]	0.354
業種 (Ref : 製造業)								
卸売業、小売業			0.66 [0.53, 0.83]	<0.001			1.06 [0.82, 1.36]	0.682
サービス業			0.93 [0.81, 1.08]	0.343			1.09 [0.89, 1.33]	0.420
その他			0.81 [0.72, 0.91]	<0.001			1.04 [0.89, 1.22]	0.606
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)			0.94 [0.83, 1.06]	0.306			1.00 [0.87, 1.16]	0.958
主効果								
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	1.01 [0.90, 1.13]	0.897	1.06 [0.93, 1.21]	0.402	0.97 [0.84, 1.12]	0.682	1.02 [0.86, 1.20]	0.862
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.90 [0.80, 1.02]	0.105	0.97 [0.80. 1.18]	0.764	0.99 [0.84, 1.16]	0.858	1.13 [0.88, 1.45]	0.324
時間 (平成25 年=0、平成27 年=1) (C)	1.07 [0.96, 1.18]	0.212	1.10 [0.99, 1.23]	0.086	1.10 [0.97, 1.25]	0.131	1.08 [0.94, 1.23]	0.273
交互作用								
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)			0.88 [0.66, 1.16]	0.353			**0.65 [0.45, 0.96]**	**0.028**
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)			0.90 [0.70, 1.17]	0.428			1.26 [0.87, 1.82]	0.225
ランダム効果 (切片)	0.51	<0.001	0.47	<0.001	0.54	<0.001	0.46	<0.001
AIC	18,086.85		17,783.71		9,531.73		9,418.17	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 10. 労働者の仕事関連ストレスの内容数とストレスチェック、および職場環境改善の実施との関連：男女別の解析（平成 25 年、平成 27 年調査）

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	男性					
	Crude model　Nj=2,022, Ni=13,398			Adjusted model　Nj=2,022, Ni=13,398		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	1.02 [0.91, 1.14]	0.98 [0.87, 1.11]	1.06 [0.90, 1.23]	1.07 [0.92, 1.23]	1.01 [0.87, 1.18]	1.11 [0.92, 1.33]
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	0.88 [0.77, 1.00]	0.98 [0.85, 1.12]	0.87 [0.73, 1.04]	0.93 [0.75, 1.14]	1.02 [0.82, 1.26]	1.03 [0.79, 1.35]
時間 (平成 25 年=0、平成 27 年=1) (C)	**0.84 [0.76, 0.93]****	1.04 [0.94, 1.17]	**0.79 [0.68, 0.90]****	**0.86 [0.77, 0.97]***	1.08 [0.96, 1.22]	**0.82 [0.70, 0.95]****
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)				0.93 [0.70, 1.24]	0.93 [0.69, 1.26]	0.73 [0.49, 1.07]
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)				0.94 [0.72, 1.23]	0.90 [0.68, 1.19]	0.90 [0.62, 1.30]
AIC	33,745.92			33,358.55		

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	女性					
	Crude model　Nj=1,792, Ni=7,033			Adjusted model　Nj=1,792, Ni=7,033		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
主効果						
ストレスチェックの実施 (実施している) (A)	0.93 [0.80, 1.08]	1.02 [0.87, 1.20]	1.09 [0.89, 1.34]	0.93 [0.78, 1.12]	1.07 [0.88, 1.29]	1.10 [0.86, 1.39]
職場環境等の評価および改善 (実施している) (B)	1.02 [0.86, 1.21]	0.94 [0.77, 1.15]	0.99 [0.78, 1.26]	1.08 [0.84, 1.40]	1.06 [0.77, 1.45]	1.20 [0.87, 1.65]
時間 (平成 25 年=0、平成 27 年=1) (C)	0.88 [0.77, 1.01]	1.03 [0.89, 1.19]	0.96 [0.80, 1.15]	**0.86 [0.74, 0.99]***	0.99 [0.85, 1.15]	0.97 [0.81, 1.17]
交互作用						
ストレスチェック×職場環境改善 (A)×(B)				0.76 [0.51, 1.14]	0.65 [0.41, 1.02]	0.64 [0.38, 1.08]
ストレスチェック×職場環境改善×時間 (A)×(B)×(C)				1.29 [0.87, 1.90]	1.36 [0.89, 2.06]	1.04 [0.62, 1.75]
AIC	17,676.01			17,523.70		

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、年代、雇用形態、経験年数、職種、事業所規模、業種、およびその他のメンタルヘルスケアで調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

表 11. 事業所（N=1,120）の属性（平成 28 年調査）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=575)	事業所規模 50 名未満 (N=545)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
事業所規模				0 (0.0 %)
10–49 名	545 (48.7)			
50–99 名	147 (13.1)			
100–299 名	190 (17.0)	—	—	
300–499 名	90 (8.0)			
500–999 名	78 (7.0)			
1,000 名以上	70 (6.3)			
業種				0 (0.0 %)
A. 農業 (林業に限る)	21 (1.9)	2 (0.3)	19 (3.5)	
C. 鉱業、採石業、砂利採取業	14 (1.3)	4 (0.7)	10 (1.8)	
D. 建設業	61 (5.4)	21 (3.7)	40 (7.3)	
E. 製造業	366 (32.7)	227 (39.5)	139 (25.5)	
F. 電気・ガス・熱供給・水道業	18 (1.6)	12 (2.1)	6 (1.1)	
G. 情報通信業	54 (4.8)	30 (5.2)	24 (4.4)	
H. 運輸業、郵便業	132 (11.8)	79 (13.7)	53 (9.7)	
I. 卸売業、小売業	98 (8.8)	50 (8.7)	48 (8.8)	
J. 金融業、保険業	32 (2.9)	12 (2.1)	20 (3.7)	
K. 不動産業、物品賃貸業	22 (2.0)	6 (1.0)	16 (2.9)	
L. 学術研究、専門・技術サービス業	19 (1.7)	10 (1.7)	9 (1.7)	
M. 宿泊業、飲食サービス業	24 (2.1)	12 (2.1)	12 (2.2)	
N. 生活関連サービス業、娯楽業	58 (5.2)	19 (3.3)	39 (7.2)	
O. 教育、学習支援業	17 (1.5)	9 (1.6)	8 (1.5)	
P. 医療、福祉	21 (1.9)	12 (2.1)	9 (1.7)	
Q. 複合サービス事業	45 (4.0)	26 (4.5)	19 (3.5)	
R. サービス業 (他に分類されないもの)	118 (10.5)	44 (7.7)	74 (13.6)	
メンタルヘルス対策				
労働者のストレス状況などについて調査票を用いて調査 (ストレスチェック)				47 (4.2%)
していない	445 (41.5)	63 (11.3)	382 (74.3)	
法定のストレスチェック (A)	602 (56.1)	480 (85.9)	122 (23.7)	
事業所独自のストレスチェック	26 (2.4)	16 (2.9)	10 (1.9)	
ストレスチェック後の医師等の専門家による面談				101 (9.0%)
ストレスチェック自体を実施していない	445 (43.7)	63 (12.8)	382 (72.8)	
ストレスチェックを実施したが面談を実施していない	255 (25.0)	169 (34.2)	86 (16.4)	
実施 (実施した労働者の割合 5%未満)	261 (25.6)	221 (44.7)	40 (7.6)	
実施 (実施した労働者の割合 5%以上)	58 (5.8)	41 (8.2)	17 (3.3)	
職場環境等の評価および改善				88 (7.9 %)
していない	589 (57.1)	165 (32.2)	424 (81.5)	
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	106 (10.3)	88 (17.2)	18 (3.5)	
上記以外の職場環境の評価および改善	337 (32.7)	259 (50.6)	78 (15.0)	
法定ストレスチェック×その後の職場環境改善 (A)×(B)				119 (10.6 %)
両方は実施していない	445 (44.5)	63 (12.6)	382 (76.1)	
法定ストレスチェックとその後の職場環境改善	98 (9.8)	83 (16.6)	15 (3.0)	
上記の組み合わせ以外	458 (45.8)	353 (70.7)	105 (20.9)	
その他のメンタルヘルス対策				11 (1.0 %)
3 種類未満	602 (54.3)	169 (29.4)	433 (80.9)	
3 種類以上	507 (45.7)	405 (70.6)	102 (19.1)	

表 12. 労働者個人（N=10,090）の属性（平成 28 年調査）

	全体	事業所規模 50 名以上 (N=6,803)	事業所規模 50 名未満 (N=3,287)	Missing (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				0 (0.0 %)
男性	6,842 (67.8)	4,616 (67.9)	2,226 (67.7)	
女性	3,248 (32.2)	2,187 (32.1)	1,061 (32.3)	
年齢				0 (0.0 %)
29 歳未満	1,617 (16.0)	1,156 (17.0)	461 (14.0)	
30–39 歳	2,493 (24.7)	1,689 (24.8)	804 (24.5)	
40–59 歳	5,214 (51.6)	3,558 (56.7)	1,656 (52.9)	
60 歳以上	766 (7.6)	400 (5.9)	366 (11.2)	
雇用形態				0 (0.0 %)
正社員	8,063 (79.9)	5,454 (80.2)	2,609 (79.4)	
契約社員	864 (8.6)	597 (8.8)	267 (8.1)	
パートタイム労働者	881 (8.7)	509 (7.5)	372 (11.3)	
臨時・日雇、派遣労働者	282 (2.8)	243 (2.5)	39 (1.2)	
職種				0 (0.0 %)
管理職	1,383 (13.7)	989 (14.5)	394 (12.0)	
専門・技術職	1,585 (15.7)	1079 (15.9)	506 (15.4)	
事務職	3,049 (30.2)	2,242 (33.0)	807 (24.6)	
販売職、サービス職	1,161 (11.6)	603 (8.8)	558 (17.0)	
生産工程、輸送、機械、建設、運搬、その他の職	2,912 (28.8)	1,890 (27.8)	992 (30.2)	
今の業務の経験年数				0 (0.0 %)
3 年未満	2,535 (25.2)	1,817 (26.7)	718 (21.8)	
3 年以上	7,555 (74.9)	4,986 (73.2)	2,569 (78.1)	
仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの有無				32 (0.3)
ない	3,955 (39.3)	2,605 (38.4)	1,350 (41.2)	
ある	6,103 (60.7)	4,176 (61.6)	1,927 (58.8)	
ストレスの内容数				32 (0.3)
0 (ない)	3,968 (39.5)	2,613 (38.5)	1,355 (41.3)	
1 つ	1,850 (18.4)	1,215 (17.9)	635 (19.4)	
2 つ	2,155 (21.4)	1,502 (22.2)	653 (19.9)	
3 つ以上 (重度のストレス)	2,085 (20.7)	1,451 (21.4)	634 (19.3)	

表 13. 労働者の仕事関連ストレスの有無と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連（平成 28 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	Crude model Nj=981, Ni=8,816		Interaction model Nj=981, Ni=8,816		Adjusted model Nj=960, Ni=8,565	
	Exp (γ) [95%CI]	p value	Exp (γ) [95%CI]	p value	Exp (γ) [95%CI]	p value
労働者レベル						
性別 (女性)					0.99 [0.88, 1.12]	0.908
年代 (Ref : 29 歳未満)						
30–39 歳					1.31 [1.12, 1.53]	0.001
40–59 歳					1.17 [1.01, 1.36]	0.033
60 歳以上					0.54 [0.43, 0.69]	<0.001
雇用形態 (非正規)					0.79 [0.69, 0.92]	0.002
経験年数 (3 年以上)					1.25 [1.11, 1.41]	<0.001
職種 (Ref: 事務職)						
管理職					1.02 [0.86, 1.20]	0.863
専門・技術職					1.09 [0.93, 1.28]	0.274
その他					1.05 [0.92, 1.20]	0.472
事業所レベル						
事業所規模 (50 名以上)					1.07 [0.87, 1.30]	0.534
業種 (Ref : 製造業)						
卸売業、小売業					0.97 [0.76, 1.23]	0.795
サービス業					0.94 [0.78, 1.14]	0.556
その他					0.90 [0.78, 1.05]	0.173
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)					0.76 [0.63, 0.90]	0.002
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施 (Ref : 実施していない)						
法定のストレスチェックを実施 (A)	**1.28 [1.07, 1.53]**	**0.007**	**1.27 [1.06, 1.52]**	**0.009**	**1.32 [1.06, 1.66]**	**0.015**
事業所独自のストレスチェックを実施	1.16 [0.81, 1.68]	0.423	1.33 [0.88, 2.01]	0.178	1.32 [0.86, 2.02]	0.207
医師等の専門家による面談 (Ref : 実施していない)						
実施した					1.05 [0.90, 1.23]	0.509
職場環境等の評価および改善 (Ref : 実施していない)						
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	0.84 [0.68, 1.04]	0.112	0.49 [0.24, 1.01]	0.052	**0.43 [0.20, 0.96]**	**0.040**
上記以外の職場環境の評価および改善	1.04 [0.88, 1.23]	0.627	1.04 [0.89, 1.23]	0.627	1.08 [0.91, 1.28]	0.384
交互作用						
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善 (A)×(B)			1.75 [0.85, 3.63]	0.131	2.01 [0.89, 4.52]	0.091
ランダム効果 (切片)	0.43	<0.001	0.43	<0.001	0.39	<0.001
AIC	11,641.48		11,641.83		11,185.51	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 14. 労働者の仕事関連ストレスの内容数と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連（平成 28 年調査）

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	Crude model　Nj=981, Ni=8,816			Adjusted model　Nj=960, Ni=8,565		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (*γ*) [95%CI]	Exp (*γ*) [95%CI]	Exp (*γ*) [95%CI]	Exp (*γ*) [95%CI]	Exp (*γ*) [95%CI]	Exp (*γ*) [95%CI]
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施 (Ref：実施していない)						
法定のストレスチェックを実施 (A)	**1.23 [1.02, 1.48]***	**1.30 [1.06, 1.60]***	1.17 [0.92, 1.47]	**1.33 [1.04, 1.70]***	**1.32 [1.01, 1.72]***	1.16 [0.88, 1.53]
事業所独自のストレスチェックを実施	1.21 [0.82, 1.77]	1.12 [0.73, 1.72]	1.21 [0.80, 1.82]	1.48 [0.96, 2.28]	1.06 [0.64, 1.75]	1.28 [0.77, 2.13]
職場環境等の評価および改善 (Ref：実施していない)						
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	**0.71 [0.57, 0.89]****	0.85 [0.67, 1.10]	0.88 [0.67, 1.15]	**0.55 [0.39, 0.77]****	0.92 [0.63, 1.35]	0.77 [0.51, 1.17]
上記以外の職場環境の評価および改善	0.97 [0.82, 1.16]	0.95 [0.78, 1.16]	1.18 [0.95, 1.46]	0.82 [0.62, 1.08]	1.05 [0.77, 1.43]	1.08 [0.76, 1.53]
交互作用						
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善 (A)×(B)				1.28 [0.97, 1.69]	0.93 [0.68, 1.28]	1.24 [0.89, 1.72]
AIC	23,499.99			22,655.42		

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、性別、年代、雇用形態、経験年数、職種、事業所規模、業種、その他のメンタルヘルスケア、および医師等の専門家による面談で調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

表 15. 労働者の仕事関連ストレスの有無と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連：事業所規模別の解析（平成 28 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	事業所規模 50 名以上				事業所規模 50 名未満			
	Crude model Nj=491, Ni=5,855		Adjusted model Nj=474, Ni=5,629		Crude model Nj=490, Ni=2,961		Adjusted model Nj=486, Ni=2,936	
	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p	Exp (*y*) [95%CI]	p
労働者レベル								
性別 (女性)			1.06 [0.92, 1.22]	0.449			0.85 [0.68, 1.07]	0.170
年代 (Ref : 29 歳未満)								
30–39 歳			1.29 [1.08, 1.55]	0.006			1.32 [0.98, 1.76]	0.066
40–59 歳			1.17 [0.99, 1.39]	0.062			1.13 [0.85, 1.51]	0.400
60 歳以上			0.53 [0.39, 0.73]	<0.001			0.54 [0.37, 0.80]	0.002
雇用形態 (非正規)			0.80 [0.67, 0.96]	0.018			0.79 [0.61, 1.02]	0.075
経験年数 (3 年以上)			1.18 [1.03, 1.36]	0.017			1.44 [1.15, 1.81]	0.002
職種 (Ref: 事務職)								
管理職			1.12 [0.92, 1.36]	0.249			0.80 [0.57, 1.11]	0.179
専門・技術職			1.19 [1.00, 1.42]	0.051			0.89 [0.64, 1.24]	0.498
その他			1.17 [1.00, 1.37]	0.054			0.85 [0.66, 1.09]	0.200
事業所レベル								
業種 (Ref : 製造業)								
卸売業、小売業			0.78 [0.58, 1.05]	0.103			1.35 [0.90, 2.04]	0.146
サービス業			0.88 [0.70, 1.11]	0.279			0.97 [0.69, 1.37]	0.859
その他			0.93 [0.78, 1.10]	0.391			0.85 [0.62, 1.16]	0.298
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)			0.90 [0.74, 1.09]	0.268			0.52 [0.36, 0.77]	0.001
ストレスチェック制度								
ストレスチェックの実施 (Ref : 実施していない)								
法定のストレスチェックを実施 (A)	1.09 [0.78, 1.51]	0.622	1.12 [0.80. 1.57]	0.519	**1.60 [1.09, 2.35]**	**0.017**	**1.78 [1.17, 2.70]**	**0.006**
事業所独自のストレスチェックを実施	1.02 [0.67, 1.55]	0.927	1.20 [0.75, 1.93]	0.438	1.17 [0.40, 3.46]	0.777	0.81 [0.30, 2.15]	0.666
医師等の専門家による面談 (Ref : 実施していない)								
実施した			0.96 [0.82, 1.12]	0.582			1.48 [0.91, 2.42]	0.115
職場環境等の評価および改善 (Ref : 実施していない)								
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	0.85 [0.68, 1.05]	0.137	**0.56 [0.34, 0.92]**	**0.022**	0.97 [0.42, 2.27]	0.947	1.05 [0.42, 2.64]	0.916
上記以外の職場環境の評価および改善	1.08 [0.91, 1.29]	0.377	1.13 [0.94, 1.36]	0.191	0.86 [0.56, 1.31]	0.478	0.90 [0.61, 1.35]	0.619
交互作用								
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善 (A)×(B)			1.54 [0.94, 2.51]	0.086			不適解	—
ランダム効果 (切片)	0.26	<0.001	0.23	<0.001	0.92	<0.001	0.80	<0.001
AIC	7,732.70		7,373.86		3,889.01		3,797.65	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 16. 労働者の仕事関連ストレスの内容数と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連：事業所規模別の解析（平成 28 年調査）

アウトカム：ストレスの内容数（0, 1, 2, 3） Ref：ストレスの内容数 0 （ストレスが全くない）	事業所規模 50 名以上					
	Crude model　Nj=491, Ni=5,855			Adjusted model　Nj=474, Ni=5,629		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 （重度のストレス）	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 （重度のストレス）
	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施（Ref：実施していない）						
法定のストレスチェックを実施（A）	1.24 [0.87, 1.77]	1.11 [0.76, 1.60]	0.98 [0.66, 1.45]	1.19 [0.82, 1.74]	1.15 [0.78, 1.69]	1.05 [0.70, 1.57]
事業所独自のストレスチェックを実施	1.14 [0.70, 1.85]	1.05 [0.61, 1.82]	1.03 [0.60, 1.76]	1.30 [0.74, 2.30]	0.99 [0.53, 1.84]	1.09 [0.57, 2.10]
職場環境等の評価および改善（Ref：実施していない）						
ストレスチェック後の職場環境改善（B）	**0.72 [0.56, 0.92]****	0.90 [0.68, 1.18]	0.83 [0.62, 1.11]	**0.58 [0.38, 0.89]***	1.10 [0.70, 1.71]	0.84 [0.51, 1.38]
上記以外の職場環境の評価および改善	1.01 [0.83, 1.23]	0.99 [0.78, 1.24]	1.18 [0.93, 1.49]	0.90 [0.62, 1.31]	1.22 [0.83, 1.79]	1.24 [0.80. 1.91]
交互作用						
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善（A）×（B）				1.16 [0.81, 1.68]	0.84 [0.58, 1.23]	1.04 [0.70, 1.55]
AIC		15,677.35			15,004.47	

アウトカム：ストレスの内容数（0, 1, 2, 3） Ref：ストレスの内容数 0 （ストレスが全くない）	事業所規模 50 名未満					
	Crude model　Nj=490, Ni=2,961			Adjusted model　Nj=486, Ni=2,936		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 （重度のストレス）	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 （重度のストレス）
	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]	Exp（γ）[95%CI]
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施（Ref：実施していない）						
法定のストレスチェックを実施（A）	1.41 [0.99, 2.02]	**1.65 [1.15, 2.37]****	1.16 [0.73, 1.84]	1.34 [0.90, 2.00]	**2.01 [1.32, 3.08]****	1.18 [0.71, 1.96]
事業所独自のストレスチェックを実施	1.50 [0.60, 3.73]	0.76 [0.27, 2.17]	1.20 [0.46, 3.16]	1.34 [0.59, 3.07]	0.61 [0.23, 1.67]	0.85 [0.36, 2.01]
職場環境等の評価および改善（Ref：実施していない）						
ストレスチェック後の職場環境改善（B）	0.92 [0.44, 1.90]	0.56 [0.25, 1.28]	1.50 [0.70, 3.23]	0.59 [0.23, 1.48]	0.49 [0.17, 1.43]	1.14 [0.43, 3.00]
上記以外の職場環境の評価および改善	0.91 [0.61, 1.35]	0.77 [0.50, 1.19]	1.12 [0.68, 1.84]	0.73 [0.46, 1.16]	0.67 [0.39, 1.16]	0.86 [0.47, 1.56]
交互作用						
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善（A）×（B）				1.54 [0.88, 2.68]	1.30 [0.68, 2.50]	**2.03 [1.10, 3.76]***
AIC		7,830.23			7,662.89	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、性別、年代、雇用形態、経験年数、職種、業種、その他のメンタルヘルスケア、および医師等の専門家による面談で調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

表 17. 労働者の仕事関連ストレスの有無と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連：男女別の解析（平成 28 年調査）

アウトカム：ストレスの有無	男性				女性			
	Crude model Nj=955, Ni=5,940		Adjusted model Nj=935, Ni=5,743		Crude model Nj=827, Ni=2,876		Adjusted model Nj=810, Ni=2,822	
	Exp (γ) [95%CI]	p	Exp (γ) [95%CI]	p	Exp (γ) [95%CI]	p	Exp (γ) [95%CI]	p
労働者レベル								
年代 (Ref : 29 歳未満)								
30–39 歳			1.53 [1.25, 1.87]	<0.001			1.04 [0.80. 1.34]	0.768
40–59 歳			1.37 [1.14, 1.65]	0.001			0.92 [0.73, 1.16]	0.485
60 歳以上			0.52 [0.38, 0.70]	<0.001			0.57 [0.38, 0.86]	0.008
雇用形態 (非正規)			0.90 [0.70, 1.15]	0.396			0.79 [0.65, 0.96]	0.018
経験年数 (3 年以上)			1.23 [1.07, 1.42]	0.005			1.28 [0.96, 1.72]	0.010
職種 (Ref: 事務職)								
管理職			0.97 [0.80, 1.18]	0.758			0.99 [0.62, 1.57]	0.960
専門・技術職			1.00 [0.82, 1.23]	0.970			1.28 [0.96, 1.72]	0.094
その他			1.00 [0.84, 1.19]	0.971			1.08 [0.88, 1.32]	0.473
事業所レベル								
事業所規模 (50 名以上)			1.00 [0.80, 1.24]	0.965			1.17 [0.88, 1.57]	0.278
業種 (Ref : 製造業)								
卸売業、小売業			1.02 [0.75, 1.40]	0.893			0.87 [0.64, 1.18]	0.359
サービス業			0.95 [0.76, 1.18]	0.642			0.90 [0.68, 1.19]	0.468
その他			0.82 [0.69, 0.98]	0.029			1.00 [0.79, 1.27]	0.994
その他のメンタルヘルスケア (3 つ以上)			0.76 [0.62, 0.94]	0.010			0.76 [0.59, 0.72]	0.026
ストレスチェック制度								
ストレスチェックの実施 (Ref : 実施していない)								
法定のストレスチェックを実施 (A)	**1.30 [1.05, 1.61]**	**0.015**	**1.39 [1.07, 1.79]**	**0.012**	1.21 [0.94, 1.57]	0.145	1.22 [0.86, 1.73]	0.267
事業所独自のストレスチェックを実施	1.35 [0.88, 2.09]	0.170	**1.75 [1.04, 2.95]**	**0.036**	0.90 [0.52, 1.57]	0.714	0.88 [0.46, 1.69]	0.707
医師等の専門家による面談 (Ref : 実施していない)								
実施した			1.06 [0.88, 1.27]	0.549			1.00 [0.79, 1.26]	0.986
職場環境等の評価および改善 (Ref : 実施していない)								
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	0.86 [0.67, 1.11]	0.241	**0.34 [0.15, 0.78]**	**0.010**	0.72 [0.51, 1.02]	0.063	0.67 [0.10, 1.36]	0.675
上記以外の職場環境の評価および改善	1.03 [0.85, 1.26]	0.739	1.05 [0.86, 1.30]	0.622	1.00 [0.79. 1.27]	0.998	1.07 [0.83, 1.36]	0.614
交互作用								
法定ストレスチェック＋その後の職場環境改善 (A)×(B)			**2.59 [1.13, 5.94]**	**0.024**			1.16 [0.17, 7.81]	0.876
ランダム効果 (切片)	0.49	<0.001	0.43	<0.001	0.34	<0.001	0.32	0.002
AIC	7,820.51		7,447.33		3,859.30		3,780.92	

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.

表 18. 労働者の仕事関連ストレスの内容数と法定ストレスチェック、およびストレスチェック後の職場環境改善の実施との関連：男女別の解析 (平成 28 年調査)

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	男性					
	Crude model Nj=955, Ni=5,940			Adjusted model Nj=935, Ni=5,743		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施 (Ref：実施していない)						
法定のストレスチェックを実施 (A)	1.24 [0.98, 1.57]	**1.40 [1.09, 1.80]****	1.15 [0.88, 1.51]	**1.36 [1.01. 1.84]***	**1.44 [1.04, 1.98]***	1.19 [0.89, 1.84]
事業所独自のストレスチェックを実施	1.35 [0.88, 2.07]	1.20 [0.75, 1.93]	1.33 [0.84, 2.10]	**1.88 [1.14, 3.09]***	1.31 [0.72, 2.38]	1.57 [0.93, 3.09]
職場環境等の評価および改善 (Ref：実施していない)						
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	0.80 [0.60, 1.60]	0.85 [0.64, 1.13]	0.91 [0.67, 1.23]	**0.57 [0.38, 0.87]****	0.76 [0.47, 1.21]	0.76 [0.49, 0.87]
上記以外の職場環境の評価および改善	1.03 [0.83, 1.29]	0.89 [0.70. 1.13]	1.19 [0.92, 1.53]	0.81 [0.58, 1.13]	0.85 [0.56, 1.28]	1.02 [0.72, 1.13]
交互作用						
法定ストレスチェック+その後の職場環境改善 (A)×(B)				1.38 [0.99, 1.94]	1.09 [0.73, 1.64]	1.32 [0.94, 1.94]
AIC	15,861.34			15,210.29		

アウトカム：ストレスの内容数 (0, 1, 2, 3) Ref：ストレスの内容数 0 (ストレスが全くない)	女性					
	Crude model Nj=827, Ni=2,876			Adjusted model Nj=810, Ni=2,822		
	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)	ストレスの数 1	ストレスの数 2	ストレスの数 3 (重度のストレス)
	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]	Exp (γ) [95%CI]
ストレスチェック制度						
ストレスチェックの実施 (Ref：実施していない)						
法定のストレスチェックを実施 (A)	1.22 [0.92, 1.62]	1.14 [0.85, 1.52]	1.20 [0.79, 1.83]	1.29 [0.88, 1.90]	1.14 [0.79, 1.64]	1.11 [0.66, 1.88]
事業所独自のストレスチェックを実施	0.94 [0.47, 1.88]	0.96 [0.48, 1.92]	0.95 [0.45, 2.01]	1.02 [0.47, 2.19]	0.81 [0.38, 1.73]	0.89 [0.33, 2.42]
職場環境等の評価および改善 (Ref：実施していない)						
ストレスチェック後の職場環境改善 (B)	**0.54 [0.36, 0.80]****	0.82 [0.56, 1.21]	0.75 [0.46, 1.21]	**0.47 [0.27, 0.83]****	1.20 [0.69, 2.09]	0.75 [0.34, 1.64]
上記以外の職場環境の評価および改善	0.89 [0.68, 1.16]	1.07 [0.81, 1.41]	1.15 [0.78, 1.69]	0.82 [0.53, 1.27]	1.41 [0.96, 2.09]	1.17 [0.60, 2.27]
交互作用						
法定ストレスチェック+その後の職場環境改善 (A)×(B)				1.15 [0.75, 1.79]	0.74 [0.48, 1.14]	1.11 [0.61, 2.02]
AIC	7,640.83			7,499.57		

Note. Mplus 7.4 のロバスト最尤法による推定。Nj：事業所数、Ni：労働者数。Exp: Exponential, CI: Confidence Interval, AIC: Akaike Information Criteria.
Adjusted model は、年代、雇用形態、経験年数、職種、業種、その他のメンタルヘルスケア、および医師等の専門家による面談で調整.
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

平成 27－29 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
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任研究者：川上憲人
分担研究報告書

既存コホートを活用したストレスチェック制度の効果評価

分担研究者　井上 彰臣　北里大学医学部・講師
主任研究者　川上 憲人　東京大学大学院医学系研究科・教授
分担研究者　廣　尚典　産業医科大学産業生態科学研究所・教授
堤　明純　北里大学医学部・教授
島津 明人　北里大学一般教育部・教授
研究協力者　江口　尚　北里大学医学部・講師

本研究は、平成 27 年 12 月 1 日より義務化された「ストレスチェック制度」の導入による労働者の健康状況や勤務環境の変化（高ストレス者の状況、メンタルヘルス不調による休職等の状況、職場環境の変化、労働生産性の向上等）を定量的に評価し、「ストレスチェック制度」が労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）に寄与しているかを明らかにするため、3 年間の研究期間において、以下の調査を実施した。(1) 平成 27 年度：主任研究者らが文部科学省科学研究費補助金（新学術領域研究（研究領域提案型））「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合」（略称：「社会階層と健康」）によって確立した既存コホート（4 事業場：情報サービス業の本社および支社、製薬業の本社、製造業の支社）のデータを活用し、「ストレスチェック制度」導入前における労働者の心理的な負担の程度を把握した。(2) 平成 28 年度：前述の 4 事業場の産業医を対象に、義務化されて初めての「ストレスチェック制度」について、その具体的な実施状況を尋ねる聞き取り調査を行った。(3) 平成 29 年度：前述の 4 事業場のうち、同意の得られた 3 事業場（情報サービス業の本社および支社、製薬業の本社）を対象に、「ストレスチェック制度」導入から 1 年が経過した時点における労働者の心理的な負担の程度を把握し、本制度の導入前後における経年変化を定量的に評価した。その結果、いずれの事業場においても、本制度の導入によって労働者の心理的な負担が軽減されたとは言えなかった。その要因を詳細に検討することはできなかったが、努力義務である集団分析を実施しながらも、その結果に基づく安全衛生委員会での審議や具体的な職場環境改善活動が実施されなかったこと、人事異動に伴うメンバー構成の変化、外部査察への対応に伴う業務の繁忙化などが結果に影響を及ぼした可能性があり、今後、このような各事業場の背景事情を踏まえながら、「ストレスチェック制度」による効果評価を行う必要があると考えられた。

A．はじめに

わが国では、平成 26 年 6 月 25 日に公布された労働安全衛生法の一部を改正する法律に基づき、平成 27 年 12 月 1 日より、常時 50 人以上の労働者を使用する全ての事業場において、「ストレスチェック制度」（労働者に対する心理的な負担の程度を把握するための検査およびその結果に基づく医師による面接指導）を実施することが義務付けられた。本制度は、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）を主な目的として掲げているが、本制度の導入による労働者の健康状況や勤務環境の変化（高ストレス者の状況、メンタルヘルス不調による休職等の状況、職場環境の変化、労働生産性の向上等）を把握し、本制度が本来の目的の達成に寄与しているかを確認することが不可欠である。

そこで本研究では、「ストレスチェック制度」の導入前後における労働者の健康状況や勤務環境の変化を定量的に評価し、「ストレスチェック制度」が労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）に寄与しているかを明らかにするため、3 年間の研究期間において、労働者を対象とした自記式質問紙調査および産業医を対象とした聞き取り調査を実施した。

B．研究の方法

1．平成 27 年度の調査概要

平成 21～25 年度にかけて、主任研究者が代表を務めた文部科学省科学研究費補助金（新学術領域研究（研究領域提案型））「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御：社会科学と健康科学の融合」（略称：「社会階層と健康」）により確立された既存コホート（Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE）のうち、現在も調査を継続している 4 事業場の労働者を対象に、「ストレスチ

ェック制度」導入前における労働者の心理的な負担の程度を把握した。調査対象事業場の内訳は情報サービス業の本社および支社、製薬業の本社、製造業の支社であり、以下、これらをそれぞれA1 事業場、A2 事業場、B 事業場、C 事業場と表記する。

（1）調査対象事業場の概要

A1 事業場および A2 事業場は、同一企業が管轄する情報サービス業であり、前者が本社（労働者数約 750 名）、後者が支社（労働者数約 90 名）である。産業保健スタッフは、A1 事業場、A2 事業場ともに嘱託産業医 1 名、常勤保健師 1 名（通常A1 事業場に勤務し、定期的に A2 事業場へ出向く）で構成されている。これまで（「ストレスチェック制度」が義務化される前まで）の「ストレスチェック制度」に類する法定外の取り組みとしては、前述の J-HOPE に平成 22 年度より参加し、それ以降、毎年 Job Content Questionnaire（以下、JCQ）（Karasek, 1985; Kawakami et al., 1995）を用いて仕事のストレス要因（職場における当該労働者の心理的な負担の原因）および周囲のサポート（職場における他の労働者による当該労働者への支援）を測定するとともに、K6（Kessler et al., 2002; Furukawa et al., 2008）を用いて心理的ストレス反応（心の健康に関する自覚症状）を測定している。また、ポジティブなアウトカム指標として、Utrecht Work Engagement Scale（以下、UWES）（Schaufeli et al., 2002; Shimazu et al., 2008）を用いてワーク・エンゲイジメントを、職業性ストレス簡易調査票（下光ら, 2000）の下位尺度を用いて仕事・生活満足度をそれぞれ測定している。個人結果は、研究者らによって本人宛てに通知しているが、ストレスへの気づきを促すことに主眼を置いているため、個人結果に基づく高ストレス者の選定や医師による面接指導は実施されていない。また、集団分析についても、研究者らによって職場単位（部単位や課単位など）で各測定指標の平均値を算出した結果を事業者宛てに通知するとともに、保健師を通じて安全衛生委員会で集団分析の結果概要が周知されているが、集団分析の結果に基づく審議や、具体的な職場環境改善活動は実施されていない。

B 事業場は製薬業の本社工場（労働者数約 360 名）であり、産業保健スタッフは嘱託産業医 1 名のみで構成されている。これまでの「ストレスチェック制度」に類する法定外の取り組みとしては、A1 事業場および A2 事業場と同様、平成 22 年度より J-HOPE に参加し、それ以降、毎年 JCQ および K6 を用いて仕事のストレス要因、周囲のサポートおよび心理的ストレス反応を測定している。また、ポジティブなアウトカム指標として、UWES を用いてワーク・エンゲイジメントを、職業性ストレス簡易調査票の下位尺度を用いて仕事・生活満足度をそれぞれ測定している。調査結果の通知についても、A1 事業場および A2 事業場と同様、研究者らによって個人結果を本人宛てに通知するとともに、集団分析の結果を事業者宛てに通知しているが、これらの結果に基づく高ストレス者の選定や医師による面接指導、安全衛生委員会での審議や具体的な職場環境改善活動は実施されていない。但し、B 事業場では J-HOPE への参加とは別に、月 45 時間以上の時間外労働者を対象に自記式質問紙（労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト）による調査を自主的に行い、その結果に基づいて高ストレス者を選定し、医師（産業医）による面接指導とそれに基づく就業上の措置を行っている。

C 事業場は製造業の支社工場（労働者数約 1,300 名）であり、産業保健スタッフは、嘱託産業医 4 名、常勤看護師 1 名、常勤事務スタッフ 1 名で構成されている。これまでの「ストレスチェック制度」に類する法定外の取り組みとしては、J-HOPE に参加する以前から、職業性ストレス簡易調査票を用いたストレス調査を自主的に行い、仕事のストレス要因、周囲のサポート、心身のストレス反応を測定している。事業場内で分析を行い、個人結果を本人宛てに通知するだけでなく、独自の基準で高ストレス者を選定し、高ストレス者に対して医師（産業医）による面接指導を行い、就業上の措置に結び付けている（但し、高ストレス者に対する面接指導の申し出の機会は設けておらず、高ストレス者は強制的に面接指導を受けることになっている）。集団分析も事業場内で行い、事業部単位で分析した結果を事業者宛てに通知しているが、集団分析の結果に基づく安全衛生委員会での審議や具体的な職場環境改善活動は実施されていない。

これまでの各調査対象事業場における「ストレスチェック制度」に類する法定外の取り組み状況を表 1 にまとめた。

（2）評価項目

A1 事業場、A2 事業場および B 事業場では、J-HOPE 終了後も継続して自記式質問紙調査に参加し、JCQ を用いて仕事のストレス要因（「仕事の量的負担」、「仕事のコントロール」）および周囲のサポート（「上司のサポート」、「同僚のサポート」）を、K6 を用いて心理的ストレス反応を、UWES を用いてワーク・エンゲイジメントを、職業性ストレス簡易調査票の下位尺度を用いて仕事・生活満足度をそれぞれ測定しているため、これらの指標を評価項目とした。また、本質問紙には、健康関連アウトカムの指標として、過去 1 年

間の疾病休業日数とその原因となった疾患名に関する項目も含まれているため、これらの項目も評価項目に含めることにした。

C 事業場では、J-HOPE 終了後も、以前から自主的に取り組んできた職業性ストレス簡易調査票を用いたストレス調査を継続しているため、職業性ストレス簡易調査票の回答データの提供を依頼し、本調査票に含まれる各種指標（仕事のストレス要因：「仕事の量的負担」、「仕事の質的負担」、「身体的負担」、「職場の対人関係」、「職場環境」、「仕事のコントロール」、「技能の活用」、「仕事の適性」、「働きがい」；周囲のサポート：「上司のサポート」、「同僚のサポート」、「家族・友人のサポート」；心身のストレス反応：「活気」、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」、「抑うつ感」、「身体愁訴」；その他：「仕事・生活満足度」）を評価項目とした。

尚、上記の調査時期は、A1 事業場および A2 事業場が平成 27 年 9～10 月、B 事業場が平成 27 年 10 月、C 事業場が平成 27 年 4～5 月であり、いずれも「ストレスチェック制度」が義務化される前に実施しているため、これらの一連の取り組み（ストレスチェックの実施や調査結果に基づく医師による面接指導など）は法定外の取り組みとして位置づけることができる。

２．平成 28 年度の調査概要

平成 27 年度に調査対象となった 4 事業場の産業医を対象に、義務化されて初めての「ストレスチェック制度」について、その具体的な実施状況を尋ねる聞き取り調査を行った。

（1）平成 27 年度からの変更点

平成 28 年度は、A1 事業場、A2 事業場、C 事業場において、産業保健スタッフの構成に若干の変更が生じた。具体的には、A1 事業場および A2 事業場は、専属産業医 1 名（通常 A1 事業場に勤務し、定期的に A2 事業場へ出向く）、常勤保健師 1 名（平成 28 年 9 月まで勤務し、同年 10 月より他の支社へ異動）による構成となり、C 事業場は、専属産業医 1 名、嘱託産業医 2 名（労働衛生機関所属 1 名、個人契約 1 名）、常勤看護師 1 名による構成となった。

（2）評価項目

産業医を対象とした聞き取り調査では、① 実施代表者、② 共同実施者、③ 実施事務従事者、④ ストレスチェックの受検対象人数、⑤ ストレスチェックの受検者数、⑥ 受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数、⑦「高ストレス者」に選定された人のうち医師による面接指導の申し出をした人数、⑧ 面接指導を実施した医師、⑨ 個人への結果返却の具体的内容、⑩ 集団分析の実施の有無、⑪ 職場環境改善の実施の有無、⑫ ⑪で「あり」と回答した場合、その具体的内容と手順について尋ねた。

３．平成 29 年度の調査概要

平成 27 年度に調査対象となった 4 事業場のうち、同意の得られた 3 事業場（A1 事業場、A2 事業場、B 事業場）を対象に、「ストレスチェック制度」導入から 1 年が経過した時点における労働者の心理的な負担の程度を把握した。尚、使用した自記式質問紙の内容および評価項目は平成 27 年度の調査と同一である。

４．解析方法

産業医を対象とした聞き取り調査については、前述の 12 の評価項目について、聞き取り内容をそのまま記述した。労働者を対象とした自記式質問紙調査については、平成 27 年度の回答データと平成 29 年度の回答データを事業場別に統合し、年度ごとに各評価項目の平均値（±標準偏差）および度数分布を算出した。また、より詳細な実態を把握するため、基本属性（男女、年代、職位・職種）別の解析も行った。尚、各評価項目の経年変化については、平成 27 年度の回答者と平成 29 年度の回答者全員を解析対象とした（対応のない t 検定および Fisher の正確確率検定を使用した）場合と、平成 27 年度と平成 29 年度の両方に回答した者のみを解析対象とした（対応のある t 検定および McNemar 検定を使用した）場合の 2 パターンで検討した。また、前述の通り、C 事業場では、平成 29 年度の調査への参加同意が得られなかったため、平成 27 年度の評価項目およびそれらを加工した各種変数（「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」に提示されている基準を用いた場合の高ストレス者の該当／非該当など）について、労働者全体および基本属性（男女、年代、職位・職種、雇用形態）別の平均値（±標準偏差）と度数分布を参考として掲載した。

５．倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、北里大学医学部・病院倫理委員会（承認番号：B12-103、B15-113）および産業医科大学倫理委員会（承認番号：H26-115、H27-140、H28-111）の承認を得た。

Ｃ．結果

１．産業医を対象とした聞き取り調査：平成 28 年度（義務化されて初めて）の「ストレスチェック制度」の実施状況

A1 事業場では、平成 28 年 6 月に専属産業医を

実施代表者、1 名の常勤保健師（平成 28 年 9 月まで勤務）を共同実施者、1 名の衛生管理者（人事課所属）と 3～4 名の外部 EAP 機関の職員を実施事務従事者としてストレスチェックを実施した（職業性ストレス簡易調査票を使用）。ストレスチェックの受検対象人数（産休・育休・病欠者を除く）は 750 名であり、このうち、ストレスチェックを受検したのは 749 名であった（受検率 99.9%）。受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数は 75 名であり（選定率 10.0%）、このうち、医師による面接指導を申し出たのは 16 名であった（申出率 21.3%）。面接指導はストレスチェックの実施代表者である専属産業医によって行われた。ストレスチェックの個人への結果返却に際しては、個人結果の概要（あなたのストレスプロフィール）とともにセルフケアの方法と利用可能な相談窓口に関する情報が伝えられた。集団分析も実施しており、A1 事業場、A2 事業場、その他の事業場を含む企業全体の結果はイントラネット上で労働者も閲覧できるようになっている。部署単位の結果概要については、安全衛生委員会で周知するとともに、本部長宛てにも通知されているが、集団分析の結果に基づく具体的な職場環境改善活動は実施されていない。

A2 事業場では、A1 事業場と同様、平成 28 年 6 月に専属産業医を実施代表者、1 名の常勤保健師（平成 28 年 9 月まで勤務）を共同実施者、1 名の衛生管理者（人事課所属）と 3～4 名の外部 EAP 機関の職員を実施事務従事者としてストレスチェックを実施した（職業性ストレス簡易調査票を使用）。ストレスチェックの受検対象人数（産休・育休・病欠者を除く）は 85 名であり、全員がストレスチェックを受検した（受検率 100%）。受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数は 9 名であり（選定率 10.6%）、このうち、医師による面接指導を申し出たのは 2 名であった（申出率 22.2%）。面接指導はストレスチェックの実施代表者である専属産業医によって行われた。ストレスチェックの個人への結果返却および集団分析の結果通知に関する実施状況は A1 事業場と同様である。

B 事業場では、平成 28 年 9～10 月に本研究組織の医師（堤）を実施代表者、1 名の嘱託産業医を共同実施者、1 名の衛生管理者（総務人事部所属）を実施事務従事者としてストレスチェックを実施した（J-HOPE の自記式質問紙を使用）。ストレスチェックの受検対象人数（産休・育休・病欠者を除く）は 368 名であり、全員がストレスチェックを受検した（受検率 100%）。受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数は 50 名であり（選定率 13.6%）、このうち、医師による面接指導を申し出たのは 5 名であった（申出率 10%）。面接指導はストレスチェックの共同実施者である嘱託産業医によって行われた。ストレスチェックの個人への結果返却に際しては、個人結果の概要（J-HOPE 所定の結果返却書式）とともにセルフケアの方法と利用可能な相談窓口に関する情報が伝えられた。集団分析も実施しており、J-HOPE 所定の結果返却書式を衛生管理者（実施事務従事者）宛てに送付しているが、集団分析の結果に基づく具体的な職場環境改善活動は実施されていない。

C 事業場では、平成 28 年 10 月に専属産業医を実施代表者、1 名の嘱託産業医（労働衛生機関所属）を共同実施者、1 名の常勤看護師と 2 名の安全衛生担当者を実施事務従事者としてストレスチェックを実施した（職業性ストレス簡易調査票を使用）。ストレスチェックの受検対象人数（産休・育休・病欠者を除く）は 1,158 名であり、このうち、ストレスチェックを受検したのは 1,079 名であった（受検率 93.2%）。受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数は 118 名であり（選定率 10.9%）、このうち、医師による面接指導を申し出たのは 3 名であった（申出率 2.5%）。面接指導はストレスチェックの実施者である専属産業医と嘱託産業医によって行われた。ストレスチェックの個人への結果返却に際しては、個人結果の概要（あなたのストレスプロフィール）とともにセルフケアの方法に関する情報が伝えられた。集団分析については今後実施予定であるが、現時点では集団分析の結果に基づく職場環境改善を行う予定はない。

上記 4 事業場における平成 28 年度の「ストレスチェック制度」の実施状況を表 2-1～2-4 にまとめた。

２．労働者を対象とした自記式質問紙調査：「ストレスチェック制度」導入前後における労働者の心理的な負担の経年変化

A1 事業場および A2 事業場の基本属性を表 3-1 に、B 事業場および C 事業場の基本属性を表 3-2 に示した（前述の通り、C 事業場では平成 29 年度の調査参加の同意が得られなかったため、平成 27 年度の基本属性のみを掲載した）。A1 事業場、A2 事業場、B 事業場については、平成 27 年度の回答者、平成 29 年度の回答者、平成 27 年度と平成 29 年度の両方に回答した者のそれぞれについて基本属性を示したが、いずれの事業場も年度間で基本属性の分布に大きな変化は認められなかった。

自記式質問紙調査の各評価項目について、A1 事業場の経年変化を表 4-1～4-10 に、A2 事業場の経年変化を表 5-1～5-8 に、B 事業場の経年変化を表 6-1～6-10 に示した。労働者全体の解析と基

本属性（男女、年代、職位・職種）別の解析を行い、平成 27 年度の回答者と平成 29 年度の回答者全員を解析対象とした（対応のない）結果を前半（表 4-1～4-5、表 5-1～5-4、表 6-1～6-5）に、平成 27 年度と平成 29 年度の両方に回答した者のみを解析対象とした（対応のある）結果を後半（表 4-6～4-10、表 5-5～5-8、表 6-6～6-10）に示した。尚、C 事業場については平成 27 年度の結果のみを表 7-1～7-2 に掲載した。

A1 事業場の労働者全体における対応のない解析では、仕事の量的負担の有意な低下が認められた。また、有意傾向のものとして、仕事のコントロールの低下、仕事・生活満足度の上昇、過去 1 年間の疾病休業日数 4～6 日の経験割合の上昇が認められた。一方、対応のある解析では、仕事のコントロール、同僚のサポート、ワーク・エンゲイジメントの有意な低下が認められるとともに、過去 1 年間の疾病休業経験割合の有意な上昇が認められた。

A2 事業場の労働者全体における解析では、対応のない解析、対応のある解析ともに、いずれの評価項目においても有意な変化は認められなかった。但し、有意傾向のものとして、対応のない解析では、ワーク・エンゲイジメントの低下が、対応のある解析では、仕事のコントロールの上昇が認められた。

B 事業場の労働者全体における対応のない解析では、心理的ストレス反応（心理的ストレス相当の有所見割合）の有意な上昇が認められた。また、有意傾向のものとして、ワーク・エンゲイジメントの低下、過去 1 年間の疾病休業日数 1～3 日の経験割合の上昇、7～29 日の経験割合の低下が認められた。一方、対応のある解析では、仕事の量的負担、心理的ストレス反応（平均値および心理的ストレス相当の有所見割合）、過去 1 年間の疾病休業日数 1～3 日の経験割合の有意な上昇が認められるとともに、上司のサポート、同僚のサポート、ワーク・エンゲイジメントの有意な低下が認められた。

尚、これらの解析を基本属性別に行った場合、労働者全体を対象とした結果と概ね同様の傾向を示す場合もあれば、全く異なる傾向を示す場合もあり、「ストレスチェック制度」導入前後における各評価項目の経年変化は、基本属性によって様々であった。

D．考察

本研究では、3 年間の研究期間において、労働者を対象とした自記式質問紙調査および産業医を対象とした聞き取り調査を実施し、「ストレスチェック制度」が労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）に寄与しているかを定量的に評価した。

平成 29 年度の調査対象となった 3 事業場では、いずれも平成 28 年度（義務化されて初めて）のストレスチェックの受検率が高く、対象者のほぼ全員（A1 事業場では 99.9%、A2 事業場および B 事業場では 100%）がストレスチェックを受検していた。前述の通り、これらの事業場では、いずれも J-HOPE の自記式質問紙によるストレス調査を 5 年以上継続して実施しているため、既にストレスチェックを受検する職場風土が醸成されていた可能性がある。

しかし、これらの事業場では、同僚のサポートや心理的ストレス反応、ワーク・エンゲイジメントなど、「ストレスチェック制度」導入前に比べ、導入後の方が却って悪化した評価項目も散見され、必ずしも「ストレスチェック制度」の導入によって、労働者の心理的な負担が軽減されたとは言えなかった。本研究では、その要因を詳細に検討することはできなかったが、例えば、努力義務である集団分析は実施したが、その結果に基づく安全衛生委員会での審議や、具体的な職場環境改善活動は実施されなかったこと、「ストレスチェック制度」の義務化によって、労働者の「職場環境」や「ストレス」に対する関心が高まり、より厳しく評価するようになったことなどが結果に影響を及ぼした可能性がある。また、人事異動に伴うメンバー構成の変化や、外部査察への対応に伴う業務の繁忙化など、「ストレスチェック制度」の導入とは関係のない、事業場内外の要因も影響を及ぼした可能性があり（実際、A1 事業場および A2 事業場では、調査期間中に大幅な人事異動があり、また B2 事業場では、経営コンサルタントの導入や海外からの査察への対応によって、業務量が増加傾向にある）、今後、このような各事業場の背景事情を踏まえながら、「ストレスチェック制度」による労働者の心理的な負担の経年変化を見ていく必要がある。

E．結論

本研究では、「ストレスチェック制度」の実施が義務付けられた 3 事業場をを対象に、本制度の導入前後における労働者の心理的な負担の経年変化を定量的に評価したが、いずれの事業場においても、本制度の導入によって労働者の心理的な負担が軽減されたとは言えなかった。その要因を詳細に検討することはできなかったが、集団分析の結果に基づく具体的な職場環境改善活動が実施されなかったことや、「ストレスチェック制度」の導入とは関係のない、事業場内外の様々な要因が結果に影響を及ぼした可能性が考えられた。

今後、このような各事業場の背景事情を踏まえながら、「ストレスチェック制度」による労働者

の心理的な負担の経年変化を見ていくとともに、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止に不可欠な職場環境改善活動の実施による効果評価を行っていく必要がある。

Ｆ．健康危険情報

該当せず。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

井上彰臣. 過重労働によるうつ病の予防対策. 臨床精神医学 2015; 44(4): 479–486.

井上彰臣, 日野亜弥子. 長時間労働をしてもメンタルヘルス不調にならない労働者―その背景にある職場環境とは？産業保健と看護 2016; 8(5): 37–39.

井上彰臣. 仕事の要求度－コントロールモデル / 要求度－コントロール－社会的支援モデル. ストレス科学 2016; 31(1): 1–11.

Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? Journal of Occupational Health 2017; 59(4): 356–360.

Watanabe K, Kawakami N, Imamura K, Inoue A, Shimazu A, Yoshikawa T, Hiro H, Asai Y, Odagiri Y, Yoshikawa E, Tsutsumi A. Pokémon GO and psychological distress, physical complaints, and work performance among adult workers: a retrospective cohort study. Scientific Reports 2017; 7(1): 10758.

Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. Journal of Occupational Health 2018; 60(1): 55–63.

井上彰臣, 川上憲人, 島津明人, 堤明純. ストレスチェック制度の効果評価－事業場調査から－. ストレス科学 2018; 32(3): 235–246.

浅井裕美, 今村幸太郎, 堤明純, 島津明人, 井上彰臣, 廣尚典, 小田切優子, 吉川徹, 吉川悦子, 川上憲人. ストレスチェック制度施行開始１年度の実施状況，有用性および課題：労働者へのインターネット調査. 産業ストレス研究 2018; 25(2): 257–271.

Imamura K, Asai Y, Watanabe K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yoshikawa T, Yoshikawa E, Kawakami N. Effect of the National Stress Check Program on mental health among workers in Japan: a 1-year retrospective cohort study. Journal of Occupational Health 2018 (in press)

２．学会発表

井上彰臣.（仕事の）要求度－コントロール（－社会的支援）モデル. 第 31 回日本ストレス学会学術総会, 2015 年 11 月, 東京.

川上憲人, 浅井裕美, 井上彰臣, 小田切優子, 島津明人, 吉川徹, 堤明純, 廣尚典, 吉川悦子. インターネット労働者コホートによるストレスチェック制度の実施状況の把握と効果評価. 第 90 回日本産業衛生学会, 2017 年 5 月, 東京.

Kawakami N, Asai Y, Imamura K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yoshikawa T, Yoshikawa E. Effect of the national Stress Check Program on mental health of workers in Japan: a retrospective cohort study. 6th International Congress of the International Commission on Occupational Health － Work Organization and Psychosocial Factors. August 2017, Mexico City, Mexico.

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当せず。

Ｉ．引用文献

Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International Journal of Methods in Psychiatric Research 2008; 17(3): 152–158.

Karasek R. Job Content Questionnaire and user's guide. Lowell (MA): University of Massachusetts at Lowell, 1985.

Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H. 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. International Journal of Behavioral Medicine 1995; 2(4): 358–375.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine 2002; 32(6): 959–976.

Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of

Happiness Studies 2002; 3(1): 71–92.
Shimazu A, Schaufeli WB, Kosugi S, Suzuki A, Nashiwa H, Kato A, Sakamoto M, Irimajiri H, Amano S, Hirohata K, Goto R, Kitaoka-Higashiguchi K. Work engagement in Japan: validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. Applied Psychology: An International Review 2008; 57(3): 510–523.
下光輝一, 原谷隆史, 中村賢, 川上憲人, 林剛司, 廣尚典, 荒井稔, 宮崎彰吾, 古木勝也, 大谷由美子, 小田切優子. 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. 班長 加藤正明. 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」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: 労働省, 2000: 126–164.

表１．これまで（「ストレスチェック制度」義務化前まで）の調査対象事業場における「ストレスチェック制度」に類する取り組み状況

	A1 事業場	A2 事業場	B 事業場 ‡	C 事業場
ストレスチェック				
質問紙の配布・記入	△	△	△（一部○）	○
ストレス状況の評価 †	△	△	△（一部○）	○
高ストレス者の選定（医師による面接指導の要否の判定）	×	×	一部○	○
本人に結果を通知	△	△	△（一部○）	○
医師による面接指導				
本人からの面接指導の申し出	×	×	一部○	×
医師による面接指導の実施	×	×	一部○	○
就業上の措置に関する医師からの意見聴取	×	×	一部○	○
就業上の措置の実施	×	×	一部○	○
集団分析（努力義務）				
個人の結果を一定規模の集団ごとに集計・分析	△	△	△	○
職場環境の改善	×	×	×	×

○：事業場内での自主的な活動として実施、△：研究者主導（調査への参加）による活動として実施、×：未実施.

† A1 事業場、A2 事業場、B 事業場は Job Content Questionnaire（JCQ）および K6 を使用、C 事業場は職業性ストレス簡易調査票を使用.

‡ B 事業場では、研究者主導（調査への参加）による活動とは別に、事業場内での自主的な活動として、月 45 時間以上の時間外労働者を対象に自記式質問紙（労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト）による調査を実施し、その結果に基づいて高ストレス者を選定し、医師（産業医）による面接指導とそれに基づく就業上の措置を行っている（これを「一部○」と表記している）。

表２－１．A1 事業場における平成 28 年度（義務化されて初めて）の「ストレスチェック制度」の実施状況

1. 実施代表者	専属産業医
2. 共同実施者	常勤保健師 1 名（平成 28 年 9 月まで勤務）
3. 実施事務従事者	衛生管理者（人事課所属）1 名、外部 EAP 機関の職員 3～4 名
4. ストレスチェックの受検対象人数	750 名（産休・育休・病欠者を除く）
5. ストレスチェックの受検者数	749 名（受検率 99.9%）
6. 受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数	75 名（選定率 10.0%）
7. 「高ストレス者」に選定された人のうち 医師による面接指導の申し出をした人数	16 名（申出率 21.3%）
8. 面接指導を実施した医師	専属産業医（実施代表者と同一人物）
9. 個人への結果返却の具体的内容	個人結果の概要（あなたのストレスプロフィール）、セルフケアの方法、利用可能な相談窓口の案内
10. 集団分析の実施の有無	あり（A1 事業場、A2 事業場、その他の事業場を含む企業全体の結果はイントラネット上で労働者も閲覧可。部署単位の結果は安全衛生委員会で周知するとともに、本部長宛てに通知）
11. 職場環境改善の実施の有無	なし
12. 職場環境改善の具体的内容と手順	－

表２－２．A2 事業場における平成 28 年度（義務化されて初めて）の「ストレスチェック制度」の実施状況

1. 実施代表者	専属産業医
2. 共同実施者	常勤保健師 1 名（平成 28 年 9 月まで勤務）
3. 実施事務従事者	衛生管理者（人事課所属）1 名、外部 EAP 機関の職員 3～4 名
4. ストレスチェックの受検対象人数	85 名（産休・育休・病欠者を除く）
5. ストレスチェックの受検者数	85 名（受検率 100%）
6. 受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数	9 名（選定率 10.6%）
7. 「高ストレス者」に選定された人のうち 医師による面接指導の申し出をした人数	2 名（申出率 22.2%）
8. 面接指導を実施した医師	専属産業医（実施代表者と同一人物）
9. 個人への結果返却の具体的内容	個人結果の概要（あなたのストレスプロフィール）、セルフケアの方法、利用可能な相談窓口の案内
10. 集団分析の実施の有無	あり（A1 事業場、A2 事業場、その他の事業場を含む企業全体の結果はイントラネット上で労働者も閲覧可。部署単位の結果は安全衛生委員会で周知するとともに、本部長宛てに通知）
11. 職場環境改善の実施の有無	なし
12. 職場環境改善の具体的内容と手順	－

表２－３．B 事業場における平成 28 年度（義務化されて初めて）の「ストレスチェック制度」の実施状況

1. 実施代表者	本研究組織の医師（堤）
2. 共同実施者	嘱託産業医 1 名
3. 実施事務従事者	衛生管理者（総務人事部所属）1 名
4. ストレスチェックの受検対象人数	368 名（産休・育休・病欠者を除く）
5. ストレスチェックの受検者数	368 名（受検率 100%）
6. 受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数	50 名（選定率 13.6%）
7. 「高ストレス者」に選定された人のうち 医師による面接指導の申し出をした人数	5 名（申出率 10%）
8. 面接指導を実施した医師	嘱託産業医（共同実施者と同一人物）
9. 個人への結果返却の具体的内容	個人結果の概要（J-HOPE 所定の結果返却書式）、セルフケアの方法、利用可能な相談窓口の案内
10. 集団分析の実施の有無	あり（J-HOPE 所定の結果返却書式を実施事務従事者宛てに送付）
11. 職場環境改善の実施の有無	なし
12. 職場環境改善の具体的内容と手順	－

表２－４．C 事業場における平成 28 年度（義務化されて初めて）の「ストレスチェック制度」の実施状況

1. 実施代表者	専属産業医
2. 共同実施者	嘱託産業医 1 名
3. 実施事務従事者	常勤看護師 1 名、安全衛生担当者 2 名
4. ストレスチェックの受検対象人数	1,158 名（産休・育休・病欠者を除く）
5. ストレスチェックの受検者数	1,079 名（受検率 93.2%）
6. 受検者のうち「高ストレス者」に選定された人数	118 名（選定率 10.9%）
7. 「高ストレス者」に選定された人のうち 医師による面接指導の申し出をした人数	3 名（申出率 2.5%）
8. 面接指導を実施した医師	専属産業医、嘱託産業医（実施代表者、共同実施者と同一人物）
9. 個人への結果返却の具体的内容	個人結果の概要（あなたのストレスプロフィール）、セルフケアの方法
10. 集団分析の実施の有無	本社一括管理のため、今後実施予定
11. 職場環境改善の実施の有無	なし
12. 職場環境改善の具体的内容と手順	－

表３－１．A1 事業場および A2 事業場における自記式質問紙調査の回答者の基本属性

基本属性	A1 事業場			A2 事業場		
	平成 27 年度回答者	平成 29 年度回答者	両年度回答者（平成 27＋29 年度）	平成 27 年度回答者	平成 29 年度回答者	両年度回答者（平成 27＋29 年度）
性別						
男性	431 (69.1)	414 (68.2)	348 (70.7)	38 (51.4)	39 (56.5)	21 (53.8)
女性	193 (30.9)	193 (31.8)	144 (29.3)	36 (48.6)	30 (43.5)	18 (46.2)
年齢						
20 歳代以下	71 (11.4)	65 (10.7)	49 (10.0)	4 (5.4)	1 (1.4)	－(0.0)
30 歳代	219 (35.1)	172 (28.3)	175 (35.6)	13 (17.6)	7 (10.1)	6 (15.4)
40 歳代	224 (35.9)	233 (38.4)	181 (36.8)	33 (44.6)	30 (43.5)	18 (46.2)
50 歳代	107 (17.1)	131 (21.6)	84 (17.1)	24 (32.4)	29 (42.0)	15 (38.5)
60 歳代以上	3 (0.5)	6 (1.0)	3 (0.6)	－(0.0)	2 (2.9)	－(0.0)
職位・職種						
管理職	135 (21.6)	142 (23.4)	111 (22.6)	11 (14.9)	9 (13.0)	4 (10.3)
専門・技術職	189 (30.3)	167 (27.5)	154 (31.3)	5 (6.8)	6 (8.7)	3 (7.7)
事務職	126 (20.2)	140 (23.1)	97 (19.7)	22 (29.7)	15 (21.7)	7 (17.9)
現業職	174 (27.9)	158 (26.0)	130 (26.4)	36 (48.6)	39 (56.5)	25 (64.1)
雇用形態						
正規社員	－	－	－	－	－	－
非正規社員	－	－	－	－	－	－

表３－２．B 事業場および C 事業場における自記式質問紙調査の回答者の基本属性

基本属性	B 事業場			C 事業場 †		
	平成 27 年度回答者	平成 29 年度回答者	両年度回答者（平成 27＋29 年度）	平成 27 年度回答者	平成 29 年度回答者	両年度回答者（平成 27＋29 年度）
性別						
男性	179 (49.9)	188 (50.5)	165 (50.6)	888 (69.4)	－	－
女性	180 (50.1)	184 (49.5)	161 (49.4)	391 (30.6)	－	－
年齢						
20 歳代以下	63 (17.5)	68 (18.3)	54 (16.6)	165 (12.9)	－	－
30 歳代	96 (26.7)	84 (22.6)	88 (27.0)	283 (22.1)	－	－
40 歳代	123 (34.3)	139 (37.4)	120 (36.8)	383 (29.9)	－	－
50 歳代	49 (13.6)	60 (16.1)	47 (14.4)	355 (27.8)	－	－
60 歳代以上	28 (7.8)	21 (5.6)	17 (5.2)	93 (7.3)	－	－
職位・職種						
管理職	75 (20.9)	78 (21.0)	71 (21.8)	－	－	－
専門・技術職	42 (11.7)	44 (11.8)	40 (12.3)	－	－	－
事務職	53 (14.8)	60 (16.1)	48 (14.7)	－	－	－
現業職	189 (52.6)	190 (51.1)	167 (51.2)	－	－	－
雇用形態						
正規社員	－	－	－	1,080 (84.4)	－	－
非正規社員	－	－	－	199 (15.6)	－	－

† C 事業場では平成 29 年度のデータ提供の同意が得られなかったため、平成 27 年度のデータのみを掲載.

