

平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業
「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」
(H27-労働一般-004 主任：川上憲人)
分担研究報告書

科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定

分担研究者 堤 明純 北里大学医学部公衆衛生学教授

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

1) 職業性ストレス簡易調査票と K6 を同時に測定するウェブ調査を実施して、K6 で評価されるケースをアウトカムとする ROC 分析を行った。労働者 1650 人の回答を得たウェブ調査では、職業性ストレス簡易調査票について、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、高ストレス者として抽出される頻度は 16.7%であったが、陽性反応の中度は 5 割未満であった。簡略版は、職業性ストレス簡易調査票とほぼ同等のパフォーマンスを有するが、感度が低下し見落としが多くなる可能性に留意する必要があることが伺われた。職業性ストレス簡易調査票、簡略版ともに、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、陽性尤度比は 6 程度で有益な情報が得られるレベルであった。

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

3) 職業性ストレス簡易調査票以外の項目の予測妥当性を検証するために、新職業性ストレス簡易調査票を用いて 1 週間以上の疾病休業を予測する項目の抽出を試みた。一部上場企業の製造業において 2015 年 2 月に実施されたストレスチェック受検者 11730 人(男性 9553 人、女性 2177 人)で、ストレスチェックの実施以後 1 週間以上の休業を開始した者のリスク増加を、情緒的負担、役割葛藤、役割明確さ、成長の機会、新奇性、予測可能性の項目群のが予測することを観察した。

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

以上より、ストレスチェック制度のマニュアルで推奨されている高ストレスの判定について、スクリーニングとしては一定の有用性(メンタルヘルス不調疑いをアウトカムとするとき尤度比 6)を持つこと、休業やメンタルヘルス不調の予測妥当性の検証から得られた健康影響および集団に対するインパクトは、ストレスチェックの結果を用いた予防対策をとることを支持すること、高ストレス以外で健康障害を予測するストレス要因があり職場のストレス対策に活用性があることを明らかにした。

研究協力者

有馬志穂(相鉄ビジネスサービス(株) 健康管理センター 相鉄グループ相談室 産業医)

井上彰臣(北里大学医学部 公衆衛生学 講師)

江口 尚(北里大学医学部 公衆衛生学 講師)

小田切優子(東京医科大学 公衆衛生学 講師)

土屋政雄(株式会社アドバンテッジリスクマネジメント調査研究部 主任研究員)

福田 洋(順天堂大学医学部 総合診療科 准教授)

伊藤佳奈美(順天堂大学 安全衛生管理室 健康管理室)

伊藤正人(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

橋口克頼(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

栃原 篤(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

小林麻美(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

杉浦徹太郎(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

吉田直樹(パナソニック健康保険組合健康管理センター)

藤田弥生(北里大学医学部 公衆衛生学)

A. 研究目的

平成 26 年 6 月に公布され、平成 27 年 12 月に施行された改正労働安全衛生法に基づいて、職場におけるストレスチェック制度が開始された。ストレスチェック制度の導入により、労働者のメンタルヘルス不調の予防および職場環境改善が進むと期待されるが、そのためには、制度を運用するための技術開発が必要である。ストレスチェック制度では、高ストレス者の同定および集団分析に基づく職場環境改善の指標として、従来、職場で汎用されてきた職業性ストレス簡易調査票、もしくは、国が示す簡略版を用いることが推奨されている(厚生労働省, 2015)が、これら調査票の妥当性については科学的根拠が十分に確立していない。労働安全衛生法の改正にあたっては、衆議院付帯決議として、科学的根拠に基づいたストレスチェック調査票と判定基準の確立が求められている。効果的にストレスチェック制度を運用するためには、これら科学的根拠の確立が必須である。

本分担研究の目的は、職業性ストレス簡易調査票と国が示す簡略版について、メンタルヘルス不調の予測妥当性の観点から、効率的に高ストレス

者を判定できる項目と基準を検討することおよび職場環境改善のための職場のストレス評価の効果的な方法を検討することにある。初年度にあたる平成 27 年度には、目的を達成するためのデータ構造を設定し、複数の事業場と協力して科学的根拠に基づく高ストレス者・職場の判定方法のためのデータ収集を開始するとともに、高ストレス者の判定方法について予備的に検討した。さらに、メンタルヘルス不調のアウトカムを同時に測定するウェブ調査を実施して、職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング特性を検討した(堤 2016)。

第 2 年度にあたる平成 28 年度は、厚生労働省が示す職業性ストレス簡易調査票を用いた高ストレス者の抽出基準について、労働者の休業に関する予測妥当性と調査集団における高ストレスのインパクトを、2つの事業場(金融業と製造業)における約 1 年間の前向き研究で検討し、職業性ストレス簡易調査票で評価される高ストレスが、その後約 1 年間における短期(1 週間以上)、長期(1 か月以上)の疾病休業を予測することを示した(堤 2017)。

最終年度となった平成 29 年度は、事業場を追加(教育機関)したうえで、異なるアウトカム(抑うつ症状等メンタルヘルス不調の発現)での職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性の検討、職業性ストレス簡易調査票以外の項目を検討するための新職業性ストレス簡易調査票を用いた検討を行った。

B. 研究方法

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

初期の目的を達成するために、侵襲を伴わず、かつ、介入を行わない、人体から取得された試料以外を活用する研究で、ストレスチェック制度開始前に蓄積されていた既存資料を利用する後ろ向き研究と、ストレスチェック制度開始後に蓄積されていく情報を用いる前向き研究を組み合わせるデータ収集計画を立案した。

健康管理の一環として、ストレス調査(職業性ストレス簡易調査票)を経年的に実施している企業の労働者を研究対象とした。すでに職業性ストレス簡易調査票を経年的に使用して、労働者のメンタルヘルス対策を実施している事業場で蓄積している労働者の背景情報(人事データ)、職業性ス

トレス簡易調査票による調査票データ、および健康関連情報を突合したデータの提供を受け、調査票データで測定されるストレスの指標と健康障害発症の関連性を検討することで、健康障害をもっとも予測する指標を探ることとした。

対象となる事業場では、すでに、労働者の調査票データと健康情報をリンクさせてストレス対策を実施しており、2015年12月から開始されるストレスチェック制度においても、調査票データと健康情報を蓄積していく体制が整っていた。この情報から、個人同定を可能とする情報を削除してデータを提供いただき、データを定量的に分析し、各種健康障害について、調査票による評価と健康障害発生の一貫性を検討することとした。

データ構造は、研究開始時点で、過去最大5年間に蓄積されているデータの提供を受けて解析を行う後ろ向き研究と、2015年12月1日から開始されるストレスチェック制度以降に実施され蓄積されていくデータを、今後2回にわたって提供を受け解析を行う前向き研究で構成することとした。

表1に示す項目を観察項目とした。なお、各事業場で提供可能なデータを観察することとした。過去において蓄積されていた上記観察項目を、研究開始時点(2015年12月1日)以降、事業場の準備が整い次第、法施行後蓄積される上記観察項目は、ストレスチェック実施の次年の2016年12月1日と2017年12月1日に提供を受けた(表2)。

2. 既存データの解析

いち早く、データの準備が可能であった1035名の労働者の4年間の追跡データについて、研究協力者(江口)による予備的な解析が行われた。

職業性ストレス簡易調査票において、厚生労働省から提案されている項目がその後のメンタルヘルス不調による休業者をどの程度予測するかが検討された。

研究デザインは回顧的コホート研究で、製造組み立て系の1事業場で2010年4月から5月に実施されたベースラインでの質問票調査に回答した者1035名を解析の対象とした。ベースライン時点で休職していた者は含めなかった。2010年4月から2014年3月までの4年間の追跡期間中に、メンタルヘルス不調に関する診断書が提出されて1ヶ月以上休職した者が記録されていた。追跡期間中の休職者は8名(0.78%)であった。厚生労働省から提案されている「高ストレス者」を選定するための方法により、2010年4～5月時の高ス

トレス者を抽出した。具体的な曝露指標のカテゴリは以下の通りであった(表3)：

- 1) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
- 2) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合
- 3) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合
- 4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合

以下、さらにストレス反応のみを用いたカテゴリを検証した：

- 5) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)で操作される「心身のストレス反応」(29項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
- 6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」(11項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合
- 7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた(9項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合

以上の指標が、追跡期間中の休職者を予測するかどうかを、性別、年齢を調整した多重ロジスティックモデルで解析した。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

インターネット調査会社に登録している一般労働者(18歳から69歳)調査モニターのうち、男女等人数となるように抽出し、調査に同意した者に対し調査を行った。回答者は、インターネット調査会社のホームページ上にある個人専用ページからウェブ調査票にアクセスし、回答を入力した。入力したデータは、連結不可能匿名化された上で研究者に提供された。

アウトカムとなるメンタルヘルス指標は、K6得点に基づいて評価した。K6は、過去30日間の心理的ストレス反応を測定するために開発された質問票尺度で、合計得点(得点範囲は0～24点)が高いほど、気分・不安障害の可能性が高い(Kessler et al, 2010; Furukawa et al, 2008)。本研究では、13点以上をメンタルヘルス不調と想定してシミュレーションを行った。

まず、職業性ストレス簡易調査票のストレス反応を縦軸、ストレス要因を横軸に配置するフィールド上でK6ケースの分布図を描いた。

次に、高ストレス者選定に利用する3つの要素得点を変更させる複数のシミュレーションにより、スクリーニングツールの特性として、感度、特異度、Youden Index、ROC分析に基づくAUCと陽性反応的中度、陰性反応的中度、および、陽性尤度比と陰性尤度比を算出した。

同様の解析を、職業性ストレス簡易調査票と簡略版ともに実施した。

4. 一部上場企業（金融業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2015年7月から8月に、男性7356人、女性7362人がストレスチェックを受検した。受検時に傷病履歴のある32人（メンタルヘルス不調、22人；筋骨格系障害、6人；心血管疾患、3人；脳血管疾患、1人）を除外した男性7341人、女性7345人（20–66歳）を追跡した。事業場からは匿名化したデータを提供いただいた。参加者のインフォームド・コンセントは、オプトアウト方式で取得した。

1) アウトカム

有給休暇の開始と傷病手当申請のための、1か月以上続く休業データを事業場記録で取得した。傷病手当を申請した69人は、有給休暇を取得した全員（60人）を含んでいたため、傷病手当を申請した休業をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした（表3の1）。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.78、0.66、0.92、0.94であった。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種（販売、顧客対応、管理、その他）、職位（担当者、マネージャー、シニアワーカー、嘱託、その他）およびストレスチェック後に産業保健スタッフによる面接を受けたかどうかを人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後1年間における休業発生率を男女別に解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省2015）に従って高ストレス者とその他に

分けた。ストレスチェック受検時から、下記いずれかの事象が最初に発生した日までを追跡し、各参加者の追跡人月を計算した；(1) 傷病手当手続きを行った1ヶ月以上の休業開始日、(2) 退職日（定年退職者517人）、(3) 2016年7月1日（翌年の検査月）。合計の追跡人月は175447であった。コックスの比例ハザード回帰解析でストレスプロファイルと1か月以上休業開始の関連を検討した。ハザード比は、まず、年齢で、次に、年齢、勤続年数、職種、職位、ストレスチェック後の面接の有無で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

$$\text{集団寄与危険度割合} = \frac{(HR-1) \cdot p}{1 + (HR-1) \cdot p}$$

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、 Kaplan-Meierプロットを描いた。

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

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2016年2月にストレスチェックを受検した3事業場の男性9553人、女性2177人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1) アウトカム

ストレスチェック実施後に発生した、診断書を伴う1週間以上の休職をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニユア

ル（厚生労働省 2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.79、0.70、0.88、0.94 であった。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種（サービス職、運輸・通信職、営業販売職、管理職、事務職、生産工程・労務職、専門技術職、その他）および雇用形態（正社員、その他）を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後 1 年間における休業発生の有無を解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って高ストレス者とその他に分けた。休業の発生の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、まず、年齢で、次に、年齢、勤続年数、職種、雇用形態で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

$$\text{集団寄与危険度割合} = \frac{(OR-1) \cdot p}{1 + (OR-1) \cdot p}$$

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR：高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

男性に比して女性の参加数と休業発生数が少なかったため、まず、男女一緒に性別も調整した解析を実施した後、参考として、男女別の解析を行った。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

2015 年に職業性ストレス簡易調査票のすべての設問に回答し、調査時に同時に調査した Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)得点が 19 点未満、かつ、メンタルヘルス不調がなかった労働者で、2016 年に実施した同種調査にすべて回答した男性 893 人、女性 1384 人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1) アウトカム

2016 年の調査までに、抑うつ・メンタルヘルス

疾患の診断を受けた者および CES-D 得点が 19 点以上となった者を抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調発症者とした。

2) ストレスプロファイルの評価

職業性ストレス簡易調査票を用い、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って、各質問項目への回答の点数を、単純に合計して得られる高ストレス者をリスクグループとした。仕事の要求度、コントロール、サポートおよびストレス反応の尺度に関する信頼性係数は、それぞれ、0.83、0.75、0.86、0.91 であった。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤務時間、および睡眠時間に関する情報を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後 1 年間における抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断の有無を解析した。参加者は労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル（厚生労働省 2015）に従って高ストレス者とその他に分けた。抑うつ症状の発症もしくはメンタルヘルス関連疾患の診断の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、性と年齢で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出した。95%信頼区間の算出は、Day (1998)によった。

$$\text{集団寄与危険度割合} = \frac{(OR-1) \cdot p}{1 + (OR-1) \cdot p}$$

p：ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR：高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

7. 高ストレス者抽出基準の変更、職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討の解析において、厚生労働省がマニュアルで示す高ストレス者抽出のカットオフポイント（表 3 の 1））を移動することにより、職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングパフォーマンスがどのように変化するかを検討した（堤 2016）。また、Wada ら（2013）は、ストレス反応の得点の上位 1/4 をリスクグループとし、1810 名の労働者を 1.8 年追跡した解析で、抑うつ発症のリスクが約 3 倍（ハザード比 2.96、95%信頼区間 1.04-8.42）と

なるエビデンスを提出していた。以上より、それぞれのカットオフポイントで、ハザード比がどのように変わるかを検証し、予測妥当性の面での最適のカットオフポイントを探索した。

さらに、ストレスチェック制度実施マニュアルで挙げられている職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の合計点を使用して抽出した高ストレス者(表3の2)および素点換算表を用いて抽出した高ストレス者(表3の3)とも、リスク評価を比較した。

本解析では、2015年7月から8月に、ストレスチェックを受検し、その時点で傷病履歴のなかった男性7341人、女性7345人(20-66歳)を追跡した。男女ともで解析し、性、年齢調整後および性、年齢、職種、職位、事後面談の有無を調整したハザード比を算出した。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

2016年2月にストレスチェックを受検した3事業場の男性9553人、女性2177人を解析の対象とした。事業場における研究倫理規定に基づき、匿名化したデータの提供を受けた。

1) アウトカム

ストレスチェック実施後に発生した、診断書を伴う1週間以上の休職をアウトカムとした。

2) ストレスプロファイルの評価

現行および新職業性ストレス簡易調査票の得点計算の方法(東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野)に従って、各尺度得点を算出した。表14の注に、尺度内の項目群を示す。

3) 属性に関する変数

性、年齢、勤続年数、職種(サービス職、運輸・通信職、営業販売職、管理職、事務職、生産工程・労務職、専門技術職、その他)および雇用形態(正社員、その他)を人事記録および健康管理記録から提供いただいた。

4) 統計解析

ストレスチェック後1年間における休業発生の有無を解析した。新職業性ストレス簡易調査票は、現時点で定まった評価基準がないため、中央値で二分したカテゴリによる初期的な解析を行った。休業の発生の有無を従属変数として、ロジスティックモデルにより高ストレス者のリスクを検討した。オッズ比は、まず、性、年齢で、次に、性、年齢、勤続年数、職種、雇用形態で調整して算出した。さらに、集団寄与危険割合を次式で算出し

た。95%信頼区間の算出は、Day(1998)によった。

$$\text{集団寄与危険割合} = (\text{OR} \cdot 1) \cdot p / [1 + (\text{OR} \cdot 1) \cdot p]$$

p: ベースラインの全集団における高ストレス者の頻度

OR: 高ストレス者のその他に対する休業発症のオッズ比

統計解析には、IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) および JMP-PRO (SAS cooperation)を用いた。

倫理的配慮

本研究は、北里大学医学部・北里大学病院倫理委員会の認証を得て実施した。

C. 研究結果

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

提供可能な事業場からは、把握しうる年齢、職種および所属部署、別、職位、教育歴、既往歴などの交絡要因を組み込み、職業性ストレス簡易調査票と各種アウトカムを、1年毎のパネルデータで収集する計画を立て、最終的に、職種の異なる3事業場から約29000人の労働者の情報を提供いただいた。

2. 既存データの解析

職業性ストレス簡易調査票を使用した検査では、合計点を用いた場合も、素点換算表を用いた場合も、検査陽性者から疾病休業の発生は見られなかった。簡略版を用いた検査では、合計点を用いた場合、素点換算表を用いた場合に、それぞれ1名、2名の疾病休業者が発生したが、統計学的には有意なリスク増加には至らなかった。簡略版心身のストレス反応9項目を使用した場合、検査陽性者から2名の疾病休業者が発生し、統計学的には有意なリスク増加(オッズ比15.7)が観察された(表4)。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

1650人の回答が得られた。回答者は平均年齢44歳(標準偏差14;最少20~最高69)で、その他の属性は表5に示すようであった。K6得点13点以上のメンタルヘルス不調を疑わせるケースは215人(13%)であった。

1) 職業性ストレス簡易調査票 (57 項目) における検討

(1) 職業性ストレス簡易調査票を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布

職業性ストレス簡易調査票を使用した場合、K6 得点が 13 点以上のケースは、ストレス要因と周囲のサポート、ストレス反応ともに 40 点以上の領域に分布していた (図 1)。厚生労働省が推奨する基準範囲にケースの 60.5%が含まれていた。

(2) K6 得点 13 点以上をケースと想定し、職業性ストレス簡易調査票の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニングパフォーマンス指標の変化

表 3 1) に挙げた図において、高ストレス者を定義する際の職業性ストレス簡易調査票の各要素得点には、「㉞を規定するストレス反応」の得点、「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」、および、「㊱を規定するストレス反応」の得点がある。これらの得点を、一要素ずつ変動させるシミュレーションによって得られるスクリーニング特性を算出した。

職業性ストレス簡易調査票を使用した場合、散布図の結果より、「㉞を規定するストレス反応」および「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」得点が 40 点未満の範囲で指標を移動させることはあまり意味がないことが分かった。

