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

主任研究者　川上憲人

平成２９（２０１７）年３月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告書
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.....　2
Ⅱ．分担・協力者研究報告書
１．全国調査による制度評価
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.....　34
３）日本人労働者における職場環境改善と仕事関連ストレスとの関連
渡辺和広.....　45

２．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.....　54

３．産業保健スタッフ他からの意見聴取　浅井裕美.....　98

４－１．教育研修、ストレスマネジメントの工夫の検討　島津明人.....106

４－２．労働者におけるセルフケアとしての身体活動：メンタルヘルスに対する一予防としての介入効果　渡辺和広.....115

５．職場環境改善の工夫の検討　吉川　徹.....122

６．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.....180

７．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.....193

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表　.....226

Ⅰ．総括研究報告書

平成 28 年度構成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
総括研究報告書

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、平成 27 年 12 月に施行されたストレスチェック制度について、１）制度の導入による労働者の健康状態や職場環境改善への効果について評価すること、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し提案することである。
方法：　１．全国調査によるストレスチェック制度の評価：１）労働者の追跡調査を行い、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）事業場への追跡調査を行い、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 24 年労働者健康状況調査を用いて職場環境改善と仕事関連ストレスとの関連を検討した。２．既存コホート 4 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。３．41 社の産業保健スタッフ等 50 名を対象にワールドカフェ方式の意見交換会を開催した。４．教育研修、ストレスマネジメントの工夫のために個別面接を支援するツールを開発し、セルフケアとしての身体活動の有効性について系統的レビューを実施した。５．職場環境改善のための研修の実施、前後比較試験、好事例収集を行った。６．科学的根拠による高ストレス者の判定基準について、労働者の休業に関する予測妥当性を２つの事業場の前向き研究で検討した。７．ストレスチェック制度施行後約１年を経過した時点での同制度の実施状況に関して産業保健活動を主たる業務としている医師を対象とした Web 調査とグループ討議形式による聞き取り調査を実施した。
結果：　１．１）回答者 2,481 名（66.4%）のうち、受検率は 91%、高ストレス者は受検者の 14%、高ストレス者のうち医師面接の実施は 17%、職場環境改善の経験は 6%であった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験した群で、未受検者とくらべて心理的ストレス反応が改善していた。２）回答事業場 316 件（69.6%）のうち、ストレスチェックを実施した事業場は 87%、約８割の事業場で受検率は 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%未満が多かった。ストレスチェック制度の合計費用は中央値で約 50 万円と、昨年度調査の約 40 万円より高額となっていた。特にストレスチェック実施の外注費が増加していた。３）1,026 事業所、9,908 名の労働者において男性において職場環境改善の実施が、労働者の重度の仕事関連ストレスと負の関連を有した。２．聞き取り調査を行った事業場では、対象者の 9 割以上がストレスチェックを受検していた。労働者の心理的な負担の程度に変化はなかった。３．意見交換の結果、ストレスチェック制度の実施における課題として５点、工夫として５点があげられた。４．個別面接支援マニュアル（案）への意見聴取では、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。身体活動の効果については不安をアウトカムとした研究、ヨガの研究で有意な改善効果がみられた。５．ストレスチェック制度の中での職場環境改善ために追加で必要な知識やスキルが明かとなった。職場環境改善のモデル事業が開始され、良好事例が収集された。６．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が 1 ヶ月以上の休業を開始するハザード比は研究１で男性 6.6、女性 2.8、研究２で男性 6.7、女性 17.1 であった。７．Web 調査では、99 名の回答から医師面接の実施状況が明かとなった。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の骨子を作成した
結論：ストレスチェック制度施行１年目には実施事業場の割合および受検率は高かった。医師面接の割合は低かった。職場環境改善が労働者の心理的ストレスの軽減に効果があることが示された。今後の実施に向けて事業場が考慮すべき工夫のポイント、職場環境改善ために追加の知識やスキルが明かとなり、セルフケア支援のための個別面接支援マニュアル（案）、医師による面接指導のガイドライン（案）が開発された。現在推奨されている高ストレス者の判定法は妥当と考えられた。

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　産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教室・助教
島津明人　東京大学大学院医学系研究科・准教授
吉川　徹　独立行政法人労働安全衛生総合研究所国際情報・研究新興センター・上席研究員
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）制度の導入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し提案することである。

本研究では、全国代表サンプルによる労働者と事業場のコホートを新たに立ち上げると同時に、既存の事業場における大規模コホートを利用して本制度の開始前（平成 27 年度）、開始後 2 年（平成 28、29 年度）にわたる変化を、事業場規模・雇用条件別の労働者の健康、生産性から事業者の意識まで多面的に評価する。また長年にわたる職業性ストレス簡易調査票ユーザーのネットワークを利用して、制度導入時（平成 27-29 年度）における課題の抽出、好事例の選定、新規モデル事業の立ち上げを行う。最終年度（平成 29 年度）には、ストレスチェック制度の多面的評価結果とよりよい制度への提言、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施行前に調査に回答した全国の労働者約 4000 名に対して制度施行後 1 年目の 12 月初旬に再度調査を実施し、ストレスチェック制度の実施状況およびストレスチェック制度の効果を評価した。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 月に第 1 回調査に回答した。制度施行 1 年後の 2016 年 12 月初旬に第 2 回調査を実施した。第 2 回調査では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 2 回の調査では労働者の心理的ストレス反応、労働生産性を評価した。これらのアウトカムの 1 年間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、それぞれの前値および基本属性を調整しながら解析した。

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 28 年度は年に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、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。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、郵送法による調査を行った。このベースライン調査への回答事業場 454 件に対して平成 29 年 1～3 月に郵送法による追跡調査を実施した。調査票では、事業場の基本的属性、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、対策の実施、ストレスチェックに関わる費用について質問した。

3）平成 24 年労働者健康状況調査に基づくストレスチェックおよび職場環境改善の実施と仕事関連ストレスとの関連（研究協力者、渡辺和広）

平成 24 年労働者健康状況調査の個票データを用いて、日本の事業場において実際に取り組まれている職場環境改善の効果を、労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することで検証した。
方法：厚生労働省が平成 24 年に実施した横断調査「労働安全衛生特別調査 (労働者健康状況調査)」のデータを用いて、日本全国から無作為抽出された 1,745 事業場、およびそこで雇用されている 17,500 名の労働者を対象とした。曝露要因として、事業場において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原因と思われる事柄の数を尋ね、数に応じて 4 つのグループに区分した。解析はマルチレベル多項ロジスティック回帰分析を実施した。また、サブグループ解析として、性別による層別解析を実施した。

2．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）

昨年度の調査で「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 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

り調査を行うとともに、許可の得られた事業場を対象に、「ストレスチェック制度」導入時点における労働者の心理的な負担の程度を把握した。

３．産業保健スタッフ他からの意見聴取（主任研究者、川上憲人）

本研究では、ストレスチェック制度が施行されて１年となる 2016 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等から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、ストレスチェック制度の効果的、効率的でかつ適切な運営方法のためのノウハウをまとめ、また検討課題を明かにするために、2016 年 11 月 22 日（火）ワールドカフェ方式の意見交換会を開催した。意見交換会のテーマは「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」とした。参加者をＨＰ等で募集し、41 社、50 名から申し込みがあった。

４．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である。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。個別面接を支援するツールとして，5 章から構成される個別面接支援マニュアル（案）を作成した。次に，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（案）に関する意見収集を行った。

またセルフケアとしての身体活動の有効性についてまとめるため、メンタルヘルスの改善を目的として身体活動介入を行っている研究のうち、健康な労働者を対象とした一次予防を目的としており、かつ無作為化比較試験を研究デザインとして採用している最近 10 年間の研究から、身体活動のセルフケアとしての効果を明らかとすることを目的として、PubMed を用いた系統的レビューを実施した。

５．職場環境改善の工夫の検討（分担研究者、吉川　徹）

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として、①職場環境改善を支援する産業保健スタッフ向けの「いきいきワーク」の研修の実施、②モデル事業場での職場環境改善の支援と前後比較、③職場環境改善の工夫に関する好事例収集を行った。

６．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）

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年間の前向きで検討した。研究１では、一部上場企業の金融業において 2015 年 7～8 月にかけて実施されたストレスチェック受検者 14718 人（男性 7356 人、女性 7362 人）を解析の対象とした。厚生労働省が示す各質問項目への回答の点数を単純に合計して得られる評価判定で高ストレス者となるものが追跡期間中に１ヶ月以上休業するリスクを検討した。研究２では、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）を解析の対象とした。厚生労働省が示す各質問項目への回答の点数を単純に合計して得られる評価判定で高ストレス者となるものが追跡期間中に１週間以上休業するリスクを検討した。

７．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）

平成 28 年 11 月中旬から 12 月上旬にかけて、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。次に、その集計結果を資料として、現在産業保健業務に従事し、また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。さらに、同調査結果をもとに、Web 調査結果の追加分析を行った。以上から得られた結果と平成 27 年度の本研究の成果をもとに、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を作成した。

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

2,599 名（66.4%）から回答を得た。うち引き続き常勤で雇用されていた 2,481 名を解析した。ストレスチェックの実施連絡があったのは 41%（51 人以上事業場では 40-59%）、受検率は 91%、高ストレス者は受検者の 14%、高ストレス者のうち医師面接の実施は 17%、職場環境改善の経験は 6%であった。ストレスチェックの受検は心理的ストレス反応の改善には有意な効果を示さなかった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験した群で、未受検者とくらべて心理的ストレス反応が改善しており（効果量-0.14）、基本属性

を調整した後も有意であった（p=0.040）。ストレスチェック制度の各プログラムへの有効性の回答者による評定は、医師面接、受検者の職場環境改善で 50%以上と高かった。

２）全国調査による制度評価：事業場調査

追跡調査への回答数は 316 件（追跡率 69.6%）であった。ストレスチェック制度施行後の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。実施率は第３次産業で低かった。産業医等の医師が事業場内にいる場合にストレスチェック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%未満が半数以上を占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は 37%が実施したと報告していた。従業員参加型の職場環境改善を実施した事業場は４%であった。ストレスチェック制度を法制度後に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合計費用（事後対応外注費除く）は中央値で約 50 万円と、昨年度調査の約 40 万円より高額となっていた。平均値でも約 243 万円と昨年の 164 万円よりも増加していた。従業員１人あたりの費用も中央値で 1,753 円、平均値で 5,929 円と昨年調査より２倍程度に増加していた。特にストレスチェック実施の外注費が今回調査で大幅に増加していた。

３）平成 24 年労働者健康状況調査に基づくストレスチェックおよび職場環境改善の実施と仕事関連ストレスとの関連

事業場と労働者の突合が可能であった 1,026 事業場、および 9,908 名の労働者（男性 6,256 名，女性 3,522 名）を対象に解析を実施した。事業場における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関連を持たなかった。サブグループ解析では、男性において職場環境改善の実施が、労働者の重度の仕事関連ストレス（3 つ以上の事柄）と有意な負の関連を有した。女性においてはいずれも有意な関連が認められなかった。

２．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

聞き取り調査を行った事業場では、いずれもストレスチェックの受検率が高く、対象者の９割以上がストレスチェックを受検していた。ストレスチェックの受検者のうち、「高ストレス者」に選定された割合は、いずれの事業場も 10%程度であり、「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」で想定している割合とほぼ同程度であった。医師による面接指導の申出率については、事業場間でばらつきがあり、２事業場では 20%程度であったのに対し、別事業場では、わずか 2.5%であった。努力義務である集団分析は、いずれの事業場も実施していたが、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を実施した事業場はなかった。労働者の心理的な負担の程度の評価ができた３事業場では昨年度とくらべてその程度に変化はなかった。

３．産業保健スタッフ他からの意見聴取

意見交換の結果、ストレスチェックの困難な点や課題、ストレスチェックで行った工夫が要約された。ストレスチェック制度の実施における課題として５点があげられたのは、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。工夫として５点があげられたのは、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ことであった。

４．教育研修、ストレスマネジメントの工夫の検討

個別面接支援マニュアル（案）への意見聴取では、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。また，セルフケア支援の面接に役立ちそうな内容（章）として，「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」の３つの章が，多く挙げられた。

身体活動のセルフケアとしての効果に関する系統的レビューでは、674 編の文献が抽出された。レビューの結果、最終的に全 12 編が取り込み基準に合致した。不安をアウトカムとした研究では、3 編中 2 編で有意な改善効果があったが、それ以外のアウトカムに関しては、有意な改善を認めたものと認めなかったものが混在していた。身体活動の種類に関しては、ヨガが 5 つの研究で取り入れられ、うち 4 つの研究で有意なメンタルヘルス改善を認めていた。

５．職場環境改善の工夫の検討

結果として、①職場環境改善に関する手引きがすでに開発されているが、職場環境改善の実施に当たっては、各事業場へのカスタマイズが必要なことから、職場環境改善を支援する産業保健スタッフへの継続的な研修、集団分析結果と職場環境改善の包括的アプローチを学ぶアドバンスド研修の必要性、社内展開にあたっての戦略やノウハウの共有、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する技術開発、企業外労働衛生機関や EAP、社労士や労働衛生コンサルタント等の外部支援者の役割支援等の工夫に関する意見が挙げられた。②職場環境改善のモデル事業が 3 事業場で開始された。③3 事業場においてストレス対策一次予防としての職場環境改善の工夫に関して良好事例が収集された。

６．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

研究１では、1519 人（10.3%）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ヶ月以上の休業を開始した者は 69 人（受検者全体の 0.5%）であった。非高ストレス者に比して高ストレス者が休業開始者となる相対危険を年齢、職種、職位、事後面談の有無を調整したハザード比（95%信頼区間）で求めたところ、男性 6.59 (3.04–14.25)、女性 2.77 (1.32–5.83)であった。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。

研究２では、1047 人（8.9%）が高ストレス者と判定された。非高ストレス者に比して高ストレス者が休業開始者となる相対危険を年齢、性別、職種、職位を調整したオッズ比（95%信頼区間）で求めたところ、7.51 (2.22–25.33)であった。男女別では、男性 6.73 (1.57–28.89)、女性 17.06 (1.38–211.23)で、休職者の少なかった女性では信頼区間がかなり広くなった。

７．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

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。

産業保健活動の経験が豊富な医師に対する聞き取り調査によって、以上の調査結果を深掘りし、平成 27 年度の研究の成果を併せて、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。

Ｄ．考察

１．ストレスチェック制度の実施状況

事業場に対する追跡調査では、法施行初年度のストレスチェック制度の実施率は 87%と高かった。しかし実施が義務化されている 50 人以上規模の事業場でも未実施のものが少数あった。一方、労働者調査では、ストレスチェック制度の実施率は労働者調査では約半数であった。これは労働者がストレスチェックの実施に気づいていない可能性もあり、いくらか過小評価と考えられる。

事業場に対する追跡調査では、ほとんどの事業場で受検率は 80%以上と高かった。既存コホートで聞き取り調査を行った事業場でも、産業医に対する Web 調査でも、労働者追跡調査でもストレスチェックの受検率は 9 割以上と高かった。制度施行１年目の受検率は高かったと推測される。

事業場に対する追跡調査では、高ストレス者の割合は、5-20%の間が多かった。産業医に対する Web 調査では高ストレス者の割合は、10%までが大部分であった。労働者追跡調査では、高ストレス者は受検者の 14%であった。高ストレス者の頻度は平均して 10%前後であったと思われる。

事業場に対する追跡調査では、高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は 5%未満であり低かった。産業医に対する Web 調査では 10%程度との回答が多かった。労働者調査では、高ストレス判定を受けた者のうち医師面接を受けた者は 17%であり、事業場調査にくらべるとやや高かった。これはこのインターネット調査による労働者コホートに参加している者がストレスに対して意識が高かったり、あるいはストレスのための不調をよりを感じているという特徴をもっているためである可能性もあり、過大評価になっているかもしれない。他の調査結果からみると、高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合はおおむね 10%以下と推測される。しかし一方で、医師による面接指導の申出率には事業場により差があることも観察された。これはストレスチェック制度の設計や趣旨説明、周知方法の違い、あるいはこれまでの産業保健活動や職場のメンタルヘルス対策の実施状況の差による可能性があ

る。

ストレスチェック制度の年間費用は事業場あたり中央値で約 50 万円、従業員１人あたりは中央値で 1,753 円と推計された。ストレスチェック制度の費用が昨年度とくらべ増加したのは、法制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ことが必要となり、多くの事業場がこれを外注したことによると推測される。

２．ストレスチェック制度の効果

労働者の追跡調査からは、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の改善に効果はみられなかった。しかしストレスチェックを受検しかつ職場環境改善を経験することは、労働者の心理的ストレス反応の改善に効果があることが示された。平成 24 年労働者健康状況調査データの解析では、職場環境改善の実施は、男性労働者において重度の仕事関連ストレスを抱える者を減らす可能性が示されている。職場環境改善に対する労働者による有用性評価も高かった。ストレスチェック制度を労働者のストレス軽減対策として活用するには、ストレスチェック制度の中で努力義務となっている職場環境改善を推奨してゆくことが効果的と考えられる。

医師面接に対する労働者による有用性評価も高かった。労働者のニーズから考えると、医師面接は一定の役割を果たしている可能性があると思われる。しかし本研究では医師面接の効果を評価できる研究デザインになっていないため、ストレスチェック制度の医師面接に労働者のストレス軽減効果があるかどうかはまだ不明である。

ストレスチェックの結果通知およびこの際のストレスマネジメントの情報提供については、労働者の有効性評価は低く、さらなる工夫が望まれる。ストレスマネジメントの情報提供をより有用にすることで、ストレスチェック制度の効果を増大させることが可能になるかもしれない。

制度施行後にストレスチェック制度を初めて実施した事業場では、事業場の職場のメンタルヘルス対策の推進に対する態度がより積極的であり、また早期発見・相談対応の対策を新規に開始する傾向がみられた。ストレスチェック制度を行うことが、これ以外の職場のメンタルヘルス対策の推進に寄与する可能性があると考えられる。

３．産業保健スタッフ他からの意見聴取

多様な産業保健スタッフ他が参加したワールドカフェ方式の意見交換会から、ストレスチェック制度の実施における課題と工夫があげられた。参加者からは、ストレスチェック初年度には多くの問題や苦労があったことが報告されたが、多くの参加者は次年度にはさらに工夫を行うことで、より円滑で効果的にストレスチェック制度を実施することを計画していた。特に、ストレスチェック制度の目的や目標をはっきりさせ、意義や必要性を強調することの重要が明かになった。職場環境改善も、自社幹部層、管理監督者への説明が十分なされているかが円滑な実施の大きな要因となっていた。高ストレス者を医師面接あるいはその他の健康相談も含めて何らかの支援につなげる工夫もなされていた。事業場ごとの工夫により、法定のストレスチェック制度を現場に則した形にカスタマイズして柔軟に実施するという考えや姿勢が重要と考えられた。

４．教育研修，ストレスマネジメントの工夫の検討

個別面接支援マニュアル（案）の内容についてはポジティブな意見が多く得られたものの，本マニュアル（案）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ものである。そのため，事業所のスタッフが実際に活用するには，より重要な事項を抽出し，分かりやすく提示することも必要と思われる。また，面接事例に関しても，臨床心理士による複数回にわたる事例が多く紹介されており，臨床心理士以外の産業医，看護師，保健師による１回のみの面接事例を紹介することも，今後必要と考えられた。

身体活動による不安の一次予防効果は、労働者においても見込むことができると考えられた。ヨガを用いた介入プログラムについてはメンタルヘルスの改善効果が見込める可能性がある。

５．職場環境改善の工夫の検討

職場環境改善に関して利用しやすい手引きがすでに開発されているが、各事業場へのカスタマイズが必要なこと、環境改善を支援する産業保健スタッフへの継続的な研修やアドバンスドコースの必要性、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する技術開発、企業外労働衛生機関や EAP、社労士や労働衛生コンサルタント等の外部支援者の役割支援等の工夫に関する意見が挙げられた。

職場環境改善のモデル事業が３事業場で開始され、3 事業場においてストレス対策一次予防としての職場環境改善の工夫に関して良好事例が収集された。平成 29 年度は、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、取り組みイニシア別を視野に入れたマニュアル作成を行う。

６．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

高ストレス者の頻度、休業に及ぼす影響及び集団に対するインパクトは、それぞれの事業場において差異があるものの、高ストレスによる休業のリスクは統計学的に有意であり、休業者の一定部分を高ストレスが説明することが明らかとなった。ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される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。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、休業者の数が少ないことにより傷病別の解析も不可能であった。今後、より頑健なエビデンスを創出するためにデータを蓄積していく。

７．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

ストレスチェックに用いる質問紙は、現在のところ、職業制ストレス簡易調査票（57 項目版）が妥当であると考えられた。高ストレス者の選定には、質問紙に加えて面談等を行い、その結果も参考にすることができることになっているが、その場合には面談等を絞り込むための参考にするのが一般的と考えられた。高ストレス者はストレスチェック受検者の 5〜10%が多く、そのうち実際に医師面接を受けた者は 10%以下が大半であることから、医師面接を受けた者はストレスチェック受検者の 1%に満たない事業場が多いと推測された。医師面接の希望者の多寡は、当該事業場の日頃の産業保健活動あるいはメンタルヘルス対策の推進程度にもよると考えられた。医師面接の内容において、「指導」よりも「確認」が多かった。医師面接で心理的な負担の状況の確認に用いられている方法としては、抑うつ関連の構造化面接、質問票が多かった。ひとりの医師面接に費やす時間は、産業医の業務時間および他の産業保健活動などによって、大きく左右されるが、30 分プラス書類の記述時間というところが標準としてあげられる。医師面接の結果、就業上の配慮や職場改善を上司、人事などに求めることになった件数は少なかった。

Ｅ．結論

本年度研究からストレスチェック制度施行１年目の実施状況が明かとなった。法制度に基づきストレスチェック制度を実施した事業場の割合および労働者の受検率は高かった。しかし高ストレス者中の医師面接の実施率は低かった、あるいはばらつきが大きかった。制度の中で職場環境改善が労働者の心理的ストレスの軽減に効果があることが明かとなった。

今後の施行に向けて事業場が考慮すべき工夫のポイント、職場環境改善ために追加の知識やスキルが明かとなった。セルフケア支援のための個別面接支援マニュアル（案）、医師による面接指導のガイドライン（案）が開発された。現在推奨されている高ストレス者の判定法は妥当と考えられた。これらの情報やツール類は事業場が効果的にストレスチェック制度を実施する助けとなると思われる。

平成 29 年度にはこれまでの研究を統合し、ストレスチェック制度の効果、課題、改善策をまとめ、よりよい制度に向けて提言を行う。このためにストレスチェック制度に係わる有識者を招いて意見交換会議を開催する。教育研修、ストレスマネジメント、職場環境改善、調査票と高ストレス者の判定方法、医師による保健指導・フォローアップについてマニュアルを作成し、ＨＰなどで普及をはかる。マニュアルには、小規模事業場も参考にできるような、できるだけ簡易な運用案についても盛り込む予定である。

Ｆ．健康危機情報

該当せず。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

1) 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. 2017 Feb 24 (in press). pii: jech-2016-208561. doi: 10.1136/jech-2016-208561.
2) 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. 2017 Jan 24;59(1):46-54. doi: 10.1539/joh.16-0187-OA.
3) Watanabe K, Imamura K, Kawakami N. Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2016 Dec;73(12):877-884. doi: 10.1136/oemed-2016-103845.
4) 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. 2016 Oct;203:30-7. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.045.
5) 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 2016; 23(2): 137-144.
6) 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.
7) 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.
8) 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.
9) 島津明人 (2016). 職場におけるメンタルヘルス. In: 精神保健医療福祉白書編集委員会（編）精神保健医療福祉白書 2017, 115. 東京: 中央法規出版.
10) 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.
11) 渡辺和広・川上憲人 (2017). 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*, 88–92
12) 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.
13) 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.
14) 堤　明純. ストレスチェックを活かす－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.
15) 堤　明純. 職業性ストレス研究のトピックス－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.
16) 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.
17) 堤　明純.職業性ストレスによるメンタルヘルス不調の男女差. 丸山総一郎編. 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア. 印刷中
18) 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. 印刷中
19) 堤　明純. メンタルヘルス不調と検査. 臨床検査 印刷中
20) 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.
21) Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? JOH. In press

２．学会発表

1) 浅井裕美、今村幸太郎、川上憲人. 日本人労働者における職業性ストレス要因と不安感受性の関連　横断研究. 日本産業衛生学会（福島）, 2016.05.
2) 浅井裕美、川上憲人. 日本人労働者における職業性ストレスとパニック発作およびパニック障害との関連. 日本公衆衛生学会総会（大阪）, 2016.10.
3) 川上憲人. 産業現場におけるメンタルヘルス対策の新展開　ストレスチェック制度と不調者対応の接点を探る ストレスチェック制度以後のメンタルヘルス不調の一次予防対策の展開. 日本産業ストレス学会（東京）, 2016.11.
4) 渡辺和広・田淵貴大・川上憲人 (2016). 職場環境改善と労働者のストレス：労働者健康状況調査に基づく横断研究. 第 24 回日本産業ストレス学会.
5) 島津明人 (2016). シンポジウム「職場のメンタルヘルス対策：これまでとこれから」,メンタルヘルスが壊れる前に適切に予防を行う：健康心理学の予防的知見を現場に. 第 29 回日本健康心理学会, 2016 年 11 月 20 日, 岡山大学, 岡山市.
6) 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.

7) 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.

8) 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.

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１３ 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

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。

Ⅱ．分担・協力者研究報告書

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」
（H28-労働-一般-004）主任：川上憲人

研究協力報告書

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

研究協力者　浅井裕美（東京大学大学院医学系研究科・院生）
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：ストレスチェック制度の施行前に調査に回答した全国の労働者約 4000 名に対して制度施行後 1 年目の 12 月初旬に再度調査を実施し、ストレスチェック制度の実施状況およびストレスチェック制度の効果を評価した。
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 月に第 1 回調査に回答した。制度施行 1 年後の 2016 年 12 月初旬に第 2 回調査を実施した。第 2 回調査では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 2 回の調査では労働者の心理的ストレス反応、労働生産性を評価した。これらのアウトカムの 1 年間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、それぞれの前値および基本属性を調整しながら解析した。
結果：2,599 名（66.4%）から回答を得た。うち引き続き常勤で雇用されていた 2,481 名を解析した。ストレスチェックの実施連絡があったのは 41%（51 人以上事業場では 40-59%）、受検率は 91%、高ストレス者は受検者の 14%、高ストレス者のうち医師面接の実施は 17%、職場環境改善の経験は 6%であった。ストレスチェックの受検は心理的ストレス反応の改善には有意な効果を示さなかった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験した群で、未受検者とくらべて心理的ストレス反応が改善し（効果量-0.14）、基本属性を調整した共分散分析で有意であった（p=0.040）。ストレスチェック制度が労働生産性、医療費に与える効果は明確ではなかった。ストレスチェック制度の各プログラムへの有効性の回答者による評定は、医師面接、受検者の職場環境改善で 50%以上と高かった。
結論：ストレスチェック制度の実施率は本調査では約半数であった。受検率は高く、高ストレス者のうち医師面接を受けた者は 2 割弱であった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験することが心理的ストレス反応の改善に効果があることが示された。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も高かった。一方、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。またストレスチェック制度に関連した不利益取り扱いに一層注意した運用が必要である。

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、2016 年 11 月までの 1 年間に 1 回はストレスチェックを実施することが求められた。

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（厚生労働省，2015）。この新しい制度については、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おり、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(Kawakami & Tsutsumi, 2015)。制度の効果については十分な情報がなく、その実施状況を把握し、また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。

本研究では平成 27 年度に設定したストレスチェック制度施行前の労働者コホートに対して 1 年後の質問票調査を実施し、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を目的とする。

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、現在日本国内で仕事に従事している 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 日に第２回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。しかしストレスチェックと関連した職場環境改善であることをより明確にするために、受検と職場環境改善とを組み合わせ、受検かつ職場環境改善を経験した者というカテゴリーを新たに作成した。

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。また回答選択肢に４点から１点までの有効性得点を与えて、平均値を求めた。

３）アウトカム

下記のアウトカムを２回の調査で測定した。

（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、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

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。また HPQ WHO Health and Work Performance Questionnaire)日本語版（Kessler et al.,2003）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。初回調査の平均値(5.8 点)を基準としてこれが 100 になるように標準化得点を求めた。過去１ヶ月の労働生産性を、１ヶ月の出勤日（22 日－健康による疾病休業日数合計）×出勤日の労働生産性（標準化得点）とし、これを 22 で除して、１ヶ月 22 日出勤し平均の労働生産性を発揮した場合に 100 となるように標準化した。

（３）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）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の正確さ、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、第２回調査で性別、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、51-100 人、101-500 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）、職種をたずねた。また過去１年間に会社を退職した、あるいは転職したかどうかをたずねた。第１回調査では 2015 年 12 月以前にストレスチェックを実施していたかどうかについてもたずねた。

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

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、受検×職場環境改善）を、基本的属性（性別、年齢、地方、事業場規模、就労形態、職種）別に比較した。

２）ストレスチェックの効果

回答者の第２回目から第１回目のアウトカムを引き算し、アウトカムの変化量を計算した。スト

レスチェックの実施状況別にアウトカムの変化量を比較し、効果量(Cohen's d)を計算した。アウトカムの変化量を従属変数とし、基本的属性およびアウトカムの第１回目の値を調整し、ストレスチェックの実施状況の効果を共分散分析で解析した。

３）ストレスチェックの利点と課題

ストレスチェック回答時の正確さ、ストレスチェックの利点と課題を全回答者および基本属性別に比較した。

（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10856-(1)）。

Ｃ．結果

１．労働者の基本的属性

合計 2,599 名から回答をえた(追跡回答率66.4%)。うち第２回調査時点で無職と回答した 69 名を除外した。さらに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 名を解析対象とした。回答者の基本属性（フォローアップ時点）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（表２－１～６）

ストレスチェックの実施通知があったのは41.2%であり、さらに 5.4%が通知はなかったがストレスチェックを受検したと回答していた。これらを合わせると 46.6%がストレスチェックを実施した事業場に勤務していた。ストレスチェック受検者のうちでは、ストレスチェックの実施時期は2016 年 9-11 月が多かった。

実施通知があった者についてみると、受検率は91.4%と高かった。高ストレス判定を受けた者は14.2%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 17.1%だった。高ストレス判定者のうち、医師面接は受けなかったが健康相談を受けた者は 7.2%いた。職場環境改善はストレスチェック制度と関連ないものも含めて 5.6%が経験していた。ストレスチェック受検ありで職場環境改善を経験した者は 2.6%であった。

表　労働者コホートの 2016 年 12 月回答者におけるストレスチェック受検者のストレスチェックの実施時期

実施時期	人数	%
2016 年 11 月	178	16.6
2016 年 10 月	214	20.0
2016 年 9 月	151	14.1
2016 年 8 月	78	7.3
2016 年 7 月	70	6.5
2016 年 6 月	63	5.9
2016 年 5 月	60	5.6
2016 年 4 月	38	3.6
2016 年 3 月	14	1.3
2016 年 2 月	8	.7
2016 年 1 月	11	1.0
2015 年 12 月	50	4.7
不明	135	12.6
合計	1070	100.0

ストレスチェックの実施、受検率、職場環境改善の実施経験は女性で有意に少なかった。ストレスチェックの実施は 50 歳以上で少なかった。受検率は地域で有意に異なり、北海道・東北、中四国で少なかった。ストレスチェックの実施は 50 人以下の事業場で少なく、事業場規模が大きいほど多かった。51 人以上事業場における実施状況は39.6%から 58.7%、通知ないが受検したという者を含めて場合 47.5%から 65.3%であった。職場環境改善の実施は 101 人以上の事業場で多かった。受検率は派遣社員で低かった。職場環境改善の実施は正社員で高かった。ストレスチェックの実施はサービス、製造従事者で低かった。

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 3.9%あった（表２－７）。事務・販売、製造従事者でその割合が高かった。

２）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 30%前後であった（表３－１）。高ストレス者では有用性が 20%台となり、むしろ低かった。医師面接の有用性は 59.4%、職場環境改善の有用性は 55.4%高かった。ストレスチェックの受検かつ職場環境改善の経験者では職場環境改善の有用性は 63.1%と特に高かった。

有用性の平均得点でも医師面接、職場環境改善の有用性が高かった（表３－２）。高ストレス者では、それ以外に比べて個人結果の有用性、ストレス対処のヒントの有用性が有意に低かった。受検なしの職場環境改善に比べて、受検ありの職場環境改善の有用性は有意に高かった。

有用性の評定には事業場規模により大きな差はなかった（表３－３）。

３．ストレスチェックの効果

１）心理的ストレスの改善効果（表４）

ストレスチェック受検者では非受検者と比較して 0.4 点、心理的ストレス反応が減少していたが有意な差ではなかった。効果量は 0.04 と小さかった。他の要因を調整した場合にも差は有意ではなかった。職場環境改善の経験者では非経験者と比べて 0.5 点（効果量で 0.05）心理的ストレス反応が減少していたが有意な差ではなかった。受検かつ職場環境改善を経験した場合には、ストレスチェック未実施とくらべて、心理的ストレス反応が 1.5 点（効果量で 0.14）改善していた。他の要因を調整した場合には、有意な差が見られた。

２）労働生産性の改善効果

ストレスチェック受検者では非受検者と比較して 1.8 ポイント（効果量で 0.05）、労働生産性が改善していたが有意な差ではなかった（表５－１）。他の要因を調整した場合には差は有意傾向であった(p=0.05)。職場環境改善は非実施と比べて、-2.3 ポイント（効果量で 0.09）労働生産性が悪化していたが有意な差ではなかった(p=0.061)。受検なしで職場環境改善を経験した場合に、ストレスチェック未実施とくらべて、労働生産性は-7.3 ポイント（効果量で 0.20)悪化しており、他の要因を調整した場合に有意であった。高ストレス者のうち、医師面接を受けた者では受けなかった者にくらべて、労働生産性が 15.6 ポイント（効果量で 0.37）悪化していたが、有意ではなかった。

休業日数部分を除く勤務時の労働生産性については、ストレスチェックの各項目による勤務時の生産性の改善の差は有意ではなかった（表５－２）。

３）医療費の改善効果（表６）

職場環境改善を経験した者では医療費が有意に増加していた。受検かつ職場環境改善を経験した者で特に医療費が有意に増加していた。この傾向は、外来医療費、精神的問題による医療費、身体的問題による医療費のいずれでも見られた。

４）ストレスチェックの利点と課題

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」38.2%、「ホームページなどからいつでも行えたこと」19.5%の頻度が多かった（表７－１）。「ホームページなどからいつでも行えたこと」の回答は製造従事者では低かった。「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」も 8.4%と頻度が高かった。高ストレス者では、「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」、「 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」の頻度が約２割とより高くなっていた。医師面接を行った者では、「精神科医など専門家が医師面接をしてくれたこと」が 25%と高くなっていた。

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」15.9%、「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」11.5%の頻度が多かった（表７－２）。高ストレス者、医師面接ありの者では「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」が 20%を超えていた。また、「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」の頻度が４～９％みられた。

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 年度に設定した大規模な労働者コホートを利用して、ストレスチェック制度の実施状況およびストレスチェックの効果を解析した。

ストレスチェック制度の実施状況は、本研究の回答者ベースでは４割余りであった。制度が義務化されている従業員 51 人以上規模の事業場、また事業場規模が大きくなるほど実施率は高かった。実施率が 100%に達していないのは、回答者がストレスチェック制度の実施を認識していない場合、あるいは調査時期が 12 月初旬であり、かけこみのストレスチェックが実施されている最中であったなどの可能性がある。ストレスチェック制度の実施率は女性、50 歳以上労働者、製造従事者で低かった。こうした労働者が多い事業場でストレスチェック制度の実施が遅れている可能性もある。

ストレスチェック実施の周知があった場合には受検率は約９割と高かった。高ストレス者の割合は約４％であった。これは当初想定されていた 10%よりも低い値である。本研究の回答者はベースラインでは平均的な労働者よりも職業性ストレス要因が多く心理的ストレスが多い状態であった。しかし本研究者の回答者が偏っていたり、あるいは回答者が正しく高ストレス判定を理解していない可能性もあるので注意が必要である。契約社員、派遣社員では受検率が低かった。雇用不安を感じやすいこれらの労働者がストレスチェックへの参加を見合わせた可能性もある。

高ストレス者の 17%が医師面接を受けていた。これは平成 27 年度研究で約半数の労働者が高ストレスの場合に医師面接を受けると回答していたことに比べると低い。産業医等に対する調査（廣

分担研究者の報告書を参照）では、高ストレス者のうち医師面接を申し出た者の割合の最頻値は１％であり、本研究の数値は医師面接率を過大評価している可能性もあるので注意いただきたい。例えば、受検者が高ストレスの通知を読んでいない、もらったことを忘れたなどの理由で分子が過小評価された可能性がある。また保健師面接や法定以外の医師面接を医師面接として報告し、分母が過大評価された可能性もある。

職場環境改善については 5.6%の労働者が経験したと回答していた。職場環境改善の頻度は事業場規模が大きくなるほど高かった。しかし職場環境改善の約半数はストレスチェック受検のない労働者から報告されていた。受検かつ職場環境改善経験を、ストレスチェックと連動した職場環境改善の経験者とすると、その頻度は 2.6%（ストレスチェック受検者の 10%）であった。女性、契約社員・派遣社員では職場環境改善の頻度が低くなっており、これらの労働者の多い事業場で職場環境改善が進んでいない可能性がある。

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 3.9%であった。平成 27 年度研究ではストレスチェックが開始されたら「本当のこととは違ったことを回答すると思う」と回右した者は８％であったがこれよりも低い結果となった。ストレスチェックの回答には一定の信頼性があると考えられる。しかし 25 人に１人は実際とは違った結果を回答している可能性があることは理解しておく必要がある。特に、事務・販売、製造従事者でその割合が高かったのは、これらの職種ではストレスチェックの結果が周囲にもれてしまうことに対する不安が高いためかもしれない。

２．ストレスチェックの有用性評定

労働者によるストレス改善のための有用性の評価では、医師面接、職場環境改善の有用性が高かった。特にストレスチェック受検ありの職場環境改善の有用性が高く評価されていた。個人結果の有用性、ストレス対処の頻度は有用性との回答が 30%前後に留まっていた。特に高ストレス者ではこれらの有用性がより低かった。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技術の向上が行われる必要がある。

３．ストレスチェック制度の効果

１）心理的ストレス反応の改善効果

ストレスチェックへの受検の有無は、１年間の心理的ストレス反応の改善に有意な効果を示さなかった。一方、ストレスチェックへの受検かつ職場環境改善の経験は、ストレスチェックの未受検（未実施を含む）と比べた場合に心理的ストレス反応を有意に改善していた（心理的ストレス反応の前値および基本要因を調整した後)。職場環境改善の心理的ストレス改善効果は、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., in press)と一致している。

特に本研究では、職場環境改善がストレスチェックと連動して実施されている場合にストレス軽減効果があることが示された。ストレスチェックの集団分析に基づく職場環境改善は、正確な現状分析データにより改善計画が立案できることで、職場の実態に沿った効果的なものになっている可能性が考えられる。あるいはストレスチェックに回答し、その結果が職場環境改善に利用されることで、労働者の職場環境改善へのコミットメントが高まり、職場環境改善が効果的に実施されるのかもしれない。

２）労働生産性の改善に与える影響

本研究では、ストレスチェック制度が労働生産性の改善に与える有意な効果は確認できなかった。ストレスチェック受検者では、労働生産性の改善が有意に近かった(p=0.05)。受検にともなう個人結果の返却やストレスマネジメントのヒントが労働生産性を高めることは、これまでの研究から見れば想定しにくい。むしろ過去１ヶ月間に疾病休業が多かった者がストレスチェックを未受検であった可能性が考えられるため、慎重な分析が必要である。

ストレスチェックへの受検なしに職場環境改善を経験した者では労働生産性が有意に悪化していた。この理由は明確でないが、例えば、ストレスチェックの集団分析に基づかない職場環境改善では、職場の実態に沿った改善が行われていない可能性が考えられる。また管理監督者や事業者がストレスチェック以外で、労働者の健康問題の悪化に対応するために職場環境改善を実施するなど、因果関係の逆転が起きている可能性もある。

３）医療費の改善に与える効果

本研究では、ストレスチェック制度が医療費の改善に与える有意な効果は確認できなかった。むしろストレスチェックを受検して職場環境改善を経験した回答者では 1 年前にくらべて医療費が増加していた。何らかの健康問題を持つ者がいる職場で職場環境改善が進められるという、因果関係の逆転がおきている可能性がある。本研究の回答者の多くは調査直前の 2016 年 9-11 月にストレスチェックを経験したばかりである。疾病の発症や改善などより長期の効果評価が必要なアウトカムについては本研究では効果評価は難しく、来年度研究の課題である。

４．ストレスチェックの利点と課題

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」がより多く報告されていた。「ホームページなどからいつでも行えたこと」の回答が製造従事者では低かったのは、製造従事者では一人一台の PC がないために ICT を利用したストレスチェックが普及していないことが理由であると思われる。

「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」もよかった点としての頻度が高かった。特に高ストレス者では２割がこの点を選択していた。同じく、ストレスチェックの課題についても、「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」の他、「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」が１割以上あり、高ストレス者、医師面接ありの者では20%を超えていた。同意のない限り事業者に結果が開示されないことは労働者にとって重要であると思われる。

一方、医師面接を行った者の 25%が「精神科医など専門家が医師面接をしてくれたこと」をあげており、医師面接の専門性の高さへの期待が伺われる。

ストレスチェックと関連したさまざまな不利益取り扱い、例えば「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」、「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」、「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」は、ストレスチェック受検者の約 2%あり、50 人に１人がなんらかの不利益を感じていた。高ストレス者、医師面接実施者では 8-9%に達する場合もあった。本調査ではこれらの不利益取り扱いが法令で禁止されている水準のものであるかどうかは判断ができない。しかし不利益取り扱いを感じる労働者が少数ながらある程度はいること、また高ストレス者、医師面接実施者では 10 人に１人程度が不利益取り扱いを感じる可能性のあることは認識する必要がある。実施者、事業者、行政がこの点に注意して今後のストレスチェック制度の運用を行う必要がある。

Ｅ．結論

ストレスチェック制度の施行前に調査に回答した全国の労働者約 4000 名に対して制度施行後１年目の 12 月初旬に再度調査を実施し、ストレスチェック制度の実施状況およびストレスチェック制度の効果を評価した。

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 月に第１回調査に回答した。制度施行１年後の 2016 年 12 月初旬に第２回調査を実施した。第２回調査では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２回の調査では労働者の心理的ストレス反応、労働生産性を評価した。これらのアウトカムの１年間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、それぞれの前値および基本属性を調整しながら解析した。

2,599 名（66.4%）から回答を得た。うち引き続き常勤で雇用されていた 2,481 名を解析した。ストレスチェックの実施連絡があったのは 41%（51 人以上事業場では 40-59%）、受検率は 91%、高ストレス者は受検者の 14%、高ストレス者のうち医師面接の実施は 17%、職場環境改善は 6%であった。ストレスチェックの受検は心理的ストレス反応の改善には有意な効果を示さなかった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験した群で、未受検者とくらべて心理的ストレス反応が改善し（効果量-0.14）、基本属性を調整した共分散分析で有意であった（p=0.040）。ストレスチェック制度が労働生産性、医療費に与える効果は明確ではなかった。ストレスチェック制度の各プログラムへの有効性の回答者による評定は、医師面接、受検者の職場環境改善で 50%以上と高かった。

ストレスチェック制度の実施率は本調査では約半数であった。受検率は高く、高ストレス者のうち医師面接を受けた者は 17%であった。ストレスチェックを受検し職場環境改善を経験することが心理的ストレス反応の改善に効果があることが示された。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も高かった。一方、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。またストレスチェック制度に関連した不利益取り扱いに一層注意した運用が必要である。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

１．論文発表

1. 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. 2017 Feb 24 (in press). pii: jech-2016-208561. doi: 10.1136/jech-2016-208561.

2. 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. 2017 Jan 24;59(1):46-54. doi: 10.1539/joh.16-0187-OA.
3. Watanabe K, Imamura K, Kawakami N. Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2016 Dec;73(12):877-884. doi: 10.1136/oemed-2016-103845.
4. 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. 2016 Oct;203:30-7. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.045.
5. 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 2016; 23(2): 137-144.

２．学会発表

1. 浅井裕美、今村幸太郎、川上憲人. 日本人労働者における職業性ストレス要因と不安感受性の関連　横断研究. 日本産業衛生学会（福島）, 2016.05.
2. 浅井裕美、川上憲人. 日本人労働者における職業性ストレスとパニック発作およびパニック障害との関連. 日本公衆衛生学会総会（大阪）, 2016.10.
3. 川上憲人. 産業現場におけるメンタルヘルス対策の新展開　ストレスチェック制度と不調者対応の接点を探る ストレスチェック制度以後のメンタルヘルス不調の一次予防対策の展開. 日本産業ストレス学会（東京）, 2016.11.

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.

表1　労働者インターネット調査における2016年12月のフォローアップ調査への回答者の基本属性

変数	カテゴリー	人数	%
性別	男性	1564	63.0
	女性	917	37.0
年齢	18-29歳	421	17.0
	30-39歳	637	25.7
	40-49歳	712	28.7
	50歳以上	711	28.7
学歴	高卒まで	598	24.1
	短大・専門学校・高専卒	527	21.2
	大学卒	1173	47.3
	大学院卒以上	174	7.0
	その他	9	.4
婚姻状態	未婚	956	38.5
	既婚	1354	54.6
	離死別	171	6.9
事業場規模	50人以下	732	29.5
	51-100人	280	11.3
	101-500人	531	21.4
	501-1000人	214	8.6
	1000人以上	724	29.2
交代勤務	日勤のみ	2178	87.8
	夜勤を含む交代勤務	247	10.0
	夜勤を含まない交代勤務	33	1.3
	夜勤のみ	23	.9
世帯所得／年	299万円以下	290	11.7
	300～499万円	650	26.2
	500～799万円	680	27.4
	800～999万円	275	11.1
	1000～1499万円	190	7.7
	1500万円以上	61	2.5
	わからない／答えたくない	335	13.5
契約形態	正規社員	2152	86.7
	契約社員	223	9.0
	派遣社員	106	4.3
職種	管理・専門	719	29.0
	事務・販売	1335	53.8
	サービス	46	1.9
	製造	381	15.4
2015年11月以前のストレス	なし	1856	74.8
チェック受検	あり	625	25.2
１年間の転職経験	なし	2302	92.8
	あり	179	7.2

表2-1　性別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			性別		合計	群間の検定
			男性	女性		p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	684	339	1023	<0.001
		%	43.7%	37.0%	41.2%	
	通知ないが受検した	人数	96	39	135	
		%	6.1%	4.3%	5.4%	
	実施なし	人数	784	539	1323	
		%	50.1%	58.8%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	640	295	935	<0.001
		%	93.6%	87.0%	91.4%	
	受検せず	人数	44	44	88	
		%	6.4%	13.0%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	101	51	152	0.502
		%	13.7%	15.3%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	635	283	918	
		%	86.3%	84.7%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	21	5	26	0.236
		%	20.8%	9.8%	17.1%	
	健康相談実施	人数	7	4	11	
		%	6.9%	7.8%	7.2%	
	いずれもなし	人数	73	42	115	
		%	72.3%	82.4%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	100	40	140	0.034
		%	6.4%	4.4%	5.6%	
	職場改善なし	人数	1464	877	2341	
		%	93.6%	95.6%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	54	11	65	<0.001
		%	3.5%	1.2%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	682	323	1005	
		%	43.6%	35.2%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	46	29	75	
		%	2.9%	3.2%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	782	554	1336	
		%	50.0%	60.4%	53.8%	

表2-2　年齢別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			年齢				合計	群間の検定
			18-29歳	30-39歳	40-49歳	50歳以上		p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	192	264	314	253	1023	0.001
		%	45.6%	41.4%	44.1%	35.6%	41.2%	
	通知ないが受検	人数	14	45	40	36	135	
		%	3.3%	7.1%	5.6%	5.1%	5.4%	
	実施なし	人数	215	328	358	422	1323	
		%	51.1%	51.5%	50.3%	59.4%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	174	245	286	230	935	0.819
		%	90.6%	92.8%	91.1%	90.9%	91.4%	
	受検せず	人数	18	19	28	23	88	
		%	9.4%	7.2%	8.9%	9.1%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	23	40	58	31	152	0.139
		%	12.2%	13.8%	17.8%	11.7%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	165	250	268	235	918	
		%	87.8%	86.2%	82.2%	88.3%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	4	7	10	5	26	1.000
		%	17.4%	17.5%	17.2%	16.1%	17.1%	
	健康相談実施	人数	200.0%	300.0%	400.0%	200.0%	1100.0%	
		%	8.7%	7.5%	6.9%	6.5%	7.2%	
	いずれもなし	人数	17	30	44	24	115	
		%	73.9%	75.0%	75.9%	77.4%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	20	35	49	36	140	0.368
		%	4.8%	5.5%	6.9%	5.1%	5.6%	
	職場改善なし	人数	401	602	663	675	2341	
		%	95.2%	94.5%	93.1%	94.9%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	11	19	20	15	65	0.027
		%	2.6%	3.0%	2.8%	2.1%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	177	271	306	251	1005	
		%	42.0%	42.5%	43.0%	35.3%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	9	16	29	21	75	
		%	2.1%	2.5%	4.1%	3.0%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	224	331	357	424	1336	
		%	53.2%	52.0%	50.1%	59.6%	53.8%	

表2-3　地域別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			地域								群間の検定
			北海道・東北	関東	甲信越	東海	近畿	中四国	九州沖縄	合計	p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	106	405	53	129	181	78	71	1023	0.380
		%	37.6%	42.8%	39.3%	44.0%	40.3%	40.0%	39.2%	41.2%	
	通知ないが受検した	人数	9	55	11	18	25	11	6	135	
		%	3.2%	5.8%	8.1%	6.1%	5.6%	5.6%	3.3%	5.4%	
	実施なし	人数	167	486	71	146	243	106	104	1323	
		%	59.2%	51.4%	52.6%	49.8%	54.1%	54.4%	57.5%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	89	368	51	119	173	69	66	935	0.026
		%	84.0%	90.9%	96.2%	92.2%	95.6%	88.5%	93.0%	91.4%	
	受検せず	人数	17	37	2	10	8	9	5	88	
		%	16.0%	9.1%	3.8%	7.8%	4.4%	11.5%	7.0%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	10	65	6	19	31	6	15	152	0.191
		%	10.2%	15.4%	9.7%	13.9%	15.7%	7.5%	20.8%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	88	358	56	118	167	74	57	918	
		%	89.8%	84.6%	90.3%	86.1%	84.3%	92.5%	79.2%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	3	13	1	2	6	1	0	26	0.581
		%	30.0%	20.0%	16.7%	10.5%	19.4%	16.7%	.0%	17.1%	
	健康相談実施	人数	1	3	1	3	1	0	2	11	
		%	10.0%	4.6%	16.7%	15.8%	3.2%	.0%	13.3%	7.2%	
	いずれもなし	人数	6	49	4	14	24	5	13	115	
		%	60.0%	75.4%	66.7%	73.7%	77.4%	83.3%	86.7%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	15	57	6	17	25	8	12	140	0.929
		%	5.3%	6.0%	4.4%	5.8%	5.6%	4.1%	6.6%	5.6%	
	職場改善なし	人数	267	889	129	276	424	187	169	2341	
		%	94.7%	94.0%	95.6%	94.2%	94.4%	95.9%	93.4%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	4	29	2	9	14	3	4	65	0.502
		%	1.4%	3.1%	1.5%	3.1%	3.1%	1.5%	2.2%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	94	394	60	128	184	77	68	1005	
		%	33.3%	41.6%	44.4%	43.7%	41.0%	39.5%	37.6%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	11	28	4	8	11	5	8	75	
		%	3.9%	3.0%	3.0%	2.7%	2.4%	2.6%	4.4%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	173	495	69	148	240	110	101	1336	
		%	61.3%	52.3%	51.1%	50.5%	53.5%	56.4%	55.8%	53.8%	

表2-4　事業場規模別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			事業場規模					合計	群間の検定
			50人以下	51-100人	101-500人	501-1000人	1001人以上		p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	85	111	278	124	425	1023	<0.001
		%	11.6%	39.6%	52.4%	57.9%	58.7%	41.2%	
	通知ないが受検した	人数	12	22	36	17	48	135	
		%	1.6%	7.9%	6.8%	7.9%	6.6%	5.4%	
	実施なし	人数	635	147	217	73	251	1323	
		%	86.7%	52.5%	40.9%	34.1%	34.7%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	75	97	249	114	400	935	0.073
		%	88.2%	87.4%	89.6%	91.9%	94.1%	91.4%	
	受検せず	人数	10	14	29	10	25	88	
		%	11.8%	12.6%	10.4%	8.1%	5.9%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	9	12	39	23	69	152	0.340
		%	10.3%	10.1%	13.7%	17.6%	15.4%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	78	107	246	108	379	918	
		%	89.7%	89.9%	86.3%	82.4%	84.6%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	2	2	5	3	14	26	0.454
		%	22.2%	16.7%	12.8%	13.0%	20.3%	17.1%	
	健康相談実施	人数	0	1	0	2	8	11	
		%	.0%	8.3%	.0%	8.7%	11.6%	7.2%	
	いずれもなし	人数	7	9	34	18	47	115	
		%	77.8%	75.0%	87.2%	78.3%	68.1%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	12	12	40	15	61	140	<0.001
		%	1.6%	4.3%	7.5%	7.0%	8.4%	5.6%	
	職場改善なし	人数	720	268	491	199	663	2341	
		%	98.4%	95.7%	92.5%	93.0%	91.6%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	4	5	17	12	27	65	<0.001
		%	.5%	1.8%	3.2%	5.6%	3.7%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	83	114	268	119	421	1005	
		%	11.3%	40.7%	50.5%	55.6%	58.1%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	8	7	23	3	34	75	
		%	1.1%	2.5%	4.3%	1.4%	4.7%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	637	154	223	80	242	1336	
		%	87.0%	55.0%	42.0%	37.4%	33.4%	53.8%	

表2-5　就労形態別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			就労形態			合計	群間の検定
			正規社員	契約社員	派遣社員		p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	880	102	41	1023	0.504
		%	40.9%	45.7%	38.7%	41.2%	
	通知ないが受検した	人数	118	13	4	135	
		%	5.5%	5.8%	3.8%	5.4%	
	実施なし	人数	1154	108	61	1323	
		%	53.6%	48.4%	57.5%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	815	91	29	935	<0.001
		%	92.6%	89.2%	70.7%	91.4%	
	受検せず	人数	65	11	12	88	
		%	7.4%	10.8%	29.3%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	140	10	2	152	0.130
		%	15.0%	9.6%	6.1%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	793	94	31	918	
		%	85.0%	90.4%	93.9%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	24	1	1	26	0.734
		%	17.1%	10.0%	50.0%	17.1%	
	健康相談実施	人数	10	1	0	11	
		%	7.1%	10.0%	.0%	7.2%	
	いずれもなし	人数	106	8	1	115	
		%	75.7%	80.0%	50.0%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	124	9	5	138	<0.001
		%	5.8%	4.0%	4.8%	5.6%	
	職場改善なし	人数	1997	216	99	2312	
		%	94.2%	96.0%	95.2%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	60	4	1	65	0.159
		%	2.8%	1.8%	.9%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	873	100	32	1005	
		%	40.6%	44.8%	30.2%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	66	5	4	75	
		%	3.1%	2.2%	3.8%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	1153	114	69	1336	
		%	53.6%	51.1%	65.1%	53.8%	

表2-6　職種別にみたストレスチェックの実施、受検率、高ストレス者、医師面接、職場環境の改善の状況

			職種				合計	群間の検定
			管理・専門	事務・販売	サービス	製造		p
ストレスチェック実施状況（全数）	実施通知あり	人数	326	550	18	129	1023	<0.001
		%	45.3%	41.2%	39.1%	33.9%	41.2%	
	通知ないが受検した	人数	55	64	1	15	135	
		%	7.6%	4.8%	2.2%	3.9%	5.4%	
	実施なし	人数	338	721	27	237	1323	
		%	47.0%	54.0%	58.7%	62.2%	53.3%	
受検率（実施通知ありのみ）	受検した	人数	306	491	17	121	935	0.077
		%	93.9%	89.3%	94.4%	93.8%	91.4%	
	受検せず	人数	20	59	1	8	88	
		%	6.1%	10.7%	5.6%	6.2%	8.6%	
高ストレス判定（受検者のみ）	高ストレス	人数	50	82	4	16	152	0.615
		%	13.9%	14.8%	22.2%	11.8%	14.2%	
	高ストレス以外	人数	311	473	14	120	918	
		%	86.1%	85.2%	77.8%	88.2%	85.8%	
医師面接（高ストレス判定のみ）	医師面接申し出	人数	7	16	0	3	26	0.773
		%	14.0%	19.5%	.0%	18.8%	17.1%	
	健康相談実施	人数	4	5	1	1	11	
		%	8.0%	6.1%	25.0%	6.3%	7.2%	
	いずれもなし	人数	39	61	3	12	115	
		%	78.0%	74.4%	75.0%	75.0%	75.7%	
職場環境改善の実施（全数）	職場改善実施	人数	49	67	3	21	140	0.406
		%	6.8%	5.0%	6.5%	5.5%	5.6%	
	職場改善なし	人数	670	1268	43	360	2341	
		%	93.2%	95.0%	93.5%	94.5%	94.4%	
受検・職場環境改善組合せ（全数）	受検あり職場改善あり	人数	26	28	0	11	65	<0.001
		%	3.6%	2.1%	.0%	2.9%	2.6%	
	受検あり職場改善なし	人数	335	527	18	125	1005	
		%	46.6%	39.5%	39.1%	32.8%	40.5%	
	受検せず職場改善あり	人数	23	39	3	10	75	
		%	3.2%	2.9%	6.5%	2.6%	3.0%	
	受検せず職場改善なし	人数	335	741	25	235	1336	
		%	46.6%	55.5%	54.3%	61.7%	53.8%	

表３－１　ストレスチェック制度における各種プログラムを経験した者における有用性（%）

		個人結果の有用性		ストレス対処ヒントの有用性		医師面接の有用性		就労上配慮の有用性		職場環境改善の有用性	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ストレスチェック受検者	1070	364	34.0%	309	28.9%						
高ストレス者以外	918	324	35.3%	276	30.1%						
高ストレス者	152	40	26.3% *	33	21.7% *						
医師面接申し出者	32					19	59.4%	14	43.8%		
職場環境改善ありの者	92									51	55.4%
受検と職場環境改善の組み合わせ											
受検なし改善あり	27									10	37.0%
受検かつ改善あり	65									41	63.1% *

表３－２　ストレスチェック制度における各種プログラムを経験した者における有用性の平均（標準偏差、SD）

		個人結果の有用性		ストレス対処ヒントの有用性		医師面接の有用性		就労上配慮の有用性		職場環境改善の有用性	
	人数	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
ストレスチェック受検者	1070	2.1	0.8	2.1	0.8						
高ストレス者以外	918	2.2	0.8	2.1	0.7						
高ストレス者	152	2.0	2.0 *	1.8	0.8 *						
医師面接申し出者	32					2.5	1.0	2.3	1.1		
職場環境改善ありの者	92									2.5	0.8
受検と職場環境改善の組み合わせ											
受検なし改善あり	27									2.2	0.8
受検かつ改善あり	65									2.6	0.7 *

† 有用性は4=とても有効, 3= いくらか有効, 2=あまり有効でない, 1=全く有効でないで評価してもらった.有用性（%）の計算では2ないし3を有用性ありとした.