表４－１．A1 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	平成 27 年度回答者(N=624)	平成 29 年度回答者(N=607)	平成 27 年度回答者(N=431)	平成 29 年度回答者(N=414)	平成 27 年度回答者(N=193)	平成 29 年度回答者(N=193)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	33.7 (5.37)	33.0 (5.55) *	34.0 (5.02)	33.5 (5.62)	32.9 (6.01)	31.8 (5.23) †
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	65.7 (9.05)	64.8 (9.16) †	66.9 (8.75)	65.5 (8.87) *	62.9 (9.12)	63.3 (9.58)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.9 (2.45)	10.8 (2.43)	11.2 (2.32)	10.8 (2.44) *	10.2 (2.58)	10.8 (2.40) *
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.5 (1.81)	11.3 (1.83)	11.5 (1.65)	11.2 (1.80) *	11.5 (2.13)	11.7 (1.85)
心理的ストレス反応（K6) (0–24)	7.18 (5.69)	7.00 (5.67)	7.20 (5.67)	7.21 (5.74)	7.11 (5.76)	6.58 (5.51)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.64 (0.90)	2.57 (0.88)	2.74 (0.87)	2.59 (0.88) *	2.43 (0.95)	2.54 (0.90)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.31 (1.27)	5.43 (1.23) †	5.32 (1.26)	5.37 (1.20)	5.30 (1.30)	5.58 (1.29) *
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当（K6≧5)	373 (59.8)	361 (59.5)	256 (59.4)	252 (60.9)	117 (60.6)	109 (56.5)
気分・不安障害相当（K6≧10)	205 (32.9)	196 (32.3)	142 (32.9)	138 (33.3)	63 (32.6)	58 (30.1)
重症精神障害相当（K6≧13)	116 (18.6)	110 (18.1)	77 (17.9)	83 (20.0)	39 (20.2)	27 (14.0)
過去１年間に疾病休業あり	313 (50.2)	330 (54.4)	221 (51.3)	232 (56.0)	92 (47.7)	98 (50.8)
疾病休業日数 1～3 日	208 (33.3)	204 (33.6)	150 (34.8)	144 (34.8)	58 (30.1)	60 (31.1)
疾病休業日数 4～6 日	57 (9.1)	77 (12.7) †	36 (8.4)	50 (12.1) †	21 (10.9)	27 (14.0)
疾病休業日数 7～29 日	43 (6.9)	46 (7.6)	30 (7.0)	36 (8.7)	13 (6.7)	10 (5.2)
疾病休業日数 30 日以上	5 (0.8)	3 (0.5)	5 (1.2)	2 (0.5)	－(0.0)	1 (0.5)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	1 (0.2)	－(0.0)	1 (0.2)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (0.2)	3 (0.5)	1 (0.2)	1 (0.2)	－(0.0)	2 (1.0)
うつ病などの精神的な病気	15 (2.4)	16 (2.6)	13 (3.0)	15 (3.6)	2 (1.0)	1 (0.5)
その他	304 (48.7)	320 (52.7)	213 (49.4)	223 (53.9)	91 (47.2)	97 (50.3)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表４－２．A1 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（年代別：20 歳代以下・30 歳代）

	20 歳代以下		30 歳代	
	平成 27 年度 回答者（N=71）	平成 29 年度 回答者（N=65）	平成 27 年度 回答者（N=219）	平成 29 年度 回答者（N=172）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	33.6 (5.83)	32.2 (6.16)	34.8 (5.87)	34.6 (5.96)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	66.7 (8.14)	65.7 (7.37)	66.2 (9.51)	65.5 (9.81)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.6 (2.48)	11.7 (2.53)	11.1 (2.42)	10.8 (2.58)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	12.3 (2.02)	12.2 (2.04)	11.6 (1.91)	11.7 (1.81)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.44 (5.82)	7.05 (5.00)	7.61 (6.27)	8.19 (6.04)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.58 (0.93)	2.55 (0.78)	2.62 (0.96)	2.46 (1.00)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.32 (1.18)	5.75 (1.06) *	5.24 (1.27)	5.34 (1.16)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	46 (64.8)	37 (56.9)	127 (58.0)	121 (70.3) *
気分・不安障害相当（K6≧10）	21 (29.6)	19 (29.2)	79 (36.1)	68 (39.5)
重症精神障害相当（K6≧13）	13 (18.3)	11 (16.9)	49 (22.4)	38 (22.1)
過去１年間に疾病休業あり	29 (40.8)	30 (46.2)	111 (50.7)	101 (58.7)
疾病休業日数 1～3 日	21 (29.6)	26 (40.0)	75 (34.2)	66 (38.4)
疾病休業日数 4～6 日	6 (8.5)	3 (4.6)	24 (11.0)	22 (12.8)
疾病休業日数 7～29 日	2 (2.8)	1 (1.5)	12 (5.5)	12 (7.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (1.5)	4 (1.8)	6 (3.5)
その他	29 (40.8)	30 (46.2)	110 (50.2)	99 (57.6)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表４－３．A1 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（年代別：40 歳代・50 歳代以上）

	40 歳代		50 歳代以上	
	平成 27 年度回答者 (N=224)	平成 29 年度回答者 (N=233)	平成 27 年度回答者 (N=110)	平成 29 年度回答者 (N=137)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	33.3 (4.92)	33.2 (5.30)	32.1 (4.41)	30.9 (4.35) *
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	65.5 (9.05)	65.1 (9.16)	64.5 (8.65)	63.1 (8.95)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.6 (2.40)	10.7 (2.38)	10.6 (2.46)	10.7 (2.19)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.3 (1.69)	11.1 (1.76)	11.2 (1.53)	11.0 (1.67)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	7.10 (5.43)	6.73 (5.53)	6.31 (4.84)	5.98 (5.50)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.58 (0.91)	2.60 (0.87)	2.86 (0.71)	2.66 (0.78) *
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.32 (1.28)	5.40 (1.26)	5.43 (1.30)	5.46 (1.34)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当 (K6≧5)	134 (59.8)	137 (58.8)	66 (60.0)	66 (48.2) †
気分・不安障害相当 (K6≧10)	76 (33.9)	70 (30.0)	29 (26.4)	39 (28.5)
重症精神障害相当 (K6≧13)	40 (17.9)	41 (17.6)	14 (12.7)	20 (14.6)
過去１年間に疾病休業あり	122 (54.5)	133 (57.1)	51 (46.4)	66 (48.2)
疾病休業日数 1～3 日	76 (33.9)	71 (30.5)	36 (32.7)	41 (29.9)
疾病休業日数 4～6 日	20 (8.9)	40 (17.2) *	7 (6.4)	12 (8.8)
疾病休業日数 7～29 日	23 (10.3)	21 (9.0)	6 (5.5)	12 (8.8)
疾病休業日数 30 日以上	3 (1.3)	1 (0.4)	2 (1.8)	1 (0.7)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.9)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (0.9)	1 (0.9)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	7 (3.1)	5 (2.1)	4 (3.6)	4 (2.9)
その他	117 (52.2)	129 (55.4)	48 (43.6)	62 (45.3)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表４－４．A1 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職		専門・技術職	
	平成 27 年度回答者（N=135）	平成 29 年度回答者（N=142）	平成 27 年度回答者（N=189）	平成 29 年度回答者（N=167）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	34.0 (4.63)	32.6 (5.18) *	34.3 (6.00)	34.3 (5.84)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	69.1 (7.06)	68.5 (7.58)	67.6 (9.20)	66.3 (9.02)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (2.12)	11.5 (1.91)	11.3 (2.36)	11.2 (2.51)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.11)	11.4 (1.68)	11.7 (1.70)	11.5 (1.87)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.83 (5.14)	6.00 (5.24)	7.53 (6.00)	8.20 (5.89)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.94 (0.76)	2.90 (0.80)	2.66 (0.93)	2.47 (0.86) *
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.64 (1.24)	5.72 (1.19)	5.23 (1.17)	5.26 (1.17)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	70 (51.9)	75 (52.8)	113 (59.8)	112 (67.1)
気分・不安障害相当（K6≧10）	34 (25.2)	42 (29.6)	62 (39.8)	67 (40.1)
重症精神障害相当（K6≧13）	19 (14.1)	18 (12.7)	39 (20.6)	43 (25.7)
過去１年間に疾病休業あり	63 (46.7)	68 (47.9)	102 (54.0)	107 (64.1) †
疾病休業日数 1～3 日	49 (36.3)	47 (33.1)	72 (38.1)	67 (40.1)
疾病休業日数 4～6 日	10 (7.4)	15 (10.6)	16 (8.5)	22 (13.2)
疾病休業日数 7～29 日	4 (3.0)	6 (4.2)	14 (7.4)	17 (10.2)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.7)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	1 (0.7)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	1 (0.7)	－(0.0)	3 (1.6)	7 (4.2)
その他	62 (45.9)	68 (47.9)	100 (52.9)	104 (62.3) †

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表４－５．A1 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	平成 27 年度回答者（N=126）	平成 29 年度回答者（N=140）	平成 27 年度回答者（N=174）	平成 29 年度回答者（N=158）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	33.0 (5.80)	32.3 (5.91)	33.3 (5.81)	32.6 (5.00)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.8 (7.98)	62.6 (8.85)	62.3 (9.56)	61.9 (9.44)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (2.41)	10.7 (2.45)	10.3 (2.69)	9.92 (2.49)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.11)	11.6 (1.83)	11.0 (2.04)	11.0 (1.87)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.83 (5.45)	6.49 (5.19)	8.09 (5.76)	7.11 (6.01)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.61 (0.93)	2.49 (0.90)	2.42 (0.90)	2.44 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.35 (1.30)	5.54 (1.22)	5.11 (1.33)	5.27 (1.30)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	74 (58.7)	80 (57.1)	116 (66.7)	94 (59.5)
気分・不安障害相当（K6≧10）	38 (30.2)	35 (25.0)	71 (40.8)	52 (32.9)
重症精神障害相当（K6≧13）	20 (15.9)	20 (14.3)	38 (21.8)	29 (18.4)
過去１年間に疾病休業あり	58 (46.0)	72 (51.4)	90 (51.7)	83 (52.5)
疾病休業日数 1～3 日	36 (28.6)	40 (28.6)	51 (29.3)	50 (31.6)
疾病休業日数 4～6 日	14 (11.1)	18 (12.9)	17 (9.8)	22 (13.9)
疾病休業日数 7～29 日	7 (5.6)	12 (8.6)	18 (10.3)	11 (7.0)
疾病休業日数 30 日以上	1 (0.8)	2 (1.4)	4 (2.3)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.8)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	4 (2.9)	11 (6.3)	5 (3.2)
その他	57 (45.2)	69 (49.3)	85 (48.9)	79 (50.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表４－６．A1 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=492）		男性（N=348）		女性（N=144）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	33.9 (5.25)	33.6 (5.54)	34.3 (4.85)	34.1 (5.59)	33.0 (6.05)	32.4 (5.24)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	66.3 (8.71)	64.9 (9.09) *	67.4 (8.67)	65.6 (8.75) *	63.6 (8.23)	63.1 (9.69)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.45)	10.7 (2.41)	11.1 (2.38)	10.8 (2.48) *	10.3 (2.54)	10.6 (2.24)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.78)	11.3 (1.72) *	11.5 (1.65)	11.2 (1.66) *	11.6 (2.07)	11.5 (1.85)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.27 (5.79)	7.29 (5.77)	7.27 (5.71)	7.54 (5.85)	7.28 (5.98)	6.68 (5.53)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.65 (0.88)	2.53 (0.89) *	2.76 (0.81)	2.56 (0.88) *	2.40 (0.98)	2.45 (0.92)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.29 (1.27)	5.35 (1.23)	5.29 (1.25)	5.30 (1.20)	5.28 (1.33)	5.47 (1.29) †
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当（K6≧5）	293 (59.6)	303 (61.6)	207 (59.5)	219 (62.9)	86 (59.7)	84 (58.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	169 (34.3)	171 (34.8)	117 (33.6)	126 (36.2)	52 (36.1)	45 (31.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	99 (20.1)	96 (19.5)	66 (19.0)	76 (21.8)	33 (22.9)	20 (13.9) *
過去１年間に疾病休業あり	250 (50.8)	277 (56.3) *	179 (51.4)	204 (58.6) *	71 (49.3)	73 (50.7)
疾病休業日数 1～3 日	167 (33.9)	177 (36.0)	119 (34.2)	130 (37.4)	48 (33.3)	47 (32.6)
疾病休業日数 4～6 日	47 (9.6)	58 (11.8)	32 (9.2)	41 (11.8)	15 (10.4)	17 (11.8)
疾病休業日数 7～29 日	32 (6.5)	41 (8.3)	24 (6.9)	33 (9.5)	8 (5.6)	8 (5.6)
疾病休業日数 30 日以上	4 (0.8)	1 (0.2)	4 (1.1)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.7)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	1 (0.2)	－(0.0)	1 (0.3)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	1 (0.3)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (0.2)	3 (0.6)	1 (0.3)	1 (0.3)	－(0.0)	2 (1.4)
うつ病などの精神的な病気	15 (3.0)	14 (2.8)	13 (3.7)	13 (3.7)	2 (1.4)	1 (0.7)
その他	241 (49.0)	269 (54.7) *	171 (49.1)	197 (56.6) *	70 (48.6)	72 (50.0)

* p<0.05, † p<0.10（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表４－７．A1 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（年代別：20 歳代以下・30 歳代）

	20 歳代以下 (N=49)		30 歳代 (N=175)	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	34.7 (6.04)	35.3 (6.06)	34.9 (5.78)	34.4 (5.93)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	68.1 (8.42)	65.6 (8.81)	67.2 (8.23)	65.0 (9.55) *
周囲のサポート ‡				
上司のサポート (JCQ) (4–16)	11.8 (2.66)	11.2 (2.83)	11.2 (2.37)	10.8 (2.41) †
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	12.6 (2.08)	11.9 (1.98)	11.6 (1.79)	11.5 (1.66)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	7.92 (5.98)	8.06 (5.24)	7.61 (6.43)	7.94 (5.98)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.60 (0.86)	2.50 (0.90)	2.61 (0.95)	2.41 (0.94) *
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.22 (1.33)	5.37 (1.06)	5.24 (1.25)	5.32 (1.21)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当 (K6≧5)	33 (67.3)	32 (65.3)	100 (57.1)	118 (67.4) *
気分・不安障害相当 (K6≧10)	17 (34.7)	18 (36.7)	63 (36.0)	66 (37.7)
重症精神障害相当 (K6≧13)	10 (20.4)	10 (20.4)	42 (24.0)	37 (21.1)
過去１年間に疾病休業あり	21 (42.9)	31 (63.3) †	91 (52.0)	98 (56.0)
疾病休業日数 1～3 日	16 (32.7)	27 (55.1) *	61 (34.9)	60 (34.3)
疾病休業日数 4～6 日	4 (8.2)	3 (6.1)	21 (12.0)	24 (13.7)
疾病休業日数 7～29 日	1 (2.0)	1 (2.0)	9 (5.1)	14 (8.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (2.0)	4 (2.3)	5 (2.9)
その他	21 (42.9)	31 (63.3) *	90 (51.4)	97 (55.4)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表４－８．A1 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（年代別：40 歳代・50 歳代以上）

	40 歳代 (N=181)		50 歳代以上 (N=87)	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	33.7 (4.60)	33.7 (5.11)	31.8 (4.30)	30.8 (4.26) †
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	65.9 (9.09)	65.4 (8.88)	64.5 (8.75)	63.1 (8.68) †
周囲のサポート ‡				
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.6 (2.37)	10.6 (2.40)	10.4 (2.49)	10.6 (2.18)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.2 (1.67)	11.0 (1.75)	11.3 (1.53)	11.1 (1.47)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	7.32 (5.55)	7.04 (5.83)	6.14 (4.63)	6.06 (5.33)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.60 (0.90)	2.54 (0.91)	2.87 (0.67)	2.76 (0.69) †
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.29 (1.27)	5.30 (1.25)	5.40 (1.32)	5.47 (1.29)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当 (K6≧5)	108 (59.7)	109 (60.2)	52 (59.8)	44 (50.6)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	67 (37.0)	61 (33.7)	22 (25.3)	26 (29.9)
重症精神障害相当 (K6≧13)	36 (19.9)	35 (19.3)	11 (12.6)	14 (16.1)
過去１年間に疾病休業あり	98 (54.1)	103 (56.9)	40 (46.0)	45 (51.7)
疾病休業日数 1～3 日	63 (34.8)	59 (32.6)	27 (31.0)	31 (35.6)
疾病休業日数 4～6 日	16 (8.8)	24 (13.3)	6 (6.9)	7 (8.0)
疾病休業日数 7～29 日	17 (9.4)	19 (10.5)	5 (5.7)	7 (8.0)
疾病休業日数 30 日以上	2 (1.1)	1 (0.6)	2 (2.3)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.6)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	1 (1.1)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (1.1)	1 (1.1)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	7 (3.9)	6 (3.3)	4 (4.6)	2 (2.3)
その他	93 (51.4)	98 (54.1)	37 (42.5)	43 (49.4)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表４－９．A1 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職（N=111）		専門・技術職（N=154）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	33.9 (4.55)	32.7 (5.17) *	34.8 (4.81)	34.8 (5.54)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	69.1 (7.41)	68.1 (7.51) †	68.4 (8.65)	66.4 (9.35) *
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.0 (2.18)	11.4 (1.91) *	11.2 (2.40)	11.0 (2.33)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.09)	11.4 (1.38)	11.8 (1.63)	11.4 (1.73) *
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.74 (5.17)	6.17 (5.41)	7.77 (6.05)	8.27 (6.15)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.93 (0.76)	2.88 (0.83)	2.70 (0.85)	2.45 (0.89) *
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.66 (1.20)	5.67 (1.19)	5.16 (1.16)	5.23 (1.10)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	57 (51.4)	61 (55.0)	94 (61.0)	101 (65.6)
気分・不安障害相当（K6≧10）	27 (24.3)	37 (33.3) †	53 (34.4)	62 (40.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	16 (14.4)	16 (14.4)	34 (22.1)	38 (24.7)
過去１年間に疾病休業あり	54 (48.6)	57 (51.4)	83 (53.9)	96 (62.3)
疾病休業日数 1～3 日	41 (36.9)	40 (36.0)	58 (37.7)	62 (40.3)
疾病休業日数 4～6 日	9 (8.1)	11 (9.9)	15 (9.7)	19 (12.3)
疾病休業日数 7～29 日	4 (3.6)	6 (5.4)	10 (6.5)	15 (9.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.9)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	1 (0.9)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (0.9)	－(0.0)	3 (1.9)	6 (3.9)
その他	53 (47.7)	57 (51.4)	81 (52.6)	94 (61.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表４－１０．A1 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=97）		現業職（N=130）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	33.0 (5.65)	32.7 (5.93)	33.4 (5.88)	33.8 (5.34)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	64.5 (7.50)	62.9 (8.70) *	62.7 (9.18)	61.7 (9.07)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.42)	10.6 (2.49)	10.4 (2.69)	9.78 (2.56) *
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.18)	11.5 (1.77) †	10.9 (1.94)	10.9 (1.90)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.89 (5.34)	6.78 (5.04)	8.29 (6.06)	7.45 (5.96) *
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.65 (0.94)	2.52 (0.92) †	2.37 (0.90)	2.34 (0.84)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.39 (1.30)	5.39 (1.27)	5.05 (1.38)	5.18 (1.32)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	58 (59.8)	60 (61.9)	84 (64.6)	81 (62.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	31 (32.0)	28 (28.9)	58 (44.6)	44 (33.8) *
重症精神障害相当（K6≧13）	16 (16.5)	15 (15.5)	33 (25.4)	27 (20.8)
過去１年間に疾病休業あり	42 (43.3)	47 (48.5)	71 (54.6)	77 (59.2)
疾病休業日数 1～3 日	26 (26.8)	24 (24.7)	42 (32.3)	51 (39.2)
疾病休業日数 4～6 日	11 (11.3)	14 (14.4)	12 (9.2)	14 (10.8)
疾病休業日数 7～29 日	4 (4.1)	9 (9.3)	14 (10.8)	11 (8.5)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.0)	－(0.0)	3 (2.3)	1 (0.8)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (1.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (2.1)	－(0.0)	1 (0.8)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (1.0)	11 (8.5)	7 (5.4)
その他	41 (42.3)	46 (47.4)	66 (50.8)	72 (55.4)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表５－１．A2 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	平成 27 年度回答者(N=74)	平成 29 年度回答者(N=69)	平成 27 年度回答者(N=38)	平成 29 年度回答者(N=39)	平成 27 年度回答者(N=36)	平成 29 年度回答者(N=30)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	32.2 (4.98)	33.3 (5.89)	32.6 (5.25)	34.1 (6.33)	31.8 (4.70)	32.3 (5.19)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	59.9 (9.39)	61.1 (10.8)	58.4 (11.2)	62.0 (12.2)	61.5 (6.80)	59.9 (8.80)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	9.85 (2.79)	10.3 (2.82)	10.1 (2.63)	10.4 (2.62)	9.58 (2.97)	10.2 (3.09)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	10.8 (2.36)	10.6 (2.28)	10.2 (2.01)	10.5 (1.97)	11.3 (2.60)	10.9 (2.64)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	7.41 (5.30)	8.14 (6.72)	8.08 (5.36)	9.46 (6.67)	6.69 (5.21)	6.43 (6.50)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.68 (0.85)	2.38 (1.05) †	2.64 (0.89)	2.50 (1.12)	2.72 (0.81)	2.22 (0.95) †
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.39 (1.24)	5.35 (1.32)	5.24 (1.32)	5.36 (1.31)	5.56 (1.13)	5.33 (1.35)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	45 (60.8)	41 (59.4)	25 (65.8)	27 (69.2)	20 (55.6)	14 (46.7)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	27 (36.5)	27 (39.1)	16 (42.1)	19 (48.7)	11 (30.6)	8 (26.7)
重症精神障害相当 (K6≧13)	11 (14.9)	14 (20.3)	6 (15.8)	10 (25.6)	5 (13.9)	4 (13.3)
過去１年間に疾病休業あり	35 (47.3)	31 (44.9)	16 (42.1)	20 (51.3)	19 (52.8)	11 (36.7)
疾病休業日数 1～3 日	15 (20.3)	12 (17.4)	7 (18.4)	9 (23.1)	8 (22.2)	3 (10.0)
疾病休業日数 4～6 日	8 (10.8)	7 (10.1)	3 (7.9)	2 (5.1)	5 (13.9)	5 (16.7)
疾病休業日数 7～29 日	12 (16.2)	11 (15.9)	6 (15.8)	9 (23.1)	6 (16.7)	2 (6.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (3.3)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	1 (1.4)	－(0.0)	1 (2.6)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	3 (4.1)	1 (1.4)	1 (2.6)	－(0.0)	2 (5.6)	1 (3.3)
その他	34 (45.9)	29 (42.0)	16 (42.1)	19 (48.7)	18 (50.0)	10 (33.3)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表５－２．A2 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（年代別）

	30 歳代以下		40 歳代		50 歳代	
	平成 27 年度回答者(N=17)	平成 29 年度回答者(N=8)	平成 27 年度回答者(N=33)	平成 29 年度回答者(N=30)	平成 27 年度回答者(N=24)	平成 29 年度回答者(N=31)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	32.2 (5.47)	29.6 (4.93)	32.3 (4.98)	35.2 (5.15) *	32.1 (4.83)	32.5 (6.30)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	61.1 (9.28)	63.3 (10.2)	59.8 (8.47)	61.3 (8.41)	59.3 (10.9)	60.3 (13.1)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.2 (2.65)	10.9 (3.48)	9.45 (3.14)	10.2 (3.10)	10.2 (2.39)	10.3 (2.40)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.9 (2.26)	11.5 (2.45)	10.8 (2.59)	10.4 (2.36)	10.0 (1.82)	10.7 (2.17)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	6.76 (5.83)	6.25 (5.87)	8.97 (5.25)	9.53 (7.74)	5.71 (4.52)	7.29 (5.73)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.72 (0.72)	2.38 (0.98)	2.55 (0.93)	2.22 (1.07)	2.83 (0.82)	2.54 (1.06)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.41 (1.23)	5.50 (1.20)	5.33 (1.29)	5.17 (1.34)	5.46 (1.22)	5.48 (1.34)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	8 (47.1)	3 (37.5)	25 (75.8)	18 (60.0)	12 (50.0)	20 (64.5)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	5 (29.4)	2 (25.0)	16 (48.5)	16 (53.3)	6 (25.0)	9 (29.0)
重症精神障害相当 (K6≧13)	3 (17.6)	1 (12.5)	7 (21.2)	9 (30.0)	1 (4.2)	4 (12.9)
過去１年間に疾病休業あり	9 (52.9)	4 (50.0)	20 (60.6)	15 (50.0)	6 (25.0)	12 (38.7)
疾病休業日数 1～3 日	5 (29.4)	1 (12.5)	9 (27.3)	7 (23.3)	1 (4.2)	4 (12.9)
疾病休業日数 4～6 日	2 (11.8)	2 (25.0)	3 (9.1)	3 (10.0)	3 (12.5)	2 (6.5)
疾病休業日数 7～29 日	2 (11.8)	1 (12.5)	8 (24.2)	5 (16.7)	2 (8.3)	5 (16.1)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (3.2)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (3.2)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (5.9)	－(0.0)	1 (3.0)	1 (3.3)	1 (4.2)	－(0.0)
その他	8 (47.1)	4 (50.0)	20 (60.6)	14 (46.7)	6 (25.0)	11 (35.5)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表５－３．A2 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職		専門・技術職	
	平成 27 年度回答者（N=11）	平成 29 年度回答者（N=9）	平成 27 年度回答者（N=5）	平成 29 年度回答者（N=6）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	29.9 (4.35)	36.1 (5.95) *	35.2 (3.83)	39.2 (4.31)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	64.0 (9.92)	69.3 (11.7)	62.4 (14.9)	54.0 (12.1)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.34)	11.2 (2.86)	10.6 (4.34)	9.50 (3.21)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.4 (1.21)	10.6 (2.51)	9.80 (4.27)	9.17 (3.13)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.73 (4.15)	9.33 (7.21) †	11.8 (8.50)	14.3 (7.63)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.82 (0.72)	2.93 (1.31)	2.64 (1.62)	2.26 (1.16)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	6.18 (0.98)	6.00 (1.50)	5.20 (1.10)	4.33 (1.21)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	5 (45.5)	6 (66.7)	4 (80.0)	5 (83.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	2 (18.2)	4 (44.4)	2 (40.0)	5 (83.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	－(0.0)	2 (22.2)	2 (40.0)	3 (50.0)
過去１年間に疾病休業あり	4 (36.4)	6 (66.7)	4 (80.0)	4 (66.7)
疾病休業日数 1～3 日	1 (9.1)	3 (33.3)	2 (40.0)	1 (16.7)
疾病休業日数 4～6 日	3 (27.3)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	3 (33.3) †	2 (40.0)	3 (50.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (16.7)
その他	4 (36.4)	6 (66.7)	4 (80.0)	3 (50.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表５－４．A2 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	平成 27 年度 回答者（N=22）	平成 29 年度 回答者（N=15）	平成 27 年度 回答者（N=36）	平成 29 年度 回答者（N=39）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	32.7 (4.49)	30.2 (5.52)	32.1 (5.42)	33.0 (5.46)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.0 (6.56)	57.7 (8.58) †	57.0 (9.33)	61.5 (10.3) *
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	9.77 (2.64)	10.7 (2.40)	9.33 (2.70)	10.1 (2.92)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (2.52)	11.5 (1.92)	10.6 (2.18)	10.5 (2.15)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	8.18 (4.78)	7.20 (6.14)	7.14 (5.12)	7.28 (6.39)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.93 (0.76)	2.49 (1.04)	2.49 (0.78)	2.23 (0.97)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.77 (1.15)	5.47 (1.06)	4.94 (1.22)	5.31 (1.32)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	15 (68.2)	8 (53.3)	21 (58.3)	22 (56.4)
気分・不安障害相当（K6≧10）	10 (45.5)	6 (40.0)	13 (36.1)	12 (30.8)
重症精神障害相当（K6≧13）	5 (22.7)	3 (20.0)	4 (11.1)	6 (15.4)
過去１年間に疾病休業あり	8 (36.4)	7 (46.7)	19 (52.8)	14 (35.9)
疾病休業日数 1～3 日	5 (22.7)	2 (13.3)	7 (19.4)	6 (15.4)
疾病休業日数 4～6 日	1 (4.5)	3 (20.0)	4 (11.1)	4 (10.3)
疾病休業日数 7～29 日	2 (9.1)	1 (6.7)	8 (22.2)	4 (10.3)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (6.7)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	1 (6.7)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	3 (8.3)	－(0.0)
その他	8 (36.4)	6 (40.0)	18 (50.0)	14 (35.9)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表５－５．A2 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=39）		男性（N=21）		女性（N=18）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	32.5 (4.96)	33.0 (5.51)	32.9 (4.98)	33.6 (6.64)	32.2 (5.06)	32.4 (3.91)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	58.0 (9.41)	60.1 (10.8) †	57.0 (11.0)	60.4 (13.2) †	59.1 (7.20)	59.8 (7.35)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	9.74 (2.67)	10.4 (2.76)	10.3 (2.11)	10.9 (2.56)	9.06 (3.13)	9.89 (2.97)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.5 (1.96)	10.7 (2.22)	10.4 (1.83)	10.9 (2.01)	10.6 (2.15)	10.6 (2.50)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	8.10 (6.17)	7.62 (6.68)	8.62 (6.29)	9.57 (7.03)	7.50 (6.16)	5.33 (5.59) *
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.65 (0.78)	2.48 (1.00)	2.71 (0.70)	2.57 (1.12)	2.58 (0.87)	2.37 (0.87)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.18 (0.97)	5.33 (1.03)	5.33 (0.97)	5.29 (1.19)	5.00 (0.97)	5.39 (0.85) *
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当（K6≧5）	24 (61.5)	23 (59.0)	13 (61.9)	15 (71.4)	11 (61.1)	8 (44.4)
気分・不安障害相当（K6≧10）	18 (46.2)	13 (33.3)	10 (47.6)	10 (47.6)	8 (44.4)	3 (16.7) †
重症精神障害相当（K6≧13）	8 (20.5)	7 (17.9)	4 (19.0)	6 (28.6)	4 (22.2)	1 (5.6)
過去１年間に疾病休業あり	18 (46.2)	12 (30.8)	8 (38.1)	8 (38.1)	10 (55.6)	4 (22.2) *
疾病休業日数 1～3 日	9 (23.1)	5 (12.8)	4 (19.0)	4 (19.0)	5 (27.8)	1 (5.6)
疾病休業日数 4～6 日	3 (7.7)	2 (5.1)	－(0.0)	1 (4.8)	3 (16.7)	1 (5.6)
疾病休業日数 7～29 日	6 (15.4)	4 (10.3)	4 (19.0)	3 (14.3)	2 (11.1)	1 (5.6)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (2.6)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (5.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	1 (2.6)	－(0.0)	1 (4.8)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	3 (7.7)	－(0.0)	1 (4.8)	－(0.0)	2 (11.1)	－(0.0)
その他	17 (43.6)	11 (28.2)	8 (38.1)	7 (33.3)	9 (50.0)	4 (22.2)

* p<0.05, † p<0.10（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表５－６．A2 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（年代別）

	30 歳代以下 (N=6)		40 歳代 (N=18)		50 歳代 (N=15)	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	31.5 (6.89)	32.3 (4.76)	33.4 (4.97)	32.7 (5.52)	31.9 (4.25)	33.7 (6.04)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	56.0 (6.81)	63.0 (10.2) †	57.6 (8.36)	58.9 (10.8)	59.2 (11.6)	60.4 (11.5)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.3 (2.73)	10.0 (3.63)	9.33 (3.22)	10.4 (2.93)	10.0 (1.93)	10.6 (2.32)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	10.3 (1.51)	9.33 (3.33)	10.9 (2.06)	11.1 (1.96)	10.1 (2.02)	10.9 (1.94)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	7.83 (8.28)	8.83 (7.83)	10.4 (5.93)	9.28 (7.42)	5.47 (4.69)	5.13 (4.64)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.65 (0.92)	2.33 (1.15)	2.63 (0.79)	2.42 (1.03)	2.68 (0.76)	2.60 (0.97)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.33 (0.82)	5.17 (0.75)	5.00 (0.97)	5.17 (0.99)	5.33 (1.05)	5.60 (1.18)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	3 (50.0)	3 (50.0)	14 (77.8)	12 (66.7)	7 (46.7)	8 (53.3)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	2 (33.3)	2 (33.3)	12 (66.7)	8 (44.4)	4 (26.7)	3 (20.0)
重症精神障害相当 (K6≧13)	2 (33.3)	2 (33.3)	6 (33.3)	5 (27.8)	－(0.0)	－(0.0)
過去１年間に疾病休業あり	4 (66.7)	3 (50.0)	12 (66.7)	7 (38.9)	2 (13.3)	2 (13.3)
疾病休業日数 1～3 日	2 (33.3)	2 (33.3)	6 (33.3)	3 (16.7)	1 (6.7)	－(0.0)
疾病休業日数 4～6 日	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (5.6)	－(0.0)	1 (6.7)	1 (6.7)
疾病休業日数 7～29 日	1 (16.7)	－(0.0)	5 (27.8)	3 (16.7)	－(0.0)	1 (6.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (5.6)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (6.7)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (16.7)	－(0.0)	1 (5.6)	－(0.0)	1 (6.7)	－(0.0)
その他	3 (50.0)	3 (50.0)	12 (66.7)	7 (38.9)	2 (13.3)	1 (6.7)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表５－７．A2 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職（N=4）		専門・技術職（N=3）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	30.5 (5.45)	33.5 (6.25) *	35.7 (2.89)	39.7 (3.51) †
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.5 (15.9)	66.5 (18.7)	52.7 (6.11)	60.7 (11.3)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (0.50)	11.8 (3.10)	12.3 (3.22)	13.0 (3.00)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	9.50 (1.29)	10.5 (3.87)	10.3 (3.22)	10.0 (2.00)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.00 (5.83)	2.25 (3.30)	16.3 (7.64)	15.0 (11.4)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.56 (0.55)	3.28 (1.11)	3.19 (0.89)	1.92 (1.36)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	6.00 (0.82)	6.75 (0.96)	5.00 (0.00)	4.33 (0.58)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	2 (50.0)	1 (25.0)	3 (100.0)	2 (66.7)
気分・不安障害相当（K6≧10）	1 (25.0)	－(0.0)	2 (66.7)	2 (66.7)
重症精神障害相当（K6≧13）	－(0.0)	－(0.0)	2 (66.7)	2 (66.7)
過去１年間に疾病休業あり	1 (25.0)	1 (25.0)	3 (100.0)	1 (33.3)
疾病休業日数 1～3 日	1 (25.0)	－(0.0)	2 (66.7)	－(0.0)
疾病休業日数 4～6 日	－(0.0)	1 (25.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	－(0.0)	1 (33.3)	1 (33.3)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
その他	1 (25.0)	1 (25.0)	3 (100.0)	1 (33.3)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表５－８．A2 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=7）		現業職（N=25）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.4 (4.83)	30.0 (4.83)	32.8 (5.14)	33.0 (5.31)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	57.1 (7.65)	57.7 (9.05)	58.1 (9.16)	59.7 (10.0)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	8.57 (3.16)	11.6 (2.15) †	9.60 (2.55)	9.56 (2.58)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	9.86 (2.73)	10.6 (1.62)	10.8 (1.65)	10.9 (2.20)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	9.86 (5.42)	9.00 (7.30)	7.12 (5.64)	7.20 (5.73)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	3.11 (0.69)	3.00 (0.90)	2.47 (0.78)	2.27 (0.90)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.57 (0.98)	5.71 (0.95)	4.96 (0.98)	5.12 (0.88)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	5 (71.4)	5 (71.4)	14 (56.0)	15 (60.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	5 (71.4)	4 (57.1)	10 (40.0)	7 (28.0)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (42.9)	2 (28.6)	3 (12.0)	3 (12.0)
過去１年間に疾病休業あり	3 (42.9)	3 (42.9)	11 (44.0)	7 (28.0)
疾病休業日数 1～3 日	3 (42.9)	2 (28.6)	3 (12.0)	3 (12.0)
疾病休業日数 4～6 日	－(0.0)	－(0.0)	3 (12.0)	1 (4.0)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	1 (14.3)	5 (20.0)	2 (8.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (4.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	1 (14.3)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	3 (12.0)	－(0.0)
その他	3 (42.9)	2 (28.6)	10 (40.0)	7 (28.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－１．B 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	平成 27 年度回答者(N=359)	平成 29 年度回答者(N=372)	平成 27 年度回答者(N=179)	平成 29 年度回答者(N=188)	平成 27 年度回答者(N=180)	平成 29 年度回答者(N=184)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	31.8 (5.30)	32.4 (5.35)	31.6 (5.03)	32.7 (5.48) †	32.0 (5.57)	32.1 (5.20)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	62.6 (11.0)	63.0 (10.8)	67.3 (8.78)	67.9 (8.17)	57.8 (10.9)	57.9 (10.8)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.7 (2.55)	10.4 (2.60)	11.1 (2.42)	10.7 (2.60)	10.2 (2.63)	10.2 (2.59)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.2 (1.87)	11.1 (1.98)	11.2 (1.60)	11.1 (2.05)	11.1 (2.11)	11.1 (1.91)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	5.98 (5.29)	6.57 (5.24)	5.80 (4.87)	6.44 (5.44)	6.17 (5.69)	6.69 (5.04)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.56 (0.95)	2.42 (0.95) †	2.77 (0.91)	2.62 (0.89)	2.35 (0.95)	2.22 (0.96)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.38 (1.33)	5.32 (1.25)	5.34 (1.39)	5.35 (1.33)	5.42 (1.27)	5.28 (1.18)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	187 (52.1)	228 (61.3) *	93 (52.0)	108 (57.4)	94 (52.2)	120 (65.2) *
気分・不安障害相当 (K6≧10)	79 (22.0)	96 (25.8)	37 (20.7)	46 (24.5)	42 (23.3)	50 (27.2)
重症精神障害相当 (K6≧13)	39 (10.9)	43 (11.6)	15 (8.4)	18 (9.6)	24 (13.3)	25 (13.6)
過去１年間に疾病休業あり	106 (29.5)	123 (33.1)	56 (31.3)	71 (37.8)	50 (27.8)	52 (28.3)
疾病休業日数 1～3 日	51 (14.2)	73 (19.6) †	24 (13.4)	41 (21.8) *	27 (15.0)	32 (17.4)
疾病休業日数 4～6 日	27 (7.5)	32 (8.6)	18 (10.1)	20 (10.6)	9 (5.0)	12 (6.5)
疾病休業日数 7～29 日	24 (6.7)	13 (3.5) †	14 (7.8)	7 (3.7)	10 (5.6)	6 (3.3)
疾病休業日数 30 日以上	4 (1.1)	5 (1.3)	－(0.0)	3 (1.6)	4 (2.2)	2 (1.1)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.6)	1 (0.5)	－(0.0)	－(0.0)
がん	5 (1.4)	2 (0.5)	1 (0.6)	1 (0.5)	4 (2.2)	1 (0.5)
うつ病などの精神的な病気	3 (0.8)	2 (0.5)	1 (0.6)	1 (0.5)	2 (1.1)	1 (0.5)
その他	88 (24.5)	110 (29.6)	49 (27.4)	64 (34.0)	39 (21.7)	46 (25.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表６－２．B 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（年代別：20 歳代以下・30 歳代・40 歳代）

	20 歳代以下		30 歳代		40 歳代	
	平成 27 年度回答者(N=63)	平成 29 年度回答者(N=68)	平成 27 年度回答者(N=96)	平成 29 年度回答者(N=84)	平成 27 年度回答者(N=123)	平成 29 年度回答者(N=139)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	31.9 (5.31)	31.6 (5.67)	33.0 (5.28)	33.0 (5.09)	31.5 (5.61)	32.5 (5.14)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	62.3 (11.3)	62.1 (10.9)	61.5 (10.4)	62.0 (9.81)	63.3 (10.6)	63.1 (11.0)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	11.8 (2.76)	11.7 (2.67)	10.1 (2.44)	10.5 (2.26)	10.3 (2.59)	9.86 (2.60)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	12.2 (1.77)	12.2 (1.88)	11.1 (1.90)	10.9 (2.13)	10.7 (1.96)	10.8 (2.02)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	6.18 (5.15)	6.26 (5.17)	6.20 (5.41)	7.04 (5.56)	6.45 (5.87)	6.43 (5.04)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.33 (1.07)	2.29 (1.07)	2.48 (0.88)	2.42 (0.88)	2.47 (1.00)	2.37 (0.97)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.37 (1.44)	5.61 (1.27)	5.19 (1.28)	5.27 (1.21)	5.24 (1.35)	5.16 (1.27)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	32 (50.8)	39 (57.4)	50 (52.1)	52 (61.9)	67 (54.5)	89 (64.0)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	16 (25.4)	16 (23.5)	24 (25.0)	24 (28.6)	31 (25.2)	31 (22.3)
重症精神障害相当 (K6≧13)	8 (12.7)	4 (5.9)	11 (11.5)	15 (17.9)	17 (13.8)	14 (10.1)
過去１年間に疾病休業あり	13 (20.6)	14 (20.6)	35 (36.5)	23 (27.4)	33 (26.8)	57 (41.0) *
疾病休業日数 1～3 日	9 (14.3)	8 (11.8)	19 (19.8)	11 (13.1)	17 (13.8)	41 (29.5) *
疾病休業日数 4～6 日	1 (1.6)	4 (5.9)	10 (10.4)	8 (9.5)	6 (4.9)	11 (7.9)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.6)	1 (1.5)	6 (6.3)	4 (4.8)	8 (6.5)	5 (3.6)
疾病休業日数 30 日以上	2 (3.2)	1 (1.5)	－(0.0)	－(0.0)	2 (1.6)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	1 (1.0)	1 (1.2)	3 (2.4)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.6)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.8)	1 (0.7)
その他	12 (19.0)	14 (20.6)	29 (30.2)	21 (25.0)	27 (22.0)	51 (36.7) *

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表６－３．B 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（年代別：50 歳代・60 歳代以上）

	50 歳代		60 歳代以上	
	平成 27 年度 回答者（N=49）	平成 29 年度 回答者（N=60）	平成 27 年度 回答者（N=28）	平成 29 年度 回答者（N=21）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	30.7 (4.25)	32.7 (5.86) *	30.5 (5.04)	30.8 (5.03)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.5 (11.7)	63.6 (11.2)	61.7 (12.8)	66.9 (11.1)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.35)	10.1 (2.78)	11.0 (1.73)	10.6 (1.75)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (1.47)	11.2 (1.57)	10.8 (1.09)	10.9 (1.28)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.96 (4.03)	6.97 (5.80) *	4.52 (4.18)	5.48 (3.83)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.94 (0.69)	2.55 (0.90) *	3.07 (0.66)	2.83 (0.63)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.77 (1.33)	5.23 (1.25) *	5.96 (0.85)	5.81 (1.08)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	25 (51.0)	35 (58.3)	13 (46.4)	13 (61.9)
気分・不安障害相当（K6≧10）	5 (10.2)	22 (36.7) *	3 (10.7)	3 (14.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	2 (4.1)	10 (16.7) †	1 (3.6)	−(0.0)
過去１年間に疾病休業あり	12 (24.5)	19 (31.7)	13 (46.4)	10 (47.6)
疾病休業日数 1～3 日	4 (8.2)	11 (18.3)	2 (7.1)	2 (9.5)
疾病休業日数 4～6 日	5 (10.2)	4 (6.7)	5 (17.9)	5 (23.8)
疾病休業日数 7～29 日	3 (6.1)	2 (3.3)	6 (21.4)	1 (4.8)
疾病休業日数 30 日以上	−(0.0)	2 (3.3)	−(0.0)	2 (9.5)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	−(0.0)	−(0.0)	−(0.0)	−(0.0)
心筋梗塞	−(0.0)	−(0.0)	1 (3.6)	1 (4.8)
がん	−(0.0)	1 (1.7)	1 (3.6)	−(0.0)
うつ病などの精神的な病気	−(0.0)	1 (1.7)	1 (3.6)	−(0.0)
その他	11 (22.4)	16 (26.7)	9 (32.1)	8 (38.1)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－４．B 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職		専門・技術職	
	平成 27 年度 回答者（N=75）	平成 29 年度 回答者（N=71）	平成 27 年度 回答者（N=42）	平成 29 年度 回答者（N=40）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.7 (4.88)	33.3 (4.83) *	30.7 (5.48)	31.8 (4.60)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	70.3 (5.29)	69.9 (7.12)	70.9 (7.58)	70.5 (7.22)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.53)	10.7 (2.05) †	11.2 (2.28)	11.0 (2.48)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.17)	11.4 (1.20)	11.7 (1.37)	11.6 (1.67)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.77 (4.25)	5.71 (4.34)	6.81 (5.16)	5.81 (4.67)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.94 (0.69)	2.74 (0.76) †	2.57 (0.98)	2.82 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.67 (1.11)	5.53 (1.02)	5.48 (1.44)	5.66 (1.10)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	32 (42.7)	45 (57.7) †	25 (59.5)	25 (56.8)
気分・不安障害相当（K6≧10）	9 (12.0)	14 (17.9)	12 (28.6)	8 (18.2)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (4.0)	3 (3.8)	7 (16.7)	4 (9.1)
過去１年間に疾病休業あり	24 (32.0)	34 (43.6)	17 (40.5)	17 (38.6)
疾病休業日数 1～3 日	7 (9.3)	17 (21.8) *	10 (23.8)	13 (29.5)
疾病休業日数 4～6 日	11 (14.7)	12 (15.4)	6 (14.3)	2 (4.5)
疾病休業日数 7～29 日	5 (6.7)	4 (5.1)	1 (2.4)	2 (4.5)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.3)	1 (1.3)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (1.3)	1 (1.3)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (1.3)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.3)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
その他	20 (26.7)	32 (41.0) †	16 (38.1)	15 (34.1)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－５．B 事業場の変化：平成 27 年度回答者と平成 29 年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	平成 27 年度 回答者（N=53）	平成 29 年度 回答者（N=48）	平成 27 年度 回答者（N=189）	平成 29 年度 回答者（N=167）
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.7 (5.40)	30.4 (5.15)	32.1 (5.39)	32.8 (5.63)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	66.8 (8.75)	66.5 (7.42)	56.6 (10.2)	57.2 (10.4)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (2.46)	10.4 (2.90) †	10.1 (2.85)	10.2 (2.72)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.17)	10.8 (2.16)	10.9 (2.06)	11.0 (2.21)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.81 (4.96)	6.85 (4.80)	6.05 (5.71)	6.99 (5.78)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.52 (1.00)	2.48 (0.87)	2.41 (0.98)	2.18 (0.98) *
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.23 (1.17)	5.29 (1.34)	5.28 (1.42)	5.16 (1.32)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	34 (64.2)	42 (70.0)	96 (50.8)	116 (61.1) *
気分・不安障害相当（K6≧10）	14 (26.4)	17 (28.3)	44 (23.3)	57 (30.0)
重症精神障害相当（K6≧13）	5 (9.4)	6 (10.0)	24 (12.7)	30 (15.8)
過去１年間に疾病休業あり	13 (24.5)	17 (28.3)	52 (27.5)	55 (28.9)
疾病休業日数 1～3 日	8 (15.1)	11 (18.3)	26 (13.8)	32 (16.8)
疾病休業日数 4～6 日	3 (5.7)	5 (8.3)	7 (3.7)	13 (6.8)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.9)	－(0.0)	17 (9.0)	7 (3.7) *
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.9)	1 (1.7)	2 (1.1)	3 (1.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	2 (3.8)	1 (1.7)	2 (1.1)	1 (0.5)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.9)	－(0.0)	1 (0.5)	2 (1.1)
その他	7 (13.2)	14 (23.3)	45 (23.8)	49 (25.8)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のない t 検定または Fisher の正確確率検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－６．B 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=326）		男性（N=165）		女性（N=161）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.8 (5.31)	32.5 (5.37) *	31.7 (4.92)	32.8 (5.51) *	31.9 (5.69)	32.2 (5.21)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.2 (10.7)	62.6 (10.8)	67.6 (8.72)	67.6 (7.91)	58.5 (10.6)	57.3 (11.0) †
周囲のサポート ‡						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.7 (2.57)	10.2 (2.55) *	11.1 (2.43)	10.5 (2.52) *	10.3 (2.66)	9.99 (2.58)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.89)	11.0 (1.94) *	11.3 (1.64)	11.0 (2.00) †	11.2 (2.12)	11.0 (1.89)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.97 (5.29)	6.57 (5.22) *	5.60 (4.75)	6.36 (5.31) *	6.34 (5.79)	6.78 (5.14)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.58 (0.94)	2.37 (0.92) *	2.80 (0.87)	2.54 (0.86) *	2.35 (0.96)	2.19 (0.95) *
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.36 (1.32)	5.29 (1.23)	5.36 (1.35)	5.33 (1.29)	5.36 (1.28)	5.25 (1.17)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当（K6≧5）	171 (52.5)	203 (62.3) *	85 (51.5)	97 (58.8) †	86 (53.4)	106 (65.8) *
気分・不安障害相当（K6≧10）	70 (21.5)	85 (26.1)	31 (18.8)	38 (23.0)	39 (24.2)	47 (29.2)
重症精神障害相当（K6≧13）	36 (11.0)	37 (11.3)	13 (7.9)	14 (8.5)	23 (14.3)	23 (14.3)
過去１年間に疾病休業あり	97 (29.8)	111 (34.0)	50 (30.3)	65 (39.4) *	47 (29.2)	46 (28.6)
疾病休業日数 1～3 日	49 (15.0)	68 (20.9) *	22 (13.3)	37 (22.4) *	27 (16.8)	31 (19.3)
疾病休業日数 4～6 日	24 (7.4)	28 (8.6)	16 (9.7)	19 (11.5) †	8 (5.0)	9 (5.6)
疾病休業日数 7～29 日	20 (6.1)	11 (3.4)	12 (7.3)	7 (4.2)	8 (5.0)	4 (2.5)
疾病休業日数 30 日以上	4 (1.2)	4 (1.2)	－(0.0)	2 (1.2)	4 (2.5)	2 (1.2)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.6)	1 (0.6)	－(0.0)	－(0.0)
がん	4 (1.2)	1 (0.3)	－(0.0)	－(0.0)	4 (2.5)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	3 (0.9)	2 (0.6)	1 (0.6)	1 (0.6)	2 (1.2)	1 (0.6)
その他	81 (24.8)	100 (30.7) †	44 (26.7)	60 (36.4) *	37 (23.0)	40 (24.8)

* p<0.05, † p<0.10（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－７．B 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（年代別：20 歳代以下・30 歳代・40 歳代）

	20 歳代以下 (N=54)		30 歳代 (N=88)		40 歳代 (N=120)	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡						
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	32.0 (5.45)	32.1 (5.79)	32.9 (5.05)	33.2 (5.01)	31.5 (5.66)	32.5 (5.42) *
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	62.5 (11.2)	61.4 (11.1)	62.4 (10.0)	61.6 (9.96)	63.6 (10.4)	62.8 (11.0)
周囲のサポート ‡						
上司のサポート (JCQ) (4–16)	12.0 (2.75)	11.2 (2.63) †	10.2 (2.48)	10.1 (2.26)	10.4 (2.54)	9.85 (2.71) †
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	12.4 (1.82)	11.8 (1.83) *	11.1 (1.94)	10.6 (2.27) *	10.7 (1.88)	10.9 (1.88)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	5.81 (5.22)	6.25 (5.26)	6.33 (5.32)	7.42 (5.78) *	6.38 (5.86)	6.22 (4.97)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.35 (1.13)	2.26 (1.02)	2.54 (0.83)	2.23 (0.86) *	2.52 (0.98)	2.34 (0.98) *
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.43 (1.32)	5.58 (1.18)	5.19 (1.25)	5.09 (1.25)	5.22 (1.37)	5.19 (1.23)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳						
心理的ストレス相当 (K6≧5)	25 (46.3)	32 (59.3)	48 (54.5)	58 (65.9) *	65 (54.2)	74 (61.7)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	11 (20.4)	12 (22.2)	23 (26.1)	27 (30.7)	29 (24.2)	28 (23.3)
重症精神障害相当 (K6≧13)	7 (13.0)	4 (7.4)	10 (11.4)	16 (18.2)	16 (13.3)	12 (10.0)
過去１年間に疾病休業あり	13 (24.1)	13 (24.1)	33 (37.5)	26 (29.5)	32 (26.7)	49 (40.8) *
疾病休業日数 1～3 日	9 (16.7)	8 (14.8)	18 (20.5)	16 (18.2)	17 (14.2)	35 (29.2) *
疾病休業日数 4～6 日	1 (1.9)	3 (5.6)	10 (11.4)	6 (6.8)	5 (4.2)	11 (9.2)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.9)	1 (1.9)	5 (5.7)	4 (4.5)	8 (6.7)	3 (2.5)
疾病休業日数 30 日以上	2 (3.7)	1 (1.9)	－(0.0)	－(0.0)	2 (1.7)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	1 (1.1)	1 (1.1)	3 (2.5)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.9)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.8)	1 (0.8)
その他	12 (22.2)	13 (24.1)	27 (30.7)	24 (27.3)	26 (21.7)	44 (36.7) *

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表６－８．B 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（年代別：50 歳代・60 歳代以上）

	50 歳代 (N=47)		60 歳代以上 (N=17)	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担 (JCQ) (12–48)	30.5 (4.39)	32.2 (5.61) *	30.9 (5.13)	30.9 (4.80)
仕事のコントロール (JCQ) (24–96)	63.7 (12.0)	64.0 (11.8)	64.7 (12.0)	66.4 (10.8)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート (JCQ) (4–16)	10.9 (2.37)	10.1 (2.58) †	10.8 (1.63)	10.6 (1.81)
同僚のサポート (JCQ) (4–16)	11.4 (1.50)	11.1 (1.52)	10.9 (1.03)	11.0 (1.17)
心理的ストレス反応 (K6) (0–24)	4.51 (3.71)	6.51 (5.17) *	5.56 (4.56)	5.63 (3.58)
ワーク・エンゲイジメント (UWES) (0–6) §	2.95 (0.70)	2.64 (0.75) *	3.01 (0.70)	2.90 (0.63)
仕事・生活満足度 (BJSQ) (2–8) ‖	5.76 (1.35)	5.39 (1.24) *	5.88 (0.86)	5.82 (1.07)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当 (K6≧5)	23 (48.9)	27 (57.4)	10 (58.8)	12 (70.6)
気分・不安障害相当 (K6≧10)	5 (10.6)	16 (34.0) *	2 (11.8)	2 (11.8)
重症精神障害相当 (K6≧13)	2 (4.3)	5 (10.6)	1 (5.9)	－(0.0)
過去１年間に疾病休業あり	12 (25.5)	14 (29.8)	7 (41.2)	9 (52.9)
疾病休業日数 1～3 日	4 (8.5)	7 (14.9)	1 (5.9)	2 (11.8)
疾病休業日数 4～6 日	5 (10.6)	4 (8.5)	3 (17.6)	4 (23.5)
疾病休業日数 7～29 日	3 (6.4)	2 (4.3)	3 (17.6)	1 (5.9)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (2.1)	－(0.0)	2 (11.8)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	1 (5.9)	1 (5.9)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (2.1)	1 (5.9)	－(0.0)
その他	11 (23.4)	11 (23.4)	5 (29.4)	8 (47.1)

* $p<0.05$, † $p<0.10$ (平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定).

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票 (Brief Job Stress Questionnaire).

表６－９．B 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：管理職・専門・技術職）

	管理職（N=71）		専門・技術職（N=40）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.9 (4.90)	33.1 (4.84) *	30.6 (5.60)	32.3 (4.80) *
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	70.3 (5.24)	70.1 (6.57)	71.5 (7.33)	69.4 (6.35) *
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.45)	10.6 (1.96) *	11.2 (2.32)	10.6 (2.60)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.20)	11.4 (1.14)	11.7 (1.40)	11.2 (2.01) †
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.72 (4.12)	5.46 (4.26) †	6.88 (5.14)	7.03 (5.08)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.92 (0.67)	2.79 (0.71) *	2.55 (1.00)	2.33 (0.87)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.61 (1.11)	5.61 (1.01)	5.53 (1.34)	5.43 (1.08)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	31 (43.7)	39 (54.9) †	24 (60.0)	29 (72.5)
気分・不安障害相当（K6≧10）	9 (12.7)	12 (16.9)	11 (27.5)	11 (27.5)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (4.2)	3 (4.2)	7 (17.5)	5 (12.5)
過去１年間に疾病休業あり	21 (29.6)	28 (39.4)	17 (42.5)	17 (42.5)
疾病休業日数 1～3 日	6 (8.5)	13 (18.3)	10 (25.0)	12 (30.0)
疾病休業日数 4～6 日	9 (12.7)	10 (14.1)	6 (15.0)	4 (10.0)
疾病休業日数 7～29 日	5 (7.0)	4 (5.6)	1 (2.5)	1 (2.5)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.4)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (1.4)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.4)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
その他	17 (23.9)	25 (35.2) †	16 (40.0)	16 (40.0)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表６－１０．B 事業場の変化：両年度（平成 27＋29 年度）回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=48）		現業職（N=167）	
	平成 27 年度	平成 29 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）
仕事のストレス要因 ‡				
仕事の量的負担（JCQ）(12–48)	31.4 (5.18)	31.7 (5.04)	32.2 (5.43)	32.5 (5.79)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	67.3 (8.19)	66.3 (6.28)	57.1 (9.97)	56.7 (10.8)
周囲のサポート ‡				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (2.47)	10.3 (2.69) *	10.2 (2.90)	9.98 (2.71)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (2.20)	10.9 (2.08) *	11.0 (2.10)	10.8 (2.13)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.37 (4.81)	6.80 (4.32)	6.16 (5.83)	6.85 (5.80)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) §	2.60 (0.96)	2.52 (0.86)	2.44 (0.99)	2.15 (0.97) *
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) ‖	5.32 (1.11)	5.21 (1.16)	5.23 (1.43)	5.14 (1.35)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
心理的ストレス反応の内訳				
心理的ストレス相当（K6≧5）	29 (60.4)	35 (72.9)	87 (52.1)	100 (59.9) †
気分・不安障害相当（K6≧10）	11 (22.9)	12 (25.0)	39 (23.4)	50 (29.9)
重症精神障害相当（K6≧13）	4 (8.3)	4 (8.3)	22 (13.2)	25 (15.0)
過去１年間に疾病休業あり	12 (25.0)	16 (33.3)	47 (28.1)	50 (29.9)
疾病休業日数 1～3 日	8 (16.7)	11 (22.9)	25 (15.0)	32 (19.2)
疾病休業日数 4～6 日	3 (6.3)	4 (8.3)	6 (3.6)	10 (6.0)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	1 (2.1)	14 (8.4)	5 (3.0) *
疾病休業日数 30 日以上	1 (2.1)	－(0.0)	2 (1.2)	3 (1.8)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (2.1)	－(0.0)	2 (1.2)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	1 (2.1)	－(0.0)	1 (0.6)	1 (0.6)
その他	7 (14.6)	14 (29.2)	41 (24.6)	45 (26.9)

* $p<0.05$, † $p<0.10$（平成 27 年度との差：対応のある t 検定または McNemar 検定）.

‡ JCQ: Job Content Questionnaire.

§ UWES: Utrecht Work Engagement Scale.

‖ BJSQ: 職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire）.

表７－１．平成 27 年度の C 事業場の状況（全体・男女別・年代別）†

	全体 (N=1,279)	男性 (N=888)	女性 (N=391)	20 歳代 (N=165)	30 歳代 (N=283)	40 歳代 (N=383)	50 歳代 (N=355)	60 歳代 (N=93)
	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)
仕事のストレス要因（57 項目版）(17–68)	41.6 (5.84)	42.3 (5.76)	39.8 (5.66)	42.1 (6.06)	42.8 (5.97)	42.2 (5.59)	40.4 (5.64)	38.7 (5.13)
仕事のストレス要因（23 項目版）(6–24)	15.7 (2.75)	15.9 (2.69)	15.1 (2.79)	15.8 (2.84)	16.3 (2.81)	16.0 (2.64)	15.1 (2.59)	14.2 (2.53)
仕事の量的負担（3–12）	8.61 (1.99)	8.94 (1.94)	7.84 (1.99)	8.96 (2.07)	9.24 (1.89)	8.86 (1.82)	8.04 (1.91)	7.17 (1.95)
仕事の質的負担（3–12）	8.39 (1.82)	8.77 (1.66)	7.53 (1.87)	8.75 (1.85)	8.85 (1.80)	8.59 (1.69)	7.85 (1.76)	7.57 (1.78)
身体的負担（1–4）	2.21 (0.89)	2.31 (0.89)	1.98 (0.85)	2.24 (0.93)	2.19 (0.89)	2.17 (0.89)	2.24 (0.89)	2.23 (0.84)
職場の対人関係（3–12）	6.43 (1.63)	6.53 (1.62)	6.19 (1.63)	6.48 (1.75)	6.58 (1.59)	6.47 (1.65)	6.34 (1.59)	6.05 (1.62)
職場環境（1–4）	2.22 (0.86)	2.22 (0.90)	2.24 (0.77)	2.25 (0.98)	2.28 (0.86)	2.22 (0.84)	2.21 (0.83)	2.11 (0.89)
仕事のコントロール（3–12）	7.06 (1.73)	6.99 (1.73)	7.23 (1.72)	6.79 (1.68)	7.10 (1.71)	7.16 (1.79)	7.06 (1.69)	7.02 (1.74)
技能の活用（1–4）	2.26 (0.70)	2.20 (0.71)	2.39 (0.65)	2.23 (0.73)	2.23 (0.86)	2.28 (0.70)	2.29 (0.70)	2.23 (0.72)
仕事の適性（1–4）	2.22 (0.67)	2.24 (0.69)	2.17 (0.62)	2.25 (0.74)	2.24 (0.70)	2.27 (0.68)	2.17 (0.63)	2.06 (0.55)
働きがい（1–4）	2.16 (0.68)	2.13 (0.68)	2.23 (0.68)	2.13 (0.74)	2.10 (0.70)	2.17 (0.66)	2.17 (0.67)	2.27 (0.65)
周囲のサポート（57 項目版）(9–36)	20.2 (5.01)	20.2 (5.09)	20.0 (4.82)	19.5 (5.41)	19.8 (5.09)	20.2 (4.93)	20.8 (4.88)	19.9 (4.66)
周囲のサポート（23 項目版）(6–24)	14.6 (3.81)	14.5 (3.86)	14.8 (3.69)	14.1 (4.06)	14.4 (3.86)	14.6 (3.82)	15.1 (3.68)	14.3 (3.43)
上司のサポート（3–12）	7.60 (2.14)	7.45 (2.16)	7.96 (2.06)	7.36 (2.19)	7.54 (2.17)	7.57 (2.17)	7.86 (2.09)	7.37 (2.05)
同僚のサポート（3–12）	7.00 (2.03)	7.05 (1.98)	6.88 (2.14)	6.69 (2.18)	6.86 (2.12)	7.01 (2.00)	7.25 (1.97)	6.92 (1.75)
家族・友人のサポート（3–12）	5.55 (2.12)	5.72 (2.15)	5.17 (1.99)	5.41 (2.17)	5.40 (2.17)	5.61 (2.11)	5.65 (2.10)	5.60 (1.93)
心身のストレス反応（57 項目版）(29–116)	54.9 (12.7)	55.1 (12.9)	54.5 (12.0)	57.2 (12.5)	55.9 (12.5)	55.9 (13.4)	53.1 (11.7)	51.0 (12.4)
心身のストレス反応（23 項目版）(11–44)	20.5 (6.07)	21.0 (6.17)	19.5 (5.72)	22.0 (6.04)	21.4 (6.04)	20.9 (6.30)	19.4 (5.62)	18.3 (5.77)
活気（3–12）	8.13 (2.10)	8.03 (2.11)	8.35 (2.06)	8.25 (2.07)	8.04 (2.18)	8.18 (2.13)	8.15 (2.03)	7.82 (2.07)
イライラ感（3–12）	6.18 (2.19)	6.25 (2.19)	6.01 (2.18)	6.81 (2.40)	6.30 (2.13)	6.23 (2.22)	5.89 (2.02)	5.53 (2.11)
疲労感（3–12）	6.34 (2.17)	6.41 (2.18)	6.18 (2.14)	6.87 (2.16)	6.63 (2.10)	6.48 (2.23)	5.90 (2.03)	5.54 (2.13)
不安感（3–12）	5.96 (2.01)	6.20 (2.02)	5.42 (1.89)	6.16 (2.13)	6.25 (2.00)	6.09 (2.05)	5.66 (1.92)	5.29 (1.77)
抑うつ感（57 項目版）(6–24)	9.79 (3.51)	9.99 (3.56)	9.35 (3.34)	10.8 (3.56)	10.2 (3.53)	9.89 (3.68)	9.23 (3.17)	8.48 (3.08)
抑うつ感（23 項目版）(3–12)	5.33 (2.12)	5.42 (2.13)	5.13 (2.10)	5.98 (2.16)	5.57 (2.14)	5.36 (2.20)	5.02 (1.96)	4.55 (1.89)
身体愁訴（11–44）	18.5 (5.30)	18.2 (5.37)	19.2 (5.08)	18.3 (5.49)	18.5 (5.16)	19.0 (5.64)	18.2 (4.93)	18.3 (5.23)
食欲不振（3–12）	1.27 (0.53)	1.29 (0.55)	1.21 (0.46)	1.38 (0.64)	1.25 (0.52)	1.27 (0.55)	1.23 (0.46)	1.27 (0.49)
不眠（3–12）	1.64 (0.80)	1.66 (0.81)	1.59 (0.80)	1.61 (0.81)	1.66 (0.82)	1.67 (0.82)	1.62 (0.79)	1.60 (0.72)
その他								
仕事・生活満足度（2–8）	4.35 (1.19)	4.40 (1.22)	4.23 (1.12)	4.35 (1.24)	4.46 (1.24)	4.45 (1.21)	4.25 (1.16)	4.00 (0.92)

† いずれの指標も合計得点が高いほどストレス度が高いことを表す.

表７－１．平成 27 年度の C 事業場の状況（全体・男女別・年代別）（続き）

	全体 (N=1,279)	男性 (N=888)	女性 (N=391)	20 歳代 (N=165)	30 歳代 (N=283)	40 歳代 (N=383)	50 歳代 (N=355)	60 歳代 (N=93)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」の基準に基づく高ストレス者の内訳								
57 項目評価基準 その 1-(ア)+(イ)	110 (8.6)	92 (10.4)	18 (4.6)	16 (9.7)	30 (10.6)	35 (9.1)	24 (6.8)	5 (5.4)
57 項目評価基準 その 1-(ア)	75 (5.9)	61 (6.9)	14 (3.6)	9 (5.5)	18 (6.4)	27 (7.0)	17 (4.8)	4 (4.3)
57 項目評価基準 その 1-(イ)	35 (2.7)	31 (3.5)	4 (1.0)	7 (4.2)	12 (4.2)	8 (2.1)	7 (2.0)	1 (1.1)
23 項目評価基準 その 1-(ア)+(イ)	107 (8.4)	86 (9.7)	21 (5.4)	14 (8.5)	34 (12.0)	34 (8.9)	21 (5.9)	4 (4.3)
23 項目評価基準 その 1-(ア)	84 (6.6)	67 (7.5)	17 (4.3)	11 (6.7)	26 (9.2)	28 (7.3)	15 (4.2)	4 (4.3)
23 項目評価基準 その 1-(イ)	23 (1.8)	19 (2.1)	4 (1.0)	3 (1.8)	8 (2.8)	6 (1.6)	6 (1.7)	－(0.0)
57 項目評価基準 その 2-(ア)+(イ)	107 (8.4)	91 (10.2)	16 (4.1)	18 (10.9)	27 (9.5)	35 (9.1)	22 (6.2)	5 (5.4)
57 項目評価基準 その 2-(ア)	85 (6.6)	73 (8.2)	12 (3.1)	13 (7.9)	20 (7.1)	29 (7.6)	18 (5.1)	5 (5.4)
57 項目評価基準 その 2-(イ)	22 (1.7)	18 (2.0)	4 (1.0)	5 (3.0)	7 (2.5)	6 (1.6)	4 (1.1)	－(0.0)
23 項目評価基準 その 2-(ア)+(イ)	119 (9.3)	102 (11.5)	17 (4.3)	16 (9.7)	32 (11.3)	44 (11.5)	23 (6.5)	4 (4.3)
23 項目評価基準 その 2-(ア)	69 (5.4)	57 (6.4)	12 (3.1)	9 (5.5)	18 (6.4)	26 (6.8)	12 (3.4)	4 (4.3)
23 項目評価基準 その 2-(イ)	50 (3.9)	45 (5.1)	5 (1.3)	7 (4.2)	14 (4.9)	18 (4.7)	11 (3.1)	－(0.0)

表７－２．平成 27 年度の C 事業場の状況（雇用形態別）†

	全体 (N=1,279)	正規社員 (N=1,080)	非正規社員 (N=199)
	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)
仕事のストレス要因 (57 項目版) (17–68)	41.6 (5.84)	42.0 (5.70)	39.4 (6.12)
仕事のストレス要因 (23 項目版) (6–24)	15.7 (2.75)	15.8 (2.73)	14.9 (2.76)
仕事の量的負担 (3–12)	8.61 (1.99)	8.82 (1.93)	7.45 (1.96)
仕事の質的負担 (3–12)	8.39 (1.82)	8.60 (1.72)	7.22 (1.88)
身体的負担 (1–4)	2.21 (0.89)	2.20 (0.89)	2.23 (0.93)
職場の対人関係 (3–12)	6.43 (1.63)	6.53 (1.60)	5.92 (1.70)
職場環境 (1–4)	2.22 (0.86)	2.21 (0.87)	2.31 (0.81)
仕事のコントロール (3–12)	7.06 (1.73)	6.99 (1.71)	7.48 (1.77)
技能の活用 (1–4)	2.26 (0.70)	2.22 (0.70)	2.46 (0.68)
仕事の適性 (1–4)	2.22 (0.67)	2.24 (0.69)	2.08 (0.57)
働きがい (1–4)	2.16 (0.68)	2.15 (0.69)	2.22 (0.63)
周囲のサポート (57 項目版) (9–36)	20.2 (5.01)	20.2 (5.01)	20.0 (5.00)
周囲のサポート (23 項目版) (6–24)	14.6 (3.81)	14.5 (3.77)	15.0 (3.98)
上司のサポート (3–12)	7.60 (2.14)	7.53 (2.13)	7.98 (2.18)
同僚のサポート (3–12)	7.00 (2.03)	6.99 (2.00)	7.01 (2.23)
家族・友人のサポート (3–12)	5.55 (2.12)	5.64 (2.14)	5.05 (1.90)
心身のストレス反応 (57 項目版) (29–116)	54.9 (12.7)	55.3 (12.6)	53.0 (13.1)
心身のストレス反応 (23 項目版) (11–44)	20.5 (6.07)	20.9 (6.01)	18.8 (6.08)
活気 (3–12)	8.13 (2.10)	8.10 (2.09)	8.28 (2.15)
イライラ感 (3–12)	6.18 (2.19)	6.30 (2.18)	5.52 (2.12)
疲労感 (3–12)	6.34 (2.17)	6.40 (2.14)	5.98 (2.26)
不安感 (3–12)	5.96 (2.01)	6.11 (1.98)	5.15 (2.03)
抑うつ感 (57 項目版) (6–24)	9.79 (3.51)	9.93 (3.52)	9.03 (3.33)
抑うつ感 (23 項目版) (3–12)	5.33 (2.12)	5.41 (2.13)	4.91 (2.03)
身体愁訴 (11–44)	18.5 (5.30)	18.4 (5.22)	19.1 (5.67)
食欲不振 (3–12)	1.27 (0.53)	1.28 (0.54)	1.21 (0.48)
不眠 (3–12)	1.64 (0.80)	1.66 (0.80)	1.54 (0.82)
その他			
仕事・生活満足度 (2–8)	4.35 (1.19)	4.41 (1.21)	4.04 (1.05)
	n (%)	n (%)	n (%)
「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」の基準に基づく高ストレス者の内訳			
57 項目評価基準 その 1-(ア)+(イ)	110 (8.6)	99 (9.2)	11 (5.5)
57 項目評価基準 その 1-(ア)	75 (5.9)	67 (6.2)	8 (4.0)
57 項目評価基準 その 1-(イ)	35 (2.7)	32 (3.0)	3 (1.5)
23 項目評価基準 その 1-(ア)+(イ)	107 (8.4)	93 (8.6)	14 (7.0)
23 項目評価基準 その 1-(ア)	84 (6.6)	74 (6.9)	10 (5.0)
23 項目評価基準 その 1-(イ)	23 (1.8)	19 (1.8)	4 (2.0)
57 項目評価基準 その 2-(ア)+(イ)	107 (8.4)	97 (9.0)	10 (5.0)
57 項目評価基準 その 2-(ア)	85 (6.6)	78 (7.2)	7 (3.5)
57 項目評価基準 その 2-(イ)	22 (1.7)	19 (1.8)	3 (1.5)
23 項目評価基準 その 2-(ア)+(イ)	119 (9.3)	107 (9.9)	12 (6.0)
23 項目評価基準 その 2-(ア)	69 (5.4)	60 (5.6)	9 (4.5)
23 項目評価基準 その 2-(イ)	50 (3.9)	47 (4.4)	3 (1.5)

† いずれの指標も合計得点が高いほどストレス度が高いことを表す.