「㉞を規定するストレス反応」カットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 29.8%から 100%で、その差は 70.2%、特異度の範囲は 0.4%から 96.8%で、その差は 90.4%であった。「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 57.2%から 83.7%で、その差は 26.5%、特異度の範囲は 72.5%から 91.7%で、その差は 19.2%であった。「㊱を規定するストレス反応」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 57.2%から 61.9%で、その差は 4.7%、特異度の範囲は 87.5%から 91.7%で、その差は 4.2%であった。以上より、「㉞を規定するストレス反応」得点の移動による感度・特異度の変動は大きく、「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」の指標の寄与はやや小さく、「㊱を規定するストレス反応」のカットオフポイントの移動はスクリーニングの特性にほとんど寄与しないことが確かめられた。

厚生労働省が推奨するカットオフポイント (「㉞

を規定するストレス反応」77 点、「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」73 点、「㊱を規定するストレス反応」63 点) における各指標は、高ストレス者の頻度 16.7%、感度 60.5%、特異度 88.9%、Youden index 0.504、AUC 75.2%。陽性反応的中度 47.3%、陰性反応的中度 93.8%、陽性尤度比 6.0、陰性尤度比 0.4 であった。

他得点を一定にした際、「㉞を規定するストレス反応」カットオフポイント 65 で、Youden index 0.570、AUC 78.5%と、最高のスクリーニングパフォーマンスが観察された。ただし、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の 3 割 (32.3%) で、陽性反応的中度 33%を甘受しなければならない。同程度のパフォーマンスは、「㉞を規定するストレス反応」カットオフポイント 70 で、高ストレス者頻度 25%でも達成できる。一方で、高ストレス者の頻度を 10%程度とすると「㉞を規定するストレス反応」は 90 をカットオフポイントとすればよいが、6 割以上のケースの見落としを甘受する必要がある (感度 39.1%)。

「㉞を規定するストレス反応」および「㉟を規定するストレス反応」を一定にした場合、「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」カットオフポイントを 55 点とすると、最高パフォーマンスに匹敵する成績が得られる。「㉟を規定するストレス反応」の移動で、このパフォーマンスを大きく超えるものはなかった (表 6)。

2) 簡略版 (23 項目) における検討

(1) 簡略版を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布

簡略版を使用した場合、K6 得点が 13 点以上のケースは、ストレス反応は最低点 (11 点) 以上、ストレス要因と周囲のサポートは 18 点以上の領域に分布していた (図 2)。厚生労働省が推奨する基準範囲にケースの 55.3%が含まれていた。

(2) K6 得点 13 点以上をケースと想定し、簡略版の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニングパフォーマンス指標の変化

散布図の結果より、ストレス要因およびストレス反応得点ともに、最低点近くまで K6 ケースは分布する。

表 3 2) に挙げた図において、高ストレス者を定義する際の職業性ストレス簡易調査票の各要素得点には、「㉞を規定するストレス反応」の得点、「㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート」、および「㊱を規定するストレス反応」の得点がある。これらの得点を、一要素ずつ変動させるシミュレーションによって得られるスクリーニング特性を算出した。

び、「④を規定するストレス反応」の得点がある。これらの得点を、一つずつ変動させるシミュレーションによって得られるスクリーニング特性を算出した。

「⑦を規定するストレス反応」のカットオフポイント移動による感度がとる範囲は 26%から 100%で、その差は 74%、特異度の範囲は 27.5%から 96.4%で、その差は 68.9%であった。「④を規定するストレス要因と周囲のサポート」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 52.6%から 89.3%で、その差は 36.7%、特異度の範囲は 67.7%から 92.8%で、その差は 25.1%であった。「④を規定するストレス反応」のカットオフポイントを移動させることによる感度がとる範囲は 52.6%から 56.7%で、その差は 4.1%、特異度の範囲は 88.5%から 92.8%で、その差は 4.3%であった。以上より、簡略版においても、「⑦を規定するストレス反応」得点の移動による感度・特異度の変動は大きく、「④を規定するストレス要因と周囲のサポート」の指標の寄与はやや低く、「④を規定するストレス反応」のカットオフポイントの移動はスクリーニングの特性にほとんど寄与しないことが確かめられた。

厚生労働省が推奨するポイント（「⑦を規定するストレス反応」得点 31、「④を規定するストレス要因と周囲のサポート」得点 39、「④を規定するストレス反応」得点 23）における各指標は、高ストレス者の頻度 15.2%、感度 55.3%、特異度 90.8%、Youden index 0.461、AUC 73.1%。陽性反応的中度 47.4%、陰性反応的中度 93.1%、陽性尤度比 6.0、陰性尤度比 0.5 であった。57 項目を使用した場合に比較して、感度が低下することが認められた。

他得点を一定にした際、「⑦を規定するストレス反応」カットオフポイント 25 で、Youden index 0.597、AUC 79.8%と、職業性ストレス簡易調査票の最高のスクリーニングパフォーマンスに匹敵することが観察された。ただし、職業性ストレス簡易調査票同様、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の 3 割（32.3%）で、陽性反応的中度 34%を甘受しなければならない（表 7）。

4. 一部上場企業（金融業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

表 8 に、ベースラインにおけるストレスプロフィー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年数は短かった。高ストレスグループは、販売および顧客対応に従事し、担当者および嘱託職員は、管理職に比べ高ストレス者の割合が高かった。約 12% の高ストレス者が産業保健スタッフによる面接を受けていた。

女性における高ストレス者の頻度は 15.0%であった。高ストレスの女性は、そうでない女性に比して、高齢で勤続期間が長かった。ストレスプロフィールと社内属性の関係は、男性に見られた所見と類似していた。高ストレス者は、販売もしくは顧客対応に従事し、ほとんどが担当者であった。高ストレスの女性の中 11%が、産業保健スタッフの面接を受けていた。

172330 人月（平均 329 日、最小 2 日、最長 343 日）の追跡期間に、34 人の男性と 35 人の女性が 1 か月以上の休業を開始した。傷病の内訳は、メンタルヘルス 56 人、循環器疾患 8 人、脳血管疾患 2 人、筋骨格系疾患 3 人であった。男性において、年齢、勤続年数、職種、職位、受検後のインタビューの有無を調整したハザード比は 6.59 であった。女性において、年齢、勤続年数、職種、職位、受検後のインタビューの有無を調整したハザード比は 2.77 であった（表 9）。対応する集団寄与危険度は、男性で 23.8%（95%信頼区間: 10.3–42.6）女性で 21.0%（4.6–42.1）であった。高ストレス者中事後面談は 166 名（10.6%）に行われた。事後面談を行った 166 名中 2 名（1.2%）、事後面談を行わなかった 1353 名中 19 名（1.4%）が休業した。

Kaplan-Meier プロットでは、男女ともに有意なグループの差を認めた（図 3）。ハザードは、男女ともに追跡期間を通じて累積したが、おおむね受検後 2 か月で急激に上昇し、9 か月以降の増加は見られなかった。男性に比べ、高ストレスでない女性におけるハザード比が上昇していた。

解析をメンタルヘルス不調による休業に絞ると、男女ともに推計ハザード比は上昇した。高ストレス男性の、メンタルヘルス不調による 1 か月休業の年齢調整ハザード比は 8.69（3.72–20.32）、すべての変数を調整したハザード比は 8.68（3.67–20.53）であった。高ストレスの女性においては、年齢調整後のハザード比は 3.67（1.79–7.54）、すべての変数を調整したハザード比は 3.29（1.53–7.04）であった。対応する集団寄与危険度は男性で

30.1% (13.0–52.2)、女性で 25.6% (7.4–47.6)であった。

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

表 10 に、ベースラインにおけるストレスプロフィールと調査した変数の関係を示す。

全体で 1047 人 (8.9%) が高ストレス者と判定された。ストレスチェックの実施以後、11 名が 1 週間以上の休業(受検者全体の 0.09%; 男性 8 人、女性 3 人)に入った。傷病の内訳はメンタルヘルス不調 7 人、筋骨格系疾患 1 名、循環器疾患 1 名、その他 2 名であった。高ストレス者から 5 人 (高ストレス者中 0.5%)、高ストレス者以外の 10683 人から 6 人 (非高ストレス者中 0.06%) が休業を開始しており、両者には統計学的に有意差があった。

性、年齢、勤続年数、職種および雇用形態を調整した高ストレス者のそうでない者に対する休業のオッズ比は 7.51 (2.22–25.33)であった。

男女ともに、高ストレス者はその他の者に比べて若年で勤続年数が短かった。男性では、高ストレス者は、専門技術職で多く管理職で少なかった。女性では、高ストレス者は専門技術職とサービス職で多く事務職で少なかった。雇用形態では、女性で高ストレス者は正社員に多かった。男性における高ストレス者の頻度は 8.4%で、女性では 11.3%であった。高ストレスと休業の関係は、男女ともに有意であった。年齢、勤続年数、職種および雇用形態を調整した高ストレス者のそうでない者に対する休業のオッズ比は、男性では 6.73 (1.57–28.89)、女性では 17.06 (1.38–211.23)で、女性では信頼区間がかなり広がった(表 7)。対応する集団寄与危険割合は、それぞれ 36.7% (9.8–68.4)、33.8% (4.8–71.3)、58.8% (3.3–94.9)であった。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

平均年齢は女性 35 歳 (SD 11)、男性 41 歳 (12)、平均勤務時間は女性 9 時間 (3)、男性 10 時間 (2)、平均睡眠時間は男女とも 6 時間 (1)であった。

表 11 に、ベースラインにおけるストレスプロフィールと調査した変数の関係を示す。高ストレス者は、非高ストレス者より若年の傾向があったが、男女差、家族構成に差は見られなかった。

104 人 (4.6%) が高ストレス者と判定された。ス

トレスチェックの実施以後、1 年間に抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調による休業を発症した人は 275 人 (受検者全体の 12.1%) であった。高ストレス者から 41 人 (高ストレス者中 39.4%)、高ストレス者以外の 2173 人から 234 人 (非高ストレス者中 10.8%) が抑うつ症状もしくはメンタルヘルスによる休業を開始しており、両者には統計学的に有意差があった。非高ストレス者に比して高ストレス者が抑うつ症状を発症した相対危険性を、年齢を調整したオッズ比で求めたところ、5.1 (3.4–7.8)であった。対応する集団寄与危険割合は 15.8% (9.7–23.8)であった。

7. 高ストレス者抽出基準の変更、職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

男女ともにしたデータセットで、複数のカットオフポイントによるハザード比を算出した結果を表 12 に示す。

クライテリア⑦のストレス反応を 77 から 90 にした場合のハザード比が最も高くはなったが、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイントで算出されるハザード比とほとんど差はなかった。他のクライテリアを増減させたカットオフポイントでは、ハザード比は低値となった。ストレス反応の上 4 分位をリスクグループとした場合のハザード比は 2.8 であった。

職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版において素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合のリスク推計を表 13 に示す。もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、他の 2 つの指標も推定リスク値に大きな差はなかった。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

2016 年 2 月にストレスチェックを受検した 3 事業場の男性 9553 人、女性 2177 人を解析の対象とした(表 10)。

仕事の負担大、資源小のグループにおいて休業者のリスクが高い傾向、事業場レベルの資源の指標についても、疾病休業を予測する傾向が観察された。E 項目群で好ましくない状況は、統計学的に有意に休業リスクが高かった。さらに E 項目群を細分して、項目ごとの解析を行ったところ、当

該職場では、「感情面で負担になる仕事」による休業リスクが統計学的に有意となることが観察された（表 12）。

D. 考察

1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」に基づくエビデンス構築のためのデータ収集

データ構造とフォーマットを作成し、職業性ストレス簡易調査票と疾病休業に係る情報について、過去5年間に蓄積されているものと、ストレスチェック制度施行後向後2年間に収集されるデータを、パネル形式で収集する準備を整えた。合計で29000名を超えるデータの提供を得た。

2. 既存データの解析

本研究では厚生労働省が推奨する高ストレス者を選定するための方法では、メンタルヘルス不調による休職を予測することはできなかった。心理的ストレス反応9項目の検査陽性者からは、その後のメンタルヘルス不調による休職リスクが有意に高いことが観察されたが、区間推定の幅（95%信頼区間）はかなり大きかった。

この検討では、調査時点と発症時点の時間的経緯が把握されていない。そのため、調査時近辺での発症か、調査後時間がたってからの発症か情報がなく、調査時点と発症時点間で、介入を含めた環境要因の変化が不明である。実際、この事業場では、ストレス調査結果を基に面接が行われており、高ストレス者の把握が将来の疾病休業発症を予測しなかったことに影響している可能性がある。後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」によって、パネルデータを完備することにより、調査とアウトカム発生の時間関係が正確に把握され、このような限界を補完できる可能性がある。

把握されるケースの数は種々の解析に耐えるほど多くはない。簡略版心身のストレス反応9項目を使用した場合、検査陽性者から2名の疾病休業者が発生した。統計学的には有意であるが、信頼区間が大きく、より大きなサンプルによる検証の必要性が認められたため、研究協力事業場を増やして解析することとした。

結果に影響を与える交絡要因も十分に調整できているとは言い難い。後ろ向き研究と前向き研究

を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」では、事業場で取得可能で、かつ、提供ができるものについては、極力収集する計画を立案した。さらに、十分な対象数があるパネルデータが構築できれば、属性毎の解析や、測定ができない対象者に固有な変数も調整が可能となる（Wooldridge et al, 2010.）。

一方で、前向きの解析からのみでは、疾患を有するケースを、いかに正確に篩い分けることができるかといった、いわゆるスクリーニング特性について検討ができないため、ウェブ調査による横断的解析による情報を補完した。

3. ウェブ調査によるスクリーニング特性の検討

ウェブ調査で、ストレス尺度とアウトカム尺度を同時に測定することで、ストレス尺度のスクリーニング特性を推定することとした。1650名の労働者のサンプルが得られ、職業性ストレス簡易調査票とその簡略版において、厚生労働省が推奨するカットオフポイントと、それを変化させるシミュレーションを行うことで、最適なスクリーニングのヒントを得ることを目的とした。今回、調査対象となった労働者は多様な職種、年齢層を有するものの、我が国の一般労働者を代表するものではない点については留意を要するが、以下のような知見が得られた（Tsutsumi et al., 2017）。

厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、一定のスクリーニング特性が示された。今回の調査対象では、職業性ストレス簡易調査票では、高ストレス者として抽出される頻度は16.7%であったが、陽性反応の中度は5割未満であった。簡略版は、職業性ストレス簡易調査票とほぼ同等のパフォーマンスを有するが、感度が低下し見落としが多くなる可能性に留意する必要が伺われた。職業性ストレス簡易調査票、簡略版ともに、厚生労働省が推奨するカットオフポイントでは、陽性尤度比は6程度で有益な情報が得られるレベルであった。しかし、臨床上ターゲットとする障害をまず（probable）ルール・インできるような尤度比（10以上）を示すカットオフポイントはなかった（Jaeschke et al, 1994）。

今回の調査対象では、各調査票における厚生労働省が推奨するカットオフポイントで、15~17%の高ストレス者が抽出された。カットオフポイントを操作することで、実務に資する所見をまとめると以下になると思われる。

職業性ストレス簡易調査票では、ストレス反応

のカットオフポイントを 10 ポイントほど下げるか、もしくは、ストレス要因と周囲のサポートのカットオフポイントを 20 ポイントほど下げることによって、スクリーニングパフォーマンスが向上することが示された。しかし、高ストレス者として抽出される頻度は、対象者の 3 割 (32.3%) となり、陽性反応的中度 33% を甘受しなければならない。ストレス反応のカットオフポイントを動かすか、ストレス要因と周囲のサポートのカットオフポイントを動かすかは、面接指導で重点を置くポイント (職場環境改善を重視するなら後者、など) によって決定してよいと思われる。一方で、高ストレス者として抽出する頻度を 10% 程度とすると「⑦を規定するストレス反応」90 点をカットオフポイントとすればよいが 6 割以上のケースの見落としを甘受する必要がある (感度 39.1%)。

簡略版では、ストレス反応のカットオフポイントを 5 ポイントほど下げることによって、スクリーニングパフォーマンスが向上することが示された。抽出される高ストレス者は全体の 3 割、陽性反応的中度も 3 割であることは、職業性ストレス簡易調査票の成績と変わりはない。高ストレス者として抽出する頻度を 10% 程度とするには、「表 3 の⑦を規定するストレス反応」35 点をカットオフポイントとすればよいが、職業性ストレス簡易調査票における操作同様、6 割程度のケースの見落としがある (感度 41.4%)。

職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング機能に関する考察

うつ病等のメンタルヘルス不調をアウトカムとした二次予防の効果は、男女合わせてもエビデンスが少ない事については留意が必要である。うつ病などのスクリーニングの効果については、訓練されたソーシャルワーカーや他のエキスパートによるインテンシブなケアが行われ、ようやく効果が見られたというものがあり (Wang PS, et al., 2007)、事後措置が十分でなければ、スクリーニングは勧められないとされている (U.S. Preventive Services Task Force 2002)。さらに、効率についての限界にも留意が必要である。必ずしも有病率が高くない集団への検査の陽性反応的中度は低い。職場は、一般に、少なくとも就業が可能な労働者の集団であり、ある程度の事前確率が見込まれる対象とは検査のパフォーマンスが異なることに留意が必要である。

尺度特性を知って戦略を立てる事は有用である。

ストレスチェック実施者として、自身の所属している事業場の産業保健スタッフ等でのキャパシティに合わせて、カットオフポイントの調節により適切な事後措置の計画を立てることが可能になる。感度を上げる (カットオフポイントを下げる) ことによって、見落としを少なくできる (当然、拾いすぎることによる擬陽性が多くなる)。特異度を上昇させる (カットオフポイントを上げる) ことにより、見落としは多くなるが、疑陽性を少なくさせることができる。さらに、事前の事業場の状況から、(予測) 有病率に基づく、計画立案も可能である。

面接指導では一次予防に資する情報収集と職場へのフィードバックを行う本来の主旨を認識しておく。医師による面接指導には、メンタルヘルス不調の評価とともに労働者のストレス等に関する情報収集が含まれる。労働者の個別のケアにかかわること以外に、仕事のストレス要因や支援 (修飾要因) の存在など職場環境に関する情報を聴取、把握することにより、職場の環境要因に対する一次予防的なアプローチが可能になる。

4. 一部上場企業 (金融業) における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後 1 年間の追跡期間で、男女ともに、高ストレス者において、統計学的に有意に 1 か月以上休業をするリスクが上昇することが観察された。男性高ストレス者のそうでないものに対するハザード比は 6.6 で、女性高ストレス者では 2.8 であった。男女ともに、休業者の 20% 以上は、高ストレスが寄与することが推計された。

この集団では、高ストレスの相対危険は男性で女性の 2 倍以上を示したが、高ストレス者の頻度が女性で多いことから、高ストレスが集団に与える休業発生へのインパクト (集団寄与危険割合) は男女でほぼ同様で、この集団で、高ストレスをなくすと、それぞれ 34、35 人の休業者のあった男女ともに 7 名から 8 名の休業が予防できると推定された。カプラン-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-マイヤープロットの所見から、ストレスチェック後あまり間をおかずに事後措置（面接など）をする必要性が裏付けられた。