＊ $p<0.05$, 上段の群との比較..

表3－3　ストレスチェック制度における各種プログラムを経験した者における有用性（%）

		個人結果の有用性		ストレス対処ヒントの有用性		医師面接の有用性		就労上配慮の有用性		職場環境改善の有用性	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
事業場規模 50名以下：											
ストレスチェック受検者	87	29	33.3%	25	28.7%						
高ストレス者以外	78	26	33.3%	23	29.5%						
高ストレス者	9	3	33.3%	2	22.2%						
医師面接申し出者	3					2	66.7%	2	66.7%		
職場環境改善ありの者	7									4	57.1%
受検と職場環境改善の組み合わせ											
受検なし改善あり	3									2	66.7%
受検かつ改善あり	4									2	50.0%
事業場規模 51-1000名：											
ストレスチェック受検者	535	174	32.5%	140	26.2%						
高ストレス者以外	461	153	33.2%	123	26.7%						
高ストレス者	74	21	28.4%	17	23.0%						
医師面接申し出者	13					9	69.2%	8	61.5%		
職場環境改善ありの者	45									28	62.2%
受検と職場環境改善の組み合わせ											
受検なし改善あり	11									5	45.5%
受検かつ改善あり	34									23	67.6%
事業場規模 50名以下：											
ストレスチェック受検者	448	161	35.9%	144	32.1%						
高ストレス者以外	379	145	38.3%	130	34.3%						
高ストレス者	69	16	23.2%	14	20.3%						
医師面接申し出者	16					8	50.0%	4	25.0%		
職場環境改善ありの者	40									19	47.5%
受検と職場環境改善の組み合わせ											
受検なし改善あり	13									3	23.1%
受検かつ改善あり	27									16	59.3%

表4　ストレスチェック制度のプログラム別の効果：実施の有無による心理的ストレスの１年間の差の比較

		単変量解析								多変量解析‡		
		事前		事後		1年間の差		群間の差	効果量†			群間の差
	人数	平均	SD	平均	SD	平均	SD	p		調整平均	標準誤差	p §
ストレスチェック実施												
なし	1,458	31.2	10.5	31.1	10.5	0.0	10.4	0.461	-	-0.2	0.5	0.927
あり	1,023	31.8	10.4	31.4	10.7	-0.3	10.3		-0.03	-0.2	0.5	
ストレスチェック受検												
なし	1,411	31.3	10.6	31.3	10.6	0.0	10.4	0.343	-	0.0	0.5	0.489
あり	1,070	31.6	10.3	31.2	10.5	-0.4	10.3		-0.04	-0.3	0.5	
職場環境改善												
なし	2,341	31.5	10.5	31.3	10.5	-0.1	10.3	0.586	-	-0.1	0.5	0.260
あり	140	30.4	10.1	29.8	10.7	-0.6	10.4		-0.05	-1.0	0.9	
受検と職場環境改善の組み合わせ												
実施なし	1,336	31.3	10.6	31.3	10.5	0.0	10.4	0.639	-	0.0	0.5	0.223
受検のみ	1,005	31.7	10.3	31.4	10.5	-0.3	10.3		-0.03	-0.2	0.5	(0.721)
職場環境改善のみ	75	31.1	10.8	31.2	11.3	0.1	11.5		0.01	0.2	1.1	(0.839)
受検かつ職場環境改善	65	29.7	9.3	28.2	9.8	-1.5	9.1		-0.14	-2.4	1.2	(0.040)
医師面接（高ストレス者のみ）												
なし	126	38.9	10.7	40.0	10.5	1.1	9.8	0.308	-	0.8	2.0	0.710
あり	26	33.9	10.2	37.3	10.9	3.4	13.7		0.22	1.6	2.5	

† 「なし」群を対照とした効果量(Cohen's d): 0.2=小さい、0.4=中程度、0.8=大きい効果であることを示す.
‡ 共分散分析により、事前の心理的ストレス反応、性別、年齢、事業場規模、勤務形態、職種、制度前からのストレスチェック実施の有無、１年間の仕事の変化を調整した.
§ 括弧内は「なし」群を対照とした群間の事後検定.

表5－2　ストレスチェック制度のプログラム別の効果：実施の有無による1年間の出勤時の生産性（10－プレゼンティズム）の差の比較

		単変量解析								多変量解析‡		
		事前		事後		1年間の差		群間の差	効果量†			群間の差
	人数	平均	SD	平均	SD	平均	SD	p		調整平均	標準誤差	p §
ストレスチェック実施												
なし	1,458	5.81	1.82	5.76	1.85	-0.06	1.88	0.858	-	-0.18	0.10	0.623
あり	1,023	5.86	1.91	5.79	1.83	-0.07	1.92		-0.01	-0.14	0.10	
ストレスチェック受検	2,481											
なし	1,411	5.81	1.85	5.73	1.87	-0.08	1.89	0.599	-	-0.21	0.10	0.174
あり	1,070	5.86	1.88	5.83	1.81	-0.04	1.90		0.02	-0.11	0.10	
職場環境改善												
なし	2,341	5.83	1.85	5.78	1.84	-0.05	1.90	0.479	-	-0.15	0.09	0.441
あり	140	5.84	1.97	5.67	1.96	-0.17	1.86		-0.06	-0.26	0.16	
受検と職場環境改善の組み合わせ												
実施なし	1,336	5.81	1.84	5.75	1.86	-0.06	1.87	0.367	-	-0.18	0.10	0.072
受検のみ	1,005	5.86	1.87	5.81	1.80	-0.05	1.92		0.01	-0.12	0.10	(0.485)
職場環境改善のみ	75	5.72	2.01	5.31	1.96	-0.41	2.09		-0.19	-0.56	0.20	(0.050)
受検かつ職場環境改善	65	5.98	1.93	6.09	1.89	0.11	1.51		0.09	0.11	0.22	(0.180)
医師面接（高ストレス者のみ）												
なし	126	5.21	2.03	4.97	2.07	-0.25	1.83	0.726	-	-0.54	0.34	0.363
あり	26	5.00	2.24	4.62	2.00	-0.38	1.88		-0.08	-0.95	0.49	

* 出勤時の生産性は自己評価(0-10)による.
† 「なし」群を対照とした効果量(Cohen's d): 0.2=小さい、0.4=中程度、0.8=大きい効果であることを示す.
‡ 共分散分析により、事前の生産性、性別、年齢、事業場規模、勤務形態、職種、制度前からのストレスチェック実施の有無、1年間の仕事の変化を調整した.
§ 括弧内は「なし」群を対照とした群間の事後検定.

表5-1　ストレスチェック制度のプログラム別の効果：実施の有無による労働生産性*の1年間の差の比較

		単変量解析								多変量解析‡		
		事前		事後		1年間の差		群間の差	効果量†			群間の差
	人数	平均	SD	平均	SD	平均	SD	p		調整平均	標準誤差	p §
ストレスチェック実施												
なし	1,458	94.4	34.8	95.1	33.6	0.7	35.6	0.923	-	-2.0	1.8	0.366
あり	1,023	95.4	36.3	96.2	32.8	0.8	36.8		0.00	-0.8	1.8	
ストレスチェック受検												
なし	1,411	94.6	34.9	94.6	33.9	0.0	35.6	0.218	-	-2.8	1.8	0.050
あり	1,070	95.0	36.2	96.8	32.4	1.8	36.8		0.05	-0.1	1.8	
職場環境改善												
なし	2,341	95.0	35.2	95.9	32.9	0.9	35.7	0.304	-	-1.0	1.7	0.061
あり	140	92.2	40.1	89.9	38.0	-2.3	42.0		-0.09	-5.9	2.9	
受検と職場環境改善の組み合わせ												
実施なし	1,336	94.8	34.6	95.2	33.6	0.4	34.8	0.210	-	-1.9	1.8	0.015
受検のみ	1,005	95.1	35.9	96.8	32.0	1.7	36.9		0.04	-0.1	1.8	(0.210)
職場環境改善のみ	75	91.3	39.7	84.3	37.3	-6.9	46.6		-0.21	-11.2	3.7	(0.010)
受検かつ職場環境改善	65	93.3	40.8	96.4	38.2	3.1	35.6		0.08	0.7	4.0	(0.514)
医師面接（高ストレス者のみ）												
なし	126	81.7	37.3	81.1	36.0	-0.6	34.5	0.400	-	-7.6	6.3	0.781
あり	26	79.9	41.8	72.9	36.3	-7.0	38.7		-0.18	-9.6	8.0	

* 生産性は、過去1ヶ月の健康上の理由での欠勤日数と生産性の自己評価(0-10)をもとに平均的な生産性で欠勤なしの者を100となるように指標化した.
† 「なし」群を対照とした効果量(Cohen's d): 0.2=小さい、0.4=中程度、0.8=大きい効果であることを示す.
‡ 共分散分析により、事前の生産性、性別、年齢、事業場規模、勤務形態、職種、制度前からのストレスチェック実施の有無、1年間の仕事の変化を調整した.
§ 括弧内は「なし」群を対照とした群間の事後検定.

表6　ストレスチェック制度のプログラム別の効果：実施の有無による過去1ヶ月の医療費の1年間の変化の比較（単位：円）

		単変量解析								多変量解析‡			
		事前		事後		1年間の差			群間の差	効果量†			群間の差
	人数	平均	SD	平均	SD	平均	SD		p		調整平均	標準誤差	p§
ストレスチェック実施													
なし	1,458	9545	16848	8634	14934	-910	14266	0.866	-		568	829	0.256
あり	1,023	11073	21610	10282	18551	-790	21221			0.01	1294	843	
ストレスチェック受検													
なし	1,411	9485	16771	8636	15063	-849	14368	0.969	-		650	835	0.413
あり	1,070	11084	21498	10207	18271	-877	20872			0.00	1183	841	
職場環境改善													
なし	2,341	10032	19112	9048	16286	-984	17412	0.150	-		615	781	0.018
あり	140	12560	16234	13764	19845	1204	18330			0.13	3573	1363	
受検と職場環境改善の組み合わせ													
実施なし	1,336	9305	16790	8449	14989	-855	14445	0.238	-		391	852	0.039
受検のみ	1,005	10999	21791	9843	17841	-1156	20715			-0.02	831	850	(0.514)
職場環境改善のみ	75	12705	16202	11971	16069	-734	13015			0.01	1929	1753	(0.369)
受検かつ職場環境改善	65	12393	16395	15832	23423	3439	22900			0.29	5609	1876	(0.005)
医師面接（高ストレス者のみ）													
なし	126	17360	33739	17634	34871	274	40451	0.902	-		3071	6654	0.681
あり	26	26669	20376	27947	24689	1278	19925			0.03	6149	8437	

† 「なし」群を対照とした効果量(Cohen's d): 0.2=小さい、0.4=中程度、0.8=大きい効果であることを示す.
‡ 共分散分析により、事前の医療費、性別、年齢、事業場規模、勤務形態、職種、制度前からのストレスチェック実施の有無、1年間の仕事の変化を調整した.
§ 括弧内は「なし」群を対照とした群間の事後検定.

表7－1　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）

	人数	1. 記入する質問票が簡単だったこと	2. ホームページなどからいつでも行えたこと	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	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	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	6. 精神科医など専門家が医師面接をしてくれたこと	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	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	9. 調査結果が職場環境などの改善に活用されたこと	10. その他
合計	1070	38.2%	19.5%	5.4%	4.8%	8.4%	2.1%	3.7%	4.5%	1.6%	0.4%
男性	736	41.6%	19.4%	6.0%	6.0%	8.4%	2.6%	4.3%	5.0%	2.0%	0.3%
女性	334	30.8%	19.8%	4.2%	2.1%	8.4%	0.9%	2.4%	3.3%	0.6%	0.6%
18-29歳	188	42.0%	18.1%	4.8%	4.3%	10.1%	2.7%	4.8%	6.9%	0.0%	0.0%
30-39歳	290	35.5%	20.3%	6.9%	5.2%	7.2%	2.1%	3.8%	3.4%	2.8%	0.7%
40-49歳	326	35.0%	19.0%	5.5%	4.9%	7.7%	1.5%	2.5%	4.0%	0.6%	0.3%
50歳以上	266	42.5%	20.3%	4.1%	4.5%	9.4%	2.3%	4.5%	4.5%	2.6%	0.4%
50人以下	87	41.4%	6.9%	6.9%	2.3%	6.9%	3.4%	3.4%	2.3%	2.3%	1.1%
51-100人	119	31.1%	11.8%	5.0%	4.2%	5.9%	4.2%	0.8%	3.4%	2.5%	0.0%
101-500人	285	42.8%	17.2%	5.3%	2.8%	7.7%	1.1%	3.5%	3.2%	0.4%	0.4%
501-1000人	131	37.4%	22.1%	6.1%	8.4%	12.2%	3.1%	4.6%	5.3%	1.5%	0.8%
1000人以上	448	36.8%	24.8%	5.1%	5.6%	8.7%	1.6%	4.5%	5.8%	2.0%	0.2%
正規社員	939	39.2%	19.9%	5.9%	5.1%	8.0%	2.0%	3.9%	4.5%	1.8%	0.3%
契約社員	104	29.8%	16.3%	2.9%	1.9%	12.5%	2.9%	3.8%	5.8%	0.0%	1.0%
派遣社員	33	36.4%	18.2%	0.0%	3.0%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
管理・専門	361	39.3%	20.5%	5.0%	6.1%	9.7%	1.4%	4.4%	4.4%	1.4%	0.3%
事務・販売	555	37.1%	21.8%	5.4%	4.5%	8.5%	2.2%	3.8%	4.1%	2.0%	0.5%
サービス	18	27.8%	22.2%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
製造	136	41.2%	7.4%	6.6%	2.9%	5.9%	3.7%	2.2%	6.6%	0.7%	0.0%
高ストレス者以外	918	38.0%	19.1%	5.3%	4.1%	7.8%	1.5%	3.4%	4.0%	1.5%	0.4%
高ストレス者	152	42.2%	28.9%	8.9%	20.0%	22.2%	15.6%	11.1%	15.6%	4.4%	0.0%
医師面接なし	1038	38.5%	19.5%	5.2%	4.4%	8.3%	1.3%	3.5%	4.1%	1.4%	0.4%
医師面接あり	32	28.1%	21.9%	12.5%	15.6%	12.5%	25.0%	12.5%	15.6%	6.3%	0.0%

表7－2　ストレスチェック制度についての課題（経験した困ったり嫌だったこと）（複数回答）

	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	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	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	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	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	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	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	8. その他
合計	1070	15.9%	11.5%	2.5%	2.0%	2.1%	1.7%	0.9%	2.7%
男性	736	14.5%	10.2%	2.6%	2.2%	2.7%	2.0%	1.1%	2.4%
女性	334	18.9%	14.4%	2.4%	1.5%	0.9%	0.9%	0.6%	3.3%
18-29歳	188	18.1%	10.1%	2.1%	2.7%	2.1%	2.1%	0.0%	1.6%
30-39歳	290	19.7%	15.2%	4.1%	2.1%	2.4%	2.1%	1.0%	3.8%
40-49歳	326	14.4%	12.9%	2.1%	1.2%	2.5%	1.2%	1.2%	3.4%
50歳以上	266	12.0%	6.8%	1.5%	2.3%	1.5%	1.5%	1.1%	1.5%
50人以下	87	13.8%	6.9%	0.0%	3.4%	1.1%	1.1%	1.1%	3.4%
51-100人	119	18.5%	10.9%	0.8%	0.0%	2.5%	1.7%	0.8%	5.0%
101-500人	285	13.3%	13.7%	2.1%	1.8%	2.1%	1.1%	1.1%	3.5%
501-1000人	131	15.3%	10.7%	3.1%	1.5%	2.3%	3.1%	0.8%	3.8%
1000人以上	448	17.4%	11.4%	3.6%	2.5%	2.2%	1.8%	0.9%	1.1%
正規社員	939	16.5%	11.8%	2.6%	2.0%	2.5%	1.6%	1.0%	2.8%
契約社員	104	12.5%	8.7%	1.9%	1.0%	0.0%	1.0%	0.0%	1.0%
派遣社員	33	9.1%	12.1%	3.0%	3.0%	0.0%	6.1%	3.0%	6.1%
管理・専門	361	19.7%	9.7%	1.4%	1.9%	1.1%	2.2%	0.8%	2.2%
事務・販売	555	15.0%	12.8%	3.8%	2.2%	2.7%	1.6%	1.3%	3.1%
サービス	18	11.1%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
製造	136	10.3%	11.0%	0.7%	1.5%	2.9%	0.7%	0.0%	2.9%
高ストレス者以外	918	15.5%	9.8%	2.0%	1.6%	2.0%	1.3%	0.7%	2.5%
高ストレス者	152	18.4%	21.7%	5.9%	3.9%	3.3%	3.9%	2.6%	3.9%
医師面接なし	1038	15.6%	11.2%	2.4%	1.8%	2.1%	1.4%	1.0%	2.6%
医師面接あり	32	25.0%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	9.4%	0.0%	6.3%

平成 28 年度構成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・助教）
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 28 年度は年に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、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。
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、郵送法による調査を行った。このベースライン調査への回答事業場 454 件に対して平成 29 年 1～3 月に郵送法による追跡調査を実施した。調査票では、事業場の基本的属性、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、対策の実施、ストレスチェックに関わる費用について質問した。
結果：追跡調査への回答数は 316 件（追跡率 69.6%）であった。ストレスチェック制度施行後の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。実施率は第３次産業で低かった。産業医等の医師が事業場内にいる場合にストレスチェック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%未満が半数以上を占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は 37%が実施したと報告していた。従業員参加型の職場環境改善を実施した事業場は４%であった。ストレスチェック制度を法制度後に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合計費用（事後対応外注費除く）は中央値で約 50 万円と、昨年度調査の約 40 万円より高額となっていた。平均値でも約 243 万円と昨年の 164 万円よりも増加していた。従業員１人あたりの費用も中央値で 1,753 円、平均値で 5,929 円と昨年調査より２倍程度に増加していた。特にストレスチェック実施の外注費が今回調査で大幅に増加していた。
結論：法施行初年度のストレスチェックの実施率は高かったが、未実施の事業場もあった。受検率は高かったが、高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は低かった。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。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 1,753 円と推計された。ストレスチェック制度の費用が昨年度とくらべ増加したのは、法制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ことが必要となり、多くの事業場がこれを外注したことによると推測される。

A．研究目的

本研究では、事業場を単位とした調査を行い、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これにともなう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 年度は昨年の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、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、および費用を検討する。

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。回答数は454件（回収率10.1%）であった。これらに対して平成29年1月12日～平成29年3月3日に、郵送法による追跡調査を実施した。調査項目はベースライン調査と同一である。

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）、産業保健専門職の雇用についてたずねた。

２）ストレスチェックの実施について

ストレスチェック制度の施行後1年間（平成27年12月から平成28年11月）に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ベースライン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）ストレスチェックに関わる費用について

施行後1年間（平成27年12月から平成28年11月）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 2260 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。

（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

追跡調査への回答数は 316 件（追跡率 69.6%）であった。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。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 87%、保健師・看護師を雇用している事業場は 47%であった。

２．ストレスチェック制度の実施率

施行後１年間にストレスチェックを実施した事業場は 276 件(87.3%)あった（表２)。うち 210 件はこれまでにストレスチェックの実施がない、新規開始例であった。第３次産業では実施率が低い傾向にあった($p<0.05$)。事業場規模が大きいと実施率は高かった($p<0.05$)。事業場内に産業医や医師がいる場合、精神科医・心療内科医がいる場合、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。

３．ストレスチェック制度の実施状況

79%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。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%）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 80%を占めていた。60%以上で９割以上を占めていた。答した従業員のうち面接指導の対象となった者の割合は５%未満が最も多かった。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。ストレスチェック後の職場環境改善活動は 37%の企業で実施されていた。職場環境改善の一環としての経営層への報告・説明は 26%で、管理監督者への説明や研修は 22%で、従業員参加型の職場環境化以前は 4%で実施されていた。

４．ストレスチェック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

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($p<0.05$)。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($p<0.05$)。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($p<0.05$)。

５．ストレスチェックに関わる費用について

ストレスチェック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。この理由は昨年度に引き続き、事後対応外注費の記載を従業員数で除した従業員１人あたりに換算していただくように指示したが、総額を記載した事業場があるためと推測された。今回の費用計算からは、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。また解析からは従業員数が無回答だった７事業場を除いた 269 事業場で計算した。

ストレスチェック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。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 499,290 円、平均値で 2,433,372 円、従業員１人あたりの実施費用は中央値で 1,753 円、平均値で 5,929 円であった（表５－１)。構成割合ではストレスチェック実施の外注費が約半分を占めていた。ストレスチェック実施の外注費を支出している事業場は 241 件(89.6%)と多かった。つい

で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。

事後対応外注費を含めた場合には、ストレスチェック制度の事業場あたり実施総額は、中央値で603,530円、平均値で4,375,535円、従業員１人あたりの実施費用は中央値で2,069円、平均値で7,750円であった。構成割合では事後対応の外注費が４割を占め、その他、ストレスチェック実施の外注費、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。しかしこの集計では明かに事後対応外注費が過大評価になっていると考えられる。

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高額になっていた（表５－２）。従業員１人あたりの合計費用の中央値および平均値は、299人以下の事業場の方が高額になっていた。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。

D．考察

追跡調査の回収率は約７割と比較的高かった。しかしベースラインの回収率が10%と程度と低かった点については、ストレスチェックに関心を持つ事業場がより参加している可能性があるので、追跡調査の分析でも引き続き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。1000人以上規模の事業場では 100%であったが、法定で義務づけられている 50-299 人規模の事業場でも 17%の事業場でストレスチェックを実施していなかった。またストレスチェックの実施率は、第３次産業で低い傾向にあった。卸売・販売、サービス産業などではストレスチェックの実施が遅れていると思われる。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35%でストレスチェックを実施しており、小規模事業場においてもストレスチェックへの関心が一定程度あると思われた。

産業医等の医師が事業場内にいる場合に、特にストレスチェックが実施される傾向にあった。また精神科医・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もストレスチェックが実施される傾向にあった。事業場内に専門家が雇用されているかどうかが、ストレスチェックの実施しやすさに影響していると思われる。

ストレスチェックを実施した276事業場では、78%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。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。産業医以外の医師（外部医師）に依頼したケースも２割見られた。これはストレスチェックを健康診断機関などに委託した際の担当医師のことを意味していると推測される。

ストレスチェックの受検率は80%以上とする事業場が８割を占めており、初年度のストレスチェックの受検率は高かったと推測される。一方で40%未満の事業場も少数見られた。労働者にはストレスチェックへの受検義務はないものの、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。ストレスチェック制度に労働者が参加できるように、目的と手順について十分な周知と説明が行われるように努力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。しかし少数の事業場できわめて高い高ストレス者の頻度を報告した回答もあり、これらの事情について検討することは必要かもしれない。

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初年度は低かったと推測される。これは、昨年度調査における法制化前の高ストレス者中の面接指導の割合について５%未満が最も多かったことと類似した結果である。一方で、80%以上とかなり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。医師面接の位置づけ、事業場内での説明や周知の方法、望ましい医師面接率についてはさらに整理、検討が必要である。

ストレスチェック後の職場環境改善活動は37%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 20-25%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４%にとどまっていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動の普及は大きな課題と考えられる

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50万円と、昨年度調査の

約 40 万円よりいくらか高額となっていた。平均値でも約 243 万円と昨年の 164 万円よりも増加していた。従業員１人あたりの合計費用でも中央値で 1,753 円、平均値で 5,929 円と昨年調査より２倍程度に増加していた。大きな要因はストレスチェック実施の外注費が今回調査で大幅に増加している点である。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がこの経費となっていた。法制度化により、より厳密に守秘を保ってストレスチェックを実施することが必要となり、これまで事業場内で実施していたものを、外注する必要性が生じたことが推測される。

Ｅ．結論

本年度研究では平成 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 社を対象として行ったベースライン調査への回答事業場 454 件に対して平成 29 年１～２月に郵送法による追跡調査を実施した。調査票では、事業場の基本的属性、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、対策の実施、ストレスチェックに関わる費用について質問した。

追跡調査への回答数は 316 件（追跡率 69.6%）であった。ストレスチェック制度施行後の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。実施率は第３次産業で低かった。産業医等の医師が事業場内にいる場合にストレスチェック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%未満が半数以上を占めていた。ストレスチェック後の職場環境改善活動は 37%が実施したと報告していた。従業員参加型の職場環境改善を実施した事業場は４%であった。ストレスチェック制度を法制度後に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合計費用（事後対応外注費除く）は中央値で約 50 万円と、昨年度調査の約 40 万円より高額となっていた。平均値でも約 243 万円と昨年の 164 万円よりも増加していた。従業員１人あたりの費用も中央値で 1,753 円、平均値で 5,929 円と昨年調査より２倍程度に増加していた。特にストレスチェック実施の外注費が今回調査で大幅に増加していた。

法施行初年度のストレスチェックの実施率は高かったが、未実施の事業場もあった。受検率は高かったが、高ストレス者のうち医師の面接指導実施者の割合は低かった。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。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 1,753 円と推計された。ストレスチェック制度の費用が昨年度とくらべ増加したのは、法制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ことが必要となり、多くの事業場がこれを外注したことによると推測される。

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

表１　平成 29 年 1-3 月の追跡調査に回答のあった 316 事業場の属性

属性	回答数	%
所在地		
北海道	12	3.8
東北	34	10.8
関東	102	32.3
北陸・甲信越	25	7.9
東海	38	12.0
近畿	43	13.6
中四国	35	11.1
九州・沖縄	26	8.2
不明	1	0.3
本社・支社の別		
本社	285	90.2
支社等	27	8.5
不明	4	1.3
業種		
建設業	25	7.9
製造業	56	17.7
電気・ガス・水道	1	0.3
運輸	20	6.3
通信	3	0.9
卸売・小売	32	10.1
飲食	2	0.6
金融・保険	7	2.2
不動産業	2	0.6
サービス業	34	10.8
医療・福祉	47	14.9
それ以外	85	26.9
不明	2	0.6
事業場規模		
49 人以下	23	7.3
50-299 人	122	38.6
300-999 人	88	27.8
1000 人+	83	26.3
常勤または非常勤の産業医や医師		
いる	260	82.3
専属・嘱託の精神科医・心療内科医		
いる	60	19.0
常勤または非常勤の看護師・保健師		
いる	149	47.2
専属・嘱託のカウンセラーや臨床心理士		
いる	53	16.8
その他のメンタルヘルス専門職		
いる	26	8.2

表２　ストレスチェック制度の実施率の属性別の比較（316 事業場）

属性	回答数	実施数	%	p
所在地				0.138
北海道	12	8	66.7%	
東北	34	29	85.3%	
関東	102	90	88.2%	
北陸・甲信越	25	23	92.0%	
東海	38	37	97.4%	
近畿	43	35	81.4%	
中四国	35	30	85.7%	
九州・沖縄	26	24	92.3%	
本社・支社の別				0.577
本社	285	250	87.7%	
支社等	27	24	88.9%	
業種				0.023
2 次	81	70	86.4%	
3 次	148	123	83.1%	
その他	87	83	95.4%	
事業場規模				<0.001
49 人以下	23	8	34.8%	
50-299 人	122	101	82.8%	
300-999 人	88	84	95.5%	
1000 人+	83	83	100.0%	
常勤または非常勤の産業医や医師				<0.001
いる	260	249	95.8%	
いない	56	27	48.2%	
専属・嘱託の精神科医・心療内科医				0.002
いる	60	59	98.3%	
いない	256	217	84.8%	
常勤または非常勤の看護師・保健師				<0.001
いる	149	145	97.3%	
いない	167	131	78.4%	
専属・嘱託のカウンセラーや臨床心理士				0.006
いる	53	52	98.1%	
いない	263	224	85.2%	
その他のメンタルヘルス専門職				0.057
いる	26	26	100.0%	
いない	290	250	86.2%	

表３　ストレスチェック制度の実施機会、実施者、受検率、高ストレス者率、医師面接実施率、職場環境改善の頻度（平成 27 年 12 月～平成 28 年 11 月にストレスチェック制度を実施した 276 事業場）

	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
それ以外	216	78.3
ストレスチェックの実施者		
産業医	193	69.9
産業医以外の医師（外部の医師）	53	19.2
事業場内の保健師・看護師	56	20.3
事業場外の保健師・看護師	20	7.2
事業場外の精神保健福祉士	11	4.0
ストレスチェックの受検率		
80%以上	220	79.7
60%以上、80%未満	35	12.7
40%以上、60%未満	7	2.5
30%以上、40%未満	2	0.7
20%以上、30%未満	1	0.4
10%以上、20%未満	2	0.7
5%以上、10%未満	0	－
5%未満	0	－
不明	9	3.3
受検者中の高ストレス者の頻度		
80%以上	1	0.4
60%以上、80%未満	0	0.0
40%以上、60%未満	1	0.4
30%以上、40%未満	1	0.4
20%以上、30%未満	8	2.9
10%以上、20%未満	79	28.6
5%以上、10%未満	84	30.4
5%未満	58	21.0
不明	44	15.9
高ストレス者のうち面接指導実施者		
80%以上	7	2.5
60%以上、80%未満	1	0.4
40%以上、60%未満	4	1.4
30%以上、40%未満	3	1.1
20%以上、30%未満	6	2.2
10%以上、20%未満	16	5.8
5%以上、10%未満	29	10.5
5%未満	141	51.1
不明	69	25.0
職場環境等の改善		
ストレスチェック後の何らかの職場環境改善（あり）	102	37.0
経営層への報告と説明（あり）	71	25.7
管理監督者への説明や研修（あり）	61	22.1
従業員参加型の職場環境改善（あり）	11	4.0
その他の職場環境改善（あり）	13	4.7

表４　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

	ストレスチェックの実施状況								
	以前から継続 N=66		新規に実施 N=210		実施なし N=40		P	
心の健康づくり計画の進捗（※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（※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の過去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	

※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。

※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５－１　平成 27 年 12 月～平成 28 年 11 月における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

	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				費用構成割合	
	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		

※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。
※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５－２　平成 27 年 12 月～平成 28 年 11 月におけるストレスチェック関連費用：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			
	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（事後対応外注費込み）	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。従業員数の平均値（標準偏差）は 299 人以下で 122 人（74 人）、300-999 人で 435 人（309 人）、1000 人以上で 2,296 人（2,978 人）である。
-：０円であることを示す。

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）主任研究者：川上憲人

研究協力報告書

日本人労働者における職場環境改善と仕事関連ストレスとの関連：平成 24 年労働者健康状況調査に基づくマルチレベル横断研究

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）
研究協力者　田淵貴大（大阪府立成人病センター がん予防情報センター 疫学予防課・課長補佐）

目的：本研究では、平成 24 年労働者健康状況調査の個票データを用いて、日本の事業場において実際に取り組まれている職場環境改善の効果を、労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することで検証した。
方法：厚生労働省が平成 24 年に実施した横断調査「労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）」のデータを用いて、日本全国から無作為抽出された 1,745 事業場、およびそこで雇用されている 17,500 名の労働者を対象とした。曝露要因として、事業場において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原因と思われる事柄の数を尋ね、数に応じて 4 つのグループに区分した。解析はマルチレベル多項ロジスティック回帰分析を実施した。また、サブグループ解析として、性別による層別解析を実施した。
結果：事業場と労働者の突合が可能であった 1,026 事業所、および 9,908 名の労働者（男性 6,256 名，女性 3,522 名）を対象に解析を実施した。事業場における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関連を持たなかった。サブグループ解析では、男性において職場環境改善の実施が、労働者の重度の仕事関連ストレス（3 つ以上の事柄）と有意な負の関連を有した。女性においてはいずれも有意な関連が認められなかった。
結論：現在の日本の事業場における職場環境改善の実施は、男性労働者において重度の仕事関連ストレスを抱える者を減らす可能性が考えられた。

A．研究目的

2014 年の労働安全衛生法改正により 50 名以上規模の事業場でストレスチェック制度の実施が義務化された。またこれと関連して、集団分析に基づく職場環境改善が努力義務化された。職場環境改善は World Health Organization (WHO)、International Labour Organization (ILO)、および欧州各国でも産業保健における主要な戦略のひとつとして挙げられており (Leka et al., 2004)、そのストレス低減効果についても研究上で示されている (Tsutsumi et al., 2009)。しかし、実際の現場では事前準備や人材の不足、従業員の不参加等によりしばしば職場環境改善が奏功しない場合が報告されている (Karanika-Murray & Biron, 2015)。また、女性等の特定のサブグループに対してストレス低減効果が低いことも報告されており (Kawakami et al., 1997)、現在日本で実施されている職場環境改善がすべての労働者のストレス低減に効果があるかどうかについては明確でない。

本研究では、厚生労働省が平成 24 年に実施した「労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）」の事業場および労働者の個票データを用いて、事業場における職場環境改善の実施の有無と，当該事業場に勤務する労働者の仕事関連ストレス（職業生活に関する強い不安，悩み，ストレス）との関連を調べることを目的とした。労働者健康状況調査は全国の事業場および労働者を無作為に抽出する手法によって行われており、日本で実際に行われている職場環境改善の効果をモニタリングする上で最も妥当なデータであると考えられる。

B．対象と方法

本研究は、厚生労働省が平成 24 年に実施した横断調査「労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）」のデータを用いて行われた横断研究である。調査対象、および調査方法の記述は、厚生労働省 (2013) の “平成 24 年「労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査）」の概況”を参考にした。

1．対象事業および対象労働者

日本の 47 都道府県から層化二段抽出法により無作為に抽出された 13,332 事業場、および労働者 17,500 名を対象とした。事業場の抽出は、平成 21

年経済センサス基礎調査（総務省，2011）を母集団として、日本標準産業分類（総務省，2007）に該当する産業で常用労働者 10 名以上を雇用する民営事業場のうちから、産業、および事業場規模別に行われた。13,332 事業場のうち 11,587 事業場（86.9%）は事業場調査のみを行い、残りの 1,745 事業場（13.1%）から 17,500 名の労働者を抽出した。労働者の抽出は事業場で雇用されている常用労働者、および受け入れた派遣労働者を対象として行われ、事業場規模（10–29 名、30–299 名、300–499 名、500 名以上）に応じてそれぞれ 5、10、15、20 名を無作為に抽出した。

２．調査項目

１）事業場に対する調査項目

（１）曝露要因

曝露要因として、事業場において職場環境の評価・改善を実施しているかを 2 件法で尋ねた。

（２）交絡要因

事業場の交絡要因として、事業場規模（10–29 名、30–49 名、50–99 名、100–299 名、300–999 名、1,000–4,999 名、5,000 名以上）、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）メンタルヘルスケア対策についての安全衛生委員会等での調査審議

b）メンタルヘルスケアに関する問題点を解決するための計画の策定と実施

c）メンタルヘルスケアの実務を行う担当者の選任

d）労働者への教育研修・情報提供

e）管理監督者への教育研修・情報提供

f）事業所内の産業保健スタッフへの教育・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ケアの実施

h）社内のメンタルヘルスケア窓口の設置

i）社外のメンタルヘルスケア窓口の設置

j）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）

k）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）

l）地域産業保健センターを活用したメンタルヘルスケアの実施

m）都道府県産業保健推進センターを活用したメンタルヘルスケアの実施

n）医療機関を活用したメンタルヘルスケアの実施

o）他の外部機関を活用したメンタルヘルスケアの実施

２）労働者に対する調査項目

（１）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。質問票では、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るかを 2 件法で尋ねた。あると回答した労働者は、さらに以下の 11 項目の中から主要な原因と思われるストレスを 3 つまで選ぶよう教示された。

a）仕事の質の問題

b）仕事の量の問題

c）仕事への適性の問題

d）職場の人間関係の問題

e）昇進、昇給の問題

f）配置転換の問題

g）雇用の安定性の問題

h）会社の将来性の問題

i）定年後の仕事、老後の問題

j）事故や災害の経験

k）その他

本研究では、ここで選択された原因と思われるストレスの数をアウトカムとして扱った（0–3）。労働者の中には、教示に反して 4 つ以上のストレスを選択した者がいたため、3 つ以上のストレスを選択した者は全てひとつの集団として扱い（3+）、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。

（２）交絡要因

労働者個人の交絡要因として、性別、年齢、雇用形態（正社員、契約、パートタイム、派遣、臨時・日雇）、職種（販売、サービス、輸送・機械運転、定置・建設機械運転、保安、管理、その他）、勤務形態（日勤、夜勤、交替制、隔日、その他）、および 1 日の平均的な労働時間を尋ねた。

３．分析

主要な解析として、労働者の仕事関連ストレスの数（0、1、2、3+）をアウトカムとしたマルチレベル多項ロジスティック回帰分析を実施した。また、サブグループ解析として、性別による層別解析を実施した。回帰モデルは、Null Model（アウトカムのみのモデル）、Crude conditional model（曝露要因のみを投入したモデル）、Adjusted conditional model（調整済みモデル）の 3 つを検討した。Adjusted conditional model で検討した回帰モデルは以下の通りである。サブグループ解析の際には性別をモデルから除いて実施した。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。

Level 1 (労働者レベル)

$$\log\left(\frac{Prob(R_{ij}=m)}{Prob(R_{ij}=0)}\right)=\eta_{mij}$$

$$=\beta_{0j(m)}+\sum_{n=1}^{10}\beta_{nj(m)}\mathrm{X}_{ij}$$

Level 2 (事業場レベル)

$$\beta_{0j(m)}=\gamma_{00(m)}+\sum_{n=1}^{8}\gamma_{0n(m)}\mathrm{W}_j+\mu_{oj(m)}$$

$$\beta_{qj(m)}=\gamma_{q0(m)}$$

$$(\mu_{oj[m]})\sim N\left(0,\tau_{00[m]}\right)$$

$$m=1,2,3.\ \ q=1\ldots10$$

X : 性別、年齢、雇用形態、職種、勤務形態、労働時間

W : 職場環境改善、事業場規模、業種、その他のメンタルヘルスケアの数

C．結果

1．事業場、および労働者の基本的属性

対象となった 1,745 事業場のうち、1,033 事業場（回答率 59.2 %）、および 9,915 名（回答率 56.7 %）から回答を得た。そのうち、1 事業場につき 2 名以上の回答が得られたのは 1,026 事業場、および 9,908 名（男性 6,356 名、女性 3,552 名）で、1 事業場あたりの労働者回答数は平均 9.7 名（*SD* = 4.6）であった。これらの事業場，および労働者個人の基本的属性を表 1 に示した。職場環境改善は 200 事業場（19.5%）で実施されていた。また、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 3,856 名（38.9%）で、残りの 61.1 %は何らかのストレスを感じていた。そのうち、3 つ以上のストレスを抱えている者は男女とも最も多かった（28.6%）。事業場レベル変数には欠損がなかったが、労働者レベル変数には 21 名に欠損が認められた。これらの労働者は調整済みモデルによる解析から除外された。

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 2 に主要な解析結果を示した。事業場における職場環境改善の実施の有無は、全く仕事関連のストレスを感じていない者に比較して、労働者の仕事関連ストレスの数と負の関連を有したが、その関連は Crude conditional model (Exp [γ_{08}] = 0.98 [m = 1], Exp [γ_{08}] = 0.99 [m = 2], Exp [γ_{08}] = 0.99 [m = 3])、および Adjusted conditional model (Exp [γ_{08}] = 0.94 [m = 1], Exp [γ_{08}] = 0.91 [m = 2], Exp [γ_{08}] = 0.93 [m = 3]）のいずれにおいても有意でなかった。検討したモデルのうち、Adjusted conditional model が最も当てはまりがよかった。

2）性別による層別解析の結果

表 3 に男性（986 事業所，6,356 名）、および女性（905 事業所，3,552 名）をそれぞれ対象とした解析の結果を示した。いずれの解析においても Adjusted conditional model が最も当てはまりがよかった。

男性を対象とした解析では、事業場における職場環境改善の実施の有無が、3 つ以上の仕事関連ストレスに対して有意な負の関連を有し、その関連は交絡を調整した後も有意であった（Exp [γ_{08}] = 0.80 [m = 3], 95%CI [0.65, 0.99], p = 0.036)。その他の関連については、いずれも有意な関連が見られなかった。

一方女性を対象とした解析では、事業場における職場環境改善の実施の有無が、3 つ以上の仕事関連ストレスに対して有意な正の関連を有した (Exp [γ_{08}] = 1.41 [m = 3], 95%CI [1.09, 1.82], p = 0.009)。しかし、交絡調整後の Adjusted conditional model においてはこの関連は有意でなかった(Exp [γ_{08}] = 1.29 [m = 3], 95%CI [0.96, 1.74], p = 0.059)。その他の関連については、いずれも有意な関連が見られなかった。

D．考察

本研究では、日本の事業場で実際に実施されている職場環境改善と、労働者の仕事関連ストレスとの関連を調べることを目的とした。結果から，事業場おける職場環境改善の実施は労働者の仕事関連ストレスの低さとは有意に関連しなかった。しかし、性別の層別解析においては対照的な結果が示された。男性では、職場環境改善の実施が重度の仕事関連ストレス（3+）と有意な負の関連を有した一方で、女性では関連が有意でなかった。これらは日本の職場環境改善効果の実態を把握した初めての知見であり、効果の男女差を解消する必要があることを示唆するものであると考えられる。

男性においては、職場環境改善の実施により 3 つ以上の仕事関連ストレスを抱える労働者がおよそ 20%低減できる可能性が示唆された。この結果は、男性のストレス低減に職場環境改善が有効であるとする先行研究と一致する（Kawakami et al., 1997)。また、本研究で扱った職場環境改善の大半は、先行研究で効果が検討されてきたような専門家によりよくデザインされたものではなく、各事業場で日常的に実施されているものであると考えられる。したがって、本研究は日本の事業場で実際に実施されている職場環境改善が男性の仕事関連ストレス低減につながるという重要な示唆を与えるものであると考えられる。

一方、女性においては職場環境改善の実施は仕事関連ストレスの低さと関連を持たず、むしろ、

有意ではないものの仕事関連ストレスの高さと関連していた。現在日本で実施されている職場環境改善のストレス低減効果は、女性において未だ明らかでないと考えられる。女性において有意な関連が認められなかった理由として、女性がパートタイムのようにひとつの職場に長く留まらない職種に多く就いていること（Dahl-Jorgensen & Saksvik, 2005）、職場環境改善で重要な役割を果たす管理監督者に男性が多いこと（Mikkelsen & Saksvik, 1999）等が考えられる。したがって女性は、職場において少数派となることが多く、職場環境改善による利益を受けにくい可能性がある。もう一つの理由として、女性は男性に比べて職場の心理社会的要因から影響を受けにくいことが挙げられる（Uchiyama et al., 2013）。日本の職場のメンタルヘルス対策のひとつとして、男女ともにストレス低減が見込めるよう、現在の職場環境改善プログラムの手法や内容を見直し、改善していく必要があると考えられる。

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。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、職場環境改善の実施形態(従業員参加型、管理監督者主導型)、事業者からの支援の有無、および事業場を取り巻く外部の状況等は職場環境改善の効果に影響を与えることが知られている（Rasmussen et al., 2006）。これらは，今後のさらなる研究による精査が必要であると考えられる。

E．結論

本研究では、平成 24 年労働者健康状況調査の個票データを用いて、事業場において取り組まれている職場環境改善の効果を、労働者の仕事関連ストレスとの関連を検討することで検証した。事業場における職場環境改善の実施は、男性労働者において重度の仕事関連ストレスを抱える者を減らす可能性が考えられた。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

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.

2．学会発表

渡辺和広・田淵貴大・川上憲人（2016）. 職場環境改善と労働者のストレス：労働者健康状況調査に基づく横断研究. 第24回日本産業ストレス学会. *産業ストレス研究*, *24*, 160.

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

Dahl-Jorgensen, C., & Saksvik, P. O. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, *35*, 529–549.

Karanika-Murray, M., & Biron, C. (Eds) (2015). *Derailed Organizational Interventions for Stress and Well-being: Confessions of Failure and Solutions for Success*. Dordrecht Heidelberg, New York London: Springer.

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

厚生労働省（2013）. 平成 24 年「労働安全衛生特別調査（労働者健康状況調査)」の概況. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50_05.pdf <2017 年 3 月 22 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<2017年3月22日>

Mikkelsen, A., & Saksvik, S. O. (1999). Impact of participatory organizational intervention on job characteristics and job stress. *International Journal of Health Services*, *29*, 871–893.

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 <2017年3月22日>

Rasmussen, K., Glasscock, D. J., Hansesen, O.

N., Castensen, O., Jepsen, J. F., & Nielsen, K. J. (2006). Worker participation in change processes in a Danish industrial setting. *American Journal of Industrial Medicine*, *49*, 767–779

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 <2017 年 3 月 22 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 <2017 年 3 月 22 日>

Tsutsumi, A., Nagami, M., Yoshikawa, T., Kogi, K., & Kawakami, N. (2009). Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *51*, 554–563.

Uchiyama, A., Odagiri, Y., Ohya, Y., Takamiya, T., Inoue, S., & Shimomitsu, T. (2013). Effect on mental health of a participatory intervention to improve psychosocial work environment: A cluster randomized controlled trial among nurses. *Journal of Occupational Health*, *55*, 173–183.