平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と
職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人

総合研究報告書
教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討

分担研究者
島津明人（北里大学一般教育部人間科学教育センター・教授）

研究協力者
種市康太郎（桜美林大学心理・教育学系・教授）
石川かおり（予防医学心理学(楽)研究室）
池亀肇（株式会社日立システムズ人事総務本部）
井上千恵（パナソニック健康管理センター保健看護部）
小田原幸（東邦大学医療センター大森病院心療内科）
津田由紀（パナソニック健康管理センター保健看護部）
外山浩之（北里大学一般教育部人間科学教育センター・研究員）
渡辺真弓（北里大学一般教育部人間科学教育センター・特別研究員）
櫻谷あすか（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）
渡辺和弘（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生；
日本学術振興会・特別研究員 DC1）

研究要旨：本分担研究の目的は，ストレスチェックに連動した教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討を行うことである。1年目の平成27年度では，平成21－23年度に作成された科学的根拠（EBM）に基づく個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）に関して，作成後に発表された科学的根拠のレビューを行い，ガイドラインの内容をアップデートした。2 年目の平成 28 年度では，ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめたマニュアル（バージョン 1）を作成した。3 年目の平成 29 年度では，平成 28 年度に作成した個別面接支援マニュアル（バージョン 1）のうち主要な内容を抽出したマニュアル（バージョン 2）を作成し，ストレスチェック実施後にマニュアルを活用した面接をモデル事業所で実施してその効果評価を行うとともに，専門家からの意見を収集し，マニュアルをバージョン 3 として完成させた。

A．はじめに

労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防において，「労働者個人向けストレス対策　（セルフケア）」は主要なアプローチの一つとされている。本分担研究では，ストレスチェックに連動した教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討を行うことを目的とする。

1 年目の平成 27 年度では，平成 21－23 年度に作成された科学的根拠（EBM）に基づく個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）に関して，作成後に発表された科学的根拠のレビューを行い，ガイドラインの内容をアップデートした。

2 年目の平成 28 年度では，ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめたマニュアル（バージョン 1）を作成した。マニュアル（バージョン 1）はストレスチェックに連動したセルフケア支援において，個別面接で必要と思われる知識と技術を網羅的に提示した。

3 年目となる平成 29 年度では，平成 28 年度に作成した個別面接支援マニュアル(バージョン1)のうち主要な内容を抽出したマニュアル（バージョン 2）を作成し，ストレスチェック実施後にマニュアルを活用した面接をモデル事業所で実施してその効果評価を行うとともに，専門家からの意見を収集し，マニュアルをバージョン 3 として完成させた。

B．対象と方法

1. 個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）のアップデート（平成 27 年度）

平成 27 年 6 月から平成 28 年 3 月にかけて，前回のセルフケアガイドライン作成時に実施された文献レビューと同じデータベース，および検索語を用いて文献レビューを実施した。取り込み基準も同様の基準を採用し，加えて前回のガイドラインが作成された 2009 年以降の論文を取り込むこととした。

2. 個別面接支援マニュアル（バージョン 1）の作成（平成 28 年度）

ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめた。産業保健スタッフが相談を受ける際，ストレスチェックの結果をどのように読み取り，どのように面接を進め，どのようにフォローするかについて，実践例を示しながら解説することにより，産業保健スタッフの業務の一助をなることを目指した。

3. 個別面接支援マニュアルの作成（バージョン 2）および完成（バージョン 3）（平成 29 年度）

（1）個別面接を行う担当者が，実際の面接でより重要と思われる事項をバージョン 1 より抽出し，クイックマニュアルとして分かりやすく提示するためのマニュアル（バージョン 2）を作成した。

（2）産業保健スタッフ 3 名によるバージョン 2 を用いた個別支援面接を 45 名の従業員に行い，個別支援面接の実施前および実施約 1 ヶ月後のストレスチェック結果を比較することでマニュアル使用の効果評価を行った。

（3）2017 年 12 月 13 日に東京大学にて行われた本研究班の成果物研究会に参加した産業保健の専門家より，マニュアル（バージョン 2）に関する意見を収集した。参加した専門家は，産業医 1 名，精神科医 1 名，保健師 3 名，臨床心理士 2 名であった。

C．結果

1. 個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）のアップデート（平成 27 年度）

文献レビューの結果，最終的に 44 編の論文が取り込み基準に合致する対象となった。前回作成されたガイドラインでは，科学的根拠の水準に応じて 6 個の推奨内容と 4 個のヒントが提示されており，これらの項目に沿って内容を検討したところ，1 時間以内の実施時間でも効果が認められた介入や，マインドフルネス，ACT（Acceptance and Commitment Therapy），ヨガなどで効果が認められた介入が存在した。

2. 個別面接支援マニュアル（バージョン 1）の作成（平成 28 年度）

次の 5 章から構成される個別面接支援マニュアル（バージョン 1）を作成した。

- 第 1 章：ストレスチェックの概要
- 第 2 章：職業性ストレス簡易調査票の説明
- 第 3 章：ストレスチェック結果の読み取り方と面談・相談対応の進め方
- 第 4 章：プロフィールのパターンによるストレスチェック結果の解釈
- 第 5 章：対象者のニーズに合わせたセルフケアの支援方法

従業員と面接を行う可能性がある産業保健スタッフ（産業医，保健師，看護師，臨床心理士など）を対象として，マニュアル（バージョン 1）に関する意見収集を行った。その結果，難易度（分かりやすさ），ボリューム，有用性について肯定的な回答が多く得られた。

3. 個別面接支援マニュアルの作成（バージョン 2）および完成（バージョン 3）（平成 29 年度）

（1）マニュアル（バージョン 1）のうち，平成 28 年度に産業保健職を対象としたアンケートでニーズが高く，かつ個別面接場面で必要性が高いと思われる情報として，第 3 章と第 4 章を抽出した。これらの内容をそれぞれ解説編と事例編とする 2 部構成のマニュアル（バージョン 2）を作成した。

（2）保健師・看護師 3 名が，マニュアル（バージョン 2）を用いて個別支援面接を行った結果，面接を受けた 45 名の面接対象者のストレッサー（仕事の量的負担, $p = 0.011$, Cohen’s $d = 0.40$；仕事の質的負担, $p = 0.001$, Cohen’s $d = 0.54$；身体的負担度, $p = 0.02$, Cohen’s $d = 0.50$；仕事のコントロールの低さ, $p = 0.004$, Cohen’s $d = 0.46$）とストレス反応（活気の低さ, $p = 0.004$, Cohen’s $d = 0.46$；イライラ感, $p = 0.046$, Cohen’s $d = 0.31$；身体愁訴, $p = 0.002$, Cohen’s $d = 0.49$）の得点が有意に低減し，社会的支援（上司, $p < 0.001$, Cohen’s $d = 0.58$；同僚, $p < 0.001$, Cohen’s $d = 0.83$；家族友人, $p < 0.001$, Cohen’s $d = 0.76$）および満足度（仕事満足度, $p = 0.020$, Cohen’s $d = 0.36$；家庭満足度, $p = 0.005$, Cohen’s $d = 0.45$）の得点が有意に向上した。

（3）産業保健の専門家からの意見収集では，マニュアルの扱う面談の種類，収載内容，面接のポイント，著作権に関して質問とコメントが得られ，これらの内容を反映して最終版（バージョン 3）を完成させた。

D．考察

1. 個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）のアップデートについて

文献レビューの結果，特にセルフケアの実施時間（ヒント 2）やプログラムの構成（推奨内容 4）に関して新しい知見が確認された。しかし，これらの内容は，いずれも前ガイドラインで提示された内容と相反するものではなかった。したがって，改訂版では，本文の後の「実施のポイント」に以下の内容を追記した（付録 1）。

【ヒント 2：1 回あたりの実施時間】「ただし，ヨガ等の介入を行う場合は，比較的短時間（1 時間以内）の介入を継続的に実施することが心理的ストレス反応の低減に有効である可能性があります。介入内容に合わせて適切な実施時間を選択しましょう。」

【推奨 4：プログラムの構成】「認知・行動的アプローチに基づく技法には，問題解決法，ストレス免疫訓練，認知的再体制化，アサーション・トレーニング，タイムマネジメント，マインドフルネスや Acceptance and Commitment Therapy などの技法があります。また，リラクセーション技法には，漸進的筋弛緩法，自律訓練法，呼吸法，ヨカなどがあります。」

なお，その他の推奨内容やヒントについては，前ガイドラインに追加する内容は認められなかった。

2. 個別面接支援マニュアルについて

平成 28 年度では，ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめたマニュアル（バージョン 1）を作成した。産業保健スタッフが相談を受ける際，ストレスチェックの結果をどのように読み取り，どのように面接を進め，どのようにフォローするかについて，実践例を示しながら解説することにより，産業保健スタッフの業務の一助をなることを目指した。

平成 29 年度は，平成 28 年度に作成された個別面接支援マニュアル（バージョン 1）から主要な内容を抽出し，解説編と事例編構成から構成されるクイックマニュアル（バージョン 2）を作成した。マニュアル（バージョン 2）を用いた保健師・看護師による個別支援面接により，面接対象者のストレッサーとストレス反応が低減し，社会的支援，満足度が向上するという望ましい効果が得られた。被面接者を対象としたアンケートでは，ストレスチェックの個人結果を受け取ることによるストレス低減への有用性が 75.0%，個人結果とストレスマネジメントのヒントを受け取ることによるストレス低減への有用性が 65.9%であったのに対して，産業保健スタッフの個別面接を受けたことによるストレス低減への有用性が 95.4%と高い結果が得られた。このことは，ストレスチェックの個人結果やストレスマネジメントのヒントをフィードバックすることに加えて，産業保健スタッフが支援マニュアルにもとづき個別面接を行うことで，ストレス反応の低減がさらに促進される可能性を示唆するものと言える。

今回の面接対象者は，高ストレス状態にある者だけでなく，高ストレス状態にない者も含まれていたことを考慮すると，本マニュアルを用いた個別支援面接は，高ストレス者以外にも適用可能であり，彼（女）らのストレス状態の改善にも役立つ可能性が示唆された。

しかしながら，本研究での面接実施者は経験年数の長い保健師・看護師により行われており，経験年数の短いその他の産業保健スタッフにも，本マニュアルを用いた面接が有用であるかは今後の検討が必要である。また，本研究では，面接後調査が面接終了約 1 ヶ月後に行われていることから，面接による効果がどの程度長期的に維持されるのかについても，今後の検討が必要である。さらに，本研究では対照群を置かない介入群のみの前後比較研究であることから，今後，対照群を置いた検討も必要である。

最終的に，産業保健の専門家の意見，効果評価の結果を踏まえ，最終的に解説編と事例編の 2 部から構成されるマニュアル（バージョン 3）を完成させた。本マニュアルは，少ないページ数でありながらも，ストレスチェックのフィードバック結果を用いた個別支援面接に必要な内容を網羅しており，クイック版のマニュアルとしては十分な包括性と有用性を有していると言える。

なお，本マニュアル（バージョン 3：付録 2）は，収載内容を必要最低限に絞ったクイック版である。したがって，面接実施者は，面接前に，被面接者との具体的なやりとりやセリフ，面接で使用する心理教育の資料やワークシートを収載したマニュアル本体（バージョン 1：島津・種市, 2016）を事前に学習しておくことで，個別支援面接の効果を高めることが期待される。

E. 結論

本分担研究の目的は，ストレスチェックに連動した教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討を行うことであった。1 年目の平成 27 年度では，平成 21－23 年度に作成された科学的根拠（EBM）に基づく個人向けストレス対策のガイドライン（セルフケアガイドライン）に関して，作成後に発表された科学的根拠のレビューを行い，ガイドラインの内容をアップデートした。2 年目の平成 28 年度では，ストレスチェックの結果を受け取った労働者のセルフケア支援を，個別面接によって行う際の手順と必要なツールをまとめたマニュア

ル（バージョン 1）を作成した。3 年目の平成 29 年度では, 平成 28 年度に作成した個別面接支援マニュアル（バージョン 1）のうち主要な内容を抽出したマニュアル（バージョン 2）を作成し，ストレスチェック実施後にマニュアルを活用した面接をモデル事業所で実施してその効果評価を行うとともに，専門家からの意見を収集し，マニュアルをバージョン 3 として完成させた。

Ｆ．健康危険情報

該当せず。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

浅井裕美・今村幸太郎・堤明純・島津明人・井上彰臣・廣尚典・小田切優子・吉川徹・吉川悦子・川上憲人 (印刷中). ストレスチェック制度施行開始 1 年度の実施状況、有用性および課題：労働者へのインターネット調査. 産業ストレス研究.

Goering, E., Shimazu, A., Zhou, F., Wada, T., & Sakai, R. (2017). Not if, but how they differ: A meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. Burnout Research, 5, 21-34.

Imamura, K., Kawakami, N., Tsuno, K., Tsuchiya, M., Shimada, K., Namba, K., & Shimazu, A. (2017). Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial. Journal of Occupational Health, 59, 46-54.

Imamura, K., Asai, Y., Watanabe, K., Tsutsumi, A., Shimazu, A., Inoue, A., Hiro, H., Odagiri, Y., Yoshikawa, T., Yoshikawa, E., & Kawakami, N. (in press). Effect of the national stress check program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study. Journal of Occupational Health.

島津明人 (2017). ストレスチェック制度とセルフケア支援. 医学のあゆみ, 263, 246-250.

Tsutsumi, A., Shimazu, A., Eguchi, H., Inoue, A., & Kawakami, N. (2018). A Japanese Stress Check Program screening tool predicts employee long-term sickness absence: A prospective study. Journal of Occupational Health, 60, 55-63.

２．学会発表

島津明人 (2017). シンポジウム「ストレスチェック制度実施上の留意点」集団分析後のフォロー. 2017 年 3 月 18 日（土）, 第 23 回日本行動医学会学術総会, 沖縄科学技術大学院大学, 沖縄県恩納村.

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

Ｉ．引用文献

島津明人・種市康太郎（編著） (2016). 産業保健スタッフのためのセルフケア支援マニュアル:ストレスチェックと連動した相談の進め方. 東京: 誠信書房

労働者個人向けストレス対策（セルフケア）のガイドライン
（改訂版）

このガイドラインは，職場のメンタルヘルス対策として重要な個人向けストレス対策（セルフケア）を企画・実施する際に推奨される事項を，最新の科学的根拠に基づいて提示したものです。

このガイドラインは，第 1 版（平成 21－23 年度にかけて作成）の公表後に出版された科学的根拠をレビューし，その内容をアップデートしたものです。
詳細なレビュー内容とアップデートの根拠となった情報は，平成 27 年度分担研究報告書[注 1] を参照下さい。

このガイドラインは，個人向けストレス対策（セルフケア）の企画・実施に直接的・間接的に関わる可能性のある産業医，保健師，看護師，心の健康づくり専門スタッフ（臨床心理士，産業カウンセラー等），衛生管理者，人事労務担当者，および事業場内教育研修担当者・メンタルヘルス推進担当者等にご活用いただけます。そのほか，職場のメンタルヘルス対策にかかわる各専門施設（産業保健総合支援センター・地域産業保健センター）や EAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）の担当者，THP（Total Health Promotion：トータルヘルスプロモーション）の心理相談担当者等も活用可能です。

注 1：島津明人 (2015). 平成 27 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）「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（H27-労働-一般-004）主任（川上憲人）分担研究報告書「教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討」

平成 27-29 年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
主任：川上憲人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・教授）

分担研究者：島津明人（北里大学一般教育部人間科学教育センター・教授）
研究協力者：櫻谷あすか（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生）
渡辺和弘（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・院生；
日本学術振興会・特別研究員 DC1）

個人向けストレス対策（セルフケア）の重要性と本ガイドラインの意義

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり，その未然防止（第一次予防）は事業場における健康管理の優先順位の高い課題となっています。

メンタルヘルス不調の第一次予防においては,「労働者個人向けストレス対策」「管理監督者教育」「職場環境等の評価と改善」の 3 つの主要なアプローチがあります。このうち，個人向けストレス対策は，労働者のセルフケア能力の向上を目的としており，自己のストレスに早期に気づき，適切に対処できるようになることを支援します。

個人向けストレス対策（セルフケア）の効果については，数多くの研究成果が国内外で蓄積され，どのような対策を行えば，セルフケア能力の向上やストレス反応の低下につながるかについての科学的根拠が整理されるようになってきました。しかしながら，これらの科学的根拠を参照するだけでは，対策を実際に事業場で実施することが難しい状況にありました。なぜなら，どのような工夫が事業場での実効性の向上に役立つかについての情報が不足していたからです。

本ガイドラインは，個人向けストレス対策（セルフケア）の効果について無作為化対照試験ないし比較対照試験によって評価した研究，およびそれらの研究をメタ分析した研究をレビューして作成されたものです。ガイドラインには，労働者のストレス反応の低減に有効と判断された対策を，事業場でどのように計画・準備し，どのように実施すればよいかについてのポイントが提示されています。本ガイドラインによって，実効性の高い個人向けストレス対策が，これまで以上に普及・浸透することを願っています。

ガイドラインの構成

- 本ガイドラインは，個人向けストレス対策（セルフケア）を事業場で企画・実施する流れに沿って，「計画・準備」「内容」「形式」「事後の対応」の 4 つの要素から構成されています。
- それぞれの要素では，労働者のストレス反応の低減に有効性が認められている対策項目[注 2]が「推奨内容」として，有効性に関するコンセンサスが得られている対策項目[注 3]が「ヒント」[注 4]として，科学的根拠の水準に応じて提示されています。
- それぞれの要素では,推奨内容やヒントで提示された項目を事業場で円滑に実施するための工夫が「実施のポイント」として提示されています。

注 2：有効性が認められている対策項目とは，(1) 無作為化対照試験および比較対照試験のメタ分析によって有効性が確認された項目，(2) 無作為化対照試験ないし比較対照試験において研究デザインに組み込まれ，有効性が確認された項目のことを言います。(2) に関して【推奨 6：フォローアップセッションの設定】を例にとると，フォローアップセッションの有無に関する 2 群を設定し，2 群間でストレス反応の低減効果に有意差が認められたことを言います。

注 3：有効性に関するコンセンサスが得られている対策項目とは，無作為化対照試験ないし比較対照試験において，(1) ストレス反応の低減は認められてはいるが，その項目が研究デザインに組み込まれていないもの，(2) 下位分析によってのみストレス反応の低減効果に差異が認められたもの（たとえば，仕事の裁量権の高い群でのみストレス反応の低減効果が認められた場合），などの項目を言います。

注 4：「内容」に関する要素では，「ヒント」の提示はありません。

（1）計画・準備

	推奨内容
項目	【推奨 1：実施回数】 心理的ストレス反応の低減を目的としたプログラムの場合，最低 2 回の教育セッションと 1 回のフォローアップセッション[注5]を設ける。 【推奨 2：ケアの提供者】 職場のメンタルヘルスの専門家，もしくは事業場内産業保健スタッフが実施する。 【推奨 3：ストレス評価の事後対応】 労働者のストレス状況を評価する場合は，評価結果を返却するだけでなく，ストレス軽減のための具体的な方法（教育や研修）を併せて提供する。
実施のポイント	【推奨 1：実施回数】 ・ 各セッションで習得してほしいポイントを限定し，内容を詰めすぎないようにします。 ・ 内容に応じてプログラムを複数回に分割することで，知識・技術の習得が円滑になるようにします。 ・ 簡単な内容から複雑な内容へとステップアップするスモールステップ方式を採用することで，参加者の意欲と動機づけが維持されやすくなります。 ・ 複数回のプログラムを行うことで，メンバー間で良好な関係が形成され，サポートネットワークが形成されやすくなります。 ・ プログラムを複数回に分けて実施する場合，多くの研究では 1 週間の実施間隔を設定しています。 【推奨 2：ケアの提供者】 ・ 実施に際しては，必要な知識や技術を事前に習得しておくことが必要です。 ・ 実施経験が少ない場合には，専門家の助言を得ながら，技術の向上に努めます。 【推奨 4：ストレス評価の事後対応】 ・ ストレス評価を行う場合には，ストレス軽減のための具体的な方法についても併せて（教育や研修によって）提供します。

注 5：フォローアップセッションに関する実施のポイントについては，推奨 6（フォローアップセッションの設定）で別個に取り上げています。

	ヒント
項目	【ヒント 1：対象の設定】 時間，費用，人的資源などに制約がある場合には，優先度の高い集団から実施する。 【ヒント 2：1 回あたりの実施時間】 1 回あたりの実施時間は 2 時間程度とすることが望ましい。
実施のポイント	【ヒント 1：対象の設定】 ・ 優先度の設定に際しては，セルフケアへの関心の高さ，就業環境（学習内容を活用しやすい環境にあるか），ストレス反応の高さなどを考慮して対象集団を設定します。 ・ 具体的には，セルフケアへの関心が高い集団，学習内容を活用しやすい環境（就業環境）にある労働者，ストレス反応が高い集団には，優先してプログラムを提供するようにします。 ・ 新入社員，異動者，昇進・昇格者などストレスフルな状況に置かれている者には，優先度を高めることが望まれます。 ・ 心理的ストレス反応が高い労働者に限定して実施する場合には，参加者自身や周囲に偏見や誤解を与えないような配慮や，参加者の心理的抵抗を少なくする配慮が必要です。 【ヒント 2：1 回あたりの実施時間】 ・ 1 回のセッションで習得してほしいポイントを限定し，内容を詰めすぎないようにします。 ・ ただし，ヨガ等の介入を行う場合は，比較的短時間（1 時間以内）の介入を継続的に実施することが心理的ストレス反応の低減に有効である可能性があります。介入内容に合わせて適切な実施時間を選択しましょう[注6]。

注 6：改訂版で追記された項目。

（2）内容

—	推奨内容
項目	【推奨 4：プログラムの構成】 プログラムでは，認知・行動的アプローチに基づく技法を単独で用いるか，リラクセーションと組み合わせて実施する。
実施のポイント	【推奨 4：プログラムの構成】 ・ 認知・行動的アプローチに基づく技法には，問題解決法，ストレス免疫訓練，認知的再体制化，アサーション・トレーニング，タイムマネジメント，マインドフルネスや Acceptance and Commitment Therapy などの技法があります。また，リラクセーション技法には，漸進的筋弛緩法，自律訓練法，呼吸法，ヨカなどがあります[注7]。 ・ プログラムで提供する技法は多すぎないように留意します。提供技法が増えるとセッション数とそれに伴うコスト（時間，場所，スタッフなど）が増加するためです。セッション数が増えてもプログラム効果の促進にはつながらないことも示されています。 ・ 対象者のニーズや関心に応じて，提供する技法を選択します。

注 7：改訂版では，マインドフルネス，Acceptance and Commitment Therapy，ヨガを追記した。
マインドフルネスは「今，この瞬間の体験に意図的に意識を向け， 評価をせずに，とらわれのない状態で，ただ観ること」，「Acceptance and Commitment Therapy は「思考や感情を抑制しようとする行動（体験の回避）や思考と現実や自己を混同する行動（フュージョン）を減らし，向社会的行動の動機づけを高めて（価値の明確化），実際にそれを生起させていく（コミットメント）介入法」と定義されている。

（3）形式

	推奨内容
項目	【推奨 5：プログラムの提供形式】 事業場や参加者の特徴・状況に応じて，提供形式（集合教育，個別教育）を選択する。
実施のポイント	【推奨 5：プログラムの提供形式】 ・集合形式の場合，グループを活用した参加型学習を取り入れるように努めます。 ・集合形式のプログラムで心理的ストレス反応の低減効果が認められた研究の多くは，参加型学習を取り入れています。 ・参加型学習では，参加者相互の意見交換が促進され，行動や認知を修正するためのフィードバックが得られやすくなります。 ・参加型学習では，同じ問題を共有する参加者の行動を観察したり，取り入れたりする機会が得られやすくなります。 ・グループディスカッションやグループワークでは，1 グループあたりの人数が 10 名を超えないように配慮します。 ・個別教育では，参加者の心理的抵抗（周囲に対する気がね）を少なくするような工夫をします。 ・個別教育では，参加者のニーズに応じたプログラムを提供します。

	ヒント
項目	【ヒント 3：セルフケアとその他の対策との組合せ】 学習内容の活用を促進させるための職場環境づくりを行う（裁量権を上げるための対策を併用する）。
実施のポイント	【ヒント 3：セルフケアとその他の対策との組合せ】 ・従業員参加型の職場環境改善活動などを行い，労働者一人ひとりの裁量権を上げるための工夫を行います。 ・職場環境改善活動では，職業性ストレス簡易調査票，仕事のストレス判定図，メンタルヘルスアクションチェックリストなどを活用することができます。

（4）事後の対応

	推奨内容
項目	【推奨 6：フォローアップセッションの設定】 教育セッションの終了後にフォローアップセッションを設け，プログラムで学んだ知識や技術を振り返る機会や日常生活での適用を促進する機会を設ける。
実施のポイント	【推奨 6：フォローアップセッションの設定】 ・事業場の事情に合わせて，最低 1 回はフォローアップセッションを設けます。 ・フォローアップセッションの実施時期としては最終セッション終了後 3 ヶ月が目安となります。 ・フォローアップセッションの回数とその効果との関連についてはまだ明らかな知見が得られていないため，当面は事業場の事情に合わせて実施されることが望まれます。 ・フォローアップでは，面談，電話，メールなど個別形式を取り入れて行うことも可能です

	ヒント
項目	【ヒント 4：活用促進のための工夫】 知識や技術を定着させ，日常生活での活用を促進するための工夫を行う。
実施のポイント	【ヒント 4：活用促進のための工夫】 ・教育内容を知的に理解しても，その内容が日常生活に適用されなければ，メンタルヘルス不調の未然防止や健康の保持・増進には結びつきません。そのため，ワークシートを配布するなど，学んだ知識を自己の問題や状況に適用できるようにします。 ・複数回のセッションを提供する場合，次のセッションまでに日常生活で取り組む課題（ホームワーク）を設け，技術の定着を促進します。

産業保健スタッフのための

セルフケア支援マニュアル

クイック版

ストレスチェックと連動した面接の進め方

島津明人・種市康太郎 編

はじめに

本書は「産業保健スタッフのためのセルフケア支援マニュアル」（島津明人・種市康太郎編，誠信書房刊行）を再編集したものを，クイック版として刊行したものです。「ストレスチェック結果の読み取り方と面談・相談対応の進め方」に焦点を絞った「クイックマニュアル」として活用いただけます。

このクイック版では，ストレスチェック結果をもとに面談・相談対応をする際に，最小限必要な情報に絞り込んで提示しています。「解説編」では，ストレスチェックの読み取り方と面談・相談対応の進め方の一般的な流れを解説し，「事例編」では，個人ごとにフィードバックされるプロフィールの典型的なパターンを 7 種類挙げ，結果の読み取り方と面接でのポイントを提示しています。

クイック版は，厚生労働科学研究「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究（H27 －労働－一般－ 004：主任研究者：川上憲人）における，分担研究「教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討」（分担研究者：島津明人）の成果物として位置づけられ，厚生労働省の研究成果データベースにて公開される予定です。事例の作成に際しては，以下の皆様にご協力いただきました。

〈事例作成協力者〉

事例 1：五十川早苗（公益財団法人松原病院診療技術部臨床心理室）

事例 2：平賀光美（医療法人あけぼの会メンタルヘルスセンター）

事例 3：小林由佳（本田技研（株）人事部人事ブロック全社メンタルヘルス推進チーム）

事例 4：大庭さよ（医療法人社団弘冨会神田東クリニック／MPS センター）

事例 5：三宅美樹（トヨタ車体（株）健康推進センターメンタルヘルス推進グループ）

事例 6：植松芳信（アイエムエフ（株）相談室）

事例 7：種市康太郎（桜美林大学）

なお，本体のマニュアル（書籍）では，ストレスチェク制度（第 1 章）と職業性ストレス簡易調査票（第 2 章）の概要を解説し，ストレスチェック結果の読み取り方と面談・相談対応の進め方を解説しています（第 3 章）。そのうえで，個人ごとにフィードバックされるプロフィールの典型的なパターンを 7 種類挙げ，結果の読み取り方と面接例を提示し（第 4 章），面接対象者のニーズに合わせたセルフケアの支援方法を，支援ツールとともに提供しています（第 5 章）。ストレスチェックの結果に基づいたセルフケアの支援を，より効果的に行いたい場合には，ぜひ本体のマニュアルも参照ください。

本書により，より効果的なセルフケアの支援が提供され，労働者の皆さまが健康でいきいきと働くことができる一助となれば幸いです。

「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と
職場環境改善効果に関する研究」

代表研究者：川上憲人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授）

（「教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討」担当）

分担研究者：島津明人（北里大学一般教育部人間科学教育センター教授）

研究協力者：種市康太郎（桜美林大学心理・教育学系教授）

目　次

はじめに　*i*

解説編

1　ストレスチェック結果の読み取り方　*1*

❶全体評価　*1*

❷各下位尺度の読み取り方　*2*

2　ストレスチェック結果に基づく面談・相談対応の進め方　*5*

❶連絡理由の確認　*6*

❷事前準備　*7*

❸挨拶・オリエンテーション　*7*

❹ストレスチェック結果の説明　*8*

❺ストレスチェック結果の各要因の説明　*8*

❻聞き取りに基づく対応　*9*

事例編

1　量的負担が主なストレッサーとなっている例　*10*

2　質的負担が主なストレッサーとなっている例　*12*

3　人間関係が主なストレッサーとなっている例　*14*

4　キャリアの問題が主なストレッサーとなっている例　*16*

5　プライベートの問題が主なストレッサーとなっている例　*18*

6　ライフイベントが主なストレッサーとなっている例　*20*

7　故意に悪く見せかけようとしていることが疑われる例　*22*

解　説

1 ストレスチェック結果の読み取り方

1 全体評価

「心身のストレス反応」「仕事のストレス要因（サポート含む）」の二つを中心に，全体評価を行います。高ストレス者の選定基準には，「心身のストレス反応が非常に高い場合」「ストレス反応はやや高い程度だが，仕事のストレス要因（サポート含む）が非常に高い場合」の二通りがあります。「心身のストレス反応が非常に高い場合」には，「仕事のストレス要因」が高い場合と低い場合があるので，大きくは以下の三通りの結果が予想されます。

A.「心身のストレス反応が非常に高い」かつ「仕事のストレス要因」も高い

仕事のストレス要因の多くが該当し，非常に負担が大きく，心身の不調も発生し，本人にも自覚がある場合が多いです。ただし，多くの方々は負担や不調を感じながらも日々働いていらっしゃるので，すぐに専門医の受診を勧める必要があるかどうかはわかりません。面談・相談対応のなかで確認する必要があるでしょう。一方，故意に悪く見せかけようとしている場合もあります（事例７を参照）。

B.「心身のストレス反応が非常に高い」が「仕事のストレス要因」は低い

仕事のストレス要因は少ないのに，心身のストレス反応が生じている場合です。もともと身体疾患があるために，「身体愁訴」を中心に高得

点となっていることがあります。この場合，メンタルヘルスには問題がないこともあるので，面談・相談対応のなかで身体の健康状態について確認する必要があります。その他，仕事以外の問題，たとえば家族の問題などで，心身の不調が生じていることもあります。

C.「心身のストレス反応はやや高い程度」だが，「仕事のストレス要因」が非常に高い

仕事のストレス要因の多くが該当し，非常に負担が大きいのに心身の不調が顕著ではない場合です。現時点では顕著ではなくても将来悪化する可能性があり，予防的な働きかけが必要なことがあります。この場合，「過酷な状況でも何とか働いているというように読み取れます」など，仕事のストレス要因が高いことを中心に説明すると，肯定されることが多いです。

2 各下位尺度の読み取り方

A. 仕事のストレス要因

まず，大まかに読み取りましょう。たとえば，次の三つの基準で読み取ることができます。

❶全体的に高いか。それともばらつきがあり，部分的に高いか。
❷仕事の量的な問題か（表１の①や③）。それとも，仕事の内容面の問題か。
❸負担が大きい（表１の①～⑤）か。それとも，資源が少ない（表１の⑥～⑨）か。

この基準で表２（４頁）を読み取ると，❶ばらつきがあり部分的に高い状態で，❷量的な問題よりは，仕事の内容面の問題に関連している可能性が高いといえます。❸は傾向が見られません。

一方，「仕事のストレス要因」が少ない部分にも注目しましょう。そ

表1　職業性ストレス簡易調査票の尺度の説明（川上，2012 を一部修正）

グループ	尺度名	説明	項目例
仕事のストレス要因	①心理的な仕事の負担（量）	仕事の量が多いことや，時間内に仕事を処理しきれないことによる，業務負担のこと。	非常にたくさんの仕事をしなければならない。
	②心理的な仕事の負担（質）	仕事で求められる注意集中の程度，知識，技術の高さなど，質的な業務負担のこと。	かなり注意を集中する必要がある。
	③自覚的な身体的負担度	仕事でからだを動かす必要があるなど，身体的な業務負担のこと。	からだを大変よく使う仕事だ。
	④職場の対人関係でのストレス	部署内での意見の相違，あるいは部署間の対立など，対人関係に関する負担のこと。	私の職場の雰囲気は友好的である。
	⑤職場環境によるストレス	騒音，照明，温度，換気などの物理的な職場環境の問題による負担のこと。	私の職場の作業環境（騒音，照明，温度，換気など）は良くない。
	⑥仕事のコントロール度	仕事の内容，予定，手順などを，自分で決められる程度のこと。仕事の負担の高い状況とコントロール度の低い状況とが重なると，ストレス度が高くなる。	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる。
	⑦技能の活用度	持っている技術，知識，技能，資格などが仕事で活用されていること。	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない。
	⑧仕事の適性度	仕事の内容が自分に向いている，合っていること。	仕事の内容は自分に合っている。
	⑨働きがい	仕事の意義が認識でき，働きがいを感じていること。	働きがいのある仕事だ。

れらは，良好さを示すサインと考えることもできます。特に，仕事の資源（⑥〜⑨）は，本人の対処にとってプラスになる要因です。

なお，各下位尺度は，項目内容を見ながら状況を推測する程度にとどめておくのがよいでしょう。特に，仕事のストレス要因については，単

表2　表形式のプロフィール表示例

A　殿

社員No. ○

【ストレスの原因と考えられる因子】	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
心理的な仕事の負担（量）			○		
心理的な仕事の負担（質）					○
自覚的な身体的負担度			○		
職場の対人関係でのストレス					○
職場環境によるストレス				○	
仕事のコントロール度★	○				
あなたの技能の活用度★	○				
あなたが感じている仕事の適性度★		○			
働きがい★		○			
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★		○			
イライラ感					○
疲労感					○
不安感				○	
抑うつ感					○
身体愁訴					○
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★	○				
同僚からのサポート★		○			
家族や友人からのサポート★			○		
仕事や生活の満足度★			○		

一項目の下位尺度もあります。たとえば「働きがい」の下位尺度は，「働きがいのある仕事だ」という項目のみで評価しています。「『働きがい』という言葉にはピンとこないけど，仕事は面白いですよ」と言われる場合もあるので，うがった解釈や決めつけは控えるべきでしょう。

B．心身のストレス反応

心身のストレス反応は下位尺度間に相関関係があるので，まずは，全体に高いかどうかを大まかに読み取るとよいでしょう。

下位尺度では，「活気」とその他の尺度とは，内容が反対です。「活気」が低い場合，「不調はないがやる気もない」など，あまり積極的に仕事に取り組めていない可能性があります。

「身体愁訴」だけが身体的側面の内容です。ここだけ高い場合，前述のとおり身体疾患がある可能性があるので，確認が必要です。「身体愁訴」の下位尺度は項目数が多いため，ここが高いために高ストレス者に選定されていることがあります。

C．ストレス反応に影響を与える他の因子

サポートは「職場での対人関係」や「仕事のコントロール」と関連し，対人関係や仕事の内容面の問題を表している場合があります。仕事の満足度は，キャリアなどの問題と関連している可能性があります。家庭生活の満足度については，職場で家庭の問題を話すのを嫌がる方もいらっしゃるので，本人が話すのを待つ程度にとどめておくのがよいでしょう。

2 ストレスチェック結果に基づく面談・相談対応の進め方

ストレスチェック結果に基づく相談対応のフローを，図1にまとめました。このフローに沿って，各段階の内容を説明します。

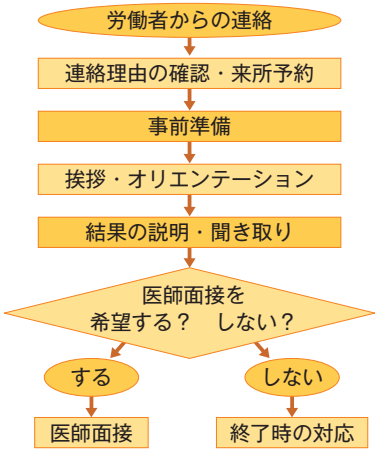


図1　相談対応のフローチャート

1 連絡理由の確認

ストレスチェック制度において，ストレスチェック結果を用いた面接が行われる場面は，第一に，高ストレスと判断された者が希望した場合に行われる面接指導です。これは，医師によるものとされているので，医師以外は担当できません。

一方，医師以外の実施者や，その他の産業保健スタッフが行うことができる面談・相談対応には，以下のものがあります。医師による面接指導と異なることから，以下ではこれらを面談・相談対応と呼びます。労働者から連絡があったときに，以下のどの対応を求めて来所するかを確認しておく必要があります。

面談・相談対応の種類

ⓐ補足的面談――実施者による高ストレス者の選定において，実施者の指名および指示のもと，労働者に補足的に面談を行う。

ⓑ高ストレス者の相談対応――高ストレス者のうち，産業医との面

接を希望しない社員に対して，高ストレス状態で放置されないようにするなど適切な対応を行う観点から，産業医等と連携しつつ相談対応を行う。

ⓒ自発相談――高ストレスではないが，ストレスチェック結果を契機として，自発的に相談を希望した社員に対して相談対応を行う。

なお，以下に挙げる事例は，主にⓑⓒの相談対応の場合を想定して書かれています。

2 事前準備

面談・相談対応の予約が入ったら，事前に得られる個人情報を，可能な範囲で把握しておくとよいでしょう。

❶所属部署，年齢，性別などの基本的な属性
❷雇用形態，職種，職位，勤務年数，学歴などの人事情報
❸労働時間に関する情報

これらの情報は人事・労務担当者から得られることもあれば，立場や経緯上，ほとんど得られない状態で始めなければならないこともあります。

3 挨拶・オリエンテーション

面談・相談対象者が来所されたら挨拶をし，自分の立場を説明します。次に相手の名前を確認します。まれに，相談時間を間違えて来所する方がいらっしゃるためです。引き続き，個人情報の保護について伝えます。その他，設定した時間についての確認も行います。

この時点で，説明を始める前に何か質問はないか確認します。すると，「このストレスチェックって，結局，社長には裏で伝わっちゃうんでしょう？」というような疑問が出されることがあります。この疑問は，本人が最も気にしていることに関連することが多いです。ここでは

急いで進まずにていねいに説明すると，安心してもらいやすいでしょう。

4 ストレスチェック結果の説明

ストレスチェック結果の説明に移ります。個人のストレスチェック結果の説明の前に，ストレスチェックおよび職業性ストレス簡易調査票についての説明を行ったほうがよいでしょう。

5 ストレスチェック結果の各要因の説明

全体の説明を終えたら，各要因の説明に移ります。

各要因の説明

各要因の説明で大切なことは，最初は全体的に大まかに説明して，細かい説明は後回しにするということです。表 2 を見せながら，「こういう内容なのですが，実際はどうですか?」と本人の話を聞いてみるとよいでしょう。

大切なことは，ストレス調査票の結果は，本人の話を聞くきっかけとして用いるということです。たとえば，「『仕事の量』というより，『時間に常に追われている』って感じのほうが近い」と，本人なりの言葉で説明されることがあります。この場合，本人の言葉を用いて，さらに具体的に話を聞きます。各下位尺度の結果について，「答え合わせ」をするかのように機械的に質問を繰り返すことは避けるべきでしょう。また，本人の話と調査票の結果とに，若干の矛盾が生じることがあります。これについては，わざわざ確認しないでおいたほうが本人も話しやすく，結局は本人の理解につながることが多いです。

「心身のストレス反応」「ストレス反応に影響を与える他の因子」についても，説明の仕方は同様です。「仕事のストレス要因」と「心身のストレス反応」のどちらを先に説明するかは，説明しやすいと思うほうでかまいません。

相談対応の場合，すべての説明ができなくても，本人の相談したい内

容について話してもらったほうがよいでしょう。

6 聞き取りに基づく対応

A．聞き取り後の対応

聞き取り後の対応は，ⓐ補足的面談の場合と，ⓑ相談対応の場合とで異なります。

ⓐ補足的面談の場合

補足的面談の場合，今回聞き取った内容をまとめて報告します。医師は高ストレス者の選定を行います。高ストレスと判断された人が面接を希望した場合には医師面接に進みます。希望しなかった場合は，ここで終了となります。

ⓑ相談対応の場合

聞き取り後，今回の相談内容と話し合ったことをまとめます。そのうえで，本人にとっての課題を明確にし，それに合ったセルフケアの方法を提案します。継続の相談を希望した場合は，次回の相談予約を入れます。希望しなかった場合はここで終了となります。

B．終了時の対応

面談・相談対応の結果，継続的な対応を希望しないことがあります。その場合，必要なときにはいつでも相談対応を行うことを告げ，連絡先を伝えます。連絡先をすぐに渡せるように，連絡先が記載された資料やリーフレットなどを用意しておくとよいでしょう。

事例 1

量的負担が主なストレッサーとなっている例

事例情報

A さん。41 歳，男性。建材メーカーの工場，開発課課長。

Aさんのプロフィール表

A　殿

社員No. 1

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）					○
心理的な仕事の負担（質）				○	
自覚的な身体的負担度			○		
職場の対人関係でのストレス			○		
職場環境によるストレス			○		
仕事のコントロール度★	○				
あなたの技能の活用度★		○			
あなたが感じている仕事の適性度★	○				
働きがい★		○			
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感					○
疲労感					○
不安感					○
抑うつ感				○	
身体愁訴					○
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★		○			
同僚からのサポート★		○			
家族や友人からのサポート★			○		
仕事や生活の満足度★		○			

ストレスチェック結果の読み取り

主なストレス要因は仕事の量的負担にあり，仕事の進め方や仕事の量について，自分の裁量がないと感じています。また，自分の技能も十分には活かされておらず，適性や働きがいも感じにくくなっています。

ストレスによる心身の反応としては，活気に乏しく，イライラ感・疲労感・不安感が高まっており，身体にもその影響が現れています。おそらく，仕事の量が過重で忙しいために疲弊した状態であり，活気が失われ，不安感が高まっていると考えられます。また，仕事の裁量が与えられていないと感じており，イライラ感が高まっているようです。

上司や同僚からのサポートは十分でないと感じており，満足度もやや低くなっていますが，家族や友人からのサポートはまずまずと自覚されているため，今後のストレス対処のリソースになる可能性があります。

面接のポイント

- 抑うつ感以外のストレス反応はすべて高い結果となっており，慢性的な疲弊状態が疑われます。いつ頃から症状を自覚しはじめ，どの程度持続しているのかを確認します。
- 仕事の量的負担が高く，裁量権が低い状況に置かれています。労働時間，仕事の内容，難易度を含めた就業状況を確認します。
- 上司や同僚のサポートが低いようです。職場内の人間関係，特に困ったときにサポートを求めたり，相談できる上司や同僚がいるのか，いる場合でもサポートを求めにくい状況に陥っていないか確認します。
- 本人の行動パターンにも注意します。①完璧主義で必要以上の仕事を自分で作り出していないか，②上司や同僚にサポートを求める「援助希求スキル」が不足していないか，③過剰な仕事を上手に断る「アサーティブスキル」が不足し，一人で仕事を抱え込んでいないか，などに注目します。

事例 2

質的負担が主なストレッサーとなっている例

事例情報

B さん。30 歳，女性。未婚，ひとり暮らし。大学卒業後，IT 企業に入社，勤続 8 年。システムエンジニア（SE）として，システム開発業務を担当。

Bさんのプロフィール表

B　殿

社員No. 2

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）				○	
心理的な仕事の負担（質）					○
自覚的な身体的負担度		○			
職場の対人関係でのストレス			○		
職場環境によるストレス	○				
仕事のコントロール度★				○	
あなたの技能の活用度★				○	
あなたが感じている仕事の適性度★		○			
働きがい★			○		
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感			○		
疲労感				○	
不安感					○
抑うつ感			○		
身体愁訴				○	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★		○			
同僚からのサポート★		○			
家族や友人からのサポート★				○	
仕事や生活の満足度★		○			

ストレスチェック結果の読み取り

「仕事の質的負担」は，集中力や高度な技術や知識が必要とされるなど，認知面への負荷の高さを意味しています。この事例では，仕事の質的負担が顕著に高いことに加えて量的負担も高い傾向があり，仕事による負荷が高く，余裕がない状態と考えられます。

ストレス反応については，抑うつ感は高くないものの，緊張・不安の高い様子がうかがわれます。

職場内のサポートは少ない傾向にありますが，家族や友人からのサポートはある程度有しているようです。職場でのサポート不足を職場以外で補っているのかもしれません。

面接のポイント

- 仕事の質的負担が高く，主観的な適性度もやや低いことから，自分の資質や能力では対処しきれない事態に直面していないか確認します。自分の能力を過小評価している可能性も念頭に置いておく必要があるでしょう。
- 量的負担がやや高く，上司・同僚の支援もやや低いことから，仕事を一人で抱えこみ，負担を大きくしている可能性もあります。上司や同僚とコミュニケーションをとりながら仕事が進められているか確認します。
- ストレス反応は顕著に高くはないものの，活気が低く不安感が高い状態です。仕事に自信が持てず，ものごとを否定的にとらえたり，一人で責任を背負い込む傾向がないか確認します。
- ただし，疲労や身体愁訴もやや高い状態にあることから，慢性的な疲労状態にないか確認します。睡眠の様子（入眠，中途覚醒，早朝覚醒，日中の眠気），食欲などの生活リズムについても必ず確認しておきましょう。

事例 3

人間関係が主なストレッサーとなっている例

事例情報

C さん。27 歳，女性。メーカー勤務。

Cさんのプロフィール表

C　殿

社員No. 3

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）			○		
心理的な仕事の負担（質）			○		
自覚的な身体的負担度		○			
職場の対人関係でのストレス					○
職場環境によるストレス	○				
仕事のコントロール度★				○	
あなたの技能の活用度★		○			
あなたが感じている仕事の適性度★	○				
働きがい★		○			
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★		○			
イライラ感				○	
疲労感				○	
不安感					○
抑うつ感					○
身体愁訴				○	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★	○				
同僚からのサポート★	○				
家族や友人からのサポート★	○				
仕事や生活の満足度★		○			

ストレスチェック結果の読み取り

「心理的な仕事の負担（量）」や「心理的な仕事の負担（質）」は普通程度ですが，「仕事の適性度」や「技能の活用度」「働きがい」が低い点が特徴です。自分の適性に見合った仕事や技能が活かせるような仕事が付与されず，張り合いのない生活を送っていることが推察されます。

ストレス反応は全般的に高めですが，特に不安・抑うつを中心とした心理面でのストレス反応が高い状態です。慢性的なストレス状態にあると推察されます。

上司・同僚からのサポートも低いようです。職場の対人関係でのストレスも強く感じていることを考慮すると，職場での対人関係がストレス要因になっている可能性があります。また，家族や友人からのサポートも低く，孤立無援の状況に陥っている可能性もあります。

面接のポイント

- 職場の人間関係で何らかの問題を抱えている可能性を念頭に置いて，話を聞きましょう。ただし，面接の冒頭から職場の人間関係について話を聞かれることに，抵抗があるかもしれません。ストレス反応の内容から話を聞き始めるのがスムーズと思われます。
- ストレス反応は顕著に高くはないものの，活気が低く不安感が高い状態です。どんな場面で不安や緊張を強く覚えるのか，丁寧に聞き取りましょう。これにより，職場の人間関係の問題を聞き出すことにつながります。また，ものごとを否定的にとらえたり，一人で責任を背負い込む傾向がないかについても確認します。
- 疲労や身体愁訴もやや高い状態にあることから，慢性的な疲労状態にないか確認します。睡眠の様子（入眠，中途覚醒，早朝覚醒，日中の眠気），食欲などの生活リズムについても必ず確認しておきましょう。
- 家族・友人のサポートも低いことから，休日の過ごし方についても聞き取りをするとよいでしょう。

事例 4

キャリアの問題が主なストレッサーとなっている例

事例情報

Dさん。35歳，女性。大手化学メーカーの人事部人材開発課。

Dさんのプロフィール表

D　殿

社員No. 4

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）		○			
心理的な仕事の負担（質）		○			
自覚的な身体的負担度		○			
職場の対人関係でのストレス				○	
職場環境によるストレス	○				
仕事のコントロール度★			○		
あなたの技能の活用度★	○				
あなたが感じている仕事の適性度★	○				
働きがい★	○				
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感				○	
疲労感					○
不安感				○	
抑うつ感					○
身体愁訴				○	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★	○				
同僚からのサポート★	○				
家族や友人からのサポート★	○				
仕事や生活の満足度★	○				

ストレスチェック結果の読み取り

「技能の活用度」「仕事の適性度」「働きがい」がいずれも低く，キャリアの問題を抱えている可能性があります。また，「職場の対人関係のストレス」が高く，「上司からのサポート」「同僚からのサポート」が低いことから，職場の対人関係に困難を感じており，職場で相談できずに孤立している可能性も考えられます。

ストレス反応では，活気に乏しく疲労感・抑うつ感が高いことから，キャリアの問題によるストレスが，こころの状態に影響を及ぼしている可能性が推察されます。

「仕事や生活の満足度」「家族や友人からのサポート」が低いことから，仕事の問題の他にプライベートの問題を抱えている可能性も考えられます。

面接のポイント

- 「技能の活用度」「仕事の適性度」「働きがい」がいずれも低いことから，キャリアの問題を抱えていないか確認します。技能が適切に発揮されているか，興味・関心・適性に見合った仕事か，働きがいや成長の機会のある仕事かなどを尋ねます。
- 職場内の人間関係，特に困ったときにサポートを求めたり，相談できる上司や同僚がいるのか，いる場合でもサポートを求めにくい状況に陥っていないか確認します。
- 仕事の問題の他にプライベートの問題を抱えている可能性も念頭に置いておきましょう。プライベートの問題を直接尋ねることが難しい場合には，「仕事のことでご家族や友人に相談することはありますか？」「お休みの日はどのように過ごしていますか？」など，答えやすい質問から始めるとよいでしょう。

事例 5

プライベートの問題が主なストレッサーとなっている例

事例情報

E さん。50 歳，男性。大手製造業の事務部門，課長職。

E さんのプロフィール表

E　殿

社員No. 5

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）				○	
心理的な仕事の負担（質）			○		
自覚的な身体的負担度	○				
職場の対人関係でのストレス				○	
職場環境によるストレス		○			
仕事のコントロール度★				○	
あなたの技能の活用度★				○	
あなたが感じている仕事の適性度★			○		
働きがい★				○	
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感					○
疲労感					○
不安感					○
抑うつ感					○
身体愁訴					○
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★				○	
同僚からのサポート★			○		
家族や友人からのサポート★	○				
仕事や生活の満足度★	○				

ストレスチェック結果の読み取り

まず，仕事の量的負担がストレス要因となっていることがうかがえます。次に，職場で上司や同僚からのサポートは得られていると答えているにもかかわらず，「職場の対人関係でのストレス」がやや高いことから，部下との関係が良くない可能性が考えられます。

また，家族や友人からのサポートがほとんど得られていない状況から，職業生活のストレスを和らげる場がないことが考えられます。家族の理解や共感の乏しさ，気軽に相談できる友人がいないことが，ストレス反応に影響していることも推察されます。

ストレスによる心身反応はすべて要注意段階にあることから，高ストレス状態にあることは明確ですが，その背景のアンバランスさが感じられ，職業生活とプライベートの両側面から取り組んでいく必要があることが推測されます。

面接のポイント

- ストレス反応はすべて要注意段階であることから，何かしらの自覚があることは間違いないと思われます。このような場合，ストレス反応から聞いたほうが話しやすいでしょう。
- 背景に何があるかは，本人の発言を聞かない限りわかりません。「ご自身ではどのようなことが関係していると思いますか？」とオープンに質問し，本人の考えや気持ちを聴くことから始めましょう。率直にお話しされるようなら，傾聴します。
- 「ただただ仕事が忙しいだけで」と，結果から読み取れる内容未満のことしか話さないときは，相談者が信頼できる人かを値踏みしている段階といえます。あまり根掘り葉掘り聞かず，本人が話した内容の範囲の相談対応を丁寧に進めていくうちに，途中で本当に困っていることを話し出すことがあります。
- プライベートの問題については，医療機関，社会資源などの紹介や情報提供が，有効になることがあります。職場の相談室では私的な相談はできないと思っている場合もあるので，相談できる範囲についても説明しておくとよいでしょう。

事例 6

ライフイベントが主なストレッサーとなっている例

事例情報

Ｆさん。39 歳，女性。大手食品メーカー子会社の開発部門に所属，部下を持たない課長職。

Ｆさんのプロフィール表

Ｆ　殿

社員No. 6

【ストレスの原因と考えられる因子】	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
心理的な仕事の負担（量）				○	
心理的な仕事の負担（質）					○
自覚的な身体的負担度			○		
職場の対人関係でのストレス		○			
職場環境によるストレス			○		
仕事のコントロール度★		○			
あなたの技能の活用度★				○	
あなたが感じている仕事の適性度★			○		
働きがい★			○		
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感			○		
疲労感				○	
不安感					○
抑うつ感				○	
身体愁訴					○
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★				○	
同僚からのサポート★			○		
家族や友人からのサポート★			○		
仕事や生活の満足度★			○		

ストレスチェック結果の読み取り

仕事そのものの負担感が強く，かつ仕事のやりにくさを感じていることがうかがわれます。特に，F さんが課長職にあることを考えると，仕事のやりにくさは，実際には非常に強い可能性もあるかもしれません。また，ストレスによる心身の反応は非常に強い状態です。

一方で，職場の対人関係のストレスは低く，技能の活用度や仕事の適性度，働きがいなど，仕事における「資源」として考えられている側面はある程度保たれていることも，重要なポイントでしょう。上司からのサポートもあり，その他のサポートや満足度もあることから，ストレス対処を考えるにあたっては，これらの資源の活用について話し合うことも有効だと考えられます。

面接のポイント

- 仕事そのものの負担感が強いこと，ストレスによる心身の反応は非常に強いことから，これらの内容の確認から始めるとよいでしょう。慢性的な仕事の負担だけでなく，ライフイベント（生活出来事）の影響がかかわっている可能性も考えられます。
- ライフイベント（生活出来事）の場合，それらの発生時期や，それに伴う変化を整理しながら聞き取りをすることで，本人が気持ちを落ち着けることにつながる場合があります。また，ライフイベント（生活出来事）に伴って，考え方に変化が生じていることもあります。そこで，イベントの内容だけでなく，それに伴う気持ちや考えも質問するとよいでしょう。
- ライフイベントが生じている場合でも，ストレスチェックの結果に良好な部分が残っていることにも留意が必要です。これらの点は，貴重な資源として評価できると考えられます。このような資源や，これまでにうまく対処できてきたことについて振り返ることで，本人が自信を回復することがあります。現実に沿った対応策を検討するとともに，本人の持つ資源を確認し，最大限活用する方向で考えるとよいでしょう。

事例 7

故意に悪く見せかけようとしていることが疑われる例

事例情報

Gさん。38歳，男性。大手電機メーカーの購買部，主任。

Gさんのプロフィール表

G　殿

社員No. 7

	低い／少ない	やや低い／少ない	普通	やや高い／多い	高い／多い
【ストレスの原因と考えられる因子】					
心理的な仕事の負担（量）					○
心理的な仕事の負担（質）					○
自覚的な身体的負担度				○	
職場の対人関係でのストレス					○
職場環境によるストレス				○	
仕事のコントロール度★	○				
あなたの技能の活用度★	○				
あなたが感じている仕事の適性度★		○			
働きがい★		○			
【ストレスによっておこる心身の反応】					
活気★	○				
イライラ感					○
疲労感					○
不安感					○
抑うつ感				○	
身体愁訴					○
【ストレス反応に影響を与える他の因子】					
上司からのサポート★	○				
同僚からのサポート★		○			
家族や友人からのサポート★		○			
仕事や生活の満足度★		○			

ストレスチェック結果の読み取り

ストレスの原因因子５つ，ストレスによる心身の反応５つ，上司からのサポートと 11 個の項目が要注意段階にあり，極端に悪い状態である可能性が考えられます。

一方，これらは，故意に悪く見せかけた結果であるかもしれません。この場合，相談のきっかけが欲しいためにこのような回答をした場合と，ストレスチェック制度をうまく利用して，状況の改善を図ろうとしている可能性が考えられます。

面接のポイント

- このような極端な結果が生じる場合，本人が伝えたいこと，話したいことが強くある可能性が高いです。冒頭からその内容を明らかにする場合もありますが，はじめはただ説明を聞いているだけで話さない場合もあります。説明を進めながら，慎重に本人が話をするのを待つとよいでしょう。
- このような場合，職場状況や他者を酷評することがあります。実際の状況がそこまでひどくないとわかる場合であっても否定せず，「○○さんにとっては，～に腹が立ってしょうがないのですね」と，共感的に話を聴き，本人の状況認識や感情を理解するように努めることが大切です。感情的になっている場合は，周りの理解も得られず，孤立している可能性も高いので，まずは話を聴くだけでも気持ちが落ち着くことがあります。
- そのうえで，「いつも怒っている状態では，○○さん自身の能力が十分に発揮できないでしょう」として，状況の整理と対処の仕方を検討するための相談につなげるとよいでしょう。
- ストレスチェックを利用しようとしている場合には，制度について誤解があるかもしれません（たとえば，医師に希望を言えば，異動させてもらえるなど）。はじめに丁寧に制度の説明を行う必要があるでしょう。

メモ欄

メモ欄

平成 27 年度　労働　一般　004

「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」

主任研究者：川上憲人

分担研究

「教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討」

分担研究者：島津明人（北里大学一般教育部人間科学教育センター教授）
研究協力者：種市康太郎（桜美林大学心理・教育学系教授）

2018 年 3 月 30 日発行

編集：株式会社誠信書房
印刷：創栄図書印刷株式会社

平成 27 年～29 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
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人）分担研究総括報告書

ストレスチェック制度の課題の抽出に関する研究および ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引きの作成

研究分担者　小田切　優子　東京医科大学公衆衛生学分野　講師

本分担研究では、平成 27 年度、28 年度に産業保健スタッフ等からの意見聴取に基づきストレスチェック制度の課題の抽出を行った。その結果、多くの事業場でストレスチェック後の職場環境改善を課題としていることが明らかになったことから、「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」を作成することを最終年度の目的とした。

ストレスチェック制度のスタート直後の平成 27 年度においては、産業保健スタッフ等を対象としたインタビューを行って、事業場が直面する運用上の課題について情報を収集した。メンタルヘルス対策として健康管理室主導で実施されてきたストレス調査が良好に機能していたにもかかわらず、回答の秘匿性などを心配して受検率が下がる可能性、必要な労働者が必ずしも医師による面談を希望しないことにより健康管理室からアクセスしにくくなる恐れが指摘されていた。また、社会保険労務士によると、従業員 50 人未満の事業場ではストレスチェックに関心をもっている事業場はほとんどなく、50 人以上の事業場でも平常時の復職面談や健診事後措置に産業医が手いっぱいであるとのことで、ストレスチェック制度をもって中小規模事業場にメンタルヘルス対策を浸透させていくためには課題が大きいと思われた。平成 28 年度は、スタートから 1 年となる平成 28 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等を対象にワールドカフェ形式の意見交換会を開催し、ストレスチェック制度の課題と工夫についての情報を収集した。課題として５つ、①ストレスチェックの実施および実施体制の課題、②調査票の技術的な不明点、③受検率・医師の申し出率の低さ、④集団分析・職場環境改善の課題、⑤ストレスチェック制度の効果が不明なこと、工夫として５つ、①体制づくりの工夫、特に制度の理解と周知、②ストレスチェックの実施の工夫、③面接指導への導入の工夫、④職場環境改善の工夫、⑤ストレスチェック制度を自社のものにする、にまとめられた。平成 29 年度は、平成 27、28 年度の研究の結果から、職場環境改善の重要性は認識しているもののなかなか実施できていない事業場が多く、課題として挙げていたことから、ストレスチェックの実施から職場環境改善へのハードルを低くする一助となることを目的に、手引きの作成を行った。「いきいき職場づくりファシリテータ研修」において、ストレスチェックの実施や集団分析の活用方法等に関する課題や工夫している点、職場環境改善の進め方（つなぎ方）について意見交換の時間を設け、情報を収集した。ストレスチェック制度から職場環境改善の実施までを労働安全衛生の PDCA で整理し、手引きの骨子とした。PDCA の各段階で何をすると良いのか、To Do として示しチェックをいれる形式とし、各段階での課題とそれを克服するための工夫を紹介した。また、産業保健スタッフや社会保険労務士、EAP 機関の担当者にインタビューを実施し、情報と良好事例を手引きに盛り込んだ。産業保健の実務経験者の会で、手引き案に対する意見や提案を頂戴する機会を得て必要な修正を行い最終版とした。メンタルヘルス対策に対する経営層の理解とリーダーシップ、等、重要なポイントが分かりやすい形を心掛けた。手引きが広く用いられることを期待するとともに、今後も良好事例を収集し、さらに活用しやすい手引きに改訂していく必要がある。

研究協力者：
浅井裕美(東京大学大学院医学系研究科)
今村幸太郎(東京大学大学院医学系研究科)
渡辺和宏(東京大学大学院医学系研究科)
櫻谷あすか(東京大学大学院医学系研究科)
関谷裕希(東京大学大学院医学系研究科)
吉川悦子（日本赤十字看護大学)
湯淺晶子（日本赤十字看護大学)
竹内由利子（公益財団法人大原記念労働科学研究所)
佐野友美(公益財団法人大原記念労働科学研究所)
平松利麻（トラヴェシア社会保険労務士事務所)
篠原耕一（合資会社京都労務トラスト)
徳永京子（合同会社チームヒューマン)
主任研究者:川上憲人(東京大学大学院医学系研究科)
分担研究者:吉川徹(独立行政法人労働安全衛生総合研究所上席研究員)

A.研究背景および目的

事業場におけるメンタルヘルス関連疾患による休職者の増加や精神障害による労災認定件数の増加等、メンタルヘルス対策の重要性が益々高まっていることをうけて、一次予防を主目的としたストレスチェック制度が始まることとなった。制度開始直後は、実際にストレスチェックを事業場で実施するにあたり様々な困難点や課題が生じてくることが予想された。そこで本分担研究では、産業保健スタッフ等からの意見聴取を行ってストレスチェック制度の運用上の課題を明らかにすることを目的とし、平成27年度、平成28年度の研究を行った。その結果、ストレスチェック実施後に集団分析結果等を活用するなどして職場環境改善に取り組んでいる事業場はまだ少なく、事業場としても課題として考えていることが明らかとなった。このため、「ストレスチェック制度を利用した職場環境改善スタートのための手引き」を作成することを最終年度の平成29年度の目的とした。

B.研究方法

平成27年度は事業場が異なる3名の産業保健スタッフ（産業医2名、保健師1名）を対象にインタビューを実施し、制度開始までのメンタルヘルス対策の実施状況、ストレスチェック制度の社内における実施体制の整備状況等について情報を得た。また社会保険労務士2名から、中小規模事業場から聞かれるストレスチェック制度に関する問い合わせや疑問点に関する情報を得た。

平成28年度は制度が開始してから約1年の平成28年11月22日に、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等を対象にワールドカフェ形式の『ストレスチェックで困ったこと、その改善のために必要なこと』をテーマとした意見交換会を実施し、ストレスチェック制度を実施した経験、特にその課題と工夫を収集した。参加者はWEB等で募集し、47社、50名から申し込みがあった。意見交換会の実施後の内容を検討したところ、厚生労働省の推奨する職業性ストレス簡易調査票の欠損値の扱いなど運用上の疑問点も挙げられていたことから、ストレス調査票の処理に係る業者複数から情報を得ると同時に、これまでの東京医科大学公衆衛生学分野あての問い合わせ事例をまとめた。

平成29年度は、手引きにストレスチェックの実施から職場環境改善の着手、実施までのハードルを低くするための情報が必要なため、平成28年度成果を参考にしながら、①職場環境改善のファシリテータ研修会参加者によるワーク、②産業保健スタッフ、社会保険労務士等を対象としたインタビューやストレスチェック制度に関する研究会や学会等における討論等、から幅広く情報を収集し、手引きに盛り込むこととした。

1）職場環境改善のファシリテータ研修会の実施

「参加型アプローチを用いた職場環境改善の手法をマスターするためのファシリテータ研修会」を平成29年7月26日に実施した。産業保健スタッフ等のメーリングリスト登録者 36 名から参加申し込みがあった。この研修会の後半で、ストレス

チェック制度を念頭においた集団分析の活用や職場環境改善の支援に関して、具体的なすすめ方のヒントや工夫点について意見交換する時間を約60分間設定した。6グループに分かれ、職場分析の活用方法に関する工夫や課題、および職場環境改善の進め方（つなぎ方）について、ポストイットを用いて各参加者に書き出してもらい、KJ法にて出された課題と工夫を整理してもらった。後日、分担研究者と研究協力者が全6グループの課題と工夫について概観し、内容を整理し、手引きのための骨子を検討した。

2）学会、研究会からの情報収集や産業保健スタッフ等を対象としたインタビュー調査内容の手引きへの反映

産業保健スタッフ等の集まるさんぽ会、各種学会でのストレスチェック制度に関連するシンポジウムや一般演題での発表や討論で聞かれた職場環境改善のための課題と工夫、職場環境改善に関する良好事例について、手引きに記載した。その際、詳細な内容が必要と考えた場合は発表者に研究への協力を依頼し、インタビューを行ったり資料の提供をうけ、許可を得て手引きに有用な情報として掲載した。またストレスチェックの実務をサポートするEAP機関2社に、依頼企業における職場環境改善の実情等について尋ね、情報を得た。

3）手引き案に対する意見聴取

産業保健スタッフ、人事労務担当者等のメーリングリストを用いて、本手引き案に対して意見を頂戴する会を平成29年12月17日に実施し、必要な修正を行って手引きとした。

なお、インタビューの対象者に対しては、研究の目的と企業や事業場の名称、回答者名は明らかにしない形で報告書に掲載すること等を含む、研究の方法について口頭と文書で説明して同意書を取得した。本分担研究は東京医科大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号3219)。

C. 研究結果

①平成27年度研究結果について

平成27年度の研究は、ストレスチェック制度開始から1年が経過していない時点のインタビュー内容によるものであった。ストレス調査をすでに実施していた企業では、実施主体が事業者となることで情報の秘匿性を心配して受験率が下がるのではないかという懸念や、高ストレス者で医師による面談を希望しない人に対するアプローチの方法をどうするかといった懸念が報告されていたが、産業保健スタッフが人事部門とも連携し、従来から行ってきていた産業保健の枠組みで労働者の主体的な相談に対する対応を継続したことで、平成28年度以降も大きな混乱はなく実施が継続されている状況である。社会保険労務士のインタビューでは、従業員数が50人未満の事業場では、ストレスチェックに関心を持っている事業場はほぼ皆無で、制度の存在自体を知らない事業場も多いとのことであった。

②平成28年度研究結果について

ワールドカフェ形式の意見交換会では、ストレスチェック制度の運用に関連する多くの課題と工夫が報告された。

課題としては、①ストレスチェックの実施および実施体制の課題、②ストレスチェック調査票の技術的な不明点、③受検率・医師面接申し出率の低さ、④集団分析・職場環境改善の課題、⑤ストレスチェック制度の効果が不明なこと、であった。このうち、特に④集団分析・小場環境改善の課題として挙げられた事柄は、平成29年度研究での手引き作成においても参考となった。具体的には、多忙だったり、色々な条件ですべての職場での職場環境改善の実施は難しいとの意見が管理監督者からあったこと、仕事のストレス判定図で所見がはっきり出にくいとの報告があり、これには集計単位を小規模にすると結果が出やすいとの意見があり、手引きの記述に反映させた。②ストレスチェック調査票の技術的不明点については、マークシートで回答漏れがあった場合に欠損値をどう処理するか決められていないので対応に困った、東京医科大学のプログラムと厚生労働省のプログラムで結果が異なるという意見があった。後者については、仕事のストレス判定図に用いるエクセル

関数の違いによることが判明し、両者の統一をはかることになった。回答漏れの問題については、東京医科大学公衆衛生学分野で提供してきた結果出力プログラムでは、未回答の項目があると当該項目の含まれる尺度は計算されず、結果、該当する尺度のグラフには値がないので〇が付かない形となる。業者の中には、ストレスチェック制度開始後、高ストレス者判定の必要性が生じたため、未回答項目があって判定ができないという不便が生じることから何か値を代入し、なるべく判定をできるようにしようという対応がなされていることが予想された。本来、正確を期すためには高ストレス判定に必要な尺度に未回答があった場合は判定ができないと判断されるのが定石と考えられる。この件に関して、ストレス調査票の処理を行っている業者や団体にどのような取り扱いをしているのか尋ねたところ表１のような様々な回答があった（表１）。

表１．未回答項目に対するストレス調査票処理サービス機関の扱い例

・1 項目でも未回答があれば企業の担当者を介して再記入を依頼、それでも未記入だった場合は当該尺度について計算せず高ストレス者判定は不能とする。
・３項目で構成される尺度について、2 項目に回答があれば回答のあった項目の平均点を算出して未回答 1 項目の値として代入する。
・３項目で構成される尺度について、2 項目に回答があれば合計点を算出して 3/2 倍し尺度得点とする。抑うつ感については 4 項目まで回答があった場合に 6/（回答項目数）、身体愁訴については 8 項目まで回答があった場合に 11/（回答項目数）を回答のあった項目の合計点に掛ける
・未回答項目に「２」を代用値として使用する。全体で５問以上未回答の場合は高ストレス判定もストレスプロフィールも「判定不能」というフィードバックのみ行う。（計算できる尺度についてもグラフは作成しない）
・未回答項目にて最も高（多）ストレスとなる回答を代入し結果に反映させる。未回答項目数が 6 問以上の場合は返却し再回答を依頼する。
・未回答項目にて最も高（多）ストレスとなる回答を代入し結果に反映させる。未回答項目数が 3 問以上の場合は「判定不能」として通知し、結果報告ならびに集計を無効とする。

このほか職業性ストレス簡易調査票に関して事務局あてにこれまで問い合わせの多かった事項を表２．にまとめた。

ストレスチェック制度運用上の工夫については、①体制づくりの工夫、特に制度の理解と周知、②ストレスチェックの実施の工夫、③面接指導への導入の工夫、④職場環境改善の工夫、⑤ストレスチェック制度を自社のものにする、の５つにまとめられた。①体制づくりの工夫、特に制度の理解と周知、については、社員全員に説明することで受検率が高まることが実証された例が報告されていた。経営者、管理監督者、労働者それぞれの理解を促す説明会の実施などは重要で、手引きにおいても周知の重要性を記載した。ストレスチェック実施前の目的や目標をはっきりさせる、特に、経営者の理解を得ることが必要という意見も多かった。④職場環境改善の工夫については、集団分析の数値のみにこだわらず適切に結果を理解して職場環境改善につなげられるような理解を促すことの重要性を手引きも盛り込んだ。このほか、これまでもストレスチェックを行ってきた中での社内でのグッドプラクティスを全社展開する、ストレスチェックという単語があらさがしのようなネガティブな印象を与えていたので、いきいき診断といったように職場のよいところに目が向くような単語を使用する、といった工夫について手引きにも記載することとした。

③平成 29 年度研究結果

１）職場環境改善のファシリテータ研修会の実施

当日は 35 名が参加した。話し合いでまとめられた課題を表２に、工夫について表３に示した。これらをもとに行った研究者らの会議において、ストレスチェック制度の実施について、PDCA サイクルの各ステップに合わせて、課題と工夫を整理することで、手引きの骨子とした。

２）学会、研究会からの情報収集や産業保健スタッフ等を対象としたインタビュー調査内容の手引きへの反映

①さんぽ会における発表と討論、その後のインタビューから得られた情報

「ストレスチェック初年度を終えて～どうやった？どう活用する？」と題した定例会に参加し、事例の紹介と、困りごと、工夫点、課題を共有する目的で行われた討論に参加して、情報を得た[4)]。ストレスチェック制度の法制化を機会にストレス調査を実施することになった企業の保健師からは、10 か月前から衛生委員会での審議をはじめとする事前の準備を行いほぼ自社で作り上げた経緯が発表された。後日、インタビュー調査への協力を得て詳細を確認したところによると、当該企業では健康に関する施策は組合の意見を聞きながら人事部門が担当して行ってきており、その際、必ず組合の意見を聞きながら講和会などもコラボレーションして実施してきた経緯があり、ストレスチェック制度をどうやって社員に周知浸透させ納得して受検してもらえるかについても、衛生委員会を中心としたその仕組みを活用してプロジェクトチームを作って対応し、結果として 96.3%の受検率だったとのことであった。社員への分かりやすさを重要視すると同時にストレスを知ることが仕事をしていくうえでプラスに働くことをアピールしたとのことで、これには、2012 年に会社のヘルスポリシーを作成し、グループ会社も含めすべての関係する社員が見ることができる電子版ブックレットを公表していること、現在では健康に関するポータルサイトが運用されており、ストレスチェックの主旨や意義についてもそちらに掲載しいつでも見ることができるようにしているなど、これまでの社内活動が後押ししているようであった。集団分析については、初年度は分析をしたにとどまったが、2 年目は結果を各職場にフィードバックし、EAP 機関を活用して管理職研修を実施したとのことであった。集団分析は 160 部署に及んだそうだが、管理職研修についての人事部からの連絡に比較的意識の高い 40 部署から参加申し込みがあったとのことであった。集団分析の結果は管理職同士が互いの結果を見せ合う姿が見られ、職業性ストレス簡易調査票において仕事の質の高さが問題の部署が多かったことから、各部署でどのような対応ができそうか、ワーク形式で検討してもらいいくつかのアイディアが共有されたとのことであった。EAP 機関の講師は集団分析結果の説明等に慣れており当該企業としてはありがたかったが、特にワークの際には社員から出される質問に対する答えが一般的な回答になった場合、社員が満足感や納得感を得られない様子があり、社風にあった議論のファシリテートが難しいと感じたとのことであった。以上の得られた情報から、手引きには、すでにある会社の仕組みや風土を活用すること、集団分析結果等の活用やファシリテートには EAP 機関を利用するという手もあることを厚生労働省から提案されている EAP 機関の選択の基準のサイトを付して、“工夫”の一例として記載した。

またさんぽ会で事例を発表した、15 年以上継続してストレスチェックを実施している企業からの情報では[4)]、開始当初は職場のストレス状況の把握を目的にしていたが、現在では“活気ある職場づくり”に主眼を置いてストレスチェックの結果を利用していること、仕事のストレス判定図に加えて、より職場環境改善に取り組みやすくするため、WIN（メンタルヘルス風土尺度）を取り入れて良い風土が職場に根付いているかというポジティブな視点を入れていること、経年変化の見えるグラフによる分かりやすいフィードバックを工夫していること、全社でグッドプラクティスの水平展開を行う等、前向きな活動が生産性の向上にもつながることを理解してもらうことの重要性が強調されていた。これらの事項は職場環境改善のファシリテータ研修会でのワークでも挙げられていたことから、集団分析の経年変化を示すこと、職場環境改善のグッドプラクティス(良好事例)の社内共有、職場環境改善が生産性の向上に向けての活動にもなる点を手引きに記載した。

②産業保健職を対象としたインタビュー調査等から得られた情報

某社保健師からは、トップダウンの社風も関係しているが業種に特徴的な安全を重視する姿勢が徹底されており、全国の拠点の全所に居る衛生管理者から事業場内に必要事項を伝達する仕組みが

あり、これに加えて保健師複数名がエリア担当となって５０人未満の支店にも保健師が１年かけて訪問し顔の見える産業保健活動を行ってきている結果、ストレスチェック制度の導入もスムーズに行え、実施後も電話による問い合わせ対応を行って問題意識の共有ができ、各支店で職場環境改善に取り組む準備ができたことが報告された。このような事例は良好事例として、既存の職場環境改善に関する論文[5]も参考に複数例を手引きに記載した。

また社外から企業を支援している保健師からは、平易な分かりやすい言葉と例を用いて説明することでストレスチェック制度を理解してもらうように心がけているとのことで、ストレスチェックを“自動車の車検”にみたてた例、ストレスチェックにおける職場環境改善を“雑巾がけの法則”で説明する例などの紹介をうけ、身近なものに例えることでストレスチェック制度と職場環境改善への理解をうながすためにも重要と考え、手引きに記載した。

③社会保険労務士を対象としたインタビュー調査から得られた情報

社会保険労務士からは、職場環境改善の支援の実践活動を行っており、ストレスチェック制度が義務となっている従業員 50 人以上の事業場において、ストレスチェック制度が職場の活性化に向かうための材料になることをまだ知らないこと、ストレスチェックをただ実施さえすればよいと思っている経営者も多く、集団分析の結果の良いところや事業場ですでに行っていて成果を上げている良好点をさらに伸ばすことの大切さを説明すると前向きに取り組むようになること、働き方改革の流れがあり労働時間の上限規制が叫ばれる中、企業は人手不足もあって労働生産性をあげる策が必要であり、効率化、やりがいを高めるような働き方をするためには前向きな取り組みの重要性を認識するようになること等を経験しているということであった。また、経営層に本気でやる気になってもらうことが重要なポイントであることを実感しており、社長にも講習会に参加してもらうよう事前の打ち合わせで足を運ぶ際等に、説得しているとのことであった。また講習会の中では AI（Appreciative Inquiry）の手法を用いて自社のすでに持っているものを掘り起こしエッセンスを抽出し、経験やエピソードを共有し合って自分達のものに落とし込む作業を行うようにしており、次にどのような行動を起こすかを皆で考えることが職場環境改善の最初のステップになると感じているとのことであった[6]。