5. 一部上場企業（製造業）における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後1年間の追跡期間で、男女ともに、高ストレス者において、統計学的に有意に1週間以上休業をするリスクが上昇することが観察された。

この集団では、高ストレス者と判定される者の頻度は、男女合わせて8.9%で、やはり女性において高頻度であったが、大きな差異はなかった。高ストレス者の、そうでない者に対する相対危険（オッズ比）は7.5であり、研究1と同程度の相対危険が得られた。集団寄与危険割合は37%と推計され、この集団から高ストレス状態をなくすことで、4人の休業が予防されると推計された。

6. 教育機関事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する解析

ストレスチェック後1年間の追跡期間で、高ストレス者において、統計学的に有意に、新規の抑うつ症状もしくはメンタルヘルス不調を発症するリスクが上昇することが観察された。

本研究では、調査対象者数が少なかったため男女一緒に解析を行った。高ストレス者の、そうでない者に対する抑うつ症状を含むメンタルヘルス不調を発症する相対危険（オッズ比）は5.1、集団寄与危険割合は16%と推計され、この集団から高ストレス状態をなくすことで、44人の抑うつ症状を含むメンタルヘルス不調の発症を予防できると推計された。

先行研究において、非高ストレス者に比して高ストレス者が休業者となる調整後相対危険は、男6.6(3.0-14.3)、女2.8(1.3-5.8)で、対応する集団寄与危険割合は、23.8%(10.3-42.6)、21.0%(4.6-42.1)（堤 2017; Tsutsumi et al., 2018）、男6.7(1.6-28.9)、女17.1(1.4-211.2)、対応する集団寄与危険割合は、36.7%(9.8-68.4)、33.8%(4.8-71.3)、58.8%(3.3-94.9)であった（堤

2017）。休業をアウトカムとして推計される相対危険や寄与危険に対して低い推計値が算出されているが、抑うつ症状の発現だけでは休業まで至らないこと、一方で、ストレスコーピングとしての休業があること（Kristensen 1991）、職業性ストレスを原因とする休業を要する障害がメンタルヘルス以外でも発生すること（Kivimaki et al., 2012; Torp et al., 2001）など、休業というアウトカムが、メンタルヘルス不調の発現よりも、高ストレス状態と非高ストレス状態の対比を際立たせる可能性があるためと考えられる。高ストレス状態で発症し得るメンタルヘルス以外の障害別の検討も必要である。

以上3事業場における職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性に関する検討から、職業性ストレス簡易調査票で抽出される労働者（高ストレス者）は、そうでない労働者に比して、疾病休業（堤 2017）およびメンタルヘルス不調のリスクが有意に増加することが認められた。高ストレス状態をなくすことで、一定数の休業の防止が可能である。ストレスチェック制度実施マニュアルが示す高ストレス者の判定基準は、予測妥当性の観点から妥当であると考えられた。ただし、今回解析の対象とした事業場は代表的な集団とは言えず、傷病別の解析も不可能であった。また、事業場別の差異もわかされた。より頑健なエビデンス構築のため、多職種、大規模な調査の必要がある。

7. 高ストレス者抽出基準の変更、職業性ストレス簡易調査票簡略版による高ストレス者の予測妥当性の検証

カットオフポイントを移動させた予測妥当性の検討では、クライテリア⑦（表3）のストレス反応のカットオフポイントを引き上げてリスクグループを絞り込むことで、ハザード比が最高となったが、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルで推奨されている高ストレス者の抽出によるハザード比とほとんど差はなく、信頼区間も推奨カットオフポイントで観察されたリスク推定より広がっていた。カットオフポイントを引き上げることによる感度の低下などを考慮すると、現在推奨されているカットオフポイントは予測妥当性の観点からも至適と考えられた。

ストレス反応の上4分位をリスクグループとする操作では、Wadaら（2013）の所見とほぼ同程度のリスクの推定が得られた。

職業性ストレス簡易調査票の簡略版およびオリジナル版の素点換算表を用いて高ストレス者を抽出した場合との比較では、もっともコントラストの強いハザード比を算出できたのはオリジナル版において合計得点を用いて高ストレス者を抽出した場合であったが、推定リスク値に大きな差はなかった。

以上の結果から、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルが推奨するカットオフポイントは、予測妥当性の観点から妥当であり、職業性ストレス簡易調査票のオリジナル版、簡易版、また、指標の算出法では、回答の点数を単純に合計する方法、素点換算法を使用する方法共に、有用と考えられた。

8. 新職業性ストレス簡易調査票を用いた予測妥当性の検討

職業性ストレス簡易調査票に含まれる項目以外の項目の予測妥当性を検討するために、製造業の労働者 11730 人を対象として、新職業性ストレス簡易調査票を適用し、調査後 1 年間で 1 週間以上の休業者のリスクを検討したところ、新職業性ストレス簡易調査票のうち、情緒的負担、役割葛藤、役割明確さ、成長の機会、新奇性、予測可能性の項目群の不良なグループで統計学的に有意に疾病休業が発生することを観察した。

当該事業場ではこの結果を受けて、E 項目群の項目別に解析を行い、とくに、「感情面で負担になる仕事」の項目が疾病休業を予測することが明らかになり、対策に検討されることになった。

労働者の休業リスクとして、職業性ストレス簡易調査票以外の要因があること、また、事業場のニーズに応じて、個別の集計により対策を立てることができることが示された。

E. 結論

職業性ストレス簡易調査票は、メンタルヘルス不調者のスクリーニングツールとして、有益な情報を提供する。マニュアルで推奨されるクライテリアで抽出される高ストレス者のうち、2 次的なスクリーニングが必要な頻度は、半数未満と推定された。職業性ストレス簡易調査票の簡略版を用いた検査でも同様のスクリーニングパフォーマンスが期待されるが、職業性ストレス簡易調査票に比べて感度がやや低下する。職業性ストレス簡易調査票のスクリーニング効率と高ストレスの集団寄与危険割合を考慮すると、二次予防的な方策に

一定の限界が存在することは自明である。ストレスチェック制度の下では、医師の面接指導も含めて、一次予防に資する情報収集と集団分析を合わせた事後措置が求められるとともに、職業性ストレス簡易調査票で把握される以外の要因が存在することにも留意し、ストレスチェック制度を一つのツールとしながら対策を立てていくことが重要である。

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

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

ストレスチェックプログラム実施において、職業性ストレス簡易調査票に関わるエビデンスとしては、高ストレス者をスクリーニングし、彼らに医師との面接の機会を与えることでメンタルヘルスの課題の予防となるのか、プログラムに関連して、管理監督者教育を含み、職場環境を改善することにより、労働者のメンタルヘルスに寄与するのか、といった課題について検証作業が残っている。

以上の検討を通じて得られた成果をまとめたポイントを表 15 に挙げた。さらに、職業性ストレス簡易調査票に関するエビデンスを基に、産業保健スタッフおよび労働者向けにストレスチェックの考え方について情報提供するリーフレットを作成した（付図）。

F. 健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 堤 明純. ストレスチェック制度の有効活用. 地方公務員 安全と健康フォーラム. 2015.10.11-15
- 2) 堤 明純. 職場環境改善とポジティブ・メンタルヘルスの有効性. 産業保健 2 1. 2015.10 第 82 号 2-5
- 3) 堤 明純. メンタルヘルス対策とストレスチェック制度. 予防医学. 2015; 57 (12): 15-18.
- 4) Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. *J Occup Health*. 2016;58(1):1-6.
- 5) 堤 明純. 職場におけるメンタルヘルス不調のスクリーニング. 総合健診. 2016; 43: 313-319.
- 6) 堤 明純. Medical Practice ワンポイントアドバイス「職場におけるストレスチェックの留意点」. *Medical Practice* 2016. 33 (4): 663
- 7) 堤 明純. 集団分析の活用と職場改善の方法. *Vita*. 2016. 33 (2): 41-46
- 8) 堤 明純. ストレスチェックを活かす—ストレスチェックの結果を職場環境改善に活かすための進め方. 安全と健康 2016; 17(10)968-971.
- 9) 堤 明純. 職業性ストレス研究のトピックス—代表的な職業性ストレスモデルの動向と注目されている心理社会的要因—努力-報酬不均衡モデル. *ストレス科学*. 2016; 31(1):12-20.
- 10) 堤 明純. ストレスチェック制度導入から一年 — 見えてきた課題と今後の有効活用のために. 健康かながわ. 第 585 号. 2016.12.
- 11) 堤 明純. 働く女性のストレスとメンタルヘルス不調 2 職業性ストレスによるメンタルヘルス不調の男女差. 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア. 丸山総一郎編. 創元社, 大阪, pp127-136
- 12) 堤 明純. ストレスチェック制度—その有効な活用を目指して. けんこう福岡. 2017; no. 52: 10-11.
- 13) 堤 明純. メンタルヘルス不調と検査. 臨床検査 2017 ; 61 (6) : 698-703
- 14) Tsutsumi 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, Duesserdorf pp.173-188.
- 15) Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? *JOH*. 2017; 59: 356-360
- 16) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Odagiri Y. Psychometric assessment of a scale to measure bonding workplace social capital. *PLOS One* 2017; 12(6): e0179461
- 17) 堤 明純. ストレスチェック制度-現状と課題. ストレスチェックプログラムで推奨されている高ストレス者判定の妥当性. *医学のあゆみ* 2017; 263(3): 234-240
- 18) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. *Journal of Occupational Health* 2018; 60: 55-63
- 19) 堤 明純. 【特集】ハラスメント対策と産業保健. ハラスメントがメンタルヘルスに及ぼす影響と、産業保健スタッフに求められる対処. 産業保健 2 1. 2018.1 第 91 号 5-7
- 20) 堤 明純. 科学的根拠に基づいたストレスチェック質問票判定基準の考え方. *行動医学研究* 2018; 23(2): 76-81
- 21) 堤 明純. ストレスチェック制度—実施方法と制度導入に関する科学的根拠. ストレスチェック制度の科学的根拠：職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性. *ストレス科学* (印刷中)
- 22) 堤 明純. ストレスチェック制度とは何か—ストレスチェック制度で使用される職業性簡易ストレス調査票の妥当性. *ストレス科学* (印刷中)
- 23) 堤 明純. 職業性ストレス簡易調査票の妥当性. 予防精神医学 (刊行予定)

2. 学会発表

- 1) 堤 明純：職業性ストレスモデルと評価

- の展開. 第 88 回日本産業衛生学会教育講演 2015 年 5 月 14 日, 大阪
- 2) 堤 明純: ストレスチェック~その意義と活用. 産業保健研究会 2015 年 6 月 18 日, 東京
 - 3) 堤 明純: 過労死等防止のためのストレス対策. 過労死等防止対策推進シンポジウム 2015 年 11 月 1 日, 横浜
 - 4) 堤 明純: 職場におけるメンタルヘルス対策 Update. 平成 27 年度日本産業衛生学会東海地方会特別講演 2015 年 11 月 14 日, 名古屋市
 - 5) 堤 明純: ストレスチェックの意義と活用. 第 59 回中国四国合同産業衛生学会特別講演 2015 年 12 月 6 日, 松山市
 - 6) 堤 明純: 過労死等防止のためのストレス対策. 過労死等防止対策推進シンポジウム 2015 年 12 月 7 日, さいたま市
 - 7) 堤 明純: ストレスチェックの運用とくに事後措置について. 長野県産業医学大会特別講演 2015 年 12 月 19 日, 松本市
 - 8) 堤 明純: 近年のメンタルヘルス対策の動向. 第 1 回日本産業衛生学会中国地方会研究会特別講演 2016 年 2 月 13 日, 岡山市
 - 9) 堤 明純: 職場におけるストレスチェックの活用. 東京認知行動療法アカデミー第 41 回ワークショップ 2016 年 4 月 17 日
 - 10) 堤 明純: メンタルヘルス研究の未来. 第 89 回日本産業衛生学会メインシンポジウム 1. 2016 年 5 月 25 日, 福島
 - 11) 堤 明純: 職業性ストレス研究の展開. 第 89 回日本産業衛生学会教育講演 1 3 2016 年 5 月 27 日, 福島
 - 12) 堤 明純: ストレスチェック質問票の判定基準に関する検討. 第 75 回日本公衆衛生学会総会 2016 年 10 月 26 日, 大阪
 - 13) 堤 明純: 過労死等防止のためのストレス対策. 過労死等防止対策推進シンポジウム 2016 年 11 月 9 日, 東京
 - 14) 堤 明純: 過労死防止対策について. 平成 28 年度 (第 21 回) 産業保健調査研究発表会 2016 年 11 月 10 日, 東京
 - 15) 堤 明純, 矢内美雪: ストレスチェック制度における事業所内外の連携. 日本産業ストレス学会シンポジウム「ストレスチェック制度における事業場内外の連携」(座長) 2016 年 11 月 26 日, 東京
 - 16) Tsutsumi A, Eguchi H, Odagiri Y, Inoue A : Developing of Japanese version of workplace social capital scale. International Congress of Behavioral Medicine 2016 年 12 月 7 日, Melbourne
 - 17) 堤 明純: ストレスチェック結果を活かしたストレス・コントロールとは. 中災防平成 28 年度心の健康づくりシンポジウム (座長) 2016 年 2 月 15 日, 東京
 - 18) 堤 明純: セルフケア・ラインケア教育. 中災防平成 28 年度心の健康づくりシンポジウム (座長) 2016 年 2 月 15 日, 東京
 - 19) 堤 明純: シンポジウム④ストレスチェック制度実施上の留意点. 科学的根拠に基づいたストレスチェック質問票判定基準の考え方. 第 23 回日本行動医学会学術総会 2017 年 3 月 18 日, 沖縄県国頭郡恩納村
 - 20) 堤 明純: ストレスチェックにおける高ストレス者抽出基準の特性についての検討. 第 90 回日本産業衛生学会総会 職業性ストレス調査票ユーザーズクラブ 2017 年 5 月 12 日 東京
 - 21) 堤 明純: ストレスチェックにおける高ストレス者抽出基準の特性についての検討. 第 90 回日本産業衛生学会総会 2017 年 5 月 13 日 東京
 - 22) Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. Prospective validity of a screening tool recommended for Japanese Stress Check Program at worksite. The 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017), August 19-22, 2017, Saitama
 - 23) 堤 明純: ストレスチェックに関するエビデンス. 第 82 回文天ゼミ 2017 年 9 月 26 日 東京
 - 24) 堤 明純: ストレスチェック制度で使用される職業性簡易ストレス調査票の妥当性. 日本ストレス学会第 33 回学術総会教育講演 1 2017 年 10 月 22 日 大阪

- 25) 堤 明純：ストレスチェック—調査票、採点方法の違いによって予測力は変わるのか？第76回日本公衆衛生学会総会 2017年11月1日 鹿児島
- 26) 堤 明純：職業性ストレス簡易調査票の科学的根拠. 第24回日本行動医学会学術総会 シンポジウム1 ストレスチェック制度の科学的根拠と効果的運用：行動医学はどう貢献できるか 2017年12月1日 東京
- 27) 堤 明純：職業性ストレス簡易調査票の妥当性. 第21回日本精神保健・予防学会学術集会シンポジウム ストレスチェック制度を活かした職場におけるメンタルヘルス不調の一次予防、～現状と課題～ 2017年12月10日 沖縄
- 28) 堤 明純：ストレスチェック制度とこれからの心の健康づくり. 第52回日本成人病（生活習慣病）学会学術集会 シンポジウム3『職域におけるメンタルヘルスケア』2018年1月14日 東京
- 29) 堤 明純：ストレスチェックと職場環境改善について. 京都復職支援ネットワーク事業研修会 仕事のストレス対策としての有効性と課題 2018年2月7日 京都
- 30) 堤 明純. ストレスチェックに関する科学的根拠. 淳風会健康管理センター 第1回保健事業報告懇談会 労働力人口減少時代における「働く世代の健康増進」 2018年2月15日 岡山
- 31) 堤 明純：ストレスチェック制度の効果的な運用に向けて. メンタルヘルス・マネジメント@検定試験I種合格者フォーラム第11回交流会（東京）「ストレスチェックで生産性が高まった！」～効果的な分析・活用方法～【基調講演】 2018年3月25日 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 引用文献リスト

- Day LE. Confidence limits made easy: interval estimation using a substitution method. *Am J Epidemiol* 1998; 147(8): 783-790.
- Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17, 152–8.
- Huang Y, Xu S, Hua J, Zhu D, Liu C, Hu Y, et al. Association between job strain and risk of incident stroke: A meta-analysis. *Neurology*. 2015;85(19):1648-54.
- Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL: Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 1994;271(9):703-7.
- Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 2010; 19: 4–22.
- Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012;380(9852):1491-1497.
- 厚生労働省. 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>
- Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science & Medicine*. 1991; 32 (1): 15-27.
- Sommer TG1, Svendsen SW, Frost P. Sickness absence and permanent work disability in relation to upper- and lower-body pain and occupational mechanical and psychosocial exposures. *Scand J Work Environ Health*. 2016 Jun 1;42(6):481-489. doi: 10.5271/sjweh.3600. Epub 2016 Oct 13.
- Theorell T, Jood K, Jarvholm LS, et al. A

- systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. *Eur J Public Health*. 2016;26(3):470-7.
- 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野. 健康いきいき職場づくりフォーラム (<https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/>)
- Torp S, Riise T, Moen BE. The impact of psychosocial work factors on musculoskeletal pain: a prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2001; 43: 120-126.
- 堤 明純：科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定. 平成27年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」(H27-労働一般-004主任：川上憲人) 分担研究報告書
- 堤 明純：科学的根拠によるストレスチェック質問票と判定基準の設定. 平成28年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」(H27-労働一般-004主任：川上憲人) 分担研究報告書 2017
- Tsutsumi A, Inoue A, Eguchi H. How accurately does the Brief Job Stress Questionnaire identify with or without potential psychological distress? *JOH*. 2017; 59: 356-360
- Tsutsumi A, Shimazu A, Eguchi H, Inoue A, Kawakami N. A Japanese Stress Check Program screening tool predicts worker long-term sickness absence: a prospective study. *Journal of Occupational Health* 2018; 60: 55-63
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Am Fam Physician*. 2002;66(4):647-50.
- Wada K, Sairenchi T, Haruyama Y, Taneichi H, Ishikawa Y, Muto T. Relationship between the onset of depression and stress response measured by the Brief Job Stress Questionnaire among Japanese employees: a cohort study. *PLoS One*. 2013;8(2):e56319. doi: 10.1371/journal.pone.0056319. Epub 2013 Feb 12.
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(12):1401-11.
- Wooldridge J M. *Econometric analysis of cross section and panel data*, 2nd edition. Cambridge, MA: The MIT Press 2010.