表 1. 事業場（Nj = 1,026）および労働者（Ni = 9,908）の基本的属性

事業場レベル変数	Nj	%	平均	SD	欠損値 (%)
事業場規模					0 (0.0 %)
10–49 名 (REF)	293	28.6	–	–	
50–99 名 (γ_{01})	97	9.5	–	–	
100–299 名 (γ_{02})	158	15.4	–	–	
300–999 名 (γ_{03})	149	14.5	–	–	
1,000 名以上 (γ_{04})	329	32.1	–	–	
業種					0 (0.0 %)
製造業 (REF)	291	28.4	–	–	
サービス業 (γ_{05})	191	18.6	–	–	
その他の業種 (γ_{06})	544	53.0	–	–	
その他のメンタルヘルスケアの内容数 (γ_{07})	–	–	3.70	4.01	0 (0.0 %)
職場環境改善					0 (0.0 %)
実施していない (REF)	826	80.5	–	–	
実施している (γ_{08})	200	19.5	–	–	

労働者レベル変数	Ni (%) 全体 (N = 9,908)	男性 (N = 6,356)	女性 (N = 3,552)	欠損値 (%)
年齢				0 (0.0 %)
29 歳以下 (REF)	1,752 (17.7)	965 (15.2)	786 (22.1)	
30–39 歳 (γ_{20})	2,721 (27.5)	1,738 (27.3)	983 (27.7)	
40–49 歳 (γ_{30})	2,823 (28.5)	1,859 (29.3)	964 (27.1)	
50–59 歳 (γ_{40})	1,953 (19.7)	1,329 (20.9)	624 (17.6)	
60 歳以上 (γ_{50})	660 (6.6)	465 (7.3)	195 (5.5)	
雇用形態				0 (0.0 %)
正社員 (REF)	7,980 (80.5)	5,728 (90.1)	2,252 (63.4)	
非正規社員 (γ_{60})	1,928 (19.5)	628 (9.9)	1,300 (36.6)	
職種				0 (0.0 %)
非管理職 (REF)	8,025 (81.0)	4,643 (73.1)	3,382 (95.2)	
管理職 (γ_{70})	1,883 (19.0)	1,713 (27.0)	170 (4.8)	
勤務形態				8 (0.1 %)
日勤 (REF)	8,797 (88.8)	5,577 (85.3)	3,220 (93.5)	
非日勤 (γ_{80})	1,103 (11.1)	776 (11.9)	327 (9.2)	
労働時間 (日)				13 (0.1 %)
8 時間未満 (REF)	3,850 (38.9)	1,937 (30.5)	1,913 (53.9)	
8–10 時間 (γ_{90})	4,956 (50.0)	3,492 (54.9)	1,464 (41.2)	
10 時間以上 (γ_{100})	1,089 (11.0)	920 (14.5)	169 (4.8)	
仕事関連ストレスの数				0 (0.0 %)
0 (REF)	3,856 (38.9)	2,475 (38.9)	1,381 (38.9)	
1	1,425 (14.4)	861 (13.6)	564 (15.9)	
2	1.790 (18.1)	1,105 (17.4)	685 (19.3)	
3+	2,837 (28.6)	1,915 (30.1)	922 (26.0)	

註. Nj: 事業場数、Ni: 労働者数、REF: マルチレベルロジスティック回帰分析における参照群.

表 2. 事業所における職場環境改善の実施の有無と労働者の仕事関連ストレスとの関連（全体結果）

アウトカム 仕事関連ストレスの数 (REF: ストレスの数 0)	Crude conditional model Nj = 1,026, Ni = 9,908			Adjusted conditional model Nj = 1,026, Ni = 9,887		
	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)
	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)
労働者レベル						
性別 (REF: 男性)						
女性 (γ_{10})	–	–	–	1.33 (1.16, 1.54)***	1.30 (1.14, 1.49)***	1.07 (0.94, 1.21)
年齢 (REF: 29 歳以下)						
30–39 歳 (γ_{20})	–	–	–	1.11 (0.93, 1.33)	1.28 (1.07, 1.54)**	1.29 (1.10. 1.52)**
40–49 歳 (γ_{30})	–	–	–	1.09 (0.90, 1.32)	1.44 (1.20, 1.72)***	1.51 (1.28, 1.77)***
50–59 歳 (γ_{40})	–	–	–	0.99 (0.80, 1.21)	1.30 (1.07, 1.58)**	1.15 (0.96, 1.37)
60 歳以上 (γ_{50})	–	–	–	0.81 (0.60, 1.09)	0.64 (0.46, 0.87)**	0.45 (0.34, 0.60)***
雇用形態 (REF: 正社員)						
非正規社員 (γ_{60})	–	–	–	0.87 (0.72, 1.05)	0.89 (0.75, 1.05)	0.83 (0.70, 0.98)*
職種 (REF: 非管理職)						
管理職 (γ_{70})	–	–	–	1.11 (0.93, 1.32)	0.90 (0.77, 1.06)	0.92 (0.80, 1.06)
勤務形態 (REF: 日勤)						
非日勤 (γ_{80})	–	–	–	1.15 (0.93, 1.42)	1.22 (1.00, 1.49)*	1.27 (1.07, 1.52)**
労働時間 (REF: 8 時間未満)						
8–10 時間 (γ_{90})	–	–	–	1.13 (0.98, 1.31)	1.32 (1.15, 1.51)***	1.45 (1.28, 1.65)***
10 時間以上 (γ_{100})	–	–	–	1.72 (1.34, 2.20)***	2.27 (1.83, 2.81)***	3.23 (2.65, 3.94)***
事業場レベル						
事業場規模 (REF: 10–49 名)						
50–99 名 (γ_{01})	–	–	–	1.08 (0.82, 1.42)	1.12 (0.83, 1.51)	1.25 (0.96, 1.63)
100–299 名 (γ_{02})	–	–	–	1.11 (0.86, 1.42)	1.41 (1.10, 1.80)**	1.25 (1.00, 1.57)
300–999 名 (γ_{03})	–	–	–	1.05 (0.83, 1.34)	1.44 (1.14, 1.82)**	1.11 (0.88, 1.40)
1,000 名以上 (γ_{04})	–	–	–	1.05 (0.83, 1.34)	1.29 (1.01, 1.65)*	1.05 (0.83, 1.32)
業種 (REF: 製造業)						
サービス業 (γ_{05})	–	–	–	0.96 (0.79, 1.18)	0.78 (0.64, 0.96)*	0.92 (0.75, 1.13)
その他の業種 (γ_{06})	–	–	–	0.94 (0.82, 1.90)	0.82 (0.70, 0.95)*	0.90 (0.77, 1.04)
その他のメンタルヘルスケアの内容数 (γ_{07})	–	–	–	1.00 (0.98, 1.03)	1.01 (0.98, 1.03)	1.00 (0.98, 1.03)

表 2. 事業所における職場環境改善の実施の有無と労働者の仕事関連ストレスとの関連（全体結果、続き）

職場環境改善 (REF: 実施していない) 実施している（γ_{08}）	0.98 (0.84, 1.14)	0.99 (0.84, 1.16)	0.99 (0.84, 1.16)	0.94 (0.79, 1.12)	0.91 (0.76, 1.10)	0.93 (0.77, 1.12)
切片（γ_{00}）	-0.99 (-1.06, -0.92)***	-0.76 (-0.84, -0.69)***	-0.30 (-0.38, -0.23)***	-1.25 (-1.52, -0.98)***	-1.31 (-1.58, -1.05)***	-0.80 (-1.04, -0.55)***
AIC		26038.15			25607.39	
McFadden pseudo R^2		0.00			0.02	

註. *Nj*: 事業場数、*Ni*: 労働者数、REF: マルチレベルロジスティック回帰分析における参照群、
Exp: Exponential、CI: Confidence Interval、AIC: Akaike Information Criteria.
Mplus version 7.4 を用いたロバスト最尤法にて推定。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

表 3. 事業所における職場環境改善の実施の有無と労働者の仕事関連ストレスとの関連（層別解析結果）

男性	Crude conditional model *Nj* = 986, *Ni* = 6,356			Adjusted conditional model [a] *Nj* = 986, *Ni* = 6,346		
	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)
	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)
職場環境改善 (REF: 実施していない) 実施している (γ_{08})	0.96 (0.80, 1.14)	0.97 (0.81, 1.17)	0.83 (0.70, 0.98)*	0.92 (0.76, 1.12)	0.91 (0.74, 1.12)	0.80 (0.65, 0.99)*
AIC	16,576.92			16,307.15		

女性	Crude conditional model *Nj* = 905, *Ni* = 3,552			Adjusted conditional model [a] *Nj* = 904, *Ni* = 3,541		
	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)	ストレスの数 1 (m = 1)	ストレスの数 2 (m = 2)	ストレスの数 3+ (m = 3)
	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)	Exp (γ) (95% CI)
職場環境改善 (REF: 実施していない) 実施している (γ_{08})	1.07 (0.82, 1.41)	1.07 (0.79, 1.38)	1.41 (1.09, 1.82)**	0.99 (0.72, 1.37)	0.94 (0.68, 1.30)	1.29 (0.96, 1.74)
AIC	9,426.97			9,327.52		

註. *Nj*: 事業場数、*Ni*: 労働者数、REF: マルチレベルロジスティック回帰分析における参照群、
Exp: Exponential、CI: Confidence Interval、AIC: Akaike Information Criteria.
Mplus version 7.4 を用いたロバスト最尤法にて推定。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.
a: 年齢、雇用形態、職種、勤務形態、労働時間、事業場規模、業種、その他のメンタルヘルスケアの数により調整。

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：２年目調査

分担研究者　井上 彰臣　産業医科大学産業生態科学研究所・助教
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　東京大学大学院医学系研究科・准教授
研究協力者　江口　尚　北里大学医学部・助教

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ことを目的とする。3 年計画の 2 年目である今年度は、昨年度の調査で「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 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うとともに、許可の得られた事業場を対象に、「ストレスチェック制度」導入時点における労働者の心理的な負担の程度を把握した。今年度の聞き取り調査で得られた情報を加味しながら、昨年度のデータと来年度に取得予定のデータを比較することで、「ストレスチェック制度」のより詳細な効果評価が可能になり、本制度の実施上の課題点や、本制度を活用し、労働者のメンタルヘルス不調の一次予防を効果的に推進していくための方法を明らかにするための基礎資料となることが期待される。

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ことを目的とする。3 年計画の 2 年目である今年度は、昨年度の調査（井上ら, 2016）で「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 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うとともに、許可の得られた事業場を対象に、「ストレスチェック制度」導入時点における労働者の心理的な負担の程度を把握した。

B．研究の方法

1．調査対象事業場の概要

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、現在も継続して調査を実施している 4 事業場を対象とした。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。

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、昨年度までは 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）で構成されていたが、今年度より、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）による構成となっている。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）である。産業保健スタッフは、昨年度までは嘱託産業医 4 名、常勤看護師 1 名、常勤事務スタッフ 1 名で構成されていたが、今年度より、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．調査対象事業場における今年度（法定内）のストレスチェックの実施概要

A1 事業場および A2 事業場では、平成 28 年 6 月に職業性ストレス簡易調査票を用いて法定内のストレスチェックを実施し、これとは別に、同年 9 月に J-HOPE で使用した自記式質問紙による調査を実施した。

B 事業場では、平成 28 年 9～10 月に J-HOPE で使用した自記式質問紙による調査を法定内のストレスチェックとして実施した。本研究組織からは、堤が実施代表者として参加した。

C 事業場では、平成 28 年 10 月に職業性ストレス簡易調査票を用いて法定内のストレスチェックを実施した。

３．産業医を対象とした聞き取り調査の項目

各調査対象事業場の産業医に対し、(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。

４．労働者を対象とした自記式質問紙調査の評価項目

A1 事業場、A2 事業場および B 事業場は、現在も継続して J-HOPE で使用した自記式質問紙による調査に参加し（前述の通り、今年度、A1 事業場および A2 事業場では、本質問紙調査を法定内のストレスチェックとは別に実施、B 事業場では法定内のストレスチェックとして実施）、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、これらの指標を労働者の心理的な負担の程度を評価する項目とした。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、これらも評価項目に含めることにした。以上の評価項目について、昨年度の回答データと今年度の回答データを事業場別に統合し、年度ごとに平均値（±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、昨年度の回答者と今年度の回答者を別々に解析した（対応のない）場合と、昨年度と今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）場合の 2 パターンで検討した。

C 事業場については、J-HOPE で使用した自記式質問紙による調査は終了し、現在は J-HOPE に参加する以前から自主的に取り組んでいる職業性ストレス簡易調査票を用いたストレス調査を実施するとともに（前述の通り、今年度から、職業性ストレス簡易調査票を用いたストレス調査を法定内のストレスチェックとして実施）、過去 1 年間の疾病休業（但し、年次有給休暇を使い切り、欠勤を経て休職に至った長期の疾病休業に限る）の有無に関する情報提供についてのみ調査を継続している。昨年度は、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」）と過去 1 年間の疾病休業の有無を評価項目として、平均値（±標準偏差）および度数分布を算出したが、今年度は法定内のストレスチェックへの移行に伴い、職業性ストレス簡易調査票の回答データの管理が大幅に変更され（事業場ごとの管理から本社による一括管理へ移行）、データ提供の許可が得られなかったため、昨年度の結果のみを再掲することにした。

５．倫理的配慮

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

C．結果

１．聞き取り調査の結果概要

A1 事業場では、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。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、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。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、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。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、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。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．自記式質問紙調査の結果概要

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 事業場では今年度の自記式質問紙調査のデータ提供の許可が得られなかったため、昨年度の基本属性のみを再掲した）。A1 事業場、A2 事業場、B 事業場については、昨年度の回答者、今年度の回答者、昨年度と今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、昨年度の回答者と今年度の回答者を別々に解析した（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、昨年度と今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）に示したが、いずれの事業場も年度間で各評価項目の平均値や分布に大きな変化は認められなかった。尚、C 事業場については昨年度の結果のみを表 7-1〜7-2 に再掲した。

D．考察

3 年計画の 2 年目である今年度は、昨年度の調査で「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 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うとともに、許可の得られた事業場を対象に、「ストレスチェック制度」導入時点における労働者の心理的な負担の程度を把握した。

今回、聞き取り調査を行った事業場では、いずれもストレスチェックの受検率が高く、対象者の 9 割以上がストレスチェックを受検していた。前述の通り、今回の調査対象事業場では、いずれも何らかの形で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おり、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。

ストレスチェックの受検者のうち、「高ストレス者」に選定された割合は、いずれの事業場も 10%程度であり、「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」で想定してい

る割合とほぼ同程度であったが、医師による面接指導の申出率については、事業場間でばらつきがあり、A1 事業場や A2 事業場では 20%程度であったのに対し、C 事業場では、わずか 2.5%であった。その要因の 1 つとして、これまで（「ストレスチェック制度」が義務化される前まで）の面接指導の実施状況が事業場間で異なっていることが挙げられる（表 1 参照）。A1 事業場や A2 事業場では、「ストレスチェック制度」の義務化によって、ストレス調査の結果に基づく面接指導の機会が初めて与えられたため、面接指導に関心を持った高ストレス者が比較的多かった可能性がある。一方、「ストレスチェック制度」が義務化される前から、ストレス調査の結果に基づき、高ストレス者に対して強制的に面接指導を実施してきた C 事業場では、「ストレスチェック制度」の義務化によって、高ストレス者に面接指導を申し出る機会（逆に言うと、面接指導を申し出ない権利）が与えられたこと、また、面接指導を受けることによって、個人結果が事業者に提供されるようになったことから、ほとんどの高ストレス者が面接指導を申し出なかった可能性がある。

努力義務である集団分析は、いずれの事業場も実施（あるいは実施を予定）していたが、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を実施した事業場は皆無であった。集団分析の結果に基づく職場環境改善活動は、「ストレスチェック制度」の目的である「労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）」に不可欠な取り組みであるが、このような取り組みを推進していくための職場風土を醸成するには、もう暫く時間を要するものと思われる。

今年度は、4 事業場のうち 3 事業場で「ストレスチェック制度」導入時点における労働者の心理的な負担の程度を把握することができたが、いずれの事業場においても、昨年度とほぼ同様の傾向が認められた。「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の程度に何らかの変化が生じるのは、ストレスチェックの結果に基づく一連の事後措置を終えた後であることを考慮すると、今年度の結果は、昨年度の結果を再現できたという意味で妥当なものと思われる。今回調査対象とした 4 事業場については、来年度も引き続き調査を実施し、「ストレスチェック制度」の一連の取り組みが、労働者の心理的な負担の程度にどのような変化をもたらすのかを定量的に評価する予定である。

E．健康危険情報

該当せず。

F．研究発表

1．論文発表

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.

2．学会発表

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当せず。

H．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.

井上彰臣，川上憲人，廣尚典，堤明純，島津明人，江口尚．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．主任研究者 川上憲人．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 年度総括・分担研究報告書．東京: 厚生労働省，2016: 61–79.

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
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
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		
	昨年度回答者	今年度回答者	両年度回答者（昨年度＋今年度）	昨年度回答者	今年度回答者	両年度回答者（昨年度＋今年度）
性別						
男性	431 (69.1)	423 (68.6)	380 (69.1)	38 (51.4)	39 (53.4)	32 (47.8)
女性	193 (30.9)	194 (31.4)	170 (30.9)	36 (48.6)	34 (46.6)	35 (52.2)
年齢						
20 歳代以下	71 (11.4)	68 (11.0)	61 (11.1)	4 (5.4)	5 (6.8)	4 (6.0)
30 歳代	219 (35.1)	186 (30.1)	184 (33.5)	13 (17.6)	13 (17.8)	11 (16.4)
40 歳代	224 (35.9)	238 (38.6)	200 (36.4)	33 (44.6)	27 (37.0)	29 (43.3)
50 歳代	107 (17.1)	120 (19.4)	103 (18.7)	24 (32.4)	28 (38.4)	23 (34.3)
60 歳代以上	3 (0.5)	5 (0.8)	2 (0.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
職位・職種						
管理職	135 (21.6)	146 (20.9)	127 (23.1)	11 (14.9)	13 (17.8)	9 (13.4)
専門・技術職	189 (30.3)	163 (26.4)	162 (29.5)	5 (6.8)	7 (9.6)	4 (6.0)
事務職	126 (20.2)	142 (23.0)	114 (20.7)	22 (29.7)	15 (20.5)	19 (28.4)
現業職	174 (27.9)	166 (26.9)	147 (26.7)	36 (48.6)	38 (52.1)	35 (52.2)
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 †		
	昨年度回答者	今年度回答者	両年度回答者（昨年度＋今年度）	昨年度回答者	今年度回答者	両年度回答者（昨年度＋今年度）
性別						
男性	179 (49.9)	189 (51.4)	176 (51.8)	888 (69.4)	－	－
女性	180 (50.1)	179 (48.6)	164 (48.2)	391 (30.6)	－	－
年齢						
20 歳代以下	63 (17.5)	63 (17.1)	58 (17.1)	165 (12.9)	－	－
30 歳代	96 (26.7)	91 (24.7)	90 (26.5)	283 (22.1)	－	－
40 歳代	123 (34.3)	129 (35.1)	120 (35.3)	383 (29.9)	－	－
50 歳代	49 (13.6)	58 (15.8)	48 (14.1)	355 (27.8)	－	－
60 歳代以上	28 (7.8)	27 (7.3)	24 (7.1)	93 (7.3)	－	－
職位・職種						
管理職	75 (20.9)	82 (22.3)	74 (21.8)	－	－	－
専門・技術職	42 (11.7)	46 (12.5)	38 (11.2)	－	－	－
事務職	53 (14.8)	45 (12.2)	49 (14.4)	－	－	－
現業職	189 (52.6)	195 (53.0)	179 (52.6)	－	－	－
雇用形態						
正規社員	－	－	－	1,080 (84.4)	－	－
非正規社員	－	－	－	199 (15.6)	－	－

† C 事業場では今年度のデータ提供の許可が得られなかったため、昨年度のデータのみを再掲.

表４－１．A1 事業場の変化：昨年度回答者と今年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	昨年度回答者 (N=624)	今年度回答者 (N=617)	昨年度回答者 (N=431)	今年度回答者 (N=423)	昨年度回答者 (N=193)	今年度回答者 (N=194)
	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)	33.4 (5.43)	34.0 (5.02)	33.9 (5.28)	32.9 (6.01)	32.5 (5.66)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	65.7 (9.05)	64.9 (9.34)	66.9 (8.75)	65.8 (9.13)	62.9 (9.12)	62.9 (9.50)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.45)	10.8 (2.49)	11.2 (2.32)	11.0 (2.29)	10.2 (2.58)	10.3 (2.82)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.81)	11.3 (1.85)	11.5 (1.65)	11.2 (1.83)	11.5 (2.13)	11.5 (1.88)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.18 (5.69)	7.13 (5.76)	7.20 (5.67)	7.25 (5.96)	7.11 (5.76)	6.87 (5.30)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.64 (0.90)	2.58 (0.94)	2.74 (0.87)	2.64 (0.93)	2.43 (0.95)	2.46 (0.97)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.31 (1.27)	5.37 (1.21)	5.32 (1.26)	5.34 (1.21)	5.30 (1.30)	5.45 (1.21)
	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)	370 (60.0)	256 (59.4)	252 (59.6)	117 (60.6)	118 (60.8)
気分・不安障害相当（K6≧10）	205 (32.9)	201 (32.6)	142 (32.9)	144 (34.0)	63 (32.6)	57 (29.4)
重症精神障害相当（K6≧13）	116 (18.6)	109 (17.7)	77 (17.9)	83 (19.6)	39 (20.2)	26 (13.4)
過去１年間に疾病休業あり	313 (50.2)	330 (53.5)	221 (51.3)	228 (53.9)	92 (47.7)	102 (52.6)
疾病休業日数 1～3 日	208 (33.3)	195 (31.6)	150 (34.8)	138 (32.6)	58 (30.1)	57 (29.4)
疾病休業日数 4～6 日	57 (9.1)	74 (12.0)	36 (8.4)	46 (10.9)	21 (10.9)	28 (14.4)
疾病休業日数 7～29 日	43 (6.9)	51 (8.3)	30 (7.0)	36 (8.5)	13 (6.7)	15 (7.7)
疾病休業日数 30 日以上	5 (0.8)	10 (1.6)	5 (1.2)	8 (1.9)	－(0.0)	2 (1.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.5)
心筋梗塞	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.5)
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)	21 (3.4)	13 (3.0)	19 (4.5)	2 (1.0)	2 (1.0)
その他	304 (48.7)	315 (51.1)	213 (49.4)	215 (50.8)	91 (47.2)	100 (51.5)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=71)	今年度回答者 (N=68)	昨年度回答者 (N=219)	今年度回答者 (N=186)
	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)	33.3 (6.64)	34.8 (5.87)	34.6 (5.89)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	66.7 (8.14)	65.6 (8.74)	66.2 (9.51)	65.2 (9.23)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.6 (2.48)	11.7 (2.98)	11.1 (2.42)	11.1 (2.44)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	12.3 (2.02)	12.1 (2.28)	11.6 (1.91)	11.4 (1.72)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.44 (5.82)	7.38 (5.77)	7.61 (6.27)	7.41 (6.17)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.58 (0.93)	2.52 (1.06)	2.62 (0.96)	2.49 (1.02)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.32 (1.18)	5.56 (1.31)	5.24 (1.27)	5.35 (1.13)
	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)	44 (64.7)	127 (58.0)	115 (61.8)
気分・不安障害相当（K6≧10）	21 (29.6)	21 (30.9)	79 (36.1)	62 (33.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	13 (18.3)	14 (20.6)	49 (22.4)	37 (19.9)
過去１年間に疾病休業あり	29 (40.8)	29 (42.6)	111 (50.7)	100 (53.8)
疾病休業日数 1～3 日	21 (29.6)	27 (39.7)	75 (34.2)	60 (32.3)
疾病休業日数 4～6 日	6 (8.5)	1 (1.5)	24 (11.0)	21 (11.3)
疾病休業日数 7～29 日	2 (2.8)	1 (1.5)	12 (5.5)	18 (9.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(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	－(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)	1 (0.5)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (1.5)	4 (1.8)	5 (2.7)
その他	29 (40.8)	28 (41.2)	110 (50.2)	96 (51.6)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=224)	今年度回答者 (N=238)	昨年度回答者 (N=110)	今年度回答者 (N=125)
	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)	33.8 (4.85)	32.1 (4.41)	31.0 (4.24)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	65.5 (9.05)	64.8 (9.66)	64.5 (8.65)	64.3 (9.23)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.6 (2.40)	10.4 (2.43)	10.6 (2.46)	10.6 (2.21)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.69)	11.1 (1.84)	11.2 (1.53)	11.1 (1.69)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.10 (5.43)	7.54 (5.82)	6.31 (4.84)	5.78 (4.80)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.58 (0.91)	2.59 (0.92)	2.86 (0.71)	2.75 (0.77)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.32 (1.28)	5.32 (1.26)	5.43 (1.30)	5.40 (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）	134 (59.8)	146 (61.3)	66 (60.0)	65 (52.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	76 (33.9)	87 (36.6)	29 (26.4)	31 (24.8)
重症精神障害相当（K6≧13）	40 (17.9)	46 (19.3)	14 (12.7)	12 (9.6)
過去１年間に疾病休業あり	122 (54.5)	142 (59.7)	51 (46.4)	59 (47.2)
疾病休業日数 1～3 日	76 (33.9)	76 (31.9)	36 (32.7)	32 (25.6)
疾病休業日数 4～6 日	20 (8.9)	38 (16.0)	7 (6.4)	14 (11.2)
疾病休業日数 7～29 日	23 (10.3)	21 (8.8)	6 (5.5)	11 (8.8)
疾病休業日数 30 日以上	3 (1.3)	7 (2.9)	2 (1.8)	2 (1.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.4)	1 (0.4)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	1 (0.4)	1 (0.9)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (0.8)	1 (0.9)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	7 (3.1)	9 (3.8)	4 (3.6)	6 (4.8)
その他	117 (52.2)	135 (56.7)	48 (43.6)	56 (44.8)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=135)	今年度回答者 (N=146)	昨年度回答者 (N=189)	今年度回答者 (N=163)
	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)	33.6 (4.82)	34.3 (6.00)	34.0 (5.28)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	69.1 (7.06)	68.8 (7.63)	67.6 (9.20)	66.2 (8.57)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (2.12)	11.1 (2.07)	11.3 (2.36)	11.4 (2.28)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.11)	11.4 (1.55)	11.7 (1.70)	11.6 (1.83)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.83 (5.14)	6.21 (5.30)	7.53 (6.00)	7.35 (6.01)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.94 (0.76)	2.90 (0.82)	2.66 (0.93)	2.54 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.64 (1.24)	5.51 (1.26)	5.23 (1.17)	5.30 (1.13)
	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)	78 (53.4)	113 (59.8)	103 (63.2)
気分・不安障害相当（K6≧10）	34 (25.2)	41 (28.1)	62 (39.8)	52 (31.9)
重症精神障害相当（K6≧13）	19 (14.1)	18 (12.3)	39 (20.6)	35 (21.5)
過去１年間に疾病休業あり	63 (46.7)	71 (48.6)	102 (54.0)	94 (57.7)
疾病休業日数 1～3 日	49 (36.3)	48 (32.9)	72 (38.1)	60 (36.8)
疾病休業日数 4～6 日	10 (7.4)	15 (10.3)	16 (8.5)	20 (12.3)
疾病休業日数 7～29 日	4 (3.0)	8 (5.5)	14 (7.4)	11 (6.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	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)	1 (0.6)
心筋梗塞	1 (0.7)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	1 (0.7)	－(0.0)	－(0.0)	2 (1.2)
うつ病などの精神的な病気	1 (0.7)	1 (0.7)	3 (1.6)	6 (3.7)
その他	62 (45.9)	71 (48.6)	100 (52.9)	89 (54.6)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	昨年度回答者 (N=126)	今年度回答者 (N=142)	昨年度回答者 (N=174)	今年度回答者 (N=166)
	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)	32.4 (5.63)	33.3 (5.81)	33.5 (5.85)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.8 (7.98)	61.8 (9.85)	62.3 (9.56)	62.9 (9.59)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (2.41)	10.4 (2.88)	10.3 (2.69)	10.4 (2.54)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.11)	11.4 (1.86)	11.0 (2.04)	10.8 (2.02)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.83 (5.45)	7.92 (5.76)	8.09 (5.76)	7.04 (5.82)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.61 (0.93)	2.44 (0.98)	2.42 (0.90)	2.46 (1.00)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.35 (1.30)	5.28 (1.25)	5.11 (1.33)	5.40 (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）	74 (58.7)	91 (64.1)	116 (66.7)	98 (59.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	38 (30.2)	53 (37.3)	71 (40.8)	55 (33.1)
重症精神障害相当（K6≧13）	20 (15.9)	28 (19.7)	38 (21.8)	28 (16.9)
過去１年間に疾病休業あり	58 (46.0)	69 (48.6)	90 (51.7)	96 (57.8)
疾病休業日数 1～3 日	36 (28.6)	36 (25.4)	51 (29.3)	51 (30.7)
疾病休業日数 4～6 日	14 (11.1)	19 (13.4)	17 (9.8)	20 (12.0)
疾病休業日数 7～29 日	7 (5.6)	11 (7.7)	18 (10.3)	21 (12.7)
疾病休業日数 30 日以上	1 (0.8)	3 (2.1)	4 (2.3)	4 (2.4)
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)	1 (0.7)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	4 (2.8)	11 (6.3)	10 (6.0)
その他	57 (45.2)	67 (47.2)	85 (48.9)	88 (53.0)

† 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：両年度回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=550）		男性（N=380）		女性（N=170）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	33.7 (5.31)	33.5 (5.51)	34.0 (4.97)	33.9 (5.35)	32.9 (5.95)	32.6 (5.75)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	65.9 (8.66)	64.7 (9.32)	67.0 (8.49)	65.5 (9.16)	63.5 (8.56)	62.9 (9.44)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.42)	10.7 (2.45)	11.1 (2.32)	11.0 (2.28)	10.3 (2.53)	10.1 (2.70)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (1.75)	11.2 (1.81)	11.5 (1.64)	11.1 (1.80)	11.6 (1.98)	11.4 (1.83)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.14 (5.69)	7.25 (5.82)	7.16 (5.67)	7.39 (6.00)	7.11 (5.76)	6.94 (5.40)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.63 (0.88)	2.54 (0.95)	2.73 (0.83)	2.60 (0.94)	2.42 (0.96)	2.40 (0.97)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.32 (1.27)	5.35 (1.20)	5.31 (1.26)	5.32 (1.19)	5.34 (1.29)	5.41 (1.20)
	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）	327 (59.5)	335 (60.9)	224 (58.9)	232 (61.1)	103 (60.6)	103 (60.6)
気分・不安障害相当（K6≧10）	183 (33.3)	183 (33.3)	127 (33.4)	132 (34.7)	56 (32.9)	51 (30.0)
重症精神障害相当（K6≧13）	104 (18.9)	101 (18.4)	70 (18.4)	77 (20.3)	34 (20.0)	24 (14.1)
過去１年間に疾病休業あり	281 (51.1)	300 (54.5)	197 (51.8)	207 (54.5)	84 (49.4)	93 (54.7)
疾病休業日数 1～3 日	187 (34.0)	177 (32.2)	132 (34.7)	126 (33.2)	55 (32.4)	51 (30.0)
疾病休業日数 4～6 日	54 (9.8)	68 (12.4)	35 (9.2)	42 (11.1)	19 (11.2)	26 (15.3)
疾病休業日数 7～29 日	36 (6.5)	48 (8.7)	26 (6.8)	34 (8.9)	10 (6.8)	14 (8.2)
疾病休業日数 30 日以上	4 (0.7)	7 (1.3)	4 (1.1)	5 (1.3)	－(0.0)	2 (1.2)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
心筋梗塞	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	1 (0.2)	3 (0.5)	1 (0.3)	1 (0.3)	－(0.0)	2 (1.2)
うつ病などの精神的な病気	14 (2.5)	18 (3.3)	12 (3.2)	16 (4.2)	2 (1.2)	2 (1.2)
その他	273 (49.6)	288 (52.4)	190 (50.0)	197 (51.8)	83 (48.8)	91 (53.5)

† 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=61）		30 歳代（N=184）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	34.1 (5.76)	34.1 (6.58)	34.8 (5.78)	34.5 (6.04)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	67.5 (8.29)	65.1 (8.96)	66.5 (8.51)	64.9 (9.45)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.7 (2.60)	11.3 (2.89)	11.0 (2.36)	10.9 (2.34)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	12.4 (2.12)	11.7 (2.36)	11.6 (1.72)	11.3 (1.71)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.49 (6.07)	8.00 (5.70)	7.43 (6.23)	7.41 (6.08)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.62 (0.94)	2.34 (0.97)	2.59 (0.93)	2.49 (1.04)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.33 (1.25)	5.39 (1.26)	5.26 (1.24)	5.34 (1.15)
	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）	39 (63.9)	44 (72.1)	104 (56.5)	114 (62.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	19 (31.1)	22 (36.1)	65 (35.3)	61 (33.2)
重症精神障害相当（K6≧13）	12 (19.7)	14 (23.0)	41 (22.3)	35 (19.0)
過去１年間に疾病休業あり	25 (41.0)	27 (44.3)	99 (53.8)	107 (58.2)
疾病休業日数 1～3 日	17 (27.9)	23 (37.7)	65 (35.3)	65 (35.3)
疾病休業日数 4～6 日	6 (9.8)	2 (3.3)	24 (13.0)	19 (10.3)
疾病休業日数 7～29 日	2 (3.3)	2 (3.3)	10 (5.4)	21 (11.4)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	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)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.5)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	2 (3.3)	4 (2.2)	6 (3.3)
その他	25 (41.0)	25 (41.0)	98 (53.3)	104 (56.5)

† 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=200）		50 歳代以上（N=105）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	33.3 (4.89)	33.8 (4.84)	32.1 (4.47)	30.9 (4.15)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	65.5 (9.06)	64.8 (9.49)	64.8 (8.26)	64.0 (9.04)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.6 (2.39)	10.4 (2.49)	10.7 (2.36)	10.4 (2.21)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.71)	11.2 (1.76)	11.2 (1.44)	11.0 (1.69)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.20 (5.42)	7.66 (5.94)	6.31 (4.93)	5.77 (4.94)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.56 (0.89)	2.54 (0.94)	2.86 (0.72)	2.73 (0.76)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.33 (1.30)	5.34 (1.23)	5.41 (1.30)	5.34 (1.18)
	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）	121 (60.5)	123 (61.5)	63 (60.0)	54 (51.4)
気分・不安障害相当（K6≧10）	70 (35.0)	75 (37.5)	29 (27.6)	25 (23.8)
重症精神障害相当（K6≧13）	37 (18.5)	41 (20.5)	14 (13.3)	11 (10.5)
過去１年間に疾病休業あり	108 (54.0)	113 (56.5)	49 (46.7)	53 (50.5)
疾病休業日数 1～3 日	71 (35.5)	59 (29.5)	34 (32.4)	30 (28.6)
疾病休業日数 4～6 日	17 (8.5)	34 (17.0)	7 (6.7)	13 (12.4)
疾病休業日数 7～29 日	18 (9.0)	15 (7.5)	6 (5.7)	10 (9.5)
疾病休業日数 30 日以上	2 (1.0)	5 (2.5)	2 (1.9)	－(0.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.5)	1 (0.5)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	1 (0.5)	1 (1.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (1.0)	1 (1.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	6 (3.0)	5 (2.5)	4 (3.8)	5 (4.8)
その他	104 (52.0)	108 (54.0)	46 (43.8)	51 (48.6)

† 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=127）		専門・技術職（N=162）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	33.8 (4.59)	33.3 (5.01)	34.5 (4.83)	34.4 (5.27)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	68.7 (7.04)	68.0 (7.78)	68.0 (8.62)	65.8 (8.91)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.1 (2.13)	11.0 (2.04)	11.2 (2.37)	11.2 (2.30)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (1.07)	11.3 (1.59)	11.7 (1.62)	11.5 (1.77)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.87 (5.09)	6.19 (5.37)	7.38 (5.97)	7.72 (6.37)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.94 (0.72)	2.84 (0.84)	2.66 (0.88)	2.52 (0.93)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.63 (1.23)	5.49 (1.20)	5.22 (1.16)	5.25 (1.13)
	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）	67 (52.8)	69 (54.3)	95 (58.6)	103 (63.6)
気分・不安障害相当（K6≧10）	33 (26.0)	35 (27.6)	53 (32.7)	59 (36.4)
重症精神障害相当（K6≧13）	18 (14.2)	16 (12.6)	34 (21.0)	37 (22.8)
過去１年間に疾病休業あり	61 (48.0)	64 (50.4)	90 (55.6)	97 (59.9)
疾病休業日数 1～3 日	47 (37.0)	45 (35.4)	64 (39.5)	64 (39.5)
疾病休業日数 4～6 日	10 (7.9)	12 (9.4)	15 (9.3)	18 (11.1)
疾病休業日数 7～29 日	4 (3.1)	7 (5.5)	11 (6.8)	13 (8.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	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)	1 (0.6)
心筋梗塞	1 (0.8)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
がん	1 (0.8)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.6)
うつ病などの精神的な病気	1 (0.8)	2 (1.6)	3 (1.9)	8 (4.9)
その他	60 (47.2)	64 (50.4)	88 (54.3)	92 (56.8)

† 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：両年度回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=114）		現業職（N=147）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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 (5.63)	32.9 (6.03)	33.2 (6.02)	33.3 (5.70)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	64.0 (7.82)	62.5 (9.79)	62.7 (9.20)	62.5 (9.66)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.42)	10.3 (2.76)	10.4 (2.63)	10.1 (2.54)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.10)	11.4 (1.84)	11.0 (1.95)	10.8 (1.97)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.90 (5.42)	7.75 (5.43)	8.16 (5.90)	7.29 (5.79)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.60 (0.94)	2.50 (0.98)	2.38 (0.90)	2.33 (0.99)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.38 (1.29)	5.31 (1.28)	5.12 (1.36)	5.36 (1.19)
	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 (61.4)	73 (64.0)	95 (64.6)	90 (61.2)
気分・不安障害相当（K6≧10）	34 (29.8)	40 (35.1)	63 (42.9)	49 (33.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	17 (14.9)	23 (20.2)	35 (23.8)	25 (17.0)
過去１年間に疾病休業あり	54 (47.4)	55 (48.2)	76 (51.7)	84 (57.1)
疾病休業日数 1～3 日	33 (28.9)	27 (23.7)	43 (29.3)	41 (27.9)
疾病休業日数 4～6 日	14 (12.3)	16 (14.0)	15 (10.2)	22 (15.0)
疾病休業日数 7～29 日	6 (5.3)	10 (8.8)	15 (10.2)	18 (12.2)
疾病休業日数 30 日以上	1 (0.9)	2 (1.8)	3 (2.0)	3 (2.0)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	1 (0.9)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	2 (1.8)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	1 (0.9)	10 (6.8)	7 (4.8)
その他	53 (46.5)	52 (45.6)	72 (49.0)	80 (54.4)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	昨年度回答者 (N=74)	今年度回答者 (N=73)	昨年度回答者 (N=38)	今年度回答者 (N=39)	昨年度回答者 (N=36)	今年度回答者 (N=34)
	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)	33.1 (5.99)	32.6 (5.25)	34.8 (5.22)	31.8 (4.70)	31.1 (6.27)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	59.9 (9.39)	57.4 (11.3)	58.4 (11.2)	56.5 (13.3)	61.5 (6.80)	58.4 (8.48)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	9.85 (2.79)	9.70 (2.81)	10.1 (2.63)	9.69 (2.99)	9.58 (2.97)	9.71 (2.64)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (2.36)	10.5 (2.54)	10.2 (2.01)	10.2 (1.91)	11.3 (2.60)	10.9 (3.10)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.41 (5.30)	7.44 (5.92)	8.08 (5.36)	7.62 (5.42)	6.69 (5.21)	7.24 (6.53)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.68 (0.85)	2.57 (0.97)	2.64 (0.89)	2.63 (0.87)	2.72 (0.81)	2.51 (1.09)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.39 (1.24)	5.27 (1.48)	5.24 (1.32)	5.28 (1.43)	5.56 (1.13)	5.26 (1.56)
	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)	44 (60.3)	25 (65.8)	25 (64.1)	20 (55.6)	19 (55.9)
気分・不安障害相当（K6≧10）	27 (36.5)	26 (35.6)	16 (42.1)	14 (35.9)	11 (30.6)	12 (35.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	11 (14.9)	11 (15.1)	6 (15.8)	4 (10.3)	5 (13.9)	7 (20.6)
過去１年間に疾病休業あり	35 (47.3)	40 (54.8)	16 (42.1)	23 (59.0)	19 (52.8)	17 (50.0)
疾病休業日数 1～3 日	15 (20.3)	18 (24.7)	7 (18.4)	12 (30.8)	8 (22.2)	6 (17.6)
疾病休業日数 4～6 日	8 (10.8)	8 (11.0)	3 (7.9)	5 (12.8)	5 (13.9)	3 (8.8)
疾病休業日数 7～29 日	12 (16.2)	10 (13.7)	6 (15.8)	5 (12.8)	6 (16.7)	5 (14.7)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	4 (5.5)	－(0.0)	1 (2.6)	－(0.0)	3 (8.8)
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)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (2.9)
うつ病などの精神的な病気	3 (4.1)	3 (4.1)	1 (2.6)	－(0.0)	2 (5.6)	3 (8.8)
その他	34 (45.9)	36 (49.3)	16 (42.1)	22 (56.4)	18 (50.0)	14 (41.2)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（年代別）

	30 歳代以下		40 歳代		50 歳代	
	昨年度回答者 (N=17)	今年度回答者 (N=18)	昨年度回答者 (N=33)	今年度回答者 (N=27)	昨年度回答者 (N=24)	今年度回答者 (N=28)
	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)	30.4 (6.86)	32.3 (4.98)	33.6 (5.91)	32.1 (4.83)	34.3 (5.06)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	61.1 (9.28)	59.1 (10.1)	59.8 (8.47)	54.7 (10.7)	59.3 (10.9)	58.8 (12.4)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.2 (2.65)	9.50 (2.75)	9.45 (3.14)	9.63 (2.92)	10.2 (2.39)	9.89 (2.83)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.26)	11.8 (2.46)	10.8 (2.59)	9.89 (3.08)	10.0 (1.82)	10.3 (1.63)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.76 (5.83)	6.89 (6.04)	8.97 (5.25)	8.89 (6.83)	5.71 (4.52)	6.39 (4.72)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.72 (0.72)	2.45 (1.04)	2.55 (0.93)	2.44 (1.00)	2.83 (0.82)	2.79 (0.90)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.41 (1.23)	5.39 (1.42)	5.33 (1.29)	5.22 (1.63)	5.46 (1.22)	5.25 (1.43)
	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)	9 (50.0)	25 (75.8)	19 (70.4)	12 (50.0)	16 (57.1)
気分・不安障害相当（K6≧10）	5 (29.4)	6 (33.3)	16 (48.5)	11 (40.7)	6 (25.0)	9 (32.1)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (17.6)	4 (22.2)	7 (21.2)	5 (18.5)	1 (4.2)	2 (7.1)
過去１年間に疾病休業あり	9 (52.9)	8 (44.4)	20 (60.6)	16 (59.3)	6 (25.0)	16 (57.1)
疾病休業日数 1～3 日	5 (29.4)	3 (16.7)	9 (27.3)	7 (25.9)	1 (4.2)	8 (28.6)
疾病休業日数 4～6 日	2 (11.8)	2 (11.1)	3 (9.1)	4 (14.8)	3 (12.5)	2 (7.1)
疾病休業日数 7～29 日	2 (11.8)	2 (11.1)	8 (24.2)	4 (14.8)	2 (8.3)	4 (14.3)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (5.6)	－(0.0)	1 (3.7)	－(0.0)	2 (7.1)
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)	1 (3.6)
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)	1 (3.6)
うつ病などの精神的な病気	1 (5.9)	2 (11.1)	1 (3.0)	1 (3.7)	1 (4.2)	－(0.0)
その他	8 (47.1)	6 (33.3)	20 (60.6)	16 (59.3)	6 (25.0)	14 (50.0)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=11)	今年度回答者 (N=13)	昨年度回答者 (N=5)	今年度回答者 (N=7)
	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)	33.8 (5.29)	35.2 (3.83)	34.6 (9.05)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	64.0 (9.92)	62.3 (14.1)	62.4 (14.9)	49.7 (7.25)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.34)	10.8 (3.40)	10.6 (4.34)	8.86 (3.49)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.4 (1.21)	10.1 (1.89)	9.80 (4.27)	9.71 (2.87)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.73 (4.15)	5.15 (4.69)	11.8 (8.50)	7.43 (7.89)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.82 (0.72)	2.97 (0.86)	2.64 (1.62)	2.02 (1.31)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	6.18 (0.98)	6.15 (1.07)	5.20 (1.10)	5.00 (1.92)
	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)	5 (38.5)	4 (80.0)	3 (42.9)
気分・不安障害相当（K6≧10）	2 (18.2)	2 (15.4)	2 (40.0)	2 (28.6)
重症精神障害相当（K6≧13）	－(0.0)	1 (7.7)	2 (40.0)	1 (14.3)
過去１年間に疾病休業あり	4 (36.4)	8 (61.5)	4 (80.0)	4 (57.1)
疾病休業日数 1～3 日	1 (9.1)	5 (38.5)	2 (40.0)	1 (14.3)
疾病休業日数 4～6 日	3 (27.3)	2 (15.4)	－(0.0)	1 (14.3)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	1 (7.7)	2 (40.0)	1 (14.3)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (14.3)
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)	2 (28.6)
その他	4 (36.4)	8 (61.5)	4 (80.0)	3 (42.9)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	昨年度回答者 (N=22)	今年度回答者 (N=15)	昨年度回答者 (N=36)	今年度回答者 (N=38)
	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)	32.4 (6.46)	32.1 (5.42)	32.8 (5.54)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.0 (6.56)	56.5 (11.7)	57.0 (9.33)	57.4 (10.2)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	9.77 (2.64)	10.2 (2.54)	9.33 (2.70)	9.29 (2.54)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.5 (2.52)	11.6 (2.56)	10.6 (2.18)	10.4 (2.63)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	8.18 (4.78)	7.53 (6.17)	7.14 (5.12)	8.18 (5.85)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.93 (0.76)	2.71 (1.11)	2.49 (0.78)	2.49 (0.86)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.77 (1.15)	5.47 (1.64)	4.94 (1.22)	4.95 (1.37)
	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)	9 (60.0)	21 (58.3)	27 (71.1)
気分・不安障害相当（K6≧10）	10 (45.5)	5 (33.3)	13 (36.1)	17 (44.7)
重症精神障害相当（K6≧13）	5 (22.7)	3 (20.0)	4 (11.1)	6 (15.8)
過去１年間に疾病休業あり	8 (36.4)	10 (66.7)	19 (52.8)	18 (47.4)
疾病休業日数 1～3 日	5 (22.7)	6 (40.0)	7 (19.4)	6 (15.8)
疾病休業日数 4～6 日	1 (4.5)	1 (6.7)	4 (11.1)	4 (10.5)
疾病休業日数 7～29 日	2 (9.1)	1 (6.7)	8 (22.2)	7 (18.4)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	2 (13.3)	－(0.0)	1 (2.6)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	1 (6.7)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	1 (6.7)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	3 (8.3)	1 (2.6)
その他	8 (36.4)	8 (53.3)	18 (50.0)	17 (44.7)

† 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：両年度回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=67）		男性（N=32）		女性（N=35）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	32.2 (4.89)	32.9 (6.04)	32.9 (5.13)	35.2 (5.67)	31.6 (4.65)	30.7 (5.61)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	59.5 (8.77)	58.1 (11.4)	57.8 (10.5)	57.7 (13.2)	61.1 (6.55)	58.5 (9.62)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.0 (2.78)	9.69 (2.77)	10.4 (2.58)	9.56 (3.23)	9.69 (2.95)	9.80 (2.30)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (2.21)	10.6 (2.36)	10.3 (1.77)	10.3 (1.86)	11.2 (2.51)	10.9 (2.74)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.28 (5.32)	6.88 (5.51)	7.81 (5.42)	7.22 (5.37)	6.80 (5.25)	6.57 (5.70)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.76 (0.79)	2.57 (0.93)	2.82 (0.76)	2.65 (0.88)	2.72 (0.82)	2.50 (0.98)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.51 (1.17)	5.39 (1.42)	5.44 (1.22)	5.38 (1.43)	5.57 (1.15)	5.40 (1.44)
	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）	40 (59.7)	39 (58.2)	20 (62.5)	20 (62.5)	20 (57.1)	19 (54.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	23 (34.3)	23 (34.3)	12 (37.5)	12 (37.5)	11 (31.4)	11 (31.4)
重症精神障害相当（K6≧13）	9 (13.4)	7 (10.4)	4 (12.5)	2 (6.3)	5 (14.3)	5 (14.3)
過去１年間に疾病休業あり	30 (44.8)	37 (55.2)	12 (37.5)	20 (62.5)	18 (51.4)	17 (48.6)
疾病休業日数 1～3 日	11 (16.4)	17 (25.4)	4 (12.5)	10 (31.3)	7 (20.0)	7 (20.0)
疾病休業日数 4～6 日	8 (11.9)	7 (10.4)	3 (9.4)	4 (12.5)	5 (14.3)	3 (8.6)
疾病休業日数 7～29 日	11 (16.4)	11 (16.4)	5 (15.6)	5 (15.6)	6 (17.1)	6 (17.1)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	2 (3.0)	－(0.0)	1 (3.1)	－(0.0)	1 (2.9)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）						
脳卒中	－(0.0)	1 (1.5)	－(0.0)	1 (3.1)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	1 (1.5)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (2.9)
うつ病などの精神的な病気	3 (4.5)	1 (1.5)	1 (3.1)	－(0.0)	2 (5.7)	1 (2.9)
その他	29 (43.3)	34 (50.7)	12 (37.5)	19 (59.4)	17 (48.6)	15 (42.9)

† 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：両年度回答者における前後比較（年代別）

	30 歳代以下（N=15）		40 歳代（N=29）		50 歳代（N=23）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	32.1 (5.46)	30.3 (7.47)	32.1 (4.86)	33.0 (5.21)	32.4 (4.75)	34.3 (5.75)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	61.7 (6.92)	60.3 (10.7)	58.6 (7.50)	57.0 (10.2)	59.3 (11.1)	58.0 (13.3)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.4 (2.59)	9.20 (2.76)	9.69 (3.15)	9.86 (2.67)	10.2 (2.44)	9.78 (2.97)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (1.89)	12.1 (1.98)	10.9 (2.43)	10.3 (2.78)	9.96 (1.85)	10.0 (1.54)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.80 (6.09)	7.13 (6.16)	8.59 (5.41)	7.90 (6.17)	5.96 (4.45)	5.43 (3.86)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.79 (0.72)	2.43 (1.06)	2.67 (0.82)	2.47 (0.89)	2.87 (0.81)	2.79 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.67 (0.90)	5.40 (1.45)	5.48 (1.27)	5.45 (1.48)	5.43 (1.24)	5.30 (1.40)
	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）	7 (46.7)	8 (53.3)	21 (72.4)	19 (65.5)	12 (52.2)	12 (52.2)
気分・不安障害相当（K6≧10）	4 (26.7)	5 (33.3)	13 (44.8)	11 (37.8)	6 (26.1)	7 (30.4)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (20.0)	3 (20.0)	5 (17.2)	4 (13.8)	1 (4.3)	－(0.0)
過去１年間に疾病休業あり	7 (46.7)	8 (53.3)	18 (62.1)	17 (58.6)	5 (21.7)	12 (52.2)
疾病休業日数 1～3 日	3 (20.0)	4 (26.7)	8 (27.6)	7 (24.1)	－(0.0)	6 (26.1)
疾病休業日数 4～6 日	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (10.3)	5 (17.2)	3 (13.0)	－(0.0)
疾病休業日数 7～29 日	2 (13.3)	2 (13.3)	7 (24.1)	5 (17.2)	2 (8.7)	4 (17.4)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	2 (8.7)
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 (4.3)
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)	1 (4.3)
うつ病などの精神的な病気	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (3.4)	－(0.0)	1 (4.3)	－(0.0)
その他	6 (40.0)	7 (46.7)	18 (62.1)	17 (58.6)	5 (21.7)	10 (43.5)

† 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=9）		専門・技術職（N=4）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	31.0 (4.00)	34.1 (6.41)	34.2 (3.69)	37.8 (7.50)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	64.7 (10.9)	62.4 (16.7)	57.0 (10.0)	63.0 (13.7)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.21)	10.6 (4.10)	12.3 (2.63)	9.50 (1.92)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	10.1 (1.17)	10.2 (1.64)	11.3 (3.20)	11.8 (3.10)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.56 (3.71)	3.78 (2.91)	12.8 (9.50)	9.75 (10.0)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.98 (0.69)	2.82 (0.90)	3.31 (0.77)	2.89 (1.28)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	6.33 (1.00)	6.33 (1.00)	5.50 (1.00)	5.75 (2.06)
	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）	4 (44.4)	3 (33.3)	3 (75.0)	2 (50.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	1 (11.1)	1 (11.1)	2 (50.0)	2 (50.0)
重症精神障害相当（K6≧13）	－(0.0)	－(0.0)	2 (50.0)	1 (25.0)
過去１年間に疾病休業あり	3 (33.3)	5 (55.6)	3 (75.0)	3 (75.0)
疾病休業日数 1～3 日	－(0.0)	3 (33.3)	2 (50.0)	2 (50.0)
疾病休業日数 4～6 日	3 (33.3)	1 (11.1)	－(0.0)	－(0.0)
疾病休業日数 7～29 日	－(0.0)	1 (11.1)	1 (25.0)	1 (25.0)
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)	－(0.0)
その他	3 (33.3)	5 (55.6)	3 (75.0)	3 (75.0)