別の社会保険労務士のインタビューでは、ストレスチェックの実施にかかわっている 5 つの中小規模事業場について、その会社の背景、実施状況、結果、およびその結果活用について提示、説明をうけた。厚生労働省が現時点で推奨しているのは職業性ストレス簡易調査票 57 項目であるが、これを新職業性ストレス簡易調査票の 80 項目で実施することで、提供できる情報が格段に多くなり、また集団分析の結果説明を受ける経営者らも結果に興味を示し、メンタルヘルス対策の重要性を理解し前向きに取り組もうとする事業場がほとんどとのことであった。労務全般についての顧問契約を結んでいる一つの事業場の社長からは、会社継続にあたって社員の心身の安全・健康が重要であることは言うまでもないが、会社が生み出す品質には社員の安全も含まれており、安全衛生活動に取組むことが大切であることは常々認識していたところであったものの具体的な活動は不明瞭で何をしてよいかわからなかったため、当該社会保険労務士と契約し、安全衛生活動の“見える化”を行い、課題や問題点を具体的に挙げ、解決し、記録し、共有していくことをめざして取組みを始めたとのことであった。当該事業場は、月１回開催する委員会で年度初めに作成した安全衛生計画について、毎月チェックリスト形式で確認、評価し、改善を図っているが、この活動を行えば行うほど、問題点が見つかり、実施すべき事項が増えていく状況であるとのことであった。そのような時期に、ストレスチェック制度がスタートし、長時間労働対策等、社員の心身の健康管理にも言及していく中で、個人および職場の健康状況の“見える化”

をストレスチェックで行い、その結果を通じて個人のストレス不調予防及び職場環境改善の必要性が明確となったと語っていた。普段からすべての従業員が、何か困ったこと、してほしいことがあれば社長に直にメールで訴えてくるような関係性は保てているが、集団分析結果として“見える化”されたことは納得することにつながり、良好でなかった職場の物理的環境（PM2.5の問題）にすぐに手をうったとのことであった。この事業場での職場環境改善は、いざ取り組もう、と改めて意識して行っている訳ではないが、集団分析の結果を経営者と管理者が共有すること、対応が可能なことは後に回さずにすぐに実行に移すことの重要性を示す良好事例であった。これらの情報をもとに、手引きではできることから少しずつでも対応することの重要性について記載した。また新職業性ストレス簡易調査票を用いることで情報量が増え、特に管理監督者が行う職場環境改善にも有用な情報が含まれることは研究会[7]、学会等でも発言されていた。厚生労働省が現時点で推奨している57項目版で作成できるのは仕事のストレス判定図であり、また尺度毎の全国平均との比較などについては一歩進んだ分析となることから、現時点の手引きに情報を多く盛り込みすぎることは避けたいと考え、新職業性ストレス簡易調査票の使用も有用であることを簡潔に紹介する旨の記載にとどめた。

④ストレスチェックの実務をサポートするEAP機関2社から得た情報

ストレスチェックの実施後、集団分析に関する説明会のニーズは高く、担当者への説明や、部課長クラスを集めた集団分析の理解するための勉強会が求められることが多いという。集団分析の結果を理解することで、職場環境改善についての重要性の理解には至っているが、職場環境改善に実際に着手して支援する体制まで求められている状況ではないとのことであった。

以上①～④の情報に加え、過去に日本に紹介されたCopenhagen Psychosocial Questionnaireソフトガイドライン[8]は、ストレス調査を実施するからにはその結果を受けて対策を行うべきであること、など、ストレス調査の実施に関して重要な示唆に富むものであることから、手引きの中に必要に事項を盛り込んだ。

3）手引き案に対する意見聴取

主に1）のワークの成果に基づき、2）のインタビューから得られた情報を一部途中まで記載した状態の手引き案について、産業保健スタッフや人事労務担当者等より意見を頂戴した。具体的内容は表3に示した。頂戴した意見から、手引きのページの前の方で、重要なポイントを押さえてもらうための記載や集団分析結果の見方を加え、また“工夫”の記載の表現などを修正した。その後、インタビューから得た情報と参考となる文献からも良好事例を追加し、手引きを完成させた（添付資料）。

D. 考察

ストレスチェック制度の開始にあたり事業場に対して人的、経費的負担が求められたが、実施されるからには本制度を労働者のメンタルヘルスに資する制度として運用していく必要がある。そのためには、制度の目的であるメンタルヘルスの一次予防のため労働者が働きやすい職場環境となるよう、必要な職場環境改善が行われていくことが望まれる。

産業保健スタッフ等からの意見聴取により多くの課題とともに様々な工夫も紹介された。手引き作成の過程で研究会に参加したり産業保健スタッフ等を対象としてインタビューを実施する中で、メンタルヘルス対策に対する経営層の理解とリーダーシップがもっとも重要という声が多かった。事業者、経営層の理解によって、ストレスチェック制度が企業内で効率よく運用され職場環境改善への取り組みも進みやすいこと、ストレスチェック制度を前向きに捉え事業場内で活動が展開しやすくなるという声も多かった。事業者のメンタルヘルス対策に対する方針の表明は、労働者の心の健康の保持増進のための指針[9]でも重要であることが述べられており、本手引きでも重要事項とし

て記載することとした。研修会におけるワークでは、大きな組織ではストレスチェックをシステマティックに実施しやすいものの、職場環境改善に着手するための集団分析については結果の提示の仕方、活用法について、模索しながら経験を積んでいる過程であることもうかがえた。企業側としてはEAPなど外部機関を活用することも一つの解決方法であるが、保健師を対象としたインタビューで聞かれたように、企業や事業場の業種、職種、風土を支援者が理解していることは重要と思われた。職場の実際の問題解決については現場の人間が行うことになるが、支援者がフォローアップの形で関りを持ったり、安全衛生委員会や担当者に報告する仕組みをつくり、うまくいかないときに相談して一緒に考え、うまくいっていることを一緒に喜ぶことで、職場環境改善を大きな負担と考えずに取り組めるようになるという情報が得られたが、これが職場環境改善のスタートやPDCAを回しての継続に重要な点と思われた。

またストレスチェック、あるいは職場環境改善という言葉から、よくないところを探す、修正するという意識を持つ労働者も多いことが分かり、まずは職場の良い点に目を向けて、できていることを確認することからスタートすること、新職業性ストレス簡易調査票等を用いてポジティブな側面も集団分析に含めることも良案であることが多くの関係者から聞くことができた。今回の手引きでは、57項目版の職業性ストレス簡易調査票の使用と集団分析のためには仕事のストレス判定図の使用を基本とする立場をとったが、今後の手引きでは新職業性ストレス簡易調査票の集団分析の活用事例も掲載し、理解を広げていければと考えている。

中小規模事業場のメンタルヘルス対策は、数値の上ではいまだ十分とは言えない。ストレスチェック制度は現時点で従業員 50 人未満の中小規模事業場に対しては努力義務となっていることから、法制度上は必須ではないものの、ストレスチェック、特に集団分析を行うことによって問題点の“見える化”ができることから、実施を希望する事業場があることも明らかとなった。中小規模事業場だからこそ人材の確保と定着は重要と考えており、職場環境改善や職場の活性化の良好事例を知り、また実際に経験することで得るものは大きいと考えられる。そのような点で、地域産業保健センター等を中心にストレスチェックの実施から職場環境改善までがスムーズに進むよう支援できる体制づくりが重要と考えられる。

本研究で作成した手引きは、職場環境改善に前向きに取り組もうとしているあるいは取り組みを始めている産業保健スタッフ等によるワークで得られた情報を元に、素案について産業保健スタッフ等から意見を頂戴して修正を行った。本手引きを事業場で使用する期間をとることができず、有用性については検証できなかった。制度開始から時間が経過することで事業場での工夫やノウハウの蓄積が期待できるとともに、毎年実施することによって生じてくる課題もあると思われる。今後も改良を加え、使いやすくさらに有用な手引きにしていく必要がある。

E. 結論

産業保健スタッフ等の意見聴取にもとづき、ストレスチェック制度の課題について明らかにした。特に集団分析、職場環境改善を事業場でどのように行うか、が多くの事業場で課題と認識されており、ストレスチェックの実施から職場環境改善への取り組みをすすめやすくすることを目的とした手引きを作成した。産業保健スタッフ等によるワークやインタビュー、研究会での議論の内容を参考にしながら作成した。ストレスチェックの実施をPDCAの流れで説明し、何をすべきか、TODOの形で示すなど工夫した。今後も改良を加えさらに有用な手引きにしていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

１．論文発表

吉川徹、小田切優子　集団ごとの集計・分析結果をどう取り扱う？どう生かす？　安全と健康 27-29：18(12),2017

２．学会発表

なし

I. 知的財産権の出願・登録

なし

J. 参考文献

1) ストレスチェック制度の実施状況. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11303000-Roudoukijunkyokuanzeneiseibu-Roudoueiseika/0000172336.pdf
2) メンタルヘルス対策の最新実態　労政時報第 39031 号/17.6.9. p.18-42.
3) 浅井裕美、今村幸太郎、渡辺和宏、櫻谷あすか、関谷裕希、吉川悦子、川上憲人、吉川徹「産業保健スタッフからの意見聴取」厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業　ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究　平成 28 年度総括・分担研究報告書 p. 98−105.
4) さんぽ会月例会ダイジェスト【37】健康管理：2017. 5　p.44
5) 吉川悦子、吉川徹. ストレスチェック制度における集団分析，職場環境改善について. ストレス科学研究. 16−22;31:2016
6) 平松利麻. 働き方改革時代の人事労務戦略 No . 008 ワーク・エンゲイジメントを高める具体的手法「AI」和歌山県経営者協会会誌
7) 小林章雄. 職場のストレス調査のガイドライン - Copenhagen Psychosocial Questionnaire ソフトガイドラインの紹介を中心に― 産業ストレス研究 11(2);93-98, 2004
8) さんぽ会月例会ダイジェスト【42】健康管理：2017. 10　p.44
9) 職場における心の健康づくり　ー労働者の心の健康の保持増進のための指針― http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-3.pdf

表２．職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図に関する問い合わせの多い内容

・質問項目に関すること ① 量的負担に関する 1. 一生懸命働かなければならない、2. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない. は仕事に対するロイヤリティを尋ねているものではなく、仕事の負担に関する設問であることに注意が必要。 ② 対人関係に関する項目　13. 私の部署と他の部署とはうまがあわない. は個人の問題か組織の問題か、人の問題なのか仕事の問題なのか判断が難しいという意見がある。部署単位として問うており、組織の問題や仕事の問題であって対個人の問題を問うているわけではない。
・仕事のストレス判定図に関すること 男女の構成割合によって判定図を男性用か女性用かどちらを用いるべきか。→男女の構成割合がどの程度からどちらの性別の判定図を使用すべきかは判断が難しく男女混成職場では男性用を使用することが一般的。(健康リスク算出のための係数は男性のものが使用されている)この際、女性の量コントロールによる健康リスクが高く見積もられ強めに判定されることに注意する。 (http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/hanteizu/)
・全国平均（標準集団）の値の背景について 基準値は調査票開発時から 2005 年までに事務局で収集したデータに基づき男性 15,933 名、女性 8,447 名から算出されたもの。製造業が最も多く 39%、職種は専門技術職が 31%、年代は 30 代が最も多く 31%という背景のデータである。

表３．グループワークで出されたストレスチェックの実施、特に集団分析や職場環境改善に関する課題

A	数字の独り歩き	人数が少ない	誰にフィードバックするか	その他
	幹部社員の結果に対す反応。 なぜうちの部は数字が高いのか？等、数字が独り歩き･･･？	集団分析の人数が少ないため、問題点が特定の人の回答に影響を受ける。（プライバシーが守られない）	課長・係長・一般へどのようにフィードバックされているか不明。 →部署間での温度差	結果の集計に時間を要する（システムの問題）
	本社系と製造系での温度差 →製造系は、一般へのフィードバックに抵抗がある	安全衛生委員会での報告の仕方	部長職への説明会では話が進まない	会社としては高額をかけての調査なので活用していきたいが対応しきれていない。以前からストレスチェックはしていたので個々の対応がしやすかった。
		地域での差が出て、「やはりそうか」と自分たちの捉えていることと同じと思ってもらえたが、それをどう改善するのか、物理的、年齢層的に困難にみえる。		

B	分析できてない	職場改善の方法	ストレスチェックの実施時期	結果の見せ方	誰にどこまで報告するか
	職場に人数が少ない部署は、分析結果が分からずアクションを起こせない。 →検討（今年度）	分析結果を職種毎にどう活かすか。（間接・製造・開発部門） →アクションを起こすには？	ストレスチェックの時期 忙しい所が高得点になる。＝一時的？	経年変化をどう見せ報告するか。 職場ごとの問題点をどう見ていくか。	そもそも集団分析まで行えていない。 部門・課・作業単位？どの階層で行うか決められてない。 皆さんどうしていますか？
		対策検討会のあり方。管理職型と従業員型に分ける？ 評価の仕方はどうする？		集団分析結果をフィードバックすると、問題点に着目しがち。（2 次予防） 良好事例や改善点に着目させるための働きかけが必要。（１次予防）	
		忙しい中どう職場環境を変えていくか。			

C	**課題**		**管理者の関心**		
	各階層での情報や（マネージャー・社員など）理解の仕方が違う。 ※どう表現していくか！	支援体制について、課ごとに結果を出し、工場長・総務課長にフィードバックしたがその下に降りていかない。 課長が結果を知らない。	ストレスチェックの結果、職場分析結果に課長職が関心を持たない。	人事や職場からの手あげで実施する → 手あげがなければ実施につながらない	職場環境改善のプロセスとして集団分析結果を活用しないため、評価指標を何にするか検討が必要。
	集計結果を活用して具体的な職場改善を実施したい。				
D	**報告の仕方**	**フィードバックとその後の取り組み**		**その他**	
	安全衛生委員会で、各課の分析結果を人事より報告。課題）報告は大事だが、スコアの悪かった課の課長→責められている気がした。いたたまれなかった。 ⇒社全体で報告する際は、部毎もしくは事業部毎などで、範囲を広くする方が良い。課毎の説明なら、その課と社全体の比較など。	フィードバック後の職場での活用方法を提示できるようにする必要性。	職場改善：良い点からすすめる。 ストレスチェック結果：問題点・課題が出る - つなげるのが難しい （矛盾）	フィードバックまでに時間がかかる	職場が実務で時間的ゆとりがない
		社員の環境が短いスパンで変わるため、どのタイミングで改善をやるのか・・・。		集団分析の目標値を問われてうまく答えられなかった	職場、従業員の数が多いのに対し、グループワークを支援するファシリテーターが足りない
		（推進する健康管理部門） 全体統一で進めようとするため時間がかかる →スピード感を持って職場環境改善に取り組む		結果が良いと関心がうすらぐ	必要性・効果が明確でないと受け入れられない

E	**準備**	**返却**	**活用法**	**支援**	**職場改善**
	自立活性度調査等　他の調査物との整合性		派遣スタッフへの事後対応	支援方法が確立されていない	管理者と従業員とニーズのギャップが生まれているような気がする
	"職場の実態に合っていない集団のくくりがある。 他のグループと主に仕事をしていて職制が異なるなど		法制度として何が正しいかを医師に確認しないとならなかった	改善したいと申し出る職場が少ない	
	努力義務＝やらなくてよい、お金も人手も不要という考えがある		職制に結果をフィードバックしても、活用方法が職制に任されている	今年は手を挙げた職場のみ支援の方向。高ストレス職場にこちらからアプローチする方法は？	
			自職場内では解決・改善が難しいこともある		
F	**職場分析の活用**	**職場環境改善**			**その他**
	部署ごとに仕事の内容は異なるが、各部署の人数が１０人未満が多く、部署別の分析ができない。全体での分析結果をどのように活かしたらよいかわからない。	通常業務があり、改善に取り組むための時間をつくることができない 他スタッフを気にして、本音が出ない。	現在部長面談（90～120 分）実施中。選定部署において、課長面談予定。だが、 ・多忙部署が多すぎて、実施困難 ・社風としてトップダウンが浸透している中で果たしてボトムアップがうまくいくのか ・派遣や出向が多く占めている場合どうするか課題	同職者での横展開（改善案が思い浮かばない） 自職場のみで解決できない場合も多く、関連部署への働きかけが必要同職者での横展開（改善案が思い浮かばない）	所属長の認識と部下（職場）の認識のずれがある場合あり。
	定期健康診断との統合	ストレスチェックの時期、閑散期	中小企業だと専門スタッフが社内にいない		Ｗｅｂ形式と紙との併用

G	計画デザイン・チェック実施	フィードバック	改善		
	時間がない、忙しい	問題提起自体が管理者への批判ととらえられ、部下（本人）が逆恨みされないか？（問題の深刻化・地下化）	ともすると「やらされ感」が生じる	現場で管理職がやるときファシリテーションの技量がわからない	参加型改善をする時間がわざわざ取れない
	そもそものデザイン粒度（どの単位で調査するか） 大きいと個人の部門がわからないし、いと、どこの誰かわかってしまう 感度、特異度はどうだろう？	上司へフィードバックしても何も動かない 本当にブラックな職場は「全然大丈夫ッス」と、皆答えるのでは？「いじめはなかった」的な発言）スコアが問題な職場の対応をどうするか	自浄能力が期待できない部門に対し、産業保健スタッフはどこまで「具体策」に踏み込むべきか、「具体策」を用意するべきか。 大成建設の事例→時間も人も予算もないような場合	希望されない職場のフォローアップをどうするか	分析は興味があるが改善の仕方はわからない

表４．グループワークで出されたストレスチェックの実施、特に集団分析や職場環境改善に関する工夫

A	報告の仕方			層化の工夫	個別対応
	部長（回答者 10 名以上）に自分の部署のデータをフィードバック →研修実施（部長のみ）→ACL 使用	役員クラス（部門長）へは所属部（10 名以上）のデータをフィードバック（産業医コメント付き）	委員会での報告を実施	（年齢層別で）ストレス↑層にどうはたらきかけるのが良いか？と考えてもらった。	高ストレス者には個別にメール送信し、状況を把握し場合によっては医師につなげる。
	人事と安全衛生委員への結果説明会と改善ヒントについて説明	各人事や部署へ細かい結果のフィードバックを実施 職場環境改善の方法について検討中			
B	**IT ツール**		**EAP 利用**	**フィードバック方法**	
	２年目：子会社で便利なシステム開発。 ID・パスわかりやすく。 自動で部門長に集団分析結果送付可能。	１年目外部システム利用し、集団分析実施→部門長へ。役員へも報告。ストレス職場（120 以上）では管理職と対策検討会。年度末にアンケート実施	・集合研修で職場に結果をフィードバックした。（見方について説明） ・数値が高い職場には、追加研修で行動分析マネジメントを実施。	ストレスチェックの結果と残業時間の相関関係をあげてみた。 残業時間↑・・・ストレス↑ 残業時間↓・・・ストレス↑　⇒課題	本部ごとに集団分析を行い人事担当・安全衛生委員を集めて説明会を実施。 希望本部には、さらに細かい部ごとの分析結果も提供。

C	結果報告（現状・工夫）		結果報告の活用		ツール
	集団分析結果は「極秘」扱いし、一部管理職のみへ開示。	産業医巡視の際（巡視後）に職場ごと分析結果をフィードバック →職場環境改善へ 管理者・安全衛生委員など対象	人数の多い生産部門のリーダー職以上へのラインケア研修を企画	データをマネージャー研修で使用。 問題（犯人）捜しになってしまう → ・会社全体のデータを使用 ・全社としての問題・課題をディスカッション	社内健康相談（からだ・こころ）窓口について、チラシ作成・配布
	事業部人事・職場安全衛生委員に事業部・課ごとの分析結果・見かたを説明し、展開してもらう。	安全衛生委員会で集計結果を発表した。			

D	報告の仕方		フィードバックとその後の取り組み		その他
	社内HP 全社結果報告	結果を安全衛生委員会で報告した。※人事から。	会社としての取り組み ストレス対策部会※で進捗を確認、対策を検討 ※心理職・産業医・総務・人事・安全衛生委員会の下部組織	部長が OK を出したところで職場環境改善のグループワークを行う。	元々ある小集団活動を利用する
	役員会での報告	衛生委員会での報告、事業所分析	結果説明会と意見交換 管理職支援 セルフケアの話	フィードバック 各職場に入り実施。 管理者と一緒に職場の振り返りを行う →結果、管理者から健康管理室に声かけられるようになった	協議会"こねこ活動"で参加型にしたい。 既に出来ていること（5 SetC，活用向上）
	管理監督者研修で 分析結果、見方のフィードバック 管理者同士で職場の振り返り	部長一人ひとりに分析結果を返す by 心理職 ・見かたの説明→今後の課題 →人事・産保スタッフの支援 ・独り歩きの阻止		ストレス度の高い職場の従業員への個別面談（EAP）	

E	**準備**	**返却**	**活用法**	**支援**	**職場改善**
	お手製でがんばる 出来る事を少しずつ	集団分析結果のフィードバック方法を安全衛生委員会で周知し、社員（メンバー）からも声が上がるようにした	職場が主体となった環境改善ができるよう、希望した職場への（希望を募る）結果のフィードバックと支援	管理者に集団結果を返し、保健師が訪問 ・全職場（計 90）に出向くこと事業場が広い	仕事の負荷は高いけれども支援が高い職場の取り組みを好事例として委員会で紹介した。
F	**工夫・現状**			**対策**	
	所属長に職場結果を配布し、保健師と所属長で対話の場を設けている。 ストレスチェック結果（集団）と所属長の認識、職場の良い点、改善が必要な点について職場環境改善案について相談する場としている。	高ストレス職場へストレスチェック結果を報告活用はしていないが職場の安全会議に参加し情報収集している ・ヒヤリハット ・リスクアセスメント ・発言の状況や人間関係	①QC 活動の副題として ②働き方改革のテーマとして ③ワークライフバランスの取り組みの一員として ラインケア実施しながら	・特定社労士とコラボ ・コーディネーターとしてもらう人を派遣で依頼した	外部コンサルタントの活用 ・管理職面談 ・主任副主任面談 ほめられたい みとめられたい
G	**SC 実施**	**分析**	**全体報告やフィードバック**	**職場環境改善**	**その他**
	人事に職場改善のモチベーションを持ってもらう	職場の状況を把握し分析する ・残業時間 ・メンタル休業者数	フィードバックの際、必ず良い所から説明する	希望職場の手あげ方式で行う	ＥＯＳ（従業員意識調査）と併用して使う
			既存の仕組み機会を使用してフィードバックする（幹部会議など）		働き方改革
			集団分析の説明会をする（見方の理解）		

表５．手引き案に対する産業保健スタッフ等からの感想、意見

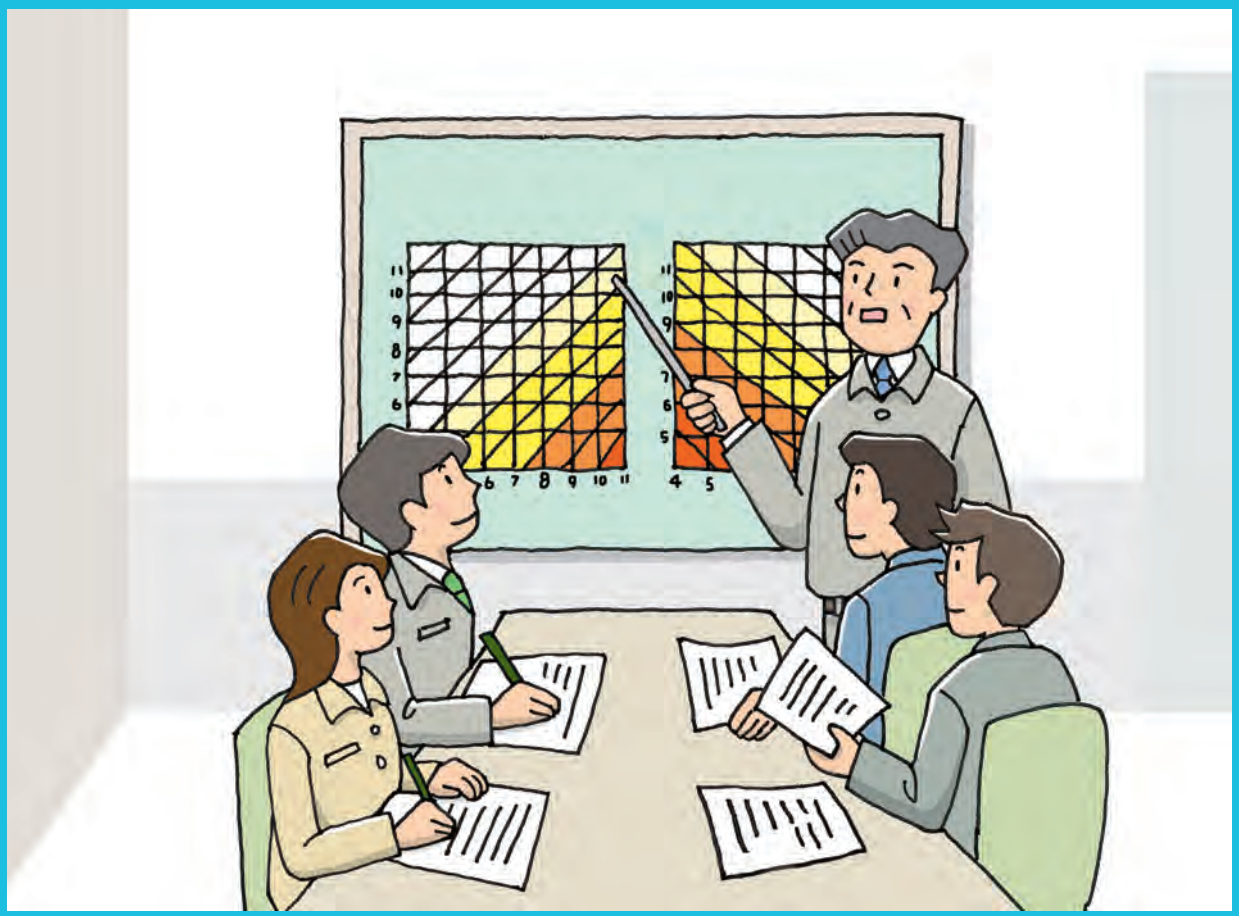
・ToDo の List はわかりやすいと思いました。
・課題やハードル、工夫の項目は、知りたい情報だったので、役立つと思う。
・これだけはやった方がよいことやポイントがあれば、まずはそれを提示するのがよい。
・P12 3）の様々な具体例があることはとても役立つと思いました。
・事業場の他の改善活動と一緒にやっていけること、それがメンタルヘルス対策にもなることがより伝わるとよい。
・誰をターゲットにマニュアルを手にしてもらえるか？と考えると担当者または専門家が主になっているのかと思えました。つまり補足をできることが前提となっているようなので、参考のリンクを各所で提示されても良いと思います。
・小グループの結果の公表がないグループ・チームは結果責任者が何をしてよいか分からない。
・「課題とハードルー工夫の例」は良いと思いました
・経営者のまきこみの方法論をもっとつっこんで書き込まれると良いと思います
・分析の仕方・解釈の仕方についてもっと情報があるとわかりやすいです。性別、年齢、残業時間等の情報を付け加えるとよい等。〇〇のような結果は△△のような職場の状況が考えられます、等。
・分析→職場改善が飛躍してしまう印象があります。
・工夫の例は「～しましょう」型のまとめではなく「～したらうまくいきました」というような成功事例の紹介の方が心にひびくのでは？と思いました。
・P.13 のまとめはわかりやすく、また納得しやすいものでした。
・12 ページ ACT3 は分析の結果の強みの具体例について他社での事例が充実すると自社で活用しやすい。
・事業者の理解を得るために TODO での優先順位が示されていると説明しやすい。
・13 ページの成功の秘訣は前の方に移動させては。
・私は特に健康心理士なので生活習慣病予防と同じほどメンタル不調予防は不可欠と思っております。意識が高まるよう自分の分を果たしたいとも思いました。
・お疲れさまです。大変期待しています。
・デンマークの意見についてストレスチェックをしたために不安が増えてしまう例があるのでしょうか。
・P.1～P.11 はすでに公表されているストレスチェックの手引の内容と同じですがこちらの方がわかりやすいです。
・P12 全国平均 100 よりも下回っているから課題が無と言い切れない...。正にそのように思います。ワークエンゲイジメントや●●の一体感を含めた指標を示して頂けると大変取り組みやすくなると思います。
・P6 工夫の例として「働き方改革や健康経営の視点を利用して」とありますが、電通事件以降、経営者に「働き方改革」のアプローチは大変有効だと思います。もっと前面に出して良いのではないでしょうか。
・集団分析結果を経営会議にかけるのに困る。経営層からの質問で気になるのが、集計の分母を気にせず話をしている。少人数の影響の大きさを考慮していないなど。集計や分析の仕方をうまくしないと次年度以降のストレスチェックに影響する。
・外部 EAP。集団分析後に何をやったらよいかわからない、集団分析後の提案が足りていない、と言われる。依頼主は改善方法の検討も含めてこちらに丸投げ。産業保健スタッフと連携している企業割合が低い。連携することを選択肢として提示して。

☑ ストレスチェック制度を利用した

☑ いきいき 職場づくりのための

職場環境改善
スタートのための手引き

～ やってみよう職場環境改善 ～



平成29年度 厚生労働科学研究補助金（H27－労働－一般－004）
ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究
（主任研究者 川上憲人、分担研究者 小田切優子、吉川徹）　成果物

目　　次

Ⅰ. はじめに …… 1

Ⅱ. ストレスチェック制度における職場環境改善の位置づけ …… 2

Ⅲ. ストレスチェック制度とPDCA …… 2

1. ストレスチェック制度の流れ …… 2

2. PDCAサイクルの各ステップでの検討事項 …… 3

【Plan：計画、実施前準備】 …… 4

【Do：実施】 …… 5

①ストレスチェックの実施 …… 5

②集団集計と分析の実施 …… 6

③報告―事業者、経営層（担当役員など）へ …… 7

報告―個別職場、部や課へ …… 7

④職場環境改善 …… 8

ストレスチェック結果の取扱いと職場環境改善へのつなげ方例 … 9

【Check：評価】【Act：改善】 …… 10

3. 集団分析結果―仕事のストレス判定図の活用 …… 11

4. ストレスチェックから職場環境改善へのプロセスを
うまくすすめる成功の秘訣や例 …… 15

Ⅳ. 取り組みの好事例 …… 17

Ⅴ. 便利な資料情報 …… 19

Ⅵ. 参考文献 …… 19

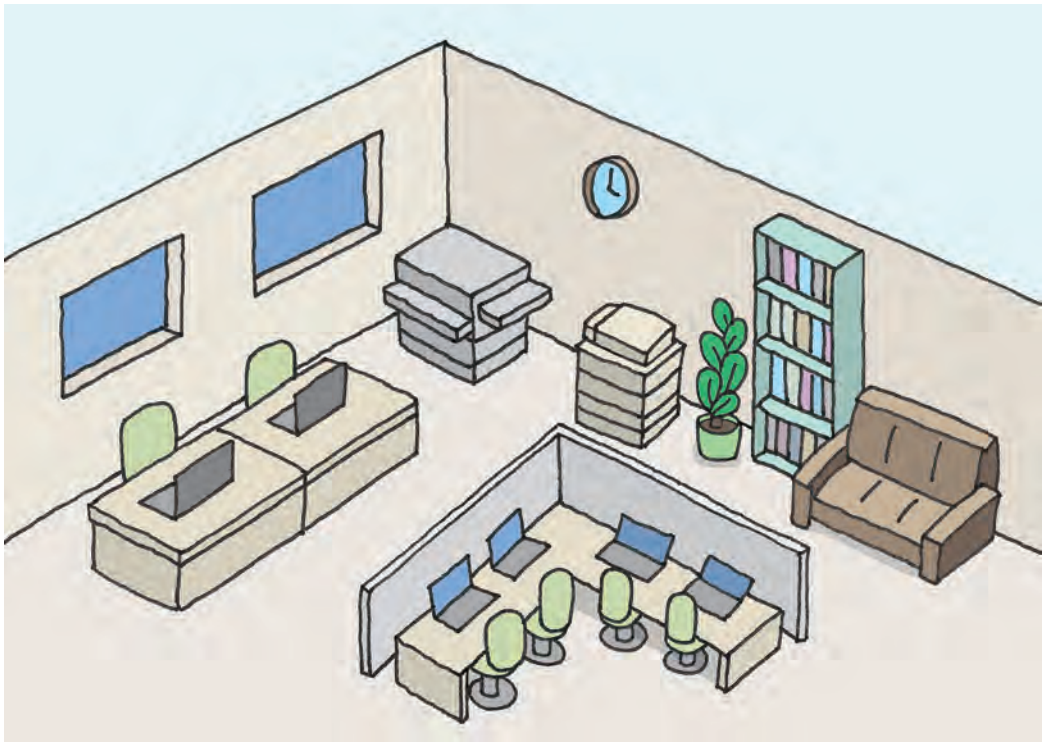
Ⅰ．はじめに

平成 27 年 12 月からストレスチェック制度が施行されて丸２年が経過しました。

制度の目的はメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）であり、各事業場がストレスチェックの結果を活かして職場環境改善にとりくむことが期待されています。職場環境改善にとりくむためには、ストレスチェックの集団分析結果を活用すると便利です。集団分析は、制度の中では努力義務とされていますが、制度の目的である一次予防の観点からも是非、集団分析を実施してそれを活用し、職場環境改善が行われて皆が働きやすい事業場が増えてくことが望まれています。

本手引きは、ストレスチェックを実施したものの集団集計結果をどのように活用したら良いかわからない、職場環境改善は必要と思うけれどどのように手を付けたらよいのかわからない、といった事業場のために、準備体制の作り方について説明し、管理監督者や労働者や産業保健スタッフの関わりについて触れながら、集団分析の結果から職場環境改善に着手するまでの工夫やアイディアを中心にご案内しています。

ストレスチェックの実施者、実施事務従事者、産業保健スタッフの方に読んでいただくことを想定して作成しました。職場環境改善は難しそうでハードルが高いというご意見を耳にします。この手引きを読んで、職場環境改善をやってみよう、という事業場が増えることを期待しています。



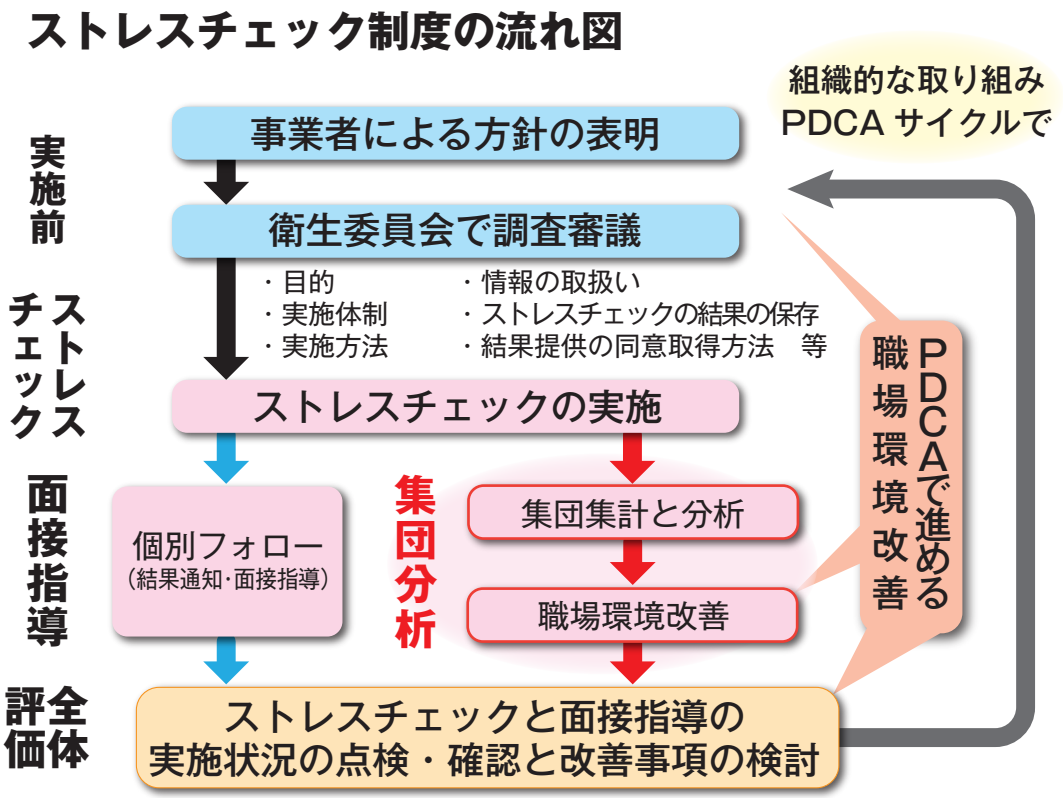
Ⅱ．ストレスチェック制度における職場環境改善の位置づけ

ストレスチェック制度は、定期的に労働者のストレスの状況について検査を行って、①本人にその結果を通知して自らのストレスの状況について気付きを促し、個人のメンタルヘルス不調のリスクを低減させるとともに、②検査結果を集団的に分析し、職場環境の改善につなげることによって、労働者がメンタルヘルス不調になることを未然に防止すること、を主な目的としています[1)]。したがって制度の中では努力義務に位置付けられていますが[1]、集団分析と職場環境改善はストレスチェックの目的を果たすための重要な手段と考えられます。

Ⅲ．ストレスチェック制度とPDCA

1．ストレスチェック制度の流れ

ストレスチェック制度の一連の流れを図に示しました。本手引きでは主に、右側の赤い矢印を焦点にした集団分析から職場環境改善について扱います。



厚生労働省：ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等　資料より一部改変引用

1　（厚生労働省令 - 検査結果の集団ごとの分析等）
厚生労働省令第 52 条の 14　事業者は、検査を行った場合は、当該検査を行った医師等に、当該検査の結果を当該事業場の当該部署に所属する労働者の集団その他の一定規模の集団ごとに集計させ、その結果について分析させるよう努めなければならない。
2　事業者は、前項の分析の結果を勘案し、その必要があると認めるときは、当該集団の労働者の実情を考慮して、当該集団の労働者の心理的な負担を軽減するための適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

2．PDCA サイクルの各ステップでの検討事項

ストレスチェックは、労働者のメンタルヘルスに寄与することが期待されている職場の継続的な取り組みであり、Plan（計画）－ Do（実行）－ Check（評価）－ Act（改善）の PDCA サイクルで進めるとよいでしょう（表 1）。

表 1　PDCA サイクルの各ステップとストレスチェック制度における集団分析、職場環境改善に関する検討事項

PDCA	内　容
Plan　計画	ストレスチェック、特に集団分析と職場環境改善についての方針作成 実施計画のデザイン
Do　実行	（1）ストレスチェックの実施 （2）集団分析 （3）職場報告　事業者・幹部向け （4）職場報告　個別職場向け （5）職場環境改善
Check　評価	参加者の意見等プロセス評価　各指標の変化
Act　改善	次年度以降の実施手順、実施方法の見直し

職場環境改善の活動をうまくスタートし、継続していくための成功の秘訣には下のようなものがあります。

これが成功の秘訣（15 ページも参照）

- ☛経営層の理解とリーダーシップ
- ☛事業場にすでにある取り組みを活用
- ☛分かりやすい言葉や例で説明
- ☛情報量は最小限に
- ☛職場の良い点に目を向ける
- ☛職場内外の支援者がフォロー
- ☛結果だけでなく活動の過程を重視

ではここからは実際に、PDCA の各ステップで何をすると良いのか考えていきます。

【Plan：計画、実施前準備】

労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル[1)]を参考にしながら、ストレスチェック実施の目的を確認し、実施者や実施事務従事者などの役割分担を含む実施体制を整え、実施方法を具体的に決定します。

TODO

❑ 事業者に主体的にかかわってもらう手筈を整えましょう。

事業者のストレスチェックに関する方針表明は労働者の心を動かします。労働安全衛生法では、ストレスチェックの実施を事業者に課しています。是非とも事業者に主体的にかかわってもらい、労働者のメンタルヘルスに資する取り組みにしていきましょう。

❑ 集団分析を実施するか決めましょう。実施するならばその活用方針を確認しましょう。

ストレスチェックの結果を集団集計して、その結果を解釈することが集団分析です。

例えば職場部署単位での集計を行うと、仕事のコントロール度が良好な職場はどこか、仕事の量的負担が高く過重になっている職場はどこか、等が分かります。職場の状況を把握し、その職場の情報を得ることにより、良好な職場からはその工夫を学べますし、過重な負担のある職場では対策を考えようというきっかけになります。

厚生労働省のストレスチェック制度に関する検討会報告書[2)]では「職場のストレスの状況その他の職場環境の状況から、改善の必要性が認められる場合には集団的分析を実施し、その結果を踏まえて必要な対応を行うことが自ずと求められることに留意するべき」とされています。デンマークで開発された職場のストレス調査のソフトガイドライン[3)]では、「職場の心理社会的環境に関する調査は、それによって明らかになった改善点について何らかの対策を行う心構えがない限り行われるべきではない」とも述べられています。

集団分析は事業場にとっては努力義務ですが、働きやすい職場をつくる、維持していく、あるいはもっと良くするための材料として、ストレスチェックの結果、特に集団分析を実施し、活用することを、ぜひ方針に取り入れましょう。

❑ 集団集計をどの単位で行うのか、決めましょう。

衛生委員会でストレスチェックの実施の手順について検討する際に、集団集計の単位についても考えましょう。職場環境改善を視野に入れて、部の単位、課の単位を考えましょう。その構成が業務内容をうまく反映しているかどうか、もポイントになります。ストレスチェックの実施者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等が集まって集団集計の単位について検討するプロセスも、職場環境改善への手だてを考えていく際に重要な、他部門との連携を推進することにつながります。

また人数の少ない部署を扱う場合には、集計の前に当該部署メンバーの同意を得るようにするか、結果の開示方法についてあらかじめ衛生委員会で審議しておきましょう。

❑ 集団集計結果を開示する対象や方法について、決めましょう。

集団集計結果を開示する対象や方法について決めておきましょう。（計画段階で決めておくことが望ましいですが、ストレスチェック実施後に検討して対応することも可能です。）

このステップでの課題やハードル、そして工夫の例には以下のようなものがあります。

（職場環境改善のためのファシリテーター研修会の参加者によるワーク、ストレスチェックの実務者である産業保健スタッフ、社会保険労務士、EAP 機関担当者等を対象に実施したヒアリング、職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム交流会メンバーによるワーク[4] 等　から収集したものです。）

課題やハードル	工夫の例
・対策の必要性や効果が明確でないと、活動に対して事業者が難色を示します。	・すでに行われている社内の取り組み（QC 活動など）を利用したり、働き方改革や健康経営の視点を利用して取り組みました。 ・企業理念や事業場の活動目標との接点を探し、なじみのある言葉で説明しました。 ・ストレスチェックの実施によって健康度の高い職場がわかったので、その職場の強みを社内で共有できることを伝えました。 ・一次予防の取り組みの費用対効果の科学的根拠を紹介しました。
・法遵守優先の方針で計画に柔軟性がありません。（集団分析と職場環境改善は）努力義務なので、やらなくても良いと考える傾向があります。	・法遵守の重要性を共有したうえで、産業保健スタッフと人事労務担当者が一緒に取り組みました。 ・衛生委員会の場を活用して労働者一人一人にかかわる問題であるという意識を共有しました。
・高ストレス者対策で手一杯で集団対策（集団分析や職場環境改善）まで手が回りません。	・PDCA でできることから少しずつ着手してみました ・良好事例について情報提供しました。
・中小企業だと社内にスタッフがいません。	・はじめからすべてを事業場内で行うことは難しかったので外部の資源[2] に相談してみることにしました。

【Do：実施】　①ストレスチェックの実施

TODO

❑ 対象となる皆に受検してもらい、高い受検率を確保しましょう。

ストレスチェックの受診は労働者にとっては義務ではありませんが、受検率の低さは問題となります。集団分析では特に、職場構成員の受検率が低くなると、個人が及ぼす影響が大きくなるため結果を解釈する際に注意が必要となります。（職場のストレス調査のソフトガイドライン[3] では、「調査票に対する回答は自発的意思に基づくべきであり、回答率が 60% を切ることは好ましくないし、その事業所の心理的環境が良くないことのひとつのサインである」と述べられています。）

受検にあたりストレスチェック制度の意義を労働者に理解してもらうことは大切です。厚生労働省から、e- ラーニング　「15 分でわかる法に基づくストレスチェック制度」

http://kokoro.mhlw.go.jp/e-learning/e-stresscheck/　が公開されています。

2　外部資源の選び方について厚生労働省からチェックリストが提供されています
http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150803-2.pdf

このステップでは、以下のような課題やハードルとその工夫があります。

課題やハードル	工夫の例
・実施に関する委託事業者の選び方や、委託内容の範囲について迷いました。	・値段も大事ですが、見やすく活用しやすい結果をもらえる業者を選びました。結果の経年変化も仕様書に入れています。
・実施時期で結果が変わるので、いつ行うべきか判断が難しいです。	・時期によって結果が変わることも一つの重要な情報なので、繁忙期だったのか閑散期だったのか、実施時期の業務を把握して集団集計の解釈に加えました。
・ウェブ方式と紙方式の混在で煩雑でした。	・ID やパスワードの提供の仕方を工夫して分かりやすくしました。
・受検率を高くできるか心配です。	・個人情報の保護をはじめ、安心して回答できる環境をつくって周知しました。 ・事業場ですでに実施していた取り組み（従業員意識調査等）の枠組みや、定期健康診断の機会を活用しました。 ・自席に居るタイミングを見計らってリマインダーメールを送ったり、受検を促す掲示をしました ・受検メリット（職場改善のきっかけになること）を伝えるようにしました。
・事業場の産業保健スタッフが足りません。	・外部資源の活用を含め、効率化できるステップを検討しました。

②集団集計と分析の実施

TODO

- ❑ **計画に沿って集団集計結果を作成し、職場ごとの課題が何か、分析を実施します。**
- ❑ **残業時間、産業保健スタッフの日頃の活動から得られた情報もあわせて検討します。**
- ❑ **必要があれば集団集計の単位を変更します。**

このステップでの課題やハードルと工夫例は以下のようなものがあります。

課題やハードル	工夫の例
・「集計」しましたが「分析」できていません。	・ストレスチェック実施関係者で集計結果について検討する時間を持ち、結果を理解するところからはじめました。
・外部委託だと集計結果を入手するのに時間がかかります。	・納期までの期間も考慮して委託しました。
・部署単位の人数が小さく問題点が特定の人の回答の影響を受けるとともにプライバシーが守られません。	・集団集計と分析結果は一部の管理職にのみ返却するよう対象を検討しました。
・部署のまとまりが業務の実態に合っていない場合があります。	・業務の実態にあった集団単位となるよう集計前に確認しました。
・集団分析結果の目標値を問われて上手に答えられませんでした。	・職場ごとに現状が異なるので目標も一律ではなく様々になると考え、現状を把握して良い点を伸ばし改善点を工夫するという視点で当事者と話し合いました。 ・残業時間等、職場が持っている他の情報とすり合わせ、課題を‘見える化’しました。
・集団分析の層別化の単位が多すぎます。	・結果の活用方法を考慮して層別分析を最小にしてみました。（男女、年代、職位、職種、支社・本社まで等）

③報告

TODO

- ❑ 集団分析の結果を報告、説明しましょう。
- ❑ 分かりやすい言葉で、図やグラフなどを用いて簡潔に提示します。
- ❑ 部署ごとの結果を開示する場合は、数値のみで成績のように評価せず、部署の実態とすり合わせ、正しい理解を促します。

▶ 事業者、経営層（担当役員など）へ

このステップでの課題やハードルと工夫例は以下のようなものがあります。

課題やハードル	工夫の例
・報告の仕方が課題です。	・幹部会議・部長会議で報告する場合、担当部以外は名称を隠す工夫をしました。 ・事業者も参加する報告会を開催したり、研修会で活用しました。 ・残業時間や休業者人数など、他の情報も合わせて提示しました。
・数値が一人歩きしそうで怖いです。	・結果の正しい理解をすすめ、悪者捜しではなく職場の強みを伸ばす機会と説明しました。
・結果がよいと関心度が下がります。	・良好事例の収集のチャンスととらえ、うまくいっている取り組みなどを聞き取り、他部署へ紹介していくようにしました。

▶ 個別職場、部や課へ

このステップでの課題やハードルと工夫例は以下のようなものがあります。

課題やハードル	工夫の例
・高ストレス職場へのアプローチが難しいです。	・結果の良かったところ、問題ではなかったところから報告するようにしました。 ・良好事例を紹介する機会として、意識を高めてもらえるよう工夫しました。
・どうしても管理者批判と思われがちです。 ・階層で理解の仕方が異なります。	・結果の正しい理解を促しました。例えば、支援の低さの背景にある課題（皆が忙しすぎたり、物理的距離があって相談しにくいなど）について産業医の職場巡視、保健師の職場訪問などで情報を得てフィードバックしました。
・上長へフィードバックしても何もアクションがとられず、情報が活用されません。	・改善の取り組みを後押しするように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）[3] を提供し活用を促しました。
・現場では総合健康リスクの理解が難しいです。 ・結果より現実の問題に関心があります。	・仕事のストレス判定図の見方のパンフレットを活用しました。 ・集団分析結果も現実の問題と根の部分ではつながっていることも多いことを説明し、幅広い取り組みを進めるようにしました。

3　厚生労働省の WEB サイト　こころの耳からダウンロードできます。
http://kokoro.mhlw.go.jp/manual/hint_shokuba_kaizen/

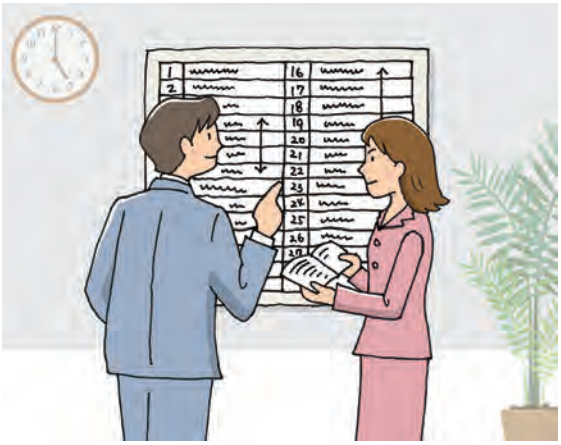
④職場環境改善

TODO

❑ 職場環境改善をすすめます。

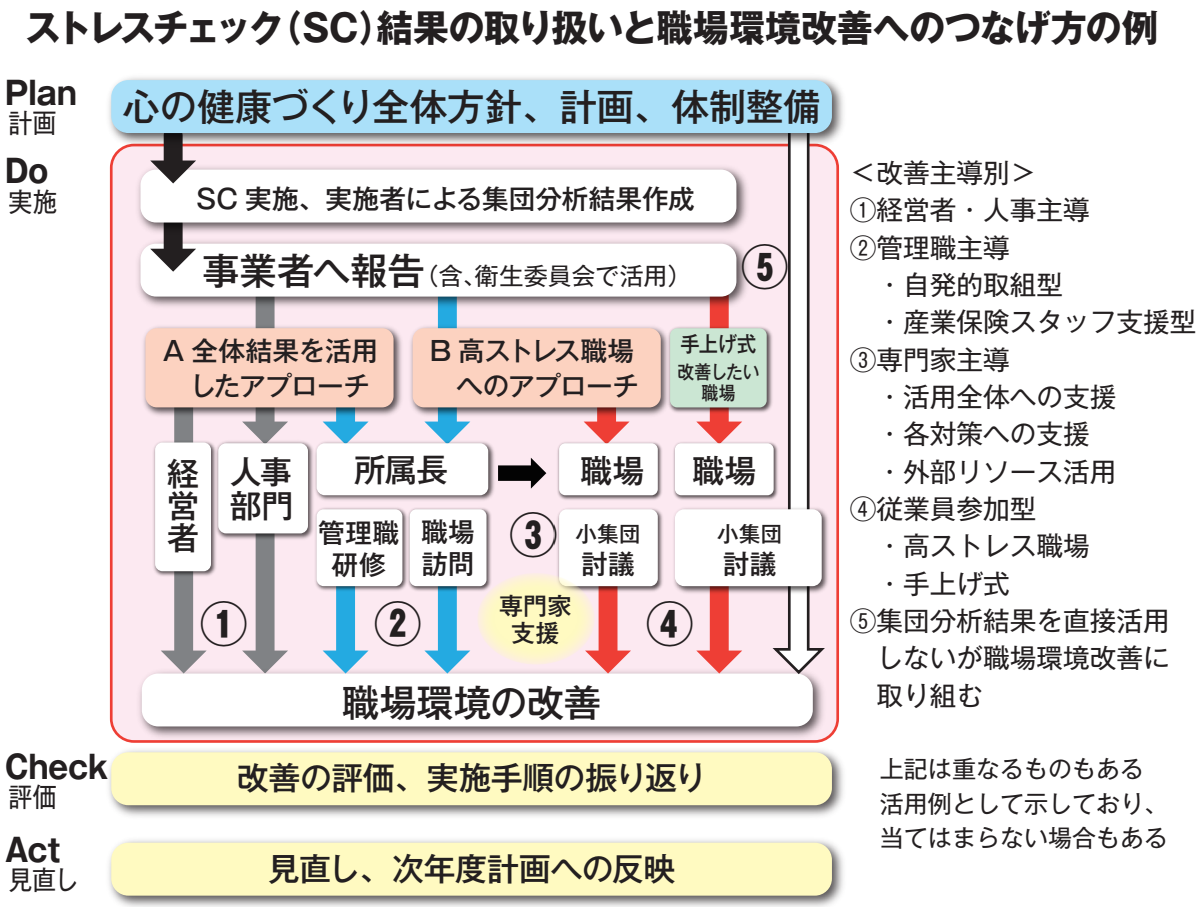
このステップでの課題やハードルと工夫例は以下のようなものがあります。

課題やハードル	工夫の例
・多忙で取り組めません。	・すでに実施していた活動に便乗して取り組みを始めました。
・管理者と従業員のギャップがあります。	・改善が必要な職場の事柄について意識を共有するようにし、より多くの人が感じている問題点の解決を優先しました。
・自発的改善に取り組めない職場にはどうしたらよいのか分かりません。	・取り組みを支援する枠組みとして、職場の担当者を決めてもらい、人事部でもサポーターを決めました。
・職場環境改善をやります、という手あげ式では、本当に改善が必要と思われる部署での対策が進みません。	・高ストレス職場に対しては、まずは管理職のみで対策検討会をしてもらい、改善の必要性を認識してもらいました。
・やらされ感があります。 ・職場環境改善の仕方がわかりません。	・良好事例を紹介して「うちの職場でもできそうだ」感を持ってもらい、自主的な“やる気”を促しました。
・グループワークに慣れていなくて改善のワークがうまくできません。	・セルフケア研修と一緒に実施してみました。
・ファシリテーターが足りません。	・外部機関に集合研修を実施してもらい、それを参考に２回目から自前でやってみています。
・自部署だけでは改善できない問題があります。	・産業保健スタッフと人事部門等が仲立ちとなって関連部署を巻き込んだ改善を検討しています。



ストレスチェック結果の取扱いと職場環境改善へのつなげ方例

ストレスチェック結果の集団分析の返却は、職場環境改善につなげることを前提として行うとよいでしょう。逆に、職場環境改善への意思がない場合は、集団分析結果を返却しても活用の範囲は限られてしまいます。図は、集団分析結果の取扱いと職場環境改善へのつなげ方の例を示したものです[5)]。

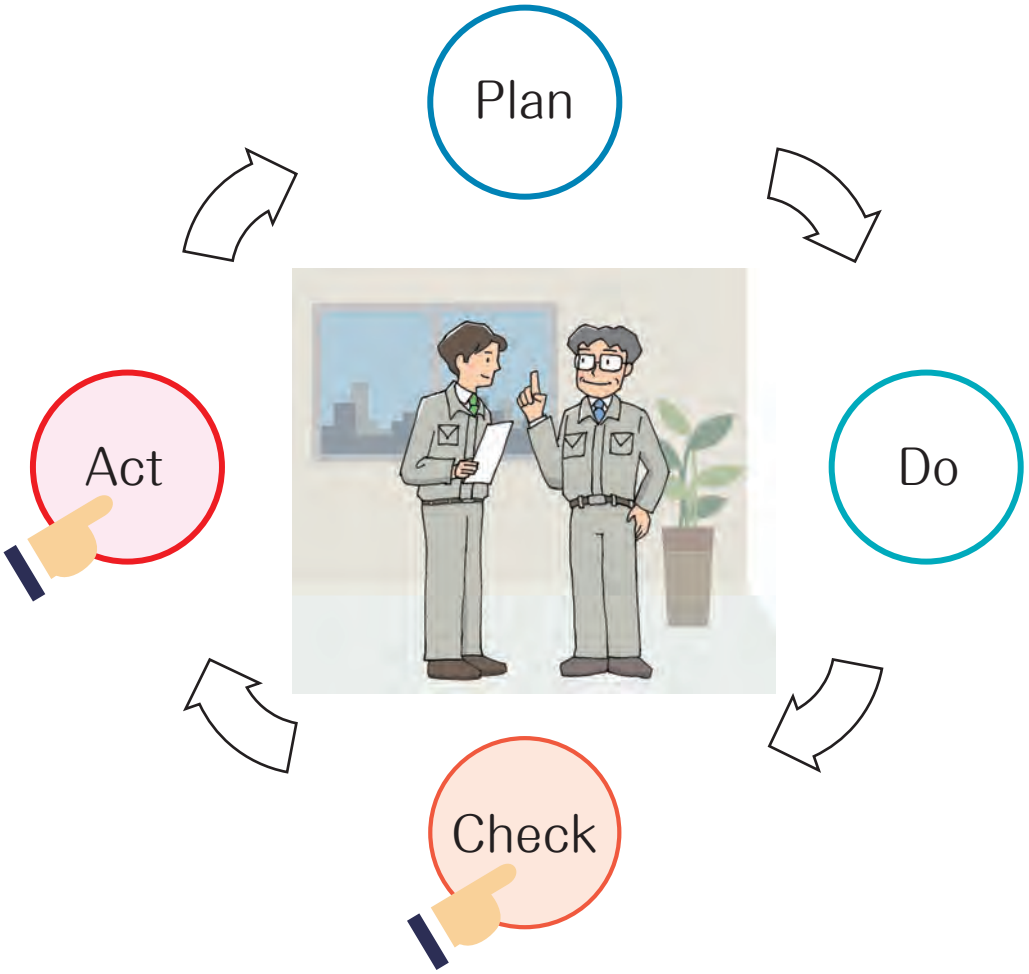


職場環境改善は、事業場全体で集団分析結果を活用して着手する場合や高ストレス職場へのアプローチを主とする場合等が考えられます。また、分析結果の返却対象や場面も、経営者や人事部門の場合（①：経営者･人事主導型）、管理職研修（②：管理職主導型）、職場訪問での管理職への返却（②：管理職主導型）、グループワーク（小集団討議）で活用（④：従業員参加型）するなど多様です。また、職場環境改善は集団分析結果を使わなくても行うことは可能です（⑤）。この場合、結果は現場に返却せず、事業場全体や各職場の幹部と産業保健スタッフのみで結果を分析把握し、経年変化をみるというモニタリングに活用する場合もありえます。また、EAP などの外部資源や内部専門家の活用（③）も想定されます。

【Check：評価】【Act：改善】

TODO

- ❑ 集団分析、職場環境改善を実施したら、うまくいった点をふりかえると同時に、実施するうえで困難だったことなど、見つかった課題点を整理し、次年度以降の活動にフィードバックします。
- ❑ 集団分析結果の良い部署が実施していること、工夫していること、働きやすさをもたらした職場環境改善での取り組みなど、良好事例を収集し、他部署へ情報共有します。
- ❑ 職場環境改善に着手する、実施する、その活動自体や取り組みの過程も評価しましょう。（改善のための話し合いが行われた、改善案の提案が○個あった、改善案が職場に周知された、取り組み目標が掲げられた、実際に改善案に取り組んでみた、など）



3．集団分析結果―仕事のストレス判定図の活用

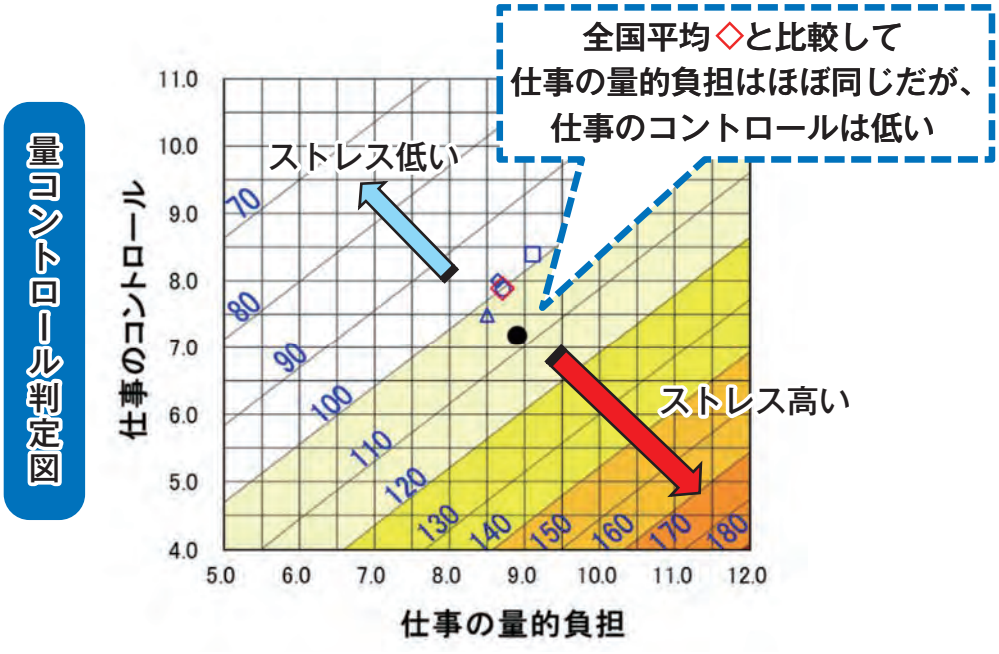
ストレスチェックを実施して必要な職場環境改善につなげるには、集団分析の結果を活用すると便利です。ここでは一つの例として、ストレスチェック制度で使用が推奨されている職業性ストレス簡易調査票から作成できる仕事のストレス判定図について述べます。

仕事のストレス判定図とは？―　判定図の見方

仕事のストレス判定図は２つの図からなり、仕事の量的負担、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援という４つの仕事上のストレス要因に注目して、ストレスの大きさとその健康への影響を判定します。

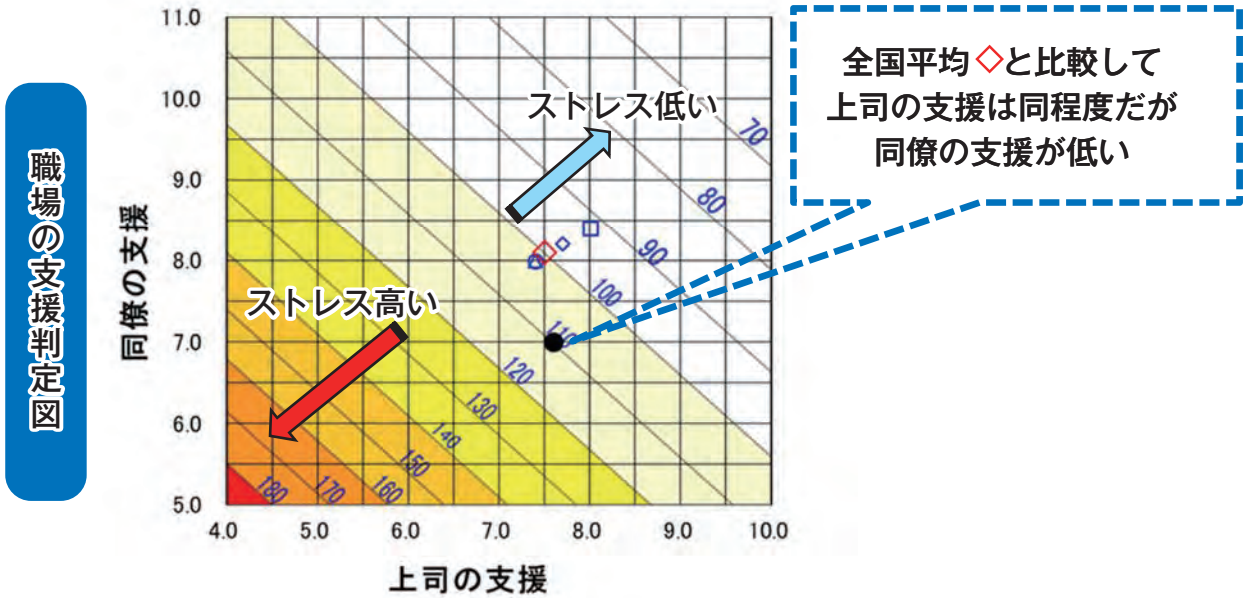
【量―コントロール判定図】

「仕事の量的負担」（横軸）と「仕事のコントロール（仕事に対する裁量権あるいは自由度）」（縦軸）をストレス要因とした場合のストレス度を、プロットして表現しています。図上の斜めの線は、仕事の量的負担とコントロールから予想されるストレスの状態や疾病の発生などの健康問題の危険（リスク）を標準集団の平均を 100 としてあらわしたものです。仕事の量が多くコントロールが低いほど右下にプロットがあり、白い範囲から黄色、オレンジ、さらに赤へ近づくほど、ストレスが生じ易い環境にあると考えられます。◇は全国平均（さまざまな企業の従業員計約３万人の平均）、集計部署のストレス度を●で表しています。



【職場の支援判定図】

「上司の支援」（横軸）と「同僚の支援」（縦軸）の点数から、同様に健康問題の危険（リスク）を判定しています。同僚および上司からの支援度が低いほど、すなわちプロットが左下にあればあるほど、リスクが高くなります。



そして２つの判定図を点数で表現すると下表のようになります。

		人数	○○	名
尺度	平均点数	健康リスク（全国平均＝100 とした場合）		
量的負担	8.9	**量 - コントロール判定図**	**総合健康リスク**	
コントロール	7.2	（A） **108**	（A）x（B）/100	
上司の支援	7.6	**職場の支援判定図**		
同僚の支援	7.0	（B） **110**		**118**

総合健康リスクの数字は、２つの判定図から総合的に判断して現在の職場の仕事のストレス要因が、どの程度従業員の健康に影響を与える可能性があるか、の目安となるものです。

健康リスクが 118 であれば、それは従業員の健康への悪影響が平均より 18% 増しになることを予想するものですので、職場ごとの総合健康リスクが現在よりも低下するように職場の健康管理、ストレス管理をしていくことが望まれます。その一つの方法が、職場環境改善です。

概して健康リスクが 150 点を超えているケースで健康問題が顕在化している例が多く、早急な改善が必要と考えられます。また、120 点超えている事業場では、問題が顕在化する前に、事業場でストレス度を高めている原因について具体的に探り、対策が可能なものはないか、検討を始める必要があるでしょう。

仕事のストレス判定図活用のポイント

① 健康リスクの数値とあわせて、量的負担、コントロール、上司の支援、同僚の支援の部署平均点と、全国平均や職場全体の平均との差異を見て特徴を探しましょう。

参考 : 全国平均の数値

男性	量的負担	コントロール	上司の支援	同僚の支援	女性	量的負担	コントロール	上司の支援	同僚の支援
平均	8.7	7.9	7.5	8.1	平均	7.9	7.2	6.6	8.2

② 健康リスクが全国平均の 100 を下回っていても問題が無いというわけでは必ずしもありません。判定図に使う 4 つのストレス要因の他にも、仕事のやりがいのなさ、仕事の将来の見込みがはっきりしないことなど健康に影響を与える仕事上のストレスがたくさんあります。判定図では簡便さを優先して仕事のストレス要因を 4 つに限定していますので、実際に職場にアプローチする場合には、これ以外の仕事上のストレスも考慮する必要性があるでしょう。

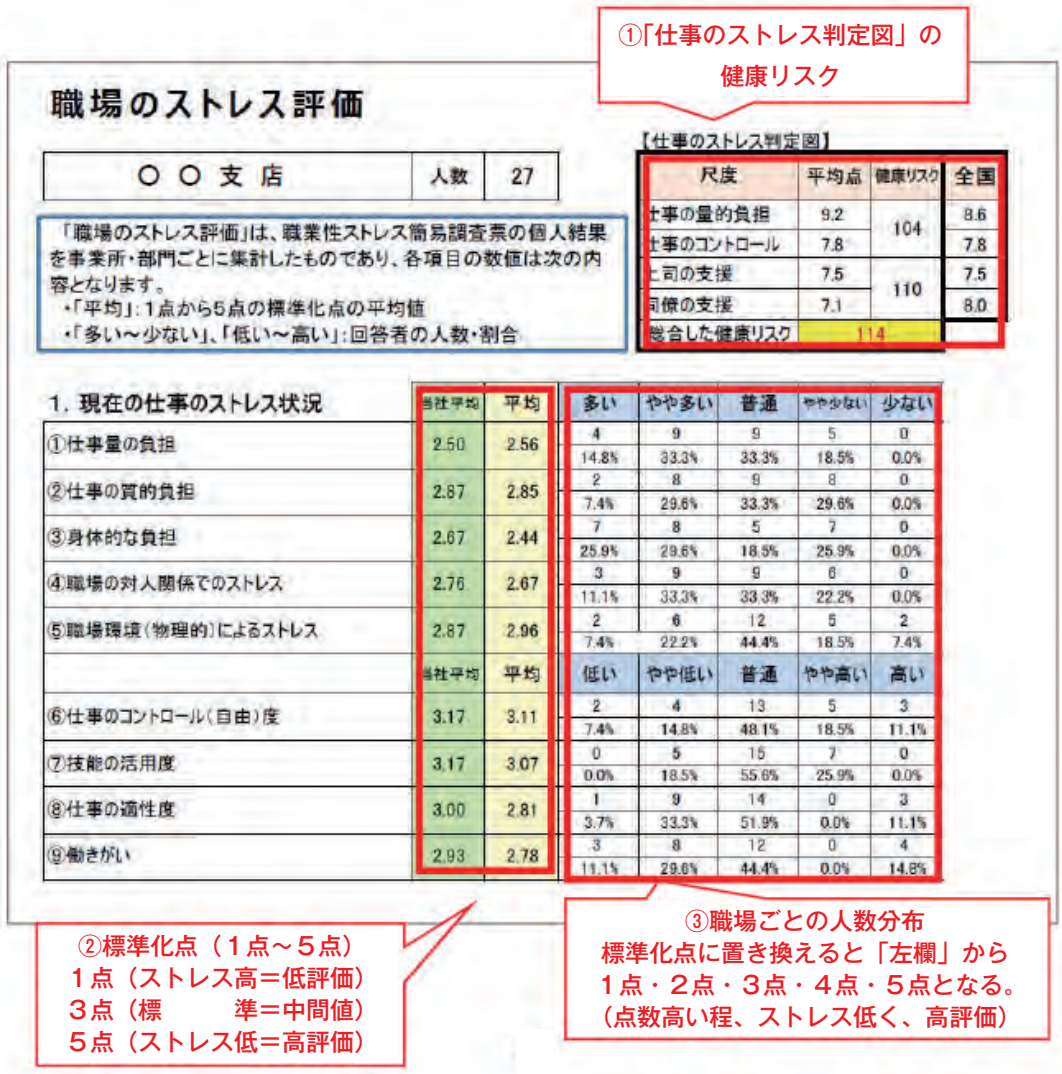
③ 経年変化にも着目しましょう。下の表は、ある商社の 1 つの職場の経年変化です。総合健康リスクは 2014 年から 50 代で経過していましたが、2017 年春に実施したストレスチェックでは量コントロール判定図の数値が 85 から 106 へ、職場の支援判定図の数値が 68 から 89 へそれぞれ高くなり、総合健康リスクは 94 になりました。特に量的負担得点の上昇と同僚の支援得点の低下が目立ちました。業務で取り扱う材料の種類の増加とベテラン事務職の異動に伴い他の事務職社員への負担が一気に高くなっていることが部署へのヒアリングで分かりました。このストレスチェックから数カ月の間にひと月あたり 50 時間以上の長時間残業を行う社員が一人、二人と増えていき職場の業務の効率化が課題として浮き彫りになりました。