表1. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」における観察予定項目

(1) 対象者背景情報（人事データ）	
・年齢	・職種および所属部署
・性別	・職位
・教育歴	・既往歴
(2) 調査票データ	
・職業性ストレス簡易調査票による調査結果	
(3) 健康関連情報	
事業場が把握している下記の健康障害に関する疾病休業年月日	
・メンタルヘルス不調	
・循環器疾患	
・筋骨格系疾患	
(4) そのほか	
事業場における調査後の介入の有無（特に法施行後の面接指導の実施）	

表2. 後ろ向き研究と前向き研究を組み合わせた「科学的根拠によるストレスチェック調査票の判定基準の設定」におけるデータ収集スケジュール

	第1回 データ収集 2015. 12. 1 ²⁾	第2回 データ収集 2016. 12. 1	第3回 データ収集 2017. 12. 1	研究終了 2018. 3. 31
2010. 12. 1 ¹⁾				
				
観察項目 ³⁾				
(1) 人事データ	○	○	○	○
(2) 調査票データ	○	○	○	○
(3) 健康関連情報	○	○	○	○

1) 事業場が提供可能な期間に限る（最大5年間）

2) ストレスチェック制度施行開始日。ただし、倫理委員会承認時期によって繰り延べ。

3) 経年的に蓄積される観察項目は、事業場で、個人同定可能な情報を削除して、研究者に提供される。

表3. 予備解析に用いた曝露指標（職業性ストレス簡易調査票から作成されるカテゴリ）

<p>1) 職業性ストレス簡易調査票（57項目）の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下のA）またはB）のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（29項目）の合計点数（ストレスが高い方が4点、低い方を1点とする）を算出し、合計点数が77点以上である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（17項目）および「周囲のサポート」（9項目）の合計点数（ストレスが高い方を4点、低い方を1点とする）を算出し、合計点が76点以上であって、かつ、「心身のストレス反応」の合計点数が63点以上である者を高ストレスとする。</p>	
<p>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点以上である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（6項目）および「周囲のサポート」（6項目）の合計点数（ストレスが高い方を4点、低い方を1点とする）を算出し、合計点が39点以上であって、かつ、「心身のストレス反応」の合計点数が23点以上である者を高ストレスとする。</p>	
<p>3) 職業性ストレス簡易調査票（57項目）の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合（以下のA）またはB）のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価） A) 「心身のストレス反応」（29項目）の6尺度（活気、イライラ感、不安感、抑うつ感、疲労感、身体愁訴）について、要素換算表により5段階評価（ストレスの高い方が1点、低い方が5点）に換算し、6尺度の合計点が12点以下（平均点が2.00点以下）である者を高ストレスとする。 B) 「仕事のストレス要因」（17項目）の9尺度（仕事の量、仕事の質、身体的負担度等）および「周囲のサポート」（9項目）の3尺度（上司からのサポート、同僚からのサポート等）の計12尺度について、素点換算表（P37）により5段階評価（ストレスの高い方が1点、低い方が5点）に換算し、12尺度の合計点が26点以下（平均点が2.17点以下）であって、かつ、「心身のストレス反応」の6尺度の合計点が17点以下（平均点が2.83点以下）である者を高ストレスとする。</p>	

<p>4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合(以下のA)またはB)のいずれかに該当する者を高ストレス者と評価する)</p> <p>A) 「心身のストレス反応」(11項目)の5尺度(不安感、抑うつ感、疲労感、食欲、不眠)について、要素換算表により5段階評価(ストレスの高い方が1点、低い方が5点)に換算し、5尺度の合計点が11点以下(平均点が2.20点以下)である者を高ストレスとする。</p> <p>B) 「仕事のストレス要因」(6項目)の2尺度(仕事の量、コントロール度)および「周囲のサポート」(6項目)の2尺度(上司からのサポート、同僚からのサポート)の計4尺度について、素点換算表(P38)により5段階評価(ストレスの高い方が1点、低い方が5点)に換算し、4尺度の合計点が8点以下(平均点が2.00点以下)であって、かつ、「心身のストレス反応」の5尺度の合計点が16点以下(平均点が3.20点以下)である者を高ストレスとする。</p>	
<p>5) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)で操作される「心身のストレス反応」(29項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を4点、低い方を1点とする、を算出し、合計点数が77点以上である者を高ストレスとする</p>	
<p>6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」(11項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を4点、低い方を1点とする、を算出し、合計点数が31点以上である者を高ストレスとする。</p>	
<p>7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた(9項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合 ストレスが高い方を4点、低い方を1点とする、を算出し、合計点数が27点以上である者を高ストレスとする。</p>	

表4. 職業性ストレス簡易調査票およびその簡略版から作成されるカテゴリで抽出される高ストレス者におけるメンタルヘルス不調によって休業する労働者が発生するリスク(オッズ比および95%信頼区間)(労働者1035人における4年間の追跡結果)

	Test	Incidence		Total	OR (95%CI)*
		+	-		
1)	+	0	77	77	NA
	-	8	946	954	
	Total	8	1024	1031	
2)	+	1	68	69	1.9 (0.2-15.3)
	-	7	958	965	
	Total	8	1026	1034	
3)	+	0	85	85	NA
	-	8	942	950	
	Total	8	1027	1035	
4)	+	2	125	127	2.1 (0.4-10.8)
	-	6	900	906	
	Total	8	1027	1033	
ストレス反応のみを利用した解析					
5)	+	0	63	63	NA
	-	8	963	971	
	Total	8	1026	1034	
6)	+	2	370	372	1.6 (0.3-7.9)
	-	6	657	663	
	Total	8	1027	1035	
7)	+	2	20	22	15.7 (2.9-86.5)
	-	6	1007	1013	
	Total	8	1027	1035	

1) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合

2) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の合計点を使用して高ストレス者を抽出した場合

3) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合

4) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)の素点換算表を使用して高ストレス者を抽出した場合

5) 職業性ストレス簡易調査票(57項目)で操作される「心身のストレス反応」(29項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合

6) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」(11項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合

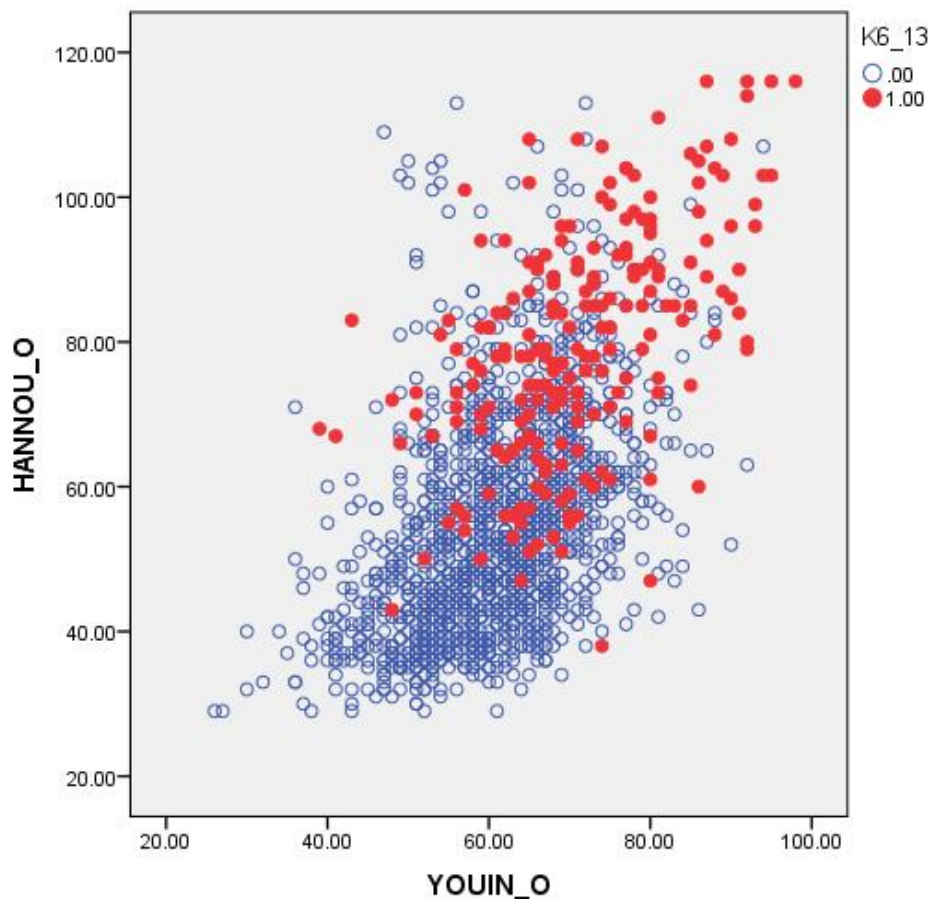
7) 職業性ストレス簡易調査票簡略版(23項目)で操作される「心身のストレス反応」から食欲不振と睡眠の障害を除いた(9項目)の合計点数を用いて高ストレス者を抽出した場合

* 性・年齢を調整したオッズ比と95パーセント信頼区間(高リスク者にアウトカムが発生し、計算が可能であった場合)

表5. ウェブ調査回答者の属性

属性	n	%
性別		
男性	825	50
女性	825	50
教育歴		
中学校卒業	20	1.2
高校中退・卒業	401	24.3
短大・高専・専門学校中退・卒業	424	25.7
大学中退・卒業	721	43.7
大学院中退・修了	82	5
その他	2	0.1
雇用形態		
経営者・役員	47	2.8
正社員	938	56.8
契約社員	163	9.9
パートタイム労働者	453	27.5
派遣労働者	46	2.8
臨時・日雇労働者	3	0.2
職業分類		
管理職（課長職以上）	164	9.9
専門職（研究職、技師、コンピューターエンジニア、教員など）	198	12
技術者（電気技術者、コンピューター技術者、栄養士など）	101	6.1
事務職（一般事務員、経理、秘書、キーパンチャーなど）	520	31.5
サービス（販売員、保安員、ウェイトレス、保育、介護者など）	317	19.2
技術を必要とする生産技能職（建築、機械修理、整備、手工芸など）	58	3.5
機械を操作する生産技能職（機械の運転・操作、自動車の運転など）	58	3.5
身体を使う作業の多い生産技能職（包装、出荷、清掃など）	151	9.2
その他の仕事	83	5
世帯収入（税込）		
299万円以下	315	19.1
300-499万円	464	28.1
500-799万円	497	30.1
800-999万円	193	11.7
1000-1499万円	143	8.7
1500万円以上	38	2.3

図1. 職業性ストレス簡易調査票 57項目を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布 (n=1650)



図注

YOUIN_O: 職業性ストレス簡易調査票 57 項目 (オリジナル) におけるストレス要因と周囲のサポート (得点範囲 26~104 点)

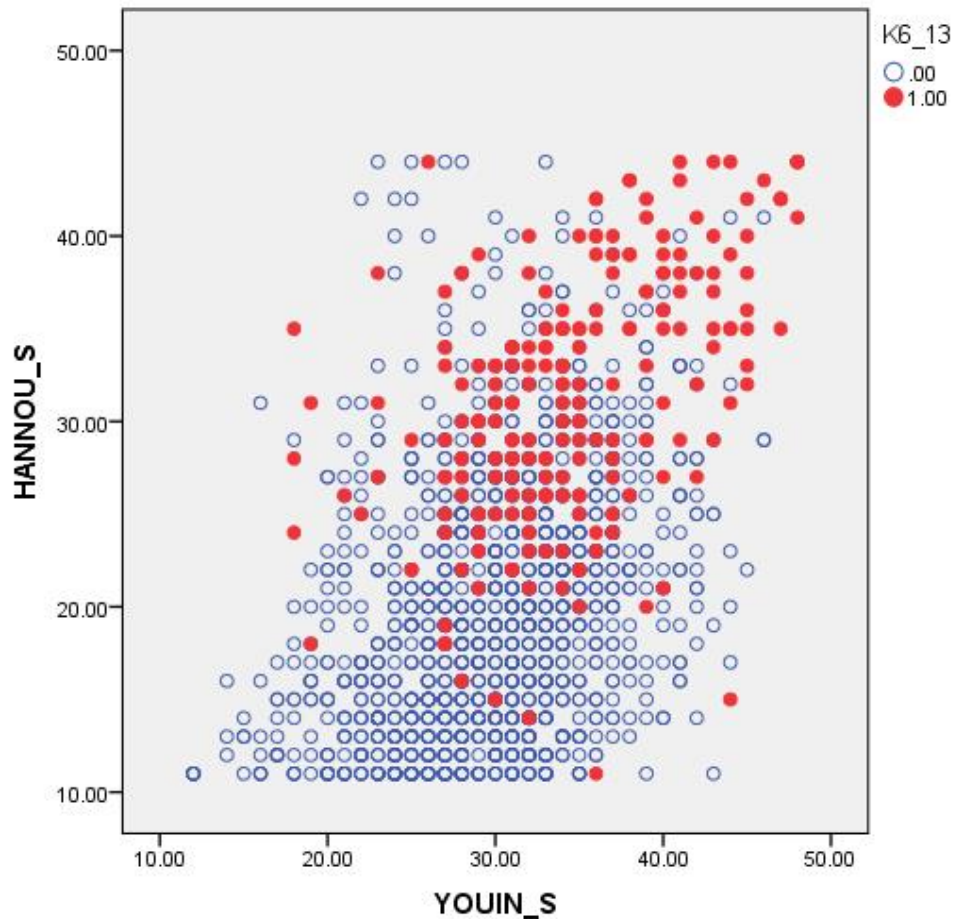
HANNOU_O: 職業性ストレス簡易調査票 57 項目 (オリジナル) におけるストレス反応 (得点範囲 29~116 点)

○ : K6 得点 13 点未満の参加者、● : K6 得点 13 点以上の参加者

表6. K6 得点 13 点以上をケースと想定し職業性ストレス簡易調査票の各カットオフポイントを移動させた場合のスクリーニングバ特性の変化 (n=1650)

カットオフ	㉞の頻度	㉞+㉟の頻度	感度 (%)	特異度 (%)	Youden Index	AUC	陽性反応的中度	陰性反応的中度	陽性尤度比	陰性尤度比
㉞を規定するストレス反応										
29	100.0	100.0	100.0	NA	NA	0.500	13.0	NA	NA	NA
30	99.6	99.6	100.0	0.4	0.004	0.502	13.1	100.0	1.0	0.0
35	97.2	97.2	100.0	3.3	0.033	0.516	13.4	100.0	1.0	0.0
40	86.5	86.5	99.5	15.5	0.150	0.575	15.0	99.6	1.2	0.0
45	74.8	74.8	99.1	28.8	0.279	0.639	17.2	99.5	1.4	0.0
50	62.8	62.8	98.1	42.4	0.405	0.703	20.3	99.3	1.7	0.0
55	52.8	52.8	94.4	53.4	0.478	0.739	23.3	98.5	2.0	0.1
60	41.6	41.6	87.4	65.2	0.526	0.763	27.4	97.2	2.5	0.2
65	32.1	32.3	81.9	75.1	0.570	0.785	33.0	96.5	3.3	0.2
70	24.1	25.1	74.4	82.3	0.567	0.784	38.6	95.6	4.2	0.3
75	16.3	18.1	62.8	88.6	0.514	0.757	45.3	94.1	5.5	0.4
77 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
80	11.9	14.3	51.6	91.3	0.429	0.715	47.0	92.6	5.9	0.5
85	8.4	11.3	44.7	93.7	0.384	0.692	51.3	91.9	7.1	0.6
90	5.7	9.7	39.1	94.7	0.338	0.669	52.5	91.2	7.4	0.6
95	3.8	8.5	34.4	95.3	0.297	0.649	52.5	90.7	7.3	0.7
100	2.6	8.1	33.0	95.7	0.287	0.644	53.4	90.5	7.7	0.7
105	1.3	7.3	31.2	96.3	0.275	0.637	55.8	90.3	8.4	0.7
110	0.5	6.8	29.8	96.7	0.265	0.632	57.1	90.2	9.0	0.7
115	0.2	6.7	29.8	96.8	0.266	0.633	58.2	90.2	9.3	0.7
116	0.0	6.7	29.8	96.8	0.266	0.633	58.2	90.2	9.3	0.7
㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート										
29	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
30	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
35	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
40	14.7	19.0	61.9	87.5	0.494	0.747	42.5	93.9	5.0	0.4
45	14.7	18.7	61.9	87.7	0.496	0.748	43	93.9	5.0	0.4
50	14.7	18.4	61.4	88.1	0.495	0.747	43.6	93.8	5.2	0.4
55	14.7	18.0	61.4	88.5	0.499	0.749	44.4	93.9	5.3	0.4
60	14.7	17.5	61.4	89.1	0.505	0.753	45.8	93.9	5.6	0.4
63 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
65	14.7	16.4	60.5	90.2	0.507	0.753	48	93.8	6.2	0.4
70	14.7	15.7	59.5	90.9	0.504	0.752	49.4	93.7	6.5	0.4
75	14.7	14.9	58.1	91.6	0.497	0.749	50.8	93.6	6.9	0.5
77	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
㉟を規定するストレス反応										
26	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
30	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
35	14.7	34.8	83.7	72.5	0.562	0.781	31.3	96.7	3.0	0.2
40	14.7	34.7	83.3	72.5	0.558	0.779	31.2	96.7	3.0	0.2
45	14.7	34.7	82.8	72.5	0.553	0.777	31.1	96.6	3.0	0.2
50	14.7	34.3	81.9	72.8	0.547	0.773	31.1	96.4	3.0	0.2
55	14.7	32.8	80.5	74.4	0.549	0.774	32	96.2	3.1	0.3
60	14.7	29.9	77.2	77.1	0.543	0.772	33.6	95.8	3.4	0.3
65	14.7	26.5	73.5	80.5	0.54	0.770	36.1	95.3	3.8	0.3
70	14.7	21.0	65.1	85.6	0.507	0.754	40.5	94.2	4.5	0.4
75	14.7	17.1	60.9	89.5	0.504	0.752	46.5	93.9	5.8	0.4
76 #	14.7	16.7	60.5	89.9	0.504	0.752	47.3	93.8	6.0	0.4
80	14.7	15.8	59.1	90.7	0.498	0.749	48.8	93.7	6.4	0.5
85	14.7	14.9	57.7	91.5	0.492	0.746	50.4	93.5	6.8	0.5
90	14.7	14.7	57.2	91.6	0.488	0.744	50.6	93.5	6.8	0.5
95	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
100	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5
104	14.7	14.7	57.2	91.7	0.489	0.745	50.8	93.5	6.9	0.5

図2. 職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目を使用した場合の、ストレス要因およびストレス反応で作成したマトリックス内における K6 得点の分布 (n=1650)



図注

YOUIN_S: 職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目におけるストレス要因と周囲のサポート (得点範囲 12~48 点)

HANNOU_S: 職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目におけるストレス反応 (得点範囲 11~44 点)