† 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：両年度回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=19）		現業職（N=35）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	32.2 (4.58)	31.7 (6.13)	32.3 (5.43)	32.6 (5.69)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	61.3 (6.23)	57.1 (12.4)	57.5 (8.87)	57.0 (8.80)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.0 (2.65)	9.79 (2.23)	9.29 (2.73)	9.43 (2.77)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (2.49)	11.0 (2.36)	10.7 (2.17)	10.3 (2.45)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	7.84 (4.60)	7.84 (6.09)	7.06 (5.17)	6.83 (4.94)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	3.02 (0.72)	2.59 (1.11)	2.51 (0.78)	2.46 (0.80)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	6.00 (1.00)	5.42 (1.39)	5.03 (1.12)	5.09 (1.40)
	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）	13 (68.4)	12 (63.2)	20 (57.1)	22 (62.9)
気分・不安障害相当（K6≧10）	8 (42.1)	8 (42.1)	12 (34.3)	12 (34.3)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (15.8)	4 (21.1)	4 (11.4)	2 (5.7)
過去１年間に疾病休業あり	6 (31.6)	10 (52.6)	18 (51.4)	19 (54.3)
疾病休業日数 1～3 日	3 (15.8)	5 (26.3)	6 (17.1)	7 (20.0)
疾病休業日数 4～6 日	1 (5.3)	1 (5.3)	4 (11.4)	5 (14.3)
疾病休業日数 7～29 日	2 (10.5)	2 (10.5)	8 (22.9)	7 (20.0)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	2 (10.5)	－(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 (5.3)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	－(0.0)	1 (5.3)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	3 (8.6)	1 (2.9)
その他	6 (31.6)	8 (42.1)	17 (48.6)	18 (51.4)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（全体・男女別）

	全体		男性		女性	
	昨年度回答者 (N=359)	今年度回答者 (N=368)	昨年度回答者 (N=179)	今年度回答者 (N=189)	昨年度回答者 (N=180)	今年度回答者 (N=179)
	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)	31.9 (5.37)	31.6 (5.03)	32.2 (5.24)	32.0 (5.57)	31.6 (5.50)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.6 (11.0)	62.1 (11.2)	67.3 (8.78)	67.0 (9.17)	57.8 (10.9)	56.9 (10.8)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.7 (2.55)	10.5 (2.64)	11.1 (2.42)	10.8 (2.58)	10.2 (2.63)	10.1 (2.68)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.87)	11.2 (2.01)	11.2 (1.60)	11.2 (1.90)	11.1 (2.11)	11.1 (2.12)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.98 (5.29)	6.22 (5.42)	5.80 (4.87)	5.97 (5.22)	6.17 (5.69)	6.49 (5.61)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.56 (0.95)	2.51 (0.93)	2.77 (0.91)	2.65 (0.92)	2.35 (0.95)	2.36 (0.92)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.38 (1.33)	5.30 (1.23)	5.34 (1.39)	5.22 (1.24)	5.42 (1.27)	5.39 (1.22)
	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)	203 (55.2)	93 (52.0)	103 (54.5)	94 (52.2)	100 (55.9)
気分・不安障害相当（K6≧10）	79 (22.0)	89 (24.2)	37 (20.7)	45 (23.8)	42 (23.3)	44 (24.6)
重症精神障害相当（K6≧13）	39 (10.9)	41 (11.1)	15 (8.4)	17 (9.0)	24 (13.3)	24 (13.4)
過去１年間に疾病休業あり	106 (29.5)	112 (30.4)	56 (31.3)	64 (33.9)	50 (27.8)	48 (26.8)
疾病休業日数 1～3 日	51 (14.2)	67 (18.2)	24 (13.4)	37 (19.6)	27 (15.0)	30 (16.8)
疾病休業日数 4～6 日	27 (7.5)	28 (7.6)	18 (10.1)	15 (7.9)	9 (5.0)	13 (7.3)
疾病休業日数 7～29 日	24 (6.7)	13 (3.5)	14 (7.8)	9 (4.8)	10 (5.6)	4 (2.2)
疾病休業日数 30 日以上	4 (1.1)	4 (1.1)	－(0.0)	3 (1.6)	4 (2.2)	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)	1 (0.3)	－(0.0)	1 (0.5)	－(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)	4 (1.1)	1 (0.6)	1 (0.5)	4 (2.2)	3 (1.7)
うつ病などの精神的な病気	3 (0.8)	2 (0.5)	1 (0.6)	2 (1.1)	2 (1.1)	－(0.0)
その他	88 (24.5)	98 (26.6)	49 (27.4)	55 (29.1)	39 (21.7)	43 (24.0)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=63)	今年度回答者 (N=63)	昨年度回答者 (N=96)	今年度回答者 (N=91)	昨年度回答者 (N=123)	今年度回答者 (N=129)
	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)	32.2 (5.26)	33.0 (5.28)	32.6 (5.33)	31.5 (5.61)	32.1 (5.60)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.3 (11.3)	59.1 (11.2)	61.5 (10.4)	61.2 (9.09)	63.3 (10.6)	63.6 (11.6)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.8 (2.76)	11.2 (2.78)	10.1 (2.44)	10.5 (2.57)	10.3 (2.59)	10.3 (2.71)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	12.2 (1.77)	12.0 (2.17)	11.1 (1.90)	11.1 (2.00)	10.7 (1.96)	10.9 (2.04)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.18 (5.15)	7.05 (5.15)	6.20 (5.41)	6.46 (5.75)	6.45 (5.87)	6.40 (5.74)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.33 (1.07)	2.37 (1.06)	2.48 (0.88)	2.33 (0.87)	2.47 (1.00)	2.47 (0.94)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.37 (1.44)	5.37 (1.21)	5.19 (1.28)	5.28 (1.24)	5.24 (1.35)	5.12 (1.31)
	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)	40 (63.5)	50 (52.1)	51 (56.0)	67 (54.5)	72 (55.8)
気分・不安障害相当（K6≧10）	16 (25.4)	20 (31.7)	24 (25.0)	22 (24.2)	31 (25.2)	32 (24.8)
重症精神障害相当（K6≧13）	8 (12.7)	7 (11.1)	11 (11.5)	9 (9.9)	17 (13.8)	18 (14.0)
過去１年間に疾病休業あり	13 (20.6)	13 (20.6)	35 (36.5)	27 (29.7)	33 (26.8)	44 (34.1)
疾病休業日数 1～3 日	9 (14.3)	7 (11.1)	19 (19.8)	16 (17.6)	17 (13.8)	29 (22.5)
疾病休業日数 4～6 日	1 (1.6)	5 (7.9)	10 (10.4)	7 (7.7)	6 (4.9)	9 (7.0)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.6)	－(0.0)	6 (6.3)	4 (4.4)	8 (6.5)	5 (3.9)
疾病休業日数 30 日以上	2 (3.2)	1 (1.6)	－(0.0)	－(0.0)	2 (1.6)	1 (0.8)
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)	－(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 (1.1)	3 (2.4)	2 (1.6)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.6)	1 (1.6)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.8)	1 (0.8)
その他	12 (19.0)	11 (17.5)	29 (30.2)	23 (25.3)	27 (22.0)	39 (30.2)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=49)	今年度回答者 (N=58)	昨年度回答者 (N=28)	今年度回答者 (N=27)
	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)	30.8 (4.92)	30.5 (5.04)	30.2 (5.22)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.5 (11.7)	63.5 (11.8)	61.7 (12.8)	62.1 (12.7)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.9 (2.35)	10.2 (2.59)	11.0 (1.73)	10.0 (2.15)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (1.47)	11.1 (1.59)	10.8 (1.09)	10.7 (1.87)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.96 (4.03)	5.26 (4.74)	4.52 (4.18)	4.62 (4.26)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.94 (0.69)	2.89 (0.74)	3.07 (0.66)	2.84 (0.86)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.77 (1.33)	5.52 (1.03)	5.96 (0.85)	5.65 (1.20)
	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)	30 (51.7)	13 (46.4)	10 (37.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	5 (10.2)	11 (19.0)	3 (10.7)	4 (14.8)
重症精神障害相当（K6≧13）	2 (4.1)	6 (10.3)	1 (3.6)	1 (3.7)
過去１年間に疾病休業あり	12 (24.5)	19 (32.8)	13 (46.4)	9 (33.3)
疾病休業日数 1～3 日	4 (8.2)	10 (17.2)	2 (7.1)	5 (18.5)
疾病休業日数 4～6 日	5 (10.2)	6 (10.3)	5 (17.9)	1 (3.7)
疾病休業日数 7～29 日	3 (6.1)	2 (3.4)	6 (21.4)	2 (7.4)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	1 (1.7)	－(0.0)	1 (3.7)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	1 (1.7)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	1 (3.6)	1 (3.7)
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)	－(0.0)	1 (3.6)	－(0.0)
その他	11 (22.4)	17 (29.3)	9 (32.1)	8 (29.6)

† 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：昨年度回答者と今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	
	昨年度回答者 (N=75)	今年度回答者 (N=82)	昨年度回答者 (N=42)	今年度回答者 (N=46)
	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)	32.0 (5.58)	30.7 (5.48)	31.5 (4.89)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	70.3 (5.29)	69.6 (8.35)	70.9 (7.58)	69.1 (6.94)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.53)	10.9 (1.99)	11.2 (2.28)	10.8 (2.51)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.17)	11.3 (1.56)	11.7 (1.37)	11.5 (1.54)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.77 (4.25)	4.98 (4.66)	6.81 (5.16)	5.63 (4.39)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.94 (0.69)	2.86 (0.75)	2.57 (0.98)	2.69 (0.95)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.67 (1.11)	5.46 (1.07)	5.48 (1.44)	5.78 (1.09)
	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)	39 (47.6)	25 (59.5)	25 (54.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	9 (12.0)	13 (15.9)	12 (28.6)	12 (26.1)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (4.0)	6 (7.3)	7 (16.7)	3 (6.5)
過去１年間に疾病休業あり	24 (32.0)	31 (37.8)	17 (40.5)	15 (32.6)
疾病休業日数 1～3 日	7 (9.3)	14 (17.1)	10 (23.8)	12 (26.1)
疾病休業日数 4～6 日	11 (14.7)	9 (11.0)	6 (14.3)	3 (6.5)
疾病休業日数 7～29 日	5 (6.7)	7 (8.5)	1 (2.4)	－(0.0)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.3)	1 (1.2)	－(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 (1.2)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (1.3)	1 (1.2)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (1.3)	1 (1.2)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.3)	1 (1.2)	－(0.0)	－(0.0)
その他	20 (26.7)	27 (32.9)	16 (38.1)	15 (32.6)

† 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：昨年度回答者と今年度回答者との比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職		現業職	
	昨年度回答者 (N=53)	今年度回答者 (N=45)	昨年度回答者 (N=189)	今年度回答者 (N=195)
	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)	30.2 (4.54)	32.1 (5.39)	32.4 (5.51)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	66.8 (8.75)	66.9 (7.22)	56.6 (10.2)	56.2 (10.4)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (2.46)	10.9 (2.69)	10.1 (2.85)	10.1 (2.86)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.17)	11.8 (1.92)	10.9 (2.06)	10.9 (2.25)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.81 (4.96)	6.42 (5.43)	6.05 (5.71)	6.84 (5.85)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.52 (1.00)	2.53 (0.81)	2.41 (0.98)	2.31 (0.97)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.23 (1.17)	5.18 (1.28)	5.28 (1.42)	5.15 (1.28)
	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)	27 (60.0)	96 (50.8)	112 (57.4)
気分・不安障害相当（K6≧10）	14 (26.4)	9 (20.0)	44 (23.3)	55 (28.2)
重症精神障害相当（K6≧13）	5 (9.4)	5 (11.1)	24 (12.7)	27 (13.8)
過去１年間に疾病休業あり	13 (24.5)	11 (24.4)	52 (27.5)	55 (28.2)
疾病休業日数 1～3 日	8 (15.1)	8 (17.8)	26 (13.8)	33 (16.9)
疾病休業日数 4～6 日	3 (5.7)	2 (4.4)	7 (3.7)	14 (7.2)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.9)	－(0.0)	17 (9.0)	6 (3.1)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.9)	1 (2.2)	2 (1.1)	2 (1.0)
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	2 (3.8)	1 (2.2)	2 (1.1)	2 (1.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.9)	－(0.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
その他	7 (13.2)	8 (17.8)	45 (23.8)	48 (24.6)

† 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：両年度回答者における前後比較（全体・男女別）

	全体（N=340）		男性（N=176）		女性（N=164）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	31.7 (5.29)	32.0 (5.43)	31.5 (4.95)	32.2 (5.28)	31.9 (5.64)	31.7 (5.60)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.9 (10.8)	62.0 (11.1)	67.5 (8.61)	66.7 (8.99)	57.9 (10.8)	56.8 (10.9)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.7 (2.57)	10.4 (2.62)	11.1 (2.42)	10.6 (2.51)	10.2 (2.66)	10.1 (2.71)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.85)	11.1 (2.01)	11.3 (1.60)	11.1 (1.85)	11.1 (2.09)	11.1 (2.17)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.93 (5.27)	6.27 (5.49)	5.66 (4.76)	5.94 (5.24)	6.21 (5.77)	6.63 (5.75)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.57 (0.94)	2.47 (0.90)	2.79 (0.89)	2.60 (0.90)	2.34 (0.95)	2.34 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.39 (1.32)	5.26 (1.24)	5.38 (1.35)	5.19 (1.25)	5.41 (1.29)	5.34 (1.24)
	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）	176 (51.8)	189 (55.6)	90 (51.1)	95 (54.0)	86 (52.4)	94 (57.3)
気分・不安障害相当（K6≧10）	73 (21.5)	86 (25.3)	34 (19.3)	43 (24.4)	39 (23.8)	43 (26.2)
重症精神障害相当（K6≧13）	36 (10.6)	40 (11.8)	14 (8.0)	16 (9.1)	22 (13.4)	24 (14.6)
過去１年間に疾病休業あり	100 (29.4)	104 (30.6)	56 (31.8)	58 (33.0)	44 (26.8)	46 (28.0)
疾病休業日数 1～3 日	50 (14.7)	63 (18.5)	24 (13.6)	34 (19.3)	26 (15.9)	29 (17.7)
疾病休業日数 4～6 日	25 (7.4)	26 (7.6)	18 (10.2)	14 (8.0)	7 (4.3)	12 (7.3)
疾病休業日数 7～29 日	22 (6.5)	13 (3.8)	14 (8.0)	9 (5.1)	8 (4.9)	4 (2.4)
疾病休業日数 30 日以上	3 (0.9)	2 (0.6)	－(0.0)	1 (0.6)	3 (1.8)	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)	1 (0.3)	－(0.0)	1 (0.6)	－(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	5 (1.5)	3 (0.9)	1 (0.6)	－(0.0)	4 (2.4)	3 (1.8)
うつ病などの精神的な病気	3 (0.9)	1 (0.3)	1 (0.6)	1 (0.6)	2 (1.2)	－(0.0)
その他	83 (24.4)	93 (27.4)	49 (27.8)	52 (29.5)	34 (20.7)	41 (25.0)

† 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=58）		30 歳代（N=90）		40 歳代（N=120）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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 (5.27)	32.0 (5.21)	32.8 (5.18)	33.0 (5.44)	31.4 (5.66)	32.1 (5.63)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	62.1 (11.4)	59.7 (11.5)	61.7 (10.3)	61.2 (10.1)	63.7 (10.3)	63.3 (11.1)
周囲のサポート†						
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.9 (2.79)	10.9 (2.59)	10.1 (2.49)	10.2 (2.71)	10.4 (2.54)	10.3 (2.65)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	12.3 (1.80)	11.8 (2.04)	11.1 (1.88)	10.9 (2.09)	10.7 (1.88)	10.9 (2.03)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	5.95 (5.26)	6.97 (5.43)	5.98 (5.29)	6.62 (5.75)	6.46 (5.84)	6.38 (5.92)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.34 (1.09)	2.37 (1.00)	2.48 (0.86)	2.26 (0.84)	2.50 (0.98)	2.42 (0.92)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.47 (1.42)	5.43 (1.26)	5.22 (1.23)	5.08 (1.25)	5.23 (1.36)	5.16 (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）	28 (48.3)	36 (62.1)	46 (51.1)	53 (58.9)	66 (55.0)	66 (55.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	13 (22.4)	21 (36.2)	22 (24.4)	22 (24.4)	30 (25.0)	30 (25.0)
重症精神障害相当（K6≧13）	8 (13.8)	7 (12.1)	9 (10.0)	9 (10.0)	16 (13.4)	19 (15.8)
過去１年間に疾病休業あり	12 (20.7)	15 (25.9)	32 (35.6)	26 (28.9)	32 (26.7)	38 (31.7)
疾病休業日数 1～3 日	9 (15.5)	8 (13.8)	18 (20.0)	16 (17.8)	17 (14.2)	25 (20.8)
疾病休業日数 4～6 日	1 (1.7)	5 (8.6)	9 (10.0)	6 (6.7)	5 (4.2)	9 (7.5)
疾病休業日数 7～29 日	1 (1.7)	1 (1.7)	5 (5.6)	4 (4.4)	8 (6.7)	4 (3.3)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.7)	1 (1.7)	－(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 (1.0)	1 (1.1)	3 (2.5)	2 (1.7)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.7)	1 (1.7)	－(0.0)	－(0.0)	1 (0.8)	－(0.0)
その他	11 (19.0)	13 (22.4)	27 (30.0)	22 (24.4)	26 (21.7)	35 (29.2)

† 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=48）		60 歳代以上（N=24）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	30.6 (4.27)	30.2 (4.70)	30.7 (5.27)	30.5 (5.46)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	63.6 (11.8)	62.8 (11.5)	64.1 (12.1)	62.5 (12.4)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	10.8 (2.36)	10.3 (2.56)	11.0 (1.81)	10.0 (2.21)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (1.49)	11.2 (1.61)	10.8 (1.06)	10.7 (1.95)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.92 (4.06)	5.13 (4.25)	5.04 (4.24)	5.00 (4.37)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.96 (0.69)	2.91 (0.64)	3.10 (0.70)	2.89 (0.89)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.77 (1.34)	5.46 (1.03)	5.96 (0.88)	5.70 (1.22)
	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 (50.0)	24 (50.0)	12 (50.0)	10 (41.7)
気分・不安障害相当（K6≧10）	5 (10.4)	9 (18.8)	3 (12.5)	4 (16.7)
重症精神障害相当（K6≧13）	2 (4.2)	4 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)
過去１年間に疾病休業あり	12 (25.0)	16 (33.3)	12 (50.0)	9 (37.5)
疾病休業日数 1～3 日	4 (8.3)	9 (18.8)	2 (8.3)	5 (20.8)
疾病休業日数 4～6 日	5 (10.4)	5 (10.4)	5 (20.8)	1 (4.2)
疾病休業日数 7～29 日	3 (6.3)	2 (4.2)	5 (20.8)	2 (8.3)
疾病休業日数 30 日以上	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	1 (4.2)
疾病休業の原因となった疾患（複数回答可）				
脳卒中	－(0.0)	1 (2.1)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	1 (4.2)	1 (4.2)
がん	－(0.0)	－(0.0)	1 (4.2)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	－(0.0)	－(0.0)	1 (4.2)	－(0.0)
その他	11 (22.9)	15 (31.3)	8 (33.3)	8 (33.3)

† 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=74）		専門・技術職（N=38）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	31.6 (4.91)	31.8 (5.38)	30.2 (5.47)	31.5 (4.97)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	70.3 (5.28)	69.0 (7.67)	72.1 (6.48)	69.4 (5.28)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.2 (1.53)	10.9 (1.71)	11.2 (2.37)	10.4 (2.68)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.3 (1.17)	11.3 (1.49)	11.8 (1.34)	11.3 (1.68)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	4.81 (4.27)	4.72 (4.62)	6.45 (5.20)	6.24 (4.41)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.94 (0.69)	2.88 (0.73)	2.55 (1.03)	2.51 (0.88)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.66 (1.11)	5.53 (1.07)	5.66 (1.32)	5.58 (1.11)
	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 (43.2)	33 (44.6)	21 (55.3)	24 (63.2)
気分・不安障害相当（K6≧10）	9 (12.2)	12 (16.2)	10 (26.3)	11 (28.9)
重症精神障害相当（K6≧13）	3 (4.1)	5 (6.8)	6 (15.8)	2 (5.3)
過去１年間に疾病休業あり	24 (32.4)	28 (37.8)	16 (42.1)	13 (34.2)
疾病休業日数 1～3 日	7 (9.5)	14 (18.9)	9 (23.7)	10 (26.3)
疾病休業日数 4～6 日	11 (14.9)	7 (9.5)	6 (15.8)	3 (7.9)
疾病休業日数 7～29 日	5 (6.8)	7 (9.5)	1 (2.6)	－(0.0)
疾病休業日数 30 日以上	1 (1.4)	－(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)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
心筋梗塞	1 (1.4)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
がん	1 (1.4)	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)
うつ病などの精神的な病気	1 (1.4)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
その他	20 (27.0)	25 (33.8)	15 (39.5)	13 (34.2)

† 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：両年度回答者における前後比較（職種別：事務職・現業職）

	事務職（N=49）		現業職（N=179）	
	昨年度	今年度	昨年度	今年度
	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)	31.6 (5.05)	31.0 (5.01)	32.1 (5.44)	32.4 (5.64)
仕事のコントロール（JCQ）(24–96)	67.0 (8.15)	66.9 (8.23)	56.9 (10.1)	56.1 (10.6)
周囲のサポート†				
上司のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.49)	10.8 (2.42)	10.1 (2.86)	9.99 (2.90)
同僚のサポート（JCQ）(4–16)	11.4 (2.17)	11.7 (1.94)	11.0 (2.04)	10.8 (2.22)
心理的ストレス反応（K6）(0–24)	6.48 (4.72)	6.61 (4.98)	6.12 (5.75)	6.84 (6.06)
ワーク・エンゲイジメント（UWES）(0–6) ‡	2.61 (0.95)	2.50 (0.83)	2.41 (0.98)	2.29 (0.94)
仕事・生活満足度（BJSQ）(2–8) §	5.31 (1.10)	5.10 (1.26)	5.25 (1.44)	5.13 (1.31)
	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 (63.3)	30 (61.2)	92 (51.4)	102 (57.0)
気分・不安障害相当（K6≧10）	12 (24.5)	11 (22.4)	42 (23.5)	52 (29.1)
重症精神障害相当（K6≧13）	4 (8.2)	4 (8.2)	23 (12.8)	29 (16.2)
過去１年間に疾病休業あり	12 (24.5)	10 (20.4)	48 (26.8)	53 (29.6)
疾病休業日数 1～3 日	8 (16.3)	7 (14.3)	26 (14.5)	32 (17.9)
疾病休業日数 4～6 日	2 (4.1)	3 (6.1)	6 (3.4)	13 (7.3)
疾病休業日数 7～29 日	1 (2.0)	－(0.0)	15 (8.4)	6 (3.4)
疾病休業日数 30 日以上	1 (2.0)	－(0.0)	1 (0.6)	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)
心筋梗塞	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)	－(0.0)
がん	2 (4.1)	－(0.0)	2 (1.1)	2 (1.1)
うつ病などの精神的な病気	1 (2.0)	－(0.0)	1 (0.6)	1 (0.6)
その他	7 (14.3)	10 (20.4)	41 (22.9)	45 (25.1)

† 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．昨年度のＣ事業場の状況（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．昨年度のＣ事業場の状況（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．昨年度の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 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」
（H28-労働-一般-004）主任：川上憲人
研究協力報告書

産業保健スタッフ等からの意見聴取

研究協力者　浅井裕美（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・教授）
渡辺和宏（東京大学大学院医学系研究科・院生）
櫻谷あすか（東京大学大学院医学系研究科・院生）
関屋裕希（東京大学大学院医学系研究科・客員研究員）
吉川悦子（東京有明医療大学・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　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）

本研究では、ストレスチェック制度が施行されて１年となる 2016 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等から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、ストレスチェック制度の効果的、効率的でかつ適切な運営方法のためのノウハウをまとめ、また検討課題を明かにすることを目的とした。

2016 年 11 月 22 日にワールドカフェ方式の意見交換会を開催した。意見交換会のテーマは「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」とした。参加者をＨＰ等で募集し、41 社、50 名から申し込みがあった。意見交換の結果、ストレスチェックの困難な点や課題、ストレスチェックで行った工夫が要約された。

ストレスチェック制度の実施における課題として５点があげられた。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。工夫として５つがあげられた。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。

Ａ．研究目的

ストレスチェック制度が施行されて１年となる 2016 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等から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、ストレスチェック制度の効果的、効率的でかつ適切な運営方法のためのノウハウをまとめ、また検討課題を明かにすることを目的とした。

Ｂ．対象と方法

１．対象

2016 年 11 月 22 日（火）　18：45～20：00 に東京大学本郷キャンパス 医学部３号館１階 N101 教室で、ワールドカフェ方式の意見交換会を開催した。意見交換会のテーマは「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」とした。参加者をＷＥＢ等で募集し、47 社、50 名から申し込みがあった。

２．方法

１）事前アンケートへの記入、持参の依頼

事前に、アンケートフォームをメールで配付し、参加者のストレスチェックの実施経験に基づいて、ストレスチェックの実施の経過、工夫したこと、課題について感じていることを記載して持参するように依頼した。

２）意見交換会の運営

（１）意見交換会のスケジュールは以下の通りである。

オリエンテーション：18:45-18:50

意見交換：18:50-19:35（20 分×２ラウンド、テーブル移動５分を見込む）

発表：19:40-20:00（各テーブルのカフェマスターによる、各３分）

会場にテーブルを５つつくり、テーブル番号を１～５とした。参加者をグループに分け、１グループ最大約８名、当初はランダムに着席してもらった。カフェマスターは研究者、協力者が担当が担当した。参加者には「カフェ」のお客さんとなってもらい、テーブルで 20 分意見交換した。20 分たったら、移動の声をかけ、受付でもらったグループ番号札に従って次のテーブルに移動しても

らった。再度意見交換を繰り返した。カフェマスターは移動しないで同じテーブルにとどまり司会を続けた。２ラウンドの意見交換が終わったら、カフェマスターは、模造紙（あるいはホワイトボード）をもとにして、主要な意見を全体に紹介した。

（２）テーブルでの意見交換の進め方

テーブルには模造紙とペン（あるいはホワイトボードとマーカーでもよい）をセットした。模造紙（あるいはホワイトボード）の中央に「ストレスチェック制度」と書いて〇をした。まずテーブルの参加者同士で自己紹介をした。一人が自己紹介し終わったら拍手をしてアイスブレークとした。最初のラウンドは「ストレスチェックの困難な点や課題」について参加者から経験や考えを話してもらった。その内容を模造紙かホワイトボードに簡単に記載した。20 分という限られた時間に、必ず全員から一言もらえるようにした。

「テーブルを移動してください」の指示で参加者にはカードに書いてある番号に従いテーブルを移動してもらった。同じテーブルにとどまるメンバーも１，２名いた。新しいメンバーがそろったら、自己紹介をした。カフェマスターは新しい参加者に、そのテーブルで意見交換した内容を模造紙（あるいはホワイトボード）を見せながら要約して伝えた。２回目のラウンドは「ストレスチェックで自分が行った工夫やこれから必要な改善点」について参加者の経験や考えを話してもらった。話してもらったら、その内容を模造紙かホワイトボードに記載した。２回目のラウンドが終了したら５分休憩をとり、カフェマスターは発表の準備をした。

３分間の時間に、カフェマスターは模造紙またはホワイトボードを利用して、そのテーブルで出た意見を、「ストレスチェックの困難な点や課題」、「ストレスチェックで自分が行った工夫やこれから必要な改善点」の順に説明した。発表後、全体で意見交換して終了した。

C．結果

１．当日参加者

当日は若干名の欠席があったが、申し込み者の大部分が参加した。事前に記載して持参してもらうように依頼した事前アンケートを持参した者は 41 名であった。

２．ストレスチェックの困難な点や課題

各テーブルから報告された「ストレスチェックの困難な点や課題」の要約は表１のようである。

３．ストレスチェックで行った工夫

各テーブルから報告された「ストレスチェックで行った工夫」の要約は表２のようである。

D．考察

１．ストレスチェック制度の課題

ストレスチェック制度の実施における課題として５点があげられた。

①ストレスチェックの実施および実施体制の課題

実施自体ができてない、衛生委員会が機能してない事業場もある。また産業医が実施者を引き受けてくれないなどで十分な実施体制がとれない。あるいは一部の者のみで実施し情報が活用しにくいなどの課題があげられた。また Web で回答できると思われた人が出来ない、システムトラブルがあるなどの問題、また担当者が業務過重になり疲弊したというケースもあった。面談対応に負担が大きかったとの報告もあった。実施において手順を社内で詳細に決める必要があり、マニュアルでは不十分なので相談窓口に電話したが十分な回答がなかったとの声があった。

②ストレスチェック調査票の技術的な不明点について

マークシートで回答も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とで結果が異なるなどの技術的な問題があげられた。

③受検率・医師面接申し出率の低さ

受検率の低い事業場のあることが報告された。これらは周知の仕方の影響が大きいと思われた。また高ストレス者からの面接希望がゼロだったり、低かった事業場があることが報告された。これは面接申し出の方法の設計の仕方が影響している場合があった。

④集団分析・職場環境改善の課題

集団分析も実施しただけで終わってしまった、集団分析の結果を職場に開示しにくいとの声があった。多忙だったり、いろいろな条件で、全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出された場合もあった。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った。これには集計単位を小規模(10-20 名程度)にすると結果が出やすいとの意見があった。また既に実施していた無記名での調査と集団分析のやり方を変更しなくてはならなかった、ポジティブアプローチに基づく職場改善活動が出来なくなったなど、施策が後退したように感じたとの報告もあった。

⑤ストレスチェック制度の効果が不明である

期待したような効果を感じることができなかったとの意見があった。

２．ストレスチェック制度運用上の工夫

ストレスチェック制度運用上の工夫については５つの点があげられた。

①体制づくりの工夫、特に制度の理解と周知

ストレスチェックの体制づくり制度を適切に理解してもらうことが重要であるとの意見が多く出された。社員全員に説明することで受検率が高まることを実証した例があった。経営者、管理監督者、労働者それぞれの理解を促すための説明会や研修会、あるいは広報を通じて、ストレスチェック制度の目的や目標をはっきりさせ、意義や必要性を強調することが重要であり、受検率の高さなどストレスチェック制度の効率的な運用につながっていると思われた。リスクを気にして消極的な産業医の理解を促す方法として、医師の保険の賠償責任の範囲にストレスチェックを含めた事業場もあった。

②ストレスチェックの実施の工夫

ストレスチェックの実施時期を工夫することがよいとの意見があった。例えば、担当者が業務過多にならない時期に実施する、社員の異動時期を避ける等である。その他、リマインダのタイミングを工夫することで受検を促したり、「助け合う職場」や「いきいき診断」といったように、ポジティブなワードを使用することで受検を促す例がみられた。通常のストレスチェック項目に労働時間の指標も加えて実施しより具体的な対応につなげることができたとの報告もあった。

③面接指導への導入の工夫

高ストレス者を医師面接あるいはその他の健康相談も含めて何らかの支援につなげる工夫が報告されていた。医師面接以外に、高ストレス者を高リスク群、中リスク群、低リスク群に分けて、医師面接未受診の高リスク群に対しては保健師による個別面談、中リスク群にはセルフケアに関する情報提供など、強度を変えた対策を実施したケースがあった。医師面接の申し出については社内だけでなく外部 EAP からも勧奨し、また同時に医師面接以外への案内をしてもらう事例もあった。高ストレスの者には通常の相談対応を案内し、面談の中で必要に応じて法定面談に切り替えることにした事例もあった。医師面接を行う医師に対しては、自社で面接指導マニュアルを作成し、医師が安心して面接指導できる体制を整えたケースもあった。

④職場環境改善の工夫

職場環境改善も、自社幹部層、管理監督者への説明が十分なされているかが円滑な実施の大きな要因となっていた。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研修が重要であると考えられる。

⑤ストレスチェック制度を自社のものにする

法定の実施方法を現場に則した形にカスタマイズして柔軟に方法を考えることが重要とする意見があった。

３．制度に対する希望

意見交換で出た課題のうち、制度に対する希望を再掲する。

①ストレスチェック調査票の技術的な不明点（欠損値の処理方法、プログラムによる結果の差の解明）について解説して欲しいとの希望があった。

②受検率や医師面接の実施率を保つために、ストレスチェックの受検や医師面接の申し出を義務化してはどうかとの意見があった。

③医師面接について、現在の ICT などを用いた遠隔面談際の要件について緩和を希望する声があった。

④これまで事業場で行ってきたポジティブメンタルヘルスの活動が、ストレスチェック制度の導入によりやりにくくなったり後退したとの意見があった。例えばこれまでポジティブな項目を含んだ調査票を使用していたが、企業として職業性ストレス簡易調査票に統一されたために、ポジティブアプローチに基づく職場改善活動につなげにくくなったとの意見があった。ストレスチェック制度を活用してポジティブメンタルヘルス活動を推進しやすい制度や方策を工夫してもらえないかとの意見があった。

以上は必ずしもストレスチェック制度の精神や現在の厚生労働行政の方向性と一致するものではなく、それぞれを行政の検討課題としてとりあげるかどうかは慎重な判断が必要である。しかし現場からの率直な意見の一部として掲載しておくものである。

Ｅ．結論

本研究では、ストレスチェック制度が施行されて１年となる 2016 年 11 月の時点で、多様な企業の産業保健スタッフ、人事労務担当者等から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、ストレスチェック制度の効果的、効率的でかつ適切な運営方法のためのノウハウをまとめ、また検討課題を明かにすることを目的とした。

2016 年 11 月 22 日（火）18:45～20:00 に東京大学本郷キャンパス 医学部３号館１階 N101 教室で、ワールドカフェ方式の意見交換会を開催した。意見交換会のテーマは「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」とした。参加者をＨＰ等で募集し、41 社、50 名から申し込みがあった。意見交換の結果、ストレスチェックの

困難な点や課題、ストレスチェックで行った工夫が要約された。

ストレスチェック制度の実施における課題として５点があげられた。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。工夫として５つがあげられた。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。

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　ワールドカフェの各グループから出されたストレスチェックの困難な点や課題

1G：	● 中小企業の半分くらいはストレスチェック未実施の印象（実施の準備すらできていない状態） ● 事業場のトップのモチベーションによって受検率に差が出た（従業員 100 人規模でも受験率０％の小売店もあった） ● ストレスチェック担当者が一人で、業務量が増えた結果、職場改善まで手が回らなかった ● ストレスが高そうな人ほど受験しなかったり、面談を受けなかったりした ● 高ストレス者が３割もいて、面談対応が追い付かない ● 7000 人のうち高ストレス者は 13%だったが、面談希望者は０人だった（医師面接希望者は上司にストレスチェックの結果をすべて開示する仕組みにしたため） ● 高ストレス者 15%のうち、面接希望が６％と少なかった（産業医の手配コストが無駄にかかってしまった） ● ストレスチェック後の医師面接を避けて、通常の面談を希望するケースが見られた →　産保スタッフとしてはそれで構わないが、医師面接が機能しない ● 高ストレス者の面接で、結果を盾に自分の希望部署に異動を迫る人がいた ● 集団分析の結果を職場に開示しにくい（「上司の支援が少ない」という結果はその上司を責める感じになってしまうため） ● これまで新簡易版を使って取り組んでいたポジティブアプローチに基づく職場改善活動が出来なくなった（本社が BJSQ の使用を決め、全社統一となったため）
2G：	● 制度を適切に理解してもらうことが難しい 対事業者：外資企業の場合、日本の法律に基づいた制度なので、必要性を理解してもらうことが難しい。 対従業員：「事業者に結果の生データを見られない」、「不利益を被らない」ことが理解されず、本当のことを回答できないという声が聞かれた。 ● 既に実施していたやり方と異なるのでとまどった これまで集団分析のフィードバックをしていた単位でフィードバックができない 無記名で集団分析→職場環境改善活動から、記名で実施しなければならなくなった これまでの面接の手法がとれなくなった ● 面接指導を受ける人が少ない ・高ストレス者のうちの数%しか面接指導を受けていない ● 産業医の理解が得られず、実施者を引き受けてもらえない。 ・制度の理解が十分にされておらず、実施者を引き受けることのリスクが高く見積もられ、事業所産業医の中にも実施者を断る医師が多い。 ● Web 回答と紙回答など手続き上の課題があった。 ・紙回答に時間がかかり、Web 回答と結果のフィードバックのタイミングを合わせることが難しかった。 ・Web で回答できると思われた人が出来ないなど、混乱が起きた。 ・工場など 1 人１台パソコンがない環境では、上司のパソコンを使用して回答するなど、安心して回答できない環境になってしまった。
3G：	● 担当者が誰かわからず、実際実施できてない職場もある。その職場では安全衛生委員会に産業医が入っておらず、安全衛生委員会でストレスチェックについて審議されているのかどうかもわからない（メーカー・産業医） ● 外部の人間として 700 人規模の事業場に関わっているが、その職場では産業医がストレスチェックを行うことへの理解がない。結局ストレスチェックは実施されたが、９項目だけのストレスチェックとなった。（業種不明・保健師） ● ストレスチェックを受検する立場からすると、どうしてストレスチェックを行わなければいけないのかがわかりにくい。会社では web でストレスチェックがあるので答えてくださいとだけ連絡が来て、それがどういう風に使われるのか説明はなく、結局回答した 2 か月後になっても何もフィードバックはない（IT 系・労働者）

	● 職場によって回答率にかなり差があり、周知の仕方によっても変わってくる。教職員を対象にした職場でいえば、職員会議でどのような流れでストレスチェックが行われ、どういった形で使われるかを周知し、更に1人1人に資料を配布した職場では回答率が91%だった。その一方で資料を1枚だけ回覧させ、朝礼でさらっと「ストレスチェックをやります」と告げただけの職場では回答率が58%だった（元教員・産業カウンセラー） ● 今までもストレスチェック自体は行ってきたので、基本的には大きな混乱は見られなかったが、法令のストレスチェックを行うにあたって項目など全社で意見を統一することが難しかった。また外部委託せずに全部自社でストレスチェックを行っていたので担当者が疲弊してしまっている現状がある。（化学業・保健師） ● ストレスチェックを実施して、集団分析も行い、職場環境改善も一応かたちとして行ったが、実際集団分析の結果をどのように扱い、どのように環境改善していけばよいのかわからなかった。職場環境改善を実施した職場からは「高ストレス職場ではこんなこととてもじゃないけどできないよね」という声も上がった（IT系・人事労務担当者）
4G：	● 古いブラウザの使用者が多く、Web受検ができないトラブルが発生 ● 東京医科大学のプログラムと、厚生労働省のプログラムとで結果が異なった。 ● 面接希望者は面接結果を上司に伝えてもいいと思っている人しかこない。あるいは上司や業務に不満のある者は申し出にくいかもしれない。 ● マークシートで回答も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。 ● 仕事のストレス判定図だけを見ると、あまり問題がないことが多い。 ● 部単位の集団結果では対応方法がわからないと課長から言われた。 ● 遠隔面談のハードルが高すぎる。
5G：	● 制度が始まって負担が増えたが、一方でそれに見合うだけの効果が得られなかった。 ● 予算はついたが、外部機関に丸投げになってしまい、投資をした割には得たものは少なかった。 ● 社労士側やEAP側では、逆に制度を一から作るような仕事を請け負ったため、とても大変だった。 ● これまで独自にストレスチェックと類似した取り組みを行っていた事業場では、むしろ質問紙の規模が縮小したり、情報が上司へ届かない等の変化があり、今までのような効果を実感できなくなった。 ● 実施者、実施事務従事者、担当者などが健康管理部門、もしくは人事部門に偏ってしまい、情報がいきわたらなかった。 ● 健康診断に合わせて実施した結果、実施が五月雨式となり、人によってはフィードバックに間隔があきすぎ、役に立たないと感じる人がいた。結局、その時の断面的な状態だけしか分からず、結果を生かすことができなかった。 ● 医師面接を実施しても、誰も来なかった。 ● 外資系の企業では、海外の従業員も多くいたが、BJSQ の海外版はないため、どのように実施していいか戸惑った。厚労省に問い合わせても要領を得なかった。 ● 安全衛生委員会で事前に決めることが多すぎて、ただ提案したことを議論もしないまま承認していくことも多かった。集団分析も実施しただけで終わってしまった。

表２　ワールドカフェの各グループから出されたストレスチェックで行った工夫

1G:	● 事前に研修などで意義や必要性を強調した ● 職場改善については社内の得意な部門に社内外注する ● マークシートを用い、提出時にプライバシーが適切に保護されるようにした ● 通常のストレスチェック項目に労働時間の指標も加えて、よりリスクの高い人たちにも対応した ○ストレスチェックでこれから必要な改善点 ● ストレスチェックや医師面接を本当に受けてほしい人が受けない →　義務化することはできないか？
2G：	● 制度を適切に理解してもらうことが難しい 【解決策】 ・経営者から健康管理についてのビジョンを打ち出してもらう。 ・普段の健康管理対策を通じて、不調になっても不利益を被らないことを体験的に理解しておいてもらう。 ● 既に実施していた制度から後退する 【解決策】 ・法定の実施方法を現場に則した形にカスタマイズして柔軟に方法を考える。 ● 面接指導を受ける人が少ない 【解決策】 ・高ストレス者を高リスク群、中リスク群、低リスク群に分けて、高リスク群に対しては保健師による個別面談、中リスク群にはセルフケアに関する情報提供など、強度を変えた対策を実施した。 ・外部 EAP から面接指導への勧奨や、その他の相談窓口の案内をしてもらう。 ● 産業医の理解が得られず、実施者を引き受けてもらえない。 【解決策】 ・制度説明会を実施するなど、説明を丁寧にする。 ・自社で面接指導マニュアルを作成し、安心して面接指導できる体制を整える。 ・医師の保険の賠償責任の範囲にストレスチェックを含めた。
3G：	● 周知に関しては説明会を行い社員全員に説明を行った。そうすることで受検率を上げることができた（業種不明・産業カウンセラー） ● 周知に関して、経営者だけを集めて説明会を行った会社と、経営者と衛生管理者を集めて説明会を行った会社があった。改善点としては、経営者と衛生管理者だけではなく、部長レベルの人にも説明できるとより伝わると思われる（業種不明・社労士） ● すでにストレスチェック自体は今までも行っていたが、今年度は産業保健師で説明資料を作成し、全社に共有することでさらに説明しやすいような工夫を行った（化学業・保健師） ● 職場の通知票としてとらえてしまう上司もいるため、実施後に上司を集めて説明会を行った。これからも「ストレスチェック≠職場のすべて」ということを結果とともに説明していきたい。 ● 集団分析の結果の活かし方がわからなかったが、一部の部門で今年はパイロットケースを作った（IT 系・人事労務担当者） ● 今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トプラクティスを、全社展開するようにしている（化学業・保健師）
4G	● 前年度トライアルを実施してシステムによる混乱を回避した。 ● 回答率をあげるための工夫：昼食休憩後、座席についたころを見計らってリマインダのメールを送る。部署ごとに受検率を報告してお互いに競わせた。１ヶ月の期間を設けて、一旦セーブして途中から再開できるシステムで実施した。 ● 面接希望者を増やすため、高ストレスの者には通常の相談対応を案内。面談の中で必要に応じて法定面談に切り替えることにした。

	● 中小企業は産業医選任の必要から説明しなくてはいけなかった。集団分析は必ず実施してもらった。 ● 職場環境改善 ➢ 管理職研修をした（社労士にしてもらった）。幹部会議に出席して目的等を説明した。Ｑ＆Ａも入れた。 ➢ 仕事のストレス判定図は１０～２０名くらいの集団のリスク評価に最適である。 ● あえて繁忙期にストレスチェックをやった。
5G：	● まずは、実施前の目的や目標をはっきりさせること。特に、経営者の理解を得ることが必要なため、下記のようなことが役立つのではないか。 ① 予算を決める際や経営会議に分かりやすい資料を持って臨み、必要性を理解してもらう ② 社長と直接コミュニケーションを取る機会を狙い、目的を話す ③ 企業の理念を理解し、それとマッチした目標にする ④ ストレスチェックを実施することで、成果の上がる職場や上手くいっている職場を探すことができる、そのための分析ができるといったことを伝える ⑤ 経営層と人事との間に産保スタッフが通訳者として入り、ストレスチェックの位置づけを会社内で統一して理解できるようにする ● 「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。そこで、「助け合う職場」や「いきいき診断」といったように、ポジティブなワードを使用したり、その職場のよいところに注目したりすることにした。 ● 海外向けの対応としては、海外の同僚を上手く捕まえたり、英語の資料を作って望むなどして工夫した。

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

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（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・准教授）

研究協力者
種市康太郎（桜美林大学心理・教育学系・教授）
池亀肇（株式会社日立システムズ人事総務本部・主管）
石川かおり（予防医学心理学(楽)研究室）
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）
渡辺真弓（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・学術支援職員 ）
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）

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。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ることを目的とした。

まず, 個別面接を支援するツールとして, 5 章から構成される個別面接支援マニュアル(案)（以下，マニュアル（案）と略記）を作成した。次に，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（案）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。また，セルフケア支援の面接に役立ちそうな内容（章）として，「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」の 3 つの章が，多く挙げられた。最終年度となる平成 29 年度では，マニュアル（案）の内容をさらに洗練させたうえで，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，その効果を明らかにする予定である。

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 年目にあたる平成 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ることを目的とした。

B．対象と方法

1. 個別面接支援マニュアル（案）の作成

ストレスチェック後のセルフケアの支援方法としては，(1) 個別面接による相談対

応，(2) 集合形式による教育研修，(3) 情報技術（e ラーニングなど）を用いた自己学習，(4) 小冊子（パンフレット）の配布などによる情報提供，などが想定される。このうち，(2) ～ (4) については，セルフケア教育を企画・実施するためのマニュアル（たとえば，島津（2014）など），e ラーニングコンテンツ, 小冊子（パンフレット）などが作成されているが，(1) 個別面接による相談対応を支援するためのマニュアルやツール類は，これまで十分な内容のものが作成されていなかった。

そこで，本分担研究では，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ることにした。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。

2. マニュアル（案）に関する意見収集

ストレスチェックに連動したセルフケアにおいて、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（案）として作成した『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・種市, 2016）に関するアンケート調査を実施した。

2016 年 11 月～2017 年 2 月に，3 事業所に勤務する産業保健スタッフ及び臨床心理士ネットワークに所属する臨床心理士に対して, アンケート依頼書, マニュアル（案），及びアンケート（紙ベース／Excel 形式）を配布した。アンケートは, マニュアル（案）の読みやすさやボリュームなどに関する質問，マニュアル（案）に対する自由意見などから構成されていた。

対象者はマニュアル（案）を読んだ上でアンケートに回答し，事業所を通じて，あるいは直接研究者にアンケートを返送した。

C．結果

1. マニュアル（案）の作成（図）

本マニュアル（案）は，以下の 5 章から構成した。

第 1 章では，ストレスチェック制度の概要を解説した。

第 2 章では，多くの事業所で使われている職業性ストレス簡易調査票について解説した。

第 3 章では，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た。職業性ストレス簡易調査票の各下位尺度の読み取り方のほか，面談・相談の事前準備から事後対応に至るまでの流れとポイントを整理した。

第 4 章では，職業性ストレス簡易調査票について，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た。面接例では，面接者と相談者とのやりとりを逐語録的に提示しており，ストレスチェックと連動した面接が未経験の読者でも，面接できるようなガイドとした。

第 5 章では，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取り上げた。セルフケアの支援で扱われることの多い 5 種類のニーズ（感情のコントロール，人間関係の円滑化，パフォーマンスの向上，キャリア支援, 動機づけの向上）を取り上げ，ニーズに合わせた支援方法と支援ツールを提供した。

2. マニュアル（案）に関する意見収集

合計 111 人から回答を得た。このうち，1 事業所の対象者 12 名のみ,「マニュアルの難易度は？」（3 件法：難しい／ちょうどよい／やさしい），「マニュアルのボリュームは？」（3 件法：多い／ちょうどよい／少ない）などに関するアンケートを実施した。それ以外の対象者（99 名）に対しては，改良版のアンケートを実施し,「マニュアルは読んで分かりやすかったですか？」（5 件法：とても分かりやすかった／分かりやすかった／どちらでもない／分かりにくかった／とても分かりにくかった），「マニュアルのボリュームはどの程度でしたか？」（5 件法：とても多い／多い／ちょうどよい／少ない／とても少ない）などの項目を尋ねた。このため，最初のアンケートをバージョン 1, 改良版のアンケートをバージョン 2 として結果を示す。

回答者の属性を表 1（バージョン 1）と表 2（バージョン 2）に示す。回答者の特徴

として，女性が 9 割以上を占めており，職種では保健師・看護師が 8 割程度と多い。年代では，30 歳代と 40 歳代が多いが，それ以上の年代の者も 3 割程度を占めている。産業保健での経験年数は，10 年未満と 10 年以上でほぼ半数ずつ存在していた。

マニュアル（案）に関する回答を，表 3（バージョン 1）と表 4（バージョン 2）に示す。マニュアルの分かりやすさに関しては，「とても分かりやすかった」「分かりやすかった」と回答した者が大部分を占めた。マニュアルのボリュームに関しては，8 割以上の者が「ちょうどよい」と回答していた。マニュアルの内容は面接を行ううえでどの程度役立ちそうかという問いに関しては，9 割以上の者が「とても役立ちそう」「役立ちそう」と回答していた。役立ちそうな章に関しては，第 3 章，第 4 章及び第 5 章と回答している者が多かった。マニュアルを読んでどの程度セルフケア支援の面接を出来そうに思うか，という問いに関しては，6 割程度の者は「とても良く出来ると思う」「まあまあ出来ると思う」と回答していたが，「どちらでもない」と回答した者も 3 割近く存在した。

自由記載に関しては，「マニュアルで追加した方が良い内容」と「そのほかに気づいた内容」を尋ねた。「マニュアルで追加した方が良い内容」に関しては，最も多かったのが事例に関する要望であった。困難事例や高ストレス者への対応方法などの事例の追加の要望が複数あり，臨床心理士やカウンセラーだけでなく，保健師や看護師が対応に当たっている事例への要望もあった。また，集団分析や集団教育など，集団に対する働きかけの要望が複数あった。さらに，具体的対処手順や対処別リーフレットなどの支援ツールや資料への要望もあった。

「そのほかに気づいた内容」に関しても，事例に関する内容が多く見られた。事例の紹介が分かりやすかった，参考になった，という好意的な意見が多かった。また，事例の記載方法に関して，事例をマンガ形式にすると読みやすい，などの意見も見られた。また，ストレスチェック得点の解釈に関する意見も複数あり，ストレスチェック得点の読み方が示されている部分が役に立ったという意見や，根拠を把握するうえで参考になった，という意見が見られた。また，ストレスチェック以外のメンタルヘルス相談や，自分自身のセルフケアにも活用できそうという意見も見られた。多くは好意的な意見で占められていたが，セルフケア支援にはかなりのスキルが必要で，自分にとっては難しく感じるといった意見も見られた。

D．考察

1. マニュアル（案）の作成

マニュアル（案）では，ストレスチェック制度や，そこで推奨されている職業性ストレス簡易調査票について説明し，調査票の読み取り方から，調査票を用いた面談・相談の方法，事後対応の方法までを示した。研究者が想定していたのは，ストレスチェックと連動したセルフケア支援の方法を示すことであった。すなわち，ストレスチェックの結果を読み取り，話を聴き，従業員のニーズを明確にし，それに対応した適切なセルフケアの方法を提案し，メンタルヘルス不調の未然防止に役立ててもらう。これらがストレスチェックを連動した面談・相談によるセルフケア支援の流れとなる。

本マニュアル（案）は，個人面接での活用を想定して作成した。しかし，集合研修などでも本マニュアル（案）は活用できると思われる。一つは，職業性ストレス簡易調査票そのものを説明し，ストレスへの気づきにつなげるような研修である，もう一つは，セルフケアの方法を身につけるための研修である。たとえば，マニュアル（案）の第 5 章の中でニーズが高そうなトピックを取り上げて，セルフケア研修で活用することも考えられる。

2. マニュアル（案）に関する意見収集

マニュアル（案）に関する意見収集の結果，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。また，セルフケア支援の面接に役立ちそうな内容（章）としては，「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」の 3 つの章が，多く挙げられた。

このように，マニュアル（案）の内容に

ついてはポジティブな意見が多く得られたものの，本マニュアル（案）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ものである。そのため，事業所のスタッフが実際に活用するには，より重要な事項を抽出し，分かりやすく提示することも必要と思われる。また，面接事例に関しても，臨床心理士による複数回にわたる事例が多く紹介されており，臨床心理士以外の産業医，看護師，保健師による 1 回のみの面接事例を紹介することも，今後必要と考えられた。

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る。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ることを目的とした。

まず，個別面接を支援するツールとして，5 章から構成されるマニュアル（案）を作成した。次に，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（案）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。また，セルフケア支援の面接に役立ちそうな内容（章）としては，「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」の 3 つの章が，多く挙げられた。最終年度となる平成 29 年度では，マニュアル（案）の内容をさらに洗練させたうえで，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，その効果を明らかにする予定である

F．健康危険情報

該当せず。

G．研究発表

1．論文発表

島津明人（2016）． 職場におけるメンタルヘルス．In: 精神保健医療福祉白書編集委員会（編）精神保健医療福祉白書 2017, 115. 東京: 中央法規出版.