職場名	人数	量的負担（点）	コントロール（点）	上司の支援（点）	同僚の支援（点）	量コントロール	職場の支援	総合
会社全体 2017	750	8.6	8.5	8.3	8.7	94	87	81
2014	10	8.8	8.5	10.8	10.4	95	58	55
2015	13	7.4	8.7	10.2	10.3	84	62	52
2016	10	7.8	8.9	9.5	9.9	85	68	57
2017	12	8.9	7.4	9.4	7.3	106	89	94

さらに詳しい情報

①　職業性ストレス簡易調査票の詳しい分析

職業性ストレス簡易調査票では、仕事のストレス判定図に用いる４つのストレス要因のほかに、対人関係によるストレス、技能の活用度、仕事の適性度などのストレス要因も評価しています。これらの指標についても集団ごとにストレスの高い人の割合を求めるなどして、職場のより詳しい情報を得ることができます。



②　新職業性ストレス簡易調査票の活用

職業性ストレス簡易調査票を含む新職業性ストレス簡易調査票（80 項目あるいは 120 項目）という調査票が開発されており、意欲を引き出したりキャリアに役立つ教育が行われているかといった職場のもつ資源、お互いに理解し認めあっているといった職場の一体感や、仕事から活力を得ていきいきとしている状態であるワークエンゲイジメントなどが評価できます。職場の良いところや強味を認識しやすく、職場環境改善を職場組織活性化の取り組みとしてすすめやすくなります。

4．ストレスチェックから職場環境改善への プロセスをうまくすすめる成功の秘訣や例

経営層の理解とリーダーシップがカギ

職場環境改善が行われると、従業員がいきいきと働きパフォーマンスが高い職場になるといった経営上のメリット、魅力ある職場には人材が集まり定着しやすい等のメリットから、経営者の理解と協力を得るようにしましょう。ストレスチェックから職場環境改善につなげることで職場の活性化が可能で、健康経営や働き方改革ともゴールが一致しています。

この経営層の理解とリーダーシップがあれば、事業場全体が改善活動に前向きになります。

事業場にすでにある取り組みを活用しましょう

業務に関連して、あるいは事業場の経営戦略に沿って事業場で行われている取り組みはないでしょうか？人事部門や健康管理部門が主体となっている活動はもちろんのこと、事業場が一体となって行っている活動があれば、その活動とあわせて職場環境改善への取り組みをすすめることも考えましょう。労働者にも周知してもらいやすく、スタートもしやすいというメリットがあります。

分かりやすい言葉や例で説明しましょう

例えば、「ストレスチェックは一次予防を目的としています」この台詞を聞いても、ストレスチェックって何？一次予防って何？という人もいるかもしれません。

ストレスチェックについては、“自動車の車検”に似ています。自動車はいつもきちんと動くために、定期的に車検をして悪いところが無いか調べています。それと同じように、ストレスチェックは、労働者がいつも健康でいきいきと働くために 1 年に 1 回行う検査のようなものです。また、一次予防は未然防止を意味し、転ばぬ先の杖のようなものです。

ストレスチェックにおける職場環境改善では“雑巾がけの法則”を例に考えるとよいでしょう。雑巾で床や窓の拭き掃除をする際、汚れた雑巾をすすぐためのバケツを用意し、すすぎながら拭きます。しかし雑巾も汚れてしまい、バケツの水が真っ黒になると、雑巾をすすぐだけではなくバケツの水も同時に変えることが必要になります。雑巾をすすぐかどうかを確認するのがストレスチェック、雑巾を水ですすぐのがセルフケア、雑巾をすすぐのと同時にバケツの水も取り替えるのが職場環境改善活動です。

名称を工夫するのも良いでしょう

ストレスチェック制度のチェックという呼称は、悪いところ探しのようなイメージがあるかもしれません。ストレスチェックを「いきいき診断」、職場環境改善活動を「いきいき職場づくり」「仕事をやりやすくする活動」「職場ドック」などと呼んだり、キャラクターを活用したりすると労働者にとって身近なものと感じられるようになります。

情報量は最小限にしましょう

集団分析結果などを提供する資料では情報量は最小限、簡潔に作成して、提供しましょう。全体のボリュームを絞り A3 サイズ 1 枚程度に収める、なるべくグラフを活用するなどは良い工夫です。

職場の良い点に目を向けましょう

集団分析では、全国平均や職場全体の平均と比較して悪いところのあらさがしになりがちです。何が悪い？に終始するのではなく、良いところはどこかを探し、職場の良い点・強味を認識しましょう。職場環境改善の改善も、出来ていることに目を向け、自分達にもできていることがあった、さらにできそうだ、というやる気が引き出されることからスタートしていきます。

職場内外の支援者がフォローしましょう

職場環境改善の活動を、安全衛生委員会や事業場内産業保健スタッフ、外部機関などがサポーターとなり、一定期間フォローしましょう。進捗の状況をフォローして、うまくいかないときには相談役となり、うまくいっていることは一緒に喜ぶことにより、現場任せばかりではない取り組みになります。

結果だけでなく、改善活動の過程を重視しましょう

職場環境改善に取り組んでも、1 年後の集団分析結果が良くならない、休職者が減らないことがあります。業務に関連する要因や企業を取り巻く状況など複合的な要因が集団集計結果に反映されることもありますし、職場環境改善の効果がみられるまでには時間がかかることも多いからです。職場環境改善のための話し合いの場を持てたこと、改善案の提案がなされたこと、など改善活動の過程も評価するようにしましょう。

Ⅳ. 取り組みの好事例

ストレスチェック制度（あるいはそれに準じた制度やストレス調査）を利用して、職場環境改善に着手したり、取り組みがうまく進んでいる好事例について紹介します[4) 6)]

【体制づくりに関する好事例】

❋ 経営層が合意していることを社内報という形でアピール

A 事業場では職場環境改善の取り組みを始めるにあたり、その内容を社内報に掲載しました。社内報の掲載内容を社長がチェックすることは社内では周知の事実で、職場環境改善の取り組みが社内報で紹介、掲載されたということは、社長がこの取り組みに合意していることを示すことになりました。社長通達という書式を使わずとも社内報を活用して社長の意思を表明することになったことで、ストレスチェック制度の導入と集団分析の実施、職場環境改善の導入がスムーズになりました。

❋ 職場責任者の主体的な関与を促す集団分析結果の返却方法の工夫

B 事業場では産業保健スタッフが全職場を訪問し、管理職と懇談する場を設けています。その際に管理職に当該職場の集団分析の結果を対面でフィードバックすることにしました。日ごろの産業保健活動の場面を活用して、職場責任者の主体的な職場環境改善への関与を引き出すことに役立ちました。

❋ 既存の安全への取り組みを活用する

C 社ではトップから全社員に向けてメッセージを社内ポータルサイトで発信するトップダウンの社風があり、全国に200以上ある拠点の全所に居る衛生管理者から事業場内に伝達する仕組みがあります。また保健師 5 名がエリア担当ととなり、従業員 50 人未満の支店にも保健師が 1 年かけて訪問し顔の見える産業保健活動を行ってきています。そのため遠隔地でもテレビ電話を使った相談対応が可能となっていました。10 名以上の部署の所属長宛に集団分析の経年変化を郵送した後、電話による問い合わせ対応、問題意識の共有ができ、各支店で職場環境改善に取り組む準備ができました。

【実施手順に関する好事例】

❋ 取り組みに職場全員を巻き込む工夫

D 事業場では、労働者参加型の職場環境改善を実施することにしましたが、業務の都合で職場の検討会に参加できない社員がいることから、アンケート調査を複数回実施し、改善のプロセスにアンケートの形で意見を反映できるようにしました。このような工夫は、検討会に参加できない社員にとっても、取り組みに参加しているという意識を高めるのに役立つでしょう。

❋ 職場の特性に合わせツールに変更を加える工夫

E 事業場では、職場環境を幅広い視点から把握するため職場環境改善のためのアクションチェックリストを活用していましたが、職場の特定や取り組みの目的に合わせて現場に適用したチェックリストに変更して用いていました。ツール類を業種や職場の特性にあったものに変更して活用することで、参加者が改善への取り組みをより身近に感じることができるようになります。

【実効性のある改善策の提案に関する好事例】

✲ 視覚教材によるツール作成

F 事業場では、ストレスチェック制度そのものや職場環境改善についてわかりにくいという指摘を受け、職場全体にこれらの情報を広く周知するために、1 ～ 2 ページの漫画を作成して取り組みの解説を社内報に掲載しました。

✲ 外部支援者との連携による取り組み

G 事業場では、実際に職場環境改善の取り組みを始めるにあたり、管理職研修やモデル事業場での取り組み紹介など、職場環境改善の支援経験のある外部支援者が関わりながら進めることでスムーズな導入につながりました。

【実施継続に関する好事例】

✲ モデル職場や手あげ方式での取り組み

H 事業場では職場環境改善の取り組みを導入するにあたり、人事労務部門などで先行的に取り組みを体験してその結果を全事業場に展開するようにしました。先行的に取り組みを実施した職場の担当者がその後に取り組みに参加する職場の担当者へのよき助言者となり、全社的な展開がスムーズに進みました。また、全社展開にあたっては、強制力をもって一律に行うのではなく、参加表明した職場を中心に行っていったところ、改善活動の“やらされ感”がなく継続しています。

✲ スモールステップによる進捗管理

I 事業場では年間複数回の管理職研修を設定し、各研修日を期限として、良い点・改善点の検討、職場環境改善計画の立案と評価方法の決定、職場環境改善の実施状況報告（中間報告と最終報告）のように小刻みな進捗管理を行いました。このスモールステップによる進捗管理により、他の職場の取り組みに触発され、あるいは互いの取り組みに励まされる形で、研修に参加したすべての管理職が職場環境改善を計画立案だけでなく実施まで進めることができました。

✲ 取り組みによる改善効果を前面に出してアピール

G 事業場では管理職研修において管理職主導型の職場環境改善の取り組みを推進していますが、主に高ストレス職場をターゲットに職場環境改善の取り組みを行っている部門があります。この部門では、産業保健スタッフが重層的な支援を行い、翌年度の健康リスクを改善（＝良い結果を出す）するという結果を残しました。この実績の積み重ねが管理職の職場環境改善に対する認識を変え、高ストレス職場の改善活動の“やらされ感”を緩和することに寄与しました。

このほかにも、厚生労働省のウェブサイト「こころの耳」ではストレスチェック制度を活用して職場環境改善に取り組んだ事業場の取り組み事例が紹介されていますし、平成 29 年度職場のメンタルヘルスシンポジウムの動画も公開されていて、ストレスチェック実施後の職場環境改善に関する情報や事例を見ることができます。

http://kokoro.mhlw.go.jp/mental-sympo2017/

Ⅴ. 便利な資料情報

職場環境改善の取り組みで活用できる各種資料やツール類が「こころの耳」からダウンロードできます。実際にダウンロードして実物を手に取ってみると職場環境改善のイメージもより具体的になってくるでしょう。

職場環境改善ツール一覧

○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）
○いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き （仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方）
○職場環境改善の継続展開のためのファシリテータ・コーディネータ用ポイントマニュアル
○職場の快適度チェック（快適職場調査 ソフト面）
○メンタルヘルス改善意識調査票（MIRROR）
https://kokoro.mhlw.go.jp/manual/#tool

Ⅵ. 参考文献

1）厚生労働省 , 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル .2015.
参照先 :*http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf*

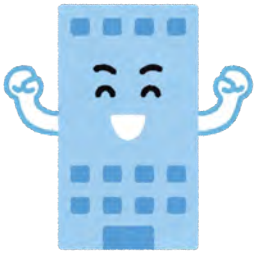
2）労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度検討会報告書
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000069013.html

3）小林章雄 . 職場のストレス調査のガイドライン―Copenhagen Psychosocial Questionnaire ソフトガイドラインの紹介を中心に―　産業ストレス研究 11(2);93-98, 2004

4）浅井裕美、今井幸太郎、渡辺和宏、櫻谷あすか、関谷裕希、吉川悦子、川上憲人、吉川徹
「産業保健スタッフからの意見聴取」厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業　ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究　平成 28 年度総括・分担研究報告書　p.98-10

5）吉川徹、小田切優子
集団ごとの集計・分析結果をどう取り扱う？どう生かす？　安全と健康 27-29:18(12),2017,

6）吉川悦子、吉川徹
ストレスチェック制度における集団分析 , 職場環境改善について . ストレス科学研究 .16-22;31:2016



平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と
職場環境改善効果に関する研究（H27－労働－一般－004)」

職場環境改善の工夫の検討

分担研究者　吉川　徹　労働安全衛生総合研究所過労死等調査研究センター・統括研究員
研究協力者　吉川悦子　日本赤十字看護大学・准教授
湯淺晶子　日本赤十字看護大学・助教
竹内由利子　大原記念労働科学研究所・特別研究員
佐野友美　大原記念労働科学研究所・研究員
土屋政雄　株式会社アドバンテッジリスクマネジメント・研究員
森口次郎　京都工場保健会産業保健推進部・医療部長
山根英之　京都工場保健会御池メンタルサポートセンター・臨床心理士
小木和孝　大原記念労働科学研究所・主管研究員

【研究要旨】本研究ではストレスチェック制度における職場環境改善の工夫のための参加型職場環境改善のマニュアルを開発した。（１）ストレス対策としての組織レベル介入（職場環境改善）のシステマティックレビュー文献調査と先駆的事業場におけるインタビュー調査、（２）２つのモデル事業場における職場環境改善の介入調査を行い、職業性ストレス簡易調査票(57 項目)等を用いて前後比較を実施、ストレスチェック制度を活用した職場環境改善の取り組みの工夫の視点を検討した。（３）ファシリテータ研修の参加者を対象に、ストレスチェック制度運用に関する現状と課題および職場環境改善を実施する際の工夫に関して検討した。（４）職場環境改善の工夫について良好事例収集を行なった。（５）これらの知見を元に、最終的に職場環境改善の工夫に関するマニュアルとして、「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き-仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方（改定版)」を開発した。本マニュアルは、「①手引きの目的と使い方」「②ストレスチェック制度と職場環境改善」「③職場環境改善の進め方」「④こころの健康づくりに役立つ職場環境のとらえ方」「⑤さらに詳しく知りたい方のために」「⑥職場環境改善に用いるツール」の 6 章構成とした。特に、ストレスチェック制度については、現場の良好事例を参考にして、ストレスチェックの目的と法的位置づけ、改善主体別アプローチ、職場準備状況をみきわめたアプローチについてマニュアルの内容に含めた。また、職場環境改善に用いるツールの章には、現業版とオフィス版の 2 種類を作成した。マニュアルの活用による職場環境改善の取り組みが期待される。

A. はじめに

平成 26 年 6 月 25 日に公布された「労働安全衛生法の一部を改正する法律（平成 26 年法律第 82 号)」により、心理的な負担の程度を把握するための検査（以下「ストレスチェック」という）及びその結果に基づく面接指導の実施等を内容とした「ストレスチェック制度」（労働安全衛生法第 66 条の 10 に係る事業場における一連の取組全体を指す）が新たに創設された(1)。本制度は、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促すとともに、職場改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止すること（一次予防）を主な目的としている。ストレスチェック制度の導入により、労働者のメンタルヘルス不調の予防及び職場環境改善が進むと期待されるが、これを実現するためには、現行制度では努力義務とされているメンタルヘルス一次予防のための職場環境改善がストレスチェック制度を実施するすべての事業場において運用されるための技術開発が必要である。そのためには、ストレスチェック制度に使用される調査票と関連判定、それらを活用した効果的で多様な職場環境改善の手法について、課題、好事例等を整理・分類し、実効的な職場環境改善の手順を明らかにしたうえで、効果検証を行っていくことが不可欠である。

そこで本研究では、ストレスチェック制度における職場環境改善の工夫について実証的に検討し、職場環境改善に利用できる手引きの作成を行った。具体的には、１．文献調査ならびに事業場へのインタビュー調査を通じたストレスチェック制度における職場環境改善の工夫と課題の整理、２．モデル事業場での介入調査によるトレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果の比較検討、３．職場環境改善の工夫としての好事例収集を行った。

B. 研究方法

1. 文献調査ならびにインタビュー調査

(1) 文献調査

文献調査では本調査研究目的の趣旨に沿った系統的レビュー論文を PubMed で検索し、精査する文献を決定した。具体的には、”health”“work”“organizational interventions”“systematic review”等のキーワードで文献検索し、タイトルと要旨に基づき精査すべき系統的レビューを検討した。〈Search details〉は以下である。

〈Search details〉

((″health″[MeSH Terms] OR ″health″[All Fields]) AND (″work″[MeSH Terms] OR ″work″[All Fields]) AND organizational[All Fields] AND interventions[All Fields] AND (″review″[Publication Type] OR ″review literature as topic″[MeSH Terms] OR ″systematic review″[All Fields])) AND (Review [ptyp] AND (″2008/01/01″[PDAT] : ″2015/10/31″[PDAT]))

収集された文献から、ストレスチェック制度における職場環境改善の工夫に関する有用な知見を整理した。文献検索ならびに文献の検討は、2015 年 9 月から 12 月にかけて実施した。

(2) インタビュー調査

対象者は分担研究者および研究協力者の機縁法によりリクルートした。ストレスチェックに準じた制度を先行的に導入している先駆的事業場の担当者（雇用者、産業保健専門職または人事労務担当者）のうち、研究の協力に同意が得られた者を対象とした。

インタビューは、インタビューガイドに基づいた半構成的面接法を用いた。インタビューは対象者 1 人の場合は個別インタビューで 2 名以上の場合はグループ・インタビューとした。個別あるいはグループ・インタビューは原則 1 回とし、時間は 60～90 分程度とした。対象者の承諾を得て、インタビュー内容は手書きメモと IC レコーダーに記録し、インタビュー後に逐語録を書き起こした。

インタビュー調査は 3 事業場において実施され、実施時期は 2015 年 12 月から 2016 年 1 月であった。

インタビューデータは、逐語録を質的記述的に分析した。分析では、①職場環境改善の実際、②職場環境改善の工夫と課題を整理することを目的とした。まず、職場環境改善の実際では、これまでのメンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の介入手法の類型化を参考に、「経営者主導型」「管理職主導型」「専門家主導型」「従業員参加型」の 4 つの手法から、取り組みの概要やストレスチェック制度との関連、実施職場の選定、ツール活用、メリット、留意点などの視点について整理した。

職場環境改善の工夫と課題については、各事業場での取り組みを職場環境改善の評価と改善のためのＥＢＭガイドラインにおける 4 つの領域に基づいて分類した後に、それぞれの取り組みの特徴や工夫点、課題について記述内容を質的に整理した。

2. モデル事業場調査の実施

1 年目の研究知見に基づき、ストレスチェック制度に関連した従業員参加型職場環境改善のモデル事業を開始した。モデル事業は「いきいき職場づくり」という名称で労働者参加型職場環境改善の取り組みを実施する計画として募集した。

モデル事業は、4 つの手順で職場環境改善を進める手順とした。2016 年 9 月に、参加型職場環境改善手法とその推進方法を学ぶファシリテータ研修を開催し、この研修参加者が所属する事業場において、調査研究を承諾した 2 職場（A 職場 18 名、B 職場 14 名）を対象職場として、参加型職場環境改善のモデル事業「いきいき職場づくり展開プロジェクト」を 3 ヶ月間実施した。

職場成員がアクションチェックリストを用いて小集団討議で職場の良い点と改善点を検討する「いきいきワーク」60 分、ワーク実施 3 ヶ月後に改善成果を発表する「成果発表会」60 分を一連の取り組みとした。介入後の効果評価は成果発表会実施直後、3 ヶ月が経過したフォローアップ期間の 2 時点で測定した。

介入の前後効果評価として職業性ストレス簡易調査票（57 項目）と労働生産性を測定する W-fun（7 項目）を採用し、IBM SPSS Statistics 21.0 を用いて解析した。

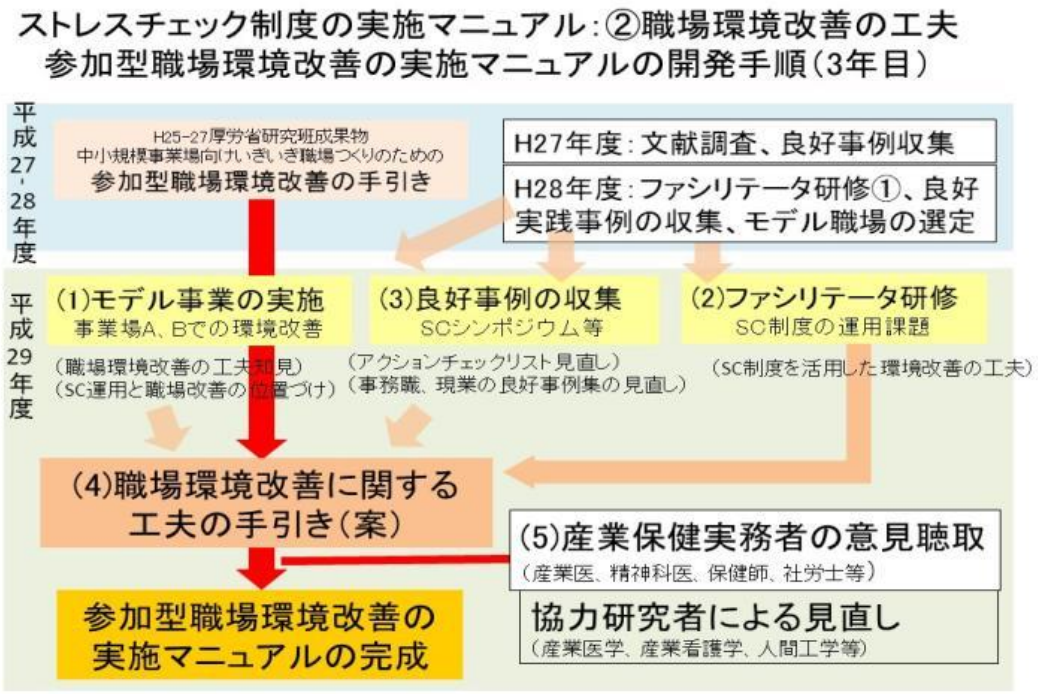


図１　参加型職場環境改善の実施マニュアルの開発手順

3.　ストレスチェック制度運用に関する現状と課題の評価

職場環境改善の工夫の検討において従業員参加型職場環境改善に注目し、ファシリテータ研修を企画、実施した。研修の内容については平成 28 年度に実施したファシリテータ研修の内容を同様の内容とした(2, 3)。また、今回の参加者を対象にストレスチェック制度を活用した職場環境改善に関する工夫と課題について 90 分のグループワークを行った。ファシリテータ研修は 2017 年 7 月 26 日に東京都内で実施した。

4.　良好事例収集

平成 28 年度に作成した好事例収集フォーマット原案(4)を参照し、平成 28 年 12 月に行われたストレスチェックシンポジウムで報告された 7 事例をまとめた(5)。厚生労働省は 2017 年 12 月に、ストレスチェック実施後の集団分析結果などを活用した職場環境改善に焦点をあて、「ストレスチェック集団分析結果等を活かした職場環境改善」をテーマとしたシンポジウムを開催した(5)。このシンポジウムでストレスチェック集団分析結果等を活かした職場環境改善を効果的に活用している企業 7 社より実践報告があり、先進良好事例としてまとめた。これらの良好事例から、職場環境改善の工夫に関して必要な事項を整理した。また、平成 27－28 年に収集された良好事例から、手引きに活用できる写真等の良好事例を整理した。さらに、良好事例から得られた手引きへの活用すべき視点について整理した。

5.　マニュアル作成

中小規模事業場で実施するメンタルヘルスのための職場環境改善の手順を簡便にまとめた「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き（仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方）」(6)（以下、手引き）を活用し、次のステップで開発した。(1) 手引きを利用した 2 事業場でモデル事業を実施したプロセス評価により手引きの改定すべき点を検討、(2) ストレスチェック制度の集団分析結果を活用した良好事例を収集し効果的な職場環境改善の視点を整理、(3) 2017 年 11 月参加型職場環境改善の実地やアクションチェックリスト等のツール開発経験のある実務者・研究者 5 名による集中討議でマニュアル原案を作成、(4) 2017 年 12 月人事労務担当者、産業保健専門職など実務者 20 名にマニュアルの概要を説明し、実務者の立場から気づく使いやすさや掲載する情報の過不足と提示方法などについてヒアリングの実施、(5) 2018 年 3 月ヒアリング結果をもとに改定した。

6.　倫理審査及び利益相反に関する事項

本研究は独立行政法人労働安全衛生総合研究所利益相反審査・管理委員会で研究に関する倫理審査及び利益相反に関する事項に関して審査を

受け実施した（H28-1-05)。またインタビュー調査については、東京有明医療大学研究倫理委員会において審査を受け、実施の承認を得た（有明医療大研代 179 号)。また、事業場におけるモデル事業では、UMIN-CTR 登録を行って実施した（登録番号 UMIN000028330)。

C. 結果

本研究では、（１）文献調査ならびにインタビュー調査による職場環境改善の工夫と課題の整理、(2) モデル事業場における職場環境改善の介入調査、(3) ファシリテータ研修でのストレスチェック制度運用に関する現状と課題、および職場環境改善を実施する際の工夫の検討、(4) 職場環境改善の工夫について良好事例収集、(5) これらの知見を最終的に職場環境改善に関する工夫に関する手引き案を作成し、産業保健実務者の意見聴取等を通じて修正し、最終成果物として「参加型職場環境改善の実施マニュアル」を作成した。

1. 文献調査ならびにインタビュー調査による職場環境改善の工夫と課題の整理

(1) 文献レビュー

文献検索と研究者間での検討の結果、以下の系統的レビュー文献を中心に分析を進めた。

Diego Montano, Hanno Hoven, Johannes Siegrist. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review BMC Public Health 2014, 14:135

本文献は、従業員の健康に対する組織（職場）レベルの介入 39 件の研究論文を系統的レビューしている。本文献で精査した 39 文献では、実際の介入活動の内容は複雑で、多岐にわたるため、European Working Conditions Survey で使われている労働条件の分類(7)に基づき、組織への介入について、その労働条件介入について 3 つの広範カテゴリを提案していた。

図表 1.　介入した労働条件の３つの分類

分類	具体的な内容
物質的な条件(作業環境・人間工学、以下作業環境)	業務遂行時に必須なあらゆる物理的物質の影響・化学薬品の使用を含む（例：振動、騒音、化学物質、人間工学など）
労働時間に関連する条件	労働時間数、および労働強度に関係する。労働強度は、「単位時間あたりの作業量（例：作業速度、シフト数、締め切り、作業ペース、休憩回数など）」として測定する
労働組織における条件	さまざまな心理的・社会的要因（仕事の要求度、仕事のコントロール、努力と報酬、責任など）や、業務の遂行に必要なプロセス・手順（例：作業方法、各タスクの実施順、チーム編成、組織内の階層構造、セキュリティガイドラインに関するトレーニングなど）

労働条件の各カテゴリについて、統計的に有意な効果が報告された頻度を図表 2 に示す。

図表 2.　変化した労働条件のタイプ、および有意な介入効果の頻度（※）

		有意差	
労働条件	変化した労働条件の数	はい	いいえ
作業環境	1	1	1
作業環境、組織	2	4	6
作業環境、時間、組織	3	0	3
組織	1	10	6
時間	1	3	2
時間、組織	2	2	1

※Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. BMC public health, 14(1), 1.

労働条件の各カテゴリについて、10 件の研究では作業環境と組織の条件、16 件の研究では組織の条件のみが変更され、8 件の研究では労働時間の条件が重視された。3 件の研究では、全 3 種類の労働条件が対象とされ、ストレスや過労による疲労、および怪我の防止に関する統計的に有意な効果が報告された(8-10)。これらの介入によって、人員配置のプロセス、業務の再編、トレーニング、人間工学、繰り返し発生する怪我に関連する要因の評価、管理プロセスなどの変更がなされた。

同時に、物質的条件と労働組織の条件を改善させる介入を実施した場合についても、より高い頻度（10 件中 6 件）で有意な効果が報告された。これらの介入においては、リフトの導入と従業員のトレーニング(11)、機械の性能向上および従業員・監督者間のコミュニケーションの促進(12)、つり上げ荷重の低減とローテーションスケジュールの緩和(13)、保護具の使用徹底および業務リスクの管理手順の改善(14)、技術装置および健康監視の改善(15)、化学物質の代替および組織内における安全ガイドラインの強化(16)などの施策が実施された。これらの介入の結果、腰痛、怪我、

病欠、血圧、湿疹などの健康状態が改善された。

レビューされた 39 件のなかで中レベルのエビデンスと判定された研究 25 件のうち 14 件において、健康状態の有意な改善が報告された。その内訳は、虚血性心疾患のリスク(17)、ストレスや過労による疲労(8, 9, 18, 19)、休業災害(10)、健康意識(20)、血圧(21)、精神的苦痛の減少と睡眠の改善(22)、病欠期間の短縮(12)、腰痛関連の労働損失日数(13)、湿疹の発生率(16)、およびメンタルヘルス(23)である。最後に、低レベルエビデンスの研究 10 件のうち 4 件では、主観的健康度(24)、および災害率(11, 15, 25)で、統計的に有意な変化が報告された。

これらの結果、および、図表２に示すとおり、さまざまなタイプの労働条件に同時に対処する介入を実施した場合、研究対象の効果が改善される可能性が高まると考えられる。

系統的レビュー文献の対象となった 39 件の組織（職場）レベルの介入研究では、その不均一性にかかわらず、大まかな分類カテゴリを適用することで、介入の効果を比較し、研究の約半数で、従業員の健康改善に関する有意な効果が認められた。作業環境・人間工学的改善（materials）、組織に関わる改善(organizational)、および労働時間に関わる(work-time)に関連する条件に同時に対処した包括的な介入の方が、成功率は高かった。

2. インタビュー調査による職場環境改善の実際と工夫の整理

3 つの先駆的事業場でのインタビューでは、経営者や管理職、産業保健スタッフや従業員参加型など、改善の課程において、主体的にイニシアティブをとりながら進めていくことが、職場環境改善を推進していくことが明らかになった。これらの知見をもとに、ストレスチェック制度に基づくメンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の介入手法の類型化を試みた。

職場環境改善は、改善計画立案や実施のイニシアティブを誰に置くかの視点からの分類が可能であり、インタビュー調査を通じて、これらのパターン別の取り組みのプロセス等を整理した。具体的には、改善のイニシアティブをとる主体として、「経営者主導型」「管理職主導型」「専門家主導型」「従業員参加型」の 4 つの分類を行い、取り組みの概要やストレスチェック制度との関連、実施職場の選定、ツール活用、メリット、デメリット、取り組みの工夫などの視点について整理した（図表 3)。

図表 3. 改善イニシアティブ別の職場環境改善の類型化

分類	経営者主導型	管理職主導型	専門家主導型	従業員参加型
改善イニシアティブの主体者	経営者（経営層）	管理監督者	専門家（コンサルタントや産業保健専門職）	労働者
取り組み概要	経営者が自らの経験や知識、経営判断等により職場環境の改善を実施する	自職場の職場環境改善を管理職が実施する 実施内容や手法等は管理職研修等を通じて伝達することが多い	専門家が各職場を訪問し改善点を指摘し、その指摘に基づき職場環境改善を実施する	小グループでの集団討議の結果に基づき、職場環境改善を職場の半数程度(以上)の労働者が参加して実施する
集団分析結果の活用方法	産業保健スタッフより各職場の分析結果について説明を受ける		専門家に結果を見せる	基本的には不要
改善実施職場の選定	経営者判断による選定	高ストレス職場優先	一斉実施方式 高ストレス職場優先	手あげ方式 一斉実施方式
ツール活用	ACL 活用は可能だが必須ではない	ACL 活用が推奨される	ACL 活用は可能だが必須ではない	ACL を小集団討議にて用いることが必須
メリット	人事的な介入（異動等）が進む	管理職の役割の一つとして位置	専門家の知識や技術に依拠する	現場を熟知する労働者の参加に

	費用のかかる改善の実施可能性が高まる	づけられているため強制力を持って実施することができる 職場労働者の負担が少ない	ため職場全体への負担が少ない	より適切なアセスメントが可能になる 対話による民主的な雰囲気が醸成される（職場全体への波及効果がある）
留意点	経営者の理念により進められるため、職場とのニーズとのギャップが生じる可能性がある 専門的なサポートが不足する	管理職の負担が大きい 労働者のニーズとのギャップが生じる可能性がある	職場の自主性が醸成されにくい 職場とのニーズとのギャップが生じる可能性がある	手法になじみがない職場は時間的・心理的な負担が大きい 他の改善活動（TQC 等）とのすみわけあるいは連携が必要

3. モデル事業場調査の実施

いきいき職場づくりプロジェクトの結果、A 職場では 2 つ、B 職場では 3 つの職場環境改善計画が提案され、介入期間内（3 ヶ月）ですべての計画が実行された（図表 4 および 5）。

A 職場、B 職場の男女構成、職種、年齢等の基本的情報についてそれぞれ図表 6、7 に示した。

介入前後の職業性ストレス簡易調査票結果を表 3 および 4 に示した。の指標である仕事のストレス要因やストレス反応の多くの項目は改善傾向にあったが有意差はなかった。生産性評価指標である W-fun も介入前後の差は見られなかった。

(1) 改善内容（職場 A および B）

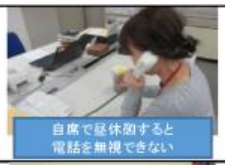
A 職場、B 職場では 3 つの職場環境改善計画を図表 4 および 5 に示した。

改善計画・報告シート

	所属名／人数	所属名（部署）A職場　　１８人（うち管理職　２　人）	
改善計画	改善計画日	平成　28年　１２　月　　７日　　記入者　D	
	改善する事項 ・誰が ・何を ・どのように ・いつまでに	1　マニュアル(仮）の作成 ・12月9日まで　各自対応できなかったことについてシート（シート２）へ記入する ・12月中に　担当者がシートを参考に対応マニュアルを考える ・1月課内会議にて周知し運用開始 取りまとめ；D・E	2使用物品の整理 ・総務課窓際にあるキャビネット内の備品の場所など消耗品の場所の整理 （担当；F・G・Cほか）
	改善実施予定期間	28年　１２月　７日～　３月　１　日	28　年　12月　19日～　1月３１　日
改善報告		A　仕事のすすめ方　B　作業場環境　C　職場の人間関係・相互支援　D　安心できる職場のしくみ	
	改善を実施した目的・理由（背景など）内容に該当する領域：該当するものに一つだけ○をつける	領域　(A)　B　C　D ・担当者不在などで対応できないことを少なくする。 ・担当者の明確化、見える化	領域　A　(B)　C　D 背景：①備品の保管場所が明確でない（知っている人に聞かないと保管場所が分からない） ②在庫管理が出来ていない（在庫ゼロ・・・必要時に使用できない在庫過剰・・・不要なものが大量に保管） ③キャビネットの中、引き出しetc保管場所が異なる 目的：人事総務メンバーが備品・消耗品の保管場所が分かる使用しやすいような整理整頓・管理を行う
	改善実施内容（箇条書き） ＊記入例 ・○○の確保 ・△△の実施 ・□□の改善	①近隣住民からの問合せがあった時の対応 （電波障害） ②社内の問合せがあった時の対応 （不具合対応（トイレ）（自動販売機）・落し物・ 会議室の予約方法・急な来客対応など） →担当者が「やって貰って助かった～」といった ファーストエイドを対応策として記載する 人事総務メンバーに周知し、実行する	①備品の保管場所が明確でない →保管場所を明示する ②在庫管理が出来ていない →不要なものは処分する →他部署へ譲渡する →使用する時に、在庫がゼロになってしまう前に担当者へ発注を依頼する ③キャビネットの中、引き出しetc保管場所が異なる →一つのキャビネットに集約して整理する
	コスト　参加者数 かかった費用	9人、コスト：0円	5人、コスト：0円
	改善前後の写真イラスト　改善前	① 	
	改善後	①各電話に掲示し、対応が分かるようにした。 	

図表４．A職場で取り組まれた職場環境改善の概要

改善計画・報告シート

	所属名／人数	所属名（部署）　B職場		14人（うち管理職0人）
改善計画	改善計画日	2016年12月27日（火）　記入者　：　H		
	改善する事項 ・誰が ・何を ・どのように ・いつまでに	1.昼休みの休憩スペースの確保 ・昼休みは、健康情報ﾙｰﾑやSHﾙｰﾑを使用して良いことを室長・GM・総括ｸﾞﾙｰﾌﾟに許可を得る（Hが実施）	2.ｸﾞﾙｰﾌﾟﾒﾝﾊﾞｰ全員が5分前行動を実施する ・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾐｰﾃｨﾝｸﾞ、業務報告会開催時に、全員が5分前に集合できているかを確認する（Iさんがﾁｪｯｸ）	3.業務ｽｹｼﾞｭｰﾙ・進捗の共有 ・健康づくり（J主任）・保健指導（K主任）・ｽﾄﾚｽﾁｪｯｸ（Lさん）・ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ（H）のｽｹｼﾞｭｰﾙを見える化する
	改善実施予定期間	2017年1月6日～1月13日	2017年1月6日～3月30日	2017年1月6日～1月31日
改善報告	改善を実施した目的・理由（背景など） 内容に該当する領域：該当するものに一つだけ○をつける	A　仕事のすすめ方　B　作業場環境　C　職場の人間関係・相互支援　D　安心できる職場のしくみ 領域　A　(B)　C　D 【背景】ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰが確保された休憩ｽﾍﾟｰｽがなく弁当持参者が落ち着いて休憩できない。また、時間変更して昼休憩を取る際に、食堂の営業時間をすぎると居場所がない。 【目的】ｸﾞﾙｰﾌﾟ員が、落ち着いて休憩できるｽﾍﾟｰｽを確保する。	領域　(A)　B　C　D 【背景】会議開始に遅刻する者がおり、予定通り会議が進行できないことがある。他施設での会議の際、ぎりぎりで出発することによる焦りは、事故ﾘｽｸにつながる。 【目的】「5分前行動の実践」をG目標に掲げることで、ｸﾞﾙｰﾌﾟ員の意識を高め、実践へつなげる。	領域　A　B　(C)　D 【背景】高負荷の業務をかかえる担当者の残業時間が多い。また、他ﾁｰﾑの負荷状況が分からない。 【目的】ｸﾞﾙｰﾌﾟ全体の負荷状況をみえる化することで、ｸﾞﾙｰﾌﾟ内で業務内容を調整し、協力し合える体制をつくる。
	改善実施内容（箇条書き） ＊記入例 ・○○の確保 ・△△の実施 ・□□の改善	①健康情報ﾙｰﾑ・ＳＨﾙｰﾑを、利用予約の無い時は、昼休憩時に活用することを、総括G・健康推進室長・GMに許可を得る。 ■17.01.06実施済 実施者：H ②弁当持参者等利用希望者は、利用状況を確認の上、自由に活用。 ■17年1月～実施済 実施者G員	①ｸﾞﾙｰﾌﾟﾐｰﾃｨﾝｸﾞや、会議開催時に5分前行動するようｸﾞﾙｰﾌﾟ内で声かけ実施。 ■17年1月～実施済 実施者：Iさん ②会議が別施設で実施される場合は余裕をもって業務用車を予約。 ■17年1月～実施済 実施者G員	・各業務ﾁｰﾑ毎に、年間業務ｽｹｼﾞｭｰﾙを作成し共有する。 ■17年1月～実施済 実施者：J・K・ Lさん・H
	コスト　参加者数	ｸﾞﾙｰﾌﾟ員全員（15人）	ｸﾞﾙｰﾌﾟ員全員（15人）	ｸﾞﾙｰﾌﾟ員全員（15人）
	コスト　かかった費用	費用０円	費用０円	費用０円
	改善前後の写真イラス　改善前			
	改善前後の写真イラス　改善後			

図表５．B 職場で取り組まれた職場環境改善の概要

(2)介入前後の効果評価、評価手法の検討

A 職場、B 職場の男女構成、職種、年齢等の基本的情報についてそれぞれ図表６、７に示した。介入前後の職業性ストレス簡易調査票結果を図表８および９に示した。の指標である仕事のストレス要因やストレス反応の多くの項目は改善傾向にあったが有意差はなかった。生産性評価指標である W-fun も介入前後の差は見られなかった（図表１０）。

図表６．A 職場の概要（調査票）

	事前調査			事後調査(直後)			事後調査(3か月	
	人数	平均値（%）	S.D.	人数	平均値（%）	S.D.	人数	平均値（%）
年齢	17	42.71	7.93	14	43.64	8.44	13	43.08
性別								
男性	6	(35.3%)		6	(42.9%)		6	(46.2%)
女性	11	(64.7%)		8	(57.1%)		7	(53.8%)
婚姻の有無								
あり	9	(52.9%)		8	(57.1%)		8	(61.5%)
なし	8	(47.1%)		6	(42.9%)		5	(38.5%)
最終学歴								
高卒	8	(47.1%)		7	(50.0%)		7	(53.8%)
短大・専門学校卒	5	(29.4%)		4	(28.6%)		3	(23.1%)
大学・大学院卒	4	(23.5%)		2	(21.4%)		3	(23.1%)
職種								
管理職	0	(0.0%)		0	(0.0%)		1	(7.7%)
専門職	3	(17.6%)		2	(14.3%)		2	(15.4%)
事務職	14	(82.4%)		12	(85.7%)		10	(76..9%)
経験年数	16	7.75	8.90	14	9.04	9.04	13	9.85
残業時間	17	18.41	10.21	14	12.71	7.32	13	11.27
雇用形態								
正社員	11	(64.7%)		12	(85.7%)		12	(92.3%)
正社員以外	6	(35.3%)		2	(14.3%)		1	(7.7%)

図表７．B 職場の概要（調査票）

	事前調査			事後調査(直後)			事後調査(3か月	
	人数	平均値（%）	S.D.	人数	平均値（%）	S.D.	人数	平均値（%）
年齢	14	39.54	10.87	13	39.54	10.87	11	39.18
性別								
男性	4	(28.6%)		3	(23.1%)		3	(27.3%)
女性	10	(71.4%)		10	(76.9%)		8	(72.7%)
婚姻の有無								
あり	11	(78.6%)		10	(76.9%)		8	(72.7%)
なし	3	(21.4%)		3	(23.1%)		3	(27.3%)
最終学歴								
高卒	2	(14.3%)		2	(15.4%)		2	(18.2%)
短大・専門学校卒	2	(14.3%)		3	(23.1%)		2	(18.2%)
大学・大学院卒	9	(64.4%)		8	(61.5%)		7	(63.6%)
職種								
専門職	7	(50.0%)		8	(61.5%)		6	(54.5%)
事務職	7	(50.0%)		5	(38.5%)		5	(45.4%)
経験年数	14	3.21	3.56	13	3.92	3.93		8.27
残業時間	14	9.21	12.55	13	9.77	9.63		11.02
雇用形態								
正社員	12	(85.7%)		11	(84.6%)		10	(90.9%)
正社員以外	2	(14.3%)		2	(15.4%)		1	(9.1%)

図表８．介入前後の職業性簡易ストレス調査票の結果（A 職場）

	事前調査			事後調査(直後)			事後調査(3か	
	人数	平均値	S.D.	人数	平均値	S.D.	人数	平均値
仕事の量的負担	17	2.82	0.39	14	2.79	0.53	13	2.69
仕事の心理的負担	17	2.51	0.37	14	2.55	0.46	13	2.46
身体的負担	17	1.65	0.49	14	1.64	0.50	13	1.77
コントロール	17	2.22	0.55	14	2.00	0.61	13	1.87
技術の活用	17	1.94	0.56	14	2.00	0.55	13	1.85
対人関係	17	1.75	0.51	14	1.76	0.33	13	1.67
職場環境	16	1.56	0.81	14	1.36	0.50	13	1.38
仕事の適性度	16	2.00	0.63	14	1.79	0.58	13	1.69
働きがい	16	2.13	0.72	14	1.86	0.77	13	1.77
活気	17	2.73	0.80	14	2.36	0.80	13	2.44
イライラ感	17	1.57	0.48	14	1.57	0.46	13	1.44
疲労感	17	1.78	0.71	14	1.62	0.60	13	1.72
不安感	17	1.67	0.60	14	1.52	0.43	13	1.54
抑うつ感	17	1.34	0.31	14	1.15	0.26	13	1.26
身体愁訴	17	1.46	0.37	14	1.44	0.53	13	1.35
上司のサポート	17	3.08	0.52	14	3.40	0.63	13	3.28
同僚のサポート	17	2.92	0.52	14	3.17	0.54	13	3.13
家族友人のサポート	17	3.47	0.65	14	3.14	0.55	13	3.36
仕事満足度	17	3.00	0.79	14	3.21	0.58	13	3.31
家庭満足度	17	3.24	0.66	14	3.36	0.63	13	3.46

数値が低いほどストレスが低いことを示す　*項目は数値が高いほどストレスが低いことをしめす

図表９．介入前後の職業性簡易ストレス調査票の結果（B 職場）

	事前調査			事後調査(直後)			事後調査(3か	
	人数	平均値	S.D.	人数	平均値	S.D.	人数	平均値
仕事の量的負担	14	2.21	0.88	13	2.38	1.05	11	1.97
仕事の心理的負担	14	2.36	0.89	13	2.31	0.81	11	2.06
身体的負担	14	1.00	0.00	13	1.15	0.38	11	1.18
コントロール	14	2.29	0.50	13	2.44	0.76	11	2.30
技術の活用	14	2.00	0.96	13	2.38	0.65	11	2.09
対人関係	14	2.19	0.69	13	2.36	0.63	11	2.36
職場環境	14	1.86	0.77	13	1.69	0.63	11	1.91
仕事の適性度	14	2.14	0.86	13	2.08	0.76	11	1.91
働きがい	14	2.14	0.53	13	2.15	0.55	11	1.91
活気	14	2.14	0.84	13	2.49	0.66	11	2.58
イライラ感	14	2.52	0.68	13	1.79	0.71	11	1.42
疲労感	14	1.74	0.66	13	1.77	0.61	11	1.64
不安感	14	1.74	0.45	13	1.54	0.46	11	1.33
抑うつ感	14	1.62	0.39	13	1.36	0.41	11	1.23
身体愁訴	14	1.30	0.38	13	1.60	0.36	11	1.62
上司のサポート*	13	2.51	0.65	13	2.51	0.66	11	2.48
同僚のサポート*	13	3.05	0.66	13	3.08	0.64	11	2.91
家族友人のサポート*	13	3.62	0.47	13	3.64	0.46	11	3.61
仕事満足度*	14	3.00	0.55	13	3.08	0.64	11	3.09
家庭満足度*	14	3.36	0.63	13	3.23	0.60	11	3.45

数値が低いほどストレスが低いことを示す　*項目は数値が高いほどストレスが低いことをしめす

図表 10. 介入前後の W-fun の結果

	事前調査			事後調査(直後)			事後調査(3か	
	人数	平均値	S.D.	人数	平均値	S.D.	人数	平均値
A職場	16	11.52	6.42	14	11.50	3.10	13	12.38
B職場	13	12.03	3.10	13	14.45	3.89	11	14.32

(3)プロセス評価

介入職場の実施後ヒアリングの主な結果を図表 11 に示した。

職場環境改善のためのモデル職場の経験を通じて、話し合いの場面を持つことで、「具体的な改善の実感を得た」「日常的に感じていた問題意識をこのいきいきワークの課題として表面化することで改善できた」「継続的にこのような機会を設ける等、話し合える時間を確保したい」などの、職場で普段取り組めなかった活動に取り組めていたことが確認された。

図表 11. 実施後ヒアリング結果

B 職場（2017 年 12 月）＜研究協力者インタビュー＞

1 職場での参加型アプローチを用いた職場環境改善活動の取り組みについての実施前と実施後の変化について

・もともと雰囲気は良かった。
・整理整頓について取り組み、今も続いている。課長も認める良さ。
・不満の多かった発注（在庫管理）など、お互いを思いやってできている。
・使い勝手が良くなった。
・手順書の作成などで、「自分ばかり聞かれる」ことが減り、ストレスも減った。「その人」でなくても良くなったことが大きい。
・前社時代は小集団活動があったが、今はなくなり、皆が集まるときは何かミスがあったときというネガティブなイメージになっていたが、いきいき職場づくりの取り組みでポジティブに考えることができるようになった。
・些細なことでも話題にしたり、話し合ったりする機会が増え、みちがえるようだ。期待以上の成果だと感じる。
・働きやすくすることは人間関係を良くすること。生活の一部に仕事があるので、働きやすいことは生活しやすくすることでもある。
・実施前、現場の人には「面倒なことを持ってきた」と思われたが、「やってみたら良かった」と言われた。
・そもそもグループワークなどの機会がなかった。
・上司が職場の良いところを言ってくれた。

2 参加型アプローチを用いた職場環境改善活動によって研究協力者が個人的に得たもの

・皆で話し合うこと、皆が意見を言うことが大事。
・何気ない、そして皆が普段思っていることがわかった。
・知らなかったことや気づきが多かった。
・このような取り組みをすること自体が役に立った。
・ファシリテータの役割はやったことがなかったが、協力によってうまくいった。
・人事課長がとても気にしていたが、やった結果を良く講評してくれた。このことで上司の考えを知ることもできた。

3 参加型アプローチを用いた職場環境改善活動の主な成果

・整理整頓の継続　→　職場の全員に波及し、維持できている
・各自の業務について理解が進んだ
（分担制だったので担当者が不在の際は業務が滞った）
・この 2 点は人事・総務課として強く感じる
・他職場への展開も視野

4 ここまでで、この活動が直面している主な障壁や課題、困難

・職場メンバーが集まる時間の確保。シフト勤務の職場は特に。

5 この活動をさらに充実・推進させるために必要と考える支援や行動

・各職場で一人ひとりが思いやり、他人まかせから自分事へと、行動が起こせている。
・昔はどの職場にも、何でも知っていて、どんな相談にも乗ってくれアドバイスしてくれる「おせっかいおじさん」がいた。技術、安全、何でも。そのような立場の人がいるとよい。

6 外部サポートについて

・外部の人が入ると新鮮な感じで、わかりやすくスムーズにいき、助かった。

A 職場（2017 年 7 月）
＜研究協力者インタビュー＞
モデル職場の参加者の声
・自分では感じていない困り事を知ることができ

た
・日常的に感じていた問題意識をこのいきいきワークの課題として表面化することで改善できた
・継続的にこのような機会を設ける等、話し合える時間を確保したい
・自由に意見交換ができる場を継続してもつことが必要

4. ファシリテータ研修での意見聴取

2017年7月29日13時～17時に21名の参加者でファシリテータ研修を実施し、後半の90分間を利用して討議された意見について、分担研究者（小田切優子、東京医大)、協力研究者（吉川悦子、湯淺晶子等）と整理した結果を図表12に示した。ストレスチェック制度と職場環境改善の実施にあたっては、計画、実施、評価、改善の手順で行われることが推奨されることから(26)、この手順にしたがって整理した。すなわち、方針作成・計画デザイン：(1)ストレスチェックの実施、(2)集団分析、(3)事業者への報告、(4)職場報告、個別職場、(5)職場環境改善、評価、見直し、である。

方針・計画段階では、経営トップの姿勢（方針）と文書化された計画が重要との意見が多かった。一方、集計結果を「分析」し職場のストレスの状況に応じた職場環境改善の支援等に活用できていないとの声もあった。これらの視点を活用して、手引きに掲載すべき視点を整理した。具体的には、①ストレスチェック制度と職場環境改善に関する章をもうける事、②良好事例集とチェックリストは事務職場編と現業編を作成する方針とした。

5. 好事例収集

昨年度までには、好事例収集フォーマット原案にそって記入例を作成し、今年度は記入にあたり記載しづらい点などを若干修正した。本年度は7事例が収集された。図表13に良好事例を示した。

図表12. ストレスチェック制度の運用における集団分析と職場環境改善の課題と工夫例

PDCA	実施手順	主な課題	工夫の例
Plan 計画	方針作成 計画デザイン	・必要性・効果が明確でないとトップが難色 ・法順守優先の方針と、柔軟性に欠ける計画 ・個別対策で手一杯で集団対策まで回らない ・努力義務＝やらなくよいと考える傾向 ・中小企業だと社内にスタッフがいない	・制度から入らず働き方改革活用 ・人事と一緒に取り組む ・できることを少しずつ ・安全衛生委員会活用 ・外注から学び、お手製に
Do 実施	(1) ストレスチェックの実施	・委託事業者の選び方や、委託内容の範囲 ・実施時期で解釈が変わる、いつ行うべきか ・web方式と紙方式の混在で煩雑 ・受検率の評価は必要なのか ・事業場側の産業保健スタッフが足りない	・経年情報の引継ぎも仕様書に ・実施時期の業務を把握 ・ID・パスで分かりやすく ・EOS調査と併用 ・結果の見える化、受検メリットの提示・外部システムの活用
	(2) 集団分析	・集団分析の層別化の単位が多すぎる ・「集計」したが「分析」できていない ・事務系と現場系の集計手順の相違に戸惑い ・外部委託だと集計結果入手に時間がかかる ・集団分析結果の目標値を問われて上手に答えられない	・層別分析最小に（男女、年代、職位、職種、支社・本社まで） ・残業時間と集団分析結果の解析を行い、課題が見える化 ・集団分析結果は極秘扱いで一部管理職のみ返却
	(3) 職場報告 事業者・幹部	・安全衛生委員会での報告の仕方 ・上長へフィードバックしても何も動かない、情報が活用されない ・数値が一人歩きしそうで怖い ・結果がよいと関心度が下がる	・幹部会議・部長会議で報告 ・報告会の開催、研修会で活用 ・残業時間、休業者情報を活用 ・ACL、改善ヒント集を活用 ・良好事例の収集のチャンス
	(4) 職場報告 個別職場	・高ストレス職場へのアプローチは難しい ・どうしても管理者批判と思われる ・階層で理解の仕方が異なる ・結果の説明のみで終わってしまう ・現場では総合健康リスクの理解が難しい ・結果より現実の問題に関心がある	・良い点から報告、ほめる優先 ・良好事例を紹介、意識付け ・産業医の職場巡視で報告 ・保健師の職場訪問で活用 ・特定社労士と協力
	(5) 職場環境改善	・多忙で取り組めない ・管理者と従業員のギャップがある ・自発的改善に取り組めない職場への対策 ・手上げ式では改善につながらない ・やらされ感がある	・すでにある小集団活動を活用 ・管理職型と従業員型に分ける ・高ストレス職場では管理職のみで対策検討会 ・セルフケア研修と一緒に実施

		・改善の仕方がわからない ・グループワークに慣れていない	・管理職 OK の職場への働きかけ・EAP の活用(集合研修と個別職場の取り上げ)
Check Act	評価 見直し	・フィードバックを希望しない職場への支援 ・経年変化の取り扱い方	・社内健康相談窓口で周知 ・記録の簡略化で負担軽減

図表 13. 良好事例 2017 年 12 月 4 日(月) 東京会場～ヤクルトホール～

企　業	C 社	D 社	E 社	F 社
業　種	電機	食品製造	電機	非鉄金属
従業員数	900	436	18,000	56,961
報 告 者	PHN	HR	PHN	HR
産業保健スタッフ体制	・常勤保健師 3 名 ・非常勤保健師 1 名 ・嘱託非常勤産業医 1 名(半日/週)		・常勤産業医 10 名 ・非常勤産業医 7 名 ・常勤保健師 21 名 ・非常勤保健師 1 名	
ストレスチェックの実施状況	・57 項目	・78 項目 ・代表実施者 統括産業医 ・共同実施者（地域事業本部、関係会社産業医、保健師、康保険組合） ・安全衛生委員会と連携	・117 項目 ・自社開発システム ・社内イントラでのオンライン回答 ・保健師はシステム開発の段階から関わる	・57 項目 ・健康保険組合 ・人事・総務部 ・産業保健スタッフ ・健康経営推進室
改善の取り組み方、方針、分析結果の活用、GW、特長、ポイント	①ストレスチェック実施後に保健師主体の組織診断説明会を管理者向けに行った ②産業保健スタッフが取り組む職場環境改善	①ストレスチェック組織診断結果のフィードバック ②ストレスチェック結果を鑑みた WS ③意識調査(意識・コミュニケーション)結果を鑑みた WS ④心とからだの健康づくり計画 ⑤意識行動改革宣言 ⑥ハラスメント防止研修 ⑦セルフケア研修 ⑧オアシス運動と挨拶	①安全衛生委員会との連携 ②集団分析結果のフィードバック(部長会・本部長会) ③フィードバックシートの活用と職場環境改善の活動推進の呼びかけ ④希望する職場に職場環境改善の実施支援	①健康経営宣言(健康は経営課題) ②健康推進連絡協議会、健康推進委員会、健康推進サポーター会議との連携 ③「社員が活き活きと仕事をしている」 ＝ 生産性が高い ④ストレスチェック制度での職場分析を徹底して活用 ⑤詳細な生産性との相関分析
取り組み事例	①グループディスカッションで、改善に向けての現状分析・アクションプランを作成した ②管理職のアクションプランの支援ニーズにもとづき 3 職場を支援	①イキイキのびのび PJ へ展開	①メンタルヘルス対策ワーキング(管理職研修)の実施 ②職場環境改善に関するミーティングの手法を意見交換形式からグループワーク形式に変更 ③ヒント集を事業所カスタマイズ ④集団分析結果のフィードバックシートの活用	①「内発」と「自律」に「社会性」を持たせる ②手作りの歩数イベント(四国八十八ヶ所巡りなど) ③健康いきいき職場づくりワークショップ(従業員参加型) ④あいさつ運動 ⑤休暇取得推進
効果	①アンケートの結果、説明会は有意	①パワハラ対策、倫理ヘルプライ	①時間外・深夜残業の減少や年休取得率	①チーム(職場)で参加。職場内コミュ

	義でマネジメントに活かせるという回答が 100% ②管理職が職場環境を把握し課題を明らかにできた ③参加者全員が職場環境改善のアクションプランを作成できた ④各職場から事前に入念な情報収集で職場のニーズに合った特色のあるワークを実施でき、職場の課題に合致した特色ある支援が実現した	ン案件、メンタルヘルス案件への適宜迅速対応の継続 ②定量的課題と定性的な課題感を照らし合わせメンバーの強みを活かす具体的な施策の創出 ③職場メンバーのアイディアを掘り出し意欲の向上を仕掛ける	の向上、罹患率の減少など、働き方・休養の取り方について具体的な効果が確認できた ②参加者の増加、質問や意見交換などが活発化し、安全衛生委員会が活性化した ③全職場で多くの良い取り組み事例があった ④見やすい・わかりやすいシート作りで理解を深め、人事部門との意識の共有が図れた	ニケーションの向上 ②今良い所をもっと伸ばす前向き思考の職場アプローチ ③あいさつリーダー選出で具体的かつ積極的に実施 ④スケジュールの見える化で具体的なアクション
残された課題	①参加率 50%以下であったことと、組織診断結果がない(分析対象外)管理職へのアプローチ ②管理職のニーズと部門メンバーの実際のニーズ感の不一致 ③課題感のある職場の不参加 ④活動の継続・施策の PDCA のための支援(産保スタッフの負担感)	①結果をしっかり理解すること ②取り組みに対するトップの意思表示を明確にする ③若手の育成	①日常の活動に職場環境改善を組み込む工夫 ②職場、人事部門、安全衛生部門とのさらなる理解と連携(仕掛けの工夫) ③職場主体のしくみづくり	①医療費の削減 ②労働時間の短縮 ③健康による評価の難しさ ④保健施策のやらせる感の解消

図表 14. 2017 年 12 月 14 日(木) 大阪会場～グランキューブ大阪～

	G 社	H 社	I 社
業　種	印刷加工	公務	製薬
従業員数	2,600	2,580	7,200
報 告 者	HR	PHN	HR/PHN
産保スタッフ体制	・人事部組織の保健センター(スタッフ７名)	・健康管理推進室長 (一般行政職員) ・係長(保健師) ・主任保健師 ・主事 ・非常勤嘱託産業医 ４名 ・非常勤嘱託医 (精神科医師１名) ・非常勤嘱託相談員 (心理職・職員 OB)	・15 支店と所轄営業所に配置 ・1 工場に看護職不在
ストレスチェックの実施状況	・実施責任者：人事部長 ・実施代表者：拠点産業医 ・共同実施者：人事部保健センタースタッフと京都工場保健会 ・定期健康診断の問診票と一緒に配付、定期健	・57 項目 ・Web(専用健康管理　システム)または調査票 ・制度担当→健康管理責任者(・実施者(共同実施者)→産業医、健康管理医(精神科) ・代表実施者→健康管理推進	・基盤整備(社長による方針表明) → 啓発活動 →年間 PDCA 確立 ・Web による専用システムの運用 ・社内メンタル医、産業医、社外 EPA の医師による面接指導の実施

	康診断実施場所で回収 ・結果を個人に返却し、高ストレス者へ対応 ・継続して保健スタッフが経過をフォロー	室・保健師 ・実施事務従事者→健康管理推進室員、嘱託臨床心理士 ・面接医師→健康管理医(精神科)	
改善の取り組み方、方針、分析結果の活用、GW、特長、ポイント	①ラインケア、セルフケア研修以外の取り組み検討 ②職場内のメンバー主体で職場環境を改善してストレスを低減する取り組みにチャレンジ	①職員健康管理システム(自己管理、管理監督者の労務管理)の活用 ②幹部集合研修(健康管理業務推進者研修会)の実施 ③所属別検討会の開催	①個人へのアプローチ　→医療職が対応。就業措置に関する意見のみ部門人事担当へ報告 ②組織へのアプローチ ・組織分析と結果のフィードバック
取り組み事例	①京都工場保健会との連携で「職場ドック」の実施	①定時退庁、休暇取得の促進 ②朝礼・終礼で情報共有や進捗管理 ③交代職場での引継ぎファイルの整備 ④行動予定の掲示とあいさつ・声かけの奨励 ⑤女性職員の意見を取り入れた設備や制服の改善 ⑥全職員での清掃・整頓 ⑦同好会活動。資格取得の奨励 ⑧ハラスメント研修会の開催	①人と組織の活性化セミナーの実施 ②職場上司との意見交換&課題共有の場(ヒアリング)の設定
効果	②　コミュニケーションの向上 ②チームワークの向上 ③ストレス低減に皆で取り組む意識の向上	①年次休暇取得率の向上 ②仕事への理解がすすみ不安が軽減した ③情報共有の強化、引継ぎの簡略化 ④相互支援がすすんだ ⑤係を超えた人間関係の構築とコミュニケーションの向上 ⑥知恵を出し合う時間を持つようになった	①働くことの意義や職場の一体感を醸成するような研修の機会がなかったことに気付いた ②人と組織の活性化セミナーの実施により対照群の総合健康リスクが改善した ③職場上司へのヒアリングの実施部署の総合健康リスクが改善した。特に職場の支援か増え、リスク低減に貢献した。
残された課題	①高ストレス職場へのアプローチ ②継続した取り組みにするための仕組み・支援 ③仕事に直接関連するストレス低減への取り組み	①所属間の温度差 ②業務の性質上の差の評価の難しさ ③改善への取り組み方のスキルアップ ④経年比較・評価の難しさ(年2回の定期異動) ⑤経年結果の見える化	①総合健康リスク値だけでなく、高ストレス者の割合や、ストレス要因に関連する職場のスコア分布率も重要 ②職場環境改善は、産業保健スタッフ部門だけではなく、人事施策、人材・組織開発の一環として、働き方改革と健康支援の両輪の視点が重要

6. マニュアル作成

(1)ドラフト作成

平成 28 年度に実施したモデル事業ならびに良好事例収集では、方針と体制の確立、人事と保健職の連携、産業保健職が参加型環境改善を体験すること、小さな改善でも PDCA を確実に回すこと等が重要と指摘されたことから、マニュアルは手引きの改訂版とし、ストレスチェック制度と職場環境改善に関する説明を追加し、組織での位置づけ、改善主導別、職場準備状態を見据えたアプローチ方法などを整理した。2017 年 11 月参加型職場環境改善の実地やアクションチェックリスト等のツール開発経験のある実務者・研究者 5 名による集中討議でマニュアル原案を作成、また、マニュアルの適用範囲を中小規模事業場に限定せず、職場環境改善に用いるツールである良好事例集とアクションチェックリストは「現業版」と「オフィス版」の 2 種を作成した。

(2)有識者からの意見聴取

(1)で作成した手引きのドラフトに対する実務者へのヒアリングでは、参加型職場環境改善と既に事業場内で取り組んでいる小集団活動や QC 活動との違いの明示、経営者・管理者の関与や安全衛生委員会との関係性の整理と例示、オフィス系や現業系には含みにくい対人援助の職種（保育、教育、医療、福祉など）等も考慮すべきとの意見が出た。

(3)マニュアル修正・完成

(2)のヒアリング結果を踏まえ、混同しやすい類似の表現を整理、コラムを更新し、24 ページからなる最終版を作成した。マニュアルの見出しを図表 15 に示した。マニュアルのタイトルは「いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き-仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方（改定版）」とした。本マニュアル作成については、2019 年 5 月に開催される第 91 回日本産業衛生学会で「ストレスチェック制度を活用した参加型職場環境改善マニュアルの開発」としてポスター発表する予定である。

図表 15. 参加型職場環境改善マニュアルの内容*

章	小見出し
I.手引きの目的と使い方	1.はじめに 2.手引きの利用で達成できること 3.利用対象 4.手引きの使い方
II.ストレスチェック制度と職場環境改善	1.ストレスチェックの目的と法的位置づけ 2.改善主体別アプローチ 3.職場準備状況をみきわめたアプローチ
III.職場環境改善の進め方	1.手順１　準備・計画 2.手順２　いきいきワーク（60 分） 3.手順３　改善計画の作成と実施 4.手順４　成果発表と記録 5.いきいき職場づくりのための６つのポイント
IV.こころの健康づくりに役立つ職場環境のとらえ方	－　こころの健康づくりのための職場環境改善視点 －　4 つの領域と具体的な改善視点
V.さらに詳しく知りたい方のために	厚労省（こころの耳、ストレスチェックと過重労働対策のページ)、事業場におけるメンタルヘルスサポートページ（東大)、職場ドック（大原記念労働科学研究所）等の紹介
VI.職場環境改善に用いるツール	－　良好事例シート・アクションチェックリスト －　グループワークシート －　改善計画・実施報告シート

*タイトル：いきいき職場づくりのための参加型職場環境改善の手引き-仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方（改定版）

D. 考察

職場環境改善の工夫のための 3 年間の調査研究として、文献レビューならびにインタビュー調査による職場環境改善の実際と課題、モデル事業場での介入調査と好事例収集、およびファシリテー

タ研修で集約された知見をもとに、マニュアルを改定し、完成させた。

モデル事業の評価、集団分析結果の活用と職場環境改善の工夫について、良好事例収集結果、手引きの今後の課題について考察した。

1. 実効的な職場環境改善のメカニズムの解明

文献レビューとインタビュー調査の結果から、職場環境改善には改善イニシアティブ主体別の 4 つのバリエーションがあり、それぞれメリットなどの特徴があることが指摘された。また、職場では試行錯誤を繰り返しながら、自職場の特性に合った職場環境改善の手法を工夫していることが明らかになった。

さらに職場環境改善全体のプロセスの中では、場面に応じてトップダウンアプローチやボトムアップアプローチ、労使の協働など包括的なアプローチをとることが職場環境改善の効果的な運用に役立っていることも示唆された。メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善では、働きやすい職場環境づくりだけでなく、職場環境改善のプロセスを通して、労働者間のコミュニケーションが改善され、職場の一体感が強化されることが指摘されている。メンタルヘルス一次予防における職場環境改善では、職場環境改善がスムーズに運用されることが重要であるが、同時にメンタルヘルス一次予防を推進するツールとして職場環境改善自体が活用されることが期待される。そのため、職場特性や業種、職場風土別の適切な改善イニシアティブのあり方について、さらに類型化を整理し、具体的な手順としてそのメカニズムも含め明確化していく必要があると考える。

2. モデル事業の評価

モデル職場は、方針作成・計画デザイン：(1)ストレスチェックの実施、(2)集団分析、(3)事業者への報告、(4)職場報告、個別職場、(5)職場環境改善、評価、見直し、の手順で行われた。モデル職場は参加型職場環境改善の取り組みであったが、昨年度までの研究で、職場環境改善には改善イニシアティブ主体別の 4 つのバリエーションがあり、それぞれメリット、デメリットがあることが指摘された(3)。職場環境改善全体のプロセスの中では、場面に応じてトップダウンアプローチやボトムアップアプローチ、労使の協働など包括的なアプローチをとることが職場環境改善の効果的な運用に役立っていることも示唆されている(26)。

また、今回行ったモデル事業では、定性的な情報も得られた。「自分では感じていない困り事を知ることができた」「日常的に感じていた問題意識をこのいきいきワークの課題として表面化することで改善できた」「継続的にこのような機会を設ける等、話し合える時間を確保したい」「自由に意見交換ができる場を継続してもつことが必要」など、モデル職場の参加者の声が収集されたが、本取り組みを実施したことが、調査結果には直接反映されていないが、確実に対象となった職場の職場環境改善につながっていたことが確認された。

3. 集団分析結果の活用と職場環境改善の工夫について

ストレスチェック制度は、努力義務としてストレスチェック結果の集団ごとの集計・分析（以下、集団分析）とこれに元づく職場環境改善という集団向けの対策が位置づけられている。ストレスチェック結果の集団分析は、将来の健康問題の危険因子となる職場のストレス状態を評価し、これを対象職場のストレス要因の改善につなげようというものである。事業者は産業医等と連携しつつ、集団分析結果を a.各職場における業務の改善、b.管理監督者向け研修、c.衛生委員会における活用方法の検討などに活用することが期待されている(1)。

ファシリテータ研修における討議から、ストレスチェック制度と職場環境改善の実施にあたっては、多くの示唆が得られた（表 7)。制度化されて日が浅い点もあるが、義務化されたためにストレスチェックの受検を実施することが目的となり、労働者の多様で柔軟な働き方を支援するための職場環境改善やその効果評価等を目的としてストレス調査票を選定し実施する仕組みが弱いことがまた、集団分析結果から職場環境改善につなげるノウハウが産業保健スタッフ等に少ない点なども課題である。特に高ストレス職場への介入の方法である。最終的に作成した手引では、1.ストレスチェックの目的と法的位置づけ、2.改善主体別アプローチ、3.職場準備状況をみきわめたアプローチの 3 項目をあらたに作成した。本研究におけるマニュアル開発過程の結果から、集団分析結果を生かすための「5 つの視点」が重要であると考えられた。この 5 点をマニュアルにどのように反映させたかも含めて、整理した。

第一は、今以上に産業保健と経営が協力する必要性である。現在、政府が進めている働き方改革が注目されるのは、人的資源が経営にとって極めて重要であり、従業員がいきいきとやりがいをもって、健康安全に労働生活を営むために、従業員のニーズに合った職場環境の改善をすることが、従業員の健康だけでなく経営に役立つからである。従業員満足度調査(EOS)の結果と集団分析結果は相関することも多い。ストレスチェック制度

の狙いがメンタルヘルス一次予防であることを経営側が理解することは、集団分析結果の活用において重要である。

第二は、自社において職場環境改善のための集団分析結果の活用ルートと結果の返却対象を想定することである。返却ルート等については、本研究班の別の分担研究で行われているので、それを参考にする必要がある。一般的には、集団分析の結果返却は分析結果から職場環境改善につなげるということを前提としている。逆に、返却対象者に職場環境改善への意思がない場合は、返却してもその効果は薄い。全体結果の返却か、高ストレス職場への返却かで、その後の職場環境改善の取り組みは異なる。また、返却対象や場面が、幹部・人事、管理職研修、職場訪問での管理職への返却、グループワーク（小集団討議）で活用など場面は多様である。職場環境改善は集団分析結果を使わなくても行うことも可能である。この場合、結果は現場に返却せず、事業場全体や各職場の幹部と産業保健スタッフのみで把握し経年変化をみるというモニタリングに活用する場合もありうるだろう。また、EAP などの外部リソースや内部専門家の活用も想定される。今回開発した手引では、現業と事務職部門とのツールを 2 種提供することで、返却した際に活用できる職場環境改善のヒントの多様性をマニュアルに反映させた。

三点目は、高ストレス職場の取り扱いの工夫である。今回のマニュアルでは、小林らが作成した「職場環境改善の継続展開のためのファシリテータ・コーディネータ用ポイントマニュアル」(27)から、職場準備状況をみきわめたアプローチを引用して、高ストレス職場へのアプローチについて、その工夫を伝えるようにした。職場の準備状況にあわせての支援が特に重要である。また、高ストレス職場へのアプローチは、職場活性化の視点を取り入れ、職場の強みに注目することで取り組み易くなる。総合健康リスクは高くとも、相対的によい項目もあるはずである。また、産業医の職場巡視や産業看護職による職場訪問を利用して、高ストレス職場によくみられる業務上のトラブル、対人窓口などの業務特性、慢性的な人員不足やハラスメントの存在等、集団分析結果によるストレスの「見える化」が、職場の大変さを表し、管理職のねぎらいに役立つ。改善に積極的でない管理職の場合は、人事等と情報を共有する、経年経過を評価するなどでも集団分析結果を活用したことになる。それらの内容を、マニュアルに反映させた。

四点目は、用いた調査票と集団分析結果の特徴を理解することである。今回のマニュアルでは、集団分析結果については、別途検討される手引きにおいて主に記載されるため、具体的には記載しなかった。本マニュアルは、具体的に職場改善を行う際の目の付け所を提供し、また、そのすすめ方を手引するものとした。なお、職業性ストレス簡易調査票で判定される「総合健康リスク」は、57 項目のうちの仕事の量－コントロール、上司・同僚の支援の 12 項目の得点の利用であり、職場ストレスの一側面をみている。職場環境改善にあたっては、分析結果だけでなく、a.管理監督者による日常の職場管理、b.労働者からの意見聴取、c.産業保健スタッフによる職場巡視の情報を勘案して職場環境を評価するよう、指針でも述べられていることから、具体的な改善に利用できるヒント集と良好事例を提供することとした。

五点目は、四点目とも関連するが、集団分析結果にとらわれすぎずに、勤務形態又は職場組織の見直し等の様々な観点から改善への働きかけを継続することである。職場環境改善に取り組み職場からの評判はよかったものの、集団分析結果は悪化していたということもある。今回、モデル職場では、前後評価で統計的には有意な変化を確認できなかったが、指標の変化と傾向は確認できた。モデル事業では、改善実施後 3 か月の評価を行ったが、評価期間が短いことも影響していたかもしれない。職場環境改善以外の仕事そのものによるストレスの存在や、職場環境改善の効果が集団分析の結果に出るまでの時間的な要因など様々な影響の可能性もある。効果評価の適切な評価指標については、集団分析結果のみで判断しないことも必要と考えられた。

4. 良好事例収集の活用

今回収集されたメンタルヘルスシンポジウムの良好事例は、職場環境改善を組織全体の取り組みとして位置づけ、計画的に実施している良好事例であった。外部の支援企業が対象職場や企業の産業保健スタッフを支援し、継続的な改善が進んでいた（図表 13，14）。良好事例として紹介されていたものは、トップダウンでの取り組みに加えて、参加型職場環境改善を行っているものが半数以上であった。昨年度のまでの事前のインタビュー調査結果では、ストレスチェック後に集団分析結果を集計し、部門責任者や管理職、職場の安全衛生担当者に産業保健スタッフが結果説明を実施している事業場もあった。一方で、労働者参加型の職場環境改善を実施している職場では、集団分析の結果説明は管理監督者や安全衛生担当者のみであり、なおかつ職場環境改善に直接的に活用するのではなく、あくまで職場の状況を説明するツールの一つとして用いており、職場環境改善とは切り離して活用している職場もあった。これらは昨年度までの事例でも報告されていた(4)。こ

れらの結果を踏まえて、マニュアルには「改善主体別アプローチ」を入れることにした。

また、良好事例収集で得られた改善事例や取り組み方について共通するものを整理し、マニュアルの「II.ストレスチェック制度と職場環境改善」において、1.ストレスチェックの目的と法的位置づけ、2.改善主体別アプローチの記載に反映させた。また、「III.職場環境改善の進め方」において準備・計画、いきいきワーク（60 分)、改善計画の作成と実施、成果発表と記録に反映させた。

5. 手引きの完成と今後の活用

最終年度は、ストレスチェック制度の実施上の工夫の提案とマニュアル内容の整理を行なった。モデル事業場での取り組み成果、ファシリテータ研修の成果、好事例収集結果を活用して、マニュアルを作成した。昨年度までの研究から、メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善がストレス指標ならびにプライマリアウトカムの有意な変化を生じさせるには一定の時間が必要なこと、また、包括的な職場環境改善の介入が有効であることが指摘されている(4)。今回の手引き作成にあたっても、これらを考慮して記載を心がけた。インタビュー調査でも、職場環境改善が職場のストレス状態に即効性のある介入でないとの意見もあげられていた。職場の話し合いの場面をもち、職場の課題を同僚と共有し、共感することが重要との意見があった。

国際的には職場集団向けのアプローチが職場ストレス対策の主な方法論として採用されており、日本で新しく始まったストレスチェック制度は国際的にも関心が高い(28)。集団分析結果の活用とともに、メンタルヘルス一次予防としての職場環境改善の支援ツールの開発と普及、ツールを利用できる人材育成も必要である。本マニュアルの活用を通じて、ストレスチェック制度と関連した職場環境改善をすすめる仕組み作りも重要である。例えば、産業保健総合支援センター等のチャンネルを通じたツールの普及や、事業外労働衛生機関や事業者団体等と連携した職場環境改善ツールの改定やファシリテータ研修の実施である。さらに、今後、職場集団向けの心理社会的要因リスクマネジメントと職場環境改善技術、産業保健サービスの充実と広がりのなかで、よりよい制度設計の検討が必要である。ストレスチェック制度における集団分析と職場環境改善は努力義務ではあるが、確実に、各職場での実施経験が積みあがっている。それらの良好事例の広がりから学び、よりよい職場環境改善の工夫について継続的に検討することが望まれる。

E. 結論

ストレスチェック制度における集団分析結果を活用と職場環境改善の工夫のための調査研究を行い、ストレスチェック制度における集団分析とその結果を活用した職場環境改善の工夫に関して参加型職場環境改善のマニュアルを開発した。本研究では、（1）2 年目より開始した 2 つのモデル事業場における職場環境改善の介入調査を継続し、職業性ストレス簡易調査票（57 項目）等を用いて前後比較を実施し、ストレスチェック制度を活用した職場環境改善の取り組みの工夫を検討した。また、（2）ファシリテータ研修を開催し、ストレスチェック制度運用に関する現状と課題、および職場環境改善を実施する際の工夫に関してファシリテータ研修に参加した参加者と検討した。また、（3）職場環境改善の工夫について良好事例収集を行ない、（4）これらの知見を最終的に職場環境改善に関する工夫に関する手引きに活用し、最終成果物（別添 1）を作成した。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 吉川徹. 職場ドックをストレスチェック制度にどのようにつなげるか? (特集 これでできる 「職場ドック」: 広がる実践と活動のポイント). 労働の科学. 2016;71(7):416-20.
- 吉川悦子, 吉川徹, 仲尾豊樹, 毛利一平. 中小企業ならではの健康経営・職場環境改善の良好事例から~活き活き働ける健康的な職場づくりに向けて~参加型職場環境改善が職場・労働者にもたらしたもの~いきいき職場づくりのための実践的なヒント~. 産業精神保健. 2016; 24(1): 25-30.
- 湯淺晶子, 吉川悦子, 佐野友美, 竹内由利子, 吉川徹. いきいき職場づくりファシリテータ研修 参加型アプローチを用いた職場環境改善を学ぶ. 労働の科学. 2016; 71(10): 626-629.
- 吉川悦子, 吉川 徹. 【ストレスチェック制度】ストレスチェック制度における集団分析、職場環境改善について. ストレス科学研究. 2017; 31: 16-22.
- 吉川徹、小田切 優子. 集団ごとの集計・分析結果をどう取り扱う? どう生かす? (特集 前進!ストレスチェック). 安全と健康 2017; 68(12) :1171-1173.
- 吉川 徹. ストレスチェック制度と職場環境改善（ストレスチェック制度 : 現状と課題).