○ : K6 得点 13 点未満の参加者、● : K6 得点 13 点以上の参加者

表7. K6 得点 13 点以上をケースと想定し、職業性ストレス簡易調査票簡略版 23 項目の各カットオフポイントを移動させた場合の、スクリーニング特性の変化 (n=1650)

カットオフ	㉞の頻度	㉞+㉟の頻度	感度 (%)	特異度 (%)	Youden Index	AUC	陽性反応の中度	陰性反応の中度	陽性尤度比	陰性尤度比
㉞を規定するストレス反応										
11	100.0	100.0	100.0	-	-	0.500	13.0	-	#VALUE!	#VALUE!
15	75.9	75.9	99.1	27.5	0.266	0.633	17	99.5	1.4	0.0
20	53.6	53.6	95.3	52.7	0.48	0.740	23.2	98.7	2.0	0.1
25	31.9	32.3	84.2	75.5	0.597	0.798	34	97	3.4	0.2
30	15.5	17.4	59.5	88.9	0.484	0.742	44.6	93.6	5.4	0.5
31 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
35	7.2	10.3	41.4	94.4	0.358	0.679	52.4	91.5	7.4	0.6
40	2.8	7.6	30.2	95.7	0.259	0.630	51.6	90.2	7.0	0.7
44	0.7	6.5	26	96.4	0.224	0.612	52.3	89.7	7.2	0.8
㉟を規定するストレス要因と周囲のサポート										
11	13.2	17.4	56.7	88.5	0.452	0.726	42.5	93.2	4.9	0.5
15	13.2	17.0	56.7	88.9	0.456	0.728	43.4	93.2	5.1	0.5
20	13.2	16.2	56.3	89.8	0.461	0.731	45.3	93.2	5.5	0.5
23 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
25	13.2	14.8	55.3	91.2	0.465	0.733	48.6	93.2	6.3	0.5
30	13.2	13.3	52.6	92.6	0.452	0.726	51.6	92.9	7.1	0.5
31	13.2	13.2	52.6	92.8	0.454	0.727	52.1	92.9	7.3	0.5
㉞を規定するストレス反応										
12	13.2	39.7	89.3	67.7	0.57	0.785	29.3	97.7	2.8	0.2
15	13.2	39.7	89.3	67.7	0.57	0.785	29.3	97.7	2.8	0.2
20	13.2	39.5	88.4	67.8	0.562	0.781	29.1	97.5	2.7	0.2
25	13.2	37.9	87	69.5	0.565	0.782	29.9	97.3	2.9	0.2
30	13.2	31.3	78.1	75.7	0.538	0.769	32.6	95.9	3.2	0.3
35	13.2	21.0	63.7	85.4	0.491	0.745	39.5	94	4.4	0.4
39 #	13.2	15.2	55.3	90.8	0.461	0.731	47.4	93.1	6.0	0.5
40	13.2	14.6	54.4	91.4	0.458	0.729	48.5	93	6.3	0.5
45	13.2	13.3	52.6	92.6	0.452	0.726	51.6	92.9	7.1	0.5
48	13.2	13.2	52.6	92.8	0.454	0.727	52.1	92.9	7.3	0.5

#: 厚生労働省が推奨するカットオフポイント

表8. 予測妥当性を検討した一部上場金融業労働者の属性

	男性 (n=7341)			女性(n=7345)		
	高ストレス	その他	p-値	高ストレス	その他	p-値
参加者数	411	6930		1105	6240	
平均年齢	48.5	47.5	.06	36.9	35.3	<.001
平均勤続年数	12.6	14.0	<.01	12.2	10.9	<.001
職種, n (%)						
販売	144 (35.0)	2924 (42.2)	<.01	583 (52.8)	3383 (54.2)	<.001
顧客対応	196 (47.7)	2753 (39.7)		403 (36.5)	1903 (30.5)	
管理	71 (17.3)	1244 (18.0)		119 (10.8)	950 (15.2)	
その他	0 (0.0)	9 (0.1)		0 (0.0)	4 (0.1)	
職位, n (%)						
担当者	156 (38.0)	2342 (33.8)	<.001	1005 (91.0)	5543 (88.8)	<.01
マネージャー	80 (19.5)	2117 (30.5)		8 (0.7)	138 (2.2)	
シニア	14 (3.4)	443 (6.4)		7 (0.6)	93 (1.5)	
嘱託	161 (39.2)	2019 (29.1)		85 (7.7)	462 (7.4)	
その他	0 (0.0)	9 (0.1)		0 (0.0)	4 (0.1)	
検査後面談の有無						
実施	49 (11.9)	6 (0.1)	<.001	116 (10.5)	6 (0.1)	<.001
実施せず	362 (88.1)	6924 (99.9)		989 (89.5)	6234 (99.9)	

連続変数はt-検定、名義変数はカイ二乗検定を実施。

表9. 職業性ストレス簡易調査票によるストレスプロフィールと1ヶ月以上休業発症の関係(コックス比例ハザードモデルによる解析)

	人月	イベント数	1000人月あたり休業率	率比 (95% 信頼区間)	
				年齢調整	年齢、勤続年数、職種、職位、受検後面談調整
男性 (n=7341)					
高ストレス	4681	9	1.92	6.13 (2.86-13.13)	6.59 (3.04-14.25)
その他 (基準)	81092	25	0.31	1.00	1.00
女性 (n=7345)					
高ストレス	12946	12	0.93	3.11 (1.54-6.26)	2.77 (1.32-5.83)
その他 (基準)	73610	23	0.31	1.00	1.00

表 10. 予測妥当性を検討した一部上場製造業労働者の属性

	男性				女性					
	高ストレス		その他	p-値	高ストレス		その他	p-値		
参加者数	801		8752		246		1931			
平均年齢	44.9		46.7	<.001	42.0		43.7	<.01		
平均勤続年数	18.1		20.6	<.001	14.9		16.7	<.05		
職種 (%)										
サービス職	18	(2.2)	109	(1.2)	<.001	29	(11.8)	118	(6.1)	<.05
運輸・通信職	0	(0.0)	8	(0.1)		1	(0.4)	3	(0.2)	
営業販売職	49	(6.1)	562	(6.4)		8	(3.3)	113	(5.9)	
管理職	100	(12.5)	1990	(22.7)		6	(2.4)	66	(3.4)	
事務職	105	(13.1)	998	(11.4)		111	(45.1)	1011	(52.4)	
生産工程・労務職	25	(3.1)	223	(2.5)		5	(2.0)	31	(1.6)	
専門技術職	401	(50.1)	4098	(46.8)		50	(20.3)	358	(18.5)	
その他	103	(12.9)	764	(8.7)		36	(14.6)	231	(12.0)	
雇用形態				ns						<.05
その他	9	(1.1)	160	(1.8)		11	(4.5)	162	(8.4)	
正社員	792	(98.9)	8592	(98.2)		235	(95.5)	1769	(91.6)	
診断書を有する 1週間以上休職				<.05						
あり	3	(0.4)	5	(0.1)		2	(0.8)	1	(0.1)	<.05
なし	798	(99.6)	8747	(99.9)		244	(99.2)	1930	(99.9)	

表 11. 予測妥当性を検討した教育機関労働者の属性

	高ストレス	その他	p-値
N	104	2173	
性			N.S.
	男	34	859
	女	70	1314
平均年齢 (標準偏差)	34.6 (9.9)	37.2 (11.6)	0.02
家族構成			N.S.
	家族と同居	61	1351
	単身赴任	1	15
	独居	33	647
	寮	5	60
	その他	0	17

図3. ストレスチェックプログラムによる高ストレス者とそれ以外の労働者の1年間追跡における1ヶ月以上疾病休業の蓄積ハザード比 (カプランマイヤー解析; 上図 男性、下図 女性)

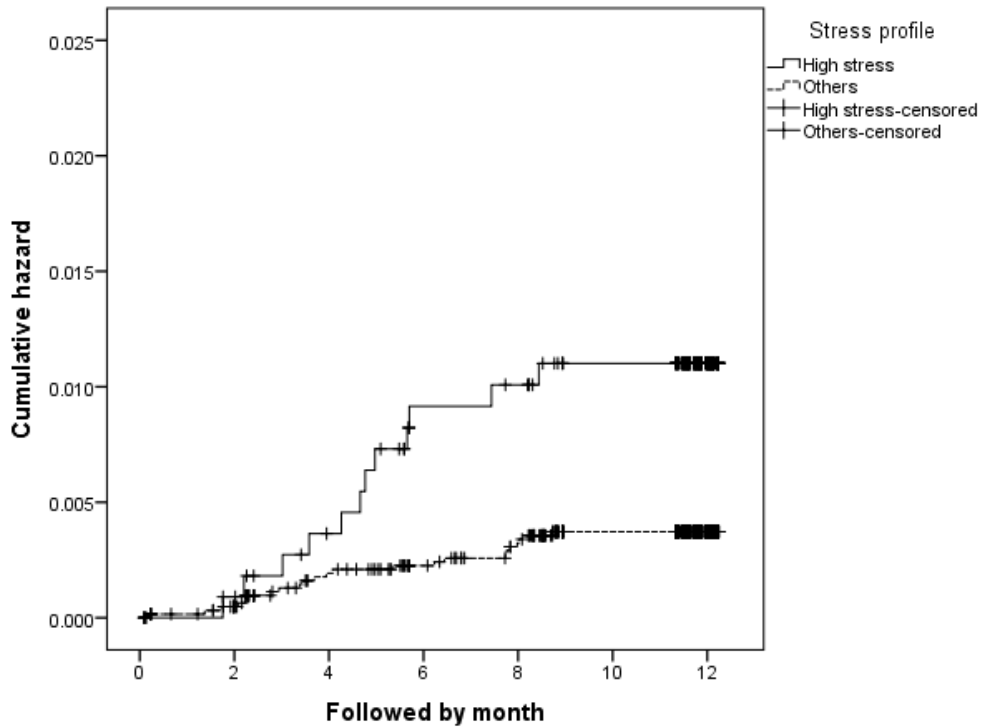
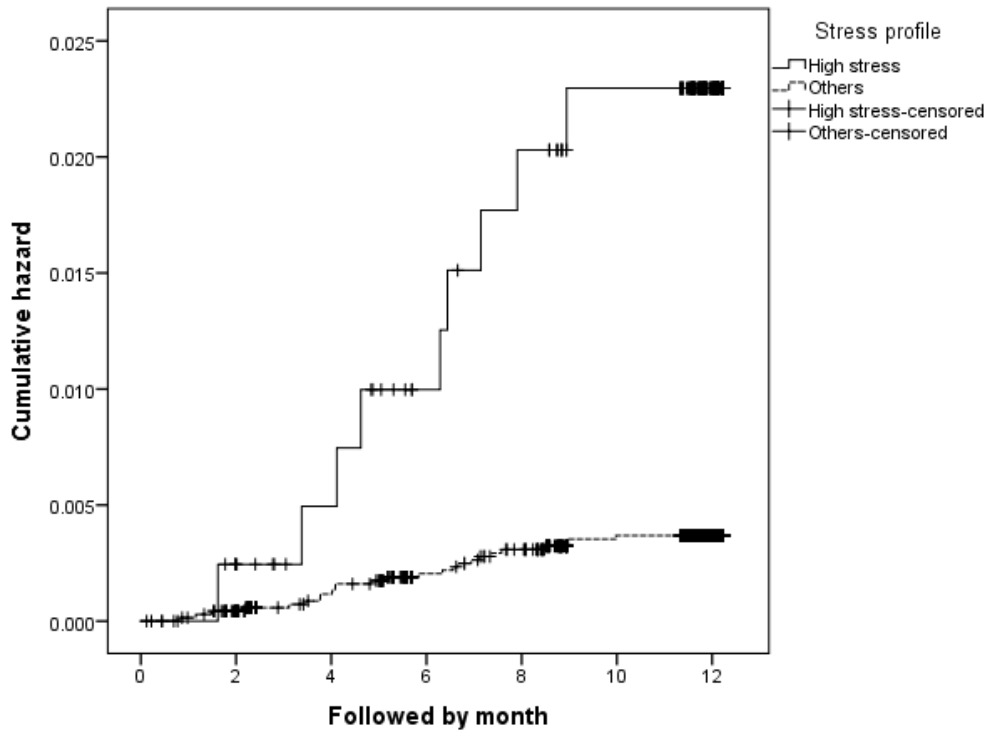


表 12. 職業性ストレス簡易調査票のカットオフポイントを変更した場合のハザード比（95%信頼区間）の変化

カットオフポイント	ハザード比（95%信頼区間）	
	性、年齢調整後	性、年齢、職種、職位、事後面談調整後
労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイント	4.05 (2.39-6.89)	4.04 (2.34-6.98)
クライテリア⑦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④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⑦のストレス反応を 77 から 90 にした場合	4.09 (2.18-7.71)	4.03 (2.07-7.84)
ストレス反応の上位 1/4 分位をリスクグループとした場合	2.81 (1.72-4.61)	2.70 (1.63-4.46)

表 13. オリジナル職業性ストレス簡易調査票、簡略版職業性ストレス簡易調査票およびオリジナル職業性ストレス簡易調査票で素点換算を用いた場合のハザード比の比較

カットオフポイント	ハザード比（95%信頼区間）	
	性、年齢調整後	性、年齢、職種、職位、事後面談調整後
オリジナル版による労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルによる推奨カットオフポイント	4.05 (2.39-6.89)	4.04 (2.34-6.98)
簡略版における推奨カットオフポイントを使用した場合	3.90 (2.33-6.53)	3.85 (2.26-6.54)
オリジナル版における素点換算法によるカットオフポイントを使用した場合	3.93 (2.21-7.00)	3.76 (2.06-6.86)

表 14. 新職業性ストレス簡易調査票の尺度と1週間以上の休業の関係

	オッズ比	95%信頼区間	
仕事の負担	2.70	0.70	- 10.36
作業レベル資源	1.69	0.50	- 5.62
部署レベル資源	2.27	0.59	- 8.78
事業場レベル資源	4.31	0.92	- 20.24
E項目	5.40	1.42	- 20.54
F項目	2.30	0.68	- 7.79
G項目	3.48	0.91	- 13.33
H項目	2.95	0.84	- 10.31
E'項目(Q58,59,61)	5.00	1.31	- 19.06
Q58(感情面で負担になる仕事だ)	4.43	1.15	- 17.09
Q59(複数の人からお互いに矛盾したことを要求される)	1.99	0.58	- 6.89
Q60(自分の職務や責任が何であるか分かっている)	3.06	0.64	- 14.61
Q61(仕事で自分の長所をのばす機会がある)	1.63	0.47	- 5.66

調整した独立変数(年齢、性別、雇用形態、勤続年数、職務の種類)

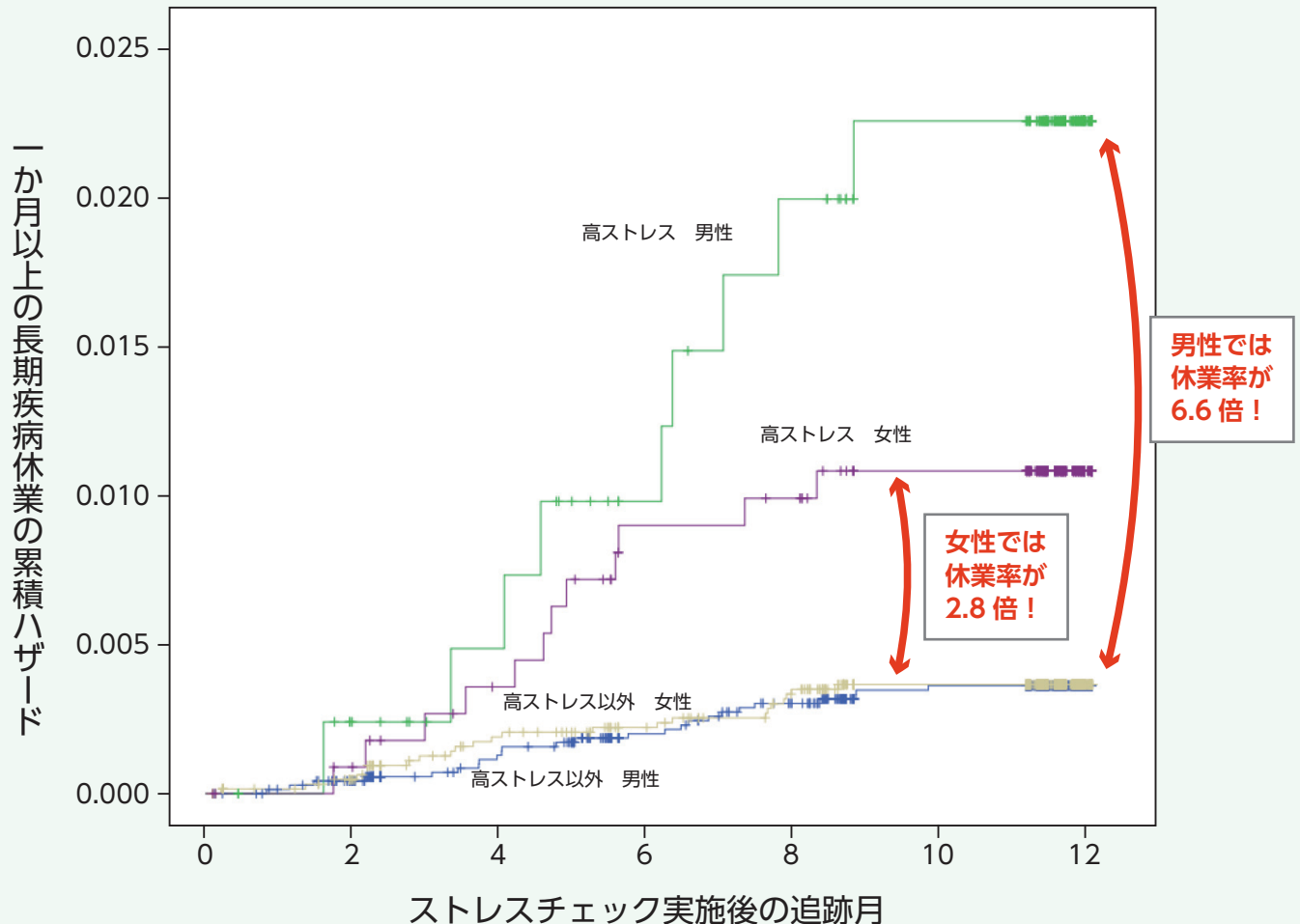
注：新職業性ストレス簡易調査票尺度内容

<p>対策領域別合計点の計算(短縮版、標準版共通) 仕事の負担合計=(量的負担+質的負担+身体的負担+対人関係+職場環境+情緒的負担+役割葛藤+ワーク・セルフ・バランス(ネガティブ))/8. 作業レベル資源合計=(コントロール+仕事の適性+技能の活用+仕事の意義+役割明確さ+成長の機会)/6. 部署レベル資源合計=(上司サポート+同僚サポート+経済地位報酬+尊重報酬+安定報酬+リーダーシップ+上司の公正な態度+ほめてもらえる職場+失敗を認める職場)/9. 事業場レベル資源=(経営層との信頼関係+変化への対応+個人の尊重+公正な人事評価+多様な労働者への対応+キャリア形成+ワーク・セルフ・バランス(ポジティブ))/7. ※どの尺度も高得点が望ましい状態を示すように変換して計算</p>	
<p>E項目 情緒的負担 役割葛藤 役割明確さ 成長の機会 新奇性 予測可能性</p>	<p>F項目 経済・地位報酬 尊重報酬 安定報酬 上司のリーダーシップ 上司の公正な態度 ほめてもらえる職場 失敗を認める職場 グループの有能感</p>
<p>G項目 経営層との信頼関係 変化への対応 手続きの公正性 個人の尊重 公正な人事評価 多様な労働者への対応 キャリア形成(5項目) ワーク・セルフ・バランス(ネガティブ) ワーク・セルフ・バランス(ポジティブ)</p>	<p>H項目 職場のハラスメント 職場の一体感(ソーシャル・キャピタル) ワーク・エンゲイジメント 職務の遂行 創造性の発揮 積極的な学習</p>