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.

2．学会発表

島津明人（2016）. シンポジウム「職場のメンタルヘルス対策：これまでとこれから」,メンタルヘルスが壊れる前に適切に予防を行う：健康心理学の予防的知見を現場に．第 29 回日本健康心理学会, 2016 年 11 月 20 日, 岡山大学, 岡山市.

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（編著）（2014）. 職場のストレスマネジメント（CD 付き）：セルフケア教育の企画・実施マニュアル．東京：誠信書房.

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.

表 1. 回答者の属性（バージョン１）

	人数	%
職種		
産業医	1	8.3%
保健師・看護師	11	91.7%
総計	12	100.0%
性別		
女性	11	91.7%
男性	1	8.3%
総計	12	100.0%
年代		
30 歳代	6	50.0%
40 歳代	5	41.7%
50 歳代	1	8.3%
総計	12	100.0%
産業保健での経験年数		
5 年未満	2	16.7%
5 年以上 10 年未満	4	33.3%
10 年以上 20 年未満	4	33.3%
20 年以上	2	16.7%
総計	12	100.0%

表 2　回答者の属性（バージョン 2）

	人数	%
職種		
産業医	5	5.1%
保健師・看護師	79	79.8%
臨床心理士	15	15.2%
総計	99	100.0%
性別		
女性	93	93.9%
男性	6	6.1%
総計	99	100.0%
年代		
20 歳代	3	3.0%
30 歳代	26	26.3%
40 歳代	37	37.4%
50 歳代	29	29.3%
60 歳以上	4	4.0%
総計	99	100.0%
産業保健での経験年数		
5 年未満	23	23.5%
5 年以上 10 年未満	24	24.5%
10 年以上 20 年未満	28	28.6%
20 年以上	23	23.5%
総計	98	100.0%

表３　マニュアルの感想（バージョン１）

	人数	%
マニュアルの難易度は？		
難しい	2	16.7%
ちょうどよい	8	66.7%
やさしい	2	16.7%
総計	12	100.0%
マニュアルのボリュームは？		
多い	1	8.3%
ちょうどよい	10	83.3%
少ない	1	8.3%
総計	12	100.0%
面接を行ううえで役立ちそうなのはどの章ですか？（複数回答）		
１章 ストレスチェック制度の概要	1	8.3%
２章 職業性ストレス簡易調査票（厚労省推奨版）の説明	1	8.3%
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	6	50.0%
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	8	66.7%
５章 対象者のニーズに合わせたセルフケアの支援方法	11	91.7%

表４　マニュアルの感想（バージョン２）

	人数	%
マニュアルは読んで分かりやすかったですか？		
とても分かりやすかった	42	42.4%
分かりやすかった	53	53.5%
どちらでもない	3	3.0%
分かりにくかった	1	1.0%
とても分かりにくかった	0	0.0%
総計	99	100.0%
マニュアルのボリュームはどの程度でしたか？		
とても多い	0	0.0%
多い	11	11.1%
ちょうどよい	84	84.8%
少ない	3	3.0%
とても少ない	1	1.0%
総計	99	100.0%
マニュアルの内容は，面接を行ううえでどの程度役立ちそうですか？		
とても役立ちそう	25	25.3%
役立ちそう	69	69.7%
どちらでもない	5	5.1%
あまり役立ちそうにない	0	0.0%
まったく役立ちそうにない	0	0.0%
総計	99	100.0%
面接を行ううえで役立ちそうなのはどの章ですか？（複数回答可）		
１章 ストレスチェック制度の概要	10	10.1%
２章 職業性ストレス簡易調査票（厚労省推奨版）の説明	12	12.1%
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	50	50.5%
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	77	77.8%
５章 対象者のニーズに合わせたセルフケアの支援方法	76	76.8%
マニュアルを読んでどの程度セルフケア支援の面接を出来そうに思いますか？		
とても良く出来ると思う	2	2.0%
まあまあ出来ると思う	63	63.6%
どちらでもない	28	28.3%
あまり出来るとは思わない	5	5.1%
出来るとは思わない	0	0.0%
総計	99	100.0%

第1章　ストレスチェック制度の概要
1　はじめに
2　ストレスチェック制度に関する法令，ツール等
3　ストレスチェックと面接指導の手順
4　ストレスチェックの運用のポイント
5　おわりに

第2章　職業性ストレス簡易調査票（厚労省推奨版）の説明
1　ストレスチェック制度と職業性ストレス簡易調査票
2　職業性ストレス簡易調査票の構成
3　職業性ストレス簡易調査票による評価方法

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
1　ストレスチェック結果の読み取り方
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

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
Part 1．量的負担が主なストレッサーとなっている例
Part 2．質的負担が主なストレッサーとなっている例
Part 3．人間関係が主なストレッサーとなっている例
Part 4．キャリアの問題が主なストレッサーとなっている例
Part 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
Part 6．ライフイベントが主なストレッサーとなっている例
Part 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

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
Part1 感情のコントロール
Part2 人間関係の円滑化
Part3 パフォーマンスの向上
Part4 キャリア支援
Part5 動機づけの向上

図　ストレスチェックに連動した産業保健スタッフ向け個別面接支援マニュアル（案）

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）主任研究者：川上憲人

研究協力報告書

労働者におけるセルフケアとしての身体活動：メンタルヘルスに対する一予防としての介入効果

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）
分担研究者　島津明人（東京大学大学院医学系研究科・准教授）

目的：本研究では、メンタルヘルスの改善を目的として身体活動介入を行っている研究のうち、健康な労働者を対象とした一次予防を目的としており、かつ無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial, RCT）を研究デザインとして採用している最近 10 年間の研究から、身体活動のセルフケアとしての効果を明らかとすることを目的として、系統的レビューを実施した。
方法：平成 28 年 8 月に、データベース PubMed を使用した文献レビューを実施した。
結果：検索の結果、674 編の文献が抽出された。レビューの結果、最終的に全 12 編が取り込み基準に合致した。不安をアウトカムとした研究では、3 編中 2 編で有意な改善効果があったが、それ以外のアウトカムに関しては、有意な改善を認めたものと認めなかったものが混在していた。身体活動の種類に関しては、ヨガが 5 つの研究で取り入れられ、うち 4 つの研究で有意なメンタルヘルス改善を認めていた。
結論：身体活動による不安の一次予防効果は、労働者においても見込むことができると考えられる。しかし、well-being、健康関連 QOL、あるいは仕事関連のアウトカムに対しての効果は不明である。一方ヨガを用いた介入プログラムについてはメンタルヘルスの改善効果が見込める可能性があり、今後研究が進められることが望まれる。

A．研究目的

平成 21 年度から平成 23 年度にかけて作成された労働者個人向けストレス対策（セルフケア）についての科学的根拠（EBM）に基づくガイドライン（島津ら，2012）は、本研究の平成 27 年度時点で内容のアップデートが検討された。作成後に発表された労働者のセルフケアによるアプローチを採用した研究をレビューした結果、特に 1 回あたりの実施時間（ヒント 2）やプログラムの構成（推奨 4）に関してガイドライン本文等の見直しが必要であることが示唆された。そのうち、プログラムの構成（推奨 4）に関しては、マインドフルネスや ACT (Acceptance and Commitment Therapy) といった内容の他に、ヨガ、エクササイズ、エアロビクス、ストレッチ等の「身体活動」を取り入れた介入の効果が認められた介入が複数存在した。

身体活動（physical activity）は、労働者の冠動脈系疾患、糖尿病、がん、および全死亡等のリスク低減に有効なだけでなく（Lee et al., 2012）、メンタルヘルスの改善にも有効であることが示されている（Joyce et al., 2016）。これまでに複数の系統的レビューもしくはメタ分析により労働者の抑うつや不安の改善（Chu et al., 2014）、生活の質や well-being の向上（Brown et al., 2011）が示されており、職場におけるメンタルヘルスの予防のための介入方法としてエビデンスが蓄積されつつある。しかし、これらのレビューには横断研究、コホート研究、および対照群を置かない介入研究といった、エビデンスレベルが必ずしも高くない論文が含まれている。また、対象者を高リスク群の労働者とし、二次予防を目的とした研究が混在しているものもある。

以上から本研究では、メンタルヘルスの改善を目的として身体活動介入を行っている研究のうち、健康な労働者を対象とした一次予防を目的としており、かつ無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial, RCT）を研究デザインとして採用している最近 10 年間の研究から、身体活動のセルフケアとしての効果を明らかとすることを目的として、系統的レビューを実施した。

B．対象と方法

1．文献検索

平成 28 年 8 月にデータベース PubMed を使用した文献レビューを実施した。検索に用いた検索式を表 1 に示した。

2．取り込み基準

本研究では、以下の 8 つを系統的レビューの組み入れ基準とした。

1）健康な労働者を対象としていること

2) 身体活動を介入としていること
3) 対照群が身体活動を行わない群であること
4) メンタルヘルス（精神障害，抑うつ，不安，仕事のストレス，欠勤，休職等）をアウトカムにしていること
5) 無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial, RCT）であること
6) 言語が英語であること
7) 最近 10 年間（2006 年から 2016 年）に発表されていること
8) 査読を受けた原著論文であること

３．除外基準

以下の 3 つを除外基準とした。

1) 対象者にスクリーニングを実施し、高リスク群のみを対象としている研究
2) 行動変容をアウトカムとして、直接身体活動介入を行っていない研究
3) 効果の検討に統計解析を行っていない研究

４．レビュー手続き

研究協力者（渡辺）によって文献レビューを実施した。まず、検索された文献のタイトルおよび抄録を読み、取り込み基準に該当するかを判断した（一次スクリーニング)。抄録のみでは取り込みを判断できない文献は除外せず通過とした。次に、一次スクリーニングを通過した文献の全文を読み、取り込み基準に該当するかを判断した（二次スクリーニング)。

C．結果

PubMed による検索の結果、674 編の文献が抽出された。さらに、重要な論文であると考えられる 2 編をハンドサーチとして加え、全 12 編を今回のレビューの対象とした（表 2)。

採用されたメンタルヘルスに関するアウトカムは、心理社会的機能、主観的 well-being、健康関連の生活の質、主観的健康愁訴、不安、睡眠障害、知覚されたストレス、活力、および身体的および精神的健康であった。また、仕事に関連したアウトカムとして、職務満足感、仕事のストレス、ワークエンゲイジメント、および休業を取り上げた研究も認められた。これまでに頻繁に報告されてきた抑うつや不安以外にも、身体的健康を含めた指標や、well-being、生活の質といった指標、あるいは仕事に関連したストレス、休業日数などの多様なアウトカムが採用されていた。

12 編の研究のうち、半数の 6 編はいずれのメンタルヘルスアウトカムも有意な改善を報告していなかった。一方、残り半数は、採用されたアウトカムの一部に有意な改善を認めた。不安をアウトカムとした研究（Cheema et al., 2013; Sakuma et al., 2012; Sjögren et al., 2006）では、身体活動によって 3 編中 2 編で有意な改善効果があった。しかし、それ以外のアウトカムに関しては、有意な改善を認めたものと認めなかったものが混在していた。

介入に採用された身体活動の種類、強度、時間、頻度、および期間も様々だった。このうち、ヨガは今回の 12 研究のうち 5 つの研究で取り入れられ、うち 4 つの研究（Cheema et al., 2013; Hartfiel et al., 2012; Lin et al., 2015; Sakuma et al., 2012）では不安、睡眠障害、知覚されたストレス、仕事関連のストレスに有意な改善を認めていた。

D．考察

本研究では、労働者のメンタルヘルス不調に対するセルフケアとしての身体活動の効果を明らかにすることを目的として、最近 10 年間の RCT を系統的にレビューした。

不安をアウトカムとした研究ではこれまでの先行研究（Chu et al., 2014）と一致する結果を示しており、不安の一次予防効果は、労働者においても見込むことができると考えられる。しかし、それ以外のアウトカムに関しては、有意な改善を認めたものと認めなかったものが混在しており、明確なエビデンスを確認することはできなかった。したがって、現在の RCT の知見からは、健康な労働者が身体活動を行うことによって well-being や健康関連 QOL を向上させたり、あるいは仕事関連のアウトカムを改善させたりすることができるかは不明であると考えられる。明確なエビデンスを確認することはできなかった。

これらの結果は、先行する系統的レビュー（Brown et al., 2011）の結論と一見矛盾するようであるが、RCT に限った結果では一致している。例えば Bize et al. (2007) は、横断研究において身体活動と健康関連 QOL との正の関連が一貫して確認できるものの、RCT やコホート研究を対象とした場合ではエビデンスは限られているとしている。精神的 well-being、職務満足感、仕事のストレス、欠勤、生産性、あるいはプレゼンティーズムをアウトカムとした場合でも傾向は同様であり、RCT デザインを採用した研究結果は一貫していない（Proper et al., 2002)。健康で QOL の高い労働者や、仕事のストレスが少なく生産的な労働者の身体活動量は高いことが予想されるが、これらの因果関係までは明確ではないと考えられる。介入プログラムへの参加率が高い労働者に限定した分析では有意な改善が見られた研究もあり（Brand et al., 2006; Cheema et al., 2013; Strijk et al., 2013)、介入から脱落せず、介入者の意図した量だけ参加者の身体活動が促進されれば、効果を見込むことができるかもしれない。そのため、

介入への意欲が高い集団（例えば、身体活動の必要性を感じている労働者や、身体活動を楽しんで実施できる労働者等）へ限定するなど、対象者を限定して介入を行うことが効果的である可能性がある。

身体活動の種類に関しては、ヨガを採用した研究でアウトカムの有意な改善が比較的多く認められた。したがって、ヨガのメンタルヘルス改善効果は、他の身体活動に比べて効果が高い可能性がある。ヨガは、姿勢、および呼吸への介入と瞑想を含み、第三世代認知行動療法として知られるマインドフルネスの一部として取り入れられることもあることから、今後のさらなるエビデンスの蓄積が望まれる。

このほか、労働者のメンタルヘルスの改善に対して適切な身体活動の時間、頻度、および期間についても、今後の検討が必要である。

E．結論

本研究では、労働者のメンタルヘルス不調に対するセルフケアとしての身体活動の効果を明らかにすることを目的として、最近 10 年間の RCT を系統的にレビューした。これまで既に効果が確認されている抑うつや不安以外に、近年は、身体的健康を含めた指標や、well-being、生活の質といった指標、仕事に関連したストレス、休業日数などの多様なアウトカムへの効果が検討されていた。しかし、その研究結果は必ずしも一致していなかった。現在の RCT の知見からは、身体活動と労働者の well-being や健康関連 QOL、あるいは仕事関連のアウトカムとの因果関係は不明である。一方、ヨガを用いた介入プログラムで、ストレスや不安の軽減効果が比較的認められていた。実践への示唆として、介入プログラムに積極的に参加する労働者における研究では効果が見られる傾向にあったことから、身体活動実施への意欲が高い集団等に対するプログラムの実施が効果的である可能性がある。また、ヨガを用いた介入プログラムについては効果が見込める可能性があり、今後研究が進められることが望まれる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

渡辺和広・川上憲人（2017）. 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*, 88–92.

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

Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, *45*, 401–415.

*Brand, R., Schlicht, W., Grossmann, K., et al. (2006). Effects of a physical exercise intervention on employees' perceptions of quality of life: A randomized controlled trial. *Sozial Und Praventivmedizin*, *51*, 14–23.

Brown, H. E., Glison, N. D., Burton, N. W., et al (2011). Does physical activity impact on presenteeism and other indicators of workplace well-being? *Sports Medicine*, *41*, 249–262.

*Cheema, B. S., Houridis, A., Busch, L., et al. (2013). Effect of an office worksite-based yoga program on heart rate variability: Outcomes of a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *13*, 82.

*Christensen, J. R., Overgaard, K., Hansen, K., et al. (2013). Effects on presenteeism and absenteeism from a 1-year workplace randomized controlled trial among health care workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *55*, 1186–1190.

Chu, A. H. Y., Koh, D., Moy, F. M., et al (2014). Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occupational Medicine*, *64*, 235–245.

*Gram, B., Holtermann, A., Bültmann, U., et al. (2012). Does an exercise intervention improving aerobic capacity among construction workers also improve musculoskeletal pain, work ability, productivity, perceived physical exertion, and sick leave? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *54*, 1520–1526.

*Hartfiel, N., Burton, C., Rycroft-Malone, J., et al (2012). Yoga for reducing perceived stress and back pain. *Occupational Medicine*, *62*, 606–612.

Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., et al. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, *46*, 683–697.
Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., et al (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, *380*, 219–229.
*Lin, S. L., Huang, C. Y., Shiu, S. P. et al. (2015). Effects of yoga on stress, stress adaptation, and heart rate variability among mental health professionals: A randomized controlled trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *12*, 236–245.
*Palumbo, M. V., Wu, G., Shaner-McRee, H., et al. (2012). Tai chi for older nurses: A workplace wellness pilot study. *Applied Nursing Research*, *25*, 54–59.
Proper, K. I., Staal, B. J., Hildebrandt, V. H., et al. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, *28*, 75–84.
*Sakuma, Y., Sasaki-Otomaru, A., Ishida, S., et al. (2012). Effect of a home-based simple yoga program in child-care workers: A randomized controlled trial. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, *18*, 769–776.
島津明人・関屋裕希・今村幸太郎 (2012). EBM ガイドラインに基づくセルフケアマニュアルの作成. 川上憲人主任研究者. 厚生労働省厚生科学研究費補助金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. 東京：厚生労働省；p. 59–210.
*Sjögren, T., Nissinen, K. J., Järvenpää, S. K., et al. (2006). Effects of a physical exercise intervention on subjective physical well-being, psychosocial functioning and general well-being among office workers: A cluster randomized-controlled cross-over design. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *16*, 381–390.
*Strijk, J. E., Proper, K. I., van Mechelen, W., et al. (2013). Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: Results of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *39*, 66–75.
*Tveito, T. H., & Eriksen, H. R. (2009). Integrated health programme: A workplace randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 110–119.
*Zavanela, P. M., Crewther, B. T., Lodo, L., et al. (2012). Health and fitness benefits of a resistance training intervention performed in the workplace. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, *26*, 811–817.

注）レビュー対象論文に関しては，著者名の冒頭に*を付してある

表 1. 文献レビューに使用した検索語

データベース	検索語
PubMed	(employe*[tw] OR manage*[tw] OR colleague*[tw] OR worksit*[tw] OR worke*[tw] OR workplace[mh]) AND (“physical activity”[all] OR (“physical”[all] AND “activity”[all]) OR “motor activity”[all] OR (“motor”[all] AND “activity”[all]) OR “motor activity”[mh] OR “walking”[all] OR “walking”[mh] OR “cycling”[all] OR “exercise”[all] OR “exercise”[mh] OR “sport”[all] OR “sports”[all] OR “sports”[mh] OR “sitting”[all] OR “sedentary”[all] OR “fitness”[all] OR “active travel”[all] OR “lifestyle activity”[all] OR “structured exercise”[all]) AND (“mental health”[ti] OR “mental health”[mh] OR “mental illness”[ti] OR “mental disorder*”[ti] OR “psychiatric”[ti] OR “anxiety”[tw] OR depress*[tw] OR “mood disorder*”[tw] OR “post-traumatic stress disorder”[tw] OR “traumatic disorder*”[tw] OR “adjustment disorder*”[tw] OR “affective symptom*”[tw] OR “neurotic disorder*”[tw] OR “absenteeism”[tw] OR “presenteeism”[tw] OR “sick leave”[tw] OR “sickness absence”[tw]) AND (randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomly[tiab] OR trial[ti] OR (randomized [tiab] AND controlled [tiab] AND trial [tiab]) OR “random allocation”[tiab] OR (“random”[tiab] AND “allocation”[tiab]) OR “randomized”[tiab] OR “random allocation”[mh]) AND (2006[dp]：2016[dp])

表 2. 労働者を対象としたメンタルヘルス不調のセルフケアとしての身体活動介入研究のレビュー結果

著者（年）	研究デザイン	研究参加者、割付	介入群	対照群	アウトカムおよび主な結果[a]
Sjögren et al. 2006	クラスター RCT Cross-over design	フィンランド Kupio 市役所の 4 部署に所属する行政職員 90 名（介入先行群 55 名、後行群 35 名）	全 15 週間のトレーニングガイダンス、および軽度のレジスタンストレーニング。参加者は期間中の勤務日に、事業所内のフィットネス施設を任意の時間で利用できる権利を得る。	何も実施しない	心理社会的機能 不安（ns）、自信（ns）、気分（ns）、仕事の精神的ストレス（ns） 主観的 well-being 人生満足感（ns）、人生の意味（ns）
Brand et al. 2006	RCT Waiting-list control	ドイツの会社のキャンペーンの募集に同意した労働者 202 名（介入群 101 名、待機群 101 名）	専門トレーナーによって提供される、毎週 1 回、全 13 週の運動プログラム、および自主的に行う 13 回の運動プログラム。構造化された運動プログラムはレジスタンストレーニングとストレッチを含む。	何も実施しない	健康関連 QOL（↑） 身体的健康（↑）、心理的健康（↑）、社会的関係（ns）、環境（ns） 職務満足感（ns）
Tveito and Eriksen 2009	RCT Waiting-list control	ベルギーNorway の介護施設に努める女性看護職員 40 名（介入群 19 名、待機群 21 名）	インストラクターによって提供される全 9 ヶ月、1 回 60 分、1 週 3 回の有酸素運動プログラム、および 15 回のストレスマネジメント教育研修。	何も実施しない	休業日数（ns） 健康関連 QOL（ns） 仕事のストレス（ns） 主観的健康愁訴（ns）
Gram et al. 2012	RCT	デンマークの建設会社 3 社に所属する建設業労働者 67 名（介入群 35 名、対照群 32 名）	インストラクターによって提供される全 12 週、1 回 20 分、1 週 3 回の運動プログラム。プログラム内容は個人の酸素摂取量および筋力に応じて調整される。	健康全般に関する 1 時間の講義	休業日数（ns）
Sakuma et al. 2012	RCT	日本の保育園、および幼稚園に努める 123 名の健康な女性労働者（介入群 83 名、対照群 40 名）	DVD を用いた、自宅における 2 週間のヨガプログラム。映像は 1 回 7 分半。DVD を見る頻度について教示はなし。	日常活動を維持し、計画的な運動を行わないように指示	GHQ score（↓） 全体的疾病（ns）、身体症状（ns）、睡眠障害（↓）、社会的機能不全（ns）、不安（↓）、自殺性抑うつ（ns）
Zavanela et al. 2012	RCT	ブラジル SãoPaulo のバス会社に所属する男性従業員 132 名（介入群 60 名、対照群 72 名）	事業所内のジムにて実施する 24 週間のレジスタンストレーニング。個人に応じた負荷で 0〜8 週は 1 週に 3 セッション、9〜24 週は 1 週に 4 セッションのトレーニングを行う。	日常活動を維持し、計画的な運動を行わないように指示	休業率（↓）
Hartfiel et al. 2012	RCT Waiting-list control	イギリスの地方自治体の職員 74 名（介入群 37 名、待機群 37 名）	専門家による全 8 週、1 週 1 回、1 回 50 分のヨガプログラム、および DVD を用いた 20 分の自主トレーニングプログラム。	何も実施しない	知覚されたストレス（↓）
Cheema et al. 2013	RCT	オーストラリア Western Sydney 大学の職員 37 名（介入群 18 名、待機群 19 名）	専門家による全 10 週、1 週 3 回、1 回 50 分のヨガプログラム。	日常活動を維持するように指示	特性不安（ns）、状態不安（↓） 職務満足感（ns） 健康関連 QOL（ns）
Strijk et al. 2013	RCT	オランダの 2 つの大学病院に所属する 45 歳以上の労	週に 1 回のヨガ、週に 1 回の有酸素運動、および果物の無償提供からなるプログラ	健康な生活習慣についての情報	活力（ns） ワークエンゲイジメント（ns）

		働者730名（介入群367名、対照群363名）	ム。高齢の労働者には上記に加えて週に 1 度、高強度の運動プログラムを追加。	誌を配布	休業日数（ns）
Christensen et al. 2013	クラスター RCT	デンマーク Randers の給与システムに登録のある労働者144名（介入群76名、対照群68名）	全12ヶ月、週に1回1時間のプログラム。プログラムは身体活動、栄養摂取、および認知行動トレーニングの3つからなる。身体活動は、最初の半年に筋力トレーニング、6か月目から9ヶ月目にジムでのサーキットトレーニングと有酸素運動、9 か月目から12か月目にスポーツを実施。	月に1回、2時間の健康教育研修を受講	休業日数（ns）
Palumbo et al. 2012	RCT Waiting-list control	中国の大学附属医療センターに所属する 49 歳以上の看護職員 14 名（介入群 7 名、待機群7名）	全15週、週1回、1回45分の太極拳教室、および週4回以上の自主トレーニング。自主トレーニングは1 日につき 10 分実施する。	何も実施しない	身体的健康（ns）、精神的健康（ns） 知覚されたストレス（ns）
Lin et al. 2015	RCT	中国の大学付属病院に所属するメンタルヘルスの専門家60名（介入群30名、対照群30名）	専門家による週1回、60分、全12週のヨガプログラム。1回のプログラムは6つの下位セッション（各10分）で構成される。	無料のティータイムへの参加	仕事関連のストレス（↓） ストレス適応（ns）

註. RCT: Randomized Controlled Trial、QOL: Quality of Life、GHQ: General Health Questionnaire、
（↑）: 統計的に有意な正の効果、（↓）: 統計的に有意な負の効果、（ns）: 効果なし。
a. 複数のアウトカムの記載がある場合は、メンタルヘルスアウトカムのみに限定して記載した。

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）」

「職場環境改善の工夫の検討」（3年間の2年目）

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・上席研究員
研究協力者　吉川悦子　東京有明医療大学看護学部・講師
土屋政雄　労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究グループ・主任研究員
森口次郎　京都工場保健会産業保健推進部・医療部長
山根康弘　京都工場保健会産業保健推進部・臨床心理士
佐野友美　大原記念労働科学研究所・研究員
竹内由利子　大原記念労働科学研究所・特別研究員
湯淺晶子　大原記念労働科学研究所・協力研究員
小木和孝　大原記念労働科学研究所・主管研究員

【研究要旨】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として、①職場環境改善を支援する産業保健スタッフ向けの「いきいきワーク」の研修の実施、②モデル事業場での職場環境改善の支援と前後比較、③職場環境改善の工夫に関する好事例収集を行った。その結果、①職場環境改善に関する手引きがすでに開発されているが、職場環境改善の実施に当たっては、各事業場へのカスタマイズが必要なことから、職場環境改善を支援する産業保健スタッフへの継続的な研修、集団分析結果と職場環境改善の包括的アプローチを学ぶアドバンスド研修の必要性、社内展開にあたっての戦略やノウハウの共有、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する技術開発、企業外労働衛生機関やEAP、社労士や労働衛生コンサルタント等の外部支援者の役割支援等の工夫に関する意見が挙げられた。②職場環境改善のモデル事業が3事業場で開始された。③3事業場においてストレス対策一次予防としての職場環境改善の工夫に関して良好事例が収集された。平成29年度は、平成27～28年の成果を踏まえ、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、取り組みの主体別を視野に入れた手引き作成を行う。

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（ストレスチェック）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します）が新たに創設された（平成27年12月1日施行）。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検討するため、モデル事業場での介入調査等を通して、ストレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果を比較検討することを目的とした。3年計画の2年目である本年度は、職場環境改善の工夫のための調

査研究として、モデル事業場での介入調査と好事例収集を行った。具体的には、①モデル事業において各職場で中心的な役割を担うファシリテータ研修を実施、②モデル事業場の一つである A 職場における介入調査の概要、③職場環境改善の工夫としての好事例収集を行った。得られた結果を基に、メンタルヘルス一次予防のための参加型職場環境改善の推進者（ファシリテータ）の役割、モデル事業の途中経過からみた成果と課題、良好事例活用とストレスチェック制度に基づく職場環境改善の工夫に関して考察を行った。

B. 研究方法

本研究では、①モデル事業において各職場で中心的な役割を担うファシリテータのための研修を実施、②モデル事業場の一つである A 職場における介入調査の概要、③職場環境改善の工夫としての好事例収集を実施した。

1. ファシリテータ研修

平成 27 年度の本研究結果から、ストレスチェック制度における職場環境改善の実施においては、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類型があることが整理されたが(吉. 吉川徹, 土屋政雄, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 2016)、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。

ファシリテータ研修は 2016 年 9 月 29 日に東京都内で実施した。研修の参加費・資料代は無料とした。会場までの交通費は自己負担とした。図 1 に募集用に作成した案内を示した。ファシリテータ研修の内容及び時間は、平成 25-27 年度厚生労働科学研究「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」で開発された「いきいき職場づくり推進専門家研修」の研修プログラム(吉. 吉川徹, 小木和孝, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 錦戸典子, 杉原由紀, 川上憲人, 2016)を参考とし、4 時間で構成した。表 1 にスケジュールを示した。研修では①講義およびグループワーク用のパワーポイント資料、②ストレス対策に役立った良好写事例集（図 2）、③職場環境改善のためのヒント集（図 3）、④グループワークシート（図 4）、５改善計画・実施報告シート（図 5）を準備した。

図 1　ファシリテータ研修参加者募集案内

表 1 ファシリテータ研修のスケジュールとねらい

時間	内容	ねらい	使う資料
13:00–13:15	開会とオリエンテーション		
13:15–14:15	その1 いきいきワーク体験	参加型職場環境改善の模擬ワークを体験	冊子：良好事例集 –チェックリスト –ワークシート
14:15–14:30	休憩		

14:30–15:30	その2　講義と討議: メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の理論	参加型職場環境改善の意義や効果の理解 取り組み方の理解	PPT パンフレット
15:30–16:00	その3　講義: 参加型職場環境改善におけるファシリテータの役割	ファシリテータとしてのコツを学ぶ	PPT
16:30–17:00	まとめ/質疑応答		

図２　職場環境改善良好事例集

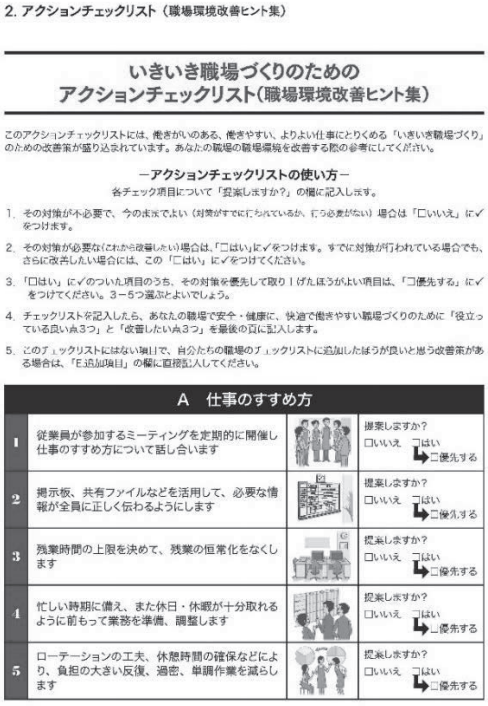


図３　職場環境改善のためのヒント集

グループ討議用　ワークシート（よい点、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よい点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	あなたの職場のよい点（先進的な取り組み・工夫）	その理由
例 18	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が良い風通しのよい縦横関係ができている
例 16	受動喫煙防止の取り組み	完全分煙となっている
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	ミーティングの開催	月曜日に行っていた朝会を復活する
1		
2		
3		

図４　グループワークシート

3. 改善計画・実施報告シート

	所属名／人数	／　人（内　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.
	改善実施期間	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） 内容に該当する領域：該当するものに一つ記け○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	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.
	改善の評価・意見			
	コスト　参加したメンバー			
	コスト　かかった費用			
	改善前後の写真イラスト　改善前			
	改善後			

図５　改善計画・実施報シート

研修会参加者は産業保健関連のメーリングリスト等での周知を行い、自ら応募した産業保健スタッフ 21 名であった。研修会参加者は、医師５名、保健師・看護師 11 名、衛生管理者３名、その他１名であり、経験年数 11.51±7.56 年、職場環境改善の実践経験者６名、未経験者 14 名であった。図６には研修の様子を撮影したものを示した。

研修終了後にアンケートを実施し研修の効果を検討した。研修評価アンケートでは、研修内容に関する評価（期待していたものが得られたか、意義や進め方の理解など）４項目と支援の自信１項目について４件法で尋ねた。これらの結果と自由記載による意見に基づき研修の効果を検討した。研修の理解度と自信の程度の関連についてカイ二乗検定を用いて分析した。終了後アンケートは添付資料１に示した。

図６ ファシリテータ研修の様子（写真上：講義と会場の形式、写真下：グループワークによる研修課題の検討の様子）

2. 新規モデル事業場調査の実施

① モデル職場の募集

本年度より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。分担研究者・協力研究者のネットワークや、ファシリテータ研修の参加者への呼びかけなどを通じてモデル職場を選定した。モデル事業では「いきいき職場づくり」という名称で従業員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。４つの手順で職場環境改善を進めるモデルを提案した。モデル職場の募集にあたっては、研修の募集資料を作成した。図７にはモデル職場の実施手順を示した。また、介入前後で実施する質問紙調査を添付資料２に示した。

図７ モデル職場募集用リーフレット

② モデル事業場調査のスケジュールと概要

２０１７年１月までに参加希望が寄せられたモデル事業場は全部で７つだった。それぞれの希望事業場に分担研究者・協力研究者がモデル事業の説明を行い、具体的に、ストレスチェック制度を活用した従業員参加型職場環境改善のモデル事業に参加が可能と回答があった事業場でモデル事業を開始した。モデ

ル事業に応募したが、実際にはモデル事業場として職場環境改善に取り組みが実施の可否について評価を行った。参加の可否に関しては、各事業場におけるストレスチェック制度の運用と職場環境改善に関する認識の相違や取り組み方のイニシアティブが多様であると考えられることから、モデル事業場の選定と実施可否の状況について考察した。

3. 好事例収集

平成２７年度に作成した好事例収集フォーマット原案(吉. 吉川徹, 土屋政雄, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 2016)に基づき記入例を見直した。記入にあたり記載しづらい点などを若干修正した。修正好事例収集フォーマットに沿って、協力研究者らのネットワークを通じて、主に京都工場保健会からの事例を収集した。モデル事業場での事例は平成２９年度に収集する方針とした。

4. 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・管理委員会で利益相反に関する事項に関して審査を受け、実施の承認を得た（申請番号 H27-12)。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)。

C. 結果

1. ファシリテータ研修の実施

2016 年年 9 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た。

研修後アンケート調査の有効回答は 20 名であった（有効回答 95.2%)。評価結果は、全員が「参加型職場環境改善の意義」や「ファシリテータの役割」が理解できたと回答した。研修によって「期待したものが得られた」と答えた者は 17 名（89.5%）であり、「参加型職場環境改善のすすめ方について理解できた」と答えた者は 19 名（95%）と概ね研修内容に対する評価は高かった。一方で支援の自信については、「とても自信がある」「まあ自信がある」と答えた者は 8 名（42.1%）であり、「あまり自信がない」「全く自信がない」と答えた者は 11 名（57.9%）であった。研修の理解度（意義、職場環境改善の進め方、ファシリテータの役割）と自信の有無についてそれぞれカイ二乗検定を実施したがいずれも有意差は認められなかった。

自由意見の中では、参加型職場環境改善の概要についてつかむことができた、役立つツールが入手できて良かった、グループ討議での意見交換が有効であったとの意見もある一方で、継続的な研修やアドバンスコースの必要性、社内展開にあたっての戦略やノウハウの共有など、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する意見が挙げられた。これらの結果の要旨を「労働の科学」第７１巻１０号（２０１６年１０月）で報告した(湯淺晶子, 吉川悦子, 佐野友美, 竹内由利子, & 吉川徹, 2016)。

2. 新規モデル事業場調査の実施

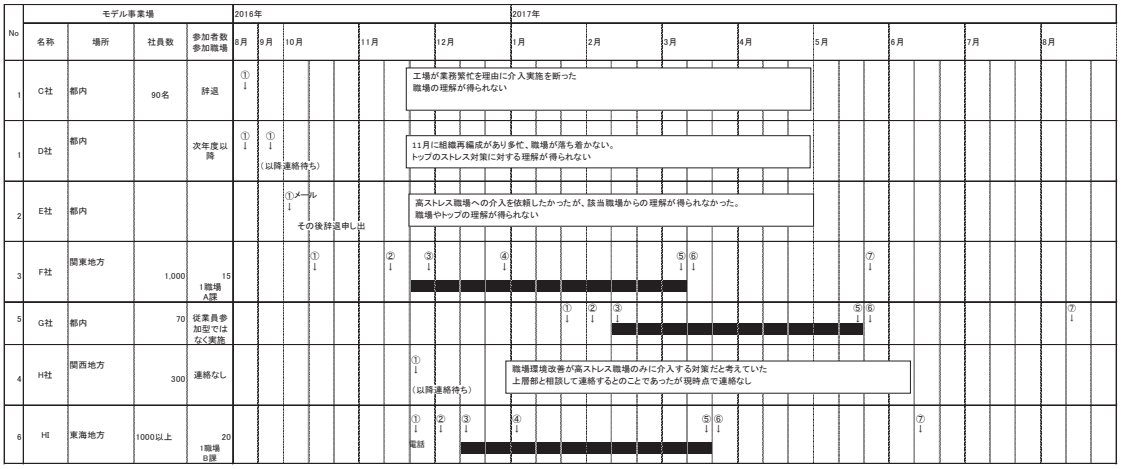
① モデル事業場調査のスケジュールと概要

表２に参加希望が寄せられたモデル事業場、スケジュール、モデル事業場に対する分担研究者・協力研究者からのアプローチについて示した。図中①は職場環境改善のモデル事業への参加に関する分担研究者・協力研究者とのコンタクト・研究者らによる説明機会等、②は対象職場での介入前調査、③事前初回の従業員参加型職場環境改善の６０分ワークショップ（いきいきワーク）の実施、④は計画立案（計画シート提出、③の一ヶ月後)、⑤は成果発表会、⑥は介入後３ヶ月後調査である。

実際にモデル職場として介入研究がスタートしたのは７事業場中で３事業場であった。

モデル事業場として、ストレスチェック制度を活用した職場環境改善に参加希望をしたが、実施には至らなかった事業場は４事業場であった。産業保健スタッフがモデル事業を実施したいと希望したが、C 社は「工場が業務繁忙を理由に介入実施を断った」「職場の理解が得られない」理由から実施に至らなかった。D 社は「11 月に組織再編成があり多忙、職場が落ち着かない」「トップのストレス対策に対する理解が得られない」という理由から、実施に至らなかった。E 社は「高ストレス職場への介入を依頼したかったが、該当職場からの理解が得られなかった」「職場やトップの理解が得られない」の理由から、実施に至らなかった。H 社は「(産業保健スタッフが」職場環境改善が高ストレス職場のみに介入する対策だと考えていた」「上層部と相談して連絡する」とのことであったが、２０１７年３月の段階で連絡がなかった。

表２　モデル事業場調査のスケジュールと概要



② モデル事業場（A課）における職場環境改善の取り組み経過の概要

平成 28 年度は３事業場でモデル事業がスタートした。それぞれ現在進行中であるが、うちＩ社における途中経過の概要をまとめた。

F 社は平成 28 年９月のファシリテータ研修に参加した産業保健スタッフ（産業看護職）が、当該企業にて 2016 年より始まったストレスチェック制度を機会に産業保健スタッフが職場に働きかける職場環境改善の取り組みを促進したいと考え、まずは自分たちの所属する職場（F 社Ａ課）を対象に、自分たちが従業員参加型職場環境改善を経験する形でのモデル事業が設定された。

対象職場は 19 名で、健康管理に関する専門職、事務職より構成される職場であった。平成 27 年 11 月に介入前調査が行われ、いきいきワークには管理職を除く 14 名が参加した。本分担研究の協力研究者１名がファシリテータとなり、60 分間のいきいきワークを実施した。いきいきワーク実施後、直ちに改善計画が作成され２つのシンプルな計画が立案された。担当者を中心に計画が実行された。いきいきワークから４ヶ月後の平成 29 年３月に成果発表会が行われた。分担研究者と協力研究者の２名で成果発表会に参加した。成果発表会には管理職２名も参加し、成果内容を聞きコメントを述べた。平成 29 年３月には改善後の調査が行われた。図８には「いきいきワーク」の様子（2016 年 11 月）、図９には成果発表会（2017 年３月）の様子を示した。

図８　いきいきワークの様子（平成 28 年 11 月）

図 9　成果発表会の様子（平成 29 年 3 月）

③　モデル事業場（A 課）の労働者の人口学的背景とストレス調査結果

表 3　モデル事業場（A 課）の労働者の人口学的背景

	事前調査 人数	事前調査 平均値（%）	事前調査 S.D.	事後調査 人数	事後調査 平均値（%）	事後調査 S.D.
年齢	17	42.71	7.93	14	43.64	8.44
性別						
男性	6	(35.3%)		6	(42.9%)	
女性	11	(64.7%)		8	(57.1%)	
婚姻の有無						
あり	5	(29.4%)		4	(28.6%)	
なし	12	(70.6%)		10	(71.4%)	
最終学歴						
高卒	8	(47.1%)		7	(50%)	
短大・専門学校卒	5	(29.4%)		4	(28.6%)	
大学・大学院卒	4	(23.5%)		2	(21.4%)	
職種						
専門職	3	(17.6%)		2	(14.3%)	
事務職	14	(82.4%)		12	(85.7%)	
経験年数	16	7.75	8.90	14	9.04	9.04
残業時間	17	18.41	10.21	14	12.71	7.32
雇用形態						
正社員	11	(64.7%)		12	(85.7%)	
正社員以外	6	(35.3%)		2	(14.3%)	

表 3 にはモデル事業場（A 課）の労働者の人口学的背景を示した。介入前調査では対象職場の管理職を除く全員が回答し、事後調査では対象者の 82.5%（17 名中 14 名）が回答した。表 4 にはストレス調査結果の前後比較のデータを示した。詳細な解析については、平成 29 年度に実施する予定である。

表 4　モデル事業場（A 課）の介入前後の職業性簡易ストレス調査票の結果

	事前調査			事後調査		
	人数	平均値	S.D.	人数	平均値	S.D.
仕事の量的負担	17	2.82	0.39	14	2.79	0.53
仕事の心理的負担	17	2.51	0.37	14	2.55	0.46
身体的負担	17	1.65	0.49	14	1.64	0.50
コントロール	17	2.22	0.55	14	2.00	0.61
技術の活用	17	1.94	0.56	14	2.00	0.55
対人関係	17	1.75	0.51	14	1.76	0.33
職場環境	16	1.56	0.81	14	1.36	0.50
仕事の適性度	16	2.00	0.63	14	1.79	0.58
働きがい	16	2.13	0.72	14	1.86	0.77
活気	17	2.73	0.80	14	2.36	0.80
イライラ感	17	1.57	0.48	14	1.57	0.46
疲労感	17	1.78	0.71	14	1.62	0.60
不安感	17	1.67	0.60	14	1.52	0.43
抑うつ感	17	1.34	0.31	14	1.15	0.26
身体愁訴	17	1.46	0.37	14	1.44	0.53
上司のサポート	17	3.08	0.52	14	3.40	0.63
同僚のサポート	17	2.92	0.52	14	3.17	0.54
家族友人のサポート	17	3.47	0.65	14	3.14	0.55
仕事満足度	17	3.00	0.79	14	3.21	0.58
家庭満足度	17	3.24	0.66	14	3.36	0.63

3.　好事例収集

平成 27 年度に作成した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 3 事例が収集された。表 5 に良好事例の概要を示す。500 名未満が 1 社、500 から 999 名が 1 社、1000 名以上が一自治体であった。収集された良好事例を添付資料 3 として添付した。

いずれの職場も職場環境改善の取り組みにあたってストレスチェックの集団分析結果を参考とし、一次予防の取り組みを積極的に行う全体方針が明確になっており、メンタルヘルス対策の一次予防としての職場環境改善の取り組みの全体計画を立案していた。職場環境改善に関しては「職場ドック」プログラム（吉川徹，2016；吉．吉川徹，小木和孝，森口次郎，竹内由利子，佐野友美，錦戸典子，杉原由紀，川上憲人，2016）を実施している事例であった。平成 29 年度も引き続き収集し、結果をまとめる予定である。

表５　ストレス一次予防のための職場環境改善に関する良好実践事例（添付資料３参照）

	事例１	事例２	事例３
事業場名	K 社	L 社	M 自治体
業種・職種	加飾フィルムやタッチセンサー等の製造・販売	産業資材事業における加飾フィルムの生産・販売	地方自治体
従業員数	809 人 （連結 5,087 人）	４１６人 （契約社員 15 人、派遣 97 人、パート１人）	約５，７００人 （うち非正規 約 1,200 人）
目的	メンタルヘルス推進を担う人事部で職場環境改善の手法として職場ドックを実際に経験し、人事部門の環境改善を実際に行うため	作業者の環境改善ができればと考え、職場ドックによる環境改善に取り組む事とした	組織の健康リスクは全国平均より低いが、職場の支援度や仕事のコントロール度がわずかに低い。更に職場のコミュニケーションの向上等を促進していくため、職場環境の点検・改善を進め、不要なストレスのない支え合う職場づくりを進める、職員参加型の取組「職場ドック」を実施。
ストレスチェック結果活用	○組織の評価モニタリングとして	○組織の評価モニタリングとして	○組織の評価モニタリングとして

D.　考察

本年度は、職場環境改善の工夫のための調査研究としてモデル事業場での介入調査と好事例収集を行った。具体的には、①モデル事業において各職場で中心的な役割を担うファシリテータ研修を実施、②モデル事業場の一つである A 職場における介入調査の概要、③職場環境改善の工夫としての好事例収集を行った。得られた結果を基に、メンタルヘルス一次予防のための参加型職場環境改善の推進者（ファシリテータ）の役割、モデル事業の途中経過からみた成果と課題、良好事例活用とストレスチェック制度に基づく職場環境改善の工夫に関して考察を行った。

1. ファシリテータ研修から得られたこと

今回実施したファシリテータ研修は、参加型職場環境改善の意義や手順に関して理解を深めることに有効であった。一方、研修での学びを実際の職場で展開するためには、事業場トップの理解を得ること、職場での体制づくりや仕組みづくりを含めた組織的アプローチのノウハウといった、参加型職場環境改善の方法論だけではない包括的な視点が必要であることも、当日の議論やアンケート結果などと通じて指摘があった。職場環境改善を担当し、職場で促進していくためには、ファシリテータ研修等に参加するモチベーションのある産業保健スタッフへの働きかけや、参加者同士の有機的ネットワーク構築や参加者からの要請に応じた現地支援など、研修後のきめ細やかなフォローアップが重要であることが示唆された。今後、継続的にファシリテータ研修を開催することで、参加型職場環境改善の手法の伝達だけでなく、研修参加後の自職場での展開事例の共有など、より具体的な支援のイメージを助けるプログラムが発展でき、職場環境改善に関する工夫に関する知見が蓄積されると考える。また、職場環境改善に関して、利用しやすい手引きがすでに開発されているが、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マニュアル作成に向けての準備が必要である。

最終年度である平成 29 年は、ストレスチェック結果の集団分析結果と、実際の職場環境改善への活用について、より具体的なマニュアルができるように研究を進める。そのさい、本年度と同様なファシリテータ研修を実施し、マニュアルドラフト提示して意見なども求めることも必要だろう。また、ストレスチェックの集団分析結果の利用と職場環境改善に関するギャップ、事前アンケートやヒアリングにより、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や取り組み支援方法を検討する必要がある。その際、中小事業場における職場環境改善に特に注目し、好事例の収集と事例の活用、社労士や EAP、健診機関などとの連携についても検討が必要である。特に、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する技術開発、企業外労働衛生機関や EAP、社労士や労働衛生コンサルタント等の外部支援者の役割支援等の工夫に関する検討の必要性が挙げられた。

2. モデル事業場の募集の経緯にみる職場環境改善に関する取り組み課題

今回、研究者のネットワークにて研究に参加するモデル事業場のリクルートをしたが、産業保健スタッフから対象職場における職場環境改善の希望があったとしても実施に至らなかったケースが多かった。実施に至らなかった理由として、希望者との連絡調整のなかで、(1) 制度実施１年目であり面接指導の枠

組みが優先等の業務繁忙、(2)職場からの理解が得られない、(3) ストレスチェック制度と職場環境改善の事業場側のニーズやイメージとのギャップ等の存在が確認された。特に、高ストレス職場への介入のイメージと、トップダウン形式、個別職場への助言、管理監督者研修での活用、参加型職場環境改善等、複数のアプローチの存在と、担当者間のギャップがあると考えられた。

モデル事業辞退の理由もストレスチェック実施から職場環境改善実施に至らない理由と共通点があると考えられた。そのため、モデル事業実施に至った事業場のケースだけでなく、モデル事業実施に至らなかった事業場も含め分析していくことで、ストレスチェックから職場分析、職場環境改善の実施につなげていくヒントを整理することが可能と考えられた。平成29年度以降、対象職場等でのヒアリング調査で課題整理を継続する。

9 月実施のファシリテータ研修は、職場環境改善の具体的なイメージ化に役立ち、モデル事業へとつながる事業場もあったことから、次年度も引き続き開催していくこととしたい。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。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。今回継続しているモデル事業において、その改善主体のあり方、用いられた手法などについて定性的に評価を行う。

3.良好事例収集

今回収集された良好事例は、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る事例であった。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(吉. 吉川徹, 土屋政雄, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 2016)。引き続き来年度も良好事例を収集し、職場環境改善の工夫に関する知見の整理を試みたい。

4.3 年目の計画

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（分担者）を行う。具体的には、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、マニュアルを作成する。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(吉. 吉川徹, 土屋政雄, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 2016)。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。そのため、最終年度は、職場環境改善別の効果評価の整理やストレスチェック制度と職場環境改善の手法に取り組んでいるいくつかの事業場を選定し、好事例収集フォーマットを活用して、取り組みのモニタリングを実施し、中長期的な視点での評価の視点について検討する。最終的にマニュアルを作成する。

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として、①職場環境改善を支援する産業保健スタッフ向けの「いきいきワーク」の研修の実施、②モデル事業場での職場環境改善の支援と前後比較、③職場環境改善の工夫に関する好事例収集を行った。その結果、①職場環境改善に関して利用しやすい手引きがすでに開発されているが、各事業場へのカスタマイズが必要なこと、環境改善を支援する産業保健スタッフへの継続的な研修やアドバンスドコースの必要性、ファシリテータの役割を自職場で展開するための必要な知識やスキルに関する技術開発、企業外労働衛生機関やEAP、社労士や労働衛生コンサルタント等の

外部支援者の役割支援等の工夫に関する意見が挙げられた。②職場環境改善のモデル事業が 3 事業場で開始された。③3 事業場においてストレス対策一次予防としての職場環境改善の工夫に関して良好事例が収集された。平成 29 年度は、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、取り組みイニシア別を視野に入れたマニュアル作成を行う。

F．健康危険情報

該当せず。

G．研究発表

1. 論文発表

1) 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.
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. 2016; 71(10): 626-629.

2. 学会発表

1) 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.
2) 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.
3) 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.

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

吉川徹. (2016). 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= Digest of science of labour, 71*(7), 416-420.

吉川徹, 吉., 小木和孝, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美, 錦戸典子, 杉原由紀, 川上憲人. (2016). 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）*, 132-200.

吉川徹, 吉., 土屋政雄, 森口次郎, 竹内由利子, 佐野友美. (2016). 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）*, 105-126.

湯淺晶子, 吉川悦子, 佐野友美, 竹内由利子, & 吉川徹. (2016). 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, 71*(10), 626-629.