医学のあゆみ 2017; 263(3): 251-256.
- 吉川 悦子, 吉川 徹. ストレスチェック制度を現場で生かすために 看護師が安全で生き生きと働き続けられる職場環境づくりへの応用（特集 医療機関のストレスチェック：制度を現場で生かすために). 看護 = Journal of the Japanese Nursing Association：日本看護協会機関誌 2017; 69(7): 66-69.

2. 学会発表
- 吉川徹，吉川悦子，土屋政雄，森口次郎，竹内由利子，佐野友美．ストレスチェック制度における職場環境改善の工夫に関する検討．第 26 回日本産業衛生学会産業衛生全国協議会講演集．2016:51.
- 吉川徹．メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の評価と改善のためのＥＢＭガイドラインとその運用課題．第 23 回日本産業精神保健学会，抄録集. 2016:52.
- 小木和孝，吉川徹，吉川悦子．参加型アプローチによる職務ストレス一次予防研修に有効な手順．日本産業衛生学会講演集(CD-ROM)．2016: 254.
- 吉川徹．「職場ドック」ですすめるメンタルヘルス一次予防．産業ストレス研究 2017;53:251.
- 吉川徹．医療従事者の勤務環境改善とメンタルヘルス一次予防．日本職業・災害医学会会誌 65 BETSU160 2017/11/10
- 竹内由利子，吉川徹．メンタルヘルスにおける人間工学アクションチェックリストの活用．人間工学 2017; 53: 116.
- 吉川悦子，吉川徹，竹内由利子，佐野友美，湯淺晶子．メンタルヘルス一次予防のための参加型職場環境改善ファシリテータ研修の効果と課題．日本産業衛生学会講演集 2017; 374.
- 小木和孝，吉川徹，吉川悦子．参加型職場環境改善活動を効果的に継続するために必要な取り組み．日本産業衛生学会講演集 2017; 475.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

I. 引用文献リスト

1. 厚生労働省．労働安全衛生法の一部を改正する法律（平成 26 年法律第 82 号）概要 厚生労働省ホームページ：http://www. mhlw go jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000049215 pdf (2014 年 7 月 18 日アクセス確認). 2014.
2. 湯淺晶子，吉川悦子，佐野友美，竹内由利子，吉川徹．いきいき職場づくりファシリテータ研修 参加型アプローチを用いた職場環境改善を学ぶ．労働の科学 = Digest of science of labour. 2016;71(10):626-9.
3. 吉川徹，吉川悦子，土屋政雄，森口次郎，山根英之，竹内由利子，et al. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究（H27－労働－一般－004)」平成 28 年度総括・分担研究報告書（主任研究者川上憲人）. 2017:126-83.
4. 吉川徹，吉川悦子，土屋政雄，森口次郎，竹内由利子，佐野友美，et al. 職場環境改善の工夫の検討．厚生労働省厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業)「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究（H27－労働－一般－004)」平成 27 年度総括・分担研究報告書（主任研究者川上憲人）. 2016:105-26.
5. 厚生労働省．職場のメンタルヘルスシンポジウム（平成 29 年度） 2017 [Available from: http://kokoro.mhlw.go.jp/mental-sympo2017/.
6. 吉川徹，吉川悦子，小木和孝，森口次郎，竹内由利子，佐野友美，et al. 職業性ストレスの改善ツールの改善と開発．厚生労働省厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業)「事業場におけるメンタルヘルス対策を促進させるリスクアセスメント手法の研究」平成 25-27 年度総合研究報告書（主任研究者川上憲人）. 2016:132-200.
7. Eurostat. Labour market statistics.

Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.

8. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. Occupational and environmental medicine. 2011;68(7):479-86.

9. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occupational and environmental medicine. 2006;63(5):335-42.

10. Carrivick PJ, Lee AH, Yau KK. Effectiveness of a workplace risk assessment team in reducing the rate, cost, and duration of occupational injury. Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2002;44(2):155-9.

11. Collins JW, Wolf L, Bell J, Evanoff B. An evaluation of a "best practices" musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. Injury Prevention. 2004;10(4):206-11.

12. Kawakami N, Araki S, Kawashima M, Masumoto T, Hayashi T. Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. Scandinavian journal of work, environment & health. 1997:54-9.

13. Lemstra M, Olszynski W. The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in worker's compensation claims. Spine. 2003;28(3):299-304.

14. Mygind K, Borg V, Flyvholm M-A, Sell L, Jepsen KF. A study of the implementation process of an intervention to prevent work-related skin problems in wet-work occupations. International archives of occupational and environmental health. 2006;79(1):66-74.

15. Porru S, Calza S, Arici C. An effectiveness evaluation of a multifaceted preventive intervention on occupational injuries in foundries: a 13-year follow-up study with interrupted time series analysis. International archives of occupational and environmental health. 2011;84(8):867-76.

16. Rasmussen K, Glasscock DJ, Hansen ON, Carstensen O, Jepsen JF, Nielsen KJ. Worker participation in change processes in a Danish industrial setting. American journal of industrial medicine. 2006;49(9):767-79.

17. Bøggild H, Jeppesen HJ. Intervention in shift scheduling and changes in biomarkers of heart disease in hospital wards. Scandinavian journal of work, environment & health. 2001:87-96.

18. Mikkelsen A, Saksvik PØ, Landsbergis P. The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. Work & Stress. 2000;14(2):156-70.

19. Nabe-Nielsen K, Garde AH, Diderichsen F. The effect of work-time influence on health and well-being: a quasi-experimental intervention study among eldercare workers. International archives of occupational and environmental health. 2011;84(6):683-95.

20. DeJoy DM, Wilson MG, Vandenberg RJ, McGrath - Higgins AL, Griffin - Blake CS. Assessing the impact of healthy work organization intervention. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2010;83(1):139-65.

21. Evans GW, Johansson G, Rydstedt L. Hassles on the job: a study of a job intervention with urban bus drivers: JSTOR; 1996.

22. Garde AH, Nabe-Nielsen K, Aust B. Influence on working hours among shift workers

and effects on sleep quality–an intervention study. Applied ergonomics. 2011;42(2):238-43.

23. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. 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. 2009;51(5):554-63.

24. Anderzén I, Arnetz BB. The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. Journal of occupational and environmental medicine. 2005;47(7):671-82.

25. Evanoff BA, Bohr PC, Wolf LD. Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. American journal of industrial medicine. 1999;35(4):358-65.

26. 吉川悦子, 吉川徹. ストレスチェック制度における集団分析, 職場環境改善について. ストレス科学研究. 2016;31:16-22.

27. 小林由佳, 川上憲人, 島津明人, 津野香奈美, 今村幸太郎, 吉川徹. 職場環境改善の継続展開のためのファシリテータ・コーディネータ用ポイントマニュアル. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合）「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」. 2011.

28. Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. Journal of Occupational Health. 2016;58(1):1-6.

いきいき職場づくり

のための参加型

職場環境改善の手引き

仕事のストレスを改善する職場環境改善のすすめ方

改訂版

平成 29 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）（H27－労働－一般－004）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」班
（主任研究者　川上憲人）
職場環境改善の工夫の検討（分担研究者　吉川　徹）
（研究協力者　吉川悦子、竹内由利子、佐野友美、湯淺晶子）

目　　次

Ⅰ.手引きの目的と使い方 …… 1
1.はじめに …… 1
2.手引きの利用で達成できること …… 1
3.利用対象者 …… 1
4.手引きの使い方 …… 1

Ⅱ.ストレスチェック制度と職場環境改善 …… 2
1.ストレスチェックの目的と法的位置づけ …… 2
2.改善主体別アプローチ …… 3
3.職場準備状況をみきわめたアプローチ …… 4

Ⅲ.職場環境改善の進め方 …… 5
1.手順1　準備･計画(Plan) …… 5
2.手順2　いきいきワーク(60分) (Doその1) …… 5
3.手順3　改善計画の作成と実施 (Doその2) …… 6
4.手順4　成果発表と記録 (Check,Act) …… 7
5.いきいき職場づくりのための6つのポイント …… 7

Ⅳ.こころの健康づくりに役立つ職場環境のとらえ方 …… 8

Ⅴ.さらに詳しく知りたい方のために …… 9

Ⅵ.職場環境改善に用いるツール …… 9
現業版　良好事例集･アクションチェックリスト …… 10
オフィス版　良好事例集･アクションチェックリスト …… 14
グループワークシート …… 18
改善計画･報告シート …… 19

Ⅰ．手引きの目的と使い方

1. はじめに

この手引きは、「メンタルヘルス一次予防策としての職場環境改善」の具体的な手順について、最新の研究や実践をもとに簡便にまとめたものです。

安全・健康で、働きやすい職場（いきいき職場）を目指して職場環境を改善することは、従業員のこころの健康（メンタルヘルス）に役立つことがわかってきました。特に、自分たちの働く職場環境を管理監督者や同僚と一緒に見直して、皆で働きやすい職場環境に改善する参加型アプローチですすめると、職場のコミュニケーションや相互支援に良い影響があることも最近の研究で確認されてきました。従業員が働きやすい労働環境は生産性に直接的・間接的に良い効果をもたらすことも知られています。

2. 手引きの利用で達成できること

この手引きに沿って幅広い視点で職場環境を振り返り、自分たちの職場の強み（こころの健康に役立つ良い点）と自分たちの職場の働きにくさ（働きやすい職場づくりに向けて改善すべき点）に気づき、従業員同士で意見交換する場面を作り、対策指向で職場環境改善を進めることで以下の３点が達成できます。

1. こころの健康（メンタルヘルス）に役立つ、いきいき職場づくりが進みます。
2. 職場のコミュニケーションが活性化し、チームワークがより良くなります。
3. 仕事への取り組み意欲や生産性が向上します。

3. 利用対象者

この手引きの利用者は、職場環境改善を通じたメンタルヘルス一次予防策に関心のある安全衛生担当者（衛生推進者、産業保健スタッフ等）です。業種や事業場規模は問いません。また、職場環境改善に取り組みたいと考えている事業者や管理監督者も活用できます。

4. 手引きの使い方

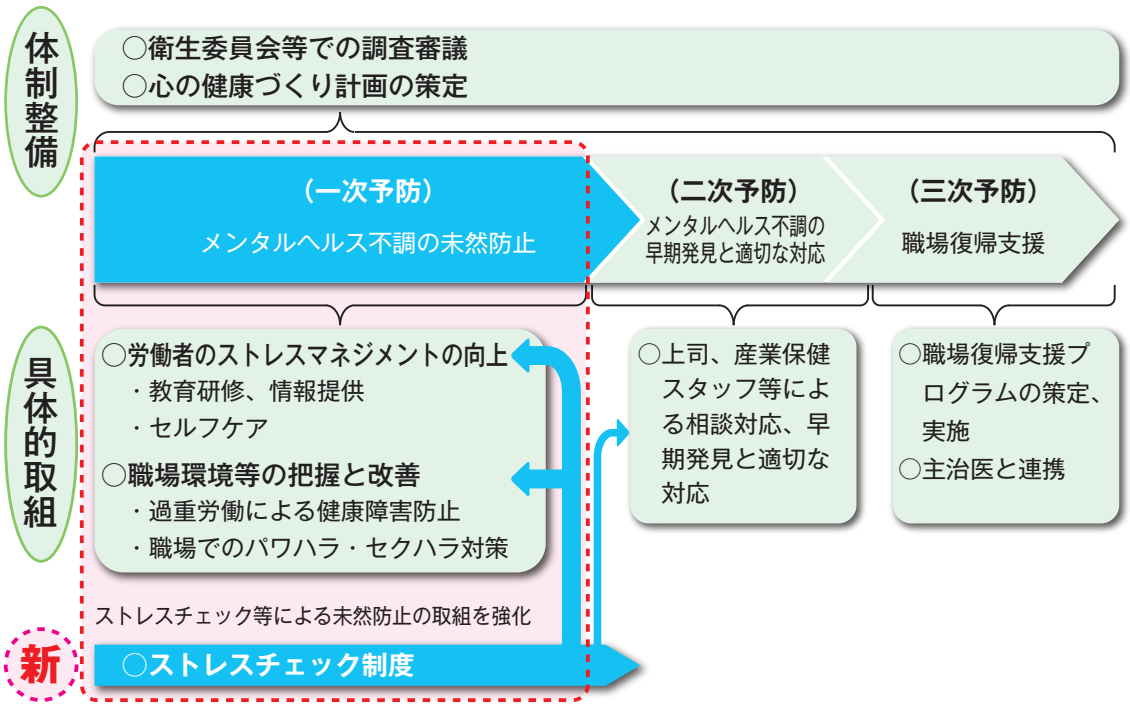
前半（2 － 9 頁）は、ストレスチェック制度と職場環境改善との関連やメンタルヘルス一次予防策としての職場環境改善を進めるための具体的な手順や職場環境のとらえ方を解説しています。職場環境改善を進める際に参考にしてください。

後半（10 － 19 頁）は、職場環境改善の際に実際に使用するツールを掲載しています。現業職場の良好事例集（10 頁）、アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）（11 － 13 頁）、オフィス職場の良好事例集（14 頁）、アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）（14 － 17 頁）、グループワークシート（18 頁）、改善計画・報告シート（19 頁）は、職場の人数分コピーして活用してください。

Ⅱ．ストレスチェック制度と職場環境改善

1. ストレスチェックの目的と法的位置づけ

2015 年 12 月に施行された改正労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」では、常時 50 人以上の労働者を雇用する全事業場において、年 1 回以上のストレスチェックの実施が事業者に義務づけられました。ストレスチェック制度の主な目的は一次予防です。従業員のストレスの程度を把握し、自身のストレスの気づきを促すとともに、職場環境改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって働く人々がメンタルヘルス不調となることを未然に防止することを目指しています。



（厚生労働省，労働者の心の健康の保持増進のための指針）

図１　メンタルヘルス対策におけるストレスチェック制度の位置づけ

ストレスチェック実施後の集団分析や職場環境改善は努力義務とされていますが、ストレスチェック制度の目的はメンタルヘルス一次予防です。働きやすい職場づくりを進めるためには、職場環境改善に取り組むことは必須であるといえます。

従来の改善活動（QC サークルや KAIZEN，5S など）とのすみわけは？

日本では製造業を中心に、品質向上や労働災害防止のために業務改善や職場改善が取り組まれてきた経緯があります。心の健康づくりのための職場環境改善を導入する場合、この従来からの改善活動とどのように区別するのか、あるいは連携していくのかを考えていく必要があります。というのも、すでに従来の改善活動に取り組まれている職場は新しく、しかも類似の取り組みを行うことに負担感や抵抗感を抱く場合があるからです。メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善は、品質向上といった改善活動とは異なる面もありますが、従来の改善活動とコラボレーションしながら進めることで、既存の枠組みや資源が活用できる可能性もあります。

2. 改善主体別アプローチ

この手引きは、参加型職場環境改善を主軸に解説していますが、実際の職場で実施されているメンタルヘルス一次予防のための職場環境改善は、「誰が改善の実施主体者なのか」により「経営者主導型」「管理者主導型」「専門家主導型」「従業員参加型」とさまざまな改善主体が想定されます（図 2）。それぞれの改善主体によってメリットや留意点が異なります。職場の特性や課題を踏まえて、メンタルヘルス一次予防を進めていくとよいでしょう。

経営者主導型

◆経営者が自らの経験や知識、経営判断等により職場環境の改善を実施
◆人事による人材育成の文脈で改善実施

メリット
・人事的な介入（ストレス要因の管理監督者の異動等）が容易、予算が健康管理以外から支出可
・費用のかかる改善の実施可能性が高まる

留意点
・経営者の考え方に依拠するので現場とのニーズにギャップが生じる可能性もある

管理職主導型

◆事業場の方針に基づき、自職場の改善を管理職が実施
◆実施内容や改善手法等は多くは職制、管理職研修等を通じて伝達

メリット
・管理職の役割の一つとして位置づけられているため強制力を持って実施できる
・職場労働者の負担が少ない

留意点
・管理職の負担が大きい
・労働者（現場）ニーズとのギャップが生じる可能性、やらされ感が強い場合もある

専門職主導（支援）型

◆専門職が各職場を訪問し改善点を指摘、その指摘に基づき職場環境改善を実施
◆専門職によるコンサルテーション

メリット
・専門家の知識や技術に依拠するため職場全体への負担が少ない
・外部者が入ることにより、改善が促進する

留意点
・職場の自主性が欠損する可能性がある
・職場（現場）ニーズとギャップが生じる可能性
・外部委託費用が発生する

従業員参加型

◆職場単位で自主的な取り組みとして実施
◆小グループでの集団討議の結果に基づき、職場環境改善を職場の半数程度（以上）の労働者が参加し実施

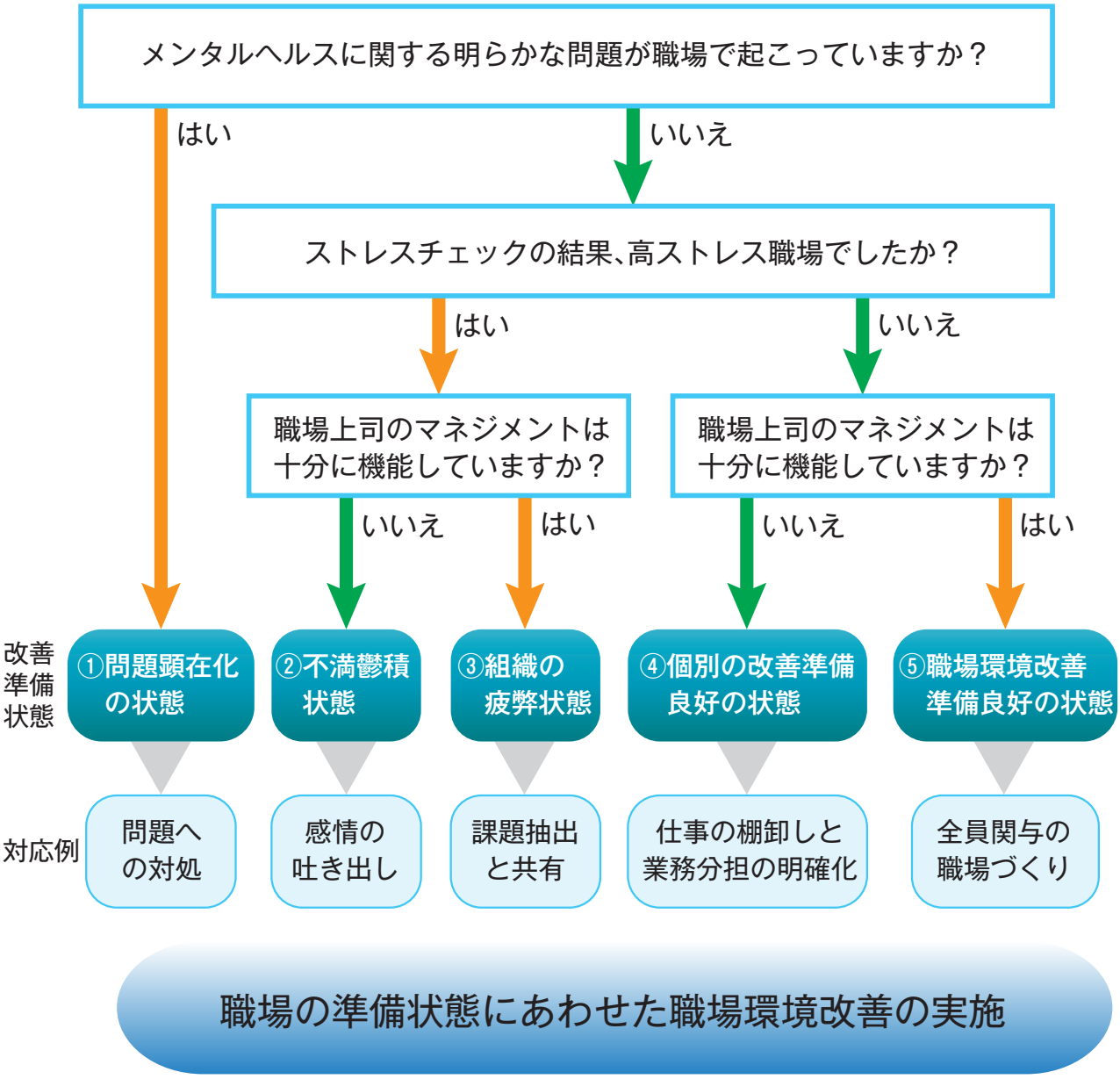
メリット
・現場を良く知る労働者の参加により適切なアセスメントが可能になる
・対話による民主的な雰囲気が醸成される（職場全体への波及効果がある）
・成功した場合の効果が高い

留意点
・手法になじみがない職場は時間的・心理的な負担が大きい、担当者の負担感が生じる可能性
・他の改善活動（QC 活動等）と混乱する
・支援者により成果に相違がある

図 2　改善主体別の職場環境改善の類型化一覧表

3. 職場準備状況をみきわめたアプローチ

職場環境改善を進めるにあたってのもう一つの重要な視点が、職場環境改善に対する職場の準備状況です。職場でのメンタルヘルスの問題が顕在化している場合や、管理監督者によるマネジメントが十分に機能していない場合は、まずは顕在化している問題への対処や不満の吐き出しに主眼をおいたアプローチが必要になります。どのような手法を用いた職場環境改善を進めていくのがよりその職場の状況に適しているのかを見極めましょう。



小林由佳他、「職場環境改善の継続展開のための ファシリテータ・コーディネータ用ポイントマニュアル」
http://www.kokoro.mhlw.go.jp/wp-content/uploads/2017/12/H23-kaizen_facilitator_point.pdf
p236-248 を参考に一部改変

図３　職場の準備状態に合わせたアプローチ

Ⅲ. 職場環境改善の進め方

職場環境改善は職場（数名から数十名）単位で、複数の職場で同時に並行してすすめます。ここでは、具体的な進め方とそのヒントについて解説します。図４に職場環境改善の年間のスケジュール例を示しました。職場ごとにいきいきワークを実施し、改善計画をつくり、期限内に実施します。

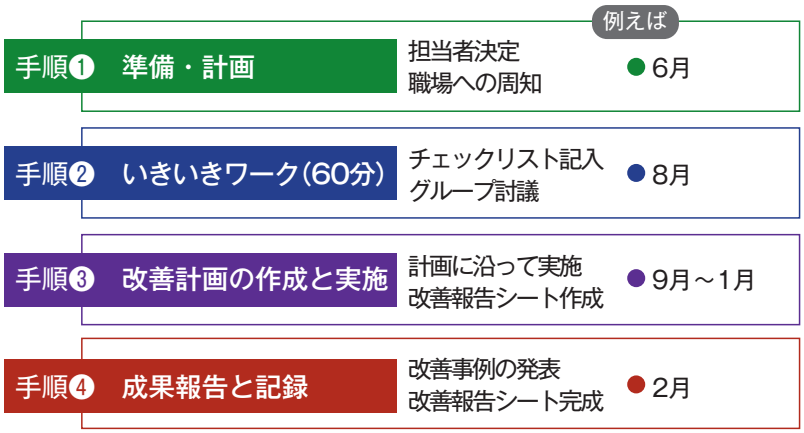


図４　職場環境改善の年間スケジュールと手順

1. 手順１　準備・計画

職場環境改善の方針、取り組みを進めるための体制や担当者について事業場で合意形成し、事業場全体に周知します。経営者がこの取り組みを始めることに賛同していることを明示します。表１を参考にしながら、いきいき職場づくりとして職場環境改善を行うことのメリットや注意事項について経営者に説明し、理解・承諾を得ます。準備や計画段階では職場環境改善の経験のある外部支援者（産業保健総合支援センター、ストレスチェックの委託先、産業保健の専門家等）の協力を得て進めると効果的な場合もあります。

職場の管理監督者やキーパーソンを巻き込みながら参加職場ごとの取り組みとして進めていくことが重要です。

表１　いきいき職場づくりのための職場環境改善のメリットとデメリット

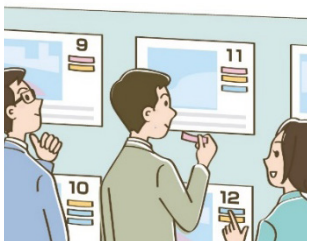
メリット	職場のこころの健康づくりに役立つ、事業主のコンプライアンス順守（法令順守）を裏付ける、コミュニケーションを向上し疲労・ストレスを軽減する職場づくりが進む、事故・災害防止、生産性向上など
注意事項	短時間で行う、外部協力者は必要な場合に限る、年度計画に組み込む、別途予算が必要な場合は小さな改善から行う、グループ討議（意見交換）は良い点から行う

2. 手順２　いきいきワーク（60 分）

職場ごとに職場環境改善の計画を話し合うためのグループ討議を行う短時間の検討会を「いきいきワーク」とよびます。いきいきワークは 60 分程度です。図５にいきいきワークのすすめ方を示しました。なるべく職場のメンバーの半数以上が参加できる日時に設定します。

限られた時間を効果的に活用するため、事前にチェックリストを記入してきてもらう、グループ討議でのグループ構成（5-6 人がベスト）や司会、書記などの役割も決めておく、など工夫します。

図５　いきいきワーク 60 分のスケジュールと使用するツール



最初の＜説明＞に、「良好事例集」を用いた投票で職場環境改善の視点を短時間で、皆と共有することができます（5 分）。ストレスが少なく、安全で健康に働く職場づくりに役立った 12 事例のうちから、働きやすい職場づくりのために、参加者全員に特に「よい」と思う事例３つに投票してもらいます。その際、１番よいと思う事例には桃色のポストイットを、次のよい２事例には黄色のポストイットを貼ってもらいます。全員が貼り終えたら、投票結果を参加者全員で確認・共有します。

ざっくばらんに話し合う雰囲気も重要です。多くの参加者が気兼ねなく、前向きで建設的な意見を出せるように、問題指摘ではなく問題解決型で話し合うことを事前に説明しておきます。管理職はオブザーバーの立場で、話し合いを温かく見守るような姿勢で関わり、グループ討議が終わってから発表と総合討議のみ参加するなど工夫します。また、参加できなかったメンバーの意見を反映できるように、チェックリストを事前に提出しておいてもらう、後日個別に意見を聞く機会を設けるようにするなどの工夫も必要でしょう。

3. 手順３　改善計画の作成と実施

（1）改善計画の作成

いきいきワークでの検討結果を参考に、職場の状況や資源（人的、物的）を考慮してすぐ実施できる改善について計画のを職場ごとに決めます。

効果的な改善計画の視点	
	➡すぐに取り組める、低コストで実施可能な具体的な改善策に目配りする
	➡小さな改善、業務に役立つ改善、働きやすくする改善を重視

改善計画･報告シートに書きこめるよう、いつ、だれが、何を行うのか、具体的に決めます。改善計画は職場ごとに３つまでを目標にします。改善策は１つでもよいですし、複数実施してもよいです。すぐに取り組める対策を重視しましょう。

改善計画が作成できたら改善計画・報告シートの計画部分を記入してコピーを提出します。この記録はストレス対策の実施記録となるので、職場で大切に保管します。

（2）改善計画の実施

複数の職場で並行して取り組んでいることがわかるように広報しながら進めます。また、改善の実施に際して、特定の人に負担が集中しないよう、職場全体で協力しながら進めるように支援すると良いでしょう。継続的に改善の場が設定できるように、安全衛生委員会やQCサークル（コラムP.2参照）など、すでにある職場のしくみを活用することも、無理なくすすめるためのヒントです。また、改善を行う前後の写真も忘れずに撮影しておきましょう。

（3）改善計画の作成と実施におけるヒント

アクションチェックリストを使って職場を見てみると、すでに実施しているストレス対策が実はとても多いことに気づかされます。グループ討議で出た職場の良い点は職場の強みですので、改善計画も強みを活かしながら進めていくと良いでしょう。

また、他の職場での取り組み状況が進んでいることを知らせることで、取り組みが停滞している職場が活性化することもあります。どのような状況や工夫によって職場環境改善の取り組みが促進されるのか、停滞させるのかを横断的にみることが大切です。

4. 手順４　成果発表と記録

職場環境改善の実施内容や改善を取り組んだことでの成果（効果）の報告は、あらかじめ提出期限を設定しておきます。改善計画･報告シートを使って、報告する内容を決めておくと、負担が少なく取り組みの進捗や成果が確認できます。

複数の職場で職場環境改善に取り組んでいる場合、事業場内で改善の成果発表の場を設定すると良いでしょう。その際、良い改善に取り組んだ職場を表彰するなど、成果を確認する場を設けると、職場環境改善の取り組みに対する継続意欲が高まります。

取り組み実施後、ストレスチェックの集団分析結果を活用して実施前後の変化を見ることで、取り組みの効果を評価できます。取り組みを評価し、見直すことでPDCAサイクルに沿った、いきいき職場づくりを継続するヒントが得られます。労働安全衛生マネジメントシステム(OSH-MS)を導入している事業場は、実施内容の記録をOSH-MS文書として保管します。

5. いきいき職場づくりのための６つのポイント

これら職場環境改善の取り組みを効果的に進めるために、共通して重要となる点を６つにまとめました。

1	職場の問題点ではなく、最初に職場の良好事例や良いところに目を向けること
2	職場のメンバーの半数以上がいきいきワークに参加するよう設定すること
3	幅広く職場環境をみわたせるように良好事例集やアクションチェックリスト等のツールを活用すること
4	すぐできることから始め、段階的な改善を進めるよう励ますこと
5	年度計画として取り組み、報告会で成果を交流する機会をもつなどＰＤＣＡサイクルとして進行させること
6	産業保健スタッフなど保健職が支援チームに入って支えること

Ⅳ．こころの健康づくりに役立つ職場環境のとらえ方

こころの健康と聞くと、人間関係や相談窓口などに目を向けがちです。しかし、職場の人たちによる参加型職場環境改善では、幅広い視点で職場環境をとらえることが重要です。なぜなら、職場におけるこころの健康度は、単一ではなく、いくつかの要因が複雑に絡み合って影響を与えているからです。いきいき職場づくりでは、幅広く職場環境をとらえるヒントとして、図６に示した４つの視点でとらえていきます。

図６　こころの健康づくりのための職場環境改善視点

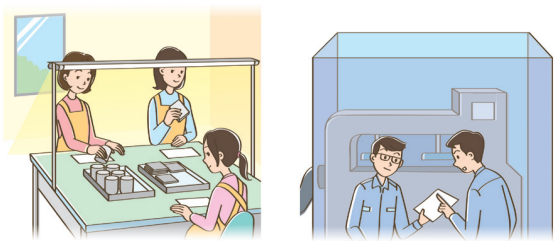
職場のことをよく知っているのはその職場で働いている人々です。そのため、職場で働く人々自身が皆で話し合いながら、幅広い視点で職場環境をとらえることで、適切なアセスメントの実施が可能になります。

良好事例集とアクションチェックリストはこの４つの職場環境改善の視点でまとめています。職場環境改善を進める際には、これらのツールを活用して職場環境を幅広くとらえ、改善のための筋道を立てることができます。

仕事のすすめ方

作業計画への参加と情報共有、労働時間と労働組織、作業条件、多能工化、人間工学的改善等の仕事の量・質の負担軽減など

作業場・オフィス職場環境

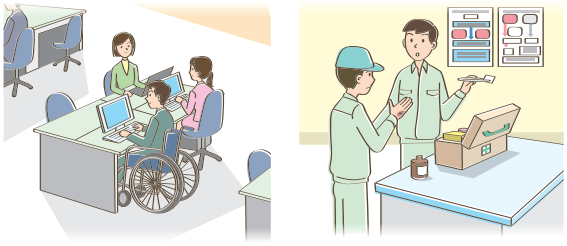


物理的環境（温湿度、照明、音、換気）、有害化学物質、受動喫煙対策、衛生設備（休憩室、食堂、トイレ、洗面所）など

人間関係相互支援

上司・同僚の支援、ハラスメント、ワークライフバランス、職場内の相互支援など

安心できる職場のしくみ



将来の見通し、報酬・承認、キャリア支援、公平な風土、相談窓口、教育・研修

図７　４つの領域と具体的な改善視点

Ⅴ．さらに詳しく知りたい方のために

仕事のストレスを改善する参加型職場環境改善は、日本全国の多くの事業場で実践が蓄積されています。2015 年 12 月より導入されているストレスチェック制度においても、この手法が職場環境改善の良好事例として紹介されています。参加型職場環境改善についてさらに詳しく知りたい方のためにウェブサイトと書籍を紹介します。

こころの耳ポータルサイト： 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト *http://kokoro.mhlw.go.jp/*	メンタルヘルスに役立つ職場ドック（書籍） 吉川徹、小木和孝編　大原記念労働科学研究所、2015 年、1,000 円＋税
職場のメンタルヘルス対策や過重労働対策について、事業者、産業保健スタッフ、労働者、家族などが的確かつ総合的な情報にアクセス・入手できるようになっています。	メンタルヘルス不調を予防する新しいアプローチとして実施している「職場ドック」の具体的なすすめ方について解説しています。

事業場のメンタルヘルスサポートページ （東京大学医学系研究科精神保健学分野） *http://www.jstress.net*	ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策･過重労働対策等のページ（厚生労働省） *http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/*
職場環境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）やファシリテーターマニュアルをダウンロードできます。	職場のメンタルヘルス対策として、「ストレスチェック制度」を中心に「過重労働による健康障害防止対策」、「心身両面にわたる健康づくり」の実施に係る情報（パンフレット・ツールなど）が掲載されています。

Ⅵ．職場環境改善に用いるツール

次のページからは、実に職場環境改善に取り組む際に活用できるツールを紹介しています。これらのツールは、職場の人数分コピーをして使用してください。また、いきいきワークのグループ討議の際に使うグループワークシートは付録としてポケットに収納しています。

表２　職場環境改善に用いるツール一覧

ツール名称	ツールの説明	使用する場面
(1) 良好事例集	こころの健康づくりに役立った職場環境改善事例の写真をまとめたもの	いきいきワークでの導入や改善計画を検討する際に、職場環境改善の目のつけどころについてヒントを得る
(2) アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）	こころの健康づくりに役立った良好事例をリスト化したもの	いきいきワークでの個人ワークの際、職場環境を幅広い視点でとらえるために自分の職場を振り返りながら記入する
(3) グループワークシート	こころの健康づくりに役立つ職場の良い点３つと改善点３つをまとめるためのシート	いきいきワークでのグループ討議の際、グループで検討した内容を記入する
(4) 改善計画・報告シート	職場環境改善の計画と実施状況を報告するためのシート	職場環境改善の計画時に赤色の項目を、改善実施後に紫色の項目を記入する

現業版

働きやすい職場づくりに役立った職場環境改善事例

1 始業時に全員が参加できる短時間のミーティングで情報共有しました

2 掲示板などを活用し、必要な情報が全員に伝わるようにしました

3 色分けやラベルの表示を使った保管方法で資材の取り違えや作業ミスを防ぎました

4 局所照明を使い、作業がしやすい視環境を確保しました

5 作業内容に合わせてレイアウトを工夫し、個人ごとの作業をしやすくしました

6 ゆっくりくつろげる快適な休憩スペースを設けました

7 上司が職場にいる時間を増やしたところ、上司に相談しやすい雰囲気になりました

8 必要なときに相談しやすいよう日頃から意識的にコミュニケーションを心がけました

9 懇親会を開催し、職場のコミュニケーションが促進されました

10 こころや身体の健康相談ができる場や機会を設けました

11 技能や資格取得の状況を見える化し教育の機会や評価を公平にしました

12 チェックリストを活用して職場の良い点と改善点を皆で話し合う機会を設けました

働きやすい職場づくりのために特に役立つと思う事例を3つ選んで意見交換しましょう。

1.＿＿＿＿　2.＿＿＿＿　3.＿＿＿＿

現業版

いきいき職場づくりのための アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）

このアクションチェックリストには、働きがいのある、働きやすい、よりよい仕事にとりくめる「いきいき職場づくり」のための改善策が盛り込まれています．　あなたの職場の職場環境を改善する際の参考にしてください。

ーアクションチェックリストの使い方ー

各チェック項目を読み「提案しますか？」の欄に記入します。

1．その対策が不必要で、今のままでよい（対策がすでに行われているか、行う必要がない）場合は「□いいえ」に✔をつけます。

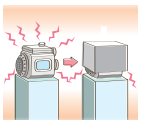
2．その対策が必要な（これから改善したい）場合は、「□はい」に✔をつけます。すでに対策が行われている場合でも、さらに改善したい場合には、この「□はい」に✔をつけてください。

3．「□はい」に✔のついた項目のうち、その対策を優先して取り上げたほうがよい項目は、「□優先する」に✔をつけてください。３－５つ選ぶとよいでしょう。

4．チェックリストを記入したら、あなたの職場で安全･健康に、快適で働きやすい職場づくりのために「役立っている良い点３つ」と「改善したい点３つ」を最後の頁に記入します。

5．このチェックリストにはない項目で、自分たちの職場のチェックリストに追加したほうが良いと思う改善策がある場合は、「E. 追加項目」の欄に直接記入してください。

A　仕事のすすめ方			
1	全員が参加できる会合を定期的に開催し、作業のすすめ方や特定個人に仕事が偏らない業務の配分を話し合います		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
2	掲示板、共有ファイルなどを活用して、必要な情報が全員に正しく伝わるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
3	忙しい時期に備え、特定の個人やチームに業務が集中しないよう前もって人員の見直しや業務量を調整します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
4	深夜・早朝勤務の連続や不規則勤務により疲労が蓄積しないよう、勤務時間制や交代制を見直します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
5	チーム内の分担、ローテーションを工夫して、負担の大きい反復作業、単調作業を減らすようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
6	ラベルや色分け、わかりやすい作業指示書、防護カバーの取り付けなどで事故や作業ミス防止策を強化します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

B　作業場環境			
7	作業場の暑さや寒さ、明るさを整え、快適な作業環境にします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
8	騒音の出る機器類はカバーをつけたり隔離します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
9	有害化学物資や粉じんの発生源を隔離します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
10	物品や資材の整理・整頓、取り扱い方法や職場レイアウトを工夫し、個人ごとの作業をしやすくします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
11	快適で衛生的なトイレ、更衣室とゆっくりくつろげる休憩室を確保します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
12	災害発生時や火災などの緊急時に対応できるよう、訓練をしたり、通路を確保するなど日ごろから準備を整えます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
C　職場の人間関係・相互支援			
13	上司は皆が自分で問題解決できるよう励まし、適切な助言をします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
14	必要な時に上司や同僚に相談したり支援を求めたりしやすいようコミュニケーションがとりやすい環境を整備します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
15	職場内の問題を同僚間で報告し合い、相談しやすいように、小会合や日報、メーリングリストを活用します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
16	職場内でお互いを理解し助け合う雰囲気が生まれるよう、日頃から意識的にお礼を言ったり、懇親の機会を持つなど工夫します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
17	作業の習熟や技能向上のための職場内での訓練の機会や研修の場を確保します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
18	学校、育児、介護など、個人のライフスタイルに応じて、勤務調整ができるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
D　安心できる職場のしくみ			
19	個人の健康や職場内の問題などについて、プライバシーに配慮して相談できる窓口を設置します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
20	職場の将来計画や見通しについて、いつも周知されているようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

21	職場での暴言や暴力、パワハラ等について対応する手順を定めます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
22	いろいろな立場の人（若年、高齢、女性、パート、障害）が職場の一員として尊重される働きやすい職場にします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
23	技能・資格取得の機会を明確にし，キャリアに役立つ教育やチャンスを公平に確保します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
24	健康増進や仕事のストレス軽減について、学ぶ機会を設けます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
	E　追加項目		
25	（追加項目）上記以外で提案があれば加えてください		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
26	（追加項目）上記以外で提案があれば加えてください		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

チェックリストを終えたら、あなたの職場で安全・健康に、
快適で働きやすい職場づくりに役立っている職場の良い点、改善点を３つあげてください。

役立っている良い点３つ	
	例：14 コミュニケーションがとりやすい
	例：2　掲示板にお知らせが貼ってある
	1
	2
	3

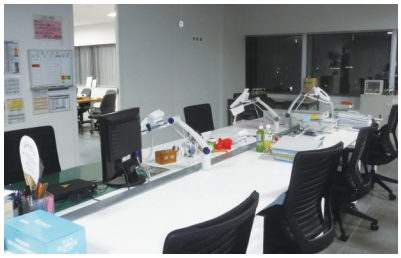
改善したい点３つ	
	例：12 緊急時のマニュアルを作る
	例：24 ストレス研修を実施する
	1
	2
	3

作成：平成 29 年度厚生労働科研「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」班「職場環境改善の工夫の検討」分担研究班

オフィス版

働きやすい職場づくりに役立った職場環境改善事例

1 ホワイトボードを活用して、必要な情報や作業分担が全員に伝わるようにしました



2 時間外労働の上限を決めて、長時間労働を避けるような勤務体制にしました

3 消耗品の保管方法や表示を見直して、誰もがすぐに取り出せるようにしました

4 騒音や排熱が発生する機器類は離れたところに設置しました

5 更衣室に清潔でくつろげる休憩スペースを設けました

6 災害発生時や火災などの緊急時にすぐに対応できるようわかりやすく表示しました

7 必要な時に上司や同僚に相談しやすい座席配置を工夫しました

8 懇親の機会を工夫しました（職場レクリエーション:芋ほり大会）

9 個人のライフスタイルに応じた勤務調整ができるように配慮しました

10 仕事上の悩みやこころの健康について相談できる機会をつくりました

11 スキルアップに役立つ勉強会を職場内で開催しました

12 仕事のストレスについて研修会を実施しました

働きやすい職場づくりのために特に役立つと思う事例を3つ選んで意見交換しましょう。

1.＿＿＿＿　2.＿＿＿＿　3.＿＿＿＿

オフィス版

いきいき職場づくりのための アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）

このアクションチェックリストには、働きがいのある、働きやすい、よりよい仕事にとりくめる「いきいき職場づくり」のための改善策が盛り込まれています．　あなたの職場の職場環境を改善する際の参考にしてください。

ーアクションチェックリストの使い方ー

各チェック項目を読み「提案しますか？」の欄に記入します。

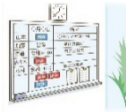
1．その対策が不必要で、今のままでよい（対策がすでに行われているか、行う必要がない）場合は「□いいえ」に✔をつけます。

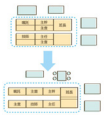
2．その対策が必要な（これから改善したい）場合は、「□はい」に✔をつけます。すでに対策が行われている場合でも、さらに改善したい場合には、この「□はい」に✔をつけてください。

3．「□はい」に✔のついた項目のうち、その対策を優先して取り上げたほうがよい項目は、「□優先する」に✔をつけてください。３－５つ選ぶとよいでしょう。

4．チェックリストを記入したら､あなたの職場で安全･健康に､快適で働きやすい職場づくりのために「役立っている良い点３つ」と「改善したい点３つ」を最後の頁に記入します。

5．このチェックリストにはない項目で、自分たちの職場のチェックリストに追加したほうが良いと思う改善策がある場合は、「E. 追加項目」の欄に直接記入してください。

A　仕事のすすめ方			
1	全員が参加できるミーティングを定期的に開催し、仕事のすすめ方について話し合います		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
2	スケジュール表や掲示板、共有ファイルなどを活用して、必要な情報が全員に正しく伝わるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
3	忙しい時期に備え、特定の個人やチームに業務が集中しないよう、業務量の調整や休日・休暇が十分取れるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
4	時間外労働の上限を決めて、長時間労働を避けるような勤務体制にします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
5	色分けやラベルの表示を見直して、必要なときに必要な物を、誰もがすぐに取り出せるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
6	わかりやすい作業指示書や仕事の段取りを見直して作業ミスや事故を防ぎます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

B　オフィス職場環境			
7	オフィスの暑さや寒さ、明るさを整え、快適な作業環境にします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
8	騒音の出る機器類はカバーをつけたり隔離します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
9	有害化学物資や粉じんの発生源を隔離します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
10	物品や書類の整理・整頓、取り扱い方法や職場レイアウトを工夫し、個人ごとの作業をしやすくします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
11	快適で衛生的なトイレ、更衣室とゆっくりくつろげる休憩室を確保します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
12	災害発生時や火災などの緊急時に対応できるよう、訓練をしたり、通路を確保するなど日ごろから準備を整えます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
C　職場の人間関係・相互支援			
13	上司は皆が自分で問題解決できるよう励まし、適切な助言をします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
14	必要な時に上司や同僚に相談したり支援を求めたりしやすいようコミュニケーションがとりやすい環境を整備します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
15	職場内の問題を同僚間で報告し合い、相談しやすいように、小会合や日報、メーリングリストを活用します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
16	職場内でお互いを理解し助け合う雰囲気が生まれるよう、日頃から意識的にお礼を言ったり、懇親の機会を持つなど工夫します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
17	職場間の相互理解を推進するために、職場や作業グループで情報を共有したり、連絡調整を行ったりします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
18	学校、育児、介護など、個人のライフスタイルに応じて、勤務調整ができるようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
D　安心できる職場のしくみ			
19	個人の健康や職場内の問題などについて、プライバシーに配慮して相談できる窓口を設置します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
20	職場の将来計画や見通しについて、いつも周知されているようにします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

21	職場での暴言や暴力、パワハラ等について対応する手順を定めます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
22	いろいろな立場の人（若年、高齢、女性、パート、障害）が職場の一員として尊重される働きやすい職場にします		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
23	技能・資格取得の機会を明確にし，キャリアに役立つ教育やチャンスを公平に確保します		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
24	健康増進や仕事のストレス軽減について、学ぶ機会を設けます		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
	E　追加項目		
25	（追加項目）上記以外で提案があれば加えてください		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する
26	（追加項目）上記以外で提案があれば加えてください		提案しますか？ □いいえ　□はい ↳□優先する

チェックリストを終えたら、あなたの職場で安全・健康に、
快適で働きやすい職場づくりに役立っている職場の良い点、改善点を３つあげてください。

役立っている良い点３つ	
	例：14 コミュニケーションがとりやすい
	例：2　掲示板にお知らせが貼ってある
	1
	2
	3

改善したい点３つ	
	例：12 緊急時のマニュアルを作る
	例：24 ストレス研修を実施する
	1
	2
	3

作成：平成 29 年度厚生労働科研「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」班「職場環境改善の工夫の検討」分担研究班

グループ検討用ワークシート（良い点、改善点）

職　場　の　良　い　点

あなたの職場で、従業員が健康的に安全に、快適で働きやすい職場つくりに役立っている良い点3つ
（職場環境、ストレス対策、仕事のやりやすさなど含む）

	ヒント集の番号	あなたの職場の良い点（先進的な取り組み・工夫やその理由）
	例 13	上司に相談したり、支援を求めやすい　上司の職場の雰囲気づくりで、風通しのよい縦横関係ができている
	例 17	社内LANで全員のスケジュールは共有されているので、だれがどこで何をしているかがすぐに把握できる
1		
2		
3		

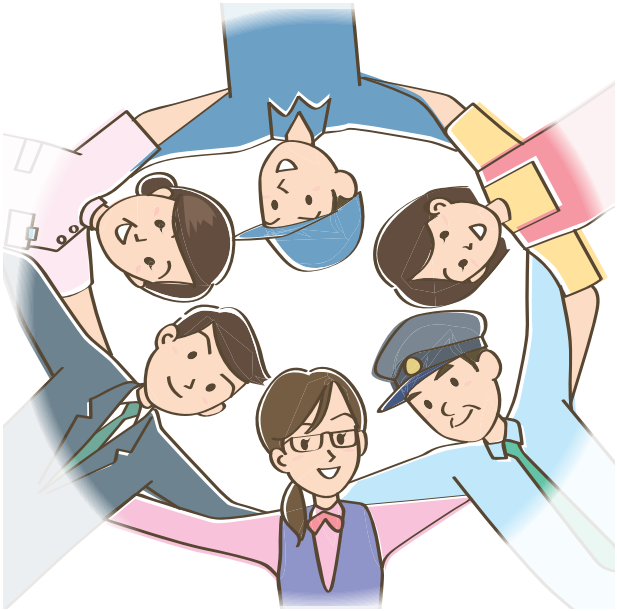
職場の改善したい点

あなたの職場で、従業員が健康的に安全に、快適で働きやすい職場にするために改善したい点3つ
（職場環境、ストレス対策、仕事のやりにくさをもたらしているものなど）

	ヒント集の番号	改善したい点・課題（具体的なアイデア）
	例 6	保管棚の整理整頓　ラベルを貼って、取り出しやすく、保管しやすいようにする
	例 1	月曜日に行っていた朝会を復活する
1		
2		
3		

改善計画・報告シート

	所属名/人数	所属名(部署)　　人(うち管理職　人)		
改善計画	改善計画日	年　月　日　記入者:		
	改善する事項 ・誰が ・何を ・どのように ・いつまでに	1.	2.	3.
	改善実施予定時間	年　月　日～　月　日	年　月　日～　月　日	年　月　日～　月　日
改善報告	改善を実施した目的・理由(背景など) 内容の該当する領域:該当するものに一つだけ○をつける	A 仕事のすすめ方　B 作業場・オフィス職場環境 C 職場の人間関係・相互支援　D 安心できる職場のしくみ		
		領域　A　B　C　D	領域　A　B　C　D	領域　A　B　C　D
	改善実施内容(箇条書き) ※記入例 ・○○の確保 ・△△の実施 ・□□の改善	1.	2.	3.
	コスト　参加者数			
	コスト　かかった費用			
	改善前後の写真イラスト　改善前			
	改善前後の写真イラスト　改善後			



平成 27-29 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
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（Ｈ２７－労働－一般－００４　主任：川上憲人）
分担研究報告書

科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定

分担研究者　堤　明純　北里大学医学部公衆衛生学教授

研究要旨：本分担研究の目的は、職業性ストレス簡易調査票と国が示す簡略版について、メンタルヘルス不調の予測妥当性、ストレス対策の効果の観点から、効率的に高ストレス者を判定できる項目と基準を検討すること、および、職場環境改善のための職場のストレス評価の効果的な方法を検討することにあり、３年間で以下の研究成果を得た。

１）職業性ストレス簡易調査票と K6 を同時に測定するウェブ調査を実施して、K6 で評価されるケースをアウトカムとする ROC 分析を行った。労働者 1650 人の回答を得たウェブ調査では、職業性ストレス簡易調査票について、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、高ストレス者として抽出される頻度は 16.7%であったが、陽性反応的中度は 5 割未満であった。簡略版は、職業性ストレス簡易調査票とほぼ同等のパフォーマンスを有するが、感度が低下し見落としが多くなる可能性に留意する必要が伺われた。職業性ストレス簡易調査票、簡略版ともに、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、陽性尤度比は 6 程度で有益な情報が得られるレベルであった。

２）職業性ストレス簡易調査票を用いた高ストレス者の判定基準の予測妥当性を異職種の事業場における約１年間の前向き研究で検討した。ストレスチェックを受検した金融業事業場の男 7356 人、女 7362 人における解析では、ストレスチェック実施以降１年間の追跡期間に１ヶ月以上の休業を開始するリスクは、調整ハザード比(95%信頼区間)で、男 6.6(3.0-14.3)、女 2.8(1.3-5.8)であった。対応する集団寄与危険割合は、23.8%(10.3-42.6)、21.0%(4.6-42.1)であった。製造業事業場における男 9553 人、女 2177 人における解析で、ストレスチェック実施以降１年間の追跡期間に１週間以上休業する相対危険は、調整オッズ比で 7.5(2.2-25.3)、男女別では、男 6.7(1.6-28.9)、女 17.1(1.4-211.2)であった。対応する集団寄与危険割合は、36.7%(9.8-68.4)、33.8%(4.8-71.3)、58.8%(3.3-94.9)であった。男 893 人、女 1384 人の教育機関労働者における解析で、ストレスチェック実施以後１年間に抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断を受けたリスクは調整オッズ比で 5.1(3.4-7.8)、集団寄与危険割合は 15.8%(9.7-23.8)であった。後者の解析では、職業性ストレス簡易調査票の尺度毎の解析でもストレスフルな群でリスク増加を観察した。

３）職業性ストレス簡易調査票以外の項目の予測妥当性を検証するために、新職業性ストレス簡易調査票を用いて１週間以上の疾病休業を予測する項目の抽出を試みた。一部上場企業の製造業において 2015 年２月に実施されたストレスチェック受検者 11730 人（男性 9553 人、女性 2177 人）で、ストレスチェックの実施以後 1 週間以上の休業を開始した者のリスク増加を、情緒的負担、役割葛藤、役割明確さ、成長の機会、新奇性、予測可能性の項目群のが予測することを観察した。

４）複数のカットオフポイントを設定したシミュレーションで、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルが推奨する高ストレス者の抽出はもっとも妥当と考えられた。職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版において素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合との比較では、もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、推定リスク値に大きな差はなかった。

以上より、ストレスチェック制度のマニュアルで推奨されている高ストレスの判定について、スクリーニングとしては一定の有用性（メンタルヘルス不調疑いをアウトカムとするとき尤度比６）を持つこと、休業やメンタルヘルス不調の予測妥当性の検証から得られた健康影響および集団に対するインパクトは、ストレスチェックの結果を用いた予防対策をとることを支持すること、高ストレス以外で健康障害を予測するストレス要因があり職場のストレス対策に活用性があることを明らかにした。

研究協力者
有馬志穂(相鉄ビジネスサービス㈱ 健康管理センター 相鉄グループ相談室 産業医)
井上彰臣（北里大学医学部　公衆衛生学　講師）
江口　尚（北里大学医学部　公衆衛生学　講師）
小田切優子（東京医科大学　公衆衛生学　講師）
土屋政雄（株式会社アドバンテッジリスクマネジメント調査研究部　主任研究員）
福田 洋(順天堂大学医学部 総合診療科　准教授)
伊藤佳奈美（順天堂大学 安全衛生管理室 健康管理室)
伊藤正人（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
橋口克頼（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
栃原　篤（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
小林麻美（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
杉浦徹太郎（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
吉田直樹（パナソニック健康保険組合健康管理センター)
藤田弥生（北里大学医学部　公衆衛生学）

A. 研究目的

平成 26 年 6 月に公布され、平成 27 年 12 月に施行された改正労働安全衛生法に基づいて、職場におけるストレスチェック制度が開始された。ストレスチェック制度の導入により、労働者のメンタルヘルス不調の予防および職場環境改善が進むと期待されるが、そのためには、制度を運用するための技術開発が必要である。ストレスチェック制度では、高ストレス者の同定および集団分析に基づく職場環境改善の指標として、従来、職場で汎用されてきた職業性ストレス簡易調査票、もしくは、国が示す簡略版を用いることが推奨されている（厚生労働省，2015）が、これら調査票の妥当性については科学的根拠が十分に確立していない。労働安全衛生法の改正にあたっては、衆議院付帯決議として、科学的根拠に基づいたストレスチェック調査票と判定基準の確立が求められている。効果的にストレスチェック制度を運用するためには、これら科学的根拠の確立が必須である。

本分担研究の目的は、職業性ストレス簡易調査票と国が示す簡略版について、メンタルヘルス不調の予測妥当性の観点から、効率的に高ストレス者を判定できる項目と基準を検討することおよび職場環境改善のための職場のストレス評価の効果的な方法を検討することにある。初年度にあたる平成 27 年度には、目的を達成するためのデータ構造を設定し、複数の事業場と協力して科学的根拠に基づく高ストレス者・職場の判定方法のためのデータ収集を開始するとともに、高ストレス者の判定方法について予備的に検討した。さらに、メンタルヘルス不調のアウトカムを同時に測定するウェブ調査を実施して、職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング特性を検討した(堤 2016)。

第 2 年度にあたる平成 28 年度は、厚生労働省が示す職業性ストレス簡易調査票を用いた高ストレス者の抽出基準について、労働者の休業に関する予測妥当性と調査集団における高ストレスのインパクトを、２つの事業場（金融業と製造業）における約 1 年間の前向き研究で検討し、職業性ストレス簡易調査票で評価される高ストレスが、その後約 1 年間における短期（1 週間以上)、長期（1 か月以上)の疾病休業を予測することを示した(堤 2017)。

最終年度となった平成 29 年度は、事業場を追加（教育機関）したうえで、異なるアウトカム（抑うつ症状等メンタルヘルス不調の発現）での職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性の検討、職業性ストレス簡易調査票以外の項目を検討するための新職業性ストレス簡易調査票を用いた検討を行った。

B. 研究方法

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

初期の目的を達成するために、侵襲を伴わず、かつ、介入を行わない、人体から取得された試料以外を活用する研究で、ストレスチェック制度開始前に蓄積されていた既存資料を利用する後ろ向き研究と、ストレスチェック制度開始後に蓄積されていく情報を用いる前向き研究を組み合わせて行うデータ収集計画を立案した。

健康管理の一環として、ストレス調査（職業性ストレス簡易調査票）を経年的に実施している企業の労働者を研究対象とした。すでに職業性ストレス簡易調査票を経年的に使用して、労働者のメンタルヘルス対策を実施している事業場で蓄積している労働者の背景情報（人事データ)、職業性ス

トレス簡易調査票による調査票データ、および健康関連情報を突合したデータの提供を受け、調査票データで測定されるストレスの指標と健康障害発症の関連性を検討することで、健康障害をもっとも予測する指標を探ることとした。

対象となる事業場では、すでに、労働者の調査票データと健康情報をリンクさせてストレス対策を実施しており、2015 年 12 月から開始されるストレスチェック制度においても、調査票データと健康情報を蓄積していく体制が整っていた。この情報から、個人同定を可能とする情報を削除してデータを提供いただき、データを定量的に分析し、各種健康障害について、調査票による評価と健康障害発生の一致性を検討することとした。

データ構造は、研究開始時点で、過去最大５年間に蓄積されているデータの提供を受けて解析を行う後ろ向き研究と、2015 年 12 月１日から開始されるストレスチェック制度以降に実施され蓄積されていくデータを、今後２回にわたって提供を受け解析を行う前向き研究で構成することとした。

表１に示す項目を観察項目とした。なお、各事業場で提供可能なデータを観察することとした。過去において蓄積されていた上記観察項目を、研究開始時点（2015 年 12 月１日）以降、事業場の準備が整い次第、法施行後蓄積される上記観察項目は、ストレスチェック実施の次年の 2016 年 12 月１日と 2017 年 12 月１日に提供を受けた（表２）。

2. 既存データの解析

いち早く、データの準備が可能であった 1035 名の労働者の４年間の追跡データについて、研究協力者（江口）による予備的な解析が行われた。

職業性ストレス簡易調査票において、厚生労働省から提案されている項目がその後のメンタルヘルス不調による休業者をどの程度予測するかが検討された。

研究デザインは回顧的コホート研究で、製造組み立て系の１事業場で 2010 年４月から５月に実施されたベースラインでの質問票調査に回答した者 1035 名を解析の対象とした。ベースライン時点で休職していた者は含めなかった。2010 年４月から 2014 年３月までの４年間の追跡期間中に、メンタルヘルス不調に関する診断書が提出されて１ヶ月以上休職した者が記録されていた。追跡期間中の休職者は８名（0.78%）であった。厚生労働省から提案されている「高ストレス者」を選定するための方法により、2010 年４～５月時の高ストレス者を抽出した。具体的な曝露指標のカテゴリは以下の通りであった（表３）：

1) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
2) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
3) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合
4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合

以下、さらにストレス反応のみを用いたカテゴリを検証した：

5) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）で操作される「心身のストレス反応」（29 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」（11 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた（9 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合

以上の指標が、追跡期間中の休職者を予測するかどうかを、性別、年齢を調整した多重ロジスティックモデルで解析した。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

インターネット調査会社に登録している一般労働者（18 歳から 69 歳）調査モニターのうち、男女等人数となるように抽出し、調査に同意した者に対し調査を行った。回答者は、インターネット調査会社のホームページ上にある個人専用ページからウェブ調査票にアクセスし、回答を入力した。入力したデータは、連結不可能匿名化された上で研究者に提供された。

アウトカムとなるメンタルヘルス指標は、K6 得点に基づいて評価した。K6 は、過去 30 日間の心理的ストレス反応を測定するために開発された質問票尺度で、合計得点（得点範囲は 0～24 点）が高いほど、気分・不安障害の可能性が高い（Kessler et al, 2010; Furukawa et al, 2008）。本研究では、13 点以上をメンタルヘルス不調と想定してシミュレーションを行った。

まず、職業性ストレス簡易調査票のストレス反応を縦軸、ストレス要因を横軸に配置するフィールド上で K6 ケースの分布図を描いた。

次に、高ストレス者選定に利用する３つの要素得点を変更させる複数のシミュレーションにより、スクリーニングツールの特性として、感度、特異度、Youden Index、ROC 分析に基づく AUC と陽性反応的中度、陰性反応的中度、および、陽性尤度比と陰性尤度比を算出した。

同様の解析を、職業性ストレス簡易調査票と簡略版ともに実施した。

4. 一部上場企業（金融業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2015 年７月から８月に、男性 7356 人、女性 7362 人がストレスチェックを受検した。受検時に傷病履歴のある 32 人（メンタルヘルス不調、22 人；筋骨格系障害、６人；心血管疾患、３人；脳血管疾患、１人）を除外した男性 7341 人、女性 7345 人（20–66 歳）を追跡した。事業場からは匿名化したデータを提供いただいた。参加者のインフォームド・コンセントは、オプトアウト方式で取得した。

1) アウトカム

有給休暇の開始と傷病手当申請のための、1 か月以上続く休業データを事業場記録で取得した。傷病手当を申請した 69 人は、有給休暇を取得した全員（60 人）を含んでいたため、傷病手当を申請した休業をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした（表３の 1））。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.78、0.66、0.92、0.94 であった。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種（販売、顧客対応、管理、その他）、職位（担当者、マネージャー、シニアワーカー、嘱託、その他）およびストレスチェック後に産業保健スタッフによる面接を受けたかどうかを人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後１年間における休業発生率を男女別に解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って高ストレス者とその他に分けた。ストレスチェック受検時から、下記いずれかの事象が最初に発生した日までを追跡し、各参加者の追跡人月を計算した；(1) 傷病手当手続きを行った１ヶ月以上の休業開始日、(2) 退職日（定年退職者 517 人）、(3) 2016 年７月１日（翌年の検査月）。合計の追跡人月は 175447 であった。コックスの比例ハザード回帰解析でストレスプロファイルと１か月以上休業開始の関連を検討した。ハザード比は、まず、年齢で、次に、年齢、勤続年数、職種、職位、ストレスチェック後の面接の有無で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

集団寄与危険度割合= (HR-1)*p/[1+(HR-1)*p]

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

HR:高ストレス者のその他に対する休業発症のハザード比

心理社会的要因は、身体疾患や事故を含む多くの障害の原因になる十分なエビデンスが存在するため（Theorell et al, 2016; Huang et al, 2015; Sommer et al, 2016）、全ての休業をアウトカムとしたが、ストレスチェック制度の主旨を鑑み、メンタルヘルスによる休業について別に解析した。

ストレスチェック制度実施マニュアルでは、ストレスチェック実施後２か月内で、医師による高ストレス者の面接指導を実施することを推奨している。ストレスチェック後、どの程度の速さで休業が発生するのかを観察するために、カプランーマイヤープロットを描いた。

すべての解析には、IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) を用いた。

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2016 年 2 月にストレスチェックを受検した３事業場の男性 9553 人、女性 2177 人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1) アウトカム

ストレスチェック実施後に発生した、診断書を伴う１週間以上の休職をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュア

ル（厚生労働省 2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.79、0.70、0.88、0.94 であった。

3）属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種（サービス職、運輸・通信職、営業販売職、管理職、事務職、生産工程・労務職、専門技術職、その他）および雇用形態（正社員、その他）を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4）統計解析

ストレスチェック後 1 年間における休業発生の有無を解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って高ストレス者とその他に分けた。休業の発生の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、まず、年齢で、次に、年齢、勤続年数、職種、雇用形態で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

集団寄与危険度割合= (OR-1)*p/[1+(OR-1)*p]

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR：高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

男性に比して女性の参加数と休業発生数が少なかったため、まず、男女一緒に性別も調整した解析を実施した後、参考として、男女別の解析を行った。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2015 年に職業性ストレス簡易調査票のすべての設問に回答し、調査時に同時に調査した Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)得点が 19 点未満、かつ、メンタルヘルス不調がなかった労働者で、2016 年に実施した同種調査にすべて回答した男性 893 人、女性 1384 人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1）アウトカム

2016 年の調査までに、抑うつ・メンタルヘルス疾患の診断を受けた者および CES-D 得点が 19 点以上となった者を抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調発症者とした。

2）ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.83、0.75、0.86、0.91 であった。

3）属性に関する変数

性、年齢、勤務時間、および睡眠時間に関する情報を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4）統計解析

ストレスチェック後 1 年間における抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断の有無を解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って高ストレス者とその他に分けた。抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、性と年齢で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

集団寄与危険度割合= (OR-1)*p/[1+(OR-1)*p]

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR：高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