表 15. 3年間の成果のポイント

- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨している基準で把握される高ストレス状態が将来の労働者の休業やメンタルヘルス不調を予測するインパクトは、ストレスチェックに基づくストレス対策の合理性を支持する。
- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨している高ストレス者抽出基準はメンタルヘルス不調等のスクリーニング機能を有するが、ストレスチェック制度の二次予防の有効性は未知数で、医師の面接指導等の事後措置を取り入れた研究等を待つ必要がある。
- 職業性ストレス簡易調査票で把握される以外の要因も存在する。職業性ストレス簡易調査票の尺度別に解析することや、新職業性ストレス簡易調査票の尺度を取り入れることも、職場のストレス対策に利用可能である。

高ストレスと判定された労働者は将来、 疾病休業をする可能性が高いことが示されています

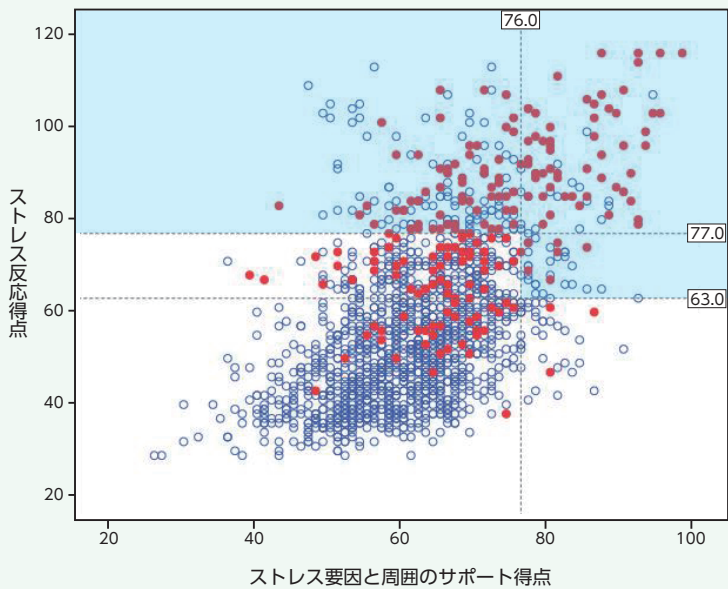


一部上場企業の男性 7341 人、女性 7345 人における調査

医学のあゆみ Vol.263 No.3

- 上の図は、ストレスチェック実施後、時間の経過とともに、1か月以上の疾病休業に入った労働者が増えていく割合を、高ストレス者とそうでない労働者に分けて、男女別に示したものです。
- この研究では、高ストレスと判定された労働者は、そうでない労働者に比べて、ストレスチェック実施後1年間に病気で1か月以上の休業をする可能性が男性では6.6倍、女性では2.8倍高くなることが示されています。また、休業する労働者の4～5人に一人が、高ストレスによるものと推定されます。
- ストレスチェックの結果が返ってきたら、その指示に従って、医師の面接指導や産業保健スタッフへの相談などのセルフケアに努めるようにしましょう。

職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングのパフォーマンス



▲職業性ストレス簡易調査票のストレス要因とストレス反応の得点で作成したマトリックス上で、K6 によって評価された重症精神障害相当のメンタルヘルス不調とされる者 (K6 得点 13 点以上:●) とそれ以外の者 (○) の分布を示す散布図 (n=1650)

医学のあゆみ Vol.263 No.3

ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で高ストレス者となる労働者の中に、K6 という調査票で把握されるメンタルヘルス不調疑いの労働者が 47% 含まれるという調査結果があります。

▼K6 得点 13 点以上のメンタルヘルス不調疑い例を抽出の目標と仮定したときの職業性ストレス簡易調査票のスクリーニングパフォーマンス

感度	60.5%
特異度	88.9%
陽性反応的中度	47.3%
陰性反応的中度	93.8%
陽性尤度比	6.0

上の表は、カットオフポイントを上下することで、メンタルヘルス不調者疑いを広く拾い上げたり (感度を上げる)、絞り込んだり (特異度を上げる) する際の目安です。簡略版 (23 項目) の感度は少し低めなことがわかっています。

ストレス調査結果のフィードバックの効果はあるのでしょうか？

個人宛てにストレス調査の結果を返却するだけでは効果がないことがわかっています*1。

高ストレス者をスクリーニングし、彼らに医師との面接の機会を与えることでメンタルヘルス上の問題を予防できるかについては、まだわかっていません。しかし、海外では、うつ病のスクリーニング後にソーシャルワーカーや専門職がしっかりと関わることで、うつ症状が軽減し、仕事への定着率が高まったという報告があります*2。事後措置が十分でなければ、クリニックでのうつ病などのスクリーニングは勧められないとされています*3。

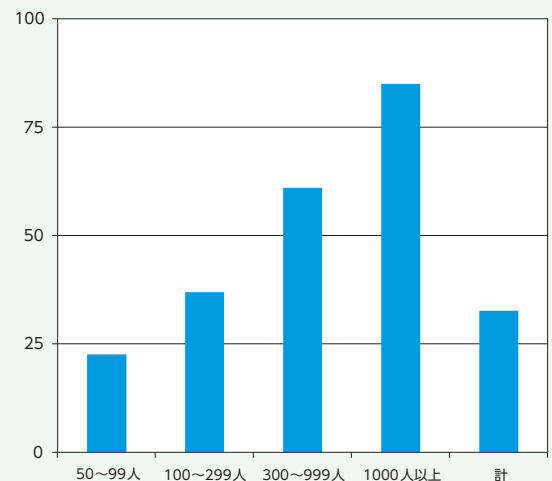
厚生労働省の調査では、ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合は、わずか 0.6% でした。

*1: Kawakami et al., Ind Health 1999

*2: Wang et al., JAMA 2007

*3: US Preventive Services Task Force, Ann Intern Med 2002

事業場規模別医師による面接指導の実施状況 (%)

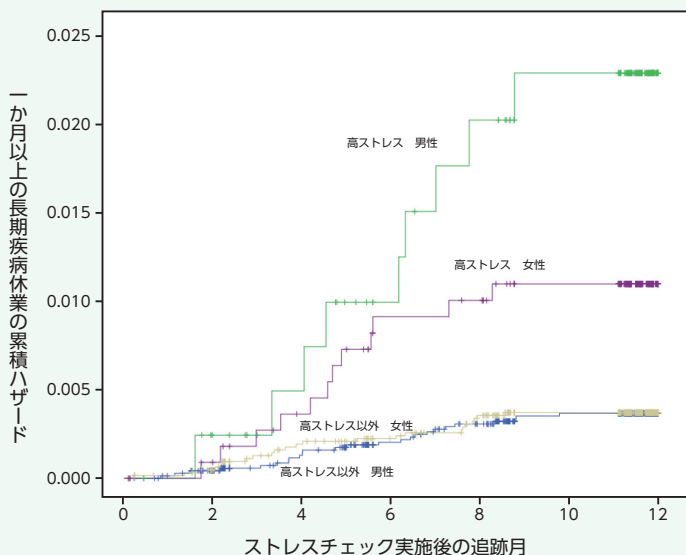


▲ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合は 0.6% (厚生労働省 平成 29 年 7 月)

まとめ

- ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で抽出される高ストレス者には、一定割合のメンタルヘルス不調者が含まれ、職業性ストレス簡易調査票はスクリーニングのツールとしても有用だと思われます。
- ストレスチェックの実施者は、高ストレス者を抽出するカットオフポイントを操作することで、事業場の事情に合った検査の計画や医師面接の見通しを立てることができます。
- 事後措置をきちんとしなければ、効果は期待できません。
- 高ストレス者が自発的な相談も含めて適切な対処ができるよう、教育することも必要です。

職業性ストレス簡易調査票で判定される高ストレスは将来の疾病休業を予測します



▲ストレスチェック制度実施マニュアルで推奨される基準で抽出された高ストレス者およびそれ以外の者における、ストレスチェック実施後 1 年間で 1 か月以上の長期疾病休業に陥る累積ハザード（一部上場企業：男性 7341 人、女性 7345 人） 医学のあゆみ Vol.263 No.3

ストレスチェック実施後、約 1 年間追跡すると、高ストレス者はそうでない労働者に比べて男性は 6.6 倍、女性は 2.8 倍疾病休業をしやすくなるという研究結果があります。

	数	疾病休業数	1000 人月当り疾病休業率	調整後ハザード比
男性				
高ストレス	411	9	1.92	6.6
高ストレス以外	6930	25	0.31	
女性				
高ストレス	1105	12	0.93	2.8
高ストレス以外	6240	23	0.31	

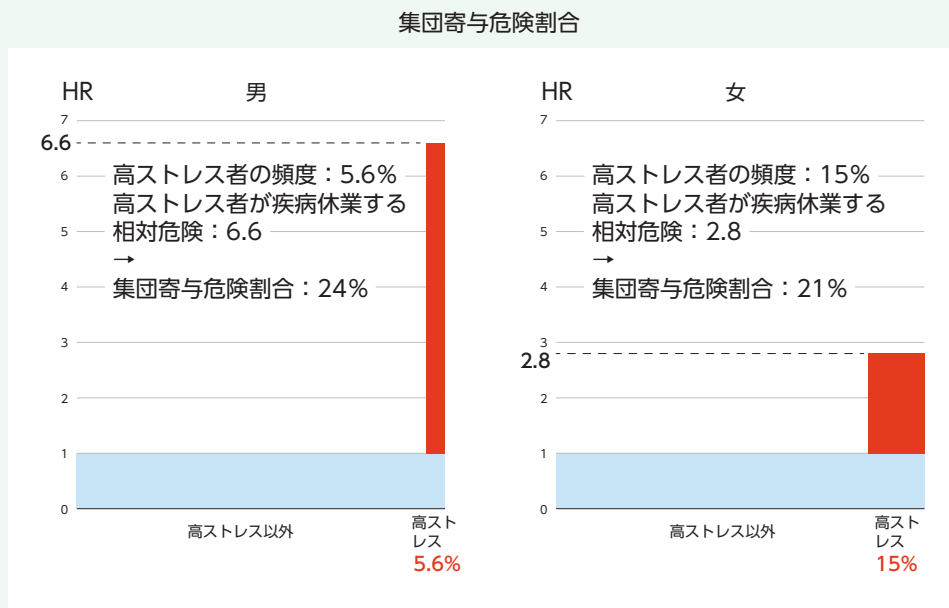
左のグラフからわかるように、ストレスチェック実施後の措置を、あまり間をおかずに行うことは合理的です。

高ストレスをなくすと、どれくらいの疾病休業者を予防できるのでしょうか？

上の研究における高ストレス者の頻度（割合 %）と、高ストレス者がそうでない労働者に比べて疾病休業をする相対危険（ハザード比）から、男性では疾病休業者の 24% が、女性では疾病休業者の 21% が高ストレスによって余分に発生している疾病休業者であることがわかりました（右図の赤色部分）。

このことから、高ストレス状態をなくすことで、疾病休業者の 4～5 人に一人の疾病休業を予防できることとなります。

Tsutsumi et al., JOH 2018



まとめ

- 高ストレスは将来の疾病休業を予測します。高ストレス者の抽出方法は、職業性ストレス簡易調査票のいずれの採点法（合計点数を使う方法、素点換算表を使う方法）を用いても、簡略版（23 項目）の調査票を用いても、疾病休業の予測力はほぼ同様です。
- 高ストレス状態をなくすことで、疾病休業者の 4～5 人に一人の疾病休業を予防できると推定されます。高ストレスが疾病休業に与えるインパクトは、ストレスチェックを基にしたストレス対策を実施する合理性を支持するものです。
- ストレスチェックで把握できない要因で疾病休業が起こることも認識して、職業性ストレス簡易調査票の結果のみならず、総合的にメンタルヘルス対策を行うことが大切です。

平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

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

（H27-労働-一般-004）主任：川上憲人

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

分担研究者	廣 尚典	産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・教授
研究協力者	荒薦 優子	株式会社資生堂・産業医
	伊藤 博康	株式会社アルバック・産業医
	大崎 陽平	ヘルスデザイン株式会社・代表取締役
	黒木和志郎	パナソニック株式会社・産業医
	櫻木 園子	京都工場保健会・医師
	堤 雄介	三菱電機・産業医
	照沼にい菜	JFE エンジニアリング株式会社・産業医
	出口 裕彦	大阪市立大学神経精神医学・講師
	富田健太郎	三菱ケミカル株式会社・産業医
	日野亜弥子	産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・助教

研究要旨

本研究の目的は、2015 年から施行となっているストレスチェック制度における医師による面接指導およびその後のフォローアップの効果的な進め方について検討を行い、そのガイドラインを作成することである。

現在産業医活動に従事している医師会所属の医師に対して、ガイドラインの骨子の各項目について重要性と実施可能性を質問票調査によって確認した。64 名から返信があり、すべての回答がなされていなかった 1 名を除く、63 名の回答を集計、解析した。

次に、その結果をもとにして、現在産業医業務を主な職務としている医師および産業精神保健活動に関わっている精神科医を対象としたグループ討議による聞き取り調査を行い、ガイドラインの骨子の各項目について、特に強調すべき点、留意すべき点などをまとめた。

以上の過程を踏んで、ガイドラインを完成させた。なお、本ガイドラインは、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」に沿って、実質的には医師による面接指導が円滑かつ効果的に行えるためのヒントをまとめており、実行されるべき事項を記したものでなく、また系統的な形をとってもないことから、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」とした。

A. 研究目的

ストレスチェック制度は、質問紙を用いたストレスチェックとその結果等によって高ストレ

スと判断された者に対して実施される医師による面接指導とその事後措置、ストレスチェックの結果の集団分析結果をもとにした職場環境改

善（後者は努力義務）からなる。

本制度の概要、実務の進め方については、厚生労働省から「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」（以下、実施マニュアルと略す）が示されているほか、すでに多数の解説書も出版されているが、その大半は瑕疵なく活動を行うための要点を平易に解説することに主眼が置かれており、具体的にどのような進めれば実質的な効果が上がるのか、他のメンタルヘルス対策とどのように関連づければ、労働者のメンタルヘルスによりよい寄与ができるのかについてまで言及したものは、ほとんどみられない。

本研究は、ストレスチェック制度のうち、医師による面接指導（以下、「面接指導」と略）とそれに付随する活動、その後のフォローアップの効果的なあり方をまとめ、具体的な提案をすることを目的とする。

面接指導では、担当医師が、当該労働者の勤務の状況（職場における当該労働者の心理的な負担の原因および職場における他の労働者による当該労働者への支援状況を含む）、当該労働者の心理的な負担の状況、その他の当該労働者の心身の状況を確認し、その疾病性、仕事との関連性を評価して（以下、これらを「確認」と記す）、保健指導、専門医への受診勧奨（以下、これらを「指導」と記す）、就業上の措置などに関する意見の提出を行うことになっている。

ストレスチェック制度の第一義的な狙いは、メンタルヘルス不調の一次予防である。

「メンタルヘルス不調」とは、労働者の心の健康の保持増進のための指針（厚生労働省、2006）で定義されている用語で、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むもの」をいう。すなわち、精神障害に限

らず、高ストレス状態で職業生活や家庭生活に影響が出そうな状態も含んでいることになる。

ストレスチェック制度における面接指導は、ストレスチェックにより高ストレスと評価されて、実施者が必要と認め、かつ本人が申し出をした労働者を対象とすることになっている。この対象者には、メンタルヘルス不調者も含まれている可能性が高い。したがって、面接指導には、メンタルヘルス不調の二次予防の側面ももたせざるをえない。

そこで、本研究では、面接指導のあり方に関して、メンタルヘルス不調の一次予防に限定しない視点での検討を行うこととした。

昨年度までの研究では、実施マニュアルに沿って面接指導を実施する際に留意することが望まれる事項を整理して「ストレスチェック制度における医師面接のガイドライン」の骨子（以下、「ガイドライン骨子」と略す）を作成した。

今年度は、「ガイドライン骨子」の主要な項目について、その重要性、実現可能性を非常勤産業医活動に従事している医師を対象とした調査によって検討するとともに、産業保健活動を主たる業務としている医師および産業保健活動に関与している精神科医に対する聞き取り調査を行い、それらの結果を反映させて、ガイドラインを完成させる。

B. 研究方法

1) 非常勤で産業保健活動に従事する医師を対象とした質問紙調査

新潟県医師会、三重県医師会、広島県医師会および熊本県医師会の協力を得て、産業医の活動経験を有する医師会会員 92 名に、医師会を通じて質問票を配布し、個別に郵送で返信してもらうよう依頼した。

質問票の内容は、年齢、産業医経験などの属性と、「ガイドライン骨子」の主要な項目について、「重要でありぜひ行うべき」「重要ではある

が行うのは難しい」「重要ではあるが行うことはできないだろう」「あまり重要でない」「全く重要でない」「不適切である」の6肢択一で問う質問からなっている。

本報告書の末尾に、別紙として質問票の全文を付した。

2) グループ討議形式による聞き取り調査

上記の質問票調査の集計結果を資料に用いて、グループ討議による聞き取り調査を2回に分けて実施した。参加者は、過去に豊富な産業医の経験を有し、現在も産業保健活動を主たる業務としている医師と、事業所に出向き職場のメンタルヘルス活動に関与している精神科医である。

地域性を考慮し、関東（主として首都圏）地区1グループ、関西地区1グループとした。

討議は、フォーカス・グループ・ディスカッション形式で行い、「ガイドライン」骨子の枠組みに沿って、上記質問票調査の結果の解釈、「ガイドライン」骨子の解説で強調すべき点、留意すべき点、触れるべき点の整理を主眼とした。