添付資料１

研修会受講後アンケート

いきいき職場づくり（参加型職場環境改善）をよりよいものにしていく為に下記にご記入下さい。

１	年齢	１．20 歳代２．30 歳代　３．40 歳代　４．50 歳代　５．60 歳代以上
２	職種	医師・保健師・看護師・衛生管理者・その他（　　）
３	現在の職種での経験年数	（　　）年（　　）ヵ月
４	現在の職場での経験年数	（　　）年（　　）ヵ月

I.　参加型職場環境改善プログラムを事業場で実践した経験はありますか？

１．あり　　２．なし　　３．その他

II.　**今回の研修では、期待していたものは得られましたか？**（該当する番号を〇で囲んでください）

①得られた　　②まあまあ得られた　　③やや不満足　　④不満足

III. 内容についておうかがいします。（該当する番号を〇で囲んでください）

1.　**参加型職場環境改善の意義について理解できましたか？**

①とても理解できた　②まあまあ理解できた ③あまり理解できなかった ④全く理解できなかった

2.　**いきいきワークのすすめ方について理解できましたか？**

①とても理解できた　②まあまあ理解できた　③あまり理解できなかった ④全く理解できなかった

3.　**いきいき職場づくりファシリテータの役割について理解できましたか？**

①とても理解できた　②まあまあ理解できた　③あまり理解できなかった ④全く理解できなかった

4.　**いきいき職場づくりファシリテータとしてメンタルヘルス一時予防のための支援の展開の自信はいかがですか。**

①とても自信がある　②まあまあ自信がある　③あまり自信がない ④全く自信がない

IV.　**研修会の構成等についておうかがいします。**（該当する番号を〇で囲んでください）

1.　**時間は適切でしたか？**

①適切だった　　②長い　　③短い

2.　**教材は適切でしたか？**

①分かりやすかった　　②普通　　③分かりにくかった

3.　**講師の話し方（声の大きさ、スピード）は適切でしたか？**

①大変適切だった　②まあまあ適切だった　③あまり適切でなかった　④全く適切でなかった

V.　研修会全体を通して、良かった点３つと改善点３つをご記入ください。

良かった点	改善点

VI.　今回の研修会について感想や今後必要なサポート等のご希望等がありましたらお書きください。

（　　）

アンケートへのご協力ありがとうございました。

添付資料２

ストレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果評価に関する研究

アンケート調査用紙

この調査は、ストレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果を評価する目的で行います。いきいき職場づくり活動の前後に同じ調査票を用いて調査を実施し、いきいき職場づくりの効果を比較します。
調査票の各質問項目を読み、ご自身の状況や思いについて当てはまる項目を選ぶか、空欄に数字をご記入ください。
記入には10～15分程度の時間が必要です。

※この調査の内容は、研究者以外の者が目にすることはいっさいありません。（事業場関係者が個々の結果を見せることはありません。）

※アンケートから得られたデータは、事業場ごとあるいは調査に参加した職場ごとで、個人の結果がわからないよう、集団として解析をし、その結果を報告します。（個人を評価した結果ではありません。）

A あなた自身のことについて教えてください。

1	年齢	歳	2	性別	□男性 □女性	3	婚姻状況 □未婚 □既婚 □死別または離婚

4	最終学歴	□高校卒まで □短大・専門学校卒 □大学卒 □大学院卒以上

あなたの職種を教えてください。

5	□ 管理職（課長職以上の人はここをチェックしてください）	□ 生産工程従事者（製造・加工処理業、機械組立、整備職など）
	□ 専門職・技術者（研究職、SE、電気技術者、医師、保健師、看護師など）	□ 輸送・機械運転職（自動車運転、建設機械運転従事者など）
	□ 事務職（総務、人事、企画、広報、経理、秘書など）	□ 身体を使う作業の多い技能職（包装、出荷、清掃など）
	□ 販売・営業職（商品販売、通信・システム営業職、保険・金融営業職など）	□ その他の職種（　　）

あなたの現在の職場での勤続年数を教えてください。

6	年（1年未満の人は０と入力してください）

あなたの通常の勤務形態を教えてください。

7	□ 日勤のみ
	□ 夜勤を含む交代勤務
	□ 夜勤を含まない交代勤務
	□ 夜勤のみ

あなたの雇用形態について教えてください。

8	□ 正社員
	□ 契約社員
	□ 派遣社員
	□ パート・アルバイト
	□ その他（　　）

過去１か月間の残業時間を記入して下さい。

9	時間	※代休をとらなかった実質的な休日出勤も含めてください。 ※管理職、裁量労働の方など労働時間管理をされていない方の場合も、実質的な総労働時間を計算してお答えください。

B あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		そうだ	まあそうだ	やや ちがう	ちがう
1	非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2	時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3	一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4	かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6	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	1	2	3	4
7	からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8	自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4

		そうだ	まあそうだ	やや ちがう	ちがう
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12	私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13	私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14	私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15	私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16	仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17	働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

C 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
1	活気がわいてくる	1	2	3	4
2	元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3	生き生きする	1	2	3	4
4	怒りを感じる	1	2	3	4
5	内心腹立たしい	1	2	3	4
6	イライラしている	1	2	3	4
7	ひどく疲れた	1	2	3	4
8	へとへとだ	1	2	3	4
9	だるい	1	2	3	4
10	気がはりつめている	1	2	3	4
11	不安だ	1	2	3	4
12	落着かない	1	2	3	4
13	ゆううつだ	1	2	3	4
14	何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15	物事に集中できない	1	2	3	4

		ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
16	気分が晴れない	1	2	3	4
17	仕事が手につかない	1	2	3	4
18	悲しいと感じる	1	2	3	4
19	めまいがする	1	2	3	4
20	体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21	頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22	首筋や肩がこる	1	2	3	4
23	腰が痛い	1	2	3	4
24	目が疲れる	1	2	3	4
25	動悸や息切れがする	1	2	3	4
26	胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27	食欲がない	1	2	3	4
28	便秘や下痢をする	1	2	3	4
29	よく眠れない	1	2	3	4

D あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？

		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司	1	2	3	4
2	職場の同僚	1	2	3	4
3	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4	上司	1	2	3	4
5	職場の同僚	1	2	3	4
6	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

		非常に	かなり	多少	全くない
7	上司	1	2	3	4
8	職場の同僚	1	2	3	4
9	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

E 満足度について、最もあてはまるものに○を付けてください。

	満　足	まあ満足	やや不満足	不満足
1 仕事に満足だ	1	2	3	4
2 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

F あなたが最も困っている体調や健康の問題は、次のなかのどれに近いですか？ 仕事に最も影響しているものを一つ選んで番号を記入してください。

1	痛みに関すること	6	肌、頭髪、美容に関すること
2	体の動きや移動に関すること	7	眼に関すること
3	きつさ・体力低下・食欲・発熱・めまい・気分不良に関すること	8	鼻に関すること
4	トイレや排せつに関すること	9	耳に関すること
5	心の健康に関すること	10	その他
		11	特に困っていることはない

番号を記入してください。

G 普段の体調の良い時と比べて、あなたは現在、仕事に関して次のどのようなことが、どのくらいありますか？ 当てはまるものに○をしてください。

	ほぼ毎日ある	週に2回以上ある	週に1回以上ある	月に1回以上ある	全くない
1 社交的に振る舞えなかった	1	2	3	4	5
2 ていねいに仕事をすることができなかった	1	2	3	4	5
3 考えがまとまらなかった	1	2	3	4	5
4 仕事を中断する回数が増えた	1	2	3	4	5
5 仕事がうまくいかないと感じた	1	2	3	4	5
6 冷静に判断することができなかった	1	2	3	4	5

H 過去12か月の間に、本当だったら休みを取ったほうが良いと思う健康状態のまま、仕事に来たことは何日間ありましたか？ 当てはまるものを選んでください。

1 □ 全くない	2 □ 1～7日	3 □ 8～14日	4 □ 15～30日	5 □ 30日以上

I 過去12か月の間に、病気や健康上の理由で合計何日間休みましたか？（年休で休んだ日数も加えてください）　当てはまるものを選んでください。

1 □ 全くない	2 □ 1～7日	3 □ 8～14日	4 □ 15～30日	5 □ 30日以上

J 過去7日間の間、おおよそ何時間あなたは働きましたか？（もし97時間以上であれば97と記入してください）

□□ 時間（00～97）

K 典型的な1週間に、あなたの雇用者はあなたに何時間働くことを期待していますか？（もし変動するようであれば平均値を推定してください）

□□ 時間（00～97）

L 過去４週間（28日間）のあなたの仕事上の経験について考えてみてください。
次に提示されるそれぞれの仕事状況に対し、あなたが費やした日数を記入してください。

		日数（00～28）
1	肉体的または精神的健康問題が理由で、勤務日（終日）を何日休みましたか？ （あなた自身の健康のために休んだ日数のみを含め、誰かほかの人の健康のためのものは含めないでください）	日
2	その他の理由（休暇を含む）で勤務日（終日）を何日休みましたか？	日
3	肉体的または精神的健康問題が理由で、勤務日（一部）を何日休みましたか？ （あなた自身の健康のために休んだ日数のみを含め、誰かほかの人の健康のためのものは含めないでください）	日
4	その他の理由（休暇を含む）で勤務日（一部）を何日休みましたか？	日
5	早く出社したり、遅く帰宅したり、休日出勤したりしたことが何日ありましたか？	日

M 過去４週間（28日間）の間、おおよそ何時間あなたは働きましたか？
下記計算例をもとにご記入ください。

時間

過去４週間に働いた時間数の計算例

- 1週間あたり40時間を4週間＝160時間
- 1週間あたり35時間を4週間＝140時間
- 1週間あたり40時間を4週間と8時間の勤務日を2日休み＝144時間
- 1週間あたり40時間を4週間と4時間の勤務日を3日休み＝148時間
- 1週間あたり35時間を4週間と8時間の勤務日を2日休みと4時間の勤務日を3日休み＝112時間

N あなたの仕事と似た仕事において、多くの勤務者の普段のパフォーマンスを
あなたはどのように評価しますか？当てはまる数字に○をつけてください。

0があなたの仕事において誰でも達成できるような仕事のパフォーマンス、
10がもっとも優れた勤務者のパフォーマンスとした場合の0～10の尺度上で。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O 同じ0から10までの尺度上で、過去1～2年のあなたの普段のパフォーマンスを
あなたはどのように評価しますか？当てはまる数字に○をつけてください。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P 同じ0から10までの尺度上で、過去４週間（28日間）の間のあなたの勤務日における
あなたの総合的なパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？
当てはまる数字に○をつけてください。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

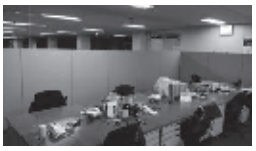
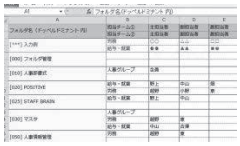
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

添付資料３

いきいき職場づくり～良好事例集（事例 2016－1）

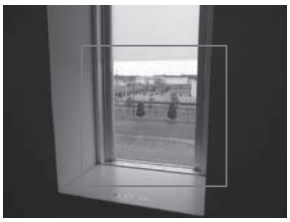
<table>
<tr><td colspan="2">事業場名
K 社</td><td>業種や職種
加飾フィルムやタッチセンサー等の製造・販売</td><td>従業員数
809 人
（連結 5,087 人）</td></tr>
<tr><td colspan="4">取り組みの目的
メンタルヘルス推進を担う人事部で職場環境改善の手法として職場ドックを実際に経験し、人事部門の環境改善を実際に行うため</td></tr>
<tr><td rowspan="3">方針・計画・実施・評価に関する構造</td><td>取り組みの背景やきっかけ</td><td colspan="2">・メンタルヘルス推進を担うにあたり職場ドックを実際に経験する必要があった
・人事部でも所有する書類やデータの整理や、実際の職場の動線などについて改善したいという潜在的なニーズがあった
・一般社員からの改善ニーズをもっと吸い上げたいという、部門管理者のニーズがあった</td></tr>
<tr><td>担当者</td><td colspan="2">(所属、職種・職位)
推進役（とりまとめ）：3-4 名
人事部および人材育成部の一般社員</td></tr>
<tr><td>取り組み体制</td><td colspan="2">・人事部および人材育成部の一般社員を推進役として任命（うち 1 名をリーダーに）
・管理職は、最終的なテーマ設定や取り組みにおける経費に関して最終確認が必要な際に判断を実施
・保健センターの保健スタッフが取り組みをサポート
・推進役を任命しているが、部門のメンバー全員が参加することを最初に確認</td></tr>
<tr><td rowspan="3">実施プロセス</td><td>実施期間</td><td colspan="2">2015 年度：2015 年 5 月～2016 年 3 月
2016 年度：2016 年 7 月～2017 年 3 月（予定）</td></tr>
<tr><td>使用したツール</td><td colspan="2">・職場環境改善研修（京都工場保健会実施）
・改善計画シート、報告シート</td></tr>
<tr><td>産業保健スタッフや外部支援者の職種や人数、役割</td><td colspan="2">・同じ人事部の組織であるが、保健センターの保健スタッフ 2 名が推進のサポート役として入った
・弊社グループのメンタルヘルス教育をサポートいただいている京都工場保健会の臨床心理士（2-3 名）にもサポートをしてもらった
＞具体的なサポートとしては、活動前に人事部を対象とした職場環境改善活動の進め方に関する教育をしてもらい、人事部としての改善の方向付けをサポートしてもらった
＞教育の際に改善計画シートなど各種ツールの提供も受けた</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>実施内容</td><td>【2015 年度】・倉庫スペース等に保管されている書類の整理と鍵管理など適切な保管ができるスペースの確保
 
不要書類廃棄、新たなキャビネットの設置、情報セキュリティのためのパーテーション設置
【2016 年度】
・2015 年度に未実施となった倉庫スペースの整理、デジタルデータの整理に着手
 
フォルダごとにデータのオーナーを整理、倉庫スペースの整理実施</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>改善計画立案数と実施数</td><td>改善領域 / 計画立案数 / 実施数
A 仕事のすすめ方
B 作業場環境 4（2015）、1（2016） 4（2015）、1（2016）
C 職場内の相互支援 2（2016） 2（2016）
D 安心できる職場の仕組み
合計 4（2015）、3（2016） 4（2015）、3（2016）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">評価指標とその結果</td><td>プロセス評価</td><td>【2015 年度】
・人事部のメンバーで改善項目を抽出し、全参加の部会で取り組み項目を決定し、それぞれの自分事とした
・推進役が活動をリードし、部会で定期的に報告することで全員参加の意識を保持した
・人事部で改善活動をすると同時に、社内報に職場環境改善をテーマにした記事を連載して社内での認知度を高めた
【2016 年度】
・推進役を交替することで、職場環境改善の考え方を身につけるメンバーが徐々に増加
・前年度の推進役 1 名をアドバイザーにおいたことで、メンバーを入れ替えてもスムーズに進行できた</td></tr>
<tr><td>アウトカム評価</td><td>・不要書類の廃棄では、最終的には約 3t の書類を廃棄し、目に見える効果を全員が実感できた
・スペースの整理が進み、プリンターを１台増設することで出力待ちを解消できたなど副次的効果もあった
・古いキャビネットを廃棄し、新しいキャビネットを設置することで鍵管理などのセキュリティが向上した</td></tr>
</table>

作成者	A 氏	連絡先	0××-×××-××× （代） ×××@×××.×××	作成日	2017.2.20

いきいき職場づくり～良好事例集（事例 2016－2）

<table>
<tr><td colspan="2">事業場名
Ｌ社</td><td>業種や職種
産業資材事業における
加飾フィルムの生産・販売</td><td>従業員数
４１６人
（契約社員 15 人、
派遣 97 人、パート１人）</td></tr>
<tr><td colspan="4">取り組みの目的
職場のみんなが働きやすく、居心地が良いと思える仕事場を目指して仲間同士ですぐできる改善に取り組む</td></tr>
<tr><td rowspan="3">方針・計画・実施・評価に関する構造</td><td>取り組みの背景やきっかけ</td><td colspan="2">Ｙ工場 企画部 企画Ｇは業務内容として、会社運営における様々な取り組みを模索、提案していくというミッションを担っている。常に新しい発想を求められること、また提案したことが会社の業績を左右する可能性があることから、作業者の精神的な負担は非常に大きいと考えている。このような状況のなか、少しでも作業者の環境改善ができればと考え、職場ドックによる環境改善に取り組む事とした。</td></tr>
<tr><td>担当者</td><td colspan="2">(所属、職種・職位)
担当者　：　Ｂ氏（企画部　企画Ｇ　一般職）
サポート　：　Ｃ氏（企画部　企画Ｇ　一般職）</td></tr>
<tr><td>取り組み体制</td><td colspan="2">・人事部(人事Ｇ、保健センター)とＬ社(管理部)が運営全体を統括する。
・グループ内で実施のための環境づくり(実施単位の割り振り、時間の確保)に協力する。
・成功事例を挙げて、グループ間の水平展開に繋げる。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">実施プロセス</td><td>実施期間</td><td colspan="2">10 月：職場ごとの研修（Ｙ工場の管理職を含む企画部全員）
11 月：グループ内で担当者を中心に協議を行い改善計画と担当者を作成
12 月～2 月：担当者別で対策実施と進捗報告(1 回/月)を行う。
３月：グループ内で振り返りの機会(報告会)を設け、企画Ｇ内で情報共有を行う。</td></tr>
<tr><td>使用したツール</td><td colspan="2">・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
・職場環境改善 Good Practice12 集
・良好事例集</td></tr>
<tr><td>産業保健スタッフや外部支援者の職種や人数、役割</td><td colspan="2">・社内：産業保健スタッフ　２名
・外部：一般財団法人　京都工場保健会御池保健センター　専任カウンセラー　２名
研修の講師派遣：各部署に進め方の研修を行う。
各種相談：実施に関わる相談全般に応え、必要に応じて具体的加入や指導。
報告会での講評：実施結果についての評価、アドバイスなどとともに、他での実施事例も踏まえた情報提供も得た。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>実施内容</td><td>1.　自然光を取り入れて視環境の向上
2.　植物(野菜)を置いてメンタルヘルスの向上
 
3.　マンネリ化防止の為、定期的なレイアウト変更を行う。（3ヶ月／毎）
座席はユーモアを取り入れ、管理職を含めたくじ引きにて席順を決める。</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>改善計画立案数と実施数</td><td><table>
<tr><td></td><td>改善領域</td><td>計画立案数</td><td>実施数</td></tr>
<tr><td>A</td><td>視環境改善</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>B</td><td>マンネリ化解消</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C</td><td>事務所内の環境改善</td><td>2</td><td>0</td></tr>
<tr><td>D</td><td>知識、スキルアップ</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計</td><td>6</td><td>3</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">評価指標とその結果</td><td>プロセス評価</td><td>・管理職を含まない担当者がリーダーとなり、職場検討会を１回／月の頻度で開催した。
・取り組みの趣旨とスケジュール、ゴールをしっかりと説明し納得してから始めたので、良い点、改善点もスムーズに意見交換でき、改善案を具体化するために現実的な優先順位付けや実施計画を立てることが出来た。
・全員参加となった為、チーム一丸となりチームワークの向上に繋がった。
・議題に上がった残件があるので継続的に改善活動を行っていく。</td></tr>
<tr><td>アウトカム評価</td><td>・視環境の改善として、窓に貼られていたマットフィルムの一部を剥ぐことで自然光を取り入れ、植物(野菜)を置いた事により、メンタルヘルスが向上され職場の雰囲気が明るくなったと実感している。あえて植物でなく野菜を置いたことで、皆の注目度が高くなり、日常会話が増え、更にコミュニケーションが UP した(1 日 1 回は話題に上がる)。
・マンネリ化防止として、定期的なレイアウト変更を行う事により、気分を変えて業務に取り組む事が実感できた。また、少人数である為、業務の動線に影響がない事から、管理職を含めたくじ引きにて座席を決め、管理職座席の気分を味わうことが出来る、管理職とのコミュニケーションがより取りやすくなるなどを楽しみも含め実感できた。
・現在の職場環境に対して満足しているという意見がほとんどであり今後も維持していく。
・定期的に雑談レベルで話せる場を作っていく事が必要であると感じた（改善要望がなくても）、それも一つのコミュニケーション/チームワーク UP であると考える。</td></tr>
</table>

作成者	B 氏	連絡先	0××-×××-×××（代） ×××@×××.×××	作成日	2016 2.17

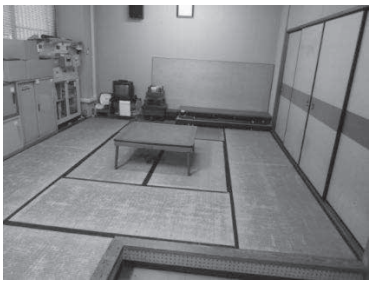
いきいき職場づくり～良好事例集（事例 2016－3）

<table>
<tr><td colspan="2">事業場名
Ｍ自治体</td><td>業種や職種
地方自治体</td><td>従業員数
約５，７００人
(うち非正規 約 1,200 人)</td></tr>
<tr><td colspan="4">取り組みの目的
毎年職員自身が人間ドックを受けて自己の健康を確認するように、職場もその時いるメンバーで働きやすい環境かどうかを点検し改善につなげる。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">方針・計画・実施・評価に関する構造</td><td>取り組みの背景やきっかけ</td><td colspan="2">・ 職員のメンタルヘルス対策については、メンタル不調の予防、早期発見・早期対応を図るため、2011 年度から全職員を対象としてストレス調査を実施しており、その結果によれば、府組織の健康リスクは全国平均より低く、全体的にハイリスクな状況にはないが、職場の支援度や仕事のコントロール度がわずかに低い結果。
・ このため、更に職場のコミュニケーションの向上等を促進していくことが重要とされており、職場環境の点検・改善を進め、不要なストレスのない支え合う職場づくり を進める、職員参加型の取組「職場ドック」を実施し、公務能率の向上を図るとともに、職員のメンタルヘルスの向上につなげる。</td></tr>
<tr><td>担当者</td><td colspan="2">(所属、職種・職位)
「職場ドック」推進リーダーを養成し、リーダーを中心に職場ごとに取り組む。</td></tr>
<tr><td>取り組み体制</td><td colspan="2">・給与厚生課が推進リーダー養成研修会を実施し、職場ごとの進め方を伝達
・給与厚生課から定期的に進捗状況を確認
・必要に応じて、職場の取組をサポートする専門家をアドバイザーとして派遣</td></tr>
<tr><td rowspan="3">実施プロセス</td><td>実施期間</td><td colspan="2">７月　　職場ドック推進リーダー養成研修会
８～９月　職場環境改善重点取組期間
各職場でグループワーク実施等により改善計画を策定
計画の策定～１２月目途　計画に基づく改善を実施</td></tr>
<tr><td>使用したツール</td><td colspan="2">・「職場ドック」マニュアル
・2014 年度改善事例集</td></tr>
<tr><td>産業保健スタッフや外部支援者の職種や人数、役割</td><td colspan="2">・産業保健スタッフ
医師２名（内科、精神科）、看護師１名
・実施プロセス全体について、公益財団法人大原記念労働科学研究所及び一般財団法人京都工場保健会の支援を受けた。
・具体的に受けた支援
研修会資料の作成及び研修会での講演
マニュアル作成に係るアドバイス
アドバイザー派遣希望の職場に専門家として助言指導</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>実施内容</td>
<td>

毎日の作業前に危険箇所や用具の安全性・使用方法等の確認をするＫＹミーティングを実施

一角にまとめて置いてあった事務用品を、項目に細分化したキャビネットに収容

物置状態になっていた災害待機室を休憩室としても活用できるように整理・整頓

職場内の書類や資料等の廃棄ルールを定め、不要物をなくし、新たな書類の保管スペースを確保
</td>
</tr>
<tr>
<td>アウトプット</td>
<td>改善計画立案数と実施数</td>
<td>
<table>
<tr><th>改善領域</th><th>実施数</th></tr>
<tr><td>A　仕事のすすめ方</td><td>２７</td></tr>
<tr><td>B　作業場環境</td><td>5</td></tr>
<tr><td>C　職場内の相互支援</td><td>４１</td></tr>
<tr><td>D　安心できる職場の仕組み</td><td>４４</td></tr>
<tr><td>E　職場内の相互支援</td><td>6</td></tr>
<tr><td>F　安心できる職場の仕組み</td><td>3</td></tr>
<tr><td>合計</td><td>１２６</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>評価指標とその結果</td>
<td>プロセス評価</td>
<td>
・ 2013 年度から事業を実施。３箇年計画で推進リーダー養成。１年目は 13 職場が、２年目は１４職場がモデル職場として職場ドックに取り組んだ。
・ ３年目の 2015 年度に全職場に推進リーダーの養成が図れたこととして、全職場で「職場ドック」取り組むことを推奨した。
・ 研修会で取組の趣旨、スケジュール、具体的な取組事例の紹介、アドバイザー派遣などの支援があること等を説明したが、本来業務が多忙などの理由により、全体の約５割の職場での実施にとどまった。
・ 実施した職場からは、概ね高評価が得られていることから、具体的な事例の紹介、使用ツールの改善、推進リーダーの理解醸成、未実施職場の所属長への協力要請など、更なる検討が必要と考える。
</td>
</tr>
</table>

	アウトカム評価	・「職場ドック」を実施した職場へのアンケートでは、「職場ドック」を通じて 職場に見られた変化として、概ね６割の者が 「職場全体で 安全や健康について、話し合える雰囲気になった」 「職場全体の雰囲気が 良くなった」 「職場全体のチームワークが 良くなった」 と思っているという結果 個々の職場の意見として、 ・ 全員でミーティングを行うことにより、作業の危険性や注意点を再確認し、安全への意識を高めることができた。 ・ 今回、グループワークを実施したことで、執務室の環境改善のきっかけづくりとなった。 ・ この「職場ドック」がなければ、それぞれの職員の気持ちを集約する機会は持ち得なかった。また、執務室の清掃も三担当の輪番制で行っているが、人員が少ない日などは、他担当の職員が何も言わず清掃を手伝うなど良い職場関係が生まれている。 ・ 日常業務では話をしない人との交流、対話の機会になった。 ・ 普段は、あまり意識していなかった職場の良い点を共有できた。 など。

作成者	Ｄ氏	連絡先	0××-×××-×××（代） ×××@×××.×××	作成日	2017.2.27

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」
分担研究「職場環境改善の工夫」ワーキンググループ主催　2016.9.29 公益財団法人大原記念労働科学研究所

参加型アプローチを用いた職場環境改善をマスター！

いきいき職場づくりファシリテータ研修

※本研修資料は「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）「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）」（研究代表者：川上憲人）の研究費を利用して作成されています。

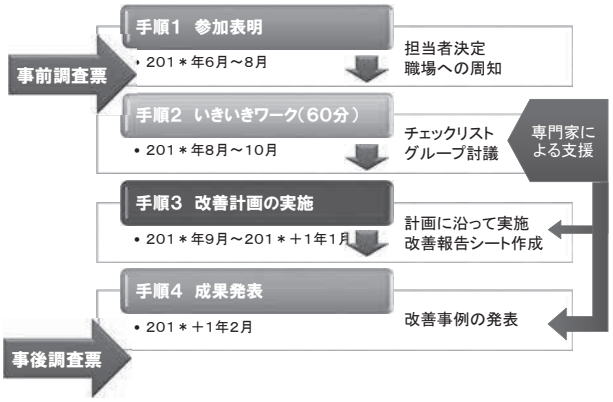
研修の目的、ゴール

- 労働者（社員/職員等）による職場環境改善「いきいき職場づくりのワークショップ（いきいきワーク（仮称））」の支援手法を学びます
  - 「いきいきワーク」を体験します
  - 参加型職場環境改善とメンタルヘルス一次予防を学びます
  - ワークショップ支援のためのノウハウについて学びます
- いきいき職場づくり支援の計画と、予想される困難について意見をかわします
- ストレスチェック制度を念頭においた、職場環境改善の意義と具体的なすすめ方のヒントについて学びます

いきいき職場づくりファシリテーター研修　スケジュール

時間	内容	ねらい	使う資料
13:00-13:15	開会と オリエンテーション		
13:15-14:15	その1 いきいきワーク体験	参加型職場環境改善の模擬ワークを体験	冊子：良好事例集 −チェックリスト −ワークシート
14:15-14:30	休憩		
14:30-15:30	その2　講義と討議： メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の理論	参加型職場環境改善の意義や効果の理解 取り組み方の理解	PPT パンフレット
15:30-16:00	その3　講義： 参加型職場環境改善におけるファシリテータの役割	ファシリテータとしてのコツを学ぶ	PPT
16:30-17:00	まとめ/質疑応答		

いきいき職場づくり、実際のすすめ方



「いきいき職場づくり」のねらいと利点

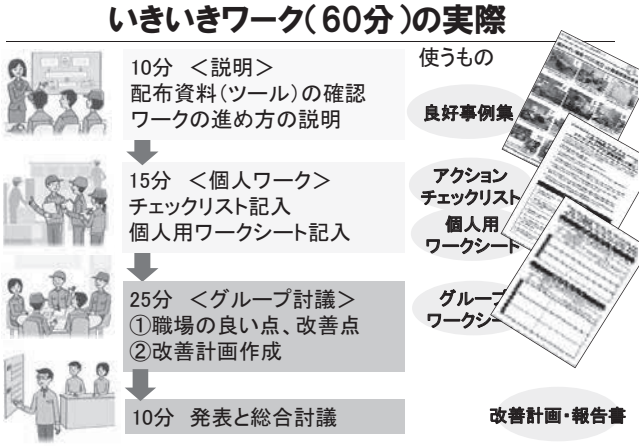
- いきいき職場づくりを進めると、こころの健康づくり（メンタルヘルス）に効果があります
- 皆で取組みを始めると、自然に会話が増え、チームワークがよりよくなります
- 仕事への取り組み意欲、生産性が向上します

いきいきワークの様子

皆で検討した結果から職場環境改善の実施

その1：
演習、いきいきワークの体験

いきいきワーク（60分）の実際



皆さんの職場は働きやすい？

働きやすい職場とは、
例えば、安全で健康に怪我なく安心して働くことができて、仕事のやりがいがあり、お互い助け合い、楽しい職場。
働きやすい職場かどうかは、メンタルヘルス（こころの健康）と大いに関連します。

従業員が働きやすく、居心地がよいと思える職場を目指して、仲間同士ですぐできる改善に取り組むのが「**参加型職場環境改善（いきいき職場づくり）**」です。

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（職場改善ヒント集）でとりあげる4つの職場環境改善領域

良好事例投票（写真投票）

- 良好事例投票（写真投票）（5分）
  - 手元の写真を見てください。
  - 全国の事業場から集められた、「ストレスが少なく、安全で健康に働くための職場づくりに役立った12事例」です。
  - この12事例の中から、働きやすい職場づくりのために、あなたが特に「よい」と思う事例、3つに投票してください。
  - 1番よいと思う事例は桃色（ももいろ）
  - 次によい2事例に黄色（きいろ）

演習1：良好事例投票（写真投票）と自己紹介

- 良好事例投票（写真投票）（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、あなたが特に「よい」と思う事例を3つに投票してください。
  - 1番よいと思う事例は桃色
  - 次によい2事例に黄色

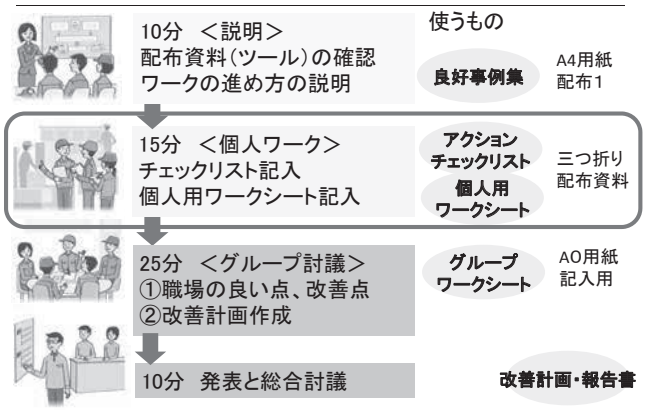
- 自己紹介（1人2分で発表）
  - 名前、所属、最近はまっていること。
  - 選んだ3つの事例とその理由

職場環境改善の大切な点

働きよさに着目して、職場の良い点、改善点を幅広く取り上げます

すぐできる改善を提案して、職場全体で実施します。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します

いきいきワーク（60分）の実際



個人ワーク（15分）

- 自分が働いている職場を振り返りながら各項目をチェックします。

アクションチェックリスト　記入

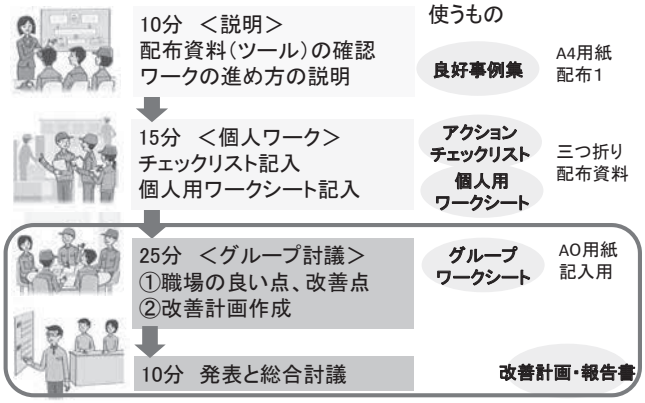
チェックリストの結果を振り返りながら、職場の良い点・改善点を3つあげる

チェックリストの使い方

A　仕事のすすめ方			
1	従業員が参加するミーティングを定期的に開催します		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	残業時間の上限を決めて、残業の恒常化をなくします		提案しますか？ □いいえ　□はい　□優先する

アクションチェックリストは様々な職場の良好実践に基づき開発されました
– ストレス対策・人間工学・環境衛生原則を採用

いきいきワーク（60分）の実際



グループ討議（25分）

- 個人ワークの結果をもとに、グループで職場の
  ①良い点3つ、
  ②改善点3つ
  を話し合います。
- 司会、書記、発表者を決めてください。
- 良い点から話しあってください。

いきいき職場づくり成功のための2つのコツ

すでに職場にある良い事例から幅広く学ぶ

- 職場で実践している幅広い改善に注目する
- 同じような職場での良好事例から学ぶ
- 人の集め方、場の持ち方はその職場に合ったやり方でアイデアをアクションに結びつける

一段ずつの職場環境改善に取り組む

- 簡単に、手軽にできるところから始める
- 対策選択式のツールの活用
- ちいさなことからコツコツと

参加型で楽しみながらやると、アイデアが出やすくい。管理職はオブザーバー的存在で、暖かく見守って

その2：
メンタルヘルス一次予防のための職場環境改善の理論と実践

話題提供

（1）メンタルヘルス不調一次予防と
職場環境改善の動向、その位置づけ

- PSRとCSR：心理社会的リスクアセスメント（PSRの評価と改善）を職場が担う国際潮流
- いきいき職場づくりが企業の社会的責任（CSR）に！

（2）企業・自治体事例から学ぶ

- 職場環境・労働条件改善の具体例
- 「改善ヒント集」「簡易ストレス調査票」等ツールの活用ヒント

（3）ストレスチェック結果の
一次予防的活用：今後の課題

（1）メンタルヘルス不調一次予防と職場環境改善の動向、その位置づけ

いきいき職場づくりを目指して

ストレスが少なく、働きやすい職場づくりを目的とした参加型の職場環境改善が広がっています

働く人たちによる対話機会を設けて、すぐできる改善点を提案し、職場ごとに合意した改善を実施します。

短時間の職場検討会をもつ手順をあらかじめ決めて、複数の職場で平行して実施します。

〇幅広い改善策の実施と改善結果の共有
〇産業現場や公務職場を含む異業種への広がり
〇ストレス対策として有効な効果を認めた研究論文

ストレス一次予防のための職場環境改善視点

事例　職場ストレスの軽減、成功事例

作業レイアウト改善が効果的だったVDT作業場

- あるオフィスのVDT健診で、眼精疲労、眼痛、視力低下、首・肩の痛みがきわめて高頻度であることが判明。
- 作業場を巡視したところ、2面が廊下に面した大きな窓
- 窓をふさぎ外部から作業場が見えないようにしたところ、従業員の症状が軽減。

職場のストレス対策と職場環境改善の意義

- 職場のストレス対策には、
  - 一次予防：ストレスが少なく、働きやすい職場づくり
  - 二次予防：ストレスのある職員の早期発見・治療
  - 三次予防：休職後の安心できる復帰支援

  の3つのアプローチ視点があり、どれも重要です。
- 「いきいき職場づくり」によるストレスの一次予防では
  - 広い視野から、多領域の良好事例に学び、
  - 心理的、身体的な負担を軽減して、
  - 働き方をよりよくしていく、職場や組織の取り組みですすめることができます

労働者参加型の職場環境改善がメンタルヘルスに役立つ理由

- 職場環境に幅広く目配りします
- 職場の良い点、改善点を全体で共有できます
- 職場内のコミュニケーションや、仕事の手順が改善します
- 職場を皆で改善していこうという、よい雰囲気を後押しします

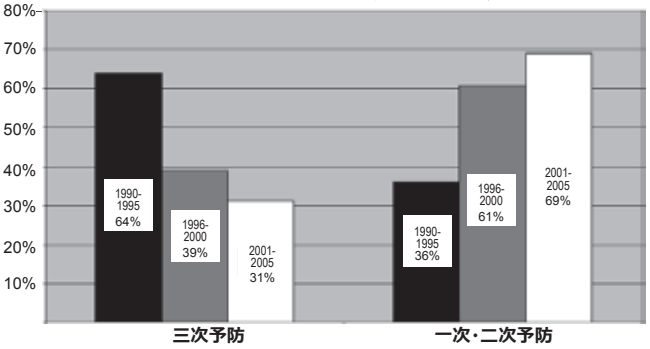
最近の国内外の研究動向、国際動向から、その有用性について考えてみます。

職業性ストレス予防へのシステムアプローチの分類

介入レベル	効果	対象	介入例
一次予防(高い) ストレス関連症状・疾病を経験する前に、潜在的なリスク要因の低減とストレッサーのがわの変容	+++	ストレッサー ・労働組織 ・労働条件	・仕事の再設計 ・労働負担の軽減 ・コミュニケーション改善 ・技能・技術におけるコンフリクトマネジメント
二次予防(中程度) ストレスフルな条件に対処する資源、知識、技術を労働者が獲得することを支援	++	・ストレス・負荷のある従業員	・認知行動療法 ・コーピング教室 ・怒りマネジメント
三次予防(低い) ストレス関連症状・疾病の状況にある労働者を治療、救済、リハビリテーション	+	・仕事に関する健康への副影響	・労働者ケアシステム ・職場復帰プログラム ・職業訓練・治療 ・ストレスへの医療的ケア

（Lamontagne et al. , Int J Occup Environ Health, 2007:13(3):268-280）

結果：職業性ストレス予防に関するシステムアプローチ分類による研究の動向



（職業性ストレス予防に関する介入研究報告90例の分類）

（Lamontagne et al. , Int J Occup Environ Health, 2007:13(3):268-280）

組織レベルのストレス対策（職場環境等の改善）科学的根拠

- 全世界から19の成功事例を収集 (ILO, 1992)
- 作業レイアウト、コミュニケーションなどの改善
  - Wall & Clegg , 1981; Wallin & Wright, 1986
- 作業手順、コミュニケーション、上司からのフィードバックの改善
  - Mikkelsen & Saksvik, 1999
- 教育および小グループ活動で作業者の自律性を増加
  - Orth-Gomer et al., 1994
- 上司参加の職場環境改善
  - Kawakami et al., 1997
- バス運転手の運転スケジュールおよびルートの改善
  - Rydstedt et al., 1998
- 会合の頻度を増加
  - Jackson, 1983

川上憲人, 島津明人, 土屋政雄, 堤明純：産業ストレスの第一次予防対策-科学的根拠の現状とその応用, 産業医学レビュー, 20(4), 175−96（2008）ほか

組織レベルで行われた39件の介入研究の系統的レビュー研究では、介入領域は3領域に整理されています

出典：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

- 物質的な条件（materials, 作業環境・人間工学）：
  - 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（work-time）：
  - 労働時間数、労働強度への介入
    - 労働強度＝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）
- 労働組織における条件（organizational）：
  - 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
  - 業務の遂行に必要なプロセス・手順
    - 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

39件(1993〜2012)の介入研究
・半数で健康改善に有意な効果
・作業環境と組織条件10件
・組織条件16件
・労働時間条件8件
・3件の研究は、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
・**包括的な介入が成功率は高い**

介入プロセスの改善が、有効な成果を得るために重要

吉川徹、土屋政雄、吉川悦子、森口次郎、佐野友美. 平成27年度分担研究「職場環境改善の工夫の検討」. 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ー労働ーー般ー004）」

組織レベルへの介入の困難性：複合的な実施プロセス上の5つの障害

出典：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

1. 従業員の参加が不十分
   - 介入をサポートし、組織の変化を徹底させるための意思疎通や動機が不足していた
2. 一部の要素が期待通りにいかない
   - 介入の実施が困難なケースが見られた
3. 雇用主やマネージャーからのサポートが不足
   - 介入を展開し、維持するのが難しかった
4. 介入の担当チームにとって制御できない外部の出来事や状況
   - 従業員の離職、組織の再編・合併の影響を受けた。
5. 短いフォローアップ期間、弱い治療効果、介入効果の潜在的な交絡因子の管理失敗などが原因で、最終的に有意な効果が得られなかった

これらの理由は、労働者参加型アプローチに基づく介入を展開する必要性を明確に示している。「組織による介入は、各種のイニシアティブや再編活動の集合体と見なされ、同時に起こる数多くの出来事とせめぎ合い、絡み合うもの」とされている(Nielsen & Abildgaard, 2013)。

吉川徹、土屋政雄、吉川悦子、森口次郎、佐野友美. 平成27年度分担研究「職場環境改善の工夫の検討」. 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ー労働ーー般ー004）」

多様な就労条件で心理社会的リスク低減を目標とした一次予防の枠組み

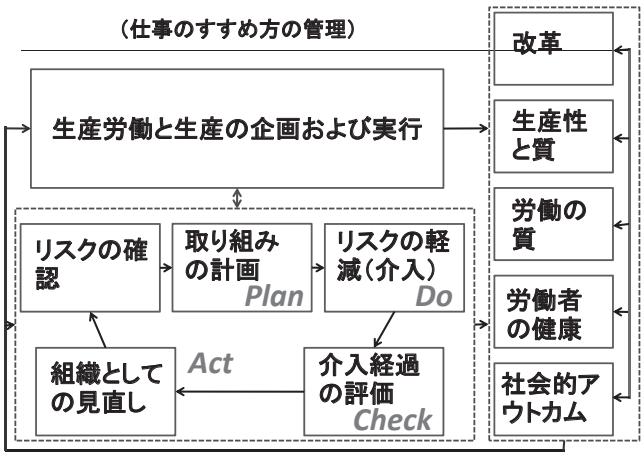
心理社会的リスクマネジメント欧州枠組み
（PRIMA-EF）が進展中…

(Psychosocial Risk Management - European Framework)

目的	1. 仕事のストレスに関する国際標準と指標を開発 2. 良好実践手引きでEU統合アプローチを推進
成果	1. 事業者責任の範囲を示す指標の作成 2. 良好実践事例にもとづくマネジメント推進法 3. ガイドラインと手引きシート、ウェブサイト情報

PRIMA-EFによる企業レベルの取り組み

（仕事のすすめ方の管理）



WHOガイドライン：心理社会的リスクマネジメント欧州枠組みガイドライン

企業が責任をもつ組織的な予防策とその有効性に力点

リスク負荷		効果	
組織要因		健康関連	労働災害、症状、身体的健康、メンタルヘルス
ポリシー	労務、安全健康、CSR	職務満足	職務満足、転職
組織文化	信頼関係、フィードバック、連携、組織正義	欠勤／病気出勤	病気欠勤、欠勤理由、病気中の出勤
労使関係	労使協議会、組合、協約	経済コスト	労働災害と病気のコスト
作業関連要因		予防のための介入	
雇用条件	契約、賃金、職歴	アセスメント	リスクアセス、災害疾病記録
組織設計	ロテーションと交差訓練、多能職	対策	リスク提言、自律、対処トレーニング、復職、対策のバリア
労働の質	職務要求、自律、雇用安定、社会的支援、暴力、差別、労働時間、テレワーク	評価	ポリシー、対策有効性
		経済コスト	災害と欠勤コスト
		労働者参加	リスクアセス、アクションプラン・実施

わが国でも労働者参加型によるメンタルヘルス一次予防の取り組みが広がっています

製造業
厚労省研究班
中災防の支援事業

（メンタルヘルス環境改善チェックリストを使ったグループ学習、建機メーカー開発部、広島）

労働組合での安全衛生研修（北海道）

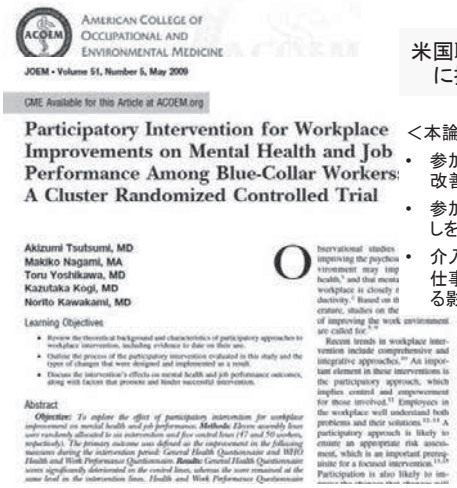
医療・介護、
科研費による研究、
産業保健センターとのネットワーク

ほか、中災防の研修
業種団体や
各研究機関による
研修や取り組み

職場環境改善の評価と改善に関するEBMガイドライン項目

I	計画・組織づくり	推奨1	事業場での合意形成
		推奨2	問題解決型の取り組み
		ヒント1	部門責任者の主体的な関与
II	実施手順の基本ルール	推奨3	良好事例の活用
		推奨4	労働者参加型で実施
		推奨5	職場環境に幅広く目配り
III	実効性のある改善策の提案	推奨6	事現場に合わせた提案の促進
		推奨7	ツール提供
		ヒント2	職場の仕組みの活用
		ヒント3	職場の準備状況にあわせたアプローチ
IV	実施継続	推奨8	フォローアップと評価
		ヒント4	PDCAサイクル

吉川徹、吉川悦子、土屋政雄、小林由佳、島津明人、勝田純、小田切優子、小木和孝、岡上直人. 職場のメンタルヘルスのための職場環境改善の評価と改善のためのガイドライン. 産業ストレス研究. 2013; 20(2): 135-145.


AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

JOEM • Volume 51, Number 5, May 2009

CME Available for this Article at ACOEM.org

Participatory Intervention for Workplace Improvements on Mental Health and Job Performance Among Blue-Collar Workers: A Cluster Randomized Controlled Trial

Akizumi Tsutsumi, MD
Makiko Nagami, MA
Toru Yoshikawa, MD
Kazutaka Kogi, MD
Norito Kawakami, MD

Learning Objectives

Abstract

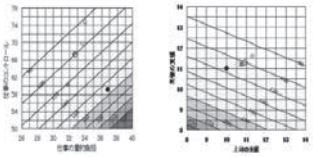
米国職業環境医学雑誌に掲載（教育論文）

＜本論文の教育目標＞

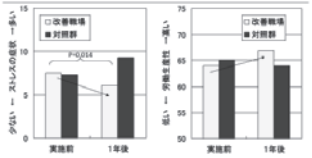
- 参加型アプローチによる職場改善の理論と特徴を学ぶ
- 参加型介入プロセスをあらましを述べる
- 介入効果がメンタルヘルスや仕事のパフォーマンスに与える影響について検討する

(Tsutsumi et al. 2009)

異品種・多部品の注文生産に対応が困難であった製造業の例



ストレスおよび生産性に対する職場環境改善の効果



職場環境改善を実施した職場では、1年後にストレスが減少し、生産性が増加した。ストレス（0-28点）および生産性（0-100点）は従業員の自己評価に調査結果。

Tsutsumi研究における
職場単位のGWで取り上げられた
職場のストレス要因と改善策

区分	問題点	改善案	ACL
量の問題	物品の整理ができておらず業務を妨げる	器具・備品の整理整頓/保管場所明確化 部品見出し表作成/備品のラベル表示 製品入れの多段化改良/作業台設置/ツール工夫	C-11
	ライン編成の不備	業務に合わせたライン再編 レイアウト変更による動線の改善	C-12
技能の問題	作業員の技能不足	作業手順書の適宜更新	C-13
上司の支援	上司あたりの部下数が多くトラブルに対応できない	サブリーダーの設置	A- 2
同僚の支援	中途採用者などもあり、作業者相互の交流が少ない	全員参加の清掃時間帯設定 職場の懇親会を頻繁に開催（一部で実施）	E-23
環境	ホコリ対策	ホコリよけカバー作成	

労働者参加型職場環境改善の効果

合理性*1	労働者は現場（強み、課題と解決策）をよく認識している	→	環境改善の重要な前提である適切なアセスメントが可能となる
メカニズム*2	自身の参画により、有意な変化を経験する 組織としての学習と水平展開 実際の関与とそれにひきつづく成功体験	→	コントロール感覚 スキル セルフ・エフィカシー エンパワーメント
メカニズム*3	参加と対話	→	職場における民主的な風土や公平感 コミュニケーション活性化 同僚間サポート

*1 Kompier et al. Stress Medicine. 1998

*2 Kompier et al. Stress Medicine. 1998; Rivilis et al. Am J Ind Med. 2006; Mikkelsen et al. Int J Health Services. 1999; Aust et al. J Occup Health Psychol 2004;
Mikkelsen et al. Work Stress. 2000

*3 Karasek. Bulletin of Science and Technology. 2004; Mikkelsen et al. Work and Stress. 2000;
Kobayashi et al. J Occup Health. 2008; Bourbonnais et al. Occup Environ Med. 2011;
Bourbonnais et al. Occup Environ Med. 2006

メンタルヘルス一次予防の費用対便益分析

	1人当たりの費用	1人当たりの便益	
職場環境改善	**7,660円**	**15,200-22,800円**	○
管理監督者教育A	5,290円	4,400－6,600円	△
管理監督者教育B	2,948円	0円	△
個人向けストレスマネジメント教育	9,708円	15,200-22,920円	○

1人当たりの費用：介入にあたって必要な費用の総額を介入群の従業員で割ったもの（従業員等の賃金や講師謝金）
1人当たりの便益：HPQ（労働生産性の指標）の介入前後の差×介入人数×年間賃与額

吉村健佑, 川上憲人,堤明純ら。日本における職場でのメンタルヘルスの第一次予防対策に関する費用便益分析,
産衛学雑誌, 55(1), 11-24（2013）

（2）企業・自治体事例と課題：

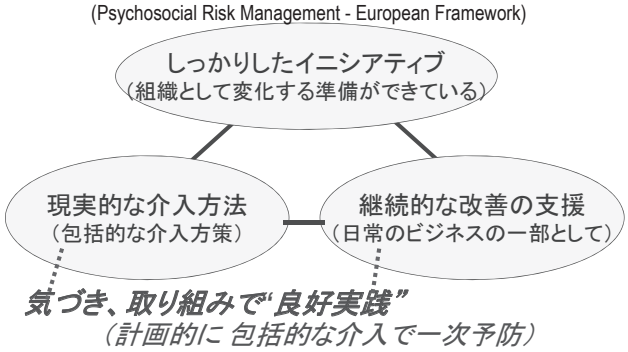
日本版PRIMA-EF
の経験から

職場環境・労働条件改善の
具体例から学ぶ。「改善ヒント集」「簡易ストレス調査票」
などツールの活用ヒント

※資料の一部は高知県総務部職員厚生課による平成23年度「職場ドック」事業の資料を引用させていただいています。
謝辞：産業医杉原先生、矢部様他

日本版PRIMA-EFを成功させる3つのカギ

心理社会的リスクマネジメント欧州枠組み（PRIMA-EF）
(Psychosocial Risk Management - European Framework)

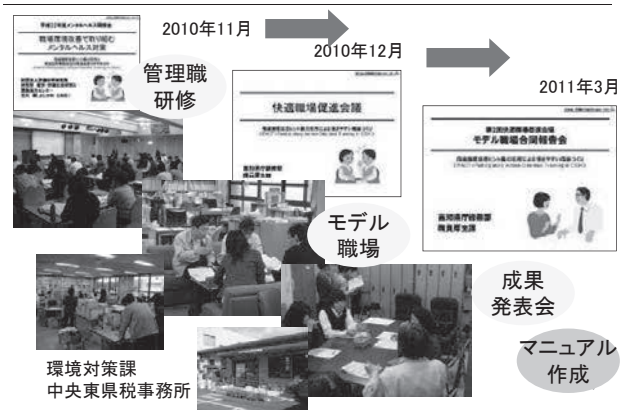


A県職員のストレス一次予防支援としての参加型職場環境改善プログラム「職場ドック」事業

A県の職場ドック事業のねらい

- 働きやすい職場をつくることは、そこで働く職員のストレスを軽減することにつながります。
- “職場の環境改善”というと、そんなおおがかりなことはできない、忙しいのにやる時間がない、めんどう、やってもムダ、など、持たれる思いは、様々だと思います。
- でも、仕事をしていて、物理的なことや、人間関係などで「あれ？」「これは！」と思うこと、不便だな、困ったな、大変だなと感じていることがあると思います。
- その“気づき”を心にしまわずに出す。ここからが職場環境改善のスタートです。
- 職員が働きやすく、居心地がよいと思えるような職場を目指して、やってみましょう。

A県庁：ストレス一次予防支援のための職場環境改善プログラム開発ステップ



A県版　職場ドックマニュアルの完成

- 6つの改善視点を高知県版に
- わかりやすい言葉で
- 良好事例もふんだんに紹介
- 簡単にできるステップを解説

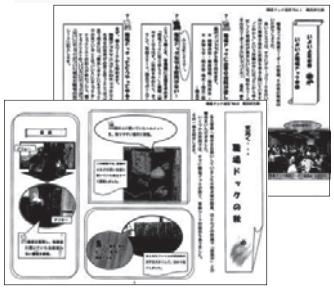
平成23年　職場ドックの取り組み全県展開

職場ドックモデル職場報告（4/25）

職場ドック推進リーダー勉強会（6/8）

職場ドッグ通信とフォローアップ

職場ドッグ通信で取り組みの応援

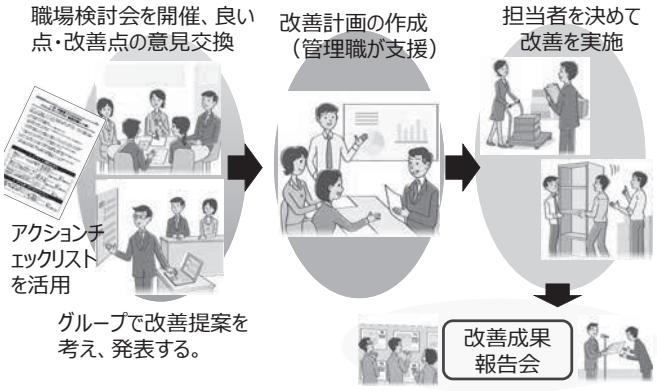


各職場から次々と改善事例があつまる

トップから表彰 職場ドック大賞

各賞	入賞	候補事例	提出事例
職場ドッグ大賞	1	各賞」から	
職場ドック特別賞	1	4	
A.「ミーティング・情報の共有化」賞	2	8	44
B.「ON/OFFのバランス」賞	2	3	8
C.「仕事のしやすさ」賞	2	9	91
D.「執務内環境の整備」賞	2	5	58
E.「職場内の相互支援」賞	2	4	11
F.「安心できる職場のしくみ」賞	2	3	16
合計	32	32	228

参加型職場環境改善を通じたメンタルヘルス対策



まとめ：「参加型職場環境改善」が達成したこと

- 職場におけるストレス予防は、職場全体が職場環境改善に取り組むことで進展すること
  →職場全体で取り組むためのトップの方針がありました
- 小さな改善をつぎにつなげてゆく継続的な取り組みが具体的成果を生んでいること
  →職場の良いところに目をつけ、ステップバイステップで
  →安全衛生委員会や職場の話合いの場面を活用しました
- 事業場におけるメンタルヘルス一次予防支援の一つとして位置づけ、保健スタッフが労使のよき支援者となっていること
  →全体方針と仕組みづくりがありました
  →職場ドッグ推進リーダーが職場の改善を支えました

職員参加型の職場環境改善がメンタルヘルスに役立つ理由

- メンバーの課題意識の共有
  - 自分の職場の職場環境に幅広く目配りします
  - 職場の良い点、改善点を全体で共有できます
- 当事者意識醸成と課題対策の実行性の向上
  - 考えを共有する場は目的意識と責任感が生まれます
  - 職場改善の「やらされ感」「やったふり」が生まれない
- 職場サポートの向上
  - 職場内のコミュニケーションや、仕事の手順が改善します
  - 職場を皆で改善していこうという、よい雰囲気を後押しします

労働者参加型の職場改善は、労働者自身の気づきを支援し、心を鍛える場面にもなり得、また、仕事を行うチームの強化につながります。

（3）ストレスチェック結果の一次予防的活用と課題

- ストレスチェック制度と環境改善
- ストレスチェック制度を活用した職場環境改善のヒント
- 一次予防へのヒント：簡便なツール活用
- まとめ

50人以上の事業場では、ストレスチェックの実施が義務に

労働安全衛生法の改正で第66条（健康診断）に新しい検査項目、面接指導等の実施義務が追加(平成26年6月25日　基発0625第4号)

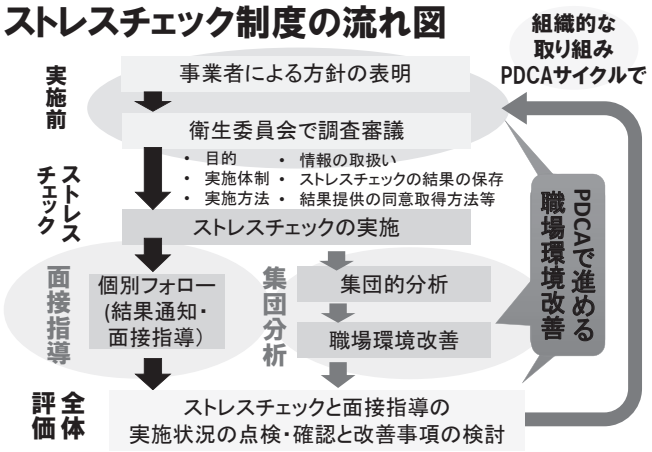
〇ストレスチェック制度 とは
労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止すること（一次予防）
〇ストレスチェック制度（※） で
・医師、保健師などによるストレスチェックの実施が義務
（従業員 50 人未満の事業場については当面の間努力義務）
・事業者は、ストレスチェックの結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、医師の意見を聴いた上で、適切な就業上の措置を講じる

※心理的な負担の程度を把握するための検査（略して、「ストレスチェック」）

（健康診断）
第六十六条　事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行なわなければならない。

（面接指導等）
第六十六条の八　←過重労働面談
（心理的な負担の程度を把握するための検査等）
第六十六条の十　←新設

ストレスチェック制度の流れ図

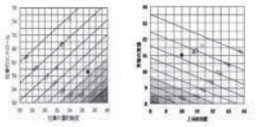


厚生労働省：ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等　資料より一部改変引用

集団的な分析の実施と職場環境改善

- 「職業性ストレス簡易調査票」を使用する場合は、「仕事のストレス判定図」を活用することを推奨
- 事業者は、産業医等と連携しつつ、集団的な分析結果を、職場における業務の改善、管理監督者向け研修の実施、衛生委員会における具体的な活用方法の検討などに活用する。
- 個人のストレスチェック結果の集団的な分析結果は、労働者の同意なく事業者が把握可能とし、実施者から事業者に提供することができる。

※ ただし、集団的な分析の単位が少人数である場合には個人が特定されるおそれがあることから、その単位が10 人を下回る場合には、分析の対象となる労働者全員の同意がない限り、集団的な分析結果を事業者に提供することは不適当。



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

- 事業者は集計・分析結果に基づき適切な措置を講ずるよう努めなければならない（省令第52条14）
- 医師、保健師、看護師もしくは心理職から措置に関する意見を聞き、または助言を受けることが望ましい（指針9の（2））
  - 助言例→環境改善の方針づくり、改善のためのきっかけづくりに
  - 助言例→モニタリングとして　毎年実施
- 集団分析結果だけでなく、管理監督者（日頃の管理）、労働者（意見聴取）、産業保健スタッフ（職場巡視）から得られた情報を勘案して職場環境を評価すると共に、勤務形態又は職場組織の見直し等の様々な観点から職場環境を改善するための必要な措置を講ずる（指針9の（2））
  - 産業保健スタッフから管理監督者に対し職場環境改善の助言
  - 管理監督者が労働者の職務内容に合わせた配慮を行う

一次予防のヒント：職場環境改善は簡便なツールを活用

■ 職場境改善に関するノウハウの活用
- 個別アプローチ（個人面談で）から集団アプローチ（負担の高い職場や組織はどこか）の視点強化
- 良好事例、改善ツールのフル活用
- 同業種間、地域間で交流

中小企業でもできる
簡便で、低コストで、
効果のあがる
参加型職場環境手法を活用

16頁からなる簡便な手引きを作成しました（2015）！
ご入用の方は吉川までご連絡を！Pdfで送ります。

yoshikawat@jnioshwork.com

ストレスチェック制度を活用した改善イニシアティブ別の職場環境改善の類型化結果（吉川ら 2016）

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	・自職場の職場環境改善を管理職が実施 ・実施内容や改善手法等は多くは管理職研修等を通じて伝達	・専門家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	・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
集団分析結果の活用方法	産業保健スタッフ等が分析結果を各職場に解説、効果評価		専門家が分析結果を活用、効果評価	小集団討議では活用不要、効果評価
改善実施職場の選定例	経営者判断選定 高ストレス職場優先	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活用は利用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（ストレス要因の管理監督者の異動等）が容易 ・費用のかかる改善の実施可能性が高まる	・管理職の役割の一つとして位置づけられているための強制力を持って実施 ・職場労働者の負担が少ない	・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	・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）
デメリット	・経営層の理念により進められ、職場ニーズとのギャップが生じる可能性 ・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（現場）ニーズとのギャップが生じる可能性	・職場の自主性が欠損 ・職場（現場）ニーズとのギャップが生じる可能性 ・外部費用の発生	・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（QC活動等）と混乱する

吉川徹、土屋政雄、吉川悦子、森口次郎、佐野友美．平成27年度分担研究「職場環境改善の工夫の検討」．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）」

ストレスチェック制度を活用した職場環境改善のヒント

- 高ストレス職場への介入方法
  「改善しろと言われることがストレス」
  - 問題職場のみに焦点を当てずに職場の良い点に注目
  - 要因分析に固執しない（分析してもわからないことが多い）
- 集団分析結果の活用法
  - きっかけや方針づくりに活用、モニタリングとしての経年変化に着目
  - 要因分析に固執しない（分析してもわからないことが多い）
- 職場環境改善に関するノウハウの活用
  - 良好事例・改善ツールのフル活用（ヒント集・MIRROR等）
  - 個別アプローチから集団アプローチへの視点強化
  - 仕組みづくり、PDCAサイクル（戦略的アプローチ）
  - チームアプローチ、ネットワーク、良好実践の交流へ

追加情報、関連書籍

資料のダウンロードは、東京大学大学院医学研究科精神保健学分野のページからダウンロードできます

EBMガイドライン、マニュアルを公開しています

メンタルヘルスのための
職場環境改善
―「職場環境改善のためのヒント集」
ですすめる チェックポイント30―

- 中央労働災害防止協会編
- B5判 ／128頁／1色刷
- 定価1,260円(本体1,200円＋税5%)
- 発行年月 20100416第1版NO.26253
- ISBN No.978-4-8059-1274-4 C3060

メンタルヘルスに役立つ
職場ドック

吉川 徹／小木 和孝編
発行日：2015年5月20日
定価：1,080円
A4判／70頁
ISBN:978-4-89760-330-8 C3047
労働科学研究所出版部

ミニまとめ(１):
ストレスチェック結果の一次予防的活用

■ 1. メンタルヘルス不調一次予防と職場環境改善
- ストレスチェック制度では、①個人向け対策(チェックと専門家への相談)、結果を活用した②働きやすい職場つくり(職場環境改善)が制度化された。
- 職場環境改善によるメンタルヘルス一次予防には科学的根拠がある

■ 2. 職場環境等の評価と改善に関する効果的なすすめ方
- 健康で元気に働きやすい職場に向けて、全員が参加する職場環境改善は、メンタルヘルスを含む一次予防中心の良い実践を目標にすることが重要
- その際、職場環境改善EBMガイドラインの活用を推奨

ミニまとめ(２):
ストレスチェック結果の一次予防的活用

3. ストレスチェック結果の一次予防的活用:課題

■ チェック結果の一人歩きへの対処

→現場ではどのように使われていて、何が困り、どのように解決しているか？

■ 職場の働き方の文化を見極めたアプローチ

キーとなるのは現場をよく知る産業保健スタッフ

→プログラム作りのノウハウの蓄積

■ 一次予防を労使に助言できる技術開発

集団討議のファシリテータ技術も含め

→厚労科研で本年も研究を継続中

グループ討議(15分)

- 実際に体験してみて感じた、いきいきワークの「良い点3つ」「改善点3つ」
- ポストイットに書き出してください。(5分)
- グループで共有して、まとめてください。(10分)
- 要点を発表してください。(5分)

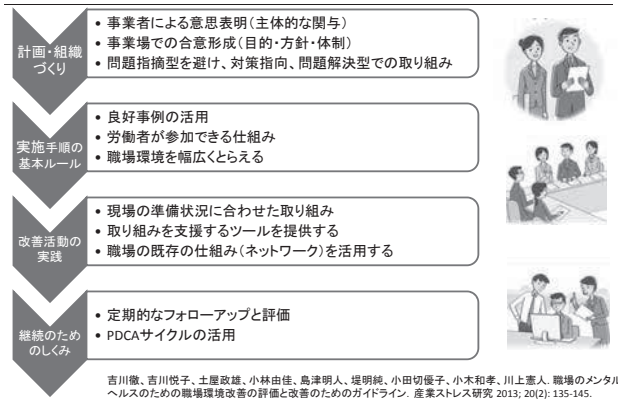
その3:
参加型職場環境改善における
ファシリテータの役割

参加型アプローチの6原則

原則	内容
①現場の良好実践に積み重ねる	すでに職場で実践されている実行可能な解決策を選択する
② 成果に焦点をあてる	シンプルな解決策に注目し、どのように改善すればよいかを提示する
③ 生産性と結び付ける	質のよい生産は、よい労働条件の中で生まれるという考え方をもつ
④ 実践して学ぶ (learning by doing)	机上での学習のみでなく、現場でのアクションを重視する
⑤ 経験の交流を奨励する	成功事例を水平展開し、成果を励みにする
⑥ 人々が直接参加する	グループワークを活用する

参加型アプローチを用いた取り組みにみられる共通特徴
- ◆ 対策指向型アプローチ(行動や解決策を重視する)
- ◆ ボトムアップアプローチ(現場のニーズや状況にマッチした内容)
- ◆ ポジティブアプローチ(良い点に焦点をあてる)
- ◆ 段階的アプローチ(少しずつのすぐにできる改善から取り組む)
- ◆ 多領域アプローチ(労働と生活を幅広い視点で見る視点をもつ)

参加型アプローチによる職場環境改善活動のステップ



吉川徹、吉川悦子、土屋政雄、小林由佳、島津明人、堤明純、小田切優子、小木和孝、川上憲人. 職場のメンタルヘルスのための職場環境改善の評価と改善のためのガイドライン. 産業ストレス研究 2013; 20(2): 135-145.

いきいき職場づくり推進専門家がもつべき技術

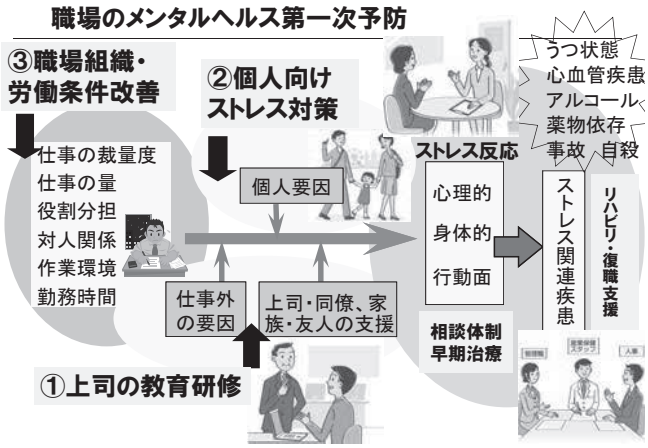
（1）心理社会的リスクアセスメントの視点を理解する

（2）ツールの理解

- ヒント集、良好事例集の活用法を学び、実践できるか？
- ストレス調査票をどのように活用する？

（3）職場改善のすすめ方の6つのヒント

（1）心理社会的リスクアセスメント視点の理解

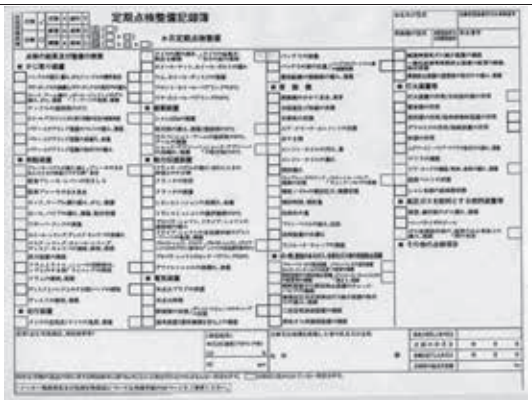


いきいき職場づくりのためのアクションチェックリスト（職場改善ヒント集）でとりあげる4つの職場環境改善領域

（2）ツールの理解

- アクションチェックリスト（ACL）とは何か
- ワークシートの活用について
- グループワークの設定

典型的なチェックリスト



点検用チェックリスト：合否判定

あなたの職場は

例：勤務スケジュールは管理者が決めている

例：80時間/月をこえて残業をしている社員がいる

例：20Kg以上の重量物の運搬作業がある

回答→　はい，いいえ　で答える

合格，失格を判定する

（基準に合うか合わないか，状態がよいか悪いか）

アクションチェックリスト（ACL）の一例

1.職員が参加するミーティングを定期的に開催し、業務のスケジュールについて確認、決定します。

この対策を提案しますか？
☑いいえ　　□はい　→□優先
備考＿＿良好事例を記入＿＿

24.業務に必要な研修やスキルアップの機会を確保するようにします。

この対策を提案しますか？
□いいえ　　☑はい　→□優先
備考＿＿対策を記入＿＿

アクションチェックリスト：対策選択

あなたの職場で，
例：作業の日程作成に参加する手順を定める(A1)
例：繁忙時やピーク作業時の勤務体制を見直す(B7)
例：物品と資材の取り扱い方法を改善する(C11)

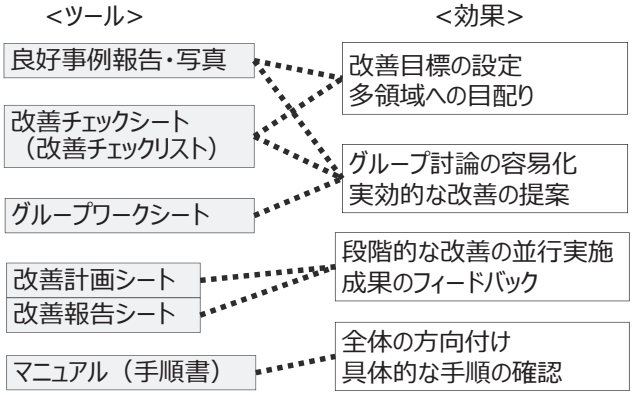
回答→「提案しない」「提案する」で答える

必要，不必要（要・不要）を選択
→　次の行動がたてやすい

点検型チェックリストとアクションチェックリスト

	点検型チェックリスト	アクションチェックリスト
チェックの目標	安全・健康で快適な職場	安全・健康で快適な職場
チェックの到達点	現状把握 （改善課題の探索、把握）	解決策の解明 （好事例の気づき、よい策思いつき）
チェック方式	合否（合格不合格）の判定	実施可能な改善策の選択
チェックリストの柔軟性	有害要因ごとの対応 基準をもとに判定	多要因を包括的に取り上げる 良い例（GP）を水平展開しやすい
チェックする人	専門家による チェックが優れる	誰もが参加できる グループワークで活用
期待されるチェック結果	改善課題のリストアップし 注意を促す 基準順守指導	当事者のオーナーシップの促進 提案は改善計画に直結 労使の自主改善を支援

参加型職場環境改善に用いるツールの効果



（3）職場改善のすすめ方の6つのヒント

1. トップダウンによる一方向な対策ではなく、参加型の対策を行う
2. スモールステップ方式により、実施可能な活動から積み上げてゆく対策を行う
3. 職場のもつ「強み」に注目し、強化する対策を行う
4. 問題追求型でなく、目標志向型の対策を行う
5. 短期的な視点だけでなく、長期的な視点を持つ
6. 個人的アプローチを併用する。

効果的なグループワークの開催準備

トップの方針表明
キーパーソンの存在

1. 研修の企画
2. 開催準備
   A）トレーニング資料と研修器材の準備
   B）グループワークしやすい会場の準備
   C）重要人物の参加促進と参加者名簿（グループ割）の作成
3. 限られた時間内でのグループワークのすすめ方の検討（ツール活用、事前課題）
4. 研修の評価とフォローアップ
   A）計画書や報告書の提出時期を明確に
   B）フォローアップ体制（相談窓口）

グループワークに用いる資料や機材を多面に工夫する

討議しやすい資料の準備:
- 当日のタイムスケジュール
- 実際の改善事例の写真や調査資料
- 改善ヒント集の大項目の一覧表
- グループ討議結果の記入用紙
- 改善計画・フォローアップシートの作成

視聴覚器材の有効利用:
- 液晶プロジェクター、書画カメラ、良好写真、ホワイトボードなどを効果的に使う、ビデオなどの活用

楽しい雰囲気づくり:
- 簡単なお茶やお菓子を用意する

成功するグループワークのための7つのヒント

- まずは良い点から討議し、それから改善点の討議
- 技術的な内容より、取り組むことができるかどうか考える(場の持ち方はその職場に合った方法で－定例会や課ごとのミーティング)
- 一般的な事項よりも具体的なアイデアを強調する
- 多面的な技術視点から低コスト改善に焦点
- 一方的な講義より、参加者の経験を交流する
- 参加者の抱える課題や弱みから始めるよりも、参加者自身の成果や強みから始める
- 参加者への助言者や討議の進行役になる

(管理職はオブザーバー的な存在で温かく見守って)

質疑応答・ディスカッション

- いきいき職場づくりのすすめるコツ？
- すすめる上で予想される困難？
- こんなとき、あんなとき、、、、

1. ストレスチェック制度とのからみ
2. 職場環境改善の位置づけ
3. グループワークの持ち方

研修の目的、ゴール

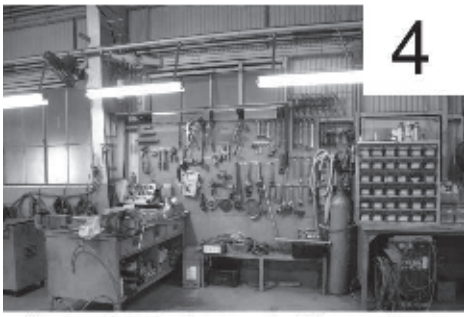
- 労働者(社員/職員等)による職場環境改善「いきいき職場づくりのワークショップ(いきいきワーク(仮称))」の支援手法を学びます
  - 「いきいきワーク」を体験します
  - 参加型職場環境改善とメンタルヘルス一次予防を学びます
  - ワークショップ支援のためのノウハウについて学びます
- いきいき職場づくり支援の計画と、予想される困難について意見をかわします
- ストレスチェック制度を念頭においた、職場環境改善の意義と具体的なすすめ方のヒントについて学びます

働きやすい職場づくりに役立った職場環境改善事例

職場で簡単な打ち合わせに使用できるスペースを確保しました

忙しい時期に備え、作業グループごとで仕事の進め方を調整しました

作業スケジュール表を活用して1週間の作業を「見える化」しました



道具置き場を使いやすく整理しました

局所照明を使い明るさを確保しました

パートの方が作業途中に休憩する場所をつくり、暖房設備を設けました

リラックスできる休憩室を設置しました

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

育児・介護など、個人の生活様式に応じた勤務条件を調整し、配慮しました

ボーリング大会・懇親会を開催し、職場内外のコミュニケーションが促進されました

仕事上の悩みや心の健康について、相談できる機会をつくりました

チェックリストを活用し、皆で職場の良い点、改善点を検討しました

平成28年度厚生労働科学研究（川上班）　分担研究者吉川徹

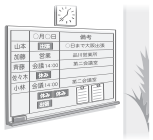
いきいき職場づくりのための アクションチェックリスト（職場環境改善ヒント集）

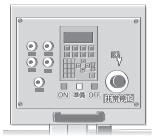
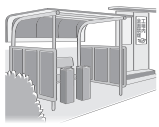
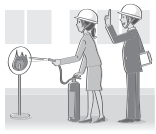
このアクションチェックリストには、働きがいのある、働きやすい、よりよい仕事にとりくめる「いきいき職場づくり」のための改善策が盛り込まれています。あなたの職場の職場環境を改善する際の参考にしてください。

―アクションチェックリストの使い方―

各チェック項目について「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	従業員が参加す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	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	残業時間の上限を決めて、残業の恒常化をなくします		提案しますか? □いいえ　□はい ➡□優先する
4	忙しい時期に備え、また休日・休暇が十分取れるように前もって業務を準備、調整します		提案しますか? □いいえ　□はい ➡□優先する
5	ローテーションの工夫、休憩時間の確保などにより、負担の大きい反復、過密、単調作業を減らします		提案しますか? □いいえ　□はい ➡□優先する

6	疲れがたまらないように勤務時間制、交代制を改善します		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
7	物品と資材の整理・整頓、取り扱い方法を改善します		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
8	表示やラベルを使い、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
9	職場レイアウトを工夫し、また、個人ごとの作業場所を仕事しやすくします		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
10	特定の個人やチームに仕事が偏らないように業務を配分するなど、チーム等で確認・決定します		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
11	作業の分担範囲を広げて一人の作業者が様々な仕事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
12	クレーム対応・緊急時対応のマニュアルを作成します		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
B　作業場環境			
13	換気設備、照明、低騒音設備で、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
14	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
15	職場の受動喫煙対策、分煙対策を進めます		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
16	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
17	災害発生時や火災などの緊急時に対応できるよう、通路を確保するなど日頃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			
18	必要な時に上司に相談したり支援を求めたりしやすいコミュニケーション環境を整備します		提案しますか？ □いいえ　□はい ➡□優先する
19	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
20	上司はえこひいきせず、思いやりをもって接します		提案しますか？ □いいえ　□はい ➡□優先する
21	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
22	仕事に対する評価として、日頃から意識的にほめたり、ねぎらったり、お礼を言ったりします		提案しますか？ □いいえ　□はい ➡□優先する
23	従業員同士がお互いを理解し助け合う雰囲気が生まれるよう、懇親の場や勉強会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
24	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			
25	個人の健康や職場内の問題、職場のパワハラ、セクハラ等につい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
26	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
27	仕事に対する適切な評価を、納得できるようなタイミングで受け取ること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
28	いろいろな立場の人（若年、高齢、女性、パート）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

29	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
30	失敗しても再チャレンジのできる雰囲気の職場にします		提案しますか？ □いいえ　□はい →□優先する
E　追加項目			
31	（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
32	（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
33	（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、職場の良い点、改善点を3つあげてください

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

役立っている良い点3つ	
	例：18　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：15　食堂を禁煙にして分煙をすすめる
	例：17　緊急時のマニュアルを作る
	1
	2
	3

作成：平成26年度厚労科研「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」

グループ討議用　ワークシート（よい点、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よい点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	あなたの職場のよい点（先進的な取り組み・工夫）	その理由
	例 18	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が良い風通しのよい縦横関係ができている
	例 16	受動喫煙防止の取り組み	完全分煙となっている
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	ミーティングの開催	月曜日に行っていた朝会を復活する
1			
2			
3			

3. 改善計画・実施報告シート

	所属名／人数	／　　人（内　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.
	改善実施期間	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	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.
	改善の評価・意見			
	コスト　参加したメンバー			
	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			

ストレスチェック制度を活用した「いきいき職場づくり（職場環境改善）」展開プロジェクト

あなたの会社・職場もいきいき職場づくりに参加してみませんか

いきいき職場づくり（職場環境改善）のねらいと利点

❶ 職場環境改善は心の健康づくり（メンタルヘルス）に有効なことが科学的に立証されています。

❷ ストレスチェック制度では努力義務とされている職場環境改善の展開を経験豊富な専門家が支援します。

❸ 皆で職場環境改善を進めると、チームワークが良くなり、生産性が向上します。

❹ しかし、どのような取り組み内容や手法がより心の健康づくりに効果があるのか知見が不足しています。本プロジェクトは職場環境改善の取り組みのプロセスにも注目し、心の健康づくりの効果を検証します。

実際のすすめ方

手順 1 参加表明
2016年6月～9月
- 担当者決定
- 職場への周知

事前調査票

手順 2 いきいきワーク（60～90分）
2016年8月～12月
- チェックリスト
- グループ討議

手順 3 改善計画の実施
2016年8月～2017年2月
- 計画に沿って実施
- 改善報告シート作成

手順 4 成果発表
2016年12月～2017年3月
- 改善事例の発表

事後調査票 1

事後調査票 2

専門家による支援

いきいきワークの実際（90分の場合）

❶ 15分 説明
- 配布資料（ツール）の確認。
- ワークの進め方の説明。

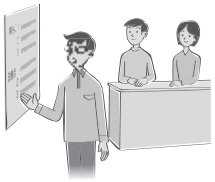
使うもの：良好事例集

❷ 15分 個人ワーク
- チェックリスト記入。

使うもの：チェックリスト

❸ 30分 グループ討議
- 職場の良い点、改善点。
- 改善計画作成。

使うもの：グループワークシート



❹ 30分 発表と総合討議

使うもの：改善計画用紙

こころの健康づくりに役立つ職場環境改善の一例

不要なファイルや書類を処分し、整理整頓をすすめました

識別しやすいボタンと表示のコントローラーへの変更

作業予定のみえる化

ボウリング大会の開催

プロジェクトへの参加条件（要件）

- 専門家支援のもと実際のすすめ方の手順 1 ～ 4 を対象職場で展開できること。
- 職場環境改善の前後（前1回・後2回）の調査に協力できること。
- ファシリテーター研修に参加できること（2016年9月実施予定）。

従業員参加型のプログラムです

職場の良い点（強み）に目を向けます

ストレス対策一次予防をねらいとしています

■本件に関する連絡先（担当者）

吉川悦子・東京有明医療大学　E-mail：hatarakiyasukusuru@gmail.com

本研究は、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）」（研究代表者：川上憲人、分担研究者：吉川徹）による助成によって実施されています。

ストレスチェック制度を活用したいきいき職場づくり（職場環境改善）展開プロジェクト

いきいき職場づくりのための職場内ワークショップ（いきいきワーク）

※本研修資料は「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）「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）」（研究代表者：川上憲人）の研究費を利用して作成されています。

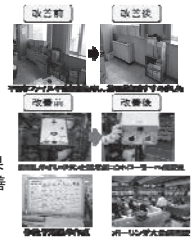
平成28年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
分担研究「職場環境改善の工夫」ワーキンググループ作成

「いきいき職場づくり」のねらいと利点

- 職場環境改善は心の健康づくり（メンタルヘルス）に有効なことが科学的に立証されています
- 皆で職場環境改善をすすめると、チームワークがよりよくなり、生産性が向上します
- 百聞は一見に如かず！まずは取り組みをはじめましょう

いきいきワークの様子

皆で検討した結果から職場環境改善の実施



いきいきワーク（60分）の実際

15分　＜導入＞
配布資料（ツール）の確認
働きやすい職場環境の視点

10分　＜個人ワーク＞
チェックリスト記入
個人用ワークシート記入

25分　＜グループ討議＞
職場の良い点、改善点

10分　発表と総合討議
今後の進め方

使うもの

良好事例集　A4用紙配布1

アクションチェックリスト　個人用ワークシート　三つ折り配布資料

グループワークシート　A0用紙記入用

改善計画・報告書

皆さんの職場は働きやすい？

働きやすい職場とは、
例えば、安全で健康に怪我なく安心して働くことができて、仕事のやりがいがあり、お互い助け合い、楽しい職場。
働きやすい職場かどうかは、メンタルヘルス（こころの健康）と大いに関連します。

従業員が働きやすく、居心地がよいと思える職場を目指して、仲間同士ですぐできる改善に取り組むのが「**参加型職場環境改善（いきいき職場づくり）**」です。

演習1：良好事例投票（写真投票）

- 良好事例投票（写真投票）（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、あなたが特に「よい」と思う事例3つに投票してください。
  - 1番よいと思う事例は桃色
  - 次によい2事例に黄色
- グループで意見交換（1人1分で発表）
  - 選んだ3つの事例とその理由

職場環境改善の大切な点

働きやすさに着目して、職場の良い点、改善点を幅広く取り上げます

すぐできる改善を提案して、職場全体で実施します。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します

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（職場改善ヒント集）でとりあげる4つの職場環境改善領域

《改善領域1》
仕事のすすめ方

例：忙しい時期に備え、また休日・休暇が十分取れるように前もって業務を準備、調整します

《改善領域2》
作業場環境

例：換気設備、照明、低騒音設備で、快適な作業環境にします

《改善領域3》
職場の人間関係・相互支援

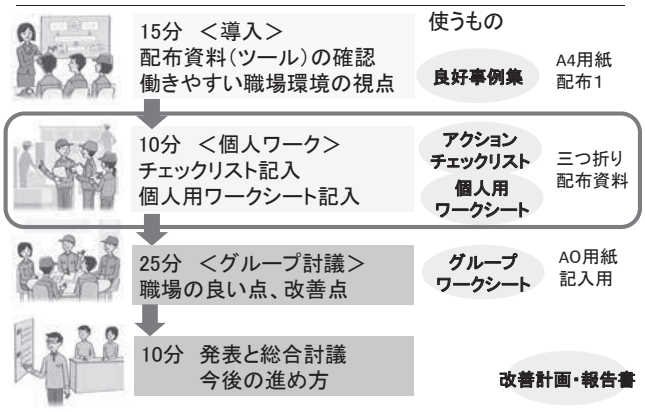
例：育児・介護休暇

例：必要な時に上司に相談したり支援を求めたりしやすいコミュニケーション環境を整備します

《改善領域4》
安心できる職場のしくみ

例：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

いきいきワーク（60分）の実際



個人ワーク（10分）

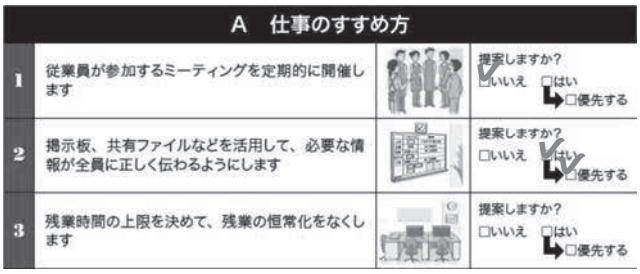
- 自分が働いている職場を振り返りながら各項目をチェックします。

アクションチェックリスト記入

↓

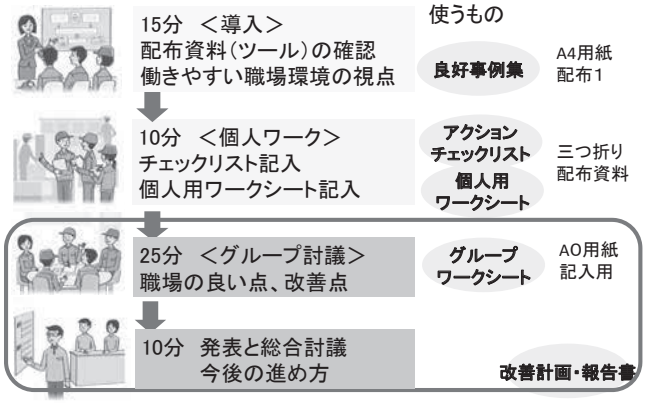
チェックリストの結果を振り返りながら、職場の良い点・改善点を3つあげる

チェックリストの使い方



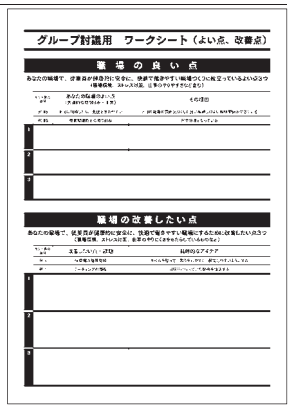
アクションチェックリストは様々な職場の働きやすい職場づくりに役立った良好実践に基づき開発されました
– ストレス対策・人間工学・環境衛生原則を採用

いきいきワーク（60分）の実際



グループ討議（25分）

- 個人ワークの結果をもとに、グループで職場の
  ①良い点3つ、
  ②改善点3つ
  を話し合います。
- 司会、書記、発表者を決めてください。
- 良い点から話しあってください。



いきいき職場づくり成功のための2つのコツ

すでに職場にある良い事例から幅広く学ぶ

- 職場で実践している幅広い改善に注目する
- 同じような職場での良好事例から学ぶ
- アイデアをアクション（改善）に結びつける

一段ずつの職場環境改善に取り組む

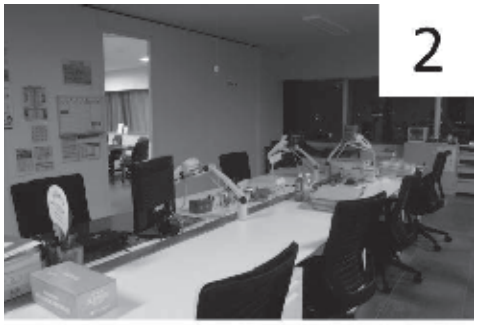
- 簡単に、手軽にできるところ、低コストの取り組みから
- 対策選択式のツールの活用ですぐにできる改善を提案
- ちいさなことからコツコツと

参加型で楽しみながらやると、アイデアが出やすくい。
管理職はオブザーバー的存在で、暖かく見守って

働きやすい職場づくりに役立った職場環境改善事例

1

皆の予定が一目でわかる行先明示板を活用します



2

定時退場日を設定し、実施します

3

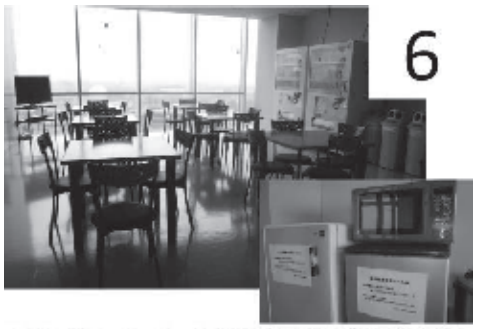
使用用途に応じた消耗品の整理保管・ラベルで表示

4

サイドテーブルを適時活用し、デスク周りの
レイアウトを改善します

5

煙の漏れない完全分煙設備を整えます



6

リフレッシュコーナーに自動販売機や冷蔵庫を備えます

7

上司にコミュニケーションがとりやすく、
相談しやすい職場内の雰囲気を保ちます

8

職場内の問題を同僚間で報告し、相談しやすいように
小会合を活用します

9

懇親の機会を工夫します
（職場レクレーション：芋ほり大会）

10

健康相談できる場や機会を設けます（健康管理室）

11

スキルアップの機会を明確にし、キャリアに役立つ教育や
チャンスを公平に確保します（社内で勉強会の開催）

12

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つ選んでください。	桃色	黄色1	黄色2

ストレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果評価に関する研究

アンケート調査用紙

この調査は、ストレスチェック制度に基づく職場環境改善の効果を評価する目的で行います。いきいき職場づくり活動の前後に同じ調査票を用いて調査を実施し、いきいき職場づくりの効果を比較します。調査票の各質問項目を読み、ご自身の状況や思いについて当てはまる項目を選ぶか、空欄に数字をご記入ください。
記入には10～15分程度の時間が必要です。

※この調査の内容は、研究者以外の者が目にすることはいっさいありません。（事業場関係者が個々の結果を見せることはありません。）

※アンケートから得られたデータは、事業場ごとあるいは調査に参加した職場ごとで、個人の結果がわからないよう、集団として解析をし、その結果を報告します。（個人を評価した結果ではありません。）

A あなた自身のことについて教えてください。

1	年齢	歳	2	性別	□男性　□女性	3	婚姻状況	□未婚　□既婚　□死別または離婚

4	最終学歴	□高校卒まで　□短大・専門学校卒　□大学卒　□大学院卒以上

あなたの職種を教えてください。

5	□ 管理職 （課長職以上の人はここをチェックしてください）	□ 生産工程従事者 （製造・加工処理業、機械組立、整備職など）
	□ 専門職・技術者 （研究職、SE、電気技術者、医師、保健師、看護師など）	□ 輸送・機械運転職 （自動車運転、建設機械運転従事者など）
	□ 事務職 （総務、人事、企画、広報、経理、秘書など）	□ 身体を使う作業の多い技能職 （包装、出荷、清掃など）
	□ 販売・営業職 （商品販売、通信・システム営業職、保険・金融営業職など）	□ その他の職種（　　）

あなたの現在の職場での勤続年数を教えてください。

6	年（1年未満の人は０と入力してください）

あなたの通常の勤務形態を教えてください。

7	□ 日勤のみ
	□ 夜勤を含む交代勤務
	□ 夜勤を含まない交代勤務
	□ 夜勤のみ

あなたの雇用形態について教えてください。

8	□ 正社員
	□ 契約社員
	□ 派遣社員
	□ パート・アルバイト
	□ その他（　　）

過去１か月間の残業時間を記入して下さい。

9	時間	※代休をとらなかった実質的な休日出勤も含めてください。 ※管理職、裁量労働の方など労働時間管理をされていない方の場合も、実質的な総労働時間を計算してお答えください。

B あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		そうだ	まあそうだ	やや違う	違う
1	非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2	時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3	一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4	かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6	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	1	2	3	4
7	からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8	自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12	私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13	私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14	私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15	私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16	仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17	働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

C 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
1	活気がわいてくる	1	2	3	4
2	元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3	生き生きする	1	2	3	4
4	怒りを感じる	1	2	3	4
5	内心腹立たしい	1	2	3	4
6	イライラしている	1	2	3	4
7	ひどく疲れた	1	2	3	4
8	へとへとだ	1	2	3	4
9	だるい	1	2	3	4
10	気がはりつめている	1	2	3	4
11	不安だ	1	2	3	4
12	落着かない	1	2	3	4
13	ゆううつだ	1	2	3	4
14	何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15	物事に集中できない	1	2	3	4
16	気分が晴れない	1	2	3	4
17	仕事が手につかない	1	2	3	4
18	悲しいと感じる	1	2	3	4
19	めまいがする	1	2	3	4
20	体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21	頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22	首筋や肩がこる	1	2	3	4
23	腰が痛い	1	2	3	4
24	目が疲れる	1	2	3	4
25	動悸や息切れがする	1	2	3	4
26	胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27	食欲がない	1	2	3	4
28	便秘や下痢をする	1	2	3	4
29	よく眠れない	1	2	3	4

D あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司	1	2	3	4
2	職場の同僚	1	2	3	4
3	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4	上司	1	2	3	4
5	職場の同僚	1	2	3	4
6	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？		非常に	かなり	多少	全くない
7	上司	1	2	3	4
8	職場の同僚	1	2	3	4
9	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

E 満足度について、最もあてはまるものに○を付けてください。

		満　足	まあ満足	やや不満足	不満足
1	仕事に満足だ	1	2	3	4
2	家庭生活に満足だ	1	2	3	4

F あなたが最も困っている体調や健康の問題は、次のなかのどれに近いですか？ 仕事に最も影響しているものを一つ選んで番号を記入してください。

1	痛みに関すること	6	肌、頭髪、美容に関すること
2	体の動きや移動に関すること	7	眼に関すること
3	きつさ・体力低下・食欲・発熱・めまい・気分不良に関すること	8	鼻に関すること
4	トイレや排せつに関すること	9	耳に関すること
5	心の健康に関すること	10	その他
		11	特に困っていることはない

番号を記入してください。

G 普段の体調の良い時と比べて、あなたは現在、仕事に関して次のどのようなことが、どのくらいありますか？ 当てはまるものに○をしてください。

		ほぼ毎日ある	週に2回以上ある	週に1回以上ある	月に1回以上ある	全くない
1	社交的に振る舞えなかった	1	2	3	4	5
2	ていねいに仕事をすることができなかった	1	2	3	4	5
3	考えがまとまらなかった	1	2	3	4	5
4	仕事を中断する回数が増えた	1	2	3	4	5
5	仕事がうまくいかないと感じた	1	2	3	4	5
6	冷静に判断することができなかった	1	2	3	4	5

H 過去12か月の間に、本当だったら休みを取ったほうが良いと思う健康状態のまま、仕事に来たことは何日間ありましたか？ 当てはまるものを選んでください。

1	□ 全くない	2	□ 1～7日	3	□ 8～14日	4	□ 15～30日	5	□ 30日以上

I 過去12か月の間に、病気や健康上の理由で合計何日間休みましたか？（年休で休んだ日数も加えてください）　当てはまるものを選んでください。

1	□ 全くない	2	□ 1～7日	3	□ 8～14日	4	□ 15～30日	5	□ 30日以上

J 過去7日間の間、おおよそ何時間あなたは働きましたか？（もし97時間以上であれば97と記入してください）

□□ 時間（00～97）

K 典型的な1週間に、あなたの雇用者はあなたに何時間働くことを期待していますか？（もし変動するようであれば平均値を推定してください）

□□ 時間（00～97）

L 過去４週間（28日間）のあなたの仕事上の経験について考えてみてください。次に提示されるそれぞれの仕事状況に対し、あなたが費やした日数を記入してください。

		日数（00〜28）
1	肉体的または精神的健康問題が理由で、勤務日（終日）を何日休みましたか？（あなた自身の健康のために休んだ日数のみを含め、誰かほかの人の健康のためのものは含めないでください）	日
2	その他の理由（休暇を含む）で勤務日（終日）を何日休みましたか？	日
3	肉体的または精神的健康問題が理由で、勤務日（一部）を何日休みましたか？（あなた自身の健康のために休んだ日数のみを含め、誰かほかの人の健康のためのものは含めないでください）	日
4	その他の理由（休暇を含む）で勤務日（一部）を何日休みましたか？	日
5	早く出社したり、遅く帰宅したり、休日出勤したりしたことが何日ありましたか？	日

M 過去４週間（28日間）の間、おおよそ何時間あなたは働きましたか？下記計算例をもとにご記入ください。

時間

過去４週間に働いた時間数の計算例

- 1週間あたり40時間を4週間＝160時間
- 1週間あたり35時間を4週間＝140時間
- 1週間あたり40時間を4週間と8時間の勤務日を2日休み＝144時間
- 1週間あたり40時間を4週間と4時間の勤務日を3日休み＝148時間
- 1週間あたり35時間を4週間と8時間の勤務日を2日休みと4時間の勤務日を3日休み＝112時間

N あなたの仕事と似た仕事において、多くの勤務者の普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？当てはまる数字に○をつけてください。

0 があなたの仕事において誰でも達成できるような仕事のパフォーマンス、
10 がもっとも優れた勤務者のパフォーマンスとした場合の 0〜10 の尺度上で。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O 同じ 0 から 10 までの尺度上で、過去1〜2年のあなたの普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？当てはまる数字に○をつけてください。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P 同じ 0 から 10 までの尺度上で、過去４週間（28日間）の間のあなたの勤務日におけるあなたの総合的なパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？当てはまる数字に○をつけてください。

最悪のパフォーマンス　　最高のパフォーマンス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

改善計画・報告シート

	所属名／人数		所属名（部署）A課　　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　B	
	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；B・C	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；D・E・F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〇をつける	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 ・〇〇の確保 ・△△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。 	

ストレスチェック制度を活用したいきいき職場づくり（職場環境改善）展開プロジェクト

いきいき職場づくりのための職場内ワークショップ（いきいきワーク）
成果発表会

※本研修資料は「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）「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）」（研究代表者：川上憲人）の研究費を利用して作成されています。

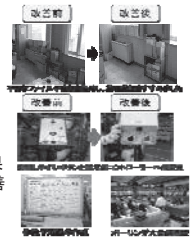
平成28年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
分担研究「職場環境改善の工夫」ワーキンググループ作成

「いきいき職場づくり」のねらいと利点

- 職場環境改善は心の健康づくり（メンタルヘルス）に有効なことが科学的に立証されています
- 皆で職場環境改善をすすめると、チームワークがよりよくなり、生産性が向上します
- 百聞は一見に如かず！まずは取り組みをはじめましょう

いきいきワークの様子

皆で検討した結果から職場環境改善の実施



職場環境改善の大切な点

働きやすさに着目して、職場の良い点、改善点を幅広く取り上げます

すぐできる改善を提案して、職場全体で実施します。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します

いきいきワーク（60分）の実際

15分　＜導入＞
配布資料（ツール）の確認
働きやすい職場環境の視点

10分　＜個人ワーク＞
チェックリスト記入
個人用ワークシート記入

25分　＜グループ討議＞
職場の良い点、改善点

10分　発表と総合討議
今後の進め方

使うもの

良好事例集	A4用紙 配布1
アクションチェックリスト 個人用ワークシート	三つ折り 配布資料
グループワークシート	A0用紙 記入用
改善計画・報告書	

グループ討議（20分）

- いきいきワークに取り組んでよかったこと　3つ
- 今後取り組みを継続するために大切にしたいこと　3つ
- 司会、書記、発表者を決め、グループで話し合ってそれぞれ3つに絞ってください。

5

ストレスチェック制度を活用したいきいき職場づくり
（職場環境改善）展開プロジェクト

いきいき職場づくり成果発表会

A課

6

わいわいワークでの主な意見

職場の良い点

①同僚、上司とコミュニケーションがとれる
②行先掲示板
③上司へのコミュニケーション、
　相談を求めやすい
④ミーティングが定期的に開催されている
⑤分煙、快適な休憩室を確保している
⑥コミュニケーションがとれている
⑦最適なレイアウト
⑧定期的なミーティングを通した情報共有

職場の改善したい点

①作業分担、多能工化
②緊急時担当者不在による対応困難
③整理整頓
④ドライブ内の共有フォルダ活用の仕方
⑤作業の分担範囲を広げる
⑥日ごろから意識的に
　ねぎらいの声をかける
⑦マニュアルの整備
⑧職場レイアウトの明示

計画①

- 使用物品の整理整頓

計画②

- マニュアル(仮）の作成

《改善計画①》
使用物品の整理整頓

《改善を実施する背景や目的》

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

改善内容

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

成果・感想

- 整理整頓する事によって、場所も確認することが出来た。
- 不要・必要なものが分かった。
- 保管場所が明示されているので
「〇〇は何処にあるか？」と聞かれることが減った。
- 在庫管理が明確になった。
- 保管場所が、引き出し式になった為、取り出しやすくなった。

備品類は、皆で使用するものですので、各人が管理者という意識を持ち、
今後もこの状態を維持できるよう皆で管理をお願いする。

《改善計画②》

《改善を実施する背景や目的》

背景：①問合せ内容に応じたマニュアル作成が必要ではないか
②担当者が不在の時に応対出来ない事による
従業員サービス低下につながるのではないか

目的：担当者不在などで対応できないことを少なくする為に
ファーストエイドが出来るようなマニュアルを作成する

改善内容

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

成果・感想

・マニュアルを作成する事により、問い合わせや担当者不在時の対応が可能となった。

・部内への周知が不足している
→今後、職場の掲示板等にマニュアルを設置する

**担当者が不在や問合せがあった時には、
マニュアルを見て対応をお願いします。**

グループ討議（10～15分）

- いきいきワークに取り組んでよかったこと　3つ
- 今後取り組みを継続するために大切にしたいこと　3つ
- 司会、書記、発表者を決め、グループで話し合ってそれぞれ3つに絞ってください。

いきいき職場づくり成功のための2つのコツ

すでに職場にある良い事例から幅広く学ぶ

- 職場で実践している幅広い改善に注目する
- 同じような職場での良好事例から学ぶ
- アイデアをアクション（改善）に結びつける

一段ずつの職場環境改善に取り組む

- 簡単に、手軽にできるところ、低コストの取り組みから
- 対策選択式のツールの活用ですぐにできる改善を提案
- ちいさなことからコツコツと

***参加型で楽しみながらやると、アイデアが出やすくい。
管理職はオブザーバー的存在で、暖かく見守って***

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

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（産業医科大学　産業生態科学研究所産業精神保健学教室　助教）
江口　尚（北里大学医学部　公衆衛生学　助教）
小田切優子（東京医科大学　公衆衛生学　講師）
福田 洋（順天堂大学医学部 総合診療科　准教授）
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）

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る。第２年度に当たる平成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 年間の前向きで検討した。研究１では、一部上場企業の金融業において 2015 年 7～8 月にかけて実施されたストレスチェック受検者 14718 人（男性 7356 人、女性 7362 人）を解析の対象とした。厚生労働省が示す各質問項目への回答の点数を単純に合計して得られる評価判定で高ストレス者となるものが追跡期間中に 1 ヶ月以上休業するリスクを検討した。1519 人（10.3%）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 ヶ月以上の休業を開始した者は 69 人（受検者全体の 0.5%）であった。高ストレス者から 21 人（高ストレス者中 1.4%）、高ストレス者以外の 13199 人から 48 人（非高ストレス者中 0.4%）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。非高ストレス者に比して高ストレス者が休業開始者となる相対危険を年齢、職種、職位、事後面談の有無を調整したハザード比（95%信頼区間）で求めたところ、男性 6.59 (3.04–14.25)、女性 2.77 (1.32–5.83)であった。対応する集団寄与危険割合は、それぞれ 23.8% (10.3–42.6)、21.0% (4.6–42.1)であった。疾病休業の発生はストレスチェック後 9 か月くらいまで続き、ストレスチェック後早期の介入の妥当性が示唆された。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及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。研究２では、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）を解析の対象とした。厚生労働省が示す各質問項目への回答の点数を単純に合計して得られる評価判定で高ストレス者となるものが追跡期間中に 1 週間以上休業するリスクを検討した。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、1 週間以上の休業を開始した者は 11 人（受検者全体の 0.09%）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。非高ストレス者に比して高ストレス者が休業開始者となる相対危険を年齢、性別、職種、職位を調整したオッズ比（95%信頼区間）で求めたところ、

7.51 (2.22–25.33)であった。男女別では、男性 6.73 (1.57–28.89)、女性 17.06 (1.38–211.23)で、休職者の少なかった女性では信頼区間がかなり広くなった。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。高ストレス者の頻度、休業に及ぼす影響及び集団に対するインパクトは、それぞれの事業場において差異があるものの、高ストレスによる休業のリスクは統計学的に有意であり、休業者の一定部分を高ストレスが説明することが明らかとなった。ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される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。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、休業者の数が少ないことにより傷病別の解析も不可能であった。今後、より頑健なエビデンスを創出するためにデータを蓄積していく。

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及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及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、これら調査票を用いたメンタルヘルス不調に関するスクリーニング機能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、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及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 年間の前向きで検討した。

B. 研究方法

1. 一部上場企業（金融業）における解析

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 1 の 1））。仕事の要求度、コントロール、サポート及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

性別、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）及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及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（表２）。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－マイヤープロットを描いた。

サブ解析

平成 27 年度の解析において、スクリーニング陽性者の割合が増え陽性反応的中度を犠牲にするものの、ストレス反応のカットオフポイント（表１の 1）におけるクライテリア A）を 10 ポイント、ストレス要因のカットオフポイント（表１の 1）におけるクライテリア B）を 20 ポイント程度下げると、感度と特異度の組合せからは最適なスクリーニングができることが示されていた。さらに、ストレス反応のカットオフポイント（表１の 1）におけるクライテリア A）を 90 程度までに引き上げて、スクリーニング陽性者を絞り込むことで、尤度比が上昇することを示した（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１の 2））及び素点換算表を用いて抽出した高ストレス者（表１の 3））とも、リスク評価を比較した。本解析では、男性の高ストレス者の頻度が少なかったため、男女ともで解析し、性、年齢調整後及び性、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。

すべての解析には、IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA）を用いた。

2. 一部上場企業（製造業）における解析

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（表６）。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、サポート及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

性別、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）及び雇用形態（正社員、その他）を人事記録及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（表６）。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。

解析には、IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 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. 一部上場企業（金融業）における解析

表１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、販売及び顧客対応に従事し、担当者及び嘱託職員は、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３）。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（図１）。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－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２）。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。

サブ解析

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４に示す。

クライテリア A 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及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５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。

2. 一部上場企業（製造業）における解析

表６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。

性別、年齢、勤続年数、職種及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、職種及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。

D. 考察

1. 一部上場企業（金融業）における解析

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（図１）。カプラン－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。

サブ解析

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 A 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及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。

2. 一部上場企業（製造業）における解析

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。

本研究では、女性における休業の発症数が少なく、リスクの推計値の信頼性が低いため、以後、男女一緒に行った解析で考察する。この集団では、高ストレス者と判定される者の頻度は、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。

研究１、２の限界

両研究ともに、いくつか限界がある。比較的大規模な対象集団であるが、障害別の解析は困難であった。とくに研究２では、休業者が少なく安定した推計を行うことが困難であった。単独職種である対象集団は、代表的な労働者集団とは言えず一般化は困難である。今回、検討ができなかった労働時間やワーク・ファミリーコンフリクトなどの検討も必要である。

E. 結論

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、疾病休業のリスクが有意に増加する。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。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、休業者の数が少ないことにより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。

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. ストレスチェックを活かす－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.