7. 高ストレス者抽出基準の変更、職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討の解析において、厚生労働省がマニュアルで示す高ストレス者抽出のカットオフポイント（表 3 の 1））を移動することにより、職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングパフォーマンスがどのように変化するかを検討した（堤 2016）。また、Wada ら（2013）は、ストレス反応の得点の上位 1/4 をリスクグループとし、1810 名の労働者を 1.8 年追跡した解析で、抑うつ発症のリスクが約 3 倍（ハザード比 2.96、95%信頼区間 1.04-8.42）と

なるエビデンスを提出していた。以上より、それぞれのカットオフポイントで、ハザード比がどのように変わるかを検証し、予測妥当性の面での最適のカットオフポイントを探索した。

さらに、ストレスチェック制度実施マニュアルで挙げられている職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の合計点を使用して抽出した高ストレス者（表３の 2））および素点換算表を用いて抽出した高ストレス者（表３の 3））とも、リスク評価を比較した。

本解析では、2015 年７月から８月に、ストレスチェックを受検し、その時点で傷病履歴のなかった男性 7341 人、女性 7345 人（20–66 歳）を追跡した。男女ともで解析し、性、年齢調整後および性、年齢、職種、職位、事後面談の有無を調整したハザード比を算出した。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

2016 年 2 月にストレスチェックを受検した３事業場の男性 9553 人、女性 2177 人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1) アウトカム

ストレスチェック実施後に発生した、診断書を伴う１週間以上の休職をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

現行および新職業性ストレス簡易調査票の得点計算の方法（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）に従って、各尺度得点を算出した。表 14 の注に、尺度内の項目群を示す。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種（サービス職、運輸・通信職、営業販売職、管理職、事務職、生産工程・労務職、専門技術職、その他）および雇用形態（正社員、その他）を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後１年間における休業発生の有無を解析した。新職業性ストレス簡易調査票は、現時点で定まった評価基準がないため、中央値で二分したカテゴリによる初期的な解析を行った。休業の発生の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、まず、性、年齢で、次に、性、年齢、勤続年数、職種、雇用形態で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

集団寄与危険度割合= (OR-1)*p/[1+(OR-1)*p]

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR：高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

統計解析には、IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) および JMP-PRO (SAS cooperation)を用いた。

倫理的配慮

本研究は、北里大学医学部・北里大学病院倫理委員会の認証を得て実施した。

C. 研究結果

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

提供可能な事業場からは、把握しうる年齢、職種および所属部署、別、職位、教育歴、既往歴などの交絡要因を組み込み、職業性ストレス簡易調査票と各種アウトカムを、1 年毎のパネルデータで収集する計画を立て、最終的に、職種の異なる３事業場から約 29000 人の労働者の情報を提供いただいた。

2. 既存データの解析

職業性ストレス簡易調査票を使用した検査では、合計点を用いた場合も、素点換算表を用いた場合も、検査陽性者から疾病休業の発生は見られなかった。簡略版を用いた検査では、合計点を用いた場合、素点換算表を用いた場合に、それぞれ１名、２名の疾病休業者が発生したが、統計学的には有意なリスク増加には至らなかった。簡略版心身のストレス反応９項目を使用した場合、検査陽性者から２名の疾病休業者が発生し、統計学的には有意なリスク増加（オッズ比 15.7）が観察された（表４）。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

1650 人の回答が得られた。回答者は平均年齢 44 歳（標準偏差 14；最少 20～最高 69）で、その他の属性は表５に示すようであった。K6 得点 13 点以上のメンタルヘルス不調を疑わせるケースは 215 人（13%）であった。

1) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）における検討

(1) 職業性ストレス簡易調査票を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布

職業性ストレス簡易調査票を使用した場合、K6 得点が 13 点以上のケースは、ストレス要因と周囲のサポート、ストレス反応ともに 40 点以上の領域に分布していた（図１）。厚生労働省が推奨する基準範囲にケースの 60.5%が含まれていた。

(2) K6 得点 13 点以上をケースと想定し、職業性ストレス簡易調査票の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニングパフォーマンス指標の変化

表３ 1)に挙げた図おいて、高ストレス者を定義する際の職業性ストレス簡易調査票の各要素得点には、「㋐を規定するストレス反応」の得点、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」、および、「㋑を規定するストレス反応」の得点がある。これらの得点を、一要素ずつ変動させるシミュレーションによって得られるスクリーニング特性を算出した。

職業性ストレス簡易調査票を使用した場合、散布図の結果より、「㋐を規定するストレス反応」および「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」得点が 40 点未満の範囲で指標を移動させることはあまり意味がないことが分かった。

「㋐を規定するストレス反応」カットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 29.8%から 100%で、その差は 70.2%、特異度の範囲は 0.4%から 96.8%で、その差は 90.4%であった。「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 57.2%から 83.7%で、その差は 26.5%、特異度の範囲は 72.5%から 91.7%で、その差は 19.2%であった。「㋑を規定するストレス反応」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 57.2%から 61.9%で、その差は 4.7%、特異度の範囲は 87.5%から 91.7%で、その差は 4.2%であった。以上より、「㋐を規定するストレス反応」得点の移動による感度・特異度の変動は大きく、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」の指標の寄与はやや小さく、「㋑を規定するストレス反応」のカットオフポイントの移動はスクリーニングの特性にほとんど寄与しないことが確かめられた。

厚生労働省が推奨するカットオフポイント（「㋐を規定するストレス反応」77 点、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」73 点、「㋑を規定するストレス反応」63 点）における各指標は、高ストレス者の頻度 16.7%、感度 60.5%、特異度 88.9%、Youden index 0.504、AUC 75.2%。陽性反応的中度 47.3%、陰性反応的中度 93.8%、陽性尤度比 6.0、陰性尤度比 0.4 であった。

他得点を一定にした際、「㋐を規定するストレス反応」カットオフポイント 65 で、Youden index 0.570、AUC 78.5%と、最高のスクリーニングパフォーマンスが観察された。ただし、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の３割（32.3%）で、陽性反応的中度 33%を甘受しなければならない。同程度のパフォーマンスは、「㋐を規定するストレス反応」カットオフポイント 70 で、高ストレス者頻度 25%でも達成できる。一方で、高ストレス者の頻度を 10%程度とすると「㋐を規定するストレス反応」は 90 をカットオフポイントとすればよいが、６割以上のケースの見落としを甘受する必要がある（感度 39.1%）。

「㋐を規定するストレス反応」および「㋑を規定するストレス反応」を一定にした場合、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」カットオフポイントを 55 点とすると、最高パフォーマンスに匹敵する成績が得られる。「㋑を規定するストレス反応」の移動で、このパフォーマンスを大きく超えるものはなかった（表６）。

2) 簡略版（23 項目）における検討

(1) 簡略版を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布

簡略版を使用した場合、K6 得点が 13 点以上のケースは、ストレス反応は最低点（11 点）以上、ストレス要因と周囲のサポートは 18 点以上の領域に分布していた（図２）。厚生労働省が推奨する基準範囲にケースの 55.3%が含まれていた。

(2) K6 得点 13 点以上をケースと想定し、簡略版の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニングパフォーマンス指標の変化

散布図の結果より、ストレス要因およびストレス反応得点ともに、最低点近くまで K6 ケースは分布する。

表３ 2)に挙げた図おいて、高ストレス者を定義する際の職業性ストレス簡易調査票の各要素得点には、「㋐を規定するストレス反応」の得点、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」、およ

び、「㋑を規定するストレス反応」の得点がある。これらの得点を、一つずつ変動させるシミュレーションによって得られるスクリーニング特性を算出した。

「㋐を規定するストレス反応」のカットオフポイント移動による感度がとる範囲は 26%から 100%で、その差は 74%、特異度の範囲は 27.5%から 96.4%で、その差は 68.9%であった。「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 52.6%から 89.3%で、その差は 36.7%、特異度の範囲は 67.7%から 92.8%で、その差は 25.1%であった。「㋑を規定するストレス反応」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 52.6%から 56.7%で、その差は 4.1%、特異度の範囲は 88.5%から 92.8%で、その差は 4.3%であった。以上より、簡略版においても、「㋐を規定するストレス反応」得点の移動による感度・特異度の変動は大きく、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」の指標の寄与はやや低く、「㋑を規定するストレス反応」のカットオフポイントの移動はスクリーニングの特性にほとんど寄与しないことが確かめられた。

厚生労働省が推奨するポイント(「㋐を規定するストレス反応」得点 31、「㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート」得点 39、「㋑を規定するストレス反応」得点 23）における各指標は、高ストレス者の頻度 15.2%、感度 55.3%、特異度 90.8%、Youden index 0.461、AUC 73.1%。陽性反応的中度 47.4%、陰性反応的中度 93.1%、陽性尤度比 6.0、陰性尤度比 0.5 であった。57 項目を使用した場合に比較して、感度が低下することが認められた。

他得点を一定にした際、「㋐を規定するストレス反応」カットオフポイント 25 で、Youden index 0.597、AUC 79.8%と、職業性ストレス簡易調査票の最高のスクリーニングパフォーマンスに匹敵することが観察された。ただし、職業性ストレス簡易調査票同様、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の３割（32.3%）で、陽性反応的中度 34%を甘受しなければならない（表７）。

4. 一部上場企業（金融業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

表８に、ベースラインにおけるストレスプロフィルと調査した変数の関係を示す。対象者の平均年齢は 42 歳（20–65 歳、SD12）、平均勤務年数は 13 年（0–45 年）であった。1519 人（10.3%）が高ストレス者と判定された。

男性における高ストレス者の頻度は、5.6%であった。高ストレスの男性は、そうでない男性に比べて、やや年齢が高く勤続変数は短かった。高ストレスグループは、販売および顧客対応に従事し、担当者および嘱託職員は、管理職に比べ高ストレス者の割合が高かった。約 12% の高ストレス者が産業保健スタッフによる面接を受けていた。

女性における高ストレス者の頻度は 15.0%であった。高ストレスの女性は、そうでない女性に比して、高齢で勤続期間が長かった。ストレスプロファイルと社内属性の関係は、男性に見られた所見と類似していた。高ストレス者は、販売もしくは顧客対応に従事し、ほとんどが担当者であった。高ストレスの女性の中 11%が、産業保健スタッフの面接を受けていた。

172330 人月（平均 329 日、最小２日、最長 343 日）の追跡期間に、34 人の男性と 35 人の女性が１か月以上の休業を開始した。傷病の内訳は、メンタルヘルス 56 人、循環器疾患８人、脳血管疾患２人、筋骨格系疾患３人であった。男性において、年齢、勤続年数、職種、職位、受検後のインタビューの有無を調整したハザード比は 6.59 であった。女性において、年齢、勤続年数、職種、職位、受検後のインタビューの有無を調整したハザード比は 2.77 であった（表９）。対応する集団寄与危険度は、男性で 23.8% (95%信頼区間: 10.3–42.6) 女性で 21.0% (4.6–42.1)であった。高ストレス者中事後面談は 166 名（10.6%）に行われた。事後面談を行った 166 名中 2 名（1.2%）、事後面談を行わなかった 1353 名中 19 名（1.4%）が休業した。

カプランーマイヤープロットでは、男女ともに有意なグループの差を認めた（図３）。ハザードは、男女ともに追跡期間を通じて累積したが、おおむね受検後２か月で急激に上昇し、９か月以降の増加は見られなかった。男性に比べ、高ストレスでない女性におけるハザード比が上昇していた。

解析をメンタルヘルス不調による休業に絞ると、男女ともに推計ハザード比は上昇した。高ストレス男性の、メンタルヘルス不調による１か月休業の年齢調整ハザード比は 8.69 (3.72–20.32)、すべての変数を調整したハザード比は 8.68 (3.67–20.53)であった。高ストレスの女性においては、年齢調整後のハザード比は 3.67 (1.79–7.54)、すべての変数を調整したハザード比は 3.29 (1.53–7.04)であった。対応する集団寄与危険度は男性で

30.1% (13.0–52.2)、女性で 25.6% (7.4–47.6)であった。

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

表 10 に、ベースラインにおけるストレスプロフィルと調査した変数の関係を示す。

全体で 1047 人（8.9%）が高ストレス者と判定された。ストレスチェックの実施以後、11 名が 1 週間以上の休業(受検者全体の 0.09%;男性８人、女性３人）に入った。傷病の内訳はメンタルヘルス不調７人､筋骨格系疾患１名､循環器疾患１名、その他２名であった。高ストレス者から５人（高ストレス者中 0.5%)、高ストレス者以外の 10683 人から６人（非高ストレス者中 0.06%）が休業を開始しており、両者には統計学的に有意差があった。

性、年齢、勤続年数、職種および雇用形態を調整した高ストレス者のそうでない者に対する休業のオッズ比は 7.51 (2.22–25.33)であった。

男女ともに、高ストレス者はその他の者に比べて若年で勤続年数が短かった。男性では、高ストレス者は､専門技術職で多く管理職で少なかった。女性では、高ストレス者は専門技術職とサービス職で多く事務職で少なかった。雇用形態では、女性で高ストレス者は正社員に多かった。男性における高ストレス者の頻度は 8.4%で、女性では 11.3%であった。高ストレスと休業の関係は、男女ともに有意であった。年齢、勤続年数、職種および雇用形態を調整した高ストレス者のそうでない者に対する休業のオッズ比は、男性では 6.73 (1.57–28.89)、女性では 17.06 (1.38–211.23)で、女性では信頼区間がかなり広くなった（表７）。対応する集団寄与危険割合は､それぞれ 36.7% (9.8–68.4)、33.8% (4.8–71.3)、58.8% (3.3–94.9)であった。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

平均年齢は女性35歳(SD 11)､男性41歳(12)、平均勤務時間は女性９時間(3)､男性 10 時間(2)、平均睡眠時間は男女とも 6 時間(1)であった。

表 11 に､ベースラインにおけるストレスプロフィルと調査した変数の関係を示す。高ストレス者は、非高ストレス者より若年の傾向があったが、男女差、家族構成に差は見られなかった。
104 人（4.6%）が高ストレス者と判定された。ストレスチェックの実施以後、1 年間に抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調による休業を発症した人は 275 人（受検者全体の 12.1%）であった。高ストレス者から 41 人(高ストレス者中 39.4%)、高ストレス者以外の 2173 人から 234 人（非高ストレス者中 10.8%）が抑うつ症状もしくはメンタルヘルスによる休業を開始しており、両者には統計学的に有意差があった。非高ストレス者に比して高ストレス者が抑うつ症状を発症した相対危険を性、年齢を調整したオッズ比で求めたところ、5.1 (3.4-7.8)であった。対応する集団寄与危険割合は 15.8% (9.7-23.8)であった。

7. 高ストレス者抽出基準の変更､職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

男女ともにしたデータセットで、複数のカットオフポイントによるハザード比を算出した結果を表 12 に示す。

クライテリア㋐のストレス反応を 77 から 90 にした場合のハザード比が最も高くはなったが、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイントで算出されるハザード比とほとんど差はなかった。他のクライテリアを増減させたカットオフポイントでは、ハザード比は低値となった。ストレス反応の上４分位をリスクグループとした場合のハザード比は 2.8 であった。

職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版において素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合のリスク推計を表 13 に示す。もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、他の２つの指標も推定リスク値に大きな差はなかった。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

2016 年 2 月にストレスチェックを受検した３事業場の男性 9553 人､女性 2177 人を解析の対象とした（表 10)。

仕事の負担大、資源小のグループにおいて休業者のリスクが高い傾向、事業場レベルの資源の指標についても、疾病休業を予測する傾向が観察された。E 項目群で好ましくない状況は、統計学的に有意に休業リスクが高かった。さらに E 項目群を細分して、項目ごとの解析を行ったところ、当

該職場では、「感情面で負担になる仕事」による休業リスクが統計学的に有意となることが観察された（表 12）。

D. 考察

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

データ構造とフォーマットを作成し、職業性ストレス簡易調査票と疾病休業に係る情報について、過去５年間に蓄積されているものと、ストレスチェック制度施行後向後２年間に収集されるデータを、パネル形式で収集する準備を整えた。合計で 29000 名を超えるデータの提供を得た。

2. 既存データの解析

本研究では厚生労働省が推奨する高ストレス者を選定するための方法では、メンタルヘルス不調による休職を予測することはできなかった。心理的ストレス反応９項目の検査陽性者からは、その後のメンタルヘルス不調による休職リスクが有意に高いことが観察されたが、区間推定の幅（95%信頼区間）はかなり大きかった。

この検討では、調査時点と発症時点の時間的経緯が把握されていない。そのため、調査時近辺での発症か、調査後時間がたってからの発症か情報がなく、調査時点と発症時点間で、介入を含めた環境要因の変化が不明である。実際、この事業場では、ストレス調査結果を基に面接が行われており、高ストレス者の把握が将来の疾病休業発症を予測しなかったことに影響している可能性がある。後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」によって、パネルデータを完備することにより、調査とアウトカム発生の時間関係が正確に把握され、このような限界を補完できる可能性がある。

把握されるケースの数は種々の解析に耐えるほど多くはない。簡略版心身のストレス反応９項目を使用した場合、検査陽性者から２名の疾病休業者が発生した。統計学的には有意であるが、信頼区間が大きく、より大きなサンプルによる検証の必要性が認められたため、研究協力事業場を増やして解析することとした。

結果に影響を与える交絡要因も十分に調整できているとは言い難い。後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」では、事業場で取得可能で、かつ、提供ができるものについては、極力収集する計画を立案した。さらに、十分な対象数があるパネルデータが構築できれば、属性毎の解析や、測定ができない対象者に固有な変数も調整が可能となる（Wooldridge et al, 2010.）。

一方で、前向きの解析からのみでは、疾患を有するケースを、いかに正確に篩い分けることができるかといった、いわゆるスクリーニング特性について検討ができないため、ウェブ調査による横断的解析による情報を補完した。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

ウェブ調査で、ストレス尺度とアウトカム尺度を同時に測定することで、ストレス尺度のスクリーニング特性を推定することとした。1650 名の労働者のサンプルが得られ、職業性ストレス簡易調査票とその簡略版において、厚生労働省が推奨するカットオフポイントと、それを変化させるシミュレーションを行うことで、最適なスクリーニングのヒントを得ることを目的とした。今回、調査対象となった労働者は多様な職種、年齢層を有するものの、我が国の一般労働者を代表するものではない点については留意を要するが、以下のような知見が得られた（Tsutsumi et al., 2017）。

厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、一定のスクリーニング特性が示された。今回の調査対象では、職業性ストレス簡易調査票では、高ストレス者として抽出される頻度は 16.7%であったが、陽性反応的中度は 5 割未満であった。簡略版は、職業性ストレス簡易調査票とほぼ同等のパフォーマンスを有するが、感度が低下し見落としが多くなる可能性に留意する必要が伺われた。職業性ストレス簡易調査票、簡略版ともに、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、陽性尤度比は 6 程度で有益な情報が得られるレベルであった。しかし、臨床上ターゲットとする障害をまず（probable）ルール・インできるような尤度比（10 以上）を示すカットオフポイントはなかった（Jaeschke et al, 1994）。

今回の調査対象では、各調査票における厚生労働省が推奨するカットオフポイントで、15～17 %の高ストレス者が抽出された。カットオフポイントを操作することで、実務に資する所見をまとめると以下のようになると思われる。

職業性ストレス簡易調査票では、ストレス反応

のカットオフポイントを 10 ポイントほど下げるか、もしくは、ストレス要因と周囲のサポートのカットオフポイントを 20 ポイントほど下げることで、スクリーニングパフォーマンスが向上することが示された。しかし、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の３割（32.3%）となり、陽性反応的中度 33%を甘受しなければならない。ストレス反応のカットオフポイントを動かすか、ストレス要因と周囲のサポートのカットオフポイントを動かすかは、面接指導で重点を置くポイント（職場環境改善を重視するなら後者、など）によって決定してよいと思われる。一方で、高ストレス者として抽出する頻度を 10%程度とすると「㋐を規定するストレス反応」90 点をカットオフポイントとすればよいが６割以上のケースの見落としを甘受する必要がある（感度 39.1%）。

簡略版では、ストレス反応のカットオフポイントを 5 ポイントほど下げることで、スクリーニングパフォーマンスが向上することが示された。抽出される高ストレス者は全体の３割、陽性反応的中度も３割であることは、職業性ストレス簡易調査票の成績と変わりはない。高ストレス者として抽出する頻度を 10%程度とするには、「表３の㋐を規定するストレス反応」35 点をカットオフポイントとすればよいが、職業性ストレス簡易調査票における操作同様、６割程度のケースの見落としがある（感度 41.4%）。

職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング機能に関する考察

うつ病等のメンタルヘルス不調をアウトカムとした二次予防の効果は、男女合わせてもエビデンスが少ない事については留意が必要である。うつ病などのスクリーニングの効果については、訓練されたソーシャルワーカーや他のエキスパートによるインテンシブなケアが行われ、ようやく効果が見られたというものがあり（Wang PS, et al., 2007）、事後措置が十分でなければ、スクリーニングは勧められないとされている（U.S. Preventive Services Task Force 2002）。さらに、効率についての限界にも留意が必要である。必ずしも有病率が高くない集団への検査の陽性反応的中度は低い。職場は、一般に、少なくとも就業が可能な労働者の集団であり、ある程度の事前確率が見込まれる対象とは検査のパフォーマンスが異なることに留意が必要である。

尺度特性を知って戦略を立てる事は有用である。ストレスチェック実施者として、自身の所属している事業場の産業保健スタッフ等でのキャパシティに合わせて、カットオフポイントの調節により適切な事後措置の計画を立てることが可能になる。感度を上げる（カットオフポイントを下げる）ことによって、見落としを少なくできる（当然、拾いすぎることによる擬陽性が多くなる）。特異度を上昇させる（カットオフポイントを上げる）ことにより、見落としは多くなるが、疑陽性を少なくさせることができる。さらに、事前の事業場の状況から、（予測）有病率に基づく、計画立案も可能である。

面接指導では一次予防に資する情報収集と職場へのフィードバックを行う本来の主旨を認識しておく。医師による面接指導には、メンタルヘルス不調の評価とともに労働者のストレス等に関する情報収集が含まれる。労働者の個別のケアにかかわること以外に、仕事のストレス要因や支援（修飾要因）の存在など職場環境に関する情報を聴取、把握することにより、職場の環境要因に対する一次予防的なアプローチが可能になる。

4. 一部上場企業（金融業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後１年間の追跡期間で、男女ともに、高ストレス者において、統計学的に有意に１か月以上休業をするリスクが上昇することが観察された。男性高ストレス者のそうでないものに対するハザード比は 6.6 で、女性高ストレス者では 2.8 であった。男女ともに、休業者の 20%以上は、高ストレスが寄与することが推計された。

この集団では、高ストレスの相対危険は男性で女性の２倍以上を示したが、高ストレス者の頻度が女性で多いことから、高ストレスが集団に与える休業発生のインパクト（集団寄与危険割合）は男女でほぼ同様で、この集団で、高ストレスをなくすと、それぞれ 34、35 人の休業者のあった男女ともに７名から８名の休業が予防できると推定された。カプランーマイヤーのプロットを比較すると、女性においては、職業性ストレス簡易調査票で把握されるストレス要因以外で休業を発生する割合が、男性よりも女性で多いことが示唆された。

観察期間中の休業者発生数があまり多くなかったことから、すべての休業発生をアウトカムとして解析したが、リスク推定は、休業者の最も多いメンタルヘルスに敷衍できると考えられた。職業

性ストレス簡易調査票が、仕事のストレス要因のみならずストレス反応を測定するツールであることから、メンタルヘルス不調による休業との間に強い関連が認められたことは了解しやすい。他の身体疾患のリスク評価をするには、1 年という追跡期間では短い可能性がある。

カプランーマイヤープロットの所見から、ストレスチェック後あまり間をおかずに事後措置（面接など）をする必要性が裏付けられた。

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後 1 年間の追跡期間で、男女ともに、高ストレス者において、統計学的に有意に 1 週間以上休業をするリスクが上昇することが観察された。

この集団では、高ストレス者と判定される者の頻度は、男女合わせて 8.9%で、やはり女性において高頻度であったが、大きな差異はなかった。高ストレス者の、そうでない者に対する相対危険（オッズ比）は 7.5 であり、研究 1 と同程度の相対危険が得られた。集団寄与危険割合は 37%と推計され、この集団から高ストレス状態をなくすことで、4 人の休業が予防されると推計された。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後 1 年間の追跡期間で、高ストレス者において、統計学的に有意に、新規の抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調を発症するリスクが上昇することが観察された。

本研究では、調査対象者数が少なかったため男女一緒に解析を行った。高ストレス者の、そうでない者に対する抑うつ症状を含むメンタルヘルス不調を発症する相対危険（オッズ比）は 5.1、集団寄与危険割合は 16 %と推計され、この集団から高ストレス状態をなくすことで、44 人の抑うつ症状を含むメンタルヘルス不調の発症を予防できると推計された。

先行研究において、非高ストレス者に比して高ストレス者が休業者となる調整後相対危険は、男 6.6(3.0-14.3)、女 2.8(1.3-5.8)で、対応する集団寄与危険割合は、23.8%(10.3-42.6)、21.0%(4.6-42.1)（堤 2017; Tsutsumi et al., 2018）、男 6.7(1.6-28.9)、女 17.1(1.4-211.2)、対応する集団寄与危険割合は、36.7%(9.8-68.4)、33.8%(4.8-71.3)、58.8%(3.3-94.9)であった（堤 2017）。休業をアウトカムとして推計される相対危険や寄与危険に対して低い推計値が算出されているが、抑うつ症状の発現だけでは休業まで至らないこと、一方で、ストレスコーピングとしての休業があること(Kristensen 1991)、職業性ストレスを原因とする休業を要する障害がメンタルヘルス以外でも発生すること(Kivimaki et al., 2012; Torp et al., 2001))など、休業というアウトカムが、メンタルヘルス不調の発現よりも、高ストレス状態と非高ストレス状態の対比を際立たせる可能性があるためと考えられる。高ストレス状態で発症し得るメンタルヘルス以外の障害別の検討も必要である。

以上 3 事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する検討から、職業性ストレス簡易調査票で抽出される労働者（高ストレス者）は、そうでない労働者に比して、疾病休業（堤 2017）およびメンタルヘルス不調のリスクが有意に増加することが認められた。高ストレス状態をなくすことで、一定数の休業の防止が可能である。ストレスチェック制度実施マニュアルが示す高ストレス者の判定基準は、予測妥当性の観点から妥当であると考えられた。ただし、今回解析の対象とした事業場は代表的な集団とは言えず、傷病別の解析も不可能であった。また、事業場別の差異もうかがわれた。より頑健なエビデンス構築のため、多職種、大規模な調査の必要がある。

7. 高ストレス者抽出基準の変更、職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

カットオフポイントを移動させた予測妥当性の検討では、クライテリア㋐（表 3）のストレス反応のカットオフポイントを引き上げてリスクグループを絞り込むことで、ハザード比が最高となったが、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルで推奨されている高ストレス者の抽出によるハザード比とほとんど差はなく、信頼区間も推奨カットオフポイントで観察されたリスク推定より広がっていた。カットオフポイントを引き上げることによる感度の低下などを考慮すると、現在推奨されているカットオフポイントは予測妥当性の観点からも至適と考えられた。

ストレス反応の上 4 分位をリスクグループとする操作では、Wada ら（2013）の所見とほぼ同程度のリスクの推定が得られた。

職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版の素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合との比較では、もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、推定リスク値に大きな差はなかった。

以上の結果から、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルが推奨するカットオフポイントは、予測妥当性の観点から妥当であり、職業性ストレス簡易調査票のオリジナル版、簡易版、また、指標の算出法では、回答の点数を単純に合計する方法、素点換算法を使用する方法共に、有用と考えられた。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

職業性ストレス簡易調査票に含まれる項目以外の項目の予測妥当性を検討するために、製造業の労働者 11730 人を対象として、新職業性ストレス簡易調査票を適用し、調査後 1 年間で 1 週間以上の休業者のリスクを検討したところ、新職業性ストレス簡易調査票のうち、情緒的負担、役割葛藤、役割明確さ、成長の機会、新奇性、予測可能性の項目群の不良なグループで統計学的に有意に疾病休業が発生することを観察した。

当該事業場ではこの結果を受けて、E 項目群の項目別に解析を行い、とくに、「感情面で負担になる仕事」の項目が疾病休業を予測することが明らかになり、対策に検討されることになった。

労働者の休業リスクとして、職業性ストレス簡易調査票以外の要因があること、また、事業場のニーズに応じて、個別の集計により対策を立てることができることが示された。

E. 結論

職業性ストレス簡易調査票は、メンタルヘルス不調者のスクリーニングツールとして、有益な情報を提供する。マニュアルで推奨されるクライテリアで抽出される高ストレス者のうち、２次的なスクリーニングが必要な頻度は、半数未満と推定された。職業性ストレス簡易調査票の簡略版を用いた検査でも同様のスクリーニングパフォーマンスが期待されるが、職業性ストレス簡易調査票に比べて感度がやや低下する。職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング効率と高ストレスの集団寄与危険割合を考慮すると、二次予防的な方策に一定の限界が存在することは自明である。ストレスチェック制度の下では、医師の面接指導も含めて、一次予防に資する情報収集と集団分析を合わせた事後措置が求められるとともに、職業性ストレス簡易調査票で把握される以外の要因が存在することにも留意し、ストレスチェック制度を一つのツールとしながら対策を立てていくことが重要である。

ストレスチェック制度実施マニュアルが示す高ストレス者の判定基準は、予測妥当性の観点から妥当であり、職業性ストレス簡易調査票のオリジナル版、簡易版、また、指標の算出法では、回答の点数を単純に合計する方法、素点換算法を使用する方法共に、有用と考えられた。

高ストレス者の頻度、健康影響および集団に対するインパクトは、事業場によって異なるものの、高ストレスによる健康障害は統計学的に有意なインパクトを有することが明らかとなり、ストレスチェック制度で推奨される高ストレス者の判定基準は妥当であり、ストレスチェックに基づくストレス対策を行うことの合理性を支持するものと考えられた。一方で、マニュアルで推奨される基準で把握される高ストレス以外で健康障害を予測するストレス要因があることを認識し、管理監督者や労働者の意見を聞くなどして有害要因の把握と対策に努めることが大切である。職業性ストレス調査票を利用するのであれば尺度毎の解析を行うことや、新職業性ストレス簡易調査票を利用することも可能である。

ストレスチェックプログラム実施において、職業性ストレス簡易調査票に関わるエビデンスとしては、高ストレス者をスクリーニングし、彼らに医師との面接の機会を与えることでメンタルヘルスの課題の予防となるのか、プログラムに関連して、管理監督者教育を含み、職場環境を改善することにより、労働者のメンタルヘルスに寄与するのか、といった課題について検証作業が残っている。

以上の検討を通じて得られた成果をまとめたポイントを表 15 に挙げた。さらに、職業性ストレス簡易調査票に関するエビデンスを基に、産業保健スタッフおよび労働者向けにストレスチェックの考え方について情報提供するリーフレットを作成した（付図）。

F．健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 堤　明純. ストレスチェック制度の有効活用. 地方公務員 安全と健康フォーラム. 2015.10.11-15
2) 堤　明純. 職場環境改善とポジティブ・メンタルヘルスの有効性. 産業保健２１. 2015.10 第 82 号 2-5
3) 堤　明純. メンタルヘルス対策とストレスチェック制度. 予防医学. 2015; 57 (12): 15-18.
4) Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. J Occup Health. 2016;58(1):1-6.
5) 堤　明純. 職場におけるメンタルヘルス不調のスクリーニング. 総合健診. 2016; 43: 313-319.
6) 堤　明純. Medical Practice ワンポイントアドバイス「職場におけるストレスチェックの留意点」. Medical Practice 2016. 33 (4): 663
7) 堤　明純. 集団分析の活用と職場改善の方法. Vita. 2016. 33 (2): 41-46
8) 堤　明純. ストレスチェックを活かすーストレスチェックの結果を職場環境改善に活かすための進め方. 安全と健康 2016; 17(10)968-971.
9) 堤　明純. 職業性ストレス研究のトピックスー代表的な職業性ストレスモデルの動向と注目されている心理社会的要因―努力-報酬不均衡モデル. ストレス科学. 2016; 31(1):12-20.
10) 堤　明純. ストレスチェック制度導入から一年 ― 見えてきた課題と今後の有効活用のために. 健康かながわ. 第 585 号. 2016.12.
11) 堤　明純.働く女性のストレスとメンタルヘルス不調　2　職業性ストレスによるメンタルヘルス不調の男女差. 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア. 丸山総一郎編. 創元社, 大阪, pp127-136
12) 堤　明純. ストレスチェック制度―その有効な活用を目指して. けんこう福岡. 2017; no. 52: 10-11.
13) 堤　明純. メンタルヘルス不調と検査. 臨床検査 2017；61（6）：698-703
14) Tsutumi A. Work Stress and Health: The Case of Japan. In. Siegrist J, Wahrendorf M (Eds.): Work Stress and Health in a Globalized Economy--The Model of Effort-Reward Imbalance, Springer, Duesserdolf pp.173-188.
15) Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? JOH. 2017; 59: 356-360
16) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Odagiri Y. Psychometric assessment of a scale to measure bonding workplace social capital. PLOS One 2017; 12(6): e0179461
17) 堤　明純. ストレスチェック制度-現状と課題. ストレスチェックプログラムで推奨されている高ストレス者判定の妥当性. 医学のあゆみ 2017; 263(3): 234-240
18) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. Journal of Occupational Health 2018; 60: 55-63
19) 堤　明純. 【特集】ハラスメント対策と産業保健. ハラスメントがメンタルヘルスに及ぼす影響と、産業保健スタッフに求められる対処. 産業保健２１. 2018.1 第 91 号 5-7
20) 堤　明純. 科学的根拠に基づいたストレスチェック質問票判定基準の考え方. 行動医学研究 2018; 23(2): 76-81
21) 堤　明純. ストレスチェック制度―実施方法と制度導入に関する科学的根拠. ストレスチェック制度の科学的根拠：職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性. ストレス科学（印刷中）
22) 堤　明純. ストレスチェック制度とは何か―ストレスチェック制度で使用される職業性簡易ストレス調査票の妥当性. ストレス科学（印刷中）
23) 堤　明純. 職業性ストレス簡易調査票の妥当性. 予防精神医学（刊行予定）

2. 学会発表

1) 堤　明純：職業性ストレスモデルと評価

の展開．第 88 回日本産業衛生学会教育講演 2015 年 5 月 14 日，大阪
2) 堤　明純：ストレスチェック～その意義と活用. 産業保健研究会 2015 年 6 月 18 日，東京
3) 堤　明純：過労死等防止のためのストレス対策．過労死等防止対策推進シンポジウム 2015 年 11 月 1 日，横浜
4) 堤　明純：職場におけるメンタルヘルス対策 Update. 平成 27 年度日本産業衛生学会東海地方会特別講演 2015 年 11 月 14 日，名古屋市
5) 堤　明純：ストレスチェックの意義と活用．第 59 回中国四国合同産業衛生学会特別講演 2015 年 12 月 6 日，松山市
6) 堤　明純：過労死等防止のためのストレス対策．過労死等防止対策推進シンポジウム 2015 年 12 月 7 日，さいたま市
7) 堤　明純：ストレスチェックの運用　とくに事後措置について．長野県産業医学大会特別講演 2015 年 12 月 19 日，松本市
8) 堤　明純：近年のメンタルヘルス対策の動向．第 1 回日本産業衛生学会中国地方会研究会特別講演 2016 年 2 月 13 日，岡山市
9) 堤　明純：職場におけるストレスチェックの活用．東京認知行動療法アカデミー第 41 回ワークショップ 2016 年 4 月 17 日
10) 堤　明純：メンタルヘルス研究の未来．第 89 回日本産業衛生学会メインシンポジウム 1. 2016 年 5 月 25 日，福島
11) 堤　明純：職業性ストレス研究の展開．第 89 回日本産業衛生学会教育講演 1 3 2016 年 5 月 27 日，福島
12) 堤　明純：ストレスチェック質問票の判定基準に関する検討．第 75 回日本公衆衛生学会総会 2016 年 10 月 26 日，大阪
13) 堤　明純：過労死等防止のためのストレス対策．過労死等防止対策推進シンポジウム 2016 年 11 月 9 日，東京
14) 堤　明純：過労死防止対策について．平成 28 年度（第 21 回）産業保健調査研究発表会 2016 年 11 月 10 日，東京
15) 堤　明純、矢内美雪：ストレスチェック制度における事業所内外の連携．日本産業ストレス学会シンポジウム「ストレスチェック制度における事業場内外の連携」（座長）2016 年 11 月 26 日，東京
16) Tsutsumi A, Eguchi H, Odagiri Y, Inoue A：Developing of Japanese version of workplace social capital scale．International Congress of Behavioral Medicine 2016 年 12 月 7 日，Melbourne
17) 堤　明純：ストレスチェック結果を活かしたストレス・コントロールとは．中災防平成 28 年度心の健康づくりシンポジウム（座長）2016 年 2 月 15 日，東京
18) 堤　明純:セルフケア・ラインケア教育．中災防平成 28 年度心の健康づくりシンポジウム（座長）2016 年 2 月 15 日，東京
19) 堤　明純：シンポジウム④ストレスチェック制度実施上の留意点．科学的根拠に基づいたストレスチェック質問票判定基準の考え方．第 23 回日本行動医学会学術総会 2017 年 3 月 18 日，沖縄県国頭郡恩納村
20) 堤　明純：ストレスチェックにおける高ストレス者抽出基準の特性についての検討．第 90 回日本産業衛生学会総会 職業性ストレス調査票ユーザーズクラブ 2017 年 5 月 12 日 東京
21) 堤　明純：ストレスチェックにおける高ストレス者抽出基準の特性についての検討. 第 90 回日本産業衛生学会総会 2017 年 5 月 13 日 東京
22) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. Prospective validity of a screening tool recommended for Japanese Stress Check Program at worksite. The 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017), August 19-22, 2017, Saitama
23) 堤　明純：ストレスチェックに関するエビデンス．第 82 回文天ゼミ 2017 年 9 月 26 日 東京
24) 堤　明純：ストレスチェック制度で使用される職業性簡易ストレス調査票の妥当性．日本ストレス学会第 33 回学術総会 教育講演 1 2017 年 10 月 22 日 大阪

25) 堤　明純：ストレスチェック―調査票、採点方法の違いによって予測力は変わるのか？第 76 回日本公衆衛生学会総会 2017 年 11 月 1 日 鹿児島
26) 堤　明純：職業性ストレス簡易調査票の科学的根拠．第 24 回日本行動医学会学術総会 シンポジウム 1 ストレスチェック制度の科学的根拠と効果的運用：行動医学はどう貢献できるか 2017 年 12 月 1 日 東京
27) 堤　明純：職業性ストレス簡易調査票の妥当性．第 21 回日本精神保健・予防学会学術集会シンポジウム ストレスチェック制度を活かした職場におけるメンタルヘルス不調の一次予防、～現状と課題～ 2017 年 12 月 10 日 沖縄
28) 堤　明純：ストレスチェック制度とこれからの心の健康づくり．第 52 回日本成人病（生活習慣病）学会学術集会 シンポジウム 3『職域におけるメンタルヘルスケア』2018 年 1 月 14 日 東京
29) 堤　明純：ストレスチェックと職場環境改善について．京都復職支援ネットワーク事業研修会 仕事のストレス対策としての有効性と課題 2018 年 2 月 7 日 京都
30) 堤　明純．ストレスチェックに関する科学的根拠. 淳風会健康管理センター 第 1 回保健事業報告懇談会 労働力人口減少時代における「働く世代の健康増進」2018 年 2 月 15 日 岡山
31) 堤　明純：ストレスチェック制度の効果的な運用に向けて．メンタルヘルス・マネジメント®検定試験 I 種合格者フォーラム第 11 回交流会（東京）「ストレスチェックで生産性が高まった！」～ 効果的な分析・活用方法 ～【基調講演】 2018 年 3 月 25 日 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 引用文献リスト

Day LE. Confidence limits made easy: interval estimation using a substitution method. Am J Epidemiol 1998; 147(8): 783-790.

Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res 2008; 17, 152–8.

Huang Y, Xu S, Hua J, Zhu D, Liu C, Hu Y, et al. Association between job strain and risk of incident stroke: A meta-analysis. Neurology. 2015;85(19):1648-54.

Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL: Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1994;271(9):703-7.

Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. Int J Methods Psychiatr Res 2010; 19: 4–22.

Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012;380(9852):1491-1497.

厚生労働省．労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル. 2015. http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf

Kristensen　TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. Social Science & Medicine. 1991; 32 (1): 15-27.

Sommer TG1, Svendsen SW, Frost P. Sickness absence and permanent work disability in relation to upper- and lower-body pain and occupational mechanical and psychosocial exposures. Scand J Work Environ Health. 2016 Jun 1;42(6):481-489. doi: 10.5271/sjweh.3600. Epub 2016 Oct 13.

Theorell T, Jood K, Jarvholm LS, et al. A

systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. Eur J Public Health. 2016;26(3):470-7.
東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野. 健康いきいき職場づくりフォーラム (https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/)
Torp S, Riise T, Moen BE. The impact of psychosocial work factors on musculoskeletal pain: a prospective study. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2001; 43: 120-126.
堤　明純：科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定. 平成27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「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（Ｈ２７－労働－一般－００４主任：川上憲人）分担研究報告書
堤　明純：科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定. 平成28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「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（Ｈ２７－労働－一般－００４主任：川上憲人）分担研究報告書 2017
Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? JOH. 2017; 59: 356-360
Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. Journal of Occupational Health 2018; 60: 55-63
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Am Fam Physician. 2002;66(4):647-50.
Wada K, Sairenchi T, Haruyama Y, Taneichi H, Ishikawa Y, Muto T. Relationship between the onset of depression and stress response measured by the Brief Job Stress Questionnaire among Japanese employees: a cohort study. PLoS One. 2013;8(2):e56319. doi: 10.1371/journal.pone.0056319. Epub 2013 Feb 12.
Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. JAMA. 2007;298(12):1401-11.
Wooldridge J M. Econometric analysis of cross section and panel data, 2nd edition. Cambridge, MA: The MIT Press 2010.

表１．後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」における観察予定項目

(1)　対象者背景情報（人事データ）

・年齢　・職種および所属部署
・性別　・職位
・教育歴　・既往歴

(2)　調査票データ

・職業性ストレス簡易調査票による調査結果

(3)　健康関連情報

事業場が把握している下記の健康障害に関する疾病休業年月日

・メンタルヘルス不調
・循環器疾患
・筋骨格系疾患

(4)　そのほか

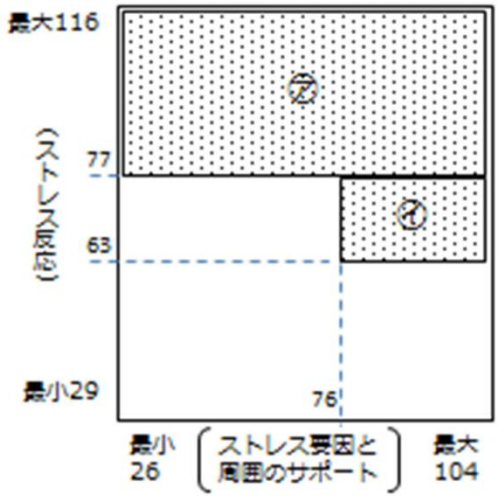
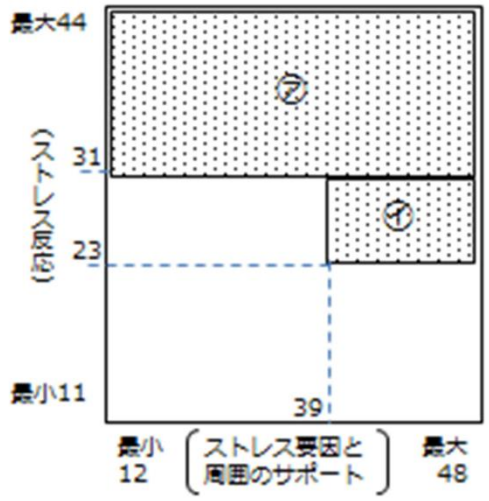
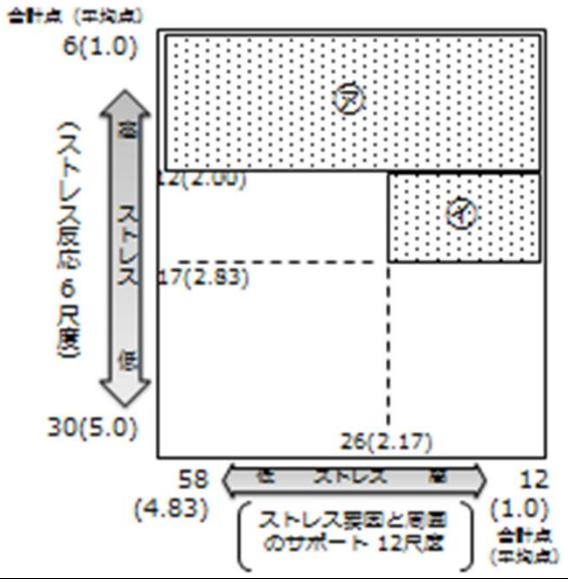
事業場における調査後の介入の有無（特に法施行後の面接指導の実施）

表２．後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」におけるデータ収集スケジュール

					第１回データ収集	第２回データ収集	第３回データ収集	研究終了
2010.12.1[1)]					2015.12.1[2)]	2016.12.1	2017.12.1	2018.3.31
	後ろ向き観察期間					前向き観察期間		
観察項目[3)]								
（１）人事データ	○	○	○	○	○	○	○	
（２）調査票データ	○	○	○	○	○	○	○	
（３）健康関連情報	○	○	○	○	○	○	○	

1)　事業場が提供可能な期間に限る（最大５年間）
2)　ストレスチェック制度施行開始日。ただし、倫理委員会承認時期によって繰り延べ。
3)　経年的に蓄積される観察項目は、事業場で、個人同定可能な情報を削除して、研究者に提供される。

表３．予備解析に用いた曝露指標（職業性ストレス簡易調査票から作成されるカテゴリ）

1) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下の A)または B)のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（29 項目）の合計点数（ストレスが高い方が 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点数が 77 点以上である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（17 項目）および「周囲のサポート」（9 項目）の合計点数（ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点が 76 点以上であって、かつ、「心身のストレス反応」の合計点数が 63 点以上である者を高ストレスとする。	
2) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下の A)または B）のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（11 項目）の合計点数（ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点数が 31 位点以上である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（6 項目）および「周囲のサポート」（6 項目）の合計点数（ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点が 39 点以上であって、かつ、「心身のストレス反応」の合計点数が 23 点以上である者を高ストレスとする。	
3) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下の A)または B）のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（29 項目）の 6 尺度（活気、イライラ感、不安感、抑うつ感、疲労感、身体愁訴）について、要素換算表により 5 段階評価（ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点）に換算し、6 尺度の合計点が 12 点以下（平均点が 2.00 点以下）である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（17 項目）の 9 尺度（仕事の量、仕事の質、身体的負担度等）および「周囲のサポート」（9 項目）の 3 尺度（上司からのサポート、同僚からのサポート等）の計 12 尺度について、素点換算表（P37）により 5 段階評価（ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点）に換算し、12 尺度の合計点が 26 点以下（平均点が 2.17 点以下）であって、かつ、「心身のストレス反応」の 6 尺度の合計点が 17 点以下（平均点が 2.83 点以下）である者を高ストレスとする。	

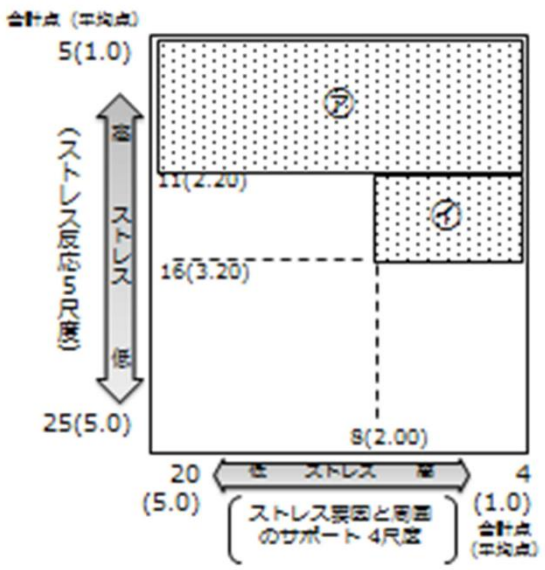
4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下の A) または B)のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価する） A) 「心身のストレス反応」（11 項目）の 5 尺度（不安感、抑うつ感、疲労感、食欲、不眠）について、要素換算表により 5 段階評価（ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点）に換算し、5 尺度の合計点が 11 点以下（平均点が 2.20 点以下）である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（6 項目）の 2 尺度（仕事の量、コントロール度）および「周囲のサポート」（6 項目）の 2 尺度（上司からのサポート、同僚からのサポート）の計 4 尺度について、素点換算表（P38）により 5 段階評価（ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点）に換算し、4 尺度の合計点が 8 点以下（平均点が 2.00 点以下）であって、かつ、「心身のストレス反応」の 5 尺度の合計点が 16 点以下（平均点が 3.20 点以下）である者を高ストレスとする。	
5) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）で操作される「心身のストレス反応」（29 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする、を算出し、合計点数が 77 点以上である者を高ストレスとする	
6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」（11 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする、を算出し、合計点数が 31 点以上である者を高ストレスとする。	
7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた（9 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする、を算出し、合計点数が 27 点以上である者を高ストレスとする。	

表４．職業性ストレス簡易調査票およびその簡略版から作成されるカテゴリで抽出される高ストレス者におけるメンタルヘルス不調によって休業する労働者が発生するリスク（オッズ比および 95%信頼区間）（労働者 1035 人における 4 年間の追跡結果）

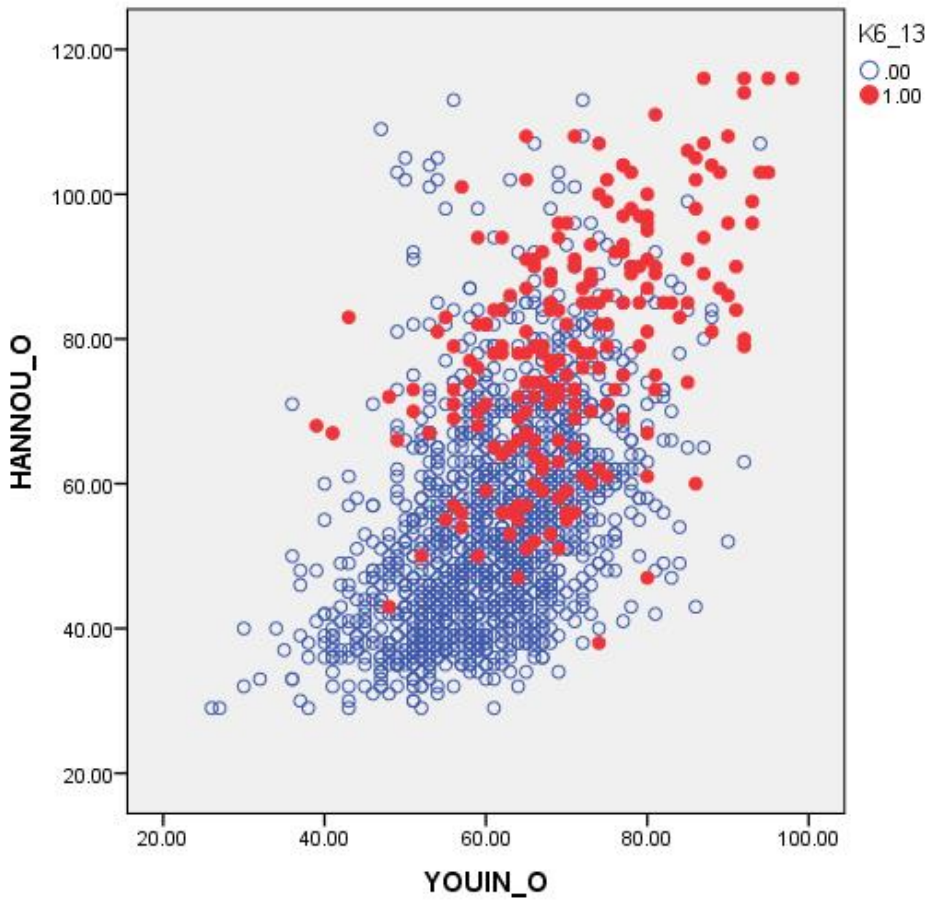
		Incidence	Incidence		OR (95%CI)*
	Test	+	-	Total	
1)	+	0	77	77	NA
	-	8	946	954	
	Total	8	1024	1031	
2)	+	1	68	69	1.9 (0.2-15.3)
	-	7	958	965	
	Total	8	1026	1034	
3)	+	0	85	85	NA
	-	8	942	950	
	Total	8	1027	1035	
4)	+	2	125	127	2.1 (0.4-10.8)
	-	6	900	906	
	Total	8	1027	1033	
ストレス反応のみを利用した解析					
5)	+	0	63	63	NA
	-	8	963	971	
	Total	8	1026	1034	
6)	+	2	370	372	1.6 (0.3-7.9)
	-	6	657	663	
	Total	8	1027	1035	
7)	+	2	20	22	15.7 (2.9-86.5)
	-	6	1007	1013	
	Total	8	1027	1035	

1) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
2) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
3) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合
4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合
5) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）で操作される「心身のストレス反応」（29 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」（11 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版（23 項目）で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた（9 項目）の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
* 性・年齢を調整したオッズ比と 95 パーセント信頼区間（高リスク者にアウトカムが発生し、計算が可能であった場合）

表５．ウェブ調査回答者の属性

属性	n	%
性別		
男性	825	50
女性	825	50
教育歴		
中学校卒業	20	1.2
高校中退・卒業	401	24.3
短大・高専・専門学校中退・卒業	424	25.7
大学中退・卒業	721	43.7
大学院中退・修了	82	5
その他	2	0.1
雇用形態		
経営者・役員	47	2.8
正社員	938	56.8
契約社員	163	9.9
パートタイム労働者	453	27.5
派遣労働者	46	2.8
臨時・日雇労働者	3	0.2
職業分類		
管理職（課長職以上）	164	9.9
専門職（研究職、技師，コンピューターエンジニア，教員など）	198	12
技術者（電気技術者，コンピューター技術者，栄養士など）	101	6.1
事務職（一般事務員，経理，秘書，キーパンチャーなど）	520	31.5
サービス（販売員，保安員，ウェイトレス，保育，介護者など）	317	19.2
技術を必要とする生産技能職（建築，機械修理，整備，手工芸など）	58	3.5
機械を操作する生産技能職（機械の運転・操作，自動車の運転など）	58	3.5
身体を使う作業の多い生産技能職（包装，出荷，清掃など）	151	9.2
その他の仕事	83	5
世帯収入（税込）		
299 万円以下	315	19.1
300-499 万円	464	28.1
500-799 万円	497	30.1
800-999 万円	193	11.7
1000-1499 万円	143	8.7
1500 万円以上	38	2.3

図１．職業性ストレス簡易調査票 57 項目を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布（n=1650）

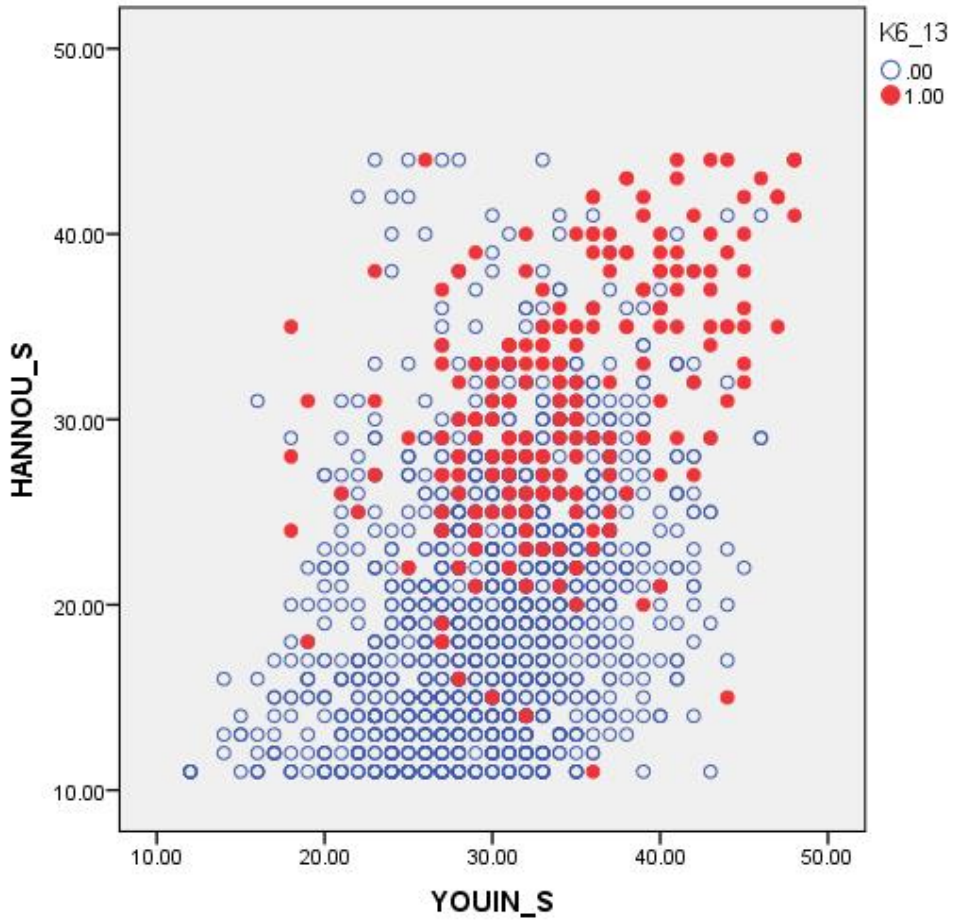


図注
YOUIN_O: 職業性ストレス簡易調査票 57 項目（オリジナル）におけるストレス要因と周囲のサポート（得点範囲 26～104 点）
HANNOU_O: 職業性ストレス簡易調査票 57 項目（オリジナル）におけるストレス反応（得点範囲 29～116 点）
○：K6 得点 13 点未満の参加者、●：K6 得点 13 点以上の参加者

表６．K6 得点 13 点以上をケースと想定し職業性ストレス簡易調査票の各カットオフポイントを移動させた場合のスクリーニングパ特性の変化（n=1650）

カットオフ	㋐の頻度	㋐+㋑の頻度	感度 (%)	特異度 (%)	Youden Index	AUC	陽性反応的中度	陰性反応的中度	陽性尤度比	陰性尤度比
㋐を規定するストレス反応										
29	100.0	100.0	100.0	NA	NA	0.500	13.0	NA	NA	NA
30	99.6	99.6	100.0	0.4	0.004	0.502	13.1	100.0	1.0	0.0
35	97.2	97.2	100.0	3.3	0.033	0.516	13.4	100.0	1.0	0.0
40	86.5	86.5	99.5	15.5	0.150	0.575	15.0	99.6	1.2	0.0
45	74.8	74.8	99.1	28.8	0.279	0.639	17.2	99.5	1.4	0.0
50	62.8	62.8	98.1	42.4	0.405	0.703	20.3	99.3	1.7	0.0
55	52.8	52.8	94.4	53.4	0.478	0.739	23.3	98.5	2.0	0.1
60	41.6	41.6	87.4	65.2	0.526	0.763	27.4	97.2	2.5	0.2
65	32.1	32.3	81.9	75.1	0.570	0.785	33.0	96.5	3.3	0.2
70	24.1	25.1	74.4	82.3	0.567	0.784	38.6	95.6	4.2	0.3
75	16.3	18.1	62.8	88.6	0.514	0.757	45.3	94.1	5.5	0.4
77 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
80	11.9	14.3	51.6	91.3	0.429	0.715	47.0	92.6	5.9	0.5
85	8.4	11.3	44.7	93.7	0.384	0.692	51.3	91.9	7.1	0.6
90	5.7	9.7	39.1	94.7	0.338	0.669	52.5	91.2	7.4	0.6
95	3.8	8.5	34.4	95.3	0.297	0.649	52.5	90.7	7.3	0.7
100	2.6	8.1	33.0	95.7	0.287	0.644	53.4	90.5	7.7	0.7
105	1.3	7.3	31.2	96.3	0.275	0.637	55.8	90.3	8.4	0.7
110	0.5	6.8	29.8	96.7	0.265	0.632	57.1	90.2	9.0	0.7
115	0.2	6.7	29.8	96.8	0.266	0.633	58.2	90.2	9.3	0.7
116	0.0	6.7	29.8	96.8	0.266	0.633	58.2	90.2	9.3	0.7
㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート										
29	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
30	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
35	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
40	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
45	14.7	18.7	61.9	87.7	0.496	0.748	43	93.9	5.0	0.4
50	14.7	18.4	61.4	88.1	0.495	0.747	43.6	93.8	5.2	0.4
55	14.7	18.0	61.4	88.5	0.499	0.749	44.4	93.9	5.3	0.4
60	14.7	17.5	61.4	89.1	0.505	0.753	45.8	93.9	5.6	0.4
63 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
65	14.7	16.4	60.5	90.2	0.507	0.753	48	93.8	6.2	0.4
70	14.7	15.7	59.5	90.9	0.504	0.752	49.4	93.7	6.5	0.4
75	14.7	14.9	58.1	91.6	0.497	0.749	50.8	93.6	6.9	0.5
77	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
㋒を規定するストレス反応										
26	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
30	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
35	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
40	14.7	34.7	83.3	72.5	0.558	0.779	31.2	96.7	3.0	0.2
45	14.7	34.7	82.8	72.5	0.553	0.777	31.1	96.6	3.0	0.2
50	14.7	34.3	81.9	72.8	0.547	0.773	31.1	96.4	3.0	0.2
55	14.7	32.8	80.5	74.4	0.549	0.774	32	96.2	3.1	0.3
60	14.7	29.9	77.2	77.1	0.543	0.772	33.6	95.8	3.4	0.3
65	14.7	26.5	73.5	80.5	0.54	0.770	36.1	95.3	3.8	0.3
70	14.7	21.0	65.1	85.6	0.507	0.754	40.5	94.2	4.5	0.4
75	14.7	17.1	60.9	89.5	0.504	0.752	46.5	93.9	5.8	0.4
76 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
80	14.7	15.8	59.1	90.7	0.498	0.749	48.8	93.7	6.4	0.5
85	14.7	14.9	57.7	91.5	0.492	0.746	50.4	93.5	6.8	0.5
90	14.7	14.7	57.2	91.6	0.488	0.744	50.6	93.5	6.8	0.5
95	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
100	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
104	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5

図２．職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布（n=1650）



図注
YOUIN_S: 職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目におけるストレス要因と周囲のサポート（得点範囲 12～48 点）
HANNOU_S: 職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目におけるストレス反応（得点範囲 11～44 点）
○：K6 得点 13 点未満の参加者、●：K6 得点 13 点以上の参加者

表 7．K6 得点 13 点以上をケースと想定し、職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニング特性の変化（n=1650）

カットオフ	㋐の頻度	㋐+㋑の頻度	感度 (%)	特異度 (%)	Youden Index	AUC	陽性反応的中度	陰性反応的中度	陽性尤度比	陰性尤度比
㋐を規定するストレス反応										
11	100.0	100.0	100.0	–	–	0.500	13.0	–	#VALUE!	#VALUE!
15	75.9	75.9	99.1	27.5	0.266	0.633	17	99.5	1.4	0.0
20	53.6	53.6	95.3	52.7	0.48	0.740	23.2	98.7	2.0	0.1
25	31.9	32.3	84.2	75.5	0.597	0.798	34	97	3.4	0.2
30	15.5	17.4	59.5	88.9	0.484	0.742	44.6	93.6	5.4	0.5
31 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
35	7.2	10.3	41.4	94.4	0.358	0.679	52.4	91.5	7.4	0.6
40	2.8	7.6	30.2	95.7	0.259	0.630	51.6	90.2	7.0	0.7
44	0.7	6.5	26	96.4	0.224	0.612	52.3	89.7	7.2	0.8
㋑を規定するストレス要因と周囲のサポート										
11	13.2	17.4	56.7	88.5	0.452	0.726	42.5	93.2	4.9	0.5
15	13.2	17.0	56.7	88.9	0.456	0.728	43.4	93.2	5.1	0.5
20	13.2	16.2	56.3	89.8	0.461	0.731	45.3	93.2	5.5	0.5
23 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
25	13.2	14.8	55.3	91.2	0.465	0.733	48.6	93.2	6.3	0.5
30	13.2	13.3	52.6	92.6	0.452	0.726	51.6	92.9	7.1	0.5
31	13.2	13.2	52.6	92.8	0.454	0.727	52.1	92.9	7.3	0.5
㋑を規定するストレス反応										
12	13.2	39.7	89.3	67.7	0.57	0.785	29.3	97.7	2.8	0.2
15	13.2	39.7	89.3	67.7	0.57	0.785	29.3	97.7	2.8	0.2
20	13.2	39.5	88.4	67.8	0.562	0.781	29.1	97.5	2.7	0.2
25	13.2	37.9	87	69.5	0.565	0.782	29.9	97.3	2.9	0.2
30	13.2	31.3	78.1	75.7	0.538	0.769	32.6	95.9	3.2	0.3
35	13.2	21.0	63.7	85.4	0.491	0.745	39.5	94	4.4	0.4
39 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
40	13.2	14.6	54.4	91.4	0.458	0.729	48.5	93	6.3	0.5
45	13.2	13.3	52.6	92.6	0.452	0.726	51.6	92.9	7.1	0.5
48	13.2	13.2	52.6	92.8	0.454	0.727	52.1	92.9	7.3	0.5

#: 厚生労働省が推奨するカットオフポイント

表８．予測妥当性を検討した一部上場金融業労働者の属性

	男性（n=7341）			女性(n=7345)		
	高ストレス	その他	p-値	高ストレス	その他	p-値
参加者数	411	6930		1105	6240	
平均年齢	48.5	47.5	.06	36.9	35.3	<.001
平均勤続年数	12.6	14.0	<.01	12.2	10.9	<.001
職種, n (%)						
販売	144 (35.0)	2924 (42.2)	<.01	583 (52.8)	3383 (54.2)	<.001
顧客対応	196 (47.7)	2753 (39.7)		403 (36.5)	1903 (30.5)	
管理	71 (17.3)	1244 (18.0)		119 (10.8)	950 (15.2)	
その他	0 (0.0)	9 (0.1)		0 (0.0)	4 (0.1)	
職位, n (%)						
担当者	156 (38.0)	2342 (33.8)	<.001	1005 (91.0)	5543 (88.8)	<.01
マネージャー	80 (19.5)	2117 (30.5)		8 (0.7)	138 (2.2)	
シニア	14 (3.4)	443 (6.4)		7 (0.6)	93 (1.5)	
嘱託	161 (39.2)	2019 (29.1)		85 (7.7)	462 (7.4)	
その他	0 (0.0)	9 (0.1)		0 (0.0)	4 (0.1)	
検査後面談の有無						
実施	49 (11.9)	6 (0.1)	<.001	116 (10.5)	6 (0.1)	<.001
実施せず	362 (88.1)	6924 (99.9)		989 (89.5)	6234 (99.9)	

連続変数は t-検定、名義変数はカイ二乗検定を実施。

表９．職業性ストレス簡易調査票によるストレスプロフィルと１ヶ月以上休業発症の関係（コックス比例ハザードモデルによる解析）

	人月	イベント数	1000 人月あたり休業率	率比（95% 信頼区間）	
				年齢調整	年齢、勤続年数、職種、職位、受検後面談調整
男性（n=7341）					
高ストレス	4681	9	1.92	6.13 (2.86-13.13)	6.59 (3.04-14.25)
その他（基準）	81092	25	0.31	1.00	1.00
女性（n=7345）					
高ストレス	12946	12	0.93	3.11 (1.54-6.26)	2.77 (1.32-5.83)
その他（基準）	73610	23	0.31	1.00	1.00

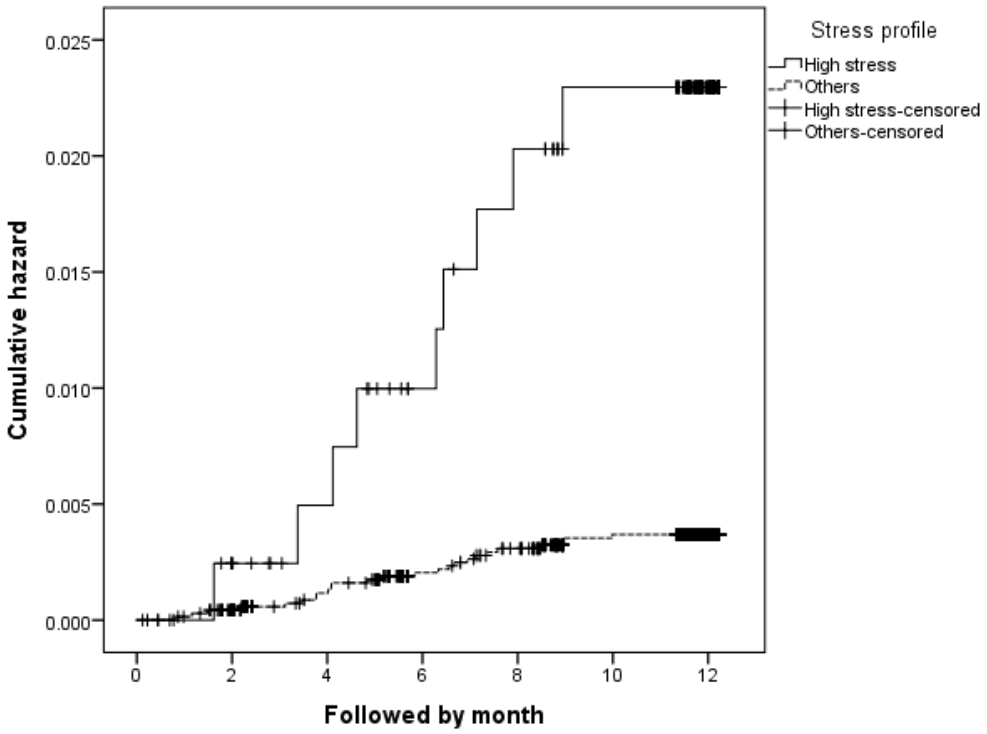
表 10. 予測妥当性を検討した一部上場製造業労働者の属性

	男性					女性				
	高ストレス		その他		p-値	高ストレス		その他		p-値
参加者数	801		8752			246		1931		
平均年齢	44.9		46.7		<.001	42.0		43.7		<.01
平均勤続年数	18.1		20.6		<.001	14.9		16.7		<.05
職種 (%)										
サービス職	18	(2.2)	109	(1.2)	<.001	29	(11.8)	118	(6.1)	<.05
運輸・通信職	0	(0.0)	8	(0.1)		1	(0.4)	3	(0.2)	
営業販売職	49	(6.1)	562	(6.4)		8	(3.3)	113	(5.9)	
管理職	100	(12.5)	1990	(22.7)		6	(2.4)	66	(3.4)	
事務職	105	(13.1)	998	(11.4)		111	(45.1)	1011	(52.4)	
生産工程･労務職	25	(3.1)	223	(2.5)		5	(2.0)	31	(1.6)	
専門技術職	401	(50.1)	4098	(46.8)		50	(20.3)	358	(18.5)	
その他	103	(12.9)	764	(8.7)		36	(14.6)	231	(12.0)	
雇用形態					ns					<.05
その他	9	(1.1)	160	(1.8)		11	(4.5)	162	(8.4)	
正社員	792	(98.9)	8592	(98.2)		235	(95.5)	1769	(91.6)	
診断書を有する 1 週間以上休職					<.05					
あり	3	(0.4)	5	(0.1)		2	(0.8)	1	(0.1)	<.05
なし	798	(99.6)	8747	(99.9)		244	(99.2)	1930	(99.9)	

表 11. 予測妥当性を検討した教育機関労働者の属性

		高ストレス	その他	p-値
N		104	2173	
性	男	34	859	N.S.
	女	70	1314	
平均年齢（標準偏差）		34.6 (9.9)	37.2 (11.6)	0.02
家族構成				
	家族と同居	61	1351	N.S.
	単身赴任	1	15	
	独居	33	647	
	寮	5	60	
	その他	0	17	

図３．ストレスチェックプログラムによる高ストレス者とそれ以外の労働者の１年間追跡における１ヶ月以上疾病休業の蓄積ハザード比（カプランマイヤー解析；上図　男性、下図　女性）