各討議時間は、質問票調査の説明を含め、約2時間とした。

3) ガイドラインの作成

過去2年間の研究成果、上記1)～2)で得られた結果および「ストレスチェック班」成果物検討会で寄せられた指摘、意見をもとに、ガイドラインを完成させた。「ストレスチェック班」成果物検討会は、本研究代表者の呼びかけの下に、研究代表者、研究分担者の他、7名の産業保健、産業精神保健領域の学識経験者、実践家の参加を得て、平成29年12月13日に開催された。

ガイドラインを作成するにあたっての主な方針を以下に掲げる。

①構成は、ぜひ実施すべき事項とできれば実施したい事項の2段構えとし、留意点も付ける。

②それには、1)の結果（回答分布）を反映させる。

③1)の結果で、「不適切である」との回答が少なからずみられた事項については、表現を見直すとともに、その理由として推測される事柄に関して注釈を添える。

（倫理面への配慮）

質問票調査は、無記名で実施した。グループ討議の記録は、ICレコーダーに保存し、本結果報告書の作成にあたっては、発言者が同定できないよう配慮した。

双方ともに、産業医科大学倫理委員会の承認のもとに実施した。

C. 研究結果

1) 非常勤で産業保健活動に従事する医師を対象とした質問紙調査

64名（配布数の69.6%）から返信があった。そのうち、全ての問いに回答がなかった1例を除き、63名の回答を集計・分析の対象とした。

年齢層、産業医としての経験年数、産業医として選任されている事業場の規模、ストレスチェック制度における担当事項についての回答分布を表1～7に示した。

年齢層は、60歳代が最多（42.9%）で、次いで50歳代、70歳代（同数）（23.8%）

の順であった。20歳代、30歳代はいなかった。産業医としての経験は、15年以上が最多で58.7%を占めた。産業医選任されている事業場の規模は、100人以上300人未満が最多（37.1%）で、300人以上500人未満（29.0%）、500人以上1000人未満（16.2%）の順であった。ストレスチェック制度では、79.4%が面接指導を担当していた。実施者を担当していたのは31.7%、面接指導の結果として行う就業上の措置に関して意見を陳述していたのは58.7%であった。いずれも実施していないのは15.9%であった。

表8には、「ガイドライン」骨子の各項目の実施についての回答分布を示した。

13項目において、「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が半数(32人)以上であった(表9)。

面接指導を担当している医師に限定した回答分布を表10に示した。「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が半数以上であった項目は、「面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する」、「何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりをする」の3項目が追加された以外は、対象全体の場合と同じであった。

他方で、「精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない」、「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」の2項目に、全回答の5%以上(4名以上)が「不適切である」を選択していた。

面接指導を実施している者に限定すると、「医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする」、「仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりをする」の3項目が、それらに加えられた(5%以上にあたる2名以上が「不適切である」と回答していた)。

2) グループ討議形式による聞き取り調査

グループ討議形式による聞き取り調査の結果を、2グループ併せて表11に示した。

3) 「ガイドライン」の作成

「ストレスチェック班」成果物検討会で「ガイドライン骨子」に関して挙げられた指摘、意見は、以下の通りであった。

- ・高ストレス者には、なるべくストレスチェックの医師面接を受けるように進めた方が良い。
- ・面接の担当者は、当該事業所の産業医、当該事業所に関与しない産業医選任資格を有する医師、産業医選任資格のない者の3パターン考えられる。それを考慮した記述が望まれる。
- ・(面接指導対象者選定のための)補足的面談は他のスタッフも行うことができ、情報を集めることによって、医師面接の時間が削減できる。他のスタッフが行う際のメリットについても、膨らませられると良い。
- ・(面接指導対象者選定のための)補足的面談は、慎重に行い、医師による面接指導の対象者を絞り込みすぎないようにする。
- ・(面接指導対象者選定のための)補足的面談は、医師面接に繋げてもらう、勧奨を主眼とするのを原則としてよい。
- ・用語の混乱を避ける必要がある
- ・面接指導の時間は「勧奨」(望ましい)程度の記載とすべき。
- ・時間よりも何を評価するのかを明示し、強調する方向で記述する。
- ・面接の冒頭で、目的を明確に伝える。
- ・「内容」と「進め方」を分けて記述するほうがよい。
- ・職場のストレス要因は、確実に確認するべき。
- ・睡眠については、確認すべき点を具体的に記す。
- ・事業者には何が伝えられるのかを明示し、本人の了解を求める。
- ・事後措置は、できるだけ速やかに行うべきであることを記す。
- ・フォローアップについては、他のスタッフと

の連携についての選択肢を入れる。

- ・面接指導を希望しなかった者への対応についても記す。
- ・フォローアップ体制の重要性を強調する。
- ・実施マニュアルとの対応を図る。

なお、完成した「ガイドライン」は、開発の経緯からも多くの職場で有用であると考えられるが、すべての事業場において記述通りに行うべきである取り組みを列挙したものではなく、「マニュアル」に沿った構成になっているが、面接指導のあり方を系統的に示したものでもないため、名称を「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」とした。

「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」の完成版(平成 29 年度版)を本報告書の終わりに掲載した。

D. 考察

質問票調査に載せた 37 項目は、「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」を除いて、回答の半数以上が「重要である」「重要でありぜひ実施すべき」と「重要であるが行うのは難しい」を合算)を選択しており、ガイドラインに掲載する意義があると考えられた。

解析対象の 5 割以上で「ぜひ実施すべき」と回答された 13 項目は、いずれも実施に多くの時間を要するものではなく、ガイドラインでも特に強調されるべきであろう。

また、面接指導を実施している対象者に絞った集計で 5 割以上が「ぜひ実施すべき」であった「面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する」、「何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する」、「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶり

にする」の 3 項目は、実際に面接指導を実施してみてその重要性が実感される傾向があると考えられ、上記 13 項目と同様の重みとしてよいであろう。

これらは、面接対象者の誤解やトラブルを回避し、円滑に面接を行うため、限られた時間の中で効率的に進めるため、面接指導の意義を高めるため、次回以降のストレスチェック制度の実施を効果的に行うためのいずれか、あるいは複数に有用であると考えられる。

他方、「不適切である」との回答が全体の 5% を超えた事項については、グループ討議の結果などから以下のような見直しが可能であろう。

「精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとられるべきではない」:

専門医（医療機関）につなげるべき例を放置することを容認するような表現、医師として行うべき水準の疾病性の評価を軽視するかの表現はさけるべきである。

「医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる」:

「お礼」という表現に違和感あるいは分かりづらさが感じられるようであり、面接指導の入り口として、当該労働者の不安を軽減し、意義のある面接とするための関係を構築する意図である旨を明確化する。

「医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする」:

面接指導を担当する医師の立場、事業所の事情などで、健診の面接が十分に行えない、あるいは健診の面接を活用できない場合が少なからずあることに配慮した説明をつける。

「仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする」:

時間の関係で困難である、これらを取り上げても就業上の措置に結び付けられないのも関わらず聴きとることで何らかの働きかけを必要と

される可能性があるという点が理由として考えられる。労働者本人から自発的に述べられた場合における留意点としてまとめる。

「現場の状況がわからないまま、意見書を提出せねばならない場合には、『…に注意してください』、『本人は…のように話しているため、配慮してください』といった書きぶりにする」:

意見が職場の実情から大きく乖離していると、効果がないばかりか現場の混乱を招く恐れがある旨を解説として加え、表現をわかりやすく見直す。

E. まとめ

平成 27～29 年度の研究成果をもとに、「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」(2018 年版) (面接指導ヒント集) を作成した。

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

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

廣尚典：ストレスチェック制度における医師面接のあり方ー産業医の役割を中心に. 第 21 回日本精神保健・予防学会学術集会. 沖縄. 2017 年 12 月.

廣尚典：ストレスチェック制度実施上の留意点ー医師面接の実際. 第 23 回日本行動医学会総会. 沖縄. 2017 年 3 月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 石見忠士：日本で一番やさしい職場のストレスチェック制度の参考書. 労働調査会, 2015.
- 2) ストレスチェック実務 Q&A 編集委員会編：嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q&A. 産業医学振興財団, 2015.
- 3) 中央労働災害防止協会編：新しいストレスチェック制度. 中央労働災害防止協会, 2015.
- 4) ストレスチェック実務 Q&A 編集委員会編：嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q&A 面接指導版. 産業医学振興財団, 2016.
- 5) 堀江正知：職場のメンタルヘルス対策としてのストレスチェックの法制化. 健康開発 20, 17-39, 2014.
- 6) 廣尚典：産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者：川上憲人). pp49-69, 2003.
- 7) 島津明人：EBM ガイドラインに基づくセルフケアマニュアルの作成. 労働安全衛生総合研究事業 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成 23 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者：川上憲人). pp59-210, 2012.

表1. 年齢層		
	人数	割合
40歳代	6	9.5%
50歳代	15	23.8%
60歳代	27	42.9%
70歳代	15	23.8%
表2. 産業医経験年数		
	人数	割合
5年未満	6	9.5%
5年以上10年未満	8	12.7%
10年以上15年未満	12	19.0%
15年以上	37	58.7%
表3. 選任されている事業場の規模		
	人数	割合
現在産業医活動なし	1	1.6%
100人未満	23	37.1%
100人以上300人未満	18	29.0%
300人以上500人未満	10	16.1%
500人以上1000人未満	8	12.9%
1000人以上	2	3.2%
不明	1	
表4. 面接指導の実施の有無		
	人数	割合
なし	13	20.6%
あり	50	79.4%
表5. 実施者としての業務実施の有無		
	人数	割合
なし	43	68.3%
あり	20	31.7%
表6. 就業上の措置の意見陳述の有無		
	人数	割合
なし	26	41.3%
あり	37	58.7%
表7. 上記のいずれも実施せず		
	人数	割合
該当せず	53	84.1%
該当	10	15.9%

表8. 「ガイドライン」骨子各項目の実施に関する回答の分布							
	重要でありぜひ 行うべき	重要であるが行 うのは難しい	重要であるが行 うことはできな いだろう	あまり重要でな い	全く重要でない	不適切である	不明
精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない	24	22	8	0	0	7	2
医師面接を受けることでどういことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある	42	12	4	1	0	0	4
医師面接の大筋は構造化しておくといいが、その中には開かれた質問も含めるようにする	38	14	3	3	0	0	5
所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低30分程度を確保する	23	21	7	8	0	1	3
医師面接の内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。	27	20	5	7	0	0	4
生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題のある程度絞り込む	26	14	6	10	0	1	6
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるとい発想をする	36	13	8	1	0	0	5
ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないように配慮する	30	18	5	3	1	0	6
次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある	26	19	5	6	1	1	5
就業上の措置の必要性に関する上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。	21	20	7	8	1	0	6
医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、利点、欠点を整理したうえで決めておく	22	10	10	16	0	0	5
医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる	17	6	1	18	7	9	5
対象者の心情を受け止めるよう心がける	47	8	4	2	0	0	2
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する	41	10	7	1	0	0	4
対象者が物足りなさを感じないように配慮を心がける	25	20	5	5	2	0	6
面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する	31	19	5	0	1	1	6
健診結果などの情報も手元に置き、参照する	47	8	3	1	0	0	4
医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする	20	14	11	6	3	3	6

仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする	22	27	8	0	0	2	4
その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする	18	21	15	3	0	0	6
対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う	27	18	6	7	0	0	5
抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する	24	21	8	5	0	0	5
あまり記録用紙(フォーマット)にとらわれすぎない	22	17	6	11	1	1	5
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える	39	12	6	1	0	0	5
何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う	20	25	10	4	0	0	4
何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する	31	16	5	5	0	1	5
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく	33	15	3	5	0	2	5
ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく	20	24	9	3	0	2	5
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する	38	14	2	1	0	2	6
現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする	31	14	3	3	2	3	7
医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく	15	29	12	0	1	0	6
医師面接後には、フォローアップを行う	20	27	9	2	0	0	5
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する	42	12	5	0	0	0	4
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい	45	10	2	1	0	0	5
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく	36	18	3	2	0	0	4
ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医(心療内科医)の地域交流を深める	21	22	14	1	0	0	5
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する	33	16	7	1	0	0	6

表9. 「重要であり、ぜひ実施すべき」との回答が50%以上の項目
医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある
医師面接の大筋は構造化しておくといいが、その中には開かれた質問も含めるようにする
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする
対象者の心情を受け止めるよう心がける
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する
健診結果などの情報も手元に置き、参照する
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する

	重要でありぜひ行うべき	重要であるが行うのは難しい	重要であるが行うことはできないだろう	あまり重要でない	全く重要でない	不適切である	不明
精神障害に関する評価については、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない	19	18	7	0	0	5	1
医師面接を受けることでどういうことが起きるのかなど、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある	31	12	3	1	0	0	3
医師面接の大筋は構造化しておくといいが、その中には開かれた質問も含めるようにする	31	11	2	3	0	0	3
所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低30分程度を確保する	19	17	6	6	0	1	1
医師面接の内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。	24	16	4	5	0	0	1
生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題のある程度絞り込む	23	12	3	8	0	1	3
生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする	29	11	7	1	0	0	2
ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないように配慮する	21	17	5	2	1	0	4
次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある	21	16	4	4	1	1	3
就業上の措置の必要性に関する上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。	18	13	7	7	1	0	4
医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、利点、欠点を整理したうえで決めておく	18	8	8	13	0	0	3
医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる	11	6	1	16	6	7	3
対象者の心情を受け止めるよう心がける	37	8	3	2	0	0	0
対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する	33	10	4	1	0	0	2
対象者が物足りなさを感じないような配慮を心がける	20	17	4	4	1	0	4
面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する	28	15	3	0	0	0	4
健診結果などの情報も手元に置き、参照する	38	6	3	1	0	0	2
医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする	17	11	8	5	2	3	4

仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする	18	23	5	0	0	2	2
その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする	15	18	12	1	0	0	4
対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う	23	14	5	5	0	0	3
抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する	20	15	8	4	0	0	3
あまり記録用紙(フォーマット)にとらわれすぎない	19	14	4	8	1	1	3
「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える	31	11	4	1	0	0	3
何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う	15	22	8	3	0	0	2
何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する	25	14	3	4	0	1	3
就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく	27	13	2	4	0	1	3
ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく	16	20	8	3	0	0	3
記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する	31	11	2	1	0	1	4
現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする	26	12	3	2	1	2	4
医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく	12	22	11	0	1	0	4
医師面接後には、フォローアップを行う	15	24	7	1	0	0	3
専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する	34	10	4	0	0	0	2
フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい	36	8	2	1	0	0	3
フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく	30	13	3	2	0	0	2
ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医(心療内科医)の地域交流を深める	18	17	11	1	0	0	3
医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する	27	14	4	1	0	0	4

表11. グループ討議の結果—ガイドラインで強調すべき点、留意すべき点および触れるべき点
(構成・全体的な事項)
必須(行うべきこと)とオプション(できれば行いたいこと)の2部構成にするのはいい
箇条書きを基調にするのはよい
具体的に行うこと(アクション)とその背景をセットにして整理する
ストレスチェックから時間が空くと、面接での訴えがストレスチェックの結果と大きく異なることがある
面接担当医師が非常勤の場合は、ストレスチェックから面接までの時間(間隔)がかかってしまう
医師にストレスチェックを身近に感じさせるような配慮も望ましい
面接指導により労働者と接する機会が増える点は、強調した方がよい
(枠組みに関する事項)
面接の意義(何のために行うのかを含む)の説明は重要
事前に説明できることをしておくのは時間を省くために有意義
「精神障害の見逃し」という表現は見直すべき。注釈も必要か
面接の所要時間は、常勤・非常勤で異なる
面接時間は、30分は必要とすべき
面接では仕事以外のプライベートの相談が少なくない
実際には健康上の不安よりも仕事や人間関係などの不満を述べられる例も少なくない
仕事以外の問題(例えばキャリアの問題)は、傾聴に留めるしかできないことを強調すべき
傾聴することの重要性を強調すべき
面接は産業医がどのような位置づけか、どのように見られているかを振り返る契機ともなる
(内容)
心情を受け止めるのは、トラブル回避の意味でも重要
「お礼」の表現は見直したほうがよい(例えば「劳い」)
面接指導を希望した理由を冒頭で確認するとよい
「物足りなさを感じないような配慮」は、少し分かりやすく言い換えるべき
健診結果を参照できれば有益だろう
健診結果とストレスチェック結果の相互参照も有益ではないか
面接で確認する事項の一覧を手元に置く
面接結果を記録するフォーマットはあるに越したことはない
「開かれた質問」について解説を加えた方がよい

労働者の愚痴を聴く場として機能している現状もあるため、支持的な接し方についても少し解説する
希死念慮については全ての事例で確認する必要まではない
(結果処理)
就業上の措置に関する判断は不可欠であることを強調する
長時間労働の問題は見逃さない
異動のためには、主治医受診が必要という枠組みをつくるという考え方もある
有給取得を促す選択肢を示すことも考慮する
産業医の意見の書き方について、人事部署と打ち合わせをしておくべき
ハラスメントの対応は解説が難しい。多様性に触れる程度か
本人の一方的な言い分だけを根拠に意見を書かないことを強調する
就業上の措置の意見の記述に関しては、ある程度経緯も含まざるを得ないことを本人に伝える
就業上の措置を拒否した場合も、記録だけは残した方がよい
就業上の措置を拒否する場合は、少し時間をおいて、改めて問いかける場を設けるのも有効なことがある
本人がためらっても、就業上の措置についての意見を出す必要があることもある
面接が1回に限られてしまう場合では、就業上の措置に関する意見が厳しい方向にならざるをえない面がある
複数回の面接が必要であるが実現できない例では、意見書の書き方(表現)に留意する
就業上の措置を決める前に上司との話し合いを重視すべき旨を強調する
本人の訴えから、結果的に本人自身の問題点が明らかになることがある
職場環境改善に関しては、面接指導からの流れを示すのがよい
集団分析をした職場改善を行っていないと、高ストレス者からの情報だけで職場改善の提案をすることは適切でない
(フォローアップ)
健診結果の面接は、医師のほうも慣れているのでやりやすいだろう
健診の面接は全員を対象としていない事業所が多いため、そこでフォローアップは困難ではないか
フォローアップの場を健診の面接に限定すべきという誤解を受けないようにする
フォローアップが必要な対象はいるが、全例に必須にするのは難しいのではないか
フォローアップを約束するのは難しい事業場もある
(その他の留意事項)
地域交流は難しい地域があるが、あえて記しておく意味もある
「地域交流」より「連携」を強調した表現にした方がよい
医師面接を希望しない高ストレス者への対応は重要

(参考)