2) 堤　明純. 職業性ストレス研究のトピックス－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.

3) 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.
4) 堤　明純.職業性ストレスによるメンタルヘルス不調の男女差. 丸山総一郎編. 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア. 印刷中
5) 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. 印刷中
6) 堤　明純. メンタルヘルス不調と検査. 臨床検査 印刷中
7) 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.
8) Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? JOH. Submitted

2. 学会発表
1) 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
2) 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
3) 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１３ 2016年5月27日，福島
4) 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
5) 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
6) 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
7) 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
8) 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
9) 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
10) 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
11) 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

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.

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.

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

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.

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

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.

表１．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）

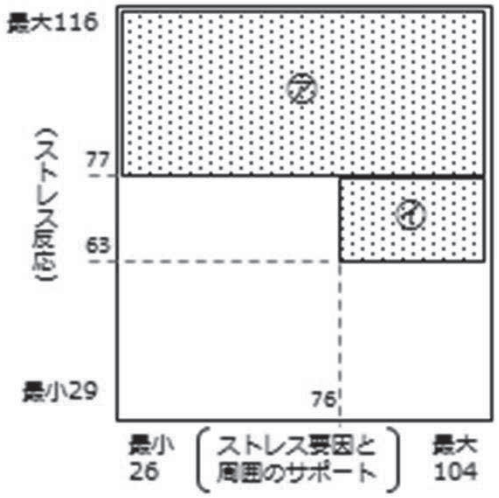
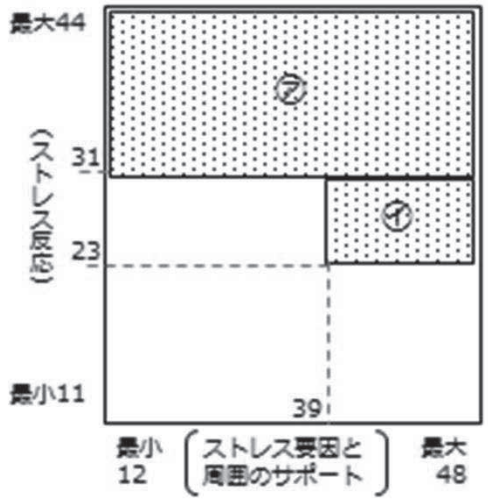
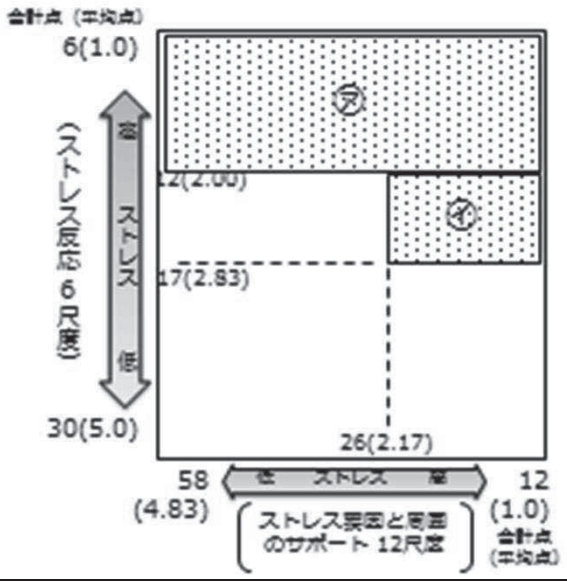
1) 職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下の A)または B）のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（29 項目）の合計点数（ストレスが高い方が 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点数が 77 点以上である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（17 項目）及び「周囲のサポート」（9 項目）の合計点数（ストレスが高い方を 4 点、低い方を 1 点とする）を算出し、合計点が 76 点以上であって、かつ、「心身のストレス反応」の合計点数が 63 点以上である者を高ストレスとする。	
2) 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）及び「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）及び「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。	

表２．研究１における対象者の属性

	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３. 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４．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A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B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A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５．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６．研究２における対象者の属性

	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７．研究２における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週間以上休業発症の関係（多重ロジスティックモデルによる解析）、オッズ比および95%信頼区間

	年齢調整後オッズ比（95%信頼区間）*	年齢、勤続年数、職種、雇用形態調整後オッズ比（95%信頼区間）*
全体		
高ストレス	7.85 (2.24-26.31)	7.51 (2.22-25.33)
その他（基準）	1.00	1.00
男性		
高ストレス	6.10 (1.25-24.97)	6.73 (1.57-28.89)
その他（基準）	1.00	1.00
女性		
高ストレス	15.75 (1.49-341.22)	17.06 (1.38-211.23)
その他（基準）	1.00	1.00

* 全体の解析では性別も調整

図１ 集団寄与危険割合
(HR-1)*p/[1+(HR-1)*p]

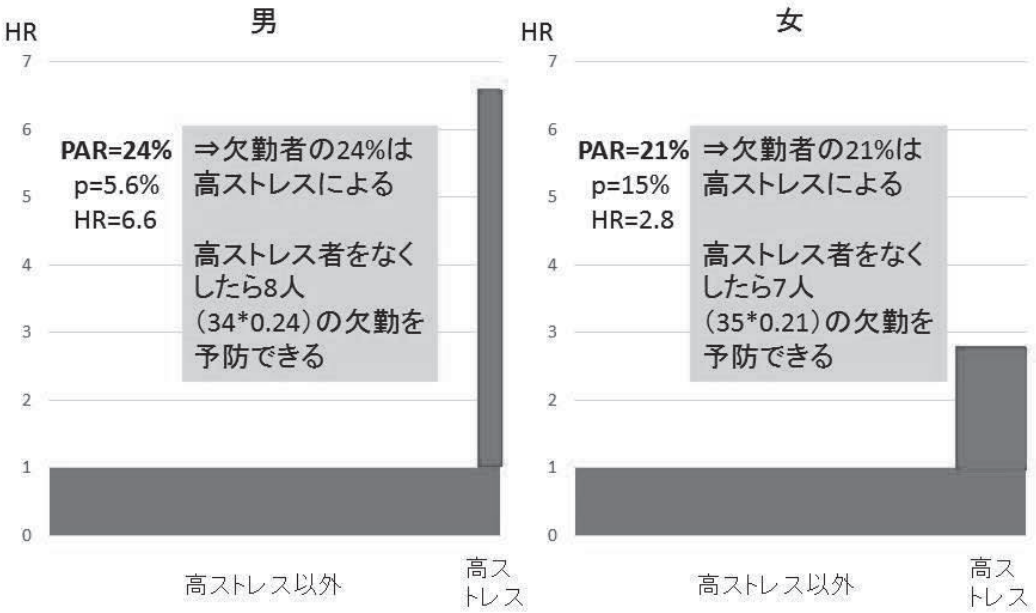
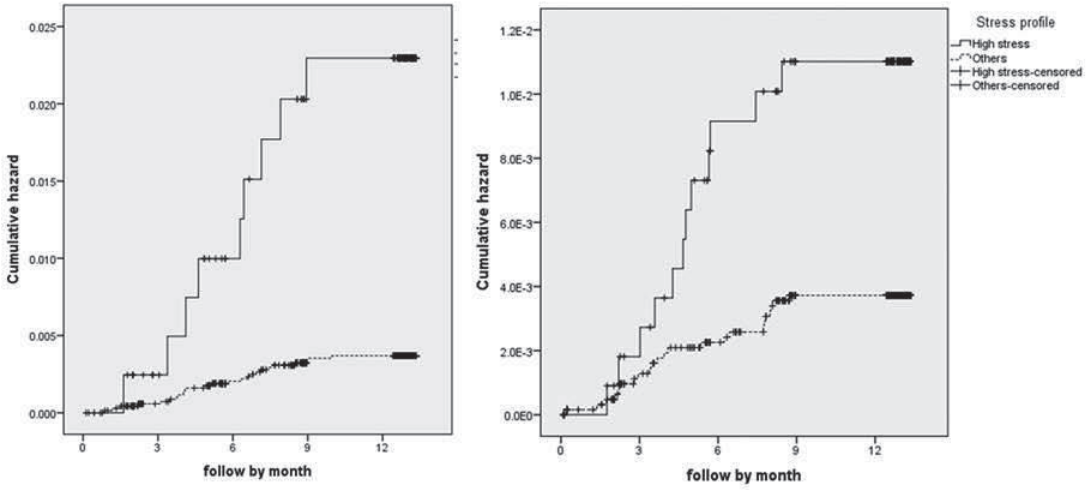


図２ ストレスチェックプログラムによる高ストレス者とそれ以外の者（左男、右女）の1年間追跡における1ヶ月疾病休業の蓄積ハザード比



厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担平成 28 年度終了報告書

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　新居　智恵　株式会社ジェイティビーJ スクエア中央健康推進室・産業医
伊藤　正人
井上　彰臣　産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・助教
大崎　陽平　ヘルスデザイン株式会社・代表取締役
竹田　透　労働衛生コンサルタント事務所オークス・所長
塚本　浩二　東京ガス株式会社安全健康・福利室・統括産業医
豊川　彰博　豊川産業医事務所・所長
西埜植秀直　にしのうえ産業医事務所・所長
萩原　聡　萩原労働衛生コンサルタント事務所・代表
林　剛司　日立健康管理センタ・センタ長
浜口　伝博　ファームアンドブレイン(有)・代表取締役社長
濵田　千雅　大阪ガス株式会社人事部健康開発センター・副統括産業医
宮本　俊明　新日鐵住金株式会社君津製鐵所安全健康室・上席主幹
森田　哲也　株式会社リコーH&S 統括部・統括産業医
森本　英樹　森本産業医事務所・所長
鎗田圭一郎　鎗田労働衛生コンサルタント事務所・所長

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（マニュアル）を作成することである。

2 年目にあたる平成 28 年度は、まずストレスチェック制度施行後約 1 年を経過した時点での同制度の実施状況に関して、産業保健活動を主たる業務としている医師を対象とした Web 調査を行った。次に、その粗集計を資料として、現在産業保健業務に従事し、また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。さらに、同調査結果をもとに、Web 調査結果の追加分析を行った。以上から得られた結果と平成 27 年度の本研究の成果をもとに、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を作成した。

A. 研究目的

2015 年 12 月に施行となった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および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、「医師面接」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検討することを目的とする。

医師面接では、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医師面接は、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、医師面接には、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、平成27年度（昨年度）から開始した本研究では、医師面接のあり方に関して、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。

本年度の研究では、産業保健活動が比較的活発に行われていると考えられる事業場におけるストレスチェック制度の初年度の取り組み状況を調査し、その結果をグループ討議による聴き取り調査等によって詳細に分析するとともに、昨年度の本研究で得られた知見と併せ、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（マニュアル)の骨子を作成することを目的とした。

B. 研究方法

1)産業保健活動に従事する医師を対象としたWeb調査

平成28年11月中旬から12月上旬にかけて、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、電子メールによって調査への参加を要請した。調査はすべてWeb上で行われた。匿名による回答形式としたが、希望者には調査の集計結果を送付することとし、そのために任意の ID 番号の記入を求めた。ID番号は、記入した参加医師本人が、本研究の研究協力者に郵送等で連絡することとし、研究分担者にはその情報が伝わらないようにした。また、ID番号を受け取った研究協力者は、調査結果の分析には一切関与せず、これらによって、調査の集計結果を希望した参加者については連結可能匿名性が保たれた。

調査の主な内容は、以下の通りである。

・医師面接の対象者の選定と勧奨
・医師面接の枠組み
・医師面接の内容
・医師面接の結果処理
・医師面接後のフォローアップ

研究結果報告書の末尾に、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 Web 調査の粗集計の結果を資料に用いて、4～6 名の 3 グループによるグループ討議による聞き取り調査を行った。参加者はすべて、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である。

地域性も考慮し、関東（主として首都圏）地区 2 グループ（A、B グループ）、関西地区 1 グループ（C グループ）とした。

・A グループ：現在、専属（常勤）産業医として就業している医師で、総括産業医あるいはそれに準じるような活動も行っている医師 5 名

・B グループ：現在、労働衛生コンサルタント事務所を開業するなどして、主として小～中規模事業場の産業保健活動に従事している医師 4 名

・C グループ：常勤産業医として就業するほか、小～中規模事業場の産業保健活動に関与している医師および働衛生コンサルタント事務所を開業するなどして、主として小～中規模事業場の産業保健活動に従事している医師計 6 名

いずれの医師も、専属（常勤）産業医の経験を有していた。

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、Web 調査の結果に沿って、上記の 5 つのフェーズに分けて、取り組みを整理した。

各討議時間は、Web 調査の説明を含め、約 2 時間とした。

3) Web 調査結果の追加分析

2)のグループ討議による聞き取り調査において、実施することが望ましいと提案された Web 調査の結果の追加分析を実施した。

4) ガイドラインの骨子の作成

上記 1) ～3) によって得られた結果および平成 27 年度の本研究の成果をもとにして、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。

（倫理面への配慮）

Web 調査は、上述したように、匿名により実施した。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。

本研究は、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)産業保健活動に従事する医師を対象とした Web 調査

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。

各問いの回答結果（粗集計）を表 1〜21 に示した。

回答者の産業医としての経験は、5 年以上 10 年未満が多かったが、幅広く分布していた（表 1)。対象事業場の業種は製造業が約 70%を占めていた(表 2)。従業員規模は、1000 人以上が約 3／4 であった（表 3)。

ストレスチェック制度の実施状況は、3／4 がすでに初回を完了しており、開始していない事業場はなかった（表 4)。

ストレスチェックの項目については、約 2／3 が職業性ストレス簡易調査票(57 項目版）を使用しており、同票の短縮版の使用は少なかった（表 5)。

医師面接の勧奨対象（以下、「高ストレス者」と記す）の選定には、厚生労働省が示している 2 種類の基準のうち、「その 1」が多く使用されていた（表 6)。面談を併用している例は少なく、面談によって高ストレス者が増加している例は皆無だった（表 6、7)

高ストレス者の割合は、10%程度までが 90%以上を占めた（表 8)。

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（表 9)。医師面接を担当した者は、95%以上が産業医であった（表 10)。

対象者ひとり当たりの医師面接の回数は、約 3／4 が 1 回で、約 20%は対象者によって複数回実施することもあった（表 11)。

医師面接に要する時間は、30 分程度が最多で、30〜60 分で 85%以上を占めていた（表 12)。

医師面接の内容は、「『確認』が主」が半数近くを占め。「『指導』が主」は少なかった（表 13)。

医師面接において心理的な負担の程度を確認するための手段としては、「抑うつ関連の構造化面接」が過半数であり、次いで抑うつ関連の質問票が 3 割と多かった(表 14)。

既往歴、自覚症状。生活習慣の確認方法については、いずれも特定のチェックリスト類等は用いていなかった（表 15)。

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（表 16)。最終的に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も同様であった（表 17)。

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。30%以上も 5%弱みられた（表 18)。

医師面接において助言をした（あるいはする予定の）事項は、多い順に睡眠、周囲への相談、休養（以上、70%以上)、考え方の工夫、うつ病のサインについての情報提

供、行動の工夫、飲酒（以上、50%以上）であった（表 20）

医師面接に関する報告書・意見書の書式については､厚生労働省が｢長時間労働者、高ストレス者の面接指導に関する報告書・意見書作成マニュアル｣で示している書式以外のものを使用しているところが半数であった。

2）グループ討議形式による聞き取り調査

3 グループのグループ討議による聞き取り調査の結果を併せ、表 22 にまとめた。

3）Web 調査結果の追加分析

上記聞き取り調査の結果、必要であると考えられた追加分析の結果を表 6-2、9-2、10-2、15-2、15-3、17-2、17-3、18-2、18-3 に示した。

医師面接実施率の高い事業場では、概ね「高ストレス者」の割合が低く、医師面接の対象者は実数としては多くないことがうかがえた（表 9-2）。

最終的に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を事業場規模別に比較したが、明らかな差異はみられなかった（表 17-2）。医師面接の実施者の割合別では、その割合が高い事業場では、就業上の配慮や職場改善を求めた割合が低かった（表 17-3）。就業上の配慮や職場改善を求めた者の実数は少ないと推測された。

4）ガイドラインの骨子の作成

ガイドラインの構成要素（章立て）およびそのそれぞれに含まれるべき事項を表 23 に示した。

D. 考察

今回、調査の対象を、産業保健を主たる業務にしている医師にしたのは、以下の 3 つの理由による。

・比較的高い回収率が見込まれるため

・ストレスチェック制度施行初年度であるが、確実に実施していることが見込まれるため

・当面のストレスチェック制度の実施のあり方を検討する上で参考になると考えられるため

ストレスチェック制度の実施状況の実態を知る上では、偏った対象と言えようが、こうした意図から、調査対象を定めた。しかし、彼らは産業保健に関する情報交換のネットワークでつながっており、ストレスチェック制度に関しても、その進め方などについて、情報共有がなされている可能性がある。本調査の結果を解釈する際には、そのことにも留意が必要かもしれない。

分析対象となった 99 名の医師の産業医の経験年数にはばらつきがみられたが、事業場規模および業種には強い偏りが生じていた。今回の結果をもとに、ガイドライン

を作成し、それを汎用性の高いものにするためには、小規模事業場や製造業以外の業種においても活用できるかどうかの検討が必要であろう。

ストレスチェックに用いる質問紙は、現在のところ、職業制ストレス簡易調査票(57項目版）が妥当であると考えられ、これを使用することを前提として、ガイドラインを構成することとした。他の質問紙、特にメンタルヘルスサービスを提供する業者の質問紙の中には、拾い上げる割合は同等であっても、職業性ストレス簡易調査票とはかなり異なる者を高ストレス者と判定するものがある点には注意が必要であろう。

高ストレス者の選定には、質問紙に加えて面談等を行い、その結果も参考にすることができることになっているが、その場合には面談等を絞り込むための参考にするのが一般的と考えられた。例えば、すでに精神障害で通院し、産業保健スタッフがフォローアップしている者を除外する場合、緊急性が高い例をストレスチェック制度の流れからは外して、別の管理・支援の枠に入れる場合などが考えられる。ストレスチェックと同時期に多人数に面談等を行い、ストレスチェックでは高ストレスと判断されなくとも、面談等でメンタルヘルス不調のリスクが高まっている者を発見した場合には医師面接に導入するといった取り組みにより、高ストレス者を増やすことも可能ではあるが、あえてストレスチェック制度の枠内に入れる必要性について議論がなされなければなるまい。

高ストレス者はストレスチェック受検者の 5～10%が多く、そのうち実際に医師面接を受けた者は 10%以下が大半であることから、医師面接を受けた者はストレスチェック受検者の 1%に満たない事業場が多いと推測された。医師面接の勧奨の仕方にもよるが、この程度を医師面接対象者数として想定することができるであろう。また、簡単な勧奨によって医師面接を希望した労働者に対しては、何らかの大きな困難を抱えている可能性があり、その理由を詳細に確認するべきである。

医師面接の希望者の多寡は、当該事業場の日頃の産業保健活動あるいはメンタルヘルス対策の推進程度にもよると考えられた。それらが活発な事業場では、個人情報保護などに関して、すでに安心感が得られているため、希望者が多く出る可能性があるが、他方ですでに個別相談などの機会が十分に提供されていれば、あえてストレスチェック制度の枠内の相談を希望する必要性があまり感じられないかもしれない。逆に、これまで類似の活動がほとんど行われてこなかった事業場では、医師面接が新鮮に感じられその有益性を期待して希望する者が多くなると予想することもできよう。

医師面接の内容において、「指導」よりも

「確認」が多かったのは、実施マニュアルでもその手続きが詳細に記されている影響によるとも考えられるが、医師面接がメンタルヘルス不調の二次予防の一部を担い、「確認」の確実な実施が、事業者責任（事業者の安全配慮義務）、産業医の責任を履行することにつながるという見方がもとになっている面が強いであろう。前述したように、ストレスチェック制度の主な狙いは、メンタルヘルス不調の第一次予防であるが、医師面接はその二次予防に該当する要素も含めて構築する必要がある。しかし、医師面接における精神障害の疾病性の評価が、精神科専門医水準まで要求されるものではないことは言うまでもない。ストレスチェック制度の主旨および同制度が職場のメンタルヘルス対策のあくまで一部であることを鑑みるならば、疾病性の高い例は、他の取り組み（管理監督者による部下管理、産業保健スタッフによる随時の健康相談、健康診断など）で把握され、対応されているべきだからである。理想論を述べるならば、疾病性、事例性が強い例は、他のメンタルヘルス対策ですべて対応され、ストレスチェック制度の医師面接では、1 例も同定されないのが本来の形であろう。したがって、ストレスチェック制度のあり方、推進を検討することは、他のメンタルヘルス対策の具体的活動をふり返り、強化していく議論につながるはずである。

ひとりの医師面接に費やす時間は、産業医の業務時間および他の産業保健活動などによって、大きく左右されるが、30 分プラス書類の記述時間というところが最低限の標準としてあげられよう。対象者が物足りなさを感じないような配慮も望まれる。

医師面接で心理的な負担の状況の確認に用いられている方法としては、抑うつ関連の構造化面接、質問票が多かった。「実施マニュアル」でも抑うつ関連の構造化面接が紹介されており、それを実施することは妥当であると考えられた。抑うつ関連以外の調査の頻度が低かったのは、時間的制約によるものと推察される。なお、構造化面接は効率的な手法であるが、医師面接では開かれた質問（オープンクエスチョン）を併用するほうが、対象者の状態を知るには有用である。また、日頃から健康相談などで当該事業場の多くの労働者と接していると、それとの比較から、対象者の問題の大きさが推測しやすくなるであろう。

既往歴、自覚症状、生活習慣の聴取にあたっては、特定のチェックリスト類を使用しているところは少なかった。時間的な制約によるものと考えられるが、これらは健康診断などの既存の情報で補うことが可能である。最低限確認していくことは決めていく必要もある。

医師面接の結果、就業上の配慮や職場改善を上司、人事などに求めることになった

例数（実数）は少なかった。今回調査の対象となった事業場は、すでに高い水準の産業保健活動が行われている割合が高く、前述したように、そのような事業場では疾病性、事例性の強い例はすでに対応がなされているためであるとも考えられた。また、医師面接の担当医が、一度の医師面接で就業上の配慮や職場改善の要請を確定させるというのは現実的でなく、繰り返しの面接や上司、人事との連携が必須であろう。それらをストレスチェック制度の枠内に入れて対応するのか否かは､他の事情も考慮し、望ましい方を選択すればよいであろうが、枠外で行う場合には、ストレスチェック制度の医師面接として実施したことの範囲を明確にしておくべきである。

同様に、医師面接の結果、精神科あるいは心療内科の専門医を勧奨する例も実数は多くないと考えられる。専門医の勧奨にあたって、特定の医師（医療機関）を勧める場合には、1 か所に限定するのではなく、複数の選択肢を示したほうがよい。

保健指導の内容としては、睡眠、周囲への相談、休養、考え方の工夫（認知行動的アプローチ)､うつ病などのサインについての情報提供などが一般的であるが、問題を絞り込むこと、導入部分のみを扱い、その後の個別フォローアップにつないだり、集団教育を実施したりするという対応も考慮すべきである。

報告書・意見書の書式については、厚労省から示されているものを用いてもよいが、それ以外の書式のほうが記入しやすい場合もあるかもしれない。事業場内で取り決めた書式を使用する選択肢もあろう。

E. まとめ

Web 調査によって、比較的産業保健活動が活発であると考えられる事業場において、初年度のストレスチェック制度がどのように実施されたかを調査した。また、産業保健活動の経験が豊富な医師に対する聞き取り調査によって、その結果を深掘りし、それらと平成 27 年度の本研究の成果を併せて、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。

次年度は、さらなる調査および既存の資料などによって肉付けし、このガイドラインを完成させる。

F. 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

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. 産業医としての経験年数

	例数	%
5 年未満	17	17.2
5 年以上 10 年未満	42	42.4
11 年以上 15 年未満	28	28.3
15 年以上	12	12.1

表 2. 事業場の業種

	例数	%
建設業	1	1.0
製造業	68	68.7
情報通信	6	6.1
運輸業	4	4.0
卸売・小売業	7	7.1
金融・保険業	3	3.0
医療・福祉	2	2.0
サービス業	4	4.0
その他	4	4.0

表 3. 事業場の従業員規模

	例数	%
300 人未満	4	4.0
300 人以上 500 人未満	8	8.1
500 人以上 1000 人未満	12	12.1
1000 人以上 3000 人未満	39	39.4
3000 人以上	36	36.4

表 4. ストレスチェック制度の実施状況

	例数	%
実施した	74	74.7
まだ開始していない	0	0.0
実施中である	25	25.3

表 5. ストレスチェックに用いる質問票

	例数	%
職業性ストレス簡易調査票（57 項目版）	65	65.7
職業性ストレス簡易調査票短縮版（23 項目版）	3	3.0
上記以外	31	31.3

表 6. 高ストレス者の判定

	例数	%
厚生労働省基準その 1	32	43.2
厚生労働省基準その 2	14	18.9
厚生労働省基準に面談を併用	5	6.8
上記以外	23	31.1

表 7. 面談の併用による高ストレス者の増減

	例数	%
多くなった	0	0
少なくなった	3	60.0
変わらなかった	2	40.0

表 8. 高ストレス者の割合

	例数	%	有効%
5%	26	35.1	36.1
10%	39	52.7	54.2
15%	6	8.1	8.3
20%	1	1.4	1.4
25%	0	0	0
30%	0	0	0
35%	0	0	0
40%	0	0	0
不明	2	2.7	

表 9. 医師面接を受けた者の割合

	例数	%	有効%
1%	32	43.2	45.1
5%	13	17.6	18.3
10%	17	23.0	23.9
15%	3	4.1	4.2
20%	2	2.7	2.8
25%	2	2.7	2.8
30%	0	0	0
35%	0	0	0
40%	1	1.4	1.4
45%	0	0	0.0
50%	1	1.4	1.4
不明	3	4.1	

表 10. 医師面接を担当した(する)医師

	例数	%	有効%
産業医	91	91.9	95.8
産業医以外の精神科医・心療内科医	3	3.0	3.2
上記以外	1	1.0	1.1
不明	4	4.0	

表 11. 医師面接の回数

	例数	%	有効%
1 回	72	72.7	75.8
2 回	3	3.0	3.2
3 回	0	0	0
人によって異なる	20	20.2	21.1
不明	4	4.0	

表 12. 医師面接の時間

	例数	%	有効%
15 分程度	6	6.1	6.3
30 分程度	46	46.5	48.4
45 分程度	21	21.2	22.1
60 分程度	18	18.2	18.9
75 分程度	1	1.0	1.1
90 分程度	3	3.0	3.2
不明	4	4.0	

表 13. 医師面接の内容

	例数	%	有効%
「確認」が主	47	47.5	49.5
「指導」が主	4	4.0	4.2
「確認」と「指導」」が同程度	44	44.4	46.3
不明	4	4.0	

表 14. 心理的負担の評価方法

	例数	%
抑うつ関連の質問票	30	30.3
抑うつ関連以外の質問票	3	3.0
抑うつ関連の構造化面接	51	51.5
抑うつ関連以外の構造化面接	5	5.1
質問票，構造化面接以外の方法	26	26.3

表 15（その 1）既往歴の確認法

	例数	%	有効%
特定のチェックリスト類を必ず使用	8	8.1	8.5
上記を状況によって使用	9	9.1	9.6
上記は使用しない	77	77.8	81.9
不明	5	5.1	

表 15(その 2). 自覚症状の確認法

	例数	%	有効%
特定のチェックリスト類を必ず使用	12	12.1	12.8
上記を状況によって使用	12	12.1	12.8
上記は使用しない	70	70.7	74.5
不明	5	5.1	

表 15(その 3). 生活習慣の確認法

	例数	%	有効%
特定のチェックリスト類を必ず使用	12	12.1	12.8
上記を状況によって使用	9	9.1	9.6
上記は使用しない	73	73.7	77.7
不明	5	5.1	

表 16. 医師面接担当医が就業上の配慮等を求めた割合

	例数	%	有効%
0%	28	28.3	32.6
5%	18	18.2	20.9
10%	10	10.1	11.6
15%	1	1.0	1.2
20%	5	5.1	5.8
25%	4	4.0	4.7
30%以上	20	20.2	23.3
不明	13	13.1	

表 17. 最終的に就業上の配慮等を求めた割合

	例数	%	有効%
0%	29	29.3	34.1
5%	19	19.2	22.4
10%	10	10.1	11.8
15%	1	1.0	1.2
20%	4	4.0	4.7
25%	3	3.0	3.5
30%以上	19	19.2	22.4
不明	14	14.1	

表 18. 専門医受診勧奨の割合

	例数	%	有効%
0%	41	41.4	47.7
5%	22	22.2	25.6
10%	12	12.1	14.0
15%	1	1.0	1.2
20%	5	5.1	5.8
25%	1	1.0	1.2
30%以上	4	4.0	4.7
不明	13	13.1	

表 19. 生活習慣・セルフケアの助言の方法

	例数	%
パンフレット・リーフレット類の利用	15	15.2
映像資料の利用	0	0.0
上記以外の定型的な資料の利用	8	8.1
資料を用いず，臨機応変に対応	85	85.9

表 20. 指導の内容

	例数	%
運動	43	43.4
体重管理	16	16.2
食事	32	32.3
睡眠	82	82.8
喫煙	16	16.2
飲酒	56	56.6
休養	73	73.7
行動の工夫	59	59.6
考え方の工夫	69	69.7
リラクセーション法	49	49.5
周囲への相談	79	79.8
うつ病のサインについての情報提供	65	65.7

表 21. 報告書・意見書の書式

	例数	%	有効%
「高ストレス者用」書式	34	34.3	37.0
「長時間労働者・高ストレス者関係」(兼用)書式	12	12.1	13.0
上記以外の書式	46	46.5	50.0
不明	7	7.1	

表 22. 聞き取り調査の結果の集約

1） 医師面接の対象者の選定と勧奨

・問 5 の「①②以外」には、「職業性ストレス簡易調査票」に加えて職場環境改善の関する項目などを含んでいる例が多いだろう

・短縮版に職場環境改善のための質問票を加えているところもある

・ストレスチェックの設問数は 80 項目くらいであれば、Web 調査の場合さほどの負担感はない

・業者によっては付加価値をつけるために、別の質問票を使っているところもある

・職業性ストレス簡易調査票と他の質問票とでは、高ストレス者の割合は同程度でも、拾い上げる対象が大きく異なることがある。

・身体的負荷が強い職場では、職業性ストレス簡易調査票の性質から、高得点者が多くなりがちではないか。

・新職業性ストレス簡易調査票の項目を入れているところもある。これによって、職場環境改善につなげやすくなる

（以上は、ストレスチェックの質問票に関する意見）

・問 5 の回答と問 6 の回答のクロス集計がほしい

・医師面接勧奨者（高ストレス者）は、やはり 10%前後が多いようである

・勧奨の仕方（強さ、内容）も工夫が必要である

・医師面接の勧奨の程度は、企業によって様々であろう。あえて、通り一遍にする選択肢もあるのではないか

・高ストレスと判定され、SOS を出した者（簡単な勧奨で希望した者）だけに医師面接を行うという考え方もある

・医師面接希望者は、他の対策の実績がある事業場では、かえって低率ではないか

・様々な Web アンケートのひとつとして実施している職場では、それが医師面接の希望割合に影響を及ぼしている（低くしている）可能性がある

・医師面接希望者の数は、企業風土の影響もある。

・何も産業保健活動ができていないところで、かえって医師面接希望者率が高くなることもある。

・ストレスチェック制度の枠外の相談対応と同時に行うと、敷居が低くなり、面接希望者が増える可能性がある

・予備面談を行う場合、どのような内容にするのかも十分な検討が必要

・健診のなどの他の活動で抽出された労働者を予備面談として入れることの是非については、なぜストレスチェック制度に乗せねばならないかの議論が必要

・過重労働面接の該当者を医師面接に含める考え方もあるだろう

・他の産業保健活動でフォローアップしている者は、医師面接対象者からはずす

・問 8 の回答は、業種によって異なる傾向があると推測される
・問 8 の回答と問 2 の回答および表 3 の回答のクロス集計がほしいが、前者については、偏りが大きい（約 7 割が製造業）ので難しいか。
・問 8 の回答と問 9 の回答のクロス集計がほしい
・個人情報保護を大げさにすると、かえって警戒を生んで、医師面接希望者が低率となる恐れもある

2） 医師面接の枠組み
・事前に枠組みの周知をしておかないと、（実際には、希望しないのに）勘違いして医師面接を希望する例が起きる
・事前に枠組みなどを明確にしておかないと、労組から実施者に問い合わせがあることもある。
・狙いが健康管理のためなのか、パフォーマンス向上のためなのかを明確にすることも重要
・医師面接は、事後措置のことも考え、産業医が行なうべきである
・「確認」に対して「指導」の比重が低いのは、医師面接が二次予防的な位置づけとされているからか
・医師面接をメンタルヘルス不調の二次予防と位置づけるならば、ストレスチェックの返却の仕方に、より工夫が求められる。
・保健指導に時間をかけようとしても中途半端になる
・医師面接は「確認」を中心に行い、「指導」は看護職等のフォローアップの中で行うとよい
・不調者に就業上の措置を行うことを重視するならば、健康診断と時期をずらしたほうがよいのではないか
・人事異動の時期を考慮することは必須である。
・リピーターに対する医師面接のあり方も今後検討課題であろう
・医師面接に時間が取れない場合には、フォローアップを保健師面接などによって行う
・事後措置として、カウンセラーの面接を設定したら、そこで軽症例が把握された例もあった
・問 3 の回答と問 17 の回答および問 18 の回答のクロス集計もほしい
・医師面接を申し出なかった者に対する保健師等の面接を重視すべきである
・医師面接を希望しない者に無理に看護職が面接し、対象者の不安を高めて、結局制度外の医師面接を実施せざるを得なくなった例もある。
・他の活動とどのように組み合わせるかが大きな課題である
・産業保健活動を活発に行っている事業場でも、時期によっては問題事例が拾い上げられる

・フォローアップをストレスチェック制度の枠内とするか枠外とするかは、呼び出しやすさ、フォローアップの漏れにくさも判断材料となるだろう
・面接時間は、次回の面接しやすさ（当該労働者に対して連絡がつけやすいか否か）にも左右される
・事後の労働衛生教育（健康教育）につなげる
・医師面接の限界も明確にすべきである
・事後措置のための上司の招集はストレスチェック制度の枠内か、枠外かを明確にする

3） 医師面接の内容
・面接の最初に提出する書面のフォーマットをみせることで面接の枠組みを明確にすることもできる。
・面接時間は、30 分では難しい。30 分プラス記入時間は必要ではないか
・相談者が短かったと感じさせないようにする必要がある
・ストレスの程度を判断することは必須である
・高ストレス者の心情を受け止める面がないといけない
・医師面接を希望した意図を読み取ることが重要である
・B 領域と C 領域によって「高ストレス」となった対象への対応は難しい
・高ストレス者には、次回の健診時に少し時間をかけて面接を行うことで、医師面接を補う
・仕事と家庭の両立、キャリアの問題などが話題になることが多い
・プライベートの問題が炙り出されることも多い
・ラポールが築けたことを確認したうえで終了とし、その後の活動につなげるのもよい
・パンフレットを用意し、構造化面接とリンクさせたアルゴリズムをつくる（この問題が明らかになれば、このパンフレットを渡すなど）と、一部の医師には重宝されるかもしれない。
・各項目について、最低限確認する事項が整理されるとよい。
・自覚症状の確認は、オープンクエッションの部分を残す
・睡眠と抑うつに関しては構造化した質問で確認する
・厚労省のマニュアルに記載されている事項は聴く必要があるだろう
・ファーストコンタクトで聴いておいたほうがよい（聴きやすい）事項もある
・医師面接の希望者の中には、異動希望者が散見される。その際には、面接希望の手続きを説明とともに、産業医の役割は医学面の評価と本人の希望を記載することに留まる旨を伝える
・何回かのフォローアップが望まれる例がでてくる
・準備する人事情報を充実させる（特に、6 か月くらいの残業時間）
・バックグラウンドの聴取については、健診データ等で補えるところがある

・面接のフォームがあると、それにとらわれ、面接の質が落ちる恐れもある
・実際には、受検者の反応（ニーズ）によって、確認、指導の時間配分は異なるものである

4） 医師面接の結果処理
・就業制限の内容は、長時間労働の制限、ハラスメント問題あたりが多いのではないか
・すでに専門治療を受けている者については、その理解を求めることもある。
・結果的に就業制限をつける例でも、1回の面接だけで決定するのではなく、別枠で追加の面接等を行うのが一般的だろう。
・厚労省のマニュアルには、上司との面接に関する規定が明示されていないが、その関わりを求めざるをえない例が多い。
・意見書については、業者のものを使用しているところも多いのではないか
・「○○の症状があれば専門医へ」を結果通知に入れておくと面接の負担が軽減する
・就業制限をつける提案には、拒否的な労働者もいる
・現場がわからないと、就業制限のつけようがない
・就業制限は、本人、職場関係者を交えた協議の上でつけるのが原則であろう
・厚労省の報告書フォーマットは必ずしも使用する必要がない
・現場の状況がわからない以上、就業上の措置の記載は、「注意してください」水準のものになる
・現場の状況がわからない以上、就業上の措置の記載は、「ご本人はこう感じている」ため「配慮してください」というような書き方になるだろう
・就業上の措置は、書面だけで済まさない
・医師面接と就業上の措置の実施の間には、どうしてもタイムラグが発生する
・健診機関の医師等は、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かくことになる
・産業医であれば、面接結果の事後措置を保留にできる

5） 医師面接後のフォローアップ
・専門医を紹介した例では、その後どうなったかを必ずフォローアップする。
・フォローアップは、制度外というのが通常であろう。

6） その他
・精神障害の発症者に対して後ろ向きにストレスチェックの結果を調査することに意義があるのでは？
・ストレスチェック後のメンタルヘルス不調者、休業とストレスチェックの結果の関係を分析することで、その有用性の一部が評価できる

・以前からストレスチェックの類を実施してきた某社では、それで拾い上げられた労働者とその他の労働者の間で、後ろ向き調査により有病率に有意差がみられたが、今回のストレスチェック制度ではどうであろうか。
・医師面接の結果専門医を紹介した例が、その後どうなったかの研究も意義がある
・次年度以降、リピーターの動向を評価するべきである。
・医師面接は、精神医学を専門としない嘱託（非常勤）産業医でも問題なくできることがもっと強調されるべきである
・「高ストレス」と判定される常連が多く出るというのは、一次予防の効果もないことになりかねない
・産業医と精神科医の地域交流を深めるとよい
・医師面接の結果、特定の精神科医と連携する（を紹介する）場合には、複数をあげるのがよい
・本制度は、事業者がストレス対策に目を向けるきっかけになる可能性がある。
・初年度ということもあり、実施状況には事業場間の水準差が大きい。
・一部の派遣会社は、派遣社員に対して、会社が医師面接も手配している。
・業者は以前から過重労働面接などで医師面接のノウハウを持っていた
・医師面接のトラブル例を調べる必要がある。
・医師面接の担当者には、ある程度の予備知識と制度の理解が必要
・ストレスチェック制度で不調者が見つかるというのは、日頃のメンタルヘルス活動が不十分である証左とも解釈可能ではないか。
・「高ストレス」とラベリングされたために、ストレスに対する気づきが促された例はあった。
・ストレスチェック制度の意義をメンタルヘルス不調がみつかったことで強調されるのは、その意義からみておかしい。
・産業医がストレスチェック制度に前向きの姿勢をみせないと、事業場ではますます無意味化していく
・ストレスチェック制度が創設されたことで、産業医としては、労働者と面接する機会が増えてよいと考えるべきでもある
・日頃から全員面接をしておけば、高ストレスの度合いが測りやすい
・今回の調査では、調査対象者間で、ストレスチェック制度に関する情報が共有されている可能性が否定できないことに注意が必要だろう

表 6-2. 質問票別の「高ストレス者」の判定法

	厚労省その 1	厚労省その 2	面談を併用	上記以外
職業性ストレス簡易調査票	26	15	5	12
職業性ストレス簡易調査票短縮版	3	0	0	0
上記以外	8	3	0	13

表 9-2.「高ストレス者」率別の医師面接実施者率

		「高ストレス者」率			
		5%	10%	15%	20%
医師面接実施者率	1%	15	17	2	1
	5%	4	8	3	0
	10%	4	14	1	0
	15%	1	1	1	1
	20%	2	0	0	0
	25%	2	0	0	0
	40%	1	0	0	0
	50%以上	1	0	0	2

表 10-2. 事業場規模別の医師面接担当者

	産業医	産業医以外の精神科医	それ以外
300 人未満	4	0	0
300 人以上 500 人未満	7	0	0
500 人以上 1000 人未満	12	0	0
1000 人以上 3000 人未満	35	0	1
3000 人以上	33	3	0

表 17-2. 事業場規模別にみた最終的に就業上の配慮等を求めた割合

	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%～
300 人未満	1	1	0	0	0	1	1
300 人以上 500 人未満	0	2	1	0	0	1	3
500 人以上 1000 人未満	7	3	0	0	1	0	0
1000 人以上 3000 人未満	11	7	4	1	2	1	10
3000 人以上	10	6	5	0	1	0	5

表 17-3. 医師面接実施者率別の就業上の配慮等を求めた割合

		就業上の配慮等を求めた割合						
		0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%～
医師面接実施者率	1%	17	6	2	0	0	1	8
	5%	4	3	2	0	1	0	5
	10%	4	4	3	1	1	2	4
	15%	0	2	2	0	0	0	0
	20%	0	2	0	0	0	0	0
	25%	0	1	0	0	0	0	1
	40%	1	0	0	0	0	0	0
	50%以上	1	0	0	0	0	0	0

表 18-2. 事業場規模別にみた専門医受診を勧奨した割合

	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%以上
300 人未満	2	0	0	0	1	0	1
300 人以上 500 人未満	3	2	1	0	1	0	0
500 人以上 1000 人未満	8	1	2	0	0	0	0
1000 人以上 3000 人未満	18	8	3	1	2	1	3
3000 人以上	10	11	6	0	1	0	0

表 18-3. 医師面接担当者別にみた専門医受診勧奨の割合

	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%以上
産業医	39	20	11	1	5	1	4
産業医以外の精神科医・心療内科医	0	1	1	0	0	0	0
上記以外	1	0	0	0	0	0	0

表 23.「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」に関するアンケート調査

回答者ＩＤ（6 文字以内の英数字を自由に記入してください。研究結果の送付が不要な方は必要ありません。）
（　　）

該当する選択肢を選んで（クリックして）ください。回答したくない項目については、お答えいただかなくても構いませんが、できるだけ全ての項目にお答えください。
面接指導に関する問には、ご自身でそれを担当されなくても、わかる範囲でお答えください。

１．産業医としての経験年数はどのくらいですか？
①5 年未満　②5 年以上 10 年未満　③11 年以上 15 年未満　④15 年以上

２．事業場の業種は？（複数担当されている場合は、最も関わりが深い事業場についてお答えください。）
①建設業　②製造業　③情報通信　④運輸業　⑤卸売・小売業　⑥金融・保険業
⑦医療・福祉　⑧サービス業　⑨その他

３．問２の事業場の従業員規模はどのくらいですか？
①300 人未満　②300 人以上 500 人未満　③500 人以上 1000 人未満　④1000 人以上 3000 人未満
⑤3000 人以上

４．労働安全衛生法に沿ったストレスチェック制度は既に実施しましたか？
①実施した　②まだ実施を開始していない　③実施中である
（ストレスチェックは実施済だが、面接指導などが完了していない場合は、③と回答してください。）

５．ストレスチェックには、どのような質問票を用いましたか、または用いる予定ですか？
① 職業性ストレス簡易調査票（57 項目版）　② 職業性ストレス簡易調査票の短縮版（23 項目版）
③ ①②以外

以下の質問（６～９）は、問４で①、すなわちストレスチェック制度をすでに実施したと回答された方にうかがいます。②または③、すなわちまだ実施を開始していないか実施中と回答された方は、問 10 に進んでください。

６．ストレスチェックによる「高ストレス者」（面接指導勧奨対象者）の判定は、どのようにされましたか？
① 厚生労働省が推奨する基準の（その 1）による　② 厚生労働省が推奨する基準の（その 2）による
③ 厚生労働省が推奨する基準の（その 1）または（その 2）に面談を併用
④ ①～③以外
（厚生労働省が推奨する基準とは、「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」の 40～43 ページに記されている基準をさします。）

問６で①、②または④と回答された方は質問８に進んでください。

７．（問６で③と回答された方のみお答えください）面談を併用することにより、「高ストレス者」（面接指導勧

奨対象者）は、厚生労働省の推奨する基準の（その 1）または（その 2）により選定された該当者よりも多くなりましたか、それとも少なくなりましたか（絞り込まれましたか）？

①多くなった　②少なくなった　③変わらなかった

8．「高ストレス者」（面接指導勧奨対象者）と判定された労働者は、ストレスチェック受検者全体のどのくらいの割合でしたか？最も近いものを選んでください。

①5%　②10%　③15%　④20%　⑤25%　⑥30%　⑦35%　⑧40%

9．医師による面接指導を受けた労働者は、「高ストレス者」（面接指導勧奨対象者）のうち、どのくらいの割合でしたか？最も近いものを選んでください。

①1%　②5%　③10%　④15%　⑤20%　⑥25%　⑦30%　⑧35%　⑨40%
⑩45%　⑪50%以上

10.「高ストレス者」に対する面接指導は、どのような医師が行いましたか、あるいは行う予定ですか？

①産業医　②産業医以外の精神科医または心療内科医
③産業医以外で、精神科医でも心療内科医でもない医師

11.「高ストレス者」の面接指導は、該当者一人につき、原則何回行った、あるいは行う予定ですか？
（面接指導後のフォローアップ面接はあるが、それをストレスチェック制度には含めない場合、ストレスチェック制度の枠内で実施している回数をお答えください。）

①1 回　②2 回　③3 回　④人によって異なる

12.「高ストレス者」の面接指導は、報告書・意見書の記入を含め、1 回に平均どのくらいの時間をかけましたか、あるいはかける予定ですか？最も近いものを選んでください。

①15 分程度　②30 分程度　③45 分程度　④60 分程度　⑤75 分程度　⑥90 分程度

13.「高ストレス者」の面接指導では、ストレスチェックの 3 項目（領域）、当該労働者の勤務の状況、心理的な負担の状況、心身の状況の確認（以上、「確認」とします）と保健指導および受診指導（以上、「指導」とします）を行うことになっています。実際の面接指導において、両者にかける時間の割合はどのくらいでしたか、あるいはどのくらいの予定ですか？

①「確認」が主　②「指導」が主　③「確認」と「指導」が同程度

14.「高ストレス者」の面接指導において、心理的な負担の状況を確認するため用いている、あるいは用いる予定の方法についてお答えください。（複数回答可）

①抑うつ関連の質問票　②抑うつ関連以外の質問票　③抑うつ関連の構造化面接法
④抑うつ関連以外の構造化面接法　⑤質問票、構造化面接法以外の方法

15.「高ストレス者」の面接指導において、既往歴、自覚症状、生活習慣を聴取することになっていますが、そのために用いている、あるいは用いる予定の方法についてお答えください。

15-1．既往歴

①特定のチェックリスト類を必ず使用　②特定のチェックリスト類を状況によって使用
③特定のチェックリスト類は使用しない

15-2. 自覚症状

①特定のチェックリスト類を必ず使用　②特定のチェックリスト類を状況によって使用

③特定のチェックリスト類は使用しない

15-3. 生活習慣

①特定のチェックリスト類を必ず使用　②特定のチェックリスト類を状況によって使用

③特定のチェックリスト類は使用しない

16.「高ストレス者」の面接指導の結果、面接指導の担当医が、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は、面接指導を行った例全体のうち、どのくらいの割合でしたか？最も近いものを選んでください。

①0%　②5%　③10%　④15%　⑤20%　⑥25%　⑦30%以上

17.「高ストレス者」の面接指導の結果、最終的に就業上の配慮や職場改善を上司、人事などに求めた例は、面接指導を行った例全体のうち、どのくらいの割合でしたか？最も近いものを選んでください。

（面接指導を担当した医師が産業医の場合は、問 16 の結果と同等となると思われます。）

①0%　②5%　③10%　④15%　⑤20%　⑥25%　⑦30%以上

18.「高ストレス者」の面接指導の結果、精神科あるいは心療内科の専門医受診を勧奨した例は、面接指導を行った例全体のうち、どのくらいの割合でしたか？最も近いものを選んでください。

①0%　②5%　③10%　④15%　⑤20%　⑥25%　⑦30%以上

19.「高ストレス者」の面接指導において、生活習慣・セルフケアのアドバイスは、どのように行いましたか、あるいは行う予定ですか？（複数回答可）

① パンフレット・リーフレット類を利用

② 映像資料（DVD など）を利用

③ ①②以外の定型的な資料（書籍など）を利用

④ 特に資料は用いず、臨機応変に対応

20.「高ストレス者」の面接指導において、アドバイスを実施した、あるいは実施する予定の事項を選んでください。（複数回答可）

①運動　②体重管理　③食事　④睡眠　⑤喫煙　⑥飲酒　⑦休養

⑧ストレス対処法としての行動の工夫　⑨ストレス対処法としての考え方の工夫

⑩ストレス対処法としてのリラクセーション法　⑪ストレス対処法としての周囲への相談

⑫うつ病のサインについての情報提供

21.「高ストレス者」の面接指導に関する報告書・意見書の書式についてうかがいます。どのような書式を使用しましたか、あるいは使用する予定ですか？

① 厚生労働省の示している「高ストレス者用」書式

② 厚生労働省が示している「長時間労働者関係・高ストレス者関係」（兼用）書式

③ ①②以外の書式

（「厚生労働省が示している」とは、「長時間労働者、高ストレス者の面接指導に関する報告書・意見書作成マニュアル」に掲載されているものを指します。）

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

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
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	印刷中		
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	24	46-54	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	Journal of Occupational and Environmental Medicine	59	295-303	2017
Watanabe K, Imamura K, Kawakami N	Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis	Occup Environ Med	73	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
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		
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)	1-11	2016
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	8(5)	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	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ー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

【正誤表】

下記ページにおいて誤りがございましたので、お詫びとともに訂正いたします。

126 ページ
【誤】山根康弘 京都工場保健会産業保健推進部・臨床心理士
↓
【正】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

193 ページ
【誤】西埜植秀直
↓
【正】西埜植規秀