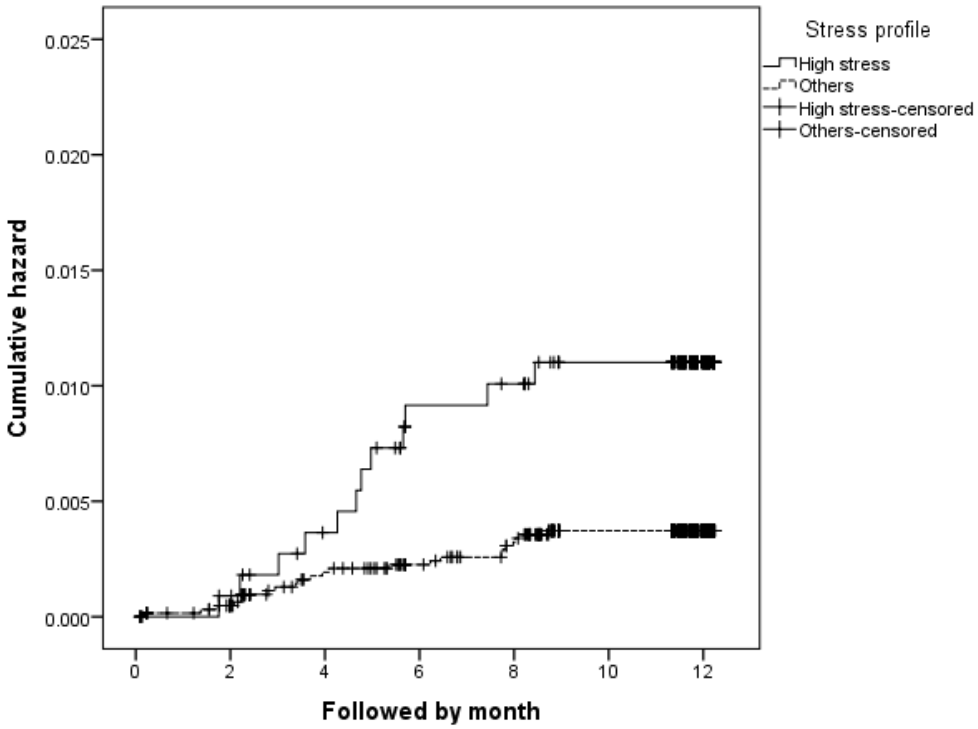


表 12. 職業性ストレス簡易調査票のカットオフポイントを変更した場合のハザード比（95%信頼区間）の変化

カットオフポイント	ハザード比（95%信頼区間）	
	性、年齢調整後	性、年齢、職種、職位、事後面談調整後
労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイント	4.05 (2.39-6.89)	4.04 (2.34-6.98)
クライテリア㋐のストレス反応を 77 から 65 にした場合	2.79 (1.70-4.56)	2.68 (1.62-4.42)
クライテリア㋑のストレス要因を 76 から 55 にした場合	2.48 (1.52-4.06)	2.39 (1.45-3.94)
クライテリア㋐のストレス反応を 77 から 90 にした場合	4.09 (2.18-7.71)	4.03 (2.07-7.84)
ストレス反応の上位 1/4 分位をリスクグループとした場合	2.81 (1.72-4.61)	2.70 (1.63-4.46)

表 13. オリジナル職業性ストレス簡易調査票、簡略版職業性ストレス簡易調査票およびオリジナル職業性ストレス簡易調査票で素点換算を用いた場合のハザード比の比較

カットオフポイント	ハザード比（95%信頼区間）	
	性、年齢調整後	性、年齢、職種、職位、事後面談調整後
おオリジナル版による労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイント	4.05 (2.39-6.89)	4.04 (2.34-6.98)
簡略版における推奨カットオフポイントを使用した場合	3.90 (2.33-6.53)	3.85 (2.26-6.54)
オリジナル版における素点換算法によるカットオフポイントを使用した場合	3.93 (2.21-7.00)	3.76 (2.06-6.86)

表 14. 新職業性ストレス簡易調査票の尺度と 1 週間以上の休業の関係

	オッズ比	95%信頼区間
仕事の負担	2.70	0.70 － 10.36
作業レベル資源	1.69	0.50 － 5.62
部署レベル資源	2.27	0.59 － 8.78
事業場レベル資源	4.31	0.92 － 20.24
E 項目	5.40	1.42 － 20.54
F 項目	2.30	0.68 － 7.79
G 項目	3.48	0.91 － 13.33
H 項目	2.95	0.84 － 10.31
E'項目（Q58,59,61）	5.00	1.31 － 19.06
Q58（感情面で負担になる仕事だ）	4.43	1.15 － 17.09
Q59（複数の人からお互いに矛盾したことを要求される）	1.99	0.58 － 6.89
Q60（自分の職務や責任が何であるか分かっている）	3.06	0.64 － 14.61
Q61（仕事で自分の長所をのばす機会がある）	1.63	0.47 － 5.66

調整した独立変数（年齢、性別、雇用形態、勤続年数、職務の種類）

注：新職業性ストレス簡易調査票尺度内容

対策領域別合計点の計算（短縮版、標準版共通）
仕事の負担合計=(量的負担+質的負担+身体的負担+対人関係+職場環境+情緒的負担+役割葛藤+ワーク・セルフ・バランス（ネガティブ）)/8.
作業レベル資源合計=(コントロール+仕事の適性+技能の活用+仕事の意義+役割明確さ+成長の機会)/6.
部署レベル資源合計=(上司サポート + 同僚サポート + 経済地位報酬 + 尊重報酬 + 安定報酬 + リーダーシップ + 上司の公正な態度 + ほめてもらえる職場 + 失敗を認める職場)/9.
事業場レベル資源=(経営層との信頼関係 + 変化への対応 + 個人の尊重 + 公正な人事評価 + 多様な労働者への対応 + キャリア形成 +ワーク・セルフ・バランス（ポジティブ）/7.
※どの尺度も高得点が望ましい状態を示すように変換して計算

E 項目	F 項目
情緒的負担	経済・地位報酬
役割葛藤	尊重報酬
役割明確さ	安定報酬
成長の機会	上司のリーダーシップ
新奇性	上司の公正な態度
予測可能性	ほめてもらえる職場
	失敗を認める職場
	グループの有能感
G 項目	**H 項目**
経営層との信頼関係	職場のハラスメント
変化への対応	職場の一体感（ソーシャル・キャピタル）
手続きの公正性	ワーク・エンゲイジメント
個人の尊重	職務の遂行
公正な人事評価	創造性の発揮
多様な労働者への対応	積極的な学習
キャリア形成（５項目）	
ワーク・セルフ・バランス（ネガティブ）	
ワーク・セルフ・バランス（ポジティブ）	

表 15. 3 年間の成果のポイント

- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨している基準で把握される高ストレス状態が将来の労働者の休業やメンタルヘルス不調を予測するインパクトは、ストレスチェックに基づくストレス対策の合理性を支持する。

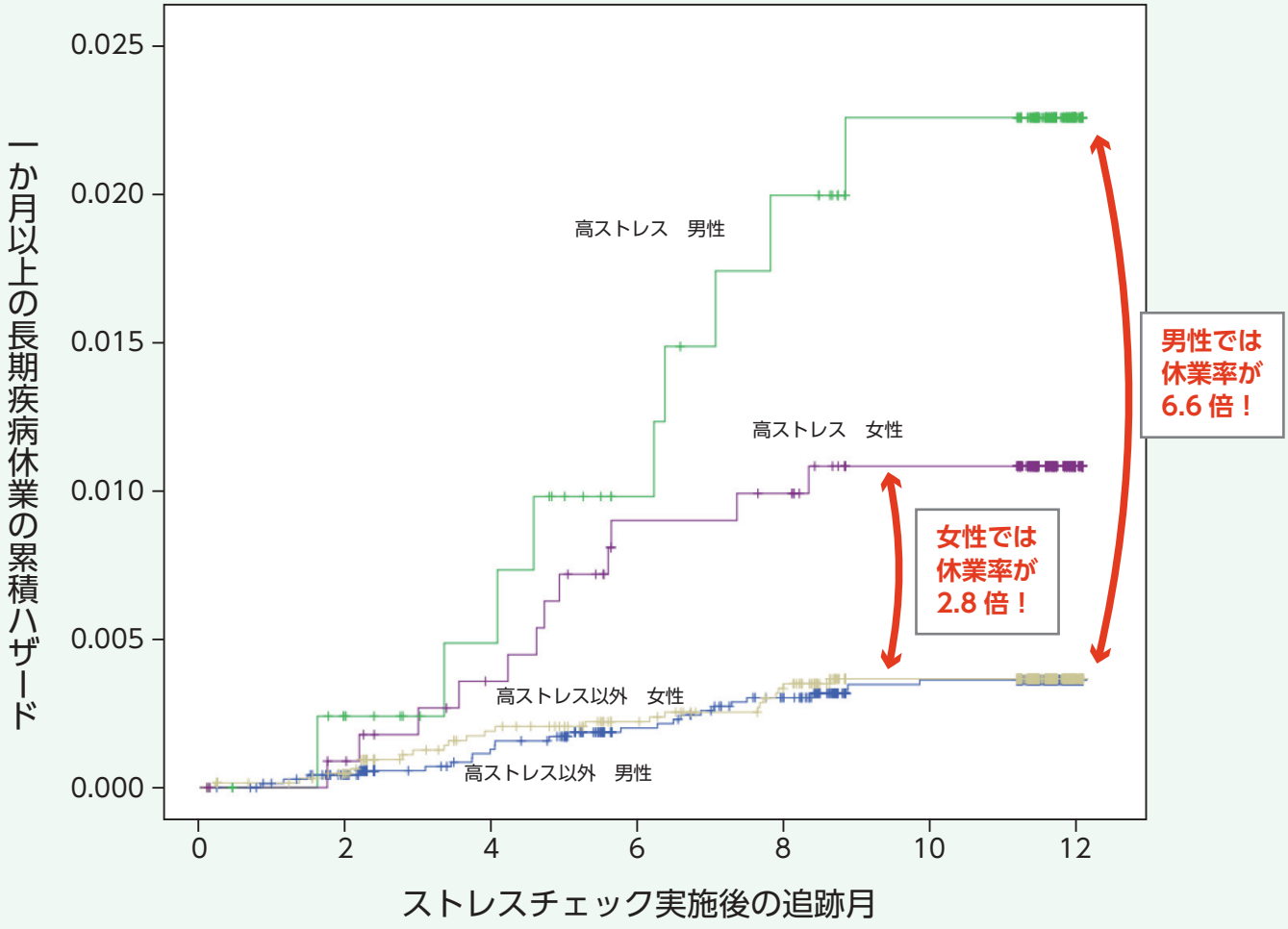
- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨している高ストレス者抽出基準はメンタルヘルス不調等のスクリーニング機能を有するが、ストレスチェック制度の二次予防の有効性は未知数で、医師の面接指導等の事後措置を取り入れた研究等を待つ必要がある。

- 職業性ストレス簡易調査票で把握される以外の要因も存在する。職業性ストレス簡易調査票の尺度別に解析することや、新職業性ストレス簡易調査票の尺度を取り入れることも、職場のストレス対策に利用可能である。

ストレスチェックの結果の考え方

労働者用リーフレット

高ストレスと判定された労働者は将来、疾病休業をする可能性が高いことが示されています



一部上場企業の男性 7341 人、女性 7345 人における調査

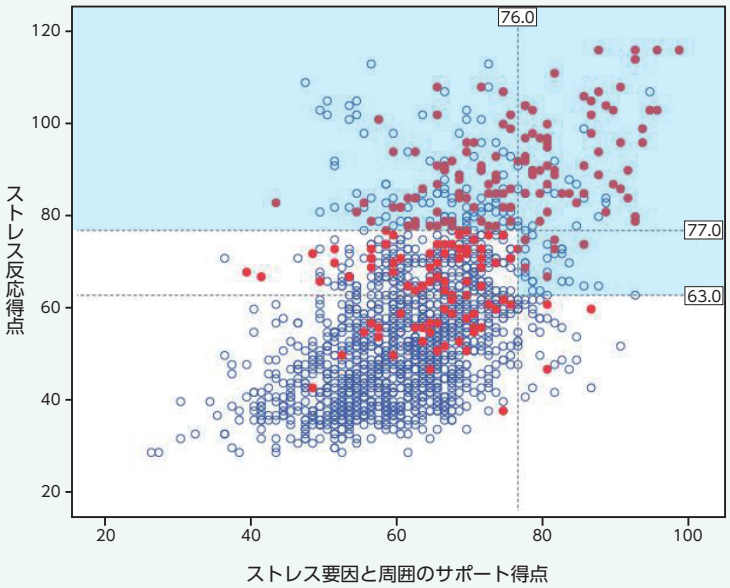
医学のあゆみ Vol.263 No.3

- 上の図は、ストレスチェック実施後、時間の経過とともに、１か月以上の疾病休業に入った労働者が増えていく割合を、高ストレス者とそうでない労働者に分けて、男女別に示したものです。
- この研究では、高ストレスと判定された労働者は、そうでない労働者に比べて、ストレスチェック実施後１年間に病気で１か月以上の休業をする可能性が男性では 6.6 倍、女性では 2.8 倍高くなることが示されています。また、休業する労働者の４～５人に一人が、高ストレスによるものと推定されます。
- ストレスチェックの結果が返ってきたら、その指示に従って、医師の面接指導や産業保健スタッフへの相談などのセルフケアに努めるようにしましょう。

作成：北里大学医学部公衆衛生学単位　堤　明純・井上彰臣
本リーフレットは、平成 27 ～ 29 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「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（Ｈ２７－労働－一般－００４　主任：川上憲人）の成果物です。

ストレスチェックに関連するエビデンス

職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングのパフォーマンス



▲職業性ストレス簡易調査票のストレス要因とストレス反応の得点で作成したマトリックス上で、K6 によって評価された重症精神障害相当のメンタルヘルス不調とされる者（K6 得点 13 点以上：●）とそれ以外の者（○）の分布を示す散布図（n=1650）

医学のあゆみ Vol.263 No.3

ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で高ストレス者となる労働者の中に、K6 という調査票で把握されるメンタルヘルス不調疑いの労働者が 47% 含まれるという調査結果があります。

▼K6 得点 13 点以上のメンタルヘルス不調疑い例を抽出の目標と仮定したときの職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングパフォーマンス

感度	60.5%
特異度	88.9%
陽性反応的中度	47.3%
陰性反応的中度	93.8%
陽性尤度比	6.0

上の表は、カットオフポイントを上下することで、メンタルヘルス不調者疑いを広く拾い上げたり（感度を上げる）、絞り込んだり（特異度を上げる）する際の目安です。簡略版（23 項目）の感度は少し低めなことがわかっています。

ストレス調査結果のフィードバックの効果はあるのでしょうか？

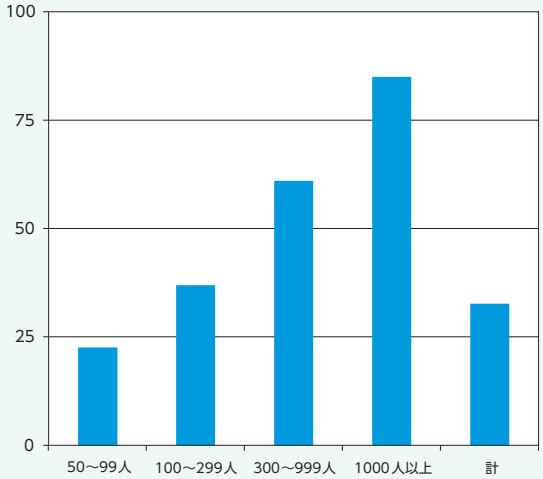
個人宛てにストレス調査の結果を返却するだけでは効果がないことがわかっています [*1]。

高ストレス者をスクリーニングし、彼らに医師との面接の機会を与えることでメンタルヘルス上の問題を予防できるかについては、まだわかっていません。しかし、海外では、うつ病のスクリーニング後にソーシャルワーカーや専門職がしっかりと関わることで、うつ症状が軽減し、仕事への定着率が高まったという報告があります [*2]。事後措置が十分でなければ、クリニックでのうつ病などのスクリーニングは勧められないとされています [*3]。

厚生労働省の調査では、ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合は、わずか 0.6% でした。

*1: Kawakami et al., Ind Health 1999
*2: Wang et al., JAMA 2007
*3: US Preventive Services Task Force, Ann Intern Med 2002

事業場規模別医師による面接指導の実施状況 (%)

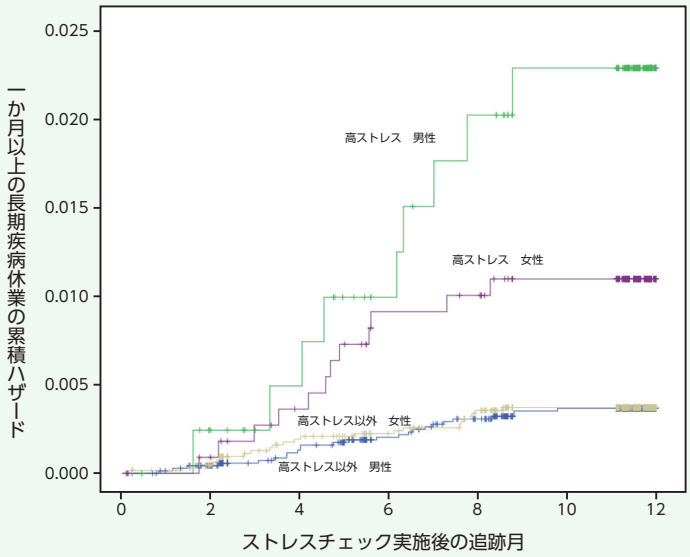


▲ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合は 0.6%（厚生労働省 平成 29 年 7 月）

ま と め

- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で抽出される高ストレス者には、一定割合のメンタルヘルス不調者が含まれ、職業性ストレス簡易調査票はスクリーニングのツールとしても有用だと思われます。
- ストレスチェックの実施者は、高ストレス者を抽出するカットオフポイントを操作することで、事業場の事情に合った検査の計画や医師面接の見通しを立てることができます。
- 事後措置をきちんとしなければ、効果は期待できません。
- 高ストレス者が自発的な相談も含めて適切な対処ができるよう、教育することも必要です。

職業性ストレス簡易調査票で判定される高ストレスは将来の疾病休業を予測します



▲ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で抽出された高ストレス者およびそれ以外の者における、ストレスチェック実施後 1 年間で 1 か月以上の長期疾病休業に陥る累積ハザード（一部上場企業：男性 7341 人、女性 7345 人）　**医学のあゆみ Vol.263 No.3**

ストレスチェック実施後、約 1 年間追跡すると、高ストレス者はそうでない労働者に比べて男性は 6.6 倍、女性は 2.8 倍疾病休業をしやすくなるという研究結果があります。

	数	疾病休業数	1000 人月当り疾病休業率	調整後ハザード比
男性				
高ストレス	411	9	1.92	6.6
高ストレス以外	6930	25	0.31	
女性				
高ストレス	1105	12	0.93	2.8
高ストレス以外	6240	23	0.31	

左のグラフからわかるように、ストレスチェック実施後の措置を、あまり間をおかずに行うことは合理的です。

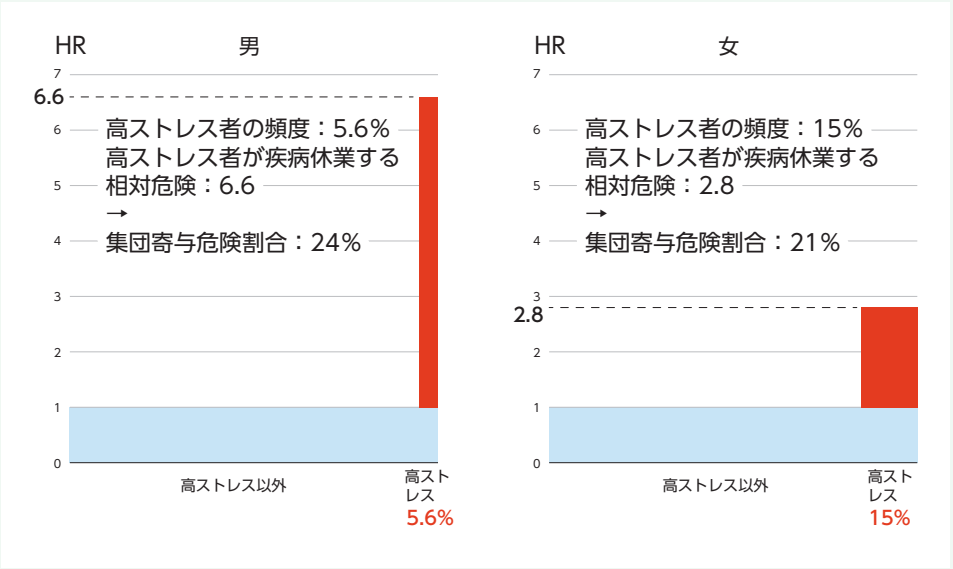
高ストレスをなくすと、どれくらいの疾病休業者を予防できるのでしょうか？

上の研究における高ストレス者の頻度（割合 %）と、高ストレス者がそうでない労働者に比べて疾病休業をする相対危険（ハザード比）から、男性では疾病休業者の 24% が、女性では疾病休業者の 21% が高ストレスによって余分に発生している疾病休業者であることがわかりました（右図の赤色部分）。

このことから、高ストレス状態をなくすことで、疾病休業者の 4 ～ 5 人に一人の疾病休業を予防できることになります。

Tsutsumi et al., JOH 2018

集団寄与危険割合



ま と め

- 高ストレスは将来の疾病休業を予測します。高ストレス者の抽出方法は、職業性ストレス簡易調査票のいずれの採点法（合計点数を使う方法、素点換算表を使う方法）を用いても、簡略版（23 項目）の調査票を用いても、疾病休業の予測力はほぼ同様です。
- 高ストレス状態をなくすことで、疾病休業者の 4 ～ 5 人に一人の疾病休業を予防できると推定されます。高ストレスが疾病休業に与えるインパクトは、ストレスチェックを基にしたストレス対策を実施する合理性を支持するものです。
- ストレスチェックで把握できない要因で疾病休業が起こることも認識して、職業性ストレス簡易調査票の結果のみによらず、総合的にメンタルヘルス対策を行うことが大切です。

作成：北里大学医学部公衆衛生学単位　堤　明純・井上彰臣
本リーフレットは、平成 27 ～ 29 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「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」（Ｈ２７－労働－一般－００４　主任：川上憲人）の成果物です。

平成 27-29 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）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人

ストレスチェック制度における医師による面接指導およびフォローアップのあり方に関する研究

分担研究者　廣　尚典　産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授
研究協力者　荒薦　優子　株式会社資生堂・産業医
伊藤　博康　株式会社アルバック・産業医
大崎　陽平　ヘルスデザイン株式会社・代表取締役
黒木和志郎　パナソニック株式会社・産業医
櫻木　園子　京都工場保健会・医師
堤　雄介　三菱電機・産業医
照沼にい菜　JFE エンジニアリング株式会社・産業医
出口　裕彦　大阪市立大学神経精神医学・講師
富田健太郎　三菱ケミカル株式会社・産業医
日野亜弥子　産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・助教

研究要旨

本研究の目的は、2015 年から施行となっているストレスチェック制度における医師による面接指導およびその後のフォローアップの効果的な進め方について検討を行い、そのガイドラインを作成することである。

現在産業医活動に従事している医師会所属の医師に対して、ガイドラインの骨子の各項目について重要性と実施可能性を質問票調査によって確認した。64 名から返信があり、すべての回答がなされていなかった 1 名を除く、63 名の回答を集計、解析した。

次に、その結果をもとにして、現在産業医業務を主な職務としている医師および産業精神保健活動に関わっている精神科医を対象としたグループ討議による聞き取り調査を行い、ガイドラインの骨子の各項目について、特に強調すべき点、留意すべき点などをまとめた。

以上の過程を踏んで、ガイドラインを完成させた。なお、本ガイドラインは、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」に沿って、実質的には医師による面接指導が円滑かつ効果的に行えるためのヒントをまとめており、実行されるべき事項を記したものでなく、また系統的な形をとってもいないことから、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」とした。

A. 研究目的

ストレスチェック制度は、質問紙を用いたストレスチェックとその結果等によって高ストレスと判断された者に対して実施される医師による面接指導とその事後措置、ストレスチェックの結果の集団分析結果をもとにした職場環境改

善（後者は努力義務）からなる。

本制度の概要、実務の進め方については、厚生労働省から「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」(以下、実施マニュアルと略す）が示されているほか、すでに多数の解説書も出版されているが、その大半は瑕疵なく活動を行うための要点を平易に解説することに主眼が置かれており、具体的にどのように進めれば実質的な効果が上がるのか、他のメンタルヘルス対策とどのように関連づければ、労働者のメンタルヘルスによりよい寄与ができるのかについてまで言及したものは、ほとんどみられない。

本研究は、ストレスチェック制度のうち、医師による面接指導（以下、「面接指導」と略）とそれに付随する活動、その後のフォローアップの効果的なあり方をまとめ、具体的な提案をすることを目的とする。

面接指導では、担当医師が、当該労働者の勤務の状況（職場における当該労働者の心理的な負担の原因および職場における他の労働者による当該労働者への支援状況を含む)、当該労働者の心理的な負担の状況、その他の当該労働者の心身の状況を確認し、その疾病性、仕事との関連性を評価して（以下、これらを「確認」と記す)、保健指導、専門医への受診勧奨（以下、これらを「指導」と記す)、就業上の措置などに関する意見の提出を行うことになっている。

ストレスチェック制度の第一義的な狙いは、メンタルヘルス不調の一次予防である。

「メンタルヘルス不調」とは、労働者の心の健康の保持増進のための指針」(厚生労働省、2006)で定義されている用語で、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むもの」をいう。すなわち、精神障害に限らず、高ストレス状態で職業生活や家庭生活に影響が出そうな状態も含んでいることになる。

ストレスチェック制度における面接指導は、ストレスチェックにより高ストレスと評価されて、実施者が必要と認め、かつ本人が申し出をした労働者を対象とすることになっている。この対象者には、メンタルヘルス不調者も含まれている可能性が高い。したがって、面接指導には、メンタルヘルス不調の二次予防の側面ももたせざるをえない。

そこで、本研究では、面接指導のあり方に関して、メンタルヘルス不調の一次予防に限定しない視点での検討を行うこととした。

昨年度までの研究では、実施マニュアルに沿って面接指導を実施する際に留意することが望まれる事項を整理して「ストレスチェック制度における医師面接のガイドライン」の骨子（以下、「ガイドライン骨子」と略す）を作成した。

今年度は、「ガイドライン骨子」の主要な項目について、その重要性、実現可能性を非常勤産業医活動に従事している医師を対象とした調査によって検討するとともに、産業保健活動を主たる業務としている医師および産業保健活動に関与している精神科医に対する聞き取り調査を行い、それらの結果を反映させて、ガイドラインを完成させる。

B. 研究方法

1)非常勤で産業保健活動に従事する医師を対象とした質問紙調査

新潟県医師会、三重県医師会、広島県医師会および熊本県医師会の協力を得て、産業医の活動経験を有する医師会会員 92 名に、医師会を通じて質問票を配布し、個別に郵送で返信してもらうよう依頼した。

質問票の内容は、年齢、産業医経験などの属性と、「ガイドライン骨子」の主要な項目について、「重要でありぜひ行うべき」「重要ではある

が行うのは難しい」「重要ではあるが行うことはできないだろう」「あまり重要でない」「全く重要でない」「不適切である」の 6 肢択一で問う質問からなっている。

本報告書の末尾に、別紙として質問票の全文を付した。

2）グループ討議形式による聞き取り調査

上記の質問票調査の集計結果を資料に用いて、グループ討議による聞き取り調査を 2 回に分けて実施した。参加者は、過去に豊富な産業医の経験を有し、現在も産業保健活動を主たる業務としている医師と、事業所に出向き職場のメンタルヘルス活動に関与している精神科医である。

地域性を考慮し、関東（主として首都圏）地区 1 グループ、関西地区 1 グループとした。

討議は、フォーカス・グループ・ディスカッション形式で行い、「ガイドライン」骨子の枠組みに沿って、上記質問票調査の結果の解釈、「ガイドライン」骨子の解説で強調すべき点、留意すべき点、触れるべき点の整理を主眼とした。

各討議時間は、質問票調査の説明を含め、約 2 時間とした。

3）ガイドラインの作成

過去 2 年間の研究成果、上記 1）～2）で得られた結果および「ストレスチェック班」成果物検討会で寄せられた指摘、意見をもとに、ガイドラインを完成させた。「ストレスチェック班」成果物検討会は、本研究代表者の呼びかけの下に、研究代表者、研究分担者の他、7 名の産業保健、産業精神保健領域の学識経験者、実践家の参加を得て、平成 29 年 12 月 13 日に開催された。

ガイドラインを作成するにあたっての主な方針を以下に掲げる。

①構成は、ぜひ実施すべき事項とできれば実施したい事項の 2 段構えとし、留意点も付ける。

②それには、1）の結果（回答分布）を反映させる。

③1）の結果で、「不適切である」との回答が少なからずみられた事項については、表現を見直すとともに、その理由として推測される事柄に関して注釈を添える。

（倫理面への配慮）

質問票調査は、無記名で実施した。グループ討議の記録は、IC レコーダーに保存し、本結果報告書の作成にあたっては、発言者が同定できないよう配慮した。

双方ともに、産業医科大学倫理委員会の承認のもとに実施した。

C. 研究結果

1)非常勤で産業保健活動に従事する医師を対象とした質問紙調査

64 名（配布数の 69.6%）から返信があった。そのうち、全ての問いに回答がなかった 1 例を除き、63 名の回答を集計・分析の対象とした。

年齢層、産業医としての経験年数、産業医として選任されている事業場の規模、ストレスチェック制度における担当事項についての回答分布を表 1～7 に示した。

年齢層は、60 歳代が最多（42.9%）で、次いで 50 歳代、70 歳代（同数）（23.8%）
の順であった。20 歳代、30 歳代はいなかった。産業医としての経験は、15 年以上が最多で 58.7%を占めた。産業医選任されている事業場の規模は、100 人以上 300 人未満が最多(37.1%)で、300 人以上 500 人未満（29.0%）、500 人以上 1000 人未満（16.2%）の順であった。ストレスチェック制度では、79.4%が面接指導を担当していた。実施者を担当していたのは 31.7%、面接指導の結果として行う就業上の措置に関して意見を陳述していたのは 58.7%であった。いずれも実施していないのは 15.9%であった。

表 8 には、「ガイドライン」骨子の各項目の実施についての回答分布を示した。

13 項目において、「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が半数 (32 人) 以上であった (表 9)。

面接指導を担当している医師に限定した回答分布を表 10 に示した。「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が半数以上であった項目は、「面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する」、「何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりにする」の 3 項目が追加された以外は、対象全体の場合と同じであった。

他方で、「精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない」、「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」の 2 項目に、全回答の 5%以上（4 名以上）が「不適切である」を選択していた。

面接指導を実施している者に限定すると、「医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする」、「仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりにする」の 3 項目が、それらに加えられた (5%以上にあたる 2 名以上が「不適切である」と回答していた)。

2) グループ討議形式による聞き取り調査

グループ討議形式による聞き取り調査の結果を、2 グループ併せて表 11 に示した。

3)「ガイドライン」の作成

「ストレスチェック班」成果物検討会で「ガイドライン骨子」に関して挙げられた指摘、意見は、以下の通りであった。

・高ストレス者には、なるべくストレスチェックの医師面接を受けるように進めた方が良い。
・面接の担当者は、当該事業所の産業医，当該事業所に関与しない産業医選任資格を有する医師、産業医選任資格のない者の 3 パターン考えられる。それを考慮した記述が望まれる。
・(面接指導対象者選定のための) 補足的面談は他のスタッフも行うことができ、情報を集めることによって、医師面接の時間が削減できる。他のスタッフが行う際のメリットについても、膨らませられると良い。
・(面接指導対象者選定のための)補足的面談は，慎重に行い、医師による面接指導の対象者を絞り込みすぎないようにする。
・(面接指導対象者選定のための)補足的面談は、医師面接に繋げてもらう、勧奨を主眼とするのを原則としてよい。
・用語の混乱を避ける必要がある
・面接指導の時間は「勧奨」（望ましい）程度の記載とすべき。
・時間よりも何を評価するのかを明示し、強調する方向で記述する。
・面接の冒頭で、目的を明確に伝える。
・「内容」と「進め方」を分けて記述するほうがよい。
・職場のストレス要因は、確実に確認するべき。
・睡眠については、確認すべき点を具体的に記す。
・事業者には何が伝えられるのかを明示し、本人の了解を求める。
・事後措置は、できるだけ速やかに行うべきであることを記す。
・フォローアップについては，他のスタッフと

の連携についての選択肢を入れる。
・面接指導を希望しなかった者への対応についても記す。
・フォローアップ体制の重要性を強調する。
・実施マニュアルとの対応を図る。

なお、完成した「ガイドライン」は、開発の経緯からも多くの職場で有用であると考えられるが、すべての事業場において記述通りに行うべきである取り組みを列挙したものではなく、「マニュアル」に沿った構成になっているが、面接指導のあり方を系統的に示したものでもないため、名称を「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」とした。

「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」の完成版(平成 29 年度版)を本報告書の終わりに掲載した。

D. 考察

質問票調査に載せた 37 項目は、「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」を除いて、回答の半数以上が「重要である」(「重要でありぜひ実施すべき」と「重要であるが行うのは難しい」を合算)を選択しており、ガイドラインに掲載する意義があると考えられた。

解析対象の 5 割以上で「ぜひ実施すべき」と回答された 13 項目は、いずれも実施に多くの時間を要するものではなく、ガイドラインでも特に強調されるべきであろう。

また、面接指導を実施している対象者に絞った集計で 5 割以上が「ぜひ実施すべき」であった「面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する」、「何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりにする」の 3 項目は、実際に面接指導を実施してみてその重要性が実感される傾向があると考えられ、上記 13 項目と同様の重みとしてよいであろう。

これらは、面接対象者の誤解やトラブルを回避し、円滑に面接を行うため、限られた時間の中で効率的に進めるため、面接指導の意義を高めるため、次回以降のストレスチェック制度の実施を効果的に行うためのいずれか、あるいは複数に有用であると考えられる。

他方、「不適切である」との回答が全体の 5%を超えた事項については、グループ討議の結果などから以下のような見直しが可能であろう。

「精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない」:

専門医(医療機関)につなげるべき例を放置することを容認するかのような表現、医師として行うべき水準の疾病性の評価を軽視するかの表現はさけるべきである。

「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」:

「お礼」という表現に違和感あるいは分かりづらさが感じられるようであり、面接指導の入り口として、当該労働者の不安を軽減し、意義のある面接とするための関係を構築する意図である旨を明確化する。

「医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする」:

面接指導を担当する医師の立場、事業所の事情などで、健診の面接が十分に行えない、あるいは健診の面接を活用できない場合が少なからずあることに配慮した説明をつける。

「仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする」:

時間の関係で困難である、これらを取り上げても就業上の措置に結び付けられないのも関わらず聴きとることで何らかの働きかけを必要と

される可能性かあるという点が理由として考えられる。労働者本人から自発的に述べられた場合における留意点としてまとめる。

「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりにする」:

意見が職場の実情から大きく乖離していると、効果がないばかりか現場の混乱を招く恐れがある旨を解説として加え、表現をわかりやすく見直す。

E. まとめ

平成 27～29 年度の研究成果をもとに、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」(2018 年版)(面接指導ヒント集)を作成した。

今後は、面接指導ヒント集を学術学会、産業保健に関する研修会等で広く紹介し、多くの職場で活用を検討してもらうとともに、その使用結果についての情報を収集し、必要に応じて改訂を試みたい。

F. 研究発表

1. 論文発表　　なし

2. 学会発表

廣尚典：ストレスチェック制度における医師面接のあり方－産業医の役割を中心に. 第 21 回日本精神保健・予防学会学術集会. 沖縄. 2017 年 12 月.

廣尚典：ストレスチェック制度実施上の留意点－医師面接の実際. 第 23 回日本行動医学会総会. 沖縄. 2017 年 3 月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得　　なし

2. 実用新案登録　　なし

3. その他　　なし

I. 引用文献

1) 石見忠士 : 日本で一番やさしい職場のストレスチェック制度の参考書. 労働調査会, 2015.

2) ストレスチェック実務 Q&A 編集委員会編 : 嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q&A. 産業医学振興財団, 2015.

3) 中央労働災害防止協会編 : 新しいストレスチェック制度. 中央労働災害防止協会, 2015.

4) ストレスチェック実務 Q&A 編集委員会編 : 嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q&A 面接指導版. 産業医学振興財団, 2016.

5) 堀江正知 : 職場のメンタルヘルス対策としてのストレスチェックの法制化. 健康開発 20, 17-39, 2014.

6) 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). pp49-69, 2003.

7) 島津明人 : EBM ガイドラインに基づくセルフケアマニュアルの作成. 労働安全衛生総合研究事業 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 (主任研究者 : 川上憲人). pp59-210, 2012.

表1. 年齢層		
	人数	割合
40歳代	6	9.5%
50歳代	15	23.8%
60歳代	27	42.9%
70歳代	15	23.8%

表2. 産業医経験年数		
	人数	割合
5年未満	6	9.5%
5年以上10年未満	8	12.7%
10年以上15年未満	12	19.0%
15年以上	37	58.7%

表3. 選任されている事業場の規模		
	人数	割合
現在産業医活動なし	1	1.6%
100人未満	23	37.1%
100人以上300人未満	18	29.0%
300人以上500人未満	10	16.1%
500人以上1000人未満	8	12.9%
1000人以上	2	3.2%
不明	1	

表4. 面接指導の実施の有無		
	人数	割合
なし	13	20.6%
あり	50	79.4%

表5. 実施者としての業務実施の有無		
	人数	割合
なし	43	68.3%
あり	20	31.7%

表6. 就業上の措置の意見陳述の有無		
	人数	割合
なし	26	41.3%
あり	37	58.7%

表7. 上記のいずれも実施せず		
	人数	割合
該当せず	53	84.1%
該当	10	15.9%

表8.「ガイドライン」骨子各項目の実施に関する回答の分布							
	重要でありぜひ行うべき	重要であるが行うのは難しい	重要であるが行うことはできないだろう	あまり重要でない	全く重要でない	不適切である	不明
精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない	24	22	8	0	0	7	2
医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある	42	12	4	1	0	0	4
医師面接の大筋は構造化しておくとよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする	38	14	3	3	0	0	5
所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低30分程度を確保する	23	21	7	8	0	1	3
医師面接の内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。	27	20	5	7	0	0	4
生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題をある程度絞り込む	26	14	6	10	0	1	6
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする	36	13	8	1	0	0	5
ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないよう配慮する	30	18	5	3	1	0	6
次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある	26	19	5	6	1	1	5
就業上の措置の必要性に関する上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。	21	20	7	8	1	0	6
医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、利点、欠点を整理したうえで決めておく	22	10	10	16	0	0	5
医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる	17	6	1	18	7	9	5
対象者の心情を受け止めるよう心がける	47	8	4	2	0	0	2
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する	41	10	7	1	0	0	4
対象者が物足りなさを感じないような配慮を心がける	25	20	5	5	2	0	6
面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する	31	19	5	0	1	1	6
健診結果などの情報も手元に置き、参照する	47	8	3	1	0	0	4
医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする	20	14	11	6	3	3	6

仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする	22	27	8	0	0	2	4
その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする	18	21	15	3	0	0	6
対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う	27	18	6	7	0	0	5
抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する	24	21	8	5	0	0	5
あまり記録用紙（フォーマット）にとらわれすぎない	22	17	6	11	1	1	5
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える	39	12	6	1	0	0	5
何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う	20	25	10	4	0	0	4
何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する	31	16	5	5	0	1	5
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく	33	15	3	5	0	2	5
ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく	20	24	9	3	0	2	5
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する	38	14	2	1	0	2	6
現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする	31	14	3	3	2	3	7
医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく	15	29	12	0	1	0	6
医師面接後には、フォローアップを行う	20	27	9	2	0	0	5
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する	42	12	5	0	0	0	4
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい	45	10	2	1	0	0	5
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく	36	18	3	2	0	0	4
ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の地域交流を深める	21	22	14	1	0	0	5
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する	33	16	7	1	0	0	6

表9.「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が50%以上の項目
医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある
医師面接の大筋は構造化しておくとよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする
対象者の心情を受け止めるよう心がける
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する
健診結果などの情報も手元に置き、参照する
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する

表10.「ガイドライン」骨子各項目の実施に関する回答の分布―面接指導を行っている者

	重要でありぜひ行うべき	重要であるが行うのは難しい	重要であるが行うことはできないだろう	あまり重要でない	全く重要でない	不適切である	不明
精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない	19	18	7	0	0	5	1
医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある	31	12	3	1	0	0	3
医師面接の大筋は構造化しておくとよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする	31	11	2	3	0	0	3
所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低30分程度を確保する	19	17	6	6	0	1	1
医師面接の内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。	24	16	4	5	0	0	1
生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題をある程度絞り込む	23	12	3	8	0	1	3
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする	29	11	7	1	0	0	2
ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないよう配慮する	21	17	5	2	1	0	4
次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある	21	16	4	4	1	1	3
就業上の措置の必要性に関する上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。	18	13	7	7	1	0	4
医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、利点、欠点を整理したうえで決めておく	18	8	8	13	0	0	3
医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる	11	6	1	16	6	7	3
対象者の心情を受け止めるよう心がける	37	8	3	2	0	0	0
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する	33	10	4	1	0	0	2
対象者が物足りなさを感じないような配慮を心がける	20	17	4	4	1	0	4
面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する	28	15	3	0	0	0	4
健診結果などの情報も手元に置き、参照する	38	6	3	1	0	0	2
医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする	17	11	8	5	2	3	4

仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする	18	23	5	0	0	2	2
その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする	15	18	12	1	0	0	4
対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う	23	14	5	5	0	0	3
抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する	20	15	8	4	0	0	3
あまり記録用紙（フォーマット）にとらわれすぎない	19	14	4	8	1	1	3
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える	31	11	4	1	0	0	3
何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う	15	22	8	3	0	0	2
何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する	25	14	3	4	0	1	3
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく	27	13	2	4	0	1	3
ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく	16	20	8	3	0	0	3
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する	31	11	2	1	0	1	4
現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする	26	12	3	2	1	2	4
医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく	12	22	11	0	1	0	4
医師面接後には、フォローアップを行う	15	24	7	1	0	0	3
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する	34	10	4	0	0	0	2
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい	36	8	2	1	0	0	3
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく	30	13	3	2	0	0	2
ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の地域交流を深める	18	17	11	1	0	0	3
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する	27	14	4	1	0	0	4

表11．グループ討議の結果―ガイドラインで強調すべき点，留意すべき点および触れるべき点
（構成・全体的な事項）
必須（行うべきこと）とオプション（できれば行いたいこと）の2部構成にするのはいい
箇条書きを基調にするのはよい
具体的に行うこと（アクション）とその背景をセットにして整理する
ストレスチェックから時間が空くと、面接での訴えがストレスチェックの結果と大きく異なることがある
面接担当医師が非常勤の場合は、ストレスチェックから面接までの時間（間隔）がかかってしまう
医師にストレスチェックを身近に感じさせるような配慮も望ましい
面接指導により労働者と接する機会が増える点は、強調した方がよい
（枠組みに関する事項）
面接の意義（何のために行うのかを含む）の説明は重要
事前に説明できることをしておくのは時間を省くために有意義
「精神障害の見逃し」という表現は見直すべき．注釈も必要か
面接の所要時間は、常勤・非常勤で異なる
面接時間は、30分は必要とすべき
面接では仕事以外のプライベートの相談が少なくない
実際には健康上の不安よりも仕事や人間関係などの不満を述べられる例も少なくない
仕事以外の問題（例えばキャリアの問題）は、傾聴に留めるしかできないことを強調すべき
傾聴することの重要性を強調すべき
面接は産業医がどのような位置づけか、どのように見られているかを振り返る契機ともなる
（内容）
心情を受け止めるのは，トラブル回避の意味でも重要
「お礼」の表現は見直したほうがよい（例えば「労い」）
面接指導を希望した理由を冒頭で確認するとよい
「物足りなさを感じないような配慮」は，少し分かりやすく言い換えるべき
健診結果を参照できれば有益だろう
健診結果とストレスチェック結果の相互参照も有益ではないか
面接で確認する事項の一覧を手元に置く
面接結果を記録するフォーマットはあるに越したことはない
「開かれた質問」について解説を加えた方がよい

労働者の愚痴を聴く場として機能している現状もあるため、支持的な接し方についても少し解説する
希死念慮については全ての事例で確認する必要まではない
（結果処理）
就業上の措置に関する判断は不可欠であることを強調する
長時間労働の問題は見逃さない
異動のためには、主治医受診が必要という枠組みをつくるという考え方もある
有給取得を促す選択肢を示すことも考慮する
産業医の意見の書き方について、人事部署と打ち合わせをしておくべき
ハラスメントの対応は解説が難しい．多様性に触れる程度か
本人の一方的な言い分だけを根拠に意見を書かないことを強調する
就業上の措置の意見の記述に関しては、ある程度経緯も含まざるを得ないことを本人に伝える
就業上の措置を拒否した場合も、記録だけは残した方がよい
就業上の措置を拒否する場合は、少し時間をおいて、改めて問いかける場を設けるのも有効なことがある
本人がためらっても、就業上の措置についての意見を出す必要があることもある
面接が1回に限られてしまう場合では、就業上の措置に関する意見が厳しい方向にならざるをえない面がある
複数回の面接が必要であるが実現できない例では、意見書の書き方（表現）に留意する
就業上の措置を決める前に上司との話し合いを重視すべき旨を強調する
本人の訴えから、結果的に本人自身の問題点が明らかになることがある
職場環境改善に関しては、面接指導からの流れを示すのがよい
集団分析をした職場改善を行っていないと、高ストレス者からの情報だけで職場改善の提案をすることは適切でない
（フォローアップ）
健診結果の面接は、医師のほうも慣れているのでやりやすいだろう
健診の面接は全員を対象としていない事業所が多いため，そこでのフォローアップは困難ではないか
フォローアップの場を健診の面接に限定すべきという誤解を受けないようにする
フォローアップが必要な対象はいるが、全例に必須にするのは難しいのではないか
フォローアップを約束するのは難しい事業場もある
（その他の留意事項）
地域交流は難しい地域があるが、あえて記しておく意味もある
「地域交流」より「連携」を強調した表現にした方がよい
医師面接を希望しない高ストレス者への対応は重要

（参考）
「ストレスチェック制度における医師面接のガイドライン」の骨子

はじめに
・医師面接も、他の部分同様、厚労省の「実施マニュアル」に沿って実施する。
・本ガイドラインでは、特に留意することが望まれる事項を取り上げる。

1. 医師面接の対象者の選定と勧奨
・ストレスチェックには、当面「職業性ストレス簡易調査票」（57 項目版）を用いるのが標準的と言える。
・質問紙に面談を組み合わせる場合には、面談によって対象者を絞り込む方向で考えるのが一般的といえる。その場合には、すでに健康管理部門でフォローアップを受けている者、専門医に通院している者、非常に症状が強い者を除外する（別の管理、支援とする）という考え方がある。面談内容もあらかじめ標準的なものを決めておく。
・事前面談には、構造化面接の手法を取り入れるのもひとつの工夫である。
・医師面接の対象者数は、勧奨の仕方に影響をうけるため、どのような勧奨を行うかをあらかじめ検討する。
・簡単な勧奨によって医師面接を希望した者については、何らかの大きな困難を抱えている可能性もあり、注意が必要である。
・医師面接を希望する者の割合は、日頃の産業保健活動やメンタルヘルスに関する職場風土の影響を受ける。また、産業保健活動の活発な事業場で希望者が多いとは限らない
・医師面接対象者は、ストレスチェック受検者の 1%程度というのが、現時点では多いようである。
・医師面接と並行して、それを希望しなかった高ストレス者に対する相談活動を行うことによって、医師面接の件数も増えるという相乗効果も期待しうる。したがって、その相談活動のあり方も議論されるべきである。

2. 医師面接の枠組み
・医師面接には精神障害者の見逃しというリスクが伴うという誤解は、払拭されるべきである。
・医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある。
・医師面接で求められる精神医学的知識、技術は、過重労働面接で求められるそれを大きく超えるものではない。
・医師面接の大筋は構造化しておくとよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする。記録用紙のフォーマットもある程度決めておく。
・医師面接は、書面の記述時間を除き、最低 30 分程度は必要である。
・医師面接には、メンタルヘルス不調の二次予防的な面も含まれることから、内容は「指導」よりも「確認」が中心とならざるを得ない。
・「指導」では、主題をある程度絞り込む。また、その後のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする。
・医師面接では「確認」を行い、「指導」はその後の看護職等の面接で行うという割り切りもありえる。
・医師面接の時期がいつ頃になるかを、ストレスチェック制度の実施計画の中で整理する。ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさむのは適当でない。
・面接時間は、次回の面接を行う必要が生じた場合、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある。
・事後措置（就業上の措置を決定したり伝えたりする際の上司、人事との打ち合わせは、本人の同席に関わらず、ストレスチェック制度の枠内とする考え方、枠外とする考え方がある。あらかじめ明確にしておくべきである。
・医師面接を健康診断の面接と同期させるか、逆に大きく離すかについては、それぞれの利点、欠点を整理したうえで決めるべきである。

3. 医師面接の内容（進め方）

・医師面接を希望したことに対して、一言お礼の類を述べる。
・対象者の心情を受け止めることが基本である。
・対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることも意識する
・対象者が物足りなさを感じないような配慮が望ましい。
・面接時間を短縮するためにも、準備する人事情報などを充実させる。
・健診の基本情報も手元に置きたい。
・医師面接で不足した面は、健診の面接などで補う仕組みをつくることができる。
・実際の医師面接では、仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題などが明らかになることも少なくない。
・その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする
・フォローアップの面接を計画していても、最初の面接で聴いておいた方がよい（聴きやすい）事項がある。
・「実施マニュアル」に記載されていることには触れるようにする必要がある。
・抑うつと睡眠問題は、ある程度の構造化によって聴取する。抑うつについては、実施マニュアルに紹介されている構造化面接法を用いるとよい。
・あまり面接のフォームにとらわれすぎると、その質が落ちる恐れがある。
・「確認」、「指導」の時間配分は、実際には対象者のニーズ、状況によって、かなり左右されるものである。

4. 医師面接の結果処理
・事例性も疾病性もはっきりしない例の就業上の措置の内容は、長時間労働の制限、ハラスメント関連への配慮が多くなると考えられる。
・何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行うのが一般的である。その場合、上司あるいは人事との連携も伴うことになる。
・就業上の措置をめぐる上司、人事との打ち合わせで言及する医師面接の内容について、概要を事前に本人に伝えておく。
・ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者もいることに注意する。そうした者への対応の仕方も、大筋を決めておく。
・厚労省の報告書・意見書のフォーマットにとらわれる必要はないが、既述すべき最低限の事項があることには留意する。
・書面の記載については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないようにする注意が必要である。
・現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにならざるを得ない。
・健診機関の医師などの、いわゆる外部の医師は、リスクヘッジとして、就業制限を強く求める方向で意見を書くことになる点を理解する。
・医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結び付けることについての検討が望まれる。そのための仕組みもつくっておく。
・医師面接後からフォローアップまでの結果処理フローを整理しておくとよい。

5. 医師面接後のフォローアップ
・専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する
・フォローアップは、ストレスチェック制度の枠外とするのが一般的であるが、それによって確実なフォローアップが困難になるのであれば、枠内と規定してもよいであろう。
・フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい。
・フォローアップを行う場合には、医師面接の終わりにその件も本人に伝えておく。

6. その他の留意事項
・ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の地域交流を深めるとよい。

・医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する。
・産業保健スタッフには、ストレスチェック制度を安易に否定するのではなく、これによって労働者と接する機会が増えた点を評価する姿勢が求められる。
・産業医保健スタッフがストレスチェック制度に対して否定的な態度を見せると、それが事業者や労働者にも伝わり、メンタルヘルス対策全体が低調となる恐れもあることに注意すべきである。
・医師面接によって、就業面の配慮や可職場以前を求める例が多く出ることは、日頃のメンタルヘルス対策（産業保健活動）が十分に行われていない証左であるとも解釈可能である。

（別紙）

「ストレスチェック制度における面接指導ガイドラインに関する研究」質問票

説明文書に同意いただけましたら、□にレをつけて、以下の質問にご回答ください。

□　説明文書を読み、本研究の参加に同意します。

A. 先生の年齢を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①20 歳代　②30 歳代　③40 歳代　④50 歳代　⑤60 歳代　⑥70 歳代

B. 先生の産業医としての経験年数（同一事業場でなくて構いません）を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①5 年未満　②5 年以上 10 年未満　③10 年以上 15 年未満　④15 年以上

C. 現在産業医として選任されている事業場の規模を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①100 人未満　②100 人以上 300 人未満　③300 人以上 500 人未満
④500 人以上 1000 人未満　⑤1000 人以上

D. ストレスチェック制度に関して、担当している事項にすべて○をつけてください。
①医師による面接指導
②実施者としての業務（使用する質問票の選定、高ストレス者の評価など）
③医師による面接指導の結果として行う就業上の措置に関して意見を述べること
④上記のいずれも担当していない

E. ストレスチェック制度では、高ストレス者と判定された労働者のうち、希望する者に対して、医師による面接指導（以下、「医師面接」と略）が実施されることになっています。
以下に、これまでの調査研究によって「医師面接」で実施されるべき、あるいは留意されるべきであると評価された事項が列挙されています。
それぞれについて、次の①～⑥のうち、最もあてはまるものを選び、（　）内にその番号を記入してください。
① 「重要であり、ぜひ行う（留意する）べき」
② 「重要ではあるが、行う（留意する）のは難しい」
③ 「重要ではあるが、行う（留意する）ことはできないだろう」
④ 「あまり重要ではない」
⑤ 「全く重要ではない」
⑥ 「不適切である」

7. 医師面接の枠組みについて

1）精神障害に関する評価については、長時間労働者に対する面接と同様に、医師としての標準的な水準を心がければよく、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない。（　　）

2）医師面接を受けることでどういうことが起きるのか（結果の一部が事業者に知らされる、就業上の措置が生じることがあるなど）など、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある。（　　）

3）医師面接の大筋は構造化しておく（質問の内容や順序を決めておく）とよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする。（　　）

4）所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低 30 分程度を確保する。（　　）

5）医師面接には、メンタルヘルス不調の二次予防的な面も含まれることから、内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。（　　）

6）生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題をある程度絞り込む。　（　　）

7）生活習慣などの保健指導を行う際は、その場の指導だけで改善をさせるというより、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする。　（　　）

8）ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないよう配慮する。　（　　）
9）次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある。　（　　）

10）就業上の措置の必要性を伝えたり決定したりする際の上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。　（　　）

11）医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、それぞれの利点、欠点を整理したうえで決めておく。　（　　）

8. 医師面接の内容（進め方）について
1）医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる。　（　　）

2）対象者の心情を受け止めるよう心がける。　（　　）

3）　対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する　（　　）

4）　対象者が物足りなさを感じないような配慮を心がける。　（　　）

5）　面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する。　（　　）

6）　健診結果などの情報も手元に置き、参照する。　（　　）

7）　医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする。　（　　）

8）　仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする。　（　　）

9）その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする　（　　）

10）対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う。　（　　）

11）抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化（質問の内容や順序を決めておく）によって聴取する。　（　　）

12）あまり記録用紙（フォーマット）にとらわれすぎない。　（　　）

13)「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える。　（　　）

9. 医師面接の結果処理について
1）何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う。　（　　）

２）何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する。　　（　　）

３）就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく。　　（　　）

４）ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく。　　（　　）

５）記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する。　　（　　）

６）現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする。　（　　）

７）医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく。　　（　　）

８）医師面接後には、フォローアップを行う。　　（　　）

3. 医師面接後のフォローアップについて

１）専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する。　　（　　）

２）フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい。　　（　　）

３）フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく。　　（　　）

10.　その他の留意事項

１）ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の地域交流を深める　　。
（　　）

２）医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する。（　　）

以上です。　ご参加ありがとうございました。

「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」

ストレスチェック制度では、ストレスチェック等によって高ストレスと評価された労働者に対して、医師による面接指導が行われることになっている。本ヒント集は、その面接指導を円滑かつ効果的に実施するためのヒントを提供するものである。

ストレスチェック制度の実施方法については、厚生労働省から「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」(平成 28 年 4 月改訂)(以下、実施マニュアル)が公表されている。医師による面接指導も、このマニュアルに沿って実施されるべきであり、本ヒント集には、それとの関係づけもなされている。

医師による面接指導は、当該事業所の産業医が担当することが望ましい。産業医は、他の医師よりも選任されている事業所の実情をよく知っているはずであり、それゆえに労働者や職場に対してより適切な助言、指導が行えると考えられるからである。本ヒント集は、面接指導を産業医が行うことを前提としている。しかし、部分的には、他の医師が行う場合にも配慮した記述を施されているところもある。

各ヒントは箇条書きの形で記されており、重要事項(重)、勧奨事項(勧)、留意事項(留)からなっている。重要事項はぜひとも実施すべき事項であり、勧奨事項はできれば実施することが望ましい事項である。ただし、双方とも、実施しないことによって、事業者責任や医師としての責任が問われるような類ではないことに留意されたい。あくまで、医師による面接指導が実質的な効果をあげるために有用な事項であるととらえることが望まれる。

1. 面接指導の対象者の選定と勧奨(実施マニュアル p57～58)

勧　ストレスチェックによって判定された高ストレス者には、なるべくストレスチェックの面接指導を受けるように進める。

解説)(面接指導対象者選定のための)補足的面談は他のスタッフも行うことができ、情報を集めることによって、面接指導の時間が削減できる。面接指導の勧奨の意味を持たせることもできる。補足的面談で面接指導対象者を絞り込む際には慎重に行い、絞り込みすぎないよう注意する。面接指導対象者から外す者としては、すでに健康管理部門でフォローアップを受けている者、専門医に通院している者、非常に症状が強い者(別の管理、支援とする)などが考えられる。そのため、補足的面談には、一部構造化面接の手法を取り入れるのもよい。

勧　面接指導と並行して、それを希望しなかった高ストレス者に対する相談活動を行うことによって、面接指導の件数も増えるという相乗効果も期待しうる。したがって、その相談活動も前向きに検討されるべきである。

留　面接指導を希望する者の割合は、日頃の産業保健活動やメンタルヘルスに関する職場風土の影響を受ける。また、産業保健活動の活発な事業場で希望者が多いとは限らない。

2. 面接指導の枠組み(実施マニュアル p67～77)

重　面接指導を受けることでどういうことが起きるのか(結果の一部が事業者に知られる、就業上の措置が生じることがあるなど)、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある。

解説)当該労働者の不安を軽減するとともに、事後のトラブルを防止する意味もある。精神疾患の確認や専門医・専門機関への紹介ばかりを目的としたものではないことを改めて明示すべきである。ただし、面接指導の時間は限られているため、その詳細は、あらかじめ伝えておいたほうがよい。

重　面接指導の大筋は構造化しておく（質問の内容や順序を決めておく）とよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする。

解説）「開かれた質問」とは、「はい」「いいえ」といった選択肢で答えられるものではなく、自分自身の言葉で表現することが求められる質問をさす。

勧　面接指導の時期がいつ頃になるかを、ストレスチェック制度の実施計画の中で整理する。

解説）ストレスチェックと面接指導が、大幅な人事異動の時期をはさむと、面接指導で得られる所見とストレスチェックの結果に大きな乖離がみられる場合がある。

勧　次回の面接を行う必要が生じた場合、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても面接指導の時期を調整する必要がある。

勧　就業上の措置の必要性を伝えたり決定したりする際の上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。

勧　面接指導で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする。

解説）健診時の面接に産業医が関わらない、あるいは一部にのみ関わる場合には、面接指導をそこで補うことは困難であるが、他の場面を模索したり、看護職や心理職に担当してもらうことも検討したい。

留　疾病性（診断、重症度、治療方法）に関する評価については、精神科専門医に必要な水準を求められるものではない。長時間労働者に対する面接と同様に、専門医、専門機関に紹介する必要があるかいないかを的確に判断することが重要である。

留　面接指導を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、それぞれの利点、欠点を整理したうえで決めておく。

解説）利点としては、効率的に実施できる可能性がある点、周囲からわかりづらい（目立ちにくい）点があげられる。他方、両者が混同される点、結果の処理が不明確になる点などが懸念される。

留　面接指導の所要時間は、ひとり最低 30 分程度を想定する。

解説）面接指導の担当者が常勤か非常勤かで、それに費やせる時間には相違が生じる。常勤の産業医の場合は、45 分程度の時間を確保できるところもある。

3. 面接指導の進め方（実施マニュアル p67～77）

重　面接時間を短縮するためにも、人事情報などを十分に準備する。

重　健診結果などの情報も手元に置き、参照する。

解説）健診時の面接で、ストレスチェックの結果（面接指導を含む）を参照することも有用である。

重　対象者の心情を受け止めるよう心がける。

解説）この姿勢は、労働者にも伝わり、面接指導の質を高めるとともに、トラブルの回避にもつながる。

重　対象者が面接指導を希望した意図を読み取ることを意識する。

解説）簡単な勧奨によって医師面接を希望した者については、何らかの大きな困難を抱えている可能性もあり、注意が必要である。また、ストレスなどとは関係なく、業務内容の変更や人事異動を希望して面接に臨む者もいるかもしれない。

勧　対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気をつける。

勧　記録用紙（フォーマット）にとらわれすぎないことも重要であるが、記述すべき最低限の事項があることには留意する。

解説）記述すべき事項は、実施マニュアルが参考になる。面接で確認すべき事項を手元に記しておくと、重要事項の聴き洩らしを防止できる。希死念慮については、全ての対象者に確認する必要まではない。

留　対象者が面接指導終了後に感じる思いにも留意する。

解説）無味乾燥の面接指導になってしまうと、次年度以降のストレスチェック制度に対する受検姿勢にも影響を及ぼす恐れがある。対象者が面接終了後に何らかの得るものがあったと感じられるような面接にできるとよい。

留　面接指導に訪れたことに対して、対象者に一言労いの類を述べるのもよい。

解説）対象者の不安を軽減するとともに、対象者から多くの情報を聴きだし、有意義な面接にするために、この行為は大切である。

留　その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする。

4. 面接指導の内容（実施マニュアル p67～77）

重　生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする。

解説）時間制限の強い面接指導の枠内だけでは、生活習慣や働き方に関する保健指導の効果をあげることは難しい。後日、フォローアップの個別面接を行ったり、小集団による教育研修を開催したりできればよい。これらは、必ずしも医師が行う必要はない。

勧　面接指導には、メンタルヘルス不調の二次予防的な面も含まれることから、内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」を中心とする。

重　「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える。

解説）「ストレス状態の確認」の丁寧な聴取は不可欠であるが、ある程度の時間配分の柔軟性は確保

した方がよい。

勧　生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる主題をある程度絞り込む。

解説）取り上げる主題としては、睡眠のとり方、休養のとり方、相談のしかた、思考パターンの見直し、飲酒の注意、運動のしかたなどがあげられる。

勧　対象者から、仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題などが語られた際には、それらについても傾聴を怠らない。

解説）労働者のストレス要因として、仕事以外の事項も多い場合が少なくない。面接指導の事後措置において、それらへの配慮は大抵の場合困難であり、そのことを伝えるのも必要であるが、傾聴によって本人の悩みが整理され、ストレスが軽減する例もある点は認識すべきである。

勧　抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する。

解説）抑うつについては、長時間労働者の面接指導と同様に、BSID（うつ病の可能性を評価する構造化面接）が使用できる。睡眠については、睡眠時間（平日、休日）、就寝・起床時間、熟眠感、入眠困難および中途覚醒（早朝覚醒）の有無、疲労の残存感、睡眠時無呼吸の有無などを聴取したい。

5. 面接指導の結果処理（p76～82）

重　就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるかについて、概要を事前に本人に伝えておく。

解説）面接指導の事後措置として、就業上の措置に関する判断は不可欠であり、担当医師にはそれをできるだけ妥当な内容にする努力が求められる。そのためには、上司、人事との連携が重要となる。特に、長時間労働によって、問題が生じていると考えられる例については、看過すべきではない。本人には、就業上の措置を求める場合、ある程度の経緯も添える必要があることを伝えておく。

重　記録の記載については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないようにする注意する。

解説）面接記録の記載の（原則的な）仕方を人事と話し合い、了承を得る手順を踏んでおくとよい。（これは、人事主導の記載をするという意味ではない。）

勧　何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行うのが一般的である。その場合、事前に上司あるいは人事と連携する。

解説）就業制限をつけるにあたっては、上司あるいは人事との話し合いを行う。どうしても複数回の面接ができない場合には、意見書はあまり断定的でない書き方にならざるを得ない。

勧　ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく。

解説）少し時間をおいて改めて問いかける（説得する）場を稿けるのが有効なこともある。本人がためらっても、放置をすることで本人あるいは周囲が多大な影響を被る恐れのある場合などでは、就業制限に関する意見を提出せねばならないことがある。少なくとも、記録だけは残しておく。

勧　**現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、確認できない事項に関する断定的な表現は避ける。**

解説）断定的な表現を用いると、それが事実であることを産業医が認めたことになりかねず、トラブルの原因となりうる。具体的には、「…に注意してください」、「本人は…のように話しているため、配慮してください」といった書きぶり（「…」の部分が事実か否かは確認していない旨を含める）にする。

留　**労働者本人の言い分だけをもとに意見を記すことはしない。**

留　**面接指導の結果をもとに職場環境改善に向けた働きかけを行う場合には、ストレスチェックの集団分析結果の照合を原則とする。**

解説）面接指導では、職場全体の問題を客観的に評価・把握するのは容易ではない。ストレスチェックの集団分析が行えない場合には、できるだけ多方面からの情報を収集する。

6、面接指導のフォローアップ

重　**専門医・専門機関受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったか（どのような指示を受けたか、治療が開始されたかなど）を確認する。**

重　**フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい。**

解説）面接指導後には、フォローアップを行うことが望ましい。全例に対して実施するのが難しい場合にも、優先順位をつけて行いたい。

重　**フォローアップを行う場合、面接指導の終わりにその旨を本人に伝えておく。**

7. その他の留意事項

重　**面接指導を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する。**

勧　**ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の連携交流を深める。**

解説）地域によっては、産業医と精神科医の意見交換、交流の場を設けているところもある。互いの「顔」を知り、立場や考え方についての理解が深まると、メンタルヘルス不調者の対応がより適切なものになる。これはストレスチェック制度に留まらない効果をもたらしうる。

留　**ストレスチェック制度を、労働者との接点が増える場ととらえることも重要である。**

解説）質の高い産業保健活動を行うためには、労働者と職場を熟知することが肝要である。面接指導をその機会のひとつととらえると、労働者からの聴き取りを通じて、多くの有益な情報が得られることを実感できる。また、産業医の場合、面接指導を通じて、労働者から自らがどのように見られているかを知る機会にもなる。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
島津明人	職場におけるメンタルヘルス	精神保健医療福祉白書編集委員会	精神保健医療福祉白書2017	中央法規出版	東京	2016	115
島津明人・種市康太郎		島津明人・種市康太郎	産業保健スタッフのためのセルフケア支援マニュアル：ストレスチェックと連動した相談の進め方.	誠信書房	東京	2016	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kawakami N, Tsutsumi A	The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan	J Occup Health	58(1)	1-6	2016
Imamura K, Kawakami N, Inoue A, Shimazu A, Tsutsumi A, Takahashi M, Totsuzaki T	Work engagement as a predictor of onset of major depressive episode (MDE) among workers, independent of psychological distress: a 3-year prospective cohort study	PLOS ONE	11(2)	e0148157	2016
Watanabe K, Imamura K, Kawakami N	Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis	Occup Environ Med	73(12)	877-884	2016
Imamura K, Kawakami N, Tsuno K, Tsuchiya M, Shimada K, Namba K	Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving symptoms and knowledge of depression among workers: a randomized controlled trial	J Affect Disord	203	30-37	2016

Sakuraya A, Imamura K, Inoue A, Tsutsumi A, Shimazu A, Takahashi M, Totsuzaki T, Kawakami N	Workplace social capital and the onset of major depressive episode among workers in Japan: a 3-year prospective cohort study	J Epidemiol Community Health	71(6)	606-612	2017
Watanabe K, Tabuchi, T, Kawakami N	Improvement of the work environment and work-related stress: a cross-sectional multilevel study of a nationally representative sample	J Occup Environ Med	59(3)	295-303	2017
Goering E, Shimazu A, Zhou F, Wada T, Sakai R	Not if, but how they differ: a meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement	Burn Res	5	21-34	2017
Imamura K, Kawakami N Tsuno K, Tsuchiya M, Shimada K, Namba K, Shimazu A	Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: an analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial	J Occup Health	59(1)	46-54	2017
Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H	How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress?	J Occup Health	59(4)	356-360	2017
Watanabe K, Kawakami N, Imamura K, Inoue A, Shimazu A, Yoshikawa T, Hiro H, Asai Y, Odagiri Y, Yoshikawa E, Tsutsumi A	Pokémon GO and psychological distress, physical complaints, and work performance among adult workers: a retrospective cohort study	Sci Rep	7(1)	10758	2017
Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N	A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study	J Occup Health	60(1)	55-63	2018
Imamura K, Asai Y, Watanabe K, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Hiro H, Odagiri Y, Yoshikawa T, Yoshikawa E, Kawakami N.	Effect of the National Stress Check Program on mental health among workers in Japan: A 1-year retrospective cohort study	J Occup Health	In press		

川上憲人	【ストレスチェック制度】ストレスチェック制度　その概要と実施にあたって考慮すべきポイント	産業ストレス研究	23(2)	137-144	2016
井上彰臣	仕事の要求度－コントロールモデル / 要求度－コントロール－社会的支援モデル	ストレス科学	31(1)	37-39	2016
渡辺和広，川上憲人	労働者における身体活動とメンタルヘルス：一次予防としての介入効果	産業医学ジャーナル	40(1)	88-92	2017
吉川 徹	職場ドックをストレスチェック制度にどのようにつなげるか?(特集 これでできる「職場ドック」: 広がる実践と活動のポイント)	労働の科学	71(7)	416-420	2016
湯淺晶子，吉川悦子，佐野友美，竹内由利子，吉川徹	いきいき職場づくりファシリテータ研修 参加型アプローチを用いた職場環境改善を学ぶ	労働の科学	71(10)	626-629	2016
堤 明純	ストレスチェックを活かすーストレスチェックの結果を職場環境改善に活かすための進め方	安全と健康	17(10)	968-971	2016
堤 明純	職業性ストレス研究のトピックスー代表的な職業性ストレスモデルの動向と注目されている心理社会的要因―努力-報酬不均衡モデル	ストレス科学	31(1)	12－20	2016
堤 明純	ストレスチェック制度導入から一年 ― 見えてきた課題と今後の有効活用のために	健康かながわ	585		2016
堤 明純	ストレスチェック制度―その有効な活用を目指して	健康ふくおか	印刷中		
堤 明純	メンタルヘルス不調と検査	臨床検査	印刷中		
浅井裕美，今村幸太郎，堤 明純，島津明人，井上彰臣，廣 尚典，小田切優子，吉川 徹，吉川悦子，川上憲人	ストレスチェック制度施行開始１年度の実施状況，有用性および課題：労働者へのインターネット調査.	産業ストレス研究	25(2)	257-271	2018
井上彰臣，川上憲人，島津明人，堤 明純	ストレスチェック制度の効果評価－事業場調査から－	ストレス科学	32(3)	235-246	2018
今村幸太郎，川上 憲人	ストレスチェック制度の１年目の現状と課題、効果評価	医学のあゆみ	263(3)	230-233	2017
島津明人	ストレスチェック制度とセルフケア支援.	医学のあゆみ	263(3)	246-250	2017
吉川 徹	トレスチェック制度と職場環境改善	医学のあゆみ	263(3)	251-256	2017

吉川 徹，小田切優子	集団ごとの集計・分析結果をどう取り扱う？ どう生かす?	安全と健康	68(12)	1171-1173	2017
吉川 悦子，吉川 徹	ストレスチェック制度を現場で生かすために 看護師が安全で生き生きと働き続けられる職場環境づくりへの応用	看護	69(7)	66-69	2017