「ストレスチェック制度における医師面接のガイドライン」の骨子

はじめに

- ・医師面接も、他の部分同様、厚労省の「実施マニュアル」に沿って実施する。
- ・本ガイドラインでは、特に留意することが望まれる事項を取り上げる。

1. 医師面接の対象者の選定と勧奨

- ・ストレスチェックには、当面「職業性ストレス簡易調査票」(57項目版)を用いるのが標準的と言える。
- ・質問紙に面談を組み合わせる場合には、面談によって対象者を絞り込む方向で考えるのが一般的といえる。その場合には、すでに健康管理部門でフォローアップを受けている者、専門医に通院している者、非常に症状が強い者を除外する(別の管理、支援とする)という考え方がある。面談内容もあらかじめ標準的なものを決めておく。
- ・事前面談には、構造化面接の手法を取り入れるのもひとつの工夫である。
- ・医師面接の対象者数は、勧奨の仕方に影響をうけるため、どのような勧奨を行うかをあらかじめ検討する。
- ・簡単な勧奨によって医師面接を希望した者については、何らかの大きな困難を抱えている可能性もあり、注意が必要である。
- ・医師面接を希望する者の割合は、日頃の産業保健活動やメンタルヘルスに関する職場風土の影響を受ける。また、産業保健活動の活発な事業場で希望者が多いとは限らない
- ・医師面接対象者は、ストレスチェック受検者の1%程度というのが、現時点では多いようである。
- ・医師面接と並行して、それを希望しなかった高ストレス者に対する相談活動を行うことによって、医師面接の件数も増えるという相乗効果も期待する。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…のようになっているため、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ガイドラインに関する研究」質問票

説明文書に同意いただけましたら、□にレをつけて、以下の質問にご回答ください。

□ 説明文書を読み、本研究の参加に同意します。

- A. 先生の年齢を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳代 ⑥70歳代
- B. 先生の産業医としての経験年数（同一事業場でなくて構いません）を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①5年未満 ②5年以上10年未満 ③10年以上15年未満 ④15年以上
- C. 現在産業医として選任されている事業場の規模を教えてください。該当する番号に○をつけてください。
①100人未満 ②100人以上300人未満 ③300人以上500人未満
④500人以上1000人未満 ⑤1000人以上
- D. ストレスチェック制度に関して、担当している事項にすべて○をつけてください。
①医師による面接指導
②実施者としての業務（使用する質問票の選定、高ストレス者の評価など）
③医師による面接指導の結果として行う就業上の措置に関して意見を述べること
④上記のいずれも担当していない
- E. ストレスチェック制度では、高ストレス者と判定された労働者のうち、希望する者に対して、医師による面接指導（以下、「医師面接」と略）が実施されることになっています。
以下に、これまでの調査研究によって「医師面接」で実施されるべき、あるいは留意されるべきであると評価された事項が列挙されています。
それぞれについて、次の①～⑥のうち、最もあてはまるものを選び、() 内にその番号を記入してください。
① 「重要であり、ぜひ行う（留意する）べき」
② 「重要ではあるが、行う（留意する）のは難しい」
③ 「重要ではあるが、行う（留意する）ことはできないだろう」
④ 「あまり重要ではない」
⑤ 「全く重要ではない」
⑥ 「不適切である」

7. 医師面接の枠組みについて

- 1) 精神障害に関する評価については、長時間労働者に対する面接と同様に、医師としての標準的な水準を心がければよく、うつ病などの精神障害の見逃しというリスクに過度にとらわれるべきではない。
()
- 2) 医師面接を受けることでどういうことが起きるのか（結果の一部が事業者知らされる、就業上の措置が生じることがあるなど）など、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある。()
- 3) 医師面接の大筋は構造化しておく（質問の内容や順序を決めておく）とよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする。()
- 4) 所要時間として、書面の記述時間を除き、ひとり最低30分程度を確保する。()
- 5) 医師面接には、メンタルヘルス不調の二次予防的な面も含まれることから、内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」が中心とならざるを得ない。()

6) 生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる問題をある程度絞り込む。 ()

7) 生活習慣などの保健指導を行う際は、その場の指導だけで改善をさせるというより、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする。 ()

8) ストレスチェックと医師面接が、大幅な人事異動の時期をはさまないように配慮する。 ()

9) 次回の面接を行う必要が生じた場合、面接時間は、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても変える必要がある。 ()

10) 就業上の措置の必要性を伝えたり決定したりする際の上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。 ()

11) 医師面接を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、それぞれの利点、欠点を整理したうえで決めておく。 ()

8. 医師面接の内容（進め方）について

1) 医師面接を希望したことに対して、対象者に一言お礼の類を述べる。 ()

2) 対象者の心情を受け止めるよう心がける。 ()

3) 対象者が医師面接を希望した意図を読み取ることを意識する ()

4) 対象者が物足りなさを感じないような配慮を心がける。 ()

5) 面接時間を短縮するためにも、事前に人事情報などを十分に準備する。 ()

6) 健診結果などの情報も手元に置き、参照する。 ()

7) 医師面接で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする。 ()

8) 仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題なども話題にする。 ()

9) その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする ()

10) 対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気を遣う。 ()

11) 抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化（質問の内容や順序を決めておく）によって聴取する。 ()

12) あまり記録用紙（フォーマット）にとらわれすぎない。 ()

13) 「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える。 ()

9. 医師面接の結果処理について

1) 何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行う。 ()

- 2) 何らかの就業制限をつける場合には、事前に上司あるいは人事と連携する。 ()
- 3) 就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるのかについて、概要を事前に本人に伝えておく。 ()
- 4) ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく。 ()
- 5) 記録の記述については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないように注意する。 ()
- 6) 現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、「…に注意してください」、「本人は…のように関しているため、配慮してください」といった書きぶりにする。 ()
- 7) 医師面接の結果、職場改善の必要があると判断された例については、当該職場全体の評価と改善に結びつけられる仕組みもつくっておく。 ()
- 8) 医師面接後には、フォローアップを行う。 ()
3. 医師面接後のフォローアップについて
- 1) 専門医受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったかを確認する。 ()
- 2) フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい。 ()
- 3) フォローアップを行う旨を、医師面接の終わりに本人に伝えておく。 ()
10. その他の留意事項
- 1) ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の地域交流を深める ()。
- 2) 医師面接を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する。()

以上です。 ご参加ありがとうございました。

「ストレスチェック制度における医師による面接指導のヒント集」

ストレスチェック制度では、ストレスチェック等によって高ストレスと評価された労働者に対して、医師による面接指導が行われることになっている。本ヒント集は、その面接指導を円滑かつ効果的に実施するためのヒントを提供するものである。

ストレスチェック制度の実施方法については、厚生労働省から「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」(平成 28 年 4 月改訂) (以下、実施マニュアル) が公表されている。医師による面接指導も、このマニュアルに沿って実施されるべきであり、本ヒント集には、それとの関係づけもなされている。

医師による面接指導は、当該事業所の産業医が担当することが望ましい。産業医は、他の医師よりも選任されている事業所の実情をよく知っているはずであり、それゆえに労働者や職場に対してより適切な助言、指導が行えると考えられるからである。本ヒント集は、面接指導を産業医が行うことを前提としている。しかし、部分的には、他の医師が行う場合にも配慮した記述を施されているところもある。

各ヒントは箇条書きの形で記されており、重要事項 (重)、勧奨事項 (勸)、留意事項 (留) からなっている。重要事項はぜひとも実施すべき事項であり、勧奨事項はできれば実施することが望ましい事項である。ただし、双方とも、実施しないことによって、事業者責任や医師としての責任が問われるような類ではないことに留意されたい。あくまで、医師による面接指導が実質的な効果をあげるために有用な事項であるにとらえることが望まれる。

1. 面接指導の対象者の選定と勧奨 (実施マニュアル p57~58)

勸 ストレスチェックによって判定された高ストレス者には、なるべくストレスチェックの面接指導を受けるように進める。

解説) (面接指導対象者選定のための) 補足的面談は他のスタッフも行うことができ、情報を集めることによって、面接指導の時間が削減できる。面接指導の勧奨の意味を持たせることもできる。補足的な面談で面接指導対象者を絞り込む際には慎重に行い、絞り込みすぎないように注意する。面接指導対象者から外す者としては、すでに健康管理部門でフォローアップを受けている者、専門医に通院している者、非常に症状が強い者 (別の管理、支援とする) などが考えられる。そのため、補足的な面談には、一部構造化面接の手法を取り入れるのもよい。

勸 面接指導と並行して、それを希望しなかった高ストレス者に対する相談活動を行うことによって、面接指導の件数も増えるという相乗効果も期待しうる。したがって、その相談活動も前向きに検討されるべきである。

留 面接指導を希望する者の割合は、日頃の産業保健活動やメンタルヘルスに関する職場風土の影響を受ける。また、産業保健活動の活発な事業場で希望者が多いとは限らない。

2. 面接指導の枠組み (実施マニュアル p67~77)

重 面接指導を受けることでどういうことが起きるのか (結果の一部が事業者に知られる、就業上の措置が生じることがあるなど)、その枠組みを十分に事前説明しておく必要がある。

解説) 当該労働者の不安を軽減するとともに、事後のトラブルを防止する意味もある。精神疾患の確認や専門医・専門機関への紹介ばかりを目的としたものではないことを改めて明示すべきである。ただし、面接指導の時間は限られているため、その詳細は、あらかじめ伝えておいたほうがよい。

重 面接指導の大筋は構造化しておく（質問の内容や順序を決めておく）とよいが、その中には開かれた質問も含めるようにする。

解説）「開かれた質問」とは、「はい」「いいえ」といった選択肢で答えられるものではなく、自分自身の言葉で表現することが求められる質問をさす。

勸 面接指導の時期がいつ頃になるかを、ストレスチェック制度の実施計画の中で整理する。

解説）ストレスチェックと面接指導が、大幅な人事異動の時期をはさむと、面接指導で得られる所見とストレスチェックの結果に大きな乖離がみられる場合がある。

勸 次回の面接を行う必要が生じた場合、本人とそのための連絡をどの程度つけやすいかによっても面接指導の時期を調整する必要がある。

勸 就業上の措置の必要性を伝えたり決定したりする際の上司、人事との打ち合わせは、ストレスチェック制度の枠内とするか、枠外とするかをあらかじめ明確にしておく。

勸 面接指導で不十分であった面は、健診の面接などで補うようにする。

解説）健診時の面接に産業医が関わらない、あるいは一部にのみ関わる場合には、面接指導をそこで補うことは困難であるが、他の場面を模索したり、看護職や心理職に担当してもらうことも検討したい。

留 疾病性（診断、重症度、治療方法）に関する評価については、精神科専門医に必要な水準を求められるものではない。長時間労働者に対する面接と同様に、専門医、専門機関に紹介する必要があるかないかを的確に判断することが重要である。

留 面接指導を健康診断の面接と同時期に行うか、逆に大きく離すかについて、それぞれの利点、欠点を整理したうえで決めておく。

解説）利点としては、効率的に実施できる可能性がある点、周囲からわかりづらい（目立ちにくい）点があげられる。他方、両者が混同される点、結果の処理が不明確になる点などが懸念される。

留 面接指導の所要時間は、ひとり最低 30 分程度を想定する。

解説）面接指導の担当者が常勤か非常勤かで、それに費やせる時間には相違が生じる。常勤の産業医の場合は、45 分程度の時間を確保できるところもある。

3. 面接指導の進め方（実施マニュアル p67～77）

重 面接時間を短縮するためにも、人事情報などを十分に準備する。

重 健診結果などの情報も手元に置き、参照する。

解説）健診時の面接で、ストレスチェックの結果（面接指導を含む）を参照することも有用である。

重 対象者の心情を受け止めるよう心がける。

解説) この姿勢は、労働者にも伝わり、面接指導の質を高めるとともに、トラブルの回避にもつながる。

重 対象者が面接指導を希望した意図を読み取ることを意識する。

解説) 簡単な勧奨によって医師面接を希望した者については、何らかの大きな困難を抱えている可能性もあり、注意が必要である。また、ストレスなどとは関係なく、業務内容の変更や人事異動を希望して面接に臨む者もいるかもしれない。

勸 対象者が答えやすいように、質問する事項の順番にも気をつける。

勸 記録用紙(フォーマット)にとらわれすぎないことも重要であるが、記述すべき最低限の事項があることには留意する。

解説) 記述すべき事項は、実施マニュアルが参考になる。面接で確認すべき事項を手元に記しておくこと、重要事項の聴き洩らしを防止できる。希死念慮については、全ての対象者に確認する必要まではない。

留 対象者が面接指導終了後に感じる思いにも留意する。

解説) 無味乾燥の面接指導になってしまうと、次年度以降のストレスチェック制度に対する受検姿勢にも影響を及ぼす恐れがある。対象者が面接終了後に何らかの得るものがあったと感じられるような面接にできるとよい。

留 面接指導に訪れたことに対して、対象者に一言労いの類を述べるのもよい。

解説) 対象者の不安を軽減するとともに、対象者から多くの情報を聴きだし、有意義な面接にするために、この行為は大切である。

留 その後のフォローアップを円滑に行うためにも、少なくとも面接終了時にはラポールが築けた状態が確認できるようにする。

4. 面接指導の内容(実施マニュアル p67~77)

重 生活習慣などの保健指導を行う際は、後日のフォローアップや教育研修との組み合わせで効果をあげるという発想をする。

解説) 時間制限の強い面接指導の枠内だけでは、生活習慣や働き方に関する保健指導の効果をあげることが難しい。後日、フォローアップの個別面接を行ったり、小集団による教育研修を開催したりできればよい。これらは、必ずしも医師が行う必要はない。

勸 面接指導には、メンタルヘルス不調の二次予防的な面も含まれることから、内容は「保健指導」よりも「ストレス状態の確認」を中心とする。

重 「ストレス状態の確認」と「保健指導」などの時間配分は、対象者のニーズ、状況によってフレキシブルに変える。

解説) 「ストレス状態の確認」の丁寧な聴取は不可欠であるが、ある程度の時間配分の柔軟性は確保

した方がよい。

【勸】 生活習慣などの保健指導を行う際は、取り上げる主題をある程度絞り込む。

解説) 取り上げる主題としては、睡眠のとり方、休養のとり方、相談のしかた、思考パターンの見直し、飲酒の注意、運動のしかたなどがあげられる。

【勸】 対象者から、仕事と家庭の両立、キャリアの問題、プライベートの問題などが語られた際には、それらについても傾聴を怠らない。

解説) 労働者のストレス要因として、仕事以外の事項も多い場合が少なくない。面接指導の事後措置において、それらへの配慮は大抵の場合困難であり、そのことを伝えるのも必要であるが、傾聴によって本人の悩みが整理され、ストレスが軽減する例もある点は認識すべきである。

【勸】 抑うつと睡眠の問題は、ある程度の構造化によって聴取する。

解説) 抑うつについては、長時間労働者の面接指導と同様に、BSID（うつ病の可能性を評価する構造化面接）が使用できる。睡眠については、睡眠時間（平日、休日）、就寝・起床時間、熟眠感、入眠困難および中途覚醒（早朝覚醒）の有無、疲労の残存感、睡眠時無呼吸の有無などを聴取したい。

5. 面接指導の結果処理（p76～82）

【重】 就業上の措置に関して、上司、人事との打ち合わせをする場合には、そこでどのようなことを述べるかについて、概要を事前に本人に伝えておく。

解説) 面接指導の事後措置として、就業上の措置に関する判断は不可欠であり、担当医師にはそれができるだけ妥当な内容にする努力が求められる。そのためには、上司、人事との連携が重要となる。特に、長時間労働によって、問題が生じていると考えられる例については、看過すべきではない。本人には、就業上の措置を求める場合、ある程度の経緯も添える必要があることを伝えておく。

【重】 記録の記載については、後に労災申請や事業者責任が追及される事案となった場合に、混乱や実態とは異なった解釈が生じないようにする注意する。

解説) 面接記録の記載の（原則的な）仕方を人事と話し合い、了承を得る手順を踏んでおくとうよい。（これは、人事主導の記載をするという意味ではない。）

【勸】 何らかの就業制限をつける場合には、複数回の面接を行うのが一般的である。その場合、事前に上司あるいは人事と連携する。

解説) 就業制限をつけるにあたっては、上司あるいは人事との話し合いを行う。どうしても複数回の面接ができない場合には、意見書はあまり断定的でない書き方にならざるを得ない。

【勸】 ストレス症状を訴えながらも、就業制限をつけることには拒否的になる者への対応の仕方について、大筋を決めておく。

解説) 少し時間をおいて改めて問いかける（説得する）場を稿けるのが有効なこともある。本人がためらっても、放置をすることで本人あるいは周囲が多大な影響を被る恐れのある場合などでは、就業制限に関する意見を提出せねばならないことがある。少なくとも、記録だけは残しておく。

勸 現場の状況がわからないまま、意見書を記述せねばならない場合には、確認できない事項に関する断定的な表現は避ける。

解説) 断定的な表現を用いると、それが事実であることを産業医が認めたことになりかねず、トラブルの原因となりうる。具体的には、「…に注意してください」、「本人は…のように話しているため、配慮してください」といった書きぶり（「…」の部分が事実か否かは確認していない旨を含める）にする。

留 労働者本人の言い分だけをもとに意見を記すことはしない。

留 面接指導の結果をもとに職場環境改善に向けた働きかけを行う場合には、ストレスチェックの集団分析結果の照合を原則とする。

解説) 面接指導では、職場全体の問題を客観的に評価・把握するのは容易ではない。ストレスチェックの集団分析が行えない場合には、できるだけ多方面からの情報を収集する。

6. 面接指導のフォローアップ

重 専門医・専門機関受診を勧奨した例については、必ずその後どうなったか（どのような指示を受けたか、治療が開始されたかなど）を確認する。

重 フォローアップの間隔は、ある程度柔軟性を持たせておいたほうがよい。

解説) 面接指導後には、フォローアップを行うことが望ましい。全例に対して実施するのが難しい場合にも、優先順位をつけて行いたい。

重 フォローアップを行う場合、面接指導の終わりにその旨を本人に伝えておく。

7. その他の留意事項

重 面接指導を事業場外に委託する場合には、担当医師がストレスチェック制度について理解していること、職場のメンタルヘルスに関してある程度の予備知識を持っていることを確認する。

勸 ストレスチェック制度をひとつの機会として、産業医と精神科医（心療内科医）の連携交流を深める。

解説) 地域によっては、産業医と精神科医の意見交換、交流の場を設けているところもある。互いの「顔」を知り、立場や考え方についての理解が深まると、メンタルヘルス不調者の対応がより適切なものになる。これはストレスチェック制度に留まらない効果をもたらさう。

留 ストレスチェック制度を、労働者との接点が増える場ととらえることも重要である。

解説) 質の高い産業保健活動を行うためには、労働者と職場を熟知することが肝要である。面接指導をその機会のひとつととらえると、労働者からの聴き取りを通じて、多くの有益な情報が得られることを実感できる。また、産業医の場合、面接指導を通じて、労働者から自らがどのように見られているかを知る機会にもなる。