

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	にしのうち産業医事務所・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
	濱田 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の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を用いていなかった（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（オープンクエスション）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
リラクゼーション法	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に関する項目などを含んでいる例が多いだらう

・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
- ・「〇〇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するのは、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見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な姿勢をみせないと、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)という考え方があがる。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いいが、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・スト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ないように得ない。
- ・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うい。

#### 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 I D (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」(面接指導奨励対象者)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」(面接指導奨励対象者)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、両者にかか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  
③①②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ゼーション法    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  
③①②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。)